

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

DARYUŞ CƏFƏRİ CAVAD

**MÜASİR ANTİBİOTİKOPROFİLAKTİKA
VƏ İMMUNMODULƏDİCİ TERAPİYADAN İSTİFADƏ
ETMƏKLƏ ÖD DAŞI XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİNİN
NƏTİCƏLƏRİNİN YAXŞILAŞDIRILMASI**

3213.01 - «Cərrahlıq»

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq
üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

Bakı – 2013

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin Cərrahi xəstəliklər kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər: əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru,
professor **M.Y.NƏSİROV**

Rəsmi opponentlər: tibb elmləri doktoru, professor
C.N.HACIYEV

tibb elmləri doktoru
Q.F. MÜSLÜMOV

Aparıcı müəssisə: Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri
Təkmilləşdirmə İnstitutu, cərrahiyyə kafedrası

Dissertasiyanın müdafiəsi “_19_” _06_ 2013-cü il tarixdə, saat
“_____” -də Azərbaycan Tibb Universitetinin D 03.011 İxtisaslaşdırılmış
şurasının iclasında keçiriləcəkdir (370022, Bakı şəh., Bakıxanov küç., 23).

Dissertasiya ilə ATU-nun kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat göndərilib “_____” _____ 2013-cü il.

D 03.011 Dissertasiya Şurasının elmi katibi,
tibb elmləri doktoru, professor

Ş.F.İBRAHİMLİ

Problemin aktuallığı

XXI əsrin başlanğıcına doğru kalkulyoz xolesistitdən əziyyət çəkən xəstələrin sayı əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır ki, bu da onun "sakit epidemiyası" haqqında danışımağa əsas verir. Qastroenteroloqların VI Ümumdünya Konqresinin məlumatları sübut edir ki, "...xolesistolitiaz yayılmasına görə yalnız aterosklerozdan geri qalır və dünya üzrə öd yollarında hər il 2,5 milyon təcili və planlı əməliyyatın aparılmasına səbəb olur".

Bu patologiyalı xəstələrin payı bütün "ümumi cərrahi" xəstələrin 20-25%-ni təşkil edir. Bunlardan ən geniş yayılmışı kəskin kalkulyoz xolesistitdir [Захараш М.П., 2001; Карпов О.И. и соавт., 2003]. Kəskin xolesistitli xəstələrin cərrahi müalicəsi zamanı əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar 9,8%, letal nəticə isə 1,2% xəstələrdə meydana çıxır. Ağırlaşmalar ən çox kəskin xolesistitin irinli və destruktiv formalarında inkişaf edir [А.А. Шалимов и соавт., 1993]. Bir sıra müəlliflər qeyd edirlər ki, xolesistektomiyadan sonra yara infeksiyasının inkişaf tezliyi orta hesabla 12,8% təşkil edir. Xəstələrdə xoleddoxda və qaraciyərdaxili öd yollarında daş, xəstələrin yaşının 65-dən yuxarı olması, öddəşi xəstəliyinin müxtəlif ağırlaşmaları (mexaniki sarılıq, qaraciyər çatmamazlığı və s.), yanaşı xəstəliklər, əməliyyatın çox travmatik və uzun müddət davam etməsi, qanıtırmə və s. kimi əlavə risk faktorları olduqda irinli-infeksiyon ağırlaşmalarının inkişaf tezliyi 20,6%-ə çatır [Машинский А.А. и соавт., 2002; Г.Г.Ахаладзе, 2003; E.Gita et al.,2007; R.M.Ağayev, R.S.Qasimov, 2009]. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə cərrahi müdaxilə nahiyəsinin infeksiyalaması letallığın, hospitalizasiya müddətinin, müalicə xərclərin əhəmiyyətli dərəcədə artmasının əsas səbəblərindən biridir. [В.А. Черкасов и соавт., 2003; О.И.Карпов, 2003; М.Я.Насиров и соавт., 2006]. Cərrahi müdaxilə nahiyəsinin infeksiyalamasınının rastgəlmə tezliyini və bunun nəticəsində meydana çıxan letallığın səviyyəsini azaltmağa imkan verən ən vacib tədbirlərdən biri əməliyyatönü və əməliyyatdan sonrakı dövrü əhatə edən antibiotikoprofilaktikadır (ABP) [Бекетов А.С., 2002, Митрохин С.Д., 2002]. Lakin tədqiqatçılar arasında xroniki kalkulyoz xolesistitə görə həyata keçirilən əməliyyatlar zamanı cərrahi antibiotikoprofilaktikadan istifadə olunmasının vacibliyinə dair fikirlər kifayət qədər ziddiyyətlidir [Mangram A.J., 1999]. Xolesistitin müxtəlif formalarında, eləcə də xolesistektomiyanın müxtəlif variantlarında profilaktikanın həcminə dair dəqiq tövsiyələr yoxdur.

Bir sıra müəlliflər tərəfindən aparılan tədqiqatlar zamanı müəyyən edilmişdir ki, əməliyyat zədələnmələri və iltihabi prosesin uzun müddətli gedişi immun mühafizə mexanizmlərini əhəmiyyətli dərəcədə zəiflədir və irinli-septik ağırlaşmaların inkişafına gətirib çıxarır [Ирхин А. А., 2007; П.С. Зубеев 2007; В. Д. Шевцов, 2009; J.P. Burke, 2003]. Yeni immun preparat hesab olunan qalavit geniş spektrli immuntənzimləyici təsirə malikdir [Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин, 1998; М.И. Кирсанова и др., 1999; А.Л. Сухоруков, 2005, Л.И. Винницкий и др., 2006; В.П. Добрица и др., 2001]. Lakin əməliyyatdan sonrakı dövrdə immun statusun göstəricilərinin dinamikası haqqında ədəbiyyatlardakı məlumatlar fərqli və fraqmentar xarakterlidir, infeksiyaəleyhi mühafizə sistemində baş verən dəyişikliklərin mənzərəsini tam əks etdirə bilmir, məsləhət görülən immunkorreksiya sxemləri və istifadə olunan farmakoloji preparatlar bir-birindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir ki, bu da qeyd edilən problemin kifayət qədər öyrənilməmiş olduğunu güman etməyə imkan verir.

Tədqiqatın məqsədi. Öd yollarının kalkulyoz mənşəli patologiyaları olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı irinli-infeksion ağırlaşmaların qarşısının alınmasında müasir immunmodullaşdırıcı terapiya və antibiotikoprofilaktika metodlarının effektivliyinin öyrənilməsi və bu patologiyalı xəstələrdə cərrahi müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılması məqsədilə yeni effektiv və rəşional sxemlərin işlənilib hazırlanması.

Tədqiqatın vəzifələri.

1. Öd yollarının kalkulyoz mənşəli cərrahi patologiyalarının və onların ağırlaşmalarının meydana çıxmasında iştirak edən müasir mikrob florasının xüsusiyyətlərinin aşkar etmək və öyrənmək;
2. Öd yollarının kalkulyoz mənşəli cərrahi patologiyaları olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı irinli-infeksion ağırlaşmaların antibiotikoprofilaktikası məqsədilə aparılmış mikrobioloji tədqiqatlar əsasında daha effektiv antibiotiklərin müəyyənənləşdirilməsi;
3. Klinikada öd yollarının kalkulyoz mənşəli patologiyalarına görə təcili və planlı əməliyyat olunmuş xəstələrdə bu preparatların və onların kombinasiyasının orqanizmə v/d və ə/d yeridilməsi yolu ilə antibiotikoprofilaktikanın aparılması;
4. Öd yollarının kalkulyoz mənşəli kəskin və xroniki patologiyalarına görə təcili və planlı əməliyyat olunmuş xəstələrdə immun statusun vəziyyətini öyrənmək, müasir antibiotikoprofilaktika və immunmodullaşdırıcı terapiyanın onun göstəricilərinin dinamikasına təsirini müəyyənənləşdirmək;

5. Öd yollarının kalkulyoz mənşəli cərrahi patologiyalarının klinik ağırlıq dərəcəsindən və növündən, ağırlaşmaların olmasından, icra edilmiş əməliyyatın tipindən, endogen intoksikasiya sindromunun təzahür dərəcəsindən, immunodefisitdən, əməliyyata qədər və ya əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların olub-olmamasından asılı olaraq müasir antibiotikoprofilaktika və immunmodullaşdırıcı terapiyanın optimal istifadə sxemlərinin işlənib hazırlanması.

İşin elmi yeniliyi

1. Öd yollarından götürülmüş ödün tərkibində, öd kisəsi divarında və öd daşlarında müasir mikrob florasının xüsusiyyətləri öyrənilmiş və öd yollarının kalkulyoz mənşəli cərrahi patologiyalarının və onların ağırlaşmalarının etiopatogenezində onların rolu müəyyənləşdirilmişdir;
2. Aşkar edilən endogen (auto-) və ekzogen nozokomial (hospital) mikrofloranın klinikada daha geniş istifadə olunan ən müasir antibiotiklərə həssaslığı təyin edilmiş və rəasional antibiotiko-profilaktika aparmaq üçün daha effektiv antibiotiklər və onların kombinasiyası müəyyənləşdirilmişdir;
3. Öd yollarının kalkulyoz mənşəli cərrahi patologiyalarının nozologiyasından, klinik ağırlıq dərəcəsindən, əməliyyata qədərki və əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların olub-olmamasından asılı olaraq immun statusun vəziyyətinin xüsusiyyətləri dəqiqləşdirilmişdir;
4. Öd yollarının kalkulyoz mənşəli ağır cərrahi patologiyalarının kompleks müalicəsində antibiotikoprofilaktika və immunmodullaşdırıcı terapiya birgə tətbiq olunmuş və əməliyyatdan sonrakı irinli-infeksion ağırlaşmaların qarşısının alınmasında onun effektivliyi müəyyənləşdirilmişdir;
5. Ağırlaşmış öddəşi xəstəliyi olan xəstələrdə klinik ağırlıq dərəcəsindən, ağırlaşmanın növündən, immundefisitinin vəziyyətindən, icra edilmiş əməliyyatın tipindən asılı olaraq müasir antibiotiko-profilaktika və immunmodullaşdırıcı terapiyaya göstərişlər, onların optimal və effektiv sxemləri, həmçinin aparılma taktikası və metodları işlənib hazırlanmışdır.

Praktiki əhəmiyyəti

1. Aparılmış mikrobioloji tədqiqatlar əsasında öddəşi xəstəliyinə görə təcili və planlı surətdə əməliyyat olunmuş xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı irinli-infeksion ağırlaşmalarının meydana çıxmasına səbəb

olan əsas endogen ştammlar və nozokomial mikrob infeksiyası aşkar edilmişdir;

2. Ekzo- və endogen mikrofloranın əsas ştammlarının aşkarlanması, onun antibiotikorezistentliyi və antibiotikə həssaslığı əsasında müasir antibiotikoprofilaktikanın konkret sxemləri işlənib hazırlanmış, onun dayandırılmasına göstərişlər və ya antibiotikoterapiyaya keçid müəyyənləşdirilmişdir;
3. Aparılmış immunoloji tədqiqatlar əsasında öddəşi xəstəliyi olan xəstələrdə immunodefisit dərəcəsini aşkar etmək üçün immun statusun vəziyyəti öyrənilmişdir;
4. Aşkar edilmiş immunodefisit təzahür dərəcəsindən asılı olaraq immunitetin T- və B-həlqələrinin immunomodulyatorları ilə immunoprofilaktikanın konkret sxemləri işlənib hazırlanmışdır;
5. Ağırlaşmış öddəşi xəstəliyi olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ağır irinli-infeksiyon ağırlaşmaların qarşısını almaq və cərrahi müalicənin nəticələrini yaxşılaşdırmaq üçün antibiotikoprofilaktikanın immunomodullandırıcı terapiya ilə birgə istifadə olunmasının vacibliyi əsaslandırılmışdır.

Müdafiəyə çıxarılan əsas müddəalar:

1. Antibiotikoprofilaktika aparılarkən öddəşi xəstəliyi olan xəstələrdə klinik patologiyanın xarakteri, ağırlaşmalar, icra edilmiş əməliyyatın növü, risk faktorları, verilmiş stasionara məxsus nozokomial infeksiyanın xüsusiyyətləri və profilaktika sxeminin klinik effektivliyi nəzərə alınmaqla onlara differensial yanaşılmalıdır.
2. Öddəşi xəstəliyi olan xəstələrdə aydın nəzərə çarpan ikincili immunodefisit, xolangit, mexaniki sarılıq və qarın boşluğunun absesi əməliyyatdan sonrakı infeksiyon-irinli ağırlaşmaların meydana çıxmasına və bu dövrün gedişinin ağırlaşmasına səbəb olur.
3. Ağırlaşmış öddəşi xəstəliyi olan xəstələrin vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsini aşkar edən proqnostik sınaqlara klinik meyarlarla yanaşı, T- və B-humoral immuniteti, pro- və anti-iltihabi sitokinlərin, xəstələrin periferik qanında sirkulyasiya edən immun komplekslərin səviyyəsini əks etdirən immunoloji meyarların da daxil edilməsi məqsədəuyğundur.
4. Ağırlaşmış öddəşi xəstəliyi olan xəstələrin immunoloji reaktivliyinin yüksəlməsinə yönəlmiş metodların rəşional antibiotikoprofilaktika ilə birgə istifadə olunması və optimal cərrahi taktika əməliyyatdan sonrakı infeksiyon-irinli və digər ağırlaşmaların sayını azaltmağa, klinik reabili-

tasiyanı tezləşdirməyə, xəstələrin stasionarda qalma müddətini qısaltmağa və xəstələrin həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmağa imkan verir.

İşin ilkin müzakirəsi və klinik tətbiqi. İşin nəticələri M.A.Mirqasımov adına RKX-nın və F.Ə.Əfəndiyev adına 4 saylı ŞKX-nın cərrahiyyə şöbələrində öddəşi xəstəliyinin müxtəlif formaları olan xəstələrin müalicəsində, eləcə də ATU-nun tələbələrinin tədris prosesində tətbiq olunmuşdur.

İşin aprobasiyası. Dissertasiyanın materialları Cərrah və Qastroenteroloqların Beynəlxalq Avroasiya konqresində (Bakı, 2009) məruzə olunmuşdur. Dissertasiya ATU-nun pediatriya fakültəsinin cərrahi xəstəliklər kafedrasının, ümumi cərrahiyyə, I və II müalicə-profilaktika fakültələrinin cərrahi xəstəliklər kafedralarının, F.Ə.Əfəndiyev adına 4 saylı ŞKX-nın cərrahiyyə şöbəsinin əməkdaşlarının birgə iştirakı ilə 15.12.2011 tarixdə keçirilən elmi konfransda və 11.04.2012 tarixdə ATU-nun cərrahiyyə üzrə aprobasiya şurasında aprobasiyadan keçmişdir.

Dərc olunmuş elmi işlər. Dissertasiya mövzusu üzrə 5 elmi məqalə və 3 tezis çap olunmuşdur ki, bunlardan da 2-si xarici mətbuatda dərc olunmuşdur.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya işi 180 kompüter səhifəsində (ədəbiyyat siyahısı, 41 cədvəl və 13 şəkil nəzərə alınmaqla) yazılmışdır, giriş, ədəbiyyat icmal, tədqiqatın material və metodu, şəxsi klinik müşahidələrin nəticələrini əks etdirən 3 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Bibliografiya özündə 227 ədəbiyyat mənbəsini əks etdirir ki, bunlardan da 127-i rus və azərbaycan, 110-u isə ingilis dilindədir.

KLİNİK MATERIAL VƏ MÜAYİNƏ METODLARI

İşin əsasını 2009-cu ilin yanvar ayından 2011-ci ilin may ayınadək olan dövrdə F.Ə.Əfəndiyev adına 4 saylı ŞKX-nın və M.A.Mirqasımov adına RKX-in (Bakı) cərrahiyyə, eləcə də reanimasiya və intensiv terapiya şöbələrində öd yollarının kalkulyoz mənşəli planlı və təcili cərrahi patologiyalarına görə stasionar müayinə və müalicədə olmuş 163 xəstə təşkil etmişdir. Xəstələrin yaşı 25-76 intervalında olmuşdur. Xəstələrin seçilməsi işlənilib hazırlanmış daxiləldilmə meyarları əsasında aparılmışdır:

Yaş intervalı kişi və qadınlar üçün 25-dən 76 yaşa qədər olmuşdur. Öd yolları üzərində 4 növ - "təmiz", "şərti-təmiz", "çirklənmiş və "çirкли" əməliyyatlardan istifadə olunmuşdur: 1) Vinslov sahəsinin drenləşdirilməsi ilə aparılan xolesistektomiya; 2) xoledoxolitotomiya və xoledoxostomiya;

- 3) qarın boşluğu absesinin drenləşdirilməsi ilə aparılan xolesistektomiya;
 4) xoledoxoduodenoanastomoz.

İki fərqli antibiotikoprofilaktika (immunokorreksiyasız və onunla birgə) sxeminin effektivliyini qiymətləndirmək məqsədilə hər iki qrupda həcminə və kəsiyin yerinə görə standart operativ müdaxilə həyata keçirilmiş eynicinsli 2 yarımqrup ayırd edilmişdir (cədvəl 1).

Cədvəl 1.

Öd daşı xəstəliyi olan xəstələrdə operativ müdaxilənin strukturu

Operativ müdaxilənin həcmi və növü	I Qrup				II Qrup			
	IA (n=49) yarımqrup		IB (n=46) yarımqrup		IIA (n=35) yarımqrup		IIB (n=33) yarımqrup	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
Xolesistektomiya və Vinslov sahəsinin drenləşdirilməsi	39	79,6	37	80,4	24	68,6	22	66,6
Xolesistektomiya + Xoledoxolitotomiya və Holsted metodu ilə xoledoxun drenləşdirilməsi	10	20,4	9	19,6	7	20	6	18,2
Xolesistektomiya və abses boşluğunun drenləşdirilməsi (qaraciyəraltı və ya diafraqmaaltı sahə)	-	-	-	-	3	8,6	3	9,1
Xolesistektomiya + Xoledoxolitotomiya və Holsted metodu ilə xoledoxun drenləşdirilməsi + Yuraş-Vinoqradov metodu ilə xoledoxoduodenostomiya	-	-	-	-	1	2,9	2	6,1

Birincili cərrahi müdaxilənin həyata keçirilməsinə səbəb olan öd yollarının kalkulyoz mənşəli xəstəliklərini əsas xəstəlik hesab etmişik (cədvəl 2).

Öd yollarının kalkulyoz mənşəli əsas xəstəlikləri

Xəstələr yarımqrup- larda	Əsas xəstəlik						Cəmi: Mütləq (%)
	Kəskin xolesistit (n=128)				Xoledoxolitiyaz (n=35)		
	Kataral müt. (%)	Fleqmonoz müt. (%)	Qan- qrenoz müt. (%)	Perforativ müt. (%)	Ağırlaşmamış müt. (%)	Ağır- laşmış müt. (%)	
I A	39 (79,6)	-	-	-	10 (20,4)	-	49 (30,1)
I B	37 (80,4)	-	-	-	9 (19,6)	-	46 (28,2)
IIA	-	18 (51,4)	6 (17,1)	3 (8,6)	-	8 (22,9)	35 (21,5)
IIB	-	17 (51,5)	5 (15,2)	3 (9,1)	-	8 (24,2)	33 (20,2)
Cəmi	76 (59,4)	35 (27,3)	11 (8,6)	6 (4,7)	19 (54,3)	16(45,7)	163 (100)

Xolangit, mexaniki sarılıq və qarın boşluğunun absesi ilə ağırlaşmış kəskin destruktiv xolesistit və xoledoxolitiyaz IIA (nəzarət) yarımqrupda müvafiq olaraq 28 (77,1%) və 8 (22,9%) xəstədə, IIB (əsas) yarımqrupda isə 26 (75,9%) və 8 (24,2%) xəstədə müşahidə olunmuşdur ($p>0,05$) (cədvəl 3). İmmun statusun vəziyyətinin öyrənilməsi hər iki qrupda öd yollarının kalkulyoz mənşəli patologiyaları olan 69 xəstədə aparılmışdır: I qrupda kəskin kataral xolesistitli 24 xəstə, II qrupda isə müxtəlif formalı destruktiv xolesistiti olan 45 xəstə.

İmmun sistemin öyrənilməsinə immunokompetent hüceyrələrin (CD+) populyasiya və subpopulyasiyalarının axınlı lazer sitofloumetriya metodu ilə tədqiqi, faqositozun stafilokokkla tədqiqi, sirkulyasiya edən immün komplekslər, immunoqlobulinlər (IgA, IgM və IgG) iltihabəleyhi sitokin İL-10-un təyini daxil edilmişdir. Xolesistektomiya və xoledoxolitotomiya zamanı cərrahi müdaxilə zonasının irinli – septik ağırlaşmalarının ən çox ehtimal olunan törədici spektrini aşkar etmək məqsədilə xəstələrdə aero- və anaerobioz şəraitdə öd yollarının mikrobioloji tədqiqi aparılmışdır. Öddaşı xəstəliyinin müxtəlif formaları olan 163 xəstənin hamısında öd yollarının mikroflorası öyrənilmişdir.

Cədvəl 3.

II müalicə qrupunda əsas xəstəliklərin ağırlaşmaları

Əsas xəstəlik və onun ağırlaşmaları		Xəstələr yarımqrupu				Cəmi: (n=68 100%)	
		IIA (n=35)		IIB (n=33)			
Xəstələrin sayı	Ağırlaşmalar:	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq	%
ÖDX-nin klinik formaları: A. Destruktiv xolesistit (n=52)	Xolangit	5	14,3	4	12,1	9	13,2
	MS	5	14,3	4	12,1	9	13,2
	Abses	3	8,6	3	9,1	6	8,8
Fleqmonoz (n=23)	Xolangit	3	8,6	2	6,1	5	7,4
	MS	3	8,6	2	6,1	5	7,4
Öd kisəsinin empieməsi (n=12)	Xolangit	2	5,7	2	6,1	4	5,9
	MS	2	5,7	2	6,1	4	5,9
Qanqrenoz (Perforativ) (n=17)	Abses (perivezikulyar)	2	5,7	1	3,0	3	4,4
	Abses (qaraciyərəltı)	1	2,9	1	3,0	2	2,9
	Abses (diafraqmaaltı)	-	-	1	3,0	1	1,5
B. Xoledoxolitiəz (ağırlaşmış) (n=16)	Xolangit	2	5,7	3	9,1	5	7,4
	MS	8	22,9	8	24,2	16	23,5

Mikrobioloji müayinə materialı öd kisəsindən və öd yollarından götürülmüş öddən, xaric edilmiş öd daşlarından, öd kisələrindən, yara ifrazatından, drenajdan xaric olan qarın boşluğu eksudatından, tənəffüs yollarından xaric olan aspirat və bəlgəmdən ibarət olmuşdur. Mikrob ştammları əldə edilərək identifikasiya edildikdən sonra antibiotiklər hopdurulmuş kağız disklər vasitəsilə standart metodlarla antibiotiklərə həssaslığı öyrənilmişdir.

Klinik materialların və əldə edilmiş nəticələrin işlənməsi variasion statistik metoddan istifadə etməklə, orta kvadratik xəta və orta arifmetikin orta xətası ($M \pm m$) və nisbi xətanın ($P \pm p$) hesablanmaqla aparılmışdır. Xəstələrin müayinələrinin nəticələri Styudent metodu ilə işlənməmişdir.

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

Kəskin kataral xolesistitin və ağırlaşmamış xoledoxolitiazın mikrobioloji xarakteristikası. Kəskin kataral xolesistitli 76 xəstədə və ağırlaşmamış xoledoxolitiazlı 19 xəstədə öd yollarının mikroflorası öyrənilmişdir. Mənfəzdaxili möhtəviyyatın aero- və anaerobioz şəraitində mikrobioloji müayinəsi zamanı müxtəlif mikroorqanizmlərin 178 ştammi əldə edilmişdir. Aerob mikroflora mikrob spektrinin 80,3%-i, anaerob mikroflora isə 19,7%-ni təşkil etmişdir.

Destruktiv xolesistitin müxtəlif formaları olan 52 xəstədə, eləcə də ağırlaşmış xoledoxoliazlı 16 xəstədə aerob mikroorqanizmlərin 74 ştammi, anaerob mikroorqanizmlərin isə 47 ştammi təyin edilmişdir. Aparılmış tədqiqat destruktiv xolesistitlərdə anaerobların, xüsusən də klostridial mikrofloranın əhəmiyyətli rol oynadığını göstərir.

Nozokomial mikrofloranın öyrənilməsi zamanı 2010-cu il ərzində cərrahiyyə şəbəkəsindən və əməliyyat blokundan 192 yaxma götürülmüşdür ki, buradan da 82 ştammi alınmışdır. Bu zaman müəyyən edilmişdir ki, E.coli-nin rezistent ştammlarının payı 60-100%-ə çata bilər. Ştammlar II nəslə florxinolonlara və mühafizə olunmayan yarımsintetik penisillinlərə daha çox rezistent olmuşlar. Nozokomial infeksiyanın ayırd edilmiş ştammları amoksiklav və seftriaksona daha həssas olmuşlar. Buna görə də onları öddəşi xəstəliyinin bütün klinik formalarında antibiotikoprofilaktikanın həyata keçirilməsi məqsədilə optimal antibakterial preparatlar kimi seçmişik. Aparığımız tədqiqat işinin ilk hissəsində ağırlaşmamış öddəşi xəstəliyi olan I müalicə qrupu xəstələrində siprofloksasin və amoksiklavla aparılan iki standart antibiotikoprofilaktika sxeminin klinik effektivliyi, təhlükəsizliyi və onların müqayisəsi həyata keçirilmişdir.

I qrupa ağırlaşmamış kəskin (kataral) xolesistiti, xroniki kalkulyoz xolesistiti və ağırlaşmamış xoledoxolitiazı olan, “təmiz” və “şərti-təmiz” əməliyyatlar keçirən və antibakterial profilaktikanın növündən asılı olaraq 2 yarımqrupa bölünən 95 xəstə daxil edilmişdir.

IA yarımqrupa daxil olan 49 xəstədə antibiotikoprofilaktika siprofloksasinlə ümumi qəbul olunmuş qaydada 5 gün ərzində aparılmışdır;

IB yarımqrupa daxil olan 46 xəstədə isə antibiotikoprofilaktika bakterioloji müayinələr, antibiotiklərə həssaslıq sınaqları əsasında bizim tərəfimizdən işlənib hazırlanmış və amoksiklavın orta terapevtik dozası ilə 2-3 gün ərzində aparılmışdır.

I müalicə qrupunda əməliyyatdan sonrakı dövr 71 (74,7%) xəstədə fə-sadsız, 24 (25,3%) xəstədə ağırlaşmış gedişə malik olmuşdur. Ümumilikdə IA (nəzarət) yarımqrupunda 13 (26,5%) xəstədə 21, IB (əsas) yarımqrupda isə 11 (23,9%) xəstədə 16 ağırlaşma meydana çıxmışdır.

Beləliklə, əsas (IB) yarımqrupa daxil olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların ümumi rastgəlmə tezliyi nəzarət (IA) yarımqrupuna daxil olan xəstələrlə müqayisədə 8,1% aşağı olmuşdur ($p>0,05$). Cərrahi müdaxilə zonasında cəmi 9 (9,5%) xəstədə irinli-septik ağırlaşmalar inkişaf etmişdir ki, bunlardan da 5-i (5,3%) I müalicə qrupuna daxil olmuşdur. Bu göstəricilər arasındakı fərq statistik qeyri-dürüst olmuşdur ($p>0,05$). Bu fakt onu göstərir ki, amoksiklavla aparılan antibiotikoprofilaktikanın 48-72 saata qədər qısaldılması cərrahi müdaxilə zonasında irinli-septik ağırlaşmaların tezliyinin artması ilə müşayiət olunmur, əksinə onun sayının azalmasına səbəb olur.

I müalicə qrupuna daxil olan 20 (21,1%) xəstədə qonşu orqan və strukturlar tərəfindən ümumilikdə 24 (25,3%) ağırlaşma inkişaf etmişdir ki, bunlardan da 9-u (9,5%) infeksiyon, 15-i (15,8%) isə qeyri-infeksiyon ağırlaşmalar olmuşdur. Bu zaman əsas (IB) yarımqrup xəstələrdə qonşu orqan və strukturlar tərəfindən meydana çıxan infeksiyon-irinli ağırlaşmaların tezliyi nəzarət (IA) yarımqrupundakı ilə müqayisədə bir qədər aşağı (1,7%) olmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı irinli-septik ağırlaşmalara görə təkrari müdaxilələr cəmi 5 (5,3%) xəstədə aparılmışdır ki, onlardan da 3-ü (6,1%) IA, 2-si (4,3%) isə IB yarımqrupa daxil olmuşdur. İnfeksiyon ağırlaşmalara görə təkrari müdaxilələr və invaziv proseduraların tezliyi nəzarət (IA) yarımqrupu ilə müqayisədə əsas (IB) yarımqrupda dürüstlüklə aşağı (1,5 dəfə) olmuşdur ($p<0,01$).

Əməliyyatdan sonrakı dövrün uzunluğu 5 gündən 24 günə qədər olmuş və orta hesabla $11,3 \pm 0,9$ gün təşkil etmişdir. IA (nəzarət) yarımqrupa daxil olan xəstələr əməliyyatdan sonra stasionarda orta hesabla 2 gün çox qalmışdır.

Beləliklə, I müalicə qrupunda ($n=95$) antibiotikoprofilaktikanın klinik effektivliyi 90,5% təşkil etmişdir; bu zaman IA (nəzarət) yarımqrupda o, 89,8%, IB yarımqrupda (əsas) 91,3% olmuşdur ($p>0,05$). Buradan belə bir nəticə çıxır ki, amoksiklavla aparılan 48-72 saatlıq qısamüddətli antibiotikoprofilaktika effektivliyinə görə siprofloksasinlə 120 saatlıq perioperasion profilaktikadan geri qalmır.

Yanaşı reaksiyaların nəticələrinin qiymətləndirilməsi göstərdi ki, antibiotikoprofilaktikanın müddətinin 2-3 gün qısaldılması və ftorxinolonların amoksiklavla əvəz olunması irinli-septik ağırlaşmaların qarşısının

alınmasının klinik effektivini 90,5% səviyyədə saxlamaqla allergik reaksiyaları 1,6 dəfə, toksik reaksiyaları 1,5 dəfə, kimyəvi-terapevtik reaksiyaları isə 1,9 dəfə azaltmağa imkan verir.

Tədqiqat işinin ikinci hissəsində II müalicə qrupuna daxil olan, “çirkələnmiş” və ”çirkli” əməliyyatlar icra edilən xəstələrdə ayrılıqda və immunokorreksiya ilə birgə aparılan ABP-nin nəticələri təhlil edilmişdir.

II müalicə qrupunda kəskin xolesistitin destruktiv formaları, eləcə də mexaniki sarılıq, xolangit və ya qarın boşluğunun absesi ilə ağırlaşdığına görə “çirkələnmiş” və “çirkli” əməliyyatlar həyata keçirilmiş 68 xəstə 2 yarımqrupa bölünmüşdür:

IIA (nəzarət) yarımqrupa daxil olan 35 xəstədə 5 gün ərzində amoksisillin və seftriaksonla antibiotikoprofilaktika aparılmışdır.

IIB (əsas) yarımqrupa daxil olan 33 xəstədə bizim tərəfimizdən işlənib hazırlanmış və IIA yarımqrupda istifadə olunan antibiotikoprofilaktika ilə yanaşı, taktivin və qalavitlə immunokorreksiya aparılmışdır. **Taktivin** əməliyyata qədərki dövrdə və əməliyyatdan sonra 2-ci gün, daha sonra isə günəşırı (4-cü, 6-cı, 8-ci və s.) olmaqla əzələ daxilinə gündə 1 dəfə, xəstə stasionardan evə yazılana qədər yeridilmişdir. Taktivinin kurs dozası gündə 100 mq-dan (1,0-0,01%-li məhlul) 5-7 inyeksiya təşkil etmişdir. **Qalavit** cərrahi əməliyyata qədər 1 dəfə və əməliyyatdan sonrakı bütün günlər ərzində gündə 1 dəfə əzələ daxilinə yeridilmişdir. Qalavitin kurs müalicəsi gündə 0,1 q-dan 8-14 inyeksiya təşkil etmişdir.

İmmunokorreksiyanın müddəti patologiyanın növündən, ağırlıq dərəcəsiindən, immun defisitinin təzahür dərəcəsiindən, cərrahi müdaxilənin növündən və həcmindən asılı olmuşdur. İmmunogrammaların təhlili göstərdi ki, II müalicə qrupuna daxil olan ağırlaşmış xoledoxolitiav və destruktiv xolesistitli bütün xəstələrdə stasionara daxil olarkən və təcili əməliyyatdan sonra aydın nəzərə çarpan immunodepressiya qeyd edilir (cədvəl 4).

Tədqiqat olunan IIB yarımqrupda immunokorreksiyanın bilavasitə təsiri əməliyyatdan sonrakı dövrün 7-10-cu günlərinə təsadüf edir.

Cədvəl 4.

II müalicə qrupuna daxil olan xəstələrdə immun statusun göstəricilərinin dinamikası

Göstərici (norma)	İlkin (əməliyyata qədər)	Əməliyyatdan 10 gün sonra	
		IIA (n=23)	IIB (n=22)
Leykositlər (6,9±2,1 min./ml)	13,4±2,6	10,2±1,7*	9,3±1,4
Limfositlər (29,4± 1,3%)	14,7±3,6	17,6±2,4*	23,8±3,5
Yetkin T-limfositlər (CD3+) (73,1±8,4%)	61,2±5,4	62,3±4,6	69,4±5,3
T-helperlər (CD4+) (39,9±6,5%)	31,4±3,7	32,7±3,6	40,1±3,2*
T-killerlər/supressorlar (CD8+) (28,4±4,0%)	17,4±2,5	21,6±2,0	24,8±2,6*
İmmun tənzimləyici indeks (CD4/CD8) (1,5±0,4%)	1,8±0,2	1,6±0,3	1,5±0,2
Təbii killerlər (CD16+CD56+) (15,0±3,1%)	23,0±4,1	22,4±5,3*	17,2±4,6*
B-limfositlər (CD19+) (16,3±3,5%)	6,1±1,5	10,4±2,7*	13,5±2,4**
Aktivləşmiş T- və B-limfositlər (CD25+) (12,9±0,7%)	17,3±1,1	15,8±1,5	13,4±2,2*
IgA (1,95±0,02 q/l)	3,0±0,6	3,8±0,6	1,99±0,04**
IgM (1,2±0,02 q/l)	2,4±0,4	1,85±0,3*	1,45±0,08**
IgG (16,05±0,12 q/l)	18,5±3,1	15,2±2,0	16,06±0,21
İL10 (0-5 pg/ml)	8,2±1,6	5,9±0,9*	3,4±0,6**
Sirkulyasiya edən immün komplekslər (SEİK) (82,1±5,9 u.v.)	171,8±34,2	156,0±7,4*	128,7± 12,7**
Neytrofillərin faqositar aktivliyi (NFA) (87,0±5,0%)	67,4±3,5	76,4±4,6	82,4±6,6

Tədqiq olunan II müalicə qrupunun IIB (əsas) yarımqrupuna daxil olan xəstələr üçün ümumilikdə immün sistemin həm T-, həm də B-həlqəsinin zəifləmiş göstəricilərinin dürüstlüklə daha sürətli bərpa dinamikası xarakterikdir. Taktivin və qalavitdən istifadə edərək, tədqiq olunan iltihabəleyhi sitokinin (IL-10) konsentrasiyası 2,4 dəfə ($p<0,01$) azalmışdır

ki, bu da iltihabi prosesin sönüyünü göstərir (cədvəl 5). Antibiotiko-profilaktika məqsədilə amoksiklavın və seftriaksonun immunokorreksiya məqsədilə istifadə olunan taktivin və qalavitlə eyni vaxtda tətbiqi IIA yarımqrupdakı ayrılıqda bu antibiotiklərlə aparılmış antibiotikoprofilaktika ilə müqayisədə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaları 7,5% azaltmağa, yəni 25,7%-dən 18,2%-ə qədər endirməyə imkan vermişdir. 5 (7,4%) xəstədə 9 irinli-septik ağırlaşmalar inkişaf etmişdir ki, bunlardan da nəzarət yarımqrupunda 3 (8,6%) xəstədə 6, əsas yarımqrupda isə 2 (6,1%) xəstədə 3 ağırlaşma qeyd edilmişdir ($p<0,05$) (cədvəl 5).

Cədvəl 5.

Ağırlaşmış ÖDX olan II müalicə qrupunun xəstələrində əməliyyat zonasının irinli-septik ağırlaşmalarının strukturu

Ağırlaşma	Xəstələr yarımqrupunda ağırlaşmaların sayı					
	IIA (n=35)		IIB (n=33)		Cəmi (n=68)	
	Mütləq	%	Mütləq	%	Mütləq.	%
Qarın ön divarının tikişlər nahiyəsində iltihabi infiltrat	2	33,3	1	33,3	3	33,3
Qarın ön divarının kontrapertura nahiyəsində iltihabi infiltrat	-	-	-	-	-	-
Əməliyyatdan sonrakı yaranın irinləməsi	2	33,3	1	33,3	3	33,3
Dərialtı eventrasiya	1	16,7	-	-	1	11,1
Liqatura fistulası	1	16,7	1	33,3	2	22,2
Qarın boşluğunun absesi	-	-	-	-	-	-
Öd və digər mənşəli peritonitlər	-	-	-	-	-	-
Öd fistulası	-	-	-	-	-	-
CƏMİ:	6	100,0	3	100,0	9	100,0

İkinci müalicə qrupuna daxil olan 7 xəstədə orqanizmin müxtəlif orqan və sistemlərində 11 əməliyyatdan sonrakı ağırlaşma inkişaf etmişdir:

IIA yarımqrupun 4 (11,4%) xəstəsində ümumilikdə 7, IIB yarımqrupun isə 3 (9,1%) xəstəsində 4 ağırlaşma, yəni 1,3 dəfə az rast gəlinmişdir. Əməliyyatdan sonra əməliyyat yarasının irinləməsi və qarın boşluğunun absesinə görə təkrar müdaxilələr cəmi 3 (4,4%) xəstədə aparılmışdır ki, onlardan da 2-i (5,7%) IIA, 1-i (3,0%) isə IIB yarımqrupa daxil olmuşdur.

Aparılan tədqiqatlara əsasən müəyyən olunmuşdur ki, immunokorreksiya ilə birgə istifadə olunan antibiotikoprofilaktika IIB (əsas) yarımqrupda həm əməliyyatdan sonrakı irinli-septik ağırlaşmaların (1,4 dəfə), həm də təkrari əməliyyatların tezliyini (1,9 dəfə) statistik dürüstlüklə azaldır ($p < 0,05$) və əməliyyatdan sonrakı dövrün müddətinin 3 gün, yəni $14,2 \pm 0,6$ gündən $11,3 \pm 0,4$ günə qədər ($p < 0,05$) qısalmasına səbəb olur.

Beləliklə, II müalicə qrupunda ($n=68$) antibiotikoprofilaktikanın klinik effektivliyi 89,7% təşkil etmişdir. Bu zaman IIA (nəzarət) yarımqrupda o, 88,6%, immunokorreksiya da əlavə edilmiş IIB yarımqrupda (əsas) isə 91,9% olmuşdur. Buradan belə bir nəticə çıxır ki, taktivin və qalavitlə immunokorreksiya da əlavə edilmiş 120-saatlıq amoksiklav və seftriaksonla aparılan antibiotikoprofilaktika, bu preparatlarla ayrılıqda aparılan 120-saatlıq antibiotikoprofilaktikadan daha (3,3%) effektivdir.

NƏTİCƏLƏR

1. Ağırlaşmamış öddaşı xəstəliyi olan xəstələrin öd yollarındakı aerob mikroflora ümumi mikrob spektrin 80,3%-ni, anaeroblar isə 19,7%-ni təşkil edir. Aerob mikroorqanizmlərdən əsasən (70% hallarda) 3 mikrob növü məskunlaşır: *E. coli* (30,1%), *Enterococcus spp.* (23,8%) və *Staphylococcus aureus* (14,7%). Destruktiv xolesistitin bütün formaları üçün qram-mənfi aerob mikroflora (69% hallarda) daha xarakterikdir.
2. Öddaşı xəstəliyi olan xəstələrin öd yollarında aşkar edilən endogen mikrofloranın böyük əksəriyyəti və nozokomial infeksiya amoksiklav və seftriaksona daha həssasdır. Kəskin destruktiv xolesistitlər zamanı iltihabi proses fleqmonoz xolesistitlərdə 28,5%, qanqrenoz-perforativ xolesistitlərdə isə 52,9% hallarda tam anaerob xarakter daşıyır.
3. Ağırlaşmamış öddaşı xəstəliyi olan xəstələrdə siprofloksasinin amoksiklavla əvəz olunmaqla aparılan antibiotikoprofilaktikanın müddətinin 2-3 gün qısaltılması allergik reaksiyaların rastgəlmə tezliyini 1,6 dəfə, toksik reaksiyaları 1,5 dəfə, kimyəvi-terapevtik reaksiyaları 1,9 dəfə, xəstələrin stasionarda qalma müddətini isə 2 gün azaltmaqla bərabər, həm də irinli-septik ağırlaşmaların qarşısını almaq üzrə klinik effektivliyi 91,3% səviyyədə saxlamağa imkan verir.

4. Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi olan xəstələrdə amoksiklav və seftriaksonla aparılan 120-saatlıq antibiotikoprofilaktikanın klinik effektivliyi 88,6%, immunokorreksiya əlavə edildikdə isə 91,9% təşkil edir.
5. Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi olan xəstələrdə antibiotikoprofilaktikanın immunokorreksiya ilə birgə istifadə olunması həm əməliyyatdan sonrakı irinli-septik ağırlaşmaları (1,3-1,4 dəfə), həm də təkrari əməliyyatların tezliyini (1,9 dəfə) statistik dürüstlüklə azaldır və əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrin stasionarda qalma müddətini 3 gün qısaldır.

PRAKTİKİ TÖVSIYYƏLƏR

1. Ağırlaşmamış öddaşı xəstəliyi olan xəstələrin öd yollarında aparılan “təmiz” və “şərti-təmiz” əməliyyatlar zamanı amoksiklavla orta terapevtik dozada (100,0 ml fizioloji məhlulda həll edilmiş 1,2 q amoksiklav əməliyyatdan bilavasitə 30 dəq. əvvəl, sonra isə 48-72 saat ərzində (uyğun olaraq “təmiz” və “şərti-təmiz” əməliyyatlarda) hər 8 saatdan bir vena daxilinə) aparılan 48-72 saatlıq antibiotikoprofilaktika yanaşı reaksiyaları minimal tezlikdə saxlamaqla irinli-septik ağırlaşmalara az sayda rast gəlinməsinə təmin etdiyindən əsas profilaktika üsulu kimi məsləhət görülməlidir.
2. Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi olan xəstələrin öd yollarında aparılan təcili əməliyyatlar zamanı amoksiklav və seftriaksonla aparılan 120-saatlıq antibiotikoprofilaktika yanaşı reaksiyaları aşağı tezlikdə saxlamaqla irinli-septik ağırlaşmalara az sayda rast gəlinməsinə təmin edilir və buna görə də əsas profilaktika üsulu kimi məsləhət görülməlidir.
3. Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi olan xəstələrdə əməliyyatın, xüsusən də əməliyyatdan sonrakı dövrdə erkən dövrdə aparılan antibiotikoterapiya kompleksinə immuntənظیمləyici preparatların da əlavə olunması məqsədəuyğundur. Bu zaman aparılan terapiyanın adekvatlığına nəzarəti immunoqramın göstəricilərinin dinamikasına əsasən həyata keçirmək lazımdır.
4. İmmun preparatlar hesab olunan taktivin və qalavit ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi olan xəstələrdə klinik reabilitasiyanı sürətləndirən, cərrahi müalicənin bilavasitə nəticələrini və bu kateqoriya xəstələrdə həyat keyfiyyətini yaxşılaşdıran immunmodullaşdırıcı və iltihabəleyhi vasitələr kimi tövsiyə oluna bilər.

DİSSERTASIYANIN MÖVZUSU ÜZRƏ DƏRC OLUNMUŞ ELMİ İŞLƏRİN SİYAHISI

1. Современная антибактериальная профилактика в хирургии желчевыводящих путей // Вестник хирургической гастроэнтерологии. Москва, 2010, №1, с.34-39 (соавт. Насиров М.Я., Ахундов И.Т., Аллахвердиев Д.Д.)
2. Эффективность современной антибиотикопрофилактики и иммуномодулирующей терапии в комплексном лечении больных с деструктивным холециститом // Пироговская Хирургическая Неделя, 2010, с.278 (соавт. Насиров М.Я., Ахундов И.Т., Аллахвердиев Д.Д.).
3. Öd daşı xəstəliyinin və kəskin kalkulyoz xolesistitin mikrobioloji aspektləri // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2010, № 6, s.14-19 (həmmüəl. Nəsirov M.Y., Allahverdiyev D.D.)
4. Kəskin irinli xolangitli xəstələrdə ikincili immun çatmamazlığın və immun korreksiyanın xüsusiyyətləri // Cərrahiyyə, 2010, № 2, s.72-76 (həmmüəl. Nəsirov M.Y., Allahverdiyev D.D.).
5. Kəskin irinli xolangitin mikrobioloji mənzərəsinin öyrənilməsi və onun antibakterial terapiyada əhəmiyyəti // Azərbaycan Tibb. Jurnalı, 2011, №3, s.72-76 (həmmüəl. Nəsirov M.Y., Şərifov E.Y., Əliyev M.H.).
6. Destruktiv xolesistitli xəstələrdə taktivin və qalqvitlə immuno-korreksiyanın immun statusun göstəricilərinin dinamikasına təsiri // Sağlamlıq, 2011, № 4, s.101-107
7. Destruktiv xolesistitin kompleks müalicəsi zamanı immunomodulation terapiya və antibiotik profilaktikasının rolu // TIP KONGRESİ – 1 Bakı (I Tibb Konqresi Tibbdə Yeni Nailiyyətlər). 2011,s.231-232 (həmmüəl. Nəsirov M.Y., Əhmədov Q.X.,)
8. Modern antibacterial prophylaxis and immunomodulating therapy in complex treatment of patients with cholecystitis // Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyev anadan olmasının 115 illiyinə həsr edilmiş KONFERANSI 2012, s.357-358 (həmmüəl.Nəsirov M.Y.)

ДАРЬЮШ ДЖАФАРИ ДЖАВАД
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ
СОВРЕМЕННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ И
ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

РЕЗЮМЕ

Проведено исследование клинической эффективности АБП амоксиклавом и цефтриаксоном (отдельно и в сочетании с иммунокоррекцией тактивином и галавитом) у 163 больных с ЖКБ.

I лечебную группу составили 95 больных с острым катаральным холециститом и неосложненным холедохолитиазом, которым были произведены «чистые» и «условно-чистые» операции, разделенные, в зависимости от примененного метода АБП, на две подгруппы: IA (контрольная) подгруппа - 49 больных, которым проводилась АБП ципрофлоксацином продолжительностью 5 дней. IB (основная) подгруппа - 46 больных, которым проводилась АБП амоксиклавом продолжительностью 2-3 дня.

II лечебную группу составили 68 больных с деструктивными формами острого холецистита (52) и холедохолитиазом (16), осложненными МЖ (25), холангитом (14), внутрибрюшными абсцессами (6), которым проводились «загрязненные» и «грязные» операции, также разделенные на 2 подгруппы: ПА (контрольная) подгруппа - 35 больных, которым проводилась АБП амоксиклавом и цефтриаксоном продолжительностью 5 дней. ПВ (основная) подгруппа - 33 больных, которым, наряду с разработанной нами новой АБП, проводилась также иммунокоррекция тактивином и галавитом.

Изучение состояния ИС проведено у 69 больных с ЖКБ 1-й (24) и 2-й (2А-23 и 2В-22) лечебных групп. Изучение ИС включало исследование иммунокомпетентных клеток (CD⁺) методом проточной лазерной цитофлуориметрии, фагоцитоза, ЦИК, Ig A, M, G и ИЛ10.

АБП амоксиклавом у больных с неосложненной ЖКБ позволило снизить общую частоту послеоперационных осложнений на 8,1%, аллергических реакций - в 1,6, пребывание больных в стационаре на 2 суток. Применение АБП в сочетании с иммунокоррекцией у больных с осложненной ЖКБ достоверно снизило частоту послеоперационных гнойно-септических осложнений (в 1,3–1,4 раза), повторных операций (в 1,9 раза), аллергических реакций - на 5,2%, токсических - на 7,5%, химиотерапевтических - на 8% и пребывание в стационаре (на 3 дня).

DARYOUSH JAFARI JAVAD

MODERN ANTIBACTERIAL PROPHYLAXIS AND IMMUNO-MODULATING THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLECYSTITIS

SUMMARY

The investigation of the clinical effectiveness of ABP with amoxiclav and ceftriaxone (alone and in combination with immunocorrecting taktivin and galavit) in 163 patients with GSD.

First group included 95 patients with acute cholecystitis catarrhal (76) and uncomplicated choledocholithiasis (19), which were made "clean" and "conditionally clean" operation, divided, depending on the method used to ABP, into two subgroups: IA (control) subgroup – included 49 patients who underwent ABP with ciprofloxacin for 5 days. IB (main) subgroup – included 46 patients who underwent ABP with amoxiclav for 2 (for "clean") - 3 ("conditionally clean" operations) days.

Second group included 68 patients with destructive forms of acute cholecystitis (52) and choledocholithiasis (16), complicated by mechanical jaundice (25), cholangitis (14), intraabdominal abscess (6), which were performed "contaminated" and "dirty" operations. This group also was divided into 2 subgroups: IIA (control) subgroup – included 35 patients who underwent ABP with amoxiclav and ceftriaxone for 5 days. IIB (main) subgroup – included 33 patients, which, along with the new ABP, was also carried out immunocorrection with taktivin and galavit.

In 76 patients with acute cholecystitis catarrhal and 19 with uncomplicated choledocholithiasis selected 178 strains of bacteria. Aerobes were 80.3%, anaerobes - 19.7%. 52 patients with destructive cholecystitis and 16 with choledocholithiasis, complicated with cholangitis and MJ, identified 74 (61%) strains of aerobic and 47 (39%) strains of anaerobic microorganisms.

ABP with amoxiclav in patients with uncomplicated cholelithiasis the overall rate of postoperative complications has reduced 8.1%, allergic reactions - 1.6, toxic reactions - 1.5 and chemotherapy reactions - 1.9 times, hospitalizations for 2 days. ABP in combination with immune correction in patients with complicated gallstone diseases significantly reduced the incidence of postoperative septic complications (1.3 - 1.4 times), reoperation (1.9 times), allergic reactions - 5.2%, toxic reactions - 7.5%, chemotherapy reactions - 8%, and hospital stay (3 days).

Çapa imzalanıb: 29.04.2013
Format: 60x84 1/16. Tiraj: 100.

«Mütərcim» Nəşriyyat-Poliqrafiya Mərkəzi
Bakı, Rəsul Rza küç., 125
tel./faks 596 21 44
e-mail: mutarjim@mail.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ДАРЬЮШ ДЖАФАРИ ДЖАВАД

**УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ
СОВРЕМЕННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ
И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ**

3213.01 - «Хирургия»

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание научной степени
доктора философии по медицине

Баку – 2013