

İcmal Məqalə

Xolesistitin kəskin formalarının müalicəsində immun sistemin korreksiyası üçün immunofanın tətbiqinin effektivliyi

Abbasəliyev R.B., Nəsirov M.Y., Abbasəliyev B.B., Abdullayev M.M., Şəfiyev İ.Ə.¹

¹ Azərbaycan Tibb Universiteti. III Cərrahi xəstəliklər kafedrası..

Nəşr tarixi: avqust 2018

***Addresses for Correspondence :** Prof.Balakishi Hüseyinov, 41, S.Vurgun street, Baku, AZ1022, Azerbaijan Medical University, Department of Human Anatomy, Email: medun91@mail.ru

Açar sözlər : kəskin xolesistit, immunofanın effektivliyi, instrumental müayinə, konservativ terapiya.

Klinik tibbdə əldə edilən uğurlara baxmayaraq, uzunəsrlik tarixə malik olan öd daşı xəstəliyi və öd yolları patologiyaları problemi müasir təbabətin, xüsusilə cərrahiyyənin ən aktual problemlərindən biri olaraq qalır .Qalperin və həmmüəlliflərin fikrinə görə müasir cərrahiyyənin uğurları əsasən cərrahi və tibbi texnikanın təkmilləşdirilməsi ilə əlaqədardır, həyat üçün vacib orqanların köçürülməsi isə nəinki nəhəng nailiyyətləri göstərir, həmçinin bizim biliklərimizin kifayət qədər olmadığına dəlalət edir. Bu çatışmazlıq xəstəlikdən zədələnmiş orqanın tələfinin qarşısını almağa və patoloji prosesinin geri dönüşünə nail olmağa imkan vermir.Müasir dövrdə müəlliflər arasında kəskin destruktiv xolesistit zamanı operativ müdaxilənin yerinə yetirilməsinin optimal vaxtının seçiminə və cərrahi texnika məsələlərinə dair prinsipial fikir ayrılığı vardır.

2015-2018-ci illər ərzində Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasına 15-86 yaşlar arası müxtəlif formalı kəskin destruktiv xolesistitli 34 xəstə yerləşdirilmişdir ki, onlardan 27 (79,4%) pasiyent radikal cərrahi müalicəyə məruz qalmışdır. Hazırkı işin materiallarını təşkil edən 34 xəstə iki qrupa bölünmüşdür:

I - müqayisə qrupuna 7 pasiyent daxil edilmişdir.

II - əsas qrup. Əsas qrupda olan xəstələr bir neçə altqruplara bölünmüşdür.

A-altqrupunda yerləşən 5 xəstə destruktiv xolesistit diffuz peritonit diaqnozu ilə 5 saat müddətində təxirəsalınmaz qaydada əməliyyat olunmuşdur.

B-altqrupunda olan 8 xəstə immunoterapiya (immunofan) əlavə olmaqla ənənəvi üsullarla əməliyyatönu hazırlıqdan sonra 12-48 saat ərzində təxirəsalınmaz qaydada əməliyyat edilmişdir.

C-altqrupuna daxil edilmiş 21 xəstədə Eİ, LPO, CPP göstəricilərinin dinamikası öyrənilməklə immunoterapiya (immunafon) vasitəsilə əməliyyatdan əvvəl və sonra müalicə aparılmışdır.

Bütün xəstələr standart sxem üzrə müayinə olunmuşdur: kliniki baxış, instrumental müayinə (döş qəfəsinin R-skopiyası, qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsi, elektrokardiografiya, xarici tənəffüs funksiyaları), laborator müayinələr (qanın və sidəyin ümumi analizi, qanın biokimyəvi analizi: bilirubin səviyyəsi, AlAT, AsAT, qlükoza, ümumi zülal). Xəstəliyin tarixi 5 saatdan,7 gün və daha çox gün arasında dəyişirdi. Bütün kəskin destruktiv xolesistitli xəstələrdən 17,9%-i xəstəliyin başlanmasından 6 saat ərzində xəstəxanaya yerləşdirilmişdir. 36,1% xəstələrdə xəstəliyin başlanması 6-24 saat təşkil etmiş, 46,0% xəstə isə cərrahiyyə şöbəsinə kəskin destruktiv xolesistitin inkişafından 24 saat sonra daxil olmuşlar.

Kəskin destruktiv xolesistit zamanı klinikada aşağıdakı terminologiyalardan istifadə edirik. "Təxirəsalınmaz" termini altında diffuz peritonit təzahürlü destruktiv xolesistitli xəstələrin xəstəxanaya daxil olmasından sonra qısa vaxt ərzində əməliyyat olunması nəzərdə tutulur ki, bu cür 5 (14,6%) xəstə əməliyyat olunmuşdur. "Təcili" termini altında kalkulyoz xolesistitin olduğu və konservativ teparıyanın effekt vermədiyi zaman xəstələrin xəstəxanaya daxil olmasından sonra 12-48 saat ərzində əməliyyat olunması nəzərdə tutulur ki, bu cür 8 (23,5%) xəstə əməliyyat olunmuşdur. Əməliyyat olunmuş 34 xəstədən 27 (79,4%) -si sancıların azalması, əlavə müayinələrdən və yanaşı patologiyaların korreksiyasından sonra təxirəsalınmış qaydada əməliyyat edilmişdir. Araşdırma və analiz obyektı olaraq təxirəsalınmış əməliyyata ehtiyac duyulan və obturasion destruktiv xolesistit səbəbindən əməliyyat olunmuş 21 (61,8%) xəstə götürülmüşdür. Kəskin xolesistitin destruktiv forması 8 xəstədə aşkar olunmuşdur. Onlardan 3 (37,5%) xəstədə fleqmonoz, 5 (62,5%) xəstədə qanqrenoz xolesistit olmuşdur. KDX-in gedişatının ağırlaşmış xarakteri təcili göstərişlə əməliyyat olunmuş xəstələrdə qeyd edilmişdir. 7 xəstədə peritonit, perivezikal infiltrat 3 xəstədə, perivezikal abses 4 xəstədə aşkar edilmişdir.

Kəskin destruktiv xolesistitlə B-alt qrupuna daxil olan xəstələrdə əməliyyatönu dövrdə immun statusun, xüsusilə T-limfositlər, T-helperlər, T-sitotoksiki hüceyrələr, C-hüceyrələr, faqositozun tamamlanması indeksinin dürüst zəifləməsi aşkar edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə kəskin destruktiv xolesistitli xəstələrdə immunofanla birlikdə aparılan kompleks terapiya fonunda T-limfositlərin, T-sitotoksiki hüceyrələrin normallaşması müşahidə edilir. Destruktiv xolesistitin kəskin formalarının diaqnostikasına kompleks yanaşma bu qrupda təcilərrahi müdaxiləyə ehtiyacı olan xəstələrin aşkar edilməsinə və eyni zamanda azinvasiv əməliyyatların tezliyinin artmasına imkan vermişdir. Bu isə öz növbəsində əməliyyatdan sonrakı

ağırlaşmaların tezliyinin və əməliyyatdan sonrakı letallığın azalmasına gətirib çıxarmışdır.

Maliyyə mənbəyi : yoxdur.

Maraqların toqquşması : yoxdur.

Ədəbiyyat siyahısı

1. Carey MC. Pathogenesis of gallstones. *Recent Prog Med.* 1992;83:379–391. [PubMed]
2. Lee SP, LaMont JT, Carey MC. Role of gallbladder mucus hypersecretion in the evolution of cholesterol gallstones. *J Clin Invest.* 1981;67:1712–1723. [PMC free article] [PubMed]
3. Wang DQ, Paigen B, Carey MC. Phenotypic characterization of Lith genes that determine susceptibility to cholesterol cholelithiasis in inbred mice: physical-chemistry of gallbladder bile. *J Lipid Res.* 1997;38:1395–1411. [PubMed]
4. Rosmorduc O, Hermelin B, Poupon R. MDR3 gene defect in adults with symptomatic intrahepatic and gallbladder cholesterol cholelithiasis. *Gastroenterology.* 2001;120:1459–1467. [PubMed]
5. Carey MC, Cahalane MJ. Whither biliary sludge? *Gastroenterology.* 1988;95:508–523. [PubMed]
6. Lee SP, Hayashi A, Kim YS. Biliary sludge: curiosity or culprit? *Hepatology.* 1994;20:523–525. [PubMed]
7. Lee SP, Maher K, Nicholls JF. Origin and fate of biliary sludge. *Gastroenterology.* 1988;94:170–176. [PubMed]
8. Lammert F, Matern S. The genetic background of cholesterol gallstone formation: an inventory of human lithogenic genes. *Curr Drug Targets Immune Endocr Metabol Disord.* 2005;5:163–170. [PubMed]
9. Portincasa P, Moschetta A, Palasciano G. Cholesterol gallstone disease. *Lancet.* 2006;368:230–239. [PubMed]
10. van Erpecum KJ. Biliary lipids, water and cholesterol gallstones. *Biol Cell.* 2005;97:815–822. [PubMed]
11. Wang DQ, Afdhal NH. Genetic analysis of cholesterol gallstone formation: searching for Lith

(gallstone) genes. *Curr Gastroenterol Rep.* 2004;6:140–150. [PubMed]

12. Katsika D, Grjibovski A, Einarsson C, et al. Genetic and environmental influences on symptomatic gallstone disease: a Swedish study of 43,141 twin pairs. *Hepatology.* 2005;41:1138–1143. [PubMed]