

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
ТБИЛИССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY



სამეცნიერო შრომათა საიუბილეო კრებული
ტომი XXXV

ЮБИЛЕЙНЫЙ СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
ТОМ XXXV

JUBILEE COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS
volume XXXV

თბილისი - Тбилиси - Tbilisi
1999

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
ТБИЛИССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY



სამეცნიერო შრომათა საიუბილეო კრებული
ტომი XXXV

ЮБИЛЕЙНЫЙ СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
ТОМ XXXV

JUBILEE COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS
volume XXXV

თბილისი - Тбилиси - Tbilisi
1999

**ამჯობა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო
უნივერსიტეტის ღარსაბიდან 70 წელს**

**ПОСВЯЩАЕТСЯ 70-ЛЕТИЮ ТБИЛИССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**IS DADICATED TO 70 YEARS OF FOUNDATION OF TBILISI STATE
MEDICAL UNIVERSITY.**

სარედაქციო კოლეგია:

პროფ. რ.ხეცურიანი, პროფ. ვ.ყიფიანი, პროფ. ი.კვაჭაძე, პროფ.
ა.ბაკურიძე, დოც. დ.გელოვანი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
ე.ვაშაკიძე, პროფ. მ.ივერიელი, პროფ. მ.კიკნაძე, პროფ. გ.ლობჯანიძე,
პროფ. ნ.ლომიძე, დოც. ი.ონიანი, პროფ. ყ.ფაღავეა.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

проф. Р.Хецуриани, проф. В.Кипиани, проф. И.Квачадзе, проф.
А.Бакуридзе, доц. Д.Геловани, доктор медицинских наук
Э.Вашакидзе, проф. М.Ивериели, проф. М.Кикинадзе, проф.
Г.Лобжанидзе, проф. Н.Ломидзе, доц.И.Ониани, проф. К.Пагава.

EDITORIAL BOARD:

prof. R.Khetsuriani, prof. V.Kipiani, prof. I.Kvachadze, prof.
A.Bakuridze, associated prof. D.Gelovani, associated prof.
E.Vashakidze, prof. M.Iverieli, prof. M.Kiknadze, prof. G.Lobzhanidze,
prof. N.Lomidze, associated prof. I.Oniani, prof. K.Pagava.

ნ.აბაშიძე, მ.ივერიელი, ნ.ბისიციანი

**სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტის
გამოყენება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებათა
კომპლექსურ მკურნალობაში**

თსსუ, თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრა

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის გავრცელებულ დაავადებებს, როგორცაა ქრონიკული რეციდიული აფთოზური სტომატიტი და პერპესული სტომატიტი, ბრტყელი წითელი ლიქენი და მრავალფორმიანი ექსუდაციური ერთეუმა, ახასიათებთ ხშირი რეციდიული გამონაყარი ლორწოვან გარსზე. ამ დროს უმეტესად მიმდინარეობს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მთლიანობის დარღვევა, რომელიც განპირობებულია ქსოვილთა ალტერაციით, რეგიონალური სისხლძომატარების დარღვევით, მიკროსისხლძარღვების შეღწევადადობის გაზრდით; კლინიკურად ეს ვლინდება ლორწოვანი გარსის ჰიპერემიით, შემუშებით, ეროზიებისა და აფთების გაჩენით, ტკივილითა და სისხლდენით (1, 3).

ამ დაავადებათა მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ადგილობრივად გამოსაყენებელი პრეპარატების სწორად შერჩევას. ყოველი ახალი სამკურნალწამლო საშუალების გამოჩენა დიდ ინტერესს იწვევს არა მხოლოდ მეცნიერთა, არამედ პრაქტიკოს ექიმთა შორისაც. სტომატოლოგიაში გამოიყენება ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატების სხვადასხვა ჯგუფები - ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდები, ანტიპარაზიტული და ნიტროფურანის რიგის პრეპარატები და სხვა. მაგრამ ყველა მათგანი როდი ახდენს ერთდროულად მაკუთულებებელ და ტკივილგამაყუჩებელ მოქმედებას. ამასთან ჟელე და მალამოები პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე მოთავსების შემდეგ მხოლოდ რამდენიმე წუთით ინარჩუნებენ თავიანთ აქტიუობას, შემდეგ კი ხდება მათი ჩამორეცხვა (2, 4).

შვეიცარული ფირმა Solco Bazel AG-მა შეიმუშავა ახალი პრეპარატი სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა - Solcoseryl Dental Adhesive paste. 1 გრამი პასტის შემადგენლობაში შედის 2,0 მგრ სოლკოსერილის შრალი მასა, 10,0 მგრ პოლიდოკალონი, 3,0 მგრ მენტოლი, 2,0 მგრ კონსერვატები და 1000,0 მგრ-მდე პასტის ფუძე. სწორედ ამგვარი ფუძის არსებობა განპირობებს იმას, რომ სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე რჩება საშუალოდ 2-6 საათის განმავლობაში. ეს კი, ერთი მხრივ, აუმჯობესებს პასტაში არსებული პრეპარატების შეწოვასა და მოქმედებას, ხოლო, მეორე მხრივ, იცავს ლორწოვან გარსს საკვების მიღების დროს მექანიკური დაზიანებისაგან.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვეფასებინა სოლკოსერილის დენტალური ადპეზიური პასტის მოქმედების ეფექტურობა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სხვადასხვა სახის დაავადებების დროს. ამისათვის პრეპარატის მოქმედების ეფექტურობას ვადარებდით ავსტრიული ფირმა Mundipharma-ს მიერ წარმოებულ პრეპარატს მუნდიზალ ჟელეს - Mundisal Gel.

I გრამი მუნდიზალის ჟელე შეიცავს 87,1 მგრ ქოლინსალიცილატს და 0,1 მგრ ცეტოალკონიუმქლორიდს. პრეპარატს ახასიათებს კარგად გამოხატული ანთებისსასაწინააღმდეგო, მაეპითელიზებული და ტკივილგამაყუჩებელი მოქმედება. ჟელე კარგად შეიწოვება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან. ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტი დგება პრეპარირების აპლიკაციიდან 2-3 წუთში.

სოლკოსერილის დენტალური ადპეზიური პასტის მოქმედების ეფექტურობის შესასწავლად გამოვიკვლიეთ 46 პაციენტი. მათ შორის 31 ქალია, ხოლო 15 - მამაკაცი. დიაგნოზის დასმა ზღებოდა სრულფასოვანი კლინიკური გამოკვლევის საფუძველზე. 46 პაციენტიდან 24-ს აღენიშნებოდა აუთოზური სტომატიტი, 12-ს - ჰერპესული სტომატიტი, 6-ს - მექანიკური ტრავმის გამო პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანება, ხოლო 4-ს - ვენსანის წყლული. პაციენტები დაყვავით ორ ჯგუფად. თითოეულ ჯგუფში გააერთიანეთ 23 პირი: 12-ს ჰქონდა აუთოზური სტომატიტი, 6-ს - ჰერპესული სტომატიტი, 3-ს - მექანიკური ტრავმის გამო პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაზიანება, 2-ს - ვენსანის წყლული. ყველა პაციენტს ვუტარებდით პროფესიულ ჰიგიენას და ვურჩევდით პირის ღრუს სტატუსის გათვალისწინებით ინდივიდუალურ კბილის პასტასა და ჯაგრისს. ვასწავლიდით პირადი ჰიგიენის წესების სრულფასოვან დაცვას. I ჯგუფში გაერთიანებულ პირებს მკურნალობა უტარდებოდათ სოლკოსერილის დენტალური ადპეზიური პასტით, ხოლო II ჯგუფში გაერთიანებულებს მუნდიზალის ჟელეით. ორივე პრეპარატი დღეში 3-4-ჯერ თავსდებოდა დაზიანებულ უბანზე. სოლკოსერილის დენტალური ადპეზიური პასტის აპლიკაცია ზდება შემდეგი წესით: დაზიანებული უბანი უნდა გამოვასროთ ბამბის ლილეკით და მასზე მოვათავსოთ პრეპარატი. შემდეგმ პასტის ზედაპირი სველდება წყლით ჟელეს მაგვარი აკვის წარმოქმნამდე. პაციენტებს ვიკვლევდით დინამიკაში 3, 5, 7, 10 და 14 დღის შემდეგ. ყველა ვიზიტზე პრეპარატების ეფექტურობის შესაფასებლად ვაკვირდებოდით დაზიანებული უბნის ზომას, ეპითელიზაციის ხარისხს, ტკივილის არსებობას, ადგილობრივ აღერგოულ რეაქციებს, აპლიკაციის შემდეგ გაუტკივარების და ადპეზიის ხანგრძლივობას.

მიღებული შედეგების ანალიზი ასეთია: დადებით თერაპიულ ეფექტს მივალწევთ ყველა პაციენტთან. დაზიანებული უბნის საბოლოო ეპითელიზაცია I ჯგუფის პაციენტებში საშუალოდ 5-7 დღის შემდეგ დგებოდა, ხოლო II ჯგუფისაში - 10-14 დღის შემდეგ. სოლკოსერილის

დენტალური ადჰეზიური პასტის გამოყენებისას დაზიანებულ უბანზე ანესთეზია დებოდა საშუალოდ 2-4 წუთის შემდეგ და გრძელდებოდა 3-4 საათის განმავლობაში; ხოლო მუნდიზალის ექლეს აპლიკაციის შემდეგ გაუტკივარება დებოდა 3-5 წუთში და საშუალოდ გრძელდებოდა 10-15 წუთი. სოლკოსერილის დენტალურ ადჰეზიურ პასტას პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე ადჰეზიის უნარი აქვს. მასში შემავალი კომპონენტები ნერწყვის მოქმედებით იჯორჯვება და წარმოქმნის თხელ აკვს, რომელიც მჭიდროდ ეკვრის დაზიანებულ უბანს. ამ აკვის მოშორება არ ხდება საკვები პროდუქტების მოქმედების შედეგად. მუნდიზალის ექლე არ ეკვრის ლორწოვან გარსს და მისი ჩამორეცხვა დაზიანებული უბნის ზედაპირიდან ადვილად ხდება აპლიკაციის შემდეგ. რაც შეეხება ადგილობრივად პრეპარატების გადატანას, ორივე ჯგუფის პაციენტებში თითქმის არ აღინიშნება ალერგიული რეაქციები. მხოლოდ ორი პაციენტის შემთხვევაში მუნდიზალის ექლეს გამოყენებისას აღინიშნებოდა ადგილობრივად ლორწოვანი გარსის წვის შეგრძნება, რომელიც თავისით ქრებოდა ყოველგვარი ჩარევის გარეშე.

ამრიგად, ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად შეგვიძლია დავასკნათ, რომ სოლკოსერილის დენტალურ ადჰეზიურ პასტას და მუნდიზალის ექლეს ახასიათებს კარგად გამოხატული მაეპითელიზებული და ტკივილგამაყუჩებელი მოქმედება. მაგრამ სოლკოსერილის დენტალური ადჰეზიური პასტა ხელს უწყობს უფრო სწრაფ ეპითელიზაციას და გააჩნია უკეთესად გამოხატული ანალგეზიური და ადჰეზიური უნარი, ამიტომ ადგილობრივად მისი გამოყენება წარმატებით შეიძლება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებების მკურნალობის კომპლექსში.

ლიტერატურა:

1. ივერიელი მ.ბ., აბაშიძე ნ.ო. მუნდიზალის ექლეს გამოყენება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებათა კომპლექსურ მკურნალობაში // ჟურნალი "მკურნალი" - 1998, №3-4, გვ. 34-35.
2. Банченко Г.В., Кряжева С.С. Сочетанные поражения слизистой оболочки полости рта и кожи // М. 1994, с. 10-46.
3. Грудянов А.М. Пародонтология - Избранные лекции // М. 1997, с. 13-26.
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта (под. ред. Л.М.Лукиных) // Новгород 1993, с. 36-50.
5. Ainamo A., Ainamo J. Location of the mucogingival junction 18 years after apically repositioned flap surgery // J. Clin. Periodontology - Vol. 19. P. 49-52.
6. Lindhe J. Textbook of Clinical Periodontology // 1994 - Copenhagen.

Абашидзе Н., Ивериели М., Бисеншвили Н.
ПРИМЕНЕНИЕ СОЛКОСЕРИЛ ДЕНТАЛЬНОЙ АДГЕЗИВНОЙ ПАСТЫ
В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

РЕЗЮМЕ

Целью нашей работы являлась оценка эффективности солкосерил дентальной адгезивной пасты в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Для решения этого вопроса мы исследовали и лечили 46 пациентов с различными заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Проведенные нами клинические наблюдения свидетельствуют о том, что солкосерил дентальная адгезивная паста способствует более быстрому заживлению, обладает хорошо выраженными анальгетическими и адгезивными свойствами. Эту пасту можно эффективно использовать местно в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Abashidze N., Iverieli M., Biseishvili N.
USE OF SOLCOSERYL DENTAL ADHESIVE GEL IN COMPLEX
TREATMENT OF PERIODONTITIS

SUMMARY

The aim of our work is an estimation of treating efficiency of Solcoseryl Dental Adhesive Gel. Our clinical observations, carried out on 46 patients with the different forms of periodontal diseases, testified the high healing efficiency of this gel. It has good analgesic and adhesive properties and may be used in complex treatment of periodontitis.

ზ.ა.ა.ლიანი, გ.ბურკაძე, ე.მასარობლიძე

ლიმფური კვანძის მეორადი კათოლოგიური
მორფოლოგიური დიაგნოსტიკის შესაძლებლობანი

თსსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა

პერიფერიული ლიმფური კვანძების ზომაში მატება კლინიკაში აღიქმება, როგორც თვით ლიმფური კვანძების პათოლოგია ან სხვა პათოლოგიის გამოვლინება (1). საკუთრივ ლიმფური კვანძის პათოლოგიების მორფოლოგიური დიაგნოსტიკა შედარებით სრულყოფილად და დამუშავებული (2). განსაკუთრებულ და სადღეისოდ ჯერ გადაუჭრელ პრობლემას წარმოადგენს ამა თუ იმ პათოლოგიის ლიმფურ კვანძში მორფოლოგიური ასახვის თავისებურებანი (3). ჩვენის აზრით, ლიმფური კვანძის

პათოლოგიები შეიძლება დაიყოს ლიმფური კვანძის პირველად პათოლოგიებად და ლიმფური კვანძის მეორად პათოლოგიებად. აქედან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა ლიმფურ კვანძში ასახული მეორადი პათოლოგიების მორფოლოგიური გამოვლინებების შესწავლა ორგანიზმში განვითარებული სხვადასხვა პათოლოგიების პირობებში.

საკვლევად აღებული იქნა ექსპერიმენტული მასალა, ზრდასრული მამრობითი სქესის ლაბორატორიული ბოცვრები, რომელიც დაყოფილი იყო სამ ჯგუფად: I ჯგუფს შეადგენდა Staphylococcus Epidermidis-ის შტამით დაინფექციებული ცხოველები; II ჯგუფს შეადგენდა სტაფილოკოკის შემოკულტურით დაინფექციებული ცხოველები, ხოლო III ჯგუფს შეადგენდა კანაბინოიდებით ინტოქსიკაციის მოდელი.

გარდა ამისა, შევისწავლეთ 1997-99 წწ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პათოლოგიური ანატომიის საუნივერსიტეტო კლინიკაში შემოსული ლიმფური კვანძების ოპერაციული მასალა (სულ 50 შემთხვევა), რომელიც პირობითად დაყავით ორ ძირითად ჯგუფად: 1. მეტასტაზური ლიმფური კვანძები (35) და 2. ლიმფადენიტი (15). ორივე მასალა შევლილ იქნა კლასიკური ჰემატოქსილან-ეოზინის მეთოდით. ჩატარებულ იქნა მრავალფაქტორიანი მორფომეტრულ კვლევა ლიმფური კვანძის, კაფსულის სისქის, ქერქის ფოლიკულების, გამრავლების ცენტრების, ფოლიკულების მანტიის ლიმფოციტებისა და პარაკორტიკული ლიმფოციტების ფართობის განსაზღვრით მიღებული რაოდენობრივი მონაცემები დამუშავებულ იქნა ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით.

კვლევის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ ექსპერიმენტის I ჯგუფის ლიმფური კვანძების შესწავლისას კაფსულის სისქე შეადგენდა 43,7 მკმ-ს, ქერქის ფოლიკულების ფართობი - 0,97 მმ²-ს; გამრავლების ცენტრების ფართობი - 0,007 მმ²-ს; ფოლიკულების მანტიის ლიმფოციტების ფართობი - 7,5 მკმ²-ს; პარაკორტიკული ლიმფოციტების ფართობი - 6,7 მკმ²-ს.

ექსპერიმენტის II ჯგუფის ლიმფური კვანძების შესწავლისას კაფსულის სისქე შეადგენდა 67,5 მკმ-ს, ქერქის ფოლიკულების ფართობი - 0,127 მმ²-ს; გამრავლების ცენტრების ფართობი - 0,028 მმ²-ს; ფოლიკულების მანტიის ლიმფოციტების ფართობი - 12,4 მკმ²-ს; პარაკორტიკული ლიმფოციტების ფართობი - 11,2 მკმ²-ს.

ექსპერიმენტის III ჯგუფის მონაცემების მორფომეტრული შესწავლისას პირველ ჯგუფთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა მიღებული არ იქნა.

კვლევისათვის შერჩეული IV ჯგუფის ანუ მეტასტაზური ლიმფური კვანძის შესწავლისას გამოვლინდა მორფოლოგიური ცვლილებების დიდი მრავალფეროვნება მეტასტაზური კერების ზომების, რაოდენობისა და ლიმფურ კვანძში განლაგების მიხედვით. შესაბამისად, ოგი ცალკე კვლევისა და განზოგადების საგანი აღმოჩნდა.

საკვლევი მასალის V ჯგუფის (ლიმფადენიტი) ლიმფური კვანძების შესწავლისას კაფსულის სისქემ შეადგინა 121 მკმ; ქერქის ფოლიკულების ფართობმა - 0,423 მმ²; გამრავლების ცენტრების ფართობმა - 0,183 მმ²; ფოლიკულების მანტიის ლიმფოციტების ფართობმა - 23 მკმ²; პარაკორტიკული ლიმფოციტების ფართობმა - 25,5 მკმ².

მიღებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს I, III და V ჯგუფებში კაფსულის სისქის, ქერქის ფოლიკულებისა და მათი გამრავლების ცენტრების ფართობის გამოხატულ ზრდას, რასაც მორფოლოგიური ტერმინოლოგიით რეაქტიული ლიმფური კვანძი ეწოდება.

თავის მხრივ, ლიმფური კვანძის მეორადი გადიდება შეიძლება იყოს ლიმფედემის, ადგილობრივი ან ჰემოგენური უჯრედების გამრავლების შედეგი. ჩვენს შემთხვევებში კი, კაფსულის სისქის გადიდება მიუთითებს ჰემოგენური უჯრედებით მის ინფილტრაციაზე, ხოლო ფოლიკულებისა და მათი რეაქტიული ცენტრების ზომის მატება - ადგილობრივი უჯრედების გამრავლებასა და მათი რაოდენობის მომატებაზე. რაოდენობრივი მონაცემები უჯრედთა ზომის შესახებ პრაქტიკულად უსარგებლოა უჯრედთა ფენოტიპური დახასიათებისათვის. შესაბამისად, გადიდებულ ლიმფურ კვანძში გამოვლენილი მორფოლოგიური ცვლილებები, რაოდენობრივიც კი, ჰემატოქსილინ-ეოზინით შეღებილ ანათლებში ატარებს არასპეციფიკურ ხასიათს, ანუ ჩვენ შეგვიძლია ვისაუბროთ კაფსულის, ფოლიკულების, გამრავლების ცენტრების ზომაში მატების შესახებ, მაგრამ ღიად რჩება საკითხი უჯრედთა რომელი ფენოტიპური ხაზი განიცდის უპირატეს პროლიფერაციას კონკრეტული პათოგენური ფაქტორის საპასუხოდ, რასაც, თავის მხრივ, არა მარტო შემეცნებითი, არამედ პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს.

ზემოთხსენებულიდან გამომდინარე, აუცილებლად მოგვაჩნია ლიმფური კვანძის მეორადი პათოლოგიების მორფოლოგიურ დიაგნოსტიკურ ალგორითმში ჩართულ იქნას იმუნოჰისტოქიმიური დიაგნოსტიკური მეთოდი, რომელიც უჯრედთა ფენოტიპური მარკირების, ჰემოგენური და ადგილობრივი უჯრედების დიფერენციაციის (ანუ ლიმფადენიტისა და ლიმფადენობათის დიფერენციაციის), შესაბამისად, უჯრედული და ჰემორული იმუნიტეტის ცალკეული რგოლების დეფიციტის ხასიათის გამოვლენის შესაძლებლობას მოგვცემს, რაც მიზანმიმართული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების დაგეგმვისა და ჩატარების წინაპირობა იქნება.

ლიტერატურა:

1. Agrawal S., Marquet J. et al. / CD3 hyporesponsiveness and in vitro apoptosis are features of T cells from both malignant and nonmalignant secondary lymphoid organs. / Journal of Clinical Investigation 102(9):1715-23, 1998, Nov. 1.

2. Felgar R.E., Furth E.E. et al. Histiocytic necrotizing lymphadenitis (kikuch's disease): in situ end - labeling, immunohistochemical, and serologic evidence supporting cytotoxic lymphocyte - mediated apoptotic cell death / *Modern Pathology* - 10(3): 231-41, 1997 Mar.
3. Gruss H.J., Hermann F. et al. CD 40/CD40 ligand interactions in normal, reactive and malignant lympho-hematopoietic tissues / *Leukemia & Lymphoma* 24(5-6): 393-422, 1997 Feb.
4. Ruslander D.A., Gebhard D.H. et al. Immunophenotypic characterization of canine lymphoproliferative disorders. / *In vivo*. 11(2): 169-72, 1997 Mar-Apr.
5. Bubochkin B.P. et al. Some problems in diagnosis of peripheral Lymph nodes tuberculosis / *Problemy Tuberkuleza*. (1):26,8,1998.

**Аваляни З., Буркадзе Г., Махароблидзе Э.Р.
ВОЗМОЖНОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
ВТОРИЧНЫХ ПАТОЛОГИЙ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ**

РЕЗЮМЕ

Исследованы 5 групп вторичных патологий лимфатических узлов. даны результаты морфометрического анализа препаратов, обработанных методом гематоксилин-эозиновой окраски. Определены диагностические возможности и ограничения полученных данных. Даны рекомендации с целью внедрения иммуногистохимических методов в морфологическую диагностику вторичных патологий лимфатических узлов.

**Z.Avaliani, G.Burkadze, E.Makharoblidze
MORPHOLOGICAL DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF SECONDARY
PATHOLOGY IN LYMPH NODE**

R E S U M E

There is investigated 5 groups of secondary pathology in lymph node. Had been given results morphometrical analys of specimens processed by staning method of hematoxilin-eosin. Had been dedicated diagnostic valuebilities and limitation of data. There's also given recommendations to insert immunohystochemical method into the morphological diagnostic of secondary pathology in lymph node.

ა.ანთელავა, გ.შამყულაშვილი, ი.ნიორაძე,
რ.ქარჩხაძე, ლ.კიკნაძე, ე.გალუაშვილი

**ემსკარიმენტული ლიკიდური ზეშახეური ქანგვის
პროცესების მდგომარეობა ტრავმული შოკის დროს და
პისტომორფოლოგიური დაზიანებათა
თავისებურებაანი სხვადასხვა ორგანოებში**

თსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის სკ ინსტიტუტი

ცნობილია, რომ ტრავმული შოკის განვითარების მექანიზმის წამყვანი რგოლია პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა, რომლის შედეგაა მზარდი ჰიპოქსია. უკანასკნელის გამო აქტიურდება ლიკიდური ზეუბნური ქანგვა, რაც იწვევს უჯრედშიგა პროცესების დრმა დისმეტაბოლიზმს (1,2,6,3).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილად მივიჩნით შეგვესწავლა პისტომორფოლოგიურ ცვლილებები სხვადასხვა ორგანოებში ზეუბნურ ქანგვით პროცესებთან კავშირში.

ექსპერიმენტი ჩატარებული იყო არახანოვან ათ თეთრ ვირთაგვეზე. ტრავმული შოკის მოდელირება ხდებოდა კენონის მეთოდის გამოყენებით. მალონის დიალდეჰიდის (მდა) კონცენტრაცია ისაზღვრებოდა ორი-თიობარბიტურმეავას რეაქციით, გონჩარენკოს მეთოდიკით (4).

პათომორფოლოგიური კვლევისთვის აღებული მასალა ფიქსირდებოდა 12%-იან ნეიტრალურ ფორმალინში, გამყინავ მიკროტომზე მომზადებული ანათლები იღებებოდა ჰემტოქსილინ-ეოზინით.

ტრავმული შოკის მოდელირების დროს ექსპერიმენტული ცხოველების არტერიული წნევა (საწყისი მონაცემებით - მაქსიმალური ა/წ $132 \pm 3,0$ მმ/სს) დაგვეყვდა 60 მმ/სს-მდე. ეს მონაცემები ითვლებოდა როგორც შოკი მძიმე მიმდინარეობით. ცხოველთა რეაქცია ტრავმაზე ხასიათდებოდა ფაზური ცვლილებებით. არტერიული წნევის პირველადი დაქვეითებისას 62 სს/სს-მდე აღინიშნებოდა დროებითი სტაბილიზაციის პერიოდი, როცა ა/წ დონე იზრდებოდა სინდიყის სვეტის $95 \pm 4,4$ მმ-მდე. ამის შემდეგ საკომპენსაციო მექანიზმები სწრაფად იფიტებოდა და ვითარდებოდა სისხლის მიმოქცევის დეკომპენსაცია ლეტალური გამოსავლით.

ერთორციტებში და სისხლის პლაზმამი მალონის დიალდეჰიდის განსაზღვრამ გვიჩვენა მისი მნიშვნელოვანი ზრდა ექსპერიმენტული ტრავმული შოკის დროს (იხ. ცხრ. 1).

მალონის დიალდეჰიდის ცვლილებები სისხლის პლაზმაში და
ერითროციტებში ტრავმული შოკის დროს

სერია	პლაზმა	ერითროციტები
კონტროლი (n=7)	0,958±0,053 100%	2,803±0,203 100%
ტრავმული შოკი (n=7)	2,031±0,101 212% P<0,001	5,269±0,358 183% P<0,001

მდა-ს ზრდა (ლზე მეორადი პროდუქტები) აღნიშნული პათოლოგიის დროს მეტყველებს ზეჟანგური ჟანგვის ინტენსიფიკაციაზე.

ტრავმული შოკის დროს მოკარდიუმის, ფილტვების, ღვიძლის, თირკმლების, ელენთის და თირკმელზედა ჯირკვლების ჰისტომორფოლოგიურმა გამოკვლევებმა გვიჩვენეს, რომ შეიმჩნევა შემდეგი ცვლილებები: გულის კუნთში აღინიშნება სისხლის მიმოქცევის მნიშვნელოვანი მოშლა მოკარდიოციტების სხვადასხვა ხარისხის დაზიანებით. ჰემოდინამიკური მოშლილობა გამოიხატებოდა ვენულების სანათურის გაგანთრებით და სისხლსავსეობით, მცირე ზომის კაპილარების ირგვლივ სისხლჩაქცევებით, ერითროციტული აგრეგაციით, ინტერსტიციული შეშუპებით, მოციტებში ბირთვების გამკვრივებით, ციტოპლაზმის გაძლიერებული ჰომოგენიზაციით, უჯრედმორისი სივრცის გაფართოებით და შეშუპებით, სუტად გამხატული ეოზინოფილით. კუნთის ზოგიერთ ბოჭკოში განივზოლინობა წაშლილი იყო, რაც შეიძლება შეფასდეს, როგორც ნეკროზოზის პროცესის დასაწყისი, ხოლო ბოჭკოების უმრავლესობაში ბირთვების შენარჩუნება მეტყველებს მოკარდიუმის ცვლილებების შექცევადობაზე.

ამრიგად, შოკის დროს გულის ჰისტომორფოლოგიური ცვლილებები შეესაბამება დისტროფიულ პროცესებს, რასაც შექცევადი ხასიათი აქვს, რომლის განვითარება დაკავშირებული უნდა იყოს მზარდ ჰიპოქსიასთან.

ფილტვები ხასიათდებოდა ატელექტაზური უბნებით, სხვადასხვა ხარისხით გამოხატული ემფეზური გაგანთრებით. ინტერსტიციული შეშუპების ფონზე აღინიშნებოდა სხვადასხვა სიდიდის ლიმფოპლაზმოციტური გროვები. ჰაერგამტარი გზების გაყოლებით და ალვეოლებმორის ძვიდებზე შეიმჩნეოდა უჯრედმორისი ინფილტრაციები და წერტილოვანი სისხლჩაქცევები სისხლძარღვების და ენდოთელიუმის შეშუპებით. შეიმჩნეოდა ერითროციტების აგრეგაცია კაპილარებში.

ღვიძლში აღინიშნებოდა პერიკაპილარული შეშუპება, კაპილარული სინუსოიდების სანათურის ძლიერი გადიდება. ზოგიერთ ადგილას, განსაკუთრებით კიდურ წილებში შეიმჩნეოდა ღვიძლის ხარიხების

დისკომპლექსაცია და ჰეპატოციტების ციტოპლაზმის შეშუპება, სინუსოიდებში ერთროციტების აგრეგაციით და ერთროციტების კონგლომერატებით წარმოქმნილ. გვხვდებოდა ღვიძლის ცალკეული უჯრედები პიკნოზური ბირთვებით და ზოგიერთ წილებში ლიმფოციტარული პერივასკულური ინფილტრაციით.

თირკმელებში შეიმჩნეოდა, გლომერულონეფრიტების სისხლსავსეობა, ქერქოვან ნივთიერებაში იმეზიური კერებით, დიპედუზური ჰემორაგიებით და ერთროციტული აგრეგატებით. მილაკების ეპითელიუმის შეშუპებას თან ახლდა ციტოპლაზმის მღვრიე დისტროფია.

ელენთაში გამოვლინდა სისხლსავსეობა, ალაგ-ალაგ - თრომბირებული სინუსოიდები, ორგანოს თეთრ პულპაში აღინიშნებოდა ლიმფოციტების ბირთვების პიკნოზური ცვლილებები. თირკმელზედა ჯირკვლების როგორც გორგლოვან, ისე ბადისებერ ზონაში აღინიშნებოდა ლიპიდური წვეთების მომატება. ამათანავე ეს პროცესი უფრო გამოხატული იყო გორგლოვან ზონაში. ზოგიერთ შემთხვევაში აღინიშნებოდა დელიბიდიზების მცირე კერები და უჯრედების დისკომპლექტაცია.

ამრიგად, ტრავმული შოკის ტორაქულ ფაზაში ჰისტომორფოლოგიური ცვლილებები გამოიხატა პირველ რიგში შინაგან ორგანოთა ჰემოდინამიკურ ძვრებში. კერძოდ, მიკროცირკულაციის მოშლაში, შემდგომი დისტროფიული ცვლილებების განვითარებით.

მიკრომორფოლოგიური ძვრების განვითარების მექანიზმში არსებითი როლი ენიჭება სიმპათო-ადრენალური სისტემის გააქტივებას ლზჟ-პროცესების შემდგომი ინტენსიფიცირებით.

ლიტერატურა:

1. Лысый Л.Т. - О роли АКТГ и кортикостерона в коррекции метаболических параметров митохондрий печени крыс при тяжелом травматическом шоке. - Л. - 1991. С. 36-43.
2. Ельский В.Н., Марсева Т.Е., заверея Г.Л., Семенова Н.А. Инфузия природных и синтетических ингибиторов перекисного окисления липидов в коррекции свободнорадикального окисления липидов при травматической болезни. Сб. научн. тр. инфузионно-трансфузионная терапия при неотложных состояниях в травме на догоспитальном этапе и в клинике. Л. 1990. - С. 101-108.
3. Селезнев С.А., Мазуркевич Г.С. Современные тенденции разработки проблемы шока и некоторые перспективы их эволюции. Теоретические и практические аспекты травматического шока. Л. - 1991. - С. 10-16.
4. Гончаренко М.С., Латинава А.М. Метод оценки перекисного окисления липидов. лабораторное дело. - 1985, №1. С. 60-61.

**Антелава А., Шамкулашвили Г., Нiorадзе И.,
Карчхадзе Р., Кикнадзе Л., Галуашвили Э.**

**ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ В
РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНАХ И СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ
ЛИПИДОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ
ШОКЕ У КРЫС**

РЕЗЮМЕ

Установлены гистоморфологические особенности нарушений во внутренних органах (сердце, печень, почки, легкие, селезенка, надпочечники) проявляющиеся расстройствами микроциркуляции с последующим развитием дистрофических и некробиотических изменений.

При травматическом шоке у крыс отмечено значительное увеличение содержания малонового диальдегида в плазме крови и эритроцитах.

Выявленные изменения являются следствием гипоксии и интенсификации перекисного окисления липидов, в механизме возникновения которых существующую роль играет активация симпато-адреналовой системы.

**Antelava A., Shamkulashvili G., Nioradze I.,
Karchkhadze R., Kiknadze L., Galuashvili E.**

**HISTOMORPHOLOGICAL CHANGES IN CERTAIN ORGANS AND THE
PROCESSES OF PEROXIDE OXIDATION DURING TRAUMATIC
SHOCK IN RATS**

SUMMARY

Histomorphological changes in certain organs heart, liver, kidney, adrenal glands, lungs, spleen) during traumatic shock were established. These changes were characterised by microcirculation failure leading to dystrophic and neurobyotic disturbance in mentioned organs. Arising of malonic dialdehyde in the plasma of blood and erythrocytes was observed due to traumatic shock.

The changes of such kind of hypoxia and intensification of peroxide oxidation during traumatic shock.

ნანთელავა, თ.ჩხაიძე

**იონური მეტაბოლიზმის ცვლილებები
ორსულთა გვიანი ჰესტოზის დოკუმენტით და
სპირონოლაქტონით მკურნალობის პირობებში**

**თსსუ, ფარმაკოლოგიის კათედრა,
კ.ჩაჩავას სახ. პერინატალური მედიცინისა და
შენიშნა-გინეკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი**

თანამედროვე სამეანო პათოლოგიის ერთ-ერთი **აქტუალური პრობლემა** ორსულთა გვიანი ჰესტოზი, რომლის დროსაც ადრე ვლინდება თირკმლების ფუნქციური და იონური პომეოსტაზის დარღვევები (1, 4). ამ პათოლოგიის სამკურნალოდ პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ისეთი პრეპარატების გამოყენებას, რომლებიც ვერ გადიან პლაცენტის ბარიერში, პრაქტიკულად არ მოქმედებენ ნაყოფზე და მოქმედებენ ჰესტოზის ძირითად ეტიოპათოგენურ რგოლებზე. ასეთ პრეპარატებად ითვლება: მეთილდოფა, კაპტოპრილი, ლოზატრანილი და სხვ. (3,6), რომელთა გამოყენებას სამეანო პრაქტიკაში არსებითი მნიშვნელობა ექნება დედისა და ნაყოფის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის (1,5).

შრომის მიზანს შეადგენდა ორსულთა გვიანი ჰესტოზის პირობებში თირკმლების ფუნქციური მდგომარეობისა და იონური მეტაბოლიზმის ცვლილებების შესწავლა შარდში და სისხლში დოპეგიტით და სპირონოლაქტონით მკურნალობის პირობებში.

კვლევის მეთოდები და მასალა: შესწავლილი და გაანალიზებული იყო: 155 ორსულის ისტორია, აქედან ჯანმრთელი ორსულობის - 38 შემთხვევა, ორსულთა გვიანი ჰესტოზით - 87, ხოლო ორსულთა გვიანი ჰესტოზის დოპეგიტით და სპირონოლაქტონით ფარმაკოთერაპიის 30 კლინიკური შემთხვევა.

მიღებული შედეგები: თირკმლების ფუნქციური მდგომარეობის ერთ-ერთი ძირითადი მაჩვენებელია დღე-ღამის დიურეზი, რომელიც ორსულთა გვიანი ჰესტოზის დროს, ნეფროპათიის სიმძიმის პარალელურად მცირდება, ხოლო დოპეგიტით და სპირონოლაქტონით მკურნალობის შემდეგ სარწმუნოდ მატულობს.

დადგინდა, რომ ნარჩენი აზოტის რაოდენობა იზრდება ჰესტოზის სიმძიმის პარალელურად, ხოლო დოპეგიტით და სპირონოლაქტონით მკურნალობის შედეგად შარდში მისი კონცენტრაცია ქვეითდება, განსაკუთრებით მცირდება შარდოვანას რაოდენობა.

შარდში ნატრიუმის იონების შემცველობის შესწავლამ გვაჩვენა, რომ ორსულთა გვიანი ჰესტოზის დროს, შარდში მისი რაოდენობა ნეფროპათიის

სიმძიმის პარალელურად მცირდება, ხოლო ჰესტოზის დოპეგიტი მკურნალობის შედეგად მატულობს.

კალიუმის იონის რაოდენობა ორსულთა გვიანი ჰესტოზის დროს შარდში მცირდება, მაგრამ შედარებით ნაკლებად, ვიდრე ნატრიუმის იონებისა. დოპეგიტით და სინოლაქტონით ჰესტოზის მკურნალობის შემდეგ კალიუმის იონის რაოდენობა შარდში უახლოვდება ფიზიოლოგიურ მაჩვენებლებს. იონების მეტაბოლიზმში არსებითი მნიშვნელობა აქვს ნატრიუმ-კალიუმის შეფარდებითი კოეფიციენტის მაჩვენებლის ცვლილებებს. ჰესტოზის მკურნალობამდე მაჩვენებელი ქვეითდება, ხოლო დოპეგიტით მკურნალობის შედეგად მატულობს.

სისხლის პლაზმაში და ერთოციტებში ორსულთა გვიანი ჰესტოზის დროს ნატრიუმის და კალიუმის კონცენტრაცია ჰესტოზის დაავადების სიმძიმის პარალელურად მატულობს (4), იონების უჯრედშიდა და უჯრედგარეთა შეფარდება (განსაკუთრებით ნატრიუმისა - კალიუმთან) ჰესტოზის სიმძიმის პარალელურად იზრდება, რაც მიუთითებს უჯრედშიდა „ჰიპოკალიემიაზე“.

ორსულთა გვიანი ჰესტოზის დოპეგიტით და სპირონოლაქტონით მკურნალობის შემდეგ ერთოციტებში ქვეითდება ნატრიუმის რაოდენობა, ხოლო კალიუმის რაოდენობა უახლოვდება ნორმალურ მაჩვენებლებს, რაც „ჰიპოკალიემიის“ კორექციის მაჩვენებელია.

მიღებული შედეგების ანალიზი: ორსულთა გვიანი ჰესტოზის დროს მნიშვნელოვნად ირღვევა თირკმელების ფუნქცია და იონების მეტაბოლიზმი. რენინ-ანგიოტენზინ-ალდოსტერონის სისტემის აქტივაცია განაპირობებს თირკმლის ფუნქციის დარღვევას, გორგლოვანი ფილტვრაციის შემცირებას, ნეფრონის შემკრებ მილაკებში ნატრიუმის და მისი შესაბამისი იზოოსმოსური წყლის რაოდენობის რეაბსორბციის გაძლიერებას (2). იონური მეტაბოლიზმის დარღვევები პროგრესირებს ორსულთა გვიანი ჰესტოზის განვითარების სიმძიმის პარალელურად. წყლისა და ნატრიუმის დაგროვება უჯრედებში და უჯრედშორის სივრცეებში იწვევს ორსულთა შეშუპების განვითარებას, სეროტონინისა და კატექოლამინების რაოდენობის გაზრდას პლაცენტაში, საშვილოსნოში და სისხლში, რაც იწვევს რეგოზულ და გენერალიზებულ სისხლძარღვოვან სპაზმს ჭიბლარის არტერიებში, პლაცენტის იმემიას და ჰიპოქსიას, შემდგომი ნაყოფის ჰიპოტროფიით და ჰესტოზის კიდევ უფრო დამძიმებით, ჰიპოვოლემიით და კომპენსაციური ტაქიკარდიის (120') განვითარებით, სისხლძარღვთა პერიფერიული წინააღმდეგობის გაზრდით - არტერიული წნევის მომატებით, განსაკუთრებით დიასტოლური წნევის მაჩვენებლების გაზრდით (1).

დასკვნები: 1. ორსულთა გვიანი ჰესტოზის დროს შარდში შემცირებულია ნატრიუმის და კალიუმის იონების ელიმინაცია და დღე-ღამური დიურეზი. აღნიშნული ცვლილებები პირდაპირ დამოკიდებულებამა ორსულთა გვიანი ჰესტოზის განვითარების სიმძიმესთან.

2. ორსულთა გვიანი ჰესტოზის დროს სისხლის პლაზმაში და ერთოციტებში იზრდება ნატრიუმის და კალიუმის კონცენტრაცია, ხოლო მცირდება შარდოვანას და ნარჩენი აზოტის რაოდენობა. აღნიშნული ცონების მეტაბოლიზმი ორსულის სისხლში იცვლება ჰესტოზის კლინიკური ნიშნების პროგრესირების პარალელურად.

3. დოპეგიტით და სპირონოლაქტინით რაციონალური ფარმაკოთერაპია აღადგენს თირკმლის დარღვეულ ფუნქციას. წყლის, იონების, აზოტის ცვლის მეტაბოლიტების დისბალანსს სასურველი კლინიკური ეფექტების სრული შენარჩუნებით.

ლიტერატურა:

1. Аиламазян Э.К. Акушерство С-П., 1997. - С. 186-199.
2. Александрова М.О. // Вопр. охр. матер. и дет. 1979, N12. с. 54-56.
3. Эрина Е.В. // Кардиол. 1980, N9, с. 114-121.
4. Ницович Р.М. // Акушер. и гинек. 1975, N9, 10-12.
5. Сивков И.И. и соавт. // Сов. мед., 1969, N1, с. 13-18.
6. Jayawardana J. // Ceylon. med. J. 1994. Jun. 39(2): 87-90.

Антелава Н., Чхaidze Т.

ИЗМЕНЕНИЕ ИОННОГО МЕТАБОЛИЗМА У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЗДНИМ ГЕСТОЗОМ, В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕНИЯ ДОПЕГИТОМ "СПИРОНОЛАКТОНОМ"

РЕЗЮМЕ

При позднем гестозе беременных нарушена функциональная способность почек и водно-солевой гомеостаз, в соответствии со степенью тяжести клинической формы гестоза. Проводимая фармакотерапия позднего токсикоза беременных допегитом и спиронолактоном понижает артериальное давление, уменьшает отек, улучшает функцию почек и нормализует водно-солевой гомеостаз.

Antelava N., Chkhaidze T.

CHANGES OF IONIC HOMEOSTASIS IN PREGNANT WOMEN WITH LATE GASTROSIS DURING DOPEGIT AND SPIRONOLACTON TREATMENT

SUMMARY

Disturbance of the renal functional and ionic metabolism of the late gestosis in pregnant woman, was establishes. This changes correlate with degree of severity of clinical stages of the gestosis. Treatment pregnant women's late gestosis with dopegit and spironolacton increases renal function, decreases blood pressure and oedema and normalises ionic homeostasis of the body.

მარაბიძე

მიოკარდიუმის ინფარქტის ტოპიკური დიაგნოსტიკა

თსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის თერაპიის №1 კათედრა

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა შესწავლის აქტუალურ საკითხს წარმოადგენს მიოკარდიუმის ინფარქტის ტოპიკური დიაგნოსტიკა. კორონარული სისხლის მიმოქცევა ინდივიდუალურად ვარიაბელურია, ამიტომ მიოკარდიუმის ინფარქტის ყოველი შემთხვევა სპეციფიურია. ინფარქტული უბნის ლოკალიზაციის დადგენა საჭიროებს გამოკვლევათა მთელ კომპლექსს. ხშირად ამა თუ იმ გამოკვლევის დროს განსხვავებული დასკვნები კეთდება, დიაგნოსტიკური სიზუსტე კი აუცილებელია აღქმატური კომპლექსური მკურნალობისათვის. ამიტომ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება შეუსაბამობის მიზეზის პოვნას.

ლიტერატურაში აღნიშნული რამდენიმე მიზეზი:

1. გულის ღრუების მნიშვნელოვანი დილატაცია, როგორც დროებითი ასინერგიის მიზეზი, ხშირად ახდენს მიოკარდიუმის ინფარქტის იმიტაციას (1).
2. საყლაპავის დიაფრაგმული თიაქრის არსებობა, იწვევს რა მარცხენა პარაკუტის დიაფრაგმული კედლის ქვემოთ პარადოქსულ სისტოლურ მოძრაობას, ახდენს ინფარქტის ელექტროკარდიოგრაფიულ (ეკგ) სიმულაციას (7).
3. ეკგ და 2-განზომილებიანი ექოკარდიოგრაფიის (2-გ ექოკგ) სპეციფიურობა და მგრძობელობა არ არის აბსოლუტური. სხვადასხვა ავტორები ფიქრობენ, რომ ეკგ-ს მგრძობელობა უფრო დაბალია 2-გ ექოკგ-სთან შედარებით, ხოლო სპეციფიურობა პირიქით, უფრო მაღალია ეკგ-სი, ვიდრე 2-გ ექოკგ-სა (5,11).
4. ეკგ და 2-გ ექოკგ შედეგებს შორის კორელაციის შესწავლისას ხშირად შეუსაბამობა აღინიშნება მიოკარდიუმის უკანა კედლის ინფარქტის დროს (6,8). პოლონელ ავტორთა მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, 209 გამოკვლეული პაციენტიდან, რომელთაც 2-გ პაციენტს ჰქონდა კორონაროანგიოგრაფიულად (კაგ) დადასტურებული მიოკარდიუმის პოსტერო-ინფერიული ინფარქტი.

ჩვენ შევისწავლეთ თსსუ სამკურნალო ფაკულტეტის №1 თერაპიის კათედრაზე, კარდიოლოგიურ განყოფილებაში 1993-98 წლებში მიოკარდიუმის ინფარქტის დადასტურებული დიაგნოზით რეგისტრირებული ავადმყოფთა ისტორიები, რომელთა შორისაც გამოვლინდა 143 შეუსაბამობა ეკგ და 2გ ექოკგ გაკვლევების შედეგებს შორის. გამოიყო 7 ჯგუფი სხვადასხვა შესაძლო ვარიანტებით. ყველაზე ხშირად შეგვხვდა ეკგ-ზე უკანა კედლის ინფარქტი, ხოლო 2-გ-ექოკგ-ით - აპიკალურ-სუპტალური ჰიპოკინეზია.

შევისწავლეთ, აგრეთვე 90 ავადმყოფის კორონაროანგიოგრაფიული გამოკვლევების შედეგები, აგრეთვე მათი სრული ისტორიები, სადაც გამოვლინდა 17 შეუსაბამობა. აღსანიშნავია, რომ მათ შორის 15 იყო უკანა კედლის ინფარქტი ეკგ-ად, ხოლო 2-ჯე ექოკგ-ით კი -აპიკალურ-სექტალური ჰიპოკინეზია. ამ ავადმყოფების კორონაროგრაფიული გამოკვლევებით ნათლად ჩანდა კორონარების მრავლობითი დაზიანება, უპირატესად მარჯვენა კორონარისა და გარშემომხვევი ტოტის მნიშვნელოვანი (90-100%) დაზიანებით და წინა დასწერივი ტოტის ნაკლები ხარისხით დაზიანებით. საფიქრებელია, რომ ამ შემთხვევაში აპიკალურ-სექტალური ჰიპოკინეზია გამოწვეული იყო ამ უბნის ჰიპერნიზებით, ხოლო უკანა კედელზე, ცუდი ვიზუალიზაციის გამო, ლოკალური ასინერგია არ გამოვლინდა.

ჩვენი დაკვირვების შედეგად საფიქრებელია, რომ ეკგ და 2გ-ექოკარდიოგრაფიული დიაგნოსტიკური შეუსაბამობის ერთ-ერთი მიზეზი ზემოაღნიშნულ სხვა მიზეზებთან ერთად შეიძლება იყოს კორონარული სისხლძარღვების მრავლობითი ათეროსკლეროზული (სხვადასხვა ხარისხის) დაზიანების შედეგად ინფარქტული და ჰიპერნიზებული უბნების თანარსებობა, განსაკუთრებით - უკანა კედლის ინფარქტისა და აპიკალურ-სექტალური უბნის ჰიპერნიზების დროს (9). ასეთ შემთხვევაში კი საჭიროა სწორი და დროული დიაგნოსტიკა, რაც განსაზღვრავს მკურნალობის შემდგომ ტაქტიკას.

ლიტერატურა:

1. Миткова В.В., Сандрикова В.В. "Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике". Т.5. 1998.
2. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. "Спящий миокард" и "Оглушенный миокард" как особые формы дисфункции левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца. "Кардиология". 1997.98.
3. Bergeklow S. "Гибернирующий миокард и раннее восстановление после коронарной реваскуляризации". Русский медицинский журнал.
4. Фитилева Л.М., Барвынь О.В., Власов Г.П., Фитилев С.Б., Бадалян Е.А., Антохин Н.В. Сегментарная дисфункция левого желудочка в оценке миокардиального компонента при отборе больных ишемической болезнью сердца к операции на коронарных артериях. Кардиология, 1995.
5. Koenig W., Gehring J., Kollmann G., Schinz A., Bekmann R., Mathes P. Deutsch Medizinische Wochenschrift. 108(14): 538-44. 1993. Apr 8. "Electrocardiogram and M-mode echocardiography in the diagnosis of chronic transmural infarct. Correlation and determination of the accuracy of both methods based on quantitative velocardiography" (German).
6. Penco M., Dagianti A., Bosanio S., Romano S., Dagianti (Comparison of electrocardiographic and echocardiographic finding in acute myocardial infarct) (Italian). Cardiologia, 41 (8): 751-8. 1996 Aug.

7. Buonavolonta JJ, O'Connor WH, WEiss RL. "Pseudoinfarction ECG pattern caused by diaphragmatic hernia uniquely resolved by transthoracic echocardiography". J. of the American Society of Echocardiography. 7(4):425-8, 1994 Jul-Aug.
8. Kuch J., Braksator W., Sczaniecka O., Szwed H., Sadovski Z. et al. Localization of myocardial infarction with the help of ECG and 2-dimensional echocardiography controversies). (Polish). Kardiologia Polska 38(1): 21-5. 1993. Jan.
9. Perna GP., Valle G., Salvatori M.P. et al. Diagnosis of recent posterolateral myocardial infarction: an electrocardiographic, echocardiographic and scintigraphic study), (Italian). Giornale Italiano di Cardiologia. 20(12): 1107-12. 1990 Dec.
10. Tokioka M., Miura H., Masaoka Y. et al. Transient appearance of asynergy on the echocardiogram and electrocardiographic changes simulating acute myocardial infarction following non-cardiac surgery)(Japanese). J. of Cardiology. 15(3): 639-53, 1985 Sep.
11. Arvan S., Varat MA. Two-dimensional echocardiography versus surface electrocardiography for the diagnosis of acute non-Q wave myocardial infarction. American Heart Journal. 110 (1 Pt 1): 44-9. 1985 Jul.

Арабидзе М.Л.

ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА

РЕЗЮМЕ

Топическая диагностика инфаркта миокарда представляет собой актуальную проблему изучения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Для установления локализации повреждения необходим комплекс обследований, но часто при разных обследованиях ставятся различные заключения, поэтому большое значение придается нахождению причин разногласия. С этой целью были изучены результаты коронарографического (КАГ) исследования у 90 больных, а также их полные истории болезни, где было найдено 17 разногласий между данными ЭКГ и 2-х мерной эхокардиографии (2 м. ЭхоКГ). Нужно отметить, что в 15-и случаях по данным ЭКГ был инфаркт задней стенки, а по данным 2 м. ЭхоКГ - гипокинезия апикально-септальной зоны. При КАГ у этих больных были обнаружены множественные повреждения коронар, в особенности со значительным повреждением правой коронарной артерии и огибающей ветви (90-100%), и с меньшей степенью повреждения передней нисходящей ветви. На основании наших наблюдений можно предположить, что одной из причин несоответствия данных ЭКГ и 2 м. ЭхоКГ может быть одновременное существование поврежденных и гибернизированных зон при многочисленных атеросклеротических повреждениях коронарных сосудов, в особенности во время инфаркта задней стенки миокарда и гибернизации апикально-септальной зны.

Arabidze M.
TOPICAL DIAGNOSIS OF MYOCARDIAL INFARCTION
SUMMARY

Topical diagnosis of myocardial infarction is very actual problem in studying of coronary diseases. Determination of the infarct site requires the whole complex of investigations. Final data are frequency controversial.

In purpose to find the reasons of data's incompatibility, we studied medical histories and results of coronary examinations of 90 patients. 17 cases with ECG and 2 - dimensional Echocardiographycal data incompatibilities were found. 15 among them were with posterior wall infarction, according to ECG, but ECO - cardiographycally - apical-septal hypokinesis was seen.

In these patients were evident the multiple injuries of coronaries, mainly of right coronary and circumflex arteries (90-100%) and anterior discendent artery, with less degree of injury.

Our results suggests, that one of the reasons of incompatibility between ECG and 2 - dimensional ECO - cardiographyc data, might be the co-existence of infarcted and hibernated sites, mainly the posterior wall infarction and apical-septal-site hibernation, on the bases of multiple atherosclerotic injuries.

ი.არეულაძე

**მიკროკინოციტოზური გუშტუპეების შეზარღბილი
შეცვალობა სხვადასხვა ასაკის თეთრი პირთაგვების
მიკროსისხლარღვების ენდოთელურ უჯრედებში**

თბილისის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფო

მიკროკინოციტოზური ვეზიკულები პლანზური მემბრანის ინვაგინაციის შედეგად წარმოიქმნებიან. მათი ფუნქციის შესახებ რამდენიმე პირობებზე არსებობს. უფრო მიღებულია ჯერ კიდევ Pappenheimer (1957) მიერ გამოთქმული მოსაზრება, რომ მათი მეშვეობით ზორციელდება წყლისა და წყალში ხსნადი მაკრომოლეკულების, კერძოდ, პროტეინების და პოლისაქარიდების ტრანსმემბრანული გადატანა. ისინი უფრო მეტი რაოდენობით გვხვდება ისეთი მიკროსისხლარღვების ენდოთელურ უჯრედებში, რომელთაც ვიწრო, ცუდად გამავალი ენდოთელთამორისი ნაპრალები აქვთ.

გამოკვლევები ჩატარებულა 70 თეორ ვირთაგვანზე. ასაკობრივი ჯგუფები შედგენილა Rakusan, Poupa (1964) და ვ.ზაქაძენიუკის (1971) კლასიფიკაციის საფუძველზე. ცხოველები დაყოფილა 7 ჯგუფად: 1)

ახალშობილები (დაბადებიდან 2-12 საათი); 2) 8 დღიანი; 3) 15 დღიანი; 4) ახალგაზრდები - 4 თვე; 5) ზრდასრულები - 14-16 თვე; 6) ხანდაზმულები - 20-22 თვე; 7) მოხუცებულები 28-30 თვე; კონტროლის მიზნით ახალშობილი, 8 და 15 დღის ვირთავების გარდა ყველა ასაკობრივი ჯგუფის ცხოველის სხეულის მასა შეესაბამებოდა ვ.ზაჰაძინიუკის (1971) მიერ მოწოდებულ ცხრილს (წონის კონტროლი). ელექტრონულმიკროსკოპული მეთოდით შესწავლილი იქნა მარცხენა პარაკუჭის მიოკარდიუმის, სათესლის, თირკმელზედა ჯირკვლის და ღვიძლის ქსოვილი. მიკროსისხლძარღვების ენდოთელურ უჯრედებში მიკროპინოციტოზური ბუმტუკების შემცველობა ისაზღვრებოდა ე.ეკიბელის (1970) მიერ აღწერილი წერტილოვანი თვლის მეთოდით.

ახალშობილთა მიკროსისხლძარღვებს შემორჩენილი აქვთ ემბრიონული პერიოდის მთელი რიგი თავისებურებები. ასეთ თავისებურებებს მიეკუთვნება ენდოთელიოციტების ციტოპლაზმამი მიკროპინოციტოზური ბუმტუკების სიმცირე. ეს განსაკუთრებით თვალსაჩინოა სომატური ტიპის ჰემოკაპილარებში და უპირატესად ვლინდება მათ პერიფერიულ ზონებში, სადაც ზრდასრული ასაკისთვის დამახასიათებელია მიკროპინოციტოზური ბუმტუკების განსაკუთრებით მაღალი სიმჭიდროვე. მიკროპინოციტოზური ვეზიკულების ურთიერთშეერთების სურათი პრაქტიკულად არ ვლინდება, თუმცა არსებობს როგორც პლაზმოლემასთან შეკავშირებული, ისე თავისუფალი ბუმტუკები. ის ფაქტი, რომ მუქი ციტოპლაზმის მქონე ენდოთელური უჯრედები არ შეიცავენ მიკროპინოციტოზურ ბუმტუკებს, მიუთითებს იმაზე, რომ მაღალია მათი უჯრედშორისი კონტაქტების განვლადობა და ისინი განვითარების უფრო ადრეულ ეტაპზე იმყოფებიან, ვიდრე ნათელი ციტოპლაზმის მქონე ენდოთელური უჯრედები. წერტილოვანი თვლის მეთოდით ახალშობილების ნათელი ციტოპლაზმის მქონე ენდოთელურ უჯრედებში მიკროპინოციტოზური ბუმტუკების შეფარდებითი მოცულობის განსაზღვრამ გვიჩვენა, რომ მათი შემცველობა მნიშვნელოვნად ნაკლებია, ვიდრე ზრდასრულებში.

შესწავლილი ორგანოების ენდოთელიოციტებში მიკროპინოციტოზური ბუმტუკების შემცველობის ასაკობრივი ცვლილებების დინამიკა მოცემულია №1 ცხრილში. ნაჩვენებია ნათელი და მუქი ციტოპლაზმის მქონე ენდოთელური უჯრედების გასაშუალოებული მაჩვენებლები ახალშობილებში.

როგორც №1 ცხრილიდან ჩანს, თხუთმეტი დღის თეთრი ვირთავები ამ პარამეტრით პრაქტიკულად არ განსხვავდებიან ახალგაზრდათა და ზრდასრული ასაკობრივი ჯგუფის ანალოგიური მაჩვენებლებისგან. ეს სხვა მონაცემებთან ერთად ამტკიცებს, რომ თხუთმეტი დღის თეთრი ვირთავების მიკროსისხლძარღვებს პრაქტიკულად დეფინიტური შენება აქვთ.

მიკრობინოციტოზური ბუშტუკების შეფარდებითი პროცენტული შემცველობა ახალშობილთა, რვა დღის, იხუიმეტი დღის, ახალგაზრდა და ზრდასრული ასაკობრივი ჯგუფის ვირთაგვეების მიკროსიკაქულატიურიული სისხლპარაქემების ენდოთელურ უჯრედებში

მიკრობინოციტოზური ბუშტუკების % შემცველობა	მარცხენა პარაკუჭის მიოკარდიუმი		სათესლე				თირკმელზედა ჯირკვლის ქირქი		ღვიძლი											
	სიღრმე	სისის	ზრდა	სრული	სიღრმე	სისის	ზრდა	სრული	სიღრმე	სისის	ზრდა	სრული								
	0,75	1,8	8,4	8,7	8,5	0,4	1,1	6,1	6,4	6,9	0,4	0,9	1,2	1,1	1,3	0,2	0,5	0,9	0,8	0,7

მიკრობინოციტოზური ბუშტუკების შეფარდებითი პროცენტული შემცველობა ზრდასრულითა, ხანდახმულთა და მოხუცებულთა ასაკობრივი ჯგუფის ვირთაგვეების მიკროსიკაქულატიურიული სისხლპარაქემების ენდოთელურ უჯრედებში

მიკრობინოციტოზური ბუშტუკების % შემცველობა	მარცხენა პარაკუჭის მიოკარდიუმი		სათესლე				თირკმელზედა ჯირკვლის ქირქი		ღვიძლი						
	სიღრმე	ზრდა	სრული	სიღრმე	სისის	ზრდა	სრული	სიღრმე	სისის	ზრდა	სრული	სიღრმე	სისის	ზრდა	სრული
	8,5	8,3	5,9	6,9	6,4	4,1	1,3	1,4	1,1	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

ხანდაზმულთა ასაკობრივ ჯგუფში მიკროსისხლძარღვების ენდოთელურ უჯრედებში მიკრობინოციტოზური ბუმტუკების შეფარდებითი შემცველობა პრაქტიკულად არ განსხვავდება პირობითად საკონტროლოდ ჩათვლილ ზრდასრულთა ასაკობრივი ჯგუფის ანალოგიური მაჩვენებლებისგან. მოხუცებულთა ასაკობრივ ჯგუფში კი განსხვავება მნიშვნელოვნად არის გამოხატული. ბუნებრივია, ეს ძირითადად ეხება სომატური ტიპის ჰემოკაპილარების მქონე ორგანოებს და, განსაკუთრებით, მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მიკროსისხლძარღვების ენდოთელურ უჯრედებს, რომელთა ციტოპლაზმაში მიკრობინოციტოზური ბუმტუკების სიჭარბე გარკვეულად ორგანოსპეციფიკურ თავისებურებად შეიძლება ჩაითვალოს.

ხანდაზმულთა და მოხუცებულთა ასაკის მონაცემების შედარება ზრდასრულთა ასაკობრივი ჯგუფის ანალოგიურ მაჩვენებლებთან მოცემულია №2 ცხრილში.

სავარაუდოა, რომ მოხუცებულთა ასაკში იზრდება მიკროსისხლძარღვების კედლის განვლადობა. აღსანიშნავია, რომ ახალშობილთა და მოხუცებულთა ასაკობრივი ჯგუფის თეთრი ვირთავები ამ პარამეტრით და სხვა მთელი რიგი მონაცემებით გარკვეულად ემსგავსებიან ერთმანეთს.

Арвеладзе Ю.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ МИКРОПИНОЦИТОЗНЫХ ВЕЗИКУЛ В ЭНДОТЕЛИОЦИТАХ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ СОСУДОВ БЕЛЫХ КРЫС РАЗНОГО ВОЗРАСТА

РЕЗЮМЕ

Методом точечного счета определяли относительный объем, занимаемый макропиноцитозными везикулами в эндотелиальных клетках новорожденных, 8 и 15 суточных молодых, зрелых, предстарческой и старческой возрастных групп крыс. Изучены: миокард левого желудочка, яичка, кора надпочечной железы и печень. Выяснилось, что у новорожденных во всех изученных органах, в том числе и в миокарде левого желудочка они содержатся в очень малом количестве (во всех органах менее 1%). С 15-суточного возраста до старческого получены практически идентичные цифры. В старческом возрасте наблюдается понижение количества везикул, наглядно выраженное в органах имеющих гемокapилляры соматического типа (миокард левого желудочка, яичко).

Arveladze Yu.

**RELATIVE VOLUME OF MICROPYNOCYTOTIC VESICLES IN
ENDOTHELIAL CELLS OF WHITE RATS MICROCIRCULATORY VESSELS
IN AGE ASPECT**

SUMMARY

Relative square by Micropynocytotic vesicles in Endothelial cells was defined according to method of spot account. These parameters were judged in newborns, 8 - days, 15 - days, young, mature, adults and old rats Content of Micropynocytotic vesicles in all organs of newborn's Endothelial cells was very few (<1%). 8 day rats hold middle position between newborns and adults animals.

The old rats content Smoller Micropynocytotic vesicles than 15 days, mature and adults rats.

Арвеладзе Ю.

**МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ СОСУДЫ БЕЛЫХ КРЫС ВОСЬМИ-
И ПЯТНАДЦАТИСУТОЧНОГО ВОЗРАСТА**

Тбилисская центральная клиническая больница

Целью данной работы было выявление того этапа онтогенетического развития, когда структура микрососудов приобретает характерное для зрелого периода дефинитивное строение.

Исследования были проведены на 30 белых крысах восьми- и пятнадцатисуточного возраста. Контролем в данном случае послужили новорожденные (от 2 до 12 часов) животные зрелой возрастной группы (14-16 месяцев). Изучались кусочки миокарда левого желудочка, яичка, коры надпочечной железы и печени, кровеносные капилляры которых относятся соответственно к соматическому, висцеральному и синусоидному типу. Ультратонкие срезы окрашивались уранилацетатом и цитратом свинца по Reynolds (1963). Методом точечного счета определяли относительный объем занимаемый основными органеллами в эндотелиальных клетках (Э.Вейбель, 1970). При электронномикроскопически-радиоавтографическом исследовании использовали ^3H -тимидин и ^3H -уридин по методике рекомендованной (Д.Саркисов и соавт., 1980). При электронно-цитохимическом исследовании для оценки активности рибосомальных цистронов применяли окрашивание азотнокислым серебром (Zatsepina et al., 1988).

Проведенное исследование показало, что у 8 суточных крыс еще в достаточно большом количестве выявляются характерные для новорожденных эндотелиальные клетки с темной цитоплазмой. Темная окраска их цитоплазмы обусловлена обилием гранулярной эндоплазматической сети, полисом, свободных рибосом, а также частично митохондрий. В отличие от 8 суточных у 15 суточных такие эндотелиоциты выявляются лишь в единичных случаях. Наглядное представление о динамике изменения содержания этих органелл дает сравнение занимаемого ими относительного объема в разных возрастных группах представленной в таб.№1. У новорожденных даны средние арифметические отдельных изменений в так называемых темных и светлых эндотелиальных клетках.

На высокую интенсивность белково-синтетической функции у новорожденных и частично 8 суточных белых крыс указывает и ультраструктура ядра эндотелиальных клеток: преобладание диффузного хроматина над конденсированным, который часто даже маргинально не образует непрерывный слой, обилие пор ядерной оболочки, абсолютное преобладание нуклеолонемного типа строения ядрышка и др. Вышеуказанное подтверждает и включение радиоактивного предшественника РНК ^3H -уридина, когда и без количественного анализа видна существенная разница в интенсивности включения. Над большинством эндотелиальных клеток новорожденных выявляется более 50 гранул серебра. Даже если посмотреть только показатели процентного содержания клеток, имеющих более 20 включений выявляется наглядная разница (Таб.№2.). У новорожденных вновь приведены усредненные показатели между светлыми и темными эндотелиоцитами.

Кроме усиления метаболизма, для клеточных элементов микрососудов и, в частности, для эндотелиальных клеток новорожденных и, частично, 8-суточных крыс характерна высокая пролиферативная активность. В отличие от 15 суточных и зрелых животных у новорожденных большинство, а у 8 суточных достаточно большое количество ядер эндотелиоцитов включают ^3H -тимидин. У 15 суточных и зрелых, включивших радиоактивный предшественник единичных ядрах эндотелиальных клеток, определяется очень низкое количество гранул серебра. Ни в одном случае их количество не превышало 20. В то же время, у новорожденных ядра над которыми обнаруживаются более 20 гранул серебра составляли в миокарде левого желудочка – 14%; яичке – 9%; коре надпочечной железы 27%; и в печени 36%. У 8 суточных эти цифры

Дядро	Миокард левого желудочка				Дячко				Кора надпочечной желёзы				Печень			
	Новорожденные %	8 суточные %	15 суточные %	Зрелые %	Новорожденные %	8 суточные %	15 суточные %	Зрелые %	Новорожденные %	8 суточные %	15 суточные %	Зрелые %	Новорожденные %	8 суточные %	15 суточные %	Зрелые %
355	326	319	314	366	334	321	302	408	308	318	307	356	314	303	282	
Гранулярная эндо-плазматическая сеть	133	47	0,1	0,1	132	4,1	0,2	0,1	108	3,4	0,3	0,2	112	3,5	0,4	0,1
Катализмы и свободные радикалы	163	42	0,2	0,1	154	5,6	0,3	0,1	11,1	4,1	0,4	0,1	11,4	4,3	0,4	0,1
Митохондрии	45	1,8	1,3	1,1	3,6	1,0	0,9	5,4	1,2	1,5	1,3	5,1	1,3	1,5	1,4	

Дядро	Миокард левого желудочка				Дячко				Кора надпочечной желёзы				Печень			
	Новорожденные %	8 суточные %	15 суточные %	Зрелые %	Новорожденные %	8 суточные %	15 суточные %	Зрелые %	Новорожденные %	8 суточные %	15 суточные %	Зрелые %	Новорожденные %	8 суточные %	15 суточные %	Зрелые %
80,8	343	124	11,8	74	27,7	11,1	8,4	74,5	26,5	17,8	18,1	76,5	29,9	12,5	9,4	

Табл. 2

составляли соответственно 9%; 6%; 14% и 11%. Практически полное отсутствие у зрелых и 15 суточных животных митозов эндотелиальных клеток также подтверждает выше указанный тезис и позволяет расценивать единичные включения у зрелых и 15 суточных как проявления репаративного синтеза.

Наиболее убедительным доказательством высокой пролиферативной и пластической активности эндотелиальных клеток микроциркуляторных сосудов миокарда левого желудочка, яичка, коры надпочечной железы и печени у новорожденных является очень высокая степень аргентофильности их ядрышек при окраске азотнокислым серебром. Во многих случаях число Ag-гранул превышает десяток. Эта высокая активность проявляется в подавляющем большинстве эндотелиоцитов. Она существенно понижается у 8 суточных крыс. Еще в большей степени она уменьшена у 15 суточных и зрелых животных: в тех случаях когда в ядрышках их эндотелиальных обнаруживаются Ag-позитивные гранулы их число практически не превышает 2-3-х.

Высокая пролиферативная и пластическая активность в клеточных компонентах микрососудов новорожденных и, частично, 8 суточных крыс обусловлена тем, что у них еще окончательно не сформирована структура стенок.

Проведенные исследования показывают, что микрососуды белых крыс за короткий промежуток времени утрачивают характерные для эмбрионального периода структурные особенности, четко проявляющиеся у новорожденных. 8-суточные животные еще сохраняют характерные для эмбрионального периода черты строения. Их условно можно считать срединным, переходящим звеном между новорожденными и дефинитивным строением. У 15 суточных белых крыс морфология микроциркуляторных сосудов всех изученных органов практически принимают окончательный, характерный для зрелого периода вид. Сохранившиеся незначительные отдельные элементы эмбрионального периода не играют существенной роли в общей картине.

Следовательно, можно сделать вывод, что у белых крыс 8 суточного возраста микрососуды окончательно еще не сформированы. У 15 суточных животных они практически приобретают характерное для зрелого возраста дефинитивное строение.

Arveladze Yu.
MICROCIRCULATORY VESSELS OF 8 AND 15 DAYS
OLD WHITE RATS

SUMMARY

30 white rats, 8 and 15 days old, were investigated for revelation of ontogenetic development stage, when structure of microcirculatory vessels achieves definitive texture. Newborn (2-12 hours) and adult (14-16 months) animals were used for control. Pieces of left ventricle myocardium, testicle, adrenal cortex and liver were studied. Structure of vessel walls in 8 days white rats in difference from 15 days animals is not definitely formed. Measurement of relative volume occupied by granular endoplasmic reticulum, polysomes and free ribosomes, intensity of ^3H -thymidine and ^3H -uridine incorporation, amount of granules while staining with AgNO_3 showed, that endothelium of 8 days animals has relatively intermediate condition between newborns, whose endothelium is distinguished by high proliferative and metabolic activity and 15 days ones, whose endotheliocytes are almost similar to endothelial cells of adult rats.

ვ.არჩვაძე, თ.ჩხიკვაძე, ღ.ხაზარაძე, ი.ჭანუყვაძე, ღ.ჯიქია

პერნიოლოგიის თანამედროვე კოსტულატები

თსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ზოგადი ქირურგიის კათედრა

პერნიოლოგიური კონტინგენტი ზოგადქირურგიული კლინიკების პაციენტთა 15% შეადგენს. აშშ-ში ყოველწლიურად საზარდულის თიაქრის გამო 700000-მდე ოპერაცია წარმოებს, რომელთაგან 50000-დან 100000-მდე ოპერაცია თიაქრის რეციდივის გამო კეთდება (ილიხტენშტეინი და სხვ., 1993).

რ.კონდონისა და ლ.ნაიხუსის (1971) მიხედვით, საზარდულის თიაქრის რეციდივი ირბი თიაქრისას ზოგადად 2-7% გვხვდება, სწორი თიაქრისას 4-10%, ზოლო რეციდულისას - 5-20%. ილიხტენშტეინის მიერ 1993 წ. თიაქრის რეციდივის პრევენციის 5 წესი იქნა მოწოდებული:

1. დეფექტის დაზურვისას უნდა დავეყრდნოთ მხოლოდ მძლავრ აპონევროზულ (მყესოვან) და არა ფასციურ სტრუქტურებს;
2. მოზრდილთა შორის ყოველთვის უნდა შევიწროვდეს საზარდულის არხის ღრმა რგოლი;
3. ქირურგი უნდა ერიდოს ნაკერთა დაჭიმულობას;
4. არ უნდა დავეყრდნოთ ნაწიბუროვან და დევასკულირებულ ქსოვილებს;
5. მუდმივი სინთეზური ბადე პლასტიკისათვის უნდა გამოვიყენოთ გვიან რეციდივის თავიდან ასაცილებლად.

გამოკვლევის მიზანია არაენდოსკოპური გზით წარმოებული თიაქარპლასტიკის ოპერაციის შემდგომი თიაქრის რეციდივების სიხშირის შემცირება, განსაკუთრებით საზარდულის თიაქრის ისეთი რთული ფორმების დროს, როგორებიცაა:

1. სწორი თიაქარი;
2. გვიანტური თიაქარი;
3. დაცურებული თიაქარი;
4. რეციდიული თიაქარი;
5. ირიბი თიაქარი ე.წ. „გასწორებული“ არხით;
6. თიაქარი მაღალი საზარდულის შუალედის და განბოჭკოვებული აპონევროზის არსებობის პირობებში;
7. თიაქარი სპორტსმენებსა და მძიმე ფიზიკური სამუშაოს მქონე პირებში;
8. პარაინგვინალური თიაქარი.

გამოკვლევის მიზნიდან გამომდინარე დავისახეთ შემდეგი ამოცანები:

1. თიაქრის პარკის და ირგვლივმდებარე სტრუქტურების სრულყოფილი და მაქსიმალურად ატრავმული გამოყოფა. პარკის მაღალი ლიგაცია;
2. სათესლე ბაგირაკის ატრავმული მობილიზაცია მედიალურად და ქვემოთ ბოქვენის ბორცვის დონიდან დაწყებული, რაც შეიძლება ზევით და ლატერალურად მის უკან მრავალმრიანი პლასტიკის წარმოების მიზნით;
3. საზარდულის არხის ისეთი ახალი ანატომიის შექმნა, რომლის დროსაც მისი ღრმა და ზედაპირული რგოლები ერთ ღერძზე არ იქნება მოთავსებული;
4. პლასტიკის ეტაპის წარმოება ჰომოგენურ ქსოვილთა სტრუქტურების მაქსიმალური ურთიერთდაპტაციის პირობებში;
5. ოპერაციის შემდგომი ადრეული გართულებების (ჰემატომა, სუპურაცია, ლიგატურული ფისტულები) პროფილაქტიკა;
6. ადექვატური შრომითი და საყოფაცხოვრებო რეჟიმის შერჩევა შემართებელქსოვილოვანი ნაწიბურის სრულ ჰისტოლოგიურ მომწიფებად და მაქსიმალური ბიომექანიკური მდგრადობის შექმნად.

ოსსუ №1 კლინიკაში 1994 წ. 24 მარტიდან შემუშავდა და დაინერგა საზარდულის თიაქარპლასტიკის მეთოდი (ასისტ. ვარჩვაძე, საპატენტო სიგელი გამოგონებაზე №1079), რომელიც ბასინის მეთოდზე დამყარებულ კირშნერისა და პოსტემპსკის მოდიფიკაციებს მოგვაგონებს, თუმცა მომგებიანად განსხვავდება მათგანაც. პლასტიკის ეტაპის წარმოებისას, სათესლე ბაგირაკის უკან, პუპარტის იოგზე კიშპაროვსკის ტიპის ნაკერებით მიკერდება ჯერ მუცლის გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის ზედა (მედიალური) ნაფლეთი შიგნითა ირიბ და განივ კუნთებთან და განივ ფასციასთან ერთად, ზოლო შემდეგ, სათესლე ბაგირაკის ტრილობის ზედა კუთხისკენ მაქსიმალურად გადაწვეის შემდეგ (ფუნქიკულუსის ლატერალიზაცია) მუცლის გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის

თავისუფალი, ქვედა (ლატერალური) ნაფლეთი დუბლიკატურის სახით მიკერდება მის ზედა ნახევარს.

ამრიგად, პოსტემპსკის მეთოდისაგან გასხვავებით, იქმნება სავესებით ახალი, შებრუნებული ანატომია, რომლის დროსაც საზარდულის არხის ღრმა რგოლი განთავსდება ქვევით და მედიალურად, ხოლო ზერეღე (სუპერფიციალი) რგოლი კი - ზევით და ლატერალურად. განსხვავებით კორმნერის მეთოდისაგან, რომლის დროსაც საზარდული არხის უკანა კედლის რეკონსტრუქცია ხდება, როგორც ბასინის ოპერაციისას, სათესლე ბაგირაკის უკან მხოლოდ მუცლის შიგნითა ირიბი და განივი კუნთების პუპარტის იოგზე ჩაკერებით, ჩვენი მეთოდი ითვალისწინებს სათესლე ბაგირაკის უკან ხუთმრიანი ფასციურ-კუნთოვან-აპონევროზული „ფარდის“ შექმნას ჰომოგენურ ქსოვილებს შორის კონტაქტის პირობებში. ზემოთაღწერილი ტექნიკის გამოყენებით 1994-99 წწ. ჩვენს მიერ ნაწარმოებია 65 წარმატებული ოპერაცია. ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 21-დან 84 წლამდე (საშუალოდ 64 წელი).

ცხრილი №1

თიაქრის ფორმა	აჲადმყოფთა რაოდენობა, აბს. %
მარჯვენამხრივი	32(49,2)
მარცხენამხრივი	21 32,3)
ორმხრივი	11 (16,9)
სწორი	23 (35,3)
პარაინვეინალური	2 (3)
გოგანტური	5 (7,7)
ჩაჭედილი	12 (18,4)
შეუსწორებადი	8 (12,3)
რეციდივული	15 (23,0)
ერთგზის	9
ორგზის	4
სამგზის	2
დაცურებული	14 (215)

ადგილობრივი ანესთეზია გამოყენებული იყო 51 (78,4%) შემთხვევაში, ზოგადი - 14 (21,5%). ოპერაცია მიმდინარეობდა ანტიბიოტიკის ფონზე. კანქვეშა სივრცის დრენირებას ვაკეთებდით პოლიქლორვინილის ორი საწრეტით, რომელსაც III-IV დღეზე ვიღებდით. საკერ მასალად უპირატესობას ვანიჭებდით პოლიპროპილენის (პროლენის) და პოლიბუტესტერის №0 მონოფილამენტურ ძაფს. ოპერაციის შემდგომ ადრეული პერიოდში ორ შემთხვევაში აღინიშნა ჭრილობის ჰემატომა, ერთში -სუპურაცია, ორში - ტრანზიტორული იშემიური ორქიტი და პიდროცილეუ. ორი თვიდან 5 წლამდე შესწავლილია 52 ოპერაციის შედეგი.

ავადმყოფების ანექტირებით და გასინჯვით ირკვევა, რომ რეციდიუს ადგილი არ აქვს, ისინი თავს ჯანმრთელად გრძნობენ და მისდევენ ჩვეულ პროფესიულ საქმიანობას.

ჩვენს ხელთ ასევე არის ორი წარმატებული შემთხვევა სამგზის რეციდიული ვენტრალური თიაქრის მკურნალობის პოლიპროპილენის სინთეზური ბადის - "Marlex" და "Surgipro" ჩანერგვისა (ასისტ. ვარჩვაძე - 19.05.99) - ზომებით 15X15 სმ + 7,5X15 სმ ე.წ. „დაჭიმვის გარეშე პერნიოპლასტიკის“ (tension-free hernioplastics) მეთოდით ლიხტენშტეინის მიხედვით.

ზემოთ აღნიშნულის საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ თანამედროვე ჰერნიოლოგიის პოსტულატებზე დაფუძნებულ ჩვენს მიერ მოწოდებულ თიაქარპლასტიკის მეთოდს შეუძლია საიმედოდ გადაწყვიტოს ტრადიციული გზით საზარდულის თიაქარპლასტიკისას ქირურგის წინაშე მდგარი პრობლემები.

ლიტერატურა:

1. Lichtenstein I.L., shulman A.G., Amid P.K. - The cause prevention and treatment of recurrent groin hernia. - Surg. Clin. North. Amer. v. 73, N3, 1993;
2. Condon R.E., Nyhus L.M. - Complications of Groin Hernia and Hernia and Hemial Repair. - Surg. Clin. North. Amer. v.51, N6, 1971.

Арчвадзе В., Чхиквадзе Т., Хазарадзе Д., Чануквадзе И., Джикия Д. СОВРЕМЕННЫЕ ПОСТУЛАТЫ ГЕРНИОЛОГИИ

РЕЗЮМЕ

С 1994 г. на кафедре общей хирургии лечебного факультета ТГМУ был разработан и внедрен в клиническую практику оригинальный способ паховой герниопластики (В.Арчвадзе: патент на изобретение №1079 с приоритетом от 27.02.96). По описанной в статье методике проведено 65 операций, отдаленные результаты которых изучены в 52 случаях. Не было выявлено ни одного случая рецидива болезни, также, как макроскопических изменений со стороны гоннад и фуникулуса. Приводится описание 2-х успешных случаев лечения рецидивных вентральных грыж с имплантацией полипропиленовых сеток "Marlex" и "Surgipro" (15x15 см и 15x15 см) - по методу Лихтенштейна (т.н. пластика без натяжения).

Archvadze V., Chkhikvadze T., Khazaradze ., Chanukvadze I., Jikia D. THE MODERN CONCEPTS OF HERNIOLOGY

SUMMARY

We introduced an original hernia plastics modification (V.Archvadze, patent N1079) in 1994.

The indicated method was applied in 65 hernia plastics achieving favourable results 1994-99, 54 patients). Age fluctuation was inbetween 21 and 84 (average age 64). Local anaesthesia was applied in 51 (78,4%) cases, general anaesthesia - in 14 (21,5%). Operations are conducted one the antibiotics background, subcutaneous space drainage is made by 2 polichlorivinnil drainage which are removed in 3-4 days. Prolen polypropylen) N 0 monofilament suture preference for making stitches. In the immediate post-operational period there were 2 cases of hematoma (3%), 1 - suppuration (1,5%), 2-transitory ischemia orhitis. Results of 52 operations were studied in the interval from 2 months to 5 and able to continue their regular life and activity in contradistiction to the girard method of hernia surgery control group, where recurrence made up 9%.

On the basis of the aforesaid we can conclude that the hernia plastics suggestedby our modification is able to resolve the problem stading before surgery sufficiently by means of the traditional method of the inguinal hernia plastics. We have also performed 2 operations (V.Archvadze, 19.05.99) for recurrent (3 times) operated before us hernias with implantation of polypropylene synthetic meshes - "Marlex", "Sergipro" (15x15 cm+7.5x15cm in one case and 15x15cm in another one), and also with favorable results (tension - free hernioplastics).

ლახმეტელი, გ.მუხაშაურია

ინდოლიმფური და ლიმფოტროპული ანტიბიოტიკოთერაპია მწვავე პარაპროქტიტის დროს

თბილისი, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, პროქტოლოგიის ცენტრი
მსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ქირურგიულ სნეულებათა №1 კათედრა

მწვავე პარაპროქტიტი ხშირ პროქტოლოგიურ დაავადებას წარმოადგენს და ადეკვატური მკურნალობის შემთხვევაში კეთილსაიმედო შედეგით მთავრდება. გამონაკლისს წარმოადგენს დაავადების ანაერობული ფორმები, განსაკუთრებით მათი გენერალიზებული ფორმა, რომელსაც მიუხედავად ინტენსიური მკურნალობისა, არცთუ იშვიათად სიკვდილი მოსდევს.

ანაერობული პარაპროქტიტის მკურნალობის შედეგი ბევრად არის დამოკიდებული დროულ რადიკალურ ოპერაციულ ჩარევაზე, მიმართავენ ადეკვატურ დრენირებას, მუდმივ მორწყვას. აუცილებელია კომპლექსური ინტენსიური დეტოქსიკაციური თერაპიის ჩატარება.

ლიტერატურაში არაერთგვაროვანი აზრია ოპერაციის შემდგომი ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარების შესახებ. ზოგი არ მიიჩნევს მისი ჩატარების აუცილებლობას, თუ საქმე გაურთულებელ პარაპროქტიტს ეხება,

სხვანი თვლიან, რომ მარტივი პარაპროქტივის დროსაც ოპერაციის შემდეგ პერიოდში გამოყენებული უნდა იყოს ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები, ანტიბაქტერიული პრეპარატები (1).

აზრთა სხვაობა ყველაზე ნაკლებად ეხება მწვავე ანაერობულ პარაპროქტიტს, სადაც ეჭვს არ იწვევს მკურნალობის კომპლექსში სხვადასხვა ჯგუფის ანტიბიოტიკების კომბინაციის გამოყენება, მეტრონიდაზოლის პრეპარატების აუცილებელი ჩართვით (2).

ბოლო წლებში, მას შემდეგ, რაც ექსპერიმენტული კვლევით და კლინიკური დაკვირვებებით დადგენილი იყო ლიმფური სისტემის მნიშვნელოვანი მონაწილეობა ჩირქოვან-ანთებით პროცესებში, დამუშავებული იყო ანტიბიოტიკების ლიმფურ სისტემაში შეყვანის მეთოდები, არის მონაცემები მწვავე პარაპროქტიტების დროს ენდოლიმფური და ლიმფოტროპული ანტიბიოტიკოთერაპიის გამოყენების შედეგების შესახებაც.

რ.პანჩენკომა და თანაავტორებმა (3) ენდოლიმფურ ანტიბიოტიკოთერაპიას მიმართა ჩირქოვან-პუტრიდული პარაპროქტიტის 4 შემთხვევაში. შედეგი ოთხივე შემთხვევაში დადებითი იყო. ენდოლიმფური ანტიბიოტიკოთერაპიის მაღალ უეფექტურობას იმიორექტული პარაპროქტიტის დროს მიუთითებენ ივირენკოვი (4), ხმირახმედოვი (5).

წინამდებარე ნაშრომში განხილულია ავადმყოფთა იმ ჯგუფის მკურნალობის შედეგები, რომელთა მწვავე პარაპროქტიტის გამო ინტენსიური თერაპიის სხვა ღონისძიებებთან ერთად უტარდებოდათ ენდოლიმფური ან ლიმფოტროპული ანტიბიოტიკოთერაპია. ასეთ ავადმყოფთა საერთო რიცხვი შეადგენდა 34-ს. მამაკაცი იყო 29, ქალი - 5. ასაკი მერყეობდა 16-დან 68 წლამდე. ავადმყოფთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა თანმხლები დაავადებები - შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე, ათეროსკლეროზი და სხვ. 19 შემთხვევაში საქმე ეხებოდა მწვავე ანაერობულ პარაპროქტიტს. 8 შემთხვევაში პროცესი ლოკალიზებული იყო, 5-ში გართულებული იყო შორისის მიდამოს, სკროტუმის, მუცლის წინა კედლის და ღუნდულოს ფლევმონით. 4 შემთხვევაში საქმე ეხებოდა კლოსტრიდიულ ინფექციას.

დანარჩენი შემთხვევებიდან ბანალური ჩირქოვანი პარაპროქტიტი აღენიშნებოდა 13-ს, პუტრიდულ-ნეკროზული 6-ს, ხოლო 2 ავადმყოფს დაუდგინდა პარაექტული სივრცის ინფილტრატი.

16 ავადმყოფში პროცესი ლოკალიზებული იყო პელვიორექტულ სივრცეში, 7-ში იმიორექტულში, 3-ში რეტრორექტულში. დანარჩენ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა კანქვეშა და ლორწოქვეშა პარაპროქტიტს.

სხვადასხვა შემთხვევაში ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივობა, გამოყენებული ანტიბიოტიკების რაოდენობა და მათი შეყვანის გზები განსხვავებული იყო.

პარაპროქტიტის ინფილტრაციული ფორმის 2 შემთხვევაში და ბანალური ჩირქოვანი პარაპროქტიტის 7 შემთხვევაში, ანტიბიოტიკოთერაპია ჩატარდა ერთი ანტიბიოტიკის გამოყენებით - ამინოგლიკოზიდის ან ცეფალოსპორინის ჯგუფის პრეპარატით. ბანალური პარაპროქტიტის დანარჩენ 6 შემთხვევაში გამოყენებული იყო 2 ჯგუფის ანტიბიოტიკის კომბინაცია. მკურნალობის ხანგრძლივობა ავადმყოფთა ამ ჯგუფში 3-4 დღეს არ აღემატებოდა.

პუტრიდულ-ნეკროზული და ანაერობული პარაპროქტიტების დროს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ყოველთვის კომბინირებული ანტიბიოტიკოთერაპია ტარდებოდა ცეფალოსპორინის, ამინოგლიკოზიდის ჯგუფის პრეპარატებით და მეტრონიდაზოლით. მკურნალობა 5-10 დღე გრძელდებოდა.

ლიმფოგენური, ანუ ლიმფოტროპული და ენდოლიმფური ანტიბიოტიკოთერაპიის მეთოდი გამოყენებულია როგორც დამოუკიდებლად, ასევე სხვა მეთოდებთან (per os, კუნთშიცა, ინტრავენური) კომბინაციაში.

მხოლოდ ლიმფოტროპული ანტიბიოტიკოთერაპია ცეფალოსპორინით ჩაუტარდა 2 ავადმყოფს მწვავე პარაპროქტიტის ინფილტრაციული ფორმით, რომელთაც გამოხატული ჰქონდათ ზოგადი მოვლენები ტემპერატურული რეაქციის, ზომიერი ლეიკოციტოზის სახით, აგრეთვე 7 ავადმყოფს ბანალური ჩირქოვანი პარაპროქტიტით.

ინფილტრატის მქონე ავადმყოფებს ოპერაცია არ დასჭირვებიათ. ინფილტრატი გაიწოვა, გაეწერნენ 4 დღეში.

მწვავე კოლსტრიდოული ანაერობული პარაპროქტიტის მქონე ორ ავადმყოფს, რომელთაც აღენიშნებოდათ აღმავალი ლიმფანგიტი, შორისის, სკროტუმის დუნდულოების და მუცლის წინა კედლის ფლეგმონა, ქსოვილების ვრცელი ნეკროზით და სეფსისური შოკი, ჩაუტარდა ენდოლიმფური ანტიბიოტიკოთერაპია ცეფალოსპორინების ჯგუფის პრეპარატის უშუალოდ ლიმფაში შეყვანით ტერფზე ლიმფური კაპილარის კათეტერიზაციის მეშვეობით. ამავე ავადმყოფებს, ენდოლიმფური ანტიბიოტიკოთერაპიის პარალელურად უტარდებოდათ ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია ამინოგლიკოზიდების ჯგუფის პრეპარატებით და მეტრონიდაზოლით.

ანაერობული პარაპროქტიტის დანარჩენ შემთხვევებში ერთ-ერთი ანტიბიოტიკი ინიშნებოდა ლიმფოტროპულად ინტრავენურის და ინტრამუსკულარული ანტიბიოტიკოთერაპიის პარალელურად.

ენდოლიმფური და ლიმფოტროპული ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩართვა მკურნალობის პროცესში უდავოდ აუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას, ამცირებს ინტოქსიკაციის მოვლენებს და ხელს უწყობს მკურნალობის ვადების შემცირებას.

ენდოლიმფური ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა ჩატარდეს ანაერობული პარაპროქტიტის მძიმე მიმდინარეობის დროს. დანარჩენ შემთხვევაში

სასურველი შედეგი მიიღება ლიმფოტროპული ანტიბიოტიკოთერაპიით. პარაპროქტიტის ინფილტრაციული ფორმის და ზომიერად გამოსატული ზოგადი მოვლენებით მიმდინარე ჩირქოვანი პარაპროქტიტის დროს, საკმარისია დამოუკიდებელი ლიმფოტროპული ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარება.

ლიტერატურა:

1. Костюкевич В.И. Лечение острого парапроктита в условиях поликлиники. Клини. хир. 1984, 2, 37-38.
2. Сахаутдинов В.Г., Тимербулатов В.В. Анаэробный парапроктит. Клини. хир. 1988, 2, 45-48.
3. Панченков Р.Т., Выренков Ю.Е., Ярема И.В., Щербакова Э.Г. Эндолимфатическая антибиотикотерапия. М. 1984.
4. Выренков Ю.Е. Лимфокоррекция в клинике. В кн.: Проблемы клинической лимфологии. Андижан, 1990, 6-8.
5. Мирахмедов Х.А. Лимфатическая антибиотикотерапия гнойной хирургической инфекции в условиях районной больницы. Там же, 97-98.
6. Буянов В.М., Алексеев А.А. Лимфология эндотоксикоза. М. 1990.

Ахметели Л., Мухашвили Г.

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ И ЛИМФОТРОПНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ ПАРАПРОКТИТАХ

РЕЗЮМЕ

Авторы рассматривают результаты лечения 34 больных острым парапроктитом в комплексе лечения которых были включены лимфогенные методы антибиотикотерапии.

У 13 больных отмечалась анаэробная форма парапроктита, из них у 4 - клостридиальная.

2 больным с генерализованной формой анаэробного клостридиального парапроктита с распространением процесса на мошонку, промежность, ягодицы и переднюю брюшную стенку, наряду с внутривенной антибиотикотерапией проводилась эндолимфатическая антибиотикотерапия путем катетеризации лимфатического сосуда на тыльной стороне стромы. В остальных случаях применялся лимфотропный путь введения препаратов.

При инфильтративных и банальных формах острого гнойного парапроктита лимфотропная антибиотикотерапия применялась самостоятельно, в остальных случаях - в комбинации с внутривенным введением антибиотиков.

Были получены положительные результаты.

Akhmeteli L., Mukhashavria G.
ENDOLYMPATIC AND LYMPHOTROPIC ANTIBIOTICOTHERAPY
IN THE MANAGMENT OF ACUTE PARAPROCTITIS

SUMMARY

34 cases of acute paraproctitis were described, where lymphogenic introduction of antibiotics were used in the course of treatment.

13 cases of paraproctitis were caused by anaerobic species, from which 4 were clostridial.

2 patients with generalized form of anaerobic clostridial paraproctitis involving scrotum, perineal region, gluteal area and anterior abdominal wall have undergone treatment with combination of intravenous and endolymphatic antibioticotherapy, last one was performed by catheterization of lymphatic vessel on the dorsal side of the foot.

In infiltrate and uncomplicated forms of acute paraproctitis only lymphotropic antibioticotherapy was performed. In other cases it was combined with intravenous antibioticotherapy.

Positive results were received.

გ.ბარათაშვილი, გ.ორახელაშვილი

**თხევადი ჟანგბადის პრეპარატის გამოყენების
შესაძლებლობა ხანგრძლივი ზეწოლის
სინდრომის დროს ექსპერიმენტში**

თსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი

აქტუალობა. ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომის (ხსს) დროს, რომლის ერთ-ერთ ძირითად პათოგენურ ფაქტორს წარმოადგენს ჰიპოქსია, პროფილაქტიკის და მეურნეობისათვის გამოიყენება სხვადასხვა ფარმაკოლოგიური ჯგუფის პრეპარატები, მათ შორის ანტიბიოტიკები (Пытель А.Я., 1951; Кузин М.И., 1959; Santangelo M.L., 1982; Лысьин Л.Т., 1984 და სხვ.), მაგრამ ეს პრეპარატები უშუალოდ ორგანიზმში ჟანგბადის უკმარისობას ვერ ამცირებენ (Кораблев М.В., Лукиенко П.И., 1976; Левандовский И.В., Шальнев А.Н., 1981 და სხვ.). რაც ეხება პიპერბარული ოქსიგენაციის მეთოდებს, მათი გამოყენება მოითხოვს სპეციალურ ტექნიკას და ამიტომ ყოველთვის მისაღები არ არის, განსაკუთრებით ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობისას (Сидоров Т.П., 1970; Думбадзе Г.Г. 1972 და სხვ.). ცნობილია, აგრეთვე, ჟანგბადის ხანგრძლივი და დიდ კონცენტრაციაში გამოყენების უარყოფითი შედეგები (Коростовцева Н.В., 1976 და სხვ.).

სამუშაოს მიზანს წარმოადგენს ხზს-ის პროფილაქტიკისათვის ეანგბადის სტაბილიზებული თხევადი ფორმის Aquagen Oxygen-ის (USA) გამოყენება ექსპერიმენტში.

ალსანიშნავია, რომ სტაბილიზებული ეანგბადის პირველი შენაერთების გამოშვება დაიწყო რამდენიმე ათწლეულის წინ. ისინი გამოიყენებოდნენ აშშ-ის აერონავტიკის ნაციონალური საბჭოს მიერ კოსმოსური პროგრამის ფარგლებში, როგორც ანაერობული მიკროორგანიზმების განადგურების ეფექტური საშუალება (Орлова С.М., 1998). მონაცემები Aquagen Oxygen-ის ეფექტურ გამოყენებაზე გულის იმემორი დაავადების, თირკმლის და შარდის ბუშტის ინფექციის, კუჭ-ნაწლავის დაავადებების, ბრონქული ასთმის, ფსორიაზის და როგორც სხვა დაავადებების დროს მოყვანილია С.М.Орлова-ს მონოგრაფიაში (1998), მაგრამ ლიტერატურაში მონაცემები Aquagen Oxygen-ის გამოყენების შესახებ ხზს-ის დროს არ მოიპოვება.

გამოკვლევის მეთოდები და მასალა. ექსპერიმენტები ჩატარებულია შინშილას ჯიშის 4 ბოცვერზე, რომელთა მასა შეადგენდა 3,5-4,0 კგ-ს. ხზს-ს ვიწვევლით სპეციალური კონსტრუქციის მეტალური აპარატით ბარძაყის რბილი ქსოვილების 6-საათიანი კომპრესიით. განუზავებელი Aquagen Oxugen-ის პრეპარატი (0,2 მლ/კგ წონაზე) ვენაში შეგვეყვავდა 6-საათიანი კომპრესიის დასასრულის პერიოდში - დეკომპრესიამდე 15 წუთით ადრე. საკონტროლოდ გამოვიყენეთ ცხოველთა ჯგუფი (6 ბოცვერი), სადაც ხზს-ის დროს Aquagen Oxygen-ი არ გამოიყენებოდა. სხვა პროფილაქტიკური ან სამკურნალო ღონისძიებები არ ჩატარებულა; ექსპერიმენტის დაწყებამდე 15-20 წუთით ადრე გამოყენებული იქნა მხოლოდ ჰეპარინი (400 მგ/კგ მასაზე).

ყველა ცდაში პოლიგრაფ „სალუტ“-ით შეისწავლებოდა წნევა ბარძაყის არტერიაში და ვენაში, ხოლო გულის შეკუმშვის სინშირე ეკგ-ით. ვიკვლევდით აგრეთვე სუნთქვის სინშირეს და ტემპერატურას სწორ ნაწლავში და გარეთა სასმენ მილში. ვიზუალურად ფასდებოდა კანის საფარი ცხვირის და ტუჩის არემი; ვსაზღვრავდით, აგრეთვე, ცხოველების სიცოცხლის ხანგრძლივობას. მიღებული მონაცემები დამუშავდა სტატისტიკურად.

ცდების შედეგები და მათი განხილვა. ცდების საკონტროლო სერიაში დეკომპრესიის შემდგომი პერიოდის ხანგრძლივობა შეადგენდა საშუალოდ $2,0 \pm 0,76$ საათს. ცდების შედეგების ანალიზმა იმ სერიაში, სადაც გამოიყენებოდა Aquagen Oxygen-ი გვიჩვენა, რომ სიცოცხლის ხანგრძლივობა იზრდებოდა 3-ჯერ საკონტროლო სერიასთან შედარებით და შეადგენდა საშუალოდ $6,9 \pm 1,0$ სთ-ს ($P < 0,01$), რაც მიუთითებს პრეპარატის ეფექტურობაზე მისი კომპრესიის დასასრულის პერიოდში შეყვანისას.

Aquagen Oxygen-ის შეყვანიდან პირველივე წუთებში აღინიშნებოდა ჰიპოქსიის ნიშნების შემცირება, როდესაც საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებში ჰიპოქსია მკვეთრად იყო გამოხატული. ციანოზის შემცირების ფონზე აღინიშნებოდა დადებითი ჰემოდინამიკური ეფექტი, რაც გამოიხატებოდა არტერიული და ვენური წნევის საშუალო მაჩვენებლების მომატებით სათანადოდ 20 მმ სს და 10 მმ წყლ სვ. პარალელურად აღინიშნებოდა ტემპერატურის უმნიშვნელო ზრდა სწორ ნაწლავში და გარეთა სასმენ მილში.

ჩვენი აზრით, Aquagen Oxygen-ის ვენაში შეყვანა იწვევს სისხლში ჟანგბადის მოცულობის მკვეთრ ზრდას, რაც გამოიხატება ჰიპოქსიის ნიშნების შემცირებით და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მუშაობის გაუმჯობესებით.

Aquagen-ის გამოყენების ეფექტურობა აღინიშნებოდა არა მარტო ნ-საათიანი კომპრესიის ბოლოს, არამედ ოგი ხელს უწყობდა ღრმა ჰიპოტენზიის (30 მმ-ზე ნაკლები) თავიდან აცილებას, რომელიც ჩვეულებრივად ვითარდება ხზს მძიმე ფორმის დროს უკვე დეკომპრესიის პირველსავე წუთებში. ჰიპოტენზიის თავიდან აცილება იწვევს სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდას და ქმნის კარგ პირობას შემდგომი ტრანსფუზიული თერაპიის ჩატარებისათვის, რაც, ჩვენი აზრით, გასათვალისწინებელია ხზს-ის პროფილაქტიკის და მკურნალობის დროს.

მიუხედავად იმისა, რომ Aquagen-ის გამოყენება ნ-საათიანი კომპრესიის ბოლოს იწვევდა ჰიპოქსიის ნიშნების შემცირებას და სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდას ნ-მ საათამდე, პრეპარატის ერთჯერადმა და იზოლირებულმა გამოყენებამ ვერ შეუწყო ხელი იმ მძიმე დარღვევათა თავიდან აცილებას, რომელიც ვითარდება დეკომპრესიის განვითარების მოგვიანებით ეაღებში.

მიღებული შედეგები საფუძველს იძლევა დავასკვნათ, რომ Aquagen-ი შეიძლება რეკომენდებული იყოს, როგორც ხზს-ის პროფილაქტიკის და მკურნალობის ერთ-ერთ საშუალებას, განსაკუთრებით კომპლექსში ტრანსფუზიულ თერაპიასთან.

ლიტერატურა:

1. Пытгель А.Я. Синдром травматического сжатия конечностей, его лечение и профилактика. Хирургия, 1951, N10, С. 3-8.
2. Кузин М.И. Клиника, патогенез и лечение синдрома длительного раздавливания (Травматический токсикоз, Краш синдром). М., 1959, 243 с.
3. Santangelo M.L. A study of the pathology of the crush syndrome. Surg. Gynec. Obstet., 1982, v.154, p. 372-376.
4. Лысый Л.Т. Динамика ранних эндокринно-метаболических изменений в общей реакции организма на тяжелую механическую травму. Автореф. докт. дисс., М., 1984, 39 с.

5. Кораблев М.В., Лукиенко П.И. Противогипоксические средства. Минск, 1976, 128 с.
6. Левандовский И.В., Шальнев А.Н. Действие препаратов ПСН и цитрома С на развитие ранних постишемических расстройств. В кн.: Тканевая гипоксия и ее коррекция. Новосибирск, 1981, с. 33-44.
7. Сидоров Т.П. Гипербарооксигенотерапия кровопотери с длительной гипотензией. Автореф. канд. дисс., Куйбышев, 1970, 14 с.
8. Думбадзе Г.Г. Материалы к патогенезу и терапии черепно-мозговой и комбинированной травмы. Автореф. докт. дисс., Кишинев, 1972, 34 с.
9. Коростовцева Н.В. Повышение устойчивости к гипоксии. Ленинград, 1976, 167 с.
10. Орлова С.М. Все о стабилизированном кислороде. М., 1998, 46 с.

Бараташвили Г., Орахелашвили Г.
О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЖИДКОЙ ФОРМЫ
СТАБИЛИЗИРОВАННОГО КИСЛОРОДА ПРИ СИНДРОМЕ
ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ БЕДРА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
РЕЗЮМЕ

В экспериментах на кроликах-самцах массой 3,5-4 кг впервые показана принципиальная возможность применения жидкой формы стабилизированного кислорода в виде неразбавленного препарата Aquagen Охуген фирмы "Aquagen" (USA) во время 6-часовой механической компрессии бедра для профилактики синдрома длительного сдавления.

Установлена эффективность препарата Aquagen Охуген при его однократном и изолированном внутривенном введении к концу длительной 6-часовой механической компрессии бедра за 15 минут до декомпрессии в дозе 0,2 мл/кг массы тела. В первые же минуты после применения препарата наблюдалось уменьшение признаков гипоксии. На фоне отчетливого исчезновения цианоза и явного порозовения кожного покрова носо-губной области был отмечен положительный гемодинамический эффект. Применение Aquagen в 3 раза повысило среднюю продолжительность жизни животных, которая составила $6,9 \pm 1,0$ часов после декомпрессии.

Полученные предварительные обнадеживающие результаты позволяют рекомендовать жидкую форму стабилизированного кислорода в виде препарата Aquagen Охуген для дальнейшего широкого как экспериментального, так и клинического изучения при любых формах тяжести синдрома длительного сдавления с целью разработки новых, патогенетически обоснованных комплексных методов профилактики и лечения.

Baratashvili G., Orakhelashvili G.

**ON POSSIBILITY OF APPLICATION OF STABLE LIQUID OXYGEN TO
CRUSH SYNDROME IN THE PROCESSES OF EXPERIMENTS**

R E S U M E

For the first time while conducting experiments on male rabbits weighing 3.5- 4 kg was introduced the principle possibility of stable undiluted oxygen, produced by the US company "Aquagen" during the lasting mechanical compression for the prophylactic of Crush Syndrom.

The effectiveness is determined by a single and isolated injection in the vein at the end of a six-hour mechanical compression. The injection is given fifteen minutes before decompression, dozage 0,2 ml per one kilo weight. In the very first minutes after giving the medicine reduction of Hypoxic signs were observed. On the background of obvious disappearance of Cyanosis and the skin apparently turning pink over the nose-lip area indicated positive-gemodynamic effects. The results of Aquagen Oxygen application increased average animal life expectancy three times. It constituted $6,9 \pm 1$ hour after decompression.

The preliminary encouraging results allows us to recommend stable liquid Oxygen for further not only experimental but clinical study at any degree of Crush Syndrome complicacy in order to elaborate new pathogenetic proved complex methods in prophylactic and treatment.

ი.ბაქრაძე, მ.შაველია. თ.კოეზირიძე, გ.მენტეშაშვილი, რ.ღვამიჩავა

მსხვილი ნაწლავის კიბოს დაგვიანებული დიაგნოსტიკა

თსსუ, ონკოლოგიის კათედრა

XXI საუკუნის მიჯნაზე ყოველწლიურად ავთვისებიანი სიმსივნეების მიზეზით მსოფლიოში იღუპება დაახლოებით 6000000 ადამიანი. ამ მხრივ მსხვილი ნაწლავის კიბოს (მკ) ონკოლოგიურ დაავადებათა შორის მე-3 ადგილი უკავია, რაც მნიშვნელოვანწილად განპირობებულია ამ ორგანოს კიბოს დაგვიანებული დიაგნოსტიკით. კერძოდ, ავადმყოფთა ძირითადი ნაწილი (80%-მდე) სტაციონარში თავსდება დაავადების შორსწასული ფორმებით (III და IV სტადიაში), რომელთაგან თითქმის ერთი მესამედი IV კლინიკურ ჯგუფს განეკუთვნება (1, 2, 3, 4).

ყოველივე ზემოთქმულიდან ნათლად ჩანს, თუ რაოდენ დიდი მეცნიერული და პრაქტიკული მნიშვნელობა ენიჭება მსხვილი ნაწლავის კიბოს დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზების გამოვლენას და შესწავლას, რაც სამუალებას მოგვცემს დავსახოთ ქმედითი ღონისძიებები ამ დაავადების დროულად ამოცნობის საქმეში.

ლიტერატურული მიმოხილვით შეიძლება დავასკვნათ, რომ ონკოპათოლოგიის დაგვიანებით ამოცნობას სამი ძირითადი მიზეზი განაპირობებს (3, 4, 5): 1) საექიმო შეცდომები; 2) სამედიცინო დახმარებისათვის ავადმყოფთა დაგვიანებული მიმართვა და 3) დაავადების ფარული მიმდინარეობა.

ჩამოთვლილ მიზეზთაგან ჩვენ განსაკუთრებით ყურადღება გავამახვილეთ ავადმყოფთა მიერ სამედიცინო დახმარებისათვის დაგვიანებულ მიმართვას, იმდენად რამდენადაც მოსახლეობის სანიტარული კულტურის განათლების დონისა და ქვეყნის ეკონომიური მდგომარეობიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვნად მერყეობს დაგვიანებული დიაგნოსტიკის გამომწვევი ფაქტორები.

ამ მიზნით, სპეციალურად შედგენილი ანკეტების დახმარებით, ჩვენ შევისწავლეთ და გამოვკითხეთ, კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის III და IV სტადიის კიბოთი დაავადებული 509 ავადმყოფი, რომლებიც სპეციალურ სტაციონარულ მკურნალობაზე იმყოფებოდნენ ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრის პროქტოლოგიურ განყოფილებაში. საკვლევი მასალის ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მსხვილი ნაწლავის კიბოს დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზი 244 (47,9%) შემთხვევაში ავადმყოფთა სამედიცინო დახმარებისათვის დაგვიანებული მიმართვა და გამოკვლევებზე თავის არიდება იყო, 209 (41,1%) შემთხვევაში ექიმთა მიერ დაშვებული შეცდომები, ხოლო 56(10,0%) შემთხვევაში დაავადების უსიმპტომო - ფარული მიმდინარეობა. გარდა ამისა, ჩვენ შევისწავლეთ დროის ხანგრძლივობა, რომელიც გადის პირველი ნიშნების გამოჩენიდან ექიმთან მიმართვამდე, რაც მეტ-ნაკლებად ასახავს მოსახლეობის სამედიცინო კულტურის დონეს. კერძოდ, დადგინდა, რომ ექიმს პირველი სამი თვის განმავლობაში. მიმართა მხოლოდ 92 (18,1%) ავადმყოფმა, 4-დან 6 თვემდე - 173 (34,0%-)მა, 7-დან 12-მდე - 148 (29,1%-)მა, ხოლო 1 წლისა და მეტის დაგვიანებით - 96(18,8%-)მა ავადმყოფმა. დროის საშუალო ხანგრძლივობა, დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენიდან ექიმთან მიმართვამდე 6,1 თვეს უდრიდა. ექიმთან დაგვიანებით მისული 244 ავადმყოფის ანუ ექვსი თვის დაგვიანებით მისულთა გულმოდგინე გამოკითხვით გაირკვა, რომ მათ ძირითად ნაწილს ვერ კიდევ დაავადების საწყის ეტაპზე აღენიშნებოდა მინიმუმ ოთხი სიმპტომი და მეტი. ასე მაგალითად, გამოკითხულთა შორის სისხლიანი განავალი აღენიშნებოდა 132 (54%) ავადმყოფს, შეკრულობა 97 (39,7%), პათოლოგიური გამონადენი სწორი ნაწლავიდან - 82 (33,6%), შეკრულობისა და ფარარათიანობის მონაცვლეობა - 79 (32,3%), სხვადასხვა სახის ტკივილები - 57 (23,3%), უმიზეზო ფარარათი - 38 (15,5%), წონაში დაკლება და ტუნეზმები - 23-23(9,4%) ავადმყოფს, ხოლო 3 ავადმყოფმა თავად თვითგასინჯვით აღმოაჩინა ბრმა ნაწლავის კიბო (1,2%). ყოველივე ეს მიუთითებს იმაზე, რომ ავადმყოფთა უმრავლესობა ვერ აცნობიერებს დაავადების პირველი სიმპტომების სერიოზულობას და ექიმს

დახმარებისათვის არ მიმართავს. ჩვენი გამოკვლევებით დადგინდა, რომ თუ დაავადების დასაწყისში ერთ ავადმყოფს საშუალოდ 2 სიმპტომი აღენიშნებოდა, ექიმთან მიმართვისას, 6 თვის შემდეგ, სიმპტომთა რაოდენობამ ხუთი შეადგინა. ამასთან, ექიმთან მიმართვის მომენტში მნიშვნელოვნად იმატა ყველა სიმპტომმა. განსაკუთრებით ხშირად გამოვლინდა სისხლიანი გამონადენი სწორი ნაწლავიდან - 193(79%), ტკივილები - 184(75,4%), პათოლოგიური გამონადენი - 157(43,8%), ტენეზმები - 151(61,8%), წონაში დაკლება - 121(49,6%), ანემია - 119 (48,8%), შეკრულობა 112 (45,9%), უმიზეზო ფაღარათი - 82(33,6%) და შეკრულობისა და ფაღარათის მონაცვლეობა 93(38,1%).

სანიტერესოა აღინიშნოს, რომ 117(48%) ავადმყოფი, რომელთაც მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევრის კიბოსთვის დამახასიათებელი ნიშნები აღენიშნებოდათ (სისხლდენა, პათოლოგიური გამონადენი, ტენეზმები), თვლიდა, რომ ეს სიმპტომები ბუასილით იყო გამოწვეული. 79(32,4%) ავადმყოფი შეკრულობის, უმიზეზო ფაღარათის, შეკრულობისა და ფაღარათობის მონაცვლეობას კოლიტს უკავშირებდა. 48(19,6%) ავადმყოფს მიაჩნდა, რომ დაავადება „თავისით გაივლიდა“.

საგულისხმოა ის ფაქტიც, რომ ავადმყოფთა ექიმთან დაგვიანებით მიმართვამი გარკვეულ როლს „სირცხვილის ფაქტორიც“ თამაშობს. ამ მიზეზით სწორი ნაწლავის კიბოთი დაავადებულმა 53 (21,7%) მამაკაცმა ექიმს არ მიმართა, ხოლო 28(11,5%)-მა, სანამ უკიდურესად არ გაუჭირდა, „სხვას თითით სწორი ნაწლავი არ გაასინჯა“. მსგავს პოზიციასე იდგა მხოლოდ 11(4,5%) ავადმყოფი ქალი. 61(25,0%) შემთხვევაში ავადმყოფის მიერ სამედიცინო გამოკვლევის გადავადებას საფუძვლად დაედო ის ფაქტი, რომ დიაგნოზის დასადგენად საჭირო გახდა გამწმენდი ოქნების გაკეთება რექტორომანოსკოპიის ჩასატარებლად. აქედან 27(11,1%)-მა ავადმყოფმა არადამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობების გამო სახლში ოქნების გაკეთება ვერ შეძლო, ხოლო პოლიკლინიკაში ამის საშუალება არ აღმოჩნდა.

ამრიგად, ზემოთ მოყვანილი შეცდომების ანალიზით შეიძლება დავასკვნათ, რომ მოსახლეობაში სწორი და მიზანმიმართული სანიტარული განათლების გატარებით (საგაზეთო პუბლიკაციები, სატელევიზიო და რადიონიჟორმაციები, სანიტარული განათლების ბუკლეტები, სხვადასხვა თვალსაჩინოებები) და ამბულატორიული პროქტოლოგიური სამსახურის განვითარებით შესაძლებლობა იქნება რეალურად გაუმჯობესდეს მსხვილი ნაწლავის კიბოს დიაგნოსტიკა.

ლიტერატურა:

1. Двойрин В.В., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России. 1990 г. Вопросы онкологии, 1992 г., т.38, №12.

2. Кныш В.И., Прокопов В.В., Борсюков Ю.А. Использование гемокульттеста в выявлении ранних форм рака и предраковых заболеваний ободочной и прямой кишки. Хирургия, 1988, №111, с.95-97.
3. Кныш В.И., Прокопов В.В., Ожиганов Е.Д. и др. Анализ причин запущенности рака ободочной кишки. Клиническая Медицина, 1982, №3, с. 82-86.
4. Мойсеенко С.И., Блинов Н.Н. причины позднего выявления рака толстой кишки. Вопросы онкологии, 1993 г., т.39, №1, с. 84-88.
5. Чиссов В.И., Демидов В.П., Трахтенберг А.Х. Ошибки диагностики злокачественных опухолей на догоспитальном этапе. Вопросы онкологии, 1990, с. 51-58.

**Бакрадзе И.Д., Шавдия М.Д., Ковзиридзе Т.З.,
Ментешашвили Г.З., Гвамичава Р.Р.**

ЗАПОЗДАЛАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

РЕЗЮМЕ

Изучены причины поздней диагностики рака толстой кишки у 509 больных, лечившихся в онкопроктологическом отделении ОНЦ МЗ Грузии. Мужчин было 249, женщин - 260. Основной причиной запущенности рака у 244 (47,9%) больных было позднее обращение за медицинской помощью, у 209 (41,1%) больных - врачебные ошибки, и у 56 (11,0%) больных - скрытое течение заболевания. Исходя из полученных данных особое внимание было уделено тем причинам, которые были допущены со стороны больных. В частности было установлено, что в течении первых трех месяцев к врачу обратились лишь 92 (18,1%) больных, сроки от 4 до 6 месяцев 173 (34,0%) больных от 7 до 12 месяцев 148 (29,1%) и позже одного года 96 (18,8%). В целом было выявлено множество причин запоздалой диагностики рака толстой кишки. На основании полученных данных запланированы целенаправленные противораковые мероприятия.

**Bakradze I., Shavdia M., Kovziridze T., Menteshashvili G., Gvamichava R.
REASONS FOR THE LATE DIAGNOSIS OF LARGE INTESTINE CANCER**

SUMMARY

Reason for the late diagnosis of large intestine cancer in 509 patients (249 - men, 260 - women) being treated at the oncoproctological department of the Oncological Center MH RG have been studied. The main reason of the cancer neglect in 244 (47,9%) patients was the late visit for the medical aid, in 209 (41,1%) patients visited physician, in 4-6 months period - 173(34,0%), in 7-12 months - 148 (29,1%) and over 1 year - 96 (18,8%) ones. Since the expression of the first symptoms of large intestine cancer till the visit to a physician lasted 6 months at an average. Obtained data indicate the necessity to plan more purposeful anticancer means.

**არაორგანული იონების განსაზღვრა ბიოლოგიურ
მასალაში კაკილარული ელექტროლოზის მემპრობით**

თსსუ, სასამართლო მედიცინის კათედრა;
თსსუ, ფიზიკური ქიმიის კათედრა

ბიოლოგიური მასალის - სისხლისა და შარდის კლინიკური შესწავლა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებაში (1). მეტალების შემცველობის დადგენა ცოცხალ ორგანიზმებში შესაძლებელია სისხლისა და შარდის ანალიზის საშუალებით. ზოგიერთი მეტალი ორგანიზმში მნიშვნელოვან ფუნქციას ასრულებს, ზოგი კი (მძიმე მეტალები) მეტად ტოქსიკურია (2,3). ამდენად, მეტალიონების რაოდენობის განსაზღვრა ძალზედ ინფორმატულია რიგი პათოლოგიების დიაგნოსტიკისათვის; ასევე მნიშვნელოვანი და ინფორმატულია შარდში ანიონების განსაზღვრა. ნატრიუმის შემცველობის გაზრდა სისხლის შრატში კუშინგის ავადმყოფობაზე მიუთითებს, ხოლო შემცირება გულის უკმარისობაზე, ჭარბოფლავიანობაზე; სისხლში ნატრიუმის იონების კონცენტრაციის გაზრდა პოლიციტემიის დროს აღინიშნება, ხოლო შემცირება - ზოგიერთი ანემიისას. რიგი პათოლოგიების დროს (კუჭ-ნაწლავთა დაავადება, ქრონიკული ნეფრიტი, დიარეა, სახსროვანი რევმატიზმი და სხვ.) შემცირებულია შარდში ქლორიდების ექსკრეცია. ჰიპოკალემია აღინიშნება არაკომპენსირებული დიაბეტისა და გაძლიერებული აციდოზის, კუჭ-ნაწლავთა დარღვევების დროს, თირკმელების ზოგიერთი დაავადებებისას და სხვ. შარდში ფოსფატონების ექსკრეცია იზრდება აციდოზისა და პარაფარისებრი ჯირკვლების ჰიპერფუნქციისას (4).

არაორგანული იონების ანალიზი შესაძლებელია სხვადასხვა ტექნიკით ატომური სპექტროსკოპიის, ელექტროქიმიის, იონური ქრომატოგრაფიის ჩათვლით. აღნიშნული მეთოდების განხორციელება საძიებელი ნაერთების ექსტრაქციას საჭიროებს, რაც ბიოლოგიური ნიმუშების დამუშავების რთულ საფეხურებს მოითხოვს; გართულებულია რუტინული ანალიზების განხორციელება. პრობლემურია ტუტე და ტუტემიწა ლითონების დაყოფა მაღალეფექტური სითხური ქრომატოგრაფის მეთოდით, რაც ძვირადღირებულ სვეტებსა და კათიონ-მცველებს საჭიროებს; გამოირცხულია სინჯის პირდაპირი შეყვანა სვეტში. არაორგანული ანიონების დასაყოფად დღიდან დანერგვისა ფართოდ და წარმატებით გამოიყენება იონური ქრომატოგრაფია (5,6). თუმცა ეს მეთოდიც საკმაოდ ძვირადღირებულია და ბიოლოგიური ნიმუშების რუტინული ანალიზების განხორციელება ანალიზების განხორციელება სიძნელეებს ქმნის.

ბოლო წლებში სულ უფრო მზარდი პოპულარობით სარგებლობს კაპილარული ელექტროფორეზის, კერძოდ კი კაპილარული ზონური ელექტროფორეზის მეთოდი. ამ მეთოდით არაორგანული იონების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი ანალიზის უპირატესობა სხვა მეთოდებთან შედარებით ეფუძნება მის ტექნიკურ სიმარტივეს, სიიფესს, ანალიზის სისწრაფეს, მაღალ ეფექტურობას, სელექტურობასა და მგრძობიარობას (7). დეტექტირება არაპირდაპირი უი-შთანქმის გამოყენებით ხორციელდება (8). ბიოსამედიცინო ხასიათის რუტინული ანალიზების განხორციელება მეტად გამარტივებულია, რადგან საანალიზო სისტემაში შესაძლებელია პირდაპირ იქნას შეყვანილი განზავებული ბიოლოგიური სითხეები.

ანალიზები განხორციელებულ იქნა კაპილარული ელექტროფორეზის ხელსაწყოთა Water CIA (milford, USA), კომპიუტერული უზრუნველყოფით - Waters MilleniumV 2.10 (Milford, USA), 75 მკმ შიდა დიამეტრისა და 100,2 სმ ეფექტური სიგრძის მქონე კვარცის კაპილარის (Polymicro Technologies Inc., Phoenix, Arisona, USA) გამოყენებით; ყველა რეაგენტი იყო საანალიზოდ სუფთა და მოძიებულ იქნა Fluka-დან. კათიონების საანალიზოდ გამოყენებულ იქნა 4-მეთილბენზილამინის როგორც უი-შთანქმის მქონე ნაერთის 5 mM და α -პიდროქსისიზობუტრის მეავის როგორც მეტალიონებთან კომპლექსნაერთის 6,5 mM [cyfhb (pH 4,3), ხოლო ანიონების საანალიზოდ გამოიყენებოდა პირომელიტმეავის 2,5 mM და ჰექსამეთონიუმის პიდროტსილის 0,75 mM ხსნარი (pH 7,8). დეტექტირება ხორციელდებოდა არაპირდაპირი უი-შთანქმის მეთოდით 214 nm ტალღის სიგრძეზე კათიონებისათვის და 254 nm ტალღის სიგრძეზე ანიონებისათვის.

საანალიზო ნიმუშად ერთჯერადად აღებულ იქნა ლაბორატორიის ერთ-ერთი თანამშრომლის შარდი და 1000-ჯერ განზავების შედეგად პირდაპირ იქნა შეყვანილი საანალიზო სისტემაში.

კათიონების დაყოფისას მათი ელექტროფორეტული მიგრაცია და სისტემა ელექტროოსმოსური ნაკადის (მონ) მიმართულება ერთმანეთს ემთხვევა, რაც იონების სწრაფი დაყოფის საშუალებას იძლევა. წარმოდგენილ სისტემაში დაყოფა 11,5 წთ-ში სრულდება. ნიმუშის ცილოვანი და სხვა კომპონენტები პრობლემას არ ქმნის, რამეთუ საძიებელ იონებს სხვა კომპონენტებთან შედარებით მაღალი ამღვადობა გააჩნიათ და სწრაფად ელუირდებიან. ელექტრონეიტრალური ნაერთები საერთოდ მონ-თან ერთად გადაადგილდებიან და მისი პიკის სახით დაიშვებიან. კაპილარების კედლების სილანოლურ ჯგუფებზე ცილების ადსორბციისა და შესაბამისად მონ-ის შემცირების თავიდან ასაცილებლად ყოველი დაყოფის შემდეგ კაპილარს ვრეცხავდით NaOH-ის 0,1 M ხსნარით 5 წთ-ის განმავლობაში და შემდეგ შესაბამისი ბუფერით ასევე 5 წთ-ის განმავლობაში.

ერთ განარბენში ნელი და სწრაფი ანიონების დასაყოფად ვცვლიდით ხელსაწყოს პოლარობას და ბუფერში 1,6 mM ტრიეთანოლამინის დამატებით ვაბრუნებდით მონ-ის მიმართულებას. დაბოფა სრულდება 6 წთ-ში.

საძიებელი იონების ხარისხობრივი ანალიზი განხორციელდა სტანდარტული ხსნარის დაყოფის ელექტროფორეგრამასთან შედარებით და სავარაუდო კომპონენტის სტანდარტული დანამატის მეთოდით, ხოლო რაოდენობრივი ანალიზი - საკალიბრო მრუდის მიხედვით.

აღმოჩენილ იქნა იონები: K^+ , Na^+ , Cl^- , SO_4^{2-} . რაოდენობრივმა ანალიზმა აჩვენა იონების შემდეგი შემცველობა: K^+ - 23,4 მგ/მლ, Na^+ - 13,4 მგ/მლ, Cl^- - 20,5 მგ/მლ და SO_4^{2-} - 2,875 მგ/მლ.

ამრიგად, წარმოდგენილ ნაშრომში ნაჩვენებია არაორგანული იონების ბიოლოგიურ სითხეებში ხარისხობრივი და რაოდენობრივი განსაზღვრის სწრაფი, მარტივი და იაფი მეთოდის - კაპილარული ელექტროფორეზის გამოყენების შესაძლებლობა და უპირატესობა.

ლიტერატურა:

1. A.H.Free and H.M.Free, Urinalysis in Clinical Laboratory Practice, CRC Press, Ohio, 1976.
2. L.Friberg, G.F.Nordberg and V.B.Vouk (Eds.), Handbook on the Toxicity of Metals, Elsevier/North-Holland Biomedical Press, Amsterdam, 1979.
3. S.S.Brown (Ed.), Clinical Chemistry and Chemical Toxicology of Metals, Elsevier/North-Holland, New York, 1977.
4. Т.Т.Березов, Б.Ф.Коровкин. Биологическая химия. М., "Медицина", 1990.
5. H.Small, T.Stevens and W.auman, anal. chem., 47(1975) 1801.
6. P.R.Haddad and P.E.Jackson, Ion Chromatography: Principles and Applications (Journal of Chromatography Library, Vol. 46), Elsevier, Amsterdam, 1990.
7. H.Engelhardt, W.Beck, Th. Schmitt. Capillary Electrophoresis: Methods and Potentials. 1994.
8. F.Foret, S.Fanali, A.Nardi and P.Bocek. Electrophoresis, 11 (1990), 780.

Берияшвили Р., Шакулашвили Н.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ИОНОВ В БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ КАПИЛЛЯРНЫМ ЭЛЕКТРОФЕРЕЗОМ

РЕЗЮМЕ

Показано преимущество разделения и качественного и количественного определения неорганических ионов в биологических жидкостях капиллярным электрофорезом в сравнении с другими методами. Определено наличие катионов и анионов в свежей моче одного из сотрудников лаборатории. Найдены следующие

ионы: K^+ , Na^+ , Cl^- , SO_4^{2-} в количестве 23,4 мг/мл, 13,4 мг/мл и 2,875 мг/мл соответственно.

Beriashvili R., Shakulashvili N.
DETERMINATION OF INORGANIC IONS IN BIOLOGICAL MATERIALS BY
CAPILLARY ELECTROPHORESIS

SUMMARY

Advantage of capillary electrophoresis with indirect UV-detection over the other methods in separation and qualitative and quantitative determination of inorganic ions in biological fluids is shown. Presence of inorganic cations and anions in fresh urine of one coworker of laboratory is determined. The next ions K^+ , Na^+ , Cl^- , SO_4^{2-} in level of 23,4 mg/ml, 13,4 mg/ml and 2,875 mg/ml respectively were found.

რიმა ბერიაშვილი

**მიქაელინის დაწლილი ურაცხენტიბის ურაცხენტიბის
ურაცხენტიბის ურაცხენტიბის ურაცხენტიბის**

თსსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა

სადღეისოდ ეკვს არ იწვევს აზრი, რომ გლოური ელემენტების როლი თავის ტვინის ნატიფი ფუნქციების განხორციელებაში ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც ნერვული უჯრედებისა. მიუხედავად ამისა, აქსონი სარწმუნო მაგალითია იმისა, თუ როგორ ქმნის ზემოაღნიშნული ორი ელემენტი სტრუქტურულ მთლიანობას, რითაც ნერვული იმპულსის გატარების ფუნქცია ხორციელდება.

ცნობილია, რომ ნერვულ უჯრედთა დენდრიტები ნერვული ქსოვილის რუხი ნივთიერების არსებითი შემადგენელი ნაწილია. ის ერთ-ერთ ძირითად როლს ასრულებს თავის ტვინში არსებულ ნეირონთაშორის კომუნიკაციებში. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ დენდრიტების და გლიოციტების ურთიერთქმედების შესახებ ჯერ-ჯერობით არ არსებობს ისეთი სარწმუნო სისტემატიზებული მონაცემები, როგორც ნერვული უჯრედების სხეულებსა და აქსონებთან გლიის მჭიდრო ურთიერთქმედებაზე მოიპოვება.

ნეიროპათოლოგიის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ პათოლოგიური სიტუაციები თავის ტვინის შემადგენელი ელემენტების ინტიმური ერთიერთობის გამოვლენის კარგ მოდელს წარმოადგენს. აღნიშნული ერთიერთობები ახასიათებს არა მხოლოდ კონკრეტულ პათოლოგიურ, არამედ ზოგჯერ ნორმალურ მდგომარეობასაც, რომლის შემთხვევაშიც

შემადგენელი ელემენტები მკვეთრ ჰიპერტროფიას არ განიცდის და შესაბამისად, კომუნიკაციები ნაკლებად შესაძრწევია.

წინამდებარე შრომის მიზანს წარმოადგენს თავის ტვინის დიდი ჰემისფეროების ქერქის გლიოციტებისა და ნერვული უჯრედების დენდრიტებს შორის არსებული ურთიერთობის კვლევა ულტრასტრუქტურულ დონეზე მწვავე ჰიპერბარული ჰიპოქსის დროს სხვადასხვა ასაკის ცხოველებში. გამოკვლევები ტარდებოდა Wistar-ის ჯიშის თეთრი ვირთაგვების თავის ტვინის სენსომოტორული განყოფილების ქერქის II, III, V შრეში და თეთრ ნეოთერებაში სიმწიფის, სიბერის პირველი პერიოდისა და გვიანი სიბერის ხანის ცხოველებში. ოცივე ასაკის ცხოველების ექსპერიმენტულ ჯგუფს ორი საათით ვათავსებდით ჰიპერბარულ პირობებში ბაროკამერაში, სადაც ატმოსფერული წნევა იყო 30,7 კპა, ზოლო ჟანგბადის პარციალური წნევა - 6,4 კპა, დაახლოებით 9000 მ სიმაღლის შესაბამისად.

ნორმაში ელექტრონოგრაფებზე, განსაკუთრებით განივ განაკვეთზე, დენდრიტების იდენტიფიკაცია ხდება მათში არსებული მიკრომილაკების მოწესრიგებული სივრცითი ორგანიზაციისა და სინაპსური კონტაქტების აქტიური ზონების მიხედვით (1,2). ჰიპოქსიის შედეგად დენდრიტების სტრუქტურა ძლიერ იცვლება. დენდრიტების ციტოპლაზმაში ორღვევა მიკრომილაკების სივრცითი განაწილება, ჩნდება სხვადასხვა ფორმისა და ზომის ვაკუოლები. ხშირ შემთხვევაში დენდრიტული მიკრომილაკები სრულიად ქრება. მიტოქონდრიები და ფაშარი ელექტრონული სიმკვრივის მატრიქსი დენდრიტების ციტოპლაზმაში შედარებით შენახულია და დენდრიტული პროფილის იდენტიფიკაცია შეიძლება მასთან მიმდებარე აქსონის დაბოლოებისა და სინაპსური კონტაქტების აქტიური ზონების არსებობის მიხედვით. ზოგიერთ დენდრიტში, რომელსაც მიკრომილაკები აღარ გააჩნია, ვლინდება ენდოციტოზის აქტიური პროცესი, რაც მასთან მიმდებარე სტრუქტურების დაშლილი ფრაგმენტების შთანთქმით გამოიხატება.

კვლევის დროს განსაკუთრებული ყურადღება მივაქციეთ გლიოციტებსა და შეცვლილ დენდრიტებს შორის ურთიერთობას. მიკრომილაკების გარეშე დარჩენილი დენდრიტები ზოგიერთ უბანში მიკლინიანი ბოჭკოს მრავალშრიანი გარსის ფრაგმენტებს „შთანთქავენ“. ასეთი ენდოციტოზის შემთხვევაში აქსონის მიეღინური გარსი გაფაშრებულია, ფრაგმენტებად დაშლილი და გადათავსებულია დენდრიტის შიგნით, სიდრემში. ზოგჯერ მიეღინის დაშლილ ფრაგმენტებს შორის ოლიგოდენდროციტის ციტოპლაზმის ნაწილებიც ვლინდება. დენდრიტის მიერ შთანთქმული ოლიგოდენდროციტებისა და მიეღინის ფრაგმენტები მთლიანად მოცილებულია საწყის სტრუქტურებს და დენდრიტის ციტოპლაზმაში თავისუფლად მდებარეობს. ამასთან უნდა აღინიშნოს, რომ მიეღინთან ერთად არ ხდება აქსონის ციტოპლაზმის შთანთქმა.



სურ. ვირთაგვის თავის
ტენის ქერქის სენსომოტორული
ზონის ღუნდრიტის განივი
განაკვეთი მწკვეე ჰიპოქსიის
დროს. მარჯვნივ ჩანს ღუნდ-
რიტი, რომელშიც აღარ ვლინ-
დება მიკრომილაკები. ის ახდენს
ოლიგოდენდროციტისა (მარცხ-
ნივ) და აქსონის მიელინური
გარსის დაშლილი ფრაგმენტების
შთანთქმას.

X 10 000.

გლიური უჯრედები ერთმანეთს tight junction-ის ტიპის მჭიდრო შეერთებით უკავშირდებიან (3,5). ჩვენ ყურადღება მივაქციეთ იმ ფაქტს, რომ უმრავლეს შემთხვევებში გლიოციტების ინვაზიციები ღენდრიტის ციტოპლაზმაში ასევე მჭიდრო კონტაქტების“ ტიპის ხუთშირანი მემბრანით ხასიათდება. ასეთ ხუთშირანი მემბრანები ხშირად გვხვდება სწორედ იმ ღენდრიტებში, რომლებიც გლიოციტთა ფრაგმენტებს შეიცავს. როგორც ჩანს, ზემოაღწერილი ენდოციტოზი ღენდრიტსა და გლიურ უჯრედს შორის მჭიდრო ხუთშირანი კონტაქტის წარმოქმნით იწყება. მსგავსი ხუთშირანი კონტაქტების ფორმაცია ნეირონსა და გლიოციტებს შორის აღწერილია ასევე ორთოდრომული სტიმულაციის დროს ვეგეტატიური ნეირონების ტერმინალურ დაბოლოებებშიც (4).

დღემდე ლიტერატურიდან ცნობილი იყო, რომ ნეიროგლიის უჯრედებს სხვადასხვა ნერვული ელემენტების დაფაოციტების უნარი აქვთ. ეს თვისება ახასიათებთ როგორც ოლიგოდენდროციტებს, ისე ასტროციტებსა და მიკროგლიოციტებს (6). ერთი შეხედვით პარადოქსულ მოვლენასთან გვაქვს საქმე, როცა ისეთი სპეცალიზებული და ფილოგენეზურად ახალგაზრდა წარმონაქმნი, როგორც ნერვული უჯრედის ღენდრიტია, ექსტრემალურ პირობებში მიმდებარე გლიური ელემენტების დამოკიდებული ფრაგმენტების შთანთქმის უნარს იძენს. ეს მოვლენა, პირველ რიგში, ვლინდება იმ ღენდრიტებში, რომლებსაც მიკრომილაკები აღარ გააჩნიათ, ე.ი. იმ ღენდრიტებში, რომლებშიც დარღვეულია ნეირონიდა ტრანსპორტის განმანორციელებელი სტრუქტურა.

Н.С.Косинин-ი (1987) თავის შრომაში ენდოციტოზს განიხილავს როგორც კომპენსაციური პროცესების გამოხატულებას, რომელიც მიმართულია ღენდრიტების სტრუქტურასა და ფუნქციის შენახვაზე. О.С.Сотников-ი (1982) თვლის, რომ ღენდრიტების მიერ მიეღობის ფრაგმენტების შთანთქმა ვერ ახდენს ენერგოდანახარჯების კომპენსაციას. უფრო შესაძლებელია ვიფიქროთ, რომ მასიური ენდოციტოზის პროცესი ღენდრიტს „ესაჭიროება“ იმისათვის, რომ შემცირდეს სტრუქტურის ზედაპირის შეფარდება მის მოცულობასთან, შესაბამისად, შემცირდეს ზედაპირული ენერგია და სისტემა გადავიდეს უფრო მდგრად ენერგეტიკულ დონეზე.

ჩვენ ვთვლით, რომ ზემოაღწერილი ფაქტი გლიოციტებსა და ნეირონებს შორის ფუნქციური ურთიერთდამოკიდებულების სპეციალური გამოკვლევების შემდეგომ საფეხურს წარმოადგენს. გარკვეული სტრუქტურებისა და მათი ფუნქციების შენახვა, მათთვის უბრაატესობის მინიჭება და ამავე დროს სხვა სტრუქტურების დეგენერაცია, როგორც ჩანს, ზოგადი ბოლოგური კანონზომიერებაა, რომელიც სხვადასხვა ექსტრემალური პირობების დროს ვითარდება.

ლიტერატურა:

1. Жаботинский Ю. М., Щеглова Р. В. В кн.: *Функции нейроглии*. Тбилиси, 1979, 194-201.
2. Косидин Н. С. *Микроструктура дендритов и аксонодендритных связей в центральной нервной системе*. М., Наука, 1976.
3. Косидин Н. С. Ультраструктурные особенности взаимоотношений дендритов нервных клеток коры мозга и глиоцитов в экстремальных условиях. В кн.: *Функции нейроглии*. Тбилиси, 1987, 349-356.
4. Питерс А., Палей С., Уэбстер Г. *Ультраструктура нервной системы*. М., мир, 1972.
5. Сотников О. С. Докл. АН СССР, 1982, 265, Т2, 467-469.
6. Kruger L., Namori J. *Brain Res.*, 1970, 10, 1-16.

Бериашвили Римма **ЯВЛЕНИЕ ФАГОЦИТОЗА ФРАГМЕНТОВ МИЕЛИНА В** **ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ**

РЕЗЮМЕ

В настоящей работе исследовались взаимоотношения между глиоцитами и дендритами нервных клеток в коре больших полушарий на ультраструктурном уровне при острой гипербарической гипоксии. В результате прежде всего и наиболее выражено страдает структура дендритов. В некоторых дендритах, лишенных микротрубочек, наблюдаются активный процесс эндоцитоза, выражающийся в "захватывании" ферментов прилежащих к ним олигодендроцитов и многослойной оболочки мякотного волокна. Описанное явление может послужить очередной ступенью для дальнейших специальных исследований функциональных взаимодействий между глиоцитом и нейроном.

Beriashvili Rima **PHAGOCYTOSIS OF MYELIN REMNANTS** **UNDER EXTREMAL CONDITIONS**

SUMMARY

Has been studied the relationship between gliocytes and neuronal dendrits in the cortex of hemispheres on the ultrastructural level under acute hyperbaric hypoxia. The influence of hypoxia is most acutely expressed on the dendritic structure. Within the certain dendrits, characterized by failure of microtubules, has been revealed the active endocytosis reflected in engalfement of adjacent fragments of oligodendrocytes and multilayer membranes of myelinated fibers. The above-mentioned phenomenon could be served as the next step in the further investigation of functional relationship between the glial celkls and neurons.

მ.გაბური

სამედიცინო-ბიოლოგიური აზროვნების ისტორიული თავისებურებანი

მსსუ, ეკი-ის ტრადიციული მედიცინის განყოფილება

მედიცინა, ისე როგორც კაცობრიობის სხვა სულიერი და მატერიალური მონაპოვარი, არის პროდუქტი ადამიანსა და მის გარემომცველ სამყაროს შორის მჭიდრო ურთიერთობისა.

უძველესი სამედიცინო წიგნები ამტკიცებენ, რომ სამკურნალო ხელოვნება არ არის და ვერც იქნება თავისუფალი ბუნების ფილოსოფიური შექცენებისა და რელიგიურ-მისტიკური შრეების წვდომისაგან.

მედიცინაში დადგალი ფაქტობრივი მასალა გროვდება; რომელიც ახსნას ითხოვს. დადგენილია, რომ ექიმის მიერ კლინიკური ფაქტების ასახვა „აბსოლუტური წინასწარგანზრახვის“ გარეშე თითქმის არასოდეს ხდება. თეორიულ განზოგადებას ექიმი ძალაუნებურად მის მიერ შეგნებულად თუ შეუგნებლად ათვისებული მსოფლმხედველობის საფუძველზე ახდენს, ამდენად ყოველთვის სუბიექტურია.

აქედან გამომდინარე, ექიმისათვის უდიდესი თეორიული და პრაქტიკული მნიშვნელობა ენიჭება სწორი მსოფლმხედველობის არსებობას. ამაზეა დამოკიდებული ნორმისა და ავადობის განსაზღვრა, ფიზიოლოგიურისა და პათოლოგიური თანაფარდობის გარკვევა, მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავება და ა.შ.

ადამიანის დამოკიდებულება კაცობრიობის წარსულისადმი, მისი ბიოლოგიური და სულიერი მემკვიდრეობისადმი ორგვარია: კრეაციონული და ევოლუციური.

პირველი ანუ კრეაციონიზმი სამყაროს ღვთის მიერ შექმნის თეორიის აღიარებას ეფუძნება, მეორე კი - ევოლუციონიზმი - გამორცხავს სამყაროში რაიმე მიზანშეწონილობის არსებობას, მას სიცოცხლის წარმოშობაც და მისი თანამედროვე ფორმით ჩამოყალიბებაც „ბუნებრივ შემთხვევითობამდე“ დაჰყავს.

ნებისმიერი სამედიცინო პრობლემის გადაწყვეტა ამ ორი თვალსაზრისიდან ერთ-ერთი აღიარებას, ანუ სხვაგვარად, ბიბლიური ან დიალექტიკური ცნობიერების მტარებლობასა და მისით ხელმძღვანელობას გულისხმობს.

ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ჩ.დარვინის ევოლუციური თეორიით საზრდობამ (რომელსაც პროგრესული კაცობრიობა დღეი ხანია ყურადღების ღირსად აღარ თვლის) ქართველ ექიმთა და ბუნებისმეტყველთა აზროვნებას მნიშვნელოვანი დაღი დაამჩნია. პოსტსაბჭოური სივცრის მეცნიერთა უმეტესობისათვის ადამიანის მაიმუნისაგან წარმოშობის იდეა

უკრიტიკოდ მიღებულ ქრესტომათიულ ნორმად იქცა, მაშინ როცა ცხოველთა და მცენარეთა თანამედროვე სისტემატიკის შექმნილი ბუნების საიდუმლოებათა უპირველესი მკვლევარი, ცნობილი შვედი ექიმი - კ. ლინე (რომლისგანაც „ისესხეს“ ათვისტებმა ადამიანისა და მაიმუნის მსგავსების იდეა) სახეობათა უცვლელობის თეორიას აღარებდა. „მსოფლიოში მცენარეთა და ცხოველთა იმდენი სახე არსებობს, რამდენიც შეიქმნა სამყაროს შექმნის დღეს“ - ამტკიცებდა კ. ლინე. მისი აზრით, საწყისი ფორმები, რომელთაგან რიგები წარმოიქმნა, ღმერთმა შექმნა. მან ღმერთის მიერ შექმნილი მცენარეების რიცხვიც კი დაასახელა - 116.

მსოფლიოს თითქმის ყელა ქვეყანაში უდიდეს სამედიცინო ძეგლთა ავტორები ან რედაქტორები უმეტესწილად იმ დროს და ეპოქის სასულიერო პირები ან ქურუმიები იყვნენ, რაც საუფუძელს გვაძლევს ვიფიქროთ, რომ სამედიცინო განათლება არ იყო მხოლოდ რაციონალურ-ემპირიული გზით მიღებული.

ყველა დროის უძველესი ექიმები დაავადების გაჩენასა და მის განკურნებას რელიგიურ ძალებს უკავშირებდნენ და მრავალფეროვან სამკურნალწამლო საშუალებებთან ერთად ლოცვებსაც იყენებდნენ. ავადმყოფებში წამლისა და ლოცვის ერთდროული მოქმედება ძლიერ ზრდიდა განკურნების ხარისხს.

გამონაკლისს ამ მხრივ არც ქართული სამედიცინო სკოლა წარმოადგენდა. ქართველ ექიმთა მკურნალობის პრაქტიკულ მეთოდულკაში (როგორც ქრისტიანობამდე, ისე შემდგომ პერიოდში) რელიგიურ ასპექტებს მნიშვნელოვანი ადგილი ეკავა.

საქართველოში ფართოდ იყო გავრცელებული ისეთი ზნე-ჩვეულებანი, როგორებიცაა: შელოცვები, ქადაგად დაცემა, ავადმყოფების მფარველი ღმერთების, კეთილი სულებისა და „ბატონების“ წინაშე ლოცვა.

დღესაც მოწინავე ექიმ-ჰუმანისტების უმრავლესობა აღიარებს სულის არსებობას, სამყაროს შექმნის კრეაციონულ თეორიას და მთელს მსოფლიოში აქტიურად იღწვიან ადამიანის სრულყოფისათვის, საზოგადოებაში მისი მაღალი პასუხისმგებლობისათვის.

დასაუფლეთის ქვეყნებში, სადაც წინა პლანზეა წამოწეული ადამიანის თავისუფლება, ამ ბოლო დროს საკითხი ასე იხმება: ვალდებულია თუ არა ექიმი გაითვალისწინოს კონკრეტული ადამიანის პაციენტის აზრი იმ სიკეთის შესახებ, რომელიც ექიმს ამოძარეებს? ბიოეთიკურ გამოკვლევებში სხვაგვარად დგას ადამიანის ცხოვრების დასაწყისისა და დასასრულის პრობლემა, ვიდრე ეს აქამდე იყო.

მკურნალობა, უპირველეს ყოვლისა, პაციენტის პიროვნების მართვას გულისხმობს, პიროვნების მართვა კი არ შეუძლია ექიმს არასწორი სტერეოტიპული აზროვნებით, თუ იგი წინადაუხედავად და უკრიტიკოდ იღებს ლოგიკურ კატეგორიებს, არ აკონტროლებს საკუთარი კლინიკური

აზროვნების შესაბამისობას პაციენტის პიროვნებასთან, მის ფასეულობებთან, რწმენასთან და ა.შ.

ექიმს ყოველთვის უნდა აზსოვდეს, რომ მისი პიროვნების მნიშვნელობა პაციენტზე ზეგავლენის ხარისხით უფრო იზომება, ვიდრე იმ კანონზომიერებათა ცოდნით, რასაც ე.წ. ზუსტი დისციპლინები იძლევა.

ლიტერატურა:

1. გვეკუა „სამედიცინო ეთიკის ახალი მიმართულება“, „საქ.სამ. მოამბე“ 1993 წ. №2
2. გვეკუა - „მედიცინის ფილოსოფია“, თბილისი, 1993 წ.
3. ვლ. ჟღენტი, პ. გელაზიანი, ირ. ტატიშვილი - „მედიცინის განვითარება საქართველოში და ქართველი ექიმები“.
4. „სიტყვა მართლისა სარწმუნოებისა“, ტომი II. თბილისი 1991 წ
5. Мудров М. Я. "О клиническом мышлении". 1960 г. с. 40-60.
6. Чиж В. Ф. "Методология диагноза", 1913 г.
7. А. Гарнак "Евангелие об Исцелителе и исцелении". Харьков. 1907 г.

Габури М.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИКОБИОЛОГИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ

РЕЗЮМЕ

Медикобиологическое мышление врача протекает по общим законам мышления, но в то же время характеризуется значительными особенностями.

Цель нашего труда изучение грузинского врачебного менталитета, индивидуально-типологического анализа грузинских врачей, рассмотрение обычаев, традиций, этических ориентиров в соотношении с современными биоэтическими проблемами.

Показано, насколько большое значение присваивается мировоззрению врача при решении любой врачебно-практической задачи, а также и тому, как он отвечает на вопросы: "Что такое Человек, каково изначальное его происхождение, из чего состоит он?"

Выдвинуты на первый план религиозные аспекты лечения, необходимость общения с Богом врача и пациента.

Gaburi M.
PECULIARITIES OF HISTORICAL THINKING
OF MEDICAL-BIOLOGIC SCIENCES

SUMMARY

Physicians medical-biological thinkings is progressing in accordance with canons of thoughts, but at the same time it is characterized by significant distinctiveness.

A goal of our work to study Georgian medical mentality, personal-typological analysis of Georgian Physicians, consideration of their habits, behavior, Traditions, ethic orientatins in regard to modern bioethic problems.

It is shown that for resolution of any medical and practical problems a great significance is awarded to the physician's world outlook, to the idea what shall be his answer to the question: "What is a human, what is its origin, what is it made of".

First and foremost there are forwarded the religious aspects of treatment, necessity of relations of a physician and a patient to the God.

ხ.გაბურილაძე, დ.ჩიკვილაძე

**კიგანტ კიოციაინის „ბაქტერიოციდული“
მიქობიების როლის შესწავლა**

მისეუ, მიკრობიოლოგიის, ვირუსოლოგიის და იმუნოლოგიის კათედრა

ბოლო წლებში განსაკუთრებით გამოიკვეთა არამაფერმენტირებელი გრამ უარყოფითი ბაქტერიების როლი ადამიანის პათოლოგიაში. მათ ეს სახელწოდება ეწოდათ იმის გამო, რომ ისინი ნახშირწყლებს შლიან არაფერმენტული გზით და არ ახდენენ მათ უტილიზაციას, როგორც ენერჯის წყარო. კლინიკურად მნიშვნელოვან არამაფერმენტირებელი გრამ უარყოფითი ბაქტერიების ჯგუფს მიეკუთვნება: *Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.*, *Moraxella spp.*, *Flavobacter spp.*, *Alcaligenes spp.* და სხვ. ციტა ხნის წინ ამ ჯგუფის მიკროორგანიზმებს საპროფიტებს მიაკუთვნებდნენ. მათი გავრცელების ძირითად არეალად ითვლებოდა წყალი და ნიადაგი. ხშირად მათი აღოჩენა შესაძლებელია სტატკონარის გარემოში, სამედიცინო აპარატურაზე, სადეზინფექციო ხსნარებშიც კი. არამაფერმენტირებელ გრამ უარყოფითი ბაქტერიები გრამ უარყოფითი ფლორის ერთადერთი წარმომადგენელია, რომლის გამოყოფა შესაძლებელია სანარკოზო-სასუნთქი აპარატურიდან. არც თუ იხე იმეიათად ისინი გვევლინებიან მოსპიტიალური ინფექციების მიზეზად (1,2).

ყველაზე ცნობილ და კარგად შესწავლილ არამაფერმენტირებელი გრამ უარყოფით ბაქტერიას წარმოადგენს ლურჯ-მწვანე ჩირქის ჩხირი

P.aeruginosa მოუხედავად იმ პროგრესისა, რომელიც მიღწეულაა *P.aeruginosa*-ს ბიოლოგიური თვისებების და ინფექციური პროცესების მექანიზმების შესწავლაში, ჯერ-ჯერობით რიგი თვისებები და ნიშნები არ შეიძლება ჩაითვალოს საბოლოოდ გაშიფრული. განსაკუთრებით საყურადღებოა მისი პათოგენობის ფაქტორები და კლინიკაში მათ მიერ გამოკვეული პოსტიტალური ინფექციები (2).

P.aeruginosa -თვის დამახასიათებელი მასპინძელთა ფართო წრე, მათ შორის მცენარეები, მწერები, ცივ- და თბილისხლიანი ცხოველები და ადამიანი. მისი პათოგენური მოქმედება ხორციელდება რიგი ეკზოპროდუქტების - პიგმენტების, ფერმენტების, ტოქსინების მოქმედებით. აგრესიულობის პროდუქტების კომპლექსის თითოეული ნივთიერება ავლენს, ერთი მხრივ, მრავალ ბიოლოგიურ ეფექტს, მეორე მხრივ, პათოგენობის სხვადასხვა ფაქტორი შეიძლება მოქმედებდეს მსგავსად (1).

პათოგენობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს პიგმენტი. *P.aeruginosa* ახდენს ლურჯ-მწვანე პიოციანინის, მოყვითალო-მომწვანო პიოვერდინის, წითელი პიორუბინის და მუქი ყავისფერი მელანინის სინთეზს. ყველაზე აქტიური მათ შორის პიოციანინია, რომელიც ახდენს მრავალი ბაქტერიის ზრდის დათრგუნვას. ცნობილია, რომ *P.aeruginosa* -ს პიგმენტი პიოციანინი დამთრგუნველ მოქმედებას ახდენდა მხოლოდ თანმშლები მიკროფლორის ზრდაზე და მიკრობთა ასოციაციაში ხელს უწყობდა უპირატესად *P.aeruginosa* -ს განვითარებას (3).

სამუშაოს მიზანს წარმოადგენდა აგვეწერა *P.aeruginosa* -ს პიგმენტს პიოციანინის ბაქტერიოციდული მოქმედება თანმშლებ მიკროფლორაზე, მისი სინთეზირების ცვალებადობა.

გამოკვლეულ იქნა ქ.თბილისის კლინიკების ქირურგიული განყოფილებების ავადმყოფებში *P.aeruginosa*-ს გამოვლენის სიხშირე და პიგმენტ პიოციანინის მოქმედება მიკრობულ ასოციაციაში. მასალა გროვდებოდა ჭირლობის ინფექციის შემთხვევაში და მუშავდება კლასიკური ბაქტერიოლოგიური მეთოდებით.

ჩვენს მიერ გამოკვლეული იქნა ქ.თბილისის კლინიკების ქირურგიული განყოფილებების 322 პაციენტი. გამოვლენილ იქნა *P.aeruginosa* -ს 102 (31,67%) შტამი. მიუხედავად იმისა, რომ პიგმენტ პიოციანინს გააჩნია „ბაქტერიოციდული“ მოქმედების უნარი, *P.aeruginosa* გვხვდება ასოციაციაში სხვა მიკროორგანიზმებთან ერთად. გამოყოფილი შტამებიდან *P.aeruginosa* სუფთა კულტურის სახით გამოვლინდა 58 (56,82%), რაც შეეხება ასოცირებული სახით 44 (43,13%) შემთხვევაში. როგორც მონაცემებიდან ჩანს, პიგმენტ პიოციანინის „ბაქტერიოციდული“ მოქმედების ხარჯზე *P.aeruginosa* უფრო ხშირად გვხვდებოდა სუფთა კულტურის სახით. *P.aeruginosa* შერეული სახით ითესებოდა, როგორც გრამ-დადებითი

(S.aureus, S.epidermidis) ისე გრამ-უარყოფითი (E.coli, Proteus და სხვ.) ფლორასთან ერთად, ან ორივე ჯგუფის მიკროორგანიზმებთან ერთად. ასევე ადგილი ჭონდა P.aeruginosa -ს და Candida-ს გვარის სოკოების მიკრობულ ასოციაციაში.

საყურადღებო იყო პიოციანინის პროდუქციების ცვალებადობა. პიემენტ პიოციანინის პროდუქცირება მოახდინა 99 (97,4%) შტამმა, მხოლოდ 3 (2,9%) შტამს არ მოუხდენია პიემენტის პროდუქცირება.

შესაძლოა P.aeruginosa-ს მიკრობულ ასოციაციაში არსებობა შესაძლოა დამოკიდებული იყოს არამარტო პიოციანინის „ბაქტერიოციდული“ მოქმედების დაქვეითებაზე, არამედ გამოწვეულ იქნეს პოსპიტალურ შტამებში ბიოლოგიური თვისებების ცვლილებაზე.

ლიტერატურა:

1. Боголова Н.С., Пхакадзе Т.Я. Клиническое значение НГОБ выделенных из внешней среды хирургического стационара // Хирургия. - 1990. - №6. С. 47-50.
2. Медицинская микробиология // ГЭОТАР МЕДИЦИНА. Москва. 1998.
3. Ражавин М.Ф. Исследование патогенности Pseudomonas aeruginosa //ЖМЕИ - 1988, №3. С. 106-112.

Гачечвиладзе Х., Чиквиладзе Д. ИЗУЧЕНИЕ "БАКТЕРИОЦИДНОЙ" РОЛИ ПИГМЕНТА - ПИОЦИАНИНА

РЕЗЮМЕ

В настоящее время большое практическое значение в возникновении госпитальных инфекций предается неферментирующим грамтрицательным бактериям (НГОБ). Объектом нашего исследования было изучение роли пигмента синегнойной палочки пиоцианинина. У 322 больных госпитализированных в разных клиниках г.Тбилиси было выделено 102 штамма P.aeruginosa, из которых продукция пигмента пиоцианинина была установлена у 99 штаммов. Полученные результаты оправдают высокий уровень частоты выделения P.aeruginosa в чистой культуре за счет "бактериоцидного" воздействия пиоцианинина на сопутствующую флору (микробную ассоциацию).

Gachechiladze Kh., Chikviladze D.
INVESTIGATION OF BACTERIOCIDIC EFFECT
OF PIGMENT PIOCIANIN

SUMMARY

Nondays the nonenzymatic gram negative bacteria are of main medical importance in development of hospital infections. The object of our investigation was *P.aeruginosa* and its pigment - piocianin. Among 322 patients from different clinics were isolated 102 strains of *P.aeruginosa* , and defected 99 pigment producing strains.

The result in high rate of isolated pure culture of *P.aeruginosa* and its bacteriocide effect or influence of piocianin on associated microbial flora.

კ.გელაშვილი, ნ.ვეფხვაძე, ბ.ზურაშვილი, თ.გელოვანი,
მ.გიორგობიანი, ნ.კილაძე, ნ.ჯოლოგუა

აჭარის მაღალმთიანი რაიონების
რადიაციული ფონის ჰიგიენური შეფასება

თსსუ, პრევენციული მედიცინისა და კომუნალური ჰიგიენის კათედრები

თანამედროვე პერიოდი ხასიათდება ატომური ენერჯისა და მაიონებელი გამოსხივების სხვა წყაროების ფართო გამოყენებით სახალხო მეურნეობის თითქმის ყველა დარგში, რასაც თან სდევს გარემოს ობიექტების დაბინძურება რადიონუკლიდებით. თუ ამას დავუმატებთ ექსტრემალურ სიტუაციებს (ატომური იარაღის გამოცდა, ავარიები და სხვ.), ყოველივე ეს განაპირობებს რადიაციული ფონის მატებას, რომელიც ქმნის რისკის ფაქტორს სხვადასხვა დაავადებათა ჩამოყალიბებაში.

ბუნებრივი რადიაციული ფონი დედამიწის სხვადასხვა რეგიონში განსხვავებულია, მაგრამ ერთსა და იმავე რეგიონში მისი მერყეობა უმნიშვნელოა და მეტ-ნაკლებად მუდმივი სიდიდეა. მისი ოდენობა დამოკიდებულია გეოგრაფიულ მდებარეობაზე და ამა თუ იმ რეგიონის გეოლოგიურ ასაკზე. იგი შეიძლება გაიზარდოს სხვადასხვა ტექნოგენური და ანტროპოგენური პროცესების შედეგად და უმეტესად დაკავშირებულია ადამიანის ცხოველმყოფელობასთან.

მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მომატებული დასხივების როლის შესწავლა განსაკუთრებული მნიშვნელობის საკითხს წარმოადგენს მაიონებელი გამოსხივების მავნე ბიოლოგიური მოქმედების გამო (5).

საქართველოს მასშტაბით ამ საკითხის შესწავლა განსაკუთრებით აქტუალურია, ვინაიდან მისი გეოგრაფიული მდებარეობა, გეოფიზიკური

მდგომარეობა ხელს უწყობს ხელოვნური რადიონუკლიდების გამოლექვას მის ტერიტორიაზე.

გეოეკოლოგიური დახასიათების თვალსაზრისით საქართველოში მოსალოდნელია რადიაციული ფონის ბუნებრივი მდგენელების საკმაო რაოდენობისა და სიდიდის ანომალიების არსებობა. ამას თუ დაუმატებთ ჩერნობილის კატასტროფას, რომლის დროსაც საქართველოს ტერიტორია საკმაოდ დაზიანდებოდა (1,2), საკითხის შესწავლა უფრო მეტად აქტუალური ხდება.

ბოლო წლების სტატისტიკური მასალების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ საქართველოში აღინიშნება ონკოლოგიურ დაავადებათა, მათ შორის ლეიკოზების მატება (განსაკუთრებით დასავლეთ საქართველოს რეგიონებში), საგრძნობლად გაიზარდა ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია (3). ამასთან დაკავშირებით აუცილებელი გახდა საქართველოს რადიოეკოლოგიური სიტუაციის შესწავლა და მოსახლეობის დასახივების დონების შედარება ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან.

გამოკვლევები ჩატარდა აჭარის მაღალმთიან რეგიონში (ქედა, შუახევი, ხულო). შესწავლილ იქნა რაიონული ცენტრების და სოფლების რადიაციული ფონი. კვლევითი სამუშაოები მიმდინარეობდა ერთიანი მეთოდოლოგიით, სპეციალურად შემუშავებული ინსტრუქციის მიხედვით. რადიაციული ფონის გასაზომად გამოიყენებოდა სცინტილაციური ხელსაწყო CPM-88-01, რომელიც აფიქსირებს მაიონებელი გამოსხივების დონის სიმძიმეს მკრ/სთ-ის სიზუსტით. მიღებული მასალების დამუშავება და ანალიზი საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ:

აჭარის მაღალმთიანი რაიონების - ქედა, შუახევი, ხულო - დასახლებულ პუნქტებში მაიონებელი გამოსხივების გარეგანი დასხივების ფონი ღია ადგილებში მერყეობს საშუალოდ 65 ნრგ/სთ (ქედას რ-ნი) - 123 ნრგ/სთ (შუახევის რ-ნი) ფარგლებში (ცხრილი 1).

ცხრილი №1

ღია ადგილების რადიაციული ფონი აჭარის მაღალმთიან რაიონებში

რაიონი	რადიაციული ფონის სიმძლავრე (ნრგ/სთ)		
	min	max	med
ქედა	65,0	103,8	84,4
შუახევი	75,0	123,4	99,2
ხულო	84,2	85,0	84,6

ეს მონაცემები რამდენადმე მეტია მსოფლიოს უმეტესი ქვეყნების რადიაციულ ფონზე (30-80 ნრგ/სთ) და უახლოვდება ფინეთისა და პორტუგალიის რადიაციულ ფონს (4), რაც გამოკვლულ ტერიტორიას შედარებით მაღალრადიაციულ რეგიონთა რიგში აყენებს.

აჭარის ზოგიერთი რაიონის რადიაციული ფონის მაჩვენებლები

რაიონი, სოფელი	რადიაციული ფონის სიმძლავრე (ნრგ/სთ)		
	— min	— max	— med
ქედა, სოფ. ნამონასტრევი	250,0	400,0	345,0
შუახევი, სოფ. ახალდაბა	230,0	268,0	249,0
შუახევი, მდ. აკაერეთას ხეობა	380,0	440,0	405,0
შუახევი, მდ.აკაერეთას შენაკადი ხევი	400,0	440,0	410,0

ამასთან ერთად აღსანიშნავია, რომ აჭარის ამ კუთხეში ჩვენს მიერ დაფიქსირებულ იქნა „ცხელი წერტილები“, სადაც რადიაციული ფონის სიდიდეები აღწევს საკმაოდ მაღალ მაჩვენებლებს (ცხრილი 2). კერძოდ, ქედას რაიონის სოფ. ნამონასტრევიში რადიაციული ფონი მერყობდა 380,0 ნრგ/სთ-400,0 ნრგ/სთ-ის ფარგლებში, მდ.აკაერეთას ხეობაში კი ეს მაჩვენებლები 380,0 ნრგ/სთ-დან 440 ნრგ/სთ-ის დონეს აღწევდა. მდინარის შენაკად ხევიში რადიაციული ფონი ფიქსირდებოდა 400-440 ნრგ/სთ დონეზე. აღსანიშნავია, რომ მიმდებარე ტერიტორიაზე არსებული მინერალური წყლის წყაროებთან რადიაციული ფონის სიდიდე სტაბილურად 250 ნრგ/სთ იყო.

რაც შეეხება სოფლად ეზოს ტერიტორიების რადიაციული ფონის მაჩვენებლებს - აქ იგი 300-400 ნრგ/სთ-ის ფარგლებშია.

უნდა ვიფიქროთ, რომ აღნიშნული ანომალიები გეომორფოლოგიური წარმოშობისაა და ეს საკითხი შემდგომ შესწავლასა და დაზუსტებას მოითხოვს.

ამასთან დაკავშირებით, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ჩატარდეს შემდგომი გამოკვლევები აღნიშნული რეგიონის ფარგლებში, რათა შესწავლილ იქნას არა მარტო რადიაციული ფონის მაჩვენებლები, არამედ რადიონუკლიდების შემცველობა წყალში, ნიადაგსა და ადგილობრივი წარმოების საკვებ პროდუქტებში. პარალელურად საჭიროა გამოკვლეულ იქნას ადგილობრივი მოსახლეობის დაავადებინობა და შესწავლილ იქნას ამ კუთხის ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია.

ლიტერატურა:

1. კველაშვილი - საქართველოს მოსახლეობის რადიაციული უსაფრთხოების პრობლემები. ქ.თბილისი, საქართველოს სამედიცინო მოამბე, 1997, №162,3, გვ. 3-9.
2. ნ.ვეფხვაძე - მაონიზირებელი გამოსხივების მცირე დოზების ზემოქმედებით ორგანიზმში გამოწვეული ზომიერი ცვლილება, მოსახლეობის მანუ ეფექტების პროგნოზირება და სათანადო პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავება. სალოქტორო დისერტაცია, ქ.თბილისი, 1995 წ.
3. ეპიდემიოლოგიური ბილეტენი. ენდემური ჩიყვი - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემა. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, 1996, №4, ტ.1, გვ. 95-99.
4. National Radiation Maps of Western Europe. National Radiological Protection Board (NRPB), 1993.
5. Кудрицкий Ю.Л., Карпов В.П. - Гигиеническое значение биологической эффективности естественного фона ионизирующего излучения. М., 1984, с. 64.

**Гелашвили К., Вепхвадзе Н., Зурашвили Б., Геловани Т.,
Гьоргобiani М., Киладзе Н., Джологуа Н.**

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАДИАЦИОННОГО ФОНА ВЫСОКОГОРНЫХ РАЙОНОВ АДЖАРИИ

РЕЗЮМЕ

Изучены показатели радиационного фона открытых местностей высокогорных районов Аджарии (Кеда, Шуахеви, Хуло), которые колеблются в пределах 65-123 нгр/ч.

Установлены т.н. "горячие точки" региона, в которых радиационный фон достигает 360-440 нгр/ч.

Предполагаем, что эти аномалии геоморфологического происхождения и скорее всего вызваны географическими и геофизическими факторами.

Для окончательного выяснения и уточнения вопроса, целесообразно продолжить исследования по установлению радионуклидов в воде, почве и продуктах питания местного происхождения а также изучить заболеваемость и эпидемиологическое состояние населения.

**Gelashvili K., Vepkhvadze N., Zurashvili B., Gelovani T.,
Giorgobiani M., Kiladze N., Djologua N.**

HYGIENIC EVALUATION OF RADIATION BACKGROUND OF SOME MOUNTAIN REGIONS OF ADJARIA

SUMMARY

Radiation background indices of open places in some regions of Adjara (Keda, Shuakhevi, Khulo) that fluctuate within 65-123 ngr/h have been studied. So called "hot

spots" of the region where radiation background reaches 360-440 ngr/h have been established.

It is supposed that such anomaly is of geomorphological origin and it's most likely caused by geographical and geophysical factors.

For the final elucidation and definition of the question it is advisable to proceed with the investigation of confirming radionuclides in the water, in the ground and in the products of local origin and also to proceed with the investigation of sickness rate and epidemiological condition of local population.

თ. გერმანაშვილი, ნ. პავლიაშვილი, ო. კველიშვილი,
თ. მჭედლიშვილი, თ. სანიკიძე

ქანგვიტი პროცესების დარღვევის ზოგიერთი მქანნიში სანბრძლივი მოჭყლეთის დეკომპრესიის პერიოდში

თსსუ, კლინიკური და ექსპერიმენტული მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი

კრამ სინდრომის მექანიზმში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება მოჭყლეთის შედეგად განვითარებულ რბილი ქსოვილების მწვავე იშემიას. მაგრამ დაზიანებულ ქსოვილებში სისხლის ნაკადის აღდგენის და განვითარებული რეპერფუზიის შემდეგ, როდესაც აღდგება მოჭყლეთილი კიდურის ჰემორული კავშირი ორგანიზმთან, დაზიანებული ქსოვილებიდან გამოირეცხება იშემიისას წარმოქმნილი ტოქსიკური პროდუქტები, რომლებიც ცირკულირებენ ორგანიზმში და მეორადად აზიანებენ შინაგან ორგანოებს.

ჩვენი ნაშრომის მიზანია მეტაბოლიზმის დარღვევების მექანიზმების შესწავლა კრამ სინდრომის დეკომპრესიის პერიოდში და ამ დარღვევების კორექციის შესაძლებლობა პრეპარატ პლაფერონ ლბ-ს მეშვეობით. ექსპერიმენტები ჩატარებულია თეთრ უჯიშო ვირთაგვებზე. შესწავლილა სისხლის და ღვიძლის პარამაგნიტური ცენტრების ცვლილებები სამსაათიანი მიჭყლეთიდან 1, 6 და 12 საათის შემდეგ. პლაფერონი შეგვყავდა ორჯერადად: მოჭყლეთამდე 15 წთ-ით ადრე და დეკომპრესიის შემდეგ დოზით 0.5 მგ. სისხლისა და ღვიძლის ელექტრონულ-პარამაგნიტურ (ეპრ) სპექტრებს ვიწერდით ეპრ რადიოსპექტრომეტრზე P3 1307 თხევადი აზოტის ტემპერატურაზე კვარცის დიუარის გამოყენებით. ცხრილებში მოყვანილია სისხლის ეპრ ცენტრების ცვლილებები კრამ სინდრომის დეკომპრესიის სხვადასხვა ვადებში და პლაფერონის ზემოქმედების დროს.

	g=2.01	g=2.056	Fe ³⁺ ტრანსფერინი	MetHb	Fe ²⁺	FeS-NO g=2.03	Mn ²⁺ შემცკომპ.
კონტროლი	-	16.5±0.5	20.0±0.6	-	-	-	-
კრაში 3+1	1.8±0.2	22.5±2.5	16.0±1.0	13.0±2.0	-	17.5±0.8	15.0±1.5
კრაში 3+6	2.0±0.5	28.0±2.0	15.0±1.5	15.0±2.0	-	15.0±0.8	15.0±1.5
კრაში 3+12	2.2±0.8	28.0±1.5	15.0±0.9	2.8±0.5	-	18.0±0.6	8.0±1.0
კრაში 3+1+პლ	1.5±0.5	17.0±1.5	20±1.5	7.5±0.5	-	15.0±0.8	8.8±0.5
კრაში 3+6+პლ	1.5±0.8	18.0±1.0	25±1.5	10.0±1.5	-	15.0±0.7	10.0±1.0
კრაში 3+12+პლ	1.6±0.3	17.5±1.5	32.0±2.0	-	-	17.0±1.5	5.0±0.3

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ხანგრძლივი მოჭყლეტის შემდეგ დეკომპრესიიდან I სთ-ის შემდეგ მცირდება სისხლის ანტიოქსიდანტური უნარი, რაც ვლინდება ცერულოლაზმინის ეპრ სიგნალის ინტენსივობის მომატებით (40%-ით) და Fe³⁺ ტრანსფერინის ეპრ სიგნალის შემცირებით (20%-ით) საკონტროლო მონაცემებთან შედარებით. სისხლის ანტიოქსიდანტური უნარის დაქვეითების პირობებში აქტიურდება ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვა, ზიანდება უჯრედების მემბრანული სტრუქტურები. უკანასკნელი დასტურდება სისხლის ეპრ სპექტრში ინტენსიური Mn²⁺ შემცველი კომპლექსების ეპრ სიგნალის გამოჩენით: Mn²⁺ იონები თავის მხრივ აკატალიზებენ თავისუფალრადიკალურ რეაქციებს და ხელს უწყობენ ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვის ინტენსიფიკაციას, ანუ იკვრება მანკიერი წრე. Mn²⁺ იონების მომატება მიუთითებს აგრეთვე მიტოქონდრიული სუპეროქსიდლის მუტაზის ინაქტივაციაზე. ანუ შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ რეპერფუზიის I საათის შემდეგ მკვეთრად მცირდება ორგანიზმის ანტიოქსიდანტური ფერმენტების აქტივობა.

ორგანიზმის ანტიოქსიდანტური უნარის დაქვეითების და თავისუფალრადიკალური რეაქციების პრომოტორების Mn^{2+} იონების სიჭარბის პირობებში ზიანდება ერთროციტების მემბრანები, რაც ვლინდება მეთემოგლობინის ეპრ სიგნალის გაჩენით სისხლის სპექტრში. მეთემოგლობინის წარმოქმნა იწვევს სისხლში ფუნქციური ქემოგლობინის შემცირებას და ორგანიზმში ჰიპოქსიის განვითარებას.

სისხლის ეპრ სპექტრში დეკომპრესიის პირობებში ვლინდება აგრეთვე ადრენორეცეპტორების ინაქტივირებული მდგომარეობისთვის დამახასიათებელი ($g=2.01$), აზოტის ოქსიდის არაჰემურ რკინასთან კომპლექსების ($FeS-NO$ $g=2.03$) ეპრ სიგნალები. ადრენორეცეპტორების ინაქტივაციის მიზეზია მემბრანებზე განლაგებული რეცეპტორების დაზიანება პეროქსიდაციის ინტენსიფიკაციის გამო და მათი ადენილაციკლაზური სისტემისაგან გათიშვა ენდოგენური ბლოკატორების - Mn^{2+} იონების ზემოქმედებით. $FeS-NO$ კომპლექსების წარმოქმნა დამოკიდებულია აზოტის ოქსიდის სინთეზის ინტენსიფიკაციაზე და წარმოადგენს ორგანიზმის კომპენსაციური რეაქციის გამოვლინებას განვითარებული ჰიპოქსიის და ოქსიგენური სტრესის პირობებში. სუპეროქსიდისმუტაზას ინაქტივაციის გამო NO ადვილად გარდაიქმნება პეროქსინიტრიტად - ნივთიერებად ძლიერი ციტოტოქსიური მოქმედებით. აღსანიშნავია, რომ ზემოთ აღნიშნული პროცესები ძლიერდება და ორმაგდება დეკომპრესიის გვიან ვადებზე ($3+6$ სთ).

პლაფერონ ლბ-ს ფონზე განვითარებული დეკომპრესიის დროს ცერულოპლაზმინის ეპრ სიგნალი დეკომპრესიის ყველა ვადაზე თითქმის არ განსხვავდებოდა საკონტროლო მაჩვენებლისაგან. Fe^{3+} ტრანსფერინის ეპრ სიგნალი დეკომპრესიიდან I საათის შემდეგ ნორმის ფარგლებშია, ხოლო შემდეგ ვადებზე იზრდება. უფრო დაბალია აგრეთვე მეთემოგლობინისა და Mn^{2+} შემცველი კომპლექსების ეპრ სიგნალების ინტენსივობა.

მიღებული მონაცემების ანალიზიდან გამოძინარეობს, რომ პლაფერონის ფონზე განვითარებული დეკომპრესიის დროს შენარჩუნებულია ორგანიზმის ანტიოქსიდანტური ფერმენტების აქტივობა, რაც განაპირობებს ლიპოპეროქსიდაციული პროცესების დაქვეითებას და მემბრანული სტრუქტურების მთლიანობის შენარჩუნებას. ანტიოქსიდანტური დაცვის არსებობის პირობებში მცირდება აზოტის ოქსიდის პეროქსინიტრიტად გარდაქმნის საშიშროება, თავისი მავნე გამოვლინებებით. უკანასკნელი ზელს უწყობს ორგანიზმში აზოტის ოქსიდის კომპენსაციური მოქმედების (იმუნომოდულაციური, ვაზოდilatაციური და სხვ.) გამოვლინებას.

მაშასადამე, მიღებული ექსპერიმენტული მონაცემების ანალიზიდან გამომდინარეობს, რომ ხანგრძლივი მოჭყლეტის შემდგომი დეკომპრესიის დროს ორგანიზმში აქტიურდება ზეჟანგური ჟანგვის პროცესები, მცირდება ანტიოქსიდანტური ფერმენტების აქტივობა, მცირდება აღრენორეაქციული რეცეპტორების აქტივობა, რაც განაპირობებს ორგანიზმში კომპენსაციური რეაქციების დათრგუნვას.

პლაფერონ ლბ-ის მოქმედების პირობებში, უკანასკნელის მემბრანმასტაბილიზირებელი, ანტიოქსიდანტური თვისებების გამო ხანგრძლივი მოჭყლეტის შემდგომი დეკომპრესიის დროს ნორმალიზდება ორგანიზმის ანტიოქსიდანტური ფერმენტების აქტივობა, მცირდება თავისუფალრადიკალური პროცესების, მემბრანული სტრუქტურების რღვევის, ერთროციტების ჰემოლიზის ინტენსივობა.

**Германашвили Т., Павлиашвили Н., Кевлишвили О.,
Мchedlishvili Т., Sanikidze Т.
НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ
ПРОЦЕССОВ В СТАДИИ ДЕКОМПРЕССИИ СИНДРОМА
ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛИВАНИЯ
РЕЗЮМЕ**

Методом ЭПР исследованы некоторые механизмы нарушения метаболизма на стадии декомпрессии синдрома длительного сдавливания и возможность коррекции этих нарушений с помощью Плаферона ЛБ. Показано, что на стадии декомпрессии резко снижается активность антиоксидантных ферментов (церулоплазмينا, Fe^{3+} трансферрина, супероксиддисмутазы), увеличивается концентрация промоторов свободнорадикальных процессов – Mn^{2+} ионов, активизируется перекисное окисление липидов. Нормализация активности антиоксидантных ферментов при действии Плаферона ЛБ способствует снижению интенсивности оксигенного стресса и деструкции мембран.

**Germanashvili Т., Pavliashvili N., Kevlishvili О.,
Mchedlishvili Т., Sanikidze Т.
SEVERAL MECHANISMS OF OXIDATIVE PROCESSES INFRINGEMENTS
IN THE STAGE OF DECOMPRESSION DURING LONG
TERM CRUSH SYNDROME
SUMMARU**

Using the EPR method several mechanisms of metabolism infringements on the stage of decompression during long term Crush Syndrome were investigated as well as the possibilities of the correction of these infringements with Plaferon LB. It was shown

that on the stage of decompression the activity of antioxidative enzymes (ceruloplasmine, Fe^{3+} transferin, superoxiddismutaze) is reduced, the concentration of free radicals processes promotors – Mn^{2+} ions - is increased, lipid peroxidation is activated. Under the influence of Plaferon LB the normalization of antioxidative enzymes contributes to the decrease of the intensity of oxidative stress and membrane destruction.

მეგვენეტაძე, მ.უჟანია

**სისტემური სკლეროლერმიის მიმდინარეობის
თავისებურებები ბავშვებში**

თსსუ, პედიატრიაში ზოგადი სპეციალიზაციის კათედრა

სისტემური სკლეროლერმია (სსდ) თანამედროვე რევმატოლოგიის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა. მიუხედავად დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებისა და თერაპიის ეფექტურობის გაზრდისა, ეს დაავადება ძნელად ექვემდებარება მკურნალობას და ხშირად იწვევს ავადმყოფის ინვალიდობას, ზოგჯერ კი სიცოცხლესთან შეუთავსებელ დარღვევებს. პროცესის სტაბილიზაციის ხანგრძლივობა ბევრადაა დამოკიდებული ადრეულ დიაგნოსტიკაზე.

ამ თვალსაზრისით საინტერესოდ მოგვაჩნია ბავშვებში სისტემური სკლეროლერმიის განვითარების, კლინიკური მიმდინარეობის და პროგრესირების ძირითად კანონზომიერებათა დახასიათება ასაკობრივ კრილში. გამოვიკვლიეთ სსდ-ით დაავადებული 51 ავადმყოფი. დაავადების დიაგნოზი, მიმდინარეობის ხასიათი და პროცესის აქტივობის ხარისხი დგინდება (ARA) 1982 წ. მიღებული სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმების საფუძველზე და ემყარებოდა ნ.გ.გუსევას (1975) მიერ მოწოდებულ სამუშაო კლასიფიკაციას.

ცხრილი №1

სისტემური სკლეროლერმიით დაავადებულ ბავშვთა განაწილება სქესისა და ასაკის მიხედვით

ავადმყოფი ბავშვების	ავადმყოფი ბავშვების	ს ქ ე ს ი		ა ს ა კ ი			
		მამრობ.	მდედრობ.	3-6	6-9	9-12	12-15
რაოდენობა	საერთო კონტიგენტის	11	40	14	18	12	7
აბსოლუტური რაოდენობა	51	11	40	14	18	12	7
სიხშირე, %	100	22	78	22	38	25	15

როგორც №1 ცხრილიდან ჩანს, ავადმყოფ ბავშვებს შორის მნიშვნელოვნად ჭარბობდნენ გოგონები (78%). ჩვენი მონაცემებით შეფარდება მათ შორის შეადგენდა 3,6-1 შესაბამისად. ავადმყოფების ასაკობრივი შემადგენლობა მრავალფეროვანი იყო (3 წლიდან 15 წლამდე). ამასთან, გაცილებით ჭარბობდა 3-9 წლის ავადმყოფები (83%). დაავადების დაწყების პიკიც ამ ასაკზე მოდიოდა.

სსდ კლინიკური სურათი ხასიათდებოდა პათოლოგიური პროცესის პოლისისტემურობით. ავადმყოფთა (68%) დაავადების მიმდინარეობის სხვადასხვა პერიოდში ხშირად აღინიშნებოდა ტემპერატურის მომატება. დაავადების კლინიკაში წინა პლანზე გამოდიოდა მკვეთრად გამოხატული ზოგადი დისტროფია. ბევრი ავადმყოფი ჩამორჩებოდა წონასა და სიმაღლეში. ამასთან, უპირატესად შეინიშნებოდა წონაში ჩამორჩენა (შემთხვევათა 42%). ზოგიერთ ავადმყოფს განუვითარდა კეროვანი ან დიფუზური ალოპეცია, წარბების ცვენა, ფრჩხილების, კბილების დისტროფია. კანის სინდრომის გავრცელების მიხედვით გამოიყო კეროვანი პათოლოგიის მქონე პირები (29%), რომელთაც აღენიშნებოდათ მცირერიცხოვანი, ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად არსებული კერები (ფოლაკუსები) ერთგვარაღებულნი ან სწორხაზოვანი ფორმის. გავრცელებული პათოლოგიის მქონე პირებს (43%) კი აღენიშნებოდათ მრავალრიცხოვანი და ხშირად ერთმანეთთან შერწყმული პათოლოგიური კერები: ინდურაციის სტადიაში სკლეროიდურული კერები აღენიშნებოდა ავადმყოფთა 32%-ს, ატროფიის სტადიაში - 35%-ს, ხოლო 31% - ინდურაციის და ატროფიის ერთობლიობა. მხოლოდ 2 ავადმყოფს აღენიშნა კანის დაზიანების საწყისი ეტაპი - შემოზღუდული მკვრივი შეშუპება.

სსდ კლინიკურ სურათში საკმაოდ ხშირად (73%) გამოვლინდა სისხლძარღვოვანი სინდრომი. შეინიშნებოდა პარაორბიტალური ერთიემა და ერთიემატოზური ლაქები სახსრების გამშლელ ზედაპირებზე ზოგჯერ ატროფიული ნაწიბურებით. ტელეანგიექტაზიები ხელის გულებზე, სახეზე, გულმკერდზე. კლასიკური რეინოს სინდრომი აღენიშნებოდა ავადმყოფთა 23%-ს. გარდა ამისა, ავადმყოფთა მნიშვნელოვან რაოდენობას (21%) აღენიშნებოდა რეინოს სინდრომის ეკვივალენტური ვაზომოტორული დარღვევები. შეინიშნებოდა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სიმშრალე და გადასწორება, ზოგჯერ შეშუპება და გაფაშრება. ყველა ავადმყოფს (51) აღენიშნებოდა საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაზიანება. მათგან ყველას ჰქონდა გამოვლინებული სახსროვანი სინდრომი, კუნთოვანი - 80%, ხოლო 35% ტკივილი ძვლებში. სახსროვანი სინდრომი გამოხატული იყო პოლიართრიტის და ართროალგიების სახით. პოლიართრიტი ძირითადად ქრონიკულ ხასიათს ატარებდა. კუნთოვანი სინდრომი ძირითადად მასკლეროზირებული მიოზიტი იყო წარმოდგენილი. 10 ავადმყოფს (20%) აღენიშნა სიმეტრიული ძვლების ზრდაში ჩამორჩენა.

პულმონური სინდრომის კლინიკურ-რენტგენოლოგიური ნიშნები შეინიშნებოდა 78,5%-ში. მათ დიდ უმრავლესობას (30%) დაუდგინდა ფილტვების ბაზალური განყოფილებების სიმეტრიული ფიბროზული კერების არსებობა. ბავშვთა 29%-ს ფილტვების მხრივ ცვლილებები ერწყმოდა ნაწიბუროვან პროცესებს პლევრაში.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანება ყველაზე ხშირი ვისცერალური გამოვლინება იყო. ჭარბობდა მიოკარდიუმის დაზიანება (92%), მათგან 12 ავადმყოფს საბოლოოდ აღენიშნა დიფუზური კარდიოსკლეროზი ან მსხვილკეროვანი კარდიოფიბროზი. სხვა შემთხვევაში აღინიშნა მიოკარდიუმის დისტროფია.

ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება დაუდგინდა 64%-ს. 1 ბავშვს სსდ ფონზე განუვითარდა ფსიქიური განვითარების შეფერხება. ხშირად შეინიშნებოდა ასთენონეროზული სინდრომი, ღერმოგრაფიზმის დარღვევა, ნევრალგიური ტკივილები, პერიფერიული პარეზი. თვალის ფსკერის დაზიანება აღენიშნა 21 ავადმყოფს (43%).

კუჭნაწლავის ტრაქტის დაზიანება აღენიშნებოდა 36 (71%) ბავშვს. ავადმყოფები უჩიოდნენ მადის დაქვეითებას, ადომინურ ტკივილებს. 4 ბავშვს გამოუვლინდა დისფაგია და დისფონია. რენტგენოლოგიური და მორფოლოგიური გამოკვლევით 21 ბავშვს დაუდგინდა საყლაპავის დაზიანება. 9 შემთხვევაში აღინიშნა კუჭის რელიეფის ცვლილება, მისი მოდუნება, პერისტალტიკის დარღვევა, წვრილი და მსხვილი ნაწლავების ჰიპოტონია და გაგანიერება, სპასტიური კოლიტის მოვლენები. ერთ ავადმყოფს აღენიშნა მალაბსორბციის სინდრომი. 36 ბავშვს აღენიშნებოდა ჰეპატომეგალია (1,5-4 სმ). ლეიძლის ფუნქციის დარღვევის გარეშე. ავადმყოფთა ნახევარს გამოუვლინდა ლიმფადენოპათია. ავადმყოფთა ნახევარზე მეტს 52% გამოუვლინდა თირკმლის დაზიანება. 34 ავადმყოფს აღენიშნა ნევროპათიის სუბკლინიკური ვარიანტი, რომელიც დიაგნოზირებული იქნა იზოტონური რენოგრაფიის და თირკმლის ფუნქციების ლაბორატორიული გამოკვლევებით. მხოლოდ 1 შემთხვევაში იყო გამოვლინებული მძიმე ნეფროპათია ე.წ. ჭეშმარიტი სკლეროდერმული თირკმელი თირკმლის უკმარისობის განვითარებით.

სსდ მიმდინარეობის სხვადასხვა პერიოდში 19 ავადმყოფს (36%) ძირითადად დაავადების მწვავე მიმდინარეობისას, აღენიშნა პროცესის აქტივობის III (მაღალი) ხარისხი. პათოლოგიური პროცესის მაღალი აქტივობისათვის დამახასიათებელი ექსუდაციური, სისხლძარღვოვანი, იმუნოლოგიური ძვრებით.

აქტივობის II (ზომიერი) ხარისხის პროლიფერაციულ ცვლილებათა სიჭარბით აღენიშნა 25 (50%) ავადმყოფს, დაავადების უპირატესად ქრონიკული მიმდინარეობისას. მხოლოდ 7 (13%) ბავშვს სსდ ქრონიკული მიმდინარეობით, დაავადების მთელი მიმდინარეობის მანძილზე აღენიშნა

აქტივობის I ხარისხი კლებადი დისტროფიული და სკლეროზული ცვლილებებით.

ჩვენ დაინტერესდით დაავადების დაწყების ხასიათით და მისი შემდგომი განვითარებით სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში. 9 წლამდე დაავადებულ ბავშვთა დიდ უმრავლესობას (79%) აღნიშნა დაავადების მწვავე დაწყება. მათ აღნიშნათ კანისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის სწრაფად პროგრესირებადი მკვრივი შეშუპება, ზოგჯერ დიფუზური ხასიათის, ლაქოვანი ერთიემა, პაპულოზური და ურტიკალური ელემენტები, ტემპერატურული რეაქცია, ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება, ანორექსია, წონის სწრაფი დაკარგვა, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაზიანება, მაღალი ედს, მნიშვნელოვანი სეროლოგიური და იმუნური ძვრები დაავადების დასაწყისიდანვე. აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფებში შემეერთებელი ქსოვილის პოლისისტემური დაზიანება განვითარდა ძირითადად რამდენიმე თვეში (6 თვემდე). 9 წელზე უფროსი ასაკის ბავშვების ნახევარზე მეტს (69%) აღნიშნა ქვემწვავე დასაწყისი დაავადების მონო- ან ბისინდრომული განვითარებით. ძირითადად ყურადღებას იპყრობდა იზოლირებული რეინოს სინდრომი, კანის ლოკალური ცვლილებები, საერთო სისუსტე, ალოპეცია, სხეულის მასის შემცირება და სხვ.

9 წლამდე ასაკის ბავშვებში უფრო მკვეთრად გამოვლინდა პათოლოგიური პროცესის გენერალიზაცია კანის, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის, გულის, ფილტვების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, ცენტრალური ნერვული სისტემის, თირკმლების დაზიანებით. აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში უფრო ხშირად აღინიშნა დაავადების მორეციდივე მიმდინარეობა, ასევე მაღალი იყო ლეტალობის მაჩვენებელი.

ამრიგად, ჩატარებული კვლევის შედეგები მეტყველებენ სსდ-ის რამდენიმე განსხვავებულ მიმდინარეობაზე სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში, რაც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებისათვის.

ლიტერატურა:

1. Гусева Н.Г. Клиника системной склеродермии / Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 1962.
2. Гусева Н.Г. Системная склеродермия. М. Медицина, 1975 г.
3. Гусева Н.Г. Проблемы этиологии и патогенеза системной склеродермии / Ревматология, 1983, №2.
4. Brower A.C. et al. Unusual articular changes of the hand in Scleroderma // Skeletal Radiology. 1995.
5. Brun B. Berup et al. Radiological changes of the hands systemic sclerosis // Acta Derm. Venerol. (Stokholm), 1989.
6. Burgse S.M., Ryan T.J., Juvenile onset systemic sclerosis // J. Roy. Soc. Med. (London) 1992.

Гвенетадзе Т., Жвания М.
ОСОБНОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ
СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

РЕЗЮМЕ

Целью данного исследования является рассмотрение возрастного аспекта системной склеродермии (ССД). Мы сопоставили в разных возрастных группах характер начала, некоторые характерные клинические признаки ССД, течение и исходы.

Под наблюдением находилось 51 больных ССД. Возрастной состав больных различный (от 3 до 15 лет).

В ходе проведенного исследования видно, что основные различия у детей в разных группах заключается в частоте тех или иных клинических симптомов, характере течения и исходов ССД. Полученные данные дают возможность эффективной ранней диагностики.

Gvenetadze T., Zhvania M.
CLINICAL INVESTIGATION OF SYSTEMIC
SCLERODERMIA IN CHILDREN

SUMMARY

The purpose of the presented work was determine the beginning, the currency and the result of Systemic Sclerodemia (SSD) in the children of different ages.

1% patients with SSD have been observed. The ots facts give a chance of early diagnostic.

ქ.გოგბერაშვილი, ყ.ფაღავა, ა.ბუბუტიშვილი, ქ.ბერიძე, გ.აბაშიძე

შსიქოთიმოციური დეპრინაციის გავლენა ჩვილი ბავშვის
ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე

თსსუ, პედიატრიისა და მოზარდა მედიცინის კათედრა,
თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლი

ჯერ კიდევ გასულ საუკუნეში მკვლევარებმა მიაქციეს ყურადღება მჭიდრო კავშირს ბავშვის ფიზიკურ განვითარებასა და ფსიქოაფექტურ დეპრეზაციას შორის. გასული საუკუნის 50-იან წლებში ს.თ. ხოტოვიცი მიუთითებდა, რომ ე.წ. განღევა ადვილად უვითარდებოდათ მშობლების აღერსს მოკლებულ ბავშვებს. ლანგშტეინმა გამოყო დისტროფიის ცალკე სახე - მოუვლელობით გამოწვეული დისტროფია, რაც გულისხმობდა

როგორც ჰიგენური, ისე ფსიქოლოგიური რეჟიმის დარღვევას (1). თანამედროვე ავტორებიც აღნიშნავენ მჭიდრო კავშირს ბავშვის ფიზიკურ განვითარებასა და დედის დეფიციტურ მდგომარეობას შორის. მონტეპერგი და თანავეტ. (2) მოუთითებენ ფსიქოსტიმულაციის მეთოდის გამოყენების საჭიროებაზე დისტროფიის მკურნალობაში. შტამპერგმა და თანავეტ. დაადგინეს ფერმენტ ორნიტინ დეკარბოქსილაზას რაოდენობის მკვეთრი შემცირება იმ ვირთაგვების ქსოვილებში, რომლებიც განიცდიდნენ დედის დეფიციტს ექსპერიმენტში. ამ ფერმენტის რაოდენობა მკვეთრად იმატებდა იმ შემთხვევაში, როდესაც ვირთაგვებს უბრუნებდნენ დედას. დადგენილია ურთიერთკავშირი ზრდის ჰორმონის კონცენტრაციასა და ამ ფერმენტის რაოდენობას შორის ღვიძლში, ტვინის ქსოვილში, სისხლში (2).

ლიტერატურული მონაცემები ძირითადად ეყრდნობა ექსპერიმენტებს ვირთაგვებზე, მაიმუნებზე. ჩვენი შრომის მიზანს წარმოადგენდა ფსიქომოტიური დეპრევიაციის გავლენის დადგენა ჩვილი ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რის შესახებაც ლიტერატურული მონაცემები მოძიებულ ლიტერატურაში ვერ ვნახეთ.

გამოკვლევა ჩატარდა თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლის ბაზაზე. გამოყოფილ იქნა ბავშვების 2 ჯგუფი - პირველი ჯგუფი შეადგინა 10 ახალშობილმა, რომლებიც დროებით იყვნენ ჩაბარებულნი ჩვილ ბავშვთა სახლში. მათი დედები პერიოდულად ნახულობდნენ შვილებს. მეორე ჯგუფი შეადგინა 10 ახალშობილმა, რომლებიც მუდმივად იყვნენ დატოვებულნი ჩვილ ბავშვთა სახლში. ბავშვებს შორის განსხვავების მინიმალიზაციის მიზნით შერჩეული იქნა 6 პარამეტრი, რომლის მიხედვითაც შერჩეული ბავშვები იდენტურნი იყვნენ. ჩატარდა ბავშვების სრული კლინიკური და ციტო-გენეტიკური გამოკვლევა. ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისათვის შემუშავებულ იქნა მათემატიკური მოდელირების მეთოდი.

ბავშვების ფიზიკური, ნევროლოგიური, ფსიქიკური განვითარება, ავადობა, სომატური სტატუსი ფასდებოდა ქულებით, ხოლო ქულათა ჯამის მიხედვით ვაფასებდით ბავშვების ჯანმრთელობის მდგომარეობას. შესაძარბლად გამოყენებულ იქნა შესაფასებელ პარამეტრთა ნორმატიული მაჩვენებლები მოცემული ასაკისათვის. დინამიკაში დაკვირვების მიზნით ბავშვები გამოკვლეულ იყვნენ 3-ჯერ - ახალშობილობის, 3 და 6 თვის ასაკში.

ჩატარებული დაკვირვების საფუძველზე გამოვლენილ იქნა შემდეგი შედეგები: პირველ ჯგუფში მასისა და სიგრძის მატების მაჩვენებლები დინამიკაში საშუალოდ ნორმის ქვედა ზღვრის დონეზე იყო. მეორე ჯგუფის ანალოგიური მაჩვენებლები სარწმუნოდ დაბალი იყო საკონტროლო მონაცემებთან შედარებით. ფსიქომოტორული განვითარებით ორივე ჯგუფის ბავშვები ჩამორჩებოდნენ ნორმას დენვერის შკალის მიხედვით და ჩამორჩენა მით უფრო თვალსაჩინო იყო, რაც მეტი იყო ბავშვის ასაკი. ავადობის სიხშირე, ანუ დავადებისა და პოსპიტალიზაციის შემთხვევების რაოდენობა

საკვლევი		ფიზიკური განვითარება		ფსიქომორტორული განვითარება	აეაღობის სიხშირე	ჯანმრთელობის მდგომარეობა (ქულებში)	
		მასა	სიგრძე				
ჯგ უფები	1 თვის	3500,0	200	51,0	0,5	N	
	3 თვის	5000,0	100	58,0	1,0	მენეჯერული	
	6 თვის	6900,0	100	65,0	1,0	მენეჯერული	15
მეორე ჯგ უფი	1 თვის	3400,0	300	51,0	1,0	N	
	3 თვის	4600,0	200	56,5	0,5	მენეჯერული	
	6 თვის	6700,0	200	65,5	1,0	ჩამორჩენა	22
საკონტროლო ჯგ უფი	1 თვის	4000,0	200	53,0	1,0	N	
	3 თვის	5700,0	400	60,0	2,0	N	
	6 თვის	7600,0	350	67,0	1,5	N	20,4
							0,6

ნ თვის განმავლობაში პირველ ჯგუფში იყო 15, ხოლო მეორე ჯგუფში - 22. ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისას პირველ ჯგუფში თითოეული ბავშვის ქულათა ჯამმა საშუალოდ შეადგინა $12,6 \pm 0,9$, ხოლო მეორე ჯგუფში - $7,10,3$. საკონტროლო მონაცემები საშუალოდ შეადგენს $20,4 \pm 0,6$ (იხ. ცხრილი).

მიღებული მონაცემების ანალიზი საფუძველს გვაძლევს დავასკვნათ, რომ ფსიქომოციური დეპრეკაცია პირდაპირ გველენას ახდენს ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (საკონტროლო მონაცემები თითქმის ორჯერ მეტი იყო პირველ ჯგუფთან შედარებით, ხოლო 2,8-ჯერ მეტი - მეორე ჯგუფთან შედარებით). უნდა ვივარაუდოთ, რომ ჩვილ ბავშვთა სახლის აღსაზრდელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით ღონისძიებათა კომპლექსში აუცილებელია ფსიქოაფექტური სტიმულაციის ჩართვა.

ლიტერატურა:

1. ირაკლი ფაღვა - ბავშვთა დავადებები. თბ. 1976, გვ. 503-524.
2. The Malnourished Child - ed. M.Suskind and L.L. Suskind. Workshop Series. V. 19. p. 342-350. 1990.
3. Manuel of Pediatric Therapeutics - fifth edition by J.W.greif M.D. 1994. P. 28-31.

Гогберашвили К., Пагава К., Бубутеншвили А., Беридзе К.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ОСТАВЛЕННЫХ В ДОМАХ РЕБЕНКА

РЕЗЮМЕ

Целью работы было установление влияния психоэмоциональной депривации на состояние здоровья детей в возрасте до 1 года, оставленных своими родителями. Были выделены две группы новорожденных: первую группу составили 10 детей, временно оставленные родителями, а вторую - , 10 детей без родителей. Для минимализации отличия между детьми, на основе клинического и цитогенетического обследования были выделены 6 параметров, по которым все наблюдаемые дети были идентичны. Все они принимали одинаковую пищу. Для наблюдения за состоянием здоровья в динамике, дети были обследованы трижды - в возрасте 1, 3 и 6 месяцев. Был разработан математический метод моделирования с помощью которого суммой баллов оценивалось состояние здоровья ребенка. Психомоторное состояние оценивали по шкале Денвера.

Анализ полученных данных показал, что:

- дети обеих исследуемых групп страдали от психоэмоциональной депривации, но дети второй группы страдали больше.

- чем глубже психо-афектная депривация, тем хуже состояние здоровья ребенка (сумма баллов во второй группе была почти в два раза меньше, по сравнению с первой);
- можно предложить, что для улучшения состояния здоровья дети оставленные в домах ребенка, нуждаются в психостимуляции в комплексе с другими мероприятиями.

Gogberashvili K., Pagava K., Bubuteishvili, Beridze K., Abashidze G.
THE INFLUENCE OF PSYCHO-EMOTIONAL DEPRIVATION ON
ABANDONED INFANT'S HEALTH STATE

SUMMARY

We undertake a study to find out the influence of emotional deprivation on the health state of the abandoned children in Tbilisi Infant's Orphanage. There were observed two group of children. The temporary abandoned children have formed the first group and the second group by the neglected children was formed. The mathematical method for child's health state assesment was elaborated. By the point system the physical emotional, neurological, morbidity state of the children were assessed.

According to received data there are two main factors, that simultaneously effect the children in orphanages: malnutrition and psycho-affective deprivation. The psycho-emotional deprivation was the injurious factor for the both observed group of children, but the children from the second group suffered much more.

The health state of children was so much the worse as the degree of psycho-emotional deprivation.

So, the psycho-affective stimulation is an important factor for abandoned children health state improvement.

ა.გოგბელია, მ.პაგავილი, მ.ბუბუთეიშვილი, ც.ბერიძე, ნ.ჯანგულაშვილი

ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატის ზინოფინის
მუტაგენური ეფექტი ლაბორატორიული თაგვის
პრომოსოგებზე IN VIVO

თსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ინსტიტუტი

ნაშრომის მიზანი იყო ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატის ზინოფინის ციტოგენეტიკური ეფექტის შესწავლა თეთრი, უხაზო ლაბორატორიული თაგვების ქრომოსომულ აპარატზე in vivo. საცდელ

ობიექტად გამოყენებული იყო 20-25 გრამი წონის მქონე ლაბორატორიული თაგვები. ჩატარდა მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული ცდები. თითოეულ შემთხვევაში გამოყენებული იყო 10 თაგვი.

მწვავე ცდაში თაგვების ორგანიზმში პერორალურად შეგვყავდა გამოსაცდელი წამლის 1,12 მლ, რაც შეადგენდა 40-ჯერად სუბტოქსიკურ დოზას. პრეპარატი შეგვყავდა 3 დღის განმავლობაში. ქვემწვავე ცდაში თაგვები იღებდნენ პრეპარატის 10%-იანი ხსნარის 0,48 მლ-ს, ხოლო ქრონიკულ ცდაში 21 დღის განმავლობაში იმავე რეჟიმით ეძლეოდათ 0,03 მლ ზინოფინი. პარალელურად საკონტროლო ცხოველებში შეგვყავდა გამოხდილი წყალი. შესაბამისი ვადების გასვლის შემდეგ ვახდენდით თაგვების დეკაპიტაციას და ვამზადებდით ძვლის ტვინის პრეპარატებს. პრეპარატები ობიექტური გამოკვლევის მიზნით იმიფრებოდნენ. თითოეული ცხოველისაგან გაანალიზდა 100 მეტაფაზა.

ჩატარებულმა გამოკვლევამ გამოავლინა შემდეგი:

მწვავე ცდის შემდეგ თაგვების ძვლის ტვინის ქრომოსომულ აპარატში გამოვლინდა ქრომოსომათა როგორც რიცხობრივი ($1,0 \pm 0,4$), ისე სტრუქტურული ($2,0 \pm 0,8$) დარღვევები, რომელიც ფაქტობრივად არ აღემატებოდნენ საკონტროლო მაჩვენებლებს ($1,0 \pm 0,3$ და $2,5 \pm 1,1$).

ქვემწვავე ცდის შედეგად დაფიქსირდა ქრომოსომული დარღვევები - ანეუპლოიდია ($0,8 \pm 0,4$) და ცენტრომერთა ადრეული დათიშვა ($0,8 \pm 0,3$), რაც არ აღემატებოდა საკონტროლო მაჩვენებლებს ($1,0 \pm 0,3$ და $0,8 \pm 0,3$).

საკონტროლო მონაცემებისაგან არ განსხვავდებოდა ქრომოსომული დარღვევების სიხშირე ქრონიკული ცდებშიც..

ამრიგად, ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატი ზინოფინი ლაბორატორიული თაგვის ქრომოსომულ აპარატში *in vivo* არ ავლენს ციტოგენეტიკურ ეფექტს.

**Гогелия А., Дзамашвили М., Пиросманишвили М.,
Гецадзе Ц., Джангулашвили Н.
ИССЛЕДОВАНИЕ МУТАГЕННОГО ЭФФЕКТА
АНТИВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ЗИНОФИН НА
ХРОМОСОМЫ ЛАБОРАТОРНЫХ МЫШЕЙ IN VIVO**

РЕЗЮМЕ

Цель настоящей работы состояла в исследовании цитогенетического эффекта зинофина на хромосомный аппарат костного мозга белых лабораторных мышей *in vivo*. Поставлены острый, подострый и хронический опыты.

В остром опыте мышам пергорально вводили 1,12 мл зинофина, что составляло 40-кратную субтоксическую дозу препарата. Лекарство вводили в течение трех дней. В подостром опыте мыши тем же способом получали 10% раствор (0,48 мл) в течение 7 дней, а в хроническом опыте в том же режиме - 0,03 мл препарата.

Аналогично вводилась контрольной группе животных дистиллированная вода.

После введения зинофина лабораторным мышам в костном мозгу животных выявились как качественные, так и количественные хромосомные нарушения. Однако, они не отличались от контрольных показателей.

Полученные данные позволяют заключить, что зинофин не вызывает развитие мутагенного эффекта в организме экспериментальных животных (белые мыши).

**Gogelia A., Dzamashvili M., Pyrosmanishvili M.,
Getsadze T., Djangulashvili N.
INVESTIGATION OF THE CYTOGENETIC ACTION OF
ANTIINFLAMMATORY DRUG "ZYNOPHIN" ON THE ALBINO MICE
CHROMOSOMES IN VIVO**

SUMMARY

The aim of the present investigation was evaluation of the mutagenic action of antiinflammatory drug "Zinophin" on the albino mice bone marrow chromosomes *in vivo*.

The results obtained have shown that the three-day administration of 1,12 mg Zynophin in the animals induced chromosomal anomalies: aneuploidy ($1,0\pm 0,4$) and structural anomalies ($2,0\pm 0,8$). In control - $1,0\pm 0,3$ and $2,5\pm 1,1$.

The frequency of the chromosome anomalies before 7 day administration was: $0,8\pm 0,4$ (aneuploidy) and $0,8\pm 0,3$ (structural aberrations). In control - $1,0\pm 0,3$ and $0,8\pm 0,3$.

The 21-day administration of 0,03 mg Zynophin have shown, that the frequency of aneuploidy and structural aberration appeared not to be different from that in control individuals.

ქ. გოგილაშვილი, მ.ივერიელი, რ.ქარსელაძე

**მრავალგანვითარებადი გენეტიკურ-სტატისტიკური
ანალიზით სქესის გავლენის თავისებურებანი
დეკომპენსირებული კარიესის განვითარებაში**

მოსსუ, თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრა

სტომატოლოგიურ დაავადებათა შორის კარიესს ერთ-ერთი პირველი ადგილი უკავია რიგი ავტორების მონაცემებით XX ს-ის 90-იანი წლებიდან გაიზარდა კარიესით დაავადების ხვედრითი წილი და რაც განსაკუთრებით საყურადღებოა, აღინიშნება კარიესის მძიმე ფორმის (დეკომპენსირებული კარიესი) გაახალგაზრდავება ანუ დაავადების ფორმირება ადრეულ ასაკში. საქართველოში კარიესის სიხშირეზე მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა არსებულმა სოციალურ-ეკონომიკურმა სიტუაციამ, არადამაკმაყოფილებელმა ეკოლოგიურმა პირობებმა - ჰაერის, ნიადაგისა და წყლის დაბინძურებამ, არასრულფასოვანმა კვებამ, მზარდი მნიშვნელობის მქონე მეძველედრულმა ფაქტორებმა და სხვა.

კარიესი წარმოადგენს გენეტიკურად დეტერმინირებულ დაავადებას, რომლის შთამომავლობითი გადაცემის ტიპი მულტიფაქტორული მოდელის ადექვატურია, ესე იგი მის ჩამოყალიბებას განაპირობებს გენეტიკური და გარემო ფაქტორების ერთობლიობა. გენეტიკური და გარემო ფაქტორების შეფარდებითი წილი განსხვავებულია არა მხოლოდ კონკრეტული დაავადებისათვის და პოპულაციისთვის, არამედ ყოველი ცალკე ადამიანი და დაავადების ინდივიდუალური შემთხვევისთვის.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რომ კარიესის რისკ-ფაქტორთა შორის გარკვეული მნიშვნელობა სქესს ენიჭება. ნამუშაოს

საუფუძვლად დაედო 16-დან 23 წლამდე ასაკის 178 დეკომპენსირებული კარიესით (დკ) დაავადებული ქართველი პრობანდის და მათი I ხარისხის ნათესავების (სიბები, მშობლები) გამოკვლევა. საკონტროლოდ გამოყენებულ იქნა იგივე ასაკისა და ნაციონალობის მქონე 161 ინდივიდი, რომელთაც არ ჰქონდათ კარიესი ან აღნიშნათ კარიესის კომპენსირებული ფორმა.

შესწავლილ იქნა დეკომპენსირებული კარიესის სავარაუდო ეტიოლოგიურ და პათოგენეზურ ფაქტორთა (სოციალურ-ბიოლოგიური, მავნე ჩვევები, კვების ტიპი, პროფესიულ-საწარმოო, პერი-და პოსტნატალური, თანმხლები სტომატოლოგიური და სომატური დაავადებები და სხვა) სიხშირე როგორც დკ-ით დაავადებულ პრობანდებში, ისე საკონტროლო ჯგუფში. ისინი ერთმანეთს U-კრიტერიუმის საუფუძველზე ალტერნატიული ანალიზით B.Урбан-ის (1975) მეთოდით შედარდა. მასალის სტატისტიკური დამუშავება მოხდა მრავალგანზომილებიანი გენეტიკურ-სტატისტიკური ანალიზით.

გამოკვლევებით დადგინდა დკ-ის სარწმუნოდ მაღალი სიხშირე პრობანდ ვაჟებში გოგონებთან შედარებით ($U=3,92$). მკვლევართა აზრით მამრობითი სქესის კუთვნილება შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას გარემო ფაქტორებისადმი და ცხოვრების პირობებისადმი არაადექვატურობის მარკერად. (И.В. Василевский, 1990). აღნიშნული მოსაზრების ობიექტური ახსნა შესაძლებელი გახდა უკანასკნელ წლებში აღმოჩენილი ლიმფოციტების ფუნქციის მარეგულირებელი XLR-გენით, რომელიც ლოკალიზებულია X-ქრომოსომაში. აღნიშნული გარემოება საშუალებას იძლევა აიხსნას იმუნოდეფიციტების შედარებით მაღალი სიხშირე ვაჟებში, ვინაიდან მათ გენომში აქვთ მხოლოდ ერთი სასქესო X-ქრომოსომა (Darling S. et al, 1985).

ამდენად, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ვაჟების ორგანიზმში იმუნური სისტემის დეზინტეგრაცია გაცილებით იოლად აღმოცენდება, რის შედეგსაც ვაჟებში გოგონებთან შედარებით დკ-ის სიხშირის სიჭარბე წარმოადგენს. სწორედ აქედან გამომდინარე, ონტოგენეზური და გარემო ფაქტორების ადიტორი ზემოქმედების დაბალ ზღვარზე გენომში პოლიგენური დარღვევების არსებობა გოგონებთან შედარებით ვაჟებში აღინიშნება.

საკუთარი გამოკვლევებით მიღებული მონაცემების მიხედვით პრობანდთა დედების 68%-ს მამებთან შედარებით კარიესულ, ამოღებულ და დაბჟენილ (კბა) კბლთა უფრო მაღალი ინდექსი აღნიშნა. აღიარებულია, რომ მოსახლეობაში კარიესის მაღალი სიხშირით უფრო ქალები გამოირჩევიან, ვიდრე მამაკაცები. (Legler et al, 1980). ზემოაღნიშნული ფაქტი ერთი შეხედვით პარადოქსულია იმდენად, რამდენადაც კბა-ს მაღალი ინდექსის მქონე პრობანდი ვაჟების რიცხვი სარწმუნოდ სჭარბობს გოგონებისას, მაშინ როდესაც მათი გენეალოგიური ანალიზით დაავადებული

დედების რიცხვი გაცილებით აღემატება დაავადებული მამების რაოდენობას. ზოგიერთი ავტორის მონაცემების მიხედვით ეს უკანასკნელი გამოწვეულია ქალებში კბილების უფრო ნაადრევი დაზიანებით. ჯერ კიდევ 1954 წელს Shafer-მა და Muhler-მა ვირთხებზე ცდის ჩატარებისას მოსაზრება გამოთქვეს, რომ კბილის კარიესის განვითარებას ხელს უწყობს დიეთილსტილბესტროლი და ესტრადიოლი. მათი მონაცემების მიხედვით ანდროგენები კარიესის განვითარებაზე არავითარ გავლენას ახდენს. რაც შეეხება ესტროგენებს, ისინი კარიესის წარმოქმნის საშიშროებას მნიშვნელოვნად ზრდის (Muhler JD, et al 1955). ლიტერატურაში არსებობს სხვა მონაცემებიც, რომლებიც მათ მოსაზრებას მხარს უჭერს (Liu F. et al, 1973).

Orosz-მა და მისმა ჯგუფმა გამოიკვლიეს რა 504 ფეხმძიმე ქალი, ფეხმძიმობისა და კარიესის განვითარებას შორის ურთერთკავშირი დაამტკიცეს. მათი დაკვირვებით არანამშობიარებ ქალებში კარიესულ კბილთა რაოდენობა უფრო ნაკლები იყო ვიდრე იმ ქალებში რომლებსაც უკვე ჰყავდათ შვილები. კარიესის აქტიუობის მაღალი ხარისხი აღმოაჩნდათ იმ ქალებს, რომლებსაც აღენიშნათ ბევრი მშობიარობა არანამშობიარებ ან ნაკლებშვილიან ქალებთან შედარებით (Orosz M. et al, 1977).

1980 წელს M. Alfano-ს მიერ დადგენილ იქნა კარიესის კავშირი ხშირ მშობიარობასა და ხანგრძლივი ლაქტაციის პერიოდს შორის. ამრიგად, დამტკიცებული ფაქტია, რომ ესტრადიოლის შრატის კონცენტრაცია ქალებსა და მამაკაცებში განსხვავებულია (Anksusingha K. et al, 1974) – ესტრადიოლი გაცილებით მაღალია ქალებში, ასევე მაღალია მათში კარიესის შემთხვევებიც (Legler et al, 1980). ფეხმძიმობის დროს ესტრადიოლის კონცენტრაცია კიდევ უფრო იზრდება. ზემოთქმულიდან გამომდინარე კარიესის გამოწვევს სხვადასხვა ფაქტორს შორის ესტროგენებიც აქტიურ მონაწილეობას იღებს, რასაც ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკვლევები ადასტურებს, რომლის შედეგად რამოდენიმეჯერ ნამშობიარებ (3-ან მეტი) დედებში კბა-ს მაღალი ინდექსი (კბა=12, 13, 14) აღინიშნა ნაკლებშვილიან (1-2) ქალებთან შედარებით.

მრავალი ავტორი ორსულობით გამოწვეულ კარიესს ორსულობის პერიოდში ნერწყვის შემადგენლობაში შემავალი კომპონენტების ცვლილებას უკავშირებს (Salvolini E et al, 1998, Brambilla E at.al, 1998) კერძოდ, ორსულობის მე-10-დან 21 კვირამდე ნერწყვში მომატებულია საერთო ცილის შემცველობა, ალფა-ამილაზის აქტიუობა, ორსულობის 40 კვირამდე ნერწყვში მცირდება კალციუმის და ფოსფორის კონცენტრაცია. ამრიგად, ორსულობა ცვლის ნერწყვის შემადგენლობას, ამ უკანასკნელმა კი თავის მხრივ შესაძლებელია ორსულობისას კბილის კარიესის წარმოქმნაში გადაწყვეტი რილი ითამაშოს.

დკ-ის დედის ხაზით მემკვიდრული გადაცემა შესაძლებელია აიხსნას ერთის მხრივ, დედანაყოფის ურთიერთქმედებით პაციენტისა და დედის რძის საშუალებით და მეორეს მხრივ საყურადღებოა გენომური ანაბეჭდის გენეტიკური მექანიზმი, რომლის მიხედვით მამის „დკ-ის გენის“ სუპრესია შეიძლება მოხდეს სპერმატოგენეზის განმავლობაში (Hall J., 1990). ჩვენს მიერ დადგენილია, აგრეთვე, რომ „დკ“-ით დაავადების მაღალი რისკი (89%) გააჩნიათ იმ პრობანდებს, რომელთა ორივე მშობელს აღნიშნება კარიესის რთული ფორმის (დკ) გამოვლენა.

ამრიგად, ჩატარებული კომპლექსური (კლინიკურ-გენეტიკური) კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემებით შეიძლება ითქვას, რომ მამრობითი სქესისადმი კუთვნილება წარმოადგენს დკ-ს განვითარების მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს; ხოლო მრავალნაშობიარეებ დედებში კი აღნიშნული პათოლოგიის განვითარების რისკი გაცილებით სჭარბობს მამებში დკ-ს ჩამოყალიბებას.

ლიტერატურა:

1. Урбах В.Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях - М. : Медицина, 1975-295с
2. Василевский И.В. Многомерное фенотипирование и возможности выявления предрасположенности к заболеваниям // Всесоюзный съезд генетиков. Алма-Ата. 1990 с.28-32
3. Alfano, MC (1980) Nutrition in Dental Caries. The biologic Basis of Dental caries. Harper and Row, p. 356
4. Angsusingha, K, Kenny, FM, Nankin, HB, and Taylor, FH (1974) Unconjugated estrone, estradiol and FSH and LH in prepubertal males and females. J. of Clinical Endocrinology and Metabolism 39, 63-68
5. Brambilla E, Felloni A, Gagliani M. (1998) Caries prevention during pregnancy // Journal of the American Dental Association. 129(7).
6. Darling S., Goodfellow p. Lymphocyte development genes and immunodeficiency disease (new) // Nature.-1985.-vol. 314, N 600 9.- p. 318-319
7. Hall JG Genomic imprinting Arch. Dis. child 1990: 65.1013-1016
8. Legler, DW, Menaker, L. (1980) Definition, Etiology, Epidemiology and Clinical Implications of Dental caries. In Menaker, L. (ed) The Biological Basis of Dental Caries. Harper and Row, p. 217.
9. Liu, FTY, Lini HS (1973). Effect of contraceptive steroids norethynodrel and menstranol on dental caries activity in young adult female rats. J. Dent. Res. 52 753-757.
10. Muhler, JD, Shafer, WG (1955) Experimental Dental caries. VII J. Dent. Res. 34, 661-665
11. Orozs, M, Rigo, O (1975) Connection between pregnancy and caries prevalence. Oral Res. Abstract. 12 (1) abstract 71.

12. Salvolini E, Di Giorgio R, Curatola A. (1998) Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy // British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 105(6): 656-660.
13. Shafer, W G, Muhler, JD (1954) Experimental Dental caries. III J. Dent. Res. 33, 842-848

Гогилашвили К., Иверисли М., Карселадзе Р.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЛИЯНИЯ ПОЛА НА РАЗВИТИЕ
ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО КАРИЕСА МЕТОДОМ
МНОГОМЕРНОГО ГЕНЕТИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

РЕЗЮМЕ

В основу исследования легли данные признаков ДК (декомпенсированный кариес) грузинских пробандов в возрасте от 16 до 23 лет и их родителей. Под наблюдением также находился 161 индивид того же возраста и национальности, у которых не было кариеса или отмечалась его компенсированная форма (контрольная группа).

Группы факторов, способствующих возникновению ДК, отбирались по критерию U. Материал обработан альтернативным методом многомерного анализа.

На основе полученных данных определен фактор высокой прогнозируемой ценности - мужской пол.

K. Gogilashvili, M. Iverieli, R. Karseladze

**SPECIFICITY OF GENDER INFLUENCE ON DECOMPENSATED CARIES
DEVELOPMENT REVEALED BY THE MULTY-DIMENSION GENETIC
AND STATISTICAL ANALYSIS**

SUMMARY

The given research was based on a survey of 178 Georgian probands with a decompensated caries (DC) at 16-23 age, and their first rate relatives (siblings, parents). Some 161 individuals of the same nationality and age, who had either no caries or its compensated form composed a control group. As in DC probands, so in a control group frequency of probable etiological and pathogenic factors were studied. They were compared on the basis of U criterion using a method of alternative analysis.

Based on the results of a study male gender was identified as a high risk-factor, i.e. masculine gender appears to be an important risk-factor for DC development.

ნ.გონგაძე, გ.თურმანაული, ნ.ანთელავა

ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატების ჰიპოტენზიური მოქმედების ქრონოზარეაქოლოგიური მუხანდში

თსსუ, ფარმაკოლოგიის კათედრა

კვლევის მიზანს შეადგენდა ნიფედინის, პროპრანოლოლის, კლოფელინისა და კატობრილის ჰიპოტენზიური მოქმედების მექანიზმის ექსპერიმენტული შესწავლა მათი სხვადასხვა რეჟიმით შეყვანის დროს.

ცდები ტარდებოდა მამრობითი სქესის თეთრ ვირთაგვებზე წონით 200-250 გ. ვაზორენული ჰიპერტენზიის მოდელარებას ვახდენდით მარცხენა თირკმლის არტერიის დოზირებული შევიწროვებით და მარჯვენამხრივი ნეფრექტომით. პრეპარატები შეგვყავდა ფიზიკურ ცხოველებში ინტრავენურად 1 კვირის განმავლობაში ჩვეულებრივი (დღეში 3-ჯერ) და ქრონოზარეაქოლოგიური რეჟიმით (დღეში 2-ჯერ) სისხლის არტერიული წნევის (საწ) აკროფაზის გათვალისწინებით, დოზით: კლოფელინი - 0,01 მგ/კგ; პროპრანოლოლი - 0,5 მგ/კგ; ნიფედინი - 0,1 მგ/კგ და კატობრილი 3 მგ/კგ-ზე. ნორმოტენზიულ და ჰიპერტენზიულ ცხოველებში ექსპერიმენტული ჰიპერტენზიის მოდელარებიდან 2, 4 და 6 კვირის შემდეგ, წინასწარ იმპლანტირებული სისხლძარღვოვანი კათეტერებით, ნარკოზის ქვეშ გაფასებდით სისტემური ჰემოდინამიკის პარამეტრების ტეტრაპოლარული რეოგრაფიის მეთოდით.

ვაზორენული ჰიპერტენზიის ექსპერიმენტული მოდელის მქონე 2 კვირიან ვირთაგვებში სისტოლური, საშუალო და დიასტოლური არტერიული წნევის ცივრები სარწმუნოდ აღმატებოდნენ ანალოგიურ მაჩვენებლებს ნორმოტენზიულ ცხოველებში შესაბამისად - $4,4 \pm 5,8\%$ ($P < 0,001$), $48,8 \pm 6,2\%$ ($P < 0,001$) და $54,0 \pm 8,6\%$ -ით ($P < 0,001$). ამასთან ერთად, ამ ჯგუფის ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში, ნორმოტენზიულისაგან განსხვავებით ადგილი ჰქონდა გულის რიომის გაიშვიათებას და გულის სისტოლური (ბსმ) და წუთმოცულობის (მწმ) გაზრდას, შესაბამისად - $29,4 \pm 3,8\%$ ($P < 0,05$) და $16,3 \pm 2,8\%$ -ით ($P < 0,05$). ამავე დროს, აღინიშნებოდა საერთო პერიფერიული წინააღმდეგობის (სპწ) არასარწმუნო მომატება. 4 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში ნორმოტენზიულ ვირთაგვებთან შედარებით რეგისტრირებულ იქნა სისტოლური, საშუალო და დიასტოლური წნევის უფრო მაღალი მაჩვენებლები, შესაბამისად: $59,2 \pm 7,6\%$ -ით ($P < 0,001$), $66,0 \pm 8,4\%$ ($P < 0,001$) და $73,3 \pm 9,8\%$ -ით ($P < 0,001$). ამავე დროს, ნორმოტენზიულ ვირთაგვებთან შედარებით შესამჩნევად იყო მომატებული გულის შეკუმშვის სისხირე - $13,7 \pm 2,5\%$ -ით ($P < 0,05$) და სპწ ($66,8 \pm 9,4\%$ -ით, $P < 0,001$). 6-კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში გულის შეკუმშვის

სიხშირის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები გულის რითმისა და სპწ მომატებით, შესაბამისად - $19,6 \pm 4,8\%$ ($P < 0,05$) და $89,8 \pm 11,5\%$ -ით ($P < 0,001$). ამასთან ერთად, ნორმოტენზიული ვირთაგვებისაგან განსხვავებით ამ ჯგუფის ცხოველებს აღინიშნებოდათ ბსმ ($23,5 \pm 3,8\%$ -ით, $P < 0,05$) და ბწმ ($8,5 \pm 1,4\%$ -ით, $P < 0,05$) სარწმუნო შემცირება.

კლოფელინი მისი ყოველდღიური შეყვანიდან ერთი კვირის შემდეგ დოზით $0,01$ მგ/კგ 3-ჯერ დღეში, სპწ აკროფაზის გაუთვალისწინებლად, 2 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში, საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებთან შედარებით, სარწმუნოდ აქვეითებდა სისტოლურ არტერიულ წნევას - $8,2 \pm 1,6\%$ -ით, ($P < 0,05$), ამცირებდა ბსმ ($22,7 \pm 3,6\%$ -ით, $P < 0,05$) და ბწმ ($27,8 \pm 6,5\%$ -ით, $P < 0,05$) და უმნიშვნელოდ ზრდიდა სპწ. კლოფელინის ქრონოფარმაკოლოგიური რეჟიმით შეყვანის შემდეგ, 2 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში სარწმუნოდ ქვეითდებოდა სისტოლური ($16,6 \pm 2,4\%$ -ით, $P < 0,05$), საშუალო ($13,0 \pm 2,7\%$ -ით, $P < 0,05$) და დიასტოლური არტერიული წნევა ($11,3 \pm 1,4\%$ -ით, $P < 0,05$). ამასთან ერთად, სარწმუნოდ მცირდებოდა გულის შეკუმშვის სიხშირე, ბსმ ($8,2 \pm 1,4\%$ -ით, $P < 0,05$) და ბწმ ($20,0 \pm 5,4\%$ -ით, $P < 0,05$) სპწ მნიშვნელოვანი ცვლილებების გარეშე. 4 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში კლოფელინის ქრონოფარმაკოლოგიური წესით შეყვანისას აღინიშნებოდა სისტოლური ($12,0 \pm 2,4\%$ -ით, $P < 0,05$), საშუალო ($11,3 \pm 2,20\%$ -ით, $P < 0,05$) და დიასტოლური ($16,1 \pm 1,8\%$ -ით, $P < 0,05$) არტერიული წნევის უფრო გამოხატული დაქვეითება, ვიდრე პრეპარატის შეყვანისას სპწ ცირკადული ხასიათის ცვლილებების გაუთვალისწინებლად. ამავე დროს, კლოფელინი სარწმუნოდ აქვეითებდა გულის რითმს და სპწ ($24,1 \pm 3,4\%$ -ით, $P < 0,001$). ბსმ და ბწმ მხრივ არ აღინიშნებოდა საგულისხმო ცვლილებები. 6 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში კლოფელინის ჩვეულებრივი რეჟიმით შეყვანის დროს, სისტოლური არტერიული წნევის ($16,5 \pm 1,2\%$ -ით, $P < 0,05$) შემცირებასთან ერთად, პრეპარატი აიშვიათებდა გულის რითმს და უმნიშვნელოდ ამცირებდა სპწ. ამის საწინააღმდეგოდ, კლოფელინის ქრონოფარმაკოლოგიური წესით გამოყენებისას გარდა სისტოლური წნევის უფრო გამოხატული დაქვეითებისა ($13,9 \pm 2,8\%$ -ით, $P < 0,05$), რეგისტრირებულ იქნა აგრეთვე საშუალო ($16,4 \pm 2,4\%$ -ით, $P < 0,05$) და დიასტოლური არტერიული წნევის ($15,6 \pm 1,80\%$ -ით, $P < 0,05$) და სპწ ($18,4 \pm 3,2\%$ -ით, $P < 0,001$) სარწმუნო დაქვეითება. ბსმ და ბწმ მხრივ არ აღინიშნებოდა მნიშვნელოვანი ცვლილებები.

პროპრანოლოლის სისხლის მიმოქცევის მაჩვენებლებზე მოქმედების შესწავლისას დადგინდა იქნა, რომ 2 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში პრეპარატის ქრონოფარმაკოლოგიული წესით შეყვანის დროს აღინიშნებოდა

სისტოლური და საშუალო არტერიული წნევის უფრო მნიშვნელოვანი დაქვეითება, ვიდრე მისი ტრადიციული რეჟიმით გამოყენებისას. პროპრანოლოლი აიშვიათებდა გულის რითმს შესაბამისად $15,3 \pm 2,6\%$ ($P < 0,05$) და $12,0 \pm 1,5\%$ -ით ($P < 0,05$), ამცირებდა ბსმ - $21,8 \pm 4,2\%$ -ით ($P < 0,05$) და $18,2 \pm 3,4\%$ -ით ($P < 0,05$), ხოლო ბწმ - $29,4 \pm 5,8\%$ -ით ($P < 0,05$) და $23,6 \pm 4,4\%$ -ით ($P < 0,05$). 4-კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში ბსმ ($13,4 \pm 2,2\%$ -ით, $P < 0,05$) და ბწმ ($10,2 \pm 1,8\%$, $P < 0,05$) შემცირებასთან ერთად ქვეითდებოდა სპწ ($17,4 \pm 2,4\%$ -ით, $P < 0,01$).

6-კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში უფრო გამოხატულ ჰიპოტენზიურ მოქმედებას პროპრანოლოლი ავლენდა. მისი ქრონოფარმაკოლოგიური წესით შეყვანის დროს, სისტოლური ($10,6 \pm 1,4\%$ -ით, $P < 0,05$) საშუალო ($11,3 \pm 2,2\%$ -ით, $P < 0,05$) და დიასტოლური არტერიული წნევის ($11,8 \pm 1,6\%$, $P < 0,05$) დაქვეითებით, რომელსაც თან ახლდა გულის რითმის გაიშვიათება და სპწ სარწმუნო შემცირება ($16,5 \pm 2,5\%$ -ით, $P < 0,002$). პრეპარატის ტრადიციული სქემით შეყვანისას, სისტოლური არტერიული წნევის დაქვეითებისა და გულის რითმის გაიშვიათებასთან ერთად იგი სარწმუნოდ ამცირებდა ბსმ ($21,4 \pm 5,6\%$ -ით, $P < 0,05$), ბწმ ($20,6 \pm 3,8\%$ -ით, $P < 0,05$) და არ ცვლიდა შესამჩნევად სპწ.

ნიფედინი 2 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში ტრადიციული სქემით მისი შეყვანისას იწვევდა სისტოლური, საშუალო და დიასტოლური წნევის სარწმუნო დაქვეითებას, შესაბამისად $10,1 \pm 1,8\%$ -ით ($P < 0,05$), $12,0 \pm 1,2\%$ -ით ($P < 0,05$) და $10,5 \pm 1,40$ -ით ($P < 0,05$), რაც შეუღლებული იყო გულის რითმის გაზმორებასთან და ბსმ ($13,2 \pm 3,6\%$ -ით, $P < 0,05$), UOV ($9,8 \pm 1,6\%$ -ით, $P < 0,05$) და სპწ ($22,5 \pm 6,8\%$ -ით, $P < 0,002$) სარწმუნო შემცირებასთან. ქრონოფარმაკოლოგიური წესით ნიფედინის შეყვანის შემდეგ მისი მოქმედება სპწ-ზე უფრო მეტად იყო გამოხატული, სპწ სტატისტიკურად სარწმუნო შემცირებით $28,8 \pm 7,6\%$ -ით ($P < 0,001$) და ბსმ, ბწმ და გულის რითმის მხრივ არასარწმუნო ცვლილებებით. 4 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში ნიფედინის ტრადიციული სქემით შეყვანის დროს არ იცვლებოდა მისი ჰემოდინამიკური ეფექტის სტრუქტურა. ქრონოფარმაკოლოგიური მიდგომის დროს იგი ამცირებდა სისტოლურ, საშუალო და დიასტოლურ არტერიულ წნევას შესაბამისად $14,0 \pm 2,2\%$ -ით ($P < 0,05$), $18,5 \pm 1,8\%$ -ით ($P < 0,05$) და $17,0 \pm 2,4\%$ -ით ($P < 0,05$) და არ ცვლიდა გულის რითმს, ბსმ და ბწმ. 6-კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში ნიფედინი მისი შეყვანის ორივე რეჟიმის დროს თვისობრივად იწვევდა იგივე ჰემოდინამიკურ ძვრებს, რასაც 4-კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში და განსხვავება ამ მხრივ ატარებდა მხოლოდ რაოდენობრივ ხასიათს.

2-კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში კაპტოპრილის ქრონოფარმაკოლოგიური შეყვანა ხასიათდებოდა: სისტოლური (14,3±2,2%-ით, P<0,05), სამუალო (15,8±2,4%-ით, P<0,05) და დიასტოლური არტერიული წნევის (16,2±2,4%-ით, P<0,05) უფრო გამოხატული დაქვეითებით და სპწ (27,5±3,5%-ით, P<0,001) და გულის რითმის შემცირებით. ბსმ და ბწმ მზრევ არ იქნა რეგისტრირებული სარწმუნო ცვლილებები. 4-კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში კაპტოპრილის ტრადიციული სქემით გამოყენების დროს, მისი ჰიპოტენზიური ეფექტი შეუღლებული იყო სპწ სარწმუნო დაქვეითებასთან (17,5±2,8%-რით, P<0,05), ბსმ, ბწმ და გულის რითმის მნიშვნელოვანი ცვლილებების გარეშე. კაპტოპრილის ქრონოფარმაკოლოგიური რეჟიმით შეყვანის შემდეგ, ადგილი ჰქონდა უფრო ნათლად გამოხატულ ჰიპოტენზიურ ეფექტს, რასაც თან ახლდა სპწ (23,4±3,8%-ით, P<0,001) უფრო მკაფიო დაქვეითება და გულის რითმის გაიშვიათება. ბსმ და ბწმ არ განიცდიდნენ შესამჩნევ ცვლილებებს. 6-კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში კაპტოპრილი აქვეითებდა სისტოლურ (13,8±2,5%-ით, P<0,05), სამუალო (11,8±1,4%-ით, P<0,05) და დიასტოლურ არტერიულ წნევას (14,1±1,6%, P<0,05), რასაც თან ახლდა სპწ შემცირება (26,5±7,8%, P<0,001) და გულის რითმის გაიშვიათება.

ამგვარად, გამოკვლეული პრეპარატების ჰიპოტენზიური მოქმედების ჰემოდინამიკური უზრუნველყოფა მათი ქრონოფარმაკოლოგიური ზემოქმედების დროს ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში ძირითადად განპირობებულია სისხლძარღვთა გამაფართოებელი მექანიზმებით.

ლიტერატურა:

1. Арабидзе Г.Г. Клинические аспекты оптимизации лечения системной артериальной гипертензии // Кардиология. - 1988, №1. - С. 5-9.
2. Buhleir F.R., Distler A., Laragh J.H. et al. Place of calcium antagonists in antihypertensive therapy // J. of Catdiovasc. Pharmacol. - 1991. - Vol. 6, N7. -P. S 929- S 932.
3. Clozer M., Kuhu H., Hefti F. Effect of angiotensin converting enzyme inhibitors and of hydralizine on endothelial function in heprtenensive rats // Hypertension. - 1990. - Vol. 16, N5. - p. 532-542.
4. Elghozi J.L., Laude D., Janvler F. Effects of clonidine on blood pressure and hearts rate variabilities in hypertensive patients: a non invasive spectral study // Fundam. and clin. Pharacol. - 1991. - Vol. 5, N5. -P. 423.
5. Zaslawsкая R.M., Komarov P.I. Diagnosis and therapy // Constituent Congress. International Society pathophysiology. - Moscow. - 1991. -p. 280.

Гонгадзе Н., Турманаули Г., Антелава Н.
**ХРОНОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ГИПОТЕНЗИВНОГО
ДЕЙСТВИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

РЕЗЮМЕ

Как показали опыты, после хронофармакологического режима введения препаратов отмечались более выраженные сдвиги со стороны показателей гемодинамики и гипертензивных животных всех групп. Гипотензивный эффект препаратов при обычном режиме введения был опосредован в основном через снижение ударного и минутного объемов кровообращения, в то время как при хронофармакологическом режиме введения снижение артериального давления реализуется сосудорасширяющими механизмами.

Gongadze N., Turmanauli G., Antelava N.
**CHRONOPHARMACOLOGICAL MECHANISM OF HYPOTENSIVE ACTION
OF ANTIHYPERTENSIVE DRUGS**

SUMMARY

The experiments were carried out on rats with experimental model of vasorenal hypertension after 2, 4 and 6 weeks of operation. The results of the study showed that chronopharmacological hypotensive effect of above mentioned drugs unlike of their use at the usual rate caused predominantely by involving of vasodilatatory mechanisms.

ნ.გონგაძე, გ.თურმანაული, ნ.ანთელავა, თ.კეხელი

**ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატებისა და მათი
კომბინაციების უმდარაბითი მამოღულირებალი უზგავლენა
ნორმო- და ჰიპერტენზიული პირთაგვების ძცაპიით
და კამოღინამიკურ რააძციბაზე ავერსიული
სტიმულის პირობაში**

თსსუ, ფარმაკოლოგიის კათედრა

კვლევის მიზანს შეადგენდა კლოფელინის, ნიფედინის, პროპრანოლოლის, კაბტოპრილისა და მათი კომბინაციების მამოღულარებელი ზემოქმედების შესწავლა ემოციური სტრესით გამოწვეულ ძცაპიით რეაქციებსა და მათ ვეგეტაციურ კორელატებზე. ქრონიკული ცდები ტარდებოდა მამრობითი სქესის თეთრ ვირთაგვებზე წონით 200-250 გ, რომელთაც ნარკოზის ქვეშ (ნებუტალი - 25 მგ/კგ + ნატრიუმის ოქსიბუტირატი - 500 მგ/კგ), საძილე არტერიასა და

საუღლე ვენაში წინასწარ ჰქონდათ იმპლანტირებული პოლიეთილენის სილიკონიზირებული კათეტერები. ვასორენული ჰიპერტენზიის მოდელირებას ვახდენდით მარცხენა თირკმლის არტერიის დოზირებული შევიწროვებით და მარჯვენამხრივი ნეფრექტომიით. ცხოველები ავყავდა ექსპერიმენტში ოპერაციიდან 2, 4 და 6 კვირის შემდეგ. სისხლის არტერიული წნევის (საწ) - ელექტრომანომეტრით და სისტოლათამორისო ინტერვალების (სი) - კარდიოტაქტომეტრით რეგისტრაციას ვაწარმოებდით პოლიფიზიოგრაფ „სალუტზე“. ბარორეფლექსის კარდიოქრონოტროპული კომპონენტის (ბპკპ) ტესტირებას ვახდენდით ფენილეფრინის ინტრავენური შეყვანით, დოზით - 0,03-0,05 მგ/კგ (Smith et al., 1969). ცხოველთა ემოციურ დაძაბულობას წინასწარ ტრენირებულ ვირთაგვებში ვიწვევდით ხმოვანი სიგნალით-ზარით, რომელიც პირობითი რეფლექსის გამომუშავების პერიოდში შეუღლებული იყო ცხოველთა კუდის ნიციცკატურ გამღიზიანებელთან - ელ.დენთან. ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატების და მათი კომბინაციების მოქმედებას ქვევით რეაქციებსა და მათ ჰემოდინამიკურ კორელატებზე ვაფასებდით მათი ქრონოფარმაკოლოგიური რეჟიმით შეყვანის შემდეგ ინტრავენურად, 2-ჯერ დღეში, 1 კვირის განმავლობაში, საწ აკროფაზის გათვალისწინებით, დოზებში: კლოფელინი - 0,01 მგ/კგ; პროპრანოლოლი - 0,5 მგ/კგ; ნიფედინი - 0,1 მგ/კგ და კაპტოპრილი - 3 მგ/კგ. პრეპარატების 6 კომბინაციას ვიყენებდით მათში შემავალი ინგრედიენტების განახევრებული დოზებით. მიღებულ შედეგებს ვამუშავებდით ვარიაციული სტატისტიკის სტანდარტული მეთოდებით (სტიუდენტის კრიტერიუმში, რეგრესიული და კორელაციური ანალიზი).

ნევატიურ ემოციოგენურ ზემოქმედებას ნორმოტენზიულ ვირთაგვებში თან ახლდა გაფრთხილების და მოუსვენრობის რეაქცია, ლოკომოტორული აქტიურობის გაძლიერებით და ექსპერიმენტული კამერიდან მათი ამოხტომის მცდელობით. ცხოველთა უმრავლესობაში ამ დროს რეგისტრირებულ იქნა პრესორული რეაქციები (წნევის მომატებით - 2,00-25 მმ ვწყ. სვ.), რომლებიც ცალკეულ შემთხვევებში აღწევდნენ 30-35 მმ ვწყ. სვ. არტერიული წნევის მხრივ ძვრებს ხშირად თან ახლდა სისტოლათამორისო ინტერვალის შემოკლება, საშუალოდ 20-25 მს-ით. ხმოვანი სიგნალის ფონზე ბარორეფლექსის ტესტირებისას ადგილი ჰქონდა კარდიოქრონოტროპული ვაგალური კომპონენტის მნიშვნელოვან დაორგუნვას, მისი რეგრესიული კოეფიციენტის შემცირებით, საშუალოდ $0,45 \pm 0,5$ მს/ მმ ვწყ. სვ-მდე (საწბისი მნიშვნელობა - $0,88 \pm 0,12$ მს/ მმ ვწყ. სვ.).

2, 4 და 6 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში პირობითი გამღიზიანებლით გამოწვეული ემოციონალურ-ქვევითი რეაქციები ხასიათდებოდნენ განგამისა და შიშის მდგომარეობით და მათი მოტორული აქტიურობის გაძლიერებით - გადაარბენებით, რომლებიც შეუღლებული იყო ექსპერიმენტული კამერის დატოვების მცდელობასთან. ზოგიერთ ცხოველს

ამ დროს აღენიშნებოდა ვოკალიზაცია. ემოციონალური სტრესის ყველაზე ხშირ გამოვლინებას ვირთავებში წარმოადგენდა პრესორული და ორფაზიანი, პრესორულ-დებრესორული ძვრები სპ^წ მხრივ და გულის რითმის გახშირება. 2, 4 და 6 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთავებში, ემოციონალურ-სტრესული მდგომარეობის ყველა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ბარორეფლექსის კარდიოქრონოტროპული კომპონენტის დათრგუნვას შესაბამისად: $0,3\pm 0,001$ მს/მმ ვწყ. სვ. (საწყისი - $0,55\pm 0,02$ მს/მმ ვწყ. სვ.), $0,22\pm 0,015$ მს/მმ ვწყ. სვ. (საწყისი - $0,42\pm 0,02$ მს/მმ ვწყ. სვ.) და $0,15\pm 0,01$ მს/მმ ვწყ. სვ. (საწყისი - $0,31\pm 0,01$ მს/მმ ვწყ. სვ.).

2, 4 და 6 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთავებში ყველა პრეპარატი ავლენდა უფრო გამოხატულ ფსიქომადებრემიერებელ მოქმედებას უარყოფითი ემოციოგენური ზემოქმედების პირობებში, რაც პირობითი სივსტემის მიწოდების დროს ხასიათდებოდა შიშის და განგაშის და მათთან დაკავშირებული მოტორული გამოვლინების შემცირებით. ეს ყველაფერი კორელირებდა მნიშვნელოვან ცვლილებებთან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის რეაქციების მხრივ. კლოფელინი, ნიფედინი და კაპტოპრილი 2 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთავებში პროპრანოლოლისაგან განსხვავებით სარწმუნოდ თრგუნავდნენ პრესორულ რეაქციებს ემოციონალურ-სტრესული მდგომარეობის დროს შესაბამისად: $36,7\pm 4,8\%$ ($P<0,002$), $47,5\pm 5,4\%$ ($P<0,001$) და $47,2\pm 6,2\%$ ($P<0,001$)-ტით და სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად ამცირებდნენ ბარორეფლექსის კარდიოქრონოტროპული კომპონენტის დათრგუნვას პირობითი გამლიზიანებლის მიყენების პერიოდში, შესაბამისად: $36,0\pm 3,2\%$ ($P<0,002$), $34,5\pm 4,6\%$ ($P<0,001$) და $41,9\pm 4,6\%$ ($P<0,001$). 4 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთავებში სტრესული ზემოქმედებისას, კლოფელინი, ნიფედინი და კაპტოპრილი სარწმუნოდ ამცირებენ პრესორულ რეაქციებს შესაბამისად: $37,5\pm 4,2\%$ ($P<0,002$), $46,2\pm 6,4\%$ ($P<0,001$) და $55,7\pm 7,8\%$ ($P<0,001$)-ით მაშინ, როდესაც პროპრანოლოლი არ ახდენდა მნიშვნელოვან ზეგავლენას სპ^წ ცვლილებებზე. ამასთან ერთად, პროპრანოლოლი არ ახდენდა მნიშვნელოვან ზეგავლენას სპ^წ ცვლილებებზე. ამასთან ერთად, პროპრანოლოლი, ნიფედინი და კაპტოპრილი, განსხვავებით კლოფელინისაგან, ნეგატიურ ემოციოგენური ზემოქმედების დროს მნიშვნელოვნად ამცირებდნენ სი შემოკლებას შესაბამისად: $54,5\pm 7,2\%$ ($P<0,001$), $45,1\pm 4,6\%$ ($P<0,001$) და $52,5\pm 6,4\%$ ($P<0,001$). ამავე დროს, კლოფელინი, ნიფედინი და კაპტოპრილი ასუსტებდნენ აგრეთვე ბარორეფლექსის დათრგუნვას სტრეს-სტიმულის პირობებში: $41,2\pm 5,5\%$ ($P<0,001$), $44,0\pm 6,2\%$ ($P<0,001$) და $59,2\pm 8,4\%$ ($P<0,001$)-ით. 6 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთავებში ნიფედინი და კაპტოპრილი, ემოციონალური სტრესით განპირობებული სიტუაციური მომენტების ვეგეტომაკორეგირებელი მოქმედებით

სჭარბობდნენ კლოფელინს და პროპრანოლოლს. ნიფედინით და კაპტოპრილით გამოწვეული სპწ ცვლილებები სტრესული ზემოქმედებისას, შეუღლებული იყო ტაქიკარდიის შემცირებასთან, შესაბამისად - $36,5 \pm 4,8\%$ ($P < 0,002$) და $56,2 \pm 5,8\%$ ($P < 0,001$) და ბარორეფლექსის კარდიოქრონოტროპული კომპონენტის დათრგუნვის შესუსტებასთან - $53,4 \pm 4,6\%$ ($P < 0,001$) და $64,7 \pm 9,8\%$ ($P < 0,001$)-ით. კლოფელინი ამ ჯგუფის ცხოველებში მნიშვნელოვნად თრგუნავდა ($40,0 \pm 5,2\%$ -ით, $P < 0,001$) მხოლოდ სპწ მხრივ პრესორულ ძვრებს და არ ავლენდა გამოხატულ მოქმედებას ემოციონალური სტრესის დანარჩენ ჰემოდინამიკურ კორელატებზე. პროპრანოლოლის მამოძლურებელი მოქმედება ამავე პირობებში ვლინდებოდა მხოლოდ ტაქიკარდიული რეაქციის შემცირებაში - $50,0 \pm 6,4\%$ ($P < 0,001$).

ჰიპერტენზიულ ცხოველებში, ნორმოტენზიული ვირთაგვებისაგან განსხვავებით პრეპარატების კომბინაციები ავლენდნენ უფრო გამოხატულ მოქმედებას ემოციონალურ-ქცევით რეაქციებზე და მათ ვეგეტატიურ კორელატებზე სტრესული ზემოქმედების პირობებში. ჰიპერტენზიულ ცხოველებში მოტორული აქტიურობის შემცირებასთან ერთად, მათი ზემოქმედებით რეგისტრირებულ იქნა უფრო გამოხატული ფსიქომანორმალიზებელი ეფექტი. ფსიქომადეპრესირებელი მოქმედებით გამოირჩეოდნენ კომბინაციები: კლოფელინი + კაპტოპრილი, პროპრანოლოლი + კაპტოპრილი და ნიფედინი + კაპტოპრილი, რაც შეუღლებული იყო მათ ვეგეტომაკორეგირებელ ეფექტთან.

2 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში ყველაზე ნათლად გამოხატული ვეგეტომანორმალიზებელი მოქმედებით აღჭურვილნი იყვნენ კომბინაციები: კლოფელინი+კაპტოპრილი, პროპრანოლოლი+ნიფედინი, კაპტოპრილი+პროპრანოლოლი და ნიფედინი + კაპტოპრილი, რომლებიც სარწმუნოდ თრგუნავდნენ პრესორულ რეაქციებს შესაბამისად: $45,2 \pm 6,0\%$ ($P < 0,001$), $50,5 \pm 5,4\%$ ($P < 0,001$), $54,5 \pm 7,2\%$ ($P < 0,001$) და $64,5 \pm 8,4\%$ ($P < 0,001$)-ით, ტაქიკარდას - $52,6 \pm 4,5\%$ ($P < 0,001$), $48,0 \pm 5,4\%$ ($P < 0,001$) $59,4 \pm 5,8\%$ ($P < 0,001$) და $46,8 \pm 4,2\%$ ($P < 0,001$). 4 კვირიან ვირთაგვებში ყველაზე ეფექტურად ამ შემთხვევაში გვევლინებოდნენ კომბინაციები: კლოფელინი + კაპტოპრილი, პროპრანოლოლი + ნიფედინი, პროპრანოლოლი+კაპტოპრილი და ნიფედინი+კაპტოპრილი. 6 კვირიან ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში პრეპარატების კომბინაციები სხვადასხვა ხარისხით ცვლიდნენ ემოციონალური სტრესის ვეგეტატიურ კორელატებს. ყველაზე გამოხატული კომპლექსური ვეგეტომაკორეგირებელი მოქმედებით გამოირჩეოდა კომბინაცია - ნიფედინი + კაპტოპრილი, რომელიც ამცირებდა როგორც პრესორულ ($67,5 \pm 4,8\%$, $P < 0,001$), ასევე

დეპრესიულურ ცვლილებებს სპ მხრივ ($62,6 \pm 8,4\%$, $P < 0,001$), ასუსტებდა ტაქიკარიულ რეაქციას ($50, \pm 6,5\%$, $\text{ზბ}0\text{z}001$) და ბარორეფლექსის დათრევნვას ($60,0 \pm 9,2\%$, $P < 0,001$). კატოპრილის კომბინაცია პროპრანოლოლთან ასევე ამცირებდა პრესორულ რეაქციებს ($56,2 \pm 6,2\%$, $P < 0,001$) და ასუსტებდა ბარორეფლექსის დათრევნვას ($43,7 \pm 4,2\%$, $P < 0,001$), მაგრამ ამავე დროს არ იწვევდა ემოციონალური სტრესისათვის დამახასიათებელი სპ ცვლილების მეორე ფაზის - დეპრესორული რეაქციის ნიველირებას.

ამიოვად, ანტიიპერტენზიული პრეპარატების მოქმედების კომპლექსურმა შეფასებამ სტრესის დროს არსებულ ემოციონალურ-ტევეით რეაქციებზე და მათ გულ-სისხლძარღვთა კორელატებზე გამოავლინა, რომ ამ მხრივ ყველაზე მეტი ეფექტურობით ჰიპერტენზიულ ვირთაგვებში ხასიათდებოდნენ კატოპრილი და ნიფედინი, ხოლო პრეპარატების კომბინაციებიდან: კატოპრილი+ნიფედინი, კატოპრილი+პროპრანოლოლი და პროპრანოლოლი + ნიფედინი.

ლიტერატურა:

1. Арушянн Э.Б., Батурип В.А. В книге: "Основы хронофармакологии", Ставрополь, 1989, с. 80-100.
2. Ахметов К.Ж., Заславская Р.М., Гольденберг В.А., Решнян Л.М. Хроночувствительность к клофелину больных гипертонической болезнью // Человек и лекарство: материалы I Российского национального конгресса. - М., - 1992. -С. 146.
3. Вальдман А.В., Алмазов В.А., Цырлин В.А. Барорецепторные рефлексy. - Л., 1988. - С. 105-122.
4. Burner M., Nuslenger J., Brunner H.R. Comparative cardiovascular effects of drugs used for hypertension // Drugs. - 1990. - Vol. 39, N1. -p. 32-38.
5. Smith O.A., Sleght P., Pickering G. Reflex regulation of arterial pressure during sleep in man // a quantative method of assessing baroreflex sensitivity // Cir. Res., - 1969. - 24. -p. 109-121.

Гонгадзе Н., Турманаули Г., Антелава Н., Кезели Т.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ МОДУЛИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ И ИХ КОМБИНАЦИЙ НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У НОРМО- И ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ АВЕРСИВНОГО СТИМУЛА

РЕЗЮМЕ

Комплексная оценка влияния антигипертензивных средств при стрессовых воздействиях выявила, что наиболее эффективными в этом отношении у

гипертензивных крыс являлись каптоприл и нифедипин, которые наряду с уменьшением прессорных реакций, угнетали подавление кардиохронотропного компонента барорефлекса при аверсивном стимуле. Из комбинаций препаратов, наилучшими свойствами в этом плане обладали: каптоприл+нифедипин, каптоприл+пропранолол и пропранолол+нифедипин.

Gongadze N., Turmanauli G., Antelava N., Kezeli T.

THE COMPARATIVE MODULATORY EFFECT OF ANTIHYPERTENSIVE DRUGS AND THEIR COMBINATION ON BEHAVIOURAL AND HEMODYNAMIC CHANGES IN NORMOTENSIVE AND HYPERTENSIVE RATS DURING AVERSIVE STIMULI

SUMMARY

It was established that captopril and nifedipine caused more modulatory effect than clopheline and propranolol during emotional stress. Among combination the most efficacy was shown by: captopril+lifedipine, captopril+propranolol and propranolol+nifedipine.

Горгаслидзе Н.

**ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГРУЗИИ
В 1945-70 ГОДАХ**

ТГМУ, Кафедра организации и экономики фармации

После завершения второй мировой войны деятельность фармацевтических работников Грузии заключалась в расширении сети аптек, улучшении их оснащенности, обеспечении кадрами и обеспечении лечебно-профилактических учреждений высококачественными лекарственными средствами.

В 1946-50 гг в Грузии было открыто 27 новых аптек, 119 аптечных пунктов, 8 аптечных магазинов, 3 аптечных киоска, 8 контрольно-аналитических кабинетов в аптеках и 140 аналитических столов в них. Число провизоров возросло с 230 человек до 717 в 1950 г, помощников провизоров с 894 до 1127 человек. К концу 1950 года одна аптека обслуживала в городе 11455 жителей, на селе - 8043 жителей. На одного фармацевта приходилось в среднем 1959 человек населения. Количество лекарств, изготовленных в 1950 г. по рецептам врачей, составило 8,567

млн. В этом же году, на одну аптеку в республике приходилось в среднем 26,5 тысяч рецептов.

Получило также распространение практика создания передвижных автоаптек.

Значительную помощь фармацевтическим работникам оказывали научные работники фармацевтического факультета и научно-фармацевтическое общество (О.А.Нишнианидзе, И.С.Табагари, 1961).

В 1957 г были введены утвержденные начальником ГАПУ минздрава ГССР О.А.Нишнианидзе правила хранения и стерилизации хирургических инструментов и других металлических изделий.

В связи с тем, что в аптечной практике 50-х годов, часто встречались рецепты порошков сложных составов, Б.И.Чумбуридзе был разработан метод качественного и количественного анализа, которые восполнили отсутствие подобного метода в практике фармацевтического анализа.

К концу 1956 г. в Грузии общий товароборот медикаментов составлял 61,1%, населению было отпущено 11,673 мл лекарств, изготовленных по рецептам врачей. В этот же период в Грузии функционировало 52 аптек, лечебных учреждений, 4 - аптечного склада (Д.Т.Мамамтавиришвили, 1958).

Данные об отпуске готовых лекарственных средств 1958 г. по Грузии приведены в таблице №1.

Табл. №1.

Отпуск готовых лекарственных средств (в %) из аптек в Грузии и по другим союзным республикам (А.Г.Люкшенков, С.Ф.Васильева, 1960 г).

Грузинская ССР	26,4
Лиргизская ССР	50,0
РСФСР	43,9
Казахская ССР	38,66
Молдавская ССР	38,0
Узбекская ССР	37,2
Литовская ССР	36,5
Беларусская ССР	34,5
Эстонская ССР	31,3
Армянская ССР	31,0
Азербайджанская ССР	26,0
Таджикская ССР	7,5
Туркменская ССР	18,3

Таблица №2

Динамика укомплектованности (%) фармацевтическими кадрами в аптеках на количество населения (тыс. чел) - приходящихся на 1 аптеку в Закавказье в период с 1960 по 1970 гг

	1960 г.				1965 г.				1970 г.			
	кол-во населения		про-визор	ном. прови-зоров	кол-во населения		про-визор	ном. прови-зоров	кол-во населения		про-визор	ном. прови-зоров
	город	село			город	село			город	село		
Грузинская ССР	11,36	7,58	89,4	133,3	10,42	6,8	94,2	96,2	10,4	6,5	91,4	97,0
Азербай-джанская ССР	19,23	9,52	119,6	98,1	8,77	16,67	102,4	97,2	8,4	15,4	98,8	99,6
Армянская ССР	13,51	16,67	91,8	91,9	16,66	11,11	102,4	97,2	13,9	9,6	8,1	84,4

Как видно из таблицы №1, отпуск готовых лекарственных средств из аптек не был достаточно высоким. Это положение было исправлено в 60-х годах в связи со значительным увеличением выпуска лекарств химико-фармацевтической промышленностью Грузии.

Представляет интерес информация об организации научно-фармацевтического общества (ВНФО). Члены общества выпустили 48 наименований печатных трудов, брошюр научных работ, информационных материалов.

К 1960 фармацевтическая промышленность Грузии производила два высокоэффективных препарата из корневищ мужского папоротника: филмарон и фиксан.

За этот же период количество аптек возросло на 24%.

Важную роль в лекарственном обеспечении населения стали играть филиалы аптек при поликлиниках.

К 1970 году лечебно-профилактическая сеть Грузии насчитывала 573 больничных учреждений с общим числом коек 43065.

В табл. №2 приведены данные динамики укомплектованности в (%), фармацевтическими кадрами аптечной сети Закавказья.

При исследовании наблюдается, что количество аптечных складов в Грузии при сравнении республик Закавказья показало следующее:

Таблица №3

Республика	1960 г.	1965 г.	1970 г.
Грузинская ССР	4	6	6
Азербайджанская ССР	5	6	6
Армянская ССР	1	2	3

Исследуемый нами период доказывает прирост лекарственного обслуживания фармацевтических учреждений. На основании проведенных исследований в области фармацевтической науки в Грузии работает свыше 100 научных работников, свыше 40 кандидатов фармацевтических наук 45 докторов фармацевтических наук.

Контроль качественного состояния фармацевтических препаратов осуществляется в аналитических лабораториях в двух направлениях:

- 1) определение биологической активности сердечных средств
- 2) определение присутствия пирогенных веществ в инъекционных растворах.

С целью контрольно-аналитических исследований были организованы филиалы в Кутаиси и Сухуми 1972 г для систематического и планомерного контроля качество лекарств. Анализируемые нами материалы показали, что исследуемый период насыщен развитием и воссозданием фармацевтических учреждений, теоретическими материалами по повышению квалификации фармацевтических кадров и повышением уровня службы анализов лекарственных средств.

ლიტერატურა:

1. Саакашвили М.Г., Гелашвили А.П. Медицина. Грузии. Книга I, изд. "Ганатлеба", Тбилиси, 1967, 524 с.
2. Шенгелия М.С. "История медицины Грузии" - И. Медицина, 1967 г., 204 с.
3. Семенова Т.Д. Фармацевтическая промышленность. И. 1962 г.
4. Гугушвили П.В. Развитие промышленности в Грузии и Закавказье в XIX-XX вв., Тбилиси, 1957 г., 343 с.

Gorgaslidze N.

PHARMACEUTICAL BUSINESS IN GEORGIA 1945-1970

SUMMARY

Facts which are in the research, they are focused on Pharmaceutical Business direction and progress in Georgia and Pharmaceutical staff qualification and general condition of employment.

ნ.გორგოლაძე, გ.ლობჯანიძე, გ.გოგოტიშვილი, რ.შათაშვილი

რეალაპარატომია - განსაზღვრა, კადრები, კლასიფიკაცია

**თსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ქირურგიულ
სნეულებათა №2 კათედრა**

ტერმინი „რეალაპარატომია“ გულისხმობს მუცლის ღრუს განმეორებით გასხნას მუცლის ღრუზე წარმოებული პირველი ოპერაციიდან სხვადასხვა ვადაში (10,14).

ლიტერატურაში არ არის ერთიანი აზრი იმის თაობაზე, თუ რა ვადაში უნდა იქნას მიჩნეული რეალაპარატომიად მუცლის ღრუზე წარმოებული გამეორებითი ოპერაცია, რა პერიოდში განისაზღვროს

რელაპარატომია, როგორც ადრეული ან მოგვიანებითი, რომელი ოპერაცია მივიჩნით რელაპარატომიად. ავტორთა ნაწილი (2) მიიჩნევს, რომ ევენტერაციის გამო წარმოებული ოპერაცია არ განეკუთვნება რელაპარატომიას, რადგანაც ამ დროს ხდება მუცლის კედლის გაკვეთა. ზოგი (15,17) მუცლის ღრუს შემოფარგლული ჩირქროვის გახსნას არ მიაკუთვნებს რელაპარატომიას, რადგანაც მიაჩნიათ, რომ ამ დროს ლოკალურად ხდება აბსცესის ღრუს გახსნა და არ ხორციელდება მუცლის ღრუს სრული რევიზია და სანაცია, რაც მათი აზრით რელაპარატომიის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს.

ჩვენი აზრით, ტერმინი „რელაპარატომია“ არ შეიძლება განხილულ იქნას ამ სიტყვის პირდაპირი გაგებით - რე - განმეორებით, ლაპარო - მუცელი, ტომია - გაკვეთა. ეს ტერმინი გულისხმობს მუცლის ღრუს განმეორებით გახსნას და მისი ორგანოების რევიზიას ამა თუ იმ პათოლოგიური პროცესის ლიკვიდაციის მიზნით, რისთვისაც ყოველთვის არ არის აუცილებელი მუცლის კედლის განმეორებითი გაკვეთა - რელაპარატომიების უმრავლესობა ხორციელდება ნაოპერაციები ჭრილობის გახსნით, მასზე ნაკერების მოხსნის საშუალებით. თავისთავად ახალი განაკვეთით მუცლის ღრუში შესვლა უნდა განვიხილოთ როგორც რელაპარატომია, რადგანაც ამ დროს იკვეთება პერიუსული პერიტონეუმი და არა აქვს მნიშვნელობა თუ რომელი მიდგომიდან იქნება იგი წარმოებული - მუცლის წინა კედლიდან, რეტროპერიტონეალური სივრციდან, დიაფრაგმიდან, თუ სწორი ნაწლავიდან.

ამრიგად, ჩვენი შეხედულებით რელაპარატომია განისაზღვრება, როგორც მუცლის ღრუს განმეორებითი გახსნა ახალი განაკვეთით ან ნაოპერაციებ ჭრილობაზე ნაკერების მოხსნით, მუცლის ღრუს ორგანოების რევიზია პათოლოგიური კერის ლიკვიდაციის მიზნით, მუცლის ღრუზე წარმოებული პირველი ოპერაციიდან სხვადასხვა ვადაში.

აქედან გამომდინარე, მუცლის ღრუს შემოფარგლული ჩირქროვების გახსნას, რა თქმა უნდა, მივაკუთვნებთ რელაპარატომიას. ევენტერაცია უხშირესად ვითარდება პერიტონიტის ფონზე, რაც აუცილებელს ხდის მუცლის ღრუს სრულყოფილ რევიზიას, მის სანაციას და დრენირებას. ამიტომ ევენტერაციის გამო წარმოებულ ოპერაციასაც მივიჩნევთ რელაპარატომიად.

აზრთა სხვადასხვაობა იმის თაობაზე, თუ რა ვადებში უნდა იქნას მიჩნეული მუცლის ღრუზე განმეორებითი ოპერაცია რელაპარატომიად. ავტორთა ნაწილი (3,15) კრიტიკულად მიიჩნევს ავადმყოფის სტაციონარიდან გაწერას, ნაწილი (11,16) - რელაპარატომიის მაქსიმალურ ვადად ასახელებს თვეებს და წლებსაც კი. სხვები (14) თვლიან, რომ მაქსიმალური ვადა, რომელშიც მუცლის ღრუზე წარმოებული განმეორებითი ოპერაცია შეიძლება ჩაითვალოს რელაპარატომიად, არის 2 თვე. ამ პერიოდში ხდება ორგანიზმის ყველა ფუნქციის სრული რეაბილიტაცია.

ჩვენ ვეთანხმებით ამ დებულებას და რელაპარატომიად მივიჩნევთ განმეორებით ოპერაციას, წარმოებულს მუცლის ღრუზე გაკეთებული პირველი ოპერაციიდან 60 დღის განმავლობაში.

ავტორთა უმრავლესობა რელაპარატომიას მუცლის ღრუზე წარმოებული პირველი ოპერაციიდან მისი ვადის მიხედვით ყოფს ადრეულ და მოგვიანებით რელაპარატომიად. ვხვდებით ისეთ განსაზღვრას, როგორცაა სასწრაფო, გადაუდებელი, გადავადებული რელაპარატომია (6,14). ადრეული რელაპარატომიის ვადა მერყეობს პირველი ოპერაციიდან რამდენიმე საათიდან ერთ თვემდე (8,10, 15,18). კრიტერიუმად მიჩნეულია ჭრილობის შეხორცება (11) და კლინიკურ-ლაბორატორიული მონაცემების სტაბილიზაცია (50).

ჩვენ ვთვლით, რომ რელაპარატომიის მიზეზი არის არა უშუალოდ პირველი ოპერაცია, არამედ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მუცლის ღრუში ან მის ორგანოებში პროგრესირებადი ან განვითარებული იატროგენული ან პათოლოგიური პროცესი და მივიჩნევთ, რომ რელაპარატომია უნდა ჩაითვალოს ადრეულად, თუ ის გაკეთდა მუცლის ღრუში განვითარებული გართულებიდან პირველ 24 საათში, ხოლო მის შემდეგ წარმოებული რელაპარატომია უნდა ჩაითვალოს მოგვიანებითად.

რატომ ვუწოდებთ რელაპარატომიას ადრეულს, თუ ის ნაწარმოები იქნა გართულებიდან პირველ 24 საათში? მიგვაჩნია, რომ 24 საათი არის ის ვადა, რომელშიც აქტიური დაკვირვებით (ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა, ლაბორატორიული მონაცემების დინამიკა, თანამედროვე კვლევის მეთოდების - ექსოკოპიის, გასტროსკოპიის, კომპიუტერული ტომოგრაფიის გამოყენება) უნდა გამოვლინდეს მუცლის ღრუში განვითარებული ესა თუ ის გართულება, რომელიც საჭიროებს განმეორებით ქირურგიულ ჩარევას, გარდა ამისა, რელაპარატომიის ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენს პერიტონიტი, რომელიც 24 საათის შემდეგ რეაქტიული სტადიიდან გადადის ტოქსიურ სტადიაში, როდესაც მასთან ბრძოლა გაცილებით რთულ ამოცანას წარმოადგენს.

იშვიათად, მაგრამ ვხვდებით შემთხვევებს, როდესაც მუცლის ღრუზე წარმოებული ოპერაციის შემდეგომ პერიოდში ქვედაწილოვანი პნევმონია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, ნაწლავთა დინამიური გაუვალობა გვაძლევს მწვავე მუცლის ან ნაწლავთა მექანიკური გაუვალობის კლინიკურ სურათს და რელაპარატომიის დროს მუცლის ღრუში ქირურგიული პათოლოგია არ აღინიშნება. ლიტერატურაში ავტორთა ნაწილი მათ განიხილავს, როგორც დიაგნოსტიკურ რელაპარატომიას (14), ნაწილი, როგორც შეცდომით რელაპარატომიას (9,13).

ჩვენ მართებულად მიგვაჩნია გამოვიყენოთ განსაზღვრა „შეცდომითი რელაპარატომია“, რადგანაც რელაპარატომია კეთდება შეცდომით, როდესაც მუცლის ღრუში პათოლოგიურ პროცესს არა აქვს ადგილი, ან ის არ მოითხოვს ოპერაციულ მკურნალობას.

ავტორთა უმრავლესობა რელაპარატომიას ყოფს რადიკალურად და პალიატიურად (1,2,11). რადიკალურობის კრიტერიუმად მიიჩნევენ მუცლის ღრუში არსებული პათოლოგიური კერის ლიკვიდაციას, ფართო განაკვეთით მუცლის ღრუს სრულყოფილ რევიზიას, სანაციას და დრენირებას, გამოყოფენ სრული და არასრული მოცულობის რელაპარატომიას.

ვეთანხმებით მოსაზრებას (7), რომ რელაპარატომია ყველა შემთხვევაში ადეკვატური უნდა იყოს იმ გართულებებისა, რის გამოც ის ხორციელდება. შემდგომში დაგვარად უნდა გაკეთდეს პათოლოგიური კერის ლიკვიდაცია, ან ამ უკანასკნელის შეუძლებლობის შემთხვევაში მისი შემოფარგვლა და ლოკალიზაცია, მუცლის ღრუს სრულყოფილი რევიზია, სანაცია და დრენირება. ჩვენ უფრო მართებულად მიგვაჩნია ვისაუბროთ რელაპარატომიის ადეკვატურობაზე და არაადეკვატურობაზე, რაც განპირობებულია ქირურგის მიერ დაშვებული ტაქტიკური შეცდომით, ვიდრე მის რადიკალურობაზე ან პალიატიურობაზე.

80-იანი წლებიდან პერიტონიტის მკურნალობაში გამოიყენება მეთოდი, რომლის არსიც მდგომარეობს პოსტოპერაციულ პერიოდში მუცლის ღრუს მრავალჯერად რევიზიაში და სანაციაში. ავტორთა ნაწილი აღნიშნულ მეთოდს უწოდებს მართვად ლაპარასტომას, ნაწილი მუცლის ღრუს ეტაპურ სანაციას, ნაწილი გვემიურ რელაპარატომიას (4,12).

ჩვენ ვთვლით, რომ ტერმინი „გვემიური რელაპარატომია“ ყველაზე მეტად ასახავს ამ მეთოდის არსს, რადგანაც მუცლის ღრუზე წარმოებული ოპერაციის ან რელაპარატომიის დროს წინასწარ იგეგმება შემდგომი რელაპარატომიის წარმოება.

ამრიგად, ჩვენს მიერ მოწოდებული კლასიფიკაციით რელაპარატომია იყოფა:

1. ადრეულად - რომელიც ხორციელდება მუცლის ღრუზე წარმოებული ოპერაციის პერიოდში განვითარებული გართულებებიდან პირველ 24 საათში;
2. მოგვიანებითად - რომელიც ხორციელდება მუცლის ღრუზე წარმოებული ოპერაციის შემდგომ პერიოდში განვითარებული გართულებებიდან 24 საათის შემდეგ;
3. შეცდომითად - როდესაც რელაპარატომიის დროს მუცლის ღრუში ან მის ორგანოებში პათოლოგიური პროცესი არ აღინიშნება, ან ის არ საჭიროებს ოპერაციულ მკურნალობას;
4. გვემიურად - როდესაც მუცლის ღრუზე წარმოებული ოპერაციის ან რელაპარატომიის დროს წინასწარ იგეგმება შემდგომი რელაპარატომიის წარმოება.

კლინიკაში 1980-98 წლებში 134 ავადმყოფს (აქედან 15 ავადმყოფს ორჯერ) გაუკეთდა 149 რელაპარატომია. ადრეული რელაპარატომია იყო 57, მოგვიანებითი - 80, შეცდომითი - 12.

რელაპარატომიის შემდეგ გარდაიცვალა 47 ავადმყოფი (ადრეული შემდეგ - 9, მოგვიანებითი შემდეგ - 37, შეცლომითის შემდეგ - 1 ავადმყოფი). როგორც ვხედავთ, მოგვიანებითი რელაპარატომიის შემდეგომი ლეტალობა 4-ჯერ მეტია ადრეულ რელაპარატომიასთან შედარებით.

ამრიგად, პოსტოპერაციულ პერიოდში მუცლის ღრუში ან მის ორგანოებში განვითარებული პათოლოგიური პროცესის დიაგნოსტიკა მის საწყის ეტაპზე და ადრეული რელაპარატომიის წარმოება წარმოადგენს ლეტალობის მკვეთრად შემცირების ერთ-ერთ ძირითად საშუალებას.

ლიტერატურა:

1. Алиев С.А. Психологические, морально-этические и деонтологические аспекты релапаратомии. Хир. 1998, №5, с. 50-54.
2. Белов И.Н., Бабовникова А.Н. и др. Релапаратомия после операции на органах брюшной полости. Хир. 1987, №7, с. 123-127.
3. Белокуров Ю.Н., Виндукевич А.Н. и др. Комплексный подход к проблеме экстренных релапаратомий. Всероссийская конф. хирургов. Пермь, 1985, с. 148-150.
4. Григорьев Е.Г., Шумов А.В. и др. Программированные санации брюшной полости при послеоперационном гнойном притоните. Понятие и классификация. Вест. хир., 1987. №12, с. 58-59.
5. Губов Ю.П., Маинутин В.В. Релапаратомия. Понятие и классификация. Вестн. хир. 1987, №12, с. 58-59ю
6. Гузеев А.И. Релапаратомия после аппендектомии. Вестн. хир. 1988, №11, с. 56-57.
7. Гуца А.Л., Некрасов А.В. и др. Актуальные вопросы релапаратомии. Вестн. хир. 1992, №4-6, с. 39-42.
8. Долецкий С.Я., Щигина В.Е. и др. Аппендицит и спаячная непроходимость кишечника у детей. Хир. 1979, №2, с. 59-64.
9. Канорский И.Д., Василькова З.Ф. и др. Ранняя релапаратомия в хирургии органов брюшной полости. хир. 1994. №6, с. 23-25.
10. Комахидзе М.Э., Хомерики Г.В. и др. Ранняя релапаратомия. Тбилиси, 1981.
11. Котов И.А., Мохов Е.М. О терминологии и классификации релапаратомии. Хир. 1990, №12, с. 102-106.
12. Ломидзе Н.Б., Ахметели Т.И. и др. Принципы лечения острого разлитого перитонита. Международная конференция по актуальным вопросам хирургии. Ереван, 1998, с. 100-102.
13. Мелехов Е.П. Ошибки в диагностике ранних осложнений, требующих релапаратомии. Хир. 1981, №8, с. 83-87.
14. Мышкин К.И., Блувштейн Г.А. Спорные вопросы терминологии и классификации релапаратомии. хир. 1989, №2, с. 67-73.

15. Нихисон Р.А., Дудникова Г.Ю. и др. Клинические аспекты терминологии и классификации релапаратомии. Хир. 1990, №12, с. 106-108.
16. Склярский А.Г., салатин П.П. Релапаратомия при остром аппендиците. Всероссийская конф. хирургов. Пермь, 1985, с. 169-170.
17. шапкин В.С., Хореев Г.Н. К определению понятия "релапаратомия". Вестн. хир. 1976, №11, с. 56-59.
18. Ludtke-Handjery A. Die Fruh relaparatomie. Akt. Chir. 1983. T-18. N4, p. 113-119.

**Григория Н., Лобжанидзе Г., Гоготшвили Г., Шаташвили Р.
РЕЛАПАРАТОМИЯ - ОПРЕДЕЛЕНИЕ, СРОКИ, КЛАССИФИКАЦИЯ**

РЕЗЮМЕ

Мы проанализировали 149 случаев релапаратомии, произведенных 134-ем больным. Релапаратомию определяем, как повторное открытие брюшной полости новым разрезом или путем снятия швов с операционной раны, санацию брюшной полости, ревизию ее органов с целью ликвидации патологического процесса, в разные сроки после произведенной операции на брюшной полости. Максимальным сроком, в котором повторная операция на брюшной полости определяется как релапаратомия, считаем 60 дней. Причиной релапаратомии является не первая операция, а прогрессирующий или развившийся патологический процесс в брюшной полости или ее органах. Исходя из этого, предлагаем следующую классификацию релапаратомии: 1. ранняя - которая производится в первые 24 ч. с развития послеоперационного осложнения; 2. запоздалая - которая производится после 24 ч. с развития послеоперационного осложнения; 3. ошибочная - когда при релапаратомии патологический процесс в брюшной полости не определяется или он не нуждается в операционном лечении; 4. плановая - когда при операции на брюшной полости или релапаратомии заранее планируется произведение следующей релапаратомии.

**Grigolia N., Lobzhanidze G., Gogotishvili G., Shatashvili R.
RELAPARATOMY - DEFINITION, TERMS, CLASSIFICATION**

SUMMARY

149 relaparatomies were performed on 134 patients. We define relaparatomy as a secondary opening of the abdominal cavity, consisting of new incision, or removal previous sutures, abdominal cavity sanation and revision for eradication of pathological changes in different periods of time from the first surgical interventions. Deadline of time in which the secondary operation can be defined as a relaparatomy is 60 days. Progressive or existed pathologic processes in the abdominal cavity must be considered as a real course of relaparatomy in spite of the opinion that reason of aforementioned is the first surgical intervention. On the basis of aforesaid we offer

following classification for relaparatomy: 1. early - which must be performed in the first 24 hours after postoperative complication; 2. Late - after 24 hours 3. Mistaken - when on relaparatomy pathological changes are not found, or there was no need for surgical treatment; 4. Planned - when after surgical intervention relaparatomy in previously planned.

მ.დვალის, ნ.თაყბერიძე, ი.ონიანი, მ.პაპავა

ბადურის ლაზერული ფოტოკოაგულაციის 2 წლიანი გამომცდილება დიაბეტური რაბინოპათიის დროს

თსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა

დიაბეტური რეტინოპათიის (დრ) მკურნალობის და პროფილაქტიკის მიზნით მიღებული (ტრადიციული) მეთოდები ნაკლებეფექტურია, განსაკუთრებით ნახშირწყლოვანი ცვლის არადამაკმაყოფილებელი კომპენსაციის ფონზე. დღეისათვის დრ-ის მკურნალობისა და დიაბეტით სიბრმავის პროფილაქტიკის ყველაზე ეფექტურ საშუალებას ბადურის ლაზერული ფოტოკოაგულაცია (ლფკ) წარმოადგენს.

ბოლო 2 წელია ფართოდ დავიწყეთ ლფკ-ს გამოყენება და წინამდებარე ნაშრომში წარმოდგენილია ჩვენი კლინიკის 2 წლიანი გამოცდილების შედეგები. მათ საფუძველზე შემუშავებული გამოყენების ჩვენებები და ვადები.

ლფკ ჩაუტარდა 24-დან 72 წლამდე ასაკის 45 ავადმყოფს (62 თვალი). ამათგან I ტიპის დიაბეტი ჰქონდა 32 ავადმყოფს, II ტიპის - 13.

ლფკ-სათვის შერჩეული 62 თვალისგან არაპროლიფერაციული დრ (I) აღინიშნებოდა 9 თვალზე; პრეპროლიფერაციული დრ (II) - 42 თვალზე (თვალის ფსკერის მდგომარეობის შეფასებისას ვიყენებდით E.Kohner და M.Porta-ს (1985) მიერ მოწოდებულ კლასიფიკაციას.

ლფკ-თვის შერჩეულ ავადმყოფებში დეტალურად ვიკვლევდით ბადურის ცენტრსა და პერიფერიას სათანადო ღირებულებით, ვაკეთებდით თვალის ფსკერის სქემატურ ჩანახატს და ფოტოგრაფირებას. ლფკ ტარდებოდა ნახშირწყლოვანი ცვლის კომპენსაციის ან სუბკომპენსაციის ფონზე.

ლფკ-ს ვაწარმოებდით არგონის ლაზერით AC 2300 ტაღლის სიგრძით 486 mμ (ცისფერი)-დან 514 mμ (მწვანე)-მდე.

ლაზეროკოაგულაციის პარამეტრები: კოაგულაციის ზომა, ლაზერული სხივის ექსპოზიცია და სიმძლავრე, კოაგულაციის ხარისხი ირჩეოდა ინდივიდუალურად.

ავადმყოფებში არაპროლიფერაციული დრ (16 თვალი), რომელთაც აღენიშნებოდათ მაკულის შემუშება ან მაკულოპათია, ჩაუტარდათ ბარიერული (ნაღის) ტიპის ლფკ. როგ შემთხვევებში მაკულის დიფუზური შემუშების დროს მიემართავდით Mandi D., Conway, Joseph R. (1995) მიერ მოწოდებულ ბადის ტიპიურ კოაგულაციას.

პანრეტინალური ლფკ ჩატარდა 48 თვალზე, ამათგან 42 - პროლიფერაციული დრ-ით, ხოლო 4 - პრეპროლიფერაციული დრ-ით.

ლაზერული ოპერაციის ჩატარების შემდეგ ავადმყოფთა გასინჯვა ხდებოდა 2 კვირის, 1 თვის, 3 თვის და შემდგომში - 3 თვიანი ინტერვალებით.

ავადმყოფთა მდგომარეობას ვაფასებდით ლფკ-ს შემდეგ თვალის ფსკერის სურათისა და მხედველობის სიმახვილის მიხედვით.

მიღებული შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ 46 თვალთან, რომელზეც ჩატარდა პანრეტინალური ლფკ-ს 31 შემთხვევაში მდგომარეობა იგივე იყო; 3 შემთხვევაში - გაუმჯობესდა (შემუშების გამეცირების, სისხლჩაქცევების გასრუტვის, ნეოვასკულარიზაციის უკუგანვითარების ხარჯზე) და მხედველობის სიმახვილემ მოიმატა 1-2 მეათებით. ერთეულ შემთხვევაში კი ადგილი ჰქონდა მხედველობის მომატებას 0,01-დან 0,09-მდე, 0,02-დან 0,2-0,3-მდე; 4 ავადმყოფის მდგომარეობა უცნობია მათი გამოუცხადებლობის გამო; 1 შემთხვევაში მხედველობა გაუარესდა კატარაქტის პროგრესირების შედეგად, 2 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა პრერეტინალურ სისხლჩაქცევას და ნაწილობრივ ჰემოფთალმს ლფკ-დან 9 თვის შემდეგ ნახშირწყლოვანი ცვლის დარღვევის ფონზე.

16 თვალთან ჩატარებული ბარიერული და მოდიფიცირებული ბადისებრი კოაგულაციით 3 შემთხვევაში მდგომარეობა იგივე იყო. 12 შემთხვევაში მდგომარეობა გაუმჯობესდა შემუშების შემცირების, სისხლჩაქცევების რედუცირების ფონზე. მხედველობის სიმახვილემ მოიმატა 2-3 მეათედით; 1 ავადმყოფის მდგომარეობა უცნობია. მიღებული გამოცდილების საფუძველზე შევიძუშავეთ ლფკ-ს გამოყენების ჩვენებანი და ვადები.

ბადურის ლაზერული ფოტოკოაგულაცია ნაჩვენებია ჩატარდეს არაპროლიფერაციული და პრეპროლიფერაციული დრ-ის დროს რისკის ფაქტორის არსებობის შემთხვევაში (მაკულის შემუშება, მაკულოპათიები, ვენოზური ანომალიები). მწვავე შემთხვევები სასწრაფოდ, ხოლო ქრონიკული ფორმების დროს გადაუდებლად 1-2 კვირის განმავლობაში.

პროლიფერაციული დრ-ის დროს ლფკ-ს ჩატარება ნაჩვენებია პროლიფერაციის დაწყებამდე დაავადების ადრეულ სტადიაზე. ცენტრალური ფორმის დროს (მხედველობის ნერვის ნეოვასკულარიზაცია) - გადაუდებლად, რამდენიმე კვირის განმავლობაში.

ამრიგად, ლაზერული ფოტოკოაგულაციის მეთოდით მკურნალობამ ჩვენს შემთხვევათა 67-68%-ში საშუალება მოგვცა შეგვენარჩუნებინა

მხედველობა დიაბეტური რეტინოპათიის მოგვიანებით სტადიაზე. ეს მაჩვენებელი შეიძლება უფრო მაღალი იყო, თუ მკურნალობა დაიწყება დაავადების ადრეულ სტადიაზე.

მიღებულმა მონაცემებმა კიდევ ერთხელ ცხადჰყვეს, რომ ლაზერული ფოტოკოაგულაცია თითქმის ერთადერთი საშუალებაა დიაბეტური რეტინოპათიის დროს დიაბეტური ცვლილებების შენელების, მძიმე გართულებების პროფილაქტიკისა და მხედველობის ფუნქციების შენარჩუნებისათვის.

ლიტერატურა:

1. Дедов И.И. Осложнения сахарного диабета (клиника, диагностика, лечение, профилактика).
2. Кацнельсон Л.Ф., Форофонова Т.И., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаз. М., Медицина, 1990.
3. Francis A. L'Esperance gr. Ophthalmic lasers: Photocoagulation, photoradiation and surgery. St. Louis-Toronto-London, 1983.
4. L'Esperance F. Ophthalmic lasers: photocoagulation, photoradiation and surgery. 2nd edr. - St.Louis, Mosby, 1983, p. 606.
5. Mandi D., Conway, R.Joeph. Retina Video Series: Laser and Cryopety Techniques. Baltimor, Philadelphia, Hong-Kong, London, Munich, Sydney, Tokyo. 1995.

Двали М., Тавберидзе Н., Овиანი И., Папава М.

ДВУХЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОКОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

РЕЗЮМЕ

Лазерная фотокоагуляция сетчатки (ЛФК) была проведена у 45 больных (22 глаза) в возрасте от 24 до 72 лет. Из них 32 больные I типом диабета, 13 - II типом диабета, 9 глаз с непролиферативной, 11 глаз - с препролиферативной и 42 глаза с пролиферативной диабетической ретинопатией.

ЛФК проводилась аргоновым лазером АС 2300 длиной волны от 488 нм (нм) голубой до 51 нм (зеленый).

На 16 глазах непролиферативной и препролиферативной диабетической ретинопатией проводилась барьерная и модифицированная сетчатая лазерокоагуляция. На 46 глазах (42 с пролиферативной и 4 препролиферативной диабетической ретинопатией) была произведена панретинальная фотокоагуляция.

Полученные данные показали, что в 67-68% случаях было достигнуто сохранение зрения на поздних стадиях развития диабетической ретинопатией.

Dvali M., Tavberidze N., Oniani I., Papava M.
HERE IS 2 YEARS EXPERIENCE OF RETINOLAZEROCOAGULATION
FOR DIABETIC PATIENTS

SUMMARY

There were 45 patients (62 eyes) had different stage of Diabetic Retinopathy and Laserocoagulation of cornea was made on them: Bariery, modified grid and panretinal.

In 67-68% the patients had their vision on the later time stage. Acceptable things show us, that lasercoagulation is the only possibility to stop Diabetic changes, to make prophylactic affairs for the hard complications and to keep vision functions.

მ.დვალი, ე.შვიდობაძე, თ.გაბაშვილი

კატარაქტის ქირურგია გავშვითა და მოზარდთა ასაკში

თსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა

თანდაყოლილი კატარაქტები ეკოვალევსკის (1968) მონაცემებით 100000 ბავშვიდან 5 შემთხვევაში გვხვდება და სხვადასხვა პათოლოგიის კატარაქტების 10%-ს შეადგენს. ბავშვთა სიბრძავის მიზეზებს შორის კატარაქტების წილი 13,2-24,1%, დაბალი მხედველობის მიზეზებს შორის კი 12,1-13,4% შეადგენს (ავეტისოვი, 1987). თანდაყოლილ კატარაქტას უმეტეს შემთხვევაში თან ერთვის მხედველობის ორგანოს ისეთი დეფექტები, როგორცაა სიელმე, ნისტაგმი, მიკროფთალმი, მიკროკორნეა, რქოვანას, მინისებრი სხეულის, ბადურისა და მხედველობის ნერვის პათოლოგია, რაც მხედველობით ფუნქციას კიდევ უფრო აქვეითებს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, თანდაყოლილი და ბავშვთა ასაკის სხვადასხვა ეტიოლოგიის კატარაქტების მკურნალობა თვალის თანამედროვე მიკროქირურგიის აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს. კატარაქტის ექსტრაქციის ვადები ობსკურაციული ამბლიოპიის პრევენციის მიზნით ახალშობილის სიცოცხლის პირველი კვირიდან (ცალმზრივი კატარაქტა) და 2-6 თვის (ბილატერალური კატარაქტა) ასაკზე მოდის, განსაკუთრებით მიზანშეწონილია ადრეული ოპერაციული ჩარევა ნისტაგმის არსებობის პირობებში.

ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის სხვადასხვა ეტიოლოგიის კატარაქტის ქირურგიისათვის მოწოდებულია ექსტრაკაუსულური ექსტრაქციის სხვადასხვა მეთოდი, მათ შორის ისეთი ეფექტური, ნაკლებტრავმული ოპერაცია, როგორცაა ფაკოემულსიფიკაცია. აღნიშნული მოდითეიკაციის უპირატესობას წარმოადგენს მცირე (3 მმ) ოდენობის განაკვეთი, წინა საკანის სიღრმისა და ბროლის უკანა კაუსულის შენარჩუნების

შესაძლებლობა. აღსანიშნავია, რომ ბავშვთა, მოზარდთა და ახალგაზრდა ასაკის კატარაქტის ექსტრაკაფსულური ექსტრაქციის შემდგომი პერიოდი ხასიათდება ბროლის უკანა კაფსულის შემღვრევით და მინისებრი სხეულის წინა საზღვროვანი მემბრანის ფიბროზით, რაც ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით შემთხვევათა თითქმის 100%-ში გვხვდება (Berojas E., 1992) და ხელმეორე ოპერაციულ ჩარევას მოითხოვს. სადღეისოდ, ჯერ კიდევ საკამათო რჩება აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფებში კატარაქტის ქირურგიისათვის ოპტიმალური მეთოდის შერჩევისა და აფაკიის კორექციის საკითხი (ზოგიერთი ავტორის აზრით, მიზანშეწონილია კატარაქტის ექსტრაქციისთანავე ვაწარმოოთ პირველადი უკანა კაფსულორექსისი და წინა ვიტრექტომია (Benerra J., Paews J., 1983; Marshall Parks, Helveston E., 1985).

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის თვალის სნეულებათა კლინიკაში ბოლო 2 წლის მანძილზე ბავშვთა, მოზარდა და ახალგაზრდა ასაკის თანდაყოლილი და ტრავმული კატარაქტის გამო ჩატარებულა კატარაქტის 16 ექსტრაქცია. თანდაყოლილი კატარაქტა აღენიშნებოდა 9 ავადმყოფს (11 თვალი), ტრავმული კატარაქტა - 5-ს ბავშვთა ასაკი მერყეობდა 4 თვიდან 11 წლამდე. ბილატერალური თანდაყოლილი კატარაქტა აღენიშნებოდა 2 ავადმყოფს. ოპერაცია მიმდინარეობდა ზოგადი გაუტკივარების პირობებში. ყველა შემთხვევაში ხმარებული იყო ასპირაცია - ირიგაციის ავტომატიზირებული მეთოდი ფაკოემულსიფიკატორის გამოყენებით. მაქსიმალური მიდრიაზის ფონზე იხსნებოდა წინა საკანი ლიმბალური განაკვეთით, რქოვანის ენდოთელის დაცვის მიზნით საკანში თავსდებოდა ვისკოელასტიური მასალა, ამის შემდეგ ზორციელდებოდა ბროლის ფართო წინა კაფსულორექსისი, წარმოებდა მასების ასპირაცია, განმეორებით ბროლის უკანა კაფსულაზე თავსდებოდა ვისკოელასტიური მასალა, რის შედეგადაც ზორციელდებოდა 3-4 მმ-ის დიამეტრის უკანა ცენტრალური კაფსულორექსისი. მინისებრი სხეულის წინა საზღვროვანი მემბრანის მოსალოდნელი ფიბროზის პროფილაქტიკის მიზნით მხოლოდ ბავშვთა და მოზარდა ასაკში ტარდებოდა წინა ვიტრექტომია ჰილიოტიინის ტიპის ვიტრექტომით. პაციენტის ასაკისა და თვალის სხვა თანდართული დეფექტების გათვალისწინებით წყდებოდა საკითხი აფაკიის პირველადი კორექციის შესახებ. რიგი ავტორების აზრით (Helveston, Bilison) აფაკიის პირველადი ქირურგიული კორექცია წინააღმდეგანავენებია როგორც ახალშობილებში, ასევე 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში, თვალის კაკლის ინტენსიური ზრდის და რეფრაქციის შესაძლებელი შეცვლის გამო. მეორადი ქირურგიული კორექცია კი მიზანშეწონილია 4 წლის ასაკის შემდეგ (აკეტიხოვი, 1990). ჩვენს შემთხვევაში პირველადად ხელოვნური ბროლის იმპლანტაცია განხორციელდა 8 თვალზე.

თანდაყოლილი კატარაქტის დროს მხედველობითი ფუნქციის გაუმჯობესების ხარისხი დამოკიდებულია ოპერაციით მიღწეულ ოპტიკურ შედეგებზე, კატარაქტის კლინიკურ ფორმაზე, თვალის კაკლის თანდართული დეფექტების არსებობასა და ქირურგიული ჩარევის დროულად განხორციელებაზე. ნაოპერაციევ პაციენტებზე 6 თვის მანძილზე დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ ყველა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ცენტრალური მხედველობის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას.

ყოველივე ზემოთქმული უფლებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში თანდაყოლილი და ტრავმული კატარაქტების ქირურგიაში მაქსიმალური ფუნქციური ეფექტის მისაღებად და ხელშეორე ოპერაციული ჩარევის თავიდან ასაცილებლად გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება პირველად უკანა კაფსულორექსისის წინა ვიტრექტომიასთან ერთად, ხოლო შემდგომი კორექციის საკითხისადმი მკაცრ ინდივიდუალურ მიდგომას.

ლიტერატურა:

1. Аветисов Э.С. и соавт. Руководство по детской офтальмологии. Москва, Медицина, 1987, с. 310-324.
2. Аветисов С.Э. Возрастные особенности органа зрения в норме и при патологии у детей М., 1990.
3. Ковалевский Е.Л., Сидорова Е.Г. цит. По Аветисов Э.С. Руководство по детской офтальмологии. Москва, Медицина, 1987.
4. Barojas E. Primary posterior capsulorhexis in congenital cataracts. Highlights of Ophthalmol. Vol. Tt 2, 1992, p.16.
5. en Ezra J., Paes J. Amer J. Ophthal, 1983, vol. 96, p. 311-314.
6. Billson I., by Boyd B.F. Highlights of Ophthalmol. P. 174-186.
7. Boyd B.F. Highlights of Ophthalmol-World Atlas Series of Ophthalmic Surgery, v.2, p. 174-186.
8. Marshall, Pars. Congenital cataract extraction technique. Highlights of Ophthalmol, v. 13, 1985, p. 1-10.

Двали М., Мшвидобაძე Э., Габашвили Т. ХИРУРГИЯ КАТАРАКТЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

РЕЗЮМЕ

В детском возрасте последующий период экстракапсулярной экстракции катаракты, как правило, характеризуется помутнением задней капсулы хрусталика и фиброзом передней пограничной мембраны стекловидного тела, что требует повторного хирургического вмешательства.

Во избежание последнего, считают целесообразным сразу же после экстракции катаракты провести первичный задний капсулорексис и переднюю

випректомию. А для достижения максимального функционального эффекта с учетом возрастного фактора проводилась первичная имплантация искусственного хрусталика (8 случаев), контактная коррекция (1 случай).

Dvali M., Mshvidobadze E., Gabashvili T.
THE CATARACT SURGERY IN CHILDREN AND ADULTS
SUMMARY

The subsequent postoperativ period following extraction of the cataract in children is characterized by opacity of the posterior capsule and fibrosis of the anterior terminal membrane of corpus vitreum, which necessitates repeated operation. To avoid this it is expedient to make the primary posterior capsulorexis and anterior vitrectomy immediately after the cataract extraction. To achive the maximal functional effect authors bear in mind the individual approach to the aphakia correction.

მ.დვალი, დ.მშვიდობაძე, ე.გაბაშვილი, ნ.ცინცაძე, თ.კილასონია

**ლაზერული რეზრაქციის ქირურგიის გამოყენების
პირველი ასი შემთხვევა**

თსსუ, თვალის სნეულებათა კლინიკა

ბოლო ათწლეულის მანძილზე ლაზერულმა მიკროქირურგიამ მყარი პოზიციები დაიმკვიდრა მედიცინაში და კერძოდ, ოფთალმოლოგიაში. ფილირანული მიკროქირურგიული მეთოდებისა და ლაზერის სხივის უნიკალური შერწყმით შეიქმნა მთელი რიგი ახალი ტექნოლოგიებისა, რომელიც ოპტიკალური შედეგებით გამოირჩევა. სადღეისოდ ლაზერული მიკროქირურგიული მეთოდები წარმატებით გამოიყენება რეფრაქციულ ქირურგიაში. ეს უკანასკნელი ითვალისწინებს ოპერაციებს მიაზიის, პიპერმეტროპიის და ასტომატიზმის გამო. ქირურგიული ჩარევის მიზანია თვალის ოპტიკურ სისტემაში სხივების გარდატეხის დეფექტის აღმოფხვრა, რაც უზრუნველყოფს ნორმალურ მხედველობას სათვალის ან კონტაქტური ლინზების გარეშე.

რეფრაქციის მანკების ქირურგიული კორექციის მიზნით ათეული წლების მანძილზე შემუშავებულ იქნა სხვადასხვა ეფექტური მეთოდი, მაგრამ ვერც ერთმა მათგანმა სრულად ვერ დააკმაყოფილა დარგის მოთხოვნები.

რეფრაქციული ქირურგიის თანამედროვე და უნიკალურ მიღწევად უნდა ჩაითვალოს ექსიმერლაზერული ოპერაციები: ფოტორეფრაქციული

კერატექტომია (ფრკ) და რომელთა არსი მდგომარეობს რქოვანას ქსოვილის მოდელირებაში აბლაციის საშუალებით. ლაზერის სხივი არჩევითად მოქმედებს რქოვანას მიკროსკოპულ უბნებზე აორთქლებს უჯრედების მხოლოდ მცირე ნაწილს, ვინაიდან ლაზერის სხივის ზემოქმედებას მაქსიმალურად განიცდის ფოკუსური უბანი, ხოლო პერიფოკალური არე ინტაქტური რჩება. სრულიად უსაფრთხო ეს მეთოდი განაკვეთებს არ საჭიროებს და ამდენად უმტკივნეულო და უსისხლოა, ხოლო საბოლოო ეფექტი სტაბილური და მუდმივი.

რეფრაქციის მანკის ხასიათის და ხარისხის დადგენის შემდეგ წყდება საკითხი ოპერაციის მიზანშეწონილობის შესახებ ჩვენებების დადგენის შემდეგ წყდება საკითხი ოპერაციის მიზანშეწონილობის შესახებ ჩვენებების და უკუჩვენებების გათვალისწინებით. საჭიროა აღინიშნოს, რომ პრესბიოპიის ექსიმერლაზერული მკურნალობა ხასიათდება გარკვეული სპეციფიკით და ინდივიდუალურ მიდგომას საჭიროებს. გამოკვლევების და ზუსტი დიაგნოსტიკის შემდეგ ხდება ოპერაციის ტიპის განსაზღვრა და ლაზერის კომპიუტერისთვის ალგორითმის შედგენა. ოპერაციები წარმოებს Bausch and Lomb-ფირმის Technolaz Kerakor-217-ის გამოყენებით, რომელიც ბოლო თაობის ექსიმერლაზერებს განეკუთვნება. აღნიშნული ლაზერი საშუალებას იძლევა წერტილოვანი სკანირების მეთოდით ჩატარდეს სამი ტიპის ოპერაცია ფრკ, ლასიკი და ფოკ (ფოტოთერაპიული კერატექტომია). ეს უკანასკნელი ლასიკ-ისა და ფრკ-სგან განსხვავებით საშუალებას გვაძლევს აღვადგინოთ რქოვანას გამჭვირვალება ზედაპირულ შრეებში არსებული შემღვრევების დროს.

სადღეისოდ კლინიკაში ჩატარებულია 110 ოპერაცია. პაციენტის ასაკი ვარირებდა 14-62 წლამდე. ჰიპერმეტროპიული რეფრაქცია აღინიშნა 19 შემთხვევაში, მათ შორის 16 იყო რთული ჰიპერმეტროპიული ასტიგმატიზმით, 3-მარტივით. მიოპიური რეფრაქცია აღინიშნა 89 შემთხვევაში, აქედან მიოპია ასტიგმატიზმის გარეშე - 5, ხოლო რთული მიოპიური ასტიგმატიზმი 84 შემთხვევაში. შერეული ასტიგმატიზმის გამო გაკეთდა ორ ოპერაცია. ლასიკ-ის მეთოდი გამოყენებულ იქნა 94 შემთხვევაში, ფრკ-ს. აღსანიშნავია, რომ ჰიპერმეტროპიული რეფრაქციის შემთხვევაში გამოიყენებოდა მხოლოდ ლასიკ-ის მეთოდი.

ოპერაციის ეფექტურობა ფასდება ოპერაციამდელი და ოპერაციის შემდგომი მხედველობითი ფუნქციის ოფთალმომეტრიული და რეფრაქტომეტრიული მონაცემებით. ოპერაციამდელი მხედველობითი ფუნქცია გულისხმობს ოპტიმალური კორექციის შედეგად მიღებულ მხედველობის სიმახვილეს. ეს უკანასკნელი საგრძნობლად უმჯობესდება უკვე 2-3 საათში, როგორც ლასიკ-ის, ასევე ფრკ-ის შემდეგ და თავის მაქსიმუმს აღწევს ერთი თვის ბოლოს. ჩატარებული პროცედურის შემდეგ პაციენტებს პირველივე დღიდან შეუძლიათ დაუბრუნდნენ ცხოვრების ჩვეულ რითმს: მართონ ავტომობილი, იკითხონ, უყურონ ტელევიზორს, შეასრულონ

ყოფითი და სამსახურეობრივი მოვალებები. მათ მხედველობის კორეგირებისათვის უკვე აღარ სჭირდებათ არც სათვალე და არც კონტაქტური ლინზები.

ოპერაციის შემდგომმა ანალიზმა გვაჩვენა, რომ ყველა შემთხვევაში სარეაბილიტაციო პერიოდის (1 თვე) გავლის შემდეგ მიღწეულ იქნა პროგნოზირებული მხედველობის სიმახვილე. გართულებებს ადგილი არ ჰქონია.

საკუთარი გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ექსიმერლაზერული მეთოდით კორეგირებული რეფრაქციის მანკი არ განიცდის რეგრესს, პროცედურა სრულიად უსაფრთხოა, მიღწეული ეფექტი კი სტაბილური და მუდმივი. ზემოთაღნიშნული, ლიტერატურული მონაცემებითაც დასტურდება.

ლიტერატურა:

1. Daush D., Keein R., Schroder E. Excimer laser photorefractive keratectomy for hyperopia (Refract. Corneal urg. - 1993.5.9. N1. p. 20-28).
2. Bas A., Onnis R. Eximer laser in sit 4 Kerayomileusis for myopia (Refract Surg. - 1995. Vol. 11. - Suppl. -p. 229-233).
3. Machat J.J. Eximer Laser Refractiv Surgery, 1996. Pt 6, 12, 13-417 p.
4. Meghee C.N.J., Taylor H.R., Gartry D.S., Trokel S.L. Eximer Lasers in Ophthalmology - 1997. Pt. 23, 24-545 p.

Двали М., Шенгелия Д., Мшвидобаძე Е.,

Цинцадзе Н., Киласония Т.

100 СЛУЧАЕВ ПРИМЕНЕНИЯ РЕФРАКЦИОННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ

РЕЗЮМЕ

По данным авторов, в офтальмологической клинике ТГМУ проводится эксимерлазерная коррекция пороков рефракции. Сделано 110 операций по поводу миопии, гиперметропии и астигматизма. Во всех случаях достигнуты положительные результаты. Осложнения не отмечались.

Dvali M., Shengelia D., Mshvidobadze E.,

Tsintsadze N., Kilasonia T.

ONE HUNDRED CASES OF LASER REFRACTIVE SURGERY

SUMMARY

By data the authors in Tbilisi State Medical Universities Ophthalmological Clinic makes excimer lasers correction of refraction vice. Is done 110 operations by myopia, hyperopia, astigmatism. In all the cases results were positive. There were no complications.

ს.დუნდუა, მ.კიკნაძე, მ.სუთიძე, მ.სულაქველიძე

ემოკარდიოგრაფიული მაჩვენებლების შესწავლა ქრონიკულ დიალიზზე მყოფ ავადმყოფებში კარდიოვასკულური გართულებების დროს

თსსუ, შინაგან სნეულებათა №1 კათედრა

თირკმლის ტერმინალური უკმარისობის მქონე ქრონიკულ ჰემოდიალიზზე მყოფ ავადმყოფებში მრავალრიცხოვანი კარდიოვასკულური გართულებები გვხვდება საკმარისად მაღალი სიხშირით, რომლებიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს პროგნოზზე. ევროპის დიალიზისა და ტრანსპლანტაციის ასოციაციის (EDTA), ამერიკისა და იაპონიის თირკმლის რეესტრების მონაცემებით პროგრამულ დიალიზზე მყოფ ავადმყოფთა სიკვდილიანობის 50%-ზე მეტი დაკავშირებულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებთან. თირკმლის ტერმინალური უკმარისობის (თტუ) დროს მაღალი სიხშირით გვხვდება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია, არტერიული ჰიპერტენზია, ბიღ, გულის უკმარისობა, რაც გარკვეულწილად დაკავშირებულია თირკმლის უკმარისობის დროს განვითარებულ მეტაბოლურ, ჰემოდინამიკურ „სპეციფიკურ“ და ტრადიციულ კორონარულ რისკ-ფაქტორებთან, ასევე ჰემოდიალიზის პროცედურასთან.

ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა ქრონიკულ ჰემოდიალიზზე მყოფ ავადმყოფებში მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის (მპჰ), არტერიული ჰიპერტენზიის, გულის უკმარისობის გავრცელების სიხშირის და მათი გამოვლენის თავისებურებათა შესწავლა.

გამოკვლევულ იქნა ცკს-ს ზელოვნური თირკმლის განყოფილებაში ქრონიკულ ჰემოდიალიზზე მყოფი 25 ავადმყოფი (8 ქალი და 17 მამაკაცი) საშუალო ასაკით 41,4±9,9 წელი, დაავადების ხანგრძლივობა შეადგენდა 9,4±8,8 წელს, ლიალიზის ხანგრძლივობა კი - 17,2±12 თვეს.

ავადმყოფებს უტარდებოდათ რეგულარული ოთხსაათიანი ჰემოდიალიზის სეანსი კვირაში 2-ჯერ ან 3-ჯერ. ემოკარდიოგრაფიული გამოკვლევით იზომებოდა მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის სისქე (შპს), პარკუჭთაშუა ძგიდე (პშძ) (ორივე მაჩვენებელი დიასტოლის ფაზაში), მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დიამეტრი (მპდდ), განდევნის ფრაქცია (გფ). გამოთვლილი იქნა მარცხენა პარკუჭის მასა, მარცხენა პარკუჭის მასის ინდექსი (მპმნი). მპპ-ზე მოუთითებდა მპმნი>130 გ/მ² მამაკაცებში და მპმნი>გ/მ² ქალებში.

ძირითადი დაავადებები, რითაც პირობადებული იყო თტუ, გაანწილდა შემდეგნაირად: გლომერულონეფრიტი - 19, დიაბეტური ნეფროპათია - 1, ჰიპერტონული ნეფროსკლეროზი - 1, ტუბერკულოპათიები -

1, თირკმლის პოლიციტოზი - 1, სისტემური ნეფროპათიები - 1. 92%-ში (23 ავადმყოფი) ნაწილი იქნა კარდიოვასკულური გართულებანი (კვზ). კვზ-ს გამოვლენის მიხედვით ავადმყოფები განაწილდა სამ ძირითად ჯგუფად: I ჯგუფი - ავადმყოფები იზოლირებული მპპ-ით - 27,3% (5); II ჯგუფი - ავადმყოფები, რომელთაც ერთდროულად აღენიშნებოდათ მპპ, არტერიული ჰიპერტენზია და გულის უკმარისობა 39,1% (9).

ზემოაღნიშნული ჯგუფების არტერიული წნევის საშუალო მაჩვენებლების შედარებით, I ჯგუფში საშუალო არტერიული წნევა (127 ± 13 mmHg) მნიშვნელოვნად დაბალია, ვიდრე II (183 ± 16 mmHg) და III (180 ± 14 mmHg) ჯგუფში ($P < 0,0005$). რაც შეეხება დიასტოლური წნევის საშუალო მაჩვენებელს, განსხვავება I (76 ± 10 mmHg) და II (107 ± 10 კქრკ) I და III (103 ± 12 mmHg) ჯგუფებს შორის ასევე სარწმუნოა (შესაბამისად $P = 0,0005$ და $P < 0,05$). II ჯგუფის საშუალო დიასტოლური არტერიული წნევა მართალია აღემატება III ჯგუფის ანალოგიურ მაჩვენებლებს, მაგრამ ეს სხვაობა სტატისტიკურად არასარწმუნოა ($P = 0,25$).

შედარებულ იქნა მპპ-ის მაჩვენებლები. II ჯგუფში კმძ-ის ($13,3 \pm 0,4$ მმ) და მპმ-ის ($192,6 \pm 33$ გ/მ²) სიდიდეები I ჯგუფთან შედარებით ($12,2 \pm 0,96$ მმ, $181,8 \pm 27,4$ გ/მ²) მაღალი, მაგრამ არასარწმუნოა ($P = 0,044$). I და II ჯგუფთან შედარებით III ჯგუფს გამოეხატა კმძ-ის ($17 \pm 2,4$ მმ) და მპმ-ის ($367,7 \pm 101$ გ/მ²) მაჩვენებლების მომატების ტენდენცია ($P < 0,0005$).

ასევე განსხვავებული აღმოჩნდა ამ ჯგუფების დიალიზთამშორისი წონის ნამატი (ლწმ). III ჯგუფს უფრო მაღალი ღწმ აქვს. II ჯგუფთან მიმართებაში ეს სხვაობა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ($P = 0,0005$), I ჯგუფთან მიმართებაში კი - სტატისტიკურად არასარწმუნო ($P = 0,025$).

გულის უკმარისობის მქონე ავადმყოფებში განდევნის ფრაქცია ($45 \pm 5\%$) მნიშვნელოვნადაა დაქვეითებული ($P \leq 0,0005$).

საერთო ჯამში, ავადმყოფთა 72%-ში (18) აღინიშნა არტერიული ჰიპერტენზია: ზომიერი - 33,3% (6); მძიმე - 38,9% (7) და ძალიან მძიმე - 27,8% (5). კარდიოვასკულური გართულებების მქონე ავადმყოფთა საერთო რაოდენობა მთლიანად წარმოადგენილი იყო მპპ-ის მქონე პაციენტებით (92%), აქედან შემთხვევათა 78,3%-ში (18) იგი შერწყმული იყო არტერიულ ჰიპერტენზიასთან, ხოლო 27,3% არსებობდა დამოუკიდებლად დაბალი (40%) ან ნორმალური (60%) არტერიული წნევის მიუხედავად.

რაც შეეხება კვზ-ს არმქონე ორ ავადმყოფს (მამრ. სქესი, დაბალი არტერიული წნევა), მათი კმძ-ის და უკს-ის აბსოლუტური მაჩვენებლები (12 სმ) მპპ-ზე მოუთითებს, მაგრამ ვინაიდან მპპ-ის შეფაების კრიტერიუმს მპმ-ი წარმოადგენს (მპმ-ი=124 გ/მ²), ისინი არ შეიძლება ჩაითვალოს როგორც მპპ-ის მქონენი.

ჩვენი გამოკვლევის შედეგებით ავადმყოფთა აბსოლუტურ უმრავლესობაში (92%) ნაწიხი იქნა კვ. მპპ-ის გავრცელების სიხშირე შეადგენდა 92%-ს. ამასთან, 27,3%-ში იგი არსებობდა დამოუკიდებლად დაბალი ან ნორმალური არტერიული წნევის ფონზე. კვ-დან სიტჯნით მეორე ადგილზეა არტერიული ჰიპერტენზია (72%). იგი ყოველთვის თანაარსებობს მპპ-სთან ერთად. არტერიული ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტთა ნახევარს აღენიშნა გულის უემარიისობა (36%). გულის უემარიისობის დროს მპპ უფრო გამოხატულია, ვიდრე იზოლირებული მპპ-ის და მპპ-ის და არტერიული ჰიპერტენზიის ერთდროულად არსებობის დროს. მაღალი არტერიული წნევის ფონზე მის განვითარებაში, ასევე მპპ-ის გაძლიერებაში, შესაძლოა გარკვეულ როლს დაიღწიოს მისი წინის დიდი ნაბატი წარმოადგენს.

ჩვენი გამოკვლევები კიდევ ერთხელ ადასტურებს იმ ფაქტს, რომ ჰემოდიალიზური თერაპიის ვეღლაზე გავრცელებულ კვ-ს ე.წ. „ნეფროლოგიური კარდიოლოგიის კონკიას“ მპპ წარმოადგენს, რომელიც განიხილება როგორც კარდიალური გართულებების და სიკვდილიანობის დამოუკიდებელი წინაპირობა და პროგნოზული მანვენებელი. პროგრამულ ჰემოდიალიზზე მყოფ ავადმყოფებში მპპ პროგრესირებს კონტროლირებადი არტერიული წნევის მიუხედავად და მიუღ რთ შემთხვევებში წინ უსწრებს ჰიპერტენზიის განვითარებას. სწორედ ამიტომ, ოტ-შ-ს მქონე პაციენტები ნორმალური ან დაბალი არტერიული წნევით კარდიალური ჩივილების გარეშე არ შეიძლება ჩათვალოს ინტაქტურად გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დანტერესების თვლსაზრისით, რადგან მათში დიდა მპპ-ის არსებობის ან განვითარების რისკი, რისი გამოვლენაც შესაძლებელია ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევებით.

ლიტერატურა:

1. Дядык А.И., Багрий А.Э., Лебедь И.А. Влияние ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на гипертрофию левого желудочка сердца у больных хроническим гломерулонефритом с выраженной почечной недостаточностью. Терапевтический архив, 1997, №6, с. 24-27.
2. Марнина Е.А., Водопьянова Ж.В. Гнойные перикардиты при терминальной почечной недостаточности. терапевтический архив, 1996, №4, с. 35-38.
3. Багрий А.Э. Сердечно-сосудистые нарушения при хронической почечной недостаточности. Терапевтический архив, 1998, №11, с. 80-83.
4. Vlahakos D.V., hahalis G. et al. Relationship between left ventricular hypertrophy and plasma renin activity in chronic hemodialysis patients. J. of the American Society of nephrology. 1997.
5. Mahmoud M. Salem. Hypertension in the haemodialysis population; any relationship to 2 years survival? Nephrol Dial Transplant (1999). 14: 125-128.

6. Vedat Schwenger and Eberhard Ritz, Audit of antihypertensive treatment in patients with renal failure. *Nephrol Dial Transplant* (1998). 13: 3091-3095.
7. Andrew S., Levey and Garabed Eknoyan, cardiovascular disease in chronic renal disease. *Nephrol Dial Transplant* (1999). 14: 828-833.

**Дундуа Х., кикнадзе М., Сутидзе М., Сулаквелидзе М.
ИЗУЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ
ОСЛОЖНЕНИЯМИ НА ЛЕЧЕНИИ ГД**

РЕЗЮМЕ

Гипертрофия левого желудочка сердца (ГЛЖС) является самым распространенным сердечно-сосудистым нарушением у больных на лечении ГД (92%). ГЛЖС существует совместно с артериальной гипертензией 72,7%, а 27,3% - изолировано при низком или нормальном давлении. На втором месте является гипертензия (72%). половина гипертензивных больных имели застойную сердечную недостаточность (ЗСН) (36%). У больных с ЗСН ГЛЖС больше выражено, определенную роль в этом может играть большой прирост междиастолического веса.

**Dundua Kh., Kiknadze M., Sutidze M., Sulaqvelidze M.
RESEARCH OF ECHOCARDIOGRAPHY DATA IN CHRONIC
HEMODIALYSIS PATIENTS WITH CARDIOCASULAR DISEASE**

SUMMARY

In patients with end-stage renal disease being in chronic hemodialysis the major cause of cardiovascular events is left ventricular hypertrophy (LVH) (92%). LVH is associated with arterial hypertension in 72,7%, in 27,3% it is independ of low or normal arterial blood pressure. In second place there is hypertension (72%). Half of the hypertensive patients have cardial failure 36%). LVH is more demonstrated in patuients with cardial failure, in wich increased interdiastolic weight gain may influence.

ე.ვაშაკიძე, გ.კვიციანიშვილი, თ.გეგეშიძე,
თ.შეგრელიშვილი, თ.თელია

ღვიძლის ამებური აბსცესების კლინიკური ანალიზი და მათი კოვალენტური მკურნალობა

თსსუ, ინფექციურ სნეულებათა კათედრა,
ინფექციური პათოლოგიის ცენტრი.

ღვიძლის ამებური ეტიოლოგიის აბსცესების მკურნალობის დროს მნიშვნელოვანია სწორი, მიზანდასახული და რაციონალური ეტიოტროპული თერაპიის პრინციპების დაცვა (1,4,5,6). მიღებულია, რომ ტიპური ფორმების მკურნალობა დიდ სირთულეებს არ წარმოადგენს (5,6,8,9). კონსერვატული მეთოდების უეფექტობის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ქირურგიული ჩარევა (3,7). თუმცა ჩვენი მასალის ანალიზზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ აღიარებული თეორიული სქემები არ გამოირჩევა ანტიპროტოზოული მკურნალობის საკმაო ხანგრძლივობით, მათში მკაფიოდ არ ჩანს ეტიოტროპული პრეპარატების მონაცვლეობა, განმეორებითი კურსების მიზანშეწონილობა და რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, პათოგენური მკურნალობის აუცილებლობა და სათანადო სპექტრი. ბუნდოვანია, აგრეთვე ქირურგიული ჩარევის ვადები და ჩვენებები. ეს პრობლემები განსაკუთრებით იჩენს თავს დაავადების მძიმე და ტიპიური ფორმების დროს. ზემოთ აღნიშნულის გათვალისწინებით გასაგები ხდება, თუ რაოდენ აქტუალურია ამებიაზის, კერძოდ, ღვიძლის ამებური აბსცესების მკურნალობისთვის მოწოდებული სქემების შემდგომი დახვეწა და დამუშავება.

ქ.თბილისში 1998 წლის ზაფხულისა და შემოდგომის თვეებში აღინიშნა ამებიაზის ეპიდემიური აფეთქება. დაავადების ინტესტინალური და ექსტრინტესტინალური (ღვიძლის აბსცესი) ფორმების სიხშირე გასულ 40-50-იან წლებთან შედარებით განსხვავებულია (2) უფრო მეტად გვხვდება ნაწლავარე და დაავადების მძიმე ფორმები.

ჩვენს კლინიკაში დღემდე ამებიაზის დიაგნოზით გატარებულია 200 ავადმყოფი. ნაწლავთა ამებიაზით - 149 (74%), ღვიძლის ამებური აბსცესით - 51(26%), მათ შორის შერეული ფორმით, ე.ი. ნაწლავთა ამებიაზი და ღვიძლის ამებური აბსცესი - 35(60%) ავადმყოფი. მხოლოდ ღვიძლის ამებური აბსცესი - 16(32%). მამაკაცი იყო 44(87%) ავადმყოფი, ქალი - 7(13%). პაციენტთა უმრავლესობას აღინიშნა დაავადების მძიმე მიმდინარეობა. სტაციონარში ლეტალურ გამოსავალს ადგილი ჰქონდა 3 შემთხვევაში, სხვადასხვა კლინიკაში გადაყვანილია 15 (7,6%) ავადმყოფი.

ღვიძლის ამებური აბსცესი, როგორც წესი, იწყებოდა მწვავედ. მიუხედავად მძაფრი კლინიკური სურათისა, რაც მკვეთრ ინტოქსიკაციით გამოიხატებოდა, ავადმყოფები სტაციონარში შემოიღობნენ გვიან. მათ

ხშირად ბინაზე უტარდებოდათ ანტიბიოტიკოთერაპია პნევმონიის, გრიპის, მწ. ქოლერისტიტის, ჰეპატიტის, ნალველ-კენჭოვანი დაავადებების დაგანოზებით. აბსცესები ძირითადად იყო ერთეული და ლოკალიზებულადა მარჯვენა წილის V, VI, VII, VIII სეგმენტებში. ყველაზე დიდი აბსცესი ზომით იყო 10-11 სმ. სჭარბობდა 5-6 სმ-იანი აბსცესები. რამდენიმე აბსცესი ნანახი იყო 9 შემთხვევაში: 5-ში - 2, 3-ში - 3, 1-ში - 4, ხოლო 2 შემთხვევაში აბსცესების რაოდენობა დაუთვლელი იყო (ძალზე იშვიათი ვარიანტი) (3). ავადმყოფებს უტარდებოდათ ძირითადად საყოველთაოდ მიღებული ეტიოტროპული მკურნალობა (მეტრონიდაზოლი, ტინიდაზოლი, ორნიდაზოლი, დელაგილი) და დეზინტოქსიკაცია, რის ფონზეც 4(7,8%) პაციენტს აბსცესის ზომა მოემატა და ისინი გადაყვანილ იქნენ ქირურგიულ სტაციონარში, 9 (17%) შემთხვევაში აბსცესის ზომები უმნიშვნელოდ შემცირდა. ამ არცთუ დამაკმაყოფილებელმა შედეგებმა ბიძგი მოგვცა მკურნალობის სისტემაში კორექტივების შეტანისკენ, რათა კიდევ უფრო ამაღლდეს მკურნალობის ეფექტურობა, მინიმუმამდე დავიდეს ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობა, შეიკვეცოს გაჯანსაღების ვადები. ამ მიმართებით განსაკუთრებით საინტერესოდ გვეჩვენება ლეიძლის ამბური მულტაბსცესების ორი შემთხვევის დემონსტრირება, რომლებიც საყურადღებოა, როგორც თავისი კლინიკური გამოვლენების ექსტრადინამიკობით, ისე თერაპიული ჩარევის სიფართოთ და არატრადიციულობით. მიუხედავად პროცესის მძიმე მიმდინარეობისა, პაციენტთა მკურნალობა წარმატებით დასრულდა. ილუსტრაციისთვის მოგვყავს ორივე ავადმყოფის ისტორიის მოკლე ამონაწერი:

ავადმყოფი მ.რ. 46 წლის. შემოვიდა კლინიკაში დაავადების მესამე კვირას. შემოსვლისას მდგომარეობა მძიმე, ინტოქსიკაცია მკვეთრად გამოხატული. მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი გამოკვლევით ლეიძლის ორივე წილში ისახებოდა 6-33 მმ-ის ზომის დაუთვლელი კეროვანი დაზიანებები (აბსცესები). იმუნოფერმენტული ანალიზით ანტიამებური ანტისხეულები - 6,1 (ნორმა 0,9-მდე). ამ შემთხვევაში კონსერვატიული მკურნალობას გადაწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭებოდა, რადგან აბსცესების სიმრავლისა და ხასიათის გამო ქირურგიული ჩარევა ვერ ხერხდებოდა. ავადმყოფს დაეწყო სტანდარტული მკურნალობა მეტრონიდაზოლითა და ანტიბიოტიკებით, უტარდებოდა აგრეთვე დეზინტოქსიკაცია. ეფექტი ვერ იქნა მიღებული, რის გამოც დაენიშნა ორნიდაზოლი, ხოლო პათოგენეზურ მკურნალობას დაერთო პლაზმაფერეზი, ინფუზიური თერაპია პლაზმითა და ცილოვანი ხსნარებით (ალბუმინი). ეს უკანასკნელი მით უფრო მნიშვნელოვანია, რომ ამბური აბსცესების დროს დევილი აქვს პიპოლბომინემას (6) მკურნალობის სქემაში შეტანილი ცვლილებების ფონზე უხელოვანად გამოხატულა, ინტოქსიკაცია მკვეთრად შემცირდა. საკონტროლო ექოსკოპიური გამოკვლევით აბსცესების

რაოდენობამ მოიკლო 10-მდე, მეორე თვის ბოლოს აღინიშნა სრული გამოჯანმრთელება.

ავადმყოფი ზ.ფ. 38 წლის. მოთავსდა სტაციონარში მძიმე მდგომარეობაში ღვიძლის მრავლობითი ამებური აბსცესის დიაგნოზით. ექოსკოპიური გამოკვლევით ღვიძლის ორივე წილში აღმოჩნდა კეროვანი დაზიანებები (ამ შემთხვევაშიც დაუთვლელი). მაქსიმალური აბსცესი ზომით იყო 110X62 მმ. დიაგნოზი ვერიფიცირებულ იქნა სისხლის იმუნოფერმენტული გამოკვლევით. სტანდარტული მკურნალობის ფონზე აღინიშნა მინიმალური პოზიტიური ძვრები, რის გამოც ავადმყოფს ჩაუტარდა ზოგიერთი დიდი ზომის აბსცესის (8 აბსცესი) ასპირაცია. დანარჩენი აბსცესების დრენირება ვერ მოხერხდა ისევე და ისევე მათი სიმრავლისა და მცირე ზომის გამო. პარალელურად მიმდინარეობდა ეტიოტროპული და პათოგენური (პლაზმაფერეზი, ცილოვანი ხსნარების ინფუზია) თერაპია. მდგომარეობა მკვეთრად გაუმჯობესდა.

ორივე ავადმყოფს ანტიპროტოზოული მკურნალობა უტარდებოდა ლიტერატურაში რეკომენდირებულ ვადებთან შედარებით ბევრად მეტი ხნის განმავლობაში - 2 თვემდე (1,5,6). ვახდენდით აგრეთვე ეტიოტროპული საშუალებების ურთიერთცვლას წინამორბედი პრეპარატის ეფექტურობის გათვალისწინებით. აღსანიშნავია, რომ დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობაში შესამჩნევი პოზიტიური ძვრები ქრონოლოგიურად დაემთხვა პლაზმაფერეზისა და პლაზმის შემცვლელების გამოყენებას.

ამრიგად, მართალია ითვლება, რომ თანამედროვე ეტაპზე ღვიძლის ამებური აბსცესის ტიპური ფორმების მკურნალობა საკმაო ეფექტურობით ხასიათდება, არცთუ იშვიათად, როდესაც ტრადიციული კონსერვატიული თერაპია უშედეგოა, ხოლო რადიკალური ქირურგიული ჩარევა ვერ ხერხდება, საჭიროა არასტანდარტული სქემების შემუშავება და გამოყენება.

ლიტერატურა:

1. Лобзин Ю.В., Казанцев А.П. Руководство по инфекционным болезням. С-Петербург. 1996. с. 489-468.
2. Сванидзе Д.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика амебиаза в Грузии. Дис. док. 1954. с. 26-278.
3. Стручков В.Н., Гостинцев В.К., Стручков Ю.В. Хирургическая инфекция. 1984. с. 452-462.
4. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. с. 568-571.
5. Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th Edition. T.R.Harrison. Editor-in-Chief. Editions 1,2,3,4,5. Amebiasis (enkomoha hi-cn) 1116-1180.
6. Mandell, Bennett, Dolin. Principles and practice of infectious diseases. 1995. p. 2398-2408.

7. Tandon A., Jain A.K., Dixit V.K., Agarwal A.K., Guplaa J.P. Needle aspiration in large amoebic liver abscesses. Trop. Gastroenterol. (India). Jan-Mar. 1997, 18(1), p.19-21.
8. Qureschi H., Ali A., Bagai R., Ahmed W. Efficacy of a combined diloxanide furatmetronidazole preparation in the treatment of amoebiasis and giardiasis. S Int. Med. Res. (England) May-June. 1997. 25(3(=), p. 167-170.
9. Who (DAHO) UNESCO report. A consulationation with experte on amocbiasis. Mexico City Epidemiol Bull (United States). Mar. 1997 18(1), p. 13-14.

**Вашакидзе Э., Квитаишвили Г.,
Гегешидзе Т., Мегрелишвили Т., Телия Т.
КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
АМЕБНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ
РЕЗЮМЕ**

В типичных случаях лечение амёбных абсцессов печени не представляет особой трудности. Однако тяжелые и неординарные формы требуют разработки и применения новых схем лечения этой патологии. В представленной работе авторы показали целесообразность применения более длительных курсов антипротозойного лечения, своевременной замены одного препарата нитроимидазола на другой, а также важность включения в терапевтическую схему, наряду с традиционными методами, более широкого спектра патогенетического лечения.

**Vashakidze E., Kvitashvili G., Gegeshidze T.,
Megrelishvili T., Telia T.
CLINICAL ANALYSIS AND COMPLEX TREATMENT
OF AMOEBIC LIVER ABSCESSSES.
S A M M A R Y**

In typical cases the treatment of amoebic liver abscesses is not difficult. But severe forme needs some new schemes.

In the offered work the authors showed the expediency of prolonged antiprotozoal treatment submission of one nitroimidazole preparation with the other. It is important to include in therapi schemes a wide spectrum of pathogenetic treatment.

ე.ვაშაქიძე, თ.გვეგეშიძე, თ.შეგრელიშვილი,
ე.ხაბაზი, თ.ქველიძე

E.HISTOLYTICA-ს სპეციფიკური ანტიგენ/ანტიხეულის გამოვლენის დიაგნოსტიკური ღირებულება ნაწლავთა ამეზიანის დროს

**თსსუ, ინფექციურ დაავადებათა კათედრა,
ინფექციური პათოლოგიის ცენტრი.**

მსოფლიო მოსახლეობის 10% ინფიცირებულია E.histolytica-თი (1,3). ლიტერატურის მონაცემებით (2) ადექვატური დიაგნოსტიკის და მკურნალობის გარეშე ამეზიანის სხვადასხვა კლინიკური ფორმით ლეტალობა 0,2-2%-ია.

1998 წლის მონაცემებით (1) კი პარაზიტული დაავადებებიდან სიკვდილობის მავნებლის მიხედვით ამეზიანს მეორე ადგილი უჭირავს შისტოსომიანის და მალარიის შემდეგ. ინფიცირებულთა 90%-ში დაავადებას უსიმპტომო მიმდინარეობა აქვს და მხოლოდ 10%-ში ვლინდება კლინიკურად ნაწლავის ამეზიანიდან ღვიძლის და სხვა ორგანოების აბსცესებამდე.

ჩვენი რეგონი ამეზიანის ენდემურ კერებს მიეკუთვნება. თუმცა აღნიშნული დაავადება უკვე 50 წელია ერთეულ შემთხვევებში გვხვდებოდა.

1998 წლის ივლისის თვიდან ქობილისში დაფიქსირდა ამეზიანის ეპიდემიოქება. ინფექციური პათოლოგიის ცენტრში რეგისტრირებულია ამეზიანის, როგორც ნაწლავის, ისე ნაწლავგარე ფორმები ღვიძლის აბსცესების სახით.

ჰოსპიტალიზებულ ავადმყოფებში დიაგნოზის დადგენა ხდებოდა კომპლექსურად: ანამნური, ეპიდემიოლოგიური, კლინიკური და ლაბორატორიული კვლევების საფუძველზე. ლაბორატორიული კვლევებიდან ყველაზე ხელმისაწვდომი იყო განავლის პროტოზოოლოგიური კვლევა. შერჩევით ხდებოდა გამოკვლევა სისხლის: E.histolytica-ს ანტისხეულებზე (ELISA) და განავლის E.histolytica-ს ანტოგენის (ELISA) გამოსავლენად.

ჩვენი შრომის მიზანს სპეციფიკური სეროლოგიური, განავალში ანტოგენის და განავლის პროტოზოოლოგიური კვლევის შედეგების შედარებითი შეფასება წარმოადგენდა.

სეროლოგიური კვლევა ჩატარდა ნაწლავის ამეზიანის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებულ 34 ავადმყოფს. ყველა შემთხვევა პროტოზოოლოგიურად დადასტურებული იყო. მათ შორის დადებითი E.histolytica-ს ანტისხეულებზე აღმოჩნდა 47,1%, ხოლო უარყოფითი - 52,9% შემთხვევაში. ამავე კონტინგენში განავლის პროტოზოოლოგიური გამოკვლევით ცისტა აღმოჩნდა - 73,5%, ხოლო ვეგეტატიური ფორმა - 26,5%-ს.

სეროპოზიტიური შემთხვევებიდან განავალში *E.histolytica*-ს ციტსა აღმოჩნდა 62,5%-ში, ხოლო ვეგეტატიური ფორმა - 37,5%.

სერონეგატიური შემთხვევებიდან კი განავალში ციტსა გამოვლინდა 83,3%-ში, ხოლო ვეგეტატიური ფორმა - 16,7% შემთხვევაში.

ავადმყოფთა კლინიკური მონაცემების ანალიზისას აღმოჩნდა, რომ თითქმის ყველა სეროპოზიტიურ შემთხვევაში ავადმყოფები ანამნეზში აღნიშნავდნენ დიარეის ეპიზოდებს, ან ჰოსპიტალიზებული იყვნენ დაავადების მე-2-3 კვირას. სერონეგატიურ შემთხვევებში კი ავადმყოფთა 63% კლინიკაში მოთავსდა დაავადების პირველ კვირას. აღნიშნული გასაგებს ხდის სერონეგატიური შემთხვევების არსებობას. მაგრამ განავლის პროტოზოოლოგიური კვლევის ანალიზით, ვლინდება, რომ სეროპოზიტიურ შემთხვევებში ცისტები აღმოჩნდა 62,5%-ში და ვეგეტატიური ფორმა - 37,5%-ში, მაშინ, როდესაც სერონეგატიურ ავადმყოფებში (ე.ი.შედარებით ახლადინფიცირებულებში) გაცილებით მეტი სიხშირით გამოვლინდა ცისტები (83,3%), ვიდრე ვეგეტატიური ფორმები (16,7%).

თუ გავითვალისწინებთ ლიტერატურულ მონაცემებს (3) *E.histolytica*-ს ცისტის არაპათოგენური *E.dispari* ცისტისაგან დიფერენცირების სირთულეზე ჩვეულებრივი მიკროსკოპით, გასაგები ხდება ჩვენი შედეგების მიზეზი.

ლიტერატურაში მიუთითებენ (3) განავალში *E.histolytica*-ს ანტიგენის გამოვლენის (ELISA) მეთოდზე, რომელიც მაღალი მგრძობილობით (93%) და სპეციფიურობით (98%) გამოირჩევა. ჩვენ საშუალება მოგვეცა აღნიშნული მეთოდი აგვეთვისებინა და ამერიკელი მკვლევარებისაგან (CDC) გადმოგვეცა შესაბამისი ტესტ-სისტემები. მეთოდის ღირებულება ის არის, რომ თუ განავალში არის ცისტა, ამ გზით ხდება დიფერენცირება პათოგენური და არაპათოგენური ამების. ხოლო ყველა იმ შემთხვევაში, სადაც ვეგეტატიური ფორმაა ნანახი, რეაქცია დადებითი უნდა იყოს.

პროტოზოოლოგიური კვლევით ცისტა დადებითი 16 შემთხვევიდან *E.histolytica*-ს ანტიგენი აღმოჩნდა 43,8%-ში, დანარჩენ შემთხვევებში კლინიკურადც საეჭვო იყო ამებიანის დიაგნოზი. პროტოზოოლოგიურად ვეგეტატიური ფორმის გამოვლენის 13 შემთხვევაში, ყველაგან მივიღეთ ანტიგენი დადებითი. ხოლო 11 შემთხვევაში, სადაც განავლის მიკროსკოპით ვერაფერი ვერ იქნა ნანახი, 7 ავადმყოფს (63,6%) გამოუვლინდა *E.histolytica*-ს ანტიგენი. აღნიშნული ავადმყოფებიდან 2 შემთხვევაში ავადმყოფები ჰოსპიტალიზებული იყვნენ არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის დიაგნოზით, ჩატარებული მკურნალობის უეფექტობის შემდეგ გაკეთდა განავლის გამოკვლევა *E.histolytica*-ს ანტიგენზე, რაც აღმოჩნდა დადებითი. ანტიამებური მკურნალობის ფონზე ავადმყოფების მდგომარეობა გახდა დამაკმაყოფილებელი. განმეორებითი რექტოსკოპიის სურათიც მკვეთრად გაუმჯობესდა და ავადმყოფები გაეწერა გამოჯანმრთელებული.

2 ავადმყოფი კლინიკაში მოხვდა განმეორებით. 2 და 3 თვით ადრე ეს ავადმყოფები მკურნალობდნენ განყოფილებაში ნაწლავის ამებიოზის დიაგნოზით. რამდენიმე თვის შემდეგ კვლავ დაეწყოთ დიარეა, თხელი ფაფისებური, მოუნელებელი ნაწილაკების შემცველი მასებით. მიკროსკოპით ლეიკოციტები 1-2 მხ/ა, ერითროციტები არ გამოვლინდა. ნანაზი იქნა *E.histolytica*-ს ცისტა და სოკოს სპორები დიდი რაოდენობით. რექტოსკოპოული სურათი არ შეესაბამება ნაწლავის ამებიოზის სურათს, სეროლოგიური გამოკვლევით *E.histolytica*-ს ანტისხეულებზე ტიტრი აღმოჩნდა დადებითი 1,2 და 1,3 ($N < 0,9$). კლინიკურად ეჭვი იქნა მიტანილი დისბაქტერიოზზე, რაც განავლის გამოკვლევით დადასტურდა (ნაწლავის ჩხირის და მისი ფერმენტაციული აქტივობის მკვეთრი დეფიციტი). ჩატარდა განავლის კვლევა *E.histolytica*-ს ანტიგენზე. რეაქცია აღმოჩნდა უარყოფითი. ავადმყოფს ჩაუტარდა დისბაქტერიოზის კორექცია, მდგომარეობა გაუმჯობესდა. გრძელდება მათზე დისპანსერული მეთვალყურეობა.

ამ შემთხვევის ანალიზმა დაგვანახა, რომ ნაწლავის ამებიოზის დროს სეროლოგია შეიძლება დადებითი დარჩეს რამდენიმე თვე, ამდენად მისი დიაგნოსტიკური ღირებულება უნდა კრიტიკულად შეფასდეს. ხოლო პროტოზოოლოგიური კვლევით ნანაზი ცისტები ყოველთვის არ არის პათოგენური *E.histolytica*-სი.

ამრიგად, ამებიოზის შემთხვევაში, განსაკუთრებით ლეიქოსის აბსცესების დროს, სეროლოგიურ კვლევას მეტად დიდი დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს. რაც შეეხება ნაწლავის ამებიოზის დროს, მას ფრთხილად უნდა მიუდგეთ, რადგან დღეს უკვე მოსახლეობაში საკმაოდ დიდი ფენაა რეკონვალესცენტების და ცისტა მტარებლების, რომლებიც ვარკვეული პერიოდის მანძილზე სეროპოზიტიურები რჩებიან. ნაწლავთა მწვავე ამებიოზის დროს განავლის პროტოზოოლოგიურ კვლევასთან ერთად სასურველია და აუცილებელი სპეციალიზებულ კლინიკებში დაინერგოს *E.histolytica*-ს ანტიგენის გამოკვლევა, მითუმეტეს, რომ ლიტერატურული მონაცემებითაც (3,4) აღნიშნული მეთოდი არა მარტო მაღალ მგრძობიარეა, არამედ მაღალსპეციფიკურია.

ლიტერატურა:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine 14 th edition. 1999. 1176-1180. Amebiasis.
2. Petri A. William - Rapid diagnosis of Entamoebi Infection by Using Entamoeba and Entamoeba histolytica Stool Antigen Detection Kits - Journal of Clinical Microbiology. Oct. 1995. p. 2558-2561.
3. Widmer A.F. - Amebiasis - Infection Control and hospital epidemiology - 1991. Vol. 12. N12. 735-738.
4. Mander - Bennett - Dolin - Protozoal diseases - "Principles of practice of infectious diseases". 4th edition. 1995. 2393-2402.

Вашакидзе Э., Гегешидзе Т., Мегрелишвили Т.,
Хабазы Э., Квелидзе Т.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИГЕНОВ
И АНТИТЕЛ E.HISTOLYTICA ПРИ КИШЕЧНОМ АМЕБИАЗЕ**

РЕЗЮМЕ

Целью настоящей работы являлась диагностическая оценка серологических данных при амелиазае, а также анализ результатов иммуноферментного и протозоологического исследования кала.

При амелиазае, особенно при абсцессах печени, серологическое исследование имеет большое диагностическое значение. При кишечном амелиазае к этому методу надо относиться критически, так как на сегодняшний день, среди населения отмечается значительное число цистоносителей (и реконвалесцентов), которые, в течение определенного времени остаются серопозитивными. При острой форме кишечного амелиаза, особенное значение придается, наряду с протозоологическим исследованием кала, детекции антигена *Ent.histoliticae*, тем более, что по данным литературы этот метод не только высокочувствителен, но и высокоспецифичен.

Vashakidze E., Gegeshidze T., Megrelishvili T., Khabazi E., Kvelidze T.

**DIAGNOSTIC APPRECIATION OF E.HISTOLYTICA SPECIFIC ANTIGENS
AND ANTIBODIES WITH INTESTINAL FORMS OF AMOEBIASIS**

SUMMARY

The aim of the following work is to give a diagnostic appreciation of serological data with amoebiasis and also analysis protozoological and immunoenzymic investigations of excrements.

With amoebiasis, especially with liver abscess, serologic investigation is of a great diagnostic importance. With intestinal amoebiasis this method must be treated critically, because nowadays among population a considerable number of people is cistocarrier, who remain seropositive during a definite period of time.

With acute intestinal amoebiasis detection of antigen *Ent. Histolyticae* is of a great importance, together with protozoological investigation of excrements. According to literature data this method is not only highly sensitive but highly specific.

ლ.ვაშაკიძე, ნ.გეგეშიძე, ზ.კელაშვილი
ლ.მხეიძე, ნ.ცხაკაია, მ.ნონიკაშვილი

**ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია გავრცელება და მოზარდთა
სოციალურად პრობლემატური კონტიგენტები**

თბილისი, ფთიზიატრიისა და პულმონოლოგიის კათედრა

ტუბერკულოზი ინფექციურ-სოციალური დაავადებაა და ამდენად, სოციალური ფაქტორები უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობენ დაავადების ეპიდემიური სურათის ჩამოყალიბებაში. ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიის უმნიშვნელოვანესი მახასიათებელია ბავშვთა და მოზარდთა ინფიცირებისა

და დაავადებინაობის მაჩვენებლები. ჩატარებული გამოკვლევის ამოცანას შეადგენდა ტუბერკულოზით ინფიცირებისა და დაავადების სკრინინგი ბავშვთა და მოზარდთა სოციალურად პრობლემურ კონტინგენტებში, კერძოდ, იძულებით გადაადგილებულ პირთა და დაზარული ტიპის დაწესებულებებში მყოფ მოზარდებში, პროფილაქტიკური ღონისძიებების და მკურნალობის ოპტიმალური რეკომენდაციების შემუშავების მიზნით.

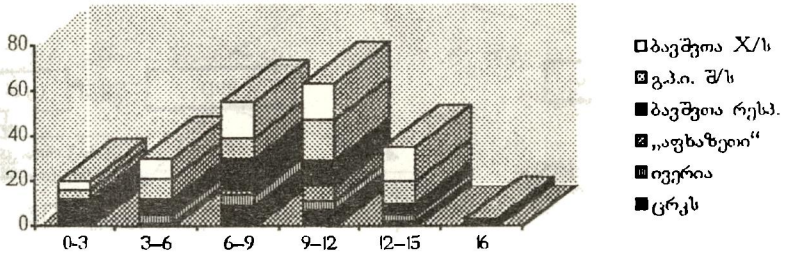
გამოკვლევული იყო 206 ბავშვი და მოზარდი იძულებით გადაადგილებული ოჯახების კომპაქტური დასახლების ადგილებში სასტუმროები „აფხაზეთი“ და „ივერია“, ტექნიკური უნივერსიტეტის საერთო საცხოვრებელი. ბავშვთა რესპუბლიკური და №5 საავადმყოფოები, ცენტრალური რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფო და №6 მოზარდ არასრულწლოვანთა ავჭალის კოლონიდან. კონტინგენტის განაწილება კვლევის ზონებისა და ასაკის მიხედვით მოყვანილია №1 ცხრილში.

ჩვენს მიერ შემუშავებული იყო გამოკვლევისა და სკრინინგის სპეციალური სქემა (სურ. 1), რომელიც ინფექციური და პოსტვაქცინური ალერგიის გამოიყენის, ასევე ღრმა გასინჯვისათვის პაციენტთა შერჩევის საშუალებას იძლეოდა. სოციალური ფაქტორების, დაავადებების კლინიკური გამოკვლევებისა და ფონური დაავადებების შესწავლა ხდებოდა ანკეტებისა და კლინიკური გასინჯვის საშუალებით. ინფიცირების სკრინინგი წარმოებდა კანის ტუბერკულოზური ტესტის მეშვეობით PPD-S STU-ს გამოყენებით სტანდარტული მეთოდიკით. ღრმა გასინჯვა მოიცავდა ფლუოროგრაფიას, სისხლის ს/ა ნახველის ანალიზს, მუცლის ღრუს ორგანოების უ/შ გამოკვლევას. ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები იძულებით გადაადგილებული ოჯახების ბავშვებსა და მოზარდებში წარმოდგენილია სურ. №2 და ცხრილი №2, №2 ავჭალის არსრულწლოვანთა კოკონიაში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები წარმოდგენილია სურ. №3.

ცხრილი 1

კონტინგენტის განაწილება კვლევის ზონისა და ასაკის მიხედვით, n=206

ასაკი	ბავშვთა X/ს	გ.ა.ი. შ/ს	ბავშვთა რესპ.	„აფხაზეთი“	„ივერია“	ცრსკ	სულ	%
0-3	5			7	4	4	20	9,5
3-6	1	4		7	9	9	30	14,4
6-9	9	5	2	14	9	16	55	26,3
9-12	7	4	7	11	18	16	63	30,1
16	1		1		1		3	2,8
სულ	25	16	11	43	51	60	206	



მიღებული მონაცემების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ბავშვებში და მოზარდებში ჩვენს მიერ შესწავლილი იბულებით გადაადგილებულ პირთა ოჯახებიდან და ავჭალის არასრულწლოვანთა კოლონიიდან წარმოადგენენ ტუბერკულოზით ინფიცირებისა და დაავადების მაღალი რისკის ჯგუფს. იბულებით გადაადგილებული ოჯახების 209 ბავშვიდან 108 აღმოჩნდა ინფიცირებული (51,7%). მათ შორის მხოლოდ 38 (18,6%) შემთხვევაში აღინშნა პოსტვაქცინური ალერგია, 70 (33,1%) შემთხვევაში კი ადგილი ჰქონდა ინფექციური ალერგიის არსებობას და მათგან 8 (3,7%) შემთხვევაში დადგინდა პირველადი ტუბერკულოზის ლოკალური ფორმა (პერიფერიული ლიმფადენიტი, ბრონქოადენიტი, გინის კომპლექსი). ბავშვები და მოზარდები ინფექციური ალერგიით დაავადების რეალური საფრთხის წინაშე დგანან, ვინაიდან მათი უმეტესობის კვებისა და ყოფაცხოვრების პირობები არაადაპტაციონებულია. ასეთ პირობებში აუცილებელია პროფილაქტიკურ ღონისძიებათ ჩატარება.

არასრულწლოვანთა კოლონიაში მოზარდების 89 (76,8%) აღმოჩნდა ინფიცირებული, მაგრამ უმეტესობა - 52 (44,5%) წარმოადგენდა პოსტვაქცინურ ალერგიას და მხოლოდ 37 (3,4%) იყო ინფექციური ალერგია. 24,1%-ის კანის სინჯი უარყოფითი იყო. არ ყოფილა დაფიქსირებული ლოკალური ფორმაც. აღნიშნულის გათვალისწინებით მოზარდულთა კოლონია-საპრობილემში გადასვლამდე აუცილებელია პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება. გამოკვლევებით მიღებულ შედეგებზე დაყრდნობით ჩატარდა შემდეგი ღონისძიებები: 32 ბავშვსა და მოზარდს ტუბინტოქსიკაციით და (ან) ჰიპერერგოული რეაქციით კანის ტუბერკულოზურ ტესტზე ჩაუტარდათ ქიმიოპროფილაქტიკა და მკურნალობა. არასრულწლოვანთა კოლონიისათვის დამუშავდა რეკომენდაცია ქიმიოპროფილაქტიკის შესახებ ინფექციური ალერგიის მქონე მოზარდებისათვის და მანტუ უარყოფითი მოზარდებისათვის რევაქცინაციის აუცილებლობის შესახებ მოზარდულთა კოლონიაში გადასვლამდე.

სურ. 1 გამოკვლევისა და სკრინინგის შემუშავებული სქემა

ანკეტირება

PPD

(-) 0-5 mm

საჭიროა ვაქცინაცია

1. ასაკობრივი ჯგუფი
2. რისკ-ფაქტორები
3. გამოვლინება:
კლ. და აბ. მონაცემები
4. BCG (+);
კანის ნიშანი (+) (-)
ვაქცინაციისა და რ/ვ
უაღებში
5. ფიზიური დაზარალებები

H (>10 mm)

N (5-10 mm)

ღრმა გასინჯვა

კლინიკა (-)

კლინიკა (+)

BCG(+)

BCG(-)

ღრმა გასინჯვა

ცვლილებები
არ არის

ცვლილებები
არის

პოსტ. ვაქც.
ალერგია

ვირაფი

ცვლ(+)

ცვლ(-)

BCG(+)

BCG(+)

ქიმიოპროფილაქტიკა

BCG(+)

BCG(-)

პოსტ-ვაქც
ალერგია

BCG(-)

BCG(-)

ინფექციური
ალერგია, ვირაფი,
დაზარალება

პოსტ. ვაქც.
ალერგია

ვირაფი
ინფექც-ალერგია

პოსტინფექციური
ან დაზარალება

ქიმიოპროფილაქტიკა

ქიმიოპროფილაქტიკური
მკურნალობა

ქიმიოპროფილაქტიკა
მკურნალობა

შენიშვნა: ღრმა გასინჯვის მოცულობა
სისხლის სპ., ფლუოროგრაფია,
ნახველის ასაღიზი, მუცლის ღრუს
უბ. გამოკვლევა

სურ. 2. გამოკვლევის შედეგები

I. ტუბერკულოზის სოციალური სახე

- შემოსავალი ოთხსულიან ოჯახზე:
 400 ± 45 ლარი - 10%;
 50 ± 30 ლარი - 20%;
 50 ლარზე ნაკლები - 70%.
- საყოფაცხოვრებო პირობები:
 ფართი ოთხსულიან ოჯახზე
 საშუალოდ 20 ± 8 მ².
- კვების რაციონი 75% -
 საშუალო და არაადამაკმაყოფილებელი.
- თანმხლები დაავადებები - 38%.

II. ღრმა გასინჯვის მონაცემები და რეკომენდაციები

PPD (+)

n - 108

ინფიცირებული BCG (+) (-)

38 (34,2%)

70 (65,8%)

პოსტვაქცინური ინფექციური ალერგია

BCG (+) 1. ტუბინტოქსიკაცია - 34

2. პერიფ. ლიმფადენიტი - 6

3. ლოკ. ფორმა - 3

4. კლინიკის გარეშე



ქიმიოპროფილაქტიკური მკურნალობა

PPD (-)

n-101 არაინფიცირებული

BCG (+) - 59 კანის ნიშანი

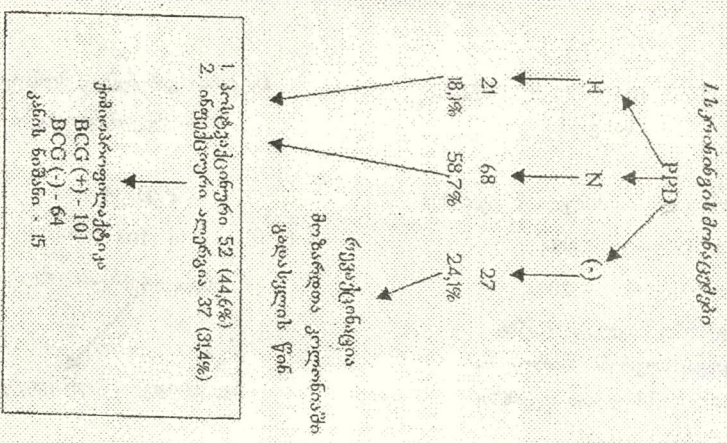
BCG (-) - 21

BCG (+) - ელაგადასული



რევაქცინაცია

ხურ. 3 ავსტრალიის არაბრულქოლოგების კოლონიის მონაცემები N = 18



II. TBC სოციალური სახე

- არასრული ოჯახიდან - 72;
- ობოლი და უსახლკარი - 18;
- არაქართუელი - 13;
- დამბმებული მემკვიდრეობა
- მშობელი ალკოჰოლიკი
- ნარკომანი, ნასამართლელი - 28;
- მეორე პატიმრობა - 5;
- ფიზური დაავადება - 5;
- კვება და სოფოვაცხოვრების პირობები
- დამიკავოფილუბქელი.

III. რამა გამინევა N = 37

- 1. დაავადების დროკალური ფორმა (-)
 - 2. პერიფერიული ლიმფადენიტა - 3
- ქობოროფოლაქტიკა

**Вашакидзе Л., Манджавидзе Н., Каландадзе З.,
Мхеидзе Л., Цхакая Н., Ноникашвили М.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ПРОБЛЕМНЫХ
КОНТИНГЕНТОВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
РЕЗЮМЕ**

Были исследованы 209 детей и подростков из колонии несовершеннолетних. Скрининг инфицированности и оценка социальных условий проводились при помощи анкетирования и кожного теста, после чего отбирались лица для углубленного медосмотра. Исследования показали, что указанный контингент является группой повышенного риска заболевания туберкулезом. 51,7% обследованных оказались инфицированными, в 3,7% была установлена локальная форма туберкулеза. Лишь у 10% детей беженцев условия быта и питание соответствовали гигиеническим нормам. Были разработаны конкретные практические рекомендации для профилактики.

**Vashakidze L., Manjavidze N., Kalandadze Z., Mkhaidze L.,
Tskhakaia N., Nonikashvili M.
EPIDEMIOLOGY OF TUBERCULOSIS AMONG THE PROBLEMATIC
CONTINGENTS OF CHILDREN AND JUVENILE
SUMMARY**

The children from the refugee family and juvenil jail occur to have the highest risk of disease of TBC. 209 children which the age of 0-16 from refugee family and 116 from juvenil jail were investigated. Screening was done on the skin-test with PPD-S according to the scheme worked out by us. It allowed us to differentiate postvaccinal and infection allergy and to set the quota for deep research. 33,9% of children occur to have infection allergy, in 8 cases there occur local form of TBC. According to the social background, only in 10% cases living conditions and nutrition was identical to their age and hygienic standard. In such cases it is necessary to carry out systematic profilactic steps.

გულ-სისხლძარღვთა და სხვა ანაინფექციურ დაავადებათა პრევენციის შესაძლო ღონისძიებების განსაზღვრა შოკუსური ჯგუფების გამოკვლევის საფუძველზე

თსსუ, შინგან სწულებათა №3 კათედრა,
თსუ, სოციალური ფსიქოლოგიის კათედრა

უკანასკნელი ათწლეული მონაცემებით სიცოცხლის მოსალოდნელი საშუალო ხანგრძლივობის მაჩვენებლები ცენტრალური და აღმოსავლური ევროპის ქვეყნებში (ყოფილი საბჭოთა კავშირის აზიური ქვეყნების ჩათვლით) ექვსი წლით ნაკლებია, ვიდრე დასავლეთ ევროპაში (3). გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების წვლილი არსებულ სხვაობაში 50 პროცენტზე მეტს შეადგენს. საქართველოშიც სიკვდილიანობის რეგისტრირებულ ყველა შემთხვევათა შორის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს წამყვანი ადგილი უჭირავს (1). მათმა წილმა უკანასკნელი მონაცემებით 70%-ს გადააჭარბა (2). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უმეტეს ექსპერტთა აზრით, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობის დაქვეითება მსოფლიოს მოწინავე ქვეყნებში განპირობებულია რიგი ფაქტორების სინერგული ზემოქმედებით, რომელთა შორისაც აღიარებულია პრევენციული ღონისძიებების ძირითადი როლი და პრიორიტეტი.

პრევენციული საქმიანობის ერთ-ერთი სტრატეგიული მიმართულებაა მოსახლეობის სამედიცინო განათლება (4). მოსახლეობისათვის ინფორმაციის მისაწოდებლად ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს არხს მასობრივი ინფორმაციის საშუალებები წარმოადგენს (5), რომელთა დანმარებითაც შესაძლებელია მოსახლეობის ქცევითი ჩვევების შეცვლა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენცია.

ამავე დროს ქართული მას-მედიის ანალიზმა, რომელიც ჩატარდა არასამთავრობო ორგანიზაცია „ექთს ჯორჯიას“ პროექტის ფარგლებში მსოფლიო ბანკის მხარდაჭერით, გამოავლინა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გავრცელების მასშტაბის, ამ დაავადებათა რისკის ფაქტორების და პრევენციული სტრატეგიების საკითხების გაშუქების ძლიერ დაბალი დონე (6). ამდენად, გამოიკვეთა სამედიცინო პროფესიონალთა და ეურნალისტთა ერთობლივი ძალისხმევის აუცილებლობა შექმნილი სიტუაციის გასაუმჯობესებლად. ამ მიზნით გადაწყდა ჩატარებულიყო ე.წ. ფოკუსური ჯგუფების შეკრებები გულ-სისხლძარღვთა და სხვა არაინფექციურ დაავადებათა პრევენციის ეფექტური ღონისძიებების განსასაზღვრავად.

ფოკუს-ჯგუფების შეკრების ძირითადი მიზანი იყო გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის ეფექტური ღონისძიებების

მემუშავენ აქტიურად თამბაქოს წევაზე, როგორც ამ დაავადებათა ერთ-ერთ ძირითად რისკის ფაქტორზე.

დაკომპლექტებული იყო ორი ჯგუფი, პირველი ჯგუფი დაკომპლექტდა თამბაქოს მწეველებით და მეორე - არამწეველებით. დისკუსიებში მონაწილეობა მიიღო 24 პირმა, მათ შორის 7 ჟურნალისტმა, 15 ექიმმა და 2 ინტერპრეტიორმა. რესპონდენტების ასაკი ვარიირებდა 24-დან 55 წლამდე. მონაწილეთა შორის იყო 12 ქალი და 12 მამაკაცი. სოციალური ფსიქოლოგი (ნანა სუმბაძე) მოქმედებდა როგორც ჯგუფური დისკუსიების მედიატორი.

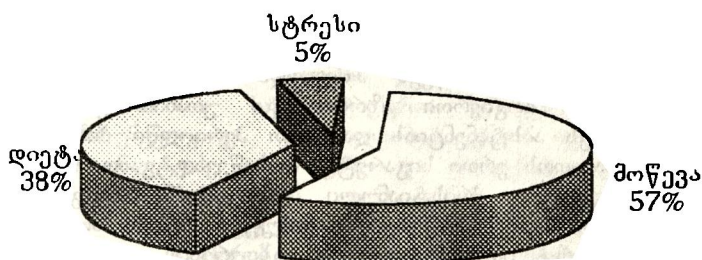
ორი დისკუსია, თითოეული ორი საათის ხანგრძლივობის, ჩატარდა არასამთავრობო ორგანიზაცია „ექთს ჯორჯიას“ ოფისში. შესავალ ნაწილში სპეციალური სარელაქსაციო მოქმედებების თანხლებით მედიატორმა განმარტა დისკუსიის მიზნები და წესები და მოკლედ მიმოიხილა პრობლემა და ურგენტული საჭიროება ექიმების და ჟურნალისტების მობილიზაციისა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციული კამპანიების ჩასატარებლად.

ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსია წარიმართა სამი მიმართულებით:

1. ღონისძიებები თამბაქოს წევის შესამცირებლად;
2. ღონისძიებები ჯანმრთელი დიეტის და ცხიმის მიღების შეზღუდვისათვის;
3. ღონისძიებები სტრესის საზიანო ეფექტების დასაქვეითებლად. დისკუსიების ანალიზით გაირკვა, რომ ორივე ჯგუფში დროის უმეტესი ნაწილი დაეთმო თამბაქოს წევას და ყველაზე მცირე დრო - სტრესს (სურათი 1).

სურათი 1

სადისკუსიო თემების ხვედრითი წილი



თამბაქოს პრობლემის განხილვას მიეძღვნა 8487 სიტყვა. არამწვევლებმა მეტი ენთუზიაზმი გამოავლინეს, წარმოთქვეს რა 5772 სიტყვა, ხოლო მწვევლებმა - 2715. ამ სიტყვებიდან 7467 (2332 მწვევლების და 5135 არამწვევლების) შეესაბამებოდა დასმულ სიკითხს, განიხილებოდა პრობლემის ექვსი მხარე: მოწვევის კონცეფცია, მოწვევის მოტივაცია, თამბაქოს მოწვევის საწინააღმდეგო კამპანიების სირთულეები, კამპანიის ღონისძიებები, გზები და განმასრვლებელი სტრუქტურები. ამ თემებს შორის ყველაზე დიდი ნაწილი დაეთმო თამბაქოს წვევის შემცირების საწინააღმდეგო ღონისძიებებს.

სამიზნე ჯგუფები. კითხვა, თუ ვინ უნდა იყოს კამპანიის სამიზნე ჯგუფი: ახალგაზრდები, რომლებიც ჯერ არ ეწვეიან თუ მწვევლები თავიდანვე იყო დასმული. სამიზნე ჯგუფად ახალგაზრდა ასაკის არამწვევლების არჩევის მხარდამჭერები შემდეგ არგუმენტებს ეყრდნობოდნენ: ა) ძალიან რთულია მწვევლების დარწმუნება მოწვევის შეწყვეტის საჭიროებაში; ბ) მოწვევა მაინც ჩვევაა, რომლისთვისაც თავის დანებება უკიდურესად ძნელია; გ) უმრავლესობა იწყებს მოწვევას მოზარდ ან ახალგაზრდა ასაკში. სხვა აზრით, არსებობს აუცილებლობა სამიზნე ჯგუფად 40-50 წლის ასაკის მწვევლთა შერჩევისა, რადგანაც ისინი გულ-სისხლძარღვთა დაავადების განვითარების და ამ დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილის დიდი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ზოგიერთი მოსაზრებით ორივე ჯგუფი უნდა განიხილებოდეს როგორც სამიზნე, თუმცა გამოყენებული უნდა იყოს მოწვევის საწინააღმდეგო პროპაგანდის დიფერენცირებული მეთოდები.

არამწვევლებმა მწვევლებისაგან განსხვავებით თავიდანვე განაცალკევეს აქტიური და პასიური მწვევლები, როგორც მოწვევის საწინააღმდეგო კამპანიის ალტერნატიული ჯგუფები.

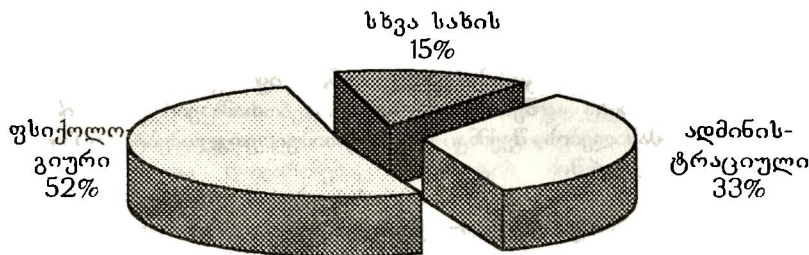
მოწვევის არსი (კონცეფცია) გამოყოფილი იქნა ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები. ხაზი გაესვა ნიკოტინისადმი დამოკიდებულების განვითარებას, რაც დაკავშირებულია ჰიპოთალამუსთან. აღინიშნა, რომ ნიკოტინის სისხლში არსებობა ასტიმულირებს ვეგეტაციურ ზოგჯერ „დადებით“ რეაქციებს, რაც გამოიხატება პიროვნების თითქოს დამშვიდებაში. გამოიყო მოწვევა, როგორც რიტუალური პროცესი. მწვევლთა უმრავლესობის მიერ მოწვევა აღიარებული იქნა მაინც ჩვევად. უმეტეს არამწვევლთა მიერ მოწვევა შეფასდა როგორც ნიკოტინისადმი დამოკიდებულება. ზოგიერთი აზრით იგი უთანაბრდება ნარკომანიას, რადგანაც იწვევს აბსტინენციას და ასეთ პერიოდში პიროვნება მზადაა ყველაფერი გააკეთოს ერთი სოკარეტის მოსაწევად. გამოითქვა აზრი, რომ მოწვევა დაუშვებელია ქრისტიანული პოზიციიდან, რადგანაც ართმევს ადამიანს ღმერთისაგან მინიჭებულ თავისუფალ ნებას. მოწვევა შეიძლება შეფასდეს როგორც იაფი სიამოვნება. ცხოვრების დაბალი სტანდარტი ასოცირებულია თამბაქოს წვევის მაღალ სიხშირესთან.

მოწვევის მოტივაცია. ეფექტური მოწვევის საწინააღმდეგო კამპანიისათვის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს მოტივაციის ანალიზი თამბაქოს წვევის დაწყებისას. ახალგაზრდების ძირითად მოტივად ისახება მათ მიერ დამოუკიდებლობის, თავისუფლების, მოზრდილად თვითშეგრძნების გამოხატვა. თავის როლს თამაშობს „აკრძალული ხილის“ ფენომენი. მისაბამ მოდელთან იდენტიფიკაცია წარმოადგენილი იქნა როგორც ერთ-ერთი მოტივაცია დაწყები მწვეველებისათვის. ერთ-ერთ მოტივად დასახელდა თავისუფალი დროის „მოკვლის“ ცდა.

ლონისძიებები მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური ღონისძიებების ჩასატარებლად. ამ თემაზე დისკუსიისას წარმოითქვა 4166 სიტყვა. შემოთავაზებული ღონისძიებანი პირობითად სამ ძირითად ჯგუფად შეიძლება დაიყო: ფსიქოლოგიური ზეწოლა, ადმინისტრაციული ღონისძიებანი და მხარდაჭერით უზრუნველყოფა. როგორც სურათიდან (2) ჩანს, მონაწილეებმა დროის ყველაზე დიდი ნაწილი ფსიქოლოგიურ პრობლემებს დაუთმეს.

სურათი №2

მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური ღონისძიებანი



პირველ რიგში ზაზი გაესვა ინფორმაციით უზრუნველყოფის აუცილებლობას. საჭიროა მოსახლეობის ფართო ფენების საინფორმაციო მასალებით (მათ შორის სტატისტიკური მონაცემები, ცალკეული შემთხვევები) უზრუნველყოფა. „მოსახლეობამ უნდა იცოდეს რამდენი ადამიანი კვდება ფილტვის კიბოს გამო და რამდენადაა ეს დაავადება დაკავშირებული თამბაქოს წვევასთან.

არა მარტო მედია უზრუნველყოფს ინფორმაციას მოწვევასა და დაავადებებს შორის კავშირის შესახებ, თვით ექიმებიც იმვითად ესაუბრებიან ამის შესახებ თავიანთ პაციენტებს (მაგალითად, ეს დაადასტურა გორის ეპიდემიოლოგიურ გამოკვლევებში მონაწილე ექიმმა:

150 გამოკვლეული ოჯახიდან მხოლოდ 3 პაციენტს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებით მიეცა რჩევა თამბაქოს წვეის შეწყვეტის შესახებ). ინფორმაცია უნდა გავრცელდეს ლექციების საშუალებით სკოლებსა და უმაღლეს სასწავლებლებში და ძირითადად გამიზნული უნდა იყოს იმ აუდიტორიისადმი, რომელიც ჯერ არ ეწევა.

არამწვევლთა ჯგუფის დისკუსიის დიდი ნაწილი დაეთმო პასიური მოწვევის შესახებ ინფორმაციის გავრცელებას. მონაწილეებმა აღნიშნეს, რომ მოსახლეობამ უნდა იცოდეს, რა გავლენას ახდენს პასიური მოწვევა ორგანიზმზე, განსაკუთრებით ჩვილ ბავშვებზე და ავადმყოფებზე. არავითარი გამართლება არ შეიძლება მოეძებნოს მომავალ დედებს, რომლებიც ორსულობის დროს ეწევიან და იმ პირებს, რომლებიც ორსულ ქალთა თანდასწრებით ეწევიან, საჭიროა მეტი თანმიმდევრულობა დაუცველი პიროვნებების, მათ შორის ბავშვთა უფლებების დაცვაში, რომელთა აღერგოული ფონი დრამატულად იზრდება თამბაქოს კვამლის ექსპოზიციის შედეგად.

ზაზი გაესვა პირადი მაგალითების როლს, განსაკუთრებით მწვევლთა მიერ. მათი აზრით, საზოგადოებაში ავტორიტეტის მქონე პირებმა უნდა მიმართონ მწვევლთა საზოგადოებას თამბაქოს წვეის შეწყვეტის წინადადებით. ასევე დიდად საშედეგო პერსონალის პირადი მაგალითის როლი. აქტიურად უნდა ჩაირთო მოწვევის საწინააღმდეგო კამპანიაში ეკლესია.

საზოგადოებაში ფორმირებული უნდა იყოს აზრი თამბაქოს წვეის არაპრესტიჟულობის შესახებ. საჭიროა თამბაქოს საწინააღმდეგო თვალსაჩინო მასალების შექმნა. შესაბამისი ვიდეოკლიპები მუდმივად უნდა გადაიციეოდეს ეთერში.

კამათი გამოიწვია გამაფრთხილებელი ნიშნების არსებობის ეფექტურობამ სიგარეტის რეკლამებსა და კოლოფებზე. ბევრის აზრით ასეთ წარწერები ცინიკური თუ არა, სასაცილო მანცაა. რადგან როგორც წესი, დიდი ზომის და მრავალფეროვან თამბაქოს რეკლამას ახლავს ძლიერ მცირე ზომის შავ-თეთრი წარწერებიანი გაფრთხილება. თუმცა ზოგიერთი მონაწილის აზრით სულ არაარაობას თუნდაც ასეთი გაფრთხილება სჯობს.

ჯგუფის წევრებმა ისაუბრეს ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობაზე, როგორც მოწვევის ალტერნატივაზე. მიუთითეს, რომ მაგალითად აშშ-ში სავარჯიშო საშუალებების პროპულაროზაციამ და ხელმისაწვდომობამ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ცხოვრების ხანსაღი წესის დანერგვასა და თამბაქოს მწვევლთა რიცხვის შემცირებაში.

მონაწილეებმა, განსაკუთრებით კი არამწვევლებმა განიხილეს სხვადასხვა ადმინისტრაციულ ღონისძიებთა შესაძლებლობა თამბაქოს წვეის გავრცელების შესამცირებლად, მაგალითად, თამბაქოს წვეის აკრძალვა განსაზღვრულ ადგილებში, რათა დაცული იქნენ არამწვევლები. ზოგიერთის აზრით, საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში მოწვევა

საერთოდ უნდა აიკრძალოს, თუმცა სხვები, ძირითადად მწვევლები დასაშვებად მიიჩნევენ თამბაქოს მოსაწევად სპეციალური ადგილების გამოყოფას.

არაერთგვაროვანი იყო აზრი ისეთ ადმინისტრაციულ ზომაზე, როგორც ფასის მომატება. ზოგიერთის აზრით ამ ღონისძიებას რაიმე ეფექტი არ ჰქონია, სხვათა აზრით, ეს ღონისძიება აიძულებს არამწვევლებს თავი შეიკავონ მოწვევის დაწყებიდან, რადგანაც დამტკიცებულა კავშირი ფასსა და მოხმარების დონეს შორის.

შემოთავაზებული იყო სიგარეტის რეკლამის აკრძალვა.

თუ შევჯამებთ დისკუსიის შედეგებს მოწვევის კონცეფციის და მოტივაციის, მოწვევის საწინააღმდეგო კამპანიების სიროთულების, ღონისძიებების, გზების და შემსრულებლების შესახებ, სტემატურად ასე შეიძლება წარმოვადგინოთ:

კონცეფცია: მოწვევა, როგორც მანე ჩვევა და რიტუალი; მოწვევა, როგორც ნიკოტინისადმი დამოკიდებულება; მოწვევა, როგორც იაფი სიამოვნება.

მოტივაცია: დამოუკიდებლობის შეგრძნება; იდენტიფიკაცია კუშირთან; დროის „მოკვლა“.

ღონისძიებები: ა) ფსიქოლოგიური ზეწოლა: ინფორმირება მოწვევასა და ავდობას შორის კავშირის შესახებ; ინფორმირება პასიურ მოწვევასა და ავდობას შორის კავშირის შესახებ; რელიგიური აგიტაცია; გაფრთხილებები და სარეკლამო საშალებები; საზოგადოებრივი ფორმირება თამბაქოს წვევის საწინააღმდეგოდ; „დამაფრთხილები“ სარეკლამო საშალებები.

ბ) ადმინისტრაციული ღონისძიებანი: რაც ადგილებში თამბაქოს წვევის შეზღუდვა; მწვევლთა დაჯარიმება; სიგარეტის რეკლამის აკრძალვა; სიგარეტის ფასის გაზრდა;

გ) მხარდამჭერი ღონისძიებანი: მოწვევის შესაწყვეტად მექანიზმებისა და შესაძლებლობების მომზადება; პერსონალური მაგალითების მომზადება; ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობა და სპორტისათვის შესაძლებლობების უზრუნველყოფა;

მოწვევის საწინააღმდეგო კამპანიის შემსრულებლები: მას-მედია, ექიმები, ეკლესია, სკოლა, ოჯახი, ფსიქოლოგები.

მოწვევის საწინააღმდეგო კამპანიის გზები: ინფორმაციის მიწოდება მოსახლეობისათვის გასაგები გზით; სწორი ინფორმაციით უზრუნველყოფა; დიფერენცირებული ღონისძიებები სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფებისათვის; სხვადასხვაგვარი მეთოდების გამოყენება; სხვადასხვაგვარი მოდელების გამოყენება; მედიის სხვადასხვა სახეების გამოყენება; ნოვატორული მეთოდების გამოყენება; კამპანიის თანმიმდევრული ხასიათი; არადიდაქტიკური კამპანია.

დასკვნა: ფოკუს-ჯგუფის ფორმატით ჩატარებულმა დისკუსიებმა დადასტურა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციული

სტრატეგიების განვითარების მნიშვნელობა. ნაყოფიერი პერსონალური კონტაქტები ჟურნალისტებსა და ექიმებს შორის დამყარდა და მომავალი კოოპერაციის გზებიც დაისახა. სიღარიბე გამოიკვეთა როგორც ძირითადი გარემოება, რომელიც ახდენს გავლენას ყველა დისკუტირებულ რისკის ფაქტორზე. ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობა, შესაძლებლობების განვითარება ვარჯიშისათვის ჯანმრთელ დეტასთან შერწყმით, ისახება როგორც პოტენციური ღონისძიება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციისათვის.

გამოიკვეთა დიფერენციული მიდგომის საჭიროება რისკის ფაქტორების შემცირების მიზნით განსახორციელებელი პრევენციული კამპანიების ჩატარებისას მოსახლეობის სამიზნე ჯგუფების ასაკის, სქესის და ცხოვრების სტილის გათვალისწინებით.

თამბაქოს წევა იყო ყველაზე მეტად სახალისო და ხანგრძლივი დისკუსიის საგანი. გამოვლენილი განსხვავებული გაგება მოწვევის არსისა თამბაქოს შწეველთა და არამწეველთა შორის ისახება ფოკუსური ჯგუფების მნიშვნელოვან აღმოჩენად, თუმცა გამომდინარეობს საჭიროება შემდგომი სრული გამოკვლევისა. მწეველების კონცეფცია თამბაქოს წევისა როგორც ცუდი ჩვეებისა, რომელზეც მათ გარკვეული კონტროლი გააჩნიათ, განსხვავდება არამწეველების კონცეფციისაგან, რომელზეც მათ გარკვეული კონტროლი გააჩნიათ, განსხვავდება არამწეველების კონცეფციისაგან, რომლებიც იზიარებენ კონცეფციას მოწვევის, როგორც ნივთიერებაზე დამოკიდებულების, ავადმყოფობის შესახებ, რომლის კონტროლი მწეველის მიერ შეუძლებელია. ეს და სხვა ზემოთაღწერილი გაგებანი, რომლებიც დისკუსიებისას გამოიკვეთა, იძლევა შესაძლებლობას მოწვევის საწინააღმდეგო სტრატეგიების დაგეგმვისა.

ლიტერატურა

1. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის სტრატეგიული მიმართულებები. მითითებები მოქმედებისათვის. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი. თბილისი, 1999.
2. ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 1997. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო. სამედიცინო სტატისტიკის და ინფორმაციის ცენტრი. თბილისი, 1998.
3. Health 21 - health for all in the 21st century. The health for all policy framework for the WHO European region. European Health for All Series No6. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999.
4. The North Karelia Project. In: Worldwide Efforts to Improve Heart health. A Follow-up to the Catalonia Declaration - Selected Program Descriptions. U.S. Department of Health and Human Services. Center for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health promotion. June 1997. P. 63.

5. Korhonen H.J., P.Puska, A.Lipand and A.Kasmeel. Combining mass media and coteat in smoking cessation: An Experience from a series of national activities in Finland. *Hygie* 1993; 12 (1): 15-18.
6. Tataradze R., Sumbadze N. Media Coverage of Cardiovascular Disease in the Republic of Georgia. In: *The Role of the Media in Health Care*. Schweitzer Regional Conference. Budapest, Hungary. October 12-16, 1998.

Татарадзе Р., Сумбадзе Н.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗМОЖНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРЕВЕНЦИИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ДРУГИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
ФОКУСНЫХ ГРУПП**

РЕЗЮМЕ

Дискуссии, проведенные по формату фокусных групп подтвердили значение развития стратегии превенции сердечно-сосудистых заболеваний. Установлены деловые персональные контакты между журналистами и врачами и намечены пути дальнейшей кооперации. Бедность выступает как основное обстоятельство, воздействующее на все дискутируемые факторы риска. Способствование к здоровому образу жизни, развитие возможностей для физических тренировок в сочетании со здоровой диетой вырисовываются как потенциальные мероприятия превенции сердечно-сосудистых заболеваний. При проведении превентивных кампаний по снижению факторов риска вычеркивается необходимость дифференцированного подхода с учетом возраста, пола и жизненного стиля целевых групп населения. Курение выступает, как наиболее охотно и длительно дискутируемый предмет. Выявленное различное восприятие сущности курения между курящими и некурящими является важным итогом фокусных групп. Концепция курения, как вредной привычки, которую в некоторой степени можно контролировать, определяемая курящими, отличается от концепции некурящих, которые в большей степени поддерживают точку зрения о курении, как зависимости от вещества, о болезни, которую невозможно самоконтролировать. Эти и другие определенные при дискуссиях заключения дают возможность планирования стратегий против курения.

Tataradze R., Sumbadze N.

**DETERMINATION OF POSSIBLE MEASURES FOR PREVENTION OF
CARDIOVASCULAR AND OTHER NON INFECTIOUS DISEASES ON A BASIS
OF INVESTIGATION OF FOCUS GROUPS**

SUMMARY

Discussions carries out in the format of focus groups proved significance of developing strategies for cardiovascular disease prevention. Fruitful personal contacts

were established among physicians and journalists and ways of future cooperation were set. Poverty was stated to be the main determinant of all discussed factors of risk. Promotion of healthy lifestyle, improving conditions for exercise and healthy diet, were outlined as potential measures for prevention of cardiovascular diseases. Need of differential approach to target groups of population considering age, sex and lifestyle was emphasized.

Smoking was subject of most animated and long discussion. Concept of smoking was found to be different among smokers and non-smokers. Smokers view smoking as a bad habit over which they can not be controlled by a smoker. Mentioned ideas give possibility for planning anti-smoking strategies.

ლ.თოდუა, ი.ონიანი

აზიის კონტაქტური კორეპენია ადრეული ასაკის ბავშვებში

თსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა

ბავშვთა ადრეულ ასაკში მხედველობის დაქვეითების ერთი-ერთი მიზეზი არის თანდაყოლილი ან ტრავმული კატარაქტების შედეგად განვითარებული ამბლიოპია. ამბლიოპიის განვითარებას ხსნიან სენსორული დეპრეავციით პოსტნატალურ ონტოგენეზში (3).

ვინაიდან მხედველობის სისტემა დეპრეავციისადმი უფრო მგრძობიარეა ადრეულ ასაკში, ამით არის განპირობებული ამ ასაკში თანდაყოლილი კატარაქტის ქირურგიული მკურნალობა.

შედეგადად ჩატარებული ოპერაცია მოლიანად არ ხსნის ამბლიოპიის პროფილაქტიკის პრობლემას, რომლის ფორმირებაში ძირითადი როლი ოპერაციამდე ობსკურაციის ნაკვლად, ოპერაციის შემდეგ რეფრაქტორულ ფაქტორს ენიჭება. ვინაიდან ბავშვთა ასაკში თანდაყოლილი კატარაქტის მკურნალობის შემდეგ უმეტეს შემთხვევაში ვლინდება სუსტი ან საშუალო ხარისხის ამბლიოპია, მისი აცილებისა და მკურნალობისათვის აუცილებელი პირობაა აფაკიის რეფრაქციული მკურნალობა.

ასაკთან ერთად თვალის ანატომიურ-ოპტიკური ელემენტების ცვლილებების გამო იცვლება რეფრაქცია, რაც მოითხოვს მაკორეირებელი ოპტიკური საშუალების ძალის შეცვლას. თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ამბლიოპიის ადრეული მკურნალობა უფრო ეფექტურია და იძლევა უკეთეს შედეგს (4) და იმასაც, რომ ადრეული ასაკის ბავშვებში სათვალთ კორექცია პრაქტიკულად გაძნელებულია, - ყველა ამ პრობლემის რეალიზაცია შესაძლებელი ხდება რბილი კონტაქტური ლინზების

სამუშაოები. ამიტომ მთელი რიგი ავტორებისა (2, 5) კონტაქტურ ღონისას განიხილავს, როგორც ოპტიმალურ, ერთადერთ სამუშაოებას აფაქიის საკორექტოდ ადრულ ასაკის ბავშვებში, საჭიროების შემთხვევაში ღონის ოპტიკური ძალის შეცვლით. მართალია, ფორმული მხედველობის სარწმუნო შეფასება ადრეული ასაკის ბავშვებში ვერ ხერხდება, მაგრამ აფაქიური თვალის კონტაქტური კორექციის შემდეგ მხედველობის გაუმჯობესებაზე მიუთითებენ ელექტრორეტინოგრაფიის მონაცემები, ნისტაგმის ხარისხისა და სიელმის კუთხის შემცირება ან სრული გაქრობა (6). ეს კი უზრუნველყოფს ბავშვის ჰარმონიულ გონებრივ განვითარებას, რაც დასტურდება ელექტროენცეფალოგრაფიის მონაცემებით (1).

მიკროქირურგიულმა ტექნიკამ, კონტაქტური კორექციის თანამდროვე მიღწევებმა განაპირობეს ადრული ასაკის ბავშვებში თანდაყოლილი კატარაქტის ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ უმოკლეს პერიოდში მხედველობის რეაბილიტაციისათვის კონტაქტური ღონისების გამოყენება ჩვენს კლინიკაში.

მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფება 5 ბავშვი, 10 თვიდან 3 წლის ასაკამდე მონო- და ბილატერალური თანდაყოლილი კატარაქტით. საკორექტოდ გამოვიყენეთ ჰიდროფილური, „აფაქიური“, რუსული და ამერიკული (Dura-soft) წარმოების რბილი კონტაქტური ღონისები.

ღონის ოპტიკური ძალის შერჩევას ვახდენდით მედიკამენტოზური მიდრიაზის ფონზე - ობიექტური მეთოდით. კონტაქტური ღონისის პარამეტრების დადგენისას ვხელმძღვანელობდით ავეტისოვისა და რიბაკოვის მიერ მოწოდებული ცხრილით, სადაც მოცემულია თვალის ანატომოურ-ოპტიკური ელემენტების საშუალო მონაცემები ასაკის გათვლიწინებით. დიოპტრიული ძალა ვარირებდა 14-დან 25 დიოპტრამდე, ბაზალური რადიუსი 6,7-7,3 მმ-მდე. დიამეტრი 11,5-13,5 მმ-მდე.

ღონისის შერჩევისას ვიცავდით შემდეგ წესებს:

1. კონტაქტური ღონისით ვქმნიდით სუსტი ხარისხის მიოპიას.
2. ღონისა - ოკლუდორით ვაწარმოებდით კონტრლატერალური თვალის ოკლუზიას.
3. ღონისა ინიშნებოდა მხოლოდ დღისით ტარების რეჟიმით.

ადაპტაცია ხდებოდა შემდეგი სქემით: პირველი დღე - ერთი საათი, მეორე დღე - ორი საათი და ა.შ. მე-6 დღიდან - 10-12 საათი დღისით ძილის პერიოდში მოუხსნელად. კონტრლატერალური თვალის ოკლუზია ღონისაოკლუდორით ხდებოდა ბავშვის ფხიზლად ყოფნის პერიოდის 50%-ში.

ყველა შემთხვევაში აღინიშნებოდა მხედველობის სიმახვილის გაუმჯობესება: ჩვილ ბავშვებში მშობლების გადმოცემით დაინტერესება და თვალის აქტიური რეაქცია სხვადასხვა მანძილიდან მოძრაეი საგნების, ცხოველების, მანქანების მიმართ, გონებრივი განვითარების გაუმჯობესება, გამოუმეტყველების შეცვლა, სიელმის კუთხის შეცირება. იქ, სადაც შესაძლებელი იყო ვიზუალური ეფექტის შეფასება, რეფრაქციული და

ლინზა-ოკლუდორის დანიშნული სქემით 2 თვე-ნახევარის ტარების შემდეგ გამოვლინდა მხედველობის გაუმჯობესება 0,1-დან 0,5 ერთეულამდე. ვაწარმოებდით პაციენტთა დისპანსერულ მეთვალყურეობას.

ჩვენს მიერ მიღებული მონაცემები ემთხვევიან ლიტერატურის მონაცემებს და ადასტურებენ იმ აზრს, რომ თანდაყოლილი კატარაქტის ქირურგიული მკურნალობა და აფაკიის კონტაქტური კორექცია ადრეული ასაკის ბავშვებში წარმოადგენს მკურნალობის ორ განუყოფელ რგოლს ამ პათოლოგიით დაავადებულ ბავშვებში.

ადრეული ასაკის ბავშვები თავისუფლად ეგუებიან კონტაქტურ ლინზას. შერჩევის ტექნიკაც მარტივია, მაგრამ აუცილებელი პირობაა პაციენტის სისტემატიური დაკვირვება თვალის მდგომარეობისა და მხედველობის სიმახვილის შესაფასებლად, საჭიროების შემთხვევაში ბავშვის ზრდასთან დაკავშირებით ლინზის პარამეტრების დროული შეცვლა.

ლიტერატურა:

1. Аветисов С.Э., Рыбакова Е.Г. "Глаз", №2, 1998.
2. Аветисов С.Э., Касьянова Н.А., Ильякова Л.И. "Вестник офтальмологии", №5, 1998.
3. Киваев А.А., Шапиро Е.И., Комарова А.С. "Глаз", №3, 1998.
4. Холодовская О.П., Грязнов М.И. "Возрастные особенности органа зрения в норме и при патологии у детей". Сб. науч. трудов, Москва, 1986.
5. Harel E. American Orthopic Journal, 1997.
6. Mayer D.L., Moove B., Bobbb R.M. J. Pediatrs Ophthalmol Strabismus, 1989, #2.

Тодуа Л., Оннания И. КОНТАКТНАЯ КОРРЕКЦИЯ АФАКИИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РЕЗЮМЕ

Для коррекции афакии после ранней хирургии врожденных катаракт нами применены мягкие гидрофильные контактные линзы Русского ("афакические") и Американского (Diga-Soft) производства.

Подбор оптической силы линзы осуществляли на фоне медикаментозного мириаза, а для установления параметров мягких контактных линз пользовались средними величинами анатомо-оптических элементов глаза в различные периоды жизни ребенка. Режим ношения линзы 10-12 часов в сутки без снятия в период дневного сна ребенка, окклюзия здорового глаза линзами-окклюдорами 50% периода бодрствования.

Во всех случаях отмечали улучшение остроты зрения, а у детей младенцев заинтересованность ребенка к окружающим предметам, уменьшение угла косоглазия и со слов родителей улучшение умственного развития ребенка.

Todua L., Oniani I.

CONTACT CORRECTION OF APHAKIA IN CHILDREN OF EARLY AGES

SUMMARY

Contact correction of aphakia was carried out in children of early ages. Soft hydrophil contact lenses of Russia of American (Dura-Soft) production were used for the correction.

In all cases it was noted improvement of visual acuity well as interest and activity reaction of the eye moving objects, decrease of the angle of squint, improvement of mental development. Early ages children are being used to contact lenses easily. Permanent observation as well as well-timed change of lens parameters in necessary according as child growth is a sine qua non.

მივერეელი, ნ.აბაშიძე, ნ.ბისიეიშვილი, კ.ხეცურიანი, შ.ხეცურიანი

პაროდონტიტით დაავადებული პაციენტების პირის ღრუს მიკროფლორის სახეობრივი შემადგენლობა

თსსუ, თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრა

~~როგორც~~ ცნობილია, პირის ღრუს მიკროფლორა უხვი და მრავალფეროვნია. მასში გვხვდება 200-ზე მეტი სახეობის მიკროორგანიზმი, რომელთა რიცხვი მილიონობით და მილიარდობით იზომება (2). იგი მუდმივ რაოდენობრივ და თვისობრივ ცვალებადობას განიცდის მთელი რიგი ფაქტორების - ეკოლოგიური სიტუაციების (რადიაციული ფონი და სხვ.), ინდივიდის კვებითი თავისებურებების, ანტიბიოტიკების, ციტოსტატიკების, არარაციონალური კვების, ასაკის (ახალშობილი, მოზუცებული), ნივთიერებათა ცვლის მოშლის, ონკოლოგიური დაავადებების, იმუნოლოგიური სტატუსის დაქვეითების და სხვათა გავლენით (1).

ყოველივე აქედან გამომდინარე, აცილებულია პირის ღრუს ყოველი დაავადების, მათ შორის - პაროდონტიტის პროფილაქტიკის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის საქმეში პირის ღრუს მიკროფლორის რაოდენობრივი და სახეობრივი შემადგენლობის შესწავლა.

ამ მიზნით, გამოვიკვლიეთ პაროდონტიტის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულთა პირის ღრუს მიკროფლორის სახეობრივი შედგენილობა.

საკვლევ მასალას წარმოადგენდა თსსუ-ის თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრაზე აღრიცხვაზე მყოფი პაროდონტიტით დაავადებულთა პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ნაცხი.

მიკროორგანიზმთა სახეობების იდენტიფიკაციისთვის გამოყენებული იყო ამჟამად მოქმედი ინსტრუქცია (4) და ამ ინსტრუქციით

გათვალისწინებული ნიადაგები და რეაქტივები, მგრძნობელობის განსაზღვრა ხდებოდა პრეპარატის აგარში დიფუზიის მეთოდით (3).

ჩვენს მიერ მიღებული იყო პაციენტების პირის ღრუს ნაცხი, რომელთაც ჰქონდათ მსუბუქი, საშუალო და მძიმე ფორმის პაროდონტიტი. სულ გამოიყო 299 შტამი და მოხდა მათი იდენტიფიკაცია. მიკრობიოლოგიური გამოკვლევის შედეგების დიფერენცირება მოვანდინეთ პაროდონტიტის სხვადასხვა ფორმის მიხედვით.

ცდის შედეგები მოცემულია ცხრილში.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პაროდონტიტის სამივე ფორმის დროს გვხვდება მიკროორგანიზმების შემდეგი სახეობები: *Staphylococcus* გვარიდან - *aureus*, *epidermidis*, *haemolyticus*; *Streptococcus*-ის გვარიდან - *agalactiae*, *pyogenes*; *Protreus vulgaris*, *Escherichia coli*, *Neisseria catarrhalis*, *Saccharomyces cerevisial* და *Candida*-ს გვარის სოკოები.

პაროდონტიტის ფორმების მიხედვით ზემოაღნიშნული სახეობები განაწილებულია შემდეგნაირად:

მსუბუქი ფორმის დროს გვხვდება ბაქტერიული ფლორის 5 სახეობა, რომლებიც შეხვედრის სიხშირის მიხედვით განლაგდნენ შემდეგი თანმიმდევრობით: *S.epidermidis* - 25,80%, *S.aureus* - 16,12%, *E.coli* - 12,90%, *P.vulgaris* - 6,45%. *S.haemolyticus* - 3,22%.

საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს ბაქტერიული ფლორა წარმოდგენილია 5 სახეობით: *S.epidermidis* - 21,59%, *E.coli* - 16,47%, *S.aureus* და *P.vulgaris* გვხვდებიან ერთნაირი სიხშირით - 6,81%, *N.catarrhalis* - 2,27%.

მძიმე ფორმის დროს გვხვდება ბაქტერიული ფლორის 5 წარმომადგენელი, რომლებიც შეხვედრის სიხშირის ზრდის მიხედვით განლაგებული არიან შემდეგნაირად: *S.epidermidis* - 27,16%, *E.cli* - 17,39%, *S.aureus* - 9,78%, *S.agalactiae* - 4,34%, *S.haemolyticus* - 1,08%.

შედეგების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ *Candida*-ს გვარის შტამები გვხვდებიან სამივე ფორმის დროს. ყველაზე დიდი რაოდენობით არის მძიმე ფორმის დროს. მათი რაოდენობა 41,30%-ია, მსუბუქი ფორმის დროს - 35,48%, საშუალო ფორმის დროს - 31,81%. სოკოს მეორე გვარი, კერძოდ, *S.cerevisuae* გვხვდება საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს მცირე სიხშირით - 1,13%. აღსანიშნავია, რომ ათივე გამოყოფილი სახეობა გვხვდება საშუალო სიმძიმის ფორმის დროს, მსუბუქი ფორმისას - 7, ხოლო მძიმე ფორმის დროს - 8 სახეობა.

პირის ღრუს მიკროფლორის სახეობრივი შედგენილობა პაროდონტიტის სხვადასხვა ფორმის დროს

№	პაროდონტიტის ფორმები	მსუბუქი ფორმა n=31		საშუალო ფორმა n=176		მძიმე ფორმა n=31	
		აბს.	%	აბს.	%	აბს.	%
1	<i>S.epidermidis</i>	8	26,80	38	21,59	25	27,16
2	<i>S.aureus</i>	5	16,12	12	6,81	9	9,78
3	<i>S.haemoliticus</i>	1	3,22	9	5,11	1	1,08
4	<i>P.vulgaris</i>	2	6,45	12	6,81	-	-
5	<i>E.coli</i>	4	12,90	29	16,47	16	17,39
6	<i>S.agalactiae</i>	-	-	8	4,54	4	4,34
7	<i>S.pyogenes</i>	-	-	6	3,40	-	-
8	<i>N.catarrhalis</i>	-	-	4	2,27	-	-
9	<i>S.cerevisiae</i>	-	-	2	1,13	-	-
10	<i>Candida</i>	11	35,48	56	31,81	38	41,30

კვლევის შედეგები აგრეთვე აჩვენებენ, რომ პაროდონტიტის დროს პროცენტულად ყველაზე მეტი რაოდენობით გვხვდება Candida-ს გვარის სოკო, ხოლო ბაქტერიული ფლორიდან - S.epidermidis შტამები.

ლიტერატურა:

1. Антоньев А.А., Бульвахтер Л.А., Глазкова Л.К., Ильин И.И. - Кандидоз кожи и слизистых оболочек // 1985, с. 5-30, 134, 152.
2. Медицинская микробиология (ред. Покровский В.И., Поджнев О.К.) // 1998, с. 73-158.
3. Методические указания по определению чувствительности микроорганизмов к антибиотикам методом диффузии в агар с использованием дисков // 1983, с. 3-15.
4. Приказ об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических- лабораториях лечебно-профилактических учреждений // 1985. с. 109-115.

**Ивериელი М., Абашидзе Н., Бисеишвили Н.,
Хецуриანი К., Хецуриანი Ш.
ВИДОВОЙ СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА
У ПАРОДОНТАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ**

РЕЗЮМЕ

У больных с различными формами пародонтита была выделена следующая микрофлора: S.aureus, S.epidermidis, S.haemoliticus, S.agalacticae, S.pyogenes, N.catarrhalis, E.coli, P.vulgaris, Candida и S.cerevisiae. Пародонтит средней тяжести вызывают 10 видов микроорганизмов, тяжелую - 7 видов, а среднюю - 6 видов. Среди вышеуказанной микрофлоры чаще всего встречается грибок Candida и штаммы S.epidermidis.

**Iverieli M., Abashidze N., Biseishvili N.,
Khetsuriani K., Khetsuriani Sh.
MICROBIOLOGICAL CONTENT OF SPECIES
AMONG PERIODONTAL PATIENTS
S A M M A R Y**

Among the patients with the other forms of periodontal diseases were: S.aureus, S.epidermidis, S.haemoliticus, S.agalacticae, S.pyogenes, N.catarrhalis, E.coli, P.vulgaris, Candida и S.cerevisiae. Medium form of disease is shown by 10 species, light by 6 and hard by 7 ones. Among the forms mostly were species of Candida and the stamms of S.epidermidis.

ENTEROBACTERIACEAE-ს ოჯახის ენტერობაქტერიული შტამების ეტიოლოგიური როლის და ტომსინის პროდუქციის შესწავლა ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების დროს

თსსუ, მიკრობიოლოგიის, ვირუსოლოგიის და იმუნოლოგიის კათედრა

თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემაში ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციები დღემდე რჩება ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემად მათი ფართოდ გავრცელების და ქიმიოთერაპიული პრეპარატების შედარებით დაბალი ეფექტურობის გამო. ავადმყოფები ჩირქოვან-ანთებითი დაავადებებით შეადგენს მთელი ქირურგიული ავადმყოფების 1/3-ს. ოპერაციის შემდგომი გართულებებიც დაკავშირებულია ჩირქოვან ინფექციებთან. ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების ეტიოლოგიური გაშიფვრა არ აღემატება 50%-ს. ეს აისახება მიკროორგანიზმების ზოგერთი ბიოლოგიური თვისებების, კერძოდ, პათოგენობის ფაქტორების არასაკმარისი ცოდნით მიკროორგანიზმების მრავალ წარმომადგენელში.

სტაციონარებში ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლის ყველაზე აქტუალურ პრობლემად დღემდე ითვლება სტაფილოკოკური ინფექციების პროფილაქტიკა და მკურნალობა. ამ მიმართულებამ დროთა განმავლობაში განიცადა არსებითი ცვლილება გრამუარყოფითი მიკროფლორის როლის დადგენასთან დაკავშირებით. პათოგენური და პირობით-პათოგენური ენტერობაქტერიების როლი აღამიანის ინფექციურ პათოლოგიაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა და აგრძელებს ზრდას (1, 2).

თანამედროვე შეხედულებით ენტერობაქტერიების წარმომადგენელთა პათოგენობა განისაზღვრება ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების სინთეზის უნარით, როგორცაა ენტეროტოქსინის, ჰემოლიზინის, ადჰეზინის ანტიგენის და სხვათა პროდუქცია. ლიტერატურული მონაცემები მოწმობს იმაზე, რომ უმრავლეს შემთხვევაში ლაპარაკია პათოგენობის პლასმიდურ ფაქტორებზე (9).

ზემოთქმულიდან გამომდინარე და იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოში მწვავედ ღვას ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების საკითხი, ნაკლებადაა შესწავლილი ენტერობაქტერიების ეტიოლოგიური როლი და ხვედრითი წონა ამ პათოლოგიის განვითარებაში, აქტუალურია საკითხის სათანადო შესწავლა. ამასთან დაკავშირებით ძალზედ მნიშვნელოვანია პათოგენური და პირობით-პათოგენური ენტერობაქტერიების პათოგენობის ფაქტორების შესწავლა, რომელთა შორის მკვლევართა უმრავლესობა წამყვან როლს მიაკუთვნებს ენტეროტოქსინებს (3,4,5,6,7).

პათოგენური და პირობით-პათოგენური ენტერობაქტერიების შტამების მიერ ბიოლოგურად აქტიური ენტეროტოქსინის პროდუქციის უნარის შესწავლა მნიშვნელოვნად აადვილებს დაავადებათა დიაგნოსტიკას, მიკროორგანიზმის ეტიოლოგიური როლის დადგენას.

ჩვენი გამოკვლევის მიზანია - ავადმყოფებიდან ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების დროს და პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირებიდან გამოყოფილი ენტერობაქტერიების ტოქსინის პროდუქციის უნარის გამოკვლევა.

გამოკვლევის მასალები და მეთოდები: შრომის შესრულებისას ჩვენს მიერ შესწავლილი მასალა შეგროვილი იქნა თბილისის სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში ჰოსპიტალიზირებული 331 ავადმყოფისაგან ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციებით. დამწვრობის რესპუბლიკური ცენტრის სხვადასხვა პროფილის ქირურგიულ განყოფილებაში მიკრობული პეიზაჟი შევისწავლეთ 142 ავადმყოფში, ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს სხვადასხვა პროფილის ქირურგიულ განყოფილებაში - 101 ავადმყოფში, ზოლო რკინიგზის საავადმყოფოს ჩირქოვანი ქირურგიის, ზოგადი ქირურგიის და ტრავმატოლოგიის განყოფილებებში - 88 ავადმყოფში. მიღებული შედეგების შედარებითი ანალიზისათვის გამოკვლევას დაქვემდებარა 86 პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირი.

სულ გამოყოფილი და იდენტიფიცირებული იქნა ენტერობაქტერიების სხვადასხვა სახეობის მიკროორგანიზმების 433 კულტურა: 190 კულტურა გამოყოფილი დამწვრობის ცენტრის განყოფილებაში ჰოსპიტალიზირებული ავადმყოფებისაგან, 108 რკინიგზის საავადმყოფოს და 135 რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილებების ავადმყოფებისაგან, 81 პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირისაგან.

ენტეროტოქსიგენობა განვსაზღვრეთ 514 კულტურაში. ნაშრომის შესრულებისას ჩვენ ვეყრდნობოდით ბერჯის ენტერობაქტერიების კლასიფიკაციას. გამოყოფილი ენტერობაქტერიების იდენტიფიკაციას ვახდენდით დ.ს.ტატარინოვა-ს მეთოდური მითითებების მიხედვით (8).

გამოყოფილი კულტურების ენტეროტოქსიგენობას ვსაზღვრავდით ბაქტის წვრილი ნაწლავის ლეიკოციტური მონაკვეთის მოდელზე De S.N, D.W. Catterji-ის მეთოდით.

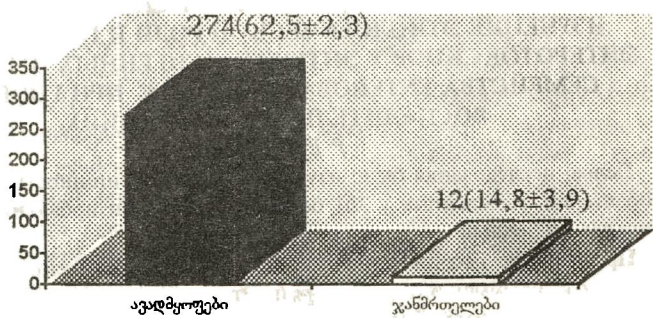
მიღებული შედეგები და მათი განხილვა. გამოყოფილი 726 კულტურიდან ენტერობაქტერიების ოჯახის სხვადასხვა წარმომადგენლების რაოდენობა იყო 433 (59,6±1,8), ზოლო სხვა ფლორისა - 293 (40,3±1,8).

საავადმყოფოების მიკრობული პეიზაჟის ანალიზმა გვიჩვენა, როგორც სახეობრივი, ისე რაოდენობრივი განსხვავება. ყველა გამოკვლეულ სტაციონარში აღინიშნებოდა ენტერობაქტერიების გამოყოფის მაღალი სისწორე, სახეობრივი მრავალფეროვნება და მათი მნიშვნელოვანი ცირკულაცია ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციებით დაავადებულებში.

განსაკუთრებით აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ენტერობაქტერიების გამოყოფა მონოკულტურაში (17,8±2,1) გაცილებით დაბალი იყო, ვიდრე ასოციაციაში (82,2±2,1).

ენტეროტოქსიგენობა განსაზღვრული იყო 433 შტამში. დადგენილი იქნა, რომ 433 შტამიდან ენტეროტოქსიგენობა დამახასიათებელი იყო ენტერობაქტერიების სხვადასხვა წარმომადგენლების 274 შტამისათვის (62,5±2,3). ენტეროტოქსიგენური კულტურების გამოვლენის მაღალი სიხშირე ახასიათებდა: *Proteus mirabilis* (78,1±1,9), *Proteus vulgaris* (73,0±2,1), *Klebsiella pneumoniae* (72,3±2,1), *Enterobacter aerogenes* (76,3±2,0), *E. coli* (51,0±2,4).

ავადმყოფებისაგან გამოყოფილ თითქმის ყველა სახეობაში გამოვლენილი იქნა ენტეროტოქსინის მასინთეზირებელი შტამები, მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი შესწავლილი სახეობების წარმომადგენელთა რაოდენობა უმნიშვნელო იყო: *Hafnia* 11 კულტურიდან, ენტეროტოქსიგენობა ახასიათებდა 6 (54,5%), *Citrobacter*-ის 7 კულტურიდან 4 (57,1%), *Proteus rettgeri*-ის 7-დან 4 (42,8%), *Edwardsiella*-ს 10-დან 4 (60,0%), *Ewingella*-ს 3-დან 1 (33,3%), *Molerella*-ს 5-დან 2 (40,0%), *Enterobacter cloacae* 5-დან 3 (60,0%), *Klebsiella ozaena*-ს 2-დან 1 (50,0%), *Klebsiella rinoscler* 10-დან 1 (100,0%), *Providencia rust* 6-დან 2 (33,3%).



პრაქტიკულად 86 ჯანმრთელ ადამიანში ენტეროტოქსიგენობა შესწავლილი იყო 81 კულტურაში. ენტეროტოქსინის სინთეზის უნარი გამოვლინდა მხოლოდ 12 კულტურაში (14,8±3,9). ენტეროტოქსინის მასინთეზირებელი ენტერობაქტერიები პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში გამოიყოფა ძალიან იშვიათად, ავადმყოფებისაგან გამოყოფილ შტამებთან შედარებით.

მიღებული შედეგების ანალიზი გვაძლევს უფლებას
ენტეროტოქსიგენური ენტერობაქტერიები ჩავთვალოთ ჩვენს რეგიონში
ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების გამოწვევის რეალურ აგენტად,
რეგიონალური ასპექტის გათვალისწინებით.

ლიტერატურა:

1. Аксенов Е.В. \ Ж. Микробиол., 1980, N11, с. 93-97.
2. Баланин Н.В., Юдитская Н.М. и др. \ Ж. Микробиол., 1984, N8, с. 32-34.
3. Бахарева Л.Н., Эберг Л.Я. и др. \ Клин. мед., 1983, N6, с.6-19.
4. Варгания Ю.П., Северцева М.К. и др. \ Бюлл. exper. биол., 1978, N2, с.150-152.
5. Далин М.В., Фиш Н.Г. Адгезины микроорганизмов \ Итоги науки и техники, Сер. микроб., 1985, Т. 16, с. 52-90.
6. Клеганов В.К., Романенков В.И. и др. \ В сб.: Острые кишечные инфекции. Л., 1980, вып. 4, с. 150-152.
7. Мнацаканов С.Т. \ Методические рекомендации, 1984, Ереван.
8. Мнацаканов С.Т. \ Дисс. на соиск. уч. степени докт. мед. наук. Ереван, 1984, с. 382.
9. Татарина Т.С. и др. (Методические указания по микробиологической диагностике заболеваний, вызываемых энтеробактериями). 1984, г. Москва.
10. Bergeus J. \ Bergeus Manual of Systematic Bactriology, 9th. ed., 1984.

Иosebашвили Т., Чиквиладзе Д.
ИЗУЧЕНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ РОЛИ И ПРОДУКЦИИ
ЭНТЕРОТОКСИНОВ У ЭНТЕРОТОКСИГЕННЫХ ШТАММОВ
СЕМЕЙСТВА ENTEROBACTERIACEAE ПРИ ГНОЙНО-
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ.

РЕЗЮМЕ

Целью исследования было изучение энтеротоксигенности в 433 штаммах энтеробактерий, выделенных у 331 больного, госпитализированных в некоторых стационарах г.Тбилиси.

Проведенное исследование показало, что энтеротоксин был выделен из 271 изученных штаммов энтеробактерий. Это дает возможность заключить, что энтеротоксигенные энтеробактерии являются одним из главных этиологических факторов в развитии гнойно-восполительных процессов в нашем регионе.

Iosebashvili T., Chikviladze D.

STUDY OF AETIOLOGIC ROLE AND ENTEROTOXIN PRODUCTION OF THE ENTEROTOXIN STRAINS FROM ENTEROBACTERIACEAE FAMILY DURING SUPPURATIVE INFECTIONS.

S U M M A R Y

The goal of this work was study of the enteropathogenity in 443 strains of enterobacteriae, isolated from 331 patients in several hospitals of Tbilisi. Results of the study showed, that enterotoxin was isolated from 274 strains of the investigated enterobacteria. This makes possible to conclude, that enterotoxigenic enterobacteria are one of the main aetiologic cause of suppurative complications in our region.

ი.კაპეტიაძე

სოიას ცილის ჰიპოქოლესტერინემული მოქმედების შესწავლა

თსსუ, შინაგან სნეულებათა №2 კათედრა

მრავალი ავტორის გამოკვლევებით ნაჩვენებია, რომ დიეტები მცენარეული ცილებით, კაზეინის შემცველ დიეტებთან შედარებით, სისხლის პლაზმაში ქოლესტერინის დონის შემცირებას იწვევს (1,6), მცენარეულ ცილებს შორის ყველაზე ამკარად გამოსახულ ქოლესტერინდამწვევ მოქმედებას სოიას ცილები იჩენენ (2,3). რაციონში სოიას ცილის იზოლატის შემადგენლობის იდენტური ამინომჟავების ნარევის გამოყენებისას ასევე მიღებული იქნა ჰიპოქოლესტერინემული ეფექტი (5). ამასთან დაკავშირებით გამოითქვა ვარაუდი (4,7), რომ სოიას ცილების ჰიპოქოლესტერინემული მოქმედება განპირობებულია მათი ამინომჟავური შემადგენლობის თავისებურებით, კერძოდ, შეფარდების ლიზინი/არგინინი დაბალი მნიშვნელობით. უკანასკნელ პერიოდამდე ცილის და ლიპიდური ცვლის ურთიერთკავშირი და ცვლილებების მექანიზმი რაციონში სოიას ცილების მნიშვნელოვანი რაოდენობით ჩართვისას პრაქტიკულად შეუსწავლელია.

წინამდებარე სამუშაოში სოიას ცილის კონცენტრატის რაციონში გამოყენებისას შევისწავლეთ თავისუფალი ამინომჟავების და ცილის ცვლის ზოგიერთი მეტაბოლიტის შემცველობა სისხლში და შარდში.

15 პაციენტი არასტაბილური გულის იმემოური დაავადებით და ჰიპერლიპიდემიით IIა ტიპის კლინიკური სტაციონარის პირობებში II დღის განმავლობაში იღებდნენ ათეროსკლეროზის საწინააღმდეგო რაციონს ნატურალურ პროდუქტებისაგან საერთო ენერგეტიკული ღირებულებით 2080 კკალ (საწყისი პერიოდი). შემდგომი 14 დღის განმავლობაში რაციონის ცილების 2/3 (უპირატესად ცხოველური წარმოშობის) შეცვლილი იყო

სოიას ცილის კონცენტრატით. თითოეული პერიოდის სოიას ცილის კონცენტრატის შემდეგ სისხლის შრატში და შარდში განვსაზღვრეთ თავისუფალი ამინომჟავების, ასევე ცილის ცვლის ზოგიერთი მეტაბოლიტის, სისხლის შრატში საერთო ქოლესტერინის და ნეიტრალური ცხიმების შემცველობა.

ცხრილში წარმოდგენილია მონაცემები სისხლში და შარდში თავისუფალი ამინომჟავების და ზოგიერთი მეტაბოლიტის შემცველობაზე გამოკვლევის ორივე პერიოდში.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, შეუცვლელი ამინომჟავების ჯამური შემცველობა სისხლის პლაზმაში დაკვირვების პერიოდში საწყისისაგან არსებითად არ იცვლება. ამასთან, ლიზინის და არგინინის აღინიშნულ შემცირებასთან ერთად სისხლის პლაზმაში იზოლეიცინის, ფენილალანინის და თიროზინის კონცენტრაციის ზრდა აღინიშნებოდა. გოგირდშემცველი ამინომჟავების დონეში არსებითი ცვლილებები დადგენილი არ იყო.

ინდექსი ვალინი/არგინინი, რომელიც ყველაზე ინფორმატიული აზოტური ბალანსის მხრივ დაკვირვების პერიოდში, რამდენადმე მცირდებოდა, რაც მთლიანად კორელირებდა აზოტური ბალანსის განსაზღვრის შედეგებთან. სისხლში შარდშეჟავას კონცენტრაცია იზრდებოდა, ხოლო კრეატინინის - მცირდებოდა. ამავე პერიოდში ნათლად გამოისახა სისხლის პლაზმაში საერთო ქოლესტერინის შემცველობის შემცირება ($2,3 \pm 0,1$ გ/ლ საწყის პერიოდში, დაკვირვების პერიოდში $2,0 \pm 0,1$ გ/ლ) ნეიტრალური ცხიმების შემცველობაში ცვლილებების არყოფნისას ($1,5 \pm 0,1$ გ/ლ საწყის პერიოდში, დაკვირვების პერიოდში $1,6 \pm 0,2$ გ/ლ).

ამინომჟავების შარდით ექსკრეციის შესწავლისას დადგენილია ორი ესენციური ამინომჟავას-ვალინის და ლეიცინის გამოყოფის შემცირება. საკონტროლო დონეზე დაბალი იყო გლიცერინის და ცისტინის ექსკრეცია შარდით. 3-მეთილჰისტიდინის ექსკრეცია შარდით სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ იცვლებოდა.

მიღებული მონაცემები საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ კვების რაციონში სოიას ცილების მნიშვნელოვანი რაოდენობით გამოყენებას სისხლის პლაზმაში ამინომჟავების იმბალანსი მოსდევს, რაც გამოისახება ლიზინის და არგინინის კონცენტრაციის გაზრდით, შარდით ცალკეული ამინომჟავების ექსკრეციის ცვლილებით. ამასთან, აღინიშნებოდა დადებითი აზოტური ბალანსი. აღნიშნული იმბალანსი, როგორც ჩანს დაკავშირებულია სოიას ცილის კონცენტრატის ცალკეული ამინომჟავების, კერძოდ ლიზინისა და არგინინის, პროტეოლიზის სხვადასხვა მსვლელობასთან, სოიას ამინომჟავური შემადგენლობის თავისებურებებთან, ქსოვილოვანი ცილების კატაბოლიზმის სხვადასხვა ინტენსივობასთან და ენდოგენურად წარმოქმნილი ამინომჟავების რეუტილიზაციასთან.

ცხრილი

პაციენტების სისხლში და შარდში თავისუფალი ამინომჟავების და ცილის ცვლის ზოგიერთი მეტაბოლიტის შემცველობა

	სისხლი		შარდი	
	საწყისი პერიოდი	დაკვირვების პერიოდი	საწყისი პერიოდი	დაკვირვების პერიოდი
ვალინი	0,27±0,02	0,26±0,03	132,0±24,0	66,0±13,0*
ლეიცინი	0,23±0,02	0,26±0,01	170,0±30,0	100,0±14,0
იზოლეიცინი	0,09±0,01	0,15±0,01*	-	-
მეთიონინი	0,024±0,002	0,030±0,003	70,0±18,0	83,0±11,0
ცისტინი	0,05±0,01	0,040±0,01	29,0±6,0	22,0±2,0*
ტრეონინი	0,13±0,01	0,14±0,01	111,0±18,0	69,0±18,0
ფენილალანინი	0,06±0,003	0,08±0,006	102,0±18,0	69,0±18,0
ტიროზინი	0,07±0,004	0,08±0,004*	143,0±20,0	130,0±22,0
ლიზინი	0,17±0,001	0,15±0,005*	86,0±13,0	53,0±18,0
ტრიფტოფანი	კვალი	კვალი	-	-
გლიცინი	0,29±0,02	0,29±0,03	166,0±163,0	1014,0±260,0*
ალანინი	0,43±0,04	0,45±0,05	300,0±70,0	260,0±50,0
არგინინი	0,13±0,01	0,07±0,04*	-	-
ჰისტიდინი	0,08±0,003	0,09±0,008	-	-
სერინი	0,16±0,001	0,14±0,005	300,0±60,0	270,0±70,0
პროლინი	0,20±0,03	0,22±0,02	-	-
ასპარგინის მჟავა	0,025±0,002	0,029±0,003	-	-
ორნიტინი	0,08±0,003	0,09±0,004	-	-
ციტრულინი	0,20±0,003	0,035±0,008*	-	-
შარდოვანა	5,4±0,3	4,7±0,3	-	-
მ-მეთილჰისტიდინი	-	-	320,0±130,0	280,0±60,0
ანსერინი	-	-	125,0±20,0	35,0±24,0
შარდმჟავა	0,40±0,002	0,050±0,002*	-	-
შუცკველი ამინომჟავების ჯამი	1,09±0,01	0,19±0,03		
ინდექსი ვანილი/არგინინი	2,08±0,2	3,71±0,1*		
ინდექსი ლიზინი/არგინინი	1,31±0,2	2,14±0,1*		

შენიშვნა: ამინომჟავების შემცველობა სისხლში მოცემულია მკმოლ/მოლ-ში; შარდში - მკმოლ/დღე-ღამეში; შარდმჟავას და კრეატინის შემცველობა - გ/ლ-ში; * $P < 0,05$.

ლიტერატურა:

1. Carrol K.K., Lipids, 1988, vol. 13, p. 360.
2. Carrol K.K., Guivanetti P., Huff M., Amer. J. Clin. nutr., 1988, vol. 31, p. 1321-1321.
3. Fukushima D., Amer. J. Clin. oil. chem. soc., 1988, vol. 56, p. 357.
4. Hinton R. Clin. chem. acta, 1983, vol. 44, p. 267.
5. Jackson R., Morisell S., Physiol. Rev., 1986, vol. 56, p. 259-316.
6. Kritchevsky D. Atherosclerosis, 1991, vol.39, p. 169-175.
7. Sugano M., J. Nutr., 1992, vol. 112, p. 855-862.

Капетивадзе И. ИЗУЧЕНИЕ ГИПОХОЛЕСТЕРЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ БЕЛКОВ СОИ

РЕЗЮМЕ

У пациентов с гиперлипидемий Па типа изучали влияние рационов: в которых значительную часть белков животного происхождения заменяли на концентрат белков сои. Установлено, что включение в рацион белков сои приводит к имбалансу аминокислот в плазме крови, изменению экскреции отдельных аминокислот с мочой, достоверному уменьшению концентрации холестерина в плазме крови.

Капетивадзе I. STUDY OF HYPOCHOLESTEROLEMIC EFFECTS OF SOYBEAN PROTEINS

SUMMARY

The effects of diets containing soybean proteins substituting a significant portion of meat proteins was studied in patients with hyperlipidemis, type II^a. It was found that soybean proteins included into the induced blood plasma amino acid imbalance, changed the excretion of some amino acids with urine and significantly diminished the blood olasma cholesterol level.

დ.კასრაძე, ა.ლევინი, ა.ლორთქიფანიძე, გ.ბურკაძე

ჰარისპირი ჯირკვლის მორფოლოგიური თავისებურებანი ბრეივისის სნეულების დროს სხვადასხვა ასაკში

მსსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა;

სან-ბურონს პირველი მონაცემთა ბანკი - სამედიცინო ცოდნის ბაზა;
მოსკოვის ექსპერიმენტული ენდოკრინოლოგიისა და ჰორმონთა ქიმიის
სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, რუსეთი

კალიფორნიის სან-ბურონს პირველ მონაცემთა ბანკისა და მოსკოვის ექსპერიმენტული ენდოკრინოლოგიისა და ჰორმონთა ქიმიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის მონაცემებით, გრეივისის სნეულება განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს 10-15 და 40-50 წლის ავადმყოფებში (1,2,3).

ჩვენ კვლევის მიზანი იყო გრეივისის სნეულებათა დროს ფარისებრი ჯირკვლის მორფოლოგიურ თავისებურებათა გამოვლენა სხვადასხვა ასაკის პაციენტებში. ვიკვლევდით 10-15, 20-35, 40-50 და 55-56 წლის ასაკობრივი ჯგუფების ავადმყოფთა ფარისებრი ჯირკვლის ბიოფსიურ მასალას. გამოვიყენეთ კვლევის მორფოლოგიური, მორფომეტრიული და სტატისტიკური მეთოდები. ჰემატოქსილინითა და ეოზინით შეღებილ ანათლებზე ვაწარმოებდით პისტოსტერეომეტრიასა და ვსაზღვრავდით ექსტრაფოლიკულური ეპითელიუმის (გამრავლების ცენტრები) და ინტრაფოლიკულური ეპითელიუმის, ასევე კოლოიდის მოცულობით წილს. ფელგანის მეთოდით ვავლენდით დნმ-ს და ვსაზღვრავდით ექსტრა- და ინტრაფოლიკულური ეპითელიუმის პროლიფერაციულ აქტივობას. ელექტრონული მიკროსკოპიის საშუალებით ელექტრონოგრაფებზე ვაწარმოებდით ეპითელიური უჯრედების კარიომეტრიული მონაცემების (ბირთვის დიამეტრი, პერიმეტრი, ფართობი, მოცულობა) და ასევე ბირთველ-ციტოპლაზმური ინდექსის გამოვლენას; გარდა ამისა, ულტრასტერეომეტრიის საშუალებით ვსაზღვრავდით ექსტრა- და ინტრაფოლიკულური ეპითელიური უჯრედების ორგანელათა მოცულობით წილს. მიღებულ ციფრულ მონაცემებს ვამუშავებდით სტატისტიკურად სტიუდენტის სარწმუნოების კრიტერიუმის გამოყენებით.

მიღებული შედეგები უჩვენებს, რომ 20-35 და 55-65 წლის ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით, 10-15 და 40-50 წლის ავადმყოფების ფარისებრი ჯირკვალში უფრო მნიშვნელოვანია ექსტრა- და ინტრაფოლიკულური ეპითელიუმის მოცულობითი წილი, ფოლიკულებში უფრო შემცირებულია კოლოიდის რაოდენობა (ხშირად სულ არ აღინიშნება, ხოლო არსებობის შემთხვევაში აქვს ნაზი მკრთალ-ვარდისფერი შეფერვა და ვაკუოლიზებული მესახედაობა), უფრო გამონატულია ექსტრა- და ინტრაფოლიკულური ეპითელიუმის პროლიფერაციული აქტივობა, უფრო

აწეულია ეპითელურ უჯრედთა კარიომეტრული ინდექსები, დასახელებულ უჯრედებში უფრო მომატებულია მიტოქონდრიების რიცხვი და უფრო თვალნათლივია გოლჯის ფირფიტოვანი კომპლექსის ჰიპერტროფია.

ყოველივე ზემოაღნიშნული გვაფიქრებინებს, რომ გრეივსის სნეულების განსაკუთრებით მძიმე მიმდინარეობა 10-15 და 40-50 წლის ავადმყოფებში განპირობებულია აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფებში ფარისებრი ჯირკვლის ექსტრა- და ინტრაფოლიკულური ეპითელიუმის განსაკუთრებით მაღალი პროლიფერაციული და ფუნქციური აქტივობით.

მიღებული შედეგების ანალიზიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ გრეივსის სნეულებით დაავადებულთა მკურნალობა სხვადასხვა ასაკში განსხვავებული უნდა იყოს.

ლიტერატურა:

1. Robbins S.L. Basis Pathology. - Philadelphia: W.B. Saunders company, 1997. - 775 p.
2. Robbins S.L. Pathologic Basis of Disease. - Philadelphia: W.B. Saunders company, 1999. - 1400 p.
3. Lortkipanidze A.T., Kasradze D.G. Problems of Gerontology and Geriatrics. - Tbilisi, 1992. - 485 p.

Касрадзе Д., Леви А., Лорткиранидзе А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА В РАЗЛИЧНОМ ВОЗРАСТЕ

РЕЗЮМЕ

Мы исследовали биопсийный материал щитовидной железы при болезни Грейвса в различном возрасте. Полученные данные показывают, что по сравнению с возрастом 20-35 и 56-65 лет, у больных возраста 10-15 и 40-50 лет, в ткани щитовидной железы обнаруживаются: более поднятые показатели объемной доли экстра- и интрафолликулярного эпителия, более сниженное содержание (если не отсутствие) коллоида в фолликулах, более повышенная пролиферативная активность клеток указанного эпителия, более высокие карิโอметрические индексы эпителиальных клеток, большее увеличение числа митохондрий и более выражения гипертрофия пластинчатого комплекса Гольджи отмеченных клеток.

Все вышеуказанное дает основание полагать: 1. Особо бурное течение болезни Грейвса в возрасте 10-15 и 40-50 лет определено высокими пролиферативной и функциональной активностями экстра- и интрафолликулярного эпителия; 2. Лечение болезни Грейвса требует разного подхода в различном возрасте больного.

Kasradze D., Levy A., Lortkipanidze A.
MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF THYROID GLAND DURING
GRAVES' DISEASE IN DIFFERENT AGES

SUMMARY

We study the biopsical materials of thyroid tissue in different aged patients under the Graves' Disease (GD). Accepted datas shown, that volume part of extra- and intrafollicular epithelium is bigger, Colloid is more diminished (when present, has a thin, pale pink, water appearance), proliferative activity of mentioned epithelium is more increased, Karyomethric indexes of epithelial cells are higher, increasing of mitochondria in number and hypertrophy of Golgi apparatus of mentioned cells are more prominent in patients aged 10-15 and 40-50 than in patients aged 20-35 and 55-65.

After all above mentioned should be concluded: 1. In patients aged 10-15 and 40-50 in especially severe clinicalcourse of GD is caused by the extremely increased proliferative and functional activity of extra- and intrafollicular epithelium, 2. Patients in various ages require different approach in the treatment.

მ.კასრადზე, ი.კეკელიძე

ბარძაყის კვლის დიაფიზური მოტანილობების
მკურნალობის შედეგობი რეპარაციის საკითხისათვის
ბავშვებსა და მოზარდებს

კლაიბედას ბავშვთა საავადმყოფო, ტრაქიმისა
და ორთოპედიის განყოფილება, ლიბეა;
თსსუ, ფიზიოლოგიის კათედრა

ბავშვებსა და მოზარდებში ბარძაყის ძვლის დიაფიზურ მოტენილობების ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენები იყო მხოლოდ ღია მოტენილობების, ქსოვილების მძიმე დაზიანების, თავის ქალას თანდართული დაზიანებისა და პოლიტრაუმის დროს. თანამედროვე პირობებში, ქირურგიული ტექნიკის სრულყოფასთან დაკავშირებით, შესაძლებელი გახდა ოპერაციული მკურნალობის ინდიკაციის გაფართოება და ქირურგიული მკურნალობის გახშირება იზოლირებული ტრავმების დროს (1,2). იზოლირებული ტრავმებისას ოპერაციული მკურნალობის უპირატესობაზე, ჩონჩხთან დაჭიმვასთან შედარებით, დღეს უკვე ბევრი ავტორიტეტული კლინიკის მონაცემები მეტყველებს (5,3,2). ამის საფუძველს, როგორც ჩანს იძლევა ის „საჭირო“ ფიზიოლოგიური პირობები, რომელსაც თავად ოპერაციული ჩარევა ქმნის მოტენილ ძვალზე: ძვლის ფრაგმენტების მყარი ფიქსაცია, შესაბამისად, ჰავერსის მიკროდეფორმაციების წარმოქმნის

ინტენსიფიკაცია, რაც აუშჯობებს და აჩქარებს შეხორცებას, აღნიშნული ფიქსაციის შენარჩუნებას ძვლოვანი კორძის წარმომქნასა და კონსოლიდაცამდე; და ბოლოს, ბიოსოციალური ასპექტი - ავადმყოფის მობილურობა, რაც მის საექთნო თუ სააპეკუნო მომსახურების გაოლებას და ხანმოკლეობას განსაზღვრავს. გარდა ამისა, ჩონჩხოვანი დაჭიმვის დროს ბავშვებში არცთუ იმეათად ადგილი აქვს ე.წ. ტრავმატოლოგიური ფსიქოზის განვითარებას; იგი გამოწვეული ბავშვის ერთ სტატიკურ პოზაში ხანგრძლივად ყოფნით და ჩვეული სოციალური გარემოდან მოცილებით; აღნიშნული მდგომარეობა ართულებს ავადმყოფის მოვლას, ერთი მხრივ, და, მეორე მხრივ, ფსიქოსომატური შედეგებიდან გამომდინარე, აფერხებს გამოჯანსაღების ნორმალურ მიმდინარეობას; ეს უკანასკნელი ფაქტორი, ინდივიდის ფსიქოემოციური სპეციფიკურობიდან გამომდინარე, პუბერტატულ და პოსტპუბერტატულ პერიოდში დიდი ფიზიოლოგიური დატვირთვისაა (4,2).

ჩვენს მიერ ექსტერნული ფიქსაციით ოპერაციული მკურნალობა ჩაუტარდა 11 ბავშვს, რომელთაც ჰქონდათ ბარძყის ძვლის დიაფიზური მოტეხილობა. 5 შემთხვევაში აღნიშნებოდა პოლიტრავმა, ხოლო 6 შემთხვევაში - იზოლირებული მოტეხილობა. 7 პაციენტს ჰქონდა დახურული მოტეხილობა, ხოლო 4-ს - ღია. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფთა მეტი ნაწილისათვის (ვისაც არ ჰქონია თავის მძიმე დაზიანება) წამოჯდომა შესაძლო იყო 2-3 დღეში, ხოლო ყვარჯენებით გავალა - 4-5 დღეში; პოსტიტალიზაციის პერიოდი იზოლირებული ტრავმის მქონე ავადმყოფებში შეადგენდა 7 დღეს, ხოლო საშუალოდ - 13 დღეს. ფიქსატორი იხსნებოდა საშუალოდ 60 დღეში ოპერაციიდან. შეუხორცებლობას ადგილი არ ჰქონია, ყველა მოტეხილობა შეხორცდა კარგად და დროულად, დამატებითი ქირურგიული ინტერვენციის გარეშე. 2 შემთხვევაში აღნიშნა ღეროს ინფექცია (მაგრამ ღეროს უკან ამოლება საჭირო არ გამხდარა), არცერთ პაციენტს არ განვითარებია ოსტეომიელიტი. პაციენტთა ნაწილობრივი დატვირთვა შესაძლო გახდა 1,5 კვირაში, პაციენტთა სრული დატვირთვა - 6-8 კვირაში; ავადმყოფთა შრომის უნარი და მოძრაობა სრულად აღდგა საშუალოდ 10-12 კვირაში. შემდგომი დაკვირვებები გრძელდებოდა საშუალოდ 24 თვის განმავლობაში: 1 სმ მეტად ფენის სიგრძე შეეცვალა ერთ ავადმყოფს; 5° მეტი ანგულაცია ფრონტალურ სიბრტყეში აღნიშნებოდა 2 ავადმყოფს, ხოლო 10° მეტი ანგულაცია საგიტალურ სიბრტყეში - ერთ ავადმყოფს. ასევე ერთ პაციენტს აღნიშნებოდა შიდა როტაციის 15° დანაკარგი.

შედარების მიზნით, შერჩევის გარეშე, ავიღეთ 6-12 წლის პაციენტთა 11 ისტორია. ბავშვები ნამკურნალები იყვნენ სკელეტური დაჭიმვით. რეზულტატები შევადარეთ ექსტერნული ფიქსაციით მკურნალობის შედეგებს. აღმოჩნდა, რომ „ტრაქციის“ ჯგუფმა პოსტიტალში დაჰყო საშუალოდ 85

დღე, კუთხოვანი დეფორმაცია აღენიშნებოდა 3 პაციენტს, 10° მეტი როტაციული დეფორმაცია - 2 პაციენტს, კიდურის სიგრძის ცვლილება 1 სმ მეტად - 2, ავადმყოფს, ხოლო ერთს - ლეროს ინფექცია, 2 შემთხვევაში განვითარდა სახსრების როგილობა, ასევე 2 შემთხვევაში - ოთხთავა კუნთის ვასტინგი. აღსანიშნავია, რომ 2 ბავშვს აღენიშნებოდა ე.წ. ტრავმატოლოგიური ფსიქოზი.

ჩვენს მიერ მიღებული შედეგები ემთხვევა ზოგიერთი ავტორის მონაცემებს: ისინი უპირატესობას ანიჭებენ ბარძაყის ძვლის დიაფიზური მოტეხილობების მკურნალობას ექსტერნული ფიქსაციის ტექნიკის გამოყენებით იზოლირებული ტრავმების შემთხვევაშიც (1,2). მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენს კლინიკაში სკელეტური დაჭიმვით მკურნალობის შედეგები ცუდი არ იყო (არ გართულებულა ოსტეომიელიტით, არ მოჰყოლია მნიშვნელოვანი ცვლილება ფეხის სიგრძეში და კიდურის მნიშვნელოვანი დეფორმაციები), მაინც მიგვაჩნია, რომ „სკელეტური დაჭიმვა საჭიროებს ავადმყოფის შემდგომ დამატებით იმობილიზაციას, ზღუდავს ფიზიოლოგიურ პროცესებს კიდურსა და ორგანიზმში მთლიანად, რაც საბოლოო ჯამში ართულებს მკურნალობის პროცესს და ახანგრძლივებს რეაბილიტაციას“ (5). ვთვლით, რომ ყოველივე აღნიშნული უკვე წარმოადგენს ჩვენებას ოპერაციისათვის. ტრავტიულ მკურნალობასთან შედარებით ქირურგიული მკურნალობა - კერძოდ, ექსტერნული ფიქსაცია იძლევა „კარგი ხარისხით შეხორცების საშუალებას“ (5). მკურნალობის აღნიშნული ხერხის გამოყენებით მინიმუმადე დადის ინფექციის, რეფრაქტურობის, დეფორმაციების, კიდურის სიგრძის ცვლილებების, განხანგრძლივებული შეხორცებისა და შეუხორცებლობის სიხშირე; ექსტერნული ფიქსაცია იძლევა ავადმყოფის ადრეული მობილიზაციის, კიდურის ფუნქციის ადრეული ნორმალიზების, ინვალიდობის პერიოდისა და რეაბილიტაციის ვადების მნიშვნელოვნად შემცირების შესაძლებლობას. ოპერაციული მკურნალობა ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის ვადას, და ამდენად, ზოგავს ეკონომიკურ და სოციალურ დანახარჯებს, რაც თან ახლავს ხანგრძლივ ჩონჩხოვან დაჭიმვას; ოპერაციული მკურნალობა ამსუბუქებს ავადმყოფის საექთნო თუ სააპეკუნო მოვლას.

ყოველივე აღნიშნული განსაზღვრავს არა მარტო დაზიანებული კიდურის აღდგენას, არამედ ორგანიზმის ვეგეტაციური, სომატური და სოციალური ფუნქციების დროულ რეპარაციას, რასაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მზარდ ორგანიზმში ვეგეტაციური და ფსიქიკური ფიზიოლოგიური პროცესების ასაკობრივი განვითარებისათვის, ტრავმატოლოგიური ფსიქოზის პრევენციისათვის.

ლიტერატურა:

1. Aronson J., Tursky E.A. External fixation for finur fractures in children. J. Pediatr. Orthp. 1992, 12: 157-163.

2. Blasier R.D., Aronson J., Tursky E.A. External fixation of pediatric femur fractures. *J. Pediatr Orthop.* 1997, 17: 342-346.
3. Davis Th.J., Topping R., Blanco J.S. External fixation of pediatric femoral fractures. *Clin Orthop. Rel. res.* 1995, 318: 191-198.
4. Gregory P., Pevny T., Teague D. Early complications with external fixation of pediatric femoral shaft fractures. *J. Orthp Trauma* 1996, 10: 191-198.
5. Stephens M.M., Hsu L.C., Leong J.C. Leg length discrepancy after femoral shaft fractures in children. *J. Bone Joint Surg.* 1989, 71 B: 615-618.

Касрадзе М., Квачадзе И.

К ВОПРОСУ РЕПАРАЦИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

РЕЗЮМЕ

В последние годы для лечения диафизарных переломов бедренной кости среди детей и подростков мы использовали скелетную тракцию и экстерную фиксацию. С одной стороны, после постепенного расширения показаний к хирургическому лечению, а с другой стороны, на основе сравнения результатов обоих вышеотмеченных методов лечения, мы рекомендуем применения экстерной фиксации для изолированных переломов бедренной кости среди детей и подростков. Привилегия указанного метода заключается в том, что он сокращает периоды реабилитации и инвалидизма и, соответственно, снижает экономические расходы и упраздняет социальные проблемы, связанные с уходом за больными. Своевременная репарация имеет огромное значение в развитии вегетативных и психических физиологических процессов в растущем организме, а также - в профилактике травматологических психозов.

Kasradze M., Kvachadze I.

THE REFINEMENT OF REPAIR FOLLOWING FEMORAL SHAFT FRACTURES' TREATMENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

R E S U M E

For several years we used skeletal traction and external fixation for fractures of femoral shaft of above mentioned methods. Now the indications for surgery have been widened and among them there are isolated femoral shaft fractures. We recommend the use of external fixation for the isolated fractures of the femoral shaft in children and adolescents.

The preference of the external fixation is that the course of fracture healing and invalidity is earlier and economic and social problems are simplified in comparison with skeletal traction application.

On one hand, timely repair has a great importance for development of vegetative and psychic normal processes in growing organisms, and on the other hand - for prevention of traumatologic psychosis.

კადრის სამსახურის სამხედრო ექიმების მიზნობრივი მომზადება - სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის ამოცანა

მსსუ, სამხედრო-სამედიცინო ფაკულტეტი

სახელმწიფოთა შეიარაღებულ ძალებში ჯარის სამედიცინო სამსახურის კადრის სახმედრო ექიმებით დაკომპლექტება ყოველთვის იყო და რჩება რთულ პრობლემად.

კადრის სამსახურის ექიმების მიზნობრივი მომზადების საჭიროებას განაპირობებს:

- 1) ორგანიზაციული ხასიათის სირთულეები, სახელმწიფოებრივი და სამხედრო-პატრიოტული აღზრდის არასრულყოფილობა. ახალგაზრდობა დაკავებული არის თუ არა თავისი სპეციალობით, იშვიათად თუ ვინმე გამოთქვამს სურვილს ნებაყოფილობით იმსახუროს ხანგრძლივი ვადის კადრის სამხედრო სამსახურში, განსაკუთრებით საჯარისო რგოლში ზოგადი პრაქტიკის ექიმისა და არა ექიმ-სპეციალისტის თანამდებობაზე;
- 2) ფსიქო-ფიზიკური დატვირთვები, ბევრ ახალგაზრდას არ შეუძლია შეერგოს სამხედრო უწყებისათვის დამახასიათებელ მკაცრ წესრიგს და დისციპლინას, ყოველდღიურ მძიმე შრომას და მცირე მატერიალურ ანაზღაურებას, სამხედრო-მომთაბარე ცხოვრებას და ა.შ.;
- 3) რეზერვის ოფიცერ-ექიმებით კადრის სამხედრო ექიმების თანამდებობის დაკომპლექტების პრობლემის გადაწყვეტის არარენტაბელობა.

დღეისთვის, მსოფლიოს თითქმის ყველა სახელმწიფომ უმაღლეს სამხედრო-სამედიცინო განათლების კერებში სამხედრო ექიმების მომზადების რაოდენობის გაზრდით უარი განაცხადა რეზერვისტების მოკლევადიან სამხედრო სამსახურში გაწვევაზე, რადგანაც: ა) მათ ესაჭიროებათ დამატებითი ნ-თვიანი მომზადება; ბ) დამატებითი მომზადება ნაკლებად ეფექტური, შრომატევადი და ძვირადღირებულია; გ) დამატებითი და ძვირადღირებული მომზადების გავლის შემდეგ დემობილიზაციამდე დარჩენილი მცირე დროის გამო, ისინი გულგრილად ეკიდებიან თანამდებობრივ მოვალეობებს, არ სრულყოფენ მთლიანად სამედიცინო სამსახურს, დაბალ დონეზე აქვთ დაყენებული სამკურნალო-პრაქტიკული ღონისძიებები, პირადი შემადგენლობის ბრძოლისუნარიანობისა და სამედიცინო ქვედანაყოფის საბრძოლო მზადყოფნის საკითხები; დ) „რეზერვისტი“ თავის საქმედებაში ყოველთვის იყო და დარჩება მხოლოდ და მხოლოდ სამოქალაქო მსოფლმშენველობის სპეციალისტი, რომელსაც არ შეუძლია განდეს ჭეშმარიტი სამხედრო ექიმი. „სამხედრო ექიმი“ უნდა იყოს არა მარტო მკურნალი ექიმი, იგი არანაკლებ „ხარისხში“ უნდა

იყოს სამედიცინო სამსახურის ოფიცერი, შეეძლოს უხელმძღვანელოს სამედიცინო კვედანაყოფს. ამრიგად, კადრის სამხედრო ექიმი შეიძლება იყოს მხოლოდ ის პიროვნება, რომელსაც უყვარს სამხედრო საქმე, რომელიც არის მისი ცხოვრების განუყოფელი ნაწილი და რომელმაც ახალგაზრდობისთანავე გადაწყვიტა გახდეს სამხედრო საქმის მსახური;

4) მომზადების ფართო სპექტრით გამოწვეული აუცილებლობა.

მრავლი ტექნიკური მიღწევა და სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემაში მუშაობის გამოცდილება საველე პირობებში მუშაობისათვის არა მარტო მიუღებელია, ოგი ეჭვქვეშ აყენებს სამოქალაქო უმაღლეს სასწავლო დაწესებულებების მიერ მომზადებული რეზერვის სამხედრო ექიმების შესაძლებლობებს, სამოქალაქო სამედიცინო პრაქტიკაში არ გეხვედბა ის საბრძოლო პათოლოგიები, რომელიც დამახასიათებელია თანამედროვე ბრძოლისათვის, კერძოდ - მრავლობითი და შერწყმული მძიმე დაზიანება.

სამხედრო ექიმის უფლება-მოვალეობანი დიდადა განსხვავებული მედიცინის დარგის ნებისმიერი სპეციალობის სამოქალაქო ექიმისაგან. სამხედრო ექიმი თავის სამხედრო ნაწილში პასუხისმგებელია: პირადი შემადგენლობის სრულყოფილ კვებაზე, მათ შესაბამის შემოსვებაზე, აბანო-სამრეცხაო მომსახურებაზე, პირადი და საზოგადოებრივი ჰიგიენის მდგომაროებაზე, მათ ფსიქო-ემოციურ სტატუსზე და ა.შ. უნდა ფლობდეს: სამედიცინო სამსახურის ზოგად ტაქტიკას, კითხულობდეს სამხედრო რუკას და შეეძლოს მასზე მუშაობა, იცოდეს სამხედრო წესდებები და დებულებები. მასში შესისხლხორციებული უნდა იყოს სამშობლოს უსაზღვრო სიყვარული, მის მიერ და მისლამი გაცემული ბრძანებების განუხრელად და დროზე შესრულების აუცილებლობა და ა.შ.

ზოგადი პრაქტიკის სამხედრო ექიმი, როგორც სპეციალისტი, უნდა ფლობდეს სამედიცინო დარგის სპეციალობათა იმ მინიმალურ ცოდნას, რომელიც აუცილებელია: 1. მაქსიმალური რაოდენობის დაჭრილთა და ავადმყოფთა სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად და შემდგომში მათი ბრძოლისუნარიანობის ასამაღლებლად; 2. საველე მუშაობის და სამედიცინო ქონების უკმარისობის პირობებში დამოუკიდებლად ამა თუ იმ გადაწყვეტილების მისაღებად.

კადრის სამსახურის სამხედრო ექიმი თანამედროვე საბრძოლო მოქმედებებში სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მისაღებად უნდა ფლობდეს დიდი მოცულობის ძალზე სპეციალურ ინფორმაციას. მაგალითად: ქირურგს უნდა შეეძლოს ოპერატიულ-ტაქტიკური თვალსაზრისით შეაფასოს მდგომაროება, უნდა იცოდეს ჭრილობათა ბალისტიკა, ჭრილობის მიმყენებელი ჭურვების მრავალსახეობა, მათი მოქმედების მექანიზმი და ა.შ.

ამრიგად, სამხედრო საქმის, სამხედრო-სამედიცინო დარგის სპეციალიზაციიდან და ჯარის სამედიცინო სამსახურის კადრის სამხედრო

ექიმებით დაკომპლექტების სირთულეებიდან გამომდინარე, სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის ამოცანად უნდა ჩაითვალოს კადრის სამსახურის სამხედრო ექიმების მიზნობრივი მომზადება.

Кацадзе З., Яковлев Р., Маисурадзе И.
ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ ПОДГОТОВКА КАДРОВЫХ ВОЕННЫХ ВРАЧЕЙ
- ЗАДАЧА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВАЖНОСТИ
РЕЗЮМЕ

В статье раскрываются проблемы укомплектования медицинской службы Вооруженных Сил кадровыми военными врачами. Основными причинами можно считать: 1. Организационный характер; 2. Психо-физические нагрузки; 3. Нерентабельность комплектования офицерами резерва должностей военных врачей.

Рекомендуется обязательная целенаправленная подготовка кадровых военных врачей.

Katsadze Z., Jakovlev R., Maisuradze I.
THE PURPOSFUL TRAINING OF STAFF MILITARY
DOCTORS IS A GOAL OF STATE IMPORTANCE
SUMMARY

The article tells about the problems of staffing the military doctors in a medical service of armed forces. These problems have the following reasons: 1. Organizational character; 2. Psycho-physical meaning; 3. Unprofitableness of staffing the reserve officers on the posts of cadre service officer-doctors.

The purposful training of cadre military doctors is necessarily recommended.

ზ.კაცაძე, გ.ბუჯანიშვილი, ზ.ბუჯანიშვილი

ჯარის სამედიცინო უზრუნველყოფის სამსახურის
სტატუსისა და ღირებულებების პრობლემები და მათი
გადაწყვეტის გზები

თსსუ, სამხედრო-სამედიცინო ფაკულტეტი

შეიარაღებულ ძალებში ჯარის სამედიცინო უზრუნველყოფის სისტემის მოწყობის პრინციპებიდან გამომდინარე, გადასინჯვას დაქვემდებარებულ მრავალრიცხოვან პრობლემათა შორის ერთ-ერთ ძირითად

ქეკუთხელს წარმოადგენს სამედიცინო სამსახურის სტატუსისა და დაქვემდებარების პრობლემის გადაწყვეტა, რომლის შედეგად შესაძლებელი გახდება მასზე დაკისრებული მოვალეობის სრულყოფილი შესრულება.

სამედიცინო სამსახურის, - რომელსაც თავის მრავალრიცხოვანი სამსახურებრივი ფუნქცია-მოვალეობების შესრულების გარდა ევალება რამდენიმე სამსახურის (საბრძოლო, ტექნიკური, ფიზიკური, სურსათ-სანოვავის, სანიეთე და ა.შ.) ზოგიერთი ასპექტის მაკონტროლებელი ფუნქცია, - არავითარ შემთხვევაში არ უნდა იმყოფებოდეს რომელიმე ზემოაღნიშნული სამსახურის ხელმძღვანელის დაქვემდებარებაში. თავისი მოვალეობების კეთილსინდისიერად შესრულების მიზნით, იმყოფებოდეს ისეთი ხელმძღვანელის დაქვემდებარებაში, რომლის დაქვემდებარებაში იმყოფება ყველა ზემოაღნიშნული სამსახური.

დღეისათვის, ჩვენ აღმოჩნდით ისეთი ფაქტის წინაშე, როდესაც ბევრად მრავალრიცხოვანი, მშვიდობიანი და საომარი მოქმედებისათვის ყოვლად აუცილებელი, მებრძოლის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის შენარჩუნების, ნაწილისა და შენაერთების ბრძოლის-უნარიანობის და საბრძოლო მზადყოფნის დიდი გარანტი - სამედიცინო სამსახური - შედის იმ სამსახურის დაქვემდებარებაში, რომლის სამსახურების მრავალრიცხოვანი ასპექტების მაკონტროლებელი ფუნქციები მას აკისრია, კერძოდ: პირადი შემადგენლობის კვების სრულფასოვნება და ხარისხი (მათ შორის, დიეტური და სამკურნალო), სასადილოების, სურსათ-სანოვავე საწყობების სანიტარული მდგომარეობა და მათში შეტანილი პროდუქტების ხარისხი, სამხედრო-სავაჭრო, საცხოვრებელი ტერიტორიებისა და წყალმომარაგების ობიექტების სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობისა და წყლის ხარისხის კონტროლი, დროულად აბანო-სამრეცხავის მომსახურება, მისი რეგულარობა და ახრისხი, თეთრეულისა და ფორმის ტანსაცმლის რეცხვა და მათ სანიტარულ მდგომარეობაზე კონტროლის დაწესება და ა.შ.

მშვიდობიანი პერიოდის გამოცდილებით, ჯარის ნაწილებში მრავალი ნაკლოვანების ძირითადი მიზეზი არის ზურგის სამსახურის არასრულყოფილი მუშაობა, ხოლო ყველა ზემოაღნიშნულ საკითხებზე კონტროლის დაწესება ევალება მისივე დაქვემდებარებაში მყოფ სამხედრო-სამედიცინო სამსახურს, რომელიც დაქვემდებარებიდან გამომდინარე, სხვადასხვა მიზეზის გამო (მათ შორის, ზურგის დაქვემდებარებაში მყოფ სამსახურში ნაკლოვანებების აღმოჩენის შემთხვევაში, ზურგის უფროსების ბრძანებებით ხშირად პირადი შემადგენლობის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის საზიანოდ, სამსახურებრივი მოვალეობების შესრულებიდან მოწვევით მათვე და არა უშუალოდ სამსახურების უფროსებს, ავალებს აღნიშნული ნაკლოვანებების გამოსწორებას და ა.შ.) სრულყოფილად ვერ ასრულებს მასზე დაკისრებულ მოვალეობებს და ხშირად გამოსწორების ზომების მიუღებლად ყველა უარყოფითი ინფორმაცია „იკეცება“ ამავე სამსახურში.

ომების ისტორიამ თვალნათლივ დაგვანახა ის, რომ კარგად ორგანიზებული ჯარის სამედიცინო ობიექტი არის ადამიანი-მებრძოლი, მსოფლიოს შეიარაღებულ ძალებში ჩადგა ჯარის საბრძოლო უზრუნველყოფის სხვა დამოუკიდებელ სახეობებთან ერთად (საბრძოლო, ზურგის, ტექნიკური და ა.შ.) ერთ რიგში და მიიღო იმ ფაქტორის მნიშვნელობა, რომელიც პირდაპირ მიაგრთულია მოწინააღმდეგეზე გამარჯვების მისაღწევად.

საომარი მოქმედებების გამოცდილება მოწმობს იმას, რომ სამედიცინო სამსახურის მიერ გადასაწყვეტი სამკურნალო-საევაკუაციო ამოცანების ოპერატიულობისა და მუშაობის ავტონომიურობის ამაღლებისათვის, სარდლის (მეთაურის) და სამედიცინო სამსახურის მართვის სისტემაში „შუალედური“ და პრაქტიკულად არაფრის გადამწყვეტი რგოლის (ზურგის) არსებობა არის ხელისშემშლელი წარმატების მისაღწევად.

მსოფლიოს დამოუკიდებელი სახელმწიფოების შეიარაღებული ძალების სტრუქტურის ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ჩვენს სამხედრო-პროფესიონალების გამოცდილებაში შემორჩენილი, ყოფილი სსრკ-ს, დღეისათვის პოსტსაბჭოური სივრცის სახელმწიფოების შეიარაღებულ ძალებში არსებული ჯარის სამედიცინო უზრუნველყოფის სამსახურის სტატუსისა და დაქვემდებარების პრობლემები საჭიროებს სასწრაფო სრულყოფას.

მშვიდობიან და საომარ მოქმედებებში ჯარის სამედიცინო უზრუნველყოფის სამსახურის მიერ თავისი მოვალეობის სრულყოფილად შესრულების მიზნით საქართველოს შეიარაღებული ძალებისათვის რეკომენდებულია:

- 1) სამედიცინო უზრუნველყოფის სამსახური გამოყვანილი იქნეს ზურგის დაქვემდებარებიდან და განისაზღვროს როგორც დამოუკიდებელი უზრუნველყოფის სახეობა;
- 2) სამედიცინო სამსახურის მართვისა და კონტროლის სრულყოფილი სისტემის ჩამოყალიბების მიზნით განხორციელდეს სამხედრო სამედიცინო-სანიტარული სამმართველოს უფროსის თავდაცვის მინისტრის ან გენერალური შტაბის უფროსის უშუალო დაქვემდებარებაში გადაყვანა.

ლიტერატურა:

1. Краснопеов И.И., Нечаев А.П., Буджевич Е.В., зайцев С.Ф., Ведерников А.С. Организация медицинской службы основных стран НАТО. Справочник. МО СССР. Москва. Военное издательство, 1983, с. 6-219.

**Кацадзе З., Бежанишвили Г., Бугианишвили З.
ПРОБЛЕМЫ СТАТУСА И ПОДЧИНЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

РЕЗЮМЕ

В статье раскрывается зависимость полноценности медицинского обеспечения войск от статуса и подчиненности медицинской службы. Для повышения эффективности управления, контроля лечебно-эвакуационного обеспечения и возможности автономной работы рекомендовано: 1. Службу медицинского обеспечения вывести из подчиненности тыла и определить самостоятельный вид обеспечения войск наряду с боевым, техническим, тыловым и т.д. обеспечением. 2. Начальником медицинской службы подчинить командирам, а начальника управления медицинской службы - министру обороны или начальнику генерального штаба.

**Katsadze Z., Bezhanishvili G., Bugianishvili Z.
THE PROBLEMS OF STATUS AND SUBORDINATION IN MEDICAL
SUPPORT SERVICE OF ARMY AND THE WAYS
OF THEIR SOLUTION**

SUMMARY

The article tells about the dependence of medical support completeness in army on the medical service status and subordination problems. To raise the effectiveness of management and control of medical evacuation support and autonomous working ability of medical service, is recommended: 1. To free the medical support service from the subordination of the rear service and to define it as an independent one as the militant, rear, technical and other services are. 2. To subordinate the chief of medical services to the commander, and the chief of medical service management department to the minister of defence or the chief of Armed Forces Staff.

აკაკიტაძე, ნ.ციხისკარიშვილი

**მამაკაცების ანდროგენული ალოპეციის
მკურნალობა პროსკარით**

თსსუ, დერმატო-ვენეროლოგიის კათედრა

ანდროგენური ალოპეცია გამელოტების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ფორმაა, რომლითაც უმეტესწილად ავადდებიან მამაკაცები. დედამიწაზე მცხოვრებ გენეტიკური მიღრეკილების მქონე მამაკაცთა 1/3

გამელოტების სწორედ ამ ტიპით არის დასწავლებული. მისი პათოგენეზის შესახებ არსებობს რამდენიმე შეხედულება. ზოგი ავტორი ყველაზე მნიშვნელოვნად მიიჩნევს მამაკაცებისა და ქალების სასქესო ჰორმონების თანაფარდობის დარღვევას ანდროგენების რაოდენობის მატებით, ხოლო სხვანი წამყვან როლს ანიჭებენ სქესობრივი სფეროს დისფუნქციის (იმპოტენცია, აზოოსპერმია). დაავადების პირველი ნიშნების გამოვლენა შესაძლოა ნებისმიერ ასაკში, მაგრამ ყველაზე ხშირად გვხვდება 22-25 წლის მიღწევისას. ანდროგენური ალოპეციის ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის საკითხების გაურკვევლობა და დაავადების მდგრადი, ქრონიკული მიმდინარეობა განაპირობებს მისი მკურნალობის სირთულეს.

უკანასკნელ წლებში დერმატოზის განვითარების მექანიზმის ასახსნელად გამოიყენება ანდროგენურ და ესტროგენურ ჰორმონებს შორის ფიზიოლოგიურად წონასწორობის დარღვევა ესტროგენების შემცირებით და მასთან ერთად, უჯრედული მემბრანების განვლადობის ცვლილება, რაც აიოლებს თმის ფოლიკულებზე ჰორმონების ზემოქმედებას.

პროსკარი (ფინასტერედი) - სინთეტიური 4-აზოტეროიდული ნაერთი წარმოადგენს უჯრედშიდა ფერმენტის 5-ალფა რედუქტაზის ახალი კლასის სპეციფიკურ ინჰიბიტორს, რომელიც ტესტოსტერონს გარდაქმნის უფრო აქტიურ ანდროგენად - დიჰიდროტესტოსტერონად. პრეპარატის მიღებიდან 24 საათის განმავლობაში 5-ალფა რედუქტაზის ინჰიბირების შედეგად, სისხლის მიმოქცევის სისტემაში შეიმჩნევა დიჰიდროტესტოსტერონის კონცენტრაციის შემცირება.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ანდროგენური ალოპეციის სამკურნალოდ პათოგენეტიკური თვალთახედვით ჩვენ მიზანშეწონილად მოგვაჩნია პროსკარის გამოყენება.

საკვლევი ჯგუფი შედგებოდა ანდროგენური ალოპეციის სხვადასხვა ფორმით დაავადებული 22-34 წლის ასაკის 29 მამაკაცისაგან. დაავადების ხანგრძლივობა განისაზღვრებოდა 1-დან 15 წლამდე. ყველა პაციენტმა, ჩვენთან მიმართულებით, გაიარა ამა თუ იმ სახის თერაპია: თხევადი აზოტით მასაჟი, ლაზეროთერაპია, დ'არსონვალის დენი, სხვადასხვა მაღაძობისა და ბალნაშამის (სილოკასტი, აქტოვეგინი) შეზღვევა, რომლებმაც სასურველი შედეგი არ გამოიღო.

ჰამილტონის კლასიფიკაციის მიხედვით პაციენტები დანაწილდნენ შემდეგნაირად:

- მე-2 ტიპი - საფეთქლების ორმხრივი გამელოტება (6 შემთხვევა);
- მე-3, მომიჯნავე ტიპი (3 შემთხვევა);
- მე-4 ტიპი - შუბლ-საფეთქლის ღრმა გამელოტება. აღირიცხებოდა აგრეთვე შუბლის შუა ხაზის გამელოტება (ასაკოვნებში თმების ამ სახის დაკარგვას თან სდევს მათი გაიშვიათება თხემის წილში) - 8 შემთხვევა.
- მე-5 ტიპი - შუბლ-საფეთქლის გამელოტების ზრდა და თხემის წილის გამოხატული გამიშვლება (7 შემთხვევა).

მე-6 ტიპი - თმების მზარდი ცვენა ორივე ოლკალიზაციაში, მათი თანმიმდევრული შერწყმით (2 შემთხვევა);

მე-7 ტიპი - შუბლის, საფეთქლის და თხემის წილების გამელოტების ზონების ზრდა, რომლებიც გაყოფილია გაიშვიათებული თმების ვიწრო ზოლებით (2 შემთხვევა).

მე-8 ტიპი - გამელოტების ამ ზონების სრული შერწყმა (1 შემთხვევა).

ამგვარად, ჰამილტონის მიხედვით დააგადებული შერწყმის IV-V ტიპის გამელოტება. მნიშვნელოვან კლინიკურ ნიშანს წარმოადგენდა გრძელი თმების თანდთანობითი ჩანაცვლება გაწვრილებულებით, რომლებიც დროთა განმავლობაში მოკლდებოდა და კარგავდა პიგმენტს. ეს პროცესი შეიძლება დაწყებულიყო ნებისმიერ ასაკში პუბერტული პერიოდის დასრულების შემდეგ და კლინიკურად მკაფიო გამოხატულებას იჩენდა 17 წლის ასაკში. ფოლიკულების სიდიდის შემცირებას თან სდევდა ანაგენური ფაზის შემცირება და თმების ცველის გარდაუვალი ზრდა ტელოგენურ ფაზაში. ამ უკანასკნელთან ერთად აღირიცხებოდა თმების ღერძული დამატების შემცირება. სწორედ ეს ფაზა იპყრობდა ავადმყოფის ყურადღებას და აიბულებდა მას მისულისეო ექიმთან. საჭიროა აღინიშნოს, რომ გრძელი თმების ჩანაცვლება უფრო წვრილებით ხასიათდებოდა გარკვეული განაწილებით - კარგად გამოხატულ შემთხვევებშიც კი ოგი არ მოიცავდა თავის თმის საფარის უკანა და გვერდით მხარეებს. გამელოტების გამოჩენას საფეთქლებზე მოსდევდა თხემის წილი გამელოტებაც. მოგვიანებით, დროთა განმავლობაში, შუბლის გამელოტება თანდათანობით ფართოვდებოდა და ერწყმოდა გამელოტების სხვა ზონებს და შუბლის მთელი წილი იფარებოდა მხოლოდ მეორადი ღინძლით, რომელიც გარკვეული დროის შემდეგ აგრეთვე იკარგებოდა. გამელოტების აღნიშნული ტიპები ნაწილობრივ განპირობებული იყო გენეტიკური ფაქტორებით, რომელთა დასაბუთება არ იყო რთული საოჯახო სურათების კოლექციით. ცვლილებათა განვითარების სიჩქარე აგრეთვე განპირობებული უნდა ყოფილიყო მემკვიდრეობით. ასე მაგალითად, 29 შემთხვევიდან 19 მემკვიდრეობით იყო დამძიმებული. საჭიროა აღინიშნოს, რომ 4 შემთხვევაში თავის თმის საფარის კანზე ჩნდებოდა პარაკერატოტული ხასიათის ქერცლი (ქერტლი). მისი რაოდენობა დროთა განმავლობაში მატულობდა და გარკვეული პერიოდის შემდეგ იწყებდა ქერტლის თვითცვენა ტანსაცმელზე. ზოგიერთ შემთხვევაში ამ პროცესს თან სდევდა ქავილი, აღნიშნებოდა თმის სიმშრალე, მისი გაწვრილება და ცვენა, რის შედეგად ვითარდებოდა სიქაჩლე. სახის კანი ამ დროს ხდებოდა მშრალი, იქერცლებოდა და იოლად ღიზინდებოდა. ზოგიერთ შემთხვევაში იზრდებოდა კანის თხევადი ცხიმის სეკრეცია, რომელიც ფარავდა თავს და აძლევდა კანს გაჭინილ ელფერს. თმები ხდებოდა ცხიმოანი, წებოვანი და შეწებების შედეგად იღებდა ლოლუების ფორმას. სახის კანზე მნიშვნელოვნად ფართოვდებოდა თმების

ფოლიკულების შესართავები, საიდანაც გამუდმებით გამოიყოფა კანის ცხიმი.

პროსკარი ინიშნებოდა 24 საათში 1 მგ. ყველა ავადმყოფი მონოთერაპიას გადიოდა 3-12 თვის განმავლობაში. პრეპარატის მიღების პირველი თვის ბოლოს 7 პაციენტში ფოლიტკულოზი აპარატის გამოცოცხლების სახით აღინიშნა უმნიშვნელო დადებითი ეფექტი. 3 თვის შემდეგ 14 ავადმყოფში აღინიშნა დადებითი კლინიკური ეფექტი, გამოხატული თმების ცვენის შეჩერებით, ცალკეული ოსტიტური თმების ზრდით და ფოლიკულოზი აპარატის გამოცოცხლებით გამელოტების კერაში. თერაპიის 6 თვის შემდეგ დამაკმაყოფილებელი შედეგი, ოსტიტური თმების ზრდით გამელოტების კერებში, აღინიშნა დაავადებულთა 75%-ში. 4 დაავადებულში კლინიკური ეფექტი ვერ იქნა მიღწეული. პრეპარატისადმი ამტანიანობა იყო დამაკმაყოფილებელი.

კვლევის შედეგები მოწმობენ, რომ ყველაზე გამოხატული თერაპიული ეფექტი აღინიშნა ჰამილტონის მიხედვით IV-V ტიპის გამელოტებისას, ხოლო იმ პაციენტებში, რომლებშიც თერაპიული ეფექტი არ აღინიშნა, დომინირებდა გამელოტების მე-2 ტიპი.

ამგვარად, ანდროგენური ალოპეციის დროს პროსკარი წარმატებით შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც დამოუკიდებელი სამკურნალო საშუალება. მკარი კლინიკური დინამიკის მიღწევისათვის საჭიროა პრეპარატის რეგულარული მიღება 12 თვის განმავლობაში.

ლიტერატურა:

1. Kaufman K.D., Olsen E.A., Whitigo D. // Finasteride in the treatment of men with androgenetic alopecia. J. Am. Acad. dermatol., 1998, v. 339, p. 578-589;
2. Waldstreicker I., Fiedlei V., Hordinsky M. // Effects of finasteride on dihydrotestosterone content of scalp skin in men with male pattern baldness (Abstract). J. Invest. Dermatol., 1994, v. 102, p. 6-15.

Кацитадзе А., Цицкаришвили Н.

ПРОСКАР В ЛЕЧЕНИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У МУЖЧИН

РЕЗЮМЕ

С целью лечения андрогенной алопеции у мужчин предложен проскар - ингибитор 5-альфа редуктазы. Препарат назначался в дозе 1 мг в сутки. Курс лечения продолжался от 3 до 12 месяцев. Выраженный клинический эффект отмечен у больных с IV-V типом облысения по Гамильтону. У больных со II типом облысения клинического эффекта не было.

Katsitadze A., Tsiskarishvili N.

PROSCAR IN THE TREATMENT OF MEN WITH ANDROGENIC ALOPECIA

SUMMARY

Proscar - inhibitor of 5- α reductase is offered for the treatment of men with androgenetic alopecia. Preparation was prescribed in dose of 1 mg in 24 hours. The course of the treatment lasted from 3 to 12 months. Well-pronounced clinical effect was observed in patients suffered from IV-V type of baldness in accordance with Hamilton. In case of II type of baldness the clinical effect was not revealed.

მ.კატაძე, მ.გოთუა, ნ.ძანჯავიძე

პატისა და ძაღლის კარშიდა ალერგენების როლი ატოპიის ფორმირებაში

**თსსუ, პედიატრიის კათედრა,
ექი-ს ალერგოლოგიისა და იმუნოლოგიის განყოფილება**

ბოლო ათწლეულის მანძილზე აღინიშნება ატოპიურ დაავადებათა, განსაკუთრებით კი ბრონქული ასთმის, ატოპიური დერმატიტიისა და ალერგიული რინიტის ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების განუხრელი ზრდა. ეს მონაცემები მნიშვნელოვნად მაღალია ბავშვებსა და მოზარდებში. გამოანგარიშებულია, რომ მსოფლიოს ბავშვთა და მოზარდთა პოპულაციის დაახლოებით 1%-დან 20%-მდე დაავადებულია ბრონქული ასთმით, ხოლო 20%-ს აქვს ალერგიული რინიტი (B.Lundback, 1998). ბავშვთა შორის ასთმისა და ალერგიის შესწავლის საერთაშორისო პროგრამის - ISAAC-ის მიხედვით დასავლეთის ზოგიერთ ქვეყანაში ასთმური სიმპტომების სიხშირე დაახლოებით 40%-მდე აღწევს (ISAAC Steering Committee, 1998).

ატოპიის ფორმირება მრავალ ფაქტორთანაა დაკავშირებული, რომელთაგან აღსანიშნავია რეგიონის კლიმატოგეოგრაფიული თავისებურებანი, ცხოველების თანამედროვე წესი, ეკოსისტემის მომატებული რადიაციული ფონისა და სხვადასხვა პოლუტანტის ზემოქმედება, გენეტიკური ფაქტორები, დედა-ნაყოფის ურთიერთქმედება, თამბაქოს წვევა და სხვა (J.Smith, 1993).

ატოპიური დაავადებების ფორმირებასა და მათ კლინიკურ მანიფესტაციაში ერთ-ერთ მნიშვნელოვან როლს ასრულებს კარშიდა, კერძოდ კი, კატისა და ძაღლის ალერგენები. მსოფლიოს სამეცნიერო ლიტერატურის მონაცემებით, მათ მიმართ სენსიბილიზაციის და შემდგომში ალერგიული პათოლოგიის განვითარება დაკავშირებული არა მხოლოდ მითითებული ალერგენების კონცენტრაციასა და ექსპოზიციის

ხანგრძლივობაზე, არამედ იმაზეც, თუ განვითარების რომელ ეტაპზე მოქმედებენ ისინი. არსებობს მონაცემები იმის შესახებ, რომ ბავშვებს, რომლებსაც მუცლადყოფნის პერიოდში დედის საშუალებით ჰქონდათ უწყვეტი კონტაქტი კატის ალერგენებთან, ჩამოუყალიბდათ ტოლერანტობა მათ მიმართ (A.Thomas et al., 1990).

კატის არსებობა ბინაში მნიშვნელოვნად ზრდის მისი ალერგენის კონცენტრაციას ოთახის მტკვერში. კერძოდ, 1 გ სინჯში ამ ალერგენების კონცენტრაცია შეიძლება მერყეობდეს 10-დან 15000 მკგ-მდე, ხოლო ბინებში, სადაც კატა არ ჰყავთ, ან რომლებიც კარგად გაიწმინდა კატის მოცილების შემდეგ, ამ უკანასკნელთა კონცენტრაცია შეიძლება 1 მკგ-ზეც ნაკლები იყოს (GINA, 1995).

ზოგიერთი ავტორის მიხედვით, სენსიბილიზაციის განვითარებისათვის აუცილებელი არ არის უშუალო კონტაქტი ცხოველებთან. კერძოდ, იაპონიაში ჩატარებულ გამოკვლევებში ნაჩვენებია, რომ ბრონქული ასთმის მქონე პაციენტების 34%-ს, რომლებსაც ბინაში არ ჰყავდათ კატა, ამ ცხოველის ალერგენების მიმართ აღენიშნებოდათ სენსიბილიზაცია, რასაც ხსნიდნენ გარემოში არსებული კატის ალერგენების ზემოქმედებით. იმავე შრომაში ნაჩვენებია, რომ ბრონქული ასთმის მქონე, კატასთან უშუალო კონტაქტში მყოფი პაციენტების სისხლის შრატში კატის ბეწვის მიმართ სპეციფიკური IgE-ს ანტისხეულები აღმოაჩნდა 70%-ს, ე.ი. 2-ჯერ მეტ პაციენტს ზემოთ აღნიშნულთან შედარებით. ეს მიუთითებს კატის ალერგენთან უშუალო კონტაქტის მაღალ მასენსიბილიზებულ თვისებებზე (K. Ichikawa et al., 1998; F.Gynteborg, 1998).

ექსპერიმენტული და პისტოპათოლოგიური კვლევებით დადგენილია კატის ალერგენის განსაკუთრებულად მაღალი ალერგენობა. Fel d 1 წარმოადგენს კატის ძირითად ალერგენს. ოგი არის ჰეტეროდიმერული ამინომჟავა ორი ჯაჭვით (70-90/92). კატის ალერგენების მიმართ სენსიბილიზირებულ პაციენტთა 90%-ს სისხლის შრატში აღენიშნება მომატებული IgG და IgE ანტისხეულები Fel d 1-ის მიმართ. el d 1-ის ფორმირება ხდება კატის ცხიმოვან, სანერწყვე და ანალურ ჯირკვლებში, საიდანაც დიდი რაოდენობით ხდება ცხოველის ბეწვზე. კატის ალერგენების ფორმირება რთული პროცესია. მასში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ენდოკრინული ფაქტორებიც (B.Stadler et al., 1995).

ალერგია ძაღლის ალერგენების მიმართ ისე გავრცელებული არ არის, როგორც კატის ალერგენების მიმართ, მაგრამ ამ აგენტს მანც ენიჭება მნიშვნელობა ატოპიის ფორმირებაში, რადგან ალერგით დაავადებულთა თითქმის 30%-ს აღენიშნება დადებითი კანის სინჯი ძაღლის ალერგენს შემცველ ექსტრაქტთან (GINA, 1995).

კატისა და ძაღლის ალერგენების კარშიდა ექსპოზიციის ზემოქმედება ბავშვთა ასაკში ატოპიის მრავალფეროვან მანიფესტაციაზე გენეტიკური და

ასაკობრივი ფაქტორების გათვალისწინებით ნაკლებადაა შესწავლილი მსოფლიო ლიტერატურაში.

წარმოდგენილ ნაშრომში გამოკვლეული იყო ISAAC-ის I ფაზაში მონაწილე 11-12 და 18-19 წლის ასაკობრივი ჯგუფების პოპულაციები, რომელთაგან მიხნად დავისახეთ გამოგვეყო რანდომიზირებულად შერჩეული, მემკვიდრულად დატვირთული ბავშვები და მოზარდები, რომლებსაც არა ნაკლები ორი წლისა განუწყვეტელი კონტაქტი ჰქონდათ კატისა და ძაღლის კარშიდა აღერგენებთან.

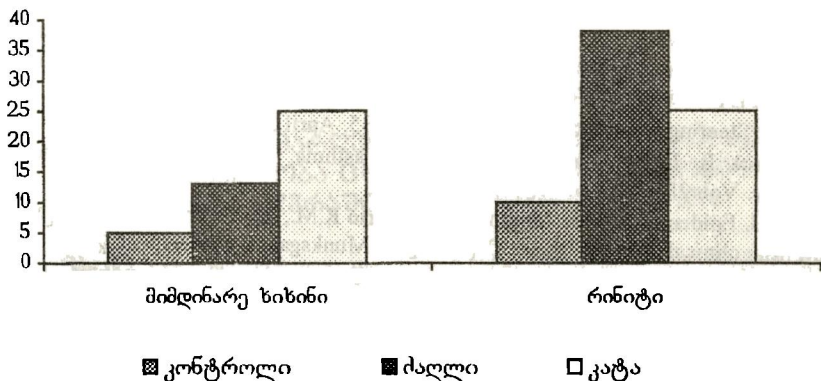
გამოკვლევაში მონაწილეობდა 11-12 წლის ბავშვებში, რომლებსაც ოჯახში ჰყავდათ ძაღლი, ოდესმე ხიხინის სიმპტომის პროცენტული მაჩვენებელი იყო 62,5% ($P < 0,026$), მიმდინარე ხიხინისა კი - 12,5%, ოგვე სიმპტომების სიხშირე კატის შემთხვევაში შეადგენდა შესაბამისად 50%-ს და 25%-ს. ქვეილით მიმდინარე გამონაყარის პროცენტული მაჩვენებელი ზემოთ აღნიშნულ ორივე ჯგუფში იყო 50%, ხოლო რინიტის სიხშირე ძაღლთან კონტაქტში მყოფ ბავშვებში შეადგენდა 37,5%-ს, კატასთან კი - 25%-ს. ბავშვებში, რომლებსაც არ ჰყავდათ სახლში კატა ან ძაღლი, ოდესმე ხიხინის სიხშირე იყო 23%, მიმდინარე ხიხინის - 5,1%, ქვეილით მიმდინარე გამონაყარის სიხშირე - 24,4%, რინიტისა კი - 10,3% (იხ. სურათი №1).

18-19 წლის მოზარდების ანალოგიური გამოკვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ოდესმე ხიხინის სიხშირე ძაღლთან კონტაქტში მყოფ პოპულაციაში შეადგენდა 25%-ს და საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნო იყო მიმდინარე ხიხინთან დაკავშირებით ($p < 0,047$). ქვეილით მიმდინარე გამონაყარის სიხშირე ძაღლის მქონე ჯგუფში იყო 9,1%, კატის აღერგენების ექსპოზიციის დროს კი - 12,5%. რინიტის მაჩვენებელი ძაღლის აღერგენებთან კონტაქტის დროს იყო 18,2%, ხოლო კატის შემთხვევაში - 37,5% ($p < 0,035$), ოგვე ასაკის მოზარდებში, რომლებსაც არ ჰყავდათ ცხოველები, აღნიშნული მაჩვენებლები შემდეგა: ოდესმე ხიხინი - 10,7%, მიმდინარე ხიხინი - 4,5%, ქვეილით მიმდინარე გამონაყარი - 5,1%, რინიტი - 10,13% (იხ. სურათი 2).

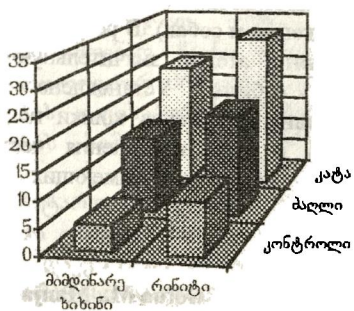
ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ატოპიის განვითარებაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს კარშიდა აღერგენების, კერძოდ კი ძაღლისა და კატის აღერგენების ზემოქმედებას.

აღსანიშნავია ძაღლთან შედარებით კატის აღერგენების უფრო მაღალი მასენსიბილიზებელი თვისებები, რაც გამოვლინდა 18-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში კატასთან უშუალოდ კონტაქტში მყოფ პირებში აღერგეული რინიტისა და მიმდინარე ხიხინის სიხშირის სტატისტიკურად სარწმუნო მომატებით.

სურათი 1
 კატისა და ძაღლის ალერგენების ზეგავლენა ატოპიის გამოვლინებაზე
 11-12 წლის ბავშვებში



სურათი 2
 კატისა და ძაღლის ალერგენების ზეგავლენა ატოპიის გამოვლინებაზე
 18-19 წლის პირებში



■ კონტროლი ■ ძაღლი □ კატა

ლიტერატურა:

1. GINA - Global Initiative for asthma Management and Prevention NHLBI, WHO. 1995.
2. Gyntelberg F. Pet animals and allergy. Ugeskrift for Laeger - Jun., 161 (23); 1999. 3467.
3. Ichikawa K., Iwasaki E., Baba M., Chapman M.D. High prevalence of sensitization to cat allergen among Japanese children with asthma, living without cats. Comment in: Clin Exp Allergy 1999. Jun; 29 (6): 725-8.
4. ISAAC Steering Committee, The Lancet. vol. 35. April 25, 1998: 1225-1232.
5. Lundback B. Epidemiology of rhinitis and asthma. Clinical and Experimental Allergy. Vol. 28, 1998: 8-12.
6. Smith J. Epidemiology. In: Mygind N., Naclerio R.M., eds Allergic and non-allergic rhinitis: clinical aspects, 1th ed. Copenhagen: Munksgaard, 1993: 15-21.
7. Thomas A.E., Nayne R., Robert C., Martin D. Report of the Third International Workshop on Indoor Allergens and Asthma. September 19-21, 1990: 27-32.

Качаравა М., Готუა М., Манჯავიძე Н.
РОЛЬ ДОМАШНИХ АЛЛЕРГЕНОВ КОШКИ И СОБАКИ
В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИИ
РЕЗЮМЕ

Целью настоящей работы являлось изучение формирования атопии у рандомизированной популяции 453 детей и подростков с аллергологически отягощенной наследственностью, включенных в первую фазу исследования ISAAC, у которых на протяжении двух лет и более были непрерывные контакты с домашними аллергенами (кошек и собак). В результате проведенного наблюдения установлено, что в развитии атопии значительную роль играет воздействие аллергенов кошки и собаки. Установлено также более высокое сенсибилизирующее действие аллергенов кошки по сравнению с аллергенами собаки, что проявлялось в виде повышения частоты текущих хрипов и аллергических ринитов у подростков, имеющих непрерывные контакты с аллергенами кошек.

Kacharava M., Gotua M., Manjavidze N.
THE ROLE OF INDOOR CAT AND DOG ALLERGENS IN THE
DEVELOPMENT OF ATOPY
SUMMARY

The aim of the study was to investigate the development of atopy in randomized population of 453 children and adults with positive history of atopy involved in ISAAC Phase I study, who had permanent contacts with indoor cat and dog allergens during

and more years. Significant role of the indoor allergens of pets in the development of atopy was established. strong sensitizing effects of indoor cat allergens in comparison with dogs were revealed by increasing of the frequency of symptoms of current wheezing and rhinitis in adults having permanent contacts with indoor cat allergens.

ო.კველიშვილი, ნ.მეგრელიშვილი

**ბულ-სინსლაპარკვითა სინსტემის გვგომარეობის
მიმდინარეობა ცხოველთა რეზისტენტობის
განსაზღვრავში კრამ-სინდრომის დროს**

ოსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი

სტიქიურ უბედურებათა პროგნოზირების შეუძლებლობა და ლოკალურ საომარ მოქმედებათა შედეგად დაშავებულთა დროული და ადექვატური სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შერჩევა-ჩატარების პრობლემატურობა განაპირობებს კატასტროფის კერებში დაშავებულთა დაზიანების სიმძიმისა და ხარისხის შესაბამისად დოფერენცირების საკითხის აქტუალობას. ამ მიმართულებით პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება შესაძლოა მხოლოდ ექსპერიმენტში მოდელირებული პათოლოგიური პროცესების სიმძიმის კრიტერიუმების დადგენისა და ორგანიზმის რეზისტენტობის გამოკვლევის მეშვეობით.

კრამ-სინდრომი ექსტრემალურ მდგომარეობათა შორის ერთ-ერთ გავრცელებულ და პათოგენეზურად ჯერ კიდევ არასრულყოფილად შესწავლილი პრობლემაა. ამდენად, ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სწორედ ამ უმძიმეს პათოლოგიურ პროცესში კარდიო- და ჰემოდინამიკურ მაჩვენებელთა ცვლილების თავისებურებათა დადგენა და მათი გამოყენება პათოლოგიური პროცესის სიმძიმისა და ორგანიზმის რეზისტენტობის შესაბამისად.

ექსპერიმენტები ჩატარდა ზრდასრულ ვირთაგვებზე. კრამ-სინდრომის მოდელირებას ვახდენდით ცხოველის ორივე ბარძაყის კუნთზე მარწუხების მაქსიმალური მოჭერით. დაკვირვება მიმდინარეობდა დინამიკაში ყოველ 15 წუთში ექვს საათიანი კომპრესიისა და დეკომპრესიის მანძილზე.

შეისწავლებოდა: მიოკარდში მიმდინარე ბიოელექტრული და ბიომექანიკური პროცესები პოლიკარდიომოგრაფიული მეთოდით, ცენტრალური ჰემოდინამიკის მაჩვენებლები - საშუალო არტერიული წნევა საძილე არტერიის კათეტერიზებით, ზოგადი პერიფერიული წინააღმდეგობა და გულის სისტოლური მოცულობა - ტეტრაპოლარული რეოგრაფიის

მეთოდით, გულის რიტმის მართვის მარეგულირებელი მექანიზმები - ვარიაციული პულსომეტრიის მეთოდით.

რეზისტენტობის მიხედვით გამოიყო ცხოველთა სამი ჯგუფი:

1. არარეზისტენტული - ცხოველები, რომლებიც დაიხოცნენ დეკომპრესიის პროცესში (N=7)

2. ნაკლებ რეზისტენტული - ცხოველები, რომლებიც დაიხოცნენ დეკომპრესიის შემდეგ (N=11)

3. რეზისტენტული - ცხოველები, რომლებიც გადარჩნენ და იცოცხლეს მეორე დღესაც (N=12)

მიღებული მასალის ანალიზით აღმოჩნდა, რომ პირველი და მეორე ჯგუფის ცხოველები ფონური კარდიო- და ჰემოდინამიკური მაჩვენებლებით ურთიერთმსგავსნი იყვნენ და განსხვავდებოდნენ მესამე ჯგუფის ცხოველებისაგან. კერძოდ: ორივე მათგანს (მესამე ჯგუფთან შედარებით) მაღალი ჰქონდათ საშუალო არტერიული წნევა (130 ± 5), (110 ± 5), პერიფერიული წინააღმდეგობა ($7,5 \pm 0,8$), ($4,9 \pm 0,5$) და ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკური განყოფილების (AMo) ტონუსი ($48 \pm 3,2$), ($30 \pm 1,9$).

კომპრესიის დაწყებდან 30 წუთი შემდეგ I და II ჯგუფის ცხოველებში ჰემოდინამიკურ მაჩვენებელთა მხრივ არსებითი ცვლილებები არ აღინიშნებოდა, ხოლო 50-ე წუთზე პირველ ჯგუფში ადგილი ჰქონდა არტერიული წნევის დაცემას (130 ± 5 -დან 90 ± 10 მმ.ვცხ. სვეტამდე) პერიფერიული წინააღმდეგობის შემცირების გამო ($7,5 \pm 0,8$ -დან $5,3 \pm 0,5$ -მდე) და მიოკარდის ჰიპოდინამიის სინდრომის განვითარებას. ჩამოთვლილი კარდიო- და ჰემოდინამიკური ძვრები პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობისას სულ უფრო ღრმავდებოდა, რაც კომპრესიიდან 120-150 წუთისათვის ცხოველთა სიკვდილს იწვევდა. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ კომპრესიიდან 60 წუთის მანძილზე, მიუხედავად გულისცემათა სიხშირის შემცირებისა, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკური ნაწილის აქტივობა კვლავ მაღალი რჩებოდა, ხოლო შემდგომ პროგრესულად მცირდებოდა.

რაც შეეხება მეორე ჯგუფის ცხოველებს, ამ შემთხვევაშიც კომპრესიის ადრეულ პერიოდში (30-ე წუთზე) კარდიო- და ჰემოდინამიკურ მაჩვენებელთა ცვლილებები პირველი ჯგუფის ცხოველთა ანალოგიურად მიმდინარეობდა, თუმცა მიოკარდის ჰიპოდინამიური სინდრომის ჩამოყალიბების პროცესი ნაკლებად ინტენსიური იყო. პირველი ჯგუფის ცხოველებისაგან განსხვავებით, საგრძნობლად მატულობდა ვეგეტატიური ნერვული სისტემის პარასიმპათიკური ნაწილის (ΔX) აქტივობის მაჩვენებელი ($4,2 \pm 0,6$ -დან $7,9 \pm 1,1$ -მდე), რაც გულის რიტმის მართვის მარეგულირებელ მექანიზმთა ახალ, შედარებით ეკონომიურ რეჟიმზე

გადასვლით აიხსნება. კომპრესიიდან 220 ± 10 წუთის მანძილზე პათოლოგიური პროცესი შედარებით სტაბილურობით ხასიათდებოდა, ხოლო მომდევნო პერიოდში, დეკომპრესიიდან 10-15 წუთის შემდეგ საშუალო არტ. წნევის კრიტიკულად დაცემასა და გულისცემათა სიხშირის შემცირებას თან ერთვოდა მიოკარდის ჰიპოქსიამიის სინდრომის გაღრმავება, რაც ცხოველთა სიკვდილს იწვევდა.

მესამე ჯგუფის (რეზისტენტულ) ცხოველებს კომპრესიის მთელ მანძილზე (6 სთ) კარდიო- და ჰემოდინამიკურ მაჩვენებელთა მხრივ სარწმუნო ცვლილებები არ აღენიშნებოდათ, თუ არ ჩათვლით კომპრესიიდან 90-ე წუთზე არტერიული წნევის დაქვეითებას 90 ± 5 მმ.ვცხ. წთ. სვეტამდე, ძირითადად გულის სისტოლური მოცულობის შემცირების გამო. კომპრესიის მთელ მანძილზე აღინიშნებოდა ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკური და პარასიმპათიკური ნაწილების აქტივობის მონაცვლეობა, თუმცა უმეტეს შემთხვევაში პარასიმპათიკური ნაწილის აქტივობა მეტი სარწმუნოებით გამოირჩეოდა. მარწუხების ახსნის შემდეგ საშუალო არტერიული წნევის ხანმოკლე (40 ± 10 წუთის მანძილზე) შემცირება და მიოკარდიუმის ჰიპოქსიამიის სინდრომის ნიშნები 60 წუთის შემდეგ ქრებოდა და კარდიო- და ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები კვლავ ფონურ მნიშვნელობებს უბრუნდებოდნენ.

ამდენად, რაც უფრო მაღალია ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკური ნაწილის ტონუსი, მით მეტია გულის რიტმის მართვის მარეგულირებელ მექანიზმთა დამაბულობის ხარისხი და ნაკლებია ორგანიზმის საკომპენსაციო-შეგუებითი მექანიზმების შესაძლებლობანი და რეზისტენტობის უნარი კრამ-სინდრომის დროს.

ლიტერატურა:

1. Крейнес В.М. нарушение кардио и гемодинамики при синдроме длительного раздавливания и их детоксикационная коррекция. Физиол. журн. Украины, 1984. т.30, №6, с. 746-750.
2. Черникова Л.М. и др. Изменения в миокарде при синдроме длительного раздавливания. Патол. физиология и эксперим. терапия, 1985, вып. 4, с. 23-29.
3. Heglund U. Hypoxia and reoxygenation-two mechanisms for tissue injury in ischemia and shock. Ups. Med. Sci. 1988, 93(2), p. 127-129.
4. Lipid Peroxidation Processes in Liver and Spleenin during the crush-syndrome. Bulletin of Scines, Tbilisi, 156, N2, 1997, P. 326-328.

Кевлишвили О., Мегрелишвили Н.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
ПРИ КРАШ-СИНДРОМЕ

РЕЗЮМЕ

В эксперименте на белых крысах установлено, что чем выше тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы (при одинаковых показателях частоты сердечных сокращений), тем выше степень напряжения регулирующих механизмов управления сердечным ритмом и меньше возможности компенсаторно-приспособительных механизмов организма при краш-синдроме.

Kevlishvili O., Megrelishvili N.

THE DEFINITION OF THE ROLE OF CARDIOVASCULAR SYSTEM DURING
THE CRUSH-SYNDROME

SUMMARY

The higher is the tonus of symphatic part of vegetative nervous system providing the same index of heart contractions, the higher degree of heart rhythmus regulating tension mechanisms and less possibilities of compensatory-adaptational mechanisms of organism and its resistance during crush-syndrome is achieved.

ო.კეველიშვილი, ნ.მეგრელიშვილი

**მუღ-სისხლპარღვტა სისტემაში წარმომხნილ ღარღვევტა
კროჟიღაშტიბა კრღ-სინღრომის ღროს**

ოსსშ, ექსპერიმენტული ღ კლინიკური მეღციღნის ს/კ ინსტიტუტი

თანამედროვე სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის მიუხედავად, სულ უფრო მატუღობს უკანასკნელ პერიოღში გავშირებული სტიქიური უბედურებებითა ღ საომარი მოქმედებების შედეგად დამავებულთა რიცხვი, რომელთა შორის კვლავაც მალღლია ლეტღლური გამოსავალი. ექსტრემღლურ პირობებში დამავებულთა შვეღლისა ღ გადარჩენის საკითხი კვლავაც მწავედ დგას როგორც სამეღციღნო სამამვეღლო სამსახურის, კლინიციღტების, ასევე ექსპერიმენტული მეღციღნის წინაშე, რადგან პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება კატასტროფის მსხვერპლთა გღდასარჩენად შესაძლებელია მხოლოდ ექსპერიმენტში მოღღლორებული ექსტრემღლური სიტუაციების პათოგენეზის შესწავლის, ორგანიზმის რეზისტენტობის კრიტერიუმების დადგენის ღ მიღებული შედეგების

საფუძველზე ადექვატური სამკურნალო ღონისძიებების შერჩევა-ჩატარების შედეგად.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა კრამ-სინდრომის განვითარების ადრეულ ეტაპებზე ჩვენს მიერ გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში გამოვლენილ დარღვევათა პროგრესირების შეჩერება და ცხოველთა რეზისტენტობის გაზრდა, რისთვისაც გამოიყენებოდა 1. ტრანკვილიზატორი პრეპარატი - სედუქსენი და 2. მიკროცირკულაციისა და სისხლის რეოლოგიური თვისებების მომწესრიგებელი პრეპარატი - ტრენტალი.

ექსპერიმენტები ჩატარებული იქნა 30 ზრდასრულ ვირთაგვავზე. კრამ-სინდრომის მოდელირებას ვახდენდით ცხოველის ორივე ბარძაყის კუნთზე მარწუხების მაქსიმალური მოჭერით ექვსი საათის განმავლობაში. ექსპერიმენტში დაკვირვება მიმდინარეობდა დინამიკაში 15 წუთიანი ინტერვალით, როგორც კომპრესიის, ასევე დეკომპრესიის შემდეგ. მოწყულტიდან 30 წუთის შემდეგ ცხოველის მუცლის ღრუში შეგვყავდა ტრენტალისა და სედუქსენის შემდეგი კომბინაცია: 1 მგ/კგ ტრენტალი + 5 მგ/კგ სედუქსენი. შეისწავლებოდა: მიოკარდიუმში მიმდინარე ბიოელექტრული და ბიომექანიკური პროცესები პოლიკარდიოგრაფიული მეთოდით, ცენტრალური ჰემოდინამიკის მაჩვენებლები: საშუალო არტერიული წნევა - საძილე არტერიის კათეტერიზაციით, ზოგადი პერიფერიული წინააღმდეგობა და გულის სისტოლური მოცულობა - ტეტრაპოლარული რეოგრაფიის მეთოდით, გულის რიტმის მართვის მარეგულირებელ მექანიზმთა ცვლილება - ვარიაციული პულსომეტრიის მეთოდით.

აღნიშნულ ექსპერიმენტებს წინ უძღოდა ექსპერიმენტთა საკონტროლო სერია - კრამ-სინდრომი მკურნალობის გარეშე, სადაც გამოიყო ცხოველთა სამი ჯგუფი:

1. არარეზისტენტული - ცხოველები, რომლებიც დაიხოცნენ დეკომპრესიის პროცესში (N=7)
2. ნაკლებ რეზისტენტული - ცხოველები, რომლებიც დაიხოცნენ დეკომპრესიის შემდეგ (N=11)
3. რეზისტენტული - ცხოველები, რომლებიც გადარჩნენ და იცოცხლეს მეორე დღესაც (N=12)

ამ ექსპერიმენტთა შედეგების ანალიზით დადგინდა, რომ რაც უფრო მაღალია ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკური განყოფილების ტონუსი გულისცემათა ერთნაირი სიხშირის დროსაც კი, მით მეტია გულის რიტმის მართვის მარეგულირებელ მექანიზმთა დამაბულობის ხარისხი და მით ნაკლებია ორგანიზმის საკომპენსაციო-შემგუებლობით მექანიზმთა შესაძლებლობანი და რეზისტენტობის უნარი კრამ-სინდრომის დროს.

მიღებული შედეგების ანალიზით კომბინირებული თერაპიის ჩატარების შედეგად გამოიყო ცხოველთა 3 ჯგუფი: 1. ცხოველები, რომელიც დაიღუპნენ კომპრესიის პროცესში. სიცოცხლის ხანგრძლივობა 300 ± 17 წთ ($n=4$). 2.

ცხოველები, რომლებიც დაიღუნენ დეკომპრესის შემდეგ. სიცოცხლის ხანგრძლივობა 180 ± 20 წთ ($n=10$). 3. ცხოველები, რომლებიც გადარჩნენ ($n=16$).

დადგინდა, რომ საკონტროლო სერიის პირველი ჯგუფის ცხოველებთან შედარებით თერაპიის შედეგად ამავე ჯგუფის ცხოველები გამოიხატა არსებითი პოზიტიური შედეგი, კერძოდ, კომპრესიიდან 230 წუთის განმავლობაში შენარჩუნებული იყო საშ. არტერიული წნევის ფონური მნიშვნელობა (120 ± 5 მმ.ვც.სვ.), და 40 წუთის შემდეგ განვითარებული მიოკარდის ჰიპოქინამიის სინდრომი. ხოლო ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ცვლილების მაჩვენებელი პარამეტრები მიუთითებენ სიმპათიკური ნაწილის მაღალ აქტივობაზე ($AMo - 58 \pm 3$, $\Delta X - 4,5 \pm 0,9$). შემდგომ ადგილი ჰქონდა არტერიული წნევის თანდათანობით დაქვეითებას ვწყ. სვეტის 70 ± 10 მმ-მდე, რაც განპირობებული იყო გულის სისტოლური და წუთმოცულობის შემცირებით. პარალელურად სულ უფრო ღრმავდებოდა მიოკარდუმის ჰიპოქინამიის სინდრომი, რომელიც გულის შეკუმშვის უნარიანობის დაქვეითების ერთ-ერთი მაჩვენებელია, და რაც 300 ± 20 წუთის შემდეგ ლეტალური გამოსავლის მიზეზი ხდებოდა. ამავე დროს, სედუქსენ+ტრენტალის თერაპიული ეფექტი გამოიხატა ცხოველთა რეზისტენტობის გაზრდით, რაც დადასტურდა არა მარტო ექსპერიმენტში დაღუპულ ცხოველთა რიცხვის შემცირებით საკონტროლო სერიასთან შედარებით, არამედ მათი სიცოცხლის გახანგრძლივების კომპრესიის დროს. მეორე ჯგუფის ცხოველებში, საკონტროლო სერიის ამავე ჯგუფთან შედარებით, კომპრესიიდან 300 წუთის განმავლობაში კარდიო- და ჰემოდინამიკურ მაჩვენებელთა მხრივ არ გამოხატულა სტატისტიკურად სარწმუნო ცვლილებები, მხოლოდ დეკომპრესიამდე 60 წუთით ადრე შეიმჩნეოდა საშუალო სიმძიმის მიოკარდიუმის ჰიპოქინამიის სინდრომი და ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკური ნაწილის აქტივობა, რაც ასევე საგრძნობლად მომატებული პარასიმპათიკური ნაწილის აქტივობის ფონზე მიმდინარეობდა ($AMo - 52 \pm 4$ -დან 62 ± 5 -მდე)($\Delta X - 5,2 \pm 0,9$ -დან 12 ± 6 -მდე). დეკომპრესიიდან 30 წუთის შემდეგ საშუალო არტერიული წნევის დაცემა 80 ± 10 მმ-მდე, რომელიც 120 წუთის განმავლობაში იყო შენარჩუნებული, შემდგომში სულ უფრო პროგრესირდებოდა და გაღრმავებული მიოკარდის ჰიპოქინამიის სინდრომის ფონზე წნევის კრიტიკული დაცემა ცხოველთა დაღუპვას განაპირობებდა.

მესამე ჯგუფის ცხოველები საკონტროლო სერიაშიც გამოირჩეოდნენ მაღალი რეზისტენტობით, რასაც განაპირობებდა მიოკარდიუმის შეკუმშვის უნარის, ჰემოდინამიკურ მაჩვენებელთა და გულის რიტმის მართვის მარეგულირებელ მექანიზმთა ლაბილურობა, ამიტომ ექსპერიმენტულ თერაპიის შედეგად მარეგულირებელ მექანიზმთა პარამეტრების მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ აღინიშნებოდა. განსაკუთრებით

აღსანიშნავია პრეპარატ სედუქსენისა და ტრენტალის ფონზე მიღწეული ვეგეტატიურ სტრუქტურათა დაძაბულობის ოპტიმალური ბალანსი. სედუქსენისა და ტრენტალის ერთობლივი მოქმედებით გამოხატული დადებითი ეფექტი დაკავშირებულია ტრენტალის ზემოქმედებით სისხლის რეოლოგიური თვისებების გაუმჯობესებისა და მიკორცირკულაციის მოწესრიგებასთან, მიოკარდის შეკუმშვის უნარის გაუმჯობესებასთან სედუქსენის პირდაპირი ინოტროპული მოქმედებისა და მისი ტრანკვილიზური ეფექტის გამო.

ამრიგად, კრამ-სინდრომის ადრეულმა პროფილაქტიკამ ტრენტალ-სედუქსენის კომბინაციით, განაპირობა ცხოველთა რეზისტენტობის ზრდა პათოლოგიური პროცესის გახანგრძლივება და ლეტალური გამოსავლის შემცირება ექსპერიმენტში. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ განვითარებული მნიშვნელოვანი პათოლოგიური ძვრების პროგრესირების შესაჩერებლად და ორგანიზმის რეზისტენტობის ასამაღლებლად პირველადი დახმარების ღონისძიებების ჩატარებისას კატასტროფის კერებში მიზანშეწონილია ჩვენს მიერ შესწავლილი პრეპარატების (სედუქსენი, ტრენტალი) ან მისი ანალოგების გამოყენება.

ლიტერატურა:

1. Исаев М.Р. и др. Некоторые вопросы патогенеза, клиники и лечения синдрома длительного сдавливания. Вест. хирургии им. Грекова, 1980 г. - 125, с. 125-128.
2. Эделева Н.В. Особенности изменений центральной гемодинамики у пострадавших с тяжелой механической травмой в зависимости от характера повреждений. Анестезиология и реаниматология, 1987, №6, с. 50-52.
3. Erdmann E. Changes in myocardial contractility during chock. Acta nestesiol. Belg., 1988, 39 (3 suppl. 2), p. 155-158.

Кевляшвили О., Мегрелияшвили Н.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ КРАШ-СИНДРОМЕ

РЕЗЮМЕ

Ранняя профилактика краш-синдрома комбинацией Трентал-Седуксен определила увеличение резистентности животных и уменьшение летального исхода. Таким образом, для задержки прогрессирования значительных патологических изменений сердечно-сосудистой системы и повышения резистентности организма при проведении спасательных работ и оказании первичной помощи пострадавшим в очагах катастроф целесообразно использование изученных нами препаратов (Трентал, Седуксен) или их аналогов.

Kevlishvili O., Megrelishvili N.
PREVENTION OF CRDIOVASCULAR SYSTEM VIOLATIONS
DURING THE CRUSH-SYNDROME
SUMMARY

The early prevention of crush-syndrome by trental-seduxen combination defines increase of animal's resistance and decrease of lethal cases number. Thus, it is the utilization of our preparations (trental, seduxen), or its analogs, during the carrying of rescue workshops in the nidus of catastrophes and rendering the first aid to patients to detent the considerable pathological changes of the cardiovascular system and increase of the resistance of their organisms.

რ.კვერენჩხილაძე, ვ.რეხვიაშვილი

**პროფესიული რეპროდუქტოლოგიის პრობლემა საშპს
მასალათა მრეწველობის მაგალითზე**

ოსსუ, შრომის ჰიგიენისა და პროფესიულ დაავადებათა კათედრა

საზოგადოების განვითარების თანამედროვე ეტაპზე მნიშვნელოვანია ქალთა დასაქმება მოღვაწეობის სხვადასხვა სფეროში. ეროვნული მეურნეობის თითქმის ყველა დარგში დასაქმებულია ქალთა მნიშვნელოვანი კონტინგენტი. ქალის ორგანიზმი, მთელი როგი ფიზიკური და ფიზიოლოგიური თავისებურებების გამო, განსაკუთრებით მგრძობიარეა გარემოს ფაქტორების მოქმედების მიმართ. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანი სამედიცინო, ეკონომიკური და სოციალური პრობლემაა დასაქმებულ ქალთა შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვა.

გართულებელი თანამედროვე დემოგრაფიული და ეკოლოგიურ-ჰიგიენური მდგომარეობის კომპლექსი საბაზრო ეკონომიკაზე გარდამავალი პერიოდისათვის დამახასიათებელი სოციალურ-ეკონომიკური ხასიათის პრობლემასთნ ერთად აქტუალურს ხდის მომუშავე ქალისა და მისი შთამომავლობის შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის საკითხების რაციონალიზაციის პრობლემას.

გარემოსა და ადამიანის, კერძოდ, ქალის ორგანიზმის გართულებული ურთიერთდამოკიდებულებების პრობლემის შეფასებისათვის მკვიდრდება ტერმინი „ეკოლოგიური რეპროდუქტოლოგია“ (3,4). საწარმოო რისკ-ფაქტორების როლის განხილვასთან მიმართებით უფრო მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ტერმინი „პროფესიული რეპროდუქტოლოგია“, რომელიც უფრო კონკრეტულია და ასახავს საწარმოო ფაქტორების მოქმედების შედეგს მომუშავე ქალთა ორგანიზმსა და მის შთამომავლობაზე.

საქართველოში ფართოდ განვითარებული საშენ მასალითა მრეწველობის საწარმოები ხასიათდება საწარმოო გარემოსა და შრომითი პროცესის უარყოფით ფაქტორთა ნაირგვარი კომპლექსებით, რომელიც გავლენას ახდენს დარგში ფართოდ დასაქმებულ ქალთა და მათი შთამომავლობის ჯანმრთელობასა და ფიზიკურ-ფიზიოლოგიური განვითარების მთელ რიგ მაჩვენებლებზე.

ყურადღებას იქცევს მომუშავეთა გინეკოლოგიური ავადობის დონის თავისებურებანი, რომელიც მიღებულია კლინიკური გასინჯვისა და ავადობის მასალის სტატისტიკური შესწავლის შედეგად. კერძოდ, კლინიკურ-ფუნქციური გამოკვლევისას ყოველ 100 გასინჯულზე გამოვლინდა გინეკოლოგიური დაავადებების 50,3 შემთხვევა (განსხვავება კონტროლისაგან სარწმუნოა, $t=3,0$), ხოლო ავადობის სტატისტიკური შესწავლისას ძირითადი ჯგუფის ქალთა შორის გინეკოლოგიური დაავადება აღინიშნება მხოლოდ 2-3 შემთხვევაში ყოველ 100 მომუშავეზე (განსხვავება კონტროლისაგან სარწმუნო არა არის, $t=1,6$). ეს ფაქტი უნდა აიხსნას, ძირითადად, ნაკლები მიმართვიანობით სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებისადმი. ამასთან ერთად უნდა გავითვალისწინოთ, რომ საშუალო ადგილზე ჩატარებული მასობრივი კლინიკური გასინჯვისას უფრო აქტიურად მიმართავენ პირები გარკვეული პათოლოგიით ან ჩივილებით, რითაც აიხსნება ასეთი მნიშვნელოვანი განსხვავება ამ ორ მაჩვენებელს შორის.

გინეკოლოგიური დაავადებების სტრუქტურაში ყურადღებას იქცევს საშვილოსნოს ყელისა და მისი დანამატების ანთებითი პროცესები, აგრეთვე მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევა და საშვილოსნოს ყელის ეროზია. ორსულობისა და აბორტის შემდგომი პერიოდის გართულებების მომატებული დონე, მენსტრუალური ფუნქციის დარღვევასთან ერთად, მიუთითებს ძირითადი ჯგუფის ქალთა ორგანიზმის მეტ დაზიანებაზე საწარმოო გამაღიზიანებლის მოქმედების შემდეგ.

მშობიარობის მიმდინარეობის გართულებათა საერთო დონე ძირითადი ჯგუფის მუშებს შორის (28,8 შემთხვევა 100 გამოკვეთულზე) 1,5-ჯერ მაღალია საკონტროლო ჯგუფის მაჩვენებელთან შედარებით ($t=2,9$). მისი სტრუქტურა ძირითად და საკონტროლო ჯგუფებში ერთმანეთისაგან განსხვავდება სარწმუნოების მაღალი ხარისხით ($X^2=26,3$). გართულებათა სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უკავია სანაყოფე წყლების ნაადრევ დაღვრას.

განსაკუთრებით უნდა შევჩერდეთ ნაადრევი მშობიარობის განვითარების სიხშირეზე - 1,7-ჯერ მეტად კონტროლთან შედარებით ($t=1,9$), რომელსაც ძირითადი ადგილი უკავია პერინატალური ავადობისა და სიკვდილობის მიზეზთა შორის ორსულობის გართულებებისაგან განსხვავებით, ნაადრევი მშობიარობის სიხშირე ძირითად ჯგუფში

მატულობს მუშაობის სტაჟის ზრდასთან ერთად, განსაკუთრებით კი - მომუშავე ქალთა ასაკის ზრდასთან ერთად.

ახალშობილთა ადრეული ადაპტაციური პროცესების მიმდინარეობის ხასიათის შესწავლით გამოვლინდა მთელი რიგი დამახასიათებელი თავისებურებები. ახალშობილთა განვითარების ანომალიებიდან აღსანიშნავია დღენაკლულობა, ასფიქსია.

შესწავლილი დარგის საწარმოთა ძირითადი ჯგუფის მუშათა ბავშვები ხასიათდებიან დედის რძით კვების გვიან დაწყებით, აგრეთვე სხეულის საწყისი მასის დაკარგვის უფრო დიდი მაჩვენებლებით.

ახალშობილთა დაავადებების სტრუქტურაში ძირითადი ადგილი უკავიათ ცერებრულ დარღვევებს და ალერგიულ დაავადებებს.

დარგში მომუშავეთა 2 წლამდე ასაკის ბავშთა განვითარებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლამ ვერ გამოავლინა არსებითი განსხვავება ძირითადი და საკონტროლო ჯგუფების ბავშვთა ფიზიკური და ფსიქო-ფიზიოლოგიური გენვითარების ტემპებში. ჩვენს მიერ გამოვლენილი განსხვავების ტენდენციები 18-24 თვის ასაკისათვის მთლიანად ნიველირდება.

ბავშვთა ავადობის სტრუქტურაში ყურადღებას იქცევს სუნთქვის ორგანოების (2-ჯერ ხშირად კონტროლთან შედარებით), აგრეთვე ალერგიული დაავადების მაღალი დონე.

ახალშობილებისა და ბავშვთა ფიზიკური და ფსიქო-ფიზიოლოგიური განვითარების ტემპებში არსებული გადახრები იწვევენ მათი დედების დროებითი შრომის უუნარობის ფურცელზე გადასვლას ავადმყოფი ბავშვის მოვლის გამო. მისი დონე ძირითად ჯგუფში სტატისტიკურად სარმუნოდ მომატებულია შემთხვევათა რიცხვი - 2,4-ჯერ ($t=8,04$), ხოლო შრომის უუნარობის დღეები - 2,5-ჯერ ($t=8,40$).

უნდა აღინიშნოს, რომ სამენ მასალათა მრეწველობის საწარმოებში მომუშავეთა შორის განვითარებული სპეციფიკური ცვლილებები სისტემაში „დედა-ნაყოფი-ახალშობილ-ბავშვი“ უფრო ზომიერ ხასიათს ატარებს ქიმიურ წარმოებებთან შედარებით (2,5). რაც ანდა აიხსნას დარგის საწარმოების პროფესიულ ფაქტორთა სპექტრში აქტიური ქიმიური აგენტის ნაკლები როლით.

ამასთან ყურადღებას იქცევს ის გარემოება, რომ მოუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა პროფესიული ჯგუფი ხასიათდება პროფესიულ ფაქტორთა ნაირგვარი სპექტრით, განვითარებული ცვლილებების ხასიათი ერთგვაროვანია, განსხვავება გამოიხატება ცვლილებათა ინტენსივობაში. ასეთივე მდგომარეობა გამოვლინდება ჩვენი მასალის შეპირისპირებით სხვა ტიპის წარმოებებში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგებთან (3,5). აღნიშნული ფაქტის საფუძველზე შეგვიძლია ვაგაკეთოთ დასკვნა, რომ სხვადასხვა სახის გარემო ფაქტორი მომუშავე ქალთა ორგანიზმზე ახდენს

ძირითადი რეაქტიულობის შეცვლას, პათოლოგიისა და პათოლოგიის წინა მდგომარეობის განვითარებას (3,4).

სამრეწველო საწარმოებში არსებული შრომის პირობების შემდგომი გაჯანსაღება პროფესიული მედიცინის ერთ-ერთი აქტუალური ამოცანაა, გარკვეულად განაპირობებს ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმტკიცებას, რაც საზოგადოებრივი პროგრესის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინტეგრალური მაჩვენებელია (1).

ჩვენს მიერ ჩატარებული კომპლექსური გამოკვლევების შედეგად შემუშავებული გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების დარგის საწარმოებში რეალიზაციამ გარკვეული შედეგი გამოიღო. კერძოდ, შემცირდა ქალთა ქალთა სასქესო ორგანოების დაავადებებისა და ორსულობისა და მშობიარობის გართულებების დონე, რამაც თავის მხრივ, გარკვეული სასიკეთო გავლენა იქონია ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რის შედეგადაც 16,8%-ით შემცირდა ავადმყოფი ბავშვის მოვლის გამო გაცდენილ დღეთა რაოდენობა.

ამრიგად, სამრეწველო საწარმოებში მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესის შედეგების დანერგვა მუშათა შრომის პირობების და აქედან გამომდინარე, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების წინაპირობაა.

ლიტერატურა:

1. Измеров Н.Ф. Труд и здоровье в развитом обществе. м.: "Медицина". 1991. - 344 с.
2. Рехвиашвили В.А. Репродуктивная система у женщин работниц в условиях химической экологии. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Тбилиси: 1997. - 44 с.
3. Рехвиашвили В.А. Основные положения экологии репродуктологии // „პერინატოლოგია დღეს და მომავალში“, V კონფერ. მასალები. თბილისი: 1999. - გვ. 340-342.
4. Сивачова О.В., Кожинн А.В. Экологические аспекты репродуктологии работающих женщин. М.: 1997. - 73 с.
5. Сиденко А.Т. Гигиена женщин в производстве стеклянного волокна. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Л.: 1982. - 30 с.

Кверенчхиладзе Р., Рехвиашвили В.
ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕПРОДУКТОЛОГИИ
НА ПРИМЕРЕ ПРОМЫШЛЕННОСТИ
СТРОИТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ

РЕЗЮМЕ

В результате влияния имеющихся на предприятиях промышленности строительных материалов условий труда на организм женщин-работниц развиваются специфические изменения в системе "мать-плод-новорожденный ребенок". Несмотря на определенные различия в условиях труда отдельных профессиональных групп, развивающиеся изменения в основном носят однородный характер. Можно судить о существовании в профессиональной медицине проблемы т.н. профессиональной репродуктологии.

На основании проведенных комплексных исследований разработаны рекомендации по рационализации условий труда и укреплению здоровья, в том числе репродуктивного здоровья женщин-работниц, внедрение в практику которых дало значительные результаты.

Kverenchkhiladze G., Rekhviashvili V.
THE PROBLEM OF PROFESSIONAL REPRODUCTION AS AN EXAMPLE
OF BUILDING MATERIALS INDUSTRY

SUMMARY

The specific changes in system develop in results of material work's of condition in the undertakings of building materials industry as an organism of workwomen Mother-germ-baby-Child. On the whole developed changes wear homogeneous character in spite of clear originalities of work's conditions in the separate professional groups. We may discuss about specific problems of reproduction the so called by conditioned profession in the professional medicine.

It had been worked by arrangements of labour conduction rationalization and workwomen of health. For example: the reproductopnal measures of health's strengthening on the bassis of complex conducting investigation, which inlucation gave us important results.

ეკლდიაშვილი, რიმა ბერიაშვილი

გლიური სემლეციური ჰემო-ენციფალური ბარიერის არსი და ფილოგენეზური სახასისპარამები

თსსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა

სისხლძარღვთა ენდოთელიუმში თავის ტვინში მაღალსპეციალიზირებულ, მეტაბოლურად აქტიურ ბარიერს წარმოქმნის, რომელიც ტვინის ქსოვილის მდგრადი გარემოს შენარჩუნებას განაპირობებს. ამ ენდოთელიუმისაგან წარმოქმნილი მონოშრით, რომელსაც არაცერებრული კაპილარებისაგან განსხვავებული სტრუქტურული და ფერმენტული თვისებები გააჩნია, ცერებრულ ინტერსტიციურ ბარიერში გავლით სხედასხვა ნივთიერების გადაადგილება რეგულირდება. ტვინის კაპილარების ენდოთელური უჯრედების მონოშრის მთლიანობას მათ შორის არსებული მჭიდრო შეერთებები განსაზღვრავს (1).

ტვინის მიკროგარემოს იზოლაციისთვის და ინფორმაციის ეფექტური ინტერაციისათვის აუცილებელი ჰემო-ენციფალური ბარიერები ყველა ზერხემლიანშია აღმოჩენილი, უხერხემლოებში კი - მსგავსი ბარიერული სისტემები მხოლოდ იმ ორგანიზმებს გააჩნია, რომლებსაც მაღალგანვითარებული ცენტრალური ნერვული ფუნქციები ახასიათებს. უხერხემლოთა ნერვულ სისტემაში ბარიერული სისტემის ფორმაცია ძირითადად გლიური უჯრედებით ხორციელდება.

უხერხემლოების უმრავლესობა ცენტრალური ნერვული სისტემის მცირე ვასკულარიზაციით ან ავასკულარიზაციით ხასიათდებიან. მათი ცენტრალური ნერვული სისტემის ნეირონები და გლიური უჯრედები უპირატესად უჯრედული და არაუჯრედული დამცველი გარსით არის დაფარული. გარეგანი შემაერთებელ-ქსოვილოვანი გარსი, ანუ ნერვული ლამელა, განთავსებულია ავასკულარული ნერვული ქსოვილის შემომსაზღვრელ ცერებრულ პერინეარულ გარსზე, რომელიც სახეშეცვლილი გლიური უჯრედებისაგან შედგება. ეგზოგენურ ნივთიერებათა შეღწევა ქვეშეშეზღვევარე ნერვული და გლიური უჯრედების ზედაპირზე სელექტიურად პერინევირემის, მემბრანისა და უჯრედების უჯრედშუა ნაპრალეების პერიცელულური ბილიკების გავლით ხორციელდება. ეს ბილიკი მოლეკულების შეზღუდული შეღწევის უბანია (2). ამდენად, უხერხემლოების ნერვული ქსოვილისა და სისხლის ურთიერთმიმოცვლის განმსაზღვრელი ბარიერი ძირითადად გლიური უჯრედებით არის წარმოქმნილი (3).

აღსანიშნავია, რომ გლიური უჯრედებით წარმოქმნილი ჰემო-ის მქონე უხერხემლო ორგანიზმებს მიეკუთვნება Elasmobranch-ები, ზოგიერთი Athropoda შედარებით რთული ნერვული სისტემით, Insecta და

Arachnides. ყველა ზემოაღნიშნულ ცხოველურ ჯგუფში გლიურ უჯრედებს შორის ძირითადად მჭიდრო შეერთებები გვხვდება, თუმცა ზოგიერთ Crustacea-ს ფასციური მჭიდრო შეერთებები ახასიათებს, ხოლო მირიაპოდ ლიმულუსში - მიმდებარე გლიურ უჯრედებს შორის ხაზური შეერთებები ვლინდება. ის, რომ სწორედ გლიური უჯრედები წარმოქმნიან სელექციურ ბარიერს ნერვულ ქსოვილსა და სისხლს შორის, მრავალრიცხოვანი ექსპერიმენტებით არის დადასტურებული. ერთ-ერთი ასეთი ექსპერიმენტი Nancy J. Lane-ის მიერ არის ჩატარებული, რომლის მიხედვითაც ინტაქტური მწერების ცნს-ის გარსის მოცილებას ბარიერის გაქრობა მოჰყვება.

ის ფაქტი, რომ გლიური უჯრედებით წარმოქმნილი სელექციური ბარიერი მხოლოდ მაღალგანვითარებულ უხერხემლოებს ახასიათებს, ადასტურებს მოსაზრებას, რომ ბარიერის არსებობასა და გამლიზიანებლის ზემოქმედებაზე კომპლექსური რეაქციის (ანალიზის) განხორციელების უნარს შორის ურთიერთკავშირი არსებობს. ე.ი. ბარიერი ტვინის მიერ რთული გამოთვლითი ამოცანების განხორციელებას უზრუნველყოფს. ვარაუდობენ, რომ ბარიერი დისკრიმინაციის რთულ პროცესში მონაწილე ინტეგრაციული სინაფსური ელექტრონული იმპულსების დასახარისხებლად (მაგ. მხედველობითი და მოძრაობითი კონტროლი) და იონური საწყისი მოქმედების პოტენციალების წარმოქმნილი აქსონები ასეთ ეფექტურ კონტროლს არ საჭიროებენ.

ენდოთელური ჰემო-ენცეფალური ბარიერის მსგავსად, გლიური უჯრედებით წარმოქმნილი რესტრიქციული ბარიერი Na^+-K^+-ATP -აზა-დამოკიდებული ცილოვანი კომპონენტების სისხლძარღვის სანათურგარეთა არსებობით ხასიათდება. როგორც ენდოთელურ, ისე გლიურ ბარიერებშიც კაბილარებიდან გამოსული სითხე ინტერსტიციური სითხის წყაროს წარმოადგენს.

ენდოთელურ და გლიურ ბარიერებს შორის ბევრი მსგავსება აღმოჩენილი. N.Joan Abott ორივე შემთხვევაში აღნიშნავს Na^+ -დამოკიდებული გლუკოზის გადამტანისა და ამინომჟავების გადამტანი L-სისტემის არსებობას ბაზალური მემბრანის სანათურგარე ზედაპირზე და Na^+-K^+-ATP -აზისა და ამინომჟავების გადამტანი A-სისტემის არსებობას სანათურშიდა მემბრანაზე. თუმცა გლუტამატისა და γ -ამინოერბოსმჟავის გადამტანის არარსებობა ენდოთელური ტიპის ბარიერებში ცენტრალური და პერიფერიული ნეირომედიატორების სეგრეგაციას განაპირობებს. ბევრ ცხოველურ სახეობას პლანზმური გლუტამატის მაღალი დონე ახასიათებს, რომელიც ტვინში თავისუფალი შელწვევის დროს ნეიროტოქსიური ზემოქმედებით ხასიათდება. ამიტომ გლიური ბარიერით შთანთქმული გლუტამატი და γ -ამინოერბოსმჟავა გლიურ უჯრედებში სწრაფად

გადამუშავდება. ამდენად, გლიური შრე ამ ნივთიერებისათვის ეფექტური ფერმენტული ბარიერის როლს ასრულებს.

ალსანიშნავია, რომ ზრდასრულ ხერხმლიანებში გლიური უჯრედებით წამოქმნილი უჯრედული შეერთებები ტვინის ნორმალურ უჯრედებსა და სიმსივნურ ან გადანერგილ უჯრედებს შორის შეუღწეველი რჩება, ე.ი. ძუძუმწოვრების გლია ზრდასრულ ორგანიზმში პათოლოგიის პირობებშიც ბარიერულ თვისებებს ინარჩუნებს.

ბარიერი ძირითადად ენდოთელიუმის, პერიციტებისა და გლიური უჯრედების მულტიუჯრედული კოოპერაციის ნიმუშს წარმოადგენს. უმაღლეს უხერხემლოებში ბარიერი გლიური უჯრედებით წარმოიქმნება და ენდოთელიუმში და პერიციტი ამ შემთხვევაში მინიმალურ როლს ასრულებს, ხერხმლიანებში კი - ბარიერის სელექციურ უნარს ძირითადად ენდოთელიუმში განსაზღვრავს პერიციტები ძირითადად ფაგოციტოზის განხორციელებაში იღებენ მონაწილეობას, ხოლო გლიური უჯრედები კი - ენდოთელიური ბარიერის მთლიანობის შენარჩუნებას უზრუნველყოფენ (3).

გლიური უჯრედებით წამოქმნილი სელექციური ბარიერის შესწავლა, რაც ამ ბოლო დროს მეცნიერთა განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს, არ არის სამეცნიერო ექსცენტრულობა. ის კეპ-ის ბუნებისა და ფიზიოლოგიის შესახებ არსებული საკვანძო საკითხებისადმი ახალი ექსპერიმენტული მიდგომების შესაძლებლობებს იძლევა. ვინაიდან ზემოაღნიშნული სახის ბარიერები ძირითადად უხერხემლო ორგანიზმებში გვხვდება, მათი კვლევა ახალი ჰიპოთეზების შემუშავების და ძველის გადახედვის ფართო შესაძლებლობებს უზრუნველყოფს.

ლიტერატურა:

1. Z. Nagy and K. Martinez, astrocytic Induction of Endothelial Tight Junctions, Annals New York Academy of Sciences.
2. Nancy J. Lane, Morphology of Glial Blood-Brain Barriers, Annals New York Academy of Sciences.
3. N. Joan Abbott, Permiability and Transport of Glial Blood-Brain Barriers, Annals New York Academy of Sciences.

Клишавили Е., Бернашвили Римма

СУТЬ И ФИЛОГЕНЕТИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ГЛИАЛЬНОГО СЕЛЕКЦИОННОГО ГЕМАТО-ЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА

РЕЗЮМЕ

Наличие глиального гемато-энцефалического барьера характерно для беспозвоночных с высокоспециализированными центральными нервными функциями, поскольку, микросреда мозга должна быть изолирована для наиболее эффективной информационной интеграции. Следует отметить, что первостепенной

функцией как глиального, так и эндотелиального ГЭБ-а является защита синапсов с сохранением среды для генерации потенциалов. С функциональной точки зрения между глиальными и эндотелиальными барьерами обнаружено много общего. Следует отметить, что в мозгу взрослых позвоночных глиальные клетки сохраняют барьер-формирующее средство.

Kldiashvili E., Beriashvili Rima
THE NATURE AND FILOGENETIC VARIETES OF GLIAL
SELECTIVE BLOOD-BRAIN BARRIERS
SUMMARY

The glial blood-brain barrier is characteristic for invertebrates with the highspecialized central nervous functions, since the microenvironment of the brain must be isolated for the most effective informational integration. It must be noted, that primary function of glial and endothelial blood-brain barriers is synapses protection for keeping of environment for the potentials generation. From the functional point of view, there are numerous common features between glial and endothelial barriers. It should be emphasized too, that the glial cells save the barrier-forming ability in adult vertebrates.

თ.კოდუა, ვ.შენგელიძე

ღვიძლის ელვისებური უკმარისობა და მისი მკურნალობა

თსსუ, შინაგან სნეულებათა კათედრა

ნაშრომში განხილულია 2 ავადმყოფი დიაგნოზით: ღვიძლის ალკოჰოლური ციროზი, ასციტი, საყლაპავის ვარიკოზული სისხლდენა და ჰეპატოენცეფალოპათია; აგრეთვე განხილულია მკურნალობაში გამოყენებული თანამედროვე პრეპარატების - Hepamerz, Sandoastatin, Omeprazole (Antra) - ეფექტურობისა და ეკონომიკურობის საკითხი.

№1 ავ. 72 წლის მამაკაცი (გ.გ.) 1998 წლის 7/12 მოთავსდა ქალაქის მე-4 კლინიკური საავადმყოფოს რეანიმაციის განყოფილებაში. 1998 წლიდან დადგენილი აქვს ღვიძლის ალკოჰოლური ციროზი, შაქრიანი დიაბეტი, კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება, საყლაპავის ვენების ვარიკოზული გაგანიერება. 1992-98 წლებში 45-ჯერ ჩაუტარდა გასტროფიბროსკოპია (ეოვა შენგელიძე) სისხლდენების გამო, კოაგულაციისა და სკლეროთერაპიის მიზნით. უნდა აღინიშნოს, რომ 1992 წელს (პირველი სისხლდენა) ვაკეთდა ლაპარატომია, გასტროტომია და აღმოჩნდა, რომ სისხლდენა იყო არა წყლულიდან, არამედ კუჭის ლორწოებრივი ვარიკოზულად

გაფართოებული ვენიდან. 1998 წლის ნოემბრის დასაწყისში ავადმყოფს კვლავ აღინიშნა სისხლდენა. ენდოსკოპიის ჩატარებისას ვერ მოხერხდა მოწვა და სკლეროთერაპია საყლაპავის ვარიკოზულად გაფართოებული (გაგანიერებული) ვენების ზედაპირის მაცერაციის გამო, საიდანაც მუდმივად ჟონავდა სისხლ. სისხლდენის გასანგრძლივების გამო გაღრმავდა ენცეფალოპათია II-III (უესტ-ჰევენის კლასიფიკაცია) ნევროლოგიურად აღინიშნა:

ზოგადი ასთენია, ანიზორეფლექსია, პირამიდული ნიშნები შემონახული ცნობიერების ფონზე.

პარაკლინიკური გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი - მაკროციტოზი, შიზოციტოზი, ანოციტოზი, ნეიტროფილების ტოქსიური მარცვლოვნება (++), მარცხნივ გადახრა, მეტამიელოციტოზი, ანეოზინოფილია. შაქარი სისხლში 8,6 მმ/ლ. ენდოსკოპური გამოკვლევა: 8/12 - საყლაპავის შ/ვ და ზ/ვ ლორწოვანი გარსი დეფექტების გარეშე ვარიკოზულად გაგანიერებული კვანძები არ ისახება. საყლაპავის აბდომინალური ნაწილის უკანა კედელზე ერთეული ვარიკოზულად გაგანიერებული ვენური კვანძი მაცერირებული ზედაპირით (სისხლდენის ლოკალიზაციის ადგილი სავარაუდოდ). საყლაპავის აბდომინალურ ნაწილში და კარდიაში ვენების ვარიკოზი.

ვინაიდან სკლეროთერაპიის ჩატარება ვერ ხერხდებოდა, შესაძლებელი იყო მხოლოდ კონსერვატიული მკურნალობით პორტული ჰიპერტენზიის შემცირება და სისხლდენის შეჩერება, რის გამოც მოგვართეს ჩვენ. ავადმყოფს ჩაუტარდა შემდეგი მკურნალობა:

1. Sol. Sandostatini 300 mkg (3 ამპ) გახსნილი 200 ml Sol. Natrichl. 0.9%.
1 სთ-ის განმავლობაში. 1 X დღე-ღამეში.
2. Sol. Sandostatini 100 mkg (1 ამპ) ჭიპის არეში კანქვეშ ყოველ 8 სთ-ში.
3. Sol. Hepa-merzi 50 ml - 25 mg გახსნილი Sol. Dextraresal 500 ml (8 ერთ ინსულინი) ან ამავე რაოდენობის რინგერის ხსნარში ი.ვ.
4. ol.Omeprazoli (Antra) 40 mg ი.ვ. 2 X დღე-ღამეში.
5. Duphalak 200 გრ-ნაზო-გასტრალური ზონდით, 100 გ + 300 გ წყალი - ოცნით.

მკურნალობის ფონზე საკონტროლო ენდოსკოპიით აღინიშნა: საყლაპავის შ/ვ და ზ/ვ ვენური კვანძი არ ისახება, ლ/გ სადა, მაცერირებული ზომები არ არის. საყლაპავის აბდომინურ ნაწილში და კუჭის კარდიალურ ნაწილში ზომიერად გაგანიერებული ვენური კვანძები (უკანა კედლებზე). აბდომინალური ნაწილის წინა კედელზე (≈3 სთ) ერთეული გაგანიერებული კვანძი (ყოფილი სისხლდენის ლოკალიზაცია) ჰიპერემიული სადა ზედაპირით (ეპითელიზაციის სტადია).

მკურნალობის შედეგად სისხლდენა შეწყდა 2 სთ-ის შემდეგ. 6 სთ-ის შემდეგ ავადმყოფის ცნობიერება ნევროლოგის მიერ შეფასებული იქნა: O-I ხ. ენცეფალოპათია. მკურნალობის კურსი გაგრძელდა 2 კვირის განმავლობაში, რის შემდეგაც ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდა და გაწერილი იქნა სახლში.

- დაენიშნა: 1. Hepa-merzi ფხენილებში (3 გ) - 4 ფხვ. დღეში ჭამამდე.
2. Lactulosa - 60-90-მლ დღეში.
3. Omeprazole (Antra) - 20 მგ დღე-ღამეში.
4. ვიტამინების კომპლექსი
5. β -ბლოკატორი პერორალურად

შემთხვევების გამოტანის მიზანი არის სანდოსტატინის ეფექტურობის ჩვენება სისხლდენის დროს სხვა მანიპულაციების ჩატარების შეუძლებლობისას.

№2 ავ. 49 წლის მამაკაცი, 15/5 - 1998 წ. შემოვიდა კლინიკაში (რცსკ) დიაგნოზით: ალკოჰოლური ციროზი, მელენა, ერცეფალოპათია II-III ხ, შაქრიანი დიაბეტი (დადგინდა კლინიკაში), ბილ, ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონული დაავადება II ხ., გადმოყვანილი იქნა ვლადიკავკაზიდან. ნევროლოგიურად აღ. უძილობა, ემოციური ლაბილობა, მეხსიერებისა და გუნება-განწყობის დაქვეითება, პერიოდულად აგზნება, ცნობიერება შენახული, ობ: გუგების რეაქცია სინათლეზე რამდენადმე დუნეა, აღ. ორმხრივი პორ. ნისტაგმი, ღრმა რეფლექსები საშ. სიციხველის, ორმხრივ. პათ. ბაბინსკის რეფლექსი. - პარაკლინიკური გამოკვლევები:

სისხლის საერთო ანალიზი: მნიშვნელოვანი ცვლილებების გარეშე. შაქარი 10,0 მმოლ/ლ (ჭამის შემდეგ).

ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ბილირუბინი საერთო 50,0 მკმოლლ. ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევა: ღვიძლის კუთხეები მასვილი, უსწორმასწორო, პარენქიმის ექოსტრუქტურა ერთგვაროვანი, კონტურები არასწორი. მუცლის ღრუში ისახება დიდი რაოდენობით თავისუფალი სითხის არსებობა. ღვიძლის სისხლძარღვოვანი სურათი გადარიბებულია, კარის ვენის დიამეტრი 14 მმ ($N < 14$ მმ). ნაღვლის ბუშტის ზომები 67X32 მმ, კედლის სისქე 5-6 მმ, ღრუში ისახება 16 მმ ზომის კონკრემენტი, ნაღველი არაპოპოვანური პანკრეასი N, ელენთა ზომით 156X68 მმ, დიფუზურად მომატებული ჰიდროფილების, ექოგობა დაქვეითებული, ელენთის ვენა მის კართან 7 მმ. ენდოსკოპური გამოკვლევა: საყლაპავი მილის ქვემო შესამედში აღ. ვარიკოზულად გააჩივრებული საყლაპავის ვენები. კუჭის ლორწოვანი ვარისფერი, ჰიპერემიული ლაქებით, ატროფიული უბნებით, მთიეთრო ფერის ნადებით. ანტრალური ნაწილის უკანა კედელზე ჩანს მცირე ზეწოლა, რომელიც იმლება ჰაერის მოწოდების შემდეგ. აქვე აღნიშნება ეროზიები წითელი ფერის დიამეტრით 3 მმ,

გაქვითა ბიოფსია. პილრუსი ღია, რეფლუქსით შემოდის ნაღველი. კუჭის პისტოპათოლოგიური დიაგნოზი: კუჭის ანტრალური ნაწილის ლორწოვანი გარსის მფარავი ეპითელიუმი ენტროფიულია, დანეკროზებული და ჩამოფცქნელია. ლოროვანის საკუთარ შრეში აღინიშნება უხვად გამოხატული ლიმფოციტურ უჯრედოვანი ინფილტრატები, სისხლმიღები ჰიპერემიულია. ჯირკვლოვანი ეპითელი ალგ დისტროფიულია, აღინიშნება ენტერალიზაციის (ნაწლავური მეტაპლაზიის) უბნები. თავის ტვინის კტ: აღინიშნება შუბლის წილების ქერქის ატროფია, მეტად მარჯვენო.

ვ. ჩაუტარდა მკურნალობა:

1. Sol. Sandostatini 300 mkg (3 აპ) გახსნილი 200 ml Sol. Natrii chl. 0,9% ფიზიოლოგიურ ხსნარში ი.ვ. 1 სთ-ის განმავლობაში 1 X დღე-ღამეში.
Sol. Sadostatini 100 mkg (1 აპ) ჭიბის არეში კანქვეშ ყოველ 8 სთ-ში.
2. Sol. Omeprazole (Antra) - 40 მგ ი.ვ. 2 X დღე-ღამეში
3. Sol. Hepa-merzi 50 მლ - 25 გ გახსნილი 500 ml დექსტროზაში (რსულინი 8 ერთ) ან რინგერის ხსნარში ი.ვ.
4. Duphalak (ლაქტიტოლი) 200 გ ნაზო - გასტრალური ზონდით; ოქნით 100 გ გახსნილი 300 გ წყალში.
5. ინსულინოთერაპია

ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდა ერთ კვირაში და სათანადო დანიშნულებით გაეწერა სახლში. გაუმჯობესდა ავადმყოფის ნევროლოგიური სტატუსიც.

ამგვარად, ნაშრომში აღწერილი შემთხვევებით ნაჩვენებია ღვიძლის ელვისებური უკმარისობით (ღვიძლის ციროზის გართულებების - საყლაპავის ვარიკოზული სისხლდენის, ასციტის - შემდეგი) განპირობებული ჰეპატოენცეფალოპათიის დროს მკურნალობის შემდეგი სქემის გამოყენება: Sandostatini (Octreotide), Hepa-merz, Duphalak, Omeprazole. აღინიშნება სანდოსტატინის დადებითი ეფექტი სისხლდენაზე პორტული ჰიპერტენზიის დროს (შედარება ენდოსკოპიური გზით სკლეროზირებასთან), დუფალაკისა და ჰეპამერცის ანტიჰიპერამონემიური ეფექტი გამოითქვა მოსაზრება ელვისებური ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათიის სამკურნალო ერთი შეხედვით ძვირადღირებული პრეპარატების უპირატესობის შესახებ უფრო იაფ, ხანგრძლივად გამოყენებად და ნაკლებეფექტურ „ტრადიციულ“ საშუალებებთან შედარებით.

ლიტერატურა:

1. Sabine Stauch et al. Oral-ornithine-l-aspartate therapy of chronic hepatic encephalopathy: results of a placebo-controlled double-blind study. J. Hepatology 1998; 28: 856-864.

2. Riordan, Stephen M., Wil,lians, Roger. Current Concepts: Treatment of Hepatic Encephalopathy. N. Engl. J. Med. 337(7): 473-9, August 14, 1997.
3. A.Mas, J.Rogers. Fulminant hepatic failure. Lancet 1997; 249:1081-85.

Кодуа Т., Шенгелидзе В.

МОЛНИЕНОСНАЯ ФОРМА ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

РЕЗЮМЕ

В статье рассматривается 2 случая фульминантной гепатической энцефалопатии (следствие осложнения цирроза печени - варикозное кровотечение пищевода, асцит). Применена схема лечения (патент № 458245976325) препаратами: Сандостатин (Октреотид), Гепа-мерц, Дуфлак, Омепразол. Отмечается положительный эффект Гепа-Мерца и Дуфлака (последний незаменим в удалении излитой крови, как преципитирующего фактора энцефалопатии). Рассмотрено экономическое преимущество на первый взгляд дорогостоящих препаратов по сравнению с более дешевыми длительно применяемыми но малоэффективными традиционными средствами в лечении фульминантной гепатической энцефалопатии.

Kodua T., Shengelidze V.

SUMMARY

The present article describes 2 cases of fulminant hepatic encephalopathy aggravated by bleeding varicose veins of the esophagus and ascites at the background of diabetes mellitus. The treatment scheme (licence N 458245976325) was employed, using sandostatin, hepa-merz, duphalac, omeprazol, aminoplasmol. a marked effect of sandostatin on portal hypertension and hemorrhage due to portal hypertension was observed as compared with endoscopic sclerotherapy. Antihyperammonial actions of L-ornithine-L-aspartate (hepa-merz) and duphalac (lactulose) (the latter is indispensable in removing the leaking blood, the precipitating factor of encephalopathy). Economical advantages of expensive drugs were considered. In contrast to seemingly cheap but less effective "traditional" medications, they are costeffective and do not demand long-term therapy in the treatment of fulminant hepatic encephalopathy.

გნოტობიონტების იმუნოკომპეტენტური უჯრედების ცილების მასინთეზირებალი აპარატის მორფო-ფუნქციური თავისებურებანი კოსტნატალურ მენტოგენეზში

თსსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა

შრომის მიზანს წარმოადგენდა ჩვეულებრივი (კონვენციური) და უმიკრობო (გნოტობიონტი) ვირთაგვების ცენტრალური და პერიფერიული ლიმფოიდური ორგანოების იმუნოკომპეტენტური უჯრედების მრავალპროფილური მორფოლოგიური შესწავლა ასაკობრივ სპექტში.

გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ ზრდასრული გნოტობიონტების ყველა შესწავლილი ორგანოს იმუნოკომპეტენტურ უჯრედებში აღინიშნება (კონტროლთან შედარებით) საზოგადოდ დაბალი ინტენსივობა ტუტე და მუკავა ფოსფატაზების აქტივობის, პირონიოფილიის ხარისხის (რაც ალბათ რიბონუკლეოპროტეიდების სინთეზის გაუარესებაზე მეტყველებს), იმუნოგლობულინების ნათების. თუმცა საჭიროა აღინიშნოს, რომ გნოტობიონტების ელენტასა და ლიმფურ კვანძში სუსტად პირონიოფილური უჯრედების დონე (ცხრილი 1). აგრეთვე მათ ძელის ტენში Ig+ უჯრედების ცალკეული ტიპების რაოდენობა უფრო მაღალია, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებში (შესაბამისად $0,85 \pm 0,06\%$ და $0,58 \pm 0,03\%$, $p < 0,05$). როგორც ცნობილია, იმუნოკომპეტენტურ ქსოვილში პირონიოფილიის ინტენსივობა, აგრეთვე ტუტე ფოსფატაზას და იმუნოლუმინესცენციის აქტივობის ხარისხი ზოგადად ცილების (მათ შორის იმუნოგლობულინების) სინთეზის პოტენციალის მაჩვენებელია. ამ ფენომენის ულტრასტრუქტურულ ასახვას წარმოადგენს იმუნოგენეზის უჯრედებში ცილების მასინთეზირებელი აპარატის სტრუქტურული ორგანიზაციის დარღვევა. ზრდასრული (თუმცა ისევე, როგორც ბებერი) გნოტობიონტების უჯრედებში პოლირიბოსომების კონტროლისათვის დამახასიათებელი კონცენტრული დაგროვებების ნაკვლად აღინიშნება მონორიბოსომების ერთეული დაჯგუფებები. გლუვი ენდოპლზმური ბადის ერგასტოპლზმური ცისტერნები გააჩნეირებულია, შიგთავსს არ შეიცავს, არხების მარცვლოვნებას და პარალელიზმს ადგილი არა აქვს, მათი ქსელი საოცარ ლაბირინთულ სტრუქტურებს ქმნის.

ბებერი გნოტობიონტების პლზმური რიგის უჯრედებში აღინიშნება ენდოპლზმური ბადის მარცვლოვნება, არხების გარკვეული პარალელიზმიც, მაგრამ ამ ფონზე ნათლად ჩანს რიბოსომული აპარატის სივრცული ორიენტაციის დარღვევა - პოლირიბოსომების კონცენტრული გროვების ნაკვლად სჭარბობენ გაურკვეველი სივრცული ორიენტაციით განლაგებული

სხედასხევა ხარისხის პირინონოფილური უვარედების შემცველობა (%) ჩეულებრივი და მნოტობოტური ვითარებების იმუნოგენეზის ორგანოებში

ორგანოები	ასაკი		ზრდასრული (6-10 თვის)		ბებერი (24-32 თვის)	
	მკვეთარი	ჩვეულებრივი	მნოტობოტნი	ჩვეულებრივი	მნოტობოტნი	ჩვეულებრივი
თიბუჯი	მკვეთარი	0	0	3,1±0,13	0	
	სუსტი	2,5±0,12	1,18±0,05	3,35±0,16	5,78±0,28	
	მოლიანად	6,75±0,31	4,8±0,21	8,67±0,42	5,78±0,28	
	მკვეთარი	2,860,14	0	2,1±0,1	0	
ძვლის ტვინი	სუსტი	6,35±0,31	5,44±0,24	12,8±0,55	8,46±0,41	
	მოლიანად	11,67±0,56	8,34±0,37	17,35±0,77	10,8±0,48	
	მკვეთარი	12,2±0,52	4,66±0,22	5,8±0,29	3,96±0,18	
	სუსტი	12,85±0,58	15,25±0,68	30,66±1,44	18,9±0,86	
ელენთა	მოლიანად	32,1±1,56	21,5±0,95	41,54±1,76	24,64±1,2	
	მკვეთარი	3,45±0,09	2,64±0,11	3,9±0,06	0,86±0,03	
	სუსტი	2,229±0,1	5,46±0,2	5,84±0,25	9,55±0,45	
	მოლიანად	16,2±0,33	13,4±0,65	11,3±0,27	11,8±0,44	
ჯირკვლის ლიმფური კვანძი	მკვეთარი	2,3±0,09	0,76±0,03	4,1±0,09	0,68±0,31	
	სუსტი	1,25±0,06	4,74±0,21	5,04±0,23	6,85±0,31	
	მოლიანად	14,8±0,35	7,5±0,35	9,7±0,23	8,54±0,39	
	საზარდულის ლიმფური კვანძი					

მონორიბოსომები, ან მათი უსწორმასწორო ფორმის კონგლომერატები. გაანირებული ერგასტოპლასმური ცისტერნების ნაწილი განიცდის ღეზორგანიზაციას, ზოგიერთ მათგანში კი აღინიშნება „ჰიალინური ბურთულების“ და „რუსელის სხეულაკების“ ტიპის ჰომოგენური შიგთავსი, რომელიც ციტოქიმიურად დენატურირებულ იმუნოგლობულინებს შეესაბამება. არ არის გამოჩენილი, რომ უჯრედის პლასტიური უზრუნველყოფის დარღვევის დასახელებულ ამკარა მორფოლოგიურ ნიშნებთან ერთად ამ ე.წ. „დაგროვების პათოლოგიაში“ გარკვეულ როლს თამაშობს ანტისხეულების აფინიტეტის დაქვეითება ბებერ ორგანიზმებში. ამ შემთხვევაში დაბალი აფინიტეტის უნარის მქონე ანტისხეულების შეცვლილი უჯრედები რეგისტრირდებიან როგორც Ig-დადებით, მაგრამ არა ანტისხეულწარმოქმნელ უჯრედულ ელემენტებად, ვინაიდან ხდება უჯრედიდან მთი გადმოსვლის შეფერხება-დაგროვება ტეზაურისმოზული პათოლოგიის მსგავსად. არანაკლები ასაკობრივი ულტრასტრუქტურული ცვლილებებია უჯრედის ენერგოწარმოქმნელ ორგანოებში - მიტოქონდრიების გაჯირჯების, მათი ქედების გაქრობის და მიოლინის მსგავსი ფოკურების გამოჩენის სახით.

ყოველივე ზემოთ ჩამოთვლილი ცვლილებები ბებერი ორგანიზმების უჯრედებში ცილების მასინთეზებელი აპარატის ფუნქციონირების დარღვევის მორფოლოგიურ ეკვივალენტს წარმოადგენენ და კიდევ ერთხელ ადასტურებენ იმუნოკომპეტენტური უჯრედების მაგალითზე მოსაზრებას, რომ პოსტნატალურ ონტოგენეზში ხდება ცილების არა მარტო სინთეზის მოშლა, არამედ მათი შემდგომი მეტაბოლიზმის, სეკრეციის ეტაპების შეფერხებაც.

ლიტერატურა:

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. - М., 1990. - 382 с.
2. Кочламазашвили Б.К. Цитохимические и ультраструктурные особенности иммунокомпетентных клеток старых крыс - гнотобиотов // International J. on Immunorehabilitation. - 1999. - N. 14. -P. 80.
3. Хлыстова З.С., Подопригора Г.И. Возрастные изменения лимфоидной ткани селезенки безмикробной крысы в постнатальный период онтогенеза. - Арх. Ан. Гист. Эмбр. 1978, 74, 2, 36-42.
4. Fossum S., Vaaland J.L. The architecture of rat lymph nodes 1. Combined light and electron microscopy of lymph node cell type // Anatomy & Embriology. - 1983. - 167(2). -P. 229-246.
5. Sakuma H., Asano S., Kojima M. An ultrastructural study of the primary follicle in the lymph node // Acta Pathologica Japonica. - 1981. -31(3). - P.473-493.

Кочламазашвили Б.

**МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АППАРАТА СИНТЕЗА
БЕЛКОВ В ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТКАХ ГНОТОБИОНТОВ
В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ**

РЕЗЮМЕ

Целью работы было многопрофильное морфологическое изучение белкосинтезирующего аппарата (БСА) в иммунокомпетентных клетках центральных и периферических лимфоидных органов обычных и безмикробных (гнотобионты) крыс в возрастном аспекте. Результаты исследования показали, что в данных клетках зрелых гнотобионтов отмечается в целом низкая (по сравнению с контролем) активность щелочной и кислой фосфатаз, степени пиронинофилии (что, видимо, указывает на ухудшение синтеза РНП) иммунолюминесценции. Известно, что интенсивность пиронинофилии, а также степень активности щелочной фосфатазы и иммунолюминесценции является показателем снижения синтеза белков (в том числе Ig) в иммунокомпетентной ткани. Отражением этого на ультраструктурном уровне является нарушение структурной организации БСА иммунных клеток. Особо следует отметить БСА старых гнотобионтов, в частности, появление в расширенных канальцах эндоплазматической сети гомогенного содержимого типа "Глиалиновых шаров" и "Русселевских телец".

Вышеизложенные морфологические эквиваленты могут подтверждать на примере иммунокомпетентных клеток ту точку зрения, что в процессе постнатального онтогенеза нарушается как синтез белков, так и последующие этапы их метаболизма, связанные с секретий.

Kochlamazashvili B.

**MORPHO-FUNCTIONAL PECULIARITIES OF PROTEIN-PRODUCTION
APPARATUS IN IMMUNOCOMPETENTIVE CELLS OF GNOTOBIONTS
DURING POSTNATAL ONTOGENESIS**

SUMMARY

The aim of the research was the multiprofile morphological study of the immunocompetent cells of the different lymphoid organs of the conventionally and gnotobiologically reared rats in aging.

The results showed, that in the adult gnotobiont-rats' cells are observed less activity of the alkaline and acid phosphatases, ribonucleoproteides production, immunoluminescence of Ig. The reflection of this on the ultrastructural level is the disorder of the protein-production apparatus: ribosomes accumulation is single, the smooth endoplasmic reticulum and parallelism, their set makes fanciful labyrinth-like structures. In elder gnotobionts the age-related changes are less noticed in comparison with conventionally reared animals. It should be especially marked, the endoplasmic reticulum of aged gnotobiont-rats: On the background of canal roughness, the disorders

of ribosomes space orientation are present, the domination is taken either by monoribosomes, or their located without any determined space orientation. Attention is also attracted by the other side of the above-mentioned process - the existence of homogenous contents (like "Hyaline balls" and "Russel bodies") in the dilated canals.

All the above-mentioned may serve as the conformation on the example of the aged notobionts' immunocompetentive cells from the viewpoint of the fact, that in aging not only the protein-production (including Ig) process, but also consequentive stages of their metabolism, connected with secretions, are damaged.

ლ.კუნჭულია, თ.ტატიშვილი ქ.ბარამიძე, ნ.სურმავა

თიორიდაზინის (სონაპაქსის) განსაზღვრა ბიოლოგიურ მასალაში

თსსუ, ფარმაცევტული და ტოქსიკოლოგიური ქიმიის კათედრა

საქართველოს მოსახლეობის სოციალური კვლევის ცენტრის მონაცემებით ამ ბოლო წლებში მკვეთრად გაიზარდა ფსიქოტროპული პრეპარატების მოხმარება (15-20%). დაავადების სპეციფიკურობიდან გამომდინარე ამ პრეპარატებს ავადმყოფები ლეზიონებენ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში და ზოგჯერ სიცოცხლის ბოლომდეც.

ავადმყოფის უსაფრთხო მკურნალობის და ინტოქსიკაციის თავიდან აცილების თვალსაზრისით აუცილებელია ბიოლოგიურ მასალაში (სისხლის პლაზმაში) მათი კონცენტრაციის კონტროლი.

ახალი თაობის ნეიროლეფსიური პრეპარატებიდან ფსიქიატრების დიდ ყურადღებას იპყრობს თიორიდაზინი, რომელიც საქართველოში წარმოდგენილია პოლონეთის რესპუბლიკიდან. თიორიდაზინი (სონაპაქსი) ანტოქსიკოზური აქტივობით მკირედ ჩამორჩება სტანდარტულ ნეიროლეფსიურ პრეპარატს - ქლორპრომაზინს (1), მაგრამ ნაკლებად აქვს გამოხატული გვერდითი მოვლენები: ტოქსიკური რეტინოპათია, გონებრივი დაქვეითება, ინდეფერენტული მდგომარეობა, კატალეფსია და სხვა, რის გამოც მას წარმატებით იყენებენ პედიატრიულ პრაქტიკაშიც (2).

თიორიდაზინი ორგანიზმში დიდხანს რჩება, რადგან უკავშირდება პლაზმის ცილებს. ლიტერატურაში აღწერილია პრეპარატით ინტოქსიკაციის შემთხვევები (3). მოწოდებულია თიორიდაზინის განსაზღვრის ფოტოკოლორიმეტრიული მეთოდიკა გვამის მასალაში (4).

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა თიორიდაზინის რაოდენობითი განსაზღვრის მეთოდის დამუშავება ადამიანის სისხლის პლაზმაში,

პრეპარატის კონცენტრაციის კონტროლით, ავადმყოფთა უსაფრთხო მკურნალობის მიზნით.

კვლევის მეთოდები: სპექტროფოტომეტრია ულტრაიისფერ უბანში, თხელფენოვანი ქრომატოგრაფია.

თიორიდაზინზე სტანდარტის მიუწვდომლობის გამო პრეპარატის დრაჟირებული ტაბლეტებიდან გამოვყავით თიორიდაზინის სუბსტანცია, რომელიც გავიწვევდა სტანდარტის მაგივრობას და რომლის სისუფთავის ხარისხის დადგენის მიზნით გადავიღეთ სპირტანი ხსნარის შთანთქმის სპექტრი ულტრაიისფერ უბანში. იგი ხასიათდება შთანთქმის ორი მაქსიმუმით 266 ნმ და 320 ნმ-ზე, რაც იდენტურია ლიტერატურაში აღწერილი თიორიდაზინის სტანდარტის სპექტრისა (5). თიორიდაზინის სუბსტანცია სისუფთავეზე შევამოწმეთ თხელფენოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდით გამხსნელთა სისტემებში: აცეტონი - ამიაკი (9:1) და ქლოროფორმი - აცეტონი - ამიაკი (25:25:0,5) $R_f = 0,2 \pm 0,03$ და $0,5 \pm 0,03$ შესაბამისად.

თიორიდაზინს ვამჟღავნებდით დრაგენდორფის რეაქტივით და ულტრაიისფერ შუქზე $\lambda = 254$ ნმ.

თიორიდაზინის აღმოჩენისათვის სისხლის პლაზმაში დავამუშავეთ მოდელი, რისთვისაც ვიყენებდით ინტაქტურ ადამიანის სისხლის პლაზმას და სხვადასხვა ორგანულ გამხსნელებს. შევარჩიეთ პრეპარატის ექსტრაქციის ოპტიმალური პირობები: იგი მაქსიმალურად იწველილებოდა pH-8,5-ის და ექსტრაგენტად - ეთილაცეტატი-ეთილის ეთერის (9:1) შეფარდების დროს. პლაზმიდან ექსტრაგირებულ თიორიდაზინის ხსნარს ვსაზღვრავდით ზემოთ მოყვანილი თხელფენოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდით. პრეპარატის აღმოსაჩენი მინიმუმი დრაგენდორფის რეაქტივთან შეადგენს 5 მკგ, რაც სრულიად საკმარისია მისი განსაზღვრისათვის ავადმყოფის სისხლის პლაზმაში, თიორიდაზინის თერაპიული დოზიდან გამომდინარე.

ჩატარებული კვლევების საფუძველზე შეგვიძლია გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნები:

პრეპარატის კეთილხარისხოვნების დადგენის მიზნით შესწავლილი იქნა თიორიდაზინის სპირტანი ხსნარის შთანთქმის სპექტრი (სამი სერია) ულტრაიისფერ უბანში. იგი ხასიათდება შთანთქმის ორი მაქსიმუმით: 266 და 320 ნმ-ზე, რაც შეესაბამება სტანდარტ თიორიდაზინის სპექტრს.

გამოყოფილი იქნა თიორიდაზინის დრაჟირებული ტაბლეტებიდან თიორიდაზინის სუბსტანცია, რომელიც ლიტერატურაში მოცემული თიორიდაზინის სტანდარტის იდენტურია.

დამუშავდა ექსტრაქციულ-ქრომატოგრაფიული მეთოდიკა თიორიდაზინის რაოდენობრივი განსაზღვრისათვის სისხლის პლაზმაში ავადმყოფთა უსაფრთხო და რაციონალური მკურნალობის მიზნით.

ლიტერატურა:

1. Аффельмович З. Уровень тиоридазина в сыворотке крови и симптомы параноидного синдрома. Психиатрия, Польша, 1977, 11, 319.
2. Юркова И.А., Вишневская А.А. О применении мелерила в суспензии при некоторых психических заболеваний у детей. Ж. Невропатология 1972. с. 15, 71.
3. Давидович Д. Случай отравления мепирилом судебно-медицинская экспертиза. 1981, №24, с. 58.
4. Саломатин Е. К вопросу количественного определения тиоридазина в трупном материале. Ж. Фармация, т.28, №4, с. 44-47.
5. Симаков С., Аломатин Е. Обнаружение и количественное определение тиоридазина в драже. Ж. Фармация, 1982, т.31, №1, с. 35-38.

**Кунчулия Л., Татишвили Т., Сурмава Н., Барамидзе К.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИОРИДАЗИНА (СИНОПАКСА)
В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ
РЕЗЮМЕ**

Разработана экстракционно-хроматографическая методика для обнаружения и количественного определения тиоридазина в плазме крови человека.

**Kunchulia L., Tatishvili T., Baramidze Q., Surmava N.
IDENTIFICATION OF THIORIDAZIN (SONAPAQS)
IN BIOLOGICAL FLUIDS**

SUMMARY

Developed the extraction - chromatografic methods for identification and quantitative determination of thioridazin in serum of human blood.

ლ.კუნჭულია, მ.ჯორჯიკია, ნ.შენგელიძე,
პ.იორაბაშვილი, ვ.კუჭუხიძე, დ.ჯინჭარაძე

ლინდგელის ძართული ნიშუაგების სტანდარტიზაცია

თსსუ, ფარმაცევტული და ტოქსიკოლოგიური ქიმიის კათედრა

ლინდგელისგან მომზადებული სამკურნალო საშუალებების თერაპიული ეფექტი პოლიფენოლური შენაერთების მაღალ შემცველობას

უკავშირდება. დინდგელის სხვადასხვა ნიმუშებში პოლიფენოლების რაოდენობა 35-75%-ია (1).

წარმოშობის მიხედვით ანსხვავებენ დინდგელის ორ ძირითად ტიპს, ე.წ. ვერხვის და არყის ტიპებს, რაც შესაბამის მცენარეებთან არის დაკავშირებული (2). ქართული დინდგელის ვერხვისეული ტიპის, ჩვენში გვარი ვერხვის (*Populus*) სახეობების ფართო გავრცელებით აიხსნება.

დინდგელის სხვადასხვა ნიმუშების ქიმიური შედგენილობის არაერთგვაროვნება გარკვეულ სირთულეებს იწვევს სუბსტანციისა და მისგან მომზადებული პრეპარატების სტანდარტიზაციისა და ხარისხის კონტროლში.

საკითხის დადებითად გადაწყვეტის მიზნით საჭიროდ მივიჩნით დინდგელის ნიმუშებში დაგვედგინა საერთო მნიშვნელობის დომინანტი ნივთიერება, რომელსაც ეწეზოდა მაღალი ბიოლოგიური აქტივობა და სტაბილური ხარისხობრივი მაჩვენებლები.

საკვლევე ობიექტად შეირჩა საქართველოს სხვადასხვა რეგიონის დინდგელის ნიმუშები. კვლევის მეთოდებად გამოყენებული იქნა ანალიზის თხელფენოვანი ქრომატოგრაფისა და ულტრაიისფერი სპექტროფოტომეტრიის (სპექტროფოტომეტრი CF-46) მეთოდები.

საანალიზოდ სილიკაგელის თხელ ფენაზე მიკროპიპეტის საშუალებით შეგვეჭრნდა დინდგელის 0,02%-იანი სხვადასხვა ნიმუშების სპირტიანი ხსნარები. გამხსნელთა სისტემად ვიყენებდით ქლოროფორმ-მეთანოლის ნარევეს შეფარდებით 9:1, ხოლო ფლავანოიდების გამოსამქვლავებელ რეაქტივად აღუმინის ქლორიდის 5%-იან სპირტიან ხსნარს. ქრომატოგრაფიულმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ დინდგელის საკვლევე ნიმუშებში დომინირებს ფლავანოიდური ბუნების ნივთიერება Rf 0,80±0,003. აღნიშნული ნივთიერებების იდენტიფიკაციის მიზნით მოვახდინეთ სილიკაგელიდან მისი ელუირება ქლოროფორმ-მეთანოლის ნარევეთ (9:1). ელუატების შეერთებითა და ვაკუუმის ქვეშ გამხსნელის მშრალ ნაშთამდე გადადენის შემდეგ ვაწარმოეთ ნივთიერების გადაკრისტალება 95%-იანი ეთანოლით.

შვეისწავლეთ გამოყოფილი ნივთიერების შთანთქმის სპექტრი ულტრაიისფერ უბანში, რომელსაც აღმოაჩნდა შთანთქმის ერთი მაქსიმუმი 290 ნმ-ზე, რაც დამახასიათებელია ფლავონონ პინოსტრობინისათვის.

საკვლევი ნივთიერების სავარაუდო იდენტიფიკაციის სისწორე დაედასტურეთ ვერხვის კვარტებიდან გამოყოფილი პინოსტრობინის სტანდარტული ნიმუშის საშუალებით (3).

თხელფენოვანი ქრომატოგრაფიული ანალიზით დადგენილი იქნა, რომ ქართული წარმოშობის დინდგელის ყველა ნიმუშში დომინირებს ფლავონონი - პინოსტრობინი Rf - 0,80±0,03; რომელიც ნედლეული სტანდარტიზაციის ერთ-ერთ ძირითად კრიტერიუმად შეიძლება ჩათვალოს.

ლიტერატურა:

1. ქვაბუნა, ბ. ჭუმბურიძე, ლ. კუნჭულია „ქართული წარმოშობის დინდგელის რეგიონული შესწავლა სპექტროფოტომეტრული მეთოდით“. ქ. ქუთაისის სამედიცინო ჟურნალი. 1988. №2. გვ. 86-89.
2. Куркин В. А., Браславский В. Б., Запесочная "Фармация", 1992, №1, с. 30-35.
3. Metrener J., Bekmeier, 1979, Bd, N34, p.97-102.

**Кунчулия Л., Джорджikia М., Иорамашvили Г., Шенгелидзе Н.,
Кучухидзе Дж., Джинчарадзе Д.**

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ГРУЗИНСКОГО ПРОПОЛИСА

РЕЗЮМЕ

Разработана тсх методика определения подлинности прополиса, основанная на обнаружение флавоно-пиностробина $R_f 0,80 \pm 0,003$, который является доминантом из специфических компонентов грузинского прополиса.

Во всех образцах грузинского прополиса содержится пиностробин, который является биологически активным веществом. Исходя из этого грузинский прополис является высококачественным сырьем для получения биологически активных лекарственных средств.

Получен стандартный образец пиностробина из прополиса.

**Kunchulia L., Djorjikia M., Ioramashvili H.,
Shengolidze N., Kuchukhidze J., Jincharadze D.**
STANDARTIZATION OF GEORGIAN PROPOLIS

SUMMARY

Development the method of identification authenticity of propolis by TLC, based on determination of flavonon-pinostrobin $R_f 0,80 \pm 0,003$, which is the dominant in specific compiunds of propolis.

In all samples of georgian propolis are found pinostrobin, which is a biologically active component, that's why Georgian propolis are high quality material for receiving biologically active drugs.

რ.კუტუბიძე, მგიორგობიანი, ს.სამხარაძე, ნ.აგლაძე

სანერპოლივი პერიოდურული ანალგეზია პოსტოპერაციულ პერიოდში ბავშვებში

თსსუ, ბავშვთა ქირურგიის კათედრა

პოსტოპერაციულ პერიოდში ადექვატური ანალგეზია წარმოადგენს მკურნალობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს. დღეისათვის მიღებულია სხვადასხვა გზებით გამოყენებული ანალგეტიკების ფართო არჩევანი, რაც გარკვეულწილად პრობლემურია ბავშვებისათვის (მტკივნეული ინექცია, ალერგიული და სხვა სახის რეაქციები).

ბავშვთა ქირურგიულ პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება ხანგრძლივი პერიოდურული ანალგეზია, როგორც პოსტოპერაციული ტკივილის სინდრომის მოსახსნელად, ისე ნაწლავთა პერისტალტიკის გაუმჯობესების მიზნით.

ჩვენს მიერ შესწავლილი იქნა 126 ავადმყოფი 0-14 წლამდე ასაკში, რომელთაც ჩაუტარდათ ლაპარატომია და პოსტოპერაციულ პერიოდში ხანგრძლივი პერიოდურული ანალგეზია ლიდოკაინის 2%-იანი ხსნარით. ანესთეტიკის რაოდენობა განისაზღვრება მიღებული სეგმენტური დოზირებით ასაკისა და საჭიროების მიხედვით. პერიოდურული ანალგეზია კეთდებოდა ადრეულ პოსტოპერაციულ, პოსტნარკოზულ პერიოდში, რაც ხელს უწყობდა მანიპულაციის მშვიდად და უმტკივნეულოდ ჩატარებას.

ანალგეზიური ეფექტი ფასდებოდა ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობით, ჩივილით ტკივილზე, ძირითადი კლინიკური მაჩვენებლებით (არტერიული წნევა, მაჯისა და სუნთქვის სიხშირე). ეპიდურული ანალგეზიის დაწყებიდან 15-20 წუთში აღინიშნება მაჯის სიხშირის ნორმალიზება. მისი კლება შეადგენდა საშუალოდ 21,1% ($p < 0,05$), ხოლო სუნთქვის სიხშირის კლება შეადგენდა საშუალოდ 37,1% ($p < 0,05$). არტერიული წნევის ცვალებადობა, კერძოდ, მისი შემცირება (როგორც სისტოლური, ისე დიასტოლური) შეადგენდა 8,4%-ს.

შემთხვევათა 89%-ში აღინიშნა ანალგეზიის მაღალი ეფექტი, რაც გამოიხატება შესაბამისად აღნიშნული კლინიკური მაჩვენებლების ნორმალიზებით; შეინიშნებოდა ნაწლავთა პერისტალტიკის სტიმულირება.

ჩვენს მიერ შესწავლილ იქნა იმუნური სისტემის ზოგიერთი მაჩვენებელი - IgA, IgG, IgM, T_s, T_H, B - ლიმფოციტები აღნიშნულ ჯგუფში და მონაცემების შეფასების მიზნით იმ ავადმყოფებში, სადაც პოსტოპერაციული ანალგეზია ტარდებოდა ტრადიციულად - ანალგეტიკების ინტრავენური და ინტრამუსკულარული შეყვანით. საკონტროლო ჯგუფში, ტრადიციული ანალგეტიკების გამოყენების შემთხვევაში აღინიშნა იმუნური მაჩვენებლების შემცირება, კერძოდ: IgA-0,98±0,85 ($p < 0,001$); IgG-

9,2±0,02 (p<0,001). სტაბილური აღმოჩნდა იმუნოგლობულინი M IgM-1,18±0,5 (p<0,05), რაც დაახლოებით ნორმის ფარგლებშია.

T ლიმფოციტების % რაოდენობა შეადგენდა 50,02±0,08 (p<0,001), აბსოლუტური რაოდენობა - 808,2±5,7 (p<0,001). T_H-22,48±0,34; T_S-9,2±1,05 (p<0,005). B ლიმფოციტების % რაოდენობა - 21,2±0,18 (p<0,001). აბსოლუტური რაოდენობა 306,26±4,03 (p<0,01). ძირითად ჯგუფში, ეპიდურული ანალგეზიის პირობებში იმუნური სისტემის აღნიშნული მაჩვენებლები თითქმის ნორმის ფარგლებშია. კერძოდ, IgG-10,64±0,21 მლ (p<0,001); IgA-1,08±0,02 მ/ლ (p<0,001); IgM-1,04±0,02 მ/ლ (p<0,05); T ლიმფოციტების % რაოდენობა შეადგენდა 5±0,6%; აბსოლუტური რაოდენობა - 880±8,2; B ლიმფოციტების % რაოდენობა - 23,06±0,7; აბსოლუტური - 330±0,5. T_H-25,04±0,36; T_S-24,0±0,72.

გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ ხანგრძლივი პერიოდური ანალგეზიის შედეგად სახეზეა იმუნური სისტემის მაჩვენებელთა ნორმალიზება, რაც ვფიქრობთ განპირობებულია ადექვატური ანალგეზიით. ავადმყოფების მეორე ჯგუფში აღინიშნა იმუნურ მაჩვენებელთა მკვეთრი დათრეუნვა, რაც განპირობებულია პოსტნარკოზული იმუნოსუპრესიით.

ამრიგად, ხანგრძლივი პერიოდური ანალგეზია ეფექტური საშუალებაა და პოსტოპერაციულ პერიოდში მისი გამოყენება იძლევა როგორც კარგ ანალგეტიკურ ეფექტს, ისე იმუნოკორექციას, რაც გვაძლევს მისი ფართოდ გამოყენების შესაძლებლობას ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ბავშვებში.

ლიტერატურა:

1. Anand H. The stress response to surgical trauma from physiological basis to therapeutical implications. Prog. Food Nutr. Sci. 1986. #10 (1-2 p).
2. Couture L. Postoperative pain assessment and alleviation. Journal Inform Can. 1995 Jun. 276) 31-3.
3. Krug ., Meltomjun G. The quality of epidural analgesia. Anesthesia and reanim. 1990. 15(3). p. 231-236.

Кутубидзе Р., Гиоргобiani М., Самхарадзе С., Агладзе Н. ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ

РЕЗЮМЕ

Применена продленная эпидуральная анальгезия лидокаином в постоперационном периоде у детей. Достигнут хороший анальгетический эффект,

ა также стабилизация некоторых показателей иммунного статуса. В частности, изучались IgA, IgM, IgG, T_s, T_H, B - лимфоциты в основной группе и контрольной, где анальгезия в постоперационном периоде проводилась анальгетиками внутривенно и внутримышечно. Результаты исследования показали, что в основной группе наблюдалась нормализация этих показателей.

Таким образом, продленная эпидуральная анальгезия в постоперационном периоде является эффективным методом для лечения и профилактики болевого синдрома.

Kutubidze R., Giorgobiani M., Samkharadze S., Agladze N.
**CONTINUED EPIDURAL ANALGESIA IN POSTOPERATIVE
PERIOD IN CHILDREN**

SUMMARY

After the use of a continued epidural analgesia with Lidokaine in postoperative period in children good analgetic effect and stabilization some of immunological indicies were observed. Under study were IgA, IgM, IgG, T_s, T_H, B-lymphocytes in basic group and control group, where analgesia was obtained by intravein and intramuscular administration of analgetic drugs. The results of investigations showed normalization of immunological indicies in basic group.

Continued epidural analgesia in postoperative period is effective method for the treatment and prophylaxis of pain relief.

გ.ლაჭყევიანი

**პერიფერიული ნერვული სისტემის
დაზიანება სეფსისის დროს**

ოსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ნერვულ სნეულებათა კათედრა

ორგანიზმის მიმღე პათოლოგიურ მდგომარეობებს და დაავადებებს შორის, რომლებსაც ხშირად თან სდევს გართულებები ნერვული სისტემის მხრივ, განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს სეფსისი.

ჩატარებული გამოკვლევის მიზანი იყო სეფსისის დროს პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანებების თავისებურებათა გამოვლენა და მათი მკურნალობის გზების განსაზღვრა.

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა სეფსისით დაავადებული 69 ავადმყოფი, რომელთაც აღენიშნებოდა ნერვული სისტემის დაზიანების, მათ შორის პერიფერიული სისტემის (პნს) დაზიანების სიმპტომები. მათგან 29

იყო ქალი, 40 - მამაკაცი. ავადმყოფებს უტარდებოდათ სრული ნევროლოგიური გამოკვლევა, ცერებროსპინალური სითხის ანალიზი (ჩვენების მიხედვით), ტურნიკეტული და ელევაციური ტესტები.

ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ ავადმყოფთა აღნიშნული კონტინგენტიდან 27-ს აღენიშნებოდა პოლინეიროპათიის მოვლენები. აქედან 5 პაციენტს პოლინეიროპათია შეუღლებული ჰქონდა მიაღვასთან, ერთს კავერნოზული სინუსის თრომბოზთან. 2 ავადმყოფს ჰქონდა ტრიემინალური ნევრალგია.

პაციენტებს, რომლებსაც დაესვათ პოლინეიროპათიის დიაგნოზი აღნიშნებოდათ: პარესთეზიები, ტკივილები კიდურების დისტალურ ნაწილებში, ჰიპესთეზია, კუნთთა ჰიპოტროფია ვლინდებოდა დაავადების მე-14-16 დღიდან. თავიდანვე საზეზე იყო კუნთთა ჰიპოტონია, ღრმა რეფლექსების დაქვეითება, დადებითი იყო ნერვის დაჭიმვის ნიშნები ქვედა კიდურებზე, ხოლო ხელებზე იყო ელევაციური და ტურნიკეტული ტესტები.

რაც შეეხება ტრიემინალური ნევრალგიის 2 შემთხვევას, ეს გართულება საკმაოდ იშვიათია სეფსისის დროს. მისი განვითარება სეფსისის დროს, ვფიქრობთ, განპირობებულია ორი ფაქტორით. ერთი მხრივ, ტოქსიკურ-ინფექციური აგენტის ზემოქმედებით სამწვერა ნერვის სისტემაზე, ხოლო მეორე მხრივ, სამწვერა ნერვების ტოტების გამოსავალი არჩების და ხვრელების თანდაყოლილი ან შემძინილი შევიწროებით. ამ მოსაზრების სასარგებლოდ მეტყველებს ის ფაქტიც, რომ ორივე შემთხვევაში ნევრალგია აღენიშნებოდათ ხანდაზმულ ავადმყოფებს (1).

პოლინეიროპათიების განვითარების პათოგენეზი საკმაოდ რთულია და ამ სინდრომის ჩამოყალიბებაში მონაწილეობას იღებს პათოგენური ფაქტორების კომპლექსი, სახელდობრ ტოქსიკურ-ინფექციური, ნერვ-კუნთოვანი სისტემის კომპრესიულ-პოზიციური იშემია, ზოგადი ჰიპოკინეზია (2).

როდესაც პოლინეიროპათიის განვითარების პათოგენეზს ვეხებით, არ შეიძლება არ განვიხილოთ ორტოგრადული და რეტროგრადული აქსონალური ტრანსპორტის დარღვევის როლი ამ სინდრომის ჩამოყალიბებაში. დადგენილია, რომ ორტოგრადული აქსონალური ტრანსპორტი ხორციელდება ნერვული უჯრედის სხეულში სინთეზირებადი ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების გადატანით უჯრედიდან პერიფერიისაკენ, ნერვული დაბოლოებებისაკენ. მაგრამ გარდა ორტოგრადულისა, არსებობს რეტროგრადული აქსონალური ტრანსპორტიც. რეტროგრადული ტრანსპორტით წარმოებს პერიფერიიდან, სინაფსური დაბოლოებებიდან ნივთიერების გადატანა ნერვული უჯრედების სხეულისაკენ. ეს ნივთიერებები აუცილებელია უჯრედის ნორმალური მეტაბოლიზმისათვის. ნერვული უჯრედებისთვის დამღუპველია არა მარტო ორტოგრადული, არამედ აქსონალური ტრანსპორტის მოშლაც. ამ უკანასკნელის დისფუნქცია იწვევს ნერვული უჯრედის მოქმედების

მეცვლას, ხოლო მძიმე ხარისხის დაზიანებისას ადგილი აქვს რეტროგრადული დეგენერაციის განვითარებას (3). სეფსისის დროს პათოგენური ფაქტორების კომპლექსი (ტოქსიკური, ჰიპოქსიური, პოზიციურ-კომპრესიული, ჰიპოკინეზია) იწვევს როგორც ორტო, ისე რეტროგრადული აქსონალური ტრანსპორტის მოშლას. ამავე დროს სეფსისის პირობებში, როგორც წესი, ვითარდება რკინადეფიციტური ანემია, რაც კიდევ უფრო აღრმავებს არსებულ მდგომარეობას.

ყველა შემთხვევაში ჩამოთვლილი პათოგენური ფაქტორების ერთობლივი, ზოგჯერ არცთუ ძლიერი ზემოქმედება ჯამში ხდება კრიტიკული და წარმოიშვება ინერვაციის დაქვეითების კომპლექსი - პოლინეიროპათია.

მკურნალობის თვალსაზრისით სეფსისით დაავადებულ ავადმყოფებში, რომლებსაც აღენიშნებოდა პნს დაზიანების სიმპტომები, ვხვდებით არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო სამუალებებს, მიკროცირკულაციის გასაუმჯობესებელ პრეპარატებს (ტრენტალი, ტიკლოდი), B-ჯგუფის ვიტამინებს, აგრეთვე ფერუმლეკის ინტრამუსკულარულ და ინტრავენურ ინექციებს.

ამრიგად, პნს დაზიანება წარმოადგენს სეფსისის არც თუ იშვიათ გართულებას და განპირობებულია რამდენიმე ფაქტორით, როგორცაა ტოქსიურ-ჰიპოქსიური, პოზიციურ-კომპრესიული ზემოქმედება, ჰიპოკინეზია, მეორადი ანემია. აღნიშნული გათვალისწინებული უნდა იყოს სეფსისისა და მისი ნევროლოგიური გართულებების კომპლექსურ მკურნალობაში.

ლიტერატურა:

1. Герман А.Г., Скоромец А.А., Ирецкая М.В. Тунельные невропатии. Кишинев, 1989.
2. Peripheral Nerve disorders. Заболевания периферической нервной системы. Пер. с англ. / под ред. А.К.Эсбери, Р.У.Джамлпита. М., 1987.
3. Ochs S. Axoplasmic transport / The nervous system / Ed. D.B.Tower - New York, 1975, Vol. 1, p. 137-146.

Лачкешiani Г. ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СЕПСИСЕ

РЕЗЮМЕ

Под наблюдением находились 69 больных с сепсисом, 40 мужчин и 29 женщин. У 27 из них отмечались явления полинейропатии разной степени выраженности.

Патогенез полинейропатии достаточно сложен и обусловлен комплексом патогенных факторов, в частности токсико-инфекционным, компрессионно-ишемическим, общей гипокинезией, что в свою очередь нарушает ортоградный и

ретроградный аксональный транспорт. Не последнюю роль в возникновении полинейропатии играет сопутствующая сепсис железodefицит, анемия.

Учитывая патогенетические механизмы полинейропатии при сепсисе, в комплекс проблемных мероприятий включали препараты, улучшающие микроциркуляцию, стимулирующие гемопоез, витамины группы В.

G.Lachkepiani
DISTURBANCES OF PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM
DURING SEPSIS
SUMMARY

69 patients with sepsis (40 male and 29 female) were studied. In 27 cases polyneuropathy of different grade was identified.

Pathogenesis of polyneuropathy is rather complicated and caused by complex of pathogenic factors, namely by toxic - inflectional, compressional - ischemic disturbances and also by general hypokinesia, which oin their term, lead to disregulation of ortogradic and retrogradic axoplasmix transport.

Important role of accompany sepsis ferumdeficit anemia for development of the polyneuropathy must be mentioned.

Taking into pathogenical mechanisms of polyneuropathy during sepsis, in the complex of therapeutical measures were included drugs improving microcirculation and stimulating hemopoesis, as well as B group vitamins.

გ.ლობჯანიძე, გ.სურგულაძე, გ.ვაკახიშვილი

მწვავე ქოლევსტიტის დიაგნოზირება და მკურნალობა
დაბალინფორმაციული გამოკვლევის მონაცემებით
(რეტროსაქსელური ანალიზი)

თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა №2 კათედრა

მწვავე ქოლევსტიტი წარმოადგენს ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას ქირურგიაში. სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით სამოცდაათიან წლებში ავადმყოფთა რიცხვი გაიზარდა 20%-ით. უამრავი გამოკვლევის მიუხედავად, მწვავე ქოლევსტიტი ხშირად განიცდის გართულებას, რომელთა დროული დიაგნოზი ხშირად გარკვეულ სიმბოლოებთან არის დაკავშირებული. ეს განსაკუთრებით მკაფიოდ აისახება ისეთი დაბალინფორმატოული გამოკვლევები ფონზე, რომელთა შესრულებაც გასაძლებელია რაიონის პირობებში. მწვავე ქოლევსტიტის დროს ლეტალობის მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია და აღწევს 11,8-43,4% (6, 9). საკმაოდ მაღალია

გართულების მაჩვენებელიც, რომელიც სხვადასხვა დაავადების სახით მერყეობს 2,0-30,95% (3, 4, 6).

ცალკე გამოიყოფა თანდართული დაავადებები, რომლებიც ხშირად ხდებიან მწვავე ქოლერისტიტის გართულების მიზეზები (5). ეს განსაკუთრებით მკაფიოდ ჩანს ასაკის მატებასთან ერთად (7). თანდართული დაავადებები მოხუცებულთა ასაკში აღინიშნება 8% შემთხვევაში, აქედან 76%-ში ორი ან მეტი დაავადების თანხვედრა აღინიშნება.

ჩვენს მიერ განალიზებული იქნა ქვორის ცენტრალური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში ნამკურნალები 281 ავადმყოფი, რომლებიც იმყოფებოდნენ სტაციონარში 1990-1999 წლებში მწვავე ქოლერისტიტის დიაგნოზით. წლების მიხედვით ავადმყოფთა რაოდენობა წარმოდგენილია ცხილში №1.

ცხრილი №1

ავადმყოფთა განაწილება წლების მიხედვით

წლები	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	სულ
მდღერ.	34 (12,09%)	30 (10,67%)	34 (12,09%)	21 (7,47%)	17 (6,05%)	10 (5,34%)	10 (3,55%)	12 (4,27%)	20 (7,11%)	23 (8,18%)	216 (76,87%)
მამრ.	10 (3,55%)	13 (4,63%)	7 (2,49%)	6 (2,13%)	3 (1,07%)	6 (2,13%)	3 (1,07%)	6 (2,13%)	4 (1,42%)	7 (2,49%)	65 (23,13%)
სულ	44 (15,65%)	43 (15,30%)	41 (14,59%)	27 (9,61%)	20 (7,11%)	21 (7,47%)	13 (4,63%)	18 (6,40%)	24 (8,54%)	30 (10,67%)	281 (100%)

სხვადასხვა ავტორის მონაცემების მიხედვით შეფარდება სქესის მიხედვით მწვავე ქოლერისტიტის დროს იყო 1/6 (8), 1/1,6 (2), ხოლო ჩვენს შემთხვევაში - 1/3. სტაციონარში მწვავე ქოლერისტიტის დიაგნოზით ნამკურნალებ ავადმყოფთა შორის ყველაზე ახალგაზრდა იყო 17 წლის, ხოლო ყველაზე ხანდაზმული 78 წლის. ასაკობრივად ავადმყოფთა განაწილება ნაჩვენებია ცხრილში №2.

ცხრილი №2

ავადმყოფთა განაწილება ასაკის მიხედვით

ასაკი	30 წ.	30-40	41-50	51-60	61-74	75-89	90 და მეტი	სულ
ავადმყოფთა რაოდენობა	47	54	50	54	64	12	-	281
	16,73%	19,22%	17,79%	19,22%	22,77%	4,27%	-	100%

როგორც მე-2 ცხრილიდან ჩანს, დაავადების ყველაზე დიდი სიხშირე 60 წლის ზემოთაა. მოხუცებულთა ასაკის დაავადების მრავალი სქემაა მოწოდებული (6). ჩვენს შემთხვევაში მოხუცებულთა ასაკს მიეკუთვნებოდა 64 (22,77%), ხოლო ხანდაზმულებს - 12 (4,27%) ავადმყოფი.

281 ავადმყოფიდან ოპერაციული მკურნალობა ჩაუტარდა 101 (46,33%) ავადმყოფს. სტაციონარში მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობა იყო 11,09 საწოლდღე, თუმცა იგი მერყეობდა ერთიდან ორმოც დღემდე.

გართულებების რაოდენობა ასაკობრივად

ასაკი	ქოლან- ვიტი	პანკრეა- ტიტი	პერიტო- ნიტი	პარაკეზი კულური აბსცესი	ნაღვლო- ვანი ფისტუ- ლები	ჰრილო- ბის დაჩირ- ქება	სანადვლე გზის ბლოკი	სისხლდე ნაკუჭ- ნაწლავის ტრაქ- ტიდან	ნაწლავ- ური გაუვა- ლობა	სულ
60 წ-მდე	3 (5,88%)	6 (11,76%)	4 (7,84%)	5 (9,80%)	1 (1,96%)	3 (5,88%)	6 (11,76%)	1 (1,96%)	0	29 (56,84%)
60 წლის ზემოთ	2 (3,92%)	7 (13,72%)	6 (11,76%)	0	0	2 (3,92%)	4 (7,84%)	0	1 (1,96%)	22 (43,12%)

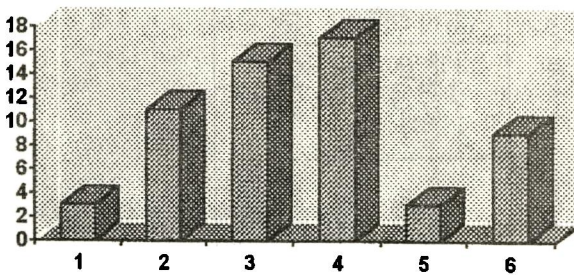
მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზით ოპერირებულ ავადმყოფებს აღინიშნებოდათ თანდართული დაავადებები. ძირითადად იყო: გულის იშემიური დაავადება 27 (26,73%) შემთხვევაში; შაქრიანი დიაბეტი 6 (5,94%); უროლოგიური პათოლოგიები (მარდკენჭოვანი დაავადება, პიელონეფრიტი) - 3 (2,96%), ბრონქული ასთმა - 2 (1,98%); თირმეტუტოვან ნაწლავის დივერტიკული 1 (0,99%).

მწვავე ქოლეცისტიტის დიაგნოზით ნამკურნალებ ავადმყოფთა შორის 51 (14,28%) შემთხვევაში აღინიშნებოდა სხვადასხვა სახის გართულება, რაც ასაკობრივი მაჩვენებლის მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილში №3.

გართულებების სიხშირე განსხვავდებოდა წლების მიხედვითაც. აღინიშნება გარკვეული კავშირი ქოლეცისტიტის გართულებულ ფორმასა და დაავადების დაწყებიდან პოსპიტალიზაციის დროს შორის. ჩვენს შემთხვევაში დაავადების დაწყებიდან პირველ დღეს მომართა 50 (17,79%) ავადმყოფმა, მეორე დღეს - 55 (19,57%), ორი დღის შემდეგ - 176 (62,63%). დაავადების ხანგრძლივობასა და გართულის სიხშირეს შორის კავშირი წარმოდგენილია სქემაზე №1, ხოლო უკანასკნელის განაწილება სხვადასხვა წლების მიხედვით სქემაზე №2.

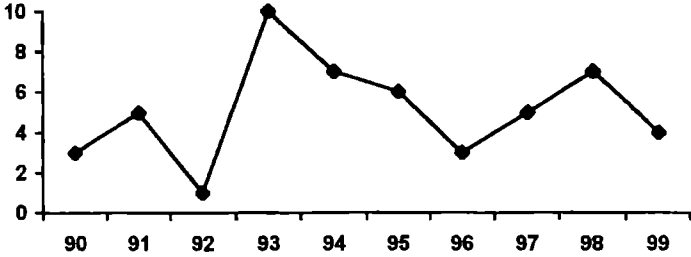
სქემა №1

გართულების განაწილება პოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებით



შენიშვნა: აბსცისაზე - მომართვის დღე, ორდინატაზე - გართულების სიხშირე

გართულებათა განაწილება წლების მიხედვით



შენიშვნა: აბსცისაზე წლები, ორდინატაზე - გართულების სიხშირე

როგორც №1 სტეშიდან ჩანს, გართულებათა სიხშირე განსაკუთრებით მაღალია ავადმყოფის სტაციონარში მომათვიდან მესამე-მეოთხე დღეს.

ავადმყოფებს სტაციონარში მოხვედრისას უკეთდებოდათ შემდეგი სახის გამოკვლევები: სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი ყველა ავადმყოფს, სისხლის ბიოიმიური მაჩვენებლები (საერთო ცილა, ბილირუბინი და სხვა) 134 ავადმყოფს (47,69%) ავადმყოფს, ე.კ.გ. 96 (34,16%); მუცლის ღრუს ექოსკოპია 156 (55,51%), მუცლის ღრუს რენტგენოსკოპია 30 (10,67%). ეზოფაგოფიბროსკოპია 10 (3,55%) ავადმყოფს.

გართულებებიდან პირველ ადგილზე იყო პანკრეატიტი 13 (925,49%), ადგილობრივი და ზოგადი პერიტონიტი 10 (19,61%); ქოლანგია - 5 (9,80%); სანაღლე გზების ბლოკი 10 (19,61%); ჭრილობის დაჩირქება 5 (9,80%); პარავეზიკულური აბსცესი 6 (11,76%); სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან 1 (1,96%); ნაწლავური გაუვალობა 1 (1,96%). ეს მონაცემები მეტ-ნაკლებად ემთხვევა სხვადასხვა ავტორის მონაცემებს (3, 4).

მკურნალობის ტაქტიკა ყველა ავადმყოფთან იწყებოდა კონსერვატიული მეთოდით, რაც მწვავე ქოლეცისტიტის დრო უნდა ჩაითვალოს წინასაოპერაციო მომზადების ეტაპად (1). ოპერაცია პირველ დღეს გაუკეთდა 57 (56,47%) ავადმყოფს, ძირითადად პერიტონიალური სიმპტომების არსებობის გამო. მეორე-მესამე დღეს სასწრაფო წესით ოპერაცია გაუკეთდა 14 (13,86%); გამწვავების კუპირებიდან გეგმიური წესით გაუკეთდა 30 (29,70%) შემთხვევაში. არასწორი (მწვავე აპენდიციტის) დიაგნოზით ოპერაცია გაუკეთდა 1 (0,99%) შემთხვევაში. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ლეტალობას ადგილი არ ჰქონია.

ლიტერატურა:

1. თაზმეტელი, დ.ხმალაძე, რ.ხმალაძე. ნაღვლკენჭოვანი დაავადება. თბილისი, 1996 წ.
2. А.П.Доценко, Е.И.Чинчено, Д.В.Квелашвили. Безкаменный холецистит. 1990 г.
3. В.П.Петров,М.В.Татаринский, Н.Н.Тамалка. Хирургическая тактика при гангренозном и перфоративном холецистите. Хирургия 1991 г. №10, с. 21-26.
4. С.А.Пишкиш, Б.А.Жук, П.Б.Ткаыченко. Ультразвуковое сканирование и дуоденоскопия в диагностике и лечении обтурационной желтухи Кв. Хирургия, 1992 (9-10), с. 6-9.
5. А.П.Родзиховский, В.И.Бабенко. Хирургическая тактика и лечение парачезикулярных абсцессов при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста. Кв. хирургия, 1992 г. (9-10), с. 32-33.
6. Conzalez J.J., Sanz L., Crana J.L., Bermejo C. et al. Biliary lithiasis in the elderly patient. Morbidity and mortality due biliary surgery. 1998.
7. Tokonaga Y., Nakayama N. et al. Surgical risks of acute colecystitis in elderly Hepato gastroenterology. 1997. May. Jul.

Лобжанидзе Г., Сургуладзе Г., Джавахишвили Г.
**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА НА ФОНЕ
МАЛОИНФОРМАТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
(РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)**

РЕЗЮМЕ

Нами проанализированы истории 281 больного, лечившихся с диагнозом острый холецистит в центральной больнице г. Гори. Выявлена определенная связь между заболеванием, длительностью болезни и сопутствующими болезнями. Как выявлено из исследования, осложнения при острых холециститах высокие и достигают 51 (14,28%) случаев. Особенно часто выявлены: панкреатит - 13 (15,49%), местный и разлитый перитонит - 10 919,61%), холангит - 5 (9,80%) блок желчных протоков - 10 (29,61%) и др.

Lobzhanidze G., Surguladze G., Javakhishvili G
**THE DIAGNOSIS OF ACUTE CHOLECYSTITIS AND THE TREATMENT ON
THE BASIS OF LOW INFORMATION RESEARCH
(RETROSPECTIV ANALYSIS)**

SUMMARY

The history of 281 patients have been studied who have been treated in the surgical of Gori Central Hospital with the diagnosis of acute cholecystitis. We have discovered that there is certain connection among the disease, the duration of the

disease and other diseases taken place at the same time. According to the discovery we can say that the rate of the complication of the disease is rather high and it achieves - 51 (14,28%). Most frequently we meet: pancreatitis - 13 (25,49%), local and general hipertonitis - 10 (19,61%), cholangitis - 5 (9,80%), the block of the bile ducts - 10 (19,61%), suppuration of the wound paravisceral abscesses - 6 (11,96%), hemorrhaging from the gastrointestinal tract - 1 (1,96%), constipation - 10 (1,92%). Certain connection is identified among complication of the disease, the age and the delay of hospitalization.

მ. ლობჯანიძე, დ. ჩიკვილაძე

HELICOBACTER PILORI-ის აღმოჩენა გავშვებში საქმლის მომწოდებელი ტრავმის წყლულოვანი კათოლოგიებით.

თსსუ, მიკრობიოლოგიის, ვირუსოლოგიის და იმუნოლოგიის კათედრა

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი პათოლოგიების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის პრობლემა ჯერ კიდევ გადაუჭრელია და ავადმყოფთა რაოდენობა ზემოთ აღნიშნული ნოზოლოგიური ფორმით განუწყვეტლოვ იზრდება (1).

მრავალი საკამათო და გაურკვეველი საკითხი არსებობს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებების ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის შესახებ, კერძოდ კი იმ მიკროორგანიზმთა შესახებ, რომლებიც გარკვეულ როლს ასრულებენ ამ დაავადებათა განვითარებაში (1,3). ჯერ კიდევ გასული საუკუნის ბოლოს ხდებოდა ადამიანთა და ცხოველთა კუჭში სპირალური ფორმის ბაქტერიების აღმოჩენა, მაგრამ მათი გამოყოფა ვერ ხერხდებოდა. აღნიშნული პრობლემისადმი ინტერესი კვლავ განახლდა 1983 წელს, როდესაც ცნობილი გახდა J. Warren და B. Marshall-ის აღმოჩენები ქრონიკული გასტრიტის მქონე ავადმყოფების კუჭის ეპითელიოციტების ზედაპირზე დიდი რაოდენობით ხვეული ბაქტერიების არსებობის შესახებ. ამჟამად Warren და Marshall-მა მოახდინეს აღნიშნულ მიკროორგანიზმთა გამოყოფა, რომელსაც ეწოდა *Helicobacter piloridis* (მოგვიანებით *Helicobacter pilori*). პირველად გამოითქვა ვარაუდი, რომ ეს მიკროორგანიზმი არის ქრონიკული გასტრიტის და წყლულოვანი დაავადებების ეტიოლოგიური აგენტი (2,4).

ნაშრომის მიზანს წარმოადგენს *Helicobacter pilori*-ის (Hp) საქართველოს რეგიონალური შტამების კულტივირების ოპტიმალური პირობების ძიება სხვადასხვა საკვები ნივთიერების გამოყენებით, მათი

შედარებითი დახასიათება და შესაბამისად ეფექტური ელექტიური და სადიფერენციაციო-სადაფენოსტიკო ნიადაგების ძიება.

მასალა და მეთოდები: გამოკვლეულ იქნა 52 ბაეში, რომელთაც აღნიშნებოდათ ქრონიკული გასტრიტი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწილის წყლულოვანი დაავადებები, ასაკით 8 წლიდან 15 წლამდე (22 ბიჭი და 30 გოგონა). გამოყენებული იყო ბაქტერიული კვლევის კლასიკური მეთოდები.

კვლევის შედეგები ავადმყოფებიდან ალბელ იქნა ორი ბიოპტატი. ერთი ბიოპტატი თავსდება თხიერ არეში შარდოვანით ურეაზული აქტივობის განსაზღვრისათვის, მეორე ბიოპტატი კი - სატრანსპორტო ნიადაგში. როგორც ბოლო 10 წლის განმავლობაში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა აჩვენეს, საუკეთესო სატრანსპორტო არეს გულ-ტვინოვან ბულონს, „კოლუმბის“ ნახევრად-თხიერ აგარს, თიოგლიკოლის ნახევრად-თხიერ არეს, თხიერ საკვებ ნიადაგს ბრუცელეებისათვის, ფიზიოლოგიურ ხსნარს შორის წარმოადგენს „კოლუმბის“ ნახევრად-თხიერი აგარი. ასევე ეფექტურ სატრანსპორტო არეს წარმოადგენდა გულ-ტვინოვანი ნაყენის საფუძველზე დამზადებული ნახევრად-თხიერი აგარისა და „კოლუმბის“ ნახევრად თხიერი აგარის ნარევი. დანარჩენ არეთა გამოყენება ნაკლები წარმატებით მიმდინარეობდა.

ინოკულატად გამოიყენებოდა ბიოპტატის ჩამონარეცხი, უშუალოდ ბიოპტატი, მისი დაქუცმაცებული ნაწილები ან ჰომოგენატი ბიოპტატიდან. ყველაზე კარგ შედეგს იძლეობა ჰომოგენატის დათესვა. ამ დროს შეინიშნებოდა Hp კოლონიების მაქსიმალური რაოდენობით ზრდა და მათი თანაბარი განაწილება ნიადაგის მთელ ზედაპირზე.

Hp კულტივირებისათვის გამოიყენებოდა სისხლიანი ნიადაგები, რომლებიც მზადდებოდა გულ-ტვინოვანი აგარის, „კოლუმბია აგარის“, ბრუცელეების აგარის, შოკოლადის აგარის საფუძველზე.

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა მრავალწლიანმა კვლევამ გვიჩვენა ნარევი ნიადაგების გამოყენების ეფექტურობა, კერძოდ კი, გულ-ტვინოვანი და „კოლუმბია“ აგარის ერთობლივი გამოყენება, ნიადაგებს ემატებოდა 5-7-10% ცხერის, ცხენის ან ადამიანის სისხლი, ზრდის მასტიმულირებელი ფაქტორები (საფუარის ექსტრაქტი, ვიტამინებისა და ბოსტიმულატორების ნარევი Isovitarex).

საუკეთესო შედეგი მიიღებოდა ნიადაგებზე ცხენის 7%-იანი სისხლის დამატებისას.

Hp-თან თანაარსებული მიკროფლორის დასათრგუნავად ნიადაგებს ემატებოდა სელექტიური აგენტები სკიროუს მიხედვით: ვანკომიცინი (10 მგ/ლ), პოლიმიქსინი (2500 ME/S), ტრიმეტოპრიმი (5 მგ/ლ). იმის გამო, რომ პოლიმიქსინი B არცთუ იშვიათად იწვევდა თვით Hp ზრდის დათრგუნვას, იგი შეიცვალა ცეფსულოდინით, ხოლო სოკოს ზრდის

დასათრგუნავად ნიადაგს ემატებოდა ამფოტერიცინი B, რამაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ნიადაგის ეფექტურობა (5).

Hp - თვის შემუშავებულია ინდიკატორული ნიადაგი:

გულ-ტვინოვანი აგარი, 10%-იანი ცხერის სისხლი.

ვანკომიცინი (6 მგ/ლ)

ნალიდიქსინის მჟავა (200 მგ/ლ)

ამფოტერიცინი B (2 მგ/ლ)

ტრიფენილტეტრაზოლის ქლორიდი (40 მგ/ლ) (6).

ჩვენს მიერ მოხდა მოწოდებული ნიადაგის მოდიფიკაცია, კერძოდ დამატა „კოლუმბა“ აგარი, ისე რომ თანაფარდობა „კოლუმბა“ და გულ-ტვინოვან აგარს შორის იყო 1:1.

10%-იანი ცხერის სისხლის ნაცვლად ნიადაგს დამატა 7%-იანი ცხენის სისხლი. ამ ნიადაგზე მხოლოდ *Helicobacter pylori*-სთვის არის დამახასიათებელი მწვანე-ოქროსფერი კოლონიების წარმოქმნა. აღსანიშნავია, რომ როდესაც ჰომოგენატი ბიოპტატიდან ერთდროულად თესებოდა ცხერის, ცხენის ან ადამიანის სისხლის შემცველ ნიადაგებზე, კოლონიების ყველაზე დიდი რაოდენობა აღინიშნებოდა ცხენის სისხლის შემცველ ნიადაგებზე, მცირე რაოდენობით ცხერის სისხლის შემცველ ნიადაგებზე და თითქმის არ აღინიშნებოდა ადამიანის სისხლის შემცველ ნიადაგებზე.

Hp-თან თანაარსებული მიკროფლორის დასათრგუნავად გამოიყენებული სელექციური აგენტების ნაცვლად სულ უფრო და უფრო ხშირად გამოიყენება მემბრანული ფილტრები ("sinpor", ფორების დიამეტრი 0,4 მკმ) მყარ საკვებ ნიადაგზე.

Hp კულტივირებისათვის ოპტიმალური ტემპერატურაა 37°C, 25°C და 42°C-ზე ეს მიკროორგანიზმები ჩვეულებრივ არ იზრდებიან.

Hp ზრდას იძლევა მხოლოდ მიკროაეროფილურ პირობებში კულტივირებისას. ოპტიმალურია გაზის არე შემდეგი შემადგენლობით: 5% O₂, 10% CO₂ და 85% N₂.

მიკროაეროფილური პირობების შექმნისათვის ჩვენს მიერ წარმატებით გამოიყენებოდა კომერციული გაზოგენერატორული სისტემა Anaerocult-C, ამასთანავე, გაზოგენერატორული სისტემის გამოცვლა ხდებოდა ყოველდღე კულტივირების მთელი პერიოდის განმავლობაში.

და ბოლოს, ჩვენი კვლევის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მხარეს წარმოადგენს Hp-ს კულტივირების ხანგრძლივობაზე დაკვირვება. ლიტერატურულ წყაროებში აღნიშნულია, რომ Hp-ის ვიზუალური ზრდა მყარ საკვებ არეზე შეიძლება 3 დღის შემდეგ და კოლონიები მაქსიმალურ ზომებს (1 მმ დიამეტრი) აღწევს 5-7 დღის შემდეგ (7).

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის დროს *Helicobacter pylori*-ის არც ერთ შტამს არ მოუცია ზრდა ხილული კოლონიების სახით 72 სთ-ის შემდეგ, კულტივირების მხოლოდ 7 დღის შემდეგ ნადავზე აღინიშნებოდა წერილი, ნახევრად მბრწყინავი, არაპემენტირებადი, თითქმის სველი სახის კოლონიები. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ 7 დღიანი კულტურების ნაცხებში *Hp* წარმოადგენდა გრამ-უარყოფით, ტიპური სპირალური ფორმის ბაქტერიებს, ხოლო ინკუბაციის 10 დღის შემდეგ კი - კოკისებური ფორმის ბაქტერიებს.

ამრიგად, *Helicobacter pylori* წარმოადგენს ძნელად კულტივირებად მიკროორგანიზმს. ამასთანავე *Helicobacter pylori*-ის რეგონალური შტამების კულტივირების ოპტიმალური პირობები მკვეთრად განსხვავდება ლიტერატურულ წყაროებში რეკომენდირებული კულტივირების პირობებისაგან. უფრო მეტიც, მოწოდებული კულტივირების ოპტიმალური პირობების ზედმიწევნით ზუსტი დაცვის დროსაც კი არ მოხერხდა *Helicobacter pylori*-ს სუფთა კულტურის მიღება. მხოლოდ ოპტიმალური პირობების ზემოაღნიშნული ცვლილებების შემდეგ გახდა შესაძლებელი *Hp*-ის რეგონალური შტამების სუფთა კულტურის სახით გამოყოფა.

ლიტერატურა:

1. Н.З.Александрова, В.Н.Минаев и др. Лабораторное дело. - 1989. - №6. - с. 54-57.
2. К.К.Зайцева. Архив патологии. - 1991. - №2, с. 72-74.
3. И.Л.Блинков - Клиническая медицина, - 1997. №12. с. 71-72.
4. С.Ю.Ломов. Врачебное дело. - 1997. - №5, с. 5-7.
5. Аруйн Л.И., Григорьев И.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.И. Клини. медицина. - 1991. - т. 68. №7. - с. 124-125.
6. Логинюв А.С.М., Аруйн Л.И., Ильченко А.А. Язвенная болезнь и *Helicobacter pylori*. Новые аспекты патогенетической терапии. - М. Медицина, 1993. - 230 с.
7. Калинин В.А. - 1989. - т. 67, №10. с. 64-66.

Лобжანიძე მ., ჩიქვილაძე დ.

ОБНАРУЖЕНИЕ *HELICOBACTER PYLORI* У ДЕТЕЙ С ЯВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДОЧО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

РЕЗЮМЕ

Целью данного исследования был поиск оптимальных условий культивирования для выявления региональных особенностей штаммов *Helicobacter pilori*.

Helicobacter pilori относится к числу трудно выделяемых микроорганизмов. Оптимальные условия культивирования региональных штаммов *Helicobacter pilori* резко отличаются от условий, рекомендуемых в литературных источниках, более

того, в таких условиях несмотря на их четкое выполнение, не удастся выделить ни одного штамма Н.р. Только после модификации условий культивирования стало возможным выделение чистых культур Н.р.

Lobzhanidze M., Chikviladze D.
**DETECTION OF HELICOBACTER PYLORI AMONG CHILDREN WITH
ULCER OF GASTROENTERITIC INTESTINAL TRACT**
SUMMARY

In the ame of investigation were looking for optimal conditions for cultivation and detections of Helicobacter pylory (Hp) strains regional characteristics.

Hp belong to microorganisms that are very difficult to be isolated using the standart methods for cultivation. The optimal conditions for cultivation of Hp regional strains are absolutely different from recommended ones. Only the modifire conditions for cultivation inables to isolate pure cultures of Hp.

ლ.ლობიძე

**კუმარტატულ კარიონში ჩატარებული ტონზილიტოზის
საპარაულო კავშირი ძალის რეპროდუქციული
უზნეციის დარღვევასთან**

თსსუ, ყელ-ყურ-ცხვირის კათედრა

ქრონიკული ტონზილიტი არის სასის ტონზილების ქრონიკული ანთებითი დაავადება. იგი განსაკუთრებით ხშირია (დაახლოებით 12-15%) ბავშვთა ასაკში, ხოლო მოზრდილებში დაახლოებით 4-10%-ში გვხვდება (1). ამ დაავადების სიხშირე დაკავშირებულია სასის ტონზილების მდებარეობასთან, რაც განაპირობებს ჰაერის და საკვების მასებთან მის უშუალო შეხებას, მიკრობებისათვის ადვილად შეღწევადას და ხშირ ანთებით პროცესებს. ამ დროს ადგილი აქვს ლაკუნებში ჩირქოვანი საცობების წარმოქმნას, რომელიც შედგება მიკრობების, ჩამოფცქვნილი ეპითელიისა და სხვა ანთებითი პროდუქტებისაგან.

ქრონიკული ტონზილიტის წამყვანი დამახასიათებელი ნიშანია ლიმფადენოიდურ ქსოვილში თხევადი ანუ თავისუფალი ჩირქის არსებობა, რასაც მოჰყვება ბაქტერიული ტოქსინების მუდმივი გადასვლა სისხლში და ორგანიზმის ინტოქსიკაცია. აღნიშნული პროცესები თავის მხრივ, იწვევს გულ-სისხლძარღვთა, შარდ-სასქესო, ცნს-ის, კერძოდ ვეგეტატიური და ჰიპოთალამური სისტემების დარღვევებს (2, 3) და ე.წ. ჰიპოთალამური

სინდრომის ჩამოყალიბებას, განსაკუთრებით პუბერტატული ასაკის გოგონებში. ამას თან მოსდევს ტონზილოგენური ნეირო-დისტროფიული პროცესების განვითარება (4).

ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემა არის ნეიროენდოკრინული რეგულაციის ცენტრი (8). ჰიპოფიზი გამოიშუშავებს დიდი რაოდენობით ჰორმონებს: ადნოკორტიკოტროპულ (აკჰ), ფოლიკულომასტიმულირებელ (ფმჰ), მალუთეინიზირებელ (მლჰ), თირეოტროპულ (თტჰ), სომატოტროპულ (სტჰ) ჰორმონებს, პროლაქტინს და ლიპოტროპინს. ამ ჰორმონებს მიეკუთვნება ტროპული ჰორმონები, რომლებიც რეგულაციას უწევენ პერიფერიული ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციებს და ასევე ჰორმონები, რომლებიც გავლენას ახდენენ მეტაბოლურ პროცესებზე და არეგულირებენ ორგანიზმის ზრდასა და განვითარებას (8). ამ ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების რაოდენობის უმნიშვნელო ცვლილებაც კი სისხლში (ჰიპერ-ან ჰიპოსეკრეცია), იწვევს ორგანიზმის გამოხატულ ჰორმონულ დარღვევებს, როგორცაა, სიმსუქნე, ჰირსუტიზმი, მენსტრუალური ციკლის მოშლა, მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებლობა, გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოების ჰიპოპლაზია (7) და სხვ. აღნიშნული ფაქტორები უარყოფითად მოქმედებს ქალის რეპროდუქციული სისტემის ჩამოყალიბებაზე და ხშირად მთავრდება საკვერცხეების ცენტრალური გენეზის ფუნქციის მოშლით, მისი ანატომიური ცვლილებებით (როგორცაა პოლიკისტოზი) და უშვილობით (6,7).

ზოგიერთი გინეკოლოგიური კვლევის საფუძველზე არსებობს მონაცემები, რომ 8-დან 15 წლამდე ასაკის გოგონებში ქრონიკული ტონზილიტის ოპერაციული მკურნალობა - ტონზილექტომია, არ იძლევა დადებით შედეგებს ჰორმონალური დარღვევების მოწესრიგებაში (2, 5), არამედ წარმოადგენს დამატებით სტრესს და იწვევს სერიოზულ ცვლილებებს მენსტრუალურ და გენერაციულ ფუნქციებში (6), ამიტომ აღნიშნული კვლევების ავტორები საჭიროდ მიიჩნევენ ხსენებულ პერიოდში ქრონიკული ტონზილიტის მხოლოდ კონსერვატიულ მკურნალობას: ტონზილების გამორეცხვას ანტისეპტიკური ხსნარებით, ანტიბიოტიკოთერაპიას, მადესენსიბილიზირებულ და ვიტამინოთერაპიას.

ჩვენი გამოკვლევის მიზანი იყო იმ ქალთა რეპროდუქციული მდგომარეობის შესწავლა, რომლებსაც ჩაუტარდათ ტონზილექტომია 15-20 წლის წინ სქესობრივი მომწიფების პერიოდში. ამ მიზნით ჩვენ ამოვირჩიეთ ბოლნისის რაიონული საავადმყოფოს (მთ. ექიმი - გ.გვიდიანი) და დაბა კახრეთის საავადმყოფოს (მთ. ებიმი - ლ.ჯაფარიძე) საარქივო მასალების მონაცემები, ვინაიდან რაიონის ფარგლებში შედარებით იოლია ძველი პაციენტების მოძიება. შეკრებილ იქნა არქივებიდან აღნიშნულ ავადმყოფთა ისტორიები; შეგროვდა მასალები ამ ისტორიებიდან და შესწავლილ იქნა ამ გოგონათა შვილოსნობის უნარი.

კვლევა ჩატარდა 200 ავადმყოფზე. აღმოჩნდა, რომ აქედან 178 (89%) არის გათხოვილი და შვილიანი; 21 (10,5%) გაუთხოვარია; მხოლოდ ერთი (0,5%) პაციენტია განათხოვარი და უშვილო. გაუთხოვარ ქალებში გამოკითხვის და დათვალიერების შედეგად დადგინდა მათი პიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის მდგომარეობა; 21-დან 3-ს (1,5%) აღმოაჩნდა ჰორმონალური დარღვევების ნიშნები, რაც გამოიხატება სხვადასხვა ხარისხის პირსუტიზმით, სიმსუქნითა და მენსტრუალური ციკლის მოშლით (იხ. სქემა).

სქემა: ქალები, რომელთაც ჩაუტარდათ ტონზილექტომია 15-20 წლის წინ პუბერტატულ პერიოდში და მათი ამჟამინდელი რეპროდუქციული მდგომარეობა

	გამოკვლეულ ავადმყოფთა რაოდენობა	პროცენტული მაჩვენებელი
სულ	200	100
გათხოვილი, შვილიანი	178	89
გაუთხოვარი, ჯანმრთელი	18	9
გაუთხოვარი, ჰორმონალური დარღვევებით	3	1,5
გათხოვილი, უშვილო	1	0,5

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ტონზილექტომია პუბერტატულ პერიოდში არ უნდა ახდენდეს უარყოფით გავლენას ქალის რეპროდუქციული სისტემის ფუნქციაზე. ქრონიკული ტონზილიტის დაგვიანებულმა მკურნალობამ კი შესაძლოა გამოიწვიოს მძიმე დარღვევები პიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ სისტემაში, გამოხატული რეპროდუქციული ფუნქციის მოშლითა და უშვილობით, რომელიც ძნელად გამოსწორდება.

ამ საკითხის უფრო ღრმად შესასწავლად ჩვენ ვატარებთ კვლევას ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში. უშვილო ქალებში ანამნეზით ვიკვლევთ ჩატარებული ტონზილექტომიის პერიოდს და ასევე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის Nel კლინიკის ყელ-ყურ-ცხვირის განყოფილებაში ქრონიკული ტონზილიტით დაავადებულ პუბერტატული ასაკის გოგონებში ვიკვლევთ პიპოთალამურ-ჰიპოფიზური სისტემის მდგომარეობას ტონზილექტომიამდე და ოპერაციიდან 5-6 თვის შემდეგ. ეს მონაცემები საშუალებას მოგვცემს გავარკვიოთ პუბერტატული პერიოდის გოგონებში ქრონიკული ტონზილიტისა და ტონზილექტომიის კავშირი ჰორმონალურ დარღვევებსა და ქალის რეპროდუქციული სისტემის ფუნქციის მოშლასთან. ამ პრობლემის გადაწყვეტა ხელს შეუწყობს ქრონიკული ტონზილიტის დროულ და სწორ მკურნალობას და ტონზილოგენური ნეირო-დისტროფიული ცვლილებების თავიდან აცილებას.

ლიტერატურა:

1. თ.თოზაძე „ოტორინოლარინგოლოგია“, თბილისი, „განათლება“, 1995 წ. 6 კვ. 307-316.
2. Н.Н.Антипина, М.Н.Кузнецова: Н.С.Тарасенкова; "Акушерство и гинекология", 1983 г. 7, с. 40-42.
3. Н.Н.Антипина, Н.С.Тарасенкова, М.Н.Кузнецова. "Вопросы охраны материнства и детства". 1981 г. 4-6 (т.26), с. 50-53.
4. Р.Я.Дутка, Р.А.Гнатышпак, Г.М.Ивасюк. "Врачебное дело", 1990 г. 6, с. 15-16.
5. М.Н.Кузнецова, Н.Н.Антипина, Н.С.Тарасенкова. "Акушерство и гинекология. 1983 г., 7, с. 43-45.
6. М.Н.Кузнецова, Н.Н.Антипина, Н.С.Тарасенкова. "Акушерство и гинекология. 1981 г., 7, с. 26-27.
7. Н.Н.Антипина, Н.Г.Красильникова, Н.М.Веселова, В.А.Бурлов. "Вопросы охраны материнства и детства", 1988 г. 3, с. 40-42.
8. В.В.Потемкин. "Эндокринология". Москва, "Медицина", 1986 г. с. 24.

ლომიძე ლ.

ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ НАРУШЕНИЯМИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И ТОНЗИЛЕКТОМИИ ПРОВЕДЕННОЙ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

РЕЗЮМЕ

Нами проведена статистическая обработка 200 историй болезни девочек-подростков 15-20 летней давности, которым произведена тонзиллэктомия в пубертатном периоде. Целью исследования было выяснение их репродуктивного состояния на сегодняшний день. Из числа исследованных 178 оказались замужем, которые имеют детей, 21 - не замужем и одна - бездетная.

Lomidze L.

PRESUMABLE RELATIONSHIP BETWEEN TONSILLECTOMY DONE IN PUBERTAL PERIOD AND FEMALE REPRODUCTION FUNCTION DISORDERS

SUMMARY

200 medical histories (15-20 years longstanding) of adolescent girls have been statistically processed. The patients underwent tonsillectomy in pubertal period. The aim of the present work was to estimate the state of the patients' reproductive system at present. Of all the women under study, 178 are married, one is divorced and childless, 21 are single.

ვლ. ლუარსაბიშვილი, ი. ფაღავეა, გ. ბურკაძე, ყ. ფაღავეა

ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე ლაზერის ზემოქმედების შედეგად განვითარებული მორფოლოგიური ცვლილებები

თსსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა,
პედაგოგიისა და მოზარდთა მედიცინის კათედრა

თანამედროვე მედიცინაში სადიაგნოზო და თერაპიული მიზნით ფართოდ გამოიყენება ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე ლაზერით ზემოქმედება. მას გააჩნია გარკვეული თავისებურებები და უპირატესობები. აკუპუნქტურის ტრადიციულ მეთოდთან შედარებით, ის ატრავმული და უმტკივნეულოა, არა არის ინფიცირების საშიშროება. მისი გამოყენება უზრუნველყოფს ანესთეზიას ქირურგიული ოპერაციების დროს, იძლევა დადებით ეფექტს კარდიოვასკულური, რესპირაციული და ნერვული სისტემის დაავადებების დროს. ამავე დროს, უეჭველია, რომ ლაზერით აკუპუნქტურის მექანიზმში ჯერ კიდევ ძალიან ბევრია გასარკვევი; შეუსწავლელია ლაზერით აკუპუნქტურის დროს განვითარებული მორფოლოგიური ცვლილებები.

გამოკვლევის მიზანს შეადგენდა შეგვესწავლა GI-4 (ხე-გუ) ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილზე (ბაწ) ლაზერის (HELBO-MINILASER 2010 F, ტალღის სიგრძე: 670 nm, სიმძლავრე: 10 mW) ზემოქმედების შედეგად განვითარებული მორფოლოგიური ცვლილებები. ექსპერიმენტში გამოიყენეთ 15 ბოცვერი, რომელთაც ლაზერით ვუსხივებდით ადამიანში ბაწ GI-4 (ხე-გუ)-ს საპროექციო ზედაპირის ანალოგიურ უბანს. ექსპერიმენტული ცხოველები განაწილდა ოთხ ჯგუფად. პირველ ჯგუფში ცხოველებს ლაზერით ვასხივებდით 2 წუთის განმავლობაში (4 ცხოველი), მეორე ჯგუფის ცხოველებს ვასხივებდით 5 წუთის განმავლობაში (4 ცხოველი), ხოლო მესამე ჯგუფის ცხოველებს - 10 წუთის განმავლობაში (4 ცხოველი). მეოთხე ჯგუფი იყო საკონტროლო (3 ცხოველი). მორფოლოგიური შესწავლისათვის მასალას ვიღებდით დასხივებიდან 10 წთ-ის შემდეგ. შევისწავლეთ I და II ფალანგს შორის არსებული კანი მიმდებარე ქსოვილებით, ზურგის ტვინის (C4-Th1 სეგმენტები), მოგრძო ტვინი, თალამუსი და სენსორულ-მოტორული ველი. შესწავლისათვის ვისარგებლეთ ჰისტოლოგიური - ჰემატოქსილინ-ეოზინისა და ნეიროჰისტოლოგიური - ნისლის მეთოდით.

ლაზერით 2 წთ ექსპოზიციის პირობებში ლაზერით დასხივებული თათის, საკონტროლო ჯგუფისა და დასხივებული ცხოველის ინტაქტური თათის კანისა და მიმდებარე ქსოვილის მორფოლოგიურმა შესწავლამ გვიჩვენა, რომ კვლევის ამ მეთოდით (ჰემატოქსილინ-ეოზინის)

სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დასხივებულ და დაუსხივებელ კანსა და მიმდებარე ქსოვილს შორის არ ვლინდება. ზურგის ტვინის შესაბამისი სეგმენტის უკანა რქების (რექსედის მიხედვით მე-26 3, 4 ფირფიტები), ასევე მოგრძო ტვინისა და თალამური მოტორული არის სენსორული ნაწილში (ბროდმანის სქემის მიხედვით მე-3 ველი) მე-4 შრეში მატულობს ჰიპერქრომულ ნეიროციტთა რაოდენობა და აღწევს 15-ს ყოველ 100 ნეიროციტზე (15%) (საკონტროლო ჯგუფში ყოველ 100-ზე არის 9%).

5 წთ ექსპოზიციის პირობებში ლაზერით დასხივებული თათის, საკონტროლო ჯგუფისა და დასხივებული ცხოველის ინტაქტური თათის კანისა და მიმდებარე ქსოვილის მორფოლოგიურმა შესწავლამ გვიჩვენა, რომ კვლევის ამ მეთოდით (ჰემატოქსილინ-ეოზინის) სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დასხივებულ და დაუსხივებელ კანსა და მიმდებარე ქსოვილს შორის არ ვლინდება. რექსედის მე-2 ფირფიტაში, მოგრძო ტვინისა და თალამუსში აღინიშნება ჰიპერქრომული ნეიროციტების რაოდენობა 1-2 მხედველობის ველში (2%) (კონტროლში არის 0), სენსორულ-მოტორული არის სენსორული ნაწილის მე-3 ველის მე-4 შრეში ჰიპერქრომულ ნეიროციტთა რაოდენობა იყო 19%.

10 წთ ექსპოზიციის პირობებში ლაზერით დასხივებული თათის, საკონტროლო ჯგუფისა და დასხივებული ცხოველის ინტაქტური თათის კანისა და მიმდებარე ქსოვილის მორფოლოგიურმა შესწავლამ გვიჩვენა, რომ კვლევის ამ მეთოდით (ჰემატოქსილინ-ეოზინის) სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დასხივებულ და დაუსხივებელ კანსა და მიმდებარე ქსოვილს შორის არ ვლინდება. რექსედის მე-2 ფირფიტაში, მოგრძო ტვისა და თალამუსში 1-2 ჰიპერქრომულ ნეიროციტთან ერთად (2%) აღინიშნებოდა ნეიროციტები ცენტრალური ქრომატოლიზის მდგომარეობაში (4-5%), ხოლო სენსორულ-მოტორული არის სენსორული ნაწილის მე-3 ველის მე-4 შრეში ჰიპერქრომული ნეიროციტების რაოდენობა არის 20% და აღინიშნება ნეიროციტები ცენტრალური ქრომატოლიზის მდგომარეობაში - 7%. ჩვენს მიერ შესწავლილ ნეოკორტექსის არეში განვითარებული ცვლილებების შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ექსპერიმენტის ამ ვადაში სტატისტიკურად სარწმუნო ცვლილება არ გამოვლინდა მე-5, 6 შრეებში, ხოლო მე-2, 3, 4 შრეებში აღინიშნება ტენდენცია ჰიპერქრომატოლიზისა და ცენტრალური ქრომატოლიზის მატებისა. მიღებული შედეგების ანალიზი გვიჩვენებს შემდეგს:

1. ექსპერიმენტული ცხოველის დასხივებული და ინტაქტური თათის შესაბამისი უბნის (აღამანში ბაწ GI-4 (ზე-გუ)-ს საპროექციო ზედაპრის ანალოგი) კანისა და მიმდებარე ქსოვილის ჰემატოქსილინ-ეოზინით შეღებილ პრეპარატებში სპეციფიური ხასიათის ცვლილებები არ აღინიშნება.

2. ნისლის მეთოდით შეღებილ ანათლებში სენსორულ-მოტორული ველის მე-3 არის მე-4 შრეში აღინიშნება სტატისტიკურად სარწმუნო ცვლილებების არსებობა.

3. ნერვულ სისტემაში განვითარებული ცვლილებების ანალიზი გვაფიქრებინებს, რომ ბაწ-ზე ლაზერით ზემოქმედება გარკვეულწილად აღიქმება ნერვული სისტემის სენსორულ-მოტორული, ანუ პირველადი ასოციაციური ქერქის მიერ, რასაც ადასტურებს მე-2, 3,4 შრეში გარკვეული ცვლილებების არსებობა.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე აკუპუნქტურის მოქმედება მრავალი მკვლევარის შესწავლის საგანია. ამ მხრივ აღსანიშნავია ნიკოლაევის შრომა, რომლის მიხედვით ლაზერით აკუპუნქტურა ხელს უშუქობს ცერებრული ჰემოდინამიკის გამოსწორებას ცირკულაციური უკმარისობის საწყის სტადიაზე (1). არსებობს მონაცემები, რომელთა თანახმად ლაზერით აკუპუნქტურა შიზოფრენიის მკურნალობაში ისეთივე ეფექტურია, რომგორც ქლორპრომაზინი (2). გერმანელი მეცნიერების მიერ ჩატარებული გამოკვლევის თანახმად, ლაზერით აკუპუნქტურა იძლევა დადებით ეფექტს ძილთან დაკავშირებული პრობლემების გადაწყვეტის თვალსაზრისით (3). გარკვეულად შესწავლილია აკუპუნქტურის მოქმედების მექანიზმში პერიფერიული ნერვული სისტემის როლი (4, 5). საგულისხმოა მერიდიან-ქერქვისცერის ურთიერთკავშირის ჰიპოთეზის არსებობა, რომლის თანახმადაც ბაწ-ის სისტემა თავის ტვინის დიდ ნახევარსფეროების ქერქთან ნერვების საშუალებითაა დაკავშირებული (6). ვირთავებზე ჩატარებული ექსპერიმენტის თანახმად, აკუპუნქტურული სტიმულაციის შედეგად იცვლება ტვინის აქტიურობა. ეს ცვლილება სპეციფიურია ბაწ-ის რაობაზე დამოკიდებულებით (7). ბაწ-ზე მოქმედების შედეგად იცვლება ნეირონთა აქტიურობა თავის ტვინის მეთლ რიგ სტრუქტურაში, მათ შორის სენსორულ-მოტორულ ქერქში (8). ბაწ-ზე ზემოქმედებისას აგრეთვე აღინიშნება ქერქის ბიოელექტრული აქტიურობის ცვლილება (9,10). ქერქი ასევე დიდ როლს ასრულებს აკუპუნქტურული ზემოქმედებით ანალგეზიური ეფექტის მიღწევაში (11, 12). ყოველივე ზემოთქმული მეტყველებს ნეოკორტექსის მნიშვნელობაზე აკუპუნქტურის მოქმედების მექანიზმში.

ჩვენს მიერ განხორციელებული კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემებიდან აღსანიშნავია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში გარკვეული მორფოლოგიურ ცვლილებების არსებობა. ამავდროულად, ქერქის სენსორულ-მოტორული არის მე-5, 6 შრეებში სარწმუნო ცვლილებები არ დაფიქსირდა. ეს ფაქტი გვაფიქრებინებს, რომ მიღებულ ინფორმაციაზე პასუხობს არა პირდაპირ პირველადი ასოციაციური ქერქი, არამედ ეს ინფორმაცია გადაეცემა მეორეულ და მესამეულ ასოციაციურ ქერქს შემდგომი ანალიზისათვის.

პერსპექტიულად გვესახება მორფოლოგიური კვლევის სპეციალური მეთოდებით ბაწ-ის რეგიონში რეცეპტორების განაწილების შესწავლა, ბაწ-ის რეგიონში ნეიროსპეციფიკური ცილების განაწილების თავისებურებანი, დიდი ჰემისფეროების ქერქის დანარჩენი უბნების სისტემატიზირებული

შესწავლა და ენდოკრინულ სისტემაში აღმოჩენილი ცვლილებების შესწავლა.

ლიტერატურა:

1. Nikolaev NA. Therapeutic efficacy of laser and electropuncture reflexotherapy in correcting the initial manifestations of cerebral circulatory insufficiency. *Zhurnal Nevropatologii i Psikiatrii*. 86(1): 60-4, 1986.
2. Zhang B. A controlled study of clinical therapeutic effects of laser acupuncture for schizophrenia. *Chinese J. of Neurology & Psychiatry*. 24(2):81-3, 124, 1991 Apr.
3. Becker-Carus C., Heyden T., Kelle A. Effectiveness of acupuncture and attitude-relaxation training in the treatment of primary sleep disorders. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*. 33(2):161-172, 1985.
4. He Z., Chen D., et al. Role of musculocutaneous nerve in the relationship between "chuts" acupoint and heart. *Chen Tzu Yen Chiu Acupunctur Research*. 18(3):236-9, 1993.
5. Lux G., Hagel J., et al. Acupuncture inhibits vagal gastric acid secretion stimulated by sham feeding in healthy subjects. 36(5):800-1. *Gut*. 35(8):1026-9, 1994 Aug.
6. Chang HC., Xie YK., Wen YY. et al. Further investigation on the hypothesis of meridians-cortex-viscera interrelationship. *American J. of Chinese Medicine*. 11(1-4): 5-13, 1983.
7. Futaesaku Y., Zhai N. et al. Brain activity of a rat reflects apparently the stimulation of acupuncture. *Cellular & molecular Biology*. 41(1): 161-70, 1995 Feb.
8. Iansetov VV., Pravdivset VA. Effects of opioid peptides, morphine and electroacupuncture on the neuronal activity of the somatosensory cortex and brain stem reticular formation. *Biulleten Eksperimentalnoi Biologii i Meditsiny*. 94(12):53-6, 1982 Dec.
9. Reshetniak VK., Kukushkin ML., Durinian RA. Changes in the bioelectrical activity in the orbitofrontal and somatosensory areas of the cerebral cortex caused by electroacupuncture. *Biulleten Eksperimentalnoi Biologii i Meditsiny*. 96(7):14-6, 1983 Jul.
10. Shen X., Zhang W., Yu W. The influence of acupuncture on the cortical evoked potentials in rabbits. *Chen Tzu Yen Chiu Acupunctur Research*. 18(1): 24-8, 1993.
11. Liu JL., Han XW., Su SN. The role of frontal neurons in pain and acupuncture analgesia. *Science in China-Series B., Chemistry, Life Sciences & Earth Sciences*. 33(8): 938-45, 1990 Aug.

12. reshetniak VK., Kukushkin ML. Effects of the removal of the orbito-frontal cortex on the development of reflex analgesia. Biulleten Eksperimentalnoi Biologii i Meditsiny. 108(7): 14-6, 1989 Jul.

**Луарсабшвили В., Пагава И., Буркадзе Г., Пагава К.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЫЗВАННЫЕ ЛАЗЕРНЫМ
ОБЛУЧЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ТОЧКИ**

РЕЗЮМЕ

Наши данные позволяют предположить, что лазерное облучение области, соответствующей акупунктурной точке Hegu (GI-4) человека, вызывает определенные морфологические изменения в ЦНС кролика. Изменения были найдены в третьем и четвертом слоях коры, но не в пятом и шестом слоях. Следовательно, можно заключить, что первичная ассоциативная кора не отвечает на полученную информацию непосредственно информация передается вторичной и третичной ассоциативной коре для дальнейшего анализа.

**Luarsabishvili V., Paghava I., Burkadze G., Paghava K.
MORPHOLOGIC CHANGES INDUCED BY THE LASER ACUPUNCTURE**

SUMMARY

Our data suggest that laser irradiation on the area corresponding to the humane acupoint Hegu (GI-4) induces some morphologic irradiation on the central nervous system. Definite changes were found in 3rd and 4th cortex layers but not in 5th and 6th layers. Therefore it can be presumed that received information isn't responded by the primary associative cortex bur is transmitted to the secondary and tertiary associative cortex for farther analysis.

რ.მაზარაძე, ლ.აღუიშვილი, თ.მურთაზაშვილი,
მ.ჭურციკიძე, ნ.იმნაძე, ნ.ლეკიშვილი

**ბიოლოგიური მასალიდან ციკლოდოლის იზოლირების
მეთოდების შემუშავება**

თსსუ, ფარმაცევტული და ტოქსიკოლოგიური ქიმიის კათედრა

ციკლოდოლი, 1-ფენილ-1-ციკლოპექსან-3(N-ჰიპერდინო)-1-პროპანოლის ჰიდროქლორიდი, რომელიც ცნობილია ტრიპექსიფენიდილის ჰიდროქლორიდის, პარკოპანის, რომპარკინის, არტანეს, პარკინსანის,

ტრემინის და სხვა სახელწოდებებით, მედიცინაში გამოიყენება პარკინსონიზმის და პარკინსონის დაავადების სამკურნალოდ, ნეიროლეპტიური პრეპარატებით გამოწვეული ექსტრაპირამიდული სისტემის დარღვევებისას და ამ დარღვევებთან დაკავშირებული სპასტიური დაბლის დროს. ახასიათებს ცენტრალური ნ-ქოლინოლიზური, აგრეთვე პერიფერიული მ-ქოლინოლიზური მოქმედება (13).

ციკლოდოლის ტაბლეტები შეტანილია საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს 1996 წლის 13 მაისის ბრძანება №64-თ-ს №6 სიაში (ჩამონათვალი სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკული საშუალებების და ძლიერმოქმედი ნივთიერებების შემცველი იმ კომბინირებული პრეპარატების და წამლების ფორმებისა, რომლებიც არ მიეკუთვნებიან ნარკოტიკულ საშუალებებს და ძლიერმოქმედი ნივთიერებებს), ხოლო ფხენილი - A სიაში.

ცნობილია ციკლოდოლით მოწამელის შემთხვევები. მოწამელების დიაგნოსტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ბიოლოგიურ მასალაში მის ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიური გამოკვლევის მონაცემებს. ამის გამო, კვლევის დაწყებამდე, ჩვენს მიერ ლიტერატურაში მოძიებული იქნა ციკლოდოლზე გამოქვეყნებული შრომები. აღმოჩნდა, რომ ისინი (1-12,14-20) ძირითადად ეძღვნება მის თვისობრივ და რაოდენობრივ განსაზღვრის მეთოდებს. რაც შეეხება ბიოლოგიურ მასალაში ტოქსიური ნივთიერებების ანალიზის ისეთ მნიშვნელოვან სტადიებს, როგორცაა: სინჯის აღება, მისი მომზადება და საკვლევი ნივთიერების იზოლირების მეთოდები, მოითხოვენ დახვეწას და ახლებურ მიდგომას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მიზნად დავისახეთ ბიოლოგიურ მასალებში ციკლოდოლის ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიური ანალიზისათვის სინჯების აღების, მომზადების და იზოლირების მეთოდების შემუშავება.

ექსპერიმენტული ნაწილი.

კვლევის ობიექტებად ავირჩიეთ ციკლოდოლის შემცველი ბიოლოგიური მასალა: შარდი, სისხლი, ღვიძლი და თირკმლები. კვლევას ვატარებდით *in vitro* და *in vivo* მეთოდებით.

1. ხსნარების მომზადება: სტანდარტულ ნივთიერებად ვიყენებდით სანქტ-პეტერბურგის ქიმიურ-ფარმაცევტული საწარმო-გაერთიანების „ფარმაკონის“ მიერ წარმოებულ ციკლოდოლის ჰიდროქლორიდს, რომელიც აკმაყოფილებდა ფარმაკოპეის მოთხოვნებს (9).

ფუძე ციკლოდოლის მისაღებად ციკლოდოლის ჰიდროქლორიდის 10 გ გავხსნიეთ 5 მლ წყალში. დაუუმატეთ 50 მლ ეთილის ეთერი, მიღებული ნარევი გავაცვივეთ 0°C-მდე და შევატუტაინეთ ნატრიუმის ჰიდროქსიდის 40%-იანი ხსნარით pH-10-მდე. ნარევს ვანჯღრევდით გამყოფ ძაბრში. ტუტე წყლიან ხსნარს გამოვყოფდით, ხოლო ეთერიდან ხსნარს ვამრობდით უწყლო ნატრიუმის სულფატით, ეთერს ვაქროლებდით. აქროლების შემდეგ ფუძე ციკლოდოლის ნაშთს ვხსნიდით ეთალონური ხსნარის მოსამზადებლად: 1

მგ/მლ - ძირითადი ხსნარი და 100 და 500 მკგ/მლ სამუშაო ხსნარი. საკონტროლო ნიმუშის მისაღებად 50 მკლ სამუშაო ხსნარი შეეგვიკონდა 5 მლ სისხლის და შარდის ცრუ სინჯში (ჯანმრთელი ადამიანის სისხლი და შარდი, რომელსაც არ ჰქონდა მიღებული არავითარი სამკურნალო საშუალება).

2. სინჯის აღება. სინჯის სწორად აღებაზე დიდად არის დამოკიდებული ანალიზის კეთილხარისხოვნება.

1) შარდის აღება. შარდს იღებენ სუფთა ფლაკონში 150-200 მლ რაოდენობით, დაახურავენ რეზინის საცობს და ინახავენ საყინულეში.

2) სისხლის აღება სისხლს იღებენ 15-20 მლ რაოდენობით ზედაპირული ვენიდან მხოლოდ ნემსით, შპრიცის გარეშე, მშრალი პენცილინის ფლაკონში, რომელშიც წინასწარ ათავსებენ ჰეპარინის ერთ წვეთს, ახურავენ რეზინის საცობს და ინახავენ საყინულეში.

3. იზოლირება.

ციკლოდოლის იზოლირება შარდიდან: ციკლოდოლის იზოლირებას ახდენენ ერთდროულად ცრუ, საკონტროლო და რეალური სინჯებისგან (ადამიანის შარდი, რომელსაც მიღებული ჰქონდა ციკლოდოლი). 50-100 მლ შარდს ატუტანებენ ამონიაკის 25% ხსნარით pH-8-9-მდე და სამჯერ წვლილავენ (15-30 მლ-ით თითოეულ გამოწვლილვაზე). ემულსიის განშრევების შემდეგ ქლოროფორმიან გამოწვლილვს აერთებენ, ატარებენ უწყლო ნატრიუმის სულფატში. ფილტრს რეცხავენ ქლოროფორმით, გამოწვლილი გადააქვთ 50-100 მლ-იან გამზომ კოლბში და ხსნარის მოცულობა ქლოროფორმით აკყავთ ჭდემდე. მიღებულ ხსნარს აორთქლებენ წყლის აბაზანაზე მშრალ ნაშთამდე, მშრალ ნაშთს ხსნიან 100 მლ ეთანოლში და ატარებენ მის თვისობრივ და რაოდენობრივ გამოკვლევას.

ციკლოდოლის იზოლირება სისხლისაგან: 25 გ სისხლს უმატებენ 50 მლ წყალს, შეამთავებენ მეაუნმეავას ხსნარით pH-2-მდე. ორი საათის შემდეგ ფრთხილად, ულუფებით, მუდმივი მორევით, უმატებენ 10 გ უწყლო ნატრიუმის სულფატს და 50 მლ წყალს. გამოყოფილ ნალექს აცილებენ ცენტრიფუგირებით. ნალექის ზემოთ არსებულ სითხეს ატუტანებენ ამონიაკის 25% ხსნარით pH-9-10-მდე და 3-ჯერ შეანჯღრევენ ქლოროფორმიან ერთად (30X3). ემულსიის განშრევების შემდეგ ქლოროფორმიან გამოწვლილებს აერთებენ, ატარებენ უწყლო ნატრიუმის სულფატში და ხსნარის მოცულობა გამზომ კოლბაში აკყავთ 100 მლ-მდე. მიღებულ გამოწვლილვს აორთქლებენ წყლის აბაზანაზე მშრალ ნაშთამდე, რომელსაც ხსნიან ეთანოლში და მასზე ატარებენ თვისობრივ და რაოდენობრივ ანალიზს.

ციკლოდოლის იზოლირება ლეიძლისა და თირკმლისგან. 100 გ ლეიძლს (თირკმელს) აწვრილმანებენ, ასხამენ წყალს და შეამთავებენ მეაუნმეავას 10% წყლიანი ხსნარით pH-2-მდე და აყოვნებენ 2 სთ. შემდეგ სითხეს გადმოსახამენ დოლბანდის ორმაგი ფენის გავლით, ხოლო ობიექტს

ხელახლა უმატებენ შემჟავებულ წყალს, წყალზე დაყოვნებას ატარებენ 2-3-ჯერ. ობიექტი გადააქვთ ძაბრში, რომელშიც მოთავსებულია დოლბანდის ორმაგი ფილტრი და ორჯერ ჩარეცხავენ შემჟავებული წყლით (40-40 მლ). ახდენენ გაერთიანებული გამონაწვლილის ცენტრიფუგირებას (3000 ბრ/წთ-ში 30 წთ), ნალექის ზემოთ არსებულ სითხეს ატუტაინებენ ამიაკის 25% ხსნარით pH-9-10-მდე და სამჯერ ახდენენ ექსტრაჰირებას ქლოროფორმით ფაზების ქლოროფორმი-წყალი 1:3 თანაფარდობით. ემულსიის არსებობისას ახდენენ ქლოროფორმიან გამონაწვლილის ცენტრიფუგირებას, გაატარებენ უწყლო ნატრიუმის სულფატში, ფილტრს ჩარეცხავენ 10 მლ ქლოროფორმით და მოცულობა აჰყავთ განსაზღვრულ მოცულობამდე. მიღებული გამონაწვლილის 1/4 იყენებენ წინასწარი ქრომატოგრაფიული განსაზღვრისათვის, 1/2 გამონაწვლილის თვისობრივი ანალიზისათვის მიკროკიბითური რეაქციების დახმარებით და 1/4 კი - ციკლოდოლის რაოდენობრივი განსაზღვრისთვის.

ციკლოდოლის იზოლირების ხარისხს გამოწმებდით ულტრაიისფერი სპექტროფოტომეტრული მეთოდით $\lambda=259$ ნმ ტალღაზე, იაპონური „შიმაძუ V-240“ ფირმის სპექტროფოტომეტრზე. იზოლირების ხარისხი 96%-ის ტოლი იყო, რაც დამაკმაყოფილებლად ითვლება ასეთ შემთხვევებში.

ბიოლოგიური მასალიდან (შარდი, სისხლი, ღვიძლი, თირკმელი) ციკლოდოლის იზოლირების ჩვენს მიერ მოწოდებული ზემოთ აღწერილი მეთოდები გამოირჩევა იზოლირების მაღალი ხარისხით (96%), რაც საშუალებას გვაძლევს წარმატებით გამოვიყენოთ ისინი ციკლოდოლის კიბითურ-ტოქსიკოლოგიურ ანალიზში.

ლიტერატურა:

1. Абышев А.З. и др. Использование 7-2 бромэтоксикумарина для количественного флуорометрического анализа лекарственных препаратов, содержащих атом аота [А.З.Абышев, В.Г.Климов, С.С.Крылов и др.// Хим. фармац журнал. - 1985. - №6. - с. 756-760.
2. Адеишвили Л.В. ИК-спектроскопия некоторых производных дифенилуксусной кислоты // Фармация. - 1980. - №2. - с. 32-35.
3. Адеишвили Л.В., Арзамасцев А.П. ПМР-спектры лекарственных веществ эфиров ариалифатического ряда // Хим.фармац журнал. - 1988. - №11. - с. 1403-1406.
4. Адеишвили Л.В., Арзамасцев А.П., Клюев Н.А. Масс-спектры лекарственных веществ, содержащих простую эфирную связь и третичную аминную группу // Фармация. - 1989. - №1. - с. 46-48.
5. Адеишвили Л.В., Клюев Н.А. Установление структуры примесей в циклодоле // Хим-фармац журнал. - 1990. - №6. - с. 86-88.

6. Бернгиштеин В.М., Степанюк С.М. Экстракционно-фотометричне визночення циклодолу з застосуванням метилового оранжевого // Фармац журн. - 1972. - №1. - с. 38-41.
7. Беликов В.Г., Степанюк С.Н. Дифференціальное спектроскопическое определение циклодола, ридинола и пирибола // Фармация 1974. - №2. - с.48-51.
8. Государственная Фармакопея XI изд. В двух томах Т.2. - Москва. - 1987. - с.125.
9. Государственная Фармакопея X изд. - Москва. - 1968. - с. 194.
10. Грязнова У.О., Вергейчик Г.Х. Экстракционно-фотометричне визночення циклодолу умова и его экстракции з водных розчинив органичными розчинниками // Фармац журн. - 1972. - №3. - с.82-84.
11. Грязнова У.О. Визначения циклодолу в сечи та крови розчинниками // Фармац журн. - 1980. - №4. - с. 74-75.
12. Дубовин В.А., Ярыгин Т.И. Экстракционно-фотометрическое определение циклодола. - Пермь. - 1982. - 5с. Деп. в ВИНТИИ 16-11.82.- №5593-82.
13. Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух томах Т.А. - Изд. 13-е, новое. Харьков. Торсинг, 1997. - с. 136.
14. Петренко В.В., Роберт Ю.Т. Применение натриевой соли этилового эфира, 1,3-идандион - 2-карбоновой кислоты ля идентификации лекарственных препаратов // Совр. аспекты исследования в области фармации. - Рига. - 1977. - С. 148-149.
15. Утежанов К.С., Старчевский М.К. Газо-хроматографичне визначения циклодолу // Фармац журн. - 1986. - №2. - с. 56-58.
16. Утежанов К.С., Крамаренко В.Ф. Экстракционно фотометрический метод определения циклодола // Фармация. - 1986. - №4. - с. 61-62.
17. Bargo E. GLC determination of Trihexyphenidyl hydrochloride dosage forms // J. Pharm. Sci. - 1979. #4. -p. 503-505.
18. Infrared, Ultraviolet and Visible Absorption Spectra of some USP and NF Reference Standards and their Derivatives/ By A.L.Hayden, O.R.Sammul, G.R.Selzer and Carol // Journal of the Association of official agricultural chemists. - Vol.45. - Nov. - 1962. -p. 820-866.
19. Instrumental data for drug analysis. Vol. 1/Terry Mills III, William N. Price, Patricia T. Price, J.Conrad Robertson // Elsevier Science Publishing Co., New-York.-1982. -p.174-178, 392-393, 578-579.
20. The Pharmacopoeia of the United States of America, XXI Rev. - N.Y. - 1985.

Махарадзе Р., Адеишвили Л., Муртазишвили Т., Курцикидзе М., Имнадзе Н.,
Лекишвили Н., Нижарадзе Н., Цурцумия И.

**РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ИЗОЛИРОВАНИЯ ЦИКЛОДОЛА
ИЗ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА**

РЕЗЮМЕ

В работе приведены разработанные нами методы изолирования циклодола из биологического материала, в частности, мочи, крови, печени и почек в щелочном среде применением хлороформа. Они отличаются высокой степенью изолирования (96%), что дает возможность для успешного их применения в химико-токсикологическом анализе циклодола.

**Makharadze R., Adeishvili L., Murtazashvili T., Kurtsikidze M.,
Imnadze N., Lekishvili N., Nijharadze N., Tsurtsunia I.**

**DEVELOPMENT METHODS OF SEPARATION OF CIKLODOL
FROM BIOLOGICAL MATERIAL**

SUMMARY

In this work, developed by us, are given the methods of separation of ciklodol from biological material, for example urine, blood, liver and kidneys in alkly enviromment, as an extractor have been used chloroform. These methods are var sensitive, per sent of isolation is 96, that gives the oppoortunity to apply this methods in chemical-toxicological analysis of Ciklodol.

რ.მახარაძე, ლ.ადეიშვილი, თ.მურთაზაშვილი,
მ.კურციკიძე, ნ.იმნაძე, ნ.ნიჟარაძე

**ციკლოდოლის აღმოჩენის თხელუენოვანი
ქრომატოგრაფიული მეთოდის შემუშავება**

თსსუ, ფარმაკევტული და ტოქსიკოლოგიური ქიმიის კათედრა

ციკლოდოლის (ტრიპექსიფენიდილი, პარკოპანი, რომპარკინი პარკინსანი, ტრემინი და ა.შ.) დოზების გადაჭარბების და მოწამვლებისას ირღვევა ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციები, ადგილი აქვს ფსიქიური და სამოძრაო აპარატის აგზნებას, ჰალუცინოგენურ და სხვ მოვლენებს, რომლებიც დამახასიათებელია ქოლინოლიზური პრეპარატები დიდი დოზების მოქმედებისას (4).

ჩვენს მიზანს შეადგენდა ციკლოდოლის აღმოჩენის თხელუენოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდის შემუშავება, რადგან ეს მეთოდი ითვლებსაკმაოდ ინფორმაციულ და ზუსტ მეთოდად, რომელიც არ საჭიროებ

რთულ აპარატურას და ხელმისაწვდომია როგორც ფარმაცევტული, ასევე ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიური ლაბორატორიებისთვის.

ქრომატოგრაფიების ოპტიმალური პირობების შესარჩევად შევისწავლეთ ციკლოდოლის ქრომატოგრაფიულ დაყოფაზე სორბენტების, გამხსნელთა სისტემების სხვადასხვა ვარიანტების და გამოსამქლავებელი რეაგენტების მოქმედება.

ექსპერიმენტული ნაწილი.

კვლევის ობიექტს წარმოადგენდა სანქტ-პეტერბურგის ქიმიურ-ფარმაცევტული საწარმოო გაერთიანების „ფარმაკონის“ წარმოებულ ციკლოდოლი, რომელიც აკმაყოფილებდა ფარმაცოპეის მოთხოვნებს (1).

ქრომატოგრაფიებისთვის ავირჩიეთ ჩეხური წარმოების „სილუფოლის“ შხა ფირფიტები, როგორც ხელსაყრელი და მოხერხებული ანალიზის სტანდარტული პირობების დასაცავად.

გამხსნელთა სისტემის შესარჩევად ვისარგებლეთ ელიოტროპული რეგებით. ვიყენებდით სისტემებს, რომელთა ძირითადი შემადგენელი კომპონენტები იყო პროტონთა დონორები (ქლოროფორმი), პროტონთა აქცეპტორები (ეთილაცეტატი, ეთანოლი, მეთანოლი, ბუთანოლი, აცეტონი) და ინერტული (ბენზოლი, ტოლუოლი). შევისწავლეთ როგორც მყავა, ასევე ნეიტრალური და ფუძე ხასიათის სისტემები.

გამხსნელთა სისტემების შერჩევის კრიტერიუმად მოცემულ სისტემებში ძვრადობის გარდა გამოვიყენეთ ციკლოდოლის დაყოფის უნარი სხვა, აღნაგობით მისი მსგავსი ნივთიერებებისაგან, კერძოდ დიმედროლისა და რიდინოლისაგან, რასაც ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება როგორც ფარმაცევტულ, ასევე ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიურ ანალიზში.

ყველაზე ოპტიმალური სისტემები და მათი შესაბამისი hRf -ის ($hRf=Rf \times 100$) მნიშვნელობები მოცემულია ცხრილში №1.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ციკლოდოლი რიდინოლისა და დიმედროლისაგან კარგად იყოფა სისტემაში ეთანოლი-წყალი-ამიაკის 25% წყლიანი ხსნარი (9:1:0,05), რის გამოც ეს სისტემა ჩვენს მიერ მოწოდებული იქნა ციკლოდოლის აღმოჩენის თხელფენოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდისთვის.

ციკლოდოლის გამოსამქლავებელი რეაგენტის შესარჩევად შევისწავლეთ ცხრილი №2-ში მოცემული რეაგენტები.

ხსნარებს ვამზადებდით სსრკ სახელმწიფო ფარმაცოპეის XI გამოცემის მიხედვით (2). ექსპერიმენტალურად დავადგინეთ ციკლოდოლის მგრძობელობა (აღმოსაჩენი მინიმუმი) აღნიშნული რეაგენტების მიმართ, რომელთა მნიშვნელობებიც აგრეთვე მოცემულია ცხრილში №2.

ცხრილი №1

ციკლოდოლის, დიმედროლის და რიდინოლის hRf-ის (hRf=Rfx100)
 მინიმუმები პერსპექტიულ გამხსნელთა სისტემებში
 (სორბენტი „სილუფოლის“ ფირფიტა)

№	გამხსნელთა სისტემები	გამხსნელთა სისტემის კომპონენტთა თანაფარდობა	ციკლო დოლი	დიმედ- როლი	რიდი- ნოლი
	მჟავა ხასიათის				
1	ციკლოპექსანი-აცეტონი-ძმამჟავა	40:50:10	30	13	35
2	ქლოროფორმი-ნ-ბუთანოლი- ყინულოვანი ძმამჟავა	36:36:3	40	10	40
3	ნ-ბუთანოლი-ძმამჟავა-წყალი	40:10:50	40	40	45
4	ტრილინ ბ	100	17	27	20
	ნეიტრალური ხასიათის				
5	ქლოროფორმი-მეთანოლი	50:50	65	50	65
6	აცეტონი-მეთანოლი	50:50	63	45	64
7	ქლოროფორმი-მეთანოლი-აცეტონი	80:10:10	35	18	32
	ფუძე ხასიათის				
8	ტოლუოლი-აცეტონი-ეთანოლი- ამიაკის 25% წყლიანი ხსნარი	45,5:45:5:6,5:2,5	82	50	80
9	ქლოროფორმი-აცეტონი-ამიაკის 25% წყლიანი ხსნარი	12:24:1	54	60	54
10	ეთანოლი-წყალი-ამიაკის 25% წყლიანი ხსნარი	9:10,05	55	30	45

ცხრილი №2

ციკლოდოლის აღმოსაჩენი მინიმუმები
 (მიკროგრამებში სხვადასხვა რეაგენტებად)

№	აღმომჩენი რეაგენტები	აღმოსაჩენი მინიმუმი	ლაქის შეფერილობა	ფონის შეფერილობა
1	იოდის ორთქლი	0,1	მოყავისფრო	მოყვითალო
2	2,6-დიქლოროფენოლ- ინდოფენოლის ნატრიუმის მარილის ხსნარი	1,0	ლურჯი	ცისფერი, რომელიც 30 წთ-ში ვარდისფერში გადადის
3	ბრომკრეზოლმწვანეს ხსნარი	1,0	ლურჯი	მომწვანო-ლურჯი
4	ბრომთიმოლლურჯის ხსნარი	0,2	ლურჯი	მოყვითალო
5	ნინჰიდრინის ხსნარი	1,0	ცისფერი, რომელიც გაუბოხით ვარდისფერ- ისფერში გადადის	ბაცი-ვარდისფერი

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ყველაზე მაღალი მგრძობელობით გამოირჩევა იოდის ორთქლი (0,1 მკგ) და ბრომთიმიოლლურჯის ხსნარი 0,2 მკგ), რომლებიც ჩვენს მიერ რეკომენდებული არიან ციკლოდოლის აღმოსაჩენად თხელფენოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდით.

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე შევიმუშავეთ ციკლოდოლის აღმოჩენის თხელფენოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდიკა, რომელიც შენმდეგში მდგომარეობს: ქრომატოგრაფირებისთვის იღებენ ციკლოდოლის 1% ხსნარებს ეთანოლში. „სილუფოლის“ ფირფიტაზე შეაქვთ ამ ხსნარების განზავებით მიღებული ხსნარის 1-5 მკლ (10-50 მკგ-მდე) ციკლოდოლი. გამხსნელთა განზავებით მიღებული ხსნარის 1-5 მკლ (10-50 მკგ-მდე) ციკლოდოლი. გამხსნელთა სისტემად იყენებენ ეთანოლი-წყალი-ამიაკის 25% წყლიანი ხსნარი (9:1:0,05). ქრომატოგრაფიული ფირფიტა შეაქვთ გამხსნელთა სისტემით გაჯერებულ ქრომატოგრაფიულ კამერაში. ქრომატოგრაფირებას ახდენენ აღმაჯალი გზით, ერთჯერადად. როდესაც გამხსნელთა სისტემა მიაღწევს ფრონტის ხაზს (გარბენის სიგრძე - 10 სმ), ფირფიტას იღებენ კამერიდან. ამრობენ ჰაერზე გამხსნელის სუნის მოცილებამდე და ამჟღავნებენ იოდის ორთქლით. ციკლოდოლის გამოსამჟღავნებელი მინიმუმია 0,1 მკგ.

ციკლოდოლის აღმოჩენის აღნიშნული მეთოდიკა შეიძლება გამოყენებული იქნას როგორც ფარმაცევტულ, ასევე ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიურ ანალიზში.

ლიტერატურა:

1. Государственная фармакопея. Х изд. Москва. - 1968. - с. 194.
2. Государственная фармакопея. XI изд. В двух томах. Т. 2. - Москва. - 1987. - с. 125.
3. რ. მახარაძე, ლ. ადგიშვილი, თ. მურთაზაშვილი, მ. ქურციკიძე, ნ. იმნაძე, ნ. ლევიშვილი. ბიოლოგიური მასალიდან ციკლოდოლის იზოლირების მეთოდების შემუშავება. თსსუ XXXV შრომათა კრებული. 2000.
4. Машковский М. Д. Лекарственные средства. В двух томах. Т.1. 13-е издание. Харьков. Торсинг. - 1997. -с. 136.

Махарაдзе Р., Адеишвили Л., Муртазашвили Т., Курцикидзе М., Лекишвили Н., Цурцумия И., Имнадзе Н., Нижарадзе Н.

РАЗРАБОТКА ТОНКОСЛОЙНОГО ХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ОБНАРУЖЕНИЯ ЦИКЛОДОЛА

РЕЗЮМЕ

Разработан тонкослойный хроматографический метод обнаружения циклодола, система растворителей этанол-вода-25% раствор амиака (9:1:0,05), обнаруживающий реагент пары йода. Сорбент пластинки "Силуфола".

Метод характеризуется хорошей воспроизводимостью и специфичностью. Обнаруживающий минимум 0,1 мкг.

**Makharadze R., Adeishvili L., Murtazashvili T., Qurcikidze M.,
Lekishvili N., Curcumia I., Imnadze N., Nijaradze N.**
**DEVELOPMENT OF TLC METHOD
OF IDENTIFICATION OF CIKLODOL**

SUMMARY

Developed TLC method of identification of ciklodol. as the mobil phase are used ethanol-water-25% solution of ammonia hydroxide in water (9:1:0,05) and as the coating substance the plate of "Silufol", spots are find out by vapor of iodum. This method are very specific, the minimum of identification is 0,1 μ g.

ნ.შებონია, გ.კაციტაძე, ე.ტყეშელაშვილი

**სარკვევ ჯირკვლის კიბოს ეპიდემიოლოგიის
საკითხისათვის**

თსსუ, ეპიდემიოლოგიის კათედრა

სარქვევ ჯირკვლის კიბოსადმი მზარდი ინტერესი აიხსნება მისი ფაროლდ გავრცელებით თითქმის ყველა ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყანაში. გავრცელების მიზედვით ეს დაავადება მსოფლიოში მესამე ადგილზეა ავთვისებიან სიმსივნეთა შორის, ფილტვისა დ კუჭის კიბოს შემდეგ. საქართველოში სარქვევ ჯირკვლის კიბო წარმოადგენს ყველაზე გავრცელებულ დაავადებას ქალთა შორის.

თუმცა სარქვევ ჯირკვლის კიბოს განვითარების მრავალი რისკ-ფაქტორია ცნობილი, მხოლოდ ზოგიერთი მათგანი ავლენს მჭიდრო ასოციაციას დაავადებასთან. საერთოდ, ამ სიმსივნის განვითარების შედარებით მაღალი რისკი აქვთ სარქვევ ჯირკვლის კიბოთი დაავადებულთა ნათესავეებს და ეს რისკი კიდევ უფრო მატულობს პირველი რიგის ნათესავეებში (მშობლები, შვილები, და) დაავადების არსებობისას (1). ფუნქციონალური მცირე რიცხვი, ზმირი აბორტები და ძუძუთი შეილის კვებაზე უარის თქმა ზრდის სარქვევ ჯირკვლის კიბოს განვითარების ალბათობას. აღსანიშნავია, რომ ამ მხრივ ქალის ასაკი პირველი სრული ორსულობის დროს უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ორსულობათა რიცხვი - პირველი ადრეული ორსულობა გარკვეულად იცავს ქალს დაავადების

განვითარებისაგან. ჩვეულებრივ, ავადობის მაჩვენებელი მაღალია გაუთხოვრებში, უმეილოებში, უნაყოფოებში და ახალგაზრდა ქვრივ ქალებში. სარძევე ჯირკვლის კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება აგრეთვე ადრეული მენარქე და გვიანი მენოპაუზა, ესტროგენებისა და ორალური კონტრაცეპტივების ხანგრძლივი ხმარება ფუნქციური ხასიათის ცვლილებები საკვერცხეებსა და სარძევე ჯირკვლებში და სხვ. (1).

დღეისათვის დადგენილი არ არის არცერთი ცალკეული ფაქტორი, რომელზე დაყრდნობითაც შესაძლებელი იქნებოდა კონკრეტულ ადამიანში დაავადების განვითარების პროგნოზირება (2), ე.ი. დაავადების პირველადი პროფილაქტიკის შესაძლებლობები შეზღუდულია. აქედან გამომდინარე, ავადობის შემთხვევების შემცირების შესაძლებლობა უმნიშვნელოა, მაგრამ შესაძლებელია მძიმე და ფატალური შემთხვევების პროფილაქტიკა. ამდენად, საჭიროა ყურადღების გამახვილება მეორად პროფილაქტიკაზე, ანუ დაავადების ადრეულ დიაგნოსტიკაზე, რომლის ეფექტური მეთოდია სარძევე ჯირკვლის პროფილაქტიკური გასინჯვა მამოგრაფიის საშუალებით. მამოგრაფია გამოავლენს კიბოს საშუალოდ 1.7 წლით ადრე, ვიდრე ქალი შეიგრძობადეს სიმკვრივის თვითგასინჯვით და შეუძლია განსაზღვროს ძალიან მცირე ზომის კიბოს ადგილმდებარეობა (3). მამოგრაფიას აქვს უფრო მაღალი მგრძობელობა (76-94%), ვიდრე ექიმის მიერ ფიზიკალურ გამოკვლევასა (57-70%) და მკერდის თვითგასინჯვას (20-30%). სარძევე ჯირკვლის კიბოს ადრეული გამოვლინების ეფექტი კარგად ჩანს იმ ქვეყნების მაგალითზე, სადაც სარძევე ჯირკვლის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა რანდომიზებულ ჯგუფებში 20-30%-ით შემცირდა (4,5,6,7,8).

პროფილაქტიკური მამოგრაფია მოითხოვს დიდ თანხებს აღჭურვილობისათვის, სპეციალისტთა მოსამზადებლად და ა.შ. საქართველოში პროფილაქტიკური მამოგრაფია 15 წელია არ ჩატარებულა. ამჟამად ტარდება მხოლოდ დიაგნოსტიკური მამოგრაფია. დიაგნოსტიკისთვის უპირატესობას თერმოგრაფიას ანიჭებენ, მაგრამ ის არ წარმოადგენს ეფექტურ მეთოდს სკრინინგისათვის.

1990-98 წლებში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სამედიცინო ინფორმაციისა და სტატისტიკის ცენტრში რეგისტრირებული ა დაავადების შემთხვევების მონაცემთა ანალიზით ირკვევა, რომ უკანასკნელ წლებში შეინიშნება სარძევე ჯირკვლის კიბოს გავრცელების მაჩვენებლის რამდენადმე შემცირება, რაც მისი რეგისტრაციის გაუარესებით უნდა აიხსნას და არა ავადობის შემცირებით. ავთვისებიან ახალწარმოქმნებს შორის გავრცელების მიხედვით სარძევე ჯირკვლის კიბო პირველ ადგილზეა, მასზე მოდის საერთოდ რეგისტრირებული კიბოს შემთხვევების თითქმის მეოთხედი (საშუალოდ 5,5ჯერ აღემატება ხორხის კიბოს გავრცელებას, 2,8-ჯერ საშვილოსნოს ყელისას და ა.შ.). ასევე პირველი

ადგილი უჭირავს სარბევე ჯირკვლის კიბოთი ავადობას. ის საშუალოდ 1,5-ჯერ აღემატება ტრაქეის, ბრონქებისა და ფილტვის კიბოს ავადობას, 2,5-ჯერ კუჭი კიბოს ავადობასა და 3-ჯერ საშვილოსნოს ყელისას. 1997 წელს სარბევე ჯირკვლის კიბოს პროპორციული სიკვდილობა ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნებით გამოწვეულ სიკვდილობას შორის 16%-ს შეადგენდა. საქართველოში სარბევე ჯირკვლის კიბო იშვიათად გვხვდება 25 წლამდე ასაკის ქალებში, შემდეგ ავადობა მკვეთრად მატულობს და მაქსიმუმს აღწევს 55 წლის ასაკში, ხოლო 65 წლის შემდეგ თანდათან კლებულობს.

სარბევე ჯირკვლის კიბოს ხელშემწყობი ფაქტორების შესწავლისას შემთხვევა-კონტროლის მეთოდით, ჩვენს მიერ სტანდარტული კითხვარით გამოკითხული იყო 200 ავადმყოფი. წინასწარი მონაცემებით გამოკითხულთა შორის წამყვან რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს: პირველი ორსულობა მოგვიანებით ასაკში, შვილების მცირე რიცხვი (გამოკითხულთა 63%-ს ჰყავს 1 ან 2 შვილი), ჭარბი წონა (31%), ფსიქიური სტრესი (54%), რაც ეთანხმება ლიტერატურაში არსებულ მონაცემებს სარბევე ჯირკვლის კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორების შესახებ. ჩვენს მიერ გამოკითხული სარბევე პაციენტთა თითქმის 100% მიუთითებს, რომ დაავადება თვითონ, შემთხვევით აღმოაჩინა და მანამდე არასოდეს ჩაუტარებია სარბევე ჯირკვლის პროფილაქტიკური გასინჯვა. ეს უკვე ნიშნავს, რომ დაავადების გამოვლინება მოხდა მოგვიანებით სტადიაზე, როცა ეფექტური ჩარევა ხშირად ვერ ხერხდება და შესაბამისად გამოსავალიც არაკეთილსაიმედოა.

ლიტერატურა:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine, Thirteenth Edition, 1994, 1840-1850.
2. Chronic Disease Epidemiology and Control, Edited by Browson R.C., Remington P. and Davis J.R., American public health Association 1993, 137-153.
3. The National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, CDC, Atlanta, 1995.
4. Brounson R.C., Remington P.L. and Davis J.R. Chronic Disease Epidemiology and Control. American public Health association. 1993.
5. Wald N., Chamberlan J., Hackshaw A. European Society of Mastology Consensus conference on breast cancer screening. aris, 1993.
6. Backer M., Saurez L., Sims J. Texax Department of Health. Chronic Disease Prevention division. Breast and Cervical Cancer Control Program. Recent Screening Practices. 1994, Texax.
7. Elwood J.M., Cox B., Richardson A.K. The effectiveness of breast cancer screening by mammography in younger women. A report prepared for the Department of Health, New Zealand. Presented at the washington Conference on Breast Cancer Screening, 1993.

8. Frisell J., Eklund G., Hellstrom L., Lidbrink E., Rutqvist L.E., Somell A. Randomized Study of mammography screening - preliminary report on mortality in the Stockholm trial. 1991.

**მებონია ნ., ჯაციტაძე გ., ტკეშელაშვილი ვ.
კ ვOPPOCუ EPIDEMIOLOGII PAKA MOLOCHHOI JELIJEZY**

PEZYOME

ფაქტორი რისკა ვლიაოშიე ნა ზაბოლეაეოეშ რაკო მოლოჩოი ჯელეზი ნამი ვეზაოეშა მეთოდო "სლუაი-კონტროლი". სტადარტნოი ვოპროსნიკოთ აოპროსენი 200 ზაბოლენი რაკო მოლოჩოი ჯელეზი. პო პრედვარიტელნიე დანნიე სრედი აოპროსენიე აოვნოი რისკ-ფაქტორამი ვლიაოეშა: პერვიე როდი ვ ბოლეს ზრელო ვოზრასტე, მალეო ჩისლო დეტეი (სრედი აოპროსენიე 63% იმეე 1 ილი 2 დეტეი), ვეზბოგო მასსა თელა (31%), პსიხიკესიი სტრესი (54%). პოჩი 100% აოპროსენიე ვკაზვიაოეშ, ჭო ზაბოლეანიე ანბარუჯილი სამი, სლუაიო, ი რანშიე ნიკოგდა ნე პრევიდირი პროფილაქტიკესიი აოსოტრ მოლოჩოი ჯელეზი.

**Mebonia N., Kacitadze G., Tkeshelashvili V.
BREAST CANCER EPIDEMIOLOGY: CERTAIN ASPECTS
SUMMARY**

The risk factors of Breast cancer are studied with case-control methodology. 200 patients were questioned with standardized questionnaire. The main studied risk factors are: had a first child in a later age, a few numbers of children, obesity, stress-factors. About 100% of patients with Breast cancer indicate that the disease was detected by them occasionally, and they neither have had a mammography, nor were examined by a physician at a routine examination.

ვ. ჭეტრეეული, თ. ჩიტაშვილი

პლაცენტის კვანავიოიის მნიშვნელოვოი ვესასეაბ

ოსსუ, მენოზო-გინეკოლოგიის № 1 კათედრა

პლაცენტაზე შეიძლება განვითარდეს კეთილთვისებიანი (ჰემანგიომა) და აუთვისებიანი (ჰემანგიომა-მენდოთელიომა და მიქსომა) სიმსივნეები. მათ შორის ყველაზე უფრო ხშირია პლაცენტის ჰემანგიომა (ანგიომა), რომელიც ვეზდება 0,002-1,4%-ში (3), ხოლო იგულკევიჩისა და თანაავტ. (1968) ზონაკეშეპოთ ეს სიმსივნე ნანახი იქნა ყოველი 1000 პლაცენტოდან 3 შემთხვევაში.

ჩვენ გავეცანით ლიტერატურას და ამ საკითხის ირგვლივ უკანასკნელი 36 წლის მანძილზე შეგვხვდა სულ სამიოდე ნაშრომი. ამის მიზეზად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ ავტორები (რ.პიანოვის გარდა), მას არ ანიჭებენ პრაქტიკულ მნიშვნელობას (1,2,4). მაგრამ ამ აზრს ჩვენ ვერ დავეთანხმებით და გვინდა ფართოდ გავაშუქოთ ეს საკითხი როგორც ლიტერატურული მონაცემებით, ისე საკუთარი შემთხვევით.

ჰემანგიომა შეიძლება იყოს ერთეული და მრავლობითი (4). ბ.ლოლობერიძის აზრით ის თავსდება პლაცენტის ნაყოფისმხრივ ზედაპირზე ან ერთდროულად პლაცენტის ნაყოფისმხრივ და დედისმხრივ ზედაპირზე. ჰემანგიომა სიდიდით შეიძლება იყო პატარა მარცვლიდან ახალშობილის თავის ოდენობამდე, წონით 800 გრამამდე. რ.პიანოვის მიერ პლაცენტის ნაყოფისმხრივ და დედისმხრივ ზედაპირზე ნანახი იქნა 15 სიმსივნური წარმონაქმნი დიამეტრით 1,5-2,5 სმ და სხვა მრავალი მცირე ზომის კვანძი. ის შეიძლება იყოს მკვრივი ან რბილი, ან კიდევ ელასტიური კონსისტენციის და ჰქონდეს სადა ან ზორკლიანი ზედაპირი. ჰემანგიომა განაკვეთზე წარმოადგენილი იყო მკრთალი ვარდისფერი და მუქი ალუბლისფერი უბნებით. ჰემანგიომა ზოგჯერ დატოტვილია (angioma arborescens). პლაცენტის ქსოვილთან დაკავშირებულია ფაშრად.

მიკროსკოპულად ამ სიმსივნეებს უფრო ხშირად გააჩნიათ კაბილარული ანგიომის შენება (5, 6, 8).

ჰემანგიომის წარმოშობის მიზეზი დღემდე დაუდგენელია.

ავთვისებიანი სიმსივნეებიდან პლაცენტაში გვხვდება მხოლოდ ქორიონეპითელიომა, ხოლო სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნებიდან - სუბქორიონული კისტა. ასეთი კისტა შეიძლება იყოს მუხუდოს მარცვლის ოდენობიდან მუშტის ოდენობამდე. შეიძლება ხან თხევადია, ხან კი წებოვანი. ზოგჯერ უფეროა, ზოგჯერ კი მოყვითალო ფერის. სისხლის ჩაქცევის გამო შეიძლება შესაძლოა მოწითალო ან წაბლისფერი იყოს.

ის აზრი, რომ პლაცენტის სიმსივნეებს არა აქვს არავითარი მნიშვნელობა, არ არის სწორი.

ბ.ლოლობერიძე და რ.პიანოვი აღნიშნავენ, რომ ჰემანგიომამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰიდრანგიონი, რომელსაც თავის მხრივ ახასიათებს მთელი რიგი გართულებები: ორსულობის დროს - ნაადრევი მშობიარობა, ნაყოფის არასწორი მდებარეობა ან ნაყოფის მენჯით წინამდებარეობა; ნაყოფის თავის ატაიური ჩადგმა; მშობიარობის დროს - სანაყოფო წყლის ნაადრევი ან ადრეული დაღვრა, სამშობიარო მოქმედების პირველადი ან მეორადი სისუსტე, შესაბამისად მშობიარობის გახანგრძლივება და ნაყოფის ინტრანატალური ასფიქსია, ჰიპოტონიური სისხლის დენა მომყოლისა და ლოცინობის ადრეულ ხანაში; მშობიარობის შემდეგ - სუბინვოლუტია. სანაყოფო წყლის ნაადრევი დაღვრა სამიშია იმით, რომ შეიძლება განვითარდეს ნაყოფის ინტრანატალური ასფიქსია და აღმავალი ინფექცია, მაგრამ იგი განსაკუთრებით სამიშია მრავალწყლიანობის დროს, რასაც

არაშეიათად მოსდევს წვრილი ნაწილების გამოვარდნა და ნორმალურად მიმგრებული პლაკენტის ნაადრევი აცლა.

რ.პინაოვის აზრით ტანატოგენური ეფექტი დამოკიდებულია ჰემანგიომის კვანძების ზომასზე, რაოდენობაზე და პლაკენტაში მათ ლოკალიზაციაზე. ერთეული, მცირე ზომის პერიფერიულად მდებარე ჰემანგიომატოზური კვანძები ნაყოფის განვითარებაზე არსებით გავლენას ვერ ახდენენ. დიდი ოდენობის ცენტრალურად მდებარე მრავლობითმა კვანძებმა შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის განვითარების შეფერხება და მისი დაღუპვა მრავალწლოვანობის განვითარებით, ქორიალურ ქსოვილზე ან ჰიპლარზე ზეწოლით და გულის პიპერტროფიით. მას მოჰყავს შემთხვევა, როცა პირველი ორსულობა დამთავრდა ნაადრევი მშობიარობით 37-ე კვირაზე. აქ მოხდა ანტენატალური სიკვდილი მშობიარობამდე 5 დღით ადრე. ახალშობილის აუტოფსიაზე აუტორმა ნახა შინაგანი ორგანოების აუტოლიზური ცვლილებები. ერთი წლის შემდეგ ამ ქალის მეორე ორსულობა დამთავრდა დროული მშობიარობით. ამ შემთხვევაში ნაყოფის მდებარეობა იყო ირიბი. მშობიარობამდე 9 დღით ადრე შეწყდა ნაყოფის გულისცემა. ახალშობილის გაკვეთისას აღმოჩნდა გადიდებული გული, მკვეთრად გაგანიერებული მარჯვენა ღრუებით. პლაკენტაზე აქაც ნახა იქნა სხვადასხვა ზომის მრავლობითი კვანძი, ზოგი 6X3 სმ სიდიდის. პლაკენტის საშვილოსნოსმხრევი ზედაპირიდან ამ კვანძების ამოსასხვრა ადვილად ხდებოდა.

ჩვენ ვეთანხმებით რ.პინაოვს და მიგვაჩნია, რომ სამეანო გართულებანი დამოკიდებული იქნება ჰემანგიომის კვანძების რაოდენობაზე, ოდენობაზე და ლოკალიზაციაზე. თუ ჰემანგიომა ლოკალიზებულია პლაკენტის საშვილოსნოსმხრე ზედაპირზე, მან შეიძლება გამოიწვიოს არა მარტო ნაყოფის სისხლით მომარაგების შემცირება საშვილოსნო-პლაკენტური სისხლის მიმოქცევის მოშლის გამო, არამედ საშვილოსნოს ტროფიკის დარღვევაც, რაც თავისუფლად შეიძლება გახდეს ნაადრევი მშობიარობის მიზეზი, ისე როგორც საშვილოსნოს მიომის დროს. ამ დროს ლოკალიზაციასთან ერთად მნიშვნელობა ექნება ჰემანგიომატოზური კვანძების ოდენობას და რაოდენობას. ამრიგად, ორსულობის ნაადრევი შეწყვეტა მან შეიძლება გამოიწვიოს მამინაც, როცა მრავალწლოვანობა არ ვითარდება, რასაც ჩვენს შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი; ორსულობა შეწყდა 35-ე კვირაზე. საშვილოსნოს ტროფიკის მოშლა მით უფრო მეტად იქნება გამოხატული, რაც უფრო დიდია სიმსივნე ან რაც უფრო მრავალია სიმსივნური კვანძი; ასეთ შემთხვევაში სიმსივნე „მეტ მოთხოვნილებას“ უყენებს საშვილოსნოს (ის ხომ სისხლს საშვილოსნოდან ლებულობს) და უფრო მეტი რაოდენობით „ართმევს“ მას სისხლს. დიდი ან მრავალი სიმსივნური კვანძის „გამოკვებას“ მეტი რაოდენობით სისხლი ჭირდება. აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ სიმსივნური კვანძის ოდენობა დამოკიდებული იქნება ორსულობის ვადაზე. მცირე რაოდენობის ჰემანგიომა შეიძლება იყოს ორსულობის ყველა ვადაში (შეიძლება იგი დიდი არ გაიზარდოს), მაგრამ დიდი ზომის

ჰემანგიომა ორსულობის ადრეულ ვადებში არ არსებობს. მის დიდ ოდენობაში გაზრდას დიდი დრო და გაძლიერებული ტროფიკა ჭირდება, რასაც ადგილი აქვს ორსულობის მხოლოდ გვიან ვადებში. ალბათ ამიტომ არის, რომ ჰემანგიომა არასდროს არ იწვევს მუცლის მოშლას (ლიტერატურაში არსად არ არის ნახსენები აბორტი), იგი უფრო ნაადრევი მშობიარობის მიზეზია. მამინაც კი, როცა ნაადრევი მშობიარობის მიზეზი ჰემანგიომის მრავლობითი კვანძებია, კვანძების უმეტესი ნაწილი საკმაო სიდიდისაა.

ჰემანგიომის ოდენობას ასევე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის დარღვევაში, რაც ერთი მხრივ გამოწვეული პლაცენტის ქსოვილზე სიმსივნის კომპრესიით, ხოლო მეორე მხრივ, სიმსივნის მიერ ნაყოფისკენ მიმდინარე სისხლის „წართმეობა“. ყოველივე ეს მით უფრო მეტად იწვება გამოხატული, რაც უფრო მეტი ზომისაა სიმსივნური კვანძი. რა თქმა უნდა ამაში ჩვენ არ გამოვირიცხავეთ სიმსივნური კვანძების რაოდენობის მნიშვნელობასაც.

საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის დარღვევა შეიძლება განვითარდეს სხვა მექანიზმითაც. როგორც რ.პიანოვი აღნიშნავს, ამ დროს ადგილი აქვს ჰემანგიომის კავერნოზულ ღრუებში სისხლის მნიშვნელოვანი ნაწილის დეპონირებას. ამას კი შეუძლია შეამციროს ნაყოფის ორგანიზმში ცირკულირებადი სისხლის რაოდენობა და განაპირობოს მისი ქრონიკული პიპოქსია.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჰემანგიომის დროს ხშირია პიდრამნიონი, რაც თავის მხრივ ჯერ კიდევ მშობიარობამდე შეიძლება გახდეს ნაყოფის არასწორი მდებარეობების, ან მენჯით წინამდებარეობების, ან კიდევ ნაყოფის თავის არასწორი ჩადგმის მიზეზი. მაგრამ ყველა ეს გართულება ჰემანგიომამ შეიძლება გამოიწვიოს პიდრამნიონის გარეშეც, თუ ის დიდი ზომისაა და ლოკალიზებულია პლაცენტის ნაყოფისმიერ ზედაპირზე. ამ შემთხვევაში, ჰემანგიომური კვანძი ისე, როგორც სუბმუკოზური მიომური კვანძი „დაამახინჯებს“ საშვილოსნოს ღრუს ფორმას. გარდა ამისა, თუკი ეს კვანძი ლოკალიზებულია საშვილოსნოს ქვემო სექტორში საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირთან ახლოს, იგი ხელს შეუშლის წინამდებარე ნაწილის მიბჯენას მენჯის შესავალთან ან ჩასვლას მენჯის შესავალში. ყველა ამ შემთხვევაში ადვილად შეიძლება განვითარდეს ზემოთ დასახელებული რომელიმე ანომალია.

საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის მოშლა პლაცენტაში გამოიწვევს დეგენერაციულ ცვლილებებს, რაც თავის მხრივ შეიძლება პლაცენტის ინფარქტის მიზეზი გახდეს. როგორც ვ.ბოლიაჟინა და კ.ჟმაკინი აღნიშნავენ - პლაცენტის ინფარქტი ვითარდება სისხლის მიმოქცევის მოშლის ნიადაგზე, რაც იწვევს ბუსუსების ნეკროზს. ასეთ შემთხვევაში ადვილად შესაძლებელია განვითარდეს ნორმალურად მიმავრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა ან პლაცენტის მიმავრების ანომალიები, რასაც ჩვენ შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი. აი.ჟორდანიას აზრით, პლაცენტის

მიმაგრების ანომალიებს იწვევს ის დაავადებების, რომლებიც ზელს უწყობენ პლაცენტაში დეგენერაციული პროცესების განვითარებას.

მშობიარობის III პერიოდში საშვილოსნოდან სისხლის დენის მიზეზი შეიძლება გახდეს პლაცენტის გადიდება. ი. ჟორდანიას თვლის, რომ საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის დარღვევისას ადგილი აქვს პლაცენტის ბუსუსების გარკვეული ნაწილის დაცარიელებას და დეგრადაციას. ზოგჯერ ამ პროცესში ჩათრეულია პლაცენტის მთელი წილი ან რამდენიმე წილი. ქალის და ნაყოფის ორგანიზმის მაღალი რეაქტიულობის შემთხვევაში დეგენერაციასთან ერთად წარმოიქმნება ახალი ბუსუსები და ზოგჯერ პლაცენტის ახალი წილებიც კი, რაც იწვევს პლაცენტის ფართისა და წონის გაზრდას. ამ დროს პლაცენტის წონამ შეიძლება 800-1000 გრამს მიაღწიოს.

ჰემანგიომის დროს პლაცენტის წონის მომატება შეიძლება აგრევე მოხდეს სიმსივნური ქსოვილის ხარჯზე და ჰემანგიომის კავერნოზულ ღრუებში მნიშვნელოვანი ნაწილის დეპონირებით (რ. პიანოვი).

ფართო და სქელი პლაცენტის მოცილება უჭირს საშვილოსნოს. ამას ჭირდება საშვილოსნოს უფრო ძლიერი და უროფ ზანგრძლივი შეკუმშვები, რაც ყოველთვის არ ვითარდება. ამის გამო პლაცენტის ნაწილი მოცილდება საშვილოსნოს კედელს, ნაწილი კი არა და განვითარდება სისხლის დენა მომყოლის ხანაში, ამ შემთხვევაში კი საჭირო ხდება მომყოლის ხელით მოცილება.

განხილული მექანიზმებიდან გამომდინარე, შეგვიძლია თავისუფლად ვივარაუდოთ, რომ არც პლაცენტის კისტა შეიძლება არსებობდეს ნაყოფოსათვის უვნებლად, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ის დიდია ან რამდენიმეა.

ეხლა განვიხილოთ ჩვენი შემთხვევა. მშობიარე ვ.ჯ.ფ.ო. მშობიარობის ისტორია 1255/384. 27 წლის. მშობიარობა II. პირველი ორსულობა დაბთაურდა ფიზიოლოგიური მშობიარობით. შემოსვლის დიაგნოზი - ორსულობა 34-35 კვირის, კეფით წინამდებარეობა მომყოლის ხანაში განვითარდა სისხლის დენა, რის გამოც ნაწარმოები იქნა მომყოლის ხელით მოცილება. პლაცენტა მიმაგრებული აღმოჩნდა საშვილოსნოს ფუძეზე. ხელით მოცილების პროცესში დადგინდა, რომ პლაცენტის ნაწილი მოცილებული იყო, ნაწილი კი მიმაგრებული იყო საკმაოდ მჭიდროდ. სისხლის საერთო დანაკარგი 400 მლ გაუკეთდა საშვილოსნოს შესაკუმში საშუალებანი. პლაცენტის ფართის განსაზღვრა ვერ მოხერხდა ხელით მოცილების პროცესში დაზიანების გამო. პლაცენტის წონა - 900 გრამი. პლაცენტის ნაყოფისმხრივ ზედაპირზე აღმოჩნდა ცენტრალურად მდებარე სიმსივნური წარმონაქმნი ზომით 10X10 სმ-ზე, მუქი წითელი ფერის (განაკეთზე აჭრელებული), მკვრივი კონსისტენციის, გლუვი ზედაპირის. სიმსივნე პლაცენტის ქსოვილიდან გამოყოფილი იქნა ადვილად. იხილეთ სურათები 1 და 2



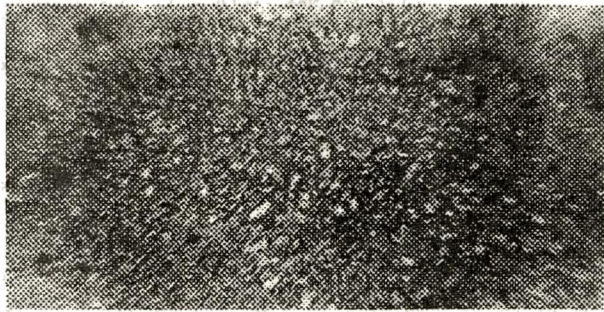
სურათი 1



სურათი 2.



სურათი 3



სურათი 4



სურათი 5

მოყოლი ვაიგ ზაენა პისტომორფოლოგიურ გამოკვლევაზე (სურათები 3, 4 და 5).

მე-3 პრეპარატში მოჩანს ძალიან მჭიდროდ დალაგებული წვრილი კალიბრის სისხლის მილები. არათანაბრად განვითარებულ ფაშარ წემაერთებელ ქსოვილში სიმსივნის სისხლის მილებში აღინიშნება მათ წარმოქმნა მზენქიმურად მაქრიქსიდან, დიფერენციაცია და პროლიფერაცია.

მე-4 პრეპარატში აღინიშნა მზარდი სისხლის მილთა კონგლომერატები.

მე-5 პრეპარატში ადგილი აქვს სისხლის მილთა პროლიფერაციას მეზენლიმით დაკავებულ ვრცელ უბნებში (მარჯვნივ).

ამრიგად, ლიტერატურული მონაცემებისა და საკუთარი შემთხვევის ანალიზი სრულ საფუძველს გვძლევს დავასკვნათ, რომ დღემდე არსებული შეხედულება იმის თაობაზე, რომ პლაცენტის ჰემანგიომას არა აქვს პრაქტიკული მნიშვნელობა, სრულიად მიუღებელია. ჩვენ დავრწმუნდით იმაში, რომ ეს სიმსივნე ძალიან იშვიათია, არ გვაძლევს დამშვიდების საფუძველს.

ჰემანგიომა იშვიათია და შესაბამისად იშვიათად ილუქება ნაყოფი. მართალია, იშვიათი მკვდრადშობადობა არ აკნინებს სამეანო დაწესებულების ციფრობრივ მაჩვენებლებს, მაგრამ თვალცრემლიან დედებს სევდას ვერ უქარვებს. რა თქმა უნდა, ერთი ტრაგედია ათასი ტრაგედიის ტოლფასი არ არის, მაგრამ ათასი სხვა დედის სევდა ამ ერთი დედის ჭირის სანაცვლო არ არის.

განხილულ საკითხთან დაკავშირებით აუცილებელია შესაბამისი პრაქტიკული ღონისძიებანი ორსულობის პერიოდში, განსაკუთრებით II ნახევრიდან: ექოსკანირებით საჭიროა არა მარტო პლაცენტის ლოკალიზაციის დადგენა საშვილოსნოში, არამედ პლაცენტის გამოკვლევა მთლიანად, კერძოდ, მისი ფართისა და სისქის განსაზღვრა. სიმსივნური წარმონაქმნის აღმოჩენის შემთხვევაში უნდა დადგინდეს პლაცენტაში მისი მდებარეობის ადგილი, რაოდენობა და ოდენობა. ამის შემდეგ ორსულობის პერიოდში საჭიროა ნაყოფის მდგომარეობაზე ხანგრძლივი დინამიკური დაკვირვება, ელექტროკარდიოგრაფიული, მონიტორული და სხვა მეთოდის გამოყენებით. პათოლოგიური გადახრის დადგენის შემთხვევაში განისაზღვროს წინასამეანო კონტეფცია და შემუშავდეს შესაბამისი სამოქმედო გეგმა. შეიძლება დაისვას საკითხი ორსულობის ნაადრევი მშობიარობით დამთავრებაზე, თუნდაც ამისათვის საჭირო გახდეს საკეისრო კვეთის წარმოება.

ლიტერატურა:

1. ლოლბერიძე ბ. მეანობა, თბ., 1961 წ.
2. Блоджица В.И., Жмакин К.Н. Акушерство. М., 1970 г.
3. Говорка Э. Плацента человека. Варшава, 1970 г.

4. Каримов Ш.Ш. Об опухолях плаценты. акуш. и гин., 1967, №10, с. 74-75.
5. Гулькевич Ю.В., макавеева М.Ю., Никифоров Б.И. Патология последа человека и ее влияние на плод. Минск, 1968 г.
6. Поттер Э. Патологическая анатомия плодов, новорожденных и детей раннего возраста. М., 1971 г.
7. Пьянов Р.П. О гемангиомах плаценты. Акуш. и гин., 1974 г., №7, с. 69-70.
8. decota E.I., Gerbie A.V., Andersen B.H. Obstet. and Gynec., 1956, v.7, p. 249.

Метревели Дж., Читашвили Т.
О ЗНАЧЕНИИ ГЕМАНГИОМЫ ПЛАЦЕНТЫ
РЕЗЮМЕ

Данные литературы и собственные исследования позволили опровергнуть существующее до сего времени мнение о небезвредности гемангиомы плаценты. мы убедились в том, что гемангиома может вызывать следующие осложнения: многоводие и связанные с ним осложнения, нарушение маточно-плацентарного кровообращения, задержка развития плода и даже гибель его еще до рождения, слабость родовой деятельности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии прикрепления плаценты и др.

Metreveli J., Chitashvili T.
ON THE IMPORTANCE OF PLACENTA HEMANGIOMA
SUMMARY

Data of literature and our investigation allowed us to disprove an existing opinion about not harmlessness of placent's hemangioma. we have been convinced that hemangioma could induce the following complications: abundance of water and related to it complications; disturbance of uterine-placental blood circulation; arrest of fetus development and even its death before the delivery; weakness of labor activities; premature detachment of normally located placenta, anomalies of placenta implantation, etc.

ჯ.მეტრეველი, თ.ჩიტაშვილი

ილავის გავაგვარდნა თავით წინაპლაცენტის დროს

თსსუ, მეანობა-გინეკოლოგიის კათედრა

ნაყოფის ხელის გამოვარდნის შესახებ არაერთხელ თქმულა და დაწერილა. ხელის გამოვარდნის ყველა მიზეზი ცნობილია და ამ დროს მშობიარობის მართვის ყველა შესაძლებელი ვარიანტიც გარკვეულია. ჩვენ

გვინდა კიდევ ერთხელ ვისაუბროთ ნაყოფის ხელის გამოვარდნის შესახებ ჩვენ შემთხვევის მიხედვით, რომელიც სხვა შემთხვევებს არ გავს.

შობიარე ზ.ა.ქ.დ. შობიარობის ისტორია №2357/682. 21 წლის ორსულობა შესაბამისად, შობიარობა - I. წინა ორი ორსულობა დამთავრდა თვითნებითი აბორტით, ნ-მ კვირის ვადაში. სამშობიარო სახლში შემოვიდა სანაყოფო სითხის ნაადრევი დაღვრით. ჩვენს მიერ სამოს მხრივ შობიარე გასინჯულ იქნა სანაყოფო სითხის დაღვრიდან 8 საათის შემდეგ. საშვილოსნოს ყელი იყო გადასწორებული, საშუალო სისქის კიდევებით, გამწვევი, გახსნილი 7 სმ-ის სივრცეზე. წინამდებარე თავი მცირე სეგმენტით მენჯის შესავალში. თავის წინ იხნეობოდა იდაყვი. ვინაიდან წინამდებარე ნაწილებზე აღინიშნებოდა დიდი სამშობიარო სიმსივნე, ჩვენ ნაყოფის თავი მივიჩნიეთ დუნდულობად, ზოლო იდაყვი - მუხლად. იდაყვის გარჩევა მუხლისაგან ხდება მოძრავი კვირისტაეის მიხედვით, მაგრამ მოხრილ ფეხზე კვირისტაეი არ მოძრაობს. ამის გამო, ჩვენ არ შეგვეძლო იდაყვის გარჩევა მუხლისაგან, მითუმეტეს მამინ, როცა იდაყვზე აღინიშნებოდა სამშობიარო სიმსივნე. გარდა ამისა, ჩვენ წარმოდგენამოც კი ვერ დავუშვით აზრი იმის შესახებ, რომ წინამდებარე ან გამოვარდნილი ნაწილი შესაძლოა ყოფილიყო იდაყვი. ვინაიდან ლიტერატურაში ამის შესახებ ვერ არაფერი დაწერილა. ცნობილია ხელის მტევნის, წინამხრის, მთლიანად ხელის, ფეხის გამოვარდნა, მაგრამ იდაყვის გამოვარდნა კი არა. იდაყვის გარჩევა მუხლისაგან მიხერხდა მხოლოდ მას შემდეგ, რაც დაიბადა იდაყვი და გაიშალა ხელი. ნაყოფის მთელი ხელის დაბადებამ ერთობ შეგვიამფოთა, ვინაიდან ეს ყოველთვის ხდება ნაყოფის არასწორი მდებარეობის დროს. ამ წარმოდგენას აძლიერებდა ისიც, რომ სხეულის მომდევნო დიდი ნაწილი, სამშობიარო სიმსივნის გამო, იყო რბილი, რაც ადვილად შეგვეძლო მოგვეჩინა მხრად. შობიარე კიდევ გაისინჯა სამოს მხრივ და ბოლოს, დავადგინეთ თავი, რომელიც უკვე ჩასულიყო მენჯის დრუს ვიწრო ნაწილში. თავის გამოჭრის ფაზაში ნაწარმოები იქნა ეპიზოოტომია. ნაყოფის თავის დაბადება არ გაძნელებულა. ახალშობილის ფიზიკური მდგომარეობა სიცოცხლის პირველ წუთებში აპგარის სქემით შეფასდა 8-8 ქულით.

ხელის გამოვარდნის მიზეზი ჩვენ ვერ დავადგინეთ. ლიტერატურიდან ცნობილია ამის მრავალი მიზეზი: მუხლის რგოლის არარსებობა, საშვილოსნოს და მუცლის წინა კედლის უუნარობა შეინარჩუნოს ნაყოფის სხეულის ნაწევართა ნორმალური განლაგება. თავით წინამდებარეობის დროს ხელის გამოვარდნა უფრო ხშირად გვხვდება მრავალ ნაშობიარევე ქალში. გვხვდება აგრეთვე ნაადრევი შობიარობის დროს, პატარა ნაყოფით (პიოტროფიული ნაყოფით) შობიარობის დროს, ვიწრო, განსაკუთრებით ბრტყელი მენჯის დროს, მრავალწყლიანობისა და მრავალნაყოფიანი შობიარობის დროს (ი.ჟორდანი, 1964). ხელის გამოვარდნას ხელს უწყობს აგრეთვე ნაყოფის სხეულის კუნთთა ტონუსის დაკარგვა, რასაც ადვილი აქვს შევადარი ნაყოფის შემთხვევაში (ბ.ლოლობერძე, 1961).

ჩვენს შემთხვევაში არ აღინიშნებოდა მუცლის წინა კედლის მოღწევა. საშვილოსნოს ფორმა იყო სივრცეოდ ოვალური, მისი ტონუსი ნორმალური, რაც დადასტურდა მშობიარობის ფიზიოლოგიურად დამთავრებით. ქალი იყო პირველად მშობიარე. მენჯი ნორმალური, მარვალწყლიანობას ადგილი არ ჰქონია.

განკვიფრებას იწვევს ის, რომ მშობიარობა დამთავრდა ფიზიოლოგიურად მაშინ, როდესაც ხელის გამოვარდნის დროს მოსალოდნელია მთელი რიგი გართულებები: სამშობიარო მოქმედების მეორადი სისუსტე, სამშობიარო გზების ჩახვევა, ნაყოფის თავის ტრავმული დაზიანება. ინტრანატალური ასფიქსია, საშვილოსნოს გასკდომა. ყოველივე ეს ხდება იმის გამო, რომ ხელთან ერთად იზრდება წინამდებარე თავის გარშემოწერილობა და წინამდებარე ნაწილს სამშობიარო არხის გავლა უხდება დიდი ზომებით. ეს გართულებები უფრო მეტად მაშინ არის მოსალოდნელი, როცა გვაქვს ხელის სრული გამოვარდნა. ამ დროს მშობიარობა ყოველთვის მთავრდება საკეისრო კვეთით. ბ.ლოლობერიძე აღნიშნავს, რომ ნაყოფის წინმსველობის გზაზე დაბრკოლება მით უფრო მეტია, როდესაც წინა ხელია გამოვარდნილი. ამ შემთხვევაში ის თავსდება ბოჭქენის ძვლის უკან. თუკი უკანა ხელია გამოვარდნილი, მაშინ პროენოზი უკეთესია, ვინაიდან გამოვარდნილი ხელი შესაძლოა უკან, კონცხის გვერდით მოთავსდეს, სადაც ამისათვის ადგილი მეტია.

ჩვენს შემთხვევაში ნაყოფი იყო დიდი - წონით 4300 გრამი. სიგრძით 53 სმ. გამოვარდნილი იყო წინა ხელის იდაყვი. ამ დროს თავის გარშემოწერილობას ერთდროულად ემატება წინა მხრის და მხრის გარშემოწერილობა.

ჩვენს შემთხვევაში აღინიშნა მხოლოდ ერთი გართულება - სანაყოფო სითხის ნაადრევი დაღვრა, რასაც თავის მხრივ, გართულებები არ მოჰყოლია. მშობიარობა წარიმართა და დასრულდა ფიზიოლოგიურად. სამშობიარო არხის რბილი ქსოვილები საერთოდ არ ჩახეულა. გვიკვირს, სამშობიარო არხი როგორ გაიარა ნაყოფის თავმა ასე გაზრდილი გარშემოწერილობით.

იდაყვის გამოვარდნა პირველად ჩვენ აღვწერეთ, მაგრამ ეს არ არის მთავარი. მთავარი ის არის, რომ ჩვენი შემთხვევა კიდევ უფრო გაამდიდრებს მეანთა გამოცდილებას.

ლიტერატურა:

1. ლოლობერიძე ბ. მეანობა, თბ., 1961 წ.
2. Жордания И.Ф. Учебник акушерства. М., 1964.

მეტრეველი მ., ჩიტაშვილი ტ.
ВЫПАДЕНИЕ ЛОКТЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ГОЛОВКИ
РЕЗЮМЕ

Такою акушерскую аномалию впервые описываем мы, тогда как выпадение остальных частей ручки плода давно известно. Выпадение ручки вызывает разные причины. В нашем случае причину установить не удалось. Выпадение ручки чревато серьезными осложнениями. К нашему большому удивлению в данном случае роды закончились физиологически. Биомеханизм родов в данном случае не понятен. Установить диагноз мы смогли только после рождения всей ручки. Это было обусловлено тем, что вагинальный осмотр нами произведен через 8 часов после отхождения околоплодных вод и на предлежащих частях прощупывались большие родовые опухоли. В данном случае до рождения ручки роды велись как при смешанном ягодичном предлежании. Родился плод весом 4300 гр. и длиной 53 см.

Metreveli J., Chitashvili T.
PROLAPSE OF ELBOW AT FETUS HEAD PRESENTATION
SUMMARY

We have described this obstetric anomaly for the first time although prolapse of other parts of fetus arm was known a long time ago. There are various reasons for the prolapse of the arm. In our case we failed to establish the reason for that. Prolapse of the arm could induce serious complications. To our great surprise in the given case deliveries were physiological. In this case biomechanisms of the labors are not clear. We could give a diagnosis only after the delivery of the whole arm. It was conditioned by the fact vaginal examination was done 8 hours later after bursting of amniotic waters. Large labor tumors were palpated on the presenting part. In the given case before the delivery of the arm labors were going on as in the case of mixed breech presentation. The fetus weighed 4.300 g and was 53 cm long.

ა.მთვარაძე

**რადიონუკლიდური სპანირება-სტინტიგრაფია ქრონიკული
კეპატიტის და ღვიძლის ციროზის დიაგნოსტიკაში**

მოსსუ, სხიური დიაგნოსტიკის და სხიური თერაპიის კათედრა

საჭმლის მომწელებელი სისტემის პათოლოგიებიდან ღვიძლის დაავადებათა განუხრელი ზრდა განსაზღვრავს მის პრობლემატურობას თანამედროვე მედიცინის აქტუალურ საკითხებს შორის.

ლვიძლის პათოლოგიის დიაგნოსტიკაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია სხეური დიაგნოსტიკის: ულტრაბგერით, კომპიუტერულ ტომოგრაფიულ, რადიონუკლიდურ, მაგნიტურ-რეზონანსულ მეთოდებს (1,2,4,7,8,9). აღნიშნული ორგანოს კვლევაში რადიონუკლიდური მეთოდის დიაგნოსტიკურ ინფორმაციულობაში ერთგვაროვანი შეფასება არ არის. ზოგი ავტორი (6,10) თვლის, რომ რადიონუკლიდური კვლევის მონაცემები ლვიძლის პათოლოგიის შეფასებაში არ არის სპეციფიკური, ხოლო სხვები (1, 3, 5) თვლიან, რომ ლვიძლის სკანირება-სცინტიგრაფია ინფორმაციულია და მისი მონაცემები მნიშვნელოვანია ლვიძლის ქრონიკული დაავადებების დიაგნოსტიკაში.

აღნიშნულიდან გამომდინარე წარმოდგენილი შრომის მიზანია ლვიძლის რადიონუკლიდური სკანირება-სცინტიგრაფიის დიაგნოსტიკური ინფორმაციულობის შეფასება და სემიოტიკის ჩამოყალიბება.

დასახული მიზნის რეალიზაციისათვის ჩვენს მიერ გაანალიზებული იყო 201 ავადმყოფის სკანოგრამა და სცინტიგრამა. ამათგან 155 იყო ქრონიკული ჰეპატიტის დიაგნოზით, მათ შორის ქალი იყო 56 (36,1%), მამაკაცი - 99 (63,9%). ციროზით დაავადებული იყო 46 ავადმყოფი, მათ შორის ქალი - 15 (32,6%), მამაკაცი - 31 (67,4%). ავადმყოფთა ასაკი მერყობდა 18 წლიდან 71 წლამდე.

გამოკვლევა ტარდებოდა უნგრეთის წარმოების ფერად სკანერზე „სცინტიკარტი“ და ამერიკული ფირმის „ნუკლეარ ჩიკაგოს“ გამა-კამერაზე. გამოყენებული იყო რადიოფარმპრეპარატი ^{99m}Tc -ის კოლოიდური ხსნარი 7,5-9,0 მეგაბეკერელის აქტიობით. გამოკვლევა ტარდებოდა პრეპარატის ინტრავენურად შეყვანიდან 1 სთ-ის შემდეგ. ზურგზე მწოლიარე მდგომარეობაში. გამოკვლევის დამთავრების შემდეგ ლვიძლის ტომოგრაფიის შეფასებისათვის სკანოგრამაზე აღინიშნებოდა საორიენტაციო ხაზები: ნეკნთა რკალი, ლავიწმუა ხაზი და მახვილისებრი მორჩი. ლვიძლის ზომების შეფასება ხდებოდა კურლოვის მიერ მოწოდებული მეთოდით.

155 ავადმყოფიდან (დიაგნოზით - ქრონიკული ჰეპატიტი) ლვიძლის მდებარეობა ძირითადად ნორმალური იყო 136 (87,7%)-ში. უმეტეს შემთხვევაში 124 (80,0%) ლვიძლის ფორმა იყო ნორმალური, 31 (20,0%)-ში - შეცვლილი.

ძირითადად გადიდებული იყო ლვიძლის როგორც მარჯვენა - 140 (90,3%), ისე მარცხენა წილი - 124 (80,0%) და განივი ზომა - 146 (94,2%) შემთხვევაში. რადიოფარმპრეპარატის ჩართვა ლვიძლის ქსოვილში უმეტესად იყო აქტიური 89(57,4%) და საშუალო აქტიობით - 65(41,9%) შემთხვევაში. მკვეთრი კონტურები აღინიშნებოდა 146 (94,2%), წამლილი კი - 9 (5,8%) ავადმყოფს, ყველა შემთხვევაში ლვიძლში აღინიშნებოდა აქტიობის არათანაბარი განაწილება. რადიოფარმპრეპარატის ჩართვა ელენთაში აღინიშნებოდა მხოლოდ 16 (10,3%) შემთხვევაში, ისიც მცირე აქტიობით, არც ერთ მავ-ს პრეპარატის ჩართვა ძელის ტვინში არ აღინიშნებოდა.

ამრიგად, ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს სკანოგრაფია-სცინტიგრაფიაზე ლეიძლი უპირატესად წარმოდგენილია ნორმალური ფორმის და მდებარეობის, ყველა ზომებში სიმეტრიულად გადიდებული, რადიოფარმპრეპარატის მაღალი და საშუალო აქტიობით, დიფუზურად არათანაბარი ჩართვით, სწორი კონტურებით. ელენთაში და ძელის ტვინში ჩართვა არ აღინიშნება.

ლეიძლის ციროზით დაავადებული 46 ავადმყოფიდან ლეიძლის მდებარეობა ნორმალური იყო 39(84,8%)-ში დაწეული 7(15,2%)-ში. ყველა შემთხვევაში ლეიძლის ფორმა იყო შეცვლილი, ძირითადად მარცხენა წილის გადიდების ხარჯზე - 36 (78,3%) შემთხვევაში. მარჯვენა წილი გადიდებული იყო 20 (43,5%) შემთხვევაში, შემცირებული კი - 24 (52,2%)-ში. განივი ზომა გადიდებული იყო 21 (45,6%), შემცირებული - 23 (50,0%) შემთხვევაში. რადიოფარმპრეპარატის ჩართვა ლეიძლის ქსოვილში აქტიური იყო მხოლოდ 8 (17,4%), საშუალო აქტიობით - 21 (45,6%) და დაბალი აქტიობით - 17 (37,0%) შემთხვევაში. კონტურები მკვეთრი იყო 15 (32,6%), წაშლილი - 31 (67,4) შემთხვევაში. ყველა შემთხვევაში ჩართვა იყო არათანაბარი. ამათში ორბირთვიანი ჩართვა (მარცხენა წილშიც აქტიური ჩართვის ხარჯზე) აღინიშნებოდა 8 (17,4%)-ში. ყველა შემთხვევაში პრეპარატის ჩართვა ელენთაში იყო სხვადასხვა აქტიობით და მისი ზომები უმეტესად იყო გადიდებული - 36 (78,3%) შემთხვევაში. 3 (6,5%) ავადმყოფს აღინიშნებოდა ჩართვა ძელის ტვინში (ხერხემალში).

ყველა მონაცემის გაანალიზებით შეიმღება ჩამოვყალიბოთ ლეიძლის ციროზის სკანო-სცინტიგრაფიული სურათი: ლეიძლის ფორმის ცვლილება ძირითადად მარცხენა წილის გადიდების ხარჯზე, პრეპარატის ჩართვა პარენქიმაში საშუალო ან დაბალი აქტიობით, პრეპარატის განაწილება დიფუზურად არათანაბარი ან ორბირთვიანია, ლეიძლის კონტურები წაშლილი. ციროზისათვის განმსაზღვრელია ელენთაში პრეპარატის ჩართვა. ამავე დროს ელენთის ზომები უხშირესად გადიდებულია, მასში პრეპარატის ჩართვა სხვადასხვა ინტენსიობითაა და ჩართვის ინტენსიობის მატება შეესაბამება ლეიძლის დაზიანების ხარისხს. ძელის ტვინში აქტიობის ჩართვა შეესაბამება ლეიძლის უკიდურეს დაზიანებას.

ამრიგად, ლეიძლის რადიონუკლიდური გამოკვლევა სკანირება-სცინტიგრაფიის მეთოდით, კოლოიდური ხსნარების გამოყენებით ქრონიკული ჰეპატიტისა და ლეიძლის ციროზის დროს იძლევა თვალსაჩინო და დაზიანების შესაბამის ინფორმაციას. მისი გამოყენება სხივური დიაგნოსტიკის კომპლექსში მნიშვნელოვნად ზრდის ლეიძლის დიფუზური დაზიანების დიაგნოსტიკის შესაძლებლობებს.

ლიტერატურა:

1. Г. А. Зубовский, Лучевая и ультразвуковая диагностика заболеваний печени и желчных путей "Медицина". Москва, 1988 г. 240 с.

2. П.Я.Григорьев, Э.П.Яковенко. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. "Медицина". Москва. 1990 г. 384 с.
3. С.П.Миронов, Ю.Н.Касаткин. Детская радиология. Москва. 1993 г. 206 с.
4. В.В.Митьков. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. "Видар". Москва, 1996. 1 т.
5. Б.Я.Наркевич. Радионуклидная диагностика функционального состояния почек и печени на основе циркуляционного моделирования. Вестник рент. и радиологии. 1997 г. №4, с.91.
6. Metter F., Guiberteau M. Essential of Nuklear Medicine. Orlando: Grune & Stratton 1986. 391 p.
7. Burkart D.S., Jonson C.D., Morton M.S., hman R.L, Plase-contrast cire MR angiographi in chronikal liver disease. Radiology 187: 407-412. 1993.
8. Finn S.P., Kane R.A., Edelan R.R. et al. Imaging of the portal venus system in patients with cirrhosis: MR angiographi, US duplex Doppler sonography. AJR 161: 989-994, 1993.
9. Itai Y, Kurosaki Y., Saida Y. et al. CT and MRJ in detection intrahepatic portosistemic shounts in patients with liver cirrhosis. J. Comput. assist. Tomogr. 18; 768-779, 1994.
10. Ш.Шерлок, Дж.Дули Заболевания печени и желчных путей. Практ. рук.: пер. с англ. М.: ГЭОТАР "Медицина" 1999 г. 864 с.

Мтвардзе А.

РАДИОНУКЛИДНОЕ СКАНИРОВАНИЕ - СПИНТИГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

РЕЗЮМЕ

Исследовано 201 больных хроническим гепатитом и циррозом печени радионуклидным методом сканирования и спинтиграфии. Цель - исследовать больных данной патологии, определить диагностическую информативность и описать сканографическую-спинтиграфическую семиотику. Автор отмечает, что сканирование и спинтиграфия значительно повышает возможность комплексной лучевой диагностики хронического гепатита и цирроза печени.

Mtvaradze A.

NUCLEAR MEDICINE (SCANING-SCINTIGRAPHY) IN DIAGNOSIS OF CHRONIC HEPATITIS AND LIVER CIRRHOSIS

SUMMARY

The author presents findings of examinations of 201 patients with hepatitis and liver cirrhosis examined by Nuclear Medicine (Scaning-Scintigraphy).

The experience with 201 cases of Hepatitis and Liver cirrhosis was summarized and analysed with respect to diagnostic information and significance of Scanning and Scintigraphy and description of Nuclear Medicine semiotics of this pathologies.

Scanning and Scintigraphy considerably increase diagnostic possibilities of complex Radiological diagnosis in patients with chronic Hepatitis and Liver cirrhosis.

მ. შინაშვილი

კოსპიტალური ინფექციის ჰიპინური ასკეტიკის მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა ძირუბიული პროფილის ერთი განყოფილების მაგალითზე

ოსსუ, მიკრობიოლოგიის, ვირუსოლოგიის და იმუნოლოგიის კათედრა

საავადმყოფოსშიდა ინფექციების მოვლენა დღემდე ინარჩუნებს თავის მნიშვნელობას და წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ წამყვან პრობლემას. მისი აქტუალობიდან გამომდინარე თხოვლობს პერმანენტულ და მრავალმხრივ კვლევას. შიდაკოსპიტალური ინფექციების ერთ-ერთ მძლავრ ფაქტორს წარმოადგენს მისი ჰიგიენური ასპექტი, რადგანაც შიდაკოსპიტალურ პირობებში ინფექციის წყაროებს და გავრცელებას ახასიათებს რიგი თავისებურებები (1,2,3). საინტერესოდ ჩაუთვალეთ შეგვესწავლა ქ.თბილისის ერთ-ერთი ქირურგიული პროფილის განყოფილებაში შიდაკოსპიტალური აფექტებისა მედპერსონალის და საავადმყოფოსშიდა გარემოს (ინსტრუმენტები, მედპერსონალი, ჰაერი და სხვა) როლის დადგენა.

მასალა და მეთოდები. ამ მიზნით შეირჩა 20 ავადმყოფი ოპერაციის შემდგომი ჩირქოვან-სეპტიური გართულებებით, რომელთაც ჩაუტარდა მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა. პათოლოგიურ მასალას ვიღებდით აგრეთვე ექიმების, სამუშაო და დაბალი მედპერსონალის ხელებიდან და ცხვირ-ხახიდან, ასევე შეგროვდა მასალა პალატის და გადასახვევის კედლებიდან, კარის სახელურებიდან, დაითესა პალატების და გადასახვევის ჰაერი. მასალის შეგროვება მიმდინარეობდა ორი თვის განმავლობაში. გამოყენებული იყო ბაქტერიოლოგიური კვლევის კლასიკური მეთოდები (სუფთა კულტურის გამოყოფა, იდენტიფიკაცია მიკრობიოლოგიური, ბიოქიმიური, ანტიგენური თვისებებით) სახეობის დადგენის მიზნით (4,5). ეპიდემიოლოგიური მარკერების დასადგენად ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობა შესწავლილ იქნა დისკების და განზავების მეთოდით.

ცხრილი №1. ოპერაციის შემდგომი პოსიტალური ინფექციების ეტიოლოგიური სტრუქტურა

ოპერაციის შემდგომი პოსიტალური ინფექციებით გართულების რაოდენობა	პოსტოპერაციული პოსიტალური ინფექციით გართულებისას მიკრობულ-ეტიოლოგიური აგენტები							პოსტოპერაციული პოსიტალური ინფექციით გართულებისას მიკრობულ-ეტიოლოგიური აგენტების წარჩინება									
	სტაფილოკოკი	სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-გრაფტი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	პოსიტალური შტამები			საგნები			
											სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი	სტრეპტოკოკი-სტრეპტოკოკი
მწვავე ცისტოტი	6	0	2	1	2	1	0	6	7	0	2	0	1	0	2	6	
მწვავე ბრონქიტი	2	1	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	2		
მწვავე ბრონქოპნემონია	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1		
ღვივური პერიტონიტი	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2		
ოპერაციული კრილოზის დაჩირქება	8	5	1	1	1	0	0	8	9	0	3	1	0	0	8		
სეფსისი	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1		
კანის ჩირქოვანი დაზარება	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
პოსიტალური შტამები	8	4	2	3	1	2	20	3	7	2	5	1	2	20			
არაპოსიტალური შტამები	3	5	4	3	2	0	17	1	3	0	2	0	1	7			
სულ	20	29,7%	24,3%	16,2%	8,2%	5,4%	37	15,1%	37,1%	7,4%	25,9%	3,4%	11,1%	27			

მედპერსონალის კვლევისას პათოლოგიურ მასალას ვიღებდით ცხვირ-სახიდან კვირამი ერთხელ, ხელებიდან და პალატის კედლებიდან, კარის სახელურებიდან და გარემოს სხვა საგნებიდან, ყოველი ქირურგიული მანიპულაციის წინ. გამოკვლევის შედეგები მოყვანილია №1 ცხრილში, საიდანაც ჩანს, რომ სულ ამოთესა 6 სხვადასხვა სახეობის მიკროორგანიზმის 37 შტამი, რაც იმით აიხსნება, რომ ზოგ შემთხვევაში გართულება გამოწვეული იყო ასოციაციით, ანუ შერეული მიკროფლორით. აღნიშნული შტამების მედპერსონალიდან და გარემოდან გამოყოფილ შტამებთან იდენტიფიკაციის საფუძველზე აღმოჩნდა, რომ 37 გამოწვევიდან 54,05% (20) იყო ჰოსპიტალური შტამი, 45,95% (17) კი საავადმყოფოს გარემოსთან არადაპტირებული, ანუ „არაჰოსპიტალური“ შტამი. უნდა აღინიშნოს, რომ უმეტესობა არაჰოსპიტალური შტამისა იყო ენდოგენური ფლორის წარმომადგენელი, რომელიც იწვევდა ოპერაციის შემდგომ ჭრილობის დაჩირქებას.

ჰოსპიტალური და არაჰოსპიტალური შტამების რაოდენობა შეადგენს შესაბამისად ოქროსფერი სტაფილოკოკისათვის 8 და 3; ლურჯ-მწვანე ჩირქის ჩხირისთვის 4 და 5, პროტეუს ვულგარისისთვის 2 და 4; ნაწლავის ჩხირისათვის 3 და 3, ფლავობაქტერიებისთვის 1 და 2, კლებსიელასთვის 2 და 0.

ზემოაღნიშნული ჰოსპიტალური ინფექციების გართულების მიზეზების გამოვლენის მიზნით მოხდა შერჩეული 20 ავადმყოფიდან გამოყოფილი სხვადასხვა სახეობის შტამების იდენტიფიკაცია მიკრობთა შტამებთან, რომლებიც გამოყოფილი იყო მკურნალი და დამხმარე მედპერსონალიდან, ასევე გარემო საგნებიდან. მიღებული მონაცემების ანალიზის შედეგები მოცემულია იგივე №1 ცხრილში (მარჯვენა ნაწილი).

მოცემულ განყოფილებაში ინფექციური გართულების ცალკეული ფორმის წარმოშობის შესაძლო მიზეზების განხილვისას გამოიხატა შემდეგი სურათი: მწვავე ცისტიტის გამოწვევის სინშირე უმეტესად მოდის საშუალო მედპერსონალზე (რომლებიც ატარებდნენ სამარღე გზების კათეტერიზაციას), მათ ამოეთესათ (2,1) მიკრობული შტამები. შემდეგ მოდის სხვა საგნები (სამარღე გზების კათეტერები) - (2,0), შემდეგ გადასახვევის საგნები - (1,1), მწვავე ბრონქიტების განვითარებაში შედარებით ხშირ მიზეზად უნდა განიხილებოდეს ექიმები (1,0) და დაბალი მედპერსონალი (1,0), დიფუზური პერიტონიტისას ამოთესა ერთი ნაწლავის ჩხირი, იდენტური გადასახვევის ინსტრუმენტებიდან ამოთესილი მიკრობული შტამისა. რაც შეეხება ოპერაციის შემდეგ ჭრილობის დაჩირქებას, ყველაზე ხშირად ამის მიზეზს წარმოადგენს გადასახვევის საგნები (3,0) (მაგ. იდა, ინსტრუმენტები, გადასახვევი მასალა), საშუალო მედპერსონალი (3,1) (მედლები, რომლებიც მონაწილეობას იღებდნენ გადახვევის დროს), თვითონ ექიმები, რომლებსაც გამოეთესათ ჰოსპიტალური შტამები (1,0). ოპერაციის შემდგომი ჭრილობის დაჩირქების დანარჩენ 7 შემთხვევაში გამოწვევი წყაროს დადგენა არ

მოხერხდა. სეფსისის გამოწვევად ჩაითვალა მედლა, რომელიც მონაწილეობდა ანესთეზიისას და რომელსაც ამოეთესა ავადმყოფის მიკრობული შტამის იდენტური შტამი. კანის ჩირქოვანი დაზიანების ერთადერთი შემთხვევის მიზეზად მიჩნეულია პალატის კარის სახელურიდან ამოთესილი მიკრობი, რომელიც ყველა პარამენტრით ესადაგება ჰოსპიტალური ინფექციის გამოწვევე მიკრობულ შტამებს.

მიზეზობრივი კავშირი დადგინდა შტამთა საერთო რაოდენობის 27 შემთხვევაში. დარჩენილი 10 შტამის კავშირის დადგენა ვერ მოხერხდა. ჰოსპიტალური ინფექციის წარმოშობის შედარებით ხშირ შესაძლო მიზეზად ჩვენს გამოკვლევებში უნდა ჩაითვალოს საშუალო მედპერსონალი (მედღები) - გამოყოფილი შტამების 37,1%, შემდეგ მოდის გადასახვევის საგნები (ინსტრუმენტების მაგიდა, საინექციო ნემსები, საღებინფექციო ხსნარები და ა.შ.) - 25,9%, შემდეგ დაბალი მედპერსონალი - 7,4% და პალატები - 3,4%. ჰოსპიტალური ინფექცია დადგენილი შესაძლო რეზერვუარებიდან ავადმყოფებს ძირითადად კონტაქტური გზით გადაეცემოდა, გამონაკლისი იყო მწვავე ბრონქიტი და ბრონქოპნევმონია, რომლის დროსაც ინფექციის გადაცემა აირწვეთოვანი მექანიზმით განხორციელდა.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ

■ მიკროორგანიზმები, რომლებიც იწვევენ პოსტოპერაციულ ინფექციურ გართულებებს - 54,05%-ი იყო ჰოსპიტალური შტამები.

■ ოპერაციის შემდგომი ჰოსპიტალური ინფექციით გართულების ძირითად რეზერვუარად შეიძლება მივიჩნიოთ საშუალო მედპერსონალი, რომლებსაც ამოეთესათ 37,13% მიკრობული შტამი, იდენტური ავადმყოფის შტამებისა, ასევე გადასახვევის საგნები - 25,9% და ექიმები - 14,8%.

ლიტერატურა:

1. Мартиросян Г.Е Пути ограничения внутрибольничных инфекций при ожогах и травмах в г. Ерване - В кн.: Современные проблемы клинической патологии.
2. Garteuberg G., Bottione E., Keusch G.T., Weitzman I. Hospital acquired mucormycosis rhizopus rhizopodiformis of skin and subcutaneous tissue. Epidemiology, mycology and treatment. - N. Engl. J. Med. 1978. 299. 115-118.
3. Исхакова Х.Н., Влодевец В.В. Циркуляция Синегнойной палочки в окружающей среде хирургического стационара и носительство среди персонала клиники и больных. Гиг. и Сан. 1982, №5, с.16-18.
4. Берги. Краткий определитель бактерии. М. "Медицина" 1982, с. 563.
5. Биргер М.О. Справочник и микробиологическим и вирусологическим методом исследования. М. "Медицина", 1982, с. 461.

მინაშვილი მ.
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ
АСПЕКТОВ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ
НА ПРИМЕРЕ ОДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

РЕЗЮМЕ

Целью настоящей работы было установление роли медперсонала и внутрибольничной среды (инструментарий, перевязочные, воздух и т.д.) в развитии внутрибольничной инфекции.

В результате исследования было установлено, что

- микроорганизмы, вызвавшие развитие инфекционных послеоперационных осложнений, в 54,05% случаев являлись госпитальными штаммами.
- основными резервуарами возбудителей послеоперационных госпитальных инфекционных осложнений следует считать в данном случае средний медперсонал, предметы перевязочной и в меньшей степени врачей.

Minashvili M.

HIGIENE ASPECTS OF HOSPITAL INFECTION AND THEIR
MICROBIOLOGICAL INVESTIGATION BASED ON DATA FROM TBILISI
OPERATIVE SURGERY DEPARTMENT

S U M M A R Y

In aim of our investigation we studied Tbilisi operative surgery department with its staff (hospital personal) and environment (hospital's ventilation itens, dzassings and soon) and their role in development of nosocomial infection.

- Microorganisms involved in the development of postoperative compliations were intrahospital strains in 54,05% of cases,
- The main resorvoir of infection in development of postoperative complicatives are hospital nurses and sometimes physicians in rare cases.

მ.მინაშვილი

ინფექციური და პათოლოგიური კოსპიტალური ინფექციების
მიკრობიოლოგიური დასასწავლობა

თსსუ, მიკრობიოლოგიის, ვირუსოლოგიის და იმუნოლოგიის კათედრა

საავადმყოფოში და ინფექციების პრობლემამ ბოლო წლებში შეიძინა განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყნისათვის. ე.წ. კოსპიტალური ინფექციების სწრაფი ტემპით ზრდა

სერიოზულ კლინიკურ და ეპიდემიოლოგიურ პრობლემას წარმოადგენს საქართველოს სხვადასხვა სტაციონარისათვისაც (1,2).

ბოლო წლებში პოსპიტალურ ინფექციათა შორის აღინიშნება ჩირქოვან-სებტიური ინფექციების ზრდა პირობით-პათოგენური ენტერობაქტერიების ხარჯზე, რაც გამოწვეულია როგორც სანიტარულ-ჰიგიენური და ეპიდემიის საწინააღმდეგო რეჟიმის დარღვევით, ისე პოსპიტალური მალაქვირულენტული შტამების მნიშვნელოვანი ცირკულაციით (3). ამ მიზნით საჭიროდ ჩავთვალეთ შეგვესწავლა სხვადასხვა სტაციონარიდან გამოყოფილი ენტერობაქტერიების პოსპიტალური შტამების მიკრობიოლოგიური თვისებები.

მასალა და მეთოდები: შესწავლილ იქნა 1988-98 წლებში ქ.თბილისის ქირურგიული პროფილის კლინიკებიდან გამოყოფილი 1477 გრამუარყოფითი შტამი.

მიკრობთა იდენტიფიკაცია და მათი ბიოლოგიური თვისებების მასწავლა ხდებოდა კლასიკური ბაქტერიოლოგიური მეთოდებით (4). გამოყოფილი გრამუარყოფითი შტამების ბიოტიპირებისათვის ჩვენს მიერ გამოყენებულ იქნა "СИБ" (საიდენტიფიკაციო ქაღალდების სისტემა) და ავტომატიზირებული სისტემები.

კვლევის შედეგები: ჩირქოვან-სებტიური დაავადებების დროს პათოლოგიური მასალის გამოკვლევის შედეგად 2453 შტამიდან 1477 ანუ $60,2 \pm 0,99\%$ გრამუარყოფითი შტამი აღმოჩნდა.

კვლევის პერიოდში სულ გამოყოფილი პროტეუსის 237 შტამიდან 173 შტამი, ანუ გამოყოფილი პროტეუსის $72,99 \pm 2,88\%$ მეორადი გართულებების გამოწვევები აღმოჩნდნენ.

პროტეუსის გვარის მიკროორგანიზმების ბიოლოგიური თვისებების შესწავლისას (ცხრილი №1) აღმოჩნდა, რომ გამოკვლეული მიკრობების მხოლოდ $4,64 \pm 1,37\%$ -ს შეუძლია ინდოლის წარმოქმნა, ლიზინის პროდუქციის უნარი არ აღმოაჩნდა არც ერთ მიკრობს, მეთილის წითელთან რეაქციას იძლეოდა *Proteus spp.*-ს 100%, ფოგეს - პროსკაუერის რეაქცია დადებითი აღმოჩნდა შესწავლილ მიკრობთა $27,85 \pm 2,91\%$ -ს, H_2S -ის და ურეაზას პროდუქციის უნარი აღმოაჩნდა შესწავლილი შტამების 100%-ს. ასევე ყველა წარმომადგენელი მოძრავი იყო. სხვა ენტერობაქტერიებთან შედარებით პროტეუსის გვარის მიკრობები ნახშირწყლების მტკრე ფერმენტაციით ხასიათდებოდნენ: ისინი ვერ შლიდნენ ლაქტოზას და მანიტს, მხოლოდ $35,44 \pm 3,1\%$ აფერმენტირებდნენ საქაროზას, ხოლო გლუკოზის ფერმენტაციას მჟავასა და გაზის წარმოქმნით ახდენდა ყველა შესწავლილი პროტეუსის შტამი. β -ლაქტამაზას პროდუქციის და ერთოციტების ჰემოლიზის უნარმა კი განსაკუთრებით პროტეუსის პოსპიტალურ შტამებში იმატა. კერძოდ, $91,56 \pm 1,81\%$ -ის და $71,1 \pm 3,45$ -ის შემთხვევაში ხდებოდა ამ ფერმენტების სინთეზი.

ენტერობაქტერიების ბიოქიმიური ნიშნები

ცხრილი №1

მეკობის გვარი	ნიშნები (%)											
	ინდო- ლის წარ- მოქმნა	მეთი- ლის წითელ თან	ფოლგენს- პროს- კაუჯერის რეაქცია	ციტრა- ტის უბილი ზაცა	H ₂ S-ის წარ- მოქმნა	ურეა- ზას პრო- დუქცია	ლიზო- ნის პრო- დუქცია	მომ- რება	ფერმენტაცია			მანო- ტის
									მლუ- კოზის	ლაქ- ტოზის	საქა- როზის	
E. coli	100	97,19	6,46	9,27	0	0	34,55	100	100	100	57,02	100
		±0,88	±1,3	±1,54			±2,52				±2,62	
Proteus spp	4,64	100	28,27	27,85	100	100	0	100	100	0	35,44	0
	±1,37		±2,93	±2,91							±3,1	
Klebsiella spp	0	0	98,68	97,37	0	100	98,68	0	100	100	100	100
			±1,31	±1,84			±1,31					

სხვადასხვა სახის გართულებების ეტიოლოგიაში ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი E.coli-საც უჭირავს. შესწავლილი 2453 შტამიდან 356 შტამი, ანუ $14,5 \pm 0,74\%$ სწორედ ნაწლავის ჩხრის ჯგუფის მიეკუთვნებოდა, ხოლო E.coli-ის 356 შტამიდან 209 შტამი, ანუ $58,7 \pm 2,61\%$ ჰოსპიტალური შტამი აღმოჩნდა.

ნაწლავის ჩხრების ბიოლოგიური თვისებების შესწავლამ აჩვენა, რომ ჩვენს მიერ შესწავლილი შტამები გამოირჩეოდნენ ნახშირწყლების მაღალი ფერმენტაციის უნარით, კერძოდ, ყველა წარმომადგენელი ახდენდა გლუკოზას, ლაქტოზასა და მანიტის ფერმენტაციას. საქაროზას ფერმენტაციას შესწავლილი შტამების $57,02 \pm 2,62\%$ აწარმოებდა. ყველა შტამი იყო მოძრავი და წარმოქმნიდა ინდოლს. შესწავლილი E.coli-ების $97,19 \pm 0,88\%$ -ს ჰქონდა მეთილის წითელთან დადებითი რეაქცია. ლიზინ-დეკარბოქსილაზას აპროდუცირებდა შესწავლილი შტამების $34,55 \pm 2,52\%$. ფოგეს - პროსკაუერის ოქაქცია და ციტრატის უტილიზაცია დადებითი აღმოჩნდა E.coli-ის $6,46 \pm 1,3\%$ -სა და $9,27 \pm 1,54\%$ -ში, H₂S-ის წარმოქმნა და ურეაზას პროდუქცია არ აღინიშნებოდა არც ერთ შტამში. ნაწლავის ჩხრების $84,27 \pm 1,93\%$ -ს ჰქონდა β-ლაქტამაზის სინთეზის უნარი. შესწავლილი E.coli-ს ჰოსპიტალური შტამების $88,52 \pm 2,2\%$ -ს აღმოაჩნდა ჰემოლიზის უნარი.

კვლევის პერიოდში შესწავლილი იქნა კლებსიელების 76 შტამი, რომელთა $28,94 \pm 5,52\%$ აღმოჩნდა საავადმყოფოსშიდა გართულებების გამომწვევეები. მათი ბიოლოგიური თვისებების მასწავლის შედეგად ვნახეთ, რომ გამოკვლეული შტამების ყველა წარმომადგენელი ახდენდა ნახშირწყლების ფერმენტაციას, ფოგეს - პროსკაუერის რეაქცია დადებითი აღმოჩნდა შესწავლილი შტამების $98,68 \pm 1,31\%$ -ის შემთხვევაში, ციტრატის უტილიზაცია შეეძლო კლებსიელების შტამების $97,37 \pm 1,84\%$ -ს, ურეაზასა და ლიზინის პროდუქციას ახდენდა შტამების შესაბამისად 100% და $98,68 \pm 1,31\%$. კლებსიელების არც ერთი წარმომადგენელი არ წარმოქმნიდა ინდოლს და H₂S-ს, არ მოძრაობდა და მეთილის წითელთან რეაქცია იყო უარყოფითი. β-ლაქტამაზას სინთეზის უნარი აღმოაჩნდა კლებსიელების $61,64 \pm 5,58\%$ -ს.

ამრიგად, ჩვენი რევიონის ენტერობაქტერიების ჰოსპიტალური შტამებისათვის დამახასიათებელია პათოგენური თვისებების მკვეთრად გამოხატული უნარი, კერძოდ, მაღალი ჰემოლიზური და β-ლაქტამაზური აქტივობა.

ლიტერატურა:

1. Профилактика внутрибольничных инфекций. Под ред. Е.П.Ковалевой, Н.А.Семиной - М.: 1993 г. - 223 с.
2. Чиквиладзе Д.П. Сравнительная характеристика этиологической структуры, эпидемиологических особенностей и методов эпиднадзора и контроля госпитальной инфекции. Дисс. докторская. Тбилиси. 1998 г.
3. Внутрибольничные инфекции. Под ред. В.П.Венцела. Москва, Медицина 1990 г. - 655 с.
4. Manual of clinical Mikrobilogy/Lenntte E.H. Ballons A. Hauster W.J. et al. eds 4 ts ed. - Washington, Am. Soc. Mikrobiology. 1985, p. 509-521.

Микеладзе М.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ

РЕЗЮМЕ

Целью настоящей работы было выявление региональных особенностей штаммов энтеробактерий госпитального происхождения. Изученные нами штаммы отличались высоким уровнем патогенных свойств, а именно резко выраженным свойством гемолиза и высокой β -лактамазной активностью.

Mikeladze M.

THE MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF HOSPITAL STRAINS OF ENTEROBACTERIACEAE

SUMMARY

The aim of our investigation were regional characteristics of Enterobacteriaceae's hospital strains. Observed strains involved high level of pathogenicity, or with prevalence of hemolysis effect and high β -lactamase activity.

ი.მჭედლიშვილი, ღ.გელოვანი, ნ.ბარნაბიშვილი

С კვატივის ზოგიერთი ვაიდევიოლოგიური თავისებურებანი ქ.თბილისში

თსსუ, ეპიდემიოლოგიის კათედრა

С კვატივი მედიცინის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს, რაც რამდენიმე ფაქტორით არის განპირობებული. უპირველეს

ყოვლისა დაავადება ფართოდ არის გავრცელებული მსოფლიოში. მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში C ჰეპატიტის ვირუსით ყოველწლიურად 150 ათასზე მეტი ადამიანი ინფიცირდება და მთელი მოსახლეობის 1,8% ანუ 3,9 მილიონი არის ინფიცირებული (8). ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულები (ანტი-HCV) ევროპაში მოსახლეობის 0,23-2,2%-ს უვლინდება, იაპონიაში - 1,15%-ს, აფრიკაში - 2,2%-ს, სამხრეთ აღმოსავლეთ აზიაში - 2,6%-ს, სამხრეთ ამერიკაში - 4,4%-ს. მათი აბსოლუტური უმრავლესობა ამავე დროს პოტენციური ინფექციის წყაროა. ღსთ-ს ქვეყნებიდან C ჰეპატიტი ყველაზე უფრო ფართოდ არის გავრცელებული შუა აზიის ქვეყნებში და მოლდავეთში, სადაც ანტი-HCV მოსახლეობის 6-10%-ს უვლინდება, ხოლო რუსეთში, უკრაინაში და ბალტიისპირეთის ქვეყნებში მოსახლეობის მხოლოდ 1,0-3,5%-ს (1,2,4,5,6,7).

აღნიშნულთან ერთად C ჰეპატიტისათვის დამახასიათებელია მძიმე მიმდინარეობა. შემთხვევათა დაახლოებით 80%-ში ვითარდება ქრონიკული ფორმები. მიუხედავად ლატენტური პერიოდის ხანგრძლივობისა, რომელიც შეიძლება 15-20 წელიც გაგრძელდეს, საბოლოოდ საკმაოდ მაღალ პროცენტში პროცესი ღვიძლის ციროზით და ჰეპატოცელულარული კარცინომის ჩამოყალიბებით მთავრდება (3,9).

კვლევის მიზანს შეადგენდა დაავადების ზოგიერთი ეპიდემიოლოგიური თავისებურების შესწავლა ქ.თბილისის მასალის მიხედვით, რადგან დედაქალაქში რეგიონებთან შედარებით ბევრად უფრო კარგად არის დაყენებული ამ დაავადების დიაგნოსტიკების და აღრიცხვის საქმე. ამისათვის შესწავლილი იქნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო ცენტრის მონაკემები, პარაკლელურად დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში გამოკვლეულ იქნა თბილისის ჯანმრთელი მოსახლეობა (580 პირი, 280 ბავშვი და 300 მოზრდილი) ანტი-HCV-ს არსებობაზე, იმუნოფერმენტული მეთოდით. აღნიშნული პირები გამოსაკვლევად შერჩეული იქნენ შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით.

თბილისში, ისევე როგორც მთლიანად საქართველოში, დაავადების ოფიციალური რეგისტრაცია დაიწყო 1996 წლიდან. ამ წელს თბილისში აღრიცხა დაავადების 34 შემთხვევა, რამაც 100 ათას მცხოვრებზე შეადგინა 2,6. C ჰეპატიტის ხვედრითმა წილმა კი ვირუსული ჰეპეტიტებით ავადობაში - 3%. 1997 წელს ავადობის მაჩვენებელი უკვე 5,9 იყო, ხოლო ხვედრითი წილი - 9,5%. ეს რიცხვები კიდევ უფრო გაიზარდა 1998 წელს და შესაბამისად შეადგინა 12,5 და 21,6%. ამრიგად, 1996 წლიდან 1998 წლამდე C ჰეპატიტით ავადობა თბილისში 4,8-ჯერ, ხოლო ხვედრითი წილი 7,2-ჯერ გაიზარდა, რაც კანონზომიერი მოვლენაა და დაავადების დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებით უნდა აიხსნას. შედარებისათვის აღვნიშნავთ, რომ 1998 წელს B ჰეპატიტით ავადობა (რომლის რეგისტრაცია საქართველოში დაიწყო 1971 წელს და ისევე, როგორც C ჰეპატიტი, სისხლის

ინფექციაა გადაცემის პარენტერალური მექანიზმით) თბილისში 12,9-ს შეადგენდა, ხოლო მისი ხვედრითი წილი ვირუსული ჰეპატიტებით ავადობაში - 22,3%. ე.ი. დედაქალაქში B და C ჰეპატიტებით ავადობა ამჟამად პრაქტიკულად ერთმანეთს გაუტოლდა.

ჩვენი აზრით, აღნიშნული არ ასახავს რეალურ სურათს. საქმე უნდა გვეჭონდეს ერთის მხრივ C ჰეპატიტის ჰიპერდიაგნოსტიკასთან და მეორეს მხრივ B ჰეპატიტის ჰიპოდიაგნოსტიკასთან. ამას ადასტურებს C ჰეპატიტით დაავადებულთა შორის HBS-ანტიგენის გამოვლენის მაღალი პროცენტი - 14,0%, მაშინ როდესაც თბილისის ჯანმრთელ პოპულაციაში ანტიგენმტარებლობა 5,3%-ია.

ვირუსული ჰეპატიტების, მათ შორის B და C ჰეპატიტების მიმდინარეობაში ტიპიურ სიცივთიან ფორმებს სიხშირით ბევრად აღემატება უსიცივთო და ლატენტური ფორმები, რომლებიც პრაქტიკულად ექიმის ყურადღების გარეშე რჩება და შესაბამისად არც აღირიცხება. ასეთი ინფექციების კონკრეტულ ტერიტორიაზე გავრცელების რეალური სურათის დასადგენად დიდი მნიშვნელობა აქვს მოსახლეობის იმუნოსტრუქტურის შესწავლას.

580 ჯანმრთელი პირის გამოკვლევისას ანტი-HCV გამოველინდა 34-ს (5,9%). ბავშვებში სეროპოზიტიურთა რაოდენობა 3,9%-ს შეადგენდა, ხოლო მოზრდილებში 6,3%-ს, მაშინ, როდესაც HBS-ანტიგენის მტარებლობა 5,3%-ს შეადგენს, ხოლო ანტი-HBS და ანტი-HBC უვლინდება გამოკვლეულთა 29,8%-ს. ე.ი. B ჰეპატიტით ინფიცირებულთა რაოდენობა 35,1% შეადგენს, რაც ბევრად აღემატება C ჰეპატიტით ინფიცირებულთა რაოდენობას. ეს იმაზე მეტყველებს, რომ პარენტერალური გადაცემის მექანიზმების მქონე ვირუსული ჰეპატიტებიდან დომინირებული ადგილი თბილისში B ჰეპატიტს უკავია. ამასთან საქართველოში C ჰეპატიტი უფრო ინტენსიურად არის გავრცელებული, ვიდრე დსთ-ს ევროპულ ნაწილში მოლდავეთის გამოკვლებით.

C ჰეპატიტით დაავადებულთა ასაკობრივი განაწილება გვიჩვენებს, რომ ძირითადად მოზარდი და ახალგაზრდა ასაკის პირები ხდებიან ავად. 15-49 წლის ასაკის პირებზე მოდის მთელი შემთხვევების 82,8%. განსაკუთრებით მაღალია 20-29 წლის პირების ავადობა, მათზე შემთხვევათა 37,9% მოდის.

თუ შევადარებთ C და B ჰეპატიტებით დაავადებულთა ასაკობრივ სტრუქტურას, ვნახავთ რომ ოგი პრაქტიკულად იდენტურია. B ჰეპატიტით დაავადებულთა 81,8%-ის ასაკი 15-49 წლის დიაპაზონში მერყეობს, ხოლო დომინირებული ადგილი 20-29 წლის ასაკის პირებს უკავიათ - 40,8%.

C ჰეპატიტით დაავადებულთა განაწილება სოციალური ჯგუფების მიხედვით საინტერესო სურათს იძლევა. ყველაზე ხშირად დროებით

უმუშევრები ხდებიან ავად. მათზე მთელი შემთხვევების 36,7% მოდის. მეორე ადგილი უკავიათ სტუდენტებს, რომლებზეც შემთხვევათა 16% მოდის. მსგავსი სიტუაციაა B ჰეპატიტის დროსაც.

როგორც ცნობილია, B ჰეპატიტის გავრცელებაში ბოლო წლებში წამყვანი ადგილი არაარტიფიციალურ გზებს უკავია. ანალოგიური მდგომარეობა არის C ჰეპატიტის დროსაც. დაავადებულთა ეპიდანამეზის შესწავლა მიუთითებს, რომ უმრავლესობა ინკუბაციური პერიოდის მანძილზე უარყოფს სამედიცინო მანიპულაციების ჩატარებას (61,2%). ის ფაქტი, რომ C ჰეპატიტით უფრო ხშირად ავად ხდებიან მოზარდები და მოზრდილი პირები, რომლებიც ანამეზში უარყოფენ სამედიცინო მანიპულაციების ჩატარებას და ამასთან დაავადებულთა მნიშვნელოვანი ნაწილი დროებით უმუშევარია, არაპირდაპირ მიუთითებს იმაზე, რომ დაავადების გავრცელებაში მნიშვნელოვანია ინფექციის გადაცემა ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების შედეგად.

სამედიცინო მანიპულაციებიდან ყველაზე დიდი ადგილი სხვადასხვა სახის ინექციებს და სტომატოლოგიურ მანიპულაციებს უკავიათ. დაბალია ინფექციის გავრცელებაში ჰემოტრანსფუზიული გზის მნიშვნელობა.

რაც შეეხება სეზონურობას, მსგავსად B ჰეპატიტისა, ის არც C ჰეპატიტის დროს აღინიშნება.

ამრიგად, C ჰეპატიტით დაავადებულთა ეპიდემიოლოგიური თავისებურებების შესწავლა თბილისში გვიჩვენებს, რომ დაავადებას ახასიათებს მკვეთრად გამოხატული მატების ტენდენცია, რაც დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებით უნდა აიხსნას. მსგავსად B ჰეპატიტისა, C ჰეპატიტის დროსაც არ აღინიშნება ავადობის სეზონურობა. დაავადებულთა დიდი უმრავლესობა აქტიური ასაკის პირებს (15-49 წელი) წარმოადგენს, რომელთა დაინფიცირებაში წამყვანი ადგილი არტიფიციალურ გზებს უკავია.

ლიტერატურა:

1. Армякова О.Л., Григорьева Ю.Б., Фадеева Г.Е. и др. О диагностике инфицирования вирусом гепатита С доноров крови и больных. - Журн. микробиол., 1998, №1, с. 14-17.
2. Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Мукомолов С.А. и др. Носительство вирусов гепатитов В и С у лиц молодого возраста. - Новые направления в гепатологии: Тезисы международного Фалк Симпозиума №92, С.-Петербург, 1996, с. 141.
3. Соринсон С.Н. Особенности патогенеза и течения гепатита С. Оптимальные сроки лечения интерфероном. - Вирусные гепатиты, информационный бюллетень (12), 1998, с.3-8.
4. Сомова А.В., Глосова Т.В., Марголина .Н. и др. Серодиагностика вирусных гепатитов С и В среди различных групп населения. - Вопросы вирусологии, 1992, №4, с. 192-193.

5. Трещкая Г.А., Шахгильдян И.В., Яшина Г.А. и др. Частота обнаружения антител к вирусу гепатита С в различных группах населения северо-восточной Украины? - Вопросы вирусологии, 1993, №3, с. 137-138.
6. Умиров С.Э., Миртазаев А.М., Буриева А.Я. Маркеры гепатитов С и В среди различных групп населения Узбекистана. - Эпидемиология и инфекционные болезни. 1997. №3, с. 44-45.
7. Яшина Г.А., Фаворов М.О., Шахгильдян И.В. и др. Распространение маркеров гепатита С среди населения некоторых регионов России и средней Азии. - Журн. микробиол. 1993, №5, с. 46-49.
8. Iter M.J. Epidemiology of hepatitis C. - Hepatology, 26 (3 Suppl.1), 1997, p. 562-565.
9. Bisceglie A.M. Hepatitis C and hepatocellular carcinoma. - Hepatology, 26(3 Suppl. 1), 1997, 534-538.

**Мchedlishvili I., Gelovani D., Barnabishvili N.
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ
ГЕПАТИТА С В ТБИЛИСИ**

РЕЗЮМЕ

Динамика заболеваемости ГС в Тбилиси характеризуется ярко выраженной тенденцией к росту. За последние 3 года заболеваемость увеличилась 4,8 раз.

Гепатитом С преимущественно болеют подростки и лица молодого возраста, в передаче инфекции доминируют неартифициальные пути передачи. Частота выявления анти- HCV среди здорового населения Тбилиси составляет 5,3%.

**Mchedlishvili I., Gelovani D., Barnabishvili N.
SOME QUESTIONS OF EPIDEMIOLOGY
ABOUT HC IN TBILISI**

SUMMARY

Dynamic of disease HC has a bright tendention to grow in Tbilisi.

For last three years HC has been increasing in 4.8 times.

Teenagers and young persons have ability to this disease. They often transmit HC in non medicine ways.

Frequency of finding out anti-HCV among healthy population of Tbilisi is 5.3%.

სისხლის კოლტის ეპოლუციის უჯრედოვანი საუზაველი პირველადი ინტრაცერებრული ჰემატომის დროს

თსსუ, ნერეულ სნეულებათა კათედრა

ანთებითი რეაქციების განვითარების როლი თავის ტვინის დისქემიური პროცესების დროს ამჟამად უდაოა (1,2). იგი დამოკიდებულია ცოცხალი ორგანიზმის ევოლუციის პროცესში ჩამოყალიბებული სტერეოტიპური დაცვით-ადაპტაციური, სისხლძარღვოვან-უჯრედული რეაქციების განვითარებაზე, რომელიც დაზიანების საპასუხოდ აღმოცენდება. აღნიშნული საპასუხო რეაქციების სტიმულს ინტრაცერებრული ჰემატომის შემთხვევაში ჩაქუეული სისხლი და კოლტი წარმოადგენს. ორგანიზმი საპასუხო ანთებით რეაქციას მიმართავს მამინ, როდესაც ამოწურულია ჰომეოკინეზის შენარჩუნების ფიზიოლოგიური მექანიზმები. ამ პირობებში განვითარებული პათოლოგიური პროცესები გულისხმობს მიკროცირკულაციის მოშლას, სისხლძარღვთა განვლადობის მომატებას, ფორმანი ელემენტების მორაციას დაზიანებულ უბანში და მათ აქტივაციას ჰომეოკინეზის აღსადგენად, რაც წარმოადგენს ანთების ძირითად კომპონენტებს (3,4).

კომპენსაციური მექანიზმების ამოქმედება ინტრაცერებრული ჰემატომის ფორმირების პროცესში ვლინდება დინამიურ კომბინუტურულ ტომოგრამებზე და დამოკიდებულია ჰემატომის მოცულობასა, ლოკალიზაციასა და გართულებაზე. ამ მექანიზმების გათვალისწინებით შევეცადეთ გაგვეანალიზებინა ინტრაცერებრული ჰემატომის ორგანიზაციის საკითხი, რომელსაც პრინციპული მნიშვნელობა ენიჭება ინტრაცერებრული სისხლჩაქევის პათოგენეზის ახლებურ გააზრებაში და მკურნალობის სხვა, არასტანდარტული საშუალებების გამოყენებაში.

ინტრაცერებრული ჰემატომის ფორმირებას თან ახლავს პათოლოგიური კერის გარშემო პერიფოკალური შემუშების განვითარება. მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე ჰემატომის ზეწოლით გამოწვეულ ვაზოკონსტრიქციას, რომელიც, თავის მხრივ, იწვევს პოლიმორფულბირთოვანი ლეიკოციტების, T და B ლიმფოციტების სტიმულაციას, მოგვიანებით მაკროფაგული რეაქციის განვითარებას, თრომბოციტული ფაქტორების გააქტივებას, ჰიპერფიდრინოლიზს და ამ პროცესში კალიკრინ-კინინური სისტემის ჩართვას.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა პოსტოპერაციული მასალა (სისხლის კოლტი და დეტრიტი) ინტრაცერებრული ჰემატომის დროს. ნაოპერაციევ 5 პაციენტს, რომელთაც კტ-ზე დაუდგინდათ სხვადასხვა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემატომა,

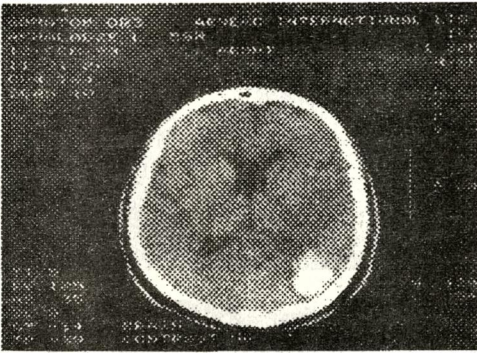
ჩაუტარდათ მიღებული მასალის მიკრომორფოლოგიური გამოკვლევა თსსუ-ის პათოლოგიური ანატომიის კათედრაზე (აკად. თ. დეკანოსიძე).

საოპერაციო მასალის მიკრომორფოლოგიური გამოკვლევა სხვადასხვა ავადმყოფებში წარმოებდა ინსულტ-ჰემატომის განვითარებიდან მე-3, მე-7 და მე-14 დღეს.

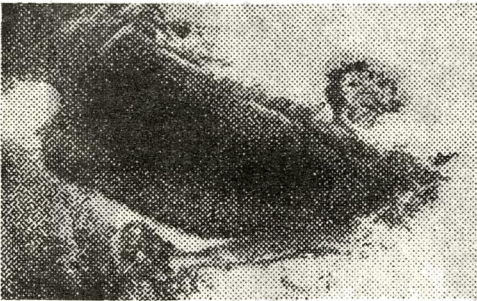
ინტრაკერებრული ჰემატომის განვითარებიდან მე-3 დღეს მიკრომორფოლოგიური გამოკვლევა ჩაუტარდა ავადმყოფს ა-ძე, 54 წლის, ისტ. №1245. კომპიუტერულ ტომოგრამაზე დიაგნოსტირებულია მარცხენა კეფის წილის ლობარული ინტრაკერებრული ჰემატომა (იხ. სურ. №1). მიკრომორფოლოგიური გამოკვლევით გამოვლინდა, რომ ჰემატომა წარმოადგენს სისხლის წითელ კოლტს იმ სრული შემადგენლობით, რომელიც თავის ტვინის ამა თუ იმ რეგიონში ჩაქცეული სისხლისათვის არის დამახასიათებელი (იხ. სურ. №2, 3). სურათზე გამოხატულია სისხლსავესე კაპილარები ლეიკოციტებისა და ლიმფოციტების კიდურა განლაგებით და მათი მიგრაციით; ალაგ-ალაგ გამოხატულია ნეიტროფილური ლეიკოციტების გროვა, რომელთა შორის მოჩანს ტვინის ნეკროზული უბნები.

ინტრაკერებრული ჰემატომის განვითარებიდან მე-7 დღეს კლინიკაში მძიმე კომატოზურ მდგომარეობაში მოყვანილია ავად. კ-ძე, 48 წლის, ის. №1730. კტ-ზე დიაგნოსტირებულია მარცხენა ჰემისფეროს შუბლ-თხემ-საფეთქლის მიდამოს მასიური ინტრაკერებრული ჰემატომა, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევითა და ტვინის შემუშებით (სურ. №4). სასიცოცხლო ჩვენებები ავადმყოფს ჩაუტარდა ნეიროქირურგიული ოპერაცია ჰემატომის ევაკუაციით. პოსტოპერაციული მასალის მიკრომორფოლოგიური გამოკვლევით გამოხატულია ოგივე ცვლილებები, რაც 3 დღის ხანდაზმულობის ჰემატომის პოსტოპერაციული მასალის გამოკვლევისას. აღნიშნულს ემატება ეპითელიოიდური უჯრედების არსებობა, რომლებიც წარმოიქმნება კაპილარების პერიციტებისაგან და რომელთა ციტოპლაზმაში ვლინდება ჰემოსიდერინის მარცვლები. მათთან ერთად ვლინდება მაკროფაგული რიგის უჯრედები - ჰემისტოციტები, ბაზოფილური წარმოშობის უჯრედები - ლაბროციტები, ასტროციტული გლიის უჯრედები. დასახელებულ უჯრედებს შორის მრავლადაა ნეიტროფილური ლეიკოციტები, ერთეული ლიმფოციტები და მონოციტები. ამ უკანასკნელთა ზოგიერთ უჯრედში ვლინდება ჰემოსიდერინის მარცვლები (იხ. სურ. №5).

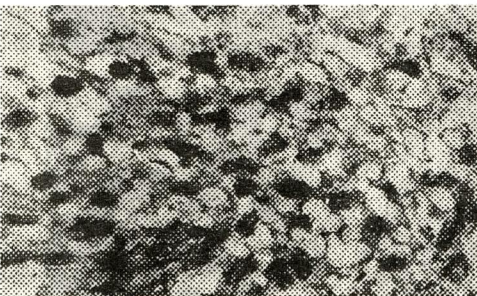
ჰემატომის განვითარებიდან მე-14 დღეს ავად. ბ-ლი, ისტ. №2126 კლინიკაში შემოსულა თვითღინებით. მდგომარეობის დამძიმების გამო მოგვიანებით ჩაუტარდა კტ და ნეიროქირურგიული ოპერაცია (იხ. სურ. №6). საოპერაციო მასალის მიკრომორფოლოგიური გამოკვლევისას გამოვლინდა ოგივე უჯრედები, მხოლოდ უფრო დიდი რაოდენობით (პერიციტები, ლიმფოციტები, მონოციტები, ლაბროციტები, მაკროფაგები, გლიური უჯრედები) (იხ. სურ. №7).



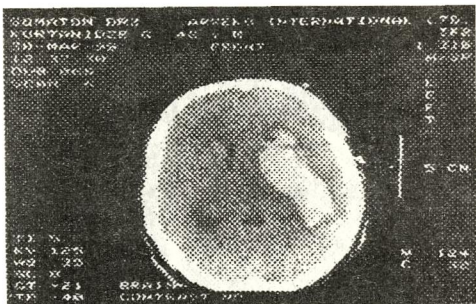
სურათი 1.



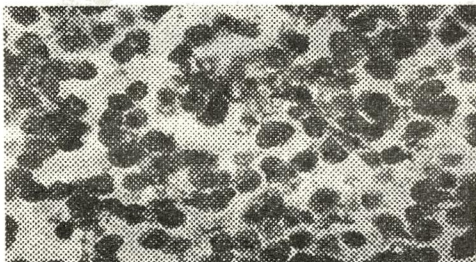
სურათი 2.



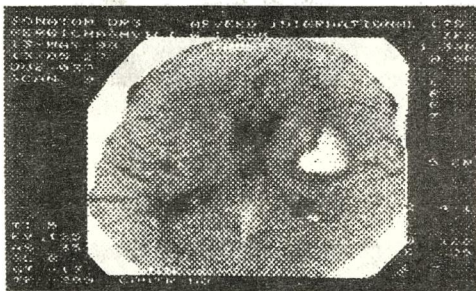
სურათი 3.



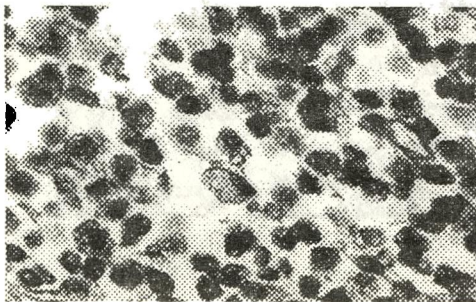
სურათი 4



სურათი 5



სურათი 6



სურათი 7

ამრედად, ინტრაკერებრული ჰემატომის რეგონში უჯრედული პოპულაციის მიხედვით შეგვიძლია გამოვთქვათ წინასწარი შეხედულებანი იმის შესახებ, რომ ჰემატომის განვითარებას თან ახლავს არასპეციფიური იმუნური ანთების დამახასიათებელი პროცესები, რომლებიც ზეგავლენას ახდენს და განაპირობებს დაავადების კლინიკურ მიმდინარებასა და გამოსავალს; ხოლო პათოფიზიოლოგიური პროცესების ასხნა, თანამედროვე შეხედულებების შესაბამისად, მკურნალობის სხვა საშუალებების გამოყენებას მოითხოვს.

ლიტერატურა:

1. Малашхия Ю.Л., Манько В.М., Гургенидзе Г.В. - В кн. иммунокомпетентные клетки спинно-мозговой жидкости человека в норме и при заболеваниях нервной системы. Тбилиси 1990.
2. Маярский Д.Н. В кн.: хроническое воспаление. Медицина 1991.
3. Давыдовский И.В. - В кн.: Проблема причинности в медицине. Медгиз - 1962.
4. Махвиладзе И.М. - Инфекционные коагулопатии. В кн.: Сепсисология с основами инфекционной патологии. Тбилиси 1988.

ნინუა Н., Гордзениანი М.

ЭВОЛЮЦИЯ КРОВЯННОГО СГУСТКА И ЕЕ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПРИ ИНСУЛЬТ-ГЕМАТОМАХ

РЕЗЮМЕ

Проведено микроморфологическое исследование постоперационного материала у 5 пациентов с интрацеребральными гематомами различной локализации на 3, 7 и 14 день после ее формирования. Случаи верифицированы КТ- и хирургической операцией.

Оказалось, что морфологический состав клеточной инфильтрации в зоне интрацеребральной гематомы в зависимости от периода ее становления выявляет признаки наличия неспецифического иммунного воспаления с участием Т и В лейкоцитов, лимфоцитов, а также других кровяных и тканевых клеток: лаброцитов, перидитов, астроцитов и эпителиоидных клеток и моноцитов, которые приобретают свойство макрофагов, что подтверждается наличием в их цитоплазме гемосидерина от 3-го по 7-ой день. С 14-ого дня становления гематомы клеточная инфильтрация происходит с участием большого количества клеток с образованием фибриновых нитей и развитием макрофагальной реакции с участием глии, которые обеспечивают процесс организации. Проведенный анализ полученных данных дает возможность по новому рассматривать вопросы патогенеза и лечения интрацеребральных гематом.

Ninua G., Gordeziani M.
EVOLUTION OF BLOOD CLOT AND HIS MORPHOLOGICAL BASE IN
INSULT-HEMATOMAS

S U M M A R Y

Investigation was done micromorphological study of postoperational materials in 45 patients with intracerebral hematomas in different location on 3, 7 and 14 days after his formation. Cases verified by CT and surgical operation.

Investigation show, that morphological composition of cell's infiltration in zone of intracerebral hematomas depending from period of his grow, discover the signs of nonspecific immun inflammation.

Analysis of received facts give the possibility to consider pathogenesis and treatment of intracerebral hematomas in a new aspect.

ნინუა, დ.ბათიაშვილი

ფოტოთერაპიის მეორის გამოყენება
პარკინსონიზმის დროს

თსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ნერვულ სნეულებათა კათედრა

მოუხედავად იმისა, რომ პარკინსონიზმის დაავადების ეტიოპათოგენეზის ბევრი საკითხი ცნობილია, დამუშავებულია მისი თერაპიის ძირითადი პრინციპები, მკურნალობის ზოგიერთი ასპექტი, მაინც პრობლემატური და აქტუალური რჩება. გრძელდება მკურნალობის ახალი მეთოდების ძიება. ამ მხრივ ბოლო დროს ყურადღებას იპყრობს ფოტოთერაპიის მეთოდი (ფს), ანუ თეთრი ფერის სინათლით ზეგავლენა, რომლის ბიოქიმიური და ნეიროფიზიოლოგიური ასპექტები ფართოდ არის გაშუქებული ბოლო ათწლეულის ლიტერატურაში (1, 2).

ყველაზე ფართოდ ფშ გამოიყენება სეზონური დეპრესიების (სეზონური აფექტური დარღვევები - სპდ) სამკურნალოდ. ყურადღებას იპყრობს ის ფაქტი, რომ სპდ-ისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები არ ექვემდებარება ანტიდეპრესანტულ თერაპიას და კორეგირდება მხოლოდ ფშ-ის გამოყენებით (3).

ახალი მონაცემებით, დეპრესიის ზოგიერთ ნაირსახეობას და პარკინსონიზმს ბევრი საერთო გააჩნია როგორც ბიოქიმიური და ნეიროფიზიოლოგიური, ასევე კლინიკური თვალსაზრისით. მაგალითად, პარკინსონიზმს ხშირად ახასიათებს დეპრესიული სინდრომი, ხოლო ბოლო წლებში გამოყოფილია დეპრესიის სპეციფიური, დოფამინდოფიციტური ვარიანტი, რომლის ეფექტური მკურნალობა შეიძლება მხოლოდ დოფამინის აგონისტების გამოყენებით (1,2).

ბოლო წლებში გამოჩნდა ცნობები უმ ეფექტურობის შესახებ პარკინსონიზმის საწყისი სტადიების მკურნალობის დროს. ეს მეთოდი ასევე გამოიყენება სამკურნალო არდადეგების დროს და ე.წ. „ჩართვა-გამორთვის“ („on-off“) ფენომენის კორეგირებისათვის (1,3).

საქართველოში პირველად ჩვენს კლინიკურ ბაზაზე ჩატარებული იყო ფოტოთერაპიის კურსი პარკინსონიზმის დაავადების შერეული ფორმით შეპყრობილ 15 ავადმყოფებში. მათგან 10 პაციენტი მკურნალობას იტარებდა ნაკომით (მკურნალობის სამუშაო ვადა 3 წელი და 7 თვე). დანარჩენი 5 ავადმყოფი ასევე მკურნალობდა ნაკომით (სამუშაო ხანგრძლივობა 4 წელი და 8 თვე), მაგრამ იმჟამად იმყოფებოდნენ „სამკურნალო არდადეგების“ პერიოდში.

ავადმყოფთა შეფასება ტარდებოდა სპეციალური შკალის მიხედვით, რომლის თანახმადაც, ტრემორი, რიგიდობა და ბრადიკინეზია მაქსიმალურად შეიძლება შეფასდეს 20-20 ქულით თითოეული (4-4 ქულა ცალკეული კიდური და თავი). სიარულის დარღვევა პოსტურალური რეაქციები და ვიგეტატიური ცვლილებები მაქსიმალურად ფასდებოდა 4-4 ქულით. მამასადაამე, ქულათა მაქსიმალური რაოდენობა აღწევდა 72-ს. „სა“-ის პერიოდში მყოფი ავადმყოფების სტატუსი ფასდებოდა პრეპარატების მოხსნიდან მეოთხე დღეს. დეპრესიის ხარისხის გამოსავლენად გამოიყენებოდა ბეკის კითხვარი.

ფოტოთერაპია ტარდებოდა „ბიონათურის“ საუშალებით („BIOLAMP“) ფრანგული ფირმა G.V.Packagings A. (ამ ნათურაში სპეციალური მეთოდიკის საფუძველზე აღმოცენდება მზის სინათლის სპექტრი, გარდა ულტრაიისფერი სხივებისა. ნათურა თავსდება ავადმყოფის ავადმყოფის თვალებიდან 60 სმ-ზე. შუქის სხივის ინტენსივობა იყო 3300 ლუქსი და ის 45°-იანი კუთხით მიერმართებოდა ავადმყოფისაკენ. თითოეული პროცედურა გრძელდებოდა 45 წუთს. პროცედურები ტარდებოდა დღეში ორჯერ (დილით 9⁰⁰ და საღამოს 19⁰⁰ საათზე) 14 დღის განმავლობაში.

პირველი ჯგუფის მონაცემების სამუშაო მაჩვენებლები მკურნალობამდე და მის შემდეგ მოყვანილია №1 ცხრილში.

ცხრილი №1

კლინიკური გამოვლენა	მკურნალობამდე (ქულები)	მკურნალობის შემდეგ (ქულები)
ბრადიკინეზია	9,9	8,6*
რიგიდობა	11,6	10,2*
ტრემორი	7,8	7,6
სიარულის დარღვევა	2,2	1,9
პოსტორალური რეაქციები	2,1	1,8
ვიგეტატიური ცვლილებები	2,6	2,5
საერთო ჯამი	34,1	32,6*
დეპრესიის გამოსატყულება	22,3	20,1*

* - სტატისტიკურად სარწმუნო გაუმჯობესება

ამ ჯგუფის 4 ავადმყოფს აღენიშნებოდა "on-off" ფენომენის არსებობა ანამნეზში, მათ შორის 2 ავადმყოფს - ფოტოთერაპიის კურსის დაწყებამდე 4 და 6 დღით ადრე. მკურნალობის ფონზე არც ერთ ავადმყოფს არ ჰქონია მსგავსი ეპიზოდი.

II ჯგუფის მონაცემების საშუალო მაჩვენებლები მკურნალობამდე და მის შემდეგ მოყვანილია №2 ცხრილში:

ცხრილი №2

კლინიკური გამოვლენა	მკურნალობამდე (ქულები)	მკურნალობის შემდეგ (ქულები)
ბრადიკინეზია	14,2	12,4*
რიგილობა	11,1	10,2*
ტრემორი	8,3	8,1
სიარულის დარღვევა	2,2	2,1
პოსტორალური რეაქციები	2,3	2,1
ვეგეტატიური ცვლილებები	2,8	2,6
საერთო ჯამი	41,1	37,5*
დეპრესიის გამოხატულება	20,8	18,5*

* - სტატისტიკურად სარწმუნო გაუმჯობესება

მიღებულია სტატისტიკურად სარწმუნო გაუმჯობესება რიგილობის, ბრადიკინეზიის, საერთო მდგომარეობის და დეპრესიის გამოვლენების მიხედვით.

ორივე ჯგუფის ავადმყოფებმა კარგად გადაიტანეს ფოტოსტიმულაციის კურსი. II ჯგუფის ავადმყოფებში ფოტოთერაპიის კურსის შემდეგ მოხერხდა L-დოფას პრეპარატის დოზის შემცირება 30%-ით.

ამრიგად, აღნიშნული ფოტოთერაპიული მეთოდი შეიძლება გამოყენებული იქნეს პარკინსონიზმის ზოგიერთი კლინიკური ნიშნის საკორექციოდ და სასურველია დაინერგოს კლინიკურ პრაქტიკაში.

ლიტერატურა

1. Левин Я.И., Артеменко А.Р. Аототерапия больных паркинсонизмом. Журнал невропатологии и психиатрии, 1995, т.95, №3.
2. Царицкий В.И. Использование света повышенной интенсивности в комплексном лечении депрессивных состояний. Метод. Рекомендации. Харьков, 1990.
3. Anna Wirz-Justice; Peter Graw et al. Light therapy in seasonal affective disorders is independent of time of day or circadian phase. Arch. Gen. Psychiatry / Vol. 50, Dec. 1993, pp. 929-937.

ნინუა ნ., ბათიაშვილი დ.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФОТОТЕРАПИИ ПРИ ПАРКИНСОНИЗМЕ
РЕЗЮМЕ

В статье приводятся данные о методе фототерапии, который впервые в Грузии использовался для лечения паркинсонизма. фототерапия (воздействие белым светом) проводилась с помощью биолампы фирмы P.V.Packaging (Франция). Первую группу составляли больные со смешанной формой болезни Паркинсона, получавшие дофаминсодержащие препараты (10 чел.). Вторую группу составляли больные в период "лекарственных каникул" (5 чел.). В обеих группах получено статистически достоверное улучшение по показателям брадикинезии, ригидности, а также значительно уменьшилась выраженность депрессии. Все больные хорошо переносили фототерапию. После "лечебных каникул" с применением фототерапии, дозу дофаминсодержащих препаратов удалось снизить на 30%.

Ninua N., Batiashvili D.
PHOTOTHERAPY METHOD IN PARKINSON
DISEASE TREATMENT
SUMMARY

In article is resulted the data of phototherapy method, which was used for the first time in Georgia for treatment of Parkinson disease. Phototherapy (influence with white light) was carried out with "Byolamp" G.V.Packaging S.A. (France).

First group was composed from patients with mixed forms of Parkinson disease, whose were treated by dophamine contained drugs (10 persons). Second group was composed with patients during so called "drug vocations" (5 persons).

In both groups was resivied statistically reliable improvement due to rigidity, bradykinesia and diminution signs of depressia.

All patients endured phototherapy well.

შპაკავა, ტ. შატილოვა, ნ. თაბერიძე

**ლიბოსკლეროტომია - მიოპიის ძირუბრიული
კორექციის ახალი მეთოდი**

ოსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა

რეფრაქციის ანომალიებს შორის ყველაზე ხშირად გვხვდება მიოპია და მიოპიური ასტიგმატიზმი. ოპტიკური სამუალებებით (სათვალე, კონტაქტური ლინზა) რეფრაქციის ანომალიების კორექციებისას ყოველთვის

არ მიიღწევა სასურელი შედეგი. ან მათი გამოყენება უკუნაჩვენებია პროფესიის გამო. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, რეფრაქციის ანომალიების კორექციისათვის სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება ქირურგიული მეთოდები.

რეფრაქციული ქირურგია წარმოადგენს ოფთალმოლოგიის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილს. რეფრაქციულ ოპერაციებს, დადებით რეფრაქციულ ეფექტთან ერთად ახასიათებს რიგი გართულებები, ზოგჯერ საკმაოდ სერიოზული (1,2,3,4,5,6).

რეფრაქციული ქირურგიისათვის დამახასიათებელი ნაკლოვანებები განაპირობებს ახალი მეთოდების ძიების აუცილებლობას.

ჩვენს მიერ შემუშავებული და მოწოდებული იქნა რეფრაქციის ქირურგიული კორექციის ორიგინალური მეთოდი. რეფრაქციის შესასუსტებლად პირველად იქნა გამოყენებული ლიმბისა და მიმდებარე სკლერის არე. ექსპერიმენტული და მორფოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე ოპერაცია - ლიმბოსკლეროტომია გამოყენებული იქნა კლინიკაში. ოპერაცია გაუკეთდა 11 ავადმყოფს 16 თვალზე. აქედან მხოლოდ ლიმბოსკლეროტომია გაკეთდა 12 თვალზე, ხოლო სკლეროპლასტიკასთან კომბინაციით 4 თვალზე.

ოპერაციის შედეგად რეფრაქციის შესუსტება ხდება როგორც სფერული, ისე ასტიგმატური რეფრაქციის შემთხვევაში. ოპერაციის შემდეგ ასტიგმატიზმის მქონე თვალთა რაოდენობა შემცირდა და დარჩა ორი. ფაქტიურად 1,0 და 2,0 დიოპტრია ასტიგმატიზმი გასწორდა. ოპერაციის შემდეგ მხედველობის სიმახვილე გაუმჯობესდა ყველა შემთხვევაში როგორც კორექციით, ისე უკორექციოდ. ოპერაციაზე მხედველობის სიმახვილე უკორექციოდ 0,001-დან 0,1-მდე აღინიშნა 10 თვალზე, 0,1-დან 0,3-მდე 6 თვალზე. ოპერაციის შემდეგ მხედველობის სიმახვილემ უკორექციოდ მოიმატა 0,01-0,02-დან 0,1-მდე - ექვს თვალში. 0,03-დან 5-მდე - რვა თვალში, 0,2-0,3-დან 0,8-მდე - ორ თვალში. ოპერაციის შემდეგ კორექციით მხედველობის სიმახვილე გაიზარდა 0,06-0,2-დან 0,5-მდე - ხუთ თვალში. 0,2-0,7-დან 1,0-მდე 11 თვალში.

ლიმბოსკლეროტომიის შედეგად უკორექციო მხედველობის სიმახვილე უმჯობესდება 3,7-ჯერ, კორექციით - 2-ჯერ. რეფრაქცია სუსტდება 3-5,0 დიოპტრით.

ოპერაცია თვალზე არავითარ კვალს არ ტოვებს გარდა იმისა, რომ ლიმბუსზე ბიომიკროსკოპით ჩანს ერთეული ხაზისებრი ნაწიბური. ოპერაცია ტექნიკურად მარტივია და არ ხასიათდება გართულებებით.

ოპერაცია ლიმბოსკლეროტომია შეიძლება გაკეთდეს კოსმეტიკური თვალსაზრით, რადგან მისთვის არ არის დამახასიათებელი ოპერაციის და ოპერაციის შემდგომი გართულებები. იგი შეიძლება გამოყენებული იქნეს პროფესიული შერჩევის თვალსაზრისით. მაგალითად, მძღოლებში, რადგან ამ ოპერაციას არ ახასიათებს სიბნელისადმი ადაპტაციის დარღვევა.

ოპერაცია ლიმბოსკლეროტომია გამართლებულია ეკონომიკური თვალსაზრისითაც - ავადმყოფის რეაბილიტაცია ხანმოკლეა, ოგი არ საჭიროებს ხანგრძლივად საავადმყოფო ფურცელზე ყოფნას.

ლიმბოსკლეროტომია - ეფექტური ოპერაციაა სამუალო და მაღალი ხარისხის მოპიის კორექციისათვის. ოპერაცია რეკომენდირებულია რთული მოპიური ასტემატიზმის დროსაც მერიდიანებს შორის 1,0-2,0 დიოპტრიის სხვაობისას.

ლიტერატურა:

1. Аветисов С.Э. Случай кантузийного расхождения акратомического надреза в "позднем" послеоперационном периоде / Вестн. офтальмологии, 1990. -Т. 106, №2, 59-60.
2. Аветисов Э.С. Профилактика близорукости и ее осложнений / Фельд т акушерка, 1990, №8, - С. 15-19.
3. Аветисов Э.С., Груша О.В., Розенблом Ю.З. Актуальные вопросы оптической коррекции зрения: Информация для врачей-офтальмологов и оптометристов / Вест. офтальмологии, 1989, №1, -с. 3-5.
4. Мамиконян В.Р., Филоненко И.В. Рефракционная эпикератопластика для коррекции высоких аметропий и лечения кератотонуса / Вестн. офтальмологии, 1990. - №6. - с. 5-11.
5. Singh P., Cremal S.P.S., Kumar N. Anterior radial keratotomy. Experience in 600 cases / Ann. Ophthalmol. - 1984. - Vol. 16, N8, -P. 756-761.
6. Marmer R.H. Radial keratotomy complicacions / Ann. Ophthalmol. - 1987. - Vol. 19, N1, -P. 409-411.
7. Binder P.S. Optikal problems following refractive surgery / Ophthalmology. - 1986. - Vol. 93, N. P. 739-745.

Папава М., Шатилова Т., Тавберидзе Н. ЛИМБОСКЛЕРОТОМИЯ - НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МИОПИИ

РЕЗЮМЕ

Нами был разработан и предложен оригинальный метод хирургической коррекции рефракции. Впервые была использована область лимба и прилежащей склеры - с целью ослабления рефракций.

На основе экспериментальных и морфологических исследований операция лимбосклеротомии была использована в клинике. Операция сделана 11 больным на 16 глаз. Отсюда только лимбосклеротомия сделана на 12 глазах. На 4 глазах лимбосклеротомия сделана в комбинации со склеропластикой.

Лимбосклеротомия улучшает остроту зрения без коррекции в 3,7 раза, с коррекцией в 2 раза, рефракция ослабляется от 3,0 до 5,0 диоптрий.

Операцию лимбосклеротомия целесообразно применять для коррекции средней и высокой степени близорукости. Операцию можно рекомендовать с косметической целью.

Операция лимбосклеротомии оправдана с экономической точки зрения - реабилитационный период короток, не требует длительного содержания больного на больничном листе.

**Paпava M., Shatilova T., Tavberidze N.
LIMBOSCLEROTOMY - THE NEW SURGICAL METHOD
OF MYOPIA CORRECTION**

SUMMARY

The authors have development a new method of surgical correction of myopia - limbosclerotomy, aimed at decrease of probability of side effects generation.

16 patients were undergone the operation and no complications were revealed after it. Limbosclerotomy can be performed at any kind of myopia, but at a high degree of the disease - only after scleral coat reinforcement. Myopia can be reduced by 2,0 to 5,0 with the use of limbosclerotomy.

რეზიუმე

**ინტრაოპერაციული pH-მეტრიის ეფექტურობის შეფასება
ღუნღუნური წყლულის გამო ჩატარებულ
ორგანოშემანახველი ოპერაციების და ვაგოტომიების
შემთხვევაში**

თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა №1 კლინიკა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებების დროს კუჭის მეჟაწარმოქმელი ფუნქციის დარღვევის ხარისხის განსაზღვრისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კუჭშიგა pH-მეტრას. მკვლევარების (1,2,3,4) აზრით, დაავადებულთა უმრავლესობისათვის დამახასიათებელია მეჟას ინტენსიური განუწყვეტელი წარმოქმნა ($pH < 1,5$).

ინტრაოპერაციული pH-მეტრას ვატარებდით გ.გრასის მეთოდის მიხედვით. ამისათვის ვიყენებდით АГМИ-01 (მოსკოვი) pH-მეტრს.

ორგანოშემანახველი ოპერაციის (ვაგოტომიასთან ერთად) ეფექტურობის ზრდის და ვაგოტომიის ადეკვატურობის დადგენის მიზნით 31 ავადმყოფს ჩაუტარდა ინტრაოპერაციული pH-მეტრია.

ჩატარებული ოპერაციების ხასიათის მიხედვით ავადმყოფები შემდეგნაირად დაჯგუფდნენ: 1. იზოლირებული პროქსიმალური ვაგოტომია - 13 ავადმყოფი; 2. პროქსიმალური ვაგოტომია კუჭის მადრენირებელი ოპერაციებით - 10 ავადმყოფი; 3. დიაფრაგმისქვეშა ორმხრივი ღეროვანი ვაგოტომია პილორიკლასტიკით - 8 ავადმყოფი.

გამოკვლეული ავადმყოფების ინტრაოპერაციული pH-მეტრიის მონაცემების საფუძველზე გამოვყავით კუჭის ლორწოვანი გარსის ისეთი სამი ველი, სადაც სხვადასხვა სახის ორგანოშენახველი ოპერაციების და ვაგოტომიების შემდეგ მარილმჟავას გამოყოფა გრძელდებოდა.

ვ.პ.უბოლენკოს მიხედვით, პირველი ველი კუჭის სხეულის და ანტრალური ნაწილის საზღვარზე მდებარეობს (ინტრამედიალური ზონა). აქ მჟავაწარმოქმნის შენარჩუნების ერთ-ერთი მიზეზი კუჭის ანტრალური ნაწილის და ცთომილი ნერვის ტერმინალური განშტოებების ანატომიური ვარიაციებია. ქირურგი ცდილობს შეინარჩუნოს ლატარჯეს ტოტი - ცთომილი ნერვის მოტორული ტოტი, ამიტომ კუჭის კუთხეში განლაგებული ცთომილი ნერვის სეკრეტორული ბოჭკოები ხშირად ინტაქტური რჩება.

მეორე ველი მცირე სიმრუდის წინა და უკანა კედლის ზედა მესამედში და კუჭის თაღის უბანში მდებარეობს. ამ ზონაში არასრული ვაგოტომიის მიზეზი ცთომილი ნერვების ღეროების დატოტიანების ანატომიური ვარიაციებია და საყლაპავი მილის უკანა მარცხენა ზედაპირზე და კუჭ-დიაფრაგმულ საყლაპავი მილისკენ განლაგებული ბოჭკოების ინტაქტურობა.

პერსისტირებული სეკრეციის მესამე ველი კუჭის დიდი სიმრუდის გასწვრივ მდებარეობს, რაც დაკავშირებულია კუჭის ამ ზონის ვაგუსური ტოტებით ინერვაციის თავისებურებებთან, ღეროვანი და პროქსიმალური ვაგოტომიის შესრულების სტანდარტული ტექნიკის გამოყენებისას ეს ტოტები შეიძლება ინტაქტური დარჩეს.

აღნიშნულ ველებში კუჭის სეკრეციის მიზნობრივმა შესწავლამ შესაძლებლობა მოგვცა არაადეკვატური ვაგოტომიის შემთხვევაში დამატებით მიზანდასახულად გადაგვეკეთა ცთომილი ნერვების ტოტები. პირველ ველში კედლისმიერი 4-ზე ნაკლები pH აღმოაჩნდა 4 ავადმყოფს, რომლებსაც პროქსიმალური ვაგოტომია ჩაუტარდათ.

მეორე ველის pH-მეტრიის მონაცემებით, 23-დან 3 ავადმყოფს pH 4-ზე ნაკლები ჰქონდა. ამის მიზეზი საყლაპავი მილის უკანა-მარცხენა კედელზე და საყლაპავი მილის მარცხნივ კუჭ-დიაფრაგმულ იოგში განლაგებული ცთომილი ნერვის გადაუკვეთავი ტოტები იყო. საყლაპავ-კარდიალური გადასასვლელის რევიზიისა და კუჭ-დიაფრაგმული იოგის გადაკვეთის შემდეგ pH - 6,0-6,5-მდე გაიზარდა.

მე-3 ველის pH შევისწავლეთ 9 ავადმყოფში, რომლებსაც პროქსიმალური ვაგოტომია მიღებული მეთოდით ჩაუტარდათ. 4-ზე

ნაკლები pH 2 ავადმყოფს აღმოაჩნდა. კუჭის დიდი სიმრუდის სკელეტორებამ ამ ზონაში pH 5,0-6,6-მდე გაზარდა.

დიაფრაგმის ქვეშა ორმხრივი ღეროვანი ვაგოტომიის შემთხვევაში ინტრაოპერაციული pH შესწავლილია 8 ავადმყოფში. 1 ავადმყოფს მე-2 კელში 4-ზე ნაკლები pH ახასიათებდა. დამატებით რევიზიამ და საყლაპავი მილის უკანა - მარცხენა კედელზე და კუჭ-დიაფრაგმულ იოგში გამავალი ცთომილი ნერვის ტოტების გადაკვეთამ ადეკვატური ვაგოტომიის შესაძლებლობა მოგვცა, pH 6-მდე გაიზარდა. მე-3 კელის pH 1 შემთხვევაში 4-ზე ნაკლები იყო; კუჭის დიდი სიმრუდის სკელეტორებამ pH 6-მდე გაზარდა.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში კუჭის სეკრეციის გამოკვლევით შემდეგი მონაცემები მივიღეთ: ბაზალური მჟავობის პროდუქცია (ბმპ) - $1,45 \pm 0,78$ მმოლ/სთ, მაქსიმალური მჟავობის პროდუქცია (მმპ) კი - $5,38 \pm 2,04$ მმოლ/სთ-ს უდრდა.

იმ შემთხვევაში, თუ ვაგოტომიის დროს ინტრაოპერაციული pH არ შეისწავლებოდა, საშუალო მონაცემები შემდეგი იყო: ბმპ - $2,22 \pm 1,32$ მმოლ/სთ, მმპ - $8,48 \pm 3,42$ მმოლ/სთ ($P < 0,05$).

შედარებითი ანალიზის საფუძველზე მივედით დასკვნამდე, რომ ინტრაოპერაციული pH-ის შესწავლისას მჟავას ბაზალური პროდუქცია 53,1%-ით, მაქსიმალური კი - 57,7%-ით დაბალი იყო, იმ ავადმყოფებთან შედარებით, რომლებსაც ეს გამოკვლევა არ ჩატარდა.

31 ვაგოტომირებულ ავადმყოფიდან 14-ში (45%) ინტრაოპერაციული pH-ის განსაზღვრის მონაცემებზე დაყრდნობით საჭირო გახდა ვაგოტომიის სისრულის კორექცია.

აღსანიშნავია, რომ არაადეკვატური ვაგოტომიების უმრავლესობა ორგანოშემნახველი ოპერაციების მეთოდის ათვისების პერიოდში ჩატარდა. თუმცა, დიდი გამოცდილების მიუხედავად, ქირურგს უჭირს მჟავაწარმოქმნის ზონის საზღვრის დადგენა კუჭის სხეულსა და ანტრალურ ნაწილს შორის. ინტრაოპერაციული pH-მეტრია ცთომილი ნერვის ტერმინალური სეკრეციული ტოტების მკვეთრი დიფერენცირების და, ამრიგად, გადაკვეთის შესაძლებლობას იძლევა.

დასკვნები:

1. მიღებული მონაცემების თანახმად, ვაგოტომიის სისრულის განსაზღვრისათვის ინტრაოპერაციული pH-მეტრია საიმედო და მალალუფექტური მეთოდია.
2. pH-მეტრის გამოყენება ვაგოტომიის დროს დაშვებულ ტექნიკურ შეცდომათა სწრაფი კორექციის შესაძლებლობას გვაძლევს, ვაგოტომიის სისრულე ობიექტური რიცხობრივი მონაცემებით ფასდება.

1. Лея Ю.Я. Исследование кислотообразования в желудке. - М.: 1976. - 120 с.
2. Линар Е.Ю. Кислотообразовательная функция желудка в норме и патологии. - Рига, 1968, - 438 с.
3. Пандырев Ю.М., Агитчев В.А., Климинский И.В. Внутривнутрижелудочная рН-метрия в хирургической клинике. - М.: 1972. - 48 с.
4. Саенко В.Ф., Тутченко Н.И., Куринец И.П. - Состояние слизистой оболочки желудка в отдаленные сроки после его резекции и органосохраняющих операций по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Вестн. хирургии. - 1985. - №11. - С.39-41.

Папава Р.

**ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ рН-МЕТРИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСНОЙ КИШКИ ПРИ
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ**

РЕЗЮМЕ

В определении полноты ваготомии интраоперационная рН-метрия является надежным и высокоэффективным методом. Основываясь на данных рН-метрии (G.Grassi), мы выделили три поля слизистой желудка, где в основном интенсивно выделяется соляная кислота.

Основываясь на сравнительном анализе материала, мы пришли к выводу, что средние показатели интраоперационного рН были ниже, чем у больных без указанного исследования. В частности, базальная продукция кислоты была ниже на 53,1%, максимальная - на 57,7%. Проведенные под контролем рН-метрии различные варианты ваготомии дают возможность быстрой коррекции полноты ваготомии.

Папава Р.

**INTRAOPERATIONAL STOMACH pH-METRY IN DUODENAL ULCER
PATIENTS AT ORGAN-PRESERVING OPERATION**

SUMMARY

In comprehending vagotomy as a whole intraoperative pH-metry is a reliable highly-efficient method. Taking into account results of pH-metry (G.Grassi), we separated three fields of stomach mucosa where hydrochloric acid was intensively marked out.

On the basis of Comparative analysis of this data, we made the conclusion that mean factors of intraoperational pH were lower than that in patients who were not under the above examination. Basal acid production in particular was also lower by 53,1%,

maximum - 57,7%. Different versions of pH-metry controlled vagotomy give the possibility of quick correction of vagotomy depth.

თ.პეტრიაშვილი, ნ.პავლიაშვილი, მ.ნამორაძე, თ.სანიკიძე, ნინო ყიფიანი

ქანგვიით პროცეზის ცვლილებები და მათი კორექცია კრამ-სინდრომის დროს

თსსუ, პათოფიზიოლოგიის კათედრა

უკანასკნელ წლებში ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომის (ზსს) მეცნიერული კვლევა სულ უფრო ფართო მასშტაბს იღებს. მიუხედავად ამისა, მისი პათოგენეზის ყველა ასპექტი, განსაკუთრებით კი, უჯრედულ და სუბუჯრედულ დონეზე მიმდინარე ცვლილებათა მექანიზმები ჯერ კიდევ შორსაა სრულყოფილი შესწავლისგან. შესაბამისად, ზსს-ის დროს გამოყენებადი „პათოგენეზური“ მკურნალობა არასრულყოფილია, რაც ზრდის ლეტალური გამოსავლის შემთხვევებს.

აქედან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის მიზანია მეტაბოლიზმის საფუძვლის - ქანგვითი პროცესების ცვლილებების გამოკვლევა კრამ-სინდრომის დროს და არსებული დარღვევების კორექციის გზების შემუშავება. აღნიშნული პროცესები შესწავლილია ზეწოლის გარეშე მყოფ ქსოვილებსა და ორგანოებში, ხოლო კორექციის მიზნით გამოიყენებოდა ანტიოქსიდანტური და მემბრანმასტაბილიზებელი მოქმედების მქონე პრეპარატი პლაფერონ-LB.

გამოკვლევა ჩატარებულია 20 ვირთავაკაზე. ზსს-ის მოდელირება ხდებოდა ცხოველის ბარძაყის შუა მესამედში მარწუხების დადებით. მოჭყლეტის ხანგრძლივობა შეადგენდა 6 საათს. ცდა ტარდებოდა 3 სერიად: პირველ სერიაში ცხოველებს უკეთდებოდათ 20%-იანი პლაფერონის 0,2 მლ კომპრესიის დაწყებამდე, მეორე სერიაში ინექციას ვაწარმოებდით კომპრესიის დაწყებამდე ერთი საათის შემდეგ, მესამე სერიაში კი - კომპრესიის დამთავრებისთანავე. სინჯების აღება ხდებოდა კომპრესიის მოხსნიდან ერთი საათის შემდეგ. ქანგვითი პროცესების მდგომარეობას ვიკვლევდით ელექტრონულ-პარამაგნიტური რეზონანსის (ეპრ) მეთოდით. ვსაზღვრავდით სისხლის, გულის, თირკმლისა და ღვიძლის ეპრ სიგნალებს. ქსოვილოვან ანათლებს ვათავსებდით 20 მმ სიგრძის პოლიეთილენის მილებში და ვცინავდით თხევად აზოტში ($t=196^{\circ}$). ეპრ სპექტრები იზომებოდა "P9-1303" თხევად აზოტში კვარცის დიუარის გამოყენებით, რომელსაც ვათავსებდით სპექტრომეტრის რეზონატორში.

აღმოჩნდა, რომ ნ-საათიანი კომპრესიის შემდგომი ერთი საათი ღეკომპრესიისას სისხლში მკვეთრად შემცირდა ანტიოქსიდანტური ფერმენტების აქტივობა. კერძოდ, 20%-ით გაიზარდა დაჟანგული ცერულოლაზმინის ეპრ სიგნალი და 52%-ით შემცირდა Fe^{3+} ტრანსფერინის ეპრ სიგნალი. ეს უკანასკნელი განპირობებულია ცერულოლაზმინის პეროქსიდაზული აქტივობის დაქვეითებით, აქედან გამომდინარე, აპოტრანსფერინის მიერ შრატიდან რკინის იონების შებოჭვის უნარის შემცირებით და მისი ანტიოქსიდანტური უნარის დაქვეითებით. გაჩნდა მანგანუმის შემცველი კომპლექსების ეპრ სიგნალიც, რაც ზემოაღნიშნულ ცვლილებებთან ერთად იწვევს თავისუფალი რადიკალების გენერაციის გაძლიერებას, ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვის გააქტივებით და მემბრანული სტრუქტურების რღვევით, ერთიროციტების ჰემოლიზითა და მეთემოგლობინის წარმოქმნით. ამასთანავე, ადგილი ჰქონდა ადრენორეცეპტორების ინაქტივირებას ($G=2,01$), რისი მიზეზით შეიძლება იყოს როგორც კატეჟოლამინების სიჭარბე (სტრესი) და რეცეპტორების დესენსიტიზაცია, ასევე ადრენორეცეპტორების გათიშვა ადენილატ-ციკლაზური სისტემისაგან. ეს უკანასკნელი კი, ალბათ, შედეგია როგორც ერთიროციტების მემბრანული ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვისა, ასევე ენდოგენური ბლოკატორის - Mn^{2+} -ის ზემოქმედებისა. თავის მხრივ, მანგანუმის იონები ჟანგბადის ატომური ფორმის წარმოქმნის პრომოტორები არიან. სისხლის ეპრ სპექტრში აგრეთვე გამოვლინდა აზოტის ოქსიდის არაჰემურ რკინასთან ნაერთის ეპრ სიგნალი ($FeS-NO$), რომელიც ორგანიზმის საკონპენსაციო რეაქციის გამოშატველია და მიმართულია ეაზოდილატაციისკენ, მაგრამ თავისუფალი რადიკალების სიჭარბის ფონზე თვით ხდება მათი გენერაციის წყარო.

დაკვირვების ამ პერიოდისთვის ღვიძლში, გულსა და თირკმელში გამოვლინდა მიტოქონდრიული სუნთქვის ელექტორნული სატრანსპორტო ჯაჭვის დარღვევა $NAD.H$:უბიქინონ-ოქსიდორედუქტაზულ უბანზე, რაზეც მოუთითებს თავისუფალრადიკალური ეპრ სიგნალის ნახევარგანის შემცირება შესაბამისად 25%, 18,1% ჟა 19,4%-ით. სუნთქვითი ჯაჭვის აღნიშნული ცვლილება ხასიათდება სემიუბისემიქინონების სიჭარბით. თავის მხრივ, სემიქინონი სუპეროქსიდრადიკალების მძლავრი გენერატორია და ხელს უწყობს ზეჟანგური პროცესების გაძლიერებას. შესწავლილ ორგანოებში გამოვლინდა აგრეთვე Mn^{2+} -ის (შესაბამისად 194,7%, 360% და 64,6%-ით) და Mo^{5+} -ის (შესაბამისად 185%, 150% და 150%-ით) შემცველი კომპლექსების ეპრ სიგნალების მკვეთრი მატება. Mn^{2+} -შემცველი კომპლექსების ეპრ სიგნალის მატება მიტოქონდრიული სუპეროქსიდდისმუტაზას (სოდ) ინაქტივირების და მემბრანული სტრუქტურების რღვევის მიმანიშნებელია. Mo^{5+} -შემცველი ქსანტინოქსიდაზას ეპრ სიგნალის არსებობა ღვიძლის, გულის და თირკმელის ეპრ სპექტრში ენერგეტიკული

სუბსტრატის უკმარისობაზე, ჰიპოქსანტინ-ქსანტინოქსიდაზური სისტემის გააქტივებასა და ქსანტინდეჰიდროგენაზას ქსანტინოქსიდაზად ტრანსფორმაციაზე მიუთითებს. თავის მხრივ, ქსანტინოქსიდაზა სუპეროქსიდრადიკალის მძლავრი გენერატორია.

ღვიძლსა და თირკმელში მკვეთრად გაიზარდა დაჟანგული ციტოქრომ P-450-ის ეპრ სივრცული შესაბამისად 86,4%-ით და 188,6%-ით, რაც ამ ორგანოთა დეტოქსიკაციური პროცესების დათრგუნვის და ინტოქსიკაციის გაძლიერების მიმანიშნებელია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ციტოქრომ P-450-ც სუპეროქსიდრადიკალის გენერატორია.

პლაფერონის ზემოქმედებისას სამივე სერიაში გამოვლინდა სისხლის ანტიოქსიდანტური უნარის ნორმალიზება. კერძოდ, შემცირდა დაჟანგული ცერულოპლაზმინის ეპრ სივრცული და Fe^{3+} ტრანსფერინის ეპრ სივრცული გაიზარდა და დაუახლოვდა ნორმას, მეთემპეოგლობინის დონე მკვეთრად შემცირდა II და III სერიაში შესაბამისად 49,3% და 96,2%-ით, Mn^{2+} -შემცველი კომპლექსების ეპრ სივრცულის ინტენსივობა კი - შესაბამისად 47,2% და 73,3%-ით.

ყოველივე ეს მიანიშნებს, რომ ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვის ინტენსივობა და ერთროციტების მემბრანის დაზიანების დონე პლაფერონის ზემოქმედებით მკვეთრად დაქვეითებულია (განსაკუთრებით II და III სერიაში).

ღვიძლში, გულსა და თირკმელში პლაფერონის ზემოქმედების ფონზე ნორმალიზდება მიტოქონდრიული ელექტორნული ტრანსპორტი NAD.H:უბიქინონოქსიდორექტაზულ უბანზე (თავისუფალი რადიკალების ეპრ სივრცულის ნახევარგანი გაიზარდა და დაუახლოვდა ნორმას), რაც განაპირობებს სემიუბიქინონების რაოდენობის შემცირებას და სუპეროქსიდრადიკალის წარმოქმნის დაქვეითებას. შემცირდა ასევე Mn^{2+} -შემცველი კომპლექსების ეპრ სივრცულის ინტენსივობა II და III სერიაში შესაბამისად ღვიძლში 62,5%-ით და 50%-ით, გულში 39,1%-ით და 58,7%-ით, ხოლო თირკმელში 40%-ითა და 30%-ით. ეს კი ნიშნავს, რომ სოდ-ის ანტიოქსიდანტური ფერმენტული აქტივობა ნორმის ფარგლებს მიუახლოვდა.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ პლაფერონის ზემოქმედებით ორგანიზმში აღდგება ანტიოქსიდანტური ფერმენტების აქტივობა და მცირდება ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვის ინტენსივობა. ქვეითდება ასევე ორგანიზმის ინტოქსიკაციის დონე, რაზეც მიუთითებს ღვიძლსა და თირკმელში მიმდინარე დეტოქსიკაციურ პროცესებში მონაწილე დაჟანგური ციტოქრომ P-450-ის ეპრ სივრცულის ინტენსივობის შემცირება II (შესაბამისად 13% და 43,1%-ით) და III სერიაში (შესაბამისად 48% და 48,5%-ით).

ქსოვილებში მიტოქონდრიული სუნთქვის აღდგენა განაპირობებს მაკროერგული ნაერთების სინთეზის ნორმალიზებას, ქსანტინოქსიდაზას

შემცველობის დაქვეითებას (რაც ვლინდება შესაბამისი ეპრ სიგნალის $g=1,97$ შემცირებით). ამრიგად, ციტოქრომ P-450-ის და ქსანთინოქსიდაზას, როგორც სუპეროქსიდრადიკალების გენერატორთა, შემცირებით ქვეითდება თავისუფალი რადიკალების გენერაცია მისგან გამომდინარე შედეგებით. ამასთანავე, ლეიძლის ეპრ სპექტრში მკვეთრად იზრდება FeS-NO-ს ეპრ სიგნალის ინტენსივობა, განსაკუთრებით კი ექსპერიმენტის II და III სერიაში. თავისუფალი რადიკალების გენერაციის დაქვეითების ფონზე ეს ფაქტი განპირობებული უნდა იყოს პლაფერონის NO-მოდულატორის თვისებების და მიმართული უნდა იყოს ამ ორგანოში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებისაკენ.

ამრიგად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ხზს-ის დროს ორგანიზმში ადგილი აქვს:

- ორგანიზმის ანტიოქსიდანტური დაცვის უნარის დაქვეითებას;
- ჟანგბადის აქტიური ფორმების გენერატორების: Mn^{2+} -ის, ქსანთინოქსიდაზას, სემიუბიქინინის, NO-ს, ციტოქრომ P-450-ის წარმოქმნის გაძლიერებას, ლზჟ-ის აქტივობის გაძლიერებას, მემბრანული სტრუქტურების რღვევას, მეთილმოგლობინის წარმოქმნას, მიტოქონდრიული ელექტორნული ტრანსპორტის მოშლას და ჰიპოქსიის განვითარებას;
- მოჭყლეტის პერიოდში და მოჭყლეტის დამთავრების შემდეგ პლაფერონი იწვევდა ორგანიზმის ანტიოქსიდანტური უნარის აღდგენას, ჟანგბადის აქტიური ფორმების გენერატორების წარმოქმნის შემცირებას, ზეჟანგური პროცესების ინტენსივობის და ერთროციტებაში მეთილმოგლობინის შემცველობის დაქვეითებას;
- პლაფერონის შეყვანა კომპრესიის დაწყებამდე ჟანგვით პროცესების ცვლილებებზე ფაქტიურად გავლენას ვერ ახდენდა;
- პლაფერონის შეყვანა ხზს-ის დროს აღადგენდა მიტოქონდრიული ელექტორნული ტრანსპორტის მთლიანობას, რაც ამცირებდა ჰიპოქსიის ინტენსივობას.

ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები საფუძველს გვაძლევს მიზანშეწონილად ჩავთვალოთ ხზს-ის დროს ორგანიზმში განვითარებული ჟანგვითი პროცესების დარღვევის საკორექციოდ გამოყენებულ იქნეს პლაფერონი-LB.

**Петриашвили Т., Павлиашвили Н., Наморадзе М.,
Саникидзе Т., Кипиани Нина**
**ИЗМЕНЕНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ И
ИХ КОРРЕКЦИЯ ВО ВРЕМЯ КРАШ-СИНДРОМА**
РЕЗЮМЕ

Методом электронно-парамагнитного резонанса (ЭПР) изучены изменения ЭПР спектров крови, сердца, печени и почек крыс во время краш-синдрома. Период сдавливания задних конечностей животных - 6 часов, декомпрессии - 1 час. С целью коррекции нарушений окислительных процессов применялся плаферон-LB до, во время и после окончания сдавливания.

Введение плаферона-LB до начала компрессии ощутимых улучшений показателей ЭПР спектров не выявило. Его применение во время и после окончания сдавливания восстанавливает антиоксидантные свойства исследуемых органов и тканей, целостность цепей электронного транспорта в митохондриях, улучшение детоксикационных процессов в печени и почках, уменьшение генерации свободных радикалов и уровня ПОЛ.

**Petriashvili T., Pavliashvili N., Namoradze M.,
Sanikidez T., Kipiani Nina**
**DISORDERS OF OXIDATIVE PROCESS DURING THE KRASH-SYNDROME
AND THIS CORRECTION**
SUMMARY

By the method of electronic-paramagnetic resonance (EPR) biophysical parameters of blood heart, liver and kidney were studied in rats during the Krush-syndrome (compression 6 hour and decompression 1 hour).

Plaferon-LB was used for correction of altered oxidative processes before, during and after compression of lower extremities.

Disorders of biophysical parameters were not improved when plaferon-LB was used before the compression. However, injections of Plaferon during and after compression revealed marked changes. Antioxidant defence ability of organs and electron transport in mitochondria were restored, process of detoxication in liver and kidney were improved, generators of free radicals and peroxidation of lipids were decreased.

**გულის იშემიური დაავადების რისკ-ფაქტორების
გავრცელება ქ.თბილისის სახალაღვის რაიონში**

· **თსუ, შინაგან სნეულებათა №2 კათედრა, კარდიოლოგიის ს/კ
ინსტიტუტი**

საქართველოში უკანასკნელ წლებში შექმნილმა მძიმე სოციალურ ეკონომიკურმა სიტუაციამ მკვეთრად გააუარესა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა (1). ქმედითი ღონისძიებების გატარების გარეშე უახლოეს 5 წელიწადში გარდაუვალი ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის მნიშვნელოვანი მატება ყველა ასაკობრივ ჯგუფში (2,3). სასრების მკვეთრი ნაკლებობის გამო სერიოზულ პრობლემად რჩება მოზარდი მოსახლეობის ამულატორიული და სტაციონარული დახმარება. აუცილებლობას წარმოადგენს პროფილაქტიკური სამეცნიერო პროგრამების დანერგვა პრაქტიკული ჯანდაცვის ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

მნიშვნელოვანი წინსვლა იქნა მიღწეული გულის კორონარული დაავადების დიაგნოსტიკური მეთოდებისა და მკურნალობის მოდელების ჩამოყალიბებაში. ეს ღონისძიებები დაფუძნებული ცხოვრების წესისა და რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაციაზე, რომლებიც როგორც ცნობილია, მიზეზობრივად დაკავშირებულია ათეროსკლეროზის განვითარებასთან, რაც წარმოადგენს გულის კორონარული დაავადების საფუძველს. დიდი ხანია ნათელია, რომ რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაცია არის ეფექტური კლინიკურად მანიფესტირებული ბილ-ის მქონე პაციენტებში დაავადების განმეორებითი ეპიზოდების რისკის შესამცირებლად. ამან შეიძლება მიგვიყვანოს კორონარული ათეროსკლეროზის პროცესის შეფერხებამდე ან პროგრესირების განახევრებამდე (მეორადი პრევენცია) (4,6). ასევე ცნობილია, რომ რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაცია ამცირებს გულის იშემიური დაავადების განვითარების ალბათობას მაღალი რისკის მქონე ასიმპტომურ პირებში (პირველადი პრევენცია).

როგორც ცნობილია, არსებობს მთელი რიგი ცვალებადი თუ არაცვალებადი რისკ-ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ ბილ-ის განვითარებას.

გულის იშემიური დაავადების მომატებული რისკის ფაქტორები

ცხოვრების წესი	ბიოქიმიური და ფიზიოლოგიური პარამეტრები (ცვალებადი ფაქტორები)	პირადი პარამეტრები (არაცვალებადი ფაქტორები)
<p>მაღალკალორიული კვება ნაჯერი (ცხოველური) ცხიმებისა და ქოლესტერინის ჭარბი შემცველობით სიგარეტის მოწევა ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება დაქვეითებული ფიზიკური აქტივობა</p>	<p>საერთო ქოლესტერინის მომატებული რაოდენობა სისხლის პლაზმაში დსლ* ქოლესტერინის ხარჯზე მომატებული არტერიული წნევა. მსლ** ქოლესტერინის დაბალი მაჩვენებელი. ტრიგლიცერიდების მაღალი მაჩვენებელი. ჰიპერგლიკემია, დიაბეტი. სიმსუქნე. თრომბოზური ფაქტორები.</p>	<p>ასაკი. სქესი. ახლო ნათესავებში ბიღ-ის ან სხვა ათეროსკლეროზული დაავადებების არსებობა ახლო ნათესავებში (55 < მამაკაცები, 65 < ქალები). ოჯახში მემკვიდრეობითი ჰიპერქოლესტერინემიის არსებობა).</p>

* **დსლ** - დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდები (ათეროგენული β -ლიპოპროტეიდები);

** **მსლ** - მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდები (არათეროგენული α -ლიპოპროტეიდები).

ცხრილში №1 მოყვანილი ფაქტორებიდან განსაკუთრებით დიდი ყურადღება მიექცა რისკის ფაქტორების სამი ჯგუფის მოდიფიკაციას: კერძოდ, თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა მომატებული სისხლის წნევის მკურნალობა და ჰიპერქოლისტერინემია, ვინაიდან ათეროსკლეროზთან დაკავშირებული დაავადების სამ ძირითად რისკ-ფაქტორად მიჩნეულია: ჰიპერქოლესტერინემია, არტერიული წნევა და თამბაქოს მოწევა (7,8). იზოლირებული მოქმედება რომელიმე ერთ რისკ-ფაქტორზე, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მისი დონე ძალიან მაღალია, შეიძლება ნაკლებ ეფექტური იყოს, ვიდრე რამოდენიმე ზომიერად გამოხატული რისკ-ფაქტორზე ერთდროული ზემოქმედება. არსებობს ათეროსკლეროზთან დაკავშირებული დაავადებების რისკ-ფაქტორები, რომლებიც თავის მხრივ ზრდიან **ბიღ-**ის სუმარულ რისკს.

სწორედ ამ რისკის ფაქტორების შესასწავლად ჩატარდა გამოკვლევა, რომლის დროსაც ქობილისის ნაძალადევის რაიონის არაორგანიზებულ პოპულაციაში გამოკვლულ იქნა პრაქტიკულად ჯანმრთელი 600 ინდივიდი (300 - მამაკაცი, 300 - ქალი) 30-დან 80 წლამდე. აღირიცხა ანტროპომეტრული მონაცემები, წნევის მაჩვენებლები, ქოლესტერინისა და ლიპოპროტეიდების რაოდენობა სისხლის პლაზმაში.

ლოკუმენტაცია შედგენილ იქნა შემდეგი ნაწილებისაგან: 1) საპასპორტო მონაცემები; 2) ჯანმრთელობის მდგომარეობა; 3) ჯანმრთელობის ობიექტური მონაცემები; 4) წნევის რეგისტრაცია; 5) ქოლესტერინისა და ლიპოპროტეიდების განსაზღვრა.

ლოკუმენტაციის შეგროვების შედეგად მივიღეთ არასამედიცინო დანიშნულების ინფორმაცია პიროვნების შესახებ; მონაცემები, რომლებიც ასახავენ პიროვნების ჯანმრთელობის სტატუსს და ისეთ რისკ-ფაქტორებს, როგორც ჭარბი წონა, თამბაქოს მოწევა, ჰიპოდინამია, აგრეთვე ინფორმაცია სხვადასხვა დაავადებებზე; ობიექტური მონაცემები ჯანმრთელობის შესახებ: პულსი, წნევის დონე, გულის, ფილტვების, მუცლის ღრუს ორგანოების მდგომარეობა; ცნობები სისხლის პლაზმაში ქოლესტერინისა და ლიპოპროტეიდების შემცველობის შესახებ.

გამოკვლულ პირთა 13,5%-ის ქოლესტერინის მაჩვენებელი 220 მგ/%-ს აღემატებოდა (5% - მამაკაცი, 8,5% - ქალები), ხოლო თუ გამოვიყენებთ უფრო მკაცრ ნორმას 200 მგ/%) - ქოლესტერინის მაღალი მაჩვენებელი ჰქონდა 28,5%-ს (17% - ქალები, 11,5% - მამაკაცი). აღსანიშნავია, რომ ქალებში ჰიპერქოლესტერინემია რამდენიმე უფრო მეტადაა გამოხატული, ვიდრე მამაკაცებში.

ტრიგლიცერიდების 200 მგ/%-ზე მაღალი მაჩვენებელი ჰქონდა 6,5%-ს (5% - მამაკაცი, 1,5% - ქალებში). მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების ქოლესტერინის 35 მგ/%-ზე ნაკლები მაჩვენებელი ჰქონდა 49%-ს, საიდანაც 32,5% მამაკაცებია, ხოლო 16,5% - ქალები.

გამოკვლულ პირთა შორის არტერიული წნევის 140/90 Hgmm-ზე უფრო მეტი მაჩვენებელი ჰქონდა 18,5%-ს (აქედან 10% მამაკაცებია, ხოლო 8,5% - ქალები).

რაც შეეხება მესამე რისკ-ფაქტორს, გამოკითხულ პირთა 33,5% ეწევა სიგარეტს. თუ ზემოთ განხილულ შემთხვევებში მამაკაცებისა და ქალების გამოკვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები მხოლოდ მცირედ განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისაგან, ამ შემთხვევაში სხვაობა საკმაოდ მნიშვნელოვანია. მწვევლთა უდიდესი წილი მამაკაცებზე მოდის - გამოკვლულ მამაკაცთა 25% თამბაქოს ეწევა, მაშინ როცა მწვევლი ქალების რაოდენობა მხოლოდ 8,5%-ია.

რისკის ფაქტორების გამოკვლევის შემდეგ შესაძლებელი გახდა გამოკვლული პირებისათვის სუმარული რისკ-ფაქტორების შესწავლა და შესაბამისად ინდივიდუალური სტრატეგიული რისკის ჯგუფებად, რის შედეგადაც გამოკვლული პირებისათვის მიცემულ იქნა რეკომენდაციები ცხოვრების წესის შესაცვლელად და საჭიროებისამებრ, დაენიშნათ ჰიპოლიპიდემური და ჰიპოტენზიური მკურნალობა.

მსგავსი გამოკვლევების უდიდესი მნიშვნელობა იმაში მდგომარეობს, რომ ისინი პრიორიტეტული ჯგუფების გამოვლენის საუშალებას გვაძლევენ, რათა ყურადღების კონცენტრაცია მოხდეს უშუალოდ იმ პირებზე,

რომლებიც იმყოფებიან მაღალი რისკის ზემოქმედების ქვეშ, ვინაიდან ამ ვჯგუფებში არსებობს უდიდესი პოტენციური პრევენციული მოქმედებისათვის.

ლიტერატურა

1. Чанишвили И., Джаши И., Зарнадзе Г. Динамика заболеваемости и смертности от ИМ в Грузинской ССР. Научная конференция НИИ Кардиологии. Сборник трудов Тбилизи, 1986, с. 2-5.
2. Арешидзе Т., Руруа Л. Нозологические структуры смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и ее тенденция в некоторых регионах Груз. ССР. Сборник трудов НИИ Кардиологии ГССР. 1988, с. 89-97.
3. ჩაფიძე გ., ჯორბენაძე თ., არეშიძე თ. და თანაავტ. საქართველოში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შესწავლა და მათზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ზეგავლენის შეფასებ. მსოფლიო ბანკის და ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრის ანგარიში, თბილისი, 1996, გვ. 1-45.
4. Mann J., Crooke M., Fear. Guidelines for detection and management of dyslipidemia. N.Z.Med. J. 1993, 106; 133-141.
5. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. Eur. Heart J. 1994; 15; 1300-1331.
6. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients Survival Study (4S) Lancet 1994; 344: 1383-1389.
7. Neaton J.D., Wentworth D. For the Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking and death from coronary heart disease. Overall findings and differences by age for 316099 white men. Arch Intern Med 1992; 152:56 - 64.
8. Law M.R., Wald N.J., Thompson S.G. By how much and how does reduction of serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? Br. Med. J. 1994; 308:367-373.

Пятава М., Симония Г.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ РИСК-ФАКТОРОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА В НАДЗАЛАДЕВСКОМ РАЙОНЕ Г.ТБИЛИСИ

РЕЗЮМЕ

Заболевания, обусловленные атеросклерозом и в первую очередь ишемической болезнью сердца (ИБС) являются наиболее частой причиной смертности, преждевременной потери работоспособности и ранней заболеваемости в Грузии. По этой причине, крайне необходимо внедрить в нашей стране профилактические меры, которые уже полностью представлены в Европейских странах.

Наиболее мощными факторами риска развития ишемической болезни сердца являются гиперхолестеринемия, повышенное артериальное давление и

ურენიე. ცელ ნაშედი ისლედივანი სოსთაი ვ თომ, ტობი სნიზიტი სმერტნოსტი ი ზაბლევაემოსტი, ვიზვანნიუ იბს ს პომოშეი კორექციი ფაქტორი რისკა. შესტი სოტი ზილეი ნადზალადევსკი რაიონი გ.თბილისი ვ ვოზრასე იტ 30 დო 80 ლეტი პროშილი ისლედივანი. ბილი პროვედენი ანტროპოლოგიკესი, ფიზიკესი ისლედივანი, იმერენიი არტერიული დავლენიი, ბილი იპრედელენი ურენიე ლესტერინა ი ლიპოპროტეიდო ვ სივოტოკე კროვი.

Pitava M., Simonia G.

SUMMARY

Diseases caused by atherosclerosis, and first of all coronary heart disease (CHD), are most leading caused of drastically rising rates of mortality, premature disability and morbidity in Georgia. It is urgent to implement in our country the prophylactic measures, which are already fully introduced in European countries.

The main risk factors of coronary heart disease are hypercholesterolemia, hypertension and smoking. The aim of our investigation is to reduce mortality and morbidity from coronary heart disease in local population, especially by correction of risk factors. Six hundred inhabitants of Nadzaladevy region of Tbilisi aged from 30 to 80 years old passed investigation. Anthropological, blood pressure, physical examination, serum cholesterol and lipoprotein parameters were determined.

ე.სააკაძე, თ.გოგოლაძე, გ.რედკო, ი.ნიორაძე, ნ.ჯანგულაშვილი

**მავანუმი სარბი რაოდენობის ორგანიზმე მოქმედების
ზოგიერთი მუხანოში**

ოსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური შედიცინის ს/კ ინსტიტუტი

მძიე ლითონების ჭარბი რაოდენობის ქრონიკული ზემოქმედების შედეგად იცვლება სხედასხვა პათოლოგიური პროცესების არა მარტო სიმპტომატიკა და მიმდინარეობა, არამედ პროგნოზიც. დაავადებები ზშირად იბენენ ასალ სახეს. ასეთ შემთხვევაში დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმში განვითარებულ ბიოქიმიურ, ბიოფიზიკურ და გენეტიკურ ძერებს, რომლებიც განაპირობებენ ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარს, არა მარტო სპეციფიური ინფექციური პროცესების, არამედ არაინფექციური ეტიოლოგიის სხვა დაავადების მიმართაც (1,2,3,4).

აქედან გამომდინარე, ორგანიზმზე მძიე ლითონების მოქმედების დროს პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს სწორედ იმ საკითხების შესწავლას, რომელიც ეხება ორგანიზმის ინდივიდუალურ თავისებურებებს, ორგანოებში

ლითონების დაგროვებას და იმ ინტიმურ მოლეკულურ მექანიზმებს, რომლებიც საფუძვლად უდევს მძიმე ლითონების გავლენისას სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების ჩამოყალიბებას.

ცდებისათვის გამოყენებულია თეთრი ვირთაგვები (200-250 გრ. წონის) და თეთრი თაგვები (18-20 გრ. წონის). საცდელი ცხოველები ლებულობდნენ მანგანუმის ქლორიდის ხსნარს 60 მგ/კგ და 90 მგ/კგ. ცხოველთა წონაზე ერთი თვის მანძილზე სასმელ წყალთან ერთად. ნიმუშებს ანალიზისათვის ვილებდით მე-7, მე-14 და 28-ე დღეს.

შესწავლილია ვირთაგვას სისხლში, ღვიძლსა, თირკმელსა და ელენთაში მანგანუმის დაგროვების დინამიკა, ბიოქიმიური და ჰისტოენზიმოქიმიური ცვლილებები, ძვლის ტვინში ქრომოსომული აბერაციები, ღვიძლში დნმ და რნმ-ის რაოდენობრივი ცვლილებები. გამოკვლეულია ჰემოგლობინისა და ფეტალური ჰემოგლობინის, ცილებისა და ცხიმბუც შორის სიმტკიცის ცვლილებები.

როგორც ექსპერიმენტმა გვიჩვენა, სისხლში, ღვიძლში, ელენთასა და თირკმელში მანგანუმის ქლორიდის დაბალი კონცენტრაციის პირობებში (60 მგ/კგ) ლითონის დაგროვება აღნიშნულ ორგანოებში საკმაოდ მნიშვნელოვანი ხდება და აღწევს მაქსიმალურ მნიშვნელობას ექსპოზიციის 23-ე დღისთვის. შემდგომი ზრდა პრაქტიკულად არ შეიმჩნევა. Mn ზემოქმედებისას ყველა შესწავლილ ორგანოებში იზრდება ტუტე ფოსფატაზას აქტივობა. ექსპერიმენტის მე-7 დღეს აღნიშნული ფერმენტის აქტივობის ზრდასთან ერთად, იზრდება ფუნქციონირებადი კაპილარების რაოდენობა, ხოლო თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინისებრ ნივთიერებაში შეიმჩნევა კაპილარების ზომიერი გაფართოება, აღინიშნება მყავე ფოსფატაზის ზომიერი ზრდა ყველა შესწავლილ ორგანოში. ექსპერიმენტის ამ ეტაპზე არ შეინიშნება სისხლის მიმოქცევის მიკროცირკულაციის დარღვევა, სისხლის პლასმამაში კი ადგილი აქვს ბენზიდინური რეაქციის ზრდას.

ჯანმრთელ ცხოველებში ჰემოგლობინისა და ფეტალური ჰემოგლობინის შემცველობის შესწავლის შედეგად აღმოჩნდა, რომ სისხლში ჰემოგლობინის რაოდენობა ტოლია 103-ის, ხოლო ფეტალური ჰემოგლობინის შემცველობა 3,2%-ის. Mn-ის ზემოქმედების დროს კი Hb 64,5%-ის ტოლია, HbF კი - 5,5%-ის.

ამრიგად, ჰემოგლობინისა და ფეტალური ჰემოგლობინის შემცველობის შედარებითი ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ჰემოგლობინის რაოდენობა სისხლში მანგანუმის მოქმედების შემდეგ ნორმასთან შედარებით მცირდება 37,4-ით, ხოლო ფეტალური ჰემოგლობინისა კი იზრდება 70%-ით.

მანგანუმის ჭარბი რაოდენობით მოქმედების შედეგად აღინიშნება ნუკლეინის მყავების (დნმ და რნმ) რაოდენობრივი ცვლილებები.

მიღებული შედეგების თანახმად, მანგანუმით დატვირთვისას მე-7 და მე-14 დღეებში დნმ-ის რაოდენობა მცირდება თითქმის 2-ჯერ, ხოლო შემდეგ

ფი თანდათან იზრდება და საწყის დონეს უბრუნდება. რნმ-ის რაოდენობა კი დაკვირვების პერიოდში უცვლელი რჩება.

ქრომოსომების შესწავლისას ექსპოზიციის მე-14 დღეს გაანალიზდა 209 მეტაფაზა, რომელთაგანაც 3 უჯრედში აღინიშნა ნაადრევი გათიშვა, 2 უჯრედში - პიკოდიპლოიდური ნაკრები, 1-ში - ბილიპლოიდური. ეს დარღვევა არ განსხვავდება შესაბამისი საკონტროლო მონაცემებისაგან: 2 საკონტროლო თავვისაგან მომზადდა 5 მეტაფაზა, მათგან უჯრედში აღინიშნება ცენტრიმეტრთა ნაადრევი გათიშვა და 1-ში პარაპლოიდები. ექსპოზიციის შემდგომ დღეებში მიღებული შედეგებიდან ნათელი გახდა, რომ როგორც ექსპერიმენტული, ისე საკონტროლო მეტაფაზების გაანალიზების შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ ისინი ერთნაფთისაგან არ განსხვავდებიან.

ცილებსა და ცხიმებს შორის კავშირის სიმტკიცის ცვლილების შესწავლისას დადგინდა, რომ მანგანუმის ჭარბი რაოდენობის მოქმედების შედეგად ვირთაგვებში ლიპიდების შემცველობა იზრდება 88 მგ%-ით. თუ ნორმაში ლიპიდების შემცველობა 250 მგ%-ის ტოლია, მანგანუმით მოქმედების შემდეგ ეს მაჩვენებელი 470 მგ%-ს აღწევს, რაც იმის მაუწყებელია, რომ ამ პირობებში კავშირი ცილებსა და ცხიმებს შორის შედარებით შესუსტებულია და ლიპიდების კომპონენტები მეტი რაოდენობით ცილდება ცილას.

ამგვარად, ექსპერიმენტის შედეგად დადგინდა მანგანუმის ინტენსიური დაგროვება ექსპოზიციის პირველი ორი კვირის განმავლობაში, დნმ-ის სინთეზის ორჯერ შემცირება, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ მანგანუმის ქლორიდის მოქმედების შედეგად ორგანიზმი განიცდის ძლიერ ცვლილებებს, ამის საპასუხოდ ორგანიზმი კომპენსაციური მექანიზმების მეშვეობით ეწინააღმდეგება განვითარებულ ძვრებს: იზრდება ფეტალური ჰემოგლობინის შემცველობა სისხლში, სწრაფად მატულობს და უახლოვდება ნორმას, დნმ-ის სინთეზის დაჩქარება, ინტენსიურად მიმდინარეობს ლითონის ორგანიზმიდან გამოყოფა, რის გამოც ორგანიზმში მანგანუმის დეპონირება წყდება.

ლიტერატურა:

1. Kino K. et al. The dynamic of copper absorption Trace elements metabolism in animal. Adinburg Livigston, 1990.
2. Caplan R. Carcinogenesis effect of metal Fed. Prs. 1990.
3. Chandler I.A., Timms B.G. Morton M.S. Subcellular distribution of Zine in rat prostate srudied by x-rauy microanalysis. I. Normal prostate. Histachem I., 9 103, 1997.
4. Biancihi V., et al. Genetik effects of chronium kompunds Mitat Res. 1998.

Саакадзе В., Гоголадзе Т., Редько Г., Ниорадзе И., Джангулашвили Н.
НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ
ПОВЫШЕННЫХ ДОЗ МАРГАНЦА

РЕЗЮМЕ

При 30-ти дневной экспозиции воздействия повышенных доз марганца установлено, что в первые две недели происходит интенсивное накопление металла, в два раза падает скорость синтеза ДНК, понижается количество гемоглобина и прочность липид-белковой связи. В последующие дни экспозиции включаются компенсаторные механизмы, увеличивается количество фетального гемоглобина, скорость синтеза ДНК и выведения марганца из организма, вследствие чего прекращается его депонирование.

Saakadze V., Gogoladze T., Redko G., Nioradze I., Jangulashvili N.
SOME MECHANISMS OF INCREASE DOSES' EFFECT
ON HUMAN ORGANISM

SUMMARY

It's revealed that in case of 30 days' exposition of increased manganese doses take place manganese intensive cumulation in organism during first 2 weeks; the DNA synthesis speed decreases two times, decreases the hemoglobin concentration and lipid-protein link stability. On following days of exposition turn on the compensatory mechanisms, increases the fetal hemoglobin concentration, the speed of DNA synthesis and manganese excretion, which cause stopping of its deposition.

თ.სეანიშვილი

დოზირებულ ფიზიკურ დატვირთვაზე სპორტსმენთა
არტერიული წნევის რეაქციის უმჯობესი შედეგები

თსსუ, სამედიცინო რეაბილიტაციისა და სპორტული მედიცინის კათედრა

კლინიკურ და სპორტულ მედიცინაში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური გამოკვლევების დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ამ სისტემის მხრივ გამოვლენებული რეაქციების (ცვლილებების) შესწავლას (1).

თანამედროვე სპორტული მედიცინის პრაქტიკაში სპორტსმენთა მასობრივი საექიმო შემოწმების (საექიმო კონტროლის) დროს, ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა ფუნქციური სინჯები, რომელთა ჩატარების შემთხვევაში ჰემოდინამიკურ მაჩვენებლებზე დაკვირვება ხდება, როგორც ფიზიკურ დატვირთვამდე (მშვიდ მდგომარეობაში), ისე უშუალოდ კუნთური

მუშაობის შესრულების დროს და მისი დამთავრების შემდეგ აღდგენის (რესტიტუციის პერიოდში).

მოუხედავად იმისა, რომ ამ მიმართულებით მრავალი გამოკვლევებია ჩატარებული (2,4,5,6,7). მაინც პრობლემა - არტერიული წნევა და ფიზიკური დატვირთვა ჯერ კიდევ მოითხოვს შემდგომ მეცნიერულ შესწავლას, მთელი რიგი საკითხების საბოლოო დადგენის თვალსაზრისით.

წარმოდგენილ შრომაში ჩვენ მიზნად დავისახეთ ხარისხობრივი ანალიზის საფუძველზე შეგვესწავლა სხვადასხვა სპორტული მომზადების (კვალიფიკაციის) სპორტსმენთა მიერ დოზირებულ ფიზიკურ დატვირთვაზე არტერიული წნევის მხრივ გამოვლენილი რეაქცია. დაკვირვებას ვაწარმოებდით დინამიკაში გულისცემის სიხშირეზე (პულსზე), სისტოლურ, დიასტოლურ და საშუალო დინამიკურ წნევაზე (ამ უკანასკნელის გამოთვლა ჯიკემის მიერ მოწოდებული ინდექსით ხდებოდა). დოზირებული ფიზიკური დატვირთვების სახით გამოყენებული იყო: ადგილზე 15 წამიანი სწრაფი სირბილი, 3 წუთიანი სირბილი ზომიერ ტემპში (წუთში 180 ნაბიჯის შესრულებით) და ამ ორი დატვირთვის კომბინაცია (2 წუთი და 45 წამი სირბილი ადგილზე ზომიერ ტემპში მამინვე 15 წამიან სწრაფ სირბილზე გადასვლით - ჯამში 3 წუთიანი ფიზიკური დატვირთვა) რ.სვანიშვილის მიხედვით (1984).

დაკვირვებები ჩატარებული იყო 145 სპორტსმენზე, ასაკით 18-25 წელი. საკონტროლო ჯგუფის სახით გამოკვლეული იყო იმავე ასაკისა და სქესის 22 არასპორტსმენი, რაც ჯამში 172 მამაკაცია.

აღმოჩნდა, რომ ისეთი დოზირებული ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ, როგორცაა 15 წამიანი სწრაფი სირბილი ადგილზე აღდგენის პერიოდის პირველ წუთში მაღალკვალიფიციურ სპორტსმენებში მოიმატა პულსმა +77% და სისტოლურმა წნევამ - 7%-ით. შედარებით დაბალკვალიფიციურ სპორტსმენტა შორის ამ ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების მხრივ შემდეგი დინამიკა იყო მიღებული: +83%, +26%, -36% და -10%.

ადგილზე 3 წუთიანი სირბილის შემდეგ შესაბამისად მოხდა მაღალკვალიფიციურ სპორტსმენებში +70%, +22%, -30% და -5%; ხოლო შედარებით დაბალკვალიფიციურ სპორტსმენტა შორის კი +93%, +26%, -40% და -8%. 3 წუთიანი სირბილის შემდეგ არასპორტსმენტა შორის პულსის მომატება უდრიდა 85%, სისტოლური წნევის მომატება 35%, დიასტოლურის დაკლება 50% და საშუალო დინამიკური წნევის შემცირება 13%. აღსანიშნავია, რომ მაღალკვალიფიციურ სპორტსმენში ზემოთ აღნიშნული დოზირებული ფიზიკური დატვირთვების შემდეგ მე-5 წუთზე კანონზომიერად უბრუნდებოდა თავის საწყის სიდიდეს ყველა ჰემოდინამიკური მაჩვენებელი, რაც არ შეიმჩნეოდა შედარებით დაბალკვალიფიციურ სპორტსმენტა შორის, სადაც აღდგენის პერიოდი 7 წუთის ტოლი იყო. რაც შეეხება არასპორტსმენტა აღდგენის პერიოდს, იგი 10 წუთით განისაზღვრებოდა, რაც როგორც ცნობილია, შესრულებული

კუნთური მუშაობის მიმართ ამ ჯგუფის წარმომადგენელთა დაბალ ადაპტაციის უნარზე მიუთითებდა.

რაც შეეხება ზემოაღნიშნულ კომბინირებულ ფიზიკურ დატვირთვას, ამ კუნთური მუშაობის შემდეგ აღდგენის პერიოდის პირველ წუთში მაღალკვალიფიციურ სპორტსმენებს შედარებით დაბალკვალიფიციურ სპორტსმენებისაგან განსხვავებით ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების მხრივ გამოუვლინდა უფრო მკვეთრი რეაქცია. მაღალკვალიფიციურებში პულსმა მოიმატა +87%, სისტოლურმა წნევამ +35%, დიასტოლურმა -45% და საშუალო დინამიკურმა წნევამ -11%; მამინ როდესაც შედარებით დაბალკვალიფიციურ სპორტსმენტა შორის ადგილი ჰქონდა შესაბამისად ამ მაჩვენებლების +80%, +32%, -40% და -9%.

ჩვენს მიერ მიღებული შედეგები მიუთითებენ იმ ფაქტზე, რომ სპორტსმენებში მიუხედავად მათი კვალიფიკაციისა, რაიმე მკვეთრად განსხვავებული რეაქციები ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების მხრივ 15-წამიან სწრაფი სირბილისა და 3-წუთიანი ზომიერ ტემპში სირბილის შესრულების შემდეგ ძირითადად არ ვლინდება. უფრო განსხვავებული სურათი იყო მიღებული კომბინირებულ ფიზიკურ დატვირთვაზე მაღალკვალიფიციურმა სპორტსმენებმა დისკვალიფიციურ სპორტსმენტთან შედარებით იმიტომ გამოავლინეს უფრო გამოხატული რეაქცია, რომ მათ აქვთ უნარი უფრო მომზადებულად მოახდინონ ერთი სახის კუნთური მუშაობიდან მეორე სახის კუნთურ მუშაობაზე მომენტალურად გადასვლა, რასაც სპორტში ერთ-ერთი გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება და, რასაკვირველია, მოითხოვს ვეგეტატიური ფუნქციების შესაბამისი რეაქციების გამოხატვას.

გარდა აღნიშნულისა, მაღალკვალიფიციური სპორტსმენები ჩვენ დაეყავით ორ ჯგუფად. პირველ ჯგუფს შეადგენდა უპირატესად სწრაფ-ძალოვანი საწვრთნო მიმართულების სპორტსმენები (მოკრივეები, მოჭიდავეები და ძალოსნები), ხოლო მეორე ჯგუფში კი შევიდნენ ის სპორტსმენები (მოცურავეები, ნიჩბოსნები და მძლეოსნები, რომლებიც უპირატესად ეწეოდნენ წვრთნას „გამძლეობის“ მიმართულებით. აღმოჩნდა, რომ კომბინირებულ ფიზიკურ დატვირთვაზე მათ თითქმის ერთნაირი რეაქციები გამოავლინეს, რაც მიუთითებს მასზედ, რომ თანამედროვე სპორტში მაღალკვალიფიციურ სპორტსმენტა მომზადების მიუხედავად მათი წვრთნის ხასიათის მიმართულებას საფუძვლად უდევს ყოველმხრივი ფიზიკური მომზადება, რომელიც სწორედ განაპირობებს ერთი სახის კუნთური მუშაობიდან (გამძლეობის ვარჯიშიდან), ადვილად, მეორე სახის კუნთურ მუშაობაზე (სწრაფ-ძალოვან ვარჯიშებზე) განაცვლებასა და პირიქით.

გამომდინარე აღნიშნულიდან, შეიძლება დავასკვნათ, როცა სპორტსმენტა მასიური საექიმო კონტროლის დროს მიუხედავად მათი სპეციალიზაციისა და კვალიფიკაციისა ძირითადად გამოყენებული უნდა იყოს კომბინირებული, დოზირებული ფიზიკური დატვირთვა.

ჩვენს გამოკვლევებში განსაკუთრებით საინტერესო აღმოჩნდა ფიზიკურ დატვირთვასთან დაკავშირებული საშუალო დინამიკური წნევის მხრივ განვითარებული ცვლილებების შესწავლა. დიდ სამედიცინო ენციკლოპედიაში ზოგადაა აღნიშნული, რომ საშუალო დინამიკური წნევა უდრის 80-90 მმ. ვერცხ. წყ. სვ. და იგი კონსტანტას წარმოადგენს, რომელიც ფიზიკურ დატვირთვასთან დაკავშირებით შედარებით ნაკლებად განიცდის ცვლილებას, დაახლოებით 3-5 მმ-ის ფარგლებში. როგორც ამაზე ე.კარაშანის (1979) და სხვა ავტორთა გამოკვლევები მიუთითებენ, არტერიული წნევის მომატებისას, რასაც ადგილი აქვს ფიზიკური დატვირთვის დროს, თავს იჩენს ე.წ. დისკორდინაციული მექანიზმი, რომლის დროსაც არღვევა ნორმალური ურთიერთდამოკიდებულება სისხლის მიმოქცევის წუთმოცულობასა და პერიფერიულ წინააღმდეგობას შორის. რაც უფრო მეტია დისკორდინაცია პირველის მეორესთან, მით უფრო მეტად ხდება ამ ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების შეცვლა. სწორედ სისხლის მიმოქცევის წუთმოცულობასა და პერიფერიულ წინააღმდეგობას შორის წონასწორობის დარღვევა განაპირობებს საშუალო დინამიკური წნევის მხრივ ცვლილებების განვითარებას, ჩვენი მონაცემებით ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ ეს მაჩვენებელი ძირითად დაკლებას (-5-40%-ით) განიცდიდა და რაც უფრო დიდი იყო ფიზიკური დატვირთვის ინტენსივობა, მით უფრო მეტად ვლინდებოდა აღნიშნული ცვლილება.

უნდა მივიჩნიოთ, რომ სპორტსმენთა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური გამოკვლევის დროს სავალდებულო წესით უნდა ხდებოდეს ფიზიკურ დატვირთვასთან დაკავშირებით საშუალო დინამიკური წნევის განსაზღვრაც, რაც უფრო ინფორმაციულს გახდის ამ სისტემის ტესტირებას.

ლიტერატურა:

1. Аулик И.В. - Определение физической работоспособности в клинике и спорте, М. 1979.
2. Граевская Н.Д. - Спортивная медицина, медгаз. 1961.
3. Карпман В.Л. - Механизмы регуляции артериального давления у спортсменом, 1979.
4. Летунов С.П. - Врачебные наблюдения за спортсменами в процессе тренировки, м. 1960.
5. Мгебришвили Г.Я., Зойдзе А.К., Сванишвили Р.А. - Сабчота медицина, Тბილისი 1964.
6. Сванишвили Р.А. - Некоторые методы функционального исследования спортсменом. Тბილი, 1984.
7. Schleusing G. - Med. Sport. Berlon, 1969, 4, 9, 97-99.
8. Svanishvili R.A. - World scientific Congress sport in modern society. Third subject-area, Tbilisi, 1980, 335.

Сванишвили Т.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕАКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
СПОРТСМЕНОМ НА ДОЗИРОВАННЫЕ
ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ**

РЕЗЮМЕ

При массовом врачебном контроле спортсменом, во время функционального исследования сердечно-сосудистой системы (ССС), примененные такие дозированные физические нагрузки как 15-ти секунднй быстрый бег и 3-х минутнй бег на месте в умеренном темпе, не позволяют отличить реакции полученные со стороны артериального давления. Более эффективной оказалась комбинированная дозированная физическая нагрузка (3-х минутнй бег на месте в темпе в течение 2 минут и 45 секунд с моментальным переходом на скоростную 15-секундную нагрузку). Указанная дозированная мышечная работа позволяет выявить различие в полученных реакциях в отношении указанного гемодинамического показателя у спортсменом высокой и сравнительно низкой квалификации. Среди функциональных параметров системы кровообращения важное значение имеет изучение реакций среднего динамического давления в связи с дозированной физической нагрузкой, что в значительной степени расширит представление об адаптационных возможностях СССР.

Svanishvili T.

**COMPARATIVE ESTIMATION OF ATHLETE'S BLOOD PRESSURE
REACTIONS OF DOSING PHYSICAL LOADING**

SUMMARY

Dosing physical loading as fast running on place during 15 seconds and running on place in moderate rate (180 steps in minute) during 3 minutes were used for study athletes cardiovascular system. But by the using of these tests we couldn't make defferentiation in blood pressure reactions between high qualification and relatively low qualification athletes. Therefore for this purpose the using of combine dosing physical loading (moderate running during 2 minutes and 45 seconds and righ away turn to fast running during 15 seconds) became more effective. This test should be used widely during athletes medical control. Especial attention has to be paid to average dynamic pressure, which sharply changes with increasing of physical intensity.

სისტემური არტერიული წნევის რეგულაციის ზოგიერთი რეგულატორი მეთაბი

მსსუ, სამედიცინო რეაბილიტაციის და სპორტული მედიცინის კათედრა,
ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის
სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი

არტერიული წნევის დონე გამოირჩევა საკმარისი მდგრადობით, მიუხედავად იმისა, რომ სისტემურად იქმნება პირობები, მაპროვოცირებული ფაქტორები (უარყოფითი ემოციები, ნერვული გადაძაბვა, გადაღლა, ტრავმა, მარილის და წყლის ჭარბი მოხმარება, ასაკობრივი პორმონული გარდაქმნები), რომლებიც ხელს უწყობენ ჰიპერტენზიულ რეაქციებს. არტერიული წნევის ასეთი დაბალანსება უზრუნველყოფილია მრავალი და ურთიერთმოქმედი სარეგულაციო სისტემით.

ქემოდინამიკურ სისტემებს, რომლებიც მონაწილეობენ არტერიული წნევის დონის რეგულაციაში, გულის და სისხლძარღვთა ადეკვატური ფუნქციონირების განმსაზღვრელი მექანიზმები მიეკუთვნება.

არტერიული წნევის რეგულაცია ხორციელდება ხანმოკლე მოქმედების ე.წ. პროპორციული სისტემის ძირითად კონტურში ინტეგრალური სისტემით. პროპორციული სისტემის ძირითად კონტურში შედიან: მსხვილი არტერიების ბარო- და ქემორეცეპტორები → რეზისტული სისხლძარღვები, მოცულობითი სისხლძარღვები (ვენები) → გული → სისტემური არტერიული წნევა; ბ) თირკმელი (რენინი, ანგიოტენზინი II) → რეზისტული სისხლძარღვები → სისტემური არტერიული წნევა.

არტერიული წნევის რეგულაციის განხილულ რთულ კონტურში მნიშვნელოვანი როლი აგრეთვე მიეკუთვნება სასუნთქ გზებს. ზემო სასუნთქ გზები ერთ-ერთი პირველთაგანი განიცდიან გარემოს ეგზოგენური ორგანიზმის სხვადასხვა ფუნქციაზე, მათ შორის არტერიული წნევის რეგულაციაზე. ლიტერატურული მონაცემები ზემო სასუნთქი გზების როლზე სისტემური არტერიული წნევის რეგულაციაში ურთიერთსაპირისპიროა (1), რაც დაკავშირებულია სხვადასხვა მეთოდურ მიდგომასთან. სისტემური არტერიული წნევის ცვლილებების გამოძვევი მიზეზი და დარღვევის მექანიზმი აირგამტარი გზების დისფუნქციის დროს ნაკლებადაა შესწავლილი.

ჩვენს მიერ გამოკვლევები ჩატარდა ბოცვერებზე. სისტოლურ არტერიულ წნევას ვსაზღვრავდით საძილე არტერიაში. დინამიკური დატვირთვის ჩასატარებულად ექსპერიმენტატორი გარკვეული სიხშირით

აწარმოებდა საცდელი ცხოველის ქვემო კიდურების პერიოდულ შეკუმშვებს. ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის რეცეპტორების ანესთეზიას ვაწარმოებდით 2% ლიდოკაინით. გულის დარტყმით მოცულობას ვსაზღვრავდით იმპენდანსური პლეთიზმოგრაფიის მეთოდით.

ჩატარებულმა გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის რეცეპტორების ანესთეზიის შემდეგ სისტოლური არტერიული წნევა ქვეითდებოდა, საშუალოდ 10 მმ.ვწყ. სვ. აღნიშნული შედეგი ეთანხმება ლიტერატურულ მონაცემებს (1) ზემო სასუნთქი გზებით სუნთქვის აღკვეთის დროს არტერიული წნევა იზრდებოდა 10-15 მმ.ვწყ. სვ-ით.

ცდები ტრაქეოტომით გაძლიერდნენ საფუძველს ვივარაუდოთ, რომ არტერიული წნევის ცვლილებაში შეიძლება მნიშვნელობა ჰქონდეს ჰაერის მოძრაობის მიმართ წინალობის შემცირებას. მაგრამ ცდები ცხვირის ლორწოვანი გარსის რეცეპტორების ანესთეზიით მიუთითებენ, რომ წამყვანი როლი არტერიული წნევის ცვლილებაში მიეკუთვნება რეფლექსურ გავლენებს ლორწოვანი გარსის რეცეპტორებიდან.

ცხვირის ღრუს რეცეპტორების გამოთიშვა ანესთეზიის გზით ზრდის სასუნთქი გზებიდან აფერენტულ იმპულსაციაში ხორხის და სასულეს რეცეპტორებიდან სიგნალიზაციის როლს. ამ რეფლექსოგენური ზონებიდან აღმაგალი იმპულსაცია ხელს უწყობს ცთომილი ნერვების ბირთვის აქტივობას, რის შედეგადაც შეკავდება სისხლძარღვთა მამოძრავებელი ცენტრის მოქმედება და სისტოლური არტერიული წნევა ქვეითდება. ამ დროს მცირდება სუნთქვის სიხშირე, ფილტვების ვენტილაცია, რაც ხელს უწყობს ორგანიზმის ფანებადით არასაკმარისი რაოდენობით მოძრაგებას (2).

დოზირებული ფიზიკური დატვირთვისას შევისწავლეთ სისტოლური არტერიული წნევის დინამიკა ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის რეცეპტორების ანესთეზიის დროს და მის გარეშე. აღმოჩნდა, რომ ერთი და იგივე ინტენსივობის ფიზიკური დატვირთვის დროს ცხვირის ლორწოვანი გარსის რეცეპტორების ანესთეზიისას სისტოლური არტერიული წნევა 1,5-ჯერ უფრო სწრაფად იზრდება და წნევის აწევის საშუალო სიჩქარე 0,4 მმ.ვწყ.სვ/წთ შეადგენს.

დატვირთვამდე გამოწვეული მოვლენები (წნევის დაქვეითება და ფანებადის მორმარაგების უკმარისობა) წარმოადგენენ იმ ფაქტორებს, რომლებიც იწვევენ გულის ინოტროპული ფუნქციის გაძლიერებას. ფიზიკური დატვირთვის პირობებში ამ ფაქტორების დეფიციტი უფრო არსებითი ხდება. ამიტომ, გულის კომპენსაციური ჰაერფუნქცია უფრო გამოხატულია, რაც განაპირობებს არტერიული წნევის უფრო სწრაფ გაზრდას, ვიდრე ეს ხდება ცხვირის ლორწოვანი გარსის რეცეპტორების ინტაქტური მდგომარეობის დროს.

ამგვარად, მიღებული შედეგები გვიჩვენებს, რომ დინამიკური ფიზიკური დატვირთვის დროს არტერიული წნევის ადეკვატური დონის შენარჩუნებაში მნიშვნელოვანია აირგმატარი გზების და, პირველ რიგში, ცხვირის ლორწოვანი გარსის რეცეპტორების გალიზიანებით გამოწვეული რეფლექსური რეაქციები.

ლიტერატურა:

1. В.А.Буков, Р.А.Фельдбербаум - Рефлекторные влияния с верхних дыхательных путей. 1980.
2. რ.სვანიშვილი, გ.ელავა, მ.კუპატაძე, თ.სვანიშვილი, ნ.მეკოშვილი, გ.რედკო და სხვ. - ცხვირის ლორწოვანი გარსის რეცეპტორების ანესთეზიის გავლენა გულის ელექტრულ აქტივობაზე - თსსუ-ის სამეცნიერო შრომათა კრებული, 1998, ტ. XXXIV, 332-334.

Сванишвили Р., Элиава Г., Чабашвили Н.,

Сванишвили Т., Купатадзе М.

НЕКОТОРЫЕ РЕФЛЕКТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ СИСТЕМОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

РЕЗЮМЕ

Проведено экспериментальное исследование на кроликах. При физических динамических нагрузках важное значение в регуляции адекватного уровня артериального давления и ударного объема сердца имеют рефлекторные реакции с верхних дыхательных путей.

Svanishvili R., Eliava G., Chabashvili N., Svanishvili T., Kupatadze M.

SOME REFLEX MECHANISM OF REGULATION OF THE SISTEMIC BLOOD PRESSURE

SUMMARY

Experiments were carried out in the rabbits. The experimental data obtained show that during the dynamic physical loading in regulation of the adequate level of the blood pressure, heart's inotropic function be of important significance reflex reaction from the respiratory tract.

ლაპარასკოპიული ქოლეცისტოქოშიით მიღებული ნალვლის ბუშტის მორფოლოგიური კვლევის შედეგები

**თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა №1 კათედრა,
პათოლოგიური ანატომიის კათედრა,
ენდოსკოპიური ქირურგიის ცენტრი**

მორფოლოგიურად გამოკვლეულ იქნა ლაპარასკოპიული ქოლეცისტოქოშიის შემდგომი ოპერაციული მასალა - 278 ნალვლის ბუშტი. კლინიკურად 171 (61,5%) შემთხვევაში დადიაგნოზებული იყო ქრონიკული კენჭოვანი ქოლეცისტიტი, 66 (23,7%) - მწვავე კენჭოვანი ქოლეცისტიტი, 41 (15,8%) - ქოლეცისტოლითიაზი; მამაკაცი იყო - 48 (17,3%), ქალი - 230 (82,7%). ავადმყოფთა ასაკი შეადგენდა 16-81 წელს, საშუალოდ 52,6 წელს. დაავადების ხანგრძლივობა ასაკთან მიმართებაში წარმოდგენილია ცხრილში №1.

მაკრო- და მიკრომორფოლოგიურად შესწავლილ იქნა 278 ნალვლის ბუშტი. მაკრომორფოლოგიური შესწავლისას ვითვალისწინებდით ნალვლის ბუშტის ფორმას, ზომებს, კედლის სისქეს, ლორწოვანი გარსის ზედაპირის მდგომარეობას, კონკრემენტების რაოდენობას და ზომებს, შეზორცებითი პროცესის ინტენსივობას და რიგ მაკრომორფოლოგიურ ცვლილებებს წინასწარ შემუშავებული ალოგორითმის მიხედვით. მიკრომორფოლოგიური გამოკვლევებისათვის მასალის ფიქსაციას ვახდენდით ნეიტრალური ფორმალინის 10% ხსნარში. პისტოლოგიური კვლევისათვის ნაჭრებს ვიღებდით ნალვლის ბუშტის ფუძიდან, სხეულიდან და ყელის მიდამოდან. ცელოიდინის ანათლებს ვღებავდით ჰემატოქსილინითა და ეოზინით, აგრეთვე პიკროფუქსინით ვან-გიზონის მეთოდით.

ცხრილი №1

ავადმყოფთა რაოდენობა და ასაკი	17 წლამდე	17-21	22-35	36-59	60-74	75-90
დაავადების ხანგრძლივობა (წლები)						
1 წლამდე	3	11	17	9	-	-
1-5	-	12	22	27	21	-
5-10	-	-	9	38	20	-
10-20	-	-	-	34	25	2
20-30	-	-	-	4	19	2
30 წლის ზემოთ	-	-	-	2	-	1
სულ	3	23	48	114	85	5

ოპერაციული მასალის მიკრომორფოლოგიურმა შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ქრონიკული კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დროს ნაღვლის ბუშტის პირფოლოგიური ცვლილებები ძირითადად ერთგვაროვანია და ატარებს ქრონიკული გრანულომური ანთების ხასიათს. გრანულომები განლაგებულია ძირითადად ლორწოქვეშა გარსში. მისი უჯრედები წარმოდგენილია მაკროფაგებით, ეპითელიოიდური და ლიმფოციდური უჯრედებით. ათეროსკლეროზისა და ჰიპერტონული ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები ნაღვლის ბუშტის სისხლის მილვებში (სკლეროზი, არტერიების სტენოზი) იშვიათია და გვხვდება ერთეულ შემთხვევაში.

ნაღვლის ბუშტის კედლის ასაკობრივი ცვლილებები წარმოდგენილია ლორწოვანი და კუნთოვანი გარსების პროგრესული ატროფიითა და სუბსეროზული შრის ფიბროზით. კედლის სისქე ფიბროზული ქსოვილის გამრავლების გამო ასაკთან ერთად თანდათან მატულობს, ასაკობრივი ცვლილებები შეინიშნება 60 წლის ასაკიდან.

ქოლეცისტიტის გამწვავება წარმოდგენილია მწვავე წყლულოვანი ანთების სახით, რომლის დროსაც უჯრედული პოპულაციების, სისხლის ფორმანი ელემენტების და კაპილარების რეაქცია შესაძლოა წარმოადგენდეს გრანულომური პროცესის დასაწყისს - ანთებისა, რომელიც მიმდინარეობს იმუნოსუპრესიის სახით.

ქრონიკული ქოლეცისტიტის დროს ნაღვლის ბუშტის კედელში გრანულომური პროლიფერაციული ანთების განვითარება შეიძლება აინსნას შემდეგნაირად: ნაღვლის ბუშტში მიკრობთა ცხოველმყოფელობის პროდუქტებით ქსოვილთა პერმანენტული ნეკროზისა და დეზორგანიზაციის შედეგად თავისუფლდება ბიოაქტიური ნივთიერებები, რომლებსაც ორგანიზმზე და ქსოვილზე ანომალური ზემოქმედება გააჩნიათ. აღნიშულის გამო ვითარდება ჰომეოკინეზის ისეთი დარღვევები, რომლებიც ზოგადათოლოგიური მექანიზმების ურთიერთმონაცვლებით (ერთდროულად ან კასკადურად) მანიფესტირდებიან თრომბოპემორაგიული სინდრომის, სისხლის სისხლძარღვმონთა შედეგების სინდრომის და სხვათა სახით. ამ პირებში, ინფექციის კერაში ხდება მიკრობთა აერობულ-ანაერობული ასოციაციების წარმოქმნა, მათ ინტენსიურად გამრავლება, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში პერსისტენცია, იმუნური ანთების განვითარება და ჩამოყალიბება. საბოლოო ჯამში პერსისტენტულად მოქმედი გამლიზიანებელი ფაქტორის მიმართ ყალიბდება უპირატესად პროლიფერაციული იმუნური გრანულომური ანთება.

გრანულომური ქრონიკული კერების ჩამოყალიბება წარმოებს იმ უბნებში, სადაც ხდება გამომწვევის დაუსრულებელი ფაგოციტოზი, ინკაფსულაცია და პროლიფერაციული უჯრედული რეაქცია.

1. А.И.Струков, О.Я.Кауфман - Грануломатозное воспаление и грануломатозные болезни. М., Медицина, 1989, - 183 с.
2. В.В.Серов и соавт. - Патологическая анатомия. М., Медицина, 1986, - 386 с.
3. О.Я.Кауфман - Спорные вопросы грануломатозного воспаления. Архив патологии, 1991, 6, 65-67.

Tabutsadze T., Khardzeishvili O., Tavzarashvili I., Chkhaidze M.
РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО
ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРАСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

РЕЗЮМЕ

Проведено морфологическое исследование 278 постхолецистэктомического материала. На фоне хронических фибробластических изменений в подслизистой оболочке обнаруживаются неспецифические гранулемы, состоящие из макрофагов, эпителиоидных клеток и лимфоцитов.

Предполагаем, что грануломатозное пролиферативное воспаление является своеобразным иммунологическим ответом на повреждения, вызванные аэробно-анаэробными ассоциациями микробов.

Tabutsadze T., Khardzeishvili O., Tavzarashvili I., Chkhaidze M.
THE RESULTS OF MORPHOLOGIC INVESTIGATIONS OF GALLBLADDER
BY LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

SUMMARY

Morphologic investigations have been carried out on 278 postcholecystectomic materials.

On the background of fibroblastic changes in submucous layer nonspecific granuloma made of macrophages, epitheloid cells and lymphocytes have been found.

the authors suppose, that granulomatous proliferation is so called immunologic answers on the damages caused by aerobe-anaerobic associations of microbes.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРАЙНИМИ СТЕПЕНЯМИ АЛИМЕНТАРНО- КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ОПЕРАЦИЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ МАЛОГО ЖЕЛУДКА

**ТГМУ, Хирургическое отделение Регионального центра медицинской
и социальной реабилитации г.Кутаиси**

В мире избыточной массой тела страдают до 50% населения, из них в 2-4% ожирение достигает крайних форм. Поэтому алиментарно-конституциональное ожирение (АКО) является актуальной медицинской социальной проблемой, особенно в индустриально развитых странах. Крайняя степень АКО трудно поддается консервативным методам лечения и находит все больше сторонников к изысканию хирургических способов его лечения. Одним из таких, весьма перспективных методов хирургического лечения АКО является операция формирования малого желудка (ФМЖ).

В Клинике хирургических болезней №1 Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова по инициативе академика РАМН М.И.Кузина операция ФМЖ производится с 1984 г. (2, 3). Мы стали применять указанную операцию с 1989 года и располагаем опытом хирургического лечения АКО у 219 больных из которых было 29 мужчин и 190 женщин, от 16 до 58 лет (средний возраст 37 лет). Исходная масса тела больных составила 91-192 кг (средняя - 140,5 кг). Превышение массы тела над идеальным уровнем варьировало от 54,2 до 205,3% (в среднем - 129,1%).

Послеоперационная летальность составила 1,3%. В последние годы летальных исходов не было, так как накоплен определенный опыт в подготовке больных к операции, усовершенствована техника операции и послеоперационное ведение.

Обследование больных производилось через 6, 12, 24 и 36 месяцев после операции: через 6 месяцев - 40 пациентов (11 мужчин и 29 женщин), через 12 месяцев - 72 пациента (23 мужчин и 49 женщин), через 18 месяцев - 27 пациентов (9 мужчин и 18 женщин), через 2 года - 43 пациента (43 мужчин и 32 женщины), через 3 года - 29 пациента (мужчин и 23 женщины).

Из исследования исключено 4 пациента (1 с пролеженью стенки желудка лентой, 2 больным удалена лавсановая лента, 1 больной

произведена резекция желудка). Эти осложнения в основном развиваются в течение первого года после 3 лет. Данная категория больных является предметом особого суждения, так как они составляют группу так называемых "упорных едоков".

Как показали наши исследования, выраженность похудения зависит от исходной степени ожирения. Чем больше масса тела по сравнению с идеальной (ИМТ), тем значительнее ее потери в послеоперационном периоде. Если при избытке массы тела по сравнению с идеальной (ИМТ), тем значительнее ее потери в послеоперационном периоде. Если при избытке массы тела по сравнению с ИМТ до 99% этот показатель составил 34 кг, при ИМТ 100-149% - 48,6 кг, при ИМТ 150% и более - 61,3 кг. Так, при избытке массы тела до 99% больные худели в течение 1-го года после операции, при избытке массы тела более 100% - в течение 2 лет после операции.

Дальнейшие исследования показали, что нет связи между степенью похудения и полом пациента, возрастом, длительностью заболевания и объемом сформированного малого желудка. Также в отдаленные сроки после ФМЖ не выявлено органических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Выявлена связь между степенью похудения и диаметром соустья, который не должен превышать 15 мм.

Гематологические показатели оставались на протяжении всего периода наблюдения в послеоперационном периоде в пределах нормы. Нами не отмечено неблагоприятного воздействия операции на углеводный, белковый и жировой обмен, что совпадает с данными других авторов (4, 8, 9). До операции выявлено 29 больных (10,6%) с сахарным диабетом. Частота его выявления в отдаленные после операции сроки уменьшилась почти в 7 раза.

В эти же сроки установлена отчетливая тенденция к уменьшению частоты других сопутствующих заболеваний - обменного полиартрита, хронического бронхита и т.д. Артериальная гипертензия выявленная до операции у 159 больных (73,6%), через 1-3 года после ФМЖ встретилось всего у 33 (15,5%) больных, т.е. в 5 раз реже. Течение АГ стало более доброкачественным, не отмечалось гипертонических кризов.

Синдром Пиквика является одной из довольно частых причин смерти больных с ожирением. Его основными проявлениями является засыпание за рулем автомобиля, в процессе работы, разговора, апноэ во время сна, сильный ночной храп и т.д. Все это нередко является причиной несчастных

случаев, семейных разводов, насмешек в обществе. Больные свое положение считают безвыходным, что подвергает их в состояние депрессии, нередко приводит к суицидальным попыткам (3, 8).

Так, в течение 1 года после операции ФМЖ синдром Пиквика исчезает полностью. До операции этим синдромом страдали 34 (15,7%) больных.

Нами после операции не выявлено признаков мочекаменной болезни, желчекаменная болезнь обнаружена нами в отдаленные сроки после операции у 22 (10,1%) больных. У большинства больных конкременты в желчном пузыре не были диагностированы в ходе операции ФМЖ.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки до операции выявлена у 2 (1,3%) больных.

Одной из причин неустроенности личной жизни и семейных трагедий у больных АКО является нарушение половых функций (5). После операции ФМЖ при постепенном снижении массы тела эти расстройства исчезают.

Итак, снижение массы тела после операции ФМЖ способствует излечению от ряда сопутствующих заболеваний характерных для больных АКО или переходу их в более легкое течение. Мы провели анализ качества жизни у 67 больных до операции и через 2 года после нее, критериями были следующие: временная утрата трудоспособности, инвалидность, средняя продолжительность пребывания на больничном листе, способность выполнять привычную работу на производстве, отношение к жизни и окружающим. Так как большинство больных АКО до операции не могут контролировать питание из-за сильного чувства голода мы ввели и этот показатель. Также проведен анализ семейных отношений (развод, женитьба, рождение детей, оценка физической активности - способность подняться без отдыха на этаж), и оценка самим больным эффекта операции по 5 бальной системе, сопоставить наши данные с результатами других авторов (5, 6, 7, 8).

Среди анализируемых нами больных выявлено, что операция ФМЖ самым положительным образом влияет на изменение качества жизни больных АКО. До операции у 15 (22,3%) из 67 больных была I-III группа инвалидности. Через 2 года и более после операции ФМЖ у 2 больных сняли группу инвалидности, 2 пациента ранее временно не работавших стали работать.

Анализ деятельности пребывания больных АКО на листе нетрудоспособности в течение 5 лет до хирургического лечения показал,

что этот показатель в среднем за год составлял $51,17 \pm 3,8$ дня, а через 2 года после операции этот срок сократился почти в 4 раза и составил $14,8 \pm 3,6$ дня. Причинами нетрудоспособности после операции были простудные заболевания, радикулит, обменный полиартрит.

Если до операции почти половина больных нуждалась в переходе на более легкую работу, то после операции ФМЖ в этом нуждались лишь 5% пациентов.

Ожирение безжалостно изолирует этих больных от общественной среды: постоянная отдышка, потливость, чрезмерная сонливость делают их объектом постоянных насмешек. Невозможность поместиться на обычном стуле не позволяет посещать им театры, концертные залы, кинотеатры.

До операции у 88,6% больных отмечался пониженный интерес к жизни. Через 2 года после хирургического лечения этот показатель составил всего 5,2%. Если до операции 83,4% больных избегали посещать общественные мероприятия, то в отдаленные после ФМЖ сроки - только 7,1% больных. Более 85% больных почувствовали себя полноценными членами общества.

Мучительное чувство голода беспокоило до операции более 73,1% больных, после операции оно осталось у 16,4% больных.

Если до операции физическую слабость ощущали 20,8% из 67 больных АКО, то после ФМЖ оставалась только у 2,98% больных, которым не удалось избавиться от пристрастия к сладкой и калорийной пище. У одной из указанных больных плохому результату способствовал широкий (до 3-х см) диаметр соустья.

По способности подняться на тот или иной этаж можно судить о физической активности человека и дать оценку деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Больные через 2 года и более после операции могут подняться в среднем на 5,9 этаж. Полученные нами у больных АКО данные велоэргометрии свидетельствуют об увеличении их болерантности к физической нагрузке примерно в 1,5 раза (Марков и соавт., 1988).

После операции создали семью 8 больных, у 4 родились полноценные дети. Как хороший и отличный оценили результат операции 89,5% больных. Только два пациента (2,898%) дали неудовлетворительную оценку результату операции.

Эффект консервативного дооперационного лечения ни один больной не мог расценить как хороший и отличный. По мнению опрошенных только

благодаря хирургическому лечению они вернулись к полноценной жизни и труду.

Итак, операция ФМЖ может успешно применяться при хирургическом лечении АКО. Как показали наши исследования она не уступает, а по некоторым критериям даже превосходит другие методы используемые для лечения ожирения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бейол Е.А., Попова Ю.П. "Терапевтический архив" - 1984. №1, с. 106-109.
2. Кузин М.И., Марков В.К., Кузин Н.М. и др. "Хирургия" - 1988. №6, с. 89-95.
3. Кузин Н.М., Марков В.К., Романов М.М. и др. "Хирургия" - 1990. №2, с. 104-109.
4. Бримас Г.Э., Кузин Н.М., Марков В.К. и др. "Хирургия" - 1991, №11, с. 88-93.
5. Яшков Ю.И., Оппель Г.А., Тимошин А.А. и др. "Хирургия" - 1998. №6, с. 72-76.
6. Granstom L., Backman L. / Acta chir. scand. 1987. - Vol. 153, N2, p. 109-111/
7. Linner J. "Surgery for Morbid Obesity" - New York, 1984.
8. Peiris A., Kisselan A. Gastroent. Clin. N. Amer. 1987. - Vol. 5, N3, p. 389-398.
9. Sarris M. et al. "Amer. J. Gastroent. - 1983. - Vol. 71, N6, p. 321-323.

Tatishvili G., Chankvetadze B.

LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF ALIMENTARY- CONSTITUTIONAL OBESITY BY FORMATION OF A SMALL STOMACH

SUMMARY

The work analyses the results of treatment of 216 patients with extreme degrees of alimentary - constitutional obesity by formation of a small stomach. Long-term results of treatment (after 3 years of operation) studied on the 67 patients. study of the long - term results of the operation showed that the postoperative weight loss depends on the initial weight excess and the diameter of the anastomosis formed between the proximal and distal parts of the stomach. The diameter of the formed anastomosis should be no larger than 15 mm. Besides loss of weight, the activity of vital organs and arterial hypertension, diabetes mellitus, the Pickwickian syndrome, and the metabolic polyarthritis take a milder course. the operation for formation of a small stomach made it possible for the patients to resume their customary occupation, freed them of the threat of invalidation. After surgical treatment the nature of the patients life significantly improved 89,5% of patients appraised the effect of the treatment as excellent and good.

**ანტინატალურ პერიოდში ნაყოფზე მავნე ეგზოგენური
ზავატორების გავლენის მინიმალური
ახალშობილის გვამარაობაზე
(კლინიკურ-პათოლოგიური გამოკვლევა)**

თბილისის დიპლომის შემდგომი განათლების სახელმწიფო სამედიცინო
აკადემიის მეან-გინეკოლოგიის №1 კათედრა,
თსსუ, პედიატრიის, სტომატოლოგიისა და პრევენციული მედიცინის
ნერვულ სნეულებათა კათედრა

ნაყოფის ფორმირების პროცესზე და მისი პათოლოგიის განვითარებაში, განსაკუთრებით კი ანტინატალურ პერიოდში, წამყვან როლს თამაშობს ნაყოფზე მავნე ეგზოგენური ფაქტორების ზემოქმედება. დღემდე მეან-გინეკოლოგები დიდ ყურადღებას აქცევენ და სწავლობენ ძირითადად პერინატალურ პერიოდში განვითარებულ პათოლოგიებს.

როგორც ცნობილია, პერინატალური პერიოდი იწყება ნაყოფის ჩასახვიდან 28 კვირის შემდეგ. ჩასახვიდან 28 კვირამდე ნაყოფზე მავნე ფაქტორების ზემოქმედების შესწავლას შედარებით ნაკლები ყურადღება ექცევა, ასევე ცნობილია, რომ ნაყოფის ჩასახვიდან 28 კვირამდე იგი უფრო მგრძობიარეა ეგზოგენური ფაქტორების მიმართ, ვიდრე პერინატალურ პერიოდში, ვინაიდან ამ პერიოდში ნაყოფს ჯერ კიდევ არა აქვს დამცველი ბარიერული სისტემები, რომლებსაც წარმოადგენენ ჰემატოენცეფალური, პლაცენტარული და იმუნური ბარიერები.

განვითარების დროის მიხედვით ნაყოფის პათოლოგია 3 პერიოდად იყოფა:

1. ბალსტოპათიები (გულის ცემის დაწყებამდე, ანუ 1-3 კვირის განმავლობაში)
2. ემბრიოპათიები (ფეხმძიმობის მე-4 კვირიდან მე-12 კვირამდე ანუ პლაცენტის ჩამოყალიბებამდე)
3. ფიტოპათიები (ნაყოფის დაზიანება მე-12 კვირიდან 28 კვირამდე). ამ პერიოდში ნაყოფის დაზიანების საშიშროება ეგზოგენური ფაქტორების ზემოქმედებით გაცილებით მეტია, ვიდრე პერინატალურ პერიოდში. ეს იმით აიხსნება, რომ ამ პერიოდში (პერინატალური პერიოდისაგან განსხვავებით) ნაყოფის დამცველი ბარიერები განვითარებულ არ არის. ჩვენი შრომის მიზანს ზარმოადგენდა ნაყოფის განვითარებაზე მავნე ეგზოგენური ფაქტორების შესწავლა.

დასახული მიზნის მისაღწევად გამოსაკვლევი პირები დაყოფილ იქნენ 2 ჯგუფად, რომლებშიც შევიდნენ:

1 - აფხაზეთიდან დევნილი 69 ქალი, რომლებიც ორსულობის პერიოდში იმყოფებოდნენ საომარი კონფლიქტის ზონაში.

2 - კ.ჩანავას სახ. პერინატალური მედიცინისა და მეან-გინეკოლოგიის კვლევით ინსტიტუტში ნამშობიარევი ქალები (55 ქალი), რომლებიც ორსულობის პერიოდში კონფლიქტის ზონაში არ იმყოფებოდნენ.

ორივე ჯგუფის ქალებს ჩაუტარდათ კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევები. განსაკუთრებით დიდი ყურადღება ექცეოდა მავნე ფაქტორების გამოვლენას ეპიდემიოლოგიურ ანაზნეზში პაციენტთან გულახდილი საუბრისას და ასევე ისეთი მავნე ეგზოგენური ფაქტორების გამოვლენას ორსულობის 1-28 კვირის პერიოდში, როგორებიცაა:

1. სივარეტის მოწევა (აქტიური და პასიური)
2. ჩაის და ყავის ჭარბი რაოდენობით მიღება, ქრონიკული სტრესის მდგომარეობა.
3. მედიკამენტების (განსაკუთრებით ნეიროტროპული: რელანოუმი, დუმინალი, ტაზეპამი და სხვ.) მიღება.
4. ტოქსიკოზის გამოვლენა ორსულობის პირველი 28 კვირის განმავლობაში იმ ქალებში, რომლებიც ამ პერიოდში იმყოფებოდნენ კონფლიქტის ზონაში.

ორსულ ქალებს ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა უტარდებოდა სპეციალურად შედგენილი ანკეტა-კითხვარების საშუალებით (ანკეტა კითხვარები შედგენილი იქნა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ჩვენს მიერ მოდიფიცირებული მეთოდის საშუალებით, რომლებშიც გათვალისწინებული იქნა საომარი მოქმედების ზონაში ცხოვრების პირობები).

პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევებში, მივიღეთ რა მხედველობაში ლტოლვილთა ფსიქიური, ემოციური და მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, საჭიროდ ჩავთვალეთ სტრეს-ლიმფოციტების გამოკვლევა ჭიბლარის სისხლში.

ორსულთა სტრესული მდგომარეობის გამოკვლევას ვაწარმოებდით სპეციალური სადიაგნოზო მგრძობიარე ფირფიტის საშუალებით, რომელიც შეიცავს ინდიკატორს (Multiple peptide Systems) და ავლენს ორგანიზმის სტრესის, აგზნების, მოღუნების და მშვიდ მდგომარეობას. ხელსაწყოს პრინციპი მდგომარეობს შემდეგში: სტრესის დროს სისხლის ნაკადის სიჩქარე კიდურებში კლებულობს, რის გამოც ზემო კიდურების თითებში ტემპერატურა კლებულობს და მონიტროზე სათანადოდ ითება შავი - სტრესული მდგომარეობის დრო, მწვანე - მოღუნების დროს და ა.შ. ფერები.

იზონიტეტის მდგომარეობის შესასწავლად გამოვიყენეთ იზონიტეტის ეპიდემიოლოგიური კვლევისათვის მოწოდებული ტესტ-კითხვარი. პასუხების შეფასება ხდებოდა ქულების საშუალებით.

14-18 ქულა - იმუნიტეტის მდგომარეობა კარგია.

11-13 ქულა - იმუნიტეტის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, მაგრამ მის გასაძლიერებლად საჭიროა სათანადო იმუნომოდულატორების მიღება.

6-10 ქულა - მიუთითებს ისეთ იმუნოდეფიციტურ მდგომარეობაზე, რომელიც საჭიროებს აუცილებელ იმუნოკორექციას.

დასკვნები:

1. მავნე ეგზოგენური რისკ-ფაქტორების გავრცელების მაჩვენებელი ორსულობის ანტენატალურ პერიოდში შეადგენს: პირველი ჯგუფის ორსულებში - 83,9%, ხოლო მეორე, საკონტროლო ჯგუფში - 12,1%-ს, რაც ბევრად აღემატება მათი გავრცელების სისშირეს მეორე ჯგუფის ორსულებში.
2. ლტოლვილ ორსულთა შორის, ნერვული სისტემის დაზიანებით დაბადებულ ყველა ბავშვს აღენიშნება რამდენიმე მავნე ფაქტორის არსებობა, ამასთან ყველაზე ხშირია 3-4 ფაქტორის არსებობა.
3. დადგენილ იქნა: ქრონიკული, ომით გამოწვეული და კომბინირებული სტრესის უაროფითი ზეგავლენა ნაყოფის განვითარებაზე.
4. ეპიდემიოლოგიური ტესტ-კითხვარების გამოყენებით შესწავლილი იქნა ორსული ქალების იმუნიტეტის მდგომარეობა ორსულობის ანტენატალურ პერიოდში და გამოვლენილი იქნა ომით გამოწვეული სტრესის იმუნოდეპრესიული ზემოქმედება.
5. ჭიპლარის სისხლში, პირველი ჯგუფის ორსულებში აღმოჩენილი იქნა სტრეს-ლიმფოციტების რაოდენობის სარწმუნო მომატება საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით.
6. დადგენილ იქნა მავნე ეგზოგენური ჩვევების (თამბაქოს აქტიური და პასიური წევა, ყავის, ალკოჰოლის მიღება და ნეიროტროპული პრეპარატების) უარყოფითი გავლენა ნაყოფის განვითარებაზე ანტენატარულ პერიოდში.

ლიტერატურა:

1. პ.კინტარია, მ.ღვედარიანი, ი.ამათავერიშვილი და სხვ. სტრესი და ორსულობა. „პერინატოლოგია დღეს და მომავალში“ კონფერენციის მასალები. თბილისი, 1999, გვ. 9-12.
2. Бодякина Б.И. Вопросы медикаментозной и немедикаментозной терапии в период беременности (Акушерство и гинекология. 1983. №10, С. 3-6).
3. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология (Основы доказательной медицины). Москва, 1998, 345 с.
4. Утиашвили К.А., Кинтрыя Н.П. и др. Стресс-лимфоциты пуповинной крови у новорожденных детей (Интернациональный журнал по иммунореабилитации, 1997, №4, С. 55).

5. Утиашвили К.А. Содержание стресс-лимфоцитов в крови беременных беженцев (Интернациональный журнал по иммунореабилитации, 1998, №8, С. 74).
6. Клярощенко А., Тараховский М. Влияние лекарственных средств, алкоголя и никотина на плод. М., 1990.

Утиашвили К., Малашхия В.

**ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ДЕЙСТВУЮЩИХ В
АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В ФОРМИРОВАНИИ
ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО
(КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

РЕЗЮМЕ

В возникновении и формировании патологии плода огромное значение имеют сроки воздействия вредных экзогенных факторов. На первом этапе для выявления распространения вредных экзогенных факторов проводилось массовое скрининг-анкетирование большого количества женщин, которые находились в зоне военного конфликта в антенатальном периоде беременности. На втором этапе скрининга проводили клиническое изучение выявленных детей с патологией. Было установлено непосредственное вредное воздействие во время 1-28 недель беременности на плод следующих экзогенных вредных факторов риска: комбинированный стресс, активное и пассивное курение, частое употребление в антенатальном периоде кофе, алкоголя, психотропных лекарственных средств и др.

Utiashvili K., Malashkhia V.

SUMMARY

Influence of wrongful exogenic factors acting in antenatal period during the formation time of fetus. The influence date of wrongful exogenic factors have a great importance on the development and formation of newborn pathology.

In the first step for identification of outspread wrongful exogenic factors, there were mass scrining-questioning of pregnant woman in the antenatalic period, who were in the zone of war.

In the second step scrining, it was clinical examination of children with identified pathology. It was found strate wrongful influence of following wrongful exogenic riskfactors on the 1-28 week's of pregnancy: stress, active and passive smoking, constant drinking of coffe, alcohol and using of psycotropyc drugs.

**მაცნე ეგზოგენური უპატრონის უგზავლენა ნაყოფისა და
ახალშობილის ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე
(მაილიპროლოგიური გამოკვლევა)**

თბილისის დაბლობისშემდგომი განათლების სახელმწიფო სამედიცინო
აკადემიის მეან-გინეკოლოგიის №1 კათედრა,
მისსუ, პედიატრიის, სტომატოლოგიისა და პრევენციული მედიცინის
ნერვულ სნეულებათა კათედრა

ნაყოფის ფორმირებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მანერ ენდო- და
ეგზოგენური ფაქტორების ზემოქმედებას. ნაყოფი წარმოადგენს
სრულფასოვან პაციენტს, რომელიც სასჭიროებს კვალთვითურ სამედიცინო
დახმარებას მეანობა-გინეკოლოგიის განვითარების თანამედროვე პირობებში.
აღნიშნულიდან გამომდინარე, აუცილებელია ნაყოფის დაცვა სხვადასხვა
სახის მანერ ფაქტორების ზემოქმედებისაგან, როგორცაა ფსიქო-ემოციური
სტრესი, ფსიქოტროპული პრეპარატების ხმარება და ბოროტად გამოყენება
და სხვ. ამ მხრივ განსაკუთრებით მგრძობიარეა ცენტრალური ნერვული
სისტემა.

ჩვენი დაკვირვების ქვენ იმყოფებოდა 26 ფეხმძიმე ლტოლვილი
აფხაზეთიდან, რომლებმაც ომის წლებში გადაიტანეს მძიმე ფსიქო-
ემოციური ტრავმა ფეხმძიმობის პირველ კვირებში. ანამნეზიდან გარკვევა,
რომ 26 ქალიდან მწვეველი იყო 7, 12 სვამდა ჭარბად ყავას 3-4-ჯერ დღის
განმავლობაში, 7 ქალი იმყოფებოდა მძიმე სოციალურ-ეკონომიურ
პირობებში (არასაკმარისი კვება, ერთ ოთახში კომპაქტურად, მწვეველ
მამაკაცებთან ცხოვრება და სხვა რისკ-ფაქტორები).

საკონტროლო ჯგუფში გამოკვლეული იქნა 16 ახალშობილი და მათი
დედები, რომლებიც ცხოვრობდნენ ნორმალურ პირობებში.

ახალშობილთა პირველ ჯგუფს, რომელთა დედეებიც
ექვემდებარებოდნენ ფსიქო-ემოციური სტრესის ზეგავლენას, აღენიშნებოდათ
ტენიის უფრო მძიმე დაზიანებანი, ვიდრე II ჯგუფის ახალშობილებს.

ასფიქსიისა და სამშობიარო ტრავმის ასწლიანი ისტორიის
შესწავლის მოუხდავად, მათი გაერთიანების და შემოფარგვლის საკითხი
ატარებს დისკუსიურ ხასიათს. უკანასკნელი 15-20 წლის განმავლობაში
არსებითად გაფართოვდა ცოდნა ნაადრევი ონტოგენეზის მანძილზე
სხვადასხვა პათოლოგიური ფაქტორების ზემოქმედებისა, როგორც
შთამომავლობით გამოწვეულის, აგრეთვე ეგზოგენურის, რომლებსაც
მიყვავართ ნაყოფის სისტემების და ორგანოების განვითარების მოშლამდე.

ნაყოფის პათოლოგიის წარმოშობასა და ფორმირებაში დიდი
მნიშვნელობა აქვს მანერ ფაქტორების ზემოქმედების ვადას. ვადების

მიხედვით ანსხვავებენ დაზიანებათა 3 ჯგუფს: ბლასტოპათიებს, ემბრიოპათიებს და ფეტოპათიებს.

ემბრიოპათიები ხასიათდება ორგანოების და სისტემების განვითარების მანკით, ემბრიონის ქსოვილები რეაგირებენ ეგზოგენურ ზემოქმედებაზე საერთო პათოგენეტიკური მექანიზმებით, რომლებიც იწვევენ ქსოვილოვან ჰიპოქსიას, რომლის მიმართ განსაკუთრებით მგრძობიარეა ნერვული სისტემა. იმ ფაქტორთა შორის, რომლებიც იწვევენ ნაყოფის ასფიქსიას, ანსხვავებენ დაავადებებს და ნაყოფის ტვინის განვითარების დეფექტებს ც.ნ.ს. დაზიანებით.

ამრიგად, ნაყოფისა და ახალშობილის ჰიპოქსია არის რთული მრავალფაზიანი პროცესი, რომელიც გამოწვეულია ქანგბადის მოწოდების შეზღუდვით და ორგანიზმზე ნახშირორჟანგის ჭარბი დაგროვებით. ასფიქსია არ არის დამოუკიდებელი პათოლოგია, არამედ მდგომარეობა, რომელიც დამოკიდებულია მრავალ სხვადასხვაგვარ მიზეზებზე. იგი შეიძლება განვითარდეს იმ მიზეზებით, რომლებიც არ არის დამოკიდებული ნაყოფის ორგანიზმზე. ამასთანავე ასფიქსია შეიძლება განვითარდეს ტვინის დეფექტების გამო. ამ შემთხვევაში ასფიქსია, რომელიც ვითარდება დაბადების დროს არის არა მიზეზი, არამედ ც.ნ.ს-ის დაზიანების შედეგი და არ უნდა ფიქსირებდეს დიაგნოზში როგორც დომინირებული ფაქტორი.

ამრიგად, ჩატარებული კვლევების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ლტოლვილ ორსულთა შორის ნერვული სისტემის დაზიანებით დაბადებულ ყველა ბავშვს აღენიშნება რამდენიმე რისკ-ფაქტორის არსებობა, ყველაზე ხშირია 3-4 ფაქტორის ერთდროული არსებობა.

აგრეთვე დადგენილ იქნა მწვავე, ქრონიკული, ომით გამოწვეული და კომბინირებული სტრესის უარყოფითი ზეგავლენა განვითარებაზე, განსაკუთრებით მის ც.ნ.ს-ზე.

ლიტერატურა:

1. Артишевская А.А. "Анализ причин интранатальных повреждений нервной системы". Минск, 1984.
2. Гавриков Л.К., Воробкалова М.Н., Смоленов И.В. Влияние психозомоционального статуса и вегетативного баланса беременных женщин на функциональное состояние плода. Волгоград, 1991, С. 8.
3. Бадалян Л.О. детская невропатология, Москва, 1997.
4. Stephens, Scheiber. 1995-96 Annual Report of the American Board Psychiatry and Neurology. Inc. J. of Child Neurology, 1996, V. 11, N6, p. 479-482.

Утиашвили К., Малашхия В.

**ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ
НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО
(ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

РЕЗЮМЕ

В формировании плода важное значение имеют сроки воздействия вредных экзогенных и эндогенных факторов.

Под нашим наблюдением находились 26 беременных женщин (1-ая группа) беженцев из Абхазии, которые во время войны перенесли тяжелые психо-эмоциональные травмы, во время первых недель беременности. Из анамнеза выяснилось, что из 26 женщин 7 - курящие, 12 - употребляют по чашке кофе 3-4 раза в день, 7 женщин находились в тяжелых социально-экономических условиях и другие факторы риска. В контрольной группе обследованы 16 женщин и их дети, которые находились в нормальных жизненных условиях (II группа).

Таким образом, у детей I группы, матери которых подвергались психо-эмоциональным стрессам и др. вредным влияниям, чаще отмечались тяжелые повреждения мозга, чем у детей II группы.

Utiashvili K., Malashkhia V.

SUMMARY

In the formation of newborn pathology great importance have effect of endogenic and egzogenic wrongful factors.

We have examined 26 pregnant women (I group), which were repugees from Abkhazia. they were under the pshyco-emotional stress in the period of first weeks of pregnanpy. 7 women were smoking, 12 were drinking cofee 2-4 in the day, 7 women has a hard social and economic condition. In the controll group were examined 16 women and children.

საზარდული თანდაყოლილი თიაქრის განვითარების რისკის ფაქტორები

თსსუ, პედიატრიის კათედრა

პედიატრთა პრაქტიკაში განვითარების თანდაყოლილი მანკები წარმოადგენენ სერიოზულ დაბრკოლებას ახალშობილთა დაავადებებთან და სიკვდილიანობასთან ბრძოლის საქმეში.

მიზნად დავისახეთ საზარდული თანდაყოლილი თიაქრის რისკის ფაქტორთა დადგენა.

მომართეთ კვლევის ისეთ ობიექტურ მეთოდებს, როგორცაა მრავალგანზომილებიანი-სტატისტიკური ანალიზი ალტერნატიული, კლასტერული და დისკრიმინანტული ალგორითმით (1,3). ალტერნატიული მეთოდით განვსაზღვრეთ რისკის ფაქტორთა ნიშნადობა, კლასტერული მეთოდით - მათი ურთიერთკავშირის სტრუქტურა, დისკრიმინანტული მეთოდით - პროგნოზული ღირებულება.

ანალიზი ჩატარდა საკავშირო სამედიცინო აკადემიის გენეტიკურ ლაბორატორიაში შემუშავებული და აკად. ო. ლუდუშაურის სახ. ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიის სამეცნიერო ცენტრის გენეტიკურ ლაბორატორიაში რეალიზებულ სპეციალიზირებული პროგრამებით.

შრომას საფუძვლად დაედო ქობილისის ექვსი სამშობიარო სახლის არქივის მასალები 1986-99 წლებში დაბადებული 20 ათასი ახალშობილის ისტორიები. მათ შორის გამოვლინდა საზარდულის თიაქრით დაბადებული 60 ახალშობილის ისტორია. დაავადებულ ახალშობილთა მონაცემები შევადარეთ 2000 ამოურჩეველი ახალშობილის მონაცემებს (კონტროლი).

საზარდულის თიაქრის განვითარების სავარაუდო საწყის რისკის ფაქტორებად განვიხილეთ სოციალურ-ბიოლოგიური, ორსულობის, მშობიარობის და გენეტიკური ფაქტორები; სულ 113 ფაქტორი. კვლევის შედეგად ნიშნადი აღმოჩნდა მხოლოდ 17 ფაქტორი.

დაავადებულ ახალშობილთა შორის კონტროლთან შედარებით ნაკლები იყო შემდეგი ფაქტორთა სიხშირე: დედის სისხლის ჯგუფი 0, ახალშობილის სისხლის ჯგუფი 0, ორსულობა და მშობიარობა 2-ზე მეტი, გვიანი ტოქსიკოზი, დაბადება ზაფხულში, პირველი მშობიარობა. ეს ფაქტორები დაბლა სწევენ საზარდული თიაქრით დაბადების ალბათობას.

საზარდული თიაქრის ნიშნად რისკის ფაქტორთ შორის აღმოჩნდნენ: სოციალურ-ბიოლოგიური, გენეტიკური ფაქტორები, დედის სამეანო და პორმონალური სტატუსი,

გენეტიკურ ფაქტორთა შორის გამოიკვეთა საზარდულის თიაქრის მექანიზმებითობა, დიზრაფიის სხვა მანკი, ზოგადი დისპლაზიის ნიშნები,

მათ შორის ორთოპედული დაავადებებიც, რაც შეიძლება აიხსნას თიაქრის ეტიოლოგიური მსგავსებით ამ დაავადებებთან.

დანარჩენ ფაქტორთა შორის ყურადსაღებია მშობლების მანენ ჩვევები (ნიკოტინის, ალკოჰოლის მიღება), რაც აღინიშნება 13,3%-ში, აგრეთვე ისეთი ნიშნად ფაქტორთა სიხშირე, როგორცაა მშობლების მანენ საწარმოო პირობებში მუშაობა; მანენ სამუშაო პირობებს შორის გამოიკვეთა საწარმოო მტვერი, საწარმოო ხმაური, წარმოებაში ხმარებული ზოგერთი მხამების (პესტიციდების, სტიმულატორების) მოქმედება. ამ ფაქტორთა სიხშირემ შეადგინა 45%.

მშობლების მანენ ჩვენვები და მანენ საწარმოო ფაქტორები წარმოადგენენ ძლიერ მუტაგენურ და ტერატოგენურ აგენტებს. ახალშობილთა დაავადებიათთან ბრძოლის საქმეში ამკარად გასათვალისწინებელია ამ ფაქტორთა მონაწილეობა განვითარების თანდაყოლილი მიზეზების გენეზში.

ალტერნატიულმა განაწილებამ გამოავლინა ის ფაქტიც, რომ საზარდულის თიაქარი ძირითადად ქართველთა პოპულაციის ზვედრია. ქართველთა სიხშირემ დაავადებულ ახალშობილთა შორის შეადგინა 91,6%, რაც ჩვენ ავსენით საზარდულის თიაქრის კავშირით შემეერთებელი ქსოვილის დეფექტურ განვითარებასთან, რაც განსაკუთრებით ხშირია ქართველებში (2).

მაღალი აღმოჩნდა ისეთი ფაქტორების სიხშირეც, როგორცაა მამრობითი სქესი - აღინიშნა ახალშობილთა 58%-ში. ეს ფაქტი ვერ აიხსნება მანკის კავშირით შემეერთებელი ქსოვილის დეფექტურ განვითარებასთან, ვინაიდან დისპლაზია, ძირითადად, მდედრობითი სქესის ზვედრია (2). ვვარუდობთ მანკის პოლოგენურ დეტერმინაციაში მამრობით სქესთან დაკავშირებულ გენთა პრევალირებას. კლასტერული ანალიზით დადგინდა რისკის ფაქტორთა ურთიერთკავშირის სტრუქტურა, გამოვლინდა 4 დამოკიდებული კლასტერი. დამოკიდებულ ფაქტორთა შორის აღნიშნავენ გენეტიკურ და გარემო ფაქტორებს. დადასტურდა მშობლების მანენ ჩვევების და საწარმო-პროფესიულ ფაქტორთა დომინირება.

ალტერნატიულმა და კლასტერულმა ანალიზმა დადასტურა საზარდულის თიაქრის მემკვიდრეობითობის მულტიფაქტორული ხასიათი პოლოგენური დეტერმინაციით.

დისკრიმინანტულმა ანალიზმა დაადგინა თიაქრის განვითარების რისკის ფაქტორთა პროგნოზული ღირებულება, რაც შეფასდა ე.წ. წრფივი დისკრიმინანტული ფუნქციის კოეფიციენტით. მისმა სიდიდემ მოგვაწოდა თითოეული რისკის ფაქტორის წილი მანკის პროგნოზირებაში (ცხრილი 1).

დისკრიმინანტულმა ანალიზმა გვიჩვენა როგორც გენეტიკური, ისე გარემო ფაქტორების მონაწილეობა მანკის პროგნოზში, რამაც კიდევ ერთხელ დადასტურა მისი მულტიფაქტორული ხასიათი, პოლოგენური დეტერმინაცია.

დადგინდა, რომ საზარდულის თიაქრის განვითარების პროგნოზს ამცირებენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა დედის სისხლის ჯგუფი 0, ახალშობილის სისხლის ჯგუფი 0, მშობიარობა 2-ზე მეტი, გვიანი ტოქსიკოზი, მშობიარობა ზაფხულში.

მაღალი პროგნოზული ღირებულებით გამოირჩევიან: გენეტიკური ფაქტორები (დიზრაფია, ზოგადი დისპლაზია), მშობლების მავნე ჩვევები (ალკოჰოლის, ნიკოტინის მიღება), მშობლებზე მოქმედი მავნე საწარმოო-პროფესიული ფაქტორები, რისკის ფაქტორები ორსულობის დროს, ახალშობილის ქართული ეროვნება, მამრობითი სქესი.

ცხრილი 1

საზარდულის თანდაყოლილი თიაქრის რისკის ფაქტორთა პროგნოზული ღირებულება

ფაქტორთა დასახელება	წრფივი დისკრიმინანტული ფუნქცია	ფაქტორთა პროგნოზული ღირებულება
ეროვნება - ქართველი	1,34	1,8
დედის სისხლის ჯგუფი - 0	-0,82	1,4
ნიკოტინის, ალკოჰოლის მიღება	4,44	4,0
მავნე საწარმოო-პროფესიული ფაქტორები	3,60	4,9
მშობიარობა 2-ზე მეტი	-1,68	2,0
ადრეული ტოქსიკოზი	4,64	5,2
გვიანი ტოქსიკოზი	-1,07	1,1
მშობიარობის სეზონურობა - ზაფხული	-1,65	2,6
ნაადრევი მშობიარობა	3,60	3,3
პირველი მშობიარობა	-1,90	2,4
მამრობითი სქესი	2,48	4,3
სისხლის ჯგუფი - 0	-0,71	1,2
დიზრაფიის სხვა მანკი	281	2,7
ზოგადი დისპლაზიის ნიშნები	3,96	5,0
დედის ზოგადი დისპლაზიის ნიშნები	2,75	2,3

დისკრიმინანტული ფუნქცია ნიშნაღია, ვინაიდან $F=2,23$

ლიტერატურა:

1. Дюран, Оделли П. Кластерный анализ: Пер. с англ. - М.: статистика, 1977. - 128 с.
2. Лорткиანიძე Э.Ф. Этиология и патогенез врожденного вывиха бедра в Грузии // Дисс. докт. мед. наук. Тбилиси, 1990 г.
3. Урбах В.Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях. - М.: Медицина, 1975. - 295 с.

Кадагшвили Т.

ФАКТОРЫ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

РЕЗЮМЕ

В основу работы положены истории 20 тысяч неотобранных новорожденных акушерских стационаров г.Тбилиси, среди которых отобраны 60 историй новорожденных с врожденной паховой грыжей и 2 тысячи контрольных.

Многомерным анализом с алгоритмами кластерного и дискриминантного типа установлено, что высокие оценки прогностической ценности имеют следующие факторы риска порока: сопутствующая дизрафия и общая дисплазия, мужской пл, грузинская национальность, вредные привычки родителей (прием никотина, алкоголя), действие вредных промышленно-производственных факторов.

Заболевание является мультифакторной патологией и соответствует модели полигенной детерминации.

Kadagishvili T.

RISK FACTORS OF THE CONGENITAL INGUINAL HERNIAS

SUMMARY

The basis of this work are medical histories of the unselected newborns from Tbilisi Obstetrical hospital in a quantity of 20 thousands. There were selected 60 medical histories of the newborns with the congenital hernia and 2 thousand control histories among them.

It is determined by the multimeasure analyses with cluster and determinant algorithms that high appreciations of the prognostic value have the following vice risk factors: accompanying dysraphia and common dysplasia, male sex, georgian nationality, parents unhealthy habits (nicotine, alcohol taking), harmful industrial-manufactorial factors effect.

The disease is multifactorial pathology and corresponds to the model of polygenic determination.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიის კრემორბიდული სტადიის უსიპოსომატური მაჩვენებლები

ოსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მელიციზის ინსტიტუტის

პიროვნების ფსიქოლოგიურ თავისებურებათა შესწავლა უაღრესად აქტუალურია თანამედროვე კარდიოლოგიაში. ჩვენი საუკუნის 50-იან წლებში ჩამოყალიბებული კონცეფცია (Fridman et al., 1959; Roseman et al., 1981) ქცევის A ტიპის შესახებ, რომელსაც პათოგენური მნიშვნელობა ენიჭება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარებაში, ვერ კიდევ საკამათოა, ვინაიდან მის შესახებ ურთიერთსაწინააღმდეგო მონაცემები არსებობს.

აქედან გამომდინარე, გამოკვლევის მიზნად დავისახეთ ფსიქო-სოციო-ბიოლოგიური დეტერმინაციისა და მისი როლის გარკვევა კარდიოვასკულური სისტემის პათოლოგიაში. კერძოდ, პრემორბიდულ და ლატენტურ სტადიებზე. დასახული მიზნის შესაბამისად გამოკვლეული იქნა სასტუმრო „შერატონ მეტეხი პალასის“ სხვადასხვა სექტრუქტურული დანაყოფის 100 თანამშრომელი 20-45 წლამდე, რომელთაც კლინიკურად კონსტანტირებული კარდიოვასკულური ან სხვა პათოლოგია არ აღენიშნებოდათ და ექვემდებარებოდნენ პერიოდულ სამედიცინო გასინჯვებს.

გამოკვლევის მეთოდებად გამოყენებულ იქნა: ელექტროკარდიოგრაფია, ტონომეტრია, სპირომეტრია, აუსკულტაცია, სისხლის ბიქიმიური ანალიზი (ლიპიდური სპექტრი), კოაგულომეტრია (პლასმური და თრომბოციტური ფაქტორები). სამუშაოს საკვანძო სადიფერენციაციო მეთოდს წარმოადგენდა ფართომასშტაბიანი ფსიქოლოგიური გამოკვლევა: ფიქსირებული განწყობის ტიპის დადგენა, ფუნქციური ასიმეტრიის განსაზღვრა, ფსიქოსომატური მიდრეკილებებისა და ქცევის ტიპების განსაზღვრა სტრუქტურული ინტერვიუებით.

გარემოსთან პიროვნების ფსიქოლოგიური ადაპტაციის მექანიზმის შესასწავლად გამოყენებულ იქნა დ.უზნაძის ფიქსირებული განწყობის მეთოდი და გამოყოფილ იქნა შემდეგი ტიპები: დინამიური, სტატიკური, ვარიაბელური და ნულოვანი.

გამოკვლევულ პაციენტებში განწყობის ტიპოლოგიური განაწილება არა ერთგვაროვანია:

1. დინამიური - 45%
2. სტატიკური - 25%
3. ვარიაბელური - 25%
4. ნულოვანი - 5%

დინამიური ფიქსირებული განწყობის მქონე პირთა სიჭარბე (45%) მიუთითებს, რომ საბაზისო მონაცემებით პაციენტთა უმეტესობას ადეკვატური ფსიქოლოგიური ადაპტაციის შესაძლებლობა აქვს.

გამოსაკვლევ პირთა კლინიკურ-პარაკლინიკური მონაცემების ანალიზის შემდეგ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პრემორბიდული მდგომარეობის მიხედვით გამოყოფილ იქნა შემდეგი კატეგორიები:

1. საკონტროლო ჯგუფი: გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ ჩივილების გარეშე, კლინიკური და პარაკლინიკური მონაცემები ნორმის ფარგლებშია;
2. კლინიკურ ანაზნეზში დომინირებს ჩივილი ტკივილზე გულის არეში, კლინიკური და პარაკლინიკური მონაცემები ობიექტივიზაციის საშუალებას არ იძლევა;
3. „საეჭვო“ გულის იშემიური დაავადებების (გ.ი.დ.) ჯგუფი. ანაზნეზში აღინიშნება გიდ-ის ორი ან მეტი რისკ-ფაქტორი (ჰიპერქოლესტერინემია, ეკგ-ოული ცვლილებები და ა.შ.);
4. „საეჭვო“ არტერიული ჰიპერტენზიის ჯგუფი;
5. გამოხატული ვეგეტატიურ-სისხლძარღვოვანი რეაქციები და სინდრომები. განწყობის ტიპების განაწილება ამ ჯგუფებში შემდეგია:

ცხრილი 1

კატეგორიები \ განწყ. ტიპები	დინამიური	სტატიური	ვარია-ბელური	ნულოვან
1. საკონტროლო (n=23)	48%	26%	26%	0
2. ტკივილი გულის არეში. n=30	43%	20%	30%	7%
3. „საეჭვო“ გიდ (n=16)	47%	29%	12%	12%
4. „საეჭვო“ ჰიპერტენზია n=12	38%	38%	24%	0
5. ვეგეტატიური რეაქციები. n=19	46%	20%	28%	6%

ფსიქოლოგიური განწყობის პარამეტრები კი მოცემულია ცხრილში 2

ცხრილი 2

განწყ. პარამეტრ. კატეგორიები	სიტლანქე					სიმტკიცე		
	ტლანქი	კლას-ტიური	ვარია-ბელური	ლაბი-ლური	სტაბი-ლური	სუსტი	საშუ-ალო	მტ.
1. საკონტროლო n=23	30%	22%	48%	40%	60%	40%	43%	1
2. ტკივილი გულის არეში. (n=30)	20%	37%	43%	30%	70%	40%	53%	7
3. „საეჭვო“ გიდ n=16	25%	31%	44%	62%	38%	38%	43%	1
4. „საეჭვო“ ჰიპერ-ტენზია (n=12)	0%	33%	67%	17%	83%	17%	75%	8
5. ვეგეტატიური რეაქციები (n=19)	20%	37%	43%	63%	37%	47%	42%	1

თუ №1 და №2 ცხრილი მონაცემებს შევუჯარდებთ ერთმანეთს, შევვიძლია თითოეული კლინიკური ჯგუფისათვის განვსაზღვროთ ფსიქოლოგიური სტატუსი უფრო დიფერენცირებულად, ვიდრე ეს შესაძლებელია მხოლოდ განწყობის ტიპით. ფიქსირებული განწყობის ტიპოლოგიური კუთვნილების მრავალფაქტორიანი ანალიზის შედეგები ცალკე განხილვის თემაა.

საინტერესოა ზემოთ აღწერილი კლინიკური კატეგორიების მიხედვით ფსიქოლოგიური სტატუსის ისეთი მახასიათებლების განაწილება, როგორცაა ფსიქოპათოლოგიური სინდრომები. გამოიყო შემდეგი სინდრომები: ჰიპერესთენიური, დეპრესიულ-ჰიპოსთენიური, ჰიპოქინდრიული, დეპრესიულ-მანიაკალური, რომელთა განაწილება შემდეგნაირად გამოიყურება:

ცხრილი 3

ჯგუფი	ჰიპერესთენიური	დეპრესიულ-ჰიპოსთენიური	დეპრესიულ-მანიაკალური	ჰიპოქინდრიული
1. საკონტროლო n=23	74%	9%	17%	0
2. ტყვილი გულის არემი. n=30	20%	30%	40%	10%
3. „საეჭვო“ გიდ n=16	37%	45%	18%	0
4. „საეჭვო“ ჰიპერტენზია n=12	31%	0	69%	0
5. ვეგეტატიური რაქტივიზი. n=19	26%	32%	37%	5%

ნათელია, რომ გულ-ზისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიისას პაციენტებში ფსიქოპათოლოგიური სინდრომი წარმოადგენილია არათანაბრად. კერძოდ, პირველ კატეგორიაში მკვეთრად სჭარბობს ჰიპერესთენიური სინდრომი, ხოლო დანარჩენებში დეპრესიულ-მანიაკალური ან დეპრესიულ-ჰიპოსთენიური სინდრომები.

მიღებული შედეგები დამუშავებულია ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით და სარწმუნოა ($p < 0,01$; $p < 0,001$).

როგორც ჩანს, გამოკვლევის ობიექტთა ფსიქოლოგიური სტატუსი გულ-სისხლძარღვთა დაავადების განვითარება-გამოვლინებაში დიფერენცირებულ კლინიკურ-პარაკლინიკურ სურათს იძლევა. უნდა ვიფიქროთ, რომ ტრადიციულ რისკ-ფაქტორების გარდა კარდიოვასკულური პათოლოგიის გენეზში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ბიოსოციალურ და ფსიქოლოგიურ დეტერმინანტებს, რომლებიც არა მარტო პრემორბიდულ მდგომარეობას საზღვრავენ, არამედ შემდგომში განაპირობებენ კიდევ ფსიქოსომატური ცვლილებების ხასიათს. ეს კრიტერიუმები კარდიოვასკულური დაავადებების პრევენციის ერთ-ერთ ბერკეტს წარმოადგენს.

ლიტერატურა:

1. დ.ნ.უზნაძე - პრომების კრებული, ტომი VI, 1977, 332 გვ.
2. Норакидзе .Г. - Методы исследования характера личности, 1989, с. 88-167.
3. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства, 1986, с. 10-59.
4. Andreassi J.L. The psychophysiology of cardiovascular reactivity.
5. Banks WA, Corrigan SA, West JA. Psychologic profiles as predictors of success in a cardiovascular risk factors life-style intervention program. Southern Medical Journal. 89(10), 971-6, 1996.
6. Ladwig KH, Hoberg E., Busch R. Psychological comorbidity in patients with alarming chest pain symptoms. Psychoterapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 48(2), 46-54, 1998.

Кавтарაძე Г., Элашвили М.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРЕМОРБИДНОЙ СТАДИИ КАРДИВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

РЕЗЮМЕ

В этиопатогенезе сердечно-сосудистых заболеваний помимо традиционных риск-факторов ведущую роль играют психологические особенности, создающие не только преморбидный фон, но и способствующие нежелательным психосоматическим изменениям.

Распределение типов установки среди 100 обследованных пациентов методов психодиагностики дает возможность для выявления пациентов следующее: динамичный - 45%, статичный - 25%, вариабельный - 25%, нулевой - 5%.

Определение типов фиксированной установки и использование комплекса психодиагностики дает возможность для выявления пациентов дезадаптации, позволяет осуществлять активное медицинское наблюдение за ними, и будет способствовать эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Kavtaradze G., Elashvili M.

PSYCHOSOMATIC DETERMINANTS OF CARDIOVASCULAR PREMORBID STAGE

SUMMARY

Among traditional risk factors cardiovascular diseases, psychological and behavioral factors should be encountered as they have important implications for the initiation or progression of cardiovascular diseases.

For investigation of psychosocial determination and behavioral types Fixed Set Method by D.Uznadze has been used. The most common set type among 100 patients was dynamic - 45%, static psychopathological syndromes was revealed.

So studies of psychosocial risk factors help to identify high risk group and take preventive measures.

CANDIDA-ს გვარის სახეობების გავრცელება სხვადასხვა დაავადებების დროს გამოყოფილ მიკროფლორაში

თსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური ს/კ ინსტიტუტი

Candida-ს გვარის სოკოები პირობით-პათოგენური მიკროფლორის ყველაზე გავრცელებული წარმომადგენლები არიან. ისინი კანისა და ლორწოვანი გარსების სხვადასხვა სოკოვან დაავადებებს იწვევენ ორგანიზმის დარღვეული რეზისტენტობისა და უფრო ხშირად სხვადასხვა იმუნოდეფიციტების პირობებში.

Candida-ს გვარი შეიცავს 168 სახეობას, მათ შორის მხოლოდ ზოგიერთ მათგანს შეუძლია გამოიწვიოს დაავადებები. ადამიანებში კანდიდოზის ძირითადი აღმძვრელია - *Candida albicans*, ნაკლებად - *C.stellatoidea*, *C.tropicalis*, *C.guilliermondii*, *C.krusei*, *C.pseudotropicalis* და სხვ. განსაკუთრებით დიდაა მათი ზვედრითი წილი პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის დაავადებათა ეტიოლოგიაში - 46-52%. გინეკოლოგიური დაავადებებისას - 5-12%. სოკოების რაოდენობა სწრაფად მატულობს ფეხმძიმობისას, კლიმაქსის და ჩასახვის საწინააღმდეგო ორალური საშუალებების მიღებისას. ფეკალში ოგი 80% შემთხვევაში გვხვდება (5).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე პრობლემის სიმწვავემ განაპირობა ჩვენი კვლევის მიზანი - ადამიანის სხვადასხვა დაავადებების (გინეკოლოგიური, გასტროენტეროლოგიური, ოტორინოლარინგოლოგიური პროფილი, კანისა და რბილი ქსოვილების ინფექციები) დროს გამოყოფილ მიკროფლორაში *Candida*-ს გვარის სახეობების შესვედრის სიხშირის დადგენა და მათი იდენტიფიკაცია.

მასალები და მეთოდები: კვლევის მასალას წარმოადგენდა პირის ღრუს 2336, საშოს 115, ყელ-ყურ-ცხვირის 85 ნაცხი, 76 ავადმყოფის ფეკალი.

თითოეული ზემოხსენებული დაავადების დროს გამოყოფილია *Candida*-ს გვარის შტამები.

გამოყოფილი შტამების სახეობის განსაზღვრა ხდებოდა მორფოლოგიური, კულტურალური და ბიოქიმიური თვისებების შესწავლის მიხედვით (3).

შტამის ფილამენტაციის ტიპი და ქლამიდოსპორების არსებობა ინსაზღვრებოდა ამჟამად მოქმედი ინსტრუქციების მიხედვით (1,4), ხოლო კულტურის ფერმენტაციული აქტივობა - ვ.გ.ლემნენკოს მეთოდით (2).

Candida-ს გვარის სახეობრივი იდენტიფიკაციის შემდეგ ჩვენს მიერ დადგინდა ამ სახეობათა შეხვედრის სიხშირე სხვადასხვა პათოლოგიების დროს გამოყოფილ მიკროფლორაში.

სხვადასხვა სტომატოლოგიური დაავადებების მქონე 2336 ავადმყოფიდან 1680-ს, ე.ი. 75,11%-ს აღმოაჩნდა Candida-ს გვარის სოკოები, გინეკოლოგიური დაავადებების მქონე 115 პაციენტიდან კი - 75-ს, ე.ი. 62,21%-ს, ყელ-ყურ-ცხვირის სხვადასხვა დაავადებებისას 103 ავადმყოფიდან - 43-ს, ე.ი. 69,76%-ს, გასტროენტეროლოგიური პროფილის 76 ავადმყოფიდან - 13-ს, ე.ი. 17,10%-ს, რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაავადების მქონე 219 პაციენტთაგან - 12-ს, ე.ი. 2,02%-ს.

ცხრილში მოცემულია Candida-ს გვარის სახეობრივი შედგენილობა ადამიანის სხვადასხვა პათოლოგიების დროს გამოყოფილ მიკროფლორაში.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სამოს ლორწოვანი გარსიდან გამოყოფილი Candida-ს გვარის 75 შტამიდან *C.albicans* აღმოჩნდა 56 (74,66%), *C.tropicalis* - 7 (9,33%), *C.krusei* - 4 (5,33%), *C.guilliermondii* - 3 (4%), *C.pseudotropicalis* - 2 (2,66%), *C.parakrusei* - 2 (2,66%), *C.stellatoidea* - 1 (1,33%) შემთხვევაში.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან გამოყოფილი Candida-ს გვარის 1680 შტამიდან *C.albicans* გამოვლინდა 1262 (75,11%), *C.tropicalis* - 132 (7,85%), *C.krusei* - 97 (5,77%), *C.guilliermondii* - 73 (4,34%), *C.pseudotropicalis* - 59 (3,51%), *C.parakrusei* - 35 (2,08%), *C.stellatoidea* - 22 (1,30%) შემთხვევაში.

გასტროენტეროლოგიული პროფილის 76 ავადმყოფის ფეკალიდან გამოიყო Candida-ს 13 შტამი, აქედან გამოვლინდა *C.albicans*-ის 4 შტამი (30,76%), *C.tropicalis* - 4 (30,76%), *C.krusei* - 3 (23,07%), *C.parakrusei* - 2 (15,38%).

ყელ-ყურ-ცხვირიდან გამოყოფილი 43 Candida-ს გვარის შტამებიდან გამოიყო *C.albicans* 30 (69,76%), *C.tropicalis* - 9 (20,93%), *C.krusei* - 2 (4,65%), *C.parakrusei* - 2 (4,65%) შტამები.

კანისა და რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი დაავადების დროს გამოყოფილი 12 Candida-ს გვარის შტამიდან გამოიყო *C.albicans* 4 (33,33%), *C.tropicalis* 3 (25%), *C.krusei* 1 (8,33%), *C.pseudotropicalis* 1 (8,33%), *C.guilliermondii* - 1 (8,33%), *C.parakrusei* - 1 (8,33%), *C.stellatoidea* - 1 (8,33%) შტამი.

Candida-ს გვარის სახეობების შეხვედრის სიხშირე
სხედასხვა დაავადებების დროს გამოყოფილ მიკროფლორაში

№	სოკოს სახეობა	სხედასხვა გინეკოლოგიური დაავადებები n=75	სტომოპტილო- გური დაავადებები n=1680	გასტროენტე- როლოგიური დაავადებები n=13	ყელ-ყურ- ცხვირის დაავადებები n=43	კანისა და რბილი ქსოვილ. ჩირქოვანი დაავად. n=12
1	C. albicans	56 (74,66%)	1262 (75,11%)	4 (30,76%)	30 (69,76%)	4(33,33%)
2	C. tropicalis	7 (9,33%)	132 (7,85%)	4 (30,76%)	9 (20,93%)	3(25,00%)
3	C. krusei	4 (5,33%)	97 (5,77%)	3 (23,07%)	2 (4,65%)	1(8,33%)
4	C. guilliermondii	3 (4%)	73 (4,34%)	-	-	1(8,33%)
5	C. pseudotro- picalis	2 (2,66%)	59 (3,51%)	-	-	1(8,33%)
6	C. parakrusei	2 (2,66%)	35 (2,08%)	2 (15,38%)	2 (4,65%)	1(8,33%)
7	C. stellatoidea	1 (1,33%)	22 (1,30%)	-	-	1(8,33%)

ამგვარად, *C.albicans* ყველა დაავადებების დროს გვხვდება დიდი რაოდენობით სხვა სახეობებთან შედარებით. დანარჩენი სახეობები გვხვდებიან მცირე სიხშირით, ხოლო ზოგიერთი მათგანი - *C.guilliermondii*, *C.pseudotropicalis* და *C.stellatoidea* ჩვენი მონაცემებით არ გვხვდება გასტროენტეროლოგიური და ველ-ყურ-ცხვირის დაავადებების დროს.

ლიტერატურა:

1. Капшкин Л.Н., Лисин В.В. Практическое руководство по медицинской микологии. Москва 1983 г. с. 26-160
2. Лещенко В.М. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний. Москва 1982 г. с. 4-120
3. Мороз Е.Я. Кандидоз у детей. Москва 1979 г. с. 20-103.
4. Реброва Р.Н. Выделение и идентификация грибов *Candida* у больных бактериальными и другими инфекциями.
5. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи. Руководство для врачей. Санкт-Петербург. 1998 г. стр. 169.

**Картвелишვილი Е., Гелиაშვილი Е., Хეძურიანი ზ.,
Читаладзе М., Хეძურიანი შ.**

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИДОВ ГРИБОВ РОДА CANDIDA В МИКРОФЛОРЕ ЧЕЛОВЕКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ *РЕЗЮМЕ*

Было изучено распространение грибов рода *Candida* в микрофлоре человека, выделенных от больных при различных заболеваниях - гинекологического, оториноларингологического, гастроэнтерологического и стоматологического профиля, при инфекциях кожи и мягких тканей.

Чаще всего распространен *C.albicans*, остальные виды грибов встречаются редко. При гастроэнтерологических и оториноларингологических заболеваниях по нашим данным некоторые из них не встречаются.

Kartvelishvili K., Geliashvili E., Khetsuriani Z., Chitaladze M., Khetsuriani Sh. **SPREADING OF CANDIDA spp. IN MICROFLORA OF DIFFERENT DISEASES**

SUMMARY

The spread of *Candida* spp. strains in patients with infections of skin and soft-tissues, otorhinolaryngological, gastroenterological, gynaecological or stomatological diseases were examined. *C.albicans* were prevailed. The number of other species was more less or were not absent in microflora of gastroenterological and otorhinolaryngological diseases.

ნაკერის უკმარისობის პრობლემა და მისი გადაჭრის გზები კუჭ-ნაწლავის ქირურგიაში

ოსსუ, პედაგოგიური, სტომატოლოგიური და პროფილაქტიკური
მედიცინის ფაკულტეტების ქირურგიის კათედრა

ნაკერის უკმარისობა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე წარმოებული ოპერაციების უახლოესი ცუდი შედეგების მთავარი მიზეზია. ამდენად, მისი თავიდან აცილება ქირურგიის აქტუალური პრობლემაა. აქტიური ქირურგიული მუშაობის 30 წლის მანძილზე ჩვენ შევიმუშავეთ და ვიყენებთ მთელ რიგ მეთოდებს, რომელთა დანერგვამ შესაძლებლობა მოგვცა აღგვიკვეთა ნაკერის უკმარისობის შემთხვევები.

მოწოდებულია საყლაპავ-კუჭის და საყლაპავ-ნაწლავის ანასტომოზის მრავალი ვარიანტი. მიუხედავად ამისა, საყლაპავზე წარმოებული ოპერაციების შემდეგ ნაკერთა უკმარისობა აღინიშნება 20-40% შემთხვევაში.

საყლაპავის ნაკერთა უკმარისობის ხელშემწყობი ფაქტორებია:

საყლაპავის ანატომიური თავისებურებანი - სეროზული გარსის უქონლობა, სუსტი ვასკულარიზაცია და დაჭიმულობა ანასტომოზის მიდამოში. პირველ ორ ფაქტორზე ქირურგიული მეთოდებით რადიკალური ზემოქმედება შეუძლებელია. ამიტომ, ჩვენი ძალისხმევა მიემართებოდა ანასტომოზის დაჭიმულობის შემცირება-ლიკვიდაციისაკენ (1).

ჩვენ საყლაპავ-კუჭის და საყლაპავ-ნაწლავის ანასტომოზის არეში დაჭიმულობის გამორიცხვის მიზნით წინასწარ ვაკეთებთ კუჭის დარჩენილი ნაწილის ან ნაწლავის ექსტრაანასტომოზურ ფიქსაციას სათანადოდ მობილიზებული საყლაპავის უკან. ამის შემდეგ ედება ანასტომოზი ორსართულიანი კვანძოვანი ნაკერებით კუჭის დარჩენილ ნაწილსა ან ნაწლავსა და მათზე თავისუფლად დადებულ საყლაპავს შორის. ამ მიმართულებით ჩატარებულმა ექსპერიმენტებმა 10 ძალზე კარგი უმუშალო და მორეული შედეგები მოგვცა.

კლინიკაში საყლაპავ-კუჭის ან ნაწლავის ფიქსირებული ანასტომოზი გამოყენებულია 14 შემთხვევაში, კარდიალური მიდამოს კიბოს გამო წარმოებული პროქსიმალური რეზექციისა და გასტრექტომიების დროს. პირველად აღნიშნული ჩარევა გაკეთდა 1978 წ. 67 წლის მამაკაცზე.

ანასტომოზის უკმარისობას ადგილი არ ჰქონია.

ამრიგად, ჩვენს მიერ წარმოებული „ფიქსირებული“ ანასტომოზი საყლაპავ-კუჭის და საყლაპავ-ნაწლავის ანასტომოზის ნაკერთა უკმარისობის თავიდან აცილების საშუალებაა. კუჭ-ნაწლავზე წარმოებულ ქირურგიულ ჩარევათა დროს ნაკერთა უკმარისობის კლასიკური მაგალითია

თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის უკმარისობა, რომელიც ვითარდება Billroth-II წესით კუჭის რეზექციის შემდეგ.

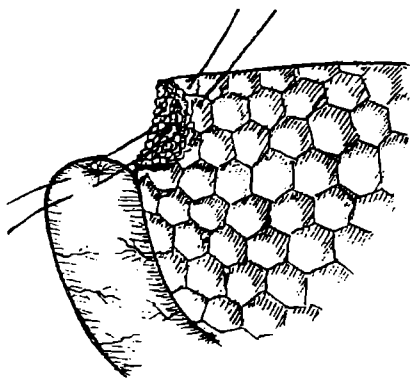
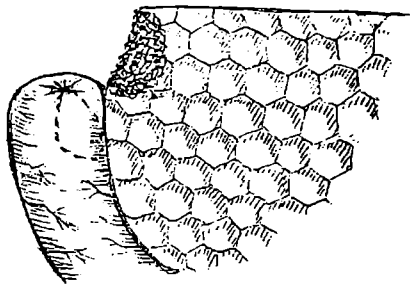
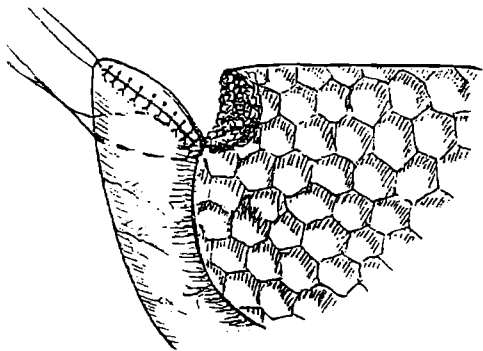
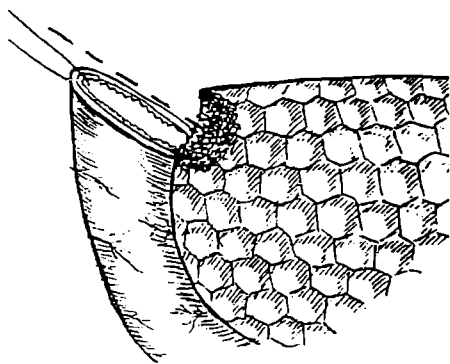
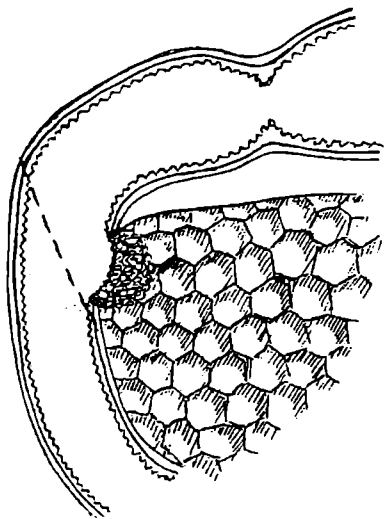
აღნიშნული გართულება განსაკუთრებით ხშირია თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის „მედიალური“ წყლულიდან პროფუზული სისხლდენის მაქსიმუმზე წარმოებული რეზექციების შემდეგ, ვინაიდან ამ შემთხვევაში აუცილებელია წყლულის ამოღება (2,4). გარდა ამისა, პოსტჰემორარგიული ანემია, როელიც თან ახლავს აღნიშნული ჯგუფის ავადმყოფებს, სერიოზული დამამძიმებელი ფაქტორია ნაკერების უკმარისობის თვალსაზრისითაც. ასეთ შემთხვევაში ვიყენებთ თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის დამუშავების მეთოდიკას, რომლის არსი მდგომარეობს შემდეგში:

თორმეტგოჯა ნაწლავის დასაწყისი ნაწილის სრულყოფილი მობილიზაციის შემდეგ მას გადავკვეთთ ისე, რომ წყლულის მოპირდაპირე მხარეს დარჩეს რაც შეიძლება მეტი ნაწლავის კედელი. ვკერავთ წყლულის ფსკერზე არსებულ სისხლძარღვს. წყლულის ქვემო კიდეზე ვახდენთ სალი ლორწოვანის პრეპარირებას 1-3 მმ-ზე. თორმეტგოჯას ტაკვს ვკერავთ ღერძის მიმართულებით. გაკერვას ვიწყებთ მობილიზებულ საღ ლორწოვანზე ატრავმატული ნემსით კვანძოვანი ნაკერების დადებით. ასეთივე ნაკერებით იკერება დანარჩენი ლორწოვანი ან თორმეტგოჯას კედელი. შემდეგ წყლულის მოპირდაპირე მხარეს შექმნილი კონუსის ფუძეზე ვადებთ ქისისებურ ნაკერს და თორმეტგოჯას გაკერვით შექმნილ კუთხეს ვაბრუნებთ სანათურში. კვანძოვანი ნაკერების მესამე სართულს ვადებთ პირველი რიგის პერპენდიკულარულად. ამრიგად, თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვს ვზურავთ „ცვალებადი“ ნაკერით (ნახ. 1) (3,5).

ბოლო 20 წლის მანძილზე თორმეტგოჯა ნაწლავის პოსტულბალური „მედიალური“ წყლულიდან სისხლდენის მაქსიმუმზე წარმოებული კუჭის რეზექციის 59 შემთხვევაში ჩვენ გამოვიყენეთ ტაკვის დამუშავების ზემოაღწერილი მეთოდი, რომელიც მიგვანჩნია „ტიპიურად“. ტაკვის უკმარისობას ადვილი არ ჰქონია

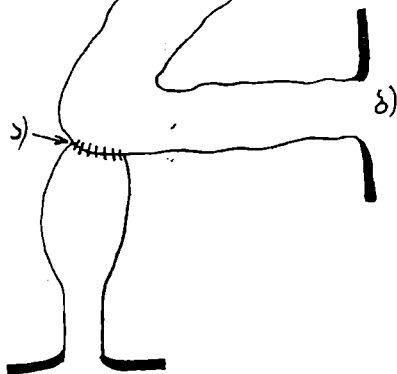
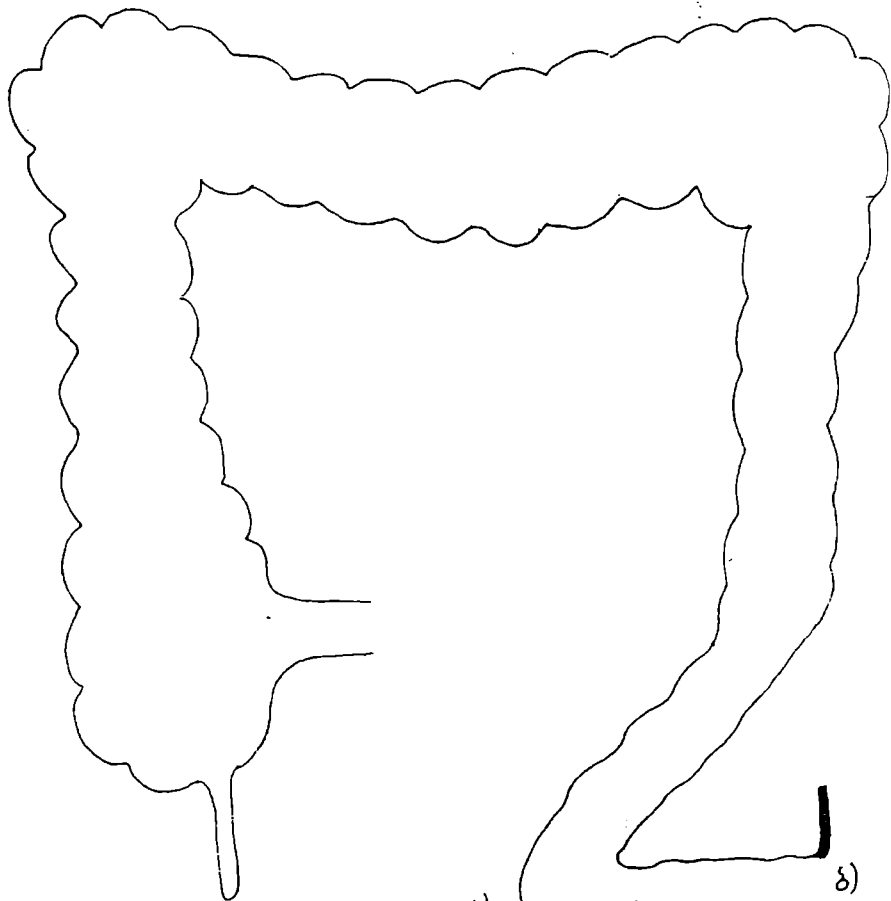
ნაკერის უკმარისობა ხშირად გვხვდება მსხვილ ნაწლავზე ოპერაციების შემდგომ. განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც შეუძლებელია ავადმყოფის სრულყოფილი მომზადება ოპერაციის წინ. ამ სასიკვდილო გართულების თავიდან ასაცილებლად მოწოდებულია მრავალმომენტიანი ოპერაციები (ციელღერ-შლოფერის, მიკულიჩის და სხვ.). მათი უარყოფითი მხარეა მკურნალობის გახანგრძლივება, გართულებათა მაღალი რიცხვი (8).

რექტოსიგმოიდური მიდამოს ან სიგმური კოლინჯის პათოლოგიის დროს საყოველთაოდ მიღებულ საზღვრებში წარმოებული რეზექციის შემდეგ, ანასტომოზის ნაკერთა უკმარისობის პროფილაქტიკის მიზნით, სიგმური ნაწლავის ან დასწვრივი კოლინჯის პროქსიმალური ბოლოდან ვახდენთ ერთლულიანი უკანა ტანის ფორმირებას, ხოლო დისტალურ ბოლოს ვაკერებთ პირით გვერდში ხელოვნური უკანა ტანის 20-30 სმ-ით პროქსიმალურად (ნახ. 2).



ნახ. 1.

თორმეტიწიგნა ნაწლავის
ტაკვის ღახურვის ეტაპები



ნახ. 2.

კოლუსტოვიდა და ანასტოზოზის
კომპინაქცია

- ა) ანასტოზოზი.
- ბ) კოლუსტოზა.

ანასტომოზის საიმედოდ შეხორცების შემდეგ (3-8 კვირა), ადგილობრივი გაუტკივარებით ვხურავთ ხელოვნურ უკანა ტანს. კოლოსტომა უზრუნველყოფს ანასტომოზის მიდამოს დეკომპრესიას, რაც ნაკერთა უქმარისობის პროფილაქტიკის მძლავრი ფაქტორია (6).

პირველი ოპერაცია ამ წესით ჩვენს მიერ გაკეთდა 1979 წელს 72 წლის მამაკაცზე. მას შემდეგ მეთოდი გამოყენებულია კიდევ 20 შემთხვევაში სიგმური კოლინჯის რეზექციის დროს. მათ შორის 13 ავადმყოფს ოპერაცია გაუკეთდა სასწრაფო ჩვენებით სიგმური კოლინჯის ნაწილობრივი ან სრული გაუვალობის გამო.

გაუვალობის დაგვიანებულ შემთხვევაში, როდესაც სიგმური კოლინჯის დიაბეტრი 1,5-2-ჯერ აღემატება ნორმალურს, ხელოვნური უკანა ტანის ფორმირების შემდგომ, ხელოვნური ანუსის პროქსიმალურად კუნთოვან ზონარზე ვაკერებთ სწორი ნაწლავის კვანძოვანი ნაკერებით დახურულ ტაკეს. ამრიგად, იქმნება მომავალი ანასტომოზის უკანა კედელი. ამით ტექნიკურად ადვილდება მეორე ეტაპი და მნიშვნელოვნად მცირდება ანასტომოზის უქმარისობის განვითარების საშიშროება.

მეთოდიკა საშუალებას გვაძლევს გავაფართოვოთ მსხვილ ნაწლავზე პირველადი ანასტომოზის გამოყენების ჩვენებები, გავაუმჯობესოთ რექტოსიგმოიდური მიდამოს კიბოთი შეპყრობილ ავადმყოფთა მკურნალობის შედეგები, შევამციროთ მათი მკურნალობის ხანგრძლივობა (7).

საჭმლის მომწელებელ ტრაქტზე ქირურგიული ნაკერის უქმარისობის პრობლემა მჭიდრო კავშირშია ნაწლავის მოტორიკასთან. ქირურგთა ძველ თაობაში მოტორიკის დათრგუნვა უქმარისობის პროფილაქტიკის საუკეთესო მეთოდი. ჩვენ დავრწმუნდით, რომ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მოტორიკის ადრეული აღდგენა ნაკერის უქმარისობის პროფილაქტიკის მძლავრი საშუალებაა, ამიტომ მოტორიკის სტიმულაციას ვიწყებთ ოპერაციის დამთავრებისთანავე პროზერინის, უბრეტიდის ან კალიძინის გამოყენებით.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე ანასტომოზის დადების შემდეგ ნაადრევი სტიმულაცია ჩვენს მიერ წარმოებულია 160 შემთხვევაში, ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 14-დან 92 წლამდე. ნაკერის უქმარისობას არცერთ შემთხვევაში ადგილი არ ჰქონია.

ანგარიშგასაწევია ისიც, რომ მოტორიკის ადრეული აღდგენა მუცლის ღრუში შეხორცებითი პროცესის პროფილაქტიკის ერთ-ერთი მძლავრი საშუალებაა.

ამრიგად, აუცილებლად მიგვაჩნია აღვნიშნოთ, რომ:

1. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე გამოყენებული უნდა იქნას კვანძოვანი ნაკერი, სასურველია მონოლითური საკერავი მასალისაგან.
2. ნაკერები უნდა დაედოს მხოლოდ საღ ქსოვილებზე.
3. ოპტიმალურად უნდა იქნას მიჩნეული ორსართულიანი ნაკერი. პირველი სართული - ყველა შრის გავლით, მეორე - ლამბერის ტიპის.

4. საყლაპავ-კუჭისა და საყლაპავ-ნაწლავის შერთულის ფორმირებისას გამოყენებული უნდა იქნას „ფიქსირებული“ ანასტომოზის პრინციპი.
5. თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის „მედიალური“ წყლულიდან პროფუზული სისხლდენის მაქსიმუმზე წარმოებული კუჭის რეზექციის დროს ტაკვის დახურვისათვის გამოყენებული უნდა იქნას ჩვენს მიერ შემოადწერილი მეთოდი.
6. მსხვილ ნაწლავზე ანასტომოზის ფორმირებისას, განსაკუთრებით სასწრაფო შემთხვევებში, ანასტომოზის დეკომპრესიის მიზნით, გამოყენებული უნდა იქნას ანასტომოზის და კოლოსტომის კომბინაცია შემოთადწერილი წესით.
7. კუჭ-ნაწლავის ნაკერის უკმარისობის პროფილაქტიკის მძლავრი საშუალებაა ოპერაციის დამთავრებისთანავე ნაწლავის მოტორიკის მედიკამენტური სტიმულირება.

ლიტერატურა:

1. ს.ქემოკლიძე. საყლაპავ-კუჭის და საყლაპავ-ნაწლავის ფიქსირებული ანასტომოზი. III რესპუბლიკური სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალები. ქუთაისი. 1996. გვ. 45.
2. ს.ქემოკლიძე, ტ.გამყრელიძე. თორმეტგოჯა ნაწლავის უკანა კედლის სისხლდენის წყლულის კლასიფიკაციის საკითხისათვის. პროფესორ-მასწავლებელთა IV რესპუბლიკური სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის პროგრამა და მასალები. თბილისი. 1997, გვ. 30.
3. ს.ქემოკლიძე, ტ.გამყრელიძე. ტაკვის დამუშავებს ტიპური მეთოდიკა თორმეტგოჯა ნაწლავის პოსტბლარული მედიალური წყლულიდან პროფუზული სისხლდენის მაქსიმუმზე წარმოებული კუჭის რეზექციისას. პროფესორ-მასწავლებელთა IV რესპუბლიკური სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის პროგრამა და მასალები. თბილისი. 1997, გვ. 29.
4. С.А.Кемоклидзе, Т.Д.Гамкрелидзе. О классификации кровотокашых язв задней стенки двенадцатиперстной кишки. Georgian Medical News. N12(33), декабрь, 1997. стр. 16-17.
5. С.А.Кемоклидзе, Т.Д.Гамкрелидзе. Типичная методика обработки культы двенадцатиперстной кишки при резекции желудка на высоте дуоденального кровотечения. Georgian Medical News. N3(36), март, 1998. стр. 17-19.
6. С.А.Кемоклидзе, Б.А.Кобалава. К вопросу профилактики несостоятельности анастомоза при резекции ректосигмоидальной области. Georgian Medical News. N1(34), январь, 1998. стр. 17-19.
7. ს.ქემოკლიძე, ბ.კობალავა. რექტოსიგმოიდური მიდამოს რეზექციის დროს ანასტომოზის უკმარისობის პროფილაქტიკის საკითხისათვის. „ლევა და კომპანის“ პროფესორ-მასწავლებელთა IV რესპუბლიკური სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის პროგრამა და მასალები. თბილისი. 1997, გვ. 35.

8. ს.ქემოკლიძე, ბ.კობალავა. რექტოსიგმოიდური მიდამოს და სწორი ნაწლავის კლინიკო-ანატომიური საზღვრის შესახებ. „ლევა და კომპანიის“ უნივერსიტეტის შრომათა კრებული. თბილისი, 1998, ტ.2, გვ. 145-146.

Kemoklidze S., Gamkrelidze T., Kobalava B.

SUTURE LEAKAGE - PROBLEM AND THE WAYS OF SOLVING IN THE GASTROINTESTINAL SURGERY

SUMMARY

The suture leaking is an axial problem and the main reason of mortality in the gastrointestinal surgery. In order to avoid the tension in the esophageal anastomosis area and prevent the leakage we offer beforehand fixation of the connectable organ just behind the distal end of esophagus. We use the original method of duodenal stump formation after gastric resections for bleeding from low duodenal peptic ulcer. After the rectosigmoid resection we combine colostoma and sigmoidorectal anastomosis. We use interrupted and monolith sutures only and early postoperative stimulation of peristalsis after each intervention. We have applied over 300 anastomosis according these principles. The suture leakage was not observed.

მ. ქუთელია

საეციალური უცხოური ენის კომუნიკაციაში ორიმენტირებული სწავლების გამსაჯლებელი ენობრივი და არაენობრივი ფაქტორები

თსსუ, უცხოური ენების კათედრა

უცხოური ენის დაუფლების პროცესში მოქმედი ფაქტორების შესწავლა და მათი შეპირისპირება უცხოური ენების სწავლების მეთოდის ერთ-ერთი საკვანძო საკითხია. არ არსებობს ერთიანი თეორია, რომელიც ახსნიდა მათ ურთიერთკავშირს. ამ საკითხის შესწავლისას პირველ რიგში უნდა განვასხვაოთ ენობრივი და არაენობრივი ფაქტორები.

ექსტრალინგვისტური ფაქტორებიდან გაანალიზებულ უნდა იქნეს ის საკითხები, რომლებიც დაკავშირებულია მასწავლებლის ფსიქოლოგიასთან, ენის ფუნქციონირების ასპექტთან და კომუნიკაციის სიტუაციურ პირობებთან (1).

დასახელებული ფენომენები პირობითად შეიძლება შემდეგ ჯგუფებად გაიყოს: ენის მახასიათებლები, მოლაპარაკის მახასიათებლები (ეს

უკანასკნელნი მახსოვრობისა და მოქმედების ფსიქოლოგიის თვალთახედვით) და კომუნიკაციის პროცესის თეორიული და სიტუაციურად განპირობებული მახასიათებლები. ეს ფაქტორები სისტემატიზირებულ უნდა იქნეს უცხოური ენის დაუფლების პროცესში მათი მონაწილეობის მიხედვით. გარდა ამისა შეიძლება მათი კლასიფიცირება მეთოდოლოგიური მიზნებიდან გამომდინარე.

განვიხილოთ მახსოვრობის ფსიქოლოგიური დეტერმინანტები და ენობრივი გამონათქვამის წარმოქმნის პროცესი.

უცხოური ენის დაუფლების თეორიის არსს უთუოდ შეადგენს იმ ფაქტორების დადგენა, შერჩევა და გაანალიზება, რომლებიც წარმართავენ ენობრივი გამონათქვამის წარმოქმნის პროცესს. სწავლების დაწყებისთანავე, ლექსიკური მარაგის დაგროვებისას, სიტყვები არ უნდა განვიხილოთ როგორც იზოლირებული ერთეულები. ისინი თავისი პოზიციური მნიშვნელობის გამო დეტერმინებულია კომპლექსურ სემანტიკურ-სინტაქსურ ურთერთობებში. ამდენად, უცხოური ენის შეთვისების დროს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სინტაქსური სტრუქტურებისა და წესების ცოდნას.

ამ თვალსაზრისით კომპლექსური ენობრივი გამონათქვამების წარმოქმნას, წინადადების ფორმით, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. ნორმალური სამეტყველო ქცევა დაფუძნებულია მეტ-ნაკლებად ვრცელ, ერთმანეთთან აზრობრივად დაკავშირებულ წინადადებებთან ან წინადადებების თამნიმდევრობასთან. ამასთან რელევანტურია სინტაქსური კავშირები, რომლებიც შეიძლება გამოხატული და გაგებული იქნეს მხოლოდ ისე, როგორც უკვე შექმნილია გარკვეული შემეცნებითი სტრუქტურების სახით. აქ ჩვენ ვეხებით ენობრივი ნიშნების დამახსოვრების ფორმის პრობლემებს ე.წ. მეხსიერებაში წინადადების დამახსოვრების საკითხებს.

პრინციპულად უკვე იმის კონსტატაცია, რომ გამონათქვამი გარკვეულ შინაარსს შეიცავს, გვაძლევს საშუალებას გავიგოთ შემდეგი ჰიპოთეზა: მეხსიერებაში წინადადების დამახსოვრების პროცესში არა მხოლოდ ზედაპირისეული სტრუქტურაა რელევანტური, არამედ მთელი სინტაქსური ორგანიზაცია. ამ დროს სინტაქსური წარმოდგენა არა უბრალოდ იცვლება სინტაქსური სტრუქტურით, არამედ ხდება მისი სხვაგვარი კოდირება.

უფრო შორს მიდის ვარაუდი იმის შესახებ, რომ წინადადების დამახსოვრება ხდება არა მხოლოდ როგორც ენობრივი ერთეულისა, არამედ როგორც მეხსიერებაში შესაბამისი სიტუაციის წარმოდგენის ამოსავალი პუნქტისა.

მრავალკომპონენტთან გამონათქვამში სიტყვის მნიშვნელობები და მისი შემეცნებითი რეპრეზენტაცია ბადისებრი სტრუქტურების ფორმით

ხდება, რომლის დროსაც ლექსიკური ერთეულები “კვანძებს” ქმნიან, ხოლო მათი ურთიერთკავშირი სინტაქსური კონსტრუქციების ფარგლებში ზორციელდება კომპონენტური სტრუქტურით. აქ მხედველობაში გვაქვს განსაზღვრული ვარიანტები, რომლებიც გვხვდება კომპონენტებში. კერძოდ, კი ისეთი ვარიანტები, რომლებიც ლექსიკური ერთეულის მნიშვნელობის სტრუქტურაში შესაბამის სინტაქსურ ფუნქციაზე მიუთითებენ (5).

ამასთან, ინდექსები, ისეთები როგორებიცაა ობიექტი, სუბიექტი და ა.შ. სინტაქსურია, ხოლო ცვლადებს ოპერაციის სემანტიკური პირობები წარმოადგენენ, თვით ოპერაცია კი, ერთი სტრუქტურის მეორეში ჩასმაში მდგომარეობს.

აქედან გამომდინარე, წარმოქმნისა და გაგების დროს გამონათქვამის სტრუქტურა ჯერ უნდა წარმოიქმნას ზამნოკლე მეხსიერებაში მასში შემაჯავლი სიტყვებისა და შესაბამისი წესების საფუძველზე. ეს იმას ნიშნავს, რომ ბუნებრივი ენების სტრუქტურების წარმოქმნაში მონაწილეობს როგორც ზანგომლივი მეხსიერება, ისე ზამნოკლე მეხსიერებაც.

ამრიგად, ენობრივი გამონათქვამის ორგანიზაცია დაფუძნებულია უპირატესად ორ, ურთიერთმოქმედ მექანიზმზე;

1. იმ ერთეულების აქტივიზაცია, რომლებიც შუღის გამონათქვამში – ამ აქტივიზაციის პროცესში წარმოიქმნება სელექციური შეცდომები, და კონტამინაციები.

2. აქტივიზებული ერთეულების სერიული მოწესრიგების დეტერმინირება და დაბუშვება სინტაქსური ნიშუშების საფუძველზე.

როგორც ჩანს, დასახელებულ მექანიზმებს ძირითადად უცხოური ენის ფლობის დონე განსაზღვრავს, სახელდობრ: აქტივიზაციის პროცესი, პირველ რიგში, ვარაუდობს ლექსიკური ერთეულების ბადის არსებობას, ხოლო ლინეარიზაციის პროცესი – გრამატიკული წესების და ამ უკანასკნელთა საფუძველზე წარმოქმნილი ნიშუშების არსებობას. ამით განსაზღვრულია უცხოური ენების შესათვისებლად აუცილებელი კომპონენტები: “წარმოქმნილი ნიშუშები” და “გრამატიკული წესები”, რის შესახებაც უცხოური ენების სწავლების დიდაქტიკაში ბევრს წერენ, თუმცა სხვადასხვა თეორიული დასაბუთებით (2,3).

წინადადების სიღრმისეული აზრის წარმოდგენის საფუძველზე, რომელსაც შეგვიძლია “სიტუაციური სტრუქტურა” ვუწოდოთ, შეიძლება განისაზღვროს სხვადასხვა დამოკიდებულებები წინადადების შიგნით და მის გარეთ.

ამ კონტექსტში პირველადი ანუ შემეცნებითი, პირველ რიგში არის ურთიერთკავშირი მოქმედებასა და მის მატარებელს შორის (ე.წ. აქტორული

კავშირი) , მოქმედებასა და იმ ობიექტს შორის, რომელზეც ეს მოქმედებაა მიმართული, ობიექტსა და მის მიერ დაკავებულ ადგილს, ობიექტსა და მის მფლობელს შორის.

სინტაქსური ურთიერთობები, რომლებიც დაფუძნებულია ამ შემეცნებით ურთიერთკავშირზე, დიდი ხანია დასაბუთებულია ტრადიციულ სინტაქსში და მოდიფიცირებულია უახლეს მოძღვრებებში სინტაქსის შესახებ (სუბიექტსა და პრედიკატს, ზმნასა და ობიექტს, ზმნასა და ზმნიზედას შორის და ა.შ.)

ამით საშუალება გვეძლევა უცხოური ენების სწავლების დროს მოვახდინოთ მორფოლოგიურ-სინტაქსური კატეგორიების ფსიქოლოგიურად მოტივირებული განზოგადების მოდელირება.

მოქმედი ფაქტორების ანალიზის ცენტრში დგას ფაქტორების ჯგუფი: სასწავლო მასალა, მისი თავისებურებები და შემეცნებითი სტრუქტურის ნიშნების სტრუქტურის განსაზღვრა – ერთი მხრივ, როგორც ამოსავალი სიდიდე დამახსოვრების და ენობრივი სტრუქტურების წარმოქმნის პროცესებისათვის, ხოლო მეორე მხრივ კი როგორც მართვადი სიდიდე ენობრივი მოქმედების შიდა და გარე პროცესების განხორციელებისათვის.

ამრიგად, გამოიკვეთა ფაქტორების მნიშვნელოვანი ჯგუფი, რომელთა ქმედითობა პირველ რიგში გადაწყვეტ მნიშვნელობას იძენს შესათვისებელი ენობრივი მასალის შემეცნებითი სტრუქტურისათვის. ეს უკანასკნელი დედუცირებულ უნდა იყოს მახსოვრების ფსიქოლოგიის მონაცემებიდან ენობრივი ინფორმაციის შიდა რეპრეზენტაციის შინაარსისა და ფორმების შესახებ, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა სტრუქტურულ დონეზე ენობრივი მასალის დამახსოვრებისას იმ შემეცნებითი სტრუქტურების დაკავშირებას, რომელთა წყობა აკმაყოფილებს იერარქიის განსაზღვრულ პრინციპებს.

ენის აღქმისა და გაგების სფეროში ჩატარებული ექსპერიმენტული შედეგები საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ სინტაქსურ-სემანტიკური და სინტაქსურ-ლოგიკური თვისებები, რომლებიც ახასიათებს წინადადების შესაბამის წევრებს, სხვადასხვაგვარად ახდენენ ზეგავლენას მეტყველების წარმოქმნაზე.

ამ კიბოთების ვერიფიკაციის შემთხვევაში უნდა გაკეთებულიყო დასკვნა, რომ წინადადების განსაზღვრული წევრების ორგანიზებული პროეოკაციის საშუალებით, ე.ი. ძირითადი ლოგიკური და აზრობრივი დერძის მიცემის დროს, შესაძლებელია გამონათქვამის წარმოქმნის პროცესზე როგორც რაოდენობრივი, ისე ხარისხობრივი ზეგავლენის მოხდენა.

ამრიგად, მეტყველების მექანიზმის რეგულირებისათვის გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კონკრეტული მეტყველების აქტს, სტიმულის შინაარსს, მის ორგანიზაციას და იმ დავალების ფორმულირებას, რომელიც უცხოური ენის შემსწავლელის წინაშე დგას. სპეციალური მოსამზადებელი ფაქტორების საშუალებით, რომლებიც იწვევს სამეტყველო მოქმედებას, შეიძლება მიზანმიმართული ზეგავლენა მოვახდინოთ მისი აქტივიზაციისა და შესრულების პროცესებზე. უცხოური ენების სწავლებისას წარმატების მიღწევის გამსაზღვრელი ერთ-ერთი ექსტრალინგვისტური გარემოებაა საჭირო სინტაქსურ-სემანტიკური ნიმუშების შეთვისების დროს მასტიმულირებელი და დოზირებული “მოძრაობის” ფაქტორის გაძლიერება.

ამ თვალსაზრისით გამოკვლევები მიმდინარეობდა სამი მიმართულებით:

- ა) “მოძრაობის” აკუსტიკურ-არტიკულაციური ნიმუშების მარკირება.
- ბ) “მოძრაობის” გრაფო-მოტორული კომპონენტების დიფერენციული აღწერა.
- გ) იმ “მოძრაობის” გამსაზღვრელი სვლის დახასიათება, რომელიც შინაგანად მიმდინარეობს მეხსიერების სტრუქტურის იერარქიის საფეხურებზე.

ჩვენ შეეხეთ გამოკვლევის იმ სფეროს, რომელსაც შეუძლია პასუხის გაცემა შერჩეული ფაქტორების მოქმედების პრინციპებზე კონკრეტული წინადადებების წარმოქმნის დროს, რაც შესაბამისად, საშუალებას გვაძლევს განვიხილოთ წინადადება ფაქტორების მიღებული დაჯგუფებების გამოყენებით დიდაქტიკურ-მეთოდური სტრატეგიის ფარგლებში.

აქედან გამომდინარე, ერთი ვარიანტის ფაქტორის მოქმედების პრინციპის გაგება შეიძლება მხოლოდ სხვა ფაქტორებთან კომპლექსში ე.ი. საბოლოოდ პირობების ყველა იმ კომპლექსთან ერთად, რომლის დროსაც ხდება უცხოური ენის შეთვისება.

ჩვენი გამოკვლევის შედეგები საშუალებას გვაძლევს სწავლების ფაზების კონსტრუირებისას შევარჩიოთ სათანადო ფაქტორები და გამოვიყენოთ ისინი უცხოური ენის კომუნიკაციური სწავლების დროს.

ლიტერატურა:

- 1) უზნაძე დ. შრომები. II ტომი, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის გამოცემა. თბილისი, 1960.
- 2) *Беллев Б.В. Психологические основы усвоения лексики иностранного языка.* Москва, Просвещение, 1964.

- 3) *Грищенко Л. А.* Психология восприятия, внимания, памяти. Издательство Уральского Гос. Пед. Института. Екатеринбург. 1994.
- 4) *Bierwisch M.* Sprache und Gedächtnis; Ergebnisse und Probleme. In: Psychologische Effekte sprachlicher Strukturkomponenten. Berlin: 1979. S. 65.

Кутелия М.

**ЯЗЫКОВЫЕ И ВНЕЯЗЫКОВЫЕ ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ
КОММУНИКАТИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОМУ
ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ.**

РЕЗЮМЕ

В настоящее время особенно актуально изучение вопроса причин, условий (факторов) и успехов при изучении иностранного языка. В работе дается характеристика языковых и внеязыковых факторов, которые влияют на усвоение второго и третьего языков, с точки зрения психологии запоминания, психологии деятельности, а также мотивационной основы коммуникации.

Kutella M.

**LINGUISTIC AND NON-LINGUISTIC FACTORS CAUSING
COMMUNICATIVE TEACHING OF SPECIAL FOREIGN LANGUAGE.**

SUMMARY

At present it's especially actual the learning of causes, factors and progress while studying the foreign language. The characteristic of linguistic and non-linguistic factors have been given in this work, that influence on mastering of the second and third languages from the view point of memorizing psychology, activity psychology and the motivating basis of communication as well.

მ. ქუთელია

**სამედიცინო გერმანული ენის პროფესიულად
ორიენტირებული სწავლება:
შესაძლებლობები და პრობლემები**

თსსუ, უცხოური ენების კათედრა

შზარდ საერთაშორისო სამეცნიერო, ეკონომიკურ და კულტურულ თანამშრომლობასთან ერთად მატულობს ინტერესი უცხოური ენების შესწავლისადმი სპეციალური მიზნებისათვის (3). ამ თვალსაზრისით

არაენობრივ (მათ შორის სამედიცინო) უმაღლესი სასწავლებლების უცხოური ენების კათედრების წინაშე ახალი ამოცანები დგება: დარგობრივ უნივერსიტეტებსა და უმაღლეს სასწავლებლებში ისე უნდა წარმართოს უცხოური ენის სწავლება, რომ მომავალმა სპეციალისტმა შეძლოს აქტიური მონაწილეობა მიიღოს ყოველდღიურ, სამეცნიერო და დარგობრივ კომუნიკაციაში. ჩვენს ქვეყანაში, ამჟამად, ჯამრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფის პარალელურად მიმდინარეობს სამედიცინო განათლების რეფორმაც (1). საქართველოში მომხდარმა სოციალურ-ეკონომიკურმა ცვლილებებმა ბევრი კორექტივი შეიტანა სამედიცინო უმაღლეს სასწავლებლებში სწავლების ორგანიზაციისა და შინაარსის განსაზღვრაში. საზღვარგარეთის ქვეყნების უმაღლესი განათლების სისტემის უკეთ გაცნობამ და ჩვენს სისტემასთან შეჯერებამ ბევრი საინტერესო პრობლემა წამოაყენა, რომლებიც გადაუდებელ გადაწყვეტას მოითხოვენ. ბევრ უმაღლეს სასწავლებელში, მათ შორის თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტშიც ძირეულად გარდაიქმნა სასწავლო გეგმები და პროგრამები. ისინი მაქსიმალურად დაკონკრეტდა, შედგა იმ აუცილებელ საგანთა ნუსხა, რომლებიც წარმოადგენს ამა თუ იმ სპეციალობის დასაუფლებლად საჭირო მინიმუმს. სხვა საგნებთან ერთად, საუნივერსიტეტო განათლების (მათ შორის უმაღლესი სამედიცინო განათლების) ერთ-ერთ აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენს უცხოური ენის ცოდნა, კერძოდ კი მისი პრაქტიკული ფლობა. ეჭვგარეშეა, რომ უცხოური ენის სწავლებას ხელს უწყობს შესაბამისი პროგრამის არსებობა (სპეციალური ენობრივი და არაენობრივი უმაღლესი სასწავლებლებისათვის), რისი ტრადიციაც ყოფილ საბჭოთა კავშირში არსებობდა. ეს პროგრამები შედგენილი იყო საბჭოთა კავშირის უმაღლესი და საშუალო სპეციალური განათლების სამინისტროსთან არსებული უმაღლესი განათლების სასწავლო-მეთოდური სამმართველოს მიერ, წარმოადგენდა ძირითად სახელმძღვანელო დოკუმენტს და გარკვეული მოდიფიკაციებით გამოიყენებოდა საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებში. უკანასკნელი ასეთი პროგრამა შედგენილია 1984 წელს (2) და რასაკვირველია სავსებით არ შეეფერება ჩვენს რეალობას.

უცხოური (გერმანული) ენის სასწავლო პროგრამის შედგენის დროს უპირველეს ყოვლისა გათვალისწინებულ უნდა იქნეს სწავლების მიზანი და ამოცანები, რაც განსაზღვრავს კიდევ მის შინაარსს. ტრადიციულად და ბოლო 1984 წლის პროგრამის მიხედვით არაენობრივ უმაღლეს სასწავლებლებში უცხოური ენების სწავლების მთავარი მიზანი იყო გამოგეგმუშავებინა მომავალ სპეციალისტებში უცხოური ლიტერატურის თავისუფლად გამოყენების, მისი დამოუკიდებლად წაკითხვისა და გაგების

უნარ-ჩვევები. გარდა ამისა გათვალისწინებული იყო პროგრამული ენობრივი მასალის ფარგლებში საუბარში მონაწილეობის უნარ-ჩვევების გამომუშავებაც.

როგორც ვხედავთ, ამ პროგრამის მიხედვით მართალია სპეციალისტთა თანამედროვე მომზადების აუცილებელ კომპონენტს მათ მიერ უცხო ენის პრაქტიკული შეთვისება წარმოადგენს, მაგრამ აღნიშნული მიზნის მიღწევისათვის პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა ენიჭება ინფორმაციის მიზნით სპეციალური ლიტერატურის კითხვისა და პროგრამით გათვალისწინებული მასალის ფარგლებში ზეპირმეტყველების უნარ-ჩვევების გამომუშავებას. ზემოაღნიშნული პროგრამა ძირფესვიან გადაკეთებას მოითხოვს. თანამედროვე რეალობიდან გამომდინარე კითხვა, როგორც სამეტყველო მოქმედების რეცეპტული სახე, არ შეიძლება იყოს ენის კომუნიკაციური სწავლების ძირითადი მიზანი, როგორც ეს დასახელებული პროგრამითაა გათვალისწინებული. მით უმეტეს, რომ მისი ხვედრითი წილი სწავლების პირველი ეტაპიდან (50%) ბოლო ეტაპამდე (70%) იზრდება. რაც შეეხება წერას, როგორც სამეტყველო მოქმედების აგრეთვე რეცეპტულ სახეს, იგი სწავლების დამხმარე საშუალებად გამოიყენება კითხვისა და ზეპირმეტყველების უნარ-ჩვევების განვითარების დროს და მას უშინშენილო სასწავლო დრო ეთმობა ჯერ 10%, ხოლო შემდეგ 15%.

ზემოაღნიშნული პროგრამით ტერმინი “ზეპირმეტყველება” აერთიანებს სამეტყველო მოქმედების ორ სახეს “აუღირებასა” და “ლაპარაკს”. პირველი მათგანი დაკავშირებულია მეტყველების აღქმასთან (რეცეფცია, იმპრესია), მეორე – მის პროდუქციასთან (წარმოქმნა, ექსპრესია). სწავლების დროს გათვალისწინებულია მათი ურთიერთქმედება, მაგრამ მათი ხვედრითი წილი სწავლების ეტაპების მიხედვით რატომღაც მცირდება - I ეტაპი ლაპარაკი 20%, აუღირება 20%, ბოლო ეტაპი - ლაპარაკი 15%, აუღირება 10%.

ასეთი მიდგომით ენის სწავლებისას აქცენტი გადატანილია ძირითადად რეცეპტული უნარ-ჩვევების განვითარებისაკენ, რასაც საბოლოო ჯამში მივყავართ ენის პასიურ და არა აქტიურ, პრაქტიკულ ფლობამდე.

ახალი ორიენტაცია უცხოური ენების მეთოდოლოგიასა და დიდაქტიკაში კომუნიკაციურ სწავლებას გულისხმობს. კომუნიკაციური სწავლება საინტერესოა ორი, პრაგმატული და პედაგოგიური თვალსაზრისით. განსხვავებით “ძველი ენებისაგან” (ლათინური, ბერძნული), რომლებიც მხოლოდ წერილობით ძეგლებში გვხვდება, თანამედროვე ენები პრაგმატული მიზნით შეისწავლება, რაც გულისხმობს ამ ენაზე კომუნიკაციის განხორციელების უნარის არსებობას. ასე გაჩნდა კომუნიკაციურ დიდაქტიკაში სიტუაციურობის, ავთენტურობის, კონტექსტუალობის და სხვა

პრინციპები (4). აქედან გამომდინარე, პრაგმატულად ორიენტირებული სწავლების მთავარი მიზანია არა ენობრივი და ქვეყანათმცოდნეობითი ცოდნის შეთვისება, არამედ უცხოურ ენაზე კომუნიკაციის განხორციელება, კერძოდ კი მოსმენის, ლაპარაკის, კითხვისა და წერის უნარის ჩამოყალიბება. ასეთი მიდგომით ენა განიხილება არა როგორც ენობრივი ფორმების სისტემა, არამედ როგორც ადამიანური მოქმედების ერთ-ერთი ასპექტი.

ე.ი. სწავლების ახალი მიზანდასახულობიდან გამომდინარე გარკვეული ცვლილებები უნდა იქნეს შეტანილი სწავლების შინაარსში: ენობრივი და ტექსტობრივი მასალის შერჩევაში, სავარჯიშოების სისტემატიზაციისა და სწავლების პროგრესიაში.

სამედიცინო უცხოური ენის დაუფლების უმნიშვნელოვანეს მიზანს კომუნიკაციური და პროფესიული კომპეტენციის გამოქვეყნება წარმოადგენს. ამდენად, ძირფესვიანად შესაცვლელია სამეტყველო მოქმედების ზემოაღნიშნული პროცენტული განაწილება არაენობრივ უმაღლეს სასწავლებლებში უცხოური ენის სწავლების კურსის პროგრამაში. საზღვარგარეთელ კოლეგებთან კონტაქტების დღემდე არნახულმა განვითარებამ, ურთიერთვიზიტების, ერთობლივი სამეცნიერო პროექტების, კონფერენციების და სიმპოზიუმების სიხშირის მატებამ, დღის წესრიგში დააყენა ამა თუ იმ დარგის სპეციალისტის მიერ უცხოური ენის აქტიური, პრაქტიკული ცოდნა, რაც უპირველეს ყოვლისა მის კომუნიკაციურ გამოყენებას გულისხმობს. სპეციალისტი, ჩვენს შემთხვევაში ექიმი, იმდენად უნდა ფლობდეს უცხოურ ენას, რომ შეძლოს უცხოელ კოლეგებთან თავისუფლად საუბარი, უცხო ენაზე მოხსენების გაკეთება და გამართულ დისკუსიებში მონაწილეობის მიღება. გარდა ამისა, მას ისე უნდა ჰქონდეს აუდირების უნარ-ჩვევები გამოუმუშავებული, რომ თავისუფლად შეეძლოს უცხოელი კოლეგების საუბრის თუ წაკითხული მოხსენების გაგება. უკან დარჩა ის დრო, როდესაც საზღვარგარეთ წასვლა და იქაურ კოლეგებთან კონტაქტი, თუ იქ ლექციების ან მოხსენების წაკითხვა, არარეალური იყო. ამიტომ გაიზარდა ენის პრაქტიკულად ფლობის მოტივაცია. აქვე უნდა აღინიშნოს ის გარემოება, რომ სამედიცინო უნივერსიტეტში მისაღებ გამოცდებზე უცხოური ენის შემოღებამ მკვეთრად ასწია მომავალი სტუდენტის ცოდნის დონე, რაც ძველი პროგრამის მიხედვით სწავლების I ეტაპზე საბაზისო უნარ-ჩვევების ფორმირებისა და სასკოლო მინიმუმის გაძივრება-კორექტირების აუცილებლობას თავიდან აგვაცილებს.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, არაენობრივი უმაღლესი სასწავლებლების უცხოური ენების სასწავლო პროგრამაში უნდა მოხდეს აქცენტების მკვეთრი გადაადგილება. ყველაზე დიდი ხვედრითი წილი

(დაახლოებით 75%) უნდა მოდიოდეს აქტიური სამეტყველო მოქმედებების – ლაპარაკისა და აუდირების უნარ-ჩვევათა გამომუშავებაზე. ეს სრულებითაც არ ნიშნავს კითხვის, როგორც ერთ-ერთი აუცილებელი სამეტყველო მოქმედების იგნორირებას, მაგრამ იგი მინც დაქვემდებარებულ როლს უნდა თამაშობდეს ძირითადი მიზნის – ზეპირმეტყველების განვითარების ფონზე. ჩვენი აზრით, უნდა დადგინდეს სამეტყველო მოქმედებების შემდეგი თანმიმდევრობა: აუდირება, ლაპარაკი, კითხვა, წერა.

გარდა სამეტყველო მოქმედების ასეთი გადანაცვლებისა, სერიოზული კორექტივებია შესატანი აგრეთვე მათი პროცენტული განაწილებისას უცხოური (გერმანული) ენის შესწავლის კურსში. სრულიად მიუღებელია კითხვის პროცენტული რაოდენობის პროგრამისეული ზრდა სწავლების ეტაპების მიხედვით (I-50% II-65% III-70%). ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს იმას, რომ მთელი პროგრამა ორიენტირებულია ენის სწავლების რეცეპტულ მიმართულებაზე. ასევე გაუგებარია სწავლების ზედა საფეხურზე ლაპარაკისა და აუდირების ზვედრითი წილის შემცირება. რაც შეეხება წერას, რომელიც პროგრამაში განხილულია არა როგორც სწავლების მიზანი, არამედ საშუალება, მისი როლიც გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანია თანამედროვე პირობებში. ამიტომ ეს სამეტყველო მოქმედებაც, ჩვენი აზრით, უნდა ჩაითვალოს სწავლების ერთ-ერთ მიზნად და მისი ზვედრითი წილი სწავლების მაღალ ეტაპზე შემცირების ნაცვლად უნდა გაიზარდოს. ვერც იმაში დავეთანხმებით არსებული პროგრამის შემდგენლებს, რომ წერის რეალიზება უნდა მოხდეს დანარჩენი უნარ-ჩვევების დასაუფლებელ სავარჯიშოებში. გვინდა შევეხოთ თარგმანის საკითხსაც. ჩვენი აზრით, თარგმანიც შეიძლება სწავლების ერთ-ერთ ასპექტად განვიხილოთ, განსაკუთრებით ქართულენოვან უმაღლეს სასწავლებლებში, რადგან ქართული და ევროპული ენები, მათ შორის გერმანული, თავიანთი სტრუქტურით ძალზე განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან და მომავალ სპეციალისტს უნდა შეეძლოს კვალიფიციური, ადეკვატური თარგმნის შესრულება.

ამგვარად, სამეტყველო უნარ-ჩვევების ზვედრითი წილი პროგრამაში შემდეგნაირად უნდა განაწილდეს: ლაპარაკი – 50%, აუდირება – 25%, კითხვა – 15%, წერა – 10%.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, არაენობრივ უმაღლეს სასწავლებლებში უცხოური, კერძოდ კი გერმანული ენის სწავლების პროგრამაში უნდა მოხდეს ძირეული ცვლილებები. იგი ორიენტირებული უნდა იყოს მომავალი სპეციალისტის მიერ ენის პრაქტიკულ, კომუნიკაციურ ფლობაზე, რაც უპირველეს ყოვლისა გულისხმობს ამ ენაზე თავისუფალ

საუბარს პროფესიული მოღვაწეობის დროს, უცხოურ ენაზე მოსმენილი ინფორმაციის გაგებას, სპეციალური ლიტერატურის კითხვას, აგრეთვე კოლეგებთან მიმოწერის წარმოებასა და უცხოურ ენაზე მოხსენების დაწერას. სწორედ ასე შეიძლება უცხოური ენის, როგორც სასწავლო საგნის შესწავლიდან გადავიდეთ მის პრაქტიკულ გამოყენებაზე.

ზემოთ ჩვენ შევეცადეთ ჩამოგვეყალიბებინა სამედიცინო უმაღლეს სასწავლებლებში უცხოური, კერძოდ კი გერმანული ენის სწავლების კურსის სტრუქტურის კონცეპტუალური დებულებები. რასაკვირველია, შესაბამისად უნდა შეიცვალოს სწავლების შინაარსიც.

ლიტერატურა:

1. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო. სამედიცინო განათლების საკითხებისადმი მიძღვნილი თათბირ-სემინარის მასალები. თბილისი. 1997.
2. Программа по немецкому языку для неязыковых специальностей высших учебных заведений. Москва. 1984.
3. Hesová J. Deutsch für Ingenieursberufe. In: XI. Internationale Deutschlehrertagung. Deutsch in Europa und in der Welt. Chancen und Initiativen. Amsterdam 4-9. August. 1997. S. 70.
4. Neuner G; Hunfeld H. Methoden des fremdsprachlichen Deutschunterrichts. Kassel. 1993.

Кутелия М.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ НЕМЕЦКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЯЗЫКУ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ

РЕЗЮМЕ

Новая ориентация в методике и дидактике обучения отраслевому иностранному языку подразумевает коммуникативное обучение, основной целью которого является выработка коммуникативной и профессиональной компетенции. Для этого необходимо внести коренные изменения в структуре и программе курса обучения.

Kutelia M.

PROFESSIONALLY ORIENTED TEACHING OF MEDICAL GERMAN LANGUAGE: PROBABILITIES AND PROBLEMS

SUMMARY

New orientation in methods and didactics of foreign languages in different spheres of science imply communicative teaching. The principal aim of which is to produce communicative and professional competence. For this purpose it's necessary to make changes in structure of teaching course and curriculum.

**არაიონოგენურ სურფაქტანტ პროქსანოლ 3-268-ის გავლენა
ერიტროციტების მემბრანასა და სისხლის ზედაპირულ
დაჭიმულობაზე ავთვისებიანი სიმსივნეების
ზრდის პროცესში**

თსსუ, პათოფიზიოლოგიის კათედრა

თანამედროვე ონკოლოგიაში ათვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობისას ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება პარანეოპლასტიური ცვლილებების კორექცია. ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციის ტოტალური დარღვევა, რომელიც ახასიათებს ათვისებიან ზრდას, შეიძლება დაკავშირებული იყოს სისხლის რეოლოგიური თვისებების გაუარესებასთან. რეოლოგიური თვისებების შეცვლა დიდად არის დამოკიდებული სისხლის ზედაპირულ დაჭიმულობასა და ერიტროციტების მემბრანის მდგომარეობაზე. იმის გამო, რომ ერიტროციტების მემბრანა საკმაოდ ლაბილურია, ის სწრაფად რეაგირებს სიმსივნური ზრდის პროცესში განვითარებულ ნეოთიერებათა ცვლის მრავალფეროვან ძვრებზე. ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ინტერესს მოკლებული არ იქნებოდა შეგვესწავლა ეს პარამეტრები ათვისებიანი სიმსივნის ზრდის პროცესში და დაგვედინა არაიონოგენურ სურფაქტანტ პროქსანოლ 3-268-ის გავლენა ერიტროციტების მემბრანასა და სისხლზე, ვინაიდან ცნობილია, რომ ზედაპირულად აქტიურ ნეოთიერებებს ახასიათებს ფაზების გაყოფის ზედაპირზე განლაგება და მათი ფიზიკური თვისებების შეცვლა (1.2.).

ექსპერიმენტი ჩატარდა შერეული პოპულაციის, მამრობითი სქესის 40 ლაბორატორიულ თაგვზე, რომელთაგან 10 ცხოველი იყო საკონტროლო, ხოლო დანარჩენ 30-ს კანქვემ გადაენერგა ერლიხის კარცინომა. გამოკვლევები ჩატარდა სიმსივნის გადანერგვიდან მე-7, მე-14 და 21-ე დღეს. სისხლს ვიღებდით ზოგადი გაუტკივარების პირობებში, ანტიკოაგულანტად გამოყენებული იქნა ნატრიუმის ციტრატის გაჯერებული ხსნარი.

სისხლის ზედაპირულ დაჭიმულობას ვსაზღვრავდით რებინდერის მეთოდით ბიოსურფაქტოტენზიომეტრის გამოყენებით. სისხლის ნიმუში სპეციალური აღჭურვილობის მეშვეობით მუდმივად იმყოფებოდა $37 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ ტემპერატურაზე. წნევა, რომელიც საკმარისი იყო სისხლის ზედაპირის დარღვევისათვის, რეგისტრირდებოდა წყლის მანომეტრით (ზედაპირის შექმნის დრო 30 წამი). სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობის გაზომვამდე ხელსაწყო კალიბრდებოდა: იზომებოდა დისტორირებული წყლის ზედაპირული დაჭიმულობა (70 დინ/სმ²) და სამედიცინო სპირტის ზედაპირული დაჭიმულობა (21 დინ/სმ²). ამის შემდეგ სისხლის ნიმუშის ზედაპირული დაჭიმულობის დადგენა ხდებოდა პროპორციების შედგენით.

ერთიროციტების მექანიკური რეზისტენტობა შევისწავლეთ ტურბიდიმეტრიული, ულტრაბგერითი ციტოლიზის მეთოდით საკონტროლო და უოკერის სარკომიან ვირთაგვებში სიმსივნის გადანერგვიდან მე-3 და მე-10 დღეს.

ექსპერიმენტის შედეგად დადგინდა, რომ სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობა საკონტროლო ცხოველებში შეადგენს $50 \pm 0,2$ დინ/სმ², ერლიზის კარცინომის გადანერგვიდან მე-7 დღეს სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობა იყო $65 \pm 0,5$ დინ/სმ², მე-14 დღეს $56 \pm 0,3$ დინ/სმ², ხოლო 21-ე დღეს - $60 \pm 0,2$ დინ/სმ².

სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობის აღნიშნული მატება ავთვისებიანი სიმსივნური ზრდის დროს შესაძლოა გამოწვეული იყოს სიმსივნური პროცესების თანმხლები ჰიპოალბუმინემიით (3.4), მკაფა-ტუტოვანი წონასწორობის გადაზრით აციდოზისაკენ, სავარაუდოა ასევე ზედაპირულად აქტიური ნივთიერებების რაოდენობის დაქვეითების თუ მათი ინაქტივაციის როლი და სხვა. ამას გარდა, თუ გავითვალისწინებთ Silk-ის და Sigman-ის (1972) მონაცემებს, რომლებიც აღნიშნავენ ზედაპირულად აქტიურ ნივთიერებათა მოქმედების შემაფერხებელ გავლენას მეტასტაზების გავრცელებაზე, სავარაუდოა, რომ სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობის მკვეთრი მატება და შესაბამისად ზედაპირული აქტივობის დაქვეითება სიმსივნური ზრდის მე-7 დღეს ხელს უწყობდეს მეტასტაზური უჯრედების ადჰეზიას მიკროსისხლძარღვთა კედლებზე და შესაბამისად სიმსივნური პროცესის გენერალიზებას.

ექსპერიმენტის მეორე სერიამი გამოსაკვლევ სისხლს დავამატეთ პროქსანოლი (5 მგ კ-268 მლ სისხლზე) და კვლავ განვსაზღვრეთ სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობა. გამოკვლევის შედეგად დადგინდა, რომ პროქსანოლის ზემოქმედების შედეგად საკონტროლო ცხოველების სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობა გახდა $35 \pm 1,5$ დინ/სმ². ერლიზის კარცინომის გადანერგვიდან მე-7 დღეს - $49 \pm 1,3$ დინ/სმ², მე-14 დღეს - $41 \pm 1,5$ დინ/სმ², ხოლო 21-ე დღეს $45 \pm 0,9$ დინ/სმ². ე.ი. სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობა საკონტროლო ცხოველებში დაქვეითდა 30%-ით, სიმსივნის გადანერგვიდან მე-7, მე-14 და 21-ე დღეს კი შესაბამისად 25%-ით, 27%-ით და 25%-ით.

ერთიროციტების მექანიკური რეზისტენტობის შესწავლით დადგინდა, რომ საკონტროლო ცხოველებში ერთიროციტების მექანიკური რეზისტენტობა ტოლია $12,4 \pm 0,7$ -ის სიმსივნის გადანერგვიდან მე-3 დღეს $7,4 \pm 0,5$ -ის, ხოლო მე-10 დღეს - $6,7 \pm 1,2$ -ის. პროქსანოლით მკურნალობის (400 მგ კ-268 1 კგ წონაზე) შემდეგ აღმოჩნდა, რომ ერთიროციტების მექანიკური რეზისტენტობა სიმსივნური ზრდის მე-3 დღეს იყო $11,9 \pm 0,4$, ხოლო მე-10 დღეს - $10,5 \pm 1,2$.

მიღებული შედეგებიდან შეიძლება დავასკვნათ:

1. ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის პროცესში მნიშვნელოვნად მატულობს სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობა;
2. სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობის მკვეთრი მატება აღინიშნება სიმსივნის გადანერგვიდან მე-7 დღეს;
3. ზედაპირულად აქტიური ნივთიერება პროქსანოლ პ-268-ის ზემოქმედებით სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობა როგორც ნორმის, ისე ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის დროს მცირდება;
4. ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის პროცესში მკვეთრად ქვეითდება ერთროციტების მექანიკური რეზისტენტობა;
5. პროქსანოლით მკურნალობის შემთხვევაში ერთროციტების მექანიკური რეზისტენტობა საგრძნობლად უმჯობესდება;
6. სავარაუდოა, რომ პროქსანოლ პ-268-ის მოქმედებით ერთროციტების მემბრანის სტაბილიზაცია და სისხლის ზედაპირული დაჭიმულობის ნორმალიზაცია ხელს უნდა უწყობდეს სისხლის რეოლოგიური თვისებების გაუმჯობესებას და შესაბამისად მიკროჰემოდირკულაციის პარანეოპლაზოური დარღვევის კორექციას.

ლიტერატურა:

1. Evstratova K.I., Kupina N.A., Malakhova E.B. - Physical and colloid chemistry. Vysshaya shkola, Moscow, 1990, p. 488
2. Zakharchenko V.N. - Colloid chemistry, Moscow, 1989, p. 238
3. Shapot V.N., Berdinscikh N.C. - O mechanizme hypoalbuminemii pri experimentalnikh opukholiakh. voprosi oncologii, 1975, vol.21, N2, p. 57-62
4. Thompson D.K., Haddow I.E., Smith D.E. - Serum protein changes in women with early breast cancer. Cancer 1981, vol. 48, N3, p.793-798
5. Silk M., Sigman E. - Effect of pluronic F-68 on the development of tumour metastasis. Cancer 1972, vol.29, N1, p. 171

Гамбашидзе К., Кипиანი В.,

Бежитавили Н., Каркарашвили Д., Пхаладзе Н.

ДЕЙСТВИЕ ПРОКСАНОЛА П-268 НА МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ И ПОВЕРХНОСТНОЕ НАТЯЖЕНИЕ КРОВИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ОПУХОЛЕВОМ РОСТЕ

РЕЗЮМЕ

Методом Ребиндера изучено поверхностное натяжение крови в динамике роста карциномы Эрлиха мышей и методом турбидиметрической цитоплазогаммы исследована механическая резистентность эритроцитов в динамике роста карцино-саркомы Уокера крыс до и после лечения Проксанолом П-268.

Установлено, что при злокачественном опухолевом росте резко повышается поверхностное натяжение крови и снижается механическая резистентность эритроцитов.

После лечения Проксанолом вышеуказанные параметры значительно улучшаются, что связано со стабилизирующим действием препарата на биомембраны. Стабилизация мембран эритроцитов и коррекция поверхностного натяжения крови способствуют улучшению реологических показателей и микрогемодинамики.

Gambashidze K., Kipiani V., Beshitashvili N., Karkarashvili D., Pkhaladze N.
ACTION OF NONIONIC SURFACE-ACTIVE AGENT PROXANOL P-268 ON
ERYTHROCYTES AND BLOOD SURFACE TENSION DURING THE
MALIGNANT TUMOUR GROWTH

SUMMARY

The blood surface tension of mice in dynamics of Ehrlich carcinoma growth was determined by Rebindery method. Erythrocytes mechanical resistance was studied with the help of turbidimetric cytolisogramic method in rats with Walker carcinosarcoma. It's fixed, that the blood surface tension is significantly increased during malignant tumour growth, but mechanical resistance is decreased. As the result of the action of nonionic surface-active agent Proxanol P-268, the blood surface tension is reduced both in normal and during the malignant tumor growth and mechanical resistance is improved, which should favour the improve of blood rheological properties and microhemocirculation.

რ.ღვამიჩავა, ი.ბაქრაძე, მ.შაველია, ი.აბესაძე, გ.ბაქრაძე

სწორი ნაწლავის კიბოს სპინდტარემახველი
ოპერაციების ინეროპერაციული გართულებები

თსსუ, ონკოლოგიის კათედრა

სადღეისოდ სწორი ნაწლავის კიბოს მკურნალობაში წამყვანი როლი ქირურგიულ მეთოდს ეკუთვნის. სწორი ნაწლავის კიბოს ლიმფოგენური მეტასტაზირების გზების დეტალურმა შესწავლამ, ანესთეზიოლოგიური სამსახურის განვითარებამ და ქირურგიული ტექნიკის დახვეწამ დღის წესრიგში დააყენა სფინქტერემიანხველი ოპერაციების ჩვენების გაფართოება ონკოლოგიური რადიკალიზმის დაცვის პირობებში.

როგი ავტორების მონაცემებით, სწორი ნაწლავის კიბოს რადიკალური ქირურგიული ოპერაციების დროს ინტრაოპერაციული გართულებების სიხშირე 6-12%-ს შეადგენს (1,2,3,5).

საქართველოს პროფ. ა.ღვამიჩავას სახ. ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის კოლოპროქტოლოგიურ განყოფილებაში, რომელც წარმოადგენს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ონკოლოგიის კათედრის ბაზას, სწორი ნაწლავის კიბოს გამო ჩატარებულია 399 სფინქტერმუნახველი ოპერაცია. ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 24-დან 74 წლამდე. ქალი იყო 207 (51,8%), კაცი 192 (48,2%). ყველა შემთხვევაში ავადმყოფებს დადგენილი ჰქონდათ სწორი ნაწლავის სხვადასხვა დოფერენცირების ჯირკვლოვანი კარცინომა.

ჩვენს მიერ განხორციელებულ ავადმყოფთა ჯგუფში შესრულებული იყო შემდეგი სახის სფინქტერმუნახველი ოპერაცია: სწორი ნაწლავის წინა რეზექცია - 161 (40,35%), სწორი ნაწლავის აბდომინურ-ანალური რეზექცია კოლინჯის ჩამოტანით ანალურ არხში - 78 (19,55%), ჰარტმანის ოპერაცია - 120 (30,08%), სწორი ნაწლავის სუპრანალური რეზექცია ერთლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბებით - 40 (10,02%).

ნაოპერაციები 399 ავადმყოფიდან ინტრაოპერაციული გართულება აღინიშნა 26 შემთხვევაში (6,5%). აქედან 5 (1,3%) შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა სისხლდენას, 3 (0,7%) შემთხვევაში შარდსაწვეთის დაზიანებას, 7(1,7%) ნაწლავის სანათურის მთლიანობის დარღვევას, 6(1,5%) შემთხვევაში აბსცედირებული ღრუს გახსნას, ხოლო 5 (1,3%) შემთხვევაში აღინიშნა ანალურ არხში ჩამოტანილი კოლინჯის ფრაგმენტის კვების მოშლა.

სწორი ნაწლავის კიბოს ქირურგიული ოპერაციების ერთ-ერთ სამიმ ინტრაოპერაციულ გართულებას წარმოადგენს სისხლდენა გავის ძვლის ვენებიდან. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული გართულება საკმაოდ იშვიათია (2-3%), ოგი ხასიათდება ლეტალობის მაღალი მაჩვენებლით და შეადგენს 50-80% (4,6). ჩვენი მასაღით ოპერაციის დროს ძლიერი სისხლდენა აღინიშნა 5 ავადმყოფს. აქედან გავის ძვლის ვენებიდან სისხლდენას ადგილი ჰქონდა 2 შემთხვევაში. ერთ ავადმყოფს გაუკეთდა სწორი ნაწლავის წინა რეზექცია, მეორეს სწორი ნაწლავის აბდომინურ-ანალური რეზექცია სიგმის ჩამოტანით ანალურ არხში. სწორი ნაწლავის წინა რეზექციის შემთხვევაში შეეძლოთ ძლიერი სისხლდენის შეჩერება, ხოლო მეორე შემთხვევაში მიუხედავად მასიური ჰემოტრანსფუზიისა, ზოგადი და ადგილობრივი ჰემოსტატიკების გამოყენებისა, თემოს შიგნითა არტერიების გადაკვანძვისა და პრესაკრალური მიდამოს მჭიდრო ტამპონადისა, ავადმყოფი სისხლდენით გარდაიცვალა საოპერაციო მაგიდაზე. 2 შემთხვევაში აღინიშნა სისხლდენა პროსტატის რეზექტირებული უბნიდან და 1 შემთხვევაში მცირე მენჯის გვერდითი კედლიდან. სამივე შემთხვევაში სრული ჰემოსტაზი მიღწეულ იქნა სისხლმდენი უბნების ამოკერვით.

3 შემთხვევაში (0,75%) სიმსივნის ბასრი წესით გამონთავისუფლების დროს ადგილი ჰქონდა მარცხენა შარდსაწვეთის დაზიანებას. მათგან 2 შემთხვევაში განხორციელებული იყო ჰარტმანის ოპერაცია, ხოლო 1 შემთხვევაში სწორი ნაწლავის სუპრანალური რეზექცია. ყველა შემთხვევაში შარდსაწვეთის დაზიანება აღმოჩენილი იქნა ოპერაციის მსვლელობის დროს და მისი მთლიანობა აღსდგა კათეტერზე დექსონის სერო-კუნთოვანი 4 კვანძოვანი ნაკერით. კათეტერს შარდსაწვეთიდან ვიღებთ ცისტოსკოპის საშუალებით ოპერაციიდან 12 დღეს. ანასტომოზის უკმარისობას ადგილი არ ჰქონია.

სწორი ნაწლავის მობილიზაციის დროს 7 (1,7%) შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ნაწლავის სანათურის მთლიანობის დარღვევას. ამასთან, 4 შემთხვევაში ნაწლავის სანათურის მთლიანობის დაზიანებამ გვაიძულა უარი გვეთქვა პირველადი ანასტომოზის ჩამოყალიბებაზე. 2 შემთხვევაში სწორი ნაწლავის ზემოაბჯურული ნაწილის დიდი ზომის სიმსივნის შარდის ბუშტოდან და საშვილოსნოს ყელიდან გამონთავისუფლებისას სიმსივნის მთლიანობის დარღვევის შემდეგ ოპერაციის მე-6, მე-8 დღეს განვითარდა დიფუზური პერიტონიტი, რის გამოც ჩატარებულ იქნა რელაპარატომია. მიუხედავად ამისა, ორივე ავადმყოფი გარდაიცვალა.

სფინქტერშემნახველი ოპერაციის 6 (1,5%) შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა აბსცედირებული ღრუს გახსნას. ყველა შემთხვევაში ანასტომოზის ჩამოყალიბებაზე თავი იქნა შეაკვებული და განხორციელდა ჰარტმანის ოპერაცია. 2 შემთხვევაში მიუხედავად მიღებული ზომებისა (ადგილობრივი სანაცია, მუცლის ღრუს დრენირება, ძლიერი ანტიბაქტერიული მკურნალობა) განვითარდა პერიტონიტი, აქედან 1 ავადმყოფი გარდაიცვალა.

სწორი ნაწლავის აბდომინურ-ანალური რეზექციის ჩატარებისას 5 შემთხვევაში კოლიჯის ანალურ არხში ჩამოჭანის მომენტისათვის გამოვლინდა ტრანსპლანტატის დისტალური ფრაგმენტის კვების მოშლა. ხუთივე შემთხვევაში ოპერაციის მოცულობა შეიცვალა. 1 შემთხვევაში ჰარტმანის ოპერაციის და 4 შემთხვევაში სწორი ნაწლავის სუპრანალური რეზექციის სასარგებლოდ.

ამგვარად, 399 სფინქტერშემნახველი ოპერაციიდან, რომელიც ჩატარებული იყო სწორი ნაწლავის კიბოს გამო, ინტრაოპერაციულ გართულებას ადგილი ჰქონდა 26 (6,5%) შემთხვევაში. ინტრაოპერაციული გართულება სიკვდილის უშუალო მიზეზს წარმოადგენდა 4(1,0%) შემთხვევაში. აქედან 3 ავადმყოფი გარდაიცვალა ინტრაოპერაციული გართულების შედეგად განვითარებული პერიტონიტით, ხოლო 1 ავადმყოფი სისხლდენით.

დასასრულს, გვინდა აღვნიშნოთ, რომ სწორი ნაწლავის კიბოს დროს სფინქტერშემნახველი ოპერაციები წარმოადგენს ონკოქირურგიის ურთულეს პრობლემას და მათი წარმოება სასურველია განხორციელდეს სპეციალი-

ზირებულ განყოფილებებში, რომელთაც გააჩნიათ მსხვილი ნაწლავის ქირურგიის საკმარისი გამოცდილება.

ლიტერატურა:

1. Блохин И.И. Диагностика и лечение рака прямой и ободочной кишки. М., 1981.
2. Снежко Л.И. Профилактика рецидивов и метастазов рака толстой кишки. Л., 1976.
3. Федоров В.Д., Амелина О.П., Одарюк Т.С. Хирургическая тактика при кровотечениях во время радикальных операций на прямой кишке. Хирургия, 1988, Т9, 131-134.
4. Хилдин С.А. Новообразования прямой и сигмовидной кишки. М., 1977.
5. Asmussen M., Miller A. - Clinical gynaecological urology - London, 1983.
6. Todd., G.Carad. J. Surg. 1978. vol. 21, p. 42-44.

**Гвамичава Р., Бакрадзе И., Шавдия М., Абесадзе И., Бакрадзе Г.
ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ
СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ
ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

РЕЗЮМЕ

В статье проанализированы результаты 399 сфинктеросохраняющих операций среди больных раком прямой кишки. Интраоперационные осложнения наблюдались в 6,5% случаев. Среди них перфорация кишки во время мобилизации 1,7%, кровотечение 1,3%, вскрытие абсцесса 1,5%, повреждение мочеточника 0,7%, нарушение кровоснабжения низведенной в анус ободочной кишки 1,3%.

**Gvamichava R., Bakradze I., Shavdia M., Abesadze I., Bakradze G.
INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS UNDER THE SPHINCTER-SAVED
SURGERY IN PATIENTS WITH RECTAL CANCER**

SUMMARY

The article deals with the results of sphincter-saved operation in 399 patients with rectal cancer. Intraoperative complications were observed in 6,5% of cases. Of this contingent perforation of rectum under the mobilization was in 1,7%, bleeding - in 1,3%, autopsy of the abscess - in 1,5%, damage of the ureter - in 0,7% and blood supply disturbance (circulatory disturbance) of colon brought down to anus - in 1,3% of cases.

ზსავლოლიუპანის მიოდისტროფიის თავისებური ფორმა (კლინიკური შემთხვევა)

ოსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ნერვულ სნეულებათა კლინიკა

ნერვული სისტემის მემკვიდრული დაავადების თითქმის ყველა ფორმა უმეტესწილად 2 არაერთგვაროვანი ჯგუფით ლოდინანტური და რეცესიული გამოვლინებით წარმოგვიდგება. იმ შემთხვევაში კი, როდესაც დაავადება სტრესთან შეჭიდულ რეცესიულ ფორმას მიეკუთვნება, მას იმ მათთან ერთად გვხვდება აუტოსომური ბუნების დაავადებებიც (1,2,3).

ასეთ ფორმას მიეკუთვნება ფსევდოდოუშენის მიოდისტროფია, რომელიც დოუშენის ფორმის ყველა ძირითად დამახასიათებელ ნიშანს იმეორებს. ფსევდოდოუშენის მიოდისტროფია იშვიათ დაავადებას წარმოადგენს. აღნიშნული ფორმის ლიტერატურული ანალიზი ურთიერთსაწინააღმდეგო შეხედულებებს აყალიბებს: ზოგი ავტორი მას დოუშენის ფორმაზე ავთვისებიანად მიჩნევს, ზოგი კი, პირიქით, მას ძალზე მსუბუქი მიმდინარეობით ახასიათებს (3).

ამიტომაც ჩვენი აზრით, თითოეული ასეთი შემთხვევა უადრესად საინტერესოა როგორც კლინიკური, ისე გენეტიკური და პრაქტიკული თვალსაზრისით.

ჩვენი შემთხვევა სპორადული ხასიათისაა. პრობანდი ეკატერინე გ. ისტ. № 1723/65, 24 წლის, ზობის რ-ნი, სოფ. ხეთის მცხოვრები, I ჯგ. პენსიონერი რესპ. ცენტრ. კლ. საავადმყოფოს ქალთა ნერვულ განყოფილებაში მოთავსდა უმწეობის პოლისით №073691, 29/III-1999 წ. ჩივილებით ძალის მკვეთრ დაქვეითებაზე კიდურებში, დამოუკიდებლად სიარულის შეუძლებლობაზე, წამოდგომის გაძნელებაზე არა მარტო პირიზონტალური, არამედ მჯდომარე მდგომარეობიდანაც. დედის გადმოცემით გოგონა დაბადებიდანვე ძლიერ სუსტი და ავადმყოფი იყო, ამიტომაც 5 თვემდე საავადმყოფოში მკურნალობდა. ამ პერიოდში მას აღნიშნებოდა ხშირი გულისრევა და ლებინება, აგრეთვე ფიზიკურ განვითარებაში შეფერხება. 5 თვის ასაკიდან მდგომარეობა გამოუსწორდა, დაიწყო წონაში მატება, წლინახევრის ასაკში გაიარა, თუმცა ყურადღებას იპყრობდა ის, რომ სიარული და სურთოდ ყოველგვარი მოძრაობები ძალიან ნელი იყო და თანატოლებს ამკარად ჩამორჩებოდა. 2 წლის ასაკიდან შეინიშნებოდა იხვისებრი სიარული, უმიზეზოდ დაცემა და უკვე სკოლამდელ ასაკში კარგად ჰქონდა გამოხატული მოძრაობების შეზღუდვა და ძალის დაქვეითება ჯერ ქვემო კიდურებში, შემდეგ ზემო კიდურებშიც, თუმცა კუნთთა ატროფიები არ ემჩნეოდა, ცხიმოვანი ქსოვილის ჭარბად განვითარების გამო ბარძაყებსა და მხრების არეში. აღნიშნული დაავადების

გამო მკურნალობდა მოსკოვში პროფ. ბადალიანის ხელმძღვანელობით. პირველი კურსი ჩაუტარდა 8 წლის ასაკში, რის შემდეგაც მცირედ გაუზღვრობესაბას აღნიშნავენ. 11 წლის ასაკში მდგომარეობა განსაკუთრებით გაუარესდა, ძლიერ გაუჭირდა სიარული, ძალა მკვეთრად დააკლდა. განმეორებითი მკურნალობის კურსი მოსკოვში ამჯერად სრულიად უშედეგო იყო და 14 წლის ასაკში იგი სრული ინვალიდი გახდა. მკურნალობის ბოლო კურსი ჩაუტარდა თბილისში სამედიცინო აკადემიის ნერვულ განყოფილებაში 2 წლის წინ.

ობიექტურად აღენიშნებოდა: წარბების აწევა, შეკუმხვნა და თვალების დახუჭვა სწარმოებს ძალის დაქვეითებით და სიფართის შეზღუდვით. უჭირს ტუჩების წინ წამოწევა, აღენიშნება „განივი ღიმილი“. მარჯვნივ კბილების დაკრეჭვისას აღენიშნება მახვილი კუთხე. მარცხნივ დაქვეითებულია ხახის რეფლექსი და შესუსტებულია სასის ფარდების შეკუმშვა. მარჯვნივ scapula alata, გამოხატულია „თავის ჩაყურყუმალების“ სიმპტომი. მკვეთრადაა შეზღუდული აქტიური მოძრაობის სიფართო და ძალა კიდურების პროქსიმალურ ნაწილებში (1-2 ქულა), გაძლიერებული ფიზიოლოგიური ლორღოზი. გამოხატულია „იხვისებური სიარული“ (მას შემდეგ, როცა მას დააყენებენ ფეხზე), ფსევდოჰიპერტროფია მხრის და მენჯის სარტყლის, ზემო და ქვემო კიდურების პროქსიმალური სეგმენტების დ კანჭის კუნთებში, ძალა მკვეთრად დაქვეითებულია აგრეთვე ოთხივე კიდურის შიგნითა და გარეთა როტატორებში. ჰორიზონტალური მდგომარეობიდან, აგრეთვე დამჯდარიც ვერ დგება დამოუკიდებლად. ატროფირებულია ქედზედა, ქედქვეშა, ლაეიწზედა, ლაეიწქვეშა, გულმკერდის დიდი და მცირე კუნთები მეტად მარჯვნივ. ჩაუტარდა თერაპევტის კონსულტაცია: p-75, რითმული cor- ტონები სუფთა, TA 120/80 მმ. Hg სვეტის, Pulmo-ვეზ. სუნთქვა, მუცელი რბილი, პალპაციით უმტკივნეულო, ღვიძლი და ელენთა არ ისინჯება (პერიოდულად აღნიშნავს. TA მატებას 140/80 მმ. Hg სვეტამდე. დაენიშნა ანაპრილინი 10 მგ. 2X დღეში წნევის კონტროლით.

თავის ქალას R- ცვლილებები არ აღენიშნება.

ელექტრონეირომიოგრაფიით n.medianus dext. მოტორულ ბოჭკოებში აგზნების გატარების სიჩქარე შეადგენს 54,0 მ/წმ (N=61 მ/წმ), M-პასუხის Ad=Aტ=5,8 (N=10-12 მგ), რეზიდუალური ლატენცია - 3,1 მ/წმ, n.ulnaris dext. მოტორულ ბოჭკოებში აგზნების გატარების სიჩქარე შეადგენს 53,0 მ/წმ (N=59 მ/წმ), M პასუხის Ad=6,2 მგ, Aტ=5,8 (N=10-12 მგ), რეზიდუალური ლატენცია - 4,6 მ/წმ (N=2,5 მ/წმ); n.tibialis dext. მოტ. ბოჭკოებში აგზნების გატარების სიჩქარე - 32,3 მ/წმ, M-პასუხის Ad=4,4 მგ, Ap=3 მგ (N=2-3 მგ), რეზიდუალური ლატენცია - 3,9 მ/წმ (N=3,5 მ/წმ), n.peroneus dext. მოტორულ ბოჭკოებში აგზნების გატარების სიჩქარე

- 40,9 მ/წმ (N=50 მ/წმ), M-პასუხის Ad=Ap=0,6 მვ, (N=2-3 მვ), რეზიდუალური ლატენცია - 6,4 მ/წმ (N=3,5 მ/წმ).

ამრიგად, ელექტრომიოგრაფიული გამოკვლევით ადგილი აქვს აგზნების გატარების სიჩქარის დაქვეითებას ყველა ზემოთ აღნიშნული ნერვების მოტორულ ბოჭკოებში, მეტად ქვემო კიდურების ნერვებში, ამასთან ერთად n.peroneus dext. (მოტორულ ბოჭკოებში) და n.ulnaris dext. მოტ. ბოჭკოებში გამოხატული აქსონალური დაზიანების ნიშნები, ეკგ-ზე - სინუსური არითმია, სისხლის საერთო ანალიზი - Hb - 110, Er - 3,600000 Fi - 0,9, თრომბოციტები - 60%, ლეიკოციტები - 9900, მიელოციტები - 1%, მეტამიელოციტები - 1%, ჩხირბირთვიანი - 9%, სემენტიბირთვიანი - 70%, ეოზინოფილები - 0,5%, ლიმფოციტები - 13%, მონოციტები - 5%, პლაზმური უჯრედები - 0,5% ედს - 10 მმ სთ-ში, შარდის ანალიზი - ხე-წონა - 1028, ცილის ნიშანი, ბრტყელი ეპითელი დიდი რაოდენობით, ლეიკოციტები - 5-7 მხ/არეში, ერთიროციტები ერთეული.

ამრიგად, ჩვენს ავადმყოფს გამოხატული აქვს მასიური ფსევდოპიპერტროფიები მენჯის და მხრის სარტყლის, აგრეთვე ბარძაყის, კანჭისა და მხრის კუნთებში, მოძრაობის მკვეთრი შეზღუდვა და ძალის დაქვეითება - ღრმა პარეზის სახით, დაავადების ადრეული დაწყება (2 წლამდე) და ადრეული ინვალიდისაცია მის ავთვისებიან მიმდინარეობაზე მოუთითებს. ამასთან აღსანიშნავია, რომ პროცესში არ არის ჩართული გულის კუნთი, ეს ფაქტი ლიტერატურაშიც შეგვხვდა ფსევდოდიუმენის ფორმის აღწერის დროს. გასათვლისწინებელია ისიც, რომ პრობანდის მშობლები ერთი რაიონის მაცხოვრებლები არიან და ნევროლოგიური გამოკვლევით მიკროსიმპტომატიკა აღენიშნებათ, რაც შემთხვევის პომოზიგოტურობის მიზეზი უნდა იყოს. ელექტრონეირომიოგრაფიული კვლევით ვლინდება აგზნების სიჩქარის დაქვეითება ყველა გამოკვლეული ნერვის მოტორულ ბოჭკოებში, მეტად ქვემო კიდურებში. ამასთან რიგ მოტორულ ბოჭკოებში გამოხატული აქსონალური დაზიანების ნიშნები.

ეს შემთხვევა შეიძლება მიეკუთვნოს ე.წ. გარდამავალ კლინიკურ ფორმას მიოპათიებსა და ნეიროპათიებს შორის. გამოხატულ მოლდისტროფიულ პროცესს დაემატა დინამიკაში გაფანტული აქსონალური დაზიანება ზოგიერთი ნერვის მოტორულ ბოჭკოებში. ეს უნდა აიხსნას ნერვის იმეპით vasa nervorum-ში სისხლის ნაკადის დარღვევის გამო. საქმე უნდა ეხებოდეს მიკროანგიოპათიებს, როდესაც პროცესში ჩაითრევა უშუალოდ vasa nervorum-ი. ასეთივე მოვლენები ვითარდება ვასკულიტების დროს, ამავე დროს მსხვილი სისხლძარღვები ამ დროს სრულიად ინტაქტურია. Vasa nervorum-ის ასეთი დაზიანება ტიპურ შემთხვევებში იწვევს მრავლობით გაფანტულ მონონეიროპათიას ძირითადად მოტორულ ბოჭკოებში კეროვანი აქსონალური დაზიანებით.

1. И.Гаусманова - Петрович. "Мышечные заболевания". Варшава, 1971.
2. Б.М.Гехт, Н.А.Ильина - "Нервно-мышечные болезни", М., 1981.
3. Л.М.Гринию - "X-хромосомальные миопатии", М., 1997.

Глонты Л.

**СВОЕБРАЗНАЯ ФОРМА ПСЕВДОДУШЕННОВСКОЙ МИОПАТИИ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

РЕЗЮМЕ

Описан случай псевдодушеновской миопатии у девочки 24 лет с началом болезни 2 летнем возрасте и полной инвалидизацией в 14 лет.

Клинические и электронейромиографические данные указывают на т.н. переходную форму между миопатией и нейропатией. На выраженный миодистрофический процесс в проксимальных сегментах четырех конечностей, в обоих поясах и мимических мышц с массивной псевдографией добавилась рассеянная аксональная дегенерация в некоторых моторных волокнах нерва.

Это объясняется ишемией нерва в результате нарушения кровотока по vasa nervorum.

Glonty L.

**A DISTINCTIVE FORM OF PSEUDODUCHENNES MYOPATHY
(A CLINICAL CASE)**

SUMMARY

It was described a case of pseudoduchennes myopathy, where 24 year old girl was from the age of 2 and became completely invalid at the age of 14.

Clinical and electroneruromyographic findings indicate that it is a so called transitory form between the myopathe and the neuropathy. In addition to the pronounced myodystrophy in proximal segments of four extremities, in both girdles and mimic muscles with massive pseudohypertrophy, disseminated axonal degeneration in some motor fibers of nerves occurred.

This is explained with nerves ischemia as results of disorders of blood flow in vasa nervorum.

ლექტინ LPM₄₀₋₈₀-ის გამოყენება ერთროციტის მემბრანის ფიზიკურ-ქიმიური თავისებურებების ცვლილებას. თანამედროვე მემბრანოლოგიის ერთ-ერთი პერსპექტიული მეთოდოლოგიური მიდგომა მცენარეული ლექტინების გამოყენება.

თსსუ, პათოფიზიოლოგიის და სამედიცინო ბიოქიმიის კათედრები

ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე ბიოქიმიური ძვრები ამა თუ იმ პათოლოგიის დროს ხშირად იწვევს ერთროციტის მემბრანის ფიზიკურ-ქიმიური თავისებურებების ცვლილებას. თანამედროვე მემბრანოლოგიის ერთ-ერთი პერსპექტიული მეთოდოლოგიური მიდგომა მცენარეული ლექტინების გამოყენება.

ჩვენ გამოვიყენეთ ლექტინი LPM (იხ. ქვემოთ) პაროდონტიტით დაავადებული ავადმყოფების ერთროციტის მემბრანაში შესაძლო ძვრების გამოსავლენად. კერძოდ, შესწავლილია ერთროციტების ლიზისის კინეტიკა და მათი დეფორმაბელობის უნარი.

ლექტინები განსაკუთრებული თვისებების ოლიგომერული მულტივალენტური ცილებია, რომლებიც გამოირჩევიან უნარით შექცევითად დაიკავშირონ სპეციფიკური სტრუქტურის და კონფორმაციის მქონე ნახშირწყლები მათი ქიმიური გარდაქმნის გარეშე (1,2).

ვინაიდან ნებისმიერი უჯრედი (და კერძოდ ერთროციტი), დაფარულია ნახშირწყლების რთული კომპლექსით, ლექტინები უკავშირდებიან მათ და როგორც „ინსტრუმენტები“ წარმატებით გამოიყენებიან მემბრანის სტრუქტურის და ფუნქციის შესასწავლად.

რადგანაც ერთროციტის მემბრანაში არსებული ინტეგრალური ცილა-გლიკოფორინი ლობიოს თესლიდან გამოყოფილი ლექტინის - PHA-ს (Phytohemagglutinin) რეცეპტორია, ხოლო ლექტინების კომერციული პრეპარატები მეტად ძვირადღირებულია და იყიდება მხოლოდ ვალუტით, ჩვენ ქართული ენდემური ჯიშის თესლიდან გამოვყავთ და ფეტუნიტ გავასუფთავებთ ლექტინი, რომელსაც პირობითად დავარქვით LPM (3).

ერთროციტების ლიზისის კინეტიკას ვსწავლობდით ჩვენს მიერ დამუშავებული სპექტროფოტომეტრული დიფერენციული მეთოდით, რომელიც ჰემოლიზის კინეტიკის რეგისტრაციას, მიღებული შედეგების პროგრამულად დამუშავებას და საბოლოო შედეგების ინტეგრალური და დიფერენციული ფორმით წარმოდგენას უზრუნველყოფს კომპიუტერული დანადგარით (4).

ერთროციტების დეფორმაბელობას ვზომავდით ფილტრაციულ-კოლორიმეტრული მეთოდით, რომელსაც საფუძვლად უდევს ერთროციტების ფილტრის ქაღალდზე გაწოვის დრო. ეს დრო დეფორმაბელობის უნართან რეცხაროკულ დამოკიდებულებაშია.

ლექტონ LPM შედარებით მცირე კონცენტრაციის პირობებში (5-10 მკგ/მლ) იწვევს ერთროციტების ოსმორეზისტენტობის ზრდას, მაგრამ ლექტონის მაღალი კონცენტრაციის დროს (20 მკგ/მლ) რეზისტენტობა, პირიქით, მცირდება, ე.ი. ჰემოლიზი ხდება უფრო ადრე, ვიდრე ინტაქტურ ერთროციტებში.

ლექტონის ასეთი დუალური მოქმედება შეიძლება აიხსნას ბიოლოგიური მემბრანის აგებულების თხევად-მოზაიკური მოდელის საფუძველზე, რომლის თანახმად ერთროციტის მემბრანის ყველა ცილა, როგორც ინტეგრალური (გლიკოფორინებია და Band 3), ასევე პერიფერული (α და β სპექტრინი, ანკირინი, ტროპომიოზინი, გლუკოზა-3-ფოსფატდეჰიდროგენაზა და სხვ.) ერთმანეთთან კავშირშია და ქმნის უჯრედის ჩონჩხს ანუ „დრეკად მესერს“

როგორც ცნობილია, მემბრანაში შემავალი ცილების და ლიპიდების უმრავლესობა გლიკოზილებულია და მათი ნახშირწყალბადოვანი კომპონენტები გარეთევენ არის გამოშვებული.

როცა შესაბამისი ლექტონი (ჩვენს შემთხვევაში ეს არს LPM) დაუკავშირდება რეცეპტორის ნახშირწყლოვან კომპონენტებს, ის მოჭიმავს ამ მესერს და ვითარდება ერთგვარი დამახულიობა. ამას მოყვება მემბრანის სიხისტის ზრდა და ოსმორეზისტენტობის მომატება.

ოსმორეზისტენტობის გაზრდა შეიძლება აიხსნას აგრეთვე იმით, რომ, როგორც ცნობილია, ლექტონის დაკავშირება მემბრანასთან იწვევს გლიკოკონოგატების (გლიკოპროტეინის და გლიკოლიპიდების) ერთმანეთთან მჭიდრო განლაგებას, კლასტერებში გაერთიანების, რის შედეგადაც ჩნდება ე.წ. „capping“ ფენომენი (1). მემბრანაში არსებული წყლის არხები ამის გამო ნაკლებად განვლადი ხდება, რაც ზრდის ერთროციტის ოსმორეზისტენტობას.

შესაძლებელია შემდეგი ახსნაც:

ცნობილია, რომ ბიომემბრანების მატრიქსის ანუ ლიპიდური ორშრის თხევადობა და მოქნილობა მნიშვნელოვანწილადაა განპირობებული ფოსფოლიპიდების უარყოფითად დამუხტული თავების ურთიერთანზიდვით.

LPM კი დადებითად დამუხტული მოლეკულაა. მისი მოლეკულები ურთიერთქმედებენ ფოსფოლიპიდების უარყოფით თავებთან და ამით ამცირებენ მათ ურთიერთანზიდვას. შედეგად ფოსფოლიპიდების უარყოფითად დამუხტული თავები ერთმანეთის მჭიდროდ განლაგდებიან, რითაც ამცირებენ ბიომემბრანის თხევადობას ან ზრდიან მის რიგიდობას. ერთროციტების ოსმორეზისტენტობა ამის გამო იზრდება, ხოლო დეფორმებაელობა მცირდება.

ჩვენს ცდებში LPM-ის მაღალი კონცენტრაცია იწვევს ნაადრევ ოსმოლიზისს. ეს გასაგებიცაა, რათა მემბრანის „დრეკადი მესერის“ ზედმეტ

მოკიშვას შეიძლება წყლის არხების გახსნა და მეგზრანის დაზიანებაც მოჰყვეს.

ჩვენ შევისწავალეთ 40 ავადმყოფის სისხლი. აქედან 15 - მიიმე, 15 საშუალო და 10 მსუბუქი ფორმა.

როგორც აღმოჩნდა, ამ დაავადების მსუბუქი ფორმის დროს ერთროციტების ოსმორეზისტენტობა უმნიშვნელოდ ეცემა. მაგრამ LPM-ის თანდასწრებით პაროდონტიტის მქონე ავადმყოფის ერთროციტების ოსმოლიზის მრუდი რეზისტენტობის მიხედვით ორკუზიანი ხდება (ანუ ჩნდება დამატებითი პიკი), რაც ერთროციტების სხვადასხვა ჯგუფებად გამოიყვანა მეტყველებს.

აღსანიშნავია, რომ ასეთი გამოყვანა უფრო გამოხატულია დაავადების შორს წასულ შემთხვევაში. ერთროციტების დეფორმაციულობის დაქვეითება მსუბუქი ფორმის პაროდონტიტის დროს არ ვლინდებოდა, და არც LPM-ის თანდასწრებით ჩნდებოდა ასეთი განსხვავება.

ვეარაუდობთ, რომ ჰემოლიზის დამატებითი პიკი ასახავს ერთროციტების გარკვეული ჯგუფის ჰემოლიზს. ეს ალბათ „მოხერხებული“ ერთროციტებია. პაროდონტიტის პირობებში ისინი უფრო ადრე განიცდიან ჰემოლიზს.

მაგრამ ჩნდება კითხვა: თუ ეს ასეა, რატომ არ ვლინდება ერთროციტების ნაადრევი ჰემოლიზი ლექტინის გარეშე?

თანამედროვე შეხედულებით უჯრედის ზედაპირული აპარატის არქიტექტონიკა მეტად დინამიურია. ის საგრძნობლად იცვლება სხვადასხვა სიტუაციაში: უჯრედის განვითარების პროცესში, უჯრედული ციკლის სხვადასხვა ფაზაში ან სხვადასხვა პათოლოგიის დროს. ამ დროს შეიძლება ჩნდებოდეს ან ქრებოდეს ლექტინების შესაბამისი რეცეპტორები (აქ იგულისხმება არა ცილა-რეცეპტორის de novo სინთეზი, არამედ მისი პოსტტრანსლაციური მოდიფიკაცია ტერმინალური ნახშირწყლოვანი ჯგუფებს მოცილებით, ეკრანირებით ან გაშიშვლებით).

პაროდონტიტს შეეძლო გამოეწვია ერთროციტის ზედაპირზე არსებული გლიკოფორინ A-ს გლიკოსაქარიდული ჯაჭვის ისეთი ცვლილება, რომელიც ხსნის ლექტინ-დამაკავშირებელი უბნები და ერთროციტი უფრო მისაწვდომი ხდება LPM-დმი. ამიტომ ლექტინის კონცენტრაცია, რომელიც ნორმაში დამატებით კუზს არ ავლენს, პაროდონტიტის დროს საკმარისი ხდება „მოხერხებული ერთროციტების“ ნაადრევი ჰემოლიზისათვის.

ამგვარად, LPM-ის, როგორც დამატებითი ტესტის, გამოყენება შესაძლებელია პაროდონტიტის ნაადრევი ფორმის გამოსავლენად.

1. Sharon N., Lis H. Lectins as cell recognition molecules Science, 1989, 246, 227-234.
2. Rapava E.a., Kuttner .E., Knudson C.B. Lectins influence chondrocyte proteoglycan synthesis and pericellular matrix assembly. Ortho. Trans. 1992, 17, 648.
3. Рапава Э.А., Бахутапшвили А.В., Алексидзе Н.Г. Выделение и очистка лактина - методика из семян грузинского сорта фасоли. Сообщения АН ГССР, 1992, 141, №2.
4. Хулузаури О.В. Новый дифференциальный способ для изучения распределения эритроцитов по резистентности. Сообщения АН ГССР, 1978, 132. - С. 409-412.

Кипиანი Нана, Рапава Э.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛАКТИНА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ
ПОВЕРХНОСТНОГО АППАРАТА ЭРИТРОЦИТА ПРИ ПАРОДОНТИТЕ**
РЕЗЮМЕ.

Лектин LPM, изолированный и очищенный из семян грузинского сорта фасоли выявил скрытые изменения в кинетике осмолизиса эритроцитов при пародонтите. Использован быстрый высокочувствительный дифференциальный спектрофотометрический метод с компьютерным устройством.

Kiplani Nana, Rapava E.

**THE USE OF LPM TO REVEAL CHANGES IN ERYTHROCYTE MEMBRANE
IN PARADONTITIS**
SUMMARY

In patients with paradontitis LPM (a lectin, isolated and purified from Georgian species bean seeds) has revealed subtle peculiarities: an additional peak on the kinetic curves of erythrocyte osmolysis. The measuring was carried out by sensitive rapid spectrophotometric method supplied by automatic setting.

სისხლის ელემენტრონულ-პარამაგნიტური ცენტრები პაროდონტიტის მძიმე ფორმის დროს

თსსუ, ბავშვთა №1 სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა,
ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი

პაროდონტიტის ფრიად ფართოდ გავრცელება საყოველთაოდაა ცნობილი. ამიტომ, ალბათ, არ არის საჭირო საუბარი მის აქტუალობაზე. მკვლევართა ზედმიწევნით დიდმა ყურადღებამ ამ დაავადების მიმართ ვერ კიდევ ვერ მიგვიყვანა მკურნალობის მაღალეფექტური მეთოდების შემუშავებად, რისი უმთავრესი მიზეზი პაროდონტიტის მოლეკულურ-ბიოლოგიური საფუძვლების შეუსწავლელობაა. ამჟამადაც პრაქტიკულად უცნობი რჩება სიცოცხლის საფუძვლის – ბიოლოგიური ქანგვის ბგომარეობა პაროდონტიტის დროს. შესაბამისად, ამ დაავადების მკურნალობაც მოკლებულია პათოგენეზურ საფუძველს – დღევანდლამდე ის სიმპტომატურ ხასიათს ატარებს.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, მიზნად დავისახეთ ქანგვითი პროცესების შესწავლა პაროდონტიტით სნეულებში ორგანიზმის ნტეგრაციის სხვადასხვა (მოლეკულურ, სუბუჯრედულ, უჯრედულ, სისტემურ) დონეზე. აღნიშნულის განხორციელება მითხვეს კვლევის ზედმიწევნით ინფორმაციული და ზუსტი მეთოდების გამოყენებას.

ჩვენი არჩევანი შეჩერდა ელექტრონულ-პარამაგნიტურ რეზონანსზე – დღეს მსოფლიოში ფრიად გავრცელებულ კვლევის მეთოდზე (1,2,3,4).

გამოკვლევები ჩატარებულ იქნა პაროდონტიტის მძიმე ფორმით დაავადებულ 30 პაციენტზე და 20 ჯანმრთელ სუბიექტზე, რომელთა სისხლს ადებისთანავე ვათავსებდით პოლიეთილენის კაფსულებში და ვყინავდით თხევადი აზოტის ტემპერატურაზე. სისხლის ნიმუშების ეპრ სპექტრს ვსაზღვრავდით რადიოსპექტრომეტრზე PЭ 1307 კვარცის დიუარის გამოყენებით.

ცხრილში მოყვანილია ჯანმრთელ ადამიანთა და პაროდონტიტის მძიმე ფორმით დაავადებულთა სისხლის ელექტრონულ-პარამაგნიტური ენტრების (ეპრ) სიგნალების სიდიდეები.

ჯანმრთელი ადამიანის სისხლის ეპრ სპექტრში რეგისტრირდება კერულოპლანზმინის, Fe^{3+} -ტრანსფერინის და მცირე ინტენსივობის Mn^{2+} ზემტველი კომპლექსების ეპრ სიგნალები.

პაროდონტიტის მძიმე ფორმით დაავადებულების სისხლის ეპრ სპექტრში კერულოპლანზმინის ეპრ სიგნალის ინტენსივობა იზრდება 114%-ით, ხოლო Fe^{3+} -ტრანსფერინის სიგნალის ინტენსივობა მცირდება 34%-ით საკონტროლო მაჩვენებლებთან შედარებით. სისხლის ეპრ სპექტრში ჩნდება

მეთოქემოგლობინის ($g=6,0$) ეპრ სიგნალი, ადრენორეცეპტრების ინაქტივირებული მდგომარეობისთვის დამახასიათებელი $g=2,01$ ეპრ სიგნალი, აგრეთვე, აზოტის ოქსიდის არაქემურ რკინასთან კომპლექსის ($FeS-NO$) დაბალი ინტენსივობის სიგნალი. ამავე დროს იზრდება $\Delta H=350$ კს სიგანე, რაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს Fe^{2+} იონების გაჩენასთან სისხლში. ამასთანავე, სისხლში იზრდება Mn^{2+} შემცველი კომპლექსის ეპრ სიგნალის ინტენსივობა.

ცერულოპლაზმინი მრავალფუნქციური ფერმენტია. ანტოქსიდანტური უნარის გარდა მას აქვს ფეროქსიდაზური და მონოამინოქსიდაზური აქტივობა. მისი ფეროქსიდაზური უნარის დაქვეითება განაპირობებს Fe^{3+} იონების ტრანსფერინამდე გადატანის ინტენსივობის შემცირებას. უკანასკნელი კი აქვეითებს Fe^{3+} -ტრანსფერინის ეპრ სიგნალის ინტენსივობას და აპოტრანსფერინის ანტოქსიდანტური უნარის შემცირებას.

ჩვენს მიერ მიღებული მონაცემები დაფანგული ცერულოპლაზმინის ეპრ სიგნალის ინტენსივობის გაძლიერებისა და Fe^{3+} -ტრანსფერინის ინტენსივობის შემცირების შესახებ მეტყველებს სისხლის ანტოქსიდანტური უნარის დაქვეითებაზე პაროქონტიტის მძიმე ფორმის დროს.

ჩვენი გამოკვლევის შედეგები მეტყველებენ, რომ სისხლის პლაზმაში Mn^{2+} იონების მომატების მიზეზი შეიძლება იყოს ლიპიდების ზეფანგური ეანგვის გააქტივება და უჯრედების მემბრანული სტრუქტურების რღვევა, მიტოქონდრიული სუპეროქსიდლისმუტაზას ინაქტივაცია და Mn^{2+} იონების გამოსვლა სატრანსპორტო ცილებთან კომპლექსებიდან, სადაც ისინი შემაერთებელი ზედაკების როლს ასრულებენ.

	ადრენორეცეპტორების ინაქტივირების მაჩვენებელი ($\sigma=2,01$)	მეთემო- გლობინი ($\sigma=6,0$)	Fe^{3+} - ტრანსცე- რინი ($\sigma=4,3$)	ცერულ- პლასმინი ($\sigma=2,05$)	ორგანოქრომის ოქსიდის იონები ($\sigma=2,37$)	FeS-NO ($\sigma=2,03$)	ორგანოქრო- მი მანგანუ- მის იონები ($\sigma=2,1$)
ჯანმრთელი ადამიანები	-	-	$30,0 \pm 0,8$	$21,0 \pm 0,8$	-	-	$1,5 \pm 0,5$
პაროქრომის მიმე ფორმით დაავადებულნი	$20 \pm 0,5$	$15 \pm 0,5$	$20 \pm 3,0$	$45 \pm 2,5$	+	$6,3 \pm 1,3$	$6,3 \pm 0,8$

ცნობილია, რომ მეტალთა ორვალენტიანი იონების, კერძოდ, Fe^{2+} და Mn^{2+} იონების სიჭარბე უჯრედული სტრუქტურების სეროიზულ დაზიანებებს იწვევს. Fe^{2+} და Mn^{2+} იონები აკატალიზებენ ლიპიდების ზეუანგურ ჟანგვას და OH რადიკალების წარმოქმნას ლიპოპეროქსიდიდან. Fe^{2+} და Mn^{2+} იონები თავისუფალრადიკალური ჟანგვის მძლავრი პრომოტორები არიან. მათი სიჭარბე ლიპიდების ზეუანგური ჟანგვის მაღალ დონეს განაპირობებს.

ლიპიდების ზეუანგური ჟანგვის ინტენსიფიცირების შესახებ მძიმე ფორმის პაროდონტიტის დროს მეტყველებს, აგრეთვე, მეთემოვლობინის ინტენსიური ეპრ სიგნალის გაჩენა სისხლში.

უნდა აღინიშნოს, Fe^{3+} -ტრანსფერინი რკინის გადამტანი ცილა და ერთი- და ჰემოპოეზის აქტიური მონაწილეა. მისი შემცველობის შემცირება სისხლში ერთი-და-ერთი რკინის დათრგუნვის მაუწყებელია.

საყურადღებოა, რომ მძიმე ფორმის პაროდონტიტის დროს სისხლის ეპრ სპექტრში ვლინდება აზოტის ოქსიდის არაჰემური რკინასთან კომპლექსის ეპრ სიგნალიც, რაც ორგანიზმში აზოტის ოქსიდის წარმოქმნის ინტენსიფიცირებაზე მიუთითებს.

მიღებული შედეგების ანალიზი მეტყველებს, რომ პაროდონტიტის მძიმე ფორმის დროს

- ქვეითდება სისხლის ანტიოქსიდანტური უნარი,
- თავისუფლდება პეროქსიდაციური პროცესების პრომოტორები - Fe^{2+} და Mn^{2+} იონები,
- ირღვევა უჯრედების მემბრანული სტრუქტურები,
- ინაქტივირდება ადრენერგული სტრუქტურები და ითრგუნება ორგანიზმის დაცვით-კომპენსატორული რეაქციები.

ლიტერატურა:

1. Bune A.J., Shergill JK et al. L-arginine depletion by argin. Reduces nitric oxide production in endotoxin shock: an electron paramagnetic resonance study /FEBS Letters, 366 (2-3) 127-303, 1995
2. Kozlov A.V, Bini A et al Free iron, as detected by EPR spectroscopy increases unequally in different tissues during dietary iron overload in the rat // Biometals. 1993, 9 (1): 98-103
3. Morel I. Sergent O. et al. EPR study of antioxidant activity of the iron chelators pyoverdin and hydroxypyrring -4 in iron-loaded hepatocyte culture // Free radical Biology & medicine. 1995. 18 (2): 303-10
4. Sergent O., Anger J.P., Lescoat G., et al - EPR determination of low molecular weight iron content applied to whole rat hepatocytes. Cellular & Molecular Biology. 1997. 43 (5): 793-800

**Кипиани Нана, Орджоникидзе З., Саникидзе Т., Делибашвили Д.
ЭЛЕКТРОННО-ПАРАМАГНИТНЫЕ ЦЕНТРЫ КРОВИ ПРИ
ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ПАРОДОНТИТА**

РЕЗЮМЕ

Методом электронно-парамагнитного резонанса изучены парамагнитные центры крови больных тяжелой формой пародонтита. Показано, что при тяжелой форме пародонтита активируются процессы перекисного окисления липидов, снижается активность антиоксидантных ферментов, появляются ионы Mn^{2+} и Fe^{2+} , являющихся промоторами процессов пероксидации, происходит подавление функции адренорецепторов

**Kipiani Nana, Ordjonikidze Z., Sanikidze T., Delibashvili D.
ELECTRONIC-PARAMAGNETIC BLOOD CENTERS IN
A HEAVY FORM OF PARODONTITIS**

SUMMARY

Have been studied the patients' blood paramagnetic centers with the method of Electro-Paramagnetic Resonance at severe form of parodontitis. The studies have shown the activation of lipids peroxid-oxidative processes and impair of antioxidative enzyme activities; there were revealed appearance Mn^{2+} and Fe^{2+} ions, the promotors of peroxidative processes, and Suppression of adrenoreceptors as well.

ნინო ყოფიანი

**კემოგლობინის სხვადასხვა ფორმის შემცველობა ვირუსული
კვაკტიტებით დაავადებულთა სისხლში**

თსსუ, ინფექციურ სნეულებათა კათედრა

მოუხედავად ზემიწვენით დიდი ყურადღებისა ვირუსული ჰეპატიტების მიმართ, ამ დაავადებათა ირგვლივ მაინც რჩება მრავალი შეუსწავლელი საკითხი, რომელიც გადაუღებელ მეცნიერულ გამოკვლევას საჭიროებს.

მას შემდეგ, რაც ვირუსული ჰეპატიტების დროს ჩვენს მიერ დადგინდ იქნა ერთროციტების რეზისტენტობის და ლეფორმაციის უნარის შემცირება, ჰემოლიზის ნიშნები, კერძოდ კი მეთემოგლობინის მომატება სისხლში, დაიბადა კითხვა იმის შესახებ, თუ როგორია სისხლში მოფუნქციე ჰემოგლობინის ანუ ჟანგბადის ტრანსპორტირების უნარის მქონე ჰემოგლობინის და ჰემოგლობინის სხვა ფორმების შემცველობა.

როგორც ცნობილია, ერთროციტების ჰემოგლობინის ჟანგბადისადმი სწრაფვა დამოკიდებულია გარემოს pH-ზე. მეთჰემოგლობინის გარდაქმნა Fe^{2+} -ად მოითხოვს ენერჯის გარკვეული რაოდენობით ხარჯვას, რასაც უზრუნველყოფს ერთროციტში მიმდინარე გლიკოლიზი. ამის შედეგად ერთროციტში გროვდება ლაქტატი, ვითარდება აციდოზი, ხოლო უარყოფითი მუხტების სიჭარბე ზღუდავს უარყოფითივე ჟანგბადის იონების ერთროციტში შეღწევას. როგორც ჩანს უკანასკნელი არის მიზეზი იმისა, რომ იმ ვირუსული ჰეპატიტების დროს, როლებსაც pH-ის დაბალი მაჩვენებელი და ამავე დროს უფრო ინტენსიური ჰემოლიზი ახასიათებს (C ქრონიკული + B მწვავე ჰეპატიტი, B მწვავე ჰეპატიტი), სისხლში ჩნდება თავისუფალი ჰემოგლობინი, ეს კიდევ უფრო ამცირებს მეთჰემოგლობინის წარმოქმნის გამო უამისოდაც დაქვეითებული მოფუნქციე ჰემოგლობინის რაოდენობას.

NeI ცხრილში მოცემულია მონაცემები ჰემოგლობინის სხვადასხვა ფორმის პროცენტული შემცველობის შესახებ ჯანმრთელი ადამიანების და სხვადასხვა ეტიოლოგიის ვირუსული ჰეპატიტებით დაავადებულთა სისხლში.

მოყვანილი მონაცემებიდან ნათელი ხდება, რომ ვირუსული ჰეპატიტის ყველა განხილვად ფორმას ახასიათებს ჰემოგლობინის რაოდენობის მეტ-ნაკლებადაა გამოხატული, მაგრამ ყველა შემთხვევაში სტატისტიკურად სარწმუნო შედეგებია. ეს განსაკუთრებით მკვეთრადაა გამოხატული მწვავე B და ქრონიკული C + მწვავე B ჰეპატიტის დროს.

ამ ცვლილებების ფონზე ყურადღებას იქცევს ერთროციტების ჰემოლიზის ნიშანი - მეთჰემოგლობინის მომატება სისხლში, რაც, როგორც ითქვა, ასევე უფრო მკვეთრია მწვავე B და C ქრონიკული + B მწვავე ჰეპატიტის დროს. ერთროციტების ჰემოლიზზე მეტყველებს ის ფაქტიც, რომ ჰემოგლობინის ნაწილი კარგავს ჟანგბადის მიერთების უნარს, რის შესაძლო მექანიზმები განხილული იქნა ქვემოთ.

მამსადაბე, ვირუსული ჰეპატიტების დროს სისხლში მცირდება მოფუნქციე (ჟანგბადგადამტანი) ჰემოგლობინის შემცველობა, რადგან: ა) ერთროციტების ჰემოლიზის შედეგად წარმოიქმნება მეთჰემოგლობინი, რომლის შემცველობა სისხლში შესაბამისობაშია ერთროციტების ჰემოლიზის ინტენსივობასთან სხვადასხვა ეტიოლოგიის ჰეპატიტის დროს; ბ) ქრონიკული C + მწვავე B ჰეპატიტის და მწვავე B ჰეპატიტის დროს სისხლის pH-ის დაბალი მნიშვნელობის გამო მცირდება ჰემოგლობინის მიერ ჟანგბადის მიერთების უნარი, რის გამო სისხლში ჩნდება თავისუფალი ჰემოგლობინი.

ჰემოგლობინის (Hb) სხვადასხვა ფორმის პროცენტული შემცველობა
ვირუსული ჰეპატიტების სხვადასხვა ფორმის დროს დაავადებულთა
სისხლში

გამოსაკვლევი ჯგუფი	ჰემოგლობინის ფორმები		
	HbO ₂ %+HbCO ₂	Hb%	MetHb%
საკონტროლო ჯგუფი (n=7)	1 99,2±0,42	0	8 0,8±0,42
მწვავე A ჰეპატიტი (n=10)	2 96,7±0,8	0	9 1,02±0,001
მწვავე B ჰეპატიტი (n=10)	3 92,8±0,7	3,3±0,2	10 3,9±0,6
ქრონიკული C + მწვავე B ჰეპატიტი (n=10)	4 93,2±0,8	1,95±0,2	11 5,01±0,7
ქრონიკული B ჰეპატიტი (n=7)	5 97,7±0,3	0	12 2,3±0,28
ზომიერი აქტივობის C ჰეპატიტი (n=7)	6 97,3±0,13	0	13 2,7±0,41
ქრონიკული C ჰეპატიტი + ქრონიკული B ჰეპატიტი (n=7)	7 98,3±0,34	0	14 1,7±0,23

p: 1-2<0,05; 1-3<0,001; 1-4<0,001; 1-5<0,05;
1-6<0,001; 1-7>0,05; 2-3<0,05; 2-4<0,001;
3-4<0,005; 3-5<0,001; 5-6>0,05; 5-7>0,05;
6-7>0,05; 8-9>0,05; 8-10<0,001; 8-11<0,001;
8-12<0,05; 8-13<0,01; 8-14>0,05; 9-10<0,001;
9-11<0,001; 10-11>0,05; 10-12<0,05; 12-13>0,05;
12-14>0,05; 13-14>0,05;

Кипиани Нина

СОДЕРЖАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

РЕЗЮМЕ

Методами электронно-парамагнитного резонанса и компьютерной фотоспектрометрии изучено содержание различных форм гемоглобина при вирусных гепатитах.

При вирусных гепатитах в крови уменьшается количество функционирующего гемоглобина. В результате гемолиза образуется метгемоглобин; также, при гепатите С+В при низком рН уменьшается степень связывания O_2 гемоглобином и образуется свободный гемоглобин.

Kipiani Nina

CONTENTS OF DIFFERENT FORMS OF HEMOGLOBIN DURING VIRUS HEPATITIS OF DIFFERENT ETIOLOGY

SUMMARY

The contents of different forms of hemoglobin during virus hepatitis are studied by the methods of electronic-paramagnetic resonance and computer electronic photometre.

The quantity of functioning hemoglobin in blood is decreased during virus hepatitis. In consequence of hemolysis there is formed methemoglobin; the degree of connection of O_2 is decreased also by hemoglobin during hepatitis C+B at low pH and there is formed free hemoglobin.

ნინო ყიფიანი

ბილირუბინი, pH, Mn^{2+} იონები ვირუსული ჰეპატიტებით დაავადებულთა სისხლში

თსსუ, ინჟექციურ სნეულებათა კათედრა

ჩვენს წინა გამოკვლევებში გამოვლინდა პარალელურად ვირუსული ჰეპატიტების დროს ერთროციტების ჰემოლიზის ინტენსივობასა და სისხლში არაპირდაპირი ბილირუბინის შემცველობას შორის. შეიძლება ითქვას, რომ არაპირდაპირი ბილირუბინემიის მაღალი დონე B მწვავე და C ქრონიკული + B მწვავე ჰეპატიტის დროს, ჰეპატოციტების ფუნქციის დარღვევის გარდა, პირობადებულია ერთროციტების ჰემოლიზითაც. ჩვენივე გამოკვლევებით დადგენილია, რომ მწვავე B, მაღალი აქტივობის C და

$C_{\text{ქრონიკული}} + B_{\text{მწვავე}}$ ჰეპატიტების დროს, მკვეთრად მატულობს პირდაპირი ბილირუბინის შემცველობაც. ჰეპატოციტების ფუნქციის დარღვევის გარდა ეს შესაძლებელია გამოწვეული ყოფილიყო სისხლის ალბუმინის მიერ ბილირუბინის მიერთების უნარის დარღვევით, რაც დადასტურა ჩვენმა შემდგომმა გამოკვლევებმა.

ცნობილია, რომ არაპირდაპირი ბილირუბინის ტრანსპორტირება ხდება სისხლის შრატის ალბუმინით, ხოლო ბილირუბინის ალბუმინთან შეკავშირება ხორციელდება მხოლოდ Mn^{2+} იონების თანაობისას, რომელიც ქმნის ხიდაკს ბილირუბინსა და ალბუმინს შორის. ამასთან დაკავშირებით, ჩვენი ყურადღება მიექცია Mn^{2+} ფრიად მალაღმა ეპრ სიგნალმა ზოგიერთი ეთოლოგიის ვირუსული ჰეპატიტის დროს. ლიტერატურული მონაცემებით (ეჩიკვაიძე, 1998), სისხლის დაბალი pH-ის პირობებში იმლება კავშირი ალბუმინსა და Mn^{2+} იონებს შორის, რასაც უნდა მოყვეს ბილირუბინის ალბუმინთან შეკავშირების დარღვევაც. ანუ, შესაძლოა, არსებობდეს გარკვეული კორელაცია სისხლის pH-ს, მასში Mn^{2+} -ის ეპრ სიგნალის ინტენსივობასა და შეფარდებას - საერთო ბილირუბინი / პირდაპირი ბილირუბინი შორის, რადგან არა პირდაპირი ბილირუბინის დონე, არამედ მისი ხვედრითი წილი საერთო ბილირუბინში სიტუაციის შესაფასებლად ბევრად უფრო ობიექტური მაჩვენებელია.

ჩვენ შევეცადეთ დაგვედინა ასეთი კავშირის არსებობა - არ არსებობა ვირუსული ჰეპატიტების დროს. გამოკვლევის ამ სერიის შედეგები მოყვანილია №1 ცხრილში.

მოყვანილი მონაცემების მიხედვით შეფარდება საერთო ბილირუბინი / პირდაპირი ბილირუბინი ყველაზე მაღალია A მწვავე ჰეპატიტის დროს და მცირდება ასეთი თანმიმდევრობით: A მწვავე, მაღალი აქტივობის C, B მწვავე, $C_{\text{ქრონიკული}} + B_{\text{მწვავე}}$ ჰეპატიტი. საპირისპირო კანონზომიერებით ხასიათდება სისხლის pH: A ჰეპატიტის დროს ის დაბალია და იზრდება ასეთი მიმართულებით: მაღალი აქტივობის C, B მწვავე, C ქრონიკული + B მწვავე ჰეპატიტი. მწვავე A ჰეპატიტის დროს, ე.ი. მასში, როდესაც სისხლის მუჟა-ტუტოვანი წონასწორობა ნორმის ფარგლებშია ან მასთან ფრიად მიახლოებულია, კორელაცია საკვლევი სამი პარამეტრის სიდიდეებს შორის სარწმუნოა მხოლოდ ერთ შემთხვევაში (ბილირუბინის შეფარდება - Mn^{2+} -ის ეპრ სიგნალი). დაბალი pH-ის პირობებში (მაღალი აქტივობის C, მწვავე B, $C_{\text{ქრონიკული}} + B_{\text{მწვავე}}$ ჰეპატიტი) კი კორელაცია pH-ის დონეს, Mn^{2+} -ის ეპრ სიგნალის სიძლიერეს და ბილირუბინთა შეფარდებას შორის სარწმუნო ხდება. ამასთან, უარყოფითა კორელაცია pH-ის სიდიდისა Mn^{2+} -ის ეპრ სიგნალთან, დადებითი - ბილირუბინთა შეფარდებასთან, ხოლო Mn^{2+} -ის ეპრ სიგნალის ინტენსივობა უარყოფით კორელაციაშია სისხლის pH-ის დონესთან და ბილირუბინთა შეფარდებასთან. თავის მხრივ ბილირუბინთა

შეფარდება დადებით კორელაციაშია როგორც pH-ის და Mn^{2+} სივსნლის სიდიდესთანაც (ცხრილი №1).

ცხრილი №1

შეფარდება - საერთო ბილირუბინი/პირდაპირი ბილირუბინი, Mn^{2+} -
შემცველი კომპლექსების ელექტრონულ-პარამაგნიტური სივსნალი და
სისხლის pH ვირუსული ჰეპატიტების სხვადსხვა ფორმის დროს

	საერთო ბილირუბინი/ პირდაპირი ბილირუბინი	Mn^{2+} -ის კომპლექ- სების ეპრ სივსნალი	სისხლის pH
მწვავე A ჰეპატიტი	1	2	
	2,09±0,08	10,8±0,5	7,35±0,004
მწვავე B ჰეპატიტი	4	5	
	1,68±0,06	11,4±0,5	7,27±0,01
მალალი აქტიუობის C ჰეპატიტი	7	8	
	1,93±0,09	,5±0,4	7,3±0,006
ქრონიკული C + მწვავე B ჰეპატიტი	10	11	
	1,61±0,1	19,3±0,8	7,21±0,02

r (კორელაციის კოეფიციენტი):	1-2=-0,81	(p<0,01)
	1-3=0,58	(p=0,05)
	2-3=-0,46	(P>0,05)
	4-5=-0,62	(p<0,01)
	4-6=0,7	(p<0,01)
	5-6=-0,69	(p<0,01)
	7-8=-0,81	(p<0,01)
	7-9=0,6	(p<0,05)
	8-9=-0,62	(p<0,05)
	10-11=-0,68	(p<0,05)
	10-12=0,66	(p<0,05)
	12-13=-0,79	(p<0,01)

შეიძლება დავასკვნათ, რომ სისხლში Mn^{2+} ეპრ სივსნლის მალალი ინტენსიუობა, რაც Mn^{2+} -ის მომატებაზე მეტყველებს და ვლინდება მალალი აქტიუობის C, B მწვავე და $C_{\text{ქრონიკული}} + B_{\text{მწვავე}}$ ჰეპატიტის დროს, ნაწილობრივ დაკავშირებული უნდა იყოს Mn^{2+} -ს და ალბუმინს შორის კავშირის გაწყვეტასთან დაბალი pH-ის პირობებში. ამ კავშირის გაწყვეტა თავის მხრივ იწვევს ალბუმინით ბილირუბინის ტრანსპორტის დარღვევას, რადგან Mn^{2+} შემაერთებელი ხიდა ალბუმინსა და ბილირუბინს შორის. ეს უნდა იყოს მიზეზი ცილასთან შეუკავშირებელი ბილირუბინის რაოდენობის ზრდისა მწვავე B, მალალი აქტიუობის C და $C_{\text{ქრონიკული}} + B_{\text{მწვავე}}$ ჰეპატიტის

დროს.

მნიშვნელოვანია აგრეთვე ის ფაქტი, რომ pH-ის დაქვეითება და მასთან დაკავშირებული ზემოაღნიშნული მოვლენები უფრო მკვეთრადაა გამოხატული მწვავე B და განსაკუთრებით, C ქრონიკული + B მწვავე ჰეპატიტის დროს.

Кипиани Нина

**БИЛИРУБИН, pH И Mn^{2+} -ИОНЫ В КРОВИ
БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ**

РЕЗЮМЕ

Полученные ЭПР-методом данные указывают на увеличение содержания Mn^{2+} при C, B-остром и C+B гепатитах. Это должно быть связано с разрывом связи Mn^{2+} и альбумина в условиях низкого pH, что в свою очередь вызывает нарушение транспорта билирубина альбумином. Последнее видимо является причиной увеличения свободного билирубина при B остром, высокоактивном C и C+B гепатитах.

Kipiani Nina

**BILIRUBIN, pH AND Mn^{2+} -IONS IN THE BLOOD OF PATIENTS
WITH VIRUS HEPATITIS**

SUMMARY

The data got by the EPR methods show the increase of the contents of Mn^{2+} at C, B-acute and C+B hepatitis. This may be is connected with the break of connection of Mn^{2+} and albumine under the conditions of low pH, and this in its turn evokes the break of transportation Bilirubina by albumin. The latter apparently is the cause of the increase of free Bilirubin at B-acute, high-active C and C+B hepatitis.

ნ.შაშიაშვილი, ლ.ბერაშვილი, ა.ბაკურიძე

**ანტიოქსიდანტური ანტივოზის მქონე მცენარეული
კომპოზიციიდან ფლავონოიდების გამოწვევლის
პროცესის შესწავლა**

თსსუ, ფარმაცოგნოზისა და წამალთა ტექნოლოგიის კათედრა

თანამედროვე წარმოდგენით მთელ რიგ პათოლოგიათა გამომწვევ მიზეზად ითვლება არაფერმენტული დაქანგვა. პეროქსიდაციის სინდრომის

სამკურნალო საშუალებათა რიცხვი კი მცირეა, ამასთან ბევრი მათგანი ხასიათდება არასასურველი გვერდითი ეფექტებითა და ტოქსიკურობით (3). აქედან გამომდინარე, მაღალეფექტური, ნაკლები გვერითი ეფექტების მქონე, არატოქსიკური ანტიოქსიდანტების შექმნა ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა პრაქტიკული მედიცინისათვის.

მცენარეული წარმოშობის პრეპარატები მათში შემავალი ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებათა კომპლექსით, ბუნებრივი კომპოზიციის სახით დადებითად მოქმედებს ადამიანის ორგანიზმზე. მრავალკომპონენტური ნაკრების მაღალი ფარმაცოთერაპიული აქტივობა კი განპირობებულია ნაკრებში შემავალ ბ.ან-თა ჰარმონული თანაწყობით (2).

ლიტერატურული მონაცემების და შემდგომში *in vitro* ცდების საფუძველზე შემუშავებული იქნა ანტიოქსიდანტური აქტივობის მქონე 4-კომპონენტური მცენარეული კომპოზიცია, რომელიც შედგება ორკიბლას, სალბის ფოთლების, ქაჯვის და ცირცელის ნაყოფებისაგან. ნედლეულის თანაფარდობა დადგენილი იქნა *in vitro* ცდების საფუძველზე.

შემუშავებული ფიტოკომპოზიცია შეიცავს ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებათა კომპლექსს (ფლავონოიდები, ეთეროვანი ზეთები, მორინოლაიდი ნივთიერებები, კაროტინოიდები, ვიტამინები), ამდენად აუცილებელია მცენარეული ნედლეულიდან მოქმედი ნივთიერებების სრული გამოწველივა.

ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა მცენარეული კომპოზიციის ექსტრაგირების ოპტიმალური პირობების შემუშავება. გასათვალისწინებელია, რომ მრავალკომპონენტური მცენარეული კომპოზიციის ექსტრაგირების დროს უნდა მოხდეს ისეთი პირობების შერჩევა, რაც უზრუნველყოფს სხვადასხვა მორფოლოგიურ-ანატომიური აღნაგობის ნედლეულიდან მოქმედ ნივთიერებათა ერთდროულად გამოწველივას.

რამდენადაც ანტიოქსიდანტური აქტივობის განსაზღვრის *in vitro* ცდაში შესწავლილი ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებათა ჯგუფებიდან უპირატესი მოქმედებით ხასიათდებოდა ფლავონოიდები, კეთილხარისხოვნების ნიშნად მივიჩნიეთ მათი შემცველობა.

ფლავონოიდების რაოდენობრივ განსაზღვრას გამონაწველიში ვაწარმოებდით ქრომატოსპექტროფოტომეტრული მეთოდის გამოყენებით. ექსტრაქციის ყველა პარამეტრი დადგენილი იქნა ექსპერიმენტულად.

სამკურნალო მცენარეული ნედლეული დაწვრილმანებული იქნა ს.ფ. XI მოთხოვნილების შესაბამისად (1). ნედლეულიდან მოქმედი ნივთიერებების ექსტრაგირების პროცესის ეფექტურობის ძირითადი ფაქტორი ფიტოექსტრაქციული პრეპარატების წარმოებისას არის ოპტიმალური ექსტრაგენტის შერჩევა. ექსტრაგენტად ჩვენს მიერ გამოყენებული იქნა წყალი და სხვადასხვა კონცენტრაციის ეთილის სპირტი: 20%, 40%, 70%, 96%. ანალიზის შედეგები მოყვანილია №1 ცხრილში.

ექსტრაგენტის გავლენა ფლავონოიდების გამოსავლიანობაზე

ექსტრაგენტი	ფლავონოიდების შემცველობა %
წყალი	0,29
ეთილის სპირტი 20%	0,34
ეთილის სპირტი 40%	0,39
ეთილის სპირტი 70%	0,46
ეთილის სპირტი 96%	0,54

მიღებული მონაცემებიდან (ცხრ. №1) ირკვევა, რომ ფლავონოიდების გამოსავლიანობა მაქსიმალურია 96% ეთილის სპირტით ექსტრაქციის დროს.

ექსტრაქციის პროცესზე გავლენას ახდენს ნედლეულისა ა ექსტრაგენტის თანაფარდობა. ექსპერიმენტები ჩატარებული იქნა 1:5, 1:10, 1:15, 1:20, 1:25 ნედლეულისა და ექსტრაგენტის თანაფარდობის შემთხვევაში. ანალიზის შედეგები მოცემულია №2 ცხრილში.

ნედლეულის და ექსტრაგენტის თანაფარდობის გავლენა ფლავონოიდების გამოსავლიანობაზე

ნედლეულის და ექსტრაგენტის თანაფარდობა	ფლავონოიდების შემცველობა, %
1:5	0,39
1:10	0,46
1:15	0,50
1:20	0,55
1:25	0,56

როგორც №2 ცხრილიდან ჩანს, ოპტიმალური თანაფარდობა 1:20 თანაფარდობის შემდგომი გაზრდა უზნიშვნელოდ ცვლის ფლავონოიდების გამოსავლიანობას.

ექსტრაქციის პროცესზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ექსტრაქციის ტემპერატურული რეჟიმი. შესწავლილი იქნა ექსტრაქციის პროცესი ტემპერატურის 30°C-დან 90°C-მდე ინტერვალში.

მიღებული შედეგები მოყვანილია №3 ცხრილში.

როგორც №3 ცხრილის მონაცემებიდან ჩანს, ექსტრაგენტის ოპტიმალური ტემპერატურაა 80°C. ტემპერატურის შემდგომი ზრდა მხოლოდ უზნიშვნელოდ ზრდის ფლავონოიდების რაოდენობას.

ტემპერატურის გავლენა ფლავონოიდების გამოსავლიანობაზე

ტემპერატურა, °C	ფლავონოიდების შემცველობა, %
30	0,34
40	0,38
50	0,46
60	0,50
70	0,52
80	0,56
90	0,57

შესწავლილ იქნა ექსტრაქციის დროის და ჯერადობის გავლენა ფლავონოიდების ჯამის გამოსავლიანობაზე. მონაცემები მოყვანილი №4 ცხრილში.

ექსტრაქციის დროის და ჯერადობის გავლენა ფლავონოიდების გამოსავლიანობაზე

ექსტრაგირების დრო,	ფლავონოიდების შემცველობა, %	
	I ფაზა	II ფაზა
წთ		
15	0,38	0,007
30	0,47	0,013
60	0,50	0,02
90	0,54	0,0201
120	0,545	0,0204
135	0,55	0,0205
150	0,56	0,0206

როგორც №4 ცხრილის მონაცემებიდან ირკვევა, სრული ექსტრაგირებისათვის საკმარისია ორჯერადი ექსტრაქცია (პირველადი - 90 წთ, მეორადი - 60 წთ ხანგრძლივობით.

შერჩეულ იქნა ანტიოქსიდანტური აქტივობის მქონე მცენარეული კომპოზიციის ექსტრაგირების ოპტიმალური პირობები: ექსტრაგენტი 96% ეთილის სპირტი, ნედლეულის და ექსტრაგენტის თანაფარდობა 1:20, ექსტრაქციის ტემპერატურა 80°C, ექსტრაქციის დრო - 150 წთ, ჯერადობა - ორჯერ (პირველადი ექსტრაქციის ხანგრძლივობა - 90 წთ, მეორადი - 60 წთ).

ლიტერატურა:

1. Государственная фармакопея СССР. - Т. 2. - М. - 1990. - 698 с.
2. Ковалева Н.Г. лечение растениями. Очерки по фитотерапии. М. - 1971. - 351 с.

3. Смирнов Л.Д., сускова В.С. Модуляция иммунного ответа антиоксиданта.
Хим. фарм. журн. - 1989. - №7. - 773 с.

Шашиашвили Н., Берашвили Д., Бакуридзе А.
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРОЦЕССА ЭКСТРАГИРОВАНИЯ
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ИЗ РАСТИТЕЛЬНОЙ
КОМПОЗИЦИИ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ

РЕЗЮМЕ

Установлены оптимальные условия экстрагирования биологически активных веществ из растительной композиции антиоксидантной активности: экстрагент 96% этиловый спирт, его соотношение к сырью 1:20, температурный режим 80°C время экстракции 150 мин (время первой экстракции 90 мин, а второй экстракции - 60 мин.).

Shashiashvili N., Berashvili D., Bakuridze A.
SELECTION OF OPTIMAL CONDITIONS FOR EXTRACTION OF
ANTIOXIDANT PLANT COMPOSITION

SUMMARY

Possibility of combined extraction of medical plant with different morphology was studied.

Optimal conditions were selected of plant composition. It was stated that optimal for combined extraction of plant composition are the following: spiritus aethylicus 96% 1:20? at the 80°C temperature during 150 min.

ხ.შაშიაშვილი, ა.ბერაშვილი, ი.ბაკურიძე, ა.ანდლელაძე

აკუპუნქტურის გავლენა ქანობადის ლაბაბულოგაზე
არტერიულ სისხლში ქალის ორგანიზმის სხვადასხვა
ფიზიოლოგიური სტატუსის დროს

მისუ, ადამიანის ნორმალური ანატომიის კათედრა

აკუპუნქტურის ორგანიზმზე ზემოქმედების ეფექტები აქტიური შესწავლის პროცესშია. გასულ წლებში კათედრაზე ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის მონაცემები (2,5) მიუთითებენ, რომ ბიოლოგიურად აქტიური წერტილების აკუპუნქტურის დროს, სპეციფიკურ ეფექტებთან

ერთად, აღნიშნება ზოგადორგანიზმული მეტაბოლური ძვრებიც, რომლებიც სენსორული ბიონერგეტიკის გამოვლინებად შეიძლება შეფასდეს.

ამჯერად გამოკვლევის მიზანს შეადგენდა ბიოლოგიურად აქტიური კორპორალური წერტილების GI-4 „ხე-გუ“, RP-6 „სან-ინ-ძაო“ და აურიკულური AP-18 „ცხი-ძიან“ წერტილის აკუპუნქტურის გავლენის შესწავლა ქანგბადის დაძაბულობაზე არტერიული სისხლში მოხალისე ქალების (virgo, 20-25 წლის ასაკის) ოვარიულ-მენსტრუალური ციკლის (ომც) ფაზებთან კორელაციაში ორგანიზმის სხვადასხვა კვებითი სტატუსისა და სუნთქვის „ფორმის“ დროს.

ქანგბადის დაძაბულობას არტერიულ სისხლში ვსაზღვრავდით ტრანსკუტანული მონიტორინგის მეთოდით აპარატ TMC-200 TC RECORDER-ის საშუალებით. ბიოლოგიურად აქტიური წერტილების ლოკალიზაციის განსაზღვრა და ზუსტი დაფიქსირება ხდებოდა რეფლექსოთერაპიის ანატომიურ ატლასისა (4) და ელექტროპუნქტურის აპარატ РЕФЛЕКС-3,01-ის საშუალებით აღმოცენებული მატესტარებელ სიგნალთა საფუძველზე აკუპუნქტურას ვაწარმოებდით ჩინურ მედიცინაში დადგენილი მეთოდიკით: კანში სტერილური ერთჯერადი ნემსის შეყვანით 15 წთ-ის განმავლობაში (ჩხველტის სიღრმე - 2 სმ).

საკონტროლო დაკვირვება სწარმოებდა აკუპუნქტურის გარეშე.

პირით სურთქვისას ცხვირით სუნთქვის გამორიცხვას ვაღწევდით ცხვირიზე სპეციალური მომჭერის დადებით.

კვლევა სწარმოებდა სამი კვებითი სტატუსის პირობებში: ფიზიოლოგიურ შიმშილის - უზმოდ, საკვების მიღებიდან 11-12 სთ-ის შემდეგ; პირველადი, პრერეზორბციული მამლობის - საკვების მიღებიდან 10-20 წთ-ის შემდეგ; მეორადი, პოსტრეზორბციული მამლობის - საკვების მიღებიდან 2-2,5 სთ-ის შემდეგ. საკვები შერეული ხასიათის იყო და ყველა შემთხვევაში ერთნაირი.

სუბიექტური კვებითი შეგრძნების ობიექტივიზაციისათვის ვიყენებდით სპეციალურ კითხვარს, რომელიც საშუალებას გვაძლევდა განგვესაზღვრა კვებითი მოთხოვნების და მისი დაკმაყოფილების ხარისხი.

ჩინურ ტრადიციულ მედიცინაში განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს ზემოთ აღნიშნული ბიოლოგიურად აქტიური წერტილები - GI-4, RP-6, AP-18. GY-4 (III მერიდიანი) „ხე-გუ“ წერტილი, რომელიც მდებარეობს მტევის დორზალურ ზედაპირზე ნების I და II ძვლის პროქსიმალური ბოლოებით შექმნილ კუთხებში. აღნიშნული წერტილი „ზოგადი მოქმედების“ ძლიერ აქტიური, უნივერსალური წერტილია. მისი გამოყენების დიაპაზონი საკმაოდ ფართოა. წერტილს ახასიათებს როგორც მასტიმულირებელი, ასევე ზოგადსედაციული ზემოქმედება.

RP-6 (IV მერიდიანი) „სან-ინ-ძაო“ წერტილი, მოთავსებულია დიდი წვივის უკან, კანკის ცენტრიდან 3 ცუნით ზემოთ და მდებარეობს თითების

გრძელი მომზრდელისა და ქუსლის კუნთს შორის, სადაც წვივის უკანა არტერია, წვივის კანის მედიალური ნერვი და დიდი წვივის ნერვია. იგი გამოიყენება „არეული მენსტრუალური ციკლის დროს როგორც ენერჯის და სისხლის დამარეგულირებელი და მასტიმულირებელი“ (1).

AP-18 აურიკულური „ცზი-ძიან“ წერტილი მდებარეობს წინასახურის ძირის ქვედა ნაწილში, AP-13 და AP-14 წერტილების შეერჩების შუაში. გამოიყენება სიმსუქნის II და III ხარისხის მკურნალობის დროს (6).

გამოკვლევები ტარდებოდა ომც-ის პროლიფერაციისა (ციკლის მე-8-11 დღე) და სეკრეციის (ციკლის მე-17-21 დღე) ფაზებში. მათ დადგენას ვაწარმოედით ბაზალური ტემპერატურის ტესტით და სასქესო ჰორმონების რაოდენობის განსაზღვრით (მალუთეინიზირებელი ჰორმონი, ფოლიკულ-მასტიმულირებელი ჰორმონი, ესტრადიოლი, პროგრესტერონი).

მიღებული შედეგების შედეგად მიღებული ფიზიოლოგიური პარამეტრების რიცხვითი სიდიდეები მოტანილია ცხრილებში (№1, №2).

შედეგები დამუშავებულია სტატისტიკურად და სარწმუნოა (3).

ჩატარებული გამოკვლევის შედეგები საფუძველს გვაძლევს დავასკვნათ:

გაზთა ცვლის საწყისი მაჩვენებლები და მათი შემდგომი დინამიკის დიაპაზონი გამლიზანებელთა მოქმედების გათვალისწინებით პროლიფერაციის ფაზაში უფრო დაბალია, ვიდრე სეკრეციის ფაზაში.

როგორც პროლიფერაციის, ისე სეკრეციის ფაზაში ჟანგბადის დაძაბულობა ქალის ორგანიზმის არტერიულ სისხლში მაქსიმალურია უზმოდ, ხოლო მინიმალურია პირველადი პრეეზორბციული მამღრობისას.

ჟანგბადის დაძაბულობა არტერიულ სისხლში ცხვირით სუნთქვის პირობებში მცირეა პირით სუნთქვასთან შედარებით.

Gy-4 „ზე-გუ“ წერტილის აკუპუნქტურისას ჟანგბადის დაძაბულობა არტერიულ სისხლში საკონტროლო მაჩვენებელთან შედარებით მცირეა, მატულობს AP-18 „ცზი-ძიან“-ის და შედარებით იკლებს RP-6 „სან-ინ-ძაო“ წერტილის სტიმულაციის დროს, მაგრამ საწყისი მაჩვენებელი და შემდგომი დინამიკის დიაპაზონი პროლიფერაციის ფაზაში უფრო დაბალია, ვიდრე სეკრეციის ფაზაში.

ამრიგად, მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ბიოლოგიურად აქტიური წერტილების აკუპუნქტურა გამოხატულ გავლენას ახდენს ქალის ორგანიზმში არტერიული სისხლის ჟანგბადით გაჯერებაზე და ამით დასტურდება აკუპუნქტურის ზოგადორგანიზმული მეტაბოლური მოქმედება.

ქანგბადის დაძაბულობა არტერიულ სისხლში ქალის ორგანიზმის ოჯარიულ-მენსტრუალური ციკლის ფაზებთან კორელაციაში სხვადასხვა ფიზიოლოგიური სტატუსის დროს

№1 პროლიფერაციის ფაზა

კვებითი მდგომარეობა	სუნთქვის ფორმები	კონტროლი	GI-4 „ზე-გუ“	RP-6 „სან-ინ-ძაიო“	AP-18 „ცზი-ძაი“
უზმოდ	ცხვირით	83	71	86	90
	პირით	69	66	79	81
პრერეზორბ-ციული მაძღრობა	ცხვირით	76	63	80	78
	პირით	58	50	69	70
პრერეზორბ-ციული მაძღრობა	ცხვირით	78	66	82	78
	პირით	63	62	74	72

№2 სეკრეციის ფაზა

კვებითი მდგომარეობა	სუნთქვის ფორმები	კონტროლი	GI-4 „ზე-გუ“	RP-6 „სან-ინ-ძაიო“	AP-18 „ცზი-ძაი“
უზმოდ	ცხვირით	87	74	77	93
	პირით	79	67	70	83
პრერეზორბ-ციული მაძღრობა	ცხვირით	73	57	72	83
	პირით	68	48	65	67
პრერეზორბ-ციული მაძღრობა	ცხვირით	81	68	76	87
	პირით	73	63	68	67

ლიტერატურა:

1. მ.კანდელაკი - ჩინური ტრადიციული მედიცინის საფუძვლები. თბილისი, 994 წ. 1994 წ. 298 გვ.
2. ხ.შაჰურაშვილი, ა.ასათიანი, ი.კვაჭაძე - ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის (GI-4, „ზე-გუ“, II მერიდიანი) აკუპუნქტურის გავლენა ქალის ორგანიზმის ენერგეტიკულ ცვლაზე სხვადასხვა ფიზიოლოგიური სტატუსის პირობებში. სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. XXVIII, თბილისი, 1997 წ. გვ. 341.
3. Асатиани В.С. Новые методы биохимической фотометрии. Москва, 1965 г. с. 326.
4. Тишель Я.В., Шапиро М.И., Шапиро И.И. Анатомо-клинический атлас рефлексотерапии. Москва, 1989 г.
5. Шашурашвили Х.Н., Асатиани А.В. Влияние некоторых биологически активных точек на энергетический обмен мужского организма. Georgian Medical News. N2 (47) февраль, 1999 г. с.21.
6. Табеева Д.М. Руководство по ИРТ. Москва, 1980 г., с. 248.

Шашурашвили Х., Асатиани А., Квачадзе И., Андгуладзе А.
ВЛИЯНИЕ АКУПНКТУРЫ НА НАПРЯЖЕНИЕ КИСЛОРОДА В
АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМА В УСЛОВИЯХ
РАЗЛИЧНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА

РЕЗЮМЕ

Результаты исследования указывают, что в организме женщин акупунктура биологически активных точек отчетливо влияет на насыщение кислородом артериальной крови. Этим доказываются общеорганизменные - наряду со специфическими эффектами - метаболические действия акупунктуры.

Shashurashvili Kh., Asatiani A., Kvachadze I., Andguladze A.
THE INFLUENCE OF ACUPUNCTURE ON THE OXYGEN VOLTAGE OF
ARTERIAL BLOOD IN WOMAN ORGANISM UNDER OF ARTERIAL BLOOD
IN WOMAN ORGANISM UNDER THE CONDITIONS OF DIFFERENT
PHYSIOLOGIC STATUS OF ORGANISM

SUMMARY

The results of the investigations show that in the woman organism the acupuncture of biologic active points distinctly influence on the arterial blood saturated with oxygen. This other specific effects - metabolic influence of acupuncture.

დ.შენგელია, ქ.ტყებუჩავა,

პროგრამის დირექტორი ახლომხედველობის ძირუბრიული
მკურნალობის შორეული შუამავები გავშვითა
და მოზარდთა ასაკში

თსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის უკანასკნელი მონაცემებით ჩვენს პლანეტაზე 800 მლნ-მდე ახლომხედველია, სწორედ ეს განსაზღვრავს პროგრესირებადი ახლომხედველობის მკურნალობის პრობლემისადმი დიდ ინტერესს.

აღსანიშნავია ისიც, რომ მიუხედავად არსებული უამრავი მედიკამენტური საშუალებების და მკურნალობის მეთოდებისა, დღემდე არ მოიძებნა ამ პროცესებზე ეფექტური ზემოქმედებისა და მათი პროფილაქტიკის თერაპიული საშუალებები. ტრადიციული მეთოდების მტკირე ეფექტურობამ ოფთალმოლოგთა ყურადღება წარმართა ამ დაავადების ქირურგიული მკურნალობისადმი.

დღემდე ახლომხედველობის ქირურგიული მკურნალობის მრავალი მოდიფიკაციაა მოწოდებული. ამასთან ყველა ავტორი აღნიშნავს, რომ მიუხედავად ოპერაციის სახის, გამოყენებული ტრანსპლანტანტის ფორმის, ზომის, კონსერვაციის მეთოდების სხვადასხვაობისა, ახლომხედველობის პროგრესირების შენელების ან შეჩერების პროცენტი თითქმის ერთი და იგივეა. თუმცა, უმეტესი მათგანის მნიშვნელოვანი ნაკლია ტექნიკური სირთულე, ტრავმული ზასიათი, ოპერაციის შემდგომი გართულებები, რის გამოც მათ ვერ ჰპოვეს პრაქტიკული გამოყენება. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ პროგრესირებადი ახლომხედველობის ქირურგიული მკურნალობისადმი მიძღვნილი ლიტერატურული მონაცემების აბსოლუტური უმრავლესობა მოიცავს მოზრდილ პაციენტთა მონაცემებს, ბავშვთა პროგრესირებადი მიაოპიის ქირურგიული მკურნალობის შესახებ კი გამოკვლევების მონაცემები ერთობ მწირია.

ჩვენ შევისწავლეთ პროგრესირებადი მიაოპიის ქირურგიული მკურნალობის შესაძლებლობები და შორეული შედეგები ბავშვთა კონტრაქტში.

სკლეროპლასტიკა გამარტივებული მეთოდით, ინექციის სახით, პროფ. დ. შენგელას მოდიფიკაციით გაუკეთდა 5-დან 15 წლამდე ორივე სქესის 46 პაციენტს, რომელთაც აღვნიშნებოდათ ახლომხედველობა 2,0-დან 7,0 D-მდე. ახლომხედველობის პროგრესირების წლიური გრადიენტი იყო 1,0 D და მეტი.

ავადმყოფებს უტარდებოდათ გამოკვლევები: მხედველობის სიმახვილე კორექციით და უკორექციოდ, სკიასკოპია, ოფთალმოსკოპია, ულტრაბგერითი ბიომეტრია და ულტრაბგერითი სკანირება.

ოპერაციის ჩვენება ყველა ავადმყოფისათვის იყო მხედველობის ნერვის რეტრობულბური ნაწილის სწორი ან ნახევარკალისებური ფორმა, ცვლილებები მინისებრ სხეულში (დამატებითი ექოსიგნალები), თვალის კაკლის პორიზონტალური კვეთის ფართობი ასაკობრივ ნორმაზე მეტი. გარდა ამისა, ვითვალისწინებდით თვალის კაკლის წინა-უკანა ღერძის სიგრძეს (ასაკობრივ ნორმაზე გრძელი) და მიაოპიის პროგრესირებას 1,0 D-ზე მეტად ერთი წლის მანძილზე.

ოპერაციის ტექნიკა: ტენონის კაფსულის ქვეშ შეგვყავდა დაქუცმაცებული მელიტირებული ემბრიონული სკლერა მოზრილი ბრტყელი ნემსით, რომელსაც აქვს შემზღუდველი. ტრანსპლანტანტად ვიყენებდით მელიტირებულ ემბრიონულ სკლერას, რომელიც ხასიათდება დაბალი ანტიგენური და მაღალი პროლიფერაციული აქტივობით.

შევისწავლეთ ოპერაციის როგორც ადრეული, ისე შორეული შედეგები. შორეულ შედეგებს ვსწავლობდით სამუალოდ 3 წლის მანძილზე 29 ავადმყოფზე (49 თვალი). ყველა შემთხვევაში აღინიშნებოდა მიაოპიური პროცესის სტაბილიზაცია. მხედველობის სიმახვილე იცვლებოდა პირველი წლის განმავლობაში და მიუხედავად იმისა, რომ ერთი წლის შემდეგ

მხედველობის სიმახვილე უბრუნდებოდა საწყის დონეს, უკლებლივ ყველა ავადმყოფი აღნიშნავდა, რომ მხედველობა გახდა უფრო „ნათელი“. თვალის კაკლის წინა-უკანა ღერძი არც ერთ შემთხვევაში არ დაგრძელებულა.

სკლეროპლასტიკის შემდეგ შორეული შედეგების შესწავლა ხდებოდა 5 წლისა და მეტი ხნის განმავლობაში.

ოპერაციიდან ერთი წლის მანძილზე გაუმჯობესებულ მხედველობას ინარჩუნებდა ავადმყოფთა უმრავლესობა (84,7%). ეს გაუმჯობესება დროებით ხასიათს ატარებდა და ორი წლის შემდეგ შემთხვევათა 53%-ში საწყის დონეს დაუბრუნდა, ე.ი. მიღწეულ იქნა მხედველობითი ფუნქციების სტაბილიზაცია, ხოლო 47%-ში აღნიშნებოდა მხედველობის სიმახვილის (0,14±0,02%) სტაბილური გაუმჯობესება.

ახლომხედველობის ხარისხის შემცირება (0,75±0,25) უშუალოდ ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფთა 54,7%-ს აღნიშნებოდა, ცვლილებების გარეშე დარჩა 45,3%. ოპერაციის შემდეგ ერთი წლის განმავლობაში მთლიან სტაბილიზაცია დაფიქსირდა შემთხვევათა 100%-ში. 2 წლის შემდეგ - 96,6%-ში, 3 წლის შემდეგ - 83,4%-ში, ხუთი წლის შემდეგ - შემთხვევათა 75%-ში. საინტერესოა ნაოპერაცივ ავადმყოფთა ინტაქტურ თვალზე დაკირვების შედეგები. ექვსი თვის განმავლობაში ამ თვალზე შეინიშნებოდა მთლიან პროგრესირების შეჩერება და მთელ რიგ შემთხვევებში - უკორექციოდ მხედველობის სიმახვილის გაუმჯობესება. ამდენად, ჩვენი აზრით, ორივე თვალის სკლერის გამაგრება ერთდროულად არ არის მიზანშეწონილი გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ოპერაცია სრულდება ზოგადი ნარკოზით. ნარკოზის განმეორებით მიცემის თავიდან ასაცილებლად. ოპერაცია შეიძლება გაკეთდეს ორივე თვალში ერთდროულად.

ვადარებთ რა ჩვენს მონაცემებს ლიტერატურული წყაროების მონაცემებს, ვასკენით, რომ სკლეროპლასტიკური ოპერაციების ჩატარება პროცესის სტაბილიზაციის მიზნით გაცილებით ეფექტურია სუსტი და საშუალო ხარისხის მთლიან დროს, რაც შეიძლება ადრეულ ასაკში (ჩვენს შემთხვევაში - 5-15 წელი).

ლიტერატურა:

1. Е.С.Аветисов, Е.П.Тарутта - Вест. офт. 1980, N3, С. 31-24.
2. Атамедова Г.К. - Здравоохранение Туркменистана. 1981. N5, -С. 30-32.
3. Либман Е.С., Белиева В.С., Мелкумян Т.С., Богкарева З.Т. - Вест. офт. 1978, N2, с. 23-24.
4. Ремизов М.С., Грязнов А.И. - Вест. офт. N3, С. 26-29.
5. Степанов В.К. - Вест. офт. N3, С. 26-29.
6. Шустеров Ю.А. - Здравоохранение Казахстана, N3, 1990. С. 66-68.
7. Магеровский Ю.В. - Тезисы IX съезда офт. Украины. Одесса 1996. С. 186.

8. Сигевска И.В., Абашина И.М. - Тезисы IX съезда офт. Украины. Одесса 1996. С.112.
9. Ферфильфайн И.А., Повешко Ю.Л. Тезисы IX съезда офт. Украины. Одесса 1996. С.94.

Шенгелия Д., Ткебучава К.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СКЛЕРО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ**
Р Е З Ю М Е

Проведенные склеро-пластические операции разными методами и послеоперационные наблюдения больных в динамике удостоверили нас в том, что любой из этих методов даст приблизительно одинаковый процент стабилизации миопии. Нами предпочтение отдается упрощенной склеропластике, из-за минимальной травматизации глаза, а результаты не уступают другим методам. Используемая нами мелитированная брэфосклеря является лучшим материалом для склеропластических операций.

Shengelia D., Tkebuchava K.

**COMPARATIVE ASESMENT OF THE LATE RESULTS OF VARIOUS
SCLEROPLASTY METHODS IN PROGRESSIVE MYOPIA
IN CHILDREN AGE**

S U M M A R Y

Scleroplasty was carried out with those 46 patients (ages 5-15) who were suffering from progressive myopia. The degree of myopia was from 2,0 D to 7,0 D; Timediate and later (3 years long) results of the surgical treatment were investigated. The stabilization of the myopia was observed with all the patients. Scleroplastic operation are recommended to be carried out in order to stabile the process of myopia in the early age (5-15).

დ.შენგელია, ნ.გაფრინდაშვილი

**მხედველობის ანალიზატორის კერიფერიული ნაწილის
არაინვაზიური ელექტროსტიმულაცია**

თსსუ, თეალის სნეულებათა კათედრა

უკანასკნელ წლებში სხვადასხვა ქვეყნების ოფთალმოლოგიურ კლინიკებში წარმატებით გამოიყენება არაინვაზიური ელექტროსტიმულაციის

მეთოდი. აღნიშნული მეთოდი ელექტურაა ისეთი დაავადებების მკურნალობისას, როგორცაა მხედველობის ნერვის ნაწილობრივი ატროფია, ბადურას პიგმენტური და მკულოდისტროფია, ტრავმული ფტოზი (1-3) და ა.შ. ამ მეთოდის მაღალეფექტურობას ავტორები შემდეგნაირად ხსნიან: ელექტროსტიმულაციის შედეგად მხედველობის ფუნქციების აღდგენის და გაუმჯობესების საფუძველს წარმოადგენს როგორც „პარაბიოზის“ მდგომარეობაში მყოფი ნერვული ბოჭკოების აღდგენა, ისე ქერქის დეაფერენტრებული მხედველობის ზონის გააქტიურება და მხედველობის სისტემაზე მისი მარეგულირებელი ზემოქმედების აღდგენა.

ჩვენს მიერ აღნიშნული მეთოდი გამოყენებულ იქნა აკომოდაციის სპაზმის, ამბლიოპიის, ასთენოპიის, სუსტი და საშუალო ხარისხის მიოპიის მკურნალობის მიზნით.

ელექტროსტიმულაციის მეთოდი მდგომარეობს შემდეგში: აქტიური ელექტროდი თავსდება დახურული თვალის ზედა ქუთუთოზე ჭონაცვლებით ტემპორალურად და ნაზალურად. ინდიფერენტული ელექტროდი მავრდება წინამხრის შიგნითა მხარეს ნებსმიერ ხელზე. ორივე ელექტროდი დაფარულია მარლის ტამპონით (2-3 ფენა), რომელიც დასველებულია ფიზიოლოგიურ ხსნარში. ელექტროსტიმულაციის სიანის დაწყებამდე ვსაზღვრავდით პაციენტის ელექტრომგრძობელობის ზღურბლს და მხედველობის სისტემის ლაბილობას, რაც შესაძლებლობას გვაძლევს ელექტროსტიმულაციისათვის გამოვიყენოთ ინდივიდუალური (მოცემული შემთხვევისათვის) პარამეტრების შეფარდება. აქტიური ელექტროდის მეშვეობით ზდება მონოფაზური უარყოფითი იმპულსების მიწოდება (ხანგრძლივობა 10 მწ, იმპულსების გაშვების სიხშირე 5-30 ჰც, ამპლიტუდა 100-1000 მკა). ელექტროსტიმულაცია ხორციელდება ე.წ. „პაჩკური“ რეჟიმით - 4-8 იმპულსი მიეწოდება ერთდროულად. თითოეულ თვალზე მიეწოდება ელექტროსტიმულაციის 4-4 სერია ხანგრძლივობით 30-60 წ. სერიებს შორის ინტერვალი შეადგენს 30 წამს ერთი თვალის, ხოლო 60-ს - 2 თვალის შემთხვევაში.

ელექტროსტიმულაციის სიანების რაოდენობა ვარირებს 5-6-დან 10-12-მდე იმის მიხედვით, თუ როგორია პათოლოგიის ხასიათი და ხარისხი, მიღებული შედეგი. აღნიშნული მეთოდის რეალიზაციისათვის ვიყენებდით ორარხიან ოფთალმოლოგიურ ელექტროსტიმულატორს ЭСО-2М, რომელიც საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ პაციენტის ინდივიდუალური ელექტრომგრძობელობის ზღურბლი და მხედველობის ანალიზატორის ელექტროლაბილობა, ჩავატაროთ პროცედურა პროგრამირებულ რეჟიმში.

ელექტროსტიმულაციის გამოყენების უკუჩვენებას წარმოადგენს ეპისინდრომის არსებობა, მომატებული ქალასმიდა და თვალშიდა წნევა დაავადების მწვავე პერიოდი, ბადურას დისტროფიის ექსუდაციური ფორმები, ნებისმიერი ლოკალიზაციის სიმსივნეები, ანამნეზში მიპერტონული კრიზების არსებობა.

ჩვენს მიერ ელექტროსტიმულაციის მეთოდი გამოყენებული იქნა 6 პაციენტზე (12 თვალი) სუსტი ხარისხის მიაპიით, 12 პაციენტზე (17 თვალი) აკომოდაციური სპაზმით, 10 პაციენტზე (10 თვალი) ამბლიოპიით, 7 პაციენტზე ასთენოპიით.

პაციენტებში მიაპიით რეფრაქციის სტაბილურობის მიუხედავად 5 შემთხვევაში მხედველობის სიმახვილემ მოიმატა 0,5-0,7-ით, 7-ში - 0,2-0,4-ით. 2 პირთან სათვალის ტარების აუცილებლობა მოიხსნა. პირებში აკომოდაციის სპაზმით მხედველობა აღდგა 0,3-დან 1,0-1,5-მდე - 5 თვალში (მათ შორის 1 შემთხვევაში 2 სენსის შემდეგ მხედველობამ მოიმატა 0,3-ით), 0,6-0,7-დან 1,5-მდე - 6 თვალში, 0,5-დან 0,9-მდე - 6 თვალში.

საკმაო ეფექტურობით გამოირჩევა ელექტროსტიმულაცია ამბლიოპიის მკურნალობის შემთხვევაშიც. კერძოდ, 4 შემთხვევაში მხედველობა გაუმჯობესდა 0,2-ით, 3-ში - 0,2-ით, 3-ში - 0,05-0,08-ით. აღსანიშნავია, რომ 3 თვალში მხედველობა გაუმჯობესდა როგორც უკორექციოდ, ისე კორექციით. აქვე შევნიშნავთ, რომ ელექტროსტიმულაციის გამოყენების მნიშვნელოვან მომენტს ბავშვთა ოფთალმოლოგიაში წარმოადგენს ასკობრივი ასპექტი. ჩვენს მიერ მიღებული შედეგების მიხედვით ბავშვებში 2,5-დან 5 წლამდე 79%-ში მხედველობამ მოიმატა 0,2-ით, 5-დან 7 წლამდე - 50%-ში, ხოლო 7-დან 12 წლამდე - 31%-ში.

ელექტროსტიმულაციის სუბსებმა ყველა პაციენტს ასთენოპიით სრულიად მოუხსნა დაავადების სიმპტომები და მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა მხედველობა.

3-4 თვის ინტერვალით ელექტროსტიმულაციის კურსი მეორდება, რაც ამყარებს და აუმჯობესებს მიღებულ ექტს.

მიღებული შედეგების მიხედვით შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნები:

1. არანვანზიური ელექტროსტიმულაციის მეთოდი მაღალი ეფექტურობით გამოირჩევა თვალის ისეთი დაავადებების მკურნალობისათვის როგორცაა სუსტი და საშუალო ხარისხის მიაპია, აკომოდაციური სპაზმი, ამბლიოპია, ასთენოპია;
2. აღნიშნული მეთოდი რეკომენდირებულა გამოვიყენოთ თვალის პროფესიული დაავადებების პროფილაქტიკისათვის იმ პირებში, ვისაც ხანგრძლივად უწევს კომპიუტერთან ან ძალზე მცირე ზომის ობიექტებთან მუშაობა;
3. მეთოდი მარტივაა შესასრულებლად, უმტკივნეულო პაციენტისათვის, შესაძლებელია მისი გამოყენება მედიკამენტოზური თერაპიის გარეშე;
4. მეთოდის არანვანზიურობა მისი სრული უსაფრთხოების გარანტია. გამორიცხულია ნებისმიერი სახის გართულებები.

ლიტერატურა:

1. Бакуткин В.В., Каменских Г.Г. Актуальные проблемы современной офтальмологии саратов, 1996, с. 213-214.
2. Компанец Е.Б., Петровский В.В. Материал 15-го Всесоюз. съезда физиологов, 1987, т.2. с. 30.
3. Полянский В.Б. Проблемы нейрокибернетики. Ростов-на-Дону, 1995, с. 192.

Д.Шенгелия, Н.Гаприндашвили
НЕИНВАЗИВНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО
ОТДЕЛА ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА

РЕЗЮМЕ

Метод неинвазивной электростимуляции был использован для лечения миопии низкой и средней степени, спазма аккомодации, амблиопии. По полученным данным указанный метод отличается высокой эффективностью. Следует также отметить, что с помощью электростимуляции были сняты астенопические жалобы и зрительное утомление у лиц, работающих на компьютере или деятельность которых связана с высокими зрительными нагрузками.

D.Shengelia, N.Gaprindashvili
NONINVASIVE ELECTRICSTIMULATION OF THE PERIPHERAL
PARTS OF THE EYE
SUMMARY

Patients with accomodative spasm, amblyopia, mild and moderate myopia were treated by the method of noninvasive electrostimulation. The findings show a high efficiency of noninvasive electricstimulation. The findings show a high efficiency of the method mentioned above. It should also be noted removal of asthenopic complaints and tired eye" due to the use of the method in patients who had to work with the computer or small objects.

**ქირურგიული მუშაობის ზოგიერთი მაკვანებალი
საქართველოში მე-19 საუკუნის 60-70-იან წლებში
(კავკასიის სამედიცინო საზოგადოების დაარსების
135 წლისთავისათვის)**

**თსსუ, მედიცინის ისტორიის კათედრა,
ზოგადი ქირურგიის კათედრა**

მე-19 საუკუნის 60-იანი წლებში საქართველოში მედიცინის, კერძოდ, ქირურგიის განვითარებისათვის კავკასიის სამედიცინო საზოგადოების (კსს) ჩამოყალიბება და მიხეილის საავადმყოფოს გახსნა მნიშვნელოვანი ეტაპი იყო.

კსს დაარსდა თბილისში 1864 წლის აპრილში. მის ორგანიზაციაში აქტიური მონაწილეობა მიიღეს თბილისის პროგრესულმა ექიმებმა და მოწინავე ქართველმა საზოგადოებრიობამ. კსს-მ დიდი როლი ითამაშა კავკასიის ექიმების გაერთიანებაში, ამიერკავკასიისა და საქართველოში საზოგადოებრივი მედიცინის განვითარებაში, კლიმატურ-ბალნეოლოგიური რესურსების, სამხარეო პათოლოგიის და ხალხური მედიცინის შესწავლაში. კსს-ის ინიციატივით ჩატარდა კავკასიის ექიმთა მე-2 ყრილობა (1893, 1901 წ.), ოგი არაერთხელ დაჯილდოვდა მედლებით საერთაშორისო გამოფენებზე. საზოგადოებასთან თანამშრომლებდნენ მე-19 საუკუნის მედიცინის კორიფეები - რ. ვირზოვი, ი. თარხნიშვილი, ნ. პიროგოვი, რომლებიც მისი საპატიო წევრები იყვნენ.

1868 წ. გახსნილი 120-საწოლიანი მიხეილის საავადმყოფო თბილისში პირველი საერო სტაციონარი იყო, სადაც მნიშვნელოვანი პრაქტიკული მუშაობა წარმოებდა.

მასალები კავკასიის სამედიცინო საზოგადოების (კსს) შექმნასა და საქმიანობაზე, ისევე როგორც თბილისი პირველ სტაციონარებზე, განხილულია რიგ სამეცნიერო შრომებში (ვლ. ჟღენტი და თანაავტ., 1971; ი. ქუჩიშვილი, 1974; ი. ნიკობაძე და თანაავტ., 1964; ვ. პიროგოვი, 1961), მაგრამ ამ პერიოდის საქარველოს ქირურგიის მეცნიერული და პრაქტიკული მუშაობის ანალიზი აღნიშნულ წყაროებში ასახული არ არის.

გამომდინარე იმდროინდელი სამედიცინო ანგარიშების ფორმების თავისებურებებიდან, ჩვენ შევისწავლეთ მიხეილის საავადმყოფოს ქირურგიული მუშაობა 1869-1877 წწ. და ამავე წლებში - კსს-ში დაბეჭდილი ქირურგიული შრომები. ისინი დახარისხებულია თანამედროვე ქირურგიაში მიღებული სპეციალობების მიხედვით, რამაც საშუალება მოგვცა გვეწარმოებინა მასალის რეტროსპექტული ანალიზი. შესწავლილი პერიოდი წარმოადგენილია 9 სპეციალობით: უროლოგია, პროქტოლოგია,

ტრავმატოლოგია, ოფთალმოლოგია, ონკოლოგია, ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებები, გინეკოლოგია, გულმკერდის და აბდომინური ქირურგია.

ჩვენს მიერ გაანალიზებული შრომები 6 კრებულს შეადგენს. ზოგადსამედიცინო და ქირურგიული შრომების ურთიერთშეფარდების შესწავლა გეიზენებს, რომ 1867-72 წწ. ყველა დანარჩენი დარგის 162 ნაშრომზე მოდიოდა 31 ქირურგიული მოხსენება (19%), ხოლო შემდგომ წლებში ამ მაჩვენებელმა 54-ს მიაღწია, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ქირურგიულ შრომათა ხვედრითი წონა კანონზომიერად იზრდებოდა. აღნიშნულ პერიოდში კსს-ში მოთავსებულ სამეცნიერო შრომების შინაარსს წარმოადგენს პათოხვევათა აღწერები და თეორიული განსჯა. 25 მოხსენებიდან პროქტოლოგია წარმოდგენილია 1 ნაშრომით; 2-3 მოხსენება ეთმობა ოფთალმოლოგიას, ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებებს, აბდომინურ ქირურგიას, მეან-გინეკოლოგიას და ონკოლოგიას; ყველაზე მეტი - 6 მოხსენებითაა წარმოდგენილი უროლოგია და ტრავმატოლოგია. გულმკერდის ქირურგია ნაშრომებში არ მოიხსენიება.

ქვემოთ წარმოდგენილია მიხეილის საავადმყოფოს 1867-76 წწ. ქირურგიული მუშაობის ანალიზი. ამ პერიოდში შესრულებული 861 ოპერაციიდან ყველაზე მრავალრიცხოვანი ჩარევები ჩატარებულა ტრავმატოლოგიაში (164), შემდეგ - უროლოგიაში (199), პროქტოლოგიაში (148), აბდომინურ ქირურგიაში (121). აღნიშნულ სპეციალობებში ოპერაციული ჩარევის სახეები შემდეგნაირადაა წარმოდგენილი: უროლოგიაში ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი აღინიშნება ფიმოზის ოპერირებისა და ურეთროტომიაზე (89 ოპერაცია); პროქტოლოგიაში - კონდილომატოზის ექსციზიოზზე (92); ტრავმატოლოგიაში - ჭრილობაში სისხლმარღვათა გადაკვანძვასა (139) და კანის ჭრილობის გაკერვაზე (60); აბდომინურ ქირურგიაში - მუცლის ღრუს პუნქცასა და ჩაჭედილი თიაქრის ჩასწორებაზე (107). ამგვარად, აღნიშნულ 4 სპეციალობაში შესრულებული 806 ოპერაციიდან 487 ოპერაცია (65%) წარმოადგენდა მარტივ მანიპულაციას ან ნაწარმოები იყო სხეულის ზედაპირულ შრეებზე, მფარავი ქსოვილების დონეზე. ონკოლოგიური, ოტორინოლარინგოლოგიური, გინეკოლოგიური, ოფთალმოლოგიური და თორაკალური ოპერაციების რაოდენობამ შეადგინა სულ 129 ოპერაცია; წლიური მერყეობა აღინიშნებოდა 5-სა და 78-ს შორის, ხოლო საშუალოდ კეთდებოდა 26 ოპერაცია ერთ სპეციალობაში ყოველწლიურად (ცხრილში №1 წარმოდგენილია ქირურგიული ჩარევების ქრონოლოგია ცალკეული სპეციალობის მიხედვით და თითოეულ სპეციალობაში ნაწარმოები ოპერაციების ხვედრითი წილი).

მიხეილის საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების მუშაობის
მაჩვენებლები 1869-77 წწ.

№	სპეციალობის დასახელება	ქირურგიული ჩარევის წელი										სულ
		1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877		
1	უროლოგია	4	7	7	45	26	42	25	27	15	199	
2	პროქტოლოგია	1	1	0	38	19	32	21	17	19	148	
3	ტრავმატოლოგია	9	1	8	36	25	23	18	30	18	125	
4	აბდომინური ქირურგია	4	6	1	3	9	8	5	67	18	121	
5	ოფთალმოლოგია	0	7	14	17	9	16	6	3	6	78	
6	ონკოლოგია	3	2	0	5	3	4	2	0	3	22	
7	ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებანი	2	3	2	1	3	2	2	2	1	18	
8	გულმკერდის ქირურგია	1	0	2	1	2	0	0	0	0	6	
9	გინეკოლოგია	2	0	0	3	0	0	0	0	0	5	
	სულ	24	28	33	134	84	114	79	146	80	861	

ქირურგიული მუშაობის მაჩვენებლების დინამიკა გვიჩვენებს, რომ 1869-71 წწ. სულ ჩატარებულია 85 ოპერაცია (შესაბამისად 24, 28 და 33 ოპერაცია) საშუალოდ - 28 ოპერაცია წელიწადში. 1872-77 წლებში კი ოპერაციების რიცხვი მკვეთრად მატულობს და მერყეობს 79-176 შორის, ხოლო საშუალოდ შეადგენს 128 ოპერაციას წელიწადში. 861 ოპერაციიდან უროლოგიური, პროქტოლოგიური, ტრავმატოლოგიური და აბდომინური ოპერაციების რიცხვმა შეადგინა 732.

აღნიშულ პერიოდში წარმოებული 49 სახის ქირურგიული ჩარევის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ყველაზე მეტი - 9 სახის ოპერაცია ნაწარმოებია ტრავმატოლოგიაში, 7 სახის - უროლოგიაში, ხოლო 5 - აბდომინურ ქირურგიაში. დანარჩენ სპეციალობებში ნაწარმოებია 2-4 ტიპის ოპერაცია თითოეულში. ცალკე აღნიშვნის ღირსია ოფთალმოლოგიაში შესრულებული ოპერაციები: კატარაქტის ექსტრაქცია, ირიდექტომია, ქუთუთოს პლასტიკა და თვალის კაკლის ამოკვეთა; ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებათა მკურნალობა: კურდღლის ტუჩის პლასტიკა, ქეილოპლასტიკა, ტონზილექტომია - რაც ამ დარგების ზოგად განვითარებასა და ადგილობრივი სპეციალისტების სათანადო კვალიფიკაციაზე მიუთითებს.

ამგვარად, წარმოადგენილი მასალა საქართველოში მე-19 საუკუნის 60-70-ან წლებში პრაქტიკული და მეცნიერული ქირურგიის განვითარებას და ლისტერის ანტისეპტიკის შემოღების ადრეულ პერიოდს ასახავს. ნიშანდობლივია, რომ მიუხედავად მეცნიერული ქირურგიის საწყისი ეტაპისა, კავკასიაში ოპერაციული ჩარევის თანამედროვე თვალსაზრისით თითქმის სრულყოფილ სპექტრს ვხედავთ.

ლიტერატურა

1. ვლ. ჟღენტაძე პელებახანი, ირ.ტატიშვილი - მედიცინის განვითარება საქართველოში და ქართველი ექიმები, „მეცნიერება“, თბილისი - 1971 წ.
2. ი.ბ.კურჩიშვილი - "Некоторые вопросы организации хирургической помощи и развития хирургии в Грузии" (Автореферат дисс. д.м.н. Тбилиси - 1973 г.).
3. В.В.Пирожков - "Тифлисский Военный Госпиталь и его роль в развитии общественной медицины в Грузии" (Автореферат к.м.н. Тбилиси - 1961 г.).
4. Н.И.Никобадзе, И.Б.Курчишвили - "Основные этапы развития медицины в Грузии" (изд. "Сабчота сакарთველო". Тбилиси - 1969 г.).
5. Тбилисский Военный госпиталь (Исторический очерк, посвященный 170-летию существования военного госпиталя в г.Тбилиси) г. Тбилиси - 1980 г.

Шенгелия Р., Мгалоблишвили И. НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ГРУЗИИ В 60-70-Е ГОДЫ 19-ГО СТОЛЕТИЯ

РЕЗЮМЕ

В работе дается анализ как научных работ, опубликованных в трудах Кавказского Медицинского Общества (КМО), основанного в 1864 г. и сыгравшего важную роль в развитии медицины в Грузии, так и хирургической деятельности Тбилисской Михайловской больницы, явившейся первым крупным общественным стационаром в Грузии. На основе материалов за 1869-1877 гг. показан рост удельного веса хирургически работ в трудах КМО. работы рассматриваются по специальностям, принятым в современной хирургии. Спектр хирургической деятельности составили: урология, проктология, травматология, офтальмология, онкология, оториноларингология, гинекология, абдоминальная и торакальная хирургии. из 861 операций, произведенных в Михайловской больнице, наибольшее число приходится на травматологические (264), урологические (199), проктологические (148) и абдоминальные (121). 65% из них составили простые манипуляции или операции на поверхностных, покровных тканях тела. Делается заключение о состоянии хирургии в Грузии в начальном периоде внедрения Листеровской антисептики.

Shengelia R., Mgaloblishvili I. SOME PARAMETERS OF SURGICAL ACTIVITY IN GEORGIA IN 60-IES - 70-IES OF THE 19-TH CENTRY (FOR 135TH ANNIVERSARY OF THE CAUCASIAN MEDICAL SOCIETY)

SUMMARY

Enclosed in this work is scientific thesises of Caucasian Medical society (CMS) and Mikhailov's hospital of Tbilisi, dated 1869-1877. The study of works according to chronological steps revealed the growth of specific gravity of surgical works. To

characterize the spectrum of surgical activities the work are studied as sections adopted in modern surgery urology, proctology, traumatology, ophthalmology, oncology, otorhinolaryngology, gynecology, transabdominal and thoracic surgery,

From 861 operation made in Mikhailov's hospital, the greatest number is necessary on traumatology (264), urology (199), proctology (148) and transabdominal surgery (121); 65% of them included simple manipulations or operations on surface, superficial tissues of ta body. The work has results n concluding about condition of surgery in Georgia in an initial stage of antiseptic.

ნ.ჩაკვეტაძე, ანანუაშვილი, თ.კერესელიძე, ლ.ვაშაკიძე

სასუნთქი სისტემის ანთებითი დაავადებების გამოვლენის ბაქტერიების β-ლაქტამაზური აქტივობა

თსსუ, ფთიზიატრიისა და პულმონოლოგიის კათედრა

სასუნთქი სისტემის ანთებითი დაავადებების მიკრობთა პეიზაჟი და მათი ანტიბაქტერიული პრეპარატებისადმი მგრძობელობის სპექტრი პერიოდულად იცვლება, ამავ დროს იგი ხასიათდება რეგონალური სპეციფიურობით, რასაც კონკრეტული ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს. ტრადიციული ანტიბაქტერიული პრეპარატები წლების განმავლობაში კარგავენ ადრეულ ეფექტურობას, რისი მიზეზიც ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტული შტამების სელექცია და პოლირეზისტენტული მიკროფლორის დომინირებაა. ეს ტენდენცია მეტ-ნაკლები ინტენსივობით მთელს მსოფლიოში და, მათ შორის, საქართველოშიც ვლინდება.

β-ლაქტამაზური ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტობის ერთ-ერთ მთავარ მექანიზმს წარმოადგენს ბაქტერიათა უნარი გამოიმუშაონ ფერმენტი β-ლაქტამაზა, რომელიც შლის არა მხოლოდ პენიცილინს, არამედ ნახევრად სინთეზურ პენიცილინებსა და III თაობის ცეფალოსპორინებს, უკანასკნელ წლებში გამოვლენილია რეზისტენტობის ზრდა ისეთი პრეპარატებისადმი, რომელთა შემადგენლობაში შედის β-ლაქტამაზის სპეციალური ინჰიბიტორები (კლავულის მჟავა, სულბაქტამი, ტაზობაქტამი).

სასუნთქი სისტემის ანთებითი დაავადებების გამოწვევ მიკრობთა პეიზაჟი და მათი β-ლაქტამაზური აქტივობა საქართველოში მიზანმიმართულად შესწავლილი არ ყოფილა (გარდა, სუბტიკურ-ჩირქოვანი პროცესების) მაშინ, როცა სწორედ ამ დაავადებათა უზმირესი გამოწვევები - სტაფილოკოკები, ფსევდომონები, ჰემოფილუსები ხასიათდებიან β-ლაქტამაზას პროდუქციის უნარით, რაც მნიშვნელოვან პრობლემას ქმის

მათი ანტიბაქტერიული მკურნალობისათვის, აღნიშნულმა განაპირობა კვლევის მიზანი და ამოცანები.

შესწავლილი იყო 57 პაციენტის ნახველი მეორად ფლორაზე. მათ შორის 22 გამოკვლეული იყო დიაგნოსტიკური სტანდარტით ფილტვის ტუბერკულოზისა და ფილტვების არასპეციფიკური ანთებითი პროცესების (პნევმონია, ბრონქიტი) დიფერენციაციის მიზნით, ხოლო 35 იყო ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული, რომელთაც აღნიშნუბოათ თანდართული არასპეციფიკური ანთებითი პროცესი (მეორად ფლორაზე ნახველის გამოკვლევა და გამოყოფილ მიკრობთა β -ლაქტამაზური აქტივობის შესწავლა ხდებოდა ზესტანდარტით). არასპეციფიკური მიკროფლორის შესწავლა ხორციელდებოდა რაოდენობრივი მეთოდით (ლ.გ.სელინა, 1985 წ.), რომელიც გულისხმობდა ნახველის 10^{-4} და 10^{-7} განზავებიდან მიკრობის გამოთესვას კოლონიათა რიცხვის დაფიქსირებით. პათოლოგიური პროცესის გამომწვევად მიჩნეულ იყო 10^{-7} განზავებიდან გამოყოფილი კულტურა, β -ლაქტამაზური აქტივობის შესწავლა წარმოებდა იოდომეტრული მეთოდით 24 საათიანი ბაქტერიული კულტურიდან მიღებული მიმზე სუსპენზიის ანალიზით, 57 პაციენტიდან გამოყოფილი იყო 76 კულტურა, მათ შორის: პნევმოკოკი - 8, ოქროსფერი სტაფილოკოკი - 29, ეპიდურმული სტაფილოკოკი - 19, ჰემოფილუს ინფლუნცა - 9, ფსევდომონა - 7, პროტეუსი - 4, კლებსიელა - 3. გამოყოფილი კულტურებიდან β -ლაქტამაზურ აქტივობაზე შესწავლილი იყო 65 კულტურა. ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ ყველაზე მაღალი β -ლაქტამაზური აქტივობით გამოირჩევა ოქროსფერი სტაფილოკოკი, შესწავლილი 29 კულტურიდან ტესტი დადებითი აღმოჩნდა 16 შემთხვევაში, ოდნავ ჩამორჩებოდა მას ეპიდურმული სტაფილოკოკი β -ლაქტამაზის პროდუქციის უნარით, რომლის 19 კულტურიდან 9 შემთხვევაში ტესტი აღმოჩნდა დადებითი. დანარჩენ შემთხვევაში β -ლაქტამაზური აქტივობა გეხვდებოდა შემდეგი სისხშირით: ჰემოფილუსი - 9-დან 4, ფსევდომონა 7-დან 2, ხოლო პროტეუსი - 4-დან 3 კულტურა. ამრიგად, სასუნთქი სისტემის ანთებითი პროცესების გამომწვევი ბაქტერიების β -ლაქტამაზური აქტივობის შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ამ პროცესების ტიპური გამომწვევების ნახევარზე მეტი ხასიათდება β -ლაქტამაზური აქტივობით, რაც გარკვეულ სიძნელებებს ქმნის ამ დაავადებათა ანტიბაქტერიული თერაპიისათვის. ენზიმწარმოქმნილი გენების პლასმიდური ლოკალიზაციის დროს ინფორმაცია ბაქტერიიდან ბაქტერიას ადვილად გადაეცემა და ამიტომ რეზისტენტობის გავრცელების მაღალი კოეფიციენტი აღინიშნება. ეფექტური ანტიბაქტერიული თერაპიისათვის მიზანშეწონილია ბაქტერიათა მიერ β -ლაქტამაზურის წარმოქმნის უნარის მონიტორინგი.

**Чакветадзе Н., Нануашвили А., Кереселидзе Т., Вашакидзе Л.
β-ЛАКТАМАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ БАТЕРИЙ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
ВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (ВЗОД)**

РЕЗЮМЕ

Бактериальные культуры, выделенные из мокроты больных ВЗОД изучались на β-лактамазную активность иодометрическим методом. Было изучено 26 культур золотистого стафилококка, 19 - эпидермального, 9 - гемофильной палочки, 7 - синегнойной, 4 - протей. Исследования показали, что наивысшей β-лактамазной активностью отличался золотистый стафилококк, в 16 случаях из 29 он был положительный. Затем эпидермальный - 9 из 19. Остальные бактерии дали положительный результат в 4, 2, 3 случаях соответственно.

**Chakvetatdze N., Nanuashvili A., Vashakidze L., Kereselidze T.
β-LACTAMASE ACTIVITY OF BACTERIA CAUSING RESPIRATORY
SYSTEM INFLAMMATORY DISEASE**

SUMMARY

β-Lactamase activity of microbial cultures from sputum of patients with RSID was studied by iodometric method. It was shown that Staphylococcus Aureus is β-Lactamase positive in 16 cases from 29, Staphylococcus Epidermidis in 9 from 19 Haemophilus influenza 4 from 9, Pseudomonas Aeruginosa in 2 from 7 and proteus Vulgaris in 3 from 4 cases.

Чанкветадзе Б., Татишвили Г.

**МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ АЛИМЕНТАРНО-
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
ФОРМИРОВАНИЯ МАЛОГО ЖЕЛУДОЧКА**

**ТГМУ, Региональный центр медицинской и социальной реабилитации
г. Кутаиси**

Одним из основных критериев отбора больных для хирургического лечения алиментарно-конституционального ожирения (АКО) является функциональное состояние печени. Как показали многочисленные исследования, после операции еюноилеостунтирования (ЕИШ) во многих случаях ухудшается морфофункциональное состояние печени. В отличие от

ЕИШ гастропластические операции не вызывают мальабсорбции, что позволяет прогнозировать менее выраженные изменения в печени.

Мы применяем операцию формирования малого желудка (ФМЖ) с 1989 года и накоплен опыт хирургического лечения АКО у 216 больных III-IV степенью АКО. Средний возраст больных составил 37 лет, средняя масса тела $140,5 \pm 1,9$ кг, средний рост $160,5 \pm 2,5$ см. Избыточная масса тела среди оперированных больных составила $129,05 \pm 2,8\%$. У 40 (18,5%) больных установлена III степень, у 176 (81,5%) - IV степень ожирения. Для оценки функции печени изучены показатели общего белка крови: альбумина: холестерина: протромбина, триглицеридов, общего и прямого билирубина, активность ферментов (АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ, ГГТП и холинэстеразы). С целью оценки белково-пигментного обмена в гепатоцитах проводили исследование гепатобилиарной системы с метионом - ^{75}Se , дающее представление о пространственном распределении белковых метаболитов во всей массе гепатоцитов.

Во время операции ФМЖ 52 больных выполнена биопсия печени (21 мужчина и 31 женщина). Контрольное морфологическое исследование печени было выполнено у 22 больных в сроки от 12 до 36 месяцев. У всех больных этой группы ранее был выявлен стеатогепатит, однако у 7 из них при контрольном исследовании признаков стеатогепатита выявлено не было. В отдаленные сроки после операции биопсию печени выполняли больным, которым проводились различные хирургические вмешательства, требующие лапаротомии (грыжесечение, холецистэктомия).

Анализ данных относящихся к белковообразовательной функции печени выявил некоторые особенности влияния операции ФМЖ на эти показатели.

Наши данные свидетельствуют о том, что практически все изучаемые биохимические показатели до операции находились на верхних пределах нормы. Это относилось к холестерину, протромбину, глобулинам.

Сравнительный анализ изученных биохимических показателей проведенный у больных в отдаленные сроки после операции ФМЖ показал, что высокий уровень холестерина, бета-липопротеидов и триглицеридов претерпел заметное и достоверное снижение, хотя в целом эти показатели колебались в пределах физиологической нормы.

Также снизился уровень протромбина с $96 \pm 2,3$ до $92 \pm 1,7\%$ и повысилось отношение АЛТ, что следует расценить как благоприятные признаки.

При изучении биохимических показателей, отражающих выраженность холестатического и цитологического синдромов, достоверных в пользу данной патологии у больных АКО выявлено не было. Все изучаемые показатели, включая билирубин, уровень ЩФ, АСТ, АЛТ, ГГТП, ЛДГ колебались в пределах верных границ нормы. Однако, в отдаленные сроки после операции достоверное приближение этих показателей к средним значениям нормы может свидетельствовать, что патологические изменения печени при АКО могут иметь скрытый характер.

При оценке поражения печени по четырехбалльной системе предложенной Tgabuschi (1989), выражение (2-3 балла) изменения были выявлены: жировая Дистрофия у 78 (70,9%), стеатогепатит у 64 (58,2%) и фиброз портальной стромы у 79 (71,8%) больных, хотя патоморфологические изменения меньшей степени выраженности были выявлены без исключения у всех больных.

Контрольное морфологическое исследование печени было выполнено у 22 больных, которые в течение 1-3 лет похудели в среднем на $56,5 \pm 9,4$ кг. У всех больных этой группы ранее выявлен стеатогепатит, однако у 7 из них контрольном исследовании признаков стеатогепатита выявлено не было. Кроме того, выраженность стероза и некроза у всех больных была значительно ниже, чем при первом исследовании.

Результаты наших исследований показывают, что значительное снижение массы тела больных АКО после операции ФМЖ способствует улучшению морфофункционального состояния печени, о том свидетельствует достоверное снижение степени жировой дистрофии и воспалительных изменений в паренхиме печени.

Радиоизотопное исследование печени с помощью меченного изотопа селена-метионина (^{75}Se -метионин) выполнено 96 больным до и в различные сроки после операции ФМЖ. Установлено, что после операции ФМЖ функциональное состояние гепатоцитов существенно улучшается. Если до операции на сканограммах печени выраженные изменения выявлены у 82,3% средние и умеренные у 17,7% то в отдаленные сроки после операции эти изменения были отмечены соответственно у 8,4% и 52,3%, а у 39,3% больных после операции наблюдались нормальная сканограмма.

Наши исследования показали, что значительное снижение массы тела больных после операции ФМЖ не приводит к ухудшению функционального состояния печени и способствует нормализации ее морфологического состояния.

ЛИТЕРАТУРА:

1. В.К.Марков, Г.Э.Бримас, и др. Поражение печени у больных алиментарно-консультациональным ожирением крайней степени. - Клиническая медицина, 1989, №11, с. 14-20.
2. Н.Б.Ковалева. К оценке функциональных изменений при общем ожирении. Автор. канд. мед. наук. - Свердловск, 1975, гис.
3. Д.Г.Палинкаши. исследование in vivo обмена ^{75}Se - метионина при поражениях гепатобилиарной системы. Медицинская радиология. №5, 1984, с. 44-49.
4. М.М.Романов, И.М.Кузин, С.П.Лебедев. Поражение печени у больных ожирением крайней степени. Клиническая медицина, 1989, №11, с. 14-20.
5. M.Adler, K.W.Chung, F.chaffner. Pecicanalicular hepatocytic and bile ductular microtilaments in cholestasis in man. Am. J. Pathol. 1980, 98:608-616.
6. M.Adler, F.Schaffner. Fatty liver hepatitis and cirrosis in obese patients. Am. J. Clin. Med. 1979, 67:811-816.
7. T.Andersen et al. The liver in consecutive patients with morbid obesity: a clinical, morphological and biochemical study. Int. J. of Obesity - 1984. - V.8. N2. -p. 107-115.

Chakvetadze B., Tatishvili G.

MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CONDITION OF THE LIVER AFTER OPERATION FORMATED A SMALL STOMACH FOR PATIENTS WITH ALIMENTARY - CONSTITUTIONAL OBESITY

SUMMARY

The functional condition of the liver is select criterion of patients with alimentary constitutional obesity for surgical treatment. The results of surgical treatment of patients with alimentary-constitutional obesity by II-IV degrees was stidied on 216 patients.

Comparative analysis of morphological and functional condition of the liver had made by: blood biochemistry parameters, hepato-biliar system standing with metionin ^{75}Se , byopsy of liver investigation before and after operations. The results obtained was showed most decrease of body weights on patients with alimentary-constitutional obesity after operation formated a small stomach. This surgical treatment cotributed normaliation of functional condition of liver.

**გაფიტირებული რეკლამის რეკონსტრუქციის განხორციელების
შესაძლებლობის შესახებ შედეგების ანგარიში
ტრავმული დაზიანებისას**

**თსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა,
კლინიკური პათოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრი**

მხედველობის ორგანოს ტრავმული დაზიანებისას სტატისტიკური მონაცემებით (35%) ზიანდება რქოვანა. როგორც ავტორების მიერ (1) რეკონსტრუქციული რქოვანის ჭრილობის დამუშავება პირველ 24 საათში, ვინაიდან შემდეგ პერიოდში ვითარდება შეუქცევადი ცვლილებები რქოვანაში, რაც მკვეთრად ამცირებს მხედველობის შენარჩუნებისა და თვალის გადარჩენის შანსს.

ტრავმის შემთხვევაში კერატოპლასტიკის დროს როგორც ავტორები (2,3,4) გადაწყვეტენ მნიშვნელობას ტრანსპლანტანტის მიხორცებისათვის ანიჭებენ იმუნურ რეაქციებს, ტრანსპლანტანტის შენახვის ვადებს, დონორის ასაკს.

ურგენტული დაავადების ქირურგიული მკურნალობისათვის აქტიური ტრანსპლანტანტის მოძიება თითქმის ყველა ავტორის მიერ არის მოხსენიებული როგორც ნომერი პირველი პრობლემა (5,6,7,8). ჩვენი პრაქტიკიდან გამომდინარე კი გამოირკვეა, რომ თითქმის შეუძლებელია ამისათვის მიზანშეწონილად ჩავთვალოთ გადაუდებელი შემთხვევებისათვის შეგვექმნა დაკონსერვებული რქოვანების ბანკი. კონსერვებული მასალის ვარგისიანობის შესასწავლად რქოვანას მელიტირების პროცესზე ხანგრძლივად ვახდენდით დაკვირვებას, რის შედეგადაც დადგინდა კონსერვაციის საიმედო ვადა 6 თვე, რაც პათოპისტომორფოლოგიური კვლევისათვის არის დადასტურებული.

ჩვენ კლინიკაში 1999 წლის ივლისში შემოვიდა პაციენტი, რომელსაც 4 დღის წინ საღურგლო ჩარხზე მუშაობისას მოხვდა მარჯვენა თვალის მიდამოში ფიცრის ნაკერი. პაციენტს დაზიანებული ჰქონდა თვალის ზედა და ქვედა ქუთუთობი. ზედა ქუთუთოზე და წარბზე ჰქონდა დადებული კვანძოვანი ნაკერები. თვალის კაკალი არ იყო დამუშავებული, ვინაიდან ადგილობრივმა ოფთალმოლოგმა ჭრილობა ჩათვალა უპერსპექტივოდ და შესთავაზა ენუკლეაცია, რაზეც პაციენტმა თავი შეიკავა და 4 დღის შემდეგ მომართა ჩვენს კლინიკას.

ობიექტურად: მარჯვენა თვალის კაკლის ლორწოვანი ძლიერ ჰიპერემიულია, პალპაციით თვალის კაკალი მტკივნეული, T=-1,

მხედველობის სიმახვილე $\frac{1}{\infty}$ pr. certa, რქოვანა მთლიანად დანისლული,

რქოვანას ზედა ნახევარში დევექტი ზომით 5X6 მ-ზე, ვრცელდება ლიბმის არეშიც; ჭრილობაში გამოჭედოილია ფერადი გარსის ნაფლეთები და ბროლის ბირთვი, რამაც დაიცვა თვალის კაკალი დაკლისაგან. რქოვანას დანეკროზებული ნაფლეთის თავის ადგილზე მიკერება შეუძლებელი იყო. ოპერაციის მსვლელობისას მოიკვეთა დანეკროზებული კიდეები შემდარებით საღი ქსოვილის ფარგლებამდე. მოიკვეთა გამოჭედოილი ფერადი გარსიც, ბირთვი გაიკვეთა შუაზე და გამოტანილი იქნა რქოვანის ჭრილობიდან. გამოირეცხა ბროლის მასები, ამოიკვეთა წინა კაფსულა; უკანა კაფსულის მთლიანობა არ იყო დარღვეული. 4 თვის დაკონსერვებული რქოვანიდან ამოიკვეთა ტრანსპლანტანტი ზომით 6X7 მმ-ზე და 4 კვანძოვანი ნაკერით დაფიქსირდა პაციენტის რქოვანაზე, რითაც დაიხურა ჭრილობა. შემდეგ რქოვანაზე დაედო დამატებით უწყვეტი ნაკერი, წინა საკანში შეყვანილი იქნა ჰაერი. ოპერაციის შემდეგ პაციენტს უტარდებოდა კონსერვატიული მკურნალობა და იმყოფებოდა მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ. ოპერაციიდან უკვე მეორე დღეს პაციენტის რქოვანამ დაიწყო გამჭვირვალობის აღდგენა. გადანერგილი ტრანსპლანტანტი იყო გამჭვირვალე, ციკლიტური მოვლენები ჩაქრა ერთი კვირის შემდეგ. გადანერგილი რქოვანა მიხორცდა რეციპენტის რქოვანასთან და 1,5 თვის შემდეგ მოიხსნა ნაკერები. 2 თვის შემდეგ გადანერგილი რქოვანა ცენტრთან დარჩა გამჭვირვალე. სკლერის სიახლოვეს - შემდარებით შეიმღვრა. პაციენტს 2 თვის თავზე მხედველობა ჰქონდა 0,02, თვალშიდა წნევა 22. აღსანიშნავია, რომ ბიომიკროსკოპზე პრაქტიკულად არ სჩანდა ღონორისა და რეციპენტის რქოვანების შეხორცების მიდამოში ნაწიბური. აღინიშნება მარტო ნაზი ზედაპირული შემღვრევა.

მიღებული შედეგები ნათელს ხდის, რომ ჩვენს კლინიკაში დანერგილი მეთოდით კონსერვირებული რქოვანას ტრანსპლანტაცია სრულიად გამართლებულია ურგენტული შემთხვევების დროს.

ლიტერატურა:

1. Mauk E.Muga R. Anterior Segment urgency early After Corneal Wound Repair. "Brit. J. Ophthalmol". 1977, 61, N12, 782-784.
2. Volka-Dieben H.J., D. Amaro J. Kok-van Alphen C.C. Hierarchy of prognostic factors for corneal allograft survival. Austr. N.Z.J. Ophthalmol., 1987, 15, N1, 11-18.
3. Сквозная кератопластика при проникающих ранениях роговой оболочки. Мороз З.И., Челликов Ю.А., Ковшун Е.В., Волков О.С., М. 1987 г. 6 с. (Рукопись деп. во ВНИИМИ из СССР, T1470-87)ю
4. Severin M. Immunreaktionen Nach Keratoplastik. Klin. Mbb. Augenheilk 1986, 188, N3, 200-208.

ცხრილი №1

	Vv	Nv	F	6/x	P
ახალშობილი	35,74±1,36 6=13,64 CV=38,16%	819,61±28,65 6=286,49 CV=34,91%	0,834±0,036 6=0,363 CV=43,52%	0,94	0,578±0,021 6=0,208 CV=35,99%

დისპლაზიური მენჯ-ბარძაყის სახსრის ბრტილოვანი ელემენტების პისტოსტერომეტრულ მარკენებელთა განსაზღვრის შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში №2.

ცხრილი №2

	ბარძაყის თავი		ტაბუხის ფოსო	
	ცენტრი	პერიფერია	ცენტრი	პერიფერია
Vv	50,54±2,11 6=21,09 CV=41,73%	47,18±2,07 6=20,67 CV=43,81%	45,81±1,94 6=19,41 CV=42,56%	42,97±2,01 6=20,08 CV=46,73%
Nv	821,09±33,47 6=334,68 CV=40,76%	863,50±37,83 6=378,30 CV=43,81%	771,29±32,69 6=326,87 CV=42,38%	898,03±38,07 6=380,67 CV=42,39%
F	0,824±0,039 6=0,390 CV=47,33%	0,831±0,040 6=0,0399 CV=48,01%	0,816±0,040 6=0,398 CV=48,77%	0,785±0,039 6=0,389 CV=49,55%
6/x	0,90	0,81	0,82	0,81
P	0,649±0,028 6=0,282 CV=43,45%	0,582±0,026 6=0,262 CV=44,94%	0,577±0,026 6=0,258 CV=44,71%	0,521±0,025 6=0,255 CV=48,94%

დისპლაზიური მენჯ-ბარძაყის სახსრის ბრტილოვანი ელემენტების პისტოსტერომეტრული მარკენებლების განსაზღვრის შედეგებმა გვიჩვენა:

1. ქონდროციტების ხვედრითი მოცულობის მარკენებლები იმავე ასაკობრივი ჯგუფის ადამიანის სალი მენჯ-ბარძაყის შესაბამის მანსიათებლებთან შედარებით გაზრდილია ბარძაყის თავის სასახსრე ზედაპირის ცენტრალურ უბანში 11,35%-ით ($t=2,00$) და 12,65%-ით ($t=2,00$) პერიფერიაზე; ხოლო ტაბუხის ფოსოს სასახსრე ბრტილის ცენტრში - 11,87%-ით ($t=1,99$) და 20,23%-ით ($t=2,98$) - პერიფერიაზე. ამასთანავე, საყურადღებოა ისიც, რომ დისპლაზიური მენჯ-ბარძაყის სახსრის ბრტილების ცენტრალურ და პერიფერიულ რეგიონებში ქონდროციტების ხვედრითი მოცულობის მარკენებლები, ნაყოფის ანალოგიურ მანსიათებლებზე ნაკლები რჩება.

2. ქონდროციტთა ხვედრითი რაოდენობის მაჩვენებლები, სარწმუნოების 95%-იანი ალბათობის ფარგლებში, არ განსხვავდება იმავე ასაკობრივი ჯგუფის ადამიანთა სალი სახსრის მახასიათებლებისაგან, თუმცა გამოიკვეთა მაჩვენებელთა ვარიაბელობის მნიშვნელოვანი გაზრდა. ამასთანავე, დისპლაზიის დროს ტაბუნის ფოსოს სასახსრე ზრტილის პერიფერიაზე ქონდროციტების ხვედრითი რაოდენობა აღემატება ზრტილის ცენტრის შესაბამის მაჩვენებელს 16,34%-ით ($t=2,53$), მაშინ როდესაც ბარძაყის თავის სასახსრე ზრტილში ამგვარი განსხვავებები არ გამოვლენილა;
3. ქონდროციტების ფორმის ფაქტორის მაჩვენელის განსაზღვრის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ისინი სარწმუნოების 95%-იანი ალბათობის ფარგლებში არ განსხვავდება სალი სახსრის ანალოგიური მაჩვენებლებისაგან, თუმცა უჯრედების ფორმის რაოდენობრივ მახასიათებელთა ვარიაბელობა ნორმასთან შედარებით გაზრდილია და ვარიაციის კოეფიციენტები დისპლაზიის დროს მალაღ მნიშვნელობებს ლებულობენ ($CV>47\%$ -ზე);
4. ზრტილოვანი უჯრედების არათანაბარი განაწილების - შეჯგუფების ხარისხის მაჩვენებლის განსაზღვრის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ბარძაყის თავის სასახსრე ზრტილის ცენტრალურ უბანში იგი ნორმისაგან არ განსხვავდება, მაშინ, როდესაც იგივე ზრტილის პერიფერიული უბნების შეჯგუფების მახასიათებელი, ჯანმრთელი ახალშობილის შესაბამის მაჩვენებელთან შედარებით შემცირებულია 12,90%-ით. ამავე დროს, დისპლაზიური სახსრის ტაბუნის ფოსოს სასახსრე ზრტილში ქონდროციტების შეჯგუფების მაჩვენებელი ნაკლებია, სალი მენჯ-ბარძაყის სახსრის შესაბამის მახასიათებლებზე ცენტრში 13,68%-ით და 13,83%-ით პერიფერიაზე;
5. ქონდროციტების ვერტიკალური მოწესრიგებულობის ალბათობის მაჩვენებელთა განსაზღვრის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ისინი სარწმუნოების 95%-იანი ალბათობის ფარგლებში არ განსხვავდება სალი მენჯ-ბარძაყის შესაბამისი მახასიათებლებისაგან, თუმცა ყურადღებას იქცევს დისპლაზიის პირობებში ქონდროციტთა ვერტიკალური მოწესრიგებულობის მაჩვენებელთა ვარიაბელობის გაზრდა და ზრტილის ცენტრალურ და პერიფერიულ რეგიონებში ქონდროციტების ვერტიკალური მოწესრიგებულობის ალბათობის მაჩვენებლებს შორის განსხვავების გაქრობა.

ჩატარებული გამოკვლევების შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის დროს ზრტილში მიმდინარე რაოდენობრივი ცვლილებები ასახავენ: ქონდროციტების ზომების მომატებასა და ზრტილოვანი მატრიქსის მასის შემცირებას; უჯრედებსა და უჯრედშორის ნივთიერებას შორის ნორმალური თანაფარდობის მოშლას;

ზრტილის ციტოარქიტექტონიკის დარღვევას; სასასსრე ზრტილის ფუნქციურად სხვადასხვა რეგიონის აგებულებაში განსხვავებების წაშლას. მორფომეტრული კვლევის შედეგად დადგენილი რაოდენობრივი მახასიათებლის ვარიაბელობის ზრდა, რაც სახსრის დისპლაზიის დროს აღწერილ პათოლოგანატომიურ ცვლილებათა პოლიმორფულობის (A.Khungar, P.Mahajan, G.Gupte et. al., 1993) რაოდენობრივ გამოხატულებას წარმოადგენს, დაზიანებული სასასსრე ზრტილის ფუნქციური შესაძლებლობების შეზღუდვაზე მეტყველებს.

ამრიგად, ჩატარებული გამოკვლევის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ დისპლაზიური მენჯ-ბარძაყის სახსრის ზრტილოვან ელემენტებში ადგილი აქვს მთელ რიგ მორფომეტრულ ცვლილებებს, რომელთაც მათი სპეციფიურობის გამო შეიძლება სადიაგნოზო მნიშვნელობა ჰქონდეთ ოპერაციული მასალის პათოპისტოლოგიური გამოკვლევების დროს. ამასთანავე, ხსენებული ცვლილებები, ასახავენ რა სახსრის მორფოგენეზის დარღვევის თავისებურებებს, შესაძლებლობას იძლევიან განისაზღვროს დისპლაზიური სახსრის ფუნქციური არასრულყოფილობისა და მომავალში მოსალოდნელ დაზიანებათა თავისებურებანი, რაც ძალზე მნიშვნელოვანი უნდა იყოს ავადმყოფის მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევისათვის.

ლიტერატურა:

1. Gisaburo K. Anteversion of the femoral neck in congenital dislocation of the hip. // Acta med. Okajama, 1985, vol.39, N3, p. 221-230.
2. Hunziker E.B., Cruz-Orive L.M. Consistent and efficient delineation of reference space for logh microscopical stereology using a laser microbeam system // J. Microsc., 1986, vol. 142, N1, p. 95-99.
3. Khunger A., Mahajan P., Gupta G. et al. Pseudoachondroplastic dysplasia // J. Postgrad. Med., 1993, vol. 39, N2, p. 91-93.
4. Lind M. Growth factors, possible new clinical tools: a review // Acta Orthop. Scand., 1996, vol. 67, p. 407-417.
5. Maguet P. Stress-shape relationship during treatment of a congenital dislocation of the hip. // Int. Sympos. on Wolff's law & orthoped. Pathophys., Berlin, GDR, 4-7 April, 1990, Abstr., Berlin, 1990, p.13.

Чихладзе Р.

ГИСТОСТЕРЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ХРЯЩА ПРИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

РЕЗЮМЕ

Результаты гистостереометрических исследований показали, что в отличие от неповрежденного хряща, при дисплазии тазобедренного сустава наблюдается: увеличение размеров хондроцитов и уменьшение массы хрящевого матрикса;

ნარღუენი ნორმალური სოორნოენი მედუ კლექტკნი და მეჯკლექტოჩნიმ ვეშტვომ; ნარღუენი ციოარქიტექტონიკი ხრეჯი; სგლავინენი რღვლიჩი ვ სტრეინი ფუნქციონალური რღვლიჩნი ოდელოვ სუღვანი ხრეჯი; უვღვინენი ვარიღბელობი მორფომეტრიკეიქი პოკღვტეიქი. ვსე ვღეუეკღვნი ვღვღვღვ კოლიკვესტენი მორფოლოგიკეიქი პრღვღვინენი ოღვნიკონალური ვოღვნიკეიქი სუღვანი.

Chikhladze R.

**HYSTOSTEREOMETRIC PECULIAR OF CARTILAGES
IN CASE OF COXAL DISPLASIA**

SUMMARY

The results of hystostereometric research have shown us that unlike uninjury cartilage, when it's coxal displasia we see: extension of dimensions of chondrocytes and decrease of mass of cartilage matrix; infrigelment of normal correlation between cells and intercellular substance; infrigelment of cytoarchitectonic of cartilage; the differences of structure of functional different sections of cartilage articulation are smooth out. There is extension of variability of morphometric indices.

Above mentioned shows quantitative morphological limit of functional ability of injury of cartilage.

ა.ჩხეიძე, ე.ტარტარაშვილი, ა.ახმეტელი

**საშვილოსნოსშიდა ინფემცია და ნაყოფის ჰიპოქსია:
ღიაგნოსტიკის თანამედროვე მეთოდები და კლასიფიკაცია**

**თსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი,
ულტრასონოგრაფიის სასწავლო-კვლევითი ცენტრი**

ნაყოფის ინფეცირება მუკლადყოფნის პერიოდში მეანობისა და ფეტო-მატერნალური მედიცინის უმთავრესი პრობლემაა თანამედროვე ეტაპზე. საკმარისოდ არაა შესწავლილი ფეტო-პლაცენტური კომპლექსის ინფექციური დაზიანების ულტრაბგერითი და კარდიოტოკოგრაფიული კრიტერიუმები (6, 7). საშვილოსნოსშიდა ინფექციების დიაგნოსტიკა ძალიან მნიშვნელოვანია. ერთი მხრივ, პრაქტიკაში ადგილი აქვს ინფექციური პათოლოგიის გვიან გამოვლინებას, მეორე მხრივ, აღინიშნება ჰიპერდიაგნოსტიკა. არსებობს ორსულის ორგანიზმში ინფექციის შეღწევის ხუთი ძირითადი გზა: აღმავალი, დაღმავალი, ჰემატოგენური,

ტრანსდუციულური და შერეული. ყველაზე დიდ რისკს წარმოადგენს ინფიცირების აღმავალი გზა (5,4).

შევისწავლეთ ნაყოფის ინფექციური დაზიანებისა და დისტრეს ულტრახვერითი და კარდიოტოკოგრაფიული კრიტერიუმები ანტენატალურ პერიოდში. ულტრახვერითი სკანირებისას ნაყოფის ინფიცირებაზე მიუთითებს შემდეგი ნიშნები: 1. ნაყოფის განვითარების შეფერხების სინდრომი; 2. სანაყოფე წყლების ანომალური რაოდენობა; 3. პლაცენტის სტრუქტურის დარღვევა (მისი სისხლძარღვების გაფართოება, ქიპერექოვანური ჩანართების არსებობა); 4. პლაცენტის ნაადრევი ან დაგვიანებული მოშლილობის ნიშნები; 5. ხაოებსშორისი არეების უსწორმასწორო გაფართოებები, რომლებიც არ შეესაბამებიან კოტილედონების ცენტრებს; 6. პლაცენტის წილაკების ადრეული გაჩენა; 7. ნაყოფის მუცლის ზომების მომატება; 8. ნაყოფის თირკმლის ფიალებისა და მენჯის გაფართოება; 9. ნაყოფის სპლენომეგალია; 10. ნაყოფის ჰეპატომეგალია, ლეიქოსის პარენქიმული კალციფიკატები; 11. ნაყოფის ქიპერექოვანული ნაწლავები; 12. ნაყოფის ფილტვის არტერიის ატრეზია, ნაყოფის მაგისტრალური სისხლძარღვების ტრანსპოზიცია, ნაყოფის მარჯვენა გულის პიპოლასია, ემბრიონის ანომალიები; 13. ნაყოფის პლევრის ღრუში სითხე, ფილტვების არეში ცისტური წარმონაქმნი - ფილტვის სეკვესტრაცია, ფილტვების პიპოლასია - პიდროთორაქსი; 14. ნაყოფის თვალის ბროლის ექოგენობის მკვეთრი მომატება; 15. ნაყოფის მიკროცეფალია, დიდი ცისტერნის გაგანიერება, ცალმხრივი პიდროცეფალია, მომატებული სიმკვრივის სისხლძარღვოვანი წნულები, პიდროცეფალია, გოლოპროზენცეფალია თავის ტვინის სხვადასხვა ადგილას კალციფიკატი.

კარდიოტოკოგრაფიის მეთოდი საშუალებას იძლევა მხოლოდ ეჭვი მივიტანოთ საშვილოსნოსშიდა ინფექციის არსებობაზე, როდესაც რეგისტრირდება კარდიოტოკოგრამის „მუნჯი“ ტიპი, ან თუ აღინიშნება არეაქტული არასტრესული ტესტი. კარდიოტოკოგრაფიის მეთოდი სხვადასხვა დატვირთვის ტესტირების ჩატარებისას მალალმგრძობიარე და სარწმუნოა დაინფიცირებული ნაყოფის პიპოქსიის ხარისხის და მისი კომპენსატორული შესაძლებლობების განსაზღვრისათვის (3,6,2,1).

საშვილოსნოსშიდა ინფექციების დროს ნაყოფის დისტრესის (პიპოქსიის) დაგნოსტიკა.

ნაყოფის I ხარისხის პიპოქსია: ა) ნაყოფის გულისცემის ბაზალური რიტმი - 170-150 დარტყმამდე წუთში; ბ) 5-დან 10 დარტყმამდე წუთში; ცვალებადობის ამპლიტუდა, რომელიც გრძელდება 40 წუთზე მეტი ხნის განმავლობაში.

ნაყოფის II ხარისხის პიპოქსია: ა) ნაყოფის გულისცემის ბაზალური რიტმი 110-100 დარტყმამდე წუთში; ბ) ცვალებადობის ამპლიტუდა 25-ზე მეტი წუთში; გ) ცვალებადი შენელებები სპორადული (სუსტი)

დეცელერაციები; დ) აქცელერაცია არ არსებობს 40 წუთის ან მეტი ხნის განმავლობაში.

ნაყოფის მოსალოდნელი ასფიქსია: 1) ნაყოფის გულისცემის ბაზალური რიტმი ნაკლებია 100-ზე ან მეტია 170 დარტყმაზე წუთში; 2) ნაყოფის გულისცემის ცვალებადობის ამპლიტუდა ნაკლებია 5 დარტყმამდე წუთში 40 წუთზე მეტი ხნის განმავლობაში; 3) ნებისმიერი ტიპის პერიოდულად განმეორებითი და განმეორებითი დეცელერაციები; 4) სპონტანური და არარეციდიული დეცელერაციები შემდეგი ტიპისაა: ძლიერი, ცვალებადი შენელებებით, გვიანი დეცელერაციები; 5) სინუსოიდალური ვარიანტი.

ლიტერატურა:

1. ჩხეიძე ა., ლოლობერიძე რ., ბიბილეიშვილი ზ., იაშვილი ი., ტარტარაშვილი ე., ლოლობერიძე ს., ჭანტურია თ. პრაქტიკული კარდიოტოკოგრაფიული მონიტორირება. მეთოდური რეკომენდაციები. თბილისი, 1990.
2. ჩხეიძე ა., იაშვილი ი., ტარტარაშვილი ე. ნაყოფის ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება რეფლექტორული გამართული ტესტით ანტეპარტალური მონიტორირებისას. თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტომი XXXVV. თბილისი, 1996, გვ. 457-359.
3. ჩხეიძე ა., ტარტარაშვილი ე., იაშვილი ი., კახაძე ა., ბაჩალიაშვილი დ. დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები ნაყოფის ჰიპოქსიის დროს. ჟურნ. საქართველოს სამედიცინო მოამბე, თბილისი, 1997, გვ. 6, გვ. 57-62.
4. Краснопольский В.Г. Инфекция в акушерстве. Сб. науч. трудов. М. 1995.
5. Козлова Л.В., Иванян А.Н., Грибко Т.В. и др. Диагностика, профилактика и лечение внутриутробных инфекционных заболеваний. Смоленск, 1997.
6. Сидорова И.С., Чернико И.Н. Внутриутробные инфекции: хламидиоз, микоплазмоз, герпес, цитомегалия. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1998. с. 7-13.
7. Mancuso S., Abbadessa V., Perricone R. et al. Recent Progr. Med. 1996; 87:267:270.

Чхеидзе А., Тартарашвили Э., Ахметели А.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ГИПОКСИЯ ПЛОДА СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И КЛАССИФИКАЦИЯ

РЕЗЮМЕ

Несмотря на большое количество научных исследований по проблеме внутриутробных инфекций, все еще недостаточно изучены пути инфицирования плода, не разработаны ультразвуковые критерии инфекционного поражения фетоплацентарного комплекса, не отработаны методы и критерии кардиотокографической диагностики данной патологии. В статье изложены

разработанные авторами ультразвуковые критерии инфекционного поражения фето-плацентарного комплекса, и оригинальная клиническая классификация дистресса (гипоксии) плода.

Chkheidze A., Tartarashvili E., Akhmeteli
INTRAUTERINE INFECTIONS AND FETUS HYPOXIA: MODERN METHODS
OF DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION

SUMMARY

At present fetal infection during the perinatal period is the main problem of the feto-maternal medicine.

The diagnostic ultrasound and cardiotocographical criteria of fetal infection damage and distress were studied by us and worked out.

ა.ჩხეიძე, ე.ტარტარაშვილი, ა.ახმეტელი, ნ.ლაპიაშვილი, მნიკოლაძე

მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები საშვილოსნოსშიდა ინფექციების დროს უტო-მატერნალურ გავლენაში

თსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი, ულტრასონოგრაფიის სასწავლო-კვლევითი ცენტრი

უკანასკნელ წლებში აღინიშნება ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა ინფექციების სიხშირის გაზრდა პერინატალური დისტრესისა და სიკვდილიანობის მიზეზთა შორის. ძალზე მნიშვნელოვან და რთულ პრობლემად რჩება ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა ინფექციების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. საკმარისად არ არის შესწავლილი ფეტო-მატერნალური თერაპიის ჩატარების ვადები და ჩვენებები. ერთი მხრივ, პრაქტიკაში ადგილი აქვს ინფექციური პათოლოგიის არადროულ მკურნალობას, მეორე მხრივ, აღინიშნება უსაფუძვლო ანტიბიოტიკური მკურნალობა, რაც შეიძლება საშიში აღმოჩნდეს ნაყოფისათვის (1,2,3,4).

ჩვენ შევიმუშავეთ ორსულობის დროს საშვილოსნოსშიდა ინფექციების კომპლექსური თერაპიის ჩატარების ვადები და ჩვენებები.

უროგენიტალური ქლამიდიოზი: ანტიბიოტიკები: ერთთომცინი 0,25 გ 2 X დღეში, 7 დღე; როვამიცინი 0,15 გ - 3 X დღეში, 10 დღე; ვოზამიცინი (ვილპრაფენი) 1 გ - 3 X დღეში, 10 დღე; ჰელომ-ნეონის ლაზერი 2-3 მგ - 1 X დღეში, 15-20 წთ, 7-10 დღე ვენაში. ინიშნება ორსულობის 12 კვირის შემდეგ. განმეორებითი კურსი ინიშნება ნაყოფის ინფექციების კლინიკური და ულტრაბგერითი ნიშნების გამოვლინების

შემთხვევაში და დაავადების მანიფესტური მიმდინარეობის შემთხვევაში - მშობიარობის წინ.

ურეაპლაზმური და მიკოპლაზმური ინფექციები: ერთრომიცინი ურეაპლაზმოზი) 0,25 გ - 2 X დღეში, 7 დღე; კლინდამიცინი (მიკოპლაზმოზი) 0,15 გ - 2 X დღეში, 7 დღე; დალაცინი - კრემი ინტრავენალურად, 7 დღე. ეუბითიკები: ფლორადოფილუსი თითო კაფსულა - 2 X დღეში; 14 დღე, ჰელიუმ-ნეონის ლაზერი 2-3 მგტ - 1 X დღეში, 15-20 წთ. 7-10 დღე ვენაში. ინიშნება ორსულობის 12 კვირის კურსის დასრულებიდან 4 კვირის შემდეგ ტარდება საკონტროლო გამოკვლევა.

ჰერპესვირუსული ინფექცია: ჰელიუმ-ნეონის ლაზერი - ზოგადი ლაზეროთერაპიის მონაცვლეობა ადგილობრივ ლაზეროთერაპიასთან. ზოგადი ლაზეროთერაპია (ტრანსდერმული მეთოდი) - სისხლის დასხივება 1,5-2,5 მგტ სიმძლავრით, ექსპოზიცია 7-10 წთ, დღეგამოშვებით; ადგილობრივი ლაზეროთერაპია ინტრავენალური მეთოდით კანის დაზიანებულ უბანზე, ექსპოზიცია - 3-5 წთ. დღეგამოშვებით, 3-5 პროცედურა. ვიტამინები: პრეგნავიტი - თითო კაფსულა - 1 X დღეში, 10-15 დღე. იმუნოპროტექტორული პრეპარატები: ვიტაოქსი - 10 წვეთი, გასხნილი 200 მლ გამოხდილ წყალში, 1 X დღეში, 10-15 დღე. ინიშნება ორსულობის 12 კვ შემდეგ. პირველადი ინფექციის არსებობისას (ჰერპესული გამონაყარი მშობიარობამდე 1 თვით ადრე) ან ინფექციის რეციდივის შემთხვევაში (გამონაყარი მშობიარობამდე 2 კვ. ადრე) კეთდება საკეისრო კვეთა, სანაყოფე გარსების დარღვევამდე.

ციტომეგალოვირუსული ინფექცია ჰელიუმ-ნეონის ლაზერი - ინტრავენური მეთოდით სისხლის დასხივება 2-3 მგტ სიმძლავრის სიმკვრივით, 15-20 წთ დღეგამოშვებით, 5-7 პროცედურა; ტრანსდერმული მეთოდით სისხლის დასხივება 1,5-3 მგტ სიმძლავრის სიმკვრივით, ექსპოზიცია 10-15 წთ, 5-7 პროცედურა დღეგამოშვებით. ვიტამინები: პრეგნავიტი - თითო კაფსულა - 2 X დღეში, 15 დღე; სელექტ E - თითო კაფსულა 2 X დღეში, 20 დღე; იმუნოპროტექტორული პრეპარატი ვიტაოქსი - 10 წვეთი, გასხნილი 200 მლ გამოხდილ წყალში, 1 X დღეში, 20 დღე. ინიშნება ორსულობის 12 კვირის შემდეგ.

ტოქსოპლაზმური ინფექცია: ანტიმიკრობული პრეპარატი დარაპრიმი 0,025 გ - 1 X დღეში, 5 დღე; 2 ციკლი 7-დღიანი ინტერვალით; მულფანილამინური პრეპარატი სულფაზინი 0,25 გ - 4 X დღეში, 7 დღე; ვიტამინი: ფოლიუმის მჟავა 0,001 გ - 3X დღეში, 30 დღე; ჰელიუმ-ნეონის ლაზერი - 2-3 მგტ - 1 X დღეში, 15-20 წთ ვენაში, 7-10 დღე. ინიშნება ორსულობის 14 კვირის შემდეგ.

საშვილოსნოსშიდა ინფექციების დროს ნაყოფის დისტრესის (ჰიპოქსიის) მკურნალობა. ნაყოფის I ხაირსხის ჰიპოქსია - 1) ლაზერპუნქტურა „პეშევის“ წერტილში 15 წმ. 1 X დღეში, საღამოს, 10-14

დღე; 2) ოქსიგენოთერაპია 10-12 წთ წვეტილი წესით - 3 X დღეში (9.30 - 14.30 - 21.30 სთ) 10-14 დღე; 3) ნიფედინი 1/2 ტაბ. - 3 X დღეში (9-15-22 სთ) 10-14 დღე; 4) პოლივიტამინ-მინერალ-მიკროელემენტების კომპლექსი - 1 X დღეში, საღამოს; 10-14 დღე; 5) წოლითი რეჟიმი მარცხენა გვერდზე 2 სთ. - 3 X დღეში, 10-14 დღე.

ნაყოფის II ხარისხის ჰიპოქსია - 1) ლაზერპუნქტურა „ბეშვის“ წერიტლში 15 წმ - 1 X დღეში, საღამოს, 10-14 დღე; 2) ოქსიგენოთერაპია 10-12 წთ. წვეტილი წესით - 3 X დღეში (8.30-14.30-21 სთ) 10-14 დღე; 3) ნიფედინი 1/2 ტაბ. - 3 X დღეში (9-15-22 სთ) 10-14 დღე; 4) პოლივიტამინ-მიკროელემენტების ემპლექსი - 1 X დღეში, საღამოს, 10-14 დღე; 5) წოლითი რეჟიმი მარცხენა გვერდზე 2 სთ - 3 X დღეში, 10-14 დღე; 6) 500-600 მლ 5%-იანი გლუკოზის ხსნარი ვენაში წვეთოვანი მეთოდით, დღეგამოშვებით, №5-7; 7) 400-500 მლ რეოპოლიგლუკინი ან რეომაკროდექსი ვენაში წვეთოვანი მეთოდით დღეგამოშვებით №3-4.

ნაყოფის მოსალოდნელი ასფიქსია: ექსტრემალური სიტუაცია - ნაყოფის სასიცოცხლო ინტერესებიდან გამომდინარე, რეკომენდებულია საკეისრო კვეთის წარმოება სტარკის მეთოდით. ოპერაციის მზადების პროცესში მიზანშეწონილია: 1) ნაყოფის რესუსციტაციური ინტრავენური ინფუზიური თერაპიის ჩატარება გლუკოზით, სიგენტინით, რიტორდინის ნარევის ხსნარით; 2) ოქსიგენოთერაპიის ჩატარება პროლონგირებული უწყვეტი ინჰალაციის მეთოდით.

ლიტერატურა:

1. ჩხეიძე ა., ტარტარაშვილი ე., იაშვილი ი., კახაძე ა., ბაჩალიაშვილი დ. დაავადებისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები ნაყოფის ჰიპოქსიის დროს. ჟურნ. საქართველოს სამედიცინო მოამბე, თბილისი, 1997, გვ. 6, გვ. 57-62.
2. Краснопольский В.Г. Инфекция в акушерстве. Сб. науч. трудов. М. 1995.
3. Козлова Л.В., Иवानян А.Н., Гришко Т.В. и др. Диагностика, профилактика и лечение внутриутробных инфекционных заболеваний. Смоленск, 1997.
4. Carol S.G., Papaioannou S., Ntunazan L.L. et al., Br. J. Obstet. Gynaec. 1996:103; 1; 54-59.

**Чхеидзе А., Тартарашвили Э., Ахметели А.,
Лапишвили Н., Николадзе М.**

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ФЕТО-МАТЕРНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

РЕЗЮМЕ

Несмотря на большое количество научных исследований по проблеме внутриутробных инфекций (хламидиоз, микоплазмоз, герпес, цитомегалия, токсоплазмоз) все еще недостаточно изучены сроки и показания к проведению

წინამხრის 2-სა და მხრის 2 - ავადმყოფს. საკონტროლო ჯგუფს შეადგენდა 102 ავადმყოფი ანალოგიური დაზიანებებით, რომელთაც ჩვენგან დამოუკიდებელი მიზეზების გამო ოპერაციის შემდეგ ამბულატორიულ პირობებში ან სრულებით არ ჩაუტარდათ აღდგენითი მკურნალობა, ან ჩაუტარდათ არასრულფასოვნად.

რეაბილიტაციას ვიწყებდით ოპერაციის შემდგომი დღიდან - რაც მოიცავდა ფარმაკოთერაპიას, დინამიურ იმობილიზაციას, თავისუფალი სასწრებისა და ჯანმრთელი კიდურის კინეზოთერაპიას ინფილტრაციებისა და ნევრალგიური ტკივილების სამკურნალოდ. ნერვის ბოჭკოების რეგენერაციისა და ნერვულ-კუნთოვანი გამტარებლობის დროული აღდგენის მიზნით ვიყენებდით ბიოსტიმულატორებს, ანტიქოლინესტერაზულ და მიკროცირკულაციის გასაუმჯობესებელ პრეპარატებს. იმობილიზაციის მოხსნის შემდეგ (3-4 კვირა) იწყებოდა აქტიური აღდგენითი მკურნალობა - თბილი აბაზანები (სოდაანი, ზღვის მარილის, წიწვის ნაყენის), დაზიანებული და ღებურვრებული კუნთების ელექტროსტიმულაცია, ელექტროფორეზი (ნოვოკაინი, პროზერინი, ლიდაზით), ულტრაბერა, მასაჟი, სამკურნალო ვარჯიში, შესაბამისი ფარმაკოთერაპია და შრომათერაპია.

მკურნალობა ტარდებოდა კურსობრივად (კურსი - 20-25 სეანსი), შუალედებში 2-6 - კვირიანი შესვენებებით (დაზიანებული კიდურის მდგომარეობიდან გამომდინარე). მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებული იყო დაზიანების სახეზე, ხასიათზე და დონეზე და გრძელდებოდა მინიმუმ 1 თვე (გამშლელი მყესების დაზიანება) და მაქსიმუმ 1,5-2,5 წელი (მხრისა და მხრის სარტყლის დონეზე ნერვების დაზიანებანი, დიდი სემენტების რეპლანტაციები და ა.შ.).

ჩატარებული აღდგენითი მკურნალობის შედეგებს ვაფასებდით ჩვენს მიერვე შემუშავებული „ზემო კიდურის ფუნქციის განსაზღვრის მეთოდით“, რაც სხვა მეთოდებთან შედარებით (5) სრულად ასახავს კიდურის ფუნქციონალურ მდგომარეობას. რეაბილიტაციის შედეგები მოყვანილია ცხრილში.

პოსტმიკროქირურგიულ ავადმყოფთა რეაბილიტაციის შედეგები

დაზიანების სახე	ავადმყოფთა ჯგუფი	საუკეთესო	კარგი	დამაკმაყოფილებელი	არადამაკმაყოფილებელი
მყესები	ძირითადი	67,9%	21,4%	10,7%	-
	საკონტროლო		26,3%	57,8%	15,9%
ნერვები	ძირითადი	63,6%	36,4%	-	-
	საკონტროლო	11,1%	33,3%	55,6%	-
კომბინირებული	ძირითადი	54,1%	32,4%	10,8%	2,7%
	საკონტროლო	7,4%	25,9%	37,0%	29,6%
ამპუტაცია	ძირითადი	26,8%	46,4%	21,4%	5,4%
	საკონტროლო	4,3%	17,0%	34,0%	44,7%
სულ	ძირითადი	46,2%	36,4%	14,17%	3,23%
	საკონტროლო	4,9%	22,5%	41,2%	31,4%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ავადმყოფებს, რომელთაც ჩვენს მიერ ჩატარდათ რეაბილიტაცია, საუკეთესო შედეგი მივიღეთ 46,2% შემთხვევაში; მაშინ, როდესაც საკონტროლო ჯგუფში იგი შეადგენდა 4,9%. სულ დადებითი შედეგი (დამაკმაყოფილებელი, კარგი, საუკეთესო) მივიღეთ 96,77% შემთხვევაში, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში - 68,6%, ისიც ძირითადად დამაკმაყოფილებელი ფუნქციის ხარჯზე. ამრიგად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ჩვენს მიერ მოწოდებული კომპლექსური პოსტმიკროქირურგიული რეაბილიტაცია, ზემო კიდურის მძიმე ტრავმებისას, საგრძნობლად აუმჯობესებს მეურნალობის ფუნქციონალურ შედეგებს და ამცირებს არამრომისუნარიანობისა და ინვალიდობის ვადებს ამ კატეგორიის ავადმყოფებში.

ლიტერატურა:

1. Ахундов А.А., Мамедов У.А., Зейналов Ф.А. Реабилитация больных с открытыми тяжёлыми повреждениями кисти и пальцев. Восстановительное лечение при последствиях опорно-двигательного аппарата. 1984. с. 111-114.
2. Белоусов А.Е., Ткаченко С.С. Микрохирургия в травматологии. 1988. 220 с.
3. Василев С.Ф., Нор Э.В., Косепко Л.П. и др. Анализ временной нетрудоспособности и инвалидности больных с тяжёлыми повреждениями кисти. Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация инвалидов. Киев 1985. вып. 17, с. 9-14.
4. Датишвили Р.О. Реплантация конечностей. Москва. "Медицина". 1991. с. 132-202.
5. Долецкий О.В., Новодережкин В.И., Маевский В.В. и др. Интегральная оценка двигательной функции руки. Ортопедия, травматология и протезирование. 1986. с. 55-66.
6. Shaw W.W. Microsurgery - Looking ahead. Clin. Plast. Surg. 1986. Vol. 13. N2. p.319-328.
7. Fritzsche G., Fritzsche H.J., Seydlitz L. Zur physiotherapeutischen Behandlung nach Kliegelenksarthotomien. Beitr. Orthop. Traumatol. 1986. Vol. 33, N10. P. 469-474.

Чхиквадзе Т., Горгадзе В.

ПОСТМИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

РЕЗЮМЕ

Проведено восстановительное лечение 448 больным после микрохирургического восстановления поврежденных нервов, сосудов, сухожилий и мышц, а так же с реплантациями ампутированных сегментов верхней конечности. Лечение начиналось с первых же дней после операции и продолжалось от нескольких месяцев до 1,5-2,5 года в зависимости от уровня и

тяжести повреждения. Проводилась курсовое лечение (курс 20-25 дней) с 2-6 недельными промежутками при восстановительном лечении применяли динамическую иммобилизацию, ультразвук, низкочастотную лазеротерапию, ванны, массаж, лечебную физкультуру и трудотерапию.

Окончательные результаты оценивали разработанным нами методом оценки функции верхней конечности. Анализ окончательных результатов показал, что больным которым проведена реабилитация, положительные результаты получены в 96,77% случаев, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 68,6% (в основном за счет удовлетворительной функции). Это дает основание заключить, что предложенная нами комплексная постмикрo-хирургическая реабилитация значительно уменьшает время нетрудоспособности и инвалидности больных, что способствует их физической и социальной реабилитации.

Chkhikvadze T., Gorgadze V.

UPPER EXTREMITIES POSTMICROSURGICAL REHABILITATION

SUMMARY

Considerable work has been done for demonstrating the effectiveness of postmicrosurgical rehabilitation in patients with upper extremities injury. This report reviews our experience in postmicrosurgical rehabilitation for 448 patients with various injuries. Control group includes 102 patients with the same injury without or incomplete postmicrosurgical rehabilitation.

The duration of the treatment was depended on the mode and severity of injury and ranged from 1 month to 1,5-2,5 years (1 course with 20-25 sittings and 2-6 week intervals).

We estimated results by our "hand functions definition method". Results suggest that complete postmicrosurgical rehabilitation is effective (96,77% as 68,6% in control group) and provides excellent functional physical and social rehabilitation in patients with upper extremities injury.

თ.ჩხიკვაძე, გ.ლოთუაშვილი, მ.ლორთქიფანიძე, დ.ჯიქია

**ქვემოწერის იმუნოგამორეგულირებელი ენაქტი
ბრონქული ასთმის მკურნალობისას**

თსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ზოგადი ქირურგიის კათედრა

ბრონქული ასთმა ასოცირდება ბრონქოსპაზმის განვითარებასთან და ბრონქების ჰიპერაქტიურობასთან სხვადასხვა გამლიზიანებელთან კონტაქტ

ტისას, რომელთაგანაც ძირითადი ეგზოგენური ალერგენებია. რეაგენული ანტიხეულების (IgE) აღმოჩენის და ალერგიის პათოგენეზში მათი როლის განსაზღვრის შემდეგ ამკარა გახდა ბრონქული ასთმის დროს ორგანიზმის იმუნოლოგიური რეაქტიულობის სირთულე, ალერგენტა უმრავლესობა ბრონქულ ხეში შეღწევის შემდეგ იწვევს პოზიური უჯრედების, მაკროფაგების, ეოზინოფილებისა და სხვა ტიპის უჯრედების IgE დამოკიდებულ აქტივაციას, რასაც საბოლოო ჯამში თან ახლავს სასუნთქი გზების ობსტრუქცია, ბრონქების დაზიანება და ანთება. ამდენად, პათოგენეზურად ამ ავადმყოფებს სჭირდებათ აქტიური იმუნოლოგიური კორექცია.

თანამედროვე იმუნოკორექციის ერთ-ერთი ყველაზე პრესპექტიული მიმართულება კლინიკურ პრაქტიკაში მკურნალობის ექსტრაკორპორული მეთოდების დანერგვაა. ბრონქული ასთმის კომპლექსურ მკურნალობაში დღესდღეისობით გამოყენებული ეფერენტული მეთოდების სპექტრი საკმაოდ დიდია. მათ შორის აღსანიშნავია ჰემოსორბცია, რომლის საფუძველია სისხლიდან ენდოგენური და ეგზოგენური პროდუქტების მოცილება სორბენტის, ყველაზე ხშირად აღსორბციის და აბსორბციის უნარის მქონე გააქტივებული ნახშირების, უნიკალური შესაძლებლობების გზით.

ჰემოსორბციის ძირითად ჩვენებად ხანგრძლივი დროის განმავლობაში თვლიდნენ ორგანიზმის დეტოქსიკაციის შესაძლებლობას, თუმცა შემდგომში ამ მეთოდისადმი ინტერესი გაიზარდა იმის გამო, რომ მას გააჩნია უნარი, ზემოქმედება მოახდინოს იმ პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობაზე, რომლებიც დაკავშირებულია ნივთიერებათა ცვლის, ჰორმონულ და იმუნურ დარღვევებთან. ჰემოსორბციის საშუალებით შესაძლებელი გახდა რეაგენული IgE-ანტიხეულების რაოდენობის შემცირება ცირკულაციაში მათი კონკურენტული სორბციის გზით (2, 3, 4).

ჩვენი შრომის მიზანი იყო ჰემოსორბციის იმუნომაკორეგირებელი და კლინიკური ეფექტის შეფასება ბრონქული ასთმის მქონე ავადმყოფთა კომპლექსურ თერაპიაში მისი გამოყენებისას. ჩვენს მიერ გაანალიზებულია ბრონქული ასთმის მქონე 92 ავადმყოფის ისტორია. 29 ავადმყოფს ჰქონდა ბრონქული ასთმის ატოპური ფორმა, 63 კი - ინფექციურ-ალერგიული.

ჰემოსორბციას ვაწარმოებდით ვენო-ვენური მეთოდით. სორბენტად ვიყენებდით გააქტივებულ ნახშირს „CKH“.

ჰემოსორბციის გამოყენების შედეგი იყო ბრონქული ობსტრუქციის და ბრონქოსპაზმის სრული გაქრობა ინფექციურ-ალერგიული ფორმისას 51 და ატოპური ფორმისას 22 შემთხვევაში. უმრავლეს შემთხვევაში მიღწეული რემისიის ხანგრძლივობა შეადგენდა 6 თვიდან 12 თვემდე. კლინიკური რემისიის პერიოდში მნიშვნელოვნად შემცირდა გლუკოკორტიკოიდებითა და სიმპტომიმეტიკებით მკურნალობის მოცულობა. სორბციის შემდგომ პერიოდში აღინიშნებოდა ბრონქული ხის გამავლობის აღდგენა, რაც დასტურდება სპიროგრაფიის მონაცემებით.

Chkhikvadze T., Lotuashvili G., Lortkipanidze M., Jikia D.
IMMUNOCORRECTIVE EFFECT OF HAEMOSORPTION DURING THE
TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA

SUMMARY

The result of using haemosorption with the patients is complete disappearance of bronchial obstruction and bronchismus with 51 from 63 patients with bacterial asthma and with 22 from 29 patients with atopic asthma. Duration of the achieved clinical remission with most of the patients formed from 6 to 12 months. During the period of clinical remission was managed to lessen greatly the bulk of glucocorticoid and simphatomimatics. During the period of postsorption was noticed the restoration of bronchial permeability according to the data spiograph. The changes of immuno status were exposed by the tendency to the normalization relativity of T-helper and T-supresors restoration phagocytic activity of natrorhiles. Thus, the using of haemosorbtion in the complex treatment of patients with bronchial asthma proves the effect of this method.

თ.ჩხიკვაძე, მ.ლორთქიფანიძე, დ.ჯიქია

დაბოქსნიკაციის უპარანტული მეთოდების გამოყენება
ავზო- და ანდოგანური ინტოქსიკაციების კომპლექსურ
მკურნალობაში (ლიტერატურის მიმოხილვა)

ოსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ზოგადი ქირურგიის კათედრა

მედიცინის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობების მკურნალობის ექსტრაკორპორული მეთოდების სპექტრი ძალზედ დიდია. იგი მოიცავს სისხლის გრავიტაციული ქირურგიის (პლაზმაციტოფერეზი), მკურნალობის სორბციული (ჰემოსორბცია და სხვ.), ექსტრაკორპორული იმუნოფარმაკოთერაპიისა და აირთა ცვლის მეთოდებს, კვანტურ ჰემოთერაპიას და სხვ. ზემოთ ჩამოთვლილი მეთოდების უმრავლესობა ფართოდ გამოიყენება როგორც ინტენსიური თერაპიის მეთოდი იმ შემთხვევებში, როდესაც ტრადიციული მედიკამენტური ზემოქმედება ვერ იძლევა სასურველ ეფექტს. განვითარების უფრო მაღალ საფეხურს მიაღწიეს მეთოდებმა, რომელთა საფუძველია სხვადასხვა პათოლოგიური სუბსტანციის მოცილება ორგანიზმიდან ანუ ე.წ. ეფერენტული თერაპიის მეთოდები. ყოველივე ამას ხელი შეუწყო როგორც თანამედროვე მედიცინის განვითარების ზოგადმა ტენდენციამ, რომელიც მიმართულია ტრადიციული ფარმაკოთერაპიით განპირობებული ქსენობიოზური დატვირთვის შემცირებისაკენ, ასევე ფუნდამენტურ

მეცნიერებათა დარგში მიღწეულმა წარმატებებმა: ბიოთავსებადი ხელოვნური მასალების და სორბენტების სინთეზი, სისხლის კომპონენტების სეპარაციისათვის აპარატურის შექმნა, აფინური ქრომატოგრაფიის განვითარება და სხვ.

ღვიძლის დეტოქსიკაციური ფუნქცია არა მარტო ვიტალური, არამედ შეუცვლელიცაა, რამეთუ ორგანიზმის არც ერთ სხვა სისტემას თუ ორგანოს არ შეუძლია მისი კომპენსირება (4,5). დეტოქსიკაციური ფუნქციის ხელოვნური აღწარმოება რამდენიმე გზითაა შესაძლებელი:

1. ცოცხალი დისოცირებული ალოგენური და ქსენოგენური ჰეპატოციტების გამოყენება (უჯრედების შენაწონის შეცვანა ინტრავენურად, კანქვეშ ან ინტრაპერიტონეალურად - უჯრედული დიალიზი. პრინციპულად ეს გზა უახლოვდება ექსპერიმენტში განხორციელებულ მეთოდს: სისხლის ექსტრაკორპორულ დეტოქსიკაციას ღორის იზოლირებული ღვიძლით (5);
2. „ხელოვნური უჯრედების“ გამოყენება მიკროკაფსულების სახით ჩანგის (1975) მიხედვით;
3. ხელოვნური დეტოქსიკაციურ-ექსკრეტორული სისტემის შექმნა;
4. ქსენობიოტიკებისა და ენდოგენური ტოქსინების სორბცია უშუალოდ სისხლიდან სორბენტების მეშვეობით.

მწვავე მოწამვლების მკურნალობისას მნიშვნელოვანი ტოქსიური ნივთიერებების ორგანიზმიდან სწრაფად მოცილება ტოქსიური დოზის მაქსიმალურად შემცირების და დაავადების სომატოგენური ფაზის განვითარების პროფილაქტიკის მიზნით. მეტად მნიშვნელოვანია ნივთიერებათა მეტაბოლური კლირენსის სტიმულაცია. ამ მიზნებს ყელაზე სრულყოფილად აკმაყოფილებს სორბციული დეტოქსიკაცია. სამკურნალწამლო პრეპარატებით, ქიმიური შხამებით და მათი კომბინაციებით გამოწვეული ეგზოგენური მოწამვლების სამკურნალოდ ყველაზე სწრაფი და ეფექტური მეთოდია ჰემოსორბცია (5). მას როგორც ადრეული ინტენსიური დეტოქსიკაციის მეთოდს ძალუძს იმ პათოგენური ჯაჭვის გაწყვეტა, რომელსაც ორგანიზმში შეუქცევადი პროცესები და ლეტალური გამოსავალი მოჰყვება (12).

ლიტერატურული მონაცემებით, ჰემოსორბცია განსაკუთრებით ეფექტურია შენელებული მოქმედების მქონე მოწამვლელი ნივთიერებებით (დოგოქსინი, პარაცეტამოლი, ჰერბიცედი, პარაკვატი და სხვ.) გამოწვეული დაზიანებებისას (5).

დღესდღეობით ჰემოსორბცია წარმატებით გამოიყენება შემდეგი სამკურნალწამლო პრეპარატებით მოწამვლისას: ბარბიტურატები, ფენოტაზინის როგის პრეპარატები, ალკალიდები, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, სალიცილის მჟავას წარმოებულები, ფოსფორგანული ინსექტიციდები, ჰერბიცედი, მძიმე მეტალთა მარილები და სხვ. (5).

ეფერენტული მეთოდები ფართოდ გამოიყენება შემდეგი ენდოგენური ინტოქსიკაციებისას:

1. ნეკროზული ჰეპატიტები (ტოქსიური და ტოქსიურ-ალერგიული ჰეპატიტები, მწვავე ვირუსული ჰეპატიტები, შრატისმიერი ჰეპატიტები). ღვიძლის პარენქიმის უჯრედთა დაშლის შედეგად ვითარდება ენდოგენური ინტოქსიკაცია. ტოქსინების ქიმიური ბუნება არაიდენტიფიცირებულა (ე.წ. ნეკროტოქსინები);
2. ჰეპატოციტების ფუნქციური დარღვევებისას, ორგანიზმში მეტაბოლიტების აკუმულირების ხარჯზე (ამიაკი, არაკონიუგირებული ბილირუბინი, სტეროიდები, ცნობიანი მჟავები და სხვ.);
3. ქოლემოური ენდოგენური ინტოქსიკაციებისას, რაც თან სდევს ღვიძლის მწვავე და ქრონიკულ პათოლოგიათა უმრავლესობას: სანაღვლე გზებიდან ნაღვლის ევაკუაციის დარღვევა (კეთილთვისებიანი თუ ავთვისებიანი გენეზის მექანიკური სიყვითლევები) ჰეპატოციტების დესტრუქცია (პარენქიმული სიყვითლე), ბილირუბინის ექსკრეციის დარღვევა (პირველადი ბილიარული ციროზები, ჟილბერის, დობინჯონსონის და სხვა დაავადებები);
4. პორტული ციროზებისას ღვიძლგარეთა ან ორგანოსმიდა პორტოკავალური შუნტების განვითარება. ამ დროს წინა პლანზე გადმოდის ეგზოგენური ინტოქსიკაცია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში საჭმლის მონელების პრობლემები (ამიაკი, ფენოლი, ინდოლი, სკატოლი), რომლებიც სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში ღვიძლის გვერდის ავლით ხვდებიან;
5. ენდოგენური ინტოქსიკაციები (პერიტონიტები, დამწვრობები, მიკრობული ინტოქსიკაციები და სხვ.);

დიფერენცირებული ექსტრაკორპორული დეტოქსიკაციის გამოყენება პერიტონიტის, მწვავე პანკრეატიტის და დესტრუქციული ქოლეცისტიტის დროს ახდენს ინტოქსიკაციის კუპირებას, ჰომეოსტაზის და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მთელი რიგი ცვლილებების კორექტირებას, რაც იწვევს ლეტალობის მაჩვენებლების შემცირება: მწვავე პანკრეატიტისას 5%-მდე, დესტრუქციული ქოლეცისტიტების დროს - 3%-მდე და ჩირქოვანი პერიტონიტებისას 22,5%-დან 12,5%-მდე (7).

მწვავე პანკრეატიტებით გაპირობებული მძიმე ენდოგენური ინტოქსიკაციისას კომპლექსურ მკურნალობაში ეფერენტული თერაპია პათოგენეზურადაა გამართლებული. ავტორი ინფუზიურ ინტენსიურ თერაპიასთან, ფორსირებულ დიურეზთან და პერიტონეულ დიალიზთან კომპლექსში იყენებდა ლიმფოსორბციას, პლაზმაფერეზს, აგრეთვე სისხლის ულტრაიისფერ დასხივებას (8).

პანკრეასის შემორავიული ნეკროზების, პარენქიმული ორგანოების ფუნქციური უკმარისობებისას არჩევის მეთოდად უნდა ჩაითვალოს ჰემოსორბცია. პანკრეონეკროზებისას, - რომელსაც თან ერთვის ჩირქოვანი

და სეპტიური გართულებები, პოლიორგანული უკმარობა, პროგრესირებული ტოქსემია. ავტორი მიზანშეწონილად თვლის სისხლის პერფუზიას ქსინოთერაპიის გავლთ (1).

მწვავე პერიტონიტების დროს კომპლექსური მკურნალობისას აუცილებელია ცვლითი პლაზმაფერეზის გამოყენება (2). პლაზმაფერეზი მეტად ეფექტურია ქოლემიური ინტოქსიკაციებისას ოპერაციამდელ და პოსტოპერაციულ პერიოდში (1).

ჰემოკარბოსორბციის და ბიოჰემოსორბციის გამოყენება პერიტონიტებისას პოლიორგანული უკმარობის პირველ ფაზაში ლეტალურ გამოსავალს ამცირებს 42,9%-დან 15,98%-მდე (9).

მწვავე გავრცელებული პერიტონიტებისას მუცლის ღრუს ანატომიური სივრცეების ეტაპურ სანაციასთან ერთად კომპლექსურ მკურნალობაში გვთავაზობენ პლაზმაფერეზის გამოყენებას, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს (39%-დან 30%-მდე) ფატალურ გამოსავალს მწვავე გავრცელებული პერიტონიტების სხვადასხვა სტადიაზე (3).

ალერგიული ნეკროპიდეგროლიზის - ლეიელის სინდრომის დროს ჰემოსორბციის დროული გამოყენება ახდენს ენდოგენური ინტოქსიკაციის კუპირებას და აბრკოლებს პოლიორგანული შეუქცევადი ცვლილებების განვითარებას, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს ლეტალურ გამოსავალს (4).

ამრიგად, ეგზოგენური და ენდოგენური ინტოქსიკაციების კომპლექსურ მკურნალობაში უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება ექსტრაკორპორული დეტოქსიკაციის, კერძოდ კი სორბციული მეთოდების გამოყენებას. ჰემო-, ლიმფო- და პლაზმასორბცია ორგანიზმიდან ეგზოგენური და ენდოგენური ტოქსიური პროდუქტების მოცილების, ჰეპატოციტების ჭარბი მეტაბოლიტებისაგან გათავისუფლების სამუალებას იძლევა, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს დაზიანებული ღვიძლის ფიზიოლოგიური და მორფოლოგიური სტატუსის სწრაფ რესტიტუციას და ახდენს ტოქსიური ეფექტის კუპირებას.

ლიტერატურა:

1. Абдулаев Э.Т., Бабьшин В.В. - Плазмаферез в комплексном лечении больных с обструктивной желтухой - Вест. хир., 1993, 92, 1-2;
2. Белков А.В., Писаревский А.А. - Возможности перфузионных методов в комплексном интенсивном лечении перитонита - Вест. хир., 1992, 5, 220;
3. Буянов В.М., Ахметели Т.И., Ломидзе Н.Б. - Комплексное лечение острого разлитого перитонита - Хир., 1997, 8, 4-7;
4. Канус И.И. и соавт. - Эффективность гемосорбции в интенсивной терапии больных с синдромом Лайелла - Анестезиология и реаниматология, 1993, 6, с. 63;
5. Лопухин Ю.М., Молодженков М.Н. - Гемосорбция, М., Медицина, 1985, 288 с.

6. Марусанов В.М. и соавт. - Детоксикация в комплексной интенсивной терапии больных с полиорганной недостаточностью - Вест. хир., 1991, 4.
7. Неймарк И.И., Овчинников В.А. - Опыт применения экстракорпоральных методов детоксикации брюшной полости - Вест. хир., 1991, 1, 86-89.
8. Неймарк И.И. - Эфферентная детоксикационная терапия в комплексном лечении острого панкреатита - Вестн. хир., 1993, 6, 136-140;
9. Петренко Т.Ф., Шилов А.Б. - Влияние гемокарбосорбции и биогеосорбции на кислородный обмен и интоксикацию у больных с перитонитом при полиорганной недостаточности - Вест. хир., 1992, 12, 372-376;
10. Роттердамская О.М. и соавт. - Сравнительная оценка действия ультрафиолетового облучения аутокрови и его сочетанного применения с гемосорбцией на течение экспериментального перитонита - Вест. хир., 1991, 5, 57-58;
11. Шутаев А.ИМ., Шабанова Л.Ф. - Влияние гемосорбции на иммунологический статус больных острым деструктивным панкреатитом - Вест. хир., 1993, 3-4, 78-80;
12. Эндер А.А. и соавт. - Гемодинамические критерии эффективности каскадного плазмафереза при гнойном перитоните - Вест. хир., 1991, 4, 97-100;

Чхиквадзе Т., Лорткипанидзе Л., Джикия Д.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ЭФФЕРЕНТНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗО- И ЭНДОГЕННЫХ ИНТОКСИКАЦИЙ

РЕЗЮМЕ

По литературным данным в комплексной терапии экзо- и эндогенных интоксикаций важнейшая роль принадлежит методам экстракорпоральной детоксикации, а в частности сорбционным методам. Гемо-, лимфо- и плазмсорбция дает возможность удаления из организма экзогенных и эндогенных токсических продуктов, что способствует быстрому восстановлению физиологического и морфологического статуса пораженной печени, купирует токсический эффект. Применение эфферентных методов в значительной степени уменьшает показатели летальности.

Chkhikvadze T., Lortkipanidze M., Jikia D.

AFFERENT DETOXICATION METHODS IN THE COMPLEX THERAPY FOR EXTERNAL AND INTERNAL INTOXICATION

SUMMARY

According to the literature in the complex therapy of external and internal intoxication the main part belongs to the method of extracorporeal detoxication, but finally to the methods of sorbcya. Haemo-, limpho- and plasmasorbction gives a chance

of amputation of external and internal toxic products from the body, what coincides with the quick restoration of the physiologic and the morphologic status of the injured liver interrupts toxic effect. Using of the afferent methods greatly lessens indicators of mortality.

Цискаришвили Н.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ ДЕФЛАМОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

ТГМУ, кафедра кожных и венерических болезней

Варикозная болезнь является наиболее частым заболеванием сосудов нижних конечностей. Учитывая выраженную распространенность заболевания среди взрослого населения, а также высокую степень нетрудоспособности и даже инвалидизации, достигающую от 10 до 48% среди больных молодого трудоспособного возраста, лечение варикозной болезни является социальной задачей. Лечение первичного варикозного расширения вен нижних конечностей базируется на патогенетических представлениях о возникновении заболевания. В течение варикозной болезни развивающиеся дистрофические и склеротические процессы в стенку венозных сосудов приводят к постепенному прогрессирующему расширению и удлинению различных отделов венозной системы ноги. Предъявляют повышенные требования к венам нижних конечностей. При наличии предпосылок к развитию заболевания и их реализации происходит удлинение, расширение и извитость венозных сосудов, что становится причиной замедленного тока крови в нижних конечностях. Возникновение болезни можно представить как результат несоответствия воздействия венозного давления на стенки сосудов и их противодействия этому давлению. В практическое здравоохранение внедрены современные методики обследования больных с заболеванием вен конечностей (рентгеноконтрастная и изотопная флебография, флеботонометрия, реография, полярография, двухмерная эхография, тепловидение, исследование тканевого кровотока). С хорошими результатами выделяются новые патогенетически обоснованные оперативные вмешательства на различных отделах венозной системы и клапанного аппарата. Вместе с тем,

необходимо помнить, что наряду со значительными успехами, достигнутыми в раннем выявлении и рациональном лечении варикозной болезни сохраняется высокий уровень рецидивов. Данные о частоте и времени возникновения рецидива варикозного расширения вен противоречивы. Частота их достигает в ряде случаев 60-80%, а время возникновения рецидива составляет от месяца до нескольких лет после оперативного вмешательства. Проявляются даже высказывания об отсутствии на сегодняшний день безрецидивного способа лечения варикозной болезни. Все говорит о том, что проблема эффективного лечения варикозной болезни еще далека от своего окончательного решения.

Под наблюдением находилось 23 больных, по стадиям и осложнениям заболевания больные распределялись следующим образом: стадия компенсации и декомпенсации без трофических нарушений была у 5 больных, стадия декомпенсации с трофическими расстройствами и язвами у 18 больных. Из 23 больных с варикозной болезнью рецидив отмечен у 17 больных. Повторное оперативное вмешательство по поводу рецидива варикозного расширения подкожных вен были выполнены у 15 из 17 больных 17 из 23 больных были в возрасте от 20 до 60 лет, т.е. они находились в активном трудоспособном возрасте. Заболевания в 2 раза чаще встречалось у женщин с примерно одинаковым поражением правой и левой ноги. Двустороннее появление рецидива варикозной болезни было отмечено всего лишь в 3% случаев. Изучение анамнестических данных показало, что у 3 больных произведена однократная флебэктомия. Отдельную группу составили 5 больных, которым до поступления был проведен один курс склерозирующей терапии. Обращает на себя внимание также, что у подавляющего большинства больных с явлениями декомпенсации венозного кровообращения в конечности с трофическими расстройствами преобладала давность заболевания свыше 5 лет.

Среди клинических проявлений рецидива заболевания варикозной болезни обращает на себя внимание высокая частота и выраженность как субъективных, так и объективных проявлений заболевания.

Так, боли и чувство тяжести в конечности отмечено у 90% больных. Их отличительной особенностью явилось нетипичная локализация с довольно частым преобладанием болевого синдрома в задних и верхненаружных отделах бедра и голени. Весьма часто наблюдались новые судорожные сокращения икроножных мышц. У 1/3 больных обнаружены забость конечности и чувство онемения пальцев стоп. Из других субъективных проявлений заболевания обращает внимание наличие у части

больных чувство зуда, а также следов расчесов кожи бедра и голени. По локализации наиболее частым проявлением рецидива варикозной болезни было расширение подкожных вен в бассейне большой подкожной вены ноги. Из других объективных проявлений заболеваний высокой оказалась частота отека конечности. При этом обращало внимание именно наличие высоких отеков, локализирующихся в проксимальном отделе голени и на бедре. Выраженные трофические нарушения в виде гиперпигментации кожи, склероза кожи и подкожной жировой клетчатки, наличия трофических язв отмечено у 80% больных. В данной группе больных преобладали трофические язвы площадью около 10-15 см, при давности существования 3-7 лет. Безусловно, что лечение таких обширных застарелых трофических язв представляет сложную задачу. Все больные неоднократно лечились амбулаторно и в стационаре с использованием различных способов терапии. в состав мази дефламола входит перуанский бальзам - сок добываемый из *Touliifera Perreira* (Центральная Америка), обладающий кератопластическими свойствами, витамин А, витами D 2, рыбьий жир. Уже после первых аппликаций мази дефламола у больных отмечалось значительное уменьшение болей, стихание воспаления тканей вокруг язвы, исчез зуд и чувство тяжести в конечности, уменьшался отек ног. Через 6-8 аппликаций произошло очищение язвы. Появлялись активные жизнеспособные грануляции, последующее лечение привело к стабилизации эффекта, оживлению краев и очаговой эпителизации.

Таким образом, результаты лечения оценивали по степени снижения интенсивности болевого синдрома, отека и гиперемии окружающих тканей, очищения от гнойного налета, времени появления грануляций и рубцевания язвы. Все больные получали комплексное лечение: лазеротерапию, витамины, антиоксиданты, вазодилататоры, инфезии релполиглюкина с солкосерилом и курантилом. По окончании курса лечения полное рубцевание трофических язв наступило у 75% больных. Конечная регенерация язв при лечении дефламолом в комплексе с препаратами корригирующими систему гемостаза происходило за более короткие сроки, чем в контрольной группе.

ЛИТЕРАТУРА:

1. М.В.Вилянский. Рецидив варикозной болезни. 1988.
2. Л.Н.Машкиллэйсон. лечение и профилактика кожных болезней, 1956.
3. Fritsch P. *Dermatologie und venerologie. Lehrbuch und Atlas.* 1998. s. 733-735.

**DEFLAMOL OINTMENT IN COMPLEX TREATMENT
OF THE VARICOSE DISEASES**

SUMMARY

In complex treatment of the varicose diseases in stage of decompensation with tropical disorders and ulcer the Deflamol Ointment was included. The results of treatment were estimated by reduction of degree and intensity of pain syndrome, as well as swelling and hyperemia of an surrounding tissue, sublimation of festering spots, time of occurrence of paunches and granulation. At the end a complete of treatment full scarring of ulcers were observed in 75% of patients.

მ.წულაია, მ.ჟვანია, ნ.პიტაია, ნ.თოფურიძე, მ.გიორგაძე

**იმუნოგენეტიკური მარკერების პროგნოზული მნიშვნელობა
პერიოდული დაავადების დროს ბავშვებში**

თსსუ, პედიატრიაში სპეციალიზაციის კათედრა

პერიოდული დაავადება ანუ ხმელთაშუა ზღვის მოსახლეობის ოჯახური ციებ-ცხელება მძიმე სისტემური დაავადებაა, რომელიც ძირითადად უვითარდებოდა სამხრეთ კავკასიის, სამხრეთ ევროპისა და ხმელთაშუა ზღვის აუზის ქვეყნების მოსახლეობას. თუმცა მოსახლეობის დიდი მიგრაციისა და შერეული ჭორწინების მატების გამო, იგი არ წარმოადგენს ეთნიკური ჯგუფის კუთვნილებას და მეტ-ნაკლები სიხშირით გვხვდება თითქმის ყველა ეროვნების წარმომადგენლებში, რაც მეტად აქტუალურს ხდის ამ პრობლემის შესწავლას.

დაავადების ეტიოპათოგენეზის ასახსნელად მოწოდებულია რამდენიმე ურთიერთდაკავშირებული კონცეფცია. იმუნოლოგიური და გენეტიკური თეორიების სასარგებლოდ მეტყველებს პერიოდული დაავადების აუტოიმუნური ბუნება, ეთნიკური კუთვნილება და დაავადებებისადმი მემკვიდრეობითი წინასწარ განწყობა (დაავადების გადაცემა რამდენიმე თაობაზე) და, აგრეთვე, დაავადების დასაწყისი ადრეულ ასაკში.

მიუხედავად იმისა, რომ მედიცინის განვითარების თანამედროვე ეტაპზე პერიოდული დაავადების ეტიოპათოგენეზში ერთ-ერთი წამყვანი მნიშვნელობა მემკვიდრეობით განწყობას ენიჭება ნაკლებად არის შესწავლილი გენეტიკური მარკერების როლი ამ ასპექტში. ცნობილია, რომ ხელმისაწვდომი გენეტიკური სისტემა, რომელიც პასუხობს აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტას არის HLA-ანტიგენები, რომლებიც მიეკუთვნებიან ადამიანის ყველაზე უფრო პოლიმორფულ გენეტიკურ სისტემას.

ჩვენს გამოკვლევის მიზანი იყო პერიოდული დაავადებებით შეპყრობილ ბავშვთა იმუნოგენეტიკური გამოკვლევა, რათა დაგვედგინა პერიოდული დაავადებებისადმი წინასწარგანწყობის იმუნოგენეტიკური მარკერები დაავადების ფორმირებისა და დაავადების დაწყებისას ავადმყოფის ასაკის მიხედვით.

იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ პერიოდული დაავადება ძალიან ხშირია სომხებში, აზნიშნული პრობლემის გადასაჭრელად გამოკვლეულა პერიოდული დაავადებით შეპყრობილი 1-15 წლამდე ასაკის 72 სომეხი ბავშვი, მათი ნათესავები და 99 სომეხი ეროვნების უკანმრთელი ტესტ-დონორი. დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან ყველა ავადმყოფი იმყოფებოდა რეგულარულ სტაციონარულ და მუდმივი დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ ქობილისის ბავშვთა №2 საავადმყოფოში. დიაგნოზი ყველა შემთხვევაში სარწმუნო იყო. იგი დასტურდება პერიოდული დაავადებისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური კლინიკური გამოვლინებების (ძლიერი შეტევითი ხასიათის ცხელება, რასაც თან სდევდა ტკივილი მუცლისა და გულმკერდის არეში) და კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე.

უკანმრთელ ტესტ-დონორთა და პერიოდული დაავადებით შეპყრობილ ავადმყოფთა პოპულაციური გამოკვლევა ხორციელდებოდა ქსოვილოვანი ტიპირების სტანდარტული მიკროლიმფოციტოტოქსიური ტესტით I და II კლასის HLA-ანტიგენებით.

პერიოდული დაავადებით შემპყრობილ სომეხ ბავშვებში HLA-ანტიგენების განაწილების თავისებურებათა შესწავლისას გამოვლინდა გენეტიკური მარკერები, რომლებიც განაპირობებენ დაავადებისადმი წინასწარგანწყობას.

დაავადებულ ბავშვთა საერთო ჯგუფში პერიოდული დაავადებისადმი წინასწარგანწყობის მარკერებია ანტიგენები: B5 და B7, რომელთა სიხშირე საგრძნობლად მომატებულა საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით. ამ მარკერებისათვის RR-ის მნიშვნელობამ შესაბამისად შეადგინა 2, 43 და 3,5. პირველად დაავადებასთან ასოცირდება ანტიგენი B5.

პერიოდული დაავადების შერეული ფორმის დროს დაავადებებისადმი წინასწარგანწყობის მარკერად გამოვლინდა ანტიგენი B17.

პერიოდული დაავადების თორაკალური ფორმის შემთხვევაში მარკერები არ გამოვლინდა, რაც ალბათ დაკავშირებულია ჩვენს გამოკვლევაში ამ ჯგუფის მცირერიცხოვნებასთან.

HLA-ანტიგენის განაწილების თავისებურებათა შესწავლისას გამოკვლეული ბავშვები ასაკის მიხედვით დაყავით სამ ჯგუფად:

I ჯგუფი (1-დან 3 წლამდე) - 31 ბავშვი (43,6%)

II ჯგუფი (4-დან 7 წლამდე) - 17 ბავშვი (23,6%)

III ჯგუფი (8-დან 16 წლამდე) - 24 ბავშვი (33,33%).

დადგენილ იქნა, რომ სამ წლამდე ასაკში პერიოდული დაავადებისადმი წინასწარგანწყობის მარკერია ანტიგენი B5, 4-დან 7 წლამდე ასაკში - ანტიგენი B7. იმ ბავშვებში, რომელთა დაავადების მანიფესტაცია მოხდა 8-დან 16 წლამდე პერიოდში, დაავადებისადმი წინასწარგანწყობის მარკერები არ გამოვლინდა.

ამრიგად, მიღებული კვლევის შედეგები მნიშვნელოვანია არა მარტო პერიოდული დაავადების პათოგენეზის დადგენისათვის, არამედ დიდია მათი კლინიკური მნიშვნელობა დაავადების ადრეული პროგნოზირებისათვის. ამ მიზნით, ოჯახებში, სადაც უკვე იყო პერიოდული დაავადების შემთხვევა, რეკომენდირებულია HLA-ტიპირება, რათა დაავადების მანიფესტაციაზე გამოვავლინოთ დაავადებისადმი მაღალი რისკის ბავშვები.

ლიტერატურა:

1. Квачадзе И.М., Маринашвили Т.Д. К вопросу клиники, диагностики и лечения периодической болезни в детском возрасте. Кутаиси, Республика Грузия, 1972.
2. Айвазян А.А. Периодическая болезнь. Ереван: Айстан, 1982.
3. Аставацартрян В.А., Торасян Х. Периодическая болезнь у детей. Ереван: Айстан, 1989.
4. Аракелов Г.М. Клинико-генетическое изучение периодической болезни. автореф. дисс. канд. мед. наук. Ереван, 1975.
5. J.I.Tiwari, P.I.terasaki. HLA and disease association. New York, Springer-Verlag, 1985.
6. T.Shohat, M.Shohat, D.B.Tyan. Tissue Antigens. 1995. v.36, p. 103-107.

**Цулая М., Жвания М., Пятава Н., Топуридзе Н.,
გიორგაძე მ., გეგია მ.**

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

РЕЗЮМЕ

Методом тканевого типирования изучены HLA-антигены I и II классов у 72 детей армянской национальности с периодической болезнью. Установлено существование связи системы HLA с предрасположенностью к периодической болезни. Генетическими маркерами предрасположенности к периодической болезни у армян являются HLA-B5 и HLA-B7. В результате проведенных исследований, иммуногенетические маркеры можно использовать в целях раннего прогноза заболевания в семьях уже имеющих в анамнезе случаи периодической болезни.

Tsulaia M., Zhvania M., Pitava N., Topuridze N., Giorgadze M., Gegia M.
PREDICTIVE USE OF IMMUNOLOGICAL MARKERS IN PERSONS
INFECTED WITH THE MEDITRANEAN FEVER

SUMMARY

HLA-antigens of I and II class were studied in 72 children of Armenian nationality infected with the Mediterranean Fever by the method of tissue classification. The connection between HLA system and a predisposition to the Mediterranean Fever were established. the genetic markers of predisposition among Armenians are HLA-B5 and HLA-B7. as a result of the research, immunogenetic markers can be used an early forecast of the Mediterranean Fever in Families that already have in anamnesis cases of infliction with disease.

ი.ჭანუყვაძე, დ.დავითაშვილი, ი.კოხრეიძე

ნაღვლის საღინართა ლორწოვანი ჰიროკვლების
ჰისტოტოპოგრაფია ღვიძლშიდა პორტული
არხის ელემენტებში

თსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ზოგადი ქირურგიის კათედრა

ნაღვლის მექანიკური შეგუებისას გამოყენებულ კლასიკურ ოპერაციულ მეთოდებთან ერთად ზშირად იყენებენ გულმკერდის ლიმფური საღინრის დრენირებასაც, რაც ეფექტური მეთოდია ნაღვლოვანი ტოქსემიის შესამცირებლად და დარღვეული ჰომეოსტაზის აღსადგენად (1,3,6,7).

არსებობს აზრი, რომ ბილიარულ-ლიმფური კავშირები ყალიბდება სინუსოიდებში პათოლოგიის დროს ღვიძლის ღრმა სტრუქტურების დონეზე, კერძოდ, დისეს სივრცეში (2,4,5). იგივე აზრს იზიარებენ სხვა ავტორებიც, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ ქოლესტაზის დროს არსებული მაღალი წნევა იწვევს სტრუქტურულ ცვლილებებს ჰეპატოციტებს შორის არსებული კავშირის დარღვევით, რის გამოც ხდება განვლადობის მომატება და ნაღველი გადადის დისეს პერისინუსოიდალურ სივრცეში. აღსანიშნავია, რომ დისეს სივრცე არ მიეკუთვნება ლიმფურ სისტემას, რამდენედაც იგი არაა ამოფენილი ენდოთელიუმით (2,5).

მსოფლიო ლიტერატურაში ავტორთა ზემოხსენებული აზრი ზშირად მეორდება, მაგრამ დღემდე არ არის გამოვლენილი შეგუებული ნაღველის ლიმფაში გადასვლის სხვა შესაძლებელი გზები. ეს განსაკუთრებით საინტერესოა ღვიძლშიდა პორტული კომპლექსის საზღვრებში (კარის ვენა, ღვიძლის არტერია, ლიმფური ძარღვები და ნერვები); პორტული არხის სისქეში ამ ელემენტების მკიდრო ურთიერთკავშირი განაპირობებს

ბილარულ და ლიბფურ სისტემებს შორის რეალური კავშირის არსებობის შესაძლებლობას.

ბილარულ-ლიბფური კავშირების გამოვლენის მიზნით ჩვენ შევისწავლეთ პორტული კომპლექსის ცალკეული ელემენტების და მათი შემაერთებელქსოვილოვანი საფარველის პისტოტოპოგრაფია.

გამოყენებული იქნა ლვილ-თორმეტჯოჯა ნაწლავის იოვის 68 ორგანოკომპლექსი; აღებული 17-92 წლამდე ასაკის ორივე სქესის ადამიანთა გვამებიდან. პისტოტოპოგრაფიულ და პისტოლოგიურ პრეპარატებს ვამზადებდით სხვადასხვა მეთოდებით. ანათლები ილებებოდა ჰემატოქსილინ-იოზინით, პიკროფუქსინით და მუციკარმინით. ვსწავლობდით აგრეთვე ნაღვლის სადინრების კოროზიულ ტვიფრებს - დამზადებულს 18 ლვილშიდან, ნაღვლის საერთო სადინარში თხევადი ლატექსის წინასწარი ჩასხმის გზით. დანარჩენი 50 ლვილის ნაღვლის სადინრებისა და ლიბფური ძარღვების ინციურება მოხდა ნაღვლის საერთო სადინარში ტუმ-ჟელატინის ნარევის რეტროგრადული შეყვანით. ყველა შემთხვევაში დაფიქსირებული იქნა ტუმ-ჟელატინის ნარევის ლიბფურ სისტემაში გადასვლა.

პორტული კომპლექსის ცალკეული ელემენტების ურთიერთობა მათი შემაერთებელქსოვილოვან საფარველთან ერთად შეიძლება წარმოვიდგინოთ სამი სისხლძარღვოვან-ფიბროზული ბუდეების ერთობლიობის სახით, რომლებიც განლაგებულნი არიან ერთმანეთის ირგვლივ კონცენტრულად.

1. კარის ვენა და მისი საკუთარი შემაერთებელქსოვილოვანი გარსი წარმოადგენს ცენტრალურ ელემენტს პორტულ კომპლექსში. ვენის შემაერთებელქსოვილოვანი ბუდის ბოჭკოთა შორის განლაგებული არის ერთეული ლიბფური კაპილარები და ძარღვები.

2. ლვილის არტერიის სხვადასხვა კალიბრის ტოტები თან სდევს კარის ვენის სანათურს ყველა მხრიდან. ლვილის არტერიის ტოტებს ადვენტიციის გარდა გააჩნიათ ფიროზული აგებულების საკუთარი შემაერთებელქსოვილოვანი საფარველი. ლვილის არტერიის სექტორული და მსხვილი სეგმენტური ტოტების საკუთარი ფიბროზული გარსები უკავშირდებიან ერთმანეთს და ქმნიან პერიარტერიულ ბოჭკოვან წარმონაქმნს ერთიანი ფიბროზულ-სისხლძარღვოვანი ფენის სახით. პერიარტერიული ფიბროზული ფენა და მასთან დაკავშირებული მორჩები გარს ერტყმის კარის ვენის ფიბროზულ-სისხლძარღვოვან სტრუქტურებს მეორადი ბუდის სახით და იკავებენ კარის ვენასა და სანაღვლე სადინრებს შორის არსებულ სივრცეს.

სექტორული და სეგმენტური პორტული კომპლექსის ფარგლებში პერიფერიული მდებარეობა უკავიათ ნაღვლის სადინრებს, რომელნიც რაოდენობრივად აღემატებიან სისხლძარღვებს. ნაღვლის სადინრები გარშემორტყმულია უფრო მკვრივი ბოჭკოვანი სტრუქტურებით, რომლის შიგნითა კონები ცირკულარულადაა ორიენტირებული, ხოლო სადინრების კიდებთან ქმნიან განივი მიმართულების გვერდით მორჩებს. ამ მორჩების

სამუჯღებოთ ახლოს მდებარე სადინართან საფარველები ერთმანეთს უკავშირდებიან და ქმნიან ერთიან პარაბილიარულ ცირკულარულ შრეს. ეს ფიბროზული შრე პორტული არხის საერთო კავსულასთან ერთად (Capsula fibrosae perivascularis-PNA) ქმნის ყველაზე გარეთა ცირკულარულ ბუდეს ტრიადის ყველა ელემენტისათვის. მათ შორის კავშირი იმდენად მტკიცეა, რომ პრაქტიკულად შეუძლებელია მათი განცალკევება. ამიტომ პარაბილიარულ და პერივასკულურ ბოჭკოვან კავსულას ჩვენ ვთვლით ერთიან გარეთა ფიბროზულ ბუდედ პორტული კომპლექსის ყველა დანარჩენი სისხლძარღვოვან-ფიბროზული წარმონაქმნისათვის.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იძლეობს ნაღვლის სადინების, ლორწოვანი ჯირკვლების სპეციფური პისტოტოპოგრაფია. როგორც ცნობილია, საჭმლის მომხელელებს ორგანოთა ლორწოვანი ჯირკვლები მდებარეობენ ინტრამურულად, ლორწოვან გარსებში. მაშინ როცა, ლეიძლშიდა ნაღვლის სადინების ლორწოვანი ჯირკვლები თავისი სხეულითა და დაბოლოებით მოთავსებული არიან სადინრის კედლის გარეთ და ხშირად საკმაო მანძილით სცივდებიან მას. პარაბილიარული შემაერთებელი ქსოვილი და მისი გვერდითი მორჩები ქმნიან მკვერთ ფიბროზულ კარკასს ამ ჯირკვლებისათვის.

ხშირად ნაღვლის სადინრის ლორწოვანი ჯირკვლების გრძელი ფორმები აღწევენ კარის ვენის ფაშარ შემაერთებელ ქსოვილოვან საფარველს.

ლიმფური სივრცეები და კაპილარები დიდი რაოდენობითაა პარაბილიარულ შემაერთებელ ქსოვილსა და მის გვერდით მდებარე მორჩების სისქეში, რომელნიც შეიცავენ ნაღვლის ლორწოვანი ჯირკვლების ექსტრამურულ ნაწილებს. ლიმფური კაპილარები და ძარღვები უმუჯლო შეხებაში არიან ლორწოვან ჯირკვლებთან. ლეიძლის ყველა პრეპარატზე აღინიშნებოდა ლორწოვანი ჯირკვლის კედლის განვლადობის მომატება ან მათი ანატომური მთლიანობის დარღვევა ტუმ-ყელატინის ნარევის პარაბილიარულ შემაერთებელ ქსოვილში გადასვლით. აქვე ხდებოდა აღნიშნული ნარევის გადასვლა ლიმფურ კაპილარებში და პორტული ტრაქტის ლიმფური არხისა და ლეიძლ-თორმეტგოჯა იოვის ლიმფური ძარღვების ინიცირება.

ამგვარად, ლეიძლშიდა პორტული ტრაქტების ზონა არის ერთ-ერთი შესაძლებელი ადგილი ლიმფურ-ბილიარული კავშირებისა, სადაც ქოლესტაზის პირობებში ხორციელდება შეგუბებული ნაღვლის გადასვლა ლიმფურ სისტემაში ნაღვლის ლორწოვანი ჯირკვლების მონაწილეობით.

ლიტერატურა:

1. Выренков Ю.Е., Макаренко Т.П., Мартиросова М.Т. Лимфоциркуляция печени при желчной гипертензии. Ж. Хирургия, 1971 г. №2, с. 35-40.

2. Думпе Э.П., Крылов Л.Б., Шуркалин Б.К. Дренирование грудного лимфатического протока и лимфосорбции в комплексном лечении механической желтухи и панкреанекроза. В кн.: Управляемое лимфодренирование в клинике и эксперименте. М., 1983 г., с. 35-39.
3. Островерхов Г.Е., Забродская В.Ф., Алиев А.З. Компенсаторная роль лимфатической системы при окклюзии общего желчного и пузырного протоков в эксперименте. Труды П ММИ. 1973 г. т.18, вып. 1., с.112-117.
4. Снегиревская Е.С., Веселов В.С. Изменения структуры плазматических гератоидов и ее специализированных участков межлоботочных соединений у человека при осложненных формах желчнокаменной болезни. Ж.Анат. Гистолог. Эмбриологии 1996 г., №1.
5. Корнев О.С., Давлеткимдов Ф.Л., Ким Б.Х. Дозированный дренаж грудного лимфатического протока в неотложной хирургии. Ж. Хирургия, 1994 г., №3, с. 90-93.
6. Bettezzati M. la decompression del sistema lymphatic in corso di impertensione portall. Menerva chir., 1995, vol. 30, N7, p. 383-384.
7. Bartos V., Brezek V. Significante of thoracic duct drainage in clinical medicine. Chirurgy 1993, Bd. 4, s. 110-114.

Чануквадзе И., Давиташвили Д., Кохреидзе И.
ГИСТОТОПОГРАФИЯ СЛИЗИСТЫХ ЖЕЛЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ПРЕДЕЛАХ
ЭЛЕМЕНТОВ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТАЛЬНОГО ТРАКТА
РЕЗЮМЕ

Для выявления возможных компенсаторных связей между лимфатическими сосудами и желчевыводящими протоками в пределах внутрипеченочных портальных трактов, нами изучено 65 органокомплексов печени и печеночно-двенадцатиперстной связки разными методами морфологического исследования. Можно отметить, что сосудисто-секреторные элементы портального тракта и их окружающие соединительнотканые покровы расположены циркулярно и концентрически в отношении друг друга. Слизистые желчные железы находятся экстрамурально в отношении стенки протока в толще парапортальной соединительной ткани, где контактируются с лимфатическими сосудами и образуют связь с ними.

**BILIOUS DUCT MUCOUS GLANDS AND THEIR ROLE IN FORMATION
OF LYMPHO-BILIOUS CONTACTS**

SUMMARY

65 organs-complexes of liver and duodenum taken from human corpses of different age have been studied morphologically to state topography and possible contacts between mucous glands of bilious duct and lymphatic net existing within the liver portal canals connecting tissue skeleton.

On the basis of researches carried out we have described an original picture of histotopography of bilious duct mucous glands, according to which, bodies of glands are located outside the bilious duct wall, between the portal complex elements in the connecting, porous tissue in close contact with lymphatic ducts. A suggestion has been produced that the bilious duct mucous glands, probably, participate in information of compensating contacts between the bilious and lymphatic ducts in case of bilious-stasis.

ი.ჭანუყვაძე, ე.არჩვაძე, ე.ჭუბუბარია

**შემაერთებელქსოვილოვანი პორტაკავალური კავშირების
განვითარება ემბრიონალურ ღვიძლში**

მსსუ, ტოპოგრაფიული ანატომიისა და ოპერაციული ქირურგიის კათედრა,
სამკურნალო ფაკულტეტის ზოგადი ქირურგიის კათედრა

ღვიძლშიდა სისხლძარღვების ურთიერთდამოკიდებულება საკმაოდ ღრმად არის შესწავლილი (1,4,5), თუმცა არის საკითხები, რომლებიც დაზუსტებას საჭიროებენ. კერძოდ, ეს ეხება პორტული არხების ელემენტების ურთიერთობას (პორტული ვენა, ღვიძლის არტერია, სანაღვლე გზები, ლიმფური სადინრები და ნერვები შემაერთებელქსოვილოვანი საფარველით და ღვიძლის ვენები). დღემდე დომინირებს აზრი, რომ ღვიძლის ვენების ღვიძლშიდა ტოტები და პორტული ელემენტები არ არიან შეხებაში და რომ მათ შორის 1,5 სმ სისქის ღვიძლის პარენქიმა მდებარეობს (2,3,6).

აღნიშნული კვლევა ძირითადად ჩატარებულია ღვიძლის ლულოვანი ელემენტების კოროზიული პრეპარატების ანაბეჭდებზე, წინასწარ მათი თხიერი ლატექსით შევსების შემდეგ, სადაც კოროზიის შედეგად აღარ არსებობს ღვიძლის ე.წ. „რბილი საფუძველი“, მისი ყველა სისხლძარღვოვან-სეკრეტორული და პარენქიმული ელემენტების შემაერთებელქსოვილოვანი საყრდენი.

ადრეულ შრომებში ჩვენ მიეუთითეთ ღვიძლშიდა პორტოკაყვალური კავშირების მუდმივ არსებობაზე ყველა სემენტის ფარგლებში მოზრდილი ასაკის ადამიანებში. მივიჩნით რა ნორმალურად ღვიძლშიდა პორტოკაყვალური კავშირების არსებობა, აღნიშნულ შრომამი გადავწყვიტეთ შეგვესწავლა პორტულ არხებსა და ღვიძლის ვენებს შორის შესაძლებელი კავშირების ჩამოყალიბება ემბრიონალური ჩანასხვის პერიოდებში და მათი ფიზიოლოგიური დანიშნულება. აღნიშნული მიზნის განსახორციელებლად გამოკვლეულ იქნა ტოტალური ჰისტომორფოლოგიური ანათლები, რომლებიც აღებულ იქნა 5-დან 40 კვირის ასაკის ადამიანის შნ ჩანასახისა და ნაყოფისაგან.

ღვიძლის არტერიის ტუმ-ველატინის ნარევეთ შევსების შემდეგ, ბინოკულარული მიკროსკოპის ქვეშ ხდებოდა ღვიძლშიდა პორტოკაყვალური შემაერთებელქსოვილოვანი კავშირების ზონების შესწავლა ზრდასრული ადამიანის 12 გვამურ ღვიძლზე.

ჩვენი მონაცემებით, 5-6 კვირის ემბრიონის ღვიძლის პარენქიმამი უკვე აღინიშნება სხვადასხვა ზომისა და ფორმის სისხლძარღვოვანი ლაკუნების არსებობა, რომელთა კედელი მხოლოდ ენდოთელური და მსხვილი მეზენქიზური უჯრედებისაგან შედგება.

7-9 კვირის ემბრიონის შემთხვევაში, აღინიშნება ღვიძლშიდა შემაერთებელქსოვილოვანი უჯრედების არათანაბარი გაფართოება, იზრდება სისხლძარღვოვანი ლაკუნების რაოდენობა, ლაკუნების ირგვლივ აღინიშნება შემაერთებელქსოვილოვანი უჯრედთა გროვები, ვლინდება არგროფილური ნივთიერების არსებობა. გარკვეულ პერიოდში (9-10 კვირის ემბრიონები) ხდება უკვე ღვიძლშიდა ლულოვანი სტრუქტურების კედლის ფორმირება. მსხვილი სადინებისა და სისხლძარღვების ირგვლივ აღინიშნება კოლაგენური ბოჭკოების გროვები. შესაძლებელია პორტული ტრაქტისა და ღვიძლის ვენების გარჩევა, თუმცა მათ შორის შემაერთებელქსოვილოვანი კავშირები ჯერ არ აღინიშნება.

11-12 კვირის ემბრიონებში ღვიძლშიდა სისხლძარღვოვან-ბილიარულ წარმონაქმნთა რაოდენობა მომატებულია. გარკვევით ისახება პორტული ტრაქტის ცალკეული ელემენტები, რომელთა ირგვლივ უჯრედულ-ფიბროზული სტრუქტურებია ჩამოყალიბებული. სისხლძარღვოვან-ბილიარული ქსოვილის ფენის სახით, რომელიც მცირე რაოდენობით ფიბრობლასტებსა და არგროფილური ფიბრილების ქსელს შეიცავს. ორგანოს ცენტრში უკვე აღინიშნება კავშირები პორტული ტრაქტის შემაერთებელქსოვილოვან საფარველსა და მსხვილი კალიბრის ღვიძლის ვენებს შორის. პორტული ტრაქტები და ღვიძლის ვენები დაკავშირებულია ერთმანეთისკენ მიმართული წვრილი ზონრებით.

მე-4 კვირისათვის აღინიშნება პარავაზალური ბოჭკოვანი შემაერთებელი ქსოვილის მატება. იზრდება აფერენტული და ეფერენტული სისხლძარღვების რაოდენობა. ისინი ხშირად გადაეჭობიან ერთმანეთს.

მატულობს მათ შორის შემაერთებელქსოვილოვანი კავშირების რაოდენობაც, რომლებიც ორგანოს ცენტრალურ ნაწილში არიან განლაგებული. შემაერთებელქსოვილოვანი კავშირების სისქეში იზრდება ერთმანეთთან მჭიდროდ მიმდებარე კოლაგენური ბოჭკოების რაოდენობა. პორტული ტრაქტი და ღვიძლის ვენები დაკავშირებულია ერთმანეთთან შეხების მთელ ზედაპირზე.

მე-18 კვირისათვის ებრიონის პორტული ტრაქტის შემაერთებელქსოვილოვან სტრუქტურებში ვლინდება ელასტიური ბოჭკოები, რომლებიც პორტალურ-კავალური ტრაქტის კვანძისებრ კავშირებშიც არის წარმოდგენილი.

20-22 კვირისათვის ღვიძლის ლულოვანი წარმონაქმნების კედლები გაფორმებულია. ღვიძლის მარცხენა ვენა, თავის გზაზე, უკვე ფორმირებული II და III სეგმენტების ფარგლებში წარმოქმნის რამდენიმე კვანძისებრ შემაერთებელქსოვილოვან კავშირს აღნიშნული ზონის პორტულ ტრაქტებთან.

მუცლადყოფნის მე-6, მე-7 თვეზე ნათლად ჩანს ორგანოსშიდა ლულოვანი წარმონაქმნები (სისხლძარღვები და ნაღვლის სადინრები). აღინიშნება სხვადასხვა ფორმის შემაერთებელქსოვილოვანი წარმონაქმნები.

ბოლო ორი თვის ნაყოფის ღვიძლის სეგმენტარული ტრაქტისა და ვენების ურთიერთობა მკირედ განსხვავდება მოზრდილებისაგან.

პორტა-კავალური შემაერთებელქსოვილოვანი კავშირთა ზონაში ღვიძლისა და კარის ვენას ყოფს ფშარი შემაერთებელი ქსოვილის თხელი ფენა, რომლის სისქე ღვიძლის არტერიის წვრილი ტოტები და ნერვული ღეროებია მოთავსებული. ეს სისხლძარღვები პორტული ტრაქტიდან ღვიძლის ვენების კედელზე ვრცელდებიან და სისხლმომარაგების მიკროცირკულატორულ ქსელს ქმნიან. სავარაუდოა, რომ ღვიძლის ვენების სისხლმომარაგება ღვიძლშიდა პორტა-კავალური შემაერთებელქსოვილოვანი კავშირების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფუნქციას წარმოადგენს.

ამრიგად, ღვიძლშიდა პორტა-კავალური შემაერთებელქსოვილოვანი კავშირების არსებობა კანონზომიერია ნორმალური ღვიძლისათვის. ამ კავშირების ჩასახვა ემბრიონის ნაყოფისწინა პერიოდში იწყება განვითარების მე-11-12 კვირაზე. ღვიძლშიდა პორტა-კავალური შემაერთებელქსოვილოვანი კავშირები ღვიძლის არტერიის ტოტების ღვიძლის ვენებზე გადასვლის ადგილს წარმოადგენს და უკანასკნელთა სისხლით მომარაგებას უზრუნველყოფს.

ლიტერატურა:

1. Мампория Н.М. Кровеносные сосуды и желчные протоки печени человека. Тбилиси, "Медицина", 1978 г.

2. Островерхов Г.Е., Забродская В.Ф. Хирургическая анатомия печени и желчных путей. В книге "Хирургическая анатомия живота". Ленинград, 1972 г., с. 297-380.
3. Шерлок М., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. Москва. - 1999.
4. Coumand C. Anatomie de l'abdomen. Paris, 1963, p. 347-365.
5. Fagarasanu I., Jonesen-Buyor G., Albu E., Aloman D. Chirurgia ficutuli si scairl biliare intraheptice. Bucaresti. - 1986.
6. Zahlten C., Jurgens H., Evertsz C.J., Leppek R., et al. Portal vein reconstruction based on topology. Eur. J. Radiol. 1995. - Jan. 19(2). - p. 96-100.

Chanukvadze I., Archvadze V., Chubabria I.

PORTAL-CAVAL CONNECTING TIUSSUE CONTACTS DEVELOPMENT IN EMBRIO LIVER

Total histotipographic section prepared from 30 human embryos, from 6 to 40 week, have been examined to study inter-relations between liver portal canals and veins.

Existence of connecting tissue contacts between the liver portal canals and veins is a normal anatomic happening. The connecting tissue contacts between the liver portal canals and veins are formed in embryo period, during the 11th and 12 weeks of development. By means of the connecting contacts existing between the portal canals and the liver veins feeding is fulfilled for the liver veins from the portal canals arterial branchings.

ნ.ჭიაბაშვილი, ქ.შალაშვილი, ნ.ნიჟარაძე

**კრეპირატი „როლოკის“ გამოყენება
სტომატოლოგიურ კრამტიკაში**

**თსსუ, თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრა,
საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ი.ჭუთათელაძის სახელობის
ფარმაკოქიმიის ინსტიტუტი**

ჩვენი საუკუნის 50-იან წლებში, მეცნიერების წინაშე დაისვა კითხვა - როგორ მოველათ უჯრედში შეჭრილი ვირუსი, რომელიც ფიზიკურად და ფუნქციურად ხდება უჯრედის წევრი, ისე, რომ არ დავაზიანოთ თვითონ უჯრედი? 60-იანი წლების დასაწყისში ფუნქციური განსხვავების მოძებნა ვირუსებსა და მათ მიერ დაზიანებულ უჯრედებს შორის გადაულახავად

მიჩნდათ. ვირუსულ ინფექციებთან ბრძოლის ძირითად გზად დღემდე რჩება დასნებოვნებადმიე ორგანიზმში ვაქცინების ანუ ისეთი პრეპარატების შეყვანა, რომლებიც უშუალოდ კი არ ზემოქმედებენ ვირუსზე, არამედ ორგანიზმის იმუნური სისტემის სტიმულაციის მეშვეობით შეებრძოლებიან დაავადებას.

ბოლო წლებში ვირუსების თვითწარმოქმნის მექანიზმის შესწავლამ მეცნიერებს საშუალება მისცა მოენახათ ამ მექანიზმის დამორგუნავი ნივთიერებები, რომელთა შორის ყურადღება უნდა გაავამახვილოთ სამამულო პრეპარატ „როდოპესზე“.

პრეპარატი „როდოპესი“ მარტივი ჰერპესის ვირუსის რეპროდუქციის სრული ინჰიბიტორია. ამ პრეპარატის მწარმოებელია მეცნიერებათა აკადემიის ი.ჭუთათელაძის სახელობის ფარმაკოქიმიის ინსტიტუტი. მწარმოებლის მიერ წარმოდგეილი წინაკლინიკური და კლინიკური კვლევის მასალების საექსპერტო განზილვის შემდგომ, ჩვენი კვლევის მიზანს სწორედ ამ პრეპარატის კლინიკური გამოცდის ჩატარების აუცილებლობა წარმოადგენდა.

პრეპარატ „როდოპესის“ წინასწარი ფარმაკოლოგიური გამოკვლევები ჩატარებულია ქ.მოსკოვის ანტიმიკრობულ და ანტივირუსულ საშუალებათა შემსწავლელ ინსტიტუტში, დადებითი კლინიკური შედეგები მიღებულია კანისა და ვენსნეულებათა სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტიდან და ინფექციური პათოლოგიის ნეიროინფექციური განყოფილებიდან.

ჩვენი წინა კვლევის მიზანს წარმოადგენდა პრეპარატ აციკლოვირის („ზოვერაქსი“) შესწავლა, რომელიც წარმოადგენს სინთეზურ ანტივირუსულ პრეპარატს და დღეს მეტად ფართოდ გამოიყენება კლინიკაში. ამდენად, ჩვენთვის საინტერესო იყო ჩაგვეტარებინა გამოკვლევები მცენარეულ სამამულო პრეპარატზე და შეგვეფასებინა მისი ეფექტურობა.

პრეპარატი „როდოპესი“ მიღებულია საქართველოს ენდემური, მანანასებრთა ოჯახის (Ericaceae) წარმომადგენელი მცენარის - როდოდენდრონისგან, რომელიც განსაკუთრებით დიდი რაოდენობითაა გავრცელებული აჭარისა და გურიის მაღალმთიან ზონებში. მცენარე იეითარებს ღამაზ, სხვადასხვა ფერის ყვავილებს, რის გამოც მის კულტურას ამრავლებენ დეკორატიული მიზნით. როდოდენდრონის გვარი აერთიანებს 350-მდე სახეობას, აქედან საქართველოში 5 სახეობაა: *R.ponticum*; *R.flavum*; *R.caucasicum* Pale; *R.smirnovi* Trautv და *R.ungerni* Trautv. ამ უკანასკნელისაგან მზადდება ზემოთ აღნიშნული პრეპარატი.

R.ungerni მარადმწვანე მაღალი ბუჩქია 4-5 მეტრი სიმაღლის, იეითარებს მოთეთრო-მოვარდისფრო ფერის ყვავილებს. პრეპარატი მზადდება მცენარის მიწისზედა ნაწილისაგან.

პრეპარატის შემადგენლობაში შედის *R.ungerni*-ის ფენოლური ნაერთების 3%, როგორც მოქმედი ნივთიერება, მაღამოს ფუძეა მონოგლიცეროიდი 22% და ვაზელინის ზეთი 75%. *R.ungerni*-ის ფენოლური

ნაერთები იწვევენ პერპესის ვირუსის სრულ ინპობირებას. კანსა და ლორწოვან გარსებზე არ ახდენს ადგილობრივ გამაღიზიანებელ მოქმედებას, ალერგოული თვისებებით არ ხასიათდება. სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში იგი შეიძლება გამოყენებულ იქნას პირის ღრუს ვირუსული დაავადებების: მარტივი პერპესის (herpes simplex), მწვავე პერპესული სტომატიტისა და ქრონიკული მორეციდივე პერპესის, შემოსარტყლული პერპესის (herpes zoster) შემთხვევაში.

ხმარების წესი შემდეგია: პირის ღრუს ლორწოვანსა და პირის ირგვლივ კანზე გამონაყარი იფარება მაღაძოს თხელი ფენით 5-6-ჯერ დღეში, აპლიკაციების ხანგრძლივობა 15-20 წთ-ია.

„როდოპესის“ კლინიკური გამოცდის მიზნით თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრაზე გამოკვლევა ჩატარდა 16-დან 60 წლამდე ასაკის 50 პაციენტს. აქედან 32-ს აღენიშნებოდა მწვავე პერპესული სტომატიტი, 12-ს - ქრონიკული მორეციდივე პერპესი, ხოლო 6 ავადმყოფს - შემოსარტყლული პერპესი.

პრეპარატ „როდოპესის“ პარალელურად გამოიყენებოდა პრეპარატი „ზოვირაქსი“ და სხვა სტანდარტული პრეპარატები, ამ პრეპარატების ეფექტურობის შედარების მიზნით.

მწვავე პერპესული სტომატიტის მქონე 32 ავადმყოფიდან 16 ავადმყოფზე გამოვიყენეთ პრეპარატი „როდოპესი“, 6-ზე - პრეპარატი „ზოვირაქსი“, ხოლო დანარჩენ 16 პაციენტზე კი - სხვა ტრადიციული პრეპარატები. ქრონიკული მორეციდივე პერპესით დაავადებული 12 ავადმყოფიდან 9-ის სამკურნალოდ გამოვიყენეთ პრეპარატი „როდოპესი“, დანარჩენ 3-ზე კი - „ზოვირაქსი“. შემოსარტყლული პერპესის მქონე 6 პაციენტიდან 4-ზე გამოვიყენეთ „როდოპესი“, ხოლო 2-ზე - „ზოვირაქსი“ (ცხრილი 1).

ცხრილი 1

პაციენტების განაწილება დიაგნოზისა და გამოყენებული სამკურნალო პრეპარატების მიხედვით

პრეპარატი „როდოპესი“	პრეპარატი „ზოვირაქსი“	სხვა ტრადიციული პრეპარატი	სულ
მწვავე პერპესული სტომატიტი, n=16	მწვავე პერპესული სტომატიტი, n=6	მწვავე პერპესული სტომატიტი, n=10	32
ქრონიკული მორეციდივე პერპესი, n=9	ქრონიკული მორეციდივე პერპესი, n=3		12
შემოსარტყლული პერპესი, n=4	შემოსარტყლული პერპესი, n=2		6
სულ:	29	10	50

ყოველ პაციენტზე ივსებოდა ინდივიდუალური სამედიცინო რუკა მოცემული სქემის მიხედვით:

ინდივიდუალური ფურცელი

„როდოქსის“

კლინიკური გამოცდისათვის

სამკურნალო დაწესებულება -

ავადმყოფის გვარი, სახელი -

ასაკი -

სქესი -

დაავადება -

- გამონაყარი მკურნალობის დაწყებამდე (დღეები)

დანიშნული პრეპარატები:

1. „როდოქსის“, დღეში -ჯერ

მკურნალობის დაწყება, თარიღი -

შეცვლილი დოზა (სიხშირე) - დღეში -ჯერ

2. სხვა დანიშნული პრეპარატები -

სუბიექტური შეფასება (ავადმყოფის მიერ):

ობიექტური შეფასება (ექიმის მიერ):

ზოგადი მდგომარეობა: ტკივლი, აგზნებულება, უძილობა, მოღუწება.

- გამონაყარის მდგომარეობა მკურნალობის დაწყების შემდეგ:

- მკურნალობის ხანგრძლივობა გამონაყარის გაქრობამდე:

სადაც დაფიქსირებული იყო ავადმყოფის გვარი, სახელი, სქესი, დიაგნოზი, გამონაყარის ხანგრძლივობა მკურნალობის დაწყებამდე, პრეპარატის ხმარების სიხშირე, ინიშნებოდა თუ არა სხვა რაიმე პრეპარატები. სუბიექტური და ობიექტური მონაცემები, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა: თუ აღინიშნებოდა ტკივილი, აგზნებულება, უძილობა ან მოღუწება; გამონაყარის მდგომარეობა მკურნალობის დაწყების შემდეგ და მკურნალობის ხანგრძლივობა გამონაყარის გაქრობამდე.

პრეპარატების კლინიკური ეფექტურობის შეფასების შემდეგ გაირკვა, რომ მკურნალობის ეფექტურობა „როდოქსის“ გამოყენებისას ბევრად მაღალი იყო. კერძოდ, მე-3 დღიდან შემცირდა ტკივილის ინტენსივობა, შემუშება, ჰიპერემია და ქავილი. ჰერპესული ელემენტები ბუმბუკების სტადიამდე აღარ განვითარდა, რადგან მათი ეპითელიზაცია, ფუფუნის წარმოქმნა მალე მოხდა, შეწყდა ჰერპესული ელემენტების გავრცელებაც. მთლიანი განკურნება აღინიშნებოდა მკურნალობის დაწყებიდან დაახლოებით მე-5-6 დღეს.

ჩვენი გამოკვლევები მოწმობს, რომ პრეპარატ „როდოპესს“ გააჩნია კარგად გამოხატული ანტივირუსული და კერატოპლასტიკური ეფექტი: ოგი სამაშულო, იაფი, ბუნებრივი პრეპარატია, რაც უპირატესობას ანიჭებს მას სხვა, დღემდე გამოყენებულ სინთეზირებულ ანტივირუსულ საშუალებებთან შედარებით.

ლიტერატურა:

1. შლაშვილი ქ. "Rhododendron ungeri"-ის ფენოლური ნაერთები. საქართველოს მეცნიერებათა აკადემია, ი.ჭუათელაძის სახელობის ფარმაცოქიმიის ინსტიტუტი, XXXVII სამეცნიერო კონფერენცია, 1998 წ.
2. ქემერთელიძე ე.პ., შლაშვილი ქ.გ. „პერპესის სამკურნალო საშუალება“. სახელმწიფო საპატენტო ექსპერტიზის დადებითი გადაწყვეტილება №5130, 1999 წ. საქართველოს ინტელექტუალური საკუთრების ეროვნული ცენტრი. „საქპატენტი“.
3. Аркаманов В.И. "Редкие и исчезающие растения". Москва, ВО - Агропромиздат, 1989 г., 382 с.
4. Мартин С.Хирш, Джоан К.Каплан "Лечение вирусных заболеваний". Ж. "В мире науки", 1987 г., №6, с. 40-50.
5. Роберт К. Галло "Первый ретровирус человека". Ж. "В мире науки", 1987 г. №2, с. 44-56.
6. Сухотин А. "Превратности научных идей". М., 1991 г., с. 131-136.

Чипашვილი Н., Шалашვილი К., Нижарадзе Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА "РОДОПЕС" В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

РЕЗЮМЕ

Целью нашего исследования являлось использование отечественного антивирусного препарата "Родопеса" в стоматологической практике. Было обследовано 50 пациентов, среди которых: 32 с диагнозом острого герпесного стоматита, 12 - с хроническим рецидивирующим герпесом и 6 - с опоясывающим герпесом.

29 пациентам лечение проводилось препаратом "Родопес", 11 - препаратом "Зовиракс", остальным 10 - другими традиционными методами.

Наши исследования показали, что препарат "Родопес" обладает хорошо выраженным и кератопластическим эффектом. Это дешевый, растительный препарат, что дает ему преимущество перед ранее употребляемыми синтетическими антивирусными средствами.

The goal of our study was using Georgian antivirus medicine "Rodopess" in Dentistry.

50 patients were studied, among them 32 patients had diagnosis of stomatitis herpetica acuta, 12 patients had - herpes chronicus recidivans and 6 patients - herpes zoster. 29 patients were treated with "Rodopess", 11 patients with - "Zovirax" and rest of them, 10 patients, with other traditional medicines.

Our research study showed, that "Rodopess" has got very definite antivirus and ceratoplastic effect. "Rodopess" is Georgian, cheap and natural medicine. Because of all these characters "Rodopess" is much more better way of treatment, then before used, other synthetic antivirus medicines.

ნ.ხელაია, რ.შენგელაია, მ.გურგენიძე, ნ.უთურაშვილი

ვაზი და მისი პროდუქტებით იმუნოლოგიის საკითხები ქართულ ტრადიციულ მედიცინაში

თსსუ, მედიცინის ისტორიის კათედრა

მევენახეობის და მეღვინეობის მწარმოებელი ქვეყნების ტრადიციულ მედიცინაში ვაზის და მისი პროდუქტების სამკურნალო მიზნით გამოყენება მრავალ საუკუნეს ითვლის. საქართველო, როგორც ვაზის კულტურის ერთ-ერთი უძველესი სამშობლო ამ ქვეყანაში რიცხვში მოიაზრება. ქართული სამედიცინო კლასიკურ დამწერლობით ძველებსა და სამედიცინო ფოლკლორში ხშირად გვხვდება ისეთი რეცეპტები, რომლებშიც სხვადასხვა სამკურნალო მცენარეებთან ერთად ისრიმის (უმწიფარი ყურძენი), ყურძნის, ქიშმიშის (ჩამჩი), ღვინის, ძმრის, ჭაჭის არყის გამოყენებაცაა აღნიშნული.

რათა გაგვეჩვენა ვაზით და მისი პროდუქტებით თერაპიის შესაძლებლობები და პერსპექტივები, გაეანალიზეთ ქართული ტრადიციული მედიცინის ამსახველ წყაროებში წარმოდგენილი რეცეპტები.

აღსანიშნავია, რომ ქართულ სამედიცინო ხელნაწერში უმეტესად წარმოდგენილია ღვინოსთან და ძმართან შეწყვილებული მრავალკომპონენტური მცენარეული ნაკრებები, ე.წ. „გრძელი რეცეპტები“; ხალხური მედიცინა კი უპირატესობას ანიჭებს ე.წ. „მოკლე რეცეპტებს“ ანუ 2-3 ინგრედიენტისაგან შემდგარ რეცეპტს, რომელთაგან ერთ-ერთი ღვინო ან ძმარია.

აღმოჩნდა, რომ ძველი წამლისმცოდნეები ღვინისაგან, ძმრისა და მცენარეებისაგან ამზადებდნენ როგორც ნახარშებს (სიქანგუბინი), ასევე ნაყენებსაც, ამ უკანასკნელს უმეტესად ჭაჭის არაყზე სიქანგუბინს ამზადებდნენ შემდეგნაირად: აუცილებელ სამკურნალო საშუალებებს აზაყენებ ძმარში ან ღვინოში, ადულებდნენ ერთი დღე-ღამის მანძილზე 1/3-ის აორთქლებამდე, შემდეგ გაწურავენ და უმატებენ თაფლს ან შაქარს. საყურადღებოა, რომ რეცეპტში ხშირად მითითებულია ღვინის სახე, თეთრია იგი თუ წითელი (შავი). ზოგჯერ ისიც კი არის მითითებული, თუ ყურძნის რომელი ჯიშისაგან არის დამზადებული ღვინო (ლეჩხუმი, ყურძნის ჯიში „უსახელაური“).

ღვინო და ძმარი ერთი მხრივ აძლიერებენ წამლის შეთვისებას, ასრულებენ გამხსნელის ფუნქციას, აგრეთვე აუმჯობესებენ წამლის შეთვისებას, ასრულებენ გამხსნელის ფუნქციას, აგრეთვე უამჯობესებენ წამლის გემოს. ნატურალური ყურძნის წვენიდან დამზადებული ღვინო თავდაცვ წარმოადგენს სამკურნალო ფაქტორს ან დამხმარე სამკურნალო საშუალებას.

ძველი მკურნალები, მიიჩნევენ რა ღვინოს სამკურნალო საშუალებად სხვადასხვა მცენარეებთან ერთად გამოიყენებდნენ მას ბრონქიტის, ასთმის ფილტვების ანთების, ფილტვების ტუბერკულოზის დროს. ზოგიერთი ყურძნის ჯიშისაგან დამზადებული ღვინის შემცველ მცენარულ ნაკრებს, როგორც მიკროელემენტების წყაროს, ანიჭებდნენ უდიდეს მნიშვნელობას ანემიის, ასთენიის მკურნალობის დროს. რეკომენდებული იყო აგრეთვე ნერვული სისტემის დაავადების, ურლოგიური დაავადებების (ნეფრიტი, ჰემატურია, ცისტეიტი), გინეკოლოგიური დაავადებების დროს, შაქრიანი დიაბეტის, სიყვილის და სხვ დროს. ღვინოზე და ძმარზე დამზადებული წამლის გამოყენება გათვალისწინებული ჰქონდათ ასაკოვანი ხალხისათვის, რადგან მიაჩნდათ, რომ აღნიშნულ საშუალებას ახასიათებს მადის მომგვრელი მოქმედება: „ბერიკაცს ყმაწვილის ძალაზე მოიყვანს“, „კაცს სიკვდილამდე მრთლად ამყოფებს“, „განაძლიერებს სულსა მაცოცხლებელსა“, „განამახვილებს გრძობათა“, „განდევნის თრთოლასა“ - ასე მოიხარებდნენ ძველი მკურნალები სამედიცინო ხელნაწერთა ფურცლებზე პათოლოგიის ცალკეულ სიმპტომებს. მათ საწინააღმდეგო საპროფილაქტიკო მანიპულაციებზე გვთავაზობენ ძმარში ჩადებულ პურს შესასუნთქებლად, ან ძმარში მოხარშულ პიტნას საფეთქლებზე შემოსაწყობად; წითელი ყურძნის ჩამიჩს ან ჩამიჩს თაფლთან ერთად „განმაჭაბუკებელ“ საშუალებად მიიჩნევენ და სხვა. საყურადღებოა, რომ თანამედროვე გერონტოლოგები თვლიან, რომ ღვინის ზომიერი დოზებით გამოყენება ორგანიზმს მატებს ტონუსს.

ხალხური მკურნალები ღვინოს ალკოჰოლის შემცველობის გამო ან ჭაჭის არაყს საუკეთესო ანტისეპტიკურ საშუალებად მიიჩნევენ და მასზე დამაზღვრულ ნაკრებებსა თუ მალამოს იყენებდნენ ჭრილობების

დასამუშავებლად და ხშირად ქირურგიული ჩარევების დროს იყენებდნენ საანესთეზიო საშუალებადაც.

საქართველოში საყოველთაოდ ცნობილია შავ ღვინოზე დამზადებული პაჭკორიების საგვარეულო წამალი „საყმაწვილო“-თი დაავადებულ ბავშვთათვის, რომელმაც საუკუნეებს გაუძლო.

საყურადღებოა, რომ სამედიცინო ფოლკლორში ისრიძის (უმწიფარი ყურძენის) წვენი თავვისარასთან ერთად რეკომენდირებულია პროთრომბინის დამწვევ საშუალებად ვენების ვარიკოზული დაავადების დროს.

ჩვენს მიერ გამოვლენილი ე.წ. „ღვინიან“ ან „მძრიან“ რეცეპტებში გამოყენებულია 70-მდე სხვადასხვა სახეობის მცენარე, მათგან ყველაზე ხშირად გვხვდება შვიტა, აბზინდა, ჯინჭარა, ღვია, მრავალმარღვა, ფარსმანდევო, ზაფრანა, საბრი (ალოე), დინდგელა, სურო, თავისარა, ბუერა და სხვ.

თანამედროვე მონაცემებით ცნობილია, რომ ყურძენი შეიცავს 20%-მდე მჟავებს, ორგანულ მჟავებს - ვამლის მჟავას, ასკორბინის მჟავას, D ვიტამინს, პექტინებს, მინერალურ ნივთიერებებს, მიკროელემენტებს K, Ca, Mg, Fe, Co, Mn, ფერმენტებს: ინვერტაზას, პექტინაზას, პროტეაზას და ლიპაზას; მორიძლავ ნივთიერებებს, ყურძნის ნაყოფის კანი შეიცავს მორიძლავ და საღებავ ნივთიერებებს.

ყურძნის ნაყოფს და წვენს ახასიათებს შარდმდენი, ოფლმდენი და სუსტი სასაქმებელი მოქმედება. მათ ახასიათებთ მსუბუქი მატონიზირებელი და ჰიპერტენზიული ეფექტი. ყურძნის წვენს იყენებენ ანემიის დროს, ბრონქულ ასთმაზე, ფილტვების ტუბერკულოზზე, ათენიაზე, ლიბიდურ და მინერალური ცვლის დარღვევებზე. აღინიშნება მისი დადებითი როლი ათეროსკლეროზების დროს, ქრონიკულ ნეფრიტებზე, პოდაგრაზე, ჰიპერტონიული დაავადების ადრეულ სტადიაზე.

ყურძნის წვენით მკურნალობის დროს კვების რაციონიდან უნდა ამოღებულ იქნეს უმი რძე, სხვადასხვა ხილი, ალკოჰოლი, ბურაზი, სხვადასხვა უალკოჰოლო სასმელები და მინერალურ წყლები. ყურძნის და მისი წვენის გამოყენება აკრძალულია შაქრიანი დიაბეტის დროს, ჭარბი სიმსუქნის დროს, წყლულოვან დაავადებებზე, ფილტვის ჩირქოვანი პროცესების დროს, გულის უკმარისობის, ნაწლავებში დუღილის გაძლიერებული პროცესების დროს.

კახეთის რეგიონის ხალხური მედიცინის ამსახველ მასალებში გულის დაავადებების საწინააღმდეგოდ ეფექტურ სამკურნალო საშუალებად ვაზის ტირილის წვენია მიჩნეული, რომელიც ხშირად „ვაზის ცრემლად“ მოხსენიებული. ცნობილია, რომ ვაზის ტირილის წვენი შეიცავს ამინომჟავებს, ორგანულ მჟავებს და, რაც გულის დაავადებებისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია, K-, Mg-, Na- და Ca-ის გარკვეულ რაოდენობას. საგულისხმოა, რომ დღეს გულის უკმარისობის, გულის იმემიური დაავადების, მოკარდიუმის ინფარქტის და არითმიის დროს უნიშნავენ K და

Mg-ის შემცველ პრეპარატებს, რათა აღდგეს ორგანიზმის ელექტროლიტური ბალანსი.

ყურძნის კანის და წიბნების ექსტრაქტი შეიცავს პრანთოციანიდებს - იმ ნივთიერებებს, რომელთაც მეუძლიათ გააუმჯობესონ სისხლის პერიფერული ცირკულაცია. აღნიშნული ექსტრაქტი შედის პრეპარატ „გრეპან სინერგისტ პროტექტორში“, რომელიც ანთიოქსიდანტების კომპლენაციაა.

დასასრულს შეიძლება ითქვას, რომ ვაზით და მისი პროდუქტებით თერაპიის შესაძლებლობების დიაპაზონი საკმაოდ ფართოა. სასურველია, რომ ზოგიერთი რეცეპტი მომავალში შესწავლილი იქნას, პრაქტიკული გამოყენების მიზნით.

საგულისხმოა, რომ ტრადიციული მედიცინის მონაცემებზე დაყრდნობით თანამედროვე ქარველმა მკვლევარებმა ფირმა „კარდუსი“ შექმნეს პრეპარატი „სანუგენი“, რომელიც შეიცავს ალოეს, თაფლს და შავ ღვინოს. დღეს იგი აპრობირებულია კლინიკაში და დადგენილია მისი ეფექტურობა მთელ რიგ დაავადებათა სამკურნალოდ.

ლიტერატურა:

1. „აბრა მწერლის კარაბადინი“. Н-916 ხელნაწერთა ინსტიტუტი, 164 გვ.
2. „აზრუმელის ცნარი“ ფ. 46 №6. საქ. მედ. ისტ. მუზეუმი, 110 გვ.
3. ბაგრატიონი დ. „ადიფარ დაუდი“. თბილისი, 1938, 471 გვ.
4. „კარაბადინი კარგი და მარგებელი“. Н-414 ხელნაწერთა ინსტიტუტი, 190 გვ.
5. მაყაშვილი ა.კ. ბოტანიკური ლექსიკონი. თბილისი, 1961, 260 გვ.
6. მედიცინის ისტორიის მუზეუმში დაცული ხალხური მედიცინის ფონდები (1961-1982 წწ).
7. „საექიმო წიგნი“. Н-3045 ხელნაწერთა ინსტიტუტი, 442 გვ.
8. ფანასკერტელ-ციციშვილი ზ. „სამკურნალო წიგნი - კარაბადინი“. თბილისი. 1978. 1007 გვ.
9. ქანანელი. „უსწორო კარაბადინი“. თბილისი, 1940, 339 გვ.
10. ხოჯა ყოფილი. „წიგნი საექიმო“. თბილისი. 1936, 381 გვ.
11. Абу ли Ибн Сина. Канон врачебной науки. Ташкент. 1982. т.2.
12. Амирдовлат Амасиивици. Ненужное для неучей. Москва. 1990, стр. 879.
13. Беруни. Фармакология в медицине. Ташкент. 1974. т.4.
14. Ковалева Н.Г. лечение растениями. Москва. 1971. стр. 350.
15. Муравьева Д.А. Фармакогнозии. Москва. 1981. стр. 656.
16. Современная фитотерапия под ред. В.петкова. София 1988. стр. 504.
17. Турова А.Д., Сапожникова Э.Н. Лекарственные растения СССР и их применение. Москва. 1974. стр. 287.
18. Шретр А.И., Муравьева Д.А. Лекарственная флора Кавказа. Москва, 1979, стр. 368.

19. Япвлили А.О. Народная медицина в Закавказском крае. Тифлис. 1904. стр. 134.
20. Dimkov P. Belgarska narodna medicina. Sofia, 1967, p. 678.
21. Heinz A., Hoppe. Taschenbuch der Drogen Kunde. Berlin, New-York 1981, p. 417.
22. Mackdonald Ch. Medicines of the Maori. New-Zealand 1997, p. 142.
23. Shengelia M., Wirth W., Volk Ohne Krankheit. W. Ennsthaler Verlag. 1992, p. 107.

**Хелая Н., Шенгелия Р., Гургенидзе М., Утурашвили Н.
ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЗОЙ И ЕЕ ПРОДУКТАМИ В ГРУЗИНСКОЙ
ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЕ**

РЕЗЮМЕ

В грузинских медицинских рукописных памятниках и в медицинском фольклоре часто встречаются такие рецепты, в которых наряду с различными видами лекарственных растений указывается на использование лозы и ее продуктов (незрелый и зрелый виноград, изюм, уксус, виноградная водка). Анализ этих рецептов показал, что диапазон возможностей терапии лозой и ее продуктами довольно широк. Некоторые рецепты следовало бы испытать в клинике. Следует отметить, что грузинские исследователи по данным традиционной медицины создали и апробировали препарат "сунуген", который содержит алоэ, мед, красное вино и является эффективным средством для лечения ряда заболеваний.

**Khelaia N., Shengeklia R., Gurgenidze M., Uturashvili N.
VINE AND ISSUES OF ITS USE FOR TREATMENT IN GEORGIAN
TRADITIONAL MEDICINE**

SUMMARY

Recipes of using vine and its products (ripe and unripe grapes, raisins, wine, vinegar, vine vodka) are often mentioned in Georgian medical manuscripts together with other medicinal herbs. Analysis of these recipes showed, that treatment with vine and its products has quite wide range. Some of these recipes worth to be tested in clinic. It must be mentioned, that Georgian investigators, based on data of traditional medicine, worked out and probed in clinic the preparation "Sanugen", containing aloe, honey and red wine. This preparation is effective against different diseases.

კრიტიკულ მდგომარეობათა პროგნოზირება 14 კლ მოლეკულური მასის მქონე პოლინეპტიდის ლაბორატორიული კვლევების საფუძველზე

თსსუ, ანესთეზიოლოგიისა და რეანიმატოლოგიის კათედრა,
კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი,
ი.ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

1980 წელს საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსის ზ.ხელაძის მიერ მკვლარი და მომაკვდავი ავადმყოფების სისხლის პლაზმიდან გამოყოფილ იქნა მანამდე უცნობი პოლინეპტიდი, რომლის მოლეკულური მასა შეადგენდა 14 კლ-ს (3). ყოფილი საბჭოთა კავშირის შესაბამისი სტრუქტურების მიერ მეცნიერული კვლევები აღნიშნული პოლინეპტიდის ირგვლივ გასაიდუმლოებული იყო. პოლინეპტიდის სინთეზი დაკავშირებული აღმოჩნდა იმუნოკომპეტენტურ T-ლიმფოციტებთან. ამასთან, მას გააჩნდა იმუნოსუპრესიული ეფექტი (2) და ახდენდა დნ-მის რედუქლიკაციის პროცესის ბლოკს. დადგენილ იქნა მისი ნეიროტროფული ბუნება, თუმცა ნერვული სისტემის უჯრედებთან ერთად ის აზიანებდა კარდიოციტებს, ჰეპატოციტებს და სხვა უჯრედებსაც (5). ამასთან, ეს პოლინეპტიდი პირველივე წუთებში კლავდა ინტაქტურ მცირე ლაბორატორიულ ცხოველებს (თეთრ თაგვებს). ამის საფუძველზე გამოთქმული იქნა ვარაუდი აღნიშნული პოლინეპტიდის კვდომის პროცესებში და კრიტიკულ მდგომარეობათა თანმდევი ენდოგენური ტოქსემიის სინდრომის პათოგენეზში მონაწილეობის შესახებ (1,4).

აღნიშნული პოლინეპტიდის შესწავლის დღემდე არსებული მეთოდები (ელექტროფორეზი პოლიაკრილამიდის ჯელში, კომპლემენტის შებოჭვის რეაქცია და სხვა) ამ პოლინეპტიდის მხოლოდ თვისობრივი განსაზღვრის საშუალებას იძლეოდა და არც მისი ცვლილებების თავისებურებანი იყო შესწავლილი კრიტიკულ მდგომარეობათა დროს.

14 კლ მოლეკულური მასის მქონე პოლინეპტიდის შემცველობა გამოკვლეულ იქნა კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ 20-80 წლის ასაკის 142 ავადმყოფში. მათგან 63 იყო ქალი და 79 მამაკაცი. ავადმყოფთა კრიტიკული მდგომარეობა გამოწვეული იყო სხვადასხვა დაავადებით.

პარალელურად შესწავლილი იქნა 50 პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანი. დონორები მიეკუთვნებოდნენ ორ ასაკობრივ ჯგუფს: I ჯგუფი - 20-60 წლის ასაკის 39 ჯანმრთელი ადამიანი და II ჯგუფი - 61-80 წლის ასაკის 11 ჯანმრთელი ადამიანი.

საკვლევი მასალის - 1,0 მლ სისხლის აღება ადამიანებში ხდებოდა პერიფერიული ვენიდან.

გარდა ამისა, შესწავლილ იქნა 16 ექსპერიმენტული ცხოველი - 2,5-3,0 კგ მასის მამალი შინშილას ჯიშის ბოცვერი. მათში კრიტიკული მდგომარეობის მოდელირება ხდებოდა 30 წამის ხანგრძლივობის სტრანგულაციური ასფიქსიით, მედიკამენტური ინტოქსიკაციით (200 მგ კარბამაზებანის და 200 მგ ქლორპრომაზინის პერორალურად მიცემით). გამოკვლევები წარმოებდა ექსპერიმენტის დაწყებამდე, კრიტიკული მდგომარეობის და კრიტიკული მდგომარეობის ლიკვიდირების შემდეგ. გარდა ამისა, კრიტიკული მდგომარეობის მოდელირება ხდებოდა მასიური სისხლის დაკარგვით (სისხლის ერთჯერადი გამოშვებით ბარძაყის ვენიდან) და ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომით - მარცხენა ბარძაყის კომპრესიით სპეციალური მეტალური მარწუხით, კომპრესიის ხანგრძლივობა შეადგენდა 6 საათს. ანალიზების აღება ხდებოდა ექსპერიმენტის დაწყებამდე, კომპრესიის ბოლოს და კომპრესიის მოხსნის შემდეგ.

საკვლევი მასალის - 1,0 მლ სისხლის აღება ექსპერიმენტულ ცხოველებში ხდებოდა ყურის ნიჟარიდან ან ბარძაყის ვენიდან.

კვლევის მეთოდებიდან გამოყენებული იყო ელექტროფორეზი პოლიაკრილამიდურ ჰელში, დენსიტომეტრია დენსიტოგრაფიით და შებრუნებულ-ფაზიანი მალაღეფექტური თხევადი ქრომატოგრაფია.

მიღებული შედეგები მიუთითებენ, რომ 14 კდ მოლეკულური მასის მქონე პოლიიპეტიდის არსებობა შესაძლებელია პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანების სისხლის პლაზმამი. ამასთან, ამ პოლიიპეტიდის კონცენტრაცია მნიშვნელოვნად დაბალი იყო ჯანმრთელ ადამიანთა სისხლის პლაზმამი, კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა სისხლის პლაზმასთან შედარებით. კერძოდ, ამ პოლიიპეტიდის კონცენტრაცია ჯანმრთელთა პლაზმამი შეადგენდა $304,4 \pm 36,9$ მკგ/მლ. კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა სისხლის პლაზმამი კი ეს მნიშვნელობა აღწევდა $1317,3 \pm 70,2$ მკგ/მლ ($p < 0,001$).

უნდა აღინიშნოს, რომ 14 კდ მოლეკულური მასის მქონე პოლიიპეტიდის კონცენტრაცია პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანებში ერთნაირი არ არის. შესწავლილი ორი ასაკობრივი ჯგუფიდან ზრდასრული ასაკის დონორების პლაზმამი (I ჯგუფი - 20-60 წლის ასაკის ჯანმრთელი ადამიანები) ამ პოლიიპეტიდის კონცენტრაცია მნიშვნელოვნად მცირე იყო - $174,0 \pm 10,7$ მკგ/მლ, ხანდაზმულ ჯანმრთელ დონორებთან შედარებით - $467,5 \pm 44,9$ მკგ/მლ ($p < 0,001$).

კრიტიკული მდგომარეობის ლიკვიდირების შემდეგ გამოჯანმრთელებული ავადმყოფების სისხლის პლაზმამი 14 კდ მოლეკულური მასის მქონე პოლიიპეტიდის კონცენტრაცია კრიტიკული მდგომარეობის დროს რეგისტრირებულ მაჩვენებელთან შედარებით მნიშვნელოვნად ($p < 0,001$) მცირდებოდა - $595,0 \pm 109,5$ მკგ/მლ. თუმცა, ეს

კონცენტრაცია მაინც მაღალია იყო ($p < 0,05$) ჯანმრთელ დონორებთან შედარებით.

ზოგიერთი ავადმყოფის სისხლის პლაზმაში აღინიშნა 14 კლ მოლეკულური მასის მქონე პოლიეპტიდის ძალიან მაღალი კონცენტრაცია - $1820,0 \pm 10,5$ მკგ/მლ. ეს დაიღუპნენ ინტენსიური მკურნალობის მოუხედავად.

14 კლ მოლეკულური მასის მქონე პოლიეპტიდის კონცენტრაციის მსგავსი ცვლილებები დაფიქსირდა ექსპერიმენტულ ცხოველებშიც.

14 კლ მოლეკულური მასის მქონე პოლიეპტიდის კონცენტრაცია ექსპერიმენტის დაწყებამდე შეადგენდა $624,3 \pm 79,8$ მკგ/მლ-ს. კონცენტრაციის მაქსიმუმი აღინიშნებოდა სტრანგულაციური ასფიქსიით და მედიკამენტური ინტოქსიკაციით კრიტიკული მდგომარეობის მოდელირების მომენტიდან 3 სთ-ის შემდეგ.

უნდა აღინიშნოს, რომ ექსპერიმენტულ ცხოველებში კრიტიკული მდგომარეობის ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომით მოდელირებისას 14 კლ მოლეკულური მასის მქონე პოლიეპტიდის ცვლილება მტკიცედ განსაზღვრული კანონზომიერებით ხასიათდება. კერძოდ, 6 საათის ხანგრძლივობის ზეწოლის ბოლოსათვის პოლიეპტიდის კონცენტრაცია მაქსიმუმს აღწევს - $742,5 \pm 17,5$ მკგ/მლ, ხოლო ზეწოლის მოხსნის შემდეგ აღინიშნება ამ პოლიეპტიდის კონცენტრაციის შემცირების ტენდენცია ($470,0 \pm 53,3$ მკგ/მლ). კრიტიკული მდგომარეობის ჰემორაგიული შოკით მოდელირებისას 14 კლ მოლეკულური მასის მქონე პოლიეპტიდის კონცენტრაცია მაქსიმუმს აღწევდა შოკური მდგომარეობის პირველი საათის ბოლოსთვის ($1300,0 \pm 20,5$ მკგ/მლ), რის შემდეგაც აღინიშნებოდა პოლიეპტიდის კონცენტრაციის შემცირება.

ამრიგად, მიღებული მონაცემები მიუთითებენ, რომ 14 კლ მოლეკულური მასის მქონე პოლიეპტიდის ცვლილებები კრიტიკულ მდგომარეობათა დროს გარკვეული კანონზომიერებით ხასიათდება, ამასთან შებურნებულ-ფაზიან მალალეფექტური თხევადი ქრომატოგრაფიის ჩვენს მიერ შემუშავებული ექსპრეს-დიაგნოსტიკის მეთოდი იძლევა ამ პოლიეპტიდის რაოდენობრივი შეფასების საშუალებას. მისი დახმარებით შესაძლებელია დროის მცირე მონაკვეთში ($\approx 20-35$ წუთში), დიდი მატერიალური დანახარჯებისა და ძვირადღირებული ტექნიკური საშუალებების გარეშე მოხდეს 14 კლ მოლეკულური მასის მქონე პოლიეპტიდის რაოდენობრივი განსაზღვრა, რაც შესაძლებლობას იძლევა შემოწმდეს ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობა და ერთგვაროვნად პროგნოზირებულ იქნეს საბოლოო შედეგი.

ლიტერატურა:

1. Неговский В.А., Гурвич А.М., Золотокрилина Е.С. Постреанимационная болезнь. - М., Медицина. 1987. С. 480.
2. Хеладзе З.С. // Анестезиология и реаниматология. - 1985. - №6, с. 41-46.
3. Хеладзе З.С. А. с. 1193851. СССР // 1985.
4. ზ.ხელაძე. იმუნოლოგია რეანიმატოლოგიათვის. თბილისი: განათლება. 1987. გვ. 187.
5. Kheladze Z. // World Conference on Health Emergencies in echnological Disasters. - Rome. 5th-7th May. - 1992. p. 58-59.

Хеладзе З., Сидамонидзе Н., Себискверадзе М.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ С ПОМОЩЬЮ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЛИПЕПТИДА С МОЛЕКУЛЯРНОЙ МАССОЙ 14 КДА

РЕЗЮМЕ

Был разработан метод экспресс диагностики полипептида с молекулярной массой 14 кДа с использованием обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Указанный метод дает возможность количественного определения полипептида с молекулярной массой 14 кДа, что имеет прогнозирующую ценность, так как способствует установлению вероятного развития болезни и составлению оптимального плана лечения.

Kheladze Z., Sidamonidze N., Sebiskveradze

PROGNOSIS OF CRITICAL CONDITIONS BY MEANS OF 14 KDA MOLECULAR WEIGHT POLYPEPTIDE LABORATORY INVESTIGATION

SUMMARY

The 14 kDa molecular mass polypeptide determination method in blood plasma is proposed by using reversed-phase High Performance Liquid Chromatography (HPLC). It was founded, that the concentration of 14 kDa molecular mass polypeptide was increase in critically ill patients blood plasma (in comparison with the healthy volumteers). An increase of polypeptide level takes place in the blood plasma of experimental animals. Above-mentioned method could be used for critically ill patients' conditions predicting.

კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა ანსთეზიოლოგიური უზრუნველყოფა

**თსსუ, ანესთეზიოლოგიის, კრიტიკული მდგომარეობის და
კატასტროფათა მედიცინის კათედრა**

კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებში ოპერაციული ჩარევა მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია სარეანიმაციო ღონისძიებების წარმატებასა და გაუტკივარების მეთოდების ადექვატურ შერჩევაზე.

გაუტკივარებისთვის მოწოდებულ მედიკამენტთა სრულყოფისა და ახალ საანესთეზიო ნივთიერებათა ძიების მცდელობა მოწმობს, რომ კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა გაუტკივარების პრობლემა არ არის გადაჭრილი და შემდგომ შესწავლას მოითხოვს (1,2). გამოკვლევები ამ მიმართულებით განსაკუთრებით აქტუალურია.

ნაშრომის მიზანია კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა ანესთეზიის რაციონალური მეთოდების შერჩევა და დასაბუთება შეზღუდული არჩევანის პირობებში.

შესწავლილია 17-72 წლის ასაკის 30 ავადმყოფი (27 მამაკაცი, 12 ქალი), რომელთაც ჩაუტარდათ ოპერაციული ჩარევა კრიტიკულ მდგომარეობაში სხვადასხვა სახის პოლიტრავმის გამო, მათ შორის: გულ-მკერდის ღრუს ტრავმით 9-ს, ფილტვებში, კუჭში, ღვიძლსა და ელენთაში შემავალი თორაკო-აბდომინური ჭრილობებით 11-ს, ქალა-ტვინის ტრავმით ძვლების მრავლობითი დაზიანებით - 10, გულის ჭრილობები - 5 და მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანების გამო - 4 ავადმყოფს. ყველა ავადმყოფი იმყოფებოდა მძიმე შოკის მდგომარეობაში. 21 ავადმყოფს აღენიშნა საშუალო და მძიმე ჰემორაგია, ცირკულაციაში მყოფი სისხლის მოცულობის 20-25% შემცირებით, ოქსიგენაციის დარღვევით (SaO_2 -86-82%), მეტაბოლური აციდოზით 17 შემთხვევაში შოკის საწინააღმდეგო მკურნალობა და ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია (ფხვ) დაიწყო ოპერაციამდე.

გაუტკივარების სახეობის მიხედვით გამოიყო ორი შესაღარებელი ჯგუფი: 1 - ანესთეზია სედუქსინით და ფენტანილით (ატარალგეზია) - 13 ავადმყოფი; 2- ანესთეზია კალიფსოლით ფენტალთან ერთად - 26 ავადმყოფი.

ნარკოზის დროს ანესთეზიის ადექვატურობის ხარისხი მოწმდებოდა სისტოლური და დიასტოლური წნევით ($\text{სწ}_\text{ს}$ და $\text{სწ}_\text{დ}$), გულის შეკუმშვის სიხშირით, ცენტრალური ვენური წნევით, აგრეთვე დიურეზისა და ოქსიპრომიმეტრიის მონაცემებით. ყველა შემთხვევაში ვხვდებოდნენ სისტოლური კლინიკური მდგომარეობით, ვეყრდნობოდით რა იმ მოსაზრებას, რომ ზოგადი ანესთეზიის პროცესში ავადმყოფთა ზემოაღნიშნულ

კონტინგენტზე ყველა ძირითადი ფუნქციის მონიტორინგი ხორციელდება ექიმ-ანესთეზიოლოგის მიერ, უმრავლეს შემთხვევაში გაუტკივარების შეფასება რამდენიმე პარამეტრით არ იყო შესაძლებელი. მსგავს მოსაზრებას იზიარებენ სხვა მკვლევარებიც (1,4).

კრიტიკულ მდგომარეობათა პათოგენეზის თავისებურებებიდან გამომდინარე ქირურგიული ჩარევის დროს ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა:

1) ადექვატური გაზთაცვლის უზრუნველყოფა; 2) ჰიპოვოლემიის და მეტაბოლიზმის კორექცია; 3) გაუტკივარების მეთოდის შერჩევა არსებული დარღვევების და ქირურგიული ჩარევების გათვალისწინებით.

პირველი ამოცანის გადაჭრა ხდებოდა მორელაქსანტების ფონზე განხორციელებული - ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის გზით, მეორე - ინტენსიური თერაპიის საშუალებით (პლაზმის შემცვლელები, გლუკოზის და ელექტროლიტების გადასხმა) 2-3 მსხვილ ვენაში ინტროპული დოზებით დოპამინის ტრანსფუზიის ფონზე, სისხლისა და სისხლის შემცვლელების ინფუზია (3,4).

პრემედიკაცია ორივე ჯგუფის ავადმყოფებში იდენტური იყო და ითვალისწინებდა ქოლინოლიზური, ანტიჰისტამინური პრეპარატების, აგრეთვე სედუქსენისა და ანალგეტიკების გამოყენებას ჩვეულებრივ დოზებში. 9 ავადმყოფზე ნარკოზი ჩატარდა პრემედიკაციის გარეშე, სასულეს ინტუბაცია კი - ნარკოზის ინდუქციის გარეშე.

გაუტკივარების სირთულეს განსაზღვრავდა ავადმყოფის ნარკოზისა და ოპერაციისათვის მზადების მცირე დრო, თუმცა ოპერაციის მსვლელობაში რენინატოლოგების მონაწილეობა უზრუნველყოფდა პომეოკინეზის მაჩვენებლებზე მუდმივ კონტროლს.

ატარალგეზია გამოყენებული იყო ძირითადად იმ ავადმყოფებზე, რომელთაც შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებები და ჰიპოვოლემიის კორექცია ოპერაციამდე უტარდებოდათ. ნარკოზის ინდუქცია განხორციელდა სედუქსენით, რომლის სარეოთო დოზამ შეადგინა 0,4-0,5 მგ/კგ და ფენტანილი - 0,14 მგ/კგ. სედუქსენის გადასხმის სიჩქარე იყო 5 მგ/წთ. მადეპოლარიზებული მოქმედების კუნთოვანი რელაქსანტების შეყვანის და სასულეს ინტუბაციის შემდეგ ავადმყოფები გადაყვანილი იყვნენ ფზე.

ანალგეზიის შენარჩუნების მიზნით გამოყენებული იყო ფენტანილი დოზით 5 მგ/კგ. ამის გარდა, ოპერაციის დროს ყოველი 50 წუთის შემდეგ მიემართავდით სედუქსენის გადასხმას ვენაში 0,14 მგ/კგ რაოდენობით.

დაკვირვების მე-2 ჯგუფში ინდუქცია ხორციელდებოდა კალიფსოლის 1,25-1,5 მგ/კგ დოზის წვეთოვანი ინფუზიით 3-5 წუთის განმავლობაში და 10-15 მგ სედუქსენის წილადობრივი შეყვანით, ცნობიერების გამოთიშვის ეტაპზე გამოიყენებოდა 0,2-0,3 მგ ფენტანილი და დიტილნი დოზით 165-2,0 მგ/კგ. სასულეს ინტუბაციის შემდეგ ნარკოზის მთელი პერიოდის განმავლობაში ხორციელდებოდა ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია

ატმოსფერული ჰაერის და 50% ჟანგბადის ნარევი. კეტამინის საერთო რაოდენობამ შეადგინა 1200-1300 მგ. ორივე ვეზუფში ოპერაციის ხანგრძლივობა მერყობდა საშუალოდ 90-350 წთ.

სისხლდენის და ანემიზაციის ფონზე ფართო ოპერაციების შემდეგ კუნთოვანი ტონუსის და სპონტანური სუნთქვის აღდგენა აღინიშნა დაგვიანებით, ცნობიერების ელემენტების არსებობის მიუხედავად, რადგან დეკურარიზაცია იყო არაეფექტური, ავადმყოფები ოპერაციის შემდეგ იმყოფებოდნენ ფზვ-ზე.

ატარალგეზიით, სედუქსენისა და ფენტანილის კომბინაციით, აგრეთვე კეტამინით გაუტკივარების მეთოდების შედარებითი შეფასება გვიჩვენებს, რომ კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა ანასთეზიის მიზნით ორივე მეთოდი მისაღებია. ამავე დროს, სედუქსენისა და კუნთოვანი რელაქსანტების სინერგული ზემოქმედების გამო ამ უკანასკნელთა ჯამური დოზა სამჯერ მცირდებოდა კეტამინით ნარკოზთან შედარებით, რაც ხელს უწყობდა ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის გახანგრძლივებას.

ატარალგეზია შეესაბამება თანამედროვე მრავალკომპონენტური ანესთეზიის კონცეფციას, შედარებით ადვილი სამართავია, ახასიათებს ჰემოდინამიკის და გაზთა ცვლის მინიმალური დათრგუნვა. ზემოაღნიშნული საშუალებას გვაძლევს გამოეთქვათ მოსაზრება, რომ ატარალგეზია სედუქსენით და ფენტანილთ კრიტიკული მდგომარეობის დროს შეზღუდული რესურსების პირობებში გაუტკივარების არჩევით მეთოდს წარმოადგენს.

ლიტერატურა:

1. Дарбинян Т.М. и др. - Анестезиол. и реаниматология, 1994, 3, 5-8.
2. Posner K.I., Freund P.R. - anesthesiology, 1999, 91(3), 839-47.
3. Shyr M.H. et al. - Shock, 1999, 11(3), 187-92.
4. Stonim A.D., Ognibene F.P. - Critical Care Medicine, 1998, 26(11), 1900-4.

Хеладзе З., Гогнашвили М., Чахунашвили Г.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПРИ УСЛОВИИ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ

РЕЗЮМЕ

В работе обсуждаются методы и выбор анестезиологического пособия у больных в критическом состоянии.

Обследовано 39 пациентов в возрасте 17-72 лет с полиправмой, находящихся в тяжелом шоковом состоянии. всем больным проводится интенсивная трансфузионная терапия, переливание крови и искусственная вентиляция легких.

Обезболивание проводилось двумя методами, атаралгезия седуксеном и фentanилом на фоне мышечных релаксантов (n=13) и кетаминовый наркоз с ИВЛ (n=26). длительность оперативного вмешательства составляло от 90 до 350 мин.

Сравнительный анализ обоих методов обезболивания показывает приемлемость обоих видов анестезии при критических состояниях, однако при ограниченном выборе и количестве анестетиков атаралгезия обладает рядом преимуществ, а именно, отсутствие осложнений, сравнительно легкая управляемость и экономность в использовании медикаментов.

Kheladze Z., Gogiashvili M., Chakhunashvili G.
**ANESTHESIA IN CRITICAL PATIENTS UNDER THE LIMITING
RESOURCES CONDITIONS**

SUMMARY

The critical care methods using and choice under the limiting medical resources conditions are discussed.

A total of 39 patients (male - 27, female - 12) with hemorrhage traumatic shock and major vessels injuries have been examined during treatment in the intensive care words.

The intensive infusion and transfusion therapy and controlled lung ventilation were performed under blood and Dophamine inotropic doses perfusion.

Anesthesia was maintained by 2 main types: 1) narco-ataralgnesia by Seduxenum and Fentanyl in large doses under muscle relaxants (n=13); 2) Ketamine narcosis with controlled lung ventilation (n=26).

Premedication with Atropine, Diazepam and Fentanyl was administered sometimes in operation block, in 6 cases induction to anesthesia and premedication were not used.

The doses of Seduxenum were 50+5,5 mg/kg at average and depend on the patients' weight and operation duration.

Fentanyl were administered under doses 44+3,5 ml.

Endotracheal narcosis with Ketamine needed some repeating infusion of Ketamine (1,5+2,0 mg/kg).

Full dose of Ketamine have been reached up to 1200-1300 mg.

The duration of all operation and anesthesia (ataralgnesia and ketamine narcosis) are useful for critical patients, but due to easy monitoring, less complications and economy ataralgnesia have some preference under limiting resources.

კლავარონ LB-ს ადგილობრივი გამოყენება ზედა ჟღის წიაღის ანთების დროს

თსსუ, ველ-ყურ-ცხვირის სნეულებათა კათედრა

ცხვირის დანამატი ღრუების ანთებით დაავადებები გავრცელებული პათოლოგიაა, რაც განპირობებულია მათი არადამაკმაყოფილებელი მკურნალობის შედეგების არსებობით.

როგორც ცნობილია, სინუსიტების განვითარება დაკავშირებულია პოლიეტოლოგიურ ფაქტორებთან, კერძოდ: ვირუსულ და ვირუსულ ინფექციებთან, რომელთა ზეგავლენით აქტიურდება ლატენტური, სუსტად ვირულენტური ინფექცია. ასეთ შემთხვევაში ირღვევა ზედა სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსის დამცველი მექანიზმები და ითრგუნება ორგანიზმის იმუნობიოლოგიური ფუნქციები. აღნიშნული ანთებითი პროცესები იწვევენ წიაღის კედლების დეფორმაციას, ინტრა- და ექსტრაკრანოულ გართულებებს.

ჩვენს შემთხვევაში ზედა ყბის წიაღის ანთებით დაავადებების დიაგნოზის დადგენა ხდებოდა ანამნეზური, კლინიკური და ობიექტური (წინა და უკანა რინოსკოპია, ცხვირის დამანატი წიაღების რენტგენოგრაფია, ჰაიმორის წიაღის პუნქცია, ულტრაბგერითი ექოსინუსოსკოპია და ენდოსკოპიური) გამოკვლევების საფუძველზე.

ზედა ყბის წიაღის ანთებით დაავადებების მკურნალობაში წამყვანი ადგილი უჭირავს ბუნებრივი სავალის გამავლობის აღდგენას. ამ მიზნით გამოიყენება სისხლძარღვთა სხვადასხვა შემავიწროვებელი საშუალებები, რომელთა ხანგრძლივი გამოყენება შეზღუდულია.

სინუსიტების კონსერვატული მკურნალობის სქემაში შედის: ანტიბიოტიკები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები, რომელთა პარენტერალური გზით მიღება ყოველთვის არ იძლევა სასურველ შედეგს. ამ შემთხვევაში ლორწოვან გარსზე უშუალოდ ზემოქმედებისათვის უმჯობესია ზემოთ აღნიშნული პრეპარატების შეყვანა წიაღში. გარდა ამისა, აუცილებელია ჩირქის ევაკუაცია, როგორც პუნქციური, ისე არაპუნქციური მეთოდებით, რაც აუმჯობესებს მუკოცილიარული აპარატის მდგომარეობას (5).

სამყენიერო ლიტერატურის მონაცემების თანახმად „ლორ“ დაავადებების, კერძოდ, ჰაიმორიტების დროს ანტიბიოტიკების გამოყენება შეზღუდულია (3), რადგანაც ისინი იწვევენ იმუნური პასუხის, კერძოდ, ფაგოციტოზის დათრგუნვას (4).

ლორწოვანი გარსის ინფექციის მიმართ რეზისტენტობის ზრდამი დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ადგილობრივ იმუნიტეტს. ამ მიზნით ავტორების

მიერ შემუშავებული იქნა ისეთი იმუნოამოდულირებელი პრეპარატი, როგორცაა ლევომიზოლი. ეს პრეპარატი ადგილობრივად პირველმა გამოიყენა გოლდინგმა (1980 წ.) ზედა ყბის წიაღის ანთების მწვავე ფორმის დროს. დ.ი.ზაბოლოტინს მონაცემებით, ლევომიზოლით მკურნალობისას დადებითი შედეგი მიღებული იქნა 2-3 პუნქციის შემდეგ, ხოლო ქრონიკული პროცესის დროს 5-7 პუნქციის შემდეგ (2).

ლევომიზოლის თვისებების ანალოგიური მოქმედება გააჩნია პლასფერონ LB-ს, რომელსაც ახასიათებს ანტიმიკრობული და მიკროციტოკულაციის გამაუმჯობესებელი თვისებები, ხოლო იმუნოამოდულირებელი ეფექტი გამოხატული არის ლიმფოციტების ზედაპირზე რეცეპტორების რაოდენობის შემცირებით, რაც დაკავშირებულია პროტეინკინაზას აქტიურობასთან. ეს კი მიუთითებს მის უნარზე გაზარდოს ლიმფოციტების პროლიფერაცია და გააქტივოს ბუნებრივი „ქილერები“ (1).

ზემოთ აღნიშნულის საფუძველზე გადაწყვიტეთ ზედა სასუნთქი გზების, კერძოდ, ზედა ყბის წიაღის ანთებითი დაავადებების მკურნალობის სქემაში ჩავეერთო პლასფერონ LB- და გავვესაზღვრა მისი ეფექტურობა.

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა ზედა ყბის წიაღის ანთებით დაავადებული 36 ავადმყოფი (4-ს აღნიშნებოდა ორმხრივი პროცესი). 36 შემთხვევიდან 17-ში აღნიშნებოდა დაავადების მწვავე ფორმა, ხოლო დანარჩენში კი - ქრონიკული.

მკურნალობას ვატარდებდით პუნქციური მეთოდით, რომლის დროსაც ჯერ ხდებოდა წიაღიდან პათოლოგიური შიგთავსის ასპირაცია, ხოლო შემდეგ გამოირეცხვა 100 მლ ფიზიოლოგიური ხსნარით და შესაბამისი მედიკამენტების შეყვანა.

მკურნალობის ეფექტურობის განსაზღვრის მიზნით ავადმყოფები დაყავით 3 ჯგუფად: I ჯგუფში (16 წიაღი) პაციენტებს მკურნალობა უტარდებოდათ სპეციფიურად პლასფერონით; II ჯგუფში (12 წიაღი) მკურნალობა მიმდინარეობდა როგორც პლასფერონით, ასევე სხვა უკვე აპრობირებული პრეპარატებით (დიოქსიდინით, ანტიბიოტიკებით, გლუკოკორტიკოსტეროიდებით, პროტეოლიზური ფერმენტებით); III ჯგუფი (12 წიაღი) საკონტროლო იყო, აქ მკურნალობა მიმდინარეობდა უკვე ცნობილი სქემით (ანტიბიოტიკები, გლუკოკორტიკოსტეროიდები, დიოქსიდინი).

პლასფერონით ჩატარებული მკურნალობის დადებით შედეგზე მიუთითებს, როგორც ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება, ასევე ჩივილების შემცირება და გაქრობა, რაც თავის მხრივ გამოიხატება ცხვირიდან სუნთქვის აღდგენით, ლორწოვანი გამონადენის შემცირებით და წიაღში პათოლოგიური შიგთავსის გაქრობით. ყოველივე ეს აღნიშნებოდა სამივე ჯგუფში, მაგრამ უფრო მკვეთრად I და II ჯგუფების პაციენტებში. აქ დადებითი შედეგი დაავადების მწვავე ფორმის დროს მიღებული იქნა 2-3 პუნქციის შემდეგ, ხოლო ქრონიკული ფორმის დროს - 4-5 პუნქციის

შემდეგ; საკონტროლო ჯგუფში კი მწვავე პროცესის დროს - 7-8 პუნქციის შემდეგ, ხოლო ქრონიკული მიმდინარეობის დროს - 8-10 პუნქციის შემდეგ.

ზოგადი კლინიკური გამოკვლევების პარალელურად მიმდინარეობდა წიაღების პათოლოგიური შიგთავსის ლიმფოციტების რაოდენობის ცვლილებაზე დაკვირვება. ციტოლოგიურმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ უჯრედოვანი ელემენტები ძირითადად წარმოდგენილი იყო ლეიკოციტებით: ჩხირბირთვიანი და სეგმენტბირთვიანი ფორმებით.

ჩატარებული მკურნალობის შედეგად ავადმყოფთა I და II ჯგუფებში აღნიშნული პრეპარატის 2-ჯერ შეყვანის შემდეგ შემიცრდა, ან სრულებით გაქრა ნეიტროფილების ჩხირბირთვიანი ფორმები და გაჩნდა სხვა უჯრედოვანი ელემენტები: ლიმფოციტები და მონოციტები, რომელთა რაოდენობა იზრდებოდა კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად.

ჩატარებული მკურნალობის მოუხედავად ავადმყოფთა III ჯგუფში უჯრედოვანი ელემენტების შემცველობის ხასიათი არ შეცვლილა. სხვა უჯრედოვანი ელემენტები ან არ გამოჩნილა, ან მკურნალობის ეფექტი იყო გვიანი (მე-7-8 დღეს).

მიღებული შედეგები გვიჩვენებენ იმუნომამოღუღირებელი პეპარატის, კერძოდ პლაფერონ LB-ს დადებით ეფექტს ზედა ყბის წიაღის ანთებითი დაავადებების მკურნალობის დროს.

ლიტერატურა:

1. Бахуташвили Л. и др. Плаферон. Труды. Мецниереба, 1995, с. 35.
2. Заболотный Д.И. и др. Клинико-иммунологическое исследование эффетивности местного применения Левомизола при лечении больных хроническим инфекционно-аллергическим ринитом. Ж. Нос. и горл. бол. 1983; №3, с. 17-23.
3. Ревский Ю.К. и др. Влияние антибиотиков на противовирусную резистентность организма при хронических заболеваниях лор-органов. Военно-мед. Журн. 1988, №3, с. 33-35.
4. Ревский и соавт. О роли системы мононуклеарных фагоцитов при хронических заболеваниях лор-органов. Военно-мед. журн. 1989, №9, с. 55-57.
5. Carenfeld C., Ludberg C., Purulent and nonpurulent maxillary sinus secretion with respect to pO and pH// Act oto-Laryng/stoch/-1977. -Vol.84, -p. 138-144.

**Хечинашвили Р., Накудашвили Н.
МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАФЕРОНА-ЛВ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАЙМОРИТОМ**

РЕЗЮМЕ

Мы полагаем, что Плаферон-ЛВ следует применять при различных воспалительных заболеваниях верхней челюстной пазухи.

Эффективность этого лечения основывается на клинических и цитологических данных исследования.

Khechinashvili R., Nakudashvili N.

TOPICAL APPLICATION OF PLAFERONUM-LB IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MAXILLARY SINUSITIS

SUMMARY

The authors suggest that Plaferonum-LB may be topically used in the treatment of patients with different form of maxillary sinus inflammation. The efficiency of such treatment was proved by clinical and cytological studies.

კ.ხეცურიანი

მენინგოკოკის პლაზმიდების რესტრიქცია

თსუშ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი

როგორც ცნობილია, ბაქტერიული პლაზმიდების დახასიათებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს მათ რესტრიქციულ ანალიზს, რომლის განხორციელება ხდება რესტრიქციული ენდონუკლეაზებით, ანუ რესტრიქტაზებით. ესენია ფერმენტები, რომლებიც ხლეჩენ დნმ-ის ორჯაჭვიან მოლეკულას განსაზღვრულ თანმიმდევრობებში (რესტრიქციის საიტები).

ჩვენს მიერ, უცხოელ ავტორთაგან დამოუკიდებლად, პირველად იქნა აღმოჩენილი არაქრომოსომული დნმ-ის არსებობა ნეისერიას გვარის მიკროორგანიზმებში, კერძოდ, N.meningitidis სახეობაში (2, 3, 4, 6). აღნიშნული სახეობის პლაზმიდას შემცველი შტამებიდან არაქრომოსომული დნმ-ის რესტრიქციისათვის გამოკვლეული იყო ჩვენს მიერ ცხვირ-სახიდან გამოყოფილი №140, №485, აგრეთვე ლიქვირიდან მიღებული №127 და №199 კულტურები.

სამუშაოს ჩატარებისათვის გამოვიყენეთ შემდეგი რესტრიქციული ფერმენტები: AluI, BamHI, E.coRI, E.coRV, HindIII, PstI, Sau96 და

SacI. ცდის ჩატარებამდე ისინი შემოწმდა ლ-დნმ-ის საშუალებით. შემოწმების შემდეგ აღმოჩნდა, რომ SacI ფერმენტი არააქტიური იყო, დანარჩენები - სუსტად აქტიური. ამიტომ თითოეული მათგანი გამოვიყენეთ 1-3 მკლ-ის რაოდენობით. რესტრიქცია ჩატარდა თ.მანიატისისა და თანავეტორების მეთოდის მიხედვით (1). ფერმენტების „შეცნობის“ საიტებისათვის გამოყენებული იყო თ.მანიატისისა და "Molecular Sigma Biology" (5) მონაცემები. ამ ლიტერატურული წყაროების მიხედვით *NotI* ცხრილში მოცემულია ფერმენტების „შეცნობის“ უბნები.

პლაზმიდების რესტრიქციის ჩატარებისათვის მხედველობაში მიღებული იყო რეაქციის ოპტიმალური პირობები. ჩვენს შემთხვევაში ცდაში გამოყენებული ყოველი ფერმენტისათვის ოპტიმალური ტემპერატურა იყო 37°C.

სარეაქციო ნარევი თითოეული საკვლევი ნიმუშისათვის შეიცვდა 0,2-1 მკგ დნმ-ს 20 მკლ მოცულობაში. ცდაში მოცემული პლაზმიდების რესტრიქციისას კონტროლს წარმოადგენდა დაუჭრელი (მთლიანი) პლაზმიდები.

ფერმენტების „შეცნობის“ უბნები

(ცხრილი №1)

№	რესტრიქტაზების დასახელება	ფერმენტების საიტები	შენიშვნა
1	AluI	AG↓CT	
2	BamHI	G↓CATC*C	C*-5 მეთილციტოზინი
3	EcoRI	G↓AA*TTC	A*-N მეთილადენოზინი
4	EcoRV	GATAT↓C	
5	HindIII	GG↓C*C	
6	PstI	CTCC↓G	
7	Sau 96I	G↓GNCC	

ცდის შედეგები მოცემულია №2 ცხრილში.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მენინგოკოკის ლიქვორიდან მიღებული №127 და ცხვირ-ხახიდან გამოყოფილი №485 შტამების პლაზმიდები ერთმანეთის მსგავსია იმის მიხედვით, რომ მათი რესტრიქცია შესაძლებელია ცდაში გამოყენებული ყველა ფერმენტით. ასევე ერთმანეთის მსგავსია მენინგოკოკის ცხვირ-ხახიდან №140 და ლიქვორიდან გამოყოფილი №199 შტამებიდან გამოყოფილი პლაზმიდები, რადგანაც მათი რესტრიქცია ხდება ერთი და იგივე ფერმენტებით. AluI და PstI გარდა, ცდაში გამოყენებულ ყველა ფერმენტს ამ შტამების პლაზმიდურ დნმ-ზე აქვს შეცნობის ერთნაირი საიტები.

მენიზოკოკის პლაზმიდების სარესტრიქციო უბნები (საიტები)

№	შტამის ნომერი	რესტრიქციის ფერმენტების დასახელება და მათი საიტები							
		Alu I	Bam HI	E.CoR I	E.CoR V	Sau 96 I	Pst I	Hind III	
1.	127	5'-AG/CT-3'	5'-G/GATCC-3'	5'-G/AAATTC-3'	5'-GATAT/C-3'	G/CTCC	5'-CTGC/G-3'	GG/CC	
1.	140	-	5'-G/GATCC-3'	5'-G/AAATTC-3'	5'-GAT/ATC-3'	G/CTCC	-	GG/CC	
1.	199	-	5'-G/GATCC-3'	5'-G/AAATTC-3'	5'-GAT/ATC-3'	G/CTCC	-	GG/CC	
1.	485	5'-AG/CT-3'	5'-G/GATCC-3'	5'-G/AAATTC-3'	5'-GAT/ATC-3'	G/CTCC	5'-CTGCA/G-3'	GG/CC	

ამგვარად, ჩვენი მონაცემებით, მენინგოკოკის პლასმიდების იდენტიფიკაციისათვის მნიშვნელობა არ აქვს შტამების გამოყოფის წყაროებს; კერძოდ, ისინი მიღებული არიან ავადმყოფთა ლიქვორიდან, თუ მტარებელთა ცხვირ-ხახიდან.

ლიტერატურა:

1. Маниати Т., Фрич Э., Сембрук Д. - Методы генетической инженерии // пер. с англ., М. 1984 г.
2. Хедуриани К.Г., Гоциридзе Н.Л., Миронова Т.К. - Плазмиды и некоторые биологические свойства менингококка // Вопросы физиологии метаболизма и идентификации микроорганизмов. М., 1987, с. 134-136.
3. Хедуриани К.Г., Гоциридзе Н.Л., Костокова Н.Н., Габисония Т.Г. - Плазмиды менингококка // Журн. Микробиол., 1989, №3, С. 27-30.
4. Хедуриани К.Г., Намгаладзе М.З., Ломсадзе Х.В., Какубери Д.Р. - Плазмидный профиль штаммов *N. meningitidis* // Журн. Микробиол., 1993, №2, С. 38-41.
5. Molecular Biology and SIGMA. A new dimension 1989-SIGMA Chemical company. // USA. 6 1989ю
6. Roberts Knopp J. Host range of the conjugative 25,2-megadalton tetracycline resistance plasmid from *N. Gonorrhoeae* and related species // Antimicrob. agents. chemother., 1988, vol.32, N4, p. 488-491.

Хедуриани К. РЕСТРИКЦИЯ ПЛАЗМИД МЕНИНГОКОККА РЕЗЮМЕ

Результаты рестрикции плазмид менингококка, не зависят от источников выделения, т.е. они выделены от больных или от носителей.

Khetsuriani K. RESTRICTION OF MENINGOCOCCAL PLASMIDS SUMMARY

Restriction of meningococcal plasmids were studied. They were isolated from liquor and nasopharynx. The sources of isolates was not significant for results of restriction.

КЛОНИРОВАНИЕ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ ДЫХАНИЯ МЕНИНГОКОККА В КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКЕ

НИИ экспериментальной и клинической медицина ТГМУ;

Известно, что менингококк - возбудитель менингококковой инфекции, характеризуется такими факторами патогенности, как наличие гиалуронидазы, нейроминидазы, капсул, пыли. Он продуцирует протеазы (4). Ему свойственна антилизосимная активность, положительная реакция на Конго-Красный фактор, характеризующий относительную скорость окислительно-восстановительной реакции (2), у него обнаружен менингобактин. Известно также, что гибель хазяина при менингококковой инфекции происходит в результате выделения эндотоксина (3).

Среди вышеуказанных факторов патогенности менингококка особенно важное значение имеет активность ферментов дыхания или так называемая активность ферментов окислительно-восстановительной реакции.

Целью настоящей работы является изучение возможности экспрессии генов активности ферментов дыхания менингококка в кишечной палочке.

Из литературных источников известно, что существует определенная зависимость между активностью ферментов дыхания и способностью бактерии окислять некоторые красители. Этим свойством характеризуются патогенные и условно-патогенные бактерии. Такой краситель, который окрашивает колонии патогенных бактерий, является Конго-Красный. Получение колоний красного цвета указывает на патогенность штаммов менингококка, а розовый и белый цвет колоний - на их непатогенность.

В работе были использованы "банк" генов менингококка, который был создан нами и лабораторный штамм кишечной палочки -12.

Банк был создан по методике Maniatis (1). В создании банка генов менингококка был использован штамм N55/107, выделенный из ликвора больного менингококковой инфекцией. Для получения банка были применены рестрикционные ферменты Sma 3A и Bam HI, фермент лигирования ДНК-лигаза фага T4 и векторная плаزمид ПИС 19 (Рис. №1).

ДНК векторной
плазмиды РИС 19

хромосомная ДНК штамма
менингококка №55/1078

Bam HI

Sau3A

лигирование ДНК-лигаза фага Т4

"Банк" генов менингококка в клетках E.coli K12

Отбор клонов, содержащих гены
ферментов дыхания

Выделение рекомбинантных плазмид, содержащих
гены ферментов дыхания

Рис. №1. Схема клонирования генов ферментов дыхания менингококка в клетках E.coli K12

Характеризующие показатели банка были следующие: общее количество клонов составляло 15 000, а число рекомбинантных клонов - 2000.

Для проведения опыта тотальную плазмиду, т.е. банк генов менингококка трансформировали в лабораторный штамм кишечной палочки K-12 и был сохранен под глицерином при 20°C.

Перед опытом заранее был установлен титр банка по классической методике. Были использованы разведения от 1:10 по 1:10⁹. Для посева исследуемого материала была применена среда 2% агара на переваре

Хотингера. Посевы культивирования в термостате при 37°C и результаты учитывали через 24 часа.

Результаты определения титра банка показали, что при первом разведении получен сплошной рост банка, на втором разведении - 1000 колоний, на третьем разведении - единичные колонии. Для клонирования исследуемого признака и возможности его экспрессии было выбрано второе разведение, т.е. титр банка 10^3 степени.

Для клонирования генов ферментов дыхания менингококка в *E.coli* K-12 был использован 2% агар на переваре Хотингера с добавлением 1% раствора Конго-Красного и ампициллина 50 мкг/мл. Банк был посеян на этой среде на 20 чашках Петри и был культивирован при 37°C. Результаты учитывали через 48 часов. Были получены 20000 клонов. Среди них около 20 колоний были красного цвета, остальные колонии в основном были белыми, редко встречались колонии розового цвета.

Для дальнейшего продолжения опыта нами были выбраны 20 клонов красного цвета. Нужно отметить, что выбранные колонии с одинаковой интенсивностью были окрашены в красный цвет. Из полученных красных клонов методом препаративного выделения под цезием получена плазмидная ДНК, которая сохранена при -20°C для дальнейшего изучения (Рис. 2).

Таким образом, установлена возможность экспрессии генов активности ферментов дыхания *N.Meningitidis* в лабораторной штамм кишечной палочки K-12.

Нужно учесть, что выделение и исследование генов факторов патогенности менингококка в дальнейшем будет иметь существенное значение для решения некоторых вопросов профилактики и лечения больших менингококковой инфекцией.

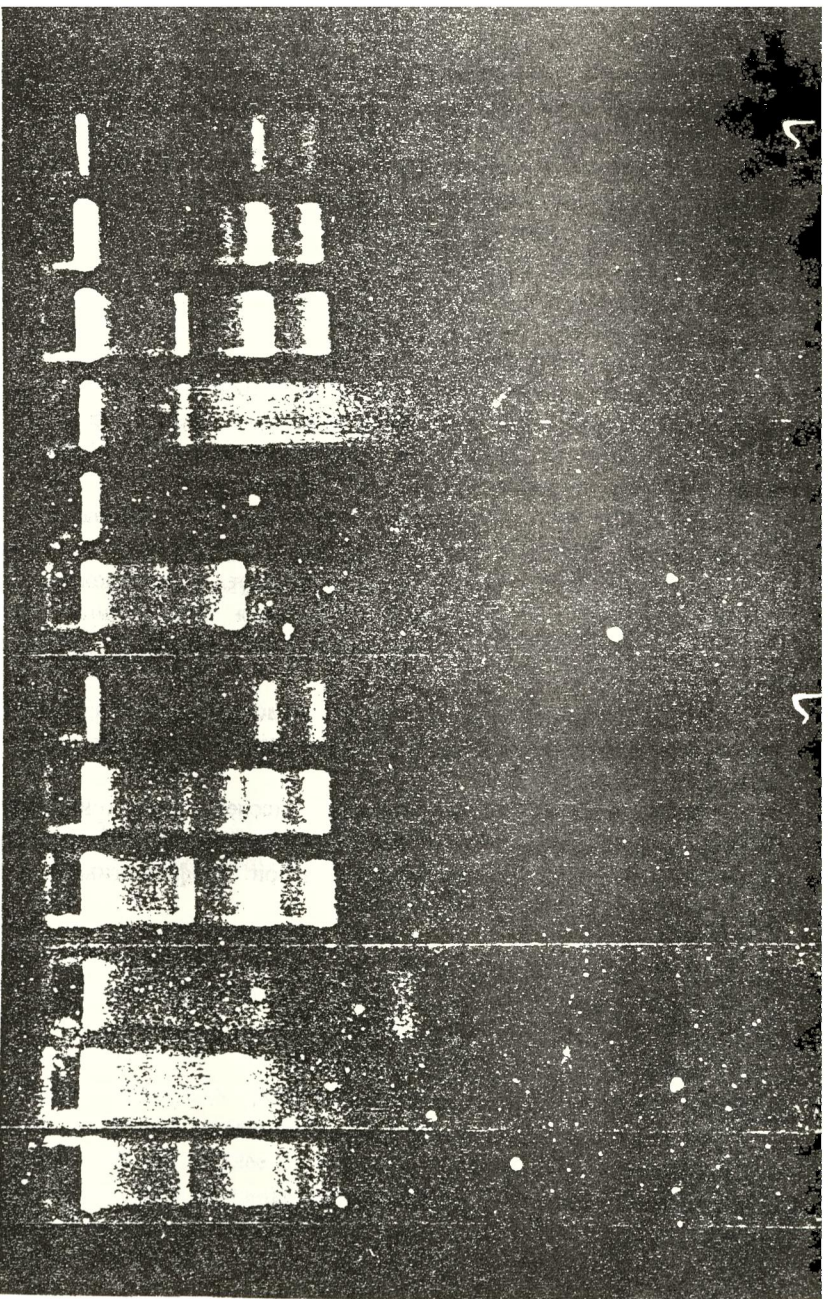


Рис. №2. Электрофотограмма рекомбинантных плазмид, содержащих генов относительной скорости процессов дыхания менигококка (7-ая дырка справа)

ЛИТЕРАТУРА:

1. Маниатис Т., Фрич Э., Сембрук Д. - Методы генетической инженерии // пер. с англ., М. 1984 г.
2. Поликарпов Н.А., Шилов В.М. и др. - Биологические свойства условно-патогенных энтеробактерий, выделенных от здоровых людей и соматических больных с дисбактериозом кишечника // Ж. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии, 1986, №2, с. 34-38.
3. Andersen B.M., Solberg O. - Endotoxin liberation associated with growth, encapsulation and virulence of *N.meningitidis* // Scand. J. Infect. Dis., 1988, vol. 20, N1, p. 21-31.
4. Killian M., Mestecky J. et al. - IgA proteases from *Haemophilus influenzae*, *S.pneumoniae*, *N.meningitidis* and *S.Sunguts*: comparative immunochemical studies // J. Immunol, 1980, vol. 124, N6, p. 2586-2600.

Khetsuriani K.

CLONING OF BREATH ENZYMES GENES OF MENINGOCOCCI IN ESCHERICHIA COLI

SUMMARY

Activity of breathe enzymes is one of the important sing for strains of *N.meningitidis*. The author realized cloning and expression of this sing of *N.meningitidis* in *E.coli* K-12 strain.

შ.ხეცურიანი, ბ.რაჭველიშვილი, მ.ჩიტალაძე,
აკოპტონაშვილი, ნ.ზუშბაძე

**ნაწლავის დისბაქტერიოზით დაავადებულთაგან
გამოყოფილი კემოლიზური E.COLI-ს
ანტიბიოტიკორეზისტენტული შტამების ცირკულაცია
1989-1999 წლებში კურორტ ბორჯომის
სანატორიუმების მავალითაზე**

თსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი

მკვლევართა მონაცემებით გარემოში ფართოდ გავრცელებულია მიკროორგანიზმების ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტული შტამები, რაც გამოწვეულია ანტიბიოტიკების არარაციონალური გამოყენებით (2, 3, 4). ეს პრობლემა ამტკუალურია საქართველოშიც. წლების განმავლობაში

სისტემატურად და არც თუ იშვიათად არარაციონალურად გამოყენებული ანტიბაქტერიული პრეპარატები კარგავენ ადრე დამახასიათებელ ეფექტურობას. ამის მიზეზია მიკრობთა შორის რეზისტენტული შტამების თანდათანობითი სელექცია და ძველი ანტიბიოტიკებისადმი პოლირეზისტენტული მიკროფლორის დომინირება (1). ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის მოთხოვნით, აუცილებელია გარემოში რეზისტენტული მიკროორგანიზმების ცირკულაციის სისტემატური შესწავლა რეგონების მიხედვით.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, გამოვიკვლიეთ ქბორჯომის სახელმწიფო რეზიდენცია „ბორჯომი-ლიკანის“ და საბაზო სანატორიუმ „ლიკანის“ ნაწლავის დისბაქტერიოზით დაავადებულთაგან გამოყოფილი ჰემოლიზური E.coli-ს ანტიბიოტიკორეზისტენტული შტამების ცირკულაცია 1989-1999 წლებში (როგორც საკუთარი, ისე საარქივო მასალები).

ავადყოფების ნაწლავის მიკროფლორის მდგომარეობის შეფასებისათვის ვიყენებდით ნაწლავის ნორმალური მიკროფლორის სხვადასხვა წარმომადგენლების ნორმულ მაჩვენებლებს რ.კ.ეპშტეინ-ლიტვაკის და ფ.ღვილშანსკაის მეთოდის მიხედვით (1977; 1982). ოვე მეთოდით ხდებოდა ჰემოლიზური E.coli-ს გამოყოფა და მისი იდენტიფიკაცია.

ცდის შედეგები მოცემულია ცხრილში.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, 1989 წელს ჰემოლიზური E.coli-ს ყველაზე დიდი რაოდენობით რეზისტენტული შტამი გამოვლინდა რისტომიცინის (92,05%), ყველაზე მცირე რაოდენობით - კანამიცინის მიმართ (5,57%). 1999 წლის მონაცემებით კი, ჰემოლიზური E.coli-ს შტამების რეზისტენტობა მაღალია ბენზილპენიცილინისადმი (92,57%) დაბალია ფუზიდინის და ლევომიციტინისადმი (8,69%).

გამოვიკვლიეთ 1989 და 1999 წლის მონაცემების შედარებით ჰემოლიზური E.coli-ის ანტიბიოტიკორეზისტენტობის ცვლილება თითოეული ანტიბიოტიკისადმი. პრეპარატები ანტიბიოტიკორეზისტენტობის ზრდის მიხედვით შეიძლება ასე განლაგდნენ: კანამიცინი (11,22-ჯერ), მეტიცილინი (7,32-ჯერ), კარბენიცილინის (7,14-ჯერ), მონომიცინი (6,14-ჯერ), ლოქსიცოლინი (5,76-ჯერ), ნომიცინი (3,34-ჯერ), სტრეპტომიცინი (3,16-ჯერ), გენტამიცინი (3,14-ჯერ), ტეტრაციკლინი (3,09-ჯერ), ერითრომიცინი (1,83-ჯერ), ბენზილპენიცილინი (1,52-ჯერ), ლინკომიცინი (1,40-ჯერ), ოქსაცილინი (1,35-ჯერ), ოლენდომიცინი (1,25-ჯერ), ამპიცინი (1,08-ჯერ), ფუზიდინი (1,2-ჯერ), რისტომიცინი (1,03-ჯერ), ლევომიცინი (0,91-ჯერ).

ანტიბიოტიკორეზისტენტული შტამების ცირკულაცია წლების მიხედვით ჰემოლიზური E.coli-ს მაგალითზე
(ცხრილი №1)

ანტიბიოტიკები	რეზისტენტული შტამების პროცენტული რაოდენობა								1999/ 1998
	1989 წ.	1990 წ.	1991 წ.	1995 წ.	1996 წ.	1997 წ.	1998 წ.	1999 წ.	
1. ბენზილპენცილინი	60,60	76,72	78,03	90,26	80,15	92,56	92,79	92,59	1,52
2. ამპიცილინი	74,62	76,38	84,40	88,23	87,50	75,60	83,75	80,00	1,08
3. კარბენცილინი	11,57	30,27	22,16	76,19	75,48	92,47	90,78	84,00	7,14
4. მეტიცილინი	11,68						81,81	84,21	7,32
5. ოქსაცლინი	67,56	71,42	80,54	89,42	80,24	90,00	92,85	85,00	1,35
6. სტრეპტომიცინი	18,40	25,61	31,35			57,33	60,00	91,30	3,16
7. ნეომიცინი	25,78	100				75,43	86,00	58,33	3,34
8. კანამიცინი	5,57	11,35	13,47	16,39	43,39	58,82	61,53	86,95	11,22
9. მონლომიცინი	8,14	92,85				50,00	53,33	62,50	6,14
10. გენტამიცინი	13,41	7,36	6,66	20,83	50,00	44,24	45,00	50,00	3,14
11. ტეტრაციკლინი	21,18	37,62	4,97	61,70	32,00	43,13	61,84	42,10	3,09
12. დოქსიციკლინი	11,11			84,21	66,66	64,51	65,78	65,00	5,76
13. ერითრომიცინი	36,36	82,83	64,32	73,17	66,04	60,33	66,90	64,00	1,83
14. ოლენდომიცინი	52,94	73,72	74,59			62,65	66,25	66,66	1,25
15. ლინკომიცინი	53,33		90,16			73,01	73,33	65,21	1,40
16. ლევოფლექსეტანი	9,47	36,64		94,93	66,66	62,36	9*57	8,69	0,91
17. ფუზიდინი	65,38	57,14		38,46	66,66	70,00	71,42	8,69	1,2
18. როსიტომიცინი	92,05	80,95	5,47	88,13	91,30	100	95,00	78,94	1,03

აქედან გამომდინარე, ყველაზე მეტად რეზისტენტობა გაიზარდა კანამიცინისადმი (11,22-ჯერ), ხოლო ყველაზე ნაკლებად - ლევომიცეტინისადმი (0,91-ჯერ).

მიღებული მონაცემებიდან ჩანს უკანასკნელ ათწლეულში ჰემოლიზური E.coli-ს რეზისტენტობის მკვეთრი მატება ჩვენს მიერ გამოკვლეული ძველი თაობის ანტიბიოტიკებისადმი კურორტ ბორჯომის სანატორიუმების მაგალითზე.

ლიტერატურა:

1. ანანუაშვილი. „ახალი ანტიბიოტიკები“, თბილისი, 1996. გვ. 3.
2. Geddes A.M. Good antimicrobial prescribing // "Lancet", 1982, N2, p. 82-89.
3. Levy S.B. Microbial resistance to antibiotics. An. evolving and persistent problem // "Lancet", 1982, 2, p. 83-88.
4. Stelzer W., Bottcher I. The spread of antibiotic resistance in the environment // Forum Microbiol. 1990, 13, N1-2, p. 44.

**Хецურიани Ш., Рачвелишвили Б., Читаладзе М.,
Коптонашвили А., Зумбадзе Н.**

ЦИРКУЛЯЦИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ E.COLI, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ КИШЕЧНЫМ ДИСБАКТЕРИОЗОМ НА ПРИМЕРЕ САНАТОРИЙ КУРОРТА БОРЖОМИ В 1989-1999 ГОДАХ

РЕЗЮМЕ

Был изучен рост резистентности гемолитической E.coli к антибиотикам старого поколения. Отмечается увеличение резистентности этого микроорганизма к канамицину - в 11,22 раз, к левомецетину - в 0,91 раз в 1989-1999 годах.

**Khetsuriani Sh., Rachvelishvili B., Chitaladze M.,
Koptonashvili A., Zumbadze N.**

CIRCULATION OF HAEMOLYTIC E.COLI ANTIBIOTICORESISTANT STRAINS DISCHARGED FROM PATIENTS WITH INTESTINAL DISBACTERIOSIS FOR EXAMPLES OF BORJOMI SANATORIA IN 1989-1999 YEARS

SUMMARY

The increase of resistance of haemolytic E.coli strains to antibiotics of old generation were appeared. The resistance was increased to canamycin 11,22 times, to laevomycetin - 0,91 times in 1989-1999 years.

ამეზიანის მიჯლინარეობის თავისებურებაანი ბავშვთა ასაკში

თსსუ, ბავშვთა ინფექციურ სნეულებათა კათედრა

7 წლის წინ ჩვენს მიერ, პირველად ბოლო ათეული წლების მანძილზე, დიაგნოსტირებულ იქნა ნაწლავთა ამეზიანის სპორადული შემთხვევა.

1996 წელს საქართველოში ინფექციამ მიიღო ეპიდემიოლოგიის ხასიათი, ხოლო შემდგომ წლებში იგი მასობრივ ეპიდემიაში გადაიზარდა, თავი იჩინა ღვიძლის ამებურმა აბსცესებმა, განსაკუთრებით მოზრდილი ასაკის მოსახლეობაში.

საქართველო ამეზიანის ენდემური ზონაა, მისი რელიეფური და კლიმატო-მეტეოროლოგიური პირობების გამო. შესაძლოა ვივარაუდოთ, რომ დაავადების ახლად აღმოცენება დაკავშირებული იყო სოციალურ-ეკონომიური პირობების გაუარესებასთან. ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით ამეზიანით ინვაზირებულია მსოფლიოს მოსახლეობის 10%-მდე. ტროპიკულ ქვეყნებში ინვაზირება 20-50%-ს აღწევს, აშშ-ში 4%-ს. საქართველოს შესახებ ამ მხრივ თანამედროვე მონაცემები არ არსებობს.

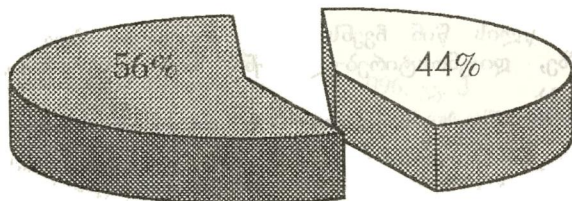
დაავადების გამოწვევია *Entamoeba histolytica*, თუმცა ასევე არსებობს მორფოლოგიურად მსგავსი არაპათოგენური ამებებიც *E. dispar*, *E. hartmani*, *E. coli*. ამ ამებებისაგან *E. histolytica* განსხვავდება იმით, რომ იგი ერთროფაგია (ტროფოზოიტი), რაც სხვა ამებებს არ ახასიათებს. გარდა *E. histolytica*-სი არის მეორე ჯგუფი ამებებისა.

- | | |
|--------------------------|--|
| <i>Naegleria fowleri</i> | - იწვევს სწრაფად პროგრესირებად ფატალურ მენინგოენცეფალიტს. |
| <i>Acantamoeba</i> | - იწვევენ გრანულომატოზურ ენცეფალიტს (რომელიც წააგავს ტვინის აბსცესს), კერატიტს (კონტაქტური ლინზების ხმარებისას). |
| <i>Balamutia</i> | |

ამასთან დაკავშირებით, რეზონულია ყველა გაუმიფრავი მენინგოენცეფალიტები გამოკვლეულ იქნას ზემოაღნიშნული ამებების არსებობაზე.

1996-98 წლებში ბავშვთა კლინიკურ საავადმყოფოში აღწერილ იყო ნაწლავთა ამეზიანის 224 შემთხვევა, რომელთაგან ლაბორატორიულად დადასტურებული იქნა 80 (თბილი განავლის ნატიურ პრეპარატებში მიკროსკოპულად ნანახი იქნა *E. histolytica*-ს ტროფოზოიტები).

ამებიანი, როგორც მონონიფექტია, მიმდინარეობდა 45 შემთხვევაში (56%), მიქსტ-ნიფექციის სახით 35 ავადმყოფში (44%). ხაზი უნდა გაესვას იმ ფაქტს, რომ მძიმე მიმდინარეობა უმთავრესად აღინიშნებოდა იმ შემთხვევებში, როდესაც ნაწლავთა ამებიანი შერწყმული იყო ისეთ ინფექციებთან, როგორცაა შიგელიოზი, სალმონელოზი, რესპირაციული ვირუსული ინფექცია.



■ მონონიფექტია

□ მიქსტ-ნიფექტია

წამყვან კლინიკურ სიმპტომს ყველა შემთხვევაში წარმოადგენდა ხანმოკლე (3-5 დღე) ტემპერატურული რეაქცია. 37-39°C, ხოლო მიქსტ-ნიფექციისას ტემპერატურული რეაქცია გახანგრძლივებული იყო და სისხლისა და ღორწოს შემცველი განავალი, თუმცა ე.წ. „ქოლოს ქელე“ არ იყო წამყვანი. რაც შეეხება პროფუზულ ფალარათს და ამის შედეგად ორგანიზმის გაუწყლოვებას, აგრეთვე ელენთის გადიდებას, შეიძლება აიხსნას მიქსტ-ნიფექციით. ღვიძლის აბსცესი განუვითარდა 2 ავადმყოფს, მაგრამ 1 შემთხვევაში გარდა ამებიანიისა ავადმყოფს ჰქონდა სალმონელოზის გენერალიზებული ფორმა და ჰეპატიტი. ავადმყოფების უმრავლესობა იყო 1 წელზე მეტი ასაკის (51 ბავშვი).

დაავადებულთა თითქმის ნახევარმა კლინიკას მომართა დაავადების I სამ დღეს, დაგვიანებული პოსპიტალიზაცია შეიძლება აიხსნას არასწორი დიაგნოსტიკით. ადგილი ჰქონდა სამ ოჯახურ აფეთქებას, სადაც ჭარბობდა 1 წლის ზევით ასაკი, დაავადება მიმდინარეობდა 2 შემთხვევაში, როგორც მონონიფექტია 1 შერწყმული იყო შიგელიოზთან. ყველა შემთხვევა მიმდინარეობდა მსუბუქი და საშუალო სიმძიმით.

ავადმყოფებს, რომლებსაც აღინიშნებოდათ მიქსტ-ნიფექციები, მაგალითად, შიგელიოზის დროს, გამოხატული იყო მკვეთრად ჭინთვები და მისი ექვივალენტი, ანუსის დიაობა, ხოლო სალმონელოზის დროს უფრო გამოხატული იყო გასტროენტერიტის მოვლენები - ღებინება, ხშირი დეფეკაცია, სითხის დიდი რაოდენობის შემცველი განავლით, რასაც მოყვა

სხვადასხვა ხარისხის გაუწყლოვნება და ელექტროლიტური ცვლის დარღვევა.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ამებიაზის ყველა ფორმის დროს რეკომენდირებული მეტრონიდაზოლი ჩვენს მიერ წარმატებით იქნა გამოყენებული ყველა შემთხვევაში. პრეპარატი ინიშნებოდა დოზით 40-50 მგ/კგ მასაზე 3-ჯერ დღეში, 7-10 დღის განმავლობაში.

ამრიგად, საქართველო კვლავ რჩება ამებიაზის ენდემურ ზონად, ხოლო 1996-98 წლებში აღნიშნული შემთხვევები შეიძლება შეფასდეს, როგორც ეპიდემური აფეთქება.

აუცილებელია განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტული დიზენტერიის შემთხვევებს და ვებოთ *E. histolytica* განავალში.

ბავშვთა ინფექციურ კლინიკურ საავადმყოფოში ამ დაავადების სამწლიანმა შესწავლამ აჩვენა, რომ ამებიაზს ბავშვთა ასაკში არ ახასიათებს აბსცედირებისადმი მიდრეკილება (მხოლოდ 2 შემთხვევა), მაგრამ ხშირ შემთხვევაში მცირე ასაკის ბავშვებში მიმდინარეობს მძიმედ, განსაკუთრებით შერეული ინფექციების დროს, რაც იწვევს გაუწყლოვნების მალალ ხარისხსა და შედეგებს.

ლიტერატურა:

1. В.Ф.Учайкин. "Руководство по инфекционным болезням у детей". Москва, 1998.
2. Report of the Committee of Infectious Diseases. American academy of Pediatrics, 1997.
3. Parasites and Health. Amebiasis. <http://www.dpd.cdc.gov/HTML/FRAMES/A-F/>.
4. McCulley, Alizadeh H., Acanthamoeba keratitis. JY Pub Med.
5. Beattie AM, Slomovic AR. Acanthamoeba keratitis with two species of Acanthamoeba. Can J. 1996, Aug; 25(5).
6. Amebiasis. Edited by Jonathan J. Radvin (University of Minesota).
7. PRO. Amebiasis, waterborne. abenens0@mail.sdsu.edu (A.S.Benenson).

Хочава М., Шаламберидзе И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АМЕБИАЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

РЕЗЮМЕ

Такие страны, как Грузия все еще остаются эндемной зоной для таких протозойных инфекций, как Амебиаз.

Врачи не должны игнорировать дизентерию, резистентную к антибиотикам и обращать внимание на наличие *E. histolytica* в кале.

Абсцессы печени (более 200 случаев) выявили лишь верхушку айсберга - истинное распространение инфекций в республике.

Трехлетнее исследование, проведенное на базе детской инфекционной клинической больницы показала, что в детском возрасте кишечный Амебиаз редко протекает тяжело.

Медперсонал должен следовать рекомендациям ВОЗ по лечению кишечного амебиаза, даже при подозрении на заболевание, что снизит распространение инфекции среди населения, а также частоту у взрослых и тем самым себестоимость лечения.

Khochava M., Shalamberidze I.
CLINICAL FEATURES OF EMOEBIASIS IN CHILDHOOD
SUMMARY

Countries as Georgia are still endemic for such protozoan diseases as Amoebiasis.

It is necessary not to ignore cases of dysentery, resistant to antibiotics, as it happened in many medical centres of our country and search for *E.hystolytica* in that cases.

Liver abscesses are only the top of iceberg, they show, that infection is spread among the population (in 1998 there were 227 liver abscesses in adults, total number of intestinal cases - 1101).

3-year study of this disease in Children's Infectious Diseases Hospital shows that in most of the cases in children it has less % of severity (only 2 case of liver abscesses in our clinic).

It is important to pay attention to mixed infections, especially in young age, which may complicate course of disease.

Medical personnel has to follow WHO recommendations even in suspected cases, that decreases spreading of infection among population, as also complications in adults (extraintestinal diseases) and cost of the treatment.

მ.ხოჭავა, ი.ხაბაზი, თ.ჯოხთაბერიძე

**კრიტიკულ გლობარეოგრაფიულ მემოზ ნაწლავთა მწვავე
ინფექციით დაავადებული კიბოტროფული ბავშვების
ინფეზური სტატუსის ზომიერითი მაჩვენებელი**

თსსუ, ბავშვთა ინფექციურ სნეულებათა კათედრა

ნაწლავთა მწვავე ინფექციები დღეისათვის კვლავ რჩება ადრეული ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის აქტუალურ პრობლემად. ეტიოლოგიური სტრუქტურის მრავალსახეობა, გარკვეული სიმნეულების

ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკაში - დახვეწილი მეთოდების ხელმოწვევდომლობა და სიძვირე დღევანდელი პირობების გათვალისწინებით, ავადობის მაღალი სიხშირე, დაავადების მძიმე მიმდინარეობა, არაიშვიათად პროცესის გასწავრძლეება და შესაბამისად დიდი მატერიალური დანახარჯები, ლეტალობის მაღალი მაჩვენებელი, განსაკუთრებით დაბალ ასაკობრივ ჯგუფში, სპეციფიკური პროფილაქტიკის არარსებობა, ეტიოტროპული მკურნალობის დაბალეფექტურობა განსაზღვრავენ ნაწლავთა მწვავე ინფექციების კლინიკურ-პათოგენეზურ კანონზომიერებათა და კერძოდ კი, იმუნური სისტემის დაწვრილებით გამოკვლევის აქტუალობას.

ჩვენ ყურადღება შეეპჩერეთ ნაწლავთა მწვავე ინფექციებით დაავადებულ ჰიპოტროფულ ავადმყოფებზე, რადგან სამწუხაროდ ქვეყანაში არსებული სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობის გამო ჰიპოტროფიის სიხშირე ჯერ კიდევ საკმაოდ დიდია. ამ კონტინგენტში უფრო ხშირად ვითარდება სიცოცხლისათვის საშიში სინდრომები, კრიტიკული მდგომარეობა, რაც თავისთავად მიუთითებს ორგანიზმის ადაპტაციური მექანიზმების არასრულფასოვნებაზე.

შესწავლილი იქნა ორგანიზმის რეზისტენტობის ისეთი მაჩვენებლები, როგორცაა: T ლიმფოციტები, მისი სუბპოპულაციები CD3, CD4, CD8, იმუნორეგულაციის ინდექსი, B ლიმფოციტები, იმუნოგლობულინი G, M, A არასპეციფიური დაცვის ფაქტორები, ინტერფერონები α და γ .

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა წლამდე ასაკის III ჰიპოტროფული ბავშვი, დაავადებული ნაწლავთა მწვავე ინფექციით, კრიტიკულ მდგომარეობაში.

კონტროლის ჯგუფს შეადგენდა პრაქტიკულად ჯანმრთელი 20 ბავშვი, 10 მათგანი გამოკვლეული იქნა 1985 წ., ხოლო 10 - 1996 წელს.

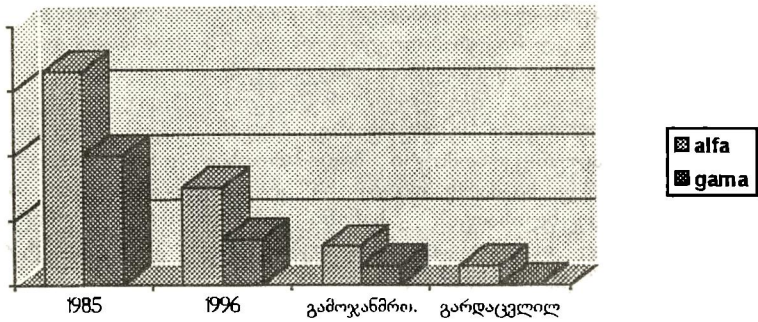
ყველა ავადმყოფი იყო 1 წლამდე ასაკის, 42% - 3 თვემდე, 20% - 4-6 თვის, 38% - 6-12 თვის. ჰიპოტროფიის ხარისხის მიხედვით ავადმყოფების განაწილება შემდეგნაირი იყო: I ხარისხი - 21%, II ხარისხი - 48%, III ხარისხი - 31%.

კლინიკაში ავადმყოფების კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევის შედეგად დიაგნოზი შემთხვევათა ნაწილ ში დაკონკრეტდა. 35%-ში ამოითესა შიგელა, 14%-ში - სალმონელა, 5%-ში - პირობით-პათოგენური ფლორა. დანარჩენ შემთხვევებში დიაგნოზი დაისვა კლინიკური მიმდინარეობისა და ეპიდანამეზის საფუძველზე.

იმუნური რეაქტულობის მაჩვენებლებზე დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ აღნიშნულ კონტინგენტში სიცოცხლისათვის საშიში სინდრომების დუნედ განვითარება ხასიათდება იმუნური გარდაქმნის თავისებურებებითაც, რაც გამოიხატება ლიმფოციტების რაოდენობის დაქვეითებით, თანაც ისე, რომ იკლებს აგრეთვე იმუნორეგულაციის ინდექსი (CD4/CD8), დისიმუნოგლობულინიემითა და ინტერფერონის მაჩვენებლების

დათრგუნვით, განსაკუთრებით ინტერფერონისა, რომლის რაოდენობა ლეტალური შემთხვევების დროს 0-მდე ეცემოდა, იხ. დიაგრამა.

საინტერესოა აგრეთვე მაჩვენებლების შედარება კონტროლის ჯგუფებშიც. დიაგრამიდან ჩანს მნიშვნელოვანი განსხვავება 1985 და 1996 წლის მაჩვენებლებს შორის.



ავადმყოფებზე შემდგომი დაკვირვების შედეგად აღინიშნა, რომ ლეტალური გამოსავლის შემთხვევაში ხდებოდა საწყისი ცვლილებების კიდევ უფრო გაღრმავება, ხოლო გამოჯანმრთელებისას მიდრეკილება ნორმალისაკენ, თუმცა მაჩვენებლები ჯერ კიდევ მნიშვნელოვნად ჩამორჩებოდნენ ნორმას. უკეთესი შედეგი აღინიშნებოდა მკურნალობის კურსში იმუნომოდულატორის, კერძოდ სამამულო პრეპარატ პლაფერონ ლბ-ს ჩართვისას. ამ დროს უმჯობესდებოდა როგორც დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა, ისე იმუნოლოგიური რეაქტიულობის მაჩვენებლები.

ლიტერატურა

1. В.Ф.Учайкин. "Руководство по инфекционным болезням у детей". Москва, 1998.
2. Кузнецов В.П. и соавт. Концепция иммунокоррекции при многофакторных иммунодефицитных состояниях. Ж. МиЭ. 1996. №5.
3. Капанга Ф.А. Тяжелые формы ОКИ у детей раннего возраста. Сб. тр. Ставрополь. 1994.
4. Report of the Committee of Infectious Diseases. American academy of Pediatrics, 1997.

Хочава М., Хабazi И., Джохтаберидзе Т.
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ
ГИПОТРОФНЫХ ДЕТЕЙ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПРИ ОКИ
РЕЗЮМЕ

Нами в течение ряда лет у указанной категории больных целенаправленно изучались вопросы патогенеза при развившихся критических состояниях.

Под наблюдением находились 111 больных. В динамике болезни определялись показатели иммунологической реактивности организма СДЗ, СД4, СД8, иммуноглобулины, интерфероны.

Было установлено, что в стадии критического состояния, независимо от этиологии болезни, у больных развивалось понижение показателей Т лимфоцитов, дисиммуноглобулинемия, снижение количества интерферона в смертельных случаях даже полное их исчезновение.

Khochava M., Jokhtaberidze T., Khabazi I.
IMMUNOLOGICAL REACTIVITY OF ORGANISM IN CRITICAL CASES OF
ACUTE INTESTINAL INFECTIONS
SUMMARY

During last decades the target of our work been the aspects of pathogenesis in critically ill infants with acute intestinal infections.

There were 111 patients under observation. In dynamic of disease were defined such indicators of immunity - as CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, IgG, IgA, IgM, interferones α and γ .

As a consequence it occurred that independently of etiology of disease severe immunodeficiency developed in critically ill patients (decreasing number of CD3, CD4, CD8, disimmunoglobulinemia) and in fatal cases disappearance of interferon γ .

In comparison to control group application of Plaferon LB during intensive care showed improvements in indicators of immunity and mortality rate.

მ.ხოჭავა

**ვიცნობთ ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევას
სუპერინფანტილური კრიტიკული მდგომარეობაში
მყოფ ბავშვებში**

თსსუ, ბავშვთა ინფექციურ სნეულებათა კათედრა

ბოლო წლებში მსოფლიოში განსაკუთრებული ყურადღება ენიჭება პროტოზოულ ინფექციებს. მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში ასეთი

დაავადებების მატება დაკავშირებულია აივ-ინფექციასთან და პირველადი იმუნოდეფიციტის სინდრომთან. ისეთ ქვეყნებში კი, როგორც საქართველოა, ზოგიერთი პროტოზოული დაავადებები, როგორცაა ამებიაზი, მალარია, ლეიშმანიოზი, წარმოადგენენ ენდემურ დაავადებებს.

ჩვენს ქვეყანაში სოციალურ-ეკონომიური სფეროს მკვეთრი გაუარესების გამო ადგილი ჰქონდა ამებიაზის და ლეიშმანიოზის ეპიდემიოქეზებს (ა.კვეზერული-კობაძე, მ.კვეზერული-კობაძე). როგორც ხდება ზოლმე, ასეთი ინფექციებით ავადდებიან მცირე ასაკის, განსაკუთრებით შეცვლილი იმუნური სტატუსის და კვების მოშლილობის მქონე ბავშვები, რომელთა მდგომარეობა ინტერფერენტული ნფექციების დართვის შემდეგ მკვეთრად უარესდება და არაიშვიათად მთავრდება ლეტალური გამოსავლით. ლეიშმანიოზი პროტოზოული დაავადებაა, რომლის მკურნალობა წარმოადგენს გარკვეულ პრობლემას დიაგნოსტიკის სირთულის, ძვირადღირებული სამკურნალო პრეპარატებისა და მათ მიმართ რეზისტენტული შტამების არსებობის გამო (Silra et al., Wilson ME, Steit SA, Albreht H., Sobottko et al.).

ლეიშმანიოზის დასადასტურებლად ძირითად მეთოდს წარმოადგენს ძვლის ტენში პარაზიტის აღმოჩენა შეიძლება აგრეთვე გამოყენებულ იქნას სისხლი, ლვიძლის მიოპლატიტი (ბიოპლატი?). მოწოდებულია სეროლოგიური ტესტები ELISA, UHA, IFA (Aboul-Hassan S. et al). ინფორმატიულია აგრეთვე ღნმ-ის განსაზღვრა ეპრ-ით (სისხლი, ძვლის ტენი, ლიმფური კვანძები) (Andersen K. et al).

ლეიშმანიოზის დაავადებებს მკურნალობენ ხუთვალენტური სურმას პრეპარატებით (ანტიმონიალური პრეპარატები), რაც ხშირად უუფექტოა პარაზიტის რეზისტენტობის გამო. ზოგიერთი ავტორი მოუწოდებს სამკურნალოდ ისეთი პრეპარატების გამოყენებას, როგორცაა ამფოტერეცინი B, როქსიტრომიციინი, კეტაკონაზოლი, ლიზოლიმური ამფოტერეცინი.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვიტანეთ დასკვნა, რომ უშედეგო მკურნალობასა და ფატალურ გამოსავალს შეიძლება სხვა მიზეზები ჰქონდეს.

1995-1997 წლებში ბავშვთა ინფექციურ კლინიკურ საავადმყოფოს ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ვისცერული ლეიშმანიოზის დიაგნოზით (L.Donovani) მკურნალობდა 7 ავადმყოფი, რომელთა ასაკი იყო 8 თვიდან 24 თვემდე. 4 მათგანი მკურნალობდა სხვა სტაციონარში და კრიტიკულ მდგომარეობაში გადაიყვანილ იქნა სუპრინფექციის დართვის გამო. ოთხზე მათგანი გარდაიცვალა სტაციონარში შემოსვლიდან რამდენიმე საათში. 3 მათგანს აღენიშნებოდა მძიმე დიზენტერია, მეოთხეს კი ჰეპატიტი B (დადასტურებული მარკერული დიაგნოზით) და სკაბიესი.

შვიდივე ავადმყოფს აღენიშნებოდა ცხელება, ჰიპოტროფია (ერთ ავადმყოფს ჰქონდა მარაზმი), ჰეპატოსპლენომეგალია, ანემია - Hb 30-40 მგ/ლ, ლეიკოპენია - 1600-2000 თრომბოციტოპენია (ერთს ჰქონდა - 0). გარდაცვლილ ავადმყოფებში მკურნალობა პენტოსტამით, ანტიბიოტიკებით და პათოგენური სამუქალებით დაწყებული იყო ძალიან გვიან.

დანარჩენ 3 ავადმყოფსაც აღენიშნებოდა მძიმე სუპერინფექცია - მწვავე რესპირაციული ვირუსული ინფექცია (ურუპის სინდრომი), სეფსისი (*S.aureus*, *S.epidermidis*), ასკარიდოზი, სალმონელოზი (*Sal.typhimurium*), დიზენტერია (*Sh.futneri*). ყველა გამოჯანმრთლებული ავადმყოფი, მოუხდავად მძიმე სუპერინფექციებისა, შემოვიდა კლინიკაში დაავადების ადრეულ სტადიაში და ჩაუტარდა მკურნალობა პენტოსტამით, ანტიბიოტიკებითა და სხვა პრეპარატებით, აღსანიშნავია, რომ იმ ავადმყოფში, რომელსაც გარდა ლეიშმანიოზისა, აღენიშნებოდა სეფსისი, სალმონელოზი, ასკარიდოზი და შიგელოზი, ყოველი ახალი დაავადების თანდართვა იწვევდა ძირითადი დაავადების გამწვავებას (ღვიძლის და ელენთის გადიდება, ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნების მატება).

ყველა ავადმყოფს ენიშნებოდა პენტოსტამი (20 მგ/კგ მასაზე დღეში 1-ჯერ 15-20 დღე) და უტარდება კვების კორექცია.

ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ

1. ვისცერული ლეიშმანიოზის მკურნალობის უეფექტობა და ამ დაავადების გამწვავება შესაძლოა დაკავშირებული იყოს სუპერინფექციის დართვასთან.
2. დაავადების გამოსავალზე მოქმედებს დროული დიაგნოსტიკა და შესაბამისი მკურნალობა.

ლიტერატურა:

1. В.Ф.Учайкин. "Руководство по инфекционным болезням у детей". Москва, 1998.
2. Report of the Committee of Infectious Diseases. American academy of Pediatrics, 1997.
3. Textbook of Pediatrics, Nelson, 1997.

Хочава М.

ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ У КРИТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ДРУГИМИ СУПЕРИНФЕКЦИЯМИ

РЕЗЮМЕ

1. Неудачное лечение висцерального лейшманиоза и его обострений часто вызвано не резистентностью возбудителя к препарату, а супреинфекциями и их осложнениями.

2. Своевременная диагностика и правильное лечение влияет на исход заболевания.

Khochava M.

**VISCERAL LEISHMANIASIS IN CRITICALLY ILL CHILDREN
COMPLICATED WITH OTHER SUPERINFECTIONS**

SUMMARY

1. Failed treatment of visceral leishmaniasis and its exacerbation is often caused by superinfections and their complications.
2. Term diagnosis and correct treatment on outcome of disease.

ქვანაშია, მ.გიგოლაშვილი, ე.ჯანაიაშვილი

**მზის აქტივობის II-წლიანი ციკლის გავლენა
კარდიოლოგიური ავადმყოფების სიკვდილიანობაზე
სქესობრივი და ასაკობრივი თავისებურებების
გათვალისწინებით**

თსსუ, შინაგან სნეულებათა №1 კათედრა,
საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის აბასთუშის
ასტროფიზიკური ობსერვატორია

კარდიოპათოლოგიით გამოწვეული სიკვდილიანობა შინაგანი დაავადებების გამოწვეულ სიკვდილიანობათა შორის პირველ ადგილზეა. კარდიოლოგიური ავადმყოფები გარემო ფაქტორების ცვლილებებისადმი ყველაზე მგრძობიარენი არიან და საპასუხო რეაქციებიც მათში ყველაზე მკვეთრადაა გამოხატული. იმ გარემო ფაქტორებს, რომელთა გავლენითაც ხდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა გამწვავება და დამძიმება არაიშვიათად ლეტალური გამოსავლით, მიეკუთვნება გეომაგნიტური ველიც. უკანასკნელ წლებში ამ საკითხებს არაერთი ნაშრომი მიეძღვნა (1,2). ზემოთქმულიდან გამომდინარე შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ კარდიოპათოლოგიით გამოწვეული სიკვდილიანობის ხასიათი იცვლება მზის აქტივობის II-წლიანი ციკლის ფაზებთან და მისგან განპირობებული გეომაგნიტური აქტივობის ცვლილებებთან დაკავშირებით.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა გეომაგნიტური ველის აქტივობის II-წლიანი პერიოდის ცვლილებების გავლენის შესწავლა კარდიოპათოლოგიით გამოწვეულ სიკვდილიანობაზე სქესობრივი და ასაკობრივი თავისებურებების გათვალისწინებით.

მასალა და დამუშავების მეთოდი. შესწავლილ იქნა ქობილისის სასწრაფო სამედიცინო სამსახურის მონაცემები კარდიოპათოლოგიით გამოწვეული სიკვდილიანობის შესახებ (ოგულისხმება ჰიპერტონული დაავადება, ათეროსკლეროზული კორონარო- და ცერებროსკლეროზი, უცარი სიკვდილი. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, არითმიები) 40-დან 70 წლამდე ასაკისათვის, 1991 წლიდან 1998 წლის ჩათვლით; სულ სიკვდილიანობის შემთხვევათა რაოდენობა იყო - 5363, დღეთა რაოდენობა - 2770 და საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის დუშეთის გეოფიზიკური ობსერვატორიის მონაცემები გეომაგნიტური ველის ჰორიზონტული მდგენელის საშუალო სადღელამისო მაჩვენებლების შესახებ იმავე პერიოდისათვის. მასალა დამუშავდა დროითი მწკრივების სიხშირული ანალიზის მეთოდითა და ეპოქათა ზედღების მეთოდით (3,4).

გამოკვლევის შედეგები: გეომაგნიტური აქტივობის 11-წლიანი პერიოდის 8-წლიანი მონაკვეთისათვის 1991 წლიდან 1998 წლის ჩათვლით შემთხვევათა რაოდენობის სპექტრმა გვიჩვენა, რომ მზის აქტივობისა და შესაბამისად გეომაგნიტური აქტივობის 11-წლიანი ციკლის მაქსიმუმია ახლოს (მაქსიმუმი მოდიოდა 1989 წელზე, მინიმუმი 1996 წელზე) სიკვდილიანობის შემთხვევათა რაოდენობა მეტია, ვიდრე მინიმუმის წლებში და კვლავ მატულობს 1997-98 წლებისათვის. იხ. ნახაზი №1, №2.

№1 ნახაზზე აღნიშნულია ვერტიკალურ ღერძზე სიკვდილიანობის შემთხვევათა რაოდენობა მამაკაცებისათვის, ჰორიზონტულზე შესაბამისი პერიოდი წლებში. №2 ნახაზზე ოგივე მაჩვენებლები წარმოდგენილია ქალებისათვის. მთლიანობაში ანალიზმა გვიჩვენა, რომ 40-დან 70 წლამდე ასაკისათვის გეომაგნიტური ვარიაციების ცვლილებებისადმი უფრო მგრძობიარენი მამაკაცები აღმოჩნდნენ ქალებთან შედარებით. 8-წლიანი მონაკვეთის 2770 დღეზე მოდიოდა მამაკაცთა სიკვდილიანობის 3084 შემთხვევა, ქალების 2279, საშუალოდ დღიური სიკვდილიანობა მამაკაცებში იყო 1,134, ქალებში 0,8227. იხ. ნახაზი №3, ზედა მრუდი გვიჩვენებს მამაკაცების სიკვდილიანობას, ქვედა - ქალებისას. 1200 დღიანი პერიოდისათვის მამაკაცების სიკვდილიანობის აღბათობა შეადგენდა 75%-ს, ქალებისა - 72%.

დასკვნა: კარდიოლოგიური ავადმყოფების სიკვდილიანობა დამოკიდებულია მზის აქტივობისა და შესაბამისად გეომაგნიტური აქტივობის 11-წლიან ციკლზე. შემთხვევათა რაოდენობა მატულობს მაქსიმუმის წლებში და კლებულობს მინიმუმის წლებში. გეომაგნიტური ვარიაციების ცვლილებებისადმი უფრო მგრძობიარენი არიან 40-დან 70 წლამდე ასაკის მამაკაცები ქალებთან შედარებით.

1. Арсланова Р.Н., Беневоленский В.Г. и др. Синхронизация частоты сердечно-сосудистых катастроф физическими датчиками времени (Космич. биология и авиакосмич. медицина, 1982, 16, №3. с. 32-34.
2. Бреус Т.Л. Биологические эффекты солнечной активности. Природа, 1998, №2, с.76-83.
3. Гневьшев М.Н., Оль А.И. О методике некоторых гемобиологических исследований. В кн., Влияния солнечной активности на биосферу. М., 1982, с. 216-219.
4. Deeming L.J. Atrophys Space. Sci. 36. 137, 1975.

Джанашия К., Гиголашвили М., Джанашивили Э.

**СМЕРТНОСТЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ИХ ПОЛА И ВОЗРАСТА В 11-ЛЕТНЕМ ПЕРИОДЕ
СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ.**

РЕЗЮМЕ

С целью определения взаимосвязи между 11-летним циклом солнечной активности и геомагнитных вариаций со смертностью кардиологических больных, были изучены данные по этим параметрам с 1991 года по 1998 год отдельно для мужчин и женщин в возрасте от 40 до 70 лет, методом частотного анализа временных рядов и методом наложенных эпох. Выявлена некоторая обусловленность смертности кардиологических больных от фаз активности геомагнитных вариаций в зависимости от их пола и возраста.

Janashia K., Gigolashvili M., Janiashvili E.

**CARDIAC MORTALITY DEPENDING ON THE SEX AND AGE OF PATIENTS
IN 11-YEARS PERIOD OF SOLAR AND GEOMAGNETIC ACTIVITY.**

SUMMARY

The aim of the study was to determine possible links between the phases of 11-years period of solar and geomagnetic activities and cardiac mortality. the datum of 2 parameters separately for men and woman from 1991 to 1998 are worked up by frequency analysis method of temporal lines and laid epoch.

Conditionality of cardiac mortality from the phase od soolar and geomagnetic activity depending on their sex and age are revealed.

ზოგიერთი ახალი პრეპარატის მუტაგენოზის შესწავლა

მისსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური შედეგების ს/კ ინსტიტუტ

ახალი სამკურნალო პრეპარატების კლინიკამდელი გამოცდის თანამდროვე მოთხოვნები აუცილებელი წესით მოიცავს მათი გენეტიკური უსაფრთხოების დადგენასაც (1,2). ეს აუცილებლობა ნაკარანხევია მისწრაფებით, რომ შევამცროთ ონკოლოგიური დაავადებების გაჩენის რისკი, აგრეთვე თავიდან ავიცილოთ მომდევნო თაობებში არასასურველ მუტაციათა გადაცემა, რაც თავის მხრივ შეამცირებს სპონტანური აბორტების და ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევებს, აგრეთვე განვითარების მანკებისა და მემკვირვული დაავადებების მქონე ახალშობილთა ხვედრით წილს.

სამკურნალო პრეპარატების მუტაგენური აქტივობის შესაფასებლად დღეისათვის არსებული მეთოდები მეტად მრავალფეროვანია. მათ შორის მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს კვლევის ციტოგენეტიკურ მეთოდებს, კერძოდ, ქრომოსომული აბერაციების სიხშირის შესწავლას ძუძუშწოვართა ძვლის ტვინის უჯრედებში *in vivo* ექსპერიმენტის პირობებში, რაც გასაძლებელს ხდის გავითვალისწინოთ გამოსაცდელი მედიკამენტის მეტაბოლური გარდაქმნის შუალედური პროდუქტების გენეტიკური აქტიუობაც.

შრომის მიზანს შეადგენდა სამი ახალი სამკურნალო პრეპარატის - კოლხური მალამოს, ფაგობიოდერმისა (ე.წ. „ხელოვნური კანი“) და ვენპროტექტის ციტოგენეტიკური ეფექტის შესწავლა *in vivo* თეთრი თავკვების ძვლის ტვინის უჯრედებში. ექსპერიმენტებში გამოყენებულ იქნა ორივე სქესის 17-20 გ მასის თეთრი უხაზო თავკვები. გამოსაცდელი პრეპარატები ცხოველებში შეიყვანებოდა იმავე გზით, რა გზითაც უნდა გამოიყენებოდეს ადამიანებში: კოლხური მალამო - კანზე წასმით, ფაგობიოდერმი - კანქვეშა ინექციით, ხოლო ვენპროტექტი, როგორც ლორწოვან გარსზე მოქმედი საშუალება, - პირის ღრუში ერთჯერადი გამოვლებით. სამივე შემთხვევაში პრეპარატების გამოსაცდელი დოზა 50-ჯერ აღმატებოდა თერაპიულ დოზას. კერძოდ, კოლხური მალამოს ჩვენს მიერ გამოყენებლი დოზა შეადგენდა 1430 მგ/კგ, ფაგობიოდერმისა - 20200 მგ/კგ, ხოლო ვენპროტექტისა - 355 მგ/კგ. ექსპონიცია იყო ორგანოვანი - მწვავე (წამლის ერთჯერადი შეყვანა და 24 სთ შემდეგ მასალის ფიქსაცია) და ქრონიკული (ყოველდღიური შეყვანა ერთი თვის განმავლობაში). ფაგობიოდერმზე ჩატარდა ქრონიკული ცდა, ვენპროტექტზე - მწვავე, ხოლო კოლხურ მალამოზე - ორივე. ყველა ექსპერიმენტს ახლდა საკუთარი კონტროლი, სადაც გამოიყენებოდა სამკურნალო საშუალების გამსხნელი.

კერძოდ, კოლხური მაღამოს შემთხვევაში საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებს ამუშავებდნენ ვახელნით, ფაგობიოდერმის საკონტროლო ჯგუფში გამოიყენებოდა ფიზიოლოგიური ხსნარის ინექციები, ხოლო ვენპროტექტის საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებს პირის ღრუში ვაელებდით გამოხდილ წყალს. წამლით დამუშავების საჭირო დროის გასვლის შემდეგ, მეტაფაზების დაგროვების მიზნით, ფიქსაციამდე 2,5-3 საათით ადრე პერიტონეუმის ღრუში შეგვყავდა კოლხიციანის ხსნარი დოზით 2,5 მკგ/გ, ვახდენდით ცხოველების დეკაპიტაციას და ვამზადებდით ძვლის ტვინის ქრომოსომულ პრეპარატებს ფორდისა და ვულამის (3) მეთოდით. პრეპარატებს ვვლავდით აზურ-უოზინით, ვმიფრავდით და ვაწარმოებდით ქრომოსომული აბერაციების მიკროსკოპულ ანალიზს მიღებული რეკომენდაციების (4,5) მიხედვით.

ანალიზისას აღირიცხებოდა ყველა ტიპის ქრომოსომული დარღვევა, რომელთა იდენტიფიკაციაც შესაძლებელია კარიოტიპირების გარეშე. აქრომატულ ნაპრალებს აბერაციათა რიცხვში არ ვთვლიდით. აღირიცხებოდა აგრეთვე ქრომოსომული ნაკრების რაოდენობრივი დარღვევები (ანეუპლოიდია და პოლიპლოიდია) და მეტაფაზები ე.წ. ცენტრომერათა ნაადრევი დათიშვით (ცნდ). ამ უკანასკნელთა რიცხვს მიაკუთვნებდნენ უჯრედებს, რომელნიც შეიცავდნენ 1-2 ქრომოსომას ერთმანეთისგან გამორეხული ქრომატიდებით. ამასთან, დაშორებულ ქრომატიდებს შორის მანძილი არ უნდა ყოფილიყო ქრომატიდის სივანეზე ნაკლები. ვაანალიზებდით 38-42 ქრომოსომის შემცველ მეტაფაზებს. უფრო ნაკლები, ან უფრო მეტი ქრომოსომის არსებობა ითვლებოდა არტიფაქტად. ქრომოსომული პრეპარატების ხარისხის შესაბამისად, თითოეული ცხოველისაგან გაანალიზდა 50-დან 100 მეტაფაზამდე. თითოეულ წერიტლზე მიღებული ყოველი მონაცემი ჯამდებოდა და გამოითვლებოდა ქრომოსომული დარღვევების მქონე უჯრედების პროცენტული რაოდენობა.

ციტოგენეტიკური ანალიზის შედეგები მოცემულია ცხრილში. ძვლის ტვინის უჯრედები სტრუქტურული ქრომოსომული აბერაციები არც ერთი პრეპარატის ზემოქმედებისას არ გვხვდებოდა. Nel ცხრილიდან ჩანს, რომ ყველა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა მხოლოდ ქრომოსომული ნაკრების რაოდენობრივი დარღვევების (ანეუპლოიდია და პოლიპლოიდია) და ცნდ შემცველი მეტაფაზების არსებობას. ამასთან, მათი სინშირე ექსპერიმენტულ ჯგუფებში არ აღემატებოდა საკონტროლო დონეს. ანეუპლოიდურ უჯრედთა შორის ძირითადად იყო ჰიპოდპლოიდური 38-39 ქრომოსომიანი) მეტაფაზები. ჰიპერდპლოიდია კი ერთეულ შემთხვევებში აღინიშნებოდა.

ქრომოსომული დარღვევების სისშორე თეთრი თავგების ძვლის ტვინის უჯრედებში კოლხური მაღამოს, უგობიოდემისა და კენპროტექტის ზემოქმედებით

პრეპარატი	ექსპერი-მენტის სახე	რაოდენობა		ანუბლოდური მეთაფაზების რაოდენობა		პოლიპლოდური მეთაფაზების რაოდენობა		(ქნდ შქონე მეთაფაზების რაოდენობა)	
		ცხოველების	განალიზებული მეთაფაზების	აბს. რიცხვი	Mmm (%)	აბს. რიცხვი	Mmm (%)	აბს. რიცხვი	Mmm (%)
კოლხური	შვაჰე	4	287	4	1,4±0,6	1	0,3±0,3	3	1,0±0,5
	კონტროლი	2	156	-	-	-	-	3	1,9±1,0
	ქრონიკული	7	473	3	0,6±0,3	-	-	6	1,3±0,5
უგობიოდემი	კონტროლი	4	273	5	1,8±0,8	-	-	4	1,5±0,7
	ქრონიკული	8	546	3	0,55±0,3	1	0,2±0,19	-	-
	კონტროლი	4	250	2	0,8±0,56	1	0,4±0,4	-	-
კენპროტექტი	შვაჰე	6	470	6	1,3±0,5	3	0,6±0,3	9	1,9±0,6
	კონტროლი	4	342	3	0,9±0,5	2	0,6±0,4	4	1,2±0,6

მიღებული მონაცემებიდან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ სამივე გამოსატყველი პრეპარატი - კოლხური მალამო, ფაგობიოდერმი და ვენპროტექტი თერაპიულ დოზაზე 50-ჯერ მეტი დოზითაც კი არ იწვევს ქრომოსომული აბერაციების სპონტანური ღონის მომატებას თეთრი თაგვების ძვლის ტვინის უჯრედებში.

ლიტერატურა:

1. Guidelines for evaluation of drugs for use in man. - WH, Tech. Rep. Ser. No. 563. Geneva, 1975. - 59 p.
2. Правила доклинической оценки безопасности фармакологических средств (GLP). Москва, 1992. 78 с.
3. Ford E.H.R., Woollam D.H.M. A study of the mitotic chromosomes of mice of the strong A line. - Exp. Cell Res., 1963, v.32, N2, p. 320-326.
4. Бочков Н.П., Демин Ю.С., Лучник Н.В. Классификация и методы учета хромосомных аббераций в соматических клетках. - Генетика, 1972, т.8, №5, с. 133-142.
5. Метод учета хромосомных аббераций как биологический индикатор влияния факторов внешней среды на человека (методические рекомендации). - М., МЗ СССР, 1974. - 32 с.

**Джангулашвили Н., Дзамашвили М., Пирсманшвили М.,
Гецадзе Ц., Кавтарадзе Л.**

ИЗУЧЕНИЕ МУТАГЕННОСТИ РЯДА НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

РЕЗЮМЕ

Исучен цитогенетический эффект трех новых лекарственных препаратов - колхури, фагобиодерма и венпротекта, в дозах, в 50 раз превышающих терапевтическую дозу. Ни один из этих препаратов не вызвал повышения спонтанного уровня хромосомных нарушений в клетках костного повышения белых мышей.

**Jangulashvili N., Dzamashvili M., Pirozmanishvili M.,
Getsadze Ts., Kavtaradze L.**

THE STUDY OF MUTAGENETIC ACTIVITY OD SOME NEW PHARMACEUTICALS

SUMMARY

The cytogenic effects of three new pharmacologicals - Kolkhuri, Phagobioderm and Venprotect - has been studied in dozes 50 times exceeded the therapeutic doze. All the studied agents did not cause an increase of chromosome rearrangements in bone marrow cells of white mice.

ადამიანის მენტალური პროლუპსიულობის პარამეტრების შეფასების მეთოდი

მისსუ, სამედიცინო ფიზიკის, ბიოფიზიკის და კიბერნეტიკის კათედრა;
საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი

ადამიანის უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფუნქციური მდგომარეობის და მისი გონებრივი პრომისუნარიანობის შესწავლა სხვადასხვა ექსტრემალურ სიტუაციაში ინჟინრული ფსიქოლოგიისა და კლინიკური მედიცინის ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი მიმართულებაა. ამ პრობლემის აქტუალობა განაპირობა, ერთი მხრივ, თანამედროვე ტექნიკის გართულებამ და, ამასთან დაკავშირებით, ადამიანის პროფესიული და ფსიქოფიზიოლოგიური შესაძლებლობებისადმი გაზრდილმა მოთხოვნამ და, მეორე მხრივ, ორგანიზმის არსებული ფუნქციური მდგომარეობის შეფასებისთვის ინფორმაციული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების ძიებამ.

გამომდინარე აღნიშნულიდან, ფსიქიური დატვირთვის სინჯამ და მრავალფაქტორულმა დინამიურმა კვლევამ ფართო აღიარება ჰპოვა, როგორც ობიექტურმა ტესტმა ადამიანის ფსიქოსომატური მდგომარეობის შეფასებისათვის (2,6).

1980-95 წლებში დამუშავდა ფსიქიური დატვირთვის სინჯის მეთოდოლოგია, რომლის ავტორები არიან ი.მიხელი, გ.დუმბაძე, გ.ვასაძე. მრავალრიცხოვანი გამოკვლევების შედეგად დადასტურდა აღნიშნული მეთოდის მაღალი დიაგნოსტიკური ეფექტურობა როგორც ჯანმრთელ, ისე ავადმყოფ პირებში. კერძოდ, შესწავლილი იქნა ოპერატორთა გონებრივი პრომისუნარიანობა, მოხერხდა სპორტსმენთა შეჯიბრებაში მონაწილეობის ეფექტურობის პროგნოზირება, განისაზღვრა ჰიპერტონიული სნეულებით, გულის იშემიური დაავადებების, პოსტინფარქტული კარდიოსკლეროზით დაავადებულ ავადმყოფთა სტატუსი და მოხდა მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების ობიექტური კრიტერიუმების დადგენა.

აღნიშნული მეთოდი საკმაოდ წარმატებით გამოიყენება და აკმაყოფილებს კლინიკური მედიცინის მოთხოვნებს. მიუხედავად ამისა, პრაქტიკაში ფსიქიური დატვირთვის სინჯის ფართო დანერგვას ბოლო დრომდე ხელს უშლის ერთიანი მეთოდური მიდგომისა და შესაბამისი უნიფიცირებული სისტემოტექნიკური კომპლექსის არარსებობა. Pentium-ის ტიპის კომპიუტერული ტექნიკის ყოვლისმომცველი შესაძლებლობებისა და პრაქტიკაში მათი ფართო დანერგვის ფონზე დღის წესრიგში ისევ დგება ფსიქიური დატვირთვის არსებული კომპიუტერული პროგრამების გადამოწმებისა და გადამუშავების საკითხი. ეს საკვებით ბუნებრივია, რამეთუ, ერთი მხრივ, გაიზარდა მოთხოვნები სინჯის ტექნიკური

მესრულების მიმართ, მეორე მხრივ, თანამედროვე ფსიქოლოგიის წამყვანი საკითხების გადასაწყვეტად აუცილებელი გახდა მათემატიკურ-სტატისტიკური და გრაფიკული მეთოდების ფართო გამოყენება. გამომდინარე აღნიშნულიდან, ჩვენს ამოცანას შეაღვენდა:

1. ფსიქიკური დატვირთვის სინჯის მოდერნიზაცია უახლესი კომპიუტერული და პროგრამული უზრუნველყოფის საშუალებით.
2. მართვადი ექსპერიმენტის შექმნა ადამიანის ფსიქიკის ფარული მექანიზმების შეფასებისათვის.

ინფორმაციული დატვირთვა შექმნილია გამოსახულებათა გარჩევის მარტივი ამოცანით. სტიმულები - ნათელი რგოლი 3, 4 და 5 წყვეტილი შავი ზოლით კომპიუტერის ეკრანიდან სწრაფი, რეგულარული და შემთხვევითი თანმიმდევრობით „მიეწოდება“ გამოსაკვლევ პირს, რომელმაც უნდა უპასუხოს „დიახ“ ან „არა“ შესაბამისი ლილაკზე თითის დაჭერით. აღსანიშნავია, რომ უშუალოდ ფიზიკური დალიზიანებით გამოწვეული და გონებრივი ქმედებით წარმოქმნილი შედეგების დიფერენცირებისათვის გარდა ჭეშმარიტი დატვირთვის ფაზისა, გვაქვს ასევე შედარებითი დატვირთვის ფაზა, რომელიც სახეთა გარჩევას არ მოითხოვს.

პროცედურაში გათვალისწინებულია ობიექტისათვის სტიმულთა ექსპოზიციის დროის ინვიდუალური შერჩევა მარტივი უკუკავშირის საშუალებით (ობიექტის მიერ დაშვებული შეცდომების მიხედვით ხდება სტიმულის ამ მაჩვენებლის ვარირება 5 მლწმ. ინტერვალებად). ექსპოზიციის საწყისი დროა 30 მლწმ. სტიმულთაშორისი ინტერვალი ფიქსირებულია - 1400 მლწმ.

ობიექტის პროდუქტიულობასა და მის დინამიკაზე მაქსიმალურად ამომწურავი ინფორმაციის მისაღებად პროგრამა ახორციელებს შემდეგი პარამეტრების შეფასებას:

1. ოპტიმოტორული რეაქციის დრო;

2. გამოსაკვლევი პირის პასუხების: სწორი, არასწორი, აგრეთვე გამოტოვებული კადრების რაოდენობა.

გარდა ამისა, წარმოდგენილია ამ პარამეტრების დინამიკის გრაფიკული გამოსახულებები 10 წმ ინტერვალებით, ობიექტის პასუხებით გრაფიკული ასახვა თითოეულ სტიმულზე და რეაქციის დროის პისტოგრამები. ამ უკანასკნელიდან გამოითვლება განაწილების მრუდის ფორმის სამი მახასიათებელი, რომლებიც ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური მდგომარეობის მაჩვენებელია.

1. სისტემის ფუნქციური დონე:
$$F = \ln \frac{1}{M\Delta T}$$

2. რეაქციის მდგრადობა:
$$FR = \ln \frac{P_{\max}}{\Delta TTh}$$

3. ფუნქციურ შესაძლებლობათა დონე: $YR = \ln \frac{P_{\max}}{\Delta T}$

T_h არის რეაქციის დროის დიაპაზონის ნახევარი, ჩვენს შემთხვევაში 700 მწმ; M - მოლა; P_{\max} - განაწილების მრუდის მაქსიმალური მნიშვნელობა; ΔT - $P_{\max}/2$ -ის შესაბამისი რეაქციის დროის მონაკვეთი მრუდზე.

გამოკვლევის შედეგები (ყოველ სტიმულზე რეაქციის დრო და შესაბამისი პასუხი) ინახება Excel-ის ფაილში მონაკვეთთა ბაზის სახით. ნებისმიერ დროს ფიქსირებულ სიდიდეებზე. სტატისტიკური დაშუშებების სხვა მეთოდების გამოყენება შეიძლება უკვე Excel-ის პროგრამაში.

მეთოდი საშუალებას იძლევა შეფასდეს სისტემა, ოპერატორი-მანქანა შესასვლელი-გამოსასვლელი დამოკიდებულების მიხედვით, ვინაიდან შესასვლელი სიდიდე რაოდენობრივად შეიძლება წარმოვადგინოთ სტიმულის ექსპოზიციის დროისა და სტიმულს შორის ხანგრძლივობათა განსაზღვრის გზით. ამოცანის გადაწყვეტა არ არის დამოკიდებული პიროვნების ინტელექტუალურ დონეზე, სახეები მარტივად და ადვილად გასარჩევი. დატვირთვა მუდმივი დროის დეფიციტის გამო უშეცდომოდ ამოცანის გადაწყვეტის საშუალებას არ იძლევა, რაც გამოსაკვლევ პირში გარკვეულ ემოციურ რეაქციას იწვევს. აქედან გამომდინარე, ეს მეთოდი შეიძლება მნიშვნელოვანი იარაღი გახდეს თანამედროვე ფსიქოფიზიოლოგიის აქტუალური საკითხის გადასაწყვეტად.

მეთოდი საშუალებას იძლევა კვლევის ობიექტის პროდუქციულობის პარამეტრებთან ერთად შეფასდეს ცენტრალური და კვანძოვანი ნერვული სისტემის რეაქცია ფსიქიკურ დატვირთვაზე. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებული ინფორმაციულობით ხასიათდება ელექტროენცეფალოგრაფიული და ვარიაციული პულსომეტრიით კვლევა.

ლიტერატურა:

1. Цибадзе А., Салдадзе Н., Аюгийн Г., Петрейко Л. К использованию метода психоэмоциональных нагрузок в программе "Глобехс-70". Курортология и физиотерапия. Тбилиси, 1982.
2. Васадзе Г., Михель И., Думбадзе Г. Метод системно-аналитических психофизиологических исследований в медицине. Тбилиси, 1986.
3. Цибадзе А., Хатиашвили Н., Кубанейшвили Е. Психофизиологическая нагрузочная проба и метод МФДИ в оценке на воздействие внешней среды. Вопросы климатофизиологии и климатотерапии, Тез. Локл. Научн. Конф. Ялта 1982.
4. Цибадзе А., Хатиашвили Н., Кубанейшвили Е., и др. Автоматизированная система регистрации обработки показателей физиологических процессов при

психической нагрузке. Пятый Республ. съезд курорт. и физиотерап. Грузии, 1983.

5. Цибадзе А., Камман Г., Дюмде Б. и др. Автоматизированная обработка данных измерений. Пятый Республ. съезд курорт. и физиотерап. Грузии, 1983.
6. Michel J., Vasadze G., Dumbadze G., et al. Automatisierte Erfassung und Praxis. *Ergebn. exp. Med.* 40 VEB Verlag Volk und Gesundheit. Berlin. 1982. s. 105.

Джапарашвили Н., Джобава Л., Цибадзе А.
МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
МЕНТАЛЬНОЙ ПРОДУКТИВНОСТИ ЧЕЛОВЕКА
РЕЗЮМЕ

Целью нашей работы являлось модернизация психической нагрузочной пробы, используя новейшую технику компьютерного обеспечения, создание управляемого эксперимента, которая даст возможность выявить скрытые механизмы психики человека. Программа дает возможность определить время авто-моторной реакции, количество правильных, неправильных и пропущенных ответов, графические изображения указанных показателей 10 секундными интервалами, гистограмму времени реакции. Вычисляются 3 показателя, характеризующих функции центральной нервной системы: функциональный уровень центральной нервной системы.

Jafarashvili N., Jobava L., Tsibadze A.
PERSON'S MENTAL PRODUCTION PARAMETR STATING METHOD
SUMMARY

The goals of the study:

- Modernization of the psychical loading tests by the latest computer program provosion
- Modeling of the controlled experiment revealing the latent mechanism of psychics.

To give maximum information on object's productivity and dynamics program apprices following parametrs:

- Optomotoric reaction time
- Tested person's responds: correct, incorrect and the number of the omitted shots.

Besides, it give graphical picture of the dynamics of these parametrs with 10 sec. Intervae, graphical besides, it give graphical picture of the dynamics of these parameters with 10 sec. Intervae, graphical pictures of the tested's responds on each stimuli and reaction time Hystograms. From these three indices of the curve is calculated that show functional state of the central nervous system.

ნ.ბაბიძე, მ.ივერიელი, ნ.ბისეიშვილი
სოლკოსაერილის დენტალური ალკოჰოლური კანცინის გამომწვევა პირის
ღრუს ღორწონიანი გარსის დაავადებათა კომპლექსური გაურჩალობაში 3

ზ.აკელიანი, გ.ბურკაძე, ე.შახარობიძე
ლიმფური კვანძის მეორადი კათოლოგიების მოწოდების
დინამოსტიკის შესაძლებლობანი 6

ა.ანთელავა, გ.შაყულაშვილი, ი.ნორაძე, რ.ქარჩხაძე, ლ.კეკელიძე, ე.გალუაშვილი
ენსაქარიმენტული ლიპიდური ზედანაწილის შენევის პროცესების
მდგომარეობა ტრავმული შოკის დროს და კინეზოთერაპიული-გიჟური
დაზიანებათა თავისებურებანი სხვადასხვა ორგანოებში 10

ნ.ანთელავა, თ.ჩხაიძე
იონური მეტაბოლიზმის ცვლილებები ორსულთა გვიანი პოსტორგანი
დონაციით და სპირიტუალურებით გაურჩალობის პირებში 14

მ.არაბიძე
მიოკარდიუმის ინფარქტის ტოპიკური დინამოსტიკა 17

ი.არეულაძე
მიკროცირკულაციური ბუბტუბების შეზარდებითი შემცველობა
სხვადასხვა ასაკის თეთრი ვირთვების მიკროსინსტრუქტურული
ენდოთელურ უჯრედებში 20

Арвеладзе Ю.
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ СОСУДЫ БЕЛЫХ КРЫС ВОСЬМИ-
И ПЯТНАДЦАТИСУТОЧНОГО ВОЗРАСТА 24

ე.არჩვაძე, თ.ჩხიკვაძე, დ.ზახარაძე, ი.ჭანუყვაძე, დ.ჯიქია
პირნილოზიის თანამდროვე კონტულზიები 28

ლა.ხმეტიელი, გ.მუხაშვილი
ენდოლიმფური და ლიმფოტროპული ანტიბიოტიკოთერაპია მწვავე
პარაკრომტიტის დროს 32

გ.ბარათაშვილი, გ.ორაზელაშვილი
თხევადი შენეხლის კრეპრატის გამოყენების შესაძლებლობა
სანერპლივი ზეწოლის სინდრომის დროს ენსაქარიმეტში 36

ი.ბაქრაძე, მ.შავდაი, თ.კოვზირიძე, გ.მენტეშაშვილი, რ.ღვაშიჩავა
მსხვილი ნაწლავის პიზოს დაზიანებული დინამოსტიკა 40

რ.ბერიაშვილი, ნ.შაყულაშვილი
არარეგულარი იონების განსაჯღვრა ბიოლოგიურ მასალაში
კაპილარული ელემტროფორების მშვეობით 44

რ.იმა ბერიაშვილი
მიედიკის დაწლილი ურამენტების უაგოციტოზი ენსტრემალურ
პირებში 47

მ.გაბური
სამედიცინო-ბიოლოგიური აზროვნების
ისტორიული თავისებურებანი 52

ზ.გაჩეილაძე, დ.ჩიკვილაძე
კიბონეტ პირენინის „ბაქტერიოციდული“ მომეგების როლის
შესწავლა 55

კ.გელაშვილი, ნ.ვეფხვაძე, ბ.ზურაშვილი, თ.გელაგანი,
მ.გიორგობიანი, ნ.კილაძე, ნ.ჯოლოგუა
აჭარის მაღალმთიანი რაიონების რადიაციული ურის კიბონური
მეშახლა 58

თ.გერმანაშვილი, ნ.აკელიაშვილი, ო.კვეციანიშვილი, თ.მჭედლიშვილი, თ.სანიკიძე მანვითი პრინციპების ღირებულების წინაპირობითი მუშაობის ხანგრძლივი მოქმედების დამოკიდებულების კერიოლოგი	62
გვენტაძე, მ.უფანია სინთეტიკური სპირიტუალური მიმდინარეობის თავისებურებაები ბავშვებში	66
ქ.გოგებრაშვილი, ყ.ფაღაევა, ა.ბუბუტიშვილი, ქ.ბერიძე, გ.აბაშიძე ქართოპოლიტიკური დემოკრატიის გავლენა ჩვენი ბავშვის პანორამის შეფარებაში	70
ა.გოგელია, მ.ძამაშვილი, მ.ფიროსმანიშვილი, ც.გეგუაძე, ნ.ჯანგულაშვილი ანთების საფინანსოლო პრაქტიკის წინაპირობითი მუშაობის მუშაობის ლაბორატორიული თავისი პროგრამების IN VIVO	74
ქ. გოგელიაშვილი, მ.ივერელი, რ.ქარსელაძე მრავალმხარეობის განვითარების სტატისტიკური ანალიზით სქესის გავლენის თავისებურებასი დემოკრატიული კარიერის განვითარებაში	77
ნ.გონგაძე, გ.თურმანაული, ნ.ანთელავა ანტიკვიპრატინული პრაქტიკის კინოტექნიკური მოქმედების პროგრამის კერიოლოგიური მუშაობის	82
ნ.გონგაძე, გ.თურმანაული, ნ.ანთელავა, თ.კეჭელი ანტიკვიპრატინული პრაქტიკისა და მათი კომპონენტების მრავალმხარეობითი გამოვლინებაში ზეგავლენა ნორმალ- და კვიპრატინული ვირთვალების შემთხვევაში და კომპონენტურ რეაქციებზე ავრისიული სტიმულის პირობებში	86
Горгашидзе Н. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГРУЗИИ В 1945-70 ГОДАХ	91
ნ.გრიგოლია, გ.ლობჯანიძე, გ.გოგოტიშვილი, რ.შათაშვილი რეალპრაქტიკისა - მანსაზღვრა, მალბი, კლასიფიკაცია	95
მ.დვალა, ნ.თაბერიძე, ი.ონიანი, მ.პაპაევა ბავშვის ლაზერული ფოტოკოაგულაციის 2 ფაზისი გამოვლილება ღიაბავშვი კვანძოვითის დროს	101
მ.დვალა, ე.შვიდლობაძე, თ.გაბაშვილი პატარავთის შირურგია ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში	104
მ.დვალა, დ.შენგელია, ე.შვიდლობაძე, ნ.ცინცაძე, თ.კილასონია ლაზერული რეზერვაციის შირურგიის გამოყენების პირველი ასი შემთხვევა	107
ს.დუნდუა, მ.კიკნაძე, მ.სუთიძე, მ.სულაქველიძე ეპოპარტიოლოგიური მკვლევებების შესწავლა ქრონიკულ ღიალიზმა მყოფ ავადმყოფებში პარტიოლოგიური გართულებების დროს	110
ე.ვაშაკიძე, გ.კვიციანიშვილი, თ.გეგუაძე, თ.მეგრელიშვილი, თ.თელია ღვიძლის ავადმყოფის ანატომიის კლინიკური ანალიზი და მათი კომპლექსური მკურნალობა	114
ე.ვაშაკიძე, თ.გეგუაძე, თ.მეგრელიშვილი, ე.ხაბაზი, თ.ქველიძე E.HISTOLYTICA-ს სეპტიკური ანტიგენ/ანტისეპტის გამოვლინების ღიაბავშვი კვანძოვითი მკურნალობა ნაწლავთა ავადმყოფის დროს	118

ლ.ვაშაკიძე, ნ.მანჯავიძე, ზ.კალანდაძე	
ლ.მზეიძე, ნ.ცხაკაია, შ.ნონიკაშვილი	
ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია ბავშვთა და მოზარდთა სოციალურად	
კრობლავურ კონტინგენტებში	121
რ.თათარაძე, ნ.სუგბაძე	
გულ-სისინდლპარკოზთა და სხვა ანკინფაზიური ღაგაგაღებათა კრავანდინის	
შესაძლო ღონისძიებების განსაზღვრა ჟოკუსური გზუშუბის	
ბამოკოვლის საშუაშულზე	128
ლ.თოდუა, ი.ონიანი	
აშპინის კონტაქტური კორავტინ აღრავული ასაპის ბავშვებში	136
მ.ივერიელი, ნ.აბაშიძე, ნ.ბისეიშვილი, კ.ხეცურაიანი, შ.ხეცურაიანი	
კაროლნტიტით ღაგაგაღებული პანინფებების კირის ღრუშ	
მიკოლოგიის სანეობრინი შემაღმელოზა	139
თ.იოსებაშვილი, დ.ჩიკვილაძე	
ENTEROBACTERIACEAE-ს ოჯახის ენტეროტოქსინგენური შტამების	
ეტიოლოგიური როლის და ტოქსინის კროლუშტინის შესწავლა	
ჩირიშან-ანთებინი ინფაზიების ღრუშ	143
ი.კაქეტივაძე	
სოინას ცილის კიკოქოლუსტრინგეშული	
მოშაღების შესწავლა	147
დ.კასრაძე, ა.ლევი, ა.ლორთქიფანიძე, გ.ბურკაძე	
შარინგბრი გირკავლის მორჟოლოგიური ტაშინგბრეგანი გრინდის	
სნეულების ღრუშ სნაგაღასნა ასაქში	151
მ.კასრაძე, ი.კვაჭაძე	
ბარკაშის კვირის ღინაჟიგური მოტინილოგების გურნალოგისშაღგოში	
რეპარატინის საკითხისნათვის ბავშვებსა და მოზარდებში	153
ზ.კაკაძე, რ.აკოვლევი, ი.მაისურაძე	
კარის სანსანური სანგაღრო შინების მიგნობრინი მოშაღება -	
სანგაღოქოქოვბრინი შინგელოგის ამოცანა	157
ზ.კაკაძე, გ.ბეჟანიშვილი, ზ.ბუგაიაშვილი	
განის საშინიგინო უგრუშეშოქოქოქის სანსანურის სტატუსისა და	
ღაგაგაღებარების კრობლავი და მათი გაღაგაშეტირ გზები	159
ა.კაციტაძე, ნ.ციკარაშვილი	
მამაგანების ანგროგენული ალოგინის გურნალოზა კროსარით	162
მ.კაჭარავა, მ.გოთუა, ნ.მანჯავიძე	
კატინა და გილის კარშიღა აღებგაგების როლი ატოკინის	
ჟოგინგებში	166
ო.კეღიშვილი, ნ.მეგრელიშვილი	
გულ-სისინდლპარკოზთა სინტეშის გგოგარეობის შინგნელოზა ცნოველთა	
რეინტინტობის განსაზღვრაში კარ-სინგროშის ღრუშ	171
ო.კეღიშვილი, ნ.მეგრელიშვილი	
გულ-სისინდლპარკოზთა სინტეშში გარმოშინი ღარღებებთა	
კროქილაქტიკა კარ-სინგროშის ღრუშ	174
რ.კვერენჩილაძე, ვ.რეზვაიაშვილი	
კროქიშინული რეკროღუტოლოგიის კრობლავა სანგე მანსაღათა	
შეგელოგის გავალითზე	178
ე.კლდიაშვილი, რიმა ბერიაშვილი	
გლიური სეშეგინური კემო-ნგეშალური გარინგის არის	
და შინოგაგეშური სანსანგარგები	183
თ.კოდუა, ვ.შენგელიძე, ნ.ჯაგრიშვილი	
ღინიშის ეღვინგბური უგარინგობა და შინი გურნალოზა	186

ბ. კოჭლაძეაშვილი გნოტოზიონთაბის ინფორმაციაზე უზრუნველყოფის ცილის პრობლემატიკის აკადემიური კონფერენციის თემატიკაზე პრობლემატიკის ინტერვიუები	191
ლ. კუჭუღია, თ. ტატიშვილი ქ. ბარათი, ნ. სურგულაძე ბიოლოგიის (სინთეზის) განვითარება ბიოლოგიური მასალა	195
ლ. კუჭუღია, მ. ჯორჯიანი, ნ. შენგელიძე, პ. იორაძე, ვ. კუჭუხიძე, დ. ჭინჭარაძე დინამიკის მართვითი ნიშნების სტატისტიკური ანალიზი	197
რ. კუჭუხიძე, მ. გორგოლიანი, ს. საშხარაძე, ნ. აგლაძე სინთეზის კონფერენციის ანალიზის პრობლემატიკაზე განხილვა	198
გ. ლაჭვიანი კონფერენციის მართვითი ნიშნების დინამიკის ანალიზი	202
გ. ლობჯანიძე, გ. სურგულაძე, გ. ჯავახიშვილი მშენებლის პრობლემატიკის დინამიკის ანალიზი და ანალიზის პრობლემატიკის განხილვა (კონფერენციის ანალიზი)	205
მ. ლობჯანიძე, დ. ჩიკვილაძე HELICOBACTER PILORI-ის აღმოჩენა გარემოში საჭილის მოხვედრის ანალიზის პრობლემატიკაზე	211
ლ. ლომიძე კონფერენციის კონფერენციის მართვითი ნიშნების ანალიზის პრობლემატიკაზე	215
ვლ. ლუარსაბიშვილი, ა. ფაღავეა, გ. ბურკაძე, ყ. ფაღავეა ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების დინამიკის ანალიზის პრობლემატიკაზე	219
რ. მახარაძე, ლ. ადეიშვილი, თ. მურთაზაშვილი, მ. ქურციკიძე, ნ. იმნაძე, ნ. ლევიშვილი ბიოლოგიური მასალის ანალიზის პრობლემატიკის ანალიზი	223
რ. მახარაძე, ლ. ადეიშვილი, თ. მურთაზაშვილი, მ. ქურციკიძე, ნ. იმნაძე, ნ. ივანიძე ბიოლოგიური მასალის ანალიზის პრობლემატიკის ანალიზი	228
ნ. მებონია, გ. კაციტაძე, ვ. ტყეშელაშვილი სარკინოვიტის პრობლემატიკის ანალიზის პრობლემატიკის ანალიზი	232
ჯ. შეტრეველი, თ. ჩიჭაშვილი პლაზმის კონფერენციის პრობლემატიკის ანალიზი	235
ჯ. შეტრეველი, თ. ჩიჭაშვილი ინფორმაციის კონფერენციის თემატიკაზე ანალიზი	243
ა. შთავარაძე კონფერენციის მართვითი ნიშნების დინამიკის ანალიზის პრობლემატიკაზე	246
მ. შინაშვილი კონფერენციის მართვითი ნიშნების დინამიკის ანალიზის პრობლემატიკის ანალიზი	250
მ. შიქლაძე კონფერენციის მართვითი ნიშნების დინამიკის ანალიზის პრობლემატიკის ანალიზი	254

ე.ქართველიშვილი, თ.გელაიაშვილი, ზ.ხეცურაიანი, მ.ჩიტალაძე, შ.ხეცურაიანი CANDIDA-ს გამარის სახეობების ბავრძელობა სხვადასხვა ღაავაღვების ღროს ბაოროჟოვილ ბიბროჟოლორაში	321
ს.ქეჟოკლიძე, ტ.გაყრელიძე, ბ.ქობალავა ნაგარის უაგარისობის კრობლობა ღა მისი ბაღაჭრის ბგეები კუჭ- ნაწლაგის შირუბგიაში	325
მ. ქუთელია საეიტიალური უცხოური ენის კოგუნიკაციაზე ორიენტირაბული სწავლობის ბაგნსაწღერაილი ენობრივი ღა არაენობრივი ფაეტობრიბი	331
მ. ქუთელია საგეიტინო ბერაგნული ენის კროფესიულად ორიენტირაბული სწავლობა: შუსაქალბლობები ღა კრობლობები	336
ქ.ღაბაშიძე, ვ.ყიფიანი, ნ.ბეჟიტაშვილი, დ.ფარფარაშვილი არატირობაწერ სურუაატანტ კროსანწოლ კ-268-ის ბავლობა ერითროციტბაის ეეგბრანსა ღა სისწლის ზეღაკირულ ღაჭოწოლობაზე აეთვიწბიანი სიწიწეებების ზეღის კროცესში	342
რ.ღვაშიწავა, ა.ბაჭრაძე, მ.შეღდა, იაბესაძე გ.ბაჭრაძე სწორო ნაწლაგის კიბოს სწინეტირეშგნსწვილი ოკერატეების ინრაკერატეული ბეროშლობები	345
ლ.ღლოწი შსაგელოწიუგენის მიოღისტროჟიის თაგისწაური შოგრა (კლიწეკური ეეგთსწეგა)	349
ნანა ყიფიანი, ე.რაფაგა, ნ.თხილავა ღაეტინ LPM ₁₀₋₈₀ -ის ბაგოშგნა ბერიტროციტის ეეგბრანის შიწიკერ- ეეგთიური თვიწბების ბაგოსწავლობად კაროლოწიტიის ღიბგწოწიტიის ღროს	353
ნანა ყიფიანი, ზ.ოროწონიკიძე, თ.სანიკიძე, დ.ღელიაშვილი სისწლის ეღეეტროწოლ-კარაგბგნიტური ცენტრები კაროლოწიტიის ეეგეე შოგრის ღროს	357
ნინო ყიფიანი კეგოგლობინის სხვაღასწვა შოგრის ეეგეეელობა ვირუსული კეკატეტიბიტი ღაგაგღეეულთა სისწლში	361
ნინო ყიფიანი ბიღირუბინი, pH, Mn ²⁺ ოგეები ვირუსული კეკატეტიბიტი ღაგაგღეეულთა სისწლში	364
ნ.შაშიაშვილი, დ.ბერაშვილი, ა.ბაჭრაძე ანტიოქსიღანტური აეტევიობის ეეგეე გეგნარეული კოგოწიტიინღან შლაგოწიღების ბაგოწვილიწვის კროცესის შუსწავლა	367
ზ.შაწურაშვილი, ა.ასათიანი, ი.კეკაჭაძე, ა.ანღლოღაძე აკუპუნეტურის ბავლობა შანგბაღის ღაგაბეელობაზე არტიერიულ სისწლში ეაღის ოგბანეწვის სხვაღასწვა შიწიოლოგეური სტატუსის ღროს	371
დ.შენგელია, ქ.ტყეებუნავა, კროგოგბგნსირეგბადი ასლოგბეეელობის შირუბგეული გეურნალოგის შოგრეული ეეგეეები ბაგეგთა ღა შოგარღთა ასაგე	375
დ.შენგელია, ნ.გაჭრინღაშვილი გეეღეეელობის ანაღიწატროის კერიწერიული ნაწილის არაინგაწიური ეღეეტროსტიგეულაგინა	378

რ. შენგელია, ი. მგალობლიშვილი შირპრავიული მუშაობის ზომიერით მაკვანებელი საპრავიული მუშაობის საუბუნის 60-70-იან წლებში (კამასინის საბედიცინო საზოგადოების დარსების 35 წლისთავისათვის)	382
ნ. კაყეტიძე, ა. ნინუაშვილი, თ. კერესელიძე, ლ. ვაშაძე სანუთქი სინთაზის ანთაბითი დანაგავლების გამორყვავი ბაქტერიების პლაზმამატური აქტივობა	386
Чанкветадзе Б., Татишвили Г. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ МАЛОГО ЖЕЛУДОЧКА	388
მ. ჩიქოვანი, გ. პატარაია ველიტირებული რძეხანის რეგორც ჩანაცვლებითი მასალის გამოყვანა მედიკალური ორგანოს ტრავმული დაზიანებისას	392
რ. ჩიხლაძე სრტილის ცვლილებათა კინტოსტრუქტურული თავისებურებანი მენჯ- ბარკაშის სახსრის დისკალაზიის დროს	395
ა. ჩხეიძე, ე. ტარტარაშვილი, ა. ანბეტიელი საჰვილუსნოსშიდა ინფექცია და ნაყოფის კიბოხანა: დიანოსტიკის თანამედროვე მეთოდები და ქლასიფიკაცია	399
ა. ჩხეიძე, ე. ტარტარაშვილი, ა. ანბეტიელი, ნ. ლაკიაშვილი, მ. ნიკოლაძე მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები საჰვილუსნოსშიდა ინფექციების დროს უმტო-მატრნალურ მდინინაში	402
თ. ჩხიკვაძე, ვ. გორგაძე ზემო კიდურის ტრავმის კონტრუქტურული რეაბილიტაცია	405
თ. ჩხიკვაძე, გ. ლორთქიანიძე, მ. ლორთქიანიძე, დ. ჯიქია კვირსორბების იმუნოპროტეინული მუშაობის ბრონქული ასთმის მკურნალობისას	408
თ. ჩხიკვაძე, მ. ლორთქიანიძე, დ. ჯიქია დებრუსნიკაციის მუშაობის მეთოდების გამოყვანა ემფი- და ვედობანური ინტოხნიკაციების კონკლუსურ მკურნალობაში (ლიტერატურის მიმოხილვა)	412
Цискаришвили Н. ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ ДЕФЛАМОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ	417
მ. წულაია, მ. ყვანია, ნ. პიტაია, ნ. თოფურიძე, მ. გიორგაძე იმუნოგენეტიკური მარკერების პროგნოზული მნიშვნელობა კერიოლული დაზარების დროს ბავშვებში	420
ი. ჭანუყვაძე, დ. დავითაშვილი, ი. კობრიძე ნაღვლის სადინართა ლორწოვანი გირკვლების კინტოტოკოგრაფია დვიმლშიდა კრტული არხის ელემენტებში	423
ი. ჭანუყვაძე, ე. არჩვაძე, ე. ჭუბაბრა მედიკალური მკურნალობის კონტრუქტურული მუშაობის განვითარება მხარისხალურ დვიმლში	427
ნ. ჭიაშვილი, ქ. შალაშვილი, ნ. ნიჟარაძე კრეატინ კრეოლინის გამოყვანა სტრუქტურული კრეატინაში	430
ნ. ხელია, რ. შენგელია, მ. გურგენიძე, ნ. თურაშვილი ვაზი და მისი კრეოლინითი მკურნალობის საკითხები მართულ ტრადიციულ მდინინაში	435

ზ. ხელაძე, ნ. სიღაშინიძე, მ. სეხისკერიძე კრიტიკულ მდგომარეობაში პრეზნოზირება 14 კლ მოლეკულური მასის შეწინააღმდეგებელი ლაზეროტერაპიის კომპლექსის საშუალებით	440
ზ. ხელაძე, გ. ჩახუნაშვილი, მ. გოგიაშვილი კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა ასეთაში მოვლის შედეგად	444
რ. ხეჩინაშვილი, ნ. ნაკუდაშვილი კლასიკური LB-ს ადგილობრივი გამოყენება ზედა ზონის ფილტვის ასეთების დროს	448
კ. ხეცურაიანი მენინგოკოკის კლასიფიკაციის რასობრივი	451
Хециуриани К. КЛОНИРОВАНИЕ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ ДЫХАНИЯ МЕНИНГОКОККА В КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКЕ	455
შ. ხეცურაიანი, ბ. რაჭველიშვილი, მ. ჩიტალაძე, ა. კოპტონაშვილი, ნ. ზუბაძე ნაწლავის დისბაქტერიოზით დაავადებულთაგან გამოყოფილი კოლიფორმული E. COLI-ს ანტიბიოტიკოტერაპიის ეფექტურობის დინამიკის 1989-1999 წლებში კურორტ კორექციის სანატორიუმების მაგალითად	459
მ. ხოჭავაძე, ი. შალაშვილი ამებიოზის მიმდინარეობის თავისებურებები ბავშვთა ასაკში	463
მ. ხოჭავაძე, ი. ხაბაზი, თ. ჯოხთაძე კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ნაწლავთა მკურნალობის ეფექტურობით დაავადებული პაციენტების ბავშვების იმუნური სტატუსის ზომიერების მაჩვენებელი	466
მ. ხოჭავაძე ვინტერული ლეიშმანიოზის გართულებული სხვა სუბინფექციებით კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ბავშვებში	469
ქ. ჯანაშია, მ. გოგიაშვილი, ე. ჯანაშია მზის აქტივობის უწყვეტი ციკლის გავლენა კარდიოლოგიური ავადებულების სიმპტომების სიმკაცრითა და ასაკობრივი თავისებურებების გამოვლინებით	472
ნ. ჯანგულაშვილი, მ. მამაშვილი, მ. ჟიროსმანიშვილი, ც. გეგუაძე, ლ. ქავთარაძე შანგვიტი პრევენციის დარღვევის ზომიერების მკურნალობის სანდრაქტული მოქმედების დამკვიდრების კვლევის ზომიერების ასალი კრიტიკის მეთოდების შესწავლა	475
ნ. ჯანაშია, მ. გოგიაშვილი, ლ. ჯოხაძე, ა. ციბაძე აღმწიკის მენტალური პრობლემების კარგი მკურნალობის შედეგების მეთოდები	479