

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

ABASƏT HƏSƏN oğlu HÜSEYNƏLİYEV

**KƏSKİN DAŞLI XOLESİSTİT ZAMANI
ORQANİZMİN SİTOKİN STATUSU
VƏZİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ
VƏ ONUN TƏNZİMLƏNMƏSİ**

3213.01 – Cərrahlıq

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi almaq üçün
təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

Bakı – 2015

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

Elmi rəhbər:

Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

C.N. HACIYEV

Rəsmi opponətlər:

- Tibb üzrə elmlər doktoru, professor

S.A.ƏLİYEV

- Tibb üzrə elmlər doktoru

S.Ə. HÜSEYNOV

Aparıcı təşkilat: akad. M.A.Topçubaçov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, qaraciyər, öd yolları və mədəaltı vəz cərrahlıq şöbəsi

Dissertasiyanın müdafiəsi “__”_____ 2015-ci il saat “__”-da Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən D03.011 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: Az 1022, Bakı şəh., Bakıxanov küç., 23.

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat «__»_____ 2015-ci il tarixdə göndərilmişdir.

D 03.011

Dissertasiya Şurasının Elmi katibi,
tibb üzrə elmlər doktoru, professor

Ş.F.İBRAHİMLİ

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Qarın boşluğu üzvlərinin kəskin cərrahi xəstəlikləri içərisində kəskin xolesistit birinci-ikinci yeri tutur. (B.A. Ağayev, 2007; И.В.Маев с соавт., 2006; М.И. Прудков с соавт., 2005; С.Р.Чахмахчев, 2009). 25-98,8% hallarda öddaşı xəstəliyi fonunda inkişaf edən kəskin daşlı xolesistitin (KDX) cərrahi müalicəsində əldə edilən uğurlara baxmayaraq 0,3-10,6% hallarda ölümə və 8-32% hallarda müxtəlif ağırlaşmalara, o cümlədən 12,6%-ə qədər irinli-iltihabi ağırlaşmalara təsadüf edilir (Н.М. Кузин с соавт., 2000; Ю. Нестеренко с соавт., 2003; С.Р.Чахмахчев, 2009; А.А. Яковлев, 2009; Е.Н. Зюбина, 2009).

Öd kisəsindəki kəskin iltihabi proses orqanizmin immun statusunda, immunkomponent hüceyrələrin əsas subpopulyasiyalarının say tərkibində və funksional aktivliyində ciddi dəyişikliklər törədir (Дж.Н. Гаджиев с соавт., 2003; П.С. Зубеев с соавт., 2003; С.Н. Насиёев və həмм., 2011).

İstənilən cərrahi müdaxilə işə aparılan əməliyyatın həcmindən və orqanizmin homeostatik sistemlərinin vəziyyətindən asılı olaraq immun sistemə mənfi təsir edərək ikincili immunçatmazlıq halına, müxtəlif irinli-iltihabi ağırlaşmalara, sepsisə və hətta, ölümə səbəb ola bilər (B.C. Данзанов с соавт., 2010; В.И. Миронов, И.И. Гилева, 2009; Т.В. Lennard et al., 2005; L.D. Narla et al., 2003).

Müasir görüşlərə görə iltihaba sistemin iltihaba reaksiyası sindromu nöqtəyi-nəzərindən baxılır (А.А. Жидовинов с соавт., 2006). İltihabi reaksiyanın başlanması və onun əsas mərhələlərinin inkişafı iltihablehinə olan sitokinlərlə birbaşa bağlıdır. Sitokinlər immun cavabın formalaşmasının xüsusiyyətlərini müəyyənləşdirirlər (Ж.И. Авдеева с соавт., 2009; С.А. Кетлинский, А.С. Симбирцев, 2008) və sitokinlər sintezinin induksiyası erkən iltihabi cavab üçün xarakterikdir (B.A. Валеева с соавт., 2011; Е.В. Маркелова с соавт., 2008). İltihab fonunda sitokinlər bu və ya digər dərəcədə sistem təsiri göstərirlər: kiçik və mülayim dozalarda sanogen və böyük dozalarda – yüksək patogen (B.И. Черный, А.Н. Нестеренко, 2010). İltihabi reaksiyanın normal başa çatması, onun yayılmasının və hədsiz yerli təzahürünün qarşısının alınması məqsədilə orqanizmdə iltihabəleyhinə kompensator cavab (CARS) işə qoşulur. İltihabi reaksiya ilə CARS arasında balanslaşmanın pozulması iltihablehinə sitokinlərin hədsiz sintezinə – «sitokin qasırgasına» səbəb olur və nəticədə sistemin iltihaba reaksiyası işə düşərək poliorqan çatmazlığa,

irinli-iltihabi ağırlaşmalara və sepsisə gətirib çıxarır (Ж.И.Авдеева с соавт., 2009; А.А. Останин с соавт., 2004; И.А. Ерюхин с соавт., 2006; K. Takeda et al., 2006; R. Flint, J. Windsor, 2004; A. Marti et al., 2007). Əksər hallarda iltihabi prosesin gedişi və xarakteri iltihablehinə və iltihabəleyhinə sitokinlər arasındakı balansın pozulmasından asılı olur (А.А. Останин с соавт., 2004; В.А. Ступин с соавт., 2010).

Lakin KDX-li xəstələrdə sitokin profili göstəriciləri çox az öyrənilmiş olaraq qalır (Дж.Н. Гаджиев с соавт., 2012; Б.С. Данзанов с соавт., 2010; А.А. Жидовинов с соавт., 2006) və bu sahədə elmi araşdırmaların aparılmasını tələb edir. Digər tərəfdən KDX-nin kompleks müalicəsinə sitokinoterapiya üsulunun tətbiqi kimi məsələlər öz həllini gözləyir.

İşin məqsədi. Kompleks müalicə tədbirlərinə sistem sitokinoterapiyasını daxil etməklə kəskin daşlı xolesistitin cərrahi müalicəsinin nəticələrini yaxşılaşdırmaq.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Kəskin daşlı xolesistitin cərrahi müalicəsi zamanı orqanizmin immun status göstəricilərinin öyrənilməsi.
2. Kəskin daşlı xolesistitli xəstələrdə iltihabın morfoloji formasından asılı olaraq sitokin profili göstəricilərinin qiymətləndirilməsi.
3. Splenopid preparatının immun status göstəriciləri dinamikasına təsirinin öyrənilməsi.
4. Sistem sitokinoterapiyasının sitokin profilinə təsiri dinamikasının müqayisəli qiymətləndirilməsi.
5. Splenopidlə sistem sitokinoterapiyasının klinik səmərəliliyinin müqayisəli təhlili

İşin elmi yeniliyi:

- Kəskin daşlı xolesistitlər zamanı iltihabın morfoloji formasından, ağırlaşmaların xarakterindən və immun status pozğunluqlarının dərinliyindən asılı olaraq kompleks bazis müalicə tədbirlərilə birgə splenopid preparatının differensiasiyalı tətbiqinə göstərişlər işlənib hazırlanmışdır.

- Kəskin daşlı xolesistit zamanı orqanizmin sitokin profilindəki disbalansın dərinliyinin iltihabın formasından və ağırlaşmaların xarakterindən asılı olduğu müəyyən edilmişdir.

- Kəskin daşlı xolesistitin kompleks müalicəsi tədbirləri fonunda sistem sitokinoterapiyasının orqanizmin immun və sitokin statusunu artırması aşkarlanmışdır.

-Mexaniki sarılıq və xolangitlərin kompleks müalicəsinə sistem sitokinoterapiyasının və xoledoxdaxili ozonoterapiyanın daxil edilməsinin yüksək səmərəliliyi və məqsədyönlülüüyü müəyyən edilmişdir.

- Kəskin daşlı xolesistitin kompleks müalicə tədbirləri programına sistem sitokinoterapiyasının daxil edilməsinin ənənəvi üsulla müqayisədə daha yüksək klinik səmərə verdiyi sübut edilmişdir.

İşin praktik əhəmiyyəti:

- Kəskin daşlı xolesistitin bazis müalicəsi tədbirləri kompleksinə sistem sitokinoterapiyasının daxil edilməsi immun və sitokin statusu pozğunluqlarını qısa müddətdə aradan qaldıraraq orqanizmin müdafiə qabiliyyətini gücləndirməyə, iltihab prosesini tez bir zamanda söndürməyə, əməliyyatdansonrakı irinli - iltihabi ağırlaşmaların tezliyini azaltmağa və cərrahi müalicənin nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa imkan vermişdir.

- Mexaniki sarılıq və xolangit olan hallarda sistem sitokinoterapiyası ilə birgə tibbi ozonla endoxoledoxeal sanasiyanın daha səmərəli və məqsədyönlü bir üsul kimi üstünlüyü müəyyən edilmişdir.

- Kəskin daşlı xolesistitin formaları və ağırlaşmaların xarakteri nəzərə alınmaqla sistem sitokinoterapiyasının ayrılıqda və tibbi ozonla birgə işlədilməsi məqsədi ilə göstərişlər işlənib hazırlanaraq klinik praktikaya tətbiq edilmişdir.

Nəticələrin tətbiqi. Alınmış nəticələr ATU-nun ümumi cərrahlıq kafedrasında, Bakı ş. KTM-də və Naxçıvan müalicə-diaqnostika mərkəzində KDX-nin cərrahi müalicəsində istifadə edilir.

Tədqiqatın tibb elmlərinin problemlı planı ilə əlaqəsi. Dissertasiya işinin mövzusu ATU-nun ümumi cərrahlıq kafedrasının elmi-tədqiqat işi planına daxildir (Dövlət Qeydiyyatı № 0106 Az 00745).

Müdafiəyə çıxarılmış əsas elmi müddəalar:

1. Kəskin daşlı xolesistitli xəstələrdə sitokin statusu iltihablehinə və iltihabəleyhinə interleykinlərin disbalansı ilə xarakterizə olunur.

2. Kəskin daşlı xolesistit və onun ağırlaşmalarının kompleks müalicəsi zamanı sistem sitokinoterapiyası immun və sitokin statusu pozğunluqlarına normallaşdırıcı təsir göstərməklə iltihabi prosesi qısa bir müddətdə aradan qaldırır.

3. Kəskin daşlı xolesistitin cərrahi müalicəsi zamanı sistem sitokinoterapiyası iltihabın formasından və ağırlaşmaların xarakterindən asılı olaraq fərqli qaydada aparılmalıdır.

4. Kəskin daşlı xolesistit və onun ağırlaşmaları zamanı sistem

sitokinoterapiyasının immun status və sitokin profili göstəricilərinə göstərdiyi immuntənzimləyici təsirlə müalicənin nəticələrini xeyli yaxşılaşdırması klinik-laborator və immunoloji tədqiqatlarla sübut edilir.

İşin ilkin müzakirəsi. Tədqiqatın nəticələri prof.N.İ. Piroqovun anadan olmasının 200 illiyinə həsr edilmiş beynəlxalq konqresdə (Vinnitsa, 2010), “Operativ cərrahlıq və topoqrafik anatomiyanın aktual məsələləri” operativ cərrahlıq və topoqrafik anatomiya kafedrasının 50 illiyinə həsr edilmiş beynəlxalq elmi-praktik konfransda (Qrodno, 2011), Prof. H.A. Sultanovun 80 illiyinə həsr edilmiş elmi-praktik konfransda (Bakı, 2012), “Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi” beynəlxalq iştiraklı Rusiya elmi-praktik konfransında (Anapa, 2012), Prof.B.X.Abasovun 90 illiyinə həsr edilmiş beynəlxalq iştiraklı elmi konfransda (Bakı, 2013), Prof.B.M.Aşurovun 70 illiyinə həsr olunmuş elmi konfransda (Bakı, 2013) müzakirə edilmişdir.

Dissertasiya ATU-nun cərrahi profilli kafedraları və Bakı Şəhər Kliniki Tibbi Mərkəzin cərrahi şöbələrinin birgə iclasında (mart 2013) və ATU-nun nəzdində fəaliyyət göstərən Aprobasiya Şurasında (oktyabr 2013) məruzə edilmişdir.

Çap edilmiş işlər. Dissertasiya mövzusu üzrə 5 jurnal məqaləsi və 10 tezis çap edilmişdir.

Dissertasiyanın quruluşu və həcmi. Dissertasiya işi 185 kompüter səhifəsində yazılmışdır, giriş, ədəbiyyat icmalı, 3 fəsil, yekun, nəticələr, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. Dissertasiyada 38 cədvəl və 34 şəkil verilmişdir. Ədəbiyyat siyahısı 46 Vətən və 211 xarici mənbəni əhatə edir.

TƏDQIQATIN MATERİALLARI VƏ MÜAYİNƏ ÜSULLARI

Klinik tədqiqatlar Naxçıvan diaqnostika müalicə mərkəzində və ATU-nun ümumi cərrahlıq kafedrasında 2009 -2011-ci illərdə KDX diaqnozu ilə cərrahi əməliyyat keçirmiş 18-74 yaşlı 110 xəstəni əhatə edir. Xəstələrin 27-i kişi (24,5±4,1%), 83-ü isə qadın (75,5±4,1%) olmuşdur. 58 nəfərin (52,7±4,8%) yaşı 60-dan yuxarı olmuşdur. Xəstəliyin başlanmasının 1-ci sutkasında 28 nəfər (25,5±4,2%) klinikaya müraciət etsə də, xəstələrin 74,5±4,2%-i daha gec müddətlərdə stasionara daxil olmuşdur. Xəstələrin klinikaya gec müraciət etməsi 47 xəstədə (42,7±4,7%) müxtəlif ağırlaşmalara gətirib çıxarmışdır. Bu ağırlaşmalar içərisində ən çox təsadüf ediləni peritonit (21,8±3,9%) və xoledoxolitiaz, xolangit (XG) və mexaniki sarılıq (MS) (18,2±3,7%) olmuşdur. Həmçinin 20 xəstədə bir, 20-də eyni

zamanda 2 və 4-də isə 3 ağırlaşma qeyd edilmişdir. Xəstələrin 51,8±4,8%-də (57 xəstə) müxtəlif yanaşı xəstəliklər də aşkarlanmışdır. Bu yanaşı xəstəliklər içərisində ən çox təsadüf ediləni ürəyin xronik işemik xəstəliyi (19,1±3,7%), hipertoniya (13,6±3,3%) və şəkərli diabet (10,9±3,0%) olmuşdur. Klinikaya daxil olarkən 31 xəstənin (28,2±4,3%) vəziyyəti kafi, 53-nün (48,2±4,2%) orta ağırlıqda və 26-nın (23,6±4,1%) isə ağır qiymətləndirilmişdir.

Dissertasiya işinin məqsədi və vəzifələrinə uyğun olaraq xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür. I qrupa (müqayisə qrupu) əməliyyatönü və əməliyyatdansonrakı dövrdə ümumən qəbul edilmiş ənənəvi kompleks bazis konservativ terapiya almış 50 xəstə daxil edilmişdir. II qrupa (əsas) daxil olan 60 xəstədə KDX-nin cərrahi müalicəsi zamanı kompleks bazis terapiya tədbirləri kompleksinə splenopidlə sistem sitokinoterapiyası (SST) əlavə edilmişdir. Əməliyyatönü dövrdən olmaqla splenopid 230 mq dozada əzələ daxilinə sutkada bir dəfə olmaqla KDX-nin klinik formalarından və ağırlaşmalardan asılı olaraq 3-10 gün müddətində vurulmuşdur. KDX-nin MS və XG ilə ağırlaşdığı 11 xəstədə isə kompleks bazis müalicə və SST fonunda 7-10 gün müddətində xoledoxda saxlanmış drenajdan yerli ozonoterapiya (OT) məqsədilə ümumi öd axarının hər gün 2,5-5 mq/l konsentrasiyalı 100,0-150,0 ml ozonlaşmış fizioloji məhlulla (OFM) 50-60 damcı/dəq. sürətlə yuyulması yolu ilə xoledoxdaxili sanasiya aparılmışdır.

Klinikaya daxil olmuş xəstələrin hamısında endotraxeal narkoz altında xolesistektomiya aparılmışdır və cərrahi müdaxilələrin aparılma müddəti 1 saylı cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 1

Xəstələrdə cərrahi müdaxilənin aparılma müddəti

| Əməliyyatın aparılma vaxtı | I qrup (n=50) | | II qrup (n=60) | | Cəmi (n=110) | |
|--------------------------------------|------------------|----------|-------------------|----------|-----------------|----------|
| | Mütl. | % | Mütl. | % | Mütl. | % |
| Təxirəsalınmaz (ilkin 6 saat) | 14 | 28,0±6,3 | 20 | 33,3±6,1 | 34 | 30,9±4,4 |
| Erkən təcili (ilkin 24-48 saat) | 25 | 50,0±7,1 | 23 | 38,3±6,3 | 48 | 43,6±4,7 |
| Təxirəsalınmış (3-10 sutkadan sonra) | 11 | 22,0±5,9 | 17 | 28,3±5,8 | 28 | 25,5±4,2 |

KDX-nin MS və XG ilə ağırlaşmış 20 xəstədən 16-da xoledox xaricə drenajlanmış, 4 xəstədə isə xoledoxoduodenoanastomoz qoyulmuşdur.

Xəstələrin 40,0±4,7%-də KDX-nin kataral, 32,7±4,5%-də fleqmonoz və 27,3±4,2%-də isə qanqrenoz forması olmuşdur.

Xəstələrdə orqanizmin immun statusunda meydana çıxan dəyişiklikləri

qiymətləndirmək məqsədilə əməliyyataqədərki dövrdə, əməliyyatdan sonrakı 1-3, 5-7 və 10-14-cü sutkalarda dinamikada tədqiqatlar aparılmışdır. Periferik qanda hüceyrə immuniteti göstəriciləri – T-limfositlər (CD3+), T-helperlər (CD4+), T-supressorlar spesifik monoklonal antitellərin köməyiylə, qranulositar neytrofillərin faqositar aktivliyi ədədi (FƏ) isə heparinləşmiş qandan alınmış leykositar qarışığında təyin edilmişdir. Həmçinin immunrequlyator indeksi (İRİ)- CD4+/CD8+ öyrənilmişdir. Humoral immuniteti göstəriciləri – B-limfositləri (CD19+) spesifik monoklonal antitellərlə, immunoqlobulinlər (Ig A, M və G) J. Manchini et al. (1965), dövrən edən immun kompleks (DİK) isə M. Digeon et al. (1977) üsulu ilə təyin edilmişdir. Həmçinin plazmada endogen intoksikasiya markeri olan orta molekullu peptidlər (OMP) B.B. Николайчик с соавт. (1991) üsulu ilə öyrənilmişdir.

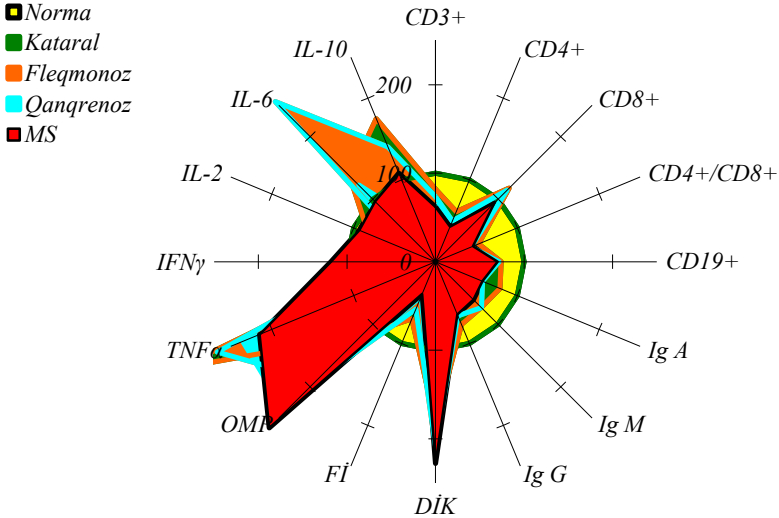
Sitokin profili göstəriciləri olan tumor nekrozlaşdırıcı faktor (TNF α), interferon-qamma (IFN γ), interleykinlər-2, 6 və 10 (İL-2, 6 və 10) qan zərdabında əməliyyata qədər, əməliyyatdan sonrakı 3 və 7-ci sutkalarda immunofermentativ üsulla Dender Medsystems (USA) firmasının reaktivlərindən istifadə etməklə təyin edilmişdir. Həmçinin, iltihablehinə və iltihabəleyhinə olan sitokinlərin bir-birinə nisbəti indeksi (Nİ) – TNF α /İL-10 və İL-2/İL-10 hesablanmışdır. 12 sağlam şəxsin göstəriciləri norma kimi götürülmüşdür.

Tədqiqatın gedişində alınan rəqəmlər variasion statistika üsulu ilə işlənmiş, qruplardakı göstəricilər arasındakı fərqi aşkarlamaq məqsədilə 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

Aparılmış tədqiqatlar hələ əməliyyataqədərki dövrdə xəstələrdə hüceyrə və humoral immunitətdə və sitokin profili göstəricilərində dərin dəyişikliklərin olmasını müəyyən etmişdir. İmmunitetin T-həlqəsində supressor tipli pozğunluq CD4+ potensialının, İRİ-nin (CD4+/CD8+) və neytrofillərin faqositar aktivliyinin azalması, B-həlqədə olan dəyişikliklər isə CD19+ miqdarının, Ig-lər konsentrasiyasının azalması və əksinə, DİK səviyyəsinin yüksəlməsi ilə özünü biruzə verir. KDX zamanı orqanizmin sitokin statusunda da disbalans müşahidə edilir. Belə ki, iltihablehinə

sitokirlərdən TNF α səviyyəsinin normadan çox, İL-6-nın mülayim artımı, əksinə İFN γ və İL-2 kimi iltihabəlehinə sitokirlərin azalması, iltihabəleyhinə sitokin İL-10 miqdarının isə artması aşkarlanmışdır. Lakin immun status və sitokin profili göstəricilərdəki dəyişikliklərin dərinliyi öd kisəsindəki iltihabın morfoloji formasından, MS və XG kimi ağırlaşmadan birbaşa asılı olmuşdur (şək. 1).



Şək. 1. Əməliyyataqədərki dövrdə immun status və sitokin profili göstəricilərinin, endogen intoksikasiyanın iltihabın formasından, MS və XG-dən asılılığı (norma – 100%).

Xəstələrdə immun status və sitokin profili göstəricilərinin, endogen intoksikasiyanın dinamikada müqayisəli öyrənilməsi KDX-nin bazis müalicə tədbirləri kompleksinə spleniopidlə SST-nin daxil edilməsinin məqsədyönlülüyünü və yüksək səmərəliliyini göstərmişdir.

KDX-nin kataral formasında I qrup xəstələrdə qanda əməliyyataqədərki dövrdə CD3+ miqdarı normadan 18,3% ($p<0,001$), CD4+ - 38,4% ($p<0,001$), CD4+/CD8+ - 46,3% ($p<0,001$), CD19+ - 26,8% ($p<0,001$), Ig A - 23,0% ($p<0,01$), Ig M - 28,2% ($p<0,001$), Ig G - 23,8% ($p<0,001$), FƏ - 30,2% ($p<0,01$) az, lakin CD8+ - 16,0% ($p<0,05$) və DİK - 86,2% ($p<0,001$) çox olur (cədvəl 2). Bu fonda TNF α konsentrasiyası normadan statistik dürüst 3,2 dəfə çox, İFN γ - 58,5% və İL-2 - 19,0% az,

İL-6 və İL-10 isə müvafiq olaraq 33,6% və 76,8% yüksək, TNF α /İL-10 nisbəti normadan yüksək olsa da, İL-2/İL-10 isə normadan aşağı həddə düşür.

Cədvəl 2

KDX-nin fleqmonoz formasında immunitetin
T-həlqəsindəki dəyişikliklərin müalicənin növündən asılılığı

| Göstərici | Qruplar | Tədqiqatın mərhələləri (sutka) | | | | Norma |
|--|---------|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| | | Ə/q | 1 – 3 | 5 – 7 | 10 – 14 | |
| CD3 ⁺ , % | I | 45,0±1,4 40-50,0 ***; ## | 36,6±1,3 31-41 ***; ^^ | 46,0±1,7 38-51 ***; ## | 51,7±1,2 46-56 ^^; # | 61,1±1,3 55,6-69 |
| | II | 44,9±1,4 39,6-50 ***; ## | 43,4±1,6 37-48,6 ***; ▲▲; ## | 52,2±1,6 47,2-57,2 ***; ^; & | 56,4±1,4 50-60,3 *; ^^; & | |
| CD4 ⁺ , % | I | 19,3±1,0 16-24 ** | 13,0±0,7 10-15 ***; ^^ | 23,6±1,6 15-28 ***; ^; # | 30,0±1,9 21-36 *; ^^ | 38,6±1,2 28,3-45 |
| | II | 19,1±0,9 15,9-23,7 ** | 18,4±0,8 15,6-22,1 ***; ^^ | 31,3±1,2 26,6-36,3 *; ^^; & | 34,7±0,9 31,1-37,3 *; ^^; & | |
| CD8 ⁺ , % | I | 25,7±0,8 23-29 **; ## | 23,6±1,4 18-29 ## | 22,4±0,9 20-27 ^ | 21,7±0,7 20-25 ^^; # | 22,5±0,6 20,1-27,3 |
| | II | 25,8±1,0 22,1-29,3 *; # | 25,0±1,2 20-28,6 ## | 21,0±1,1 16,6-25,4 ^^ | 21,6±0,6 18,9-23,9 ^^ | |
| CD4 ⁺ /CD8 ⁺ , % | I | 0,75±0,04 0,55-0,92 ** | 0,57±0,05 0,40-0,75 ***; ^; ## | 1,06±0,09 0,65-1,29 ***; ^^ | 1,41±0,13 0,84-1,80 *; ^^ | 1,73±0,07 1,04-1,90 |
| | II | 0,75±0,04 0,54-0,90 ** | 0,75±0,04 0,55-0,85 ***; & | 1,52±0,10 1,15-1,84 ^^; && | 1,61±0,04 1,47-1,75 ^^ | |
| FƏ | I | 2,37±0,18 1,4-2,8 **; ## | 1,90±0,14 1,3-2,3 ***; # | 2,56±0,24 1,6-3,4 *; # | 3,04±0,25 2,2-3,8 *; ^; # | 3,96±0,29 1,9-5 |
| | II | 2,21±0,15 1,4-2,6 ***; ## | 2,00±0,10 1,6-2,3 ** | 2,76±0,14 2,4-3,4 **; ^; # | 3,5±0,20 2,9-4,3 ^^ | |

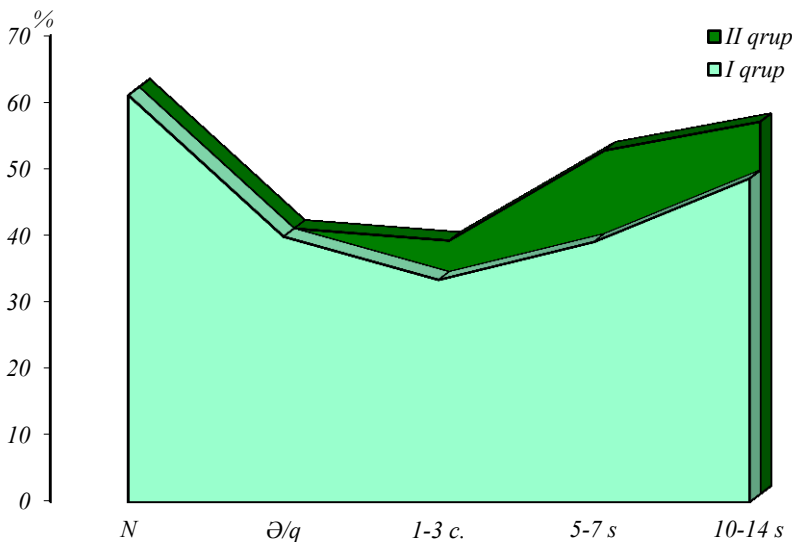
Qeyd: Göstəricilər arasında fərqi statistik dürüslüyü:

1. Norma ilə: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001
2. Əməliyyataqədərki göstərici ilə: ^ - p₀<0,05; ^^ - p₀<0,01; ^^ ^ - p₀<0,001
3. I qrup xəstələrin göstəricisi ilə: & - p₁<0,05; && - p₁<0,01; &&& - p₁<0,001
4. MS olan xəstələrlərin göstəricisi ilə: # - p_m<0,05; ## - p_m<0,01; ### - p_m<0,001

Aparılan cərrahi müdaxilə və bazis intensiv terapiya hesabına immun status və sitokin profili göstəricilərində, OMP miqdarında dinamikada normallaşmaya doğru meyl müşahidə edilsə də müalicənin sonunda belə normallaşma müşahidə edilmir. II qrupda KDX-nin kataral forması olan xəstələrdə bazis müalicə fonunda splenopidlə SST immun status və sitokin profili göstəricilərini müşahidənin sonunda normaya daha çox yaxınlaşdırır, OMP miqdarını isə tam normallaşdırır.

2 sayılı cədvəldən görüldüyü kimi, KDX-nin fleqmonoz formasında hər iki qrupda əməliyyatdansonrakı dövrdə immunitetin T-həlqəsində dinamikada statistik dürüst olmaqla normallaşmağa doğru istiqamət nəzərə çarpır. Müqayisəli təhlil zamanı öyrənilən göstəricilərin ancaq II qrupda normaya daha çox yaxınlaşması və I qrupdakı göstəricilərdən statistik dürüst fərqlənməsi aşkarlanmışdır. Analoji qanuna uyğunluq özünü CD19+, Ig A, M və G, DİK səviyyəsinin dəyişmə dinamikasında da göstərmişdir.

KDX-nin qanqrenoz formasında müqayisəli təhlil splenopidlə SST-in immunitetin hüceyrə və humoral həlqəsində olan dərin immunosupressiyaya normallaşdırıcı təsir göstərdiyini sübut edir (şək. 2).



Şək. 2. KDX-nin qanqrenoz formasında hər iki qrup xəstələrdə qanda CD3+ - miqdarının müqayisəli dəyişməsi.

Analoji qanunauyğunluq KDX MS və XG ilə ağırlaşan xəstələrin immunoqramında da müşahidə edilmişdir.

I qrup xəstələrdə öd kisəsindəki iltihabın bütün formalarında əməliyyatdansonrakı erkən dövrdə ilkin göstəricilə müqayisədə qanda TNF α konsentrasiyasının statistik dürüst artması və 3-cü sutkadan etibarən isə enməsi müşahidə edilir. II qrupda xəstələrə splenopidin yeridilməsi hesabına qanda TNF α konsentrasiyasının ilkin sutkalardan etibarən daha kəskin enməsi baş verir.

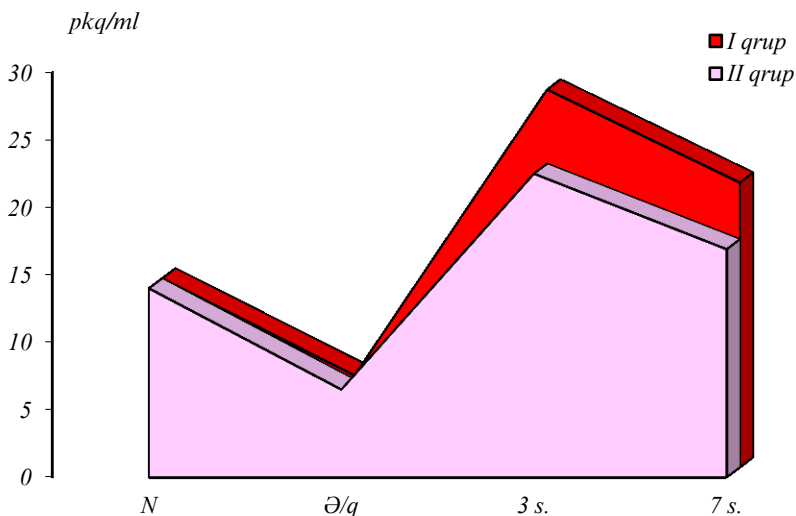
Hər iki qrup xəstələrdə qanda İFN γ konsentrasiyası əməliyyatdansonrakı dövrdə eyni istiqamətdə, lakin bir qədər fərqli olaraq dəyişir. Hər iki qrupda əməliyyatdansonra erkən dövrdən başlayaraq qanda bu sitokinin konsentrasiyası iltihabın bütün formalarında 7-ci sutkayadək artır. Splenopidlə SST hesabına II qrup xəstələrdə qanda İFN γ konsentrasiyası praktik olaraq normal göstəricinin orta rəqəmləri səviyyəsinə çatır. KDX MS və XG ilə ağırlaşan xəstələrdə əməliyyataqədərki dövrdə yüksəlmiş İFN γ konsentrasiyası cərrahi müdaxilədən sonra ilk 3 gün ərzində daha da yüksəlir və sonrakı müddətlərdə hər iki qrupda eyni qanunauyğunluqla azalmağa başlayır və II qrupda bu azalma daha nəzərəçarpan olur.

Əməliyyataqədərki dövrdə KDX-nin müxtəlif formalarında hər iki qrupda azalmış İL-2 konsentrasiyası cərrahi müdaxilədən sonra dinamikada artmağa istiqamətlənir. Lakin, bu iltihablehinə sitokinin normallaşma meyli II qrupda 7-ci sutkada daha nəzərə çarpan olur (cədvəl 3).

İltihablehinə sitokidlərdən olan İL-6 konsentrasiyası əməliyyataqədərki dövrdə hər iki qrup xəstələrin qanında norma ilə müqayisədə yüksək olmuşdur. Cərrahi müdaxilədən sonra ilk sutkalarda qanda onun miqdarı hər iki qrup xəstələrdə artsa da, I qrupda daha yüksək hədlərə çatmışdır. Sonrakı dövrlərdə İL-6 səviyyəsi hər iki qrupda azalmağa başlayır və II qrupda bu azalma daha çevik olduğundan onun konsentrasiyasını normaya daha çox yaxınlaşdırır.

Hər iki qrupda KDX-nin kataral və fleqmonoz formalarında, həmçinin KDX MS və XG ilə ağırlaşan hallarda əməliyyata qədər qanda artmış İL-10 konsentrasiyası cərrahi müdaxilədən sonra daha da yüksələrək 3-cü sutkada maksimum hədlərə çatır. Lakin, bu artım II qrupda daha mülayim olmuşdur. Sonrakı dövrlərdə iltihabəleyhinə sitokidlərdən olan İL-10 konsentrasiyası hər 2 qrupda enməyə başlayır. Əməliyyatdansonrakı 7-ci sutkada II qrupda İL-10 konsentrasiyası praktik olaraq normallaşsa da, I qrupda hələ də yüksək hədlərdə qalır.

KDX-nin qanqrenoz formasında hər iki qrup xəstələrdə İL-10 konsentrasiyasının qanda dəyişmə dinamikası 3 sayılı şəkildə verilmişdir.



Şək. 3. KDX-nin qanqrenoz formasında hər iki qrupda qanda İL-10 konsentrasiyasının dəyişməsi.

TNF α /İL-10 və İL-2/İL-10 nisbətinin müqayisəli təhlili göstərmişdir ki, hər 2 qrupda müdaxilədən sonra 7-ci sutkada hər iki göstərici normaya yaxınlaşır. Eyni zamanda I qrup xəstələrdə TNF α /İL-10 nisbəti normadan 57,7% ($p < 0,001$) yüksək, İL-2/İL-10 nisbəti isə 42,3% ($p < 0,001$) az olmuşdur. II qrupda hər iki nisbət normallaşma meyli iltihabın aktivliyinin azalmasını və reperativ proseslərin sürətlənməsini təsdiqləyir.

Tədqiqatın gedişində immunitet statusu və sitokin profili göstəriciləri arasında bir sıra statistik dərəcəli güclü korrelyasiya əlaqələrinin olması müəyyən edilmişdir.

Splenopidlə SST-in səmərəliliyi xəstələrin vəziyyətinin dinamikada yaxşılaşması, iştahanın yüksəlməsi, sarılığın daha sürətlə azalması, temperaturun və həzm traktı motorikasının daha erkən normallaşması, intoksikasiya əlamətlərinin erkən dövrdə azalması, psixososial və dispeptik pozğunluqların ləğvinin tezləşməsi, qaraciyər və böyrəklərin funksional pozğunluqlarının normallaşmağa doğru daha erkən istiqamətlənməsi, qanın biokimyəvi və ümumi analizi göstəricilərində

müsbət dəyişikliklərlə özünü bir daha təsdiqləmişdir.

Alınan nəticələrin müqayisəli qiymətləndirilməsi bazis müalicə tədbirləri fonunda splenopidlə SST-in üstünlüklərini əyani şəkildə göstərir. Belə ki, əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmalara I qrupda $18,0 \pm 5,4\%$, II qrupda isə cəmi $8,3 \pm 3,6\%$ təsadüf edilmişdir. Cərrahi müdaxilə keçirmiş 110 xəstədən biri ölmüşdür ($0,9 \pm 0,9\%$) və bu ölüm hadisəsi I qrupda olmuşdur.

Beləliklə, KDX və onun ağırlaşmalarının cərrahi müalicəsinin kompleks bazis terapiya tədbirləri kompleksinə patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış məqsədyönlü, fərqli qaydada aparılan splenopidlə SST-nin daxil edilməsi orqanizmin immun statusu və sitokin profilindəki disbalansı, endogen intoksikasiyanı daha tez bir müddətdə aradan qaldırmağa, iltihabi prosesi daha erkən dövrdə söndürməyə, qaraciyərin funksional pozğunluqlarını qısa bir müddətdə normallaşdırmağa, həyati vacib üzv və sistemlərin funksiyasını nizamlamağa, əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyini 2,2 dəfə azaltmağa və cərrahi müdaxilənin nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa imkan verir.

NƏTİCƏLƏR

1. Kəskin daşlı xolesistitli xəstələrdə immunitetinhüceyrə həlqəsində supressor tipli pozğunluq norma ilə müqayisədə CD3+ miqdarının $28,7\%$ ($p < 0,001$), CD4+ potensialının $49,9\%$ ($p < 0,001$), immunreqluator indeksin $53,1\%$ ($p < 0,001$) və neytrofillərin faqositar aktivliyinin $46,6\%$ ($p < 0,001$) azalması, B-həlqəsində isə CD19+ miqdarının $30,0\%$ ($p < 0,001$), zərdab immunoqlobulinləri A, M və G-nin müvafiq olaraq $37,7\%$ ($p < 0,001$), $33,7\%$ ($p < 0,001$) və $32,3\%$ ($p < 0,001$) azalması, əksinə dövredən immun kompleks (DİK) səviyyəsinin isə 2,1 dəfə ($p < 0,001$) yüksəlməsi ilə xarakterizə olunur.

2. Kəskin daşlı xolesistit orqanizmin sitokin profilində plazmada TNF α konsentrasiyasının normadan 2,6 dəfə ($p < 0,001$), İL-6 səviyyəsinin $52,7\%$ ($p < 0,05$), İL-10 miqdarının $19,5\%$ çox olması, İFN γ və İL-2 səviyyəsinin isə müvafiq olaraq $34,7\%$ ($p < 0,001$) və $44,0\%$ ($p < 0,001$) azalması kimi disbalansla müşayiət olunur.

3. Kəskin daşlı xolesistit zamanı immunsupressiyanın və sitokin disbalansının dərinliyi öd kisəsindəki iltihabın morfoloji formasından və xəstəliyin ağırlaşmalarından bir başa asılı olur. Məhz kəskin daşlı xolesistitin formasından və ağırlaşmaların xarakterindən asılı olaraq immun

status və sitokin profili göstəriciləri arasında qarşılıqlı əlaqə və orqanizmin immun cavabının prioritet istiqaməti formalaşır. Kəskin daşlı xolesistitli xəstələrdə iltihabın forması, xəstəliyin ağırlaşmaları ilə iltihabəleyhinə (İL-2, İL-6, TNF α , İFN γ) və iltihabəleyhinə (İL-10) olan sitokinlər arasında birbaşa korrelyasiya əlaqələri vardır.

4. Kəskin daşlı xolesistitin kompleks müalicəsi fonunda splenopidlə sistem sitokinoterapiyası immunsupressiyaya daha səmərəli tənzimləyici təsir göstərərək CD3+ miqdarını 29,1% ($p_0 < 0,001$), CD4+ – 82,2% ($p_0 < 0,001$), CD4+/CD8+ – 2,1 dəfə ($p_0 < 0,001$), Fİ – 64,8% ($p_0 < 0,001$), CD19+ – 33,5% ($p_0 < 0,001$) artıraraq yüksəlmiş CD8+ limfositlərini 13,1% ($p_0 < 0,001$), DİK səviyyəsini 43,7% ($p_0 < 0,001$) azaldır, disimmunoqlobunemiyanın ləğvini sürətləndirir, ənənəvi müalicə ilə müqayisədə yüksəlmiş TNF α konsentrasiyasını 32,7% ($p_1 < 0,001$) çox azaldır, artmış IL-6, IL-10 və azalmış IL-2 miqdarını normaya daha çox yaxınlaşdırır və enmiş İFN γ səviyyəsini tam normallaşdırır.

5. Kəskin daşlı xolesistitin və onun ağırlaşmalarının kompleks müalicə tədbirləri ilə birgə splenopidlə aparılan sistem sitokinoterapiyası orqanizmin immun statusundakı supressiya halını və sitokin profilindəki disfunksiyanı aradan qaldırmaqla müalicənin nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa və əməliyyatdansonrakı irinli-iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyini 2,2 dəfə (şanslar nisbəti =0,41; aşağı və yuxarı etibarlılıq intervalı 0,13-1,33) azaltmağa imkan verir.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Kəskin daşlı xolesistitin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin yaxşılaşdırılması, immun statusda və sitokin profilindəki pozğunluqların adekvat tənzimlənməsi üsullarının seçilməsi məqsədi ilə dinamikada hüceyrə və humoralimmunitet, sitokin profili göstəricilərinin öyrənilməsi məsləhət görülür.

2. İmmunosupressiyanın və sitokin disbalansının daha erkən bir dövrdə aradan qaldırılması və iltihabı prosesin ləğv edilməsi məqsədi ilə kəskin daşlı xolesistitin və onun ağırlaşmalarının bazis müalicəsi tədbirləri kompleksinə aşağıdakı qaydada splenopidlə 230 mq dozada sistem sitokinoterapiyasının daxil edilməsi məqsədəuyğundur:

- iltihabın kataral formasında 3 gün müddətində əzələ daxilinə;
- fleqmonoz forma xolesistitdə 5 gün müddətində əzələ daxilinə;
- qanqrenoz forma xolesistitdə 7 gün müddətində əzələ daxilinə;

– kəskin daşlı xolesistitmexaniki sarılıq və xolangitlə ağırlaşan hallarda 10 gün müddətində əzələ daxilinə və 7-10 gün ərzində xoledoxda saxlanılmış drenajdan olmaqla 100-150 ml 2,5-5mq/l konsentrasiyalı ozonlaşmış fizioloji məhlulla xoledoxdaxili sanasiya.

Dissertasiyanın mövzusu üzrə dərc olunmuş elmi işlərin siyahısı

1. Kəskin daşlı xolesistit zamanı qarındaxili təzyiqin ölçülməsinin əhəmiyyəti / Prof. İ. Məmmədovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 2009, s. 14-15 (həmm.: Hacıyev C.N., Tağıyev E.Q., Hacıyev N.C., Allahverdiyev V.A.)

2. Цитокино- и озонотерапия в комплексном лечении доброкачественной желтухи / Матер. наукового конгрессу «IV Міжнародні Пироговські читання» присв. 200-річчю М.І. Пирогова. XXII зїзд хїрургїв України. Вінниця, 2010, с. 81 (с соавт.: Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж.)

3. Системная цитокинотерапия в комплексном лечении острого калькулезного холецистита / Всероссийская конференция хирургов и XVII съезд хирургов Дагестана, посв. 90-летию члена-корр. АМН СССР, проф. Р.П. Аскерханова. Сб. науч. трудов. Махачкала, 2010, с. 138-139 (с соавт.: Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж.)

4. Cytokine status in patients with acute calculous cholecystitis / Abstract of XII International Euroasian Congress of Surgery and gastroenterology. Baku, 2011, p. 126 (coaut.: Hacıyev J.N., Tağıyev E.Q., Hacıyev N.J.)

5. Цитокиновый статус у больных острым калькулезным холециститом / Матер. меж. науч. практ. конф. посв. 50-летию кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии «Актуальные вопросы оперативной хирургии и клинической анатомии». Гродно, 2011, с. 41-42 (с соавт.: Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж.)

6. Kəskin daşlı xolesistitin cərrahi müalicəsi zamanı immunitetin T- və B-həlqəsində baş verən dəyişikliklər // Cərrahiyyə, 2011, № 2, s. 84-88 (həmm.: Hacıyev C.N., Quliyev M.R., Tağıyev E.Q., Hacıyev N.C.)

7. Kəskin daşlı xolesistitin müxtəlif formalarında immunn statusun bəzi göstəriciləri // Sağlamlıq, 2010, № 9, s. 55-58

8. Kəskin daşlı xolesistitin müalicəsində splenopid preparatının klinik-immunoloji səmərəliliyi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2011, №2, s.32-34 (həmm.: Hacıyev C.N., Tağıyev E.Q., Hacıyev N.C.)

9. Оценка цитокинового профиля у больных с острым калькулезным холециститом // Вестник СПбГУ, 2012, серия 11, № 3, с.102-108 (с соавт.: Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Тальшинская Л.Р., Гаджиев Н.Дж.)

10. Kəskin daşlı xolesistit zamanı immunitətdə gedən dəyişikliklər / Prof. H.A. Sultanovun 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı, 2012, s. 44-45 (həmm.: Hacıyev C.N., Tağıyev E.Q., Hacıyev N.C.)

11. Оценка цитокинового профиля у больных с острым калькулезным холециститом / Матер. науч.-практ. конф. с межд. участием «Осложненная желчнокаменная болезнь». Анапа, 2012, с. 30-31 (с соавт.: Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж., Аллахвердиев В.А.)

12. Kəskin daşlı xolesistili xəstələrdə sitokin profili göstəricilərinin vəziyyəti / 18 Ulusal Cerrahi Kongresi. İzmir, 2012, s. (həmm.: Hacıyev C.N., Tağıyev E.Q., Hacıyev N.C.)

13. Kəskin daşlı xolessitit zamanı orqanizmin immun statusunda baş verən dəyişikliklər / Prof. V.M. Aşurovun anadan olmasının 70 illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları. Bakı, 2013, s. 57 (həmm.: Hacıyev C.N., Tağıyev E.Q., Yusubov M.O., Hacıyev N.C.)

14. Kəskin daşlı xolesistitlər zamanı orqanizmin immun statusunda baş verən dəyişikliklər / Prof. V.X. Abasovun 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları, Bakı-2013, s. 29-30 (həmm.: Hacıyev C.N., Tağıyev E.Q., Hacıyev N.C.)

15. Состояние некоторых показателей цитокинового профиля у больных острым калькулезным холециститом и их коррекция // Клиническая хирургия, 2013, № 4, с. 17-19 (с соавт.: Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж., Тальшинская Л.Р.)

АБАСЕТ ГАСАН оглы ГУСЕЙНАЛИЕВ

**ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА
ОРГАНИЗМА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ
ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

РЕЗЮМЕ

В диссертационной работе анализированы результаты хирургического лечения 110 больного с острым калькулезным холециститом (ОКХ). Больные были разделены на 2 группы: в I группу вошли 50 больных, получивших общепринятую терапию, во II – включено 60 больных, которым до операции и в послеоперационном периоде на фоне базисной терапии проводилась системная цитокинотерапия со спленоцидом в зависимости от клинической формы ОКХ и осложнений в течении 3-7 дней. Больным с механической желтухой и холангитом наряду с системной цитокинотерапией ежедневно в течении 7-10 дней проводили также капельное промывание холедоха со скоростью 50-60 капель в минуту через наружный дренаж с 100-150 мл озонированным физраствором с концентрацией озона 2,5-5 мг/л.

Эффективность системной цитокинотерапии оценивали на основании изучения показателей Т- и В-звена иммунитета, про (TNF α , IFN γ , IL-2, IL-6) и противовоспалительных (IL-10) цитокинов, а также маркера эндогенной интоксикации в динамике.

Сравнительная оценка проведенных исследований показали, что системная цитокинотерапия позволяет устранить за короткие сроки иммуносупрессию, цитокиновый дисбаланс и эндогенную интоксикацию, улучшить течение послеоперационного периода, повышает эффективность антибактериальной и детоксикационной терапии.

Применение предложенной системной цитокинотерапии со спленоцидом способствовало в значительной степени улучшению результатов лечения и снижения частоты гнойно-воспалительных осложнений в 2,2 раза и устранению нарушений в иммунном и цитокиновом статусе.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, иммунный статус, цитокиновый профиль, спленоцид.

ABASET HASAN oglu HUSEYNALIEV

**ASSESSMENT OF CYTOKINE STATUS
OF THE ORGANISM AND ITS CORRECTION
IN ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS**

ABSTRACT

The thesis analyzes the results of surgical treatment of 110 patients with acute calculous cholecystitis (ACC). Patients were divided into 2 groups: group I included 50 patients who received conventional therapy, in II - included 60 patients who before surgery and in the postoperative period on the background of basic therapy Cytokine therapy with systemic conducted splenopid depending on the clinical form of the ACC and complications 3-7 days. Patients with obstructive jaundice and cholangitis, along with system cytokine therapy daily for 7-10 days was carried out as drip washing the common bile duct at a speed of 50-60 drops per minute through the outer drainage with 100-150 ml ozonated saline with ozone concentration of 2.5-5 mg/l.

Cytokine therapy system efficacy was evaluated by studying the parameters T and B-immunity, $TNF\alpha$, $IFN\gamma$, $IL-2$, $IL-6$ and anti-inflammatory ($IL-10$) cytokines, as well as an endogenous marker of toxicity over time.

Comparative evaluation of studies have shown that systemic cytokine therapy eliminates the short term immunosuppression, cytokine disbalance and endogenous intoxication, improve postoperative course, improves the efficiency of antibacterial and detoxification therapy.

The use of the proposed system with the cytokine therapy splenopid contributed largely improve treatment outcomes and reduce the frequency of inflammatory complications by 2.2 times and the elimination of violations in immune and cytokine status.

Key words: acute calculous cholecystitis, immune status, cytokine profile, splenopid.

ŞƏRTİ İXTİSARLAR

| | |
|--------------|-------------------------------------|
| DİK | – dövr edən immun kompleks |
| FƏ | – faqositar ədədi |
| İFN γ | – interferon qamma |
| Ig A | – immunoqlobulin A |
| Ig G | – immunoqlobulin G |
| Ig M | – immunoqlobulin M |
| İL-10 | – interleykin -10 |
| İL-2 | – interleykin -2 |
| İL-6 | – interleykin -6 |
| KDX | – kəskin daşlı xolesistit |
| OMP | – orta molekullu peptidlər |
| SST | – sistem sitokinoterapiyası |
| TNF α | – tumor nekrozlaşdırıcı faktor alfa |

Format 60 x 84 1/16
Sifariş № 621. Tiraj 100.
Azərbaycan Tibb Universitetinin mətbəəsi

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

АБАСЕТ ГАСАН оглы ГУСЕЙНАЛИЕВ

**ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА
ОРГАНИЗМА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ
ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

3213.01 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Баку – 2015