

# I BEYNƏLXALQ TİBBİ FORUM

*Naxçıvan, Azərbaycan*

*18-21 iyun 2022-ci il*



AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI ELM VƏ TƏHSİL NAZİRLİYİ  
NAXÇIVAN DÖVLƏT UNİVERSİTETİ

# *I BEYNƏLXALQ TİBBİ FORUMUN MATERİALLARI*

*Naxçıvan Dövlət Universitetinin  
Elmi Şurasının 06 iyul 2023-cü il tarixli  
10 sayılı qərarı ilə nəşr edilib.*

*Naxçıvan Dövlət Universiteti. "I Beynəlxalq Tibbi Forum"un  
materialları, Naxçıvan, NDU nəşriyyatı, 2024, səh. 266*

© NDU, Naxçıvan Dövlət Universitetinin nəşriyyatı, 2024



*"İnsan sağlamlığı sosial məsələlər arasında ən birinci yerdədir və bu gün Azərbaycanda bu sahədə gözəl nəticələr var"*

*J. Huseynov*



*Dəyərli forum iştirakçıları!*

*Sizləri 18-21 iyun 2022-ci il tarixdə Azərbaycanın ayrılmaz tərkib hissəsi olan və "Şərqi qapısı" adlandırılan Naxçıvan Muxtar Respublikasında keçiriləcək "I Beynəlxalq Tibbi Forum"a dəvət etməkdən şərəf duyuruq.*

*Dünyada tibbi texnologiyanın və müalicə metodlarının sürətlə inkişaf etməsinə baxmayaraq, hələ də təbabətdə həllini gözləyən çoxsaylı problemlər mövcuddur. Bu problemlərin həlli yollarının axtarılması tibb elm adamları və mütəxəssislərini daima düşündürür. Bir çox xəstəliklərin erkən diaqnostikasında və müalicəsində kompleks müalicə metodları ilə yanaşı, laparoskopik, endoskopik və robotik cərrahiyyə metodları yeni texnologiyalar sayəsində daha sürətlə və etibarlı olaraq həyata keçirilə bilər. Bu baxımdan müasir müalicə metodlarının multidisiplinar müzakirəsi olduqca aktualdır.*

*Həyata keçirəcəyimiz forumun tibb elm adamları, ixtisas mütəxəssisləri, həkim-rezidentlər, tibb təhsili alan tələbələr üçün nəzəri və praktik əhəmiyyət daşıyacağı şübhəsizdir. Elmi komitə günümüzdə bilik və təcrübə ehtiyaclarını ödəmək üçün müasir texnologiyaları, müalicə metodlarını, yanaşmaları təhlil etməyi qarşıya məqsəd qoymuşdur. Bunun üçün forumda təbabətin müxtəlif sahələrində aktual olan bir çox problemlərin həlli yolları haqqında tibb alimləri və mütəxəssislər tərəfindən canlı təqdimatlar təşkil olunacaqdır.*

*Naxçıvanın iqliminin və təbiətinin gözəl vaxtında həyata keçirəcəyimiz forumda dəyərli elm adamlarının iştirakı bizim üçün çox əhəmiyyətlidir. Öz elmi-praktik təcrübələrinizi bizimlə paylaşmağınız üçün hamınızı forumda görməkdən məmnun olacağımızı bildirir, gələcək əməkdaşlığımız istiqamətində uğurlar arzu edirik!*

*Təşkilat komitəsi adından hörmət və ehtiramla,*

**Elbrus İSAYEV**

*Naxçıvan Dövlət Universitetinin rektoru*

**Gəray GƏRAYBƏYLİ**

*Azərbaycan Tibb Universitetinin rektoru*

**Müşviq HƏSƏNOV**

*Azərbaycan Endoskopik-Laparoskopik  
Cərrahlar Assosiasiyası İctimai Birliyinin sədri*

## FORUMUN HƏMSƏDRLƏRİ



**Dos. dr. Elbrus İSAYEV**  
*Fatıvan Dövlət Universitetinin rektoru*



**Prof. dr. Gəray GƏRAYBƏYLİ**  
*A5ərbaycan Tibb Universitetinin rektoru*

## SƏDR MÜAVİNLƏRİ



**Dos.dr. Rauf BƏYLƏROV**  
*Azərbaycan Tibb Universitetinin prorektoru*



**Dos.dr. Müşviq HƏSƏNOV**  
*Azərbaycan Endoskopik-Laparoskopik Cərrahlar Assosiasiyası İctimai Birliyinin sədri*




































**Dos.dr. Elsevər ƏSƏDOV**  
*Naxçıvan Dövlət Universitetinin Tibb fakültəsinin dekanı*



**PhD. Aqil AĞAKİŞİYEV**  
*AELCD-nin İnvaziv Endoskopiya bölümünün sədri*





 <p><b>Prof. dr. Əziz ƏLİYEV</b> İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialının rektoru</p>	 <p><b>Prof. dr. Necdet ÜNÜVAR</b> Ankara Universitetinin rektoru</p>	 <p><b>Prof. dr. Musa YILDIZ</b> Gazi Universitetinin rektoru</p>	 <p><b>Prof. dr. Ömer ÇOMAKLI</b> Erzurum Atatürk Universitetinin rektoru</p>	 <p><b>Prof. dr. Canan Aykut BİNGÖL</b> Yeditepe Universitetinin rektoru</p>	 <p><b>Prof. dr. Hamdullah SEVLİ</b> Van Yüziüncü İl Universitetinin rektoru</p>	 <p><b>Prof. dr. Hamdullah CUALCI</b> Qaradəniz Texniki Universitetinin rektoru</p>
 <p><b>Prof. dr. Mehmet Hakkı ALMA</b> İğdır Universitetinin rektoru</p>	 <p><b>Prof. dr. Dilek OĞUZ</b> Türk Gastroenteroloji Derneği Başkanı</p>	 <p><b>Prof. dr. Cavit AVCI</b> Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği onursal başkanı</p>	 <p><b>Prof. dr. Mustafa TAŞKIN</b> Türkiye Obezite Cerrahisi Derneği başkanı</p>	 <p><b>Prof. dr. Qalib QARAYEV</b> Sağlamlıq Assosiasiyasının prezidenti</p>	 <p><b>Ph.D. Rəşad ŞOLAN</b> Böyrək transplantasiyası mütəxəssislər assosiasiyasının sədri</p>	 <p><b>Prof. dr. Erkut ATTAR</b> Pelvik Ağrı &amp; Endometriozis Derneği başkanı</p>
 <p><b>Prof. dr. Ömer ALABAZ</b> Türk Ostomi Cerrahi Derneği başkanı</p>	 <p><b>Ph.D. Yaşgül ABDİYEV</b> "Sağlamlığın Qorunması" İctimai Birliyinin sədri</p>	 <p><b>Dos.dr. Cabbar HƏSƏNOV</b> Azərbaycan İmplantoloji İctimai Birliyinin sədri</p>	 <p><b>Dos.dr. Asiman HƏSƏNOV</b> Bakı Sağlamlıq Mərkəzinin direktoru</p>	 <p><b>Ph.D. Taryel ÖMƏROV</b> Azərbaycan Bariatrik və Metabolik Cərrahlər İctimai Birliyinin sədri</p>	 <p><b>Dos.dr. Gülnarə AĞAYEVA</b> Azərbaycan Qastroenteroloq və Hepatoloqlar İctimai Birliyinin prezidenti</p>	 <p><b>Prof. dr. Yuri STARKOV</b> Rusiya Cərrahlər Cəmiyyəti</p>
 <p><b>Prof. dr. Koray ACARLI</b> Memorial Şişli Xəstəxanası orqan transplantasiyası bölümü başkanı</p>	 <p><b>Dos.dr. Dilqəm MƏHƏRRƏMOV</b> M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi</p>	 <p><b>Prof. dr. Adil Allahverdiyev</b> Elmi-Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutunun direktoru</p>	 <p><b>Prof. dr. Vaqif QƏLƏNDƏR</b> Plastik Cərrahlər Assosiasiyasının sədri</p>	 <p><b>Prof. dr. Koray KARABULUT</b> LİV Hospital</p>	 <p><b>Prof. dr. Çingiz Rəhimov</b> Azərbaycan Ağzı və Üz-çənə Cərrahləri Cəmiyyətinin sədri</p>	 <p><b>Prof. dr. Volkan TUĞÇU</b> İstinqe Universiteti Uroloji anabilim dahl</p>
 <p><b>Dos. dr. Halit Eren TAŞKIN</b> YOUNG İFŞO Prezidenti</p>	 <p><b>Ph.D. Allahverdi Musayev</b> Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutunun direktoru</p>	 <p><b>Ph.D. Azər İSMAYILOV</b> Respublika Klinik Xəstəxanası</p>	 <p><b>Dos. dr. Mismil MURADOV</b> Qazaxıstan Milli Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi</p>	 <p><b>Ph.D. Cəlal SOLATİ</b> Almaniya Nurnberg Beta Bayern Biotech</p>	 <p><b>Prof. dr. Farhad POURFARZI</b> Ərdəbil Universitetinin prorektoru</p>	 <p><b>Prof. dr. Metin ERTEM</b> Türkiye Etik Derneği</p>



**Naxçıvan Dövlət Universitetində 18-21 iyun 2022-ci il tarixlərdə keçirilmiş  
"I Beynəlxalq Tibbi Forum" haqqında**

**MƏLUMAT**

18-21 iyun 2022-ci il tarixlərdə Azərbaycanın qədim və ayrılmaz parçası olan Naxçıvan Muxtar Respublikasının paytaxtı Naxçıvan şəhərində "I Beynəlxalq Tibbi Forum" keçirilmişdir.

"I Beynəlxalq Tibbi Forum" Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən akkreditasiya olunmuş və hər iştirakçıya 24 DTT balı, məruzəçilərə isə 29 DTT balı verilmişdir.

Naxçıvan Dövlət Universiteti, Azərbaycan Tibb Universiteti, Azərbaycan Endoskopik-Laparoskopik Cərrahlar Assosiasiyasının təşkilatçılığı ilə 3 dildə - Azərbaycan, ingilis və rus dillərində keçirilən forum Azərbaycan tarixində böyük həcmdə təşkil olunan ilk tibbi forumdur.

Dünyanın 7 ölkəsindən 350-dən artıq tibb sahəsi üzrə elm adamının qonaq olduğu tədbirdə 700-dən çox məruzəçi iştirak etmişdir.

Tədbirdə Azərbaycan Tibb Universitetinin rektoru, professor Gəray Gəraybəyli, İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialının rektoru, professor Əziz Əliyev, Ərzurum Atatürk Universitetinin rektoru, professor Ömər Çomaklı, Qaradəniz Texniki Universitetinin rektoru, professor Hamdullah Çuvalcı, İstanbul Yedditəpə Universitetinin rektoru, professor Canan Aykut Bingöl, İğdır Universitetinin rektoru, professor Mehmet Hakkı Alma, Ərdəbil Universitetinin prorektoru, professor Farhad Pourfarzi, Qazi Universiteti, Kars Kafkaz Universiteti, İstinye Universiteti, Koç Universiteti, Qaziantep Universiteti, Rusiya Vişnevskiy İnstitutu, Dağıstan Dövlət Tibb Universiteti, Özbəkistanın Daşkənd Tibb Akademiyasının yüksək vəzifəli təmsilçiləri iştirak etmişdir.

Universitetlərlə yanaşı, forumda iştirak üçün müxtəlif tibb müəssisələrinin rəhbər və məsul işçiləri - Respublika Klinik Xəstəxanasının direktoru, tibb üzrə fəlsəfə doktoru Azər İsmayılov, Bakı Sağlamlıq Mərkəzinin direktoru, dosent Asiman Həsənov, Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutunun direktoru, tibb üzrə fəlsəfə doktoru Allahverdi Musayev, Almaata Mərkəzi Xəstəxanasının direktoru, professor Uluqbek Medeubekov, Memorial Şişli Xəstəxanası orqan transplantasiyası bölməsi başkanı, professor Koray Acarlı, Qazaxıstan Milli Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin əməkdaşı, dosent Mismil Muradov, M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin əməkdaşı, dosent Dilqəm Məhərrəmov, Almaniya Nurnberg Beta Bayern Biotech nümayəndəsi, tibb üzrə fəlsəfə doktoru Cəlal Solati, LİV Hospitalın əməkdaşı, professor Koray Karabulut, İstinye Universiteti Urologiya kafedrasının müdiri, professor Volkan Tuğcu və s. Naxçıvanda olmuşdur.

Forumda bir sıra nüfuzlu beynəlxalq dərnək və cəmiyyət sədrləri iştirak etmişdir. Azərbaycan Endoskopik-Laparoskopik Cərrahlar Assosiasiyası İctimai Birliyinin sədri,



dosent Müşviq Həsənov, Türk Gastroenteroloji Dərnəyi sədri, professor Dilek Oğuz, Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cərrahi Dərnəyi fəxri sədri, professor Cavit Avcı, Türkiyə Obezite Cərrahi Dərnəyi sədri, professor Mustafa Taşkın, Türkiyə Pelvik Ağrı və Endometriozis Dərnəyi sədri, professor Erkut Attar, Türk Ostomi Cərrahi Dərnəyi sədri, professor Ömer Alabaz, YOUNG İFSO-nun prezidenti, dosent Halit Eren Taşkın, Sağlamlıq Assosiasiyasının prezidenti, professor Qalib Qarayev, Azərbaycan Qastroenteroloq və Hepatoloqları İctimai Birliyinin prezidenti, dosent Gülnarə Ağayeva, Azərbaycan İmplantoloq İctimai Birliyinin sədri, dosent Cabbar Həsənov, Böyrək Transplantasiyası Mütəxəssislər Assosiasiyasının sədri, tibb üzrə fəlsəfə doktoru Rəşad Şolan, "Sağlamlığın Qorunması" İctimai Birliyinin sədri, tibb üzrə fəlsəfə doktoru Yazgül Abdıyeva, Azərbaycan Bariatrik və Metabolik Cərrahlar İctimai Birliyinin sədri, tibb üzrə fəlsəfə doktoru Taryel Öməröv, Plastik Cərrahlar Assosiasiyasının sədri, professor Vaqif Qələndər, AELCD-nin İnvaziv Endoskopiya bölməsinin sədri tibb üzrə fəlsəfə doktoru Aqil Ağakışiyev və başqaları iştirak etmişdir.

Forum Türkiyədən "Memorial xəstəxanalar qrupu", Naxçıvandan "Nəqşicahan Holding" in baş sponsorluğu və 20-dən artıq tibbi ləvazimat, dərman və qida məhsulları istehsalı və satışı həyata keçirən şirkətlərin ("Evafarm", "Word Medicine", "Natura Med", "Referans", "Caspident", "Remedi", "Herba flora", "Nobel", "İmago", "Darvin Medical", "Berlin Chemie", "Fujifilm", "Mizana", "Acino", "Pro Med CS", "Storz", "İmplantDent Naxçıvan", "Healthis", "Ləzzət", "Badamlı", "Sirab", "Naxtel 4G", "Nati" və b.) sponsorluğu ilə təşkil olunmuşdur. Naxçıvan Dövlət Universiteti tərəfindən forumun keçirilmə yerlərinin hazırlanması, proqram təminatı, qarşılama və yerləşdirmə xidmətləri, texniki təchizat, sinxron tərcümə xidmətləri, yaxa kartları, sertifikatlar, çantalar, nəqliyyat təchizatı, açılış (Qala) və bağlanış günü yeməklərinin təminatı və s. işlər həyata keçirilmişdir.

Forumun keçirilməsi üçün universitetdə bütün qarşılama, qonaqlama, nəqliyyat, texniki, proqram, sinxron tərcümə, media xidməti və s. təminat üçün 90 nəfərdən ibarət işçi qrup yaradılmışdır.

Forumun Azərbaycan və ingilis dillərində yüksək səviyyəli veb saytı yaradılmış (globalmedforum.com), bütün çıxışçı və iştirakçı qeydiyyatı, məqalə və tezislərin qəbulu və s. işlər sayt üzərindən həyata keçirilmişdir. Sayt üzərindən bütün işləri vaxtında həll etmək üçün elektron operator cavab xidməti yaradılmışdır.

Forum üçün Naxçıvana gələn 350-dək iştirakçı Naxçıvan şəhərindəki "Saat Meydanı", "Təbriz", "Duzdağ" otellərində və "Naxçıvan Saray" Kompleksində yerləşdirilmişdir.

Forum çərçivəsində Naxçıvan Muxtar Respublikasının tanıtımı məqsədi ilə qonaqların tarixi və turistik məkanlara (Əshabi-Kəhf, Naxçıvan Qala, Möminə Xatın türbəsi, Xan sarayı, Tarix muzeyi, Duzdağ Fizioterapiya Mərkəzi, Batabat yaylağı, Badamlı zavod, Ağbulaq və s.) səfərləri həyata keçirilmişdir.





Forum çərçivəsində forumun fəxri qonağı İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialının rektoru, professor Əziz Əliyevin iştirakı ilə Naxçıvan Muxtar Respublika Xəstəxanasında xəstələrin müayinələri və əməliyyatları, Azərbaycan Tibb Universitetinin və xaricdən gələn həkim-mütəxəssislərin iştirakı ilə Naxçıvan Muxtar Respublika Xəstəxanası, Diaqnostika Müalicə Mərkəzi, Mərkəzi Uşaq Xəstəxanası, Universitet Xəstəxanası və "İmplant Dent Nakhchivan" Stomatoloji Klinikasında 10-dan çox sahə üzrə: "Endokrinologiya", "Oftalmologiya", "Qastroenterologiya", "Urologiya", "Süni mayalanma", "Ginekologiya", "Pediatriya" "Cərrahi stomatologiya" və b. xəstələrinin konsultativ müayinə və müalicələri həyata keçirilmişdir.

Forum müddətində Naxçıvan Dövlət Universiteti ilə Azərbaycan Tibb Universiteti, İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialı və Qaradəniz Texniki Universiteti arasında ayrı-ayrılıqda ikitərəfli əməkdaşlıq müqavilələrinin imzalanması həyata keçirilmişdir.

Forumun qonaq heyəti 18 iyun 2022-ci il tarixdə, saat 13:00-da ulu öndər Heydər Əliyevin abidəsini ziyarət etmiş və Heydər Əliyev Muzeyi ilə tanış olmuşdur. Forumun açılışından əvvəl sponsor təşkilatlar tərəfindən muxtar respublikaya gətirilmiş tədris və tibbi avadanlıqlardan ibarət "Müasir tibbi texnologiyalar" sərgisi keçirilmişdir. Saat 14:00-da Naxçıvan Dövlət Milli Dram Teatrında forumun açılış tədbiri keçirilmiş, açılış mərasimində forum təşkilatçıların çıxışları, dəvətli qonaqların təbrik çıxışları və konsert proqramı olmuşdur. Konsert proqramı Azərbaycan Respublikasının xalq artistləri Mənsüm İbrahimov, Samir Cəfərov, Azərbaycan Respublikasının əməkdar artisti Nuriyyə Hüseynova və Naxçıvan Dövlət Universiteti Konservatoriyasının təqdimatları olmuşdur.

19 iyun 2022-ci il saat 09:00-19:00, və 20 iyun 2022-ci il saat 09:00-19:00-dək elmi bölmələr üzrə çıxışlar və müzakirələr keçirilmişdir.

Forumun elmi bölmələri aşağıdakı sahələri əhatə etmişdir:

**A salonunda:** Laparoskopik cərrahiyyə kursu, Laparoskopik-kolorektal cərrahiyyə kursu, Endometrioz kursu, Bariatrik metabolik cərrahiyyə, Ümumi cərrahiyyə, Pankreas xəstəlikləri, Plastik estetik və rekonstruktiv cərrahiyyə, Endokrinologiya bölmələri

**B salonunda:** İnvaziv endoskopiya, Hepatologiya, ERXP kursu, Modern tibbi texnologiyalar, Urologiya, Böyrək transplantasiyası, HCC (ağır kliniki hallar), Virus hepatitləri, Qaraciyər transplantasiyası, Qastroenterologiya, Onkologiya bölmələri

**C salonunda:** Oftalmologiya, Pediatriya, Ümumi cərrahiyyə, Ginekologiya, İnfeksiyon xəstəliklər bölmələri

**D salonunda:** Stomatologiya və Tələbə elmi-tədqiqat işləri bölmələri

Forumun bağlanış tədbiri 20 iyul 2022-ci il tarixdə saat 18:00-da keçirilmişdir. Bağlanışda qonaqların muxtar respublika və forum haqqındakı təəssüratları dinlənilmiş, iştirakçı cəmiyyət sədrlərinə, fəxri qonaqlara plaketlər təqdim olunmuş, bölmələr üzrə ən yaxşı təqdimatlara diplom və ya plaketlər verilmişdir.



## TƏŞKİLATÇI QURUMLAR



Naxçıvan Dövlət  
Universiteti



Azərbaycan Tibb  
Universiteti



Azərbaycan Endoskopik-  
Laparoskopik Cərrahlər  
Assosiasiyası İctimai Birliyi

## İŞTİRAKÇI QURUMLAR



Azərbaycan  
Respublikası  
Elm və Təhsil Nazirliyi



Azərbaycan  
Respublikası  
Səhiyyə Nazirliyi



İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət  
Tibb Universitetinin Bakı filiali



Naxçıvan Muxtar Respublikası  
Səhiyyə Nazirliyi



Ankara Universiteti



Qazi Universiteti



Ərzurum Atatürk  
Universiteti



İstanbul Yeditepe  
Universiteti



Qaradəniz Texniki  
Universiteti



Milli Onkologiya  
Mərkəzi



National  
Center of  
Oncology



İğdır Universiteti



Van Yüzüncü Yıl  
Universiteti



İstinye  
Universiteti



Azərbaycan  
Sağlamlığın Qorunması  
İctimai Birliyi



Ulusal Endoskopik  
ve Laparoskopik  
Cerrahi Derneği



Türk Osteomi Cerrahi  
Derneği



Türk Gastroenteroloji  
Derneği



Azərbaycan İmplantoloq  
İctimai Birliyi



Azərbaycan  
Gastroenteroloqlar və  
Hepatoloqlar İctimai Birliyi



Azərbaycan Bariatrik  
Cərrahlər İctimai Birliyi



Azərbaycan Ağız və  
Üz-çənə Cərrahləri  
Cəmiyyəti



Bakı Sağlamlıq Mərkəzi



Türkiyə Pelvik Ağrı  
və Endometriozis  
Derneği



Böyrək  
Transplantasiyası  
Sahəsində  
Mütəxəssislər  
Assosiasiyası



Azərbaycan Plastik  
Cərrahlər Assosiasiyası



Olimp Hospital



Türkiyə Fıtık  
Derneği



Özel  
Şəfa  
Klinika



Cərrahiyyəsi Federasiyası  
Beynəlxalq Obezite



Elmi-Tədqiqat  
Pediatriya  
İnstitutu



Ərdəbil Tibb Elmləri  
Universiteti



Naxçıvan İmplant Dent  
Klinikası



TOSS (TÜRK OBEZİTE  
CERRAHİSİ DERNEĞİ)  
İSTANBUL 2002

**ELMİ KOMİTƏ**

- Prof.dr. **Qalib Qarayev** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Prof.dr. **İsa Abdullayev** – Naxçıvan Dövlət Universiteti  
Prof.dr. **Nuru Bayramov** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Prof.dr. **Fariz Camalov** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Prof.dr. **Çingiz Rəhimov** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Prof.dr. **Elçin Ağayev** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Prof.dr. **Ramiz Poluxov** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Prof.dr. **Südeyf İmamverdiyev** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Prof.dr. **Mələhət Sultanova** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Prof.dr. **İslam Mahalov** – İ.M.Seçenov adına I MDTU-nun Bakı filialı  
Prof.dr. **Məhəmməd Kərimov** – İ.M.Seçenov adına I MDTU-nun Bakı filialı  
Prof.dr. **Novruz Hacıyev** – İ.M.Seçenov adına I MDTU-nun Bakı filialı  
Prof.dr. **Cavid Avcı** – Ulusal ELCD onursal başkanı (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Hakan Yanar** – İstanbul Universiteti (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Levent Avtan** – İstanbul Universiteti (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Erkut Attar** – İstanbul Yeditepe Universiteti (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Ömer Alabaz** – Türk Osteomi Cerrahi Derneği (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Aydın Alper** – Koç Universiteti (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Gökhan Demirayak** – İstanbul Memorial Xəstəxanası (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **İlyas Okur** – Qazi Universiteti (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Yuri Starkov** – Rusiya Cərrahlar Cəmiyyəti (RUSİYA)  
Prof.dr. **Metin Ertem** – Türkiyə Fıtık Derneği (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **İlknur Erenler** – İstanbul Memorial Xəstəxanası (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **İrfan Koruk** – Florence Nightingale Hospital (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Murat Taner Gülşen** – Gaziantep Universiteti (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Ümit Ertaş** – Ərzurum Atatürk Universiteti (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Vaqif Qələndər** – Azərbaycan Plastik Cərrahlar Assosiasiyası  
Prof.dr. **Koray Karabulut** – LİV Hospital (TÜRKİYƏ)  
Prof.dr. **Paşa Musayev Qəlbınur** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Prof.dr. **Adil Allahverdiyev** – Elmi-Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutunun direktoru  
Prof.dr. **Uluqbek Medeubekov** – Almaata Mərkəzi Xəstəxanasının direktoru (QAZAXISTAN)  
Prof.dr. **Koray Acarlı** – İstanbul Memorial Xəstəxanası (TÜRKİYƏ)  
Dos.dr. **Rauf Bəylərov** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Dos.dr. **Elsevər Əsədov** – Naxçıvan Dövlət Universiteti  
Dos.dr. **Sevinc Qarayeva** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Dos.dr. **Cəbi İsmayılov** – Naxçıvan Dövlət Universiteti  
Dos.dr. **Gültəkin Əliyeva** – Naxçıvan Dövlət Universiteti  
Dos.dr. **İlhamə Mustafayeva** – Naxçıvan Dövlət Universiteti



- Dos.dr. **Salih Boğa** – Türk Gastroenteroloji Derneği (TÜRKİYƏ)  
Dos.dr. **Emre Yıldırım** – Türk Gastroenteroloji Derneği (TÜRKİYƏ)  
Dos.dr. **Anzirat Murtuzaliyeva** – Dağıstan Dövlət Tibb Universiteti (RUSİYA)  
Dos.dr. **Mircəlal Kazımi** – Mərkəzi Gömrük Hospitalı  
Dos.dr. **Asiman Həsənov** – Bakı Sağlamlıq Mərkəzi  
Dos.dr. **Mətləb İbrahimov** – Naxçıvan Dövlət Universiteti  
Dos.dr. **Elmar Rzayev** – Naxçıvan Dövlət Universiteti  
Dos.dr. **Önder Tulumbacı** – Bakı Sağlamlıq Mərkəzi  
Dos.dr. **Şəymən Qədimova** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
Dos.dr. **Solmaz İmanova** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
PhD. **Azad Kərimli** – Milli Onkologiya Mərkəzi  
PhD. **Niyazi Əsgərov** – Milli Onkologiya Mərkəzi  
PhD. **Rza Məmmədov** – Naxçıvan Dövlət Universiteti  
PhD. **Sabir Novruzov** – Naxçıvan Dövlət Universiteti  
PhD. **Etibar Bababəyli** – Naxçıvan Dövlət Universiteti  
PhD. **Cəlal Solati** – Almaniya **Nurnberg** Beta Bayern Biotech (ALMANİYA)  
PhD. **Gülnarə Ağayeva** – Qastroenteroloqlar və Hepatoloqlar İctimai Birliyi  
PhD. **Taryel Ömərov** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
PhD. **Tarverdi Rzayev** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
PhD. **Yazgül Abdıyeva** – Sağlamlığın Qorunması İctimai Birliyi  
PhD. **Anar Namazov** – Azərbaycan Tibb Universiteti  
PhD. **Rəşad Şolan** – Böyrək Transplantasiyası Mütəxəssislər Assosiasiyası  
PhD. **Dilqəm Məhərrəmov** – M.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi  
PhD. **Cabbar Həsənov** – Azərbaycan İmplantoloq İctimai Birliyi  
PhD. **Allahverdi Musayev** – Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu  
PhD. **Azər İsmayılov** – Respublika Klinik Xəstəxanası  
PhD. **Rauf Cəfərov** – Naxçıvan Dövlət Universiteti  
Ph.D. **Vüqar Qurbanov** – Respublika Klinik Xəstəxanası  
PhD. **Eslam Moradi** – Ərdəbil Tibb Universiteti (İRAN)  
PhD. **Mohammad Maeiyat** – Təbriz Universiteti (İRAN)  
PhD. **Sizdikkhodjaev Sardar** – Tashkent Medical Academy (ÖZBƏKİSTAN)  
PhD. **Elçin Abdinov** – Azərbaycan Tibb Universiteti





## FORUMUN GÜNDƏLİYİ

Saat	Fəaliyyət növü	İştirakçılar	Cavabdeh şəxs	Keçiriləcəyi yer
<b>17 iyun 2022 (cümə)</b>				
Gün ərzində	Qonaqların hava limanında qarşılınması (qrafik üzrə)	Forum iştirakçıları	Bəhrüz Məmmədov	Naxçıvan Hava Limanı
15:00	Sponsor təşkilatlarla görüş	Sponsorlar	Rauf Cəfərov	Təbriz Otel
17:00	Qonaqların hava limanında qarşılınması (qrafik üzrə)	Forum iştirakçıları	Bəhrüz Məmmədov	Naxçıvan Hava Limanı
19:00-20:00	Qonaqların Naxçıvan Dövlət Universiteti ilə tanışlığı	Forum iştirakçıları	Arzu Abdullayev	NDU kampus
20:00	Şam yeməyi	Forum iştirakçıları	Elşən Məmmədov	Saat meydanı
<b>18 iyun 2022 (şənbə)</b>				
08:00	İstanbul-İğdır aviareysi ilə gələn qonaqların İğdır Hava Limanında qarşılınması	Dərnək sədrləri və çıxışçılar	Bəhrüz Məmmədov	İğdır Hava Limanı
	Ərzurum Atatürk Universiteti və İğdır Universiteti rektorları və heyətlərinin qarşılınması	Atatürk və İğdır Universiteti rektorları və heyətləri	Elbrus İsayev	Naxçıvan Dövlət Universiteti kampusu
08:00	Bakı-Naxçıvan aviareysi ilə gələn qonaqların Naxçıvan Hava Limanında qarşılınması	Dərnək sədrləri və çıxışçılar	Bəhrüz Məmmədov	Naxçıvan Hava Limanı
09:00	Bakı-Naxçıvan aviareysi ilə gələn qonaqların Naxçıvan Hava Limanında qarşılınması	Dərnək sədrləri və çıxışçılar	Bəhrüz Məmmədov	Naxçıvan Hava Limanı
11:00	İstanbul-Naxçıvan aviareysi ilə gələn qonaqların Naxçıvan Hava Limanında qarşılınması	Dərnək sədrləri və çıxışçılar	Bəhrüz Məmmədov	Naxçıvan Hava Limanı
09:00-12:00	Azərbaycan Tibb Universiteti həkim mütəxəssislərinin iştirakı ilə Diaqnostika Müalicə Mərkəzi PHŞ-də xəstələrin müayinə və müalicələri	Azərbaycan Tibb Universitetinin əməkdaşları	Elmar Rzayev, Mətanət Səfərova	Diaqnostika Müalicə Mərkəzi PHŞ
09:00-12:00	İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialının rektoru Ə.Əliyevin Naxçıvan Respublika Xəstəxanası PHŞ-də xəstə müayinələri və əməliyyatları	İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialı	Elmar Rzayev, Arzu Abdullayev	Respublika Xəstəxanası PHŞ
09:00-12:00	Azərbaycanlı və Türkiyəli həkim mütəxəssislərin konsultativ tibbi müayinələri, Naxçıvan Respublika Xəstəxanası PHŞ	Azərbaycanlı və Türkiyəli həkim mütəxəssislər	Elmar Rzayev, Gültəkin Əliyeva	Mərkəzi Xəstəxana PHŞ, Uşaq Xəstəxanası PHŞ, Universitet Xəstəxanası PHŞ, Diaqnostika Müalicə Mərkəzi PHŞ, Doğum Mərkəzi PHŞ
10:00-11:00	Azərbaycan Tibb Universiteti ilə Naxçıvan Dövlət Universiteti arasında əməkdaşlıq müqaviləsinin imzalanması mərasimi	ATU və NDU heyətləri	Şahin Əliyev, İlahə Hüseynova	Naxçıvan Dövlət Universiteti Diplomatika Mərkəzi
12:00-14:00	Sponsorlar tərəfindən təşkil olunan tibbi avadanlıqlar və əczaçılıq şirkətlərinin sərgisi	Sponsorlar	Əşrəf Ələkbərov	Milli Dram Teatrının foyesi





12:00-13:00	Ümummilli Lider Heydər Əliyevin abidəsinin və muzeyinin ziyarəti	Forum iştirakçıları	Rafiq Rəhimov	Heydər Əliyev muzeyi
14:00-16:00	<b>FORUMUN RƏSMİ AÇILIŞI</b>	Forum iştirakçıları		Milli Dram Teatrı
16:00	Rektorların və iştirakçıların otelə dönüşü	Qonaqlar	Bəhrüz Məmmədov	
16:30-17:00	Trabzon Qaradəniz Texniki Universiteti və İstanbul Yeditepe Universiteti rektorlarının Naxçıvan Dövlət Universiteti ilə tanışlığı	KTÜ və İstanbul Yeditepe Universitetinin heyətləri	Şahin Əliyev	Naxçıvan Dövlət Universiteti kampusu
17:00-18:00	KTÜ və İstanbul Yeditepe Universiteti ilə əməkdaşlıq müqaviləsinin imzalanması mərasimi	KTÜ və İstanbul Yeditepe Universitetinin heyətləri	Şahin Əliyev, İlahə Hüseynova	Naxçıvan Dövlət Universiteti Diplomatika Mərkəzi
18:00-20:00	Azərbaycan Tibb Universiteti, İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialı, Trabzon Qaradəniz Texniki Universiteti və İstanbul Yeditepe Universitetinin rektorları və heyətlərinin Naxçıvan səyahəti	ATU, İ.M.Seçenov adına I MDTU Bakı filialı, KTÜ və Yeditepe Universitetinin rektorları və heyətləri	Elbrus İsayev	Duzdağ, Əshabi-kəhf, "Naxçıvan-qala", Möminə Xatın türbəsi
20:00	Qala gecəsi	Konfrans iştirakçıları	İlhamə Mustafayeva	Naxçıvan Palace
<b>19 iyun 2022 (bazar)</b>				
09:00	KTÜ, Atatürk və İğdır Universitetlərinin rektorları və heyətlərinin yola salınması	KTÜ, Atatürk və İğdır Universitetlərinin heyətləri	Elbrus İsayev, Bəhrüz Məmmədov	Saat Meydanı oteli
09:00-12:00	ATU həkim mütəxəssislərinin Naxçıvan Respublika Xəstəxanası PHŞ və Naxçıvan Doğum Mərkəzi PHŞ-də xəstə müayinələri və müalicələri	ATU-nun həkim-cərrahları, akuşer ginekoloqları	Elmar Rzayev, Arzu Abdullayev	Naxçıvan Respublika Xəstəxanası PHŞ, Naxçıvan Doğum Mərkəzi PHŞ
09:00-11:00	II günün I bölmələri	Forum iştirakçıları	Elsevər Əsədov, Elmar Rzayev	NDU
10:00-13:00	Naxçıvana səyahət turu - I	Forum zalından, Bölmələrdə iştirak etməyənlər	Əşrəf Ələkbərov	Duzdağ, Əshabi-kəhf, "Naxçıvan-qala", Möminə Xatın türbəsi
I	Çay-kofe fasiləsi	Forum iştirakçıları	İlhamə Mustafayeva	NDU
11:00-12:00	İ.M.Seçenov adına I MDTU-nun Bakı filialı ilə NDU arasında əməkdaşlıq	İ.M.Seçenov adına I MDTU-nun Bakı filialının və NDU-	Şahin Əliyev, İlahə Hüseynova	NDU Diplomatika Mərkəzi



	müqaviləsinin imzalanması	nun heyətləri		
11:00-13:00	II günün II bölmələri	Forum iştirakçıları	Elsevər Əsədov, Elmar Rzayev	NDU
13:00-14:00	Nahar yeməyi	Forum iştirakçıları	İlhamə Mustafayeva	Naxçıvan palace
14:00	ATU və İ.M.Seçenov adına I MDTU-nun Bakı filialının rektorlarının Naxçıvan Hava Limanından yola salınması	ATU və İ.M.Seçenov adına I MDTU Bakı filialının heyətləri	Bəhrüz Məmmədov	Naxçıvan Hava Limanı
15:00-18:00	Naxçıvana səyahət turu - II	Forumun iştirakçıları	Əsrəf Ələkbərov	Duzdağ, Əshabi-kəhf, "Naxçıvan-qala", Möminə Xatın türbəsi
14:00-16:00	II günün III bölmələri	Forum iştirakçıları	Elsevər Əsədov, Elmar Rzayev	Naxçıvan Dövlət Universiteti
II	Çay-kofe fasiləsi	Forum iştirakçıları	İlhamə Mustafayeva	Naxçıvan Dövlət Universiteti
16:00-18:00	II günün IV bölmələri	Forum iştirakçıları	Elsevər Əsədov, Elmar Rzayev	Naxçıvan Dövlət Universiteti
20:00	Şam yeməyi	Forum iştirakçıları	İlhamə Mustafayeva	Duzdağ restoran
<b>20 iyun 2022 (Bazar ertəsi)</b>				
09:00-12:00	ATU-nun həkim mütəxəssislərinin Naxçıvan Respublika Xəstəxanası PHŞ-də xəstə müayinələri və müalicələri	ATU-nun "Göz xəstəlikləri" kafedrasının əməkdaşları	Elmar Rzayev, Arzu Abdullayev	Naxçıvan Respublika Xəstəxanası PHŞ
10:00-13:00	Naxçıvana səyahət turu - III	Forumun iştirakçıları	Əsrəf Ələkbərov	Duzdağ, Əshabi-kəhf, "Naxçıvan-qala", Möminə Xatın türbəsi
09:00-11:00	III günün I bölmələri	Forum iştirakçıları	Elsevər Əsədov, Elmar Rzayev	Naxçıvan Dövlət Universiteti
I	Çay-kofe fasiləsi	Forum iştirakçıları	İlhamə Mustafayeva	Naxçıvan Dövlət Universiteti
11:00-13:00	III günün II bölmələri	Forum iştirakçıları	Elsevər Əsədov, Elmar Rzayev	Naxçıvan Dövlət Universiteti
13:00-14:00	Nahar yeməyi (Naxçıvan palace)	Forum iştirakçıları	İlhamə Mustafayeva	Naxçıvan Dövlət Universiteti
10:00-13:00	Naxçıvana səyahət turu - IV	Forum iştirakçıları	Əsrəf Ələkbərov	Duzdağ, Əshabi-kəhf, "Naxçıvan-qala", Möminə Xatın Türbəsi



14:00-16:00	III günün III bölmələri	Forum iştirakçıları	Elsevər Əsədov, Elmar Rzayev	Naxçıvan Dövlət Universiteti
II	Çay-kofe fasiləsi	Forum iştirakçıları	İlhamə Mustafayeva	Naxçıvan Dövlət Universiteti
16:00-18:00	III günün IV bölmələri	Forum iştirakçıları	Elsevər Əsədov, Elmar Rzayev	Naxçıvan Dövlət Universiteti
20:00	Bağlanış tədbiri	Forum iştirakçıları	İlhamə Mustafayeva	Duzdağ restoran
Gün ərzində	Forum iştirakçılarının Naxçıvan Hava Limanından yola salınması	Forum iştirakçıları	Bəhruz Məmmədov	Naxçıvan Hava Limanı
<b>21 iyun 2022 (Çərşənbə axşamı)</b>				
10:00	Naxçıvan-İstanbul aviareysi ilə gedəcək forum iştirakçılarının Hava Limanından yola salınması	Forum iştirakçıları	Bəhruz Məmmədov	Naxçıvan Hava Limanı
10:00-12:00	Atatürk Universitetinin həkim heyəti ilə NDU xəstəxanası heyəti arasında əməkdaşlıq görüşü	NDU və Atatürk Universiteti heyətləri	Elmar Rzayev	Universitet xəstəxanası PHŞ
13:00-14:00	Nahar yeməyi	NDU və Atatürk Universiteti heyətləri	Elmar Rzayev	Görüş kafesi
Gün ərzində	Naxçıvan-Bakı aviareysi ilə gedəcək forum iştirakçılarının Naxçıvan Hava Limanından yola salınması	Forum iştirakçıları	Bəhruz Məmmədov	Naxçıvan Hava Limanı



# FOTOQALEREYA



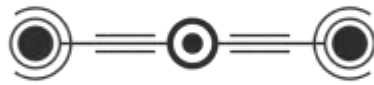




# AÇILIŞ MƏRASİMİ

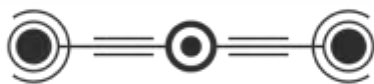










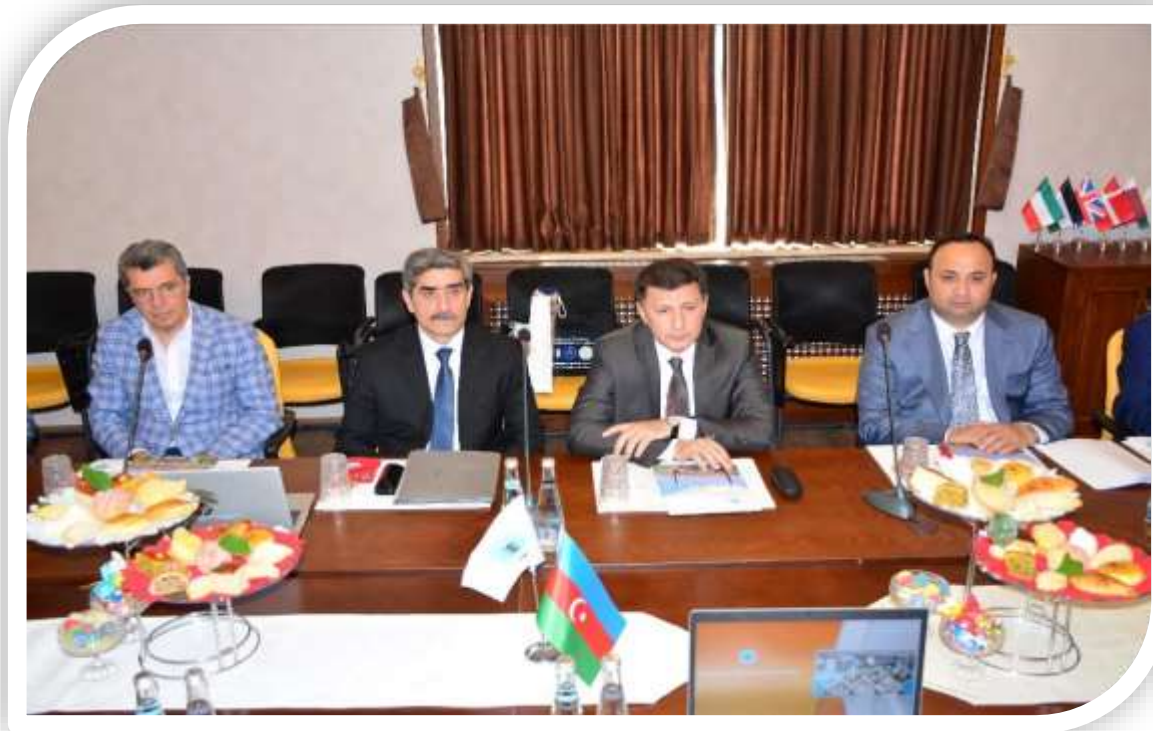




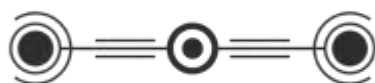


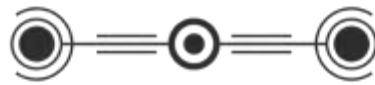


# ƏMƏKDAŞLIQ GÖRÜŞLƏRİ

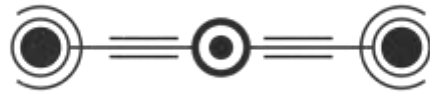


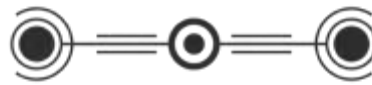




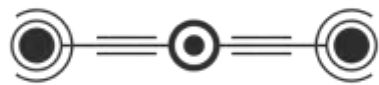




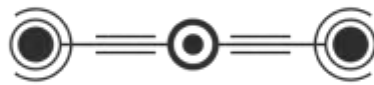


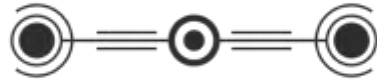






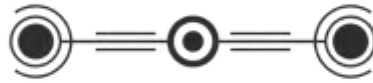








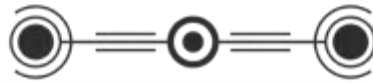






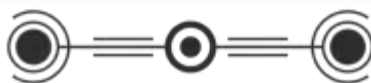


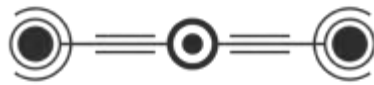
# NAXÇIVAN TURU



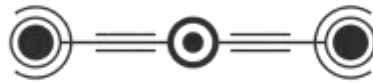






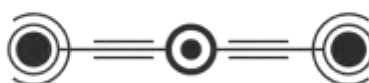




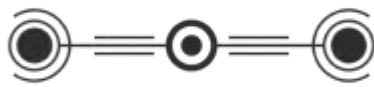






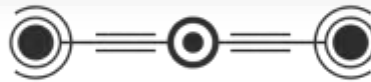




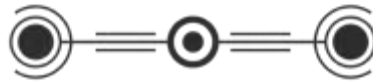




# KONFRANSLAR

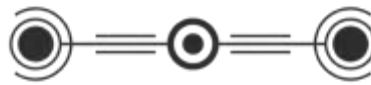


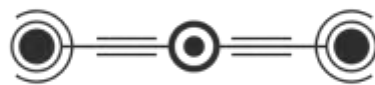




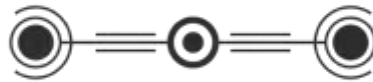






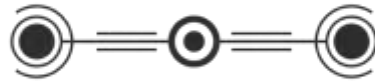










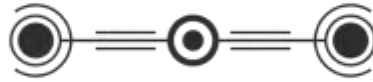






# BAĞLANIŞ MƏRASİMİ











## FORUMUN AÇILIŞ TƏDBİRİNİN PROQRAMI

### AÇILIŞ NİTOİ

<b>Elbrus İSAYEV</b>	Naxçıvan Dövlət Universitetinin rektoru
<b>Gəray GƏRAYBƏYLİ</b>	Azərbaycan Tibb Universitetinin rektoru
<b>Müşviq HƏSƏNOV</b>	Azərbaycan Endoskopik-Laparoskopik Cərrahlar Assosiasiyası İctimai Birliyinin sədri

### TƏBRİK ÇIXIŞLARI

<b>Əziz ƏLİYEV</b>	İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialının rektoru
<b>Cavid AVCI</b>	Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği onursal başkanı
<b>Canan Aykut BİNGÖL</b>	Yeditepe Universitetinin rektoru
<b>Ömer ÇOMAKLI</b>	Atatürk Universitetinin rektoru
<b>Hamdullah ÇUVALCI</b>	Qaradəniz Texniki Universitetinin rektoru
<b>Mehmet Hakkı ALMA</b>	İğdır Universitetinin rektoru



## FORUMUN AÇILIŞ TƏDBİRİNİN ÇIXIŞLARI

**Elbrus İSAYEV**

**Naxçıvan Dövlət Universitetinin rektoru**

18 -21 iyun 2022-ci il tarixlərdə Azərbaycanımızın qədim və ayrılmaz parçası olan Naxçıvan Muxtar Respublikasının paytaxtı Naxçıvan şəhərində birinci Beynəlxalq Tibb Forumu keçirilir. Bununla əlaqədar olaraq Naxçıvan Muxtar Respublikası Ali Məclis Sədri tərəfindən 10 iyun 2022-ci il tarixdə imzalanan müvafiq Sərəncama əsasən forumun Naxçıvan şəhərində keçirilməsi və Təşkilat komitəsinin yaradılması nəzərdə tutulub.

Azərbaycan tibb tarixinin ilk böyük forumunun Naxçıvan Muxtar Respublikasında keçirilməsi uzun illər ərzində bu bölgədə qurulan müasir səhiyyə infrastrukturu və tibbi təhsilin keçdiyi dinamik inkişaf yolunun uğurlu yekunu kimi yüksək əhəmiyyətə malikdir. Səhiyyənin inkişafının, cəmiyyətin sağlam ictimai mühitinin formalaşmasında rolu böyükdür.

Təməli ulu öndər Heydər Əliyev tərəfindən qoyulmuş milli səhiyyə sistemi hər şeydən əvvəl səhiyyədə ənənəviliklə müasirliyin üzvi vəhdətinin təmin olunması, eləcə də Azərbaycan səhiyyəsinin dünya standartlarına uyğunlaşdırılması prinsiplərinə əsaslanır. Hazırda Azərbaycan Respublikasının Prezidenti cənab İlham Əliyev tərəfindən səhiyyənin və xüsusilə də ali tibb təhsilinin inkişafına xüsusi əhəmiyyət verilməsi, diqqət göstərilməsi, yüksək ixtisaslı kadrların hazırlanmasına mühüm yer verilməsi sayəsində böyük uğurlar qazanılmaqdadır. Bu müddətdə Naxçıvan Dövlət Universitetində də ardıcıl və hərtərəfli dövlət qayğısı sayəsində təhsil və elmi tədqiqat işlərinin səviyyəsinin daha da yüksəldilməsi, əlaqələrin genişləndirilməsi, maddi texniki bazanın əsaslı şəkildə möhkəmləndirilməsi və yenidən qurulması istiqamətində çoxşaxəli tədbirlər həyata keçirilib. Naxçıvan Muxtar Respublikasında böyük inkişaf mərhələsi kimi səciyyələnən bu dövr universitet həyatı üçün də əlamətdar olub.

Naxçıvan Dövlət Universitetində beynəlxalq fəaliyyətin tənzimlənməsi və inkişafı üzrə siyasi xəttin fəlsəfəsi, Azərbaycan təhsilini uğurlu nəticələr qazanmış ölkələrin təhsil təcrübələri ilə zənginləşdirməkdən ibarətdir. Təhsildə qloballaşma və beynəlmilləşmə faktorlarının mühüm əhəmiyyət kəsb etdiyi bir dövrdə dünya ölkələrinin ali məktəbləri ilə əlaqələrin qurulması və əməkdaşlığın yüksələn xətlə inkişafının prioritet istiqamət kimi təyin edilməsinin məntiqi yekunu olaraq Naxçıvan Dövlət Universitetinin dünyanın ən yaxşı universitetləri sıralarında, Times Higher Education dünya reytingi siyahıda yer almasına gətirib çıxarıb. Azərbaycan Respublikasının ən dəyərli, qabaqcıl ali məktəblərindən biri kimi səciyyələndirilən şərəfli inkişaf yolu keçən muxtar respublikanın əsas elm və təhsil mərkəzlərindən olan Naxçıvan Dövlət Universiteti ölkəmizin ali məktəbləri sistemində yüksək nüfuzu, hərtərəfli inkişafı, yüksək ixtisaslı kadrların hazırlanması sahəsindəki fəaliyyəti ilə diqqəti cəlb edir. Universitetdə inkişaf etmiş ali tibb təhsil müəssisələri üçün xarakterik olan bütün struktur bölmələr yaradılıb, ilk dəfə olaraq burada müxtəlif yeniliklər tətbiq edilib və onların səmərəli fəaliyyəti təmin edilib.

Ötən illər ərzində universitetdə klinik xəstəxana istifadəyə verilməklə yanaşı, muxtar respublikanın səhiyyə müəssisələrində də tədrisin təşkili üçün şərait yaradılıb. 25 tələbə ilə fəaliyyətə başlayan Naxçıvan Dövlət Universitetinin Tibb fakültəsində hazırda səkkiz ixtisas üzrə 1284 tələbə təhsil alır ki, onlardan da 847-i xarici ölkələrin vətəndaşlarıdır. Universitet yarandığı dövrdə fakültədə yalnız Pediatriya ixtisası üzrə həkim hazırlanırdısa, bu gün Tibbi profilaktika, Müalicə işi, Əczaçılıq, Stomatologiya, 2020-ci ildən Tibb və İctimai səhiyyə, 2021-ci ildən isə Hərbi tibb və Psixologiya ixtisasları üzrə həkim, eləcə də 32 ixtisas



üzrə rezident hazırlığı həyata keçirilir. Ötən dövrdə fakültəni bitirmiş tələbələrdən bu gün səhiyyə müəssisələrində çalışanlar, ürək və digər cərrahi əməliyyatları uğurla həyata keçirənlər, həmçinin dünyanın bir çox ölkələrində də həkim kimi fəaliyyət göstərən məzunlarımız var. Naxçıvan səhiyyəsinin inkişafı tarixində xüsusi yerə malik olan universitet öz fəaliyyətində təhsili, elmi və tibbi daim üzvi şəkildə birləşdirmiş, ötən illər ərzində təbabətin ən müxtəlif sahələri üçün yüksək bilikli kadrların yetişməsində, həmçinin mötəbər elmi mərkəz kimi fundamental tədqiqatların aparılmasında əhəmiyyətli rol oynamışdır. Naxçıvan Dövlət Universitetində beynəlxalq əməkdaşlıq əlaqələrinin davamlı genişləndirilməsi və tibb təhsilinin müasir standartlara uyğunlaşdırılması istiqamətində ardıcıl həyata keçirilən siyasət bəhrələrini verməkdədir.

Hörmətli forum iştirakçıları! Naxçıvan Dövlət Universiteti, Azərbaycan Tibb Universiteti, Azərbaycan Endoskopik-Laparoskopik Cərrahlar Cəmiyyətinin təşkilatçılığı ilə keçirilən forum Azərbaycan tarixində böyük həcmdə təşkil olunan ilk tibbi tədbirdir. Dünyanın yeddi ölkəsindən 350-dən artıq elm adamının qatıldığı forumda 700 çox iştirakçı təmsil olunur. Tədbirdə Özbəkistan, Almaniya, Rusiyadan, Qazaxıstan, Türkiyə, eləcə də ölkəmizin çoxsaylı universitet rektorları, elm adamları, alimlər, bir sıra nüfuzlu beynəlxalq dərnək və cəmiyyət sədrləri iştirak edir. Forumda 20-dən artıq tibbi ləvazimat, dərman və qida məhsulları istehsalı və satışı həyata keçirən şirkətlər qatılıb. Forum çərçivəsində İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Universitetinin Bakı filialının rektoru, tibb elmləri doktoru, professor Əziz Əliyevin iştirakı ilə Naxçıvan Respublika Xəstəxanasında və digər muxtar respublikamızın ixtisaslaşmış xəstəxanalarında konsultativ müayinə, əməliyyatlar və müalicə proseduraları həyata keçirilib. Forum müddətində Naxçıvan Dövlət Universiteti ilə Azərbaycan Tibb Universiteti, Seçenov adına I Moskva Dövlət Universitetinin Bakı filiali və Qara Dəniz Texniki Universiteti ilə ayrı ayrılıqda ikitərəfli əməkdaşlıq müqavilələrinin imzalanması həyata keçiriləcək. Forumda sponsor təşkilatları tərəfindən muxtar respublikaya gətirilmiş tədris və tibbi avadanlıqlardan ibarət müasir tibbi texnologiyalar sərgisi açılıb. Bölmələrdə tibb sahəsinin müxtəlif mövzularına dair çıxışlar və məruzələr dinlənəcək. İnanırıq ki, forumda dünya təcrübəsindən səmərəli surətdə faydalanmaqla problemlərin həllinə yönəlmiş birgə səylər yüksək elmi-praktik əhəmiyyətə malik olmaqla yanaşı, azərbaycanlı tibb mütəxəssislərin, eləcə də tibb fakültəmizin professor-müəllim heyətinin xarici həmkarları ilə birlikdə əməkdaşlıq əlaqələri daha da möhkəmlənəcək. Aktual mövzularda fikir mübadilələri və faydalı tərəfdaşlıq üçün yeni imkanlar yaradılacaqdır.

Naxçıvan Dövlət Universiteti dünya miqyaslı foruma ev sahibliyi edir. Bu məqsədlə müxtəlif ölkələrdən Naxçıvana gəlmiş həkimləri və foruma qatılan bütün iştirakçıları salamlayır, I Beynəlxalq Tibb Forumun işinə müvəffəqiyyətlər azrulayırıq. Mötəbər tədbirin keçirilməsinə göstərdiyi yüksək diqqət və qayğıya görə forumun bütün iştirakçıları adından Ölkə Prezidenti cənab İlham Əliyevə dərin minnətdarlığımızı bildiririk!





**Gəray GƏRAYBƏYLİ**  
**Azərbaycan Tibb Universitetinin rektoru**

Hörmətli Forum iştirakçıları!

I Beynəlxalq Tibb Forumun 3 əsas xüsusiyyətlərini qeyd etmək istərdim. Ali Baş Komandan, cənab Prezidentimizin rəhbərliyi altında rəşadətli ordumuz 44 günlük Vətən müharibəsi zamanı 30 ilə yaxın vaxtda düşmən tapdağı altında olan torpağımızı azad edib və bu tarixi zəfər nəticəsində biz bu gün qalib xalqın nümayəndələri kimi foruma qatılmışıq. Bu şanlı qələbəni, bu fəxarət hissini, bizlərə yaşadan şəhidlərimizə rəhmət diləyib, qazilərimizə can sağlığı arzulayırıq!

Hazırkı forumun ikinci xüsusiyyəti onun iştirakçılarının unikal tərkibidir. Bugünkü tədbirimizdə dövlət orqanlarının nümayəndələri, səhiyyə müəssisələrinin rəhbərləri, universitetlərin professor-müəllim heyəti, həkimlər və əczaçılıq şirkətlərinin nümayəndələri iştirak edirlər. Nəhayət, forumun üçüncü xüsusiyyəti ondadır ki, Azərbaycan tibb tarixində ilk dəfə olaraq keçirilən I Beynəlxalq Tibb Forum Ulu Öndər Heydər Əliyevin vətəninə, qədim Naxçıvan torpağında baş verir.

Bir əsrə yaxın yaşı olan Azərbaycan Tibb Universitetinin inkişafında texniki bazanın qurulmasında, yüksək ixtisaslı elmi, pedaqoji kadrların hazırlanmasında ümummilli lider Heydər Əliyevin rolu danılmazdır. Azərbaycan Tibb Universitetindən tədris korpusların, tədris, stomatoloji klinikasının, yataqxanalarının, idman kompleksinin yaradılması dahi rəhbər Heydər Əliyevin qayğısı sayəsində baş tutub. Məhz Ulu Öndərin təşəbbüsü ilə Azərbaycan Tibb Universitetində Hərbi Tibb fakültəsi yaradılıb. Biz bu addımın nə dərəcədə müdrik və önəmli olduğunu Vətən müharibəsi dövründə şahidi olduq.

Bütün sahələrdə olduğu kimi, təhsildə də ulu öndər Heydər Əliyevin siyasətini ölkə başçımız cənab İlham Əliyev uğurla davam etdirir. Cənab Prezidentimiz İlham Əliyev, eləcə də Birinci vitse-prezident Mehriban xanım Əliyeva qısa müddət ərzində üç dəfə Azərbaycan Tibb Universitetində olublar. Məhz onların qayğısı ilə universitetimizin Tədris Terapevtik, Tədris Cərrahiyyə, Onkoloji Klinikaları qısa müddətdə tikilərək istifadəyə verilib. Dövlət qayğısı sayəsində Azərbaycan Tibb Universitetində kafedra və bölmələrin müasir avadanlıqla təchiz edilməsi ali tibb təhsilinə ölkə rəhbərliyinin böyük qayğısının bariz nümunəsi olub.

Hazırda Azərbaycan Tibb Universiteti ölkəmizin qabaqcıl tədris müəssisələrindən biri, ən iri elm və tibb ocağıdır. Universitetimiz dünyanın 20 ölkəsindən 80-ə yaxın elm və təhsil qurumları ilə hərtərəfli əməkdaşlıq edir. Böyük məmnuniyyətlə qeyd etmək istərdim ki, Azərbaycan Tibb Universiteti və Naxçıvan Dövlət Universiteti arasında bu gün əməkdaşlıq memorandumu imzalanıb. Bundan sonra ümid edirəm ki, əlaqələrimiz daha da sıx və hərtərəfli olacaqdır.

Hörmətli tədbir iştirakçıları! Bugünkü Beynəlxalq Forum ölkəmizin ən böyük tibb ictimaiyyətini ilk dəfə olaraq bir araya gətirəcək. Forumun işində həmçinin qardaş Türkiyədən nüfuzlu universitet rektorları, tibbi dərəcələrin rəhbərləri iştirak edir. Eyni zamanda, Özbəkistan, Almaniya, Rusiya, Qazaxıstan və Türkiyədən çoxsaylı elm adamları, alimlər bugünkü toplantımıza qatılıblar. Düşünürəm ki, forum iştirakçılarının və mövzuların müxtəlifliyi təbabətin aktual problemlərinin həlli yolunda yüksək şəkildə müzakirələrin aparmasına imkan verəcəkdir.



**Müşviq HƏSƏNOV**  
**Azərbaycan Endoskopik-Laparoskopik Cərrahlar**  
**Assosiasiyası İctimai Birliyinin sədri**

Qalib xalqın qalib vətəndaşı olaraq hər birinizi salamlamaqdan qürur duyuram!

Bugünkü forumda Azərbaycan Tibb Universitetinin, Naxçıvan Dövlət Universitetinin, eləcə də ölkəmizin və xarici ölkələrin bir sıra universitetləri, dərnek və cəmiyyətləri ilə yanaşı, Azərbaycan Endoskopik Laparoskopik Cərrahlar Cəmiyyətinin də yer alması bizləri çox sevindirir. Forumun Naxçıvan şəhərində keçirilməsində məqsəd azərbaycanın alimləri və həkim mütəxəssisləri ilə yanaşı, qardaş Türkiyə, Özbəkistan, Qazaxıstan, İran, Rusiya və Almaniyadan olan elm adamları ilə birgə fikir mübadiləsinə şərait yaratmaq, bir çox ciddi xəstəliklərin müalicəsinin həlli yollarını müştərək müzakirə etməkdir.

Forumun proqramına nəzər saldıqda çox zəngin olduğu görünür. Çox ciddi xəstəlikləri əhatə edən panellər, onların müzakirəsində həkim mütəxəssislərlə yanaşı, patofizioloqlar, histoloqlar, diaqnostiklər, reanimatoloqların yer alması xüsusilə əhəmiyyətlidir. Onu da qeyd edim ki, bugünkü forumda gələcəkdə alim olmaq arzusunda olan Azərbaycan Tibb Universitetinin, İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialının və Naxçıvan Dövlət Universitetinin tələbələri də iştirak edir. Eyni zamanda, bildirmək istəyirəm ki, Azərbaycan Tibb Universitetində xüsusi bir layihə işlənir. Belə ki, orta məktəb və liseylərinin həkim arzusunda olan yuxarı sinif şagirdləri elmi işə cəlb olunur. Bu gün Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyinin həyata keçirdiyi Sabahın alimləri müsabiqəsində birinci yerə çıxmış, Amerika Birləşmiş Ştatlarında medal qazanmış, gələcəyin həkimi olmaq istəyən bir orta məktəb tələbəsi də bugünkü tədbirdə iştirak edirlər. İnanırıq ki, bu forum çox yüksək səviyyədə öz işini davam etdirəcək və böyük uğurlarla sonlanacaqdır.

**Əziz ƏLİYEV****İ.M.Seçenov adına Moskva Dövlət Tibb Universitetinin  
Bakı filialının rektoru**

Səhiyyə sisteminin islahatları ölkəmizin iqtisadi və sosial infrastrukturunun inkişafının qlobal strateji proqramının tərkib hissəsidir. Səhiyyə sisteminin müasirləşdirilməsi ümummilli lider Heydər Əliyev tərəfindən başlanmış, onun təşəbbüsü ilə Azərbaycanın bütün bölgələrində tibb müəssisələri, xəstəxanalar tikilib istifadəyə verilmişdir. Həmçinin Heydər Əliyev milli tibbi kadrların hazırlanmasına böyük önəm verirdi. Onun təşəbbüsü ilə həkimlərin respublika hüdudlarından kənarında, Avropada, Amerikada, Rusiyada, Türkiyədə hazırlanması üzrə dövlət proqramı işlənib hazırlanıb.

Ümummilli liderin siyasətini Azərbaycan Respublikasının Prezidenti İlham Əliyev uğurla davam etdirir. Onun təşəbbüsü və dəstəyi ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin Terapevtik və Cərayə klinikaları tikilib, Əziz Əliyev adına Azərbaycan Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun binası əsaslı təmir edilib. Milli Onkologiya Mərkəzi və Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi yenidən qurulub, yeni korpuslar tikilib və ən müasir avadanlıqla təchiz edilib. Bütün respublika üzrə xəstəxanalar və klinikaların maddi texniki bazası genişləndirilib və ya yeni xəstəxanalar yadılıb.

Azərbaycanda tibbi təhsilin təkmilləşdirilməsi üçün dünyanın nüfuzlu təhsil mərkəzləri ilə əlaqələrin genişləndirilməsi məqsədilə Azərbaycan Respublikasının Prezidenti İlham Əliyevin və Azərbaycan Respublikasının Birinci vitse-prezidenti, Seçenov Universitetinin məzunu, fəxri professoru Mehriban xanım Əliyevanın təşəbbüsü ilə 2015-ci ildə İ.M.Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin Bakı filialı yaradılıb. Universitetdə tədris Seçenov Universitetinin aparıcı professor və müəllimləri tərəfindən iki istiqamət üzrə aparılır. Müalicə işi ixtisası üzrə təhsil müddəti altı il, "Əczaçılıq sənayesi" ixtisası üzrə magistratura təhsil müddəti iki ildir. Universiteti bitirdikdən sonra Seçenov adına I Moskva Dövlət Tibb Universitetinin diplomu verilir və həmin diplom Azərbaycanda avtomatik nostrifikasiya olunur. Hazırda filialda müalicə işi ixtisası üzrə 727 tələbə, "Əczaçılıq sənayesi" ixtisası üzrə 21 magistrat təhsil alır. 2021-ci ildə Seçenov Universitetinin Bakı filialının Müalicə işi ixtisası üzrə ilk buraxılışı olub. Bu il isə "Əczaçılıq sənayesi" ixtisası üzrə magistratların ilk buraxılışı olacaq. 2021-ci ildə Bakı filialının rezidentura səviyyəsində 20 yerə ilk qəbul həyata keçirilib. 2022-ci ildə 20 ixtisas üzrə 40 yerə qəbul planlaşdırılır.

Filialın klinik bazası olan Bakı Sağlamlıq Mərkəzində ən müasir avadanlıqlarla təchiz edilmiş Təlim-Simulyasiya Mərkəzi yaradılmışdır. Mərkəzdə tələbələrə və həkimlərə simulyasiya təlimi metodlarından istifadə etməklə, klinik və komandada işləmək bacarıqları və fəvqəladə hallarda tibbi yardımın göstərilməsi öyrədilir. Mərkəzin müəllimləri, simulyasiya hazırlığı sahəsində xüsusi təlim keçmiş Azərbaycan və Rusiyanın aparıcı klinikalarının praktiki həkimləridir. 2021-ci ildə Seçenov Universitetinin Bakı filialının Simulyasiya Mərkəzinin ilk məzunları akkreditasiya prosedurunun uğurla keçiblər. Məzunların klinik və praktik bacarıqlarının səviyyəsi beş imtahan stansiyası vasitəsilə Rusiya Federasiyası Səhiyyə Nazirliyinin mütəxəssisləri tərəfindən qiymətləndirilib. Bu il isə bizim tələbələr Azərbaycan Tibb Universitetinin tələbələri ilə birgə akkreditasiyadan keçirlər.

Filial fəaliyyət göstərdiyi yeddi il ərzində bütün layihələrdə və cari işlərində Birinci vitse-prezident Mehriban xanım Əliyevanın daim dəstəyini və diqqətini hiss edir.

I Beynəlxalq Tibb Forum bizim həkimlərimiz üçün önəmli rol oynayacaq, onların müasir müalicə protokolları ilə tanış olmağa və həmkarları ilə təcrübə mübadiləsi aparmağa imkan verəcək.



**Cavid AVCI****Beynəlxalq Endoskopik-Laparoskopik Cərrahi Dərnəyinin Fəxri Sədri**

I Beynəlxalq Tibbi Forum hər birimizi həyəcanlandırdı. Azərbaycanla 20 ildir öz sahəmdə çox səmərəli əlaqələrimiz var. Elmi fəaliyyətlərdə daim qarşılıqlı münasibətlərimiz mövcuddur. Azərbaycan Tibb Universiteti və Azərbaycan Endoskopik-Laparoskopik Cərrahlar Assosiasiyası İctimai Birliyi ilə onlayn və real görüşlərimiz davamlı xarakter alıb. İndi isə yeni bir pəncərə açılır. Bundan sonra Naxçıvanla eyni zamanda Naxçıvan Dövlət Universiteti ilə də əlaqələrimiz yarandı və biz bu sahədə işlər görməyə hazırıq.



**Canan Aykut BİNGÖL**  
**Yeditəpə Universitetinin rektoru (Türkiyə)**

Bu gün Naxçıvanda çox önəmli bir tədbirdə, I Beynəlxalq Tibb Forumda görüşürük. Burda olmaqda çox xoşbəxtəm və dəvətiniz üçün təşəkkür edirəm. Pandemiya dönməndə tibb sahəsində araşdırmaların və bilgi paylaşımının təhsildə nə qədər önəmli olduğunun şahidi olduq. Çox dəyərli müəllimlərimiz onlayn formada dərs keçdilər, pandemiya ilə mübarizə apardıq və təhsilin texnologiyada tətbiqini daha da genişləndirdik.

Mən Azərbaycan və Türkiyə universitetlərinin birgə əməkdaşlıq çərçivəsində tələbələrin daha da yaxşı təhsil alacaqlarını düşünürəm. Əməkdaşlığımız bundan sonra da səmərəli şəkildə inkişaf edəcək. Bu kimi uğurlu tədbirlərin davam etməsini arzulayıram və bütün iştirakçılara uğurlar diləyirəm.



**Prof.dr. Hamdullah ÇUVALCI**  
**Qaradəniz Texnik Universitetinin rektoru (Türkiyə)**

Heydər Əliyevin doğulduğu bu gözəl türk torpağında olmaqdan son dərəcə qürur duyuram. Rəhbərlik etdiyim ali təhsil ocağı Türkiyənin ən qədim universitetlərindən biri olmaqla texniki sahədə kadr hazırlığı həyata keçirilən universitetlər sırasındadır. 30 minə yaxın tələbə sayı ilə Türkiyənin ən önəmli universitetləri sırasında olan Qaradəniz Texnik Universiteti Türkiyədə İstanbuldan sonra mühəndislik sahəsində təhsilin verildiyi ilk universitetlərdəndir. Texniki sahədə çalışmaları daha da artıracaq və tibb sahəsində avadanlıqların istehsalına başlanacaqdır. Bu baxımdan tibbi forumun təşkilini yüksək qiymətləndiririk.

Forum çərçivəsində Naxçıvan Dövlət Universiteti ilə əlaqələrimizi möhkəmləndirərək birgə əməkdaşlıq sahəsində işlər aparılacaq.





## FORUMUN ELMİ BÖLMƏLƏRİNİN PROQRAMI

<p>19 iyun 2022 Saat 09:00-11:00 <b>A SALONU</b></p>	<p>19 iyun 2022 Saat 09:00-11:10 <b>B SALONU</b></p>
<p><b>LAPAROSKOPIK CƏRRAHIYYƏ KURSU</b></p>	<p><b>İNVAZİV ENDOSKOPIYA</b></p>
<p><b>I.Güvənli xolisistotektomiya</b></p>	
<p><b>MODERATORLAR:</b></p>	<p><b>MODERATORLAR:</b></p>
<p>Prof.dr. Cavit Avcı Prof.dr. Ömer Alabaz Dos.dr. Müşviq Həsənov</p>	<p>Prof.dr. Dilek Oğuz Dr. Aqıl Ağakışiyev</p>
<p><b>09:00-09:20</b> Prof.dr. Koray Karabulut</p>	<p><b>09:00-09:20</b> Doç. Dr. Salih Boğa <i>Refrakter GERX xəstələrində yeni endoskopik müalicələr</i></p>
<p><i>Güvənli xolisistotektomiya nədir? Necə icra edilir?</i></p>	<p><b>09:20-09:40</b> Doç. Dr. A. Emre Yıldırım <i>Obezite və QERX- Bariatrik cərrahiyyə sonrası QERX menecmenti</i></p>
<p><b>09:20-09:35</b> Prof.dr. Koray Karabulut <i>Çətin vəziyyətlərin həlli yolları</i></p>	<p><b>09:40-10:00</b> Dr. İlker Şen <i>20 mm.den küçük poliplerin yönetiminde hangi teknik? (Cold snare polipektomiya? EMR?)</i></p>
<p><b>09:35-09:55</b> Prof.dr. Aydın Alper <i>Öd yolları yaralanmalarında erkən və gec vaxtlarda müdaxilələr</i></p>	<p><b>10:00-10:20</b> Dr. Gürhan Şişman <i>20 mm.den büyük poliplerde hangi polipektomi tekniği? (EMR, Hibrid ESD ve ESD?)</i></p>
<p><b>09:55-10:05</b> Prof.dr. Aydın Alper <i>Mövzu ətrafında müzakirələr</i></p>	



CƏRRAHİYYƏ - I	UŞAQ CƏRRAHİYYƏSİ
<p><b><u>MODERATORLAR:</u></b></p> <p><b>Ted. Rauf Bəylərov</b>  <b>Prof.dr. Məhəmməd Kərimov</b>  <b>PhD. Niyazi Əsgərov</b></p>	<p><b><u>MODERATORLAR:</u></b></p> <p><b>Prof.dr. Ramiz Poluxov</b>  <b>PhD. Azər İsmayılov</b>  <b>Prof.dr. İsa Abdullayev</b></p>
<p><b><u>10:10-10:30 Prof.dr. Əziz Əliyev</u></b>  <i>Baş-boyun şişlərində proqnostik amillər</i></p> <p><b><u>10:30-10:45 Prof.dr. Yuri Starkov</u></b>  <i>Эндоскопическая хирургия в третьем пространстве: от «золотых стандартов» до технологий будущего</i></p> <p><b><u>10:45-11:00 Azər İsmayılov</u></b>  <i>Minimal invaziv cərrahiyyə</i></p>	<p><b><u>10:25-10:40 Prof.dr. Ramiz Poluxov</u></b>  <i>Uşaqlarda Hirşprung xəstəliyinin cərrahi müalicəsinə müasir yanaşma</i></p> <p><b><u>10:40-10:55 PhD. Mahmud İsmayılov</u></b>  <i>Uşaqlarda yoğun bağırsağın iltihabi xəstəliklərinin ağırlaşmalarında cərrahi taktika</i></p> <p><b><u>10:55-11:10 Dos.dr. Vüqar Məhəmmədov</u></b>  <i>Uşaqlarda xoledok sistlərinin müalicəsində təcrübələrimiz</i></p>
<p><b>11:00-11:20 ÇAY-KOFE FASİLƏSİ</b></p>	<p><b>11:10-11:30 ÇAY-KOFE FASİLƏSİ</b></p>

<p>19 iyun 2022 Saat 11:20-13:20</p> <p><b>A SALONU</b></p>	<p>19 iyun 2022 Saat 11:30-13:20</p> <p><b>B SALONU</b></p>
<p><b>LAPAROSKOPIK KOLOREKTAL CƏRRAHIYYƏ KURSU</b></p>	<p><b>HEPATOLOGIYA</b></p>
<p><b>MODERATORLAR:</b>  <b>Prof.dr. Levent Avtan</b>  <b>Prof.dr. Metin Ertem</b>  <b>Prof.dr. Yuri Starkov</b></p>	<p><b>MODERATORLAR:</b>  <b>PhD. MD. Gülnarə Ağayeva</b>  <b>Dr. Aqil Ağakışiyev</b>  <b>Dr. Ülvi Maçanov</b>  <b>Dr. Habil Hüseynov</b></p>
<p><b>11:20-11:35 Prof.dr. Hakan Yanar</b> <i>Rektum kanserində laparoskopik TME tekniyi</i></p> <p><b>11:35-11:50 Prof.dr. Ömer Alabaz</b> <i>Rektal prolapsusda tecrübelerimiz</i></p> <p><b>11:50-12:05 Prof.dr. Metin Ertem</b> <i>Ağırlaşmış kolon divertikuluna laparoskopik müdaxilələr</i></p> <p><b>12:05-12:20 Prof Dr İlknur Erenler</b> <i>Robotik total mesorektal eksizyon</i></p> <p><b>12:20-12:35 Prof.dr. Elçin Ağayev,</b> <b>Dos.dr. Muşviq Həsənov</b> <i>Kolo-rektal anastomozlarda tikiş tutmazlığının profilaktikası</i></p> <p><b>12:35-12:50 Prof.dr. Koray Karabulut</b> <i>Kolo-rektal kanserin qaraciyər metastazlarında güncel cerraahi tedavi</i></p> <p><b>12:50-13:05 Dr. Həcər Ağakışiyeva</b> <i>Rektum xərçənglərində EUS-un effektivliyi</i></p> <p><b>13:05-13:20 Dos.dr. Solmaz İmanova</b> <i>Düz bağırsağın sallanmalarında perineal yanaşma</i></p> <p><b>13:20-13:30 Dr. Aynur Səfiyeva</b> <i>Kolorektal poliplərin bədləşməsində xərçəng kök hüceyrələrinin əhəmiyyəti varmı?</i></p>	<p><b>11:30-11:50 PhD, MD. Gülnarə Ağayeva</b> <i>Qeyri-alkol qaraciyər yağlanması</i></p> <p><b>11:50-12:05 Dr.Rəqsanə Cəlilova</b> <i>Qaraciyər dərman zədələnmələri</i></p> <p><b>12:05-12:20 Uzm.dr. Cavanşir Vahabov</b> <i>Kəskin alkol hepatiti</i></p> <p><b>12:20-12:35 Dr.Sevda Ağayeva</b> <i>Qaraciyər sirrozlu xəstələrdə mədə-bağırsaq sistemindəki dəyişikliklər</i></p> <p><b>12:35-12:50 Dr.Aytən Nəbiyeva</b> <i>Assitli xəstənin menecmenti</i></p> <p><b>12:50-13:05 Dr.Telman Aytayev</b> <i>Uşaqlarda xroniki qaraciyər çatışmazlığı</i></p> <p><b>13:05-13:20 Elmar Rzayev</b> <i>Qaraciyər xəstəliklərində elastoqrafiya müayinəsinin klinik tətbiqinin üstünlükləri</i></p>
<p>13:30-14:20 NAHAR FASİLƏSİ</p>	<p>13:20-14:20 NAHAR FASİLƏSİ</p>





 <p>19 iyun 2022 Saat 14:20-16:20 <b>A SALONU</b></p>	 <p>19 iyun 2022 Saat 14:30-16:20 <b>B SALONU</b></p>
<p><b>GİNEKOLOGİYA</b> <b>I oturum <u>Endometrioz kursu</u></b></p>	<p><b>ERXP KURSU</b></p>
<p><b><u>MODERATORLAR:</u></b> Prof.dr. Erkut Attar Prof.dr. Cəmilə Qurbanova Prof.dr. İslam Mahalov Ph.dr. Önder Tulumbacı</p>	<p><b><u>MODERATORLAR:</u></b> Prof. Dr. İrfan Koruk Prof.dr. Mübariz Əliyev Dos.dr. Asiman Həsənov Ph.dr. Kamil Hacıyev</p>
<p><b><u>14:20-14:35</u> Prof. Erkut Attar</b> <i>Endometriozla ümumi baxış</i></p>	<p><b><u>14:30-14:45</u> Prof. Dr. İrfan Koruk</b> <i>Anatomiyası dəyişmiş xəstələrdə ERXP</i></p>
<p><b><u>14:35-14:50</u> Ph.dr. Önder Tulumbacı</b> <i>Endometriozlu xəstələrin ekstrakorporal mayalanmaya hazırlanması</i></p>	<p><b><u>14:45-15:00</u> Doç.dr. Tarverdi Rzayev</b> <i>ERXP sonrası ağırlaşmalar</i></p>
<p><b><u>14:50-15:05</u> Prof.dr. İslam Mahalov</b> <i>Endometriomalar: cərrahiyyə, medikamentoz, müalicə və ya YRt</i></p>	<p><b><u>15:00-15:15</u> Dr. Aqil Ağakışiyev</b> <i>Uğurlu ERXP</i></p>
<p><b><u>15:05-15:20</u> Dos.dr. Müşviq Həsənov</b> <b>Dos.dr. Sevinc Qarayeva</b> <i>Ekstrapelvik endometrioz: klinika, diaqnostika və müalicəsi</i></p>	<p><b><u>15:15-15:30</u> Dr. Rəfail Həsənov</b> <i>Öd yolu darlıqlarında ERXP</i></p>
<p><b><u>15:20-15:35</u> Dos.dr. Şəymən Qədimova</b> <i>Genital endometriozun klinik xüsusiyyətləri və müalicəsinə müasir yanaşma</i></p>	<p><b><u>MODERN TİBBİ TEXNOLOGİYALAR</u></b> <b><u>MODERATOR:</u></b> Doç.Dr. Taylan Sezer Dr. Aqil Ağakışiyev PhD.dr. Elgün Səmədov</p>
<p><b><u>15:35-15:50</u> Shaxzoda Rakhmonova (Özbəkistan)</b> <i>Modern diagnostic methods of endometriosis</i></p>	<p><b><u>15:35-15:50</u> Dr.Aqil Ağakışiyev</b> <i>Lumendi EIP - lumen içi cərrahi platform</i></p>
<p><b><u>15:50-16:05</u> Kəmalə Bəbirova</b> <i>Autoimmun tiroidit və uşaqlığın endometriozu</i></p>	<p><b><u>15:50-16:05</u> Dos.Dr. Taylan Sezer</b> <i>PIPAC (Pressurized IntraPeritoneal Aerosol Chemotherapy)</i></p>
<p><b><u>16:05-16:20</u> Dos.dr. Səfa Bağırova</b> <i>Endometrioz qadın sonsuzluğunun səbəbi kimi</i></p>	<p><b><u>16:05-16:20</u> PhD. Elgün Səmədov</b> <i>HIPEC (Hipertermik İntraperitoneal Kemoterapi)</i></p>
	
<p>16:20-16:40 <b>ÇAY-KOFE FASİLƏSİ</b></p>	<p>16:20-16:40 <b>ÇAY-KOFE FASİLƏSİ</b></p>



**19 iyun 2022 Saat 16:45-19:30**  
**A SALONU**

**BARIATRİK METABOLİK CƏRRAHIYYƏ**

**MODERATORLAR:**

Prof.dr. Mustafa Taşkın  
Prof.dr. Levent Avtan  
PhD. Taryel Ömərov  
PhD. Elçin Abdinov

**16:45-17:00** Dos.dr. Sərdar Əliyev, Mehriban Səfərəliyeva, Xədicə Məmmədova  
*Müxtəlif mənşəli hormonal piylənmənin patogenezi*

**17:00-17:15** Ph.dr. Aysən Xəlilova  
*Piylənməyə endokrinoloqun gözü ilə baxış*

**17:15-17:30** Prof.dr. Taryel Ömərov  
*Aşırı piylənmənin müalicəsində müxtəlif növ bariatrik metabolik cərrahi əməliyyatların nəticələrinin müqayisəli xarakteristikası*

**17:30-17:45** Prof.dr. Levent Avtan  
*Sleeve Gastrectomy əməliyyatı sonrası necə effektiv nəticələr əldə etmək olar?*

**17:45-18:00** Dos.dr. Eren Taşkın / YOUNG İFSO prezidenti  
*Sleeve Gastrectomy sonrası GERX profilaktikasının cərrahi korreksiyası*

**18:00-18:15** Ph.dr. Elçin Abdinov  
*Morbid piylənməsi olan pasientlərdə similtan əməliyyatlar*

**18:15-18:30** Ph.dr. Dilqəm Məhərrəmov  
*Postbariatrik xəstələrdə plastik cərrahi əməliyyatlara yanaşmalar "Composite mesh" tətbiqinin toxuma stabilliyi və funksionallığında rolu*

**19 iyun 2022 Saat 16:45-19:00**  
**B SALONU**

**UROLOGİYA. BÖYRƏK TRANSPLANTASIYASI**

**MODERATORLAR:**

Prof.dr. Koray Acarlı  
Prof.dr. Akif Bağırov  
PhD Rəşad Şolan  
PhD Fuad Quliyev

**16:45-17:00** PhD. Rəşad Şolan  
*Böyrək transplantasiyası 2022. Cərrahi məhdudiyətlər varmı?*

**17:00-17:15** Prof.dr. Volkan Tuğçu, PhD. Anar Məmmədov  
*Robotik böyrək transplantasiyası*

**17:15-17:30** PhD. Nərgiz Baxşəliyeva  
*Böyrək transplantasiyasından sonra nefroloji nəzarət*

**17:30-17:45** PhD. Aynur Hüseynzadə  
*Ağır formalı sidik saxlamalıqlı olan qadınlarda modifikasiya edilmiş Sling əməliyyatının nəticələri və perspektivləri*

**17:45-18:00** PhD. Dos.dr. Rauf Nağıyev, Dos.dr. Elçin Əfəndiyev  
*Sidik axarının yuxarı və orta hissəsində yerləşən iriölçülü daşların laparoskopik müalicəsi*

**18:00-18:15** PhD. Fariz Cəbiyev  
*Böyrək daşı müalicəsinə müasir yanaşma üsulları*

**18:15-18:30** PhD. Emil Muxtarov  
*Müasir urologiyada minimal invaziv texnikaların rolu və Azərbaycanda tətbiqi*



<p><b><u>18:30-18:45</u></b> Dos.dr. <b>İsrail Məhərrəmbəyli</b> <i>Bariatrik əməliyyat olunmuş xəstələrin intensiv terapiya şöbəsində aparılma xüsusiyyətləri</i></p> <p><b><u>18:45-19:00</u></b> Uzm. <b>Əfsanə Bayfamova</b> <i>Bariatrik cərrahiyyədən sonra B12 vitamini və dəmir çatışmazlığının profilaktika və müalicəsi</i></p> <p><b><u>19:00-19:15</u></b> Dr. <b>Emil Hidayətli</b> <i>Post bariatrik dövrdə dietoloji təyinatın əsaslandırılması</i></p> <p><b><u>19:15-19:30</u></b> Uzm.dr. <b>Elşad Rzayev</b> <i>2-ci tip şəkərli diabetin müalicəsində metabolik cərrahiyyə və medikal metodların qarşılaşdırması</i></p>	<p><b><u>18:30-18:45</u></b> PhD. <b>Niyaməddin Əliyev</b> <i>Androloji aspektlər və kişilərdə reproduktiv sağlamlıq</i></p> <p><b><u>18:45-19:00</u></b> PhD. <b>Qardaşxan Məmmədov</b> <i>Uşaqlarda böyrək daşı xəstəliyi: metabolitik dəyərləndirmə və konservativ müalicə</i></p> <p><b><u>19:00-19:15</u></b> Dos.dr. <b>Rafiq Hüseynzadə</b> <i>Sidik daşı xəstəliyinin epidemioloji və coğrafi xüsusiyyətləri</i></p> <p><b><u>19:15-19:30</u></b> Prof.Dr. <b>Gürkan Öztürk</b> <i>Böbrek transplantasyonunda arter anastomoz teknikləri və nakli deneyimimiz</i></p>
<p><b>20:00 ŞAM YEMƏYİ</b></p>	<p><b>20:00 ŞAM YEMƏYİ</b></p>





<p><b>20 iyun 2022</b> Saat 09:00-11:15 <b>A SALONU</b></p>	<p><b>20 iyun 2022</b> Saat 09:00-11:35 <b>B SALONU</b></p>
<p><b>CƏRRAHIYYƏ - III</b></p>	<p><b>VİRUS HEPATİTLƏRİ</b></p>
<p><b>MODERATORLAR:</b>  Prof.dr. Qalib Qarayev Prof.dr. Fəriz Camalov Prof.dr. Novruz Hacıyev PhD. Anar Namazov</p>	<p><b>MODERATORLAR:</b>  Prof.dr. Murat Taner Gülşen Ph.dr. Gülnarə Ağayeva Uzm.dr. Cavanşir Vahabov</p>
<p><b>09:00-09:15</b> Prof.dr. Məhəmməd Kərimov <i>Varrikoz xəstəliyinin müasir müalicə strategiyası: terminal ablasiyadan qeyri-terminal ablasiyaya doğru</i></p> <p><b>09:15-09:30</b> PhD. Niyazi Əsgərov, PhD. Azad Kərimli <i>Maqistral damarların rezeksiyası ilə peritonarxası törəmələrin çıxarılması</i></p> <p><b>09:30-09:45</b> Prof.dr. Mələhət Sultanova <i>Abdominal travmalar radioloqun gözü ilə</i></p> <p><b>09:45-10:00</b> Prof.dr. Fəriz Camalov <i>Qida borusu əməliyyatları: bizim təcrübəmiz</i></p> <p><b>10:00-10:15</b> Prof.dr. İsa Abdullayev <i>Həmişəcavan peritonitin köhnə problemlərinə müasir baxışlar</i></p> <p><b>10:15-10:30</b> Prof.dr. Mehmet Akif Türkoğlu <i>Portal Ven rezeksiyonu</i></p> <p><b>10:30-10:35</b> Prof.dr. Qalib Qarayev, Dos.dr. Müşviq Həsənov, Prof.dr. Elçin Ağayev, Dos.dr. Asiman Həsənov <i>Yoğun bağırsaq anastomozlarının tutarsızlığının profilaktikasında PPR effektivliyi (eksperimental araşdırma)</i></p> <p><b>10:35-10:50</b> Ph.dr. Kamil Hacıyev <i>Trauma mənşəli splenektomiya olunmuş xəstələrdə qanda sitokin profilinin öyrənilməsi</i></p> <p><b>10:50-11:05</b> PhD. Zaur Xəlilov <i>Reflü cərrahiyyəsi</i></p>	<p><b>09:00-09:15</b> PhD. Gülnarə Ağayeva <i>Xroniki B+D hepatitlərin müasir diaqnostika və müalicəsi</i></p> <p><b>09:15-09:25</b> Dr.Səltənət Əfəndiyeva <i>Xronik Hepatit C. Müasir diaqnostika və müalicəsi</i></p> <p><b>09:25-09:35</b> Dr.Rövşən İbişov <i>Hepatit E virusu</i></p> <p><b>09:35-09:45</b> Uzm.dr.Taha Ataevi <i>Virus hepatitlərinin epidemiologiyası</i></p> <p><b>09:45-09:55</b> Prof.dr. Yaşar Tuna <i>Virus hepatitli xəstələrdə qaraciyər köçürülməsinin icra olunması taktikası</i></p> <p><b>09:55-10:05</b> Dr.Sevda Ağayeva <i>Azərbaycanda talassemiya xəstələrində Okkult B hepatitin yayılması</i></p> <p><b>10:05-10:15</b> Prof.dr. Əlihüseyn Hidayətov, Dr. Elmarə Nağıyeva <i>Proqram hemodilaizi alan xəstələrdə Okkult Hepatit B virus infeksiyalarının aşkarlanma tezliyi</i></p> <p><b>HCC (AĞIR KLİNİKİ HALLAR)</b></p> <p><b>MODERATORLAR:</b>  Spiker moderator: Uzm.dr. Altay Əliyev Prof.dr. Yuri Starkov PhD.dr. Niyazi Əsgərov PhD.dr. Gülnarə Ağayeva</p> <p><b>10:20-10:35</b> PhD. Hicran Xıdırova <i>Viruslu hepatitlərdə HCC-nin epidemiologiyası</i></p>



<p><b>11:05-11:20 Dr. Nərgiz Əhmədova</b> <i>Применение инновационной технологии «Plasma Exeresis» в коррекции рубцов</i></p>	<p><b>10:35-10:50 Dos.dr. Müşfiq Orucov</b> <i>Hepatosellulyar karsinomanın patoloji və molekulyar xüsusiyyətləri</i></p> <p><b>10:50-11:05 Uzm.dr. Ağakişi Yəhyayev</b> <i>Hepatosellulyar karsinomada invaziv radiologiyanın rolu</i></p> <p><b>11:05-11:20 PhD. Niyazi Əsgərov</b> <i>Cərrahi əməliyyatlara göstərişlər</i></p> <p><b>11:20-11:35 Uzm.dr. Altay Əliyev</b> <i>Hepatoselülar xərçəngdə sistemik müalicə</i></p>
<p><b>11:20-11:40 ÇAY-KOFE FASİLƏSİ</b></p>	<p><b>11:35-11:50 ÇAY-KOFE FASİLƏSİ</b></p>



<p><b>1 BEYNƏLXALQ TİBBİ FORUM</b> 16-17 İyun 2022 Nağcivan, Azərbaycan</p> <p><b>20 iyun 2022</b> Saat 11:40-13:20</p> <p><b>A SALONU</b></p> <p><b>PANKREAS XƏSTƏLİKLƏRİ</b></p> <p><b>MODERATORLAR:</b></p> <p>Prof.dr. Dilek Oğuz Prof.dr. İrfan Koruk</p> <p><b>11:40-11:55</b> Prof.dr. Dilek Oğuz <i>Xroniki pankreatitlərin endoskopik müalicəsi</i></p> <p><b>11:55-12:05</b> Ülvi Maçanov <i>Kəskin pankreatit</i></p> <p><b>12:05-12:20</b> Uzm.dr.Fuad Mustafayev <i>Xronik pankreatit</i></p> <p><b>12:20-12:35</b> Habil Hüseynov <i>Autoimmin pankreatit</i></p> <p><b>12:35-12:50</b> Elvin Əliyev <i>Pankreas xəstəliklərində EUS</i></p> <p><b>12:50-13:05</b> PhD. Niyazi Əsgərov, Dos.dr. Müşviq Həsənov <i>Magistral damarların rezeksiyası ilə pankreatoduodenal rezeksiya</i></p> <p><b>13:05-13:20</b> PhD. Elgün Səmədov <i>Mədəaltı vəzi törəmələrində Laparoskopik pankreatikoduodenektomiyanın etibarlılığı</i></p> 	<p><b>1 BEYNƏLXALQ TİBBİ FORUM</b> 16-17 İyun 2022 Nağcivan, Azərbaycan</p> <p><b>20 iyun 2022</b> Saat 11:50-13:35</p> <p><b>B SALONU</b></p> <p><b>QARACİYƏR TRANSPLANTASIYASI</b></p> <p><b>MODERATORLAR:</b></p> <p>Prof. Dr. Nuru Bayramov Prof.dr. Koray Acarlı Phd. Dr. Mircəlal Kazımi</p> <p><b>11:50-12:05</b> Prof.dr. Koray Acarlı <i>Memorial Şişli Xəstəxanası qaraciyər köçürülməsi təcrübələrimiz: öyrəndiklərimiz və nəticələr</i></p> <p><b>12:05-12:20</b> Prof. Dr. Nuru Bayramov <i>Qaraciyər transplantasiyasında və HPB cərrahiyyəsində ERAS proqramı: nələr tövsiyə edilir, nələrdən imtina edilir?</i></p> <p><b>12:20-12:35</b> Phd. Dr. Mircələl Kazımi <i>Qaraciyər transplantasiya təcrübəmiz</i></p> <p><b>12:35-12:50</b> Uzm. Dr. Cavid Əhmədov <i>Qaraciyər transplantına gedən yol: İnvaziv radiologiyanın rolu</i></p> <p><b>12:50-13:05</b> Prof.dr. Murat Taner Gülşen <i>Karaciğər nakli sonrası keç dönmə KCFT bozuklukları</i></p> <p><b>13:05-13:15</b> Dr.Kamran Beydullayev <i>Kim qaraciyər donoru ola bilər?</i></p> <p><b>13:15-13:25</b> Dr.Elnur Fərəcov <i>Hepatorenal sindrom</i></p> <p><b>13:25-13:35</b> Dr.Nazlı Qasımova <i>Qaraciyər sirrozu ağırlaşmaları</i></p> 
<p><b>13:20-14:20 NAHAR FASİLƏSİ</b></p>	<p><b>13:35-14:30 NAHAR FASİLƏSİ</b></p>



**20 iyun 2022 Saat 14:20-16:00**

**A SALONU**

**PLASTİK ESTETİK VƏ REKANSTRUKTİV CƏRRAHİYYƏ**

**MODERATORLAR:**

Prof.dr. Vaqif Qələndər  
Prof.dr. Mismil Muradov  
Ph.dr. Dilqəm Məhərrəmov

**14:20-14:35 Prof.dr. Vaqif Qələndər**  
*Yumşaq toxuma defektlərinin bərpasının estetik funksional aspektləri*

**14:35-14:50 Prof.dr. Mismil Muradov**  
*Реконструктивная микрохирургия кисти*

**14:50-15:00 Uzm.dr. Tale Qasımov**  
*rəkkəb yumşaq toxuma defektlərinin bərpasında cərrahi yanaşmalarımız*

**15:00-15:10 Dr. Cəmilə Hüseynova**  
*Revizion genital estetik əməliyyatlarda təcübəmiz və hudoplastikanın əhəmiyyəti*

**15:10-15:20 Dr. Nərgiz Əhmədova**  
*Особенности и преимущества радиочастотной липосакции в коррекции контуров тела*

**15:20-15:30 Uzm.dr. Məhəmməd Qafarov**  
*Üzdeki önəmli ünitelerin funksiyanal ve estetik rekonstruksiyası*

**15:30-15:40 Uzm. Dr. Araz Salmanov**  
*Traumatik nazal deformasiyanın bərpası*

**15:40-15:50 Uzm. Dr. Elvin Əliyev**  
*Son 5 ildəki abdomenoplastika əməliyyatlarımızdakı nəticələrimiz: ağırlaşmalar və müalicə yolları*

**15:50-16:00 Uzm. Dr. Mahir Əliyev**  
*Qəlpə yaralanması, bomba partlaması nəticəsində sağ içəri-bayır topuğun genişlənməsi, boru şəkilli defektinin sərbəst VRAM flebinin yeni Azərbaycan flebi modifikasiyası ilə rekonstruksiyası*

**16:00-16:20 ÇAY-KOFE FASİLƏSİ**

**20 iyun 2022 Saat 14:30-16:15**

**B SALONU**

**QASTROENTEROLOGİYA**

**MODERATORLAR:**

Prof.dr. Dilek Oğuz  
Prof.dr. Mübariz Əliyev  
Dos.dr. Muşviq Orucov  
PhD. Kamil Hacıyev

**14:30-14:45 Dr. Gövhər İmanlı**  
*Qastroezofageal reflüks xəstələrində reflüksün növü və 24-saatlıq impedans pH-metriya göstəricilərinin endoskopik ezofagit dərəcələri ilə qarşılıqlı əlaqəsi*

**14:45-15:00 Dr. Nigar Həsənova**  
*Barret ezofaqusu. Klinik çalışma*

**15:00-15:15 Dr. Həcər Ağakışiyeva**  
*Qastrik intestinal metaplaziya*

**15:15-15:30 Dr. Rəyalə Mehdizadə**  
*Atrofik gastrit*

**15:30-15:45 Dr. Nicat Tağıyev**  
*Çölyak xəstəliyi*

**15:45-16:00 Dr. Müqabil Şixəliyev**  
*Patohistoloq gözü ilə üst GİS xəstəliklərinin dəyərləndirilməsi*

**16:00-16:15 Dr. Elgün Səmədov**  
*Qastrektomiya zamanı indosianin yaşıl istifadəsi*

**16:15-16:30 ÇAY-KOFE FASİLƏSİ**





<p>20 iyun 2022 Saat 16:20-17:50</p>	<p>20 iyun 2022 Saat 16:30-18:00</p>
<p><b>A SALONU</b></p>	<p><b>B SALONU</b></p>
<p><b>ENDOKRİNOLOGİYA</b></p>	<p><b>ONKOLOGİYA</b></p>
<p><b>MODERATORLAR:</b>          Dos.dr. Sərdar Əliyev          Dr. Samir Şükürov          PhD. Nərgiz Əliyeva          Dr. Mətanət Səfərova</p>	<p><b>MODERATORLAR:</b>          Prof.dr. Metin Ertem          Dos.dr. Nəsimi Qasımov          PhD. Azad Kərimli          Dos.dr.Cümşüd Cümşüdo</p>
<p><b>16:20-16:30</b> PhD. Anzirat Murtuzaliyeva  <i>SG-dan Sadi-S-ə qədər</i></p> <p><b>16:30-16:40</b> PhD. Abbas Abbasi (İRAN)  <i>Metabolitik sindrom</i></p> <p><b>16:40-16:50</b> Dr. Samir Şükürov  <i>Prolaktinomaya görə kabırqolinlə müalicə olunanlarda metabolik sindromun dinamika</i></p> <p><b>16:50-17:00</b> Dr. Gülay Məmmədova  <i>Dünyada və Azərbaycanda diabetin hazırkı vəziyyəti</i></p> <p><b>17:00-17:10</b> Uzm. dr. Xeyyam Eyvazov  <i>Nonalkolik qaraciyər yağlanması və şəkərli diabet</i></p> <p><b>17:10-17:20</b> Nərgiz Əliyeva  <i>Hamilələrdə autoimmun tiroidə yanaşma</i></p> <p><b>17:20-17:30</b> Mətanət Səfərova  <i>Endokrinologiyada laborator testlər</i></p> <p><b>17:30-17:40</b> Azər Hübətov  <i>Xoşxassəli tiroid düyünlərində lazer oblasiyası</i></p> <p><b>17:40-17:50</b> Kəmalə Bəbirova  <i>Autoimmun tiroidit və uşaqlığın endometriozu</i></p>	<p><b>16:30-16:40</b> Ph.dr. Rasim Babayev  <i>Hipofizin törəmələri zamanı endoskopik müalicə üsulunun effektivliyi</i></p> <p><b>16:40-16:50</b> Prof.dr. İbrahim Aliosmanoğlu  <i>HCC xəstələrində qaraciyər transplantasiyasına göstərişlər</i></p> <p><b>16:50-17:00</b> Səpərçəmaqomed Maqomedov  <i>Видеоэндоскопический доступ в хирургическом лечении рака пищевода и желудка</i></p> <p><b>17:00-17:10</b> Ph.dr. Elçin Mansurov  <i>Oliqometastatik süd vəzi xərçənginin diaqnostikası və müalicə taktikası</i></p> <p><b>17:10-17:20</b> PhD. Ceyhun İsayev  <i>Süd vəzi xərçəngində cərrahi müalicə seçimləri. Güncəl yaxınlaşma</i></p> <p><b>17:20-17:30</b> Sardar Sizdikkhodjaev  <i>Результаты лечение астроцитарных опухолях мозжечка у детей</i></p> <p><b>17:30-17:40</b> PhD.Əkbər İbrahimov  <i>Uşaqlıq cismi xərçəngində metastazın atipik lokalizasiyaları</i></p> <p><b>17:40-17:50</b> Dr. Cavid Qəribov  <i>Süd vəzinin bədxassəli şişlərində mastektomiyadan sonrakı defektin ayaqcıqlı fleplərlə rekonstruksiyası</i></p> <p><b>17:50-17:55</b> Axmedov Suxrob  <i>Кистозные новообразование головного мозга супратенториального расположение диагностика лечение</i></p> <p><b>17:55-18:00</b> Dos.dr. Tamara Quliyeva  <i>Süd vəzi xərçəngi zamanı orqanqoruyucu əməliyyatlar və sentinel limfa düyünlərinin biopsiyası</i></p>
<p>18:00-20:00 FORUMUN BAĞLANIŞI</p>	<p>18:00-20:00 FORUMUN BAĞLANIŞI</p>
<p>20:00 BAĞLANIŞ YEMƏYİ</p>	





**19 iyun 2022 Saat 09:00-10:45**

**C SALONU  
OFTALMOLOGİYA**

**MODERATORLAR:**

**Prof.dr. Paşa Musayev Qəlbınur**  
**PhD. Yazgül Abdiyeva**  
**PhD. Hafiz Qəhrəmanov**

**09:00-09:15 Prof.dr. Paşa Musayev Qəlbınur**  
*Təkrari keratoplastikalardan sonrakı bulanmalarda kök hüceyrə müalicəsinin tətbiqi*

**09:15-09:30 MD. Gülnar Əliyeva**  
*Baş beyin əməliyyatlarından sonra görmə funksiyalarının dəyərləndirilməsi (kliniki materiallar əsasında)*

**09:30-09:45 PhD. Mohammad Maeiyat**  
*Kontakt linzaların innovasiyası*

**09:45-10:00 PhD. Anar Quliyev**  
*Hipermetrop xəstələrdə presbiopiyanın multifokal linza implantasiyası ilə müalicəsinin nəticələri*

**10:00-10:15 Uzm.dr. Şahin Novruzlu**  
*Mürəkkəb vitreoretinal patologiyalarda cərrahiyyənin xüsusiyyətləri*

**10:15-10:30 PhD. Hafiz Qəhrəmanov**  
*Pseudofakik kistoz makulyar ödemnin dəyərləndirilməsində optik koherent tomografiyanın rolu (klinik hallar əsasında)*

**10:30-10:45 PhD.Aybəniz Abdullayeva**  
*Oftalmoloji miqren: səbəbləri, klinikası və müalicəsi*

**10:45-11:00 Prof.dr. Orhan Ateş**  
*Diabetik retinopati*

**11:00-11:30 ÇAY-KOFE FASILƏSİ**

**Mezim®** Pancreatin *forte* **Rahat həzm üçün**



**İstifadəsinə göstərişlər\***

- ✓ Mezim® forte preparatı mədənin vəziyyətlə həzm poqunluğu ilə əlaqəli olan, həzm funksiyasının amali gəlməsi pozulduğu hallarda istifadə olunur. Əlaqəli poqunluqla əlaqəli, məsələn, xroniki pankreatit və ya müalicəsizdir olan bəzi ki, bu da öz növbəsində qida maddələrinin mənimsənilməsinin pozulmasına gətirib çıxara bilər;
- ✓ xüsusilə, mədədə və ya bağırsaqlarda apertən xəstəli əməliyyatından sonra qanın qəpəklə (meteorizm və qastrit) simptomları;
- ✓ qida kəlfəsinin başlandıqdan keçməsinin funksional, xroniki və ya qidalanma zamanı (uyumaq) yüksəlməsi, infeksiyanın mədəni başlandıqdan xəstəlikləri);
- ✓ qaraciyərdəki kəlfənin baş verdiyi poqunluqlarda;
- ✓ qidalanma əməli, qeyri, qıvrıq və zədəni (dispeptiya) ilə əlaqəli olan həzm poqunluğu-ları;
- ✓ ötkü məqsət, sağl və adət edilməmiş qəfən həzm olunan qəfən eyni zamanda istifadə olunması;
- ✓ Mezim® forte preparatı, nəinki, dərəcəsi tədricən prototipofasiya, ulmaqlı müalicəni aparmasından əvvəl, həzm poqunluğu vəziyyətində qəfət qəfətlə (meteorizm) zamanı başlandıqdan qəfətləri xəstə olmaları üçün istifadə etmək olar.



Mədənin geniş əhali üçün məqsətli tətbiq:  
Ağızdan reception tədricən;  
Ağızdan önce qida vətəqə ilə qarışdırmaqla vətəqə olunur.  
BƏSİ GÖSTƏRİŞLƏRİLƏ TAMM OLUN VƏ YA HƏR HƏMİMLƏ MƏSULHƏTLƏŞİN.

\* Mezim forte® Mədəni vəziyyətlə əlaqəli həzm poqunluğu üçün istifadə olunur.  
© Mezim forte® Mədəni vəziyyətlə əlaqəli həzm poqunluğu üçün istifadə olunur.

Mədənin geniş əhali üçün məqsətli tətbiq:  
Ağızdan reception tədricən;  
Ağızdan önce qida vətəqə ilə qarışdırmaqla vətəqə olunur.  
BƏSİ GÖSTƏRİŞLƏRİLƏ TAMM OLUN VƏ YA HƏR HƏMİMLƏ MƏSULHƏTLƏŞİN.  
© Mezim forte® Mədəni vəziyyətlə əlaqəli həzm poqunluğu üçün istifadə olunur.



Azərbaycan "Berlin-Chemie" AO Əməkdaşlıq şirkəti  
21. Lənkəran küçəsi, 2008, Baku şəhəri, Azərbaycan  
Tel: (+994) 12 581 22 11, Faks: (+994) 12 581 13 43  
www.berlin-chemie.az

**11:00-11:30 ÇAY-KOFE FASILƏSİ**





19 iyun 2022

Saat 11:30-13:15

**C SALONU**

**PEDIATRIYA - I**

**MODERATORLAR:**

PhD. Allahverdi Musayev Prof.dr. İlyas Okur  
Dos.dr. Rauf Bəylərov PhD. Azər Əhmədov

**11:30-11:45** PhD. Allahverdi Musayev

*Uşaqlarda yad cisim aspirasiyası*

**11:45-12:00** Prof.dr. Aytən Məmmədbəyli

*Spinal muskular atrofiyanın diaqnostikası və müasir müalicə aspektləri*

**12:00-12:15** Dos.dr. Derya Alabaz

*Uşaqlarda MİS-C/ Covid ağırlaşmaları*

**12:15-12:30** Uzm.dr. Azər Əhmədov

*Yeni doğulmuşlarda Mis-N*

**12:30-12:45** Uzm.dr. Anar Tağıyev

*Uşaqlarda pankreatidə yanaşma*

**12:45-13:00** Uzm.dr. Elşən Abdullayev

*Uşaqlarda qarın ağrısına yanaşma*

**13:00-13:15** Uzm.dr. Azər Əhmədov

*Yeni doğulmuşlarda sarılığa yanaşma*



13:15-14:00 NAHAR FASİLƏSİ



**REFLÜKS**



Effektin Tez  
Başlanması

Güvenli  
Molekul

4 Saata Qədər  
Effektiv Olməsi

**EVAFARM**

**ONE Scope. Every Procedure.**



Laparoscopes optimized for 4K in both  
White Light and NIR/ICG



19 iyun 2022

Saat 14:00-15:40

**C SALONU**

**PEDIATRİYA - II**

**MODERATORLAR:**

Prof.dr. İlyas Okur

Prof.dr. Aytən Məmmədbəyli

Dos.dr. Mətləb İbrahimov

PhD. Allahverdi Musayev

**14:00-14:15 Prof.dr. İlyas Okur**

*Ne zaman kalıtsal metabolik hastalık düşünəlim?  
Ne yapalım?*

**14:15-14:30 Prof.dr. Aytən Məmmədbəyli**

*Febril qıcolmalara yanaşma*

**14:30-14:45 Dos.dr. Mətləb İbrahimov**

*Uşaqlarda qastrointestinal xəstəliklərdə probiotiklərin tətbiqi*

**14:45-15:00 PhD. Allahverdi Musayev**

*Uşaqlarda biliyar atreziya*

**15:00-15:10 Uzm.dr. Elşən Abdullayev**

*Uşaqlarda sidik yolu infeksiyalarına yanaşma*

**15:10-15:20 Dos.dr. Aynur Poluxova**

*Ana südü ilə qidalanma, üstünlükləri və əhəmiyyəti*

**15:20-15:30 Uzm.dr. Anar Tağıyev**

*Uzanmış sarılığa yanaşma*

**15:30-15:40 Dr. Rəna Hüseynova**

*Covid-19 pandemiyası dövründən sonra uşaqlarda həzm traktındakı pozğunluqlar*



15:40-16:00 ÇAY-KOFE FASİLƏSİ



19 iyun 2022

Saat 14:00-16:00

**D SALONU (I oturum)**

**TƏLƏBƏ ELMİ-TƏDQIQAT İŞLƏRİ**

**MODERATORLAR:**

Dos.dr. Müşviq Həsənov

Dos.dr. Elsevər Əsədov

Dr. Aqil Ağakışiyev

Dr. Elvin Əliyev

**14:00-14:10 Xaciekber Abduolimov**

*Трамбоз кавернозного синуса при ковид 19 прогноз и лечение*

**14:10-14:20 Nilgün Məmmədli**

*Zəfəran bitkisinin reproduktiv sağlamlığa təsiri*

**14:20-14:30 Lamiyə Yusifova**

*Tülküquyruq sofora (Sophora alopecuroides L.) bitkisi alkaloidlərinin kimyəvi-toksikoloji analizi*

**14:30-14:40 Rəşad Abızadə**

*Yetkin insanlarda COVID -19 pandemiyası zamanı piylənmə və digər sağlamlıq göstəricilərinin dəyişmə təzahürləri*

**14:40-14:50 Mayıl Quliyev**

*Hamilələrdə pulpitlərin vital metodla müalicə prinsipləri*

**14:50-15:00 Səbinə Həsənzadə**

*Karpel tunel sindromunun morfoloji əsaslandırılması*

**15:00-15:10 Saraxanım Eminova**

*Laktoferrin və ferritin kəskin xolesistitin destruktiv formalarının markerləri kimi*

**15:10-15:20 Ədhəm Agamalyev**

*Ürək çatışmazlığının kompleks müalicəsində ivabradinin tətbiqi*

**15:20-15:30 Azad Kərimli**

*Diaqnozu çətin qoyulan median arcuat ligamint sindromu*

**15:30-15:40 Shirzad Xalmatov**

*Шваннома интраоперационный нейромониторинг*

**15:40-15:50 Xusan Adaşboev**

*АВМ головного мозга тактика лечение*

**15:50-16:00 Elvin Məmmədov**

*Qaraciyərxarici və qaraciyərdaxili öd yollarının drenajlanması üsulları*

16:00-16:30 ÇAY-KOFE FASİLƏSİ



19 İyun 2022 Saat 16:00-19:00

**C SALONU**

## **CƏRRAHIYYƏ II**

**MODERATORLAR:**

Prof.dr. Mehmet Akif Türkoğlu  
Prof.dr. İsa Abdullayev  
Dos.dr. Solmaz İmanova  
Prof.dr. Mələhət Sultanova

**16:00-16:15 Ph.dr. Anar Namazov**

*İnguinal hernilərdə TAPP əməliyyatlarının nəticələri*

**16:15-16:30 Ph.D. Arif Ağayev**

*Torakoskopik ağciyər rezeksiyası*

**16:30-16:45 Uzm.Dr. Fəhmin Əmirov**

*Miasteniya Gravis xəstələrində torakoskopiyanın rolu*

**16:45-17:00 Prof.dr. Novruz Hacıyev**

*Kəskin xolisistlər zamanı anadangəlmə immunitetin molekulyar faktorlarının və interleykin cavabının xüsusiyyətləri*

**17:00-17:15 Prof.dr. Gürkan Öztürk**

*Karaciğər naklinde nadir ednikasyonlar*

**17:15-17:30 Uzm.dr. Adil Cümşüdov**

*Odlu silah yaralanmalarında rekonstruktiv mikrocərrahi təcrübələrimiz*

**17:30-17:45 Dos.dr. Cəbi İsmayılov**

*Qaraciyər xarici öd yolları və damarlarının yatrogen zədələnmələri*

**17:45-18:00 Dr. Cavan Xubanov**

*Yanaşı xəstəliklərdə hemoroidin yanaşı müalicəsi*

**18:00-18:05 Prof.dr. M.Həsənov, Ph.D.A.Ağakışiyev,**

**A.Məmmədov, M.Yusubov, A.Musayev**  
*Xroniki pankreatiti olan xəstələrdə oksidativ stresi xarakterizə edən biomarkerlərin əhəmiyyəti*

**18:05-18:20 Ph.dr. Etibar Bababəyli**

*Qarın boşluğu abseslərinin müasir metodlarla ləğv edilməsində təcrübəmiz*

**18:20-18:35 Dr. Könül Sarıyeva**

*Qaraciyər xəstəlikləri və laparoskopik xolisistektomiya*

**18:35-19:50 Dr. Günel Bayramlı**

*Liposaksiyadan sonrakı kontur ağırlaşmalarının kök hüceyrə köçürülməsi ilə korreksiyası*

20:00 ŞAM YEMƏYİ



19 İyun 2022

Saat 16:30-18:00

**D SALONU (II oturum)**

## **TƏLƏBƏ ELMİ TƏDQIQAT İŞLƏRİ**

**MODERATORLAR:**

Dos.dr. Müşviq Həsənov Ph.D. Zəhra Vəzirova  
Dr. Aqıl Ağakışiyev Dr. Elvin Əliyev

**16:30-16:40 Eldar Novruzlu**

*Uşaqlıq boynu xərçənginin diaqnostikasında elektron mikroskopik tədqiqatların əhəmiyyəti*

**16:40-16:50 Fəridə Ağayarlı**

*Sinovitlər zamanı oynaqalarda baş verən dəyişikliklər*

**16:50-17:00 Leyla Ələkbərli**

*Post covid tireodit*

**17:00-17:10 Fərid Cəfərli**

*Endodontiyanın əsasları*

**17:10-17:20 Fidan Bəxtiyarova**

*Narkotik tərkibli maddələrin insan orqanizminə zərərli təsiri*

**17:20-17:30 Sevinc Hacıyeva**

*Parodontit xəstəliyinin müalicəsində PRP-nin əhəmiyyəti*

**17:30-17:40 Çinarə Orucova**

*Yumurtalıqların polikistozu sindromu ilə metabolik sindrom arasındakı əlaqə*

**17:40-17:50 Musa Əliyev**

*Qaraciyər exinokokku xəstələrində ERXP-nin rolu*

**17:50-18:00 Saleh Ələsgərli**

*Abdominoplastika zamanı əzələ diastazının ləğvi və yaranacaq ağırlaşmalar*

**18:00-18:10 Ayan Qəlbinur**

*Tuberous Sclerosis Combined Harmartoma*

**18:10-18:20 Fidan Həsənli / ATU**

*Избыточная масса тела и ожирение среди школьников во время пандемии: причины, последствия, профилактика*

**18:10-19:00 MÜZAKİRƏLƏR**

20:00 ŞAM YEMƏYİ





20 iyun 2022 Saat 09:00-10:50

**C SALONU**

**GİNEKOLOGİYA (II oturum)**

**MODERATORLAR:**

Prof.dr. Erkut Attar  
Dos.dr. Şəymən Qədimova  
Ph.dr. Önder Tulumbacı

**09:00-09:10** Dos.dr. Gökhan Demirayak  
*Ginekoloji xərçənglərdə robotik cərrahiyyənin rolu*

**09:10-09:20** Dos.dr. Bağirova Səfa  
*Azərbaycan Respublikası bölgələrində və Bakı şəhərində baş verən ana ölümləri və onların azaldılması yolları*

**09:20-09:30** PhD. Şəmistan Əliyev  
*Ginekoloji cərrahiyyədə müasir endoskopiyanın yeri*

**09:30-09:40** Dos.dr. Natəvan Axundova  
*Yüksək risk qruplu hamilə qadınlar arasında hestasion şəkərli diabetin diaqnostikası, klinikası, müasir korreksiya metodları*

**09:40-09:50** Dr. Leyla Məmmədli  
*Anormal uşaqlıq qanaxmalarında endometriyumun qiymətləndirilməsi*

**09:50-10:00** PhD. Nuranə Həmidova  
*Polikistoz yumurtalıqlar sindromlu reproduktiv yaş qruplu qadınların aparılması və müalicəsinə yeni yanaşmalar*

**10:00-10:10** PhD. Mələk Alcanova  
*Uşaqlıq miomasının müalicəsində yeni imkanlar*

**10:10-10:20** Maftuna Kadirova (Özbəkistan)  
*Genetic aspects of preeclampsia*

**10:20-10:30** Gültəkin Əliyeva  
*İntegrativ tibdə sonsuzluğun biotənzimləyici üsullarla müalicəsinin effektivliyi*

**10:30-10:40** Dos.dr. İlhamə Mustafayeva  
*Az çəki ilə doğulmuş qızlarda pubertat dövrünün gedişinin xüsusiyyətləri*

**10:40-10:50** Dr. Naibə Həsənova  
*Estetik ginekologiyada bizim təcrübəmiz*

10:50-11:10 ÇAY-KOFE FASİLƏSİ



20 iyun 2022 Saat 09:00-11:00

**D SALONU**

**STOMATOLOGİYA - I**

**MODERATORLAR:**

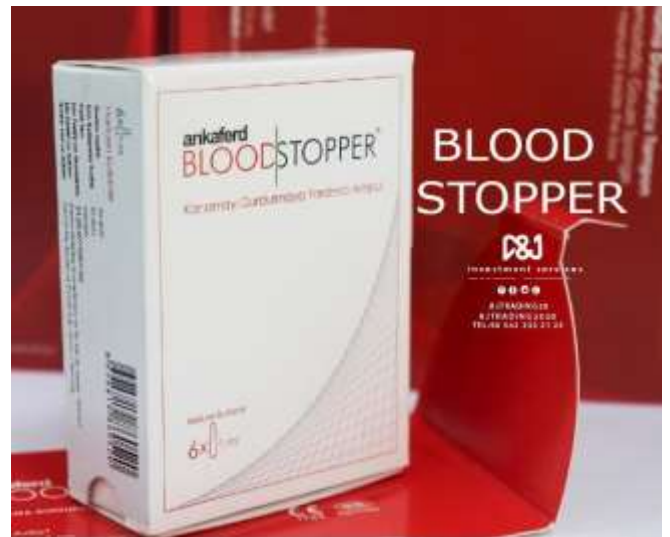
Prof.dr. Umut Ertaş  
Dos.dr. Cabbar Həsənov  
PhD. Rauf Cəfərov

**09:00-09:30** Prof.dr. Çingiz Rəhimov  
*Üz-çənə nahiyəsinin şişləri və şişəbənzər törəmələri (stomatoloqların yanaşmaları)*

**09:30-10:00** Dos.dr. Fərman Həsənov  
PhD. Siracəddin Əhmədov  
*Almacıq sümüyünün və orbita divarlarının sınıqlarının müalicəvi taktikası*

**10:00-10:30** PhD. Vüqar Qurbanov  
*Oral cərrahiyyədə baş verən ağırlaşmalar və halli yolları*

**10:30-11:00** PhD. Azər Məmmədov  
*İmplantasiyaya göstərişlər*



11:00-11:30 ÇAY-KOFE FASİLƏSİ



20 iyun 2022 Saat 11:10-12:40

**C SALONU**

**GİNEKOLOGİYA (III oturum)**

**MODERATORLAR:**

Prof.dr. İslam Mahalov  
Dos.dr. İlhamə Mustafayeva  
PhD. Şəmistan Əliyev

**11:10-11:20 Prof.dr. Səadət Sultanova**  
*Hamilik zamanı konstipasiyanın profilaktikasi və müalicəsi*

**11:20-11:30 Bakhodir Kurbanov, Moxichexra Sobirova (Özbəkistan)**  
*New aspects of the genital prolapse treatment*

**11:30-11:40 Dos.dr. Könül Qarayeva, Dos.dr. Müşviq Həsənov, Prof.dr. Cəmilə Qurbanov**  
*Öd daşı xəstəliyinin hamiləliyin gedişinə təsiri: profilaktika və müalicəsində bizim təcrübəmiz*

**11:40-11:50 PhD. Aynur Pənahova**  
*Uşaqılıq boynu xərçənginin və xərçəngönü xəstəliklərin yaranmasında HPV-nin rolu*

**11:50-12:00 Azər Nağıyev**  
*Xronik Hepatit B və hamiləlik*

**12:00-12:10 PhD. Nigar Abbasova**  
*Hamilik dövründə bağırsağ mikrobiosozunun pozulması*

**12:10-12:20 PhD. Məhbubə Əzizova**  
*Müxtəlif lokalizasiyalı endometrioz zamanı markerlər və müasir diaqnostika metodları*

**12:20-12:30 PhD. Ellada Sarıyeva**  
*B, C virus hepatitli qadınlarda doğuşun, kesər əməliyyatının aparılma taktikasına dair praktiki tövsiyələr*

**12:30-12:40 PhD. Günay Məmmədli**  
*Adəti düşüklərin immunoloji aspektləri*

**12:40-12:50 Prof.dr. Bilgəhan Erkur**  
*Histerektom*

12:50-14:00 NAHAR FASİLƏSİ



20 iyun 2022 Saat 11:30-13:00

**D SALONU**

**STOMATOLOGİYA (II oturum)**

**MODERATORLAR:**

Prof.dr. Çingiz Rəhimov  
Dos.dr. Fərman Həsənov  
PhD. Rauf Cəfərov  
PhD. Vüqar Qurbanov

**11:30-12:00 Prof.dr. Umut Ertaş**  
*Maxillofasiyal cərrahiyyədə rekonstruksiyon və estetik*

**12:00-12:30 PhD. Rauf Cəfərov, Dr. İsmayıl Rzazadə**  
*İmplantologiyada rekrospektiv araşdırmaların əhəmiyyəti*

**12:30-13:00 Dr. Mübariz Məmmədli**  
*Endoskopun üz-çənə cərrahiyyəsində yeri*

**13:00-13:30 Dos.dr. Esmira Abbasova**  
*Parodontit xəstəliyinin müalicəsində PRP-nin əhəmiyyəti*



13:30-14:30 NAHAR FASİLƏSİ



**20 iyun 2022 Saat 14:00-16:45  
C SALONU**

**İNFEKSİYON XƏSTƏLİKLƏR**

**MODERATORLAR:**

**Prof.dr. Adil Allahverdiyev**  
**Dos.dr. Rafiq Bayramov**  
**Dos.dr. Ceyhun İsmayılzadə**  
**Dos.dr. Nuri Bəslən Dos.dr. İsmayıl Əfəndiyev**

**14:00-14:15 Prof.dr. Adil Allahverdiyev**  
*Tibdə bionanotexnologiyaya əsaslanan müasir yanaşmalar*

**14:15-14:30 Dos.dr. Nuri Bəslən**  
*Xəstəxana daxili infeksiyaya bağlı sepsisin müalicəsi*

**14:30-14:45 Ph.dr. Celal Solati (Almaniya)**  
*Hamiləlik zamanı ana infeksiyasının uşaqlarda narahatlıq və depressiya təsiri*

**14:45-15:00 Prof. dr Kemalettin ÖZDEN**  
*Geçmiten geleceğe salgımlar*

**15:00-15:15 PhD. Eslam Moradi (İRAN)**  
*İran, Azərbaycan və Türkiyə coğrafi sərhədlərində yoluxucu arbovirus xəstəliklərinin yayılma riskinin araşdırılması*

**15:15-15:30 PhD. Gövhər Əliyeva, Dr. Rəhmiyyə Əliyeva**  
*Covid-19 yeni protokollar*

**15:30-15:45 Dos.dr. Rafiq Bayramov**  
*Dərmanlara rezistent ağciyər vərəminin klinik-epidemioloji xüsusiyyətləri*

**15:45-16:00 Dos.dr. Ceyhun İsmayılzadə**  
*Xronik destruktiv ağciyər vərəmi olan xəstələrdə AXOX- un gedişi yeni protokollar*

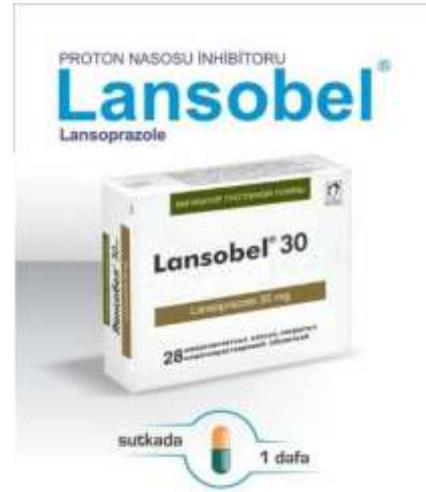
**16:00-16:15 PhD. Ceyhun Əliyev**  
*Azərbaycanda coğrafi regionlar üzrə dərmanlara davamlı formalı vərəm xəstələrinin rastgəlmə səviyyəsi*

**16:15-16:30 PhD. Təbib İbrahimov**  
*Xroniki destruktiv ağciyər vərəmi olan xəstələrdə kardiovaskulyar dəyişiklik*

**16:30-16:45 Dr. Mahal Ələkbərov**  
*Əhali arasında və xəstəxanada meydana gələn pnevmoniyalar*

**18:00-20:00 FORUMUN BAĞLANIŞI**

**20:00 BAĞLANIŞ YEMƏYİ**



**PRO.MED.CS**  
Praha a. s.

**URSOSAN**  
Ursodezoksixol turşusu 250 mq



50 KAPSUL

Hepatoprotektor, xolelitolitik vasitə



**18:00-20:00 FORUMUN BAĞLANIŞI**



**MÜNDƏRİCAT**  
**BÖLMƏ – I**

<b>İ.Ə. ABDULLAYEV, S.A. NOVRUZOV, C.Ə. İSMAYILOV, M.N. TARVERDİYEV, B.H. HÜSEYNOV, M.İ. HÜSEYNOVA, S.M. HƏSƏNZADƏ.</b> "Həmişəcavan" peritonitin köhnə problemlərinə yeni müasir baxışlar .....	86
<b>FARİZ MƏMMƏDOV.</b> İkinci Qarabağ müharibəsi zamanı müşahidə olunan baş-boyun nahiyəsinin odlu silah zədələnmələri.....	93
<b>T.Q. İBRAHİMOV, R.İ. BAYRAMOV, C.M. İSMAYILZADƏ.</b> Xronik destruktiv ağciyər vərəmi olan xəstələrdə kardiovaskulyar dəyişikliklər .....	96
<b>C.Ə. İSMAYILOV, A.C. İSMAYILOV, S.C. RZAYEVA, İ.Ə. ABDULLAYEV, S.A. NOVRUZOV.</b> Hepatoeksternal öd yollarının və damarların yatrogen zədələnmələri.....	103
<b>C.M. İSMAYILZADƏ.</b> Xronik destruktiv ağciyər vərəmi zamanı ağciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyinin gedişi.....	111
<b>E.B.MANSUROV.</b> Oliqometastatik xərçəng – diaqnostika və müalicə özəllikləri .....	117
<b>ŞƏHLA QULİYEVA.</b> Stresin qanın ümumi göstəricilərinə təsiri.....	120
<b>Y.Ş.ŞIXƏLİYEV, C.Q.ƏLİYEV.</b> Azərbaycan Respublikasında coğrafi regionlar üzrə dərmanlara davamlı formalı vərəm xəstələrinin rast gəlmə səviyyəsi.....	122
<b>FARİZ MƏMMƏDOV, BƏXTİYAR QULUZADƏ.</b> İnsan tüklərinin məhkəmə tibbi tədqiqi və cinayət işlərinin açılmasında əhəmiyyəti. ....	127
<b>R.İ.BAYRAMOV.</b> Dərmanlara rezistent ağciyər vərəminin klinik-epidemioloji xüsusiyyətləri .....	132
<b>İ.R.MUSTAFAYEVA, E.M.ƏLİYEVA.</b> Az çəki ilə doğulan qızlarda pubertat dövrünün gedişat xüsusiyyətləri.....	143
<b>MURAT TANER GÜLŞEN.</b> Karaciğər nakli sonrası kcft bozuklukları .....	147
<b>M.M.MÜRSƏLOV.</b> Diabetik makroangiopatiya və qan axınının bərpasının əsas üsulları .....	155
<b>MUŞVIQ HƏSƏNOV, ELÇİN AĞAYEV, SEVİNC QARAYEVA, ALİM MƏMMƏDOV, MOHBƏDDİN YUSUBOV.</b> Peritonitin etioloji amillərindən asılı olaraq endotoksikozun ağırlıq dərəcəsini dəyərləndirən proqnostik göstəricilərin qiymətləndirilməsi .....	160
<b>İ.Ə. ABDULLAYEV, S.A. NOVRUZOV, C.Ə. İSMAYILOV, M.N. TARVERDİYEV, B.H. HÜSEYNOV, M.İ. HÜSEYNOVA, S.M. HƏSƏNZADƏ.</b> "Həmişəcavan" peritonitin köhnə problemlərinə yeni müasir baxışlar .....	173

**BÖLMƏ – II**

<b>ƏLİYEV SƏRDAR, SƏFƏRƏLİYEV MEHRİBAN, MƏMMƏDOVA XƏDİCƏ.</b> Müxtəlif mənşəli hormonal piylənmələrin patogenezi.....	175
<b>Y.C.MƏMMƏDOV, A.C.ƏLİYEV, S.H.ƏLİYEV. N.Ə.CƏFƏROVA.</b> Şəkərli diabetin ağırlaşmalarının müalicəsində limfastimuləedici korreksiyanın əhəmiyyəti .....	176
<b>S.C.ƏLİYEV, S.İ.HACIYEV, S.H.ƏLİYEV, C.T.ƏLİYEV.</b> Diabetik angiopatiyaların inkişafında qanın və limfanın damardaxili laxtalanmasının rolu.....	178
<b>TƏRANƏ ƏLİYEV.</b> Artyus fenomeni zamanı bəzi immun göstəricilərin dəyişiklikləri. ....	179
<b>Ə.A.HİDAYƏTOV, E.R.NAĞIYEV.</b> Proqram hemodializi alan xəstələrdə okkult hepatit B virus infeksiyasının aşkarlanma xüsusiyyətləri .....	180
<b>E.Ə. ABDİNOV, S.İ. HADIYEV, K.H. SARIYEV, V.Ş.ABBASOV.</b> Laparoskopik "Sleeve Gastrectomy" (LSG) əməliyyatından sonra troakar yerində yırtıq təsadüfü .....	181
<b>A.M. ABDULLAYEVA, V.B. NƏSİROVA, Ş.Ə. ƏSƏDOVA, G.Ə. ƏLİYEV.</b> Oftalmoloji miqren: klinik halın təhlili.....	182
<b>AYGÜN ABDULLAYEVA.</b> Dərin infiltrativ endometrioz zamanı arxa duqlas obliterasiyasının təyini .....	183
<b>RƏŞAD ABİZADƏ, TARYEL ÖMƏROV.</b> Yetkin insanlarda Covid-19 pandemiyası zamanı piylənmə və digər sağlamlıq göstəricilərinin dəyişmə təzahürləri.....	184
<b>FƏRİDƏ AĞAYARLI, İSMİXAN MƏTİYEV.</b> Sinovitlər zamanı oynaqlarda baş verən dəyişikliklər .....	185
<b>E.K. AĞAYEV, T.E. MƏMMƏDOV, N.F. İBRAHİMOV, A.H. MUSAYEV.</b> Bağırsağ anastomozu tutarsızlığının profilaktikası .....	186
<b>E.K. AĞAYEV, M.O. YUSUBOV, A.B. HƏSƏNOV, Z.E. İSMAYILOVA, M.C. HƏSƏNOV, S.B. AŞUROVA.</b> Birincili bağırsağ anastomozlarında tikiş tutmazlığının profilaktikası üçün tətbiq etdiyimiz yeni üsulların effektivliyinin tədqiqi .....	187
<b>C.N. HACIYEV, E.Q. TAĞIYEV, N.C. HACIYEV, M.O. YUSUBOV.</b> Lixensşteyn üsulu ilə aparılan hernioplastika və laparoskopik ekstraperitoneal hernioplastikanın xəstələrin əməliyyatdansonrakı rahatlığı baxımından müqayisəsi.....	188
<b>ÇİNGİZ RƏHİMOV, KÜŞVƏR SEYİDOVA.</b> II-ci Qarabağ Vətən Müharibəsində üz-çənə nahiyəsinin odlu silahla yaralanmalarının xüsusiyyətləri və onlara yanaşma prinsipləri.....	189



<b>B.F.ƏLİYEV.</b> Dişlərin kariyesinin ağırlıq dərəcələri (intensivliyi), nəzərə alınmaqla optimal müalicə metodunun seçilməsi .....	191
<b>M.Y. ƏLİYEV, TOBİAS KEK, R.R. BABAYEVA, M.H.TANRIVERDİ, G.F. ZEYNALLI.</b> Paliativ əməliyyatdan sonra pankreatoduodenal rezeksiyanın xüsusiyyətləri .....	192
<b>S.C. ƏLİYEV, S.İ. HACIYEVA, S.H. ƏLİYEV, C.T. ƏLİYEVA.</b> Diabetik angiopatiyaların inkişafında qanın və limfanın damardaxili laxtalanmasının rolu.....	193
<b>SƏRDAR ƏLİYEV, MEHRİBAN SƏFƏRƏLİYEVA, XƏDİCƏ MƏMMƏDOVA.</b> Müxtəlif mənşəli hormonal piylənmələrin patogenezi.....	194
<b>G.Ə. ƏLİYEVA, A.M. ABDULLAYEVA, V.B. NƏSİROVA, N.R.MƏMMƏDOVA.</b> Baş beyin əməliyyatlarından sonra görmə funksiyalarının dəyərləndirilməsi .....	195
<b>EMİL MUXTAROV, NİYAMƏDDİN ƏLİYEV, QARDAŞXAN MAMEDOV.</b> Müasir urologiyada minimal invaziv texnikaların rolu və Azərbaycanda tətbiqi: böyrək daşı xəstəliyi.....	196
<b>EMİL MUXTAROV, QARDAŞXAN MAMEDOV, NİYAMƏDDİN ƏLİYEV, KƏMALƏ ƏLİYEVA.</b> Müasir urologiyada minimal invaziv texnikaların rolu və Azərbaycanda tətbiqi: böyrək törəmələri.....	197
<b>EMİL MUXTAROV.</b> Litoliz: çoxdan unudulmuş etibarlı dostumuz .....	198
<b>SARAXANIM EMİNOVA.</b> Laktoferin və ferritin kəskin xolesistitin destruktiv f ormalarının erkən diaqnostik biomarkerləri kimi .....	199
<b>N.A. ƏSGƏROV, A.A. KƏRİMLİ.</b> Magistral damarların rezeksiyası ilə peritonarxası törəmələrin çıxarılması .....	200
<b>N.Ə. ƏSGƏROV, M.C.HƏSƏNLİ.</b> Magistral damarların plastikası ilə qastropankreatoduodenal rezeksiya.....	201
<b>G.X.MƏMMƏDLİ.</b> Hamiləliyin adəti pozulmasının immunoloji aspektləri .....	202
<b>C.N. HACIYEV, N.C. HACIYEV, E.Q.TAĞIYEV, K.Ə.HACIYEV.</b> Dalağın zədələnmələri zamanı aparılan üzv qoruyucu əməliyyatların sitokin statusuna təsiri .....	203
<b>N.C. HACIYEV, Ş.X.QASIMOVA.</b> Kəskin xolesistitlər zamanı anadangəlmə immunitetin molekulyar faktorlarının və interleykin cavabın xüsusiyyətləri .....	204
<b>NURANƏ HAMİDOVA.</b> Polikistoz yumurtalıqlar sindromlu reproduktiv yaşlı qadınlarda hipofiz-yumurtalıq sisteminin xüsusiyyətləri .....	205
<b>F.İ. HƏSƏNOV.</b> Almacıq sümüyünün və orbita divarlarının sınıqlarının müalicə taktikası.....	206





<b>SƏBİNƏ HƏSƏNZADƏ, Ü.T.CƏFƏROVA.</b> Karpal tunnel sindromunun morfoloji əsaslandırılması.....	207
<b>Ə.A.HİDAYƏTOV, E.R.NAĞIYEVA .</b> Proqram hemodializi alan xəstələrdə okkult hepatit B virus infeksiyasının aşkarlanma xüsusiyyətləri.....	208
<b>A.N. HÜSEYNZADƏ, E.K.AĞAYEV, A.B. HƏSƏNOV.</b> Ağır formalı sidik saxlamazlığı olan qadınlarda modifikasiya edilmiş slinq əməliyyatının nəticələri və perspektivləri .....	209
<b>GÖVHƏR İMANLI, İNARƏ ƏLİXANOVA .</b> Qastroezofageal reflüks xəstələrində reflüksün növü və 24-saatlıq qida borusu PH-metriyasının göstəricilərinin endoskopik ezofagitin dərəcələri ilə əlaqəsi .....	210
<b>M.U. İSMAYILOV.</b> Uşaqlarda yoğun bağırsağın iltihabi xəstəliklərinin ağırlaşmalarında cərrahi taktika .....	211
<b>Z.E. İSMAYILOVA, E.K. AĞAYEV, M.O. YUSUBOV.</b> Bağırsaq divarında işemiya zonasını təyin etmək üçün ekspress diaqnostika metodu.....	212
<b>M.M.KƏRİMOV, A.B.HƏSƏNOV.</b> Varikoz xəstəliyinin müalicəsində non termal və termal ablasianın tətbiqinin müqayisəli analizi.....	214
<b>E.Ə.XIDIROV, Ş.F. QANBAYEVA, N.N. İSAYEV, A.F. MƏMMƏDOVA.</b> Köndələn daralmış qadın çanaqlarında pelviometrik göstəricilərin müqayisəli xarakteristikası.....	215
<b>LEYLA MƏMMƏDLİ.</b> Anormal uşaqlıq qanaxmalarında endometriyumun qiymətləndirilməsi.....	216
<b>MƏHBUBƏ ƏZİZOVA.</b> Müxtəlif lokalizasiyalı endometriozun müasir diaqnostika metodları və markerləri.....	217
<b>V.Ə.MƏHƏMMƏDOV.</b> Uşaqlarda Xoledox sistlərinin müalicəsində təcrübəmiz.....	218
<b>NİLGÜN MƏMMƏDLİ.</b> Zəfəran bitkisinin reproduktiv sağlamlığa təsiri.....	219
<b>A.İ. MƏMMƏDOV, M.C. HƏSƏNOV, İ.F. NEYMƏTOV, Ə.C.CAVADOV.</b> Mədə lokalizasiyalı xroniki xorali xəstələrin müalicəsində bəzi apudositlərin rolu .....	220
<b>Y.C. MƏMMƏDOV, A.C. ƏLİYEVA, S.H. ƏLİYEV, N.Ə. CƏFƏROVA.</b> Şəkərli diabetin ağırlaşmalarının müalicəsində limfastimuləedici korreksiyanın əhəmiyyəti .....	221
<b>NÜSRƏT HƏSƏNOV.</b> Naxçıvan Muxtar Respublikasının Şərur rayon populyasiyasında yenidoğulmuşların qıcolmalarının klinik xarakteristikası (neonatal qıcolmalar).....	223



<b>MÜŞFİQ ORUCOV.</b> Hepatosellulyar Karsinomanın patoloji və molekulyar xüsusiyyətləri .....	224
<b>R.N.NAĞIYEV, E.N. ƏFƏNDİYEV.</b> Sidik axarının yuxarı və orta hissəsində yerləşən iri ölçülü daşların laparoskopik müalicəsi .....	225
<b>NİYAMƏDDİN ƏLİYEV, EMİL MUXTAROV.</b> Androloji aspektlər və kişilərdə reproduktiv sağlamlıq: dihidrotestoren hipoqonadizmin göstəricisi kimi.....	226
<b>PAŞA MUSAYEV, AYAN QƏLBİNUR.</b> Buynuz qişasının təkrarı köçürülməsindən sonrakı bulanmalarında kök hüceyrə transplantasiyası .....	227
<b>A.Ə.POLUXOVA.</b> Ana südü ilə qidalanma, üstünlükləri və əhəmiyyəti .....	228
<b>H.M.QƏHRƏMANOV, Q.Q.ZÜLFİYEV, Q.M. İSMAYILOV, M.K.RİZAYEVA.</b> Dəyərləndirilməsində optik psevdofakik kistoz makula ödemi klinikasının koherent tomoqrafiyanın rolu (klinik hallar əsasında).....	229
<b>T.R.QULİYEV.</b> Ukrayna və Landrans cinsinin calağından alınan mələzlərin ağız boşluğu selikli qişasında və dəridə cərrahi yaraların sağalmasının müqayisəli xüsusiyyətləri. Işıq və elektron mikroskopik tədqiqat .....	230
<b>R.Ş.POLUXOV.</b> Uşaqlarda hirsprung xəstəliyinin müalicəsinə müasir yanaşma .....	231
<b>R.T.HÜSEYNZADƏ.</b> Azərbaycan Respublikasının Quba-Xaçmaz coğrafi zonası əhalisi arasında sidik daşı xəstəliyinin yayılmasının epidemioloji xüsusiyyətləri .....	232
<b>Ç.R.RƏHİMOV, İ.M.FƏRZƏLİYEV, Ş.E.QULİYEV.</b> Üz skeleti sümüklərinin qüsurlu və deformasiyalarında yeni təsnifatı: alternativ yanaşmanın mümkünlüyü .....	233
<b>Ç.R.RƏHİMOV.</b> Üz-çənə nahiyəsinin şişləri və şişəbənzər törəmələri (stomatoloqların yanaşmaları).....	234
<b>ELLADA SARIYEVA.</b> B, C virus hepatitli qadınlarda doğuşun, kəsar əməliyyatının aparılma taktikasına dair praktiki tövsiyələr .....	235
<b>SOLMAZ İMANOVA, BABƏK ZEYNALOV.</b> Düz bağırsağın sallanmalarının cərrahi müalicəsində perineal yanaşma .....	237
<b>TAMARA QULİYEVA.</b> Süd vəzisi xərçəngi zamanı cərrahi müdaxilədən sonra limfostazın əmələgəlmə amilləri.....	238
<b>M.H.TANRIVERDİ, M.Y.ƏLİYEV, T.SULTANOVA, F.T.ƏLİYEVA.</b> Qida borusunun plastikası üçün mədə borusunun yeni hazırlanması üsulu.....	239
<b>G.F.ZEYNALLI, M.Y.ƏLİYEV, M.H.TANRIVERDİ, M.O.YUSUBOV, F.T.ƏLİYEVA.</b> Sirrozu olan xəstələrdə destruktiv xolesistitin cərrahi müalicəsi.....	240



<b>N.L.BAXŞƏLİYEV, R.F.ŞOLAN, A.A.ALMAZXANLI, A.R.YUSİFOVA, R.İ.İSMAYILOV, X.H.MƏMMƏDOV.</b> Respublika diaqnostika mərkəzində böyrək transplantasiyası icra edilmiş xəstələrdə immunosuppressiv müalicənin xüsusiyyətləri .....	241
<b>E.Ə.ABDİNOV, S.İ.HADİYEV, K.H.SARIYEVA, V.Ş.ABBASOV.</b> Laparoskopik "Sleeve Gastrectomy" (LSG) əməliyyatından sonra troakar yerində yırtıq təsadüfü .....	242
<b>E.Ə.ABDİNOV, S.İ.HADİYEV, K.H.SARIYEVA, V.Ş.ABBASOV.</b> Laparoskopik "Sleeve Gastrectomy" (LSG) əməliyyatının nəticələrinə qaraciyər toxumasında gedən oksidativ stressin təsiri .....	243
<b>M.M.KƏRİMOV, A.B.HƏSƏNOV.</b> Varikoz xəstəliyinin müalicəsində non termal və termal ablasianın tətbiqinin müqayisəli analizi.....	244
<b>R.R.BABAYEVA, M.Y.ƏLİYEV, M.H.TANRIVERDİ, G.F.ZEYNALLI.</b> Qastrektomiya keçirmiş xəstələrdə xoledoxolitiaz zamanı optimal biliodiqestiv əməliyyat.....	245
<b>M.C.ALCANOVA, H.F.BAĞİROVA.</b> Uşaqlıq miomasının terapiyasının yeni imkanları.....	246
<b>EMİL MUXTAROV, NİYAMƏDDİN ƏLİYEV, QARDAŞXAN MAMEDOV.</b> Müasir urologiyada minimal invaziv texnikaların rolu və Azərbaycanda tətbiqi: anomalik böyrəklərdə perkutan nefrolitotomiya.....	247
<b>AZƏR HÜMMƏTOV.</b> Xoşxassəli tiroid düyünlərinin lazer ablasiyası. ....	248
<b>G.Ə.ƏLİYEV, A.M. ABDULLAYEVA, V.B.NƏSİROVA, N.R.MƏMMƏDOVA.</b> Baş beyin əməliyyatlarından sonra görmə funksiyalarının dəyərləndirilməsi .....	249
<b>N.İ.CƏFƏROVA.</b> Eksperimentdə heyvanlara trombositlərlə zənginləşdirilmiş plazmanın (tzip) yeridilməsi üsulu .....	250



**BÖLMƏ - III**

<b>AKBAR İBRANİMOV.</b> Atypical metastatic site of endometrial Carcinoma. A case report. Video presentation .....	251
<b>Э.А.ХЫДЫРОВ, Н.Н.ИСАЕВ, А.Ф.МАМЕДОВА.</b> Внутривольное строение нижнего нисходящего бронхиального нерва в возрастном аспекте .....	252
<b>N.A.HAMIDOVA, I.A. KULIEVA, A.ALIEV.</b> Multiple sclerosis and pregnancy. influence of pathogenetic therapy of multiple sclerosis on the health status of newborns .....	253
<b>Х.Ф.ХЫДЫРОВА.</b> Особенности лимфоциркуляции печени эндогенных токсикозах .....	254
<b>А.Т.АМИРАСЛАНОВ, С.В.АБДЫЕВА, Е.Е.ИБРАГИМОВ, А.А.АМИРАСЛАНОВ.</b> Оптимизация методов диагностики злокачественных новообразований кожи .....	255
<b>ДЖ.Г. ДЖУМШУДОВ, А.ДЖ. ДЖУМШУДОВ.</b> Наш опыт лапароскопической санации желчных протоков при холецисто-холедохолитиазе .....	256
<b>Р.А.МАМЕДОВ, Б.Б.АББАСАЛИЕВ, Э.М.ГАСЫМОВ, Т.С.СУЛТАНОВА, А.Ш.ГУМБАТОВА.</b> Сравнительная оценка лечения трофических язв нижней конечности венозной этиологий .....	258
<b>И.А.ТАГИЕВА, С.А.АЛИЕВА, А.М.РЗАЕВА.</b> Течение первого триместра беременности на фоне полипа шейки матки .....	259
<b>N.L.BAKHSHALIYEVA, R.F.SHOLAN, A.A.ALMAZKHANLI, A.R.YUSIFOVA, R.I.I SMAYILOV, X.H.MAMMADOV.</b> Characteristics of immunosuppressive therapy in patients who received kidney transplantation at the republican diagnostic center .....	260
<b>НАКАН ЯНАР.</b> Laparoskopik aşığı anterior rezeksiyon .....	261



# Tam mətnlər



## BÖLMƏ – I

### “HƏMİŞƏCAVAN” PERİTONİTİN KÖHNƏ PROBLEMLƏRİNƏ YENİ MÜASİR BAXIŞLAR

**Abdullayev İ.Ə., Novruzov S.A., İsmayılov C.Ə., Tarverdiyev M.N.,  
Hüseynov B.H., Hüseynova M.İ., Həsənzadə S.M.**

*Naxçıvan Dövlət Universiteti, “Naxçıvan Diaqnostika Müalicə Mərkəzi” Publik Hüquqi Şəxsi və  
Naxçıvan MR Xəstəxanası Publik Hüquqi Şəxsi*

**Problemin aktuallığı:** Abdominal cərrahiyyənin aktual problemlərindən biri olaraq qalmaqda davam edən peritonitlər V.N.Şamovun təbirincə desək "sehirli sfinks kimi cərrahların önündə dayanaraq hələ də çoxsaylı qurbanlar aparmaqdadır". Çoxəsrlik tarixə malik olan bu "həmişəcavan" problemə müxtəlif dövrlərin cərrahları öz zəmanələrinin prizmasından baxmış və peritonitləri ilahi bir bəla kimi xarakterizə etmişlər. Belə ki, E.A.Vaqner 1876-cı ildə demişdir ki, "Mən və mənim sələflərim Alah və peritonit qarşısında qorxu ruhunda tərbiyə amışdır". 100 il ondan sonra 1976-cı ildə, keçmiş SSRİ-nin ateist cərrahlarından olan K.S.Simonyan bu ifadəni öz dövrü üçün uyğunlaşdıraraq demişdir ki, "Allah qarşısında qorxu keçmiş, lakin peritonit qarşısında qalmışdır". 2013-cü ildə mənim və mənim yaşadıklarımın müəllimi olan C.N.Hacıyev demişdir ki, "Allah və peritonit qarşısında qorxu həmişə qalacaqdır".

Peritonitlər abdominal cərrahlığın daim diqqət mərkəzində olan, aktual və hələ də öz həllini tapmamış problemlərindən biri olaraq qalmaqda davam edir. Bunun səbəbi yayılmış peritonitlər (YP) zamanı sistemin iltihabi reaksiyası sindromunun (SİRS) inkişaf edərək özünü balanslaşdırıla bilməyən immun və iltihabi reaksiyalar kimi biruzə verməsi, iltihabəhinə sitokinlərin hiperproduksiyası hesabına immuntoksikoz və poliorqan çatmamazlığı (POÇ) yaradaraq, sepsisə və septik şoka gətirib çıxarması, həmçinin, bu qəbildən olan xəstələrin müalicəsində yeni cərrahi texnologiyaların, güclü antibakterial və müasir intensiv terapiya tədbirlərinin tətbiqinə baxmayaraq ağırlaşmaların tezliyinin və ölüm faizinin yüksək olmasıdır.

**İşin məqsədi:** peritonitlərin etio-patogenezinə dərinlən təhlil edərək xəstəliyin patogenetik müalicəsində həm farmakoterapevtik müalicə tədbirlərinin, həm də günü-gündən yeniləşən cərrahi texnologiya üsullarının kompleks tətbiqi yolu ilə, müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasına nail olmaqdır.

**Material və metodlar:** Nəzəri tədqiqatlar peritonitlərin etiopatogenezinə, eksperimental modelləşdirilməsinə, klinikasına, diaqnostikasına və müalicəsinə həsr olunmuş 500-dən çox vətən və əcnəbi müəlliflərin ədəbiyyat mənbəyinin araşdırılması, klinik tədqiqatlar isə Naxçıvan Respublika Xəstəxanasının, Ə.Nağıyev adına Naxçıvan şəhər xəstəxanasının, Naxçıvan Dövlət Universitetinin Klinik Xəstəxanasının, Naxçıvan Diaqnostika Müalicə Mərkəzinin cərrahiyyə şöbələrində 1989-2021-ci illərdə YP diaqnozu ilə müalicə almış 16-82 yaşlı 525 xəstəni əhatə edir.

Nəzəri materialların tədqiqi peritonitlərin etiologiyasının və patogenezinin bir sıra məsələlərinə həsr olunmuşdur. Belə ki, peritonitlərin klassik etioloji faktorları ilə yanaşı inkişaf qüsurlarının, yatrogen mənşəli manipulyasiyaların, abscessləşmiş mazedonitin, intramural hematomanın və digər nadir hallarda peritonitə səbəb olan etioloji faktorlar ümumiləşdirilərək təsnif olunmuşdur (1, 2, 3, 8, 11, 26).

Nəzəri tədqiqatın digər istiqaməti peritonitlərin patogenezinə aid müasir tədqiqatların





nəticələrinə (19, 22), kəskin peritonitlərin ağırlıq dərəcəsinin müəyyən edilməsində proqnostik parametrlərin əhəmiyyətinə (10, 12), kəskin peritonitlərin eksperimental modelləşdirilməsinə (13), endolimfatik terapiyanın patogenetik əhəmiyyətinə (14, 16, 35, 44) yayılmış irinli peritonitlərə görə aparılan cərrahi müədxilələr zamanı hemodinamik pozğunluqların korreksiyası üsullarına (15), əməliyyat dövründə və əməliyyatdan sonrakı dövrdə peritoneal lavajın və dializin roluna (18), qeyri invaziv detoksikasiya tədbirlərinin əhəmiyyətinə (27), peritonit mənşəli toksik- septik şokun (29) və poliorqan çatmamazlığının inkişaf mexanizmi prinsiplərinə (45), yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində laparostomiyanın və proqramlaşdırılmış relaparotomiyanın əhəmiyyətinə (30,33,63) qeyri invaziv detoksikasiya tədbirlərinin klinikaya tətbiqi yollarına (27), həmçinin, peritonitlərin real ağırlıq dərəcəsinin, müalicə taktikasının və proqnozunun müəyyən edilməsində çoxkomponentli proqnostik qrafikin hazırlanmasına və klinikaya tətbiqinə həsr olunmuşdur (28, 34, 36, 69).

Klinik materialların tədqiqi və ümumiləşdirilməsi yolunda görülən işlər mədə və 12 barmaq bağırsağın perforativ xoraları zamanı cərrahi taktikaya (5), cərrahi taktikanın perforativ xoranın xarakterindən, perforasiyanın lokalizasiyasından və peritonitin yayılma dərəcəsi ilə əsaslı olaraq seçilməsinə (51), appendektomiyadan sonra soxulcanabənzər çıxıntının güdülünün işlənməsinin yeni üsuluna (39), öd peritonitlərinin klinikası diaqnostikası və müalicə prinsiplərinə (23), peritonitlə ağırlaşmış bağırsaq keçməməzliyi zamanı cərrahi taktikanın xüsusiyyətlərinə (49), qarının açıq və qapalı travmaları zamanı (52), odlu silah yaralanmasından sonra inkişaf edən peritonitlər zamanı müalicə taktikasına (17), peritonitlər zamanı cərrahi taktikanın patoloji eksudatı xarakterindən asılılığına (21), həmçinin, xroniki peritonitlərin diaqnostikası və müalicəsi prinsiplərinə (26), həsr olunmuşdur.

Yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində günü-gündən yeniləşən cərrahi texnologiya üsullarının kompleks tətbiqi yolu ilə müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılması istiqamətində də tədqiqatlar aparılmış və bu tədqiqatların nəticələri klinikaya tətbiq olunmuşdur. Belə ki, bu tədqiqatlarda peritonitlər zamanı qarın boşluğunun adevkat drenajlanmasında müxtəlif modifikasiyalı drenaj borularının tətbiqi (4, 7, 9, 11, 50), təkmilləşdirilmiş drenaj və drenajlama üsullarının kliniki effektivliyinin təhlili (25), fasiləsiz saçaqlı drenajın hazırlanması qaydası, cərrahi praktikada tətbiqi və üstünlükləri (43), idarə olunan xarici lokal hipotermiyanın tibbi praktikada əhəmiyyəti (20), yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində nazo-intestinal intubasiyanın əhəmiyyəti (24), endolimfatik terapiya tədbirlərinin YİP patogenetik müalicəsində əhəmiyyəti (14), limositulyasiya və endolimfatik terapiya fonunda nazointestinal intubasiyanın üstünlükləri (44), fokuslaşdırılmış hipertenzion hidropressiv peritoneal lavaj üsulu (42) və yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində digər qeyri invaziv detoksikasiya tədbirlərinin əhəmiyyəti (27) öz əksini tapmışdır.

Yayılmış peritonitlər zamanı lipidlərin peroksidləşməsi prosesi pozğunluqları və endogen intoksikasiyanın vəziyyəti (53, 54), peritonitlərin kompleks müalicəsi zamanı immun status və sitokin profili göstəriciləri pozğunluqların ozonlaşmış perftoran və immunomodulyator qlutoksimlə tənzimlənməsinin patofizioloji əsaslandırılması və klinikaya tətbiqi metodikası işlənilib bir çox vətən və əcnəbi elmi jurnallarda, yerli və beynəlxalq konfranslarda geniş şərh edilmişdir (55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 68).

Nəzərdən keçirdiyimiz, 30 ildən çox müddət ərzində apardığımız tədqiqatlarımızın nəticəsi olaraq məhdud peritonitlərin erkən diaqnostikasının müasir aseptiklərinə həsr olunmuş məqalələr (38, 40,) yerli peritonitlərin diaqnostikasının və müalicə taktikasının



tıkmilləşdirməsinə aid metodik vəsait (41) dərc olunmuşdur. 2010-cu ildə peritonitlərin etiologiyası, patogenezi, modelləşdirilməsi, klinikası, diaqnostikası və müalicə taktikasına həsr edilmiş "Peritonitlər" adlı monoqrafiya (46) işıq üzü görmüş, yayılmış peritonitlərin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasının müasir aspektlərinə həsr olunmuş məqalələr (47, 48, 64, 65) dərc olunmuş, peritonitlərin müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması və proqnozlaşdırılmasına həsr edilmiş 11 səmərələşdirici təklifə vəsiqə alınmış və nəhayət "Peritonitlərin kompleks müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması yolları" adlı tibb elmləri doktorluğu dissertasiya işi (66, 67) uğurla müdafiə olunmuşdur.

**Alınan nəticələr:** 30 ildən çox müddət ərzində apardığımız tədqiqatlara əsasən "Həmişəcavan" peritonitin köhnə problemlərinə müasir dövrün prizmasından baxdıqda bir çox uyğunsuzluqlar olduğu bizim diqqətimizi cəlb etmişdir. Bunlar aşağıdakılardır:

1. Peritonitlər zamanı "Üçüncülü peritonit" termininin işlədilməsi düzgün deyildir. Çünki seroz boşluqların iltihabi proseslərinin heç birində (plevritlər, perikarditlər və s.) prosesin üçüncülü olması termini istifadə olunmur. Ona görə də "Üçüncülü peritonit" terminin "Cərrahi müdaxilədən sonrakı peritonit" və ya "İkincili peritonitin gecikmiş fazası" kimi qəbul olunmasını təklif edirik.

2. Müasir dövrdə hidropressiv peritoneal lavaj, yeni-yeni drenajlar, və drenajlama üsulları ilə cərrahi manipulyasiyaların təkmilləşdirilməsi, ozon və ozonlaşdırılmış perftoranla qlutoksimin qarışığı ilə immun status və sitokin profili göstəricilərinin korreksiyasının mümkünlüyü, dördüncü nəsil sefalosporinlərin, vankomitsin, meronem və digər karbapenemlərin antibakterial preparat metronidazolla kombinasiyası şəklində aparılan rəşional antibiotikoterapiya tədbirləri təlimata uyğun aparıldıqda drenaj borularından qarın boşluğuna antibiotik məhlullarının yeridilməsinə ehtiyac qalmır. Ona görə də YİP diaqnozu ilə aparılmış laparotomiya cərrahi manipulyasiyaların təkmilləşdirilməsi yolu ilə aparılırsa və əməliyyatdan sonrakı dövrdə sitokin profili göstəricilərinin korreksiyası və rəşional antibiotikoterapiya tədbirləri davam etdirilirsə drenaj borularından qarın boşluğuna antibiotik məhlullarının yeridilməsini məsləhət görmürük.

3. Endolimfatik terapiya tədbirlərinin və idarə olunan xarici lokal hipotermiyanın YİP patogenetik müalicəsində əhəmiyyəti, limositulyasiya və endolimfatik terapiya fonunda nazointestinal intubasiyanın üstünlükləri nəzərə alınaraq sepsisli və POÇ olan YİP ağır xəstələr üzərində döş limfa axarının drenajlaması kimi, həmişə uğurla nəticələnməyən, ekstrakarporal detoksikasiya tədbirinin aparılmasına ehtiyac yoxdur. Ona görə də, POÇ olan YİP ağır xəstələrdə digər qeyri invaziv detoksikasiya üsullarından istifadə etməyi məqsədəuyğun hesab edirik. Döş limfa axarının drenajlaması kimi travmatik və həmişə uğurla nəticələnməyən ekstrakarporal detoksikasiya üsulundan yalnız elmi tədqiqat məqsədilə aparılan eksperimental işlərdə istifadə olunmasını məsləhət görürük.

4. 1987-ci ildə M.M.Linderin başçılığı ilə Manheymin bir qrup cərrahı tərəfindən irinli peritonitlər zamanı endogen intoksikasiyanın səviyyəsinə əsasən xəstəliyin gedişinin və nəticəsinin proqnozlaşdırılması məqsədilə 15 parametərə əsaslanan xüsusi şkala təklif edilmişdir. Sonradan müəlliflər 1992-ci ildə bu parametrlərin sayını 8-ə endirmiş və Manheymin peritoneal indeksi (MPİ) adı ilə elmi mətbuat səhifələrində çıxış etmişlər. MPİ 1999-cu ildə Rostovda keçirilmiş "Təxirəsalənməz cərrahiyyə" və "İrinli cərrahiyyə"yə həsr olunmuş birləşmiş plenumda, peritonitlər zamanı, etibarlı proqnostik şkala kimi praktikada istifadəsi məsləhət görülmüşdür. Lakin MPİ müasir dövrdə, YİP terminal mərhələsində, POÇ olan ağır xəstələrin real vəziyyətini düzgün dəyərləndirməyə və proqnoz verməyə imkan vermir. Belə ki, bu təsnifata görə, Manheymin peritoneal indeksi 30-dan yüksək olan xəstələrdə xəstəlik 100% hallarda ölümlə nəticələnməlidir. Amma bizim tədqiqatlarımız göstərir ki, bu qəbildən olan



xəstələrin 72%-nin həyatını xilas etmək mümkündür. Ona görə də YİP terminal mərhələsində, POÇ olan ağır xəstələrin real vəziyyətini düzgün dəyərləndirmək, lazımi müalicəvi tədbirlər kompleksini vaxtında həyata keçirmək və düzgün proqnoz vermək məqsədilə bizim təklif etdiyimiz "Çoxkomponentli proqnostik qrafik" dən istifadə olunmasını məsləhət görürük.

## ƏDƏBİYYAT

1. Abdullayev İ.Ə. Abssesləşmiş mazedenitin kəskin peritonitlə ağırlaşması təsadüfə. Sağlamlıq, 1999, № 3., s.38-39
2. Cəfərov C.Q., Abdullayev İ.Ə. Həzm sistemində olan intramural hematomanın kəskin peritonitlə nəticələnməsinə dair . Sağlamlıq 1999, № 4, s.50-52
3. Абдуллаев И.А., Абдуллаева М.И. О редких причинах перитонита. Здоровье, 1999, №5, с.55-60
4. Абдуллаев И.А., Мамедов А.Г., Абдуллаева М.И. Рациональный метод дренирования ран и полостей. Здоровье, 2000, №4, с.54-55.
5. Abdullayev İ.Ə., Cəfərov C.Q., Məmmədov A.Q., Kazımov V.K., Tarverdiyev M.N., Gəncəliyev Q.K. Mədə və 12 barmaq bağırsağın perforativ xoraları zamanı cərrahi taktika. Sağlamlıq, 2000 № 49-53.
6. Abdullayev İ.Ə., Məmmədov A.Q., Babayev E.Y. Appendikluyr mənşəli peritonitlərin müalicə prinsipləri. Professor F.İ.Zərgərlinin anadan olmasının 70 illiyinə həsr olunmuş elmi – praktik kontransının materialları. Bakı -2000. s. 144-151.
7. Абдуллаев И.А., Мамедов А.Г., Абдуллаева М.И. Пассивное дренирование ран и полостей модифицированными дренажными трубками. Материалы научно-практической конференции посвященной к 70 летию профессора Ф.И.Зергерли. Баку – 2000, с.184-186.
8. İ.Ə.Abdullayev, A.Q.Məmmədov, C.Q.Cəfərov, Q.K.Gəncəliyev Yatrogen yad cismlər, onların diaqnostikası və müalicə prinsipləri. Sağlamlıq. 2000 №6, s. 53-55.
9. И.А.Абдуллаев, А.Г.Мамедов, М.И.Абдуллаева Модифицированный вариант трубки для дренирования брюшной и гнойно-раневых полостей. Здоровье, 2000, №7, с.30-31.
10. İ.Ə.Abdullayev, M.M.Seyidov, M.İ.Abdullayeva Kəskin peritonitlərin ağırlıq dərəcəsinin və proqnozunun müəyyən edilməsi üsulu. Sağlamlıq 2000. № 8, s.9-13.
11. İ.Ə.Abdullayev, C.Q.Cəfərov, M.N.Tarverdiyev, M.İ.Abdullayeva Qarın boşluğunun lavajı zamanı xəstənin, tibbi personalın, əməliyyat ağırlarının və əməliyyat otağının çirklənmiş dializatdan qorunması üsulu. Sağlamlıq 2000. № 9, s.14-15.
12. И.А.Абдуллаев, М.И.Абдуллаева О значении прогностических параметров для оценки состояния больных с перитонитом. Азербайджанский медицинский журнал, 2001, №1, с.100-106.
13. И.А.Абдуллаев, М.И.Абдуллаева Экспериментальное моделирование острого перитонита. Здоровье, 2001, №2, с.57-59.
14. И.А.Абдуллаев, М.М.Сеидов, М.И.Абдуллаева Патогенетическое значение эндолимфатической терапии при разлитом гнойном перитоните. Здоровье, 2001, № 4, с.65-69.
15. İ.Ə.Abdullayev, M.M.Seyidov, M.İ.Abdullayeva Yayılmış irinli peritonitlərə görə aparılan cərrahi müadxilələr zamanı hemodinamik pozğunluqların korreksiyası yolları. Sağlamlıq 2001, № 5, s.55.
16. И.А.Абдуллаев, М.М.Сеидов, М.И.Абдуллаева Пути лимфотропной терапии и ее значение при разлитом гнойном перитоните. Зборовье, 2001, №6, с.59-60.





17. И.А.Абдуллаев, А.Г.Мамедов, М.И.Абдуллаева Особенности лечебной тактики при перитонитах огнестрельного происхождения. Азербайджанский медицинский журнал 2001, №4, с.43-47.
18. İ.Ə.Abdullayev, M.İ.Abdullayeva, M.M.Seyidov Yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində peritoneal lavajın və dializin rolu. Sağlamlıq, 2001, № 9, s. 64-66.
19. И.А.Абдуллаев, М.М.Сейдов, М.И.Абдуллаева Основные вопросы патогенеза разлитого гнойного перитонита. Здоровье, 2002, №1, с.64-70.
20. M.M.Seyidov, İ.Ə.Abdullayev İdarə olunan xarici lokal hipotermiyanın tibbi praktikada əhəmiyyəti. Sağlamlıq, 2002. № 4, s. 16-18.
21. İ.Ə.Abdullayev, C.Q.Cəfərov, M.N.Tarverdiyev, M.İ.Abdullayeva, M.M.Seyidov Peritonitlər zamanı cərrahi taktikanın patoloji ekssudatı xarakterindən asılılığı. Sağlamlıq, 2002, № 4, s. 21-23.
22. I.A.Abdullayev Perfection ways of patogenik therapeutic principle of general purulent peritonitis. VI International Euroasian and Azerbaijanian congress of gastroenterologists and surgeons, Abstracts, Baku Azerbaijan, 2003 5-7 june, p.129.
23. İ.Ə.Abdullayev, M.N.Tarverdiyev, İ.A.Məmmədov Öd peritonitlərinin klinikası diaqnostikası və müalicə prinsipləri. Sağlamlıq, 2005, № 1, s. 110-113.
24. İ.Ə.Abdullayev, M.M.Seyidov, B.H.Hüseynov Yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində nazo-intestinal intubasiyanın əhəmiyyəti, Sağlamlıq, 2005, № 8, s. 35-39.
25. İ.Ə.Abdullayev, A.Q.Məmmədov, B.H.Hüseynov Təkmilləşdirilmiş drenaj və drenajlama üsullarının kliniki effektivliyinin təhlili. Cərrahiyyə 2005, № 3, s. 79-83.
26. İ.Ə.Abdullayev, M.N.Tarverdiyev Xroniki peritonitlərin diaqnostikası və müalicəsi prinsipləri. Xalq həkimi M.A.Bağirovun anadan olmasının 90 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Naxçıvan, 2006, s. 24-32.
27. İ.Ə.Abdullayev Yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində qeyri invaziv detoksikasiya tədbirlərinin əhəmiyyəti. Xalq həkimi M.A.Bağirovun anadan olmasının 90 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransının materialları. Naxçıvan, 2006, s. 170-176.
28. İ.Ə.Abdullayev, B.M.Hüseynov Diaqnostik və proqnostik sınaqlar vsitəsilə peritonitlərin gedişinə nəzarətin effektivliyinin aparılması yolları. Xalq həkimi M.A.Bağirovun anadan olmasının 90 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Naxçıvan 2006, s. 193-198.
29. İ.Ə.Abdullayev, M.M.Seyidov, İ.A.Məmmədov Peritonit mənşəli toksik- septik şokların klinikası və müalicəsi prinsipləri. Xalq həkimi M.A.Bağirovun anadan olmasının 90 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Naxçıvan, 2006, s. 207-213.
30. İ.Ə.Abdullayev, M.N.Tarverdiyev, M.M.Seyidov, M.İ.Abdullayeva Yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində laparostomiyanın tətbiqinin tarixinə dair. Sağlamlıq, 2006, № 4, s. 184-185.
31. I.A.Abdullayev, E.Y.Babayev, A.G.Mamaedov The modern kompleks method treatment of acute peritonitis appendicular origin. Abstrakts of IX International Uuroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku 15-18 may 2006. p.8.
32. İ.Ə.Abdullayev, M.N.Tarverdiyev, M.M.Seyidov, M.İ.Abdullayeva Yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində laparostomiyanın və proqramlaşdırılmış relaparotomiyanın əhəmiyyəti. Sağlamlıq, 2006 № 6,s. 8-14.
33. İ.Ə.Abdullayev Peritonitlərin müalicəsində laparostomiyanın və proqramlaşdırılmış relaparotomiyanın tətbiqinin əhəmiyyəti. Cərrahiyyə 2006 № 4 (8), s. 107-112.
34. I.A.Abdullayev, Z.B.Mamedova, M.N.Tarverdiyev at all Planning of relaparotomi with aid of multi component proqnostik chart and justification of devaliations. XI International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology 2008, S-8.



35. И.Т.Ахундов, Ф.Г.Джамалов, И.А.Абдуллаев, С.К.Мамедова, М.Н.Танрывердиев Лимфологические подходы к антимикробной стратегии в современной абдоминальной хирургии. Азербайджанский медицинский журнал. 2007, №1, с.140-143.
36. İ.Ə.Abdullayev, M.N.Tarverdiyev At all Planinq of relaparatomı vıth aid of multi komponent proqnostik chart and justifikation of devaliatons XI international Euroasian Congress of Surqeru and qastroentriloji 2008.s-8.
37. İ.Ə.Abdullayev Yerli peritonitlərin erkən diaqnostikası və kompleks müalicəsinin optimallaşdırılması. Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyi, Naxçıvan Dövlət Universiteti Elmi əsərlər. Təbiət elmləri və tibb seriyası. 2009 № 1 (26) s.198-201.
38. İ.Ə.Abdullayev Məhdud peritonitlərin erkən diaqnostikasının müasir aseptikləri. Cərrahiyyə 2009, № 3, s. 92-97.
39. İ.Ə.Abdullayev appendektomiyadan sonra soxulcanabənzər çıxıntının güdülünün işlənməsinin yeni metodu. Sağlamlıq 2009, № 7, s. 170-172.
40. Abdullayev İsa Əli oğlu Məhdud peritonitlərin kompleks müalicə prinsiplərinin müasir aseptikləri. Sağlamlıq 2009 № 7, s.18-24.
41. İ.Ə.Abdullayev Yerli peritonitlərin diaqnostikasının və müalicə taktikasının tıkmilləşdirməsi yolları. Metodik vəsait. Naxçıvan 2009, 41 s.
42. İ.Ə.Abdullayev fokuslaşdırılmış hipertenzion hidropressiv peritoneal lavaj. Cərrahiyyə, 2009 № 4, s.12-14.
43. İ.Ə.Abdullayev Fasiləsiz saçaqlı drenajın hazırlanması qaydası, cərrahi praktikada tətbiqi və üstünlükləri. Sağlamlıq, 2009 № 9, s.176-178.
44. İ.Ə.Abdullayev, İ.B.Mikayılov Yayılmış irinli peritonitlər zamanı limositulyasiya və endolimfatik terapiya fonunda nazointestinal intubasiyanın əhəmiyyəti. Professor İ.M.Məmmədovun 90 illik yubleyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı 2009, s. 33-34.
45. İ.Ə.Abdullayev Yayılmış peritonitlər zamanı poliorqan çatmamazlığının inkişaf mexanizmi. Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyi Naxçıvan Dövlət Universiteti Elmi əsərləri. Təbiət elmləri və tibb seriyası. 2010, № 2 (26) s. 68-73.
46. İ.Ə.Abdullayev Peritonitlər –etiologiyası, patogenezi, modelləşdirilməsi, klinikası, diaqnostikası və müalicə taktikası. Bakı Şirvanəşr 2010, 485s. Monoqrafiya.
47. İ.Ə.Abdullayev peritonitlərin inkişaf mərhələlərin müxtəlif pillələrində iltihabı prosesin gedişinə təsir göstərməklə xəstəliyin müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması. Sağlamlıq 2011, № 2, s. 7-13.
48. Abdullayev I.A. Improvement of the results of treatment with the modernization of the treatment principles of the Peritonitis. Abstracts XII International Euroasian congress of surgery and gastroehnerology, Baku , 13-16 october, 2011, p.6.
49. Abdullayev İ.Ə. Peritonitlə ağırlaşmış bağırsağ keçməməzliyi zamanı cərrahi taktika və müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması yolları. Cərrahiyyə, 2011, № 4, s. 92-97.
50. İ.Ə.Abdullayev Peritonitlər zamanı qarın boşluğunun adevkat drenajlanmasında müxtəlif modifikasiyalı drenaj borularının tətbiqi. Cərrahiyyə 2010, № 3, (31)s .60-64.
51. İ.Ə.Abdullayev mədə və 12 barmaq bağırsağın perforativ xoraları zamanı xoranın xarakterindən, perforasiyanın lokalizasiyasından və peritonitin yayılma dərəcəsindən asılı olaraq cərrahi taktikanın seçilməsi. Sağlamlıq, 2012 № 4, s. 33-38.
52. İ.Ə.Abdullayev, N. F.Babayeva Qarının açıq və qapalı travmaları zamanı baş verən peritonitlərin proqnozunun onun yayılma dərəcəsi və inkişafı fazasından asılılığı. Naxçıvan Dövlət Universiteti Elmi əsərlər, Təbiət elmləri və tibb seriyası 2013 № 1 (49) s. 137-140.



53. İ.Ə.Abdullayev Yayılmış peritonitlər zamanı ozonlaşmış perftoranın sitokin profili göstəricilərinə təsiri. Əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor Bəybala Xutkar oğlu Abasovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş beynəlxalq iştiraklı elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 2013, s. 9-7.
54. İ.Ə.Abdullayev, A.H.Hüseynəliyev Yayılmış peritonitlərdə lipidlərin peroksidləşməsi prosesi pozğunluqları və endogen intoksikasiyanın vəziyyəti. Sağlamlıq, 2013№4, s. 47-51.
55. И.А.Абдуллаев Клинико-лабораторное обоснование применения озонированного перфторана в комплексном лечении распространенных перитонитов. Харківська хірургічна школа. 2013, №5, с.62-65.
56. Ч.М.Джафаров, И.А.Абдуллаев Оценка эффективности применения озонированного перфторана и глутоксима в лечении распространенного перитонита. Вестник экспериментальной и клинической хирургии, 2013, Том VI, №4, с.460-463.
57. И.А.Абдуллаев Сравнительная оценка влияния сочетанного применения озонированного перфторана и глутоксима на процессы перекисного окисления липидов и эндогенной интоксикации при распространенных перитонитах. Украинский Журнал Хирургии 2013, №4, с.25-28.
58. И.А.Абдуллаев Применение озонированного перфторана в лечении распространенного перитонита. Клінічна хірургія. 2014, №1, с. 20-22.
59. И.А.Абдуллаев Влияние сочетанного применение озонированного перфторана и глутоксима на иммунный статус больных и профиль цитокинов при распространенном перитоните. Клінічна хірургія. 2014, №4, с. 27-29.
60. Абдуллаева И.А. Влияние озонированного перфторана на показатели цитокинового профиля при распространенных перитонитах. Хирургия, 2014, № 9, с. 30 – 33.
61. İ.Ə.Abdullayev Qarın boşluğunda aparılan təxirəsalınmaz və planlı cərrahi müdaxilələrdən sonra relaparatomiyaya göstərişlərin və proqnozların əsaslandırılması. Sağlamlıq, 2014, №3, s. 29-35.
62. İ.Ə.Abdullayev Yayılmış peritonitlərin müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırılmasında cərrahi manipulyasiyaların təkmilləşdirilməsi ilə yanaşı immun status və sitokin profili göstəricilərinin korreksiyasının əhəmiyyəti. Naxçıvan Dövlət Universiteti Elmi əsərlər, Təbiət elmləri və tibb seriyası, 2015 № 3 (68) s. 113-120.
63. İ.Ə.Abdullayev Yayılmış peritonitlərin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasının müasir aseptikləri. Cərrahiyyə, 2015, № 1 (41) s. 71-77.
64. İ.Ə.Abdullayev Peritonitlərin kompleks müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması yolları. Tibb elm. dok... diss. avtoreferatı. Bakı, 2016, 43s.
65. İ.Ə.Abdullayev Peritonitlərin kompleks müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması yolları. Tibb elm. dok... dissertasiyası. Bakı, 2016, 345s.
66. İ.Ə.Abdullayev Sitokin profili mediatorlarının yayılmış peritonitlərin patogenezinə və müalicəsində rolu. Naxçıvan Dövlət Universiteti Elmi əsərləri təbiət elmləri və tibb seriyası. 2016 № 6 (76) s. 94-100.



## İKİNCİ QARABAĞ MÜHARİBƏSİ ZAMANI MÜŞAHİDƏ OLUNAN BAŞ-BOYUN NAHIYƏSİNİN ODLU SİLAH ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

**Fariz Məmmədov**

*Naxçıvan Dövlət Universiteti*

*Travmalar arasında istər məhkəmə-tibbi baxımdan, istərsə də müalicə baxımından mürəkkəb xüsusiyyətlərinə görə odlu silah yaraları özünəməxsus yer tutur. İkinci Qarabağ müharibəsi zamanı böyük dağıdıcı imkanlara malik olan müasir silahların tətbiqi nəticəsində digər müharibələrlə müqayisədə daha çox və daha ağır zədələnmələrin müşahidə olunması, həmçinin dünyanın müxtəlif yerlərində müharibə, terror və silahlı münaqişələrinin geniş vüsət alması böyük tibbi-sosial əhəmiyyətə malik olan odlu silah zədələnmələrinin öyrənilməsinin vacibliyini bir daha göstərir.*

*Aiar sözlər: müharibə, güllə, partlayış, zədə, patologiya*

Vətən müharibəsi zamanı odlu silah zədələri alan hərbi qulluqçular təhlil olunarkən məlum oldu ki, baş-boyun nahiyəsinin odlu silah zədələnmələri əhəmiyyətli yer tutur. Müxtəlif ədəbiyyatlarda bu göstərici 10-20 % arasında dəyişir. Bizim praktikamızda da bu göstərici 19 % olmuşdur. Həmçinin baş-boyun nahiyəsinin odlu silah zədələnmələri tez-tez ölümlə nəticələnir (bizim praktikamızda 83 %). Beyin zədələnməsindən ölənlərin təxminən 35%-nin səbəbi kranial odlu silah zədələnmələridir. Belə travmaların 2/3-i hadisə yerində ölümlə nəticələnir [1]. Zədələnmələrin daha ağır olması, baş və boyunun yumşaq və sərt toxumalarının zədələnmələrinin daha geniş olması ilə müşayiət olunan zədələyici mərmilərin ballistik xüsusiyyətlərinin və müasir silahların xassələrinin dəyişdirilməsi hesabına çoxsaylı yaraların və müştərək travmaların əmələ gəlməsi, həmçinin bu nahiyədə baş beyinin, tənəffüs və həzm sisteminin başlanğıcının, böyük ölçülü damar və sinirlərin yerləşməsi problemi daha da aktuallaşdırır. Odur ki, baş-boyun nahiyəsinin odlu silah zədələnmələrinin xüsusiyyətlərinin, əmələ gətirdiyi fəsadların, orqanlarda yaratdığı patolojiyalarının ətraflı öyrənilməsinə zərurət vardır.

Baş-boyun nahiyəsində güllə, qəlpə və partlayış zədələnmələri nəticəsində əmələ gələn eybəcərliklər mənəvi həyəcana, şəxsi və sosial, ailəvi problemlərə, iztiraba və s. səbəb olur. Həmçinin tənəffüsün, görmə qabiliyyətinin, qida qəbulunun və nitqin pozulması xəstələrdə funksional pozğunluğa və psixi gərginliyə səbəb olur. Sifət nahiyəsinin anatomik xüsusiyyətləri ilə bağlı olaraq odlu silah zədələnmələrindən sonra əmələ gələn yaraların görünüşü çox vaxt onların ağırlıq dərəcəsinə uyğun gəlmir və böyük estetik pozğunluğa səbəb olur [2]. Xüsusilə ağız boşluğuna, burunun əlavə ciblərinə daxil olan, həmçinin yumşaq toxumaların qopub ayrılması və defektlərin yaranması ilə nəticələnən odlu silah zədələnmələri zamanı xəsarət alan şəxsin yaralanmasının çox ağır dərəcəli olması barədə təsəvvür yaradır. Dəlib-keçən odlu silah zədələnmələrinin xarakterik xüsusiyyətlərindən biri də beyin toxuması içərisinə metal, sümük hissəcikləri, tük, dəri parçası və s. kimi yad cisimlərin səpələnməsidir (Şəkil 1).



*Şəkil 1. Baş beyin toxumasında aşkar olunan metal qəlpə*

Baş beyinin zədələnməsi ilə müşayiət olunan odlu silah zədələnmələri əksər hallarda ölümlə nəticələnsə də, baş beyinin birbaşa zədələnməsi olmayan baş-boyun nahiyəsinin odlu silah zədələnmələrindən sonra çoxsaylı ağırlaşmalar əmələ gəlir [3]. Ona görə də, baş-boyun

nahiyəsinin odlu silah yaralanmaları ağır zədələnmələr qrupuna aid edilir. Xarici informasiyaların əksər hissəsini qəbul edən, görmə orqanı olan gözlərin zədələnməsinə də tez-tez rast gəlinir ki, bu da əksər vaxt görmənin tam və ya qismən itməsi ilə nəticələnir. Zərbə dalğasının beyinə ötürülməsi kəllə-beyin travmasına, ətraf toxumalarda yaranan ödem tənəffüs pozğunluğuna, udqunma, çeynəmə və nitq funksiyalarının pozulmasına gətirib çıxarır. Qan laxtalarının və toxuma fraqmentlərinin tənəffüs yollarını qapaması nəticəsində baş verən boğulmalar ən təhlükəli və erkən fəsadlardır. Yaraların xüsusiyyətlərinə bağlı olaraq infeksiyalaşmağa meyilli olması səbəbindən travmatik osteomyelitin baş verməsi, demək olar ki, qaçılmaz olur. Hazırda tibb müəssisələrinin müasir tələbatlara uyğun avadanlıq və ləvazimatlarla təmin olunmasına baxmayaraq irinli iltihabi ağırlaşmalar yumşaq toxumalarda təxminən 35%, sümük toxumalarında isə 40% təşkil edir [4]. Odlu silahla zədələnmədən sonra yaranan travmatik osteomyelitin müalicəsi isə çox böyük problemlər yaradır. Hər nə qədər yaralını ölümdən xilas etmək mümkün olsa da, odlu silah zədələnmələrinə bağlı olaraq müxtəlif daxili orqanlarda fəsadların əmələ gəlməsi yaralının vəziyyətinin pisləşməsinə və ya ölümünə səbəb olur. Baş beyinin bilavasitə zədələnməsi olmayan baş-boyunun odlu silah zədələnmələrində əsas ağırlaşmalara yad cisim (Şəkil 2), beyindəxili təzyiq, baş beyinin hematoması, obstruktiv hidrocefaliya, baş beyinin absesi, sifətin kobud çapıqlar nəticəsində eybəcərləşməsi, yumşaq toxuma defektləri, görmənin itməsi və ya azalması, üz sinirinin parezi, nitqin, qoxu və dad hissiyyatının, çeynəmə funksiyasının pozulması, çənənin kontrakturası, fraqmentlərin gecikən konsolidasiyası və yalançı oynaqların yaranması və başqalarını misal göstərmək olar.



Şəkil 2. Baş və boyun nahiyələrində yad cisim - güllə

Tənəffüs sistemi orqanlarında bronxit, pnevmoniya, plevrit, ürək-damar sistemində ürəyin elektrik keçiriciliyinin pozulması, aritmiya, miokardit, endokardit, anemiya, həzm sistemində qastrit, kolit, sidik-ifrazat sistemində böyrəklərdə hematuriya, toksik nefropatiya, nefrit əmələ gələ bilər [5].

**Nəticə:** Odlu silah zədələnmələri ətraflardan sonra ən çox baş-boyun nahiyəsində rast gəlinir. Ümumilikdə ən çox zədələnən daxili orqan isə baş beyindir. Digər nahiyələrlə müqayisədə baş-boyun nahiyəsinin odlu silah zədələnmələri daha çox ölümlə nəticələnir, sağ qalanlarda isə müxtəlif qüsurlar, ağırlaşmalar tez-tez yaranır. Ən əsas göstərici şüur səviyyəsidir, komada olan və ağır qıcığına reaksiya verməyən xəstələrin 94%-i həyatını itirir. Sağ qalanların 50 %-i ümumi əmək qabiliyyətini ağır dərəcədə itirir və həyatının qalan hissəsini digər şəxslərin yardımı ilə yaşayır. Yara kanalı orta xətti çarpazlayan, beyinin mərkəzindən və baş beyin mədəciklərindən keçən hallarda proqnoz daha ağır olur.



## ƏDƏBİYYAT

1. Məmmədov, F.E. Odlu silah zədələrinin məhkəmə-tibbi xüsusiyyətləri // - Bakı: Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Elmi-praktik konfransın məcmuəsi, -2020, - s. 228-230.
2. Məmmədov, F.E. Baş-boyun nahiyəsinin odlu silah zədələnmələrinin məhkəmə-tibbi və klinik tədqiqi / R.Ə.Əliyev // Sağlamlıq jurnalı, Bakı-2020, № 6. s. 185-190.
3. Eryılmaz, M. "Savaş Cerrahisi", International Committee of the Red Cross 19, avenue de la Paix 1202 Geneva, Switzerland ICRC, March 2013, 324 s.
4. Ögünç, G.I. "The Wounding Potential and Legal Situations of Air Guns – Experimental Study", M.T.Özer, M.Eryılmaz, A.İ.Uzar, Australian Journal of Forensic Sciences-2014, 46(1), p. 39-53.
5. Uzunismail A., Aydın E., Özgenc Ö. və d. Yüz bölgəsi atəşli silah yaralanmasından alınacaq ders. //Türk Plastik Rekonstruktiv və Estetik Cerrahisi Dergisi, 2008, cilt 16, № 1, s. 23-27.

## SUMMARY

### FIREARM INJURIES OF THE HEAD AND NECK OBSERVED DURING THE SECOND KARABAKH WAR

**Mammadov Fariz**

Among the injuries, gunshot wounds have a special place due to their complex features, both forensic and medical. During the Second Karabakh War, as a result of the use of modern weapons with great destructive potential, more and more severe damage was observed than in other wars. Also, wars, terrorism and armed conflicts have spread in different parts of the world. This underscores the importance of studying firearm injuries, which are of great medical and social importance.

*Key words: war, projectile, explosion, injury, pathology*





## XRONİK DESTRUKTİV AĞCIYƏR VƏRƏMİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ KARDİOVASKULYAR DƏYİŞİKLİKLƏR

**İbrahimov T.Q., Bayramov R.İ., İsmayılzadə C.M.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Xronik destruktiv ağciyər vərəmi (XDAV) olan xəstələrdə ventilyasiyanın və qaz mübadiləsinin pozulması hipoksiya ilə nəticələnir ki, bu da ağciyər ürək çatışmazlığının inkişafına səbəb olur. Vərəmin ən ağır forması olan XDAV olan xəstələrdə spesifik prosesin həcmindən və davam etmə müddətindən asılı olaraq bu xəstələrin ağciyərlərində pnevmosklerozun yaranması hemodinamikanı pozur, kiçik qan dövranında hipoksiya və intoksikasiya nəticəsində maddələr mübadiləsinin pozulması ilə özünü göstərir. Bunlar hamısı ürək əzələsinin funksional xüsusiyyətlərinə, miokarda mübadilə proseslərinin pozulmasına və onun funksiyasının zəifləməsinə gətirib çıxarır. Hipoksiya nəticəsində ağciyər arteriyası arteriollarının spazmının inkişafı kiçik qan dövranında hipertenziyanın əmələ gəlməsinə səbəb olur ki, bu da ürəyin sağ mədəciyinin işini daha da artırır. Ağciyər ürək çatışmazlığı ilkin mərhələlərdə ürəyin sağ mədəciyini kompensasiya edə bilir, kiçik qan dövranındakı hipertenziyanı da o, kompensasiya edə bilir, lakin prosesin sonrakı gedişi nəticəsində mədəciyin dilatasiyası baş verir ki, sağ qulaqcıqda təzyiqin qalxması və venalarda qanın gəlməsi çətinləşir.

Belə xəstələrdə kəskin tənqəfəslik, boğulma, akrosianoz, ürək döyüntüləri və qan dövranında durğunluq müşahidə olunur. Ağciyər-ürək çatışmazlığı əsas etibarilə ürəyin sağ mədəciyinin və qulaqcıqın çatışmazlığıdır. Bu xüsusiyyətinə görə ürəyin sol mədəcik çatışmazlığından fərqlənir. Kəskin, xüsusilə ağciyər-ürək çatışmazlığı ilə müşahidə olunan XDAV olan xəstələrdə spiroqrafiya zamanı ağciyərlərin həyat tutumunun 30—50%-ə qədər aşağı düşməsi ağciyər arteriyasında təzyiqin (PAH) yüksək olması ilə müşahidə olunur. Belə xəstələrdə az fiziki gərginlik zamanı tənqəfəslik artır və sonra tənqəfəslik xəstənin sakit vəziyyətdə, uzandığı zamanda müşahidə olunur. Bu prosesin belə gedişi sonda dekompensasiya uğramış ağciyər ürəyinin (COR pulmonale) əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır.

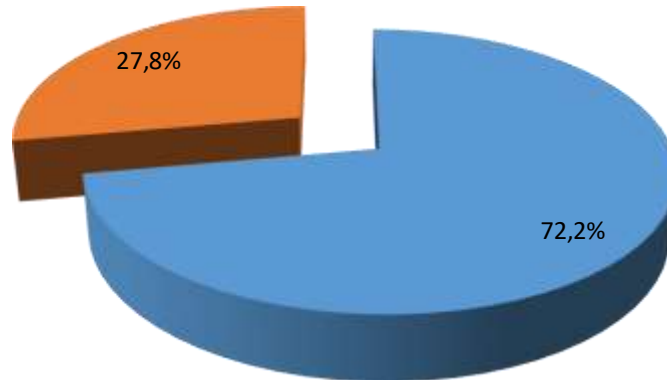
Aparılan tədqiqat işinin başlıca məqsədi XDAV zamanı morfoloji dəyişikliklərin həcmindən asılı olaraq ürək qan-damar sistemində baş verən dəyişikliklərin qiymətləndirilməsidir. Aparılan tədqiqat işinə Bakı şəhəri 4 saylı Vərəm Əleyhinə Dispanserin Terapiya şöbələrində hospitallaşdırılmış 90 nəfər XDAV olan xəstə cəlb edilmişdir. XDAV zamanı ağciyərlərdə morfoloji dəyişikliklərin həcmindən asılı olaraq bütün xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür: I qrupa – vərəm prosesi hər iki ağciyərin bir payının zədələnməsi ilə əhatələnən 32 xəstə; II qrupa – bütöv bir ağciyər ilə əhatələnən 30 xəstə; III qrupa – bütöv bir ağciyər və digər ağciyərin bir payı ilə əhatələnən 28 xəstə daxil edilmişdir.

Tədqiqat aparılan xəstələrin 72,2%-də (65 nəfər) fibroz-kavernoz ağciyər vərəmi, 27,8%-də (25 nəfər) isə sirrotik ağciyər vərəmi təyin olunmuşdur. (şəkil 1.)

**Aiar sözlər:** xronik destruktiv ağciyər vərəmi (XDAV), fibroz kavernoz ağciyər vərəmi (FKAV), ağciyər arteriyasının hipertenziyası (AAH), vərəm mikobakteriyaları (VMB)



■ fibroz-kavernoz vərəm    ■ sirrotik vərəm



Şəkil 1. Xəstələrin strukturu

Nəzarət qrupu kimi instrumental müayinələrlə ağciyər ürəyi aşkar edilməmiş XDAV olan 25 nəfər xəstə götürülmüşdür.

Xəstələrin müəşidə və müayinələri həm stasionar, həm də ambulator şəraitdə aparılmış və tədqiqatın nəticələri xüsusi işlənilib hazırlanmış fərdi müayinə kartlarında öz əksini tapmışdır. Bu tədqiqatda aşağıdakı anamnestik məlumatlar və müayinə metodlarından istifadə edilmişdir:

1. Xəstələrdən əhatəli anamnezin toplanması;
2. Xəstəliyin inkişaf tarixinin təhlili, ailə kontaktı;
3. Xəstəliyin başlanması və gedişi
4. Xəstənin poliklinika və stasionarlarda olma müddəti;
5. Xarici mühit faktorlarının mənfi təsiri;
6. Döş qəfəsi orqanlarının rentgen-flüoroqrafik və kompyuter tomoqrafiya müayinələri;
7. Qanın, sidəyin, nəcisin, bəlgəmin ümumi müayinəsi və s.

Xəstələr haqqında anamnestik və klinik məlumatların xarakteristikası 1-ci cədvəldə təqdim edilmişdir.

**Cədvəl 1. Tədqiqata daxil edilmiş xəstələrin tarakteristikası**

Göstəricilər	Xəstələrin qrupları			
	I qrup (n=32)	II qrup (n=30)	III qrup (n=28)	Kontrol qrupu (n=25)
Cins: k/q	24/8	21/9	21/7	17/8
Yaş, il	42,1 ± 1,5 (21-68)	43,2 ± 1,3 (19-70)	42,5 ± 1,0 (18-75)	42,0 ± 1,7 (24-66)
XDAV müddəti, il	8,9 ± 0,3 (8-12)	8,7 ± 0,2 (7-11)	8,4 ± 0,4 (7-12)	8,5 ± 0,3 (8-11)
EKQ dəyişikliklər	əhəmiyyətli	əhəmiyyətli	əhəmiyyətli	yoxdur
Respirator funksional	əhəmiyyətli	əhəmiyyətli	əhəmiyyətli	yoxdur



<i>dəyişikliklər</i>				
<i>Sat O<sub>2</sub>, %</i>	$91,1 \pm 1,4^*$ (84-96)	$89,3 \pm 1,3^{**}$ (82-95)	$86,2 \pm 1,5^{***}$ (78-93)	$96,3 \pm 1,8$ (91-100)
<i>Morfoloji dəyişikliklər</i>	<i>hər iki ağciyərin bir payı</i>	<i>bütöv bir ağciyər</i>	<i>bütöv bir ağciyər və digər ağciyərin bir payı</i>	<i>bir ağciyər payı həcmində</i>
<i>AAH, mmHg</i>	$32,1 \pm 0,9^{***}$ (25-39)	$44,5 \pm 1,5^{***}$ (35-54)	$52,7 \pm 2,1^{***}$ (43-66)	$26,2 \pm 0,8$ (21-30)

*Qeyd: kontrol qrupun göstəriciləri ilə fərqi statistik dürüstlüyü:*

*\*-p<0,05; \*\*-p<0,01; \*\*\*-p<0,001*

Təqdim edilmiş demografik məlumatlara əsasən demək olar ki, müayinəyə cəlb edilmiş xəstələrin əksəriyyəti kişilərdən ibarət olmuşdur -73% (83 nəfər). Müayinə olunan xəstələrin qruplarında orta yaşlar arasında əhəmiyyətli fərq olmamışdır. Lakin diqqəti cəlb edən çox mühüm amillərdən biri- xəstələrdə spesifik prosesin əhatəliliyi və bu prosesin müddəti arasında qeyri-düzgün korrelyasiyadan ibarət olmuşdur. Belə ki, I qrup xəstələrdə spesifik prosesin hər iki ağciyərin bir payını əhatə etdikdə ağciyər arteriyasında hipertenziya (AAH)  $8,9 \pm 0,3$  (8-12) il ərzində inkişaf etmiş, II qrup xəstələrdə spesifik morfoloji geriyə dönməyən dəyişikliklər bütöv bir ağciyəri əhatə etdikdə AAH (I qrupa nisbətən daha tez)  $8,7 \pm 0,2$  (7-11) il ərzində inkişaf etmiş olur. III qrup xəstələrdə isə spesifik prosesin həcmi bütöv bir ağciyər və digər ağciyərin bir payını əhatə etdikdə AAH-ın formalaşması daha erkən  $8,4 \pm 0,4$  (7-12) il ərzində inkişaf etmiş olur.

Bütün hallarda ağciyər arteriyası sistemində təzyiqin yüksəlməsinin səbəbi xronik hipoksik ağciyər vazokonstriksiyası ilə izah edilməlidir. Belə ki, ağciyərlərdə geriyə dönməyən fibroz və destruktiv dəyişikliklərin həcmindən asılı olaraq, qanın oksigenlə zənginləşməsinin qiymətləndirilməsi zamanı çox maraqlı nəticələr qeyd edilmişdir. Daha dəqiq desək, massiv fibroz və destruktiv dəyişikliklər, qanda oksigenin saturasiyasının azalmasına səbəb olmuş, eyni zamanda fibroz sklerotik və destruktiv dəyişikliklər ağciyər arteriyası sistemində damar şəbəkəsinin azalmasına səbəb olmuşdur. Bu göstərilənlər isə ağciyər arteriyası sistemində təzyiqin daha kəskin yüksəlməsinə gətirib çıxarmışdır. I qrup xəstələrdə qanın oksigenlə saturasiyası  $91,1 \pm 1,4$  % ( $p<0,05$ ) olduqda AAH-ın səviyyəsi  $32,1 \pm 0,9$  ( $p<0,001$ ) mmHg olduğu halda, II qrup xəstələrdə bu göstəricilər uyğun olaraq  $89,3 \pm 1,3$  % ( $p<0,001$ ) və  $44,5 \pm 1,5$  ( $p<0,001$ ) mmHg, III qrup xəstələrdə isə uyğun olaraq  $86,2 \pm 1,5$  % ( $p<0,001$ ) və  $52,7 \pm 2,1$  ( $p<0,001$ ) mmHg olmuşdur.

Digər nəzərəcarpacaq məqamlardan biri - xəstələrin elektrokardiografik müayinəsi zamanı aşkar edilmişdir. Belə ki, I qrup xəstələrdə EKQ-müayinə zamanı əhəmiyyət daşıyan dəyişikliklər müşahidə olunmuş, ilk növbədə II,III standart, AVF aparmalarında P dişinin voltajının və intervalın artması ilə nəticələnmişdir.

I qrup xəstələrdə PAH-ın göstəricisi  $32,1 \pm 0,9$  (25-39) mmHg olduğu halda, sağ mədəciyin hipertrofiyası bütün xəstələrdə qeyd edilmiş, lakin exokardiografik müayinə zamanı pulmonar və trikuspidal requrqitasiya əlamətləri müşahidə edilmişdir. II qrup xəstələrdə AAH-ın göstəricisi  $44,5 \pm 1,5$  (35-54) mmHg olduğu zaman, P-pulmonale formalaşması ilə yanaşı, sağ mədəciyin hipertrofiyası I dərəcəli pulmonar və trikuspidal requrqitasiya əlamətləri ilə nəticələnmişdir ki, bu da bu qrup xəstələrdə artıq xronik ağciyər ürəyinin formalaşdığını təsdiq etmişdir.

Aparılan müşahidələrin nəticələri sübut etmişdir ki, XDAV olan xəstələrdə ağciyər hipertenziyasının və xronik ağciyər ürəyinin formalaşması birbaşa ağciyərlərdə geriyə





dönməyən spesifik morfoloji dəyişikliklərin həcmindən asılıdır. Spesifik dəyişiklərin həcmi massiv olduqda ürəyin sağ yarısının çatışmazlığı və qısa müddət ərzində PAH-ın formalaşmasına gətirib çıxarır.

Bizim müşahidə apardığımız bu xəstələrdə klinik simptomların kəskinliyi və ağciyərlərdə morfoloji dəyişikliklərin həcmi arasında asılılıq olduğunu göstərmişdir. Xəstələrdə klinik simptomların kəskinliyi 2-ci cədvəldə təqdim edilmişdir.

**Cədvəl 2.** Ağciyərlərdə morfoloji dəyişikliklərin əhatəliliyi və klinik simptomların kəskinliyi

Göstəricilər	FKAV			
	I qrup (n=32)	II qrup (n=30)	III qrup (n=28)	Kontrol qrupu (n=25)
Təngnəfəslik, MRC şkala	1,53 ± 0,05 (1-3)***	2,11 ± 0,10 (1-4)***	2,98 ± 0,14 (2-5)***	0
Bəlgəmli öskürək	32*** 100%	30*** 100%	28*** 100%	14 56,0±9,9%
VMB (+)	16 50,0±8,8%	22* 73,3±8,1%	24*** 85,7±6,6%	10 40,0±9,8%
Ürək vurğularının sayı vurğu/dəq.	102,3 ± 1,6 (90-110)***	107,8 ± 2,1 (95-120)***	112,1 ± 2,2 (100-120)***	80,3 ± 1,1 (74-88)
"isti" sianoz	14 43,8±8,8%	28 93,3±4,6%	28 100%	-

Qeyd: kontrol qrupun göstəriciləri ilə fərqin statistik dürüstlüyü:

\*- $p < 0,05$ ; \*\*- $p < 0,01$ ; \*\*\*- $p < 0,001$

MRC (Medical Research Council) şkalası üzrə qiymətləndirmə zamanı təngnəfəsliyin ən yüksək intensivliyi III qrup xəstələrdə aşkar edilmiş və qeyd edildiyi kimi bu qrup xəstələrdə ağciyərlərdə fibroz-sklerotik və destruktiv dəyişikliklər daha massiv olmuşdur. Təngnəfəsliyin intensivliyinin 5 ballıq şkala üzrə qiymətləndirilməsi zamanı bu göstərici  $2,98 \pm 0,14$  ( $p < 0,001$ ) olmuşdur. Ağciyərlərdə morfoloji dəyişikliklərin intensivliyi azaldıqca, II qrupda olan xəstələrdə təngnəfəsliyin intensivliyi azalmış və  $2,11 \pm 0,10$  ( $p < 0,001$ ) təşkil etmişdir.

Bəlgəmli öskürək bütün xəstələrdə müşahidə edildiyi halda, müqayisə qrupunda olan xəstələrdə 56,0% olmuşdur. Bəlgəmdə vərəm mikobakteriyalarının Sil-Nilsen üsulu ilə yoxlanılması zamanı daha çox III qrup xəstələrdə qeyd edilmişdir,  $85,7 \pm 6,6\%$  halda ( $p < 0,001$ ). II qrup xəstələrdə bu göstərici 73,3% olmuşdur ( $p < 0,05$ ). I və III qrup xəstələr arasında VMB ifrazı hallarının müqayisəsi zamanı əhəmiyyətli fərqlər aşkar edilməmişdir ( $p < 0,001$ ).

Ürək vurğularının tezliyi təqdim olunmuş bütün qrup xəstələrdə aşkar edilmiş, yalnız I qrupda 2 xəstədə taxikardiya əlamətləri qeyd edilməmişdir. Taxikardiya ən yüksək intensivlikdə III qrup xəstələrdə müşahidə edilmişdir ( $112,1 \pm 2,2$  vurğu/dəq.,  $p < 0,001$  kontrol qrupu ilə müqayisədə). Ağciyərlərdə geriye dönməyən morfoloji dəyişikliklərin intensivliyi azaldıqda taxikardiyanın intensivliyi də azalmış və I qrup xəstələrdə  $102,3 \pm 1,6$  (90-110) vurğu/dəq. təşkil etmişdir, (kontrol qrupu ilə müqayisədə  $p < 0,001$ ). II qrup xəstələrdə taxikardiyanın tezliyi  $107,8 \pm 2,1$  (95-120) vurğu/dəq. olmuşdur (kontrol qrupu ilə müqayisədə  $p < 0,001$ ).

Diffuz "isti" sianoz respirator çatışmazlığın simptomu kimi III qrup xəstələrdə daha kəskin şəkildə aşkar edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, "isti" sianoz I qrup xəstələrin yalnız 14 nəfərində (43,7%) aşkar edilmişdir.



Aparılan müşahidələrin nəticələri göstərmişdir ki, müqayisə qruplarında klinik simptomların kəskinliyi ilə ağciyərlərdə morfoloji dəyişikliklərin əhatəliliyi arasında düzgün korrelyasiya mövcuddur. Ağciyərlərdə spesifik proseslə əlaqəli morfoloji dəyişikliklərin həcmi artan zaman xəstəliyin klinik simptomlarının kəskinliyi də artmışdır ki, bu da spesifik morfoloji dəyişikliklərin massiv olduğu III qrup xəstələrdə daha çox özünü göstərmişdir. EKQ müayinə zamanı alınmış nəticələrlə ağciyərlərdə morfoloji dəyişikliklərin əhatəliliyi arasında asılılıq aşkar edilmişdir. Belə ki, kəskin EKQ əlamətləri morfoloji dəyişikliklərin daha kəskin olduğu III qrup xəstələrdə aktual olmuşdur (cədvəl 3). Cədvəldən göründüyü kimi, sağ qulaqcığın dilatasiyası P-dişinin amplitudasının II standart və V<sub>1</sub> aparmalarında yüksəlməsinə səbəb olmuşdur. Bu da öz növbəsində P-pulmonale-nin təqdimatı zamanı xəstələrdə ağciyər arteriyası sistemində hipoksik vazokonstriksiya nəticəsində arterial təzyiqin yüksəlməsi səbəbindən sağ mədəciyin hipertrofiyaya uğraması üçtəyli qapağın requrqitasiyası ilə nəticələnmişdir. Eyni zamanda P-pulmonale III qrup xəstələrdə daha kəskin şəkildə özünü göstərmişdir. Belə ki, ağciyərlərdə fibroz-sklerotik və spesifik destruktiv dəyişikliklərin daha massiv olduğu III qrup xəstələrdə P-pulmonale 85,7±6,6% xəstələrdə müşahidə edilmişdir ki, bu da I qrup xəstələrin analoji göstəricisi ilə müqayisədə daha fərqli olmuşdur ( p<0,001). II və III qrup xəstələrin analoji göstəricilərinin müqayisəsi P-pulmonale-nin III qrup xəstələrdə də fərqli olduğunu nümayiş etdirmişdir (40,0±8,9%).

**Cədvəl 3. Ağciyərlərdə olan morfoloji dəyişikliklər və EKQ göstəriciləri**

Göstəricilər	FKAV			
	I n=32	II n=30	III n=28	Kontrol qrup n=25
P - pulmonale	8 25,0±7,7%	12 40,0±8,9%	24*** 85,7±6,6%	-
Ürəyin elektrik oxunun sağa meyilliliyi	13 40,6±8,7%	24** 80,0±7,3%	28*** 100%	2 8,0±5,4%
V <sub>1</sub> R ≥ S	15 46,9±8,8%	24** 80,0±7,3%	26*** 92,9±4,9%	-
S <sub>1</sub> Q <sub>3</sub> T <sub>3</sub>	14 43,8±8,8%	23** 76,7±7,7%	27*** 96,4±3,5%	-
V <sub>1-3</sub> T dişinin inversiyası	7 21,9±7,3%	14* 46,7±9,1%	26*** 92,9±4,9%	-
V <sub>1-3</sub> ST segmentinin depresiyası	8 25,0±7,7%	16* 53,3±9,1%	27*** 96,4±3,5%	-
Hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadası	9 28,1±7,9%	21*** 70,0±8,4%	28*** 100%	2 8,0±5,4%
Səyirici aritmiya	1 3,1±3,1%	5 16,7±6,8%	10** 35,7±9,1%	-

Qeyd: I qrupun göstəriciləri ilə fərqin statistik dürüstlüyü:

\*-p<0,05; \*\*-p<0,01; \*\*\*-p<0,001

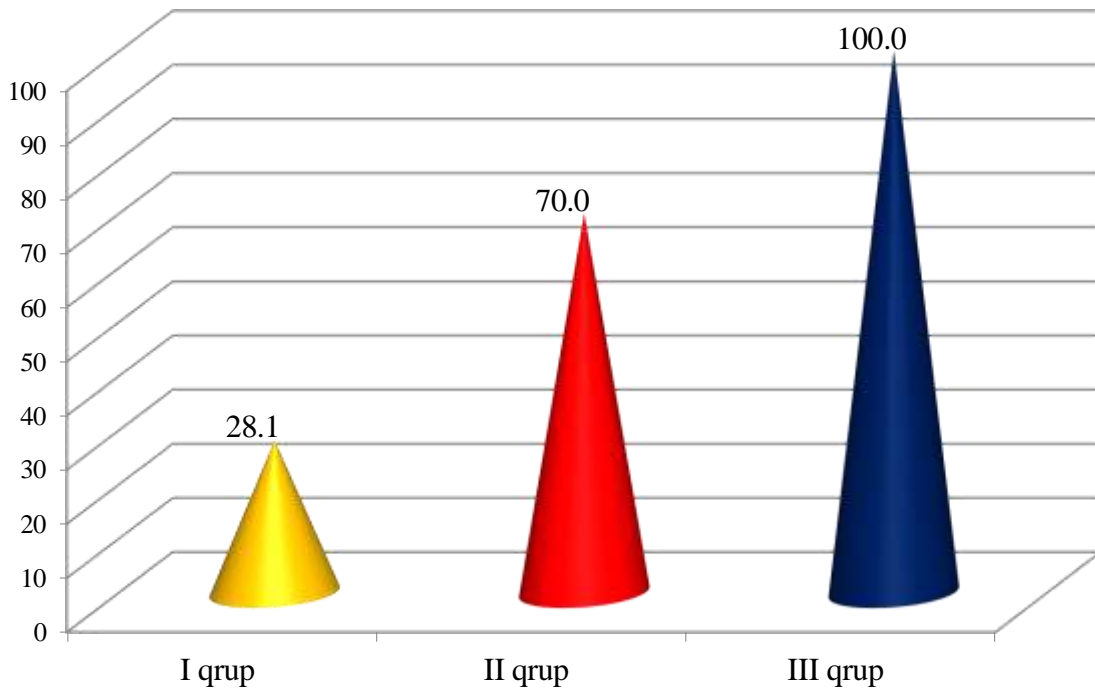
Alınmış nəticələrin təhlili göstərir ki, sağ qulaqcığın genişlənməsinin EKQ əlaməti olan P-pulmonale ağciyərlərdə massiv geriye dönməyən morfoloji dəyişikliklərin olduğu III qrup xəstələrdə daha çox aşkar edilmişdir. Ürəyin elektrik oxunun sağa meyilliliyi bütün müşahidə etdiyimiz xəstələrdə aşkar edilsə də, lakin qeyd etmək lazımdır ki, bu mühüm EKQ göstərici III qrup xəstələrdə daha çox özünü göstərmişdir. V<sub>1</sub> R≥S-elektrokardioqrafik əlaməti sağ mədəciyin hipertrofiyası simptomu kimi bütün müşahidə edilmiş xəstələrdə



aşkar çıxarılsa da, daha kəskin hal III qrup xəstələrdə qeyd edilmişdir. Belə ki, bu qrup xəstələrin 92,9±3,5%-də ( $p<0,001$ ) sağ mədəciyin hipertrofiyası aşkar olunduğu halda I qrup xəstələrdə bu göstərici yalnız 46,9% olmuş, II qrup xəstələrdə isə 80,0±7,3% ( $p<0,001$ ) hallarda müşahidə edilmişdir.

Beləliklə, sağ mədəciyin hipertrofiyasının rastgəlmə tezliyi ilə ağciyərlərdə morfoloji dəyişikliklərin həcmi arasında birbaşa asılılığın olması özünü göstərmişdir. Morfoloji və spesifik dəyişikliklərin daha massiv olduğu III qrup xəstələrdə sağ mədəciyin hipertrofiyası 92,9±4,9% ( $p<0,001$ ) halda müşahidə edilmişdir.  $S_1$   $Q_3$   $T_3$  EKQ əlaməti həmçinin ürəyin elektrik oxunun sağa meyilliliyinin biomarkeri kimi III qrup xəstələrdə daha çox qeydə alınmışdır. Sağ döş aparmalarında T dişinin inversiyası I qrup xəstələrdə 21,9±7,3%, II qrup xəstələrdə 46,7±9,1% ( $p<0,05$ ), III qrup xəstələrdə isə 92,9±4,9% ( $p<0,001$ ) qeyd edildiyi halda, bu elektrokardioqrafik əlamət ən çox III qrup xəstələrdə müşahidə edilmişdir. Sağ döş aparmalarında ST seqmentinin depressiyası I qrup xəstələr arasında 25,0±7,7%, II qrupda 53,3±9,1% ( $p<0,05$ ), III qrupda isə 96,4±3,5% ( $p<0,001$ ) hallarda aşkar edilmişdir. Cədvəldən göründüyü kimi, ST-seqmentinin depressiyası ən çox hallarda morfoloji dəyişikliklərin daha massiv olduğu III qrupun xəstələrində müşahidə edilmişdir.

Çox mühüm EKQ-biomarkerlərdən biri Hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadası olmuşdur ki, bu da Cor pulmonale və ağciyər arteriyası hipertenziyasının çox mühüm göstəricilərindən biridir. Alınmış nəticələrə əsasən bu biomarkerin rastgəlmə tezliyi ağciyərlərdə fibroz sklerotik və spesifik destruktiv dəyişikliklərin həcmi arasında birbaşa asılılıq olduğu aşkar edilmişdir (şəkil 2).



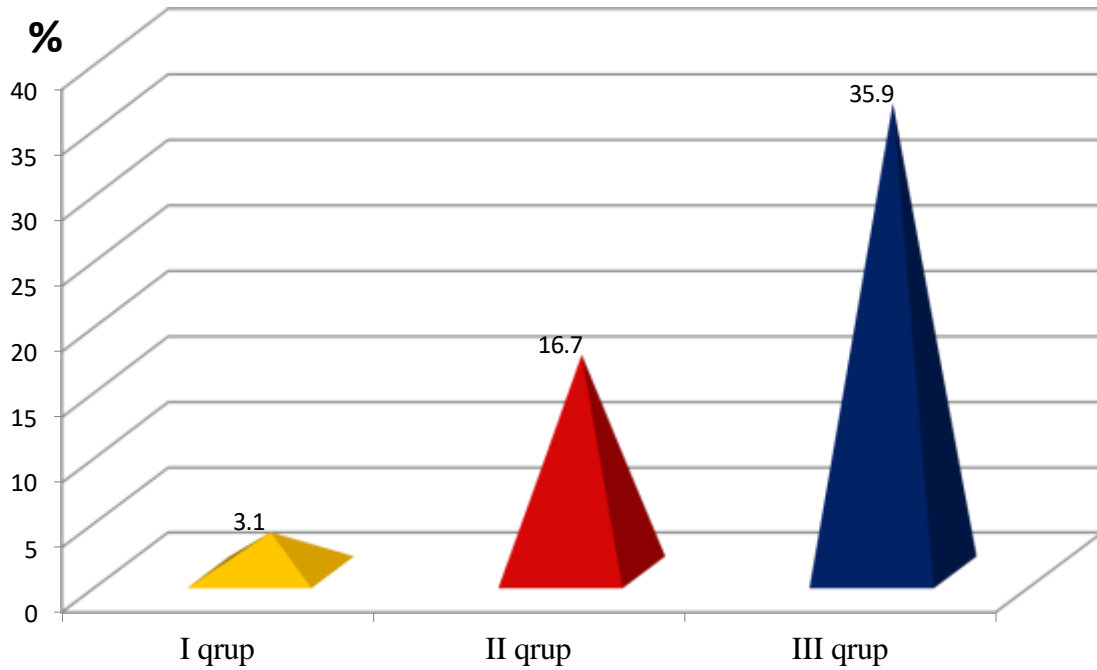
**Şəkil 2.** XDAV olan xəstələrdə Hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadası ilə ağciyərlərdə spesifik dəyişikliklərin həcmi arasında asılılıq

Şəkildən görünsüyü kimi, III qrupdan olan xəstələrin hamısında Hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadası aşkar edilmişdir. Bu zaman ağciyərlərdə spesifik və qeyri spesifik xarakterli geriyə dönməyən morfoloji dəyişikliklərin həcmi ilə Hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadasının rastgəlmə tezliyi arasında birbaşa asılılığın olması özünü göstərmişdir. I qrup xəstələrdə bu göstərici 28,1±7,9%, II qrup xəstələrdə isə 70,0±8,4%





( $p < 0,01$ ) halda müşahidə edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, morfoloji dəyişikliklərin daha geniş həcmli olduğu III qrup xəstələrdə Hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadası ilə yanaşı klinik simptomlarının daha da kəskin olması ilə müşayiət olunmuşdur. Qulaqcıq səyriməsi I qrup  $3,1 \pm 3,1\%$ , II qrup xəstələrdə  $16,7 \pm 6,7\%$ , III qrup xəstələrdə isə  $35,7 \pm 9,1\%$  ( $p < 0,01$ ) halda aşkar edilmişdir (şəkil 3). Xəstələrdə ağciyərlərdə spesifik morfoloji dəyişikliklərin həcmi və qulaqcıq səyirməsinin rastgəlmə tezliyi arasında düzgün korrelyasiya müşahidə edilmişdir. Belə ki, morfoloji dəyişikliklərin daha massiv olduğu III qrup xəstələrdə sağtərəfli ürək çatışmazlığının klinik simptomlarının kəskinliyi ilə yanaşı qulaqcıq səyirməsinin müşahidə tezliyinin ən yüksək göstərici qeydə alınmışdır. Beləliklə, XDAV ürək-damar sistemində kəskin dəyişikliklərlə xarakterizə olunur: P-pulmonale  $-48,9 \pm 5,3\%$ ; ürəyin elektrik oxunun sağa meyilliyi  $-72,2 \pm 4,7\%$ ;  $V_1R \geq S$   $-72,2 \pm 4,7\%$ ;  $S_1Q_3T_3$   $-71,1 \pm 4,8\%$ ;  $V_{1-3}$  T dişinin inversiyası  $-52,2 \pm 5,3\%$ ;  $V_{1-3}$  ST segmentinin depresiyası  $-56,7 \pm 5,2\%$ ; Hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadası  $-64,4 \pm 5,0$ ; səyirici aritmiya  $-17,8 \pm 4,0\%$ .



**Şəkil 3.** XDAV olan xəstələrdə ağciyərlərdə spesifik morfoloji dəyişikliklər və qulaqcıq səyirməsi arasında asılılıq

Müşahidə edilən klinik simptomların və elektrokardiografik dəyişikliklərin kəskinliyi ilə spesifik morfoloji dəyişikliklərin həcmi arasında düz korrelyasiya aşkar edilmişdir. Bu zaman ürəyin sağ yarısının çatışmazlığının klinik və EKQ simptomlarının kəskinliyinə təsir edən ən mühüm faktor ağciyərlərdə spesifik prosesin həcmi olmuşdur. Digər mühüm faktorlardan ağciyər hipertenziyası və ürəyin sağ yarısının çatışmazlığına səbəb olan spesifik prosesin müddəti və aktivliyini qeyd etmək lazımdır.

Beləliklə, ağciyərlərdəki spesifik iltihabi prosesin davam etmə müddəti və zədələnmə sahəsi nə qədər çox olarsa, kardiovaskulyar dəyişikliklər də bir o qədər qabarıq biruzə verir.



## HEPATOEKSTERNAL ÖD YOLLARININ VƏ DAMARLARIN YATROGEN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ

**İsmayılov C.Ə., İsmayılov A.C., Rzayeva S.C.**

**Abdullayev İ.Ə., Novruzov S.A.**

*Naxçıvan Dövlət Universiteti*

*Tədqiqat işi 2008-2022 illər Naxçıvan Respublika xəstəxanasına, Naxçıvan Diaqnostika mərkəzinə, "Şəfa" özəl tibb mərkəzinə öd daşı xəstəliyi ilə daxil daxil olmuş və cərrahi müalicəyə məruz qalan 1687 xəstənin klinik təhlilini əhatə edir. Xəstələrdən 1362 nəfəri qadın, qalan 325 xəstə isə kişilərdən ibarət olmuşdur. Kənd əhalisi 1077, şəhər əhalisi isə 610 nəfər təşkil etmişdir. Xəstələrin yaşı 5-81 yaş arasında dəyişilmişdir. Xəstələrin 603 nəfəri yəni 36,05% qapalı üsulla, 1084 nəfəri isə açıq üsulla yəni 63,95 %-i operasiya olunmuşlar. Cəmi 54 nəfər xəstədə öd yolları və damar zədələnmələri baş vermişdir. Xəstələrdən açıq üsulla operasiya olunanlarda 13 nəfərində öd yolları zədələnməsi 7 nəfərində isə damar zədələnməsi, qapalı üsulla operasiya olunanlarda 25 nəfər xəstədə öd yolları zədələnməsi, 4 nəfər xəstədə isə biloma ilə ağırlaşma, 7 nəfərdə isə damar zədələnməsi baş vermişdir. 2 nəfər xəstədə isə kolon zədələnməsi baş vermişdir. Yəni faizlə hesablasaq qapalı operasiyaların 3,31 %, açıq operasiyaların isə 1,83 % təşkil edəcəkdir. Öd daşı xəstəliyinin əmələ gəlməsi üçün əlverişli şəraitin kontinental iqlimin, kənd təsərrüfatı işlərinin əmək rejiminin qızmar günəş şüalarının altında yerinə yetirilməsi, fiziki iş zamanı çoxlu miqdarda tər, tənəffüs vasitəsilə suyun itirilməsi su-duz mübadiləsinin kəskin pozulmasına səbəb olaraq öd daşlarının əmələ gəlməsinə səbəb olma ehtimalını artırır. Son zamanlar bütün dünya əhalisi arasında öd daşı xəstəliyi progressiv olaraq artır və müasir texnologiyanın tətbiq olunması da operasiyaların sayının artmasına gətirib çıxarır. Və beləliklə məqalədə göstərilən səbəblərin nəticəsində operasiya travmalarının artması, yəni müşahidə olunması ilə müşayiət olunur. Məqalədə göstərilən zədələnmələrin səbəblərinin və profilaktika yollarının göstərilməsi bu ağırlaşmaların qarşısının alınmasında rolu olacağını düşünürük. Bu hal Muxtar Respublikamızda da özünü göstərməkdədir. Bütün bu göstərilənlərə əsaslanaraq belə nəticəyə gələ bilərik ki, Muxtar respublikamızda öd daşı xəstəliyinin yayılması və cərrahi müalicəsinin regionar patologiya kimi yayılmasının, cərrahi müalicəsi üsullarının armasının, və ona paralel olaraq ağırlaşmaların qarşısının alınması üçün elmi araşdırmaların aparılmasına, mükəmməl kadroların hazırlanmasına, müqayisəli öyrənilməsinə və elmi ümumiləşdirilməsinə ehtiyac vardır.*

***Aiar sözlər:** xolesistit, öd daşı xəstəliyi, Laparoskopik xolesistektomiya, mexaniki sarılıq*

**Giriş:** Öd daşı xəstəliyi həzm sisteminin ən çox təsadüf olunan xəstəliklərindən biridir. Abdominal cərrahiyyənin və hepatologiyanın əsas problemlərindən olan bu xəstəlik müasir dövrdə axıra qədər tam öyrənilməmiş olaraq qalır, getdikcə çoxalır və böyük iqtisadi çətinliklərə səbəb olur( 1,2,22,32). Müasir dövrdə daşlı xolesistitli xəstələrin sayının artması müşahidə edilir və son on illikdə yaşlı insanların 50-60% -də öd yolları sisteminin müxtəlif patologiyaları rast gəlinir. Daşlı xolesistitli xəstələrin sayı hər on ildən bir 2 dəfədən çox artır. Daşlı xolesistit diaqnozu ilə xəstələr bir il ərzində 2-3 dəfə və hətta daha çox xəstəxanalarda müalicə alırlar(4,11,17,26,18). Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə yaşlı insanlarda letallıq 30-80% təşkil edir. Dünyada od daşı xəstəliyi cərrahi xəstəliklər içərisində ən geniş yayıldığından, ABŞ-da il ərzində yalnız xolesistektomiyadan 1 milyona yaxın əməliyyat aparılır. Dünya əhalisinin 10%-i 40 yaş həddində bu xəstəlikdən əziyyət çəkir. Bir qrup müəlliflərin məlumatlarına görə, bu xəstələrin 25-46%-i xəstəlik kəskinləşdikdən sonra həkimə müraciət edirlər. Daşlı xolesistit xəstəliyi müxtəlif yaşlarda 10-40% təşkil etdiyi halda, gənclərdə və yeniyetmələrdə də müşahidə edilir. Bu xəstəlik autopsiya çalışmalarında



11-36% hallarda aşkar edilir(15,23,31). Od daşı xəstəliyinin etiologiyası xəstənin yaşından, cinsindən, etnik mənşəyindən və bir çox başqa faktorlardan asılıdır. Bu xəstəliyin əmələ gəlməsində bədən çəkisinin artıqlığı, hamiləliyin, diyetik faktorların, Kron xəstəliyinin, nazik bağırsağın terminal hissəsinin rezeksiyası, mədə cərrahiyyəsinin, irsi sferasitozun, oraqvari anemiyanın, talassemiya xəstəliklərinin də rolu vardır. Qadınlar kişilərə nisbətən 3 qat artıq xəstələnirlər. Öd daşı xəstəliyi bütün yaşam boyu heç bir əlamət verməyə bilər. İzahı məlum olmayan səbəblərdən daşların öd kisəsinin boynuna tıxanması nəticəsində öd sancıları əmələ gəlir. Simptomatik hala gəlmiş öd daşı xəstəliyi ağırlaşmalara doğru istənilən zaman inkişaf edə bilər. Bu ağırlaşmalardan kəskin xolesistit, xolangitli və ya xolangitsiz xoledoxolitiyaz, öd daşı olan pankreatitlər, Xolesistoxoledoxal, xolesistoduodenal fistullar, öd daşı keçməzliyi, xolesistoenterik fistul və ən ümdə ağırlaşmalardan biri olan öd kisəsi xərçəngini göstərmək olar. Ağırlaşmalar ilk müraciətlər zamanı nadirən rast gəlinirlər. Öd daşı xəstəliyinin kəskinləşməsi zamanı daha çox rast gəlinən əlamətlər əsasən ağrının olması, inadlı yüngüllük gətirməyən qusmalar, ağrıların kürək nahiyəsinə irradiasiyası, bəzi hallarda yüksək temperaturanın olması, Mədə nahiyəsinə ağrı irradiasiyası, ağrıların dözülməz xarakterdə olması əlamətləri təşkil etmişdir. Daxil olan xəstələrin əksəriyyəti uzun müddət keçdikdən sonra stasionara müraciət edirlər. Bəzi hallarda isə mexaniki sarılıq əlamətləri başladıqdan sonra xəstəxanaya müraciət edirlər! (9,16, 28, 24). Adətən biliar əlamətləri olmayan öd daşları təsadüfən USM, BT, qarının ümumi rentgenoskopiyası və ya laparotomiyalar zamanı aşkar olurlar. Biliar sancıların və ciddi ağırlaşmaların tezliyini araşdıran çox saylı tədqiqatlar aparılmışdır. Asimptomatik xəstələrin orta hesabla hər il 3% -i simptomatik hala gəlirlər. Simptomatik vəziyyətə gəlmiş xəstələrin hər il 3-5 % ağırlaşmalarla nəticələnir. 20 il müddətində xəstələrin  $\frac{2}{3}$  simptomuz qalmaqda davam edirlər. Simptomuz öd daşları ağırlaşma vermədikləri üçün nadir hallarda profilaktik xolesistektomiya əməliyyatına məruz qalırlar. Bununla yanaşı diabetik xəstələr, xərçəng xəstəliyinə meyillik olan pasiyentlərdə profilaktik xolesistektomiya məsləhət görülür. Öd kisəsi divarının kalsinatlaşması və yaxud çiniyəbənzər öd kisəsinə malik xəstələrdə xolesistektomiya mütləq icra olunmalıdır.

✓ Daşlar növlərinə görə çox müxtəlif olurlar. Daşlar kisədə bir neçə ədəddən yüzlərlə ədədə çata bilirlər. Formaları dairəvi, boçkayabənzər, siqarabənzər, tut meyvələrinə oxşar ola bilirlər, ölçüləri isə qum dənələrindən toyuq yumurtası böyüklüyünə qədər çata bilirlər. Kimyəvi tərkibinə görə daşlar piqment və qarışıq formalara ayrılırlar. Xolesterin daşları öd kisəsində iltihabsız əmələ gəlirlər, solğun sarı rəngdə olurlar, suda üzürlər, göy alaovla yanırırlar, mişarla kəsdikdə şüalı quruluşa malik olurlar, xolesterin kristalları aydın görünür. Xarici görkəminə görə tut meyvəsini xatırladır, səthi kiçikdənəli görünür, ancaq hamarsətli, tək və çoxsaylı da ola bilirlər, rentgenokontrast olurlar.

✓ Bilrubin daşları da aseptik mühitdə bilverdindən əmələ gəlirlər. Tünd çəhrayı yaxud tam qara rəngli olurlar. Bu cür daşlar eritrositlərin parçalanmasından (hemolitik), qanda qeyri-düz bilrubinin çoxluğundan (sərbəst) əmələ gəlirlər. Kiçik və böyükölçülü ola bilirlər. Piqment daşlarının mikrostrukturunda 80% hallarda bakterial mikroflora aşkar edilir.

✓ Kalsium - əhəng qarışığı daşları ağ-boz rəngli olur, səthi qeyri-düzgün nahamar formasız təsadüf edir, belə daşlar adətən iltihab şəraitində əmələ gəlirlər. Xüsusi müayinələrlə aşkar olmuşdur ki, istənilən öd daşlarının tərkibində əhəng qarışığı tapmaq olar. Deməli öd daşları adətən qarışıq quruluşlu olurlar.

**Xolelitogenezdə müasir baxışlar:** Uzun müddətdir ki, öd daşları xəstəliyinin əmələ gəlməsi üçün üç faktorun öd kisəsi divarında iltihabi dəyişikliyin, öd durğunluğunun və lipidlərin metabolik pozğunluğunun əhəmiyyəti böyükdür. Daşın əmələ gəlməsi üçün öd tərkibinin dəyişilməsi-disxolizinin baş verməsi vacib şərtlərdəndir. Ödün bufer sisteminin,





onun elektrolit sahəsinin, pH, lipid tərkibinin dəyişilməsi də əhəmiyyətli dərəcədə rol oynayır. Disxoliyanın əsas səbəbi yağlı qidalardan, endokrin təsirdən (hipotireoz) və estrogenin artıq ifraz olunmasından asılıdır. İkincili disxoliya xolesterozlar zamanı 43,7-77,4% hallarda öd daşları təsadüf edir. Uzun müddətdir ki, tədqiqatçılar öd daşlarının mayası ilə maraqlanırlar. Öd daşlarının da ilk əmələgəlmə nüvəsi olur, sonradan onun ətrafında kristalizasiya inkişaf edərək daşlara çevrilirlər. Son illərdə daşların nüvələrini aşkar etmək üçün spektral analiz, histokimyəvi üsul, Rentgenoloji müayinə, elektron mikroskopiyadan istifadə edirlər. Öd daşları məhlulun içərisindəki çöküntülərin çökməsi nəticəsində baş verir. Ödün daxilində həll olan orqanik maddələr bilirubin, öd duzları, fosfolipidlər və xolesteroldan ibarətdir. Qərb ölkələrində öd daşlarının əksəriyyəti 80% xolesterol, 15-20% piqment daşları təşkil edir. Piqment daşları ən çox Asiya ölkələrində rast gəlinir.

**İşin məqsədi:** Naxçıvan MR-da öd daşı xəstəliyinin rastgəlmə tezliyinin, müayinə və diaqnostika metodikaları, cərrahi müalicəsi üsullarının praktiki tətbiqinin müqayisəli öyrənilməsi təşkil etmişdir.

**Material və metodlar:** Tədqiqat işi 2008- 2022 ci illər müddətində Naxçıvan MR-nın müxtəlif müalicə müəssisələrinin cərrahi şöbələrində: Naxçıvan Respublika xəstəxanası, Naxçıvan Diaqnostika mərkəzi, və « Şəfa » özəl tibb mərkəzində öd daşı xəstəliyinin kəskinləşməsi və xroniki daşlı xolesistit diaqnozları ilə xəstəxanalara daxil olmuş xəstələrin sayı, müayinə və diaqnostika üsullarını eyni zamanda cərrahi müalicə üsullarını praktiki yerinə yetirilməsini əhatə etmişdir. Cəmi xəstəxanalara 1687 nəfər öd daşı xəstəliyi diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Daxil olan xəstələrin 592 nəfəri kəskin əlamətlərlə, 1095 nəfəri isə xroniki daşlı xolesistit diaqnozuna görə müraciət etmişlər. Xəstələrin 1077 nəfəri kənd əhalisi, 610 nəfərini isə şəhər əhalisi təşkil etmişdir. Xəstələrin 1366 nəfəri qadınlardan, 321 nəfəri isə kişilərdən ibarət olmuşdur yəni qadınların kişilərə nisbəti 6:1 bərabər olmuşdur. 2008-ci ildə 142 nəfər xəstə xəstəxanalara daxil olmuşdursa, 2021-ci ildə bu rəqəm 281 nəfərə bərabər olmuşdur. Operasiyalar açıq və qapalı üsullarla yerinə yetirilmişdir. Açıq üsulla 1079 nəfər, qapalı üsulla isə 608 nəfər xəstə üzərində operasiya icra edilmişdir. Xəstələrin yaşı 5-81 arasında dəyişilmişdir. Daxil olan xəstələr anamnestic müayinə olunmuş, şikayətləri dinlənilmişdir. Daxil olarkən xəstələr kəskin dözülməz ağrılardan, inadlı qusmalardan, ağrıların kürək nahiyəsinə irradiasiyasından, köpün olmasından, ağızda acılıq hissinin olmasından, sarılığın olmasından, dəri qaşınmalarından, yuxusuzluqdan şikayət etmişlər. Aparılan sorğulardan müəyyən edilmişdir ki, xəstələr uzun müddət daş daşıyıcıları olmuşlar. Daxil olarkən bir qayda olaraq qanın biokimyəvi analizi, şəkərin təyini, ümumi bilirubin və onun fraksiyaları, zülalların miqdarı, qanda qalıq azot, kreatinin təyini, hepatitlər və başqa virus xəstəliklərinin müayinəsi təyin edilmişdir. EKQ, qarın boşluğu orqanlarının USM, ehtiyac olduğu vaxt isə KT-dan istifadə olunmuşdur. Diaqnoz təsdiq edildikdən sonra xəstələrdə operasiya riskləri nəzərə alınaraq operasiyaözü hazırlıq lazım olduqda aparılmışdır. Hazırlığa ehtiyac olmadıqda isə anestezioloqla məsləhətləşilərək anesteziyanın növü təyin edilmişdir. Xəstələr açıq və qapalı üsullarla icra olunmuşlar. Qapalı operasiyalar Xolesistektomiyadan başqa Uşaqlığın ekstripasiyası, uşaqlıqdankənar hamiləlik, yumurtalıqın kistaları, Appenrektomiya operasiyaları icra olunmuşdur. laparoskopik Xolesistektomiyalar zamanı 54 nəfərdə öd yolları zədələnmələri 13 xəstə açıq üsulla operasiya olunanlarda, 25 nəfəri isə qapalı operasiyalar zamanı təsadüf etmişdir. 7 nəfər xəstədə damar zədələnməsi 7 nəfər açıq operasiyalarda 7 nəfəri isə qapalı operasiyalarda rast gəlmişdir, 2 xəstədə kolon zədələnməsi baş vermişdir. Əlavə olaraq onu qeyd edirik ki, 2 nəfər xəstədə xoledoxun kistası, 1 nəfər xəstədə öd kisəsinin tam olaraq qaraciyər daxilində yerləşməsi, 1 nəfər 5 yaşında uşaqda isə təsadüfən USM zamanı öd daşı



aşkarlanmış, ancaq uşaq operasiya olunmamışdır. Uzun illərin təcrübəsi göstərir ki, hepatoduodelal zonada icra edilən operasiyalar zamanı braximorf tipli insanlarda sağqabırğaltı kəsik, astenik tip xəstələrdə isə yuxarı orta kəsiyin aparılması əməliyyatın yerinə yetirilməsinə yaxşı şərait yaradır. 10 nəfər xəstədə yuxarı orta kəsik, qalmış xəstələrdə isə sağ qabırğaltı kəsik tətbiq edilmişdir. Bu gün əməliyyatın «qızıl standartı» laparoskopik xolesistektomiya sayılır və xəstələr daha çox bu əməliyyata meyillidirlər. Prosesin kəskinləşməsi dövründə laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatına əks göstərilər artır və belə vəziyyət müalicə taktikası seçimini çətinləşdirir. Xroniki daşlı xolesistitin kəskinləşməsinin diaqnozunu vaxtında və düzgün qiymətləndirmədikdə əməliyyatın davam etmə müddəti uzanır, baş verə biləcək fəsadların riski artır. Öd daşı xəstəliyi zamanı cərrahi taktikanın seçilməsi (əməliyyat növünün) əsasən qaraciyər altında iltihabi dəyişikliklərin dərəcəsi və yayılmış, yanaşı gedən xəstəliklərin ağırlığı, eləcə də əvvəllər keçirdiyi müdaxilənin xarakteri ilə müəyyən edilməlidir. Ona görə də son zamanlar belə hallarda və eləcə də digər hallarda görüntülü endoskopik yolla minilaparoskopiyadan geniş istifadə edilir. Bu əməliyyatda xəstənin psixoloji durumu az dəyişir, toxumanın strukturu az zədələnir, öd kəsəsi çıxarılması əməliyyatının gedişi qısa olur, kəsik isə 4-5 sm ölçüdə olur. Xəstələrdən 100 nəfərində xolesistektomiya retroqrad, qalan xəstələrdə isə anteqrad üsul tətbiq olunmuşdur. 30 nəfər xəstədə supraduodenal xoledoxoduodenoanastomoz yerinə yetirilərək bağırsağa öd axımı təmin edilmişdir. 5 nəfər xəstədə daşın öd axarının terminal hissəsinə pərçim olması aşkar edilmiş və onun çıxarılması mümkün olmadığı üçün transduodenal papillosfinkterotomiya edilərək daş çıxarılmış və sonra sfinkteroplastika yerinə yetirilmişdir. Xəstələr tam sağalma ilə evə yazılmışdır. 60 nəfər xəstədə öd daşlarına görə xoledoxotomiya icra edilmiş və operasiyanın sonunda T- varı drenajla xoledox drenaj olunmuşdur. T-varı drenajlar adətən 20-24 gündən sonra çıxarılmış və heç bir ağırlaşma olmamışdır. 38 nəfər xəstədə öd yollarının zədələnmələri baş vermişdir və onlar vaxtında aşkar edilərək relaparotomiya edilmiş və aradan götürülmüşdür. 14 nəfər xəstədə damar zədələnmələri baş vermişdir, bu xəstələrdə damarlar əldə olunaraq tikilmiş, mükəmməl hemostaz yaradılmışdır, ağırlaşmalar olmamışdır. 6 nəfər xəstədə ekstrahepatik öd yollarında zədələnmə hesabına öd sızışmaları əmələ gəlmişdir bu xəstələrdə öd yolları ilə nazik bağırsağ arasında RU üsulu ilə anastomoz yaradılmış xəstələrdə ağırlaşmalar baş verməmişdir. Xəstələrdən 200 nəfərində yanaşı olaraq hipertoniya, 80 nəfər xəstədə isə şəkərli diabet aşkar edilərək operasiyadan əvvəl korreksiya olunmuş, sonra əməliyyat yerinə yetirilmişdir. 20 nəfər xəstədə fermentativ daşlı xolesistit rast gəlinmişdir və operasiya texniki çətinliklə yerinə yetirilmişdir. 2 nəfər xəstədə xoledoxun kistası aşkar edilmiş və sistoduodenostomiya ilə onlar aradan qaldırılmışdır xəstələrdə ağırlaşma olmamışdır. 8 ildən çox müddətdir ki, operasiyadan sonra qarın boşluğunu standart Penrose drenajları ilə drenə edirik heç bir ağırlaşma almamışıq bununla da bu drenajların borulu drenajlardan üstünlüyünü praktiki təsdiq etmişik. Öd daşı xəstəliyinin müalicəsində müəyyən nailiyyətlərin əldə olunmasına baxmayaraq, kəskin cərrahi xəstəliklər içərisində 2-ci yeri tutan kəskin xolesistitlərin müalicəsi və diaqnozi hələ də həll olunmamış qalır. Öd daşı xəstəliyindən əziyyət çəkənlərdə nəzərə çarpan dərəcədə destruktiv proseslər müşahidə olunmadıqda, endogen intoksikasiya, iltihab əleyhinə və dezintoksikasiya terapiyası ilə aradan götürülə bilər. Kəskin litihabi proseslər zamanı cərrahi əməliyyat 48 saat ərzində aparılmalıdır. Fəal cərrahi taktika öd daşı xəstəliyinin kəskin formasında, cərrahi əməliyyatın nəticələrini yaxşılaşdırır. Bəzi müəlliflər fəal cərrahi taktika nəticəsində əməliyyatdan sonrakı letallığın 3,4-4,2%, ağırlaşmaların isə 9,7 % olduğu halda, gözlənilən taktikada 8,8%, ağırlaşmaların isə 33,4% olduğunu göstərir. İnkişaf etmiş ölkələrdə xəstəliklər arasında 10-20% təşkil edir və ağırlığının gedişi digər orqan və sistemlərə patoloji



təsir göstərərək öd kisəsinin arteriyasının aterosklerotik zədələnməsinə, damar sistemi xəstəliklərinə səbəb olmaqla, qaraciyər, öd kisəsi və hətta miokard zədələnmələri arasında qarşılıqlı əlaqəyə patogenetik təsir göstərir. Bütün bunlarla yanaşı digər orqan və sistemlərdə baş verən bəzi xəstəliklər bir sıra hallarda öd kisəsi patalogiyasının təzahürünü, klinik gedişini, morfoloji xüsusiyyətlərini və beləliklə, müalicə taktikasını əhəmiyyətli şəkildə dəyişdirə bilər. Ona görə də aparılacaq tədqiqat işlərində kliniki, endoskopik, histoloji, radioloji və başqa instrumental üsulların kompleks nəticələrinin təhlilinə əsaslandırılmalıdır. Beləliklə, qeyd etmək lazımdır ki, daşlı xolesistutlərin diaqnostikasında və cərrahi müalicəsində çoxsaylı üsullardan istifadə edilir. Şübhə yoxdur ki, bu üsulların hər birinin müsbət və mənfi tərəfləri mövcuddur. Bütün bunlarla yanaşı daşlı xolesistiti olan xəstələrin diaqnozunun və müalicəsinin müxtəlif mərhələlərində xolesistektomiyadan əvvəl və sonra metabolik sindromu fəallaşdıran maddələrin və orqanizmin digər sistemlərində gedən dəyişikliklərin öyrənilməsi bu tiptən olan xəstələrin müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasının perspektiv yollarından biri ola bilər.

## ƏDƏBİYYAT

1. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər, Bakı, 2007. s. 374-394.
2. Əliyev Y. Q., Kurbanov F.S., Suşko A.N., Panteleyeva B.C.,
3. Dobrovolskiy S.R. Öd daşları xəstəliyinin müalicəsində cərrahi kəsik növünün seçimiə Azərbaycan- Türkiyə Cərrahiyyə və gastroenterologiya günləri, Bakı, 2014, s.87-88ə
4. Briskin B.C., Lomidze O.V. Выборы способа операции при остром деструктивном холецистите Мат. Межрегиональной-практической конференции. Хирургия деструктивного холецистита. Екатеринбург, 2008, с.19-20.
5. Майстренко Н. А. Гепатобилиарная хирургия Санкт Петербург 1999. с.113-164.
6. Мамедов К. М. Современные взгляды на улучшение хирургического лечения осложненных форм острого калкулезного холецистита Здоровье, 2015, № 2, с. 95-102.
7. Nəsirov M.Y., Əhmədov A. X., Cəfərli D. J. Destruktiv xolesistitli xəstələrdə immun status göstəricilərinin öyrənilməsi. Azərbaycan- Türkiyə Cərrahiyyə və gastroenterologiya günləri Bakı, 2014. S. 69-70.
8. Bove A., Bongarzion G., Serefani F. Metal. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: predictors of conversion to open cholecystectomy and preliminary results // G. Chir, 2004, vol -25, № 3, p. 75-79.
9. İsmayilov C.Ə. «Kəskin kalkulyoz xolesistit » Azərbaycan Tibb Jurnalı1985 №7. s. 61.
10. ŞCHWARTS Cerrahinin ilkenleri 2005 s. 1238-1252
11. Галперин Е. И. Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. Москва Медицина. 1987. 335 с.
12. Starkov Y.Q. Laparoskopik əməliyyatlar. 2003,s.307.
13. Connangton D. Warren Cole,MD, and Ascent of Scientific Surgery. Chicago. Te Warren and Clara Cole Foundation 1991.
14. Siziki M, Akaishi S, Rikiyama T, Naitoh T, Rahman MM, Matsuno S. Laparoscopic Cholecystectomy, Calat s trianqule and variations in cystic arterial supply, SurgEndosc 2000, 14, 141-144.
15. Tanaka Y, Senoh D, Hata T, is there human fetal gallbladder contractility during pregnancy Hum Reprod 2000,15, 1400-1402.
16. Muller R, Dohmanns S, Kordts U, Fetal gallbladder and gallstones. Ultraschall. Med. 2010, 21, 142-144.
17. Senecali B, Texier F, Kergastll İ, Patin-Philippe L, Anatomic variability and congenital





- anomalies of the gallenbladder, 18. Ultrasonographic study of 1823 patients Morphologie 2000, 84, 35-39.
18. Harlaftis N, Gray SW, Skandalakkis JE, Multiple galladders s. Surgery, 1977,145,928-934.
  19. Di Vita G, Sciume C, Lauria G, Patti R, Agenesis of the gallbladder G Chr. 2000, 21, 33-36.
  20. Willson JW, Peithrich JE, Agenesis of the gallbladder, case report and familiar investigation. Surgery 1986,99-106.
  21. Sarli L, Violi V, Gobbi S, Laparoscopic diagnosis of gallbladder agenesis. Surg Endosc-online 2000, 14373.
  22. Gotohda N, İtano S, Horiki S, Endo A, Nakao A, Terada N, Gallbladder agenesis with no other biliary tract abnormality, report of a case and review of the literature. J. Hepato Biliary Pancreatic Surg. 2000,7, 327-330.
  23. Blasius G, Observata anatomica in homine simia, equo. Amsterdam M, Gaalsbeek 1674.
  24. Sherren J, A double gallbladder removed by operation. Ann Surg 1911, 54-204
  25. Harlatifs N, Gray SW, Olafson RP, Skandalakis JE. Three cases of unsuspected double gallbladder. AM Surg 423, 178-180,1976.
  26. Gray SW, Olafson RP, Skandalakis JE, Harlaftis N, Developmental origin of the double gallbladder. Contemp Surg 45, 71-76. 1974.
  27. Douz MJ, Fowler W Hnatow BJ, Congenital gallbladder duplication preoperative diagnosis by ultrasonography. Gastrointest radiol 16. 198-200. 1991.
  28. Droulias KA, the cystic duct remnant as cause of the postcholecystectomy syndrome. In Greek, Summary in English. Doctoral Thesis at University of Athens, Areus, Greece 1979.
  29. Abernethy J, Account of two instances of uncommon formation in the viscera of the human body. Philosoph Trans 1809. 17-296. Paper presented in 1873.
  30. Edward EA, Clinical anatomy of the lesser varieties of the inferior vena cava. Angiologiy 1951 2. 85.
  31. Knight HO, An anomalous portal vein with its surgical dangers Ann surge 1921, 74 697.
  32. Boles ET, JR Smith B, Preduodenal vein Pediatrics 1961.28. 805.
  33. Hardy KJ, Jones RMEI Failure of the portal vein to bifurcate. Surgery 121, 226-228 1997.
  34. Grazioli L, Alberti D, Olivetti L, Rigamonti W, Codazzi F, Matricardi L, Fugarolla C, Cheisa A, Congenital Absence of portal vein with portal vein nodular regenerative hyperplasia of the Liver/Eur Radiol 2000 10 820-825.
  35. Merriam LT, Kannan SA, Dawes LC, Angelos P, Prystowsky JB, Rege RV Joehl R J Gangrenous cholecystitis analysis of risk factors and experience with Laparoscopic cholecystectomy Surgeriy 1999;126: 680: -685.
  36. Poslyn JJ, Binns GS, Hughes F, Sauders-Kirkwood K, Zinner MJ, Cates JA, Oper cholecystectomy a contemporary analysis of 42, 474 patients. Ann Surg 218 129-137, 1993.
  37. Leal del Rosal P, Margues H, Acre Gomez F, Anomalous entry of the Liver.
  38. Ganey JB, Jonson PA, JR Prillamen PE, Mcswain GR? Cholecystectomy clinical experience with a large series Am J Surg 151^ 352^ -357 1986/
  39. Clenn F. Trends in surgical treatment of gallenous disease of the biliary tract/ Surg Gynecol Obstet 140?8874-887? 1975
  40. Cole WH, İrenus C, Jr Reynolds JT Strictures of the common bile duct: Studies in 122 cases Am surg 142: 537: 1950.



## SUMMARY

### IATROGENIC LESIONS OF HEPATOEXTERNAL BILIARY TRACT AND VESSELS

**Ismayilov J.A., Ismayilov A.J. Rzayeva S.J.,  
Abdullayev I.A., Novruzov S.A.**

The research work was carried out during 2008-2022 years, in the surgical departments of various medical institutions of Nakhchivan Autonomous Republic: Nakhchivan Republican hospital, Nakhchivan Diagnostic Center, and "Shafa" Private Medical Center. The research work covered the number of patients admitted to hospitals with the diagnosis of exacerbation of gallstone disease and chronic Stony cholecystitis, the practical implementation of examination and diagnosis methods, as well as surgical treatment methods. 1,687 people were admitted to the hospitals with a diagnosis of cholelithiasis. Of the admitted patients, 592 have been treated with acute symptoms, and 1095 diagnosed with chronic stone cholecystitis. 1077 of the patients were rural population and 610 urban population. 1366 of the patients were women and 321 were men, i.e. the ratio of women to men was 5.25: 1. In 2008, 142 patients were admitted to hospitals, while in 2021 this figure increased to 281 people. The operations were performed by open and closed methods. 1084 people operated with the open method, and 603 with the closed method. The age of the patients ranged from 5 to 81 years. Biliary tract damage occurred in 13 people of patients operated on by open method, and vascular damage in 7 people. As for the patients operated in closed method, biliary tract damage occurred in 25 patients, biloma complication in 4 patients and vascular damage in 7 people. If we take it as a percentage, it will be 3.31% of closed operations and 1.83 % of open operations. The admitted patients had an anamnestic examination, their complaints were listened to. Upon admission to the hospital, patients complained of acute unbearable pain, persistent vomiting, irradiation of back pain, foaming, a feeling of bitterness in the mouth, jaundice, itching, insomnia. Surveys revealed that patients were suffering from gallstone disease for a long time. As a rule, upon admission, biochemical analysis of blood, determination of sugar, total bilirubin and its fractions, amount of proteins, determination of residual nitrogen, creatinine in the blood, hepatitis and other viral diseases have been assigned. The electrocardiogram, ultrasound of abdominal organs and CT examination were used when needed. After the diagnosis was confirmed, pre-operative preparation was carried out taking into account operational risks in patients. If there is no need for preparation, the type of anesthesia was determined by consulting with an anesthesiologist. In patients, the operation was performed by open and closed methods. Closed operations, in addition to cholecystectomy, included operations on uterine extirpation, extra-child pregnancy, ovarian cysts, appenrectomy. Biliary tract and vascular lesions were observed in only 54 people during laparoscopic cholecystectomy. This occurred in 13 patients operated by the open method, and in 25 patients who underwent closed operations. Vascular injuries were found in 7 patients, of which 7 were found during open surgeries, and 7-during closed surgeries. Colon injury occurred in 2 patients. It should also be noted that. the additional leak observed during the operation was eliminated with a suture. During the bilomas, the channel was opened and drained, the bleeding was sustained either during the operation or by laparotomy, and the bile fistulas were eliminated by the anastomoses of the RI. A polypectomy was performed simultaneously in one patient, and a pancreatic capsule was cut in another patient. In addition, we observed:



2 patients suffering from choledox cyst, 1 patient with a location of the gallbladder inside the liver, and 1 child aged 5 years with an accidentally detected gallstone during ultrasoun. However, the child was not operated on. Many years of experience shows that during operations, the right rib cut in brachimorphic type people, the upper middle cut in asthenic type patients creates good conditions for the operation. In 10 patients, an upper middle incision, and in other patients, a right rib incision were used. Today, laparoscopic cholecystectomy is considered the "gold standard" of surgery, and patients are more inclined to this operation. During the period of exacerbation of the process, contraindications to laparoscopic cholecystectomy surgery increase, and such a situation complicates the choice of treatment tactics. If the diagnosis of exacerbation of chronic stony cholecystitis is not timely and correctly assessed, the duration of the operation is prolonged, and the risk of possible complications increases. The choice of surgical tactics (type of operation) for cholelithiasis should be determined primarily by the degree of inflammatory changes under the liver and the severity of common, concomitant diseases, as well as the nature of the previously performed surgical intervention. Therefore, recently, in such cases, as well as in other cases, visualized endoscopic minilaparoscopy has been widely used. In this operation, the patient's psychological state changes little, the structure of the tissue is less damaged, the course of gallbladder removal surgery is short, and the incision is 4-5 cm in size. In 100 people of patients, the retrograde method of cholecystectomy, in other patients-the method of antegrad was used. Supraduodenal choledochoduodenoanastomosis has been applied in 30 patients and bile flow was provided to the intestine. In 5 patients, it was found out that the stone was attached to the terminal part of the bile duct, and since its removal was impossible, the stone was removed by transduodenal papillosphycterotomy, and then sphincteroplasty was performed. The patients were released home with a full recovery. In 60 patients, choledochotomy was performed for gallstones and choledoch drainage was performed by T-shaped drainage at the end of the operation. T-shaped drains are usually removed after 20-24 days and there were no complications. In 54 patients, there were lesions of the biliary tract and vessels, and they were promptly detected, relaparotomy was performed and removed. 14 patients had vascular lesions, with this disease the vessels were sutured, ideal hemostasis was created, there were no complications. In 6 patients, bile ducts were formed due to damage to the extrahepatic biliary tract, and in patients who had an anastomosis created by the RU method between the biliary tract and the small intestine, no complications were observed. Thus, it should be noted that in the diagnosis and surgical treatment of stony cholecystitis, numerous methods are used.. There is no doubt that each of these methods has its positive and negative aspects. At the same time, at various stages of diagnosis and treatment of patients with gallstone disease, before and after cholecystectomy, the study of substances activating the metabolic syndrome, changes occurring in other body systems, and the training of highly qualified personnel can become one of the promising ways to improve the results of treatment of patients with this type.

**Key words:** *cholecystitis, gallstone disease, laparoscopic cholecystectomy, mechanical jaundice*





## XRONİK DESTRUKTİV AĞCIYƏR VƏRƏMİ ZAMANI AĞCIYƏRLƏRİN XRONİK OBSTRUKTİV XƏSTƏLİYİNİN GEDİŞİ

İsmayılzadə C.M.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Tədqiqat xronik destruktiv ağciyər vərəminin (XDAV) və ağciyərin xronik obstruktiv xəstəliyi (AXOX) ilə birgə müşahidə olunmasına həsr edilmişdir. Tədqiqatın məqsədi XDAV ilə yanaşı gedən AXOX olan xəstələrdə ağciyərlərin morfo-funksional göstəricilərinin hemodinamik, radioloji və qanın qaz tərkibindəki dəyişikliklərlə əlaqəsini öyrənməkdən ibarətdir. Bu məqsədlə 188 nəfər XDAV və AXOX olan xəstə cəlb edilmişdir. Bronxobstruksiyanın mövcudluğundan asılı olaraq bütün xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür: I qrupa hər iki ağciyər payının zədələnməsi ilə əhatələnən XDAV ilə yanaşı AXOX olan 68 xəstə, bütöv bir ağciyərin zədələnməsi ilə əhatələnən XDAV ilə yanaşı AXOX olan 61 xəstə, III qrupa isə bütöv bir ağciyər və digər ağciyərin bir payının zədələnməsi ilə əhatələnən XDAV ilə yanaşı AXOX olan 59 xəstə daxil edilmişdir. Müqayisə qrupuna AXOX olmayan 25 nəfər XDAV xəstəsi daxil edilmişdir.

Tədqiqata cəlb edilmiş xəstələrin klinik, funksional, hemodinamik və exokardioqrafik qiymətləndirilməsi təsvir edilmişdir. Bu qrup xəstələrdə ağciyərlərdə geriyyə dönməyən morfoloji spesifik və qeyri-spesifik (fibroz, sirroz, skleroz) dəyişikliklərin həcmi artdıqca xəstələrdə təngnəfəslik indeksi yüksəlir və bunun əksinə olaraq 6 dəqiqəlik yerimə məsafəsi ən qısa olmuşdur (I və II qrup xəstələrlə müqayisədə). Həmçinin, bu xəstələrdə xarici tənəffüs funksiyasının pozulması daha kəskin şəkildə özünü göstərmişdir.

Digər mühüm faktor bu qrup xəstələrdə otaq havasında arterial qanın qaz tərkibinin öyrənilməsi olmuşdur. Ağciyərlərdə arterial qanın qaz tərkibində baş verən kəskin dəyişikliklər respirator asidozun inkişafına səbəb olmuşdur ki, bu da III qrup xəstələrdə daha kəskin şəkildə özünü göstərmişdir (I və II qrup xəstələrlə müqayisədə).

Beləliklə, XDAV ilə yanaşı gedən AXOX spesifik prosesin həcmindən və müddətindən asılı olaraq müxtəlif orqanlarda baş verən funksional və morfoloji dəyişikliklərin klinik qiymətləndirilməsi çox mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Xronik destruktiv ağciyər vərəmi (XDAV) ağciyər vərəminin klinik formalarından biri olmaqla progressiv gedişi ilə xarakterizə olunur. XDAV ilə yanaşı, xüsusilə onun rezistent formaları ilə xəstələnmə getdikcə artdığına görə bu xəstələr arasında ağciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi (AXOX) daha çox aşkar olunmağa başlamışdır.

XDAV-ın çox geniş yayılmış formalarından biri olan fibroz-kavernoz ağciyər vərəmi zamanı bronx-ağciyər sistemində baş verən dəyişikliklərin korreksiyasının mümkünlüyü baxımından, onların klinik dəyərləndirilməsi çox aktual bir mövzu kimi həmişə klinisistlərin diqqət mərkəzində olmuşdur. Bu dəyişikliklər XDAV-nin klinik gedişinə təsiri və əksinə, daha ağır hallarda bu tip xəstələrin letal nəticələrə gətirib çıxarması problemi daha da aktual edir. [1-4]. Bu iki patologiyanın birgə rast gəlməsi qarşılıqlı olaraq, bir-birinin klinik gedişini ağırlaşdırır. Bu zaman reparativ proseslər zəif gedir, vərəmin gedişi progressivləşir. Həm AXOX, həm də vərəm bronx ağciyər zədələnməsinin və bu səbəbdən ölümün əsas səbəblərindən sayılır [5-7].

**Tədqiqatın məqsədi:** XDAV olan xəstələrdə AXOX-un inkişaf mexanizmlərinin aydınlaşdırılması üçün bu qrup xəstələrdə ağciyərlərin morfo-funksional göstəricilərinin hemodinamik, radioloji və qanın qaz tərkibindəki dəyişikliklərlə əlaqəsini öyrənməkdən ibarətdir.

**Tədqiqatın material və metodları:** tədqiqata Bakı şəhəri 4 saylı Vərəm Əleyhinə



Dispanserin Terapiya şöbələrində hospitalaşdırılmış 188 nəfər XDAV və AXOX olan xəstə cəlb edilmişdir. XDAV və AXOX zamanı ağciyərlərdə morfoloji dəyişikliklərin həcmindən asılı olaraq bütün xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür: I qrupa – vərəm prosesi hər iki ağciyərin bir payının zədələnməsi ilə əhatələnən XDAV +AXOX 68 xəstə; II qrupa – bütöv bir ağciyər ilə əhatələnən XDAV +AXOX 61 xəstə; III qrupa – bütöv bir ağciyər və digər ağciyərin bir payı ilə əhatələnən XDAV +AXOX 59 xəstə daxil edilmişdir. Müqayisə qrupuna AXOX olmayan olmayan 25 nəfər XDAV xəstəsi daxil edilmişdir. Xəstələr haqqında anamnestik və klinik məlumatların xarakteristikası 1-ci cədvəldə təqdim edilmişdir. Cədvəldə müayinəyə cəlb edilmiş xəstələrin klinik, funksional, hemodinamik və exokardioqrafik qiymətləndirilməsi təsvir edilmişdir.

Diaqnoz ümumi qəbul olunmuş klinik-anamnestik, laborator, funksional, morfoloji müayinələr əsasında qoyulmuşdur. Qarşıya qoyulmuş tapşırıqları yerinə yetirmək üçün spirometriya, ExoKQ müayinə metodlarından istifadə olunmuşdur. Xəstələrin bir qrupunda diaqnozun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə adi şüa diaqnostik müayinə üsulları (flüoroqrafiya, rentgenoskopiya, rentgenoqrafiya) ilə yanaşı döş qəfəsi orqanlarının kompüter tomoqrafiya (KT) müayinəsindən istifadə edilmişdir. KT müayinə Siemens Somaton Spiral aparatında aparılmışdır, görüntü matritsası 512x512 elementdən ibarətdir. AXOX-un diaqnostika və müalicəsi GOLD (2020) strategiyasının tövsiyələrinə uyğun olaraq AXOX-un inkişafında risk faktorlarının mövcudluğu və postbronxodilatation test (Ventolin, 200 mkq) göstəricilərinə əsasən aparılmışdır.

Spirometrik müayinə Cənubi Koreya istehsalı olan "BİONET – 300" aparatının köməyi ilə aparılmışdır. ExoKQ müayinə "Aloka -1700" aparatının köməyi ilə həyata keçirilmişdir. Qeydiyyat 3mHz tezlikli ultrasəs datçikinə köməyi ilə aparılmışdır.

Qan serumunda CRP-in miqdarı təyini üsulunun prinsipi spesifik serumda (lateks reaktiv) olan anticisimlərlə ona qarşı immun kompleksin əmələ gətirməsinə əsaslanır. Bu da lateks reaktivinin gözlə görünən aqlyutinasiası ilə müşayiət edilir (Human Almaniya). Əldə olunmuş rəqəm məlumatlarının statistik işlənməsi: kəmiyyət göstəriciləri üçün U-Uilkokson (Manna-Uitni) rəqəmi meyarı, kəfiyyət göstəriciləri üçün  $\chi^2$  – Pirson meyarları ilə EXCEL -2010 elektron cədvəlində aparılmışdır.

Aparduğumuz tədqiqatların nəticələrini müşahidə edərkən xəstələrin yaş və cinsi, bədən çəkisi indeksi əhəmiyyətli fərqi olmasını göstərməsə də, klinik əlamət kimi tənqəfəslik indeksinin qiymətləndirilməsində mühüm fərqi olduğu aşkar edilmişdir. Müqayisə olunan xəstələr qrupunda alınmış nəticələr cədvəl 1-də göstərilmişdir.

**Cədvəl 1. Müayinə olunmuş xəstələrin klinik və morfo-funksional xarakteristikası**

Göstəricilər	I qrup (n=68) hər iki ağciyər payı həcmində	II qrup (n=61) bütöv bir ağciyər həcmində	III qrup (n=59) bütöv bir ağciyər və digər ağciyərin bir payı həcmində	Nəzarət qrupu (n=25)	$p_{k-u}$
K/Q, N	59 / 9	54/7	55 / 4	122/ 3	0,967
Yaş, il	43,6±1,9 (24-70)	44,5±1,9 (29-69)	43,8±2,4 (24-66)	43,2±3,2 (25-59)	0,936
BMI, kg/mr <sup>2</sup>	20,3±0,3 (16,9-24,2) ***	20,2±0,4 (16,9-24,2) ***	20,4±0,4 (16,9-24,2) ***	23,6±0,7 (20,3-26,8)	0,951
Tənqəfəslik	2,00±0,16 (1-4) ***	3,30±0,23 (1-6) ***^^^	3,82±0,21 (2-6) ***^^^	0,50±0,15 (0-1)	< 0,001

<b>Tənəffüs funksiyası</b>					
FEV <sub>1</sub> , %	58,0±1,8 (37-78) ***	52,0±1,6 (39-78) ***^	42,3±2,7 (22-68) ***^^##	93,3±1,0 (89-99)	< 0,001
FVC, %	61,4±2,2 (45-83) ***	53,4±1,8 (39-74) ***^^	38,1±1,6 (24-48) ***^^###	99,2±1,6 (90-106)	< 0,001
FEV <sub>1</sub> /FVC, %	94,9±1,1 (82-103)	98,9±2,8 (73-126)	109,1±3,3 (92-142) ***^^#	94,3±1,6 (85-100)	0,004
RV, %	88,1±1,0 (76-98) ***	82,9±0,9 (72-90) ***^^	71,4±1,6 (58-86) ***^^###	94,9±0,8 (90-99)	< 0,001
TLC, %	78,4±1,5 (64-89) ***	70,2±1,5 (59-86) ***^^	60,7±2,6 (42-94) ***^^##	89,3±1,3 (84-96)	< 0,001
Dlco, %	56,3±1,7 (39-70) ***	46,9±1,7 (32-61) ***^^	35,8±2,1 (22-52) ***^^###	88,8±1,3 (82-96)	< 0,001
<b>Arterial qanın qaz tərkibi (otaq havasında)</b>					
PaO <sub>2</sub> , mmHg	59,8±2,1 (42-82) ***	55,4±2,0 (36-75) ***	50,7±2,2 (28-69) ***^^	94,3±1,0 (86-98)	0,058
PaCO <sub>2</sub> , mmHg	34,9±0,6 (28-40) ***	42,9±1,2 (32-55) ^^	49,7±1,6 (29-59) ***^^##	39,6±0,8 (36-45)	< 0,001
PH	7,445±0,015 (7,32-7,62) *	7,409±0,012 (7,29-7,5)	7,308±0,011 (7,22-7,4) ***^^###	7,393±0,009 (7,35-7,45)	< 0,001
6 dəqiqəlik yerimə testi (məsafə), m	398,4±9,2 (330-500) ***	354,0±6,2 (250-390) ***^^	249,6±11,6 (160-360) ***^^###	549,2±8,5 (520-600)	< 0,001
CRP, mg/ml	14,8±1,2 (3-31) ***	20,3±1,2 (8-32) ***^^	28,1±1,2 (14-40) ***^^###	2,9±0,3 (1,2-4,2)	< 0,001
ExoKQ (LVEF), %	60,1±1,4 (49-76) **	63,4±1,5 (49-77) ***	62,3±1,5 (52-76) ***	64,9±0,8 (53-78)	0,191

Qeyd: 1. Statistik fərqi əhəmiyyəti (Uilkoksona (Manna-Uitni) görə)

- nəzarət qrupunun göstəriciləri: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$
- I qrupun göstəriciləri: ^ –  $p_1 < 0,05$ ; ^^ –  $p_1 < 0,01$ ; ^^ –  $p_1 < 0,001$
- III qrupun göstəriciləri: # –  $p_2 < 0,05$ ; ## –  $p_2 < 0,01$ ; ### –  $p_2 < 0,001$

2.  $p_{u-k}$  – qruplar arasında statistik fərqi əhəmiyyəti (Krankel-Uollesə görə)

BMI – body mass index, bədən çəkisi indeksi, FEV<sub>1</sub> – forced expiratory volume in 1 second, birinci saniyədə sürətləndirilmiş nəfəsvermənin həcmi, FVC – forced expiratory volume, ağciyərlərin sürətləndirilmiş həyat tutumu, LVEF= left ventricular ejection fraction, sol mədəciyin atım fraksiyası; PH=pulmonary hypertension, ağciyər təzyiqi; RV=residual volume, qalıq həcm; TLC=total lung capacity, ümumi ağciyər tutumu; Dlco or Tlco = diffusing capacity or transfer lung capacity of carbon monoxide, diffuziya qabiliyyəti və ya karbon monoksitin ötürülmə qabiliyyəti, CRP-C-reactive protein, C-reaktiv zülal, ExoKQ-exokardioqram

Xəstələrdə kəskin tənəffüsün intensivliyi ağciyərlərdə spesifik prosesin həcmindən asılı olaraq artmışdır. Bu göstərici III qrup xəstələrdə, yəni spesifik dəyişikliklərin pnevmosklerotik və sirrotik morfoloji dəyişikliklərin bütöv bir ağciyər və digər ağciyərin bir payını əhatə edən xəstələr qrupunda daha kəskin olmuşdur (I və II qrup xəstələrlə müqayisədə: 2,00±1,6; 3,30±0,23; 3,82 ± 0,21; 0,50±0,15;  $p < 0,001$  müvafiq olaraq). Göstərilənlərə əsasən demək olar ki, bu xəstələrdə 6-dəqiqəlik yerimə məsafəsi tam müxtəlif olmuşdur. Belə ki, spesifik və fibro-





sirrotoik dəyişikliklərin daha intensiv və kəskin olduğu III qrup xəstələrdə 6-dəqiqəlik yerimə məsafəsi I və II qrup xəstələrlə müqayisədə ən qısa olmuşdur. ( $398,4 \pm 9,2$ ;  $354,0 \pm 6,2$ ;  $249,6 \pm 11,6$ ;  $549,2 \pm 8,5$   $p < 0,001$  müvafiq olaraq). Göründüyü kimi XDAV və AXOX ilə müşahidə olunan xəstələrdə əsas klinik əlamətlərin qiymətləndirilməsi fərqli nəticələrlə müşahidə olunmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, bu qrup xəstələrdə ağciyərlərdə geriye dönməyən morfoloji spesifik və qeyri-spesifik (fibroz, sirroz, skleroz) dəyişikliklərin həcmi artdıqca xəstələrdə təngnəfəslik indeksi yüksəlir, bunun əksinə olaraq bu dəyişikliklərin intensivliyi artdıqca 6-dəqiqəlik yerimə məsafəsi azalmış olur.

Müayinə olunan xəstələrdə klinik əlamətlərin qruplara görə müqayisəsi zamanı ağciyərlərin funksional xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi zərurətini ortaya çıxarmışdır ki, bu da çox əhəmiyyətli göstəricilərin alınması ilə nəticələnmişdir.

Xarici tənəffüs funksiyasının əsas parametrlərinin öyrənilməsi göstərmişdir ki, spesifik zədələnmənin ən az müşahidə edildiyi I qrup xəstələrdə tənəffüs funksiyasının pozulması kəskin xarakter daşımada II qrup xəstələrdə spesifik zədələnmənin həcmi bütöv bir ağciyəri əhatə etdiyi xəstələrdə tənəffüs funksiyası kəskin olaraq dəyişmiş, yəni restriksiyanın kəskinliyi artmışdır. III qrup xəstələrdə yəni spesifik zədələnmələrin həcmi bütöv bir ağciyər və digər ağciyərin 1 payını əhatə etdiyi halda xarici tənəffüs funksiyasının pozulması daha kəskin şəkildə özünü göstərmişdir.

Beləliklə, bütün müqayisə olunan xəstələr qrupunda restriktiv tipli xarici tənəffüs funksiyası qeyd edilmişdir. Lakin ağciyərlərdə olan spesifik və qeyri-spesifik prosesin həcmindən asılı olaraq restriksiyanın kəskinliyi artmışdır. Məhz bu qrup xəstələrdə alınan nəticələrin müqayisəsinə görə demək olar ki, ağciyərlərdə spesifik və qeyri spesifik geriye dönməyən morfoloji dəyişikliklərin həcmi ilə FVC-nin göstəriciləri arasında mənfi korrelyasion asılılıq vardır. Bu o deməkdir ki, tədqiqata cəlb edilmiş xəstələrin ağciyərlərində morfoloji dəyişikliklərin həcmi artdıqca FVC-nin funksional göstəriciləri azalmışdır ( $61,4 \pm 2,2$ ;  $53,4 \pm 1,8$ ;  $38,1 \pm 1,6$ ;  $99,2 \pm 1,6$   $p < 0,001$  müvafiq olaraq). Funksional dəyişikliklərin restriktiv xarakter daşması Tiffno testinin ( $FEV_1/FVC$ )  $\geq 75\%$ -dən çox olması ilə izah olunur və bu zaman  $FEV_1$  və FVC-nin funksional göstəriciləri normal göstəricidən (80%) aşağı olmuşdur[8,9].

Bütün müqayisə olunan xəstələrdə bronxların keçiriciliyinin pozulmasını və hava selinin sürətinin məhdudlaşmasını sübut edən  $FEV_1$  göstəricisi də aşağı olmuşdur. Lakin FVC-nin müxtəlif qrup xəstələrdə müqayisəsi bu göstəricinin  $FEV_1$  ilə müqayisədə daha kəskin enməsinə göstərdiyi üçün, biz öyrəndiyimiz xəstələrdə xarici tənəffüs funksiyasının pozulmasını restriktiv tip kimi qiymətləndirmişik. Daha bir vacib məqam olan siqaret çəkmənin bizim xəstələrdə risk faktoru kimi aktual olmaması (biz sadəcə eyni nozoloji xəstəliyin daşıyıcıları olan lakin siqaret çəkən xəstələri tədqiqata cəlb etməmişik) bronxial obstruksiyanın mümkünliyünü tam minimallaşdırır [10].

Digər mühüm faktlardan biri də bu qrup xəstələrdə otaq havasında arteriyal qanın qaz tərkibinin öyrənilməsi olmuşdur. Ağciyərlərdə arteriyal qanın qaz tərkibində baş verən kəskin dəyişikliklər və respirator asidozun inkişafı ağciyərlərdə spesifik dəyişikliklərin daha çox əhatə etdiyi III qrup xəstələrdə müşahidə edilmişdir. Məhz buna görə də arteriyal qanın qaz tərkibində baş verən kəskin dəyişikliklər tənəffüs funksiyası ilə pozitiv hemodinamik dəyişikliklərin olması ilə xarakterizə olunur.

Ağciyərlərdə statistik həcmənin öyrənilməsi, onların azalması ilə spesifik dəyişikliklərin intensivliyi arasında birbaşa asılılığın olmasını sübut etmişdir. Bu qrup xəstələrdən alınan göstəricilərin nəticəsi kəskin spesifik dəyişikliklərin daha intensiv olduğu III qrup xəstələrdə müşahidə edilmişdir. Belə ki, həm ağciyərlərin qalıq həcmi ( $88,1 \pm 1,0$ ;  $82,9 \pm 0,9$ ;  $71,4 \pm 1,6$ ;  $94,9 \pm 0,8$   $p < 0,001$  müvafiq olaraq) həm də ağciyərlərin total həcmi (I və II qrup xəstələrlə



müqayisədə) ən çox III qrup xəstələrdə azalmışdır ( $78,4 \pm 1,5$ ;  $70,2 \pm 1,5$ ;  $60,7 \pm 2,6$ ;  $89,3 \pm 1,3$   $p < 0,001$  müvafiq olaraq). Patoloji proses nəticəsində ağciyərlərin həcmnin kiçilməsi ventilyasiyanın zəifləməsinə və ağciyərlərin karbon monoksidə görə (CO) diffuziya həcmnin azalmasına səbəb olmuşdur. Bütün bu göstəricilər isə öz növbəsində arteriyal qanda davamlı olaraq hipoksemiyaya və Eyer-Lilgestrand (alveol-vaskulyar refleksi) effektinin təzahürü kimi hipoksik pulmonar vazokonstriksiyaya və sonradan PAH-ın formalaşmasına səbəb olmuşdur (11,12).

Qeyd etmək lazımdır ki, ağciyərlərin tənəffüs səthinin və diffuziya qabiliyyətinin azalması ağciyərlərdəki geriye dönməyən morfoloji dəyişikliklərin həcmindən birbaşa asılıdır. Məhz buna görə də bu qrup xəstələrdə ağciyərlərin diffuziya qabiliyyətinin kəskin şəkildə azalması III qrup xəstələrdə daha çox müşahidə edilmişdir ( I və II qrup xəstələrlə müqayisədə:  $56,3 \pm 1,7$ ;  $46,9 \pm 1,7$ ;  $35,8 \pm 2,1$ ;  $88,8 \pm 1,3$ ;  $p < 0,001$  müvafiq olaraq).

Bioloji müayinələrin nəticələri, ağciyər damarlarının zədələnməsi və remodullaşmasında, sonra da bu kateqoriyalı xəstələrdə sistem iltihabının ayrılmaz komponenti kimi PAH formalaşmasındakı rolunu sübut edir. Belə ki, bu xəstələrdə CRP-nin konsentrasiyasının öyrənilməsi fərqli göstəricilərin alınması ilə nəticələnmişdir.

Exokardioqrafik müayinə zamanı ayrı-ayrı qrup xəstələrdə ürəyin sağ şöbələrində bir sıra dəyişikliklər aşkar edilsədə sol mədəciyin funksional pozulmaları müşahidə edilməmişdir.

**Nəticə:** Beləliklə, XDAV ilə yanaşı gedən AXOX-lu xəstələrdə, əsasən, spesifik dəyişikliklərin pnevmosklerotik və sirrotik morfoloji dəyişikliklərin bütöv bir ağciyəri tutan, yəni II qrup xəstələrdə və digər ağciyərin bir payını əhatə edən xəstələr qrupunda, yəni III qrup xəstələrdə baş verən klinik, funksional və morfoloji dəyişikliklərin daha kəskin olması müşahidə olunmuşdur. Ağciyərlərdə statik həcmərin öyrənilməsi, onların azalması ilə spesifik dəyişikliklərin intensivliyi arasında birbaşa asılılığın olmasını sübut etmişdir.

## ƏDƏBİYYAT

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Datalase. Geneva, Switzerland [updated 2018 march 24; accessed 2017 December 27]. Available from: [http://www.who/int/tb/country/global tb database/en/](http://www.who/int/tb/country/global%20tb/database/en/)
2. Inghammar M., Ekbon A., Engstrom G. COPD and the risk of tuberculosis – a population – based cohort study. PLoS One. 2010; 5 (4): e10138.
3. Лушникова А.В., Великая О.В. Туберкулез легких и ХОБЛ// Современные проблемы науки и образования. 2013; 6: с.1-8.
4. Chakrabarti B., Calverley P., Davies P. Tuberculosis and its incidence, special nature, and relationship with chronic obstructive pulmonary disease. Int. J. COPD. 2007; 2 (3): 263-272.
5. Van Zyl-Smit R.N., Brunet L., Pai M., Yew W.W. The convergence of the global smoking, COPD, tuberculosis, HIV, and respiratory infection epidemics. Infect. Dis. Clin. North. Am. 2010; 24 (3): 693-703.
6. Кирюхина Л.Д., Гаврилов П.В., Савин И.Б. и др. Вентиляционная и газообменная функции легких у больных с локальными формами туберкулеза легких// Пульмонология, 2013; 6: с.65-68.
7. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких //Пульмонология, 2014; 3: с.5-54.
8. MacIntyre N., Crapo R.O., Viegi G. et al. Standardisation of the single-breath



- determination of carbon monoxide uptake in the lung. Eur. Respir. J. 2005; 26: 720-735.
9. Miller M.R., Hankinson J., Brusasco V. et al. Standardisation of spirometry. Eur. Respir. J. 2005; 26: 319-338.
  10. Pellegrino R., Viegi G., Brusasco V. et al. Interpretative strategies for lung function tests. Eur. Respir. J. 2005; 26: 948-968.
  11. Calcuettea A., Chung R., Lindquist P., Hodson M., Henein M.Y. Differential right ventricular regional function and the effect of pulmonary hypertension: three-dimensional echo study. Heart 2011;97 (12): 1004-1011.
  12. Rahagi F.N. Van Beek E.J. Washko G.R.// Cardiopulmonary coupling in chronic obstructive pulmonary disease: the role of imaging. J. Thorac imaging 2014; 29:80-91

## РЕЗЮМЕ

### ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

**Исмаилзаде Дж.М.**

*Азербайджанского Медицинского Университета*

Статья посвящена проблеме сочетанного течения больных хроническим туберкулезом легких (ХДТЛ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Целью исследования явилось изучение взаимосвязи между морфофункциональными, а также показателями газового состава крови у больных с ХДТЛ в сочетании с ХОБЛ.

В исследование были включены 188 больных с ХДТЛ + ХОБЛ, Все больные с ХДТЛ в зависимости от объема морфологических изменений были разделены на 3 группы: в I группу включены 68 больных ХДТЛ + ХОБЛ с вовлечением 2-х долей обоих легких; во II группу-61 больных ХДТЛ + ХОБЛ с вовлечением целого легкого; в III группу –59 больных ХДТЛ + ХОБЛ с вовлечением целого легкого и одной доли другого легкого. В группу сравнения были включены 25 больных с ХДТЛ без ХОБЛ.

Для выполнения поставленных задач были использованы клинические, функциональные, гемодинамические, эхокардиографические методы исследования. У больных с увеличением объема необратимых специфических и неспецифических (склероз, фиброз, цирроз) поражений, возрастал индекс одышки, таким образом, с увеличением интенсивности изменений уменьшалось расстояние при 6-минутной ходьбе.

Еще одним важным показателем является изучение газового состава артериальной крови при комнатных условиях. Выраженные изменения газового состава артериальной крови в легких как следствие развитие респираторного ацидоза, наблюдалось у больных III группы с большим объемом специфических изменений в легких.

Таким образом, морфофункциональные изменения в зависимости от объема и срока специфического процесса имеют очень важную роль в клинической оценке больных ХДТЛ в сочетании с ХОБЛ.

**Ключевые слова:** фиброзно-кавернозный туберкулез легких, хроническая обструктивная болезнь легких





## OLİQOMETASTATİK XƏRÇƏNG – DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏ ÖZƏLLİKLƏRİ

**Mansurov E.B.**

*Milli Onkologiya Mərkəzi*

1994-cü ildə S.Hellman tərəfindən ilk dəfə 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 (1). Sonrakı bir il ərzində spektr nəzəriyyəsi təkmilləşdirilərək bununla hər hansı bir solid xərçəngin məhdud metastazı təsvir edildi və "oliqometastaz" termini təklif olundu (2). Belə ki, 1995-ci ildə Samuel Hellman və Ralph R. Weichselbaum oliqometastazı - bir sıra xəstələrdə məhdud sayda aşkar olunan metastazları yerli və geniş yayılmış xərçəng xəstəlikləri arasında keçid vəziyyəti kimi qiymətləndirdilər. Baxmayaraq ki, 1995-ci ildən bu günə kimi oliqometastaz haqqında 600-dən çox icmallar, məqalələr, tezislər və s. nəşr olunub. S.Hellman və R.Weichselbaum-un OLİQOMETASTAZ haqqında olan fikirləri öz orijinallığını və əhəmiyyətini hələdə itirməyib. Bu dahi alimlərin nəzəriyyələrinə əsasən (2) oliqometastazı aşağıdakı göstəricilər xarakterizə edir:

1. Xərçəngin patogenezi haqqında "yerli" və "sistem" nəzəriyyələri çox məhduddur və xərçəngin kliniki gedişini tam əhatə etmir. Nəticədə xərçəngin müalicəsi bir sıra hallarda dəqiqləşməmiş patogenetik paradigmaya 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 kliniki aşkar olunana qədər olan dövrü uzun müddətli olmasına baxmayaraq, metastaz vermə əsasən kliniki aşkar olunan şişlərdə müşahidə olunur. Metastazlar şişin 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 bəzən müvəffəqiyyəti məhdud formalı oliqometastatik vəziyyətin olmasına bir daha dəlalət edir.

6. Metastazların sayı artıqca uzunmüddətli yaşama müddəti azalır.

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

8. Oliqometastazları bədxassəli şiş spektrində dəqiqləşdirmək üçün bütün mümkün müasir müayinə metodlarından və yeni molekulyar markorlardan istifadə olunmalıdır.

9. De novo və ya sistem müalicəsindən sonra oliqometastazlı xəstələr bu zədələnmələrin ablyasiyası yolu ilə müalicə olunmalıdırlar. Daha progressivləşmiş xəstəliklərdə daha aqressiv və effektiv sistem müalicəsi lazımdır.

10. Oliqometastazlarda yeni cərrahi və şüa müalicə metodları hazırlanmalıdır və bunlar tək və ya sistem müalicə metodları ilə birləşdirilməlidir. Yerli təsir sistem təsiri gücləndirə bilər. Bu müalicələr metastazları dəqiq zədələməlidirlər. Toxuma və üzvlərin normal quruluşu və funksiyaları qorunmalıdır.

11. Oliqometastazlarda yeni aktiv kliniki tədqiqatlar aparılmalıdır.

2011-ci ildə S. Hellman və R. Weichselbaum "Oliqometastazlara təkrar baxış" məqalələrində (3) 1995-ci ildə oliqometastaz haqqında söylədikləri nəzəriyyələrini bir daha təsdiq etdilər və bunu çox qısa olaraq 2 bənd ilə səciyyələndirmək olar.

1. Uzaq metastaz vermiş xərçəng xəstələrinin bir qrupu (oliqometastazlı) yerli müalicə ilə sağala bilər.

2. Oliqometastazların müalicəsində əsas məsələ bütün müayinə metodlarından istifadə etməklə bunu polimetastazlardan fərqli bir qrup kimi ayırmaqdır.

Oliqometastaz nədir?. "Müdrikliyin başlanğıcı terminlərin tərifidir" – «Socrat» (4). "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:

1. Hüceyrə adheziyasının itirilməsi
2. Hərəkətliyin artması
3. Birincili şişin invaziv olması, qan və limfa dövrəsinə daxil olma
4. Yaşama
5. Yeni üzvlərə keçmə və üzvlərdə kolonizasiya

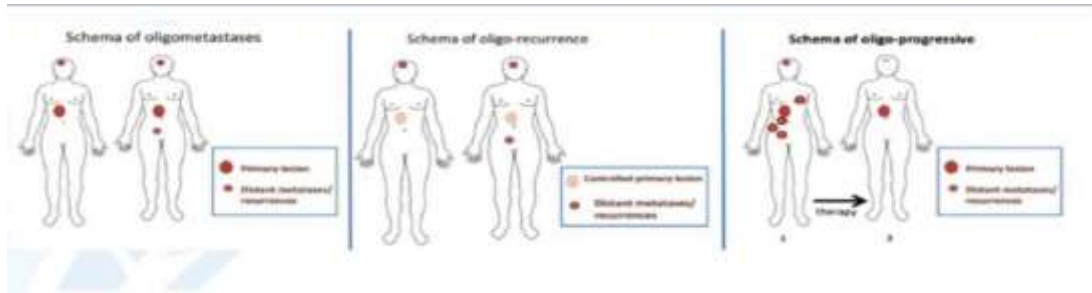
Bu mərhələləri idarə edən "inisiyasiya", "proqressiya" və "virulentlik" genləri mövcuddur ki, bu genlərin qarşılıqlı nisbətindən asılı olaraq şişlər aqressiv, aralıq və indolent sürətli gedişə malik olurlar. Sonunculardan oliqometastazlar formalaşır. (5).

Oliqometastaz hesab olunan metastatik şişlər 3 göstərici əsasında seçilir:

1. Metastazların sayı – 1-5 [6], [7], [8], [9],
2. Metastaz olan orqan sayı – 1-3 [6], [7], [8],
3. Metastazların maksimal ölçüsü -  $\leq 5$  sm [6], [7], [9],

Oliqometastazların formalaşmasının 3 yolu ayırd edilir: (10,11). Şəkil 1.

1. de novo sinxron oliqometastaz



2. radikal lokoregional müalicədən sonra metaxron oliqometastaz -
3. polimetastazların sistem müalicəsindən sonra yaranan oliqometastaz

Oliqometastazların formalaşma yolları

Oliqometastazı polimetastazdan ayırmağın və həmçinin lokal müalicənin faydasını aparılan tədqiqatlar da təsdiq edir. Belə ki, HORTOBAGYI, G. N.və başqaları metastazın sayından asılı olaraq xəstələrin yaşam müddətini öyrənmişlər. 75 həftəlik yaşam faizi 5-dən az metastazları olan xəstələrdə 86%, 6-12, 13- 20 və 20-dən çox metastazları olan xəstələrdə müvafiq olaraq, 65%, 45% və 26% olmuşdur. (12)

DORN və başqalarının araşdırmasına görə, Oligometastaz olaraq dəyərləndirilən xəstələrdə aparılan lokal müalicənin nəticəsi olaraq ümumi sağ qalma müddəti 107,7 ay, polimetastatik xəstələrdə isə 22 ay olmuşdur. (13)

Sonda qeyd etmək lazımdır ki, oliqometastatik xərçənglərdə lokoregional müalicənin



sağqalmaya təsiri hələ də mübahisəlidir. Lakin aparılan bir çox araşdırmalarda bu istiqamətdə yaxşı nəticələr əldə edilmişdir. (14) Milli Onkologiya Mərkəzində aparılan elmi və təcürbi işlərdə oliqometastatik xərcənglərdə lokoregional müalicənin sağqalmaya müsbət təsirini təsdiq edir və bu istiqamətdə araşdırmalar davam edir

## ƏDƏBİYYAT

1. Hellman, Samuel; lecture, Karnofsky Memorial. Natural history of small breast cancers. *Journal of clinical oncology*, 1994, 12.10: 2229-2234
2. Hellman, Samuel; weichselbaum, Ralph R. Oligometastases. *Journal of Clinical Oncology*, 1995, 13.1: 8-10
3. Weichselbaum, Ralph R.; Hellman, Samuel. Oligometastases revisited. *Nature reviews Clinical oncology*, 2011, 8.6: 378
4. Hollingsworth, A. (2015). "The Beginning of Wisdom is the Definition of Terms" - Socrates. *The Breast Journal*, 21(2), 119–120. doi:10.1111/tbj.12370
5. Gupta, Gaorav P.; Massagué, Joan. Cancer metastasis: building a framework. *Cell*, 2006, 127.4: 679-695
6. Kobayashi T, Ichiba T, Sakuyama T, Arakawa Y, Nagasaki E, Aiba K, Nogi H, Kawase K, Takeyama H, Toriumi Y, Uchida K, Kobayashi M, Kanehira C, Suzuki M, Ando N, Natori K, et al. Possible clinical cure of metastatik breast cancer: lessons from our 30-year experience with oligometastatik breast cancer patients and literature review. *Breast cancer*. 2012; 19:218–237.
7. Bojko P, Welt A, Schleucher R, Borquez D, Scheulen ME, Vanhoefer U, Poettgen C, Stuschke M, Broelsch CE, Stamatis G, Wilke H, Seeber S, Harstrick A. High-dose chemotherapy with autologous stem cell transplantation in patients with oligometastatik breast cancer. *Bone marrow transplantation*. 2004; 34:637–643
8. Milano MT, Zhang H, Metcalfe SK, Muhs AG, Okunieff P. Oligometastatik breast cancer treated with curative-intent stereotactic body radiation therapy. *Breast cancer research and treatment*. 2009; 115:601–608.
9. 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 oligometastatik breast cancer in pulmonary metastasectomy. *Breast cancer research and treatment*. 2014; 147:317–324.
10. Nube, Yuzuru; Hayakawa, Kazushige. Oligometastases and oligo-recurrence: the new era of cancer therapy. *Japanese journal of clinical oncology*, 2010, 40.2: 107-111.
11. Reyes, Diane K.; PIENTA, Kenneth J. The biology and treatment of oligometastatik cancer. *Oncotarget*, 2015, 6.11: 8491.
12. Hortobagyi, G. N., et al. Multivariate analysis of prognostic factors in metastatik breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 1983, 1.12: 776-786.
13. DORN, P. L., et al. Patterns of distant failure and progression in breast cancer: implications for the treatment of oligometastatik disease. *International Journal of Radiation Oncology • Biology • Physics*, 2011, 81.2: S643.
14. Vander Walde A, Ye W, Frankel P, Asuncion D, Leong L., Luu T., Morgan R., Twardowski P., Koczywas M., Pezner R, Paz IB, Margolin K, Wong J, Doroshow JH, Forman S, Shibata S, et al. Long-term survival after high-dose chemotherapy followed by peripheral stem cell rescue for high-risk, locally advanced/inflammatory, and metastatik breast cancer. *Biology of blood and marrow transplantation: journal of the American Society for Blood and Marrow Transplantation*. 2012; 18:1273–1280.





## STRESİN QANIN ÜMUMİ GÖSTƏRİCİLƏRİNƏ TƏSİRİ

Şəhla Quliyeva

sedagethesenova@gmail.com

Naxçıvan Dövlət Universiteti

*Məqalə stresin qanın ümumi göstəricilərinə təsirindən bəhs olunur. Stresin qanın ayrı-ayrı göstəricilərinə və onların miqdarına necə təsiri- artırıb və ya azaltması məsələsinə diqqət edilmişdir. Stresin qanın daha çox və daha az təsir etdiyi göstəricilər haqqında məlumatlar da əksini tapmışdır. Məqalədə haqqında danışılan problemlərlə bağlı cədvəl tərtib olunmuşdur.*

*Aiar sözlər: qan, stres, göstərici, miqdar, təsir*

### GİRİŞ

Stres bədənin bütün sistemlərinə - dayaq-hərəkət, tənəffüs, endokrin, mədə-bağırsaq, sinir, reproduktiv, o cümlədən ürək-damar sistemində təsir göstərir. Orqanizm zəif dozalarda stressi idarə etmək üçün uyğunlaşmışdır. Lakin stres uzunmüddətli (xroniki) hala gəldikdə, orqanizmə ciddi şəkildə təsir edir. Ürək – damar sistemi orqanları qida və oksigenlə təmin etmək üçün birlikdə işləyən iki elementdən ibarətdir ki, bunların da fəaliyyəti bədənin stressə reaksiyası ilə əlaqəlidir. Uzunmüddətli stres qan damarlarında xroniki problemlərə səbəb ola bilər. Ürək vurğusunun uzun müddət artması stres hormonlarının və qan təzyiqinin yüksəlməsi ilə nəticələnir ki, bundan da orqanizm zərər görə bilər. Belə ki, nəticədə davamlı stres hipertoniya, insult riskini artırır.

Qanın morfoloji elementləri, biokimyəvi göstəricilər, immunoqlobulinlər, qan zülalları, hormonlar, fermentlər, vitaminlər kimi göstəriciləri vardır. Bunlardan mühim əhəmiyyət kəsb edən qanın morfoloji elementləri və hormonları hesab olunur. Qanın tərkibində morfoloji elementlərdən -eritrosit, hemoqlobin (Hb), hematokrit (Ht), eritrositlərin çökmə sürəti, eritrositar indekslər, hemolitik anemiyalar zamanı eritrositlərin yaşama müddəti, fetal hemoqlobin, eritrositlərin osmotik rezistentliyi, eritrositoz, retikulositlər, plazmatik hüceyrələr, leykositlər, neytrofil leykositlər, eozinofillər, bazofillər, limfositlər, monositlər, trombositlər, fibrinogen, qanaxma müddəti olur. Stres bu göstəricilərdən bir neçəsinə təsir edir. Bunlardan eritrositlər qanın formalı elementlərinin əsasını təşkil edir və əsas funksiyası oksigenin və karbon qazının orqanizmdə nəql olunmasını təmin etməkdir. Eritrositlərin xüsusi çəkisi qanın plazması və leykositlərin xüsusi çəkisindən çoxdur. 1 ml qanda 5-10 mln eritrosit olur bu göstərici stres zamanı artır. Hemoqlobin xromoprotein təbiətli mürəkkəb zülallardandır. Sitoplazmada 34% təşkil edir. Əsas funksiyası oksigen və karbon qazının nəql olunmasında iştirak etməkdir. Stres zamanı hemoqlobinin normal miqdarı artır. Qanda qırmızı qan hüceyrələrinin həcm faizi olan hematokritin (Ht) hər 1%-i təxminən 107000 eritrositə müvafiq olur. Hematokritin normal miqdarı yaşdan və cinsiyyətdən asılı olaraq dəyişilir. Stresli vəziyyətlərdə hematokritin miqdarı artır. Leykositlərin 2-5%-ni təşkil edən eozinofillər iki seqmentli nüvəli hüceyrələrdir. Bu hüceyrələr antihistamin hasil etdiyinə görə iltihabi prosesləri məhdudlaşdırır. Parazitar xəstəliklər zamanı eozinofillərin miqdarı artır. Stres zamanı isə miqdarı azalır. Bazofillər hərəkətli hüceyrələrdən olub , 0,5-2% təşkil edir. Bazofillər əsasən gecələr, səhər tezdən, yeməkdən sonra, idmandan sonra, bakterial zəhərlənmələrdə, yad zülalların, rentgen şüalarının təsirindən artır. İmmunoloji reaksiyalarda iştirak edir. Bazofillərin dənəciklərində histamin və digər vazoaktiv maddələr sintez edilir. 1 mkl qanda 65-ə yaxın bazofil olur. Stres vaxtı bu göstərici azalır.

Qanın tərkibində olan hormonlardan-androstendion, parathormon, katexolaminlər, prolaktin, adrenokortikotrop hormon, qalxanabənzər vəzinin hormonları, tiroksin, kalsitonin, tirotrop hormon, tiroksinbirləşdirici zülal, tiroliberin, alfa-fetoprotein, qastrin,



testosteron, insulin vardır. Qalxanabənzər vəzi boyunun ön hissəsində yerləşir və 20-25 qr ağırlığındadır. Qalxanabənzər vəzinin sintez etdiyi hormonlar orqanizmin bütün orqan və sistemlərinə təssir edir. Bu hormonlardan T<sub>3</sub> metabolizm prosesinə daha güclü təsir göstərə bilər. Həmçinin stres qalxanabənzər vəzinin hormonlarından T<sub>3</sub>-ə təsir edir.

Stres orqanizmdə bir sıra simptomlarla yanaşı, qan göstəricilərinə təsirindən də yan keçmir. Belə ki, stres qanın morfoloji elementlərinə - eritrosit, hemoqlobin, hematokrit, eozinofillər və bazofillərə, hormonlardan isə - qalxanabənzər vəzinin hormonlarına ( T<sub>3</sub>) təsir edir. Stres daha çox qanın morfoloji elementlərinə təsir edir. Stres qan göstəricilərinə fərqli şəkildə təsir edir. Belə ki, stres nəticəsində bu göstəricilər miqdar cəhətdən azalıb, çoxalır. Stres zamanı qan göstəricilərinin miqdarına təsiri haqqında məlumat aşağıdakı cədvəldə qeyd olunmuşdur:

Cədvəl

### Stresin qanın ümumi göstəricilərinin miqdarına təsiri

Nö	Qan göstəriciləri	Artırır	Azaldır
1.	Eritrosit	+	
2.	Hemoqlobin	+	
3.	Hematokrit	+	
4.	Eozinofillər		+
5.	Bazofillər		+
6.	Qalxanabənzər vəzinin hormonları( T <sub>3</sub> )		+

Cədvəldəki məlumatlardan görüldüyü kimi stres qan göstəricilərini ya azaldır, ya da çoxaldır.

### NƏTİCƏ

Stres qanın morfoloji elementlər, hormonlar kimi göstəricilərinə təsir edir. Qanın digər göstəricilərində stres zamanı heç bir dəyişiklik baş vermir. Bundan başqa orqanizmdə stres yarandıqda qanın ümumi göstəricilərində miqdar cəhətdən dəyişiklik baş verir ki, həmin göstəricilər ya artır, ya da azalır.

### ƏDƏBİYYAT

1. Allahverdiyev A.M., Bağırova M.İ. Qanın laborator tədqiqinin klinik-diaqnostik əhəmiyyəti, (Dərs vəsaiti), Bakı "Steyk" 2003, 134 s.
2. Əliyev Ə.H., Əliyeva F.Ə., Mədətova V.M. İnsan və heyvan fiziologiyası, II hissə, "Bakı Universiteti", 2008, 600 s.

### SUMMARY

#### EFFECT OF STRESS ON GENERAL BLOOD INDICATORS

Guliyeva Shahla

The article discusses the effect of stress with low erythrocyte count on overall blood counts. Attention has been paid to the effects of stress on individual blood parameters and their volume - increase or decrease. There are also reports of stress affecting the blood more or less. Tables on the problems discussed in the article have been compiled.

**Key words:** blood, stress, indicator, quantity, effect



## AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASINDA COĞRAFİ REGIONLAR ÜZRƏ DƏRMANLARA DAVAMLI FORMALI VƏRƏM XƏSTƏLƏRİNİN RAST GƏLMƏ SƏVIYYƏSİ

Şıxəliyev Y.Ş<sup>1.</sup>, Əliyev C.Q<sup>2.</sup>

<sup>1</sup>Bakı şəhəri, 1 nömrəli vərəm əleyhinə dispanser

<sup>2</sup>Bakı şəhəri, 2 nömrəli vərəm əleyhinə dispanser

**Mövzunun aktuallığı.** Vərəm xəstəliyinin diaqnostika və müalicəsində müvəffəqiyyətlərin olmasına baxmayaraq hələ də yoluxuculuq və yayılma göstəricilərinə görə öz aktuallığını saxlayır [1, 2, 6]. Bunun əsas səbəblərindən biri xəstələrin erkən aşkarlanmasında baş verən çatmamazlıqlardır və son nəticədə vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı davamlılığın sürətlə artmasıdır [1, 3, 8, 9]. Dərmanlara davamlı forma vərəm mikobakteriyaları yalnız klinik və epidemioloji deyil, həm də iqtisadi əhəmiyyət kəsb edir [2, 4, 5, 7]. Vərəmin dərmanlara davamlı formalarının yayılmasının öyrənilməsi və müalicənin effektivliyinin yüksəldilməsi ftiziatriya elminin aktual problemi olaraq qalmaqdadır. Vərəmin yayılmasına nəzarət Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının əsas prioritet məsələlərindən biridir [2, 9, 11]. Vərəmin epidemioloji vəziyyətinin öyrənilməsi, yeni antibakterial preparatların istifadəsi və müalicə üsullarının təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq, nəinki inkişaf etməkdə olan ölkələrdə, hətta inkişaf etmiş ölkələrdə də vərəm xəstəliyinin epidemioloji göstəriciləri qənaətbəxş deyildir [1, 7, 10]. Son illər dünya miqyasında vərəmlə mübarizə tədbirləri törədicinin dərmanlara qarşı davamlılığının geniş yayılması nəticəsində əhəmiyyətli dərəcədə çətinləşmişdir. Vərəm əleyhinə tədbirlərin əsas strategiyası vərəmin vaxtında aşkarlanması və nəzarət altında müalicənin təşkilidir.

Geniş yayılmış yoluxucu xəstəliklərdən olan vərəm xronik və ləng gedişli formaya malik olub, cəmiyyət üçün açıq və gizli təhlükə mənbəyidir. Vərəm xəstəliyinin müalicəsi XXI əsrdə əksər ölkələr üçün ən aktual tibbi-sosial problemlərdən biri olaraq qalmaqdadır. Dünyada mövcud olan bütün yoluxucu xəstəliklərin 30%-dən çoxu vərəmin payına düşür. Baş verən reversiya şəraitində vərəm törədicilərinin virulentliyindəki kəskin dəyişikliklər nəticəsində vərəm xəstəliyinin klinik formalarının strukturu və xəstəliyin ümumi xarakteristikası da dəyişmişdir. Bu baxımdan ölkəmizdə vərəm xəstəliyinin coğrafi regionlar üzrə araşdırılması, vərəm əleyhinə dərmanlara qarşı davamlılığın səviyyəsi yüksək olan regionların təyini və bu bölgələrdə vərəm əleyhinə tədbirlərin təkmilləşdirilməsi çox aktualdır.

**Elmi işin məqsədi.** Epidemioloji gərgin şəraitdə spesifik dərmanlara davamlı xəstələrin aşkarlanması, müalicə və müşahidəsinin təkmilləşdirilməsi.

**Elmi işin vəzifələri.** Son on ildə (2010-2020-ci illər) regionlar üçün əsas epidemioloji göstəricilərin təyini məqsədi ilə xəstələnmə, xəstəlik, yoluxma və ölüm göstəricilərinin və onların keyfiyyət xüsusiyyətlərinin təhlili, vərəmin ÇDD və GDD formalarının rastgəlmə tezliyi müəyyənləşdirilir. Son on ildə retrospektiv yolla dərmanlara davamlı formalı vərəmin yaranmasının səbəblərinin öyrənilməsi. Son on ildə vərəmin epidemioloji vəziyyətinin gərginləşməsində dərmana davamlı formaların coğrafi xüsusiyyətlərinin retrospektiv yolla öyrənilməsi. Retrospektiv yolla son on ildə dərmanlara davamlı vərəmli xəstələrdə müalicənin effektivliyinə təsir edən amillərin müəyyənləşdirilməsi. Dərmanlara davamlı formalı xəstələrdə uğursuz müalicə və letallıq səbəblərinin araşdırılması.

**Müayinə material və metodları.** Respublika üzrə son 10 il ərzində vərəm xəstəliyinin epidemioloji göstəriciləri Dövlət Statistika Komitəsinin tərtib etdiyi "vərəm xəstəliyinə aid"



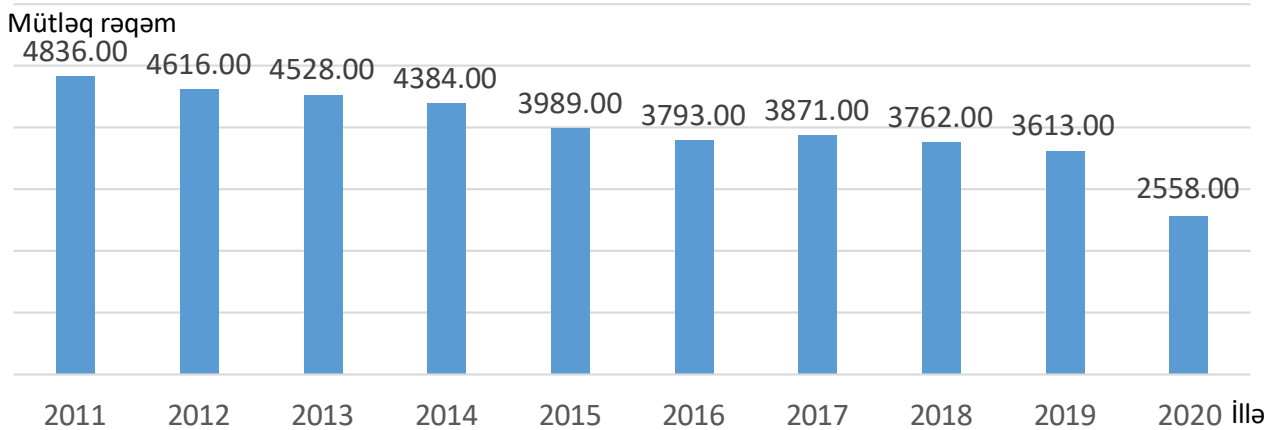


forma əsasında təhlili vasitəsi ilə epidemioloji gərgin regionların müəyyənləşdirilmişdir. İlkən xəstələr arasında çox və geniş dərmanlara davamlı formaların rast gəlmə tezliyi müəyyənləşdirilmişdir. Son on ildə (2011-2020) vərəm xəstəliyinin spesifik dərmanlara davamlı formalarının coğrafi regionlar üzrə yayılması retrospektiv yolla araşdırılır. Regionların coğrafi mövqeyindən asılı olaraq vərəm xəstələrində ÇDD və GDD formaların aşkarlanma səviyyəsi öyrənilir.

**Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi.** Son on ildə (2011-2020) Azərbaycan Respublikasında 39950 nəfər ilkən vərəm xəstəsi qeydiyyatda götürülmüşdür. İlkən vərəm xəstələri arasında 6196 nəfərdə dərmanlara davamlı forma aşkarlanmışdır. İlkən vərəm xəstələrinin illər üzrə aşkarlanma səviyyəsi 1-ci şəkildə göstərilmişdir.

*Azərbaycan Respublikasında son 10 ildə (2011-2020) ilkən vərəm xəstələrinin illər üzrə aşkarlanma səviyyəsi*

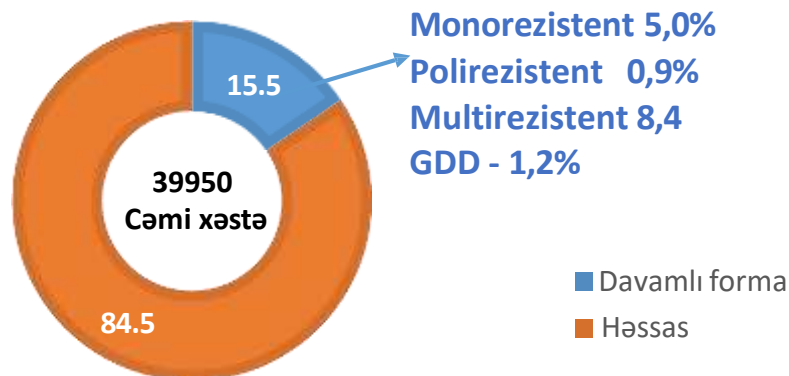
*Şəkil 1.*



Şəkildən aydın olur ki, ilkən xəstələrin sayı 2020-ci ildə 2011-ci ilə nisbətən 47% azalmışdır. Lakin, mövcud epidemioloji vəziyyət təhlil edilərkən məlum olur ki, ölkədə vərəm xəstəliyinin dərmanlara davamlı formalarının xüsusi çəkisi xeyli yüksəkdir. İlkən xəstələr arasında dərmanlara davamlılığın səviyyəsi 2-ci şəkildə verilmişdir.

*Azərbaycan Respublikasında son 10 ildə (2011-2020) ilkən vərəm xəstələri və onlar arasında dərmana davamlı formaların xüsusi çəkisi*

*Şəkil 2.*



Şəkildən aydın olur ki, ilkən aşkar olunan vərəm xəstələri arasında multirezistent formalı dərmanlara davamlılığın xüsusi çəkisi 8,4% təşkil edərək rezistentliyin digər formalarından



yüksəkdir.

Azərbaycan Respublikasında 2011-2020-ci illərdə dərmanlara davamlı vərəm xəstələrinin retrospektiv təhlili göstərir ki, son on ildə ilkin xəstələr arasında 6196 nəfər dərmanlara davamlı forma xəstə proqram üzrə müalicəyə cəlb olunmuşdur. Xəstələrin dərmanlara davamlılıq formalarına görə xüsusi çəkisi illər üzrə 1-ci cədvəldə göstərilmişdir.

*Azərbaycan Respublikasında son on ildə (2011-2020) vərəmin dərmanlara davamlı formalarının xüsusi çəkisi*

*Cədvəl 1.*

İllər	Monorezistent		Polirezistent		Multirezistent		Pre GDD		GDD		Pan DD	
	müt.	%	müt.	%	müt.r	%	müt.r	%	müt.	%	müt.	%
2011	6	0,3	23	6,5	141	4,2	24	7,4	20	14,0		
2012	1	0,05	9	2,5	336	9,9	6	1,8	10	7,0		
2013	1	0,05	9	2,5	456	13,5	0	0	0	0		
2014	1	0,05	0	0	469	13,9	0	0	0	0		
2015	0	0	0	0	463	13,7	0	0	0	0		
2016	126	6,3	84	23,8	370	10,9	66	20,4	40	28,2	1	100
2017	386	19,3	69	19,5	317	9,4	68	21,0	46	32,4		
2018	444	22,2	63	17,8	487	14,4	53	16,3	11	7,7		
2019	598	29,9	60	17,0	223	6,6	49	15,1	12	8,4		
2020	437	21,8	36	10,2	114	3,4	58	17,9	3	2,1		
Cəmi	2000	32,3	353	5,7	3376	54,5	324	5,2	142	2,3	1	0,01

Cədvəldən aydın olur ki, monorezistent xəstələrin səviyyəsi 2011-ci ildə 0,3% (6 xəstə) təşkil etdiyi halda 2020-ci ildə bu rəqəm 21,8% (437 xəstə) təşkil edir. Polirezistent xəstələrin də səviyyəsi eyni illərlə müqayisədə 6,5%-dən (23 xəstə) 10,2%-ə (36 xəstə) qədər yüksəlmişdir. Lakin, multirezistent forma vərəmin səviyyəsi 2020-ci ildə ən az, yəni 3,4% (114 xəstə) təşkil etdiyi halda, 2013-2018-ci illərdə yüksək həddə olmuşdur.

Pre-Geniş Dərmanlara Davamlılığın (Pre GDD) səviyyəsi isə monorezistent, polirezistent və multirezistent formalarla müqayisədə əksinə olmuşdur. Belə ki, 2011-ci ildə Pre GDD-nin səviyyəsi 7,4% (24 xəstə) olduğu halda 2020-ci ildə 17,9% (58 xəstə) səviyyəsinə yüksəlmişdir. GDD forma isə 2011-ci ildə 14% (20 xəstə), 2017-ci ildə ən yüksək həddə 32,4% (46 xəstə) təşkil etdiyi halda, 2020-ci ildə bu rəqəm 2,3% (142 xəstə) olmuşdur.

Təhlildən bir daha aydın olur ki, dərmanlara mono., poli., və multirezistent xəstələrin səviyyəsi əvvəlki illərlə müqayisədə artmışdır. Son on ildə (2011-2020-ci illər) müalicəyə cəlb olunan xəstələr yaşa və cinsə görə də təhlil olunmuşdur. Təhlildən aydın olur ki, dərmanlara davamlılıq ən çox 30-34 yaş qrupunda üstünlük təşkil edərək 13,7% hissəsini əhatə edir. Bu yaş qrupuna daxil olanlarda dərmanlara davamlılığın üstünlük təşkil etməsinin əsas səbəbi kollektivlərdə sıx təmasda olmaları və kütləvi profilaktik müayinələrə cəlb olunmamaları kimi amillərin mövcud olması qeyd edilə bilər. Xəstələnlər arasında növbəti yeri 25-29 yaş qrupuna daxil olanlar 11,9% (739 nəfər) təşkil edir ki, onlar arasında tələbələr və işsizlər daha çoxdur. Üçüncü yerdə 50-54 və 55-59 yaş qrupları dayanır ki, onlar arasında vərəm

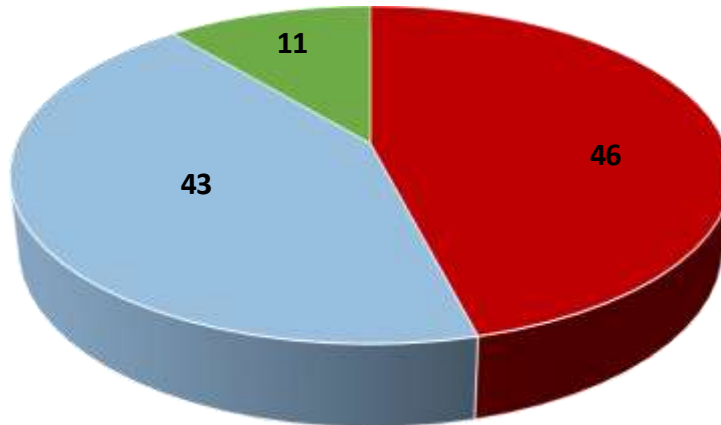


xəstəliyinin baş verməsində risk amillərinin səviyyəsi yüksəkdir. Uşaq və yeniyetmələr arasında isə minimum həddə olmuşdur. Xəstələr arasında kişilər qadınlara nisbətən üstünlük təşkil edərək 73,9% (4578 nəfər) səviyyəsindədir.

Eyni zamanda dərmanlara davamlı (DD) forma vərəmin respublikanın coğrafi rayonlarından asılı olaraq rastgəlmə tezliyi retrospektiv yolla araşdırılmışdır. Eyni zamanda dərmanlara davamlı (DD) forma vərəmin respublikanın coğrafi rayonlarından asılı olaraq rastgəlmə tezliyi retrospektiv yolla araşdırılmışdır. Bu zaman DD forma vərəmin yayılması ölkə ərazisinin coğrafi iqlim, ekoloji, epidemioloji xəritəsi əsasında təhlil edilmişdir. Ölkə ərazisi dəniz səviyyəsindən yüksəkliyə görə üç zonaya: dağlıq-dağətəyi (yüksək dağlıq-1800 metr və yuxarı, orta dağlıq – 1200-1800 metr, aşağı dağlıq – 700-1200 metr) – dəniz səviyyəsindən 700 metrədən yüksəklikdə olan və ərazisinin 46% hissəsini əhatə edən I zona, dağətəyi-düzənlik – dəniz səviyyəsindən 400-700 metr yüksəklikdə olan və ərazisinin 43% hissəsini təşkil edən II zona və düzənlik – 400 metrə qədər yüksəklikdə olan və ərazisinin 11% hissəsini təşkil edən III zonaya bölünmüşdür.

Azərbaycan Respublikasında son on ildə (2011-2020) vərəmin dərmanlara davamlı formalarının dəniz səviyyəsindən yüksəkliyə görə zonalar üzrə xüsusi çəkisi

*Şəkil 3.*



- I zona Dağlıq -dağətəyi - dəniz səviyyəsindən 700 m-dən yüksəklikdə olan bölgələr
- II Zona - Dağətəyi -düzənlik - dəniz səviyyəsindən 400-700 m yüksəklikdə olan bölgələr

Azərbaycan Respublikasında son 10 ildə (2011-2020) vərəmin dərmana davamlı formalarının rastgəlmə tezliyi zonalar üzrə öyrənilmişdir.

Belə ki, dağlıq-dağətəyi zonada dərmanlara davamlı xəstələrin xüsusi çəkisi 12,2%, dağətəyi-düzənlik zonada 47,09%, düzənlik zonada isə 40,7 % təşkil edir.

Beləliklə, Azərbaycan Respublikası Dövlət Statistika Komitəsinin 30.01.2012-ci il tarixli qərarı ilə təsdiq edilmiş 8 nömrəli formadakı məlumatlarda xəstə sayının son on il ərzində enməsi müşahidə olunur. Lakin, mövcud epidemioloji vəziyyət ekstensiv və intensiv göstəricilərə görə təhlil edilərkən məlum olur ki, ölkədə vərəm xəstəliyinin dərmanlara davamlı formalarının xüsusi çəkisi xeyli yüksəkdir. Eləcə də, ilkin aşkar olunmuş xəstələr arasında ağır klinik formaların səviyyəsi artmaqda davam edir. Belə ki, ağciyərlərin fibroz-kavernoz vərəmi, mərkəzi sinir sisteminin vərəmi, ağciyərlərin səpələnmiş vərəminin xüsusi çəkisinin yüksək olması epidemioloji gərginliyin əsas





göstəricisi sayılır. Eyni zamanda ilkin aşkar olunan xəstələr arasında dərmanlara davamlılıq həssas xəstələrlə müqayisədə əvvəlki illərə nisbətən yüksəlmişdir. Dərmanlara davamlılığın səviyyəsi də klinik formalara görə kəskin dəyişmişdir. Belə ki, əvvəlki illərdə dərmanlara davamlılıq daha çox vərəmin xronik və ağır klinik formaları arasında rast gəlirdisə, sonrakı illər ağciyərlərin ocaqlı, infiltrativ vərəmi, ağciyərdən kənar vərəmdə də kifayət qədər davamlı formalar aşkarlanır. Epidemioloji gərginliyin yüksək olmasının müxtəlif səbəbləri var. Müalicə alan xəstələrdə dərman qəbuluna nəzarətin düzgün aparılmaması, xəstələrin erkən aşkarlanmaması, ocaqlarda sanitar epidemioloji tədbirlərin lazımı səviyyədə olmaması, təmaslar arasında kimyəvi profilaktikanın kifayət qədər aparılmaması, respublikanın şəhər və rayonlarında apteklərdə vərəm əleyhinə preparatların hələ də qeyri qanuni satışının olması, qeyri ixtisaslı həkimlər tərəfindən xəstələrə vərəm əleyhinə müalicənin düzgün təyin olunmaması və s.

Bütün bunlar ölkədə vərəmin dərmanlara davamlı formalarının aşkarlanması, müalicə və müşahidəsinin təkmilləşdirilməsinə zərurət olduğunu göstərir.

## ƏDƏBİYYAT

1. Şıxəliyev Y.Ş. Azərbaycan Respublikasında 2011-2013-cü illərdə vərəm əleyhinə mübarizə tədbirlərinin nəticələri. Azərbaycan Dövlət Statistika Komitəsinin 30.01.2012-ci il 6/09 №-li qərarı ilə təklif edilmiş 8 №-li forma əsasında tərtib olunan hesabat, Bakı, 2013
2. Şıxəliyev Y.Ş. Vərəm xəstəliyinin epidemiologiyası gərgin olan regionlarda vərəm əleyhinə tədbirlərin intensiv şəkildə aparılma metodları. Monoqrafiya, Bakı: Elm nəşriyyatı, 2003, 146 s.
3. Şıxəliyev Y.Ş., Kazımova L.H., Məmmədbəyov E.N., və b. Vərəm müəssisələrinin kontingentində spesifik dərmanlara davamlı xəstələrin yaranma mənbələri / Vərəm və ağciyər xəstəlikləri üzrə VI elmi-paktiki konfransın tezislər toplusu, Bakı, 2013
4. Şıxlinskaya M.A., Şıxəliyev Y.Ş., Məmmədbəyov E.N., Qurbanova M.B. Turşuya davamlı mikobakteriyaların aşkarlanması üçün mikroskopik tədqiqatın aparılması üsulları. Metodik təlimat, Bakı, 2006
5. Шилова М.В. Туберкулез в Российской Федерации в 2011 г., Монография. – М. - Ростов-на-Дону, 2012 г. – с. 223
6. Epidemiology of antituberculosis drug resistance 2002-07: an updated analysis of the Global Project on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance / A. Wright [et al.] // Lancet. - 2009. - Т. 373 (9678). - Р. 1861-73
7. Эффективность лечения стандартных режимов химиотерапии туберкулеза в зависимости от лекарственной чувствительности возбудителя / А. Г. Самойлова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. - 2012. - № 8. - С. 23-29
8. Эффективность комплексного лечения больных МЛУ/ШЛУ туберкулезом / А.Г. Самойлова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. - 2015. -№ 6. - С. 124-125.
9. Рекомендации ВОЗ по лечению ТБ. - 4-е изд. - Женева : ВОЗ, 2009.
10. Мишин, В. Ю. Химиотерапия туберкулеза легких / В. Ю. Мишин // Пульмонология. - 2008. - № 3. - С. 5-14
11. Васильева, И.А. Заболеваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах ВОЗ, странах мира и в Российской Федерации. Часть 1. Заболеваемость и распространенность туберкулеза / И. А. Васильева, Е. М. Белиловский, С. Е. Борисов, С. А. Стерликов // Туберкулез и болезни легких. - 2017. - Т. 95. - № 6. - С. 9-21.



## İNSAN TÜKLƏRİNİN MƏHKƏMƏ TİBBİ TƏDQIQI VƏ CİNAYƏT İŞLƏRİNİN AÇILMASINDA ƏHƏMİYYƏTİ

**Fariz Məmmədov**

*mammadovfariz@gmail.com*

**Bəxtiyar Quluzadə**

*bextiyararaz@gmail.com*

*Naxçıvan Dövlət Universiteti*

*İnsan tükləri üzərində aparılan araşdırmalar həm bu günə, həm də keçmişə aid bir çox cinayətin açılmasında əhəmiyyətli rol oynayır. Orqanizmin hər sm<sup>2</sup>-də təxminən 100-200 tük olduğunu nəzərə alsaq hadisə yerində tükün aşkar olunma ehtimalının nə qədər çox olması aydın olur. Hüceyrələrdən inkişaf etdiyi üçün tüklərdən DNT əldə etmək mümkündür ki, şəxsiyyətin identifikasiyasında bu ən etibarlı materialdır. Həmçinin tük nümunələrində ağır metallar, radioaktiv maddələr, narkotiklər, qida əlavələri, həşərat zəhərləri, arsen kimi bir çox zəhərli maddələr toplandığından bu maddələrin qəbulundan uzun müddət keçsə də qan və sidikdən fərqli olaraq tüklərin analizi ilə müəyyən edilə bilər. Tük orta hesabla ayda 1,0 sm uzandığına görə 6,0 sm-lik tük şəxsin son 6 ayı haqqında məlumat daşıyır.*

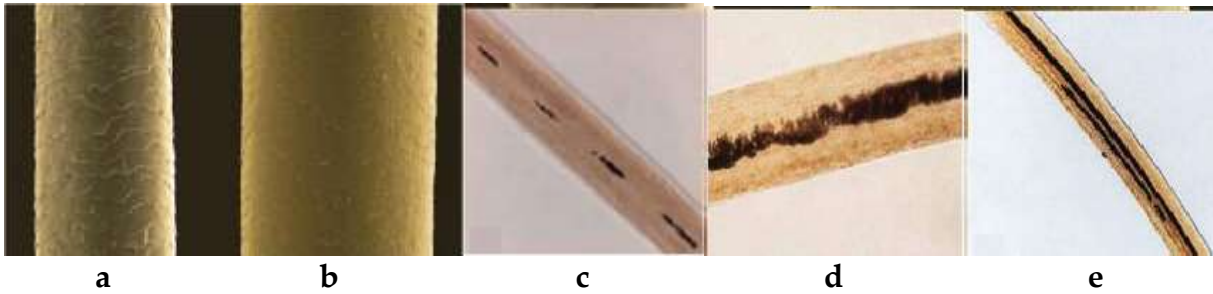
**Aiar sözlər:** *insan tükü, cinayət, məhkəmə, genetika*

Tüklər cinayətkarı aşkara çıxaran gizli sübut, etibarlı bioloji maddədir. Onlar ətraflı öyrənildikcə, neçə-neçə gizli hadisələr aşkara çıxır, qaranlıq məqamlara aydınlıq gətirilir. Hətta insan sakit vəziyyətdə dayandıqda belə tüklərin yenilənməsi hesabına tük ətrafa düşə bilər. Ona görə də hadisə yerində tükün aşkar edilmə ehtimalı çoxdur. İnsan orqanizmində hüceyrələrdəki mikrotükcüklər istisna olmaqla orta hesabla 5-6 milyon tük vardır. Taktil, sərt, örtük və s. müxtəlif tük növləri vardır. Həmçinin doğuşdan əvvələ aid lanugo tükləri, bunların yerinə çıxan vellus tükləri və terminal tüklər də var. Taktil tüklər bəzi heyvanlarda olur və lamisə funksiyası daşıyır. Pişiklərin üzlərində olan uzun tüklər kimi. Sərt tüklər heyvanların dərisini örtən və qoruyucu palto funksiyası daşıyan tüklərdir. Örtük tükləri orqanizmi əhatə edən, istilik balansını saxlayan qısa və nazik tüklərdir. Nazik, beyin maddəsiz və rəngsiz lanugo tükləri ana bətnindəki dölü əhatə edir. 40-50 gündən sonra tökülməyə başlayır və yerinə terminal tüklər və vellus tükləri çıxır. Vellus tükləri bəzi yerlər (dodaqlar, ovuc, ayaqaftı və s.) istisna olmaqla bütün orqanizmi əhatə edən, yumşaq və beyin maddəsi olmayan tüklərdir. Terminal tüklər tüklü dəri, üz və qaş nahiyələrində yerləşən və məhkəmə təbabətində istifadə edilən tüklərdir. Tük kök və mil hissələrindən ibarətdir. Mil isə kutikula, qabıq və beyin adlı üç qata ayrılır. Beyin tükün mərkəzi hissəsidir. Beyin qatın diametrinin, tükün diametrinə nisbətində beyin indeksi deyilir. Beyin indeksi insan tüklərində adətən 0,3-dən aşağı, heyvan tüklərində isə 0,3-dən yuxarı olur. Kutikula tükün xaricini təşkil edən, üst-üstə yığılmış pulcuqlu hissələrdən ibarət olan və tükü xarici təsirlərdən qoruyan ölü hüceyrələrdən əmələ gələn sərt təbəqədir. Qabığı qoruyan kutikula üst-üstə 6-10 qat düzülmiş ölü hüceyrələrdən əmələ gəlir, həm də rəngsiz və nazik olur. Qabıq isə beyin və kutikula arasında qalan və tükün uzunluğu boyunca yerləşmiş mikroliflər, piqment maddələri və hüceyrə hissələrindən əmələ gəlir. Eumelanin (qəhvəyi-qara) və feomelanin (sarı-qırmızı) adlı piqmentlər qabıqda yerləşir. Qara, qonur, sarı və ağ rənglər bu piqmentlər sayəsində formalaşır.

Tükün rəngi Alopesiya areata, Kvaşiorokor sindromu, mis çatışmazlığı və s. xəstəliklərin diaqnostikasında əhəmiyyətli rol oynayır [3]. Şəxs cinayət törətdikdə, sağlam

olsa da sonradan tük rənginin dəyişməsinə səbəb olan xəstəliklərə tutula bilər. Belə olan halda, tükləri müayinə edərkən fərq yarana bilər. Tüklərin diametri insandan insana fərqlənir. Diametri 0,05-0,09 mm arasında olan tüklər, dərinin ən xarici təbəqəsi olan epidermisdən çıxır. İnsanda kirpik, burun, sinə və ətrafların tüklərinin uzunluğu təxminən 1-3 sm-dir. Qasıq və qoltuq tükləri adətən 2-10 sm uzunluqda olur. Baş və saqqal tükləri isə 1-7 sm civarında və daha uzun olur. Tüklərin diametri yaşa görə də dəyişir. Körpələrdə tükün diametri 25-50 mikrometr arasında olarkən, yetkin şəxslərdə 70-100 mikron olur. Həmçinin yaşlı insanlarda tük kökündəki soğanaq hissəsi dolu olmaqla yanaşı pigment az olur. Orqanizmin 1 sm<sup>2</sup>-də 100-200 tük yerləşir və bir tükün ömrü orta hesabla 5-6 il olur [2].

Maddi sübut kimi aşkar olunan tükəbənzər maddələr təbii və ya sintetik tük, həmçinin bitki, parça lifi və s. ola bilər. Əgər aşkar olunan maddi sübutun tük olması dəqiqləşərsə, onda hevana yaxud insana mənsub olması, bununla belə orqanizmin hansı nahiyəsindən olması (*regionarlıq*) müəyyən ediləmlidir (baş, qoltuq, bıç-saqqal, qasıq və s.).



*İnsanlara məxsus müxtəlif tük nümunələri (a-sarışın avropalı qadının baş tükü, b-asiyalı kişinin baş tükü (a və b-elektron mikroskopik görünüşdür), c-baş tükü, d-qasıq tükü, e-saqqal tükü)*

Hadisə yerində qasıq tükünün tapılması cinsi cinayətlərdə güclü dəlil hesab olunur. Hadisə yerində hər növ tük ola bilər; heyvan tükü, paltar lifi, əşyalardan düşən liflər, əvvəllər oradan keçmiş şəxslərin tükləri və s. Tüklər hadisə yerində lupa ilə axtarılır və pinset vasitəsilə götürülür. Tüklərin müayinəsində tükün uzunluğu ölçülür, rəngləri müəyyən edilir. Düz və ya qıvrım olmasına baxılır, kök, gövdə və uc hissələri müayinə edilir. Diametrləri və beyin maddələrinin qalınlığı ölçülərək qeyd edilən tüklər, qabığın və içindəki maddələrin görünə bilməsi üçün ammoniyak və kükürd kimi kimyəvi maddələr ilə işlənir.

Cinayətkarın xəbəri olmadan, hər hansı bir səbəbdən (məsələn: zərərçəkənin müqavimət göstərməsi nəticəsində) başının bir neçə tükü hadisə yerinə düşə bilər. Tüklərdə çoxlu miqdarda keratin olduğundan xarici təsirlərə davamlı olan tük uzun müddət xarab olmadan qala bilər, şəxsə mənsub olduğu üçün də cinayətkarın aşkar olunmasında çox vacib dəlildir. keratin (latınca-*buynuz*) ölü zülaldır və tüklərə, dırnaqlara möhkəmlik verir. Cinayətkar hadisə yerindəki sübutları aradan qaldırmağa çalışsa da tökülmüş bütün tüklərini tapıb götürməsi çox çətindir. Cinayətkara aid tük hadisə yerində və ya zərərçəkənin paltarlarında qala bilər. cinayətkar "mən günahsızam, cinayət törətməmişəm" deyə fəryad qoparsa da, onun tükləri "cinayətkar sənən" deyə sübut edə bilər. Tüklər hüceyrələrdən əmələ gəldiyi üçün tüklərdən DNT və mitoxondri DNT-si əldə etmək mümkündür. Məhkəmə genetik müayinə aparılırsa tükün kökünün olması vacibdir. Kökü olan tük daha informativdir. Çünki DNT tükün kök hissəsində olur. Həmin DNT əldə olunaraq şəxsiyyətin identifikasiyası aparıla bilər. Yəni tükün sahibini dəqiq təyin etmək olar və ya DNT analizi vasitəsilə qohumluq əlaqələri müəyyən edilə bilər. Kök olmadıqda tükün mil hissəsindən mitoxondri DNT-si (mDNT) əldə etmək mümkündür və bununla da şəxsiyyəti müəyyən etmək olar. Tüklərdə çoxlu miqdarda mitoxondri olduğundan kifayət qədər mDNT götürmək olar [5]. Deməli yalnız bir ədəd tük analiz edilməklə, tükün sahibinin kim olması





müəyyən edilə bilər.

Tükün makroskopik və mikroskopik xüsusiyyətləri ilə irqi müəyyən etmək mümkündür. İnsanlar əsasən üç irqə bölünür: ağ-avropoid, sarı-monqoloid və qara-neqroid. Ancaq müasir dünyada miqrasiyalar və irqlər arası evliliklər səbəbindən təmiz irqdən bəhs etmək çox çətindir. Bununla belə, bəzi hadisələrdə şübhəli insanların sayının azaldılması üçün bu üsuldən istifadə edilir. Məsələn, tük azərbaycanlıların yaşadığı bir yerdə olan slavyana aiddirsə, şübhəli azərbaycanlılar sərbəst buraxıla bilər. Məhkəmə təbabəti tarixində buna bənzər açılan cinayətlər çox olmuşdur. 5-10 min il əvvələ aid skelet qalıqları və tük analizlərindən şəxsin harada yaşamış olması və kimlərdən ola biləcəyi təxmin edilə bilər. Hətta hansı xəstəliklərdən ölməsi, zəhərlənib-zəhərlənməməsi müəyyən edilə bilər. Tükün beyin, qabıq və kutikula qatları xüsusilə coğrafi olaraq insanlarda müxtəliflik göstərdiyi üçün, müqayisə apararkən bu qatlar müəyinə olunur.

Şəxsin tüklərinə əsasən güclü təsiredici, narkotik, zəhərli və s. maddə istifadə edib-etməməsi haqqında fikir söyləmək mümkündür. Tüklər zəhər arxivləri kimidir, əgər düzgün müəyinə olunarsa orqanizmə qəbul olunan zərərli maddələri aşkar etmək olar. Zərərli vərdişlər varsa, bəzi zəhərli maddələr qəbul olunursa, bunların nə olduğu və nə qədər müddətdir istifadə edildiyi tüklər vasitəsilə öyrənilə bilər [1]. Çünki, həmin maddələr tüklərdə toplanır (kumlyasiya). Bəzi tarixi hadisələrin aşkar edilməsində tüklər əhəmiyyətli rol oynamışdır. Məsələn, Vaterlo müharibəsində İngilislərə məğlub olan Napaleonun 1821-ci ildə sürgündə olduğu St Helena adasında mədə xorasından öldüyü güman edilsə də, 180 il sonra 2001-ci ildə Strasburq Məhkəmə Tibbi Ekspertiza İnstitutunda onun tüklərində normadan 38 dəfə artıq arsen aşkar olunduqdan sonra Napaleonun zəhərlənmədən ölməsi təsdiq olundu.

Kiçik bir baş tükü, gözlə çətin görünən bir tük cinayət hadisəsinin açılmasında hüquq mühafizə orqanlarına köməklik göstərir. Tükdən əldə edilən DNT cinayətkarı ələ verərkən, tükün kimyəvi analizləri ilə narkotik və ağır metallar kimi zəhərli maddələrin orqanizmdə miqdarı və istifadə edildiyi müddət haqqında da məlumat sahibi olmaq mümkündür. Tüklər zəhərli maddələri topladığı üçün məhkəmə toksikologiyasında mötəbər dəlillərdəndir. Hüceyrənin normal fəaliyyəti üçün cüzi miqdarda sink, mis, fosfor və s. müxtəlif elementlərə ehtiyac vardır. Elementlərin miqdarının çoxluğu və ya əksikliyi sağlamlıq üçün təhlükəlidir. Bu maddələrin tüklərdə axtarılması cinayət hadisəsinin açılmasında rol oynaya bilər. Tüklər məhkəmə toksikologiyasında yaddaş işi görür. Tük orta hesabla ayda 1,0 sm uzandığına görə 6,0 sm-lik tük şəxsin son 6 ayı haqqında məlumat daşıyır. Çünki, bəzi zəhərli maddələrin, o cümlədən ağır metalların orqanizmdən xaric olduğu yerlərdən biri də tüklərdir. Hazırda tük nümunələrində ağır metalların analizinin aparılması adi hala çevrilmişdir. Radiasiya, narkotik, qida əlavələri, həşərat zəhərləri, arsen kimi zəhərlər və digər bəzi maddələr tüklərin analizi ilə müəyyən edilə bilər. Şəxs narkotik qəbul etdikdən sonra qanında və sidiyində həmin maddə qısa müddət aşkar edilir, ancaq, bu maddə tüklərdə aylarla qala bilər. Fosfor-üzvi birləşmələrlə (həşərat zəhərləri, sinir-boğucu zəhərlər və s.) zəhərlənmələrdə tük analizləri faydalı məlumatlar verə bilər. Döyüş Zəhərləyici Maddələrin (DZM) bir qrupu olan sinir-boğucu maddələrdən (zarin, zoman və s.) II Dünya Müharibəsində kütləvi qırğın silahı olaraq istifadə edilmişdir. Hətta, 1995-ci ildə Tokyo metrosunda törədilən terror hadisəsində Zarin zəhərləyici qazdan istifadə edilmişdir. Tükdə qurğuşun və civə kimi müxtəlif maddələr yüksək miqdarda aşkar olunarsa təbii olaraq, daxili orqanlarda da bu maddələrin yüksək dozada toplanması nəticəsinə gəlmək olar. Belə maddələrə qısa müddətə məruz qalındığı hallarda sidik və qan analizləri, uzun müddətə məruz qaldığı hallarda isə tük analizləri aparılır. Lakin, tükdə zəhər aşkar edildikdə, dərhal nəticəyə gəlmək olmaz. Bu zəhər istifadə olunan dərmanlardan və ya



boyalardan qəbul edilmiş də ola bilər. Məzardakı torpağın tərkibi kimi, bir çox səbəbdən də eyni nəticə qarşıya çıxma bilər. Mütəxəssis ekspert hər məlumatı təmkinlə və səbirlə qiymətləndirməyə çalışmalıdır. Tələsik qərarlar xətalara yol açma bilər.

Tüklərin anatomik quruluşuna əsasən insana və ya heyvana mənsub olmasının müəyyən etmək mümkündür. Mütəxəssislər işıq mikroskopu ilə tükün qatlarını araşdıraraq bunu müəyyən edə bilər. İnsan tükünün qabığı qalıdır. Pigment maddələri kiçik qranullar formasındadır və qabığın ətraf hissələrinə yayılmışdır. Heyvan tüklərində isə qabıq incə qatdan ibarətdir və böyük pigment qranulları daha çox mərkəzə doğru yayılmışdır. Müəyinə olunan tükün insana deyil, heyvana aid olması məlum olarsa, ikinci mərhələdə tükün hansı heyvana mənsub olması öyrənilir. Yüksək dərəcədə inkişaf etmiş məhkəmə genetik laboratoriyalarda insanlarla yanaşı it və pişik kimi ev heyvanlarının da genetik xəritələri hazırlanmışdır, yəni DNT analizi ilə həmin heyvanların hətta cinsini də təyin etmək mümkündür [4].

Məhkəmə təbabətinin müasir şaxələrindən olan məhkəmə-tibbi və bioloji genetik cinayətkarlıqla mübarizəyə böyük köməklik göstərir. Tük, saç, sümük, tər, qan, kəpək, tüpürcək və dəri töküntüləri kimi müxtəlif bioloji maddələrdən DNT identifikasiyası aparılır. Tükün kimyəvi və anatomik araşdırılması ilə qiymətli məlumatlar əldə edilir. Məsələn, tüklərin xüsusi çəkisindən istifadə etməklə müəyinə olunan tükün hansı insana mənsub olmasını və həmin insanın yaşını müəyyən etmək mümkündür. Həmçinin tük nümunələrinin araşdırılması ilə şəxsin yaşadığı yerin müəyyən edilməsi də mümkündür. Saçlar kimi burun tükləri də məhkəmə təbabətində istifadə edilir. Təcrübəyə görə burundakı tüklər ölüm baş verdikdən sonra 20 saata qədər hərəkətini davam etdirir və hərəkət sürətləri tədricən azalır. Ölümün baş vermə müddəti məhkəmə təbabətində ən aktual məsələlərdən biridir. Mütəxəssis ekspertlər bundan istifadə edərək ölümün baş vermə müddətini saatlarla ölçülən intervalda təyin edə bilərlər.

Cinayət və cinayətkarlıqla mübarizədə müstəsna xidmətləri olan maddi sübutlar cinayətin açılmasında çox böyük rol oynayır. Məhkəmə zallarında "dilsiz şahidlər" olan qan, tüpürcək, tük, sperma və s. bioloji maddə sübutları inkişaf edən texnologiyanın son nailiyyətlərindən istifadə etməklə ətraflı öyrənildikcə bir çox qaranlıq məqamların işıqlanması mümkün olacaqdır. Odur ki, cinayətkarın şəxsiyyətinin aşkar edilməsində ən əhəmiyyətli elmi üsullardan biri olan tüklər istər məhkəmə tibb ekspertləri, istər sübut toplayan istintaq işçiləri və istərsə də sübutları qiymətləndirən və həqiqətin müəyyən edilməsinə çalışan hakimlər tərəfindən yaxşı bilinməsi lazım olan bir sahədir.

## ƏDƏBİYYAT

1. F.E.Məmmədov, R.Ə.Əliyev, H.M.Kazımov, İ.X.Hüseynov "Ölümün başvermə müddətinin təyininə tətbiq edilən metodlar" // Sağlamlıq jurnalı № 2, Bakı-2013, s. 48-51.
2. Çetin, G. Adli tıpta saçın çözülməsi // İstanbul Universiteti Cerrahpaşa Tıp Fakultesi Adli Tıp Anabilim dalı, Basın taraması, İstanbul - 2010, s.1-2.
3. Kan, A. Saç və kıllarda yapılan adli analizler / Z.Öztoprak, T.S.Hekimoğlu // Adli Tıp Dergisi, İstanbul - 2014, s. 86-94.
4. Bisbing, R.E. "Forensic identification and association of human hair." // Forensic Science Handbook. Vol. 1, 2nd ed., R. Saferstein, ed. Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey, 2012, p. 390-428.
5. Linch, C.A. Human hair histogenesis for the mitochondrial DNA forensic scientist / D.A.Whiting, M.M.Holland // Journal of Forensic Sciences California -2017, № 46, p. 844-853.



## SUMMARY

### THE IMPORTANCE OF HUMAN HAIR IN COURT MEDICAL INVESTIGATION AND DISCLOSURE OF CRIMINAL CASES

**Fariz Mammadov, Bakhtiyar Guluzade**

Research on human hair plays an important role in solving many crimes, both today and in the past. Considering that there are about 100-200 hairs in each cm of the body, it is clear how likely it is that hairs will be found at the scene. Because it develops from cells, it is possible to obtain DNA from hair, which is the most reliable material for identification. Also, because hair samples contain heavy metals, radioactive substances, drugs, food additives, insect poisons, and many toxic substances, such as arsenic, they can be detected by hair analysis, unlike blood and urine, even if they have been ingested for a long time. As the hair grows on average 1.0 cm per month, the 6.0 cm hair contains information about the last 6 months of the person.

***Key words:** human hair, crime, forensics, genetics*





## DƏRMANLARA REZİSTENT AĞCIYƏR VƏRƏMİNİN KLİNİK-EPİDEMİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

**Bayramov R.İ.**

*rafiq-bayramov@mail.ru*

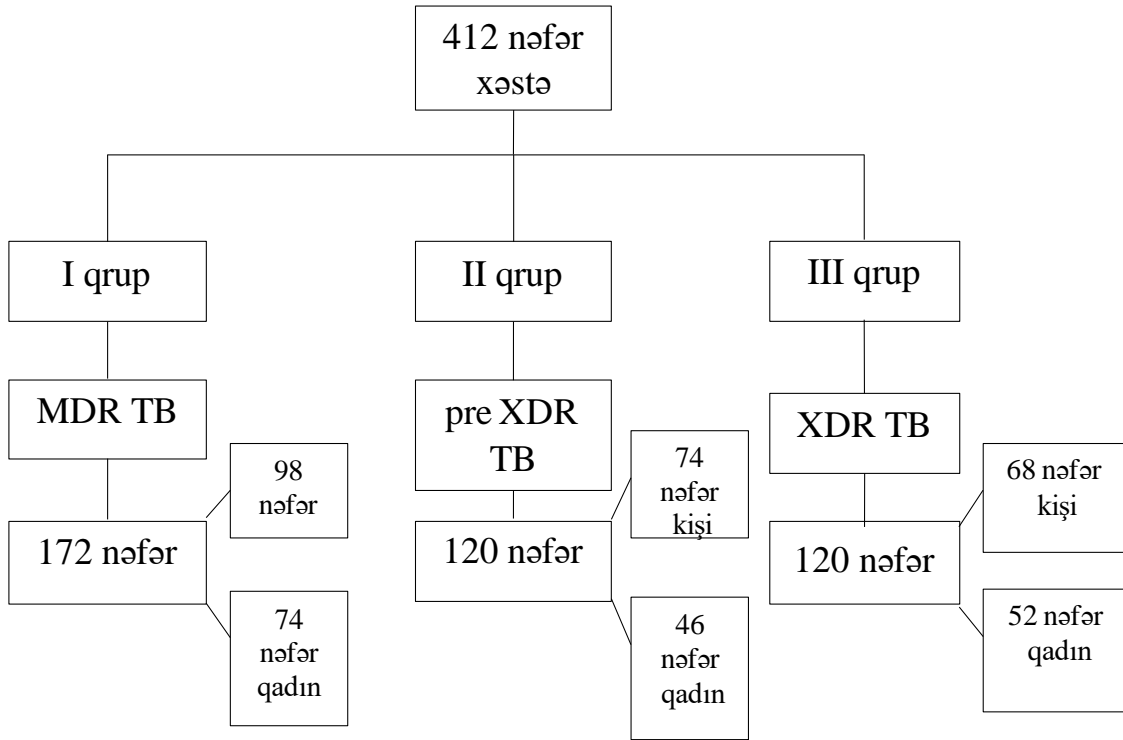
*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Vərəm bəşəriyyətin mövcud olduğu dövrdən rast gəlinən və törədicisinin 140 il bundan əvvəl (1882, R.Kox), vərəm əleyhinə ilk preparatın isə 78 ildir ki (1944, Vaksman – streptomisin), bəlli olmasına baxmayaraq hazırda da dünyada ölümə səbəb olan əsas infeksiyon 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. 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. Son illər dünyada dərmanlara rezistent vərəmə yoluxma və xəstələnmə hallarının ilbəil artması epidemioloji vəziyyətin daha da gərginləşməsinə səbəb olur. 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 klinik-epidemioloji xüsusiyyətlərinin 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, bəlgəmin mikroskopiyası, qanın, sidiyin müayinəsi), həm də əlavə və fakultativ müayinə üsulları (KT, bronxoskopiya, bəlgəmin kultural müayinəsi, tənəffüs, ürək qan damar, qaraciyər və böyrəyin funksional müayinələri) istifadə edilmişdir.

Tədqiqata daxil edilən vərəm əleyhinə dərmanlara rezistent ağciyər vərəmi olan xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür:



Şəkil 1. Xəstələrin strukturu

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	Say	22	19	18	$P_{1,2}=0,735$
	%	37,3	32,2	30,5	$P_{2,3}=0,804$



n=59	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	$P_{1,3}=0,677$

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 (cədvəl 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 kavernoza 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-kavernoza ağciyər vərəmi xəstələri olmuşdur. Kavernoza 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%) kavernoza 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.

*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
Səpələnmiş	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
Tuberkulom a	3	0,7	0,16-1,02	-	-	-	1	33,3	29,4-36,2	2	66,7	64,2-70,1
Kaverno 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-kaverno	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

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 (cədvəl 2)

Tədqiqat qrupları üzrə ağciyər vərəmi olan xəstələrin vərəm anamnezinin müddətindən asılı olaraq təhlil etmişik. Belə ki, ilk dəfə aşkar edilən ağciyər vərəmi olan xəstələr arasında I qrupda 62 nəfər (36%), II qrupda 32 nəfər (26,7%), III qrupda isə 34 nəfər (28,3%) təşkil etmişdir. Qruplar üzrə, əvvəllər 1 aydan çox vərəm əleyhinə preparatları qəbul etmiş xəstələrin sayı daha çox olmuşdur. Belə ki, I qrupda 110 nəfər (64%), II qrupda 88 nəfər (73,3%), III qrupda isə 71,7% (86 nəfər) təşkil etmişdir ( $p>0,05$ ) (cədvəl 3).

*Cədvəl 3. Rezistentliyin strukturu*

Xüsusiyyətlər			Səpələnmiş vərəm	Ocaqlı vərəm	İnfiltrativ vərəm	Kazeoz sətəlcəm	Tuberkulom a	Kaverno vərəm	Fibroz-kaverno z vərəm
İlk dəfə aşkar edilən xəstələr n=128 (31%)	Klinik forma(n=412)	say	4	-	43	1	-	12	2
		MDR n=62 (48,4%)	%	6,5	-	69,4	1,6	-	19,3
		95% Di	3,2-8,9	-	65,4-72,8	0,7-2,9	-	15,6-22,4	2,1-5,6
	preXDR n=32 (25%)	say	1	-	19	-	-	8	4
		%	3,1	-	59,4	-	-	25	12,5
		95% Di	2,4-5,2	-	54,8-62,1	-	-	21,8-28,4	9,9-14,8
	XDR n=34 (26,6%)	say	1	1	28	-	-	4	-
		%	3	3	82,3	-	-	11,7	-
		95% Di	0,92-5,84	0,92-5,84	73,42-90,61	-	-	5,97-15,21	-
Ə	M	say	10	1	66	1	-	10	22



	preXDR n=88 (31%)	%	9,1	0,9	60	0,9	–	9,1	20
		95% Dİ	7,8-11,2	0,7-1,1	52,8-67,6	0,7-1,1	–	7,8-11,2	14,4- 26,1
		say	4	1	40	–	1	–	42
	XDR n=86 (30,3%)	%	4,5	1,1	45,5	–	1,1	–	47,8
		95% Dİ	2,9-6,2	0,7-1,5	42,8-48,1	–	0,9-1,3	–	43,9- 51,2
		say	6	1	20	2	2	3	52
		%	7	1,2	23,2	2,3	2,3	3,5	60,5
		95% Dİ	3,9-12,4	0,56- 3,28	18,6-28,2	0,82- 5,12	0,82- 5,12	0,98-6,12	52,7- 68,2

Tədqiqat aparılan III qrupa daxil edilən xəstələr əvvəllər iki və daha artıq spesifik kimyəvi terapiya kursu qəbul etmiş, o cümlədən ehtiyat qrupdan olan dərman preparatlarından istifadə etmiş xəstələr (98 nəfər - 81,7%) olmuşdur. I və II qrupda olan ehtiyat dərman preparatlarından istifadə edənlərin sayı isə, müvafiq olaraq 32 nəfər (18,6%) və 46 nəfər (38,3%) təşkil etmişdir. Rentgenoloji olaraq ağciyər toxumasının 1-2 seqment səviyyəsində zədələnməsi, I qrup üzrə 9 nəfərdə (5,2%), II qrup üzrə 5 nəfərdə (4,2%), III qrupda isə 4 nəfərdə (3,3%) müşahidə edilmişdir. Ağciyərlərdəki patoloji prosesin lokalizasiyası 1-2 pay həcmində olan xəstələrin sayı I qrupda 92 nəfərdə (53,5%), II qrupda 56 nəfərdə (46,7%), III qrupda isə 48 nəfər (40%) təşkil etmişdir. Ağciyərlərdə zədələnmə sahəsi 3 pay və daha çox olan xəstələr I qrupda 71 nəfər (41,2%), II qrupda 59 nəfər (49,1%), III qrupda isə 68 nəfər (56,7%) müəyyən olunmuşdur.

Tədqiqat aparılan xəstələrdən 388 nəfərdə (94,2%) ağciyər toxumasında destruktiv proses müəyyən edilmişdir. I qrupa daxil olan və ağciyər toxumasında destruksiya yaranan 162 nəfər xəstədən 98 nəfərdə (60,5%) yeni yaranan destruksiya, 32 nəfərdə (19,75%) pnevmoniogen kaverna, 32 nəfərdə də (19,75%) fibroz-kaverna müəyyən edilmişdir. Rentgenoloji müayinə zamanı II qrupa daxil olan xəstələrin 112 nəfərindən 30 nəfərdə (26,8%) yeni yaranan destruksiya, 36 nəfərdə (32,1%) pnevmoniogen kaverna, 46 nəfərdə (41,1%) isə fibroz kaverna aşkar olunmuşdur. III qrupa daxil edilən və ağciyərlərində destruktiv proses olan xəstələr arasında fibroz kavernaların rast gəlmə tezliyi daha yüksək olmuşdur. Belə ki, bu qrupa daxil edilən 114 nəfər ağciyərlərində destruktiv dəyişikliklər olan xəstələrin 54 nəfərində (47,4%) fibroz-kaverna, 46 nəfərində (40,3%) pnevmoniogen kaverna, 14 nəfərində isə (12,3%) yeni formalaşan kaverna müşahidə edilmişdir. Yeni yaranan kavernalar I qrup xəstələrdə daha çox rast gəlməmişdir (cədvəl 4).

*Cədvəl 4. Qruplar üzrə ağciyərlərdəki destruksiyanın rastgəlmə tezliyi*

Qruplar		Destruksiyanın xarakteri		
		Yeni yaranan destruksiya n=142	Pnevmoniogen kaverna n=114	Fibroz kaverna n=132
I qrup n=162	say	98	32	32
	%	60,5	19,75	19,75
	95%Dİ	53,48-68,21	12,47-36,98	12,47-36,98
II qrup	say	30	36	46



<b>n=112</b>	%	26,8	32,1	41,1
	95%Dİ	18,92-33,98	25,76-40,12	33,18-49,62
<b>III qrup n=114</b>	say	14	46	54
	%	12,3	40,3	47,4
	95%Dİ	9,12-16,76	32,72-48,94	39,68-55,21
<b>P</b>		$P_{1,2}=0,196$	$P_{1,2}=0,247$	$P_{1,2}=0,008$
		$P_{2,3}=0,003$	$P_{2,3}=0,413$	$P_{2,3}=0,229$
		$P_{1,3}<0,001$	$P_{1,3}=0,549$	$P_{1,3}<0,001$

Belə ki, I qrupda 98 nəfərdə (60,5%), II və III qrup xəstələrdə isə müvafiq olaraq 30 (26,8%) və 14 (12,3%) nəfərdə yeni yaranan destruksiya aşkar edilmişdir. Pnevmoniogen və fibroz kavernalar III qrup xəstələrdə daha çox müşahidə edilmişdir: pnevmoniogen kavernalar III qrupda 46 nəfərdə (40,3%), II qrupda 36 nəfərdə (32,1%), I qrupda isə 32 nəfərdə (19,75%), fibroz kavernalar isə III qrupda 54 nəfərdə (47,4%), II qrupda 46 nəfərdə (41,1%), I qrupda 32 nəfərdə (19,75%) aşkar edilmişdir (cədvəl 4)

Tədqiqat aparılan xəstələrin ağciyərlərindəki destruksiyaların ölçüləri müxtəlif olmuşdur. Daha çox 2-4 sm diametrdə olan destruksiyalar aşkar edilmişdir. Belə ki, 186 nəfərdə (47,9%) 2-4 sm, 130 nəfərdə (33,5%) 4 sm-dən böyük, 72 nəfərdə isə (18,6%) 2 sm-dək diametrdə destruksiya sahələri müəyyən edilmişdir. Bütün tədqiqat qruplarında hər 3 ölçü diametruzərə destruksiyalar aşkar olunmuşdur. 2-4 sm diametrdə olan kavernalar I qrupda olan 162 nəfərdən 78-də (48,1%), II qrupda olan 112 nəfərdən 62-də (55,4%) və III qrupda olan 114 nəfərdən 46-da (40,4%) müəyyən edilmişdir ( $p_{1,2}<0,05$ ,  $p_{2,3}<0,05$ ). 2 sm-dək diametrdə olan dağılma boşluğu I qrupda 21% (162 nəfərdə 34-də), II qrupda 23,2% (112 nəfərdən 26-da), III qrupda isə 10,5% (114 nəfərdən 12-də)  $p_{1,2}<0,05$ ,  $p_{2,3}<0,05$  müəyyən edilmişdir. Diametri 4 sm-dən böyük olan kavernalar I qrupda 30,9% (162 nəfərdən 50-də), II qrupda 21,4% (112 nəfərdən 24-də), III qrupda isə 49,1% (114 nəfərdən 56-da)  $p_{1,2}<0,05$ ,  $p_{2,3}<0,05$  halda aşkar olunmuşdur.

Tədqiqata daxil edilən 412 nəfərin hamısında spesifik kimyəvi terapiyaya başlamazdan əvvəl mikobakteriya ifrazı müəyyən edilmişdir: 396 (96,1%) nəfərdə bəlgəmin mikroskopiyası, 16 nəfərdə (3,9%) isə kultural üsulla.

Bəlgəmin Sil-Nilsen üsulu ilə mikroskopiyası vasitəsilə mikobakteriya ifrazı müəyyən edilən 396 nəfərdən 54-də (13,6%) cüzi, 76-da (19,2%) orta, 266 nəfərdə (67,2%) isə çox mikobakteriya ifrazı təyin edilmişdir. Kultural müayinə mikroskopik müayinənin nəticələrini təsdiq etmişdir. Tədqiqat qruplarında bəlgəmdə çox mikobakteriya ifrazı olan xəstələrin sayı üstünlük təşkil etmişdir. Belə ki, çox mikobakteriya ifrazı I qrupda 66,7% (168 nəfərdən 112-də), II qrupda 48,7% (115 nəfərdən 56-da), III qrupda isə 53,1% (113 nəfərdən 60-da) təşkil etmişdir. Orta dərəcəli mikobakteriya ifrazı I qrupda 23,2% (168 nəfərdən 39-da), II qrupda 36,5% (115 nəfərdən 42-də), III qrupda isə 32,7% (113 nəfərdən 37-də) müşahidə edilmişdir.

*Cədvəl 5. Qruplar üzrə mikobakteriya ifrazının xüsusiyyətləri*

<b>Qruplar</b>		<b>MBT ifrazının massivliyi</b>		
		<b>Cüzi n=54</b>	<b>Orta n=76</b>	<b>Çox n=266</b>
<b>I qrup n=168</b>	say	17	39	112
	%	10,1	23,2	66,7



	95%Dİ	5,62-14,98	17,67-30,14	58,94-74,48
<b>II qrup n=115</b>	say	17	42	56
	%	14,8	36,5	48,7
	95%Dİ	8,97-20,83	29,87-43,26	41,61-55,68
<b>III qrup n=113</b>	say	16	37	60
	%	14,2	32,7	53,1
	95%Dİ	9,67-18,12	26,92-37,86	46,14-60,87
<b>P</b>		$P_{1,2}=0,716$	$P_{1,2}=0,122$	$P_{1,2}=0,767$
		$P_{2,3}=0,065$	$P_{2,3}=0,106$	$P_{2,3}=0,486$
		$P_{1,3}=0,097$	$P_{1,3}=0,923$	$P_{1,3}=0,378$

Tədqiqat apardığımız xəstələrin bəlgəmində vərəm çöplərinin cüzi ifrazı I qrup xəstələrdə 10,1% (168 nəfərdən 17-də), II qrupda 14,8% (115 nəfərdən 17-də), III qrupda isə 14,2% (113 nəfərdən 16-da) aşkar olunmuşdur (cədvəl 5).

Tədqiqat aparılan xəstələrin hamısında vərəm mikobakteriyalarının izoniazid və rifampisinə qarşı rezistentlik müəyyən edilmişdir. Daha çox etambutola qarşı rezistentlik təyin edilmişdir – 282 nəfərdə (68,4%). Etambutola qarşı rezistentlik I qrupda 118 nəfərdə (68,6%), II qrupda 78 nəfərdə (65%), III qrupda isə 86 nəfərdə (71,7%) müəyyən olunmuşdur. Pirazinamidə qarşı rezistentlik 352 nəfərdən 152-də (43,2%) aşkar edilmişdir. Belə ki, BACTEC MGİT 960 üsulu ilə I qrupda 48 nəfərdə (27,9%), II qrupda 50 nəfərdə (41,7%), III qrupda isə 54 nəfərdə (45%) pirazinamidə qarşı rezistentlik aşkar olunmuşdur (cədvəl 6).

*Cədvəl 6. Vərəm əleyhinə preparatlara qarşı rezistentliyin strukturu*

Vərəm əleyhinə preparat	Tədqiqatın qrupları			P
	I qrup n=172	II qrup n=120	III qrup n=120	
Etambutol n=282	say	118	78	86
	%	68,6	65	71,7
	95%Dİ	59,21-76,82	56,87-73,61	63,12-78,94
Pirazinamid n=152	say	48	50	54
	%	27,9	41,7	45
	95%Dİ	19,82-35,14	33,26-49,86	36,95-53,87
Ofloksasin/Levofloksasin n=156	say	–	36	120
	%	–	30	100
	95%Dİ	–	22,42-38,78	100
Kanamisin/Amikasin n=154	say	–	62	92
	%	–	51,7	76,7
	95%Dİ	–	43,82-59,68	68,12-85,17
Kapreomisin n=105	say	–	32	73
	%	–	26,7	60,8





	95%Dİ	–	18,62-34,21	52,16-68,32	$P_{1,3}<0,001$
Etionamid n=104	say	38	32	34	$P_{1,2}<0,001$ $P_{2,3}=0,098$ $P_{1,3}<0,001$
	%	22,1	26,7	28,3	
	95%Dİ	13,98-28,17	18,65-33,98	21,76-34,98	
Sikloserin n=52	say	7	20	25	$P_{1,2}=0,006$ $P_{2,3}=0,701$ $P_{1,3}=0,002$
	%	4,1	16,7	20,8	
	95%Dİ	2,95-6,12	10,78-22,16	13,74-27,21	
PAST n=36	say	4	6	26	$P_{1,2}=0,836$ $P_{2,3}=0,026$ $P_{1,3}=0,032$
	%	2,3	5	21,7	
	95%Dİ	1,67-3,98	3,12-10,18	14,62-28,84	

Ftorxinolon qrupundan olan preparatlara qarşı rezistentlik 412 nəfərdən 156-da (37,9%) aşkar edilmişdir. Bu qrupdan olan preparatlara qarşı rezistentlik I qrupda müşahidə edilməmiş, II qrupda 36 nəfərdə (30%), III qrupda isə xəstələrin hamısında (100%) müəyyən edilmişdir. Tədqiqata daxil edilən xəstələrdə vərəm mikobakteriyalarında polipeptid (kapreomisin) və aminoqlikozidlərə qarşı rezistentlik I qrupda müşahidə edilməmişdir. II və III qrupda isə kapreomisinə qarşı rezistentlik 105 nəfərdə (25,5%); II qrupda 32 nəfərdə (26,7%), III qrupda isə 73 nəfərdə (60,8%) müşahidə edilmişdir. Kanamisin və ya amikasinə qarşı rezistentlik 154 nəfərdə (37,4%) aşkar edilmişdir. II qrupda 62 nəfərdə (51,7%), III qrupda isə 92 nəfərdə (76,7%) kanamisin və ya amikasinə qarşı rezistentlik müşahidə edilmişdir. Etionamidə qarşı rezistentlik tədqiqat aparılan xəstələrin 25,2%-də (104 nəfər) müşahidə edilmişdir. Belə ki, I tədqiqat qrupunda 38 nəfərdə (22,1%), II qrupda 32 nəfərdə (26,7%), III qrupda isə 34 nəfərdə (28,3%) etionamidə qarşı rezistentlik təyin edilmişdir. Sikloserinə qarşı rezistentlik isə 52 nəfərdə (12,6%) müşahidə edilmişdir: I qrupda 7 nəfərdə (4,1%), II qrupda 20 nəfərdə (16,7%), III qrupda 25 nəfərdə (20,8%). PAST-a qarşı rezistentlik isə xəstələrin 8,7%-də (36 nəfər) müşahidə edilmişdir. Belə ki, I qrupda 4 nəfərdə (2,3%), II qrupda 6 nəfərdə (5%), III qrupda isə 26 nəfərdə (21,7%) VMB-nin qeyd edilən preparata qarşı rezistentlik olmuşdur.

Dərmanlara həssaslıq testinin nəticəsindən asılı olaraq tədqiqata daxil edilən xəstələrə 5-6 preparatdan ibarət kimyəvi terapiya təyin edilmişdir.

I qrupa daxil edilən xəstələrin kimyəvi terapiya sxeminə 46 müxtəlif kombinasiya daxil edilmişdir. Belə ki, amikasin 59 nəfərin (34,3%), kapreomisin 65 nəfərin (37,8%), pirazinamid 124 nəfərin (72,1%), etambutol 73 nəfərin (42,4%), ofloksasin 83 nəfərin (48,2%), levofloksasin 52 nəfərin (30,2%), moksifloksasin 30 nəfərin (17,4%), protionamid 97 nəfərin (56,4%), sikloserin 118 nəfərin (68,6%), PAST 143 nəfərin (83,1%), terizidon 12 nəfərin (7%), bedakvilin 6 nəfərin (3,5%) müalicə sxeminə daxil edilmişdir.

Tədqiqata daxil edilən II qrup xəstələrin kimyəvi terapiya sxeminə 52 müxtəlif preparatların kombinasiyaları daxildir. Belə ki, pirazinamid 70 nəfərin (58,3%), amikasin 35 nəfərin (29,2%), kapreomisin 88 nəfərin (73,3%), etambutol 40 nəfərin (33,3%), levofloksasin 64 nəfərin (53,3%), ofloksasin 1 nəfərin (0,8%), moksifloksasin 57 nəfərin (47,5%), sikloserin 88 nəfərin (73,3%), protionamid 46 nəfərin (38,3%), PAST 92 nəfərin (76,7%), terizidon 17 nəfərin (14,2%), linezolid 15 nəfərin (12,5%), bedakvilin 25 nəfərin (20,8%),



amokasillin+klavulanat turşusu 15 nəfərin (12,5%), imipenem 2 nəfərin (1,7%), klaritromisin 2 nəfərin (1,7%) kimyəvi terapiya sxeminə daxil edilmişdir.

III tədqiqat qrupuna daxil edilən xəstələrin müalicə sxeminə 28 müxtəlif kombinasiyadan istifadə edilmişdir: etambutol 73 nəfərin (60,8%), pirazinamid 63 nəfərin (52,5%), kapreomisin xəstələrin hamısının (100%), moksifloksasin 103 nəfərin (85,8%), levofloksasin 17 nəfərin (14,2%), protionamid 63 nəfərin (52,5%), sikloserin 88 nəfərin (73,3%), linezolid 88 nəfərin (73,3%), PAST 72 nəfərin (60%), bedakvilin 40 nəfərin (33,3%), amokasillin+klavulanat turşusu 16 nəfərin (13,3%), klaritromisin də 16 nəfərin (13,3%) kimyəvi terapiya sxeminə daxil edilmişdir.

Müalicənin effektivliyi 2,4,6,8 və 12-ci aylarda, mikobakteriya ifrazının kəsilmə müddətinə və ağciyər toxumasındaki destruktiv dəyişikliklərin involyusiyasının dinamikasına əsasən qiymətləndirilmişdir. Bunun üçün radioloji və mikrobioloji müayinə üsullarından istifadə edilmişdir.

Ayrı-ayrı tədqiqat qruplarında kultural üsulla mikobakteriya ifrazının kəsilməsinin dinamikası müxtəlif olmuşdur (cədvəl 7).

*Cədvəl 7. Kultural üsulun nəticələrinə əsasən mikobakteriya ifrazının kəsilmə tezliyi və müddəti*

Bakteriya ifrazının kəsilmə müddəti (ay)		Qruplar			P
		I qrup n=172	II qrup n=120	III qrup n=120	
2 aydan sonra n=102	say	76	16	10	$P_{1,2}=0,007$
	%	44,2	13,3	8,3	$P_{2,3}<0,001$
	95%Dİ	36,12-53,2	6,15-18,76	5,78-12,61	$P_{1,3}<0,001$
4 aydan sonra n=210	say	104	67	39	$P_{1,2}=0,002$
	%	60,5	55,8	32,5	$P_{2,3}=0,068$
	95%Dİ	52,24-68,74	46,1-63,72	23,97-40,12	$P_{1,3}<0,001$
6 aydan sonra n=270	say	136	82	52	$P_{1,2}=0,001$
	%	79,1	68,3	43,3	$P_{2,3}=0,086$
	95%Dİ	71,04-87,67	60,12-76,25	35,16-51,28	$P_{1,3}<0,001$
8 aydan sonra n=297	say	150	91	56	$P_{1,2}=0,058$
	%	87,2	75,8	46,7	$P_{2,3}=0,008$
	95%Dİ	76,71-95,16	67,14-83,75	38,95-53,12	$P_{1,3}<0,001$
10 aydan sonra n=314	say	154	97	63	$P_{1,2}=0,039$
	%	89,5	80,8	52,5	$P_{2,3}=0,023$
	95%Dİ	80,12-98,25	72,14-88,78	44,73-60,18	$P_{1,3}<0,001$
12 aydan sonra n=338	say	162	106	70	$P_{1,2}=0,027$
	%	94,2	88,3	58,3	$P_{2,3}=0,005$
	95%Dİ	85,18-103,21	80,01-96,28	50,27-66,71	$P_{1,3}<0,001$
1 ildən sonra da kultural nəticəsi "+" olanlar n=74	say	10	14	50	$P_{1,2}=0,008$
	%	5,8	11,7	41,7	$P_{2,3}=0,012$
	95%Dİ	2,48-10,76	6,88-18,79	33,76-49,08	$P_{2,3}<0,001$

Kultural müayinənin nəticəsinə əsasən 2 ay müalicə ərzində I qrupda xəstələrin 44,2%-də



(172 nəfərdən 76-i), II qrupda 13,3%-də (120 nəfərdən 16-i), III qrupda isə 8,3%-də (120 nəfərdən 10-u) abasilləşmə müşahidə edilmişdir. 4 ay müalicədən sonra isə abasilləşmə I qrupda 60,5% (172 nəfərdən 104-ü), II qrupda 55,8% (120 nəfərdən 67-i), III qrupda isə 32,5% (120 nəfərdən 39-u) təşkil etmişdir. I qrupda olan xəstələrdə bəlgəmin kultural müayinəsinin nəticəsinə görə müalicənin 6 ayında abasilləşmə 79,1% (172 nəfərdən 136-i), II qrupda 68,3% (120 nəfərdən 82-i), III qrupda isə 43,3% (120 nəfərdən 52-i) olmuşdur. 8 aydan sonra mikobakteriya ifrazının kəsilməsi I qrupda 150 nəfərdə (87,2%), II qrupda 91 nəfərdə (75,8%), III qrupda isə 56 nəfərdə (46,7%) müşahidə edilmişdir. 10 aydan sonra da analoji dəyişiklik müşahidə edilmişdir: I qrupda xəstələrin 89,5%-də (172 nəfərdən 154-ü), II qrupda 80,8%-də (120 nəfərdən 97-i), III qrupda 52,5%-də (120 nəfərdən 63-ü).

Aparılan müalicənin effektivliyinin ən yüksək olduğu müddət, I qrup xəstələrdə müalicənin 1 ilində müşahidə edilərək 94,2% (172 nəfərdən 162-i) təşkil etmişdir. Həmin müddətdə II qrupda abasilləşmə 88,3% (120 nəfərdən 106-i), III qrupda isə 58,3% (120 nəfərdən 70-i) təşkil etmişdir. 1 il müddətində aparılan müalicədən sonra da kultural üsulla mikobakteriya ifrazının davam etdiyi xəstələr, I qrup üzrə 5,8% (172 nəfərdən 10-u), II qrup üzrə 11,7% (120 nəfərdən 14-ü), III qrup üzrə isə 41,7% (120 nəfərdən 50-i) təşkil etmişdir (cədvəl 8).

Aparılan müalicə nəticəsində ağciyərlərdəki destruktiv dəyişikliklərin bağlanması dinamikası aşağıdakı kimi olmuşdur (cədvəl 8).

*Cədvəl 8. Tədqiqat qruplarındakı xəstələrdə ağciyərlərdəki destruktiv dəyişikliklərin bağlanması dinamikası*

Dağılma boşluqlarının bağlanma müddəti (ay)	Qruplar			P	
	I qrup n=162	II qrup n=112	III qrup n=114		
2 aydan sonra n=21	say	17	2	2	P <sub>1,2</sub> =0,023 P <sub>2,3</sub> =0,086 P <sub>1,3</sub> <0,001
	%	10,5	1,8	1,7	
	95%Dİ	6,12-14,97	0,18-3,76	0,16-3,64	
4 aydan sonra n=49	say	29	11	9	P <sub>1,2</sub> =0,054 P <sub>2,3</sub> =0,245 P <sub>1,3</sub> =0,001
	%	17,9	9,8	7,9	
	95%Dİ	11,26-23,87	5,12-13,67	4,10-11,28	
6 aydan sonra n=102	say	58	29	15	P <sub>1,2</sub> =0,025 P <sub>2,3</sub> =0,006 P <sub>1,3</sub> <0,001
	%	35,8	25,9	13,2	
	95%Dİ	27,26-43,14	18,28-32,68	8,52-18,81	
8 aydan sonra n=149	say	87	42	20	P <sub>1,2</sub> =0,555 P <sub>2,3</sub> <0,001 P <sub>1,3</sub> <0,001
	%	53,7	37,5	17,5	
	95%Dİ	44,21-62,75	29,16-44,25	11,64-23,78	
10 aydan sonra n=176	say	100	54	22	P <sub>1,2</sub> =0,068 P <sub>2,3</sub> <0,001 P <sub>1,3</sub> <0,001
	%	61,7	48,2	19,3	
	95%Dİ	52,42-70,41	39,61-56,97	12,85-26,78	
12 aydan sonra n=212	say	124	62	26	P <sub>1,2</sub> =0,223 P <sub>2,3</sub> =0,001 P <sub>1,3</sub> <0,001
	%	76,5	55,4	22,8	
	95%Dİ	68,01-84,35	46,76-64,09	16,32-28,94	
1 ildən sonra da destruksiya	say	38	50	88	P <sub>1,2</sub> =0,136 P <sub>2,3</sub> =0,002
	%	23,5	44,6	77,2	



saxlanılan n=176	95%DI	14,86-32,65	35,92-52,81	68,95-85,16	$P_{1,3} < 0,001$
---------------------	-------	-------------	-------------	-------------	-------------------

I qrupda olan xəstələrin 10,5%-də (162 nəfərdən 17-i) destruktiv dəyişikliklərin bağlanması müalicənin 2-ci ayında müşahidə edilmişdir. Bu dövrdə II və III qrup xəstələrdə müvafiq göstərici uyğun olaraq, 1,8% (112 nəfərdən 2-i) və 1,7% (114 nəfərdən 2-i) təşkil etmişdir. 4 ay müalicədən sonra destruktiv dəyişikliklərin bağlanması I qrupda 17,9% (162 nəfərdən 29-u), II qrupda 9,8% (112 nəfərdən 11-i), III qrupda isə 7,9% (114 nəfərdən 9-u) təşkil etmişdir. I qrupda olan xəstələrdə destruktiv dəyişikliklərin bağlanması 6 ay müalicədən sonra 35,8%-ə (162 nəfərdən 58-i) çatmışdır. Müvafiq göstərici II qrupda 25,9% (112 nəfərdən 29-u), III qrupda isə 13,2% (114 nəfərdən 15-i) olmuşdur. 8 aydan sonra dağılma boşluğunun bağlanması I qrupda 53,7% (162 nəfərdən 87-i), II qrupda 37,5% (112 nəfərdən 42-i), III qrupda isə 17,5% (114 nəfərdən 20-i) təşkil etmişdir. Müalicənin 10 ayından sonra analogi dəyişikliklər müşahidə edilmişdir: I qrupda 61,7% (162 nəfərdən 100-ü), II qrupda 48,2% (112 nəfərdən 54-ü), III qrupda isə 19,3% (114 nəfərdən 22-i) halda destruksiya bağlanmışdır. 1 il aparılan kimyəvi terapiya nəticəsində dağılma boşluqlarının bağlanması tədqiqat aparılan I qrup xəstələrdə 76,5% (162 nəfərdən 124-ü), II qrupda 55,4% (112 nəfərdən 62-i), III qrup xəstələrdə isə 22,8% (114 nəfərdən 26-i) halda müşahidə edilmişdir. 1 il aparılan müalicədən onra da destruktiv dəyişikliklərin saxlanıldığı xəstələr mövcud olmuşdur. Belə ki, I qrupda xəstələrin 23,5%-də (162 nəfərdən 38-i), II qrupda 44,6% (112 nəfərdən 50-i), III qrupda isə 77,2%-də (114 nəfərdən 88-i) 12 ay müalicə aparıldıqdan sonra da dağılma boşluqları müəyyən edilmişdir.

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. Xəstələrin əksəriyyəti (284 nəfər-69%) əvvəllər bir aydan çox müddətdə vərəm əleyhinə dərman preparatları qəbul etmiş təkrari vərəm xəstələri olmuşdur. Aparılan müalicə nəticəsində abasilləşmənin ən yüksək olduğu müddət, I qrup xəstələrdə müalicənin 1 ilində müşahidə edilərək 94,2% (172 nəfərdən 162-i) təşkil etmişdir. 1 il müddətində aparılan müalicədən sonra da kultural üsulla mikobakteriya ifrazının davam etdiyi xəstələr III qrupda daha çox olmuşdur: 41,7% (120 nəfərdən 50-i). 1 il aparılan kimyəvi terapiya nəticəsində dağılma boşluqlarının bağlanması tədqiqat aparılan I qrup xəstələrdə daha çox müşahidə edilərək 76,5% (162 nəfərdən 124-ü) təşkil etmişdir.

1 il aparılan müalicədən onra da destruktiv dəyişikliklərin saxlanıldığı xəstələr də III qrupda üstünlük təşkil edərək 77,2%-də (114 nəfərdən 88-i) olmuşdur. III qrup xəstələrdə müalicənin effektivliyinin nisbətən zəif olması dərmanlara rezistent vərəm xəstələrinin müalicəsində yeni antibakterial preparatlarla yanaşı digər patogenetik müalicə üsullarının müalicə sxeminə daxil edilməsinin vacib olduğunu göstərir.





## AZ ÇƏKİ İLƏ DOĞULAN QIZLARDA PUBERTAT DÖVRÜNÜN GEDİŞAT XÜSUSİYYƏTLƏRİ

**Mustafayeva İ.R.<sup>1</sup>, Əliyeva E.M.<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Naxçıvan Dövlət Universiteti

<sup>2</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti

Problemin aktuallığı. Müasir ginekologiya elminin aktual problemlərindən biri də az çəki ilə doğulan uşaqların gələcək illərdə pubertat dövrünün gedişat xüsusiyyətlərinin öyrənilməsidir.

Müasir elmi ədəbiyyat mənbələrinə görə "az çəkili doğulan uşaqlar" termininə "small for gestational age" (SGA) – hestasiya dövründə az çəki ilə doğulan uşaqlar aiddir.

Məlumdur ki, müxtəlif ölkələrdə doğulan uşaqların çəki və boy göstəriciləri müxtəlif kriteriyalarla qiymətləndirilir.

Hestasiya müddətinə görə "az çəkili uşaqlar termini" nə vaxtından qabaq doğulan uşaqların çəki və boy göstəriciləri 3 persenseldən az olan uşaqlar aiddir (1,2,3,4).

Aparılan elmi tədqiqatlara əsasən 5% uşaqlar aşağı çəki göstəriciləri ilə doğulurlar və bu göstərici ilbəl nəzərə çarpacaq dərəcədə artır (5,6).

Aparılan epidemioloji tədqiqat nəticələrində məlum olmuşdur ki, iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə az çəkili doğulan uşaqlarının rast gəlmə tezliyi 7%, Cənubi Asiya ölkələrində 41,5% təşkil edir (7,8,9).

Ədəbiyyat məlumatlarına görə az çəki ilə doğulan uşaqların rastgəlmə tezliyi geniş diapazonda dəyişir. Bu da onların coğrafi movqelərinə görə fərqlənir.

Məlum olmuşdur ki, Nepalın müxtəlif regionlarında az çəkili doğulan uşaqların rast gəlmə tezliyi 10,5%-dən 72,5%-ə qədər dəyişir. Hindistanda bu göstərici 12,0%-dən 78,4%-ə qədər əhatə edir (5).

Az çəkili uşaqların doğulması ana bətnində dölün inkişafının ləngiməsi nəticəsində qeyd olunur. Dölün hipotrafiyasına təsir göstərən etioloji amilləri 3 qrupa bölmək olar:

1. Ana amili: ananın ürək-damar xəstəlikləri, arterial hipertenziv vəziyyətlər;

- böyrək xəstəlikləri;

- hamiləlik müddətində kəskin infeksiyon xəstəliklərin olması, o cümlədən TORCH və

QİCS infeksiyaları;

- qeyri-düzgün gidalanma;

- hamiləlik müddətində qadının az çəkili olması;

- hamiləlik müddətində zərərli vərdişləri olması, o cümlədən alkoqol, nikotin, narkotik

asılılığı;

- hamiləlik müddətində toksik preparatların qəbulu;

- ananın yaşının 16-dan aşağı 35-dən yuxarı olması;

- hamiləliyin yüksək dağlıq şəraitində davam etməsi;

- etnik mənsubiyyət (monqoloid irqli qadınlar);

2. Cift amillərinə aiddir;

- xroniki və kəskin cift çatışmazlığı (normal yerləşən ciftin vaxtından əvvəl hissəvi

ayrılması);

- ciftin infarktı;

- ciftin anomaliyaları;

- göbək ciyəsinin patologiyaları - nisbi və mütləq ciftin gisalması.

3. Döl amillərinə:

- dölün xromosom və genetik defektləri;



- xromosom anomaliyaları;
- çoxdöllü hamiləlik.

Son illərdə az çəkili doğulan uşaqlarda Silver-Rassel sindromu müəyyən edilmişdir (1:30000). Silver-Rassel sindromu autosom dominant tipli irsi xəstəlikdir. Bu yeqanə sindromdur ki, doğulan uşaqlar mütləq az çəkili doğulmuş olur. Bu sindrom özünü kompleks irsi anomaliyalar ilə biruzə verir:

- boyun bəndaxili və postnatal dövrdə nəzərə çarpacaq dərəcədə ləngiməsi;
- bədən quruluşunun assimetriyası;
- üçbucaq formalı üz quruluşu aşağı cənənin kəskin hipoplaziyası "fonunda";
- ağız küncələrinin aşağı istiqamətlənməsi;
- nazik dodaqların olması;
- barmaq falanqalarının qısa olması aiddir (5).

Təyin edilmişdir ki, az çəkili uşaqların doğulmasına irqi və irsi mənsubiyyətdə nəzərə çarpacaq dərəcədə təsir göstərir.

Avropoid irqi əhali arasında az çəkili uşaqlar az, monqoloid, neqroid irqi uşaqlarda isə çox tezliklə rast gəlinir.

Eyni zamanda az çəkili uşaqların doğulmasında sosial iqtisadi amillərin nəzərə çarpacaq dərəcədə təsiri vardır (6,10).

Qeyd etmək lazımdır ki, az çəki ilə doğulan uşaqlarda pubertat dövrün xüsusiyyətləri praktiki olaraq öyrənilməyib. Azərbaycan Respublikası şəraitində az çəkili doğulan uşaqların fiziki və cinsi inkişaf xüsusiyyətlərinə aid tədqiqatlar praktiki olaraq yoxdur, aybaşı funksiyanın formalaşma xüsusiyyətlərinə aid elmi məlumatlar məhduddur.

Problemin aktuallığı nəzərə alınaraq hazırkı tədqiqatın məqsədi təyin edilib.

Tədqiqatın məqsədi. Az çəki ilə doğulan qızların pubertat dövrdə fiziki və cinsi inkişaf xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Kliniki material və müayinə metodları. Məqsədə uyğun olaraq Bakıda və Naxçıvanda yaşayan az çəkili ilə doğulan 65 qızda pubertat dövrün xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Müayinə olunan qızların orta yaşı  $16,35 \pm 0,06$  (14-17) yaş olmuşdur. Qızların anamnezində təyin edilmişdir ki, bunlar hamısı vaxtında, az çəki ilə doğulmuşdur. Doğulan qızların çəkisi  $2,245 \pm 25,98$  (1900-2500q) olmuşdur. Qızlar doğularkən anaların yaşı  $26,39 \pm 0,13$  (17-40) yaş olmuşdur. Bu anaların arasında ( $n=65$ ) 28 (43,1%) 35-i yaşdan yuxarı, 8 (12,3%) qadın isə 18 yaşdan az olmuşdur.

Tədqiqata daxil olan qızların anamnezi, o cümlədən keçirdiyi somatik və ginekoloji xəstəliklər öyrənilmişdir. Eyni zamanda qızlarda fiziki, cinsi inkişaf qiymətləndirilmişdir. Bütün qızlarda tüklənmə dərəcəsi təyin edilmişdir və Ferriman-Qolvey şkalasına əsasən hirsud, indeferent və hormonal rəgəmləri hesablanmışdır.

Fiziki inkişafı qiymətləndirilməsi, boy-çəki göstəriciləri, çanağın formalaşma xüsusiyyətləri təyin edilmişdir.

Cinsi inkişafın qiymətləndirilməsində ikinci cinsi əlamətlərin formalaşma xüsusiyyətləri müəyyən edilmişdir.

Alınan nəticələr cinsi yetişkənlik dövründə olan praktiki sağlam qızların ( $n=30$ ) analoji göstəriciləri ilə müqayisə olunmuşdur.

Aparılan tədqiqatda alınan nəticələrin statistik işlənməsi aparılmışdır. Qrup göstəriciləri variasiya sırasında yerləşdirilmişdir. Hər qrup üçün orta arifmetik qiymət (M), orta arifmetik qiymətin orta kvadratik meyli ( $\lambda^2$ ) onun standart xətası (Se), eyni zamanda sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri müəyyən olunmuşdur.

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Aparılan tədqiqatda aşağı çəki ilə doğulan qızlarda fiziki inkişafın antropometrik ölçüləri qiymətləndirilmişdir. Bütün qızlarda bu



göstəricilərə boy, bədən çəkisi, qolların açılmış vəziyyətdə məsafəsi (QAM), aşağı ətrafların uzunluğu (AƏU), çiyinlərin eni (ÇE), döş qəfəsinin çevrəsi (DQÇ) və çanağın xarici ölçüləri daxil edilmişdir.

Alınan nəticələr cədvəl 1-də təqdim olunur.

*Cədvəl 1. Az çəki ilə doğulan qızların fiziki inkişafın göstəriciləri (M±Se)*

Antropometrik göstəriciləri	Müayinə qruplar		P
	Az çəki ilə doğulan qızların göstəriciləri (əsas qrup) (n=65)	Praktiki sağlam qızlar ölçüləri (müqayisə qrup) (n=30)	
Boy, sm	147±0,11 (131-161)	157,8±1,4 (143-168)	<0,05
Çəki, kq	45,3±0,31 (38-53)	56,4±2,21 (46-72)	<0,05
QAM, sm	149,3±0,03 (136-157)	176,9±1,13 (162-190)	<0,05
ÇE, sm	32,7±0,08 (30-41)	39,6±1,21 (32-46)	<0,05
AƏU, sm	76,8±0,21 (70-91)	96,7±2,1 (80-104)	<0,05
DQÇ, sm	71,5±0,9 (48-76)	96,2±0,11 (88-105)	<0,05
Hirsud rəqəm	14,1±0,08 (10-15)	8,3±1,8 (6-10)	<0,05
Çanağın xarici ölçüləri, sm:			
- Dist. spinarum	20,6±0,31 (19-23)	24,8±0,11 (22-26)	<0,05
- Dist. cristarum	22,1±0,19 (19-24)	26,2±0,11 (23-28)	<0,05
- Dist.trochanterica	24,5±0,09 (20-25)	29,9±0,19 (27-30)	<0,05
- Conj. externa	16,7±0,29 (15-18)	20,2±0,12 (18-22)	<0,05

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, az çəki ilə doğulan qızların boyu, çəkisi, QAM, ÇE, AƏU, DQÇ, çanağın xarici ölçüləri sağlam qızlarla müqayisədə statistik dürüst dərəcədə aşağı olmuşdur (P<0,05).

Eyni zamanda az çəki ilə doğulan qızlarda hirsud rəqəm nəzərə çarpacaq dərəcədə yüksək olub və mülayim dərəcədə hirsutizmi əks edir.

Aparılan tədqiqatda az çəkili qızlarda II-li cinsi əlamətlərin inkişaf xüsusiyyətləri təyin edilmişdir ( Tanner şkalasına əsasən).

Alınan nəticələr cədvəl 2-də təqdim edilir.

*Cədvəl 2. Az çəki ilə olan qızlarda ikincili cinsi əlamətlərin inkişafın xüsusiyyətləri (M±Se)*

İkinci cinsi əlamətləri	Müayinə qruplar		P
	Az çəki ilə doğulan qızların göstəriciləri (əsas qrup) (n=65)	Praktiki sağlam qızlar ölçüləri (müqayisə qrup) (n=30)	
Süd vəzilərin inkişafı (Ma), bal	1,1±0,03 (0-2)	2,8±0,02 (2-3)	<0,05
Qoltuqaltı tüklənmə (Ax), bal	2,6±0,09 (2-3)	2,0±0,03 (2-3)	<0,05
Qasıqüstü tüklənmə (Pb), bal	2,9±0,1 (2-3)	2,0±0,03 (1-3)	<0,05



Cədvəl 2-də göründüyü kimi, az çəki ilə doğulan qızların süd vəzilərinin praktiki sağlam qızlarla müqayisədə stadyik dürüst dərəcədə az inkişaf etməsi, qoltuqaltı, qasıqüstü tüklənmənin nəzərə çarpacaq dərəcədə yüksək olduğu müəyyən olunmuşdur ( $P < 0,05$ ).

Beləliklə, az çəki ilə doğulan qızlarda pubertat dövrün dinamikasında fiziki inkişafın ləngiməsi, süd vəzilərin inkişafdan geyri qalması, qoltuqaltı və qasıqüstü tüklənmənin nəzərə çarpacaq dərəcədə artması müşahidə edilir. Bu qızlarda yüngül hirsutizm əlamətləri təyin edilir.

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, az çəki ilə doğulan qızlarda cinsi yetişkənlik dövrünün ləngiməsi müşahidə edilir, bu da qızların gələcək həyat dövründə onların reproduktiv sağlamlığına təsir edən əsas amillərdən biridir.

## ƏDƏBİYYAT

1. de Bie H.M.A., de Ruiter M.B., Ouwendijk M. Using fMRI to investigate memory in young children born small for gestational age // PLoS One? 2015, vol.10, №7, p.129721.
2. Campisi S.C., Carbone S.E., Zlotkin S. Catch-Up Growth in Full-Term Small for Gestational Age Infants: A Systematic Review// Adv Nutr, 2019, vol.10, №1, p.104-111.
3. Crips F., Crovetto F., Gratacos E. Intrauterine growth restriction and later cardiovascular function // Early Hum Dev., 2018, №126, p.23-27.
4. Deng X., Li W., Luo Y., Liu S. Association between Small Fetuses and Puberty Timing: A Systematic Review and Meta-Analysis // Int.J.Environment Res Public Health, 2017, vol.14, №11, p.1377.
5. Нагаева Е.В. Рост, гормональный и метаболический статус у детей, рожденных с задержкой внутриутробного развития в разные возрастные периоды // Дис. ...д.м.н., Москва, 2020, 411 с.
6. Коровкина Е.А., Жилина С.С., Конюхова М.Б. Синдром Сильвера-Рассела: анализ клинического полиморфизма // Педиатрия, 2011, вып.90, №6, с.42-45.
7. Katz J., Wu L.A., Mullany L.C., Coles C.L. Prevalence of small-for-gestational-age and its mortality risk varies by choice of birth-weight-for-gestation reference population // PLoS One, 2014, vol.9, №3, p.92074.
8. Lee A.C., Katz J., Blencowe H., Cousens S. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010 // Lancet Glob Health, 2013, vol.1, №1, p.26-36.
9. Nardoza L.M., Caetano A.C., Zamarian A.C. Fetal growth restriction: current knowledge // Arch Gynecol Obstet, 2017, №295, p.1061-1077.
10. Azzi S., Salem J., Thibaud N. A prospective study validating a clinical scoring system and demonstrating phenotypical-genotypical correlations in Silver-Russell syndrome // Med Genet, 2015, vol.52, №7, p.446-453.



## KARACİĞER NAKLI SONRASI KCFT BOZUKLUKLARI

**Prof.Dr. MURAT TANER GÜLŞEN**

*Gaziantep Tıp Fakültesi*

*Gastroenteroloji BD*

Karaciğer naklinden sonra, hemen hemen her alıcıda karaciğer hasarını gösteren testlerde (aminotransferazlar, bilirubin ve alkalen fosfataz) yükseklik görülür. Karaciğer testlerindeki bu yükselmenin ne zaman olduğu, ne kadar yükseldiği ve hangi testlerin bozulduğunun bilinmesi, tanı koymada oldukça önemlidir.

Nakilden sonraki herhangi bir zamanda, özellikle erken dönemde bozulan karaciğer testlerinde ilk akla gelmesi gerekenler arasında vasküler sebepler bulunmaktadır. Allograftın vasküler trombozu, özellikle de hepatik arter trombozları (HAT), klinik ve laboratuvar olarak çok çeşitli şekilde tezahür ettiğinden, bu gibi durumlarda hemen ultrasonografi ve doppler çekilmeli ve damarlar kontrol edilmelidir.

Bu makalede, karaciğer nakli yapılmış hastaların bozulmuş karaciğer testlerine genel bir bakış sağlamak için temel konulara değineceğiz.

### **Karaciğer Fonksiyon Testlerinin Klinik Yorumu:**

Karaciğer fonksiyonlarını değerlendirmede birçok karmaşık test bulunurken, pratikte aşağıdaki tabloda görüldüğü kadar az parametre kullanılarak klinik bir kanaate ulaşmak mümkündür (Tablo 1). Karaciğer enzimleri Transaminazlar (AST ve ALT) ve Kolestaz enzimleri (ALP ve GGT) olarak tasnif edilebilir.

AST; hem stoplazma hem de mitokondride bulunurken, ALT; sadece plazmada mevcuttur. Bu sebeple sadece hepatosit yıkımı ALT artışına yol açarken, mitokondrial yıkımın işin içinde olduğu hepatosit hasarlarında AST'nin ön planda artmış olduğu görülür. Hakeza saf karaciğer hasarları ALT'yi yükseltirken, çizgili kas, kalp kası, eritrosit hasarının eşlik ettiği durumlarda AST ön planda yükselmektedir. Bazı durumlarda karaciğer hasarı olduğu halde AST ön planda yüksek bulunur, bu gibi durumlarda; alkolizm, karaciğer sirozu, Wilson hastalığı, oddi sfinkter disfonksiyonu ve son zamanlarda literatüre giren Covid-19 akla gelmelidir.

*Tablo 1: Karaciğer Fonksiyon Testleri (KCFT) ve Hızlı Klinik Yorumu*

<b>AST</b>	Hepatosellüler harabiyet
<b>ALT</b>	Hepatosellüler harabiyet
<b>ALP</b>	Kolestaz veya infiltratif hastalık
<b>GGT</b>	Kolestaz veya infiltratif hastalık
<b>5`-nükleotidaz</b>	Kolestaz
<b>Safra asitleri</b>	Kolestaz
<b>Bilirubin</b>	Kolestaz veya yetersiz konjugasyon
<b>PT</b>	Sentez fonksiyonu
<b>Albumin</b>	Sentez fonksiyonu
<b>LDH</b>	Hepatosellüler hasar (spesifik değil)



Karaciğeri değerlendirirken sadece enzim aktivasyonlarına bakarak yorum yapmak eksik ve hatalı sonuçlara sebebiyet verir. Bu yüzden karaciğerin yapım (sentez) ve atım (ekskresyon) fonksiyonlarının değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu hususta 2 soruya cevap aranır:

- 1) Karaciğer yapması gerekeni yapıyor mu? (Sentez)
- 2) Karaciğer atması gerekeni atıyor mu? (Ekskresyon)

Sentez fonksiyonları nispeten erken dönemde bozulmakta olup PT/INR seviyesinde uzama ve albumin düzeyinde azalma olur. Ekskresyon fonksiyonları ise daha geç dönemde bozulur. Bu durum, bilirubin ve amonyak seviyelerinin yükselmesi ile dikkati çeker.

Bazı durumlarda, karaciğer hasarı yokken aminotransferaz enzimleri yüksek bulunur. Bazen de karaciğer hasarı olduğu halde enzim aktivasyonu belirgin değildir. Bu gibi durumlarda akla gelmesi gerekenler şunlardır:

### AMİNOTRANSFERAZ DÜZEYLERİ YÜKSEK FAKAT KARACİĞER HASTALIĞI YOK

- Primer kas hastalıkları (dermatomiyozit, muskuler distrofiler)
- Miyokard infarktüsü, perikardit
- Pulmoner tromboembolizm
- Hipotiroidizm ve hipertiroidizm
- Adrenal yetersizlik
- Hemolitik anemiler
- Ağır fiziksel aktiviteler
- Makro-AST: AST'nin immunglobulinlerle (özellikle IgG) kompleks oluşturması sonucu dolaşımdan temizlenememesi durumu.

### AMİNOTRANSFERAZ DÜZEYLERİ NORMAL FAKAT KARACİĞER HASTALIĞI VAR

- Hemokromatozis
- Methotrexate ya da amiodarona bağlı karaciğer hasarı
- Kronik hepatit C virüs enfeksiyonu
- Post-jejuno-ileal bypass
- Non-alkolik karaciğer yağlanması

### KARACİĞER NAKLİ SONRASI BOZULMUŞ KCFT SEBEPLERİ

Karaciğer nakli yapıldıktan sonra bozulan karaciğer fonksiyon testleri, akla çeşitli olasılıkları getirir, bunlar;

#### PRİMER PARANKİMAL

##### İmmün

- Rejeksiyon (akut, kronik, antikör aracılı)
- Rekürrens: Otoimmün Hepatit, PBS, PSK

##### Nonimmün

- Prezervasyon hasarı: Hafif/primer nonfonksiyon

- Primer enfeksiyon: Cerrahi işleme bağlı, donör kaynaklı, alıcı kaynaklı, nozokomiyal
- Rekürrent enfeksiyon: Örneğin hepatit B ve C
- İlaça bağlı: Örneğin antibiyotik veya immünsüpresana sekonder
- Rekürrent hastalık: Asıl hastalığının nüksü (örneğin alkolik veya nonalkolik steatohepatit)

#### **Biliyer**

- Anastomotik darlık
- İskemik tip nonanastomotik darlık
- Safra kaçağı (intrahepatik veya perihepatik)
- Koledokolitiazis
- Biliyer tıkaçlar (casts): örneğin kardiyak ölüm sonrası donörleri

#### **Diğer Sebepler**

- Hemoliz
- Gilbert sendromu
- Yer kaplayıcı lezyonlar: Örneğin posttransplant lymphoproliferative hastalıklar, HCC nüksü, Kolanjiokarsinoma
- Diyabetik hepatopati

Şekil 1: Karaciğer naklinden sonraki biliyer ve vasküler komplikasyonlar (Arch Dis Child 1999;81:446–451)

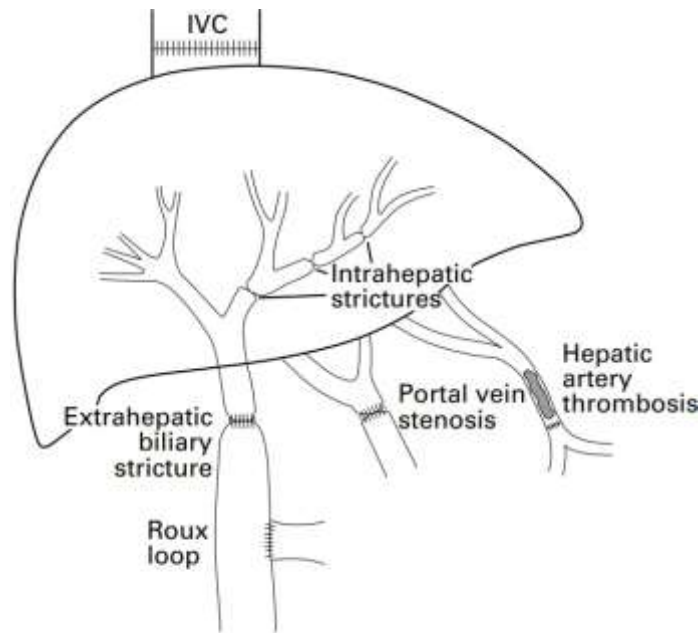


Figure 1 Biliary and vascular complications after liver transplantation. IVC, inferior vena cava.

### **PRİMER GRAFT HASARI**

Karaciğer naklinden hemen sonra KCFT bozulması durumunda organ prezervasyon hasarına bağlı uzamış soğuk iskemi zamanı (CIT: cold ischemia time) veya sıcak iskemi zamanı (WIT: warm ischemia time) akla gelmektedir. Preservasyon hasarına bağlı KCFT bozukluğu başlangıçta tipik olarak hepatoselüler paterndedir ve hafif ila fulminant hepatit arasında geniş bir yelpazede prezente olur (PNF: primary nonfunction)



Preservasyon hasarına bağlı KCFT bozukluğu donörün durumuna bağlı olabilir: Viral Hepatit, Kardiyak arrest (Hipotansiyon sebebiyle) ve kardiyak ölüm donörleri (donation after cardiac death). Kardiyak ölüm donörlerinde WIT çok daha derin olur.

Hafif/orta şiddetteki preservasyon hasarında AST ve ALT 48 saat içerisinde artar, sonra makul bir hızla düşer. Kanaliküler enzimler (ALP, GGT) ve bilirubinler ise transaminazlara göre daha yavaş yükselir ve daha yavaş düşer, bazen 7-14. günde pik yapar.

PNF'da ilk 7 gün içinde AST>3000 IU/ml, INR>2.5 olur ve asidoz tablosu görülebilir.

Preservasyon hasarı veya PNF tanısı koymadan önce şunlar ekarte edilmelidir; HA, HV, PV, VC akım anormallikleri.

Graft Kaybı (Genellikle nakilden 1 yıl sonra olur). Rekürrent hepatit ve kronik rejeksiyon, vakaların yarısından çoğundan sorumludur.

### VASKÜLER SEBEPLER

Hepatik arter trombozu (HAT), %2-6 sıklığında görülür ve her türlü biyokimyasal anormalliği gösterir. En sık, post-op erken dönemde şiddetli AST ve ALT yüksekliği yapar.

HAT ve portal ven trombozunda ise ilk 7 gün içinde AST>3000 IU/ml, INR>2.5 olur ve asidoz tablosu görülebilir. Hepatik ven stenozu veya VCI stenozu ise çoğu kez çıkış yolu obstrüksiyonu ile karakterizedir.

### İMMÜN SEBEPLİ GRAFT DİSFONKSİYONU: REJEKSİYON

Akut selüler rejeksiyon (ACR), yaklaşık 1/4 vakada olur ve genellikle 90 gün içinde görülür (En çok da post-op 1. ay bitmeden olur). Özellikle immün karaciğer hastalarını daha çok sever (Otoimmün hepatit gibi). Her türlü biyokimyasal anormalliği gösterebilir. Bir ölçüde kolestaz vardır. Erken ACR, graft ve hasta sürveyini etkilemezken geç ACR'de, graft sürveyi azalır (Genellikle immünsüpresif kan seviyesi düşük bulunur). Biyopside; Hematoksinin Eozin ile boyanmış karaciğer dokusunda, geri planda predominat lenfositik portal hepatit, intraduktular makrofajlarla birlikte kolanjit ve endotelitis görülür.

Kronik rejeksiyonda daha fazla kolestaz vardır. Patolojide arteriopati ve safra kaybı bulunur. Rejeksiyon dışı sebeplerle (Ör viral hepatitler) biyokimyasal bozukluklar benzerlik arz eder. Bu sebeple rejeksiyonun ampirik tedavisi önerilmez. Ne serum biyokimyasal profili ne de immünosupresyon ilaç seviyeleri, rejeksiyonun varlığını veya ciddiyetini tahmin etmede faydalıdır. Biyopside; Hematoksinin Eozin ile boyanmış KC dokusunda, lenfositik portal hepatite ilave olarak, arteriol ve venüllerin inflamasyonu, arteriolar fibrozis ve intraluminal köpük hücre değişimleri görülür. Safra yolları ise genellikle kaybolur.

### BİLİYER KOMPLİKASYONLAR

Safra Kaçağı: Biliyer komplikasyonlar, karaciğer nakli olan hastaların %5-25'ini etkiler. Safra sızıntıları genellikle ilk 1. ayda ortaya çıkar. Asemptomatikten şiddetli karın ağrısına kadar bir yelpazede klinik verir ve KCFT bozulur, bilirubinler artar.

Striktürler: Her 10 hastanın 1'inde görülür (%10). Anastomotik veya Nonanastomotik olabilir. Anastomotik striktürlerin %75'i endoskopik dilatasyon tedavisine cevap verir, %25'i ise cerrahi revizyon ister (Roux-en-Y ameliyatı). Nonanastomotik striktürler (Kolanjiopati) ise fokal veya diffüz olabilir ve PSK'yı taklit eder.

Biliyer darlıkların kliniği çeşitlilik arz eder fakat ağırlıklı olarak kolestaz ile gelirler. Safra yollarını yorumlamada USG ise güvenilir bir yöntem değildir.



## KARACİĞER NAKLİ SONRASI BOZULMUŞ KCFT'NİN ENFEKSİYÖZ SEBEPLERİ

Enfeksiyonlar, immünsüprese hastalarda beklendiğinden farklı bir şekilde tezahür edebilir. Bu sebeple her türlü KCFT bozukluğunun altında mutlaka enfeksiyonlar aranmalıdır. Karaciğer Nakli olan hastada enfeksiyonun 4 kaynağı vardır:

- 1) Donor kaynaklı: Latent veya kronik enfeksiyonun aktivasyon ve eksaserbasyonu (Herhangi bir zamanda)
- 2) Nozokomiyal
- 3) Toplumdan Kazanılmış
- 4) Alıcı kaynaklı: Latent veya kronik enfeksiyonun aktivasyon ve eksaserbasyonu (Herhangi bir zamanda)

*Tablo 2: Karaciğer Nakli Sonrası Bozulmuş KCFT'nin Enfeksiyöz Sebepleri*

<b>1 Aydan Az</b>	<b>1-6 Ay Arası</b>	<b>6 Aydan Fazla</b>
<b>Ameliyatla İlgili Sebepler</b>	<b>Ameliyatla İlgili Sebepler</b>	<b>Ameliyatla İlgili Sebepler</b>
Enfekte Sıvı koleksiyonları (intraabdominal veya intrahepatik)	Enfekte Sıvı koleksiyonları (intraabdominal veya intrahepatik)	Kolanjit (Biliyer Darlık sebebiyle) Ör: Rutin bakteriler, VRE, MRSA, Fungal
Kolanjit (Biliyer Darlık sebebiyle) Ör: Rutin bakteriler, MRSA, VRE, ESBL, Candida	Kolanjit (Biliyer Darlık sebebiyle) Ör: Rutin bakteriler, VRE, MRSA, ESBL, Fungal	
<b>Verici ile İlgili Sebepler</b>	<b>Verici ile İlgili Sebepler</b>	<b>Verici ile İlgili Sebepler</b>
LCMV, HIV, Batı Nil Virüsü, HCV, HBV, CMV, HSV, EVB	HCV, HBV, CMV	HCV, HBV, CMV
<b>Alıcı ile İlgili, Nozokomiyal veya Toplumdan Kazanılmış</b>	<b>Alıcı ile İlgili, Nozokomiyal veya Toplumdan Kazanılmış</b>	<b>Alıcı ile İlgili, Nozokomiyal veya Toplumdan Kazanılmış</b>
Clostridium difficile, HBV, HCV, CMV, Candidal fungal türler, HSV, EBV, Adenovirus, HHV, Aspergillus, Histoplazmozis, Pseudomonas, Blastomycosis, Cryptococcus	Pneumocystis, HCV, HBV, CMV, Candidal fungal türler, Listeria, HEV, EBV, Adenovirus, HHV, Aspergillus, Histoplazmozis, Blastomycosis, Cryptococcus	HCV, HBV, HSV, HEV, CMV, Adenovirus, HHV 6 ve 7, Aspergillus, Histoplazmozis, Blastomycosis, Cryptococcus, PML, Lenfoma (PTLD)

Clinical Liver Disease, Vol 7, No 4, April 2016

Kısaltmalar: **ESBL**, extended-spectrum beta-lactamase--producing organism; **HBV**, hepatitis B virus; **HEV**, hepatitis E virus; **HHV**, human herpes virus; **LCMV**, lymphocytic choriomeningitis virus; **MRSA**, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; **PML**,

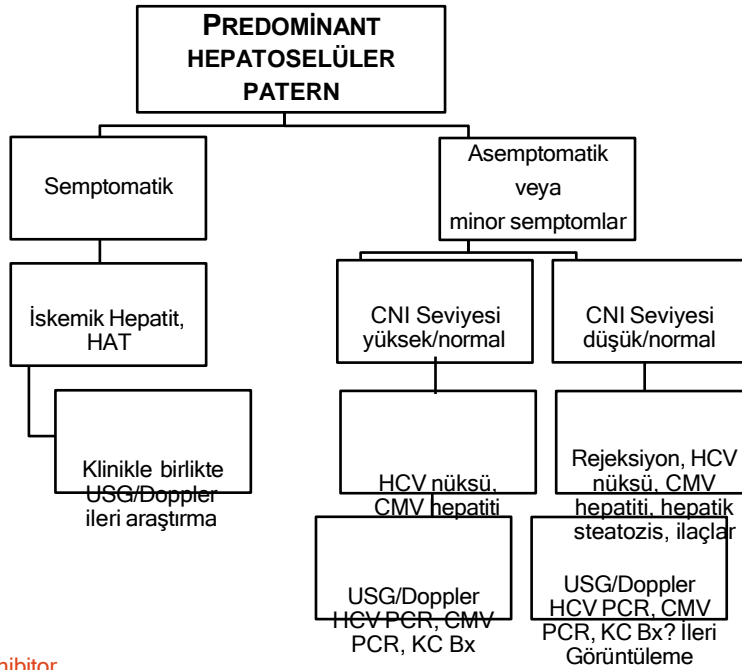
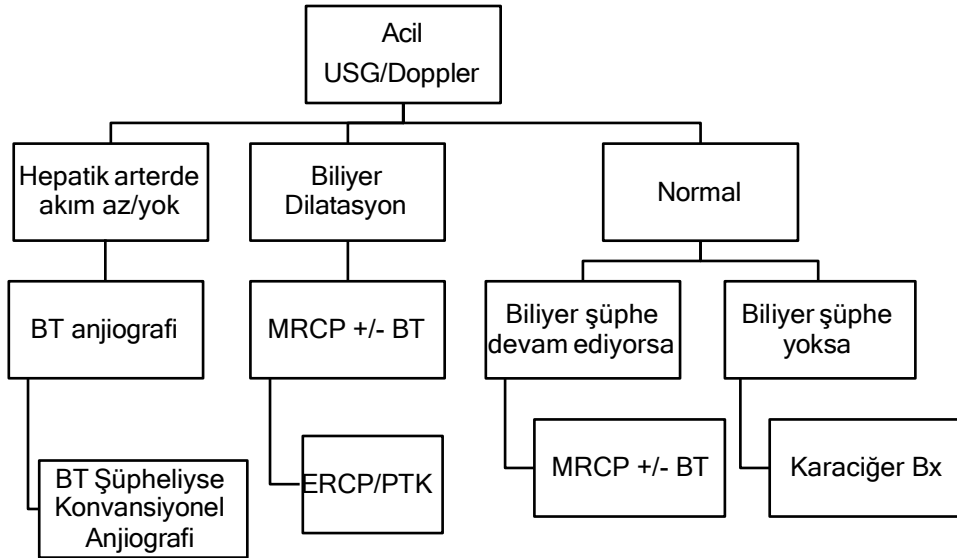
progressive multifocal leukoencephalopathy; **PTLD**, posttransplant lymphoproliferative disorder; **VRE**, vancomycin-resistant enterococcus.

### **KCFT BOZULMUŞ HASTADA KLİNİK YORUMLAR:**

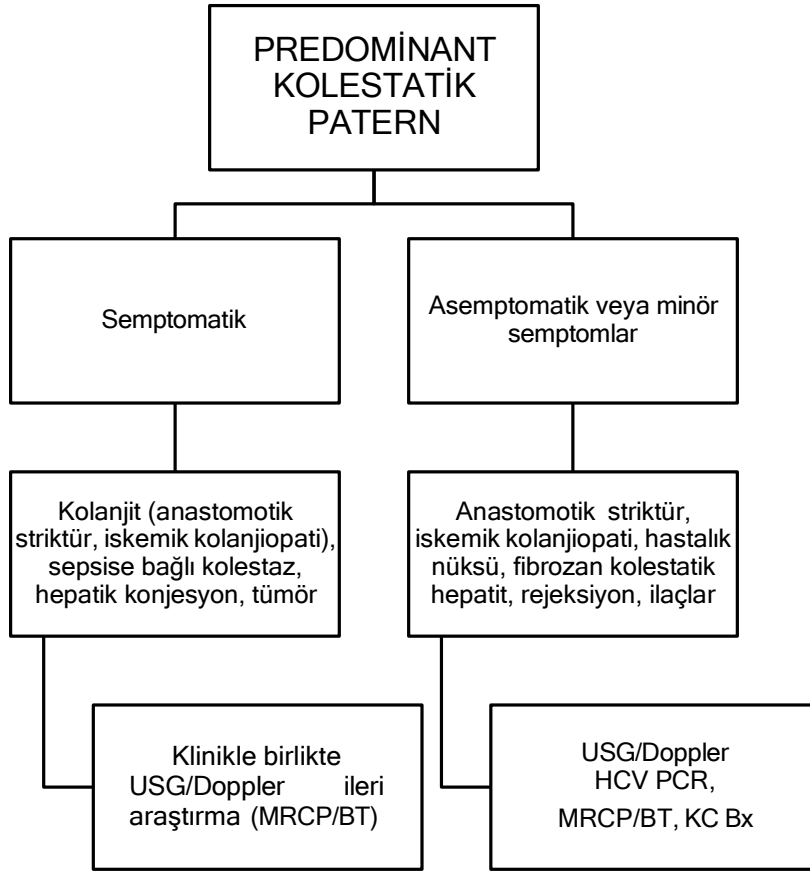
Karaciğer nakilli hastalarda KCFT, bir veya birden fazla sebebe bağlı olarak bozulabilir. Bu durumlarda ilk önce akla gelmesi gereken durumlar özetle şu şekilde sıralanabilir (Tablo 3)

*Tablo 3: KCFT bozulmuş karaciğer nakilli hastalarda ilk akla gelmesi gereken klinik tablolar*

<b>Durum</b>	<b>Akla Gelmesi Gerekenler</b>
Kaşıntı	Kolestaz
Karın ağrısı	Kolanjit
Hastalık Nüksü	HCV, HBV, PSK, PBS, OİH, NASH, ASH
Multipl hepatik arter anastomozu	HAT
Roux –en-Y hepatikojejunostomi	Kolanjit
Canlıdan KC Tx	Biliyer Komplikasyonlar
Kardiyak ölüm donörleri (Donation After Cardiac Death)	Hepatik iskemi-reperfüzyon hasarları İskemik kolanjiopati
HAT	İlk yıl sıktır
Şişman Hasta	NASH nüksü
Yüksek doz immünsüpresan	HCV nüksü
Düşük doz immünsüpresan	Rejeksiyon
Ateş	Rejeksiyon, Çözülen hematoma, HAT, Graft enfarktüsü, Sepsis
Hipotansiyon ve taşikardi	Şiddetli Graft Hasarı, Non-graft-ilişkili iskemik hepatit (Şok), Sepsis
Sarılık	Rejeksiyon, Biliyer sebepler, PSK Nüksü, Sepsis, Siklosporine bağlı trombotik mikroangiopati
Kalp Yetmezliği Bulguları	Karaciğer Konjesyonu
Perkütan drenaj kateteri	Kolanjit riski
Lenfadenopati	Post-transplant lymhoproliferative disease (PTLD)



CNI: Calcineurin-Inhibitor



## KARACİĞER BİYOPSİSİ

USG ve Doppler normal olduğu halde KCFT'nin anormal olduğu durumlarda, fokal KC lezyonlarının varlığında veya KCFT bozukluğunun sebebi olarak öncelikle parankimal hasar düşünülüyorsa; karaciğer biyopsisi yapılır. Bunun yanı sıra, yıllık protokol biyopsileri yaparak da karaciğeri değerlendirmek mümkündür.





## DIABETİK MAKROANGİOPATIYA VƏ QAN AXINININ BƏRPASININ ƏSAS ÜSULLARI

Mürsəlov M.M.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

*Şəkərli diabet hal – hazırda müasir təbabətin ən mühüm problemlərindən biri sayılır. İcmalda şəkərli diabet zamanı damar zədələnmələrinin problemləri üzrə ədəbiyyat məlumatlarının analizi təqdim olunur. Karbohidrat mübadiləsinin pozulması ilə pasientlərdə şəkərli diabetin epidemiologiyası və damar patalogiyasının rastgəlmə tezliyi məsələlərinə baxılır. Hazırkı mövzu üzrə daha müasir tədqiqatlar nəzərə alınmaqla diabetik angiopatiyanın baş verməsinin əsas etiopatogenetik aspektlərinin xüsusiyyətləri təsvir olunur. Revaskulyarizasiyanın bu yaxud digər üsullarına göstəriş təyin edilmişdir.*

*Aiar sözlər: diabetik ayaq sindromu, diabetik makroangiopatiya, amputasiya, revaskulyarizasiya.*

Эпидемиологические исследования также свидетельствуют о том, что в структуре всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера больные СД составляют 50 – 70% . Трехлетняя выживаемость больных после ампутации составляет 50%. Более чем в 85% случаев у больных СД ампутации нижних конечностей предшествует язва стопы. Распространенность язв стоп в развитых странах среди больных СД составляет примерно 4 – 10% (1,3).

Патогенез развития синдрома диабетической стопы (СДС) сложен: с учетом возрастных измерений в его основе лежат полинейропатия, ангиопатия, остроартропатия, на фоне которых могут развиваться тяжелые гнойно – некротические процессы. Согласно современным представлениям ведущая роль в патогенезе СДС отводится нейропатии и сосудистому компоненту. Инфекция, так же является важным фактором. Таким образом, нейропатия в сочетании с деформацией стоп, гиперкератозом, травмой является основной для развития СДС (2,3). Международной рабочей группой по диабетической стопе было сформулировано следующее определение данной патологии: «Синдром диабетической стопы - инфекция, язва и/или деструкция глубоких тканей, связанная с нарушением нервной системы и снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной степени тяжести» (12). Синдром диабетической стопы (СДС) - это социально- экономическая проблема, так как ампутации нижних конечностей у этой группы пациентов выполняется в 20-30 раз чаще, чем в популяции. Особенностью атеросклероза при диабете, является относительно частое поражение артерий среднего и мелкого калибра. Наиболее тяжело протекают некротические процессы стопы на фоне ишемии конечности. Поражение крупных сосудов у больных диабетом встречается в виде атеросклероза (бляшки на интимае), кальцифицирующего склероза Менкенберга, диффузного фиброза интимы (3).

В настоящее время становятся доступными новые методы лечения СДС, внедрение которых в повседневную практику вполне возможно и крайне необходимо. Только адекватное комбинированное лечение позволяет достичь оптимальных результатов, особенно в сложных случаях, таких, как синдром диабетической стопы (16). Из общего количества больных смешанная форма СДС диагностируется в 70% случаев (7). Раннее выявление больных с диабетической микроангиопатией позволяет во многих случаях предотвратить ампутацию конечности. В зависимости от



преобладания того или иного патогенетического фактора выделяют следующие формы СДС: нейропатическую, ишемическую и смешанную (нейро-ишемическую).

При ишемической форме СДС ведущими являются проявления диабетической ангиопатии с поражением магистральных артерий нижних конечностей, приводящие к гипоксии тканей стопы и голени с развитием некрозов и гангрены (20). У больных сахарным диабетом поражаются как магистральные сосуды (макроангиопатия), так и сосуды микроциркуляторной системы (микроангиопатия). Гипоксия тканей создает условия для формирования некрозов, которые в последствии инфицируются, приобретая характер ишемического язвенного дефекта. Наличие болей и перемежающей хромоты зависит от уровня поражения артерий нижней конечности. Следует помнить, что при диабетическом поражении артерий преобладают дистальные формы (артерии голени). Изолированные или сочетанные окклюзии артерий голени встречаются гораздо чаще, чем при облитерирующем атеросклерозе (9,10).

При локализации окклюзии в бедренно-подколенном сегменте и выше развивается классически ишемический синдром нижней конечности, практически неотличимый от такового при облитерирующем атеросклерозе. При поражении артерий голени картина существенно отличается ишемия мышц голени, как правило, отсутствует, так как через проходимую пульсирующую подколенную артерию и ее коллатерали кровоснабжение голени долгое время остается на адекватном уровне (14). На успешное лечение больных с нейро-ишемической формой можно рассчитывать только после выполнения им реконструктивных вмешательств, направленных на восстановление кровотока. Наиболее обоснованной рекомендацией по обследованию и лечению больных с СДС были даны TASC (Трансатлантический консенсус) в 2007 году (15). В соответствии с этими рекомендациями все больные с СД и трофическими язвами должны быть обследованы на предмет заболевания артерий нижних конечностей. При отсутствии клинического улучшения со стороны нейропатической язвы на фоне лечения более 2 недель показано проведение ангиографии с обязательным контрастированием артерий голени и стопы.

При наличии нескольких пораженных артериальных сегментов шунтирующие и эндоваскулярные вмешательства являются непременным условием успешного заживления язв и сохранения конечности. Выполнять процедуру реваскуляризации следует без промедления. Тактика вмешательства основывается на ангиографических данных и результатах клинического обследования пациента (17). Если доступно и эндоваскулярное вмешательство, и шунтирование, а предполагаемый результат при обоих видах операций одинаков, предпочтение, по мнению ведущих специалистов, следует отдавать эндоваскулярному методу. Если эндоваскулярное вмешательство оказалось безуспешным или клиническое состояние стопы продолжает ухудшаться, то рекомендуется шунтирование (19). Существует большое количество методов хирургического восстановления кровообращения у больных с ишемией. Каждый пациент имеет свою «индивидуальную» критическую ишемию, и поэтому в каждом случае следует дифференцированно подходить к выбору метода лечения (22). Основополагающим правилом является восстановление магистрального кровотока. Для этого используются шунтирование, пластика, протезирование сосудов. Из-за преимущественного поражения дистальных артерий небольшого калибра наложение шунта у больных с СДС не всегда возможно.

В последние годы методами выбора восстановления кровотока стали рентген эндоваскулярные операции - стентирование и ангиопластика. На сегодняшний день появилась возможность стентирования не только бедренных и подколенных артерий, но также артерий голени и даже стопы. Прогресс в развитии методики ангиопластики



обусловлен технологическими достижениями. Специальный инструментарий позволяет с высокой эффективностью восстанавливать окклюзированные сосуды, а стенты, особенно с лекарственными покрытиями, позволяют достичь хороших отдаленных результатов (20). Метод в отличие от шунтирующих операций не имеет ограничений по возрасту и сопутствующим заболеваниям. При наличии у больного стенотического поражения в подвздошных артериях предпочтение отдается транслюминальной ангиопластике. Противопоказанием является выраженный кальциноз в месте стеноза. Транслюминальная ангиопластика эффективна в 95 % случаев при коротких стенозах в подвздошной позиции (23). Проходимость дилатированного сегмента в подвздошной позиции в течение трехлет сохраняется у 85% больных (25). Возможна дилатация артерий бедренно-подколенного сегмента, где трехлетний результат несколько хуже - 60%, чем аутовенозное шунтирование этого уровня, где показатель составляет 70% (9,17). Идет постоянный поиск новых методов лечения для сохранения конечностей и заживления трофических поражений. Скорость и вероятность наступления полного заживления язвенного дефекта тем меньше, чем хуже артериальный кровоток (нейро-ишемические и ишемические язвенные дефекты). Ранее существовало мнение о нецелесообразности выполнения реконструктивных сосудистых операций у пациентов с СД из-за преобладания микроангиопатии в развитии язвенного дефекта (23). Однако последние исследования доказали, что эффективность хирургического лечения многократно превышает таковую при консервативной терапии (24). Несмотря на большое количество публикаций, посвященных лечению критической ишемии нижних конечностей (КИН К), на сегодняшний день нет окончательных данных, достоверно подтверждающих преимущества какого-либо метода реваскуляризации конечности.

В опубликованном в апреле 2008 г. Кохрановском обзоре для сравнительного анализа результатов шунтирующих операций и транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛ БАП) были отобраны четыре рандомизированных исследования (19). При этом не выявлено статистически значимых различий в непосредственных и отдаленных результатах указанных вмешательств. По мнению ряда авторов, методы «малой» хирургии, такие, как стентирование и баллонная ангиопластика артерий голени, к сожалению, не всегда эффективны (24). Металлический стент в просвете пораженной диабетом артерии часто тромбируется в ближайшие 2-5 дней после установки. Высокие цены на эти процедуры и плохой результат не позволяют их рекомендовать пациентам с диабетической стопой. К настоящему моменту в плане улучшения результатов лечения данной категории больных возможности существующих стандартных хирургических методов лечения практически исчерпаны, что определяет поиск новых подходов к решению данной проблемы. При СД преобладают протяженные и сегментарные поражения бедренно-подколенного сегмента, поэтому в ближайшие сроки вмешательство успешно в 90% случаев, но проходимость через 1 год меньше, чем при ангиопластике подвздошных артерий, и составляет 61 %, а через 5 лет - 48 % (3). Считается, что только у 20-30 % пациентов, имеющих поражение артерий голени, удастся выполнить ангиопластику. Особенное значение баллонная ангиопластика артерий голени имеет у больных с сахарным диабетом (3). При наличии протяженных стенозов или окклюзий и сохраненных «путях оттока» выполняют стандартные шунтирующие операции. Однако в некоторых случаях артерии окклюзированы на протяжении, и их нельзя шунтировать из-за плохого воспринимающего русла. Остается актуальной проблема тромбозов протезов в отдаленном периоде, которые встречаются в 20-50 % случаев от числа всех



шунтирующих операций (в зависимости от метода и зоны реконструкции), и частота их не имеет тенденции к снижению (2,13). Поэтому одновременно с совершенствованием методов реконструктивных операций на артериях серьезное внимание стало уделяться разработке способов улучшения кровообращения в ишемизированных тканях посредством стимуляции неоангиогенеза (13). Сказанное подтверждает необходимость раннего выявления больных с диабетической ангиопатией. Реконструктивная сосудистая операция не только улучшает качество жизни пациента, но и спасает конечность, а также продлевает жизнь больного.

Эпидемиологические исследования последних лет не оставляют сомнений в необходимости выработки мер по предотвращению и снижению частоты ампутаций у больных сахарным диабетом.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болотова Д.Г., Лобанов С.Л., Морозов Б.Ю. Анализ лечения гнойно - некротических форма синдрома диабетической стопы //Бюл. ВСНCO РАМН. - 2007. - № 4. - С. 38 – 39
2. Бреговский В.Б., Зайцев А.А., Зелевская А.Г. Поражение нижних конечностей при сахарном диабете. - М.: Медицина, 2004. - 354 с.
3. Брискин Б.С. Применение биопластического материала коллост для лечения раневых дефектов у пациентов с осложненными формами синдрома диабетической стопы. Учебное пособие. Москва, 2014. С.10.
4. Зеленев М.А., Ерошкин И.А., Коков Л.С. Особенности ангиографической картины у больных сахарным диабетом с окклюзионно - стенозическим поражением артерий нижних конечностей // Диагност. и интервенционная радиология. - 2007. - №1. - С. 22-30.
5. Козлов В.И. Гистофизиология системы микроциркуляции // Регионарное кровообращение и микроциркуляция.- 2003. - № 4. - С. 79 - 85.
6. Измаилов Г.А., Терещенко В.Ю., Измаилов С.Г и др. Комплексное лечение гнойно - некротических поражений мягких тканей и гангрена нижних конечностей у больных сахарным диабетом // Хирургия. -1998.-№ 2.-С.39- 42.
7. Покровский А.В. Ангиология и ангиохирургия: возможности и проблемы // Мед.вест. - 1997. - № 18. - С. 10.
8. Покровский А.В. Значение оценки состояния микроциркуляции в клинической практике // Ангиология и сосуд.хирургия. - 2004. - № 3. - С.3-4.
9. Протопопов А.В., Кочкина Т.А. Динамика морфологических изменений в сосудистой стенке и этапы формирования неоинтимы после имплантации стента // Сосудистое и внутриорганное стентирование. Руководство/ под ред. Л.С.Кокова. - М., 2003. - С. 24-32.
10. Пупышев М.Л. Хирургическое лечение неструктивных и деструктивных поражений стоп у больных сахарным диабетом: Автореф. дис. док. мед. наук. - Новосибирск, 2001. - 26 с.
11. Савельев В.С., Кошкин В.М., Кунижев А.С. Критическая ишемия как следствие неадекватного лечения больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей на амбулаторном этапе // Ангиология и сосуд. хирургия. - 2004. - №1. - С. 7-10.
12. Скугарь Ю.А., Логуш Н.О., Фоменко В.П. Бедренно-подколенная реокклюзия. Всегда ли реконструкция?// Ангиология и сосуд. хирургия. - 2003. - №3. - С.104 - 110.
13. Троицкий А.В., Лысенко Е.Р. Результаты реконструктивных операций у больных с поражением артерий голени // Ангиология и сосуд.хирургия. - 2003. - №1. - С. 102-108.





14. Черненко В.В., Шайдурова О.С. Организация помощи больным с синдромом диабетической стопы // Бюл. ВСН Ц СО РАМН . - 2007. - № 4. - С.196-197.
15. Adlerberth A.M., Rosengren A.,Wilhelmsen L. Diabetes and long-term risk of mortality fromcoronary and other causes in middleage Swedish men. A general population study// Diabetes Care. - 1998, V. 21. - P. 539-545.
16. Apelqvist J., Ragnarson-Tennvall G., Persson U., Larsson J. Diabetic foot ulcers in a multidisciplinary setting: an economic analysis of primary healing with amputation // Intern. Med. - 1994, V. 235. - P. 463 - 471.
17. Armstrong D. G., Lavery L. A. Diabetic Foot Study Consortium. Negative pressure wound therapy after partial diabetic foot amputation: a multicentre, randomized controlled trial // Lancet. - 2005, V. 12. - P. 1704-1710.
18. Faglia E., Clerici G., Clerissi J. et al. When is technically successful peripheral angioplasty effective in preventing above – the - ankle amputation in diabetic patients with critical limb ischaemia // Diabet. Med. - 2007, V. 24. - P. 823–829.
19. Fowkes F., Leng G. Bypass surgery for chronic lower limb ischaemia // Cochrane Database Syst. Rev. - 2008, V. 16. - P. 137.
20. Pedal bypass for critical limb ischemia / F.J. Veith, E. Ascher, P. Gloviczki et al. // Perspect. Vasc. Surg. Endovasc. Ther. - 2000, V. 131, № 12. - P. 131-149.
21. Iba O. Angiogenesis is by implantation of peripheral blood mononuclear cells and plateletsinto ischemic limbs. Circulation. 2002, V. 106. - P. 2019 - 2025.
22. Jude E.B., Boulton A. J. M. Diabetic foot // J. Beard, P.Games. Vascular and endovascularsurgery. - Amsterdam, 2006. - P. 118 -137.
23. Laing P. The development and complications of diabetic foot ulcers // Am. J. Surg. - 1998, V. 176 (Suppl.2A). - P. 11-19.
24. Marshall S.M., Flyvbjerg A. Prevention and early detection of vascular complications of diabetes // BMJ. - 2006, V. 2. - P. 475 - 480.
25. Norgren L., Hiatt W. R., Dormandy J.A. et al. Fowkes FGR on behalf of the TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the management of peripheral arterial disease // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2007, V.33 (Suppl.1). - P.72-75.

## SUMMARY

### THE PATHOGENETIC ROLE OF DIABETIC MACROANGIOPATHY, THE POSSIBLE VERSIONS OF CORRECTION

**Mursalov M.M.**

Today diabetes mellitus is one of the most important problems of modern medicine. This review provides an analysis of the reported data on the problem of vascular lesion in patients with diabetes mellitus. The authors consider the problems of diabetes mellitus epidemiology and the incidence of vascular pathology in patients with disorders of carbohydrate metabolism. Expound the characteristics of the main etiopathogenetic aspects of the origination of diabetic angiopathies with regard to the latest studies in to the given subject matter. The indications were elaborated for use of one or another revascularization technique.

*Key words:* syndrome of diabetic foot, diabetic macroangiopathy, amputation, revascularization



## PERİTONİTİN ETİOLOJİ AMİLLƏRİNDƏN ASILI OLARAQ ENDOTOKSİKOKUZUN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNİ DƏYƏRLƏNDİRƏN PROQNOSTİK GÖSTƏRİCİLƏRİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Həsənov Muşviq., Ağayev Elçin., Qarayeva Sevinc.,  
Məmmədov Alim., Yusubov Möhbəddin  
*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Endotoksikozla müşayiət olunan peritonit müasir cərrahiyyənin ciddi problemi olmaqda davam edir və yüksək ölüm göstəriciləri ilə xarakterizə olunur (Kostyuchenko A.JI. et al., 2000; Briskin B.S., et al., 2001; Saveliev B.C. et al., 2009). Peritonun kəskin iltihabının aktualığı da onun bir çox xəstəliklərin əsas ağırlaşması olduğunu və olduqca yaygın olduğunu müəyyən edir (Gostışchev V.K. et al., 2005; Zubarev P.N. et al., 2008; Khanevich M.D. et al., 2009; Rakic M. et al., 2005). Peritonitin nəticəsində çox şey onun baş vermə səbəbindən və xəstəliyin başlamama müddətdən asılıdır. Ağır dərəcəli endotoksikozla müşayiət olunan peritonitin müalicəsinin nəticələrində əhəmiyyətli dəyişikliklərin olmaması haqqında çoxlu sayda tədqiqatlar aparılır və davamlı olaraq dövrü tibbi mətbuatda məqalələr dərc olunmaqdadır. (Saveliev, B.C. et al., 2004; Bagnenko C.V. et al., 2006; Lebedev N.V., Klimov A.E., 2006; Sedov V. M. et al., 2008; Arioli D. və b., 2005; Oliva M. E. və başqaları, 2005). Bununla belə, buna baxmayaraq, kəskin peritonitdə, xəstəliyin terminal mərhələsində və çoxlu orqan çatışmazlığının inkişafı 70% -ə çatan kifayət qədər yüksək (20% -ə qədər) ölüm nisbəti qalır (Eryuxin I.A., 1998; Kifus F.V. et al. , 2001; Buzunov A.F., 2008; Amorotti C. et al., 2002, Cole E. et al., 2006).

Peritonitli xəstələrdə ölümün əsas səbəbi endogen intoksikasiya nəticəsində inkişaf edən çoxlu orqan çatışmazlığıdır. Məlumdur ki, kəskin peritonit zamanı orqanizmin endogen intoksikasiyasının ağırlığı yalnız qarın boşluğunda iltihabi prosesin təbiətindən deyil, həm də detoksifikasiya sisteminin orqanlarının, ilk növbədə qaraciyərin funksional vəziyyətindən asılıdır (Grinberg A.A., 2000; Rudnov V.A. 2000; Gelfand E. B. və b., 2003; Şurkalin B. K. və b., 2003; Saveliev B. C., 2004; Efimova I. S., 2007; Eryuxin İ. A., Kologe, 201; M. Farke, 2002; S. və başqaları, 2007). Detoksifikasiya orqanlarının funksional vəziyyətinin dekompensasiya olunmuş pozulması ilə endotoksikozun patoloji prosesi uşqun kimi bir xarakter alır və tanatogenezin əsasını təşkil edir (Zilber A.P., 2000; Gostishchev V.K. et al., 2002; Kuznetsov H.A.və başqaları, 2004; Zubkov M.N., 2008; Plotkin L.L., 2008; Bogomyagkova T.M., 2011; Baak Ya. e1 a1., 2005. Burmistrov və başqaları.2001 N.A. Dobrotina və başqaları. O.V.Yudakova 2001 və başqaları.muəyyən edirlər ki, orta məkulali peptidididlər iltihabi proseslərin ilkin markerləridir və endotoksikozun inkişafı ilə onların qanda konsentrasiyası artır. Həmçinin, bütün xəstələrdə qanda malondialdehid (MDA) və dien konyugatlarının (DK )konsentrasiyasının artması haqqında dövrü tibbi məlumatlara rırt gəlinməkdədir.. R.E. Kiseleva və başqaları. , N.K. Zenkov və başqaları. , T.V. Kopitova və başqaları. Qeyd edirlər ki ki, lipid peroksidləşmə məhsulları endogen intoksikasiyanın mühüm komponentlərindən biridir.Bununla belə ədəbiyyatda kifayət qədər endotoksikozu ilkin xarakterizə bioloji markerlər haqqında az sayda məlumatlar vardır. Bu günə qədər kəskin peritonitdə, xüsusən də xəstəliyin başlanğıcında endotoksikozun inkişafında əsas iltihab ocağının və qaraciyərin funksional vəziyyətinin rolu ilə bağlı hərtərəfli cavab yoxdur. Müasir cərrahiyyə peritonit zamanı ağır dərəcəli endotoksikozu xarakterizə edən dəqiq proqnostik biomarkerlərə malik deyildir.

**İşin əsas məqsədi:****PERİTONİTİN ETİOLOJİ AMİLLƏRİNDƏN ASILI OLARAQ  
ENDOTOKSİKOZUN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNİ DƏYƏRLƏNDİRƏN PROQNOSTİK  
GÖSTƏRİCİLƏRİN MÜƏYYƏN EDİLMƏSİ**

Müxtəlif səbəblərdən törənmiş peritonitlərdən irəli gələn ağır dərəcəli endotoksikozu olan 34 nəfər xəstə müayinə edilmişdir. Onlardan 5 nəfərində peritonitə səbəb mədə xorasının perforasiyası olmuşdur. Aparılan müayinələrin nəticəsi göstərmişdir ki, xəstəxanaya daxil olarkən xəstələrin ürək vurğularının sayı sürətlənmiş bir dəqiqə müddətində 130-153 arasında döyünmüşdür ( $M \pm m = 141,6 \pm 3,1$  dəfə). Ürək vurğularının sayının artması müayinə etdiyimiz xəstələrin 100%-də müşahidə edilmişdir. Alınmış nəticələr əsasında müəyyən etmişik ki, ağır dərəcəli endotoksikozu olan xəstələrdə ürək vurğularının dəqiqəlik sayı yüngül dərəcəli endotoksikoza nisbətən 62% ( $P < 0,001$ ) orta dərəcəli endotoksikoza nisbətən isə 18% ( $P < 0,001$ ) artmışdır.

Sistolik təzyiq 80-110 mm Hg arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 95,0 \pm 4,1$  mm Hg). Xəstələrin 4 nəfərində (57%-də) sistolik təzyiğin səviyyəsi normadan aşağı olmuşdur. Xəstələrin 3 nəfərində (43%-də) isə normal səviyyəsini saxlamışdır. Sistolik təzyiğin səviyyəsi yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 26% ( $P < 0,01$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 8% ( $P > 0,05$ ) aşağı düşmüşdür.

Diastolik təzyiğin səviyyəsi 40-70 mm Hg arasında qeydə alınmışdır ( $M \pm m = 56,4 \pm 4,2$  mm Hg). Sistolik təzyiqdə olduğu kimi xəstələrin 57% diastolik təzyiğin səviyyəsi normadan aşağı, 43%-də isə normal səviyyədə olmuşdur. Alınmış nəticələrin orta kəmiyyət göstəricilərini müqayisə etdikdə müəyyən edilmişdir ki, diastolik təzyiğin səviyyəsi yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 32% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikoza nisbətən daha az cəmi 1% aşağı düşmüşdür ( $P > 0,05$ ).

Gündəlik diurezin miqdarı 500-700 ml arasında qeydə alınmışdır ( $M \pm m = 601,4 \pm 26,7$  ml). Xəstələrin 100%-də gündəlik diurezin miqdarı azalmışdır.

Ağır dərəcəli endotoksikozu olan xəstələrdə gündəlik diurezin miqdarı yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 53% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 24% ( $P < 0,001$ ) azalmışdır.

Qanda sidik cövhərinin miqdarı 16-25 mq/dl arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 20,6 \pm 1,2$ ). Müayinəyə cəlb olunan xəstələrin 100%-də qanda sidik cövhərinin miqdarı yüksəlmişdir. Endotoksikozun dərəcələri ilə müqayisə apardıqda məlum olur ki, qanda sidik cövhərinin miqdarı yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 150% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 72% ( $P < 0,001$ ) artmışdır.

OMP-nin də qatılığı yüksəlmişdir. Aparılan müayinələr zamanı müəyyən edilmişdir ki, qanda OMP-nin qatılığı 0,450-0,580 ş.v. arasında dəyişmişdir. Orta kəmiyyət göstəricisi ( $M \pm m = 0,506 \pm 0,018$ ) yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 64% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 20% ( $P < 0,001$ ) yüksəlmişdir. Qanda OMP-nin qatılığının artması müayinəyə cəlb olunan xəstələrin 100%-də müşahidə edilmişdir.

Qanda MDA-nın qatılığı 205-280 mmol/l arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 246,9 \pm 10,6$  mmol/l). Onun qatılığının yüksəlməsi xəstələrin 100%-də qeydə alınmışdır. Orta kəmiyyət göstəriciləri əsasında müqayisə apararkən aydın olmuşdur ki, ağır dərəcəli endotoksikoz zamanı qanda MDA-nın qatılığı yüngül dərəcəli endotoksikoza nisbətən 91% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikoza nisbətən isə 17% ( $P < 0,05$ ) yüksəlmişdir.

Qanda DK-nın da qatılığı artmışdır. Bu artım yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 82% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 31% ( $P < 0,001$ ) olmuşdur.



Beləliklə, ağır dərəcəli endotoksikozda qanda DK-nın qatılığı 4,1-5,1E/L arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 4,54 \pm 0,14$  E/L). Onun qatılığının yüksəlməsi xəstələrin 100% müşahidə edilmişdir.

Müşahidə apardığımız xəstələrin 8 nəfərində peritonitə səbəb iltihablaşmış öd kisəsinin perforasiyası olmuşdur.

Klinikaya daxil olarkən həmin xəstələrdə ürək vurğularının dəqiqəlik sayı 139-153 arasında qeydə alınmışdır ( $M \pm m = 145,1 \pm 1,7$  dəfə). Taxikardiya müayinə etdiyimiz xəstələrin 100%-də müşahidə edilmişdir.

Endotoksikozun ağırlıq dərəcələrinə əsasən aparılan təhlildən aydın olmuşdur ki, ağır dərəcəli endotoksikozda ürək vurğularının dəqiqəlik sayı yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 57% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 21% ( $P < 0,001$ ) sürətlənmişdir.

Peritonitin etioloji amillərinə əsasən təhlil apararkən məlum olur ki, mədə xorası perforasiyasından inkişaf edən peritonitlə öd kisəsinin perforasiyasından inkişaf edən peritonit zamanı ürək vurğularının dəqiqəlik sayı arasında elə də ciddi fərq yoxdur. Hər iki etioloji amildən törənmiş peritonitlər zamanı ürək vurğularının sürətlənməsi xəstələrin 100%-də baş vermişdir.

Sistolik təzyiq 70-120 mm Hg arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 95,6 \pm 5,9$  mm Hg). Xəstələrin 5 nəfərində və ya 62,5%-də sistolik təzyiqin səviyyəsi normadan aşağı olmuşdur. 3 nəfərində və ya 37,5%-də isə normal səviyyəsini saxlamışdır. Endotoksikozun ağırlıq dərəcələrinə əsasən aparılan təhlildən aydın olur ki, sistolik təzyiqin səviyyəsi yüngül dərəcəli endotoksikoza nisbətən 26% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikoza nisbətən isə 2% aşağı düşmüşdür ( $P > 0,05$ ).

Etioloji amillərə əsasən aparılan təhlildə mədə xorası perforasiyasından törənən peritonitli xəstələrdə öd kisəsinin perforasiyasından inkişaf edən peritonitli xəstələrin sistolik təzyiqinin orta kəmiyyət göstəricilərinin təxminən eyni olduğu aşkar edilmişdir.

Diastolik təzyiq 40-70 mm Hg arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 52,5 \pm 3,7$  mm Hg). Sistolik təzyiqdə olduğu kimi xəstələrin 5 nəfərində və ya 62,5%-də diastolik təzyiqin səviyyəsi normadan aşağı enmişdir. 3 nəfərində və ya 37,5%-də isə diastolik təzyiqin səviyyəsi norma daxilində qeydə alınmışdır.

Diastolik təzyiqin səviyyəsi yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 33% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 12% ( $P > 0,05$ ) aşağı düşmüşdür. Mədə xorası perforasiyasından törənən peritonitli xəstələrlə müqayisədə diastolik təzyiqin səviyyəsi 7% aşağı olmuşdur.

Gündəlik diurezin miqdarı 534-700 ml olmuşdur. Orta kəmiyyət göstəricisi  $616,1 \pm 19,9$  ml-ə bərabərdir. Gündəlik diurezin miqdarının azalması xəstələrin 100%-də müşahidə edilmişdir. Endotoksikozun ağırlıq dərəcəsiindən asılı olaraq gündəlik diurezin miqdarında baş vermiş dəyişiklikləri təhlil edərkən müəyyən edilmişdir ki, yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə gündəlik diurezin miqdarı 52,5% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 26% ( $P < 0,001$ ) azalmışdır. Mədə xorası perforasiyasından törənmiş peritonitdən doğan ağır dərəcəli endotoksikozla müqayisədə gündəlik diurezin miqdarı 26% azalmışdır.

Qanda aparılan müayinələrdən aşağıdakı nəticələr alınmışdır.

Qanda sidik cövhərinin miqdarı 11,2-21 mq/dl arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 16,4 \pm 1,2$  mq/dl). Xəstələrin 100%-də qanda sidik cövhərinin miqdarı yüksəlmişdir. Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə qanda sidik cövhərinin miqdarı 149% ( $P > 0,001$ ) azalmışdır. Orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə bu fərq 66% ( $P < 0,001$ ) təşkil etmişdir. Mədə xorası perforasiyasından törənən peritonitlə müqayisədə qanda sidik cövhərinin miqdarı





19% artıq olmuşdur.

Qanda OMP-nin qatılığı 0,48-0,6 ş.v. arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 0,521 \pm 0,013$  ş.v.). Xəstələrin 100%-də OMP-nin qatılığı normadan yüksək olmuşdur. Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə OMP-nin qatılığı 77% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 23% ( $P < 0,001$ ) artmışdır.

Mədə xorasının perforasiyasından törənmiş peritonitlə müqayisədə isə qanda OMP-nin qatılığı cəmi 3% artıq olmuşdur.

Qanda MDA-nın qatılığı 230-300 mmol/l arasında qeydə alınmışdır. Onun orta kəmiyyət göstəricisi  $262,5 \pm 8,0$  mmol/l-ə qədər yüksəlmişdir. Qeyd olunan səviyyə yüngül dərəcəli endotoksikozda olan səviyyədən 105% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozdan 28% ( $P < 0,01$ ) yüksəkdir. Qanda MDA-nın qatılığının yüksəlməsi müşahidə apardığımız xəstələrin 100%-də qeydə alınmışdır.

Öd kisəsinin perforasiyasından irəli gələn peritonitlərdə qanda MDA-nın qatılığı mədə xorası perforasiyasından inkişaf edən peritonitli xəstələrin qanında olan səviyyədən 6% artıqdır.

8 xəstədən götürülmüş qanda DK-nın qatılığı 4,1-5,3 E/L arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 4,61 \pm 0,14$  E/L-ə). Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə qanda DK-nın qatılığı 91% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 15% artmışdır ( $P < 0,01$ ). Xəstələrin 100%-də qanda DK-nın qatılığı yüksəlmişdir. Mədə xorası perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrlə müqayisədə qanda DK-nın qatılığı çox az cəmi 1,5% artıq olmuşdur.

Beləliklə, bizim apardığımız tədqiqatların nəticələri göstərir ki, öd kisəsi perforasiyasından törənən peritonitdən inkişaf edən ağır dərəcəli endotoksikozu dəyərləndirməkdən ötrü ürək vurğularının dəqiqəlik sayı, gündəlik diurezin miqdarı, qanda sidik cövhərinin miqdarı, OMP-nin, MDA və DK-nın qatılıqları etibarlı markerlərdir. Eyni zamanda öd kisəsi perforasiyasından və mədə xorası perforasiyasından doğan peritonitlərdən inkişaf edən ağır endotoksikozlarda adı çəkilən markerlərin etibarlılıq dərəcəsi eynidir.

Klinikaya daxil olmuş 5 nəfər xəstədə isə peritonitə səbəb nazik bağırsağ keçməməzliyi olmuşdur. Həmin xəstələrdə ürək vurğularının dəqiqəlik sayı 130-150 arasında olmuşdur ( $M \pm m = 140,0 \pm 3,5$  dəfə). Ürək vurğularının sayının artması xəstələrin 100%-də qeydə alınmışdır. Endotoksikozun dərəcələri ilə müqayisədə ürək vurğularının sayı 56% ( $p < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 15% ( $p < 0,01$ ) artmışdır.

Peritonitin etioloji amillərinə görə təhlil apararkən aydın olur ki, ağır dərəcəli endotoksikozda ürək vurğularının sayı peritonitin etioloji amillərindən bir o qədər də asılı deyildir. Belə ki, mədə xorası perforasiyasından törənmiş peritonitlə eyni olduğu halda öd kisəsi perforasiyasında olan ürək vurğularının sayından 3,5% azdır.

Sistolik təzyiğin səviyyəsi 80-110 mm Hg arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 97,0 \pm 5,4$  mm Hg). Xəstələrin 40%-də və ya 2 nəfərində sistolik təzyiğin səviyyəsi normal səviyyədən aşağı olsa da böyük əksəriyyətində (60%-də və ya 3 nəfərində) normal səviyyəsini saxlamışdır.

Müəyyən edilmişdir ki, yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə sistolik təzyiğin səviyyəsi 25% ( $p < 0,001$ ) aşağı düşmüşdür. Lakin orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə sistolik təzyiq əksinə 11,5% yüksəlmişdir. Düzdür, bu fərq statistik olaraq etibarsız ( $p > 0,05$ ) olsa da fakt olaraq qalır.

Sistolik təzyiğin səviyyəsi peritonitin etioloji amillərindən asılı olmayaraq hər üç amildən törənən peritonitli xəstələrdə təxminən eyni səviyyədədir.

Diastolik təzyiğin səviyyəsi 40-70 mmHg arasında qeydə alınmışdır ( $M \pm m = 57,0 \pm 5,4$  mm Hg).

Sistolik təzyiqdə olduğu kimi diastolik təzyiq də xəstələrin 3 nəfərində və ya 60%-də



normal səviyyəsini saxlamışdır. Yalnız 2 xəstədə və ya müayinə olunanların 40%-də diastolik təzyiqin səviyyəsi normadan aşağı enmişdir.

Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə diastolik təzyiqin səviyyəsi 33% ( $p < 0,001$ ) azalmışdır. Orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 6% artmışdır. Burada da sistolik təzyiqdə olduğu kimi diastolik təzyiqin səviyyəsində qeyd olunan artım statistik baxımdan etibarlı olmamışdır ( $p > 0,05$ ).

Peritonitin etioloji amillərinə əsasən diastolik təzyiqin dəyişməsinə təhlil etdikdə mədə xorası perforasiyasından törənmiş peritonitlə nazik bağırsağ keçməməzliyi ucbatından törənən peritonit arasında fərq aşkar edilməmişdir. Lakin öd kisəsi perforasiyası nəticəsində inkişaf edən peritonitli xəstələrin diastolik təzyiqindən az da olsa fərqlənmişdir. Belə ki, nazik bağırsağ keçməməzliyindən inkişaf edən peritonitdə diastolik təzyiqin səviyyəsi 9% yüksək olmuşdur.

Gündəlik diurezin miqdarı 0-610 ml arasında qeydə alınmışdır. Müayinə apardığımız 5 xəstənin 1 nəfərində (20%-də) anuriya müşahidə edilmişdir. Gündəlik diurezin miqdarı  $456,0 \pm 115,6$  ml-ə enmişdir. Xəstələrin 100%-də diurezin azalması qeydə alınmışdır.

Gündəlik diurezin azalması peritonitdən doğan endotoksikozun dərəcəsi ilə tam korrelyativ əlaqədə olmuşdur. Belə ki, yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə gündəlik diurezin miqdarı 65% ( $P < 0,001$ ) orta dərəcəli endotoksikozda isə 47% azalmışdır ( $P < 0,001$ ).

Gündəlik diurezin miqdarı peritonitin etioloji amillərindən asılı olaraq dəyişmişdir. Belə ki, mədə xorası perforasiyasından irəli gələn peritonitli xəstələrlə müqayisədə gündəlik diurezin miqdarı 24%, öd kisəsi perforasiyasından irəli gələn peritonitlə müqayisədə isə 26% azalmışdır.

Qanda sidik cövhərinin miqdarında da ciddi dəyişikliyin baş verməsi aşkar edilmişdir. Belə ki, qanda onun miqdarı 14,5-25,4 mq/dl arasında dəyişmiş ( $M \pm m = 19,6 \pm 1,9$  mq/dl) və xəstələrin 100%-də yüksəlmişdir.

Peritoneal endotoksikozun dərəcəsiindən asılı olaraq qanda sidik cövhərinin miqdarı dəyişmişdir. Belə ki, yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə qanda sidik cövhərinin miqdarı 58%, ( $P > 0,05$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 70% yüksəlmişdir ( $P < 0,01$ ).

Peritonitin etioloji amillərinə əsasən aparılan təhlilin nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, qanda sidik cövhərinin miqdarı peritoniti törədən səbəblərdən asılı olaraq müxtəlif olmuşdur. Baxmayaraq ki, mədə xorasından törənmiş peritonitli xəstələrin qanında olan səviyyə ilə nazik bağırsağ keçməməzliyindən irəli gəlmiş peritonitli xəstələrin qanında olan səviyyədən çox da fərqlənməsə də, öd kisəsi perforasiyasından törənən peritonit zamanı qanda sidik cövhərinin miqdarı 20% azdır.

Ağır endotoksikozla klinikaya daxil olan peritonitli xəstələrin qanında OMP-nin qatılığı 0,45-0,5 ş.v. arasında dəyişmişdir. Orta kəmiyyət göstəricisi isə yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 51% ( $P < 0,001$ ) yüksələrək  $0,479 \pm 0,01$  ş.v.-ə çatmışdır. Yüngül dərəcəli endotoksikozla belə böyük fərqin olmasına baxmayaraq orta dərəcəli endotoksikozla olan fərq 15% ( $P < 0,001$ ) təşkil etmişdir. Qanda OMP-nin qatılığının yüksəlməsi müayinə olunan xəstələrin 100%-də müşahidə edilmişdir.

Etioloji amilləri ilə müqayisədə məlum olur ki, ağır dərəcəli endotoksikozla müşahidə olunan peritoniti törədən 3 amilin içərisində qanda OMP-nin qatılığı öd kisəsi perforasiyasından inkişaf edən peritonitli xəstələrdə daha yüksək olmuşdur. Ən aşağı qatılıqda isə nazik bağırsağ keçməməzliyindən yaranan peritonitli xəstələrin qanında qeydə alınmışdır.

Beləliklə, nazik bağırsağ keçməməzliyindən törənən peritonitli xəstələrin qanında OMP-nin qatılığı mədə xorası perforasiyasından inkişaf edən peritonitli xəstələrin qanında



olan səviyyədən 8% aşağı olmuşdur.

Alınmış nəticələrə əsasən hesab edirik ki, nazik bağırsağ keçməməzliyindən törənmiş peritonitdən inkişaf edən ağır dərəcəli endotoksikozu dəyərləndirmək üçün OMP-nin əsas markerlər sırasındadır.

Qanda MDA-nın qatılığı 284-350 mmol/l arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 310,8 \pm 11,5$  mmol/l). Yüngül dərəcəli endotoksikozla nisbətən MDA-nın qatılığı 141,5% ( $P < 0,001$ ) yüksəlmişdir. Orta dərəcəli olan səviyyə ilə müqayisədə bu fərq 53% ( $P < 0,001$ ) təşkil etmişdir. Qanda onun qatılığının artması müəyinə aparılan xəstələrin 100%-də müşahidə edilmişdir.

Etioloji amillərə əsasən aparılan təhlildən belə nəticəyə gəlmək olur ki, nazik bağırsağ keçməməzliyindən törənən peritonitli xəstələrin qanında MDA-nın qatılığı mədə xorasından törənmiş peritonitli xəstələrlə müqayisədə 26%, öd kisəsi perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrlə müqayisədə isə 18% yüksəkdir.

Qanda DK-nın qatılığı 5,15-6 E/L arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 5,42 \pm 0,15$  mmol/l). Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə ağır dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə qanda DK-nın qatılığı 125% ( $P < 0,001$ ) artmışdır. Orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə bu fərq 42% ( $P < 0,001$ ) təşkil etmişdir. Xəstələrin 100%-də DK-nın qatılığı yüksəlmişdir.

Etioloji amillərlə bağlı aparılan təhlil əsasında müəyyən edilmişdir ki, nazik bağırsağ keçməməzliyindən törənən peritonitli xəstələrdə qanda DK-nın qatılığı mədə xorası və öd kisəsi perforasiyasından inkişaf edən peritonitli xəstələrin qanında olan səviyyədə müvafiq olaraq 19% və 18% artıqdır. Beləliklə, bizim apardığımız tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, nazik bağırsağ keçməməzliyindən törənmiş peritonitdən inkişaf etmiş ağır dərəcəli endotoksikozu dəyərləndirmək üçün ürək vurğularının dəqiqlik sayı, gündəlik diurezin miqdarı, qanda sidik cövhərinin miqdarı, OMP-nin, MDA, DK-nın qatılığı etibarlı markerdir. Sistolik və diastolik təzyiqin aşağı enməsi bir o qədər də xarakterik marker deyildir.

Klinikaya soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitlə 14 nəfər xəstə daxil olunmuşdur. Cərrahi əməliyyatdan əvvəl həmin xəstələrin ürək döyüntülərinin 1 dəqiqəlik sayı 110-150 arasında dəyişmişdir ( $M \pm m = 129,7 \pm 3,2$  dəfə). Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə ürək döyüntüləri 50,5% artmışdır ( $P < 0,001$ ). Orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə ürək vurğularının sayında olan artım cəmi 7% ( $P > 0,05$ ) təşkil etmişdir. Müşahidə apardığımız xəstələrin 100%-də ürək vurğularının sayı normadan yuxarı olmuşdur.

Beləliklə, ürək vurğularının sayı etioloji amilindən asılı olmayaraq ağır dərəcəli endotoksikozu dəyərləndirməkdən ötrü vacib markerdir.

Etioloji amillərdən asılı olaraq ürək vurğularının dəqiqlik sayının təhlilindən aşağıdakı nəticələr alınmışdır.

- Mədə xorası, öd kisəsi perforasiyasından və nazik bağırsağ keçməməzliyindən törənmiş peritonitli xəstələrdə ürək vurğularının dəqiqlik sayı bir-birindən çox da fərqlənməmişdir.
- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından doğan peritonitli xəstələrlə müqayisədə mədə xorası perforasiyasından doğan peritonitli xəstələrdə ürək vurğularının sayı 8%, öd kisəsinin perforasiyasından doğan peritonitli xəstələrdə olan saydan 11%, nazik bağırsağ keçməməzliyindən irəli gələn peritonitli xəstələrdə olan saydan 7% azdır (cədvəl 1.1).

Sistolik təzyiqin səviyyəsi 80-105 mm Hg arasında qeydə alınmışdır ( $M \pm m = 91,8 \pm 2,2$  mm Hg). Xəstələrin 10 nəfərində və ya 71%-də sistolik təzyiq normadan aşağı səviyyədə olmuşdur. Xəstələrin 4 nəfərində və ya 29%-də isə normal səviyyəsini saxlamışdır.



Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə sistolik təzyiqin səviyyəsi 27% aşağı enmişdir ( $P<0,001$ ). Orta dərəcəli endotoksikozla bu fərq çox az olub 6,5% təşkil edir ( $P>0,05$ ).

**Cədvəl 1.1. Ağır dərəcəli endotoksikozla keçən peritonitlərdə etioloji amillərdən asılı olaraq ürək vurğularının sayının dəyişməsi**

№	Peritonitin etioloji amilləri	Ürək vurğularının dəqiqlik sayı	Xəstələrin sayı
1	Mədə xorasının perforasiyası	141,6±3,1	7
2	Öd kisəsinin perforasiyası	145,1±1,7	8
3	Nazik bağırsağ keçməməzliyi	140,0±3,5	5
4	Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyası	129,7±3,2	14

Etioloji amillərə görə aparılan təhlildən aşağıdakı nəticələr alınmışdır.

- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrdə sistolik təzyiqin səviyyəsi mədə xorası perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrdə olan səviyyədən cəmi 3% aşağıdır.
- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrdə sistolik təzyiqin səviyyəsi öd kisəsi perforasiyasından irəli gələn peritonitli xəstələrdə olan səviyyədən cəmi 4% aşağıdır.
- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından inkişaf etmiş peritonitli xəstələrdə sistolik təzyiqin səviyyəsi nazik bağırsağ keçməməzliyindən irəli gələn peritonitli xəstələrdə olan səviyyədən 5% aşağıdır.

Beləliklə, sistolik təzyiqin səviyyəsi peritonitin etioloji amillərindən asılı olaraq dəyişir. Lakin ağır dərəcəli endotoksikozu dəyərləndirmək üçün etibarlı marker deyildir. Belə ki, endotoksikoz olmasına baxmayaraq əksər xəstələrdə sistolik təzyiqin səviyyəsi normaldır (şəkil 1.2).

Diastolik təzyiq 40-60 mm Hg arasında dəyişmişdir ( $M\pm m=48,9\pm 2,0$  mm Hg). Xəstələrin II nəfərində və ya 79%-də diastolik təzyiq normaldan aşağı səviyyədə olmuşdur. Xəstələrin 3 nəfərində və ya 21%-də normal səviyyəsini saxlamışdır. Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə diastolik təzyiqin səviyyəsi 38% ( $P<0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 18,5% ( $P<0,01$ ) aşağı düşmüşdür.

Peritonitin yaranma səbəblərinə əsasən aparılan təhlil zamanı müəyyən edilmişdir ki, digər etioloji amillərlə müqayisədə soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş amillərə nisbətən diastolik təzyiqin səviyyəsi daha çox aşağı düşmüşdür.

Mədə xorası perforasiyasından inkişaf edən peritonitlə müqayisədə bu fərq 13%, öd kisəsi perforasiyasından törənmiş peritonitlə müqayisədə 7%, nazik bağırsağ keçməməzliyindən irəli gələn peritonitlə müqayisədə 14% təşkil edir.

Beləliklə, bizim müşahidələr göstərir ki, peritonitdən irəli gələn ağır dərəcəli endotoksikozu qiymətləndirmək üçün arterial təzyiq (sistolik və diastolik) etibarlı marker deyildir. Çünki, xəstələrin müəyyən qədərində istər sistolik və istərsə də diastolik təzyiq normal səviyyəsini saxlamış olur (şəkil 1.2).

Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından irəli gələn peritonitdən inkişaf edən ağır dərəcəli endotoksikoz zamanı daha çox patoloji dəyişikliyə uğrayan markerlərdən biri də gündəlik diurezin miqdarıdır.





Aparılan müşahidələr göstərmişdir ki, bu qəbildən olan xəstələrdə gündəlik diurezin miqdarı azalaraq 0 – 440 ml arasında qeydə alınmışdır. 14 nəfər xəstənin 1 nəfərində və ya 7%-də anuriya müşahidə edilmişdir. Onun orta miqdarı 273,3±28,3 ml-ə qədər azalmışdır. Gündəlik diurezin miqdarının azalması xəstələrin 100%-də qeydə alınmışdır.

Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə gündəlik diurezin miqdarı 78% (P<0,001), orta dərəcəli endotoksikozun miqdarı 68% (P<0,001) azalmışdır. Gündəlik diurezin miqdarının peritonitdən törənmiş endotoksikozun ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq dəyişməsinin % göstəricisi şəkil 7.2-də verilmişdir.

Peritonitin etioloji amillərinə əsasən aparılan təhlildən aşağıdakı nəticələr əldə edilmişdir.

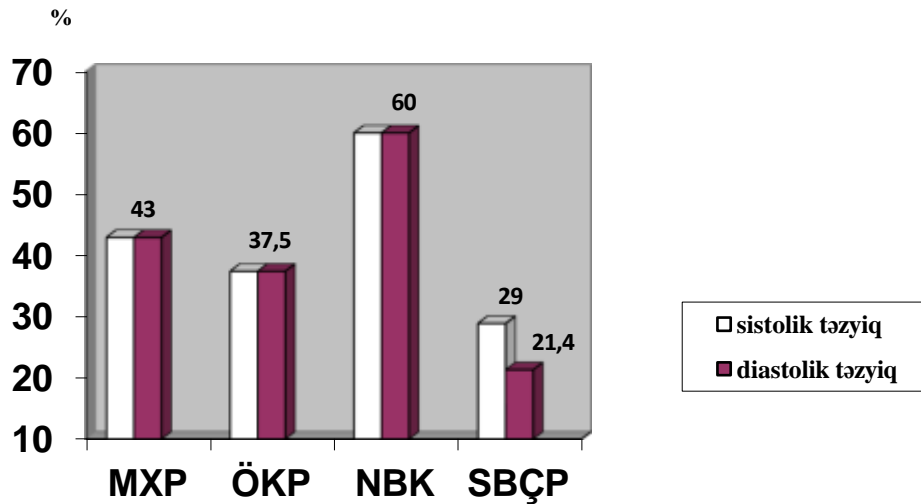
- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələr də gündəlik diurezin miqdarı mədə xorası perforasiyasından inkişaf edən peritonitlə müqayisədə 40% azalmışdır.

- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrdə gündəlik diurezin miqdarı öd kisəsi perforasiyasından törənmiş peritonitlə müqayisədə 55,5% azalmışdır.

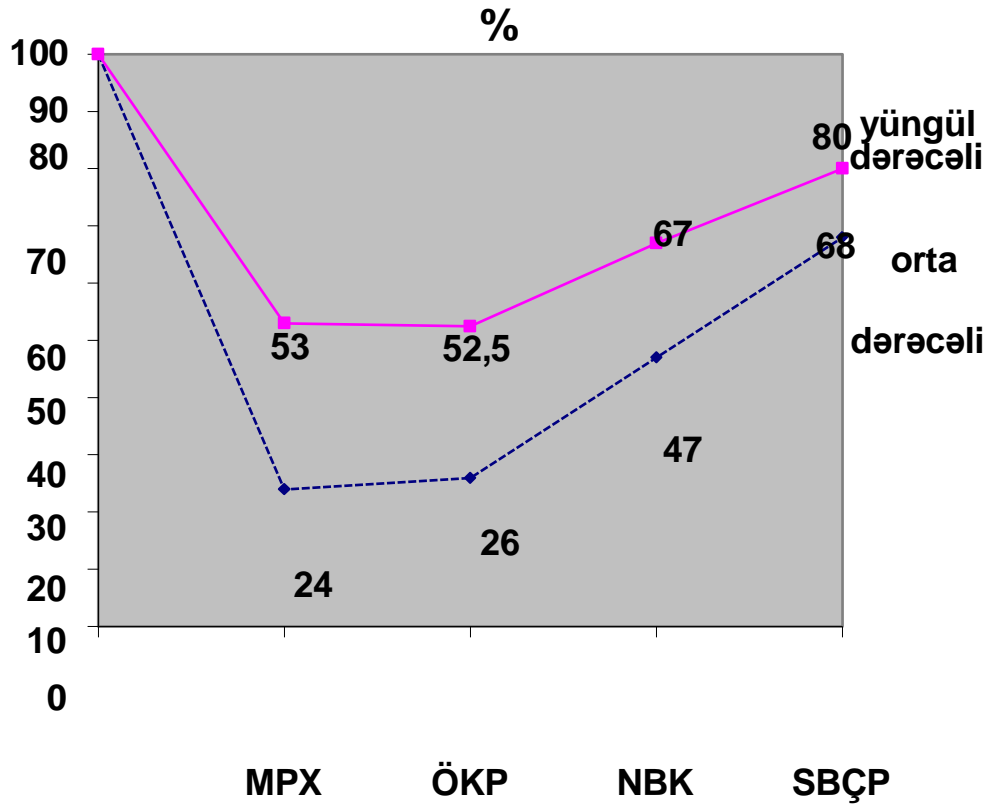
- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrdə gündəlik diurezin miqdarı nazik bağırsağ keçməməzliyindən inkişaf edən peritonitlə müqayisədə 54% azalmışdır.

Peritonitin etioloji amillərindən asılı olaraq gündəlik diurezin miqdarında baş vermiş dəyişikliklər cədvəl 1.3-də verilmişdir.

Beləliklə, bizim apardığımız tədqiqatın nəticələrinə söykənərək hesab edirik ki, peritonitdən inkişaf edən ağır dərəcəli endotoksikozu qiymətləndirmək üçün gündəlik diurezin miqdarının təyini etibarlı markerdir.



*Şəkil 1.2. Peritonitin etioloji amillərindən asılı olaraq ağır dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə arterial təzyiqi normal olan xəstələrin % göstəriciləri*



Şəkil 1.3. Ağır dərəcəli endotoksikozda gündəlik diurezin miqdarının endotoksikozun ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq azalmasının % göstəricisi.

Cədvəl 1.3.

Ağır dərəcəli endotoksikozla keçən peritonitlərdə etioloji amillərdən asılı olaraq gündəlik diurezin miqdarında baş vermiş dəyişikliklər

No	Peritonitin etioloji amilləri	Gündəlik diurezin miqdarı ml	Xəstələrin sayı
1	Mədə xorası perforasiyası	456,0±115,6	7
2	Öd kisəsi perforasiyası	616,1±19,9	8
3	Nazik bağırsağ keçməməzliyi	601,4±26,7	5
4	Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyası	274,3±28,3	14

Qanda sidik cövhərinin təyininə əsasən aşağıdakı nəticələr alınmışdır.

Müəyyən edilmişdir ki, qanda sidik cövhərinin miqdarı 20,3-25,4 mq/dl arasındadır ( $M \pm m = 22,7 \pm 0,4$  mq/dl). Qanda sidik cövhərinin miqdarının yüksək olması xəstələrin 100%-də müşahidə edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, ağır endotoksikozla keçən peritonitli xəstələrin qanında sidik cövhərinin miqdarı yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 67% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 105% ( $P < 0,001$ ) artmışdır.

Peritonitin etioloji amillərinə əsasən qanda sidik cövhərinin miqdarının təhlilindən aşağıdakı nəticələr alınmışdır.

- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrin qanında sidik cövhərinin miqdarı mədə xorası perforasiyasından törənən peritonitli xəstələrin qanında olan səviyyədən 10% artıqdır.

- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrin qanında





• Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrin qanında sidik cövhərinin miqdarı nazik bağırsağ keçməməzliyindən inkişaf edən peritonitli xəstələrin qanında olan səviyyədən 16% artıqdır.

Beləliklə, apardığımız kliniki müşahidələrin nəticələri bizə əsas verir ki, soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitdən inkişaf etmiş ağır dərəcəli endotoksikozu dəyərləndirmək üçün qanda sidik cövhərinin miqdarının yüksəlməsi etibarlı markerdir.

Qanda OMP-nin qatılığı 0,43-0,5 ş.v. arasında dəyişərək ( $M \pm m = 0,468 \pm 0,006$  ş.v.) xəstələrin 100%-də normal səviyyədən yuxarı olmuşdur. Bundan əlavə müəyyən edilmişdir ki, qanda OMP-nin qatılığı yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə 53% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 11% ( $P < 0,001$ ) artmışdır. Peritonitin etioloji amilləri ilə müqayisədə aşağıdakı nəticələr alınmışdır (cədvəl 7.3).

• Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrin qanında OMP-nin qatılığı mədə xorası perforasiyasından törənən peritonitli xəstələrin qanında olan səviyyədən 7,5% aşağıdır.

• Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrin qanında OMP-nin qatılığı öd kisəsi perforasiyasından törənən peritonitli xəstələrin qanında olan səviyyədən 10% aşağıdır.

• Nazik bağırsağ keçməməzliyindən inkişaf etmiş xəstələrin qanında olan səviyyədən isə cəmi 2% aşağıdır.

Beləliklə, peritonitdən törənmiş ağır dərəcəli endotoksikozun dəyərləndirilməsində qanda OMP-nin qatılığının təyini etibarlı markerdir. Lakin onların etibarlılıq dərəcəsi peritonitin etioloji amillərindən asılı olaraq aşağıdakı qaydadır.

Öd kisəsi perforasiyasından törənmiş peritonit.



Mədə xorası perforasiyasından törənmiş peritonit.



Nazik bağırsağ keçməməzliyindən törənmiş peritonit.



Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonit.

*Cədvəl 1.4.*

*Ağır dərəcəli endotoksikozla keçən peritonitlərdə etioloji amillərdən asılı olaraq qanda orta molekullu peptidlərin qatılığında baş vermiş dəyişikliklər*

№	Peritonitin etioloji amilləri	Orta molekullu peptidlər qatılığı ş.v.	Xəstələrin sayı
1	Mədə xorası perforasiyası	0,506±0,018	7
2	Öd kisəsi perforasiyası	0,521±0,013	8
3	Nazik bağırsağ keçməməzliyi	0,479±0,01	5
4	Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyası	0,468±0,006	14

Qanda MDA-nın qatılığı 310-350 mmol/l civarında olmuşdur ( $M \pm m = 327,5 \pm 3,7$  mmol/l). Xəstələrin 100%-də qanda MDA-nın qatılığının normadan yüksək səviyyəyə qalxmışdır. Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə qanda MDA-nın qatılığı 155% ( $P < 0,001$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 62 ( $P < 0,001$ ) yüksəlmişdir.

Beləliklə, ağır dərəcəli endotoksikozla müştərək gedən peritonitlərdə qanda MDA-nın qatılığı daha yüksək olmuşdur.





Peritoniti törədən səbəblərə əsasən aparılan araşdırmalardan müəyyən edilmişdir ki, qanda MDA-nın qatılığı peritonitin etioloji amillərindən asılı olaraq dəyişir (cədvəl 1.4).

Belə ki, soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrdə qanda MDA-nın qatılığı mədə xorası perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrlə müqayisədə 33%, öd kisəsi perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrlə müqayisədə 25%, nazik bağırsağ keçməməzliyindən törənən peritonitlə müqayisədə isə 5% yüksəkdir.

LP-nin ilkin məhsulu olan DK-nın da qatılığı yüksəlmişdir. Xəstələrdən götürülmüş qanda onun qatılığı 2,3-6 E/L civarında geniş bir diapazonda dəyişmişdir. Buna səbəb müayinə etdiyimiz xəstələrdən 1 nəfərində və ya 7%-də qanda DK-nın qatılığının normal səviyyədə qalmasıdır. Qalan 13 nəfər xəstədə və ya müayinə olunanların 93%-də DK-nın qatılığı norma ilə müqayisədə yüksəlmişdir. Yüngül dərəcəli endotoksikozla müqayisədə qanda DK-nın qatılığı 64% ( $P<0,05$ ), orta dərəcəli endotoksikozla müqayisədə isə 6% ( $P>0,05$ ) artmışdır.

Peritonitin etioloji səbəblərinə əsasən aparılan araşdırmaların nəticəsi olaraq aşağıdakılar müəyyən edilmişdir (cədvəl 1.5).

- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrin qanında DK-nın qatılığı mədə xorası perforasiyasından törənmiş peritonitlərdə olan səviyyədə 12% aşağıdır.

- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrin qanında DK-nın qatılığı öd kisəsi perforasiyasından törənmiş peritonitlə müqayisədə 13% azdır.

- Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından törənmiş peritonitli xəstələrin qanında DK-nın qatılığı nazik bağırsağ keçməməzliyindən inkişaf edən peritonitli xəstələrlə müqayisədə 26% azdır.

Beləliklə, cədvəldən görüldüyü kimi DK-nın qatılığı peritonitin etioloji səbəblərindən asılı olaraq dəyişir.

#### Cədvəl 1.5.

#### Ağır dərəcəli endotoksikozla keian peritonitlərdə etioloji amillərdən asılı olaraq qanda lipidperoksidləşməsi məhsullarının qatılığında baş vermiş dəyişikliklər

No	Peritonitin etioloji amilləri	Malondeal-dehidi mmol/l	Diyen konyuqantı E/L	Xəstələrin sayı
1	Mədə xorası perforasiyası	327.5±3.7	4.54±0.14	7
2	Öd kisəsi perforasiyası	310.8±11.5	4.61±0.14	8
3	Nazik bağırsağ keçməməzliyi	262.5±8.0	5.42±0.15	15
4	Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyası	246.9±10.6	4.01±0.33	14

Aparduğumuz müayinələrin əsasında belə bir qənaətə gəlirik ki, peritonitdən törənən ağır dərəcəli endotoksikozu dəyərləndirmək üçün qanda DK-nın qatılığının yüksəlməsi etibarlı marker kimi, qəbul edilməlidir. Peritonitin etioloji səbəblərinə əsasən onun etibarlılıq dərəcəsi aşağıdakı kimidir.

Nazik bağırsağ keçməməzliyindən



Öd kisəsi perforasiyasından



Mədə xorası perforasiyasından



Soxulcanabənzər çıxıntının perforasiyasından.



**Nəticə** peritonitdən inkişaf edən ağır dərəcəli endotoksikozu dəyərləndirmək üçün ürək vurğularının dəqiqəlik sayının artması gündəlik diurezin miqdarının azalması, qanda sidik cövhərinin miqdarının artması, OMP, MDA və DK-nın qatılığının yüksəlməsi etibarlı markerdir. Lakin arterial təzyiğin səviyyəsi stabil olmadığı üçün peritonit mənşəli endotoksikozu dəyərləndirmək üçün etibarlı marker ola bilməz. Bundan əlavə olaraq müəyyən edilmişdir ki, ağır dərəcəli endotoksikozda adı çəkilən markerlərin həcmi peritoniti törədən amillərdən asılı olaraq dəyişmişdir. Bu göstəricilər endotoksikozun ağırlıq dərəcəsini xarakterizə etməklə yanaşı peritoniti törədən səbəbdən asılı olaraq müalicə prinsipinin qurulmasında da böyük əhəmiyyət kəsb edir.

## ƏDƏBİYYAT

1. Kostyuchenko A.II. et al., 2000; Briskin B.S., et al., 2001; Saveliev B.C. et al., 2009
2. Gostişchev V.K. et al., 2005; Zubarev P.N. et al., 2008; Khanevich M.D. et al., 2009; Rakic M. et al., 2005
3. Бурмистров, С.О. Значение определения средних молекул в моче при нормальной и осложненной беременности и у новорожденных с гипоксией / С.О. Бурмистров, К.А. Габелева, А.А. Андреева // Клин. лаб. диагностика. 2001. № 5. С. 1013.
4. Saveliev, B.C. et al., 2004; Bagnenko C.V. et al., 2006; Lebedev N.V., Klimov A.E., 2006; Sedov V. M. et al., 2008; Arioli D. və b., 2005; Oliva M. E. və başqaları, 2005
5. Eryuxin I.A., 1998; Kifus F.V. et al. ., 2001; Buzunov A.F., 2008; Amorotti C. et al., 2002, Cole E. et al., 2006
6. Grinberg A.A., 2000; Rudnov V.A. 2000; Gelfand E. B. və b., 2003; Şurkalin B. K. və b., 2003; Saveliev B. C., 2004; Efimova I. S., 2007; Eryuxin İ. A., Kologe, 2001; M. Farke, 2002; S. və başqaları. 2007



# TEZİSLƏR



## BÖLMƏ I

### “HƏMİŞƏCAVAN” PERİTONİTİN KÖHNƏ PROBLEMLƏRİNƏ YENİ MÜASİR BAXIŞLAR

Abdullayev İ.Ə<sup>1</sup>., Novruzov S.A<sup>1</sup>., İsmayılov C.Ə<sup>1</sup>., Tarverdiyev M.N<sup>3</sup>.  
Hüseynov B.H<sup>1</sup>., Hüseynova M.İ<sup>2</sup>., Həsənzadə S.M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Naxçıvan Dövlət Universiteti

<sup>2</sup> “Naxçıvan Diaqnostika Müalicə Mərkəzi” Publik Hüquqi Şəxsi

<sup>3</sup> Naxçıvan MR Xəstəxanası Publik Hüquqi Şəxsi

Hippokrat dövründən cərrahiyyə tarixinə məlum olan peitonitlər abdominal cərrahliğin daim diqqət mərkəzində olan, aktual və hələ də öz həllini tapmamış problemlərindən biri olaraq qalmaqda davam edir. Təqdim olunan tədqiqat işinin məqsədi farmakoterapevtik müalicə tədbirləri və cərrahi texnologiya üsullarının kompleks tətbiqi yolu ilə, müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasından ibarətdir. Tədqiqatlar 500 dən çox vətən və əcnəbi müəlliflərin ədəbiyyat mənbəyinin və 1989-2021-ci illərdə yayılmış peritonit diaqnozu ilə müalicə almış 525 xəstənin klinik materiallarını əhatə edir.

Nəzri və klinik materialların tədqiqi peritonitlərin etiologiyasına, patogenezinə, modelləşdirilməsinə, müalicəsinin müxtəlif üsullarına, müxtəlif mənşəli peritonitlər zamanı cərrahi taktikanın xüsusiyyətlərinə, müxtəlif modifikasiyalı təkmilləşdirilmiş drenaj boruları vasitəsilə ilə drenajlama üsullarının kliniki effektivliyinə və digər patogenetik müalicə üsullarının təkmilləşdirilməsinə həsr olunmuşdur.

Tədqiqat işində immun status və sitokin profili göstəriciləri pozğunluqlarının ozonlaşmış perforan və immunomodulyator qlutoksimlə tənzimlənməsinə və peritonitlərin real ağırlıq dərəcəsinin, müalicə taktikasının və xəstəliyin proqnozunun müəyyən edilməsində çoxkomponentli proqnostik qrafikin klinik praktikaya tətbiqinə xüsusi əhəmiyyət verilir.

**Aiar sözlər.** Peritonit, etiologiya, patogenezi, proqnoz, müalicə

## SUMMARY

### TO THE OLD PROBLEMS OF "ACTUAL" PERİTONİTİS NEW MODERN VIEWS

Abdullayev I.A., Novruzov S.A., İsmayılov J.A., Tarverdiyev M.N.,  
Huseynov B.H., Huseynova M.I., Hasanzade S.M.

Known from the history of surgery since the time of Hippocrates, peritonitis remains one of the most pressing and unresolved problems of abdominal surgery. The purpose of the presented research is to improve the results of treatment through a complex application of pharmacotherapeutic treatment measures and surgical technology. The research covers the literature of more than 500 domestic and foreign authors and clinical materials of 525 patients treated with peritonitis diagnosed in 1989-2021.

The study of theoretical and clinical materials is devoted to the etiology, pathogenesis, modeling of peritonitis, different methods of treatment, features of surgical tactics for peritonitis of different origins, clinical effectiveness of improved drainage





methods through various modified drainage tubes and other pathogenetic treatment methods.

The study focuses on the regulation of immune status and cytokine profile disorders with ozonated perfluorant and immunomodulatory glutoxime and the application of multicomponent prognostic graphics in clinical practice in determining the true severity of peritonitis, treatment tactics and disease prognosis.

*Key words.* Peritonitis, etiology, pathogenesis, prognosis, treatment

## РЕЗЮМЕ

### НОВЫЕ СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА УСТАРЕВШИЕ ПРОБЛЕМЫ «ВЕЧНОМАЛОДОГО» ПЕРИТОНИТА

Абдуллаев И.А., Новрузов С.А., Исмаилов Д.А., Тарвердиев М.Н.,  
Гусейнов Б.М., Гусейнова М.И., Гасанзаде С.М.

Перитонит, который истории хирургии известный со времен Гиппократов, всегда находится в центре внимания, но при этом продолжает оставаться одной из самой актуальной и нерешенной проблемой абдоминальной хирургии. Целью представленного исследования является улучшение результатов лечения путем комплексного применения фармакотерапевтических лечебных мероприятий и методов хирургической технологии.

В исследование охватывает литературные источники более 500 отечественных и зарубежных авторов и клинические материалы 525 больных, которые лечились диагнозом разлитого перитонита, в 1989-2021 гг.

Исследование теоретических и клинических материалов посвящено этиологии, патогенезу, моделированию перитонита, различным методам лечения, особенностям хирургической тактики при перитонитах различного генеза, клинической эффективности усовершенствованных методов дренирования различными модифицированными дренажными трубками, а также усовершенствованию других патогенетических методов лечения.

В исследовании особое внимание уделяется регуляции иммунного статуса и нарушений цитокинового профиля озонированным перфторантом и иммуномодулирующим глутоксином, а также применению в клиническую практику многокомпонентного прогностического графика с целью установления истинной степени тяжести текущего заболевания, выбора лечебной тактики и прогноза заболевания.

*Ключевые слова.* Перитонит, этиология, патогенез, прогноз, лечение.



## BÖLMƏ – II

### MÜXTƏLİF MƏNŞƏLİ HORMONAL PİYLƏNMƏLƏRİN PATOGENEZİ

Sərdar Əliyev, Mehriban Səfərəliyeva, Xədicə Məmmədova

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Müasir dünyamızda bəşəriyyəti təhdid edən qlobal problemlərdən biri də piylənmədir. ÜST-ün 2021-ci il üçün təqdim etdiyi statistik nəticələrə görə dünya əhalisinin 39%-i piylənmədən əziyyət çəkir. Azərbaycan üzrə statistikaya görə əhalinin 19,9 faizi obezdir. Obezlik orqanizmdə normadan artıq, anormal piy toplanmasıdır. Obezlik və hormonal patologiyalara aiddir.

**Hipotiroidizm** – bu zaman xəstələrdə çəki artımı həm metabolik proseslərin zəif getməsi, həm də dərialtı və toxuma arasındakı sahələrdə artıq miqdarda su toplanması hesabına olur. **Leptin rezistentliyi** – leptinin vəzifəsi beynə toxluq siqnalları göndərməkdir. Leptin rezistentliyində çoxlu qida qəbul edilməsinə baxmayaraq toxluq hissi yaranmır. **İnsulin rezistentliyi** - hüceyrələrin insulina məhəl qoymamasıdır. Bu zaman qanda həm qlükoza, həm də insulin artır. Nəticədə, artıq qlükoza piy toxumasına çevrilib, bədəndə toplanır. **Polikistik-Over sindromu** - digər adı **hiperandrogenizmdir**. Təxminən 50% Polikistik-Overli qadın artıq çəkili və ya obezdir. Yüksək androgen səviyyəsi insulin sekresiyasını stimula edir, digər tərəfdən isə hüceyrələri insulina rezistent hala gətirir. Bu orqanizmdə piy depolanmasına səbəb olur. **Estrogenin hipersekresiyası** – bu zaman piy toxumasının əmələ gəlməsi artır və xüsusilə bel-qarın nahiyəsində toplanması baş verir. Estrogen hipersekresiyası kişilərdə qadın tipli anormal piylənmə və cinsi zəiflik yaradır. **Qlükokortikoidlərin artıqlığı** - Cushing sindromunda bədən özünəməxsus quruluş alır. Bu zaman ətraflar incəlir, qarın və kürək nahiyəsində anormal piylənmə meydana çıxır. Buna "buffalo hump (bizon donqarlığı)" deyilir. **Qrelın** - aclıq hormonu olub, iş prinsipi leptinin əksinədir, leptin toxluq, qrelın isə aclıq hissini beynə bildirir. **Testesteron** - xüsusilə stress və iltihab zamanı bu hormon azalaraq piylənməyə səbəb olur. **Melatonin**-sutkalıq ritmi tənzimləyən hormondur. Sirkad ritm pozulduqda stress vəziyyəti yaranır, qlükokortikoidlər artır və piylənmə meydana çıxır.

Genetik və coğrafi olaraq piylənməyə meyilli xalq olduğumuzu nəzərə alsaq, öz sağlamlığımıza diqqət yetirməli, sağlam həyat tərzini sürməyə çalışmalıyıq. Əlbəttə ki, obezlik qarşısı alınmış xəstəlikdir. Yüngül hallarda müxtəlif diet proqramları, eləcə də dərman preparatları ilə vəziyyət yaxşılaşdırılır. Ağır hallarda isə, xüsusən bədən kütlə indeksi 40-dan yuxarı olduqda, obezlik ağır xəstəliklərə yol açdıqda və həyatı təhlükə yarandıqda bariatrik cərrahiyyə aparılır.



## ŞƏKƏRLİ DİABETİN AĞIRLAŞMALARININ MÜALİCƏSİNDƏ LİMFASİTİMULƏDİCİ KORREKSİYANIN ƏHƏMİYYƏTİ

Məmmədov Y.C., Əliyeva A.C., Əliyev S.H.,  
Cəfərova N.Ə.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Son illərin statistikasına əsasən 2035-ci ilə qədər şəkərli diabet (ŞD) xəstələrinin sayı dünya üzrə 592 milyona çatacaqdır [1,2,3]. ŞD xəstələrində retinopatiya, neyropatiya, nefropatiya kimi mikrovaskulyar, eləcə də kəskin koronar sindrom, insult kimi makrovaskulyar ağırlaşmaların inkişaf etmə riski çox yüksəkdir. Bu sahədə aparılan tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, ŞD zamanı pozulmuş mübadilənin toksik məhsulları toxumalarda toplanaraq mikrosirkulyator sistemin işini ləngidir, toxumaların qanla təchizi və limfa drenajı zəiflədir [4,5]. Bu məhsullar hüceyrəarası sahələrdə toplanaraq müxtəlif orqanlarda (böyrəklər, ürək, göz və s.) patologiyaların inkişafına gətirib çıxarır [6,7,8].

ŞD və onun ən çox rast gəlinən ağırlaşmalarından olan diabetik nefropatiya (DN) zamanı mikrosirkulyator sistemin limfasirkulyasiya şöbəsində baş verən dəyişikliklərin öyrənilməsi, toxumaların limfadrenajını fəallaşdırmaq yolu ilə bu pozulmaların qarşısının alınması, yəni limfastimuləedici korreksiyanın aparılması bizim tədqiqatın əsas məqsədi olmuşdur.

Tədqiqatlar zamanı eksperimentdə dovşanlar üzərində ŞD və DN modeli yaradılmışdır. Bu heyvanların qanında və ilk dəfə olaraq limfasında laxtalanma-əks laxtalanma-fibrinoliz (LƏF) sisteminin göstəriciləri və limfanın axın sürəti öyrənilmişdir. Tədqiqat zamanı aldığımız nəticələr bu patologiyaların dinamikasının aşağıdakı zəncir üzrə inkişaf etdiyini üzə çıxarmışdır: hiperqlikemiya → dislipidemiya → damar endotelinin disfunksiyası → LƏF sisteminin aktivləşməsi → mikrohemosirkulyasiyanın və mikrolimfosirkulyasiyanın pozulması. Damar endotelinin zədələnməsi LƏF sistemində tarazlığın pozulmasının ən önəmli səbəblərindəndir. Bu zaman toxumalarda həm mikrohemosirkulyasiya, həm də mikrolimfasirkulyasiya pozulmuş olur. DN zamanı heyvanların laxtalanma sistemində hiperkoagulyasiya istiqamətli dəyişikliklər baş verir, limfanın axın sürəti (LAS) zəifləyir. Toxumada limfadrenajın pozulması orqanizmin toksik məhsullarla daha artıq yüklənməsi ilə nəticələnir və beləliklə, qüsurlu dövran əmələ gəlir. Bu dəyişikliklərin qarşısını almaq üçün klinik praktikadan məlum olan sulodeksid preparatından istifadə olunmuş və onun limfa axınını fəallaşdırma qabiliyyəti üzə çıxmışdır. Sulodeksidin istifadəsi hipokoaqulyasiya istiqamətli dəyişikliklərə – LƏF sisteminin müayinəsi zamanı PTT, PT və TT kimi göstəricilərin uzanması, fibrinolitik aktivliyin artmasına səbəb olmuşdur. Limfada damardaxili laxtalanma markerləri uzun müddət aşkar edilməmişdir. Bu isə limfastimuləedici terapiyanın ŞD və onun ağırlaşmalarının qarşısının alınmasında nə dərəcədə əhəmiyyətli olduğunu göstərmişdir. Limfanın axın sürətinin dəyişmə dinamikası göstərmişdir ki, sulodeksidin istifadəsi döş limfa axacağından LAS-ı aktivləşdirir ( $p < 0,01$ ), bununla da toxumaların drenaj funksiyasını yaxşılaşdırır. Aldığımız ən dəyərli nəticə limfatrop təsirli preparatların istifadəsi və limfadrenajı stimule etmə yolu ilə şəkərli diabetin və onun ağırlaşmalarının qarşısının alınmasının klinik praktikaya tövsiyə edilməsi olmuşdur.

**ƏDƏBİYYAT**

1. Eisenbarth GS. Update in type 1 diabetes // Jour. Clin. Endocrinol. Metab. 2007; 92: 2403–7
2. Şenay Topsakal, Özlem Özmen. İnsan ve hayvanlarda diabetik mellitus, MAE Vet Derg. Türkiye 2016 (1)
3. Дедов И.И., Шестакова М.Б., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клиничко-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета. // Сахарный диабет, 2017, №20 (1), с.13-51
4. Cruz NG, Sousa LP, Sousa MO, Pietrani NT, Fernandes AP, Gomes KB. The linkage between inflammation and Type 2 diabetes mellitus // Diabetes research and clinical practice. 2013; 99(2): 85–92
5. Смирнов И.Е. Диабетическая нефропатия // Медицина и здравоохранения, Москва, 2015, стр. 43-50
6. Vlassara H, Striker GE. Advanced glycation end products in diabetes and diabetic complications. Endocrinology and metabolism clinics of North America // 2013;42(4):697–719
7. Yao D, Brownlee M. Hyperglycemia-induced reactive oxygen species increase expression of the receptor for advanced glycation end products (RAGE) and RAGE ligands // Diabetes. 2010; 59(1): 249–255





## DIABETİK ANGIOPATİYALARIN İNKİŞAFINDA QANIN VƏ LİMFANIN DAMARDAXİLİ LAXTALANMASININ ROLU

Əliyev S.C., Hacıyeva S.İ., Əliyev S.H.,  
Əliyeva C.T.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına əsasən şəkərli diabet (ŞD) xəstəliyinin yayılma göstəriciləri ilbəl artır. Bu baxımdan şəkərli diabet tibbi-sosial problem olaraq qalmaqdadır. Şəkərli diabet xəstəliyinin sürətlə yayılması müalicəyə çətin tabe olan ağırlaşmaların yaranması ilə izah edilir. Bu ağırlaşmalardan biri də diabetik angiopatiyalardır. Diabetik angiopatiyalara demək olar ki, xəstələrin 85-100%-də rast gəlinir, patogenezdə xronik hiperqlikemiya mühüm rol oynayır. Belə ki, qlükozanın qanda miqdarının kəskin artması qlükozilləşmə proseslərini həddən artıq fəallaşdırmaqla oksidativ stressə səbəb olur. Yəni, şəkərli diabet zamanı antioksidant ehtiyatının azalması lipidlərin peroksidləşməsi (LPO) prosesini fəallaşdırır və toxumalarda sərbəst radikalların, sitotoksik təsirli məhsulların toplanması angiopatiyaların inkişafına gətirib çıxarır. Aparılan tədqiqatın məqsədi diabetik angiopatiyalar zamanı qan və limfanın damardaxili laxtalanmasının pozulmasında LPO-nun rolunun öyrənilməsi olmuşdur. Təcrübələr 16 baş adadovşanında aparılmışdır. ŞD modeli dovşanların qulaq venasına alloksan monohidratın suda məhlulu yeridilməklə yaradılmışdır. Tədqiqatların nəticəsi göstərmişdir ki, alloksan məhlulu yeridildikdən 15 gün sonra qanda şəkərin miqdarı norma ilə müqayisədə 2-3 dəfə artmış, bu fonda qanın və limfanın damardaxili laxtalanması fəallaşmışdır. Tədqiqatın müddəti uzandıqca bu dəyişikliklər daha da dərinləşmiş, qanda şəkərin miqdarı artdıqca lipidlərin peroksidləşməsi artmış, antioksidantların səviyyəsi isə azalmışdır. Döş axacağından götürülmüş limfanın laxtalanma qabiliyyəti də dəyişikliklərə məruz qalmışdır. Hiperkoagulyasiya fonunda müşahidə edilən bu cür dəyişikliklər tədqiqatın 30-cu günü daha nəzərə çarpan olmuşdur. Limfada hissəvi tromboplastin müddəti, protrombin və trombin müddəti, Villebrand amilinin qatılığı artmışdır ( $p < 0,01$ ). Tədqiqatın 30-cu günündən başlayaraq döş axacağından limfanın axın sürəti zəifləməyə başlamış, belə dinamika tədqiqatın sonuna qədər davam etmişdir.

Beləliklə, aparılan tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, eksperimental ŞD zamanı qanda olduğu kimi limfada da LPO-nun fəallaşması damardaxili laxtalanma prosesini sürətləndirir, laxtalanma markerlərinin görünməsi bunu bir daha təsdiq edir. Qeyd olunanlar gələcəkdə diabetik angiopatiyaların müalicə və profilaktika tədbirlərinin hazırlanmasında limfa sistemində baş verən dəyişikliklərin də nəzərə alınmasını tələb edir.

### ƏDƏBİYYAT

1. Алиев С.Д., Алиев М.Х., Мамедзаде А.Я. Нарушения лимфодренажа сердца и свертываемость крови и лимфы в постреанимационном периоде / Мат. юбилейной конференции посвященной 80 летию проф. М.С. Абдуллаева, Баку, 2004, с.35-43
2. Гоженко А.И., Кузнецова А.С., Кузнецова Е.С., Быць Т.Н. Эндотелиальная дисфункция в патогенезе осложнений сахарного диабета// Эндокринология, 2017, №2, с. 171-181
3. Маслова О.В., Сунцов Ю.И. Эпидемиология сахарного диабета микрососудистых осложнений// Сахарный диабет, 2011, №3, с.67-69
4. Corey E. Tabit., William B. Chung., Naomi M. Hamburg. Endothelial dysfunction in diabetes mellitus: Molecular mechanisms and clinical implications// Rev. Endocr. Metab. Disord., 2010, №11, p.61-74
5. Vagua P., Juhan-Vagua I. Fibrinogen, fibrinolysis and diabetes mellitus: a comment, Diabetologiya, 1997, p.738-740



## ARTYUS FENOMENİ ZAMANI BƏZİ İMMUN GÖSTƏRİCİLƏRİN DƏYİŞİKLİKLƏRİ

Təranə Əliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti

**Giriş.** Artyus fenomeni III tip – immunkompleks reaksiyalara aid olub, iltihabın effektor mexanizmlərinin, trombozun və fibrin əmələgəlmənin fəallaşması ilə gedib, immunkomplekslərin normal klirensinin pozulması nəticəsində onların damar divarlarında və toxumalarda fiksasiyası ilə xarakterizə olunur. Dövr edən immunokomplekslərin (DİK) qanda dövr etmə müddəti, damar divarında və toxumalarda çökməsi onların ölçülərindən və komplementi fiksə etmək qabiliyyətindən asılıdır. İmmunkomplekslər tərkiblərindəki immunqlobulinlərin ölçülərinə, həllolma qabiliyyətinə və s. görə fərqlənir və onların zədələyici təsirinin tərkibindəki anticisimlərdən asılı olduğu müəyyənləşdirilmişdir.

Bunları nəzərə alaraq, eksperimentdə Artyus fenomeni yaradılmış heyvanlarda dövr edən immunokomplekslərin qatılığını və G immunqlobulinin səviyyəsini qanda və limfada müqayisəli öyrənməyi qarşımıza məqsəd qoyduq.

**Material və metodlar.** Tədqiqat iki seriyada, "Şinşilla" cinsindən olan 18 dovşan üzərində aparılmışdır. Nəzarət qrupu kimi 9 intakt dovşanın qanında və limfasında dövr edən immunkomplekslərin qatılığı və G immunqlobulinin səviyyəsi tədqiq edilmişdir. Eksperimentdə Artyus fenomenini almaq üçün dovşanın kürək nahiyəsinin dərisi altına 1 ml at qanı zərdabı 5 gündən bir olmaqla, 25 gün ərzində yeridilmiş, 5-ci inyeksiyadan sonra həmin nahiyədə nekroz inkişaf etmişdir. Tədqiqat üçün lazım olan qan dovşanın qulağının kənar venasından, limfa isə V.Q. Məmmədov və M.X.Əliyevin modifikasiyasında V.V.Kornienko üsulu ilə döş limfa axacağından götürülmüşdür. G immunqlobulini qanda və limfada sərt immunoferment analizi üsulu ilə təyin edilmişdir.

Tədqiqat nəticəsində məlum olmuşdur ki, Artyus fenomeninin sensibilizasiya mərhələsində dövr edən immunokomplekslərin qandakı qatılığı intakt qrupun göstəriciləri ilə müqayisədə 4,5 dəfə, Artyus fenomeni mərhələsində isə 11,8 dəfə çoxdur ( $p<0,001$ ). İmmunqlobulin G-nin səviyyəsi qanda intakt qrupla müqayisədə 1,8 dəfə artaraq, 9,5 q/l, Artyus fenomeni mərhələsində yene də artaraq, 23,3 q/l bərabər olmuşdur.

Artyus fenomeni yaradılmış heyvanların limfasında sensibilizasiyanın 5-ci günü DİK-in qatılığı nəzarət qrupu ilə müqayisədə 2,3 dəfə ( $p<0,001$ ), Artyus fenomeni mərhələsində isə 10,8 dəfə ( $p<0,001$ ) artıq olmuşdur. Limfada İgG-nin səviyyəsi sensibilizasiyanın 5-ci günü intakt göstəricidən 2,3 dəfə çox olmuş, Artyus fenomeni mərhələsində 15,2 q/l-ə qədər artmaqla, intakt heyvanların göstəricisindən 6 dəfə çox olmuşdur.

### Nəticə

1. Artyus fenomeni yaradılmış heyvanların qanında və limfasında həm DİK-in və İgG qatılığı artsa da, İgG qatılığının artması daha nəzərəçarpan olmuşdur.

2. Artyus fenomeni yaradılmış heyvanların qanında İgG qatılığının dəyişiklikləri limfa ilə müqayisədə daha nəzərəçarpan olmuşdur.

**Yekun.** Beləliklə, nəticələrdən göründüyü kimi, Artyus fenomeni modeli yaradılmış heyvanların qanında və limfasında İgG qatılığı dövr edən immunokomplekslərə nisbətən daha nəzərəçarpacaq dərəcədə artmışdır.



## PROQRAM HEMODİALİZİ ALAN XƏSTƏLƏRDƏ OKKULT HEPATİT B VİRUS İNFEKSİYASININ AŞKARLANMA XÜSUSİYYƏTLƏRİ

**Hidayətov Ə.A., Nağıyeva E.R.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**İşin məqsədi.** Dünya ədəbiyyatında uzun müddət hemodializ alan xəstələrdə hepatit B virusun okkult infeksiyasının yayılması ilə bağlı tədqiqatların sayı az və bu problem geniş öyrənilmişdir. Məlumdur ki, HBsAg testi neqativ olan xəstələrdə hepatit B virusunun mövcudluğu həm plazma, həm də qaraciyər toxumasında ola bilər. Bu vəziyyət bir çox diaqnostik problemlərə səbəb olur.

Bu tədqiqat işi proqram hemodializi alan xəstələrdə okkult hepatit B virus infeksiyasının yayılmasının müəyyənəşdirilməsinə yönəlmişdir.

**Material və metodlar.** Araşdırmaya 18 yaşdan yuxarı 150 HbsAg testi neqativ olan xəstələr daxil edilmişdir. Onlardan 94 kişi, 56 isə qadın idi. Xəstələrin orta yaşı 54.2 olmuş, 24-83 yaş arası dəyişmişdir. Anti-HBc IgG müəyyən edilməsi üçün, xəstələrdən alınan venoz qan nümunələrinin (5 ml) seroloji tədqiqatı aparılmışdır (ELİSA Vidas bioMerieux, Vidas Kit, France). Hepatit B virus infeksiyasının DNT-ni aşkar etmək və onun titrini müəyyənəşdirmək məqsədi ilə anti-HBc-IgG- pozitiv olan xəstələrdə real vaxt rejimində PZR tədqiqatı aparılmışdır (Iontech reagent, Montania, Turkey).

**Nəticələr.** Seroloji test nəticəsində 150 hemodializ alan xəstədən 51-də (34,0%) pozitiv anti-HBV-IgG aşkar edilmişdir. Bu qrup xəstələrdə hepatit B virus infeksiyasının DNT-nin aşkarlanması üçün PZR muayinəsi aparılmışdır. Onlardan 9-da (17,6%), titri 125,7 IU/ml -dən 325 IU/ml -ə qədər dəyişən, orta hesabla 225,35 IU/ml olmuş HBV DNT-nin aşkarlanmışdır.

**Yekun.** Hemodializ mərkəzləri okkult hepatit B virus infeksiyasının yayılması üçün risk zonaları hesab edilir. Bizim tədqiqatımızda proqram hemodializi alan xəstələrin 34%-də pozitiv anti-HBV-IgG, 6%-də isə hepatit B virusun DNT-si aşkar edilmişdir. Aldığımız nəticələr bu problemlə bağlı qabaqcıl ölkələrin məlumatlarına uyğundur.

Fikrimizcə, belə təhlükəli virus patologiyasının yayılmasını məhdudlaşdırmaq məqsədi ilə, proqram hemodializi olan bütün pasiyentlərin dövrü skriningi aparılmalıdır.



## LAPAROSKOPIK "SLEEVE GASTRECTOMY" (LSG) ƏMƏLİYYATINDAN SONRA TROAKAR YERİNDƏ YIRTIQ TƏSADÜFÜ

**Abdinov E.Ə., Hadıyev S.İ., Sarıyeva K.H.,  
Abbasov V.Ş.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Bu gün bir mənalı şəkildə qəbul edilmişdir ki, morbid piylənmənin əsas müalicə vasitəsi bariatik cərrahiyyədir. Bu məqsədlə müxtəlif əməliyyat növləri təklif edilmişdir ki, onlardan biri və son illərdə daha çox icra ediləni laparoskopik "sleeve gastrectomy" (LSG) əməliyyatıdır. Lakin bütün cərrahi əməliyyatlardan sonra olduğu kimi, LSG əməliyyatının icrasından da sonra bir sıra ümumi və spesifik fəsadlar baş verə bilər ki, bunlardan biri də troakar yeri yırtıqlarıdır.

**Tədqiqatın məqsədi:** LSG əməliyyatından sonra rast gəlinən fəsadlardan olan troakar yeri yırtıqlarının profilaktikası.

**Tədqiqatların material və metodları.** Tədqiqatlar 2014-2019-cu illərdə Azərbaycan Tibb Universitetində və Bakı "City Hospital" da III dərəcəli morbid piylənməsi olan və LSG əməliyyatına məruz qalan 100 xəstə üzərində aparılıb. Xəstələrin 12 (12%) kişi, 88 (88%) qadın, orta yaş 35 il (20-63 yaş), orta bədən kütləsi - 145kq (bədən kütləsi 98 – 190 kq), orta bədən kütləsi indeksi - 58 kq/m<sup>2</sup> (BMI 42 ilə 70 kq/m<sup>2</sup>) olmuşdur. Bütün xəstələrdə LSG əməliyyatı beynəlxalq standartlara uyğun olaraq aparılıb. Əməliyyatlar eyni cərrahi briqada tərəfindən ümumi anesteziya altında icra olunub. Stepler xətti əlavə olaraq 3/0 Vikril sapla fasiləsiz sera-seroz tikişlərlə közənib. Metilen abısı testi ilə mədə güdülünün hermetikliyi yoxlanılıb, sol diafraqma altı nahiyə 16 № drenaj boru ilə drenləşdirilərək əməliyyat yekunlaşdırılıb. Əməliyyat və əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız və qənaətbəxş olmuşdur. Letallıq qeydə alınmayıb. Qarın boşluğuna yerləşdirilmiş drenaj boru bir sutka sonra xaric edilmişdir. Klinikada qalma müddəti 2-3 gün olub.

**Nəticələr:** Laparoskopiyadan sonrakı troakar yeri yırtıqlarının rastgəlmə tezliyi 0,14%-lə 20% arasında tərəddüd edir və səbəblərini morbid piylənmə, qarın divarının zəifliyi, qarındaxili təzyiğin artması (qəbzlik, meteorizm, öskürək), troakar dəliyinin açıq saxlanması, yaranın irinləməsi və digər amillərlə əlaqələndirilir. Bizim klinik müşahidəmizdə olan xəstələrdə əməliyyatdan sonra ventral yırtıq qeydə alınmayıb.

**Yekun:** Beləliklə, 10 mmlik və bundan böyük defektlər səhih şəkildə, sorulmayan sapla kip tikilməsi, qarındaxili təzyiğin profilaktikası, troakar yaralarının birincili sağalması postoperasion yırtıqların əmələ gəlməsinin qarşısını alır.

*Aiar sözlər: piylənmə, ventral yırtıq, laparoskopik sleeve gastrectomy*





## OFTALMOLOJİ MİQREN: KLİNİK HALIN TƏHLİLİ

**Abdullayeva A.M., Nəsirova V.B., Əsədova Ş.Ə.,  
Əliyeva G.Ə.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Oftalmoloji miqren – miqren xəstəliyinin bir alt qrupudur. Tutma zamanı 70% xəstələrdə işqüzarlıq azalır, 30% hallarda itir.

**İşin məqsədi:** miqren xəstəliyinin xüsusi bir tipi olan səyriyən skotoma halını diagnostik ispatlamaq və klinik hal kimi dəyərləndirmək.

**Material və metodlar:** müşahidəmiz altında 44 yaşında qadın olmusdur. Müayinələr: klassik, fizikal və instrumental.

**Klinik hal:** 44 yaşında qadın, sol gözdə görmədə azalma, gözün önündə mane olan qara nöqtələr, şiddətli baş ağrıları, əllərdə və dildə uyuşmalar şikayətləri ilə klinikamıza müraciət etdi. Xəstədən anamnez toplandı, baş ağrılarını psix-emosional stresə bağladı. Əvvəlcə gözünün önündə mərkəzdə parlaqlığın yaranmasını, görmənin zəifləməsini və daha sonra rəngarəng parlaqlığın periferiyaya çəkilməsini və görmənin də nisbətən artmasını qeyd etdi. Onra baş ağrılarının meydana gəlməsini qeyd etdi. Xəstənin sözlərinə görə, ara sıra baş ağrıları gənc yaşlarından mövcuddur. Yorğunluğa, stressə, alimentar xətalara, meteodəyişikliyə bağlayır.

Ümumi baxış zamanı: vəziyyəti kafi, şüuru aydın, psix-nevroloji status normal, həyatı göstəriciləri A/T-110/70 mmHg; nəbzi – 80, bədən hərərəti 36,9°C. Ümumi və biokimyavi qan təhlilləri müşahidə məqamında normal sərhədlərdə idi. EKG – normal sinus ritmi, kontrastlı MRT müayinəsi nəticələri – patologiyasız.

Oftalmoloji müayinədə: VİS OU = 1,0, göz hərəkətləri tam həcmdə, bəbəklərin ölçüsü, işığa reaksiyası – normal; TOD = 18mmHg; TOS=17mmHg; rəngli görmə testləri – normal, görmə xarakteri binokulyar. Periferik görmə ilk öncə kontrol üsulu ilə yoxlanıldı, sağ temporal tərəfi görə bilməmək və göz önündə olan maniyələrə şikayət edən xəstədə sağ temporal hemianopsiyaya şübhə yarandı. Humphrey avtomatik perimetriya üsulu ilə sağ temporal hemianopsiya təsdiqləndi.

Fundus müayinəsində və optik kogerent tomografiyada patologiya aşkar edilmədi.

Toplanan anamnezdən və aparılan bütün müayinələrin nəticələrinə görə və nevroloqun təsdiqi ilə xəstəyə oftalmoloji miqren diaqnozu qoyuldu.

Bu tipli miqrenə uyğun intensiv terapiya başlandı. Müşahidə altında olan xəstəmizdə tədricən oftalmoloji şikayətlər gerilədi, uyuşmalar və baş ağrısı zəiflədi.

24 saat sonra bizim tərəfimizdən aparılan təkrar oftalmoloji müayinələrdə görmə sahəsində olan dəyişikliklər normal sərhəd parametrlərinə döndü.

**Yekun:** Baş ağrısı və görmə pozğunluqları şikayətləri ilə müraciət edən xəstələrdə oftalmoloji və retinal miqren diaqnozlarının dəqiq qoyulmasında nevroloq və oftalmoloqların diqqətli olması və müştərək olaraq kliniko-instrumental dəyərləndirmə aparılmalıdır.



## DƏRİN İNFİLTRATİV ENDOMETRİOZ ZAMANI ARXA DUQLAS OBLİTERASİYASININ TƏYİNİ

**Aygün Abdullayeva**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Endometrioz xroniki peritoneal xəstəlik olub, progressivləşməsi nəticəsində çanağın arxa komponentlərində olan infiltrativ zədələnmələr dərinləşərək bitişmələrin yaranmasına səbəb olur. Bunlar isə əməliyyatın gedişində cərrah və ginekoloqlara müəyyən çətinliklər törədir. Aparılan uzunmüddətli araşdırmalar zədələnmələrin yerini və dərəcəsini əməliyyata qədər təyin etmək üçün transvaginal ultrasəsin ilkin seçim metodu kimi daha da inkişaf etməsinə səbəb olub. Burada əsas rolu real zaman rejimində aparılan "sliding sign"-sürüşmə əlaməti oynayır.

**Giriş:** Endometrioz-xroniki xəstəlikdir. Laporoskopiya zamanı 1 mm-lik peritoneal implantlardan tutmuş, 10 sm-lik yumurtalıq endometriomlarına qədər aşkarlana bilər. Xəstəlik progressivləşdikdə isə sidik axarları, uşaqlıq və bağırsaqlar da infiltrativ zədələnməyə qoşula bilər. Endometriozu olan qadınların 1/3-də dərin infiltrativ endometrioz (DİE) yaranır ki, bu da qadınlarda üzücü xroniki çanaq ağrılarına səbəb olur. Duqlasın DİE ilə zədələnməsinə şübhə olan hallarda real zamanda dinamik ultrasəs müayinəsi üstünlüyə malikdir. Çünki arxa Duqlasın obliterasiyası olan qadınların təxminən 60 %-də bağırsağ endometriozuna rast gəlinir. Belə olduğu halda, hər iki- arxa komponentlərin dərin infiltrativ endometriozu və Duqlas boşluğu obliterasiyası olan qadınlarda laporoskopik əməliyyatın gedişi təkcə arxa komponentin dərin infiltrativ endometriozu olan qadınlara nisbətən daha uzun və çətin olur.

**Tədqiqatın məqsədi:** Arxa Duqlas boşluğunun obliterasiyası haqqında pre-operativ məlumatın olması əməliyyat planının optimallaşdırılmasına kömək etmiş olur. Real zamanda dinamik "sürüşmə əlaməti" arxa Duqlasın obliterasiyasını təxmin etmək, anterior rektumun serviks və posterior vaginal divarın arxa tərəfi boyunca sərbəst şəkildə sürüşüb-sürüşmədiyini müəyyən etmək imkanı verir.

**Material və metodlar:** Tədqiqat Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris-Cərrahiyyə klinikasında 2019-2021-ci illər ərzində laparoskopiya olunmuş 78 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələr laparoskopiya və radikal rezeksiyadan əvvəl transvaginal sonografiya istifadə etməklə prospektiv qiymətləndirilib və sonra histoloji təsdiq edilib.

**Nəticə:** Əgər rektumun ön divarı uşaqlıq boynunun və uşaqlıq yolunun arxa divarı boyunca hamar şəkildə sürüşürsə "sliding sign" əlaməti bu yer üçün müsbət sayılır. Sonra müayinə aparan şəxs sol əlini qadının qarınının ön aşağı hissəsinə qoyaraq sağ əlində transvaginal ötürücü ilə uşaqlığın balanslaşdırılmış qiymətləndirilməsini aparır. Əgər bu zaman retro-sigmoid bağırsağ uşaqlığın dibi və arxa yuxarı hissəsi ilə rahat sürüşürsə bu əlamət müsbət sayılır.

Əgər "sürüşmə əlaməti" hər iki anatomik nahiyədə-uşaqlığın və uşaqlıq boynunun arxa hissəsində müsbət olarsa, onda arxa Duqlas obliterasiya olunmamış hesab olunur. Əgər bu nahiyələrdən hər hansı birində bu sürüşmə əlaməti qeyd olunmazsa "sliding sign" mənfi hesab olunur. Deməli arxa Duqlas boşluğu obliterasiya olunub. Bu metod ilk dəfə laparoskopiyada troakarın yerləşdirilməsi zamanı bağırsaqlarla göbəkətrafi sahələr arasında bitişmələrin olub-olmamasını yoxlamaq üçün istifadə edilir.

**Yekun:** Beləliklə, "sürüşmə əlaməti" arxa Duqlas boşluğunun obliterasiyasının proqnozunda ilk test olmalıdır. Əgər "sürüşmə əlaməti" neqativdirsə bağırsağ endometriozunun olma ehtimalı 3 dəfə çoxalır. Artıq bundan sonra sonoloq arxa şöbələrin-rectumun ön əzələsinin dərin infiltrativ endometrioz nodullarını axtarmalıdır.



## YETKİN İNSANLARDA COVID-19 PANDEMİYASI ZAMANI PİYLƏNMƏ VƏ DİGƏR SAĞLAMLIQ GÖSTƏRİCİLƏRİNİN DƏYİŞMƏ TƏZAHÜRLƏRİ

**Abızadə Rəşad., Ömərov Taryel**  
*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** 2019-cu ilin Dekabr ayında Çinin Vuhan ərsəsində ilk dəfə qeydə alınan və kəskin pnevmoniya ilə ağırlaşma verən yeni Koronavirus virusu qısa zamanda bütün dünyanı əhatə eləmişdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının verdiyi təlimatlara uyğun olaraq bütün dünyada karantin tədbirləri həyata keçirilmişdir. Ölkəmiz də 14 mart 2020-ci il tarixindən bu günə qədər xüsusi karantin rejimində virusla mübarizə aparır. Ümumiyyətlə infeksiyon proserslər üçün karantin rejimi əsas profilaktik tədbirlərdəndir. Lakin bu tədbirlər nəticəsində əhali arasında fiziki aktivliyin azalması , piylənmə, müxtəlif tip xəstəliklərin artması , o cümlədən birbaşa COVID-19-un öz fəsadları ilə onların sağlamlığına təsir etməsi görüldü. Əksər dünya ölkələrində bu amillər araşdırılır və gələcək də belə hadisələr baş verərsə mümkün ağırlaşmaların profilaktikasının aparılması üçün müxtəlif tədbirlər planı hazırlanır

**Metod və materiallar:** Araşdırma üçün anket forması Google Formda düzəldildi və sosial şəbəkələr – Whatsapp, Facebook, İnstagram vasitəsilə insanlar arasında yayıldı. Sorğunun daha çox əhali arasında yayılması üçün respondentlərdən bu sorğunu ətrafları ilə yaymasını istədik . Sorğuya ümumi olaraq 187 nəfər öz cavablarını verdi . Bunlardan 10 nəfəri xaric kateqoriyaya aid olduğundan analiz zamanı istifadə olunmadı. Anket özündə sosiodemografik , antropometrik göstəricilər , qidalanma göstəriciləri , xəstəlik göstəriciləri adlı bölmələri birləşdirdi. Yuxarıda göstərilən bütün göstəricilər üzrə pandemiya əvvəl və pandemiya dövründə olmaqla statistik analizlər aparıldı. Bu zaman bizi maraqlandıran əsas məsələlər üzrə : çəki və BMI dəyişimi, qidalanma rasionunda, yanaşı xəstəliklər baş verən dəyişikliklər tədqiq edildi. Statistik analiz IBM SPSS Modeller 18.0 proqramında aparıldı.

**Müzakirə:** Əldə olunmuş nəticələr onu göstərdiki , hər iki cins üzrə əhali arasında karantin rejimi onların fiziki aktivliyinin azalmasına , o cümlədən, çəki almalarına səbəb olmuşdur. Beləki ümumi araşdırma qrupunun 16.4 % -i karantindən əvvəl artıq çəki və piylənmədən əziyyət çəkirdisə , karantin dövründə bu rəqəm 20.3 % -ə qədər artmışdır ( $p \leq 0.005$ ). Ədəbiyyat nümunələrini araşdıran zaman bəzi ədəbiyyat nümunələrində BMI-in artdığını bəzilərinde isə azaldığı müşahidə olunmuşdur. Onlar bunu koronavirusla mübarizə sırasında bəzi əhalinin sağlam həyat tərzinə keçidlə , bəzilərinde isə tam əksi ilə əlaqələndirirlər. Qidalanma göstəricilərinin tədqiqi zamanı isə yağ və karbohidrat tərkibli məhsulların qida rasionunda artması görünmüşdür. Ədəbiyyat nümunələrini araşdıran zaman allergik və autoimmun xəstəliklərin şiddətləndiyi görülsədə , ürəyin işemik xəstəliklərinin azalması daha çox nəzərə çarpmışdır.

**Nəticə:** Koronavirus pandemiyası zamanı tətbiq edilən karantin rejimi insanların fiziki aktivliklərinə bir başa təsir göstərərək , piylənmənin artmasına gətirib çıxarmışdır . Həm piylənmə , həm də yanaşı proseslər digər xəstəliklərin intensivləşməsi ilə nəticələnmişdir. Covid-19 pademiyasının uzaq və yaxın nəticələrinin öyrənilməsi , gələcəkdə baş verə biləcək digər infeksiyon proseslər zamanı əhalinin sağlamlığının qorunmasında yardımçı olacaqdır.



## SİNOVİTLƏR ZAMANI OYNAQLARDA BAŞ VERƏN DƏYİŞİKLİKLƏR

Ağayarı Fəridə., Mətiyev İsmixan

**Aktuallıq:** Oynaqlarımız, sümüklərimizi bir-birinə bağlayaraq hərəkət etməmizə imkan verir. Barmaqlarımızda oynaqlarımız olmasaydı, hər hansı bir obyektı tuta bilməzdik. Dizlərimizdəki oynaqlarımız olmasaydı, oturub qalxa bilməzdik, gedib qaça bilməzdik. Bir çox oynaq xəstəlikləri zamanı oynaqlarımızın düzgün strukturu pozulur. Bu xəstəliklərdən biri də sinovitdir. Sinovitin nə olduğuna nəzər saldıqda, bu, orqanizmdəki oynaqların əksəriyyətinin daxili səthini örtən qişanın sinoviumun zədələnməsi və ya iltihabı nəticəsində yaranan xəstəlikdir. Sinovit, oynaqlarda həssasiyyət və ağrıya səbəb olur. Aktiv, sağlam bir insanda sinovitin ən çox görülən səbəbi, məsələn, idmançılarda və ya işləri qaldırma və ya çömbəlmək kimi təkrarlanan stress hərəkətləri ilə əlaqəli olan insanlarda oynağın həddindən artıq istifadəsidir. Əsasən 3-10 yaş arası uşaqlarda görülən keçici sinovitlər qalıcı iz buraxmaz. Lakin uzun müddətli görüldüyündə oynağın qalıcı zərər görməsinə səbəb olur. Sinovit çox ağrılı bir xəstəlikdir və bir çox xəstəliklərin əmələ gəlməsində təsirli rol oynayır. İltihabın meydana gəlməsi səbəbindən fiziki çatışmazlıqları da görmək mümkündür. Xəstəliyin immun sisteminin pozğunluğu səbəbindən baş verdiyi ehtimal edilir. Sinovit kişilərdə qadınlara nisbətən daha çox rast gəlinir. Təsirə məruz qalan oynaqda iltihab meydana gəldiyindən, zamanla müalicə edilmədikdə daha çox oynağın təsirlənəcəyi məlumdur.

**İşin məqsədi:** Yuxarıdan deyilənləri nəzərə alaraq işin məqsədi sinovitlər zamanı oynaqlarda baş verən normal və patoloji dəyişiklikləri aşkar etməkdir.

**Material və metodlar:** Tədqiqat işi üçün 15 müxtəlif yaş qruplarından olan xəstədən məlumatlar toplanılmışdır. Araşdırmalar isə menisk yırtığı və sinovial maye artımı olan 25 yaşlı kişi və 38 yaşlı qadın xəstə üzərində aparılmışdır.

**Müzakirə:** Ədəbiyyatların tədqiqi göstərir ki, sinovial zar oynağı əhatə edən yumşaq bir kütlədir. Bu zar nazik və yapışqandır. Ancaq iltihab meydana gəldikdə, zar qalınlaşacaq və axıcılığını azaldacaq. Bu səbəbdən həmin nahiyədə hər bir hərəkət edildiyində şiddətli ağrıya səbəb olacaqdır. Sinovial zarın içərisində sinoviya adlanan maye var. Sinovial mayenin əsas məqsədi oynaq hərəkəti zamanı sümüklər arasında sürtünməni azaltmaqdır. Bu zar iltihablandıqda, bədənin digər yerlərindən maye yığılması və iltihab hüceyrələrində artıma səbəb olur. Bu oynağın şişməsinə və çox sıxılmasına səbəb olur və oynağın düzgün strukturunun pozulmasına gətirib çıxarır. Sinovial iltihabının ən böyük səbəblərindən biri immunitet sisteminin çökməsi nəticəsində anormal reaksiyalar meydana gəlməsidir. Xəstəliyin səbəbi dəqiq bilinməsə də, immunitet sisteminin zəifləməsi, orqanizmin öz normal hüceyrələrini yad maddə kimi qəbul etməsi nəticəsində meydana gəldiyi düşünülür.

**Nəticə:** 15 nəfər müxtəlif yaş qruplarından olan xəstələrdən müayinə aparıldı və məlumatlar toplanıldı və bunlardan yalnız 2 müxtəlif ağırlıqlı sinoviti olan xəstə üzərində tədqiqat aparıldı. 2 xəstə üzərində müvafiq olaraq artroskopik və açıq sinovektomi əməliyyatı icra olundu və iltihaba səbəb olan sinovial zar çıxarıldı.





## BAĞIRSAQ ANASTOMOZU TUTARSIZLIĞININ PROFİLAKTİKASI

Ağayev E.K., Məmmədov T.E., İbrahimov N.F., Musayev A.H.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Son dövrlərdə bağırsaqların həm planlı, həm də təcili göstərişlərlə laparoskopik və açıq rezeksiyası əməliyyatları artmaqdadır. Belə əməliyyatların artması da öz növbəsində bir sıra ağırlaşmaların çoxalmasına səbəb olur. Qeyd olunan ağırlaşmalar risk qrupuna daxil olan xəstələrdə qoyulmuş birincili anastomozlarda daha çox müşahidə olunur. Bu ağırlaşmalardan daha təhlükəli olanı isə bağırsağ anastomozu tutarsızlığıdır.

**Tədqiqatın məqsədi** bağırsağ anastomozu tutarsızlığının qarşısının alınmasında kompleks profilaktik tədbirlərin effektivliyinin araşdırılmasından ibarət olmuşdur.

**Material və metodlar.** Tədqiqatlar Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasında aparılmışdır. Tədqiqatlara birincili bağırsağ anastomozu qoyulmuş 128 xəstə daxil edilmişdir. Bunlardan 60 xəstə nəticələri retrospektiv olaraq araşdırılmış müqayisə qrupunu, 68 xəstə isə şəxsi müşahidəmizdə olan və bağırsağ anastomozu tutarsızlığının qarşısını almaq üçün kompleks profilaktik tədbirlər aparılmış əsas qrupu təşkil etmişdir.

Bağırsağ anastomozu tutarsızlığının profilaktikası üçün əsas qrupdakı bütün xəstələrin müsariqə kökünə və ya əzələ daxilinə gündə 1-2 dəfə 2-4 ml insan plasentarı hidrolizatı tətbiq etmişik. Əlavə olaraq anastomoz nahiyəsində gərginliyin olmaması, ikicərgəli tikişlərin qoyulması, antibiotikoprofilaktikanın adekvat aparılması, əməliyyatdan sonrakı dövrdə hipalbuminemiyanın, hiperkoagulyasiyanın korreksiyası və qanda oksigenin parsial təzyiqinin adekvat saxlanması üçün müvafiq profilaktik tədbirləri icra etmişik.

**Nəticələr.** Aparılmış klinik tədqiqat nəticəsində müqayisə qrupunda 13,3% bağırsağ anastomozu tutarsızlığı aşkarlansa da, əsas qrupa daxil olan xəstələrdə bu göstərici 1,5% olmuşdur. Əsas qrupa daxil olan 68 xəstədən 18-də əməliyyatın 1-ci sutkası, 34-də əməliyyatın 2-ci sutkası, 13-də əməliyyatın 3-cü sutkası və 3-də isə əməliyyatın 4-cü sutkasında xəstələr aktivləşdirilmişdir. 13 xəstədə əməliyyatın 1-ci sutkası, 45 xəstədə əməliyyatın 2-ci sutkası, 10 xəstədə isə əməliyyatın 3-cü sutkası defekasiya bərpa olunmuş və xəstələr erkən qidalandırılmışdırlar.

**Yekun.** Beləliklə, aparılmış klinik tədqiqatdan sonra əsas qrup xəstələrində bağırsağ anastomozu tutarsızlığı hallarının azaldılması, yalnız kompleks şəkildə profilaktik tədbirlərin aparılması ilə mümkün olmuşdur.



## BİRİNCİLİ BAĞIRSAQ ANASTOMOZLARINDA TİKİŞ TUTMAZLIĞININ PROFİLAKTİKASI ÜÇÜN TƏTBİQ ETDİYİMİZ YENİ ÜSULLARIN EFFEKTİVLİYİNİN TƏDQIQI

Ağayev E.K., Yusubov M.O., Həsənov A.B.,  
İsmayılova Z.E., Həsənov M.C., Aşurova S.B.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Müasir cərrahlığın aktual problemlərindən biri də bağırsağ anastomozu tikişlərinin tutmazlığıdır (BATT). Bu ağırlaşma bağırsaqların təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra daha çox (4,8-16,4%) müşahidə olunmaqdadır. BATT-nin yaranma səbəbləri sırasında əsas amillər anastomozlaşdırılan bağırsağ seqmentlərinin qan təchizatının pozulması, bağırsaqdaxili hipertenziya, anastomozun virulent bağırsağ mikroflorası ilə infeksiyalaşması, anemiya, hipalbuminemiya, şəkərli diabet, əməliyyatdan öncəki radio- və xemoterapiya, qeyri-steroid preparatlar və neostiqminlə müalicə, cərrahın yol verdiyi taktiki və texniki səhvlər dayanır.

Tədqiqatın məqsədi: BATT-nin profilaktikası üçün tətbiq etdiyimiz kompleks müalicə tədbirlərin effektivliyinin araşdırılmasından ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodlar: Uzun illər boyu BATT-in proqnozlaşdırılması və profilaktikası sahəsində davamlı eksperimental və kliniki çalışmaları həyata keçirmişik. Bu illər ərzində tərəfimizdən əməliyyat olunmuş 657 xəstədə müdaxilələr birincili bağırsağ anastomozlarının qoyulması ilə sonuclanmışdır. Xəstələrdən 369-u (56,2%) planlı, 288-i (43,8%) isə təcili və təxirəsalınmaz qaydada əməliyyat olunmuşlar. 479 (72,9%) xəstədə anastomozlar yan-yana, 153 (23,3%) xəstədə uc-uca, 25 (3,8%) xəstədə isə uc-yana olaraq formalaşdırılmışdır. BATT-nin profilaktikası məqsədilə optimal anastomoz növünün seçilməsi və əsaslandırılması, fasiləsiz müsariqədaxili blokada və limfotrop terapiya (FMBLT) (Avroasiya ixtira patenti №015637), yerli lazer-mağnit terapiyası (LMT), bağırsaqların intubasion dekompressiyası, sanasiyası və polifepanla qastroenterosorbsiya (BİDSQ), insan plasental hidrolizatu olaraq "Laennec" preparatı tətbiq edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri: 657 birincili bağırsağ anastomozu qoyulmuş xəstədən yalnız 10-da (1,5%) BATT baş vermişdir. 479 yan-yana anastomoz qoyulmuş xəstədən 4-də (0,8%), 153 uc-uca anastomozlar qoyulmuş xəstələrdən isə 6-da (3,9%) bu ağırlaşma müşahidə olunmuşdur. Nazik-nazikbağırsağ anastomozu qoyulmuş 135 xəstələrdən 2-də (1,5%), nazik-yoğunbağırsağ anastomozu qoyulmuş 162 xəstədən 1-də (0,6%) və yoğun-yoğunbağırsağ anastomozu qoyulmuş 360 xəstələrdən 7-də (2,0%) BATT halları müşahidə edilmişdir.

Müzakirə: Birincili bağırsağ anastomozu qoyulmuş xəstələrdə tikiş tutmazlığı hallarının 1,5% olması çox gözəl bir nəticədir. Şübhəsiz ki bunun əsas səbəbi qeyd olunan ağırlaşmanın profilaktikası məqsədilə tərəfimizdən tətbiq olunan kompleks profilaktika üsullarıdır. Bu üsulların tətbiqi sayəsində bağırsağ anastomozlarında regenerasiya proseslərinə müsbət təsir göstərən amillər dəstəklənir, mənfi təsir göstərən amillər isə bu və ya digər dərəcədə bloklanır.

Nəticə: Son olaraq qeyd etmək istərdik ki, bağırsaqların xüsusən təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyasından sonra formalaşdırılan birincili anastomozlarında tikiş tutmazlığının profilaktikası məqsədilə FMBLT, yerli LMT-sı, BİDSQ, İnsan Plasental Hidrolizatu olaraq "Laennec" preparatının tətbiqi məqsəduyğundur. Bağırsaqların yayılmış peritonitlər və kəskin bağırsağ keçməzliyi fonunda təcili və təxirəsalınmaz rezeksiyası zamanı anastomozların uc-uca deyil, yan-yana qoyulması məqsəduyğundur.



## LİXTENSŞTEYN ÜSULU İLƏ APARILAN HERNİOPLASTİKA VƏ LAPAROSKOPIK EKSTRAPERİTONEAL HERNİOPLASTİKANIN XƏSTƏLƏRİN ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI RAHATLIĞI BAXIMINDAN MÜQAYİSƏSİ

Hacıyev C.N., Tağıyev E.Q., Hacıyev N.C., Yusubov M.O.  
*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Məqsəd:** Yırtıq cərrahiyyəsində texnikanın uğurunu əks etdirən əsas amillərdən biri də xəstənin rahatlığıdır. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstənin rahatlığının ən mühüm göstəricisi xroniki ağrıdır. Biz qasıq yırtığının plastikasında iki fərqli üsul olan Laparoskopik ekstraperitoneal hernioplastika (TEPP) və Lixtenşteyn plastikası zamanı xroniki ağrıları araşdırmağı qarşımıza məqsəd qoymuşuq.

**Materiallar və metodlar:** Qasıq yırtığı diaqnozu ilə daxil olan 100 xəstə iki prospektiv və əsas qrupa bölündü. Birinci qrupa (P) Laparoskopik ekstraperitoneal hernioplastika, ikinci qrupa (L) Lixtenşteyn hernioplastika əməliyyatı icra olunub. Xroniki ağrının qiymətləndirilməsində, xroniki qasıq ağrısının tezliyi üçün sorğu forması-a, ağrını və xroniki ağrının funksiyalara təsirini xarakterizə etmək üçün sorğu forması-b və ağrının şiddətini təyin etmək üçün sorğu forması-c adlı üç sorğu forması tətbiq edilmişdir.

**Nəticələr:** Qruplar arasında yaş və BÇİ baxımından fərq yox idi ( $p>0,05$ ). P qrupunda 2 (4%) xəstədə xayanın ödemi, 1 (2%) xəstədə hematoma, 1 (2%) xəstədə yara infeksiyası, L qrupunda isə 1 (2%) xəstədə toxum ciyəsi ödemi aşkar edilmişdir və qruplar arasında statistik əhəmiyyətli fərq yox idi ( $p>0,05$ ). Xəstəxanada qalma müddəti P qrupunda 1,26 gün, L qrupunda isə 1,33 gün olmuşdur ( $p>0,05$ ). Normal fəaliyyətə qayıtma müddəti P qrupunda 6,20 gün, L qrupunda isə 8,37 gün olmuşdur ( $p<0,001$ ). 14 aydan 26 aya qədər (ortalama: 17 ay) müşahidə müddəti olan xəstələrin heç birində residiv müşahidə edilməmişdir. Bir ilin sonunda xroniki ağrıların qiymətləndirilməsində ağrı və ağrı intensivliyinin səbəb olduğu amil, fəaliyyət məhdudiyətləri P qrupunda əhəmiyyətli dərəcədə az olmuşdur ( $p<0,05$ ).

**Müzakirə və Nəticə:** Laparoskopik ekstraperitoneal hernioplastika ilə Lixtenşteyn plastikası arasında xəstəxanada qalma müddəti, erkən ağırlaşmalar və residiv baxımından əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməmişdir. Bununla belə, Laparoskopik ekstraperitoneal hernioplastika daha rahat, normal fəaliyyətə daha tez qayıtmaq və daha qənaətbəxş nəticələr verən effektiv plastika texnikasıdır.



## II QARABAĞ VƏTƏN MÜHARİBƏSİNDƏ ÜZ-ÇƏNƏ NAHIYƏSİNİN ODLU SİLAHLA YARALANMALARININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ VƏ ONLARA YANAŞMA PRİNSİPLƏRİ

**Çingiz Rəhimov, Küşvər Seyidova**  
*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Aktuallıq:** Dünya hərbi statistikasına görə baş və boyun nahiyəsinin odlu silahla yaralanmalarının sayı ümumi yaralanmaların 20-30%-ni əhatə edir. Burada daha çox zədələnən nahiyə məhz üzdür - 70%-ə qədər. Bu kontingent xəstələrə ixtisaslaşdırılmış yardım üz-çənə cərrahiyyəsi şöbələrində aparılmalıdır.

**Tədqiqatın məqsədi:** II Qarabağ müharibəsində üz-çənə nahiyəsindən zədələnən xəstələrdə odlu silah yaralanmalarının xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi əsasında müalicədə səmərəli ixtisaslaşdırılmış yardımın təşkili məqsədi qoyulmuşdur.

**Material və metodlar:** II Qarabağ Vətən müharibəsində döyüş meydanından, səhra hospitallarından klinikamıza çatdırılmış 67 üz-çənə nahiyəsindən odlu silahla yaralanan xəstə tədqiqata daxil edilmiş onlara əməliyyatdan əvvəl kliniki, radioloji və laborator müayinələr keçirilmişdir. Xəstələrdə aparılan cərrahi əməliyyatlar: yaraların birincili işlənilməsi, yad cismin xaric edilməsi, açıq osteosintez – çoxsaylı üz skeleti sınıqlarında sınıq fraqmentlərinin yerinə qaytarılması (reduksiyası) və mini titan lövhələrlə fiksasiyası vasitəsi ilə birincili rekonstruksiyası, üz skeleti sümüklərinin qüsurlarında isə rekonstruktiv titan lövhələrlə fiksasiyası vasitəsi ilə rekonstruksiyanın birinci mərhələsi icra edilmiş, ikinci mərhələdə qalça sümüyündən götürülən autotransplantatla üz skeleti strukturlarının bərpası, orbita sınıqlarında titan torlu lövhələrlə göz yuvası divarlarının bərpası əməliyyatları aparılmışdır.

Müalicənin funksional və estetik göstəriciləri əməliyyatdan sonrakı kliniki və rentgenoloji müayinələrlə qiymətləndirilmişdir.

**Nəticələr:** Klinikamızda qəbul olunan alqoritmə görə hər bir kliniki hallara fərqi yanaşaraq müayinələrə üz-çənə cərrahi, plastik cərrah, qulaq-burun-boğaz, oftalmoloq, psixoterapevt, anestezioloq-reanimatoloq qatılaraq müalicə taktikası təyin edilmişdir. Həcmli rekonstruksiya əməliyyatları tələb edilən hallarda əlavə əməliyyatların virtual simulyasiyası aparılmışdır. Tədqiqata daxil olan xəstələrin əksəriyyətində (99,9%) yaralar mina-partlayış nəticəsində mərmii qəlpələrindən yaralanmalar olmuşdur. Zədələnən nahiyələrə görə ən çox izolə edilmiş üzün aşağı 1/3 hissəsi 33%, izolə edilmiş orta 1/3 hissəsi 30% və kombinə olunmuş üzün orta, aşağı hissəsinin yaralanmaları 22% hallarda müşahidə edilmişdir. 44%- hallarda üz-çənə nahiyəsindən odlu silahla zədələnmələrdə üz skeleti sümüklərinin qüsurları müəyyən edilmişdir. Bir neçə hallarda isə səhra xəstəxanalarında yardım göstərilərək eyni zamanda təcili tibbi tədbirlərlə əsaslandırılmamış geniş rekonstruksiya əməliyyatları aparılmışdır. Bu hallarda istənilən nəticə əldə olunmadığından xəstələr klinikamıza göndərilmiş və onlara təkrarən bərpaedici əməliyyatlar icra olunmuşdur. İkinci mərhələdə aparılan rekonstruksiya əməliyyatları qalça sümüyündən götürülən autotransplantatla üz skeleti strukturlarının bərpasına sonradan dental implantatların yerləşdirilməsi və ortopedik reabilitasiyaya yönəlmişdir.

**Yekun:** Səmərəli müalicənin aparılması adekvat rekonstruksiya əməliyyatları ilə bağlıdır. Bu cür mürəkkəb rekonstruksiya əməliyyatlarının uğurlu nəticələrini yalnız ixtisaslaşmış xəstəxanalarda əldə etmək olar. Bu xəstələrdə döyüş meydanında və ya səhra xəstəxanalarında ilkin immobilizasiya tədbirləri görülməli və sonradan xəstə ixtisaslaşmış tibb müəssisəsinə göndərilməlidir. Üz zonaları arasında zədələnmə hallarının statistik göstəriciləri aşağı və orta 1/3 hissənin üstünlük təşkil etdiyini göstərdi. Bu da yəqin ki,





dəbilqələrin təkmilləşməsi və tətbiqində irəliləyişlərlə izah oluna bilər. Beləliklə, baş və boyun nahiyələrində qoruyucu zirehli vasitələrin təkmilləşdirilməsində əlavə araşdırmalar tələb olunur. Nəhayət, ilkin cərrahi rekonstruksiya zamanı dişlərin ekstraksiyası məhdudlaşdırılmalı və okklüziyaya ciddi nəzarət edilməli, bununla yanaşı əhəmiyyətli sümük itkisinin qarşısını almaq üçün osteotrop antibiotik profilaktikası edilməlidir. Uzun odlu silahla yaralanmalarının xüsusiyyəti anatomiya, funksiya və estetikaya ciddi təsir göstərərək, əsgərlərdə psixoloji dəyişikliklərə gətirir. Burada müalicə taktikasına intensiv psixoloji yardım daxil edilməlidir.



## DİŞLƏRİN KARIYESİNİN AĞIRLIQ DƏRƏCƏLƏRİ (İNTENSİVLİYİ), NƏZƏRƏ ALINMAQLA OPTİMAL MÜALİCƏ METODUNUN SEÇİLMƏSİ

**Əliyev B.F.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Son illərin tibbi ədəbiyyatlarında uşaq, cavan və yetkin yaşlı əhali arasında dişlərin kariyesinin yayılması və intensivliyinin yüksək səviyyəsi haqqında məlumatlar verilir. ATU-nun Tədris Stomatoloji klinikasında əvvəlcədən müalicə almış xəstələrin tibbi kartalarının analizi zamanı kariyesin plomblanmasından və endodontik müalicə aparılmaqla diş tacının restavrasiyasından sonra plombun defektləri, ikincili kariyes, residiv kariyes, kənar örtülmənin pozulması, plombun rəng dəyişməsi və düşməsi kimi ağırlaşmaların aşkarlanması, dişlərin kariyesi üzrə daha səmərəli müalicə-profilaktika proqramlarının işlənilib həyata keçirilməsini zəruri bir məsələ kimi qarşımıza qoydu.

Qarşıya qoyulan məqsədə nail olmaq üçün 12-60 yaş intervalında olan 93 xəstənin müayinə və müalicəsi aparılmışdır. Kariyesin gedişinin intensivliyindən asılı olaraq müayinə olunan xəstələrdən 3 qrup yaradılmışdır. Kariyesin intensivliyinin yüngül və orta dərəcəsi olan 30 xəstədən ibarət 1-ci qrupda Adgeziv texnika ilə müalicə aparılmışdır.

Kariyesin intensivliyinin orta və ağır dərəcəsi olan 30 nəfərdən ibarət 2-ci qrupun xəstələrində dişlərin Sandviç texnika ilə müalicəsi aparılmışdır.

Kariyesin intensivliyinin orta və ağır dərəcəsi olan 3-cü qrupda (33 nəfər) qat-qat (Total) restavrasiya texnikası tətbiq edilmişdir. Adgeziv, Sandviç, Total texnikalarla restavrasiyadan 6 ay, 1 il və 2 il sonra plomblanmış dişlərin vəziyyətində baş verən dəyişikliklər müşahidə edilmişdir.

Müşahidə müddətlərindən asılı olaraq plombun və plomblanmış dişlərin vəziyyəti (plombun kənar örtülməsinin pozulması, ikincili kariyesin və kariyesin residivinin rastgəlmə tezliyi, plombun defektləri, əvəzlənməsi tələb olunan plombların miqdarı) öyrənilmişdir.

I, II və III qruplarda kariyesin gedişinin ağırlıq dərəcələrindən asılı olaraq Adgeziv, Sandviç və Total texnikaları ilə aparılmış müalicənin nəticələrinin təhlili göstərmişdir ki, ən yaxşı nəticə Adgeziv texnikanın tətbiq edildiyi qrupun xəstələrində alınmışdır. Bu qrupun xəstələrində (I qrup) tətbiq olunan müalicə üsulu (Adgeziv texnika)  $84,6 \pm 7,1\%$  (22 nəfərdə) hallarda uğurlu olmuşdur.

II qrupda da yaxşı nəticələr alınmışdır. Bu qrupda–problemləli ağız boşluğu olan xəstələrdə dişlərin kariyesə uğramış sahələri Sandviç texnikası ilə bərpa olunmuşdur. Kariyesin orta və ağır dərəcəsi müşahidə olunan xəstələrdə qeyd olunan müalicə üsulu  $84,0 \pm 7,3\%$  (21 nəfərdə) hallarda uğurlu olmuşdur.

III qrupun xəstələrində müalicə effekti  $71,4 \pm 8,5\%$  (20 nəfərdə) hallarda uğurlu olmuşdur.

Uzunmüddətli praktik təcrübəmiz və tədqiqatlarımızın nəticələri dişlərin kariyeslə zədələnmə intensivliyinin yüngül, orta və ağır dərəcələrindən asılı olaraq tətbiq edilən müalicə üsullarının - Adgeziv, Sandviç və Total restavrasiya texnikalarının effektiv olduğunu göstərmişdir. 2 il müddətində müşahidəmiz altında olan müxtəlif qruplarda apardığımız tədqiqatların nəticələri kariyesin gedişinin yüngül və orta dərəcələrində Adgeziv texnikanın, orta və ağır dərəcələrində Sandviç və qatlarla restavrasiya texnikalarının daha etibarlı müalicə metodları olduğunu göstərmişdir.



## PALİATİV ƏMƏLİYYATDAN SONRA PANKREATODUODENAL REZEKSİYANIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Əliyev M.Y<sup>1</sup>., Tobias KEK<sup>2</sup>., Babayeva R.R<sup>3</sup>.,  
Tanrıverdi M.H<sup>3</sup>., Zeynallı G.F<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti

<sup>2</sup>Şlezviq-Holşteyn Universiteti

<sup>3</sup>"Lanset" cərrahlıq klinikası

Pankreatoduodenal zonanın törəmələri zamanı xəstələrin bir hissəsi qeyri professional cərrahlar tərəfindən paliativ əməliyata məruz qalırlar. Bu zaman törəmə kənar olunmadan müxtəlif anastomozlardan istifadə olunur. 2017-2022-ci illər ərzində bizə bu xəstələrdən 20 nəfəri müraciət etmişdir. Xəstələrin retrospektiv və təkrari müayinələri zamanı müəyyən edilmişdir ki, onlardan cəmi 6 nəfərində pankreatoduodenal rezeksiya (PDR) əməliyyatına əks göstərişlər olduğundan paliativ əməliyyat icra edilmişdir. Yəni törəmə qarçıq venasına, aşağı boş venaya, yuxarı müsariqə venasına, arteriyalara invaziya etmiş və ya digər orqanlara metastazlar vermişdi.

14 xəstədə isə PDR-ə göstəriş olmuşdur, lakin əməliyyatın icra olunduğu tibb müəssisəsində xəstəliyə qeyri-professional yanaşma olduğundan paliativ əməliyyat icra olunmuşdur. Bu xəstələr 2-6 aydan sonra, daha doğrusu düzgün maarifləndikdən sonra bizə müraciət etmişlər. Təkrari müayinədə məlum olmuşdur ki, xəstələrin üçündə bu müddət (2-6 ay) ərzində şiş ətraf damarlara və orqanlara invaziya edərək radikal əməliyyatı mümkünsüz edib. Cəmi 11 xəstədə təkrar müayinə sübut etdi ki, onlarda PDR əməliyyatını icra etmək olar. onlarda əvvəllər aşağıda göstərilən paliativ əməliyyatlar icra olunmuşdur:

- Xoledoxoyeyunoanastomoz – 2 xəstə;
- Xoledoxoduodenoanastomoz – 1 xəstə;
- Xoledoxun Fater məməciyindən stendlənməsi – 3 xəstə;
- Qastroenteroanastomoz - 3 xəstə;
- Qastroentero+xoledoxoyeyunoanastomoz – 2 xəstə.

Xəstələr təkrari müayinə və müvafiq hazırlıqdan sonra PDR əməliyyatına götürülmüşlər. Xoledoxoyeyunoanastomozlu 2 xəstədə PDR əməliyyatı zamanı anastomoz saxlanılmaqla qastropankreatikoanastomoz və duodenoyeyunoanastomoz icra olundu.

Xoledoxoduodenoanastomozlu xəstədə PDR əməliyyatı zamanı, birinci anastomoz ləğv olundu və hepatikoyeyeno-, duodenoyeyuno- və qastropankreatikoanastomoz icra olundu. Xoledoxun Fater məməciyindən stendlənməsi olan 3 xəstədə stend xaric edilərək eyni əməliyyat icra olunmuşdur.

Qastroenteroanastomozlu 3 xəstədə PDR əməliyyatı zamanı əvvəlki anastomoz saxlanılmaqla hepatikoyeyuno- və uc-yana pankreatikoyeyunoanastomoz qoyuldu. Bu xəstələrdə qastroenteroanastomozdan sonra mədə ətrafında bitişmələrin olması səbəbindən üstünlük pankreatoyeyunoanastomozla verildi.

Qastroentero+xoledoxoyeyunoanastomozlu 2 xəstədə PDR əməliyyatı zamanı hər iki anastomoz saxlanılmaqla, əlavə uc-yana pankreatikoyeyunoanastomoz qoyulmuşdur.

Bizim müşahidəmizdə ölüm və əməliyyatdan sonrakı diabet olmamışdır, ağırlaşmalardan isə 3 nəfərdə əməliyyat yarasının irinləməsi, bir nəfərdə kompensator böyrək çatmazlığının dərinləşərək subkompensasiya fazasına keçmiş və 2 xəstədə sonralar ventral yırtıq yaranmışdır.

Beləliklə, pankreatoduodenal zonanın törəmələri zamanı PDR-ə göstəriş olduğu halda paliativ əməliyyat keçirmiş xəstələrin təkrar radikal əməliyyatları (PDR) zamanı mümkün qədər əvvəlki anastomozu saxlamaq olar. Bu zaman icra olunacaq əməliyyatın keyfiyyətinə zərər vurmadan əməliyyat vaxtını qısaltmaq və nəticəni xeyli yaxşılaşdırmaq olar.



## DIABETİK ANGIOPATİYALARIN İNKİŞAFINDA QANIN VƏ LİMFANIN DAMARDAXİLİ LAXTALANMASININ ROLU

Əliyev S.C., Hacıyeva S.İ., Əliyev S.H.,  
Əliyeva C.T.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına əsasən şəkərli diabet (ŞD) xəstəliyinin yayılma göstəriciləri ilbəil artır. Bu baxımdan şəkərli diabet tibbi-sosial problem olaraq qalmaqdadır. Şəkərli diabet xəstəliyinin sürətlə yayılması müalicəyə çətin tabe olan ağırlaşmaların yaranması ilə izah edilir. Bu ağırlaşmalardan biri də diabetik angiopatiyalardır. Diabetik angiopatiyalara demək olar ki, xəstələrin 85-100%-də rast gəlinir, patogenezdə xronik hiperqlikemiya mühüm rol oynayır. Belə ki, qlükozanın qanda miqdarının kəskin artması qlükozilləşmə proseslərini həddən artıq fəallaşdırmaqla oksidativ stressə səbəb olur. Yəni, şəkərli diabet zamanı antioksidant ehtiyatının azalması lipidlərin peroksidləşməsi (LPO) prosesini fəallaşdırır və toxumalarda sərbəst radikalların, sitotoksik təsirli məhsulların toplanması angiopatiyaların inkişafına gətirib çıxarır. Aparılan tədqiqatın məqsədi diabetik angiopatiyalar zamanı qan və limfanın damardaxili laxtalanmasının pozulmasında LPO-nun rolunun öyrənilməsi olmuşdur. Təcrübələr 16 baş adovşanında aparılmışdır. ŞD modeli dovşanların qulaq venasına alloksan monohidratın suda məhlulu yeridilməklə yaradılmışdır. Tədqiqatların nəticəsi göstərmişdir ki, alloksan məhlulu yeridildikdən 15 gün sonra qanda şəkərin miqdarı norma ilə müqayisədə 2-3 dəfə artmış, bu fonda qanın və limfanın damardaxili laxtalanması fəallaşmışdır. Tədqiqatın müddəti uzandıqca bu dəyişikliklər daha da dərinləşmiş, qanda şəkərin miqdarı artdıqca lipidlərin peroksidləşməsi artmış, antioksidantların səviyyəsi isə azalmışdır. Döş axacağından götürülmüş limfanın laxtalanma qabiliyyəti də dəyişikliklərə məruz qalmışdır. Hiperkoagulyasiya fonunda müşahidə edilən bu cür dəyişikliklər tədqiqatın 30-cu günü daha nəzərə çarpan olmuşdur. Limfada hissəvi tromboplastin müddəti, protrombin və trombin müddəti, Villebrand amilinin qatılığı artmışdır ( $p < 0,01$ ). Tədqiqatın 30-cu gündən başlayaraq döş axacağından limfanın axın sürəti zəifləməyə başlamış, belə dinamika tədqiqatın sonuna qədər davam etmişdir.

Beləliklə, aparılan tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, eksperimental ŞD zamanı qanda olduğu kimi limfada da LPO-nun fəallaşması damardaxili laxtalanma prosesini sürətləndirir, laxtalanma markerlərinin görünməsi bunu bir daha təsdiq edir. Qeyd olunanlar gələcəkdə diabetik angiopatiyaların müalicə və profilaktika tədbirlərinin hazırlanmasında limfa sistemində baş verən dəyişikliklərin də nəzərə alınmasını tələb edir.

### ƏDƏBİYYAT

1. Алиев С.Д., Алиев М.Х., Мамедзаде А.Я. Нарушения лимфодренажа сердца и свертываемость крови и лимфы в постреанимационном периоде / Мат. юбилейной конференции посвященной 80 летию проф. М.С. Абдуллаева, Баку, 2004, с.35-43
2. Гоженко А.И., Кузнецова А.С., Кузнецова Е.С., Быць Т.Н. Эндотелиальная дисфункция в патогенезе осложнений сахарного диабета// Эндокринология, 2017, №2, с. 171-181
3. Маслова О.В., Сунцов Ю.И. Эпидемиология сахарного диабета микрососудистых осложнений// Сахарный диабет, 2011, №3, с.67-69
4. Corey E. Tabit., William B. Chung., Naomi M. Hamburg. Endothelial dysfunction in diabetes mellitus: Molecular mechanisms and clinical implications// Rev. Endocr. Metab. Disord., 2010, №11, p.61-74
5. Vagua P., Juhan-Vagua I. Fibrinogen, fibrinolysis and diabetes mellitus: a comment, Diabetologia, 1997, p.738-740





## MÜXTƏLİF MƏNŞƏLİ HORMONAL PİYLƏNMƏLƏRİN PATOGENEZİ

Sərdar Əliyev, Mehriban Səfəraliyeva,  
Xədicə Məmmədova  
Azərbaycan Tibb Universiteti

Müasir dünyamızda bəşəriyyəti təhdid edən qlobal problemlərdən biri də piylənmədir. ÜST-ün 2021-ci il üçün təqdim etdiyi statistik nəticələrə görə dünya əhalisinin 39%-i piylənmədən əziyyət çəkir. Azərbaycan üzrə statistikaya görə əhalinin 19,9 faizi obezdir. Obezlik orqanizmdə normadan artıq, anormal piy toplanmasıdır. Obezlik və hormonal patologiyalara aiddir.

**Hipotiroidizm** – bu zaman xəstələrdə çəki artımı həm metabolik proseslərin zəif getməsi, həm də dərialtı və toxuma arasındakı sahələrdə artıq miqdarda su toplanması hesabına olur. **Leptin rezistentliyi** – leptinin vəzifəsi beynə toxluq siqnalları göndərməkdir. Leptin rezistentliyində çoxlu qida qəbul edilməsinə baxmayaraq toxluq hissi yaranmır. **İnsulin rezistentliyi** - hüceyrələrin insulina məhəl qoymamasıdır. Bu zaman qanda həm qlükoza, həm də insulin artır. Nəticədə, artıq qlükoza piy toxumasına çevrilib, bədəndə toplanır. **Polikistik-Over sindromu** - digər adı **hiperandrogenizmdir**. Təxminən 50% Polikistik-Overli qadın artıq çəkili və ya obezdir. Yüksək androgen səviyyəsi insulin sekresiyasını stimule edir, digər tərəfdən isə hüceyrələri insulina rezistent hala gətirir. Bu orqanizmdə piy depolanmasına səbəb olur. **Estrogenin hipersekresiyası** – bu zaman piy toxumasının əmələ gəlməsi artır və xüsusilə bel-qarın nahiyəsində toplanması baş verir. Estrogen hipersekresiyası kişilərdə qadın tipli anormal piylənmə və cinsi zəiflik yaradır. **Qlükokortikoidlərin artıqlığı** - Cushing sindromunda bədən özünəməxsus quruluş alır. Bu zaman ətraflar incəlir, qarın və kürək nahiyəsində anormal piylənmə meydana çıxır. Buna "buffalo hump (bizon donqarlığı)" deyilir. **Qrelın** - aclıq hormonu olub, iş prinsipi leptinin əksinədir, leptin toxluq, qrelın isə aclıq hissini beynə bildirir. **Testesteron** - xüsusilə stress və iltihab zamanı bu hormon azalaraq piylənməyə səbəb olur. **Melatonin** - sutkalıq ritmi tənzimləyən hormondur. Sirkad ritm pozulduqda stress vəziyyəti yaranır, qlükokortikoidlər artır və piylənmə meydana çıxır.

Genetik və coğrafi olaraq piylənməyə meyilli xalq olduğumuzu nəzərə alsaq, öz sağlamlığımıza diqqət yetirməli, sağlam həyat tərzi sürməyə çalışmalıyıq. Əlbəttə ki, obezlik qarşısı alın bilən xəstəlikdir. Yüngül hallarda müxtəlif diet proqramları, eləcə də dərman preparatları ilə vəziyyət yaxşılaşdırılır. Ağır hallarda isə, xüsusən bədən kütlə indeksi 40-dan yuxarı olduqda, obezlik ağır xəstəliklərə yol açdıqda və həyati təhlükə yarandıqda bariatrik cərrahiyyə aparılır.



## BAŞ BEYİN ƏMƏLIYYATLARINDAN SONRA GÖRMƏ FUNKSIYALARININ DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ

Əliyeva G.Ə., Abdullayeva A.M., Nəsirova V.B.,  
Məmmədova N.R.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Mövcud tədqiqatlar göstərir ki, beyin zədələnməsindən əziyyət çəkən xəstələrin təxminən 80%-i görmə problemləri ilə mübarizə aparır. Bu mübarizədə aparılan düzgün göz müayinələri həm oftalmoloji həm də nevroloji statusun dəyərləndirilməsində böyük rol oynayır. Hərtərəfli görmə reabilitasiyasının qiymətləndirilməsi rutin göz müayinələrindən fərqlidir çünki bu zaman optimal görmə üçün tələb olunan bütün funksiyaların dəyərləndirilməsi aparılır.

**Məqsəd:** Baş beyin əməliyyatları olan xəstələrdə əməliyyatdan sonra görmə funksiyalarında gedən dəyişikliklərin dəyərləndirilməsi.

**Material və metodlar:** Tədqiqat zamanı 21 xəstə müayinə olundu. Bunlardan 14-ü (67%) kişi, 7 xəstə isə (33%) qadın idi. Ortalama yaş həddi 1-50 yaş idi. Bu xəstələrdən 5 xəstə baş-beyin travması, 4 xəstə hidrosefaliya, 12 xəstə isə baş-beyin törəmələrindən əməliyyat olunmuşdur. 7 xəstə əməliyyatdan öncə də müayinə olunmuş, xəstələrin hər birində rutin göz müayinələri, eyni zamanda rəng duyğusu, göz almasının ultrasəs müayinəsi (kəllə-beyin travması olan xəstələrdə), göz dibi müayinəsi, optik koherens tomoqrafiya müayinələri aparılmışdır.

**Nəticə:** Bu xəstələrdən kəllə beyin travması alan bir xəstədə orbitanın və gicgah nahiyəsinin sınığı gözün hərəkəti sinirinin zədələnməsinə səbəb olmuş nəticədə xəstədə ptoz, konvergensiyanın pozulması və anizokoriya müşahidə olunurdu. Digər xəstələrdə əlavə olaraq görmə siniri diski ödemi (Grade1-4), rəng duyğusunun pozulması, görmə itiliyinin və kəskinliyinin azalması, görmə sahəsində skotomalar, hidrosefaliyadan əməliyyat olunan 1 yaşlı xəstədə rotator nistaqm və əlavə olaraq baş beyin törəməsindən (astrocitoma) əməliyyat olunan bir xəstədə oftalmohipertenziya aşkarlandı. 18-50 yaş arası xəstələrdə OKT müayinəsində GSD ödemi, sinirdəki atrofik dəyişikliklər və qanqlion hüceyrə sayı tam müayinə olunaraq müalicələr aparıldı. Vaxtında aparılmış müalicələr görmə funksiyalarının azılmasının qarşısını almaqda bizə kömək etdi.

**Yekun:** Baş beyin əməliyyatı keçirmiş xəstələrin vaxtında mütləq oftalmoloji müayinələri aparılmalıdır. Əgər bu əməliyyatlar planlı əməliyyatlar olarsa burada istər müxtəlif səbəbli hidrosefaliyadan əziyyət çəkən uşaqlar, istərsə də baş beyin törəmələrindən əziyyət çəkən xəstələr olsun bu xəstələr əməliyyatdan əvvəl və sonra müayinə olunmalıdır. Vaxtında aparılan müayinələr geri dönməyən oftalmoloji proseslərin qarşısını almaqda bizə kömək olur. Bəzən vaxtında aparılan düzgün oftalmoloji müayinə hətta baş-beyin törəmələrinin erkən mərhələdə aşkarlanmasına kömək edir.



## MÜASİR UROLOGİYADA MİNİMAL İNVAZİV TEXNİKALARIN ROLU VƏ AZƏRBAYCANDA TƏTBİQİ: ANOMALİK BÖYRƏKLƏRDƏ PERKUTAN NEFROLİTOTOMİYA

**Emil Muxtarov, Niyaməddin Əliyev,  
Qardaşxan Mamedov**  
*Bakı Sağlamlıq Mərkəzi*

**Məqsəd:** Anomalik böyrəklərdə daş xəstəliyi zamanı Bakı Sağlamlıq Mərkəzində (BSM) tətbiq olunan minimal invaziv texnikaların öyrənilməsi və nəticələrinin təhlili

**Material və metod:** 2020-2022-ci illərdə BSM-ə böyrək daşı səbəbiylə müraciət edən və perkutan nefrolitotomiya (PNL) icra edilən xəstələrin 139-da anomalik böyrək aşkarlanmışdı. Onlardan 76-sı kişi, 63-ü qadın olmuşdu. 27 xəstədə atnalı, 112-sində isə ikiləşmiş böyrək idi. 15 (10,8%) xəstədə mərcanvari, 82 (59,0%) – kompleks, 25 (18%) – kasa, 17 (12,2%) isə ləyən daşı var idi. Daş yükü 1215 (210-1610) mm<sup>2</sup> təşkil etmişdi. Cəmi 166 punksiya icra edilmişdi: 44 (31,7%) – yuxarı, 69 (49,6%) – orta, 26 (18,7%) xəstədə isə ikili giriş.

**Nəticələr:** Daşsızlıq nisbəti 75,9% (104 xəstədə) təşkil etmişdi. Anlamli rezidual daş 17 (12,2%) xəstədə qeydə alınmış və şok dalğa litotripsiya ilə müalicə edilmişdi. 25 (18,0%) xəstədə fərqli fəsadlar qeydə alınmışdır: qanama – 8 (5,75%), perforasiya – 8 (5,75%), sepsis daxil infeksiya halları – 9 (6,5%). Ölüm qeydə alınmamışdı.

**Yekun:** Klinikamızda icra olunan minimal invaziv böyrək daşı cərrahi müalicə üsullarının nəticələri bu metodların anomalik böyrəklər zamanı da ehtibarlı və çox effektiv olduğunu təsdiqləyir.



## MÜASİR UROLOGİYADA MİNİMAL İNVAZİV TEXNİKALARIN ROLU VƏ AZƏRBAYCANDA TƏTBİQİ: BÖYRƏK TÖRƏMƏLƏRİ

Emil Muxtarov,<sup>1</sup> Qardaşxan Mamedov,<sup>1</sup> Niyaməddin Əliyev,<sup>1</sup>  
Kəmalə Əliyeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakı Sağlamlıq Mərkəzi

<sup>2</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti

Böyrək törəmələri zamanı Bakı Sağlamlıq Mərkəzində (BSM) tətbiq olunan minimal invaziv texnikaların öyrənilməsi və nəticələrinin təhlili

### Material və Metodlar

Avqust 2020-Yanvar 2022 arasında BSM-ə böyrək törəməsi ilə müaricət edən və kliniki, laborator və radioloji (USM, KT, ehtiyac olduqda MRT və Rəngli Doppler USM) müayinələrdən keçərək nefrektomiya əməliyyatı olunan 36 xəstənin nəticələri təhlil edildi. Nefrektomiyaya məruz qalan 36 xəstənin 21 (58,33%) kişi, 15 (41,67%) isə qadın olmuşdur. Sağtərəfli patologiya 20 (55,56%), soltərəfli isə 16 (44,44%) xəstədə qeydə alınmışdır. Müraciət etdikləri zaman kliniki olaraq cT1N0M0, cT2N0M0 və cT3N0M0 mərhələlər müvafiq olaraq 3 (8,33%), 20 (55,56%) və 13 (36,11%) xəstədə qeyd edilmişdir.

1 (2,78%) xəstədə aşağı boş vena trombozuna səbəb olan şişin yayılması aşkarlanmışdır. 26 (72,22%) xəstəyə transabdominal açıq nefrektomiya, 10 (27,78%) xəstəyə transabdominal laparoskopik nefrektomiya icra edilmişdir. Qruplar arası statistik fərq aşkarlanmamışdır.

### Nəticələr

Həyata keçirilən cərrahi müdaxilə sonrası ölüm qeydə alınmamışdır. Açıq nefrektomiya əməliyyatı olunan 3 (11,54%) xəstədə hemorragiya olmuşdur. 1 (3,85%) xəstədə yatrogen kolon yaralanması baş vermişdir ki, bu fəsad da ilkin bərpa ilə aradan qaldırılmışdır. 1 (3,85%) xəstədə parolitik ileus inkişaf etmişdir ki, konservativ tədbirlər nəticəsində bağırsağın fəaliyyəti bərpa edilmişdir.

Laparoskopik nefrektomiya qrupunda 1 (3,85%) xəstədə texniki səbəblərdən inkişaf etmiş hiperkapniya səbəbiylə açığa konversiya olunmuşdur. 1 (3,85%) xəstədə konversiya səbəbi renal venadan qaynaqlanan ciddi hemorragiya olmuşdur.

Rekonvalessensiya dövrü laparoskopik qrupda statistik olaraq daha qısa olsa da, fəsadlar nəzərindən ciddi statistik fərq aşkarlanmadı. Eyni şəkildə onkoloji nəticələrdə də statistik fərq qeydə alınmadı.

### Yekun

Klinikamızda icra olunan böyrək törəmələrin minimal invaziv cərrahi müalicə üsullarının ilkin nəticələri bu metodların etibarlı və çox effektiv olduğunu təsdiqləyir. Eyni zaman bu cür cərrahi müdaxilələrin seriyaları sürətlə artmaqdadır və yaxında daha geniş material üzərində daha dəqiq nəticələri təqdim edəcəyik.



## LİTOLİZ: ÇOXDAN UNUDULMUŞ ETİBARLI DOSTUMUZ

**Emil Muxtarov**

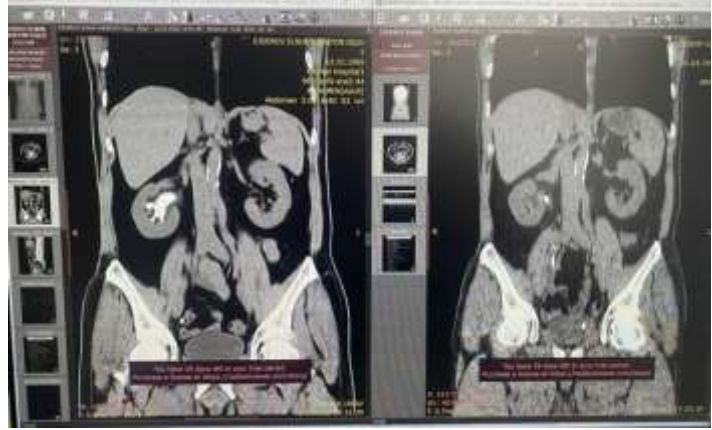
*Bakı Sağlamlıq Mərkəzi*

PubMed portalında «Litholysis» sözünü daxil edib axtarış verdiyimizdə ilk adı çəkilən tibbi elmi məqalə 1877-ci ildə Edinburq Tibb Jurnalında Corc Dankanın eyni adlı məruzəsi qarşımıza çıxdı. O zamandan bəri sidik daşlarının müalicəsində çoxlu nailiyyətlər olmuş, yeni qeyri və az invaziv üsullar işlənilib tətbiq edilmiş və bu dəyişikliklər işığında litolizin nəinki arxa planlara düşməsinə, hətta uroloqlarda və xüsusən də gənc nəsil həkimlərimizdə inamsızlığın yaradılmasına şahid ola bildik. Kütləvi informasiya vasitələrində ifrat dərəcəsində olan cərrahi əməliyyatların reklamı da əhalidə daşın əriyə bilməsini unutturub və nəticədə litolitik dərmanlar sadəcə əlavə üsul kimi litotripsiyalar sonrası kompleks müalicəyə daxil edilir. Halbuki, müvafiq müayinələr sonrası doğru seçilmiş xəstələrdə litoliz monoterapiya kimi çox müvəffəqiyyətli ola bilər.

**Məqsəd:** İrihəcmli böyrək daşlarında litolizin monoterapiya kimi effektinin öyrənilməsi

**Material və Metodlar:** Perkutan nefrolitotomiya üçün göndərilən və böyrəklərində iri həcmli (2-4,8 cm) daşı olan, böyrək funksiyaları normal və ya normaya yaxın olan 21 xəstə seçilmişdir: 16 kişi və 5 qadın. Bunlar kəskin simptomları və təcili müdaxiləyə göstərişi olmayan xəstələr idi. Bu xəstələrin hər birinə Avropa uroloqları assosiasiyasının rəhbərliyinə uyğun metabolik araşdırma, nativ və uroloji kompyuter tomoqrafiya və uroqrafiya, daş sıxlığı təyini sonrası patogenetik müalicə başlanmışdır.

**Nəticələr:** Bir xəstədə metabolik dəyərləndirmə nəticəsində parat hormon yüksəkliyi qeydə alındı. Aparılan müayinələr



*Şəkil 1. Sağ böyrəyin ən böyük ölçüsü 4.8 cm olan 365 HU sıxlığında mərcanvari urat daşın (solda) və sadəcə 2,5 aylıq litolitik müalicə sonrası böyrəyin daşdan tam azad olunmasının (sağda) kompyuter tomoqrafiya görüntüləri. Sağdakı şəkildə mümkün olacaq obstruksiyanın qarşısını almaq üçün öncədən qoyulmuş sağtərəfli JJ urospiral ureter stenti görünür.*

nəticəsində paratiroid vəzin adenoması aşkarlandı. Adenomanın eksiziyası və endokrinoloji müalicə fonunda litolitik (potassium sitrat) müalicə nəticəsində 3 sm-lik oksalat daş 3 mm-ə qədər kiçildi. 3 xəstədə magnezium çatışmazlığı aşkarlandı. Magnezium preparatları və potassium sitrat ilə aparılan müalicə nəticəsində 2,0 cm, 2,1 cm və 2,4 cm ölçülərdə olan oksalat daşlar litolizə uğramış, qalan xəstələrdə hiperurikemiya fonunda inkişaf etmiş urat daşları allopurinol və limon turşusu+sodium sitrat+potassium hidrobikarbonat tərkibli litolitik ilə kompleks müalicə nəticəsində əritmək mümkün olmuşdur. Şəkil 1-də 4,8 sm ölçüsündə böyrək daşı olan xəstənin 2,5 ay ərzində böyrək daşı xəstəliyindən tam azad olunması göstərilib.

**Yekun:** Bizim məhdud araşdırmamızın nəticələri göstərdi ki, doğru seçilmiş və tam metabolik müayinə edilmiş xəstələrdə iri həcmli daşlar zamanı da litolitik müalicə monoterapiya kimi yüksək effektiv ola bilər.



## LAKTOFERİN VƏ FERRİTİN KƏSKİN XOLESİSTİTİN DESTRUKTİV FORMALARININ ERKƏN DİAQNOSTİK BİOMARKERLƏRİ KİMİ

Saraxanım Eminova

*Seçenov Universitetinin Bakı filialı*

**Giriş.** Əhali arasında rastgəlmə tezliyi hər 10 ildən bir 2 dəfə artan, dünya əhalisinin 10-40%-də təsadüf edilən, ahıl və qoça şəxslərin 65-70%-də rast gəlinən və 82,35-90% hallarda kəskin daşlı xolesistitlə (KDX) ağırlaşan öddəşi xəstəliyi çağdaş cərrahlığın aktual tibbi-sosial-iqtisadi bir problem kimi gündəmdə durur. 60 yaşa qədər xəstələrin təxminən 73,5%-də xolesistitin destruktiv formaları atipik-"gizli" gedişli olduğundan müasir diaqnostik üsulların tətbiqi belə diaqnostik səhvlərin tezliyini azalda bilmir. Belə bir vəziyyət isə cərrahi əməliyyatların gecikmiş dövrdə ağırlaşmalar fonunda aparılmasına gətirib çıxarır və alınan nəticələrə ciddi mənfi təsir göstərir.

**İşin məqsədi:** KDX-nin destruktiv formalarının erkən diaqnostikasında ferritin və laktoferrinin bir biomarkerlər kimi informativliyinin öyrənilməsi.

**Material və metodlar.** 20-71 yaşlı 39 KDX-li xəstədən (kataral-14, fleqmonoz-13, qanqrenoz-12) dinamikada əməliyyatözü dövrədə və əməliyyatdan sonra dinamikada qanda ferritin və laktoferrin konsentrasiyası İFA üsulu ilə öyrənilmişdir. 10 praktik sağlam şəxsin analoji göstəriciləri norma kimi götürülmüşdür. Alınan rəqəmlər parametrik və qeyri-parametrik statistik analiz üsulları ilə işlənmişdir.

**Nəticələr və onların müzakirəsi.** Əməliyyatözü dövrədə bütün xəstələrdə qan zərdabında iltihabın kəskin formasının pozitiv reaktantlarından olan ferritin miqdarı normal göstərici ilə müqayisədə statistik dürüst 3 dəfə artır və LXE-dən sonra dinamikada azalır, lakin 5-ci sutkada normadan 68,1% ( $P<0,001$ ) yüksək qalır.

Əməliyyatözü dövrədə qanda ferritin səviyyəsinin artımı öd kisəsində iltihabın morfoloji formasından asılı olmuşdur. Belə ki, iltihabın kataral formasında qanda ferritin miqdarı normalı 93,1% ( $P<0,001$ ), fleqmonoz formada-3,2 dəfə ( $P<0,001$ ), qanqrenoz formada isə 3,8 dəfə ( $P<0,001$ ) üstələyir. LXE-dən sonra dinamikada qanda ferritin səviyyəsi azalsa da, müşahidənin sonunda KDX-nin hər bir klinik formasında normallaşmır.

Klinikaya daxil olan xəstələrdə ümumilikdə qanda neytrofillərin sintez etdikləri kəskin faza zülallarından olan laktoferrin konsentrasiyası ortalama normadan statistik dürüst 2,2 dəfə çoxdur. LXE-dən sonra ilk 3 sutkada qanda onun miqdarı artsa da, sonralar azalır, lakin normadan yüksək olaraq qalır. Xəstələrdə klinikaya daxil olarkən qanda laktoferrin miqdarı ilə öd kisəsindəki iltihabın morfoloji forması arasında birbaşa əlaqənin olması aşkarlanmışdır. Belə ki, laktoferrinin qanda səviyyəsi iltihabın kataral formasında normadan 71,4% ( $P<0,001$ ), fleqmanozda – 2,1 dəfə ( $P<0,001$ ), qanqrenozda isə 2,9 dəfə ( $P<0,001$ ) çox olmuşdur. LXE-dən sonra qanda laktoferrin miqdarı dinamikada azalsa da, öd kisəsində iltihabın heç bir formasında normallaşmamışdır.

Beləliklə, KDX-nin müxtəlif morfoloji formalarında ferritin və laktoferrin miqdarının müqayisəli qiymətləndirilməsi öyrənilən hər iki zülalın informativ biomarkerlər olmasını göstərmişdir.

### **Nəticə**

Kəskin xolesistitin destruktiv formalarının erkən dövrdə diaqnostikasında qanda ferritin və laktoferrin konsentrasiyasından informativ biomarkerləri kimi istifadə edilə bilər.



## MAGİSTRAL DAMARLARIN REZEKSİYASI İLƏ PERİTONARXASI TÖRƏMƏLƏRİN ÇIXARILMASI

Əsgərov N.A., Kərimli A.A.

Peritonarxası sahə şişlərinin radikal rezektabelliği müxtəlif müəlliflərə görə 25-95 % təşkil edir. Rezektabelliğin 25-95 % qədər geniş variabelliği həmin şişlərin yanaşı üzvlərə və maqistral damarlara invaziyası və bu situasiyaya bağlı cərrahiyyənin imkanları ilə əlaqəlidir.

Peritonarxası sahə şişlərinin tez-tez residiv verməsində, həmin xəstələrin gecikmiş mərhələdə müraciət etməsi və həmçinin ilk əməliyyatların qeyri radikal aparılması ilə əlaqələndirmək olar. Bu xəstələrin şansı və prosesin radikal rezektabelliğini invaziya olunmuş yanaşı üzvlərin və maqistral damarların rezeksiyası hesabına artırmaq olar.

Vitselin 20-ci əsrin ortalarında irəli sürdüyü və Petrovskinin qəbul etdiyi «*Kiçik şiş böyük əməliyyat, böyük şiş kiçik əməliyyat*» tezisini böyük rus alimi, onkoloqu Berezov E.L. təkzib edərək, «*Kiçik şiş böyük əməliyyat, böyük şiş isə daha da böyük əməliyyat*» prinsipini irəli sürmüşdür. Son illər həmin prinsip qərb və rus alimləri və eyni zamanda bizim Mərkəzdə geniş tətbiq olunur.

Milli Onkoloji Mərkəzdə son 13 ildə 210 xəstə peritonarxası sahənin şişlərinə görə əməliyyat olunub. Bunlardan 160 xəstədə kombinə olunmuş əməliyyatlar icra olunub, 17 xəstədə isə maqistral damarların rezeksiyası ilə nəticələnib.

Xəstələrdən 2-də aşağı boş venanın rezeksiyası kar tikişlə, 2 xəstədə isə damar protezi ilə; 2 xəstədə sağ-sol qalça venalarının rezeksiyası kar tikişlə, 3 xəstədə isə damar protezi ilə; 3 xəstədə sağ və sol qalça arteriyalarının damar protezi ilə; aortanın rezeksiyası 1 xəstədə uç-uça anastomozla, 4 xəstədə isə damar protezi ilə; 1 xəstədə sol xarici qalça arteriyasının rezeksiyası və onun daxili qalça arteriyası hesabına plastikası icra olunmuşdur.

Əməliyyatdan sonra 2 (11,7%) xəstədə ağırlaşma olmuşdur, ölüm halı olmayıb. 3 xəstədə - 2 ildən sonra residiv olmuşdur və təkrar əməliyyata məruz qalmışdır. Həmin xəstələrin birində aortanın kənar rezeksiyası icra olunmuşdur. 4 xəstədə - 4 ildən sonra residiv olmuşdur və təkrar əməliyyata məruz qalmışdılar. 1 xəstədə-3 ildən sonra residiv törəmə və bu proses qeyri rezektabel dəyərləndirilmişdir.

Digər xəstələr hal-hazırda yaşayır.

Beləliklə, maqistral damarları rezeksiya və rekonstruksiya etməklə, peritonarxası sahə şişlərinin radikal rezektabelliğini artırmaqla xəstələrin yaşam müddətini artırmaq mümkündür.



## MAGİSTRAL DAMARLARIN PLASTİKASI İLƏ QASTROPANKREATODUODENAL REZEKSİYA

Əsgərov N.Ə<sup>1</sup>, Həsənli M.C<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Abdominal Onkologiya Şöbəsi

<sup>2</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti

Hepatopankreatoduodenal zona şişlərinin cərrahi müalicəsində radikal rezektabellik 18-20% təşkil edir. Bu isə həmin zonada, məhdud bir sahədə bir neçə üzvlərin (mədəaltı vəzi, 12-barmaq bağırsağ, fater məməçiyi, xoledox) və maqistral damarların (qapı, yuxarı müsariqə, dalaq venaları, yuxarı müsaqirə və ümumi qaraciyər arteriyası) yerləşməsi ilə əlaqəlidir. Həmin üzvlər biri-biri ilə sıx anatomik təmasdadır və onların birindən inkişaf edən şiş tez bir zamanda digərlərində əhatə edir.

Əvvəllər həmin şişlərin, yuxarıda qeyd edilən damarlara invaziyası, artıq qeyri rezektabel hal kimi dəyərləndirilirdi. Amerikanın M.D.Anderson klinikasının araşdırmaları və tövsiyələrinə görə "sərhədyanı şişlər" anlayışı yaranıb. Buna: a) yuxarı müsariqə venasının şaxələrinin ağzları cəlb olunmadan, qapı və yuxarı müsariqə venalarının bilateral deformasiyası, b) qapı və yuxarı müsaqirə venasının tam okluziyası, c) yuxarı müsaqirə arteriyasının 180 dərəcə əhatə olunması, d) qaraciyər arteriyasının deformasiyası aiddir. Bu şişlər sərhədyanı rezektabel kimi dəyərləndirilir və mövcüd şəraitdə həmin damarların rezeksiyası və plastikası hesabına radikal qastropankreatoduodenal rezeksiya əməliyyatı icra oluna bilər.

MOM-da son 13 il ərzində 355 radikal QPDR əməliyyatı icra olunub. Bunlardan 42 əməliyyat invaziya olunmuş maqistral damarların rezeksiyası ilə nəticələnib.

Yaponiya təsnifatına görə III mərhələ T2N0M0 – 12 xəstə; III mərhələ T2N1M0 – 9 xəstə; IVa mərhələ T3N0M0 – 16 xəstə; IVa mərhələ T3N1M0 – 5 xəstə olmuşdur.

Xəstələrin 31-də mexaniki sarılıq olub və bunlardan 16-da əməliyyatın ödəyolları daxili və xarici drenə edilib.

Əməliyyat vaxtı 12 xəstədə qapı və yuxarı müsaqirə venasının kənarı rezeksiyası icra olunub. 14 xəstədə həmin venaların sirkulyar rezeksiyası və uc-uca anastomoz yaradılıb. 5 xəstədə venaların rezeksiyası və plastikası dalaq və ya bud venası hesabına olub. 6 xəstədə isə həmin venaların rezeksiyası və damar protezi hesabına plastikası olunub. 5 xəstədə yuxarı müsaqirə arteriyanın rezeksiyası və reimplantasiyası icra olunub.

Bəzi hallarda qapı venasının rezeksiyasından sonra bağırsaqlarda venoz durğunluğu aradan götürmək üçün "müvəqqəti şunt" üsulundan istifadə olunub. Yəni polipropilen borunun uçları rezeksiya olunmuş venanın mənfəzinə yeridilir və bağlanır, bununlada qan dövranı müvəqqəti bərpa olunur. Həmin vaxt ərzində əməliyyatın birinci mərhələsi tam yekunlaşır, limfodisseksiya olunur, və damarların plastikasına hazırlıq işləri görülür.

Əməliyyatdan sonra 7(16.6%) xəstədə ağırlaşma olmuşdur. Mədə qanaxması-1, pankreaneqroz-1, qaraciyərin çoxocaqlı nekrozu-1, yüksək bağırsağ keçməməzliyi-2, mezenterial arterial tromboz-1, kəskin pankreatit-1. 6 xəstə təkrar əməliyyat, 1 xəstə konservativ müalicə olunmuşdur.

Əməliyyatdan sonra 3(7,1%) xəstə ölmüşdür. Bunlar qaraciyərin çoxocaqlı nekrozu, pankreaneqroz, mezenterial arterial tromboz ağırlaşmalarından sonra baş vermişdir.

Xəstələrdən 27 ölmüşdür. Onlardan 5 illik yaşam müddəti -0; 4 illik-4; 3 illik-13; 2 illik-8; 1 illik isə - 2 xəstə olmuşdur. Hal-hazırda 12 xəstə yaşayır. Onlardan 2 xəstə 1 il, 6 xəstə 2 il, 4 xəstə isə 3 ildir ki yaşayır.

Beləliklə, maqistral damarların rezeksiyası və plastikası hesabına HPDZ şişlərinin radikal rezektabilliyini artırmaqla xəstələrin yaşam müddətinin artırılması mümkündür.

Əməliyyat vaxtı ilkin baxışda damar invaziyası düşünülərək, damar rezeksiya planlaşdırılırsada, tam cərrahi mobilizasiya vaxtı yalancı invaziya olduğu aşkar olunuraq əməliyyat standart variantla nəticələne bilər. Bu isə əməliyyat vaxtının qısalmasına və ola biləcək ağırlaşmanın minimuma endirilməsinə şərait yaradır.





## HAMILƏLİYİN ADƏTİ POZULMASININ İMMUNOLOJİ ASPEKTLƏRİ

Məmmədli G.X.

Azərbaycan Tibb Universiteti

Adəti düşüklər müasir mamalıqın və ginekologiyanın ən aktual problemi hesab edilir, belə ki, bu həm qadının reproduktiv sistemində, həm də ümumilikdə qadının orqanizmində gedən müxtəlif pozulmaları özündə birləşdirən polietoloji vəziyyət sayılır. Hamiləliyin pozulmasının etiologiyası müxtəlifdir və bir çox amillərdən asılıdır. Adəti düşüklərin başlıca səbəbləri arasında genetik amillər, cinsi yolla yayılan infeksiyalar, uşaqlığın anadangəlmə və qazanılmış patologiyaları, endokrin amillər, immun pozulmalar ayırd edilir. Lakin 50% hallarda adəti düşüklərin etiologiyası naməlum olaraq qalır və çox güman ki, onun mənşəyində immun pozulmalar dayanır.

Adəti düşüklər zamanı cütlüklərin HLA-uyğunluğu xüsusi yer tutur. Hamiləliyin adəti pozulması olan cütlüklərin hamiləliyi fizioloji gedişə malik cütlüklərlə müqayisədə II sinif HLA sisteminin eyni antigenləri dürüst tez-tez rast gəlirlər. HLA sisteminin 3 və daha çox antigenləri üzrə cütlüklərin uyğunluğu zamanı hamiləliyin başa çatdırılmaması riski son dərəcə yüksəkdir.

**Tədqiqat işinin məqsədi** - hamiləliyin erkən adəti pozulmaları zamanı cütlüklərdə II sinif HLA sisteminin DRB1, DQA1 və DQB1 lokuslarında allellərin paylanması xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

**Material və metodlar.** Müşahidə altında hamiləliyin erkən adəti pozulması olan 60 cütlük olmuşdur. Kontrol qrupa 35 fertil cütlük daxil olmuşdur. II sinif HLA antigenlərinin paylanması öyrənilməsi PZR metodu ilə aparılmışdır.

**Nəticələr.** Əldə edilən məlumatların təhlili göstərir ki, 63,3% hallarda cütlüklər II sinif HLA sisteminin 3 alleli üzrə uyğun olmuşlar. Digər 36,7% hallarda 3-dən çox allel üzrə uyğunluq qeydə alınmışdır. Hamiləliyin adəti erkən pozulması olan cütlüklərdə ən çox rast gələn ümumi allellərə aiddir: DRB1 lokusu üzrə - \*04 və \*11, DQA1 lokusu üzrə - \*0501, DQB1 lokusu üzrə - \*0201, \*0301 allelləri. Cütlüklərin genotipində təyin edilmiş ümumi allellərin olması hamiləliyin erkən adəti pozulmasına zəmin yaradır. Anamnezində 2 və daha artıq düşükləri olan qadınlarda DRB1\*04 alleli dürüst tez-tez (66,7%,  $p < 0,001$ ) rast gəlməmişdir, 3 və daha çox allelin üstünlük təşkil etdiyi qadınlar qrupunda isə DQA1\*0501 (87,9%,  $p < 0,001$ ) və DQB1\*0301 (60,6%,  $p < 0,001$ ) allelləri üstünlük təşkil etmişdir.

**Yekun.** Cütlüklərdə II sinif HLA sisteminin allellərinin üstünlük təşkil etməsi ona gətirib çıxarır ki, ananın orqanizminin immun stimulyasiyası kifayət dərəcədə baş vermir və o, dölün antigenlərinə qarşı lazımi sayda allojen anticisimlər hasil etmir, bu isə öz növbəsində hamiləliyin erkən vaxtda pozulmasına gətirib çıxarır.

## DALAĞIN ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI APARILAN ÜZV QORUYUCU ƏMƏLİYYATLARIN SİTOKİN STATUSUNA TƏSİRİ

Hacıyev C.N<sup>1</sup>, Hacıyev N.C<sup>1</sup>, Tağıyev E.Q<sup>1</sup>,  
Hacıyev K.Ə<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti

<sup>2</sup>Bakı Sağlamlıq Mərkəzi

**Giriş:** İkinci vacib immun üzv olan dalağın zədələnmələr zamanı onun xaric edilməsi orqanizmin immun statusunda ciddi dəyişikliklər törədərək postsplenektomik hipersplenizm və hətta, ildırımsürətli sepsis kimi ağırlaşmalara gətirib çıxarır. Məhz bu səbəblərdən də dalağın travmalarında üzvqoruyucu əməliyyatların aparılması məqsədəuyğun sayılır. Lakin dalaqda aparılan üzvqoruyucu əməliyyatların orqanizmin sitokin statusuna təsiri öyrənilməmişdir.

**İşin məqsədi:** dalağın zədələnmələri zamanı aparılmış üzvqoruyucu əməliyyatların əməliyyatdansonrakı erkən dövrdə orqanizmin sitokin statusunda baş verən dəyişikliklərin öyrənilməsi.

**Material və metodlar.** Dalağın zədələnmələrinə görə müxtəlif üzvqoruyucu əməliyyatlar keçirmiş 14 xəstədə daxil olarkən və əməliyyatdansonrakı 1-3, 5-7, 10-14-cü sutkalarda periferik qanda iltihablehinə (TNF $\alpha$ , İFN $\gamma$ , İL-1,2,6,8) və iltihabəleyhinə (İL-4, İL-10) sitokinlər İFA üsulu ilə öyrənilmişdir. Həmçinin TNF $\alpha$ /İL-10 və İL-2/İL-4 nisbətləri də hesablanmışdır. 15 praktik sağlam şəxsin göstəriciləri norma kimi götürülmüşdür. Alınan göstəricilər parametrik və qeyri-parametrik statistika üsulları ilə işlənmişdir.

**Nəticələr və onların müzakirəsi.** Əməliyyatdansonrakı ilk 1-3-cü sutka müddətində normaya nisbətən iltihablehinə sitokin İFN $\gamma$  konsentrasiyası 3,5 dəfə ( $p<0,001$ ), İL-2 -7,3 dəfə ( $p<0,001$ ) və iltihabəleyhinə sitokin İL-10 2,5 dəfə ( $p<0,001$ ) yüksək olsa da, bir müddətdən sonra dinamikada azalaraq müşahidənin sonunda normadan müvafiq olaraq statistik dürüst 78,6%, 3,7 dəfə və 40,7% çox olaraq qalır.

Digər iltihablehinə sitokinlər (TNF $\alpha$ , İL-1, İL-8) və iltihabəleyhinə İL-4 ilk 5-7 sutka ərzində artmaqda davam etsələr də, sonralar dinamikada azalırlar. Belə ki, əməliyyatdansonrakı 10-14-cü sutkalarda periferik qanda normal göstəricini TNF $\alpha$  miqdarı 2,1 dəfə ( $p<0,001$ ), İL-1 - 2,1 dəfə ( $p<0,001$ ), İL-8 - 17,2% və İL-4 - 8,7 dəfə ( $p<0,001$ ) üstələyir.

İL-2 səviyyəsi əməliyyatdansonrakı dövrün bütün gedişi boyu artaraq 10-14-cü sutkada normadan 4,8 dəfə ( $p<0,001$ ) çox həddə çatır.

Əməliyyatdansonrakı erkən dövrdə artan TNF $\alpha$ /İL-10 və İL-2/İL-4 nisbəti sonralar dinamikada azalır, lakin müşahidənin sonuna TNF $\alpha$ /İL-10 nisbəti normadan 44,5% ( $p<0,001$ ) çox, lakin İL-2/İL-4 nisbəti isə 57,3% ( $p<0,001$ ) az olaraq qalır.

### Nəticə

Dalaq zədələnmələrində aparılan üzvqoruyucu əməliyyatlar erkən dövrdə orqanizmin sitokin statusunda baş verən disbalans halı ilə müşayiət olunur.



## KƏSKİN XOLESİSTİTLƏR ZAMANI ANADANGƏLMƏ İMMUNITETİN MOLEKULYAR FAKORLARININ VƏ İNTERLEYKİN CAVABIN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Hacıyev N.C<sup>1</sup>., Qasımova Ş.X<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Seçenov Universitetinin Bakı filialı

<sup>2</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti

**Giriş:** Kəskin daşlı xolesistitin (KDX) cərrahi müalicəsi zamanı hələ də əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların xüsusi çəkisi yüksək hədlərdə qalır. Belə bir vəziyyət isə KDX-li xəstələrdə anadangəlmə humoral immunitetin mühüm molekulyar faktorlarından olan antimikrob peptidlər (AMP) və sitokin profili göstəricilərinin qarşılıqlı əlaqəsinin öyrənilməsinə tələb edir.

**İşin məqsədi:** KDX-nin klinik-morfoloji formasından asılı olaraq immun sistemin mühüm komponentlərindən olan AMP ilə sitokin profili göstəricilərinin arasındakı qarşılıqlı əlaqələrin öyrənilməsi.

**Material və metodlar:** KDX-yə görə açıq (15), laparoskopik (37) və minilaparotom xolesistektomiya (17) keçirmiş 18-71 yaşlı 69 xəstədə dinamikada - əməliyyatözü dövrədə, əməliyyatdan sonra 3 və 7-ci sutkalarda qan plazmasında  $\alpha$ -defenzin (NHP $\alpha$ ), endoksin, neytrofillərin elastazası, membran keçiriciliyini artıran zülal (BPI), laktoferrin, hepsidin, həmçinin iltihabəleyhinə (TNF $\alpha$ , IL-6, 8) və iltihabəleyhinə (IL-10) sitokinlər öyrənilmişdir. 36 xəstədə (hər qrupda 12 xəstə olmaqla) əməliyyat zamanı götürülmüş qaraciyər toxuması biopstatlarında hepsidin, qaraciyər biopstatlarında və kisə ödündə TNF $\alpha$  və IL-6 miqdarı da tədqiq edilmişdir. Xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür: I qrupa KDX-nin kataral forması olan (26), II qrupa fleqmonoz forması olan (24) və III qrupa KDX-nin qanqrenoz forması olan 19 xəstə daxil edilmişdir. 10 praktik sağlam şəxsin öyrənilən analogi göstəriciləri norma kimi götürülmüşdür.

**Nəticələr və onların müzakirəsi:** Ümumilikdə xəstələrdə əməliyyatözü dövrədə sağlam şəxslərin nəticələri ilə müqayisədə qanda AMP olan  $\alpha$ -defenzinin miqdarı 2,4 dəfə, BPI – 6,9 dəfə, endotoksin – 8,6 dəfə, neytrofillərin elastazası – 3,2 dəfə, laktoferrin – 2,2 dəfə və hepsidin 3,5 dəfə statistik dürüst çox olmuşdur. Əməliyyat zamanı qaraciyərdən götürülmüş toxuma biopstatlarında hepsidinin səviyyəsi normanı statistik dürüst 2,1 dəfə üstələmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, AMP-nin miqdarı öd kisəsindəki iltihabın morfoloji formasından birbaşa asılı olmuşdur. Belə ki, KDX-nin qanqrenoz formasında kataral və fleqmonoz formalara nisbətən müvafiq olaraq qanda  $\alpha$ -defenzin 2,1 dəfə və 58,9%, BPI – 3,5 dəfə və 16,5%, endotoksin – 2,1 dəfə və 38,2%, neytrofillərin elastazası – 90,3% və 42,7%, laktoferrin – 68,9% və 37,9%, hepsidin 54,4% və 37,7%, qaraciyər toxumasında isə 25,4% və 12,1% çox olmuşdur. Ümumilikdə xəstələrdə əməliyyatözü dövrədə qan zərdabında TNF $\alpha$  miqdarı normaya nisbətən statistik dürüst 5,4 dəfə, IL-6 – 7,0 dəfə, IL-8 – 4,4 dəfə və IL-10 – 37,1% çox olmuşdur. Bu xəstələrdə qaraciyərdən götürülmüş biopstatlarda sağlam şəxslərdəki göstəricilərdən TNF $\alpha$  səviyyəsi 5,2 dəfə ( $p < 0,001$ ), IL-6 – 7,5 dəfə ( $p < 0,001$ ) yüksək olmuşdur. Cərrahi müdaxilə zamanı götürülmüş kisə ödündə ortalama TNF $\alpha$  50,2 $\pm$ 2,7 pq/ml, IL-6 isə 41,5 $\pm$ 2,7 pq/ml olmuşdur. Müqayisəli təhlil sitokin profili göstəricilərində istər yerli, istərsə də sistem səviyyəsində baş verən dəyişikliklərin dərinliyinin öd kisəsindəki iltihabın morfoloji formasından birbaşa asılı olması diqqəti cəlb edir.

Araşdırma zamanı AMP-lərlə TNF $\alpha$ , IL-6 və IL-8 konsentrasiyası arasında müsbət korrelyasiya əlaqələrinin olması müəyyən edilmişdir.

### Nəticə

1. Öyrənilən endogen antimikrob peptidlər və sitokinlərin ən yüksək səviyyəsinə öd kisəsindəki iltihabın destruktiv formalarında təsadüf edilir.

2. Endogen antimikrob peptidlər və sitokin sistemi qarşılıqlı əlaqədə fəaliyyət göstərir. Belə ki, KDX zamanı sitokin profili göstəricilərinin yüksəlməsi antimikrob peptidlərin lokal və sistem səviyyəsində artımı ilə müşayiət olunur.



## POLİKİSTOZ YUMURTALIQLAR SİNDROMLU REPRODUKTİV YAŞLI QADINLARDA HİPOFİZ-YUMURTALIQ SİSTEMİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Hamidova Nuranə

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Hal-hazırda əksər ginekoloji patologiyaların strukturu yumurtalıqların hormonal funksiyalarında yaranmış tsiklik pozulma tezlikləri ilə xarakterizə olunur.

Tədqiqatın əsas məqsədi: PKYS zamanı hormonal göstəricilərin (qan zərdabında LH-nun artımı, FSH-nun azalması, LH/FSH nisbətinin dəyişilməsi, hiperandrogeniya, estradiol çatışmazlığı və s.) tədqiqi və mövcud kliniki vəziyyətə uyğun obyektiv dəyərləndirilməsi, hormonal statusla PKYS-nun müxtəlif kliniki formaları arasında qarşılıqlı əlaqənin olması, həmçinin patogenetik əsaslandırılmış kompleks müayinə-müalicə taktikaları haqda ədəbiyyat mənbələrində əldə etdiyimiz məlumatlar azhəcmli, sistemləşdirilməmiş şəkildə olduğundan bu məsələni dərinlən tədqiq etmək qərarına gəldik.

**Material və metodlar:** Tədqiqatlar zamanı qarşıya qoyulan vəzifələrdən, aparılan müayinə və müalicə üsullarından asılı olaraq öyrənilən 120 pasiyent 2 qrupda yerləşdirildi və nəzarət qrupu ilə müqayisə edildi. PKYS diaqnozu bütün pasientlərdə anovulyasiya ilə müşayiət edilən aybaşı pozulmaları, hiperandrogeniyanın kliniki təzahürləri və/və ya laborator göstəriciləri, polikistozlaşmış yumurtalıqların USM-si vasitəsilə exoskrininqi kimi ümumi qəbul edilmiş meyarlar əsasında təsdiq edilmişdir. Hormonal müayinələr zamanı qan zərdabında qonadotrop və steroid hormonların bazal səviyyələri təyin edilmişdir. Bu məqsədlə, PKYS-lu 120 pasientdə yaş aspekti və kliniki formalar nəzərə alınmaqla hipofiz-yumurtalıq sisteminin ümumi vəziyyəti hormonal fonun geniş təhlili ilə öyrənilmişdir.

**Nəticə və yekun:** Belə müəyyən edildi ki, pasientlər arasında öyrənilən yaş qrupları (18-27; 28-37; 38-42 yaş) üzrə klinik formaların rastgəlmə ehtimalı: 18-27 yaş qrupunda "tipik" forma – 22,4%; "kombinəedilmiş" forma – 52,2%; "mərkəzi" forma – 25,4%; 28-37 yaş qrupunda "tipik" forma – 37,2% və "kombinəedilmiş" forma – 62,8%; 38-42 yaş qruplu pasientlərdə "tipik" forma – 50,0% və "kombinəedilmiş" forma – 50,0% olmuşdur. Tədqiq edilən yaş qruplarında "qarışıq" kliniki formaya xas hormonal təhlil göstəriciləri kimi LH-nun nisbi artımı və FSH-nun cüzi azalması fonunda LH/FSH nisbətinin və testosteronun (0,4-2,9 nq/ml) zəif yüksəlməsi qeyd edilmişdir. "Tipik" kliniki formada FSH-nun normal səviyyəsi fonunda LH-nun qəfil artması (9,7-23,4 iu/i), LH/FSH<5 və testosteron miqdarında kəskin yüksəlmə (1,7-3,8 nq/ml) aşkar olunmuşdur. Pasientlərdə 37,5±4,4% halda menarxe dövründən başlanğıc götürmüş artıq çəki (25-29,9) və piylənmə (30-39,9) faktları təsdiq edilmiş, eyni zamanda 5,8±2,1% olaraq KRVİ və 9,2±2,6% halda xroniki tonzillit qeyd edilmişdir. PKYS zamanı izlənilən müntəzəm aybaşı tsikli pozulmaları (85,0±3,3%) və sonsuzluq (I-li 71,4±4,6%, II-li 28,6±4,6%) hallarının effektiv aradan qaldırılması məqsədilə korreksiyaedici hormonoterapiya fonunda steroid qlikozid tərkibli bitki mənşəli preparatların (saponinlər) tətbiqi 66,7±12,2% halda ovulyasiyanın bərpasına, 61,3±5,6% halda fertilliyin əldə edilməsinə zəmin yaratmışdır. Polikistoz yumurtalıqların laparoskopik elektrokauterizasiya əməliyyatı effektiv cərrahi müalicə metodu olub, müntəzəm aybaşı tsiklinin formalaşmasına (80,0±6,0%) və hormonal profilin normallaşmasına (qan zərdabında LH/FSH – 2,12±0,90, testosteron – 2,5±0,5 nq/ml) səbəb olmuş, fertillik 60,0±7,3% halda əldə edilmişdir.

**Aiar sözlər:** Polikistoz yumurtalıqlar sindromu (PKYS), korreksiyaedici hormonoterapiya.





## ALMACIQ SÜMÜYÜNÜN VƏ ORBİTA DİVARLARININ SINIQLARININ MÜALİCƏ TAKTİKASI

**Həsənov F.İ.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Bilirik ki, travmalar həyatda labüddür, günü-gündən mürəkkəb travmalarla ratlaşırıq. Bu istər istehsalat travması, istərsə də məişət travması şəklində özünü göstərir. Mövzu həmişəki kimi aktual olduğuna görə bu mövzuya müraciət etmişik. Keçmişdə adı çəkilən travmalarla əməliyyatın nəticəsinin daha pis olduğu ilə tanışıq. Ona görə ki, almacıq sümüyü sınıqlarının repozisiyası ya Limberq qarmağı ilə, ya da haymor boşluğundan pəncərə açılaraq müvəqqəti sinusun tamponadası vasitəsi ilə aparılırdı. Osteosintez aparılması isə titan tantal məftillərlə aparılırdı. Bu isə lazımi fiksasiyanı təmin etmədiyindən sifətdə assimetriya qalırdı. Orbita divarlarını bərpa etmək üçün isə qalça sümüyündən və kürək sümüyündən transplantat götürmək məcburiyyətində qalırdıq. Bu taktika isə pasient üçün olduqca travmatik olur, əməliyyatın gedişini uzadır və maliyyətini artırır.

Müasir dövrdə isə titan lövhə və torlarla, vintlərlə osteosintez aparıldığına görə əməliyyatın aparılma müddəti, gedişi kifayət qədər asanlaşmışdır. Lakin bu vasitələr də ideal deyil, xüsusilə orbita divarlarının sınıqlarında istifadə edilən torlu lövhələrin istifadəsi zamanı erkən və gecikmiş problemlərlə rastlaşırıq. Problemlərdən ən çox rast gəldiyimiz əməliyyatdan iki həftə sonra göz hərəktlərinin məhudlaşması və diplopiya hallarının yaranması olmuşur. Bu problemləri aradan qaldırmaq üçün bir sıra yeni üsullar işləyib hazırlamışıq. Bunlardan birincisi torlu lövhənin üzərinə dental implantasiyada işlədilən kollagen membranların istifadəsi olmuşdur. İkincisi isə tərəfimizdən hazırlanmış yeni növ titan lövhələr olmuşdur. Bütün bunlar nəticələrimizin müvəffəqiyyətli olmasına gətirib çıxarmışdır.



## KARPAL TUNEL SİNDROMUNUN MORFOLOJİ ƏSASLANDIRILMASI

**Həsənzadə Səbinə., Cəfərova Ü.T.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Aktuallıq:** İnsanın əmək fəaliyyətində əllərin rolu böyükdür. Buna görə də əllərin hər hansı bir patologiyası zamanı pasientin əmək qabiliyyəti minimuma enir. Dövrümüzdə 40-60 yaş arası qadınlarda Karpal Tunel sindromuna tez-tez rast gəlinir. Həmçinin kompüter arxasında çalışanlar, avtomobil sürücüləri və biləyini təkrar hərəkətlərlə işlədənlər arasında bu sindromdan əziyyət çəkənlər çoxluq təşkil edir. Dövrümüzdə burada sadalanan peşələrin geniş yayılması nəticəsində bu sindrom müşahidə olunur və sıx rastlanan bu sindromun morfoloji və fizioloji xüsusiyyətlərinin tədqiqi faydalı ola bilər.

**İşin məqsədi:** Yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq işin məqsədi Karpal Tunel sindromunun morfoloji və fizioloji xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olunmuşdur.

**Metod və materiallar:** Tədqiqat materialı kimi 13 nəfər, müxtəlif yaş qruplarından olan şəxslər üzərində müayinə aparılmış və məlumatlar toplanmışdır. Həmçinin İnsan Anatomiyası və Tibbi Terminologiya kafedrasında bilək kanalının normal quruluşunu əks etdirən preparata baxılmış və sindromun anatomiyası ilə yaxından tanış olmaq üçün yerli və xarici ədəbiyyatlardan istifadə edilmişdir.

**Müzakirə:** Karpal Tunel sindromu orta sinirin – nervus medianus eyni adlı kanalda sıxılması nəticəsində yaranan bir patologiyadır. Müxtəlif amillərin təsiri nəticəsində (məsələn, şəkərli diabet zamanı yaranan neyropatiyalar fonunda; hipotireozlarda; artritlər, sinovial qatın iltihabı, zədələnməsi zamanı; hamiləlik zamanı yaranan ödemlərdə və s.) kanalın daralmasına, onun daxilində təzyiqin artmasına səbəb olur. Nəticədə kanal genişlənmə bilmir, sinir sıxılır və sinirin xarici qabıq qatından qan axını zəifləyir və işemiya yaranır. Bu da əldə gücsüzlük, tez yorulma, ilk üç barmaqda "qarışqa gəzmə" hissiyyəti, ağrı və uyuşma ilə özünü göstərir.

**Nəticə:** 13 nəfər müxtəlif yaş qruplarından olan şəxslər üzərində müayinə aparıldı və bunlardan 1 nəfərdə Karpal Tunel sindromu müşahidə olundu.



## PROQRAM HEMODİALİZİ ALAN XƏSTƏLƏRDƏ OKKULT HEPATİT B VİRUS İNFEKSİYASININ AŞKARLANMA XÜSUSİYYƏTLƏRİ

**Hidayətov Ə.A., Nağıyeva E.R.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**İşin məqsədi:** Dünya ədəbiyyatında uzun müddət hemodializ alan xəstələrdə hepatit B virusun okkult infeksiyasının yayılması ilə bağlı tədqiqatların sayı az və bu problem geniş öyrənilmişdir. Məlumdur ki, HBsAg testi neqativ olan xəstələrdə hepatit B virusunun mövcudluğu həm plazma, həm də qaraciyər toxumasında ola bilər. Bu vəziyyət bir çox diaqnostik problemlərə səbəb olur.

Bu tədqiqat işi proqram hemodializi alan xəstələrdə okkult hepatit B virus infeksiyasının yayılmasının müəyyənəşdirilməsinə yönəlmişdir.

**Material və metodlar:** Araşdırmaya 18 yaşdan yuxarı 150 HbsAg testi neqativ olan xəstələr daxil edilmişdir. Onlardan 94 kişi, 56 isə qadın idi. Xəstələrin orta yaşı 54.2 olmuş, 24-83 yaş arası dəyişmişdir. Anti-HBc IgG müəyyən edilməsi üçün, xəstələrdən alınan venoz qan nümunələrinin (5 ml) seroloji tədqiqatı aparılmışdır (ELİSA Vidas bioMerieux, Vidas Kit, France). Hepatit B virus infeksiyasının DNT-ni aşkar etmək və onun titrini müəyyənəşdirmək məqsədi ilə anti-HBc-IgG- pozitiv olan xəstələrdə real vaxt rejimində PZR tədqiqatı aparılmışdır (Iontech reagent, Montania, Turkey).

**Nəticələr.** Seroloji test nəticəsində 150 hemodializ alan xəstədən 51-də (34,0%) pozitiv anti-HBV-IgG aşkar edilmişdir. Bu qrup xəstələrdə hepatit B virus infeksiyasının DNT-nin aşkarlanması üçün PZR muayinəsi aparılmışdır. Onlardan 9-da (17,6%), titri 125,7 IU/ml -dən 325 IU/ml -ə qədər dəyişən, orta hesabla 225,35 IU/ml olmuş HBV DNT-nin aşkarlanmışdır.

**Yekun:** Hemodializ mərkəzləri okkult hepatit B virus infeksiyasının yayılması üçün risk zonaları hesab edilir. Bizim tədqiqatımızda proqram hemodializi alan xəstələrin 34%-də pozitiv anti-HBV-IgG, 6%-də isə hepatit B virusun DNT-si aşkar edilmişdir. Aldığımız nəticələr bu problemlə bağlı qabaqcıl ölkələrin məlumatlarına uyğundur.

Fikrimizcə, belə təhlükəli virus patologiyasının yayılmasını məhdudlaşdırmaq məqsədi ilə, proqram hemodializi olan bütün pasiyentlərin dövrü skriningi aparılmalıdır.



## AĞIR FORMALI SİDİK SAXLAMAZLIĞI OLAN QADINLARDA MODİFİKASIYA EDİLMİŞ SLİNQ ƏMƏLİYYATININ NƏTİCƏLƏRİ VƏ PERSPEKTİVLƏRİ

Hüseynzadə A.N., Ağayev E.K.,  
Həsənov A.B.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Qarışıq tip sidik saxlamazlığı qadınlarda geniş yayılmış və qadının həyat keyfiyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərən patologiyadır. Bu problemin müalicəsində yaranan çətinliklər onunla bağlıdır ki, tək bir cərrahi üsulla həm stress, həm də urgent komponenti aradan qaldırmaq mümkün olmur.

Bununla bağlı, **tədqiqatın məqsədi** ağır formalı sidik saxlamazlığı olan xəstələrdə modifikasiya edilmiş slinq əməliyyatının yaxın və uzaq nəticələrinin öyrənilməsi olmuşdur.

**Material və metodlar:** Tədqiqat ərzində 25-85 yaş arası 85 qadının müalicəsinin nəticələri təhlil edilmişdir. Bunlardan 30 (35,29%) qadında sidik saxlamazlığı ilə yanaşı çanaq orqanlarının sallanması da qeyd edilmişdir. Qadınların əsas şikayətləri öskürmə, asqırma, gülmə, cinsi əlaqə zamanı qeyri-iradi sidik axmasının olması, ayaqyoluna çatanadək sidiyin axması olmuşdur. 45 (52,94%) qadında istənilən hərəkət zamanı, yerimə, horizontal və ya oturaq vəziyyətindən vertikal vəziyyətə keçərkən də sidiyin qeyri-iradi axması müşahidə edilmişir və bu qadınların hamısı xüsusü bezlərdən istifadə edirdi.

Əməliyyatdan əvvəl və sonra pasiyentlər xüsusi sorğu vərəqələrində olan (İCİQ-SF, PFDİ, PİSQ, PFIQ) sualları cavablandırmışdılar. Bütün pasiyentlərə əməliyyatdan hazırlıqdan sonra «TOT. Uretrosfinkteroplastika. Subfassial tikişlərin qoyulması» əməliyyatı icra edilmişdir. Əməliyyatın müddəti  $30 \pm 10$  dəqiqə təşkil etmişdir. Xəstələrin hamısında əməliyyatdan sonra transobturator yerləşdirilən torun ucları kəsilməmiş, əməliyyatdan bir gün sonra sidik kisəsinin fizioloji məhlul ilə doldurulmasından, sidik kateterin çıxarılmasından sonra xəstənin öskürməsi, güc verməsi zamanı torun adekvat yerləşməsi yoxlanmışdır. Ehtiyac yarandığı halda tor dartılıb/boşaldılmışdır. Nəticələr, o cümlədən torun yerləşməsi, ağırlaşmalarla müşayiət olunub-olunmaması əməliyyatdan 1, 2, 6 və 12 aydan sonra yoxlanılmışdır.

**Nəticələr:** 85 qadıdan 54-də (63,53%), o cümlədən daima sidiyin axmasını qeyd edən 45 qadıdan 23-də (27,06%) əməliyyatdan sonra sidik saxlamazlığı əlamətləri tam aradan qalxmış ( $p \leq 0,05$ ), 28 xəstədə (32,94%) əməliyyatdan sonra qarın boşluğunda təzyiq artıran hallarda, həmçinin yerimə, xəstənin vəziyyəti dəyişən zaman sidik saxlamazlığı əlamətləri aradan qaldırılmış, yalnız ayaqyoluna çatanadək bəzi hallarda sidik axması halları müşahidə edilmişdir, sonuncu hal isə qısa və ya uzunmüddətli M-xolinoblokatorların qəbulu zamanı aradan qaldırılmışdır ( $p \leq 0,05$ ). 3 xəstədə (3,53%) isə ayaqyoluna çatarkən sidiyin axması M-xolinoblokatorların qəbuluna baxmayaraq qalmaqda davam edirdi ( $p \geq 0,05$ ).

Əməliyyat keçirən heç bir xəstədə torun üzərində eroziya, yara və ya fistul aşkarlanmamışdır. 2 xəstədə (2,35%) menstruasiyadan əvvəlki dövrdə qasıq nahiyəsində küt ağrılar müşayiət edilmişdir. Bu ağrılar menstrual tsiklin digər vaxtlarında qeyd olunmamışdır. Eyni zamanda əməliyyatdan sonrakı erkən dövrdə 7 xəstədə (8,24%) diurezin çətinləşməsi və ya mümkünsüzlüyü baş vermişdir ( $p \geq 0,05$ ). Bu xəstələrdə yenidən sidik kisəsinin kateterizasiyası aparılmış, eyni zamanda M-xolinomimetik olan Sol. Proserini 1,0 dərialtına və spazmolitik əzələ daxilinə vurulmuşdur. 6 (7,06%) xəstədən yalnız 1-də (1,18%) konservativ tədbirlər nəticəsində diurez bərpa olunmamış və yerli anesteziya altında yaranın açılması və torun boşaldılması icra edilmişdir ( $p \geq 0,05$ ). 6 (7,06%) xəstədə isə diurez 4-7 günə tam şəkildə bərpa olunmuşdur.

Alınmış nəticələrdən belə qənaətə gəlmək olar ki, «TOT. Uretrosfinkteroplastika. Subfassial tikişlərin qoyulması» əməliyyatı ağır formalı sidik saxlamazlığı olan qadınlarda stress və urgent komponentlərini bir cərrahi əməliyyat çərçivəsində aradan qaldıra bilən, qadının həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına imkan verən, həmçinin torla-assosiasiya olmuş ağırlaşmalar riskini azaldan effektiv üsul kimi təcrübədə geniş istifadə edilə bilər.

**Aiar sözlər:** sidik saxlamazlığı, qadınlar, modifikasiya edilmiş slinq əməliyyatı





## QASTROEZOFAGEAL REFLÜKS XƏSTƏLƏRİNDƏ REFLYUKSUN NÖVÜ VƏ 24-SAAATLIQ QIDA BORUSU PH-METRİYASININ GÖSTƏRİCİLƏRİNİN ENDOSKOPIK EZOFAGİTİN DƏRƏCƏLƏRİ İLƏ ƏLAQƏSİ

İmanlı Gövhər., Əlixanova İnarə

Azərbaycan Tibb Universiteti

**Giriş:** Qastroezofageal reflüks xəstəliyi (QERX) gastrointestinal traktın yuxarı şöbələrindən ən çox yayılmış patologiyalarından biridir. QERX-in diaqnozu müxtəlif müayinə metodları, o cümlədən endoskopiya, qida borusu manometriyası, 24-saatlıq qida borusu impedans pH-metriyası ilə qoyulur. Endoskopiya zamanı ezofagit və digər endoskopik əlamətlərə görə QERX diaqnozunu qoymaq mümkündür, lakin QERX-in bütün tiplərinin (eroziv QERX, qeyri-eroziv QERX, funksional qıvcırma, hipersensitiv qida borusu) və növlərinin (turşu, zəif-turşu və zəif-qələvi) diaqnostikasında 24-saatlıq qida borusu impedans pH-metriyası qızıl standart metoddur.

**Tədqiqatın məqsədi:** QERX olan xəstələrdə 24-saatlıq qida borusu impedans pH-metriya göstəricilərinin endoskopik ezofagitin dərəcələri ilə əlaqəsini öyrənməkdir.

**Material və metodlar:** Tədqiqata 60 QERX olan xəstə daxil edilmişdir. Onlardan 39 nəfəri (65%) kişi, 21 nəfəri (35%) qadın olmuşdur. Xəstələr 20-70 yaş arasında idi. Orta yaş  $41,1 \pm 1,6$  idi. Bu xəstələrə ezofagoqastroduodenoskopiya və 24-saatlıq qida borusu impedans pH-metriyası icra olunmuşdur. Ezofagitin dərəcələri Los-Anceles təsnifatına uyğun qiymətləndirilmişdir. 24-saatlıq qida borusu impedans pH-metriyasında reflyuksun növləri, "De-Meester" balı, reflüksün davam etmə müddəti–toplam, ayaqüstə və uzanarkən ( $pH < 4$  günün 4%-dən çoxunda və buna uyğun 57,6 dəq.-dən artıq müddətdə davam etdikdə patoloji reflüks kimi qiymətləndirilir), reflüks periodlarının sayı, ən uzun reflüksün davam etmə müddəti, 5 dəq.-dən artıq davam edən reflüks periodlarının sayı dəyərləndirilmişdir. "De-Meester" balı qeyd olunan pH-metriya göstəriciləri əsasında hesablanır. Ezofagitin dərəcələri ilə 24-saatlıq qida borusu pH-metriyası göstəriciləri arasında əlaqə statistik olaraq müəyyən edilmişdir.

**Nəticə:** Endoskopik müayinə zamanı 30 xəstədə (50%) eroziv QERX, 30 xəstədə (50%) qeyri-eroziv QERX təyin edilmişdir. Los-Anceles təsnifatına görə, eroziv QERX olan xəstələrdən 40%-də A dərəcəli ezofagit, 37%-də B dərəcəli ezofagit, 23%-də D dərəcəli ezofagit müəyyən edilmişdir. 27 xəstədə (45%) turşu reflüksü, 26 xəstədə (43,3%) zəif-turşu reflüksü, 7 xəstədə (11,7%) zəif-qələvi reflüksü aşkar olunmuşdur. 24-saatlıq qida borusu pH-metriyası müayinəsindən nəticələrinə görə, yüksək dərəcəli ezofagiti olan xəstələrdə ezofagiti olmayan və A dərəcəli ezofagiti olan xəstələrlə müqayisədə qida borusunda reflüksün davam etmə müddəti–( $pH < 4$  dəq. və %-lə) daha yüksəkdir ( $p=0,000$ ). Eyni nəticə ən uzun reflüksün davam etmə müddətində (dəq. ilə) ( $p=0,021$ ), reflüks periodlarının sayında ( $p=0,000$ ), 5 dəq.-dən artıq davam edən reflüks periodlarının sayında ( $p=0,000$ ) və "De Meester" balında ( $p=0,000$ ) da aşkar olunmuşdur. Reflüksün növü ilə ezofagitin dərəcəsi arasında əlaqəyə gəldikdə, ezofagitin ağırlığı artdıqca, xəstələrdə turşu reflüksü daha çox qeyd alınmışdır. B və D dərəcəli ezofagit rast gəlinən xəstələrin 83,3%-də turşu reflüksü aşkar olunmuşdur ( $p=0,000$ ). Reflüksün növü ilə pH-metriyanın göstəriciləri arasında əhəmiyyətli müsbət əlaqə aşkar olunmuşdur ( $p=0,000$ ). Belə ki, zəif-turşu reflüksündən fərqli olaraq, turşu və zəif-qələvi reflüks növlərində toplam reflüks zamanı (%-lə), ayaqda reflüks zamanı (dəq. ilə), yatdıqda reflüks zamanı (dəq. ilə), reflüks periodlarının sayı, 5 dəq.-dən artıq davam edən reflüks periodlarının sayı, ən uzun reflüksün davam etmə müddəti (dəq. ilə), De-Meester balı daha yüksək rəqəmlərdə olmuşdur.

**Yekun:** Beləliklə, reflyuksun növləri və 24-saatlıq qida borusu impedans pH-metriyanın qeyd olunan göstəriciləri ilə endoskopik ezofagit arasında əhəmiyyətli əlaqə mövcuddur.

## UŞAQLARDA YOĞUN BAĞIRSAĞIN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN AĞIRLAŞMALARINDA CƏRRAHİ TAKTİKA

İsmayılov M.U.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Uşaqlarda yoğun bağırsağın iltihabi xəstəliklərinin ağırlaşmalarında laparoskopik texnologiyanın tətbiqi uşaq cərrahiyyəsi və koloproktologiyasında yeni bir istiqamət sayılır.

**Məqsəd:** Uşaqlarda bağırsaqların iltihabi xəstəliyi olan (BİX) 119 uşaqda fəsadlarının aradan qaldırılması üçün aparılmış laparoskopik əməliyyatın (LƏ) nəticələrinin retrospektiv analizi.

**Material və metodlar:** Ümumi olaraq ATU-nun və Yevdokimov adına Moskva tibbi stomatologiya universitetinin uşaq cərrahlığı kafedralarında 2005-2021-cu illərdə bağırsaqların iltihabi xəstəlikləri (BİX) (Kron xəstəliyi və Xoralı kolit) ilə laparoskopik əməliyyat (LƏ) olunmuş 119 uşağın əməliyyatının nəticələri daxil edilmişdir. I qrup-64 xəstə Kron xəstəliyi (KX) ilə (4-17 yaş). II qrup-55 xəstə Xoralı kolit (XK) ilə (5-17 yaş). Kron xəstəliyi (KX) Klinikaya daxil olan xəstələrdə patoloji prosesin yerinə uyğun olaraq müxtəlif əməliyyatlar icra edilmişdir.

Laparoskopik iliosekal rezeksiya-intrakorporal aparat vasitəsi nazik-yoğun bağırsaq anastomozun qoyulması-43 xəstə. Nazik bağırsağın rezeksiyası-intrakorporal aparat vasitəsi ilə nazik-nazik bağırsaq anastomozunun qoyulması-10 xəstə. Düz bağırsağın laparoskopik-assisə olunmuş rezeksiyası, kolo-anal anastomozun qoyulması-5 xəstə. Subtotal kolektomiya, aparat vasitəsi ilə iliorektal anastomozun qoyulması-4 xəstə. Yoğun bağırsağın rezeksiyası, yan-yana yoğun-yoğun bağırsaq anastomozunun qoyulması 2 xəstə.

II qrup-55 xəstə. Təcili 18 xəstə əməliyyat olunmuşdur. Yoğun bağırsağın perforasiyası (2 nəfər) və toksiki dilatasiyası (7 nəfər), konservativ müalicəyə tabe olmayan bağırsaq qanaxması (9). Əməliyyatlar həmişə iki mərhələli və ya üç mərhələli olmuşdur. I mərhələ-laparoskopik subtotal kolektomiya, terminal ileostomiyanın qoyulması. II mərhələ-laparoskopik proktoektomiya, ilioanal anastomozun qoyulması (stoma ilə və ya stomasız).

Planlı qaydada 37 uşaq əməliyyat olunmuşdur. Bir mərhələli müalicə-7 uşaq. XK olan bu uşaqlarda proktokolektomiya icra edilmiş və ilioanal anastomoz qoyulmuşdur (Bu ailəvi yoğun bağırsağın irsi polipozu olan uşaqlar üçün seçim əməliyyatı sayılır. 26 belə uşaq bizim nəzarətimizdədir). İki mərhələli müalicə-30 uşaq. Bağırsaqların iltihabi xəstəliyi olan (BİX) 119 uşaqda fəsadlarının aradan qaldırılması üçün aparılmış laparoskopik əməliyyatlardan sonra ölüm və konversiya olmayıb. Cəmi 4 (3.4%) xəstədə təkrari müdaxilə tələb edən ağırlaşma baş vermişdir.

**Nəticə:** Uşaqlarda yoğun bağırsağın iltihabi xəstəliklərinin (BİX) ağırlaşmaları zamanı laparoskopik texnologiyanın tətbiqi fəsadların aradan qaldırılması və yaxşı funksional, eyni zamanda kosmetik nəticələrin alınmasına imkan verir.

## BAĞIRSAQ DİVARINDA İŞEMİYA ZONASINI TƏYİN ETMƏK ÜÇÜN EKSPRESS DİAQNOSTİKA METODU

**İsmayılova Z.E., Ağayev E.K.,**

**Yusubov M.O.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Abdominal cərrahiyyədə bir sıra təcili və təxirəsalınmaz əməliyyatlarda bağırsaqların rezeksiyası zərurəti yaranır. Belə hallara boğulmuş yırtıqlar, bağırsaqların stranqulyasion keçməzliyi, eləcə də müxtəlif xarakterli zədələnmələri, o cümlədən, odlu silah yaralanmaları zamanı rast gəlmək olar. Bu vəziyyətlərdə bağırsaq divarında işemik toxumalarla sağlam toxumaların sərhədinin qısa müddətdə dəqiq təyin edilməsi üçün etibarlı diaqnostika metoduna hər zaman ehtiyac duyulmaqdadır.

**İşin məqsədi:** Təcili və təxirəsalınmaz əməliyyatlarda nazik bağırsaq divarında işemik toxumalarla həyat qabiliyyətini saxlamış toxumaların sərhədinin təyini üçün ekspress diaqnostika metodunun eksperimental olaraq işlənməsi olmuşdur.

**Material və metodlar:** Bu məqsədlə 20 cinsiz it üzərində eksperimental tədqiqatlar aparılmışdır. Eksperimentdə nazik bağırsaqların mərkəzi hissəsində və müsariqədə zədələnmələr modeli yaradıldıqdan müvafiq olaraq 2, 3, 4 saat sonra ön müsariqə arteriyası kiçik ölçülü vazofikslə kateterizasiya olunaraq 3-5 saniyə ərzində aşağıda göstərilən tərkibli perfuzat yeridilmişdir: metilen abısı 1% - 2,0 ml (boyayıcı maddə), reopoliqlükin – 2,0 ml, noşpa – 0,5 - 1,0-ml, novokain 0,5% - 1,0-5,0 ml, heparin – 1,0 ml (5000 vahid), penisillin - 2 mln TV. Metilen abısı ilə boyanmış və boyanmamış seqmentlərin sərhədləri, habelə bu seqmentlər arasındakı qismən boyanmış «sərhəd» zona vizual olaraq asanlıqla müəyyənləşdirilmişdir. Bundan sonra hər üç hissədən (boyanmış, sərhəd və boyanmamış) rezeksiya olunaraq material və bağırsaq uclarından əşya şüşəsi üzərinə yaxma götürülərək sitoloji və histokimyəvi müayinəyə göndərilmişdir. Bu hissələrdə nazik bağırsaq divarı quruluşlarının həyat qabiliyyəti və spesifik fəallıq parametrləri sitoloji və histoloji üsullar ilə kompleks tədqiq edilmişdir.

**Nəticələr və onların müzakirəsi:** Müxtəlif kontrast vizualizasiya zonalarının bəzi morfo-histokimyəvi kəmiyyət göstəriciləri cədvəldə verilmişdir.

Parametrlər	Nazik bağırsaq seqmentləri (rezektatları)		
	Boyanmış («pozitiv»)	Sərhəd («hüdudi»)	Boyanmamış («neqativ»)
Xovların sıxlığı (1mm <sup>2</sup> -də miqdarı)	34,8±2,0	30,9±2,1	29,4±1,7*
Mikrodamarların sıxlığı (1mm <sup>2</sup> -də miqdarı)	23,0±1,5	20,0±1,2	16,0±1,0 **
İntramural neyrodegenerasiya intensivliyi (ş.v.)	0,9±0,07	1,4±0,11 **	2,9±0,18 **
Qlikozaminoqlıkanların histokimyəvi miqdarı (b.)	2,3±0,15	2,8±0,18 *	3,7±0,22 **
Qlikogenin histokimyəvi miqdarı (b.)	2,9±0,16	2,6±0,16	1,2±0,09 **
Struktur (membran) lipidlərinin histokimyəvi miqdarı (b.)	2,5±0,13	2,3±0,12	1,0±0,09 **
Nekrobioz intensivliyi (ş.v.)	1,3±0,11	2,1±0,16 **	2,6±0,17 **
Nekroz intensivliyi (ş.v. ilə)	0,5±0,02	1,5±0,09 **	2,9±0,18 **

**Qeyd:** boyanmış («pozitiv») zona ilə müqayisədə, fərq statistik dürüstdür: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .



Aparılan sitoloji-sitokimyəvi tədqiqata əsasən, kontrast maddə ilə göy rəngə boyanmış zonalarda nazik bağırsağ divarının hüceyrə elementləri həyat qabiliyyətlidir və bunların əksəriyyəti spesifik funksional fəallığını tam saxlayıb. Boyağa münasibətdə sərhəd («hüdudi») xarakterli zonalarda enterositlər və qismən birləşdirici toxuma hüceyrələri nekrobioz və epizodik nekroz vəziyyətindədir, həyat qabiliyyəti əlamətləri yalnız qismən saxlanıb. Boyanmamış («neqativ») zonalarda nazik bağırsağ divarı hüceyrələri subtotal xarakterdə nekrozlaşıb, sitoliz başlanıb və bunlar həyat qabiliyyətli deyildir. Hər 3 hissənin tədqiqini əks etdirən parametrlər cədvəldə verilmişdir.

**Nəticə:** Beləliklə, təklif olunmuş kontrast vizualizasiya metodu ilə nazik bağırsaqların müxtəlif xarakterli çoxsaylı zədələnmələrində bağırsağ rezeksiyası sərhədlərini dəqiqləşdirmək mümkündür. Bu halda rezektatın kənarları, ən azı, sərhəd («hüdudi») və boyanmamış («neqativ») zonaların təmas xəttindən keçməlidir. Boyayıcı perfuzatın vurulması ilə bağırsağ divarının arterial qanla təchizatı səviyyəsini müəyyənləşdirmək mümkün olduğundan bu metodu yalnız zədələnmələr zamanı deyil, digər patoloji proseslərdə də (stranqulyasion bağırsağ keçməzliyi, bağırsaqların kəskin və xroniki arterial işemiyası, boğulmuş yırtıqlar və s.) tətbiq etmək mümkündür.





## VARİKOZ XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİNDƏ NON TERMAL VƏ TERMAL ABLASIYANIN TƏTBİQİNİN MÜQAYİSƏİLİ ANALİZİ

Kərimov M.M<sup>1.</sup>, Həsənov A.B<sup>2.</sup>

<sup>1</sup>Seçenov Universiteti

<sup>2</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti

**Giriş:** Hal-hazırda magistral səthi venoz damarların çatışmazlığının müalicəsi minimal invaziv endovaskulyar metodlara əsaslanır və bunlar arasında ən son təklif olunan N-butil-2-sianoakrilat əsaslı tibbi yapışqanla müalicə (NonTermal-Non Tumessent üsulu) bütün dünyada sürətlə yayılmaqdadır. VenaSeal (ABŞ-İngiltərə) və VenaBlock (Türkiyə) sistemi adı ilə işlədilən bu son müalicə metodu 110-dan artıq ölkədə böyük uğurla istifadə edilməkdədir (IUA, Philadelphia,USA,2019). VenaBlock sistemində istifadə olunan qarışıq daha təkmilləşdirilmiş forma olub aşağı özlülük (viscosity), sürətli polimerizasiyası ilə xarakterizə edilir və buna görə də daha yüksək effektivliyi ilə seçilir. Bu müalicə metodunun da əsasında N-butil-2-sianoakrilat əsaslı tibbi yapışqanın vena daxilinə yeridilməsi dayanır və bu zaman hər hansı bir anesteziyaya, əməliyyatdan sonra isə kompression terapiyaya (corab geyinməyə) ehtiyac olmur. VenaBlock müalicə metodu tərəfimizdən MDB məkanında ilk dəfə 2019-cu ildə tətbiq edilmiş və bu gün də istifadə edilməkdədir.

**Məqsəd:** VenaBlock sistemlə müalicənin təhlükəsizlik və effektivliyinin endovenoz lazer ablasiyası ilə müqayisəli analizi.

**Material və metodlar:** Tədqiqat VenBlock (n=152)-əsas qrup və endovenoz lazer ablasiya - EVLA, 1400nm, (n=154) - kontrol qrupuna bölünən 306 xəstəni əhatə edir. Qruplar arasında yaş, cins, xəstəliyin klinik formalarında statistik fərq olmamışdır. Nəticələrin qiymətləndirməsi isə seçilmiş morfometrik parametrləri (müalicədən əvvəl və ondan 24 ay sonra), əməliyyat müddəti, əməliyyat zamanı və sonrası ağrı, fəsadların baş vermə tezliyi, xəstələrin həyat keyfiyyətindəki dəyişikliklər və damar okklüziyasını əhatə edir.

**Müzakirə:** VenaBlock əməliyyatın müddəti lazer müalicəsindən xeyli qısadır ( $13.4 \pm 2.5$ dəq vs  $25.2 \pm 5,2$  dəqiqə); prosedur zamanı ağrı / narahatlıq hissi xeyli az olub (cəmi 1 inyeksiya edilir) statistik olaraq fərqlənir. Pasientlərin 124(81,6%) qadın, 28(19,4%) kişi olmaqla, yaşları 20-79 arasında (orta yaş  $41,2 \pm 13,6$ ) dəyişir. C2-C3 klass varikoz 137(90,1%), C4-C6 - 15(9,9%) pasientdə müəyyən edilmişdir. Böyük dərialtı vena-nın NT-NT əməliyyatı 101(66,4%), kiçik dərialtı venanın - 23(15,1%), böyük və kiçik dərialtı venaların birlikdə 28(19,6%) pasientdə icra edilmişdir.

24 ay ərzində davam edən müşahidələr hər iki qrupda ciddi fəsadların olmadığını (dərin vena trombozu, ağ ciyər arteriyasının emboliyası və s.) göstərdi. VenaBlock qrupunda okkluziyanın 93,8%, EVLA qrupunda isə 92,1% olduğu müəyyən edilmişdir. VenaBlock sistemi ilə ablasiyadan sonra rekanaliziyanın qeyd edildiyi pasientlərdə venanın diametri 18 mm-dən böyük olmuşdur.

**Nəticə:** 1.VenaBlock sistemi ilə NT-NT ablasiya varikoz xəstəliyinin effektiv və təhlükəsiz müalicə metodu olub diametri 18 mm -dən kiçik olan magistral venaların varikoz genişlənməsində tətbiq edilə bilər. NT-NT metodu tumessent anesteziya və kompression corab geyinmək tələb etməyən, daha az fəsadla keçən müasir, az invaziv müalicə üsuludur. 2.Uzaq nəticələrin öyrənilməsi daha böyük və çoxmərkəzli tədqiqatların aparılmasını labüd edir.



## KÖNDƏLƏN DARALMIŞ QADIN ÇANAQLARINDA PELVİOMETRİK GÖSTƏRİCİLƏRİN MÜQAYİSƏLİ XARAKTERİSTİKASI

Xıdırov E.Ə., Qanbayeva Ş.F., İsayev N.N.,

Məmmədova A.F.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

İşin məqsədi köndələn daralmış qadın çanaqlarında 18 ədəd pelviometrik göstəricilərin təhlili olmuşdur. Tədqiqatda makromikroskopik təşrih, pelviometrik və variasion statistik metodlardan istifadə olunmuşdur. Müəyyən olunmuşdur ki, anatomik və həqiqi konyuqata, çanağın geniş hissəsinin düz və köndələn ölçüləri, eləcə də çəp diametr, çanağın dar hissəsinin köndələn ölçüsü, daraqarası məsafə və çanaq hündürlüyü ən güclü dəyişkənliyə məruz qalan parametrlərdəndir. Bu zaman sonuncu dörd əlamət müxtəlif yaş dövrlərində 1 sm-dən çox fərqlənir, çanaq hündürlüyünün I və II yetkinlik yaşı dövrlərinə aid qrupları arasındakı fərq 4 sm - dən çox olur. Eləcə də II yetkinlik yaşı dövründə parametrlərin kəskin artması çanağın dar hissəsinin köndələn ölçüsünü və daraqarası məsafəni də səciyyələndirir.

Hər üç yaş kateqoriyasında ən çox interval dəyişkənliyi kiçik çanağın dar hissəsinin düz ölçüsü, simfizosakral məsafə, həqiqi konyuqata, kiçik çanaq boşluğu çıxacağıının boylama ölçüsü və daraqarası məsafə parametrlərində baş verir. Öyrənilən metrik göstəricilər arasında maksimal fərq daraqarası məsafə parametrinə (yaş qrupuna uyğun olaraq:  $27,3 > X > 22,9$ ;  $28,5 > X > 21,9$  və  $30,0 > X > 23,3$ ) məxsusdur.

Bununla yanaşı, hər iki yetkinlik yaşı dövrü üçün kiçik çanaq boşluğu çıxacağıının boylama ölçüsündə ( $11,8 > X > 8,3$  və  $11,5 > X > 8,1$ ) və kiçik çanaq boşluğunun dar hissəsinin düz ölçüsündə ( $12,3 > X > 8,3$  və  $12,2 > X > 9,0$ ) yüksək variasiya müşahidə olunur. Köndələn daralmış çanaqların digər metrik göstəriciləri yaşla əlaqədar olaraq az dəyişkənliyə məruz qalır. Daha stabil ölçü səciyyələrinə kiçik çanaq boşluğu çıxacağıının köndələn ölçüsü, kiçik çanağın dar hissəsinin düz ölçüsü, diaqonal konyuqata və köndələn diametr malik olmuşdur.

## ANORMAL UŞAQLIQ QANAXMALARINDA ENDOMETRİUMUN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

**Məmmədli Leyla**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Aktuallıq:** Anormal uşaqlıq qanaxmaları (AUQ) müxtəlif yaş qrupundan olan qadınların ginekoloqa müraciət etmələrinin əsas səbəblərindən biridir. Uşaqlıq qanaxmaları həm üzvi, həm də qeyri-üzvi səbəblərdən baş verə bilər. Endometriyumun biopsiyası və ya küretajı uşaqlıq qanaxmalarına səbəb olan endometriyum patologiyalarının aşkarlanmasında təhlükəsiz və effektiv diaqnostik üsul hesab olunur. Bu tədqiqat AUQ şikayəti ilə müraciət edən pre- və postmenopauzal qadınlarda endometriumu patohistoloji olaraq qiymətləndirmək və spesifik patologiyaları müəyyən etmək üçün aparılmışdır.

**Material və metodlar:** Tədqiqata 100 pre- və postmenopauzal qadın daxil olmuşdur, onlardan 70-i premenopauzal, 30 –u postmenopauzal yaşda olmuşdur. Pasiyentlərin hər biri ultrasəs müayinəsindən keçirilmişdir. Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün hər pasiyentə əvvəlcə endometriyumun Pipelle biopsiyası və sonra diaqnostik küretaj icra edilmiş, əldə edilən materiallar histoloji müayinəyə göndərilmişdir.

**Nəticələr:** Histoloji analiz nəticələrinə görə Pipelle biopsiya olunmuş 21 (30%) premenopauzal, 7 (23,3%) postmenopauzal pasiyentdə polip, 50 (71,4%) postmenopauzal, 21 (70%) postmenopauzal pasiyentdə hiperplaziya, 2 (2,8%) premenopauzal, 5 (16,7%) postmenopauzal qadında atipik hiperplaziya olmuşdur. Həmin pasiyentlərdə diaqnostik küretaj materiallarının histoloji müayinəsinin nəticələri belə olmuşdur: 34 (48,6%) premenopauzal, 14 (46,7%) postmenopauzal qadında polip, 50 (71,4%) premenopauzal, 20 (66,7%) postmenopauzal pasiyentdə hiperplaziya, 3 (4,3%) premenopauzal, 5 (16,7%) postmenopauzal qadında atipik hiperplaziya.

Histoloji nəticələrə görə müxtəlif patologiyaları aşkarlamaqda Pipelle biopsiyanın və diaqnostik küretajın spesifikliyi və həssslığı yaxın olmuşdur. Endometriyumun hiperplaziyasının aşkarlanmasında Pipelle biopsiyanın spesifikliyi 71,6%, həssslığı 88,2%, diaqnostik küretajın spesifikliyi 70%, həssslığı 86,7%, endometriyum poliplərini aşkarlamaqda Pipelle biopsiyanın spesifikliyi 82%, həssslığı 48,9%, diaqnostik küretajın spesifikliyi 77,8%, həssslığı 85,7%, atipik hiperplaziyaları ortaya çıxarmaqda Pipelle biopsiyanın spesifikliyi 96,2%, həssslığı 100%, diaqnostik küretajın spesifikliyi 95,1%, həssslığı 100% olmuşdur.

Tədqiqat işinin nəticələrinə görə Pipelle biopsiyanın spesifikliyi və həssslığı endometriyum patologiyalarının diaqnostikasında diaqnostik küretaja demək olar ki, yaxındır, yalnız poliplər endometriyumda az sahə tutduğundan onların diaqnostikasında Pipelle biopsiyanın həssslığı nisbətən az olmuşdur.



## MÜXTƏLİF LOKALİZASİYALI ENDOMETRİOZUN MÜASİR DİAQNOSTİKA METODLARI VƏ MARKERLƏRİ

**Əzizova Məhbubə**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Genital endometrioz çox geniş yayılmış proliferativ xəstəliklərdən biri sayılır və reproduktiv yaşlı qadınlarda onun tezliyi 7% ilə 59% arasında dəyişir ki, bu da müxtəlif diaqnostika və verifikasiya metodlarının olması ilə bağlıdır. Diaqnozun qoyulması ilə əlaqədar gecikmələr xəstəliyin klinik mənzərəsinin müxtəlifliyi, digər ginekoloji və ekstragenital xəstəliklərin klinikası ilə oxşar olması, həmçinin endometriozun müxtəlif lokalizasiyaları zamanı onun spesifik markerlərinin olmaması ilə bağlıdır. Müasir dövrdə morfoloji və immunoloji müayinələrin məlumatlarına əsaslanmış bir sıra fərziyələrdə göstərilir ki, uşaqlığın endometriozu, yumurtalıqların endometrioid kistləri və peritoneal endometrioz (o cümlədən səthi və dərin infiltrativ endometrioz) müxtəlif mənşəyə, müxtəlif formalaşma mexanizmlərinə malik ola bilərlər və klinik gedişinin xüsusiyyətləri ilə fərqlənə bilərlər. Müasir dövrdə endometriozun müxtəlif formalarının erkən diaqnostikası problemi xüsusilə kəskin xarakter daşıyır, belə ki, indiyə qədər dəqiq diaqnozu qoymağa və xəstəliyin erkən inkişaf mərhələlərində endometriozun lokalizasiyasını identifikasiya etməyə imkan verən etibarlı qeyri-invaziv diaqnostika metodu yoxdur və ya hər hansı patoqnomik klinik testlər mövcud deyildir.

Endometrioz - dishormonal, immunasılı, genetik şərtlənmiş patoloji proses olub, bu zaman uşaqlıq boşluğundan kənarında endometriya ilə morfoloji və funksional cəhətdən oxşar olan toxumanın xoşxassəli böyüməsi baş verir. Müasir dövrdə müxtəlif lokalizasiyaya malik endometriozun erkən qeyri-invaziv diaqnostikası məsələsi xüsusilə kəskin xarakter daşıyır. Qeyri-invaziv immunoloji markerlər qismində istifadə edilməsi üçün aşağıdakılar təklif olunmuşdur: CA-125, CA19-9, xərçəng-embriyal antigen, interleykin-6, şişin nekrozu amili -  $\alpha$ . Müasir dövrdə qanda CA-125 təyin edilməsi daha aktiv şəkildə istifadə edilir. Bu, səthi hüceyrə antigeni olub, selomik və müllər epitelinin törəmələri tərəfindən ekspressiya olunur. Sübut edilmişdir ki, qanda CA-125 səviyyəsinin artması yalnız endometrioz üçün spesifik deyildir. Klinik əlamətlərə əsasən xəstəliyin olmasını ehtimal etmək olar, lakin simptomuz formalar zamanı o, az informativdir, endometriozun markeri qismində onun həssaslığı 27%-dən yüksək olmur. CA-125-dən başqa, qeyri-invaziv diaqnostik markerlər qismində plazmanın digər biomarkerləri də təklif edilmişdir ki, onlara interleykin-8 və yüksəkəhəssas C-reaktiv zülal aiddir. Müasir dövrdə təqdim olunan markerlərdən heç biri müxtəlif lokalizasiyaya malik endometriozun qeyri- invaziv diaqnostikası üçün kifayət qədər dəqiqliyə malik deyildir. Ultrasəs diaqnostika və maqnitrezonans tomoqrafiya endometriozun ümumi müalicə şəbəkəsində istifadə üçün münasib olan qeyri-invaziv diaqnostika metodlarından sayılırlar.





## UŞAQLARDA XOLEDOX SİSTLƏRİNİN MÜALİCƏSİNDƏ TƏCRÜBƏMİZ

**Məhəmmədov V.Ə.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Öd yollarının sistoz transformasiyası biliar sistemin çox nadir anomaliyalarından biri olub, həm ekstra həm də intrahepatik öd yollarını zədələməklə özünü xarakterizə edir. Bu patologiyanın yaranması ilə bağlı müxtəlif nəzəriyyələr olsa da, heç bir nəzəriyyə patologiyanın məğzini tam izah edə bilmir. Öd yollarının sistoz dilatasiyaları uşaq yaşları cərrahiyyəsinin ən ağır patologiyalarından olub, müayinə və müalicəsi xüsusi diqqət tələb edir.

**İşin məqsədi:** Ümumi öd axarının sistoz dilatasiyalarında müalicə taktikasının seçilməsi və müalicənin nəticələrinin qiymətləndirilməsi.

**Material və metodlar:** ATU-nun Uşaq cərrahlığı kafedrasında 2010-2021-ci illər ərzində öd yollarının kistoz dilatasiyası olmuş 10 xəstənin üzərində tədqiqat işi aparılmışdır. Xəstələrdən 6 nəfəri klinikaya qarında ağrı, sarılıq şikayətləri ilə daxil olmuşdur. 1 xəstə də qarın boşluğunun təsadüfə US müayinəsində öd yollarının kisti aşkar edilmişdir. 1 xəstə də isə kistin perforasiyası peritonit diaqnozu ilə klinikaya gətirilmişdir. Xəstələrin yaşı 10 aylıqdan 11 yaşa qədər olmuşdur. Xəstələr klinikada qanın ümumi, biokimyəvi analizi, US və MRCP (maqnit rezonans xolangiopankreotografiya) müayinələrindən keçmişdir. Todani təsnifatına əsasən 6 xəstə də tip 1A, 2 xəstə də tip 1C, 1 xəstə də tip 4B, 1 xəstə də isə tip 1B kist perforasiyası qeyd edilmişdir. Bütün xəstələrə xoledox sistin eksiziyası, Ru üsulu Y-hepatikoyeyuno, yeyuno-yeyuno anastomozun qoyulması əməliyyatı icra edilmişdir.

**Nəticələr və müzakirələr.** Əməliyyatdan öncəki dövrdə bütün xəstələrə antibakterial terapiya başlamış və əməliyyatdan sonrakı dövrdə də davam etdirilmişdir. Cərrahi əməliyyat açıq üsulla orta-orta və ya sağ qabırğaaltı kəsikdən istifadə olunmaqla icra olunmuşdur. Uşaqların yaşından asılı olaraq "Y" anastomozunun qollarının uzunluğu 20-40 sm arasında dəyişmişdir. Xəstələr 5 gün parenteral qidalandırılmış sonra enteral qidalanmaya keçirilmişdir. Sklerozlaşdırıcı xolangitin profilaktikası məqsədilə əməliyyatdan sonra 3 ay müddətində uşaqlara trimetoprim/sulfometaksazol və ya ampisillin verilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə heç bir ağırlaşma qeyd edilməmiş, və təkrari müayinələrdə uşaqlarda patologiya qeyd olunmamışdır.

Beləliklə, öd yollarının anadangəlmə malformasiyalarında kistin eksiziyası xüsusilə də selikli qişasının çıxarılması ən əhəmiyyətli məqamlardan biri olub, Ru üsulu ilə anastomozun qoyulması uşaqların gələcəkdə tam praktiki sağlam inkişafı ilə nəticələnir.



## ZƏFƏRAN BİTKİSİNİN REPRODUKTİV SAĞLAMLIĞA TƏSİRİ

**Məmmədli Nilgün**

*Bakı şəhəri N.Nərimanov rayonu*

*Məktəb Lisey Kompleksi*

Zəfəran (*Crocus sativus* L. İridaceae) bitkisi - şərq təbabətinin unikal nümunələrindən biridir. Zəfəranın tərkibi mürəkkəb komponentli bioloji fəal maddələrdən ibarətdir və bu birləşmələr müxtəlif qenezli xəstəliklərin müalicəsində effektiv təsir göstərir. İnkişaf etmiş ölkələrdə sonsuzluq problemi ciddi bir problem olaraq qalır və onun müalicə yollarının və vasitələrin aşkarlanması elmin aktual istiqamətlərindən biridir. Son zamanlar bütün dünyada olduğu kimi, Azərbaycanda da sonsuzluq problemi böyüyür. Belə ki, gənclər arasında sonsuzluq 13%, nikaha daxil olan şəxslər arasında isə 10%-dən artıq olur. Dünya alimləri tərəfindən aparılmış elmi tədqiqatlar göstərmişdir ki, zəfəran həm kişi, həm də qadın orqanizmin hormonal sistemində tənzimləyici təsir göstərir (N. Habibollah et al., 2009; M. Modaresi et al., 2014; M. Asadi et al., 2014). Qeyd olunanları nəzərə alaraq təqdim olunan işdə Abşeronun Bilgəh kəndində becərilən zəfəranın erkək və dişi heyvanların qanında testosteronun və follikulstimulaşdırıcı (FSH) hormonlarının səviyyəsinə və doğulan F1 nəslin sayına təsirinin tədqiqi aparılıb.

Təcrübəyə zəfərandan perkolyasiya metodu ilə ekstrakt alınması ilə başlandı. Ekstatraktın konsentrasiyası 0,5%-dir. Eksperimentlər çəkisi 180-200 qr olan erkək və dişi ağ siçovullar üzərində aparılıb. Zəfəranın ekstraktı təcrübə qrupunun heyvanlarına per os (ağızdan dəmir zond vasitəsilə) üsulu ilə verilib. Heyvanlar 4 qrupa ayrılıb.

1. İntakt siçovullar;

2. 1-ci qrup heyvanlar 7 gün ərzində gündə bir dəfə 120 mq dozada zəfəran ekstraktı alıblar (per os),

3. 2-ci qrup heyvanlar 14 gün ərzində gündə bir dəfə 120 mq dozada zəfəran ekstraktı alıblar (per os),

4. 3-cü qrup heyvanlar 21 gün ərzində gündə bir dəfə 120 mq dozada zəfəran ekstraktı alıblar (per os).

Kontrol qrupunun heyvanları həmin üsulla fizioloji məhlul alıb. Tədqiq olunan zəfəran ekstraktı bitkinin dişicik ağızcığından perkolyasiya üsulu ilə hazırlanmış Heyvanlarının qanında cinsi hormonlarının səviyyəsi təcrübənin 7, 14 və 21-ci günlərində immunoferment analizi üçün hormonal testi-dəsti («Pishtaz», İran) köməyi ilə təyin olunub. Alınan nəticələri intakt heyvanların balalarının eyni göstəriciləri ilə müqayisə etmişik. Nəticələrin statistik işlənməsi EXCEL proqramının köməyi ilə həyata keçirilib, kontrol və təcrübə sınaqları üçün alınmış orta qiymətlərin fərqlərinin etibarlılığı Stüdentin t-kriteriyası əsasında qiymətləndirilib.

Alınmış nəticələrin təhlili zamanı müəyyən olunmuşdur ki, 21 gün müddətində zəfəran ekstraktı almış heyvanların qan zərdabında ümumi testosteronun səviyyəsində etibarlı dərəcədə artım müşahidə olunmuşdur. Aparılmış tədqiqatlardan məlum olur ki, zəfəran ekstraktının erkək və dişi heyvanlara per os üsulu ilə verilməsi qanda cinsiyyət hormonlarının səviyyəsinə müsbət təsir göstərir, qanda FSH səviyyəsini dəyişərək cinsi hormonlarının neyro-humoral mübadiləsinə təsir göstərir. Zəfəranın belə effektiv təsiri onun tərkib komponentlərinin müxtəlifliyi ilə əlaqədardır. Belə ki, zəfəranın mərkəzi sinir sistemində tonuslaşdırıcı təsiri birbaşa hipofizar-hipotalamus sisteminin fəaliyyətində əks olunur. Bununla yanaşı zəfəranın steroid hormonların biosintezinə təsiri kişi cinsi hormonların səviyyəsində əks oluna bilər. Testosteronun konsentrasiyanın artımı isə öz növbəsində toxum kisəsində spermanın yaranmasına və onun parametrlərinə də müsbət təsir göstərir.

Təcrübələr göstərdi ki, gündə 1 dəfə zəfəran ekstraktı (120mq) erkək siçovullara verildikdə dişi siçovullarla onların cütləşdirilməsi nəticəsində doğulan balaların sayı intakt heyvanların eyni göstəricilərindən daha yüksək olmuşdur. Bu fərq intakt heyvanlardan törəmiş nəsilərlə müqayisədə 7; 14 və 21 gün zəfəran ekstraktı almış erkəklərdən törəyən nəsilə də həmişə statistik etibarlı olmuşdur. ( $P < 0,05$ ).

Beləliklə, aparılmış tədqiqatların nəticələrindən məlum olur ki, zəfəran orqanizminin reproduktiv və endokrin fəaliyyətinə effektiv təsir göstərir.



## MƏDƏ LOKALİZASİYALI XRONİKİ XORALI XƏSTƏLƏRİN MÜALİCƏSİNDƏ BƏZİ APUDOSİTLƏRİN ROLU

Məmmədov A.İ., Həsənov M.C., Neymətov İ.F.,  
Cavadov Ə.C.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Müasir dövrün tədqiqatları göstərmişdir ki, mədənin xora xəstəliyinin patogenezinə qastroenteropankreatik zonanın apudositlərindən serotonin ifraz edən EC-hüceyrələrinin rolu danılmazdır. Mədənin xora xəstəliyi adətən uzun müddətli xroniki gedişə malik olduğu üçün xora anamnezi müxtəlif olan xəstələrdə digər apudositlərlə yanaşı EC-hüceyrələrində xronoloji baş verən morfohistokimyəvi dəyişikliklərin xəstəliyin gedişinə və son nəticədə müalicə metodunun seçilməsinə təsir rolunun olduğunu söyləmək olar.

**Tədqiqatın məqsədi:** Xroniki mədə xoralı xəstələrdə enteroxromaffin EC-hüceyrələrində xronoloji baş verən morfohistokimyəvi pozğunluqlarının və neyrosekretor funksiyalarının kəmiyyət dəyişikliklərini müəyyən etməklə belə xəstələrdə onların müalicə metodunun seçilməsində rolunu öyrənmək.

**Material və metodlar:** Tədqiqat mədənin xroniki xorası olan 76 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələr xəstəliyin müddətinə görə 3 qrupa (xora anamnezi 5 ilə qədər, 5-10 il və 10 ildən artıq) bölünmüşdür. EC-hüceyrələri endoskopik müayinə zamanı və operasion materialda bilavasitə ulseroz, periulseroz və xoradan nisbətən uzaq-intakt zonalardan götürülmüş bioptik materiallarda öyrənilmişdir. EC-hüceyrələrinin histokimyəvi identifikasiyası üçün Masson-Qamperlin argentaffin və Qrimeliusun argirofil reaksiyalarından, əlavə olaraq Homorinin neyrosekretin rənglənməsi və Sevkinin xromaffin reaksiyalarından istifadə edilmişdir. Histokimyəvi reaksiya məhsullarının hüceyrə daxili miqdarı və paylanması (sekretor aktivlik) vizual olaraq 3 ballı şkalaya görə qiymətləndirilmişdir: 1+ - aşağı, 2+ - mülayim və 3+ - yüksək.

**Nəticələr və onların müzakirəsi:** Mədənin xora xəstəliyi zamanı EC-hüceyrələrinin morfo-struktur dəyişiklikləri və funksional aktivliyi hər şeydən əvvəl kliniki gedişin müddəti ilə müəyyən olunan faza xarakteri daşıyır. I qrup xəstələrdə xora ətrafı zonada EC-hüceyrələrinin yalnız hiperplaziyası və sekretor aktivliyinin artması (3+) müəyyən edilir. II qrup xəstələrdə periulseroz və intakt zonada EC-hüceyrələrinin sayı kəskin artır, lakin daha çox sekretor aktivliyi az (1+) və mülayim (2+) olan hüceyrələrə rast gəlinir. I və II qrup xəstələrdə EC-hüceyrələrində baş verən morfostruktur dəyişikliklər isə kompensator xarakter daşıyır və geridönəndir, yəni konservativ üsullarla korreksiya oluna bilər.

III qrup xəstələrdə ələlxüsus xoraətrafı və nisbətən intakt zonada EC-hüceyrələrinin sayı kəskin artır (təxminən 5 dəfə). Onların sekretor aktivliyi isə kəskin azalır, belə ki, xoraətrafı zonada əsasən qeyri-aktiv (0+) və az aktiv (1+) EC hüceyrələri aşkarlanır, onlarda baş verən morfostruktur dəyişikliklər isə geridönməz xarakter daşıyır. Beləliklə, III qrup xəstələrdə EC-hüceyrələrində baş verən histokimyəvi, morfostruktur və morfofunksional dəyişikliklər dərin patoloji dekompensasiya mərhələsinə uyğun gələn geridönməz xarakter daşıyır, ona görə də konservativ yolla bərpa oluna bilməz. Odur ki, bu qrup xəstələrdə digər kliniki göstərişlər olduğu hallada cərrahi yolla müalicə haqda düşünmək düzgün olardı.

**Yekun:** Mədə xoralı xəstələrdə müalicə taktikası secərkən digər kliniki göstəricilər ilə yanaşı endoskopik müayinə zamanı xora, xora ətrafı və intakt zonalardan alınmış bioptik materialda qastroenteropankreatik zonanın digər apudositləri ilə yanaşı EC-hüceyrələrinin də morfohistokimyəvi analizinin nəticələri nəzərə alınmalıdır.



## ŞƏKƏRLİ DİABETİN AĞIRLAŞMALARININ MÜALİCƏSİNDƏ LİMFASİTİMULƏDİCİ KORREKSİYANIN ƏHƏMİYYƏTİ

Məmmədov Y.C., Əliyeva A.C., Əliyev S.H.

Cəfərova N.Ə.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Son illərin statistikasına əsasən 2035-ci ilə qədər şəkərli diabet (ŞD) xəstələrinin sayı dünya üzrə 592 milyona çatacaqdır [1,2,3]. ŞD xəstələrində retinopatiya, neyropatiya, nefropatiya kimi mikrovaskulyar, eləcə də kəskin koronar sindrom, insult kimi makrovaskulyar ağırlaşmaların inkişaf etmə riski çox yüksəkdir. Bu sahədə aparılan tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, ŞD zamanı pozulmuş mübadilənin toksik məhsulları toxumalarda toplanaraq mikrosirkulyator sistemin işini ləngidir, toxumaların qanla təchizi və limfa drenajı zəiflədir [4,5]. Bu məhsullar hüceyrəarası sahələrdə toplanaraq müxtəlif orqanlarda (böyrəklər, ürək, göz və s.) patologiyaların inkişafına gətirib çıxarır [6,7,8].

ŞD və onun ən çox rast gəlinən ağırlaşmalarından olan diabetik nefropatiya (DN) zamanı mikrosirkulyator sistemin limfasirkulyasiya şöbəsində baş verən dəyişikliklərin öyrənilməsi, toxumaların limfadrenajını fəallaşdırmaq yolu ilə bu pozulmaların qarşısının alınması, yəni limfastimuləedici korreksiyanın aparılması bizim tədqiqatın əsas məqsədi olmuşdur.

Tədqiqatlar zamanı eksperimentdə dovşanlar üzərində ŞD və DN modeli yaradılmışdır. Bu heyvanların qanında və ilk dəfə olaraq limfasında laxtalanma-əks laxtalanma-fibrinoliz (LƏF) sisteminin göstəriciləri və limfanın axın sürəti öyrənilmişdir. Tədqiqat zamanı aldığımız nəticələr bu patologiyaların dinamikasının aşağıdakı zəncir üzrə inkişaf etdiyini üzə çıxarmışdır: hiperqlikemiya → dislipidemiya → damar endotelinin disfunksiyası → LƏF sisteminin aktivləşməsi → mikrohemosirkulyasiyanın və mikrolimfosirkulyasiyanın pozulması. Damar endotelinin zədələnməsi LƏF sistemində tarazlığın pozulmasının ən önəmli səbəblərindəndir. Bu zaman toxumalarda həm mikrohemosirkulyasiya, həm də mikrolimfasirkulyasiya pozulmuş olur. DN zamanı heyvanların laxtalanma sistemində hiperkoagulyasiya istiqamətli dəyişikliklər baş verir, limfanın axın sürəti (LAS) zəifləyir. Toxumada limfadrenajın pozulması orqanizmin toksik məhsullarla daha artıq yüklənməsi ilə nəticələnir və beləliklə, qüsurlu dövrəyə gəlir. Bu dəyişikliklərin qarşısını almaq üçün klinik praktikadan məlum olan sulodeksid preparatından istifadə olunmuş və onun limfa axınını fəallaşdırma qabiliyyəti üzə çıxmışdır. Sulodeksidin istifadəsi hipokoaqulyasiya istiqamətli dəyişikliklərə – LƏF sisteminin müayinəsi zamanı PTT, PT və TT kimi göstəricilərin uzanması, fibrinolitik aktivliyin artmasına səbəb olmuşdur. Limfada damardaxili laxtalanma markerləri uzun müddət aşkar edilməmişdir. Bu isə limfastimuləedici terapiyanın ŞD və onun ağırlaşmalarının qarşısının alınmasında nə dərəcədə əhəmiyyətli olduğunu göstərmişdir. Limfanın axın sürətinin dəyişmə dinamikası göstərmişdir ki, sulodeksidin istifadəsi döş limfa axacağından LAS-ı aktivləşdirir ( $p < 0,01$ ), bununla da toxumaların drenaj funksiyasını yaxşılaşdırır. Aldığımız ən dəyərli nəticə limfatrop təsirli preparatların istifadəsi və limfadrenajı stimulə etmə yolu ilə şəkərli diabetin və onun ağırlaşmalarının qarşısının alınmasının klinik praktikaya tövsiyə edilməsi olmuşdur.





## ƏDƏBİYYAT

1. Eisenbarth GS. Update in type 1 diabetes // Jour. Clin. Endocrinol. Metab. 2007;92:2403–7
2. Şenay Topsakal, Özlem Özmen. İnsan ve hayvanlarda diabetik mellitus, MAE Vet Derg. Türkiye 2016 (1)
3. Дедов И.И., Шестакова М.Б., Викулова О. К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета. // Сахарный диабет, 2017, №20 (1), с.13-51
4. Cruz NG, Sousa LP, Sousa MO, Pietrani NT, Fernandes AP, Gomes KB. The linkage between inflammation and Type 2 diabetes mellitus // Diabetes research and clinical practice. 2013;99(2):85–92
5. Смирнов И.Е. Диабетическая нефропатия // Медицина и здравоохранения, Москва, 2015, стр. 43-50
6. Vlassara H., Striker GE. Advanced glycation end products in diabetes and diabetic complications. Endocrinology and metabolism clinics of North America // 2013;42(4):697–719
7. Yao D, Brownlee M. Hyperglycemia-induced reactive oxygen species increase expression of the receptor for advanced glycation end products (RAGE) and RAGE ligands // Diabetes. 2010; 59(1): 249–255



## NAXÇIVAN MUXTAR RESPUBLİKASININ ŞƏRUR RAYON POPULYASIYASINDA YENİDOĞULMUŞLARIN QICOLMALARININ KLİNİK XARAKTERİSTİKASI (NEONATAL QICOLMALAR)

**Həsənov Nüsrət**

*Naxçıvan Dövlət Universiteti*

İnsanın orqanizması həyatın hər bir yaş dövründə müxtəlif səbəblərdən qıcolma reaksiyası göstərə bilər. Qıcolmaların bir hissəsi kəskin bir xəstəliyin simptomu kimi meydana çıxır. Qıcolmalar tək bir dəfə və ya çox ola bilər və yaxud da status şəklində müşahidə edilə bilər. Daha sonra isə təkrarlana bilərlər. Bu cür qıcolmalar kəskin simptomatik qıcolmalar adlanır və epilepsiyalara daxil edilmirlər. Ancaq bu qıcolmalar gələcəkdə təkrarlanan xronik qıcolmaya keçə bilərlər. Bu genetik faktorlar, sabit beyin zədələnmələri və ya müalicə olunmayan metabolik pozğunluqlarla əlaqədardır. Müxtəlif intrakranial və ekstrakranial hallar qısa və uzun müddətə qıcolmalar törədə bilər. Neonatal qıcolmalar etiologiyasına, klinikasına, EEG müayinə və proqnozuna görə də digər yaşlarda olan qıcolmalardan böyük fərqliliklər göstərir. Müxtəlif səbəblərdən yenidoğulan və südəmər uşaqlarda qıcolma əmələ gəldiyini və bu qıcolmaların böyük bir qisminin epilepsiya olmadığını nəzərə alaraq kiçik uşaqlarda rast gəlinən hər qıcolmalarda uzun müddət qıcolma əleyhinə müalicə aparılmamalıdır. Elə vəziyyətlər müşahidə oluna bilər ki, qıcolma keçirən uşağın EEG-da hipersinxron görülsün. Hətta belə vəziyyətlərdə epilepsiya olmadığını tam aydınlaşdırmaq lazımdır.

Tədqiqat 01 yanvar 2021 - 31 dekabr 2021 tarixləri əhatə etmişdir. Müayinələr Naxçıvan Muxtar Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyində olan Şərur rayon mərkəzi xəstəxanasının bazasında aparılmışdır.

Bizim apardığımız tədqiqatın **məqsədi** Naxçıvan Muxtar Respublikasının Şərur rayonu populyasiyasında Neonatal qıcolmaların (NQ) əmələ gəlmə səbəblərini və klinik təsvirini təqdim etməkdir. Biz tədqiqat işlərində Beynəlxalq Epilepsiya ilə mübarizə Liqasının (İLAE) 1981-ci ildə Yaponiyanın Kioto şəhərində qəbul olunmuş Epileptik tutmaların müasir təsnifatından və 1989-cu ildə Dehli-də (Hindistan) epileptik sindromların və epilepsiyaya bənzər xəstəliklərin Beynəlxalq təsnifatından istifadə etmişik. Epilepsiyanın Beynəlxalq təsnifatına və epileptik sindromlara əsasən N.Q sərbəst başlanma yaşları gediş xüsusiyyətləri və proqnozu vardır.

Yenidoğulmuşların qıcolmaları həyatın ilk 4 (0-28 gün) həftəsi ərzində görünən qıcolmalardır.

Bizim müşahidələrimizdə N.Q qıcolmalar həyatın ilk 48 saatında, ilk 4-5 günündə, 5 günündən sonra müşahidə olunmuşdur.

Həyatın ilk 48 saatında əmələ gələn qıcolmaların əsas səbəbləri; doğuş travmaları, kəllədaxili qanaxmalar, hipoksiya, anoksiya, hipoqlikemiya, hiponotremiya, hipokalsemiya, su intoksikasiyası, B6 çatışmazlığı, serebral anomaliyalar olmuşdur

Həyatın ilk 72 saatından sonrakı yenidoğulmuşun 28 gününə qədərki dövrünə olan qıcolmaların səbəbləri; kəllədaxili qanaxmalar, hipokalsemiya, hipomaqnezemiya, infeksiyalar (meningit, sepsis, ensefalit).

Həyatın ilk dörd və beşinci günündə müşahidə olunan qıcolmanın əmələ gəlmə səbəbləri sink, mis çatışmazlığı olmuşdur. Həyatın ilk dörd və beşinci günündə müşahidə olunan qıcolmanın əsas xüsusiyyəti həyatın 4-cü və ya 5-ci gün görünməsi olmuşdur. Bu qıcolmalar status şəkilində müşahidə edilmiş və proqnozu isə yaxşı olmuşdur.

N.Q klinik olaraq tonik, klonik, mioklonik, multifokal, apneik, subtil qıcolmalar şəklində müşahidə edilmişdir. Qıcolmalar adətən 5 dəqiqə davam etmişdir. Çox hallarda klonik, bir qismində generalizasiya olunan klonik, müxtəlif ayaq hərəkətləri ilə çox müxtəlif şəkildə müşahidə edilmişdir. Klassik tonik-klonik qıcolmalar neonatal qıcolmalar zamanı praktik olaraq müşahidə edilməmişdir. Bu qıcolmalar eyni xəstədə müxtəlif cür görünmüşdür. Neonatal qıcolmaların bu cür müxtəlifliklər göstərməsi həyatın bu dövründə beyin qabığının həm fizioloji həm də morfoloji olaraq formalaşmaması ilə əlaqələndirilə bilər.



## HEPATOSELLULAR KARSİNOMANIN PATOLOJİ VƏ MOLEKULAR XÜSUSİYYƏTLƏRİ

**Müşfiq Orucov**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Xərçənglə əlaqəli ölümlərin dördüncü aparıcı səbəbi olan hepatosellulyar karsinoma (HSK) birincili qaraciyər karsinomalarının ən çox yayılmış növüdür. HSK hazırda xərçənglə əlaqəli ölümlərin dördüncü aparıcı səbəbidir və bütün dünyada qaraciyər xərçənglərinin 80-85%-ni təşkil edir. Dinamik kontrastlı kompüter tomoqrafiya və multimodal maqnit-rezonans tomoqrafiya kimi yeni görüntüləmə üsulları HSK-nın diaqnozuna böyük təsir göstərsə də, histopatoloji müayinə dəqiq diaqnoz üçün qızıl standart olaraq qalır.

Tipik HSK şiş hüceyrələri kubşəkilli olub, nüvələri mərkəzdə yerləşir. Şiş hüceyrələri bol eozinofil sitoplazmaya malikdirlər və adətən dəyişkən qalınlıqlı trabekulyar paterndə yerləşirlər. ÜST Həzm Sistemi Şişlərinin Təsnifatının son 5-ci nəşrində HSK-nın aşağıdakı subtipləri təsvir edilmişdir: steatohepatitik, şəffaf hüceyrəli, makrotrabekulyar-massiv (MTM), skirroz, xromofob, fibrolamellar HSK, neytrofillə-zəngin, limfositlə-zəngin. Molekulyar xüsusiyyətlərə SH-HSK zamanı IL-6/JAK/STAT aktivləşməsi, MTM-HSK zamanı G3 transkriptomik alt qrupu, çox vaxt TP53 mutasiyası və FGF19 amplifikasiyası, skirroz HSK-da TSC1/TSC2 mutasiyaları və transformasiya edən beta-böyümə faktorunun (TGF- $\beta$ ) siqnal aktivasiyası, xromofob subtipdə telomer fenotipinin alternativ uzanması, fibrolamelyar HSK zamanı təkrarlanan kimerik DNAJB1-PRKACA gen bitişməsi, limfositlə-zəngin HSK-da CTNNB1, AXIN1, APC, PD-L1, NOTCH1 və NOTCH2 mutasiyaları aiddir.

HSK-nın müxtəlif histopatoloji subtiplərinin müəyyən edilməsi şişin patogenezinin daha dərindən tədqiqi ilə yanaşı, məqsədyönlü hədəf terapiyanın təyini və xəstəliyin nəticələrinin proqnozlaşdırması üçün əlavə imkanlar yaradır.



## SİDİK AXARININ YUXARI VƏ ORTA HİSSƏSİNDƏ YERLƏŞƏN İRİ ÖLÇÜLÜ DAŞLARIN LAPAROSKOPIK MÜALİCƏSİ

Nağıyev R.N., Əfəndiyev E.N.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**İşin məqsədi:** Endouroloji metodlarla müalicə az effektiv olduğundan, sidik axarının yuxarı və orta 1/3-nin böyük, hərəkətsiz və çoxlu daşları laparoskopik ureterolitotomiyanın aparılmasına göstəriş hesab edilir. Laparoskopik ureterolitotomiya endouroloji əməliyyatdan fərqli olaraq daşları rezidual fraqmentsiz tam xaric etmək imkanı verir və az invaziv olmaqla açıq əməliyyatın alternativini sayılır.

Tədqiqatın məqsədi sidik axarının yuxarı və orta hissəsində yerləşən iri ölçülü daşlarının laparoskopik müalicəsinin effektivliyinin dəyərləndirilməsi olmuşdur.

**Material və metodlar:** ATU-nun urologiya kafedrasında 2011-2021-ci illərdə laparoskopik ureterolitotomiya (LU) əməliyyatı icra edilmiş xəstələrin retrospektiv təhlili aparılmışdır. Bu dövrdə 36 əməliyyat icra edilmişdir. Xəstələrin yaşı 18-68 arasında (orta yaş –  $46,2 \pm 2,3$ ) dəyişmiş, bunlardan 26 (72,2%) kişi, 10 (27,8%) qadın olmuşdur. 23 xəstədə konkretlər sidik axarının yuxarı 1/3-də, 13 xəstədə isə orta 1/3-də yerləşirdi. 18 xəstədə (50,0%) daşlar sağ, 18 xəstədə (50,0%) isə sol sidik axarında yerləşirdi. Daşların ölçüləri 1,2-3 sm arasında olmuşdur. Bir xəstədə laparoskopik ureterolitotomiya yeganə böyrəkdə aparılmışdır.

**Nəticələr:** LU adətən 3 portla həyata keçirilmiş (33 xəstədə - 91,7%), 3 xəstədə isə (8,3%) 4-cü porta ehtiyac yaranmışdır. LU aparılarkən konvensiya halları baş verməmişdir. Əməliyyatın müddəti orta hesabla  $101,7 \pm 3,8$  dəq. təşkil edərək, 70-170 dəq. arasında tərəddüd etmiş, qan itirmənin həcmi 20-120 ml arasında dəyişərək, orta hesabla  $52,7 \pm 4,1$  ml təşkil etmişdir. Xaric edilmiş daşların ölçüləri orta hesabla  $2,34 \pm 0,1$  sm təşkil etmişdir. Daş xaric edildikdən sonra böyrək daxili stend qoyulması 27 (75,0%) xəstədə tətbiq edilmiş, 9 (25,0%) xəstədə isə buna ehtiyac olmamışdır. Drenaj müddəti 2-11 sutka arasında olub, orta hesabla  $3,57 \pm 0,33$  sutka, hospitalizasiya müddəti isə 2-12 sutka arasında olub, orta hesabla  $3,87 \pm 0,36$  sutka təşkil etmişdir.

LU həyata keçirilərkən əməliyyatdaxili ağırlaşmalar olmamış, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar isə 4 (11,1±5,5%) xəstədə müşahidə edilmişdir.

**Yekun:** Ureterolitiazın cərrahi müalicəsi zamanı LU istifadə edilməsi bütün hallarda müsbət nəticənin alınmasına nail olunmuşdur. Bu da, LU-nun konkretin lokalizasiyasından asılı olmayaraq yüksək klinik effektivliyini göstərir.





## ANDROLOJİ ASPEKTLƏR VƏ KİŞİLƏRDƏ REPRODUKTİV SAĞLAMLIQ: DIHİDROTESTOSTEREN HİPOQONADİZMİN GÖSTƏRİCİSİ KİMİ

**Niyaməddin Əliyev, Emil Muxtarov**

*Bakı Sağlamlıq Mərkəzi*

**Məqsəd:** Hipoqonadizmin simptomları tez-tez normal serum testosteron (T) səviyyələri olan subyektlər tərəfindən bildirilir. Biz androloji ambulator xəstələrdə klinik simptomlarla cinsi steroid səviyyələri arasındakı əlaqəni qiymətləndirməyi hədəflədik.

**Metodlar:** Beynəlxalq Erektıl Funksiya İndeksi (IIEF) və Yaşlanma Kişi Simptomları şkalası (AMS) sorğularını müvafiq olaraq 53 və 47 kişi doldurdu (ortalama yaş:  $46,8 \pm 12,7$  və  $46,5 \pm 12,8$  yaş,  $p=0,829$ )

**Nəticələr:** IIEF və AMS nəticələri qanda ümumi və sərbəst testosteron və dihidrotestosteron (DHT) səviyyələri ilə müqayisə edildi.

Normal Testosteron səviyyələri ( $n = 31$ , Total Testosteron  $> 12$  nmol/L) olan kişilərdə AMS nəticələrinin əhəmiyyətli proqnostik faktor olması üçün DHT səviyyəsinin araşdırılması lazım. Belə şəxslərdə DHT səviyyəsinin qanda  $0,1$  nmol/l artması daha pis simptomların inkişaf ehtimalını  $4,53\%$  azalmasına səbəb olurdu ( $p = 0,013$ ).

Biokimyəvi hipoqonadizmi olan kişilərdə (Ümumi Testosteron  $< 12$  nmol/L) DHT-dən daha çox ümumi və sərbəst Testosteron AMS nəticələri ilə korrelyasiya edilirdi. IIEF-EF nəticələri üçün belə korrelyasiya aşkarlanmadı. Yaş və BKİ-nin təsirləri hormon konsentrasiyası ilə korrelyasiya görüldü, lakin anketalar ilə görülmədi.

**Nəticə:** DHT biokimyəvi eugonadal kişilərdə hipoqonadizm əlamətləri ilə korrelyasiya edilə bilər. Qanda DHT-nin ölçülməsi hipoqonadizm diaqnozu istisna edildikdə faydalı ola bilər, lakin ilkin diaqnostika prosesinə rutin olaraq daxil edilməməlidir.



## BUYNUZ QIŞANIN TƏKRARI KÖÇÜRÜLMƏSİNDƏN SONRAKİ BULANMALARINDA KÖK HÜCEYRƏ TRANSPLANTASIYASI

**Paşa Musayev, Ayan Qəlbınur**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Məqsəd:** Keratoprotez əməliyyatına göstəriş olan müxtəlif etiologiyalı, fəsadlı buynuz qişa bulanmaları olan gözlərin daha fizioloji və fəsadı az olan keratoplastika əməliyyatına uyğun gələn xəstələr qrupuna daxil etmək məqsədilə birinci dərəcəli qohumlardan (ata, ana, bacı, qardaş) gözün kök hüceyrələrinin transplantasiyası.

**Materiallar və metodlar:** Tədqiqata təkrari keratoplastika əməliyyatlarından sonra buynuz qişası bulanmış 4 xəstə (7 göz) daxil edilmişdir. Hər 4 xəstənin 1 gözünə birinci dərəcəli qohumlardan kök hüceyrələri köçürülmüşdür. Nəzarət qrupuna həmin xəstələrdən 3-ü nün kök hüceyrələri transplantasiya olunmamış digər 3 göz daxil olmuşdur. Xəstələrin birinci dərəcəli yaxın qohumlarından – (3 pasiyentin bacısından, 1 pasiyentin anasından) yerli anesteziya altında göz almasında limbin saat 10; 12; 13:30 radələrində kök hüceyrələri ilə zəngin olan nahiyələrindən, 0,5x0,5 mm ölçüdə toxuma hissəcikləri kəsilib götürüldü və xəstənin fəsadlı gözünün (buynuz qişanın neovaskulizasiyasının daha sıx olan) 3 limb nahiyəsinə köçürüldü.

**Nəticə:** Kök hüceyrələri köçürülmüş xəstələrin gözlərində 6 aylıq müşahidəmizdə yeni əmələ gəlmiş damarların nəzərə çarpacaq obliterasiyası, buynuz qişa bulanmalarının qismən azalması, görmə itiliyinin cüzi artması ilə müsbət dinamika müşahidə olunmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı 3cü həftədən başlayaraq, tədricən buynuz qişanın və kornea transplantantının sadalanan müsbət dinamikası başlanmışdır. Nəzarət qrupunda olan gözlərdə müsbət dinamika müşahidə olunmamışdır.

**Yekun:** Kök hüceyrəsi köçürülmüş gözlərin 6 ay ərzində müşahidəmizin sonundakı somatik vəziyyəti onların keratoplastika əməliyyatına göstəriş olan gözlər sırasına daxil edilməsinə nail olunduğunu göstərir. Aparılan analogi müşahidəmizdə birinci dərəcəli qohumdan kök hüceyrəsi transplantasiyasını daha effektiv olması təəsüratı yaranır. Dəqiq nəticələri daha çox saylı xəstələrimizin təhlilində diqqətinizə çatdırmağı planlaşdırırıq.

**Aiar sözlər:** buynuz qişa bulanmaları, kök hüceyrələri, kornea neovaskulizasiyası

## ANA SÜDÜ İLƏ QIDALANMA, ÜSTÜNLÜKLƏRİ VƏ ƏHƏMİYYƏTİ

**Poluxova A.Ə.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Aktuallığı:**Südəmər uşağın rəşional inkişafı üçün alternativi olmayan ideal qida ana südüdür. Ana südü həm ananın və həm də uşağın sağlamlığına yüksək bioloji və emosional təsir göstərir. Bu səbəbdən də ana və uşağın sağlamlığının möhkəmləndirilməsi üçün Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) XXI əsrdə ana südü ilə qidalanmaya xüsusi əhəmiyyət verir.

Bütün bunları əsas tutaraq biz bir qrup uşaqları dinamikada izləmiş, ana südü ilə qidalanmanın vəziyyəti və problemlərini araşdırmağa çalışmışıq.

**Tədqiqatın məqsədi:** Neonatal dövrdə yenidoğulanların patologiyası şöbə-sində müalicə almış uşaqları dinamikada izləyərək tam ana südü ilə qidalanmada yaranan problemlərin göstəricilərinin araşdırılması olmuşdur.

**Material və metodlar:** Tədqiqat obyektı kimi 2017-2019-cu illərdə müalicə almış 300 uşaq və onların anaları götürülmüşdür. Körpələr dinamikada nəzarətdə saxlanılmış, ana südü ilə qidalanmanın vəziyyəti həyatın I və II yarımilində katamnestik qiymətləndirilmişdir.

Analar ÜST-nın global banka məlumat toplamaq üçün nəzərə alınmış göstəricilər əsasında tərtib edilmiş anketlər əsasında sorğu olunmuşdur. Sorğunun nəticələri "SPSS 17" statistik proqram tərtib etməklə statistik analiz olunmuşdur. Bu zaman deskriptiv analitik, statistika metodlarından istifadə olunmuşdur. Ana südü ilə qidalanmanın davam etmə müddəti ilə tibbi-sosial faktorlar arasındakı əlaqə müəyyənləşdirilmiş, alınan nəticələrin dürüstlük əmsalı təyin edilmişdir.

**Müzakirə:** Müəyyən olunmuşdur ki, 65,67% uşaqlar 3-6 ayadək, yalnız 35% uşaqlar isə 15 ayadək ana südü ilə qidalanmada olmuşdur.

Döşlə qidalanma ilə anaların yaşı arasında asılılığın olması müəyyənləşdirilmişdir ( $p<0,05$ ). Belə ki, 2 ayadək döşlə qidalandıran analar arasında 20 yaşadək olanlar ( $p<0,05$ ), 4 ayadək döşlə qidalandıran analar arasında 30-35 yaşadək olanlar üstünlük təşkil etmişlər ( $p<0,05$ ). Doğum evlərində yalnız 169 (56,3%) ana ana südü ilə qidalanmanın əhəmiyyəti barədə təlimlər almış və bu analardan 102 (60,36%) nəfəri öz uşaqlarını 6 aydan çox ana südü ilə qidalandırmışlar. 126 (42%) körpə doğum zalında döşə qoyulmuş, bunlardan 98 (78%) nəfəri 6 aydan çox ana südü ilə qidalandırılmışdır ( $p<0,001$ ). 48 uşaq (16%) ilk sutkada döşə qoyulmuş, bunlardan 36 nəfərində ana südü ilə qidalandırma 3-6 ay təşkil etmişdir. Bu da ümumi müayinə olunanlar arasında 12% ( $p>0,05$ ); ilk sutkada döşə qoyulanlar arasında 75% ( $p<0,05$ ) təşkil edir. 126 (42%) yenidoğulan yalnız III sutkadan sonra döşə qoyulmuş və bunlardan 86 (68,25%) nəfərdə ana südü ilə qidalanma 2 ayadək davam etmişdir ( $p<0,05$ ).

Əksər analar hesab edirlər ki, döşlə qidalanma 12 ayadək olmalıdır. Döşlə qidalanmanın davam etmə müddəti ilə ananın daxili hissələri arasında da əlaqə vardır. Belə ki, daha uzun müddət süd verən analarda uşağın sağlamlığı barədə daxili həyəcan hissi daha az olur və həmin analar mənən özlərini daha rahat hiss edirlər.

Katamnestik müşahidələrin nəticələrindən aydın olur ki, 4 ayadək əlavə qidaya keçilməsi, 8 ayadək süni qarışıqların əvəzinə adaptə olunmamış qidaların və ya inək südünün istifadə edilməsi, həmçinin qlütein enteropatiyasını provokasiyaedici faktorı kimi gündəlik rəşiona banan, yulaf və buğda sıyıqlarının daxil edilməsi döşlə qidalanmaya mənfi təsir göstərmişdir.

**Nəticə:** Ana südü ilə qidalanma tibbi-sosial problem olmaqla bərabər həm körpənin sağlaml böyüməsi, həm də ananın psixo-emosional rahatlığı üçün əvəz olunmaz faktorlardan biridir. Uzun müddətli döşlə qidalanmanın təmin olunması üçün qadın məsləhətxanaları və doğum evlərində bu istiqamətdə maarifləndirmə və sosial-psixoloji hazırlıq işləri aparılmalıdır. Bu da doğum evlərində erkən döşə qoyulmanın vacibliyini bir daha sübut edir.



## DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİNDƏ OPTİK PSEVDOfAKİK KİSTOZ MAKULA ÖDEMİ KLİNİKASININ KOHERENT TOMOQRAFİYANIN ROLU (KLİNİK HALLAR ƏSASINDA)

Qəhrəmanov H.M., Zülfiyev Q.Q., İsmayılov Q.M.,  
Rizayeva M.K.

**Giriş:** Pseudofakik kistoz macula ödemi (PKMÖ) katarakta cərrahiyyəsi sonrası rast gəlinən və görməni ciddi azalda bilən səbəblərdən biridir. PKMÖ-nin aşkar olunmasında və müalicəyə cavabın dəyərləndirilməsində müasir invaziv və qeyri-invaziv görüntüləmə üsulları istifadə olunur ki, onlardan biri də biri olan OKT-dir.

**Məqsəd:** Katarakta əməliyyatı sonrası PKMÖ inkişaf etmiş 2 klinik hal üzərində verilən müalicənin təqib olunmasında OKT müayinəsinin effektivliyini dəyərləndirmək olmuşdur.

**Metodlar:** Tədqiqata rutin fakoemulsifikasiya sonrası PKMÖ inkişaf etmiş 2 klinik hal daxil edilmişdir. Əməliyyat öncəsi və sonra xəstələrin təqibi sırasında vizometria, USM, OKT müayinələri aparılmış, medikal və intravitreal müalicə tətbiq olunmuşdur

**Nəticə:** I klinik halda hər hansı bir risk amili olmadığı halda II klinik halda yanaşı diabet retinopiyası olduğu risk amili kimi qeydə alınmışdır. Hər iki halda mərkəzi retina qalınlığının artmış olması (müvafiq olaraq 460 m və 800 m) OKT ilə müəyyən olundu. I halda yalnız yerli medikal müalicə, II halda isə yerli medikal müalicə ilə yanaşı i/v bevacizumab inyeksiya olundu. Hər iki halda müalicəyə cavab nəticəsi olaraq görmənin bərpası ilə bərabər makula qalınlığının normallaşması OKT ilə təsdiq olundu.

**Yekun:** PKMÖ müalicəsində yerli, oral və lazım gəldikdə invaziv müalicənin yararlılığının və müalicəyə cavabının dəyərləndirilməsində OKT-nin rolunun böyük olmasını düşünürük.

**Açar sözləri:** Pseudofakik kistoz makula ödemi, yerli, oral və intravitreal (invasiv) müalicə. OKT





UKRAYNA VƏ LANDRANS CİNSİNİN CALAĞINDAN ALINAN MƏLƏZLƏRİN  
AĞIZ BOŞLUĞU SELİKLİ QIŞASINDA VƏ DƏRİDƏ CƏRRAHİ  
YARALARIN SAĞALMASININ MÜQAYİSƏLİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ.  
İŞIQ VƏ ELEKTRON MİKROSKOPİK TƏDQIQAT

**Quliyev T.R.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Tədqiqatın məqsədi:** Ukrayna və Landrans cinsinin calağından alınan mələzlərdə hemostaz və iltihab mərhələsində kəsilib – tikilmiş yaraların sağalması zamanı sərt damağın və dərinin struktur elementlərinin xüsusiyyətlərini öyrənmək.

**Material və metodlar:** Eksperiment 35- 40 kq çəkiddə olan 9 Ukrayna və Landrans cinsinin calağından alınan mələzlərin üzərində aparılmışdır. Heyvanların dərisində və ağız boşluğunun selikli qişasının üç müxtəlif nahiyəsində uzunluğu 2,5-3,0 sm uzunluğunda xətti kəsilmiş yara modelləri yaradılıb. Morfoloji tədqiqatlar üçün eksperimentin hər bir mərhələsində (nəzarət, əməliyyatdan 6-saat sonra, 3-cü, 7-ci günlərdə) həm dəri, həm də sərt damağın selikli qişasından 3 bioptat götürülmüşdür. Elektron mikroskopiya üçün material immersiya in situ fiksasiya edilmişdir və sonradan qəbul edilən ümumi üsullarla hazırlanmışdır. Ultra nazik kəsiklər (50-70 nm) Leica EM UC7 ultramikrotomunun (Almaniya) köməyi ilə əldə edilmiş və JEM-1400 (JEOL Japon) elektron mikroskopunda, 80-100 kV gərginlik altında tədqiq edilərək şəkilləri çəkilmişdir.

**Alınmış nəticələrin müzakirəsi:** Cərrahi dəri yaralarında kəskin iltihabi prosesin sürətlə sönməsi zədələnmiş strukturların və fibrinoid kütləsinin yara səthindən təmizlənməsini ləngitdiyinə görə yetişmiş qranulyasion toxumanın formalaşması 3-cü gündə deyil, 7-ci gündə baş verir.

**Nəticə:** Hemostaz və iltihabın fazalarındakı fərqlər reparativ regenerasiyanın sonrakı mərhələlərində (proliferasiya və çapığın formalaşması) əks olunur, nəticədə əməliyyatdan sonrakı yaralarda çapıq toxumasının inkişafında fərqliliyin meydana çıxmasına səbəb olur.



## UŞAQLARDA HİRŞPRUNQ XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİNƏ MÜASİR YANAŞMA

**Poluxov R.Ş.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Aktuallığı:** Uşaqlarda Hirşsprunq xəstəliyinin müalicəsində çoxsaylı əməliyyat növlərinin olmasına baxmayaraq son illər 1998-ci ildə De la Torre tərəfindən təklif edilmiş yoğun bağırsağın transanal endorektal rezeksiyası və 1999-cu ildə K.Georgeson tərəfindən tətbiq edilmiş laparoskopik Soave-Georgeson əməliyyatları daha çox tətbiq edilsə də, bu metodlara münasibət birmənalı deyildir. Bəzi müəlliflər isə Duhamel-Martin əməliyyatına üstünlük verirlər. Lakin indiyədək bu metodların tətbiqinin nəticələrinə dair müqayisəli tədqiqat işi aparılmamışdır. Bu baxımdan hər 3 metodun tətbiq imkanları, xəstəliyin variantından asılı olaraq çatışmayan və üstünlün cəhətlərinin əsaslandırılması xüsusi maraq doğurur.

**Məqsəd:** Cərrahi müalicənin nəticələrinə əsaslanaraq uşaqlarda Hirşsprunq xəstəliyinin variantından asılı olaraq əməliyyat taktikasının seçimini müəyyənləşdirmək.

**Material və metodlar:** Uşaq cərrahlığı kafedrasında Hirşsprunq xəstəliyinə görə cərrahi müalicə olunmuş 103 uşaqda müalicənin nəticələri müqayisəli təhlil olunmuşdur. Xəstələrin yaşı 2 aydan 12 yaşadək olmuşdur. 39 xəstəyə Duhamel-Martin, 26 xəstəyə transanal endorektal rezeksiya, 38 xəstəyə isə laparoskopik Soave-Georgeson əməliyyatı icra edilmişdir. Transanal endorektal rezeksiya əməliyyatı 12 xəstədə əməliyyat arxası üstə litotomik, 14 xəstədə isə üzü üstə ayaqlar aralı və çanaq qaldırılmış vəziyyətdə icra edilmişdir.

**Müzakirə və nəticələr:** Əməliyyatın davam etmə müddəti Duhamel-Martin əməliyyatı zamanı  $145 \pm 65$ , transanal endorektal rezeksiya əməliyyatı zamanı  $120 \pm 30$ , laparoskopik Soave-Georgeson əməliyyatı zamanı  $135 \pm 5$  dəq. olmuşdur. Transanal endorektal rezeksiya əməliyyatı zamanı 1 xəstədə daralma zonasını tam endirmək mümkün olmadığına görə konversiya olunmuş, 1 xəstədə isə laparoskopik köməkdən istifadə edilmişdir. Əməliyyatdan sonra 1 xəstədə çanaqdaxili hematomanın irinləməsi, 2 xəstədə anastomoz tutarsızlığı olmuşdur. Duhamel-Martin əməliyyatından sonra 1 xəstədə kolorektal arakəsmə qaldığı üçün təkrari əməliyyat olunmuşdur. Laparoskopik Soave-Georgeson əməliyyatından sonra texniki qüsurlar və fəsad qeydə alınmamışdır. Bütün xəstələr sağalma ilə evə yazılmışdır.

Əməliyyatın nəticələrinin təhlilindən belə qənaətə gəlmək olar:

-Yoğun bağırsağın transanal endorektal rezeksiyası 3 yaşadək uşaqlarda yalnız rektal formalı və bəzi hallarda rektosigmoidal formalı Hirşsprunq xəstəliyində mümkün olur. Digər formalarda Soave-Georgeson əməliyyatına üstünlük verilməlidir.

-Əməliyyat xəstəni üzü üstə ayaqlar aralı və çanaq qaldırılmış vəziyyətdə icra edildikdə müsariqənin səfərbər olunması daha asan olur.

-Müsariqənin və peritonun büküşünün daha asan səfərbər olunması və çanaqdaxili hematomanın profilaktikası məqsədiylə Soave-Georgeson əməliyyatına üstünlük verilməlidir. əməliyyatın laparoskopik köməklə icra edilməsi daha məqsədəuyğundur.

- Yoğun bağırsağın total və subtotal formalarında qısa yoğun bağırsaq sindromunun yaranmaması üçün Duhamel-Martin əməliyyatının tətbiqi daha məqsədəuyğundur.

## AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ QUBA-XAÇMAZ COĞRAFI ZONASI ƏHALİSİ ARASINDA SİDİK DAŞI XƏSTƏLİYİNİN YAYILMASININ EPİDEMİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Hüseynzadə R.T.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Sidik daşı xəstəliyi (SDX) urologiya elminin ən aktual sahələrindən biridir. Bu səbəbdən tədqiqat işimizin əsas predmetini SDX-nin yaranmasında epidemioloji risk faktorlarının tədqiqi təşkil etmişdir.

Tədqiqat işində Azərbaycan Respublikasının Quba-Xaçmaz coğrafi zonasının əhalisi arasında SDX-nin epidemioloji risk faktorları üzrə təhlilinin nəticələri olaraq xəstələrin cinsi, yaşı, boyu, çəkisi, BKİ, qan qrupu, peşəsi və.s. ilə asılılıqlarının olub olmaması öyrənilmişdir.

Sidik daşlarının mineral tərkib fərqinə görə statistik dürüstlük səviyyəsi: urat-fosfat  $\chi^2=11,82$   $p<0,001$ , urat-oksalat  $\chi^2=0,373$   $p>0,05$ , fosfat-okslat  $\chi^2=9,739$   $p<0,01$ . Sidik daşlarının mineral tərkibinə görə tendensiyası, cinslər üzrə paylanma səviyyəsi və ən əsası xəstələrin cinsi ilə daşların yaranması arasındakı bağlılıq: statistik dürüstlük nəticəsi  $\chi^2=12,821$   $p=0,002$  olmuşdur. Burada bir məqam da diqqəti çəkir ki, yalnız fosfat tərkibli daşlarda qadınlar kişilərlə müqayisədə say üstünlüyünə malik olmuşdur.

Sidik daşlarının mineral tərkibinə görə tendensiyası, yaşlar üzrə paylanma səviyyəsi və ən əsası xəstələrin yaşı ilə daşların yaranması arasındakı bağlılıq: ümumi xəstə sayında yüksək statistik dürüstlük nəticəsi  $\chi^2=9,289$   $p=0,010$ , kişilərdə  $\chi^2=9,633$   $p=0,008$ , qadınlarda  $\chi^2=0,844$   $p=0,656$  olaraq müəyyən edilmişdir.

Sidik daşlarının mineral tərkibinə görə tendensiyası, boy, bədən çəkisi və ən əsası BKİ üzrə paylanma səviyyəsi ilə daşların yaranması arasındakı bağlılıq: ümumi xəstə sayında statistik dürüstlük nəticəsi boy üzrə  $\chi^2=5,806$   $p=0,055$ , bədən çəkisi  $\chi^2=0,503$   $p=0,778$ , BKİ  $\chi^2=0,866$   $p=0,649$ , kişilərdə boy üzrə  $\chi^2=6,986$   $p=0,030$ , bədən çəkisi  $\chi^2=5,314$   $p=0,070$ , BKİ  $\chi^2=5,670$   $p>0,059$ , qadınlarda boy üzrə  $\chi^2=1,266$   $p=0,531$ , bədən çəkisi  $\chi^2=2,829$   $p=0,243$ , BKİ  $\chi^2=2,033$   $p=0,362$  olaraq müəyyən edilmişdir.

Sidik daşlarının mineral tərkibinə görə tendensiyası və peşə fəaliyyəti növü üzrə paylanma səviyyəsi ilə daşların yaranması arasındakı bağlılıq: ümumi xəstə sayında statistik dürüstlük nəticəsi  $\chi^2=13,710$   $p<0,001$ , kişilərdə  $\chi^2=14,606$   $p<0,001$ , qadınlarda isə  $\chi^2=1,415$   $p=0,493$  olaraq müəyyən edilmişdir.

Sidik daşlarının mineral tərkibinə görə tendensiyası, qan qrupu və rezus faktoru üzrə paylanma səviyyəsi ilə daşların yaranması arasındakı bağlılıq: statistik dürüstlük nəticəsi ümumi xəstə sayında qan qrupu üzrə  $\chi^2=8,103$   $p=0,017$ , rezus faktoru üzrə  $\chi^2=7,580$   $p=0,023$ , kişilərdə qan qrupu üzrə  $\chi^2=5,370$   $p=0,068$ , rezus faktoru üzrə  $\chi^2=6,869$   $p=0,017$ , qadınlarda qan qrupu üzrə  $\chi^2=4,519$   $p=0,104$ , rezus faktoru üzrə  $\chi^2=4,710$   $p=0,095$  olaraq müəyyən edilmişdir.

Sidik daşlarının mineral tərkibinə görə tendensiyası, selik, bakteriya və maya göbələyin üzrə paylanma səviyyəsi ilə daşların yaranması arasındakı bağlılıq: ümumi xəstə sayında statistik dürüstlük nəticəsi selik üzrə  $\chi^2=11,166$   $p=0,004$ , bakteriya  $\chi^2=29,300$   $p<0,000$ , maya göbələyi  $\chi^2=8,865$   $p=0,012$ , kişilərdə selik üzrə  $\chi^2=3,468$   $p=0,177$ , bakteriya  $\chi^2=17,612$   $p<0,000$ , maya göbələyi  $\chi^2=3,726$   $p=0,155$ , qadınlarda selik üzrə  $\chi^2=9,345$   $p=0,009$ , bakteriya  $\chi^2=9,977$   $p=0,007$ , maya göbələyi  $\chi^2=5,845$   $p=0,054$  olaraq müəyyən edilmişdir.

Daşların mineral duz tərkibinə gəldikdə, oksalat və urat mineral duz tərkibli sidik daşları daha çox qeydə alınmışdır. Bu statistik olaraq da öz təsdiqini tapmışdır-ümumi xəstə sayında  $\chi^2=617,000$   $p<0,000$ , kişilərdə  $\chi^2=379,000$   $p<0,000$ , qadınlarda isə  $\chi^2=237,000$   $p<0,000$ . Buradan da belə bir nəticə ortaya çıxır ki, Azərbaycan Respublikasının Quba- Xaçmaz coğrafi zonası əhalisi ümumi xəstə sayında, kişilərdə və qadınlarda arasında oksalat və urat mineral duz tərkibli sidik daşları ola bilmə ehtimalı daha yüksəkdir.



## ÜZ SKELETİ SÜMÜKLƏRİNİN QÜSUR VƏ DEFORMASIYALARINDA YENİ TƏSNİFATI: ALTERNATİV YANAŞMANIN MÜMKÜNLÜYÜ

Rəhimov Ç.R., Fərzəliyev İ.M.,  
Quliyev Ş.E.  
Azərbaycan Tibb Universiteti

**Giriş:** Üz skeleti sümüklərinin qüsurları və deformasiyalarının müalicəsi müasir üz-çənə cərrahiyyəsinin ən geniş yayılmış və mürəkkəb problemlərindən biridir. Son 100 ildə bu istiqamətdə aparılan çoxsaylı tədqiqatlara baxmayaraq, əməliyyatdan əvvəlki diaqnoz və planlaşdırma yanaşmalar hələ də geniş müzakirə olunan məsələdir. Aparılan tədqiqat çərçivəsində üz skeleti sümüklərinin qüsurları və deformasiyaları üçün yeni təsnifat sisteminin tətbiqinin cəhd edilməsi qəbul edilmişdir.

**Material və metodlar:** Üz skeleti sümüklərinin müxtəlif qüsurları və deformasiyaları ilə olan 40 xəstənin KT müayinəsi məlumatları əməliyyatdan əvvəl planlaşdırma Materialise Mimics Research 21.01 proqram paketindən istifadə etməklə təhlil edilmiş və müqayisə edilmişdir. Bütün hallarda standartlaşdırılmış və virtual insan kəllə sümüyü ilə müqayisə aparılmışdır ki, bu da hər bir klinik vəziyyətdə patologiyaya uyğun universal kodu əldə etməyə imkan vermiş, bundan sonra bu kod kliniki diaqnoz almaq və mümkün müalicə variantları üçün ixtisaslaşdırılmış təsnifat cədvəlinə daxil edilmişdir. Bundan əlavə, 3D təsnifat şablonuna giriş olmadan KT məlumatları və ənənəvi analiz üsulları əsasında xəstədə mövcud qüsurları və deformasiyaların qiymətləndirməsini və diaqnozun qoyulmasını ayrılıqda beş ağız və üz-çənə cərrahindən istənilmişdi. Alınan nəticələr müqayisə edilmişdir.

**Nəticələr:** Ənənəvi yanaşma və təklif olunan təsnifat sistemindən istifadə etməklə əldə edilən diaqnozlar və nəzərdə tutulan müalicə üsullarının modallığı arasında əhəmiyyətli fərq olmuşdu. Bundan əlavə, ənənəvi yanaşmada müalicə variantlarının elektron cədvəldə göstərilə bilən təklif olunan sistemdən fərqli olaraq, mümkün müalicə üsulları cərrahlərin özləri tərəfindən hazırlanmışdır. Müalicə nəticələrində də statistik əhəmiyyətli irəliləyiş olmuşdu; beləliklə, ənənəvi diaqnostika və planlaşdırma üsullarından istifadə etməklə həyata keçirilən müdaxilə ilə müqayisədə müdaxilə müddətində 30% azalma qeyd edilmişdir.

**Yekun:** təklif olunan 3D təsnifat sistemi üz skeleti sümüklərinin qüsurları və deformasiyalarının daha dəqiq və daha tez bir zamanda diaqnozun qoyulmasına imkan verir. Mümkün müalicə variantları ilə inteqrasiya olunmuş təsnifat cədvəli adi klinik hallarda müalicənin planlaşdırılmasında uğurla istifadə edilə bilər. Bu yanaşma təkcə müalicənin planlaşdırılması üçün lazım olan vaxtı deyil, həm də cərrahi müdaxilənin müddətini azaldır.

**Açar sözlər:** virtual planlaşdırma, əməliyyatdan əvvəlki planlaşdırma, üz skeleti sümüklərinin qüsurları və deformasiyalarının 3D təsnifatı





## ÜZ-ÇƏNƏ NAHIYƏSİNİN ŞİŞLƏRİ VƏ ŞİŞƏBƏNZƏR TÖRƏMƏLƏRİ (STOMATOLOQLARIN YANAŞMALARI)

**Rəhimov Ç.R.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Üz-çənə nahiyyəsinin şişləri ümumi şişlərin statistikasında 5-8% hallarda rast gəlinir və burada aşkarlanan şişlərin ilkin əlamətləri 95% hallarda ağız boşluğunda özünü büruzə verir. Şiş xəstəliklərinin müalicəsində proqnoz müalicənin vaxtında başlanması ilə bağlıdır. Bu baxımdan stomatoloqlar şiş xəstəliklərinin ilkin əlamətləri ilə tanış olmalı, dəqiq diaqnoz qoymalı və xəstəni düzgün istiqamətləndirməlidir. Statistik məlumatlara görə üz-çənə nahiyyəsində şiş xəstəlikləri artıq III və IV mərhələdə aşkarlanır. Burada 30% hallarda həkimlərin səhvi, 40% hallarda xəstələrin gecikmiş müraciəti və 20% xəstəliyin gizli gedişatı ilə bağlı olur.

Qarşımıza stomatoloqları üz-çənə nahiyyəsinin şiş xəstəliklərinin ilkin əlamətləri ilə tanış etmək, düzgün diaqnozun qoyulması üçün səmərəli diaqnostika alqoritmini təklif etmək məqsədi qoymuşuq.

Stomatoloqlar pasiyentləri hər hansı bir problemlərlə qəbul edən zaman ağız boşluğunu, üzünü və boyunu çox diqqətlə müayinə etməli və xəstəliyin ilkin əlamətlərini aşkarlamaq üçün ilk növbədə şiş xəstəliyi haqqında anlayışı, şiş prosesinin yaranma səbəbləri və inkişaf mərhələləri haqqında məlumatlı olmalıdırlar. Bunlar stomatoloqda onkoloji ehtiyatlığı, yəni hər bir şübhəli halda onkoloji xəstəliyin ilkin mərhələlərini qaçırmamaq bacarığının yaranmasına gətirib çıxarır.

Təqdim etdiyimiz araşdırmada dünya təcrübəsinə əsaslanan və mütəxəssislər tərəfindən qəbul olunan diaqnostika alqoritmi verməklə, müayinə üsullarının üz-çənə nahiyyəsində xüsusiyyətləri açıqlanır. Bu nahiyyədə rast gəlinən şişəbənzər törəmələrin, xoşxassəli, xərçəngönü, eləcə də bədxassəli şişlərin differensial diaqnostikasının aparılması üçün kliniki görüntülər verilir. Instrumental üsulların yeri və imkanları göstərilir. Şişlərin və şişəbənzər törəmələrin ən müasir üsullarla müalicəsi ilə tanış edilir və onların öz şəxsi təcrübəmizdə tətbiqi haqqında məlumat verilir.

Stomatoloqların onkoloji xəstəlikləri erkən aşkarlanması və sonrakı addımların düzgün aparılması ölkəmizdə bu xidmətin daha da yüksəlməsinə xidmət edəcək.



## B, C VİRUS HEPATİTLİ QADINLARDA DOĞUŞUN, KESAR ƏMƏLİYYATININ APARILMA TAKTİKASINA DAİR PRAKTİKİ TÖVSIYƏLƏR

Sarıyeva Ellada

Azərbaycan Tibb Universiteti

**Aktuallıq:** Hazırkı yüzillikdə B, C virus hepatitləri həm bizim ölkədə, həm də bütün dünyada zəruri tibbi-sosial problem olaraq qarşıda durur. Elmi mənbələrdən aydın olur ki, hər il Almaniyada 25000 B hepatitinə yoluxma hadisəsi qeydə alınır ki, bunun da 10%-ni uşaqlar təşkil edir. Almaniyada hər il 850000 doğuşda HBsAg pozitiv anaların sayı 7500-ə çatır. Qadınların HBsAg skrininginin aparılması və postnatal vaksinasiyaların tətbiqinə baxmayaraq hər il Aşağı Saksoniyada 120-140 perinatal infeksiya qeydə alınır. Amerika Birləşmiş Ştatlarında HCV-nin antenatal yayılma dərəcəsi 1-2,5% təşkil edir, başqa tədqiqatlara görə bu rəqəm 5%-ə çatır. Hamiləliyin pozulması, doğuş, zahılıq dövrünün fəsadları, embrio-fetopatiyaların, perinatal xəstəlmələrin strukturunda B, C virus hepatitləri əhəmiyyətli yer tutur. Hepatit B, C viruslarına yoluxma bətdaxili (antenatal), doğuş zamanı (intranatal) və döşlə əmizdirmə, yenidoğulmuşu qulluq zamanı (postnatal) mümkündür. B, C virus hepatitlərinin diaqnostikasının gecikdirilməsi yenidoğulmuşlar arasında virusgəzdiricilərinin sayının artmasına səbəb olur. HBeAg və HBcAg-pozitiv olan və yüksək viremiyalı analardan doğulan yenidoğulmuşların yoluxma riski 80-90%-i təşkil edir. Bətdaxili yoluxma zamanı doğuşdan sonrakı vaksinasiya praktik əhəmiyyətini itirir. Elmi mənbələrdə qeyd olunur ki, ananın limfositlərində replikativ HCV RNT-nin mövcudluğu şaquli infeksiyalaşma riskinin artması ilə əlaqədardır. Döln bətdaxili yoluxması, doğuş və döşlə əmizdirmə zamanı yenidoğulmuşların infeksiyaya yoluxması məsələsinə münasibət hələ də birmənalı deyildir.

Respublikamızda göstərilən aspektdə az sayda tədqiqat işlərinə rast gəlinir. B, C virus hepatitləri zamanı doğuşun, Kesar əməliyyatının aparılmasına dair tövsiyələrə rast gəlinmir.

**Tədqiqatın məqsədi:** B, C virus hepatitlərinə yoluxmuş qadınlarda doğuşun, Kesar əməliyyatının aparılmasına dair praktiki tövsiyələrin hazırlanması olmuşdur.

**Material və metodlar:** Müəyinə materialını 2016-2018-ci illər ərzində aparılan tədqiqata əsasən ATU-nun Tədris-Cərrahiyyə Klinikası, Mamalıq və ginekologiya şöbələri, Ş.Ələsgərova adına 5 saylı Klinik doğum evi, Bakı şəhəri 1 saylı Klinik Tibbi Mərkəz, Akademik M.Ə.Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanasının doğum şöbəsinə daxil olan 18-45 yaş həddində B, C virus hepatitli hamilələr təşkil etmişdir. Bizim tərəfdən B, C virus hepatitlərinin hamilə qadınlar arasında rastgəlmə tezliyi, infeksiyon patologiyalar arasında payı, hamiləliyin, doğuşun gedişinə təsiri, yenidoğulmuşların doğulan zaman vəziyyətinə təsiri retrospektiv və prospektiv tədqiqat əsasında geniş öyrənilmişdir. Prospektiv tədqiqat işində B, C virus hepatitlərinin diaqnostikasında ekspress test, immunferment analiz, polimeraz zəncirvari reaksiyasından istifadə olunmuşdur. B, C virus hepatitlərinin klinik diaqnostikasında EASL meyarları tətbiq olunmuşdur. İlk dəfə olaraq respublikamızda B, C virus hepatitli qadınlarda doğuşda, Kesar əməliyyatı zamanı virusların anadan dölə transmissiyasının profilaktikası məqsədilə praktiki tövsiyələr hazırlanmışdır. B, C virus hepatitli qadınlarda doğuşun, Kesar əməliyyatının aparılmasında aşağıdakı tövsiyələr hazırlanmışdır:

- doğan qadında HBV, HCV infeksiyalarının mövcudluğu Kesar əməliyyatına göstəriş deyil;

- doğuşu qəbul edən tibbi işçiləri tərəfindən infeksiyalaşma əleyhinə ümumi



epidemioloji tədbirlərə ciddi riayət olunmalıdır;

- təbii doğuş zamanı invaziv prosedurlar, operativ müdaxilələr, döl dərisinin tamlığını poza biləcək əməliyyatlar məhdudlaşdırılmalı, doğuş müddətində susuz dövr qısaldılmalıdır;

- HBV, HCV infeksiyaları zamanı doğuşun mütəxəssis mama-ginekoloq tərəfindən aparılması vacibdir. Əvvəlcədən patoloji doğuş riski proqnozlaşdırılan (mamalıq maşaları, vakuüm-ekstraksiya və s.), xüsusilə ilk doğuşlarda doğuş üsulu kimi planlı Kesar əməliyyatının seçilməsi məqsədəuyğundur;

- HBV, HCV infeksiyalarının ağır klinik formalarında doğuşun Kesar əməliyyatı ilə aparılması məsləhətdir;

- Kesar əməliyyatı planlı və döl kisəsinin bütöv olduğu təqdirdə aparılmalıdır;

- Kesar əməliyyatı zamanı maksimum «qansız»lığa riayət olunması və yenidoğulmuşun infeksiyalaşmış ana qanı ilə kontaktının minimizasiyası təmin olunmalıdır;

- Kesar əməliyyatının gedişində xüsusi cərrahi taktikaya riayət olunması (qarın divarında Joel-Cohen kəsiyinə üstünlük verilməsi, uşaqlıq damarlarının liqaturaya alınması, amnion kisəsinin bütöv çıxarılması) tövsiyə olunur;

- Doğuşda HBV, HCV infeksiyalı analardan doğulan yenidoğulmuşların immunoprofilaktika məsələlərinə yanaşma prinsipləri aşağıdakılardır;

- doğulan zaman yenidoğulmuşların ağız və burun boşluğunun sorucu ilə təmizlənməsinin tez bir zamanda (göbək ciyəsi kəsilmədən öncə) aparılması vacibdir;

- yenidoğulmuşların doğuşdan sonra bələnmədən öncə I mərhələdə - antiseptik maddə ilə silinməsi, II mərhələdə - çimizdirilməsi, III mərhələdə - qurulanması vacibdir;

- HBsAg-pozitiv və HBsAg statusu məlum olmayan anaların yenidoğulmuşlarına Hepatit B immunoglobulin (HBIG) və HBV əleyhinə vaksinin kombinə olunmuş şəkildə 12 saatdan gec olmayaraq tətbiqi vacibdir. Yüksək virus yükü, yaxud HBeAg—pozitiv anaların yenidoğulmuşlarına HBIG doğuşdan sonrakı ilk saatlarda vurulması tövsiyə olunur;

- HBV, HCV infeksiyalı analara döşlə əmizdirməyə icazə verilir;

- yüksək virus yükü olan HBV, HCV-pozitivlik, xüsusilə HBeAg-pozitivlik şəraitində döş gilələrində qanayan çatların olması döşlə əmizdirməyə müvəqqəti əks-göstərişi təşkil edə bilər.

**Yekun:** Hesab edirik ki, B, C virus hepatitləri zamanı zamanı doğuşun, Kesar əməliyyatının aparılması, yenidoğulmuşların immunoprofilaktikası üçün tərtib etdiyimiz alqoritmlərin tətbiqi virusların anadan uşağa şaquli ötürülməsinin profilaktikasını təmin edə bilər və respublikamızın doğum evlərində, perinatal mərkəzlərində istifadə oluna bilər.



## DÜZ BAĞIRSAĞIN SALLANMALARININ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNDƏ PERİNEAL YANAŞMA

**İmanova Solmaz., Zeynalov Babək**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş.** Rektal prolaps rektum və ya rektumla birgə sigmoid bağırsağın tam və ya hissəvi olaraq anal kanaldan xaricə çıxmasıdır.

**İşin məqsədi.** Düz bağırsağın sallanması (düşməsi) zamanı tərəfimizdən icra edilmiş perineal cərrahi əməliyyatların (Delorme, Altmeier) risk faktorlarının, onlara göstərişlər və əks-göstərişlərin, cərrahi müalicənin nəticələrinin öyrənilməsi

**Material və metodlar.** 2013-2021-cı illər arasında Bakı şəhər Baş Səhiyyə İdarəsinin Kliniki Tibbi Mərkəzi və Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahi Klinikasında Delorme və Altmeier (transperineal proktosiqmoidektomiya) əməliyyatları keçirmiş hər 2 cinsə mənsub 36-80 yaşlı 32 xəstənin klinik-laborator-instrumental müayinələri və diaqnostika prosesinin nəticələri əsasında cərrahi müalicəsi həyata keçirilmişdir. Sorğu, anamnestik məlumatların toplanması və vizual baxışdan sonra irriqorafiya, Rentgenoloji dinamik defekoqrafiya, transrektal və göstəriş əsasında intravaginal USM, kolonoskopiya, sfinkterometriya, göstərişlərə görə abdominal və/və ya pelvik KT/MRT müayinələri aparılmışdır.

**Müzakirə:** Xəstələrin əsas şikayətləri: qəbizlik 19 (59,4%), fekal inkontinensiya 12 (37,5%), urinar inkontinensiya 11 (34,4%), perianal dərinin masserasiyası 25 (78,1%), düz bağırsağın sallanmış hissəsinin xoralaşmaları və xoraları 21 (63,6%), yanaşı genital prolaps 17 (53,1%) və rektumun boğulmuş hissəsinin nekrozu 1 xəstədə (3,1%) aşkar edilmişdir. 19 xəstədə Delorme, 13-də isə Altmeier proseduru yerinə yetirilmişdir. Anal inkontinensiya hadisələrində perineal əməliyyatla yanaşı levatoroplastika, sidik saxlanmamasına görə isə TOT əməliyyatı icra edilmişdir. Cərrahi əməliyyatlardan sonra yaxın dövr ağırlaşmalarından diareya 2, pnevmoniya 2, əməliyyat yarasının irinləməsi 3, anodermal tikişlərin açılması 1, perianal bölgədə dəri altı hematoma 1, sidik ləngiməsi 2, II dərəcəli ASC 1 xəstədə müəyyən olunmuşdur. Uzaq dövrdə 5 xəstə xroniki qəbizlikdən şikayət etmiş, onlardan 2-də xəstəliyin residivi baş vermişdir ( $p < 0,5$ ). Mədə-bağırsaq sisteminin digər xəstəlikləri, xroniki qaraciyər xəstəliyi, öddəşi xəstəliyi, mədəaltı vəzin xroniki xəstəliyi (xroniki pankreatit) və II tip şəkərli diabetlə yanaşı III dərəcəli piylənmə ( $p > 0,5$ ), az hərəkətsizlik, oturaq həyat tərzi ( $p < 0,5$ ) daha 2 xəstədə residivin səbəbləri olmuşdur. 6 aya qədərki müddətdə baş vermiş residiv hadisəsi (1 xəstədə) cərrahi əməliyyatın (Delorme) yanlış texnikası ilə bağlı inkişaf etmişdir. Residiv hadisələri yalnız 60 yaşdan yuxarı xəstələr arasında müşahidə olunmuşdur ( $p < 0,5$ ). Xəstələrin orta təqib müddəti 9 il (5 ilə 11 il arasında) təşkil etmişdir.

**Nəticələr:** Xəstələrin stasionarda orta qalma müddəti  $5,7 \pm 0,4$  gün (3-18 gün) olmuşdur. Həyat keyfiyyətinin və seksual fəallığın (sinsi disfunksiya) bal qiymətləndirilməsi tərəfimizdən tərtib olunmuş anket və Wexner şkalasının cavabları əsasında aparılmışdır. Anal kanalın strikturası hadisəsi rast gəlməmişdir. Rektal prolapsusa görə cərrahi müalicədən sonra məmnunluq səviyyəsi 81% olmuş, letal hadisə baş verməmişdir.

**Yekun** olaraq, Delorme və Altmeier əməliyyatları təhlükəsizdir, ağırlaşmaların tezliyi aşağıdır. Residivlərin tezliyi ədəbiyyat məlumatlarına görə 40%-ə qədərdir. Bizim təcrübədə 15,6% olmuşdur. Letallıq minimum göstəricilər həddindədir. Perineal cərrahi əməliyyatların ixtisaslaşdırılmış koloproktoloji mərkəzlərdə və şöbələrdə yüksək ixtisaslı mütəxəssislərdən ibarət cərrahlar briqadası tərəfindən yerinə yetirilməsi əlverişli nəticələrin (məmnunluq səviyyəsi, əmək qabiliyyətinin bərpası, həyat keyfiyyəti və psixososial statusun yaxşılaşması) tezliyinin artmasına səbəb olur.





## SÜD VƏZİSİ XƏRÇƏNGİ ZAMANI CƏRRAHİ MÜDAXİLƏDƏN SONRA LİMFOSTAZIN ƏMƏLƏGƏLMƏ AMİLLƏRİ

**Quliyeva Tamara**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Aktuallıq:** Süd vəzisi xərçəngi ilə xəstələrin radikal müalicəsində cərrahi müdaxilə mütləq və əsas komponent hesab olunur. Əməliyyatdan sonrakı gecikmiş dövrdə müşahidə edilən yuxarı ətraflarda limfostaz və bununla bağlı yuxarı ətrafların funksiyasının məhdudlaşdırılması kimi fəsad xəstələrin həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə aşağı salır.

**İşin məqsədi:** Süd vəzisi xərçəngi ilə xəstələrin cərrahi müdaxilədən sonra müşahidə olunan limfostazın əmələ gəlmə amillərinin müəyyənləşdirilməsi.

**Material və metodlar:** Tədqiqata 2019-2021-ci illər ərzində ATU-nun Onkoloji klinikasında müalicə olunmuş süd vəzisi xərçəngi ilə 350 xəstə daxil olmuşdur. Onlardan 183 xəstəyə orqanqoruyucu, 167 xəstəyə isə əməliyyat Madden üsulu ilə radikal mastektomiya əməliyyatı icra edilmişdir. Bütün xəstələrə qoltuqaltı və körpücükaltı limfodisseksiya icra edilmişdir. Ehtimal baxımından limfodemanın əmələ gəlmə risk faktorlarına xəstələrin yaşı, bədən kütləsinin indeksi (BKİ), T və N göstəriciləri, şüa terapiyası, kimyəvi terapiya və əməliyyatın həcmi kimi amilləri nəzərdən keçirmişik. BKİ-ni mövcud düstürlər – çəki (kq)/boy (sm) hesablanmışdır. Əməliyyat olunan tərəfdən yuxarı ətrafın məhdud funksiyası ilə əlaqədar xəstələrin həyati fəaliyyətinin pozulma dərəcəsi 100 ballıq DASH anketi ilə qiymətləndirilib. Statistik işləmə Statistica 10.0 kompüter proqramı ilə aparılmışdır.

**Nəticələr:** Müayinə zamanı xəstələrin 35,3% -ində bu və ya digər dərəcədə limfostaz inkişaf etmişdir. Ödemənin inkişafına xəstələrin yaşı, T və N göstəriciləri təsir etməmişdir. Statistik təhlillər göstərmişdir ki, şüa terapiyası ( $p = 0,053$ ) və BKİ 25-dən yuxarı ( $p = 0,061$ ) limfostazın inkişafında müstəqil proqnostik amil ola bilər. Aparılan biramilli dispersiya təhlili göstərmişdir ki, radikal mastektomiyadan sonra əməliyyat tərəfində yuxarı ətrafın məhdud hərəkətliliyinə görə iş qabiliyyətinin azalması orqanqoruyucu əməliyyatlarla müqayisədə daha aydın görünür ( $p = 0,074$ ).

**Yekun:** Xəstənin yüksək BKİ-si, əməliyyatdan sonrakı şüa terapiyası və radikal mastektomiya əməliyyat tərəfində yuxarı ətrafın limfostazının inkişaf riskini artırır, ətrafların funksiyasını məhdudlaşdırır və xəstələrin həyat keyfiyyətini azaldır. Süd vəzisi xərçəngi diaqnozu qoyulmuş xəstələrdə orqanqoruyucu əməliyyatlar limfostazın inkişafında statistik əhəmiyyətli azalma ilə nəticələnir.



## QIDA BORUSUNUN PLASTİKASI ÜÇÜN MƏDƏ BORUSUNUN YENİ HAZIRLANMASI ÜSULU

**Tanrıverdi M.H., Əliyev M.Y., Sultanova T.,  
Əliyeva F.T.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Qida borusunun eksterpasiyası zamanı mədədən hazırlanmış boru ilə onun plastikasından sonra baş verən ağerləşmələrin əksəriyyəti borunun qan təhcizatının defisiti ilə əlaqədar olur. Sonuncunu aradan qaldırmaq məqsədilə bizim tərəfimizdən çox oriqinal üsul təklif olunmuşdur.

Bizim metod zamanı qida borusunun plastikası üçün hazırlanmış mədə borusunun qan təhcizatını yaxşılaşdırmaq üçün iki mənbədən istifadə olunmuşdur:

1. Art. garstroepiploika dextra-nın əsas borusundan əlavə onun II dərəcəli dərəcəli şaxələri də saxlanılır. Bu mədə borusunun qan təhcizatını 10-15% artırır.

2. Art. gastrika dex. şaxələrinin mümkün qədər şox saxlanması. Bu üsul mədə borusunun qan təhcizatını daha 25-30% artırır. Bunun üçün mədənin kiçik ayrılıyında pilorik hissənin proksimalında aparılan 90° bucaq altında aparılan kəsik əvəzinə, kiçik ayrılıq boyu mədə çismindən iti bucaq (45-60°) altında kəsik aparılır. Nəticədə mədə borusunun uzunluğuna xələl gətirilmədən, art. gastrika dextra şaxələrinin daha çox hissəsi saxlanılır.

Bizim tərəfimizdən təklif olunan metod nəticəsində plastika məqsədilə hazırlanmış mədə borusunun qan təhcizatı 35-45% artır. Boru daha da çəhrayı görünməkdən əlavə, arteriyalar üzərində pulsasiya daha dolğun olur. Həmçinin, boyunda qoyulan ezofaqoqastroanastomoz zamanı mədə borusunun yuxarı ucu yaxşı qanayır.

Bizim tərəfimizdən təklif olunan mədə borusu qan təhcizatının artırılması üsulunun tətbiqində sonra ezofaqoqastroanastomozun tutarsızlığı 2 dəfə azalmışdır. Xəstələr daha erkən per os qidalanmağa başlamış və həyat keyfiyyəti daha yüksək olmuşdur.

Beləliklə, qida borusunun plastikası məqsədilə mədə borusunun qan təhcizatının artırılması üsulu qida borusu cərrahiyyəsində əhəmiyyətli metod olmaqla yanaşı ezofaqoqastroanastomozun tutarlılığını artırır və xəstələrin həyat keyfiyyətini yüksəldir.



## SİRROZU OLAN XƏSTƏLƏRDƏ DESTRUKTİV XOLESİSTİTİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

**Zeynallı G.F., Əliyev M.Y., Tanrıverdi M.H.,  
Yusubov M.O., Əliyeva F.T.**  
*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Qaraciyər sirrozu aqressif gedişi ilə xarakterizə olunan patalogiyadır. Onu ağırlaşdıran faktorlardan biri də öd kisəsində olan destruktiv iltihabi prosesdir. İltihab zamanı patogen mikroblardan əlavə, intoksikasiya, iltihab hormonları və nekroz fermentləri sirrozlu qaraciyərin fəaliyyətini dekompensasiya həddinədək gətirib çıxarır. Lakin bu xəstələrdə istənilən əməliyyatda olduğu kimi xolesistektomiyaya da ciddi göstəriş və əks göstərişlər vardır.

Sirrozlu xəstələrdə xolesistektomiya zamanı optimal seçim laparoskopik metoddur. Bu metodun özəlliyi təkəcə az travmatikliyi ilə yox, həm də stressiz olması ilə səciyyələnir. Sadəcə bu kateqoriyalı xəstələrdə kooqulyasion sistemdə, detoksikasiya sistemində və maddələr mübadiləsində baş verən pozğunluqlar ciddi korreksiya olunmalıdır. Əməliyyat önü dövrdə icra olunan bu terapiya əməliyyatdan sonrakı dövrdə də davam etdirilməlidir. Təbii detoksikasiya orqanları olan böyrəklərin, ağ ciyərin, mədəaltı vəzin, mədə-bağırsaq traktının və dərinin də funksiyaları öyrənilməli və aşkar olunan qüsurlar mümkün olan qədər aradan qaldırılmalıdır. Çünki bunlar qaraciyər çatmazlığı zamanı onun yükünü öz üzərlərinə götürürlər.

Yalnız bu tip taktiki yanaşma sirrozlu xəstələrdə destruktiv xolesistitin laparoskopik cərrahi müalicəsinin rəğmidir. Əməliyyat zamanı baş verəcək ağırlaşmaları nəzərə alaraq LiqaSure və hemostatik tordan da istifadə etmək məqsədəuyğun sayılır.

Bizim tərəfimizdən ATU-nun Tədris Cərrahiyyə Klinikasında və "Lanset" klinikasında 2019-2022-ci illər ərzində 10 sirrozlu xəstə kəskin destruktiv kalkulyoz xolesistitə görə (7 xəstədə fleqmanoz, 3 xəstədə qanqrenoz) laparoskopik cərrahi əməliyyata məruz qalmışdır. Bütün hallarda əməliyyat uğurla başa çatmışdır. 4 xəstədə əməliyyat LiqaSure tətbiqi ilə, 2 xəstədə isə xolesistektomiyadan sonra öd kisəsi yatağına hemostatik torur qoyulması ilə sona yetmişdir.

Beləliklə, qaraciyər sirrozu olan xəstələrdə destruktiv xolesistitin optimal cərrahi seçimi laparoskopik metoddur. Əməliyyatdan əvvəl və sonra təbii detoksikasiya orqanlarında olan bütün pozğunluqlar mümkün olan qədər korreksiya olunmalıdır. Laparoskopik xolesistektomiya zamanı bəzi xəstələrdə LiqaSure və hemostatik tordan istifadə olunması labüddür. Yalnız bu halda əməliyyat yüksək effekt verir və fəsadsız keçir.



## RESPUBLİKA DİAQNOSTİKA MƏRKƏZİNDƏ BÖYRƏK TRANSPLANTASIYASI İCRA EDİLMİŞ XƏSTƏLƏRDƏ İMMUNOSUPRESSİV MÜALİCƏNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Baxşəliyeva N.L., Şolan R.F.,almazxanlı A.A.,  
Yusifova A.R., İsmayılov R.İ., Məmmədov X.H.

*Respublika Müalicəvi Diaqnostika Mərkəzi*

**Tədqiqatın məqsədi:** Respublika Diaqnostika Mərkəzində Böyrək Transplantasiyası icra edilmiş xəstələrdə greft funksiyasının yaxşılaşdırılmasına nəzarət. Təyin olunmuş immunsupressivlərin yan təsirlərinin vaxtında aradan qaldırılması.

**Material və metod:** 2017- 2021-ci illər ərzində Respublika Diaqnostika mərkəzində 148 böyrək transplantasiyası olunmuş xəstələrin retrospektiv analizi, qanda mTOR və Kalsinorin inhibitorlarının səviyyəsinə nəzarət və immunsupressivlərin təyini.

**Nəticə:** İcra edilmiş əməliyyatlarda 15 donorda (10.1%) 3 arteriya, 48 donorda (33.8%) 2 arteriya, 79 xəstədə (55.6 %) tək arteriya mövcud olmuşdur. Əməliyyatdan sonra təyin olunmuş immunsupressivlərin əlavə təsirləri dəyərləndirilərək kalasinevrin inhibitorlarının mTOR inhibitorları ilə əvəz olunması tezliyi üzərində müşahidə aparılmışdır. 30 xəstədə (21.1%) əməliyyatın ilk günlərindən, 28 xəstədə (19.7 %) ilk 3 ay ərzində, 36 xəstədə isə (25.3%) 6 aydan sonra dərman preparatlarının dəyişilməsi və ya əvəz olunmasına ehtiyac yaranmışdır. Qalan 48 xəstədə (33.8 %) resipientlərin müalicəsi isə ilk gündən təyin edilmiş preparatların aylara uyğun dozalarının korreksiya olunması ilə eyni şəkildə davam edilmişdir. Transplantasiya olunmuş xəstələrdən 1 nəfərdə kəskin rəddetmə səbəbilə nefrektomiya (0.7%), 9 nəfərdə (6.3%) əməliyyatın ilk 3 ayında xəstədə qanda kreatinin səviyyəsi bazal kreatininə nisbətə kəskin yüksəlmişdir və kəskin rəddetmə müşahidə olunmuşdur. Lakin müalicə nəticəsində greft funksiyaları normala dönmüşdür. 3 xəstədə (2.1%) BK virus səbəbilə greft funksiyasını itirmişdir. Böyrək transplantasiyası əməliyyatı icra edilmiş 2(1.4%) xəstə əməliyyatdan sonra ilk ayda kardiovaskulyar səbəblərdən, 4 xəstə isə (2,8%) covid 19 pandemiyası ilə əlaqədar yaranmış ağciyər çatışmazlığı səbəbilə həyatını itirmişdir.

Böyrək transplantasiyası icra edilmiş xəstələrdə əməliyyatdan sonra immunsupressiv müalicənin təyini əhəmiyyətlidir. Əməliyyatdan sonra ümumilikdə canlı vericidən alınmış böyrəklər tez bir zamanda fəaliyyətə başlayır və hemodializ müalicəsinə ehtiyac qalmır.

Renal transplantasiya sonrası xəstələr ömrü boyu qəbul etməli olduqları immunsupressiv dərmanlar, onların həyat keyfiyyətinin yüksəltməklə, greft rəddetməsini və ölümə yol açan biləcək ciddi problemlərin qarşısını alır.

**Aiar sözlər:** Böyrək transplantasiyası, immunsupressiv terapiya, böyrək funksiyası, hemodializ





## LAPAROSKOPIK "SLEEVE GASTRECTOMY" (LSG) ƏMƏLIYYATINDAN SONRA TROAKAR YERİNDƏ YIRTIQ TƏSADÜFÜ

**Abdinov E.Ə., Hadıyev S.İ., Sarıyeva K.H.,  
Abbasov V.Ş.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Bu gün bir mənalı şəkildə qəbul edilmişdir ki, morbid piylənmənin əsas müalicə vasitəsi bariatik cərrahiyyədir. Bu məqsədlə müxtəlif əməliyyat növləri təklif edilmişdir ki, onlardan biri və son illərdə daha çox icra ediləni laparoskopik "sleeve gastrectomy" (LSG) əməliyyatıdır. Lakin bütün cərrahi əməliyyatlardan sonra olduğu kimi, LSG əməliyyatının icrasından da sonra bir sıra ümumi və spesifik fəsadlar baş verə bilər ki, bunlardan biri də troakar yeri yırtıqlarıdır.

**Tədqiqatın məqsədi:** LSG əməliyyatından sonra rast gəlinən fəsadlardan olan troakar yeri yırtıqlarının profilaktikası.

**Tədqiqatların material və metodları.** Tədqiqatlar 2014-2019-cu illərdə Azərbaycan Tibb Universitetində və Bakı "City Hospital" da III dərəcəli morbid piylənməsi olan və LSG əməliyyatına məruz qalan 100 xəstə üzərində aparılıb. Xəstələrin 12 (12%) kişi, 88 (88%) qadın, orta yaş 35 il (20-63 yaş), orta bədən kütləsi - 145kq (bədən kütləsi 98 - 190kq), orta bədən kütləsi indeksi - 58 kq/m<sup>2</sup> (BMI 42 ilə 70 kq/m<sup>2</sup>) olmuşdur. Bütün xəstələrdə LSG əməliyyatı beynəlxalq standartlara uyğun olaraq aparılıb. Əməliyyatlar eyni cərrahi briqada tərəfindən ümumi anesteziya altında icra olunub. Stepler xətti əlavə olaraq 3/0 Vikril sapla fasiləsiz sera-seroz tikişlərlə közənib. Metilen abısı testi ilə mədə güdülünün hermetikliyi yoxlanılıb, sol diafraqma altı nahiyə 16 № drenaj boru ilə drenləşdirilərək əməliyyat yekunlaşdırılıb. Əməliyyat və əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız və qənaətbəxş olmuşdur. Letallıq qeydə alınmayıb. Qarın boşluğuna yerləşdirilmiş drenaj boru bir sutka sonra xaric edilmişdir. Klinikada qalma müddəti 2-3 gün olub.

**Nəticələr:** Laparoskopiyadan sonrakı troakar yeri yırtıqlarının rastgəlmə tezliyi 0,14%-lə 20% arasında tərəddüd edir və səbəblərini morbid piylənmə, qarın divarının zəifliyi, qarındaxili təzyiğin artması (qəbzlik, meteorizm, öskürək), troakar dəliyinin açıq saxlanması, yaranın irinləməsi və digər amillərlə əlaqələndirilir. Bizim klinik müşahidəmizdə olan xəstələrdə əməliyyatdan sonra ventral yırtıq qeydə alınmayıb.

**Yekun:** Beləliklə, 10 mmlik və bundan böyük defektlər səhih şəkildə, sorulmayan sapla kip tikilməsi, qarındaxili təzyiğin profilaktikası, troakar yaralarının birincili sağlması postoperasion yırtıqların əmələ gəlməsinin qarşısını alır.

**Aiar sözlər:** piylənmə, ventral yırtıq, laparoskopik sleeve gastrectomy



## LAPAROSKOPIK "SLEEVE GASTRECTOMY" (LSG) ƏMƏLİYYATININ NƏTİCƏLƏRİNƏ QARACİYƏR TOXUMASINDA GEDƏN OKSİDATİV STRESSİN TƏSİRİ

**Abdinov E.Ə., Hadıyev S.İ., Sarıyeva K.H.,  
Abbasov V.Ş.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Morbid piylənmənin (MP) dünya əhalisi arasında geniş yayılması və onun digər xəstəliklər üçün yüksək risk amili olması, fəsadlarının insan sağlamlığına ciddi zərər yetirməsi bu patologiyanın tibbi, sosial və iqtisadi xarakterli problemə çevirmişdir. Bu xəstəliyin konservativ müalicəsinin nəticə verməməsini əsas tutaraq, səmərəli müalicə vasitəsi olaraq, cərrahi metodlardan istifadə etməyə üstünlük verilmişdir və LSG əməliyyatının daha adekvat metod olduğu bildirilir. Lakin bütün bunlara baxmayaraq, LSG əməliyyatının icrasından sonrakı dövrdə orqanizmdə bir sıra fəsadlar baş verir ki, bu da cərrahi əməliyyatın nəticələrini müəyyən qədər aşağı salır.

**Tədqiqatın məqsədi:** MP modelləşdirilmiş təcrübə heyvanlarında mədənin boruvari kiçildilməsi əməliyyatından sonra qaraciyərdə oksidativ stressin vəziyyətini öyrənməklə müalicə kompleksinə antioksidant terapiyanın tətbiqinin cərrahi əməliyyatın nəticələrinə təsirinin öyrənilməsi və onun kliniki tətbiqinin nəticələrinin təhlili.

**Tədqiqatların material və metodları.** Tədqiqatlar 2 istiqamətdə aparılmışdır: eksperimental və kliniki.

Eksperimental tədqiqatlar hər birində 5 baş olmaqla 7 qrupa bölünmüş, morbid piylənmə modeli yaradılmış 35 baş Şinşilla cinsinə mənsub olan dovşanlar üzərində aparılmışdır. Təcrübə heyvanlarının orqanizminin antioksidant müdafiə sistemi (AMS) dəyərləndirilmişdir, qaraciyərində lipid peroksidləşməsi məhsullarından olan hidrogen peroksidin ( $H_2O_2$ ), diyen konyuqantlarının (DK-nın) və malendealdehidinin (MDA-nın) konsentrasiyası təyin edilmişdir.

Kliniki müşahidələr hər birində 50 nəfər olmaqla 2 qrupa bölünmüş III dərəcəli piylənməsi olan 100 nəfər xəstə üzərində aparılmışdır. 1-ci qrupa daxil olan 50 nəfər xəstədə əməliyyatından sonrakı dövrdə xəstələrə klinikada qəbul olunmuş protokol əsasında müalicə təyin edilmişdir. 2-ci qrupa daxil olan 50 nəfər xəstədə isə əməliyyatdan sonrakı dövrdə əlavə olaraq antioksidant terapiya da aparılmışdır. Alınmış nəticələri dəyərləndirmək üçün qanda qaraciyərin funksional vəziyyətini əks etdirən markerlər ALT, AST, ALP, QQT təyin edilmişdir.

**Nəticə:** Beləliklə, apardığımız tədqiqatların nəticələri göstərir ki, LSG əməliyyatından sonra qaraciyər toxumasında inkişaf edən oksidativ stress dərinləşir və müalicəyə antioksidant terapiyanın əlavə edilməsi bu prosesin söndürülməsinə müsbət təsir göstərir.



## VARİKOZ XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİNDƏ NON TERMAL VƏ TERMAL ABLASIYANIN TƏTBİQİNİN MÜQAYİSƏLİ ANALİZİ

Kərimov M.M<sup>1.</sup>, Həsənov A.B<sup>2.</sup>

<sup>1</sup>Seçenov Universiteti

<sup>2</sup>Azərbaycan Tibb Universiteti

**Giriş.** Hal-hazırda magistral səthi venoz damarların çatışmazlığının müalicəsi minimal invaziv endovaskulyar metodlara əsaslanır və bunlar arasında ən son təklif olunan N-butil-2-sianoakrilat əsaslı tibbi yapışqanla müalicə (NonTermal-Non Tumessent üsulu) bütün dünyada sürətlə yayılmaqdadır. VenaSeal (ABŞ-İngiltərə) və VenaBlock (Türkiyə) sistemi adı ilə işlədilən bu son müalicə metodu 110-dan artıq ölkədə böyük uğurla istifadə edilməkdədir (IUA, Philadelphia,USA,2019). VenaBlock sistemində istifadə olunan qarışıq daha təkmilləşdirilmiş forma olub aşağı özlülük (viscosity), sürətli polimerizasiyası ilə xarakterizə edilir və buna görə də daha yüksək effektivliyi ilə seçilir. Bu müalicə metodunun da əsasında N-butil-2-sianoakrilat əsaslı tibbi yapışqanın vena daxilinə yeridilməsi dayanır və bu zaman hər hansı bir anesteziyaya, əməliyyatdan sonra isə kompression terapiyaya (corab geyinməyə) ehtiyac olmur. VenaBlock müalicə metodu tərəfimizdən MDB məkanında ilk dəfə 2019-cu ildə tətbiq edilmiş və bu gün də istifadə edilməkdədir.

**Məqsəd.** VenaBlock sistemlə müalicənin təhlükəsizlik və effektivliyinin endovenoz lazer ablasiyası ilə müqayisəli analizi.

**Material və metodlar.** Tədqiqat VenBlock (n=152)-əsas qrup və endovenoz lazer ablasiya - EVLA, 1400nm, (n=154) - kontrol qrupuna bölünən 306 xəstəni əhatə edir. Qruplar arasında yaş, cins, xəstəliyin klinik formalarında statistik fərq olmamışdır. Nəticələrin qiymətləndirməsi isə seçilmiş morfometrik parametrləri (müalicədən əvvəl və ondan 24 ay sonra), əməliyyat müddəti, əməliyyat zamanı və sonrası ağrı, fəsadların baş vermə tezliyi, xəstələrin həyat keyfiyyətindəki dəyişikliklər və damar okklüziyasını əhatə edir.

**Müzakirə.** VenaBlock əməliyyatın müddəti lazer müalicəsindən xeyli qısadır ( $13.4 \pm 2.5$ dəq vs  $25.2 \pm 5,2$  dəqiqə); prosedur zamanı ağrı / narahatlıq hissi xeyli az olub (cəmi 1 inyeksiya edilir) statistik olaraq fərqlənir. Pasientlərin 124(81,6%) qadın, 28(19,4%) kişi olmaqla, yaşları 20-79 arasında (orta yaş  $41,2 \pm 13,6$ ) dəyişir. C2-C3 klass varikoz 137(90,1%), C4-C6 - 15(9,9%) pasientdə müəyyən edilmişdir. Böyük dərialtı vena-nın NT-NT əməliyyatı 101(66,4%), kiçik dərialtı venanın - 23(15,1%), böyük və kiçik dərialtı venaların birlikdə 28(19,6%) pasientdə icra edilmişdir.

24 ay ərzində davam edən müşahidələr hər iki qrupda ciddi fəsadların olmadığını (dərin vena trombozu, ağ ciyər arteriyasının emboliyası və s.) göstərdi. VenaBlock qrupunda okklüziyanın 93,8%, EVLA qrupunda isə 92,1% olduğu müəyyən edilmişdir. VenaBlock sistemi ilə ablasiyadan sonra rekanalizasiyanın qeyd edildiyi pasientlərdə venanın diametri 18 mm-dən böyük olmuşdur.

**Nəticə.** 1.VenaBlock sistemi ilə NT-NT ablasiya varikoz xəstəliyinin effektiv və təhlükəsiz müalicə metodu olub diametri 18 mm -dən kiçik olan magistral venaların varikoz genişlənməsində tətbiq edilə bilər. NT-NT metodu tumessent anesteziya və kompression corab geyinmək tələb etməyən, daha az fəsadla keçən müasir, az invaziv müalicə üsuludur.

2.Uzaq nəticələrin öyrənilməsi daha böyük və çoxmərkəzli tədqiqatların aparılmasını labüd edir.



## QASTREKTOMİYA KEÇİRMİŞ XƏSTƏLƏRDƏ XOLEDOKOLİTİAZ ZAMANI OPTİMAL BİLİODİQESTİV ƏMƏLİYYAT

**Babayeva R.R., Əliyev M.Y., Tanrıverdi M.H.,  
Zeynalı G.F.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Qastrektomiya (total və ya subtotal) keçirmiş xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı illərdə öd daşı xəstəliyi heç də az təsadüf olunan patalogiya sayılmır. Bizim müşahidələrimizdə bu qrup xəstələrin 20-30%-də sonrakı illərdə öddaşı xəstəliyi yaranır. Bunların da 20-25 %-də konkrementlər xoledoxa düşərək ağır sindromuna və mexaniki sarılığa səbəb olur.

Belə hallarda xəstələr təkrari əməliyyata məruz qalmalı olurlar. Kalkulyoz xolesistitlə məsələ nə qədər aydın olsa da, mexaniki sarılıqla müşayiət olunan xoledoxolitiaz zamanı optimal cərrahi müdaxilənin seçilməsində hələ də problemlər var. Bunlar qastrektomiyadan sonra 12 barmaq bağırsağın yeni anatomo-fizioloji xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olaraq baş verir. Bu dəyişikliklər endoskopik papillo-sfinkterotomiya əməliyyatını praktiki olaraq mümkünsüz edir. Beləki, lifli-optik cihazı acı bağırsaqdan 12 barmaq bağırsağa daxil edərək Fater məməciyindən hər hansı bir əməliyyatı icra etmək mümkündür.

Deməli, yeganə yol biliodigestiv anastomozun qoyulmasıdır. Bu anastomozlardan ən çox istifadə olunanı ikisidir: xoledoxoduodenoanastomoz və xoledoxoyeyunoanastomoz. Birinci anastomozun texniki icrasının sadə olmasına baxmayaraq, son 15-20 ildə ona göstərişlər xeyli məhduddur. Bu da ondan sonra baş verən bir sıra ağırlaşmaların (xolangit, 12 barmaq bağırsağ xoledox reflüksi, və sairə) olması ilə əlaqədardır. İkinci anastomozun texniki çətinliyi olsa da, mövcud ağırlaşmalar baş vermir. Çünki bu haldakı biliodigestiv anastomoz ilə bağırsağ möhtəviyyatının kontaktı olmur. Yəni, anastomozla bağırsağ traktı arasındakı məsafə 45-50sm təşkil edir.

Nəzərə alsaq ki, qastrektomoyadan (total və subtotal qastrektomiya və ya Bilrot II üsulu ilə mədə rezeksiyası zamanı) sonra 12 barmaq bağırsağ möhtəviyyatı keçən traktdan təcrid olunur və onunla məsafə 40-50sm-dən çox olur, bu halda situasiya dəyişir. Yəni xoledoxoduodenoanastomoz zamanı ağırlaşmalara səbəb olan faktorlar aradan götürülür.

Yuxarıda göstərilənlərə əsaslanaraq bizim tərəfimizdən əvvəllər qastrektomiya keçirmiş 7 mexaniki sarılığı olan (həmçinin terminal strikturalı) xəstələrdə xoledoxoduodenoanastomoz icra olunmuşdur. Bütün xəstələrdə əməliyyat fəsadsız olmuş və onlar 2-3 il nəzarətdə saxlanılmışlar. Bu müddət ərzində fəsadlar müəyyən edilməmişdir.

Beləliklə, qastrektomiyalı xəstələrdə mexaniki sarılıqla müşahidə olunan xoledoxolitiaz zamanı, konkrementlər kənar olunduqdan sonra, sadəliyi ilə seçilən xoledoxoduodenoanastomoz çox effektiv üsuldur. Bu qrup xəstələrdə alınan nəticə eynilə qastrektomiya keçirməmiş xəstələrdə xoledoxoyeyunoanastomozda olduğu kimidir. Müşahidəmiz altında olan bütün xəstələrdə postoperasion dövr tam qənaətbəxş olmuşdur.





## UŞAQLIQ MİOMASININ TERAPİYASININ YENİ İMKANLARI

**Alcanova M.C., Bağirova H.F.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

Məlumdur ki, miomanın və endometriozun tezliyi 30 yaşdan sonra artır ki, bu da təkcə reproduktiv sağlamlıqda deyil, həm də gənc qadınların həyat keyfiyyətində öz əksini tapır. Uşaqlıq mioması ilə xəstələrin 1/3 hissəsində gur və uzunmüddətli aybaşı qanamaları müşahidə edilir ki, onlar anemiyanın inkişafına gətirib çıxarır. Uşaqlıq mioması olan reproduktiv yaşlı qadınlarda kontrasepsiya vasitələrindən istifadə edilməli və aybaşı siklinin pozulması zamanı terapiya aparılmalıdır. Disfunksional uşaqlıq qanamalarının ən çox rast gəln səbəblərindən gecikmiş reproduktiv dövrdə və menopauzaönü dövründə endometriumun hiperplastik prosesləri sayılır.

Mirenanın əsas təsir mexanizmi endometrium səviyyəsində baş verir ki, orada LNQ-nin yüksək konsentrasiyası əmələ gəlir. Hormonun rezervuardan tədricən ifraz edilməsi uşaqlığın selikli qişasının nazilməsinə, endometrial vəzlərin atrofiyasına və nəticədə endometriumun funksional aktivliyinin azalmasına gətirib çıxarır. Bütün müəlliflər səciyyəvi morfoloji əlaməti - vəzi komponentinin atrofiyası fonunda endometriumun stromasının hüceyrələrinin desidualizasiyasını qeyd edirlər.

Ulipristal asetat öz sinfində progesteron reseptorlarının aktiv selektiv modulyatoru sayılır və həblər şəklində tətbiq edilir ki, bu da hədəf-toxumalarda (uşaqlıq boynu və cismi, yumurtalıqlar, hipotalamus) progesteron reseptorlarını geriyədənən şəkildə blokada edir. Bu preparat androgenlərin reseptorlarına qarşı, həmçinin estrogenlərin və mineralokortikoidlərin reseptorlarına qarşı minimal oxşarlığa malikdir.

Beləliklə, uşaqlıq miomasının müalicə metodunun seçimi fərdiləşdirilmiş olub aşağıdakılardan asılıdır: şişin ölçülərindən, onların simptomlarından və ağırlıq dərəcəsindən, növbəti fertilliyin saxlanmasının vacibliyindən, təkrar müdaxilələrin effektivliyinin və onlara tələbatın qiymətləndirilməsindən. Cərrahi miomektomiyanın vaxtında, mərhələli təyin edilməsi və dərman müalicəsi reproduktiv yaşlı qadınlarda fərdi və orqanqoruyucu terapiyanın diapazonunu yüksək və müasir səviyyədə genişləndirməyə imkan verir.



## MÜASİR UROLOGİYADA MİNİMAL İNVAZİV TEXNİKALARIN ROLU VƏ AZƏRBAYCANDA TƏTBİQİ: BÖYRƏK DAŞI XƏSTƏLİYİ

**Muxtarov Emil., Əliyev Niyaməddin.,  
Mamedov Qardaşxan.**  
*Bakı Sağlamlıq Mərkəzi*

**Məqsəd:** Böyrək daşı xəstəliyi zamanı Bakı Sağlamlıq Mərkəzində (BSM) tətbiq olunan minimal invaziv texnikaların öyrənilməsi və nəticələrinin təhlili

**Material və metod:** 2020-2022-ci illərdə BSM-ə böyrək daşı səbəbiylə müraciət edən xəstələrə 1453 perkutan nefrolitotomiya (PNL) və 51 laparoskopik pielolitotomiya icra edilmişdi. Onlardan 52.3%-i kişilər, 47.7%-i qadınlar olmuş.

**Nəticələr:** 347 (23.89%) xəstədə tək (ləyən və ya kaliks), 508 (34.96%) xəstədə - kompleks, 598 (41.15%) xəstədə mərcanvari daşa görə PNL icra edilmişdi. Daşsızlıq nisbəti qruplar üzəri müvafiq olaraq 100%, 98.4% və 84.1%, ümumiyyətlə 92.9% təşkil etmiş. Anlamli rezidual daş 28 (1.9%) xəstədə qeydə alınmış və şokdalğa litotripsiya ilə müalicə edilmişdi.

247 (17.0%) xəstədə fərqli fəsadlar qeydə alınmışdır: qanama – 84 (5.78%), perforasiya – 61 (4.2%), sepsis daxil infeksiya halları – 101 (6.95%), - bunlardan 10 (0.69%) xəstəyə intensiv terapiya şöbəsində müalicəyə ehtiyac görülmüşdü. 3 (0.2%) xəstədə AV fistula qeydə alınmışdı. Ölüm qeydə alınmamışdı.

Laparoskopik pielolitotomiya zamanı sadəcə 2 (3.9%) xəstədə fəsad kimi anastomoz çatışmazlığı qeydə alınmışdır ki, bunlardan birində 2 həftə ərzində uzun uretral kateterizasiya, digərində isə 2 həftəlik perkutan nefrostomiya ilə kontrol edildi

**Yekun:** Klinikamızda icra olunan minimal invaziv böyrək daşı cərrahi müalicə üsullarının nəticələri bu metodların ehtibarlı və çox effektiv olduğunu təsdiqləyir.



## XOŞXASSƏLİ TIROID DÜYÜNLƏRİNİN LAZER ABLASIYASI

**Hümmətov Azər**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Qalxanabənzər vəzin düyünləri cəmiyyətdə ən çox rast gəlinən patologiyalar sırasındadır, Palpasiya ilə 3-7 % , ultrasonoqrafiya ilə 20-76 % arasında aşkar edilə bilər. Xoşxassəli tiroid düyünləri kompression əlamətlər və kosmetik simptomlar səbəbiylə müalicə tələb edir.

**Məqsəd:** Xoşxassəli tiroid düyünlərinin həcmnin kiçildilməsində lazer ablasianın effektivliyinin öyrənilməsidir.

**Material və metodlar:** 2019-2021-ci illər arasında ATU TCK-da lazer ablasiyası olan 14 xəstə daxil edilmişdir. Xəstələrin biri kişi, digər 13 nəfəri qadın olmuşdur. Yaş göstəricisi 25-54 olmuşdur. Lazer ablasiyana tək düyün, İİAB edilmiş, sitoloji nəticəsi xoşxassəli aşkarlananlar seçilmişdir. Bu metodda istifadə üçün lazer avadanlıqları Nd: YAG (neodimyum əlavəli itriyum alüminium granat və ya Nd: Y3Al5O12) kristalları, diod lazer (A= 980 nm) və işləmə gücü təxminən 4-5 W olan Varazzi -Tirolazer cihazı istifadə edildi. 300-400 µm diametri olan optik lif tiroid düyününün mərkəzinə 21 gauge-lik Chiba iynəsinin içərisindən yeridilərək və lazer cihazı işə salınmışdır. Tək bir fiber elipsoid şəkildə düyündə demək olar ki, 2 sm sferik pıxtalaşma nekrozu yaradır. Düyünün diametrinə uyğun olaraq ablasiya 15 ilə 25 dəqiqə arasında davam etmişdir

**Nəticələr:** 2019-2021-ci ildə xoşxassəli (maksimal maye 20%) müxtəlif diametrdə tiroid düyünlərinə bağlı şişkinlik, boğulma və kosmetik rahatsızlıqdan şikayətçi olan 14 xəstədə lazer ablasiya terapiyasını dəyərləndirmişik. Onların nəticələri 3-6 ayda təxminən 20 ml azalma göstərdi; kosmetik əlamətlər və təzyiqliq simptomları azalmışdır. Lazer ablasiya tətbiq ediləndən sonra boğazın ön səthinə steril salfet qoyulub, sarğı olundu və üzərinə buz qoyuldu. Sonra palatada 2 saat ərzində nəzarətdə saxlanıldı, müqayisə etmək üçün ultrasonoqrafiya olundu və evə buraxıldı. Növbəti 5 gün ərzində 16 mq / gün oral metiprednizalon müalicəsi, növbəti 4 gün üçün təqribən 12 mq / gün və ardından 3 gün olmaqla gündə 8 mq / gün, daha sonra 2 gün ərzində 4 mq / gün tətbiq edilir. Bundan əlavə, 7 gün müddətində 20 mq lansoprazol tətbiq edilir. Dinamik müayinələri 1, 2 və 6 ay sonra reallaşdırıldı.

**Yekun:** Lazer ablasiyası xoşxassəli tiroid düyünlərinin azaldılmasına alternativ ola biləcək ucuz, təsirli, təhlükəsiz və minimal invaziv bir üsuldur.



## BAŞ BEYİN ƏMƏLİYYATLARINDAN SONRA GÖRMƏ FUNKSİYALARININ DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ

Əliyeva G.Ə., Abdullayeva A.M., Nəsirova V.B.,  
Məmmədova N.R.

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

**Giriş:** Mövcud tədqiqatlar göstərir ki, beyin zədələnməsindən əziyyət çəkən xəstələrin təxminən 80 %-i görmə problemləri ilə mübarizə aparır. Bu mübarizədə aparılan düzgün göz müayinələri həm oftalmoloji həm də nevroloji statusun dəyərləndirilməsində böyük rol oynayır. Hərtərəfli görmə reabilitasiyasının qiymətləndirilməsi rutin göz müayinələrindən fərqlidir çünki bu zaman optimal görmə üçün tələb olunan bütün funksiyaların dəyərləndirilməsi aparılır.

**Məqsəd:** Baş beyin əməliyyatları olan xəstələrdə əməliyyatdan sonra görmə funksiyalarında gedən dəyişikliklərin dəyərləndirilməsi.

**Material və metodlar:** Tədqiqat zamanı 21 xəstə müayinə olundu. Bunlardan 14-ü (67%) kişi, 7 xəstə isə (33%) qadın idi. Ortalama yaş həddi 1-50 yaş idi. Bu xəstələrdən 5 xəstə baş-beyin travması, 4 xəstə hidrosefaliya, 12 xəstə isə baş-beyin törəmələrindən əməliyyat olunmuşdur. 7 xəstə əməliyyatdan öncə də müayinə olunmuş, xəstələrin hər birində rutin göz müayinələri, eyni zamanda rəng duyğusu, göz almasının ultrasəs müayinəsi (kəllə- beyin travması olan xəstələrdə), göz dibi müayinəsi, optik koherens tomoqrafiya müayinələri aparılmışdır.

**Nəticə:** Bu xəstələrdən kəllə beyin travması alan bir xəstədə orbitanın və gicgah nahiyəsinin sınığı gözün hərəkət sinirinin zədələnməsinə səbəb olmuş nəticədə xəstədə ptoz, konvergenziyanın pozulması və anizokoriya müşahidə olunurdu. Digər xəstələrdə əlavə olaraq görmə siniri diski ödemi (Grade1-4), rəng duyğusunun pozulması, görmə itiliyinin və kəskinliyinin azalması, görmə sahəsində skotomalar, hidrosefaliyadan əməliyyat olunan 1 yaşlı xəstədə rotator nistaqm və əlavə olaraq baş beyin törəməsindən (astrocitoma) əməliyyat olunan bir xəstədə oftalmohipertenziya aşkarlandı. 18-50 yaş arası xəstələrdə OKT müayinəsində GSD ödemi, sinirdəki atrofik dəyişikliklər və qanqlion hüceyrə sayı tam müayinə olunaraq müalicələr aparıldı. Vaxtında aparılmış müalicələr görmə funksiyalarının azalmasının qarşısını almaqda bizə kömək etdi.

**Yekun:** Baş beyin əməliyyatı keçirmiş xəstələrin vaxtında mütləq oftalmoloji müayinələri aparılmalıdır. Əgər bu əməliyyatlar planlı əməliyyatlar olarsa burada istər müxtəlif səbəbli hidrosefaliyadan əziyyət çəkən uşaqlar, istərsə də baş beyin törəmələrindən əziyyət çəkən xəstələr olsun bu xəstələr əməliyyatdan əvvəl və sonra müayinə olunmalıdır. Vaxtında aparılan müayinələr geri dönməyən oftalmoloji proseslərin qarşısını almaqda bizə kömək olur. Bəzən vaxtında aparılan düzgün oftalmoloji müayinə hətta baş-beyin törəmələrinin erkən mərhələdə aşkarlanmasına kömək edir.





## EKSPERİMENTDƏ HEYVANLARA TROMBOSİTLƏRLƏ ZƏNGİNLƏŞDİRİLMİŞ PLAZMANIN (TZP) YERİDİLMƏSİ ÜSULU

**Cəfərova N.İ.**

*Azərbaycan Tibb Universiteti*

TZP terapiya-regenerativ tibbin bir qolu olub toxumanın itirilmiş funksiyasının bərpası yönündə müalicə üsulu kimi üz-çənə cərrahiyyəsində, ortopediyada, urologiyada, ginekologiya və tibbin digər sahələrində geniş istifadə olunur. Ədəbiyyatda TZP-nin orqanizmə həm cərrahi, həm də qeyri-cərrahi yeridilməsinin səmərəli üsulları haqqında çox saylı məlumatlar vardır. Bunlardan, dərialtı və əzələdaxili, orqanətrafi və orqandaxili yeritmə üsulları, həmçinin yaranın üstünə steril sağrı şəklində istifadəsini göstərmək olar.

Trombositlərlə zənginləşdirilmiş plazmanın orqanizmə yeridilməsi zamanı toxumalarda gedən dəyişikliklərin strukturunu tədqiq etmək üçün eksperimental tədqiqatların aparılması çox önəmlidir. Qədim zamanlardan indiyə kimi təbabət elminin inkişafı eksperimental heyvanlar üzərində aparılmış təcrübələrdən asılı olmuşdur. Bunlardan məhz dovşan tibbin bir çox sahəsində aparılan tədqiqatlarda geniş istifadə olunan təcrübə heyvanı olduğundan, bizim eksperimentdə də cinsi xətti bəlli olmayan dovşanlardan istifadə olunmuşdur.

Ədəbiyyatda laborator və eksperimental heyvanların anesteziya və analgeziya üsulları ilə bağlı bir çox təlimatlar mövcuddur.

Vorobyev A.A., Litvina E.V, Nasonovun N.D. ( Экспериментальные операции на органах брюшной полости кролика, 2016) fikrincə sedasiya, anesteziya və analgeziya vasitələrindən dovşanlar üçün də istifadə olunduğu göstərilir. Amma burada dərman vasitəsinin təsir mexanizmi, təhlükəsiz dozası, farmakodinamikası, preparatların qarışımı çox önəmlidir. Adətən, əsas komponent kimi ketamin hidroxlorid, əlavə komponent olaraq isə ksilazin hidroxlorid, medetomidin, asepromazin, butorfanol və başqa preparatlar qeyd olunur (Borkowski G.L., Dannerman P.J., Russel G.B., 1990, Difilippo S.M et al.2004, Abdullahi E.,Stephen U.,2005).

Bizim təcrübədə yerli anesteziya məqsədilə dovşanın dərialtına 5 ml 0.5%li novokain məhlulu yeridilir. Daha sonra qulaq venası punksiya olunur və 2.4-3 kg çəkili dovşana 0.4-0.5 mq kalipsol (ketamin) venadaxili yeridilir. Tam sedasiya əldə olunduqdan sonra ağ xətlə qarın boşluğu açılır, yara genişləndirici ilə peritonun səfhələri tutulur və palpasiya yolu ilə yumurtalıqlar tapılır. Bundan sonra,  $0.29 \pm 0.02$  g çəkili yumurtalıq toxumasına intramedullar olaraq üç nöqtədən 0.1 ml olmaqla ümumi 0.3 ml trombositlərlə zəngin plazma yeridilir. Hemostaz şəraitində dəri qat-qat tikildi və 25-ci gün qulaq venası punksiya edilərək yumurtalıq hormonları tədqiq edildi (Aflatoonian A., Lotfi M., Saeed L., Tabibnejad N. "Effects of Intraovarian Injection of Autologous Platelet-Rich Plasma on Ovarian Rejuvenation in Poor Responders and Women with Primary Ovarian Insufficiency" 2021). Əməliyyat öncəsi və sonrası olan göstəricilərin müqayisəli xarakteristikası aparıldı. Tədqiqatlar davam etdirilir və gələcəkdə yumurtalıq toxumasının patohistoloji tədqiqatı aparılacaqdır.

*Aiar sözlər: yumurtalıq, trombositlərlə zənginləşdirilmiş plazma*



## BÖLMƏ - III (TEZİSLƏR XARİCİ DİLLƏRDƏ)

### ATYPICAL METASTATIC SITE OF ENDOMETRIAL CARCINOMA. A CASE REPORT. VIDEO PRESENTATION

**Ibrahimov Akbar**

*Azerbaijan Medical University*

**Objective:** Metastatic tumors of the appendix are rare. Endometrial cancer tends to metastasize by directly invading close structures; the lung, liver, bones, and brain are common sites of distant metastasis. Therefore, the aim of this surgical video is to demonstrate uncommon spread pattern of the endometrial cancer.

**Methods:** A step-by-step explanation of the procedure which was performed on the patient using a video.

**Results:** The article provides information about the authors' clinical observation of a 69-year-old patient with uterine cancer metastasized to the appendix. The patient underwent complex clinical, laboratory and instrumental examinations, and during the pelvic MRI examination, a 22x14 mm tumor was found in the endometrial cavity. Abdomen CT scan with oral and intravenous contrast revealed a pathological mass of 22x14 mm in the uterine cavity, as well as a 50x40 mm tumor in the appendix. The right hemicolectomy + total abdominal hysterectomy + bilateral salpingo-oophorectomy + total omentectomy + ileotransvers anastomosis were carried out in the department of Gynecological Oncology, Azerbaijan Medical University. Pathological examination of the material revealed endometrial carcinoma in the uterine body, the appendix with endometrioid carcinoma infiltration (metastasis) in the wall. Metastasis was found in 5 of the lymph nodes. The postoperative period was uneventful.

**Conclusion:** This case demonstrates that metastatic tumors can naturally fuse with the tissue at the site of metastasis. A correct diagnosis should be made by combining the patient's medical history with morphologic and immunohistochemical test results. The differentiation between primary and metastatic tumors is important for staging the tumor, choosing appropriate treatment, and estimating prognosis.

**Key words:** *Endometrium-Appendix-Adenocarcinoma-Metastasis*



## ВНУТРИСТВОЛЬНОЕ СТРОЕНИЕ НИЖНЕГО НИСХОДЯЩЕГО БРОНХИАЛЬНОГО НЕРВА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

**Хыдыров Э.А., Исаев Н.Н.,  
Мамедова А.Ф.**

*Азербайджанский Медицинский Университет*

Прогресс грудной хирургии позволяет производить операции не только на крупных нервных стволах, но и на сравнительно тонких нервах.

**Цель исследования:** изучение внутривольной организации нижнего нисходящего бронхиального нерва. При микроскопическом исследовании были использованы методики по Вейгерту-Палюи по Крутсаю. Материалом для исследования служили 38 трупов людей в разных возрастных группах. Исследования показали, что у плодов 6-9 месяцев диаметр поперечного среза нерва достигает значений  $209,41 \pm 24,68$  мкм, а слева  $-188,40 \pm 15,77$  мкм. Число нервных пучков в нерве варьирует в правом нерве в пределах  $3,05 \pm 0,29$ , и, в левом  $2,21 \pm 0,19$ . У новорожденных в правом нижнем нисходящем бронхиальном нерве общее число проводниковых элементов составляет  $2581,11 \pm 251,09$ , а в левом  $-2114,15 \pm 198,76$ . От детского до подросткового возраста активно повышается содержание миелиновых нервных волокон. Основную их массу составляют мелкие и средние разновидности. Толщина миелиновой оболочки крупных и очень крупных волокон в I-ом периоде зрелого возраста увеличивается в правом нерве до  $0,807 \pm 0,068$  мкм, в левом до  $0,808 \pm 0,058$  мкм. Во II периоде зрелого возраста показатель толщины миелиновой оболочки крупных и очень крупных волокон составляет в правом нерве  $0,815 \pm 0,078$  мкм, в левом  $0,901 \pm 0,058$  мкм.

Таким образом, на протяжении онтогенеза изменяются морфометрические показатели и численность миелиновых нервных волокон, степень их миелинизации.



## MULTIPLE SCLEROSIS AND PREGNANCY. INFLUENCE OF PATHOGENETIC THERAPY OF MULTIPLE SCLEROSIS ON THE HEALTH STATUS OF NEWBORNS

Hamidova N.A<sup>1</sup>, Kulieva I.A<sup>2</sup>,  
Aliev A<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Azerbaijan Medical University

<sup>2</sup>Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after

<sup>3</sup>Department of Obstetrics and Gynecology

**Introduction:** Due to the high prevalence of multiple sclerosis (MS) among women of reproductive age, special attention is paid to the management of pregnancy in these patients. The problem concerning the health of newborns whose mothers suffer from MS and receive pathogenetic therapy remains unresolved. The terms of discontinuation of drugs that change the course of MS, the possibility of stopping exacerbations during pregnancy with the use of glucocorticoid therapy, require clarification.

**The aim of the study:** was to analyze the effect of pathogenetic therapy in women with MS on the condition of newborns.

**Materials and methods:** 85 pregnant women with MS living in Baku and receiving pathogenetic therapy were under observation. The features of the course of pregnancy, childbirth and the condition of newborns in this cohort of patients were assessed.

**Results and conclusions.** The results obtained during the follow-up were consistent with the average data in the general cohort of pregnant women and led to the conclusion that the presence of the disease and previous immunomodulatory therapy did not significantly affect the outcome of pregnancy. The frequency and severity of disorders in children born to patients with MS did not differ significantly from those in the general population. Prolongation of therapy with drugs that change the course of MS until pregnancy is most appropriate, since it helps to stabilize the condition of women in the perinatal period without causing significant harm to the health of newborns. Against the background of immunosuppressive therapy, the risk of giving birth to children with various disorders (multiple malformations, low birth weight, prematurity) increases. If an exacerbation of MS occurs during pregnancy, a short course of pulse therapy with methylprednisolone is possible.

**Key words:** pregnancy with multiple sclerosis, immunomodulatory therapy and pregnancy, the impact of pathogenetic therapy of multiple sclerosis on the condition of newborns.



**ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОЦИРКУЛЯЦИИ ПЕЧЕНИ ЭНДОГЕННЫХ ТОКСИКОЗАХ****Хыдырова Х.Ф.***Научно- исследовательский Центр АМУ*

Экзо и эндотоксикоз, как всегда, и сегодня также превратился в объект исследования для многих ученых. Цель исследования состояла в выявлении изменчивости в лимфообращении печени. Исследования проводились на 16 кроликах относящиеся к породе шиншилла. Результаты исследований показывают, что средняя скорость лимфооттока у кроликов через день составляет  $150,5 \pm 5,35$  секунды, минимальный предел при этом равен 140 секунд, а максимальный предел составляет 165 сек. Средняя скорость лимфооттока у животных в интактном состоянии составляет 112 секунд, максимальный предел составляет 140 сек. На 3-й день исследования средняя скорость лимфооттока в печени уменьшалась по сравнению с потреблением. Средняя скорость лимфооттока в печени в течение последних 3 дней после модели кишечной непроходимости составляет  $124,5 \pm 3,0$  секунды, минимальный предел составляет 130 сек.

На 5-й день модели средний количественный показатель времени образования лимфы составляет  $357,5 \pm 8,5$  секунд, минимальный предел при этом составляет 340 секунд, а максимальный предел-380 секунд. Если максимальный предел остается на уровне 3-й дня, то минимальный предел был увеличен. Таким образом, время образования лимфы в печени по сравнению с интактной группой замедлилось на 4,9% в 1-й день модели ( $P \geq 0,05$ ); в 3-й день-на 9,6%; в 5-й день- на 12,8% ( $P \geq 0,05$ ). Точнее, время образования лимфы в печени на фоне модели кишечной непроходимости удлинится в соответствии с динамикой развития модели.



## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

**Амирасланов А.Т., Абдыева С.В., Ибрагимов Е.Е.,  
Амирасланов А.А.**

*Азербайджанского Медицинского Университета*

**Актуальность:** Рак кожи является самой частой онкологической патологией как в нашей стране, так и во многих других странах мира со светлокочим населением. К распространенным злокачественным новообразованиям кожи (ЗНК) относятся базальноклеточный рак кожи (БКРК), плоскоклеточный рак кожи (ПКРК) и меланома кожи (МК). Среди ЗНК наиболее часто встречается БКРК. Особую роль среди всех ЗНК занимает МК, обуславливает 80% летальности от ЗНК. Продолжающийся рост заболеваемости и высокий уровень запущенности ЗНК, обуславливает необходимость поиска решений по улучшению профилактики и диагностики этих заболеваний.

**Цель исследования:** Улучшить профилактику и раннюю диагностику ЗНК.

**Материалы и методы:** За исследуемой период на учете было 121 б/х с подтвержденным ЗНК. В исследование входили основные нозологии ЗНК, такие как БКРК 52 (42,9%) б/х, ПКРК х 23 (19%) б/х, и МК 46 (38%) б/х. Среди обследованных пациентов мужчин 68 (56,1%) б/х, женщин 53 (43,8%) б/х. Выявлен высокий удельный вес лиц пожилого возраста среди 89 (73,5%) б/х ЗНК, однако в последние годы имеется тенденция к снижению возраста б/х. Больные обследованы по алгоритму диагностических мероприятий. Во всех случаях диагноз был подтвержден морфологическим исследованием опухоли. Одним из неинвазивных методов диагностики является СИАскопия. СИАскопическое исследование ЗНК проводилось всем больным с использованием Сископа V с фото-документированием ЗНК. Данный метод позволяет получить изображения распределения в толще эпидермиса и дермы поглощающих свет хромотофоров (гемоглобина, коллагена, меланина)

**Результаты и выводы:** Из анамнеза установлено, что у 80 (66,1%) человек опухоль развивалась на визуально здоровой коже; у 41 (33,8%) на фоне длительно существующих изменений кожи. При анализе данных у большей части 79 (65,2%) б/х обращает внимание длительная инсоляция, солнечные ожоги и травмы в анамнезе. Важно отметить, что очаги БКРК в 39 (75,%) случаев из 52-и б/х локализовались на голове и шее. У 13 (25,0%) с БКР локализовались на коже трудоспособных участках. МК с типичной локализацией наблюдалась у 37 (80,4%) б/х из 46-и. У 9 (19,5%) опухоль локализовалась в труднодоступных для самостоятельного осмотра участках тела. Несмотря на преимущественную локализацию элементов при ЗНК на открытых участках тела, 7,8% опухоль выявлялась на поздних стадиях. Эти данные подтверждают необходимость широкого внедрения методов скрининга онкозаболеваний среди местных населений, повышения онконастороженности у врачей первичного звена здравоохранения.



## НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХОЛЕЦИСТО-ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

**Джумшудов ДЖ.Г., Джумшудов А.ДЖ.**  
*Азербайджанского Медицинского Университета*

По данным многих авторов у 8-15% больных желчнокаменной болезнью, наряду с наличием камней в желчном пузыре, встречаются камни и в общем желчном протоке называемое холедохолитиазом. У больных старше 50 лет, страдающих желчнокаменной болезнью, частота холедохолитиаза достигает до 25%. В большинстве случаев, камни в общий желчный проток попадают из желчного пузыря, через пузырный проток. Как правило, они бывают мелкими – до 4-5 mm в диаметре и не дают ранних клинических признаков, а при холецистэктомии оставшись нераспознанными остаются в общем желчном протоке и называются резидуальными (забытыми). Резидуальные камни холедоха могут способствовать развитию таких грозных осложнений как, механическая желтуха, холангит, холангиогепатит, абцессы печени и панкреатит. По данным многих авторов у 8-15% больных желчнокаменной болезнью, наряду с наличием камней в желчном пузыре, встречаются камни и в общем желчном протоке называемое холедохолитиазом. У больных старше 50 лет, страдающих желчнокаменной болезнью, частота холедохолитиаза достигает до 25%. В большинстве случаев, камни в общий желчный проток попадают из желчного пузыря, через пузырный проток. Как правило, они бывают мелкими – до 4-5 mm в диаметре и не дают ранних клинических признаков, а при холецистэктомии оставшись нераспознанными остаются в общем желчном протоке и называются резидуальными (забытыми). Резидуальные камни холедоха могут способствовать развитию таких грозных осложнений как, механическая желтуха, холангит, холангиогепатит, абцессы печени и панкреатит. В случае даже отсутствие клинических проявлений, но имеющегося подозрения на наличие мелких камней в холедохе, санация желчных протоков является обязательным элементом при холецистэктомии. При лапароскопической холецистэктомии санацию желчных протоков проводим следующим образом: После клипирования и пересечения пузырной артерии, накладываем клипсу на пузырный проток, максимально ближе к шейке желчного пузыря. После этого, надсекаем пузырный проток на половину его диаметра и через отверстие протока вводим зонд Нелатона под номером 8 или 6 на глубину 3-4 см. Для снятия возможного спазма сфинктера Одди внутривенно вводим спазмолитик (раствор но-шпы или атропина), после чего больному придаем положение, способствующее миграции конкрементов в дистальную часть холедоха и начинаем его промывание через зонд. Промывание начинаем теплой смесью 0,5% раствора новокаина и 2% раствора лидокаина (20-40 ml), после чего промывание продолжаем теплым 0,9% раствором хлорида натрия, под давлением. При этом, постоянно наблюдаем за состоянием расширения холедоха. Как правило, в начале процедуры промывания холедох несколько раздувается, а после выталкивания конкрементов в двенадцатиперстную кишку, расширение холедоха исчезает. Затем, проталкивая зонд Нелатона на глубину 12 -15 см убеждаемся в проходимости сфинктера Одди. При подозрении на неполную санацию проводим интраоперационную холангиографию, вводя рентгенконтрастный раствор через зонд Нелатона. Если отсутствуют клинические, лабораторные и инструментальные данные острого панкреатита, извлекаем зонд и клипируем пузырный проток. А при наличии данных за острый

панкреатит, не извлекая зонд фиксируем его к культе пузырного протока рассасывающимся шовным материалом и оставляем для дренирования общего желчного протока на 2-3 недели. Лапароскопическую санацию общего желчного протока вышеописанным способом провели у 88 больных в возрасте 16-85 лет (24 мужчин, 64 женщины). У трех больных желчнокаменная болезнь сопровождалась острым панкреатитом. У этих больных после промывания желчных протоков зонд Нелатона фиксировали к культе пузырного протока оставлением кончика в общем желчном протоке с целью декомпрессии. Проводили консервативное лечение панкреатита, после ликвидации клинических и лабораторных признаков панкреатите проводили холангиографию введением рентгенконтрастных растворов через зонд. Убедившись в полной проходимости желчных протоков и отсутствии конкрементов в их просвете через 2-3 недели удалили зонд. У двух больных провести полную санацию желчных протоков вышеуказанным способом не удалось. Произведена интраоперационная холангиография, выявлено, что имеется стриктура сфинктера Одди. Операция продолжалась эндоскопической трансдуоденальной сфинктеротомией, конкременты извлечены с помощью baskets, после чего зонд Нелатона извлечен и пузырный проток клипирован. У трех больных резидуальные камни холедоха в диаметре 4 mm отходили самостоятельно, после консервативного лечения. Этим больным в послеоперационном периоде назначали оксидезоксихолевую кислоту, спазмолитики и противоотечную терапию. Отхождение камней подтвердилось клинико-лабораторными данными и MR холангиографией.

### Интраоперационная холангиография







## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИЙ

**Мамедов Р.А., Аббасалиев Б.Б., Гасымов Э.М.,**

**Султанова Т.С., Гумбатова А.Ш.**

*Азербайджанского Медицинского Университета*

Лечение венозных трофических язв нижних конечностей представляет собой сложную медико - социальную проблему. Существует большое количество методов лечения этой группы пациентов имеются определенные достижения, однако многие аспекты лечения этого осложнения остаются нерешенными. В последние годы в современной флебологии широкое применение нашло малоинвазивная эндовазальная лазерная облитерация (Э. В. Л. А.) варикозно расширенных подкожных вен нижних конечностей. В настоящее время в медицинской литературе о применении этой методики лечения у больных с варикозно-расширенными венами нижних конечностей, осложненных трофическими нарушениями очень скудны. Под нашим клиническим наблюдением находилось 124 пациента с венозными трофическими язвами нижних конечностей. В первую группу входило 61 больных у которых при лечении варикозно расширенных вен нижних конечностей с трофическими нарушениями было использовано методика Э.В.Л.А. аппаратом « pharagor- 1470» французского производства. Во вторую группу входило 63 пациента, которым после ЭВЛА, местно на область трофических язв кожи аппаратом «Мустанг – 2000 » проводилось низко – интенсивное лазерное облучение длиной волны 0,89 Мкм с частотой 100 Гц в течение 10 минут (Н.И.Л.Н.О.). Курс лечения проводилось в течение 5 - 7 дней амбулаторно, в зависимости от величины трофических язв и их количества.

Результаты проведенных клинических исследований свидетельствуют о следующем. У пациентов I группы гнойно - некротическое содержимое уменьшилось на 7 - 8 сутки после Э. В. Л. А. Полное заживление ран происходило на 14 – 15 сутки после Э. В. Л. А. У больных II группы гнойно - некротическое содержимое раны значительно уменьшилось после 4 – 5 сеансов ( Н . И . Л . И . О . ) . После 6 – 7 сеансов отмечалась краевая эпителизация и грануляция. Полное заживление происходило на 9 – 11 сутки после лечения.

Из этого следует , что включение в комплекс лечения трофических язв нижних конечностей низко-интенсивное лазерное облучение улучшает микроциркуляцию оказывает бактерицидное действие способствуя при этом ускорению регенеративных процессов.



## ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ПОЛИПА ШЕЙКИ МАТКИ

Тагиева И.А., Алиева С.А.,

Рзаева А.М.

Азербайджанский Медицинский Университет

Полипы цервикального канала занимают одно из ведущих мест среди доброкачественных процессов шейки матки и встречаются у 1-5 % женщин репродуктивного возраста. Соответственно, шеечные полипы могут встречаться и при беременности, быть бессимптомными или сопровождаться кровянистыми выделениями, осложняться абортами, истмико-цервикальной недостаточностью, преждевременными родами, преждевременным излитием околоплодных вод, хориоамнионитом и акушерскими кровотечениями. Однако, нет исследований и убедительных доказательных данных, посвященных влиянию цервикальных полипов на исход беременности.

На сегодняшний день не существует каких-либо четких рекомендаций по поводу ведения пациенток с цервикальным полипом во время беременности, нет единого мнения о показаниях и противопоказаниях к полипэктомии. Согласно существующим ограниченным данным тактика зависит от типа полипа, симптомов, гестационного возраста и других.

Нами проведен анализ течения первого триместра беременности у 8 пациенток с полиповидными образованиями. Всем больным проводили УЗИ для определения типа полипа, а также с целью оценки состояния шейки матки после полипэктомии. У 6 (75%) пациенток был выявлен цервикальный полип, в то время как у 2 (25%) был децидуальный полип.

Также было проведено общеклиническое, микроскопическое и бактериологическое исследования. Определяли вирус папилломы человека методом ПЦР, расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование. Возраст пациенток колебался от 18 до 41 года, срок беременности от 8 до 12 недель. Основными жалобами были тянущие боли внизу живота, мажущие периодические кровянистые выделения из половых путей.

ВПЧ у обследованных беременных не выявлено, у 5 пациенток выявлена *Gardnerella vaginalis* (62,5%), у 3 (37,5%) – *Ureaplasma urealyticum*.

После исключения других причин кровянистых влагалищных выделений и получения информированного согласия пациентки после предварительной санации влагалища во всех случаях эндоцервикальных полипов под местной анестезией была произведена полипэктомия без фиксации шейки матки. Всем беременным после операции были назначены гестагены до 16 недель беременности.

Децидуальные полипы нами не удалялись по причине угрозы прерывания беременности и риска инфицирования. Во всех случаях беременность завершилась своевременными спонтанными нормальными родами.

Таким образом, наши наблюдения показали отсутствие негативного влияния полипэктомии в первом триместре на последующее течение беременности.



## CHARACTERISTICS OF IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY IN PATIENTS WHO RECEIVED KIDNEY TRANSPLANTATION AT THE REPUBLICAN DIAGNOSTIC CENTER

Bakhshaliyeva N.L., Sholan R.F., Almazkhanlı A.A.,  
Yusifova A.R., Ismayilov R.I., Mammadov X.H.

**Purpose of the study:** Control the improvement of graft function in patients who received renal transplantation at the Republican Diagnostic Center. Timely elimination of side effects of prescribed immunosuppressants.

**Material and method:** Control of mTOR and calcineurin inhibitors in the blood, determination of immunosuppressants and retrospective analysis of 148 patients who received kidney transplantation at the Republican Diagnostic Center in 2017-2021.

**Conclusion:** In the performed surgeries, 15 donors (10.1%) had 3 arteries, 48 donors (33.8%)-2 arteries, and 79 patients (55.6%) a single artery. Postoperative side effects of prescribed immunosuppressants were evaluated and the frequency of replacement of calcineurin inhibitors with mTOR inhibitors was observed. In 30 patients (21.1%) - from the first days of surgery, in 28 patients (19.7%) during the first 3 months, and in 36 patients (25.3%) after 6 months, there was a need to change or replace medicines. In the remaining 48 patients (33.8%), treatment of recipients was continued in the same way with the correction of monthly doses of preparats prescribed from the first day. Nephrectomy (0.7%) was performed in 1 transplanted recipient due to acute rejection, and in 9 patients (6.3%) in the first 3 months of surgery the patient's blood creatinine level rose sharply relative to basal creatinine and acute rejection was observed. However, as a result of treatment, graft functions have returned to normal. In 3 patients (2.1%) lost graft function due to BK virus. 2 (1.4%) patients who received kidney transplantation died in the first month after surgery due to cardiovascular causes, and 4 patients (2.8%) died due to pulmonary insufficiency due to the Covid-19 pandemic.

It is important to prescribe postoperative immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients. After surgery, the kidneys, which are usually taken from a live donor, begin to function quickly and do not require hemodialysis treatment. Immunosuppressive drugs that patients have to take for life after a renal transplantation can prevent graft rejection and serious problems that can lead to death by improving their quality of life.

**Key words:** *Kidney transplantation, immunosuppressive therapy, renal function, hemodialysis*

## LAPAROSKOPIK AŞAĞI ANTERİOR REZEKSİYON

**Hakan Yanar**

*İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

*htyanar@yahoo.com*

### **Medialden laterale disseksiyon:**

Sol kolon mobilizasyonuna başlamak için hasta sol yanı yukarıda dik Trendelenburg pozisyonuna alınır ve ince bağırsaklar pelvisten uzaklaştırılır. İnce bağırağların mobilizasyonunu kısıtlayan terminal ileum veya çekal alanın sağ pelvik bölgeye adezyonları kesilerek görüş alanından uzaklaştırılırlar. Bu aşamada sigmoid kolon ile sol pelvis veya lateral pelvik duvar arasındaki bağlar saptanır. Mezosigmoid orta-distal bölümünden bir atravmatik grasper ile tutulur, kolonun -eğer mobil ise- mezenterinin arkasına katlanmasına izin verilerek cerrahın görüş alanı serbestlenir. Epigastrik trokardan yerleştirilen bir trokar ile mezosigmoid anterior karın duvarına doğru eleve edilir. Sakral promontoryum hizasında yavaşça sağdan sola hareket ettirilerek mezokolonun arkasındaki disseksiyon planı saptanır. İliyak damarlar genellikle bu esnada retroperitoneal pencereden görülür, ve zayıf bir hastada sağ üreter görülebilir. Disseksiyona bu planda mezosigmoidin arkasından ve sakral promontoryumun üzerinde İMA kökünün kaudalinden devam edilir. İMA genellikle mezosigmoid tutularak anteriora kaldırıldığında belirgin hale gelir, tipik olarak çadırlaşır ve disseksiyon devam ettikçe oldukça belirginleşir.

Disseksiyon planını örten periton sakral promontorum boyunca koterle pelvik alan ve İMA yönlerine doğru kesilir. Bu disseksiyon planını oluşturmak vazgeçilmez ilk basamaktır. Disseksiyon iliyak damarların ve hipogastrik sinirlerin anteriorunda olmalıdır. Bu yapılar tipik olarak bu planda kolaylıkla görülürler. Tanımlanan disseksiyon planı bir kez oluşturulduktan sonra, atravmatik bir alet kullanılarak künt disseksiyon uygulanarak doku planı oluşturulur. Sol üreter bu esnada görülmelidir, ve disseksiyon planı -mezokolonun posterior yüzüne ulaşıldığında- anteriora açılan bir yönde olmalıdır. Eğer disseksiyon planı yanlışlıkla posteriora açılan bir yönde devam ederse, sol üreter eleve edilir ve yaralanabilir. Eğer üreter hızla ve rahat saptanamaz ise, en muhtemel neden mezokolon ile beraber kaldırılmış olduğudur. Üreter bir kez saptandıktan ve izlendikten sonra, disseksiyona peritoneal yüzeyde devam edilir, ve İMA ve İMV çiplaklaştırılır. İMA ve İMV yönünde mezosigmoid mezenteri içindeki serbest alan ortaya konulur, ve damarların retroperitondan serbestçe mobil oldukları görülür. Ardından, arter bir bipolar enerji cihazı kullanılarak veya klip/stapler gibi cihazlar yardımıyla kesilir. Ven, arterlerle birlikte veya bireysel olarak aynı noktada kesilebilir; veya planlı bir aşağı anterior rezeksiyonda tercihen pankreas seviyesinde kesilebilir.

İMA'nın kesilmesi mezosigmoidin retroperitondan serbest mobilizasyonuna izin verir, ardından disseksiyona bu medial-lateral planda sigmoidin posterior-lateral kenarına ve inen kolonun arkasına dek devam edilir. Disseksiyon bu planda hem kranial hem kaudal yönde ilerletilerek pelvise inilir. Disseksiyonun tamamlanmasını takiben kolon medial yüzünden tutulur ve peritoneal bağlar genellikle makas ile lateralden kesilir.

Tipik olarak sigmoidin lateral yüzünün arkasındaki retroperiton ve inen kolon morumsu bir renktedir, ve doğru doku planının saptanmasına yardımcı olur. Bu görünüm önceki medial-lateral retroperitoneal disseksiyona bağlıdır. Lateral kesi kraniale dek uzatılarak splenik fleksurayı içerir ve kaudalde gerçek pelvise dek devam ettirilir. Proksimal rezeksiyon hattı çoğunlukla mezenterik kan akımı ve patolojinin yerleşimine (örn. tümör) bağlı olarak seçilir, ancak sigmoid kolonun kalitesi ve geçirilmiş radyoterapi varlığına göre de seçilebilir. Sigmoid kolonu tutan bir divertiküler hastalık veya geçirilmiş radyoterapi varlığında, yazarlar inen kolon ile rektum arasında bir anastomoz yapmayı





tercih etmektedirler. Bu durum gerilimsiz bir anastomoz yapabilmek için gereken splenik fleksura mobilizasyonunu bariz bir şekilde etkileyecektir.

Splenik fleksura mobilizasyonu hastanın sol yanı yukarıda hafif ters Trendelenburg pozisyonuna alınması ile başlar. Omentum tutulur ve kraniale kaldırılarak transvers kolon görülür ve ardından splenik fleksura; lateral yaklaşımın devamı tarzında veya omental bursadan başlayarak omentum ve transvers kolon arasındaki plana girilerek medialden laterale uygulanan bir disseksiyonla serbestlenebilir. Splenik fleksura tam olarak mobilize edildikten sonra, planlanan rezeksiyonun proksimal kısmı tutulur ve pelvise indirilerek distal rezeksiyon hattı hizasında gerilimsiz bir anastomoz için yeterince hareketli olup olmadığı değerlendirilir.

Eğer mobilizasyon yeterli değil ise, eğer bu ana dek yapılmamış ise pankreas hizasında İMV'nin kesilmesi gerekebilir. Hasta tekrar Trendelenburg pozisyonuna alınır ve distal rezeksiyon hattı -anatomik işaretler veya tümörlerde endoskopi yardımıyla- belirlenir.

### **Rektal Disseksiyon**

Pelvise yönlendirilerek posteriorda hipogastrik sınırlar korunarak disseksiyona devam edilir. Bu planın mobilizasyonu ile mezorektum ve presakral fasya arasındaki avasküler plana ulaşılır. Proksimal rektumun supero-laterale traksiyonu disseksiyon için önemlidir. Posterior disseksiyon distale devam edilir ve her iki yanda lateral rektal bağlar kesilir. Son olarak anterior disseksiyon tamamlanarak total mezorektal eksizyon (TME) tamamlanır. Erkek hastalarda Denonvillier fasyası anteriora sıyrılarak seminal veziküller mezorektumdan ayrılır. Bayan hastalarda uterus pelvisin yeterli görüntülenmesine engel olabilir ve ek bir porttan girilen bir alet yardımıyla veya ekstrakorporal sütürler ile karın duvarına asılır.

TME prensipleri doğrultusunda mezorektal kılıf tümörün 5 cm altına inilmeli ve distal kesi hattı tümörün 1-2 cm altında olmalıdır. Rektum hedeflenen kesi alanında klempe edilir ve intraoperatif sigmoidoskopi veya rijid proktoskopi ile dentat çizgi ile aradaki mesafe kontrol edilir.

Rektum artiküle endoskopik stapler ile kesilerek distal rezeksiyon tamamlanır. Bu aşamada genellikle 3.5 mm doku kalınlığı (mavi kartuş) kullanılır ve sıklıkla rektumun tam kapatılabilmesi için birden fazla kartuş kullanmak gerekebilir. Bu esnada mezorektumun rektum eksenine dik kesilmesine ve konizasyon yapılmamasına dikkat edilmelidir. Proksimal kolon pelvise indirilerek proksimal kesi seviyesi belirlenir. Kolon pelvise getirildiğinde gerilimsiz olmalıdır. Beş cm Pfannenstiehl kesi yapılarak Alexis yara koruyucu örtü yerleştirilir. Piyesin çıkarılmasını takiben proksimal kesi hattına sirküler stapler anvili yerleştirilerek burs dikiş konulur ve karına iade edilir. Tekrar pnömoperitoneum oluşturulur.

Proksimal kolonun bir neorektal rezervuar, koloplasti veya düz anastomoz ile rektuma bağlanması cerrahın tercihine bağlıdır. Kolonik poşun düz anastomoza fonksiyonel üstünlüğü bir yıl sonra ortadan kalkmaktadır. Rektuma sirküler stapler yerleştirilir, kolonun mezenterik aksı kontrol edilir ve kolo-rektal anastomoz laparoskopik görüş altında gerçekleştirilir. Bayan hastalarda bimanuel muayene ile posterior vajen duvarının anastomoz hattına dahil edilmediğinden emin olunmalıdır. Anastomoz sonrasında anvilde iki adet stapler halkasının bütün olarak çıkıp çıkmadığı kontrol edilmelidir. Pelvis serum fizyolojik ile doldurulur ve anastomoz hattının bütünlüğü hava kabarcık testi veya kontrol sigmoidoskopi/proktoskopi ile değerlendirilir.

Abdomen ve pelvis irriye edilir ve Douglas poşu aspire edilir. Hemostaz kontrol edilir ve ince bağırsaklar yaralanma bulgusu açısından kontrol edilir. Rutin pelvik drenaj gerekli olmamakla beraber cerrahın tercihine bırakılır. İleoçekal valvin 50-60 proksimalinden bir ince bağırsak ansı sağ alt kadrandan ileostomi tarzında matüre edilir. Bu ans hazırlanırken mezenterik rotasyon olmadığından emin olunmalıdır.



## GOLD SPONSORLAR



## SPONSORLAR




## MEDIA DƏSTƏYİ



AJMEDIA NEWS PORTAL  
(Yaponca, İngiliscə, Azərbaycanca)





Nəşriyyat direktoru:  
Mətbəə müdiri:  
Aparıcı redaktor:  
Aparıcı korrektor:

Məhəmmədəli Məmmədli  
Vidadi Kazımov  
Sahilə Abbasova  
Sitarə Əlizadə

Yığılmağa verilib: 20.02.2023

Çapa imzalanıb: 10.03.2023

Formatı: 60/90, 32/1, həcmi 8.18 ç/v

Sifariş № 115, sayı 100 nüsxə

**REDAKSIYANIN ÜNVANI:**

7012. Naxçıvan şəhəri,  
Universitet şəhərciyi,  
Naxçıvan Dövlət Universiteti,  
Əsas bina, I mərtəbə,  
Naxçıvan Dövlət Universiteti nəşriyyatı

**TELEFON:**

(00994 036) 545-45-59

(00994 036) 544-08-61

**E-mail:**

elmi.hisse@mail.ru