

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

Akad. M.A.TOPÇUBAŞOV adına  
ELMİ CƏRRAHİYYƏ MƏRKƏZİ

*Əlyazması hüququnda*

**İSA ƏLİ OĞLU ABDULLAYEV**

**PERİTONİTLƏRİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNİN  
NƏTİCƏLƏRİNİN YAXŞILAŞDIRILMASI YOLLARI**

3213.01 – “Cərrahlıq”

Tibb üzrə elmlər doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün  
təqdim edilmiş dissertasiyanın

**AVTOREFERATI**

Bakı – 2016

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi cərrahlıq kafedrasında və Naxçıvan Diaqnostika Müalicə Mərkəzində yerinə yetirilmişdir.

Elmi məsləhətçilər:

Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

**Ç.M. CƏFƏROV**

Əməkdar elm xadimi, tibb üzrə elmlər doktoru,  
professor

**Ş.B. QULİYEV**

Rəsmi opponetlər:

- Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

H.B. İsayev

- Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

R.Ə. Quliyev

- Tibb üzrə elmlər doktoru

S.M. Zeynalov

Aparıcı təşkilat – Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, ümumi cərrahiyyə -I və II kafedrası

Dissertasiyanın müdafiəsi « 06 » 06 2016-cı il, saat« \_ »-da akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin nəzdindəki BD 03.061 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ 1122 Bakı şəh., Şərifzadə küç.196, konfrans zalı

Dissertasiya ilə akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin elmi bölməsində tanış olmaq olar.

Avtoreferat « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016-cı il tarixdə göndərilmişdir.

BD 03.061 Dissertasiya Şurasının  
elmi katibi, tibb üzrə elmlər doktoru

**İ.L.KAZIMOV**

## İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

**Problemnin aktuallığı.** Peritonit abdominal cərrahlığın aktual və diqqət mərkəzində olan problemlərindən biri olaraq qalmaqda davam edir (M.Rakic et al., 2005; Ç.M. Cəfərov, 2006; B.A. Ağayev, 2007; B.C. Савельев с соавт., 2009; P.З. Макушкин с соавт., 2009; Ю.С. Винник с соавт., 2012; С.Н. Насиуев, 2013).

Yayılmış peritonitlər (YP) zamanı ölümə 20-43,5% hallarda təsadüf edilir (Б.К. Шуркалин с соавт., 2008; П.В. Подачин, С.З. Бурневич, 2011), septik şok və poliorqan çatmazlıq (POÇ) fonunda isə ölüm hətta 70 – 100%-ə çatır (E.Q. Tağıyev, 2007; И.Ю. Лазарев с соавт., 2011; Ю.З. Лифшиц с соавт., 2013). YP zamanı qeyri-qənaətbəxş nəticələrin əsas səbəbi endogen intoksikasiya, immun sistemin dərin disfunksiyası, enteral çatmazlıq, hipoksiya, lipidlərin peroksidləşməsi (LPO) proseslərində olan pozğunluqlar və bütün bu sadalanan dəyişikliklərin adekvat, etibarlı və səmərəli tənzimlənməsi üsullarının olmamasıdır (Дж.Н. Гаджиев с соавт., 2007; А.А. Андреев, 2007; Н.Б. Горбачев, 2009; Е.М. Локтин, 2009; Н.Дж. Гаджиев, 2013).

Hazırda peritonitə iltihab problemi kimi baxılır: lokal iltihab, sistem iltihabı reaksiya sindromu (SİRS), sepsis, ağır sepsis, oksidant pozğunluqları və POÇ orqanizmin mikrobların törətdiyi iltihaba qarşı verdiyi reaksiya zəncirinin ayırı-ayrı həlqələri sayılır (T. Yamamoto et al., 2005; А.Б. Ларичев с соавт., 2006; А.В. Караулов, 2008; Ю.В. Строев с соавт., 2011). Peritonit mənbəyinin ləğvi və peritoneal sanasiyadan sonra peritonit problemi cərrahi problemdən “patofizioloji problemə” çevrilir (Ю.Л. Шальков, 2010).

YP zamanı SİRS birinci sutkadan başlayaraq inkişaf edir (Д.В. Владимиров, 2010; М.П. Чупров, 2011) və SİRS-in əsasında sitokin kaskadının işə düşməsi durur (W.R. Peltier et al., 2010; N. Gomez-Lopez et al., 2012; Н.А. Ломова с соавт., 2012). SİRS-ə YP zamanı bütün hallarda təsadüf edilir və bu səbəbdən də əməliyyatdan sonra ağırlaşmaların tezliyi 37,2 – 81,3%-ə çatır (P.В. Бондарев с соавт., 2010). SİRS özünü balanslaşdırıla bilməyən immun və iltihabi reaksiyalar ilə biruzə verərək (И.В. Нехачев, С.П. Свиридова, 2006) sistem endoteliozu ilə müşayiət olunur (В.И. Сергиенко, 2012). Tipik universal, kəskin və qeyri-spesifik patoloji reaksiya olan SİRS (B.A. Васильева с соавт., 2011; Н.А. Ломова, 2012) iltihabına sitokinlərin hiperproduksiyası hesabına immuntoksikoza səbəb olur, progressivləşərək poliorqan disfunksiyaya, sepsisə və septik şoka gətirib çıxarır (A.B. Караулов, 2008; T. Kobayachi

et al., 2010; В.И. Черный, А.Н. Нестеренко, 2010). YP-nin və həmçinin SİRS-in patogenezinə aparıcı həlqələrdən biri ikincili immunçatmazlıq halıdır. Məhz buna görə də peritonitin gedişi, əməliyyatdansonrakı ağırlaşmaların xarakteri, müalicənin nəticələri əksər hallarda əsas patoloji prosesin ağırlığı, aparılan cərrahi müdaxilənin və əməliyyatdansonrakı intensiv konservativ terapiyanın adekvatlığı ilə yanaşı orqanizmin immun statusunun vəziyyətindən asılı olur (Н.М. Бондаренко с соавт., 2010; П.Н. Замятин с соавт., 2010).

Adaptiv immunitetin formalaşması, immun sistemin normal funksional fəaliyyəti, infeksiyadan səmərəli müdafiəsi isə immun cavabın induktorları və tənzimləyiciləri olan sitokinlərlə bağlıdır (Th.L. Whiteside, 2007; А.С. Кетлинский, А.С. Симбирцев, 2008; Ж.И. Авдеева с соавт., 2011). Peritonit zamanı inkişaf edən ümumi immundepressiyanın səbəblərindən biri də metabolizmin sistem pozğunluqlarıdır: fosforlu oksidləşmə proseslərinin çatmazlığı, makroergik birləşmələrin çatışmazlığının artması və bu səbəblərdən də immunkompetent hüceyrələrin hipotrozu (Н.А. Ефименко с соавт., 2008; А.В. Караулов, 2008; В.К. Козлов, 2008; В.А. Косинец, 2013).

YP zamanı immun status pozğunluqlarının dərinləşməsi endogen intoksikasiyanı (Eİ) daha da artırır (К.Р. Рустемова, 2006; Н.М. Бондаренко с соавт., 2010; Н.Дж. Гаджиев, 2014). YP-nin əsas aparıcı patogenetik həlqələrindən biri olan Eİ-nin əsas mənbələrindən biri kimi qarın boşluğunun sanasiyası kompleks müalicənin mühüm tərkib hissəsi sayılır (С.Н. Насиёв və həмм., 2008; Q.Ş. Qarayev və həмм., 2008; М.Н. Тарвердиев, 2009; Д.В. Черданцев с соавт., 2013). Məhz peritoneal sanasiyanın keyfiyyəti patoloji prosesin inkişafı dinamikasını və sonrakı sanasiyaların vacibliyini müəyyənləşdirir. Belə ki, cərrahi endotoksikozlarda toxumalarda depolaşmış toksinlərin xaric edilməsinin yeganə təhlükəsiz yolu onların orqanizmdən qana daxil olmamaş xaric edilməsidir (В.И. Карандин, 2009). Lakin cərrahi müdaxilə zamanı və əməliyyatdansonrakı dövrdə iltihab mənbəyinin sanasiyası və toksinlərin ilkin ocaqdan sorulmasının qarşısını almaq məqsədi ilə çoxsaylı antiseptik preparatlardan, yeni texnologiyalardan, relaparotomik sanasiyalardan və detoksədici terapiyadan istifadə olunmasına baxmayaraq peritonun geniş səthinin bir dəfəyə tam dekontaminasiyasına nail olmaq, iltihabi prosesin və intoksikasiyanın progressivləşməsinin qarşısını almaq mümkün olmur (Ю.В. Валуйских, 2008; А.В. Баранов, 2009; Б.С. Суковатых с соавт., 2013). Yeni texnologiyalara olan ümidlər də özünü tam doğrultmadığından və qarın boşluğuna yeridilən antiseptiklərin qısa müddətli təsirinin az

səmərəli olması, iltihab fonunda tez inaktivasiyaya uğraması, güclü antiseptiklərin mezoteli zədələyərək bitişmə proseslərinə rəvac verməsi, yerli immun mexanizmləri zədələməsi və regenerativ prosesləri tormozlaması səbəbindən əməliyyatdansonrakı dövrdə tam dəyərli peritoneal sanasiya bu gün də YP-nin müalicəsində ən zəif həlqələrdən biri olaraq qalır (J.A. Ren et al., 2006; И.А. Ерюхин с соавт., 2007; В.С. Савельев с соавт., 2009; С.О. Косульников с соавт., 2009; А.Г. Салманов с соавт., 2010; С. Theunissen et al., 2011). Peritoneal sanasiya üçün antiseptik seçiminin mübahisəli olması və gözlənilən nəticəni verməməsi (Б.С. Суковатых с соавт., 2011) cərrahları abdominal infeksiya ilə mübarizədə peritoneal sanasiyanın daha səmərəli yeni üsullarının axtarışına sövq edir.

Məhz YP-nin cərrahi müalicəsi zamanı güclü antibakterial və müasir intensiv terapiya fonunda ölüm faizinin və ağırlaşmaların tezliyinin yüksək olması yeni müalicə vasitələrinin axtarışının vacibliyini gündəmə gətirir. Bu isə YP zamanı əməliyyatdansonrakı dövrdə intensiv terapiya tədbirlərinə patoloji prosesin əsas patogenetik həlqələrini, Eİ və immunsupressiyanın formalaşmasının universal mexanizmlərini nəzərə almaqla kompleks şəkildə yanaşmağı, infeksiya mənbəyinə, Eİ mənbələrinə və sonrakı inkişafının bütün mərhələlərinə, immun və antioksidant status pozğunluqlarına qarşı daha səmərəli müalicə tədbirlərinin işləyib hazırlanmasını və klinik tətbiqini tələb edir. Ona görə də peritonitli xəstələrdə əməliyyatdansonrakı dövrdə toxumaların hipoksiyasının azaldılmasına, metabolik və immunoloji pozğunluqlarının yerli və sistem səviyyəsində tənzimlənməsinə yalnız patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış farmakoloji və efferent terapevtik vasitələrlə nail olmaq mümkündür. Belə müalicə vasitələrindən biri metabolik proseslərə və immunitetə yerli və sistem səviyyəsində məqsədyönlü tənzimləyici təsir göstərən metabolik immunkorrektor qlutoksim və neytrofillərin faqositar aktivliyini artıran, mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdıran perftorandır.

Ədəbiyyatda peritonitlər zamanı əlavə müalicəvi vasitə kimi metabolik immunkorrektor qlutoksimin və oksigen daşıyıcı, membranstabilləşdirici, sorbsion, immunstimulədedici, kapillyar qan axınıni yaxşılaşdırıcı təsirə malik perftoranın ozonlaşmış məhlulunun (OP) tətbiqi barədə tək-tək məlumatlar vardır (P.M. Рагимов, 2010; Г.В. Булыгин с соавт., 2010). Lakin eyni zamanda istər qlutoksimin, istərsə də OP-nin ayrılıqda və müştərək lokal-peritondaxili və ümumi – venadaxili birgə yeridilməsinin immun sistemə, sitokin profili, Eİ və lipidlərin peroksidləşməsi (LPO) prosesləri göstəricilərinə və əməliyyatdansonrakı dövrdə baş verə

biləcək müxtəlif ağırlaşmalara profilaktik təsiri öyrənilmişdir.

**İşin məqsədi.**Endogen intoksikasiyanın əsas mənbələrinə və inkişaf mexanizmlərinə, metabolik və immun proseslərə, qarın boşluğundakı iltihaba məqsədyönlü səmərəli təsir etmək yolu ilə yayılmış peritonitlərin kompleks müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması.

**Tədqiqatın vəzifələri:**

1. Yayılmış peritonitlərin kompleks müalicəsi çərçivəsində ozonlaşmış perftoranın yerli və ümumi tətbiqinin metabolik proseslərə və endogen intoksikasiya göstəricilərinə təsirinin dinamikada müqayisəli qiymətləndirilməsi.

2. Ozonlaşmış perftoranın qarın boşluğuna və venadaxilinə yeridilməsinin immunitet parametrlərinə təsirinin dinamikada öyrənilməsi.

3. Qarın boşluğunun ozonlaşmış perftoranla sanasiyasının bakterial kontaminasiya səviyyəsinə təsirinin mikrobioloji qiymətləndirilməsi.

4. Metabolik immunkorrektor qlutoksimlə birgə ozonlaşmış perftoranın birgə yerli və ümumi tətbiqinin oksidant pozğunluqları və endogen intoksikasiyaya təsirinin müqayisəli təhlili.

5. Qlutoksimlə ozonlaşmış perftoranın venadaxilinə və periton boşluğuna birgə yeridilməsinin immun status və sitokin profili göstəricilərinə tənzimləyici təsirinin müqayisəli öyrənilməsi.

6. Yayılmış peritonitli xəstələrdə qlutoksim və ozonlaşmış perftoranın eyni zamanda yerli və ümumi birgə tətbiqi fonunda qaraciyərin funksional göstəricilərinin və qanın elektrolit tərkibinin dinamikada qiymətləndirilməsi.

7. Qarın boşluğunun yeni konstruksiyalı drenaj boruları ilə drenajlanmasının səmərəliliyinin müqayisəli təhlili.

8. Əməliyyatdansonrakı intraabdominal erkən irinli-iltihabi ağırlaşmaların aşkarlanmasını çətinləşdirən obyektiv səbəblərini araşdıraraq bu ağırlaşmaların diaqnostikasına sindromlu kompleks yanaşma prinsipi əsasında erkən diaqnostik alqoritmin işlənilib hazırlanması.

9. Qlutoksimlə birgə ozonlaşmış perftoranın birgə tətbiqinin yayılmış peritonitlərin kompleks müalicəsində və əməliyyatdansonrakı ağırlaşmaların profilaktikasında klinik səmərəliliyinin qiymətləndirilməsi.

**İşin elmi yeniliyi:**

– Ozonlaşmış perftoranın periton boşluğuna və venadaxilinə eyni vaxtda birgə yeridilməsinin lipidlərin peroksidləşməsi proseslərinə, endogen intoksikasiya göstəricilərinə, qaraciyərin funksional vəziyyətinə və qanın elektrolit tərkibinə pozitiv təsiri dinamikada qiymətləndirilmişdir.

– Ozonlaşmış perftoranın yerli və ümumi tətbiqi fonunda immunitet parametrlərinin və sitokin profili göstəricilərinin dəyişməsi dinamikasının qanunauyğunluqları öyrənilmişdir.

– Klinik praktikada metabolik immunokorrektor qlutoksimlə və ozonlaşmış perftoranla yerli və ümumi immuno-ozonoterapiyanın immun status pozğunluqlarına və sitokin disbalansına tənzimləyici təsiri müqayisəli təhlil edilmişdir.

– Yayılmış peritonitlərin kompleks müalicəsi zamanı qlutoksimlə yerli və ümumi immunterapiya ilə birgə ozonlaşmış perftoranın qarın boşluğuna və venaya yeridilməsinin lipoperoksidləşmə proseslərinin intensivliyini və endogen intoksikasiyanın dərinliyini azaldaraq qaraciyərin funksional göstəricilərinə və qanın elektrolit tərkibinə normallaşdırıcı təsir göstərdiyi müəyyən edilmişdir.

– Digər drenaj boruları və peritoneal sanasiya üsulları ilə müqayisədə təklif olunmuş drenaj boruları ilə drenajlanmanın və ozonlaşmış perftoranla aparılan peritoneal sanasiya və detoksikasiyanın üstünlüyü və səmərəliliyi sübut edilmişdir. Həmçinin, əməliyyatdansonrakı qarındaxili erkən irinli-iltihabi ağırlaşmaların diaqnostikasını çətinləşdirən obyektiv səbəblər araşdırılaraq bu ağırlaşmaların vaxtında aşkarlanması məqsədilə sindromlu kompleks yanaşma prinsipi – qarındaxili ağırlaşmanın ehtimal olunan sindromunun təyini prinsipi işlənib hazırlanmışdır.

– Peritonitin ağırlıq dərəcəsindən, endogen intoksikasiyanın dərinliyindən və immun status pozğunluqlarının səviyyəsindən asılı olaraq kompleks bazis terapiya tədbirləri çərçivəsində yerli və ümumi ozono- və immunterapiyanın fərdi və fərqli qaydada aparılmasına göstərişlər işlənib hazırlanmışdır.

– Yayılmış peritonitlərin cərrahi müalicəsi zamanı bazis konservativ müalicə fonunda metabolik qlutoksimlə yerli və ümumi immunterapiya ilə birgə ozonlaşmış perftoranın venadaxilinə və qarın boşluğuna yeridilməsinin əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların profilaktikasında və müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasında əhəməvi üsulla müqayisədə daha yüksək kliniki səmərə verən bir üsul olduğu sübut edilmişdir.

### **İşin praktik əhəmiyyəti:**

– Yayılmış peritonitlər zamanı metabolik və immun status pozğunluqlarının, sitokin disbalansının tənzimlənməsinin səmərəli üsulu işlənib hazırlanaraq klinik praktikaya tətbiq edilmişdir;

– Yayılmış peritonitlərin kompleks bazis müalicəsinə qlutoksim və

ozonlaşmış perftoranın birgə yerli və ümumi işlədilməsinin daxil edilməsi lipoperoksidləşmə proseslərinin intensivliyini azaldaraq antioksidant müdafiəni gücləndirməsi, immun status və sitokin profili göstəricilərinə normallaşdırıcı təsiri bu preparatların yüksək sanasiya edici səmərəyə malik olmasını və onlardan israfədən məqsədəuyğunluğunu əsaslandırır;

– Metabolik immunkorrektor qlutoksimlə birgə ozonlaşmış perftoranın qarın boşluğuna yeridilməsi iltihab mənbəyində infeksiyaya yüksək bakterisid təsir göstərərək mikrofloranın limfohematogen yolla yayılma riskini azaltmağa və intraabdominal ağırlaşmaların sayını kəskin azaltmağa imkan vermişdir;

– Əməliyyatdansonrakı intraabdominal ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyini əhəmiyyətli dərəcədə azaltmağa imkan verən və uzun müddət fəaliyyət göstərən yeni konstruksiyalı drenaj boruları təklif edilmişdir;

– Əməliyyatdansonrakı qarındaxili erkən irinli-iltihabi ağırlaşmaların erkən diaqnostikasına imkan verən diaqnostik alqoritm işlənilib hazırlanaraq klinik praktikaya tətbiq edilmişdir.

– Yayılmış peritonitlərin ağırlıq dərəcəsi, endogen intoksikasiyanın dərinliyi və immun status pozğunluqlarının səviyyəsi nəzərə alınmaqla proqnostik qrafik işlənilib hazırlanmışdır.

### **Müdafiyə çıxarılan əsas elmi müddəalar:**

1. Ozonlaşmış perftoranla və qlutoksimlə yerli və ümumi ozono- və immunterapiya lipoperoksidləşmə proseslərini sabitləşdirərək orqanizmin antioksidant statusunu artırmaqla, immunsupressiyaya və sitokin disbalansına normallaşdırıcı təsir göstərməklə, zülal mübadiləsindəki, qaraciyərin funksional göstəricilərindəki və qanın elektrolit tərkibindəki pozğunluqları tənzimləməklə yayılmış peritonitli xəstələrdə endogen intoksikasiya göstəricilərinin normallaşma dinamikasını sürətləndirir.

2. Metabolik immunkorrektor qlutoksim və ozonlaşmış perftoranla müştərək yerli və ümumi ozono- və immunterapiya yayılmış peritonitlər zamanı patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış, klinik-laborator, bakteriooloji, biokimyəvi və immunoloji tədqiqatların nəticələri ilə təsdiqlənmiş səmərəli və perspektivli bir müalicə üsuludur.

3. Qlutoksimlə yerli və ümumi immunterapiyanın ozonlaşmış perftoranla yerli və ümumi ozonoterapiya ilə tamamlanması metabolik proseslərə və immunitetə göstərilən müxtəlif mexanizmlə təsirlərin səmərələrinin qarşılıqlı güclənməsinə və toplanmasına səbəb olur.

4. Ozonlaşmış perftoranın qarın boşluğuna və venadaxilinə yeridilməsinin intensiv terapiya tədbirləri kompleksinə daxil edilməsi



hipoksiyanın aradan qalxmasına, peritoneal eksudatın erkən dekontaminasiyasına, lipoperoksidləşmə proseslərinin sabitləşməsinə, qanda immunkompetent hüceyrələrin sayının artmasına səbəb olur, sitokin disbalansına, qaraciyərin funksiyasına, zülal mübadiləsinə və qanın elektrolit tərkibinə pozitiv təsir göstərir.

5. Ozonlaşmış perftoranla peritoneal sanasiya və detoksikasiya güclü bakterisid, antihipoksant və iltihabəleyhinə təsir göstərməklə patoloji ocaqda digər antiseptiklərlə müqayisədə daha yüksək səmərə verir.

6. Yayılmış peritonitlər zamanı işlənib hazırlanmış alqoritm ozono- və immunterapiya kombinasiyasının seçiminə fərqli və fərdi yanaşmağa imkan verir.

7. Əməliyyatdansonrakı intraabdominal erkən irinli-iltihabi ağırlaşmalara sindromlu yanaşma ehtimal olunan ağırlaşma barədə daha informativ instrumental müayinə üsulundan səmərəli istifadə etməyə, vaxt itkisini azaltmağa, vaxtında diaqnoz qoyaraq müalicə taktikasını optimallaşdırmağa imkan verir.

**İşin ilkin müzakirəsi və nəticələrinin tətbiqi.** Tədqiqatın nəticələri Zaqafqaziya cərrahlarının XII konfransında (Tbilisi, 1999), prof.F.İ. Zərgərlinin 70-illik yubileyinə həsr olunmuş konfransda (2000), Naxçıvan MR Səhiyyə Nazirliyinin elmi-praktik konfranslarında (1999, 2005, 2006), Naxçıvan Dövlət Universitetinin elmi-praktik konfranslarında (2004, 2005), VI, IX, XI və XII Beynəlxalq Avroasiya və Azərbaycan gastroenteroloq və cərrahlarının konfransında (2003, 2006, 2008, 2011), prof. B.X. Abasovun 90-illik yubileyinə həsr edilmiş beynəlxalq iştiraklı (Bakı, 2013) elmi konfranslarda, ATU-nun cərrahi profilli kafedraları və tədris-cərrahi klinikasının birgə iclasında (aprel, 2015) və Akad. M.A.Topçubaşov adına ECM-nin Aprobasiya Şurasının iclasında (mart, 2016) məruzə olunaraq müzakirə edilmişdir.

Alınmış nəticələr ATU-nun ümumi cərrahlıq kafedrasında, Bakı ş. KTM-in, Naxçıvan Respublika xəstəxanasının, Naxçıvan diaqnostika müalicə mərkəzinin və akad. M.M. Mirqasımov adına Respublika klinik xəstəxanasının cərrahi şöbələrində yayılmış peritonitlərin müalicəsində istifadə edilir.

**Çap edilmiş işlər.** Dissertasiyanın mövzusu üzrə 46 jurnal məqaləsi, 12 tezis, 1 monoqrafiya, 1 metodik vəsait çap olunmuşdur və 10 səmərələşdirici təklifə vəsiqə alınmışdır.

**Dissertasiyanın quruluşu və həcmi.** Dissertasiya işi 345 kompüter səhifəsində yazılaraq giriş, ədəbiyyat icmal, 6 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Dissertasiyada 65

cədvəl və 64 şəkil verilmişdir. Ədəbiyyat siyahısı 62 Vətən və 412 xarici mənbəni əhatə edir.

## İŞİN ƏSAS MƏZMUNU

**Tədqiqatın material və metodları.** Klinik tədqiqatlar Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi cərrahlıq kafedrasında, Naxçıvan Respublika xəstəxanasının, Ə. Nağıyev adına Naxçıvan Şəhər xəstəxanasının, Naxçıvan Dövlət Universitetinin klinik xəstəxanasının və Naxçıvan Diaqnostika Müalicə Mərkəzinin Cərrahlıq şöbələrində 1989-2013-cü illərdə yayılmış peritonitlə müalicə almış 16-82 yaşlı 348 xəstəni əhatə edir. Bütün xəstələrdə cərrahi müdaxilə aparılmışdır: qısamüddətli adekvat əməliyyatı hazırlıqdan sonra intubasiya narkoz altında qanəvəzedicilər köçürməklə orta kəsiklə qarın boşluğu açılaraq 2-5 ml miqdarda peritoneal möhtəviyyat bakterioloji tədqiqat üçün götürülərək, qarın boşluğu təftiş edilmiş və möhtəviyyatı elektrik sorucusu ilə xaric edilmişdir. Peritonitin mənbəyi tapılaraq ləğv edilmiş, qarın boşluğunun 1:5000 nisbətində furasilin məhlulu ilə sanasiyası aparıldıqdan sonra nazik bağırsağın müsariqəsi kökünə 60-100 ml 0,25%-li novokain məhlulu vurulmuşdur. Ağır atoniya hallarında ciddi göstərişlər olduqda nazointestinal intubasiya aparılmışdır. Qarın boşluğu qurudulmaqla peritoneal lavaj aparmaq məqsədilə drenajlanaraq qapalı tikilmişdir.

Aparılan ümumi müalicənin və peritoneal sanasiyanın xarakterindən asılı olaraq xəstələr iki klinik qrupa bölünmüşdür.

Müqayisə qrupuna (birinci qrupa) 234 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrdə immuntənziqlənməsiz ümumən qəbul edilmiş bazis konservativ terapiya və peritoneal sanasiya aparılmışdır.

Əsas qrupa (ikinci qrupa) daxil olan xəstələr ümumən qəbul edilmiş bazis konservativ terapiya fonunda aparılan ümumi müalicənin və peritoneal sanasiyanın növündən asılı olaraq iki yarımqrupa bölünmüşdür.

Birinci yarımqrupa daxil olan 53 xəstədə, xəstənin ağırlıq vəziyyəti, Manheymin peritoneal indeksi (MPI) üzrə ağırlıq dərəcəsi və endogen intoksikasiyanın (Eİ) dərinliyi nəzərə alınmaqla ümumi-venadaxili və yerli – peritondaxili olmaqla ozonlaşmış perftorandan (OP) istifadə edilmişdir.

Bu xəstələrdə ümumən qəbul edilmiş kompleks bazis terapiya tədbirləri ilə yanaşı əməliyyatı dövrədən olmaqla venadaxilinə 1 ml/kq dozada 5 mq/l konsentrasiyada OP yeridilmişdir. Cərrahi əməliyyatın gedişində peritoneal sanasiyasının sonunda qarın boşluğuna 1 ml/kq dozada 2,5 mq/l konsentrasiyada OP vurularaq drenaj boruları 2 saatlığa

bağlanmışdır. Əməliyyatdansonrakı dövrdə MPİ I ağırlıq dərəcəsinə olan xəstələrə venadaxilinə OP köçürülməmişdir. MPİ II ağırlıq dərəcəsinə olan xəstələrə əməliyyatdan sonrakı dövrün ikinci sutkasında venadaxilinə və qarın boşluğuna 1 ml/kq dozada 2,5 mq/l konsentrasiyada OP vurulmuşdur. MPİ III ağırlıq dərəcəsinə venaya günaşırı cəmi iki dəfə və qarın boşluğuna isə cəmi bir dəfə əməliyyatdansonrakı dövrün ikinci sutkasında 1 ml/kq dozada 2,5 mq/l konsentrasiyada OP köçürülmüşdür.

Əsas qrupun ikinci yarımqrupunda 61 xəstədə YP-nin bazis müalicə tədbirləri kompleksinə OP və qlutoksimlə müştərək ümumi və yerli ozono- və immunoterapiya əlavə edilmişdir. Tərəfimizdən ilk dəfə işlənib hazırlanaraq klinik praktikaya tətbiq edilən bu üsulda OP və qlutoksim peritonitin ağırlıq dərəcəsi, endogen intoksikasiyanın dərinliyi və immunoqrammanın göstəriciləri nəzərə alınmaqla hər bir xəstə üçün ciddi fərqli və fərdi dozalanmış rejimdə və variantlarda işlədilmişdir.

II yarımqrupun bütün xəstələrinə əməliyyatözü dövrdə venadaxilinə 1 ml/kq dozada 5 mq/l konsentrasiyada OP köçürülmüş, 2 ml 1%-li qlutoksim vurulmuş və cərrahi müdaxilə zamanı peritoneal sanasiyanın sonunda periton boşluğuna 1 ml/kq dozada 5 mq/l konsentrasiyada OP çilənərək drenaj boruları 2 saat bağlanmışdır. Drenaj boruları açıldıqdan sonra qarın boşluğuna 2,0 ml 3%-li qlutoksim yeridilmişdir.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə MPİ-I ağırlıq dərəcəsinə I<sup>0</sup>-li endogen intoksikasiya, hüceyrə immunitetinin supressiyası və humoral immunitet aktivliyinin artması fonunda ilk üç gün ərzində hər gün venadaxilinə 2,0 ml 1%-li, periton boşluğuna isə 2,0 ml 3%-li qlutoksim vurulmuşdur.

MPİ-II ağırlıq dərəcəsinə dərin endogen intoksikasiyası və immunosupressiyası olan xəstələrə əməliyyatdansonrakı 2-ci sutkada venadaxilinə və periton boşluğuna bir dəfə 1 ml/kq dozada 2,5 mq/l konsentrasiyada OP vurulmaqla yanaşı 5 gün venaya 2,0 ml 1%-li və 5 gün isə intraperitoneal 2,0 ml 3%-li qlutoksimin yeridilməsi davam etdirilmişdir.

MPİ-III ağırlıq dərəcəsinə III<sup>0</sup>-li endotoksikozu və immunparaliçi olan xəstələrdə isə əməliyyatdansonrakı dövrdə OP 1 ml/kq dozada 2,5 mq/l konsentrasiyada günaşırı olmaqla cəmi 2 dəfə venaya, həmin doza və konsentrasiyada əməliyyatdansonrakı dövrün 2-ci sutkasında bir dəfə qarın boşluğuna yeridilmişdir. Əməliyyatdansonrakı dövrdə 1%-li qlutoksim 2,0 ml olmaqla 7-10 gün müddətində hər gün venaya və 2,0 ml 3%-li dozada isə 5-7 gün periton boşluğuna vurulmuşdur.

348 xəstədən 202-si kişi (58,0±2,6%) və 146-sı qadın (42,0±2,6%) olmuşdur. YP diaqnozu ilə daha çox (58,0±2,6%) 16 – 40 yaşlı şəxslər

əməliyyata məruz qalmışdır.

Xəstələrin peritonitin nozoloji səbəbinə görə bölünməsi 1 saylı cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 1

Xəstələrin peritonitin nozoloji səbəbinə görə bölünməsi

Peritonitin səbəbi	Müqayisə qrupu	Əsas qrup	Cəmi	
			Mütl.	%
Kəskin destruktiv appendisit	45	24	69	19,8±2,1
Perforativ qastroduodenal xora	39	23	62	17,8±2,1
Kəskin destruktiv xolesistit	42	14	56	16,1±2,0
Qeyri-onkogen mənşəli kəskin bağırsağ keçməzliyi	34	18	52	14,9±1,9
Qarın boşluğu üzvlərinin travmatik zədələnmələri	29	12	41	11,5±1,7
İrinli salpingit və pioovarium	27	12	39	11,2±1,7
Əməliyyatdansonrakı peritonitlər	11	6	17	4,9±1,2
Kəskin nekrotik pankreatit	4	3	7	1,7±0,7
Boğulmuş yırtıqlar	3	2	5	1,4±0,6
Yekun	234	114	348	100

Peritonitin nozoloji səbəbləri içərisində kişilərdə ən çox kəskindəstruktivappendisitə, qastroduodenal xoraların perforasiyasına, qarın boşluğu üzvlərinin travmatik zədələnmələrinə, qadınlarda isə kəskin daşlı xolesistitə, uşaqlığın və uşaqlıq artımlarının iltihabi xəstəliklərinə və kəskin bağırsağ keçməzliyinə rast gəlinmişdir. Xəstələrin 20,4±2,2%-i xəstəliyin başlanğıcından 12 saata qədər, xəstələrin 35,3±2,6%-i xəstəliyin başlanmasından 24 saatdan çox keçən bir müddətdə əməliyyat olunmuşlar. Xəstələrin 12,1±1,7%-nin xəstəliyin başlanğıcından 48 saatdan sonra stasionara daxil olması onların vəziyyətini ciddi ağırlaşdırdığından məhz əməliyyatdansonrakı dövrdə ölüm faizi və müxtəlif irinli-iltihabi ağırlaşmaların tezliyi də bu xəstələrdə yüksək olmuşdur.

Cərrahi müdaxiləyə məruz qalmış 348 xəstədən 141-i (40,5±2,6 ±%) MPİ I, 119-u (34,2±2,5±%) MPİ II və 88-i (25,3±2,3 ±%) MPİ III ağırlıq dərəcəsində olmuşdur. YP ilə cərrahi müdaxiləyə məruz qalmış xəstələr həmçinin, 1991-ci ildə Çikaqoda razılaşdırma konfransının qəbul etdiyi meyarlara əsasən sistem iltihabi reaksiya sindromu (SİRS) nöqtəyindən də qiymətləndirilmişdir (cədvəl 2).

2 saylı cədvəldən görüldüyü kimi, xəstələrin mütləq əksəriyyətində - 64,9±2,6%-də YP SİRS-lə ağırlaşmışdır. Lakin xəstələrdə təsadüf edilən SİRS-in əlamətləri hamısında eyni miqdarda olmamışdır.

Cədvəl 2

## Xəstələrin qruplar üzrə SİRS-ə görə bölünməsi

SİRS-in olması	Qruplar					
	Müqayisə		Əsas		Cəmi	
	Mütl.	%	Mütl.	%	Mütl.	%
SİRS yoxdur	86	36,8±3,2	36	31,6±4,4	122	35,1±2,0
SİRS vardır	102	43,6±3,2	60	52,6±4,7	162	46,6±2,7
SİRS+POÇ	46	19,7±2,6	18	15,8±3,4	64	18,4±2,1
Yekun	234	100	114	100	348	100

SİRS-in bir meyarı 54, 2 meyarı 56, 3 meyarı 60 və 4 meyarı 56 xəstədə olmuşdur. YP fonunda SİRS-in 2 və daha çox əlaməti olan halları abdominal sepsis (AS) kimi qiymətləndirmişik və 2.6. sayılı cədvəldən görüldüyü kimi 172 xəstədə YP AS ilə ağırlaşmışdır.

Xəstələrdə aparılmış cərrahi əməliyyatların xarakteri 3 saylı cədvəldə verilir.

Cədvəl 3

### Cərrahi əməliyyatların xarakteri

Əməliyyatın həcmi	Müqayisə qrupu		Əsas qrup		Cəmi	
	Mütl.	%	Mütl.	%	Mütl.	%
Appendektomiya	45	19,2±2,6	24	21,1±3,8	69	19,8±2,1
Perforativqastroduodenal xoranın közənməsi	38	16,2±2,4	22	19,3±3,7	60	17,2±2,0
Mədə rezeksiyası	1	0,42±0,4	1	0,9±0,9	2	0,6±0,4
Xolesistektomiya	42	17,9±2,5	14	12,3±3,1	56	16,1±2,0
Stranqulyasiyanın ləğvi	32	13,7±2,2	15	13,2±3,2	47	13,5±1,8
Nazik bağırsağ yarasının tikilməsi	19	8,1±1,8	7	6,1±2,2	26	7,5±1,4
Yoğun bağırsağ yarasının tikilməsi	8	3,4±1,2	5	4,4±1,9	13	3,7±1,0
Mədənin yarasının tikilməsi	2	0,9±0,6	-	-	2	0,6±0,4
Relaparotomiya, qarın boşluğunun təftişi və sanasiyası	11	4,7±1,4	6	5,3±2,1	17	4,9±1,2
Nazik bağırsağın rezeksiyası və birincili anastomozun qoyulması	5	2,1±0,9	5	4,4±1,9	10	2,9±0,9
Laparotomiya, xolesistostomiya, piylik cibinin və qarın boşluğunun drenajlanması	4	1,7±0,8	3	2,6±1,5	7	2,0±0,8
Tubovarektomiya	27	11,5±2,1	12	10,5±2,9	39	7,8±1,4
YEKUN	234	100	114	100	348	100

Cərrahi müdaxilə keçirmiş xəstələrdə 31,3±2,5% irinli, 16,1±2,0% seroz, 14,9±1,9% seroz-fibrinoz, 10,3±1,6% irinli-fibrinoz, 10,3±1,6% ödlü, 9,2±1,5% nəcisli və 6,3±1,3% fibrinoz peritoneal eksudata təsadüf

edilmişdir. Xəstələrin  $29,3 \pm 2,4\%$ -də müxtəlif yanaşı xəstəliklərə təsadüf edilmişdir. Bu yanaşı xəstəliklər içərisində əsas yeri hipertoniya xəstəliyi ( $38,2 \pm 4,8\%$ ), ürəyin xroniki işemik xəstəliyi ( $35,3 \pm 4,7\%$ ) və şəkərli diabet ( $8,8 \pm 2,8\%$ ) tutur.

OP-nin venadaxilinə və qarın boşluğuna yeridilməsinin, qlutoksimlə birgə OP-nin müştərək yerli və ümumi tətbiqinin immunitet və sitokin profili göstəricilərinə, antioksidant status, Eİ və qaraciyərin funksional göstəricilərinə, həmçinin, qanın elektrolit tərkibinə təsirini qiymətləndirmək məqsədilə ümumən qəbul edilmiş klinik-laborator-instrumental müayinələrlə yanaşı xəstələrdə hüceyrə (CD3+, CD4+, CD8+ - limfositlər, CD4+/CD8+ nisbəti, faqositar indeksi - Fİ) və humoral immunitet (CD19+ - limfositlər, İg A, M və G, dövredən immun kompleks – DİK) göstəriciləri əməliyyata qədər və əməliyyatdansonrakı dövrün 1-3, 5-7 və 10-14-cü sutkalarında öyrənilmişdir. Ümumi T-limfositlər (CD3+), T-helperlər (CD4+), T-supressorlar (CD8+) və B-limfositlər (CD19+) spesifik monoklonal antitellərdən istifadə etməklə qeyri-düzünə immunofluoressent üsulla təyin edilmişdir. Immunorequlyator indeks CD4+/CD8+ nisbətinə görə hesablanmışdır. Həmçinin, xəstələrdə qranulositar neytrofillərin faqositar aktivliyini xarakterizə edən faqositar indeks (Fİ) heparinləşmiş qandan alınmış leykositar qatışıqda öyrənilmişdir. Immunoqlobulinlər (İg A, M, G) isə “Pars Azmun” (İran) firmasının reaktiv dəsti ilə immunoturbidometrik üsulla təyin edilmişdir.

DİK qan zərdabında otaq temperaturunda polietilenqlikolda spektrofaqometrik olaraq öyrənilmişdir.

YP zamanı endogen intoksikasiyanın səviyyəsini qiymətləndirmək məqsədilə intoksikasiyanın leykositar indeksi (İLİ) Kalif-Kalif üsulu ilə hesablanmışdır.

Sitokin profili göstəricilərindən olan iltihablehinə sitokinlər – TNF $\alpha$ , İL-8 və iltihabəleyhinə sitokin İL-4 qanda əməliyyata qədər və əməliyyatdansonrakı dövrün 3-cü və 7-ci sutkalarında İFA üsulu ilə öyrənilmişdir.

LPO proseslərindəki dəyişikliklər barədə sentrafuqalaşdırma yolu ilə plazmadan ayrılmış və fizioloji məhlulla yuyulmuş eritrositar kütlədən hazırlanmış hemolizatda dien konyuqatlarının (DK), malon dialdehidinin (MDA) və katalazanın (KAT) səviyyəsinə əsasən fikir yürüdülmüşdür. Eritrositlərdə DK miqdarı В.Б. Гаврилова с соавт. (1987), MDA miqdarı Л.М. Андреева с соавт. (1988), KAT aktivliyi С.Чевари с соавт. (1991) metodu ilə təyin edilmişdir.

Endogen intoksikasiyanın əsas markerlərindən olan orta molekullu

peptidlərin (OMP) plazmada və sidikdə miqdarı dinamikada B.B. Николайчик с соавт. (1991) metodu ilə öyrənilmişdir. Plazmada olan OMP miqdarının sidikdə olan OMP miqdarına nisbətində əsasən hesablanan intoksikasiyanın ifrazetmə indeksi (İİİ) öyrənilərək endogen intoksikasiyanın ağırlığı barədə fikir yürüdülmüşdür.

Həmçinin, xəstələrdə dinamikada ümumi zülalın, albuminin, qalıq azotun, sidik cövhərinin, kreatinin miqdarı və qanın elektrolit tərkibi ( $K^+$ ,  $Na^+$ ,  $Ca^{2+}$ ) də öyrənilmişdir. Xəstələrdə qaraciyərin funksional vəziyyəti barədə qanda ümumi bilirubin, alanin-aminotransferazanın (ALT), aspartat-aminotransferazanın (AST) və qələvi fosfotazanın (QF) miqdarına əsasən fikir yürüdülmüşdür.

İlkin əməliyyat zamanı götürülmüş peritoneal möhtəviyyatda və əməliyyatdansonrakı dövrün ilk 5 sutkasında drenaj borularından götürülmüş dializatda bakterial floranın miqdarı və tərkibi öyrənilərək, antibiotiklərə həssaslığı təyin edilmişdir.

12 sağlam şəxsin anoloji göstəriciləri norma kimi götürülmüşdür.

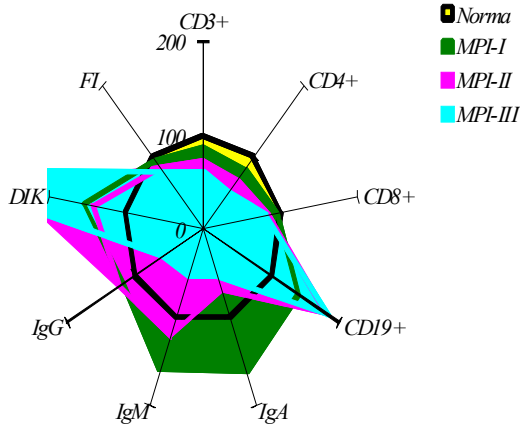
Tədqiqatın gedişində alınan rəqəm göstəriciləri variasion statistika üsulu ilə işlənmiş, qruplardakı göstəricilər arasındakı fərqi müəyyənləşdirmək üçün Uilkokson (Manna-Uitni) – U – meyarından istifadə olunmuşdur. Öyrənilən göstəricilər arasındakı qarşılıqlı əlaqə korrelyasiya analizi aparılmaqla müəyyən edilmişdir. Həmçinin, daha həssas analiz üsulu olan şanslar nisbətindən istifadə edilmişdir.

## **TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ**

YP diaqnozu ilə klinikaya daxil olan xəstələrin hamısında istər hüceyrə, istərsə də humoral immunitətdə, sitokin profili, lipidlərin peroksidləşməsi və qaraciyərin funksional göstəricilərində, eləcə də qanın elektrolit tərkibində ciddi dəyişikliklərin olması müəyyən edilmişdir. Belə ki, norma ilə müqayisədə  $CD3^+$  miqdarı 24,9% ( $p<0,001$ ),  $CD4^+$  - 32,2% ( $p<0,001$ ),  $CD8^+$  - 12,1% ( $p<0,05$ ),  $CD4^+/CD8^+$  - 22,7% ( $p<0,001$ ) və  $Fİ$  - 13,0% ( $p<0,05$ ) azaldığı halda,  $CD19^+$  - 65,4% ( $p<0,001$ ),  $IgA$  - 1,5%,  $IgM$  - 15,4%,  $IgG$  - 1,3% və  $DİK$  - 2,5 dəfə ( $p<0,001$ ) artmışdır. Əməliyyataqədərki dövrdə xəstələrdə iltihabəleyhinəsitokindən olan  $TNF\alpha$  və  $İL-8$  konsentrasiyası norma ilə müqayisədə statistik dürüst olaraq müvafiq sürətdə 3,7 və 3,6 dəfə, iltihabəleyhinəsitokin  $İL-4$  səviyyəsi isə 5,2 dəfə çox olur. Xəstələrdə əməliyyataqədərki dövrdə eritrositlərdə  $DK$  konsentrasiyası normadan 2,3 dəfə ( $p<0,001$ ),  $MDA$  miqdarı - 2,1 dəfə ( $p<0,001$ ) çox, lakin  $KAT$  aktivliyi isə 15,9% az

olmuşdur. Bu xəstələrdə İLİ səviyyəsi normadan 5,6 dəfə ( $p<0,001$ ), qalıq azotun – 92,8% ( $p<0,001$ ), kreatinin 97,0% ( $p<0,001$ ), sidik cövhərinin – 59,5% ( $p<0,001$ ) yüksək, ümumi zülalın – 14,0% ( $p<0,001$ ), albuminin – 21,0% ( $p<0,001$ ) az olmuşdur. Əməliyyataqədərki dövrdə qanda ümumi bilirubin miqdarı normal göstəricidən 97,9% ( $p<0,001$ ), ALT – 3,2 dəfə ( $p<0,001$ ), AST – 3,2 dəfə ( $p<0,001$ ), QF – 2,2 dəfə ( $p<0,001$ ) çox həddə qalxır. Plazmada  $K^+$  ionlarının miqdarı normal göstəricidən 22,7% ( $p<0,001$ ),  $Na^+$  – 6,7% ( $p<0,001$ ) və  $Ca^{2+}$  - 23,2% ( $p<0,001$ ) az olmuşdur.

Aparılmış tədqiqatlar immunitet və sitokin profilində, LPO prosesləri, Eİ və qaraciyərin funksional göstəricilərində, qanın elektrolit tərkibində müşahidə edilən dəyişikliklərin dərinliyinin peritonitin MPI üzrə ağırlıq dərəcəsiindən asılı olduğunu göstərmişdir. Belə ki, hələ əməliyyatözü dövrdə MPI-I ağırlıq dərəcəsiində immun sistemdə dəyişikliklər kompensator xarakter daşdığı halda, MPI-II-də ikincili immunçatmazlıq halı və MPI-III-də isə immunparaliç aşkarlanır (şək. 1).



Şək. 1. Əməliyyatözü dövrdə immunitetin T- və B-həlgəsində dəyişikliklərin peritonitin Manheimin peritonealindeksi üzrə ağırlıq dərəcəsiindən asılılığı (norma – 100%).

Əməliyyatözü dövrdə qanda iltihablehinə sitokin TNF $\alpha$  səviyyəsi normadan statistik dürüst MPI-I-də 2,9; MPI-II-də - 3,1 və MPI-III-də isə 5,2 dəfə çox olmuşdur. Digər iltihablehinə sitokin – IL-8 konsentrasiyası



qanda MPİ-I-də normal göstəricidən 3,3 dəfə ( $p<0,001$ ), MPİ-II-də - 3,2 dəfə ( $p<0,01$ ) və MPİ-III-də - 4,4 dəfə ( $p<0,001$ ) yüksək həddə qalxmışdır. İltihabəleyhinə sitokin IL-4 miqdarı statistik dürüst MPİ-I-də normadan 6,0; MPİ-II-də 3,8 və MPİ-III-də isə 5,3 dəfə artıq səviyyəyə yüksəlmişdir.

Anoloji olaraq Eİ-nin dərinliyi, qaraciyər fermentlərinin və qanda elektrolitlərin səviyyəsi də xəstələrdə peritonitin MPİ üzrə ağırlıq dərəcəsi ilə asılı olaraq dəyişir: MPİ üzrə ağırlıq dərəcəsi artdıqca, dəyişikliklərin dərinliyi də artır.

MPİ-I ağırlıq dərəcəsinə immun sistemdə müşahidə edilən dəyişikliklər kompensator xarakter daşdığından dərin olmur: CD3+ - limfositlər normaya nisbətən 12,9% ( $p<0,01$ ), CD4+ - 17,9% ( $p<0,001$ ), CD8+ - 4,1%, CD4+/CD8+ - 14,5% ( $p<0,01$ ), Fİ isə 4,5% azalır, lakin CD19+ - 40,5% ( $p<0,001$ ), Ig A - 62,6% ( $p<0,001$ ), Ig M - 59,9% ( $p<0,001$ ), IgG - 18,4% ( $p<0,01$ ) və DİK - 53,5% ( $p<0,001$ ) artır. Müqayisə qrupuna daxil olan bu xəstələrdə əməliyyatdan dövrə qanda TNF $\alpha$  miqdarı normadan statistik dürüst 2,9 dəfə, IL-8 miqdarı - 3,3 dəfə və IL-4 konsentrasiyası 6,0 dəfə çox olmuşdur. Bu fonda eritrositlərdə DK-nin normadan 51,9% ( $p<0,001$ ), MDA-nın 24,5% ( $p<0,001$ ) artması, KAT aktivliyinin kompensator olaraq 17,6% ( $p<0,001$ ) yüksəlməsi ilə müşayiət edilmişdir. Xəstələrdə həmçinin normaya nisbətən qanda statistik dürüst OMP səviyyəsinin 42,3%, sidik cövhərinin - 8,3%, qalıq azotun - 62,0%, kreatinin - 60,0%, ümumi bilirubinin - 59,3%, İLİ-nin - 3,3 dəfə, ALT-nin - 2,1 dəfə, AST-nin - 2,4 dəfə, QF-nin - 75,7%, sidikdə OMP-nin - 2,2 dəfə artımı, əksinə, ümumi zülalın 4,5 %, albuminin 15,6%, K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup> və Ca<sup>2+</sup> ionlarının müvafiq olaraq 11,3%; 3,2% və 10,1%, İİİ-nin isə 29,5% azalması qeyd edilmişdir. MPİ-I ağırlıq dərəcəsinə olan bu xəstələrdə cərrahi müdaxilədən sonra ənənəvi kompleks bazis terapiya tədbirləri fonunda yuxarıda göstərilən göstəricilərdə tədricən normallaşmağa doğru zəif meyl müşahidə edilsə də, müşahidənin sonuna Ca<sup>2+</sup> ionlarından başqa heç bir göstərici normallaşmır. Belə ki, əməliyyatdan sonrakı dövrün 10 - 14-cü sutkasında periferik qanda CD3+ limfositlərin miqdarı normadan 11,6% ( $p<0,05$ ), CD4+ - 16,3% ( $p<0,001$ ), CD8+ - 3,2%, Fİ - 4,7% az, CD19+ - 19,2% ( $p<0,01$ ), Ig A - 25,2%, Ig M - 14,5%, Ig G - 8,1%, DİK - 31,4% ( $p<0,01$ ) yüksək olaraq qalır. Bu xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrün 7-ci sutkasında qan zərdabında TNF $\alpha$  konsentrasiyası norma ilə müqayisədə 2,7 dəfə ( $p<0,001$ ), IL-8 - 2,3 dəfə ( $p<0,05$ ) və IL-4 - 16,3 dəfə ( $p<0,001$ ) çoxdur. Həmçinin müqayisə qrupunun MPİ-I ağırlıq dərəcəsinə olan xəstələrində tədqiqatın sonuncu sutkalarında endogen intoksikasiya və öyrənilən digər biokimyəvi göstəricilər də sağlam

şəxslərin göstəricilərindən fərqli olmuşdur: normaya nisbətən eritrositlərdə DK səviyyəsi 21,9% ( $p<0,001$ ), MDA – 3,1%, qanda qalıq azot – 9,3% ( $p<0,001$ ), kreatinin – 12,4% ( $p<0,05$ ), ümumi bilirubin – 15,3% ( $p<0,05$ ), İLİ – 48,8% ( $p<0,001$ ), sidikdə OMP – 27,3% ( $p<0,001$ ), ALT – 45,5%, AST – 44,5%, QF – 14,3% yüksək, lakin ümumi zülal – 3,8, albumin – 13,2% ( $p<0,01$ ),  $K^+$  - 4,6% ( $p<0,01$ ),  $Na^+$  - 2,1% ( $p<0,05$ ) və İİİ – 14,3% aşağı hədlərdə qalır.

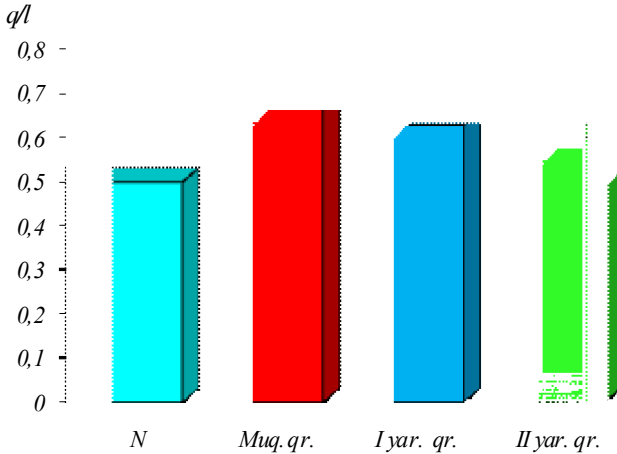
YP-nin kompleks müalicəsinə OP-nin daxil edilməsi əsas qrupun 1-ci yarımqrupunda MPİ-I ağırlıq dərəcəsində öyrənilən göstəriciləri müşahidənin sonuna normaya daha çox yaxınlaşdırır. Əməliyyatdansonrakı dövrün 10 – 14-cü sutkasında müqayisə qrupundakı anoloji göstəricilərlə müqayisədə CD3+ limfositlərin miqdarı 7,3%, CD4+ - 12,3% ( $p_1<0,01$ ), CD4+/CD8+ nisbəti – 12,5% ( $p_1<0,05$ ) çox, əksinə humoral immunitet göstəriciləri (CD19+, Ig A, M, G, DİK) az olur. Birinci yarımqrupa daxil olan xəstələrdə əməliyyatdansonrakı 7-ci sutkada qan zərdabında TNF $\alpha$  konsentrasiyası 52,8 $\pm$ 6,8 pq/ml-ə, IL-8 – 65,9 $\pm$ 9,2 pq/ml-ə və IL-4 – 40,2 $\pm$ 4,7 pq/ml-ə bərabər olur ki, bu səviyyə də müqayisə qrupu xəstələrinin anoloji göstəricilərindən müvafiq olaraq 23,3%; 20,6% və 15,6% azdır. Qeyd etmək lazımdır ki, OP ilə aparılan yerli və sistem ozonoterapiyanın müalicəvi təsiri öyrənilən digər göstəricilərin səviyyəsinin dəyişmə dinamikasında da müşahidə edilir: müalicənin sonunda 1-ci yarımqrupun xəstələrində eritrositlərdə DK, MDA və KAT miqdarı, plazmada OMP, sidik cövhəri, qalıq azot, ümumi bilirubin, ümumi zülal, ALT, AST, QF və İİ normaya yaxınlaşır, müqayisə qrupundakı anoloji göstəricilərlə müqayisədə albumin miqdarı 15,4% ( $p_1<0,01$ ),  $K^+$  - 3,9% ( $p_1<0,001$ ),  $Na^+$  - 1,8% ( $p_1<0,05$ ) çox, lakin İLİ – 29,2% ( $p_1<0,001$ ), sidikdə OMP – 18,1% ( $p_1<0,001$ ) aşağı hədlərdə olur.

Bazis müalicə tədbirləri fonunda OP ilə qlutoksimin müştərək yerli və ümumi tətbiqi hesabına 2-ci yarımqrupda MPİ-II ağırlıq dərəcəsində cərrahi əməliyyat keçirmiş xəstələrdə müalicənin sonuna hüceyrə və humoral immunitet, Eİ, LPO prosesləri və qaraciyərin funksional göstəriciləri, qanın elektrolit tərkibi tam normallaşır. Təklif olunmuş yerli müalicə üsulu sitokin disbalansına da normallaşdırıcı təsir göstərir. Belə ki, əməliyyatdansonrakı dövrün 7-ci sutkasında MPİ-I ağırlıq dərəcəsində müqayisə qrupunda TNF $\alpha$  miqdarı normadan 2,7 dəfə ( $p<0,001$ ), IL-8 – 2,3 dəfə ( $p<0,05$ ) və IL-4 – 16,3 dəfə ( $p<0,001$ ) yüksək olaraq qaldığı halda əsas qrupun 1-ci yarımqrupunda TNF $\alpha$  – 2,1 dəfə ( $p<0,01$ ), IL-8 – 79,8% ( $p<0,05$ ), IL-4 – 15,1 dəfə ( $p<0,001$ ), 2-ci yarımqrupda isə müvafiq olaraq 72,6% ( $p<0,05$ ), 42,0% və 13,2 dəfə ( $p<0,001$ ) çox olur.

MPİ-II ağırlıq dərəcəsində müqayisə qrupunun xəstələrində əməliyyatözü dövrədə qanda normadan statistik dürüst DK miqdarı 2,5 dəfə, MDA – 2,3 dəfə, OMP – 72,0%, sidik cövhəri – 70,2%, qalıq azot – 94,9%, kreatinin – 90,6%, ümumi bilirubin – 2,2 dəfə, İLİ – 6,1 dəfə, ALT – 3,1 dəfə, AST – 3,4 dəfə, QF – 2,1 dəfə çox artsa da, ümumi zülal 18,2% ( $p<0,001$ ), albumin – 18,9%, İİİ – 25,6%, KAT aktivliyi – 32,7% ( $p<0,001$ ),  $K^+$  – 27,6% ( $p<0,001$ ),  $Na^+$  – 6,7% ( $p<0,001$ ) və  $Ca^{2+}$  – 27,2% ( $p<0,001$ ) azalır. Həmçinin, bu xəstələrdə normaya nisbətən qanda CD3+ - limfositlərin miqdarı 26,4% ( $p<0,001$ ), CD4+ - 32,0% ( $p<0,001$ ), CD8+ - 16,4% ( $p<0,01$ ), CD4+/CD8+ - 18,6% ( $p<0,001$ ), Fİ – 15,1% ( $p<0,05$ ), Ig A – 30,5 ( $p<0,01$ ) aşağı, lakin CD19+ - miqdarı normadan 78,0% ( $p<0,001$ ), Ig M – 22,4% ( $p<0,05$ ), Ig G – 23,5% ( $p<0,001$ ), DİK – 2,4 dəfə yüksək hədlərdə olur. Eyni zamanda sağlam şəxslərin göstəricilərindən statistik dürüst qanda TNF $\alpha$  konsentrasiyası 3,1 dəfə, İL-8 – 3,2 dəfə və İL-4 – 3,8 dəfə yüksək olur.

Cərrahi müdaxilə, ənənəvi intraperitoneal sanasiya və ənənəvi bazis kompleks terapiya əməliyyatdansonrakı dövrdə dinamikada təcridən lipoperoksidləşmə proseslərinin intensivliyini, Eİ-nin dərinliyini azaldaraq, qaraciyərin funksional göstəricilərinə, elektrolit mübadiləsinə, immunitetin T- və B-həlqəsinə, eləcədə sitokin profili göstəricilərinə dinamikada müsbət təsir göstərsə də, Eİ-ni, immunsupressiya halını və sitokin disbalansını tam aradan qaldıra bilmir. Müqayisə qrupunun MPİ-II ağırlıq dərəcəsində olan xəstələrində tədqiqatın sonunda normaya nisbətən qanda CD3+ limfositlərin səviyyəsi 17,9% ( $p<0,01$ ), CD – 27,2% ( $p<0,001$ ), Ig A – 16,3% aşağı, əksinə CD19+ - limfositlərin 39,5% ( $p<0,001$ ), Ig M – 45,7% ( $p<0,01$ ), Ig G – 14,0%, DİK – 2,3 dəfə ( $p<0,001$ ) çox olaraq qalır. Həmçinin, bu xəstələrdə norma ilə müqayisədə qanda DK konsentrasiyası 33,3% ( $p<0,001$ ), MDA – 37,8% ( $p<0,001$ ), OMP – 44,0% ( $p<0,001$ ), sidikdə OMP – 57,8% ( $p<0,001$ ), İLİ – 2,5 dəfə ( $p<0,001$ ), sidik cövhəri – 16,9% ( $p<0,001$ ), qalıq azot – 42,5% ( $p<0,001$ ), kreatinin – 27,3% ( $p<0,001$ ), ümumi bilirubin – 48,2% ( $p<0,001$ ), ALT – 2,1 dəfə ( $p<0,01$ ), AST – 82,8% ( $p<0,05$ ), QF – 53,7% çox, əksinə KAT – 11,1% ( $p<0,05$ ), ümumi zülal – 11,3% ( $p<0,01$ ), albumin – 18,6% ( $p<0,001$ ),  $K^+$  - 10,1% ( $p<0,001$ ),  $Na^+$  - 3,0% ( $p<0,01$ ),  $Ca^{2+}$  - 4,7% və İİ – 8,4% az olur. Müqayisə qrupunda MPİ-II ağırlıqda olan xəstələrdə əməliyyatdansonrakı dövrün 7-ci sutkasında bazis terapiya fonunda qan zərdabında sağlam şəxslərin göstəricisi ilə müqayisədə TNF $\alpha$  konsentrasiyası 3,2 dəfə ( $p<0,01$ ), İL-8 – 3,3 dəfə ( $p<0,001$ ) və İL-4 – 12,6 dəfə ( $p<0,001$ ) çox olaraq qalır və bu da sitokin disbalansının davam etdiyini təsdiqləyir. Əsas

qrupun 1-ci yarımqrupunda OP ilə yerli və ümumi OT-nin aparılması LPO proseslərinə, Eİ-ya, qaraciyərin funksiyasına, zülal və elektrolit mübadiləsinə, immunitetə və sitokin profili göstəricilərinə daha səmərəli təsir göstərir (şək.2).

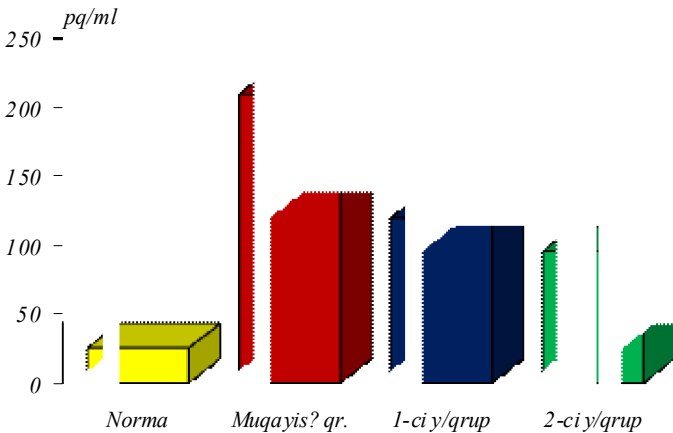


Şək. 2. MPI II ağırlıq dərəcəsinə müalicənin növündən asılı olaraq plazmada orta molekullu peptidlərin miqdarı.

Əməliyyatdansonrakı dövrün 10 – 14-cü sutkasında əsas qrupun 1-ci yarımqrupunun xəstələrində ilkin göstəriciyə nisbətən CD3+ limfositlərin miqdarının 28,6% ( $p_0 < 0,001$ ), CD4+ - 40,6% ( $p_0 < 0,001$ ), CD8+ - 12,2%, CD4+/CD8+ - 29,8% ( $p_0 < 0,001$ ), Ig A - 41,4% ( $p_0 < 0,01$ ), Fİ - 15,7%, KAT - 40,1% ( $p_0 < 0,001$ ), ümumi zülalın - 17,1% ( $p_0 < 0,001$ ), albuminin - 20,9% ( $p_0 < 0,001$ ),  $K^+$  - 35,8% ( $p_0 < 0,001$ ),  $Na^+$  - 5,7% ( $p_0 < 0,001$ ),  $Ca^{2+}$  - 47,8% ( $p_0 < 0,001$ ), İİ - 30,2% ( $p_0 < 0,001$ ) artması, CD19+ - 29,4% ( $p_0 < 0,01$ ), Ig G - 18,3% ( $p_0 < 0,01$ ), DİK - 24,1%, DK - 48,9% ( $p_0 < 0,001$ ), MDA - 48,1% ( $p_0 < 0,001$ ), sidik cövhərinin - 39,8% ( $p_0 < 0,001$ ), qalıq azotun - 42,5% ( $p_0 < 0,001$ ), kreatinin - 39,1% ( $p_0 < 0,001$ ), ümumi bilirubin - 48,2% ( $p_0 < 0,001$ ), İLİ - 72,9% ( $p_0 < 0,001$ ), ALT - 54,8% ( $p_0 < 0,01$ ), AST - 64,3% ( $p_0 < 0,001$ ) və QF - 42,1% ( $p_0 < 0,001$ ) azalması müşahidə edilir. Əməliyyatdansonrakı dövrün 7-ci sutkasında MPI-II ağırlıq dərəcəsinə olan müqayisə qrupunun xəstələrində qan zərdabında TNF $\alpha$  konsentrasiyası 82,4 $\pm$ 22,1 pq/ml, IL-8 - 120,3 $\pm$ 21,5 pq/ml, IL-4 - 33,7 $\pm$ 6,0 pq/ml olduğu halda, əsas qrupun 1-ci yarımqrupunun anoloji

ağırliq dərəcəsinə xəstələrində müvafiq olaraq 59,9±8,4 pq/ml; 85,9±11,7 pq/ml və 30,2±6,6 pq/ml səviyyəsinə enmişdir.

Əsas qrupun 2-ci yarımqrupunda cərrahi müdaxilə və ənənəvi bazis müalicə fonunda OP və qlutoksimin müştərək yerli və ümumi olmaqla tətbiqi öyrənilən göstəricilərdə daha erkən pozitiv normallaşdırıcı dinamikaya səbəb olur. Belə ki, tədqiqatın sonuna ilkin göstəriciyə nisbətən statistik dürüst DK səviyyəsi 50,8%, MDA – 51,5%, OMP (plazmada) – 31,0%, İLİ – 78,5%, sidik cövhəri – 42,8%, qalıq azot – 49,3%, kreatinin – 43,9%, ümumi bilirubin – 49,7%, OMP (sidikdə) – 50,5%, CD19+ - 33,8%, Ig M – 12,1%, Ig G – 22,9%, DİK – 38,8%, ALT – 63,5%, AST – 70,4%, QF – 42,5%, TNFα – 44,9%, İL-8 – 54,7% azalır, lakin CD3+ miqdarı isə 33,5%, CD4+ - 45,0%, CD8+ - 17,6%, CD4+/CD8+ - 27,3%, Ig A – 44,9%, Fİ – 15,8%, KAT – 39,1%, ümumi zülal – 19,0%, albumin – 23,3%, K<sup>+</sup> - 38,6%, Na<sup>+</sup> - 6,7%, Ca<sup>2+</sup> - 43,6% və İİİ – 38,1% artır. Lakin İL-4 konsentrasiyası ilkin göstəriciyə nisbətən artsa da, müqayisə qrupundakı anoloji göstəricidən 44,5% az olur (şək. 3).



Şək. 3. Əməliyyatdansonrakı dövrün 7-ci sutkasında qanda TNFα konsentrasiyasının müqayisəli səviyyəsi.

MPI-III ağırliq dərəcəsinə əməliyyatönu dövrdə xəstələrdə olan ağır endotoksikoz halına (qanda normadan statistik dürüst DK miqdarı 3,0 dəfə, MDA – 3,1 dəfə, OMP – 2,3 dəfə, qalıq azot – 2,3 dəfə, sidik cövhəri – 2,1

dəfə, kreatinin – 2,5 dəfə, ümumi bilirubin – 2,3 dəfə, İLİ – 8,0 dəfə, sidikdə isə OMP – 3,2 dəfə çox olur, əksinə statistik dürüst KAT aktivliyi 42,5%, ümumi zülal – 22,0%, albumin – 29,6%,  $K^+$  – 32,6%,  $Na^+$  – 11,0% və  $Ca^{2+}$  – 35,9% azalır, ALT, AST və QF səviyyəsi normal göstəricidən 4,7; 3,9 və 2,7 dəfə yüksək olur) və immunparaliçə (normadan statistik dürüst CD3+ miqdarı 39,6%, CD4+ - 51,7%, CD8+ - 18,2%, CD4+/CD8+ - 37,8%, Ig A – 4,2%, Ig M – 40,5%, Ig G – 38,0%, Fİ – 19,5%, TNF $\alpha$  – 47,2% az, əksinə CD19+ - 82,0%, DİK – 3,8 dəfə, İL-8 – 4,1 dəfə və İL-4 – 5,3 dəfə çox olur), fərdi differensəolunmuş dozada OP ilə sistem və yerli OT ilə yanaşı qlutoksimlə lokal və sistem immuntənzimləmə istər müqayisə, istərsə də əsas qrupun 1-ci yarımqrupuna nisbətən daha səmərəli təsir göstərir. Müşahidənin sonuna Eİ-nin ağırlığının azalması, immunsupressiyanın və sitokin disbalansının aradan qalxması, zülal və elektrolit mübadiləsinin, qaraciyərin funksional göstəricilərinin daha çox normaya yaxınlaşması qeyd edilir (cədvəl 4 və 5).

Belə ki, müşahidənin sonunda müqayisə qrupunun və 1-ci yarımqrupun anoloji xəstələrində müvafiq olaraq normadan CD3+ - limfositlərin miqdarı 25,8% ( $p<0,001$ ) və 20,5% ( $p<0,01$ ), CD4+ - 33,4% ( $p<0,001$ ) və 27,6% ( $p<0,001$ ), Ig A – 30,1% və 20,8% ( $p<0,001$ ), Ig M – 38,7% ( $p<0,05$ ) və 32,8% ( $p<0,05$ ), Ig G – 27,9% ( $p<0,001$ ) və 16,8% ( $p<0,05$ ), Fİ – 15,0% və 7,0%, KAT – 19,3% ( $p<0,001$ ) və 9,5% ( $p<0,05$ ), ümumi zülal – 15,9% ( $p<0,01$ ) və 5,6%, albumin – 21,7% ( $p<0,001$ ) və 14,2% ( $p<0,01$ ),  $K^+$  - 15,9% ( $p<0,001$ ) və 6,1% ( $p<0,05$ ),  $Na^+$  - 4,8% ( $p<0,001$ ) və 1,3%,  $Ca^{2+}$  - 13,6% ( $p<0,001$ ) və 9,6% ( $p<0,001$ ) az, CD19+ - 46,4% ( $p<0,001$ ) və 33,2% ( $p<0,001$ ), DİK – 2,9 dəfə ( $p<0,001$ ) və 2,7 dəfə ( $p<0,001$ ), DK – 2,4 dəfə ( $p<0,001$ ) və 73,0% ( $p<0,001$ ), MDA - 2,1 dəfə ( $p<0,001$ ) və 67,6% ( $p<0,001$ ), OMP - 65,7% ( $p<0,001$ ) və 43,7% ( $p<0,001$ ), sidik cövhəri – 49,5% ( $p<0,001$ ) və 30,4% ( $p<0,001$ ), qalıq azot – 52,6% ( $p<0,001$ ) və 27,8% ( $p<0,001$ ), kreatinin - 60,0% ( $p<0,001$ ) və 26,4% ( $p<0,001$ ), ümumi bilirubin – 62,3% ( $p<0,001$ ) və 34,4% ( $p<0,01$ ), İLİ – 3,4 dəfə ( $p<0,001$ ) və 94,5% ( $p<0,001$ ), ALT - 2,6 dəfə ( $p<0,01$ ) və 60,5% ( $p<0,05$ ), AST - 2,7 dəfə ( $p<0,01$ ) və 65,2% ( $p<0,05$ ), QF – 86,6% və 39,1% yüksək olaraq qalır.

Əməliyyatdansonrakı dövrün 7-ci sutkasında əsas qrupun 2-ci yarımqrupunda müqayisə qrupundakı və 1-ci yarımqrupundakı xəstələrdə müqayisədə müvafiq olaraq TNF $\alpha$  konsentrasiyası 54,4% ( $p_1<0,001$ ) və 20,3%, IL-8 – 34,1% və 21,3%, IL-4 səviyyəsi isə 71,1% ( $p_1<0,01$ ) və 49,4% az olur.

Cədvəl 4

Müalicənin növünün MPİ-III ağırlıq dərəcəsinə immunitetin bəzi göstəricilərinə təsiri

Göstərici	Qruplar	Tədqiqatın müddəti (sutka)				Norma
		Ə/q	1-3	5-7	10-14	
CD3+, %	Müqayisə qr.	32,1±2,1 ***	26,8±1,8 ***	33,8±2,0 ***	38,8±2,7 ***	52,3±1,6
	1-ci y/qr	30,2±1,9 ***	28,2±1,9 ***	35,7±2,4 ***	41,6±2,6 ***. ^^	
	2-ci y/qr	31,6±2,0 ***	28,6±2,0 ***	38,8±2,6 ***. ^	46,7±2,8 ^^^	
CD4+, %	Müqayisə qr.	16,6±1,0 ***	13,0±1,1 ***. ^	16,7±1,0 ***	22,2±1,6 ***. ^^	33,4±1,1
	1-ci y/qr	15,8±0,8 ***	13,9±0,8 ***	18,4±0,5 ***. ^	24,2±1,8 ***. ^^	
	2-ci y/qr	16,1±0,7 ***	14,5±1,2 ***	21,8±1,0 ***. ^^; ##	28,5±2,3 *. ^^	
CD8+, %	Müqayisə qr.	15,5±1,3 *	13,8±1,5 **	17,1±1,3	16,6±1,53	18,9±0,7
	1-ci y/qr	14,4±1,2 **	14,3±1,3 **	17,2±1,9	17,4±1,2	
	2-ci y/qr	15,5±1,4 *	14,0±1,0 ***	17,0±1,6	18,2±0,9	
Fİ, %	Müqayisə qr.	60,0±3,9 **	56,0±4,1 **	61,0±5,3 *	65,0±5,4	76,5±3,8
	1-ci y/qr	63,5±4,1 *	59,3±3,3 **	65,7±3,7	71,1±4,6	
	2-ci y/qr	61,6±3,9 *	58,1±3,9 **	67,4±5,0	72,7±5,0	
CD 19+, %	Müqayisə qr.	26,5±1,0 ***	27,7±1,2 ***	23,0±1,8 ***	21,0±1,8 ***. ^^	14,3±0,5
	1-ci y/qr	25,8±1,1 ***	27,1±1,4 ***	21,9±2,1 ***	19,1±1,2 ***. ^^	
	2-ci y/qr	26,1±1,4 ***	27,5±1,7 ***. ^	20,1±1,9 *. ^	17,5±2,0 ^^	
Ig A, q/l	Müqayisə qr.	1,20±0,08 ***	1,04±0,6 ***	1,24±0,06 **	1,54±0,12 *. ^	2,21±0,23
	1-ci y/qr	1,22±0,07 ***	1,13±0,11 ***	1,34±0,13 *	1,75±0,20 ^^	
	2-ci y/qr	1,28±0,10 **	1,17±0,11 **	1,46±0,18 *	1,96±0,15 ^^	

Qeyd: 1. Norma ilə: \* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001

2. Əməliyyata qədərki göstərici ilə: ^ - p<sub>0</sub><0,05; ^^ - p<sub>0</sub><0,01; ^^ - p<sub>0</sub><0,001

3. I-ci yarımqrupun göstəricilərinə nisbətən: ### - p<sub>1</sub><0,001; ## - p<sub>1</sub><0,01; # - p<sub>1</sub><0,05

Cədvəl 5

MPİ-III ağırlıq dərəcəsinə müalicə üsulundan asılı olaraq qanda bəzi biokimyəvi göstəricilərin müqayisəli dəyişmə dinamikası

Göstərici	Qruplar	Tədqiqatın müddəti (sutka)				Norma
		Ə/q	1-3	5-7	10-14	
MDA, nmol/ml	Müqayisə qr.	27,1±1,2 18,3-30,5 ***	28,7±1,4 18,7-32,1 ***	21,8±1,4 16,1-26,8 ***. ^	18,7±1,3 12,6-20,8 ***. ^^	8,8±0,3 6,9-9,8
	1-ci y/qr	26,5±1,5 18,3-32,5 ***	27,3±1,4 18,3-32 ***	19,7±1,6 14,1-27,1 ***. ^	14,7±1,2 10,7-18,3 ***. ^^.#	
	2-ci y/qr	27,9±1,5 18,1-33,5 ***	28,6±1,9 18,3-35,1 ***	17,9±1,7 12,5-25,1 ***. ^^ ^	12,3±0,9 7,8-15,6 ***. ^^.#	
KAT, BV/mqHb	Müqayisə qr.	210,0±7,8 170-250 ***	203,0±7,9 160-235 ***	365,0±15,0 210-320 ***. ^^ ^	295,0±17,8 240-360 ***. ^^	365,5±7,6 320-400
	1-ci y/qr	205,4±10,1 150-250 ***	200,8±11,3 150-245 ***	285,0±19,4 220-350 ***. ^^ ^	330,9±14,1 280-380 *. ^^	
	2-ci y/qr	203,6±8,6 150-240 ***	201,0±8,8 150-230 ***	305,0±17,9 230-380 *. ^^ ^	345,0±16,8 280-400 ^^	
OMP, q/l	Müqayisə qr.	1,15±0,07 0,65-1,35 ***	1,32±0,07 0,95-1,53 ***	1,0±0,08 0,75-1,32 ***	0,83±0,03 0,71-0,9 ***. ^^	0,50±0,02 0,4-0,6
	1-ci y/qr	1,09±0,06 0,6-1,25 ***	1,21±0,08 0,75-1,4 ***	0,76±0,08 0,6-1,2 ***. ^^.#	0,72±0,02 0,6-0,75 ***. ^^.#	
	2-ci y/qr	1,13±0,06 0,6-1,3 ***	1,19±0,08 0,6-1,4 ***	0,72±0,08 0,5-1,2 ***. ^^.#	0,67±0,03 0,5-0,75 ***. ^^.#	
Albumin, q/l	Müqayisə qr.	29,2±1,0 25-35 ***	25,8±0,9 22-30 ***. ^	30,1±1,3 25-35 ***	32,5±0,8 30-35 ***. ^^	41,5±1,3 35-50
	1-ci y/qr	28,8±0,8 25-34 ***	26,8±1,1 23-32 ***	31,8±1,4 26-36 ***	35,6±1,2 31-40 ***. ^^	
	2-ci y/qr	27,1±1,0 23-32 ***	25,9±0,8 23-30 ***	33,7±1,3 28-38 ***. ^^	37,8±2,1 31-48 ^^	
QF, u.l.	Müqayisə qr.	410,0±35,8 87-514 ***	471,3±52,2 118-610 ***	325,0±58,3 93-513 *	282,0±64,0 78-45	151,1±32,5 53-350
	1-ci y/qr	405,8±35,2 86-510 ***	444,5±41,9 95-550 ***	284,6±39,0 60-360 *. ^	210,3±31,1 50-300 ^	
	2-ci y/qr	408,0±37,3 86-520 ***	432,0±48,0 90-550 ***	230,0±38,8 50-350 ^^	180,0±22,4 50-250 ^^	

Peritonitli xəstələrdə peritoneal möhtəviyyatın bakterial



kontaminasiyası peritonitin mənbəyindən və peritonitin davamiyyət müddətindən asılı olaraq müxtəlif hədlərdə dəyişmişdir. Belə ki, mədə və onikibarmaq bağırsağın perforasiyası nəticəsində baş vermiş YP zamanı birinci cərrahi müdaxilədə götürülmüş peritoneal möhtəviyyatda bakterial kontaminasiya xəstəliyin başlanmasından 24 saata qədər vaxt keçən xəstələrdə  $10^4$ - $10^5$  m.c./ml, 24-48 saat 48 saatdan çox olanlarda isə  $10^5$ - $10^6$  mc/ml olmuşdur. Kəskin nazik bağırsağ keçməzliyi və nazik bağırsağın travmatik zədələnmələri olan xəstələrdə peritoneal möhtəviyyatın çirklənməsi 24 saata qədər müddət keçən xəstələrdə  $10^5$ - $10^6$  m.c./ml-ə, 48 saata qədər və 48 saatdan çox vaxt keçənlərdə isə  $10^7$ - $10^8$  m.c./ml-ə yüksəlmişdir. İlk bakterial çirklənmənin səviyyəsi kəskin destruktiv appendisit və yoğun bağırsağın zədələnməsi mənşəli peritonitlərdə daha yüksək olmuşdur: xəstəliyin başlanmasından 24 saata qədər vaxt keçən xəstələrdə -  $10^6$ - $10^8$  m.c./ml, 24-48 saat və 48 saatdan çox olanlarda -  $10^8$ - $10^9$  m.c./ml. Peritoneal möhtəviyyatda 57,4±6,3% hallarda enterobakter ailəsinə daxil olan fakultativ – anaerob qram-mənfi çöplər aşkarlanmışdır. Xəstələrin 18,0±4,9%-də peritoneal möhtəviyyatda stafilkokklar tapılmış və 32,8±6,0% hallarda monoinfeksiyaya təsadüf edilmişdir. Peritoneal möhtəviyyatda polimikrob peyzajı üstünlük təşkil etmişdir. Furasillinlə, furasillin və hidrogen-peroksid qarışığı ilə müqayisədə OP ilə intraperitoneal sanasiya tibbi ozonun bakterisid təsiri hesabına əməliyyatdansonrakı dövrün 3-cü sutkasından etibarən periton boşluğunun tam dekontaminasiyasına nail olmağa və qarın boşluğundakı iltihabi prosesi ləğv etməyə imkan verir. Belə ki, OP ilə aparılan peritoneal sanasiya mədə və onikibarmaq bağırsağ xorasının perforasiyası mənşəli peritonitlərdə əməliyyatdansonrakı dövrün 3-cü sutkasında, nazik və yoğun bağırsağ mikroflorası mənşəli peritonitlərdə isə əməliyyatdansonrakı dövrün 4-cü sutkasında tam dekontaminasiyaya gətirib çıxarır. Halbuki, furasillinlə aparılan peritoneal sanasiya da əməliyyatdansonrakı dövrün 5-ci sutkasında peritoneal möhtəviyyatda  $10^3$ - $10^4$  m.c./ml, bu məqsədlə furasillinlə birgə hidrogen-peroksid qarışığı istifadə edildiyi hallarda isə  $10^1$ - $10^2$  m.c./ml səviyyəsində bakterial çirklənmə qeyd edilir.

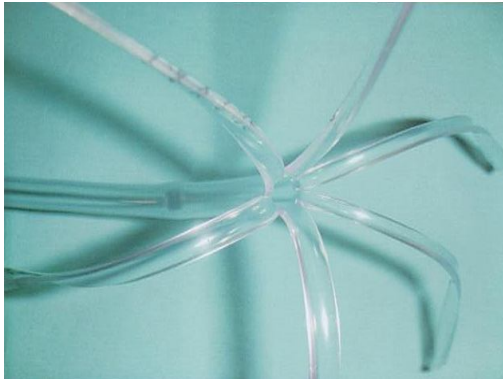
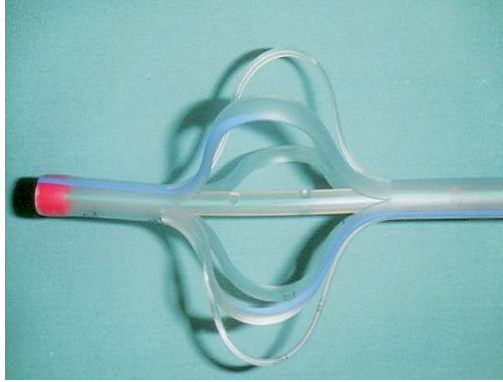
Özündə perfortoranın və tibbi ozonun xüsusiyyətlərini birləşdirən OP-nin yerli və ümumi tətbiqi LPO proseslərinin intensivliyini azaldaraq KAT aktivliyini artırmağa imkan verməklə yanaşı bakterisid, detoksədici, iltihabəleyhinə, mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırıcı təsir göstərir, toxumaların oksigenlə təchizatını yaxşılaşdıraraq metabolizmi aktivləşdirir. Metabolik immunmodulyator və detoksikator qlutoksimin OP ilə müştərək ümumi və yerli olmaqla kompleks bazis terapiya tədbirləri kompleksinə

daxil edilməsi immunitetin hüceyrə, humoral və sitokin həlqələrindəki pozğunluqlara daha erkən dövrdə pozitiv təsir göstərməyə, Eİ-ni azaltmağa, qaraciyərin funksional göstəricilərinə, zülal mübadiləsinə və qanın elektrolit tərkibinə normallaşma istiqamətində daha səmərəli təsirli dinamikaya səbəb olur. YP zamanı ümumi immunodepressiyanın səbəblərindən biri də sistem metabolizminin pozulmasıdır. Belə ki, Immunositlərin törədiciyi tapması və immun cavabın formalaşması digər faktorlarla yanaşı hüceyrədaxili metabolizmdən asılıdır və enerjinin azad olmasına imkan verən açar fermentlərin aktivliyi, lipid spektri, hüceyrə membranının vəziyyəti hüceyrədaxili metabolizmin göstəriciləridir. YP zamanı limfositlərdə gedən metabolik proseslər enerji hasil edən prosesləri balanslaşdırma bilmədiyindən onların lipid spektri yenidən qurulur, hüceyrə membranının xüsusiyyətləri dəyişir və reseptor aparatının işi pozulur və nəticədə limfositlər struktur-metabolik dəyişikliyə məruz qalırlar. Metabolik immunokorrektor qlütoksim limfositlərdə gedən metabolizmi bərpa edərək immun sistemin normallaşmasını sürətləndirir. Qlütoksim təkcə immunitetin hüceyrə həlqəsi hesabına baş verən immun çatmazlıqda deyil, həm də hüceyrə və humoral həlqələr hesabına baş verən immun çatmazlıq hallarında göstərdiyi səmərəli təsirbu preparatda aminturşuların olması və qlütationun aminturşuların hüceyrəyə nəqlində aktiv iştirak etməsi sayəsində mümkün olur.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə peritoneal sanasiya aparmaq üçün qarın boşluğunun drenajlanması zamanı drenaj borularının öz funksiyalarını uzun müddətə və daha səmərəli yerinə yetirmək məqsədi ilə tərəfimizdən işlənilib hazırlanmış novşəkili və müxtəlif variantlı saçaqlı drenaj borularından istifadə edilməsi drenajlanan boşluqdakı möhtəviyyatın antiseptik məhlullarla durulaşaraq asanlıqla xaric olmasına şərait yaradır, həmçinin bağırsağ keçməzliyinin, bitişmələrin və digər qarındaxili ağırlaşmaların əmələ gəlməsinin qarşısını almağa imkan verir (şək. 4).

Belə ki, novşəkili drenaj borusu drenajlanan boşluqda qatlandıqda belə, onun mənfəzinin hər yerdə açıq olması hesabına fəaliyyətini itirmir, boru mənfəzi açıq, dərin nova bənzədiyindən, onun mənfəzinin drenajlanan boşluğun divarları ilə tutulması qeyri-mümkün olur və o, öz fəaliyyətini davam etdirir və boru divarının tamlığı pozulduğundan borunun divarının islatma qabiliyyəti və patoloji ekssudatın səthi gerilməsi hesabına qatı, özülü tıxacların yaranması üçün qapalı boşluq mövcud olmur və boruya daxil olan ekssudat asanlıqla xaric olur. Saçaqlı drenaj boruları ilə drenajlanmada boşluq divarlarının və üzvlərinin səyrici, təkənvəri, peristaltik, silkələyici və s. xarakterli hərəkəti patoloji möhtəviyyatın yelpik

şəklində düzölmüş saçəqların dayaz şırımları vasitəsilə xaricə axmasına imkan verir.

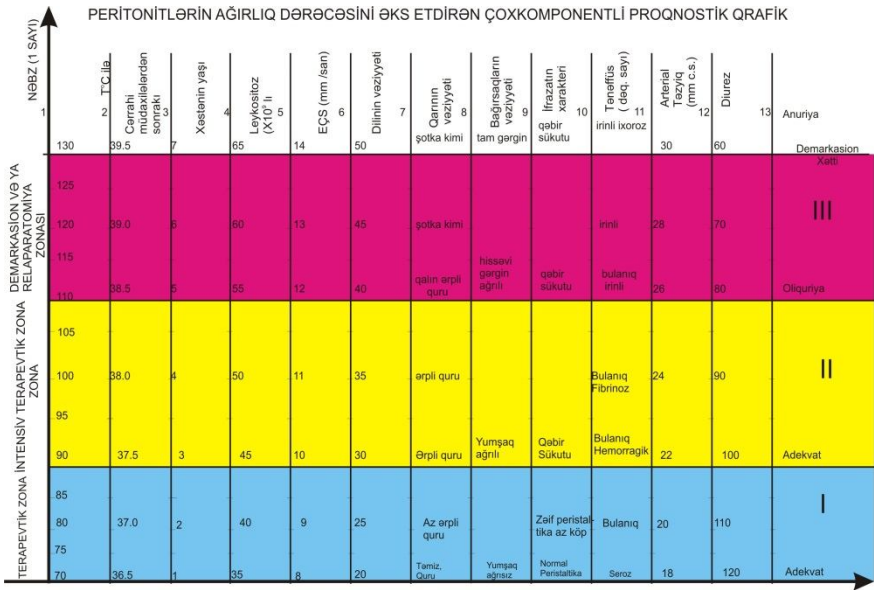


Şək. 4. Müxtəlif variantlı saçəqlı drenaj boruları.

YP zamanı xəstənin ağırlıq dərəcəsinə, müalicə taktikasını və proqnozu təyin etməyə imkan verən tərəfimizdən işlənilib hazırlanmış çoxkomponentli proqnostik qrafikin klinik tətbiqi xəstənin vəziyyətinə dinamik nəzarət etməyə, müalicə taktikasını seçməyə və proqnoz verməyə imkan verir (şək. 5).

Bu qrafikdə absis oxu üzərində 1-dən 13-ə qədər rəqəmlərlə nömrələnmiş nəbz, temperatur, cərrahi müdaxilədən sonrakı günlərin sayı, xəstənin yaşı, leykositoz, EÇS, dilin, qarının vəziyyəti, bağırsaqların peristaltikası, qarın boşluğundan xaric olan ifrazatın xarakteri, tənəffüs,

arterial təzyiq və diurez kimi parametrlər verilmişdir. Xəstənin parametrləri qrafik üzərində qeyd olunaraq bir-biri ilə birləşdirildikdə peritonitin ağırlıq dərəcəsini əks etdirən əyri alınır. Ordinat oxu üzrə qrafik 3 zonaya bölünür. I zona terapevtik zona adlandırılmışdır. Xəstənin parametrləri bu zona həddlərində məhdudlaşsın, onda orta ağırlıq dərəcəli peritonit olması və adi konservativ müalicə tədbirləri aparmağa ehtiyacı olması müəyyən edilir. Əgər xəstənin parametrləri II zonada – intensiv terapevtik zonada məhdudlaşsın, xəstədə ağır dərəcəli peritonit olması və onun intensiv terapiya tədbirlərinə ehtiyac yarandığı müəyyən edilir. Xəstənin parametrləri əsasən III zonada yerləşsə, bu xəstədə ən ağır peritonit olması, qarın boşluğunda olan iltihab ocağının tamamilə aradan qaldırılmaması və ya yeni iltihab ocağının formalaşması, xəstənin vəziyyətinin katastrofik olması və təkrari sanasiyanın – relaparatomiyanın zəruriliyi müəyyən edilir.



Şək. 5. Proqnostik qrafik.

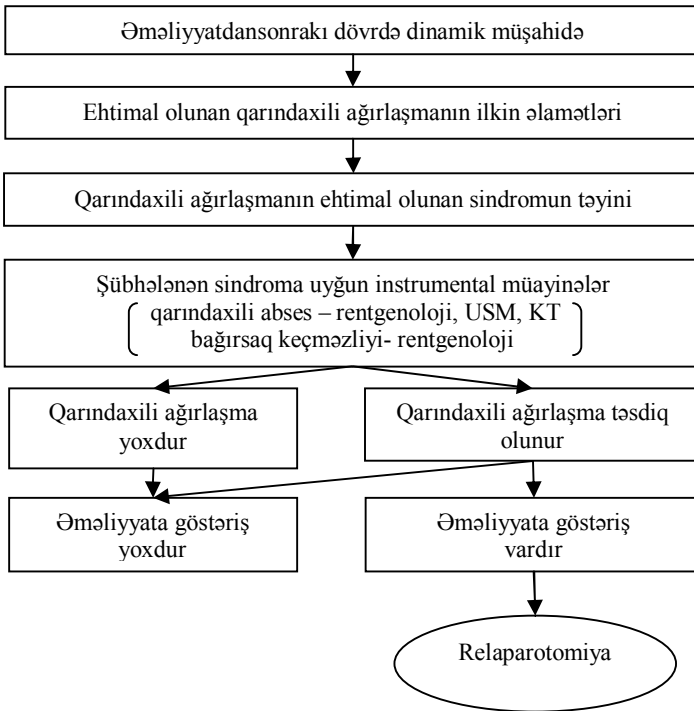
Xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı dövrdə qarın boşluğunda meydana çıxan ağırlaşmalara erkən dövrdə diaqnoz qoymaq və müalicə taktikasını optimallaşdırmaq məqsədi ilə bu patologiyalara erkən dövrdə diaqnoz

qoymağa imkan verməyən obyektiv və subyektiv səbəblər hər bir konkret xəstə üçün tərəfimizdən araşdırılmışdır. Obyektiv səbəblər – xəstənin ağır vəziyyəti, ağır cərrahi patologiya, həcmli və travmatik cərrahi müdaxilə, müdaxilənin təxirəsalınmaz qaydada aparılması, xəstənin əməliyyatözü dövrədə müayinəsinin və yanaşı patologiyaların tənзимinin məhdudluğu, ağır yanaşı xəstəliklər əməliyyatdansonrakı erkən dövrün gedişinə ciddi təsir göstərdiyindən qarındaxili ağırlaşmaların xarakterik klassik əlamətlərinə təsadüf edilmir. Həmçinin, cərrahi əməliyyatı icra etmiş cərrahla bağlı subyektiv səbəblər də tərəfimizdən araşdırılmışdır. Bu subyektiv səbəblərə birinci müdaxilə zamanı qarın boşluğunun tam təftiş edilməməsi, əməliyyatdansonrakı dövrədə qarındaxili ağırlaşmaların klinik əlamətlərinə lazımi diqqət verilməməsi, qarındaxili ağırlaşmaların diaqnostikasında instrumental müayinələrdən istifadə edilməməsi, qarın boşluğundakı iltihabi prosesin davamiyyətinin düzgün qiymətləndirilməməsi. Bu sadalanan faktorları nəzərə alaraq əməliyyatdansonrakı qarındaxili ağırlaşmaların diaqnostikasını yaxşılaşdırmaq məqsədilə tərəfimizdən kompleks yanaşma tələb edən alqoritm işlənib hazırlanaraq klinik praktikaya tətbiq edilmişdir (şək. 6). Bu kompleks yanaşmanın əsasında klinik diaqnostikanı yaxşılaşdırmaq məqsədilə qarındaxili ağırlaşmalara sindromlu yanaşma, instrumental müayinənin təkrarlanmaması, klinik və laborator müayinə üsullarının informativliyindən tam yararlanma kimi əsas elementlərdən istifadə etmək durur. Apardığımız tədqiqatlara əsasən biz əməliyyatdansonrakı qarındaxili ağırlaşmalar olan xəstələrdə 2 əsas sindromun olduğunu aşkarlamışıq: endogen intoksikasiya və bağırsaq keçməzliyi. Məhz bu sindromları nəzərə almaqla ilk növbədə ehtimal olunan qarındaxili ağırlaşmaların ilkin əlamətlərini aşkarlamaq məqsədilə konkret olaraq müayinə üsulu seçilir. Beləliklə, klinik və laborator müayinələr zamanı ehtimal olunan qarındaxili erkən ağırlaşmanın ilkin əlamətlərinin aşkarlanması hesabına sindromlu yanaşma bu ağırlaşmaların instrumental diaqnostikasında daha informativ müayinə üsulu seçməyə, müayinə üsullarının təkrarlanmamasına və aktiv diaqnostika taktikasının səmərəli nəticə almağa imkan vermişdir.

Ümumilikdə cərrahi müdaxilə keçirmiş 348 xəstədən 126-da (36,2±2,6%) əməliyyatdansonrakı müxtəlif ağırlaşmalara təsadüf edilmişdir: 41,9±3,2% (98 xəstə) müqayisə qrupunda və 24,6±4,0% (28 xəstə) əsas qrupda [ $\chi^2=0,45$ ; 95% Eİ (0,27-0,74);  $p<0,05$ ]. OP ilə aparılan ümumi və yerli OT irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyini müqayisə qrupunda olan 35,0±3,1%-dən əsas qrupun 1-ci yarımqrupunda 24,5±5,9%-ə, OP ilə birgə yerli və ümumi olmaqla qlutoksimin tətbiqi isə

2-ci yarımqrupda  $14,8 \pm 4,5\%$ -ə endirməyə imkan vermişdir [ $\chi^2=0,32$ ; 95% Eİ (0,15-0,68);  $p < 0,05$ ].

Müqayisə qrupuna nisbətən əsas qrupda qarın boşluğundan olan ağırlaşmaların sayı 4,3 dəfə az olmuşdur. Yerli və ümumi ozono- və immunterapiya qarın boşluğundan olan ağırlaşmaların rast gəlmə tezliyini  $7,0 \pm 2,4\%$ -ə endirə bilmişdir. Həmçinin, əməliyyat yarasından olan ağırlaşmaların sayı əsas qrupda müqayisə qrupuna nisbətən 23% azalmışdır və ikinci yarımqrupda minimum həddə enmişdir. Əsas qrupun xəstələrində bazis kompleks terapiya tədbirlərinə tək cə OP, həmçinin OP ilə qlutoksimin yerli və ümumi olmaqla daxil edilməsi, digər sistemlərdən və üzvlərdən olan ağırlaşmaların sayını da azaltmağa imkan vermişdir.



Şək. 6. Əməliyyatdansonrakı qarındaxili erkən ağırlaşmaların diaqnostik alqoritmi.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə davam edən peritonitə (11 xəstə), qarın

boşluğunun absesinə (11 xəstə), erkən bitişmə mənşəli bağırsaq keçməzliyinə (17 xəstə) və bağırsaq tikişlərinin tutarsızlığına (4 xəstə) görə 43 xəstədə (12,4±1,8%) relaparotomiya aparılmışdır: 35 xəstədə (15,0±2,3%) müqayisə qrupunda və 8 xəstədə (7,0±2,4%) əsas qrupda [ $\chi^2=0,43$ ; 95% Eİ (0,19-0,96);  $p<0,05$ ]. Məhz yerli və sistem OT və immuntənziqləməsi hesabına əsas qrupda relaparotomiyaların sayı 2,1 dəfə azalmışdır. Həmçinin, OP-nin və qlutoksimin bircə yerli və ümumi olmaqla kompleks müalicə tədbirlərinə daxil edilməsi antibakterial terapiyanın müddətini və çarpayı günlərinin sayını əhəmiyyətli dərəcədə azaldır və bağırsaq atoniyasını daha erkən dövrdə aradan qaldıraraq bağırsağın motor-evakuator funksiyasını bərpa edir.

Ümimilikdə 348 xəstədən əməliyyatdansonrakı dövrdə 81-i ölmüşdür (23,3±2,3%): müqayisə qrupunda 62 (26,5±2,9%) və əsas qrupda 19 (16,7±3,5%) [ $\chi^2=0,55$ ; 95% Eİ (0,31-0,98);  $p<0,05$ ]. Əsas qrupun 1-ci yarımqrupunda 10 (18,9±5,4%), 2-ci yarımqrupunda isə 9 (14,8±4,5%) ölüm hadisəsinə təsadüf edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, MPİ üzrə ağırlıq dərəcəsi artdıqca ölüm faizi də artır: MPİ-II-də – 25,2±4,0% və MPİ-III-də – 58,0±5,3%. Həmçinin ölüm faizi SİRS meyarları sayından asılı olmuşdur. Belə ki, YP SİRS-in 2 meyarı ilə müşayiət olunan hallarda ölüm hadisəsi olmamışdır. Bütün ölüm halları AS fonunda baş vermişdir və bu xəstələrdə SİRS meyarlarının sayı 3 olanda 60,0±6,3%, 4 olanda isə 80,4±5,3% hallarda ölümə təsadüf edilmişdir.

Beləliklə, YP-nin cərrahi müalicəsinin kompleks bazis terapiya tədbirləri kompleksinə metabolik immunkorrektor qlutoksim və ozonlaşmış perftoranla patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış, məqsədyönlü və fərdi qaydada aparılan müştərək yerli və ümumi immun və ozonoterapiyanın daxil edilməsi orqanizmin immun sistemindəki və sitokin profilindəki disbalansı, endogen intoksikasiyanı daha tez bir müddətdə aradan qaldırmağa, qarın boşluğundakı iltihabi prosesi erkən dövrdə söndürməyə, total peritoneal sanasiya və detoksikasiya aparmağa, qaraciyərin funksional pozğunluqlarını qısa bir müddətdə normallaşdırmağa, qanın elektrolit tərkibini daha tez bərpa etməyə, həyati vacib üzv və sistemlərin funksiyasını nizamlamağa, hipoksiyanı daha tez bir müddətdə aradan qaldırmağa, əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyini 35,0±3,1%-dən 19,3±3,7%-ə azaltmağa, ölüm hallarını 26,5±2,9%-dən 16,7±3,5%-ə endirməyə və cərrahi müdaxilənin nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa imkan verir.

## NƏTİCƏLƏR

1. Yayılmış peritonitlərin kompleks müalicəsinə ozonlaşmış perftoranla ümumi və yerli ozonoterapiyanın daxil edilməsi metabolik proseslərin sabitləşməsinə və endogen intoksikasiyanın azalmasına pozitiv təsiri özünü qanda OMP miqdarının 32,0% ( $p_0 < 0,05$ ), İLİ səviyyəsinin – 74,2% ( $p_0 < 0,001$ ), DK-nın – 46,5% ( $p_0 < 0,001$ ), MDA-nın – 43,1% ( $p_0 < 0,001$ ) azalması və katalaza aktivliyinin isə 17,9% ( $p_0 < 0,01$ ) artması ilə göstərir.

2. Ozonlaşmış perftoranın venadaxilinə və qarın boşluğuna yeridilməsi pozulmuş immun parametrləri də tənzimləyir: azalmış CD3+ - limfositlərinin miqdarı statistik düstür olaraq 24,2%, CD4+ – 31,4%, Fİ – 10,2% artır, əksinə artmış CD19+ - hüceyrələrin sayı 23,5%, yüksəlmiş TNF $\alpha$  və İL-8 konsentrasiyası müvafiq olaraq 22,1% və 34,6% azalır.

3. Metabolik immunkorrektor qlutoksimin və ozonlaşmış perftoranla kombinasiyasının ümumi və yerli tətbiqi lipoperoksidləşmə proseslərinin intensivliyini kəskin azaltmaqla endogen intoksikasiyanın normallaşmasını sürətləndirir: qanda OMP miqdarını 35,1% ( $p_0 < 0,001$ ), İLİ – 76,9% ( $p_0 < 0,001$ ), DK – 48,8% ( $p_0 < 0,001$ ), MDA – 48,2% ( $p_0 < 0,001$ ) azalır, əksinə katalaza aktivliyi 19,8% ( $p_0 < 0,001$ ), ümumi zülal – 15,3% ( $p_0 < 0,001$ ) və albumin 27,0% ( $p_0 < 0,001$ ) artır.

4. Yayılmış peritonitlərin kompleks müalicəsi zamanı yerli və ümumi ozono- və immunterapiya immunsupressiyaya daha səmərəli tənzimləyici təsir göstərərək CD3+ - limfositləri 31,4% ( $p_0 < 0,001$ ), CD4+ – 39,1% ( $p_0 < 0,001$ ), CD4+/CD8+-i – 15,4% ( $p_0 < 0,01$ ), Fİ – 12,9% ( $p_0 < 0,01$ ) artırır, yüksəlmiş CD19+ - hüceyrələrin səviyyəsini 31,1% ( $p_0 < 0,001$ ) azaldır və disimmunqlobulinemiyanı aradan qaldırır.

5. Kompleks müalicə fonunda yerli və ümumi ozono- və immunterapiya müşahidənin 7-ci sutkasına tək-cə ozonlaşmış perftoranın tətbiqi ilə müqayisədə yüksəlmiş TNF $\alpha$  konsentrasiyasını 18,2%, İL-8 – 25,7% ( $p_2 < 0,05$ ) və İL-4 – 28,6% ( $p_2 < 0,05$ ) daha çox azaldır.

6. Qlutoksimlə birgə ozonlaşmış perftoranın qarın boşluğuna və venadaxilinə yeridilməsi əməliyyatdansonrakı dövrdə qanın elektrolit tərkibini normallaşdıraraq qaraciyərin funksional göstəricilərini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırır.

7. Əməliyyatdansonrakı intraabdominal erkən irinli-iltihabi ağırlaşmaların vaxtında aşkarlanması məqsədilə işlənib hazırlanmış diaqnostik alqoritm adekvat müalicə taktikası seçməyə, diaqnostik relaparotomiyalardan imtina etməyə və ölüm faizini azaltmağa imkan verir.

8. Yayılmış peritonitlərdə ümumi ozono- və immunterapiya fonunda



ozonlaşmış perftoranla peritondaxili sanasiya tibbi ozonun yüksək bakterisid və iltihabəleyhinə, qlutoksimin isə yerli və ümumi immuntənzimləyici təsiri hesabına peritonun daha erkən dekontaminasiyasına, iltihabi prosesin qarşısının alınmasına imkan verir və relaparotomiyaların sayını  $15,0 \pm 2,3\%$ -dən  $7,0 \pm 2,4\%$ -ə endirir [ $\$N=0,43$ ; 95% Eİ (0,19-0,96);  $p < 0,05$ ].

9. Qarın boşluğunun yeni konstruksiyalı drenaj boruları ilə drenajlanması, işlədilən ənənəvi drenaj borularından fərqli olaraq, qarın boşluğunun daha səmərəli sanasiyasını aparmağa, toksiki eksudatı fasiləsiz xaric etməyə imkan verməklə periton boşluğunda məhdudlaşmış və drenaj olunmamış ocaqların formalaşmasının qarşısını alır.

10. Yayılmış peritonitlərin kompleks müalicəsinə ikisəviyyəli ozono- və immunterapiyanın daxil edilməsi immunchətmazlığı və metabolik pozğunluqları tənzimləyərək, endogen intoksikasiyanın dərinliyini əhəmiyyətli dərəcədə endirərək letallığı  $26,5 \pm 2,9\%$ -dən  $16,7 \pm 3,5\%$ -ə [ $\$N=0,55$ ; 95% Eİ (0,31-0,98);  $p < 0,05$ ] və əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyini isə  $35,0 \pm 3,1\%$ -dən  $19,3 \pm 3,7\%$ -ə [ $\$N=0,44$ ; 95% Eİ (0,26-0,74);  $p < 0,05$ ] azaltmağa imkan verir.

## PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

Metabolik proseslərin və immun parametrlərin daha erkən dövrdə normallaşması, endogen intoksikasiyanın əhəmiyyətli dərəcədə azaldılması, peritoneal sanasiyanın səmərəliliyinin artırılması məqsədi ilə yayılmış peritonitlərin kompleks bazis müalicəsi ilə birgə xəstənin vəziyyətinin ağırlığından və immun status pozğunluqlarının səviyyəsindən asılı olaraq ozonlaşmış perftoranla və metabolik immunkorrektor qlutoksimlə yerli və ümumi ozono- və immunterapiyanın aparılması məsləhətdir:

– peritonitin ağırlıq dərəcəsindən asılı olmayaraq əməliyyatönü dövrdən olmaqla venadaxilinə 1 mq/kq dozada 5 mq/l konsentrasiyada ozonlaşmış perftoran və 2,0 ml 1%-li qlutoksim vurmalı, cərrahi müdaxilə zamanı isə peritoneal sanasiyanın yekunu kimi qarın boşluğuna 1 mq/kq dozada 2,5 mq/l konsentrasiyada ozonlaşmış perftoran yeridərək drenaj borularına 2 saatlığa bağlamalı;

– MPI-I ağırlıq dərəcəsində yüngül endogen intoksikasiya və hüceyrə immunitetinin supressiyası zamanı əməliyyatdansonrakı dövrdə venaya ilk üç gün müddətində 2,0 ml 1%-li qlutoksim və qarın boşluğuna isə 2,0 ml 3%-li qlutoksim vurulması;

– MPI-II ağırlıq dərəcəsində ağır endogen intoksikasiyası və

immunsupressiyası olan xəstələrə əməliyyatdansonrakı dövrdə 2-ci sutkada venaya və qarın boşluğuna bir dəfə 1 mq/kq dozada 2,5 mq/l konsentrasiyada ozonlaşmış perftoranla birgə 5 gün venadaxilinə 2,0 ml 1%-li və 5 gün qarın boşluğuna 2,0 ml 3% qlutoksimin yeridilməsi;

– MPİ-III ağırlıq vəziyyətində çox ağır endotoksikozu və immunparaliçi olan xəstələrə əməliyyatdansonrakı dövrdə cəmi 2 dəfə günəşırı olmaqla 1 ml/kq dozada 2,5 mq/l konsentrasiyada venaya, həmin doza və konsentrasiyada bir dəfə qarın boşluğuna ozonlaşmış perftoranın, 7-10 gün müddətində isə hər gün venaya 2,0 ml 1%-li və qarın boşluğuna isə 2,0 ml 3%-li qlutoksimin yeridilməsi.

### **Dissertasiyanın mövzusu üzrə dərc olunmuş elmi işlərin siyahısı:**

1. Abssesləşmiş mezadenitin kəskin peritonitlə ağırlaşması təsadüfii // Sağlamlıq, 1999, №3, c.38-39

2. Həzm sistemində olan intramural hematomanın kəskin peritonitlə nəticələnməsinə dair // Sağlamlıq, 1999, №4, c.50-52 (həmmüəl.: C.Q.Cəfərov)

3. О редких причинах перитонита // Здоровье, 1999, №5, с.55-60 (соавт.: М.И.Абдуллаева)

4. Qarın qaralı travmaları zamanı cərrahi taktika // Sağlamlıq, 2000, №1, c.18-20(həmmüəl.: A.Q.Məmmədov, M.N.Tarverdiyev, V.K.Kazımov)

5. Qarın boşluğuna keçən yaralanmalar zamanı cərrahi taktika // Sağlamlıq, 2000, №1, c.46-48 (həmmüəl.: A.Q.Məmmədov, V.K.Kazımov, M.N.Tarverdiyev, Q.K. Gəncəliyev)

6. Рациональный метод дренирования ран и полостей // Здоровье, 2000, №4, с.54-55 (соавт.: А.Г.Мамедов М.И.Абдуллаева)

7. Mədə və 12 barmaq bağırsağın perforativ xoraları zamanı cərrahi taktika // Sağlamlıq, 2000, №5, c.49-53(həmmüəl.:C.Q.Cəfərov, A.Q.Məmmədov, M.N.Tarverdiyev, Q.K. Gəncəliyev, V.K.Kazımov)

8. Appendikulyar mənşəli peritonitlərin müalicə prinsipləri / Professor F.İ.Zərgərlinin anadan olmasının 70 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konftansın materialları. Bakı, 2000, s.144-151(həmmüəl.:A.Q.Məmmədov, E.Y.Babayev)

9. Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости / Материалы научно-практической конференции посвященной к 70 летию профессора Ф.И.Зергерли. Баку – 2000, с.73-

75 (соавт.: Э.Ю.Бабаев, А.Г.Мамедов, Дж.М.Гамбарли, А.А.Абдуллаев)

10. 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 (соавт.: А.Г.Мамедов, М.И.Абдуллаева)

11. Модифицированный вариант трубки для дренирования брюшной и гнойно-раневых полостей // Здоровье, 2000, №7, с.30-31(соавт.: А.Г.Мамедов, М.И.Абдуллаева)

12. Kəskin peritonitlərin ağırlıq dərəcəsinin və proqnozunun müəyyən edilməsi üsulu // Sağlamlıq, 2000, №8, с.9-13(һəmmüəл.:М.М.Seyidov, М.İ.Abdullayeva)

13. Qarın boşluğunun lavajı zamanı xəstənin, tibbi personalın, əməliyyat ağlarının və əməliyyat otağının çirklənmiş dializatdan qorunması üsulu // Sağlamlıq, 2000, №9, с.14-15(һəmmüəл.: С.Q.Cəfərov, М.Ν.Tarverdiyev М.İ.Abdullayeva)

14. О значении прогностических параметров для оценки состояния больных с перитонитом // Азербайджанский медицинский журнал, 2001,№1, с.100-106(соавт.: М.И.Абдуллаева)

15. Патогенетическое значение эндолимфатической терапии при разлитом гнойном перитоните // Здоровье, 2001, № 4, с.65-69(соавт.: М.М.Сеидов, М.И.Абдуллаева)

16. Yayılmış irinli peritonitlərə görə aparılan cərrahi müdaxilələr zamanı hemodinamik pozğunluqların korreksiyası yolları. Sağlamlıq, 2001, №5, с.55(һəmmüəл.:М.М.Seyidov, М.İ.Abdullayeva)

17. Пути лимфотропной терапии и ее значение при разлитом гнойном перитоните // Здоровье, 2001, №6, с.59-60(соавт.: М.М.Сеидов, М.И.Абдуллаева)

18. А.Г.Мамедов, М.И.Абдуллаева Особенности лечебной тактики при перитонитах острого происхождения // Азербайджанский медицинский журнал 2001, №4, с.43-47(соавт.: А.Г.Мамедов, М.И.Абдуллаева)

19. Yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində peritoneal lavajın və dializin rolu // Sağlamlıq, 2001, №9, с.64-66(һəmmüəл.:М.İ.Abdullayeva, М.М.Seyidov)

20. Основные вопросы патогенеза разлитого гнойного перитонита // Здоровье, 2002, №1, с.64-70 (соавт.: М.М.Сеидов, М.И.Абдуллаева)

21. İdarə olunan, xarici, lokal hipotermiyanın tibbi praktikada əhəmiyyəti // Sağlamlıq, 2002, №4, c.16-18(həmmüəl.:M.M.Seyidov, M.İ.Abdullayeva)

22. Peritonitlər zamanı cərrahi taktikanın patoloji eksudatın xarakterindən asılılığı // Sağlamlıq, 2002, №4, c.21-23(həmmüəl.:C.Q.Cəfərov, M.N.Tarverdiyev M.İ.Abdullayeva, M.M.Seyidov)

23. Perfection ways of patogenik therapeutic principle of general purulent peritonitis / VI International Euroasian and Azerbaijanian congress of gastroenterologists and surgeons, Abstracts. Baku Azerbaijan, 2003, p.129

24. Öd peritonitlərinin klinikası, diaqnostikası və müalicə prinsipləri // Sağlamlıq, 2005, №1, c.110-113(həmmüəl.:M.N.Tarverdiyev, İ.A.Məmmədov)

25. Yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində nazo-intestinal intubasiyanın əhəmiyyəti // Sağlamlıq, 2005, №8, c.35-39(həmmüəl.:M.M.Seyidov, V.H.Hüseynov)

26. Təkmilləşdirilmiş drenaj və drenajlama üsullarının klinik effektivliyinin təhlili // Cərrahiyyə, 2005, №3, c.79-83(həmmüəl.:A.Q.Məmmədov, B.H.Hüseynov)

27. Yayılmış irinli peritonitlərin müalicəsində qeyri invaziv detoksikasiya tədbirlərinin əhəmiyyəti / Xalq həkimi M.A.Bağirovun anadan olmasının 90 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Naxçıvan, 2006, c.170-176

28. Diaqnostik və proqnostik sınaqlar vasitəsilə peritonitlərin gedişinə nəzarətin effektivliyinin artırılması yolları / Xalq həkimi M.A.Bağirovun anadan olmasının 90 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Naxçıvan, 2006, c.193-198 (həmmüəl.:B.M.Hüseynov)

29. Peritonit mənşəli toksiko-septik şokların klinikası və müalicəsi prinsipləri / Xalq həkimi M.A.Bağirovun anadan olmasının 90 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Naxçıvan, 2006, c.207-213 (həmmüəl.:M.M.Seyidov, İ.A.Məmmədov)

30. The modern complex method treatment of acute peritonitis appendicular origin / Abstracts of IX International Uuroasian Congress of Surgery and Gastroenterology. Baku, 2006. p.8 (coaut.: E.Y.Babayev, A.G.Mamaedov)

31. Peritonitlərin müalicəsində laparostomiyanın və proqramlaşdırılmış ralaparotomiyanın tətbiqinin əhəmiyyəti // Cərrahiyyə,

2006, №4(8), c.107-112.

32. Planning of relaparatomy with aid of multi component prognostic chart and justification of devaluations / XI International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology 2008, S-8 (coaut.: Z.B.Mamedova, M.N.Tarverdiyev)

33. Лимфологические подходы к антимикробной стратегии в современной абдоминальной хирургии. Азербайджанский медицинский журнал. 2007, №1, с.140-143(соавт.: И.Т.Ахундов, Ф.Г.Джамалов, С.К.Мамедова, М.Н.Танрывердиев)

34. Appendektomiyadan sonra soxulcanabənzər çıxıntının güdülünün işlənməsinin yeni metodu // Sağlamlıq, 2009, №7, c.170-172

35. Fokuslaşdırılmış hipertenzion hidropressiv peritoneal lavaj // Cərrahiyyə, 2009, №4, c.12-14

36. Fasiləsiz saçaqlı drenajın hazırlanması qaydası, cərrahi praktikada tətbiqi və üstünlükləri // Sağlamlıq, 2009, №9, c.176-178

37. Yayılmış irinli peritonitlər zamanı limfostimulyasiya və endolimfatik terapiya fonunda nazointestinal intubasiyanın əhəmiyyəti / Professor İ.M.Məmmədovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı 2009, s.33-34 (həmmüəli.:İ.B.Mikayılov)

38. Yayılmış irinli peritonitlər zamanı poliorqan çatmamazlığının inkişaf mexanizmi // Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyi, Naxçıvan Dövlət Universiteti. Elmi əsərlər. Təbiət elmləri və tibb seriyası, 2010, № 2(26), s.68-73

39. Peritonitlər (etiologiyası, patogenezi, modelləşdirilməsi, klinikası, diaqnostikası və müalicə taktikası): Monoqrafiya. Bakı, 2010, 487s.

40. Peritonitlərin inkişaf mərhələlərinin müxtəlif pillələrində iltihabi prostsin gedişinə təsir göstərməklə xəstəliyin müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması // Sağlamlıq, 2011, №2, c.7-13

41. Improvement of the results of treatment with the modernization of the treatment principles of the Peritonitis / Abstracts XII International Euroasian congress of surgery and gastroenterology, Baku, 2011, p.6

42. Peritonitlə ağırlaşmış bağırsağ keçməməzliyi zamanı cərrahi taktika və müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılması yolları // Cərrahiyyə, 2011, №4, c.92-97

43. Peritonitlər zamanı qarın boşluğunun adekvat drenajlanmasında müxtəlif modifikasiyalı drenaj borularının tətbiqi // Cərrahiyyə, 2012, №3(31), c.60-64

44. Mədə və 12-barmaq bağırsağın perforativ xoraları zamanı xoranın xarakterindən, perforasiyanın lokalizasiyasından və peritonitin yayılma

dərəcəsiindən asılı olaraq cərrahi taktikanın seçilməsi // Sağlamlıq, 2012, №4, c.33-38

45. Qarın açıq və qapalı travmaları zamanı baş verən peritonitlərin proqnozunun onun yayılma dərəcəsi və inkişaf fazasından asılılığı // Naxçıvan Dövlət Universiteti. Elmi əsərlər. Təbiət elmləri və tibb seriyası, 2013, № 1(49), s.137-140 (həmmüə. :N.Babayeva)

46. Yayılmış peritonitlərdə lipidlərin peroksidləşməsi prosesi pozğunluqları və endogen intoksikasiyanın vəziyyəti // Sağlamlıq, 2013, №4, c.47-51 (həmmüə. :A.H.Hüseynəliyev)

47. Yayılmış peritonitlərin kompleks müalicəsi zamanı immun status və sitokin profili göstəriciləri pozğunluqlarının ozonlaşmış perftoran və immunomodulyator qlutoksimlə tənzimlənməsi // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri. 2013, №3, s.204-208 (həmmüə. :M.N.Tarverdiyev)

48. Клинико-лабораторное обоснование применения озонированного перфторана в комплексном лечении распространенных перитонитов // Харківска хірургічна школа, 2013, №5, с.62-65

49. Оценка эффективности применения озонированного перфторана и глутоксима в лечении распространенного перитонита. Вестник экспериментальной и клинической хирургии, 2013, Том VI, №4, с.460-463(соавт.: Ч.М.Джафаров)

50. Влияние озонированного перфторана на показатели иммунного статуса и цитокинового профиля при распространенных перитонитах // Цитокины и воспаление, 2013, т.12, №4, с. 87-91(соавт.: Ч.М.Джафаров)

51. 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

52. Применение озонированного перфторана в лечении распространенного перитонита // Клінічна хірургія. 2014, №1, с. 20-22

53. Влияние сочетанного применение озонированного перфторана и глутоксима на иммунный статус больных и профиль цитокинов при распространенном перитоните // Клінічна хірургія. 2014, №4, с. 27-29.

54. Влияние озонированного перфторана на показатели цитокинового профиля при распространенных перитонитах // Хирургия, 2014, № 9, с. 30-33

55. Qarın boşluğu orqanlarının kəskin cərrahi xəstəlikləri və onların

diferensial diaqnostikasi: Tədris metodik vəsait. Bakı, 2014, 154s.

56. Qarın boşluğunda aparılan təxirəsalınmaz və planlı cərrahi müdaxilələrdən sonrakı rəlaparotomiyalara göstərişlərin və proqnozların əsaslandırılması // Sağlamlıq, 2014, №3, c.29-35

57. Yayılmış peritonitli xəstələrin müalicəsində yerli və sistem ozono və immunterapiya / Azərbaycan-Türkiyə Cərrahiyyə və Qastroenterologiya günlərinin materialları. Bakı, 2014, s.7-8

58. Пути усовершенствования интра и послеоперационных методов санаций брюшной полости при разлитом гнойном перитоните // Naxçıvan Dövlət Universiteti. Elmi əsərlər. Təbiət elmləri və tibb seriyası, 2014, № 8(64), s.64-72

59. Yayılmış peritonitlərin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasının müasir aspektləri // Cərrahiyyə, 2015, №1(44) , c.71-77

60. Yayılmış peritonitlərin müalicəsinin nəticələrinin 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

### **Peritonitlərin müalicəsinə aid alınmış səmərləşdirici təkliflərin siyahısı**

1. Новый вариант дренирование ран и полостей. Удостоверение на рационализаторское предложение № 03 от 13.08.1999г. Министерство Здравоохранении Нахичеванской Автономной Республики от 25 декабря 1999г. Пр. № 17/4.

2. Модифицированный вариант трубки для дренирования брюшной и гнойно-раневого полостей. Удостоверение на рационализаторское предложение № 05 от 01.12.1999г. Министерство Здравоохранении Нахичеванской Автономной Республики от 05 января 2000г. Пр. № 19/3.

3. Метод защиты больного, медицинского персонала, операционных белё и операционной помещении от загрязненной выделения брюшной полости при перитонеальном лаваже. Удостоверение на рационализаторское предложение № 06 от 14.07.2000г. Министерство Здравоохранении Нахичеванской Автономной Республики от 18 июль 2000г. Пр. № 11/6.

4. Метод определения степени тяжести и прогнозирование при

перитоните. Удостоверение на рационализаторское предложение № 08 от 14.07.2000г. Министерство Здравоохранения Нахичеванской Автономной Республики от 18 июля 2000г. Пр. № 11/6.

5. Повышение эффективности перитонеального диализа путем фиксации дренажных трубок. Удостоверение на рационализаторское предложение № 11 от 05.01.2001г. Министерство Здравоохранения Нахичеванской Автономной Республики от 31 января 2001г. Пр. № 14/6.

6. Метод управляемой продолжительной локальной гипотермии. Удостоверение на рационализаторское предложение № 12 от 05.01.2001г. Министерство Здравоохранения Нахичеванской Автономной Республики от 31 января 2001г. Пр. № 14/6.

7. Intraabdominal endolimfatik ozonoterapiya üsulu. Naxçıvan MR Səhiyyə Nazirliyinin kollegiyası tərəfindən 29 mart 2007-ci il tarixdə 07/01 №-si ilə qeydə alınmış, 03 aprel 2007-ci il tarixdə 01 №-li səmərləşdirici təklif vəsiqəsi verilmiş və tibbi praktikada istifadəsinə icazə verilmişdir.

8. Appendektomiyadan sonra soxulcanabənzər çıxıntının güdülünün işlənməsinin yeni metodu. Naxçıvan MR Səhiyyə Nazirliyinin kollegiyası tərəfindən 20 iyun 2008-ci il tarixdə 06/08 №-si ilə qeydə alınmış, səmərləşdirici təklif kimi qəbul edilmiş, 03 iyul 2008-ci il tarixdə 03 №-li səmərləşdirici təklif vəsiqəsi verilmiş və tibbi praktikada istifadəsinə icazə verilmişdir.

9. Fokuslaşdırılmış hipertenzion hidropressiv peritoneal lavaj. Naxçıvan MR Səhiyyə Nazirliyinin kollegiyası tərəfindən 30 mart 2009-cu il tarixdə 3/3 №-si ilə qeydə alınmış, səmərləşdirici təklif kimi qəbul edilmiş, 14 aprel 2009-cu il tarixdə 7 №-li səmərləşdirici təklif vəsiqəsi verilmiş və tibbi praktikada istifadəsinə icazə verilmişdir.

10. Fasiləsiz saçaqlı drenaj. Onun hazırlanması qaydası və cərrahiyyədə tətbiqi. Naxçıvan MR Səhiyyə Nazirliyinin kollegiyası tərəfindən 30 sentyabr 2009-cu il tarixdə 09/04 №-si ilə qeydə alınmış, səmərləşdirici təklif kimi qəbul edilmiş, 09 oktyabr 2009-cu il tarixdə 11 №-li səmərləşdirici təklif vəsiqəsi verilmiş və tibbi praktikada istifadəsinə icazə verilmişdir.



## ИСА АЛИ ОГЛЫ АБДУЛЛАЕВ

### ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТОВ

#### РЕЗЮМЕ

В работе анализируются результаты хирургического лечения 348 больных с распространенным перитонитом (РП) с учетом тяжести больных по Мангеймскому перитонеальному индексу (МПИ) и шкале синдрома системной воспалительной реакции (ССВР). В группу сравнения включены 234 больных, которые получали общепринятую комплексную терапию без иммунокоррекции. У 53 больных 1-й подгруппы основной группы на фоне комплексных лечебных мероприятий дополнительно применяли сочетанную местную и системную озонотерапию (ОТ) с озонированным перфтораном (ОП). 2-я подгруппа больных (61) на фоне системной и местной ОТ с ОП, дополнительно получали иммуномодулятор глутоксим. У всех больных в крови в динамике определяли показатели Т- и В-звено иммунитета, ДК, МДА, КАТ, показатели эндогенной интоксикации (ЭИ), общий белок, альбумин и электролиты, а также АЛТ, АСТ, ЩФ, общий билирубин. У больных обеих групп до операции, на 3 и 7-е сутки после операции определяли TNF $\alpha$ , IL-4 и IL-8. В целом у больных обеих групп при поступлении выявлено развитие ЭИ, нарушение в Т- и В-звене иммунитета, цитокиновый дисбаланс, функции печени и электролитов крови, глубина которого зависело от тяжести РП по МПИ. Сравнительный анализ полученных результатов показал высокую эффективность системного и местного ОП в сочетании с местной и системной иммунокоррекции с глутоксимом в комплексе лечения РП – исследуемые показатели приближались к нормальным, либо не отличались от них. Включение в программу лечения РП предложенного местного и системного применения ОП в сочетании с локальной и системной иммунокоррекцией позволило снизить летальность с  $26,5\pm 2,9\%$  до  $16,7\pm 3,5\%$ , частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений с  $35,0\pm 3,1\%$  до  $19,3\pm 3,7\%$  и количество релапаротомий с  $15,0\pm 2,3\%$  до  $7,0\pm 2,4\%$ .

Ключевые слова: распространенный перитонит, иммунитет,

цитокины, озонированный перфторан, глютоксим.

**ISA ALI ABDULLAYEV**

**THE WAYS OF IMPROVEMENT OF THE RESULTS  
OF COMPLEX TREATMENTS OF PERITONITIS**

**SUMMARY**

In this dissertation work, were analyzed the results of surgical treatment of 348 patients with diffuse peritonitis considering the complexity of the patients by the scale of Mangeym's peritoneal index - MPI. To the group of comparison were included 234 patients, which were received generally accepted complex therapy without immune-correction. In 53 patients from the first sub-group in the background of the complex therapy has been used ozone therapy in pre and post-surgical period with ozonized perftoran. The second group of the patients (61) in the background of the systematic ozone therapy with ozone perftoran used as well as in the first group additionally was used immunomodulation glutoxim. In the operation of all the patients has been defined the indicators of immunity CD3+, CD4+, CD8+, CD4+/CD8+, CD19+, Ig A, M, G, FI, CEC), DK, MDA, CAT, CMP, rest nitrogen, creatinine, urea, total protein, albumin and electrolytes, and ALT, AST, ALP, total bilirubin. TNF $\alpha$ , IL-4 and IL-8 were identified in the blood of patients from the both groups before surgical treatment and 3-7 days after treatment. In the patients of both the groups were appeared endogenic intoxication at the entry, violation in cell and humoral chain and balance in between inflammatory cytokine, the enzymatic function of liver and electrolytic composition of blood, where the deep is dependent in diffused peritonitis by MPI. The comparison and analyzing of the results is indicated the high efficiency of using of systematic and local Ozone Perftoran with local and systematic immune correction with glutoxim in complex therapy of Diffused. The use of systematic and local ozone therapy with ozone perftoran for treatment of Diffused Peritonitis with local and systematic immune correction supported to decrease the lethality from 26,5 $\pm$ 2,9% to 16,7 $\pm$ 3,5%, the frequency of post operational pus inflammatory complication from 35,0 $\pm$ 3,1% to 19,3 $\pm$ 3,7% and the numbers of relaparotomy from 15,0 $\pm$ 2,3% to 7,0 $\pm$ 2,4%.

The key phrases: Diffused Peritonitis, immunity, citokin, ozonized perftoran, glutoxim.

## ŞƏRTİ İXTİSARLAR

- AOM – antioksidant müdafiə  
DİK – dövredən immun kompleks  
EÇS – enteral çatmazlıq sindromu  
Eİ – endogen intoksikasiya  
EİS – endogen intoksikasiya sindromu  
FƏ – faqositar ədədi  
İgA – immunoqlobulin A  
İgG – immunoqlobulin G  
İgM – immunoqlobulin M  
İL-10 – interleykin -10  
İL-4 – interleykin -4  
İL-8 – interleykin -8  
LPO – lipidlərin peroksidləşməsi  
OMP – orta molekullu peptidlər  
OP – ozonlaşmış perftotan  
POÇ – poliorqan çatmazlıq  
SİRS – sistemin iltihaba reaksiyası sindromu  
TNF<sub>α</sub> – tumor nekrozlaşdırıcı faktor alfa  
YP – yayılmış peritonit







---

Format 60 x 84 1/16  
Sifariş № . Tiraj 100.

Azərbaycan Tibb Universitetinin mətbəəsi



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ  
имени акад. М.А. ТОПЧИБАШЕВА

*На правах рукописи*

**ИСА АЛИ ОГЛЫ АБДУЛЛАЕВ**

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ  
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТОВ**

3213.01 – “Хирургия”

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации представленной на соискание  
ученой степени доктора медицинских наук по медицине

Bakı – 2016