

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



სამეცნიერო შრომათა კრებული
ტომი XXXVII

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
ТОМ XXXVII

COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS
volume XXXVII

თბილისი - Тбилиси - Tbilisi
2001

სარედაქციო კოლეგია:

პროფ. რ.ხეცურიანი, პროფ. ვ.ყიფიანი, პროფ. ი.კვაჭაძე, პროფ. თ.ახმეტელი, პროფ. ა.ბაკურიძე, პროფ. ნ.გელაძე, პროფ. ე.ვაშაკიძე, პროფ. მ.ივერიელი, პროფ. მ.კიკნაძე, პროფ. ნ.მანჯავიძე, პროფ. ფ.ოფნერი (აშშ), დოც. ი.ონიანი, პროფ. ნ.პეტრიშვილი (რუსეთი), პროფ. ვ.სააკაძე.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

проф.Р.Хецуриани, проф.В.Кипиани, проф. И.Квачадзе, проф. Т.Ахметели, проф. А.Бакуридзе, проф. Н.Геладзе, проф. Э.Вашакидзе, проф. М.Иверисли, проф. М.Кикнадзе, проф. Н.Манджавидзе, проф. Ф.Офнер (США), доц. И.Ониани, проф. И.Петрищев (Россия), проф. В.Саакадзе.

EDITORIAL BOARD:

prof. R.Khetsuriani, prof. V.Kipiani, prof. I.Kvachadze, prof. T.Akhmeteli, prof. A.Bakuridze, prof. N.Geladze, prof. E.Vashakidze, prof. M.Iverieli, prof. M.Kiknadze, prof. N.Manjavidze, prof. F.Offner (USA), associated prof. I.Oniani, prof. N.Petrishchev (Russia), prof. V.Saakadze.

Почтовый адрес редакции сборника и авторов статей: 380077, Грузия, Тбилиси, пр. Важа-Пшавела 33, Тбилисский государственный медицинский университет, научный отдел.

Fax: (+995 32) 942519; 537078.

Электронная почта: kipiani@tsmu.edu

Postal address of editorial board and authors: 380077, Tbilisi State Medical University, Vazha Pshavela ave. 33, Tbilisi, Georgia.

Fax: (+995 32) 942519; 537078.

E-mail: kipiani@tsmu.edu

УДК 61 (479.22)

№ 22

ლ.ადგიშვილი, რ.მახარაძე, ს.იშხნელი, მ.კიკოშვილი
ნიტრაზეპამისა და მისი მმტაბოლიტების განსაზღვრა
ფორტომეტრული მეთოდით სამტრის ხილვად არემში
თსსუ, ფარმაცევტული და ტოქსიკოლოგიური ქიმიის კათედრა
სს ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი

1, 4 - ბენზოდიანზეპინის წარმოებული ნიტრაზეპამი (I) დიდი პოპულარობით სარგებლობს, როგორც ნაკლებ ტოქსიური საძილე, ეპილეფსიის საწინააღმდეგო და სედატიური საშუალება [1]. მისი ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიური ანალიზის მეთოდების შემუშავება ფრიად აქტუალურია. I-ის ლაბილურობის და მეტაბოლიზმის უნარის გათვალისწინებით საკითხი დგას ობიექტებში როგორც ნატური ნაერთების, ასევე მისი მეტაბოლიტების განსაზღვრის შესახებ. ლიტერატურაში მოცემული მათი რაოდენობითი განსაზღვრის მეთოდები არაერთგვაროვანია, არა აქვს სისტემური ხასიათი, მოითხოვენ დახვეწა-დაზუსტებას, რაც წარმოადგენს წინამდებარე ნაშრომის მიზანს.

კვლევის ობიექტებს წარმოადგენდა: I, რომელიც აკმაყოფილებდა ფარმაკოპეის მოთხოვნას და ორი მეტაბოლიტი - 7-ამინოწარმოებული (II) და 2-ამინო-5-ნიტრობენზოფენონი (III), რომლებიც სინთეზირებულ იქნა ჩვენს მიერ Savada H. და Shinohara K. აღწერილი მეთოდით [3].

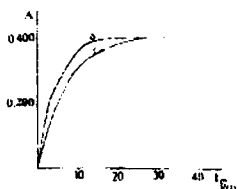
კვლევის მეთოდიკა. II და III-ის რაოდენობითი განსაზღვრისათვის გამოვიყენეთ მეთოდი, რომელიც ემყარება ბრატონ-მარშალის რეაქციას [2], მეთოდიკა აღებულ იქნა Tompsett S.L. ნაშრომიდან [4]. მოცემული რეაქციის ჩატარების შემდეგ II იძლევა მოიისფრო-იასამინისფერ აზოსაღებავს ($\lambda_{max} = 555$ ნმ), ხოლო III - ვარდისფერ აზოსაღებავს ($\lambda_{max} = 545$ ნმ). ფორტომეტრულ განსაზღვრებს ვატარებდით ФЭК-56M-ის გამოყენებით. კიუვეტები -10 მმ, შუქფილტრი №6, შესადარი ხსნარი -რეაქტივების ნარევი, რომელსაც ვიღებდით ორმაგი მოცულობით.

კვლევის შედეგები. რეაქციის მიმდინარეობის სიჩქარეზე ნიტრიუმის ნიტრიტის და მარილმჟავას ხსნარების კონცენტრაციის, ტემპერატურის და ა.შ. გავლენა ადრე იყო დადგენილი.

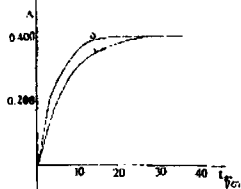
ჩვენს მიერ შესწავლილი იქნა აზოსაღებავების შეფერვის სტაბილურობა დროში და ბუგერ-ლამბერტ-ბერის (IV) კანონზე დაქვემდებარება.

როგორც I ნახაზზე მოცემული მრუდიდან ჩანს, საკვლევი ხსნარების ამსორბციის სიდიდეების გაზომვა შეიძლება ჩატარდეს II-სათვის 15 წუთის, ხოლო III-სათვის 10 წუთის შემდეგ.

შთანთქმის ხვედრითი მაჩვენებლების განსაზღვრას და IV კანონზე დაქვემდებარებას ვატარებდით სტანდარტული ხსნარების (100 მკგ/მლ) 2,5-60 მკგ/5 მლ კონცენტრაციის ინტერვალში. ბრატონ-მარშალის რეაქციას ვატარებდით სპირტის მოცილების შემდეგ. ცხრილი I-ის მონაცემები გვიჩვენებენ, რომ IV კანონზე დაქვემდებარება აღინიშნებოდა 5-30 მკგ/5 მლ კონცენტრაციის ფარგლებში II-სათვის და 2,5-25 მკგ/მლ ფარგლებში III-სათვის, შთანთქმის ხვედრითი მაჩვენებლები შესაბამისად 310 და 380-ის ტოლია.



ნახ. 1. 2-ამინო-5-ნიტრობენზოფენონის (ა) და 7-ამინოწარმოებულის (ბ) აზოსალელების ხსნარების (C-10 მკგ/5 მლ) აბსორბციის სიდიდეების დამოკიდებულება დროზე.



ნახ. 2. 2-ამინო-5-ნიტრობენზოფენონის აზოსალელების აბსორბციის სიდიდის დამოკიდებულება დროზე ნიტრაზუამის ჰიდროლიზის ჩატარების დროს 120 °C-ზე: ა) მარილმჟავას 6 ნ ხსნარში ბ) მარილმჟავას 2 ნ ხსნარში

I-ის განსაზღვრა III-ის მიხედვით.

I-ის რაოდენობითი განსაზღვრის ცნობილი მეთოდებიდან ჩვენ შევჩერდით მის განსაზღვრაზე III-ის მიხედვით. მეთოდისკა მოიცავს 2 ეტაპს: 1. ბენზოფენონის მიღებას და 2. ამ უკანასკნელის ფოტომეტრულ განსაზღვრას.

გავითვალისწინეთ რა ლიტერატურული მონაცემების სხვადასხვაობა I ჰიდროლიზის ჩატარების პირობებზე, აგრეთვე III-ის მდგრადობა მაღალ ტემპერატურაზე და ანალიზის ჩატარების დროის შემცირების აუცილებლობა, ჩვენს მიერ წინასწარ იქნა შესწავლილი I-ის ჰიდროლიზური დაშლის კინეტიკა 120 °C-ზე 25 და 6 ნ მარილმჟავას ხსნარებში.

გამზომ სინჯარებში I-ის ეთანოლური სტანდარტული (100მკგ/მლ) ხსნარების 0,5მლ და 25 და 6 ნ მარილმჟავას ხსნარების 3 მლ-ს ჰიდროლიზს ვატარებდით გლიცერინის აბაზანაზე უკუმაცივრით, რომელსაც ჰიდროლიზის დამთავრების შემდეგ კრეცხავდით 1 მლ 25 მარილმჟავით ან გამოხდილი წყლით. გაცივების შემდეგ ჰიდროლიზატის მოცულობა აკვავდა 5 მლ-მდე 2 ნ. მარილმჟავით ან გამოხდილი წყლით. ბრატონ-მარშალლის რეაქციისათვის ვიღებდით მიღებული ხსნარების 2-2 მლ-ს. როგორც ნახ. 2-დან ჩანს I-ის ჰიდროლიზის ოპტიმალური დრო 120°C 2 ნ. მარილმჟავას ხსნარში 30, ხოლო 6 ნ ხსნარში - 20 წუთია.

შთანთქმის ხვედრითი მაჩვენებლის განსაზღვრისათვის ვახდენდით 6,25- დან 125 მკგ-მდე I-ის ჰიდროლიზს (სტანდარტული ხსნარი 100 მკგ/მლ). ბრატონ-მარშალლის რეაქციისათვის ვიღებდით მიღებული ჰიდროლიზატების მარილმჟავიანი ხსნარების 2-2 მლ-ს. როგორც ცხრილი 2-დან ჩანს IV კანონზე დაქვემდებარება აღინიშნება 2.5-30 მკგ/5მლ კონცენტრაციის ფარგლებში.

შთანთქმის ხვედრითი მაჩვენებელი $E_{1\%}^{1\text{cm}} = 200$.

ამრიგად, დაზუსტებულია I, II და III-ის სპექტრის ხილვად არეში ფოტომეტრული განსაზღვრის მეთოდები ბრატონ-მარშალლის რეაქციის ჩატარების შემდეგ. განსაზღვრულია შთანთქმის ხვედრითი მაჩვენებლები: I-ის =290, II-ის =310; III-ის =380. კვლევის შედეგები შეიძლება წარმატებით იქნას გამოყენებული I-ის და მისი მეტაბოლიტების ანალიზში.

ცხრილი 1

II და III აზოსალებავების შთანთქმის ხვედრითი მაჩვენებლების სიდიდეები

კონცენტრაცია	II		III	
	A (5 განსაზღვრის საშუალო მნიშვნელობა)	$E_{11\mu}^{1\%}$	A (5 განსაზღვრის საშუალო მნიშვნელობა)	$E_{11\mu}^{1\%}$
2.5	0.100	400	0.096	380
5.0	0.157	310	0.194	380
10.0	0.308	310	0.381	380
15.0	0.460	310	0.571	380
20.0	0.623	310	0.764	380
25.0	0.769	310	0.949	380
30.0	0.935	310	1.064	350
35.0	0.912	260	0.495	320
40.0	1.119	280	1.192	300

შენიშვნა: A - ოპტიკური სიმკვრივე; $E_{11\mu}^{1\%}$ შთანთქმის ხვედრითი მაჩვენებელი

ცხრილი 2

შთანთქმის ხვედრითი მაჩვენებლის სიდიდეები III-ის მიხედვით I-ის განსაზღვრისას

I-ის რაოდენობა მკგ/5მლ-ში	A (5 განსაზღვრის საშუალო მნიშვნელობა)	$E_{11\mu}^{1\%}$
2.5	0.050	200
5.0	0.099	200
10.0	0.197	200
15.0	0.298	200
20.0	0.400	200
25.0	0.506	200
30.0	0.610	200
35.0	0.745	210
40.0	0.942	240

ლიტერატურა

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства -Изд.13, т. 1-Харьков, "Торсинг"-1997.-с.23-24.
2. Bratton A.C. Marshall E.K. A new coupling component for sulfanilamide determination. J.Biol.Clem., 1939,128,2,537-550.
3. Sawada H.,Shinohara K. Detection and identification of nitrazepam and related compounds by thin layer-chromatography.Arch. Toxicol.,1970.27,1,71-78.
4. Tompsett S.L. Nitrazepam (mogadon) in blood serum and urine and lithium in urine J.clin. Path., 1968.21,3,361-371.

**Адеишвили Л., Махарадзе Р., Ишкхели С., Кикошвили М.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ НИТРАЗЕПАМА И ЕГО МЕТАБОЛИТОВ
ФОТОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ В ВИДИМОЙ
ОБЛАСТИ СПЕКТРА
РЕЗЮМЕ**

Проверены и уточнены методики фотометрического определения нитразепама и его метаболитов - 7-аминопроизводного и 2-амино-5-нитробензофенона после реакции Браттона-Маршалла. Определены $\overset{1\%}{A}_{lci}$ - нитразепам - 200, 7-аминопроизводное - 310, 2-амино-5-нитробензофенон - 380.

**Adeishvili L., Makharadze R., Ishkheli S., Kikoshvili M.
DETECTION OF NITRAZEPAM AND ITS METABOLITES BY
SPECTROPHOTOMETRY
SUMMARY**

Was developed spectrophotometry method for detection of Nitrazepam and its metabolites (7-amino derivative and 2-amino-5-nitrobenzophenone) after reaction of Bratton-Marshall. Determined $\overset{1\%}{A}_{lci}$ of nitrazepam - 200, of 7-amino derivative - 310, 2-amino-5-nitrobenzophenone- 380.

**Адеишвили Л.В., Махарадзе Р.В., Имнадзе Н.Э., Курцикидзе М.Ш.
ИССЛЕДОВАНИЕ МАСС-СПЕКТРОВ ДИМЕДРОЛА И МЕБЕДРОЛА
ТГМУ, кафедра фармацевтической и токсикологической химии**

В фармацевтическом и химико-токсикологическом анализе все шире используется один из современных физических методов - молекулярная масс-спектрометрия (МС), которая обеспечивает высокую чувствительность, хорошую воспроизводимость результатов анализа и экспрессивность; она уникальна по возможности проведения анализа для проб различной химической природы, по возможности работать со сложными органическими смесями (сочетая методы хроматографии с масс-спектрометрией)[2,4].

Вышесказанное предопределила широкое использование метода для идентификации, изучения метаболизма, контроля чистоты и стабильности лекарственных средств [1,6,7], решение которых ранее было затруднено. Метод нашел широкое применение и в химико-токсикологическом анализе наркотических и психотропных средств [8,9]. Учитывая вышесказанное проведение исследования применением МС считаем весьма актуальным.

Целью данной работы является исследование масс-спектров димедрола (Д) и мебедрола (М) для использования их в фармацевтическом и химико-токсикологическом анализе.

На этом этапе исследования ставились следующие задачи: получить масс-спектры исследуемых соединений. Исследовать характер их фрагментации под действием электронного удара (МС-ЭУ). Использовать найденные закономерности диссоциативной ионизации для выявления связи со структурными особенностями рассматриваемых лекарственных веществ

Таблица 1

Основные фрагментные ионы в масс-спектрах электронного удара
Димедрола и Мебедрола (указаны ионы с интенсивностью $(I) \geq 10\%$ от $I_{\text{макс}}$,
исключая $[M]^+$)

Масс-спектр Д (температура испарения пробы 80C°), m/z : 36(100), 38(34), 42(72), 43(31), 44(97), 45(98), 51(22), 57(36), 58(94), 59(92), 72(31), 73(89), 74(19), 77(27), 88(10), 89(10), 98(12), 105(11), 152(28), 165(71), 166(26), 167(63), 168(11), 255(2)- $[M]^+$ (рис. 1)

Масс-спектр М (температура испарения пробы 100C°), m/z : 36(99), 38(32), 42(66), 43(24), 44(98), 45(97), 51(13), 57(28), 58(100), 59(84), 72(26), 73(98), 74(44), 83(10), 96(14), 163(27), 164(44), 165(18), 177(18), 178(20), 179(36), 180(23), 196(16), 267(0,5)- $[M]^+$ (рис 2)

Рис.1 Масс-спектр димедрола

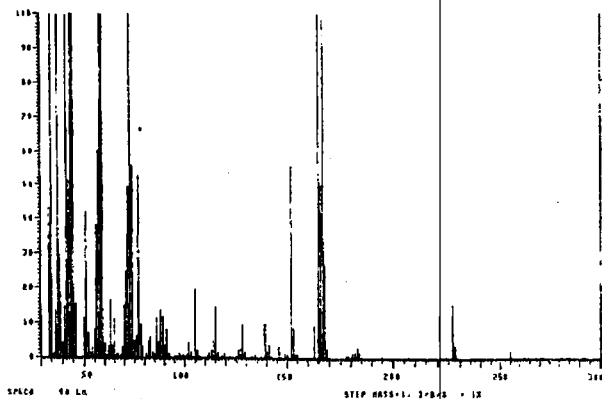
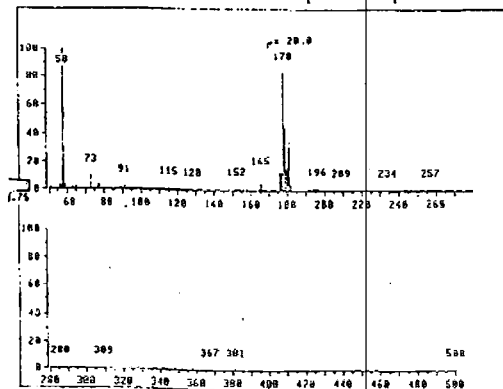


Рис. 2 Масс-спектр мебедрола



Кроме того видны ионы $/a+H^+$ и $/a+OH^+$, свидетельствующие о том, что в отсутствие арильного заместителя R миграция водорода происходит и в обратном направлении от аминной части молекулы.

Выводы: Рассмотрение процессов фрагментации в масс-спектрах Д и М показывает возможность наблюдения прямой корреляции между структурой соединений и характером возникающих ионов под воздействием электронного удара, что дает возможность предложить МС как метод надежной идентификации Д и М.

Литература

1. Адеишвили Л.В., Ключев Н.А., Арзамасцев А.П. Масс-спектрометрическое исследование лекарственных веществ, содержащих сложноефирную и аминную группировку. //Химико-фармац. журнал.-1988.-№12.-с.1500-1503.
2. Вульфсон П.В., Зайкин В.Г., Микая А.И. Масс-спектрометрия органических соединений. М.: «Химия»-1986.
3. Государственная фармакопея СССР.-10-е изд.-М.-1968.-с.254-255
4. Исаев Р.П. Масс-спектрометрия и ее применение: Учебное пособие. Барнаул.-1990.
5. Мебедрол ВФС 42-289-73
6. Терентьев П.Б., Станкявичус А.П. Масс-спектрометрический анализ биологически активных азотистых оснований. Вильнюс:«Мокслае»-1987.
7. Capillary Gas Chromatography-Mass Spectrometry in Medicine and Pharmacology. Ed Halbor laeger.-1990.
8. Wen-Ling Wang, Darwin W.D., Cone E.I. Simultaneous assay of cocaine, heroin and metabolites in hair, plasma, saliva and urine by gas chromatography -mass spectrometry //J. Chromatogr.- 1994. v. 660.p.279-290.
9. Wilkins D.G., Nagasava P.R., Gygi S.P. and others. Quantitative analysis of methadone and two major metabolites in hair by positive chemical ionization ion trap mass spectrometry// J. Anal. Toxicol.-1996. V.20. p. 355-361.
10. Sano M., Ohyn K., Kitaoka H.// Biomed. mass-spectrom.-1982.-vol.9.-p.438-442

Adeishvili L.V, Makhharadze R.V., Imnadze N.E., Kurcikidze M.Sh.
RESEARCH OF MASS SPECTERS OF DIMEDROL AND MEBEDROL.
SUMMARY

Are studied and systematized mass-specters of dimcdrol and mebedrol. Are revealed the most characteristic fragments, that make able to present mass spectrometry as the reliable method of identification of these substances.

**საეცივიკური მორფოლოგიური ცვლილებების კიბვა
ლიმფური კვანძების რამპციული ჰიპერპლაზიების დროს
ოსსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა**

სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული ავადმყოფობების პირობებში ლიმფური კვანძების რეაქცია საყოველთაოდ არის ცნობილი. ცნობილია ისიც, რომ უკანასკნელ ხანებში აღმოცენდა ავადმყოფობათა ჯგუფი, რომლის კლინიკური გამოვლინებანი ორგანიზმის ტემპერატურის მომატებით, ზოგადი სისუსტით გამოვლინდება და სხვა ფუნქციური დარღვევები არ აღინიშნება. ასეთ პაციენტებში ხშირია სხვადასხვა ჯგუფის ლიმფური კვანძების მოცულობაში მომატება (1, 2). იმის გამო, რომ ზემოდასახელებული ორი ნიშნის მიხედვით კლინიკური დიაგნოზის დადგენა შეუძლებელი ხდება. შესაბამისად, ეტიოპათოგენური მკურნალობის დაწყებაც გვიანდება. თუ სისხლის ბიოქიმიური და სხვა (ბაქტერიოლოგიური, მათ შორის მიკოლოგიური, ვირუსოლოგიური) გამოკვლევის შედეგები უპერსპექტივო აღმოჩნდება, ექიმი იძულებული ხდება, მიმართოს მოცულობაში მომატებული ლიმფური კვანძების პუნქციას (ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის). ან ამოკვეთას პათოჰისტოლოგიური გამოკვლევისათვის (3). მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე ჰემობლასტოზისათვის დამახასიათებელი სტრუქტურული ცვლილებები წარმოჩინდა, მაშინ ხდება მოცულობაში მომატებული ლიმფური კვანძების მიხედვით (ციტოლოგიური და პათოჰისტოლოგიური, შესაბამისად, კლინიკური დიაგნოზის დადგენა. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში ლიმფური კვანძის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური გამოკვლევაც კი მიზანს ვერ აღწევს, რადგან ზემოხსენებული კატეგორიის ავადმყოფების გადიდებული ლიმფური კვანძების პუნქტატების ციტოლოგიური და ამოკვეთილი ლიმფური კვანძების ჰისტოლოგიური გამოკვლევით შემთხვევათა უმეტეს ნაწილში მხოლოდ ლიმფადენოიდური ქსოვილისა და სტრომის ჰიპერპლაზია ვლინდება, რომელსაც ლიმფური კვანძის რეაქციულ ჰიპერპლაზიას უწოდებენ და მათი ქსოვილის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევაც კი არ იძლევა ორგანიზმის მდგომარეობის გამომწვევი მიზეზის გამოვლინების შესაძლებლობას (4).

მეორე მხრივ, ჩვენ არ შეგვიძლია დავეშვათ, რომ ორგანიზმის არადაამკაცყოფილებელი ზოგადი მდგომარეობის, ანუ დისკომფორტის პირობებში ლიმფური კვანძების მოცულობაში მომატება მასში ლიმფადენოიდური ქსოვილის და სტრომის ჰიპერპლაზიის გამო, რაიმე თავისებურებებით არ ხასიათდება და გამრავლებული ლიმფოციტები თუ სტრომის უჯრედები ისეთი მოლეკულური შემადგენლობისაა, როგორც ეს ნორმალურ ლიმფურ კვანძს ახასიათებს, ამიტომ ვფიქრობთ ლიმფური კვანძის ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური კვლევა, ზემოხსენებულ პაციენტებში არ შეიძლება იფარგლებოდეს ზოგადმორფოლოგიური მეთოდებით, არამედ აუცილებლად უნდა იქნას გამოყენებული თითოეული პოპულაციის უჯრედის ციტოქიმიური (მათ შორის, იმუნოციტოქიმიური) და ულტრასტრუქტურული თავისებურებების გამოძლენი მეთოდები (5). ბუნებრივია, ჰიპერპლაზიური ლიმფური კვანძის ყველა უჯრედის ერთდროულად კვლევა ერთი და იმავე მეთოდით მათი სხვადასხვა ფუნქციური კუთვნილების გამო შეუძლებელია, მით უმეტეს, რომ უჯრედთა თითოეული პოპულაციის სტრუქტურისა და ფუნქციის მდგომარეობის შეფასებას კვლევის სხვადასხვა მეთოდი და კრიტერიუმი ესაჭიროება, მაგრამ თანმიმდევრულად თითოეული უჯრედის საფუძვლადანი კვლე-

ვა კონკრეტულ შემთხვევაში აუცილებლად გამოავლენს ცვლილებებს, რომლებიც შესაძლებელია ამა თუ იმ ავადმყოფობისათვის სპეციფიკური დამახასიათებელი იყოს.

ამჯერად ჩვენ ყურადღება შევაჩერეთ ქსოვილის ბაზოფილებზე, რომლებსაც ადრე ჰეპარინოციტებს, პოზიურ უჯრედებს, ამჟამად ლაბროციტებსაც უწოდებენ და რომლებიც ცნობილია, როგორც ერთუჯრედიანი ჯირკვალი, რომელშიც ბიოლოგიური აქტივობის მქონე სხვადასხვა ნივთიერების სინთეზი ხდება.

დასახელებულ ნივთიერებათა ერთდროული გამოვლინება შეუძლებელია, რადგან გამოვლინებისათვის თითოეული მათგანი სპეციფიკურ მეთოდს საჭიროებს. იმ ნივთიერებებიდან, რომლების პროდუქციასაც ლაბროციტები აწარმოებს, ჩვენ ყურადღება გავამახვილეთ, პირველ რიგში, ნივთიერებებზე, რომლებიც ლაბროციტების სეკრეტორულ გრანულებშია. მათ მარცვლოვანი სტრუქტურა აქვს, ანუ წარმოადგენს მაკრომოლეკულების ერთობლიობას და რომლებიც ვლინდება ტოლუიდინის ლურჯით ჩატარებული მეტაქრომაზიის რეაქციით. ამ უჯრედების ციტოქიმიურ და ულტრასტრუქტურულ კვლევას შეუძლია გამოავლინოს მათი მეტაბოლიზმი და მამასადაჟე, ფუნქციაც. ჩვენ შორს ვართ იმ აზრისაგან, რომ დასახელებული გრანულების მოლეკულური, ულტრასტრუქტურული და რაოდენობრივი ცვლილებები სრულად გამოხატავს ლაბროციტების მდგომარეობას, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ უჯრედის ერთი ფუნქციის დაარღვევა არ შეიძლება გავლენას არ ახდენდეს უჯრედის მთლიანი ფუნქციური აქტივობის მდგომარეობაზე, მაშინ არ იქნება საფუძველს მოკლებული, თუ ლაბროციტებში ერთი ან რამდენიმე მაკრომოლეკულის სინთეზის მდგომარეობას მივიჩნევდით ამ უჯრედის ფუნქციური აქტივობის ეკვივალენტად.

გარდა ელექტრონული მიკროსკოპიისა, ტოლუიდინის ლურჯით გამოვლინებული ლაბროციტების დახასიათებისათვის აუცილებელია გარკვეული კრიტერიუმების შერჩევა სინათლის მიკროსკოპით. მორფოლოგიური კვლევის დროს მიზანშეწონილია მათი: 1. რაოდენობის განსაზღვრა ფართის ერთეულზე; 2. რაოდენობის განსაზღვრა ლიმფური კვანძის სტრუქტურებში; 3. მოცულობის განსაზღვრა; 4. ფორმის განსაზღვრა; 5. მეტაქრომაზიული გრანულებით დატვირთვის მაჩვენებლების განსაზღვრა; 6. სეკრეციის დასაწყისის განსაზღვრა; 7. სეკრეციის დასასრულის განსაზღვრა; 8. სეკრეციის დასრულების შემთხვევაში რეგრანულაციის უნარის განსაზღვრა; 9. სეკრეტისაგან დაცარიელებული ანუ დეგრანულირებული უჯრედების მდგომარეობის გამორკვევა. ყოველივე ზემოხსენებულის ურთიერთშეპირისპირება და განსჯა აუცილებლად გამოავლენს ლაბროციტის მდგომარეობას კონკრეტულ პირობებში.

წინამდებარე ნაშრომის მიზანი სწორედ ლაბროციტების ზემოჩამოთვლილი თავისებურებების გამოვლინებაა ბოკვერის ნაწლავის ჩხირით და ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების დროს.

თვით ლაბროციტების მდგომარეობის შეფასების კრიტერიუმებად ლიტერატურაში მიღებულია: 1. ლაბროციტები, რომელთა ციტოპლაზმაც საკმაოდ გრანულუბით იმდენად, რომ სინათლის მიკროსკოპში ბირთვი ძნელად ვლინდება, ჩაითვალოს სეკრეციისათვის მზადყოფნის მდგომარეობაში მყოფ უჯრედებად. 2. ლაბროციტები, რომელთა სხეულიდან გამოსულია გრანულები, მცირე თუ დიდი რაოდენობით, ჩაითვალოს სეკრეციის დასაწყისად და მის მიმდინარეობად. 3. უჯრედები, რომელთა ციტოპლაზმაში შერჩენილია რამდენიმე გრანულა და დანარჩე-

ნი „გაფანტულია“ უჯრედს გარეთ, მიჩნეულია დეგრანულაციის პროცესად. ანუ სეკრეციის დასრულებად. 4. თუ დეგრანულაციურ ლაბროციტს როგორც სინათლის, ისე ელექტრონული მიკროსკოპით არ აქვს დაზიანებული ბირთვი და ორგანოები, მაშინ ითვლება, რომ ეს ლაბროციტები სიცოცხლისუნარიანია, ფუნქციონირებენ და მათში მოსალოდნელია რეგრანულაციის, ანუ მისი გენეტიკური თავისებურებებით განპირობებული ნივთიერებების სინთეზის უნარი. ზემოხსენებულ ლიტერატურულ მონაცემებს უნდა დაემატოს დ. ყოლაიას (2001 წ.) მონაცემები, რომელთა მიხედვით, პირველი ჯგუფის ლაბროციტები მრავალი ფორმისაა, მეორე ჯგუფის – ოვალური ფორმის. მესამე ჯგუფის – არასწორი გეომეტრიული ფორმის, მეოთხე ჯგუფის – ისევე მრავალი ფორმის. თუ უჯრედის ბირთვი და ორგანოები დაზიანებულია ან დესტრუქციის მდგომარეობაშია, მაშინ დეგრანულებული ლაბროციტები ნეკრობიოზის მდგომარეობაშია და რეგრანულაციის პერსპექტივა არ არის.

ლაბროციტების რაოდენობის განსაზღვრა მოვახდინეთ მათი ლიმფური კვანძის ცალკეულ სტრუქტურაში, კერძოდ, კაფსულაში, რეტიკულურ სტრომაში და ლიმფადენოიდურ ქსოვილში გამოვლენილი რაოდენობის მიხედვით.

ჩატარებული გამოკვლევის შედეგად გამოირკვა, რომ პერიტონეუმის ღრუში მიკრობების შეყვანიდან 3 სთ-ის შემდეგ კაფსულაში ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების პირობებში ლაბროციტები არ არის. ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემდეგ კაფსულაში ლაბროციტების მნიშვნელოვანი რაოდენობა და მათი 25%-ზე მეტი დატვირთულია სეკრეტით, 30%-ზე მეტი სეკრეციას აწარმოებს, 40% – დეგრანულებულია და ამავე დროს შეუქცევად, ნეკრობიოზის მდგომარეობაშია. მოხსენებულიდან შეიძლება გაკეთდეს დასკვნა, რომ მეცლის ღრუში ინფექციის შეყვანიდან 3 სთ-ის შემდეგ ლიმფური კვანძების კაფსულაში, რომელშიც ლიმფური ძილვისაა შედის, ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემდეგ ლაბროციტები არ ვლინდება. ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემდეგ ისინი ფუნქციის ინტენსიფიკაციით ხასიათდება, ხდება სრული დეგრანულაცია, რის შემდეგაც მათი 40% განიცდის ნეკრობიოზს.

დაინფექციებიდან 3 სთ-ის შემდეგ რეტიკულურ სტრომაში ლაბროციტები არის როგორც ნაწლავის ჩხირის, ისე ოქროსფერი სტაფილოკოკის შეყვანის შემდეგ. ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციებიდან 3 სთ-ის შემდეგ ლაბროციტები რეტიკულურ სტრომაში თითქმის ორჯერ მეტი რაოდენობითაა, ვიდრე ნაწლავის ჩხირით დაინფექციებიდან 3 სთ-ის შემდეგ. ამასთან ერთად, იქმნება საინტერესო სურათი, სახელობრ, სეკრეციის მდგომარეობაში მყოფი ლაბროციტების რიცხვი თითქმის ორ ბუნუთელს უახლოვდება ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში, მაშინ როდესაც ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემდეგ სეკრეციის მდგომარეობაში მყოფი ლაბროციტების რიცხვი 10%-ზე მცირედ მეტია. ამავე პირობებში, ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემთხვევებში ლაბროციტთა 60%-ზე მეტი დეგრანულებულია და ნეკრობიოზის მდგომარეობაშია, მაშინ როდესაც ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში ლაბროციტთა მხოლოდ 25%-ია დეგრანულებული და შეუქცევადი დაზიანების მდგომარეობაში მყოფი. წარმოდგენილი მონაცემების მიხედვით ირკვევა, რომ ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემდეგ რეტიკულურ სტრომაში სეკრეციისა და მზადყოფნისა და სეკრეციის მდგომარეობაში მყოფი ლაბროციტების რიცხვი იმიტომ არის მცირე, რომ მათი უმეტესობა (40%-ზე მეტი) უკვე დეგრანულე-

ბულია და ნეკრობიოზის მდგომარეობაშია. მაშასადამე, ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების დროს ლაბროციტებში სეკრეციის პროცესი უფრო ტორპიდულად მიმდინარეობს და უჯრედების მხოლოდ 25% არის ნეკრობიოზის მდგომარეობაში, ვიდრე ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების დროს, რომლის პირობებშიც ლაბროციტთა 40%-ია დეგრანულებული და როგორც ითქვას, შეუჩქვად ცვლილებებს განიცდის.

ლიმფადენოიდურ ქსოვილში, როგორც ნაწლავის ჩხირით, ისე ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში ლაბროციტების რიცხვი მუცლის ღრუში მიკრობების შეყვანიდან 3 სთ-ის შემდეგ მცირეა და კანონზომიერებას არ ქნის, ხოლო რაც შეეხება კაფსულას და რეტიკულურ სტრომას, აშკარად არის გამოკვეთილი შემდეგი გარემოებები: 1. ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემთხვევაში ლიმფური კვანძის კაფსულაში ლაბროციტები არ არის; 2. რეტიკულურ სტრომაში ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში ლაბროციტების რიცხვი ორჯერ ჭარბობს ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემთხვევებთან შედარებით; 3. სეკრეციის პროცესში კაფსულაში ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების დროს ლაბროციტების 40% იღუპება, რეტიკულურ სტრომაში - 25%; 4. რეტიკულურ სტრომაში ლაბროციტების დეგრანულაციის პროცესი ნაწლავის ჩხირის შეყვანის შემდეგ რაპიდულად მიმდინარეობს და დაინფექციებიდან 3 სთ-ის შემდეგ მათი 60% ნეკრობიოზის მდგომარეობაშია.

ცხოველების დაინფექციებიდან 24 სთ-ის შემდეგ ლიმფური კვანძის კაფსულაში ფართის ერთეულზე დიდია ლაბროციტების რიცხვი, როგორც ნაწლავის ჩხირის, ისე ოქროსფერი სტაფილოკოკის შეყვანის შემდეგ, მაგრამ მათი რიცხვი მეტია ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში. ამასთან ერთად, კაფსულაში მცირეა სეკრეციით გადატვირთული ლაბროციტების რაოდენობა. ლაბროციტების დიდი უმრავლესობა სეკრეციის ფუნქციის შესრულების მდგომარეობაშია. სეკრეციის მდგომარეობაში მყოფი უჯრედების რიცხვი თითქმის ორჯერ (1,9) უფრო მეტია ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების დროს, ვიდრე ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში. რაც შეეხება დეგრანულებულ და ნეკრობიოზის მდგომარეობაში მყოფ ლაბროციტებს, მათი რიცხვი 4,2-ჯერ ჭარბობს ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების პირობებში. ამგვარად, დაინფექციებიდან 24 სთ-ის შემდეგ ლაბროციტების აქტივობა მაღალია კაფსულაში ორივე შემთხვევაში, მაგრამ სეკრეციასთან და დეგრანულაციასთან ერთად ლაბროციტების დაღუპვა, როგორც ითქვას, ოთხჯერ ხშირია ოქროსფერი სტაფილოკოკის ზემოქმედების შემთხვევაში, ვიდრე ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემდეგ.

რეტიკულურ სტრომაში, აგრეთვე, მრავლად არის ლაბროციტები, მაგრამ ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში თითქმის ორჯერ (1,8-ჯერ) უფრო მეტია, ვიდრე ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემდეგ, მრავალი ფორმის სეკრეციით დატვირთული უჯრედები ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემდეგ შეადგენს თითქმის 25%-ს; ოვალური ფორმის, ანუ სეკრეციის მდგომარეობაში მყოფი ლაბროციტები წარმოდგენილია 35%-ით და არასწორი გეომეტრიული ფორმის დეგრანულაციებულ, ნეკრობიოზის მდგომარეობაში მყოფი უჯრედები წარმოდგენილია 14%-ით. როგორც ჩანს, დაინფექციებიდან 24 სთ-ის შემდეგ რეტიკულურ სტრომაში სეკრეციის ფუნქციას უფრო მეტი ლაბროციტი ასრულებს ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების დროს, მაგრამ ვინაიდან ოქროსფე-

რი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემდეგ ლაბროციტთა 35% დეგრანულაციის და ნეკრობიოზის მდგომარეობაშია, ეს იმას ნიშნავს, რომ რეტოკულურ სტრომაში მეტი აქტივობით ხასიათდება ლაბროციტები ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში.

ლიმფადენოიდურ ქსოვილში ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემთხვევებში ლაბროციტები ძლიერ მკარე რაოდენობითაა. ამ ფონზე ლაბროციტები ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში 4.5-ჯერ უფრო ხშირად ვლინდება (შეფარდება 50:11).

დაინფექციებიდან 24 სთ-ის შემდეგ გამოიკვეთა შემდეგი გარემოებები: 1. დაინფექციებიდან დროის გასვლის პარალელურად ლიმფურ კვანძებში, კერძოდ, მათ კაფსულაში, რეტოკულურ სტრომასა და ლიმფადენოიდურ ქსოვილში მკვეთრად მატულობს ლაბროციტების რაოდენობა. 2. ლაბროციტების ღიდი უმრავლესობა სეკრეციის მდგომარეობაშია კაფსულაში როგორც ნაწლავის ჩხირით, ისე — ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების დროს, მაგრამ მნიშვნელოვანია ის, რომ ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში ლაბროციტების ნახევარზე ბევრით მეტი — თითქმის 60% — დეგრანულაციის შემდეგ ნეკრობიოზის მდგომარეობაშია, მაშინ როდესაც ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების პირობებში ლაბროციტების მხოლოდ 13% იმყოფება ნეკრობიოზის მდგომარეობაში. ზემოხსენებული იმას ნიშნავს, რომ ნაწლავის ჩხირის ზემოქმედების დროს ლაბროციტი მეტხანს ცოცხლობს და უფრო ხანგრძლივად ასრულებს სეკრეციის ფუნქციას, მაშინ როდესაც ოქროსფერი სტაფილოკოკის ზემოქმედების შემთხვევაში 24 საათის შემდეგ ნახევარი არ რჩება სიცოცხლისუნარიანი. 3. იგივე თითქმის რეტოკულურ სტრომაში გამოვლენილი ლაბროციტების შესახებ. რეტოკულურ სტრომაში როგორც ნაწლავის ჩხირით, ისე ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში სეკრეციის ფუნქციას ასრულებს დასახლებულ უჯრედთა 80%-ზე მეტი, მაგრამ სეკრეციის ფუნქციის დასრულების შემდეგ სიცოცხლის უნარი რჩება ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემთხვევაში ლაბროციტთა 10%-ზე მცირედ მეტი, ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში კი — 35%. ჩატარებული გამოკვლევის შედეგები ადასტურებს ჩვენს ზემოხსენებულ მოსაზრებას იმის თაობაზე, რომ ლიმფური კვანძების ე.წ. რეაქტიული ჰიპერპლაზიების დროს, რდესაც პათოგენური აგენტის მიმართ ზემოქმედებისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები არ ვლინდება, მრავალფაქტორული კვლევა იძლევა სპეციფიკურობის გამოვლენის შესაძლებლობას. კონკრეტულ შემთხვევაში დამახასიათებლად უნდა ჩაითვალოს შემდეგი: 1. ცხოველის პერიტონეუმის ღრუდან დაინფექციებიდან 3 სთ-ის გავლის შემდეგ პერიფერიულ ლიმფურ კვანძებში ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების პირობებში კაფსულაში ლაბროციტები არ ვლინდება, ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში ლაბროციტები ვლინდება მნიშვნელოვანი რაოდენობით. 2. ექსპერიმენტის ამავე ვადაში ლიმფური კვანძის რეტოკულურ სტრომაში თითქმის ორჯერ მეტია ლაბროციტთა რაოდენობა ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში. 3. დაინფექციებიდან 24 სთ-ის შემდეგ ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციებულ ცხოველებში თითქმის ორჯერ მეტია ლაბროციტების რაოდენობა კაფსულასა და რეტოკულურ სტრომაში, ხოლო ლიმფადენოიდურ ქსოვილში 4.5-ჯერ მეტი, ვიდრე ნაწლავის ჩხირით დაინფექციების შემთხვევაში. 4. ლაბროციტების ღიდი უმრავლესობა ორივე მიკრობით დაინფექციების შემთხვევა-

ში დაინფექციებიდან 3 სთ-ის შემდეგ უკვე იწყებს სეკრეციის ფუნქციას, მაგრამ სეკრეციის დასრულება, ლაბროციტების სრული დეგრანულაცია უჯრედის სიცოცხლის უნარის დაკარგვით უფრო ხშირად ხდება ოქროსფერი სტაფილოკოკით დაინფექციების შემთხვევაში, ვიდრე ნაწლავის ჩხირის ზემოქმედების შემდეგ.

ლიტერატურა:

1. გ. ბურკაძე. იმუნომორფოლოგია. თბილისი. 2001.
2. Марков Ю.Г. Тучные клетки лимфоидных органов и печени в условиях экспериментальной патологии // Функциональная морфология органов в патологии. Рига, 1980. Вып.9. С. 117-120.
3. Серов В.В. Пауков В.С. Воспаление. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 640 с.
4. Holgate S.T. Basophil polymorph and mast cells/ In: Oxford Textbook of Pathology (ed. McGee J.O'D., Isaacson P.G., Wright N.A.). Oxf. Univ. Press, 1992. P. 332-335.
5. Rosai J. Ackerman's surgical pathology 8 ed. Mosby – year book. 1996. V.2. P. 1670-1672.

Авалиани З.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ MORFOЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛАБРОЦИТОВ ПРИ РЕАКТИВНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЯХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

РЕЗЮМЕ

Целью исследования являлось выявление характерных признаков лаброцитов у кроликов, инфицированных *E. coli* и *S. aureus*. Спустя 3 ч. после инфицирования *E. coli* в периферических лимфатических узлах лаброциты не обнаружены, а при инфицирования *S. aureus* количество лаброцитов резко увеличилось. Спустя 24 ч. после инфицирования *S. aureus*, количество лаброцитов было в два раза больше в капсуле и ретикулярной строме, а в случае инфицирования *E. coli* количество лаброцитов было в 4,5 раза больше в лимфаденоидной ткани. В случае инфицирования обоими агентами, после 3 ч. лаброциты обнаружены в состоянии секреции. Однако процесс секреции и дегрануляции чаще заканчивается при инфицировании *S. aureus*.

Avaliani Z.

SPECIFIC MORPHOLOGICAL CHANGES IN REACTIVE HYPERPLASIA OF LYMPH NODES

SUMMARY

The goal of this study were to identify the characteristic feature of labrocytes in rabbits infected by *E. coli* and *S. aureus*. 3 hr. after peritoneal cavity infection, there are no any labrocytes in the capsule of peripheral lymph nodes after *E. coli* infection and after *S. aureus* infection labrocytes number can markedly rise. 24 hr. after *S. aureus* infection labrocytes number are twice more in capsule and reticular stroma, but it is 4,5 times more in lymphadenoidal tissue after *E. coli* infection. 3 hr. after infection of both agents by number of labrocytes are in secretory state, but finishing secretion and degranulation state occur more after *S. aureus* infection than after *E. coli* infection.

ლალადაშვილი, მ.კაკაურიძე, მ.ლუღუშაური, ი.თაბორიძე
**დემისმიური ფაქტორების როლი ზოგიერთი
ორთოპედული დაავადების ფენოტიპურ ჩამოყალიბებაში**
ოსსუ, ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიის კათედრა

დისპლაზიური გენების ორთოპედიული დაავადებების პროფილაქტიკა თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს. პრობლემის აქტუალობას განაპირობებს ამ დაავადებათა მაღალი სიხშირე (1). დაავადების გამოვლენის პირობების განსაზღვრას ხელს უწყობს პათოლოგიის რისკის ფაქტორების გამოკვლევა.

ჩვენი შრომის მიზანია იმ დედისმიერ ფაქტორთა დადგენა, რომლებიც მონაწილეობენ მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიური პათოლოგიის(მსსდ), თანდაყოლილი ტერფმრუდობის(თტ), დისპლაზიური სკოლიოზის(დს), ძვლის დისტროფიული კისტების მანიფესტაციაში.

შრომას საფუძვლად დაელო 84 დს-ით, 300 მსსდ-ით, 80 თტ-ით და 55 დისტროფიული ძვლის კისტით დაავადებული 3 თვიდან 15 წლამდე ასაკის ქართველი პრობანდის გამოკვლევა ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიის სამეცნიერო ცენტრის კონტრაგენტიდან და 300 ივევე ასაკის საკონტროლო ქართველი პრობანდის გამოკვლევა საერთო მოსახლეობიდან. გამოკვლევა ჩატარდათ მათ დედებს. განვიხილეთ შემდეგი ფაქტორები: დედის სამეანო-გინეკოლოგიური ანამნეზი; რისკის ფაქტორები ორსულობის დროს; ორსულობის გართულებები; რისკის ფაქტორები მშობიარობის დროს დედის მხრიდან.

მასალის ანალიზი ჩატარდა მრავალგანზომილებიანი სტატისტიკური მეთოდებით (2)

როგორც კვლევის შედეგებმა დაგვანახა, ყველა აღნიშნული ანომალიის დროს ადგილი აქვს დედისმიერი ფაქტორების სარწმუნო მატებას კონტროლთან შედარებით (ცხრილი №1,2,3)

ძვლის კისტების შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა შემდეგი ფაქტორების ნიშნადად მომატებას: დედის 35 წელზე უფროსი ასაკი, პიქნიკის კონსტიტუციური ტიპი, სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა.

აღსანიშნავია დედის 35 წელზე უფროსი ასაკი და ორსულთა ტოქსიკოზის მატება ყველა ანომალიისათვის.

დს-ს დროს მომატებული იყო სპონტანური აბორტების, მეკვრადშობადობის, ნეონატალური სიკვდილიანობის სიხშირე, ქრონიკული ინფექციები და ემოციური სტრესი ნიშნადი აღმოჩნდა სამივე ანომალიისათვის, მწვავე ინფექციების სიხშირე და უშვილობა ანამნეზში სარწმუნოდ იყო მომატებული მხოლოდ მსსდ-ით დაავადებულთა დედებში, სახსრების ჭარბი მოძრაობა მხოლოდ თტ და მსსდ-ს დროს

ეს მონაცემები იძლევიან საფუძველს ვიფიქროთ პირმონალურ დისბალანსზე აღნიშნული დაავადებების მქონე პრობანდების დედებში.

დედისმიერ ფაქტორთა სტატისტიკური შეფასება დს-ს დროს

ფაქტორის დასახელება	სიხშირე ავადმყოფთა დეცებში	სიხშირე საკონტროლო დეცებში	ს კრიტერიუმი
სამკვიცირო აბორტები	0.202	0.141	1.02
სპონტან. აბორტები I მშობიარობის წინ	0.131	0.038	2.32
პრობანდზე მშობიარობის წინ	0.075	0.006	2.9
მკვდრად შობადობა	0.063	0.006	2.6
ნეონატალური სიკვდილიანობა	0.05	0.006	2.2
უშვილობა 5 წ-ზე >	0.083	0.019	1.94
გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგია	0.071	0	-
მაქრიანი დიაბეტი	0.06	0.013	1.58
ჩივი	0.036	0	-
ანემია	0.155	0.154	0.17
მწვავე ინფექციები	0.250	0.224	0.29
ქრონიკ. ინფექციები	0.538	0.103	7.2
ემოციური სტრესი	0.237	0.077	3.3
სახსრების ჭარბი მოძრაობა	0.452	0.410	0.49
დედის ასაკი >35	0.613	0.038	10.2
ჭარბი წონა	0.125	0.026	6.2
ორსულობის II ნახ. ტოქსიკოზი			
გადავადებული ორს.	0.138	0.038	2.6
ვიწრო მენჯი	0.112	0.26	1.6
მკირეწყლიანობა	0.48	0.06	1.68

დედისმიერ ფაქტორთა სტატისტიკური შეფასება თტ-ს დროს

ფაქტორის დასახელება	სიხშირე ავადმყოფთა დეცებში	სიხშირე საკონტროლო დეცებში	ს კრიტერიუმი
სამკვიცირო აბორტები	0.0171	0.141	0.41
სპონტანური აბორტ. I მშობიარობის წინ	0.057	0.038	0.032
პრობანდზე მშობიარობის წინ	0.029	0.006	2.9
მკვდრად შობადობა	0.014	0.006	0.73
ნეონატალური სიკვდილიანობა	0.043	0.006	1.31
უშვილობა 5 წ-ზე >	0.043	0.019	0.6
გულ-სისხლძარღ. პათ.	0.100	0	-
მაქრიანი დიაბეტი	0.086	0.013	0.051
ანემია	0.229	0.154	1.21
მწვავე ინფექციები	0.250	0.224	0.29
ქრონიკული ინფექც.	0.244	0.103	2.4
ემოციური სტრესი	0.186	0.077	2.0
სახსრების ჭარბი მოძრაობა	0.371	0.410	2.75
დედის ასაკი >35	0.613	0.038	10.2
ჭარბი წონა	0.125	0.026	6.2
ორსულობის II ნახ. ტოქსიკოზი	0.86	0.064	2.6
გადავადებული ორს.	0.138	0.038	2.6
ვიწრო მენჯი	0.71	0.006	2.6

დედისმიერ ფაქტორთა სტატისტიკური შეფასება მბსდ-ს დროს

ფაქტორის დასახელება	სიხშირე ავადმყოფთა დედებში	სიხშირე საკონტროლო დედებში	II კრიტერიუმი
საშედიც. აბორტები	0.16	0.173	0.33
სპონტან. აბორტები	0.080	0.057	0.97
მკვდრადშობილობა	0.047	0.017	1.91
ნეონატალური სიკვდილიანობა	0.027	0.027	0
უშვილობა 5 წ.-ზე >	0.037	0.003	2.88
გულ-სისხლძ. პათ.	0.017	0.013	0
ანემია	0.013	0.013	1.21
მწვავე ინფექციები	0.153	0.060	2.65
ქრონიკული ინფექც.	0.237	0.140	4.16
ემოციური სტრესი	0.140	0.077	2.39
სახსრების ჭარბი მოძრაობა	0.420	0.227	5.0
დედის ასაკი >35	0.613	0.038	10.2
ჭარბი წონა	0.125	0.026	6.2
ორსულობის II ნახ. ტოქსიკოზი	0.153	0.090	2.26
გადავადებული ორს.	0.138	0.038	2.6
ვიწრო მენჯი	0.08	0.037	2.12

ამ ფაქტის დასადგენად გამოვიყვიეთ მბსდ პათოლოგიით დაავადებული პრობანდების დედების პორმონალური სტატუსი.

ნორმოსთან შედარებით ნიშნადად მომატებული აღმოჩნდა პროლაქტინი - შესაბამისად 264 და 163 ($p < 0.05$), ფ.მ.პ. 4.8 და 7.2, შეცირებულია ესტრადიოლი - 281 - 747 და 219.4 ($p < 0.05$), მღ.პ. -21.5 14.7 ($p < 0.05$).

როგორც ვხედავთ, დისბალაზიური გენეზის ორთოპედიულ დაავადებათა გამოვლენაში მნიშვნელოვანი წვლილი მიუძღვის დედისმიერ ფაქტორებს, რომელთა უმრავლესობა განპირობებულია პორმონული დისბალანსით.

ლიტერატურა

1. Урбах В.Ю. статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях. - М.: Медицина, 1975. - 295с.
2. ლორდკიპანიძე ო., ჯაკაურიძე მ., ალადაშვილი ჯ. ი დრ. - ეტიოლოგია და პათოგენეზი დისპლასტიკური პათოლოგიის ტაზობედრენო-სუსტავის I რუზიის. - თბილისი. - 1998

ალადაშვილი ჯ. ჯაკაურიძე მ. გუდუაური მ. ტაბორიძე ი.
 РОЛЬ МАТЕРИНСКОГО ФАКТОРА В ФЕНОТИПИЧЕСКОМ ПРОЯВЛЕНИИ
 НЕКОТОРЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ АНОМАЛИЙ

РЕЗЮМЕ

На основе исследования 84 больных пробандов с диспластическим сколиозом, 300 - с диспластической патологией тазобедренного сустава и 80 - с врожденной косолапостью и 55 с дистрофическими костными кистами, доказана значительная роль материнского фактора в фенотипическом

Aladashvili L., Kakauridze M., Gudushauri M., Taboridze I.
ROLE OF A MATERNAL EFFECT IN CLINICAL EXHIBITING
OF SOME ORTHOPEDIC ANOMALIES

SUMMARY

On the basis of a research 84 patients of probands with a dysplastic scoliosis, 300 - with a dysplastic pathology of a hip joint and 80 - with an inherent talipes and 55 with osteal cysts, the appreciable role of a maternal effect in clinical exhibiting of this anomaly is proved which is stipulated to hormonal violation by balance.

ა.ანთაძე, რ.მალაღაშვილი, ო.ღობრაძე, ნ.ლეჩქთაძე
საზარდულის თიაქარპლასტიკის კლასტიკა და მისი ბარეჯი
თსსუ, ქირურგიის №2 კათედრა,
ქუთაისის სამედიცინო ინსტიტუტი

1959 წელს F.Usher-მა საზარდულის თიაქარპლასტიკის მიზნით პირველად გამოიყენა პოლიპროპილენის ბადისებური ენდოპროთეზი (4). 1970 წლიდან განვიტარებდა კპოვა და საკმაოდ პოპულარული გახდა J.Lichtenstein-ის ოპერაცია, რომელიც ითვალისწინებს პლასტიკას ბადის მეშვეობით განივი ფასციის ზემოთ.

R.M.Moran-ი (1) თანავეტლორებთან ერთად კალიფორნიის თიაქარების ნაციონალური ამბულატორიული ინსტიტუტიდან ბადეს ათავსებს განივი ფასციის ქვეშ და მის მთლიანობას აღადგენს შოლდაისის წესით.

1999 წლიდან სამედიცინო უნივერსიტეტის ცენტრალური კლინიკის ზოგადი ქირურგიის განყოფილებასა და ქუთაისის სამედიცინო ინსტიტუტის ქირურგიის კათედრაზე რესპუბლიკური საავადმყოფოს ბაზაზე გაკეთდა 14 ოპერაცია ლიზტენშტეინის წესით სუჯიპროს პოლიპროპილენის ბადის გამოყენებით.

მეთოდიკა საკმაოდ მარტივია (3) და მდგომარეობს შემდეგში: იხსნება საზარდულის არხი. გამოიყოფა სათესლე ბაგირაკი და თიაქრის პარკი. დასაშვებია პარკის გაუსხნელად მუცლის ღრუში ჩაბრუნებაც, მაგრამ ჩვენ აუცილებლად ვამუშავეთ პარკის ყელს ჩერნის წესით მისი მოკვეთის შემდეგ. ვათასეთ ბადეს განივი ფასციაზე, ვახდენთ მის მოდელირებას და ადაპტირებას ბოქვენთან, სწორ, შიდა კუნთებსა და შიდა რგოლთან ბაგირაკის მოთავსებით ბადის ორ კიდეს შორის. ბაგრაკი თავსდება ბადეზე, რომლის ზემოთ იკერება გარეთა ირიბი კუნთის აპონევროზის ორივე კიდე.

პაციენტთა ასაკი 55 წლიდან 80 წლამდე, აქედან: 3-ს კქონდა სწორი, 6 - გიგანტური, 5 - რეციდიული თიაქარი.

აღნიშნული ოპერაციის უდავო დადებითი მხარეებია:

- ოპერაცია კეთდება ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ;
- პაციენტი ეწერება 24 საათის მანძილზე;
- ბევრად უფრო მარტივია, ვიდრე შოლდაისის ოპერაცია;
- ახასიათებს რეციდივების და ინფექციური გართულებების მიზერული ციფრები.

არც ერთ ჩვენ პაციენტს არ დასჭირდა ბადის ამოღება, არ კქონდა გამოჩატული ძლიერი ტკივილის სინდრომი. მისი კუპირება ხდება მარტივი

ტკივილდამაწყურებლებით. არ არის საშიშროება სათესლე პარკის შეშუპების, ბაგირაკის ან მისი სისხლძარღვების დაზიანების. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ რეაბილიტაციის პერიოდი შეადგენს 7-21 დღეს (3). შეღარებით უარყოფით მხარედ შეიძლება ჩაითვალოს საქართველოში ბაღის თავისუფალ გაყიდვაში არარსებობა, მისი სიძვირე.

ჩვენი შთაბეჭდილება არის გამოკვეთილად დადებითი. ამ მეთოდის განვითარებას აქვს პერსპექტივა საქართველოში, თუმცა ჩვენი აზრით მის პოპულარიზებაში გარკვეული წილი ეკუთვნის ბაღის მწარმოებელ კომპანიებს, რომელთა ინტერესი სავსებით გასაგებია.

ლიტერატურა:

1. Amid P.K., Shulman A.G., Lichtenstein I.L. Chirurg 1994, 65, 54-58.
2. Amid p.k. Htrnia 1997, 1, 15-21.
3. Lichtenstein I.L. Am. J. Surg. 1987,
4. Usher F.C. Hernia 1964,752-762.

Antadze A., Magalashvili R., Gibradze O., Lekvtadze N. ТЕНАТЯЖНАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА РЕЗЮМЕ

В 1959 году впервые, с целью пластики была использована полипропиленовая сетка. с 1999 года в клинике общей хирургии №7 Кутаисской республиканской больнице выполнено 14 операций по способу Лихтенштейна. из них у трех была прямая, шести гигантская и у пяти рецидивная грыжи. пребывание в стационаре 24 часа. послеоперационный период практически безболезненный.

По нашему мнению показанием к операции лихтенштейна должна служить сложная грыжа, очень высокий паховый промежуток, дегенеративные изменения фасциально - апоневротических и мышечных структур.

Antadze A., Magalashvili R., Gibradze O., Lekvtadze N. TENSION FREE INGUINAL HERNIOPLASTY SUMMARY

At the first in 1959, for plastic of inguinal hernia was used polypropylen cage. since 1999 in general surgery clinic and in Kutaisi republic hospital were made 14 operations by Lichtenstein method. there were 3 cases of direct hernia, 6 of giant and 5 of recurrent hernia among them. staying in a hospital was 24 h. postoperative period is practicaly unpainful.

In our opinion the indications for operations are giant hernia, high inguinal intermediate, degenerative changes in fastial-aponeurotic and muscular structures.

ვარჩაძე, თ.ჩხიკვაძე, ი.ჭანუყვაძე, დ.ჯიქია
საკმრი მასალის შერჩევა საზარდულის თიაქარკვითისას
თსსუ, სამკ. ფაკულტეტის ზოგადი ქირურგიის კათედრა

წინამდებარე კვლევის მიზანი იყო პერნიოლოგიის წამყვანი სკოლების გამოცდილებისა და საკუთარ კლინიკურ მასალაზე დაყრდნობით გამოგვეკვლია სხვადასხვა საკერავი მასალის გამოყენების ზეგავლენა საზარდულის თიაქარკვითის შედეგებზე.

ცნობილია, რომ შეხორცების პროცესი იწყება ქსოვილის გაკვეთისთანავე და გაივლის ანთების, პროლიფერაციის და მომწიფების ფაზებს, ხოლო ქირურგიული ნაკერის ფუნქცია ქსოვილების ერთმანეთთან შეხებაში დაფიქსირებაა, სანამ I და III ტიპის კოლაგენის სინთეზისა და დაგროვების გზით ნაწიბური სათანადო სიმტკიცეს შეიძენს.

გარდა ზემოთაღნიშნულისა, თიაქრის რეციდივის განვითარებაზე ზეგავლენას ახდენს ინტრააბდომინური წნევა, რასაც Laplace-ის წესით მუცლის რადიუსი განსაზღვრავს.

გაწოვადი საკერი მასალის შერჩევისას მნიშვნელობა აქვს ჭრილობის რეპარაციის და საკერი ბოჭკოს ბიოდეგრადაციის ტემპებიდან გამომდინარე მისი მექანიკური მდგრადობის დინამიკათა თანხვედრას (3, 4). იხ. ცხრილი 1 და 2.

აპონევროზის ჭრილობის სიძლიერე

ცხრილი №1.

ოპერაციის შემდეგ	ოპერაციიდან 2 კვირა	1 თვე	2 თვე	1 წელი
0	20%	50%	70%	90%

სხვადასხვა საკერი მასალის მექანიკური მდგრადობის განახვერების ვადები

ცხრილი №2

გაწოვადი საკერი მასალა						გაუწოვადი	
Dexon პოლიგლიკოლის შუაჯა	ქრომ. მატბუზი	პოლიგლუკარონი (Monocryl)	პოლიგლუტინი (Vicryl)	პოლიგლიკონატი (Maxon)	პოლიდიპროპილენი (PDS)	პოლიპროპილენი Prolene	პოლიამიდი Nylon
2-3 კვირა	1 კვირა	1 კვირა	2-3 კვირა	3-4 კვირა	4-5 კვირა	უცვლელია	უცვლელია

ზოგი ავტორი (5) ამტკიცებს, რომ გაწოვადი ნაკერების დეზაგრეგაცია არ უსწრებს წინ ნაწიბურის ფორმაციას და 81 ოპერაციიდან თიაქრის რეციდივის მხოლოდ 2 შემთხვევა მოჰყავს, ზოგიერთი კი (6) აღნიშნავს, რომ აბრეშუმის, დაკრონისა და კოტონის წინაშე პოლიგლიკოლის შუაჯას (dexon) არავითარი უპირატესობა არ გააჩნია.

პერნიოლოგიაში დიდი პოპულარობა მოიპოვა პოლიპროპილენისა და სახსებთ უნიკალური თვისებების მქონე პოლიბუტაცეტერის ძაყებმა. მათი უპირატესობებია - მდგრადობა, არათრომბოგენულობა, ქსოვილში მცირედი ფრიქციონა გასვლა, ოსცილატორული დატენობისადაში მდგრადობა, in vivo-ინერტულობა, თუმცა იშლებიან უანგვით (ვარკვეული ქიმიკატების

ზეგავლენით), მაღალი ენერჯის რადიაციით და ულტრაიისფერი სხივებით (7, 8, 9). მათი მდგრადობა პირდაპირპროპორციულია ბოჭკოს პერიმეტრისა და უკუპროპორციულია განივკვეთის ფართისა. მათი ძალა გაპირობებულია კრალა გარსით და არა გულით. რის გამოც ქირურგიული მომჭვერით გარსის დაზიანება მათი მექანიკური მდგრადობის დაქვეითებას და განსჯეტას იწვევს. უკანასკნელი გამოკვლევებით (10) დადგინდა, რომ თუ პოლიპროპილენის ნაკერი არ წყდება უშუალოდ ოპერაციის შემდეგ (პირველი 48 სთ. განსმულობაში) მაშინ მისი გამძლეობა მატულობს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, რაც ბოჭკოს ვისკოპლასტიკური გაჭიმვის შედეგად ძაფის გულში კრისტალთა ორიენტაციის ცვლილებითაა გაპირობებული.

1990-2001 წლებში ჩვენს ხელთ არსებულ და საზარდულის თიაქრპლასტიკისის გამოყენებულ საკერი მასალის ნუსხაში შედიოდა შემდეგი სახის ძაფები: ორგანული, გაუწოვადი ჯგუფიდან აბრეშუმი, სინთეზური პოლიამიდების ჯგუფიდან - კაპრონი, პოლიეთერებიდან - ლავსანი და ეთიბონდი, პოლილიგვინიტიდან - პოლიპროპილენი და პოლიბუტესტერი. გაწოვადი სინთეზური პოლიგლიკოლიდების ჯგუფიდან - პოლიგლაქტინი და პოლისორბი.

1990-2001 წლებში საზარდულის თიაქრის დიაგნოზით კლინიკაში მოთავსდა 650 ავადმყოფი, რომლებიც ოპერირებულ იქნა უინარის (კიმბაროვსკის ნაკერის გამოყენებით), ბასინის და არჩვადის (11) წესების გამოყენებით (იხ. ცხრილი №3)

ცხრილი №3

Girard		სულ	Bassini		სულ	Archvadze		სულ
1990-93	1994-2001		1990-93	1994-2001		1990-93	1994-2001	
303	227	530	6	9	15	0	105	105

1994 წლამდე ნაწარმოებ ოპერაციებისა და ძირითადად გაუწოვად საკერ მასალად სამანიპულაციო თვისებების „ოქროს სტანდარტის“ მქონე აბრეშუმი და კაპრონი გამოიყენებოდა (პლასტიკის ეტაპზე), ხოლო ფასციისა და კანქვეშა ცხიმოვანი უჯრედისის გასაყვად კეტგუტი, 1994 წლიდან კი მათ გვერდით სულ უფრო ფართო გამოყენება ძპოვა პოლისორბმა, ვიკრილმა, ლავსანმა, პოლიპროპილენმა და პოლიბუტესტერმა.

ავადმყოფთა დისტრიბუცია ჯგუფებში გამოყენებული საკერი მასალის მიხედვით, თვალყურის მიღწეების ვადები, გამოკვლეულ პაციენტთა ხვედრითი წილი, გამოვლენილ რეციდივთა რაოდენობა და უშუალო პოსტოპერაციულ გართულებათა რიცხვი მოცემულია ცხრილში №4.

ამრიგად, როგორც გრაფიკული მასალიდან ჩანს, ჭრილობის ჰემატომის შემთხვევათა დისტრიბუცია დაახლოებით თანაბრია სხვადასხვა ჯგუფებს შორის და არ კორელირებს საკერი მასალის სახეობასთან, განსხვავებით ჭრილობის ინფლამატორული გართულებებისაგან, რაც დაწნულ ბოჭკოებზე მიკრობთა უკეთ ფიქსაციით აიხსნება, განსხვავებით მონოფილამენტური სარკისებრი ზედაპირის მქონე ბოჭკოებისაგან, რომელთა ხმაურებაც ბაქტერიული კონტამინაციის პირობებშიც არის შესაძლებელი. რაც შეეხება თიაქრის რეციდივის სიხშირეს, ის სარწმუნოდ მაღალია პირველ ორ ჯგუფში, თუმცა

მცდარი იქნებოდა ამის მხოლოდ საკერ მასალასთან დაკავშირება, ვინაიდან რეციდივთა მკვეთრი შემცირება 1994 წლიდან კლინიკაში დანერგილ ახალ ოპერაციულ ტექნიკასთან უფროა კონიუგირებული, თუმცა ანთებითი გართულებების შემცირება კარგ ჰემოსტაზთან, გაკერვის წინ ჭრილობის ბეტა-იზაღონას ხსნარით ამორეცხვა და სრულყოფილ დრენირებასთან ერთად თანამედროვე ინტრტული მონოფილამენტური საკერი მასალის გამოყენებითაცაა განპირობებული.

ცხრილი №4

საკერავი მასალა	პეტაბომა აბს %	ჭრილობის დაზიანება აბს %	ლიგატურული მიკრო-აბსცესები, ფისტულა, გრანულეზომა აბს %	რეციდივი აბს %	ოპერაციათა სახეები			სულ	მაქსიმალური თვალყურის დევნების ვადა	გამოკლებულ პაციენტთა რაოდენობა
					ყირარი აბს %	ბაინი აბს %	არჩვამე			
არეუმუხი	21 (4,8)	24 (5,5)	4 (0,9)	37 (8,4)	405 (76)	2 (1,3)	19 (18)	436 (67)	11 წ	296 (68)
კაზირი კომბინი	5 (3,7)	4 (2,9)	1 (0,7)	14 (8,2)	110 (20,7)	8 (5,3)	16 (15,2)	134 (20,6)	11 წ	93 (70)
უკროლი პოლისორბი	1 (5,8)	0 (0)	0 (0)	1	5 (0,9)	-	12 (11,4)	17 (2,6)	7 წ	18 (75)
პოლიპროპილენი პოლბუტატები	1 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	30 (28,5)	30 (4,6)	5 წ	27 (90)
ლესანი	2 (4,6)	1 (2,3)	0 (0)	0 (0)	10 (1,8)	5 (6,6)	28 (26,6)	43 (6,5)	3 წ	40 (75)
სულ	30 (4,6)	29 (4,4)	5 (0,7)	52 (8)	530 (100)	15 (100)	105 (100)	650 (100)	-	438 (67)

ქირურგებს თანაბარი წარმატებებით შეუძლიათ გამოიყენონ როგორც გაწოვადი (პოლისორბი, ვიკრილი), ისე გაუწოვადი მასალა, მაგრამ საგრძნობი დაჭიმვით პლასტიკისა და კონტამინირებული ჭრილობის შემთხვევაში მხოლოდ გაუწოვადი მონოფილამენტური მასალაა რეკომენდებული, მიუხედავად მათი ცუდი მანიპულაციური თვისებებისა.

ლიტერატურა

1. Philip B. Dobrin - „Suture selection for Hernia repair“ R. Bendavid p. 237
2. Douglas D.M. - , The healing of aponeurotic incisions, Br. J. Surg. 1952, 40: 79-84.

3. Postlethwait R.W. - „Polyglycolic acid surgical suture“, „Arch. Surg. 1970, 101: 489-494.
4. Dick AC, Deans C.T. Irwin S.T. - „A prospective study of adult inguinal hernia repairs using absorbable Sutures“. JR Coll, Surg. Edinb; 1997: 42: 428-429.
5. Balthazar N. Jonston D.W. - „Dexonversusconventional sutures in hernia repair - Can. J.Surg. 1976, 19:341-342
6. Blais P., Carlsson D.J., Wiles D.M.- "Surface changes during polypropylene photo-oxidation: a study by infrared spectroscopy and electron microscopy", J.Polymer. Sci, Part A-1, 1972, 10:1077-1082.
7. Gupa B.S., Wolf K.W. Postlethwait R.W. - "effect of suture material and construction on frictional properties of sutures", Surg. Gynecol. Obstet, 1085, 161:12-16.
8. Chu C.C., Kasil Z.-"Quantitative evaluation of stiffness of commercial suture materials". Surg. Gynecol, Obstet. 1989, 168:233-238.
9. Dobrin P.B. - "Chronic loading of polypropylene sutures: implications for breakage after carotid endarterectomy". J.Surg. Res. 1996, 61:4-10.
10. Archvadze V. Chkhivadze T, Chanukvadze I, Jikia D, Giorgadze K - "Archvadze's Method of Pure Tissue Repair"-The world Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery, V.5., Supp.1., June. Milan 2001. p.s-50-51.

В. Арчвадзе, Т. Чхиквадзе, И. Чапуквадзе, Д. Джикиа
ВЫБОР ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПИХОВЫХ ГРЫЖ
РЕЗЮМЕ

Анализированы 650 случаев оперативного лечения паховых грыж. По методам Жирара, Бассини и Арчвадзе, с применением шелка, капрона, викриля, полисорба, полипропилена, полибутестера и лавсана проведено соответственно 530, 15 и 105 операций. После оперативного вмешательства наблюдались некоторые осложнения: гематома – 30 (4,6%); раневая инфекция – 29 (4,4%); гранулема швов – 5 (0,7%), но перераспределение этих случаев по различным группам показало, что воспалительные осложнения возникали чаще после применения плетенных нитей (шелк, капрон, лавсан – 5,5%, 2,8%, 2,3% соответственно). Не выявлено ни одного случая раневой инфекции при применении монофиламентных швов полипропилена и полибутестера, как и после использования викриля и полисорба.

Archvadze V., Chkhivadze T., Chanukvadze I., Jikia D.
CHOICE OF SUTURE MATERIAL FOR GROIN HERNIA REPAIR
SUMMARY

Results of 650 cases of Groin hernia repair are analysed. Methods of Girard, Bassini and Archvadze were performed in 530, 15 and 105 cases by the help of silk, capron, Vicryl, Polysorb, Polypropylene, polybutester and Lavsan threads. General rate of hematoma was 30(4,6%), wound infection-29(4,4%), suture granulomas-5(0,7%), but distribution of those cases on the various groups showed, that inflammatory complications of the wound were significantly high after the operations in which braided sutures (silk, capron, lavsan) were used (5,5%; 2,9%; 2,3%). There was no case of wound infection after the hernioplasty with monofilament polypropylene and polybutester as case of vicryl and polysorb.

გასათიანი, თ.ტაბუცაძე
ნაღვლაქმნაობანი დააკადემიის მკურნალობა
მქსტრაკორპორული ლითოტრიფსიის მეთოდით
თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა №2 კათედრა,
ენდოსკოპიური ქირურგიისა და ლითოტრიფსიის ცენტრი

უკანასკნელი წლების განმავლობაში ექსტრაკორპორული დარტყმით-ტალლოვანი ლითოტრიფსია გადაიქცა ნაღვლის ბუშტისა და სანაღველ გზების კენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდად. ავტორთა უმრავლესობა განიხილავს ექსტრაკორპორულ ლითოტრიფსიას, როგორც მკურნალობის შედარებით ეფექტურ, მაგრამ არარადიკალურ მეთოდს ქოლელითიაზის დროს. განსაკუთრებით ავადმყოფთა შეზღუდულ ჯგუფში, რომელთათვისაც ოპერაციული მკურნალობა რაიმე მიზეზის გამო უკუნაჩვენებია.

ავტორთა მონაცემები სხვასხვა ტიპის ექსტრაკორპორული ლითოტრიფტორების გამოყენებისას მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. წარმატებული ლითოტრიფსიის შემთხვევათა სიხშირე გაურთულებელი ქოლაციტოლითიაზის დროს იცვლება 10%-დან 94%-მდე, ხოლო ქოლედოქოლითიაზის დროს 66%-დან 92%-მდე (2სმ-მდე ზომის ერთი კონკრეტის არსებობისას) (1,2,3). ასევე განსხვავდება ლიტერატურის მონაცემები ამ მეთოდის თანხლები ეფექტებისა და გართულებების შესახებ. ავტორები სხვადასხვა სიხშირით აღნიშნავენ: ლოკალურად კანის ერთეულის ან პეტექიებს ტალღის მოქმედების ზონაში, მიკრო ან მაკროჰემატურიას, უფრო იშვიათად ტრანსსამინაზების აქტივობის მომატებას, ნაღვლის ბუშტის კედლის შემუქებას, ძალზე იშვიათად პანკრეატიტს, მარჯვენა პარანაზო-ოქსი სისხლჩაქცევას და სხვ (1,2,3). ლიტერატურაში არსებული განსხვავებული მონაცემები, უნდა ვიფიქროთ, განპირობებულია გამოყენებული აპარატების სხვადასხვა შესაძლებლობებით, კერძოთ მათ მიერ კონკრეტის ფრაგმენტაციის ხარისხით და დამიზნების სისტემის სიზუსტით.

ამ მხრივ, ახალი Storz-ის ფირმის Modulit SLK ტიპის ლითოტრიფტორი, დარტყმითი ტალღის ელექტრომაგნიტური გენერატორით, შეიძლება განხილულ იქნას, როგორც წინ გადადგმული ნაბიჯი მედიცინის ამ სფეროში. ამ მეხუთე თაობის ლითოტრიფტორის შექმნის შემდეგ მეთოდის შესაძლებლობები მნიშვნელოვნად გაიზარდა. კერძოდ, დარტყმითი ტალღა იწვევს კონკრეტის არა ფრაგმენტაციას, არამედ თანდათანობით დაჟვკვას მტერის კონსისტენციამდე, რაც ამცირებს კენჭის არასაკმარისი ფრაგმენტაციით გამოწვეულ გართულებათა სიხშირეს. რბილ ქსოვილებსა და შინაგან ორგანოებზე მნიშვნელოვნად ნაკლები ზეგავლენის გამო შემცირდა ზემოაღნიშნულ გართულებათა რიცხვიც.

ენდოსკოპიური ქირურგიისა და ლითოტრიფსიის ცენტრში ნაღვლაქმნაობანი დაავადების მქონე 18 ავადმყოფს ჩაუტარდა მკურნალობა ექსტრაკორპორული დარტყმით-ტალლოვანი ლითოტრიფსიის მეთოდით Storz-ის ფირმის ლითოტრიფტორ Modulit SLK-ს გამოყენებით.

18 შემთხვევიდან 10-ში ლითოტრიფსია გაკეთდა ქოლაციტოლითიაზის, ხოლო 8-ში ქოლედოქოლითიაზის გამო. 18 ავადმყოფიდან 15 იყო ქალი, 3 მამაკაცი. ასაკი 8-დან 65 წლამდე. ქოლაციტოლითიაზის დროს განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა ნაღვლის ბუშტის კონსტრუქციულ ფუნქციას (ექოსკოპიურად ნაღვლის ბუშტის მოცულობის შემცირება 35%-ით

ცხიმიანი საუზმის შემდეგ) და კონკრემენტების ზომასა და რაოდენობას (1 ან 2 კონკრემენტი ზომით 2 სმ-მდე). 10-დან 8 შემთხვევაში აღინიშნებოდა ერთი კონკრემენტი დიამეტრით 1,4-დან 2,5 სმ-მდე, 2-ში 2 მაქსიმალური დიამეტრით 1,5 სმ. კენჭის აღმოჩენა და მისი ზომების შემცირების კონტროლი მიმდინარეობდა ექოსკოპიურად. ლითოტრიფსია ტარდებოდა 1 სეანსზე 4000 დარტყმით, წაშში 2 დარტყმის სიხშირით. ყველა შემთხვევაში ლითოტრიფსია წარმატებით დასრულდა. საჭირო გახდა 1-დან 4-მდე პროცედურის ჩატარება. სეანსები ტარდებოდა 5-7 დღის ინტერვალით, ტუმცა ლიტერატურის მონაცემებით განმეორებითი სეანსის ჩატარება შესაძლებელია 24 სთ-ის შემდეგაც.

ქოლელქოლითიაზის 8 შემთხვევიდან 2-ში ლითოტრიფსია ჩატარდა მექანიკური სიფითლის ფონზე, 6-ში ქოლელქუსის რეზიდუალური კენჭის გამო. მექანიკური სიფითლის დროს კონკრემენტის აღმოჩენა და ლითოტრიფსიის კონტროლი ხდებოდა ექოსკოპიურად, ზოლო ნაოპერაციებ ავადმყოფებში ორმაგი კონტროლით, როგორც ექოსკოპიურად, ასევე რენტგენოლოგიურად. დრენაჟში კონტრასტის შეყვანის შემდეგ კონკრემენტების მაქსიმალური ზომა 2,5 სმ, რაოდენობა 1 ან 2. ყველა შემთხვევაში მიღწეული იქნა კონკრემენტის დაშლა.

საილუსტრაციოდ მოგვყავს ერთი მაგალითი: ავ-ფი 62 წლის ქალი, პოსპიტალიზებული იქნა ერთ-ერთ კლინიკაში მწვავე კალკულოზური ქოლციისტიტის, მექანიკური სიფითლის დიაგნოზით. გაუკეთდა ოპერაცია ქოლციისტექტომია, ქოლელქუსის დრენირება ბუშტის ყელიდან. ქოლელქოლთომიის შესრულება ვერ მოხერხდა. ჰეპატოლუოდენური იოვის ვრცელი ანთებითი ინფილტრატის გამო. ოპერაციის შემდეგ მე-4 დღეს გაკეთდა საკონტროლო კონტრასტული ქოლანგიოგრაფია. აღმოჩნდა: ქოლელქუსი გაგანიერებული 1,5 სმ-მდე, ფატერის დვრილის არეში აღინიშნება 2,5 სმ-მდე დიამეტრის კონკრემენტის ჩრდილი (სურ.1). კონტრასტის შეყვანისას აღინიშნება მკვეთრი ტკივილი მარჯვენა ფერადქვეშა მიდამოში. შემდგომი მკურნალობა გადაწყდა ექსტრაკორპორული ლითოტრიფსიის მეთოდით. კენჭის დასაშლელად საჭირო გახდა 5 პროცედურის ჩატარება 3-5 დღის ინტერვალებით. თუმცა აღსანიშნავია, რომ მე-2 პროცედურის შემდეგ კონკრემენტი ზომაში შემცირდა, თავისუფლად მოძრაობს სადინრის სანათურში, მნიშვნელოვნად მოიკლო დრენაჟიდან გამოსულმა ნალექლის რაოდენობამ. მე-5 პროცედურის ბოლოს კონკრემენტის ჩრდილი გაქრა. აღინიშნება კონტრასტის თავისუფალი გადასვლა თორმეტგოჯა ნაწლავში (სურ.2). 1 კვირის შემდეგ საკონტროლო ქოლანგიოგრაფიაზე კონტრასტი დაუბრკოლებლად გადადის თორმეტგოჯა ნაწლავში, დრენაჟიდან ნალექის გადმოსვლა არ აღინიშნება ბოლო 4 დღის განმავლობაში. დრენაჟი ამოღებულია.

ამე უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა ავადმყოფს პროცედურები უტარდება ამბულატორულად, პოსპიტალიზაციას, რაიმე განსაკუთრებულ რეჟიმს ან დიეტას პროცედურის დღეს ავადმყოფი არ საჭიროებს. ანალგეზიის გამოყენება უმრავლეს შემთხვევაში საჭირო არ არის. ლიტერატურაში აღწერილ გართულებებს ჩვენს შემთხვევებში ადგილი არ ჰქონია.



სურ 1.



სურ 2.

ყოველივე ზემოთქმულის გათვალისწინებით უნდა აღვნიშნოთ, რომ ლითოტრიფტორ Modulit SLK-ით ჩატარებული მკურნალობა მაღალეფექტურია, როგორც ქოლეცისტოლითიზის, ნალკლის ბუმტის ნორმალური კონსტრიქციული ფუნქციის არსებობისას, ასევე ქოლედოქოლითიზის დროს, როგორც მექანიკური სიფიოლის, ასევე რეზიდუალური კენჭების შემთხვევაში.

ლიტერატურა:

1. Бронштейн А.С. Малоинвазивная хирургия. МНПШ Москва-1998.
2. Yamada H. et al. 10 World Cong. Gastroent., Abstr.2, No 2974
3. Kratzer M. et al. 10 World Cong. Gastroent., Abstr.1, No 2166

Асатиани Г., Табуцадзе Т. ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ЛИТОТРИПСИИ РЕЗЮМЕ

В центре эндоскопической хирургии и литотрипсии 18-ти больным с желчно-каменной болезнью произведено лечение с помощью ЭУВЛ с использованием литотриптора Modulit SLK фирмы Storz. Из 18-ти случаев в 10-ти литотрипсия произведена по поводу холецистолитиаза, в 8-ми случаях - по поводу холедохолитиаза. Из 18-ти больных 15 женщин и 3 пациента мужского пола. Возраст от 8 до 65 лет. При холецистолитиазе особое значение придавалось моторной функции желчного пузыря (эхоскопически уменьшение объема желчного пузыря на 35% после приема желчегонных средств) и размеру и количеству камней (1 или 2 камня до 2см). Из десяти случаев в восьми отмечался 1 камень размером от 1,4см до 2,5см, в двух случаях 2 камня с максимальным размером 1,5см. Обнаружение камня и контроль уменьшения его размеров производили эхоскопически. За один сеанс производилось 4000 ударов с частотой 2 удара в секунду. Во всех случаях был достигнут положительный результат. Понадобилось проведение от одного до четырех процедур. Сеансы проводились с интервалом 5-7 дней.

Из восьми случаев холедохолитиаза в двух случаях ЭУВЛ произведена на фоне механической желтухи, а в шести по поводу резидуальных камней холедоха. При механической желтухе поиск камней производился эхоскопически, а в остальных случаях как эхоскопически, так и рентгенологический после контрастирования холедоха через наружный дренаж. В одном случае отмечалось 2 камня, в остальных случаях единичные камни размером от 1,2см до 2,5см. Количество процедур - от двух до пяти. Во всех случаях достигнут положительный эффект.

Необходимо отметить, что все процедуры проводились амбулаторно, в большинстве случаев не понадобилось применение анальгетиков. В день процедуры больные не нуждаются в особом режиме или диете. Осложнений, описанных в литературе, в наших случаях не было.

Из всего вышесказанного можно заключить, что проведенное лечение с помощью литотриптора нового поколения Storz Modulit

SLK высокоэффективно как при холецистолитиазе при нормальной моторной функций желчного пузыря, так и при холедохолитиазе, особенно в случаях резидуальных камней общего желчного протока.

G.Asatiani, T.Tabutsadze
TREATMENT OF THE CHOLELITHIASIS
BY EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE BILIAR LITHOTRIPSY
S U M M A R Y

18 patients with cholclithiasis have been treated by extracorporeal lithotripsy method using Storz lithotripter Modulit SLK in the Laparoscopic surgery and Lithotripsy Center.

10 Lithotripsies from 18 cases have been performed because of cholecystolithiasis and 8 cases – because of the choledocholithiasis. 15 were males and 3 females. Their age varied from 8 to 65. Particular attention has been paid to contractility of gallbladder during the cholecystolithiasis (the decrease of gallbladder volume over 35% after rich food) and the size and quantity of stones (one or two concrements of 2cm-s size). The discovering of stones and the control of its size decrease was going on by ultrasound. In all the cases lithotripsy succeeded. It was necessary to perform from one to four procedures (4000 shock wave per procedure, 2 shock per second). The procedures were performed with the interval of 5-7 days.

Among the eight cases of choledocholithiasis, the two were performed on the background of mechanical jaundice, and in 6 cases because of residual stones of common bile duct. The discovery of the concrement and the control of lithotripsy during the mechanical jaundice was going on by ultrasound and among operated patients under the double control by ultrasound as well as by X-ray after bringing in the contrast into the drainage. The maximum size of the stones is 2,5 cm-s, the quantity 1 or 2. The positive result (stone destruction) was achieved in all cases.

It should be mentioned also that all the patients underwent the procedures without hospitalization. The patient is not in need of any special diet or regime after the procedure. The use of analgesy is not necessary in the majority of cases. The complications observed in the literature were not fixed.

Consequently, it must be mentioned that the treatment with lithotripter Storz-modulit SLK is highly effective in cases of cholecystolithiasis as well as in cases of choledocholithiasis.

ქასათიანი, ი.კვაჭაძე, მ.სიმონი, ენიშლავე
ფოლიკულომასტიმულირებადი კორმონის
რემედიური გამოკვლევა და ქაღში

თსუ, ნორმალური ფიზიოლოგიის კათედრა,
მიუნსტერის უნივერსიტეტის რეპროდუქციული მედიცინის ინსტიტუტი, გერმანია

ფოლიკულომასტიმულირებელი კორმონი (ფმკ) ასრულებს მნიშვნელოვან როლს რეპროდუქციული სისტემის განვითარებასა და ფუნქციონირებაში, ფართოდ გამოიყენება სადიაგნოსტიკო და თერაპიული მიზნებით. ფმკ-ის ლეტერმინაცია წარმოადგენს საფუძველს რეპროდუქციული ფიზიოლოგიის

გააზრების, ფერტილობის რეგულაციისა და რეპროდუქციული აძლიერების კორექციისათვის (1).

სტრუქტურულად ეს გონადოტროპინი ჰეტეროდიმერია, რომელიც შედგება ორი არაკოვალენტურად დაკავშირებული სუბერთეულისაგან, შეიცავს რამდენიმე ჰეტეროგენულ ოლიგოსაქარიდთა ნაშთს; ეს უკანასკნელი ასრულებენ მნიშვნელოვან როლს ამ ჰორმონის როგორც *in vivo*, ასევე *in vitro* ბიოაქტივობაში (2).

ფშმ მიეკუთვნება გლიკოპროტეინთა ოჯახს, რომელშიც აგრეთვე შედის მალუთეინიზირებული ჰორმონი (მპ), ჰორიონგონადოტროპული ჰორმონი (ჰგპ) და თირეოტროპული ჰორმონი (თტპ). ისინი სინთეზირდებიან სხვადასხვა ტიპის უჯრედებში. თტპ სინთეზირდება ჰიპოფიზის თირეოტროპულ უჯრედებში ფშმ და მპ გონადოტროფების მიერ, ხოლო ჰგპ — პლაცენტის ტროფობლასტების მიერ.

ფშმ-ის სეკრეცია ადნეოპიოფიზში პულსური ხასიათისა და ნაწილობრივ კონტროლდება გონადოტროპინ — რილიზინგ — ჰორმონის — გონადოლიბერინის მიერ. იგი ასტიმულირებს ფშმ-ის გამოთავისუფლებას, მაგრამ მისი პულსური გამოყოფის სიხშირის შემცირება იწვევს ფშმ-ის სეკრეციის გაძლიერებას (3).

ფშმ-ის ფუნქციების განხორციელება შესაძლებელია მხოლოდ მისი სპეციფიური რეცეპტორით, რომელიც მიეკუთვნება G-ცილასთან შეწყვილებულ რეცეპტორთა ოჯახს და ხასიათდება ფართო ექსტრაცელულური დომენით, რომელსაც ჰორმონი სპეციფიურად უკავშირდება მემბრანის მომკვეთი დომენით და ინტრაცელულური კარბოქსიტერმინალური დომენით (4).

ქალში გრანულური, ხოლო მამაკაცში — სერტოლის უჯრედები წარმოადგენენ ფშმ-ის მოქმედების სამიზნეს, მხოლოდ მათშია მოთავსებული ფოლიკულომასტიმულირებული ჰორმონის რეცეპტორები (ფშმპრ). საკვრცხეში ფშმ არეგულირებს გრანულური უჯრედების ფუნქციას, მოიცავს საკვრცხის ფოლიკულების განვითარებასა და სელექციას, ოციტის მომწიფებას და, მპ-თან ერთად, ოვულაციის პროცესს. სათესლეებში იგი არეგულირებს სერტოლის უჯრედთა ფუნქციას, რომელიც თავის მხრივ უზრუნველყოფს ჩანასახოვანი უჯრედების ნორმალური განვითარებისა და სიმწიფისათვის ფიზიკურ და ბიოქიმიურ საფუძველს (5).

მიუნსტერის ინსტიტუტში ჩატარებული კვლევის შედეგად აღმოჩენილ იქნა ფშმპრ გენის ეგზონ 10-ში ორი სახის პოლიმორფიზმი (6) /იხ.სურათი/. ერთი, მოთავსებულია ინტრაცელულურ დომენში პოზიცია 580-ზე, რომელიც შეიძლება არჩევითად იყოს დაკავებული ასპარაგინის (Asn) ან სერინის (Ser) მიერ და მეორე — ექსტრაცელულურ დომენში, პოზიცია 307, რომელიც შეიძლება დაიკავოს როგორც ალანინმა (Ala), ასევე ტრეონინმა (Thr). ეს ორი ალელური ვარიანტი მსგავსად არის განაწილებული უნაყოფო მამაკაცებსა და ჯანმრთელ პოპულაციაში; რეცეპტორის ტიპი არ არის ჩათრეული გონადურ უქმარისობაში. როგორც ცნობილია, პოლიმორფიზმს შეუძლია შეცვალოს ჰორმონებისა და მათი რეცეპტორების ფუნქცია. სწორედ ამ მიზნით, ჩვენ გადავწყვიტეთ ვაკვერძემლებინა კვლევითი ძეგა ფშმპრ-ის გენტიპის პოლიმორფიზმის შესასწავლად მამაკაცსა და ქალში შესაძლებელი ფუნქციურ-სტრუქტურული სხვაობის გამოვლენის მიზნით.

ჩვენ ვიკვლევდით ფმპრ-ის გენოტიპისა და კლინიკური პარამეტრების კორელაციას მამაკაცში (7). მკვლევართა მეორე ჯგუფი იკვლევდა იგივე მარკერებს ქალის ორგანიზმში (8). ორივე შემთხვევაში სწარმოებდა დნმ-ის ექსტრაქცია თეთრი სისხლიდან სტანდარტული მეთოდებით, ხოლო პოლიმორფული ჯაჭვის რეაქციის და პოლიმორფიზმის შემდგომი დადგენა — ერთჯაჭვიანი კონფორმაციული პოლიმორფიზმის გელ-ელექტროფორეზით.

პირველ (მამაკაცთა) ჯგუფში გაერთიანებული იყო 288 პირი. პოზიცია 680-ზე პოლიმორფიზმის საერთო განაწილების სიხშირე შეადგენდა 29%-ს ასპარაგინ-ასპარაგინის (Asn-Asn) ვარიანტისათვის, 52%-ს ასპარაგინ-სერინისათვის (Asn-Ser) და 19%-ს სერინ-სერინისათვის (Ser-Ser). ერთჯაჭვიანი კონფორმაციული პოლიმორფიზმის გელ-ელექტროფორეზით დაფიქსირდა ურთიერთკავშირი პოზიცია 680-სა და 307-ს შორის პრობანდთა უმეტეს ნაწილში. მხოლოდ ოთხ პირში გამოვლინდა განსხვავებული კომბინაციები. როდესაც ობიექტები დაჯგუფდნენ ფმპრ-ის გენოტიპის მიხედვით, რაიმე სხვაობა ბაზალურ ფმპ-სა და ტესტოსტერონის დონეში არ აღმოჩნდა.

მეორე ჯგუფში (8) გაერთიანებული იყო 161 ქალი უნაყოფობის დიაგნოზით, რაც გამოწვეული იყო როგორც პარტნიორის ფაქტორით, ასევე ფალოპის მილის ათოლოგიით. მათ სამკურნალოდ გათვალისწინებული იყო *in vitro* ფერტილიზაცია თანმსდვეი ფმპ-ის სტიმულაციის ტესტით.

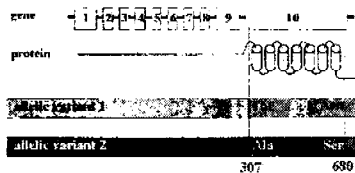
პოზიცია 680-ზე პოლიმორფიზმის საერთო განაწილების სიხშირე შეადგენდა 29%-ს ასპარაგინ-ასპარაგინის ვარიანტისათვის (Asn-Asn), 45%-ს ასპარაგინ-სერინისათვის (Asn-Ser) და 26%-ს სერინ-სერინისათვის (Ser-Ser). როდესაც პაციენტები დაჯგუფდნენ ფმპრ-ს გენოტიპის მიხედვით სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა გამოვლინდა ბაზალური ფმპ-ის დონეს შორის ($p < 0.01$). გარდა ამისა, სტიმულაციისათვის საჭირო ფმპ-ის ამჟღავნების (75 ს. ე.) შორისაც შეინიშნებოდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა ფმპრ-ის გენოტიპზე დამოკიდებულებით.

ამგვარად, ქალებისაგან განსხვავებით, სადაც ფმპრ-ის გენოტიპი ასრულებს განსაზღვრულ როლს სამიზნე ორგანოს ფიზიოლოგიურ პასუხში ფმპ-ს სტიმულაციაზე, მამაკაცში მსგავსი კორელაცია გენოტიპსა და კლინიკურ პარამეტრებს შორის არ შეინიშნება.

როგორც ჩანს, საკვრცხეში ფოლიკულების მომწიფება და განვითარება უფრო მგრძობიარეა ფმპ-ისა და მისი რეცეპტორის განსხვავებულ ურთიერთქმედებაზე, ვიდრე სპერმატოგენეზი.

Allelic variants of the FSH receptor

(Simoni et al., JCEM 84: 751, 1999)



1. Rose MP, Gaines das RE, Balen AH (2000) Definition and measurement of follicle stimulating hormone. *Endocr Rev* 21 (1): 5-22.
2. Ulloa-Aguirre A, Timossi C (1998) Structure-function relationship of follicle-stimulating hormone and its receptor. *Hum Reprod Upd* 4: 260-283.
3. Simoni M, Nieschlag E (1995) FSH in therapy: physiological basis, new preparations and clinical use. *Reprod Med Rev* 4: 163-167.
4. Simoni M, Gromoll J, Nieschlag E (1997) The follicle-stimulating hormone receptor: biochemistry, molecular biology, physiology and pathophysiology. *Endocr Rev* 18:739-773.
5. Gromoll J, Simoni M, Nordhoff V, Behre HM, De Geyter C, Nieschlag E (1996) Functional and clinical consequences of mutations in the FSH receptor. *Mol Cell Endocr* 125:177-182.
6. Simoni M, Gromoll J, Hoppner W, Kamischke A, Kraft T, Stahle D, Nieschlag E (1999) Mutational analysis of the follicle-stimulating hormone receptor in normal and infertile men: identification and characterization of two discrete FSH receptor isoforms. *J Clin Endocrinol Metab* 84:751-755.
7. Asatiani K, Gromoll J, S.v. Eckardstein, Zitzmann M, Nieschlag E, Simoni M (2001) Distribution and function of FSH receptor isoforms in normal men (in press).
8. Percz-Mayorga M, Gromoll J, Behre HM, Gassner C, Nieschlag E, Simoni M (2000) Ovarian response to FSH stimulation depends on the FSH receptor genotype. *J Clin Endocrinol Metab* 85: 3365-3369.

**Асатиანი К., Квачадзе И., Симоли М., Нишлаг Е.
РЕЦЕПТОР ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА
У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН
РЕЗЮМЕ**

Фолликулстимулирующий гормон (ФСГ) принадлежит ключевая роль как в оогенезе, так и в количественной и качественной реализации сперматогенеза. ФСГ контролирует развитие гамет в гранулёзных и в Сертоли клетках путем связывания со своим рецептором.

В предпринятом исследовании было изучено влияние двух различных изоформ ФСГ рецептора – Тре307/Асп680 и Ала307/Сер680 в большой группе мужчин и женщин. Частота распределения вариантов рецептора ФСГ для позиции 680 у мужчин была равна 29% Асп/Асп, 52% Асп/Асп и 19% Сер/Сер. А у женщин -29% Асп/Асп, 45% Асп/Сер и 26% Сер/Сер.

У мужчин, не было различия между уровнями ФСГ и тестостерона, когда объекты были сгруппированный в соответствии с генотипом рецептора ФСГ.

У женщин базальный уровень ФСГ был значительно разным между 3 группами, а также было различным количество ампул ФСГ, требуемых для стимуляции.

В отличие от женщин, у которых отмечалось значительная корреляция между полиморфизмом рецептора ФСГ и базальным уровнем ФСГ, у мужчин было установлено что, генотип рецептора ФСГ не оказывает влияние на различие клинических параметров и не может служить прогностическим показателем действия ФСГ.

K. Asatiani, I. Kvachadze, M. Simoni, E. Nieschlag
FOLLICLE STIMULATING HORMONE RECEPTOR
IN MALE AND FEMALE
S U M M A R Y

Follicle stimulating hormone (FSH) plays a key role in oogenesis and in maintenance of qualitatively and quantitatively normal spermatogenesis. It controls gamete development through granulosa and Sertoli cells, via binding to its receptor. In this study we explored the impact and action of two distinct FSH receptor isoforms Thr307/Asn680 and Ala307/Ser680 in large groups of men and women. The distribution frequency for position 680 was 29% for the Asn/Asn, 52% for the Asn/Ser, and 19% for the Ser/Ser FSH receptor variant in men, and 29% for the Asn/Asn, 45% for the Asn/Ser and 26% for the Ser/Ser variant in women.

In men, there were no differences between the FSH and testosterone levels when the subjects were grouped according to their FSH receptor genotype.

In women, basal FSH levels were significantly different among the 3 groups and also the number of FSH ampoules required for stimulation was different.

Differently from females, in whom a significant correlation between FSH receptor polymorphism and basal FSH levels was found, the FSH receptor genotype has no influence on differences in clinical parameters and can not serve as a prognostic parameter of FSH action in males.

ვახალაძე
სიცოცხლე, როგორც ბიომედიკური კატეგორია

თსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის
ინსტიტუტის ტრადიციული მედიცინის განყოფილება,
საზოგადოებათმეცნიერებების კათედრა

დღევანდელი ეპოქის ფსიქოსტრესული და სოციალური კატაკლიზმები, უკანასკნელი ათწლეულების სამედიცინო-ბიოლოგიურ მეცნიერებათა აღმოჩენები და მათი კლინიკურ პრაქტიკაში დანერგვის რეალიები ქმნიან განსაკუთრებულ აუცილებლობას, შევიცნოთ და ღრმად ჩაკწვდეთ ადამიანის ბუნებას, მისი ყოფიერების აზრს, რაც თავის მხრივ დაკავშირებულია სიცოცხლის არსის კვლევისა და თვით "სიცოცხლის" ცნებაში მოაზრებული შინაარსის ტრანსდისციპლინური ინტერპრეტაციის გნოსეოლოგიურ პროცესებთან, როგორც ბიოეთიკური ცნობიერების კატეგორიული აპარატის გენეზისის ობლგატურ პირობასთან [1, 2].

წარმოდგენილი ნაშრომის მიზანია "სიცოცხლის" როგორც ბიოეთიკური კატეგორიის კვლევის მეცნიერული, ფილოსოფიური და მეტამეცნიერული ასპექტების დადგენა.

ბიოეთიკურ პრობლემურ სიტუაციათა დიდი ნაწილი დაკავშირებულია სიცოცხლის, როგორც ბიოეთიკური ფუნომენისადმი სრულიად განსხვავებული, ურთიერთგამომრიცხველი და საპირისპირო დამოკიდებულებების არსებობით დღევანდელ მსოფლიო საზოგადოებრიობაში [1, 3], რომელიც ხასიათდება ა) მორალური ჰეტეროგენურობით, ბ) ეთიკური პლურალიზმით, რომელსაც ახასიათებს უტილიტარიზმის სიჭარბე, გ) საკანონმდებლო დისონანსით ეთნონაციონალურ ძენტალიტეტსა და ტრადიციებთან, დ) რელიგიური ტოლერანტობის თანაარსებობით სექტანტობის "პრიორიტეტულობასთან" და,

ყოველივე აქედან გამომდინარე, ე) სულიერ-ზნობრივ-ღირებულებითი ორიენტაციის დაზიანებით [2].

ბიოსამედიცინო ეთიკა, როგორც სამეცნიერო დარგი და გამოყენებითი ეთიკის სფერო, საჭიროებს სიცოცხლის, როგორც ერთ-ერთი ძირითადი ცნების, შემდეგი ასპექტების კვლევას:

1. სიცოცხლის წარმოშობის საკითხი;
2. სიცოცხლის არსის წყალობა საკვლევი ობიექტის (ცოცხალი ორგანიზმის, ბიომედიცინაში – ადამიანის), როგორც ორგანულად ერთიანი, მთლიანი და ამავე დროს სხვადასხვა ბიოორგანიზაციული სტრუქტურული დონეების მქონე სისტემისადმი დიფერენციაციულ-ინტეგრაციული მიდგომით;
3. ცოცხალი სისტემის ტელეოლოგიური მიზანშეწონილობისა და დეტერმინაციის პრობლემები;
4. სიცოცხლის აქსიოლოგიური არსი;
5. ადამიანი, როგორც ცოცხალი არსება და მისი ადგილი ცოცხალ ორგანიზმთა სისტემაში;
6. ადამიანის ჩასახვის, როგორც ადამიანის სიცოცხლის დასაწყისის გაკების საკითხი;
7. მუცლადყოფნის პერიოდი და ორსულობა, როგორც “უადრესი ბავშვობა” და პრენატალური დეღობა;
8. დაბადება, როგორც სიცოცხლის გაგრძელების აქტი და არა დასაწყისი; დაბადება, როგორც ბიოსამედიცინო, ფსიქოლოგიური, ფილოსოფიური და მისტიკური ფენომენი;
9. ადამიანის სიცოცხლე, როგორც ფასეულობა პლურალისტულ საზოგადოებაში; სიცოცხლის გაუფასურების ტენდენციები და გამოვლინებები;
10. “სიცოცხლის უფლება”: საკითხის ისტორიული, ეთიკური, პოლიტიკური და სამართლებრივი მხარე;
11. სიკვდილის, როგორც სიცოცხლის ფინალის პრობლემა ადამიანისმცოდნეობით ბუნებისმეცნიერულ და ჰუმანიტარულ მეცნიერებებში;
12. სიცოცხლისა და სიკვდილის მარადიულობისა და წარმავლობის მეცნიერული, ფილოსოფიური, თეოლოგიური და რელიგიური გააზრება;
13. ზღვარი სიცოცხლესა და სიკვდილს შორის, როგორც გლობალური მეცნიერული და მეტამეცნიერული პრობლემა; “ტვინის სიკვდილისა” და მყარი ეგეგმატიური მდგომარეობის დეფინიციის დილემა;
14. სიცოცხლის სიწმიდე (ღვთაებრიობასა, ზებუნებრივობასა) და სიცოცხლის ზარისხს (განპირობებულს ავადმყოფობის, ტანჯვის, სიკვდილის მოახლოების, სასოწარკვეთილობის და სხვა ნეგატიური ფენომენებით) შორის ურთიერთმიმართებანი;
15. სიცოცხლე და სიკვდილი კაცობრიობის კულტურულ ტრადიციებში;
16. ადამიანის სიცოცხლის ფილოსოფიურ-ეგზისტენციალური გააზრება.

წარმოდგენილი რეველაციის მნიშვნელობა ბიოეთიკური გამოკვლევებისათვის განისაზღვრება არა მხოლოდ ლოგიკური ანალიზის სკრუპულოზურობით, არა სიკვდილ-სიცოცხლის დილემათა და პრობლემათა ინტერდისციპლინური გააზრების დეტალიზებით, არამედ უპირველეს ყოვლისა დასახული მიზნით, მოხდეს სიცოცხლის არსის შემეცნების ობლივატურობის, სიცოცხლის ფილოსოფიის, ეთიკის ამოუწურავობისა და ამ საკითხთა კვლევის ძირითად

ვექტორთა მიმართულებების დემონსტრირება და მეცნიერული მეთოდოლოგიური არგუმენტაცია.

ლიტერატურა:

1. ვევეშიძე დ., ვიკუა გ., მამულაშვილი ბ. ბიუსიკა. - თბ., 2001.
2. Ахаладзе В.М. Превентивная функция биоэтики в отношении возникновения медико-биологических и других глобальных проблем человечества. Georgian Medical News.- 2001. - №7-8. - P. 79-81.
3. Devine R.J. Death and Dying. // Good Care, Painful Choices. 2nd ed. - N.Y./N.J. - 2000. - P.197-218.

Ахаладзе В. ЖИЗНЬ, КАК БИОЭТИЧЕСКАЯ КАТЕГОРИЯ РЕЗЮМЕ

Биомедицинская этика, как научная отрасль и сфера прикладной этики для решения биоэтических проблем и дилемм нуждается в трансдисциплинарном научном и метанаучном осмыслении понятия «жизнь». В этот гносеологический процесс автором включен ряд аспектов исследования рассматриваемого феномена; вопрос о происхождении жизни; проблемы телеологической целесообразности и детерминации живой системы: зачатие, внутриутробный период и рождение, как биомедицинские, философские и мистические феномены; ценность человеческой жизни; право на жизнь; научная, культурологическая, религиозная, философская и биоэтическая интерпретация понятия «смерть», как финала жизни.

Akhaladze V. LIFE AS BIOETHICAL CATEGORY SUMMARY

The author discuss the problem of interpretation of life as bioethical category from different perspectives, employing different methodologies that enrich the discourse and exhibit a multitude of views. He examines some questions of multi-disciplinary studies of life combining philosophy, theory, theology, scientific and meta-scientific knowledge and culturology: the nature of human life, its origins, purpose and destiny; conception, prenatal period and birth, as biomedical, philosophic and mistic phenomenons (beginning-of-life issues); conflict between sanctity of life and quality of life; end-of-life issues: understanding of death as problem of finale; meaning of death and dying for a human being; the rights and the obligations of the patient in the process of dying.

**ტრანსდისციპლინური ცოდნა ბიოჰედიცინაში და
ფუნდამენტური ბიოქიმიკური ცნებები**
 ოსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის
 ინსტიტუტის ტრადიციული მედიცინის განყოფილება,
 საზოგადოებათმეცნიერების კათედრა

ბიოსამედიცინო ეთიკა უნივერსალურობას იძენს იმის მეოხებით, რომ მისი, როგორც სამეცნიერო დარგის საგანი არის ადამიანი (ექიმი, სხვა სამედიცინო და ტექნიკური პერსონალი, პაციენტი, მშობელი, მეურვე, სუროგატული დედა, ტრანს-პლანტაციური დონორი და რეციპიენტი, ემბრიონი, უშვილო, მომაკვდავი, განუკურნებელი სენით დაავადებული, "ტვინის სიკვდილის" ან მკარ ვეგეტატიურ მდგომა-რობაში მყოფი ადამიანი, ნარკოზანი, სქესობრივი დევიანტი და ა.შ.), რომელიც თავისი ორბუნებოვნების გამოვლინების ფორმებითა და ურთიერთკავშირებით გარე სამყაროსთან, სოციალურთან, უნივერსუმთან, აბსოლუტთან - წარმოადგენს ბიოეთიკის, როგორც აზროვნებისა და ცოდნის განსაკუთრებული სისტემის - კვლევისა და შესწავლის მიზანს, საფუძველსა და უმთავრეს შინაარსს [1, 3, 8].

ბიოეთიკური ცნობიერება უნივერსალურია იმ გაგებითაც, რომ იგი უნდა მოიცავდეს, რეალურად წარმოადგენდეს და ეფუძნებოდეს კიდევ არა მარტო მეცნიერული ცოდნის, არამედ კაცობრიობის მოღვაწეობისა და ურთიერთობათა რეა-ლიების, კულტურის ყველა კომპონენტის (ისტორიულ-ტრადიციული, ეთიკური, ეთნოლოგიური, ნაციონალური, რელიგიური, სოციალური (ოჯახური, გეოგრაფიული, მოქალაქეობრივი), პოლიტიკური, ჰუმანიტარული) ანალიზის, ინტერპრეტაციის, ინტეგრაციისა და სინთეზისაკენ მისწრაფებას [1, 3, 5]. ამ მეთოდოლოგიურ პროცედურათა განხორციელებისათვის აუცილებელია ადეკვატური ცნებების (კატეგორიების) სისტემის შექმნა. ასე რომ ბიოეთიკის გენეზისის პროცესის უპირველესი ამოცანა უნდა განისაზღვროს, როგორც ძირითად ცნებათა აპარატის კონსტრუირება: ფუნდამენტურ ცნებათა გადასინჯვა და ახალ ცნებათა ფორმულირება.

ადამიანის არსის, სიცოცხლისა და სიკვდილის, ავადმყოფობისა და ჯანმრთელობის შესახებ ამომწურავ ცოდნას ვერ იძლევა ცალკე კერც საბუნებისმეტყველო, კერც ჰუმანიტარული მეცნიერებები. უფრო მეტიც, ამ ცნებათა მეტნაკლებად ამომწურავი დეფინიციის მისაღებად დღის წესრიგში დგება საკითხები, რომელთა გადაწყვეტა სცილდება საერთოდ სამეცნიერო სფეროს და მოითხოვს ღრმა და ყოველმხრივ მეტამეცნიერულ (ფილოსოფიურ, თეოლოგიურ, მეტაფიზიკოლოგიურ და ა.შ.) კვლევას და გააზრებას [2, 3, 6].

ფუნდამენტურ სამედიცინო-ბიოლოგიურ ცნებათა ტრანსდისციპლინური რეფლექსიის ინიციატია, რა თქმა უნდა, მათ შესახებ საბუნებისმეტყველო ცოდნის კრიტიკული ანალიზით უნდა რეალიზდეს. ბიოეთიკა მოითხოვს სიკვდილის, სიცოცხლის, ავადმყოფობის, ჯანმრთელობის, ადამიანის ბუნების სულიერი და ფიზიკური არსის დეფინიციების შემუშავებას მათ შესახებ არსებული მთელი ბიოსამედიცინო მეცნიერული ცოდნის საფუძველზე. ასე მაგალითად, სიკვდილის შემსწავლელ წამყვან მეცნიერებებს - პათოლოგიურ ანატომიასა და პათოლოგიურ ფიზიოლოგიას XX ს.-ში შეემატა რეანიმატოლოგია. დღეს

თანატოლოგიური ცოდნა სიკვდილის სტადიების, კვდომისა და გაცოცხლების პროცესებს, ე.წ. "ტენის სი-კვდილისა" და მყარი ვეგეტატიური მღვამარების ადამიანის სიკვდილთან მიმართების შესახებ წარმოდგენელია და, ამავე დროს, არაკომპეტენტური ამ ფუნქციონირება რეანიმატოლოგიური ასპექტების კვლევის, ღრმა კლინიკური და თეორიული გააზრების გარეშე [5, 9]. თანამედროვე ბიოეთიკური პრობლემური სიტუაციების ინტერპრეტაციამ დღის წესრიგში დააყენა სიკვდილის, როგორც სამედიცინო-ბიოლოგიური ცნების პერიანატოლოგიური (აბორტი, მუცლადყოფნის პათოლოგია), რეპროდუქციულტექნოლოგიური ("ჭარბი" ემბრიონები in vitro განაყოფიერებისას), ევთანაზიური ასპექტების მეცნიერული კვლევის აუცილებლობა [1, 8].

ამრიგად, განხილული მაგალითი წარმოკვიდგენს ცოდნის ინტეგრირების პროცესს სამედიცინო-ბიოლოგიურ მეცნიერებათა შიგნით. ამ გნოსეოლოგიური პროცესის შემდეგი ეტაპი არსებულ ცოდნასთან ჰუმანიტარულ, ფსიქოლოგიურ და ფილოსოფიურ აზროვნებათა მონაპოვრების შეჯგერებაა [4, 6]. საილუსტრაციოდ მივმართავთ ანთროპოლოგიური პრობლემის კვლევის საკითხს.

ადამიანის, როგორც მთლიანი პიროვნების, სულია და სხეულის, ბიოლოგიურისა და სოციალურის, ღვთაებრივისა და წარმაჯალის ერთიანობის კვლევა გარდა ბუნებისმეცნიერულისა (ბიოლოგიურის, ფიზიოლოგიურის, ფიზიკო-ქიმიურის, სამედიცინოსი) მოიცავს ისტორიულ, ფილოსოფიურ, ფსიქოლოგიურ, თეოლოგიურ, პოლიტიკურ, ეკონომიკურ, სოციალოლოგიურ, კულტუროლოგიურ, ეკოლოგიურ, ბიოეთიკურ და ფუტუროლოგიურ ასპექტებს. მხოლოდ ასეთი ინტეგრირებული, ტრანსდისციპლინური კვლევით შეიძლება ჩაეწვედეთ არა მარტო ადამიანის დუალისტური ბუნების სიღრმეებს, არამედ იმ პრინციპულ კანონზომიერებებსაც, რომლებიც მოქმედებენ როგორც ყველა დონეზე — სუბატომურიდან (წინარეობი-ლოგიურიდან) სულიერამდე (მეტაბიოლოგიურსა და მეტაფსიქოლოგიურამდე), ისე მის გარეთაც: გარე სამყაროში, კოსმოსში და აკავშირებს ადამიანს აბსოლუტთან (ღმერთთან, საკრალურთან, ტრანსცენდენტთან, ომეგა-წერტილთან) [2,4,6,7].

ინტერდისციპლინურ გააზრებას საჭიროებს ავადმყოფობის ცნების ტრანსფორმაციაც ბიოეთიკურ კატეგორიად. აქ განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს მისი აქსიოლოგიურ-ღირებულებითი არსის კვლევა [2].

ამრიგად, ბიოეთიკისათვის აქტუალური ხდება ცოდნის ინტეგრაციის მსოფლ-მხედველობრივი საფეხური, რომელიც ფილოსოფიურისაგან განსხვავებული აქტად გვევლინება და ითვალისწინებს ბუნებისმეცნიერული ცოდნის ჩართვას მსოფლ-მხედველობრივ სტრუქტურაში კულტურის სისტემის მეოხებით [4], რომლის ელემენტებად მოიაზრება მეცნიერებაც, მედიცინაც და ეთიკაც. ამგვარი ინტეგრაცია ცოდნის სინთეზის ყველაზე მაღალი დონეა, რომლის გამოვლინების იდეალი სამყაროს ჭეშმარიტი სურათი იქნებოდა [4, 6]. ინტეგრაციის ეს მეტათეორიული დონე ბიოსამედიცინო ეთიკაში კაცობრიობის დღევანდელი ბიოეთიკური სტატუსის ამსახველი პოლოგრამისა და მისი პროგნოზირებადი მომავლის სურათის (გადარჩენა, აპოკალიფსი) სახით ექსპრესირდება.

ლიტერატურა:

1. კვიციანი ლ., კვიციანი გ., მამულაშვილი ბ. ბიოეთიკა. - თბ. - 2001.
2. Ахаладзе В.М. Аксиологическая сущность болезни. // Georgian Medical News. - 2001. - 9. - С. 85-90.
3. Биоэтика: проблемы, трудности, перспективы (Материалы «круглого стола») // Вопросы философии. - 1992. - №10. - С.3 28.Б
4. Кубаевский Н.К. О месте интегративного медицинского знания в структуре мировоззрения. // Философские вопросы медицины и биологии. Вып.20. - Киев. - 1988.
5. Мы и биоэтика (Материалы «круглого стола»). // Человек. - 1990. - №6. - С. 92-102.
6. Писклаков П.И. Формы и методы интеграции различных отраслей научного медицинского знания. // Философские вопросы медицины и биологии. - Вып.20. - Киев. - 1988.
7. Сержантов В.Ф. Человек, его природа и смысл бытия. - Л., 1990. - С. 360.
8. Cohen Almagor R. Introduction. // Medical ethics at the dawn of the 21st century. - Annals of the New York Academy of Sciences. - Vol. 913. - New York. - 2000. - P. 1-22.
9. Shewmon A. "Brainstem Death", "Brain Death" and "Death": A critical Re-Evolution of the Purported Equivalence // Issues in Law & Medicine. - Vol.14. - N 2. - 1998. - P.125-145.

Ахаладзе В.

TRANSDISCIPLINARY KNOWLEDGE IN BIOMEDICINE AND FUNDAMENTAL BIOETHICAL CONCEPTS РЕЗЮМЕ

В процессе генезиса биоэтики среди первоочередных задач стоит конструирование основного понятийного аппарата: пересмотр фундаментальных понятий (категорий) и формулирование новых понятий. Для дефиниции болезни, здоровья, жизни, смерти, сущности человеческой природы не самодостаточны естественнонаучные либо гуманитарные научные знания. Требуется метаучные исследования и осмысление ряда феноменов. Инициация трансдисциплинарной рефлексии реализуется через кристаллизацию в первую очередь естественнонаучного знания и переходит в философский синтез знаний о предмете исследования с помощью понятий, категорий и законов в систему, которая должна соответствовать реальности. Наиболее высокая степень интеграции — мировоззренческий включает естественнонаучные знания в структуру мировоззрения через систему культуры, в которой и наука, и медицина, и этика являются её элементами. Все ступени этого гносеологического акта автором прослеживается на примерах формирования фундаментальных биоэтических категорий (болезнь, смерть, сущность человеческой природы).

Akhaladze V.

TRANSDISCIPLINARY KNOWLEDGE IN BIOMEDICINE AND FUNDAMENTAL BIOETHICAL CONCEPTS РЕЗЮМЕ

Bioethics is a complex (multi-disciplinary) and complicated sphere of knowledge and practice caught up in the contemporary zeitgeist which will

continue to guide us in future to care for and support the patient in their physical and mental illnesses, in the process of dying and in the modern biotechnological situations. Bioethics needs in originating and defining of its own concepts such as life, death, illness, health, etc. In an effort to highlight some of these fundamental concepts this study reviews the gnoseological question of definition from the position of ideological integration and philosophical synthesis of various standpoints – the biological, medical, philosophical-existential, sociological, ethical, culturological, theological, ethnic, national, psychological, theoretical and meta-scientific dimensions. Only such trans- and multi-disciplinary studies are able to deal with a problem of interpretation of bioethical categories.

თ.ახმეტელი, ნ.ლომიძე, ლ.ახმეტელი, ნ.ფრუიძე.
**ენტერალური უკმარისობის სინდრომი, მისი
პროფილაქტიკა და მკურნალობა**
თსსუ, ქირურგიის სწულებათა №1 კათედრა

გავრცელებულ პერიტონიტს, როგორც წესი, თან ერთვის კუჭნაწლავის ტრაქტის ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატული პარეზი. თვლიან, რომ პერიტონიტის დროს განვითარებული ენდოტოქსემიის გაღრმავებაში წვრილი ნაწლავის მოტორიკის მოშლა განსაკუთრებულ როლს თამაშობს და პოლიორგანული უკმარისობის ჩამოყალიბების ერთერთ ძირითად მიზეზს წარმოადგენს. ვითარდება პათოლოგიური პროცესი, რომელიც ენტერალური უკმარისობის სინდრომის სახელით არის ცნობილი. ენტერალური უკმარისობის სინდრომის დროს ნაწლავის სანათურში გროვდება პათოგენური მიკროფლორა, მატულობს მიკროფლორის გამრავლების ტემპი, აქტიურდება პუტრიდული და ლპობითი პროცესები, ირღვევა ნაწლავის ლორწოვანი გარსის მადეტოქსიკაციური ფუნქცია, სითხით და აირებით დიდი რაოდენობით გადაესებულ და გადაჭიმული ნაწლავის კედელში მკვეთრად ირღვევა მიკროცირკულაცია, რასაც მოსდევს ტოქსიკური პროდუქტების, მიკრობებისა და მათი ტოქსინების გაღწევა სისხლსა და ლიმფის კალაპოტში. მუცლის ღრუში, რაც საგრძნობლად აძლიერებს ენდოგენურ ინტოქსიკაციას.

ნაწლავის მოტორული ფუნქციის მოშლას აუცილებლად მოსდევს მიკროორგანიზმების ტრანსლოკაცია, ე.ი. ნაწლავის ტერმინალური ნაწილების მიკროფლორის გავრცელება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა მონაკვეთში. წვრილი ნაწლავი ითიშება შუალედური ცვლიდან, რასაც მეტაბოლური დარღვევების მკვეთრი დამძიმება მოსდევს. ნაწლავის პროგრესირებადი პარეზი იწვევს სითხის სეკვესტრაციას, ჰიპოკალემიას, ზრდის ნაწლავის და მუცლისშივა წნევას, რაც უარყოფითად მოქმედებს გულისხმლძარღვთა და სასუნთქი სისტემების ფუნქციაზე.

ამით არის განპირობებული, რომ ენტერალური უკმარისობით მიმდინარე პერიტონიტის მკერნალობის კომპლექსში ერთერთი მთავარი ღონისძიება მიმართული უნდა იყოს ნაწლავთა პარეზის მოსახსნელად და პერისტალტიკის აღსადგენად. ამ შაზნია მრავალ ხერხს შიძარათვენ, მაგრამ ნაწლავის ნეოგელი

აპარატის დამბლის პირობებში არც ოყენები, არც სხვადასხვა ღონის სტომები, არც ფარმაკოლოგიური პრეპარატები უმეტეს შემთხვევაში შედეგს არ იძლევა.

მრავალი წლის გამოცდილებით დადგენილი იყო, რომ მოტორიკის აღდგენის ყველაზე ეფექტური საშუალება ნაწლავის შიგთავისსაგან მექანიკური დაცვაა, რასაც ოპერაციის მსვლელობის დროს მიმართავენ. ნაწლავის განთავისუფლებას შიგთავისსაგან სხვადასხვა ხერხით აღწევენ. ნაწლავის დაცვა ენტეროსტომით შეიძლება გართულდეს მუცლის ღრუს ინფიცირებით. უფრო ადვილია ნაწლავის დაცვა შიგთავისსაგან იმ შემთხვევაში თუ გადაწყვეტილია ნაწლავის რეზექცია. ასეთ შემთხვევაში პირველ რიგში იკვეთება მუცლის ღრუს გარეთ გამოტანილი სარეზექციო ძარყუვის დისტალური ნაწილი. ამ განაკვეთით ნაწლავს თანდათანობით სცლიან შიგთავისსაგან და მთლიანი დაცვის შემდეგ აკეთებენ რეზექციას. ამ შემთხვევაშიც მთავარი საზრუნავია მუცლის ღრუს დაცვა ინფიცირებისაგან.

არ გაამართლა ს.იუდინის მიერ მოწოდებულმა საკიდმა ენტეროსტომიამ თემოს ნაწლავის ტერმინალურ მონაკვეთზე, რადგან იცლებოდა მხოლოდ ახლომდებარე ერთი ან რამდენიმე ძარყუვი.

ნაწლავთა დეკომპრესიის მიზნით მოწოდებული იყო წვრილი ნაწლავის ინტუბაცია ენტეროსტომიით, ცეკოსტომიით, გასტროსტომიით.

ოპერაციის მსვლელობაში ჩატარებული ნაწლავთა ერთჯერადი დეკომპრესია, ოპერაციის შემდგომი დეკომპრესიის გარეშე, მხოლოდ დროებით ეფექტს იძლევა. ოპერაციის შემდეგ პარეზი გრძელდება, ნაწლავი კვლავ იესება შიგთავისით. ამიტომ ნაწლავის ოპერაციის შემდგომი დეკომპრესია, ნაწლავის მოტორიკის აღდგენამდე, ენტერალური უკმარისობის წინააღმდეგ ბრძოლის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს.

ოთხმოციანი წლების დასაწყისში ოპერაციის შემდგომი პარეზის აცილების მიზნით კლინიკა მიმართავდა ძალიან სადეკომპრესიო ეიუნოსტომიის ფორმირებას (იმგალობლიშვილი) ზონდის ბოლოს მოთავსებით ტრეიცის იოჯიდან 30-40 სმ-ის დაცილებით. დამტკიცდა, რომ წვრილი ნაწლავის ინტუბაციის ასეთი დონე ნაწლავების დეკომპრესიის მისაღწევად საეფექტურია. მილის ამოღების შემდეგ დარჩენილი ხვრელი გართულების გარეშე თავისით იხურება 1-3 დღეში.

ოთხმოციანი წლების მეორე ნახევრიდან კლინიკაში დაიწყო ინტრაოპერაციული ნაზონატერალური ინტუბაცია სილიკონის ერთ ან ორარხიანი ზონდით. წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის ბლოკადის შემდეგ ამ ზონდით თანდათან იცლება წვრილი ნაწლავები შიგთავისსაგან. ზონდი ნაწლავში რჩება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში პერისტალტიკის სრულ აღდგენამდე (თავიდან აქტიური ასპირაციით, შემდეგ — თვისიძინებით), რასაც ჩვეულებრივ 6-7 დღე სჭირდება.

ოპერაციის დროს ნაწლავის განთავისუფლება შიგთავისსაგან ადვილეს მუცლის ღრუს რევიზიას, მანიპულაციის ჩატარებას ჩაფუძულ ნაწლავზე, შერთულის დაღების შემთხვევაში ზრდის მის საიმედოებას, ადვილეს მუცლის ღრუს სანაჯის ღონისძიებებს. ოპერაციის შემდგომი დეკომპრესია კი ხელს უწყობს ნაწლავის პარეზისა და დამბლის ადრეულ მოხსნას, პერისტალტიკის აღდგენას, აძლიერებს მიოსტიმულატორების — პროზერინის, უბრეტიდის ეფექტიანობას. რაც თავის მხრივ ენდოგენური ინტოქსიკაციის შემცირების ერთერთ აუცილებელ პირობას წარმოადგენს.

ჩვენი გამოცდილებით, ნაწლავთა მოტორიკის დროულ აღდგენას, წვრილი ნაწლავის ინტრაოპერაციული და ოპერაციისშემდგომი დეკომპრესიის გარდა, ხელს უწყობს მუცლის ღრუს ინტრაოპერაციული სანაცია, ფორსირებული დიურეზი, ჩანაცვლებითი პლაზმაფერეზი, ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპია, ენდოლიმფურად პროზერინის შეყვანა და წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის ბლოკადა.

მიგვაჩნია, რომ ენტერალური უკმარისობით მიმდინარე პერიტონიტის, ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის და მუცლის ღრუს შემავალი ჭრილობის დროს, როდესაც მოსალოდნელია ნაწლავთა პარეზის განვითარება, ყველა შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ნაზოინტესტინური ინტუბაცია, ნაწლავების ინტრაოპერაციული დაკლა შიგთავსისაგან და ოპერაციისშემდგომი დეკომპრესია.

**Ахметели Т., Ломидзе Н., Ахметели Л., Приудзе Н.
СИНДРОМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.
ЕГО ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.
РЕЗЮМЕ**

При перитоните с сопутствующей энтеральной недостаточностью авторы положительно оценивают назоэнтеральную интубацию тощей кишки на уровне 40-60 см. от Трейцевой связки, освобождение кишечника от содержимого и послеоперационную декомпрессию кишечника до восстановления моторики кишки. Раннему восстановлению перистальтики способствуют эндолимфатическая антибиотикотерапия, введение прозерина эндолимфатически и регионарная антибиотикотерапия путем катетеризации корня брыжейки тонкой кишки.

**Akhmeteli T., Lomidze N., Ahmeteli L., Pruidze N.
SYNDROM OF ENTERIC INSUFFICIENCY, PREVENTION AND TREATMENT
SUMMARY**

In peritonitis with enteric insufficiency naso-enteric intubation of small bowel on the level of 40-60 cm from the Treitz ligament, postoperative decompression of the intubated bowel till regeneration of the bowel motorics are considered to be effective. Endolymphatic antibiotictherapy, endolymphatic injection of prozerin and regional antibiotictherapy through catheterization of the small bowel mesenteric root aid to early regeneration of peristaltics.

**ლახმეტელი
ანტიბიოტიკოთერაპიის ლიმფოგენური მეთოდები
დენტრალური აკინეზიის დროს
ოსსუ, ქირურგიის სნეულებათა №1 კათედრა**

აკინეზიის შემდგომი ვართულებების პროფილაქტიკა დღესაც აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მოსალოდნელია პერიტონიტის პროგრესირება, ძილეულებიტის, სუბდოფრანგული, დუგლასის სივრცის, ნაწლავთაშორისო ჩირქროვების განვითარება. ჭრილობისმიერი გარ-

თულებების სისხშირე აპენდექტომიის შემდეგ 10-37% შეადგენს (1) გართულებები უფრო ხშირია მწვავე აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმების დროს.

ძირითადი ღონისძიება, რომელსაც მიმართავენ აპენდექტომიის შემდგომ ჩირქოვან-ანთებითი გართულებების პრევენციის მიზნით, არის ანტიბიოტიკოთერაპია, თუმცა ერთიანი აზრი აპენდექტომიის შემდგომი ანტიბიოტიკოთერაპიის მიზანშეწონილობის შესახებ არ არსებობს. ინტრავენური და კუნთშიცა ანტიბიოტიკოთერაპიის გარდა თითქმის ორი ათეული წლის მანძილზე გამოყენებული იყო ანტიბიოტიკოთერაპიის ლიმფოგენური მეთოდები.

წინამდებარე ნაშრომში განხილულია მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტის დროს თერაპიის ლიმფოგენური მეთოდების გამოყენების შედეგები.

ჩვენ დაკვირვებების ქვეშ იყო 160 ავადმყოფი მწვავე აპენდიციტის დესტრუქციული ფორმებით, მათგან 121 ავადმყოფს აღენიშნება ფლევმონური, 20 განგრეული, 8 განგრეულ-პერფორაციული ფორმა და 11-აპენდიკულური ინფილტრატი. ამ ჯგუფში არ არის შეყვანილი ავადმყოფები, რომელთაც ძირითადი პროცესი გართულებული ჰქონდათ დიფუზური და უნივერსალური პერიტონიტით. ჭია ნაწლავის ანთებით პროცესს 114 შემთხვევაში თან ახლდა ადგილობრივი სეროზული ან ჩირქოვანი პერიტონიტი. ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 11-დან 78 წლამდე, ქალი იყო-62, მამაკაცი-58.

ავადმყოფთა ამ ძირითად ჯგუფში მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო თერაპიის ლიმფოგენური მეთოდები. ანტიბიოტიკების შესაყვანად გამოყენებული იყო სამი გზა-ენდოლიმფური, ტურფის ლიმფური ძარღვის კათეტერიზაციით, სისტემური ლიმფოტროპული წვივის დონიდან და რეგიონული ლიმფოტროპული ბრუნის წერტილიდან. ბოლო ორ შემთხვევაში ანტიბიოტიკის შეყვანას წინ უსწრებდა ლიმფოსტიმულაცია დიდაზით.

დესტრუქციული აპენდიციტის დროს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში ენდოლიმფური ანტიბიოტიკოთერაპია გამოყენებული იყო 10 ავადმყოფში, ლიმფოტროპული წვივიდან 85-ში. ბრუნის წერტილიდან ანტიბიოტიკი შეყვანილი იყო 54 ავადმყოფში. ანტიბიოტიკებიდან ვიყენებდით გენტამიცინს, კლაფორანს, კეფხოლს, ცეფამხინს. ინექცია კეთდება დღეში ერთხელ, პრეპარატის დღეობური დოზის $\frac{1}{2}$ ან $\frac{2}{3}$ -ით.

საკონტროლო ჯგუფი მოიცავდა 159 ავადმყოფს დესტრუქციული აპენდიციტით, რომელთაგან 11-აღინიშნებოდა აპენდიკულური ინფილტრანტი. ამ ჯგუფში ავადმყოფებს ჩაუტარდა მკურნალობის იგივე კომპლექსი ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპიის გამოკლებით. ანტიბიოტიკოთერაპია ტარდებოდა ვენისშივა ან კუნთშიცა გზებით.

ავადმყოფთა ორივე ჯგუფში ძირითად ანტიბიოტიკთან ერთად ენიშნებოდათ მეტრონიდაზოლის პრეპარატები. მხედველობაში იყო მიღებული ის გარემოება, რომ მწვავე აპენდიციტის დროს საქმე ეხება აერობულ-ანაერობულ ინფექციას, არაკლოსტრიდიული ანაერობების, ძირითადად ბაქტერიოდების მონაწილეობით და სწორედ არასპოროვანი ანაერობები-ყველა სახის ბაქტერიოდები, მღვრადნი არიან ამინოვლიკოზიდების მიმართ.

ავადმყოფთა ძირითადი ჯგუფის შედეგების შედარებამ საკონტროლო ჯგუფში მიღებულ შედეგებთან ამკარად გამოავლინა როგორც სუბიექტური, ისე ობიექტური და ლაბორატორიული მონაცემების ოფრო აღრეული გაუმჯობესება

ძირითადი ჯგუფის ავადმყოფებში. მაგრამ მთავარი უპირატესობა კი მაინც იმაში გამოიხატა, რომ ძირითადი ჯგუფის ავადმყოფებში ჭრილობისმიერი გართულებები ორჯერ და მეტად ნაკლები (4,0%-9,6%) იყო, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში. ამჟამად იყო მკურნალობის ეკონომიკური ეფექტიც. სამივე გზით ჩატარებული ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპიის შედეგების შეჯერებამ გამოავლინა სუბიექტური (ზოგადი მდგომარეობა, თვითგრძნობა, ძილი, მადა), ობიექტური (სხეულის ტემპერატურა, პულსის, სუნთქვის სიხშირე, ენა, მუცლისმხრები მონაცემები, ნაწლავთა პერისტალტიკა, დიურეზი) და ლაბორატორიული (ლეიკოციტოზი, ლეიკოციტური ფორმულა, ინტოქსიკაციის ლეიკოციტური ინდექსი, სისხლის ფორმიანი ელემენტების მორფოციტოქიმია) მონაცემების თითქმის იდენტურობა.

ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპიის ამ სამი გზიდან ყველაზე მარტივი შესასრულებელია ანტიბიოტიკების შეყვანა ბრუნის წერტილიდან. ამიტომ დესტრუქციული აპენდიციტის დროს საკვებით გამართლებულია რეგიონული ლიმფოტროპული ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარება მონოთერაპიის სახით სხვა გზებით ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშე.

ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპია ჩართული იყო მკვირივი აპენდიკულური ინფილტრატის მქონე 11 ავადმყოფის კონსერვატიული მკურნალობის კომპლექსში (ენდოლიმფურად-2, ლიმფოტროპულად წვივიდან-4, რეგიონულ ლიმფოტროპულად ბრუნის წერტილიდან-5). ეს ავადმყოფებიც ლიმფოგენურ ანტიბიოტიკოთერაპიასთან ერთად იღებდნენ მეტრონიდაზოლის პრეპარატებს. აპენდიკულური ინფილტრატის დროს ანტიბიოტიკების ბრუნის წერტილიდან შეყვანის შესახებ ცნობები არ შეგვხვედრია. საკონტროლო ჯგუფის 11 ავადმყოფის მკურნალობის შედეგებთან შედარებით გამოვლინდა ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპიის ამჟამად უპირატესობა - ინფილტრატის გაწოვის უფრო ადრეული დაწყება და სწრაფი ტემპი, სხვა ობიექტური მონაცემების უფრო ადრეული გაუმჯობესება. ყველა შემთხვევაში ინფილტრატი გაიწოვა, საკონტროლო ჯგუფში მოხდა ერთი აბსცედირება, რომელმაც აბსცესის გახსნა მოითხოვა. გამოვლინდა მნიშვნელოვანი ეკონომიური ეფექტიც, როგორც გატარებული საწოლდღეების საგრძნობი შემცირების, ისე მონმარებული ანტიბიოტიკების რაოდენობის შემცირების ხარჯზე.

აღსანიშნავია მკვირივი აპენდიკულური ინფილტრატის დროს ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპიის კიდევ ერთი დადებითი მხარე. ინფილტრატის გაწოვის შემდეგ 2-4 წლის მანძილზე იმ 8 ავადმყოფიდან, რომლებსაც აპენდიქტომია არ ჰქონდათ ჩატარებული, აპენდიციტის რეციდივი არ აღენიშნებოდა, რაც იმით უნდა აიხსნას, რომ ენდოლიმფური ანტიბიოტიკოთერაპია ჭია ნაწლავის ლიმფური სისტემის უფრო სრულყოფილ სანაცვას იწვევს.

ლიტერატურა:

1. Lau W. J., Fuun S. T., Jiu T. F. et al. Prophylaxis of postappendectomy sepsis by Metronidazole and Cefatoxime, Brit. J. Surg., 1989, v 70, n 11, p 670-672.

Ахметели Л.
ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТОДЫ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ
ДЕСТРУКТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ

РЕЗЮМЕ

Под наблюдением находились 160 больных острым деструктивным аппендицитом. У 11 из них был плотный аппендикулярный инфильтрат. В послеоперационном периоде антибиотики вводили эндолимфатически, лимфотропно, и регионарно-лимфотропно с точки Бруна. По сравнению с контрольной группой больных получены значительно лучшие результаты. Осложнение со стороны операционной раны отмечены более чем в 2 раза реже (4%-9,6%). Благоприятные результаты были получены у больных с плотным аппендикулярным инфильтратом, которым в комплекс консервативных мероприятий была включена лимфогенная антибиотикотерапия. Инфильтрат рассасался во всех случаях, без осложнений, раньше, чем в контрольной группе.

Ahmeteli L.

LYMPHOGENIC METHODS OF ANTIBIOTIC THERAPY
IN DESTRUCTIVE APPENDICITIS.

SUMMARY

160 patients with acute destructive appendicitis were under the observation. 11 of them had thick appendicular infiltrate. During the postoperative period antibiotics were injected endolymphatically, lymphotropically and regional-lymphotropically from the Brun's point. The results were much better than those from the control group of patients. Complications of the surgical wound were 2 times rare, than in control group (4%-9,6%). Effective results were received in patients with thick appendicular infiltrate in cases when lymphogenic antibioticotherapy was included in the complex of conservative interventions. Infiltrate resolved, without complications, earlier than in control group.

ქახმეტელი, ერაფავა
ერითროციტების დეფორმაციის დროს
ლატენტური დეფიციტის დროს
ოსსუ, სამედიცინო ბიოქიმიის კათედრა

ფორმის შეცვლის უნარი ერითროციტს მასზე ბევრად მცირე დიამეტრის სისხლძარღვის კალაპოტში გასვლის, უანგბადის ტრანსპორტისა და ქსოვილებში მისი გამონათავისუფლების საშუალებას აძლევს[7]. ამიტომ ერითროციტების დეფორმაციის მიკროციტულაციის მნიშვნელოვანი მარეგულირებელი ფაქტორია, ხოლო მისი ცვლილებების გამოვლენა - მიკროციტულაციის დარღვევის კლინიკური ინდიკატორი[3]. ერითროციტების დეფორმაციის უნარი შესწავლილია სეფსისის[1], ორსულობის[3], ჰიპერქოლესტერინემიის[4], შიზოპარენიის[5], არტერიული ჰიპერტენზიის[6] და რკინადეფიციტური ანემიის დროს[7].

დღეისათვის ლიტერატურაში შედარებით მწიორ მონაცემებია რკინის ფარული დეფიციტის შესახებ, ხოლო ერითროციტების დეფორმაციის უნარი ამ

მდგომარეობის დროს საერთოდ შეუსწავლელია. აქედან გამომდინარე, ჩვენი შრომის მიზანი იყო შეგვესწავლა ერთროციტების დეფორმაცილობა რკინის ლატენტური დეფიციტის დროს. ეს მდგომარეობა საინტერესოა იმიტომ, რომ თუმცა ორგანიზმში რკინის მარაგი დაქვეითებულია, პერიფერიაზე ცვლილებები ჯერ არ აღინიშნება, ამიტომ დიაგნოსტიკება მხოლოდ ფეროკინეტიკის მახასიათებლების შესწავლით ხორციელდება.

მასალა და მეთოდები

გამოკვლევა ჩავატარეთ რკინის ლატენტური დეფიციტის მქონე 23 პაციენტზე (19 ქალი და 4 მამაკაცი). რომელთა ასაკი მერყეობდა 16-დან 62 წლამდე. ცალკე გამოკვავით ჯანმრთელი ინდივიდებისაგან შემდგარი საკონტროლო ჯგუფი.

ესაზღვრავდით ჰემოგლობინის, შრატის რკინის, ერთროციტების რაოდენობას, ფერადობის მაჩვენებელს და ერთროციტების დეფორმაცილობას.

ერთროციტების დეფორმაცილობის ვსწავლობდით ფილტრაციულ-ფოტომეტრული მეთოდით, რომელსაც საფუძვლად უდევს ფილტრის ქაღალდში ერთროციტული სუსპენზიის გაწოვის პროცესი მუდმივი კაპილარული ძალების მოქმედებით. აქედან გამომდინარე, ერთროციტების დეფორმაცილობა გაწოვის დროს უკუპროპორციულია. სისხლის სინჯებს ვავროვებდით ვენური პუნქციით. ანტიკოაგულაციის მისაღწევად ეუმატებდით ჰეპარინს. ერთროციტებს ვრეცხავდით ფიზიოლოგიური ხსნარით (0,9% NaCl) და 3-ჯერადად ვაცენტრიფუგირებდით 15 წთ-ის განმავლობაში ($g=1000g/წმ$). გარეცხილი ერთროციტული მასისაგან გამზადებდით 3%-იან ჰემატოკრიტს. ფილტრაციისათვის ვიყენებდით ფილტრის ქაღალდს №-388. ერთროციტების ფილტრის ქაღალდში გასვლის დრო ითვლებოდა კომპიუტერული მეთოდით.

ჰემატოლოგიური მაჩვენებლები:

ყველა პაციენტს აღენიშნებოდა ჰემოგლობინის ნორმალური მაჩვენებლები (100-120გ/ლ), შრატის რკინის შემცირების ფონზე (3,5-12 მკმოლ/ლ), რამაც ლატენტური რკინადეფიციტური მდგომარეობის გამოვლენის საშუალება მოგვცა. ერთროციტებში მორფოლოგიური ცვლილებები ზოგიერთ შემთხვევებში ანიზოციტოზისა და პოიკილოციტოზის სახით გამოვლინდა.

ერთროციტების დეფორმაცილობის განმსაზღვრავმა ფილტრაციულ-ფოტომეტრულმა მეთოდმა შემდეგი კანონზომიერება გამოავლინა: პაციენტთა იმ ჯგუფში ($n=11$), რომელსაც აღენიშნებოდა შრატის რკინის რაოდენობის შედარებით მცირე დაქვეითება (9,8-12 მკმოლ/ლ), ერთროციტების დეფორმაცილობა მცირედ მატულობდა და საშუალოდ შეადგენდა 2,84 წმ-ს, (ნორმა-3,52 წმ) ($p<0,001$). გამონაკლისი იყო ერთი შემთხვევა, როდესაც ერთროციტების დეფორმაცილობა კლებულობდა და ერთროციტების ფილტრში გასვლის $T_{50} = 5,59$ წმ-ს. პაციენტთა ჯგუფში, რომელშიც შრატის რკინის რაოდენობის დაკლება უფრო მკვეთრად იყო გამოხატული ($n=12$) და მერყეობდა 3,5 მკმოლ/ლ-დან 8,7 მკმოლ/ლ-მდე, ერთროციტების ფილტრში გასვლის დრო გაზრდილი იყო $T_{50} = 6,06$ წმ ($p<0,001$) (ნორმა-3,62), რაც ერთროციტების დეფორმაცილობის დაქვეითებაზე მიუთითებდა.

განსჯა: ერთროციტების დეფორმაციის უნარი 3 პარამეტრზეა დამოკიდებული: უჯრედის ფორმაზე, მემბრანის დრეკადობაზე და შიგაუჯრედული ჰემოგლობინის სიბლანტეზე. [7] როგორც ჩვენი მონაცემებიდან

ჩანს, რკინის ლატენტური დეფიციტის დროს ჰემოგლობინის რაოდენობა ჯერ დაკლებული არ არის, ამიტომ სიბლანტის შეცვლაზე ზედმეტია საუბარი. ამ შემთხვევაში ერთროციტის დეფორმაციის უნარი ალბათ მიკროციტული ერთროციტის კომპენსატორული უნარით შეიძლება აისხნას. როდესაც შრატის რკინის რაოდენობის დაკლებამ გარკვეულ ზღვარს მიაღწია (ჩვენს შემთხვევაში 9 მკმოლ/ლ), ერთროციტების კომპენსატორული რეზერვი ამოიწურა. ერთროციტის მემბრანამ დაკარგა დრეკადობის უნარი და ერთროციტის დეფორმაბილობა შემცირდა.

ლიტერატურის მიხედვით [7] რკინადეფიციტური ანემიის დროს, როდესაც შრატის რკინის დონე არ აღემატებოდა 6 მკმოლ/ლ-ზე, აღინიშნება ერთროციტების დეფორმაბილობის დაქვეითება. მსგავსი ცვლილებები მივიღეთ გამოკვლეულთა იმ ჯგუფში, სადაც შრატის რკინა 6 მკმოლ/ლ-ზე ნაკლები იყო, მაგრამ ჰემოგლობინის დონე ჯერ კიდევ არ იყო შემცირებული. ამგვარად, სავარაუდოა, რომ ერთროციტების დეფორმაბილობა მართო ჰემოგლობინის სიბლანტეზე არ არის დამოკიდებული.

ლიტერატურა:

1. Baskurt OK, Tcmis A, Meiselman HJ. Red blood cell aggregation in experimental sepsis. J. Lab Clin Med 1997 Aug; 130 (2) p183-190
2. Card RT, Weintraub LR, Metabolic abnormalities of erythrocytes in severe iron deficiency. Blood 1971; 37 p 725
3. Eguchi K, Sawai T, Mizutani Y. Erythrocyte deformability of nonpregnant, pregnant, and fetal blood. J Perinat Med 1995; 23 (4) p 301-306
4. Kohno M, Murakawa K; Yasunari K, Yokokawa K, Horio T, Kano H, Minami M, Yoshikawa J. Improvement of erythrocyte deformability by cholesterol-lowering therapy with pravastatin in hypercholesterolemic patients. Metabolism 1997 Mar; 46 (3) p 287-291
5. Nakashima H, Ueda K, Yasugawa S, Katsuragi S, Kimura T, Miyakawa T. Erythrocyte deformability in schizophrenic patients. Psychiatry Clin Neurosci 1996 Aug; 50 (4) p 191-194
6. Martinez M, Vaya A, Labios M, Gabriel F, Guiral V, Aznar J. The effect of long-term treatment with hypotensive drugs on blood viscosity and erythrocyte deformability in patients with essential arterial hypertension. Clin Hemorhol Microcirc 1997 May-Jun; 17 (3) p 193-198
7. Tillmann W, Schroter W, Deformability of erythrocytes in iron deficiency anemia. Blut 40, 1981 p 179-186

Ахметели К., Рапава Э. ДЕФОРМАБЕЛЬНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ЛАТЕНТНОМ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА РЕЗЮМЕ

Одним из самых важных факторов, влияющих на продолжительность жизни эритроцитов, является их деформабельность [2].

Изучено деформабельность эритроцитов при латентном дефиците железа в 23 случаях. деформабельность эритроцитов определяли фильтрационно-фотометрическим методом.

У пациентов с латентным дефицитом железа деформабельность эритроцитов была значительно ниже, чем у лиц контрольной группы ($p < 0,001$). Это свидетельствует о том, что в этом случае

микроциркуляция уже нарушена, хотя уровень гемоглобина все еще остается в норме.

Akhmeteli K., Rapava E.
DEFORMABILITY OF ERYTHROCYTES
IN LATENT IRON DEFICIENCY
SUMMARY

One of the most important factors determining the life span of erythrocytes is their deformability[2].

In the present paper we have studied the deformability of erythrocytes from 23 cases with latent iron deficiency. Erythrocyte deformability has been defined by filtration-photometric method.

The patients with latent iron deficiency had significantly lower erythrocyte deformability, than did the normal controls ($p < 0,001$). This result suggests, that in this case microcirculation is already disturbed, however the hemoglobin level is still normal.

Барамидзе Н.
ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО
ИММУНИТЕТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИ
ПРОТЕКАЮЩИМИ АДНЕКСИТАМИ
№1 кафедры акушерства и гинекологии ТГМУ

В настоящее время накопилось достаточно данных, свидетельствующих об изменении иммунологической реактивности при хронических воспалительных заболеваниях матки и придатков (В.И.Бодяжина, 1978; О.М.Рыжанова, 1979). В связи с этим, возникла необходимость изыскать методы лечения воспалительных процессов гениталий, направленные на стимуляцию неспецифической реактивности больных с помощью собственных регуляторных систем организма и разработать критерии оценки иммунологической реактивности таких больных (Г.И.Грасимович и О.А.Пересада, 1982).

Мы поставили целью при хронических сальпингоофоритах в стадии ремиссии исследовать лечебный эффект нового препарата экомера и влияние его на состояние неспецифического иммунитета.

Всего обследовано 123 больных. Они были разделены на две группы. I Группу (контрольную) составили 50, а II группу (основную) - 73 больных. У всех больных I и II групп было проведено комплексное противовоспалительное лечение (электрофорезом одновременно вводили 3% салицилат натрия, 2% сернистую медь и 5% хлористый литий; назначали также аутогеом- и витаминотерапию). Больные I группы дополнительно получали левамизол, а больные II группы - экомер.

Исследовались показатели естественного иммунитета: титр комплемента (ТК) по методу W.Veil и В. Bucholz (1932) в модификации Л.С.Резникова (1967), бактерицидный индекс (БИ) по методу Пилмера и фагоцитарная активность лейкоцитов (ФА) по методу F.Huddleson (1933) в модификации

Н.И.Латышева (1955). Содержание этих показателей колеблется в широких пределах. Поэтому мы решили эти показатели первоначально определить у 23 практически здоровых женщин.

У этих женщин среднее значение ТК составило 0,131, БИ 0- 1,112 и ФА - 33,04. Смотрите таблицу 1.

До проведения лечения у больных I группы (контрольной) среднее количество ТК равнялось 0,045, БИ - 0,44 и ФА - 24,81, а у больных II группы (основной) - ТК - 0,105, БИ - 0,43 и ФА - 24,47. Эти показатели оказались сниженными по сравнению с соответствующими данными практически здоровых женщин. Указанные изменения были статистически достоверными кроме ТК II группы (для I группы соответственно: $P > 0,01$, $P > 0,001$ и $P > 0,001$, для II группы соответственно: $P > 0,001$, $P > 0,001$ и $P > 0,05$). Для иллюстрации приводим таблицы 1 и 3.

После окончания лечения в том случае, когда наступало "значительное улучшение" у больных содержание ТК, БИ и ФА повышалось и почти достигало уровня практически здоровых женщин. Среднее значение ТК равнялось 0,115, БИ - 1,114 и ФА - 33,74. Эти изменения оказались статистически достоверными (для ТК $P > 0,001$, для БИ $P > 0,001$ и для ФА $P > 0,001$). Приводим таблицы 1 и 3.

В случае наступления "улучшения" количество ТК, БИ и ФА увеличивалось, однако в данном случае увеличение было выражено намного слабее. Среднее содержание ТК составило 0,106, БИ - 1,05 и ФА - 26,4.

Статистический показатель для этих изменений оказался достоверным (соответственно: $P > 0,001$, $P > 0,001$ и $P < 0,05$). Смотрите таблицу 2.

При "значительном улучшении" у больных I группы изменения ТК изображены на 1 ЛД (линейной диаграмме), на 1 СД (столбиковой диаграмме), а при "улучшении" на 2 ЛД и на 2 СД. Повышение содержания БИ при "значительном улучшении" смотрите на 3 ЛД и на 3 СД, а при "улучшении" на 4 ЛД и на 4 СД. Увеличение уровня ФА при "значительном улучшении" представлено на 5 ЛД и на 5 СД, а при "улучшении" - на 6 ЛД и на 6 СД.

Если состояние здоровья больных оставалось "без перемен" изменения ТК, БИ и ФА не отмечались.

В результате лечения ухудшение состояния больных не наблюдалось.

У женщин II группы когда лечение заканчивалось "значительным улучшением", намного увеличивалось количество всех показателей неспецифического иммунитета. Содержание ТК и ФА почти достигали уровня ТК и ФА практически здоровых женщин, а содержание БИ несколько превышало величину БИ практически здоровых женщин. Среднее значение ТК равнялось 0,135, БИ - 1,13 и ФА - 39,78. Эти изменения оказались статистически достоверными (соответственно: $P > 0,001$, $P > 0,001$ и $P > 0,001$). Приводим таблицу 3.

Таблица 1

	Больные I группы								
	Практический здоровые женщины			До лечения			После лечения		
	ТК	БИ	ФА	ТК	БИ	ФА	ТК	БИ	ФА
М	0.131	1.112	33.04	0.045	0.44	24.81	0.115	1.114	33.74
m	0.0016	0.0037	4.7	0.0023	0.028	0.5	0.0005	0.0015	0.33
t				2.870	23.790	16.460	29.740	24.040	14.910
p				0.01	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

Таблица 2

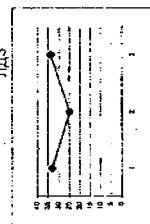
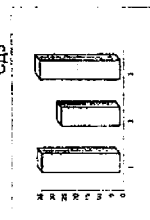
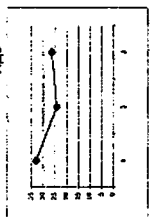
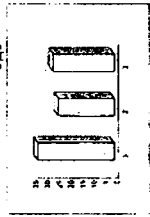
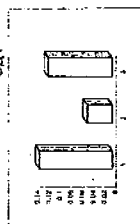
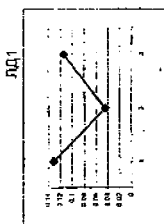
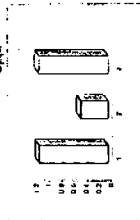
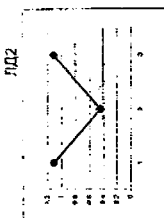
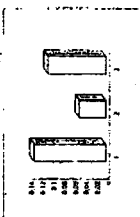
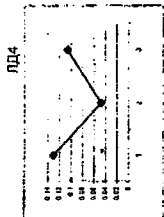
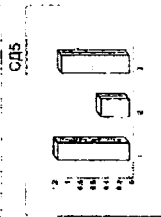
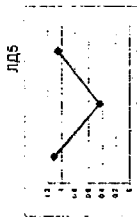
	Больные I группы								
	Практический здоровые женщины			До лечения			После лечения		
	ТК	БИ	ФА	ТК	БИ	ФА	ТК	БИ	ФА
М	0.131	1.112	33.04	0.048	0.44	24.21	0.106	1.05	26.4
m	0.0016	0.0037	4.7	0.0027	0.038	0.63	0.0008	0.006	0.64
t				26.450	17.600	1.860	20.640	15.860	2.440
p				0.001	0.001	<0.05	0.001	0.001	0.05

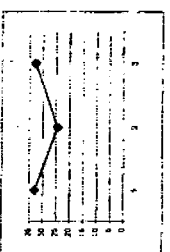
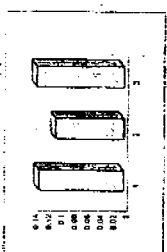
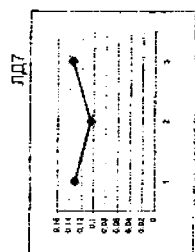
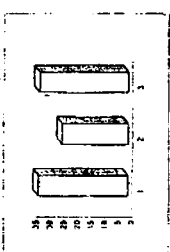
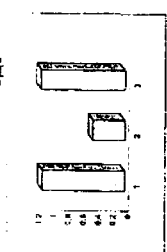
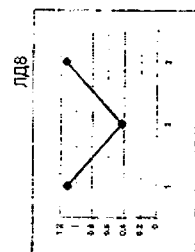
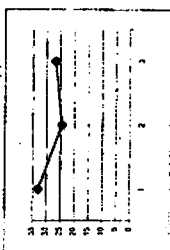
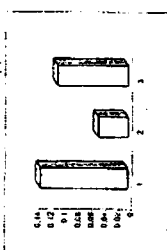
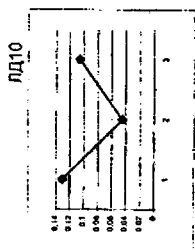
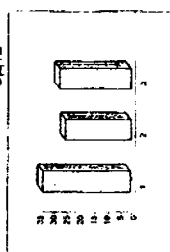
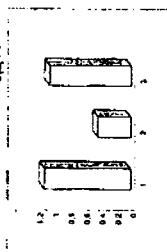
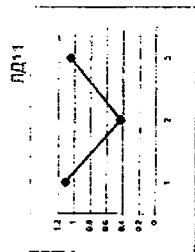
Таблица 3

	Больные I группы								
	Практический здоровые женщины			До лечения			После лечения		
	ТК	БИ	ФА	ТК	БИ	ФА	ТК	БИ	ФА
М	0.131	1.112	33.04	0.105	0.43	24.47	0.135	1.13	39.78
m	0.0016	0.0037	4.7	0.0019	0.022	0.34	0.0004	0.00044	0.48
t				10.470	30.570	1.820	15.430	31.810	26.030
p				0.001	0.001	<0.05	0.001	0.001	0.001

Таблица 4

	Больные I группы								
	Практический здоровые женщины			До лечения			После лечения		
	ТК	БИ	ФА	ТК	БИ	ФА	ТК	БИ	ФА
М	0.131	1.112	33.04	0.045	0.43	24.54	0.106	1.05	26.85
m	0.0016	0.0037	4.7	0.0036	0.036	0.84	0.0007	0.008	0.84
t				21.830	18.850	1.780	16.660	16.990	1.940
p				0.001	0.001	<0.05	0.001	0.001	<0.05





При наступлении "улучшения" содержание ТК, БИ и ФА также повышалась, однако повышение это было выражено намного слабее, чем при "значительном улучшении". Среднее количество ТК составило 0,106, БИ - 1,05 и ФА - 26,85. Повышение этих показателей оказалось статистически достоверным (для ТК $P > 0,001$, для БИ $P > 0,001$ и для ФА $P > 0,05$). Для иллюстрации приводим таблицу 4.

При "значительном улучшении" у больных II группы изменения ТК изображены на 7 ЛД и на 7 СД, БИ - на 8 ЛД и на 8 СД, ФА - на 9 ЛД и на 9 СД, а при "улучшении" изменения ТК - на 10 ЛД и на 10 СД, БИ - на 1 ЛД и на 11 СД, ФА - на 12 ЛД и на 12 СД.

Таким образом, противовоспалительное лечение, проводимое нами на неспецифический иммунитет оказывает стимулирующее влияние, что в большей степени выражено при применении экомера, чем при назначении левамизола.

Литература:

1. Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания. М., 1978. - 320 с.
2. Герасимович Г.И., Пересада О.А. Иммунологическая реактивность больных хроническим сальпингоофоритом при включении в комплекс лечения ультразвука и левамизола. Акуш. и гинек., 1982, №4, С. 31-33.
3. Рыжанова О.М. Характеристика факторов естественной резистентности у женщин с неспецифическим воспалением внутренних половых органов. Автореф. дис. канд. 1979.

Baramidze N.

SUMMARY

Effect of anti-inflammatory therapy on the indices of nonspecific immunity with the involvement of levamisole (I group) and ekomer (II group) into the complex of treatment was studied. The I group consisted of 50 and the II group - of 73 patients with chronic adnexitis.

The investigation have shown that in all result of the treatment the content of titer of complement, bactericidal index and phagocytic activity increased what was more expressed during the treatment with ekomer, than with levamisole.

ც.ბენდელიანი, რ.ბუნტური, ზ.ბენდელიანი მიკოსპორი - დერმატომიკოზების გეურნალოგაში ოსსუ, დერმატოლოგიის და ვენეროლოგიის კათედრა

კანის დაავადებების ფართო გავრცელება, გამოწვეული პათოგენური და პირობითად პათოგენური სოკოებით, მიიჩნევა საჭიროდ მოიძებნოს ახალი ანტიფუნგალური პრეპარატები, ეფექტური, როგორც გამომსწვევთან მიმართებაში, ასევე უსაფრთხო ავადმყოფისათვის და ხელსაყრელი, როგორც სტაციონარული ასევე ამბულატორიული გამოყენებისათვის.

ერთ-ერთ ასეთ პრეპარატს, რომელიც პასუხობს ყველა ამ მოთხოვნას წარმოადგენს პრეპარატი მიკოსპორი, რომელიც სინთეზირებულია ფორმა "ზაიერის" მიერ.

მიკოსპორის აქტიური მოქმედი საწყისია ბიფონაზოლი, რომელიც მიეკუთვნება იმიდაზოლური გაერთიანების ჯგუფს.

მიკოსპორი ფართო სპექტრის ანტიფუნგიოდური საშუალებაა. ეფექტურია: დერმატოფიტიების, საფუარისებრი, თბის და სხვა სოკოების წინააღმდეგ, მაგალითად *Malasszia furfur*; ამას გარდა იგი მოქმედებს *Corinebacterium minutissimum*-ის წინააღმდეგ. მიკოსპორის მოქმედების სამიზნეს წარმოადგენს ეგოსტერინი-სოკოების მემბრანის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი.

მიკოსპორის გამოშვების ფორმებია: 1% კრემი, 1% ხსნარი და ფრჩხილების დასამუშავებელი ნაკრები - მიკოსპორი.

ჩვენ შევისწავლეთ კრემის, ხსნარის და ნაკრების ეფექტურობა 73 ავადმყოფზე დერმატომიკოზებით. მათ რიცხვში 31 ჰქონდა სადა კანის მიკოზის გავრცელებული ფორმა- ტუცლის, საზარდელის თიძობის, წვივების, 53%-ს ტერფების მიკოზი, ონოქომიკოზით.

სადა კანის მიკოზის დროს მიკოსპორის კრემს და ხსნარს ისევე დაზიანებულ კერებში 1-ჯერ დღეში. მკურნალობის კურსმა შეადგინა 2 კვირა. კრემი, რომელიც შედის მიკოსპორის ნაკრებში კერატოლიზური საშუალებების სახით, შეიცავს 40% შარდოვანას, ამიტომ პრეპარატი გამოიყენება დაზიანებული ფრჩხილის ფირფიტაზე წასასმელად საღებუნის სახით 1-ჯერ დღეში, 24 სთ-ის შემდეგ საღებუნს აძრობენ და დაზიანებული ფრჩხილის დაზიანებულ ადგილებს აცილებენ პლასტიკური ქლიბით, რომელიც შედის ნაკრებში.

მკურნალობის დაწყების წინ, მკურნალობის პროცესში და დამთავრებისას, ყველა ავადმყოფს უტარდებოდა მიკროსკოპული გამოკვლევა დაზიანებული სადა კანის თუ ფრჩხილის ანაფუნგზე.

წარმატებული მკურნალობის კრიტერიუმად ითვლებოდა სამჯერადი უარყოფითი მიკოლოგიური პასუხი, დაავადების კლინიკური გამოვლინებების გაქრობა კანზე და ფრჩხილის საწოლისა და თვითონ ფრჩხილის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება.

მიკოსპორი კრემისა და ხსნარის გამოყენებისას ავადმყოფებში სადა კანის გავრცელებული მიკოზით, ქავილის გაქრობა აღინიშნებოდა მკურნალობის მე-5 დღეზე, ჰიპერემია და აქერცვლა დაზიანებულ კერებში ქრებოდა მე-13 მე-15 დღისათვის.

ორკვირიანი მკურნალობის კურსის შემდეგ მიკოსპორით, 6 ავადმყოფს მიკოზის გავრცელებული ფორმით, აღინიშნებოდა სრული გაუმჯობესება კლინიკური გამოვლინებების და მიკოლოგიური გამოკვლევების სამჯერადი უარყოფითი პასუხებით.

55 ავადმყოფი მტკვნებისა და ტერფების მიკოზით დაზიანებულ ხელის და ფეხბეულების კანზე 2-ჯერ დღეში იყენებდნენ მიკოსპორის კრემს ან ხსნარს. კანის წინასწარი აშრევაბა არ ჩატარებულა. 2 კვირის მკურნალობის შემდეგ კანი (ხელისგულების და ფეხისგულების), იღებდა ვარდისფერ შეფერილობას, აქერცვლისა და ჰიპერკერატოზის ნიშნები ქრებოდა. ამ ჯგუფში წარმატებული მკურნალობა შეადგენდა ავადმყოფების 54,4% -ს.

მიკოსპორის ნაკრები გამოყენებულ იქნა 51 ავადმყოფის მკურნალობაში ონიქომიკოზით, რომელიც ტარდებოდა 4 კვირის განმავლობაში. მკურნალობის ეფექტურ შედეგად ითვლებოდა ჯანმრთელი ფრჩხილის ზრდის დაწყება და ფრჩხილის და ფრჩხილის საწოლის უარყოფითი სამჯერადი მიკოლოგიური ანალიზი. მკურნალობა ეფექტური აღმოჩნდა 28 (54,9%) ავადმყოფში. მიკოსპორის მალამოთი და ხსნარით მკურნალობას ავადმყოფები დამაკმაყოფილებლად იტანდნენ, გვერდითი მოვლენები არ აღენიშნებოდათ. პრეპარატის ტოქსიური მოქმედება არ გამოუწვევია. პრეპარატი ეკონომიურია: კრემს იხვევენ თხელი ფენით 1-ჯერ დღეში დაზიანებულ კერებზე. ასევე გამოიყენებენ მიკოსპორის ხსნარს-ერთ წასმაზე საჭიროა მხოლოდ 3 წვეთი.

მიკოსპორის ნაკრები ძალიან მოსახერხებელია ოჯახის პირობებში. კლინიკური გამოკვლევის შედეგები გვიჩვენებენ, რომ მიკოსპორის 1% კრემს და მიკოსპორის 1% ხსნარს გააჩნია კარგად გამოხატული ანტიფუნგიოიდური თვისებები.

მიკოსპორი-მალამო, ხსნარი და ნაკრები შეიძლება რეკომენდირებული იყოს დერმატომიკოზების მკურნალობაში, როგორც ამბულატორიულად, ასევე თვითმკურნალობისას სახლის პირობებში.

ლიტერატურა

1. Афанасьев Д. Комплексное лечение онихомикозов. Вестник дермат 1989
2. Степанов Ж. Микоспор в терапии микоза стоп. Вестник дермат 1996
3. Andre L. Achten G. Onychomikosis. II J Dermatol. 1987.

Бенделениани Ц., Бунтури Р., Бенделиани З. МИКОСПОР- ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ РЕЗЮМЕ

В ряду современных средств наружного лечения микозов стоп и кистей, в том числе осложненных онихомикозом, микоспор отличается совокупностью качеств, обеспечивающих удобство его применения для лечения в амбулаторных, домашних условиях и в порядке самолечения. Он эффективен при всех основных формах микозов стоп, удобен в применении, не вызывает осложнений и побочных действий, обладает приятными косметическими свойствами. Формы выпуска препарата 1% крем, 1% раствор и микоспор-набор для ногтей позволяют индивидуализировать лечение при разных формах заболевания для получения оптимального результата.

Bendeliani C., Bunturi R., Bendeliani Z. MYCOSPAR- IN THE TREATMENT OF DERMATOMICCOSIS SUMMARY

Despite a wide list of anti-fungal drugs, the effectiveness of tinea treatment is still one of the actual problems for modern dermatology. The prolonged duration of the skin process causes the sensitivity and intoxication, currently the process becomes to be recurrent, even after treatment, especially in patients with total and proximal onychia. probably such recurrence is cause with the preservation of the causative agent in the structures inaccessible for drugs. In presented article authors suggest the combined therapy with different forms of "Mycospar" with high effectiveness and without any side effects.

რბერიაშვილი
დენდრიტული უჯრედების რაოდენობრივი დინამიკა
ჭრილობის შემორცების პროცესში
თსსუ, სასამართლო მედიცინის კათედრა

ჭრილობის შეხორცების დინამიკის შესწავლა ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემად რჩება სასამართლო მედიცინაში. ნარკომანიის სულ უფრო მზარდი პრობლემის ფონზე განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ნაჩხვლეტი ჭრილობის ხანდაზმულობის დადგენა სხვადასხვა ნივთიერებით ინექციის შემდეგ. ჭრილობის ხანდაზმულობის განსაზღვრა შესაძლებელია დაზიანებული ქსოვილის უჯრედული ელემენტების რაოდენობრივი ცვლილებების ანალიზით. განსაკუთრებით საყურადღებოა დენდრიტული უჯრედების რაოდენობრივი ცვლილებების შესწავლა, რაც არამარტო ადგილობრივად ჭრილობის შეხორცების დინამიკის, არამედ მთელს ორგანიზმში მიმდინარე ზოგადი პათოლოგიური პროცესის მარკერია.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა დენდრიტული უჯრედების რაოდენობრივი დინამიკის შესწავლა ნაჩხვლეტი ჭრილობის შეხორცების პროცესში სხვადასხვა ნივთიერებით ინექციის შემდეგ.

კვლევა ატარებდა ექსპერიმენტულ ხასიათს. საექსპერიმენტოდ შეირჩა ზრდასრული ასაკის (10-11 თვე, 250-300გ.) ვისტარის ჯიშის 80 თეთრი ვირთაგვა. შესაძლებლობის ფარგლებში გათვალისწინებულ იქნა ცხოველების საერთო მემკვიდრული ხაზიც. ვირთაგვები ერთი კვირის განმავლობაში იმყოფებოდნენ კარანტინის - 22-24°C ტემპერატურის, ხელოვნური 16-საათიანი განათების, ზომიერი ტენიანობისა და ვენტილაციის, ბურღულეულითა და ბოსტნეულით კვების - პირობებში. ცხოველების სქესი შეირჩა არანდომიზაციის პრინციპით. სინექციო ნივთიერებებად ავიღეთ ფლოგოგენური ნივთიერება (სკიპიდარი) - როგორც ბანალური ანთების გამოძწევი პოზიტიური კონტროლი, ბენზილბენცილინის ნატრიუმის მარილი - როგორც ქიმიურად გაწმენდილი სამკურნალწამლო საშუალება, და ფიზიოლოგიური ხსნარი - როგორც ნეკროტიური კონტროლი. ქიმიური ნივთიერებებით ინექცია წარმოებდა ვირთაგვის ზურგზე, გულმკერდის მიდამოში, ხერხემლის შუა ხაზზე, კანქვეშ. საკვლევ მასალად ავიღეთ 1x1 სმ ზომის კანი ინექციამდე და გარკვეული პერიოდის შემდეგ შექანიკური დაზიანების შესასწავლი ხანდაზმულობის მიხედვით - 1 სთ, 3 სთ, 6 სთ, 24 სთ, 3 დღე, 5 დღე, 7 დღე.

ცხოველის კანიდან აღებული მასალა მოვათავსეთ საფიქსაციო ბუფერულ ხსნარში: ფორმალინი 40% - 100მლ; NaH_2PO_4 - 4გ; Na_2HPO_4 - 6,5გ; გამოსდილი წყალი - 1 ლიტრამდე; და გავაჩერეთ 24 საათით. ფორმალინში დაფიქსაციებული მასალა დეჰიდრატაციის მიზნით გავატარეთ შემდეგ ხსნარებში: სპირტი 70° 24 სთ; სპირტი 90° 24 სთ; სპირტი 96° 24 სთ; სპირტი 96° 24 სთ; სპირტი 96° 24 სთ; სპირტი-ეთერის ხსნარი 1:1 15 წთ; ქლოროფორმი 3წთ; ქლოროფორმი 3წთ. გაუწყლოებული მასალა მოვაშავეთ პარაფინში ჩასაყალიბებლად: პარაფინი 37°C 30წთ; პარაფინი 56°C 45წთ; პარაფინი 56°C 45წთ; და ჩაყალიბეთ პარაფინში ოთახის ტემპერატურაზე. მასალა დაეჭვროთ როტაციულ მიკროტომზე. პრეპარატები მოვათავსეთ თერმოსტატში 56°C 20 წთ და გავათავისუფლეთ პარაფინისაგან.

კანის დენდრიტული უჯრედები გამოვავლინეთ იმუნოჰისტოქიმიური მეთოდით. იმუნოჰისტოქიმიური კვლევისათვის პირველადი ანტისხეულის სახით გამოვიყენეთ მონოკლონური ანტისხეული OX6 – ვირთაგვის-საწინააღმდეგო სპეციფიკური მარკერი II კლასის ჰისტოშეთავსებადობის ძირითადი კომპლექსის (MHC) მქონე უჯრედებისათვის; PharMingen International ფირმის ნაწარმი, კატალოგის ნომერი 22331D, ვირთაგვის-საწინააღმდეგო გაწმენდილი RT1B IgG, თავის IgG1 კაპა იზოტოპი; განზავება 1:500.

იმუნოჰისტოქიმიური ანალიზის ჩასატარებლად პრეპარატები გავრეცხეთ ბუფერით PBS pH 7.4; დავამუშავეთ 0.1% ტრიასინით 40წთ; ტრიასინი – 40 μ l/ml 0.1%; 0.15 M NaCl – pH 7,8; 0.05 M Tris/HCl – pH 7,8; 0.1% CaCl₂ – pH 7.8; გავრეცხეთ PBS ბუფერით; შევბოვეთ ენდოგენური პეროქსიდაზა (Dako) - 10 წთ ოთახის ტემპერატურაზე და კვლავ გავრეცხეთ PBS ბუფერით. პრეპარატები დავამუშავეთ 5% Goat Blocking Serum (GBS) (Dako, No. X0907) 37°C 30წთ. გარეცხვის გარეშე პრეპარატებზე მოვათავსეთ პირველადი ანტისხეული და გავაჩერეთ ერთი ღამით ოთახის ტემპერატურაზე. ნეგატიური კონტროლის სახით გამოვიყენეთ თავის IgG1 (Dako, No. X0931, კაპა იზოტოპი) 1:200 განზავებით. PBS/BSA(Bovine Serum Albumine) ბუფერით გარეცხვის შემდეგ პრეპარატებზე მოვათავსეთ მეორადი ანტისხეული (biotinylated anti-mouse Ig, anti-IgG1, American Pharmacia Biotech, RPN 1180/ 1181) 1:200 განზავებით 37°C 90წთ; გავრეცხეთ PBS/BSA ბუფერით და დავამუშავეთ სტრეპტავიდინით (Streptavidin biotinylated horseradish peroxidase complex; American Pharmacia Biotech, RPN 1051) 1: 100 განზავებით 37°C 90 წთ; გავრეცხეთ PBS/BSA და Tris/HCl ბუფერებით და შევლევთ 3,3'-დიამინობენზიდინ-ტეტრაჰიდროქლორიდით (DAB; 0.5 mg/ml Tris/HCl, pH 7.6; 0.01% H₂O₂). პრეპარატის ფონი შევლევთ პაპანიკოლაუს წესით.

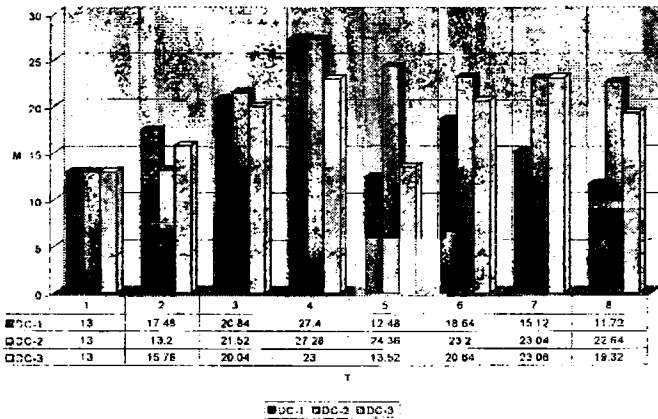
კვლევამ აჩვენა, რომ ფლოგოგენური ნივთიერების (სკიპიდარის) შეყვანიდან ექვსი საათის განმავლობაში დენდრიტული უჯრედების რიცხვი საწყის მარევენებელთან შედარებით მნიშვნელოვნად მატულობს (ერთ საათში +34% , სამ საათში +19%) და მაქსიმუმს აღწევს (+110% საწყისთან შედარებით), რის შემდეგაც მკვეთრად მცირდება და ერთი დღელამის შემდეგ ეცემა მინიმალურ მარევენებლამდე (-54%), შემდეგ კვლავ იზრდება (+49%) და სამი დღელამის შემდეგ ისევ იწყებს კლებას – ხუთ დღელამეში -18%-ით, ხოლო შვიდ დღელამეში საწყის მარევენებელზე უფრო მეტად მცირდება (-9% საწყისთან შედარებით). განსხვავებული შედეგი აჩვენა პენიცილინით ინექციამ. ნივთიერების შეყვანიდან ერთი საათის შემდეგ დენდრიტული უჯრედების რიცხვი თითქმის არ შეცვლილა (+1.5%), შემდგომი ხუთი საათის განმავლობაში მკვეთრად გაიზარდა და ინექციიდან ექვსი საათის შემდეგ მიაღწია მაქსიმუმს (+109%) და შვიდი დღელამის განმავლობაში მხოლოდ რამდენიმე ერთეულით იკლო (ერთ დღელამეში -10%, სამ დღელამეში -5,4%, ხუთ დღელამეში -0.6%, შვიდ დღელამეში -1.7%). ნეგატიური კონტროლის (ფიზიოლოგიური ხსნარის) შემთხვევაში ინექციიდან ექვსი საათის განმავლობაში საკვლევი უჯრედების რიცხვი თანდათან გაიზარდა და მიაღწია მაქსიმალურ მარევენებელს (+76.9%), შემდეგ ერთ დღელამეში მკვეთრად დაეცა (-41.2%) და კვლავ იწყა მატება (სამი დღელამე +52.7%) , ვიდრე ხუთ დღელამეში მკვეთრად არ მიაღწია

მაქსიმალურ მაჩვენებელს (+11.8%), რის შემდეგაც თანდათან იწყო კლება (შვიდი დღეაძე -16.3%).

მამასადაძე, ზემოაღნიშნული სამივე ნივთიერების ინექციიდან ექვსი საათის განმავლობაში დენდრიტული უჯრედები იძლევიან მსგავს რეაქციებს, მათი რიცხვი თანდათან იზრდება და ექვსი საათის შემდეგ აღწევს მაქსიმალურ მაჩვენებელს, რაც, როგორც მოსალოდნელი იყო, სხვებთან შედარებით მცირეა ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანისას (იხ. გრაფიკი). ექვსი საათის შემდეგ სამივე ნივთიერების შემთხვევაში შეინიშნება საკვლევი უჯრედების მაჩვენებელთა კლების ტენდენცია, თუმცა საკონტროლო ნივთიერებების მაჩვენებლები მკვეთრად ეცემა, ხოლო პენიცილინისა - შედარებით მცირედ. პენიცილინის მაჩვენებლები შემდგომშიც ინარჩუნებს კლების მცირე ტემპს და შვიდი დღის განმავლობაში საწყის ღონეს აღარ უბრუნდება. ეს, ალბათ, ბენზილპენიცილინის ნატრიუმის მარილის ქიმიურ ბუნებასა და შედარებით გახანგრძლივებულ ადგილობრივ კუმულაციურ თვისებას უნდა მიეწეროს. დანარჩენი ორი ნივთიერების შემთხვევაში დენდრიტული უჯრედების რაოდენობრივი მაჩვენებლები კიდევ ერთხელ იზრდება და განმეორებით იძლევა პიკს. კიდრე საბოლოო კლებისაკენ წავიდოდეა. აღნიშნული განმეორებითი ზრდა ფიზიოლოგიურ ხსნართან შედარებით მცირეა და უფრო მალე ხდება სკიპიდარის შემთხვევაში, რაც ფლოგოგენური ნივთიერების მოქმედების გამო დენდრიტული უჯრედების სწრაფი მეორადი მობილიზაციით უნდა აიხსნას. ესე იგი, თუ ფლოგოგენური ნივთიერების შეყვანის შემდეგ დენდრიტული უჯრედების რაოდენობრივი მაჩვენებლების სურათი მკვეთრი ცვლილებებით გამოირჩევა, ფიზიოლოგიური ხსნარის შემთხვევაში ცვლილებები ნაკლებად მკვეთრად მიმდინარეობს. ამკარაა, რომ ფლოგოგენური ნივთიერება, როგორც ბაზალური ანთების გამოშვებები და ქიმიურად ორგანიზმისთვის უცხო ნივთიერება, ორგანიზმში იწვევს მკვეთრ ცვლილებებს, - დაუყოვნებელ ანთებით რეაქციას მკვეთრად გამოხატული ფაზებით.

გრაფიკი. ვირთავის კანის დენდრიტული უჯრედების რაოდენობრივი დინამიკა სხვადასხვა ნივთიერებით ინექციის შემდეგ

DC



DC-1 - სკიპიდარი DC-2 - პენიცილინი DC-3 - ფიზ. ხსნარი

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება, დავასკვნათ, რომ ნაჩხვლეტი დაზიანება იწვევს კანის დენდრიტული უჯრედების კარგად გამოხატულ რაოდენობრივ ცვლილებებს, რომელთა ანალიზი იძლევა ჭრილობის ხანდაზმულობის დადგენის საშუალებას დაზიანებიდან ერთი კვირის მანძილზე. დენდრიტული უჯრედების რაოდენობრივი ცვლილებების სურათი დამოკიდებულია საინექციო ნივთიერების ქიმიურ სტრუქტურასა და მის მიმართ განვითარებული ანთების სპეციფიკაზე.

ლიტერატურა:

1. Takeya M., Takahashi K.: Ontogenic development of macrophage subpopulations and Ia-positive dendritic cells in fetal and neonatal rat spleen. *J Leukocyte Biology*, 52(5): 516, 1992
2. Cotran R.S., Kumar V., Robbins S.L., Robbins Pathologic Basis of Disease, 5th ed., 1994
3. Katzung B. G.: Basic and Clinical Pharmacology. A Lange medical book; 1995.
4. Whiteland J. L., Nicholls S. M., Shimeld C., Easty D. L., Williams N. A., Hill T. J.: Immunohistochemical Detection of T-cell Subsets and Other Leukocytes in Paraffinembedded Rat and Mouse Tissues with Monoclonal Antibodies. *The Journal of Histochemistry and Cytochemistry*, 43, No 3: 313, 1995
5. Knight B., Forensic Pathology, II ed., 1996
6. Zhang J., Wu GS., Ishimoto S., Pararajasegaram G., Rao NA.: Expression of major histocompatibility complex molecules in rodent retina. Immunohistochemical study. *Invest Ophthalmology Vis Sci*, 38(9): 1848, 1997

Берншвили Р.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ДИНАМИКА ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК В ПРОЦЕССЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ РЕЗЮМЕ

Целью исследования было изучение количественной динамики дендритных клеток в процессе заживления колотой раны после инъекции разных веществ. В качестве инъекционных веществ были взяты: скипидар - как позитивный контроль, физиологический раствор - как негативный контроль, и пеницилин.

Исследование показало, что колотое повреждение вызывает хорошо выраженные количественные изменения дендритных клеток, анализ которых позволяет установить давность повреждения в течении недели после нанесения раны. Картина количественных изменений дендритных клеток зависит от химической природы инъекционного вещества и специфики воспаления.

Beriashvili R.
QUANTITATIVE DYNAMICS OF DENDRITIC CELLS
IN WOUND HEALING
S U M M A R Y

The aim of study was to evaluate the quantitative dynamics of dendritic cells in injection wound healing according to the injected substances. The substances have been chosen as a positive control (Turpentine), negative control (NaCl) and routine penicillin.

The study revealed that intensity of inflammation depends on injected substance. Injection causes well-defined changes of skin dendritic cells' quantity which give the opportunity for estimation of age of mechanical injury during one week after injection.

პ.ბუკია
ბადაუღებელი თორაკოსკოპია გულმკერდის მიიმე
შეუღღებული ტრავმების ღროს
თსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის კირურგიაში
პირველადი სპეციალიზაციის კათედრა

მშვიღობანი პერიოღის ტრავმების სტრუქტურაში გულმკერღის დაზიანებათა სიხშირე აღწევს 30-50%-ს [3]. ჭარბობს დახურული ტრავმები, რომელთა შორის უმეტესობა შეუღღებული ხასიათისაა. ღიაფრავმის ტრავმული გახეთქვა გვხვღება მშთხვევათა 0,5-5,0%-ში [1; 4].

ღიაგნოსტიკური და ტაქტიკური ხასიათის მშცღომები აღინიშნება მშთხვევათა 1/3-ში [2], რაც ხშირად განპირობებულია ტრადიციულად მიღებული ღიაგნოსტიკური მეთოღების არასრულყოფილი ინფორმაციუღობით.

პრობლემის აქტუაღობიდან გამომღინარე, ჩვენი შრომის მიზანს წარმოადგენს გულმკერღისა და მუცღის ღრუს შეუღღებული დახურული ტრავმების ღიაგნოსტიკაში გადაუღებული თორაკოსკოპიის მნიშვნეღობის შეფასება [5].

ჩვენი მეთუღმკურების ქვემ იმყოფებოღა გულმკერღისა და მუცღის ღრუს შეუღღებული დახურული ტრავმის მქონე 18 ავადმყოფი, რომელთაც გადაუღებული დაზიარების კომპლექსში უტარღებოღათ თორაკოსკოპიული გამოკვლევა. გამოკვლეულთა შორის იყო 14 მამაკაცი (77,8%), 4 ქალი (22,2%). ავადმყოფთა ასაკი შუღღგენღა 17-72 წელს. 11 მშთხვევაში (60%) დაზიანებას ჰქონღა მარცხენამხრივი, 5 (27,8%) – მარჯვენამხრივი, 2 (12,2%) – ორმხრივი ხასიათი. 12 ავადმყოფს (66,7%) ტრავმა მიღებული ჰქონღა ავტოსაგზაო მშთხვევის, 6 (33,3%) – სიმაღლიდან ვარღნის მშღგად. გულმკერღის ძეღღვანი კარკასის დაზიანება აღენიშნებოღა 16 (88%), რღიღი ქსოვიღების ემფიზემა – 8 (44%) პაციენტს. ყვეღა გამოკვლეულს ჰქონღა პნემოთორაკსი, 75%-ს – გამონღღენი პღვერის ღრუსში.

თორაკოსკოპიას წინ უღღოღა რენტგენოღოგიური, ლაბორატორიული, ფუნქციონაღური კვლევის მეთოღები, პღვერის ღრუს პუნქცია, 3 მშთხვევაში – ექოსკენირება. თორაკოსკოპიის ჩვენებაღ ვთვიღიღით ტრავმის მშღგად განვითარებულ ნაწიღობიარე და ტოტაღურ პნემოთორაკსს, მკარე და საშუაღო

ჰემოპნევმო- და ჰემოთორაქსის, ეჭვს დიაფრაგმისა და შუასაყრის ორგანოების დაზიანებაზე.

III-IV ხარისხის ჰემორაგიული შოკის, გადაუდებელი თორაკოტომიის ჩვენების შემთხვევაში თორაკოსკოპიის წარმოებას არ მივიჩნევდით მიზანშეწონილად. 13 ავადმყოფს (70%) გამოკვლევა ჩატარდა პირველ 2 საათში, 5 ავადმყოფს (30%) - 3-48 საათში, ტრავმის შემდგომი გართულებების მოგვინებით განვითარების გამო.

გამოკვლევებს ვაწარმოებდით ფრიდელის მოდელის MGB-435 თორაკოსკოპით. ინსტრუმენტი შეგვყავდა დაზიანების ძირითადი ზონის მახლობლად 1-2 ნექსთაშუა სივრცის ფარგლებში. ადგილობრივი ინფილტრაციული ანესთეზიის შემდეგ შუა აქსილარულ ხაზზე ძირითადად IV-VI ნექსთაშუა სივრცეში ვაწარმოებდით თორაკოცენტრებს. სტილტის ამოღების შემდეგ პლევრის ღრუში შეგვყავდა პირდაპირი ან ირიბი ოპტიკის თორაკოსკოპი და ვატარებდით კვლევას [2; 5].

ავადმყოფები დავოფილი გვყავდა 2 ჯგუფად: I - შეუღლებული ტრავმები დიაფრაგმის დაზიანების გარეშე - 11 (61%); II - დიაფრაგმის დაზიანებით - 7 (39%).

თორაკოსკოპიის საშუალებით ნანახი იქნა: სუბპლევრული სისხლნაყენებები - 15 (83%), სუბპლევრული ჰემატომები - 14 (77,8%), ნექსთა პლევრის გახეთქვა - 10 (55,3%), ნექსების მოტეხილობა - 8 (44%), რბილი ქსოვილების ემბოზემა - 4 (22%), პლევრის ანთება - 14 (77,8%), ფილტვის ნახეთქი და დაჟეჟილობა - 11 (61%), ფილტვშიდა ჰემატომა - 1, სემინტური და წილოვანი ატლექტაზები - 9 (50%).

I ჯგუფის ავადმყოფებში თორაკოსკოპიამ მოგვცა სისხლდენის წყაროსა და აერაციის დარღვევის მიზეზების დადგენის საშუალება. პლევრის ღრუს ორგანოთა უფრო კვალიფიციური რევიზიის მიზნით 4 შემთხვევაში თორაკოსკოპიას ჰქონდა კომბინირებული ხასიათი. პროცედურა წარმოებდა ბრონქოფიბროსკოპით "Olympus BF- 2". ჰემოთორაქსის ძირითად მიზეზს წარმოადგენდა გულმკერდის კედლის სისხლძარღვთა (პლევრის, ნექსთაშუა კუნთების, ნექსების, ნექსთაშუა სისხლძარღვების) დაზიანება.

საშუალო ჰემოთორაქსის 3 შემთხვევაში თორაკოსკოპიის დროს ევაკუირებული სისხლი გამოყენებულ იქნა რეინფუზიისათვის. შედეგებითი ჰემოთორაქსის 2 შემთხვევაში მოხერხდა კოლტის დამლა და ევაკუაცია, რაც ინფექციური გართულების საიმედო პროფილაქტიკას წარმოადგენს.

II ჯგუფის 7 ავადმყოფს აღინიშნებოდა დიაფრაგმის ტრავმული გახეთქვა (მარცხე - 5, მარჯვნივ - 2), ზომით 3-12სმ. მათ შორის 2 შემთხვევაში - ტრავმული თიაქარი, 1 - დიაფრაგმის ჩატედილი თიაქარი (წვრილი ნაწლავის ჩატედვით).

გადაუდებელი თორაკოსკოპით 2 შემთხვევაში ნანახი იქნა რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს დიაფრაგმის დაუდგენელი დეფექტი. 2 შემთხვევაში დადგინდა, რომ დიაფრაგმის დაზიანება ზედაპირული, არასრულია. ერთ პაციენტს მოეხსნა კონტრასტული გამოკვლევა დადგენილი დიაფრაგმის საეჭვო დაზიანების დიაგნოზი. მარჯვენამხრივი შედეგებითი ჰემოთორაქსის მქონე ავადმყოფს ტრავმის მიღებიდან მე-3 დღეს თორაკოსკოპიის საშუალებით დაუდგინდა დიაფრაგმის გახეთქვა.

დიაგნოზის დასმა როულდება ამ კატეგორიის ავადმყოფთა ყოფნისას ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის რეჟიმზე. 2 შემთხვევაში ჩვენს მიერ წარმოებული იქნა კომბინირებული თორაკოსკოპია ფილტვების მაღალსიხშირიანი ხელოვნური ვენტილაციის (ფმხვ) ფონზე, რამაც მოგვცა პლევრის ღრუსა და ღიაფრაგმის ზედაპირის უკეთესი რევიზიის საშუალება.

თორაკოსკოპიის წარმოებისას გართულებებს ადგილი არ ჰქონია. დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მანიპულაციების ჩატარების შემდეგ ყველა პროცედურას ვასრულებდით პლევრის ღრუს დრენირებით.

ამრიგად, თორაკოსკოპია გულმკერდისა და მუცლის ღრუს შუღლებული დახურული ტრავმების შემთხვევაში სრულყოფს ტრადიციულ დიაგნოსტიკურ მეთოდებს და იძლევა გულმკერდის ღრუსა და ღიაფრაგმის დაზიანების მოცულობის, ხასიათის და სიმძიმის დადგენის, მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრის საშუალებას. აქვს როგორც დიაგნოსტიკური, ასევე სამკურნალო ღირებულება.

ლიტერატურა:

1. М. М. Абакумов, И. В. Ермолова, А. П. Погодина и др./Диагностика и лечение разрывов диафрагмы/Хирургия, 2000; №7; с. 28-32;
2. Е. А. Вагнер/Хирургия повреждений груди – М. “Медицина”; 286с.
3. Г. Н. Цыбуляк, С. Л. Бечик/Ранения и травмы груди/Хирургия, 1997; №3; с. 5-10;
4. Sarma S., Kivioja A. Blunt rupture of the diaphragm. Ann Chir Gynaec 1995; 84; 3; 261-265;
5. Villavicencio R. T., Aucar J. A., Wall M. J./Analysis of thoracoscopy in trauma/ Surgical Endoscopy. 13(1): 3-9, 1999 Jan.

Букия П.

НЕОТЛОЖНАЯ ТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ РЕЗЮМЕ

У 18 больных с тяжелыми сочетанными повреждениями груди и живота совместно с другими методами исследования нами была применена экстренная и комбинированная торакоскопия. Визуальное наблюдение позволило лучше определить объем интраторакальных повреждений. При нахождении больных на искусственной вентиляции легких для диагностики повреждений диафрагмы целесообразным считаем сочетание комбинированной торакоскопии с высокочастотной искусственной вентиляцией легких.

Комбинированная торакоскопия имеет диагностическо-лечебный характер. С её помощью возможны: санация плевры, устранение малого свернувшегося гемоторакса, эвакуация содержимого плевральной полости (газ, экссудат, кровь, фибрин), реинфузия крови.

Bukia P.
URGENT THORACOSCOPY DURING COMBINED
HARD CHEST TRAUMAS
SUMMARY

We have utilized the urgent and combined thoracoscopy together with other research methods in 18 cases with hard traumas of chest and abdominal cavity. Visual observation gave us full inspection of intrathoracal injuries and opportunity of diagnosis. In order to better diagnosis of diaphragm injuries, it is necessary to combine thoracoscopy to high-frequent artificial ventilation of lungs in the patients, under the artificial ventilation of lungs.

The combined thoracoscopy has also a medical cost. Bathing of pleura cavity, liquidation of clotted, small-sized hemothorax, evacuation of the contents of pleura cavity (gas, exudation, blood, fibrin) and reinfusion of blood is also possible.

ღბრევაძე, ნმანჯავიძე, თაყალიშვილი, ნყავლაშვილი
აღმერგიული რინიტიის მკურნალობა
ნაზონემისით ბავშვებში
თსუ, პედიატრიის კათედრა

ცნობილია, რომ ცხვირის ლორწოვანი გარსის სტრუქტურა ქვედა სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსის იდენტურია, ამიტომაც მასში მიმდინარე ცვლილებები წარმოადგენს გვაძლევს ე. წ. "ალერგიული კასკადის" შესახებ, რომელსაც ადვილი აქვს ბრონქების ობსტრუქციის დროს. აქედან გამომდინარე მეცნიერები ცდილობენ ცხვირის ლორწოვან გარსში განვითარებული ცვლილებების საფუძველზე მოახდინონ ბრონქოობსტრუქციით მიმდინარე დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა და პრევენცია.

ჩვენი შრომის მიზანს შეადგენდა ადგილობრივი მოქმედების პრეპარატ ნაზონემისის ეფექტურობის შეფასება ალერგიული რინიტიით დაავადებულ ბავშვებში. ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 3-დან 14 წლამდე ასაკის 28 პაციენტი სეზონური ალერგიული რინიტით. შევისწავლეთ ალერგიული ანამნეზი სპეციალური კითხვარის დახმარებით, დიაგნოზი დგინდებოდა კლინიკური ნიშნებისა და ცხვირის ლორწოვანი გარსის ენდოსკოპიური კვლევის საფუძველზე, ასევე ნაზალურ ლავაჟში ალერგიული მარკერების (ეოზინოფილების) აღმოჩენით.

სასუნთქი გზების ლორწოვანის შეგროვების მრავალი მეთოდი არსებობს, მათგან ნაზალური ლავაჟი ყველაზე იოლი და ხელმისაწვდომია, რადგანაც არ საჭიროებს სპეციალურ აპარატურას და ადრეული ასაკის ბავშვები კარგად იტანენ მას. ნაზალური ლავაჟის მისაღებად თითოეულ ნესტოში შპრიცის საშუალებით შეგვავადა 2 მლ 37°C ფიზიოლოგიური ხსნარი. ხდებოდა ჩამონარეცხი სითხის და სეკრეტის ასპირაცია.

ანამნეზური მონაცემებით დადგინდა, რომ პაციენტთა 55%-ს აღენიშნებოდა გენეტიკური დისპოზიცია ალერგიის მიმართ, 36 %-ს ალერგიული რეაქციები სხვადასხვა ტროფო და აეროალერგენებზე. პაციენტებში ხშირად ვლინდებოდა ობსტრუქციული სინდრომი. კლინიკური ნიშნებიდან ყურადღებას იპყრობდა

რინორეა, ცხვირის ბლოკადა, ენდოსკოპიურად ლორწოვანის შეშუპება, ჰიპერემია. ნაზალურ ლავაჟში ყველა პაციენტთან აღმოჩენილია ეოზინოფილები. პერიფერიულ სისხლში ეოზინოფილია აღინიშნებოდა შემთხვევათა მხოლოდ 35%-ში. IgE-ს ჰიპერპროდუქცია კი გამოხატული იყო 72 %-ში. აღინიშნებოდა კორელაციური კავშირი დაავადების სიმძიმესა და ნაზალურ ლავაჟში ეოზინოფილიას შორის.

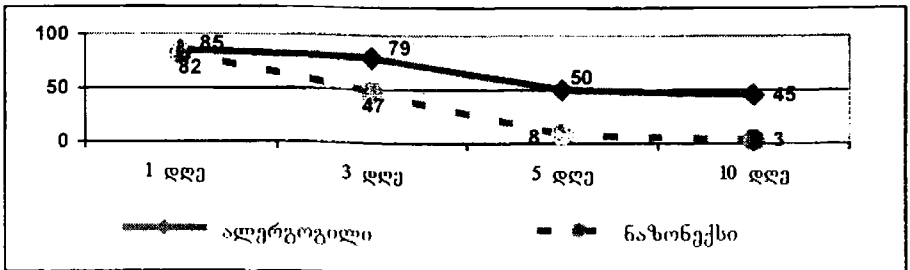
მკურნალობის მიხედვით გამოვყავით ორი ჯგუფი: I ჯგუფს მკურნალობა უტარდებოდა ნაზონექსით და კლარიტინით 10 დღის განმავლობაში. მკურნალობის კურსი მეორდებოდა 2 კვირის შემდეგ. ნაზონექსი ეს ადგილობრივი მოქმედების გლუკოკორტიკოსტეროიდია, რომელსაც ახასიათებს ანთების საწინააღმდეგო, ანტიექსუდაციური და ანთიალერგიული მოქმედება. პრეპარატის აღნიშნული თვისებები ვლინდება იმ დოზებით გამოყენებისას, რომლებიც არ იწვევენ სისტემურ ეფექტს. ინტრანაზალური გამოყენების დროს პრეპარატის სისტემური ბიოშელწყვალობა 0,1%-ია. ნაზონექსი იხმარებოდა შემდეგი დოზირებით - 1 ინჰალაცია (50 მკგ) ერთხელ დღეში. კლარიტინს ვიყენებდით შემდეგი დოზით - 30 კგ-ზე წონის პაციენტებში 5 მგ დღეში ერთხელ, 30 კგ-ზე მეტი წონის ბავშვებში - 10 მგ ერთხელ დღეში. II ჯგუფის პაციენტებს მკურნალობა უტარდებოდათ კლარიტინისა და ალერგოდილის კომბინაციით. ალერგოდილი ეს არის ადგილობრივი მოქმედების ანტიჰისტამინური პრეპარატი, მისი მოზირებაა 1 ინჰალაცია ორჯერ დღეში.

I ჯგუფში მიღებულ იქნა კარგი თერაპიული ეფექტი, რამდენიმე დღეში მცირდებოდა რინორეა, იხსნებოდა ცხვირის ბლოკადა (იხ. სქემა 1), ნაზალურ ლავაჟში მცირდებოდა ეოზინოფილების რაოდენობა (იხ. სქემა 2), რაც შეიძლება აიხსნას ნაზონექსის მიერ ეოზინოფილების გადარჩენის ფაქტორის (IL-5) ინჰიბიციით, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ეოზინოფილების აპოპტოზს, II ჯგუფში კი აღინიშნებოდა დაავადების მიმდინარეობის გახანგრძლივება.

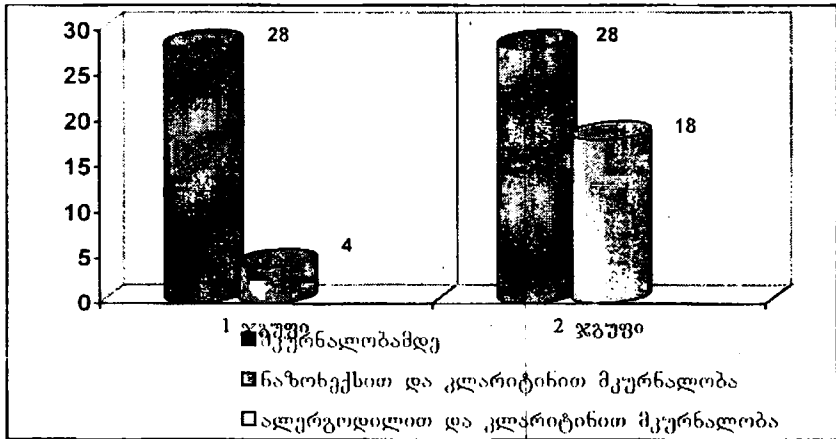
ჩვენი კვლევის შედეგები საშუალებას გვაძლევს რეკომენდაცია გავუწიოთ პრეპარატ ნაზონექსის გამოყენებას ბავშვთა ასაკში სეზონური და წლიური ალერგიული რინიტის სამკურნალოდ.

სქემა 1

ც ხ ვ ი რ ი ს ბ ლ ო კ ა დ ა



მკურნალობის ეფექტურობა



ლიტერატურა:

1. Canonica W et al - Pharmacological treatment of rhinosinusal infections in asthmatic children. The Annual Meeting of EAACI, Brussels, Belgium, 1999
2. Maraioco F. et al - Eosinophil cationic protein and specific IgE in serum and nasal mucosa of patients with rhinitis and asthma. Allergy, V. 56, N3, 2001
3. Management of Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma - Pocket Guide, 2001.

Брегвадзе Л., Манджавидзе Н., Авалишвили Т., Кавлашвили Н.
ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА НАЗОНЕКСОМ У ДЕТЕЙ
РЕЗЮМЕ

Целью нашей работы являлась оценка эффективности препарата местного действия Назонекса у детей с аллергическим ринитом. Под нашим наблюдением находились 28 детей с сезонным круглогодичным аллергическим ринитом в возрасте от 3 до 14 лет.

Мы изучали анамнез с помощью специального вопросника, диагноз ставился на данных клинических проявлениях и эндоскопического исследования слизистой носа, и обнаружения аллергических маркеров (эозинофилов) в назальном лаваже. По тилу лечения мы выделили 2 группы. I группа получала лечение Назонексом и Кларитином, II группа - Кларитином и Алергодилом. Данные наших исследований позволяют нам рекомендовать Назонекс для использования в педиатрической практике для лечения сезонного и круглогодичного аллергического ринита.

Bregvadze L., Manjavidze N., Avalishvili T., Kavlashvili N.
TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS
WITH NASONEX IN CHILDREN
S U M M A R Y

The aim of our study was to evaluate effect of Nasonex in children with allergic rhinitis.

We studied 28 children with perennial or seasonal allergic rhinitis. We investigated their perinatal history, way of feeding, parents' habits (smoking), and prevalence of respiratory symptoms using special questionnaire. Rhinoscopy and evaluating allergic markers (eosinophyles) in nasal lavage detected diagnosis of rhinitis. We studied blood immunity data.

According treatment we divided patients into two groups: I - was treated with Nasonex and Claritine, II - with Allergodil and Claritine. In the first group we had good therapeutic effect compared with the second one.

So, we conclude that Nasonex can be used in pediatric patients for treatment of allergic rhinitis.

რ.ბუნტური, მ.ტრაბოლსკი

D-პანთენოლის გამოყენება დერმატოლოგიურ პრაქტიკაში
თსსუ, დერმატოლოგიისა და ვენეროლოგიის კათედრა

კანის სხვადასხვა ეტიოლოგიის ეროზიულ-წყულულოვანი დაზიანებებისას კომპლექსური თერაპიის დროს მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება ადგილობრივ მკურნალობას. ამ დროს გამოყენებული სამკურნალო საშუალებები კრემის, მალამოსა თუ გელის სახით უნდა ახდენდნენ ეპიდერმოციტის სწრაფ აქტივაციას და გამოსაყენებლად უნდა იყვნენ მოსახერხებელი, არ უნდა იწვევდეს სალი კანის მაცერაციას. ერთ-ერთ ასეთ საშუალებას, რომლის გამოყენება შესაძლებელია კანის სხვადასხვა დაავადებების დროს გახვითარებული დეფექტების სამკურნალოდ, წარმოადგენს მალამო D-პანთენოლი -

Dexpanthenol (АО „Дпран“, Хорватия). დექსპანთენოლის მოქმედი საწყისია პანთოტენის მჟავას პროვიტამინი. პანთოტენის მჟავა კოფერმენტ A-ს შემადგენელი ნაწილია და შეღის ყველა ჯანმრთელი უჯრედის მემბრანის შემადგენლობაში. პანთოტენის მჟავის ნაკლებობის დროს ხდება კერატინის წარმოქმნის დარღვევა, ამიტომ კანის მთლიანობის დარღვევის დროს აღინიშნება ამ მჟავისადმი განსაკუთრებული მოთხოვნილება, რაც შეიძლება შეივსოს პრეპარატ D-პანთენოლის გამოყენებისას.

D-პანთენოლი დაბალი მოლეკულური მასისა და დაბალი პოლარობის, აგრეთვე საუკეთესო პიდროფილური თვისების გამო წელა და ღრმად აღწევს კანში, იწვევს უჯრედული მეტაბოლიზმის გაძლიერებას, ეპიდერმისის ბანალური უჯრედების რაოდენობის ზრდას და ეპიდერმოპოეზის აქტივაციას.

ჩვენს მიერ D-პანთენოლი გამოყენებულ იქნა 72 ავადმყოფზე სხვადასხვა დერმატოზებით:

ატოპიური დერმატიტი- 13, დერმატიტი- 16, უჯრემა -11, დერმატომიკოზები- 8, ფსორიაზი- 12, ვულგარული და სებორეული პემფიგური- 2, ტოქსიკოდედრმა

და კერატოდერმია -8, იქტიოზი- 2. ავადმყოფების ასაკი მერყეობდა 15-დან 60 წლამდე.

უძეტეს ავადმყოფებში პროცესი მიმდინარეობდა ქრონიკულად: მკვეთრად გამოხატული ქავილის ფონზე აღინიშნებოდათ, დრმა ნახეთქები, ეროზიები, ლიქენიზაცია, წვა, კანის და ლორწოვანის სიმშრალე.

დერმატოზების მიხედვით D-პანთენოლი გამოიყენებოდა 1- 4 კერ დღეში. ჰემოფიგურის დროს პრეპარატი გამოიყენებოდა ეროზიების შეფერხებული ეპითელიზაციის დროს.

აღნიშნული პრეპარატის გამოყენებისას, კომპლექსური მკურნალობის ფონზე, კანის პროცესის აღაგება მიმდინარეობდა სწრაფად. მონოთერაპიის დროს, უბრალო დერმატიტებისას აღინიშნებოდა ეპითელიზაციის დროის შემცირება 7-8 დღე, 10-14 დღის მაგიერად.

სხვა პაციენტების შემთხვევაში აღნიშნული იყო მეტნაკლებად გამოხატული თერაპიული ეფექტი - გამოხატული აქტიურ რეგენერაციაში და კანის პროცესების სწრაფ აღაგებაში.

ავადმყოფებმა პრეპარატი გადაიტანეს კარგად. მალამო სწრაფად შეიწოვება კანის მიერ, იოლია სახმარად, არ იწვევს კანის ზედმეტ ცხიზიანობას, ამცირებს ეროზიებისა და ნახეთქების დროს ტკივილს.

ამგვარად, მალამო D-პანთენოლი წარმოადგენს ეფექტურ პრეპარატს სხვადასხვა დერმატოზების დროს კანის დაზიანების სამკურნალოდ.

ლიტერატურა:

1. Сагомян Л., Клибсон С.
2. Мазь D-пантенол в дерматологии. Санкт-Петербург, 1999
3. Муратова Е., Котряхова Л.
4. Опыт применения мази D-пантенол в дерматологии . Санкт-Петербург, 1998

Бунтури Р., Трипольский М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ D- ПАНТЕНОЛА В ДЕРМАТОЛОГИИ РЕЗЮМЕ

Важная роль в комплексной терапии эрозивно-язвенных поражений кожи принадлежит местному лечению.

Наиболее перспективным средством для заживления различных дефектов кожи является мазь D-пантенол, в состав данного препарата входит пантотеновая кислота, являющаяся структурным компонентом клеточных мембран. Мы применяли D-пантенол у больных различными дерматозами. Все больные отмечали хорошую переносимость препарата, отсутствие жирового блеска на коже и быструю всасываемость мази D-пантенол. Значительно уменьшалась болезненность трещин и эрозий.

Таким образом, мазь D-пантенол является эффективным препаратом для лечения различных дерматозов.

Bunturi R., Tripolski M.
THE USE OF D-PANTHELOL IN THE TREATMENT OF DERMATOSES
S U M M A R Y

The paper summarizes the experience with the use of D-Panthenol in the treatment of dermatoses. It is concluded that D-Panthenol has the advantages of being convenient to use, producing better effect during bullous dermatoses.

გ.ბურკაძე, რ.ცანავა, ნ.მუსერიძე, გ.ტურაშვილი
საშვილოსნოს ყელის ინფექციური პროტოკოლის კორმონო-
დამოქმედებების თავისებურებანი
თსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა

ქალის სასქესო სისტემის ინფექციური ავადმყოფობების კისტოლოგიური და ციტოლოგიური დიაგნოსტიკის დროს აუცილებელია ჰორმონული სტატუსისა და მენსტრუალური ციკლის ფაზის გათვალისწინება (1, 3). ნორმალური მენსტრუალური ციკლის დროს ესტროგენული რეცეპტორების ექსპრესიის ცვლილება პროექტირებული რეცეპტორების ექსპრესიით არეგულირებს საშვილოსნოს ყელის ეპითელიოციტების პროლიფერაციას (6).

საშვილოსნოს ყელში ყველაზე ხშირად ვლინდება შემდეგი ინფექციური აგენტები: ტრიქომონები, ბაქტერიები (უპირატესად გარდნერელები), კანდიდას ტიპის სოკო, ვირუსები (აღადიანის ჰაპილომაიურუსი - HPV, მარტივი ჰერპესის ვირუსი - HSV), ქლამიდიები.

ტრიქომონიაზი წარმოადგენს ყველაზე ხშირად დადაგნოზებულ ცერვოვანიურ ინფექციას განვითარებულ ქვეყნებში. ქრონიკული ტრიქომონიაზისა და ტრიქომონოშტარებლობის განვითარების, ტრიქომონების ინვაზიისა და გამრავლებისთვის ხელსაყრელი პირობები იქმნება ჰიპოესტროგენულ ფონზე. საკმაოდ ხშირია ტრიქომონიაზის და ქლამიდიოზის თანაარსებობა. არსებობს მოსაზრება, რომ ტრიქომონა ხელს უწყობს ქლამიდიების გავრცელებასა და პერსისტენციას, მათი არასრული ფაგოციტოზის შედეგად (2).

კანდიდას ტიპის სოკო საშვილოსნოს ყელში შეიძლება არსებობდეს როგორც ინვაზიური, ასევე, არაინვაზიური ფორმით. ინვაზიისათვის ხელსაყრელი პირობები იქმნება ჰიპოესტროგენულ ფონზე. მისგან განსხვავებით, გარდნერელები ლორწოვანი გარსის დაზიანებას იწვევენ ჰიპერესტროგენულ ფონზე.

HPV ინფექციისათვის დამახასიათებელია საშვილოსნოს ყელის ბრტყელუჯრედოვანი ეპითელიუმის უჯრედებზე ესტროგენების რეცეპტორების ექსპრესიის შემცირება და პროექტირებული რეცეპტორების ექსპრესიის მომატება. არსებობს მოსაზრება, რომ HPV ეპითელიოციტებზე უკავშირდება ესტროგენების რეცეპტორებს (4). ესტროგენების ნაკლოვანება იწვევს HPV-ის დნმ-ის რეპლიკაციის გააქტივებას, შესაბამისად, ვირუსის პერსისტენციას.

HSV ინფექციის დროს საშვილოსნოს ყელის ეპითელიოციტებზე HSV I და HSV II რეცეპტორების (ეპიდერმული ზრდის ფაქტორის რეცეპტორები) ექსპრესია გაცილებით მაღალია ჰიპოესტროგენულ ფონზე (3).

ქლამიდიების სიცოცხლის ციკლის განვითარებას ხელს უწყობს პროექსტერონული სტიმულაცია, ხოლო ესტროგენული სტიმულაცია აფერხებს მათი გამრავლების ინტენსივობას (5). შესაბამისად, ქლამიდიებით ინფიცირების რისკი იზრდება ესტროგენების ნაკლოვანების დროს.

ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა ცერვიქსის ნაცხებში მონო- და შერეული ინფექციური პროცესების გამოვლენა და მათი კავშირის დადგენა პორმონული ცვლილებების თავისებურებებთან.

შესწავლილი იქნა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პათოლოგიური ანატომიის კლინიკაში არსებული Pap მეთოდის დანერგვის ლაბორატორიაში შემოსული ცერვიქსის ნაცხების 200 შემთხვევა. ციტოლოგიური მასალა იღებებოდა პაპანიკოლაუს მეთოდით (George N. papanicolaou, 1941), მაიკრონჯალდ-გიმზას მეთოდით (MGG) და PAS მეთოდით, გლიკოგენის გამოსაგლენად. შეფასებული იქნა პორმონული სტატუსი, ეპითელიოციტების მომწიფების ინდექსი, ეოზინოფილური ინდექსისა და კარიოპიკნოზური ინდექსის განსაზღვრის საშუალებით. მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა ფაზაში განსხვავებული იყო ზედაპირული. შუამდებარე და პარაბაზალური ეპითელიოციტების რაოდენობა, უჯრედების ციტოპლაზმის და ბირთვის სტრუქტურული ცვლილებები, ციტოპლაზმაში ბაზოფილური ჩანართების არსებობა, გლიკოგენის რაოდენობა (PAS მეთოდით შეღებილ ნაცხებში).

ჩვენი კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ტრიქომონული ცერვიციტი მონონუკლეციის სახით ჰიპოესტროგენულ ფონზე გამოვლენილი იქნა გამოკვლეული მასალის 32,5%-ში. ტრიქომონული ცერვიციტის კომბინაცია კანდიდას ტიპის სოკოს ინვაზიასთან და ესტროგენების ნაკლოვანებასთან გამოვლინდა შემთხვევათა 13%-ში. ტრიქომონული და ქლამიდიური დაზიანების თანარსებობა ჰიპოესტროგენულ ფონზე აღინიშნა შემთხვევათა 18,5%-ში. ტრიქომონული და ვირუსული ინფექციების თანარსებობით გამოწვეული დაზიანებანი 10%-ში გამოვლინდა, საიდანაც შემთხვევათა 8%-ში აღინიშნებოდა ჰიპოესტროგენული ფონი. HSV ინფექციის და ქლამიდიოზის თანარსებობა გამოვლინდა 12%-ში და არ იყო პორმონოდამოკიდებული. HSV მონონუკლეცია დადავნობდა შემთხვევათა 3%-ში ჰიპოესტროგენულ ფონზე, ხოლო HPV მონონუკლეცია – 4%-ში, ასევე, ჰიპოესტროგენულ ფონზე. შემთხვევათა 4%-ში გამოვლინდა გარდნერელოზი, ჰიპერესტროგენულ ფონზე, ხოლო 3%-ში – ბაქტერიული ვაგინოზი, ჰიპერპროესტერონულ ფონზე.

დადგენილია საშვილოსნოს ყელის Pap-ნაცხებში სხვადასხვა ინფექციური აგენტის თანარსებობის გარკვეული კანონზომიერება და მათი კავშირი ესტროგენულ-პროექსტერონულ ფონთან, რაც გასაოვლისწინებელია ქალის ორგანიზმში მიმდინარე დისპორმონული პროცესების დიაგნოსტიკაში და მკურნალობის კურსის ეფექტურობის მისაღწევად.

შეზიშვნა: კვლევის ნაწილი დაფინანსებული იქნა „ფონდი ღია საზოგადოება საქართველოს“ მიერ, გრანტი PH/09/99

ლიტერატურა:

1. ბურკაძე გ. „საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგია“, თბილისი, 2001.
2. Егорова Е В, Минскер О. Б. Грибковые и некоторые паразитарные заболевания женских половых органов. Москва, Медицина, 1988.

3. Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. Руководство. СОТИС, Санкт-Петербург, 2000.
4. Cocco D. R. et al. Effect of human papillomavirus infection on estrogen receptor and heat shock protein hsp27 phenotype in human cervix and vagina. *Int J Gynecol Pathol* 1992;11(2):113-21.
5. Kaushic C. et al. Effect of estradiol and progesterone on susceptibility and early immune response to *Chlamydia trachomatis* infection in the female reproductive tract. *Infect Immun* 2000, Jul;68(7):4207-16.
6. Konishi I. et al. Immunohistochemical analysis of estrogen receptors, progesterone receptors, Ki-67 antigen, and human papillomavirus DNA in normal and neoplastic epithelium of the uterine cervix. *Cancer*, 1991, Sep 15;68(6):1340-50.

**Буркадзе Г., Цанава Р., Мусеридзе Н., Турашвили Г.
ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНОЗАВИСИМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
Р Е З Ю М Е**

Исследовано 200 цервикальных мазков с применением методов Папаниколау, Май Грюнвалд-Гимза и ШИК-а. Трихомонадное поражение обнаружено в 32,5% случаев, комбинация трихомонадной и кандидозной инфекций – в 13%, комбинация трихомонадной и хламидиозной инфекций – 18,5%, комбинация трихомонадной и вирусных инфекций в 10%, поражение вирусом простого герпеса – в 3%, поражение вирусом папилломы человека – в 4%, на фоне недостаточности эстрогенов. Комбинация хламидиозной и HSV-инфекций обнаружена в 12% случаев, независимо от гормонального фона. Поражение гарднереллами выявлено в 4% случаев, с преобладанием эстрогенов, а вагинальный дисбактериоз – в 3% случаев, с преобладанием прогестерона. Таким образом, инфекционные заболевания шейки матки характеризуются гормонозависимостью, что является важным в диагностике и лечении женских гормональных нарушений.

**G. Burkadze, R. Tsanova, N. Museridze, G. Turashvili
PECULIARITIES OF HORMON-DEPENDENCY OF CERVICAL INFECTIONS
SUMMARY**

We studied 200 cases of cervical smears using Papanicolaou method, May Grunvald-Giemsa stain and PAS method. Trichomonal cervicitis was founded in 32,5% of cases, coexistence of trichomonal cervicitis and candidiasis – in 13% of cases, coexistence of trichomonal and chlamydial infections – in 18,5% of cases, coexistence of trichomonal and viral infections – in 10% of cases, HSV infection – in 3% of cases, HPV infection in 4% of cases. All these cases characterized with lack of estrogens. Coexistence of HSV and chlamydial infections was detected in 12% of cases without hormon-dependency. Gardnerellosis was founded in 4% of cases, with predominance of estrogens, vaginal disbacteriosis – in 3% of cases, with predominance of progesterone. We concluded that in cervical Pap smears the various infections show hormon-dependency which is very important for diagnosis of female hormonal disorders and efficacy of their treatment.

The part of this investigation was realized by financial support of "Open Society Georgia Foundation", Grant PH/09/99

გაბრიჩიძე
ზოზინიანი მიკრო- და მაკროელემენტის კონცენტრაციის
ცვლილების ხასიათი ორგანიზმში ორსულულის პერიოდში
 თსსუ, ბიოარაორგანული და ბიოფიზიკური ქიმიის კათედრა,
 სრულიდ საქართველოს საპატრიარქოს წმინთაკიმესა და ანას სახ.
 სამშობიარო სახლი

ორსულობა დაკავშირებულია დეცასა და ნაყოფის ორგანიზმში მიმდინარე ინტენსიური ცვლის პროცესებთან, რაც უშუალო კავშირშია ცალკეული მიკროელემენტის ბიოლოგიურ როლთან. კოფერმენტულ სისტემებში ჩართული მიკროელემენტები იძენენ სპეციფიკურ ფუნქციას და ამით ხელს უწყობენ გაკველით პროცესების ოპტიმალურ მიმდინარეობას. ცნობები ორსულობის პერიოდში მიკროელემენტთა როლის შესახებ წარმოდგენილია ერთეული გამოკვლევებით.

ამ ფაქტის გათვალისწინებით ჩვენს მიერ დეტალურად იქნა შესწავლილი მიკროელემენტების—თუთიის, სპილენძის, ტყვიის და კალციუმის აგრეთვე მაკროელემენტ-ტრინის განაწილების დინამიკა გაურთულებელი ორსულობის დროს. გამოკვლეული იქნა 100 ორსული და 10 არაორსული ქალი. მიკროელემენტები ისაზღვრებოდა სისხლში და სისხლის შრატში პოლაროგრაფული მეთოდის გამოყენებით. ბიოლოგიურ ობიექტებში მიმდინარე ლითონების განსაზღვრის ინსტრუმენტული მეთოდების შედარებით დახასიათება და პოლაროგრაფული მეთოდის უპირატესობა ნაჩვენებია სამუშაოში [1].

ორგანიზმში მიკროელემენტური შედგენილობის სურათი ორსულობის ვადის მიხედვით წარმოდგენილია ცხრილი 1-ის და ცხრილი 2-ის სახით.

ცხრილი 1

ორსული ქალების სისხლის შრატში მიკროელემენტთა შემცველობა ორსულობის ვადის (ტრიმესტრების) მიხედვით

ორსული ვადა	Zn, მკგ %	Cu, მკგ %	Fe, მკგ %
ნორმა	90 - 160	90 - 154	80 - 160
I ტრიმესტრი	82 ± 10	250 ± 25	70 - 180
II ტრიმესტრი	72 ± 8	275 ± 30	75 - 170
III ტრიმესტრი	50 ± 15	300 ± 50	70 - 180

ცხრილი 2

ორსული ქალების სისხლში მიკროელემენტთა შემცველობა ორსულობის ვადის (ტრიმესტრების) მიხედვით

ორსული ვადა	Zn, მკგ	Cu, მკგ
ნორმა	780 - 890	80 - 100
I ტრიმესტრი	450 ± 50	200 ± 20
II ტრიმესტრი	360 ± 40	210 ± 30
III ტრიმესტრი	200 ± 40	240 ± 50

ცხრ. 1 და ცხრ. 2-დან ჩანს, რომ სპილენძის დონის მაჩვენებელი, როგორც სისხლში, ასევე სისხლის შრატში ორსულებს გაცილებით მაღალი აქვთ. ვიდრე არაორსულებს. ჩვენ აღმოვაჩინეთ სპილენძის დონის კანონზომიერი ზრდა ორსულობის ვადის (ტრიმესტრების) მიხედვით სპილენძის რაოდენობა მნიშვნელოვნად იზრდება მე-2 და მე-3 ტრიმესტრებში.

როგორც ცხრ. 1-დან ჩანს, თუთიის დონე სისხლის შრატში ორსულობის განვითარებასთან ერთად პროგრესულად მცირდება და არ არის დამოკიდებული ნაყოფის სქესზე. ორსული და ჯანმრთელი არაორსული ქალების სისხლის შრატში თუთიის კონცენტრაციის საშუალო მნიშვნელობათა შედარებისას გამოვლენილი იქნა დამაჯერებელი განსხვავება (ცხრ. 1). საინტერესო შედეგები იქნა მიღებული ორსული ქალების სისხლში თუთიის დონის განსაზღვრის შედეგად (ცხრ. 2). ორსულობის ვადის მიხედვით თუთიის შემცველობა სისხლში კლებულობს და ყველაზე დაბალი დონე აღინიშნება მე-3 ტრიმესტრში.

ჩვენს მიერ შესწავლილი იქნა, აგრეთვე, ორსულ ქალებში მიკროელემენტთა კონცენტრაციის ცვლილება ასაკობრივ ასპექტში. ოპტიმალურ ასაკში (20-30წ) ორსულობისას იზრდება სპილენძის და თუთიის დონე სისხლის შრატში არაორსულ ქალებთან შედარებით (ცხრ. 3). ახალგაზრდების (15-20წ) და ასაკოვანი (30წ. ზემოთ) პირველად მშობიარების შემთხვევაში კი ამ მიკროელემენტების შემცველობა ნაწილობრივ იცვლება.

ორსული ქალების სისხლის შრატში მიკროელემენტთა შემცველობის ასაკობრივი კორელაცია ცხრილი 3

ორსული ქალების	Zn, მკ გ%	კ გ%
15 - 20 წ.	85 ± 15	250 ± 50
20 - 30 წ.	100 ± 20	270 ± 50
30 წ. ზემოთ	70 ± 20	280 ± 55

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ასაკთან დამოკიდებულებით თუთიის დონე მცირდება, სპილენძის კი იზრდება.

ჩვენს მიერ ჩატარებული ექსპერიმენტული გამოკვლევები მიუთითებს იმის შესახებ, რომ კალციუმის, ტყვიის და რკინის შემცველობა ორსული ქალის სისხლში და სისხლას შრატში უმნიშვნელოდ იცვლება და ნორმის ფარგლებში რჩება.

ლიტერატურა

1. Габричидзе Г., Шавгулидзе Н., Габричидзе О., Шавгулидзе В. // Сравнительная оценка возможностей инструментальных методов. нашедших применение в определении тяжелых металлов в биологических объектах. Сборник научных трудов ТГМУ, т. XXXVI, Тбилиси, 2000, с. 67-70.
2. Нишочич Р.М. // Динамика содержания железа при физиологической беременности и осложнении ее поздним токсикозом. Микроэлементы в медицине, Киев, 1974, с. 67.
3. Ghosh A., Fong L. Y. Y. Wan C. W. // Brit. J. Obstet. Gynaec.- 1985.-Vol. 92, N9. - P.886-891.

4. Kuhnert P.M., Kuhnert B.R., Erhard P. et al. // Amer.J. Obstet. Gynec. -1987.- Vol. 157, N5.- P. 1241-1246.
5. Prasad A.S. // Nutr. Rev.- 1983.- Vol.41, N7.- P. 197-208.
6. Prasad A.S. // Clin. Endocr. Metab.- 1985.- Vol.14, N3.- P. 567-589.
7. Prasad A.S. // Ann. Rev. Nutr.- 1985.- Vol.5.- P. 341-363.

Габричидзе Г.

**ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ КОНЦЕНТРАЦИИ НЕКОТОРЫХ МИКРО- И
МАКРОЭЛЕМЕНТОВ В ОРГАНИЗМЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ
РЕЗЮМЕ**

Показано, что уровень цинка в крови и в сыворотке крови по мере увеличения срока беременности прогрессивно снижается, а уровень меди закономерно увеличивается. Уровень железа, свинца и кадмия изменяется незначительно, оставаясь в пределах нормы.

Gabrighidze G.

**CHARACTER OF CHANGES OF CONCENTRATIONS
OF SOME MICRO- AND MACRO- ELEMENTS IN THE ORGANISM
IN THE PERIOD OF PREGNANCY
SUMMARY**

Research showed that zinc level in the blood and blood serum in progressively decreasing during the pregnancy development and copper level is logically increasing. Level of ferum, lead and cadmium is being changed slightly and is maintained in the limits of norm.

**თ.გაგეშიძე, მახვლედიანი, ი.კილაძე
TNF- α და IL-6 პროზინოზული მნიშვნელობა
HCV ქრონიკული კეპატიტის დროს
თსსუ, ინფექციურ სნეულებათა კათედრა**

დღეისათვის ცნობილი ვირუსული ჰეპატიტებიდან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია C ვირუსული ჰეპატიტი. უკანასკნელ ხანებში მნიშვნელოვანი მიღწევებია ამ ინფექციის შესწავლის საქმეში: დადგინდა გამომწვევის აიოლოგენობა, ვირუსის რეპლიკაციური აქტივობის ფართო დიაპაზონი, რაც ინფექციური პროცესის მრავალფეროვნებას განაპირობებს და სხვ. (6).

მიუხედავად ამისა, მრავალი საკითხი ვირუსის ჰერსისტენციის და ლვიძლის პროგრესირებალი დაზიანების შესახებ კვლავ აუხსნელი რჩება.

თანამედროვე იმუნოლოგიის მონაცემებით მრავალი ქრონიკული ინფექციის, მათ შორის ქრონიკული C ჰეპატიტის მიმდინარეობასა და გამოსავალზე დიდ როლს თამაშობს სხვადასხვა იმუნური რეაქციები, რომელთა რეგულაციაში მნიშვნელოვანი როლი ციტოკინებს განეკუთვნება (5).

ციტოკინები - ცილოვანი, არაიმუნოგლობულინური ბუნების აქტიური ნივთიერებებია. ისინი ზოგადი და ადგილობრივი იმუნური პასუხის ყველა ეტაპზე ეროვებიან პროცესში და ამით ორგანიზმის იმუნოლოგიურ პოპოსტაზს ინარჩუნებენ (1). განსაკუთრებულ მნიშვნელობას პროანთებად ციტოკინებს -

სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორს (TNF α) და მწვავე ფაზის ცილას - ინტერლეუკინ IL-6-ს ანიჭებენ.

ეს ინტერლეუკინები გამოუმავებულია გააქტივებული T ლიმფოციტებით. შესაძლოა ლვიძლის უჯრედების მიერაც, კერძოდ კუჭყურის უჯრედებით (1).

შრომის მიზანს წარმოადგენს TNF- α და IL-6 პროგნოზული მნიშვნელობის დადგენა ქრონიკული C ჰეპატიტის ავადმყოფებში.

თსსუ ინფექციურ სნეულებათა კლინიკაში გამოკვლეულია 138 ავადმყოფი ქრონიკული C ჰეპატიტით 16-დან 58 წ. ასაკამდე. მამაკაცი იყო 116 (96,1%). ქალი - 12 (13,9%).

ეტიოლოგიური დიაგნოსტიკა წარმოებდა anti-HCV აღმოჩენით ELISA-3-ით. კვლევა ხდებოდა სპეციფიკური ანტისხეულების გამოსავლენად ვირუსის ჰიპერვარიაბელური E₁/E₂-ზონის, სტრუქტურული core და არასტრუქტურული - NS₁, NS₄, NS₅ - ცილების მიმართ 30 ავადმყოფთან დიაგნოზის დადასტურება მოხდა სისხლში HCV RNA-ს აღმოჩენით პოლიმერაზის ჯაჭვური რეაქციით (PCR). პათოლოგიური პროცესის აქტივობის განსაზღვრისათვის ხდებოდა დინამიკაში 3-6 თვის განმავლობაში ტრანსამინაზების (ALT, AsT, GGT) რაოდენობის დადგენა ულტრაისფერი კინეტიკის მეთოდით. ციროზის სტადიაზე ვხელმძღვანელობდით Child-ის სიმძიმის კრიტერიუმებით.

სიმძიმის განსაზღვრა ხდებოდა სისხლში ბილირუბინის, ალბუმინის, პროთომობინის დროის, ასციტის არსებობის და ლვიძლისმიერი ენცეფალოპათიის მიხედვით (8). ყველა ავადმყოფის სისხლში დინამიკაში ხდებოდა TNF α და IL-6 განსაზღვრა რაოდენობრივი მყარფაზიანი იმუნოფერმენტული მეთოდით.

მიღებული შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ C ვირუსის ინფიცირების ფაქტორს 60,2%-ში ინტრავენური ნაყოფიკების მოხმარება წარმოადგენდა, 29,7%-ში - სხვადასხვა სამედიცინო მანიპულაციები და მხოლოდ 10,1%-ში ანაბნეზში აღენიშნებოდათ სისხლის ან პლაზმის გადასხმა. აგრეთვე გამოვლინდა პროანთებითი ციტოკინების მნიშვნელოვანი მატება საშუალო სიმძიმის და მძიმე ფორმის ქრონიკული C ჰეპატიტის დროს, მაშინ როცა მსუბუქი სიმძიმის დროს ავადმყოფთა უმრავლესობას ციტოკინების დონე საკონტროლოს არ აღემატებოდა (ცხრილი 1).

ცხრილი 1

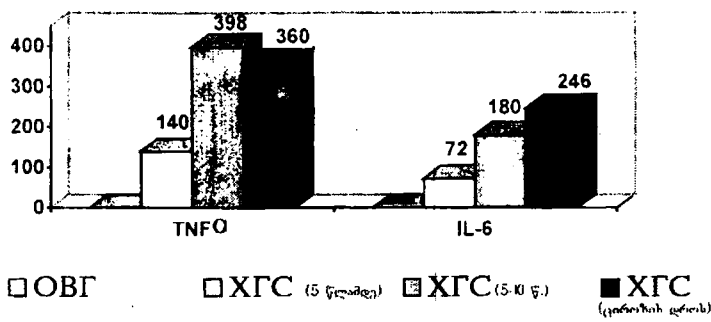
პროანთებადი ციტოკინების (TNF და IL-6) შემაღლენლობა HCV ქრონიკული ჰეპატიტით ავადმყოფებში პათოლოგიური პროცესის სიმძიმის გათვალისწინებით

პროცესის აქტივობა	TNF α <50 მკგ/მლ N	TNF α მატება			TNF α <50 მკგ/მლ N	IL-6 მატება		
		100-300 მკგ/მლ	300 600 მკგ/მლ	600- >600 მკგ/მლ		50-100 მკგ/მლ	100-200 მკგ/მლ	>200 მკგ/მლ
მსუბუქი n=27	14(52 \pm 10)	12(44 \pm 19)	1(4 \pm 4)	-	19(70 \pm 9)	4(15 \pm 7)	4(15 \pm 7)	-
საშ. სიმძ. n=77	24(31 \pm 5)	12(16 \pm 4)	25(32 \pm 5)	16(21 \pm 5)	39(51 \pm 6)	25(32 \pm 5)	8(10 \pm 3)	5(6 \pm 3)
მძიმე n=34	13(38 \pm 8)	5(15 \pm 6)	14(41 \pm 9)	2(6 \pm 4)	31(40 \pm 6)	18(23 \pm 5)	14(18 \pm 4)	5(6 \pm 3)
	100-3				100-3			

პარალელიზში გამოვლინდა აგრეთვე პროანთებითი ციტოკინების ბიოლოგიური მოქმედებას და ქრონიკული C ჰეპატიტის ავადმყოფების კლინიკურ

გამოვლინებებს შორის, რაც გამოვლინდა ანორექსიით, კუნთების სისუსტით, ჰიპოალბუმინემიით და სხვ.

საინტერესო იყო ის ფაქტიც, რომ პროანთებითი ციტოკინების მატება არ იყო დამახასიათებელი მწვავე ვირუსული ჰეპატიტისთვის, მაშინ როცა ეს ცვლილებები გამოვლინდა ქრონიკული C ჰეპატიტით ავადმყოფთა უმრავლესობაში. ციროზის სტადიაზე კი ყველა ავადმყოფს აღენიშნა ციტოკინების მატება სისხლში (სურ. 1).



სურ. 1. პროანთებითი ციტოკინების (TNFα და IL-6) ღონე ავადმყოფებში დაავადების ხანგრძლივობასა და ღვიძლის დაზიანების სიმძიმესთან დამოკიდებულება

ციტოკინების მოქმედების მექანიზმები, მათი ურთიერთქმედება ერთმანეთთან სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების დროს ჯერ კიდევ შეუსწავლელია და შედგომ კვლევას საჭიროებს (4). ლიტერატურის მონაცემებით (2) ღვიძლში სისხლის ციტოკინები ინაქტივირდება. რაც მათ სისტემურ მოქმედებას ასუსტებს. ჩვენს მიერ გამოვლენილი ციტოკინების დონის მყარი მატება ციროზის დროს, შესაძლოა შედეგია ამ ინაქტივაციის დარღვევისა ღვიძლის ქსოვილის დაზიანების გამო.

თავის მხრივ, მონოკინების ჭარბი რაოდენობა ციროზის სისტემურ გამოვლენას განაპირობებს. TNFα აძლიერებს ცხიმივანი მჟავების სინთეზს (5), რის შედეგადაც ძლიერდება ღვიძლის ცხიმივანი ინფილტრაცია. ღვიძლის რეგენერაციის დათრგუნვა ასევე ამ ციტოკინების სისტემური მოქმედებაა.

ამრიგად, კვლევის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ პროანთებითი ციტოკინების მატება, შესაძლოა, განსაზღვრავს ღვიძლში მძიმე ანთებითი პროცესების განვითარებას და ვირუსის ელიმინაციის მექანიზმების აქტივობის შემცირებას. დადგინდა პროანთებითი ციტოკინების ჰიპერპროდუქციის მნიშვნელოვანი როლი ღვიძლის მძიმე დაზიანების განვითარებასა და შენარჩუნებაში (ვირუსით ინფიცირებულებში).

ლიტერატურა:

1. Тотолян А.А. Место цитокинов в лабораторной диагностике иммунопатологических состояний // Лаборатория. 1999, №1, С. 21-23.
2. Шерлок И., Доули Дж. - Заболевания печени желчных путей. - М. 1999, 859 с.

3. Aizava Y., Shibamoto Y. et al. Analysis of factors effecting the appearance of hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis C. // cancer, 2000, vol. 89, N1, p. 53-60.
4. Andus T., baner J., Gerok W. Effects of cytokins of the liver // Hepato. - 1997. vol. 13. - 364 p.
5. Evans S.W., Whicher S.T. The cytokines: physiological and pathological aspects // Adv. Clin. Chem. - 1993. N30. - 88p.

**Гегешидзе Т., Ахвледиани М., Киладзе И.
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ TNF α И IL-6 У БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С
РЕЗЮМЕ**

Целью исследования являлось установление прогностического значения провоспалительных цитокинов TNF α и IL-6 у больных хроническим С гепатитом. Были обследованы 138 больных с H1С. Данные показали, что значительные повышения TNF α и IL-6 установлены у большинства больных со среднетяжелым и тяжелым течением. А на стадии цирроза печени у всех больных установлено стойкое повышение содержание этих цитокинов.

**Gegeshidze T., Akhvlediani M., Kiladze I.
PROGNOSTIC MEANS OF TNF α AND IL-6 IN PATIENTS
WITH CHRONIC HEPATITIS C
SUMMARY**

138 patients with chronic hepatitis C were under investigation. In all patients were determined proinflammatory cytokines - tnfa and il-6. Results of investigation allowed to determine, that patients with severe form of the diseases have increased level of these cytokines. At the early stage of chronic hepatitis C patients have Th₁, response and in the late stage leading is immune response of Th₂ type.

**თ.გეგეშიძე, ე.ვაშაკიძე, თ.მეგრელიშვილი, თ.თელია, ე.ხაბაზი
ღვიძლის ამბიოური აბსცესის ატიპიური და
ავთვიანობიანი მიმდინარეობა
ოსსუ, ინფექციურ სნეულებათა კათედრა**

ღლეისათვის ნაწლავთა ამბიოზი მსოფლიოში ფართოდაა გავრცელებული. მაშინ როცა ამბიოზის ნაწლავგარეშე ფორმა - ღვიძლის აბსცესი - ძირითადად ტროპიკული და სუბტროპიკული ქვეყნების პრობლემას წარმოადგენს (1, 7).

პროფ. დ.სვანიძის მონაცემებით (1) ამიერკავკასია ამბიოზის ენდემურ კერად ითვლება და მე-20 საუკუნის შუა პერიოდამდე საქართველოში ამბიოზი ფართოდ გავრცელებულ დაავადებას წარმოადგენდა. შემდგომ ათწლეულებში ეპიდსიტუაცია მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა: შექცირდა ნაწლავის ამბიოზის შემთხვევები, პრაქტიკულად არ გვხვდებოდა ღვიძლის ამბიური აბსცესი. 1998 წ. ზაფხულიდან ქობილისში აღინიშნა ამბიოზის ეპიდაფეთქება: ხანმოკლე პერიოდის (1-2 თვე) განმავლობაში დაავადების წმინტხვევების რაოდენობამ რამდენიმე ასეულს გადააჭარბა. ღლეისათვის ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია მნიშვნელოვნადაა გაუმჯობესებული, თუმცა ამბიოზით ავადობა ჯერ კიდევ

მოელი წლის განმავლობაში გვხვდება. ზაფხულსა და შემოდგომაზე ავადობის მაჩვენებლების მნიშვნელოვანი მატებით.

ეპიდემიის მესამე წელს ამკარაა ახლად აღმოცენებული ანთროპოპროტოზოზის ამებიაზის თავისებურება: ნაწლავთა მსუბუქი დაზიანების სიჭარბე და ამ ფონზე ლეიღლის დაზიანების მაღალი სიხშირე და გამოხატული სიმძიმე, თისუ-ის ინფექციურ სნეულებათა კლინიკის მასალაზე ლეიღლის აბსცესის ამებიაზის 30%-ს შეადგენს. არაიშვიათია მრავლობითი, აგრეთვე ლეიღლში გეანტური (120-140 მმ) დესტრუქციული უბნების არსებობა. მაღალი ლეიღლის განმეორებითი აბსცესების სიხშირე (7-8%). ავადმყოფთა ერთ ნაწილს აღენიშნება რეზისტენტობა სტანდარტული ეტიოტროპული მკურნალობის მიმართ და ა.შ.

აღნიშნული თავისებურებების მიზეზების მეცნიერულ შესწავლას როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. იგი დიდად დაგვეხმარება ამ მძიმე და ჯერ კიდევ ბოლომდე ამოუცნობი დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლაში.

მოგვაკვს ერთი მეტად იშვიათი კლინიკური შემთხვევის აღწერა. იგი საყურადღებოა არა მარტო აბსცესების ზომისა და იშვიათი ლოკალიზაციის გამო, არამედ დაავადების ზემოქმედებების მიმდინარეობითაც. ამის გარდა, ამ შემთხვევაში მიუხედავად სრული სიფართით სპეციფიკური მკურნალობისა, დაავადება გართულდა აბსცესის მუცლის ღრუში გახსნით და ლოკალური პერიტონიტის განვითარებით.

ავადმე. შკ., 40 წ., მეზ. ქობილისში, პროფესიით მუსიკოსი, კლინიკაში მოთავსდა 27.11.2000 წ. დაავადების მესამე დღეს. დაავადება დაიწყო მწკვედ, ძლიერი შეშინებით, რის შემდეგმ რამდენიმე საათში ტემპერატურამ მიაღწია 40°-ს. გამოვლინდა ტკივილი მუცელში და ძლიერი ოფლიანობა. დაავადების მეორე დღესვე ჩაუტარდა მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა: ლეიღლის II სეგმენტში გამოვლინდა მიორგვალე ფორმის არასწორი კონტურის და არაერთგვაროვანი შეიების დესტრუქციული უბანი ზომის 79X76 მმ.

ავადმყოფს პერიფერიულ სისხლში აღინიშნებოდა ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზით, ელს-ის აჩქარება, შარდისა და განავლის ანალიზი ცვლილებების გარეშე. **პროტოზოოლოგიური გამოკვლევით** E.histolytica-ს ცისტები და ტროფოზოიტები არ იქნა ნანახი. ლეიღლის ფუნქციური სინჯები ცვლილებების გარეშე სეროლოგიური გამოკვლევით (იფა) HBV, HCV და HIV მარკერები - უარყოფითი. სისხლში საერთო ცილა 62 მლ პროტეინოგრამა - N.

ამებიაზის დიაგნოზი დადასტურდა სეროლოგიური გამოკვლევით. ანტიხეულების ტიტრი ELISA-თი - 3,9 (N<0,9).

მკურნალობა დაიწყო მეტრონიდაზოლით 750 მგ ვენაში, ყოველ 8 საათში, პათოგენეზური თერაპია: რინგერის და 5% გლუკოზის ხსნარით დეველამეში 2000 მლ. მეორე დღესვე ზოგადი მდგომარეობა გაუმჯობესდა: ცხელება გამთენიდა 37,5°C-მდე, ოფლიანობა და მუცლის ტკივილი შემცირდა.

დაავადების მე-5 დღეს ჩატარდა განმეორებითი ულტრაბგერითი გამოკვლევა: ლეიღლის II სეგმენტში დესტრუქციის უბანმა რამდენიმე მოიმატა, შეოთავსი - არაერთგვაროვანი. აბსცესის ზომის, ლოკალიზაციის და ექოლოგიური დინამიკის გათვალისწინებით ავადმყოფს მიეცა ქირურგიული ჩარევის რეკომენდაცია - აბსცესის დრენირება, რაზეც კატეგორიული უარი განაცხადა.

მკურნალობა გაგრძელდა. დაავადების მე-7 და ანტიპროტოზოული მკურნალობის მე-5 დღეს, 1.12.2000 წ., დაავადების კლინიკური სიმპტომების თითქმის სრული აღაგების ფონზე ლამით, მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა. განვითარდა მწკვედ მუცლის კლინიკა. იმავე დღეს ჩატარდა ოპერაცია - ლაპარატომია. ლეიღლში: ნანახი იყო პერიფერიული

უბანი ყავისფერი გამონადენით. II და III-IV სეგმენტებში ნანახი იქნა კიდევ 2 აბსცესი ზომით 20X20 მმ. მათი პუნქციითაც მოყავისფრო სითხე იქნა მიღებული. მოხდა აბსცესის გახსნა და დრენირება (ოპერაციის ოქმი №57).

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი დამაკმაყოფილებელი. ავადმყოფი სტაციონაროდან გაეწერა ოპერაციის მე-10 დღეს. გავერიდან ერთი თვის შემდეგ, ამბულატორიული გამოკვლევისას, ავადმყოფს აღენიშნა სრული კლინიკური გამოჯანმრთელება. მკურნალობა გაგრძელდა დელაგაციით. ამბულატორიული მეთვალყურეობა გრძელდება.

ღვიძლის ამბურული აბსცესი ძირითადად მარჯვენა წილში ვითარდება, მარცხენა წილში აბსცესის განვითარება აღწერილია მხოლოდ შემთხვევათა 20%-ში (2, 4, 6).

ჩვენს სტაციონარში ავადმყოფები ძირითადად უკვე ფორმირებული დესტრუქციული უბნებით თავსდებიან. ღვიძლის ამბურული აბსცესის დიაგნოზით გატარებული 342 ავადმყოფიდან 58% ცხელების მე-2 კვირაზე იყო პოსპიტალიზებული. დანარჩენი - მე-3-4 კვირაზე და უფრო გვიან პერიოდშიც. აღწერილ შემთხვევებში კი ულტრაბგერითი კვლევა ცხელების მე-2 დღეს ჩატარდა და ამდენად, საშუალება მოგვეცა დაკვირვება მოგვეხდინა დესტრუქციული უბნის ფორმირებაზე დინამიკაში. უნდა აღინიშნოს, რომ გარდა ალკოჰოლის ჭარბი მიღებისა დაავადების ავთვისებიანი მიმდინარეობის სხვა ხელშემწყობი ფაქტორის გამოვლენა ვერ მოხერხდა. ლიტერატურის მონაცემებით ღვიძლის აბსცესის თვითნებური გახსნა დაავადების იმყოფითი გართულებაა (2-7%) (3, 5, 8).

აღწერილი შემთხვევა საინტერესოა იმ თვალსაზრისითაც, რომ როგორც ჩანს, ანტიამბურული ეტიოტროპული მკურნალობა მიუხედავად აშკარად გამოხატული კლინიკური ეფექტურობისა, ყოველთვის ვერ უზრუნველყოფს ღვიძლში დესტრუქციული პროცესის პროგრესირების კუპირებას.

ლიტერატურა:

1. Сванидзе Д.П. - "Амебиаз и Балантидиаз" - монография. медгиз. 1959, 207 с.
2. Шерлок ПП., Дули Дж. - заболевания печени и желчных путей. Москва. Гэостар. медмимна. 1999, 568-571.
3. Egleston F.C., Handa A.K., Vergiese M. Amebic peritonitis secondary to amebic liver abscess. Surgery 1992. 91. 46-8.
4. Irušen E.M. et al. Asymptomatic intestinal colonization by pathogenic Entamoeba histolytica in amebic liver abscess: Prevalence, response to therapy and pathogenic potential. Clin. Infect. Dis. 14: 889, 1992.
5. Katzenstein D. et al. New concepts of amebic liver abscess derived from hepatic imaging, serodiagnosis and hepatic enzymes in 67 consecutive cases in San Diego. Medicine 61: 237, 1982.
6. Ravdin J.L., Guerrant R.L. A review of the parasite cellular mechanisms involved in the pathogenesis of amebiasis. Rev. Infect. Dis. 1982. 41. 1185-207.
7. Ravdin J.L. protozoal Diseases - From the book: "Principles of Practice of infectious disease". 4th edition, 1995, 1995, 2393-2405.
8. Thompson J.E., Fornelza S., verma R. Amebic liver abscess: A therapeutic approach. Rev. Infect. 1985: 7: 171-9.

**Гегешидзе Т., Вашакидзе Э., Мегрелишвили Т., Телия Т., Хабази Э.
АТИПИЧНОЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ
АМЕБНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ**

РЕЗЮМЕ

Амебиаз - протозооз с глобальным распространением. В Грузии амебиаз был широко распространенным заболеванием. В последние десятилетия после благополучной эпидемиологической ситуации в 1998 году вновь была зарегистрирована вспышка амебиоза. На третьем году эпидемии можно выделить клинические особенности заново распространенного заболевания. Приводим описание клинического наблюдения атипичного и злокачественного течения амебного абсцесса левой доли печени.

Интерес данного случая заключается в том, что на фоне специфического антипротозойного лечения заболевание осложнилось вскрытием абсцесса в брюшную полость с развитием локального перитонита.

**T.Gegeshidze, E.Vashakidze, T.Megrelishvili, T.Telia, E.Khabazi
NONTYPICAL AND MALIGNANT COURSE OF LIVER AMOEBIC ABSCESS
SUMMARY**

Amoebiasis - protozoos of global spreading. Amoebiasis was a widespread disease in Georgia. During the last ten years of favorable epidemiological situation a new outbreak of amoebiasis was registered in Georgia in 1998. It becomes possible on the third year of the epidemic to distinguish clinical features of the recurrent disease.

Here is a description of nontypical and malignant course of liver left lobe amoebic abscess, got clinically.

This case evoked interest due to the fact against the background of specific antiprotozoic treatment the disease was complicated because of abscess lancing that caused local peritonitis.

**ნ.გელაძე, ე.ვაშაკიძე, თ.მეგრელიშვილი, თ.ტელია, ე.ხაბაზი,
ასაკლი ანტიპროტოზოული პრეპარატების ეფექტიანი გამოყენება
და მოზარდთა აბსცესის მკურნალობის დროს
მკურნალობის დროს
თსსუ, ბავშვთა ნევროლოგიის კათედრა**

XX საუკუნის დასაწყისში შტრომიანი წერდა: "გულყრები ბავშვთა ასაკში არ განსხვავდება მოზრდილთა ეპიდემიოლოგიისგან არანაირი მნიშვნელოვანი თავისებურებით." მაგრამ შემდგომში მკვლევარებმა შეამჩნიეს ასაკთან დაკავშირებული ეპიდემიოლოგიური გულყრების სტრუქტურული თავისებურებანი და ასევე სრულად განსხვავებული შედეგების ტიპები, რომლებიც უფროს ასაკში არ გვხვდება (1,2,3,4).

ბავშვთა ასაკს ახასიათებს გამოხატული ტენდენცია კრუნჩხვითი რეაქციებისა კენ განსაკუთრებით სხვადასხვა ინფექციის ფონზე. შედეგები ატარებენ სერიულ ხასიათს, ხშირია სტატუსის განვითარების შემთხვევებიც.

ადრეულ ასაკში გვაქვს ყველა სახის გენერალიზებული გულყრა - ტონური, კლონური, ტონურ-კლონური, მიოკლონური, ასევე ინფანტილური სპაზმი - კრუნჩხვითი გულყრის დროს სჭარბობს ტონური ფაზა. ბავშვებსა და მოზარდებში ეპილეფსიას ადრეულ სტადიაზე ახასიათებს მთელი რიგი რუდიმენტული და ატიპური ფორმები, ხშირია გვექტო-ვისცერული და ფსიქო-მოტორული პაროქსიზმები. ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით, 10 წლამდე ასაკში აბსანსეი წარმოადგენს ეპილეფსიის პირველ მანიფესტაციას შემთხვევათა 50 %-ში (5,6).

მრავალი კვლევა დაეთმო ბავშთა ასაკის პაროქსიზმებს, ისეთებს, როგორც არის ვესტის სინდრომი, ლენოქს-გასტოს სინდრომი, როლანდური ეპილეფსია, ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის მიოკლონური ფორმები, ფებრილური ეპილეფსია. ეს ფორმები შეტანილია ეპილეფსიების და ეპილეფსიათა სინდრომების საერთაშორისო კლასიფიკაციაში, რომელიც მიიღეს 1989 წელს (7).

ჯერ კიდევ XIX საუკუნის შუა წლებიდან ეპილეფსიის მკურნალობის ძირითადი მეთოდი იყო ფარმაკოთერაპია. მაგრამ შემდგომში, მიუხედავად უდიდესი მიღწევებისა ანტიეპილეფსიური პრეპარატების (აეპ), ფარმაკოინექციის და ფარმაკოინჰიბიციის შესწავლის საკითხში, ბავშვთა ასაკის ეპილეფსიის და ეპილეფსიური სინდრომების მკურნალობა კვლავ უდიდეს სიმბლემებთანაა დაკავშირებული.

მსოფლიო ფარმაკოთერაპიის მრავალწლიანი მონაცემების საფუძველზე, ასევე საკუთარი მონაცემების გათვალისწინებით, ჩვენ ვეთანხმებით ავტორთა უდიდეს ნაწილს, რომელთაც მიაჩნიათ, რომ ეპილეფსიის ფარმაკოთერაპია დღეს-დღეობით ძირითადად სიმპტომატურია (1,2).

ბავშვთა ნევროლოგიურ პრაქტიკაში პარციალური ეპილეფსიის ძირითადი ფორმების, კრუნჩხვითი და არაკრუნჩხვითი ეპილეფსიის, გენერალიზებული კრუნჩხვითი გულყრებისა და კრუნჩხვითი სტატუსის მკურნალობაში დღეისთვის ძირითად ბაზისურ აეპ-ს წარმოადგენენ (კარბამაზეპინი, ფენობარბიტალი, დიაზეპამი), რომელთა ეფექტურობა შეადგენს 70-80%-ს. მათი გვერდითი და ხანგრძლივი ტოქსიური ეფექტი კარგად არის ცნობილი, ამასთან ხანგრძლივი ფარმაკოთერაპია ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში მოითხოვს ინდივიდუალურ მიდგომას.

უკანასკნელი 6-7 წლის მანძილზე ეპილეფსიის მკურნალობაში, განსაკუთრებით მისი რეზისტენტული ფორმების დროს, ფართოდ გამოიყენება ახალი აეპ: ლამოტრიჯინი, გაბაპენტინი, ვიგანატრინი, ფელბატოლი და სხვ. (8,9,10). ეს თანამდროვე აეპ შემუშავებულია და გამოშვებული ფარმაცევტული კომპანიების მიერ იმ იმედით, რომ მათ ექნებათ ნაკლებად გამოხატული გვერდითი მოვლენები, მაგრამ, ვინაიდან ეს არის ახალი პრეპარატები, ლიტერატურაში არ მოიაზრება საკმარისი ინფორმაცია იმ გვერდითი და არასასურველი ეფექტის შესახებ, რომელიც შეიძლება მათ ხანგრძლივ გამოყენებას მოჰყვას.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ახალი აეპ-ს კლინიკური ეფექტურობის დადგენა ბავშვთა ასაკის ეპილეფსიის რეზისტენტური ფორმების დროს და მათი გვერდითი და ტოქსიური მოქმედების გამოვლინება.

1999-2001 წლებში გამოკვლევები იყო 44 ეპილეფსიით ავადმყოფი 1-დან 12 წლამდე გულყრების ხშირი რეციდივებით. სტაციონარში მათავსებამდე 12

ნათვანი ლებულოდა კარბამაზეპინს, 7 - ფენობარბიტალს, 12 - დეპაკინს, 8 - ანტელეფსინს, 5 - ერთდროულად ლებულოდა ორ და მეტს ზემოთ ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან.

ამ ავადმყოფებიდან 12 ჰქონდა პარციალური ეპილეფსია, 14 - გენერალიზებული ტონურ-კლონური კრუნჩხვები, 7 - ატონური, 5 - მითკლონური, 11 - აბსანს-ეპილეფსია, 2 - ლენოქს-გასტოს სინდრომი.

სტაციონარში შემოსვლისას ავადმყოფებს მრავალთვიანი არაეფექტური მკურნალობის გამო ძველი ავტ შეეცვალათ ახლით. ლამოტრიჯინი დაენიშნა 22 ავადმყოფს, ვიგაბატრინი - 14, გაბაპენტინი - 8.

ყველა ავადმყოფი შესწავლილი იყო კლინიკურად (ნევროლოგიური სტატუსის შეფასება და გულყრის ტიპის დადგენა), მათ ჩაუტარდათ პარაკლინიკური კვლევა: ტვინის კარტირება - კომპიუტერული ეგეტოპოგრაფია (Brain Mapping), ოკულისტის, გენეტიკოსის, ფსიქოლოგისა და პედიატრის კონსულტაცია.

აქვს გვერდითი ეფექტების გამოსაკლებად ჩაუტარდათ სისხლის საერთო და ბიოქიმიური ანალიზი, მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი კვლევა, რამდენიმე შემთხვევაში აქვს ფარმაკოკინეტიკა სისხლის პლაზმაში გაზურ-თხევად ქრომატოგრაფიის მეთოდით.

როგორც გამოკვლევების შედეგებმა გვიჩვენა, გულყრათა სრული კუპირება მოხერხდა 23 პაციენტთან (ერთი - ლენოქს-გასტოს სინდრომი, 7 - გენერალიზებული ტონურ-კლონური გულყრები, 3 - მითკლონური, 3 - მარტივი აბსანსით, 2 - რთული აბსანსით, 7 - პარციალური ეპილეფსიით). აქედან 10 ლებულოდა ლამოტრიჯინს, 7 ვიგაბატრინს, 2 გაბაპენტინს, 4 უტარდებოდა პოლითერაპია (2-ლამოტრიჯინი+ვიგაბატრინი, 2 ლამოტრიჯინი+დეპაკინი).

პრეპარატების გვერდითი მოქმედების შეფასება ხდებოდა ცნობილი სქემით, რომლის მიხედვითაც არის სამი ტიპის ეფექტი - ალერგიული, პრეპარატის ჰიპერდოზირების და აქვს ხანგრძლივი მიღებით (ანუ ქრონიკული). თითოეული პრეპარატისთვის შედგენილი იყო ტოქსიურობის რუკა.

ორ შემთხვევაში ლამოტრიჯინმა გამოიწვია გამოწყარო, ორ შემთხვევაში - თავბრუსხვევა და დიპლოპია, ერთ შემთხვევაში - ძილიანობა. ვიგაბატრინის გამოყენებისას ერთ შემთხვევაში აღვილი ჰქონდა ლებინებას, ორ შემთხვევაში - ალერგიულ გამოწყაროს. გაბაპენტინის მიღებამ ერთ შემთხვევაში გამოიწვია თრომბოციტოპენია და ატაქსია. ვიგაბატრინის მიღებიდან ერთი წლის შემდეგ ორ ავადმყოფს აღნიშნა ყურადღების დაქვეითება, სწავლაში ჩამორჩენა. ორს - ზოგადი დათრგუნვა, სამ შემთხვევაში ევგ-ზე აღინიშნებოდა ა-ინდექსის პროცენტული შემცირება და β-ინდექსის მომატება (წინა გადაღებებთან შედარებისას).

ამრიგად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ აქვს მკურნალობას შესაძლოა თან ახლდეს არასასურველი ეფექტები, რომლებიც ვარირებას განიცდის მინიმალური დისკომფორტიდან მნიშვნელოვან გვერდით მოქმედებამდე. მიუხედავად იმისა, რომ პრეპარატის ადექვატური დოზით გამოყენებისას, გამოხატული ტოქსიური ეფექტი შედარებით იშვიათია, როგორც ჩანს, ყველა აქვს იძლევა დოზადადმოკიდებულ გვერდით ეფექტს, ზოგჯერ მძიმე იდიოსინკრაზული რეაქციით.

როგორც ჩანს, ეპილეფსიის ფარმაკოთერაპია წარმოადგენს გარკვეულ კომპრომისს გულყრისაგან ტვინის დაცვისა და ტვინის აქტიურობის დაორგუნვას შორის. აუცილებელია კონკრეტული პრეპარატის ყველა თავისებურებისა და ასაკობრივ პერიოდებში მისი მოქმედების შედეგების ცოდნა. ასევე საჭიროა დიდი სიფრთხილის გამოჩენა ამ პრეპარატების ბავშვთა ასაკში დანიშვნისას, ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტის სოციალურ და ინტელექტუალურ თვისებებს.

ზემოთ აღწერილი პარაკლინიკური მეთოდების ადრეული ჩართვა კი გვაძლევს საშუალებას, დროული რეაგირება მოვასწინოთ გამოყენებული ანტიტოკსიური და არასასურველი ეფექტის თავიდან ასაცილებლად.

უკანასკნელი 5-6 წლის განმავლობაში გამოქვეყნდა შრომები, რომლებიც ეხება ეპილეფსიის არაფარმაკოლოგიური მკურნალობის მეთოდებს. ეს მეთოდები გამოიყენება როგორც მედიკამენტოზთან ერთად, ასევე მათ გარეშე (11).

არაფარმაკოლოგიური მკურნალობის მეთოდების გამოყენების ჩვენება არის შემდეგი:

1. რეფლექს-ეპილეფსიის არსებობა, როდესაც შეტევის რეფლექსური მექანიზმი კონტროლირებადია (ასპონტანური გულყრები). მაგალითად: ფოტოსენსიტიური ეპილეფსიის დროს – მუქი სათვალის ტარება, ტელეგრაფიების ყურების დროს გარკვეული წესების დაცვა და ა.შ.

2. ერთი ან იმეოთი შეტევები - ერთ-ორ ან ორ-სამ წელიწადში ერთი, გამოწვეული ძილის დეპრივაციით, გადაღლით, ფსიქიკური სტრესით, ალკოჰოლის მიღებით. აღნიშნული ფაქტორების მოწესრიგება არის გულყრის კუპირების გარანტი.

3. პირები, რომლებიც უარყოფითად არიან განწყობილნი მედიკამენტური მკურნალობისადმი ან ღებულობენ ან მცირე დოზებს და, ასევე, პირები, რომლებიც უარს აცხადებენ ქირურგიულ ჩარევასზე.

მკურნალობის ამ მეთოდს შეიძლება ექვემდებარებოდეს ეპილეფსიით დაავადებულ ავადმყოფთა ძალზე მცირე კონტინგენტი, მაგრამ შესაძლებელია ახლო მომავალში ეპილეფსიის მთელი რიგი ფორმების მკურნალობას წარმოადგენდეს არა მედიკამენტური, არამედ არაფარმაკოლოგიური მეთოდები, ექიმის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მცნების გათვალისწინებით "არ ავნო".

ლიტერატურა:

1. Эпилесии и судорожные синдромы у детей: Руководство для врачей, под ред. П. А. Темина, М. Ю. Никанорова. М. Медицина, 1999.
2. В. А. Карлов. Эпилепсия. М. Медицина, 1990.
3. O. Dulac. Strategy of AED treatment in children. *Epilepsia*, 1998. vol.39.s.2.p.14.
4. Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence. Eds. Roger J. etio al, London, John Libbey, 1992.
5. Willey E. The treatment of epilepsy: Principles and practice. Philadelphia: Lea and Febiger, 1998.
6. Wolf P. Reading epilepsy /in Roger J. etal; London, John Libbey, 1992.
7. Dreifuss F. The international classification of seizures and epilepsies: advantages /in Wolf P. Epileptic seizures and syndromes. London 1994. p. 9-14.
8. Cockerell O.C. etal. Epilepsy: current concepts. London. Current medical literature; 1996. p. 38-47.
9. Besag F.M. – Reintroduction of lamotrigine after rash with initial exposure. *Epilepsia*. 1997. vol. 38. p. 103.

10. Fejerman N. et al.- Vigabatrin as first choice in the treatment of West syndrome: preliminary report / *Epilepsia*, 1997. vol. 38. p. 16.
11. P. Wolf, N. Okujava – Possibilities of non- pharmacological conservative treatment of epilepsy. *Seizure* 1999. 8. 45-52.

Г е л а д з ე ნ., ნ ა ტ რ ი ა შ ვ ი ლ ი გ., ხ ა ჩ ა პ უ რ ი დ ზ ე ნ., კ ა პ ა ნ ა დ ზ ე ნ.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВЫХ АНТИЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ
ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИЙ ДЕТСКОГО И
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.

Р Е З Ю М Е

Обследовано 44 больных эпилепсией от года до 12 лет с частыми рецидивами приступов, резистентных к базисным антиэпилептическим препаратам (АЭП). Были назначены новые АЭП Ламотриджин – 22, Вигабатрин – 14, Габапентин – 8. Приступы полностью купировались у 23. Кроме клинического и ЭЭГ обследования оценивались побочные эффекты проводимой терапии. Выявлено, что выраженные токсические эффекты при адекватных дозировках АЭП, наблюдались сравнительно редко, однако видимо все АЭП антиэпилептические препараты дают дозозависимые побочные эффекты, иногда с тяжелыми идиосинкразическими реакциями.

Geladze N., Natriasvili G., Khachapuridze N., Kapanadze N.
EFFICACY OF NEW ANTIEPILEPTIC DRUGS IN CHILDREN AND
ADOLESCENTS WITH EPILEPSY
S U M M A R Y

44 patients in age from 1 to 12 years old with frequent recurrences of epileptic fits-resistant to basic anticonvulsants were investigated. New antiepileptic drugs such as Lamotrigin – 22, Vigabatrin – 14, Gabapentin – 8 were administered.

Epileptic seizures were completely stopped in 23 patients. Besides clinical and electroencephalographic investigation the side effects of produced treatment were estimated.

It was detected, that despite evident, expressed toxical effects of adequate management were observed relatively rare, all anticonvulsants may reveal dosage-dependent side effects sometimes with idiosyncratic reactions.

კ გ ე ლ ა შ ვ ი ლ ი, მ ქ ე რ ხ უ ლ ი, ჯ ა ხ ე ლ ე დ ი ა ნ ი, ნ ბ ი წ ა ზ ე,
ქ კ ა შ ი ა, ქ მ უ რ ჯ ი კ ე ლ ი, ნ ნ ა ზ ა რ ბ ე ვ ი შ ვ ი ლ ი.

ქ.თბილისის წყალმომარაგების კიბიშნური შფასება
და სანიტარიულ-ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების
შეშუშავება

თსსუ, კომუნალური და რადიაციული ჰიგიენის კათედრა,
ქ.თბილისის მერიის საქალაქო სამსახური-სანიტარიული
ზედამხედველობის ინსპექცია.

ურბანიზაციისა და მომატებული ანტროპოგენული დატვირთვის პირობებში საქართველოს მსხვილი ქალაქების, პირველ რიგში ქ.თბილისის, მოსახლეობის წყალმომარაგების კიბიშნური პირობებისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე მისი გავლენის შეფასება, აგრეთვე სანიტარიულ-ეპიდსაწინააღმდეგო

ლონისტიების შემუშავება განსაკუთრებით აქტუალურია.

ქობილისის წყალსადენი ძირითადად იკვებება მდ. არაგვის წყალშემტრები აუზის ზედაპირული და მიწისქვეშა წყლებით.

მდ. არაგვის ჭალაში განლაგებული მიწისქვეშა წყაროები და არაგვის ფილტრატები თავიანთი ჰიდროლოგიური პირობების გამო, მიეკუთვნებიან არასაკმარისად დაცულ მიწისქვეშა წყლების ტიპს და ამიტომ შესაძლებელია მათი ადვილად დაბინძურება. რაც შეეხება მდ. არაგვის, ყინვალისა და თბილისის წყალსაცავების წყლებს, მათი დაბინძურების საშიშროება გაცილებით მეტია.

1996 - 1999 წლებში ყოველთვიურად შესწავლილი იქნა ზედაპირული (ყინვალის და თბილისის წყალსაცავები) და მიწისქვეშა (არაგვის ხეობა) წყაროებიდან მიღებული სასმელ-სამეურნეო წყლები გამანაწილებელ ქსელში გაშვებამდე. გამოკვლეული იქნა ბუნებრივი ქიმიური შედგენილობის, ანთროპოგენური დაბინძურებისა და სანიტარიულ-ბაქტერიოლოგიური მაჩვენებლები.

მიწისქვეშა წყაროებიდან მიღებულ წყლებში სიმღვრივის მაჩვენებელი, გარდა ცალკეული შემთხვევებისა, როგორც წესი, არ აღწარბდა 2,6 სიმღვრივის ფორმაჰინის ერთეულს - სეჟ (1,5 მგ/ლ), ხოლო ზედაპირული წყაროებიდან მიღებულ სასმელ წყლებში ეს მაჩვენებელი ხშირ შემთხვევაში აღემატებოდა სასმელი წყლის სტანდარტის მოთხოვნებს წელიწადის ყველა სეზონში. განსაკუთრებით ზამთრისა და გაზაფხულის სეზონებში.

აღსანიშნავია, რომ სიმღვრივის მაღალი დონეები უფრო ხშირი იყო ღრმა-ღელის წყალსადენის წყალში 1997 და 1998 წლებში. მომდევნო 1999 წელს აღნიშნული მაჩვენებლების სახელმწიფო სტანდარტიდან გადახრა ღრმა-ღელისა და სამკორის წყალსადენების სასმელ წყალში არ იქნა დადგენილი.

ქობილისის მოსახლეობისათვის მიწოდებული სასმელ-სამეურნეო წყლების სხვა სანიტარიულ-ქიმიური, აგრეთვე სანიტარიულ-ბაქტერიოლოგიური შესწავლის შედეგები გვიჩვენებენ:

- ზედაპირული (ყინვალის და თბილისის წყალსაცავები) და მიწისქვეშა (მათ შორის ხელოვნურად შევსებული) წყალმომარაგების წყაროებიდან მიღებული წყლები ორგანოლექტიკური თვისებებით (გარდა სიმღვრივის მაჩვენებლისა), აგრეთვე მიკრობიოლოგიური და სანიტარიულ-ქიმიური მაჩვენებლებით ძირითადად აკმაყოფილებენ ჰიგიენურ მოთხოვნებს;

- ფიზიოლოგიური სრულყოფის თვალსაზრისით ეს წყლები შეიძლება მიეკუთვნებოდნენ დამაკმაყოფილებელი მარელოვანი შედგენილობის წყლებს, გარდა ბიოლოგიურად აქტიური ელემენტის - ფთორის შემცველობისა.

ქობილისში წყალმომარაგების სანიტარიული პირობების მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე შესაძლო გავლენის გამოკვლევის მიზნით, შესწავლილი და გაანალიზებულა 1996-2000 წლების განმავლობაში ქალაქის მოსახლეობის ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები, აგრეთვე აღნიშნულ პერიოდში ამ დაავადებათა დინამია.

1996-2000 წლებში ქობილისში სასმელ წყალთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებების აღმოცენებისა და ეპიდემიური გავრცელების რაიმე მნიშვნელოვან შემთხვევას აღიკვეთა არ ჰქონია, გარდა დაუდგენელი ეტიოლოგიის დიარეულ დაავადებათა 4 კვადრუტი შემთხვევისა (დაავადებათა საერთო

რაოდენობით 80-მდე), რომლებიც დაკავშირებული იყო წყალსადენის ქსელის ლოკალურ დაზიანებასა და წყლის დაბინძურებასთან;

1998 წლის ზაფხულიდან ქობილისში აღინიშნა ამებიაზის ეპიდეფიქცია. დაავადების ერთეული შემთხვევები აღირიცხა ქაიხი-ივნისის თვიდან, მასობრივი გავრცელება კი დაიწყო ივლისიდან და გაგრძელდა 2000 წელსაც.

ქობილისის სხვადასხვა წყალმომარაგების სისტემების მუშაობის შესწავლისა და ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგად დადგინდა იქნა რომ, ეპიდემიის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ღრმა-ღელის წყალმომარაგების სისტემიდან მიწოდებული სასმელი წყალი.

წყალსადენის ლაბორატორიაში სასმელი წყლის ხარისხის საწარმოო მონიტორინგის რეგროსპექტული მონაცემების ანალიზი, აგრეთვე სანიტარიული სამსახურის მიერ ჩატარებული გამოკვლევებით დადგინდა, რომ წყლის ხარისხის მაჩვენებლები (ქსელში გაშვების წინ) არ აღემატებოდნენ სასმელი წყლის სტანდარტით დადგენილ მოთხოვნებს, მათ შორის კოლი-ინდექსი და ბაქტერიების საერთო რაოდენობა 1 მლ წყალში არცერთ გამოკვლეულ სინჯში არ აღემატებოდა შესაბამისად 3 და 100; ნარჩენი თავისუფალი ქლორის შემცველობა ძირითადად შეადგენდა 0,5 მგ/ლ, ხოლო სიმღვრივის მაჩვენებელი მერყეობდა 2,6-3,5 სეფ-მდე.

მიუხედავად აღნიშნულისა, სანიტარიული სამსახურის მიერ ჩატარებული გამოკვლევებით აღმოჩენილი იქნა პისტოლფტიცა-ს ცისტები, როგორც წყალმომარაგების წყაროს (დაუმუშავებელ) წყალში, ასევე დამუშავების შემდეგ (ქსელში გაშვების წინ) და უშუალოდ გამანაწილებელ ქსელში.

აღსანიშნავია რომ, იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც სასმელი წყლის სინჯებში აღმოჩენილი იქნა პარაზიტის ცისტები, იმავე წერტილებში პარალელურად გამოკვლეული წყლის ბაქტერიოლოგიური მაჩვენებლები არცერთ შემთხვევაში არ აღემატებოდა სასმელი წყლის სტანდარტით დადგენილ მოთხოვნებს, რაც მიუთითებს პისტოლფტიცა-ს ცისტების, სხვა პათოგენურ აგენტებთან შედარებით ქლორით ინაქტივაციის მიმართ მდგრადობაზე.

ამ თვალსაზრისით, სანიტარული წყალი ეპიდემიის წინა და ეპიდემიის დაწყების პერიოდში ღრმა-ღელის წყალსადენზე (სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური ღონისძიებების გატარებამდე) ქლორთან კონტაქტის დროისა და ჩი მნიშვნელობის სიდიდეების შეფასება, სადაც ჩ - ნარჩენი თავისუფალი ქლორის კონცენტრაციაა (მგ/ლ), თ - წყალთან ქლორის კონცენტრაციის დროა (წთ).

დადგინდა, რომ წყალთან ქლორის კონტაქტის დრო შეადგენს 97 წთ., ხოლო ჩი მაჩვენებლის სიდიდე - 48,5.

ყოველივე აღნიშნულიდან გამომდინარე მიჩნეული იქნა, რომ სასმელი წყლის სტანდარტით გათვალისწინებული კრიტერიუმების დაცვა, როგორცაა ბაქტერიოლოგიური მაჩვენებლები (კოლი-ინდექსი არაუმეტეს-3, ბაქტერიების საერთო რაოდენობა 1 მლ-ში - არაუმეტეს 100), სიმღვრივის მაჩვენებლის დასაშვები ზღვარი (3,5 სეფ) და ნარჩენი თავისუფალი ქლორის კონცენტრაცია დადგინდეს ფარგლებში (0,3-0,5 მგ/ლ), ასევე ღრმა-ღელის წყალსადენის წყლის ქლორთან კონტაქტის არსებული დრო და შესაბამისად, ჩი-ს მნიშვნელობის სიდიდე, არ იძლევიან პისტოლფტიცა-ს ცისტების ინაქტივაციისა და ამებური ეტიოლოგიის დაავადებათა თავიდან აცილების გარანტიას.

ამდენად, ღრმა-ღელის წყალსადენზე საჭირო გახდა სასწრაფო ღონისძიებათა კომპლექსის გატარება (კოაგულაცია, ორმაგი დაქლორვა, ქლორის დოზის მომატება, ფილტრაციის პროცესის გაუმჯობესება, ქსელებისა და რეზერვუარების პროფილაქტიკური გარეცხვა-დეზინფექცია და ა.შ.), რის შედეგად სასმელი წყლის სიმღვრივე შემცირებული იქნა 2 სეფ-მდე, ნარჩენი თავისუფალი ქლორის კონცენტრაცია გაზრდილი იქნა 0,7 მგ/ლ-მდე.

გდაუდებელი ღონისძიებების გატარების შედეგად და სასმელი წყლის ხარისხის მაჩვენებლების გაუმჯობესებასთან ერთად შეწყდა სასმელი წყლის სინჯებში ჰისტოლყტიცა-ს ცისტების გამოვლენა.

ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე შეიძლება გაკეთდეს შემდეგი დასკვნები:

— ქობილისის მოსახლეობისათვის მიწოდებული სასმელ-სამკურნეო წყალი (ქსელში გაშვებამდე) თავისი ორგანოლექტიკური სანიტარიული-ქიმიური და ბაქტერიოლოგიური მაჩვენებლებით ძირითადად აკმაყოფილებენ ჰიგიენურ მოთხოვნებს. ამასთან, წყალსადენების სათავე ნაგებობებზე წყლის გაწმენდისა და ქლორირების პროცესში მცირედი შეფერვების შემთხვევაში არსებობს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე უარყოფითი გავლენის რეალური საფრთხე.

— ქობილისის წყალსადენების წყლები მიეკუთვნებიან სუსტ მინერალიზებულ, ჰიდროკარბონატული კლასის კალციუმის ჯგუფს, ხოლო ფიზიოლოგიური სრულყოფის თვალსაზრისით ეს წყლები შეიძლება მივაკუთვნოთ დამაკმაყოფილებელი შედეგნილობის წყლებს, გარდა ფთორის შემცველობისა, რომელიც გაცილებით დაბალია მის ოპტიმალურ დონეზე.

მიღებული შედეგების გათვალისწინებით შემუშავებული იქნა პროფილაქტიკური გამაჯანსაღებელი და სანიტარიულ-ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები, აგრეთვე რეკომენდაციები სასმელი წყლის ეროვნული სტანდარტის პროექტში კორექტივების შესატანად.

К.Гелашвили, М.Курхули, Д.Ахведиани, Н.Бицалде,

К.Кашия, К.Мурджикнели, И.Хазарбгшишвили

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОДОСНАБЖЕНИЯ Г.ТБИЛИСИ И РАЗРАБОТКА САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ РЕЗЮМЕ

Изучены санитарно-гигиенические условия водоснабжения г.Тбилиси и их влияние на здоровье населения. Установлено, что показатели качества питьевой воды, полученной из различных источников водоснабжения в основном соответствует гигиеническим требованиям. Выявлена связь показателем мутности питьевой воды, времени её контакта с хлором и эпидемической опасностью воды в отношении возбудителей паразитарных болезней.

На основании полученных результатов разработаны профилактические оздоровительные и санитарно-противоэпидемические мероприятия, а также даны рекомендации для внесения коррективов в проект национального стандарта "Вода питьевая".

**K. Gelashvili, M. Qurkhuli, D. Achvlediani, N. Bitsadze, K.
Kashia, K. Murjikneli, N. Chazarbegishvili**
**HYGIENIC APPRAISAL WATERSUPPLY OF TBILISI AND ELABORATION
SANITARY-ANTI EPIDEMIOLOGICAL MEASURE.**
S U M M A R Y

Sanitary -hygienic condition watersupply of Tbilisi and their influence on the health of population, has been studied.

Has been elaborated guidelines for prophylactic improve and Sanitary-anti epidemiological measure.

**გ. გელაშვიანი, გ. კალანდარიშვილი, ზ. ზედანია, მ. აბრამიშვილი
სისხლის კომოსტაზური პოტენციის შესწავლა
სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობით ავადმყოფებში
თსსუ, შინაგან სწეულებათა დიაგნოსტიკის და თერაპიის კათედრა**

ბოლო ათწლეულში ავადობის და სიკვდილიანობის საერთო სტრუქტურაში აღინიშნება ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების ზვედრითი წონის ზრდა (4). რომელთა შორის წამყვანი ნოზოლოგიურა ფორმა ქრონიკული ბრონქიტია, რომლის პროგრესირებას მივყავართ სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობის (სქუ) განვითარებამდე და ქრონიკული ფილტვისმიერა გულის ფორმირებამდე. ო.კ. ალექსანდროვის და თანაავტორების: ტ.ა. ფიდროკას და სხვა ავტორთა აზრით, სქუ-ის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზია პათოლოგიური ძვრები სისხლის კემოსტაზურ პოტენციაში. ტერმინი "სისხლის კემოსტაზური პოტენციალი" (სკპ); განისაზღვრება როგორც ინტეგრალური თვისება, რომელიც მოიცავს ყველა ამ პროცესს. რომელიც მიმართულია სისხლის შესანარჩუნებლად სისხლძარღვებში; ეწინააღმდეგება სისხლდენას და უზრუნველყოფს სისხლის დინების აღდგენას სისხლძარღვის თრომბით ობლიტრაციის შემთხვევაში (3).

ბრონქებსა და ფილტვის ქსოვილში აქტიური ანთებითი პროცესი და ბრონქული ობსტრუქციით განპირობებული პიპოქსემია ხელს უწყობს სისხლის მაღალი წებოვნების სინდრომის განვითარებას, მისი რეოლოგიური და კოაგულაციური პოტენციალის შეცვლას, დისემინირებული ინტრავასკულარული კოაგულაციის სინდრომის ფორმირებას, ფილტვების სისხლძარღვებში პერფუზიის შემცირებას და სუნთქვითი პიპოქსემიის გაღრმავებას.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სისხლის კემოსტაზური პოტენციალის შესწავლა II-III ხარისხის (ხ) სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობით გართულებული ქრონიკული ობსტრუქციული ბრონქიტით ავადმყოფებში.

ჩვენს მიერ გამოკვლეულია 69 ავადმყოფი ქრონიკული ობსტრუქციული ბრონქიტით (ქობ): 55 მამაკაცი და 14 ქალი. დაავადების ხანგრძლივობამ შეადგინა 5-დან 30 წელი. ყველა გამოკვლეულს აღინიშნებოდა სქუ-ის II-III ხ. ხოლო 35 ავადმყოფს დაუდგინდა II-III ფუნქციური კლასის გულის უკმარისობა.

ავადმყოფთა მდგომარეობის სიმძიმის შესაფასებლად გარდა ფიზიკური მონაცემებისა, ვიყენებდით სისხლის საერთო ანალიზს, მეთავ-ტუტოვან წო-

ნასწორობის და სისხლში აირთა შემცველობის განსხვავებას, სპიროვრაფიას, პნემოტაქოგრაფიას, კაპსოგრაფიას, ელექტროკარდიოგრაფიას, რეოპულმონოგრაფიას, გულმკერდის რენტგენოგრაფიას.

სისხლის ჰემოსტაზური პოტენციალის (სპპ) შესაფასებლად ისაზღვრებოდა ფიბრინოგენის კონცენტრაცია რ.ა. რუტბერგის მეთოდით; ფიბრინ-მონომერის ხსნადი კომპლექსები (ფმხკ) სტანურსკას და თანავეტორების მეთოდით, ფიბრინოგენ-ფიბრინის დეგრადაციის პროდუქტები (ფფდპ) ნანიგა, ჯესტის თიროზინული მეთოდით, გ.ვ. ანდრუენკოს და ლ.ვ. პოდროლოვსკაიას მოდიფიკაციით; ანტითრომბინი III (ათ III) აბილდვარდის მეთოდით; თრომბოელასტოგრაფიული გამოკვლევა. სისხლის წებოვნება ფასდებოდა ვ.ნ. ზახარჩენკოს კონსტრუქციის როტაციული ვისკოზიმეტრით; თრომბოციტების აგრეგაციის ხარისხის შესწავლა ხდებოდა ბორნის მეთოდით; ერითროციტების აგრეგაციის სიჩქარის შესწავლა ენგესტის მეთოდით.

II-III ხ სქუ-ით გართულებული ქობ-ით ავადმყოფებში სისხლის რეოლოგიური თვისებების და კოაგულაციური და ანტიკოაგულაციური აქტივობის მაჩვენებლების შესწავლისას მიღებული მონაცემების ანალიზით გამოვლინდა სპპ-ის მნიშვნელოვანი ცვლილებები. სუნთქვის უკმარისობის პროგრესირებასთან ერთად აღინიშნებოდა სპპ-ის ცვლილებების ზრდა, აგრეთვე სისხლის წებოვნების მატება, რასაც ხელს უწყობდა ჰემატოკრიტის, ერითროციტების და თრომბოციტების აგრეგაციული აქტივობის ზრდა. პლაზმის ცილოვანი შემადგენლობის შეცვლა – კერძოდ, ფიბრინოგენის, ფმხკ-ის, ფფდპ-ის კონცენტრაციის მომატება. სისხლში აღნიშნული მაჩვენებლების კონცენტრაციის ზრდა იწვევდა მაღალი წებოვნების სინდრომის განვითარებას და მიუთითებდა თრომბოზული აქტივობის და ფერმენტული ფიბრინოლიზის ზრდაზე. ათ III-ის აქტივობის შემცირებამ საშუალება მოგვცა გვეფიქრა სუნთქვის უკმარისობით ავადმყოფებში ანტითრომბოზული აქტივობის დაცემაზე.

ამრიგად, ჩვენს მიერ ჩატარებულმა კვლევის შედეგებმა სრულად დაასაბუთა ო.ვ. ალექსანდროვის და სხვათა შეხედულება სქუ-ის II-III ხ-ით გართულებული ქობ-ით ავადმყოფებში ქრონიკული დისმინირებული ინტრავენაკულარული კოაგულაციის სინდრომის ჰიპერკოაგულაციური ფაზის განვითარების შესახებ.

უნდა აღინიშნოს, რომ სქუ-ზე, გულის უკმარისობის თანდართვას ახლავს ჰიპერკოაგულაციის ნიშნების ზრდა, თუმცა III ფუნქციური კლასის დროს გაჩნდა ტენდენცია თრომბოზარმოქმნის აქტივობის შემცირებისა, რაზეც მიუთითებდა სისხლში ფმხკ-ის, კონცენტრაციის კლება. ალბათ აღნიშნული ცვლილებები უნდა განვიხილოთ როგორც ნიშნები, რომლებიც მიუთითებენ დისმინირებული ინტრავენაკულარული კოაგულაციის სინდრომის მეორე ფაზაში, ანუ მოხმარების კოაგულოპათიაში, გადასვლაზე.

განმეორებითმა გამოკვლევებმა სქუ-ის II ხ ავადმყოფებში სულფანილამიდებით, ანტიბიოტიკებით, ბრონქოდილატატორებით, მუკოლიტიკებით მკურნალობის ჩატარების შემდეგ გამოავლინა სისხლის წებოვნების ნორმალიზაციის ტენდენცია $12,58 \pm 10,79$ -დან $10,97 \pm 0,18$ ექსტენციის ერთ. წთ-მდე $p > 0,05$; თრომბოციტების აგრეგაციის ხარისხი $0,210 \pm 0,06$ -დან $0,199 \pm 0,012$ ექსტენციის ერთეულამდე, $p > 0,05$; ფიბრინოგენი $4,8 \pm 0,4$ -დან

3,92±0,48 გ/ლ-მდე, $p>0,05$; ფმხკ-41,3±1,95-დან 35,3±1,73 მგ%-მდე, $p<0,05$; ფფდპ-20,96±1,62-დან 16,52±1,62 მგ%-მდე $p<0,05$; ათ III-59,15±1,95-დან 64,66±2,11%-მდე, $p>0,05$.

ერთი მიმართულებით იცვლებოდა თრომბოლითა სტოგრაფიის მაჩვენებლები, რაც, ალბათ, განპირობებული იყო ბრონქოპულმონურ სისტემაში ანთებითი პროცესის აქტივობის შემცირებით.

III ხ სქუ-ით ავადმყოფებში სისხლის ჰემოსტაზური პოტენციალის ნორმალიზაციის დინამიკა აღმოჩნდა ნაკლებად გამოხატული, ვიდრე II ხ სქუ-ით ავადმყოფებში, ხოლო III ხ სქუ-ით III ფუნქციური კლასის გულის უკმარისობით ავადმყოფებში განმეორებითი გამოკვლევის შედეგები პრაქტიკულად არ განსხვავდებოდნენ საწყისი მაჩვენებლებისგან.

ამრიგად, სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობით გათვლებული ქრონიკული ობსტრუქციული ბრონქიტის მიმდინარეობას თან ახლავს დისიმინირებული ინსტრავასკულარული კოაგულაციის სინდრომის ჰიპერკოაგულაციური და ზოგიერთ შემთხვევაში ჰიპოკოაგულაციური ფაზა.

მკურნალობა სულფანილამიდებით, ანტიბიოტიკებით, ბრონქოდილატატორებით, მუკოლიტიკებით, საგულე გლიკოზიდებით, შარდმდენებით, ფიზიოთერაპიული პროცედურებით არ ახდენს საკმარის მანომალიზებულ ზემოქმედებას სისხლის ჰემოსტაზურ პოტენციალზე განსაკუთრებით სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობით III ხ-ის, II-III ფუნქციური კლასის გულის უკმარისობით ავადმყოფებში.

ლიტერატურა

1. О.В.Александров, Р.М.Алехина, Г.Г.Каландаришвили Влияние некоторых экстракорпоральных методов лечения на течение хронической дыхательной недостаточности. Сб. научн. трудов. госпиталя им. Н.И.Бурденко. Москва, 1985, С.182-184.
2. Т.А.Фёдорова. Хроническое лёгочное сердце. В кн. Хронические обструктивные болезни легких. Москва, 2000, С. 192-216.
3. Ж. Фермилен. М. Фестрате. Гемостаз. Москва. Медицина-1984, Пер. с французского. С. 8-23.
4. А.Г. Чучалин. В кн. Хронические обструктивные болезни легких. Москва, 2000, С. 11-26.

Гелбахиანი Г., Каландаришвили Г., Зедания З., Абрамишвили М. ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РЕЗЮМЕ

У больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), осложнённым хронической дыхательной недостаточностью (ХДН) II-III ст. выявляются существенные изменения гемостатического потенциала крови (ГПК) по мере прогрессирования ХДН, что проявляется в повышении вязкости крови, агрегационной активности эритроцитов и тромбоцитов в увеличении концентрации фибриногена, растворимых комплексов фибрин-мономера, продуктов деградации фибриногена-фибрина, в снижении активности антитромбина III, что свидетельствует о развитии гиперкоагуляционной фазы хронического ДВС синдрома. Присоединение сердечной

недостаточности сопровождается нарастанием признаков гиперкоагуляции, одноко в условиях развития сердечной недостаточности III функционального класса появляется тенденция к переходу во вторую фазу ДВС синдрома, т.е. коагулопатию потребления.

G.P.Gelbachiani, G.G. Kalandarischvili, Z.S. Zedania, Abramishvili M.
STUDY HAEMOSTATIC POTENTIAL OF BLOOD AT THE PATIENTS BY
CHRONIC RESPIRATORY INSUFFICIENCY
S U M M A R Y

In patients with chronic obstructive bronchitis (COB) complicated by chronic respiratory insufficiency (CRI) II-III of a degree display essential changes haemostatic potential of blood (HPB). On a measure progressive CRI, that is shown in increase of viscosity of blood, aggregation of activitiy critrocites and trombocytes in increase of concentration fibrinogen, of soluble complex fibrinogen-fibrin-III that testifies to development hypercoagulation of a phase syndrom chronic dyseminated intravascular cuagulation (DIC) of blood. The connection of intimate insufficiency os accompanied by increase of attributes hypercoagulation however in conditions of development of intimate insufficiency III of a functional class there is a tendency to transition in the second phase DIC-syndroms that is coagulopathy of consupion.

ოკერზმავა, დ.კიტოვანი, თ.გურგენიძე, ვ.ოდიშარია
საქართველოს ხანდაზმული მოსახლეობის სოციალური
მდგომარეობის კომპლექსური სოციალურ-კიბიქმური
შეფასების შედეგები

თსუ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მენეჯმენტის კათედრა

მოსახლეობის დაბერების პროცესი ასახავს ერთი შეხედვით ორ ურთიერთგამომრიცხავ მოვლენას. ერთის მხრივ სოციალური და სამედიცინო ხასიათის ზომები მიმართულია ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივებაზე, სიკვდილიანობის შემცირებაზე, მეორეს მხრივ კი ამ ღონისძიებების გატარება განაპირობებს ხანდაზმულთა ზვედრითი წილის ზრდას, რაც მოითხოვს მათ სოციალურ დაცვაზე დამატებითი სახსრების გამოყოფას (იხ.ცხრილი 1).

თანამედროვე დემოგრაფიული სიტუაცია საქართველოში ხასიათდება შობადობის მკვეთრი შემცირებით და მოსახლეობის მაღალი მიგრაციული აქტივობით. ამ ფონზე გამოხატულად დაჩქარდა ე.წ. "მოსახლეობის დაბერების" ტემპი. საქართველოს მოსახლეობა უკვე მიეკუთვნება დემოგრაფიულად დაბერებულს, რაც გულისხმობს, რომ 65 წლის და ზემოთ ასაკის პირთა ზვედრითი წილი მოსახლეობის საერთო სტრუქტურაში ზედმიწევნით სწრაფად იზრდება. ასე, მაგალითად, 1997 წლის მონაცემებით 65 წელზე უფროსი ასაკის პირთა რიცხვმა მთელი მოსახლეობის 18%-ს გადააჭარბა, მაშინ, როდესაც 1970 წელს ჩატარებული აღწერით მათი რიცხვი შეადგენდა 11,9%-ს, 1979 წელს - 12,6%-ს, 1986 წელს - 13,9%-ს, 1989 წელს კი - 14,2%-ს (7).

ხანდაზმულ პირთა ხვედრითი წილი მსოფლიოს ზოგიერთ ქვეყანის მოსახლეობის სტრუქტურაში 1998წ. და 2025წ. საპროგნოზო მონაცემებით

1998 წელი			2025 წელი		
ქვეყანა	65+ წ. ასაკის პირთა ხვედრითი წილი (%)	65+80 წ. ასაკის პირთა ხვედრითი წილი (%)	ქვეყანა	65+ წ. ასაკის პირთა ხვედრითი წილი (%)	65+80 წ. ასაკის პირთა ხვედრითი წილი (%)
ლატვია	14.9	2.9	ზორგატია	23.6	5.9
ზორგატია	14.7	2.1	უნგრეთი	22.1	5.5
უნგრეთი	14.4	2.5	ჩეხეთი	22.0	5.3
ესტონეთი	14.3	2.6	ბოსნია	21.4	5.8
უკრაინა	14.0	2.3	ლატვია	20.3	5.4
ჩეხეთი	13.7	2.4	ესტონეთი	19.9	4.9
ბელარუსია	13.4	2.2	რუმინეთი	19.5	4.7
რუმინეთი	13.0	1.8	სლოვაკია	18.7	4.0
რუსეთი	12.5	2.1	რუსეთი	18.2	3.4
ბოსნია	11.7	1.8	უკრაინა	18.1	3.9
სლოვაკია	11.3	1.8	ბელარუსია	17.3	3.8
მოლდავეთი	9.7	1.3	მოლდავეთი	13.8	2.1
სასომხეთი	8.4	1.0	სასომხეთი	13.6	2.0
ყაზახეთი	7.0	1.1	ალბანეთი	11.3	1.9
ყირგიზეთი	6.2	0.9	კაზახეთი	10.3	1.7
ალბანეთი	5.9	0.8	ყირგიზეთი	7.3	1.1
უზბეკეთი	4.7	0.8	უზბეკეთი	6.6	1.0
ტაჯიკეთი	4.6	0.8	თურქმენეთი	5.9	0.8
თურქმენეთი	4.2	0.6	ტაჯიკეთი	5.4	1.0
საქართველო	18.0	1.7	საქართველო	20.2	2.9

ექსპერტთა პროგნოზით, უკვე უახლოეს ათწლეულში საქართველოს მოსახლეობის საერთო რიცხვში კიდევ მოიმატებს ხანდაზმულთა და მოზუცებულთა ხვედრითი წილი, რამაც შესაძლოა წამოაყენოს მთელი რიგი სერიოზული სიძნელეები. ამ პრობლემების გადალახვა მოითხოვს ახლებურ მიდგომას, რაც, პირველ რიგში შეეხება სოციალურ-ეკონომიკური სიძნელეების შერბილებას (3, 4, 7, 10). სიტუაციას ართულებს ისიც, რომ საქართველოში საგრძნობლად იმატა იმ ხანდაზმულთა და მოზუცებულთა რიცხვმა, რომლებიც საჭიროებენ სხვადასხვა სახის სოციალური და სამედიცინო დახმარების მიწოდებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში მოქმედებს სამედიცინო დაწესებულებათა საკმარისად ფართო ქსელი, ახალ ეკონომიკურ პირობებში მკვეთრად შემცირდა ამ კონტინგენტისათვის ადეკვატური დახმარების მიწოდება (3, 4, 10).

განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში აღმოჩნდნენ მარტოხელა მოზუცები და ხანდაზმულები, რომლებიც შექმნილი ვითარების გამო ფაქტობრივად დარჩნენ ყოველგვარი დახმარების გარეშე, რაც მოითხოვს სასწრაფო ზომების მიღებას. გასათვალისწინებელია, რომ ამ კონტინგენტში აღინიშნება ავადობის და

სიკვდილიანობის ზრდის გამოხატული ტენდენციები. მიუხედავად მწვავე საჭიროებისა ქვეყანაში არ ხორციელდება მიზანმიმართული მუშაობა მარტოხელა ხანდაზმული მოსახლეობის სათანადო სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფისა და მათი სოციალური დაცვის კუთხით.

მართალია, სამთავრობო გადაწყვეტილებით 1999 წელს შექმნილია კომპლექსური გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს სხვადასხვა უწყებების, მათ შორის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროების მიერ ხანდაზმული ასაკის პირების მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე მიმართული ღონისძიებების გატარებას, მაგრამ ფინანსური სირთულეების გამო გეგმის განხორციელება ზედმიწევნით გაძნელებულია.

ზემოთ აღნიშნულის გათვალისწინებით კვლევის მიზანია ქობულისში მცხოვრები მარტოხელა მოხუცების სოციალური მდგომარეობის, მათი სოციალური და სამედიცინო მოთხოვნილებების შესწავლა და მიღებული მონაცემების საფუძველზე ადეკვატური სამედიცინო და სოციალური დახმარების ახალი სქემის ჩამოყალიბება.

სიკვდილიანობის გავლენა მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურაზე უფრო რთულ პროცესს წარმოადგენს, ვინაიდან, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მჭიდროდ დაამოკიდებულ შობადობის დონეზე. მეორეც, სხვადასხვა ასაკში სიკვდილიანობის ცვლილება სხვადასხვაგვარად მოქმედებს მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურაზე. მაგალითად, უფროსი ასაკის მოსახლეობის სიკვდილიანობის შემცირებას მიყვავართ მოსახლეობის დაბერების პროცესის დაჩქარებისაკენ (იხ. ცხრილი 2).

ცხრილი 2

საქართველოს მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურა 1998წ. მონაცემებით

ასაკობრივი ჯგუფი	მამაკაცი	მამაკაცი %	ქალი	ქალი %	სულ	სულ %%
0-4	144984	5.6	130567	4.6	275551	5.1
5-9	216402	8.4	204647	7.3	421049	7.8
10-14	228042	8.8	219608	7.8	447650	8.3
15-19	214669	8.3	206402	7.3	421071	7.8
20-24	206057	8.0	196923	7.0	402980	7.5
25-29	201188	7.8	187494	6.7	388682	7.2
30-34	192876	7.5	212268	7.5	405144	7.5
35-39	207824	8.1	227533	8.1	435357	8.1
40-44	177496	7.9	196760	7.0	374256	6.9
45-49	153730	6.0	172923	6.1	326653	6.1
50-54	95996	3.7	110297	3.9	206293	3.8
55-59	140909	5.5	170540	6.1	311449	5.8
60-64	129478	5.0	151448	5.4	280926	5.2
65-69	114968	4.5	146225	5.2	261193	4.8
70-74	81969	3.2	120098	4.3	202067	3.7
75-79	32465	1.3	69938	2.5	102403	1.9
80-84	18796	0.7	46456	1.6	65252	1.2
85+	19519	0.8	47397	1.7	66916	1.2
სულ	2577368	100.0	2817524	100.0	5394892	100.0

რაიგორც ცხრილში მოყვანილი მონაცემებიდან ირკვევა, შობადობის მკვეთრმა კლებამ საერთოდად იმოქმედა ბავშვთა ასაკის მოსახლეობის შემცირებაზე. საქმარისია აღინიშნოს, რომ 5-9 წლის ბავშვთა მოსახლეობის რიცხვი 154%-ით აღემატება 0-4 წლის ბავშვთა რიცხვს. ეს კი იმას მიუკავშირებს, რომ უკვე მომდევნო ათწლეულში შობადობა შემცირდება არსებულ მონაცემებთან შედარებით თითქმის 1,5-ჯერ.

ასაკის მატებასთან ერთად პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირთა რიცხვი მნიშვნელოვნად მცირდება, რაც განპირობებულია ქრონიკული დაავადებების მქონე პირთა რიცხვის გაზრდით.

ამასთან, დადგენილია, რომ უფროსი ასაკის მოსახლეობაში დაავადებათა შედარებით იოლად მიმდინარე ფორმების ხვედრითი წილი საერთოდად მცირდება სუბკომპენსირებული და დეკომპენსირებული ქრონიკული დაავადებების მატების ხარჯზე (იხ.ცხრილი 3).

ცხრილი 3

60 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურა

დაავადებათა კლასი	60-69წ.		70-79წ.		80+წ.		სულ	
	აბს. რიცხვი	%	აბს. რიცხვი	%	აბს. რიცხვი	%	აბს. რიცხვი	%
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები	5877	74.2	7850	82.5	8543	86.5	22270	81.5
აუთოისებიანი ახლოწარმონაკმები	1209	15.3	822	8.6	246	2.5	2277	8.3
საჭმლის მომრელებელი სისტემის დაავადებები	438	5.5	334	3.5	158	1.6	930	3.4
სასუნთქი სისტემის დაავადებები	163	2.1	194	2.0	192	1.9	549	2.0
შარდ სასქესო სისტემის დაავადებები	74	0.9	83	0.9	44	0.4	201	0.7
სიბერე ფსიქოზის ხსენების გარეშე	10	0.1	40	0.4	252	2.6	302	1.1
არაზუსტად აღნიშნული დაავადებები	152	1.9	195	2.0	444	4.5	791	2.9
სულ	7923	100.0	9518	100.0	9879	100.0	27320	100.0

რაიგორც ცხრილში მოყვანილი მონაცემები ცხადყოფს, ასაკთან ერთად მკვეთრად მატულობს გულსისხლძარღვთა დაავადებების ხვედრითი წილი, ამასთან შემცირებულია სხვა მიზეზებით გამოწვეული სიკვდილიანობა. ჩვენის

აზრით არსებული მაჩვენებლები სრულად არ ასახავს რეალურ მდგომარეობას, და განპირობებულია ხანდაზმული მოსახლეობის სამედიცინო დაწესებულებებში დაბალი მიმართულებით. ზემოაღნიშნულთან დაკავშირებით უკანასკნელ წლებში განსაკუთრებით გახელდებულია ამ კონტინენტში მიზანმიმართული და ქმედითი პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება.

სიბერეს ხშირად თან სდევს მარტოობა, რაც ქმნის სამედიცინო და სოციალური პრობლემების მთელ კომპლექსს. მათი გამწვავება ხშირად თან სდევს საზოგადოებაში სოციალურ-ეკონომიკურ კრიზისს.

გასაგები მიზეზების გამო, გერონტოლოგიის უმნიშვნელოვანეს პრობლემას მარტოხელა ხანდაზმული და მოხუცებული ასაკის პირთა რიცხვის მომატება წარმოადგენს.

საქართველოში ინტენსიურად იზრდება მარტოხელა პირთა რიცხვი, რომელთა უმეტესობა მიეკუთვნება ხანდაზმული და მოხუცებული ასაკის მოსახლეობას. ამ კონტინენტის პირად პრობლემებს, არაიშვიათად, ამძიძებს მარტოობასთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური დეზადაპტაცია და სოციალური იზოლაცია.

მარტოხელების პრობლემებთან დაკავშირებით ჩატარებულმა კვლევებმა დაადგინა, რომ ქორწინებაში მყოფი პირები ცხოვრობენ გაცილებით დიდხანს, ვიდრე მარტოხელები. ავოლოკოვის მიერ მსოფლიოს 23 ქვეყნის სტატისტიკური მასალების საფუძველზე შესწავლილი მონაცემები ადასტურებს, რომ 34-44 წლის ასაკის მარტოხელა მამაკაცები 2,5-ჯერ ხშირად იღუპებიან, ვიდრე ქორწინებაში მყოფი მათი თანატოლები, ქვრივები - 3,2-ჯერ ხშირად, განქორწინებულები - 2,8-ჯერ. მარტოხელა ქალები 2-ჯერ ხშირად იღუპებიან 35-44 წლის ასაკში, იგივე ასაკის ქორწინებაში მყოფ ქალებთან შედარებით, ქვრივები და განქორწინებულები შესაბამისად 1,8 და 1,9-ჯერ უფრო ხშირად.

დემოგრაფიული დაბერების ფონზე საქართველოში გაიზარდა მარტოხელა მოხუცების რიცხვი. 1979 წლის აღწერის მონაცემების საფუძველზე, იგი შეადგენდა მოსახლეობის საერთო რიცხვის 3,5%-ს, ხოლო 60 და მეტი წლის ასაკის მოსახლეობაში - 13,6%-ს. ხანდაზმულ და მოხუცებულ ქალებს შორის მარტოხელების რიცხვი 18,4%-ს აღწევდა, ხოლო მამაკაცებში - 5,0%-ს. სოფლის მოსახლეობაში მარტოხელა ხანდაზმულები და მოხუცები შეადგენდნენ - 14,2%-ს, ხოლო ქალაქში - 12,2%-ს.

1997 წლის მონაცემებით მარტოხელების რიცხვი მხოლოდ თბილისში 21.000 შეადგენს, ხოლო საქართველოს მასშტაბით 50.000.

ხანდაზმული და მოხუცებული მარტოხელა მოსახლეობის ზრდის ტენდენცია, როგორც სოციალური მოვლენა, განპირობებულია მთელი რიგი დემოგრაფიული და სოციალურ-ეკონომიკური მიზეზებით, რომელთა შორის პრიორიტეტულად შეიძლება ჩაითვალოს მკვეთრი სხვაობა ქალებისა და მამაკაცების სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობას შორის. ამ მიზეზით უფროსი ასაკის მოსახლეობაში აშკარად ჭარბობს ქალების რიცხვი.

სერიოზულ პრობლემად იქცა სოფლის ახალგაზრდა მოსახლეობის მიგრაცია საწარმოო რაიონებში, რასაც თან სდევს მრავალთაობიანი ოჯახების დანაწევრება. ეს პროცესი საქართველოში წლების მანძილზე ნაკლები ინტენსივობით ხასიათდებოდა, ვიდრე ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა ქვეყნებში. მიუხედავად ამისა ბოლო წლებში საქართველოში წარმოინებულმა

მოვლენებმა ხელი უბიძგა ოჯახის ინსტიტუტის დაშლას. მის დასრულებას და საბოლოო ჯამში მარტოხელების ხვედრითი წილის მკვეთრ ზრდას.

იმატა როგორც მარტოხელებმა, რომელთაც არ ჰყავთ შვილები, ასევე განსაკუთრებით მოხუცებმა, რომელთაც ჰყავთ შვილები, მაგრამ ცხოვრობენ მათგან იზოლირებულად. ოჯახს მოშორებული მათ არა აქვთ მუდმივი დახმარება და თანადგომა ჯანმრთელობისა თუ სიცოცხლის სტატუსის შესანარჩუნებლად. სოციალური გარემოს შეცვლა, ფსიქოსოციალური იზოლაცია, თავის მხრივ აუარესებს მარტოხელა მოხუცების მდგომარეობას.

როგორც ცნობილია, ასაკობრივი ფსიქო-ფიზიოლოგიური ცვლილებები განაპირობებენ ე.წ. ასაკზე დამოკიდებული პათოლოგიების განვითარებას. მიუხედავად გენეტიკური წინაგანწყობისა, დაბერების პროცესებზე მოქმედებს გარეო ფაქტორები, მათ შორის სოციალური გარემო, რომელსაც პათოლოგიის განვითარებასა და მის ხასიათზე მოქმედებს.

ამიტომ, მარტოობა ხანდაზმულ და განსაკუთრებით მოხუცებულ ასაკში, როდესაც დაკარგულია შრომისა და თვითმომსახურების უნარი, დამატებით რისკს წარმოადგენს. უარყოფითად მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობაზე.

საყურადღებოა, რომ მარტოხელების უმეტესობას (58,8%) არ ეგულება ახლობელი. ვისაც შეუძლია მიმართოს დახმარებისათვის უცარი ავადმყოფობის შემთხვევაში. 31,7% აღნიშნავს, რომ მეზობლების ან ახლობლების იმედი აქვს. მხოლოდ 1,3%-მა აღნიშნა, რომ აქვს ექიმის იმედი, თუ მას გარკვეულ თანხას გადაუხდის (იხ. ცხრილი 4).

ცხრილი 4

გამოკვლეული მარტოხელა მოხუცების სავარაუდო კონტაქტები მათთვის საჭირო დახმარების გაწევის აუცილებლობის შემთხვევაში

ვისგან ელიან დახმარებას.	შემთხვევითა რიცხვი	%
ახლობლებისაგან, რომელთაც მეზობლები დაუკავშირდებიან	165	31.7
მეზობლებისაგან	37	7.1
უბნის ექიმისაგან	7	1.3
უცხო პირებისაგან	5	1.0
არ იცის ვის მიმართონ დასახმარებლად.	306	58.8
სულ:	520	100.0

მიღებული მონაცემები კიდევ ერთხელ მიუთითებს იმაზე, რომ ჩვენი საზოგადოების ერთ-ერთი ყველაზე მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ფენა - მარტოხელა მოხუცები, ფაქტიურად უწყურადღებოდა მიტოვებული. მიუხედავად საკმარისად დიდი სახელმწიფო ბიუროკრატიული აპარატისა, რომელმაც წესით უნდა გაუწიოს მათ დახმარება. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში ხანდაზმულთა მიერ გამოითქმება იმედი იმის შესახებ, რომ მათ გაეწევათ სათანადო დახმარება თუ მიმართავენ სახელმწიფო სტრუქტურებს.

ამ კუთხით არსებული მდგომარეობის სიმწვავეს ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ არსებულ სიტუაციაში მარტოხელებს ახლობლების ნაკლები იმედიც აქვთ. ასე მაგალითად, მხოლოდ 10,0%-მა აღნიშნა, რომ მათ საკმარისად ხშირად ნახულობენ ახლობლები. ამიტომ გასაგები ხდება თუ რა მიზეზით უძნელდება

გამოკვლევლთა უმეტესობას მათი დასახელება, ვისაც შეძლებენ მიმართონ გაჭირების შემთხვევაში.

დასკვნები და წინადადებები

• მოქმედი ჯანდაცვის ობიექტების ბაზაზე ჩამოყალიბდეს მცირე მოცულობის კერძო პანსიონატები და დღის სტაციონარები, ხანდაზმულთათვის მოვლის ცენტრები;

• შეიქმნას და ამოქმედდეს სასწავლო საწარმოები, ხანდაზმულთა შრომითი და სოციალური რეაბილიტაციის მიზნით;

• საქართველოში მოქმედი ჰუმანიტარული ორგანიზაციების ხელშეწყობით განხორციელდეს ღონისძიებები, მიმართული ხანდაზმულთა დასაქმებაზე (კერვა, ქსოვა, საოჯახო ინვენტარის შეკეთება, მცირე სიმძლავრის საყოფაცხოვრებო და სხვა ტექნიკის შეკეთება და სხვ.);

• შესაძლებლობის ფარგლებში გაფართოვდეს მარტოხელა ხანდაზმულებისათვის ჰუმანიტარული სასურსათო დახმარების მიწოდების პროგრამები;

• არსებული ბაზის გამოყენებით გაფართოვდეს ბინაზე სოციალური დახმარების სამსახურის ქსელი;

• მარტოხელა ხანდაზმულების ინტერესების გათვალისწინებით შეიქმნას სპეციალური (ე.წ. მიზნობრივი) კლუბები;

• საქართველოში არსებული დაუტვირთავი სანატორიუმებისა და დასასვენებელი სახლები გამოყენებულ იქნას მარტოხელა ხანდაზმულების რეაბილიტაციის მიზნით.

• საქართველოს დიდ ქალაქებში მოწყოს თავშესაფრები, გაიშალოს საზოგადოებრივი კვების ქსელი, რომელიც დადგენილ საათებში უფასოდ მოემსახურება თავშესაფრის კონტინგენტს, ხოლო სხვა დროს იმუშავებს, როგორც ჩვეულებრივი საზოგადოებრივი კვების ობიექტი.

ლიტერატურა

1. ბექიაა მ. ოჯახის ეთნო-სოციოლოგიური კვლევის მეთოდური საკითხები. თბილისი, "მეცნიერება", 1988. 1-235.
2. გერზმავა ო. საქართველოს მოსახლეობის სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის დინამიკა 1970-1986 წწ., (თსუ სტუდენტთა მეთოდური სახელმძღვანელო), თბილისი, 1991, 1-152
3. თოთაძე ა. საქართველოს დემოგრაფიული პორტრეტი. თბილისი, "მეცნიერება", 1993, 1-307.
4. კაცაძე ა. თბილისის მოსახლეობის ფორმირების პროცესები. თბილისი, "მეცნიერება", 1991, 1-178
5. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი, თბილისი, 1996, 1-45

Герзмава О., Китовани Д., Гургенидзе Т., Одишария В.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ
СОСТОЯНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА В ГРУЗИИ
Р Е З Ю М Е

В статье на фоне современной демографической ситуации в Грузии рассматриваются проблемы, связанные с ускорением темпа "старения" населения. В этих условиях особое значение приобретает формирование совершенно новой темы адекватной социальной и медицинской помощи населению пожилого (преклонного) возраста, что и является целью работы. В работе особенно остро рассматривается проблема одиночества среди пожилых лиц, как дополнительный фактор риска нарушения здоровья.

На основе полученных результатов предложено осуществление ряда организационных мероприятий, позволяющих в определенной мере смягчить и стабилизировать создающуюся ситуацию.

Gerzmava O., Kitovani D., Gurgeniдзе T., Odisharia V.
S U M M A R Y

Aim of our investigation – evolution of social-economic problems of old people in Georgia

Distroy of traditions in medical services and methods of medical care is a bases problem of Health system in Georgia.

Government programm contents for prevention of acute and chronic diseases, health live style, social rehabilitation.

გ.გვასალია, ლ.ახმეტელი
ლიფორმენური ანტიბიოტიკოთერაპია
აქლვიოპერიტონიტის დროს
ოსსუ, ქირურგიის სნეულებათა №1 კათედრა

გადუღებელი ქირურგიის პრაქტიკაში არაიშვიათად ხვდებიან ავადმყოფები ანთებითი გინეკოლოგიური დაავადებებით. ამის ერთერთი მთავარი მიზეზია დიაგნოსტიკური და დიფერენციული დიაგნოსტიკის სიძნელები. შემთხვევათა ნაწილში ანთებითი გინეკოლოგიური დაავადების არატიპური კლინიკური სურათი განაპირობებს დიაგნოსტიკურ შეცდომებს და ავადმყოფები თავსდებათ ზოგად ქირურგიულ განყოფილებაში მწვავე აპენდიციტის, მწვავე მუცლის ან მუცლის ღრუს ორგანოების სხვა მწვავე ქირურგიული დაავადებების დიაგნოზით. მწვავე სალპინგიტი, ოოფორიტი, დარღვეული საშვილოსნოსგარე ორსულობა, საკვერცხის ცისტის გახეთქვა და შემოგრება ზოგჯერ გადაულახავ სირთულეს უქმნის ქირურგს დიაგნოზის დაზუსტების თვალსაზრისით. განსაკუთრებით რთულდება სიტუაცია, როდესაც ანთებითი პროცესი სცილდება ორგანოს საზღვრებს და ვრცელდება მცირე მენჯის პერიტონეუმზე პელვიოპერიტონიტის განვითარებით. ასეთ შემთხვევებში მენჯის მდებარეობის მწვავე აპენდიციტის გარჩევა გინეკოლოგიური პათოლოგიისაგან ითქმის შეუძლებელია, გასაკუთრებით თუ დაავადებას წინ არ უსწრებს გოტეკოლოგიური ანამნეზი. კლინიკური სურათის მსჯავსება განაპირობებულა ჭია ნაწლავის და მარჯვენა

დანამატების არა მარტო ანატომიური ახლომდებარეობით, არამედ მათი ლიმფური სისტემის მჭიდრო ურთიერთკავშირით. ეს კი ანთებითი პროცესის ჭია ნაწლავიდან დანამატებზე გავრცელების საშუალებას იძლევა და პირიქით.

ბოლო წლების მანძილზე ჩენი დაკვირვების ქვეშ იყო 27 ავადმყოფი პელვიოპერიტონიტით, რომელთაგან 15-ს ჩაუტარდა ანტიბიოტიკოთერაპია ლიმფოგენური მეთოდებით. პელვიოპერიტონიტის მიზეზი იყო ჩირქოვანი აღნეკისტი, ჩირქოვანი ოფორიტი, ჩირქოვანი სალპინგოოფორიტი. ამ ჯგუფში არ არის შეყვანილი ის ავადმყოფები, რომლებშიც გინეკოლოგიური პათოლოგია დიფუზური ან უნივერსალური ჩირქოვანი პერიტონიტის მიზეზი გახდა.

ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 15-დან 44 წლამდე, საშუალო ასაკი შეადგენდა 29,1±2,1 წელს.

სტაციონარში მითავსებისას ავადმყოფთა ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის იყო. უჩიოდნენ ტკივილს მუცლის ქვედა ნახევარში, განსაკუთრებით ბოქვენზედა არეში, ზოგ შემთხვევაში ტკივილი დლოკალიზებული იყო მარჯვენა ან მარცხენა თუბის ფოსოში, შარდვის ან დიფერაციის დროს ტკივილის ინტენსივობა მატულობდა. ავადმყოფებს აწუხებდათ პირის სიმშრალე, გულისრევა, ზოგიერთს პირღებინება. აღინიშნებოდა მუცლის ზომიერი შებერილობა და კუნთთა რიგილობა მუცლის ქვედა ნახევარში, აქვე დადებითი ბლუმბერგის სიმპტომი, აუსკულტაციით-პერისტალტიკური ხმიანობა შესუსტებული იყო. უმეტესობას (22 ავადმყოფი) აღინიშნებოდა სხეულის ტემპერატურის მომატება, ტაქიკარდია, 20 ავადმყოფს აღინიშნებოდა ლეიკოციტოზი, ლეიკოციტების საშუალო რაოდენობა შეადგენდა 11,8±0,17 ათასს. უმრავლეს შემთხვევაში მომატებული იყო ვეს. ინტოქსიკაციის ლეიკოციტური ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი შემოხვლისას იყო 3,2±0,28.

მიმღებ განყოფილებაში 27 ავადმყოფიდან მხოლოდ 1 დაესვა სწორი დიაგნოზი. 13 შემთხვევაში დასმული იყო მწვავე მუცლის, 9-მწვავე აპენდიციტის, 1-მწვავე პანკრეატიტის, 1-ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის, 2-კვებითი ინტოქსიკაციის და მწვავე გასტრიტის. სტაციონარში დიაგნოზი დაზუსტდა მხოლოდ 4 შემთხვევაში, დანარჩენებში დიაგნოზი დადგენილი იყო ოპერაციული ჩარევით. ოპერაცია გაუკეთდა 25 ავადმყოფს.

15 ავადმყოფის ოპერაციის შემდგომ მკურნალობის კომპლექსში ჩართული იყო ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპია. ანტიბიოტიკებიდან ძირითადად გამოყენებული იყო ცეფალოსპორინების ჯგუფის პრეპარატები (კლაფორანი, კაფზოლი, ცეფამენიმი, ცეფოზიმი) ყველა შემთხვევაში ჩატარდა სისტემური ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპია, მათ შორის 4-ში-ენდოლიმფური, ტერფის ლიმფური მარღვის კათეტერიზაციის გზით, 11-ში-ლიმფოტროპული წვევის დონიდან.

მონოთერაპია ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპიის სახით ჩაუტარდა 7 ავადმყოფს. დანარჩენებს ლიმფოგენურ ანტიბიოტიკოთერაპიასთან ერთად ანტიბიოტიკები უკუთვლიდათ ინტრავენური და კუნთშიგა გზითაც. ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპია საშუალოდ გრძელდებოდა 4 დღე.

მკურნალობის შედეგებზე ვსჯელობდით ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების, ძილის მოწესრიგების, მადის გაჩენის, ნაწლავთა პერი-სტალტიკური ხმიანობის გამოვლენის ვადებით. ტემპერატურის, მაჯისცემის სიხშირის, სისხლში ლეიკოციტების რაოდენობის, ლეიკოციტური ფორმულის,

ინტოქსიკაციის ლეიკოციტური ინდექსის ნორმალიზაციის საფუძველზე შედეგებს ვადარებით საკონტროლო ჯგუფის ავადმყოფებში მიღებულ შედეგებს. ამ ჯგუფში ლიმფოგენური ანტიბიოტიკოთერაპია არ იყო გამოყენებული.

პელვიოპერიტონიტით გატარებული 15 ავადმყოფიდან, რომელთაც მკურნალობის კომპლექსში ჩაუტარდათ ენდოლიმფური და ლიმფოტროპული ანტიბიოტიკოთერაპია, არცერთს არ ჰქონია პერიტონიტის პროგრესირება ან ჭრილობისმხრივი ინფექციური გართულება. საკონტროლო ჯგუფის მონაცემებთან შედარებით აღინიშნებოდა როგორც სუბიექტური, ისე ობიექტური, მათ შორის ლაბორატორიული მონაცემების უფრო სწრაფი გაუმჯობესება და ნორმალიზება. ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ 7 ავადმყოფს ანტიბიოტიკოთერაპია მხოლოდ ლიმფოგენური, ძირითადად ლიმფოტროპული გზით მონოთერაპიის სახით უტარდებოდა, რამაც საგრძნობი ეკონომიკური ეფექტი მოგვცა.

**Гвасалия Г., Ахметели Л.
ЛИМФОГЕННАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА
РЕЗЮМЕ**

15 больным пельвиоперитонитом проводилась лимфогенная антибиотикотерапия. 4 больным антибиотики вводились эндолимфатически, путем катетеризации лимфатического сосуда, 11 больным проводилась лимфотропная антибиотикотерапия с уровня голени, после предварительной лимфостимуляции. По сравнению с результатами, полученными у контрольной группы больных, получающих антибиотики обычными путями, установлено более раннее улучшение субъективных данных и нормализация со стороны лабораторных показателей.

**Gvasalia G., Ahmeteli L.
LYMPHOGENIC ANTIBIOTIC THERAPY IN THE TREATMENT OF
PELVIOPERTONITIS
SUMMARY**

Lymphogenic antibioticotherapy was conducted in 15 patients with pelvioperitonitis. In 4 patients antibiotics were injected endolymphatically, through the catheterized lymphatic vessel. In 11 patients lymphotropic antibioticotherapy from the calf level was performed after lymphostimulation. The results were compared with those from the control group of patients, who received antibioticotherapy by common routs. We can conclude that improvement of the general condition and normalization of laboratory findings was much faster with our method.

ზ. გვენეტაძე, ლ. არუთინოვა, ნ. შენგელია
ყვრიმალის ძვლის იხმლირმბული ტრავმული
დაზიანებების ქირურგიული მკურნალობა.
თსსუ, ქირურგიული სტომატოლოგიის კათედრა

ყვრიმალის ძვლის სხეულის და რკალის მოტეხილობები სახის ძვლების ტრავმული დაზიანებების 6-19% შეადგენს (ი.ი. ბერნადსკი, 1985) აღნიშნული დაზიანების ხშირი მიზეზია საყოფაცხოვრებო, საწარმოო, სატრანსპორტო და სპორტული ტრავმები (ბ.დ. კაბაკოვი, ვ.ა. მალიშვილი, 1981).

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა ყვრიმალის ძვლის სხეულის და რკალის მოტეხილობის მქონე 17 ავადმყოფი - 4 ქალი და 13 მამაკაცი, ასაკით 18-დან 45 წლამდე. 11 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ყვრიმალის ძვლის და რკალის ახალ მოტეხილობას, 3 შემთხვევაში - მოძველებულ და 3 შემთხვევაში - ძველ (არასწორად შეხორცებულ) მოტეხილობას.

ყვრიმალის სხეულის მოტეხილობის დროს ყველა ავადმყოფს აღნიშნებოდა: ყვრიმალის მიდამოს ჩავარდნა, "საფეხურის" ნიშანი თვალბუდის ქვედა კიდის შუა მესამედის დონეზე, ძვლოვანი შვერილი ყვრიმალ-ალვეოლური ქედის არეში, მგრძობილობის მოშლა თვალბუდის ქვედა ნერვის საინერვაციო ზონაში და სისხლჩაქცევები სკლერაში.

ყვრიმალის რკალის მოტეხილობისთვის დამახასიათებელი იყო ამ მიდამოს ჩავარდნა რკალის მთლიანობის დარღვევის გამო. რკალის მონატეხი ფრაგმენტის გვირგვინისებურ მორჩზე ზეწოლის შედეგად შეზღუდული იყო პირის გაღება და ქვედა ყბის გვერდითი მოძრაობა დაზიანებული მხარისკენ.

5 შემთხვევაში - ყვრიმალის ძვლის სხეულისა და რკალის ერთდროული მრავლობითი მოტეხილობით და ზედა ყბის წიაღის დაზიანებით, აღინიშნებოდა: ძლიერი სისხლდენა ცხვირის შესაბამისი შესავალიდან, პალპაციით თვალბუდის ქვედა კიდეზე "საფეხურის" ნიშანი და ძვლოვანი შვერილი ყვრიმალ-ალვეოლური ქედის არეში, სისხლჩაქცევები სკლერაში და ქვემო ქუთუთოში.

მათგან 4 ავადმყოფზე აღინიშნებოდა: ქეძოზი, დიპლოპია, მგრძობილობის მოშლა ზედა წინა და შუა ალვეოლური ნერვების საინერვაციო ზონაში.

ყვრიმალის ძვლის სხეულისა და რკალის ტრავმული დაზიანებების დიაგნოსტიკაში, ანაზნეზისა და ობიექტური გასინჯვის მონაცემებთან ერთად დიდი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოგრაფიულ გამოკვლევას აქსიალურ და საგიტალურ პროექციებში (ნ.მ. ალექსანდროვი და თანაავტ. 1986).

ყვრიმალის ძვლის სხეულისა და რკალის მოტეხილობის მკურნალობა დამოკიდებულია მოტეხილობის ლოკალიზაციაზე, მონატეხი ფრაგმენტების გადასაცვლების მიმართულებაზე და ხარისხზე, ტრავმის თანხლებ დაზიანებაზე (თავის ტვინის შერყევა, დაჟეჟილობა და სხვა).

ყვრიმალის ძვლის სხეულის და რკალის მოტეხილობის მკურნალობა იყოფა კონსერვატულ და ქირურგიულ მეთოდებად. კონსერვატული მკურნალობა ტარდება მაშინ, როდესაც არ აღინიშნება მონატეხი ფრაგმენტების შეცილება. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფებს ენიშნებათ სიმშვიდე, ცივი საფენები, პირის გაღების შეზღუდვა, რბილი და თხიერი საკვები (ი.ი. ბერნადსკი, 1985; ვ.ა. კოზლოვი. 1988). რაც შეეხება ქირურგიულ მკურნალობას. იგი ტარდება მონატეხი ფრაგმენტების შეცილების დროს.

ვინიდან ყველა ავადმყოფს აღენიშნებოდა მონატეხი ფრაგმენტების გადანაცვლება მნიშვნელოვანი კოსმეტიკური და რიგ შემთხვევებში ფუნქციური დარღვევებით. ჩვენს მიერ გამოყენებული აქნა ქირურგიული მკურნალობა მკუთარის დიფერენცირებული შერჩევით, გამომდინარე დაზიანების ხასიათიდან.

6 შემთხვევაში, ყვრიმალის ძვლის სხეულისა და რკალის ახალი ერთეული მოტეხილობის დროს, ფრაგმენტების რეპოზიციის მიზნით გამოყენებული იყო ერთკბილსანი კავი. ხანმოკლე, ინტრავენური ნარკოზის ქვეშ კავის მახვილი კბილით იზვლიტებოდა კანი ორი ურთიერთპერპენდიკულარული ხაზის (ყვრიმალის სხეულის ქვედა კიდეზე გატარებული ჰორიზონტალური ხაზი და თვალბუდის გარეთა კიდეზე დაშვებული ვერტიკალური ხაზი) გადაკვეთის წერტილში. კავი შეგვყავდა ყვრიმალის ძვლის სხეულის ქვეშ და ენერჯული მოძრაობით ვახდენდით მის რეპოზიციას. ასევე ხდებოდა ყვრიმალის რკალის ფრაგმენტების ჩასწორებაც. ასეთ შემთხვევებში მონატეხი ფრაგმენტები დამატებით ფიქსაციას არ საჭიროებს. ამ დროს ავადმყოფებს ენიშნებათ დამზოგავი დიეტა და ძილი მხოლოდ ჯანმრთელ მხარეზე 10-12 დღის განმავლობაში.

5 შემთხვევაში ყვრიმალის ძვლის სხეულის მრავლობითი მოტეხილობისას ფრაგმენტები გადანაცვლებული იყო ზედა ყბის წიაღში. ამ ავადმყოფებზე გამოყენებული იქნა მონატეხი ფრაგმენტების რეპოზიცია და ფიქსაცია ჰაიმორის ღრუდან. ენდოტრაქეული ნარკოზის ქვეშ კოლდუელ-ლუკის მეთოდით ვახდენდით ჰაიმორის ღრუს გახსნას. მოხრილი ელევატორით ვაწარმოებდით ყვრიმალის ძვლის მონატეხი ფრაგმენტების ამოწვას. ამასთან, განსაკუთრებული სიფრთხილით ავადგენდით თვალბუდის ქვედა კედლისა და კიდის მთლიანობას. მონატეხი ფრაგმენტების ფიქსაციას ვაწარმოებდით ჰაიმორის ღრუში შეტანილი იოლოფორმიანი ფილითი, რომლის ბოლო გამოგვიჩნდა ცხვირის ქვედა სავალში. მონატეხი ფრაგმენტების ფიქსაცია გრძელდებოდა 12-14 დღე. ფილითის ამოღებას ვაწარმოებდით რინოსტომიამ.

ყვრიმალის ძვლის სხეულისა და რკალის მოძველებული და ძველი (არასწორად შეხორცებული) მოტეხილობები მოითხოვს ოპერაციულ მკურნალობას პირვარეთა მდგომით, რაც ჩატარებული იქნა 6 ავადმყოფზე. ენდოტრაქეული ნარკოზის ქვეშ განაკვეთს ვატარებდით 3 ადგილზე: თვალბუდის გარეთა კიდის არეში (2,5სმ), თვალბუდის ქვედა კიდის არეში (2,5სმ) და ყვრიმალის რკალის არეში (1-1,5სმ). მონატეხ ფრაგმენტებს ვათავისუფლებდით ნაწიბურვანი კონტრაქტურისაგან და ფისურული ბორის საშუალებით ვახდენდით ძვლის არასწორად კონსოლიდირებული უბნების გათიშვას. მონატეხ ფრაგმენტებს გადავანაცვლებდით სწორ მდგომარეობაში და ვაფიქსირებდით ტიტანის მინი ფირფიტებით ან უჯანგავი ფოლადის მავთულის ნაჭრებით.

ჩვენი დაკვირვების მიხედვით ყვრიმალის ძვლის სხეულისა და რკალის ახალი მოტეხილობების მკურნალობა, კარგი ფუნქციური და კოსმეტიკური ეფექტით, მიიღწევა პირშვიანთა ქირურგიული ჩარევიითაც, ხოლო მოძველებული და ძველი (არასწორად შეხორცებული) მოტეხილობები მოითხოვს პირვარეთა ოპერაციულ ჩარევას.

ყვრიმალის კომპლექსის მონატეხი ფრაგმენტების არასწორი რეპოზიციისა და ფიქსაციისას შეიძლება ვანკითარდეს ისეთი გართულებები, როგორიცაა სახის დეფორმაცია, ქვედა ყბის მდგრადი კონტრაქტურა, მხედველობის გაორება,

ქრონიკული კაიხორიტი და ოსტეომიელიტი, მგრძობელობის დარღვევა, ფსიქური მოშლილობები და სხვა (ვ.ნ. ბალინი, 1996). რომელთა შემდგომი მკურნალობა ყოველთვის სასურველ შედეგს არ იძლევა. ამდენად, დროულ მკურნალობას და ოპტიმალური ოპერაციული მეთოდის შერჩევას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გართულებების პროფილაქტიკის თვალსაზრისით.

ლიტერატურა

1. Александров Н.М., Аржанцев И.З., Вихриев П.С. и др. Травмы челюстно-лицевой области. М. 1986, с. 188.
2. Балин В.И. Повреждения челюстно-лицевой области. М. 1996, с. 345-354.
3. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М. 2000, с. 536-544
4. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. Киев 1985. с. 77-86
5. Кабаков Б.А., Малышев В.А. Переломы челюстей. М. 1981
6. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь. Л. 1988. с. 285

Гвенетадзе З., Арутюнова Л., Шенгелия Н.
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ
ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ И ДУГИ
Р Е З Ю М Е

Под наблюдением авторов находились 17 больных с неогнестрельными переломами скуловой кости и дуги.

Исходя из локализации фрагментов, направления и степени их смещения, а также давности травмы дифференцированно были использованы хирургические методы лечения - в 6 случаях была проведена репозиция фрагментов однозубным крючком, в 5 случаях - репозиция и фиксация фрагментов со стороны гаиморовой пазухи. При застарелых и старых (неправильно сросшихся) переломах (6 случаев) было использовано хирургическое вмешательство внеротовым доступом (костный шов).

Во всех случаях был достигнут хороший косметический и функциональный эффект.

Gvenetadze Z., Arutinova L., Shengelia N.
THE CLINICS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ZIGOMATIC BONE AND
IT'S ARCHE UNSHUTED FRACTURES
S U M M A R Y

17 patients with unshuted fractures of zygomatic bone and it's arche were under the observation.

The localization and redresation of fractured elements, trauma longevity has dictated the surgical methods of treatment. In 6 cases the reposition of fractured

clement was done with single clogged hook; in 5 cases (multi fractures) the reposition from haimor cavity. In 6 cases of old and incorrect healed fructeres was used the extraoral surgical intervantion.

In all cases the cosmetic and functional effect was excellent.

ზ. გვერტაძე, თ. დანელია, კ. ქანთელია
ყბა-სახის მიდამოს იშვიათი ტრავმული დაზიანება
(შემთხვევის აღწერა)
თსსუ, ქირურგიული სტომატოლოგიის კათედრა

ყბა-სახის მიდამოს ტრავმული დაზიანების მკურნალობა დღესაც საკმაოდ პრობლემატურია. საკითხის აქტუალობას განაპირობებს ის გარემოებაც, რომ ცალკეულ შემთხვევებში გვხვდება სრულიად იშვიათი, არაორდინალური ხასიათის დაზიანებებიც, ერთი შეხედვით თითქმის შეუთავსებელი სიცოცხლისათან. აღნიშნული შემთხვევები, ბუნებრივია, შედის როგორც ყბა-სახის ქირურგიის, ისე ზოგადად, ტრავმატოლოგიის ინტერესის სფეროში. მოგვყავს ერთი კლინიკური შემთხვევა საკუთარი საექიმო პრაქტიკიდან.

2001 წ. 12 აგვისტოს თსსუ ცენტრალურ კლინიკაში მოყვანილი იქნა 82 წლის მამაკაცი ყბა-სახის მიდამოს ტრავმული დაზიანებით. ავადმყოფი წინა დღეს დაეცა რკინის 10 მმ დიამეტრის მქონე უანგიან არმატურაზე, რომელმაც კისრიდან თვალბუდედმდე დიაგნოსტურად გაიარა რბილ და მაგარ ქსოვილებში სასიცოცხლოდ აუცილებელი ორგანოების დაზიანების გარეშე. ამასთან ავადმყოფს არც ტრავმის მიღების მომენტში და არც შემდეგ ცნობიერება არ დაუკარგავს. ადგილზე გადაიხერხა არმატურა გულმკერდის უკანა ზედაპირის ღონეზე და ავადმყოფი გადაყვანილი იქნა რაიონულ საავადმყოფოში, სადაც ფაქტიურად არანაირი დახმარება არ აღმოჩენია.

ჩვეროან შემოსვლისას ავადმყოფს აღინიშნებოდა უცხო სხეულით გამოწვეული ჭრილობა, რომლის შემავალი ხერხელი მდებარეობდა კისრის მარცხენა გვერით ზედაპირზე, მკერდ-ლაკიწ-დვრილისებური კუნთის უკანა კიდის ღონეზე საძილე სამკუთხედის გავლით ქვევიდან ზევით. ჭრილობის არხი ვრცელდებოდა ირიბად ქვევიდან ზევით ცხვირ-ნახისა და ქალას ფუძის პროექციაზე გავლით (ქალას ფუძის მილიანობის დარღვევის გარეშე) და შემდოლოდა მარჯვენა თვალბუდეში თვალის კაკლის და თვალბუდის ზედა კედელს შორის, ჭრილობის არხის გამავალი ხერხელი აღინიშნებდა ზედა ქუთუთოზე თვალბუდის ზედა კიდის დაახლოებით შუა არეში. არმატურის ბოლოები შესავალ ხერხელს 47 სმ-ით სცილდებოდა, ხოლო გამომავალ ხერხელს 30 სმ-ით. ამდენად, ქსოვილებში გამავალი არმატურის სიგრძესთან ერთად არმატურის ღეროს საერთო სიგრძე იყო 98 სმ. შემოსვლისას ავადმყოფის ცნობიერება იყო შენახული. კლინიციისტიების გაოცებას იწვევდა ის გარემოება, რომ ავადმყოფი არანაირ ტკივილს არ უჩიოდა. ავადმყოფი კონსულტირებული იქნა ნეიროქირურგისა და ოკულისტის მიერ, სისხლძარღვთა ქირურგის მიერ გამომიიციხა მაგისტრალური სისხლძარღვების დაზიანება, ხოლო ნეიროქირურგმა თავის ტვინის, თვალის კაკლის ქვევით ცდობის გამო ოკულისტმა ვერ შესძლო მისი დათვალეირება. უცხო სხეულის მოცილილების მიზნით გადაწყდა სასწრაფო

ოპერაციის წარმოება. კინაიდან მოსალოდნელი იყო გართულება პოსტოპერაციული სისხლდენის სახით, ოპერაციის წარმოება გადაწყვა ერობლივად ყაა-სახის ქირურგებისა და სისხლძარღვთა ქირურგის მიერ.

ოპერაცია ჩატარდა ზოგადი გაუტკივარების პირობებში. ხანგრძლივობა 1 სთ. და 30 წთ. არმატურის ის ბოლო, რომელიც გამოდიოდა თვალბუდიდან, გადაიხერხა თვალბუდესთან მაქსიმალურად ახლოს და დამუშავდა სპირტითა და იოდის 5-იანი სპირტთან ნაყენით, დარჩენილ ბოლოს, რომლის სიგრძეც დაახლოებით 3 სმ-ს შეადგენდა, გაუკეთდა ღარები, რომლებთანაც აბრეშუმის ძაფებით დაფიქსირდა ჭრილობიანი რეზინის გამოძახანი მისი ჭრილობის არხში გატარებისა და ჩატოვების მიზნით. ამის შემდეგ არმატურის მეორე ბოლო ბრუნვითი მოძრაობით, არმატურის ხრახნების საპირისპირო მიმართულებით თვალის კაკლის კონტროლით ექსტრაგირებული იქნა კისრის ზედაპირზე არსებული ჭრილობიდან. გამოძახანი დაფიქსირდა ჭრილობის არხში, რომლის საშუალებითაც ჭრილობის არხი გამოირეცხა დიოქსიდინის ხსნარით. როგორც შემავალ, ასევე გამოძახალ ხერელებზე დაელო ანტისეპტიკური ნაჩვევი. ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი მოთავსდა ინტენსიური თერაპიის პალატაში. ოპერაციიდან დაახლოებით 2 სთ-ში როგორც მოსალოდნელი იყო განვითარდა სისხლენა ჭრილობის არხიდან და ცხვირ-ჩახიდან, რის გამოც ავადმყოფი განმეორებით გაყვანილ იქნა საოპერაციოში, სადაც კემოსტაზის მიზნით ჩატარდა დამატებითი ღონისძიებები: ცხვირ-ხახის უკანა ღრმა ტამპონადა და ჭრილობის არხის განმეორებითი დამუშავება შემავალი ხერელის მიმდებარე რეგიონში ნაკერების დადებით.

პოსტოპერაციულ პერიოდში უტარდებოდა ინტენსიური თერაპია, რომელიც მოიცავდა ანტიმიკრობულ, დეზინტოქსიკაციურ და ჰემოსტაზურ ღონისძიებებს. უცხო სხეულის მოცილების შემდეგ თვალის კაკალი დაუბრუნდა თავის პირვანდელ მდგომარეობას და კლინიციტთა საყოველთაო გაოცება გამოიწვია იმ გარემოებამ, რომ მიუხედავად თვალბუდის ასეთი უხეში დაზიანებისა თვალის კაკალი ინტაქტური იყო, ხოლო მხედველობა შენახული.

ორივე ჭრალობა შეხორცდა პირველად დაჭიმვით, ავადმყოფი გაეწერა 27 აგვისტოს გაჯანსაღებული მდგომარეობით.

აღნიშნული კლინიკური შემთხვევის აღწერა ჩვენ გადავწყვიტეთ მისი უნიკალობის გამო, იმდენად რამდენადაც ასეთი ხასიათის დაზიანება თავის თავად არის არაორდინალური და ხდება უიშვიათესი კლინიკური შემთხვევების რიცხვში დაზიანების გამოსავლის თვალსაზრისითაც.

Г венетадзе З., Дanelia Т., Кунтелиа К.
СЛУЧАЙ РЕДКОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
РЕЗЮМЕ

Авторы описывают уникальный клинический случай из личной врачебной практики.

Случай касается больного (возр. - 82 г.), который при падении на арматуру получил травму редкого характера, в частности инородное тело диагнальн: проходя через левую латеральную поверхность шеи, прошло в правую глазницу не повреждая жизненно важных органов.

Gvenetadze Z., Danelia T., Kuntelia K.
THE RARE CASE OF MAXILLO-FACIAL
REGION TRAUMATIC DAMAGE
S U M M A R Y

The authors described a rare case from their own practice. 82 y.o. male received penetrating damage with iron wireformed element 10 mm in diameter. The element penetrated diagonally through left lateral surface of the neck and came out from the right orbital area without damaging any important structures of the region.

მ.გიორგობიანი, ნ.აბღუშელიშვილი, ი.სამხარაძე
იმუნური სისტემის მდგომარეობა ზოგიერთი ქირურგიული
დაავადებების დროს გავშვავში
თსსუ, ბავშვთა ქირურგიის კათედრა

ოპერაციის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობა განპირობებულია მრავალი ფაქტორით, მათ შორის ორგანიზმის რეაქტიულობით. ცნობილია, რომ ოპერაციული ტრავმა ნარკოზი, ისე როგორც ნებისმიერი სტრესული მდგომარეობა, იწვევს გარკვეულ იმუნურ ძვრებს - იმუნოსუპრესიას (3, 2).

შესწავლილ იქნა 1-14 წლამდე ასაკის ბავშვები სხვადასხვა ქირურგიული პათოლოგიით, რომელთაც თსსუ პედიატრიულ კლინიკაში გაუკეთდათ ოპერაცია. პათოლოგიის მიხედვით ავადმყოფები განაწილებულ იქნენ შემდეგნაირად: ჰიდროცელე - 42 ავადმყოფი, ვარიკოცელე - 2, კრიპტორქიზმი - 68 ავადმყოფი, სხვადასხვა ლოკალიზაციის თიაქრები - 84 ავადმყოფი.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა ოპერაციული ტრავმის, ანესთეზიის ზემოქმედება იმუნურ სისტემაზე.

იმუნური სისტემის შესწავლა ხდებოდა დინამიკაში. ოპერაციაზე, ოპერაციის შემდეგ, ოპერაციიდან მე-6-7 დღეს. შესწავლილ იქნა იმუნური სისტემის როგორც უჯრედული, ისე ჰუმორული რგოლი. უჯრედული რგოლის შესწავლის მიზნით ვიკვლევდით T-ლიმფოციტების, T_H - ჰელპერებსა და T_S-სუპრესორებს, B-ლიმფოციტებს. ვსაზღვრავდით ძირითადი კლასის იმუნოგლობულინებს A, M, G.

მიღებული შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა გამოხატული იმუნოდეპრესიული მდგომარეობა ოპერაციის წინა პერიოდში. ლეიკოციტებისა და ლიმფოციტების რაოდენობის სარწმუნო ცვლილებების გარეშე აღინიშნება T და B ლიმფოციტების სარწმუნო კლება. აგრეთვე იმუნომარეგულირებელი უჯრედების შეფარდების დარღვევა და იმუნოგლობულინების სინთეზის დათრგუნვა.

ოპერაციის წინა პერიოდში, გამოკვლევის I ეტაპზე აღინიშნა იმუნომარეგულირებელი ინდექსის ზრდა 2,4-მდე, T_H-ჰელპერების შემცირება 36,7 და T_S-სუპრესორების 15%-მდე. B-ლიმფოციტების რაოდენობა უმნიშვნელოდაა შემცირებული. ყურადღებას იპყრობს G კლასის იმუნოგლობულინების შემცირება (8,2 გ/ლ); IgA - 1,9 გ/ლ; IgM - 1,1 გ/ლ.

გამოკვლევის მეორე ეტაპზე, ადრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში აღინიშნება იმუნური მარცნობის მკვეთრა ცვლილებები (ტენდენციით შემცირებისადმი), რაც განპირობებულია ანესთეზიის იმუნოსუპრესული ეფექტით,

კერძოდ, ფტოროტანის მოქმედებით. კვლევის აღნიშნულ ეტაპზე (II) იმუნური მაჩვენებლები შეადგენდა: T - ლიმფოციტები - 38%, M_H - 34%, T_S - 13%, იმუნორეგულატორული ინდექსი - 2,7.

იმუნოგლობულინების სინთეზის მკვეთრი შემცირება IgG - გ/ლ; IgA - 1,4 გ/ლ; IgM - 1,1 გ/ლ.

გამოკვლევის მესამე ეტაპზე, ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მე-7 დღე, იმუნური სისტემის მაჩვენებლები ცვლილებების გარეშე და შეესაბამება გამოკვლევის მეორე ეტაპის მაჩვენებელს.

ამრიგად, იმუნური სისტემის მაჩვენებლების შესწავლამ ზოგიერთი ქირურგიული პათოლოგიის დროს გვიჩვენა ეწ. ფონური იმუნოსუპრესია, იმუნური მაჩვენებლების კლება ოპერაციისწინა პერიოდში, რაც განპირობებულია მრავალი ფაქტორით, მათ შორის სოციალური, ეკოლოგიური და ა.შ.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გამოხატულია პოსტნარკოზული იმუნოდეპრესიული ეფექტი, რაც განპირობებულია ოპერაციის ანესთეტიკის ზემოქმედებით.

ნარკოზის შემდგომი იმუნოსუპრესია არ არის ხანმოკლე, გრძელდება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მე-7 დღემდე.

შესწავლილ ვაგუფში პოსტოპერაციულ პერიოდში აღინიშნებოდა ძირითადად ინფექციური ხასიათის გართულებები, რაც შესაძლებელია გამოწვეული იყოს იმუნური სისტემის ცვლილებებით, კერძოდ იმუნოსუპრესიით. აღნიშნული გართულებების სისშირე პირდაპირპროპორციულ დამოკიდებულებაშია იმუნოსუპრესიის ხარისხთან.

ამრიგად, აუცილებელია იმუნური სისტემის მდგომარეობის გათვალისწინება ოპერაციის წინა პერიოდში, საჭიროების შემთხვევაში რაციონალური იმუნოკორექცია, წინასაოპერაციო მომზადების მიზნით. ყოველივე ზემოთ აღნიშნული ხელს შეუწყობს პოსტოპერაციული გართულებების შემცირებას. პოსტნარკოზული იმუნოსუპრესიის პროფილაქტიკის მიზნით; საჭიროა შერჩეულ იქნეს ანესთეტიკი, მინიმალური იმუნოსუპრესიული ეფექტით.

ლიტერატურა

1. А.Роунт, Дж. Бростоф. Д.Мсин. "Иммунология", М. 2000.
2. М.Гиоргобиани. Постнаркозная иммуносупрессия у детей. Дис. докт. мед. наук., 1996 г., Тбилиси.
3. Anaethrsia et imuniti system, "Salo", 1989.

გიორგობიანი მ., სამახარაძე ი., აბდუშელიშვილი ნ. СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НЕКОТОРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Р Е З Ю М Е

Изучалась иммунная система у детей, оперированных по поводу различной хирургической патологии (гидроцеле, крипторхизм, варикоцеле). Исследование проводилось до и после операции; Под влиянием наркоза, в частности - фторотана, отмечалось выраженная иммуносупрессия, резкое снижение показателей как клеточного, так и гуморального звена иммунитета.

Giorgobiani M., Samkharadze L., Abdushelishvili N.
IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF SOME SURGICAL
PATHOLOGY IN CHILDREN
S U M M A R Y

Immunological system in pre-post-operation periods in children from 1 to 14 years was studied.

Clear immunosuppression effect was observed in pre-operation period (B, T lymphocytes, Tr, Tc, IgM, IgG). In Postoperation period the immunosuppression effect was more expressed. Post-operation complications were directly proportional to the post-operation immunosuppression. This necessitates immunocorruption in pre-operation period as well as a choice of proper method of anaesthesia.

გობინი ი., ავალიანი ი.

HSP70 ოჯახის სტრუქტურული ცილების კონცენტრაციათა დროში ვარიაბილობა პიპოქსია/რემპერფუზიისა და სითბური შოკის მოქმედების საპასუხოდ

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი.

ტულუზის პოლ საბატერიის უნივერსიტეტი სამედიცინო ფაკულტეტის უჯრედული ბიოლოგიის კათედრა

80-90-იანი წლებში მეცნიერთა ყურადღების ცენტრში მოექცნენ ცილოვანი ბუნების მქონე ფაქტორები, რომელთაც თავდაპირველად სითბური შოკის ცილები (HSP ანუ Heat Shock Proteins) უწოდეს ხოლო 1991 წლიდან კი უბრალოდ სტრესულ ცილებად მოიხსენიებენ (1;2). ეს ცილები კონსტიტუციურად არის წარმოდგენილი ყველა უჯრედში და ზრდის ნორმალურ პირობებში ისინი ორგანიზმის საერთო ცილის 5-10%-ს შეადგენენ. მათი კონცენტრაცია მნიშვნელოვნად იმატებს ნებისმიერი სახის სტრესული აგენტის მოქმედებისას, როგორცაა სითბური შოკი, ფანგბადისა და გლუკოზის ნაკლებობა, თავისუფალი რადიკალების მოქმედება, ინფექციები და სხვა ქსოვილოვანი დაზიანებები (3). ნებისმიერ ამ სახის დაზიანების საწინააღმდეგოდ HSP-ს გააჩნია ციტოპროტექციის უნარი (4).

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა hsp70 ოჯახის სტრესული ცილების კონცენტრაციათა დროში ვარიაბილობა ისეთი სტრეს ფაქტორების მოქმედების საპასუხოდ, როგორცაა პიპოქსია/რემპერფუზია და სითბური შოკი.

ექსპერიმენტი ტარდებოდა Wistar-ის ჯიშის, 200-220 გრ წონის 58 მამრ ვირთაგვაზე. ქლორპრომაზინით კუნთშია ანესთეზიის შემდეგ, პიპოქსიის (H) მისაღწევად ვირთაგვები განსაზღვრული დროით თავსდებოდნენ სპეციალურ აპარატში — ე.წ. ვაკუუმის ექსიკატორში, სადაც ჰაერის ამოტუმბვის შემდეგ მიიღწეოდა პიპოქსიური, 5%-იანი ფანგბადის გარემო (რაც შეესაბამება 11კმ სიმაღლეზე ასვლას). ცხოველებზე ვიმოქმედეთ პიპოქსიის ერთჯერადი დოზით რის შემდეგაც, ვირთაგვებს რეკონვალესცენციისთვის (R) ვათავსებდით ნორმალურ (FiO₂=0,21) გარემოში სხვადასხვა დროის ინტერვალით სხვადასხვა დროით R=4სთ (ჯგუფი SH₄), R=8სთ (ჯგუფი SH₈), R=20სთ (ჯგუფი SH₂₀), R=24სთ (ჯგუფი SH₂₄).

ვირთაგვებზე სითბური შოკით (Heat Shock) მოქმედების მიზნით ცხოველები 20 წუთით მოვათავსეთ თერმოსტატში 42°C-ზე. ნაწილი ვირთაგვების (n=4-ს) დავზოცეთ ექსპერიმენტის დამთავრებისთანავე (0 სთ), ნაწილი კი- 24 საათის შემდეგ.

ექსპერიმენტის ბოლოს ხდებოდა ვირთაგვების დახოცვა დეკაპიტაციით, მიოკარდიუმი მომენტალურად ამოკვეთებოდა და მასალა ინახებოდა -4°C-ზე.

სტრესული ცილების შესასწავლად გამოყენებულ იქნა შემდეგი მეთოდები:

1. კლასიკური ელექტროფორეზი პოლიაკრილამიდის გელზე (SDS-PAGE), ლაემლის მიხედვით და 2. იმუნოდეტექცია *Western Blot-ზე*, რომელიც რამდენიმე თანმიმდევრული ეტაპისგან შედგება:

2.1 ცილების გადატანა ქელიდან ნიტროცელულოზის ქაღალდზე ანუ ცილების ტრანსფერი.

2.2 პირველად თავისი მონოკლონური ანტისხეულებთან (Stressgen Biotechnologies corp.) კონტაქტი, კონცენტრაციით:

ანტი-ინდუცირებადი hsp 72-ს საწინააღმდეგო ანტისხეული : 1/90 000 .

ანტი hsp 72/73-ს საწინააღმდეგო ანტისხეული : 1/30 000 .

2.3 ლავაჯის შემდეგ ფილტრი კონტაქტშია მეორე ანტისხეულთან - A2554: თავისი IgG-ის საწინააღმდეგო ცხვრის IgG, შეკავშირებული პეროქსიდასთან განზავებით 1/20 000 Tris-Tween20 ხსნარში, რომელიც შეიცავს 3% რძეს.

2.4 II ლავაჯის შემდეგ ხდება ელექტროქიმიოლუმინესცენცია (ECL) და აუტორადიოგრაფია.

ამის შემდეგ შესაძლებელია ფირის დენსიტომეტრიული ანალიზის (ტრანსფერირებული ცილების კონცენტრაციის სიძვერის განსაზღვრა და მათემატიკური გამოთვლები) ჩატარება კომპიუტერული პროგრამით PROFIL-CAPT.PILL.

1) ჰიპოქსია-რეპერფუზიის გავლენა hsp72-ის კონცენტრაციაზე ვირთაგვის მიოკარდიუმში.

I სერიაში, ჰიპოქსიის ლეტალური ანუ მაქსიმალური დოზით მოქმედებისას, (ჯგუფი I.H) საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით hsp72-ის დონემ მოიმატა 17.02-ჯერ. II სერიაში, ჰიპოქსიის სუბლეტალური დოზით მოქმედებისას, ჯგუფში SH_h, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, hsp 72-ის კონცენტრაცია გაიზარდა 5.85-ჯერ. ჯგუფში SH₄, -- hsp 72-მა მოიმატა 7.11-ჯერ. ჯგუფში SH_h, -- hsp 72-მა --- 9.06-ჯერ. ჯგუფში SH₂₀, -- hsp 72 შემცირდა 1.89-ჯერ. ჯგუფში SH₂₄- hsp 72 შემცირდა 2.66-ჯერ.

hsp72-ის კონცენტრაციის დროზე დამოკიდებულება ვირთაგვებში შემდეგნაირად გამოიყურება: სტრესის დამთავრებისთანავე ანუ 0 სთ-ზე --- hsp72-მ მოიმატა 5.8-ჯერ; 4სთ -7.1-ჯერ; 8სთ-9.1-ჯერ; 20სთ --- hsp72 შემცირდა 1.9-ჯერ; 24სთ - 2.7-ჯერ (გრაფიკი N1)

2) რაც შეეხება hsp73-ის კონცენტრაცია დროში ცვალებადობას, აქ შემდეგი სურათი წარმოგვიდგება: სტრესის დამთავრებისთანავე ანუ 0 სთ-ზე --- hsp73-მ მოიმატა 1.7-ჯერ, 4სთ -2.1-ჯერ; 8სთ--2.3-ჯერ; 20სთ-2.1-ჯერ; 24სთ- 3.3-ჯერ (გრაფიკი N2)

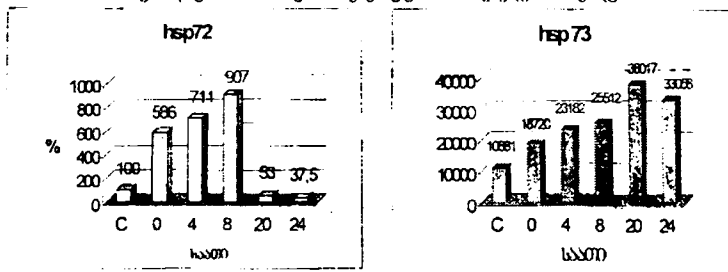
3) HSP70-ის კონცენტრაცია ცვლილებები სითბურ შოკის მოქმედების შედეგად.

ა) hsp72-ის კონცენტრაცია იზრდება სტრესული აგენტის მოქმედებისთანავე (მისი დამთავრებისას hsp72-ის დონე 4.1-ჯერ იმატებს) და მაქსიმუმს აღწევს 24-ე სთ-ზე (კონტროლთან შედარებით იგი თითქმის 70-ჯერ იმატებს). (გრაფიკი N3)

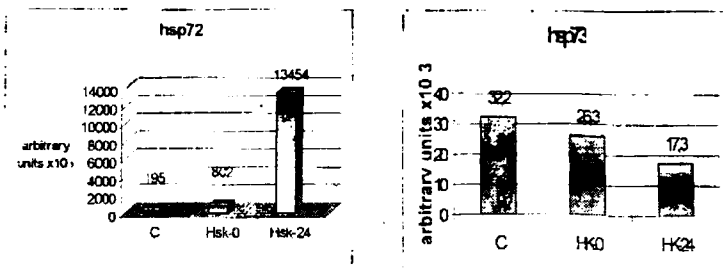
ბ) სითბური შოკის მოქმედებით hsp73-ის კონცენტრაცია არათუ არ იზრდება, არამედ პირიქით მცირდება (გრაფიკი N4).

HSP70 ოჯახის სხვადასხვა წევრებზე (hsp72 და hsp73) დაკვირვებისას დადგინდა მათი კონცენტრაციათა ცვლილებები ისეთი სახის სტრეს-ფაქტორების მოქმედების საპასუხოდ, როგორცაა სითბური შოკი, ჰიპოქსია, რეოქსიგენაცია და ამ ფაქტორების კომბინაცია. სითბური შოკი გაცილებით ძლიერი ინდუქტორია ცილა hsp72-ის, ვიდრე ჰიპოქსია. 72 KDa მასის მქონე და საზოგადოდ ცნობილი, როგორც სტრესის შემდგომ ინდუქციებადი ცილა, გაცილებით ძლიერად არის გამოსახული ზოგადად ორგანიზმზე სითბური შოკის ზემოქმედების შემდეგ და მაქსიმალურ კონცენტრაციას აღწევს შოკის მოქმედებიდან 24 საათის შემდეგ. ჰიპოქსიის დროს ცილა hsp72-ის სინთეზი ძალიან სწრაფად, თითქმის მომენტალურად იწყება; იგი ყველაზე მაღალია მე-8 სთ-ზე და შემდეგ სწრაფად ეცემა მე-20-24-ე საათისთვის. hsp73-ის კონცენტრაცია დროში შედარებით ხელა იცვლება და მაქსიმუმს 24-ე საათზე აღწევს, სადაც მისი კონცენტრაცია საწყისთან შედარებით 3.3-ჯერ მეტია.

გრაფიკი N1-2. hsp72 და hsp73-ის კონცენტრაციათა დროზე დამოკიდებულება ვირთავის მოკარდიუმში ჰიპოქსია/რეპერფუზიის მოქმედების შემდგომ.



გრაფიკი N3-4. hsp72 და hsp73-ის კონცენტრაციათა დროზე დამოკიდებულება ვირთავის მოკარდიუმში სითბური შოკის მოქმედების შემდგომ.



ლიტერატურა:

1. Hightower L.E. 1991. Heat Shock, Stress Proteins, Chaperones, and Protocotoxicity. Cell, Vol. 66,191-197.
2. Hightower L.E. and Whote F.P. Heat Shock. From Bacteria to Man. 1982. OSchlesinger Ashburner Tissieres. pp 369-376
3. Chambon P. Les Proteines de l'auto-defense. Science & Vie, 1998 vol 964 pp 65-68
4. Marber M.S. Stress Proteins and Myocardial Protection. Clinical Science. 1994. Vol 86, pp 375-381

Гобин И., Авалиани И.

ВАРИАЦИИ ЭКСПРЕССИИ СТРЕС ПРОТЕИНА HSP70 ВО ВРЕМЕНИ НА ОТВЕТ ГИПОКСИИ/РЕПЕРФУЗИИ И ТЕПЛОВОЙ ШОК РЕЗЮМЕ

Целью данного исследования было определение концентрации стресс-белков HSP70 во времени на ответ воздействий таких „агрессоров“, как гипоксия/реперфузия и тепловой шок. Наши данные показывают, что тепловой шок является более сильным индуктором hsp72, чем гипоксия/реперфузия и оно достигает своего максимального уровня через 24 часа. Синтез hsp72 начинается почти сразу после воздействия гипоксии, и сверхэкспрессия обнаруживается на 8-ой час, с последующим уменьшением к 20-24 часу. Изменения уровня hsp73 сравнительно незначительное и трехкратное возрастание выявляется к 24 часам.

Gaubin I., Avaliani I.

VARIATIONS IN THE EXPRESSION OF STRESS PROTEIN 70 IN TIME AS THE RESPOND TO HYPOXIA /REPERFUSION AND HEAT SHOCK. SUMMARY

The aim of current study was to detect the respond of Stress Protein 70 to such "Aggressors" as Hypoxia /Reperfusion and Heat Shock injury and evaluate its time dependence. Our dates suggest that Heat shock is rather strong inductor of hsp72, than Hypoxia. Reperfusion and it reaches its maximal level 24hours later. Synthesis of hsp72 starts almost immediately after Hypoxic injury, the overexpression is determined on the 8h, with further decrease for 20-24hours. The variations of hsp73 level is less significant, the threefold augmentation is viewed at 24 hours.

მგოთუა, მრუხაძე, მკაჭარავა, თაბრაშიძე, ვსააკაძე
ალერგიული გენეზის სიმპტომებისა და კანის
ალერგორეაქტიულობის გავრცელების მაჩვენებლები
მოზარდებში

თსსუ, ეკმი-ის ალერგოლოგიისა და იმუნოლოგიის განყოფილება,
ალერგოლოგიისა და იმუნოლოგიის ცენტრი

მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით 21-ე საუკუნის დასაწყისისათვის ნიშანდობლივია ალერგიული დაავადებების ეპიდემიოლოგიური მონაცემების მკვეთრი მომატება (1,2,3).

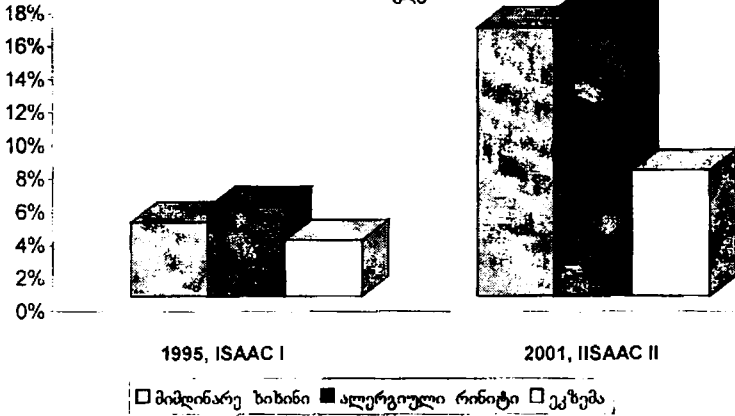
განვითარებულ ქვეყნებში ალერგიული დაავადებები (ბრონქული ასთმა, ალერგიული რინოკონიუნქტივიტი, ატოპიური დერმატიტი და სხვა) წარმოადგენს ყველაზე მეტად გავრცელებულ დაავადებებს და აღინიშნება მოსახლეობის ერთ მესამედში – 35% (4).

ბოლო წლების მონაცემებით ბრონქული ასთმის დიაგნოზი დასმული აქვს 150 მილიონ ადამიანს, აქედან ბავშვთა საერთო რაოდენობაზე მოდის 5%-დან 10%-მდე, რომელთაგან თითქმის 90%-მა პირველი შეტევა გადაიტანა 5 წლამდე ასაკში. მთელი მსოფლიოს მასშტაბით ასევე შეინიშნება ალერგიული რინიტის (თივის ცხელების) გავრცელების ზრდა (10-25%) (5). ატოპიური დერმატიტის გავრცელებამ 7 წლის ბავშვებში მოიმატა 10-12%-მდე, რის გამოც ეს უკანასკნელი გახდა ევროპის ქვეყნების საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთერთი მთავარი პრობლემა (4).

ნაშრომის მიზანს წარმოადგენდა ალერგიული ხასიათის სიმპტომების (მიმდინარე ხიხინი, რინოკონიუნქტივიტი, ეკზემა) გავრცელებისა და კანის პრეტესტირების საშუალებით სხვადასხვა ალერგენზე კანის ალერგორეაქტიულობის სპექტრისა და გავრცელების შესწავლა 10-14 წლის ასაკის ბავშვებში.

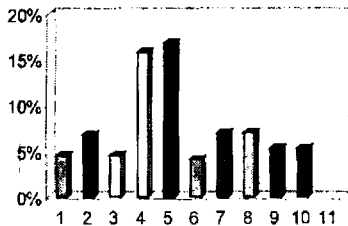
სულ გამოკვლეული იყო 408 მოზარდი, რომელთა ალერგიული სტატუსის შესახებ მათ მშობლებს ჩაუტარდათ ეპიდემიოლოგიური გამოკითხვა. კვლევაში გამოყენებული იყო ISAAC-ის (ბავშვთა შორის ასთმისა და ალერგიის საერთაშორისო კვლევის) I და II ფაზის კითხვარის საფუძველზე შექმნილი გაფართოებული კითხვარი, რომლის შედეგადაც პოპულაციის 16,2%-ში გამოვლინდა მიმდინარე ხიხინი, 17,2%-ში რინოკონიუნქტივიტი და 7,6%-ში ატოპიური დერმატიტი. ეპიდემიოლოგიური გამოკითხვით გამოვლინდა ალერგიული ხასიათის სიმპტომების მკვეთრი მატება 1995 წლის მონაცემებთან შედარებით (6). კერძოდ, აღინიშნა მიმდინარე ხიხინისა და ალერგიული რინიტის 3-ჯერადი, ხოლო ეკზემის 2-ჯერადი მატება, შესაბამისად: 16,2%, 17,2%, 7,6% (სურათი 1).

სურ. 1 ალერგოსიმპტომების გავრცელება ISAAC-ის I და II ფაზის მიხედვით



კვლევის საერთო კონტიგენტიდან გამოყოფილ იქნა 101 მოზარდი, რომელთაც ჩაუტარდათ სპეციფიკური ალერგოლიაგნოსტიკა *in vivo* (კანის პრიკ-ტესტირება) გერმანული (*Allergopharma*) და დანიური (*ALK*) კომპანიების მიერ წარმოებული შემდეგი ალერგენებით: ოთახის მტკრის ტიპების (*Der. Farinae*; *Der. Pteronyssinus*), ფრიველის ბუმბულის ნარევის (იხვი, ბატი, ქათამი), კატისა და ძაღლის ეპიდერმულ (*Fel d I*, *Can f I*), სოკოების I ნარევის (*Alternaria tenuis*, *Borytis cineria*, *Cladosporium herbarum*, *Culvularia lunata*, *Fusarium moniliforme*, *Helminthosporium halodes*), სოკოების II ნარევის (*Aspergillus fumigatus*, *Mucor mucedo*, *Penicillium notatum*, *Pullularia pullulans*, *Rhizopus nigricans*, *Serpula lacrymans*), 3-ხემცენარის (*Alnus glutinosa*, *Betula verrucosa*, *Corylus avellana*) და 6-ბალახის ნარევის (*Avena elatlor*, *Dactylls glomerata*, *Festuca pratensls*, *Lollum perenne*, *Phleum pretense*, *Poa pratensls*) ალერგენებით.

სურ.2 კანის ალერგორეაქტიულობის მაჩვენებლები



1. 3-ხე
2. 6-ბალახი
3. Altter.ten
4. Der. Pter.
5. Der. Far.
6. კატა
7. ძაღლი
8. სოკო I
9. სოკო II
10. ფრინ. ბუმბ.

კანის პრიკ-ტესტირების საფუძველზე დადგინდა სენსიბილიზაციის სპექტრი სხვადასხვა სპეციფიკური ალერგენის მიმართ, კერძოდ გამოვლინდა, რომ 10-14 წლის მოზარდებში ყველაზე ხშირად გვხვდება სენსიბილიზაცია ოთახის მტკრის ტკიპების მთავარი ალერგენების მიმართ (*Der. Pteronyssinus* - 15.8%, *Der. Farinae* - 16,8%), მაშინ როდესაც ხე-მცენარეების, სოკოების I ნარევისა და ძაღლის *Can f I* ალერგენის მიმართ სენსიბილიზაცია გამოვლინდა 7%, ხოლო 6-ბალახის ნარევის, *Alternaria tenuis* და კატის *Fel d I* ალერგენის მიმართ 5% შემთხვევაში (სურათი 2).

კატისა და ძაღლის ეპიდემიური ალერგენების ექსპოზიციის ხასიათის გათვალისწინებით, მოცემულ პოპულაციაში კლინიკური ნიშნების შესწავლამ აჩვენა, რომ ძაღლის *Can f I* ალერგენტან ხანგრძლივი კონტაქტის დროს მიმდინარე ხიხინი აღინიშნა 16,2%-ში, რინოკონიუნქტივიტი - 14,0%-ში, ატოპიური დერმატიტი კი - 10, 5% შემთხვევაში, ხოლო კატის *Fel d I* ალერგენტან ხანგრძლივი კონტაქტის დროს მიმდინარე ხიხინის მაჩვენებელი შეადგენდა 23,9%-ს, რინოკონიუნქტივიტის - 28,3%-ს, ატოპიური დერმატიტისა კი - 21,1%-ს. მიღებული შედეგები მიუთითებენ, რომ კატის *Fel d I* ალერგენტან კონტაქტის დროს 2-ჯერ უფრო ხშირად არის გამოხატული რინოკონიუნქტივისა და ატოპიური დერმატიტის სიმპტომები ძაღლის *Can f I* - თან შედარებით.

ჩატარებული გამოკვლევის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ უკანასკნელი 5 წლის მანძილზე აღინიშნება ალერგიული სიმპტომების გაურცელების მკვეთრი მომატება მოზარდებში, რომელთაგან განსაკუთრებული ყურადღების ღირსია მიმდინარე ხიხინის 3-ჯერადი გაზრდა (16,2%).

10-14 წლის მოზარდების ალერგორეაქტიულობის სპექტრში დომინირებს სენსიბილიზაცია ოთახის მტკრის ტკიპების ალერგენების *Der. Pteronyssinus*-ისა და *Der. Farinae*-ს მიმართ, შესაბამისად 15,8%-სა და 16,8% შემთხვევაში.

კატის *Fel d I* ალერგენი ავლენს უფრო ძლიერ მასენსიბილიზებულ თვისებებს, ძაღლის *Can f I* ალერგენტან შედარებით.

ლიტერატურა

1. Gynterberg E ; et al. Pet animals and allergy Udeskrikt for Leager. 1999 Jun 7;
2. 161 (23): 3467.
3. Ichikawa K.et al. High prevalence of sensitization to cat allergen among Japanese children with asthma, living without cats. Comment in: Clinm Exp Allergy 1999 Jun; 29 (6): 725-8.
4. Paravaneh S. et al. Indoor exposure to dog allergen among farmers. Allergy. Dis 1998: p.37.
5. European Allergy White Paper. Allergic Diseases as a Public health problem. The UCB Institute of Allergy, 1997
6. ARIA, 2001
7. The Lancet. Vol 351. April 25, 1998. 351: 1225-32

Готуа М., Рухадзе М., Качарავა М., Саакадзе В.
РАСПРОСТРАНЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И КОЖНОЙ
РЕАКТИВНОСТИ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ
РЕЗЮМЕ

Обследовано 408 школьников в возрасте 10-14 лет г. Тбилиси, по опроснику ISAAC (I и II фаза). Обследовали 101 пациента путём кожных прик-тестов с использованием аллергенов фирмы *Allergopharma* (Германия) и *ALK* (Дания).

1995 года наблюдается значительное повышение распространённости аллергических симптомов особенно текущих хрипов -16,2%.

В спектре кожной гиперреактивности доминирует сенсибилизация к домашним клещам (*Der. Pteronyssinus* -15,8%, *Der. Farinae* -16,8%). *Fel dI* является более сильным сенсибилизирующим аллергеном в сравнении с *Can fI* аллергеном собак.

Gotua M., Rukhadze M., Kacharava M., Abramidze T., Saakadze V.
PREVALENCE OF ALLERGIC SYMPTOMS AND SKIN REACTIVITY IN
SCHOOLCHILDREN
SUMMARY

Schoolchildren (n=408) between 10-14 years old were interrogated in Tbilisi by questionnaire, based on ISAAC phase I and phase II. Atopic (n=101) patients were tested by skin prick-test with 10 different allergens of *Allergopharma* (Germany) and *ALK* (Denmark). Prevalence of allergic symptoms has increased 3 fold since 1995 particularly, the prevalence of current wheezing has risen from 4,5% up to 17,2%. The skin allergoreactivity predominantly revealed allergies to house dust mites, specifically to *Der. Pteronyssinus* (15,8%) and *Der. Farinae* (16,8%) of the total cases. This study reveals that cat *Fel d I* results in stronger sensitization than dog *Can f I*.

ნ.გონგაძე, გ.თურმანაული, დ.აბულაშვილი, ნ.ანთელავა
კეტამინით გამოწვეული კიპერდინამიური სინდრომის
ფარმაკოლოგიური ანალიზი ვირთაგვევში
ოსსუ, ფარმაკოლოგიის კათედრა

ცნობილია, რომ ზოგადი საანესთეზიო საშუალებების - კეტამინის ნარკოზული მოქმედება ძირითადად რეალიზდება ამეზნები ნეირომედიატორის, გლუტამატის NMDA რეცეპტორების არაკონკურენტული ბლოკადის მეშვეობით (1). სხვა სანარკოზე საშუალებებისაგან განსხვავებით, კეტამინით გამოწვეული ნარკოზული ძილისათვის დამახასიათებელია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მზრივ ჰიპერდინამიული სინდრომის განვითარება, რომელიც ზოგიერთი ავტორის აზრით განპირობებულია სიმპათიკური ნერვული სისტემის სტიმულაციით, რომლის მექანიზმი არ არის ბოლომდე შესწავლილი (2).

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა კეტამინით ინდუცირებული ჰემოდინამიკური ძვრების მექანიზმში სხვადასხვა მედიატორული სისტემების როლის განსაზღვრა.

ცდები ტარდებოდა ვისტარის ჯიშის თეთრ, მამრ ვირთაგვევებზე წონით 200-

250 გ., რომელთაც ეთერის ნარკოზის ქვეშ მარცხენა ბარაყის არტერიასა და მარცხენა საუღლე ვენაში წინასწარ ჰქონდათ იმპლანტირებული პოლიეთილენის სილიკონიზირებული კათეტერები სისხლის არტერიული წნევის (საწ) და სისტოლიათაშორისო ინტერვალის (სი) რეგისტრაციისათვის პოლიფიზიოგრაფ "სალუტ ზე" და პრეპარატების შესაყვანად. ბარორეფლექსის კარდიოპრონო-ტროპული კომპონენტის (ბკქკ) ტესტირებას ვახდენდით ფენილეფრინის ინტრავენური შეყვანით (0,03-0,05 მგ/კგ) განვითარებული ბრადიკარდიის მიხედვით, რომლის მგრძობელობის გამომხატველი რეგრესიული კოეფიციენტის გამოსათვლელად ვიყენებდით რეგრესიული და კორელაციური ანალიზის მეთოდებს (3). გულის სიტოლურ და წუთმოცულობებს (გსმ და გწმ) და აგრეთვე სისხლძარღვთა საერთო პერიფერიულ წინააღმდეგობას (სსპწ) ვსაზღვრავდით Kubicek-ის მოდიფიცირებული ფორმულით. მიღებულ შედეგებს ვაპოშავებდით სტიუდენტის ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით. კეტამინი შეგვყავდა ინტრაპერიტონეალურად (იპ) დოზით 15 მგ/კგ-ზე. ფარმაკოლოგიური ანალიზისათვის ვიყენებდით: L-NAME (L-ნიტროარგინინ მეთილესტერი) - აზოტის ოქსიდის სინთეზის ინჰიბიტორს - 7,5 მგ/კგ-ზე; იპ; L- არგინინს - 60 მგ/კგ-ზე იპ; ნიზოქსეტინს - კატექოლამინების უკუშეთვისების ინჰიბიტორს - 10 მგ/კგ-ზე იპ.

როგორც ჩვენმა ცდებმა ცხადყო, კეტამინის ნარკოზის ფონზე ცხოველების გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ აღინიშნებოდა ჰიპერდინამიური სინდრომის განვითარება, რაც ხასიათდებოდა საწ-ის მომატებით საშუალოდ $22,4 \pm 4,8\%$ -ით ($P < 0,05$), სი-ის შემოკლებით $16,6 \pm 2,5\%$ -ით ($P < 0,05$) და ბკქკ-ის დათრგუნვით $18,2 \pm 3,4\%$ ($P < 0,05$).

ამ ცვლილებებს თან ახლდა გსმ და გწმ მომატება შესაბამისად $20,2 \pm 3,6\%$ ($P < 0,05$), $16,0 \pm 2,4\%$ ($P < 0,05$) და სსპწ გაზრდა - $15,2 \pm 2,6\%$ -ით ($P < 0,05$). ჰიპერდინამიური სინდრომი აღინიშნებოდა ნარკოზული ძილის მთელი პერიოდის განმავლობაში. კეტამინით გამოწვეულ ნარკოზამდე კატექოლამინების უკუშეთვისების ინჰიბიტორის - ნიზოქსეტინის (10 მგ/კგ) იპ შეყვანა ხელს უწყობდა კეტამინით გამოწვეული ჰემოდინამიური ძვრების და ბარორეფლექსის ცვლილებების პოტენცირებას. კერძოდ, ნიზოქსეტინის ფონზე ძლიერდებოდა კეტამინით ინდუცირებული საწ-ის მომატება $34,6 \pm 5,8\%$ -ით ($P < 0,001$), ტაქიკარდია $25,2 \pm 3,4\%$ ($P < 0,002$) და ბკქკ-ის ინჰიბირება $20,4 \pm 2,8\%$ -ით ($P < 0,05$), რაც კორელირებდა გსმ, გწმ და სსპწ-ის მომატებასთან შესაბამისად $30,4 \pm 4,0\%$ ($P < 0,001$), $28,2 \pm 3,6\%$ ($P < 0,002$) და $22,4 \pm 2,5\%$ ($P < 0,05$). L-NAME-ს წინასწარი იპ შეყვანა ხელს უწყობდა კეტამინით გამოწვეული ჰემოდინამიური ცვლილებების გაძლიერებას, თუმცა მისი მაოდულირებელი მოქმედება ნიზოქსეტინთან შედარებით ნაკლებად იყო გამოხატული. L-NAME-საგან განსხვავებით, აზოტის ოქსიდის სინთეზის პრეკურსორის L-არგინინის (60 მგ/კგ)-ზე იპ პრევენციული შეყვანა მნიშვნელოვნად ამცირებდა კეტამინით ინდუცირებულ ჰემოდინამიურ ძვრებს, რაც გამოიხატებოდა პრესორული რეაქციის და ტაქიკარდიის დათრგუნვაში შესაბამისად $18,5 \pm 2,6\%$ ($P < 0,05$) და $16,0 \pm 3,2\%$ ($P < 0,05$), რასაც თან ახლდა ბკქკ-ის ინჰიბირების შემცირება საშუალოდ $14,8 \pm 1,6\%$ ($P < 0,05$)-ით. ამავე დროს ნაკლებად იყო გამოხატული გსმ, გწმ და სსპწ მომატება.

ამასთან ერთად, L-არგინინის და ნიზოქსეტინის იგივე დოზებში

კომბინირებული იპ შეყვანა, ნიზოსექსეტინის იზოლირებულ შეყვანასთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ აქეთებდა ამ უკანასკნელის მამოლულირებელ ეფექტს ჰემოდინამიკურ პარამეტრებზე და ბკქკ-ზე კეტამინის ნარკოზის პირობებში.

ამრიგად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ კეტამინით ინდუცირებული ჰიპერდინამიკური სინდრომი გამოწვეულია სიმპათიკური ნერვული სისტემის ჰიპერსტიმულაციით, რაც შესაძლებელია განპირობებული იყოს კატექოლამინების უკუშთოვისების შემცირებით და ენდოთელინ-მარელაქსირებელი სისტემის ინჰიბირებით.

ლიტერატურა

1. Aloia R.C., Curtain C.C., Gordon L.M. Drugs and Anesthetic effects on Membrane Structure and function // Wiley - Liss. 1991.
2. Roth S.H., Miller K.W. Molecular and Cellular Mechanisms of anesthetics // Plenum Press., 1986.
3. O.Smith, P.Sleight, G.Pickering. Reflex regulation of arterial pressure during sleep in man // Cir. Res., - 1969, - 24 p. 109-121.

Гонгадзе Н., Турманаули Г., Абулашвили Д., Антелави Н. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЫЗВАННОГО КЕТАМИНОМ ГИПЕРДИНАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У КРЫС

РЕЗЮМЕ

Опыты проводились на наркотизированных кетаминном (15 мг/кг интранасально) крысах весом 200-250 г. Последний индуцировал возникновения гипердинамического синдрома, который сопровождался повышением системного артериального давления (САД), укорочением межсистолического интервала (МИ), уменьшением систолического и минутного объемов крови (СО и МОК) и подавлением барорефлекса. Вышеописанные сдвиги усиливались при предварительном интраперитонеальном введении блокатора обратного захвата катехоламинов - низоксетина (10 мг/кг) и L-NAME (7,5 мг/кг), который уступал низоксетину по силе модулирующего действия. L-аргинин (60 мг/кг) частично предупреждал характерные для кетаминного наркоза гипердинамические сдвиги и, в то же время, уменьшал потенцирующее действие низоксетина на гемодинамические сдвиги в течение кетаминного наркоза.

Полученные данные свидетельствуют, что вызванный кетаминном гипердинамический синдром обусловлен симпатической гиперстимуляцией, вследствие возможного угнетения обратного захвата катехоламинов и снижением активности эндотелин релаксирующей системы.

Gongadze N., Turmanauli G., Abulashvili D., Antelava N. PHARMACOLOGICAL ANALYSIS BY KETAMINE INDUCED HYPERDYNAMIC SYNDROME IN RATS SUMMARY

Experiments were carried out on ketamine (k - 15 mg/kg, ip) anaesthetized rats with weight 200-250 g. During narcotic sleeping time K induced an increase of arterial pressure, heart rate cardiac output, peripheral resistance of vessels and reduced baroreflex sensitivity. Pretreatment with nioxetine (10 mg/kg, ip) and L-

NAME (7,5 mg/kg, ip) potentiated hemodynamic changes induced by K, which was decreased by prior administration of L-arginine60 mg/kg, ip).

It is suggested, that in hyperdynamic syndrome induced by K a great role plays an inhibition of catecholamine uptake and reducing activity of NO system.

**ვლ. გონჯილაშვილი, თ. ჩხიკვაძე, დ. დავითაშვილი, კ. გიორგაძე
კეისის და პოლანდერის ცდები კუჭის რეზერვის შემდგომი
ანასტომოზის კაპტიკური წყლულის გენეზის
დიაგნოსტიკაში**

თსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ზოგადი ქირურგიის კათედრა

კუჭის რეზერვის შემდგომი პეპტიკური წყლულის წარმოქმნაში, მიუხედავად პათოგენური მექანიზმების მრავალფეროვნებისა, არსებობს ერთიანი შეხედულება, რომელსაც თითქმის ყველა ავტორი იზიარებს, (1;2;5;6;8;) კერძოდ პეპტიკური წყლულის განვითარებაში წამყვანი როლი მიეკუთვნება რეზერვირებული კუჭის მიერ თავისუფალი მარილმჟავას პროდუცირებასა და მაღალი მონენტობითი უნარის მქონე კუჭის წვენის მოქმედებას დაუცველ ლორწოვან გარსზე. აქედან გამომდინარე კუჭის ტაკვის სეკრეციის გამოკვლევა არის არა მარტო პეპტიკური წყლულის დიაგნოსტიკის ერთ-ერთი ძირითადი მეთოდი, არამედ ის ბევრად განსაზღვრავს ქირურგიული ჩარევის სახესა და მოცულობას (3;4;7).

დღეისათვის რეზერვირებული კუჭის სეკრეციის გამოკვლევისას სარგებლობენ ფრაქციული მეთოდით წვრილი ზონდის საშუალებით, რომელიც უზრუნველყოფს რა კუჭის წვენის მრავალჯერად ასპირაციას გვამღვეს მისი ჯირკვლების ფუნქციის ჭეშმარიტ კიმოტოგრაფიულ სურათს. სტიმულირებული სეკრეციის შესწავლის მიზნით რიგი ავტორები (5;9;) იყენებენ ინსულინსა და ჰისტამინს, რაც მათი აზრით წარმოადგენს მაღალინფორმაციულ ტესტებს პოსტრეზერვირებული პეპტიკური წყლულის დიაგნოსტიკაში.

რეზერვირებულ კუჭში თავისუფალი მარილმჟავას სეკრეცია ჩვენს მიერ შესწავლილ იქნა პეპტიკური წყლულით დაავადებულ 35 ავადმყოფში, რომელთაც კუჭის წვენის ფრაქციული გამოკვლევა ჩაუტარდათ წვრილი ზონდის გამოყენებით. სტიმულირებულ სეკრეციას ვსწავლობდით კეისა და პოლანდერის ცდებით.

კუჭის წვენის ანალიზმა გვიჩვენა, რომ უზმოზე თავისუფალი მარილმჟავას მაჩვენებლები მერყეობდა 8-85 მმოლ/ლ-ის ფარგლებში. 9 ავადმყოფში თავისუფალი მარილმჟავა საერთოდ არ განისაზღვრა. ბიას-ევალდის საცდელი საუზმის მიცემის შემდეგ მარილმჟავას ბაზალური სეკრეციის მაჩვენებლები მერყეობდა 16-105 მმოლ/ლ-ის ფარგლებში. 4 პაციენტში თავისუფალი მარილმჟავა კვლავ არ განისაზღვრა. სწორედ კეის და პოლანდერის სინჯებმა გამოავლინეს კუჭის ტაკვის სეკრეციული ბუნების ჭეშმარიტი სურათი. მათი გამოყენების შემდეგ კუჭის წვენში მარილმჟავას ჰიპერსეკრეციის ადგილი ჰქონდა ყველა პაციენტში. ავადმყოფები, რომელთაც მსგავსი ჰიპერსეკრეცია აღენიშნათ სხვადასხვა სტიმულატორის გამოყენების შემდეგ შესაბამისად გავაერთიანეთ 3 ჯგუფში (იხ. ცხრილი)

თავისუფალი მარილმჟავას ზღვრული სიდიდეების მაჩვენებლები

კუჭის სეკრეცია	ავადმყოფთა პათოგენური ჯგუფები		
	I	II	III
	m-M	m-M	m-M
უზმობე	12-35	8-25	35-85
ბაზალური	16-75	25-90	50-105
ბაზალური მედიკამენტური ვაგოტომიით	6-14	18-56	55-112
სტიმულირებული ოპერაციის შემდეგ	35-125	45-130	65-120
ბაზალური	0-6	2-8	-
სტიმულირებული	2-11	4-12	-

I ჯგუფში შევიდა 15 პაციენტი, რომელთაც მაღალი ჰიპერსეკრეცია აღენიშნათ ინსულინით სტიმულაციაზე. თავისუფალი HCL-35-125 მმლ/ლ, II ჯგუფში გავაერთიანეთ 18 პაციენტი, რომელთა ჰისტამინით სტიმულაციაზე ჰქონდათ მკვეთრი ჰიპერსეკრეცია – თავ. HCL-45-130 მმლ/ლ, III ჯგუფში კი დარჩენილი ორი პაციენტი, რომლებშიც ადგილი ჰქონდა კუჭის წველის როგორც უზმობე (35-85 მმლ/ლ), ისე ბაზალური სეკრეციის მაღალ მაჩვენებლებს (50-105 მმლ/ლ) ხოლო ინსულინითა და ჰისტამინით სტიმულაციის შემდეგ თავისუფალი მარილმჟავას მაჩვენებლებმა უმნიშვნელოდ მოიმატა (65-120 მმლ/ლ); აღნიშნულიდან შეიძლება ითქვას, რომ I და II ჯგუფის პაციენტებში არსებობს ე.წ. სეკრეციის რეზერვი, რომელიც რეალიზდებოდა სტიმულირების შემდეგ, ხოლო III ჯგუფში სეკრეციის რეზერვი არ არსებობდა თითქმის ამოწურული იყო, რაც ზოლინგერ-ელისონის სინდრომზე ბადებდა ეჭვს.

ავადმყოფთა სამივე ჯგუფში გაკეთდა მედიკამენტური ვაგოტომია: 30 პაციენტში – 0,1%, 1მლ ატროპინითა და 50 მგ ბენზოჰექსონიუმით 5 შემთხვევაში კი პირენზიპინით (გასტროცეპინი); მიღებული შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ I ჯგუფის პაციენტებში მარილმჟავას ბაზალურმა სეკრეციამ დაიკლო 60-70%-ით აქედან გამომდინარე ამ ჯგუფის პაციენტებში ადგილი ჰქონდა ცთომილი ნერვის ჰიპერტონუსს. ადეკვატური ქირურგიული ჩარევის შემდეგ (ღეროვანი ვაგოტომია) ოპერაციიდან 14-ე დღეს აღინიშნა თავისუფალი მარილმჟავას სეკრეციის მკვეთრი დაქვეითება;

მედიკამენტური ვაგოტომიის შემდეგ II ჯგუფის ავადმყოფებში სიმძავემ დაიკლო 30-40%-ით. 18 პაციენტიდან, როგორც შემდეგ გაირკვა 16 შემთხვევაში გაკეთებული იყო კუჭის ეკონომიური რეზექცია. 2-ში კი – დატოვებული იყო კუჭის პილოროანტრალური ნაწილი. ადეკვატური ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ (რეზექცია, პილოროანტრუმექტომია) ადგილი ჰქონდა კუჭის წველის სეკრეციული მონაცემების მკვეთრ დაქვეითებას;

III ჯგუფში მედიკამენტური ვაგოტომიის შემდეგ მარილმჟავას სეკრეციამ დაკლების მაგივრად მოიმატა 5-10%-ით, აღნიშნული შეიძლება ჩაითვალოს ერთ-ერთ სადიფერენციაციო ტესტად ზოლინგერ-ელისონის სინდრომის

დიავნოსტიკაში; ზემოთ მოყვანილი მასალის საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ შემდეგი:

1. კეის და პოლანდერის ცდები გკადლევენ საშუალებას დავადგინოთ რეზეკირებული კუჭის ჰიპერსეკრეციის ორი ძირითადი მიზეზი – ცთომილი ნერვის ჰიპერტონუსი და პარიესული უჯრედების ჰიპერპლაზია.

2. ავადმყოფებში ზოლინგერ-ელისონის სინდრომით, გასტრინის მუდმივად მაღალი კონცენტრაციის მოქმედება პარიესულ უჯრედებზე, ერთის მხრივ განაპირობებს კუჭის წვეწმი მარილმჟავას ბაზალური სეკრეციის მაღალ დონეს, ამიტომ სტიმულაციის შემდეგ სეკრეციის რეზერვი თითქმის არ არსებობს – ამოწურულია, მეორეს მხრივ კი ამუხრუჭებს ქოლინობლოკატორების ეფექტს, რის გამოც მედიკამენტური ვაგოტომია იწვევს ბაზალური სეკრეციის არა კლებას არამედ მატებას.

ლიტერატურა

1. Вильявин Г.Д., Булгаков Г.А. – Патогенез и лечение пептических язв – Хирургия 1987; 1 ст. 105-111;
2. Кузин М.И., Чистова М.А. – Применение ваготомии для лечения пептических язв тощей кишки - Хирургия 1991; 4 ст. 84-92;
3. Савельев В.С., Умбрумянц О.А. – Изучение кислотопродуцирующей функции оперированного желудка при язвенной болезни - Хирургия 1993; 2 ст. 24-29;
4. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. – Руководство для врачей – Хирургия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки; Москва: Медицина 1996г.;
5. Курыгин А.А. Лебедев П.П. – Лечение пептической язвы гастроэнтероанастомоза, Вестник хирургии 1998 том 157 ст. 33-38;
6. Спивак В. П., Березницкий Я. С., Кириченко В. И. – Особенности диагностики пептической язвы анастомоза и тощей кишки – Клини. хирургия – 1991 №911 ст. 74-75.
7. Хачиев П.Г. – Реконструктивные операции при пептических язвах гастроэнтероанастомоза после резекции желудка – Вестник хирургии – 1995 том 154 №4 стр. 94-96.
8. The site of recurrent ulcer following stomach surgery (Billroth I an II) Ann. Surg Engl. 1996 70; 6 p 343-344;
9. Wiodarczy K.A. Talalah M. – Long term consequences of surgical treatment of peptic ulcer mater med. pol. 88. 13. 1994.

Гонджилашвили В., Чиквадзе Т., Давиашвили Д., Гиоргაძე К. МЕСТО ПРОБ КЕЯ И ХОЛЛАНДЕРА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕЗА ПОСЛІ АСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ АНАСТОМОЗА РЕЗЮМЕ

Секреция соляной кислоты была изучена у 35-больных постгастрорезекционными пептическими язвами анастомоза с применением проб Кея и Холландера. Для достижения эффекта медикаментозной ваготомии использовали инъекции атропина, бензогексония и пирензипина (Гастроцепина), что выражалось в угнетении секреции свободной соляной кислоты на 60-70% от исходного уровня среди больных, формирование пептической язвы у которых было обусловлено наличием гипертонуса блуждающих нервов. Влияние высокой концентрации гастрина на париетальные клетки желудка

обусловливало исключительно высокую базальную секрецию, и отсутствие эффекта после стимуляции из-за истощения резервов в продукции соляной кислоты. С другой стороны, меликаментозная ваготомия в этой группе больных вызывала парадоксальный эффект — повышение базальной секреции соляной кислоты.

**Gondjilashvili V., Chkhikvadze T., Davitashvili D., Giorgadze K.
KEY'S AND HOLLANDER'S TESTS IN THE DIAGNOSTIC
PROGRAM OF THE PEPTIC ULCER OF ANASTOMOSIS
AFTER THE GASTRIC RESECTION
SUMMARY**

Excretion of saline acid was studied in 35 patients with peptic ulcers of anastomoses occurs after the gastric resection. Atropine, benzohexonium and pirenzypine (Gastrocepine) injections were used for the pharmacological vagotomy, what caused decrease of the free salin acid content on 60-70% in the gastric juice among the patients with hypertonus of vagus nerves, which was the reason of appearance of peptic ulcer of anastomoses. There was high basal output of hydrochloric acid, as a result of high gastrin content in the blood and it's action on the parietal cells of the stomach in case of Zollinger-Ellisson's syndrome. Stimulation of secretion wasn't effective in this group of patients, as there was no reserve of saline acid production. At the other side, injection M-Cholinolytic drugs caused increase basal output of saline acid (paradoxical effect)

**ნ.გორგასლიძე
ფარმაცევტული და სამედიცინო სამსახურის სახელმწიფო
სტრუქტურა საქართველოში
თსუ, სოციალური ფარმაციისა და ფარმაცევტული
საქმიანობის ორგანიზაციის კათედრა**

საქართველოში მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისა და წამლით უზრუნველყოფის სფეროში ძირეული ცვლილებები იწყება საქართველოს რუსეთთან შეერთების შემდეგ. ფაქტიურად იმ დროიდან, როდესაც დამტკიცდა საქართველოს შიგა მმართველობა და მოხდა მისი დაყოფა გუბერნიებად.

საქართველოში შემოვიდა სამედიცინო სამსახურის სახელმწიფო მართვის რუსული ფორმები. 1803 წლის 16 ივნისს გაიხსნა „საქართველოს საექიმო მმართველობა“ [1,2].

რუსეთის იმპერიის საექიმო მმართველობები, რომლებიც შექმნილი იყო 1797 წლის დადგენილებით, წარმოადგენდა ორგანოს, რომელიც ახორციელებდა კონტროლს სამხედრო პოსპიტლების მუშაობაზე. 1797 წლის სპეციალური ბრუნუქით კი, საექიმო მმართველობებს დაეკისრათ სამოქალაქო ადამიანების ზედამხედველობა, კვების პროდუქტების კონტროლი, სამედიცინო ექსპერტიზის ორგანიზაცია, გადამდები ავადმყოფობების აღრიცხვა და სხვა. ინტარულ-პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება [3].

„საქართველოს საექიმო მმართველობის“ შტატში, დღიდან მისი ჩამოყალიბებისა, 1817 წლამდე ირიცხებოდა: ინსპექტორი, ორდინატორი, მენაჟე და მწერალი. თითოეულ მაზრაში კი ექიმი, უფროსი და უმცროსი მოწაფე [4].

1801-1817 წწ. საქართველოს მოსახლეობას ემსახურებოდა 8 ექიმი, ხოლო 30-იანი წლებისათვის - 16 [5].

1840 წლის 10 აპრილს „საქართველოს საექიმო მმართველობა“ გარდაიქმნა „იბერეთ-საქართველოს საექიმო მმართველობად საგუბერნიო მმართველობასთან“ [3].

1846 წელს კავკასიის გუბერნიებად დაყოფის შემდეგ შეიქმნა თბილისის საექიმო მმართველობა, ხოლო ქუთაისის გუბერნიის მმართველობაში შექმნილი იქნა გუბერნიის ექიმის თანამდებობა [5].

1846 წელს თავად კორონცოვის მეფისნაცვლად დანიშნვის შემდეგ კავკასიაში სამედიცინო მომსახურების სფეროში გატარებულ იქნა რეფორმები, რომლებიც ძირითადად დაკავშირებული იყო სამედიცინო და ფარმაცევტული სამსახურების ერთ მმართველობაში გაერთიანებასთან.

1846 წლის 28 ივნისს კორონცოვის მიმართვაში რუსეთის შინაგან საქმეთა მინისტრის ჩერნიშევისადმი აღნიშნულია არსებული სამოქალაქო სამედიცინო ხასიათის ცალკეული დარგების ერთ ხელმძღვანელობაში გაერთიანების აუცილებლობა და ამ მიზნით „კავკასიის სამოქალაქო უწყების სამედიცინო ნაწილის სამმართველოს“ ჩამოყალიბება.

ასე შეიქმნა „კავკასიის სამოქალაქო უწყების სამედიცინო ნაწილის სამმართველო“, რომლის მმართველი უშუალოდ ემორჩილებოდა მეფისნაცვალს. სამმართველოს უშუალო კავშირი ჰქონდა შინაგან საქმეთა სამინისტროს დეპარტამენტთან და მის დაქვემდებარებაში იყო ყველა სახაზინო აფთიაქები აბიერკავკასიასა და კავკასიაში [6].

XIX საუკუნის 60-იანი წლების დასასრულს გუბერნიების მმართველობასთან არსებული სამედიცინო სამმართველოები გაუქმებული იქნა და მათ ნაცვლად გუბერნიის მმართველობაში შეიქმნა სამედიცინო განყოფილებები [3].

მოსახლეობის სამედიცინო სამსახურის სამთავრობო სტრუქტურა მუშაობას აწარმოებდა სპეციალური წესდების - „საექიმო წესდების“ შესაბამისად [7].

„საექიმო წესდების“ მიხედვით რუსეთის იმპერიაში უმაღლეს სამედიცინო ორგანოს წარმოადგენდა შინაგან საქმეთა სამინისტროსთან არსებული სამედიცინო საბჭო.

„საექიმო წესდების“ პირველ მუხლში ვკითხულობთ: „სამოქალაქო სამედიცინო და სავეტერინარო ნაწილების მთავარი მმართველობა ეკუთვნის შინაგან საქმეთა სამინისტროს. მის მივნით იგი ნაწილდება: მთავარი სამედიცინო სამსახურის ინსპექტორის, ადგილობრივი მეურნეობის მთავარ სამმართველოს, სავეტერინარო სამმართველოსა და სავეტერინარო კომიტეტს შორის“.

ადგილობრივ სამედიცინო მმართველობას გუბერნიებში ახორციელებდა საგუბერნიო მმართველოები („საექიმო წესდება“, მუხლი 2).

საექიმო ნაწილის საგუბერნიო მმართველობებში შედიოდა სამედიცინო განყოფილებები, რომლებიც უწყებრივად ემორჩილებოდა მთავარი სამედიცინო ინსპექტორის მმართველობას („საექიმო წესდება“, მუხლი 4).

გუბერნიის საექიმო განყოფილებების მოვალეობაში შედიოდა: ა) მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა; ბ) სანიტარული ზედამხედველობა; გ) სამოქალაქო

უწყებების საავადმყოფოების ზედამხედველობა; დ) აფთიაქებზე და წამლით ვაჭრობაზე ზრუნვა („საექიმო წესდება“, მუხლი 5).

„საექიმო წესდების“ მე-10 მუხლის შესაბამისად გუბერნიის საექიმო მმართველობის მოვალეობაში შედიოდა: ყველა თავისუფლად მოვაჭრე და სახელმწიფო უწყებების აფთიაქების შემოწმება, თუ უკანასკნელნი წამლებით თავისუფალ ვაჭრობას ეწეოდნენ; პოლიციის სამმართველოსთან ერთად ზედამხედველობა სავაჭრო ღუქებიდან სააფთიაქო საქონლისა და წამლების გაყიდვაზე, განსაკუთრებით კი შხამიან და ძლიერმოქმედ ნივთიერებებზე.

ზემოთმოყვანილი ზოგადი პრინციპებით მუშაობდა რუსეთის იმპერიის მთელი სამედიცინო სისტემა, ზოგიერთი გუბერნიის და მხარის გამოკლებით, მათ შორის, კავკასიის მხარეც.

როგორც „საექიმო წესდების“ 134-148 მუხლებიდან მოჩანს, კავკასიის სამედიცინო მმართველობა გარდაიქმნა კავკასიის სამოქალაქო სამედიცინო ნაწილის განსაკუთრებულ სამმართველოდ. ეს სამმართველო ემორჩილებოდა მეფისნაცვალს, უწყებრივად კი, მთავარი ინსპექტორის სამმართველოს. ის ზოგიერთ საკითხებში ასრულებდა სამედიცინო საბჭოს ფუნქციებს.

გუბერნიის საექიმო ნაწილის სამმართველო შედგებოდა საექიმო განყოფილებებისაგან. გუბერნიის საექიმო ნაწილის სამმართველო შედიოდა გუბერნიის მმართველობის შემადგენლობაში („საექიმო წესდება“, მუხლი 142).

თითოეული გუბერნიის სამედიცინო განყოფილების შტატში ირიცხებოდნენ: მაზრის ექიმები, ფერშალი და ბებიაქალები („საექიმო წესდება“, მუხლი 144).

საქართველოში „საექიმო მმართველობის“ ჩამოყალიბების მხოლოდ ორი წლის შემდეგ გახდა შესაძლებელი აფთიაქის გახსნა თბილისში. საქართველოს მთავარი მმართველის ციციანოვის დიდი მონღომების შედეგად შესაძლებელი გახდა 1805 წლის 5 მაისს პირველი სახაზინო აფთიაქის გახსნა, რომელიც 1929 წლამდე ერთადერთი აფთიაქი იყო საქართველოში [8].

1829 წელს პროვიზორ შენბერგს ნება დართეს გაეხსნა კერძო - თავისუფლად მოვაჭრე აფთიაქი იმ პრივილეგიით, რომ 15 წლის განმავლობაში მისი აფთიაქი იქნებოდა ერთადერთი კერძო აფთიაქი საქართველოში. 1836 წელს შენბერგმა აფთიაქი იმავე პირობებით მიჰყიდა პროვიზორ შმიდტს. კავკასიის მმართველი გოლოვინი 10 წლით უგრძელებს შმიდტს პრივილეგიის ვადას შემახაში აფთიაქის გახსნის პირობით [9].

1830 წლის 28 აპრილს პასკევიჩი თხოვნით მიმართავს შინაგან საქმეთა მინისტრს საქართველოს ყველა ქალაქში აფთიაქის თითო განყოფილების გახსნის შესახებ. პასკევიჩი აფთიაქებს ჰყოფდა I და II განყოფილების აფთიაქებად. I განყოფილების აფთიაქები უნდა გახსნილიყო: დერბენტში, ნუხაში, შუშაში, ქუთაისში, ბაქოში კუბაში და სხვ. II განყოფილების აფთიაქები: ელიზავეტპოლში, თელავში, სიღნაღში, გორში და ღუშეთში. მოთხოვნა იყო 13 სახაზინო აფთიაქის გახსნაზე. 1831 წლის 25 მარტს ციციანოვს შეატყობინეს, რომ სამედიცინო საბჭომ განიხილა მისი თხოვნა და დამატებითი აფთიაქების გახსნა მიზანშეწონილად არ ჩათვალა [10].

1847 წლისათვის თბილისში სამი აფთიაქი იყო: სახაზინო, სახაზინო-სარეცეპტო და შმიდტის კერძო აფთიაქი. სახაზინო-სათადარიგო აფთიაქი გაიხსნა 1853-54 წლებში.

1864 წლისათვის თბილისში გახსნილი იყო ოთხი აფთიაქიერსი სარეცეპტო და სამი კერძო (შმიდტის, ეიზრიხისა და კერსტენის).

საქართველოში მოსახლეობის წამლებით მომარაგების ორგანიზაციის საქმეში არსებითი მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება იგრძნობა 60-იანი წლების ბოლოდან. უკანასკნელი გამოწვეული იყო აფთიაქების გახსნაზე კანონმდებლობაში შეტანილი ცვლილებებით. მოსახლეობის წამლებით მომარაგებით გაუმჯობესების საქმეში დიდი როლი ითამაშა აგრეთვე კავკასიის სამედიცინო საზოგადოებამ, რომელიც დაარსდა 1861 წელს.

1873 წლის 25 მაისს შინაგან საქმეთა სამინისტრომ შემოიღო ახალი წესები აფთიაქის გახსნის შესახებ, რომლის თანახმადაც აფთიაქის გახსნისას ძირითადი კრიტერიუმი მოსახლეთა რაოდენობა იყო. ამ ცვლილებამ გამოიწვია დიდი უკმაყოფილება აფთიაქების მფლობელთა შორის, რადგან იქმნებოდა ახალი კონკურენტების გაჩენის რეალური საშიშროება.

70-იან წლებში დაიკვირვება სააფთიაქო ქსელის ზრდა, როგორც თბილისში, ასევე თბილისის გუბერნიაში. 1872 წელს თბილისში ექვსი აფთიაქია. ამავე წელს გაიხსნა პირველი სააფთიაქო საწყობი სახელწოდებით „ცურიინოვი და [1].

1902, 1911 და 1916 წლებში თბილისში, შესაბამისად, მუშაობდა 13,24 და 29 აფთიაქი, აგრეთვე 27, 31 და 35 სააფთიაქო მაღაზია [12,13,14].

ზემოთქმულიდან მოჩანს, მოსახლეობის წამლით მომარაგება მუდმივად უმჯობესდებოდა XIX საუკუნის მეორე ნახევრიდან. შეინიშნება აფთიაქებისა და სააფთიაქო საქონლით მოვაჭრე მაღაზიების მკვეთრი ზრდა.

ამრიგად: ა) ჩვენ გამოვიკვლიეთ საქართველოში ფარმაციის ორგანიზაციის განვითარების ძირითადი მიმართულებები იმპერატორის მმართველობის პერიოდში (1801-1918წწ.). შევეცადეთ შეგვექმნა საქართველოში XIX საუკუნეში და XX საუკუნის დასაწყისში, სახელმწიფო სამედიცინო და ფარმაცევტული სამსახურის განვითარების სრული სურათი; ბ) მოსახლეობის წამლებით სარგებლობა საქართველოში XIX საუკუნის ბოლოს და XX საუკუნის დასაწყისში ავიდა მაღალ დონეზე და იგი არ ჩამოუვარდებოდა რუსეთის ცენტრალური რეგიონებისა და ქალაქების შესაბამისი პერიოდების დონეს.

ლიტერატურა

1. Акты, собранные Кавказской Археологической Комиссией, т.1, Тифлис, 1866, 550.
2. Ibidem. т.2, Тифлис, 1868, 252.
3. М.Г.Саакашвили, А.П.Гелашвили, Л.Д.Чейшвили, Ц.Д.Чхидзе. Медицина Грузии. Книга II. Изд. «Ганатლება», Тбилиси, 1986, 33-34
4. სუტეკუკლშშშ აჲ16ბ თფლქუჲ 23
5. Полное собрание Законов Российской Империи, т.XXI, отд.II, 1846, 647
6. Акты, собранные Кавказской Археологической Комиссией, т.Х, Тифлис, 1885, 222-223.
7. Врачебно-санитарно законодательство России, Москва, 1913.
8. Акты, собранные Кавказской Археологической Комиссией, т.2, Тифлис, 1868, 253.
9. Ibidem, т.9, Тифлис, 1884, 69.
10. Ibidem, т.VII, Тифлис, 1878, 231.

11. Кавказское Товарищество Торговли Аптекарскими Товарами, очерк 25-летней деятельности, 1882-1907, Тифлис, 1907, 47.
12. Кавказский календарь на 1903г., Тифлис, 1902, 691.
13. Кавказский календарь на 1912г., Тифлис, 1911, 869.
14. Кавказский календарь на 1917г., Тифлис, 1916, 1078-1079

**Горгаслидзе Н.
ГОСУДАРСТВЕННАЯ СТРУКТУРА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
И МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ГРУЗИИ
РЕЗЮМЕ**

В Грузии коренные изменения, в сфере медицинского обслуживания и обеспечения лекарствами населения, начались после присоединения Грузии к России. Фактически с тех пор, как было утверждено внутреннее правление Грузии и произошло ее разделение на губернии.

В Грузию пришла Российская форма государственного правления медицинской службы, 16 июня 1803года было создано «Врачебное управление Грузии».

Врачебные управления Российской империи, которые были созданы постановлением 1797 г представляли орган, который осуществлял контроль над работой военных госпиталей. Специальная инструкция 1797 г. обязывала врачебные управления осуществлять надзор над гражданскими больницами, контроль продуктов питания, организацию медицинской экспертизы, учет заразных больных и проведение санитарно-профилактических мероприятий.

**Gorgaslidze N.
THE STATE STRUCTURE OF PHARMACEUTICAL
AND MEDICAL SERVICE IN GEORGIA
SUMMARY**

Considerable changes in medical and pharmaceutical services in Georgia began after its joining to Russia. In fact, they started after the Supreme Georgian Government had been established and Georgia had been divided into provinces. The Russian state forms of administration were introduced into the Georgian medical service. On July 16, 1803 the "Georgian Medical Board" was established [1,2].

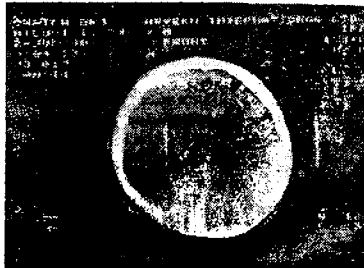
The Russian Medical Board, set up by a 1797 Decree, was the body which controlled military hospitals' work. But in 1797, a special instruction also made this Medical Board responsible for supervising civil hospitals, control of food products, organisation of medical examination, registration of infectious diseases and carrying out sanitary and prophylactic measures [3].

მგორღეზიანი, ნინუა, რ.სიგუა
პირველი ვირუსით გამოწვეული ცერებრული
ღისკამიის კლინიკა და პათოგენეზი
თსსუ, ნერვულ სნეულებათა კათედრა

თავის ტვინის იშემიური და ჰემორაგიული ინსულტების მრავალრიცხოვან მიზეზებს შორის გარკვეული პათოგენეზური მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანთა პოპულაციაში გავრცელებულ ნეიროტროპულ ჰერპეს ვირუსების ჯგუფს (HV).

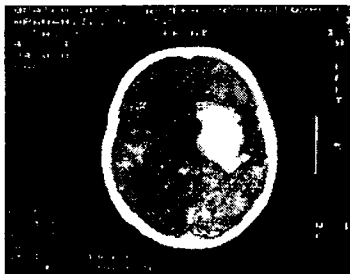
უკანასკნელ პერიოდში ავტორთა მიერ (Censch G., et al., 1989, Barnett P., 1984; Baltor H., 1986, Жданов В., 1990; Louis R., 1995, Акимов Г. и соавт., 2000) დიდი ყურადღება მიექცა ნეიროვირუსებით გამოწვეული ნერვული სისტემის დაზიანების კლინიკისა და პათოგენეზის შესწავლას. აღწერილია ნერვული სისტემის პათოლოგიის სხვადასხვა სინდრომები, მაგრამ თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა იშემიური თუ ჰემორაგიული პროცესების განვითარებით ნაკლებადაა შესწავლილი, მით უმეტეს, რომ ამ პათოლოგიის დიაგნოსტიკისას ვირუსის მტარებელ პაციენტებში HV პათოგენური როლი უგულვებელყოფილია და მკურნალობა არაეფექტურია.

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 15 პაციენტი თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლით. 8 ქალი და 7 მამაკაცი. ასაკი მერყეობდა 40 წლიდან 70 წლამდე. 10 შემთხვევაში დადგინდა ცერებრული ინფარქტის არსებობა, უპირატესად განვითარებული თავის ტვინის შუა არტერიის ქერქული ტოტების საირიგაციო მიდამოში, ხოლო 5 შემთხვევაში - ინტრაცერებრული ჰემატომა ქერქქვეშა კვანძების დონეზე. კვლევის მეთოდებიდან გამოყენებული იყო კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ), ტრანსკრანიალური დოპლეროგრაფია, სისხლისა და ლიქვორის სეროლოგიური გამოკვლევა. კტ-ით დადგინდა ინსულტის პათოგენეზური ტიპი და ლოკალიზაცია (სურ. 1, 2).



სურ. 1.

კომპიუტერული ტომოგრაფიით კტ-ჭრილებზე ვერიფიცირდება პათოგენური ჰემორაგიული კერა, რომელიც მოიცავს რამდენიმე წელს, კონუსისებრი ფორმისაა, ვლინდება პერიფოკალური შეშუპებით და პროცესის ლოკალიზაციის შესაბამისად ხასიათდება სისხლის პენტრაციით ლიქვოროდინამიკურ სისტემაში.



სურ. 2.

ინტრაცერებრული ჰემატომა ყოველთვის დიდი მოცულობისაა, ასევე მოიცავს თავის ტვინის რამდენიმე წილს, უპირატესად შუბლ-ოხემ-საფეთქლის. ახასიათებს „მას-ეფექტი“ შუამდებარე სტრუქტურების ცდომით. კტ-ტომოგრაფიაზე ხშირად ვლინდება მრავლობითი ან ერთეული იშემიური კერების არსებობა იმავე ან მოპირდაპირე ჰემისფეროში. ასოცირებული ინტრაცერებრულ ჰემატომასთან ერთად.

ტრანსკრანული დოპლეროგრაფიით აღმოჩნდა ტვინის შუა არტერიის სტენოზი და თრომბოზი - 6 შემთხვევაში. ხოლო 3 შემთხვევაში - ტვინის წინა არტერიის ტოტებში უპირატესად სისხლძარღვთა ობლიტერაცია. ლიქვორის გამოკვლევით 9 პაციენტი აღმოჩნდა ჰერპეს-ვირუსის მტარებელი ზოსტერიული დერმატიტის გარეშე. 6 შემთხვევაში კი დადგენილ იქნა ლოკალურ ნევროლოგიურ სიმპტომატიკასთან ერთად რეციდიული ჩასიათის ზოსტერიული დერმატიტი კისრისა და წელის სეგმენტების დონეზე. კლასიკური ნევროლოგიური კვლევის მეთოდის და ანამნეზის შეფასებით დაზუსტდა ნევროლოგიური სიმპტომების გამოვლინების ტიპი, მათი დინამიკა და ის კლინიკური თავისებურება, რომელიც ამ ციტიოლოგიით განპირობებული ცერებრული იშემიური და ჰემორაგიული პროცესებისათვის არის დამახასიათებელი. გამოყენებული იქნა აგრეთვე კვლევის დამატებითი მეთოდები შინაგანი ორგანოების პათოლოგიის დიაგნოსტიკისათვის, რომელიც ასოცირებულია ამ ტიპის ჰემორაგიულ და იშემიურ ინსულტებთან. დაავადება ხასიათდება მძიმე კლინიკური მიმდინარეობით, ხშირად სუბფებრილიტეტის ფონზე. ადგილი აქვს როგორც ზოგადცერებრული, ისე ლოკალური ნევროლოგიური სიმპტომების გამოვლინების მენინგეალური სინდრომის ფონზე. ნევროლოგიური სინდრომები უპირატესად წარმოდგენილია ქერქული და გაფსულური ჰემიპლეგიებით. იშემიური ტიპით განვითარებული - 9 შემთხვევაში, 6 შემთხვევაში კი ინტრაცერებრული ჰემატომა. საერთო რაოდენობიდან 5 შემთხვევაში აღინიშნებოდა ჰემიპლეგიურ სინდრომთან ერთად მეტყველების აფაზიური მოშლა, ხოლო 4 შემთხვევაში მენინგო-ცერებრული სისხლჩაქცევა. 3 შემთხვევაში დაავადება გამოვლინდა მწვავედ, განსხვავებით ზემოაღწერილი შემთხვევებისაგან ეპილეფსიური გულყრებით, ეპისტატუსის განვითარებით, რომელიც ძნელად დაექვემდებარა ანტიეპილეფსიურ მეურნალობას.

სისტემური სისხლძარღვოვანი დაავადებები (მძიმე ათეროსკლეროზი, შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერტონული დაავადება) შესწავლილ ავადმყოფებს არ აღენიშნებათ, თუმცა ინსულტის განვითარების მომენტში ყველა შემთხვევაში დადგენილ იქნა არტერიული ჰიპერტენზია. ყველა შესწავლილ ავადმყოფებს აღენიშნებათ თანმხლები დაავადებების (ბრონქიტის, ალკოჰოლიტის, მიოკარდიტის) გამოვლინებით, რაც განსაზღვრავდა დაავადების მძიმე მიმდინარეობას.

ამრიგად, HIV-ით გამოწვეული ნევროლოგიური გართულებები იშემიისა და ჰემორაგიის განვითარებით პოსტინფექციური ტიპისაა, ვლინდება გავრცობილი ანგიოტიით და არ არის დაკავშირებული პირდაპირ ვირალურ რეპლიკაციით გამოწვეულ ქსოვილოვან დაზიანებასთან.

გრანულომატოზური ანგიოტი, თრომბოზი, იშემია და სისხლნაქცევა წარმოადგენს პერპეს ვირუსის ერთ-ერთ იშვიათ გართულებას. ლიტერატურაში აღწერილია ერთეული ასეთი შემთხვევები. როგორც ჩანს, პერივასკულური ანთების ჩამოყალიბებას საფუძვლად უდევს სისხლძარღვების გაფართოება, სტაზი, პანარტერიიტიის და პანფლემიტიის განვითარებით, კედლების ფიბროზული ნეკროზით, შემუპებით, პოლიმორფულიზირებული ლეიკოციტების აქტივაციით, იმუნური კომპლექსების წარმოშობით, თრომბოციტული და ერიტროციტული ფაქტორების გააქტივებით. ცხადია, რომ ამ პირობებში განვითარებული პათოლოგიური პროცესები, რომელიც ფორმირს ელემენტების აქტივაციით ხასიათდება ტვინის დაზიანებულ უბანში, წარმოადგენს ანთების ძირითად კომპონენტს და მიმართულია დარღვეული ჰემოკინეზის აღსადგენად, ხოლო იშემიური და ჰემორაგიული პროცესები განიხილება როგორც მოდიფიცირებული ანთების გამოვლინება (მ.ბერიძე, 1999; ნ.ნ.ნიუა, 2000).

ფვირტერმა შეისწავლა სისხლძარღვების ცვლილებები HIV-ის დროს და იგი განიხილა როგორც *Periarteriitis nodoza zosterica*. დაადგინა ტიპური ცვლილებები კანში, სპინალურ განგლიებში და შინაგან ორგანოებში. რა მექანიზმებით ხორციელდება ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ამა თუ იმ პათოგენური ტიპის ცვრებრული ინსულტის ჩამოყალიბება დაუდგენლია, ხოლო გრანულომატოზური ანგიოტიით განპირობებული ანთება დადასტურებულია. ცხადია, რომ აღნიშნულ პირობებში პერფუზიული წნევის ცვალებადობა სხვადასხვა ქსოვილოვანი და უჯრედული მექანიზმების ამოქმედებას იწვევს, რომელიც საერთოა როგორც იშემიური, ისე ჰემორაგიული პროცესების განვითარებისათვის.

- მიღებული მონაცემების ანალიზიდან გამომდინარე შეიძლება დავასკვნათ:
1. HIV-ს გარკვეული პათოგენური მნიშვნელობა ენიჭება ცერებრული დისკემიის განვითარებაში და განიხილება, როგორც მნიშვნელოვანი ეტიოლოგიური ფაქტორი.
 2. ლიქორის და სისხლის სპეციფიკური გამოკვლევით დგინდება ვირუსის იდენტიფიკაცია.
 3. სისხლძარღვოვანი პროცესები განვითარებას საფუძვლად უდევს ლიფუზური ანგიოტიის არსებობა, რაც დაკავშირებულია ვირუსის აქტივაციასთან, რის გამოც ცერებრული და შინაგანი ორგანოების კომბინირებული დაზიანება ერთიანი პათოგენური მექანიზმებით აიხსნება.
 4. HIV გამოწვეული ცერებრული დისკემიის დროული დიაგნოსტიკა პათოგენური მკურნალობის საწინდარია, რომელიც უნდა ჩატარდეს არა მარტო კორტიკოსტეროიდების, არამედ კორტიკოსტეროიდების და ანტივირუსული პრეპარატების კომბინირებული გამოყენებით.
 5. HIV-ის მტარებელ პაციენტებში ზოსტერული დერმატოზის გამოვლინებით ან მის გარეშე ნევროლოგიური გართულების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ჩატარდეს პროფილაქტიკური ანტივირუსული თერაპია.

ლიტერატურა

1. მ.ბერიძე - იმუნური სისტემის მანყენებლების ცვალებადობა თავის ტვინის მწვავე სისხლძარღვოვანი პათოლოგიის დროს და მათი პლაფერონ ლბ-თი კორექციის მექანიზმები. ავტორეფერატი მედ. მეცნ. კანდ. 1999. თბილისი.
2. Дифференциальная диагностика нервных болезней под ред. Г.А.Акимова и М.М.Одлака. Санкт-Петербург. 2000.

3. Жданов В.М. Эволюция вирусов. М. 1990, 371.
4. Леценская Е.В., Маргынченко И.П. - Острые вирусные энцефалиты у детей. М. 1990, 251.
5. Andiman W.A. White-Greenwald H., Tingllytella T. Zoster encephalitis: isolation of virus measurement of Varicella-Zoster-Specific antibodies in cerebrospinal fluid / Amer. J. Med. - 1982. V.73. N5; P. 769-772.
6. Baltor H.H. Acyclovir therapy for herpes Zoster: advantages and adverse effects. / J.M.A. - 1986, V. 255, N3, P. 387-388.
7. Barnett P. Use of acyclovir for CMV / S. Afr. Med. 6. 1984. V. 66, N17, P. 635-637.
8. Gensch G., Greenberg S.B., Taber L. et al. Herpes Zoster - Associated Encephalitis: Clinico-pathologic correlation: a review of the literature / Medicine (Baltimore) 1983, V. 62, N2, P. 81-94.
9. Louis R. Caplan (Ed.) Brain ischemia. Basic concepts and clinical relevance Springer-Verlag. 1995. P. 9.

**Гордезиани М., Нинуа Н., Сигуа Р.
КЛИНИКА И ПАТОГЕНЕЗ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДИСГЕМИИ,
ВЫЗВАННОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (HIV)
Р Е З Ю М Е**

Группа вирусов герпеса в настоящее время привлекает все большее внимание клиницистов с растущим пониманием значения этих вирусов в патогенезе церебральных ишемических и геморрагических нарушений. В литературе описаны многие неврологические синдромы, но геморрагические и ишемические нарушения недостаточно изучены.

Под наблюдением находились 15 больных, из коих 10 с ишемическим инфарктом, а 5 - с интрацеребральной гематомой, возраст больных - от 45 до 70 лет, мужчин - 7, женщин - 8.

Для диагностики применяли КТ, транскраниальную доплерографию и исследование крови и спинно-мозговой жидкости для идентификации HIV, а также другие параклинические исследования для диагностики патологии внутренних органов, которые ассоциированы с церебральными дисгемиями.

Анализ полученных данных дает возможность сделать следующие выводы:

1. Геморрагические и ишемические нарушения мозгового кровообращения HIV этиологией характеризуются тяжелым клиническим течением и с ассоциированным поражением различных внутренних органов в основе которого лежат единные патологические механизмы, связанные с активацией HIV.
2. В основе церебральных дисгемий ишемического и геморрагического типа лежит диффузный грануломатозный ангиит, вызванный HIV, рассматривается как важный этиологический фактор в развитии этих патологических нарушений.
3. Идентификация HIV осуществляется обязательным исследованием ликвора и крови.
4. Ишемические и геморрагические нарушения мозгового кровообращения HIV этиологии надо лечить не только кортикостероидами, а комбинированным применением кортикостероидов и противовирусных препаратов.

5. Больные, носители НВ инфекции без выявления зостериального дерматита для предупреждения церебральных сосудистых нарушений должны проводить профилактическую антивирусную терапию.

Gordeziani M., Ninua N., Sigua R.

**THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND PATHOGENESIS OF CEREBRAL DISHAEMIA CAUSED BY HERPES ZOSTER VIRUS
SUMMARY**

Cerebrovascular disorders are problematic due to therapy, as they are caused by different reasons, not only by atherosclerosis or hypertonic disease, but by herpetic viruses.

The purpose of our study was to study patients with cerebral discirculation and reveal such rare reasons of cerebral dischaemia and find CT-correlates. The investigation had been carried on 12 patients with cerebral dischaemia at the age from 40 to 70, without any chronic vascular disease in anamnesis. All patients underwent routine neurologic and paraclinic investigations including ECG, CT, US-sonography. CSF investigation on virus was on all patients. All patients have problems of somatic organs (bronchities, alveolities, myocardities).

In such cases of cerebral, dischaemia CT-investigation released both types of dischaemia: ischemic infarction (10 cases) or intracerebral haematoma (5 cases). The pathological process was extended in size and doesn't correlate with the territory of irrigation in cases of ischemic infarction, intracerebral haematomas were massive.

The identification of virus in blood and CSF revealed the presence of Herpes-Zoster virus, antibiotics, which was clinically confirmed by herpetic rash on different areas of the body (9 cases). 6 patients has no hepatic rash.

It's clear that in such cases of cerebral dischaemia Herpes-Zoster virus plays the main important role in pathogenesis as it causes the granulomatose angiitis.

In conclusion such cases of cerebral dischaemia can't be treated only by corticosteroids, but with combination of antivirus.

მ.გორდეზიანი, ნ.ნინუა
**ერიტროციტების სტრუქტურული ცვლილებების
შეღარებითი ანალიზი იშემიური და კემორაბიული
ინსულტების დროს
თსსუ, ნერვულ სნეულებთა კათედრა**

ჰემოდინამიკის ძირითადი კანონების და სისხლის ფორმიანი ელემენტების ურთიერთქმედების მექანიზმის რღვევა, თავის ტვინის დისკემიური პროცესების დროს განაპირობებს ერიტროციტების, თრომბოციტების და სხვა ფორმიანი ელემენტების აგრეგაციას, სადაც წამყვანი როლი სისხლძარღვის კედლის და თვით ტვინის ნივთიერების მდგომარეობასაც მიეკუთვნება, რაც ლიტერატურაში კარგად არის შესწავლილი.

კემორაგიული და იშემიური პროცესების პათოგენეზში ერიტროციტებს და

მის სტრუქტურულ-ფუნქციურ ცვლილებებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება, ვინაიდან იგი სისხლის სხვა ფორმიან ელემენტებს შორის დიდი რაოდენობით არის წარმოდგენილი. შესაძლოა, რომ ამ ორი პათოლოგიური პროცესის განვითარებაში ერთროციტები სხვადასხვაგვარად მონაწილეობენ და განაპირობებენ არა მარტო დაავადების კლინიკური გამოვლინების და მიმდინარეობის თავისებურებას, არამედ დარღვეული ფუნქციების აღდგენის შესაძლებლობას და სოციალურ რეაბილიტაციას, რაც ლიტერატურაში აღწერილი არ არის.

ჩვენ მიზნად დავისახეთ ელექტრონული მიკროსკოპის საშუალებით შეგვესწავლა ერთროციტების სტრუქტურული და ფუნქციური მდგომარეობა თავის ტვინის იშემიური და ჰემორაგიული პროცესების დროს და შედარებითი ანალიზის საფუძველზე გაგვესაზღვრა მათი როლი იშემიის და ჰემორაგიის პათოგენეზში.

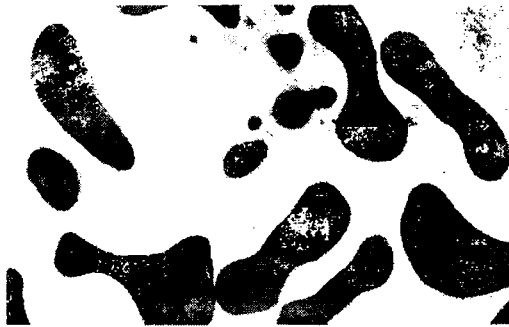
შესწავლილი იყო 20 ავადმყოფის სისხლი, რომლებსაც აღენიშნებოდათ თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, განვითარებული ჰიპერტონული დაავადების (10 პაციენტი), შაქრიანი დიაბეტის (5) და ათეოსკლეროზის დროს, თავის ტვინისა და გულის იშემიური დაავადებით (5 პაციენტი). ასაკი მერყეობდა 45 წლიდან 70 წლამდე, ქალი 9, მამაკაცი - 11.

ინსულტის პათოგენეზური ტიპის დასადგენად გამოყენებული იყო კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ). 8 შემთხვევაში აღენიშნა ინტრაცერებრული ჰემატომა, ლოკალიზებული უპირატესად ქერქქვემა კვანძების ღონეზე, 3 პაციენტში ჰემატომა ასოცირებული სუბარაქნოიდულ სისხლჩაქცევასთან ერთად და 12 შემთხვევაში იშემიური ინსულტი, პერიფოკალური შემუშებით, განვითარებული თავის ტვინის შუა არტერიის საირიგაციო მიდამოში.

ერთროციტების სტრუქტურული ცვლილებები შესწავლისათვის (პროფ. ზიგ. ზურაბაშვილის მეოლიკით) ეწინიდან აღებული 5 მლ სისხლი ფიქსირდება 1% ოსმიუმის ხსნარში, ჩაყალიბდება ეპონში, შემდეგ იჭრება OmH_2 ულტრატომზე და ელექტრონული მიკროსკოპის საშუალებით შეისწავლება ერთროციტების სტრუქტურული ცვლილებები (ციფრული მონაცემები სტატისტიკურად დამუშავებულია).

კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ჰემორაგიული ინსულტის დროს ადგილი აქვს ფორმაშეცვლილი ერთროციტების გამოვლინებას. მათი უმრავლესობა დაგრძელებულია, ზოგან ქინძისთავისებურია, მის ზედაპირზე ერთროციტის კიდესთან ალაგ-ალაგ ვლინდება გადანაჭდევი, რომელიც იწვევს ერთროციტების დაყოფას მრავალრიცხოვან ე.წ. "ჯუჯა" ერთროციტებად. ერთროციტების კიდუ სწორი და კარგად კონტურირებულია. ერთროციტები ერთმანეთისგან თავისუფლადაა განლაგებული.

ერთროციტების მემბრანის ზედაპირზე ვლინდება ადსორბირებული ნაწილაკები. ზოგან ერთროციტები თავისი მემბრანით ერთმანეთს ეწყებიან, რომელთა შორის ისახება თავისუფალი სივრცე (სურ. №1).



სურ. 1

აღმოჩნდა, რომ "ჯუჯა" ერთროციტების რაოდენობის მომატება იწვევს ერთროციტების საერთო რაოდენობის გაზრდას, რაც განაპირობებს ჟანგბადით ჰემოგლობინის გაჯერების სისწრაფის მომატებას. ლიტერატურაში არსებობს შეხედულება იმის შესახებ, რომ ერთროციტის დიამეტრი და ჰემოგლობინის ჟანგბადით გაჯერების სისწრაფე ერთმანეთის მიმართ უკუპროპორციულია (4) ამ დროს ერთროციტების ზედაპირზე, როგორც ჩანს ადგილი აქვს ანტიგენის აღსორბციას, რომელთა რაოდენობა იზრდება მათ მიერ დაკავებული ზედაპირის ერთეულზე, მრავლობითი "ჯუჯა" ერთროციტების წარმოშობის ხარჯზე, რაც განსაზღვრავს ერთროციტების ბრძოლის უნარიანობას, რომელიც განიხილება როგორც დაცვითი რეაქცია სისხლჩაქცვის საპასუხოდ. ავტორების (1, 2, 3) შეხედულებით ჰემოდინამიკის მოშლისას ადგილი აქვს ერთროციტების დეფორმაბელობის დაქვეითებასთან ერთად, ადგეზიის ინდექსის მომატებას და ერთროციტების მემბრანის სტრუქტურის გარდაქმნას. მიუხედავად ამავე ავტორების შეხედულებისა, ერთროციტების როლი ცერებრული დისკემიის პათოგენეზში საბოლოოდ მაინც გარკვეული არ არის.

დაკვირვებამ გვიჩვენა, რომ იშემიური ინსულტის დროს ერთროციტების დაცვითი რეაქციის მექანიზმი სხვაგვარად უნდა იყოს წარმოდგენილი.

ერთროციტები იშემიური პროცესების დროს ფრაგმენტაციას არ განიცდიან. ისინი მრგვალი და დიდი ზომისაა, არაერთგვაროვნად კონტურირებულია. ნაწილაკების აღსორბცია მემბრანის ზედაპირზე გამოკვეთილი არ არის. ადგილი აქვს ერთმანეთთან ჩაჭვდილი ერთროციტების აგრეგანტების წარმოქმნას.

იშემიური პროცესების დროს, განსხვავებით ჰემორაგიისაგან, ადგილი აქვს ჩაჭვდილი ერთროციტების ერთმანეთთან შეწყებებს. ამ დროს ორი ერთროციტის მემბრანის გარეთა ზედაპირი მჭიდროდ ეკვრის ერთმანეთს, ალაგ-ალაგ შეწყებულა და ქმნის მდგრად მასას. ერთროციტების დიამეტრი უცვლელია (სურ. №2) აღნიშნულ პირობებში ჰემოგლობინის ჟანგბადით გაჯერების სისწრაფე კლებულობს. ანტიგენის აღსორბცია ერთროციტების ზედაპირზე არაერთგვაროვნად მიმდინარეობს. რაც დაკავშირებული უნდა იყოს მემბრანის ზედაპირზე უარყოფითი მუხტის არაერთგვაროვან გადანაწილებაზე.



სურ. 2

რიგი ავტორების (5) გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ერთროციტის მემბრანის ცვალებადობა და მისი სტრუქტურული ცვლილებები იწვევს ღეფორმაბელობის დაქვეითებასთან ერთად ზედაპირული ელექტრული მუხტის შემცირებას და ელექტრონოლიტური შიმშილის სინდრომის განვითარებას, რაც იწვევს მიკროციტკულაციის მოშლას დაზიანებულ რეგიონში, ნეირონების პათოლოგიური აპოპტოზით.

ჩატარებული გამოკვლევების შედეგებით ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ჰემორაგიის და იშემიური პროცესების დროს ერთროციტების მორფოლოგიური სტრუქტურა სხვადასხვაგვარია, მაგრამ ფაქტი ერთია, რომ ორივე შემთხვევაში ცვლილებები ეხება არა მარტო ერთროციტების სხეულს, არამედ მემბრანასაც.

აღმოჩნდა, რომ ღისქემიის პირობებში ერთროციტები მაღალი აქტიურობით ხასიათდება, რომლებიც მონაწილეობენ ორგანიზმის დაცვითი რეაქციის გაძლიერებაში. დადასტურებულია შეხედულება იმის შესახებ, რომ მემბრანის ძირითად ფუნქციას სწორედ პათოლოგიურ პირობებში ორგანიზმის ფუნქციური მთლიანობის შენარჩუნება წარმოადგენს.

თუ გავითვალისწინებთ იმ გარემოებას, რომ მოცირკულირე სისხლში ორივე ტიპის ერთროციტები ანტიგენის აღსორბციას ახორციელებდნენ, მაშინ სავარაუდოა, რომ თვით ერთროციტებიც იმუნურ ფუნქციის მატარებლები არიან და მათ გარკვეული ადგილი უჭირავთ იმუნური სტატუსის რეგულაციაში.

ერთროციტების სხვადასხვა სტრუქტურულ-ფუნქციური ორგანიზაცია იშემიის და ჰემორაგიის დროს მიუთითებს გარემოებაზე, რომ მოცირკულირე სისხლში არაერთგვაროვანი ანტიგენის არსებობის საპასუხოდ აღმოცენებულ დაცვითი მექანიზმები უჯრედთა გარკვეული ურთიერთობის პირობებში აუცილებლად გათვალისწინებულ უნდა იყოს ამ ავადმყოფების მკურნალობისას.

ლიტერატურა

1. Sowemimo-Coker S.O. et al. - Eirby S.D. As improved filtration technique for measuring red cell deformability. Biocheology (Suppl. I) 1984, p. 248-253.
2. Waugh S.M., Lov P.S. - Henichrome finding to band 3: nucleation of Heinz bodies on the erythrocyte membrane. Biochemistry, 1985; v. 24, P. 34-39.
3. Zimmermann B., Sounpasis D.M. - Effects of monovalent actiens on red cell shape and nize - Cell Pioghys. 1985, V. 7, N2, P. 115-127.
4. Минеев В.И. - Роль эритроцитов в патогенезе астмы - нетрадиционные аспекты. Сб. трудов, Терапия, 1992, №3, зю 119-122.

5. Конев С.В., Мануэль В.М. - Межклеточные контакты. Сб. Трудов - 1992 г. Минск.

Гордзениани М., Ницуа Н.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ
ИНСУЛЬТАХ
РЕЗЮМЕ

Структурные изменения эритроцитов и их роль в патогенезе церебральных и геморрагических процессов недостаточно изучены, несмотря на многочисленные исследования, нарушения общих законов гемодинамики и изменения морфофункциональных свойств форменных элементов крови.

Целью данной работы является изучение структурных изменений эритроцитов при различных патологических типах мозгового инсульта; на основании сравнительного анализа определить их роль в патогенезе этих нарушений.

Исследовано 20 больных в возрасте от 45 до 70 лет с нарушением мозгового кровообращения на фоне гипертонической болезни (10 больных), сахарного диабета - 5 пациентов с церебральным атеросклерозом и ишемической болезнью сердца и мозга (5 больных).

Компьютерной томографией у исследуемых больных установлен патогенетический тип инсульта. У 8 выявлена интрацеребральная гематома, из коих у троих гематома сочеталась с субарахноидальным кровоизлиянием.

В 12 случаях установлен ишемический инсульт в зоне ирригации средней мозговой артерии.

Исследования крови проводились электрическим микроскопом фирмы Tesla - Чехия (методика проф. Зиг. Зурабашвили).

Как показали результаты исследований, эритроциты при геморрагических и ишемических процессах претерпевают определенные структурные нарушения с присущими им особенностями в зависимости от типа инсульта.

Структурные изменения в обоих случаях касаются не только формы эритроцитов, но и их мембраны, которые разными путями осуществляют адсорбцию антигена из циркулирующей крови.

Сравнительный анализ этих изменений дает возможность высказать мнение о том, что несмотря на различие морфологических изменений при различных типах инсульта, эритроциты являются активными клетками, которые выполняют защитную функцию в условиях измененной среды. Очевидно, эритроциты наряду с белой кровью играют немаловажную роль в регуляции нарушенного иммунного статуса организма. Это положение должно учитываться при лечении обоих типов мозгового инсульта.

Goheziani M., Ninua N.
COMPARABLE ANALYSES OF ERYTHROCYTES' STRUCTURAL
CHANGES IN STROKE AND HEMORRHAGE
S U M M A R Y

Erythrocytes' structural changes and their role in pathogenesis of stroke and hemorrhage are not well investigated in literature though there exist numerous studies about hemocirculation and morpho-functional disorders of blood cells.

It was investigated the blood of 20 patients with acute cerebral discirculation at the age of us 70 with the presence of hypertonic disease in 10 patients, diabetes mellitus - in 5 patients, and 5 patients with cerebral atherosclerosis. The pathogenic type of insult was diagnosed by (CT) intracerebral haematoma was revealed in 8 patients in 3 cases accompanied by subarachnoid hemorrhage.

Stroke was revealed in 12 cases in the zone of medical cerebral artery.

The changes of blood cells were defined by use of electromicroscope "Tesla".

As the results of blood cells damages revealed in stroke and hemorrhage the structural and functional changes are present in accordance with type of insult. these changes as associated not only with the shape of erythrocytes, but of their membrane. In both cases of discirculation they are active cells which by different ways absorb antigens on their surface and perform common supportive function to the reaction of homeostasis. In summary the red cells with white cells perform function in the regulation of disordered immune status.

მ. გოძიაშვილი, ა. ბაკურიძე, დ.შენგელია, მ. დვალი.
ლიპოფილურ ნივთიერებათა კომპლექსის შემცველი
ჟელატინის რბილი კაფსულების მომზადება

თსსუ, წამალთა ტექნოლოგიის კათედრა.

თსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა.

რაციონალური მზა წამლის ფორმის შემუშავება ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა თანამედროვე ფარმაციისათვის.

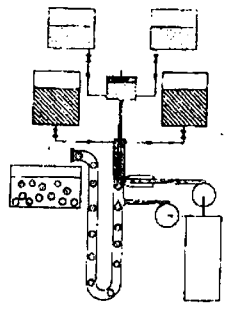
პეროლური გზით მისაღებ წამალთაფორმებს შორის უპირატესობას ჟელატინის კაფსულებს ანიჭებენ. მათი პოპულარობა განპირობებულია იმით, რომ ჟელატინი არ მოჰმდებებს უარყოფითად კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე და მისი გარსი იცავს მოქმედ ნივთიერებებს გარემომცველი სამყაროს არასასურველი ფაქტორების ზემოქმედებისაგან.

თსსუ წამალთა ტექნოლოგიის და თვალის სნეულებათა კათედრების თანამშრომლების მიერ გათხევადებული აირის გამოყენებით მიღებულია თერმობილურ-ლიპოფილურ ნივთიერებათა კომპლექსი ჩვეულებრივი მოცვის ნაყოფებიდან. ფარმაცოლოგიური გამოკვლევებით დადგინდა, რომ მას გააჩნია მკვეთრად გამოხატული ანტიოქსიდანტური და ანთებისსანიანალმდეგო მოქმედება. კვლევის მიზანს შეადგენდა მოცვის ლიპოფილურ ნივთიერებათა კომპლექსის ბაზაზე ჟელატინის რბილი კაფსულების მომზადება ნვეთური მეთოდით.

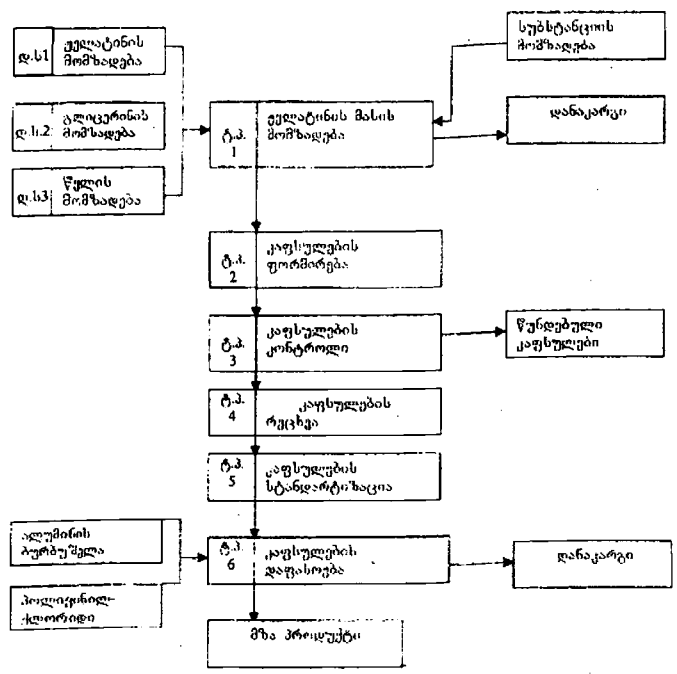
შევისწავლეთ მოცვის ლიპოფილურ ნივთიერებათა კომპლექსისა (სუბსტანციის) და ჟელატინის მასის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებები. დადგინდა, რომ შესაძლებელია მოცვის ლიპოფილურ ნივთიერებათა კომპლექსის მოთავსება ჟელატინის რბილ კაფსულებში, რადგანაც: სუბსტანციის სიმკვრივე აღემატება ჟელატინის მასის სიმკვრივეს; ამასთანავე, სუბსტანცია არის ლიპოფილური ბუნების და არ შეიცავს წყალს.

წვეთური მეთოდით სუბსტანციის შემცველი ჟელატინის კაფსულები მოვამზადეთ ჰოლანდიური ფირმა „GlobeX II“-ის აპარატზე, რომელიც სქემატურად ასახულია №1 სურათზე.

ატარებული გამოკვლევები დავდო საფუძვლად ჰეველებრივი მოცვის ნაყოფების ლიპოფილურ ხივთიერებათა კომპლექსის შემცველი ჟელატინის რბილი კაფსულების – პირობითი სახელწოდებით „მირტოლენი“-მომზადების ტექნოლოგიურ სქემას (სურ. №2).



სურ. 1. ჟელატინის კაფსულების წვეთური მეთოდით მომზადების აპარატურული სქემა



სურ. 2. „მირტოლენის“ კაფსულების მომზადების ტექნოლოგიური სქემა

შევისწავლეთ კაფსულების კეთილზარისხოვნების მაჩვენებლები. შედეგები მოცემულია №1 ცხრილში.

„მირტოლენის“ კაფსულების კეთილზარისხოვნების მაჩვენებლები ცხრილი №1

დასახელება	სერიის №	დოზირების სიზუსტე (0,5 გ)	მექანიკური სიმტკიცე	დამლადობა (წთ)
„მირტოლენის“-ს კაფსულები	1	0,51	აკმაყოფილებს	5
	2	0,50	აკმაყოფილებს	6
	3	0,505	აკმაყოფილებს	5
	4	0,51	აკმაყოფილებს	7
	5	0,499	აკმაყოფილებს	6

ჩატარებული ექსპერიმენტების საფუძველზე შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი სახის დასკვნები:

1. განსაზღვრულ იქნა მოცვის ნაყოფებიდან მიღებული ლიპოფილური ნაერთების კომპლექსის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებები;
2. მოწოდებულია „მირტოლენის“ კაფსულების მიღების ტექნოლოგია წვეთური მეთოდით;
3. „მირტოლენის“ კაფსულები აკმაყოფილებს სახელმწიფო XI ფარმაცოპიის მოთხოვნებს.

ლიტერატურა:

1. Manufacturing of Gelatin Capsules. Capsule Technology International Ltd., - Canada, Montreal, 1992, 17 p.
2. Matco A. The benefits of the soft gelatine capsule as a dosage form – and popular product types Europe and the U.S.A. // Novel Drug Formulation Syst. Delivery Devices, Int. Semin., Riga, May 20-24, 1991, p. 2-8.
3. Way of reception soft gelatine capsules. Paidenova B. Заявка 227553, Чехия. Заявл. 27. 06. 82, №3897-82, опубл. 01. 06. 86, МКИ А 61К9/16.
4. Дивигора И.В. Исследования в области технологии производство желатиновых капсул. Автореф. дис. канд. фарм. наук. - Харьков, 1981.

Годзиашвили М., Бакуридзе А.,
Шентелиა Д., Дვალი М.

ИЗГОТОВЛЕНИЕ МЯГКИХ ЖЕЛАТИНОВЫХ КАПСУЛ, СОДЕРЖАЩИХ КОМПЛЕКС ЛИПОФИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ РЕЗЮМЕ

Определены физико-химические свойства липофильного комплекса из плодов черники обыкновенной. На базе указанных веществ изготовлены капсулы кашельным методом, под условным названием – капсулы „Миртолена“.

Изучены показатели качества капсул „Миртолена“ и установлено, что они удовлетворяют требования ГФ XI изд., ст. 143.

Godziashvili M., Bakuridze A., Shengelia D., Dvali M.
PREPARATION OF SOFT GELATINE CAPSULES,
CONTAINING COMPLEX OF LIPOPHILIC SUBSTANCES
S U M M A R Y

Physical and chemical properties of the lipophilic complex from Bilberry fruits were determined. On the base of stated substances gelatine capsules were prepared, under conditional name „Myrtolen“.

Indices of quality of capsules of „Myrtolen“ were studied and it was established, that they satisfy demands of the State Pharmacopoea XI, page 143.

მ. გოძიაშვილი, დ. ბერაშვილი, დ. შენგელია, მ. დვალი.
ჩვეულებრივი მოცვის ნაყოფებიდან ლიპოფილურ ნივთიერებათა
კომპლექსის მიღების ტექნოლოგია
თსსუ, წამალთა ტექნოლოგიის კათედრა
თსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა

რესურსდამზოგავი და უნარჩენო ტექნოლოგიის შემუშავება ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა ფიტოპრეპარატების წარმოებაში.

მცენარეული ნედლეულიდან ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების გამოხველილვის პროცესში წყალთან ერთად ორგანულ გამხსნელებსაც იყენებენ. ამ უკანასკნელთა არასრული რეგენერაციის გამო, მათი მნიშვნელოვანი ნაწილი იკარგება. ამასთანავე, ორგანული გამხსნელები ციცხლ- და ფთქებადსაშიში და ტოქსიკურია.

ექსტრაგენტის როლში გათხევადებული აირების გამოყენებით მიიღება მაღალხარისხოვანი ნატიური ექსტრაქტები. ამასთანავე უნდა აღინიშნოს, რომ გათხევადებული აირებით ექსტრაქციის პროცესი მიმდინარეობს ოთახის ტემპერატურაზე, რაც უზრუნველყოფს თერმოლაბილურ-ლიპოფილურ ნივთიერებათა შენარჩუნებას სანაყის ფორმაში.

ჩვეულებრივი მოცვის (*Vaccinium Myrtillus L.*) სამკურნალო თვისებები განპირობებულია მასში ანთოციანების შემცველობით. ანტიოქსიდანტური და ანთებისსაწინააღმდეგო თვისებების გამო, იგი დადებითად მოქმედებს ოფთალმოპათოლოგიების დინამიკაზე, სიახლძარღვთა კედლებისა და შემაერთებელი ქსოვილის მდგომარეობაზე:

- ამუჯობებს მხედველობას როგორც დღის, ასევე ღამის საათებში;
 - ხელს უწყობს კატარაქტის, გლაუკომების, პიგმენტური რეტინიტის, დიაბეტური რეტინოპათიის მკურნალობასა და პროფილაქტიკას, ვინაიდან ამ დაავადებების ეტიოპათოგენზის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან რგოლს წარმოადგენს ანტიოქსიდანტური სისტემის ნაკლოვანება, ანტიოქსიდანტური აქტივობის დაქვეითება;
 - ამაგრებს კაპილარებს; კურნავს ვენების ვარიკოზულ გაფართოებას, შემუშავებას და კანის წყლულებს; ახდენს ინსულტის პროფილაქტიკას;
 - ხელს უშლის ერითროციტების შენეებას და იცავს ორგანიზმს თრომბების წარმოქმნისაგან.
- ზემოთაღნიშულიდან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა მოცვის ნაყოფებიდან ლიპოფილურ ნივთიერებათა კომპლექსის მიღების ტექნოლოგიის შემუშავება.
- საკვლევე ობიექტად გამოყენებულ იქნა ჩვეულებრივი მოცვის ნაყოფები - (სახელმწიფო XI ფარმაკოპეა, ტომი II, სტატია №35). ნედლეული

დავანერვილმანეთ და მოვახდინეთ ექსტრაქცია სხვადასხვა გათხევადებული აირების გამოყენებით. შედეგები მოცემულია №1 ცხრილში.

ცხრილი №1

სამკურნალო მცენარეული ნედლეულიდან „ხლადონების“ საშუალებით ლიპოფილურ ნივთიერებათა ექსტრაქციის პროცესის ძირითადი პარამეტრები.

ნედლეული	ხლადონის მარკა	ექსტრაქციის დრო წუთებში	დანერვილ-მანება, მგ	წნევა ექსტრაქციის დროს კგძ/სმ ²	ექსტრაქტული ნივთიერებების იtvwdtkj, %
ჩვეულებრივი მოცვი (ნაყოფები)	12	60	0,50	4,5-5,0	5,00
	22	60	0,50	8,5-9,0	3,63
	114	60	0,50	1,4-1,5	3,12
	C 318	60	0,50	2,3-2,5	2,80

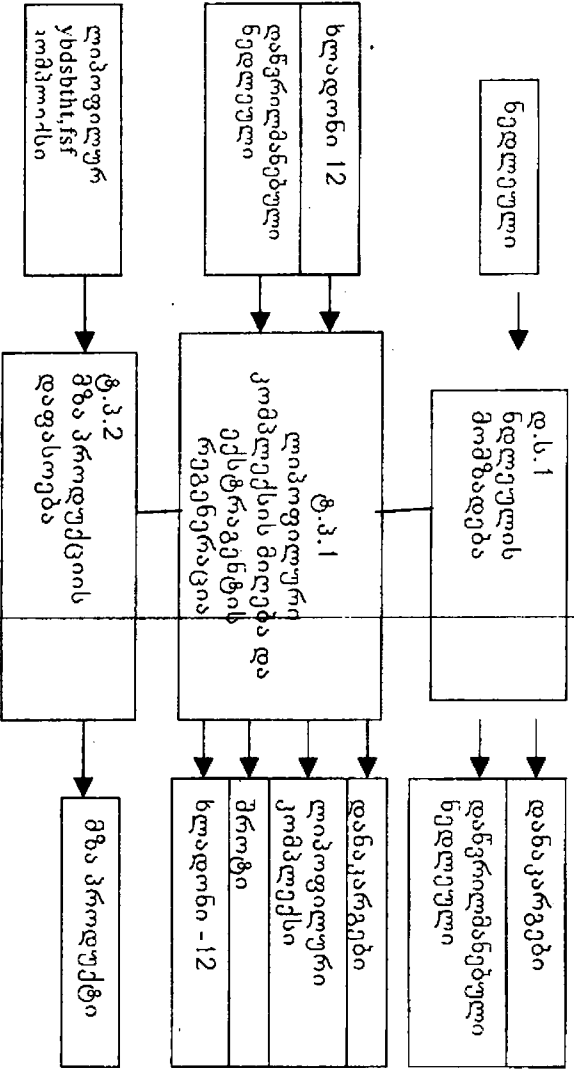
მოყვანილი მონაცემებიდან ირკვევა, რომ ექსტრაქტული ნივთიერებების მაღალი გამოსავლიანობა მიიღწევა ხლადონ 12-ის გამოყენების შემთხვევაში. ექსტრაქციის პროცესის პარამეტრები დაედო საფუძვლად მოცვის ნაყოფებიდან ლიპოფილურ ნივთიერებათა მიღების ტექნოლოგიურ სქემას (სურ. №1).

მონოდებული ტექნოლოგიური სქემით მიღებულ იქნა სუბსტანციის ხუთი სერია, რომლებზეც ამაჟამად მიმდინარეობს ფარმაცევტული და ფარმაკოლოგიური კვლევები.

ამრიგად, ჩატარებული ექსპერიმენტების საფუძველზე მონოდებულია ჩვეულებრივი მოცვის ნაყოფებიდან გათხევადებული აირების გამოყენებით ლიპოფილურ ნივთიერებათა კომპლექსის მიღების ტექნოლოგია.

ლიტერატურა:

1. Дурмишидзе С. В., Шалашвили А.Г., Мжаванадзе В.В., Циклаური Г.Ч. Флавоноиды и оксикоричные кислоты некоторых представителей дикорастущей флоры Грузии. Тбилиси, „Мецნიერება“, 1981.
2. Ветров П.П. Исследование процесса экстрагирования биологически активных веществ из лекарственного растительного сырья сжиженными газами. Автореф. дис. канд. фармац. наук.-Харьков, 1983. 24 с.
3. Ветров П.П., Драник Л.И. Применение сжиженных газов для экстракции растительного сырья и перспективы использования в производстве фитохимических препаратов. // Тез. докл. научн.-техн. совещ. „Пути повышения эффективности производства и улучшения качества фитохимических препаратов“ – Ташкент, 1978. М., 1978. С. 20-22.
4. Оптимизация процесса экстракции атамантина из корней горчичника горного сжиженными газами. // П.П. Ветров, А.П. Прокопенко, Л.И. Драник и др. // Хим.-фармац. журн.-1976.-№6.-С. 115-118.



სურ. 1 ჩვეულებრივი მოცვის ნაყოფებიდან ლიპოფილური ნივთიერებათა მიღების ტექნოლოგიური სქემა.

Годзиашвили М., Берашвили Д.,
Шенгелиа Д., Двали М.
**ТЕХНОЛОГИЯ ПРОИЗВОДСТВО КОМПЛЕКСА ЛИПОФИЛЬНЫХ
ВЕЩЕСТВ ИЗ ПЛОДОВ ЧЕРНИКИ ОБЫКНОВЕННОЙ**
РЕЗЮМЕ

Изучен процесс экстрагирования биологически активных веществ из плодов черники обыкновенной. Вместо не- и органических растворителей в качестве экстрагентов использованы сжиженные газы.

Предложена технология получения липофильных комплексов с использованием хладона-12. Разработанная технология обеспечивает сохранение термолабильных веществ в конечном продукте.

Godziashvili M., Berashvili D., Shengelia D., Dvali M.
**TECHNOLOGY OF PRODUCTION OF LIPOPHILIC COMPLEX FROM
BILBERRY (VACCINIUM MYRTILLUS L.) FRUITS.**
SUMMARY

Extraction of biologically active substances from Bilberry fruits was studied. Instead of inorganic and organic solvents, liquified gasses were used as extragents.

Technology of production of lipophilic complexes by use of Khladone-12 was offered.

Elaborated technology provides protection of thermolabile substances in the final product.

ნ.გრიგოლია, გ.გოგოტიშვილი
**რელაპაროტომია მუცლის ღრუს
შემოფარგლული ჩირქგოვების გამო
თსსუ, ქირურგიული სნეულებათა №2 კათედრა**

რელაპაროტომია წარმოადგენს აბდომინალური ქირურგიის ერთ-ერთ ყველაზე აქტუალურ პრობლემას. მიუხედავად იმისა, რომ მუცლის ღრუს ქირურგიამ ბოლო რამდენიმე ათწლეულში მნიშვნელოვანი პროგრესი განიცადა, ოპერაციების მოცულობის ზრდასთან დაკავშირებით ინტრა-აბდომინალური გართულებათა რიცხვი, რომლებიც რელაპაროტომიას საჭიროებენ კვლავაც მაღალია და შეადგენს 1,02-6,9%-ს (1,2,3,4). ასევე მაღალია ლეტალობა რელაპაროტომიის შემდეგ - 29,4-63,6%-ს (3,5,6,7), ხოლო პანკრეონეკროზის, პროგრესირებადი პერიტონიტის, თორმეტგოჯა ნაწლავის ტაკვის და ზოგიერთი შერთულის (გასტროენტეროანასტომოზი, ეზოფაგოიუნაანასტომოზი, მსხვილი ნაწლავის ანასტომოზი) უკმარისობით გამოწვეული გავრცელებული პერიტონიტის გამო წარმოებული რელაპაროტომიის შემდგომ იგი აღწევს 68,4-100%-ს (8,9,10,11,12).

მუცლის ღრუს შემოფარგლულ ჩირქგოვებს ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი უკავია იმ გართულებათა რიცხვში, რის გამოც საჭირო ხდება რელაპაროტომიის წარმოება.

მიუხადავად იმისა, რომ მუცლის ღრუს აბსცესი წარმოადგენს ლოკალური პერიტონიტის ერთ-ერთ სახეს, კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებების, დიაგნოსტიკის სირთულის და ოპერაციული მიდგომის თავისებურებების გამო მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ამ პათოლოგიის ცალკე გამოყოფა და განხილვა.

ჩვენი კლინიკაში 1980-1998 წლებში რელაპაროტომია გაუკეთდა 134 ავადმყოფს. მათგან 18 შემთხვევაში (13,4%) რელაპაროტომიის მიზეზი გახდა ინტრააბდომინალური (16 ავადმყოფი) და ინტრაპეპატური (2 ავადმყოფი) აბსცესი.

ცხრილში №1 მოყვანილია ის ოპერაციები, რომლის შედეგადაც ჩამოყალიბდა ინტრააბდომინალური აბსცესი და მითითებულია აბსცესის ლოკალიზაცია.

როგორც ცხრილიდან №1 ჩანს, აბსცესის ყველაზე ხშირ ლოკალიზაციას წარმოადგენდა სუბდიაფრაგმული სივრცე, მარცხენამხრივი სუბდიაფრაგმული აბსცესი 2,3-ჯერ უფრო ხშირია მარჯვენამხრივთან შედარებით. ეს აიხსნება იმით, რომ მუცლის ღრუს აბსცესი ყველაზე ხშირად ყალიბდება კუჭის რეზექციის, მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომიის, პანკრეონექროზის გამო წარმოებული ოპერაციის შემდეგ.

მუცლის ღრუს შემოფარგლული ჩირქოვების დიაგნოსტიკა რთულია. სირთულე განპირობებულია კლინიკური გამოვლენების სიმწირის და ამ პათოლოგიისთვის დამახასიათებელი სპეციალური სიმპტომების არარსებობით.

პირობითად ინტრააბდომინალური აბსცესის კლინიკური გამოვლენება შეიძლება დაიყოს ორ ჯგუფად: ზოდადი და ადგილობრივი.

ზოგადი სიმპტომები საერთოა ყველა ლოკალიზაციის აბსცესისათვის და განპირობებულია აბსცესის ღრუში არსებული ჩირქის შეწოვის შედეგად განვითარებული ინტოქსიკაციით. ამ სიმპტომოკომპლექსს მიეკუთვნება ჰექტიური ცხელება პერიოდული შემცივნებით და პროფუზული ოფლიანობით, პროგრესირებადი სისუსტე, სისხლის საერთო ანალიზში – მზარდი ანემია, ლეიკოციტოზი ფორმულის მარცხნივ გადახრით, აჩქარებული ედ.ს-ი.

ადგილობრივი სიმპტომოკომპლექსი დამოკიდებულია აბსცესის ლოკალიზაციაზე. სუბდიაფრაგმული აბსცესისათვის დამახასიათებელია ტკივილი ფერდქვეშა მიდამოში დაზიანების მხარეს. ორ ავადმყოფთან მშვიდი პოსტოპერაციული პერიოდის მიმდინარეობის ფონზე, ოპერაციიდან მეექვსე და მეცხრე დღეს უეცრად განვითარდა ძლიერი ტკივილი მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, რომლის კუპირება მოხდა სპაზმოლიტური და ანალგეზიური საშუალებებით. დანარჩენ ავადმყოფებთან ტკივილი ატარებდა ყრუ ხასიათს, პალპაციით აღნიშნული მიდამო იყო ზომიერად მტკივნეული, პერიტონეუმის გაღიზიანების სიმპტომების გარეშე. ამ ლოკალიზაციის აბსცესის დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს დიაფრაგმის თაღის მაღალი დგომა, ფილტვის ექსკურსიის შეზღუდვა, ფილტვის ქვემო წილში შესუსტებული სუნთქვა დაზიანების მხარეს. რეაქტიული პლევრიტი აღენიშნა ერთ ავადმყოფს, ტაქიპნოე ერთ ავადმყოფს.

ღვიძლის მარჯვენა წილის ქვეშ აბსცესის ლოკალიზაციის შემთხვევაში ადგილობრივი სიმპტომებიდან ერთ ავადმყოფს აღენიშნებოდა ყრუ ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, ხოლო ერთ ავადმყოფთან, რომელთანაც აბსცესი იყო მცირე მოცულობის (10 მლ-მდე ჩირქი) ადგილობრივი სიმპტომატიკა საერთოდ არ იყო გამოხატული.

ეპიგასტრიუმის მიდამოში მუცლის წინა კედელთან მიმდებარე აბსცესის დროს ადგილობრივი სიმპტომებიდან აღინიშნებოდა ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, სადაც ისინჯებოდა მტკივნეული, სწორკიდებთან, უძრავი ინფილტრატი.

ცხრილი №1

№	ნოზოლოგია და წარმოებული ოპერაციის სახე	აბსცესის ლოკალიზაცია							
		სუბდიაფრაგ. მარცხენი	ეპიგასტრიუმი	ღვიძლის მარჯვენა ქვეწაწლის ქვეშ	ნაწლავთშორისი	სუბდიაფრაგმა. მარჯვნივ	ღუგლასის ფოსო	ღვიძლი	ჯამი
1.	კუჭის რეზექცია ბილროთის II წესით								
	ა. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის გამო	3	2	1					5
	ბ. კუჭის წყლულის გამო	1		1					2
	გ. კუჭის კიბოს გამო	1							2
2.	ულცეროზოზა				1				
3.	ექინოკოკექტომია							1	1
4.	ქოლეცისტექტომია								
	ა. კალკულოზური ქოლეცისტიტის გამო	1				1		1	2
	ბ. კალკულოზური ქოლეცისტიტის, პანკრეონეკროზის გამო								1
5.	აპენდექტომია								
	ა. ქრონიკული აპენდიციტის გამო					1	1		2
	ბ. განგრენული აპენდიციტის გამო					1			1
6.	მარცხენამხრები ჰემიკოლექტომია განივი კოლინჯის კიბოს გამო	1							1
	ჯ ა მ ი	7	2	2	1	3	1	2	18

ინტრაპეპატური აბსცესი ერთ ავადმყოფთან განვითარდა ნახევრად დახურული წესით წარმოებული ექინოკოკექტომიის შემდეგ არსებული ნარჩენი ღრუს დაჩირქების გამო, ხოლო მეორე ავადმყოფთან ოპერაციამდე და ოპერაციის დროსაც ვერ იქნა აღმოჩენილი ღვიძლის მერვე სეგმენტის ექინოკოკის დაჩირქებული ცისტა, რაც წარმოადგენდა ძირითად დაავადებას.

თანმხლები პათოლოგია იყო კალკულოზური ქოლეცისტიტი - განხორციელდა ქოლეცისტიქტოში. ინტრაჰეპატური აბსცესის ადგილობრივ კლინიკურ გამოვლინებას წარმოადგენდა სიმძიმის შეგრძნება და ყრუ ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში.

აღსანიშნავია, რომ ჩვენი კლინიკის მასალის ანალიზის საფუძველზე დადგინდა, რომ მუცლის ზედა ნახევარში აბსცესის ლოკალიზაციის დროს მხოლოდ ერთ ავადმყოფს აღენიშნებოდა ნაწლავთა პარეზი და მუცლის შებერილობა, 15 ავადმყოფთან აირებზე გასვლა, დეფეკაცია იყო თავისუფალი. განსხვავებულ მონაცემებს გვხვდებით ლიტერატურაში (13), რომლებიც სუბდიაფრაგმული აბსცესის შემთხვევაში წამყვან სიმპტომად მიიჩნევენ ნაწლავთა პოსტოპერაციულ მყარ პარეზს.

ჩვენი მონაცემებით ნაწლავთა პარეზი და მუცლის შებერილობა დამახასიათებელია ნაწლავთა შორისი და ღუგლასის ფოსოს აბსცესის დროს, რაც მუცლის ქვედა ნახევარში არსებულ ტკივილთან ერთად წარმოადგენს ამ ლოკალიზაციის აბსცესის ადგილობრივ კლინიკურ გამოვლინებას.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, პათოგნომური სიმპტომების არარსებობის გამო ინტრააბდომინალური აბსცესის დიაგნოსტიკა მის ადრულ ეტაპზე რთულია. ის ზოგადი და ადგილობრივი სიმპტომები, რომელიც ჩვენს მიერ არის აღწერილი დამახასიათებელია გულმკერდის და მუცლის ღრუს ორგანოების სხვადასხვა პათოლოგიისათვისაც (ქვემოწილოვანი პნევმონია, ექსუდაციური პლევრიტი, ნაწლავთა შეხორცებითი გაუვალობა, სეფსისი და სხვ.). არანაკლები მნიშვნელობა ენიჭება ფსიქოლოგიურ ფაქტორს (4). ქირურგისთვის ყოველთვის ძალზე ძნელია დაუშვას ის, რომ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში მუცლის ღრუში განვითარდა ისეთი გართულება, რომელიც საჭიროებს რელაპაროტომიის წარმოებას. ავადმყოფებს ქვემოწილოვანი პნევმონიის, სეფსისის, გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელების დიაგნოზით ხანგრძლივი დროის განმავლობაში უტარდებათ დეტოქსიკაციური და ანტიბიოტიკო თერაპია. ნაწლავთა შეხორცებითი ნაწილობრივი გაუვალობის დიაგნოზით ხორციელდება ნაწლავთა სტიმულაცია და მხოლოდ აღნიშნული მკურნალობის უეფექტობის შემდეგ და დამატებითი ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების საშუალებით ხდება ინტრააბდომინალური აბსცესის დიაგნოზის დადგენა. ამის გამო რელაპაროტომია ყოველთვის არის მოგვიანებითი: ინტრააბდომინალური აბსცესის პირველი კლინიკური გამოვლინება აღინიშნა ოპერაციიდან 3-12 დღეს, ხოლო რელაპაროტომია გაკეთდა გართულებიდან 3-30 დღეს.

80-იან წლებამდე ინტრააბდომინალური აბსცესის ძირითად სადიაგნოსტიკო მეთოდად ითვლებოდა მუცლის ღრუს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც ინფორმატიულია აბსცესის სუბდიაფრაგმულ სივრცეში ლოკალიზაციის შემთხვევაში, განსაკუთრებით თუ სითხის ჰორიზონტალური დონის ზემოთ აღინიშნება ჰაერის არსებობა. ამ დროს დგინდება ისეთი არაპირდაპირი ნიშნების არსებობა როგორცაა დიაფრაგმის თალის მაღალი დგომა, დიაფრაგმის ექსკურსიის შეზღუდვა ან მისი სრული უძრაობა დაზიანების მხარეს. ნაკლებ ინფორმატიული ან არაინფორმატიულია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ნაწლავთაშორისი ან ღუგლასის ფოსოს აბსცესის შემთხვევაში, რადგანაც ნაწლავის სანათურში არსებული ჰაერი და სითხე პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის მიღებული შედეგების სწორ ინტერპრეტაციას.

ჩვენს კლინიკაში რენტგენოლოგიური კვლევის საშუალებით სუბდიაფრაგმული აბსცესის დიაგნოზი დაუდგინდა ოთხ ავადმყოფს, სამ მათგანს განმეორებითი რენტგენოგრაფიის საშუალებით.

80-იანი წლებიდან კლინიკურ პრაქტიკაში ფართოდ ინერგება კვლევის ისეთი მეთოდი, როგორცაა ულტრაბგერითი გამოკვლევა, ხოლო 90-იანი წლებიდან კომპიუტერული ტომოგრაფია. თუკი ულტრაბგერითი გამოკვლევისათვის გარკვეულ ხელისშემშლელ ფაქტორს წარმოადგენს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში არსებული ჰაერი და სითხე, კომპიუტერული ტომოგრაფია წარმოადგენს ინტრააბდომინალური აბსცესის დიაგნოზის დადგენის ყველაზე ინფორმატიულ მეთოდს. კომპიუტერული ტომოგრაფიისათვის არ არის დაბრკოლება ავადმყოფის სიმსუქნე, კუჭ-ნაწლავში ჰაერის არსებობა, პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციის, მისი საშუალებით შესაძლებელია არა მარტო აბსცესის ლოკალიზაციის, მისი მოცულობის და კონფიგურაციის დადგენა, არამედ ჩირქგროვის ტოპოგრაფიული მდებარეობის დაფიქსირება. ხოლო დენსიტომეტრული მონაცემები შესაძლებლობას გვაძლევს განისაზღვროს შემოფარგლული ღრუს შიგთავსის სიმკვრივე და მისი ხასიათი (14,15,16).

ჩვენს კლინიკაში ინტრააბდომინალური აბსცესის დიაგნოზი კომპიუტერული ტომოგრაფიის საშუალებით დაუდგინდა 7 ავადმყოფს. 3 შემთხვევაში აბსცესი ლოკალიზებული იყო მარცხენა სუბდიაფრაგმულ სივრცეში, 1 შემთხვევაში მარჯვენა სუბდიაფრაგმულ სივრცეში, 1 შემთხვევაში ეპიგასტრიუმის მიდამოში, 1 შემთხვევაში დუგლასის ფოსოში, 1 შემთხვევაში აბსცესი განლაგებული იყო ინტრაჰეპატურად.

აღსანიშნავია, რომ რელაპაროტომიის დროს ნანახი პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაცია, მოცულობა, ტოპოგრაფია აბსოლუტურად დაემთხვა კომპიუტერული ტომოგრაფიის მონაცემებს.

ყველა ავადმყოფთან რელაპაროტომიის დროს განხორციელდა აბსცესის ღრუს სანაცია და დრენირება.

16 ავადმყოფი გაეწერა კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გარდაიცვალა ორი ავადმყოფი (11,1%).

სიკვდილის მიზეზი ერთ შემთხვევაში იყო მზარდი ინტოქსიკაცია, ერთ შემთხვევაში პოსტპემორაგიული მწვავე ანემია – ავადმყოფს რელაპაროტომიის შემდგომ პერიოდში განუვითარდა მრავალჯერადი პროფუზული სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან, მუცლის ღრუდან, მაკროჰემატურია, რაც განპირობებული იყო მწვავე თრომბოციტოპენიული სინდრომის განვითარებით.

დასკვნები:

1. 13,4%-ში რელაპაროტომიის მიზეზს წარმოადგენს სხვადასხვა ლოკალიზაციის ინტრააბდომინალური აბსცესი;
2. პათოგნომური სიმპტომების არარსებობის გამო ინტრააბდომინალური აბსცესის დიაგნოსტიკა მის ადრეულ ეტაპზე რთულია, რელაპაროტომია ყოველთვის კეთდება მოგვიანებით;
3. კომპიუტერული ტომოგრაფია წარმოადგენს ინტრააბდომინალური აბსცესის დიაგნოსტიკის აბსოლუტურ მეთოდს. მისი საშუალებით 100%

შემთხვევაში ზუსტად ხდება აბსცესის ლოკალიზაციის, მოცულობის, კონფიგურაციის და ტოპოგრაფიული მდებარეობის დადგენა;

- ინტრააბდომინალური აბსცესის გამო წარმოებული რელაპაროტომიის შემდგომმა ლეტალობამ შეადგინა 11,1%.

ლიტერატურა:

- Harbrecht P, Garrison N, Fry D.E, Early urgent relaparotomy. Arch Surg 1984 V 119 № 4 pp. 360-374
- Гуща А.Л; Некрасов А.В; Захаров И.Н Актуальные вопросы релапаротомии. В.Х. 1992 № 4-6 с. 39-43
- Бондаренко И.Н Применение релапаротомии в хирургическом лечении острой ранней послеоперационной непроходимости кишечника. Клини. Хир. 1997 № 7-8, с 19-21
- Алиев С.А. Психологические, морально-этические и деонтологические аспекты релапаротомии. Хир. 1998, №5 с. 50-54
- Белокуров Ю.Н, Винцуневич А.Н, Бурдин А.П. и др. Комплексный подход в проблеме экстренных релапаротомий. Всероссийская Конф. Хир. Пермь 1985, с. 148-150
- Осипов А.П, Базунов В.А, К вопросу о релапаротомии в неотложной хирургии. В.Х. 1988 №1, с. 71-74
- Сытник А.Л, Кононченко Н.И, Неустроев В.Н, Никонов А.Л. Релапаротомия. Клини. Хир. 1998, №4, с. 18-20
- Павловский М.П. Масляк В.М, Шахова Т.И и др. Внутривентральные осложнения после операции по поводу рака прямой и ободочной кишки. Хир. 1984, №6, с. 83-87
- Кандаров О.Г, Кульчицкий П.Е, Гаштов А.Л, Релапаротомия: показания, тактика, результаты. В.Х. 1992, №10-12, с. 364-369
- Jastko G, Lisborg P.H, Klimpfinger M, Denk H. Extended radical surgery against gastical cancer; low complication and high survival rates. Jpn.J. Clin. Oncol. 1992. №22, pp. 102-106
- Joura M, Kato Y, Nakashi J. Complication of total gastrectomy for gastric cancer with special referens to anastomic failure. Anticancer Res. 1992 №12, pp/ 1427-1430
- Schepotin J.B. Evans S.H. Chornng V.A. Postoperative complications requiring relaparotomies after 700 gastrectomies performed for gastic cancer. Am. J. Surg. 1996 №171(2) pp. 270-273.
- Малькова С.К. Тактика при поддиафрагмальных абсцессах. В.Х. 1989 №5, с. 85-88
- Тодуа П.И. Вишневский В.А. Вилявин М.Ю. Компьютерная топография в диагностике ранних послеоперационных осложнений и определении показаний к релапаротомии. Всерос. Конф. Хир. Пермь 1985, с. 218-219.
- Hoogeurood H.M. Rubli F, Terier F, Haasler H. The role of computerized tomography in fever after laparotomy. Surg. Gynec. Obstet 1986, V 112, №6, pp. 539-543
- Железницкая Н.И. Возможности компьютерной томографии и ультразвукового исследования в диагностике послеоперационных осложнений. Вестн. рент. и радиол. 1996 №4, с. 83.

Григолия Н., Гоготишвили Г.
**РЕЛАПАРОТОМИЯ ПО ПОВОДУ ОГРАНИЧЕННЫХ
ГНОЙНИКОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

РЕЗЮМЕ

Релапаротомия по поводу абсцессов брюшной полости составляет 13,4% от всех произведённых релапаротомии. Ввиду отсутствия патогномных симптомов диагностика послеоперационных внутрибрюшных абсцессов на ранней стадии составляет определенные трудности. Такие общие и местные симптомы, как гектическая лихорадка с периодическими ознобами и профузным потоотделением, лейкоцитоз в крови со смещением формулы влево, нарастающая анемия, локальная боль в разных отделах живота, вздутие кишечника, присутствуют при различных патологиях органов грудной и брюшной полости. Больные длительное время лечатся с диагнозом нижнедолевой пневмонии, экссудативного плеврита, спаечной частичной кишечной непроходимости и др. Компьютерная томография является абсолютным методом диагностики внутренних послеоперационных абсцессов с помощью которой в 100% случаев определяется не только наличие абсцесса но и его размеры, конфигурация и топографическое расположение.

Grigolia N., Gogotishvili G.
**RELAPAROTOMY DUE TO ABSCESS
IN THE ABDOMINAL CAVITY**
S U M M A R Y

Relaparotomy due to intraabdominal abscess confines 13,4% from all number of relaparotomies. Early diagnosis for intraabdominal abscess is complex because there is evidence of absence for characteristic clinical signs. The following signs - fever, progressive anemia, leycocytosis, and local pains - are distinguishing as well as for other pathologies in the abdominal and thoracic cavities. CT is a method of choice in the diagnosis of intraabdominal abscess. Sensitivity of CT 100% in detection of abscess sizes, configuration and topic diagnosis.

მ.გურგენაძე
ვილტკვევის მაღალსიხშირული ხელოვნური ვენტილაციის
გამოყენება რენინგაციულ პრეპარატში, გულმკერდის
შეულემაული, მიიმე ტრავმის მძიმე ავადმყოფებაში
თსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ქირურგიაში
პირველადი სპეციალიზაციის კათედრა

თანამედროვე გულმკერდის ტრავმების თავისებურებები განპირობებულია ავტო-სატრანსპორტო ტრავმატიზმის სიხშირის ზრდით, დაზიანების მძიმე ხასიათით, რასაც თან სდევს ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების დარღვევა. სტატიატიკური მონაცემებით ასეთი დაზიანებები გულმკერდის ტრავმების საერთო რაოდენობის 8-10%-ს შეადგენს. გულმკერდის მძიმე ტრავმები

ართულებს რეანიმაციული ღონისძიების ჩატარებას და ზრდის ლეტალობის პროცენტს [1, 2].

გულმკერდის მძიმე ტრავმების დროს, სხვადასხვა ფუნქციონალურ ძვრებს შორის, წინა პლანზე გამოდის აირცვლისა და ჰემოდინამიკის დარღვევა. ტრავმის კლინიკური სურათი განპირობებულია ამ მაჩვენებლების ცვლილებებით. გულმკერდის მძიმე ტრავმების დროს აირცვლისა და ჰემოდინამიკის მაჩვენებლები რეგულირდება ფილტვების ტრადიციული ხელოვნური ვენტილაციით. ისეთი მძიმე დაზიანებების დროს, როგორცაა ფილტვის პარენქიმის პერმეტიზმის დარღვევა, გულმკერდის კარკასის დაზიანება, დააფრავმის გახეთქვა და ა.შ., ჰიპოქსიისა და ჰიპოქსემიის თავიდან აცილებასთან ერთად იზრდება ჰემოდინამიკისა და აირცვლის მაჩვენებლის შენარჩუნების აუცილებლობა. სუნთქვის ბიომექანიზმიდან გამომდინარე, ამ მოთხოვნების მიღწევა შესაძლებელია ფილტვების მაღალსიხშირიანი ხელოვნური ვენტილაციის გამოყენებით [3, 4, 5].

ფილტვების ტრადიციული ხელოვნური ვენტილაცია - დადებითი წნევით ექსპირაციის ბოლოს, გულმკერდის მძიმე ტრავმების შემთხვევაში ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატურ გაზთაცვლას, რაც განპირობებს ფილტვების მაღალსიხშირიანი ხელოვნური ვენტილაციის გამოყენების აუცილებლობას. აღნიშნული ტრავმების დროს მონაცემები ამ მეთოდის გამოყენების შესახებ მწირია და სრულყოფილად ვერ ასახავს მის მიზანშეწონილობას.

ჩვენს მიერ გამოკვლეული იქნა გულმკერდის მძიმე ტრავმების მქონე 9 აკადემიური. 4 შემთხვევაში გამოყენებული იქნა ტრადიციული ვენტილაცია, 5 შემთხვევაში კი - ფილტვების მაღალსიხშირიანი ხელოვნური ვენტილაცია. ანალიზატორზე ასტრუპის მიკრომეთოდით იზომებოდა ჟანგბადის (PaO_2) და ნახშირორჟანგის ($PaCO_2$) პარციალური წნევა, მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის ძირითადი მაჩვენებლები (pH, BE), ასევე ვიკვლევდით დარტყმით და გულის ინდექსებს (დ.ი., გ.ი.), სისხლძარღვების პერიფერიულ წინააღმდეგობას (სპწ), წნეკას საყლაპავში (P_{say}) და წნეკას სასუნთქ გზებში (P_{s.g.}).

გაზთა ცვლისა და ჰემოდინამიკის პარამეტრები ტრადიციული და ფილტვების მაღალსიხშირიანი ხელოვნური ვენტილაციის დროს წარმოდგენილია ცხრილში №1.

ცხრილიდან ჩანს, რომ ფილტვების მაღალსიხშირიანი ხელოვნური ვენტილაციის დროს ხორციელდება ადეკვატური გაზთაცვლა. სისხლის ნორმალური მჟავა-ტუტოვანი რეაქციის პირობებში ტრადიციულ ვენტილაციასთან შედარებით მატულობს ჟანგბადით გაჯერება (PaO_2) და ნახშირორჟანგის ელიმინაცია ($PaCO_2$). 18-27%-ით იზრდება გულის წუთმოცულობა და მცირდება პერიფერიული წინააღმდეგობა. 30,7%-ით მცირდება წნევა სასუნთქ გზებში, 70%-ით - საყლაპავში. 21%-ით იზრდება ცენტრალური ვენური წნევა. იმ შემთხვევაში, როდესაც დარღვეულია ბრონქული ხის პერმეტიზმი და დაზიანებულია ფილტვების პარენქიმა, ადეკვატური გაზთაცვლა მიიღწევა ფილტვების მაღალსიხშირიანი ხელოვნური ვენტილაციის გამოყენებით, რაც ანიჭებს მას უღაო უპირატესობას ტრადიციულ ვენტილაციასთან შედარებით. ეს გამოიხატება გულისსიხლძარღვთა სისტემის მუშაობის გაუმჯობესებით, პიოკარდიუმის ენერგეტიკული რესურსების შენარჩუნებით, ფილტვის პარენქიმის დაზიანებისას - ჰიპოქსიის თავიდან აცილებით.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სუნთქვის მწვავე უკმარისობით მიმდინარე გულმკერდის მიიმე ტრავმის მქონე ავადმყოფებში ფილტვების მალალსიხშირიანი ხელოვნური ვენტილაცია შეიძლება მიჩნეულ იქნას არჩევით მეთოდად.

ცხრილი № 1

გაზთაცვლისა და ჰემოდინამიური მაჩვენებლების ცვლილებები ფილტვების ტრადიციული და მალალსიხშირიანი ხელოვნური ვენტილაციის დროს

მაჩვენებლები	ვენტილაციის სახეები		ცდომილება, p
	I ჯგუფი	II ჯგუფი	
	ტრადიციული ვენტილაცია	მალალსიხშირიანი ვენტილაცია	
pH	7,42 ± 0,008	7,41 ± 0,01	
%	100	99,9 ± 0,2	
PaO ₂ კპა	24,2 ± 0,9	34,9 ± 1,9	0,001
%	100	139,9 ± 7,5	
PaCO ₂ კპა	4,9 ± 0,9	4,2 ± 0,15	0,001
%	100	95,4 ± 1,8	
BEმმოლ.ლ ⁻¹	-1,1 ± 0,4	-1,3 ± 0,5	0,02
%	100	97,7 ± 5,8	
Ps.g. წყ.სვ.სმ.	14,0 ± 0,6	9,7 ± 0,2	
%	100	69,3 ± 3,4	0,001
Psay. წყ.სვ.სმ.	4,1 ± 0,2	1,0 ± 0,1	0,001
%	100	26,8 ± 1,8	0,001
გ.შ.ს. წთ ⁻¹	81,5 ± 3,2	78,0 ± 2,7	
%	100	97,9 ± 3,2	
ღ.ი. წთ.მ ²	33,5 ± 1,9	40,9 ± 2,8	
%	100	127,5 ± 5,1	0,05
ს.ი. ლ.მ ² წთ ⁻¹	2,7 ± 0,1	3,2 ± 0,1	0,001
%	100	118,2 ± 6,4	0,001
ს.პ. წ. ღინ.სმ ² წთ ⁻¹	1786,4 ± 136,7	1557,4 ± 86,6	0,001
%	100	89,7 ± 5,1	0,05
ც.ვ.წ.წყ.სვ.სმ.	10,4 ± 0,6	10,4 ± 0,6	0,001
%	100	± 100	0,001

ლიტერატურა

1. E. A. Вагнер. Хирургия повреждений груди. М. Медицина, 1981г.
2. E. A. Вагнер, В. Д. Фирсов, М. Г. Урман и др. Хирургия проникающих торакоабдоминальных ранений – Вестник хирургии, № 7, 1980г.
3. Б. Д. Зислин, В. А. Юдин. Первый опыт применения высокочастотной вентиляции в хирургии легких. М. 1985г.

4. Б. Д. Зислин, Я. Я. Гинтсере, В. А. Юдин и др. Газообмен и гемодинамика при высокочастотной вентиляции в хирургии легких. Анестезиология и реанимация №1. 1987г.
5. Б. Д. Зислин, И. Д. Медвидский, В. А. Юдин. Опыт операций на легких в условиях высокочастотной искусственной вентиляции. Грудная хирургия № 5. 1988г.

Gurgenadze M.

THE HIGH-FREQUENCY ARTIFICIAL VENTILATION OF THE LUNGS IN THE REANIMATION TREATMENT OF THE HARD CHEST TRAUMAS

SUMMARY

In the reanimation treatment arrangements of the hard chest traumas, to prove the usage of the lung high-frequency artificial ventilation 9 patients who had hard traumas of the chest were researched. A few parameters of the air-changing and hemodynamics were measured.

The high-frequency artificial ventilation of the lungs was used in 5 cases, in 4 cases traditional ventilation was used. The research proved that high-frequency artificial ventilation of the lungs isn't only an alternative of the traditional ventilation, but has also an advantage. It provides adequate gaschanging in the case, when the hermetism of the lung-tissue is out of order, prevents the depression of hemodynamics and the peripheral blood circulation.

მ.ღათუაშვილი, ა.კაციტაძე ვულგარული აკნეს მკურნალობის თავისებურებაანი ოსსუ, დერმატოლოგიისა და ვენეროლოგიის კათედრა

ვულგარული აკნე ერთერთი ცნობილი ფსიქოდერმატოზია. ნებისმიერი გამონაყარი კანზე, განსაკუთრებით კი სახეზე, მნიშვნელოვანი ემოციური დატვირთვაა ადამიანისათვის. მკვლევართა მრავალწლიანმა გამოკვლევებმა ცხადჰყო, რომ ფსიქოლოგიური პრობლემები შეიძლება მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენდნენ ვულგარული აკნეს ჩამოყალიბებასა და განვითარებაში, მაგრამ საკითხი მისი ეტიოლოგიურობის შესახებ ბოლომდე გარკვეული არ არის (1-4), პოლემიკის საგანს წარმოადგენს ვულგარული აკნეს მკურნალობის მაროვაც, განსაკუთრებით კი მისი ფსიქოლოგიური ასპექტები (5-7).

ჩვენი სამუშაოს მიზანი იყო ვულგარული აკნეთი დაავადებულ პაციენტთა შორის ფსიქოტროპული პრეპარატის, კერძოდ ტრანკვილიზატორის დანიშვნის მიზანშეწონილობა. ამისათვის საჭიროდ ჩავთვალეთ ავადმყოფთა ფსიქოლოგიური სტატუსის შესწავლა ბეკის დეპრესიის (BDI) და სპილბერგერის სიტუაციური და პიროვნული შფოთვის კითხვარებით. ტესტთა ასეთი კომბინაცია საშუალებას გვაძლევს გამოვკვეთოთ ფსიქოლოგიურ მაჩვენებელთა შფოთვის და დეპრესიის თანაფარდობა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში. მცირე ფსიქოლოგიურ კვლევასთან ერთად იგი უნდა დაგვეხმაროს ფსიქოტროპული პრეპარატის შერჩევაში და შევძლებ ჩატარებული მკურნალობის შეფასებაში. მკურნალობისათვის უპირატესობა მივანიჭეთ ტრანკვილიზატორ - ქსანაქსს

(ალპრაზოლამი); როგორც ბენზოდიასეპინის წარმომადგენელი იგი ხასიათდება მაღალი ეფექტურობით ნევროზის მკურნალობაში, განსაკუთრებით თუ იგი მიმდინარეობს შფოთვისა და მოუსვენრობის გრძნობით და ამჟღავნებს რბილ მოქმედებას, რის გამოც შეიძლება დაინიშნოს ამბულატორიულ პირობებში.

წინასწარ გამოკვლეული იქნა 70 პაციენტი, რომელთაც დერმატო-ვენეროლოგიურ კლინიკურ დისპანსერში ამბულატორიულ მიღებაზე დაუდგინდათ ვულგარული აკნე და ექიმისა და პაციენტის ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე ჩაუტარდათ ფსიქოლოგიური ტესტირება, ბეკის დეპრესიისა და სპილბერგერის სიტუაციური და პიროვნული შფოთვის კითხვაკარები; მათ შორის გამოყავით 6 პაციენტი, რომელთაც აღენიშნებოდათ სიტუაციური და პიროვნული შფოთვის მაღალი დონე (46<) დეპრესიის არარსებობის (0-9) ან მისი მსუბუქ ფორმითა (10-19) თანხვედრით. ექვსი ავადმყოფიდან ორს აღენიშნებოდა კონგლობატური კლინიკური ფორმა, დანარჩენ ოთხს პაპულო-პუსტულოზური. მკურნალობის შემდეგ ექვსივე პაციენტს ჩაუტარდა განმეორებითი ტესტირება.

სამ პაციენტს - ერთს კონგლობატური და ორს პაპულოპუსტულოზური ფორმით ჩაუტარდათ მხოლოდ დერმატოლოგიური პროფილის მკურნალობა; მეორე სამ პაციენტს, ასევე ერთს კონგლობატური და ორს პაპულო-პუსტულოზური კლინიკური გამოვლინებით ჩაუტარდათ კომპლექსური მკურნალობა დერმატოლოგიური + ქსანაქსი. დერმატოლოგიური პროფილის მკურნალობა კლინიკური ფორმების მიხედვით იყო თითქმის იდენტური; კონგლობატური კლინიკის მქონე პაციენტებს არ დაენიშნათ სუსტემური რეცინოიდი. პაპულო-პუსტულოზური კლინიკური გამოვლინების ორი პაციენტი დაავადების წარმოშობის და მისი გამწვავებების მიზეზად (3-3.5 წლის ანამნეზით) მიიჩნედა ფსიქოლოგიურ პრობლემებს. დანარჩენი 4 პაციენტი ასეთ კავშირს უარყოფდა. ფსიქოლოგიურ პრობლემათა პირველადობის აღმნიშვნელი 2 პაციენტიდან ერთს ჩაუტარდა კომპლექსური თერაპია, მეორეს მხოლოდ დერმატოლოგიური.

მკურნალობის პროცესი მოიცავდა 2-2.5 თვეს, შემდგომი 6-თვიანი დაკვირვებით. ქსანაქსის დოზა 0.25 2-3-ჯერ დღეში, მოხსნის წინ დოზის თანდათანობითი შემცირებით.

ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გამოავლინა შემდეგი მონაცემები: კონგლობატური კლინიკური ფორმის იმ პაციენტს, რომელსაც ჩაუტარდა კომპლექსური მკურნალობა აღენიშნა საშუალოდ გამოხატული კლინიკური ეფექტი და რეციდივი მოგვცა ერთეული ელემენტის სახით მკურნალობიდან მე-6 თვეზე; როდესაც ამავე კლინიკური ფორმის მქონე პაციენტს, რომელსაც ჩაუტარდა მხოლოდ დერმატოლოგიური მკურნალობა იგივე დროის განმავლობაში დაუფიქსირდა მცირედ გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესება, ხოლო რეციდივი მოგვცა მკურნალობიდან მე-6 თვეს; პაპულო-პუსტულოზური კლინიკური ფორმის მქონე ორი პაციენტიდან, რომელნიც დაავადების დაწყებას ფსიქოლოგიურ პრობლემებს უკავშირებდნენ ერთს კომპლექსური თერაპიის შედეგად განუვითარდა მკვეთრად გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესება რეციდივის გარეშე, მეორეს მხოლოდ დერმატოლოგიური მკურნალობის ფონზე დაუფიქსირდა საშუალოდ გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესება რეციდივით მე-6 თვეს. პაპულო-პუსტულოზური კლინიკური ფორმის დანარჩენი ორი პაციენტიდან ერთს კომბინირებული თერაპიის შემდეგ დაუფიქსირდა საშუალოდ

გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესება რეციდივის გარეშე. დერმატოლოგიური მკურნალობის ფონზე მეორე ავადმყოფს განუვითარდა მცირედ გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესება რეციდივის გარეშე. კომპლექსური მკურნალობის ფონზე სამივე პაციენტს სიტუაციური შფოთვის მაღალი დონე (46<) შეეცვალა საშუალოთი (31-45), პიროვნულ შფოთვაში შეიმჩნეოდა მცირე დადებითი დინამიკა 5 ქულით. მაგრამ კვლავ აღინიშნებოდა მაღალი დონე. პიროვნული შფოთვა ყველა სხვა პაციენტთან ასევე მაღალი დარჩა; მხოლოდ დერმატოლოგიური მკურნალობის ქვეშ მყოფი სამი პაციენტიდან ერთს განუვითარდა სიტუაციური შფოთვის დადებითი დინამიკა 10 ქულით, მაგრამ ვერ მიუახლოვდა შფოთვის საშუალო დონეს; დანარჩენ ორ პაციენტში სიტუაციური და პიროვნული შფოთვის მაჩვენებლები თითქმის უცვლელი დარჩა.

მიღებული შედეგებიდან შეიძლება გამოვკვეთოდ გარკვეული ტენდენციები. პაციენტებს, რომლთაც აღინიშნებოდათ მაღალი სიტუაციური და პიროვნული შფოთვა დეპრესიის მსუბუქი ფორმით ან მათი არ არსებობის შემთხვევაში და ჩაუტარდათ კომპლექსური თერაპია დერმატოლოგიური + ფსიქოტროპული პრეპარატი ქსანაქსი კლინიკური გაუმჯობესება-გამოჯანმრთელების პროცესი განუვითარდათ უფრო სწრაფად, ვიდრე პაციენტებს, რომელთაც ასეთივე ფსიქოლოგიური სტატუსი ჰქონდათ, მაგრამ ჩაუტარდათ მხოლოდ დერმატოლოგიური მკურნალობა. დამოკიდებულება ფსიქოლოგიურ სტატუსსა და კლინიკურ გაუმჯობესებას შორის ყველაზე მკვეთრად გამოხატული იყო იმ პაციენტში, რომელიც დაავადების დაწყებას ფსიქოლოგიურ პრობლემებს უკავშირებდა და ჩაუტარდა კომპლექსური თერაპია.

მოცემული კვლევა გვაძლევს საშუალებას დღის წესრიგში დავაყენოთ ვულგარული აკნეთი დაავადებულ პაციენტთა ფსიქოსომატური კვლევა, რათა განისაზღვროს ავადმყოფის ფსიქოლოგიური სტატუსი, კერძოდ შფოთვა და დეპრესია, მათი დონეების შესაფასებლად კი ჩატარდეს ფსიქოლოგიური ტესტირება; შფოთვის მაღალი დონეების იდენტიფიკაციის შემთხვევაში კი ჩატარდეს გარკვეული ღონისძიებები მათი კორექციისათვის, განსაკუთრებით თუ პაციენტი დაავადების დაწყებასა და განვითარებას ფსიქოლოგიურ პრობლემებს უკავშირებს. ჩვენს კვლევაში მოცემული საკითხი გადაწყვეტილ ტრანკვილიზატორული პრეპარატი ქსანაქსით. ამჟამად მიმდინარეობს კვლევა, თუ რამდენად მიზანშეწონილია ამ პრეპარატის დანიშვნა ვულგარული აკნეთი დაავადებული იმ პაციენტებისათვის, რომელთა ფსიქოლოგიური სტატუსის მნიშვნელოვანი ცვლილებები რეაქტიულ ხასიათს ატარებენ და შფოთვის მაღალ დონეებთან ერთად ამჟღავნებენ დეპრესიის მძიმე ფორმებთან მოსაზღვრე მდგომარეობას.

ლიტერატურა

1. Аласкевич В. П. Акне и Розацеа. 20-24 Санкт петербург 2000 130 стр.
2. Braun- Falco O., Plewig G., Dermatologic and venereologic Heidelberg Springer. 1996 pp 945-962
3. Medansky R., Self- evaluation of acne and emotion. A pilot study. Psychosomatics 1981. 22. 379- 383
4. Neimeier V., Kupper J., Demelbaier-Èbner M. et al. Coping with acne vulgaris. Dermatologie 1998., 196 108-105
5. Madulika A., Aditya K. Gupta et.al., Psychotropic drugs in dermatology. JAAD vol. 14 N4 1986 633-645

6. Madulika A. Gupta (C) and Aditia K. Gupta. Psychodermatology: An update Gaad vol.34 N 6 1034-1046
7. Panconesi E. Hautman J. Psychotherapeutic approach in acne treatment. Dermatology 1998; 196(1) 116-118.

Датуашвили М, Капитадзе А.
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНЫХ АКНЕ
Р Е З Ю М Е

Целью данного исследования было определение адекватности назначения транквилизатора во время лечения больных с вульгарной акне.

Исследование показало, что у больных, которые провели комплексное Ксанкс + дерматологическое лечение процесс клинического улучшения-выздоровления наступал быстрее, нежели у больных, только с дерматологическим лечением. Выраженное взаимоотношение между позитивной динамикой психологического статуса и клиническим улучшением-выздоровлением было выявлено у больных с комплексным лечением, особенно у больных, начало заболевания которых было связано с психологическими проблемами.

Datuashvili M., Kacitadze A.
PARTICULARITIES IN THE TREATMENT OF ACNE VULGARIS
S U M M A R Y

This paper summarizes the experience with using of Xanax in the treatment of acne vulgaris and bondage of results to the psychologic status. It is concluded that Xanax has the advantages of being convinient to use, producing better clinical effect and positive dynamic of psychologic status.

მ.დათუაშვილი
ვულგარული აკნე, როგორც ფსიქოსომატოზი
თსსუ, დერმატოლოგიისა და ვენეროლოგიის კათედრა

კანის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ქრონიკული დაავადება, ვულგარული აკნე, დღემდე დერმატოლოგიის ერთერთ აქტუალურ პრობლემად რჩება. საყოველთაოდ არის ცნობილი პათოლოგიური მექანიზმის 4 ფაქტორი-ჰიპერსებორეა, პროპიონბაქტერიათა ჰიპერკოლონიზაცია, შიდა ფოლიკულური ეპითელის ანომალური კერატინიზაცია და ფოლიკულურ-პერიფოლიკულური ანთებითი პროცესები. ბოლომდე სრულად ვერ წარმოადგენს ამ დაავადების წარმოშობისა და განვითარების თავისებურებებსა და გამოჯანმრთელების პროცესის სირთულეებს. ვულგარული აკნესადმი ფსიქოსომატური მიდგომა ერთერთი მნიშვნელოვანი რეოლია ამ პრობლემათა გადაჭრის საქმეში; არაერთი მეცნიერი თავის გამოკვლევებში აღნიშნავს, რომ ვულგარული აკნე იწვევს შფოთვას, დეპრესიასა და სოციალურ გაუცხოებას (6,8) თუ რა ინტენსივობითა და რა სახით გამოვლინდება ეს თავისებურებანი თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში, არსებობს ფსიქოსომატურ კვლევათა მრავალი ნაშრომი (6,7), მაგრამ საკითხი მისი ეტიოლოგიურობის შესახებ ბოლომდე გარკვეული არ არის (1-8).

ჩვენი სამუშაოს მიზანი იყო ვულგარული აკნეთი დაავადებულ პაციენტთა ფსიქოლოგიური ფაქტორის ხვედრითი წილის განსაზღვრა თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში; ამისათვის შესწავლილ იქნა ვულგარული აკნეთი დაავადებულ პაციენტთა შფოთვის, დეპრესიისა და კლინიკური მდგომარეობის დინამიკა მკურნალობის პროცესში. ავადმყოფთა ფსიქოლოგიური სტატუსის, კერძოდ შფოთვის და დეპრესიის დონის შესასწავლად შევარჩიეთ ბეკის დეპრესიისა და სპილბერგერის სიტუაციური და პიროვნული შფოთვის კითხვარები. ტესტების ასეთ კომბინაციას უპირატესობა მიენიჭა მათი კლინიკური მნიშვნელობიდან გამომდინარე. სომატური კლინიკური გამოვლინებითი წარმოვადგინეთ - კომელონური, პაპულო-პუსტულოზური და კონგლობატური ფორმებით, როგორც მარტივი სამუშაო კლასიფიკაცია. წინასწარ გამოკვლეული იქნა დ.ვ.დ.-ში გამოცხადებული 70 პაციენტი, რომელთაც კლინიკურ-ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე დაუდგინდათ ვულგარული აკნეთი. ფსიქოლოგიური სტატუსი განესაზღვრად ბეკის დეპრესიისა (BDI) და სპილბერგერის სიტუაციური და პიროვნული შფოთვის კითხვარებით. გამოკითხვა ტარდებოდა პაციენტის თანხმობის საფუძველზე მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ.

მკურნალობამდე ჩატარებული ტესტირების შედეგად გამოიკვეთა 24 პაციენტი, რომელთაც აღენიშნებოდათ ფსიქოლოგიური სტატუსის მნიშვნელოვანი ცვლილება - მაღალი სიტუაციური და პიროვნული შფოთვის (46<) და დეპრესიის მიმე ფორმების (20-63) ან მოცემული სამი მაჩვენებლიდან 2-ის - შფოთვის მაღალი დონეების, ან ერთერთის მიმე დეპრესიასთან თანხვედრათა შემთხვევებით. დანარჩენ 46 პაციენტს აღენიშნებოდა ფსიქოლოგიური სტატუსის უმნიშვნელო ცვლილება დეპრესიის მსუბუქი ფორმები ან მისი არ არსებობა და შფოთვის დაბალი ან საშუალო დონეები. მოცემული კვლევისათვის ორივე ჯგუფიდან გამოიყო 12-12 პაციენტი, რომელთაც ერთნაირი კლინიკური გამოვლინება - პაპულო-პუსტულოზური ფორმა აღენიშნებოდათ და შესაძლებელი იყო მათთვის დავეყნიშნა თითქმის იდენტური დერმატოლოგიური მკურნალობა, 2-2.5 თვის მანძილზე.

კვლევის შედეგად დაფიქსირდა შემდეგი მონაცემები: ფსიქოლოგიური სტატუსის უმნიშვნელო ცვლილებების მქონე პაციენტებიდან 4-ს აღენიშნებოდა მკვეთრი კლინიკური გაუმჯობესება (+++); 5 პაციენტს საშუალოდ გამოხატული (++) მათ შორის ერთს მკურნალობის დათმავებიდან 5 თვის შემდეგ განუვითარდა რეციდივი; 3 ავადმყოფს აღენიშნებოდა სუსტად გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესება (+), რომელთაგან ერთს, მკურნალობიდან მე-4 თვეს განუვითარდა რეციდივი.

ფსიქოლოგიური სტატუსის მნიშვნელოვანი ცვლილებების მქონე 12 პაციენტიდან, 2 განუვითარდა მკვეთრად გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესება (+++), 6 ავადმყოფს საშუალოდ გამოხატული (++) შემდგომში ორი რეციდივით, 3 პაციენტს სუსტად გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესება (+), შემდგომში რეციდივით და 1 ავადმყოფს არანაირი კლინიკური გაუმჯობესება არ დაუფიქსირდა.

ფსიქოლოგიური სტატუსის უმნიშვნელო ცვლილებების მქონე პაციენტებში ფსიქოლოგიური მდგომარეობის დინამიკა, ეს იქნებოდა უარყოფითი თუ დადებითი, უმნიშვნელოდ იყო გამოხატული: ბეკის სკალის მიხედვით 2-3,

სპილბერგის - 4-5 ქულის ფარგლებში. ფსიქოლოგიური სტატუსის მნიშვნელოვანი ცვლილებების მქონე პაციენტებში მკვეთრად გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესების ორივე შემთხვევაში, განმეორებითი ტესტირებისას დაფიქსირდა ფსიქოლოგიური მდგომარეობის მკვეთრი გაუმჯობესება და ისინი გადავიდნენ ფსიქოლოგიური სტატუსის უმნიშვნელო ცვლილებების მქონე ავადმყოფთა ჯგუფში. საშუალოდ გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესების მქონე 6 პაციენტში შეიმჩნეოდა ფსიქოლოგიური სტატუსის დადებითი დინამიკა, მაგრამ ფსიქოლოგიური სტატუსის უმნიშვნელო ცვლილებების მქონე ავადმყოფთა ჯგუფში მხოლოდ 1 პაციენტი გადავიდა. მცირედ გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესების მქონე 3 პაციენტში 2 ავადმყოფს არ აღენიშნებოდა ფსიქოლოგიურ მაჩვენებელთა მკვეთრი დინამიკა ბეკის 2-3, სპილბერგის 4-5 ქულის ფარგლებში, ხოლო ერთ პაციენტთან გამოიხატა მკვეთრი უარყოფითი დინამიკა საშუალო დონის სიტუაციური შფოთვის შეიცვალა მაღალით. ერთ პაციენტს, რომელსაც არ აღენიშნებოდა არანაირი კლინიკური გაუმჯობესება, ასევე აღენიშნებოდა ფსიქოლოგიური სტატუსის უარყოფითი დინამიკა ბეკის -7 და სპილბერგის 7-8 ქულით.

მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნა, რომ ვულგარული აკნეთი დაავადებულ პაციენტთა იმ ნაწილს, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქოლოგიური სტატუსის უმნიშვნელო ცვლილება კლინიკური გაუმჯობესება-გამოჯანმრთელების პროცესი განუვითარდათ უფრო მეტ შემთხვევაში და უფრო სწრაფად, ვიდრე იმ პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებოდა ფსიქოლოგიური სტატუსის მნიშვნელოვანი ცვლილება; ფსიქოლოგიური სტატუსის ადექვატური დინამიკა კლინიკურ გაუმჯობესებასთან მიმართებაში გამოკვეთილი იყო უფრო ფსიქოლოგიური სტატუსის მნიშვნელოვანი ცვლილებების მქონე პაციენტებში, ვიდრე ფსიქოლოგიური სტატუსის უმნიშვნელო ცვლილებების მქონე ავადმყოფთა ჯგუფში.

აღნიშნული კვლევა გვაძლევს საშუალებას გამოეთქვათ აზრი იმის შესახებ, რომ ვულგარული აკნეთი დაავადებული პაციენტთა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ფსიქოლოგიური ფაქტორი წარმოდგენილია 16/16 წილით და სხვადასხვანაირად რეაგირებს დერმატოლოგიურ მკურნალობაზე; ეს კი საშუალებას გვაძლევს გამოვყოთ პაციენტები, რომელნიც დერმატოლოგიური პროფილის თერაპიის გარდა საჭიროებენ მკურნალობას ფსიქოტროპული პრეპარატებისა თუ ფსიქოთერაპიის სახით.

ლიტერატურა

1. Capooré H.S, Payne R, Goldin D. Does psychological intervention help chronic conditions? Postgrad Med J. Nov; 74 (877:662-664), 1998
2. Cassileth B, Lush E, et al. A psychological comparison of patients with malignant melanoma and other dermatologic disorders JAAD 7; 742-746, 1982
3. Cotterill JA. Depression in dermatology. 9-th ESDaP Congress – 2001 Abstracts. p.21
4. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: An update. JAAD 1996; 34: 1030-1046
5. Medansky R, Handler R. Continuing medical education. JAAD 1981. vol. 5. 125-136
6. Niemeier V, Kupfer J, et al. Coping with acne vulgaris. Dermatology 1998; 196: 108-115
7. Panconesi E, Hautman G. Psychotherapeutic approach in acne treatment. Dermatology 1998, 196. 116-118

8. Welp K, Gieler V. Acne vulgaris: morphologic, endocrinologic and psychosomatic aspects. Z Hautkr 1990 Dec. 65 (12) 1139-1145

დატუაშვილი მ.
ВУЛЬГАРНОЕ АКНЕ КАК ПСИХОДЕРМАТОЗ
Р Е З Ю М Е

Целью данного исследования было определение удельного веса психологических факторов при вульгарном акне. Для этого было обследовано 24 больных с вульгарным акне папуло-пустулезными клиническими формами и наблюдалась динамика психологического статуса и клинического состояния до и после лечения дерматологическими средствами.

Проведенное исследование даёт нам возможность заключить, что психологический фактор при каждом случае выражен по разному и по-своему реагирует на дерматологическое лечение.

Это позволяет нам внести некоторую коррекцию в процессе лечения больных и выделить группу больных, которые нуждаются не только в дерматологической помощи, но и в психотропных средствах и(или) в психотерапии.

Datuashvili M.
ACNE VULGARIS AS A PSYCHODERMATOZIZ
S U M M A R Y

The aim of this study was to define the psychological status in acne vulgaris cases before and after treatment.

The research demonstrates that psychological features present differently in different acne vulgaris cases, that can help us to distinguish the group of patients who need dermatological treatment with psychopharmacological and (or) psychotherapeutic intervention.

გ.დატუაშვილი, დ.ბერაშვილი, ს.შუბლაძე
კუჭის წყლულის სამკურნალო ფიტოკოზმოზიციის
შემუშავების ბიოლოგიური ასპექტები
თსსუ, წამალთა ტექნოლოგიის კათედრა.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება მიეკუთვნება ფართოდ გავრცელებულ დაავადებათა რიცხვს. დაავადების ქრონიკული ხასიათი, რეციდივებისა და გართულებების სიხშირე განაპირობებს იმას, რომ წყლულოვანი დაავადება მედიკო-სოციალური პრობლემაა თანამედროვე გასტროენტეროლოგიისათვის.

ტრადიციული ფარმაკოთერაპია ეფუძნება წყლულის წარმოშობა პათოგენეტიკურ მექანიზმებზე ზემოქმედებას, ითვალისწინებს სამკურნალო პრეპარატების კომპლექსურ დანიშვნას, რასაც ხშირ შემთხვევაში მიყვარათ ალერგიულ რეაქციებამდე. ამასთან დაკავშირებით ახალი უფრო ეფექტური, სპეციფიკური აქტივობის - წყლულის საწინააღმდეგო მოქმედების, ხანგრძლივი მიღებისას არატოქსიკური პრეპარატის შემუშავება ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა თანამედროვე მედიცინისათვის.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების სამკურნალოდ დღეისათვის მრავალრიცხოვანი პრეპარატია მოწოდებული. მიუხედავად ამისა აღნიშნულ პათოლოგიასა სამკურნალოდ მოსახლეობის მოთხოვნილება მცენარეული წარმოშობის სამკურნალო საშუალებებზე სრულად არ კმაყოფილდება. ფიტოპრეპარატები სინთეზურ პრეპარატებთან შედარებით ხასიათდებიან რბილი მოქმედებით, ნაკლები ტოქსიკური და გვერდითი მოვლენებით, რაც განპირობებულია მათში არსებული ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებათა კომპლექსის ჰარმონიული მოქმედებით.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, მცენარეული წარმოშობის წყლულოვანი დაავადების სამკურნალო საშუალების შემუშავება და სტანდარტიზაცია ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა.

კვლევის მიზანს შეადგენდა კუჭის წყლულის სამკურნალო მცენარეული კომპოზიციის შემუშავება.

ლიტერატურული მონაცემებისა და ფარმაკოლოგიური კვლევების საფუძველზე შერჩეული იქნა წყლის წიწაკის ბალახი, დიდი მრავალძარღვას ფოთოლი და ფრთისებრ კალანხოეს ფოთოლი. შერჩეული მცენარეებისაგან მიღებული ჯამური პრეპარატები არ გამოირჩეოდნენ მაღალი აქტივობით, ამიტომ მათ ბაზაზე შევადგინეთ კომპოზიცია. შედეგები მოყვანილია №1 ცხრილში.

ცხრილი №1

ფიტოკომპოზიციის ვარიანტები							
ნედლეულის დასახელება	ფიტოკომპოზიციაში შემადგენელი კომპონენტების						
	რაოდენობრივი თანაფართობა ვარიანტების მიხედვით						
	C3-I	C3-II	C3-III	C3-IV	C3-V	C3-VI	C3-VII
წყლის წიწაკის ბალახი	4.0	3.0	3.0	2.0	4.0	4.0	3.5
დიდი მრავალძარღვას ფოთოლი	3.0	4.0	3.0	4.0	2.0	4.0	4.0
ფრთისებრ კალანხოეს ფოთოლი	3.0	3.0	4.0	4.0	4.0	2.0	2.5

შედგენილი ფიტოკომპოზიციებიდან საუკეთესო ვარიანტის შერჩევის მიზნით ჩავატარეთ ფიტოკომპოზიციის სხვადასხვა ვარიანტების ერთნაირ პირობებში მიღებული წყლიანი გამონაწვლილების გამოკვლევა ვირთხების კუჭის სპერეტორულ აქტივობაზე. შედეგები მოყვანილია №2 ცხრილში.

ცხრილი №2 ირკვევა, რომ საუკეთესო შედეგებით გამოირჩეოდა ფიტოკომპოზიციის შემდეგი ვარიანტები: **C3-II**, **C3-III**, **C3-IV** და **C3-V**. შემდგომში, შერჩეული ვარიანტები შესწავლილ იქნა ატოფანით და რეზერპინით გამოწვეულ კუჭის წყლულზე. გამოვიკვლიეთ მათი მოქმედება თავგებზე სხვადასხვა დოზით მიცემისას. ცდების შედეგები მოცემულია №3 და №4 ცხრილებში.

ფიტოკომპოზიციის სხვადასხვა ვარიანტებიდან მიღებული მშრალი
ექსტრაქტის გავლენა ვიროსების კუჭის სეკრეტორულ აქტივობაზე
(300 მგ/კგ)

პრეპარატი	კონტ- როლი	C3-I	C3-II	C3-III	C3-IV	C3-V	C3-VI	C3-VII
მახასიათებელი								
1. კუჭის სეკრეტის ტემპი (მლ/100გ/სთ)	0,57± 0,07	0,83 ±0,01 <0,02	0,68 ±0,15 >0,05	0,79 ±0,08 <0,05	0,51 0,1 >0,5	0,46± 0,06 >0,5	0,42± 0,1 <0,5	0,54± 0,07 >0,5
2. საერთო მეთეონობა (მიხაელისის ერთ.)	119.63 ±18,66	116.00 ±0,01 >0,5	108.25 ±28,75 >0,5	105.25 +27,25 >0,5	107.33 ±9,92 >0,5	77.30 ±12,31 <0,5	79.13 ±10,75 <0,5	80.38 +13,76 <0,5
თავისუფალი HCL (მიხაელისის ერთ.)	42.00 ±5,94	63.50 ±0,01 <0,05	28.75 ±1,25 <0,05	32.00 ±22,00 <0,5	33.50 ±9,34 <0,5	27.40 ±2,63 <0,05	40.50 ±10,78 >0,5	28.13 ±3,96 <0,1
3. დებიტ-სთ HCL (მკგ/100გ/სთ)	85.41 ±17,06	192.40 ±0,01 <0,1	71.50 ±18,30 >0,5	98.70 ±72,80 >0,5	60.20 ±18,47 >0,5	46.64 ±9,16 <0,05	65.95 ±28,54 >0,5	56.00 ±12,42 <0,1
4. პეპსინი (მგ%)	6240 +986,2	5900 ±100,0 <0,5	6500 ±310,0 >0,5	7750 ±1850 >0,5	4367 ±7753 <0,2	6740 ±994,5 >0,5	4950 ±818,0 <0,2	6000 ±2114,6 >0,5
5. პეპსინი დებიტ-სთ (მკგ/100გ/სთ)	3.97 ±0,80	4.00 ±0,01 >0,5	4.85 ±3,05 >0,5	6.30 ±2,10 <0,5	2.33 ±0,84 <0,2	3.26 ±0,75 >0,5	1.88 ±0,36 <0,5	3.61 ±1,69 >0,5

ფიტოკომპოზიციის სხვადასხვა ვარიანტების მოქმედება ატოფანით
გამოწვეულ კუჭის წყლულზე (300 მგ/კგ)

პრეპარატი	კონტ- როლი	C3-II	C3-III	C3-IV	C3-V
მახასიათებელი					
1	2	3	4	5	6
სიკვდილიანობა %	64	50	0	64	0
წერტილოვანი სისხლჩაქცევები,%	30	45	6.7	86.7	32.5
პაულსის ინდექსი წერტილოვანი	44.7	8.0	2.0	20.3	1.75
სისხლჩაქცევებისათვის					
წერტილოვანი სისხლჩაქცევების		0.79	0.45	0.45	0.39

1	2	3	4	5	6
პაულისის ინდექსების ფარდობა					
კონტროლთან					
პაულისის ინდექსი ეროზირებისათვის	12.16	1.425	0	4.437	0
ეროზიებზე პაულისის ინდექსების	-	0.12	-	0.36	-
ფარდობა კონტროლთან					
პაულისის ინდექსი ზოლისებური ფორმის წყლულისათვის	15.17	1.063	0	11.84	0
ზოლისებური წყლულების პაულისის	-	0.07	-	0.78	-
ინდექსების ფარდობა კონტროლთან					
პიპერემიის გამოხატულება და	0.5	0.625	0.17	1.17	0.438
რელიეფის ცვლილება					
ფარდობა კონტროლთან	-	1.25	0.34	2.34	0.88

ცხრილი №4

ფიტოკომპოზიციის სხვადასხვა ვარიანტების მოქმედება რეზერპინით გამოწვეულ აუქის წყლულზე (დოზით 100მგ/კგ და 300მგ/კგ)

მახასიათებელი	კონტროლი	C3-III 100მგ/კგ	C3-III 300მგ/კგ	C3-V 100მგ/კგ	C3-V 300მგ/კგ
სიკვდილიანობა %	20	16.7	0	16.7	0
ველისებური სისხლჩაქცევები	58.75± 19.83	39± 10.77	34.17± 13.44	44.69± 6.69	34.17± 15.73
პაულისის ინდექსი წერტილოვანი	28.25	18.4	3.6	10.0	3.08
სისხლჩაქცევებისათვის					
წერტილოვანი სისხლჩაქცევების		0.651	0.127	0.351	0.109
პაულისის ინდექსების ფარდობა კონტროლთან					
პაულისის ინდექსი ეროზირებისათვის	4.975	1.984	0.423	1.6	0.116
ეროზიებზე პაულისის ინდექსების		0.399	0.085	0.322	0.023
ფარდობა კონტროლთან					
პაულისის ინდექსი ზოლისებური ფორმის წყლულისათვის	4.556	1.968	1.199	1.448	0.069
ზოლისებური წყლულების პაულისის		0.432	0.263	0.318	0.015
ინდექსების ფარდობა კონტროლთან					
SH ჯგუფები მგ/გ	3.02± 0.43	4.55± 0.33	4.995± 0.18	5.83± 0.21	6.397 ±0.22

როგორც მოცემული ცხრილებიდან ჩანს, წყლულის საწინააღმდეგო მოქმედების საუკეთესო თვისება აღმოაჩნდა **C3-V** ვარიანტს, დოზით 300მგ/კგ-ზე.

ჩატარებული ექსპერიმენტების საფუძველზე, შემდგომში ბიოლოგიური, ქიმიური და ტექნოლოგიური კვლევისათვის შერჩეული იქნა ფიტოკომპოზიცია შემდეგი შემადგენლობით:

წყლის წიწაკის მიწისზედა ნაწილები	40%
დიდი მრავალძარღვას ფოთოლი	20%
ფრთისებრ კალანხოეს ფოთოლი	40%

ლიტერატურა:

1. Аруин Л.И. Чикунова Б.З. Патоморфология и некоторые вопросы морфогенеза экспериментальных хронических язв желудка.//Актуальные проблемы гастроэнтерологии.-М.-1976-Вып 9 Т.2.-С.115-120.
2. Барнаулов О.Д. Маничсва О.А. Влияние препаратов растительного происхождения на ulcerогенное действие резерпина у мышей.//Оценка биологической активности растений Забайкалья-Улан-Уде.1985.-С.15-31.
3. Гацура В.В.Методы нервного фармакологического скрининга биологически активных веществ.-М-1974.
4. Tripathi AK, Jain DC, Persistensy of bioactive fractions of indian plant, Polygonum hydropiper as deterrent.//Phitother Res.1999 May;13(3):239-41/
5. Ringbom T, Segura I, Noreen Y. Ursolic acid from Plantago major, a selective inhibitor of cyclooxygenase-2 catalyzed prostaglandin biosynthesis.//J Nat Prod.1998 Oct;61(10):1212-5 PMID: 9784154; UI:99003363.

Датукишвили Г. Берашвили Д. Шубладзе С.
БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ ФИТОКОМПОЗИЦИИ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА.
РЕЗЮМЕ

На основании фармакологических исследований выявлены лекарственные растения противовоспалительного действия, на базе которых составлена фитокомпозиция следующего состава: Трава Водяного перца 40%, Листья Подорожника большого 20%, Листья Каланхоэ перистого 40%.

Datukishvili G., Berashvili D., Shubladze S.
BIOLOGICAL ASPECTS FOR ELABORATION OF PHITOCOMPOSITION
FOR TREATMENT OF GASTRIC ULCER
SUMMARY

New combinations of medical plants with anti - ulcer activiti was revealed on the base of pharmacological researches. On this base a new phitocomposition of following content was determined.

Herbae Polygonum hidropiperes 40%
Folee Plantago major 20 %
Folee Kalanchoe pinnata 40%

ზ.დემეტრაშვილი, რ.მაღალაშვილი, ნ.თხილავა, ლ.გოფოძე
ერიტროციტის მემბრანის მდგომარეობის გამოკვლევა
მწვავე ქოლერისტიტის დროს ლემბინის გამოყენებით
თსსუ, ქირურგის №2 კათედრა
თსსუ, სამედიცინო ბიოქიმიის კათედრა

მწვავე ქოლერისტიტის პრობლემა უკანასკნელი ათწლეულების განმავლობაში აქტუალური რჩება. იგი ერთერთი ყველაზე გავრცელებული მწვავე ქირურგიული პათოლოგიაა. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დაავადების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში ბოლო 20 წლის განმავლობაში დაინერგა მრავალი სიახლე, ბევრი საკითხი ჯერ კიდევ საჭიროებს შემდგომ კვლევა-ძიებას (1-4). უკანასკნელ პერიოდადღე სრულფასოვნად არ არის დამუშავებული დაავადების მიმდინარეობის პროგნოზირების ობიექტური კრიტერიუმები, რაც საშუალებას მისცემს კლინიკოსტებს ზუსტად განსაზღვრონ კონსერვატიული თერაპიის მოცულობა და ხანგრძლივობა, ოპერაციული მკურნალობის ვადები, მოახდინონ პოსტოპერაციული პერიოდის სრულფასოვანი მონიტორინგი.

სხვადასხვა პათოლოგიის დროს ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე ბიოქიმიური ძვრები ხშირად იწვევს ერითროციტის მემბრანის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების ცვლილებას. მათ შესასწავლად გამოიყენება ცილების განსაკუთრებული ჯგუფი, რომელთაც ლექტინები ეწოდება. ლექტინებს ახასიათებს უნიკალური უნარი დაუკავშირდნენ სპეციფიკური სტრუქტურის და კონფორმაციის მქონე ნახშირწყლებს მათი ქიმიური გარდაქმნის გარეშე (5). ცნობილია, რომ ადამიანის ერითროციტის მემბრანაში ჭარბადაა ინტეგრალური ცილა გლიკოფორინი, რომელიც ლექტინ LPM-ის რეცეპტორია.

ჩვენი გამოკვლევის მიზანია: მწვავე ქოლერისტიტით დაავადებული ადამიანების ერითროციტების ოსმოსური რეზისტენტობის გამოკვლევა. ამ მიზნის განსაზოციელებლად გამოვიყენეთ ეგზოგენური ცილა - ლექტინი LPM.

გამოვიკვლიეთ მწვავე ქოლერისტიტით დაავადებული 53 ავადმყოფის სისხლი. ყველა ავადმყოფს ჩაუტარდა ოპერაციული მკურნალობა. 19 შემთხვევაში აღინიშნებოდა კატარული ფორმა, ხოლო 34 შემთხვევაში - დესტრუქციული ფორმა. ავადმყოფთა ასაკი მერყობდა 20 წლიდან 78 წლამდე, მამაკაცი იყო - 17, ქალი - 36. საკონტროლო ჯგუფში წარმოდგენილი იყო 60 პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანის კვლევის შედეგებით.

ერითროციტების ოსმოსურ რეზისტენტობას ვსწავლობდით მათი ლიზისის კინეტიკის საფუძველზე. კინეტიკა იზომებოდა ფოტოელექტროკოლორიმეტრული დოფერენციული მეთოდით. მიღებული შედეგების დამუშავება ხდებოდა კომპიუტერით: გარდა გრაფიკული გამოსახულებისა, ეკრანზე ვლტებულობდით მიმდინარე პროცესის რაოდენობრივ პარამეტრებსაც.

გამოკვლევები ტარდებოდა ოპერაციამდე და ოპერაციიდან მე-7 დღეს.

ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევას შედეგად აღმოჩნდა, რომ კატარული ქოლერისტიტის შემთხვევაში ოპერაციამდე ერითროციტების ოსმოსური რეზისტენტობა საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით მომატებულია, როგორც ულექტინოდ, ისე ლექტინის დამატების შემთხვევაში. ამასთან ლექტინის დამატებამ რაიმე განსაკუთრებული ცვლილება არ გამოავლინა.

სრულიად განსხვავებული სურათი იქნა მიღებული დესტრუქციული ქოლევციტიტის დროს ოპერაციამდე. ლექტინის გარეშე გაკეთებულ ცდებში ერთროციტების ოსმოსური რეზისტენტობა ნორმასთან შედარებით უმნიშვნელოდ (2,7%-ით, $P < 0,01$) დაქვეითებულია. ლექტინის დამატებამ გამოავლინა ოსმორეზისტენტობის საკმაოდ მკვეთრი დაქვეითება (84,9%-ით, $P < 0,001$), რაც ოსმოკემოლიზისის კინეტიკის ამსახველ მრუდზე გამოისახება დამატებითი პიკის სახით.

ოპერაციიდან მე-7 დღეს ოპერაციის შემდგომი პერიოდის დამაკმაყოფილებლად მიმდინარეობის შემთხვევაში კატარული ქოლევციტიტის დროს ერთროციტების ოსმორეზისტენტობა, როგორც ულექტინოდ, ისე ლექტინით უახლოვდებოდა ნორმალურ მაჩვენებლებს.

დესტრუქციული ქოლევციტიტის შემთხვევაში დაქვეითებული ოსმორეზისტენტობა მატულობდა, ამასთან ლექტინის თანაობისას დამატებითი პიკი აღარ ვლინდებოდა. 4 შემთხვევაში, როდესაც აღინიშნა პოსტოპერაციულ პერიოდში ინტრააბდომინალური ჩირქოვანი გართულებები, ერთროციტების ოსმოსური რეზისტენტობა ლექტინის თანხლებისას კვლავ მკვეთრად დაქვეითებული რჩებოდა, რაც ოსმოკემოლიზისის კინეტიკის ამსახველ მრუდებზე გამოისახებოდა დამატებითი პიკის (ან პიკების) სახით.

ამრიგად, ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკვლევის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ ლექტინი LPM შესაძლებელია გამოყენებული იქნას იმ ცვლილებების გამოსავლენად, რასაც ადგილი აქვს ერთროციტების მემბრანაში მწვავე ქოლევციტიტის დროს. ამ ტესტს შეიძლება ჰქონდეს, როგორც დიაგნოსტიკური, ისე პროგნოზული მნიშვნელობაც.

ლიტერატურა:

1. Гостинцев В.К., Евсеев М.А.- Хирургия 2001, №9, с.30-34
2. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Кротов Н.Ф. и др. – Хирургия. 2000, №10. с.24-27
3. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Ломанский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев. "Здоровя". 1993. -512с.
4. Fitzgibbons R., Tseng A., Wang H. et al. - Surg. Endosc. -1996. Vol:10.-№12.p.1180-1184
5. Sharon N., Lis H.- Science.-1989.,vol.246.p.227-234

Деметрашвили З., Магалашвили Р., Тхилава Н., Гоподзе Л. ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛЕКТИНА

РЕЗЮМЕ

Целью настоящей работы явилось определение осмотической резистентности эритроцитов у больных с острым холециститом. Для более успешного осуществления этой задачи мы применили лектин LPM. Исследовали кровь 53 пациентов.

Лектин выявил дополнительный пик на кинетических кривых осмозиса эритроцитов у пациентов с острым деструктивным холециститом. На 7-ой день после операции в случае благоприятного исхода пик исчезал.

Полученные результаты могут быть использованы как с целью диагностики, так и для прогнозирования исхода заболевания.

Demetrashvili Z., Magalashvili R., Tkilava N., Gopodze L.
INVESTIGATION THE STATE OF ERYTHROCYTES MEMBRANES
BY LECTIN IN ACUTE CHOLECYSTITIS
SUMMARY

Peculiarities of the kinetics of erythrocytes lysis have been studied in 53 patients with acute cholecystitis diagnosis. 34 cases of destructive and 19 of catarrhal forms of acute cholecystitis were among them. The alterations marked in erythrocytes membranes were clearly observed by edding lectin LPM and differed from each other during catarrhal and destructive forms. The obtained results can be used in the diagnostics and postoperative period in order to evaluate the adequacy of the treatment.

თ.დიდბარიძე

მწვავე ნაწლავური ინფექციის მქონე ბავშვებიდან
გამოყოფილი E.coli-ს შტამების ანტიბიოტიკების მიმართ
მგრძობილობა/რეზისტენტობის განსაზღვრა
თსსუ, მიკრობიოლოგის ვირუსოლოგიის და იმუნოლოგიის კათედრა

მწვავე ნაწლავური ინფექციები წარმოადგენენ ერთ-ერთ ყველაზე საჭირობო პრობლემას არა მარტო ინფექციურ პათოლოგიაში (გრიპის და სხვა მწვავე რესპირატორულ ინფექციებთან ერთად), არამედ საერთოდ მედიცინაში (1). იგი რჩება ჯანდაცვის აქტუალურ პრობლემად, იმდენად რამდენადაც დიდ ზიანს აყენებს ბავშვთა ჯანმრთელობას და ქვეყნის ეკონომიკას (2). ბოლო 20 წლის მანძილზე უცხოელი მკვლევარების მონაცემებით გაიზარდა გრამუარყოფითი ფლორის მნიშვნელობა გენერალიზებული და ლოკალური ინფექციების ეტიოლოგიაში (3).

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ ადგილი აქვს მოსახლეობაში ცირკულირებად სხვადასხვა მიკროორგანიზმებს შორის ანტიბიოტიკორეზისტენტული შტამების ჭარბად გაჩენას. ცნობილია, რომ ანტიბიოტიკორეზისტენტობა დაკავშირებულია ერთი ან რამოდენიმე მექანიზმის მოქმედებასთან, ყველაზე ხშირად კი R პლაზმიდების ფართო გავრცელებასთან. ბუნებრივია, რომ ანტიბიოტიკორეზისტენტული შტამების ფორმირებაზე გავლენას ახდენს გამოყენებადი ანტიბიოტიკების საერთო რაოდენობა, თუმცაღა გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება მათ ტიპს (ან ტიპებს). პოლირეზისტენტობის პროცესის გავრცელების თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია პერმანენტულად ტარდებოდე მგრძობილობის განსაზღვრა ყველა ცნობილი და სამედიცინო პრაქტიკაში (პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მიზნით) გამოყენებადი ანტიბიოტიკული პრეპარატების ჯგუფების მიმართ (4-8).

წარმოდგენილი სამუშაოს მიზანს შეადგენდა მწვავე ნაწლავური ინფექციის მქონე ბავშვებიდან გამოყოფილი E.coli-ს შტამების ანტიბიოტიკორეზისტენტობის დადგენა.

ბაქტერიოლოგიური კვლევა ჩატარდა დამწვარი სახელობის ბავშვთა ინფექციური საავადმყოფოსა და თსსუ-ის პედიატრიულ კლინიკაში მწვავე ნაწლავური ინფექციის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზირებულ 123 ბავშვს. სულ გამოყოფილი იყო 83 E.coli-ს შტამი. რუტინული მიკრობიოლოგიური

მეთოდების გამოყენებით (9,10) იდენტიფიცირებული E.coli-ს შტამების მგრძობიერებას ვსაზღვრავდით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანტიბიოტიკორეზისტენტობის ეპიდზედამზედველობის ექსპერტთა მიერ მოწოდებული პროტოკოლის მიხედვით. გამოყენებული იყო საორიენტაციო დისკოდიფუზური მეთოდი სტანდარტული დისკების გამოყენებით და სერიული განზავებების მეთოდი მყარ საკვებ ნიადაგზე.

ანტიბიოტიკომგრძობიერება განისაზღვრება სხვადასხვა ჯგუფის 38 ანტიბიოტიკის მიმართ. E.coli-ს 83 შტამიდან ყველაზე მაღალი რეზისტენტობის დონე დაფიქსირდა მაკროლიდების ჯგუფის ანტიბიოტიკების (ლინკომიცინი, დალაცილინი, რულედი, კლინდანი, კლაცედი, აზიტრომიცინი, ვანკომიცინი, რიფამპიცინი) მიმართ და შეადგინა 94,6%. პენიცილინის ჯგუფის (ბენზილპენიცილინი, ამოქსაცილინი, კლოქსაცილინი, სეკუროპემი) მიმართ - 93,3%. ამინოკლიკოზიდების (გენტამიცინი, ამიკაცილინი, ნეტრომიცინი) - 88,9%, ამინოპენიცილინების ქვეჯგუფის (აუგმენტინი, სტანდაცილინი, ამპიოქსი, უნაზინი) - 86,3%, ტეტრაციკლინის ჯგუფის (ვიბრამიცინი) მიმართ - 80,8%, ცეფალოსპორინების I თაობის ანტიბიოტიკების (ტოტაცეფი, დონცეფი) მიმართ - 57,2%, ცეფალოსპორინების II თაობის (ზინოცეფი) - 54,3%, ცეფალოსპორინების III თაობის (როცეფინი, კლაფორანი, კეფზოლი, ცეფობიდი, ფორტემი) მიმართ - 38,2%, ფტორქინოლონების ჯგუფის (ციპრობი, ციპროფლოქსაცილი, ხინოდასი, აბაქტალი, ტარნიდი, ტიენამი) მიმართ 12,4%. სულფანილამიდური პრეპარატის - ბაქტრიმ ფორტეს მიმართ რეზისტენტული აღმოჩნდა E.coli-ს შტამების 89,2%.

მიღებულ შედეგებზე დაყრდნობით შეიძლება დავასკვნათ, რომ ჩვენს მიერ მწვავე ნაწლავური ინფექციის მქონე ბავშვებიდან გამოყოფილი E.coli-ს შტამები ხასიათდებიან მრავლობითი რეზისტენტობის მაღალი დონით, რაც ნაწილობრივ მეტყველებს იმაზე, რომ ეს შტამები საკმაოდ აგრესიულნი არიან.

ლიტერატურა:

1. Чайка Н.А., Каш А.М. и др. Информационные потоки (первичная и вторичная информация) по проблеме "острые кишечные инфекции". Сб. ОКИ. Л. 1978 г. С. 20-29.
2. Горелов А.В., Милютин Л.Н. и др. Изучение острых кишечных инфекций у детей. Журн. эпидемиология и инфекционные болезни. №2, 1999, С. 41-45.
3. Покровский В.И. Гнойно-септические заболевания детей раннего возраста, вызываемые грамотрицательными условно-патогенными бактериями. Научн. обзор. Гнойно-септические инфекции у детей. М., 1983, С. 39-46.
4. Murray В.Е., Moellering R.C. Jr. Patterns and mechanisms of antibiotic resistance. - Med. Clin. North. Am., 1978, 62, 899-919.
5. Neu H.C. Changing mechanisms of bacterial resistance. - Am. J. Med. 1984, 77, 11-23.
6. Davies J. Microbial resistance to antimicrobial agents. - In Antimicrobial Therapy / Eds. a.M.Risticcia, D/F/Cunha - New York, Raven Press. 1984, p. 11.
7. Sherris J.C., Minschew B.H. Mutation antibiotic resistance. - In: Antibiotics in laboratory Medicine / Ed. V. horian-Baltimore, williams and Wilkins, 1980, p. 418.
8. Jones R.n. Changing patters of resistance to new beta-lactam antibiotics. - Am. J. Med., 1984, 77, 29-34.
9. Биргер М.О. Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования. М.: медицина. 1982. - С. 93-94. 114-121.

**დიდბარიზე T.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ/РЕЗИСТЕНТНОСТИ ШТАММОВ
E. COLI, ВЫДЕЛЕННЫХ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ
КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

Р Е З Ю М Е

Определение чувствительности/резистентности 83 штаммов E.coli, выделенных среди детей с острыми кишечными инфекциями к антибиотикам известных групп, показало высокий уровень полирезистентности, причем в особенности к макролидам.

Didbaridze T.

**DETERMINING THE SENSIBILITY/RESISTANCE OF E. COLI STRAINS
ISOLATED FROM CHILDREN WITH ACUTE ENTERIC INFECTIONS
S U M M A R Y**

The determination of sensibility/resistance of 83 E.coli strains, isolated from children with acute enteric infections to antibiotics of wellknown groups, revealed a high level of poliresistance, especially that to macrolides.

ნ.დიდბარიძე

**მელორბინე ძალეზში დე ახალშობილეზში ჩირქოვან-
სმპტიური გართულეზების დროს გამოყოფილი
სტაფილოკოკური შტამების მძიმეობალება სხვადასხვა
ჯგუფის ანტიბაქტერიული პრეპარატების მიმართ
თსსუ, მიკრობიოლოგიის, ვირუსოლოგიის დე იმუნოლოგიის კათედრა**

სტაციონარული ავადმყოფების ანტიბიოტიკოთერაპია ყოველწლიურად კოლო-სალურ თანხებს მოითხოვს. ეჭვს არ იწვევს ის ფაქტი, რომ ანტიბიოტიკების გამოყენებამ მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი ავადმყოფების მდგომარეობის გაუმჯობესებას, მაგრამ ამავე დროს უნდა აღინიშნოს, რომ უკანასკნელი წლების მანძილზე ვრძელდება (და შეიძლება იზრდება კიდევ) მკურნალობის მიზნით ანტიბიოტიკების გადაჭარბებული დე ხშირად დაუსაბუთებელი გამოყენება. ამ თვალსაზრისით ჩატარებული გამოკვლევების თანახმად, ჰოსპიტალიზირებულ ავადმყოფთა დაახლოებით 50% ანტიბიოტიკებს იღებდა ყოველგვარი აუცილებლობის გარეშე (1, 2).

ლიტერატურის მონაცემებზე დაყრდნობით ცნობილია, რომ ანტიბიოტიკების გაუმართლებელი გამოყენება ხორციელდება მრავალ ქვეყანაში, როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში (3). მაგალითად, უკანასკნელი წლების მანძილზე, მშობიარობის შემდგომი ინფექციური გართულებების პროფილაქტიკისა დე მკურნალობის მიზნით ცეფალოსპორინების გამოყენებაზე მოთხოვნილება მნიშვნელოვნად გაიზარდა. ამის წინაპირობა გახდა ერთის მხრივ

- მიკროორგანიზმების რეზისტენტობა პირველი თაობის სხვადასხვა ჯგუფების ანტიბიოტიკებისადმი, მეორეს მხრივ კი - ახალი ანტიბაქტერიული პრეპარატების პრაქტიკული ეფექტურობა. ასე მაგალითად, მელოგინებში სტაფილოკოკური ეტიოლოგიის სუფსისის დროს ცეფალოსპორინების სამივე თაობის პრეპარატები ერთნაირ ეფექტურობას ავლენენ (4). აგრეთვე უნდა აღინიშნოს, რომ ახალშობილებში ჩირქოვან-ანთებითი დაავადებების მკურნალობა საკმაოდ რთულ ამოცანას წარმოადგენს, თუ გავითვალისწინებთ ბავშვის ორგანიზმის ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს. თერაპიული ღონისძიებები კომპლექსურ ხასიათს ატარებს და ითვალისწინებს გამოწვევებზე ზემოქმედებას, ორგანიზმის დამცველობითი ძალების გაძლიერებას, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის კორექციას, დეტოქსიკაციას, სიმპტომურ მკურნალობას, პირველადი და მეტასტაზური ჩირქოვანი კერების პირველად სანაციას (5, 6).

ახალშობილთა სუფსისის გამოწვევები პათოგენური მიკროფლორა უმრავლეს შემთხვევაში მგრძობიარეა β -ლაქტამური პრეპარატების (პენიცილინები ან ცეფალოსპორინები) მიმართ. სტრეპტოკოკებით და პნემოკოკებით გამოწვეული სუფსისის შემთხვევაში, ბენზილპენიცილინის მიმართ მიკროორგანიზმთა მგრძობიარეობა კვლავ მაღალი რჩება. ასევე, გრამუარყოფით ნაწლავურ ბაქტერიებს, რომლებიც იწვევენ ჩირქოვან-ანთებით დაავადებებს, ანტიბაქტერიული პრეპარატების მიმართ მაღალი რეზისტენტობა ახასიათებთ (5, 6).

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მეან-გინეკოლოგიური და ნეონატოლოგიური პროფილის განყოფილებებში, ჩირქოვან-ანთებითი გართულებების მქონე ავადმყოფებიდან გამოყოფილი მიკრობული შტამების ანტიბიოტიკორეზისტენტობის დონის შესწავლა.

ბაქტერიოლოგიური კვლევა ჩატარდა კჩაჩავას სახ. მეან-გინეკოლოგიის კვლევითი ინსტიტუტის, ქობილისის მეორე სამშობიარო სახლის და თსსუ-ის პედატრიული კლინიკის ზემოთ აღნიშნულ კონტინგენტს.

ჩირქოვან-ანთებითი გართულებების დროს გამოყოფილი მიკრობული შტამების თანამედროვე ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძობიარეობის შესწავლის მიზნით გამოკვლეული იქნა 178 პაციენტი. მათ შორის იყო 52 ორსული, 49 მელოგინე, 42 - ახალშობილი, 35 ამა თუ იმ გინეკოლოგიური მანიპულაციებისა თუ ოპერაციის ანამნეზის მქონე ქალები. გამოკვლეული კონტიგენტიდან სულ გამოყოფილი იყო 258 სხვადასხვა სახეობის მიკრობული შტამები, რომელთა შორის სტაფილოკოკები შეადგენდნენ 101 (39,15%) შტამს. ამათგან 54 (53,47%) შტამი იყო *S. epidermidis* ჰემოლიზური თვისებებით და 47 (46,53%) შტამი *S. aureus*. ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა ჩატარებული იყო მიკრობიოლოგიური კვლევის კლასიკური მეთოდების გამოყენებით (7-11). გამოყოფილი სტაფილოკოკების მგრძობიარეობის განსაზღვრას ანტიბაქტერიული პრეპარატების ყველა ცნობილი ჯგუფის მიმართ ვახდენდით ორი მეთოდის გამოყენებით: საორიენტაციო-დისკოდიფუზური მეთოდით და სერიული განზავების მეთოდით მყარ საკვებ ნიადაგზე (8-12).

ანტიბიოტიკომგრძობიარეობა განისაზღვრა სხვადასხვა ჯგუფის 38 ანტიბიოტიკის მიმართ. *S. aureus*-ის შტამების რეზისტენტობის ყველაზე მაღალი დონე დაფიქსირდა, ამინოგლიკოზიდების ჯგუფის პრეპარატების მიმართ და შეადგინა 88,65%, ცეფალოსპორინების I თაობის პრეპარატების მიმართ - 82,97%, ტეტრაციკლინების ჯგუფის პრეპარატების მიმართ - 78,72%,

ბავშვთა და მოზარდთა შიგნითი ბაქტერიული ინფექციების დიაგნოზის დასადგენად გამოიყენება სტაფილოკოკების სენსიბილურობის განსაზღვრა. 30-დან 60%-მდე. ქაშის, 55% ბაქტერიული ინფექციების დიაგნოზის დასადგენად გამოიყენება სტაფილოკოკების სენსიბილურობის განსაზღვრა. 200-მდე სტაფილოკოკების სენსიბილურობის განსაზღვრა. 200-მდე სტაფილოკოკების სენსიბილურობის განსაზღვრა.

სტაფილოკოკების სენსიბილურობის განსაზღვრა სტაფილოკოკების სენსიბილურობის განსაზღვრა სტაფილოკოკების სენსიბილურობის განსაზღვრა

Microbiological investigation have been conducted with 178 patient and 258 cultures of different microorganisms have been isolated, among with Staphylococcus amount 101 culture (54 - S.epidermitis, 47 - S.aureus). Determination of Staphylococcus sensibility to the different group of antibiotics demonstrated high degree of resistance practically to every group of antibiotic, as well as polysteistance.

THE SENSIBILITY OF STAPHYLOCOCCUS CULTURES, ISOLATED FROM WOMEN RECENTLY CONFINED (WOMEN IN CHILDBIRTH) AND NEWBORNE CHILDREN TO THE DIFFERENT GROUPS OF ANTI-BIOTIC

Dibartidze M.

Микробиологические исследования проведены у 178 пациенток и выделено 258 штаммов разных видов микроорганизмов, среди которых стафилококки составили 101 штамм (54 - S.epidermidis, 47 - S.aureus). Определение чувствительности стафилококков к антибиотикам разных групп показало высокий уровень резистентности практически ко всем группам антибиотиков, а также полирезистентность.

სტაფილოკოკების/რეზისტენტობის/შტამოვანიობის განსაზღვრა ქაშის და ბავშვთა შიგნითი ბაქტერიული ინფექციების დიაგნოზის დასადგენად

დიბარტიძე მ.

9. 06 უნიჭიანი მიკრობიოლოგიური (ბაქტერიოლოგიური) მეთოდების გამოყენებით კლინიკურ-დიაგნოსტიკური მუშაობის შედეგების განხილვა. 1985 წ. მ. - 1985. - С. 126.
10. Методические указания по эпидемиологическому надзору за внутрибольничными инфекциями. 28-6/34. Москва, 1988, с. 21.
11. Baird Parker A.C. Methods for identifying Staphylococci and Micrococci // Identification methods for microbiologist / Rds P. A. Skinner, D. W. Levelok - London. Academ. Press, 1979, p. 201-210.
12. Навашин С.М., Фомина И.П. Раціоналізата антибіотикотерапія. М., "Медицина" - 1982, с. 495.

დაავადების 200-250 მლნ შემთხვევა.

ქლამიდიები მცირე ზომის გრამ-უარყოფითი კოკისებური ბაქტერიებია (0,25-1,00 მკმ), გააჩნიათ ბაქტერიების ყველა ძირითადი თვისება: შეიცავენ დნმ-ს, რნმ-ს, რიბოსომებს, მურამის მჟავას (გრამ-უარყოფითი ბაქტერიის უჯრედის კელის კომპონენტი), მრავლდებიან ბანალური დაყოფით. თანამედროვე კლასიფიკაციით ყველა ქლამიდია დაჯგუფებულია რიგში Chlamydiales, ოჯახი Chlamydiaceae, გვარი Chlamidia, რომელშიც გაერთიანებულია ოთხი სახეობა:

1. Chlamydia trachomatis;
2. Chlamydia psittaci;
3. Chlamydia pneumonia;
4. Chlamydia pecorum.

ადამიანის ორგანიზმის ძირითად პათოგენს წარმოადგენს Chlamydia trachomatis. Ch. trachomatis არის უჯრედშიგა პარაზიტი, არსებობს მორფოლოგიურად და ბიოლოგიურად განსხვავებული ორი ფორმით: ელემენტარული სხეულაკის (EB-elementary body) - სპორის მსგავსი უჯრედგარე ფორმა, დაინფიცირების მაღალი ხარისხით და რეტეკულური სხეულაკის (RB - reticulate body) - რეპროდუქციური თვისებების მქონე ეპიტელური უჯრედშიგა ფორმა.

ინფექციური პროცესის პირველ ეტაპზე ელემენტარული სხეულაკის აღსორბტია მასპინძელი ორგანიზმის მერძნობიარე უჯრედის პლაზმოლემაზე, ენდოზიტოზის გზით ხვდება უჯრედის ციტოპლაზმაში და წარმოიქმნება ფაგოციტარული ვაკუოლი. ეს ფაზა გრძელდება 7-10 საათი. სასიცოცხლო ციკლის შემდეგ ეტაპზე ხდება ელემენტარული სხეულაკის გარდაქმნა რეტეკულურ სხეულაკად, რაც გრძელდება 6-8 სთ. (სწორედ ამ ეტაპზე ეფექტური ანტიბაქტერიული პრეპარატების გამოყენება იმდენად, რამდენადაც ელემენტარული სხეულაკი არაა მგრძობიარე მათ მიმართ რეტეკულური სხეულაკისაგან განსხვავებით). რეტეკულარული სხეულაკის მრავალჯერადი რეპლიკაცია ბანალური გაყოფის შედეგად წარმოქმნის ე.წ. "ქლამიდიურ ჩანართს" გარშემორტყმულს მასპინძელი უჯრედის მემბრანით. პროცესი გრძელდება დაახლოებით 24 სთ-ს. შედეგად რეტეკულური სხეულაკები განიცდიან რეორგანიზაციას შემდეგი თაობის ელემენტარულ სხეულაკებში და 48-72 საათის შემდეგ უჯრედის მთლიანი ციროპლაზმა შეიძლება შეიცავდეს ჩანართებს ასიდან ათასამდე ელემენტარული სხეულაკის სახით. განვითარების შემდეგ ეტაპზე ხდება "ქლამიდიური ჩანართის" ლიზისი და ადგილი აქვს მოშლილებული ინფექციური ელემენტარული ნაწილაკების გამოთავისუფლებას მასპინძელი უჯრედიდან. აღსანიშნავია, რომ ამასთან მასპინძელმა უჯრედმა შეიძლება შეინარჩუნოს სიცოცხლისუნარიანობა, რითაც აიხსნება ქლამიდიური ინფექციის უსიმპტომო მიმდინარეობა.

Chlamydia trachomatis წარმოადგენს მხოლოდ ადამიანის პათოგენს და შედგება 15 სეროვარიისაგან, რომლებიც დაკავშირებული არიან ინფექციასთან: A, B, Ba და C სეროვარები იწვევენ ტრაქომას; D, E, F, G, H, I, J და K სეროვარები - გენიტალური ტრაქიტის ინფექციებს, კონიუქტივიტსა და ბავშვთა პნევმონიას L₁, L₂ და L₃ სეროვარები კი - lymphogranuloma venereum - L (LGV). ვინაიდან ქლამიდიები წარმოადგენენ ობლიგატურ ინტრაკელულურ პარაზიტებს, მათ გამრავლება შეუძლიათ მხოლოდ ცოცხალ უჯრედში. ყველაზე

კარგად მათი შესწავლა მოხერხდა ქსოვილთა კულტივირების მეთოდის შემუშავების შემდეგ.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენს განვიხილოთ მეთოდები, რომლებიც გამოიყენება ამ ინფექციის დადგენისთვის, გამოვიკვლიოთ, იწვევს თუ არა ქლამიდია პირის ღრუს (პ/ღ) ლორწოვანი გარსის დაზიანებასა და როგორია გამოვლინებანი მისი აღმოჩენის შემთხვევაში.

ორგანიზმში ქლამიდიის ანტიგენის და ანტისხეულის აღმოჩენის მრავალი მეთოდი არსებობს.

პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს: 1) ციტოლოგიური მეთოდები. ციტოლოგიური გამოკვლევისას ისტორიულად ითვლება ვალბერშტიედტერ-პროვანკის სხეულაკების აღმოჩენა ეპითელიუმის დაზიანებულ უჯრედებში. ციტოლოგიური მეთოდის გამოყენებისას ყურადსაღებია, ციტოპლაზმური უჯრედ-ჩანართების ძიებასთან ერთად, ლეიკოციტების რაოდენობა, როგორც დაზიანებული ორგანიზმის ანთების მაჩვენებლისა, აგრეთვე თანმხლები ინფექციის არსებობა.

ამ გამოკვლევისას მასალად იღებენ სავარაუდოდ დაზიანებული ლორწოვანი გარსის ნაცხს ან უკეთესია, ანაფხეკს, სპეციალური ბამბის ტამპონების, ჯაგრისებისებისა თუ ფოლკმანის კოვზის საშუალებით. მასალას ათავსებენ სასაგნე მინაზე, ამრობენ, აფიქსირებენ მეთილის სპირტის (5 წთ) ან ცივი აცეტონის (10 წთ) საშუალებით. შედეგა ზდება უმეტესწილად გამზაროქსანოვსკის მეთოდით. მასალის დათვალიერება ხდება მიკროსკოპის საშუალებით. ელემენტარული სხეულაკები იღებება ვარდისფრად, ინციცალური სხეულაკები - ღურჯად. ეს მეთოდი ეფექტურია მხოლოდ მწვავე შემთხვევაში. ამ გზით შეგვიძლია არსებული ინფექციის 15-40%-ის აღმოჩენა.

2) იმუნოფლოგოლოგიური მეთოდი გულისხმობს პირდაპირ და არაპირდაპირ იმუნოფლოგოლოგის ცენსისასა და იმუნოფერმენტულ ანალიზს. პირდაპირი იმუნოფლოგოლოგის ცენსია გულისხმობს ქლამიდიების ანტიგენების არაპირდაპირ აღმოჩენას. ლუმინესცენციური მიკროსკოპის დროს ქლამიდიების ჩანართები აღმოჩნდებიან მწვანე ან მოყვითალო-მომწვანო ფლოგოლოგის ცენსიური ჩანართების სახით, უჯრედების ყავისფერი ციტოპლაზმის ფონზე. ჩანართები შეიძლება იყოს მარცვლოვანი, ჰომოგენური ან შერეული სტრუქტურის.

დიდი დიაგნოსტიკური ინფორმაციულობა პ.ი.ფ. მეთოდისა დაკავშირებულია იმასთან, რომ მისი დახმარებით აღმოჩნდება არა მარტო კორპუსკულური, არამედ ქლამიდიის ხანადი ანტიგენები. ეს მეთოდი არ არის დამოკიდებული ტინტორალური თავისებურების შესახლო ცვლილებებზე. ინფექციის ეტიოტროპული თერაპიის ფონზე. ამ დროისათვის პირდაპირი იმუნოფლოგოლოგის ცენსია (პ.ი.ფ.) და არა პირდაპირი იმუნოფლოგოლოგის ცენსია (ა.ი.ფ.) მეთოდები გამოიყენება ფართოდ. სხვადასხვა ავტორის აზრით მგრძობილობა აღნიშნული მეთოდისა არის 80-100%, სპეციფიურობა 96-100%.

3) იმუნოფერმენტული ანალიზი ტექნიკურად მარტივ, სპეციფიურ, მაღალმგრძობიარე და სწრაფად ჩატარებად მეთოდს წარმოადგენს. ამ მეთოდის ჩასატარებლად გამოიყენება რეაქტივების ანაწყობი Chlamydiazyme ფირმა Abbott (აშშ) და Chlamydia - antigen ELISA ფირმა Medac Diagnostica (გერმანია). ეს ტესტი წარმოადგენს მყარფაზიან იმუნოფერმენტულ ანალიზს ქლამიდიის ანტიგენის აღმოსაჩენად. ანალიზის ჩატარება უნდა მოხდეს მკაცრად

ინსტრუქციის მიხედვით. ამ მეთოდის მგრძობელობა და სპეციფიურობა არის შესაბამისად 65-70% და 90-100%.

Chlamydia trachomatis გამოყოფა უჯრედოვან კულტურაში გამოიყენება მრავალი ქვეყნის მიერ, იგი მიღებულია, როგორც "ოქროს სტანდარტი" დიაგნოსტიკაში. პირველი ეს მეთოდი J.B.Gordon და A.L.Quan-მა მოგვაწოდა 1965 წ. კულტურაში გამოყოფა მაღალმგრძობიარე და სპეციფიურია. K.T.Ripa-მ აღნიშნა ამ მეთოდის მგრძობელობის შეზღუდულობა 10-15% მამკაცებში (ურეთრიტიზის) და 20-25% ქალებში (ცერვიციტიზის).

4) **მოლეკულურ-ბიოლოგიური მეთოდი.** მოლეკულური ბიოლოგიის მეთოდების სრულყოფამ თავისი გავლენა იქონია ქლამიდიოზის დიაგნოსტიკაზეც. მოლეკულური დიაგნოსტიკების მეთოდი დაუმჯობურებულია *Ch.trachomatis* ოლიგონუკლეოტიდური დნმ-ის ან რიბოსომალური რნმ-ის განსაზღვრაზე. სენდვიჩ-ჰიბრიდიზაციის წინასწარ ცდებში დაინფიცირებულ ქლამიდიურ უჯრედებზე ცდა მიდიოდა სპეციფიკურად. სპეციფიურობა იყო 85%-ში, მგრძობელობა - 87%-ში. ამ მეთოდის გამოყენებისას გათვალისწინებულ უნდა იყოს ის, რომ სხვა მიკრობიოლოგიურ ლაბორატორიული წინდახედულობების გარდა უნდა მოვახდინოთ სხვა პათოგენების პროტეინებისა და დნმ-ს არსებობასთან სრული იზოლაცია. ამ მიზნით აუცილებელია გამოკვლევის სხვადასხვა ეტაპის იზოლაცია სხვადასხვა ოთახში, რაც ამ მეთოდის ფართოდ დანერგვას უშლის ხელს.

5) **სეროლოგიური მეთოდის გამოყენება** მწვავე ქლამიდიური ინფექციის დიაგნოსტიკებაში დღეისათვის შეზღუდულია. არც ერთი მათგანი არ არის სასურველი და ეფექტური ქვედა გენიტალურ ტრაქტის ან კონიუქტივიტის *Chlamydia trachomatis* ინფექციების დიაგნოსტიკისათვის. ინფექციის გადატანის შემდეგ შრატის ანტიხსეულები მდგრადია, ტოვებენ რა ქლამიდიური ანტიხსეულს იმ პირთა უმრავლესობაში, რომლებიც ამჟამად აღარ არიან ინფიცირებული. ერთეული შრატის ნიმუშზე ჩატარებული ვერცერთი ხელმისაწვდომი ტესტი ვერ უზრუნველყოფს *Chlamydia trachomatis* მიმდინარე ინფექციის ზუსტ დიაგნოსტიკას. თუ IgG ანტიხსეულების (ტიტრი > 1:256) დიდი რაოდენობის აღმოჩენამ შეიძლება დაადასტუროს LGV-ის ბავშვთა პრეპონიის, სალპინგიტის, პერიპეპატიტისა და ეპიდიდმიტის დიაგნოზი, IgM (შრატის ტიტრი > 1%32) უფრო ფასეულია. დიაგნოსტიკური ჭეშმარიტების მიღება შეიძლება წვეტილ შრატში სეროკონვერსიის დემონსტრირებით, რაც იმითადად მიიღწევა.

ზემოთ განხილული მეთოდებიდან თითოეულ მათგანს აქვს თავის ღირსებანი და უარყოფითი მხარეები. ციტოლოგიური მეთოდი შედარებით მოძველებულია ნაკლებად ინფორმატულია და გამოიყენება სადიაგნოსტიკოდ მხოლოდ მწვავე შემთხვევებში. იმუნოფლუორესცენციული მეთოდი საჭიროებს სპეციალურ მოწყობილობას, პასუხი სპეციფიურია და დამოკიდებულია მიკროსკოპთან მომუშავე ადამიანის გამოცდილებაზე. ამ მეთოდის მკურნალობის კონტროლად გამოიყენება შეზღუდულია. თუმცა მასალად შეგვიძლია გამოვიყენოთ სხეულის ნებისმიერი ნაწილის გამოსაკვლევადად, ადვილია ტრანსპორტირებისათვის, შენახვისათვის საჭიროებს სპეციალურ პირობებს.

იმუნოფერმენტული ანალიზი ტექნიკურად მარტივი, სპეციფიკური, მაღალმგრძობიარე და სწრაფადჩატარებადი მეთოდი საჭიროებს სპეციფიკურ

ანაწყოებს.

უჯრედთა კულტურების გამოყოფა სხეულის ნაწილიდან აღებული მასალის გამოსაკვლეველად, შენახვისას საჭიროებს სპეციალურ პირობებს. საჭიროებს ცენტრიფუგას, მასალის დამუშავება შრომატევადია, ტესტის წაკითხვა სუბიექტურია.

სეროლოგიური დიაგნოსტიკებს ვერ დაეყვრნობით იმის გამო, რომ ქლამიდიური ინფექციის გადატანის შემდეგ სისხლში კვლავ აღინიშნება ანტისხეულების არსებობა.

C.trachonatis აღმოჩენის მეთოდების მახასიათებლები

	პიფე	უჯრედთა კულტურა	იმუნოფორმ-ტული მეთოდი	პოლიმერული ჯაჭვი რეაქცია
სხეულის ნაწილები, რომელთა გამოვლენა შეიძლება	ნებისმიერი	უმრავლესობა	შეზღუდულია რეაქციის არასპეციფიურობის გამო	ნებისმიერი
მასალის სწორად აღების მნიშვნელობა	გადაწყვეტი	-	-	-
შენახვის პირობები	ხანმოკლედ - +4°C, ხანგრძლივად - 20°	+4°C 24 სთ. ხანგრძლივად აზოტში.	3-5 დღე +4°C გაყინვა ამცირებს მგრძობელობას	მცირე დროით +4°C ხანგრძლივად თხევად აზოტზე
მასალის აღებს აღექვტურობის შემოწმება	ნაცხები მოწმდება ტესტირებისას	არ არის პრაქტიკაში	არ არის პრაქტიკაში	ისაზღვრება, არის თუ არა ღნმ
სპეციალური მოწყ. საჭიროება	ლუმინეს-ცენტრიული მიკროსკოპი	ცენტრიფუგა	ИФА-ს ანაწყოები	ამპლიფიკატორი და მოწყობილობა ელექტროფორეზისთვის
მასალის დამუშავება	მარტივი	შრომატევადი	ახალი ტესტებისათვის მარტივდება	საჭიროებს მკაცრ სიფორზილეს, რომ არ მოხდეს ღნმ-ის კონზამინირება
ტესტის წაკითხვა	სუბიექტური და დამდღღელი	სუბიექტური, ზომიერად დამდღღელი	ეპიექტური მარტივი	ობიექტური მარტივი
შედეგის შემოწმების საშუალება	განმეორებითი შემოწმება	-	ტესტის გამეორება	ხელმეორედ შემოწ. ან ენდონუკლეოზით გადაზარშვა
შედეგი დამოკიდებულია	მიკროსკოპის ტის გამოცდილებაზე	უჯრედული კულტურის მგრძობელობაზე	ტესტის სიძლიერეზე	კარგი კონტროლისა და კონტამინაციის არარსებობაზე
მკურნალობის კონტროლად გამოყენება	შეზღუდულია	რეკომენდებულია	შეზღუდულია	არ არის პრაქტიკ.
უნარი შტამის ხელ შეწყობისა	არა	დიახ	არა	არა

მოლეკულურ-ბიოლოგიური მეთოდისას, საჭიროა მასალის სწრაფი გადატანა

ან შენახვა დაბალ ტემპერატურაზე, საჭიროებს ამპლიფიკატორსა და მოწყობილობას ელექტროფორეზისათვის, საჭიროა მკაცრი სიფრთხილე, რომ არ მოხდეს დნმ-ის კონტრამინირება.

როგორც აღინიშნა, ქლამიდიური ინფექციის აღმოჩენის მრავალი მეთოდია მოწოდებული. ჩვენთვის ხელმისაწვდომი გახდა იმუნოფერმენტული გამოკვლევის მეთოდი ELISA.

ყოველივე ზემოთ ნათქვამის გათვალისწინებით ჩვენ გადაწყვიტეთ ჩვენთვის ხელმისაწვდომი იმუნოფერმენტული გამოკვლევის მეთოდის ELISA-ს გამოყენება, რომლის შესახებაც ინფორმაციას უფრო კრცლად შემდგომ ნაშრომებში შემოგთავაზებთ.

ლიტერატურა:

1. В.П.Сметник, Л.И.Тумилович. "Неоперативная гинекология". Руководство для врачей. Медицинское информационное агентство. Москва 1999, С. 393-399.
2. "Медицинская микробиология". Учебная литература для студентов медицинских вузов и врачей. ГЕОТАР, Медицина, С. 529-537.
3. Konnennan E.W., Allen D.S. et al."Diagnostic Microbiology". 5th Edition. Lippincott, Philadelphia. New York. P. 1261-1265.
4. "Инфекции, передаваемые половым путем". II. 1999. P. 55-61.

Г.Долидзе, М.Ивериели, Н.Мерабишвили, М.Хуцишвили ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ОБНАРУЖЕНИЯ ХЛАМИДИЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ РЕЗЮМЕ

В статье говорится о диагностических методах, которые используются во время инфекционных болезней, вызванных хламидией. Мы постарались рассказать вкратце о них (методах) и подчеркнуть их достоинства и недостатки. Мы хотим прояснить, почему выбрали метод ELISA.

Dolidze G., Iverieli M., Merabishvili N., Khutsishvili M.

S U M M A R Y

The article speaks about diagnostic methods of chlamidie infection diseases. We've attempted briefly describing each and emphasizing its strong and weak points, to explain the reasons why ELISA method was chosen.

ხ.დუნდუა, მ.კიკნაძე, მ.სულაქველიძე
მარცხენა პარაკუჭის ჰიპერტროფიის განვითარების
რისკ-ფაქტორები ქრონიკულ ქემოდიალიზში მყოფ
პაპილარულ მენინჯიტიში

თსსუ, თერაპიაში სპეციალიზაციის კათედრა

ქრონიკულ ქემოდიალიზზე მყოფ ავადმყოფებში ყველაზე ხშირ კარდიო-
ვასკულურ გართულებას მარცხენა პარაკუჭის ჰიპერტროფია წარმოადგენს,

რომელიც განიხილება როგორც სხვა კარდიოვასკულური გართულებების წინაპირობა და პროგნოზული მაჩვენებელი.

წინამდებარე ნაშრომის მიზანს შეადგენდა ქრონიკულ ჰემოდიალიზზე მყოფ ავადმყოფებში მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის განვითარების არაკლასიკური (კლასიკურია არტერიული ჰიპერტენზია) რისკ-ფაქტორების გამოვლენა.

ჩვენს მიერ შესწავლილ იყო თსსუ ცენტრალური კლინიკის დიალიზისა და დეტოქსიკაციის განყოფილებაში ქრონიკულ ჰემოდიალიზზე მყოფი 53 ავადმყოფი. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის გამოსავლენად ავადმყოფებს უტარდებოდათ ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევა (ისაზღვრებოდა მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის სისქე, პარკუჭთაშუა ძგიდე, მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური და სისტოლური დიამეტრები, მარცხენა პარკუჭის მასა, მარცხენა პარკუჭის მასის ინდექსი). პლაზმის რენინის აქტივობა ისაზღვრებოდა რადიოიმუნოლოგიური მეთოდით (N 0,2-1,6 ნგ/მლ/სთ).

იმასთან დაკავშირებით, რომ არაჰემოდინამიკური ფაქტორებიდან მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის განვითარებაში რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის აქტიურობა უნდა თამაშობდეს გარკვეულ როლს.

მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიასა და პლაზმის რენინის აქტივობას შორის კორელაციის დასადგენად პაციენტები განაწილდნენ 3 ჯგუფში: პლაზმის რენინის ნორმალური (1), ზომიერად მომატებული (2) და მაღალი აქტივობის მქონე (3) ჯგუფებში.

ავადმყოფთა უმეტეს ნაწილს (46,2%) პლაზმის რენინის ზომიერად მომატებული აქტივობა ჰქონდა (3.1 0,1 ნგ/მლ/სთ). შემდგომ ადგილზეა ავადმყოფები პლაზმის რენინის ნორმალური აქტივობით (35,9%) (1,5 0,1 ნგ/მლ/სთ). დანარჩენ პაციენტებში (17,9%) პლაზმის რენინის მაღალი აქტივობა გამოვლინდა (4.4 0,2 ნგ/მლ/სთ). პლაზმის რენინის ზომიერად მომატებული აქტივობის მქონე ავადმყოფები ქრონიკულ ჰემოდიალიზზე მეტ ხანს იმყოფებოდნენ, ვიდრე პაციენტები პლაზმის რენინის მაღალი აქტივობით. ეს მიანიშნებს, რომ ქრონიკული ჰემოდიალიზი დადებით როლს თამაშობს რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის ფუნქციის რეგულირებაში, თუმცა მის სრულ ნორმალიზებას ვერ უზრუნველყოფს.

უნდა აღინიშნოს, რომ ჩვენს მიერ გამოკვლეულ კონტიგენტში ავადმყოფები პლაზმის რენინის დაბალი და ძალიან მაღალი აქტივობით არ არსებობდნენ განსხვავებით უცხოელ ავტორთა მონაცემებისაგან, სადაც პლაზმის რენინის აქტივობა $0,37 \pm 0,1$ -დან $12,9 \pm 2,9$ ნგ/მლ/სთ-დე აღწევდა [Vlahakos DV., Hahalis G. et al. (1997)]. ამის მიზეზი, ალბათ, კავასილებში, ისევე როგორც ზანგებში [გ.ბ. კიკნაძე, ნ. ი. ტატიშვილი (1992)], პლაზმის რენინის შედარებით დაბალი აქტივობაა.

პლაზმის რენინის აქტივობის მატებასთან ერთად მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის მონაცემების (პმმ, უპს, მპმ, მპმმ) ზრდის ტენდენცია აღინიშნა, თუმცა განსხვავება სტატისტიკურად არასარწმუნოა ($P=0,20$).

მსუბუქი და ძალიან მძიმე არტერიული ჰიპერტენზიის, დიალიზური კარდიომოპათიის დროს პლაზმის რენინის აქტივობის დონესა და მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის მახასიათებლებს შორის ნანახი იქნა დადებითი კორელაცია. არტერიული წნევის მატებასთან ერთად კორელაციაც გაძლიერდა. მართლაც, მსუბუქი არტერიული ჰიპერტენზიის დროს კორელაცია სუსტად

დადებითი იყო ($F_{mpmi-pra}=0,20$ $P<0,05$), ძალიან მძიმე არტერიული ჰიპერტენზიის დროს კი ნანახი იქნა მკვეთრად დადებითი კორელაცია ($F_{mpmi-pra}=0,80$ $P<0,001$). ზომიერი და მძიმე არტერიული ჰიპერტენზიის დროს ზემოაღნიშნული კორელაცია უარყოფითი იყო.

ლეტალობის მაჩვენებელი პლაზმის რენინის ძალადი აქტივობის მქონე ჯგუფში (28,6%) აღემატებოდა პლაზმის რენინის საშუალო აქტივობის მქონე ჯგუფის ლეტალობის მაჩვენებელს (22,2%). პლაზმის რენინის ნორმალური აქტივობის დროს ჩვენი დაკვირვების პერიოდში ლეტალური გამოსავალი არ დაფიქსირებულა.

ის, რომ მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიასა და პლაზმის რენინის აქტივობას შორის არსებობდა დადებითი კორელაცია, აგრეთვე, პლაზმის რენინის აქტივობის მატებასთან ერთად იზრდებოდა ლეტალობის პროცენტული მაჩვენებელი, პლაზმის რენინის ძალადი აქტივობის, როგორც მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიისა და აგრეთვე სხვა კარდიოვასკულური გართულებების და სიკვდილიანობის რისკ-ფაქტორზე მეტყველებს.

მარცხენა პარკუჭის სტრუქტურაზე, გარდა პლაზმის რენინის აქტივობისა, გავლენას ახდენს სხვა ფაქტორებიც. ასეთ ფაქტორებს განეკუთვნებიან დიალიზთაშორისი წონის ნამატი, პროტეინემია და ჰემატოკრიტი.

ჰიპერტროფირებულ მარცხენა პარკუჭსა და დიალიზთაშორისი წონის ნამატს შორის დამოკიდებულების შესწავლით, დადებითი კორელაცია გამოვლინდა როგორც ნორმალური არტერიული წნევის დროს, ასევე არტერიული ჰიპერტენზიის არსებობისას ($P<0,05$).

დადებითი კორელაცია აღინიშნა მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიასა და ჰიპოპროტეინემიას შორისაც.

რაც შეეხება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის მახასიათებლებსა და ჰემატოკრიტს შორის დამოკიდებულებას, ჩვენი შედეგებით დადებითი კორელაცია ნანახი იქნა მძიმე არტერიული ჰიპერტენზიის დროს.

ჩატარებული გამოკვლევები საფუძველს გვაძლევს დავასკვნათ, რომ ქრონიკულ ჰემოდიალიზზე მყოფ ავადმყოფებში მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის განვითარების არაჰემოდინამიკურ რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს პლაზმის რენინის მომატებული აქტივობა, დიალიზთაშორისი წონის ნამატი, ჰიპოპროტეინემია და ანემია, რომლებიც არტერიულ ჰიპერტენზიასთან ერთად ან მისგან დამოუკიდებლად იწვევენ ან აღრმავენ მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიას და განაპირობებენ არასასურველ პროგნოზს.

ლიტერატურა:

1. Vlahakos D. V, Hahalis G, Vassilocos P, Katerina P. Marathias, Stefanos Geroulanos. Relationship Between Left Ventricular Hypertrophy and Plasma Renin Activity in Chronic Hemodialysis Patients. *J Am Soc Nephrol* 1997; 8: 1764-1770
2. არტერიული ჰიპერტენზია. კიკნაძე გ.ბ., ტატიშვილი ნ.ი., ჯავაშვილი გ.უ., ბრეგვაძე მ.ს. თბილისი "ვერიკა" 1992; გვ. 43-58
3. Wizemann V, Timio M. Dialysis schedule-related fluid state and cardiovascular effects. *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13[Suppl 6]: 91-93
4. Locatelli F, Conte F, Marcelli D. The impact of haematocrit levels and erythropoietin treatment on overall and cardiovascular mortality and morbidity –the experience of the Lombardy Dialysis Registry. *Nephrol Dial Transplant* (1998)13: 1642-1644

Дундуа Х., Кикнадзе М. Сулаквелидзе М.
**РИСК-ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИИ ГИПЕРТРОФИИ
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА СРЕДИ БОЛЬНЫХ НА
ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ.
РЕЗЮМЕ**

Нами были обследованы 53 больных на хроническом гемодиализе (ХГ). Сумируя анализы, мы пришли к выводу, что среди больных на ХГ негемодинамическими риск-факторами развития гипертрофии левого желудочка сердца являются повышенная активность ренина плазмы, прирост междиализной массы, гипопротсинемия и анемия, которые вызывают или усугубляют гипертрофию левого желудочка сердца.

Dundua Kh. Kiknadze M. Sulaqzelidze M.
**RISK-FACTORS OF LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY IN
CHRONIC HEMODIALYSIS PATIENTS
SUMMARY**

Evaluating 53 patients being in chronic hemodialysis (CHD), we found that risk factors of left ventricular hypertrophy (LVH) are plasma renin activity, interdialysis weight gain, hypoproteinemia and anemia. The abovementioned predictors could be cause or deep LVH.

თ.ებანოძე, ლ.გამყრელიძე, ნ.კილაძე
**მესტენცილინი ათაშანგის მკურნალობაში
თსსუ, დერმატოლოგიის და ვენეროლოგიის კათედრა**

ბოლო წლებში აღინიშნება ათაშანგით დაავადებულთა რიცხვის ზრდა. სახიფათოა ის, რომ ავადმყოფობის პროცენტი გაზრდილია ახალგაზრდებსა და მოზარდებს შორის, ასევე მრავალი შემთხვევაა თანდაყოლილი ათაშანგის. ამიტომ ცხადია ის, რომ ათაშანგის მკურნალობას ენიჭება უმნიშვნელოვანესი როლი.

ათაშანგის ძირითად სამკურნალო პრეპარატს წარმოადგენს პენიცილინი, და მისი წარმოებულები. განსაკუთრებული ყურადღება ენიჭება ათაშანგის მკურნალობისას შემოკლებულ მეთოდს, და ასევე საშუალებას მკურნალობა ჩატარდეს ამბულატორიულ პირობებში, აქედან გამომდინარე ეფექტურობის შეფასების მიზნით ჩვენ ავირჩიეთ პრეპარატი – ექსტენცილინი. (Рон-Пуленк Рорер – საფრანგეთი).

ექსტენცილინი – პრეპარატ ბენზანთილპენიცილინი G-ს კომპლექსული დასახელებაა. პრეპარატის პროლონგირებული მოქმედება მდგომარეობს იმაში, რომ იგი წარმოადგენს ბენზილპენიცილინის მარილის ორმაგ ვაკვებს, რომელიც

კუნთოვან ქსოვილში შეყვანის დროს განიცდის ჰიდროლიზს, და თავისუფალი ბენზილპენიცილინის მოლეკულა მუდმივად და თანდათან ხვდება სისხლში.

ექსტენცილინი (ბენზატინ ბენზილპენიცილინი) - თეთრი ფხვნილია რომელიც დაფასოვებულია 1,2 მლნ ედ და 2,4 მლნ ედ ფლაკონებში.

ექსტენცილინი თავის მხრივ წარმოადგენს ბეტა-ლაქტამების ოჯახის, პენიცილინების ჯგუფის და პენიცილინი - G-ის ბაქტერიოციდულ ანტიბიოტიკს.

პრეპარატის 2,4 მლნ ედ ხსნიდნენ 8 მლ. წყალში და შეჰყავდათ 4-4 მლ სათითაოდ დუნდულების კუნთებში. თუ საჭირო იყო მეორე ინექცია, იგი კეთდებოდა პირველიდან შვიდი დღის შემდეგ.

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა ათამანგით დაავადებული 47 ავადმყოფი (31 მამაკაცი და 16 ქალი 24 დან 39 წლამდე). პირველადი სერონეგატიური ათამანგის დიაგნოზი ჰქონდა 7 ავადმყოფს. პირველადი სეროპოზიტიური 20 ავადმყოფს. მეორადი ახალი ათამანგი - 13 და მეორადი რეციდიული - 5-ს, ლატენტური - 2 ავადმყოფს.

ექსტენცილინი შეჰყავდათ (2,4 მლნ ედ) შემდეგი სქემით: ათამანგის პირველადი სერონეგატიური და პრევენტიული მკურნალობა ტარდებოდა ერთჯერადი შეყვანით პირველადი სეროპოზიტიური და მეორადი ახალი ათამანგი ორჯერადი შეყვანა 7 დღიანი ინტერვალით. მეორადი რეციდიული ათამანგი - პრეპარატი შეყავდათ სამჯერადად. დამატებითი მკურნალობა ავადმყოფებს არ უტარდებოდათ. მკურნალობის პერიოდში ყველა ავადმყოფს დინამიკაში იკვლევდნენ ესრ-ით, ექსპრეს მეთოდით (RPR), TRHA.-თი ექსტენცილინის შეყვანის შემდეგ გამწვავების რეაქცია აღენიშნებოდა 47 ავადმყოფიდან 44-ს.

ზედაპირული ეროზირებული ელემენტებიდან მკრთალი ტრეპონემების გაქრობის პერიოდი წამლის შეყვანიდან წარმოადგენს საშუალოდ 8 საათს. ეროზიული შანკრები ეპითელიზაციას განიცდიან საშუალოდ 6 დღის განმავლობაში. წყლულოვანი - 10 დღის. როზეოლების გაქრობა მოიცავდა 5 დღეს. პაპულები სხეულის ზედაპირიდან ქრებოდა - 13 დღის, თავის თმისანი არიდან 9 დღის განმავლობაში.

სისხლის სტანდარტული სეროლოგიური რეაქციების ნეგატივიზაცია მიმდინარეობდა შემდეგნაირად: პირველი თვის განმავლობაში 4 ავადმყოფი, მეორე თვის 20 ავადმყოფი. 4 თვის განმავლობაში დაკვირვების ქვეშ მყოფი ავადმყოფების 80%.

ახალი სიფილისის დროს ნეგატივიზაცია არ მომხდარა 1 ავადმყოფში, მიუხედავად იმისა, რომ 8 თვის განმავლობაში ანტისხეულების ტიტრმა დაიკლო 1 : 80-დან, 1:5 მდე. მეორე ხანის რეციდიული სიფილისის დროს, ასევე ნეგატივიზაცია არ მომხდარა 1 ავადმყოფში, ტიტრის შემდეგნაირად ცვლილებით 1:160 დან 1:20 მდე. არც ერთ ავადმყოფში დაკვირვების, როგორც ხანმოკლე ასევე ხანგრძლივი დროის განმავლობაში არ აღინიშნებოდა რაიმე გვერდითი მოვლენები. პრეპარატის ამტანობა კარგი იყო. პრეპარატის შეყვანიდან 15-30 წუთის განმავლობაში ყურადღება მისაქცევი იყო მხოლოდ გარკვეული მტკივნეულობა ინექციის ადგილას.

ექსტენცილინის გამოყენების უკუჩვენებას წარმოადგენდა მხოლოდ პენიცილინისადმი აუტანლობა წარსულში, ამიტომ ყველა ინექცია კეთდებოდა კანქვეშა სინჯის შემდეგ.

ამგვარად დაკვირვებამ ცხადყო, რომ ფირმა **Рон-Пуленк Рорер** -ის მიერ გამოშვებული მედიკამენტი - ექსტენცილინი - ნამდვილად ქმნის ავადმყოფის სისხლში ანტიტრეპონემულ კონცენტრაციას 23 დღელამის განმავლობაში.

ექსტენცილინი აწარმოებს სეროლოგიური რეაქციების სწრაფ ნეგატივიზაციას. გარდა ამისა პრეპარატი შეიძლება გამოყენებული იყოს პრევენტიული მკურნალობისთვისაც.

ექსტენცილინის 1 ინექცია დოზით 2,4 მილიონ ერთ. თავიდან აცილებს კონტაქტში მყოფ ავადმყოფს სიფილისის დაავადების განვითარებას დასნებოვნების შემთხვევაში. ეს ეხება ასევე მედიცინის მუშაკებს, რომელთა შემთხვევაშიც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს პროფესიული დასნებოვნებას ავადმყოფთან კონტაქტის დროს.

ყველა ჩამოთვლილი თვისება ექსტენცილინს ახასიათებს, როგორც საუკეთესო პრეპარატს სხვადასხვა ფორმის სიფილისის სამკურნალოდ ამბულატორიულად ჰოსპიტალიზაციის გარეშე. ის ძალიან მოხერხებულია და ეკონომიურია.

ლიტერატურა

1. მაშვილისონი ა. მეოთხური რეკომენდაცია ექსტენცილინით მკურნალობისას, 1994წ.
2. პოტეკაევი ნ. ექსტენცილინის გამოყენება სიფილისის სხვადასხვა ხანის სამკურნალოდ, 1994 წ.

Эбанойдзе Т., Гамкрелидзе Л., Киладзе Н.

ЭКСТЕНЦИЛИН В ЛЕЧЕНИИ СИФИЛИСА

Р Е З Ю М Е

За последние годы отмечается значительный рост числа больных сифилисом, настораживает появление больных врожденным сифилисом и очень высокий процент заболеваемости среди молодежи и подростков, поэтому вполне понятно, что лечение больных сифилисом имеет огромное значение.

Основным препаратом, для лечения больных сифилисом в настоящее время является пеницилин и его производные.

Особое внимание уделяется укороченному методу лечения, а также возможности лечения в амбулаторных условиях. Таким препаратом является Экстенцилин (фирма «Рон-Пуленк Рорер», Франция), который хорошо переносится больными, не вызывает побочных явлений, экономичен и удобен в применении.

Ebanoidze T. , Gamkrelidze L., Kiladze N
USING EXTENCILLIN IN TREATMENT OF SYPHILIS

S U M M A R Y

During last years the number of patients with syphilis was considerably increased, especially objectionable is growth of disease among teenagers and appearance of congenital syphilis. That's why the treatment is the problem of great importance.

The main preferred drug used for treatment of all stages of syphilis is penicilin and it's derivatives. The short-term treatment and treatment provided in out-patient

clinic are highly desirable. One of useful and recommended drugs is extencillin(France), which has no side-effects, well endured, economic and handy.

თებანოიძე, ნ.კილაძე
საყოფაცხოვრებო ალერგენების როლი კონტაქტური
დერმატიტის განვითარებაში
ოსსუ, დერმატოლოგისა და ვენეროლოგის კათედრა

კონტაქტური დერმატიტი წარმოადგენს კანის ერთ-ერთ გავრცელებულ დაავადებას. კონტაქტური დერმატიტის ორი ტიპიდან უფრო გავრცელებულია უბრალო, ანუ არტიფიციალური კონტაქტური დერმატიტი, რომელიც წარმოადგენს კანის ნორმალურ რეაქციას შექანიკურ, ფიზიკურ, ქიმიურ და ბიოლოგიური ფაქტორების, როგორც გამაღიზიანებლების მაღალი კონცენტრაციით მოქმედებისა. უკდ შეიძლება განუვითარდეს ნებისმიერ ადამიანს. ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან პირველ ადგილზეა სუსტი გამაღიზიანებლები-წყალი, სპონი, სინთეტიური სარეცხი საშუალებები, სარეცხი ფხვნილები, საყოფაცხოვრებო ქიმიკა და სხვა.

ალერგიული კონტაქტური დერმატიტი ვითარდება გარემოში არსებული დაბალმოლეკულური ქიმიური შენაერთების (პანტენების) სენსიბილიზაციის შედეგად და წარმოადგენს შენელებული ტიპის იმუნოლოგიურ რექციას. ამჟამად, ძირითად ალერგენებს წარმოადგენს მეტალების (ნიკელი, ქრომი, კობალტი) მარილები ფორმალდეჰიდი, არომატიზატორები, კონსერვანტები- როგორც კოსმეტიკურ ისე ფარმაცევტულ წარმოებაში, ზოგიერთი ლოკალური მედიკამენტი, ქიმიური შენაერთები- რომლებიც გამოიყენებიან სხვადასხვა საყოფაცხოვრებო ნივთების წარმოებაში და სხვა.

ალერგენების გამოსავლენად და აკდ დიფერენცირებისათვის უკდ-საგან გამოიყენება აპლიკაციური ტესტები.

ჩვენი ინტერესი კონტაქტური დერმატიტის მიმართ, განსაკუთრებით კი აკდ მიმართ, გამოწვეულია რესპუბლიკაში ეკონომიკური ბაზრის ცვლილებებით. უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში ქვეყნის ეკონომიკური ბაზარი გადატვირთულია დაბალი ხარისხის საყოფაცხოვრებო ქიმიით. შესაბამისად, მოსახლეობის ყოფაცხოვრებაც სავსეა დიდი რაოდენობით ალერგენებით. ამის გამოა ალბათ, რომ კლინიკაში მოსულ აკდმყოფთა 10% მოხდის ალერგიული კონტაქტური დერმატიტით.

ნაშრომის კონკრეტულ ამოცანას წარმოადგენს ალერგიული კონტაქტური დერმატიტით დაავადებულთა გამოკვლევა და იმ ალერგენების დაფიქსირება, რომლებიც უფრო ხშირად გვხვდება ცხოვრებაში, რომ აცილებულ იქნეს თავიდან მწვავე და ქრონიკული დერმატიტების წარმოშობა ან გამწვავება მისი შემდგომი წარმატებული მკურნალობისათვის.

ჩვენს მიერ აპლიკაციური ტესტებისათვის გამოყენებულ იქნა ევროპული სტანდარტული სერიის ალერგენები, რომელსაც უშეუბნ. ფირმა „Chemotechnique Diagnostics AB“- შეუდგო.

პიპოალერგიული პლასტირის საშუალებით 23 ალერგენი (ცხ. 2) თავსდება ზურგის კანზე. პლასტირი ტცილდება 48 სთ-ის შემდეგ და ხდება პირველი

პასუხის დაფიქსირება. საბოლოო შედეგი დგინდება კვლევის დაწყებიდან მე-5 დღეს. პასუხების შედარება ხდება შემდეგნაირად : სუს-ტად დადებითი + (ერთემა და შემუპება), დადებითი ++ (ერთემა, შემუპება და ვეზიკულაცია), მკვეთრად დადებითი +++ (ინტენსიური ერთემა, შემუპება ბუშტუკებით ან ყროზიით).

უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში ჩვენს მიერ გამოკვლეული პაციენტები დიაგნოზის მიხედვით ნაწილდებოდნენ შემდეგნაირად (ცხ.1). ჩვენს მიერ გამოკვლეული იქნა 50 ავადმყოფი. საბოლოო კლინიკური დიაგნოზი დასმულ იქნა ეპიკუტანური ტესტების ჩატარების შემდეგ.

ცხრილი №1

დიაგნოზი	ავადმყ. რაოდენობა
ალერგიული კლ	16
უკლ	7
ატოპიური დერმატიტი	6
ჰინჰრის ციება	8
ეგ ზემა	10
დისპიდრონული ეგ ზემა	13

ცხრილი №2

№	სტანდარტული სერიის ალერგენები	დადებითი პასუხები
1.	კალიუმის დიქრომატი	7
2.	პარაფენილ დიამინი	2
3.	თიურამი	-
4.	ნეომიტინის სულფატი	1
5.	კობალტის ქლორიდი	7
6.	ბენზოკაინი	2
7.	ნიკელის სულფატი	3
8.	კინოლონები	1
9.	კანიფოლი	3
10.	პარაბენები	5
11.	იზოპროპილ ფენილდიამინი	2
12.	ლანოლინი	3
13.	მერკაპტოშენაერთები	-
14.	ეპოქსიდის ფისი	1
15.	პერუს ბალზამი	1
16.	ბუტილფენოლფორმალდეჰიდი	2
17.	მერკაპტოპენზოთიაზოლი	-
18.	ფორმალდეჰიდი	2
19.	არომატიზატორები	7
20.	სესკვიტერპენები	3
21.	კვატერნიუმ-15	3
22.	პრიმინი	1
23.	კათონი	1

ალერგენები რომლის მიმართ გამოვლინდა განსაკუთრებული სენსიბილიზაცია, წარმოადგენს ნიკელის, ქრომის, კობალტის მარილებს, ფორმალდეჰიდს, არომატიზატორებს. ყველაზე ხშირად სენსიბილიზაცია აღენიშნებოდათ პაციენტებს ნიკელის მიმართ (13 ავადმ.). ნიკელი – ეს ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ალერგენია მსოფლიოში, განსაკუთრებით ქალებს შორის, რადგან ის შედის ისეთ საგნებში, რომლებიც კანთან მჯიდრო კონტაქტშია. (საათის სამაჯურები, ელვა შესაკრავები, ჯინსების აქსესუარები, ბიჟუტერია და სხვა) საიდანაც ნიკელი გამოიყოფა ოფლის ზემოქმედებით. სენსიბილიზაციის მხრივ მეორე ადგილზეა ფორმალდეჰიდი, რომელიც წარმოადგენს ძლიერ ალერგენს, რადგან შედის სხვადასხვა საყოფაცხოვრებო პროდუქტებში. ტექსტილ პროდუქტებში, სარემონტო საშუალებები, შამპუნები, სარეცხი საშუალებები, რომლებიც გამონათავისუფლებენ ფორმალდეჰიდს. (10 ავადმყოფი). ჩატარებული გამოკვლევა ცხადყოფს, რომ ფორმალდეჰიდი წარმოადგენს მნიშვნელოვან ალერგენს რესპუბლიკაში. მაღალია სენსიბილიზაციის მაჩვენებელი ისეთი ალერგენის მიმართ როგორცაა არომატიზატორები (14). მათ შეიცავს თითქმის ყველა კოსმეტიკური ნაწარმი, საკვები პროდუქტები, საყოფაცხოვრებო ქიმიკატები. ასეთი ნაწარმის მაღალი იმპორტიდან გამომდინარე, მოსალოდნელია მოსახლეობის სენსიბილიზაციის გაზრდა მომავალში.

მნიშვნელოვან ალერგენს წარმოადგენს აგრეთვე: პარაბენები (8 ავადმყოფი) როგორც კონსერვანტები, პარაფენიკ ღიაიმინი (2 ავადმყოფი), რომლის ძირითადი წყაროა თმის საღებავი. კანიფოლი –ქიმიური შენაერთი ფიჭვის ფისზე (3 ავადმყოფი) რომელიც შედის კოსმეტიკურ ნაწარმში – ტურის პომადა, მშრალი სუნამოები და სხვა. ლეიკობლასტირები, მწებავი და ჩვეულებრივი ქალაღდი.

ლიტერატურა

1. Friedmann P.S. Contact and atopic eczema. Br. Med. J. 1998
2. Krasteva M. Dupong M. Chabeau G. et al. Patch testing with allergen mixes. Eur. J. Dermatol, 1996.
3. Fisher T Kihlman I. Patch testing technique. J. Am. Acad. Dermatol, 1989.

Эбаноидзе Т., Киладзе Н.

РОЛЬ БЫТОВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ В РАЗВИТИИ КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА РЕЗЮМЕ

С целью диагностики аллергического контактного дерматита (АКД) аппликационные тесты были сделаны 50 больным. Для эпикутанных тестов применяли аллергены Европейской стандартной серии, выпускаемые фирмой Chemotechnique Diagnostics AB (Швеция). Наибольшая сенсibilизация отмечалась по отношению к никелю, лихромату калия, кобальтовому хлориду, кватерниум-15 парафенилен диамину и кашифолу. Проведенное нами исследование показало существенную роль бытовых аллергенов в развитии АКД. Эпикутанные тесты со стандартизованными аллергенами позволяют в большинстве случаев выяснить причину заболевания. Воздержание от контакта с аллергеном и регулирование концентрации сенсibilизирующих веществ в среде, в том числе с содержанием гантенов в

товарах ежедневного потребления, являются основными профилактическими мероприятиями при АКД.

Ebanoidze T., Kiladze N.

IMPORTANCE OF DOMESTIC ALLERGENE IN THE DEVELOPMENT OF ALLERGIC CONTACT DERMATITIS.

S U M M A R Y

With a view of allergic contact dermatitis in 50 patients were applied skin application tests of European standard series produced by "Chemotechnique Diagnostics AB", Sweden.

High rate of sensitivity was marked to nickel, potassium dichromate, cobalt chloride, kvaternium-15, colophony, paraphenilen diamin and cobalt chloride. Analysis shows the essential importance of domestic allergens in the development of allergic contact dermatitis. Cutaneous tests with standard allergens in the majority of cases give show the cause of disease. The main way of prevention is limitation of contact and regulation of concentration of allergens in environment including gaptens and those in dairy products.

ლ. ერისთავი, ვ. კუჭუხიძე, დ. ჭინჭარაძე საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის სტეროიდული შენაერთებებში მდებარე მათი გამოყვანების მიზნით თსსუ, ფარმაკოგნოზის კათედრა

თანამედროვე სამკურნალო საშუალებათა ნომენკლატურიდან სტეროიდული პრეპარატები წარმატებით გამოიყენება მრავალი დაავადების საწინააღმდეგოდ.

აღნიშნულ საშუალებებზე დიდმა მოთხოვნილებამ განაპირობა სტეროიდების შემცველი საწარმოო ნედლეულის ძიება. ამ მიზნით თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფარმაკოგნოზის კათედრაზე ჩატარდა მიზანმიმართული კვლევები რიგი შრომანაირთა (Liliiflorae) საქართველოში მოზარდ 180 სახეობაზე. სტეროიდულ შენაერთთა შემცველობა დადგინდა 80-ზე მეტ მცენარეში.

მოწითალო ხახვიდან - *Allium erubescens* C. Koch. გამოყოფილი და სტრუქტურულად დადგენილია სპიროსტანის რიგის 8 სტეროიდული შენაერთი:

β - ქლოროგენინი - 6 - 0 - ბენზოატი, დიოხგენინი, β - ქლოროგენინი, ავიგენინი,

3 - 0 - [β - D - გლაქტოპირანოზილ] - β - ქლოროგენინი, 3 - 0 - [β - D - გლუკოპირანოზილ - (1 → 4) - 0 - β - D - გლაქტოპირანოზილ] - β - ქლოროგენინი,

3 - 0 - [β - D - გლუკოპირანოზილ - (1 → 3) - 0 - β - D - გლუკოპირანოზილ -

(1 → 4) - β - D - გლაქტოპირანოზილ] - (25 R) - 5 α - სპიროსტან - 3 β, 6 β - დიოლი ანუ ერუბოზიდი A და 3 - 0 - [[β - D - გლუკოპირანოზილ - (1 → 3)] - [0 - β - D - გლუკოპირანოზილ - (1 → 2) - 0 - β - D -

გლუკოპირანოზილ (1 → 4) - 0 - β - D - გალაქტოპირანოზილ } - (25 R) - 5 α - სპიროსტან - 3 β, 6 β - დიოლი ანუ ერუბოზიდი B (4).

სპიროსტანული გლიკოზიდი - ერუბოზიდი A და საპოგენინი

β - ქლოროგენინ - 6 - 0 - ბენზოატი, როგორც ახალი შენაერთები რეგისტრირებულია ქ. მოსკოვის ქიმიურ შენაერთთა ბიოლოგიური გამოკვლევების სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუტში. ერუბოზიდ A -ს და ერუბოზიდ B -ს ბიოლოგიური აქტივობის შესწავლა ჩვენი მონაწილეობით მიმდინარეობდა ქ. მოსკოვის ონკოლოგიის ცენტრის ექსპერიმენტული ქიმიოთერაპიის ლაბორატორიაში და სამკურნალო მცენარეთა ინსტიტუტის ანტიმიკრობულ ლაბორატორიაში. დადგინდა, რომ ორივე გლიკოზიდს ახასიათებს მკვეთრად გამოხატული ციტოსტატიკური მოქმედება. ერუბოზიდ A დღობით 4 - 5 მგ/კგ ხუთჯერადი შეყვანისას ცხოველებში იწვევს ფილტვის ლუისის კარცინომის ზრდის შეჩერებას 86 %-ით, სარძვევ ჯირკვლის აღენოკარცინომა AK - 755 - ის 93 % და მელანომა B -16 - ის 90 %-ით. ერუბოზიდ B -ს გააჩნია შედარებით დაბალი აქტივობა აღნიშნული შტამების მიმართ (შესაბამისად - 65, 88 და 89 %). აღნიშნული შენაერთები წარმოადგენენ პოტენციურ ნედლეულს ავთვისებიანი სიმსივნის საწინააღმდეგო პრეპარატების შესაქმნელად (7). დადგინდა, რომ ორივე შენაერთს გააჩნია ფუნგიციდური აქტივობა *Candida albicans* -ის და ანტივირუსული მოქმედება გრიპის ვირუსის A - PR - 8 (HON₁) მიმართ. ერუბოზიდ A -ს ანტივირუსული მოქმედება დაცულია საავტორო მოწმობით (6).

ვალდშტიინის სახეში - *Allium waldsteinii* Don. დადგენილია სტეროიდული საპონინები 8,5 % - ის რაოდენობით, რომლის შთაავარ კომპონენტად, ანალიზის სხვადასხვა ფიზიკურ-ქიმიური მეთოდების მეშვეობით იდენტიფიცირებულია

(25 β) - 5 α - სპიროსტან - 3, 6 β - დიოლი ანუ β - ქლოროგენინი. აღნიშნული შენაერთი ნატიური სახით მცენარეული ნედლეულიდან ჩვენს მიერ პირველადაა გამოყოფილი (8). ქ. მოსკოვის ქიმიურ-ფარმაცევტული სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში განხორციელდა β - ქლოროგენინიდან დიაცეტატ 5 α - პრეგნანის სინთეზი 65 % -ის გამოსავლიანობით, რაც დიდ პერსპექტივას სახავს კორტიკოსტეროიდული ჰორმონალური პრეპარატების სინთეზის საქმეში.

გვარი *Allium* -ის სხვა სახეობებიდან გამოყოფილი და იდენტიფიცირებულია დიოსგენინი (12 სახეობა), β - ქლოროგენინი (7 სახეობა), აგრეთვე დიოქსისაპოგენინები: რუსკო - და ნეორუსკოგენინი, იუკაგენინი; პოლოქსისაპოგენინი - აგიგენინი.

გარდა ამისა, ჩატარებულია გვარი *Allium* -ის სახეობებზე ქემოტაქსონომიური მიმართულების კვლევები და დასაბუთებულია სტეროიდული საპოგენინების არსებითი მნიშვნელობა ტაქსონების განსაზღვრაში (9).

თანამედროვე ფიზიკურ-ქიმიური მეთოდების გამოყენებით გამოვლინებულია სტეროიდული შენაერთებით მდიდარი გვარები: *Asparagus*, *Ornithogalum*, *Paris*, *Polygonatum*, *Lilium*, *Convallaria*, *Smilax*, *Ruscus*. მათი სტეროიდული საპონინების ჯამურ პრეპარატებს აღმოაჩნდა ანტიბაქტერიული და ანტივირუსული აქტივობა. მცენარე ამიერკავკასიის შრომანადან - *Convallaria transcaucasica* Utkin. გამოყოფილი და სტრუქტურულად დადგენილია 4 სტეროიდული შენაერთი - დიოსგენინი, რუსკოგენინი; 25 D, 5 β -

სპიროსტან - 1 β , 3 β - დიოლი ანუ იზოროდეას-აპოგენინი და 25 L, 5 β -
სპიროსტან - 1 β , 3 β - დიოლი ანუ როდეას-
პოგენინი (10).

ფართო კვლევებია აგრეთვე ჩატარებული საქართველოში
ინტროდუქცირებული *Rhodea japonica* (Thunb.) Roth. (ოჯ. Liliaceae)
სტეროიდულ შენაერთებზე. გამოყოფილი და სტრუქტურულად დადგენილია 6
კარდენოლიდი:

3 β , 14 β - დიოქსი, 5 β - კარდ - 20 (22) - ენოლიდი ანუ
დიგიტოქსიგენინი, 3 β , 5, 14 - ტრიოქსი - 5 β - კარდ - 20 (22) -
ენოლიდი ანუ პერიბლოგენინი 3 β - (0 - α - L - რამნოპირანოზილ) - 14 β,
16 β - დიოქსი - 5 β - კარდ - 20 (22) - ენოლიდი

ანუ როდექსინ B; 3 β - (0 - α - L - რამნოპირანოზილ) - 11 α , 14
β - დიოქსი - 5 β - კარდ - 20 (22) - ენოლიდი ანუ როდექსინ A; 3 β - (0 -
α - L - რამნოპირანოზილ -

<1 → 4 > - 0 - β - D - გლუკოპირანოზილ-) 14 β, 16 β - დიოქსი - 5 β -
კარდ - 20 (22) - ენოლიდი ანუ როდექსინ C; 3 β - (0 - α - L -
რამნოპირანოზილ - <1 → 4 > - 0 - β - D - გლუკოპირანოზილ) - 11 α , 14
β - დიოქსი - 5 β - კარდ - 20 (22) - ენოლიდი ანუ როდექსინი.
აღნიშნულთაგან ჩვენს მიერ პირველად გამოყოფილი დიგიტოქსიგენინი და
პერიბლოგენინი (1).

შემუშავებულია კარდიოტონული მოქმედების პრეპარატის "როდეზიდის"
მიღების წესი. შედგენილია მისი წარმოების ლაბორატორიული რეკლამენტი და
დროებითი ფარმაკოპიის სტატიები ნედლეულსა და სუბსტანციასზე. მიღებულია
აგრეთვე საავტორო მოწმობა როდეას ფოთლების ნაყენზე (2).

"როდეზიდისა" და ნაყენის ფარმაკოლოგიური შეფასება ჩატარდა აკად. მ.
წინამძღვრიშვილის სახ. კარდიოლოგიის ინსტიტუტში. ექსპერიმენტული
გამოკვლევებით დადგინდა, რომ პრეპარატს გააჩნია მაღალი ბიოლოგიური
აქტივობა (4500-5000 კმე). ნარკოზირებულ კატებში (ცდები გული "in situ")
ინტრავენურად შეყვანილ დოზით 0, 03 მგ/კგ წონაზე ხანმოკლედ და
უძნიშვნელოდ ზრდის არტერიულ წნევას, აძლიერებს გულის შეკუმშვების
ამპლიტუდას 8 - 10 მმ-ით 80 - 100 წუთის განმავლობაში; იმედროულად
პრეპარატი აისეათებს გულის რიტმს 20 - 15 დარტყმით წუთში. პრეპარატი
ზემოაღნიშნული დოზით არ ახდენს გავლენას მიოკარდიუმის მიერ ჟანგბადის
ხარჯვაზე და იწვევს საზომლიტურ მოქმედებას, რაც გამოიხატება
კორონალური სისხლას მომოქცევის მოცულობითი სისწრაფის მატებაში 10 - 15
% -ით.

"როდეზიდის" ინტრავენური შეყვანა დოზით 0, 01 მგ/კგ წონაზე აბრკოლებს
მიოკარდის გადაღლის განვითარებას (3, 5).

ამრიგად, ჩატარებული კვლევებით სტეროიდული შენაერთები დადგენილია
რიგი შრომანაწართა (Liliiflorae) საქართველოში მოზარდ 80 - ზე მეტ
სახეობაში. გამოყოფილი და სტრუქტურულად შესწავლილია 25 სტეროიდული
შენაერთი. გამოვლენილია პერსპექტიული მცენარეული ნედლეული
კორტიკოსტეროიდული პრეპარატების სინთეზისათვის. დადგენილია ზოგიერთი
ნივთიერების ანტიამიკრობული და სინსიგენისაწინააღმდეგო მოქმედება.

დამუშავებულია კარდიოტონული მოქმედების პრეპარატის - "როდეზიდის" მიღების ხერხი.

ლიტერატურა

1. კუჭუხიძე ჯ. იაპონური როდეა - *Rhodea japonica* (Thumb.) Roth, როგორც კარდენოლიდების წყარო. სადისერტაციო მაცნე. ფარმ. მეცნ. კანდ. თბ. 1994 წ.
2. კუჭუხიძე ჯ., გაგანიძე ც., ხარებავა კ., ერისთავი ლ. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებათა სამკურნალო საშუალებების ძიების ხერხი. საპატენტენტო სიგელი სასარგებლო მოდელზე № 374 13.08.97.
3. ჭავჭავაძე თ., ხარებავა კ., ბატიაშვილი ზ. როდეზიდის გავლენა გულის შეკუმშვადობის ფუნქციაზე. ფარმაკოლოგიისა და ფარმაციის აქტუალური საკითხები რესპუბლიკური კონფერენციის მოხსენებების თეზისები. თბ. 1996 წ. გვ. 104.
4. ჭინჭარაძე დ. საქართველოში მოზარდი მოწითალო ხახვის ფიტოქიმიური შესწავლა. სადისერტაციო მაცნე. ფარმაც. მეცნ. კანდ. თბილისი. 1994 წ.
5. ხარებავა კ., ჭავჭავაძე თ., ბატიაშვილი გ., გიგიაშვილი მ. ახალი საგულე გლიკოზიდი როდეზიდი. საქ.ფიზიოლოგია მეორე ყრილობის შრომათა კრებული. თბ. 2000 წ. გვ. 190-192.
6. Чинчарадзе Д. Г., Эрстави Л. И., Вичканова С. А., Фагеева Т. Т., Петерс А. А. Способ получения 3 - 0 - [β - D - глюкопиранозил (1 → 3) - 0 - β - D - глюкопиранозил (1 → 4) - 0 - β - D - галаопиранозил] - (25 R) - 5 α - спирантан - 3β, 6β - диола // А.С. 1269483 СССР, 1986.
7. Чинчарадзе Д. Г., Эрстави Л. И., Козлов А. М. Стероидные гликозиды лука краснеющего и их противоопухолевая активность // Матер. II съезда фармацевтов Грузии. Тб. - Тбилиси, 1987. С. 286-289.
8. Эрстави Л. И., Горовиц М. Б., Абубакиров Н.К. β - хлорогенин из *Allium waldsteinii* Don. // Химия природных соединений - 1973, № 1, с. 124-125.
9. Эрстави Л. И. Стероидные соединения представителей *Allium l.* и их хроматогра-фическое изучение с целью хемосистематики рода // Мат. симл. "хроматографическое меоды в фармации". Тб. 1977, с. 130-130-136.
10. Эрстави Л. И. Стероидные сапонины Ландыша закавказского. Матер. съезда фармацевтов. Ташкент. 1975, с. 172-175.

Эрстави Л, Кучухидзе Дж, Чинчарадзе Д.

ИЗУЧЕНИЕ РАСТЕНИЙ ФЛОРЫ ГРУЗИИ НА СОДЕРЖАНИЕ СТЕРОИДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ С ЦЕЛЬЮ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

РЕЗЮМЕ

Проведсны целенаправленные исследования около 180-ти видов произрастающих в Грузии растений порядка *Liliiflorae*. Установленно содержание стероидных соединений в 80-ти видах растений. Выделенна и доказана структура 25-ти стероидных соединений. Выявлено перспективнос растительно сырье для синтеза кортикостероидных препаратов. Установленна антимикробная и противоопухолевая активность некоторых выделенных соединений. Разработан способ получения суммарного кардиотонического средства - условно названного "Родезидом".

დგადაქორია, მამამლაძე მიფრეიელი, თხარძეიშვილი
ონსტრუქტული და მხარეზი ბრამინამის თახისპრამამი
ბრალანრი კრმარინინური ბინარბით ზონრტალურ კამლია
რმსტამრანინის პრეკისში

თსსუ თერაბული სტომატოლოგიის კათედრა,
თსსუ პათოლოგიური ანატომიის კათედრა,
სტომატოლოგიისა და სამუდციონი ესოფტიკის
ქართულ-გერმანულ-ესპანური კლინიკა „უნიფენტროსი“

ფრონტალურ კბილია ესოფტიკური რესტავრაციების პროცესში (როგორც კარიესული დეფექტების დაბეჭენისას, ისე მათი ვინრებისას) მაქსიმალური კლინიკური ეფექტის მისაღწევად უდიდესა მნიშვნელობა ენიჭება კბილის მაგარ ქსოვილებსა და საბეჭენ-სარესტავრაციო მასალებს შორის მიკრომიქანიტური და ქიმიური კავშირების სიმტკიცეს. თანამედროვე კომპოზიციური საბეჭენი მასალები და ადამუზიური სისტემები კბილის არაორგანულ და ორგანულ კომპონენტებთან მჭიდროდ იბნურ და კოვალენტურ კავშირებს აძენენ. მიკრომიქანიტური კავშირის არსი კი კბილის ქსოვილებში ადუქტურული და ზომიერი რეტენციული უბნების შექმნაში და იმ სარესტავრაციო ზედაპირის პრეპარებაში მდგომარეობს, რომელზედაც შემდგომში ადამუზის აქტი უნდა განსარცივდეს. სწორედ ამიტომ, კბილის მაგარ ქსოვილია პრეპარირების სწორად ჩატარება კბილია რესტავრაციების უმნიშვნელოვანესი მომენტია (ნ.ნ.).

ბრედამირი კომპოზიციური ვინარებით ფრონტალურ კბილია რესტავრაციების პროცესში კბილის ვესტიბულურ ზედაპირს განსაზღვრული ფორმა ეძლევა, რაც საჭირო ზომის ფორმის და შემადგენლობის ბირთა მონაცვლეობით გამოიყენება სხოლობის პრაქტიკულ სტომატოლოგიაში სხვადასხვადასპერსოლობის მქონე აღმასის და მდალი შენადნობის მეტალის ბორები გამოიყენება, რომლებიც ფრონტალურ კბილია ვესტიბულურ ზედაპირს მნ მ-დან მნ მ-მდე სისქის მინანქრის შრეს აცალებს ბირთა სწორად შერსევის აუცილებელია ერთი მხრივ განბირთბულია იბით, რომ მინანქრის პრეპარირების შემდგომ ზედაპირზე არ უნდა გაჩნდეს დამატებითი ტრავმული ბზარები და ნაკაწრები, მქონე მხრივ კი პრეპარირებულ ზედაპირს უნდა მქონდეს მაქსიმალური სოგლევე უხეში რეტენციულიობების წარმოქმნის გარეშე (14). კბილის მინანქრისა და დენტინის სწორი პრეპარირება მაქსიმალურად უწყობს ხელს ადამუზიური სისტემების უკეთ რეტენციასა და პენეტრაციას დენტინის სისქეში, რაც მტკიცე პიბრულია შრის ფორმირებას უწყობს ხელს ზემოაღნიშნული მხოლოდ „გაბოხილი“ ანუ „წებოვანი“ შრეზე გარკვეული მოქმედებით შეილება განხორცივდეს მართალია, წებოვანი შრის მოდიფიცირებას სხვადასხვა სახის მჭაფური აგენტები ახდენენ, მერამ ლიტერატურაში არსებობს მონაცემები „გაბოხილი“ შრის მექანიტური (ბირებით ან ბასრი ექსკავატორებით მოცილების შესახებაც) (15).

ზემოთქულიდან გამოდინარე ჩვენი კვლევის მიზანი იყო სხვადასხვა სახის ბორებით და მჭაფური აგენტებით კბილის მაგარ ქსოვილია დამუშავების ხარისხისა და თაყიებურების დადგენა. კვლევის პროცესში გამოიყენეთ ადამიანის ზედა ყბის ახალექსტრაციებულია ფრონტალური კბილები. ექსტრაქციის ჩვენებას სხვადასხვა ფორმისა და სიმ იმის პაროდიონტიტი წარმოადგენდა.

სხვადასხვა სახის ბორებით და მყავური ადამეზივებით კბილის მავარ ქსოვილითა დაბეშავების ხარისხისა და თავისებურებების დასადგენად საექსპერიმენტო კბილები 2 ჯგუფად და 4 ქვეჯგუფად დაყავით: 1 ჯგუფში გავაერთიანეთ კბილები, რომელთა პრეპარირება აღმასის პოლიდისმერსარელი ბორებით მოხდა. ამ ჯგუფში 2 ქვეჯგუფი გავერთიანდა: ა პრეპარირებული ზედაბირები დაბეშავდა 9% ფტორწყალბადმჟავით და ბ 35% ფოსფორმჟავით. 1 ჯგუფში გავაერთიანეთ ის საექსპერიმენტო კბილები, რომელთა ზედაბირების პრეპარირებაც მაღალი შენადნობის მეტალის ბორებით მოხდა. ამ ჯგუფშიც მყავური აგენტების შერჩევის მიხედვით 2 ქვეჯგუფი გამოყავით.

საექსპერიმენტო კბილებს ყოყოდით საკვლევე სტემენტებად და ვსწავლობდით მასკანონებელი ელექტრონული მიკროსკოპით.

პრეპარირებული კბილთა მასკანონებელი ელექტრონული მიკროსკოპით შესწავლამ გამოავლინა, რომ აღმასის ბორებით დაბეშავებული დენტინის ზედაბირზე მოისახლევერებოდა დენტინის მილაკთა შესასვლელების კონსტრუქცია. წებოვანი შრე გლევი და სადა იყო, დაბეშავებულ ზედაბირს კი მაქსიმალურად ჰორიზონტალურა რელიეფი ჰქონდა.

საექსპერიმენტო კბილთა 1 ჯგუფის ელექტრონულიმიკროსკოპებლმა გამოკვლევეამ (ამ კბილთა ზედაბირების პრეპარირება მაღალი შენადნობის მეტალის ბორებით მოხდა გვიგუნა, რომ 1 ჯგუფიანს შედარებით კბილის პრეპარირებული ზედაბირი უსწორმასწორო კონგლომერტთა ერთობლიობას წარმოადგენდა. აღმასის ბორებით პრეპარირებული ზედაბირებისგან განსხვავებით დენტინის ზედაბირზე არ ჩანდა დენტინის მილაკთა შესასვლელები „გაბოხლი“ შრე უხეშ სტრუქტურულ წარმონაქმნად ფარავდა დენტინის მიელ ზედაბირს. ზოგიერთ შემოსევებთა კბილის ზედაბირზე აღისწებოდა ბზარებიც.

ცნობილია, რომ „გაბოხლი“ შრეზე მყავური აგენტთა მოქმედება ამ შრის სხვადასხვაგვარ მოდიფიკაციას იწვევეს, რაც მჭიდროდაა დაკავშირებული ადამეზიური სისტემების მოქმედების ეფექტურობასთან. ჩვენი კვლევის პროცესში გამოყენებული ერთმომენტინი ადამეზიური სისტემები (PQ-1 და AQ-bond) კბილთა პრეპარირებულ ზედაბირზე მოთავსებამდე თხოვლობდნენ „გაბოხლი შრის“ სრულ მოცილებას, ანუ ტატალურ გრავირებას ბუნებრივია, რომ დენტალურ ადამეზივთა მოქმედების უნარი ვაცილებით ეფექტურად გამოვლინდება იმ კბილებში, რომელთა პრეპარირებულ ზედაბირებზე „უხეში ნაწიბურები“ არ აღინიშნება.

დენტინის „გაბოხლი“ შრის მოცილებას ინტენსივობას ცხადია მხოლოდ ინსტრუმენტული დაბეშავება არ ვანაბრობებს. აქ მნიშვნელოვან როლს მყავური აგენტთა სახეობებიც თამაშობენ. სწორედ ამიტომ ჩვენი კვლევის პროცესში პრეპარირებულ საექსპერიმენტო კბილებზე ორი სხვადასხვა ტიპის მყავური ადამეზივთ ვიმოქმედეთ - 35% ფოსფორმჟავით და 9% ფტორწყალბადმჟავით. როგიერთ მასკანონებელმა ელექტრონულიმიკროსკოპებლმა გამოკვლევეებმა გვიჩვენეს, 9% ფტორწყალბადმჟავა დენტინის მილაკთა მაქსიმალურ ექსპოზიციას და ინტერტუბული დენტინის მაქსიმალურ დეკალცინაციას იწვევდა. თუმცა აღსანიშნავია ის ფაქტაც, რომ 9% ფტორწყალბადმჟავა ბევრად უფრო ნელად ორეცხებოდა კბილის ზედაბირიდან წყლის ჭავლით, ვიდრე 35% ფოსფორმჟავა. საბოლოო ჯამში, 35% ფოსფორმჟავით დაბეშავებული კბილს ზედაბირზე მკვეთრად იყო გამოკვეთილი დენტინის მილაკთა შესასვლელები, ხოლო ინტერტუბული დენტინი, განსხვავებით 9%

ფტორწყალბადმჟავით დამუშავებული დენტინის ზედაპირისა, მაქსიმალური სიღრმეით გამოირჩევა.

ზემოთქმული საშუალებას გადავცეს დავასკნათ, რომ პირდაპირ კომპოზიციურ ვინირობა დამზადების პროცესში კბილია ზედაპირების სწორ ინსტრუმენტულ და მკაფურ გრავირებას გადაშეყვები მნიშვნელობა ენიჭება; პოლიდიმერისული აღმასის ბორებით კბილის მკერ ქსოვილითა პრეპარირება, მკალაი: შენადნობის ფოლადის ბორებისგან განსხვავებით, ზრდის ადპოზიურ სისტემითა მოქმედების უნარს და აქტიურებს მეთარადი კარიესის განვითარების რისკს: 9% ფტორწყალბადმჟავასა და 35% ფოსფორმჟავას მიერ კბილის პრეპარირებული ზედაპირის განსხვავებული მკადიფიკაციის უნარი გავლენას არ ახდენს ამ ადპოზიური სისტემების რეტენციისა და პენეტრაციის ხარისხზე.

ლიტერატურა:

1. Dietchi D., Spreafico R. - Tooth preparation // Adhesive Metal - Free Restorations, 1997, ch. 3, p.35-60.
2. Eick J. et al. - Scanning electron microscopy of cut tooth surfaces and identification of debris by use of the electron microprobe // J. Dent. Res., 1990, v.49, p.1359-68.
3. Magne P. et al. - Chrack propensity of porcelain lamonate veneers // J. Prosthet. Dent., 1999, v.81, N3, p.324-334.
4. Matsumoto H., Kitamura S., Araki T. - Applications of Fluorescence microscopy to studies of dental hard tissue // Front. Med. Biol. Eng., 2001, v.10, N4, p.269-284.
5. Петрикас О.А. — Эстетический статус зубов студентов медиков 1998 года // Новое в стоматологии, 2000, N7, с.3—11.
6. Томакевич М. — Современные композиционные материалы в стоматологической практике // Dublin 2001, 132 стр.
7. Цапала К., Путигано А. — Новый текущий композит Flow line // Клиническая стоматология 2000, N2, с.4—8.

Д.Вадачқорია, М.Мамаладзе, М.Ивериელი, О.Хардзеишვილი ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО И КИСЛОТНОГО ГРАВИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВО ВРЕМЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРЯМЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ ВИНИРОВ РЕЗЮМЕ

В процессе реставрации фронтальных зубов особое значение принадлежит их правильному препарированию. Точный подбор боров, соблюдение этапов препарирования и адекватное кислотное травление во многом определяют эффективность проведенного лечения. Исходя из этого целью настоящего исследования являлось установление влияния различных боров и эмальевых адгезивов на степень модификации твердых тканей зубов.

Для проведения исследований были подобраны человеческие свежееудаленные зубы. Из них готовили экспериментальные сегменты и изучали под сканирующим электрошным микроскопом. Как показали наши исследования после препарирования зубов

алмазными борами поверхность зуба приобретает более гладкий рельеф, смазанный слой дентина был представлен гомогенной структурой. Твердосплавные боры более грубо модифицировали поверхность зуба. Иногда отмечались и микротрещины в дентине.

Также по разному действовали и кислотные травители. Так, 9% фторводородная кислота большей степенью декальцинировала поверхность дентина, чем 35% фосфорная кислота. Однако следует отметить и тот факт, что 9% фторводородная кислота труднее смывалась с поверхности зуба, чем 35% фосфорная кислота.

D.Vadachkoria, M.Mamaladze, M.Iverieli, O.Khzrdzeishvili
CHARACTERISTIC OF INSTRUMENTAL PREPARATION AND
ETCHING DURING RESTORATION OF FRONTAL TEETH WITH
DIRECT COMPOSITE VENEERS

S U M M A R Y

Proper preparation of teeth structure is very important in restoration of frontal teeth. Smart selection of bors, step by step preparation and etching are the keys of effective treatment. The purpose of this research is to estimate modification of teeth hard tissues after preparation of various bors and after application of enamel adhesives.

For research have been used just extracted human teeth. From them experimental segment were made and have been studied with SEM. As study showed, after preparation with dimond bors, teeth surface was smooth and smear layer of dentin was pretty homogenic, while with carbid bors prepared surface was much rougher, sometimes even gaps were detected on dentin.

Also, various kind of etches were modified tooth hard tissue differently. 9% HF decalcified dentine surface more intensivly, than 35% H_2PO_3 . But, however should be mentioned, that washing down 9% HF from tooth was much harder, then - 35% H_2PO_3 .

Вадачкория З., Виссаронов В., Кобахидзе К., Хведелиани Н.
ЩАДЯЩАЯ УРАНОПЛАСТИКА

Кафедра стоматологии детского возраста и профилактики
стоматологических заболеваний ТГМУ,

Республиканский центр по лечению, диспансеризации и реабилитации
детей с врожденными пороками лица и челюстей ,

Институт пластической хирургии и косметологии МЗ РФ, Москва

Уранопластика является довольно травматичным хирургическим воздействием, выполняемым различными способами в различные возрастные

периоды развития ребенка, что, естественно, может отразиться на дальнейшем формировании лицевого черепа. Однако, несмотря на понимание практически всеми хирургами данной проблемы, ее стержневые моменты остаются дискуссионными.

С целью изучения динамики роста верхней челюсти у больных с расщелиной неба было обследовано 501 детей (в том числе здоровые дети с ортогнатическим прикусом) различного возраста до операции, а часть из них через год после уранопластики различными методиками. У всех детей были сняты слепки и изготовлены модели верхней челюсти. Их измерение производилось по методу Д.Н.Поповой и А.А.Талалаева (1975) с учетом ориентиров J.G.Sillman (1951), согласно которым выделяют точки позади зубов, расположенные на вершине гребня альвеолярного отростка.

Оперативное лечение 91 ребенка выполнялось видоизмененным способом "радикальной уранопластики" по А.А.Лимбергу (1926). 30 больных прооперированы с использованием способа Л.Е.Фроловой (1977); 267 детей оперированы без применения наиболее травматичных этапов радикальной уранопластики – резекции задне-внутренних краев больших небных отверстий и интерламинарной остеотомии. В настоящее время эта методика операции упоминается в специальной литературе (А.В.Останин, 1992; М.О.Льви-Калнин и соавт., 1994; В.П.Павлов, 1994; Е.И.Карпова, 1996 и др.) под названием "падающей уранопластики", ибо трудно установить, кем она модифицирована впервые. Скорее всего жизненноважная необходимость внедрения нетравматичных методов уранопластики в раннем детском возрасте определила то, что указанные авторы, а также и мы, независимо друг от друга, пришли к одинаковому решению вопроса. Вместе с тем, назвав эту методику падающей, мы ни в коей степени не отрицаем также падающего характера способа Л.Е.Фроловой (1977).

Независимо от сроков проведения операции, все три способа уранопластики предусматривают одномоментное достижение нескольких ключевых задач: закрыть дефект, создать длинную и активную небную занавеску, восстановить нарушенную макроструктуру мышечных образований небо-глоточного затвора, сузить носо- и ротоглотку.

Сущность модификации способа А.А.Лимберга заключается в том, что мы отказались от расщечения слизистой оболочки носа по заднему краю небных костей, так как считаем, что это приводит к вторичному грубому рубцеванию с последующим укорочением мягкого неба. Поэтому, производили широкую отслойку носовой слизистой, особенно по заднему краю небных костей. Более того, с целью удлинения слизистой оболочки полости носа, в отличие от классического способа А.А.Лимберга, мы производили ее Z-пластику на уровне границы твердого и мягкого неба.

Способ пластики неба с сужением глоточного кольца по Л.Е.Фроловой применялся без видоизменений.

Операцию "падающей уранопластики" начинали с освежения краев расщелины по всей протяженности дефекта. Разрезы проводили с двух сторон

по ротовой поверхности, отступя от края расщелины на 2 мм с тем, чтобы полосу слизистой опрокинуть в сторону полости носа для ушивания дефекта носовой выстилки без натяжения (рисунок).

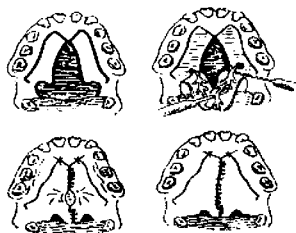


Рисунок. Схематическое изображение основных этапов способа "падающей уранопластики"

В случае истончения слизистой оболочки этой области ее инекали в виде полоски. Из разреза по краю мягкого неба выпрепаровывали мышцы. Далее производили разрезы В. Langenbeck, отступя от края десны на 2-3 мм, и продолжая их сзади, окаймляя дугры верхней челюсти по крыло-челюстным складкам (разрезы F. Ernst-G. Halle). Через эти разрезы производили мобилизацию группы мышц, прикрепляющихся к медиальным пластинкам крыловидного отростка основной кости без применения интерламинарной остеотомии, добиваясь перемещения их совместно с боковыми отделами глотки к средней линии.

Во избежание второго, не менее травматичного этапа радикальной уранопластики - резекции задне-внутренних стенок больших небных отверстий, - из толщи лоскутов тупым путем выделяли сосудисто-нервные пучки на протяжении $2/3$ длины, после чего лоскуты становились более мобильными. Затем производили, по возможности, широкую отслойку слизистой оболочки носа от небной кости. Особое внимание уделяли отслойке по заднему краю небных костей. Рассечение слизистой оболочки носа. Нередко, при необходимости, таким же путем удлиняли укороченный слизисто-надкостничный лоскут. От костных краев расщелины отделяли порочно прикрепленные волокна *m. levator veli palatini* et *m. palato-pharyngeus*. Рана в области мягкого неба ушивалась в три слоя (слизистая носа, мышцы, слизистая рта), а в области твердого неба - в два слоя. Шовный материал - кетгут, лавсан, капрон или шелк. В окологлоточные пространства укладывали йодоформные тампоны, ими же прикрывали раны твердого неба с последующей фиксацией назубной защитной пластинкой.

При сквозной односторонней расщелине передний отдел дефекта закрывали с использованием дезэпителизованного опрокидывающегося треугольного лоскута В.И.Заусаева (1953).

В случае двусторонней расщелины на межчелюстной кости производили Т-образный разрез, перпендикулярная линия которого проходила по середине межчелюстной кости с переходом на сошник. Дефект закрывали опрокидыванием двух дезэпителизованных лоскутов. Затем выполняли все остальные элементы операции. Раны защищали йодоформными тампонами и назубной пластмассовой пластинкой.

Послеоперационный период проходил с использованием разработанных мероприятий, направленных на нормализацию общего статуса ребенка и на активацию местных репаративных процессов.

Наибольшее значение в оценке эффективности хирургического воздействия в области неба имеет анализ его отдаленных исходов по двум основным параметрам: состоянию верхней челюсти и речевого аппарата. Поскольку уранопластика проводилась нами с использованием трех различных методик, определенный интерес вызывает сравнительная характеристика метрических параметров верхней челюсти с учетом способа операции и возраста ребенка, в котором ему произведена пластика неба. Это имеет большое значение не только в прогнозировании развития и тяжести зубочелюстных деформаций, в обосновании ранней ортодонтической помощи детям, но и в определении возможной перспективы проведения хирургической коррекции неба в максимально ранние сроки, что важно для полноценной социальной реабилитации больных.

Для изучения особенностей роста и развития верхней челюсти у детей с врожденной расщелиной неба нами были обследованы 501 детей в возрасте 4-8 лет, из них: 388 - с различными видами расщелины неба и 113 - с ортограническим прикусом (средняя индивидуальная норма). Анализ результатов антропометрических исследований о влиянии различных методов уранопластики на рост и развитие верхней челюсти, показал что при выполнении видоизмененной методики А.А.Лимберга уже через один год отмечается статистически достоверное сужение верхней челюсти в трансверзальных направлениях. При проведении операции по методу Л.Е.Фроловой и шадящей уранопластики достоверное уменьшение размеров верхнечелюстной дуги наблюдалось лишь в области молочных моляров, к тому же эти изменения были менее выражены, чем у детей, которых оперировали по методу А.А.Лимберга. Однако, при сопоставлении результатов методики Л.Е.Фроловой и шадящей уранопластики установлено, что наименьшее сужение дуги верхней челюсти в трансверзальном направлении отмечается у детей, которым была произведена шадящая уранопластика.

Таким образом, сравнительный анализ результатов влияния различных способов уранопластики на рост и развитие верхней челюсти позволил установить минимальную травматичность методики "щадящей уранопластики", без вмешательства на костные структуры неба, что позволяет рекомендовать ее применение в раннем детстве.

Z.Vadachkoria, V.Visarionov, K.Kobakhidze, N.Khvedeliani
"SPARING URANOPLASTY" METHOD
S U M M A R Y

Issue describes "sparing uranoplasty" method. It is compared with other two methods of uranoplasty. Comparable analyzes of results showed, most traumaless effect of "sparing uranoplasty" method. The above mentioned encouraged us to recommend this method as a best choice in operational treatment for the children in their earlier age.

ე.ვაშაკიძე, ლ.ვაშაკიძე, თ.გვეგეშიძე, თ.რუსაძე
ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტიში ალკოპოლიზმის და
ნარკოზანის ფონზე ტუბერკულოზით ავადმყოფებში
თსსუ, ინფექციურ სნეულებათა კათედრა,
ფთიზიატრიის და პულმონოლოგიის კათედრა

ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტების ძირთად ეტიოლოგიურ ფაქტორს B, C და D ვირუსები წარმოადგენენ. აღნიშნული ვირუსული ჰეპატიტები კლინიკური ფორმების მრავალფეროვნებით ხასიათდება: უსიმპტომო, სუბკლინიკური და მსუბუქი ფორმებიდან - ქრონიკულ, მძიმე, ფულმინანტურ ფორმებამდე, ხშირად ევოლუციით ციროზში და ჰეპატოცელულარულ კარცინომაში (3, 4).

აღნიშნულს საფუძვლად, ერთის მხრივ, გამოშვებული ვირუსის ბიოლოგიური (გენოტიპური და ფენოტიპური) თვისებები და, მეორეს მხრივ, ორგანიზმის გენეტიკური სისტემით დეტერმინირებული იმუნური პასუხის თავისებურებები უდევს (1, 4). ამასთან ეს პასუხი მრავალი ეგზო- და ენდოფაქტორებითაა განპირობებული.

უკანასკნელ ათწლეულში ვირუსული ჰეპატიტების გარდა ტუბერკულოზით ავადობის მაჩვენებლების მკვეთრ ზრდას მეცნიერთა უმეტესობა სოციალურ პრობლემებს უკავშირებს. მიგრაციული პროცესების გარდა მეტად მნიშვნელოვანია ალკოპოლიზმის და ნარკოზანის პრობლემა, რომელთა ფონმა ვირუსულ ჰეპატიტებს და ტუბერკულოზს მეტი სიმძაფრე შესძინა (1).

როგორც ცნობილია, ალკოპოლიზმით და ნარკოზანით დაავადებულებში მკვეთრად ქვეითდება ადგილობრივი და ზოგადი დამცველობითი მექანიზმები. ხანგრძლივი ალკოპოლური, ნარკოტიკული ინტოქსიკაციის ფონზე არა მარტო ლეიძლის, არამედ ბრონქო-პულმონური სისტემის დაზიანებაც ხდება - როგორც

აღკოპოლის და ნარკოტიკების უშუალო ზემოქმედების, ასევე მათი მეტაბოლიზმის პროდუქტების მოქმედების შედეგად, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს როგორც ტოქსიური ჰეპატიტების, ისე ტუბერკულოზის განვითარებას (5). ამდენად, ქრონიკული ვირუსული (B და C) ჰეპატიტები ხშირად ტოქსიური ჰეპატიტის და ტუბერკულოზის ფონზე მიმდინარეობს აღნიშნულ კონტინგენტში. რაც თავის მხრივ არა მარტო პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობას ამძიმებს, არამედ გარკვეულ სირთულეს ქმნის ამ ავადმყოფთა მკურნალობაშიც, როგორც ცნობილია, ანტიტუბერკულოზური ქიმიოთერაპიის ძირითადი პრეპარატები: რიფამპიცინი, იზონიაზიდო, პირაზინამიდი - მკვეთრად გამოხატული ჰეპატოტოქსიური მოქმედებით ხასიათდებიან (2).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შრომის მიზანი იყო ტუბერკულოზით დაავადებულებში, აღკოპოლიზმის და ნარკოზინის ფონზე, ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტების მიმდინარეობის თავისებურებების შესწავლა და მკურნალობის სათანადო რეკომენდაციების შემუშავება.

დაკვირვების ქვეშ იყო ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული 80 პაციენტი. მათ შორის ქალი - 14%, მამაკაცი - 86%. ავადმყოფთა ასაკი იყო 20-დან 70 წ-მდე. აღკოპოლიზმით შეპყრობილი აღმოჩნდა 12%, რაც მნიშვნელოვნად ნაკლებია როგორც რესეთის (43,9%), ისე იტალიელების მონაცემებზე (24%). თუმცა საკმაოდ ხშირი იყო ე.წ. "საყოფაცხოვრებო ლოთობა" - აღკოპოლის ჭარბი მოხმარება სხვადასხვა მიზეზით და მათი გათვალისწინებით ავადმყოფთა 91,9%-ს ტუბერკულოზი განუვითარდა აღკოპოლის ჭარბი მოხმარების ფონზე, რაც ადასტურებს აღკოპოლიზმის ხელშეწყობ როლს ტუბერკულოზის განვითარებაში და მხოლოდ 8,1% ჩამოუყალიბდა აღკოპოლიზმი ტუბერკულოზის ფონზე, როგორც ნერვული სისტემის ასთენიზაციის შედეგი ტუბინტოქსიკაციის გამო.

ინტრავენური ნაკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობამ ჩვენს მასალაზე 3% შეადგინა, რაც მნიშვნელოვნად ნაკლებია ლიტერატურულ მონაცემებზე (18-24%). უნდა ვივარაუდოთ, რომ ხდება ნარკოზინის ფაქტის დამალვა. ისიც გასათვალისწინებელია, რომ ხშირად აღკოპოლის ჭარბი მომხმარებლები სწორედ ყოფილი ნარკოზინებია. აღნიშნულს ადასტურებს პარენტერული ჰეპატიტების B და C ვირუსების მარკერების გამოვლენის მაღალი სიხშირე - შესაბამისად 8 და 25%, რაც მათში ქრონიკული ვირუსული B და C ჰეპატიტების არსებობას ადასტურებს.

ღვიძლის ფუნქციური სინჯების შესწავლით ტრანსამინაზების (ALT, AST, GGT) აქტივობა გამოვლინდა 72%, მათ შორის 14% აღენიშნა პროცესის მაღალი აქტივობა, 30% - ზომიერი. სწორედ ეს კონტინგენტი წარმოადგენს პროგნოზულად არაკეთილსაიმედოს და სამკურნალოდ მეტად პრობლემაურს.

სტანდარტული სქემით ფილტვის ტუბერკულოზის მკურნალობის ჩატარება შესაძლებელი იყო მხოლოდ იმ ავადმყოფებთან, რომლებსაც მკურნალობის დაწყებამდე ტრანსამინაზების აქტივობა ნორმაში ჰქონდათ. მიუხედავად ამისა,

ქიმიოთერაპიის პროცესში 28 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა პრეპარატების ჰეპატოტოქსიური მოქმედების გამოვლენას (სიყვითლე, ტრანსამინაზების აქტივობის მკვეთრი მატება) და საჭირო გახდა თერაპიის სქემის კორექცია. საყურადღებოა, რომ ტუბერკულოზური პროცესის მკურნალობის ეფექტურობა შესწავლილ კონტინგენტში, მნიშვნელოვნად ნაკლები იყო ზოგადად მიღებულ მანევრებლებთან შედარებით. კერძოდ, ბაქტერიოგამოყოფა სტაციონარული ეტაპის ბოლოს შეწყდა მხოლოდ 42%, მაშინ როცა ეს მანევრებელი ჩვეულებრივ 78-80% აღწევს, დესტრუქციის დახურვა მხოლოდ 13% აღინიშნა.

ამრიგად, ჩატარებულმა გამოკვლევებმა დაგვიანხა, რომ აღკოპოლიზმი და ნარკომანია მკვეთრად აუარესებს ტუბერკულოზის და ვირუსული ჰეპატიტების მიმდინარეობას, აღნიშნულ კონტინგენტში ტუბსაწინააღმდეგო ქიმიოთერაპიის დაწყებამდე აუცილებელია ტრანსამინაზების აქტივობის შესწავლა და ჰეპატიტების B და C ვირუსების მარკერებზე გამოკვლევა. ჰეპატიტის ვირუსებით ინფიცირება და ტრანსამინაზების აქტივობა წარმოადგენს ჩვენებას მკურნალობის ინდივიდუალური სქემების შემუშავებისათვის.

ლიტერატურა

1. Витько Е.В. Эпидемиологическая характеристика вирусного гепатита С у больных туберкулезом легких // В кн.: Гепатит С (Российский кризис) Москва, 2000. 18-21 с.
2. Лечение туберкулеза. Руководящие принципы для национальной программы. ВОЗ. Женева, 1998, 77 с.
3. С.Н.Соринсон - Вирусные гепатиты. Санкт-Петербург, 1998, 308 с.
4. Ш.Шерлок, Дж.Доули - Заболевания печени и желчевыводящих путей. М. ГЭ ОТЛО. 1999, 859 с.
5. Cronfion J., Horne N. Clinical tuberculosis Memillan. 199. 102 с.

Вашакидзе Э., Вашакидзе Л., Гегешидзе Т., Рухадзе Т. ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ НА ФОНЕ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ РЕЗЮМЕ

У больных с туберкулезом на фоне алкоголизма и наркомании, изучены особенности течения вирусных (HBV, HCV) гепатитов и проблемы проведения антитуберкулезной химиотерапии. Алкоголизм и наркомания ухудшает течение гепатитов и туберкулезного процесса, кроме этого, до начала антитуберкулезного лечения обязательно нужно установить уровень активности трансаминаз.

В случае выявления троксического или вирусного поражения печени, лечение целесообразно проводить по индивидуальной схеме.

Vashakidze E., Vashakidze L., Gegeshidze T., Rukhadze T.
CHRONIC VIRAL HEPATITIS IN ALCOHOL
AND DRUG ABUSE PATIENTS WITH TUBERCULOSIS
S U M M A R Y

The viral hepatitis (HBV, HCV) and problems of antitubercular chemotherapy were studied in alcoholic and drug abuse patients with tuberculosis. Alcoholism and drug abuse worsens Hepatitis and Tubercular process. Besides, before antitubercular treatment transaminase level identification is necessary.

In case of toxic or viral liver damage, treatment should be carried according to individual schedule.

ევაშაკიძე, პიშნაძე, თამერელიშვილი, შ.ცანავა, ლ.თევზაძე
შიგველოზების კლინიკური მიმდინარეობა და გავრცელების
თავისებურებები თანამედროვე ეტაპზე.

თსუ, ინფექციურ სნეულებათა კათედრა,
დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი

საქართველოში ინფექციური დაავადებების სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი წილი კვლავ ნაწლავთა მწვავე ინფექციებზე (ნმი) შოდის, რაც განპირობებულია, მათი ეტიოლოგიური სტრუქტურის მრავალფეროვნებით, კლინიკის პოლიმორფიზმით, არაკეთილსამედო ეპიდემიოლოგიური სიტუაციით, მიკროორგანიზმის დამცველი ფუნქციების და თვით გამოიწვევის ბიოლოგიური თვისებების ცვლილებით. (1)

ნაწლავთა მწვავე ინფექციების ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში მნიშვნელოვანი ადგილი შიგველოზებს (ბაქტერიული დიზენტერია) ტრადიციულად ეკავათ. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით მწვავე დიარეებით ავადობის მაჩვენებელი 98-99 წწ. საქართველოში 136,3-ია, მათ შორის ბაქტერიული დიზენტერიის - 18,43; რუსეთში - 372,5-დან 78,1; სომხეთში - 92,1-დან 30,6; აზერბაიჯანში 78,5-დან 4,5 შესაბამისად(2).

ცნობილია, რომ საქართველოში შიგველოზების ეტიოლოგიური პეიზაჟი ტრადიციულად ორი სეროტიპით იყო წარმოდგენილი: s.flexner, s.sonnei; მრავალი ავტორის გამოკვლევების შედეგები მიუთითებენ ფლექსნერის დიზენტერიის ეპიდემიოლოგიურ სიჭარბეს ბაქტერიული დიზენტერიის ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში, ხოლო ზონეს დიზენტერიას, მხოლოდ სპორადული შემთხვევის სახით აღწერდნენ (3, 4), ვასული საუკუნის 80-90-იან წლებში ინფექციურ დაავადებათა კათედრის კლინიკაში მოზრდილთა ნმი-ის ეტიოლოგიური სტრუქტურის გაშიფვრამ, კვლევის კომპლექსური მეთოდის გამოყენებით (ბაქტერიოლოგიური, სეროლოგიური) გამოავლინა შიგველოზების ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში კვლავ s flexneri-ს სიჭარბე (57,3%) s. sonnei - 38.1%. მათგან უზმირესად ფლექსნერის დიზენტერიის გამოიწვევად s. flexneri -

“2a” სეროვარი გვეკლინებოდა. კომპლექსური მეთოდის გამოყენებით ნმი-ეტოლოგიური სტრუქტურის გამოიყვრა შემთხვევათა 78,2%-ში მოხერხდა.

შრომის მიზანს წარმოადგენდა შიგელოზით ჰოსპიტალიზებულ მოზრდილ ავადმყოფებში დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის, პათოლოგიური სიმპტომების სიხშირის და ხანგრძლივობის შესწავლა, ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობის განსაზღვრა ნაწლავის ნორმალური მიკროფლორის და მსხვილი ნაწლავის ენდოსკოპიური სურათის ცვლილებების მიხედვით.

შესწავლილია თსსუ ინფექციურ სნეულებათა კლინიკაში 1999/2000 წწ. შიგელოზით ჰოსპიტალიზებული 50 მოზრდილი ავადმყოფის ისტორია. ავადმყოფთა ასაკი 20-50 წლამდე მერყეობდა, მათ შორის მამაკაცი - 22 (44%) ქალი - 28 (56%) იყო. კლინიკური დიაგნოზი ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით დადასტურდა 36 შემთხვევაში (72%). შიგელოზების ეტიოლოგიურ პეიზაჟში კვლავ დომინირებდა *s.flexneri* (77,7%) ხოლო *s. sonnei* - 27,3%, ფლექსნერიის დიზენტერიის უხშირეს ეტიოლოგიურ აგენტად კვლავ *s. flexneri* “2a” გვეკლინებოდა (35,7%) ყველა შემთხვევაში დაავადებას ახასიათებდა მწვავე დასაწყისი, კლინიკური სურათი ხასიათდებოდა ცხელების და ინტოქსიკაციის ფონზე განვითარებული კოლიტური სინდრომით (86%) და უხშირესად *s.flexneri*-ით იყო განპირობებული. 4 ავადმყოფს კლინიკურ მიმდინარეობაში აღენიშნებოდათ ექსიკოზის მძიმე ფორმით გართულება, რაც ჰიპოვოლემიური შოკის I ხარისხით გამოვლინდა (8%). ჰემოკლიტით მიმდინარე შემთხვევებში ნაწლავთა დისფუნქციის ნორმალისების განხანგრძლივება დაავადების 18-20 დღემდე გვიანდებოდა (20,9%). ასევე უხანგრძლივდებოდათ მათ ნაწლავის ლორწოვანის რექტოროშანოსკოპიული სურათის ნორმალისებაც. ავადმყოფებს უტარდებოდათ ეტოტროპული და პათოგენური თერაპია, რაც გულისხმობდა ანტიბაქტერიული პრეპარატებთან ერთად ინფუზიური ხსნარების გამოყენებას ჩვენების მიხედვით (ციპროფლოქსაცინი 1,0 - 5-7 დღე, როცეპინი 2,0).

შიგელების ანტიბიოტიკომგრძობელობის შესწავლამ, გამოავლინა რეზისტენტობა წინა წლებში ფართოდ გამოყენებული ანტიბაქტერიული პრეპარატების მიმართ (ამპიცილინი, კარბენიცილინი, ლევომიციტინი, გენტამიცილინი, ბისეპტოლი და სხვ.). შიგელები მგრძობელობას ამჟღავნებენ III თაობის ცეფალოსპორინების (ცეფტრიაქსონი, ცეფოტაქსიმი, ცეფალოტინის) და ფტორქინოლონების (ციპროფლოქსაცინის) მიმართ. თანამედროვე ეტაპზე ექიმებისთვის არჩევის პრეპარატებად მწვავე დიარეების მკურნალობაში ციპროფლოქსაცინია მიღებული, ხოლო ფტორქინოლონები პათოგენურ მიკრობზე ზემოქმედებასთან ერთად დამთრგუნველად მოქმედებენ ნაწლავის ნორმალურ მიკროფლორაზე (5,6). სწორედ ამიტომ, გამოსაკვლევ ავადმყოფებში შესწავლილი იყო ნაწლავთა ნორმალური მიკროფლორის ცვლილებები ეტოტროპული მკურნალობის დამთრგუნვის შემდეგ (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ქოლარის და სხვა ნაწლავთა ინფექციების ლაბორატორია).

გამოვლინდა ნაწლავის მიკროფლორის დეკომპენსირებული ცვლილებები (III-IV ხარისხის), რაც ხასიათდებოდა ლაქტოფლორის მკვეთრი დაქვეითებით, როგორც ობლივატური ისე ფაკულტატური ნაწლავის ჩხირის ღონის მკვეთრი ცვლილებებით და ჯანმრთელი ადამიანისათვის არადაამახასიათებელი პირობით პათოგენური მიკროორგანიზმების ასოციაციების ზრდით. ავადმყოფთა ერთ ჯგუფს (30 შემთხვევა - 60%) ეტიოტროპული პრეპარატების მიღების დამთავრების შემდეგ მკურნალობა უგრძელდებოდათ პრობიოტიკით („ბიფიკოლი“ - 10 დოზა, დღეში 2-ჯერ) 10 დღის განმავლობაში. ავადმყოფთა ამ ჯგუფში პრობიოტიკების მიღების ფონზე დისბიოზის კლინიკური გამოვლინების ხანგრძლივობა მკვეთრად მცირდებოდა და ნაწლავთა დისფუნქციის ნორმალიზება ხდებოდა 10-12 დღეზე, რასაც თან სდევდა ნაწლავის ლორწოვანის ენდოსკოპიური სურათის „ნორმალიზებაც“ პრობიოტიკებით მკურნალობის დამთავრების შემდეგ (80.2%).

ამრიგად, საქართველოში თანამედროვე ეტაპზე შიგელოზების ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში კვლავ უპირატესი მნიშვნელობა *S. flexner*-ის მიეკუთვნება და ხასიათდება კოლიტური მიმდინარეობით (უხშირესად ჰემოკოლიტით). შიგელოზების ეტიოტროპულ თერაპიაში ფტორქინოლონების ფართო გამოყენება ნაწლავის მიკროფლორის მნიშვნელოვან დარღვევას იწვევს, რაც აუცილებლად განაპირობებს მკურნალობის გავრძელებას პრობიოტიკებით რეკონსტრუქციულ ნორმალური მიკროფლორის აღდგენის, ნაწლავთა დისფუნქციის შეძცირების და მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანის დაზიანების ადრეული ეპითელიზაციისათვის.

ლიტერატურა

1. Покровский В. И., Ющук Н.Д. Бактериальная Дизентерия. М., 1998 г.
2. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ცნობა ინფექციური ავადობისა საქართველოსა და დსთ-ის ზოგიერთ ქვეყანაში 1998 წ.
3. ს. ჯაფარიძე - „დიაგნოსტიკური მეთოდების შედარებით დახასიათება ბაქტერიული დიზენტერიის დროს“ - მ.მ.კ. ავტორეფერატი 1958 წ.
4. ა.ხაბაზი - „დიზენტერიის კლინიკის და იმუნორეაქტიუობის საკითხები“ მ.მ.კ. ავტორეფერატი 1964 წ.
5. Шахмардинов М.З., Лучшев В.И. . Пирцхალიაშვილი Т.Т. Эпидемиология и инфекционные болезни, 2000 г.
6. Хергет Х.Ф., Лётеиль Х., Петров Р.О. Комплексная терапия дисбиозов Гиссен, Германия: 1997 г.

**Вашакидзе Э., Мегрелишвили Т., Цанава Ш., Тевзадзе Л.,
Микадзе И., Имнадзе Т., Абесадзе Т.**

**КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ШИГЕЛЛАЗОВ И ОСОБЕННОСТИ
ЛЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

РЕЗЮМЕ

Проведён клинический анализ шигеллезов у взрослых больных госпитализированных в клинику кафедры инфекционных болезней 99-2006г.

В этиологической структуре шигелозов вновь превалирует s.flexner и характеризуется колистическим течением. Этиотропная терапия фторхинолонами обуславливает применение пробиотиков для восстановления нормальной микрофлоры и эпителизации слизистой кишечника на раннем этапе реконвалесценции.

**Vashakidze E., Megrelishvili, Sh. Thsanava, L. Tevzadze,
I.Mikadze, T. Innadze, T. Abesadze**
CLINICAL CURRENT SHIGELLOSIS AND PECUFARITY
TREATMENT AT THIS MODERN STAGE.
S U M M A R Y

We analysed adult patients with shigellosis in department of infection diseases in 99/00.

In the structure of etiology of shigellosis again much more s. flexner and charactical colitis syndroms (haemocolitis).

Ethiological treatment with photorchinolons make necessary use of probiotics for reparation of normal intestinal microflora and bowel mucosae at the early stage of reconvalescents.

ლ.ვაშაკიძე, ზ.კალანდაძე, ნ.ოკუჯავა, ნ.მეგრელიშვილი
ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია საქართველოში
დახურული ტიპის დაწმენდულმაგში.
თსუ, ფტიზიატრიის და პულმონოლოგიის კათედრა.

თანამედროვე ფთიზიოლოგიის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ეწ. „ციხის ტუბერკულოზი“. თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში პატიმართა შენახვის პირობები განვითარებულ ქვეყნებშიც კი ხშირად ვერ აკმაყოფილებენ სანიტარულ ნორმებს ფართობისა და კუბატურის მიხედვით, ასევე საკვების კალორაჟის მიხედვით. პატიმართა მჭიდრო კონტაქტები და ცუდი ვენტილაცია მნიშვნელოვნად ზრდის ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელების რისკს აღნიშნულ კონტინენტში, რაც თავისთავად უზრუნველყოფს უწყვეტი ჯაჭვის ჩამოყალიბებას სამოქალაქო მოსახლეობასთან მათი გათავისუფლების შემდეგ. საქართველოს ციხეებში მაღალია ტუბერკულოზის რეზისტენტულ ფორმების სიხშირე. ამჯერად პრობლემა პირველადაა შესწავლილი. გამოკვლევა ჩატარდა ქსნის №9 ტუბ. კოლონიაში. გამოყენებული იყო ანკეტირების მეთოდი ერთჯერადი ეპიდემიოლოგიური კვლევისათვის (ტუბერკულოზის სოციალური სახის შესწავლის მიზნით) სპეციალურად შემუშავებული ანკეტებით; კლინიკური გამოკვლევები ჩატარდა ერთჯერადი გასვლითი წესით; გამოყენებულ იყო კანის PPD ტესტი, ნახველის გამოკვლევა მაკობაქტერიებზე (წითელი ჯვრის მონაცემებით); რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ადგილობრივი რესურსებით.

სულ გამოკვლეული და შესწავლილი იყო 1047 ავადმყოფი. ყველა მამაკაცი (კონტინგენტის გათვალისწინებით), 18 წლიდან - 65 ჩათვლით, სტატისტიკურად სარწმუნოდ ჭარბობდა 20-40 წწ. ასაკობრივი ჯგუფი (76%) $p < 0.01$, ანუ ყველაზე შრომისუნარიანი ასაკი, ავადმყოფები დაყოფილი ივნენ საერთაშორისო ეპიდემიოლოგიური კლასიფიკაციის მიხედვით კატეგორიებად: I- კატეგორია, ანუ BK (+) ახალი შემთხვევები, სადაც პირველად დაისვა დიაგნოზი, ჩვენს მასალაზე იყო 1998-2000 წწ. 310 (31,1%). II- კატეგორია, ანუ BK (+) ადრე უკვე დიაგნოსტირებული და ნაძკურნალები შემთხვევა, რომელშიც შედის არაეფექტური, შეწყვეტილი ან დასრულებული მკურნალობა - 443 (46,2%) III- კატეგორია, BK (-) ახალი შემთხვევები - 217 (20%) და IV კატეგორია ქრონიკები-3%. წლების მანძილზე აღინიშნება (1998-1999 და 2000წწ. შორის) ახალი შემთხვევების რაოდენობის კლების უმნიშვნელო ტენდენცია და არა ეფექტური (გამწვავება ან რეციდივი) შემთხვევების მატება. გამწვავებისა და რეციდივის სიხშირის მატება მკურნალობის დამთავრების შემდეგ, სავარაუდოდ, განპირობებულია სასჯელის აღსრულების ადგილებში არსებული არაღამაკმაყოფილებელი პირობებით, სადაც ავადმყოფი ხვდება ტუბეროზის შემდეგ. I და III კატეგორიის, ანუ BK (+) და BK (-) ახალი შემთხვევების 78% მოდიოდა პირველად ნასამართლებ პირებზე, რომელთა 52% ავად გახდა პატიმრობის 1-3 წელს. განმეორებითი ნასამართლობის მქონე პირებთან ჭარბობდა II და IV კატეგორიის ავადმყოფები. აღსანიშნავია, რომ სპეციფიკური პროცესების ქრონიზაცია აღინიშნებოდა, როგორც წესი, პატიმრობის 5 წლის შემდეგ. ქრონიკების შედარებით მცირე რაოდენობა, ჩვენს მასალაზე, აიხსნება მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად ავადმყოფობის გამო პატიმრობიდან ვადაზე ადრე განთავისუფლებით, აგრეთვე შეწყალებით და ამნისტირებით. 1997-2000წწ. გარდაიცვალა კოლონიაში 17 ავადმყოფი, ხოლო განთავისუფლდა კალენდარულად, შეწყალებით და აქტირებით 336 (31,2%). უნდა აღინიშნოს, რომ აქტირებით წელიწადში ტბც გამო საშუალოდ თავისუფლდება არა უმეტეს 6-10 ავადმყოფისა. ეს ნორმატივები შემორჩენილია და შემუშავებულია საბჭოთა პერიოდის ნორმატივების მიხედვით და აქტირებას ექვემდებარება პრაქტიკულად მხოლოდ მომაკვდავი ავადმყოფი. კვლევის პერიოდში ყველაზე მეტი ავადმყოფი შეწყალებით გავიდა, კიდევ 40 ავადმყოფი ეტაპით დაბრუნდა დარღვევების გამო სასჯელის აღსრულების ადგილას.

ტუბერკულოზი სოციალური სახის შესწავლა ჩვენს მასალაზე დიდ სიძნელებთან აღმოჩნდა დაკავშირებული, რადგან ანკეტების შეესება პატიმრები უარს აცხადებდნენ, ხოლო ოპერატიული მასალა კონფიდენციალურად ითვლება. შეძლებისდაგვარად ჩატარებული გამოკვლევებით შესაძლებელი გახდა დადგენა, რომ შესწავლილი კონტინგენტის 83% ქართველი ეროვნებისაა და განეკუთვნებიან სოციალურად ნაკლებად უზრუნველყოფილ ფენებს. არიან ოჯახებიდან, სადაც შემოსავალი 1 სულზე 5-10 ლარს არ აღემატება. დაახლოებით 12% კადმოსულია რუსეთიდან. ან ადრე იქ იხდიდა სასჯელს და გახდნენ ავად. რაიმე კანონზომიერების დადგენა, თუ რომელი კოლონიდან ან

რეკონიგან არის გამოყვანილი მეტი ავადმყოფი, არ მოხერხდა, რაც ადასტურებს, რომ პატიმართა შენახვის პირობები საქართველოში მეტ-ნაკლებად ერთნაირია, ანუ კონტაქტის პირობები და, აქედან გამომდინარე, დაავადებისა და ინფიცირების პირობებიც იდენტურია.

კლინიკური ფორმების ანალიზი იმ შემთხვევებში, როდესაც შესაძლებელი იყო რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ან ასეთი არსებობდა (550 ავადმყოფის 627 რენტგენოგრამა და ტომოგრამა) გვიჩვენა, რომ ახალ შემთხვევებს შორის ჭარბობდა ინფილტრატული და დისემინირებული ფორმები (87%). მინიმალური იყო კეროვანი ფორმა (1,7%), რაც ბუნებრივია, ვინაიდან კეროვანი პროცესი გვიან იძლევა კლინიკურ და მით უმეტეს ბაქტერიოლოგიურ სურათს BK (+) სახით. 11,3% შეადგინეს ასეთ შემთხვევებს შორის ტბც შორსწასულმა, ქრონიკულმა ფორმებმა. რაც შეეხება უეფექტო, წარუმატებელ მკურნალობას ან რეციდივებს, აქ ჭარბობდა ფიბრო-კავერნოზული და ქრონიკული დისემინირებული ფორმები, რაც შეესაბამება ტუბერკულოზის კლინიკის ზოგად ტენდენციებს გამოხატული იმუნოსუპრესიის ფონზე, რომელსაც ადგილი აქვს პატიმართა შორის. ციფრები განაწილდა ასე: 76,8% და 23,2%. ბაქტერია გამოყოფის მარკენებელი (წითელი ჯვრის მონაცემები) შემდეგი იყო: 1997-2000 წ. BK (+) - 830 (81%) n=1047, რაც მათი მკურნალობაში ინტეგრირების მიზეზი გახდა წითელი ჯვრის პროგრამის მიხედვით. დანარჩენი ავადმყოფები მკურნალობას დაექვემდებარნენ რენტგენოლოგიური მონაცემების და კლინიკური სურათის საფუძველზე. DOSI-ის პროგრამით მკურნალობის შედეგად ინტესიური ფაზის ბოლოს ბაქტერიაგამოყოფა შეწყვიტა 830 ავადმყოფიდან 323 (54,2%); დამატებით ინტესიური ფაზის ბოლოს კი მარკენებელმა მიაღწია 77,5%. დანარჩენი 22,5% დარჩა BK (+) და მკურნალობა ხელახლა დაიწყო კორეგირებული სქემებით. მთლიანად, მკურნალობის ბოლოსთვის, გაგრძელების ფაზის ჩათვლით არა ეფექტური მკურნალობის მარკენებელმა შეადგინა 9,6% მხოლოდ ბაქტერიაგამოყოფის შენარჩუნების მარკენებლის მიხედვით. რაც შეეხება პროცესის რენტგენომორფოლოგიურ დინამიკას, ანუ უკუგანვითარებას, აქ მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება შესაძლებელი გახდა მხოლოდ ცალკეულ შემთხვევებში, სადაც მოხერხდა რენტგენოლოგიური კონტროლის ჩატარება საკუთარი სახარებით (ვინაიდან წითელი ჯვრის პროგრამაში რენტგენოკონტროლი არ შედის). თუ კომპლექტით განთავისუფლებული ავადმყოფების (ყოფილი პატიმრების) მდგომარეობით (წლის განმავლობაში ჩვენს სტაციონარში დაახლოებით 30-35 ასეთი ავადმყოფი ხვდება), რენტგენომორფოლოგიური მარკენებლები მკვეთრად განსხვავდება ბაქტერიოლოგიური მარკენებლების მიხედვით შეფასებული მკურნალობის ეფექტურობისგან. ქსნის №9 ტუბკოლონიის კონტინგენტში ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატების მიმართ მულტირეზისტენტობის სიხშირემ შეადგინა 14,8%-16,2%, რაც საკმაოდ მაღალი და არასასიამოვნო ციფრია იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ გათავისუფლების შემდეგ ეს კონტინგენტი სამოქალაქო-მისახლეობისათვის წარმოადგენს

ინფექციის რეზერვუარსა და ტრანსმისიის წყაროს შემდგომში პირველადი რეზისტენტული ფორმების ჩამოყალიბების რისკით.

ამრიგად, საქართველოს დაზურულ ტიპის დაწესებულებებში პატიმართა შენახვის არსებული პირობებში ტუბერკულოზით დაავადების მაქსიმალური სიხშირე მოდის პატიმრობის 1-3 წელზე, ხოლო რეციდივი და ქრონიზაცია აღინიშნება პატიმრობის 5 წლის ზევით. არ აღინიშნება დაავადებიანობის სიხშირის კავშირი საპატიმროს რეციონულ მდებარეობასთან, რაც ადასტურებს, რომ პატიმართა შენახვის პირობები დაახლოებით იდენტურია მთელ რესპუბლიკაში. გამწვავებისა და რეციდივის სიხშირე ტუბზონებში მკურნალობის დამთავრების შემდეგ განაპირობებულია ციხეებში არსებული არადამაკმაყოფილებელი პირობებით. აღნიშნულ კონტინენტში მაღალია მიკობაქტერიების რეზისტენტობის სიხშირე, რაც მნიშვნელოვან საშიშროებას ქმნის სამოქალაქო მოსახლეობისათვის.

ლიტერატურა:

1. Hamburg M.A. "Strughtening the infrastructure for public health in the United States". Presented at the World Congress on tuberculosis, Bethesda, Maryland, November 19, 1992.
2. Belin E.Y., Flatcher D.D., Satyer S.M. "Association of tuberculosis infection with increased time in or admission" to the New York City jail system. JAMA 1993, 269: 2228-2231.
3. Centers for Disease Control Tuberculosis transmission in state correctional institution - California, MMWR 1994; 41: 927-929.
4. Rieder H.L. Epidemiology of tuberculosis in Europe. Eur. Resp. J. 1995, 8 suppl. 20: 620-632.

Вашакидзе Л., Каландадзе З., Окуджавა Н., Мегрелишვილი Н.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛОЗА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАКРЫТОГО ТИПА ГРУЗИИ РЕЗЮМЕ

При имеющихся условиях содержания заключённых, максимально высокий показатель заболеваемости туберкулезом отмечается в 1-3 года заключения; Рецидив и хронизация процесса – после 5 лет заключения.

Не установлена связь между региональным расположением учреждения и заболеваемостью туберкулезом, что указывает на идентичность условия содержания и контакта заключенных по республике. Увеличение частоты рецидивов и обострений при возвращении в места заключения после завершеного в тубколонии лечения, так же связано с условиями содержания в них. Высокий показатель резистентности ВК среди заключенных представляет определённую опасность и для гражданского населения.

Vashakidze L., Kalandadze Z., Okujava N., Megrelishvili N.
TB EPIDEMIOLOGY IN PENITENTIARY
ESTABLISHMENTS OF GEORGIA
S U M M A R Y

In conditions the prisoners are kept in penitentiary establishments a high rate of TB morbidity is noticed in the first 1-3 years of arrest, relapse and chronization of TB process – after 5 years of detainment. There is no connection determined between regional location of the establishments and TB morbidity. This points to identical conditions of keeping and contact of prisoners all over the republic. Frequency of relapses, on returning after a course of treatment in special TB-colony, is mainly determined by the living conditions. High rate of multidrug resistance of acid-fast bacillus in prisoners forms some danger for civil population.

Вашакидзе С., Ноникашвили М., Купреишвили А., Кобахидзе Ц.
ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ "АПУД" СИСТЕМЫ ПРИ
ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии ТГМУ,
Национальный центр туберкулеза и заболеваний легких

Одним из наиболее сложных и в тоже время фактически не изученных аспектов постоперационной реакции организма является ответ пептидергической или так называемой "АПУД" системы, которая наряду с симпатической и парасимпатической, представляют третье (нейроэндокринное) подразделение нервной системы (1,3). С точки зрения системного подхода к клеткам "АПУД" системы, нарушения функций легких во многом определяются дисфункцией нейроэндокринного аппарата легочной ткани и связанной с ней гиперфункцией биологически активных веществ.

Нами обследовано 30 больных, оперированных по поводу туберкулеза (19) и неспецифической патологии легких (11). Наряду с общепринятыми клинико-лабораторными и инструментальными методами обследования, больным, одновременно в крови и жидкости бронхоальвеолярного лаважа (ЖБАЛ) радиоиммунологическим методом определяли следующие регуляторные пептиды (РП), являющиеся одним из основных продуктов функционирования "АПУД" системы: I вазоактивный интестинальный пептид (ВИП), II нейротензин, III субстанция Р (SP).

Исследования, проведенные в дооперационном периоде, показали, что у больных с легочной патологией содержание РП как в крови так и в ЖБАЛ, достоверно превышает показатели их у

Vashakidze S., Nonikashvili M., Kupreishvili L., Kobachidze Ts.
THE ROLE APUD SYSTEM DURING SURGICAL
TREATMENT OF LUNG DISEASES
S U M M A R Y

The research showed that APUD system is an important part of the organism.

The secretion regulatory peptides (RP), that are part of APUD system, change during different pathologies, specifically during lung diseases. Maintenance of RP in blood and especially in Broncho-alveolar liquid vividly shows the clinical condition of the patient as well as the level of metabolic processes in organism. Definition of RP during surgical treatment on lungs helps to specify the diagnosis before operation to predict the complications after operations (specifically during pneumonia and atelectase).

Verulashvili I.

RELATIONSHIP BETWEEN THE BRAIN INFARCTION'S SIZE AND
THE DEGREE OF INTERNAL CAROTID ARTERY OBSTRUCTION
Neurology Department of Tbilisi State Medical University

The literature data indicates that the degree of carotid stenosis may influence the size of brain infarction (Bogousslavsky J. et al., 1985; Powers W. et al., 1991; Lodder J. et al., 1994). L. Caplan (1993) suggested that large superficial infarcts in the middle cerebral artery territory prevailed in patients with severe internal carotid artery (ICA) obstruction, pointing out a possible haemodynamic effect. In the present study we analyzed whether the degree of ICA stenosis correlated with infarct size in 35 stroke patients without a source of embolism in the heart, who has a CT verified territorial brain infarct. We used logistic regression analysis adjusting for differences between groups in co-associated variables such as age, sex, hypertension, diabetes mellitus and a history of ischaemic heart disease.

We distinguished small-deep (lacunar) and territorial infarcts. A small-deep infarct was defined as a subcortical, small, hypodense CT lesion with a diameter less than 20 mm, or as a clinically identified lacunar syndrome (pure motor stroke, pure sensory stroke, sensorimotor stroke, and ataxic hemiparesis including dysarthria-clumsy hand cases) if no specific lesion was visible on CT. A territorial infarct was defined as CT findings compatible with infarction involving the cortex in the territory supplied by the main stem or cortical branches of one or more of the three large cerebral arteries, or a clinically identified cortical syndrome such as unilateral motor or sensory deficit, or both, in combination with signs of cortical dysfunction (e.g. aphasia, visual field deficit, visuospatial disturbances, apraxia, agnosia) if no specific lesion was visible on CT.

We divided territorial infarcts into three groups by presumed cause: "rare" cause, cardioembolic cause, large-vessel thromboembolism. Rare cause were, for

example, vasculitis, carotid dissection, blood coagulation disturbances. A cardioembolic infarct was defined as a territorial infarct in the presence of one of more of the following potential embolic sources: chronic or paroxysmal atrial fibrillation, a recent (less than 6 weeks before) myocardial infarction involving the left ventricular wall or mitral valve, cardiomyopathy, mitral stenosis, left ventricular aneurism or left ventricular thrombus. Non-invasive carotid studies were performed using either multigate pulsed Doppler with spectral frequency analysis or continuous-wave Doppler.

Our results show that ipsilateral carotid artery stenosis greater than 50% was significantly more strongly associated with large than with small infarct size, and than small and moderately sized infarcts taken together. The association was even stronger for ipsilateral carotid occlusion. Our data also allows us to suggest, that haemodynamic impairment may be a potential contributor to the size of cerebral infarction. Patients with high-grade carotid obstruction or occlusion who present with a certain degree of clinical deficit may proceed to larger infarctions if haemodynamics are poor and collateral supply fails, but may escape with a smaller infarct if the collateral supply is good or if cytoprotective strategies are introduced early, or both. Although infarct size does not invariably predict the degree of clinical deficit, because we found infarct size to be related to the degree of early functional status (when selecting infarct patients for this study). Patients with ultimately smaller infarcts are likely to be the ones with less clinical deficit. Our findings may be of value in relation to studies on thrombolysis or cytoprotection in acute stroke.

References

1. Bogouousslavsky J., Regli F. (1985) Cerebro-retinal ischemia after bilateral occlusion of internal carotid artery // *Neuroradiology* 27: 238-247.
2. Caplan L. R. (1993) Large-vessel occlusive disease of the anterior circulation // In: *Stroke (A clinical approach)*. - Boston. - pp. 195-236.
3. Lodder J., Bamford J., Kappelle J., Boiten S. (1994) What causes false clinical prediction of small-deep infarcts? // *Stroke* 25: 86-91.
4. Fowers W. J. (1991) Cerebral haemodynamics in ischemic cerebrovascular disease // *Ann. Neurol.* 29: 311-240.

ნ.ვეფხვაძე, თ.ქიჩორაძე
გარდაბნის რაიონის რადიომაკოლოგიური
სიტუაცია (შეტყობინება 1)
ღია ადგილების რადიაციული ფონი
თსსუ, პრევენციული მედიცინის კათედრა

გარემოს რადიაციული ფონი მნიშვნელოვან ეკოლოგიურ ფაქტორს წარმოადგენს. ადამიანის ორგანიზმში შეგუებულია ბუნებრივი ფონის გარკვეულ სიდიდესთან, რომელიც მეტ-ნაკლებად სტაბილურ სიდიდეს წარმოადგენს. მისი ცვლილება დაკავშირებულია ადამიანის საქმიანობასა და ბუნებაში მიმდინარე პრცესებთან.

სხვადასხვა რეგიონისათვის დამახასიათებელია ბუნებრივი რადიაციული ფონის გარკვეული სიდიდეები, რაც განპირობებულია რეგიონის გეოგრაფიული მდებარეობით, გეოლოგიური ქანების რადიონუკლიდური შემცველობით, კოსმოსური გამოსხივებით.

გარემოს რადიაციული ფონის შესწავლა დინამიკაში მნიშვნელოვანია იმდენად, რამდენადაც თანამედროვე ეკოლოგიური სიტუაცია ხასიათდება რადიაციული ფონის ზრდით, რაც განპირობებულია ატომური ენერჯისა და მაიონებელი რადიაციის სხვა წყაროების ინტენსიური გამოყენებით. ამის შემდეგად იმატებს მოსახლეობის დასახლებების ღონე და გარემოს დაბინძურების ალბათობა. საქართველოში რადიაციული ფონის ზრდას უკავშირებენ მაიონებელი გამოსხივების წყაროების გამოყენებას სახალხო მეურნეობის სხვადასხვა დარგში, ასევე ჩერნობილის აეს-ზე მომხდარ კატასტროფას, რომლის დროსაც რადიონუკლიდები დიდი რაოდენობით გამოილეკა მის ტერიტორიაზე და აღმოჩნდა ყველაზე მეტად დაბინძურებული ქვეყნების ოთხეულში - გამოლექილი რადიონუკლიდებს შორის აღმოჩენილია ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე რადიონუკლიდები, რომელთა გავლენა თანდათანობით აისახება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (1, 2).

წარმოადგენდა გარდაბნის რაიონის ღია ადგილების რადიაციული ფონის გამოკვლევა და მოსახლეობის დახივების კოლექტიური ღონის დადგენა ამ კომპონენტის ხარჯზე.

შესწავლილი იქნა გარდაბნის რაიონის ტერიტორია, რომელშიც შედის ერთი ქალაქი, ორი დაბა, 39 სოფელი.

რადიაციული ფონის გაზომვა მიმდინარეობდა ერთიანი მეთოდოლოგიით, სპეციალურად შექმნილი ინსტრუქციის მიხედვით ერთი და იგივე ტიპის ხელსაწყოთი (CPII-68-01).

ოთოთეულ წერტილში გაზომვები ტარდებოდა მრავალჯერადად (10-ჯერ). მიღებული მონაცემები ფიქსირდებოდა სპეციალურ ჟურნალებში. გამოკვლეული იქნა გარდაბნის რაიონის ღია ადგილების 400 წერტილის რადიაციული ფონი, ჟურნალებში შეტანილია 4000 გაზომვა.

გარდაბნის რაიონში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა ცხადყო, რომ აღნიშნულ ტერიტორიაზე რადიაციული ფონის მაჩვენებელი მერყეობს საშუალოდ 85-165 ნგრ/სთ ფარგლებში. რადიაციული ფონის ყველაზე მაღალი საშუალო მაჩვენებელი აღინიშნება სოფელ ქესალოში 165 ნგრ/სთ, ხოლო ყველაზე დაბალი - სოფ. მარტყოფში - 85 ნგრ/სთ. რადიაციული ფონის შედარებით დაბალი მაჩვენებლები აღინიშნება აგრეთვე სოფლებში: გამარჯვება, - 95 ნგრ/სთ, კოჯორი - 100 ნგრ/სთ, ტაბახმელა - 90 ნგრ/სთ. რადიაციული ფონის შედარებით მაღალი საშუალო მაჩვენებლები დაფიქსირდა სოფლებში: ულიანოვკა - 135 ნგრ/სთ, ჯანდარა - 145 ნგრ/სთ, კალინინი - 158 ნგრ/სთ.

სოფლებში არსებული რადიაციული ფონის სიდიდების მიხედვით შესაძლებელი ვახდა მსჯელობა რაიონში არსებული რადიოეკოლოგიური სიტუაციის შესახებ. გარდაბნის რაიონში რადიაციული ფონის საშუალო სიდიდე არის 125 ნგრ/სთ. რადიაციული ფონის სიძლავრე ყამირ (დამუშავებულ) ადგილებში შედგენს 70-115 ნგრ/სთ, ხოლო დასახლებულ ადგილებში (დამუშავებულ მიწაზე) - 125-155 ნგრ/სთ; რადიაციული ფონის მნიშვნელოვანი საშუალო სიძლავრე დამუშავებულ ადგილებში დაფიქსირდა სოფ. კიკეთში 70 ნგრ/სთ, სადაც ფონის საშუალო სიდიდე შედარებით დაბალია - 90 ნგრ/სთ. რადიაციული ფონის მაქსიმალური სიძლავრე - 115 ნგრ/სთ აღინიშნება დაბალილოში, სადაც ფონის საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 105 ნგრ/სთ. დამუშავებულ მიწაზე შედარებით დაბალი მაჩვენებლები აღინიშნა სოფ. მარტყოფში - 125 ნგრ/სთ, სადაც რადიაციული ფონის საშუალო სიძლავრე 85 ნგრ/სთ, ხოლო შედარებით მაღალი მაჩვენებელი დამუშავებულ ადგილებში არსებული ფონისა აღინიშნა სოფ. ჯანდარაში - 150 ნგრ/სთ, სადაც ფონის საშუალო სიძლავრე შეადგენს 145 ნგრ/სთ-ს.

გარდაბნის რაიონში რადიაციული ფონის საშუალო სიდიდე შეადგენს 125 ნგრ/სთ-ს, რაც აღემატება National Radiological Protection Board (NRPB)-ის მიერ ევროპის ქვეყნებში დაფიქსირებული ფონის მაჩვენებლებს (30-80 ნგრ/სთ) (3). ამდენად, გამოკვლეული ტერიტორია შედარებით მაღალი ბუნებრივი ფონის მქონე ადგილებს მიეკუთვნება, რაც პირველ რიგში უკავშირდება მის გეოგრაფიულ მდებარეობას და გეომორფოლოგიას. გასათვალისწინებელია ჩერნობილის ავარიის შემდგომი რადიონუკლიდური დაბინძურების ხარისხიც.

ვინაიდან ღია ადგილების რადიაციული ფონი შედარებით მაღალია, უნდა ვივარაუდოთ, რომ შენობების ფონის მაჩვენებელი კიდევ უფრო მაღალი იქნება, რაც საშენი მასალების თავისებურებებით უნდა აიხსნას. შესაბამისად, სავარაუდოა მოსახლეობის დასახლების შედარებით მაღალი კოლექტიური დოზის არსებობა. ამდენად, აუცილებელია შემდგომი კვლევების ჩატარება დახურული სათავსოს რადიაციული ფონის და მოსახლეობის დასახლების კოლექტიური დოზის (გარეგანი დასახლების ხარჯზე) დადგენის მიზნით. აუცილებელია აგრეთვე გამოკვლეულ ტერიტორიაზე გარემოს ობიექტების და საკვები პროდუქტების რადიონუკლიდური ინდენტიფიკაციის ჩატარება მოსახლეობის დასახლების სრული კოლექტიური დოზის დადგენის მიზნით.

ლიტერატურა

1. მოსულიშვილი ლ., შონია ნ., ქათამაძე ნ., გინტერი მ. რადიოეკოლოგიური მონიტორინგის ზოგიერთი მონაცემები საქართველოში ჩერნობილის კატასტროფის შემდეგ. რადიაციული გამოკვლევები. 1991. ტ. 6, გვ. 221-241.
2. Надарейшвили К.Ш., Цицкишвили М.С. Гачечиладзе Г.А. и соавт. Воздействие Чернобыльской катастрофы на радиэкологическую ситуацию в Закавказье. Сообщение 1. Радионуклиднос эхо Чернобыля в Грузии. Радиационные исследования. 1991. 6, С. 158-165.
3. National Radiation Maps of Western Europe. National Radiological Protection Board (NRPB), 1993.

Вепхვადзе Н., Кочорадзе Т.
РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ
ГАРДАБАНСКОГО РАЙОНА ГРУЗИИ (СООБЩЕНИЕ 1)
РАДИАЦИОННЫЙ ФОН ОТКРЫТЫХ МЕСТНОСТЕЙ
РЕЗЮМЕ

Изучены показатели радиационного фона Гардабанского района, которые составляют 85-165 нГр/ч. Средний показатель радиационного фона 125 нГр/ч, несколько превышает аналогичные показатели стран Западной Европы.

Признано целесообразным исследовать содержание радионуклидов в местной воде, почве и продуктах питания.

Vepkhvadze N., Kochoradze T.
OUTDOOR RADIATION BACKGROUND OF GARDABANI REGION
S U M M A R Y

Outdoor radiation background of Gardabani region has been studied, that fluctuate within 85-165 nGy/h. It's necessary to control of radionuclide composition of water, soil and products, that made in Gardabani Region.

მ.ზარიძე, გ.ბურკაძე, გ. ტურაშვილი
ლიფოციტების კოჰსულაციების განაწილების თავისებურებების
ბაზო სარკომა ჯირკვლის p53-პოზიტიური და
p53-ნეგატიური იმუნოპროტეინების დროს
თსსუ, პათოლოგიური ანატომიის კლინიკა,
პროფ. ა.ღვამიჩაძის სახ. საქართველოს ონკოლოგიის
ნაციონალური ცენტრი

სიმსივნის მიმართ განვითარებული ადგილობრივი იმუნური რეაქციების შესწავლას როგორც თეორიული (ანტი-სიმსივნური იმუნური რეაქციების მოლეკულური მექანიზმები), ისე უაღრესად დიდი პრაქტიკული (სიმსივნის მიმდინარეობის პროგნოზი) მნიშვნელობა აქვს. მრავალი შრომის მიუხედავად (1, 2), ადგი-

ლობრივად გამოხატული ანტიისმსივნური იმუნური რეაქციების სრულყოფილი დახასიათება და პროაგნოზული მნიშვნელობა სადღეისოდ ღია საკამათო საკითხად რჩება. რისი ერთ-ერთი მიზეზიც კანცეროგენების სხვადასხვა ონკოგენით გაშუალებული მექანიზმებია (3, 6, 5).

ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა სარძევე ჯირკვლის ინვაზიური კარცინომების დროს ლიმფოიდურ ინფილტრატში ლიმფოციტების პოპულაციების განაწილების თავისებურებების შესწავლა, p53-დამოკიდებული და p53-დამოუკიდებელი კანცეროგენებისათვის დამახასიათებელი ადგილობრივი იმუნური რეაქციების თავისებურებების გამოსავლენად.

შესწავლილი იქნა პროფ. ა. ღვამიჩავას სახ. საქართველოს ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში რეგისტრირებული სარძევე ჯირკვლის ინვაზიური კარცინომების 20 შემთხვევა. პოსტოპერაციულ მასალას ვათავსებდით 10%-იანი ნეიტრალური ბუფერული ფორმალინის ხსნარში, რის შემდეგაც ვაყალიბებდით პარაფინში (პარაპლასტი. ფირმა SHANDON). პარაფინული ანათლების შესწავლას ვახდენდით: ზოგადპისტოლოგიური - ჰემატოქსილინ-ეოზინის მეთოდით, სარძევე ჯირკვლის კარცინომების ტიპისა და ავთვისებიანობის ხარისხის დასადგენად (2); პიკროფუქსინით ვან-გიზონის მიხედვით, სიმსივნის სტრომულ-პარენქიმული თანაფარდობის შესაფასებლად; იმუნოჰისტოქიმიური მეთოდით მონოკლონური ანტისხეულების - CD3 (პან-T ლიმფოციტების მარკერი), CD20 (პან-B ლიმფოციტების მარკერი), ონკოპროტეინი p53 (სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხის განსაზღვრისათვის) გამოყენებით, ვიზუალიზაციის სისტემა - LSAB (მონიშნული სტრუქტურული-ბიოტინური მეთოდი - Labelled Streptavidin-Biotin), სუბსტრატი - DAB (დამინობენზიდინი) (ფირმა DAKO). ანათლების დაღებვას ვაწარმოებდით Gill-2 ჰემატოქსილინით (ფირმა SHANDON).

მიღებული ხარისხობრივი მონაცემების რაოდენობრივ ანალიზს ვახორციელებდით მორფომეტრიის მეთოდით. ვითვლიდით სიმსივნური უჯრედების, p53+ უჯრედების, საერთო ლიმფოციტების, CD3+ და CD20+ უჯრედების, პლაზმოციტების, მაკროფაგების რაოდენობას. ასევე, ფასდებოდა სტრომულ-პარენქიმული და აპოპტოზური ინდექსები.

მორფომეტრიით მიღებული რაოდენობრივი შედეგები დამუშავებული იქნა ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდის გამოყენებით.

კვლევის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ შესწავლილი ინვაზიური კარცინომების 20% შეადგენდა I ხარისხის ავთვისებიანობის, ხოლო 80% - II ხარისხის ავთვისებიანობის ვეგუფს. I ხარისხის ავთვისებიანობის ვეგუფში სიმსივნური უჯრედების საშუალო საერთო რაოდენობა შეადგენდა $36,2 \pm 0,5$ -ს, სტრომულ-პარენქიმული ინდექსი - 2,7, აპოპტოზური ინდექსი - 0,08, მაკროფაგების რაოდენობა - $7,8 \pm 0,6$, პლაზმოციტების რაოდენობა - $2,1 \pm 0,5$, ლიმფოციტების საშუალო საერთო რაოდენობა - $61,0 \pm 5,5$. ლიმფოიდურ ინფილტრატში CD3+ T ლიმფოციტები შეადგენდა $32,5 \pm 0,4$ -ს, ხოლო CD20+ B ლიმფოციტები -

20,6±0,5. I ხარისხის ავთვისებიანობის ჯგუფის ყველა შემთხვევა p53-ნეგატიური აღმოჩნდა.

II ხარისხის ავთვისებიანობის ჯგუფში სიმსივნური უჯრედების საშუალო საერთო რაოდენობა შეადგენდა 48,0±3,2-ს, სტრომულ-პარენქიმული ინდექსი – 2,0, აპოპტოზური ინდექსი – 0, 13, მაკროფაგების რაოდენობა – 7,5±1,3, პლაზმოციტების რაოდენობა – 1,4±0,3, ლიმფოციტების საშუალო საერთო რაოდენობა – 50,3±0,7. II ხარისხის ავთვისებიანობის ჯგუფში ცილა p53 გამოვლინდა შემთხვევათა 25%-ში. p53-ნეგატიურ ჯგუფში ლიმფოიდურ ინფილტრატში CD3+ T ლიმფოციტები შეადგენდა 27,4±0,6-ს, ხოლო CD20+ B ლიმფოციტები – 19,1±0,5-ს. p53-პოზიტიურ ჯგუფში საშუალოდ p53+ უჯრედების რაოდენობა შეადგენდა 41,6±0,8-ს, ლიმფოიდურ ინფილტრატში CD3+ T ლიმფოციტები შეადგენდა 32,2±0,7-ს, CD20+ B ლიმფოციტები – 22,8±0,4, აპოპტოზური ინდექსი – 0,18.

მიღებული მონაცემების მიხედვით, სარძევე ჯირკვლის ავთვისებიანობის II ხარისხის p53+ ინვაზიური კარცინომების დროს ლიმფოიდურ ინფილტრატში CD3+ თ და CD20+ ლიმფოციტების რაოდენობა სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ გან-

სხვავდებოდა სარძევე ჯირკვლის I ხარისხის ინვაზიური კარცინომების ლიმფოიდურ ინფილტრატში CD3+ და CD20+ უჯრედების რაოდენობისაგან, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ სარძევე ჯირკვლის p53+ ინვაზიური კარცინომების დროს ლიმფოიდური ინფილტრატის რაოდენობრივ შეფასებას სიმსივნის მიმდინარეობის პროგნოზული მნიშვნელობა არ შეიძლება მიენიჭოს. მათგან განსხვავებით, II ხარისხის ავთვისებიანობის p53-ნეგატიური შემთხვევების დროს ლიმფოიდურ ინფილტრატში სტატისტიკურად სარწმუნოდ შეძენილია CD3+ და CD20+ ლიმფოციტების რაოდენობა, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ p53 ცილის არარსებობისას ლიმფოიდური ინფილტრატის რაოდენობრივი შეფასება შეიძლება გამოყენებული იქნას სიმსივნის მიმდინარეობის პროგნოზულ მაჩვენებლად.

ლიტერატურა:

1. Дикштейн Е. А. и др. Общие закономерности местных иммунных реакций при предраке и раке различных органов. Архив патологии. 1985. Т. 47. Вып. 11. с. 51-57.
2. Elston C. W. Ellis J. O. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breast cancer. Experience from a long study with long-term follow-up. *Histopathology* 1991;19:403-410.
3. Goel M. M. et al. Immunohistochemical localization and correlation of p53 and PCNA expression in breast carcinoma. *Indian J Exp Biol* 2000 Mar;38(3):225-30.
4. Gudmundsdottir I. Ogdundsdottir M. M. Variable natural killer function of tumour-infiltrating lymphocytes from breast carcinomas. *APMIS*. 100 (8): 737-46, 1992, Aug.
5. Lezeshki A.M. et al. p53 gene alteration and protein expression in Iranian women with infiltrative ductal breast carcinoma. *Cancer Lett* 2001 Aug 10;169(1):69-75.

6. Van Slooten H. J. et al. Mutations in exons 5-8 of the p53 gene, independent of their type and location, are associated with increased apoptosis and mitosis in invasive breast carcinoma. *J Pathol* 1999 Dec;189(4):504-13.

**Заридзе М., Буркадзе Г., Турашвили Г.
ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЛИМФОЦИТОВ
ПРИ p53-ПОЗИТИВНЫХ И p53-НЕГАТИВНЫХ
КАРЦИНОМАХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
РЕЗЮМЕ**

Исследован материал 20 случаев инвазивных карцином молочных желез с применением морфологических (окраска гематоксилин-эозином, пикрофуксином по ван Гизону) и иммуногистохимических методов с помощью моноклональных антител: CD3 (пан-Т-лимфоциты), CD20 (пан-В-лимфоциты), онкопротсин p53. В 20% случаев обнаружена I степень, а в 80% случаев - II степень злокачественности. В карциномах злокачественности I степени онкопротсин p53 не выявлен, а в карциномах злокачественности II степени p53-позитивность отмечалась в 25% случаев. В p53+ карциномах количества CD3+ Т и CD20+ В-лимфоцитов не отличалось от тех же клеток в карциномах злокачественности I степени. Оказалось, что p53-негативные инвазивные карциномы злокачественности II степени характеризуются уменьшенным количеством CD3+ и CD20+ клеток. Таким образом, при p53+ инвазивных карциномах определение количества лимфоцитов не является прогностическим критерием. В отличие от этих случаев, при p53-негативных карциномах количества CD3+ и CD20- лимфоцитов свидетельствует о благоприятном прогнозе..

**M. Zaridze, G. Burkadze, G. Turashvili
PECULIARITIES OF DISTRIBUTION OF LYMPHOCYTES SUBSETS IN P53-
POSITIVE AND P53-NEGATIVE INVASIVE BREAST CARCINOMAS
S U M M A R Y**

We studied 20 cases of invasive breast carcinomas. Surgical specimens were investigated using H&E, van Gieson's stain, immunohistochemistry with monoclonal antibodies: CD3 (Pan-T lymphocytes), CD20 (Pan-B lymphocytes), oncoprotein p53. 20% of all cases showed I grade of malignancy, while 80% showed II grade. All cases of I grade cancers were p53-negative. p53 were expressed in 25% cases of II grade cancers. In p53+ invasive breast carcinomas the amounts of CD3+ and CD20+ lymphocytes were undistinguished from I grade cancers. However, p53-negative II grade breast carcinomas show the decreased amounts of CD3+ and CD20- lymphocytes. We conclude that in p53+ invasive breast carcinomas the quantitative evaluation of lymphocytes doesn't appear a predictor of prognosis but in p53-negative invasive breast carcinomas the amounts of CD3+ and CD20+ cells predicate favorable prognosis.

**ბ.ზურაშვილი, კ.გელაშვილი, ნ.ვეფხვაძე, თ.გელოვანი,
მ.გიორგობიანი, ნ.ჯოლოგუა**
**ზემო სვანეთის რეგიონის რადიოეკოლოგიური სიტუაციის
კიბინური შეფასება**
**თსსუ, პრევენციული მედიცინისა და კომუნალური და რადიაციული
ჰიგიენის კათედრები**

მოსახლეობაზე მუდმივად მოქმედ ეკოლოგიურ ფაქტორთა შორის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება გარემოს რადიაციულ ფონს (რფ). ადამიანის ორგანიზმი ეკოლოგიის პროცესში შეგუებულია მისი ადგილსამყოფელის ბუნებრივ რფ, რომელიც შექმნილია კოსმოსური, ატმოსფეროს, ნიადაგის გამოსხივებით და მეტანაკლებად სტაბილური სიდიდით. ბუნებრივი რფ ცვლილება უკავშირდება ადამიანის საქმიანობასა და ბუნებრივ კატაკლიზმებს.

რადიოეკოლოგიური სიტუაციის კიბინური შეფასებისათვის აუცილებელია გამოსაკვლევი რეგიონის გარემოს (ღია ადგილების) და შენობების რფ შესწავლა და გარემოს ობიექტებში რადიონუკლიდების შემცველობის დადგენა, რის საფუძველზეც ხდება მოსახლეობის დასხივების ჯამური დოზის განსაზღვრა და ჯანმრთელობისათვის შესაძლო მავნე შედეგების პროგნოზირება.

ამა თუ იმ რეგიონის ბუნებრივ რფ გავლენას ახდენს მისი გეოგრაფიული მდებარეობა, გეოფიზიკური მდგომარეობა, ქანების რადიონუკლიდური შემცველობა და კოსმოსური გამოსხივების ოდენობა.

გარემოს რფ დინამიკაში შესწავლას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება იმდენად, რამდენადაც თანამედროვე პერიოდში ატომური ენერჯისა და მაიონებელი გამოსხივების სხვა წყაროების ინტენსიურ გამოყენებასთან და რადიაციულ ავარიულ სიტუაციებთან დაკავშირებით მატულობს რადიოაქტიური ნივთიერებებით გარემოს გლობალური დაბინძურების ალბათობა. ასეთ ფაქტს ადგლი ჰქონდა ჩერნობილის ავარიის დროს, როდესაც რადიონუკლიდური დაბინძურების თვალსაზრისით საქართველო ყველაზე მეტად დაბინძურებული ქვეყნების ოთხეულში აღმოჩნდა [1, 2]. ქვეყნის ტერიტორიაზე გამოილევა როგორც ხანმოკლე, ასევე ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდის მქონე რადიონუკლიდები, რომელთა გავლენა არ შეიძლება არ ასახულიყო საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

სამუშაოს მიზანს წარმოადგენდა ზემო სვანეთის რეგიონის ბუნებრივი რფ (ღია ადგილები და შენობები) გამოკვლევა, ანომალური ტერიტორიების აღმოჩენა და სათანადო პროფილაქტიკური ღონისძიებების დასახვა მოსახლეობის დასხივების კოლექტიური დოზის შემცირების მიზნით. ზემო სვანეთის რეგიონის შერჩევა აღნიშნული კვლევის ჩატარების მიზნით განაპირობა ამ რეგიონის მოსახლეობის ავადობის მაჩვენებლების მატებამ ჩერნობილის ავარიის შემდგომ პერიოდში და რადიოიზოტოპური წყაროების დაკარგვის ფაქტმა ამ რეგიონში, რაც მოსახლეობის სერიოზული შემოთების მიზეზი გახდა.

შესწავლილ იქნა ზემო სვანეთის რეგიონის დასახლებული ადგილების (ჰაიშიდან უშგულამდე) გარემოს და შენობების (საცხოვრებელი, საზოგადოებრივი, საწარმოო) რფ, გამოანგარიშებულ იქნა მოსახლეობის დასახივების საშუალო წლიური ღირება გარეგანი დასახივების ხარჯზე და ჰიგიენური თვალსაზრისით შეფასდა რეგიონში უპირატესად გამოყენებული სამშენებლო მასალები.

რფ გაზომვა ხდებოდა ერთიანი მეთოდოლოგიით სპეციალურად შემუშავებული ინსტრუქციის მკაცრი დაცვით ერთი და იგივე ტიპის ხელსაწყოებით (CHG-68-01). გაზომვა თითოეულ წერტილში ტარდებოდა მრავალჯერადად (10-ჯერ). ყველა მონაცემი ფიქსირდებოდა სპეციალურ ჟურნალებში. გამოკვლეულ იქნა 1521 წერტილის რფ (სულ 15210 გაზომვა).

გამოკვლევის პირველადი მასალის დამუშავება მოხდა IBM ტიპის კომპიუტერზე, სტატისტიკური პაკეტების SPSS და Statistica-ს გამოყენებით.

რადიოეკოლოგიური სიტუაციის შესწავლის მიზნით ზემო სვანეთის რეგიონში ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე დადგინდა, რომ ღია ადგილების რფ მაჩვენებლები მერყეობს 100-170 ნგრ/სთ-ის ფარგლებში. საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 136 ნგრ/სთ.

რფ ყველაზე დაბალი საშუალო მაჩვენებლები დაფიქსირდა შემდეგ დასახლებულ პუნქტებში: მესტია - 100 ნგრ/სთ, სოფლებში: ბეჩო - 110 ნგრ/სთ, ჰაიში - 105 ნგრ/სთ, ჭუბერი - 115 ნგრ/სთ.

რფ შედარებით მაღალი საშუალო მაჩვენებლები დაფიქსირდა შემდეგ დასახლებულ პუნქტებში: უშგული - 170 ნგრ/სთ, მულაზი - 135 ნგრ/სთ, ცხუმარი - 134 ნგრ/სთ.

რფ მაჩვენებელმა დაუმუშავებელ ადგილებში (ყამირი მიწები) შეადგინა საშუალოდ 135 ნგრ/სთ, ხოლო დამუშავებულ მიწაზე - 125 ნგრ/სთ.

National Radiological Protection Board (NRPB)-ის 1993 წლის მონაცემებით [3], ევროპის ქვეყნებში ღია ადგილების რფ მერყეობს 30-90 ნგრ/სთ ფარგლებში. ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ზემო სვანეთის რეგიონის ღია ადგილების რფ საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 136 ნგრ/სთ, ანუ რამდენადმე აღემატება დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში არსებული რფ სიდიდეს.

შენობების რფ საშუალო მაჩვენებელი გამოკვლეულ ტერიტორიაზე შეადგენს 160 ნგრ/სთ (130 - 190 ნგრ/სთ).

რფ გამოკვლევამ სხვადასხვა ფუნქციონალური დანიშნულების შენობებში აჩვენა, რომ ფონის მერყეობა საცხოვრებელ შენობებში შეადგენს 125-195 ნგრ/სთ, საზოგადოებრივი დანიშნულების შენობებში - 126-170 ნგრ/სთ.

შენობების რფ შეფასება განხორციელდა სამშენებლო, გადასახურავი და იატაკის მასალის სახეობის გათვალისწინებით. რფ შედარებით მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა ადგილობრივი შავი ფიქალით ნაგებ შენობებში - 185-195 ნგრ/სთ.

NRPB-ის მონაცემებით, შენობების რუხ სიდიდით დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში შეადგენს 50-80 და > ნგრ/სთ. გამოკვლევულ ტერიტორიაზე არსებული შენობების რუხ (160 ნგრ/სთ), ისევე, როგორც ღია ადგილების შემთხვევაში, აღმატება აღნიშნულ მაჩვენებლებს.

გამოკვლევული ტერიტორია შედარებით მაღალი ბუნებრივი რუხ მქონე რეგიონებს მიეკუთვნება, რაც ალბათ განპირობებულია მისი გეოგრაფიული მდებარეობით, გეოფიზიკური მდგომარეობით და სხვა ბუნებრივი მახასიათებლებით. არ არის გამორიცხული ბუნებრივად შედარებით მაღალი რუხ კიდევ უფრო გაზრდა ხელოვნურად გარემოს გლობალური დაბინძურების ხარჯზე.

რეგიონის ღია ადგილების და შენობების რუხ სიდიდეების საშუალებით შესაძლებელი გახდა მოსახლეობის დასახივების საშუალო წლიური დოზის დადგენა გარეგანი დასახივების ხარჯზე (რადონის კომპონენტის გარეშე). აღნიშნული დოზა შეადგენს 1,2 მზვ/წ, რაც აღმატება დასავლეთ ევროპის შესაბამის მაჩვენებელს (0,6-0,8 მზვ/წ).

ცხოვრების ჯანსაღი და უსაფრთხო პირობების უზრუნველყოფის, გარემოს დამატებითი რადიონუკლიდური დაბინძურების და შესაბამისად რუხ მომატების აღკვეთის, მოსახლეობის დასახივების კოლექტიური დოზის შემცირების და შესაბამისად, სტოქასტიკური ეფექტების მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით უნდა განხორციელდეს შემდეგი ღონისძიებები:

1. გარემოს ობიექტების (ჰაერი, წყალი, ნიადაგი). საკვები პროდუქტების და სამშენებლო მასალების რადიონუკლიდური იდენტიფიკაციის ჩატარება და მათი ნორმირება;
2. საქართველოს ჯანდაცვის მინისტრის 20.01.98 30/ო ბრძანების - „საქართველოს მოსახლეობის სხივური დიაგნოსტიკური გამოკვლევების შემდგომი მოწესრიგების შესახებ“ - აუცილებელი შესრულება დასახივების პოპულაციური დოზის შემცირების მიზნით;
3. ზემო სვანეთის რეგიონის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის პერიოდული შემოწმება.

ლიტერატურა:

1. მოსულიშვილი ლ., შონია ნ., ქათამაძე ნ., გინტერი მ. რადიოეკოლოგიური მონიტორინგის ზოგიერთი მონაცემები საქართველოში ჩერნობილის კატასტროფის შემდეგ. რადიაციული გამოკვლევები, 1991, ტ. 6, გვ. 221-241
2. Надарейшвили К.Ш., Цицкишвили М.С., Гачечиладзе Г.А. и соавт. Воздействие Чернобыльской катастрофы на радиозэкологическую ситуацию в Закавказье. Сообщение Ш. Радионуклидное эхо Чернобыля в Грузии. Радиационные исследования. т. 17. 1993.
3. Natural Radiation Maps of Western Europe, NRPB, 1993

**Зурашвили Б., Гелашвили К., Вепхვაдзе Н., Геловани Т.,
გიორგობიანი М., Джологуа Н.
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ
ЗЕМО-СВАНЕТСКОГО РЕГИОНА
РЕЗЮМЕ**

Изучены показатели радиоационного фона (рф) открытых местностей и помещений Земо-Сванетского региона (136 и 160 нГр/ч) и средняя годовая доза облучения населения за счет внешнего облучения (1,2 мЗВ/г), которые превышают аналогичные показатели стран Западной Европы. Целесообразно проведение радионуклидной идентификации объектов окружающей среды, продуктов питания и строительных материалов и строгое выполнение правил радиационной безопасности.

**Zurashvili B., Gelashvili K., Vepkhvadze N.,
Gelovani T., Giorgobiani M., Jologua N.
RADIOECOLOGICAL SITUATION
IN ZEMO SVANETI REGION OF GEORGIA
SUMMARY**

The indicators of radiation Background (open places, buildings) of Zemo Svaneti region (136 and 160 nGy/h) and irradiation dose of population (1,2 mZv/y) have been studied. The obtained data are more than analogical indicators in the Western European countries.

Detailed study of the mentioned territories (containing of radionuclides in the environment and their identification) and strict observance of radiation safety standards are necessary.

**მ.თოფურიძე, ნ.თხილავა
ერიტროციტის მემბრანის თავისებურების გამოვლენა
პროსტატის, შარდის აუშტის და თირკმლის ავთვისებიანი
სიმსივნეების დროს ლეიტინის საშუალებით
თსუ, პათოფიზიოლოგიის კათედრა**

უჯრედის მემბრანა ფრიად ადვილად დაზიანებადი სტრუქტურაა. ის მყის რეაგირებს ორგანიზმში მიმდინარე თითქმის უმნიშვნელო ძვრებზეც. ამიტომ ბიომემბრანების შესწავლას ნორმასა და პათოლოგიის დროს ფრიად ღირებული პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს. ყველაზე გავრცელებული და ადეკვატურ მოდელად მემბრანის შესწავლისათვის ერიტროციტების მემბრანაა მიღებული. ეს პირობადებულია ორი გარემოებით: ერიტროციტების კვლევისათვის ადვილად ხელმისაწვდომი უჯრედებია, ამავე დროს ერიტროციტების მემბრანა განსაკუთრებულად მაღალი რეაქტიულობით ხასიათდება. ერიტროციტების მემბრანის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების შესწავლა სხვადასხვა ქიმიური აგენტის ზეგავლენისას გვაძლევს საშუალებას გამოვავლინოთ უჯრედის

გარსში არსებული ის ჯერ კიდევ ფარული ცვლილებები, რომლებიც ჩვეულებრივი, ადრე გამოყენებული მეთოდებით კვლევისას შეუმჩნეველი რჩება. ჩვენს შრომაში ასეთ აგენტად გამოყენებულ იქნა ლექტინი (LPM(3)).

ლექტინები განსაკუთრებული თვისებების ოლიგომერული მულტივალენტური ცილებია, რომლებიც გამოირჩევიან უნარით დაიკავშირონ სპეციფიკური სტრუქტურის და კონფორმაციის მქონე ნახშირწყლები მათი ქიმიური გარდაქმნის გარეშე (1). ვინაიდან ნებისმიერი უჯრედი დაფარულია ნახშირწყლების რთული კომპლექსით, ლექტინები შერჩევითად უკავშირდებიან მათ და მემბრანის არსებით დეზორგანიზაციას იწვევენ (1). მემბრანასთან უკავშირების შემდეგ ლექტინები ზოგჯერ უჯრედშიდა პროცესების რეგულაციაშიც იღებენ მონაწილეობას (2).

ცნობილია, რომ ადამიანის ერითროციტის მემბრანაში ჭარბადაა ინტეგრალური ცილა გლიკოფორინი, რომელიც ლობოს თესლიდან გამოყოფილი ლექტინ PHA (Phytohemagglutinin)-ის რეცეპტორია. ვინაიდან PHA-ს შეძენა გარკვეულ ორგანიზაციულ და ფინანსურ სიმძნელებთანაა დაკავშირებული, ჩვენ გამოვყავით და გავასუფთავეთ იგი ლობოს ქართული ჯიშიდან (*Phascolus vulgaus L. var olongo oratus, ochroleucus venoso vareegatus*) და კუწოდეთ მას LPM (3).

ჩვენი სამუშაოს მიზანი იყო ერითროციტების ლიზისის კინეტიკის თავისებურებების შესწავლა ავთვისებიანი სიმსივნის დროს LPM-ის საშუალებით.

ერითროციტების ლიზისის კინეტიკას ვსწავლობდით ჩვენს მიერ დამუშავებული სპექტროფოტომეტრული დიფერენციული მეთოდით, რომელიც კომპიუტერული დანადგარით ჰემოლიზის კინეტიკის რეგისტრაციას, მიღებული შედეგების პროგრამულ დამუშავებას და შედეგების ინტეგრალური და დიფერენციული ფორმით წარმოდგენას უზრუნველყოფდა.

ავთვისებიანი და ნორმალური უჯრედების პლაზმური მემბრანების გლიკოპროტეინების სტრუქტურა და მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. გარდა ამისა, არსებობს მონაცემები ერითროციტების როლის თაობაზე სიმსივნური ანემიის და მიკროციტულაციის პარანეოპლაზიური მოშლის პირობებში. ჩვენ დაგვანტერესა, თუ როგორ რეაგირებს ადამიანის ერითროციტის მემბრანა იმ ძვრებზე, რომელიც თან სდევს ავთვისებიან სიმსივნეს.

შესწავლილი გვყავს 40 ავადმყოფი. აქედან 20-ს ჰქონდა პროსტატის, თირკმლის და შარდის ბუშის ავთვისებიანი სიმსივნე, ხოლო დანარჩენ 20 ავადმყოფს - შესაბამისი ორგანოს ადენომა.

ჩვენი მონაცემების თანახმად ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე პაციენტებში ერითროციტების ლიზისის ასახავ მრუდზე ლექტინმა (10 მკგ/მლ) გამოავლინა დაძაბებითი პიკი. ასეთი პიკი საკონტროლო ჯგუფებში არ აღინიშნებოდა.

ეს პიკი, ჩვენი აზრით, იმ ერითროციტების ჰემოლიზს ასახავს, რომლებიც განსაკუთრებით დაბალი ოსმორეზისტენტობით ხასიათდებიან და მოცემულ პირობებში ყველაზე ადრე განიცდიან ჰემოლიზს. ლექტინი ყველაზე სწრაფად უკავშირდება და ავლენს მათ იმის გამო, რომ, როგორც ჩანს, სიმსივნური ზრდის დროს ხდება მათ ზედაპირულ აპარატში მყოფი ლექტინის რეცეპტორების ცვლილება, რაც ზრდის მათ სწრაფვას ლექტინის მიმართ. ჩვენი აზრით ეს მობერებული ერითროციტებია, რომელნიც ყველაზე

მგრძობიარე აღმოჩნდნენ იმ ბიოქიმიური ძვრების მიმართ, რომლებსაც აქვს ადგილი ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ორგანიზმში.

ბოლო წლებში აღწერილი ფაქტები კიბოს ბიოქიმიის თაობაზე გვაძლევს საშუალებას ვცადოთ ახსნა იმისა, თუ რა ბიოქიმიურ ძვრებს ძალუძთ გამოიწვიონ ერთროციტის ზედაპირული აპარატის მოდიფიცირება. ცნობილი გახდა, რომ ავთვისებიანი უჯრედები აქტიურად გამოყოფენ ფერმენტ უროკინაზას, რომელსაც გადაყავს არააქტიური პლაზმინოგენი აქტიურ პლაზმინში, ხოლო პლაზმინი, ერთის მხრივ, იწვევს ფიბრინის დეგრადაციას, ხოლო მეორეს მხრივ, ააქტივებს პროკოლაგენაზას კოლაგენაზად. კოლაგენაზა კი შლის კოლაგენს და ამ გზით სისხლძარღვების და ლიმფური სისტემის ბაზალური მემბრანის დეგრადაციას იწვევს. ვინაიდან პროკოლაგენაზა ლოკალიზებულია უჯრედგარეშე მატრიქსში, მისი გაძლიერებული გარდაქმნა პლაზმინად იწვევს ექსტრაუჯრედული მატრიქსის ცილების კატალიზურ დეგრადაციას.

ორივე ფაქტორი - ბაზალური მემბრანის და უჯრედგარეშე სითხის დეგრადაცია იწვევს სიმსივნური უჯრედის შეღწევას სხვა ქსოვილში ანუ მეტასტაზირებას ინტაკტურ ორგანიზმში..

ეფექტობთ, რომ ამ მოვლენებმა შესაძლოა ერთროციტების მემბრანაზეც იმოქმედოს. ჩვენს მიერ მიღებული მონაცემების დაკავშირება შეიძლება ფიბრინის დეგრადაციასთან და აქედან გამომდინარე, სფ^{II}-ის იონების კონცენტრაციის ცვლილებებთან. ლექტინ LPM-ის დაკავშირება გლიკოფორინთან ხსნის მემბრანაში არსებულ კალციუმის არხებს. სფ^{II} ამცირებს კალციუმის იონების ურთიერთან ზიდვას და ხელს უწყობს ერთმანეთის გვერდით მჭიდრო განლაგებას. გარდა ამისა, სფ^{II}-ის იონები იწვევენ მემბრანის ლიპიდების კლასტერებად გაერთიანებას და ამით ამცირებენ ბიომემბრანების დენადობას. ამ მოვლენებს ძალუძს გამოეწვიოს ერთროციტების ერთ-ერთი პოპულაციის ადრეული ჰემოლიზი, რის გამოც ლიზისის კინეტიკის მრუდზე დამატებით პიკს ვიღებთ.

ამგვარად, ლექტინმა გამოავლინა ერთროციტის ზედაპირული აპარატის ფარული ცვლილებები ონკოლოგიური დაავადებების დროს.

ლიტერატურა

1. Sharon N., Lis H. Lectins as cell recognition molecules Science, 1989, 246, 227-234.
2. Rapava E.a., Kuttner .E., Knudson C.B. Lcctins influence chondrocyte probeoglican synthesis and fericellular matrix assembly. Ortho. Trans. 1992, 17, 648.
3. Рапава Э.А., Бахутапшвили А.В., Алксидзе Н.Г. Выделение и очистка лактина - методика из семян грузинского сорта фасоли. Сообщения АН ГССР, 1992, 141, №2.

Топуридзе М., Тхилава Н.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАКТИНА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВЕРХНОСТНОГО АППАРАТА ЭРИТРОЦИТА ПРИ НЕКОТОРЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

РЕЗЮМЕ

Лектин LPM, изолированный и очищенный из семян грузинского сорта фасоли, выявил скрытые изменения в кинетике осмозиса эритроцитов при раке простаты, мочевого пузыря и почек. Использован быстрый

высококчувствительный дифференциальный спектрофотометрический метод с компьютерным устройством.

Topuridze M., Tkhlava N.

THE USE OF LPM TO REVEAL CHANGES IN ERYTHROCYTE MEMBRANE IN SOME ONCODISEASES

SUMMARY

In oncological patients LPM (a lectin, isolated and purified from Georgian species bean seeds) has revealed subtle peculiarities in the kinetics of erythrocyte osmolysis. The measuring was carried out by sensitive rapid spectrophotometric method supplied by automatic setting.

მ.თოფურიძე, თ.სანიკიძე, ვ.ყიფიანი, ქ.ღამბაშიძე, გ.ინგოროცვა
ქანზვითი პროცესების ცვლილება

ავთვისებიანი ზრდის დროს

თსსუ, პათოფიზიოლოგის კათედრა,

ნეიროქირურგიის კურსი

ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის შედარებით ახალი მიმართულება - ორგანიზმის და სიმსივნის ურთიერთდამოკიდებულება მზარდ ყურადღებას იქცევს, რადგან თანამედროვე ონკოლოგიის მიღწევების ახლებურად გააზრების ფონზე ამ პრობლემის როგორც ზოგადბიოლოგიური და ზოგადპათოლოგიური, ისე პრაქტიკული მნიშვნელობა სულ უფრო თვალსაჩინო ხდება. სიმსივნური ორგანიზმის ნეოპლაზმისაგან უშუალოდ დაუზიანებელი, "ინტაქტური" ქსოვილებისა და უჯრედების ცვლილებების შესწავლის აქტუალობა ეჭვს არ იწვევს.

ზედმიწვევით მრავალფეროვანი და მრავალრიცხოვანი პარანეოპლაზიური ცვლილებებიდან ნათლად იკვეთება პრობლემა, რომელსაც შეიძლება ეწოდოს ავთვისებიანი ზრდა და ჟანგვითი პროცესები, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს უნდა თამაშობდნენ პარანეოპლაზიის მექანიზმში.

სამუშაოს მიზანი იყო ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის დროს განვითარებული ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვის და სისხლის ანტიოქსიდანტური თვისებების შესწავლა როგორც ექსპერიმენტში (ლაბორატორიული თავკებსა და ვითარგებზე), ისე კლინიკის პირობებში (ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ადამიანების სისხლის გამოკვლევით).

ორგანიზმში ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის დროს ელექტრონულ-პარამაგნიტური (ეპრ) რეზონანსის მეთოდით (ეპრ სპექტრომეტრი PE-1307 კომპიუტერული უზრუნველყოფით) შესწავლილ იქნა ადამიანთა და ექსპერიმენტულ ცხოველთა სისხლის ეპრ სპექტრი. მეთოდი იძლევა საშუალებას შევისწავლოთ შიგაუჯრედოვანი მეტაბოლური პარამეტრების ერთობლიობა მთლიან, დაუზიანებელ ქსოვილში. ექსპერიმენტი ჩატარდა შერეული პოპულაციის 20-25

გ მასის მამრობითი სქესის ზრდასრულ ლაბორატორიულ თავგებზე, რომლებსაც კანქვეშ გადაწენურგა ერლიხის კარცინომა და 120-125 გ მასის ვირთავებზე უოკერის კარცინოსარკომის ტრანსპლანტანტით. თავგების და ვირთავების სისხლის გამოკვლევა ტარდებოდა განსაზღვრულ ვტაპზე სიმსივნეთა გადწენურგვის შემდეგ. თავის ტვინის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული 30 ადამიანის სისხლშის ებრ სპექტრი ანალიზირდებოდა ოპერაციულ ჩარევამდე და მის შემდეგ.

№1 ცხრილში მოცემულია ლაბორატორიული ვირთავების სისხლის ებრ სპექტრი ნორმაში და უოკერის კარცინოსარკომის ზრდის პროცესში.

ცხრილი №1

ებრ სიგნალები	g=2.01	g=2.003	დაწანგული ცპ	მეთოპმო-გლობინი	Fe ³⁺	FeS-NO
ნორმა	-	19,0±0,1 <0,05	45,0±1,2 <0,05	-	30±2,0 <0,05	-
გადწენურგვიდან მე-5 დღე	20,2±1,3	6,5±0,7 <0,05	48±1,4 <0,05	4,2±0,2 <0,05	22±1,8 <0,05	11±0,8 <0,05
გადწენურგვიდან მე-12 დღე	26,7±0,7	1,3±1,3 <0,05	40±1,4 <0,05	16,3±1,3 <0,05	20±2,0 <0,05	12±0,9 <0,5

ცხრილში მოყვანილი მასალა მეტყველებს, რომ ნორმის პირობებში ვირთავების სისხლის ებრ სპექტრში რეგისტრირდება დაწანგული ცერულოპლაზმინის (g=2,056), Fe³⁺ ტრანსფერინის (g=4,3) ებრ სიგნალები.

სისხლის ებრ სპექტრში რეგისტრირებული დაწანგული ცერულოპლაზმინის ებრ სიგნალის ინტენსივობა ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის პროცესში ძლიერდება, კერძოდ გადწენურგვიდან მე-5 და მე-12 დღეს ის ნორმასთან შედარებით შესაბამისად 11% და 44%-ით იმატებს. Fe³⁺ ტრანსფერინის ებრ სიგნალის ინტენსივობა ავთვისებიანი ზრდის პროცესში ქვეითდება (მე-5 დღეს - 26%-ით, მე-12 დღეს - 33%-ით). ნორმის პირობებში ვირთავების ებრ სპექტრში Met-Hb (g=6,0) ებრ სიგნალი არ რეგისტრირდება, ის თავს იჩენს სიმსივნის გადწენურგვიდან მე-5 დღეს და მისი ინტენსივობა იზრდება სიმსივნის ზრდის ვადასთან ერთად. №2 ცხრილში მოცემულია ლაბორატორიული თავგების სისხლის პარამაგნიტური ცენტრები ნორმაში და ერლიხის კარცინომის ზრდის პროცესში.

როგორც №2 ცხრილიდან ჩანს, დაწანგული ცერულოპლაზმინის ებრ სიგნალის (g=2.056) ინტენსივობა სიმსივნეანი თავგების სისხლში ძლიერდება, ის საკონტროლო მაჩვენებელს აჭარბებს მე-7 დღეს 42,3%-ით, მე-14 დღეს - 20%-ით, 21-ე დღეს კი - 12%-ით. სიმსივნის გადწენურგვიდან მე-7 დღეს თავს იჩენს Met-Hb-ის ებრ სიგნალი, რომლის ინტენსივობა მე-14 და 21-ე დღეს ქვეითდება წინა პერიოდის მონაცემებთან შედარებით.

ამრიგად დადგინდა, რომ ექსპერიმენტული ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის დროს სისხლში დაწანგული ცერულოპლაზმინის ებრ სიგნალის ინტენსივობა

ნორმასთან შედარებით იზრდება, რაც აქტიური ცერულოპლაზმინის შემცირების მანიშნებელია, ეს უკანასკნელი კი ერთ-ერთი ძირითადი ენდოგენური ანტიოქსიდანტია. ქვეითდება Fe^{3+} ტრანსფერინის ეპრ სიგნალის ინტენსივობა. რეგისტრირებულ იქნა არაჰემური რკინის ნიტროზილური კომპლექსების ($FeS-NO$, $g=2,03$), მეთოქემოგლობინის ($g=6,0$) და ინაქტივირებული ადრენორეცეპტორებისთვის დამახასიათებელი ($g=2,01$) ეპრ სიგნალები. ყოველივე ზემოთქმული მეტყველებს, რომ ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის პროცესში ქვეითდება სისხლის ანტიოქსიდანტური უნარი, წარმოიქმნება ჟანგბადის თავისუფალრადიკალური ფორმების გენერატორები (NO , Fe^{2+}), აქტივდება ლიპიდების ჟანგვა, კითარდება ჰიპოქსია.

ცხრილი №2

	$g=2.01$	$g=2.003$	$g=2.056$	$g=6.0$
	ეპრ სიგნალები			
ნორმა	-	$10,0 \pm 0,5$ <0,05	$50,8 \pm 1,7$ <0,05	-
გადანერგვიდან მე-7 დღე	$13,4 \pm 0,2$	$3,7 \pm 1,05$ <0,05	$72,3 \pm 2,5$ <0,05	$2,5 \pm 1,6$ <0,05
გადანერგვიდან მე-14 დღე	$17,8 \pm 1,9$	-	$60,0 \pm 1,05$ <0,05	$1,7 \pm 0,5$ <0,05
გადანერგვიდან 21-ე დღე	$16,5 \pm 0,1$	-	$57,1 \pm 1,01$ <0,05	$1,6 \pm 0,7$ <0,05

რაც შეეხება თავის ტვინის სიმსივნით დაავადებული ადამიანების სისხლის გამოკვლევებს, როგორც №3 ცხრილიდან ჩანს, ნორმის პირობებში სისხლის ეპრ სპექტრში რეგისტრირდება Fe^{3+} ტრანსფერინის და დაჟანგული ცერულოპლაზმინის ეპრ სიგნალები, ხოლო ცვლილებები თავის ტვინის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ადამიანების ეპრ სპექტრში ემთხვევა ექსპერიმენტული სიმსივნით დასნებოვნებული ცხოველების გამოკვლევის დროს მიღებულ შედეგებს.

კერძოდ, Fe^{3+} -ტრანსფერინის ეპრ სიგნალის ინტენსივობა მცირდება (ნორმასთან შედარებით 30%-ით), დაჟანგული ცერულოპლაზმინის ეპრ სიგნალის ინტენსივობა კი ძლიერდება (საკონტროლო მაჩვენებელს აჭარბებს 28%-ით). თავს იჩენს Met-Hb ($g=6,0$), ადრენორეცეპტორების მდგომარეობისათვის დამახასიათებელი ინაქტივირებული ($g=2,01$), $FeS-NO$ ($g=2,03$), Fe^{2+} -ის, Mn^{2+} -ის და MO^{5+} -შემცველი კომპლექსების ეპრ სიგნალები.

ოპერაციული ჩარევიდან 24 სთ-ის შემდეგ აღებულ სისხლში შეიმჩნევა ზემოთქმული ეპრ პარამეტრების გაუარესების ტენდენცია - იკლებს Fe^{3+} -ტრანსფერინის, ძლიერდება დაჟანგული ცერულოპლაზმინისა და მეთოქემოგლობინის ეპრ სიგნალის ინტენსივობა, რაც, ჩვენი აზრით, უნდა აიხსნას ოპერაციული ტრავმით, სისხლის დაკარგვით და ერთიანი ციტების ჰემოლიზით.

ოპერაციიდან 10-15 დღის შემდეგ აღებულ სისხლში ძლიერდება Fe^{3+} -ტრანსფერინის ეპრ სიგნალის ინტენსივობა, მცირდება დაჟანგული ცერულოპლაზმინის და Fe^{2+} -ის ეპრ სიგნალის ინტენსივობა. ქვეითდება აგრეთვე Mn^{2+} -ის და Mo^{5+} -შემცველი კომპლექსების ეპრ სიგნალი. აქედან გამომდინარე, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ამ პერიოდში ჩნდება ტენდენცია ჟანგვითი პროცესების, ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვის და სისხლის ანტიოქსიდანტური უნარის ნორმალიზებისკენ. №3 ცხრილში მოცემულია სისხლის ეპრ სპექტრი ნორმაში, თავის ტვინის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ადამიანების სისხლში ოპერაციულ ჩარევამდე, ოპერაციული ჩარევიდან 24 სთ-ის და 10-12 დღის შემდეგ.

ცხრილი №3

	ნორმა	ოპერა- ციამდე	24 სთ-ს შემდეგ ოპერაციიდან	10-15 დღის შემდეგ ოპერაციიდან
Met-Hb	-	5,5±0,16 <0,05	6,3±0,16 >0,05	9,6±0,2 <0,5
Fe^{3+}	30,0±3,8	21±0,55 <0,05	20,4±0,2 >0,05	23,8±3,6 >0,05
g-2.01	-	1,44±0,03 <0,05	2,38±0,6 <0,05	1,52±0,13 >0,05
FeS-NO	-	10,3±0,12 <0,05	10,6±0,003 >0,05	10,6±0,2 >0,05
Fe^{2+}	-	67±0,29 <0,05	70±0,79 <0,05	61±1,69 <0,05
დაჟანგული ც3	21,0±2,5	27,4±0,8 <0,05	33,6±0,48 <0,05	25,8±0,29 <0,05
Mn^{2+}	-	13,8±0,24 <0,05	15±0,15 >0,05	13,8±0,26 >0,05
Mo^{5+}	-	6,5±0,24 <0,05	6,6±0,12 >0,05	6,4±0,2 >0,05

დასკვნა:

1. ექსპერიმენტული სიმსივნით დასნებოვნებული ლაბორატორიული ცხოველების და თავის ტვინის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ადამიანების სისხლში ჟანგვითი პროცესების და ანტიოქსიდანტური სისტემის ცვლილებები ერთგვაროვანია: ძლიერდება ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვა თავისუფალი რადიკალების გენერატორების წარმოქმნის ფონზე, სუსტდება სისხლის ანტიოქსიდანტური უნარი, ვითარდება ჰიპოქსია.
2. პოსტოპერაციულ პერიოდში შეიმჩნევა ჟანგვითი პროცესების და ანტიოქსიდანტური თვისებების გაუმჯობესების ტენდენცია.

Топуридзе М., Саникидзе Т., Кипиани В., Гамбашидзе К., Ингороква Г.
ИЗМЕНЕНИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ
ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ РОСТЕ
РЕЗЮМЕ

Целью работы являлось изучение перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантных свойств крови в эксперименте и клинике (в крови больных со злокачественной опухолью) методом электронно-парамагнитного резонанса.

Выводы: 1) Изменения ПОЛ и антиоксидантной системы крови животных опухоленосителей и людей, больных злокачественной опухолью головного мозга, однонаправлены: усиливается ПОЛ на фоне активации образования генераторов свободных радикалов, уменьшаются антиоксидантные свойства крови, развивается гипоксия;

2) В постоперационном периоде наблюдается тенденция к улучшению окислительных процессов и антиоксидантных свойств.

Topuridze M., Sanikidze T., Kipiani V., Gambashidze K., Ingorokva G.
PROCESSES OF PEROXIDATION DURING MALIGNANT
TUMOUR GROWTH
SUMMARY

The aim of our work was observation of processes of lipid peroxidation and antioxidant properties of blood in animals (rats and mice) with experimental malignant growth and in individuals with brain cancer, by the Electronic-Paramagnetic-Resonance (EPR) method.

Results and conclusions:

Disorders of oxidative processes and antioxidant properties of blood, revealed in experimental animals and patients with brain cancer are same:

1. On the background of production of free radical generators, the peroxidation of lipids is exaggerated, antioxidant ability of blood is decreased and hypoxia is developed.
2. In treated individuals has been stated tendency of improvement of antioxidant properties and processes of peroxidation.

ლ.თოხაძე, თ.ტაბუცაძე, ვ.ასათიანი, მ.შანიძე
პილოროდუოდენური წყლულის პერფორაციის
მკურნალობის თანამედროვე ასპექტები
თსსუ ქირურგიის №2 კათედრა,
ენდოსკოპიური ქირურგიის და ლიოთოტრიფის
რესპუბლიკური ცენტრი

სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების მქონე პაციენტებში პერფორაციის სიხშირე 5-30%-ს აღწევს. უმეტეს შემთხვევაში პერფორაციას განიცდიან კუჭის პრეპილორული და პილორული რეგიონის, აგრეთვე თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვის წყლულები (3).

აღსანიშნავია, რომ ქირურგთა მხრიდან პილოროდუოდენური წყლულის პერფორაციის დროს ოპერაციული მკურნალობის არსი საკმაოდ ერთმნიშვნელოვნად არის აღქმული. დომინირებს მოსაზრება, რომლის მიხედვითაც ულცერორაფიის წარმოება მიზანშეწონილია გავრცელებული პერიტონიტის დროს, მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში (შიძიე თანმხლები დაავადებები, ხანდაზმული ასაკი), აგრეთვე ახალგაზრდა პაციენტებში ხანმოკლე წყლულოვანი ანამნეზის შემთხვევაში, როდესაც ქრონიკული პროცესის მორფოლოგიური ნიშნები ჯერ კიდევ არ არის ჩამოყალიბებული, სტრესული და მედიკამენტური წყლულების პერფორაციის დროს. ამავე დროს, პერფორაციის პრობლემის გადაწყვეტის ოპტიმალურ ვარიანტად მიჩნეულია რადიკალური ოპერაციები კუჭის რეზექციისა და სხვადასხვა ტიპის ვაგოტომიის სახით. ამასთან დაკავშირებით უნდა აღინიშნოს, რომ მთელ რიგ ავტორთა მონაცემები მიუთითებენ კუჭის რეზექციის და ვაგოტომიის მრავალრიცხოვან გართულებათა თუ ფუნქციურ მოშლილობათა შესახებ, როგორც უშუალოდ პოსტოპერაციულ, ასევე შორეულ პერიოდებში. ამავე დროს გასათვალისწინებელია ლეტალური შემთხვევების სიხშირეც აღნიშნული ოპერაციების შემდეგ, რომელთა წარმოება ფაქტიურად ექსტრემალურ პირობებში მიმდინარეობს. მიუხედავად ზემოაღნიშნული ინფორმაციის არსებობისა, ქირურგთა მიდგომა პერფორაციის პრობლემისადმი უკანასკნელი პერიოდის განმავლობაში ფაქტიურად არ შეცვლილა.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, პილოროდუოდენური წყლულის პერფორაციის გარკვეულ შემთხვევებში ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებთ ლაპაროსკოპიული მეთოდის გამოყენებით ინტრაკორპორალურ ულცერორაფიას, ხოლო ოპერაციიდან მე-3-4 დღეს ავადმყოფს ენიშნება პერორალური ანტიულცეროგენული მკურნალობა, რომელშიც წამყვანი როლი ენიჭება ომპრაზოლს ანტიბაქტერიულ პრეპარატებთან კომბინაციაში.

ომპრაზოლი მიეკუთნება ანტიულცეროგენულ პრეპარატთა ჯგუფს, რომელიც ხელს უწყობს გასტრალური პროდუქციის შეზღუდვას კუჭის პარიეტული უჯრედების H^+ , K^+ , ATF -ის აქტივობის დათრგუნვის ხარჯზე და იწვევს მარდიშეავას სეკრეციის შემცირებას, რაც თავის მხრივ განაპირობებს ბაზალური და სტიმულირებული სეკრეციის მკვეთრ დაქვეითებას გამლიზიანებული ფაქტორის მიუხედავად (1).

გამომდინარე იმ ფაქტიდან, რომ პილოროდუოდენური წყლულის მქონე პაციენტთა 95%-ში დაავადების მიმდინარეობა ასოცირდება პელიკობაქტერ პილორი-სთან (2,6,7), ომპრაზოლით მკურნალობა მიმდინარეობდა ანტიპელიკობაქტერიულ პრეპარატებთან კომბინაციაში. ამ მიზნით გამოყენებული იყო ანტიბაქტერიული საშუალებანი (ტრიქოპოლი, ამოქსაცილინი).

ცხრა რანდომიზირებულ ავადმყოფს პილოროდუოდენური ლოკალიზაციის წყლულის პერფორაციის დროს ჩაუტარდა ინტრაკორპორული ულცერორაფია ლაპაროსკოპიული მეთოდით აღენის წესით. ოპერაცია წარმოებული იყო ავადმყოფების სტაციონარში მოთავსებიდან 1-2 საათის და პერფორაციიდან არაუმეტეს 6 საათის შემდეგ. ვველა პაციენტი მამაკაცია, ასაკი- 17=დან 46

წლამდე (საშუალოდ 28 წელი)ყ ვადმყოფთა დაყოვნებამ სტაციონარში შეადგინა 4-დან 6 დღემდე (საშუალოდ 4,8 დღე). ყველა ავადმყოფი გაეწერა კლინიკურად გაჯანმრთელებული.

ინტრაკორპორული ნაკერების ნაირსახეობებიდან უპირატესობას ვანიჭებთ ე.წ. მეთეხის კვანძოვან ნაკერს. ჩვეულებრივ საკმარისია 3-4 ასეთი ნაკერი შემდგომი ომენტოპექსის წარმოებით. ერთ ავადმყოფს ულცერორაფია ჩაუტარდა Eendo-hernia-ს აპარატის გამოყენებით.

მოგვეყვას ამონაწერი ავადმყოფის ისტორიიდან: ავადმყ. მ., 32 წ., 10 წლის წყლულოვანი ანამნეზი, ხშირი გამწვავებებით, გენეალოგიური ხე - დაუტვირთავი. ფიბროსკოპიულად დადგენილი ჰქონდა თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვის წინა-მდიალური კედლის წყლულის არსებობა. არარეგულარულად, უსისტემოდ იტარებდა მკურნალობას ანტიციდებითა და რ2 - პისტამინის ბლოკატორებით. კლინიკაში შემოსვლამდე 3 სთ-ის წინ განუვითარდა წყლულის პერფორაციის კლინიკური სურათი. ჰოსპიტალიზაციიდან 1 სთ-ის შემდეგ გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია - ენდოსკოპიური ინტრაკორპორული ულცერორაფია ომენტოპექსიის წარმოებით. ოპერაციის შემდგომი პერიოდი - სადა. 4 დღის შემდეგ გაეწერა კლინიკურად გაჯანსაღებული.

ყველა პაციენტს ოპერაციიდან მე-3-4 დღეს ენიშნებოდა მკურნალობა ომეპრაზოლით ანტიპელიკობაქტერიულ პრეპარატებთან ერთად. ომეპრაზოლის სტანდარტული დღიური დოზა შეადგენდა 20 მგ-ს 25-30 დღის განმავლობაში. ოპერაციიდან 6-7 კვირის შემდეგ ჩატარებული გასტროდუოდენოსკოპიის შედეგებმა ცხადყო მკურნალობის ეფექტურობა. წყლულის შეხორცება არ დაფიქსირდა მხოლოდ ერთ შემთხვევაში. რღწ -ტიპირების შედეგად გაირკვა, რომ აღნიშნული პაციენტი ქართულ პოპულაციაში წყლულოვანი დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილების განმსაზღვრელ ანტიგენ HLA - B13-ის მტარებელ ინდივიდს წარმოადგენდა. ცალკეულ ავტორთა მონაცემებით გენეტიკურად დეტერმინირებულ პაციენტებში წყლულოვანი დაავადება ხასიათდება უფრო აგრესიული კლინიკური მიმდინარეობით, სახელდობრ, მკავიანობის მაღალი მაჩვენებლებით (4,5). აქედან გამომდინარე, კონკრეტულ შემთხვევაში ომეპრაზოლის დღიური დოზა გაზრდილი იქნა 40 მგ-მდე.

ამრიგად, ჩვენის აზრით, სათანადო კლინიკური სიტუაციის დროს ლაპაროსკოპიული მეთოდის გამოყენება თანამედროვე ანტიულცეროგენულ პრეპარატებთან კომბინაციაში შეიძლება მივიჩნიოთ პილოროდუოდენური წყლულის ტრადიციული ქირურგიული მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდად.

ლიტერატურა:

1. Видаль - Лекарственный справочник. 1998г.
2. Геллер Л.И., Бессонова Г.Н. Клиническая медицина-1993. т.71, №1, с.22-25.
3. Крылов А.А., Земляной А.Г. с соавт. Неотложная гастроэнтерология. М. Медицина-1988, с.206.
4. Станчев И.Н. Терапевтический архив. 1987. №7, с.108-109.

5. Шептулин А.А. Клиническая медицина-1987., №6, с.31-35.
6. Marshall B. Amer. J. Gastroenterology, 1988., P.3., N5., p.479-480.
7. Sol A.H. The new England j. of medicine 1990. V.322., p.909-916.

**Тохадзе Л., Табуцадзе Т., Асатиани Г., Шანიძე М.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ
ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ
РЕЗЮМЕ**

9 Рандомизированным больным с перфоративной язвой пилородуоденальной локализации произведена лапароскопическая ulceroraphy по методу Аллена. Операцию производили в течении 1-2 часов после поступления в стационар и не более 6 часов после начала заболевания. Все больные мужского пола, возраст от 17 до 46 лет (в среднем 28 лет). Задержка больных в стационаре составила от 4 до 6 дней (в среднем 4-8 дней). Все больные выписались из стационара клинически здоровыми.

Из разновидностей интракорпорального шва мы отдавали предпочтение т.н. рыбацкому шву. Обычно хватает 3-4 таких швов с последующей оментопексией. В одном случае ulceroraphy произведена с использованием аппарата Endo-hernia.

По нашему мнению, при соответствующей клинической ситуации лапароскопический метод можно считать альтернативным методом лечения пилородуоденальной язвы.

**L.Tokhadze, T. Tabutsadze, G. Asatiani, M. Shanidze
THE NEW ASPECTS OF TREATMENT OF THE PERFORATING
PYLORODUODENAL ULCERS
SUMMARY**

9 patients with perforating pyloroduodenal ulcers were treated by combined method (laparoscopic ulceroraphy and conservative therapy with omeprazol and antihelicobacterial drugs).

After 6-7 weeks controlled gastroscopic investigations showed, that ulcer was scared in 8 cases.

**თ.ოხაძე, თ.ტაბუცაძე, გ.ასათიანი, მ.შანიძე
ჭრილობის ჩირქოვან-ანთეპიტი ინფექციების დროს
აპარტოზებისაგან გამოყოფილი პეტაროპაქტირების
სხვადასხვა ჯგუფის მიკრობიოლოგიური დასასინათება
თსსუ, მიკრობიოლოგიის, ვირუსოლოგიის და იმუნოლოგიის კათედრა**

ანტიბაქტერიული პრეპარატების მძლავრი სელექციური მოქმედების ზეგავლენამ გამოიწვია ჩირქოვანი ქირურგიული ინფექციების გამომწვევების ეტიოლოგიური სტრუქტურის შეცვლა (1,2, 3).

კ.პ.საჟინისა და თანაავტორების აზრით (4) ძლიერი ანტიბეპტიკების გამოყენებამ გამოიწვია ჭრილობის ინფექციების გამომწვევების სტრუქტურის ცვლილება ენდოგენური ინფექციების ზრდისაქენ და გრამუარყოფითი

ფლორისაკენ. ანალოგიური აზრი მიეკუთვნება ე.პ.კოვალიოვას და თანაავტორებს (5), რომელთა მონაცემებით ქირურგიული პროფილის სტაციონარებში გრამუარყოფითი მიკროფლორის ხვედრითი წონა შეუწყვეტლივ იზრდება. პათოგენური და პირობით-პათოგენური ენტერობაქტერიების როლი ადამიანის ინფექციურ პათოლოგიაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა და აგრძელებს ზრდას (6,7). Enterobacteriaceae-ს ოჯახიდან ჩირქოვან-სეპტიკური ინფექციების გამოწვევაში მნიშვნელოვანი ადგილი ეკუთვნის E.coli-ის, პროტეუსების გვარს, კლებსიელებს, ენტერობაქტერს.

ინფექციური პროცესის მიმდინარეობის სიმძიმეს, გამოსავალს და მკურნალობის ეფექტურობას უდაოდ განსაზღვრავს ინფექციის გამოწვევე მიკრობის სახეობა.

ნაშრომის შესრულების დროს მიზნად დავისახეთ შეგვესწავლა ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების გამოწვევე ენტერობაქტერიების ოჯახის სახეობრივი შემადგენლობა, გამოყოფილი მიკროორგანიზმების მიკრობიოლოგიური თვისებები.

ენტერობაქტერიების ოჯახის სხვადასხვა სახეობის 435 შტამი გამოყოფილი იქნა თბილისის სხვადასხვა სტაციონარის ქირურგიულ განყოფილებებში ჰოსპიტალიზირებული 331 ავადმყოფისაგან ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციებით. შედარებითი ანალიზისათვის კვლევას დაექვემდებარა 81 ჯანმრთელი მტარებელი. ენტერობაქტერიების იდენტიფიკაციის და მათი მიკრობიოლოგიური თვისებების შესწავლისათვის გამოვიყენეთ კლასიკური სტანდარტიზებული ბაქტერიოლოგიური მეთოდები და СИБ-ი (ინდიკატორული ქაღალდების სისტემა).

ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ 331 ავადმყოფისაგან გამოყოფილ 726 შტამში ენტერობაქტერიები შეადგენდნენ $59,9 \pm 1,8\%$ (435).

გამოყოფილი ენტერობაქტერიები ხასიათდებოდნენ სახეობრივი მრავალფეროვნებით. 435 ენტერობაქტერიიდან $34,71 \pm 2,3\%$ (151) აღმოჩნდა E.coli, $8,67 \pm 1,3\%$ (38) Enterobacter aerogenes, $1,14 \pm 0,5\%$ (5) Enterobacter cloacae, $7,35 \pm 1,3\%$ (32) Proteus mirabilis, $22,98 \pm 2,0\%$ (100) Proteus vulgaris, $1,60 \pm 0,6\%$ (7) Proteus rettgeri, $0,68 \pm 0,4\%$ (3) Morganella spp., $10,80 \pm 1,5\%$ (47) Klebsiella pneumoniae, $0,45 \pm 0,3\%$ (2) Klebsiella ozaena, $0,22 \pm 0,2\%$ (1) Klebsiella rhinoscleromatis, $2,52 \pm 0,7\%$ (11) Hafnia alvei, $1,83 \pm 0,6\%$ (8) Citrobacter spp; $2,29 \pm 0,7\%$ (10) Edwardsiella spp., $1,14 \pm 0,5\%$ (5) Moellerella spp., $1,37 \pm 0,5\%$ (6) Providencia spp., $0,91 \pm 0,4\%$ (4) Ewingella spp., $0,22 \pm 0,2\%$ (1) Shigella sonne, $0,91 \pm 0,4\%$ (4) Cedacia spp.

როგორც წარმოდგენილი მონაცემებიდან ჩანს, ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების დროს ენტერობაქტერიებიდან წამყვანი ადგილი E.coli-ის ეკუთვნის. მათი ბიოლოგიური თვისებების შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ყველა შესწავლილი შტამი ხასიათდებოდა ნახშირწყლების მაღალი ფერმენტაციის უნარით. გლუკოზის, ლაქტოზის, მანიტის ფერმენტაციის უნარი ახასიათებდა E.coli-ის

100%-ს. საქაროზის ფერმენტაცია დამახასიათებელი იყო მხოლოდ 60,26±3,9%-თვის (91). მოძრაობის უნარი E.coli-ის ყველა შტამისათვის, ლიზინკარბოქსილაზის პროდუცირება 34,43±3,9% (52), ინდოლის წარმოქმნა 100%, მეთილის წითელთან დადებითი რეაქცია შტამების 94,70±1,8% (143), ციტრატის უტილიზაცია დადებითი აღმოჩნდა 10,59±2,5% (16). ურეაზის ფერმენტაციის და H₂S-ის წარმოქმნის უნარი არ გააჩნდა არც ერთ შტამს. ფოგეს-პროსკაუერის დადებითი რეაქცია 7,94±2,2% (12) აღენიშნა. ნაწლავის ჩხირის 84,76±2,9% (128) ჰქონდა β-ლაქტამაზის სინთეზის უნარი.

პროტეუსის გვარიდან ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების გამოძვწევს ჩვენს კერძო შემთხვევაში წარმოადგენდა სამი სახეობა (სულ 139): *Proteus vulgaris* - 22,98±2,0% (100), *Proteus rettgeri* 1,60±0,6% (7), *Proteus mirabilis* - 7,35±1,3% (32). ჩვენს მიერ შესწავლილი პროტეუსის ყველა შტამისათვის დამახასიათებელი იყო გლუკოზის ფერმენტაციის უნარი მჟავისა და აირის წარმოქმნით. სხვა ნახშირწყლების დამშლელი ფერმენტების სინთეზის უნარი შედარებით დაბალი იყო. ისინი ვერ ახდენდნენ ლაქტოზის და მანიტის დაშლას. საქაროზის დაშლა დამახასიათებელი იყო პროტეუსების მხოლოდ 36,69±4,0% (51). მეთილის წითელთან რეაქცია 100% და ფოგეს-პროსკაუერის რეაქცია 28,05±3,8% (39) შემთხვევაში იყო დადებითი. ინდოლს წარმოქმნიდა შტამების 71,94±3,8% (100). ლიზინის პროდუქციის უნარი არ აღმოაჩნდა არც ერთ მიკრობს. H₂S-ს წარმოქმნიდა და ურეაზას პროდუცირებას ახდენდა პროტეუსების შესწავლილი შტამების 100%. "ცოცვის ფენომენი" დამახასიათებელი იყო 92,80±2,2% (129), β-ლაქტამაზური აქტივობა 87,76±2,7% (122) შტამისათვის, ხოლო ჰემოლიზური აქტივობა, ზოგ შემთხვევაში შენელებული (48 საათი) 75,53±3,6% (105)-თვის.

ავადმყოფებისაგან გამოყოფილი და შესწავლილი 50 კლებსიელიდან ყველა ახდენდა ნახშირწყლების ფერმენტაციას, ზოგი მჟავას, ზოგი მხოლოდ აირის, ან ორივეს ერთად წარმოქმნით. არც ერთი მათგანი არ წარმოქმნიდა H₂S-ს და ინდოლს. ფოგეს-პროსკაუერის რეაქცია დადებითი იყო 94,0±3,3% (47) შემთხვევაში. სიმონსის ციტრატის უტილიზაციას ახდენდნენ შტამების 96,0±2,7% (48), შარდოვანას ჰიდროლიზს - 94,0±3,3% (47), ნატრიუმის მალონატის უტილიზაციას 94,0±3,3% (47), ლიზინის პროდუქციას - 96,0±2,7% (48). რეაქცია მეთილის წითელთან 100% შემთხვევაში იყო დადებითი, ხოლო შტამების 100% ვერ ასინთეზირებდა ორნიტინ-დეკარბოქსილაზას. არ გამოვლენილა არც ერთ შტამში მოძრაობის უნარი. β-ლაქტამაზის სინთეზის უნარი აღმოაჩნდა კლებსიელების 62,0±6,8% (31).

ავადმყოფებისაგან გამოყოფილი 43 ენტერობაქტერი წარმოადგენილი იყო ორი სახეობით: *Enterobacter cloacae* (5) და *Enterobacter aerogenes* (38). შტამების 100% შლიდა ნახშირწყლებს მჟავის, ხოლო გლუკოზას მჟავისა და აირის წარმოქმნით, არ წარმოქმნიდა H₂S-ს და ინდოლს. ყველა შემთხვევაში რეაქცია მეთილის წითელთან იყო უარყოფითი, ხოლო ფოგეს-პროსკაუერის რეაქცია

დადებითი. ურეაზული აქტივობა აღინიშნა მხოლოდ 6,97±3,8% (3), ლიზინ-დეკარბოქსილაზა დადებითი 83,72±5,6% (36), ნატრიუმის მაღონატის უტილიზაცია 95,34±3,2% (41) შემთხვევაში. β -ლაქტამაზას პროდუცირებდა ენტერობაქტერიის 51,16±7,6% (22).

მიუხედავად ლიტერატურული მონაცემებისა (80), რომლის თანახმადაც, მაღალი ანტიბიოტიკომპრძობელობის გამო, *Hafnia alvei* არ შეიძლება ჩაითვალოს ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების მნიშვნელოვან და ხშირ ეტოლოგიურ აგენტად, ავადმყოფებისაგან გამოყოფილ ენტერობაქტერიებს შორის 2,52±0,7% (11) შემთხვევაში გამოიყო *Hafnia alvei* (246). გამოყოფილ შტამებს შორის 90,90±8,6% (10) შლიდა გლუკოზას მჟავასა და აირის წარმოქმნით, ხოლო 72,72±13,4% (8) მანიტს, მანოზას, ქსილოზას მჟავას წარმოქმნით. ინდოლის და H_2S არ წარმოქმნიდა არც ერთი შტამი. 81,81±11,6% (9) იძლეოდა დადებით რეაქციას მეთილის წითელთან. ფოგეს-პროსკაუერის რეაქცია დადებითი გამოვლინდა 100% შემთხვევაში. გამოყოფილი შტამების 100% ასინთეზირებდა ლიზინს და ორნიტინდეკარბოქსილაზას. 90,90±8,6% (10) არ ახდენდა ურეაზის ჰიდროლიზს. β -ლაქტამაზური აქტივობა გამოვლინდა 36,36±14,5% (4).

იმის გამო, რომ ავადმყოფებისაგან გამოყოფილი ენტერობაქტერიების ოჯახის სხვა სახეობების ბაქტერიების გამოყოფის სიხშირე შედარებით მცირე იყო, ბიოლოგიური თვისებების პროცენტული მაჩვენებლები არ შეიძლება ჩაითვალოს სარწმუნოდ.

ჯანმრთელი მტარებლებისგან გამოყოფილი ენტერობაქტერიები (81) წარმოდგენილი იყო 6 გვარით და 9 სახეობით. შედარებითმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ავადმყოფებისაგან გამოყოფილ შტამებსა და ჯანმრთელი მტარებლებისაგან გამოყოფილ შტამებს შორის ბიოლოგიური თვისებების ღონეზე არ აღინიშნება არსებითი განსხვავება. განსხვავება მათ შორის მნიშვნელოვანია პათოგენობის ფაქტორების შესწავლის საფუძველზე.

ლიტერატურა:

1. Bocciarelli G., Migliori F., Ravei C., Gari M., Biggini C. Le infezioni nel paziente ustionato studio bacteriologico Sugli agenti eziologici e sulla loro sensibilita antibiotica. Riv. Ital. Chiz. Plast., 1986, 18, N1, P. 81-90.
2. Allen I.R. Hospital infections. - Boston, 1986, -p. 299-319.
3. Фальковская Э.К. Эпидемиология и микробиология раневых инфекций. Сб. ст. Epidemiology and microbiology of wound infections. An. issue. M., 1986, 84 с.
4. Сажин В.И., Коровин А.М., Сыпченко А.Я., Алексеева О.К. Роль внутригоспитальной инфекции в развитии послеоперационных осложнений. Вестник хирургии, 1984, N8, С. 131-135.
5. Ковалева Е.П., Лысенко А.Я., Никитин Д.П. Урбанизация и проблемы эпидемиологии. М., Медицина, 1982. - 174 с.
6. Аксенова Е.В. - Журн. Микробиол., 1980, N11, С. 93-97.
7. Баланин Н.В., Юдицкая Н.М. - Журн. Микробиол., 1984, N8, С. 32-34.

Иосебашвили Т., Петриашвили Н., Гендзехадзе Н., Рухадзе Т.
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ ПРИ ГНОЙНО-
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ
РЕЗЮМЕ

Целью данного исследования было определение микробиологических свойств 435 штаммов энтеробактерий, выделенных от 331 стационарных больных с различными гнойно-воспалительными процессами.

Микробиологическое исследование данных штаммов энтеробактерий, выделенных от больных и здоровых носителей на культуральном и биохимическом уровне не выявило резких различий между ними, однако было дифференцировано большое видовое разнообразие выделенных штаммов энтеробактерий.

Iosebashvili T., Petriashvili N., Gendzekhadze N., Rukhadze T.,
MICROBIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF ENTEROBACTERIES
ISOLATED FROM PATIENTS WITH SUPPURATIVE INFLAMATION
SUMMARY

The aim of the investigation was to determine characteristics of 435 Enterobacterial strains isolated from 331 patients with different suppurative processes.

Microbiological investigation of this Enterobacterial strains, isolated from patients and healthy carriers didn't reveal harsh biomedical and cropal differences between them, but it showed wide specific difference of isolated Enterobacterial strains.

თოსებაშვილი, თ.რუხაძე, ნ.ბაღაშვილი, დ.მეტრეველი
ჭრილობის ჩირქოვან-ანთებითი კათოლოგიების დროს
ავადმყოფებისაგან გამოყოფილი ენტერობაქტერიების
სსკადასსკა ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ
მგრძობელობა/რეზისტენტობის დადგენა
თსსუ, მიკრობიოლოგიის, ვირუსოლოგიის და იმუნოლოგიის კათედრა

ჩირქოვან-სექტიური გართულებები შეადგენენ კოსპიტალური ინფექციების დაახლოებით 85%-ს და მათი ძირითადი სიმძიმე შოდის ქირურგიული პროფილის დაწესებულებებზე (1). ჩირქოვან-ანთებითი გართულებების მიკრობული პეიზაჟი 70-იანი წლებიდან კიდევ უფრო გადასარა ენტერობაქტერიებისა და არამაფერმენტირებელი მიკროფლორის მხარეს, ხშირ შემთხვევაში აჭარბებენ კიდევ გრამდადებითი ფლორით გამოწვეულ ინფექციებს და მიმდინარეობენ უფრო მეტი სიმძიმით (2,3,4). ქირურგიული პროფილის კლინიკებში და, განსაკუთრებით, დამწვრობით გამოწვეული ჭრილობებიდან

გამოყოფილ ასოციაციებს, გამოყენებული ძირითადი ანტიბიოტიკების მიმართ გააჩნიათ მაღალი რეზისტენტობის დონე. ბოლო წლებში შეიმჩნევა გრამუარყოფითი მიკროფლორის მდგრადობის განუწყვეტელი ზრდის ტენდენცია (5, 6, 7).

ბაქტერიების მრავალგვარ თვისებებს შორის, რომელიც განსაზღვრავს დასნებოვნების რისკს და დაავადების შედეგობი განვითარების შესაძლებლობას, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ვირულენტობის ფაქტორები და ანტიბიოტიკორეზისტენტობა. ჭრილობის ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების გამომწვევების შუღმივად ცვალებადი ვირულენტობა და ანტიბიოტიკორეზისტენტობა განსაზღვრავს პრობლემის აქტუალობას და ამ თვისებების დინამიკაში შესწავლის აუცილებლობას როგორც კლინიკისთვის, ისე ეპიდემიოლოგისათვის. მრავლობითი ანტიბიოტიკორეზისტენტობის შესწავლა საინტერესოა აგრეთვე ცირკულირებადი შტამების პოზიციდანაც, ვინაიდან ეპიდემიური სიტუაციის შესაფასებლად სწორედ ეს არის ერთ-ერთი მთავარი ეპიდმარკერები.

წარმოდგენილი სამუშაოს მიზანს შეადგენდა ჭრილობის ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების დროს ავადმყოფებისაგან გამოყოფილი ენტერობაქტერიების ოჯახის წარმომადგენლების ანტიბიოტიკორეზისტენტობის დადგენა.

კვლევა ჩატარდა თბილისის სხვადასხვა კლინიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებებში კოსპიტალიზირებულ 331 ავადმყოფს. მგრძობილობას ვსაზღვრავდით საორიენტაციო-დისკოდიფუზური მეთოდით სტანდარტული დისკების საშუალებით (8, 9) და სერიული განზავების მეთოდით მყარ საკვებ ნიადაგზე. ორივე მეთოდი მოწოდებული იყო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანტიბიოტიკორეზისტენტობის ეპიდზედამხედველობის ექსპერტთა მიერ და ექვემდებარებოდა WHONET-ის პროგრამაში მოცემულ კრიტერიუმებს.

სხვადასხვა ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძობილობა/რეზისტენტობაზე შესწავლილ იქნა 331 ავადმყოფისაგან გამოყოფილი 726 შტამი. აქედან 435 იყო ენტერობაქტერიების ოჯახის სხვადასხვა სახეობის წარმომადგენლები.

ენტერობაქტერიების სხვადასხვა სახეობის ანტიბიოტიკორეზისტენტობის მაჩვენებლებს შორის არ გამოვლინდა მკვეთრი განსხვავება, კერძოდ: E.coli-ის

რეზისტენტობის პროცენტული მაჩვენებლები იცვლებოდა $19,86 \pm 3,2\%$ -დან 100% -ის ფარგლებში. E.coli-ის შტამების ყველაზე მაღალი რეზისტენტობა აღინიშნა სტრეპტომიცინის, მეთიცილინის, ოქსაცილინის, ერითრომიცინის, პენიცილინის, რიფამპიცინის, დიკლოქსაცილინის, ტეტრაციკლინის, ოლენანდომიცინის, ჰიპრილის, ამოქსაცილინის, დოქსიციკლინის, ამპიცილინის მიმართ, რომელთა პროცენტული მაჩვენებლები იცვლებოდა $92,71 \pm 2,1\%$ -დან 100% -ის ფარგლებში. რეზისტენტობის მაჩვენებლების ცვალებადობა $19,86 \pm 3,2\%$ -დან $43,04 \pm 4,0\%$ -ის ფარგლებში დაფიქსირდა ციპროფლოქსაცილის, ზინამის, ტიენამის, ციპროფლოქსაცილის, პრიმაქსინის, სულპერაზონის მიმართ.

პოლირეზისტენტობა დამახასიათებელი იყო *E.coli*-ის $72,84 \pm 3,6\%$ შტამებისათვის.

Proteus vulgaris-ის ანტიბიოტიკორეზისტენტობა მერყეობდა $21,0 \pm 4,0\%$ -დან 100% -ის ფარგლებში. შტამების 100% რეზისტენტული იყო სტრეპტომიცინის, ერთორომიცინის, რიფამპიცინის მიმართ, ხოლო შტამების რეზისტენტობა $99,0 \pm 0,9\%$ -დან $82,0 \pm 3,8\%$ -ის ფარგლებში იცვლებოდა ოლეანდრომიცინის, დოქსიციკლინის, დიკლოქსაცილინის, ტეტრაციკლინის, ოქსაცლინის, მეთიცილინის, პიპრილის, ამოქსაცილინის, ნეომიცინის, აზლოცილინის, ლინკომიცინის, სეკუროპენის, ლევომიცეტინის, კანამიცინის მიმართ.

ანტიბიოტიკორეზისტენტობა $21,0 \pm 4,0\%$ -დან $35,0 \pm 3,5\%$ -ის ფარგლებში გამოვლინდა ციპრობაის, ტიენამის, ციპროფლოქსაცინის, ზიენამის, პრიმაქსინის, მაქსიპიმეს, ფორტუმის, ეპოცილინის მიმართ. *Proteus vulgaris*-ის შტამების $91,0 \pm 2,7\%$ აღმოჩნდა პოლირეზისტენტული.

Klebsiella pneumoniae-ს შტამების $70,21 \pm 6,7\%$ პოლირეზისტენტული იყო შესწავლილი ანტიბიოტიკების მიმართ. ანტიბიოტიკორეზისტენტობა ვარირებდა $17,02 \pm 5,9\%$ -დან 100% -მდე. შტამები $82,97 \pm 5,4\%$ -დან 100% -ის ფარგლებში რეზისტენტული იყო ერთორომიცინის, სტრეპტომიცინის, ოლეანდრომიცინის, რიფამპიცინის, პიპრილის, ოქსაცლინის, ტეტრაციკლინის, დიკლოქსაცილინის, დოქსიციკლინის, პენიცილინის, მეთიცილინის, ამპიცილინის, ამოქსაცილინის, ნეომიცინის მიმართ, ხოლო შტამების $17,02 \pm 5,9\%$ -დან $36,17 \pm 7,0\%$ -მდე ციპრობაის, ზიენამის, პრიმაქსინის, ტიენამის, მაქსიპიმეს, ციპროფლოქსაცინის, ფორტუმის, ეპოცილინის მიმართ.

Enterobacter aerogenes-ის შტამების რეზისტენტობა იცვლებოდა $15,78 \pm 5,9\%$ -დან $94,73 \pm 3,6\%$ -ის ფარგლებში. შტამების $63,15 \pm 7,8\%$ ხასიათდებოდა პოლირეზისტენტობით.

განსაკუთრებით მაღალი ანტიბიოტიკორეზისტენტობით გამოირჩეოდა *Proteus mirabilis*-ის შტამები. შტამების $84,37 \pm 6,4\%$ პოლირეზისტენტული იყო, ხოლო რეზისტენტობის პროცენტული მაჩვენებლები იცვლებოდა $21,87 \pm 7,3\%$ -დან 100% -მდე.

ანტიბიოტიკორეზისტენტობა/მგრძობელობა შევისწავლეთ ენტერობაქტერიების სხვა სახეობების წარმომადგენლებშიც, მაგრამ შესწავლილი შტამების სიმცირის გამო მიღებული მაჩვენებლები არ შეიძლება ჩაითვალოს სარწმუნოდ.

ავადმყოფებისაგან ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციებით, გამოყოფილი 435 ენტერობაქტერიების ანტიბიოტიკორეზისტენტობის განსაზღვრით დადგინდა, რომ კულტურების $83,44 \pm 1,8\%$, რომელიც გამოყოფილი იყო კვლევის 10 წლის მანძილზე, პოლირეზისტენტული იყვნენ ანტიბიოტიკების მიმართ. გამოვლენილია ანტიბიოტიკორეზისტენტობის სხვადასხვა კომბინაციების მრავალფეროვნება. ენტერობაქტერიების სხვადასხვა სახეობის ბაქტერიების მგრძობელობა

ანტიბიოტიკების მიმართ განსხვავებულია, მაგრამ ეს განსხვავება არ არის მკვეთრად გამოხატული. გამოყოფილი ენტერობაქტერიების რეზისტენტობა მერყეობდა $19,08 \pm 1,9\%$ -დან $98,85 \pm 0,5\%$ -ის ფარგლებში. $98,85 \pm 0,5\%$ — $83,44 \pm 1,8\%$ -ის ფარგლებში რეზისტენტობა იცვლებოდა სტრეპტომიცინის, ერთრომიცინის, ოლეანდომიცინის, მეთიცილინის, პენიცილინის, რიფამპიცინის, ტეტრაციკლინის, პიპრილის, ოქსაცილინის, დოქსიციკლინის, დიკლოქსაცილინის, ამოქსაცილინის, ამპიცილინის, ვიბრავენოზის მიმართ, ხოლო $19,08 \pm 1,9\%$ -დან $37,70 \pm 2,3\%$ -ის ფარგლებში ციპრობაის, ზიენამის, ტიენამის, ციპროფლოქსაცილის, პრიმაქსინის, მაქსიპიმეს, ფორტუმის, ეპოცილინის მიმართ.

აქედან გამომდინარე, ენტერობაქტერიებით გამოწვეული ჭრილობის ჩირქოვან-ანთებითი ინფექციების პროფილაქტიკის და მკურნალობის მიზნით რაციონალურია ცეფალოსპორინების მესამე თაობის, ფტორქინოლონების და კარბაპენემების კონტროლირებადი გამოყენება.

ლიტერატურა:

1. Dascher F., Frank U., Gust H.M. Proven and unproven methods in hospital infection control in intensive care unit // *Chemioterapia*. 1987. vol. 6, N3. p. 184-187.
2. Бекбергенов Б.М., Сперанская О.И., Нельфанд Б.Р., Ухин А.В., Торазова Е.Н. Сравнительный анализ структуры антибиотикочувствительности грамотрицательных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний у больных хирургического урологического стационаров. *Антибиотики* 1980. N3, С. 220-224.
3. Neu H.C. Changing mechanisms of bacterial resistance / *Am. J. Med.*, 1984, 77, P. 11-23.
4. Rautlin de la Roy I., Grollier G., Gringnan, Pautte M.C. Sensibility in vitro a la piperacilline de 494 bacilles a gram-negatives isolés D'infections urinaires / *Quest Med.* - 1986. Vol. 11-12. P. 213-217.
5. Editorial. Water bugs in the bassinet / *Am. J. Dis. Child.* 1961, 101:273-277.
6. Дьяченко В.Ф., Москаленко В.Ф., Калинин Н.Ф. и др. Антибиотикочувствительность возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний в клиниках г. Харькова в 1990-1997 гг. *Ж. Микробиол., эпидемиол. и иммунологии*, 1990 г. N3, С. 82-83.
7. Frazer A.C., Curtiss R. Production properties and utility of bacterial minicells / *Current Topics in Microbiol. Immunol.*, 1975, Vol. 69, P. 1-84.
8. Биргер М.О. Справочник по микробиологическим методам исследования. М. "Медицина", 1982. с. 46.
9. Навашин С.М., Фомина И.П. Рациональная антибиотикотерапия. М., "Медицина", - 1982, С. 495.

Иосебашвили Т., Рухадзе Т., Багашвили Н., Метревели Д.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ/РЕЗИСТЕНТНОСТИ К
АНТИБИОТИКАМ РАЗНЫХ ГРУПП ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ У
БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ
Р Е З Ю М Е

В результате проведенного исследования было установлено, что $83,44 \pm 1,8\%$ выделенных штаммов энтеробактерий характеризовались высоким уровнем полирезистентности. Следует также отметить, что наиболее высокие показатели резистентности были установлены в отношении к т.н. старым антибиотикам, практически всех известных групп. Намного ниже оказался уровень резистентности к цефалоспорины III и IV поколения, а также к карбопенемам и фторхинолонам.

Iosebashvili T., Ruchadze T., Bagashvili N., Metreveli D.
DETERMINATION OF SENSIBLENESS/RESISTANCE TO ANTIBIOTICS OF
DIFFERENT GROUPS OF ENTEROBACTERIES, ISOLATED FROM PATIENTS
WITH SUPURATIVE PATHOLOGIES
S U M M A R Y

Carried out investigation revealed that $83,44 \pm 1,8\%$ of isolated enterobacterial strains were characterised with light level of poliresistance. It must be also mentioned that lightest indexes of poliresistance were determined in reaction to so called "old" antibiotics, practically of all known groups. Much more lower was level of resistance to cephalosporines of III and IV generation, and also to Carbopenems and Ftorchinolons.

მ.კაკაურიძე, ჯ.მონასელიძე, ი.თაბორიძე
კოლაგენის თერაპოსტაბილურობის განსაზღვრა მენჯ-
ბარძაყის სახსრის დისპლაზიური პათოლოგიის დროს
მიკროკალორიმეტრული მეთოდით.
თსსუ, პედიატრიული კლინიკა

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიური პათოლოგია (მბსდპ) დისპლაზიური გენეზის გენეტიკურად დეტერმინირებულ დაავადებას წარმოადგენს. მისი შესწავლის აქტუალობას განაპირობებს მალალი სინშირე - საქართველოსთვის იგი წარმოადგენს სამზარეო პათოლოგიას (4)

ქვალ-სახსროვანი სისტემის დისპლაზიური გენეზის თანდაყოლილი ანომალიების ეტიოპათოგენეზში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს შემადგენელი ქსოვილის თანდაყოლილ არასრულფასოვნებას (1,2), რასაც განსაზღვრავს მისი შემადგენელი კოლაგენის ფიბრილების გენეტიკური დეფექტი, ამდენად განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს კოლაგენის ბიოფიზიკური მახასიათებლების

შესწავლა საყრდენ-მამობრავებელი სისტემის თანდაყოლილი ანომალიების, კერძოდ კი მბსდპ -ს დროს.

უკანასკნელ ხანებში ცილის სტაბილურობის კვლევისას ფართოდ გამოიყენება დიფერენციული მასკანირებელი მიკროკალორიმეტრიის მეთოდი, რომელიც ცილის დენატურაციის ენერგეტიკული პარამეტრების დადგენის საფუძველზე იძლევა მისი სტრუქტურისა და ფუნქციის სრულყოფილი შესწავლის საშუალებას.

შრომის მიზანია კოლაგენის თერმოსტაბილურობის შედარებითი ანალიზი მბსდპ -ს და ნორმის დროს.

შესწავლილია ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიის სამეცნიერო ცენტრში ჰოსპიტალიზებული 2-დან 38 წლამდე მბსდპ-ით დაავადებული 10 პაციენტის მენჯ-ბარძაყის სახსრის კაფსულიდან და იგივე ასაკის ორთოპედიული თვალსაზრისით ჯანმრთელი 9 პაციენტის ტრავმული ამპუტაციის შედეგად მიღებული ქსოვილების (შესაბამისად ხრტილი და კანი) ნატიური კოლაგენის თერმოსტაბილურობა.

ავადმყოფთა დიაგნოსტიკება ხდებოდა კლინიკური ანალიზის მეთოდების გამოყენებით (ანამნეზი, გასინჯვა, რენტგენოგრაფია).

ქსოვილების თერმოსტაბილობის დადგენას ვახდენდით დიფერენციალური მასკანირებელი მიკროკალორიმეტრიის მეთოდის საშუალებით.

ქსოვილების გათბობისას შთანთქმული სითბოს რაოდენობის დინამიკაში შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ინტენსიური სითბოს შთანთქმა, რომელიც შეესაბამება ცილის დენატურაციას, პათოლოგიის დროს იწყება უფრო დაბალ ტემპერატურაზე, ვიდრე ნორმის დროს.

დენატურაციის დროს შთანთქმული სითბოს რაოდენობა შეადგენს 12.5 ± 0.6 კალ/გ მშრალ ბიომასაზე მბსდპ-ს დროს და 11.9 ± 0.6 კალ/გ მშრალ ბიომასაზე ნორმის შემთხვევაში.

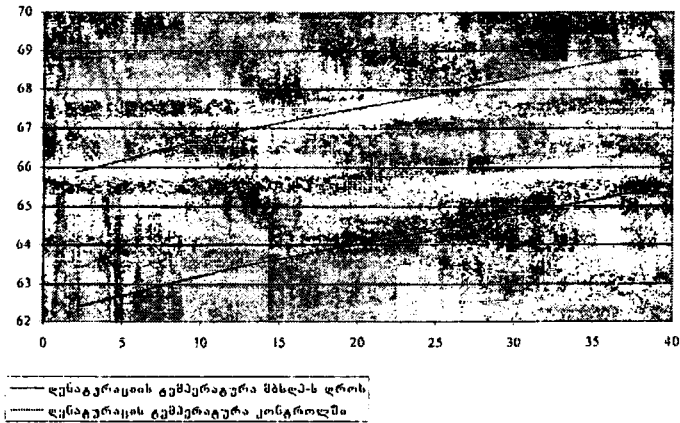
ფობრილარული ცილის სრული დენატურაცია წარმოადგენს კონფორმაციულ გადასვლას, რომელიც დაკავშირებულია შიდამოლეკულური არაკოვალენტური ბმების გაწყვეტასთან და დამოკიდებულია ცილის თვისებებზე. პათოლოგიის დროს ნორმასთან შედარებით დენატურაციის ტემპერატურის წანაცვლება მარცხნივ მიუთითებს ამ ბმების შესუსტებაზე და ადასტურებს მოსაზრებას მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის დროს კოლაგენის ფობრილების თანდაყოლილი ღეფექტის არსებობის შესახებ (2), რაც ხელს უწყობს როგორც ბარძაყის თავისა და ტბუხის ფოსოს არასწორ ფორმირებას, ისე მყესებისა და იოგების ჰიპერმობილურობას და დისპლაზიის ფონზე ამოვარდნილობის ჩამოყალიბებას.

სამუშაოს შემდეგ ეტაპზე შევადარეთ დენატურაციის ტემპერატურის დამოკიდებულება პაციენტის ასაკზე ნორმისა და პათოლოგიის შემთხვევაში (ნახ.1.).

როგორც ნახაზიდან ჩანს, პაციენტის ასაკის ზრდასთან ერთად დენატურაციის ტემპერატურა იზრდება, თუმცა პათოლოგიის დროს ყველა ასაკში ნორმასთან შედარებით რჩება მცირე.

ცილის დენატურაციის ტემპერატურის მატება გვიჩვენებს, რომ ასაკის მატებასთან ერთად არაკოვალენტური ბმების სიმტკიცე იზრდება. რაც კორელირებს კლინიკურ დაკვირვებასთან, კერძოდ - უფროსი ასაკის პირებში მცირეა დისპლაზიის მახასიათებელი სიმპტომის, სახსრების ჭარბი მოძრაობის სიხშირე, ასევე, დისპლაზიური სკოლიოზის განვითარება წყდება პუბერტატული პერიოდის დასრულებასთან ერთად.

კოლაგენის დენატურაციის ტემპერატურის დამოკიდებულება ავადმყოფთა ასაკზე



ნახ.1

შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ასეთივე პროცესს ადგილი აქვს 0-დან 1 წლამდე ბავშვებში, როდესაც ზოგჯერ ადგილი აქვს მბსდ-ს თვითგანკურნებას.

ამრიგად, შემაერთებული ქსოვილის თერმოსტაბილურობის შესწავლამ მბსდ პათოლოგიის დროს გვიჩვენა, რომ პათოლოგიის დროს ნორმასთან შედარებით შემცირებულია ცილის დენატურაციის ტემპერატურა, რაც მიუთითებს ამ დროს კოლაგენის სტრუქტურის დეფექტზე.

ლიტერატურა

1. Vogt S., Eckstein F., Schon M., Putz R. Preferential direction of collagen fibrils in the sub-chondral bone and the hip and shoulder joint.//Anat. Anz. 1999. - vol.181,N2. - p.181-189.

2. Jensen B.A., Reimann I., Fredensborg N. Collagen type III predominance in newborns with congenital dislocation of the hip //Acta Orthop. Scand. 1986. - vol. 57, N4. - p.362-365.
3. Рубин А.Б. Современные методы биофизических исследований. - М. - 1988.
4. Лордкипანიძე უ., Какауриძე მ., Аლადაшვილი ლ. И др. - Этиология и патогенез диспластической патологии тазобедренного сустава в Грузии. - Тбилиси. - 1998.

Какауриძე მ., მონასელიძე ჯ., ტაბორიძე ი.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМОУСТОЙЧИВОСТИ КОЛЛАГЕНА ПРИ
ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
МИКРОКАЛОРИМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ.

Р Е З Ю М Е

На основе исследования тканей капсулы пациентов больных диспластической патологией тазобедренного сустава и кожи контрольных лиц проведен сравнительный термодинамический анализ процесса денатурации соединительной ткани в норме и при патологии. Термостабильность ткани в норме оказалась выше, чем при патологии.

Полученные данные свидетельствуют о значительной роли дефектов внутримолекулярных связей коллагена в формирований дисплазии.

Kakauridze M., Monaselidze J., Taboridze I.
DEFINITION OF THERMOSTABILITY OF A COLLAGEN AT DYSPLASTIC
PATHOLOGIES OF A HIP JOINT BY A METHOD
S U M M A R Y

On the basis of research of tissues of a cartilage of the patients of the patients the dysplastic pathology of a hip joint and skin of the check persons carries out (spent) the comparative thermodynamic analysis of the process of a denaturation of a connective tissue in norm and at a pathology.

The thermostability of a tissue in norm has appeared above, than at a pathology.

The obtained data testify to an appreciable role of defects inside molecular links of a collagen in creations of a dysplasia.

ი.კაკაუტივაძე

სოიოს ცილის გავლენის შესწავლა ადამიანის ორგანიზმის
კლინიკურ-ბიოქიმიურ და იმუნოლოგიურ სტატუსზე
თსსუ, შინაგან სნეულებათა №2 კათედრა

თანამედროვე პირობებში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პროფილაქტიკის მიზნით შეიქმნა ახალი დაბალკალორიული ცილოვანი პროდუქტების შემუშავების აუცილებლობა ნაჯერი ცხიმისა და ქოლესტერინის შეზღუდული

შემცველობით, ტრადიციული და იზოლირებული ცილოვანი ფორმების კომბინაციის საფუძველზე (7).

უკანასკნელი წლების გამოკვლევებით დადგენილია, რომ მცენარეულ ცილებს, განსაკუთრებით სოიოს იზოლირებულ ცილებს უნარი აქვთ მოახდინონ უფრო გამოსახული ჰიპოქოლესტერინებული მოქმედება ცხოველურ ცილებთან შედარებით (6).

კომბინირებული პროდუქტები სოიოს ცილის პრეპარატის საფუძველზე საშუალებას იძლევა შეიქმნას ტრადიციული ტიპის მაღალცილოვანი კვების პროდუქტები რეგულირებადი ამინომჟავური შემადგენლობით (მაქსიმალურად მინუსული ადამიანის მოთხოვნილებებთან), ამასთან ნაჯერი ცხიმების და ქოლესტერინის შემცირებული შემცველობით (5).

ზემოაღნიშნულთან დაკავშირებით ჩვენს მიერ შემუშავებული იყო კომბინირებული საკვების პროდუქტი - სოიოს ფუნთუშა, რომელიც დამზადებულია სოიოს ცილის კონცენტრატის გამოყენებით.

წინამდებარე ნაშრომის მიზანს შეადგენდა შეგვესწავლა სოიოს ცილის კონცენტრატის შემცველი პროდუქტის გავლენა ადამიანის ორგანიზმზე.

სოიოს ცილის კონცენტრატის ადამიანის ორგანიზმის კლინიკო-ბიოქიმიურ და იმუნოლოგიურ სტატუსზე გავლენის შესწავლის მიზნით დაკვირვება ჩავატარეთ 10 პრაქტიკულად ჯანმრთელი მოხალისე მამაკაცის მონაწილეობით ასაკით 24-38 წელი, საშუალო საწყისი მასით 78,5±2,5კგ და სიმაღლით 178,6±1,8სმ. დაკვირვების პერიოდში (20 დღე) გამოსაკვლევი პირები იღებდნენ დიეტას №15-ს და სოიოს ცილის პრეპარატის შემცველი ფუნთუშას ყოველდღიურად ორი ცალის (120კგ) რაოდენობით. ყველა მოხალისე ცხოვრობდა მისთვის ჩვეული ცხოვრების წესით, ასრულებდა ჩვეულ სამუშაოს მსუბუქი ფიზიკური და გონებრივი დატვირთვების მოცულობით. დაკვირვების დასაწყისში და დასასრულს (20 დღის შემდეგ) მოხალისეების სისხლში განესაზღვრეთ მორფოლოგიური, კლინიკო-ბიოქიმიური და იმუნოლოგიური მაჩვენებლები (1, 3, 4). სოიოს ცილის კონცენტრატის გამოყენებით დამზადებული ფუნთუშას რეცეპტურა და ქიმიური შემადგენლობა წარმოადგენდა ცხრილი №1-ში.

როგორც ცხრილის მონაცემებიდან ჩანს, შემუშავებული პროდუქტი განსხვავდება ტრადიციული ფუნთუშასაგან, კერძოდ იგი გაცილებით მაღალი რაოდენობით შეიცავს ცილებს (14,8გ - 7,5გ წინამდებარე) და ხასიათდება ნახშირწყლების (შესაბამისად 20,3გ და 54,2გ) და ცხიმების (შესაბამისად 6,8გ და 9,3გ) რამდენადმე დაბალი შემცველობით. აღნიშნული პროდუქტი ტრადიციულთან შედარებით დაბალკალორიულია (203,0 კკალორია - 330,0 კკალორიასთან შედარებით).

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული ჩატარებულია ამ კომბინირებული პროდუქტის გავლენის შესწავლა ადამიანის ორგანიზმზე მოხალისეების მონაწილეობით.

5. Шатерников В.А., Теоретические и практические аспекты науки о питании. М., 1990, т.1, с.134-160.
6. Яцышина Т.А., Каламкарова О.М., Мед.реф. журнал – VII- 1985, №1, с.35-38.
7. Decker G., Conley C., Richert S., European Meeting of Meat Research Workers. 32-nd Proceedings. Genta, 1986, p.333-336.

Капетивадзе И.

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЕОВОГО БЕЛКА НА КЛИНИКО-
БИОХИМИЧЕСКИЙ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС
ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА**

Р Е З Ю М Е

В наблюдении на 10 добровольцах изучено влияние соевого белка на клинико-биохимический и иммунологический статус организма. Показано, что белковый концентрат не оказывает отрицательного влияния на организм человека.

Kapetivadze I.

**STUDY OF EFFECT OF SOYBEAN PROTEIN IN CLINICAL-BIOCHEMICAL
AND IMMUNOLOGICAL STATUS OF HUMAN ORGANISM**

S U M M A R Y

In an experiment of 10 volunteers a study of effect of soybean protein in clinical, biomedical and immunological status of human organism. It has been noted that the protein concentrate has an adverse effect on the body of man.

Кацадзе З., Майсуралде И., Коберидзе М., Абхазава В.

**ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
В УСЛОВИЯХ ГОРНОЙ ВОЙНЫ В XXI ВЕКЕ.**

Военно-медицинский факультет ТГМУ

В современных условиях войсковым частям и соединениям приходится вести боевые действия на территории различных климатических зон и ландшафтов. Исходя из данной реальности, обусловленной существенным различием природных условий, существует насущная необходимость применения отличных от традиционных форм подготовки и ведения боевых действий и операций, а также, использования специальных вооружений, снаряжения и боевой техники. Все вышеуказанное диктует медицинской службе выполнение сложной задачи в части оснащения медицинской службы и организации медицинского обеспечения частей и подразделений, и особенно, необходимость тщательной специальной подготовки личного состава военно-медицинской службы.

Оперативно-стратегическое значение горных и высокогорных районов подтверждается историческим опытом. Весьма ценен опыт Советской Армии

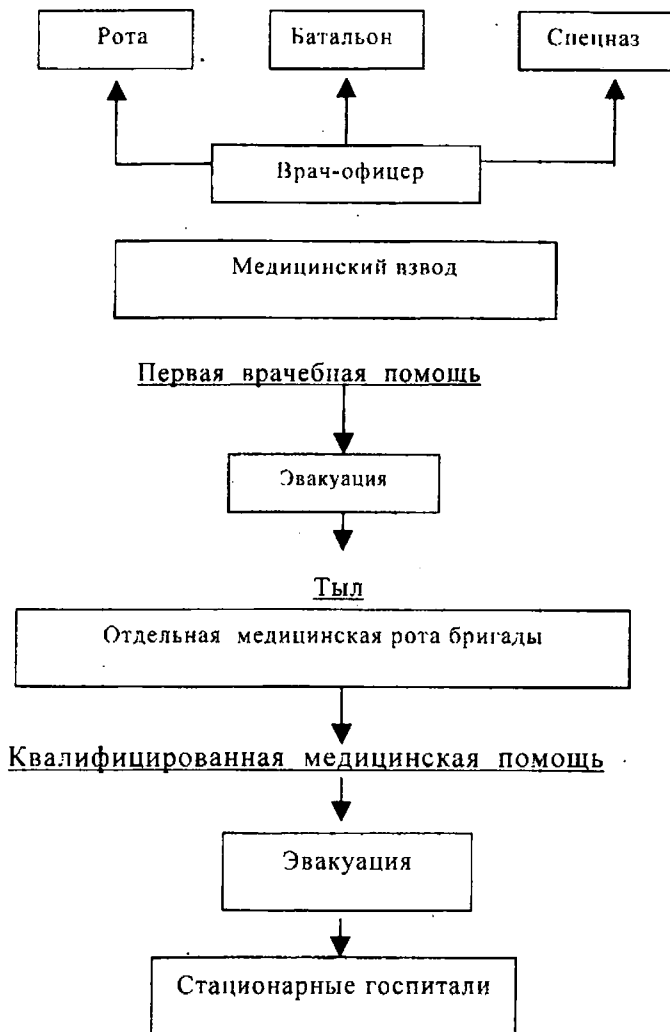
по боевым действиям в горах Кавказа, Карпат, Балкан и Дальневосточных фронтов, когда медицинская служба успешно справлялась с поставленными задачами. Критическому осмыслению подлежит современный опыт ведения боевых действий в горах и в условиях высокогорья – Кашмир, Балканы, северо-восточная часть Турции. Глубокий анализ всех аспектов ведения боевых действий в данных регионах позволит военно-медицинской службе сделать правильные выводы, применить их на практике, провести необходимые научно-исследовательские работы и внедрить все новое и ценное в боевую подготовку и медицинское обеспечение войск. Необходимо особо пристальное исследование опыта ведения боевых действий в Чечне и результатов деятельности при этом медицинской службы. Творческое осмысление данного опыта, точный анализ, проведение первоочередных научных исследований и своевременное внедрение в практику полученных результатов позволит резко сократить боевые санитарные потери, и тем самым сохранить жизнь и здоровье большому количеству солдат и офицеров,

Отличительное свойство горной зоны – это труднодоступность, что затрудняет применение многих видов оружия и боевой техники, а также обуславливает применение больших масс войск. В этом и заключается коренное отличие от боевых действий на равнине. Поэтому особенностью боевых действий в горах является проведение операций самостоятельными, как правило немногочисленными группировками войск: рота, батальон, бригада и естественно, группы спецназа. При этом на острие атакующих действий находится десантно-штурмовые части и группы спецназа. Система обороны в горах характерна построением по отдельным направлениям, изолированным друг от друга, часто на большом расстоянии.

При ведении боевых операций в горах не имеет место сложная группировка войск как с одного направления на другое, так и из тылового района на передний край. Исходя из этого, как в наступательной, так и в оборонительной операции медицинская служба должна обеспечивать изолированную группировку войск, и при этом действовать практически в автономном режиме довольно-таки длительный отрезок времени в оптимальном варианте(1;3;12).

Учитывая имеющиеся при этом объективные трудности: горный ландшафт, сложные климатические условия, изменчивую погоду, характерную для гор, что затрудняет использование авиации (в основном вертолеты) для эвакуации раненных, а также действия диверсионных групп на вероятных маршрутах эвакуации, мы предлагаем принципиальные коррективы в организации военно-медицинского обеспечения частей и подразделений ведущих горную войну(7;9;10;11).

**Схема организации медицинской службы
в условиях горной войны
Боевые порядки**



Считаем, что для успешной деятельности медицинской службы в горной местности необходимо: оказание первой медицинской помощи врачами – офицерами, которые находятся в боевом порядке, а также врачами медицинского взвода, которые дислоцируются в непосредственной близости

от передовой, а оказание квалифицированной медицинской (хирургической) помощи – силами медицинской роты входящей в состав бригады, либо переданной ей на период боевых действий (см схему).

Также, считаем необходимым иметь в арсенале медицинской роты компактные герметические модули либо баропалатки с кислородными приборами, что диктуется особенностями горного климата и особенно, пониженным атмосферным давлением и недостатком атмосферного кислорода, что является физиологическим препятствием для нормальной динамики регенеративных и других процессов в организме бойцов(2;4;8).

Абсолютно необходимым является творческий анализ опыта боевых действий в Афганистане и на его основе дача оптимальных рекомендаций военно-медицинской службе, а также конкретных предложений командованию являющихся базисом для успешной деятельности. Необходимо учесть, что в Афганистане были многочисленные случаи травматизма не боевого, а по существу бытового – причиной которого были сложные условия горного рельефа. Также, необходимо учесть, что существенно утяжеляли состояние раненных такис патогенетические факторы, как – дегидратация и стресс. Ценным является и афганский опыт деятельности поисковых групп.

Одним из важнейших мероприятий медицинской службы во все времена была профилактическая задача по акклиматизации войск к горным условиям, что занимало до семи суток. В экспериментальной части нашей работы исследованы патогенетические последствия гипоксии и пониженного атмосферного явления. Но в современном, постоянно ускоряющемся мире недельный срок – это неподъемная роскошь, и мы можем предложить сокращение данного срока до 24-36 часов, при условии применения профилактической адекватной фармакотерапии.

Литература:

1. Александровский Ю. А. Социально – стрессовые расстройства. Обзорные психиатрической и медицинской психологии. 1992, N3.
2. Алексанин С.С. с соавт. Неспецифические факторы защиты у раненных. Труды Военно-Медицинской Академии. Том 235, СПб, 1993, с. 49–60.
3. Комаревцев В.В. Особенности изменений и пути коррекции работоспособности военнослужащих срочной службы при ведении боевых действий в Афганистане. Там же, с. 137–144.
4. Новицкий А.А. с соавт. Характеристика заболеваемости военнослужащих в условиях Афганистана. Там же, с. 71–78.
5. Стороженко А.А. Висцеральная патология при взрывных поражениях в ранний период после травмы. Там же, с. 18–27.
6. Нечипоренко В.В. с соавт. Реакции боевого стресса: медико-психологическая реабилитация участников войн. Российский психиатрический журнал. 1997, N1.
7. Abelson A. E., Baker T. S., Baker P. T., (1974). Altitude, migration and fertility in the Andes, *Social Biologi*, 21, 12-27.
8. Baker P. T., Weiner J. S. (ed.). (1966). *The Biologi of Human Adaptability*, Oxford, The Clarendon Press.
9. Baker P. T. (1969). Human adaptation to high altitude. *Science*, Washington, 163, 1149-1156.
10. Gunby P. Another war... and more lessons for medicine to ponder in aftermath. *JAMA*. 1991; 266 (5): 619-621.

11. Jones F. D. Reactions to stress. Combat versus combat support troops. Washington, DC: Walter Reed Army Medical Center, 1977, Minneograph.
12. US Congress. Senate Committee on Armed Services. Current military operations: Hearings before the Committee on Armed Services, US Senate, 103 rd Congress, 1st Session, 6 August, 4, 7, 12-13 October 1993. Washington, DS: GPO; 1994.

Katsadze Z., Maisuradze I., Koberidze M., Abkhazava V.
MILITARY MEDICAL SERVICE IN MOUNTAIN WAR
IN THE 21-ST CENTURY
S U M M A R Y

Foremost among the peacetime activities of the military in the preparation to fight in defense of the nation. Mountain conditions are difficult for the human adaptation to high altitude and very difficult for military personal too.

Tactic and strategy in mountainous terrain is different than combat operation in the country. Fighting experience of Afghanistan and Chechnya must be analyzed.

We are sure that we can reach success in fighting in mountains, it is necessary to have doctors in platoon, in company and special detachment. And medical platoon is necessary too. And it is necessary to have medical company with military surgeons in the immediate rear.

Very important is a question of soldiers and officers adaptation to high altitude. Experimental study of our scientific work shows that period of adaptation may be minimized from 7 days to 24-36 hours.

"კეპელიძე
პირველადი პარამედიალიტისა და პრონოზული ტონოზილიტით
დაავადებულ პირთა გონებრივი პრობისუნარიანობის მახასიათებლები
ტონოზილიტის უპირატესი პერიოდში
თსსუ, ყელ-ყურ ცხვირის სნეულებათა კათედრა

წინამდებარე გამოკვლევის მიზანს წარმოადგენდა გონებრივი პრობისუნარიანობის მახასიათებლების შეფასება ტონილიტისა და პრონოზული ტონოზილიტის შემთხვევაში.

საკითხის შესწავლის მიზნით გამოკვლეულ იქნა პირველადი რევმოკარდიტითა და ქრონიკული ტონილიტით დაავადებული 2-ს წლის 30 ავადმყოფი, გამოყენებულ იქნა ფსიქოური დატვირთვის სინჯი და მრავალფაქტორული დინამური კვლევის მეთოდი. საკონტროლო ჯგუფი შეადგინა იგივე ასაკის 20 ჯანმრთელმა ჯარმა.

კვლევის პერიოდში ხდებოდა სენსომოტორული რეაქციის დროს რეგისტრაცია, დაშვებული შეცდომების აღნუსხვა, საშუალო R-R ინტერვალის გაზომვა, R-R, მუდობისა და მოლის დაზარალება, დაძაბვის ინდექსის გამოთვლა.

გამოკვლევების შედეგებმა გვიჩვენა, რომ თუ საკონტროლო ჯგუფში სენსომოტორული რეაქციის დრო არ აღემატებოდა $504 \pm 16,5$ მწმ; ხოლო ფსიქური დატვირთვის სინჯის ჩატარების დროს დაშვებული შეცდომების რიცხვი $5,8 \pm 0,27\%$ -ია, დაძაბულობის ინდექსი $80,8 \pm 4,4$, პირველადი რევმოკარდიტით და დეკომპენსირებული ქრონიკული ტონილიტით დაავადებულ პირებში სენსომოტორული რეაქციის დრო სტატისტიკურად სარწმუნოდ მატულობს და უდრის $896 \pm 27,0$ მლ.წმ-ს, აზრდება აგრეთვე დაშვებული შეცდომების რიცხვი $9,2 \pm 0,34\%$ და დაძაბულობის ინდექსი $84,2 \pm 4,7$ (P<0,001) რაც მიუთითებს ავადმყოფებში გონებრივი პრობისუნარიანობის დაქვეითებაზე.

აღნიშნული კონტრაქტის განმეორებითი გამოკვლევები ჩატარდათ ტონზილექტომიის სამი და ექვსი თვის შემდეგ, სამი თვის შემდეგ გასაკვლეულ პირებს აღარ აღინიშნათ თვითაქამდე არსებული რაიმე სუბიექტური ჩივილები, 12-ს სუბიექტური ჩივილებიდან ანაბეზში დარჩათ ადვილიად დაღლია, პერიოდულად ჩხვლებითი ხასიათის ტკივილები გულის არეში, თბიექტური მონაცემებიდან 9 გამოკვლეულს ექოკარდიოგრაფიაზე აღინიშნებოდათ მარცხენა მთკარდიუმის მასის ინდექსისა და ვადიფინის დრექციის ცვლილებები.

ტონზილექტომიიდან სამი თვის შემდეგ ფსიქოური დატვირთვის სინჯის ჩატარების შემდეგ მიღებული მახასიათებლები პრაქტიკულად არ შეცვლილა: სენსომოტორული რეაქციის დრო უდრიდა $878 \pm 24,0$ მლ სეკუნდს, შეცდომების რისკი $9,1 \pm 9,3\%$, ხოლო დაძაბულობის ინდექსი $86,3 \pm 4,6$.

სულ სხვა სურათია ტონზილექტომიიდან ექვსი თვის შემდეგ ჩვენს მიერ შესწავლილი 23 მაკინტა შემოაღნიშნული კონტრაქტუალური მძღებური შედეგების მიხედვით დაყოთ თრ ვგუფად პირველი ვგუფისა შ ავადმყოფს საგრძობლად გაუუზღობესდა ვონებრივი შრომისუნარობის მახასიათებლები, კერძოდ, შეტყარდა სენსომოტორული რეაქციის დრო და დაშვებული შეცდომების რაოდენობა, იგი მოუხსოვდა საკონტროლო ვგუფის მონაცემებს (რეაქციის დრო $531 \pm 12,2$ სეკუნდი დაშვებული შეცდომების რაოდენობა $6,1 \pm 0,9\%$) თუმცა დაძაბულობის ინდექსი კვლავ დარჩა მაღალი და უდრის $78,9 \pm 3,6$. მეორე ვგუფის 9 ავადმყოფს, რომელიც დარჩენილი მქონდათ კარდიალური ხასიათის სუბიექტური და თბიექტური ცვლილებები, აღინიშნათ მომატებული სენსომოტორული რეაქციის დრო (914 ± 21 სეკუნდი) და დაშვებული შეცდომების დეა რიცხვი ($10,1 \pm 0,4\%$), რომელსაც თან სდებს დაძაბულობის ინდექსიც $89,5 \pm 3,8$ მატებით.

შეგარდა, პირველადი რევმოკარდიტითა და დეკომპენსირებული ტონზილიტით დაავადებულ პირებში ტონზილექტომიამდე უმეტეს ავადმყოფებში ადვილი აქვს ვონებრივი შრომისუნარობის დაქციობას. ტონზილექტომია $80-85\%$ შემთხვევაში აუმჯობესებს ავადმყოფთა სუბიექტურ და თბიექტურ მახასიათებლებს, თუმცა რაც შემთხვევაში მათ რჩებათ კარდიალური ჩივილები და ვონებრივი შრომისუნარობის მახასიათებელთა დაქციობა, რაც დღის წესრიგში აყენებს მათი დისმარსერული მეთვალყურეობის აუცილებლობას. აღნიშნული ვგუფის ავადმყოფმა ჩვენი აზრით კონსერვატიული მკურნალობა უნდა ვაავტოვოთ ექიმ კარდიალოგის მეთვალყურეობის ქვეშ.

გამოკვლევებმა ხათყაყო, რომ ფსიქიკური დატვირთვის სინჯი წარმოადგენს ერთერთ თბიექტურ და ხელმისაწვდომ მეთოდს ავადმყოფთა თბიექტური მდგომარეობის შეფასებისათვის და ქრონიკული ტონზილიტის სხვადასხვა ფორმის სწორი დიაგნოზის დასაზუსტებლად.

Кекелидзе И. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ РЕВМОКАРДИТОМ И ХРОН. ТОНЗИЛЛИТОМ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ РЕЗЮМЕ

Показатели умственной работоспособности изучены у 30 больных с диагнозом первичного ревмокардита и хронического тонзиллита до и после операции.

Установлено, что у этих больных до операций отмечалось резкое снижение умственной работоспособности.

После операции через 6 месяцев у большинства больных повысилась степень работоспособности, что дает основание использовать данный критерий для оценки объективного состояния больных до и после лечения.

I. Kekelidze

CHARACTERISTICS OF INDEXES OF MENTAL ABILITY IN PATIENTS WITH PREVIOUS RHEOMOCARDITIS AND CHRONIC TONSILLITIS AT PRE AND POST OPERATIONAL PERIODS
SUMMARY

Have been studied findings of mental working-abilities in 30 patients with previous rheumo-carditis and chronic tonsillitis at pre and post operational periods.

It was established that in these patients had been seen the sharp reduction of mental abilities at pre-operational period.

The degree mental abilities have increased in mostof patients after 6 months of post operational period, that gives us the right to use the given method for evaluation of patients' objective studies at pre and post treatment periods.

ლ.კიკელიძე, ე.კოფიანი

ქოლესტაზის ფონზე ღვიძლის სისხლის მიმოქცევიდან დროებითი გამოთიშვის შემდგომ კუჭუკანა ჯირკვალში განვითარებული მორფოლოგიური ცვლილებები სისხლის მიმოქცევის აღდგენიდან სხვადასხვა ვადებში.

თსსუ, ოპერაციული ქირურგიისა და ტოპოგრაფიული ანატომიის კათედრა

როგორც ცნობილია, ღვიძლზე ფართომასშტაბიანი ოპერაციების ჩატარება და მოსალოდნელი სისხლდენის პროფილაქტიკა შოითხოვს დასახელებული ორგანოს სისხლის მიმოქცევიდან დროებით გამოთიშვას, რაც დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან, კერძოდ ღვიძლსა და შინაგან ორგანოებში დაზიანებითი ცვლილებების განვითარებასთან, რომელსაც ზოგჯერ შეუქცევადი ხასიათი გააჩნია.

ქირურგიულ პრაქტიკაში ხშირია შემთხვევები, როცა ღვიძლის სადინრის დახშობის შედეგად (დღი სიმსივნეებით, ექინოკოკით ან სხვა წარმონაქმნებით), ღვიძლის სისხლმომარაგებიდან გამოთიშვა ტარდება ქოლესტაზის ფონზე.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მორფოლოგიური ცვლილებების შესწავლა კუჭუკანა ჯირკვალში ქოლესტაზის ფონზე ღვიძლის სისხლის მიმოქცევიდან დროებითი გამოთიშვის შემდგომ.

ექსპერიმენტი ჩატარებულია ვისტარის ჯიშის თეთრ ვირთაგვებზე წონით 150-200 გრ. (9 ცხოველი) ნორმოთერმიის პირობებში. ეთერის ნარკოზის ქვეშ, მუცლის ღრუს ვხსნიდით შუა განაკვეთით. ვნახულობდით ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგს, გამოეყოფდით ნაღვლის საერთო სადინარს, რომელსაც ორ ლიგატურას შორის ვკვეთდით. 6 დღის შემდეგ ვახდენდით ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის გადაჭერას ტურნიკეტით. მისი მოხსნიდან მე-15 წთ-ზე (3 ცხოველი), 24-ე საათზე (3 ცხოველი) და 48-ე საათზე (3 ცხოველი) ვახდენდით დეკაპიტაციას და მასალის აღებას კუჭუკანა ჯირკვლიდან შესაბამისი მეთოდისათვის.

სისხლის მიმოქცევის აღდგენიდან მე-15 წთ-ზე კუჭუკანა ჯირკვალში ზოგადპისტოლოგიური შენება შენახულია. ცვლილებები ატარებს მოზაიკურ ხასიათს. ზოგიერთ უბანში აღინიშნება ექსკრეტორული ნაწილის ეპითელის

დადაბლება, მასში სეკრეტორული ზიმოგენური მარცვლების შემცირება და პირონიოფილური მარცვლების ზოგიერთ უჯრედებში საერთოდ გაქრობა. ინტენსტივია განიცდის შემუშებას, რის გამოც წილაკები ერთმანეთისაგან დაშორიშორებულა.

ელექტრონული მიკროსკოპით სეკრეტორული უჯრედების აპიკალურ ნაწილებში აღინიშნება ზიმოგენური გრანულების შემცირება. მარცვლოვანი ენდოპლაზმური ბადის ცისტერნები გაგანიერებულა, მომატებულა მატრიქსის გამჭვირვალეა.

სისხლის მიმოქცევის აღდგენიდან 24 საათის შემდეგ კუჭუკანა ჯირკვალში ზოგადპისტოლოგიური შენება შენახულია და ცვლილებები ატარებენ მოზაიკურ ხასიათს. კერძოდ, ეგზოკრინულ ეპითელიოციტებში აღინიშნება სეკრეტორული მარცვლების შემცირება და პირონიოფილური მარცვლების ზოგიერთ უჯრედებში საერთოდ გაქრობა.

ელექტრონული მიკროსკოპით სეკრეტორული უჯრედების, ენდოპლაზმური ბადის ცისტერნები ვაკუოლიზებულია, ალაგ დეგრანულირებულია. აპიკალურ ნაწილებში ზიმოგენური გრანულების რაოდენობა შემცირებულია. მიტოქონდრიები განიცდიან შესივებას, მათი ქედები დადაბლებულია, ალაგ დესტრუქციული, მატრიქსის გამჭვირვალეა მომატებულია.

სისხლის მიმოქცევის აღდგენიდან 48 საათის შემდეგ პანკრეოციტების ზიმოგენური ზონები დატვირთულია ოქსიფილური ზიმოგენის მარცვლებით.

ელექტრონული მიკროსკოპით აცინოციტების აპიკალურ ნაწილებში უხვად არის წარმოდგენილი სეკრეტორული გრანულები. მოჩანს აგრეთვე წვრილი მიტოქონდრიები, რომლებშიც ქედები ბუნდოვნადაა გამოხატული. აცინოციტების ბაზალური ნაწილები შეიცავენ კარგად განვითარებულ მარცვლოვან ენდოპლაზმურ ბადეს.

ამრიგად, როგორც ზემოთაღნიშნულიდან ირკვევა, წინასწარი 6 დღიანი ქოლესტაზის ფონზე ლეიდიის სისხლის მიმოქცევის დროებითი (10 წო.) გამოთიშვის შემდგომ კუჭუკანა ჯირკვალში სისხლის მიმოქცევის აღდგენიდან სხვადასხვა ვადებში ვითარდება მნიშვნელოვანი სინათლურ-მიკროსკოპული, ჰისტოქიმიური და ულტრასტრუქტურული ცვლილებები, რომელიც გაცილებით უფრო ადრე იწყება, ვიდრე ამას ადგილი აქვს ქოლესტაზის გარეშე.

ლიტერატურა:

1. Кикалишвили Л. А., Хардзисишвили О. М. - Гепато-рэнальное повреждение при холестазае печени после временного выключения ее из кровоснабжения. /Gworgian Medical News Nov 2 (35) 1998. с. 9-11.
2. Panozzo M. P., Basso D., Plebani M., Valente M. L., Rasia E., Balint L. Effects of pancreaticobiliary duct obstruction on the exocrine and endocrine rat pancreas. /Pancreas. 1995 Nov. 11 (4): 408-14.
3. Hronson D. C., Chamuleau R. A., Frederiks W. H., Bosman D. K. Oosting I. The effects of extrahepatic cholestasis on liver regeneration after parial hepatectomy in the rat /liver. 1995 Oct., 15 (5) 242-6.

Кикалишвили Л., Кипиани Э.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ,
РАЗВИТИЕ В РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
КРОВООБРАЩЕНИЯ, В УСЛОВИЯХ ВРЕМЕННОГО ВЫКЛЮЧЕНИЯ
ПЕЧЕНИ ИЗ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ФОНЕ ХОЛЕСТАЗА
Р Е З Ю М Е

Эксперименты проведены на белых крысах (9 животных). После вскрытия брюшной полости находили печеночно-двенадцатиперстную связку (ПДС), выделяли общий желчный проток и производили разрез между двумя лигатурами. Через 6 дней вскрывали брюшную полость и накладывали зажим на ПДС. Куски поджелудочной железы для исследования брали через 15 минут, 24 и 48 часов после снятия турникета.

Исследования показали, что на фоне 6-дневного холестаза в поджелудочной железе развиваются выраженные микроскопические, гистохимические и ультраструктурные изменения, которые начинаются гораздо раньше, чем это имеет место без холестаза.

Kikalishvili L., Kipiani E.
MORPHOLOGICAL CHANGES IN PANCREAS AT TEMPORARY TURNING
OUT OF LIVER FROM THE GENERAL BLOOD CIRCULATION
ON THE PHONE OF CHOLESTASIS IN DIFFERENT PERIODS AFTER
RETURNING TO THE CIRCULATION.
S U M M U R Y

Experiments had been carried out on the white rats (9 animals). After opening of abdominal cavity we found the hepato-duodenal ligament (HDL), discovered the choledochus and cut between two ligatures. After 6 days we opened the abdominal cavity and ligated HDL. The pieces of pancreas had been taken for investigation after 15 minutes, 24 and 48 hours after the taking out of tourniquet.

The studies revealed that after 6 days long cholestasis the important microscopic, histochemical and ultrastructural changes occur in pancreas and they begin much more earlier than it takes place without cholestasis.

თ. კიკალაშვილი, ნ. კიპიანი
ახალშობილთა და ბავშვთა ასაკში მწვავე
კონიუნქტივიტის მკურნალობა პიოგამტერიოზავით
თსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა

კონიუნქტივიტი – თვალის შემაერთებელი გარსის ანთება – საკმაოდ ხშირია ბავშვთა ასაკში. დაავადება შეიძლება იყოს როგორც ბაქტერიული ბუნების, ასევე თანმხლები გართულება ისეთი დაავადებისა, როგორცაა რინიტი,

სტომატიტი, პაროტიტი, ვირუსული გრიპი და ა.შ. ამ გარემოებების გამო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ეტიოლოგიური ფაქტორის გამოვლენას და შესაბამისად სწორი მკურნალობის ჩატარებას. ხშირად მკურნალობა ტარდება ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენის გარეშე. ტრადიციულად მკურნალობის მიზნით ინიშნება ანტიბიოტიკები და სულფამიდური პრეპარატები ინსტილაციის სახით და პარენტრალურად. დაკვირვებებმა გვიჩვენა, რომ ასეთი მიდგომა იწვევს დაავადების ქრონიზაციას, რასაც თან ახლავს ანტიბიოტიკების კომბინაციის შეცვლა და ხშირად დასაშვები დოზების გაზრდაც, რაც შესაბამისად იწვევს აღნიშნული პრეპარატების ტოქსიურ ზემოქმედებას არა მარტო თვალზე, არამედ მთელ ორგანიზმზეც. ყოველივე ამის გათვალისწინებით, საჭიროდ ჩავთვალეთ ბავშვთა ასაკში კონიუნქტივიტების მკურნალობაში გამოგვეყენებინა საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის გელაევას სახელობის ბაქტერიოფაგის, მიკრობიოლოგიისა და ვირუსოლოგიის ინსტიტუტის მიერ წარმოებული თხიერი პიობაქტერიოფაგი.

პრეპარატი წარმოადგენს სტაფილოკოკური, სტრეპტოკოკური, ნაწლავის ჩხირის, ლურჯ-მწვანე ჩხირის და პროტეუსის ფაგოლიზატების ფილტრატების ნარევეს. პიობაქტერიოფაგის მოქმედების ფართო სპექტრი ცნობილია მედიცინაში. იგი გამოირჩევა იმუნური სისტემის მასტიმულირებელი მოქმედებით. განსაკუთრებით ეფექტურია პირაობით პათოგენური მიკროფლორით გამოწვეული იმუნოდეპრესიით მიმდინარე ჩირქოვან -სეპტიური მდგომარეობების დროს. მიუხედავად შეყვანის წესისა, იგი ადვილად აღწევს სისხლსა და ლიმფაში და შესაბამისად ანთების კერაშიც.

კლინიკურად შესწავლილია მწვავე კონიუნქტივიტით დაავადებული 32 ბავშვი (18 გოგონა, 14 ბიჭი) ასაკი 4 თვიდან 6 წლამდე.

ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე 56,25% (18) შემთხვევაში თვალის კონიუნქტივიტიდან აღებულ ნაცხში გამოვლენილ იქნა *Staphylococcus aureus*-I; 18,7% (6) - გრაძუარყოფითი ბაქტერიები - *E. coli*, *Enterobacter*-ი; 18,7% (6) გამოვლენილი იქნა შერეული მიკროფლორა - *E. coli* და *Staphylococcus epidermidis*-ის კომბინაციაში.

ანტიბიოტიკების მგრძობილობის შესწავლის საფუძველზე გამოვლენილი შტამების 88-100% იყო მდგრადი პენიცილინის, ერითრომიცინის, ლევომიციტინის, ამპიცილინის მიმართ. 40% შტამებისა მდგრადი იყო ტეტრაციკლინის მიმართ, 60% შტამებისა მდგრადი იყო გენტამიცინის მიმართ, 75% შტამებისა - რისტომიციინის, კანამიციინის, მეტაცილინის მიმართ. გამოვლენილი შტამების 100% მგრძობიარე იყო პიობაქტერიოფაგის მიმართ.

მიღებული შედეგების საფუძველზე, პრაქტიკულად შეუძლებელი გახდა მკურნალობის მიზნით იმ ანტიბიოტიკების გამოყენება, რომელიც იხმარება ოფთალმოლოგიაში სხვადასხვა ინფექციური დაავადებების დროს. ვინაიდან, თვალის კონიუნქტივიტიდან ამოთესილი მიკროორგანიზმების 100% აღმოჩნდა მგრძობიარე პიობაქტერიოფაგის მიმართ მკურნალობის მიზნით 32-ვე შემთხვევაში გამოვიყენეთ თხიერი პიობაქტერიოფაგი ინსტილაციის სახით

კონიუნქტივალურ პარკში. აღნიშნული პრეპარატის 2 წვეთის ინსტილაცია ხდებოდა ყოველ საათში. ყველა შემთხვევაში მკურნალობის შედეგი აღმოჩნდა დადებითი. მკურნალობის მე-3 დღეს პაციენტებს აღარ ჰქონდათ გამონადენი თვალიდან, მე-7 დღეს დადგა სრული განკურნება. 1 თვის განმავლობაში პაციენტები იმყოფებოდნენ მეთვალყურეობის ქვეშ. არც ერთ მათგანს არ აღნიშნა დაავადების რეციდივი ან სხვა რაიმე გართულება.

ლიტერატურა

1. Воролишлова Н. Н. Боговазова Г.Г. Казакова Т.Б. и др. Результаты изучения клинической эффективности новых препаратов бактериофагов при лечении гнойно-воспалительных заболеваний, вызванных условно-патогенными бактериями. (Материалы науч. практ. конф.: Диагностика, профилактика и лечение гнойно-септических заболеваний лекарственными средствами, выпускаемыми НПО "Иммунопрепарат". Уфа, 1993-с. 26-31).
2. Майчук Ю.Ф. Современная терапия инфекционных и аллергических заболеваний глаз (Актуальные вопросы офтальмологии: тез. докл. науч. практ. конф., посв. 170-летию моск. офтальмол. клин. больницы. М. 1996.-Ч 2.-С. 58-63).

Киласония Т., Каранадзе Н.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОНЬЮНКТИВИТА ПИОБАКТЕРИОФАГОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ И В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РЕЗЮМЕ

32 детям с острым конъюнктивитом (в возрасте от 4 месяцев до 6 лет) проведено лечение жидким пиобактериофагом произведенным в Институте Бактериофагии, Микробиологии и Вирусологии им. Г. Елиава АН Грузии.

Лечение оказалось высокоэффективным. Указанный метод может быть широко использован в офтальмологических клиниках.

Kilasonia T., Karanadze N.

TREATMENT OF ACUTE CONJUNCTIVITIS IN THE NEWBORNS AND CHILDHOOD PERIOD BY PYOBACTERIOPHAGUS. S U M M A R Y

32 children (age – from 4 month to 6 years) affected with acute conjunctivitis were treated by combined fluid bacteriophage manufactured at G. Eliava Institute of Bacteriophage and Microbiology of Georgian Academy of Science. Treatment had been high-effective. The mentioned method could be widely implemented in ophthalmological clinics.

ბ. კოჭლამაზაშვილი
კვლის ტვინიის იმუნომორფოლოგიური თავისებურებანი
ორბანიზმის მიკრობული სტატუსის და ასაკის
გათვალისწინებით

თსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ძვლის ტვინი ერთდროულად წარმოადგენს მიელობლასტის და იმუნოგენეზის ორგანოს. ამასთან უნდა აღინიშნოს, რომ სამეცნიერო ლიტერატურაში ამ ორგანოს მიელოიდური ქსოვილის ციტოარქიტექტონიკა და საერთოდ ჰემოციტოპოეზის პროცესი საკმაოდ დეტალურად არის აღწერილი. რაც არ შეიძლება ითქვას ძვლის ტვინის ლიმფოიდური ქსოვილის შესახებ, რომლის სტრუქტურა და ფუნქცია (ლიმფოციტოპოეზი) შედარებით ნაკლებადაა შესწავლილი და დღითიდღე ახალი მონაცემებით მდიდრდება. მიღებულია, რომ ძვლის ტვინის ღეროვანი უჯრედები განიცდიან დიფერენციაციას იმუნოკომპეტენტურ T - და B - ლიმფოციტებად პირველად (თიმუსი, ძვლის ტვინი) ლიმფოიდურ ორგანოებში და შემდეგ "სახლდებიან" (homing) მეორად (ელენთა, ლიმფური კვანძები, MAIT - სისტემა) ლიმფოიდურ ორგანოებში, სადაც ხდება კიდევ იმუნური პასუხის განვითარება (Сапин М.Р., Этинген Л.Е., 1996, Ройт., 1991). ამასთან ერთად, თანამედროვე ლიტერატურაში (Ройт., Бростоф Дж., Мейл Д. - 2000) არსებობს აზრი, რომ პოსტნატალური ძვლის ტვინი, რომელიც, განვითარების სხვადასხვა სტადიაში მყოფ B - ლიმფოციტებთან ერთად, შეიცავს ზრდასრულ პლაზმოციტებსა და T-ლიმფოციტებს, ფუნქციობს აგრეთვე, როგორც მნიშვნელოვანი მეორადი ლიმფოიდური ორგანო. ლიმფოციტების დიდი უმრავლესობა მრავალჯერადად რეცირკულირებს იმუნოგენეზის ორგანოებს, ლიმფურ მილებს, სისხლსა და კვლავ იმუნურ ორგანოებს შორის. ამასთან ითვლება, რომ ნორმაში ძვლის ტვინსა და თიმუსში მიგრანტი ლიმფოციტები განმეორებით არ ხვდებიან. მხოლოდ ანტიგენური სტიმულაციისას (მეორადი იმუნური პასუხი) აქვს ადგილი აქტივირებული B- მესხიერების უჯრედების მიგრაციას ძვლის ტვინში, სადაც ისინი მწიფდებიან პლაზმოციტებად. მართალია, ძვლის ტვინი არ აღიქმება ანტისხეულწარმოქმნის მნიშვნელოვან ადგილად, მაგრამ მაინც ის წარმოადგენს შრატისმიერი იმუნოგლობულინების სინთეზის ძირითად წყაროს. მაგალითად, 100 კვირის ასაკის თაგვების ძვლის ტვინში თავმოყრილია 80% ყველა იმ უჯრედებისა, რომელთაც იმუნოგლობულინების სეკრეცია ძალუბთ. (Ройт А., 1991). საინტერესოა ის ფაქტიც, რომ საერთოდ პერიფერიული ლიმფოიდური ორგანოების რეაქცია ანტიგენზე სწრაფია, მაგრამ ხანმოკლე, მაშინ როდესაც ძვლის ტვინი ასეთი კონტაქტის არსებობისას უფრო დაყოვნებულ, თუმცა ხანგრძლივ და ეფექტურ პასუხს იძლევა. ყოველივე ზემოაღსაზრებელი აღვივებს იმუნოგენეზის ამ ცენტრალური ორგანოს მრავალმხრივი მორფოლოგიური შესწავლის ინტერესს ნორმასა და განსაკუთრებით ე.წ. "იდეალური ნორმის" (მინიმალური ანტიგენური დატვირთვისას) პირობებში უმიკრობო (გენოტობიონტი) ორგანიზმების გამოყენებით პოსტნატალური ონტოგენეზის პროცესში.

შრომის მიზანს წარმოადგენდა ჩვეულებრივი (კონვენციური) და უმიკრობო (გნოტობიონტი) ვირთაგვების ძვლის ტვინის იმუნომორფოლოგიური

(მორფომეტრიის გამოყენებით) შესწავლა ასაკობრივ ასპექტში. უჯრედების დათვლა და ციფრობრივი მონაცემების დამუშავება წარმოებდა მიღებული მორფომეტრული (АВТАНДИЛОВ Г.Г. 1990) მეთოდების საშუალებით.

გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ ზრდასრული (6-10 თვის) გნოტობიონტების ძვლის ტვინში ლიმფოციტური და პლაზმური რივის უჯრედების რაოდენობა საკონტროლო ჯგუფებთან შედარებით საზოგადოდ მცირეა, (ცხრილი №1).

ცხრილი №1

გნოტობიონტი და კონვენციური ვირთაგვების ძვლის ტვინში ლიმფოციტური და პლაზმური რივის უჯრედების შემცველობა (%)

უჯრედები	ექსპერი- მენტი	ზრდასრული (6-10 თვის)		ბებერი (24-32 თვის)	
		გნოტო- ბიონტი	კონვენციური	გნოტო- ბიონტი	კონვენციური
ბლასტები	X+S _x	784±0,44	1062±0,61	692±0,35	645±0,33
	t		37 (P<0,001)		0,98(P>0,05)
ღლი ლიმფოციტები	X+S _x	0,34±0,02	0,46±0,02	0,44±0,03	0,56±0,03
	t		4,3 (P<0,001)		2,8(P<0,01)
საშუალო ლიმფოციტები	X+S _x	1,24±0,08	1,76±0,1	2,74±0,16	3,84±0,22
	t		4,1 (P<0,001)		4,0(P<0,001)
მკვერ ლიმფოციტები	X-S _x	4,72±0,3	5,79±0,34	6,25±0,35	7,92±0,42
	t		2,36 (P<0,05)		3,1(P<0,01)
პლაზმოციტები	X+S _x	0,36±0,02	0,54±0,03	1,1±0,06	3,44±0,16
	t		5,0 (P<0,001)		13,8(P<0,001)
T- ლიმფოციტები (PAP-მეთოდ)	X+S _x	0	0,68±0,12	0,4±0,03	0,9±0,08
	t		5,7 (P<0,001)		6,0(P<0,001)
B- ლიმფოციტები (PAP-მეთოდ)	X+S _x	11,7±0,83	18,2±1,1	15,6±0,8	19,6±0,9
	t		4,7 (P<0,001)		3,2(P<0,001)

ცალკე უნდა აღინიშნოს T - ლიმფოციტების საერთოდ არ არსებობა ზრდასრული გნოტობიონტების ძვლის ტვინში, მაშინ როდესაც საკონტროლო ჯგუფში ეს უჯრედები აღინიშნება, თუმცა უმნიშვნელო (0,68±0,12%) რაოდენობით. რაც შეეხება ბებერი ასაკის (24-32 თვის) გნოტობიონტების ძვლის ტვინის ციტოლოგიურ პროფილს, აქაც პრინციპში იგივე დინამიკაა მაჩვენებლების, მხოლოდ ყურადღებას იპყრობს ბლასტური უჯრედების რიცხვის გათანაბრება კონტროლთან შედარებით (P>0,05), T- ლიმფოციტების გამოჩენა (0,4±0,03%) და პლაზმოციტების რიცხვის შემცირება (კონტროლთან შედარებით 3-ჯერ ნაკლებია, მაშინ როდესაც ზრდასრულ ჯგუფში ეს თანაფარდობა იყო 1:1,5). გნოტობიონტი და კონვენციური ვირთაგვების ძვლის ტვინის იმუნოკომპეტენტურ უჯრედებში ტუტე და მჟავე ფოსფატაზების (პომორის მეთოდი), პირონინოფილიის (ბრაშეს მეთოდი) ხარისხის და იმუნოგლობულინების შემცველობის (კუნსის მეთოდი) შესწავლამ (ცხრილი №2) გვიჩვენა, რომ ზრდასრული გნოტობიონტების ძვლის ტვინი, თავის საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით საერთოდ დაბალი პარამეტრებით ხასიათ-

დება. ამ წესიდან გამონაკლისია მხოლოდ Ig - პოზიტიური პლაზმოციტების სარწმუნო სიჭარბე გნოტობიონტებში (შესაბამისად, $0,85 \pm 0,06\%$ და $0,58 \pm 0,03\%$, $P < 0,001$), აგრეთვე პირონინოფილიის საერთო დაბალ ფონზე (მკვეთრი ინტენსივობის პირონინოფილური უჯრედები საერთოდ არ არსებობს) გამოხატული ზომიერი ინტენსივობის უჯრედების სარწმუნო სიჭარბე კონტროლთან შედარებით (შესაბამისად, $2,9 \pm 0,15\%$ და $2,46 \pm 0,14\%$, $P < 0,05$). ცხრილი №2 გვიჩვენებს, რომ ბებერი ასაკის გნოტობიონტებში არ აღინიშნება ტფ+ უჯრედების რაოდენობრივი განსხვავება, ხდება ზომიერი ინტენსივობის პირონინოფილური უჯრედების რიცხვის კონტროლთან გათანაბრება ($P > 0,05$). ხოლო Ig+პლაზმოციტების რიცხვი კონტროლთან შედარებით მცირდება კიდევ (შესაბამისად, $2,28 \pm 0,16\%$ და $2,87 \pm 0,15\%$, $P < 0,01$).

ცხრილი №2

გნოტობიონტი და კონვენციური ვირთაგვების ძვლის ტვინში ტფ - დადებითი, მფ - დადებითი, პირონინოფილური და Ig+პლაზმური უჯრედების შემცველობა (%)

უბრუბი	ქსერი-მტი	ზღაპრული (6-10 თვის)		ბებერი (24-32 თვის)	
		გნ-ტობიონტი	კონვენციური	გნ-ტობიონტი	კონვენციური
ტფ+	X+S _x	8,7±0,39	10,8±0,22	5,85±0,26	6,26±0,26
	t		4,8 (P<0,001)		1,1(P<0,05)
მფ+	X+S _x	2,84±0,14	4,25±0,2	1,32±0,07	3,2±0,15
	t		5,8 (P<0,001)		11,0(P<0,001)
მკვეთრი ინტენსივობის (+)(+)(+)	X+S _x	0	2,86±0,14	0	2,1±0,1
	t		-		-
პირონინოფილური	X+S _x	2,9±0,15	2,46±0,14	2,34±0,16	2,45±0,18
	t		2,14 (P<0,05)		0,46(P>0,05)
ზომიერი ინტენსივობის (+)(+)	X+S _x	5,44±0,24	6,35±0,31	8,46±0,41	12,8±0,55
	t		2,2 (P<0,05)		6,3(P<0,001)
სუსტი ინტენსივობის (+) პირონინოფილური	X+S _x	8,34±0,37	11,67±0,56	10,8±0,48	17,35±0,77
	t		4,97 (P<0,001)		7,2(P<0,001)
საერთო პირონინოფილური	X+S _x	0	2,44±0,13	0	1,83±0,1
	t		-		-
Ig + პლაზმები	X+S _x	0,85±0,06	0,58±0,03	2,28±0,16	2,87±0,15
	t		4,03 (P<0,001)		2,7(P<0,01)
Ig + ლიმფოციტები	X+S _x	0,61±0,04	1,22±0,07	1,34±0,09	2,85±0,15
	t		4,62 (P<0,001)		8,9(P<0,001)
Ig - საერთო	X+S _x	1,46±0,07	4,24±0,2	3,62±0,17	7,55±0,33
	t		13,2 (P<0,001)		10,6(P<0,001)

მაშასადამე, საზოგადოდ გნოტობიონტების ძვლის ტვინის ლიმფოციტოზური პოტენციალი, მიკრობული სტატუსის შესაბამისად და ასაკისაგან დამოუკიდებლად, ანტიგენური დატვირთვის სიმცირის პროპორციულად შეზღუდულია. ამასთან, საჭიროა აღინიშნოს, რომ ბებერი გნოტობიონტების ძვლის ტვინში საერთოდ პირონინოფილური, აგრეთვე, Ig - პოზიტიური უჯრედების საერთო სიმცირის ფონზე, აღარ აღინიშნება ზრდასრული გნოტობიონტებისათვის დამახასიათებელი პირონინოფილიის ვარიანტების ხარისხის და Ig- პოზიტიური პლაზმოციტების სარწმუნო სიჭარბე. ამასთან, Ig+ ბლასტების საერთოდ არ არსებობა (რასაც ზრდასრული ასაკის გნოტობიონტების ძვლის ტვინშიც კჭონდა ადგილი) შეიძლება აიხსნას ბებერი გნოტობიონტების ძვლის ტვინის დაბალი (ზრდასრული ასაკის ჯგუფთან შედარებით) იმუნოპოპულური აქტივობით, ან სხვა ლიმფოიდურ ორგანოებში უჯრედების გადანაწილების მიერაციული პროცესის გაძლიერებით ასაკთან ერთად. ამ უკანასკნელის სასარგებლოდ მეტყველებს აგრეთვე ბებერი ასაკის გნოტობიონტების ძვლის ტვინში T- ლიმფოციტების გამოჩენა (რასაც არ კჭონდა ადგილი ზრდასრულ გნოტობიონტებში), თუმცა უმნიშვნელო რაოდენობით.

ლიტერატურა:

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия- М., 1990. -382 с.
2. Сапин М.Р., Этинген Л.Е. - Иммунная система человека.- М.: Медицина, 1996. - 304 с.
3. Ройт А. - Основы иммунологии. Пер. с англ. - М.: Мир, 1991. - 328 с.
4. Ройт А., Бростофф Дж., Меил Д. - Иммунология Пер. с англ. - М.: Мир, 2000. - 581 с.

Кочламазашвили Б.

ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО МОЗГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИКРОБНОГО СТАТУСА И ВОЗРАСТА ОРГАНИЗМА РЕЗЮМЕ

Цель работы - иммуноморфологическое изучение костного мозга обычных (конвенциональных) и безмикробных (гнотобионты) крыс в возрастном аспекте. Результаты исследования показали, что в целом лимфоцитопозитивный потенциал костного мозга гнотобионтов в соответствии с микробному статусу организма т.е. изменяется пропорционально уменьшению антигенной нагрузки и, независимо от возраста животных, ограничен. При этом, полное отсутствие у старых особей (впрочем, как и у зрелых) Ig+бластов, может указывать на более низкую иммунопозитивную активность костного мозга старых гнотобионтов, или на возрастное перераспределение иммунокомпетентных клеток между различными лимфоидными органами (включая костный мозг); в пользу последнего говорит также феномен появления, T-клеток, хотя и в незначительном количестве ($0,4 \pm 0,03\%$), в костном мозге старых гнотобионтов, не имеющий места у зрелых особей.

Kochlamazashvili B.
IMMUNOMORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF BONE MARROW IN
RELATION WITH MICROBIOLOGICAL STATE AND AGE
S U M M A R Y

The aim of the research was the Immunomorphological study of bone marrow of regular (conventional) and germ-free (gnotobionts) rats in aging. Results of study have shown, that generally lymphocytopoietic potential of gnotobionts bone marrow in relation with body microbic state is restricted i.e. corresponds to decrease of antigenic stimulation and doesn't depend on age. Besides, complete absence of Ig+ blasts in old organisms (as well as in adults) could indicate on more lower immunopoietic activity of bone marrow in old ones or age-related distribution of immune cells among the different lymphoid organs (including bone marrow). the latter is confirmed as well by appearance of T- cells, though small number ($0,4 \pm 0,03\%$) in the bone marrow of old gnotobionts unlike adult ones.

ლ.კუნჭულია, ქ.გაბუნია, ბ.ჭუმბურიძე
დინდგეგლის სტანდარტიზაციის უნივერსიტეტი
პრომატორბრავიული მეთოდით
ოსსუ, ფარმაცევტული და ტოქსიკოლოგიური ქიმიის კათედრა

დინდგეგლის მედიცინაში გამოყენების [1,2] ფართო სპექტრი: ანთების სა-წინააღმდეგო, ანესთეზიური, ანალგეზიური, რეგენერაციული, ანტიმიკოზური, ანტიბიოტიკური, ანტივირუსული, ანტიოქსიდაციური და ანტისიმპივნური მოქმედება განპირობებულია მასში შემავალი ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერების არსებობით[3,4].

ამ ბოლო დროს ანტიბიოტიკოთერაპიით გატაცებამ და არაპროფესიონალურმა ფარმაცოთერაპიამ წარმოშვა წამლისმიერი დაავადებები, რაც გაზდა მეფუტკრეობის პროდუქტებისადმი და კერძოდ დინდგეგლისადმი მეცნიერების დაინტერესების მიზეზი.

ალსანიშნავია დინდგეგლის ანტიბიოტიკური თვისებები. დინდგეგლი ანტი-ბიოტიკებისაგან განსხვავებით არ თრგუნავს იმუნურ სისტემას, პირიქით ზრდის მის აქტივობას, რაც გამოიხატება მიკრობების ფაგოციტოზის გაძლიერებით [5].

განსაკუთრებით საყურადღებოა იაპონელი მეცნიერების გამოკვლევები ვირუსული ჰეპატიტებით დაავადებული ადამიანების ბრაზილიური დინდგეგლით ეფექტური მკურნალობის შედეგები [6].

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფარმაცევტული და ტოქსიკოლოგიური ქიმიის კათედრაზე მიმდინარეობს სამაშუი წარმოშობის დინდგეგლის რეგიონალური შესწავლა, სტანდარტიზაცია [7,8], ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების მიღება და ფარმაცევტულ მრეწველობაში ჩანერგვა.

მეცნიერების განსაკუთრებულ დაინტერესებას იწვევს დინდგეგლში არსებული ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებებიდან ფლავონოიდები, რომელთაც გააჩნიათ

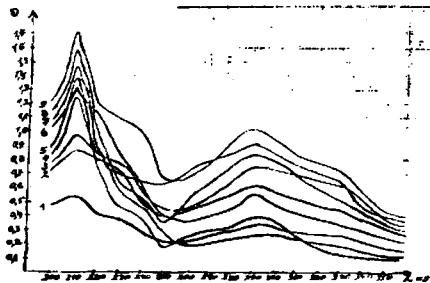
ანტიოქსიდანტური თვისებები. შესწავლილი იქნა დასავლეთ საქართველოს 9 მეფუტკრეობის ზონაში აღებული დინდგელის სპირტანი ხსნარების შთანთქმის სპექტრები ულტრაიისფერ უბანში. დინდგელის ყველა ნიმუშში აღინიშნება პოლიფენოლების მაღალი შემცველობა 18,1-57,3% [8]. პოლიფენოლების რაოდენობა ისაზღვრება ანალიზის სპექტროფოტომეტრული მეთოდით. რის გამოც მოწოდებული მეთოდი არის საორიენტაციო და არ გამოდგება დინდგელის ზარისხობრივი ობიექტური შეფასების მიზნით.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ანალიზის თხელფენოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდის გამოყენება დინდგელის კეთილზარისხოვნების დასადგენად: დინდგელში ფლავონოიდების ჯამის დაყოფა; დინდგელში მულტივალდარსებული დომინანტი ნივთიერების გამოვლენა, მისი სტაბილური ზარისხობრივი შესწავლა და საბოლოოდ დინდგელზე არსებული სტანდარტის უნიფიცირება.

კვლევის მასალა: დინდგელის სხვადასხვა ნიმუშები დასავლეთ საქართველოს 9 მეფუტკრეობის რეგიონიდან.

კვლევის მეთოდები: სპექტროფოტომეტრია ულტრაიისფერ უბანში. სპექტროფოტომეტრი CΦ-46 თხელფენოვანი ქრომატოგრაფია სილიკაგელის ფენაზე.

საკითხის გადაწყვეტის მიზნით შევისწავლეთ დინდგელის 9 ნიმუშის სპირტანი ხსნარების შთანთქმის სპექტრები ულტრაიისფერ უბანში (2001 წლის ივნისი). გადავიღეთ დინდგელის 0,002% სპირტანი ხსნარების მთლიანი სპექტრები 200 ნმ-დან 350-ნმ-მდე. კიუვეტის ფენის სისქე 10მმ შესადარებლად ვიყენებდით 95% ეთანოლს. დინდგელის შთანთქმის სპექტრები წარმოდგენილია სურათზე №1.



სურ. 1 დინდგელის 0,002% სპირტანი ხსნარების ულტრაიისფერი შთანთქმის სპექტრები: 1. იაგერი; 2. ხენაქი 3. ბაღდათი 4. თერჯოლა 5. გვიბული 6. ამბროლაური 7. ხონი 8. წყაბღებო 9 ჭიათურა.

როგორც დინდგელის სპექტრების შედარებითი დახასიათებიდან ჩანს დინდგელის ყველა ნიმუშს ახასიათებს მკვეთრად გამოხატული შთანთქმის მაქსიმუმი 290 ნმ-ზე და ნაკლებად გამოხატული შთანთქმის მაქსიმუმი 330 ნმ-ზე. დინდგელის ნიმუშებში პოლიფენოლების ჯამის რაოდენობა მოყვანილია ცხრილში (№1)

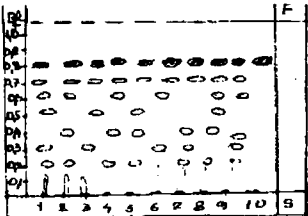
დინდგელის ნიმუშების ანალიზის შედეგები

ცხრილი №1

№	ნედლეულის ადების ადგილი და დრო 2001 წლის ივნისი	პოლიფენოლების ყაბი %
1	ცაგერი, სოფ. უსახელო	24,5
2	სენაკი	37,2
3	ბაღდადი რ-ნი, საირმე	22,7
4	თერჯოლის რ-ნი სოფ. სიმონეთი	29,0
5	ტყიბულის რ-ნი სოფ. კურსები	32,5
6	ამბროლაურის რ-ნი, სოფ. ტოლა	50,2
7	ხონის რ-ნი, სოფ. გუბი	50,5
8	წყალტუბოს რ-ნი, სოფ. მამაწმინდა	43,6
9	ჭიათურის რ-ნი სოფ. მღვიმევი	59,2

ულტრაიისფერ უბანში შთანთქმის მაქსიმუმი 290 ნმ-ზე როგორც ცნობილია ახასიათებს ფალკონონ-პინოსტრობინს. საკითხის დადებითად გადაწყვეტის მიზნით, კერძოდ დინდგელის შთანთქმის მქასიმუმი 290 ნმ ნამდვილად პინოსტრობინის შემცველობით იყო თუ არა განპირობებული ჩავატარეთ დინდგელის იგივე ნიმუშის ანალიზი თხელფენაზე ქრომატოგრაფიული მეთოდით.

სილიკაგელის ფირფიტაზე ზომით 15X15მმ შეგვკონდა 0,02% დინდგელის სხვადასხვა ნიმუშების სპირტიანი ხსნარების 10 მკლ. ფირფიტას ვათავსებდით გამხსნელთა სისტემაში: ქლოროფორმი-მეთანოლი 9:1 მადეტექტირებელ რეაგენტად ვიყენებდით ალუმინის ნიტრატის 5% სპირტიან ხსნარს



სურ. 2. დინდგელის სპირტიანი ხსნარების თხელფენოვანი ქრომატოგრამა 1. ცაგერი 2. სენაკი 3. ბაღდადი 4. თერჯოლა 5. ტყიბული 6. ამბროლაური 7. ხონი 8. წყალტუბო 9. ჭიათურა 10. მოწმე-პინოსტრობინი

სურ. 2.

დინდგელის ყველა ნიმუშში დომინირებს ნიეთიერება პინოსტრობინი, რომლის $R_f=0,80\pm 0,02$;

ამრიგად, ჩვენს მიერ მოწოდებული თხელფენოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდი სილიკაგელის ფენაზე, რომელიც უფრო ობიექტური და სელექტიური მეთოდია სპექტროფოტომეტრულ მეთოდთან შედარებით. იგი შესაძლებლობას იძლევა დინდგელში განისაზღვროს დომინანტი ბიოლოგიურად აქტიური

ნივთიერების, პინოსტრობინი. რომელიც დინდგელის ხარისხობრივი შეფასების კრიტერიუმად გამოდგება.

ლიტერატურა

1. Тихонов А.И. Сало Д.П. "Лечебные свойства прополиса", "Здоров'я ", Киев, 1977.
2. მაყაშვილი ზ. დინდგელი. -"საბჭოთა საქართველო" თბილისი. 1965წ.
3. Поправко С.А. и соавт. флавоноидные компоненты прополиса. Ж. Химия природных соединений, 1969, №6.
4. Палмбах С.Е. Поправко С.А. Химический состав и биологическая активность прополиса. Прополис. Изд. Апимондия, Бухарест, 1975.
5. Лави П.-Прополисный Антибиотик, изд. Апимондии. 1975.
1. 6.Tomoki Tatefuji, Noboru Izumi, Tsunetaka Ohta, et all
2. Isolation and identification of Compounds from Brazillian Propolis which enhance Macrophage spreading and Mobil ty. Biol. Pharm. Bull 1996. v. 19.N7 pp.966-970
6. ლ. კუნჭულია, ნ. შენგელიძე, მ. ჯორჯიკია და სხვა ქართული დინდგელის ფიზიკური თვისებებისა და ქიმიური შემდგენლობის შესწავლა ტ. XXXIII, 1997, გვ. 179-82
7. ქ. გაბუნია, ბ. ჭუმბურიძე, ლ. კუნჭულია ქართული წარმოშობის დინდგელის რეგონალური შესწავლა სპექტროფოტომეტრული მეთოდით. ქუთაისი სამედიცინო ჟურნალი, 1998, №2 გვ. 86-88

Кунчулия Л., Габуня К., Чумбуридзе Б.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ГРУЗИНСКОГО ПРОПОЛИСА ТСХ МЕТОДОМ РЕЗЮМЕ

Нами разработана ТСХ методика для качественной оценки прополиса. Во всех образцах грузинского прополиса доминируется биологический активный флавонон пиностробин по которому можно определить качество самого прополиса.

Kunchulia L., Gabunia K., Chumburidze B.

STANDARDIZATION OF GEORGIAN PROPOLIS BY TLC METHOD SUMMARY

Are developed the technique for a qualitative determination of propolis. In all samples of the Georgian propolis is dominated biological active component flavonon pinostrobin by which it is possible to determine quality of the propolis.

**ნერვული უჯრედის სუბმიკროსკოპული ორგანიზაციის
ჯოგინიერი მაჩვენებელი უჯრედის ტვინის ღონეში
თსუ, ჰისტოლოგიის, ციტოლოგიის და ემბრიოლოგიის კათედრა**

მორფოფუნქციური თვალსაზრისით, ნერვული უჯრედი ფილოგენეზურად ჩამოყალიბებული უჯრედი და განვითარების უმაღლეს საფეხურზე იმყოფება. ნერვული უჯრედის ფუნქციურმა სპეციფიკამ (ინფორმაციის მიღება და გადაცემა) უჯრედის ციტოპლაზმის განსაკუთრებული ფორმის ჩამოყალიბება განაპირობა, რაც ციტოგენეზის პროცესში მორჩების სახით გამოვლინდა. მორჩების რაოდენობის მიხედვით, ჩვენს მიერ შესწავლილი უჯრედები მრავალმორჩიან და ცრურთმორჩიან უჯრედებს მიეკუთვნებან.

შრომის მიზანს წარმოადგენდა ზურვის ტვინისა და მისი განვლიების ნიროციტების ზოგადი ულტრასტრუქტურული მაჩვენებლის დადგენა ერთიერთმეფარდების ასპექტში.

კვლევის ობიექტად გამოყენებული იყო ზრდასრული მამრი ძაღლების ზურვის ტვინის წელის VII სეგმენტი. ელექტრონული მიკროსკოპით შესავლილ იქნა ზურვის ტვინის წინა რქის მედიალური და ლატერალური რეგიონის უჯრედების ბირთვების შემადგენელი ნერვული უჯრედები და ზურვის ტვინის შესაბამისი განვლიების ფსევდოპოლარული უჯრედები.

ნიროციტების სტანდარტულ ნაწილებს პერიკარიონი, ბირთვი, დენდრიტები და აქსონი წარმოადგენს. ნერვული ქსოვილის დიფერენციაციის პროცესში ნერვული უჯრუდის ფუნქციური დატვირთვის განსაზოტრეცელებად სპეციალურ ორგანელებად მიიწვედნენ ნიროფიბრილებს. თანამედროვე გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ნიროფიბრილები ნერვული უჯრედის ვერცხლის მარლით დამოშვების შედეგად წარმოქმნილი არტეფაქტია, რის გამოც ნერვული უჯრედის სპეციალურ ორგანელებს შორის ნირომილაკები და ნიროფილაამენტები უნდა იქნეს მოხსენებული. რაც ნერვული უჯრედის ციტოზონის სტრუქტურულ ნაწილს წარმოადგენს.

შესწავლილ მასალაზე, ციტოზონის კომპონენტები წარმოადგენილია უწვრილესი ძაფისებური წარმონაქმნების სახით, რაც ჩვენს მიერ კვლივიტირებულია ნეიტროფილაამენტებად, ხოლო ნირომილაკები კი - ციტოზონის შედარებით უფრო მსხვილ ელემენტებად ფიქსირდება.

აღსანიშნავია, რომ ნიროფიბრილები, პერიკარიონიდან აქსონში გადასვლისას გარკვეულ ორიენტაციას იძენენ. რაც შეეხება ნირომილაკებს, როგორც ცნობილია, პერიკარიონიდან მორჩისაკენ ცილებისა და ნირომულდიატორების ტრანსპორტი მათთან არის დაკავშირებული. გარდა ამისა, ნირომილაკებზეა დამოკიდებული ორგანელების უჯრედშიდა კოლოდინაცია (1).

თანამედროვე ლიტერატურული მონაცემების თანახმად (2, 3) ნირომილაკების უმეტესობას, ელექტროპოტენციალის დადებითი ბოლო აქსონის ტერმინალისაკენ აქვს მოქცეული, ხოლო უარყოფითი ბოლო პერიკარიონისაკენ არის მიმართული. აქსონში მოთავსებული ნირომილაკებისაგან განსხვავებით, დენდრიტსა და პერიკარიონში არსებულ ნირომილაკებს, გარკვეული ორიენტაცია არ გააჩნიათ, მაგრამ აღნიშნული ფაქტი მათ სტრანსპორტო აქტიურობას არ აქვეითებს.

ჩვენს მიერ აღწერილ ელექტრონოგრაფებზე ზურგის ტვინის წინა რქის მედიალური ბირთვების მოტონერიოციტებში ნეირომილაკები უფრო დიდი რაოდენობით ფიგურირებს, თუმცა მათი სიგრძე უფრო მეტია ლატერალური ბირთვების მოტონერიოციტებში. ცალკეულ შემთხვევებში ნეირომილაკების სიგრძე რამდენიმე მიკრომეტრს აღწევს.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე და ნეირომილაკების სისტემის ფუნქციის გათვალისწინებით, მედიალური ბირთვების ნეიროციტებში, ნეირომილაკების შედარებითი რაოდენობრივი სიჭარბე, შეიძლება სრულ კანონზომიერებად ჩაითვალოს. რაც ფაქტიურად, მედიალური ბირთვების მოტონერიოციტების სამიზნე ეფექტური კონტაქტების ფართო პროექციის აუცილებლობით აიხსნება.

ჩვენს მასალაზე, ნეიროციტების პერიკარიონებში ნეირომილაკების გარდა, ნეიროფილამენტების დიდი რაოდენობაც აღინიშნება.

როგორც ცნობილია (2), გარდა საყრდენ-მექანიკური ფუნქციისა, მათ ნერვული ქსოვილის უჯრედშორისი ნივთიერების კონსისტენციაზე ზემოქმედებაც ახასიათებთ. გარდა ამისა, ნერვული უჯრედის ზედაპირის ფორმის ცვალებადობა ნაწილობრივ ნეიროფილამენტებზე დამოკიდებული.

ჩვენს მასალაზე ნეიროფილამენტები წვრილი, ელექტრონულად მკვრივი წარმონაქმნების სახით არის აღწერილი. ისინი ორი, ერთმანეთში გადახლართული 50-80A დიამეტრის მქონე ძაფისებური სტრუქტურებით არიან წარმოდგენილი. ჩვენი გამოკვლევების თანახმად, ნეიროფილამენტები, მოტონერიოციტებისა და ფსევდოუნიაპოლარული ნეიროციტების პერიკარიონებში, უჯრედის პერიფერიაზე, როგორც წესი, შევჯუფებებს ქმნიან. რაც შეიძლება უჯრედების ნევირლემასთან მათი ფუნქციური კავშირით აიხსნას.

ჩვენს მიერ მიღებული მონაცემების შეჯამების შედეგად, საჭიროდ ჩავთვალეთ აღგვენიშნა, რომ ფსევდოუნიაპოლარული ნეიროციტების პერიკარიონებში მოცემული სტრუქტურები ნაკლებად გამოხატულია. ამავე დროს მედიალურ და ლატერალურ უჯრედთა ჯგუფებს ნეირომილაკებისა და ნეიროფილამენტების განლაგების ინტენსიურობა ახასიათებთ.

როგორც ჩანს, ფსევდოუნიაპოლარული ნეიროციტებისაგან განსხვავებით ნეიროფილამენტებისა და ნეირომილაკების შედარებით ინტენსიური წარმომადგენლობა მულტიპოლარულ უჯრედებში მოცემული სტრუქტურების საყრდენ-მექანიკური ფუნქციიდან და უჯრედის ზედაპირის ფორმის ჩამოყალიბებიდან გამომდინარეობს, რაც თავის მხრივ ზურგის ტვინის უჯრედების შესატყვისია.

ლიტერატურა:

1. Vander Loos H. - In: Structure a. function of the nervous cells. Pros. II Int meeting of neurobiologists, Amsterdam-London-New York, 1989, 36.
2. ვ-ვულუმბეგოვა - ნეიროანატომია, წიგნში "Введение в патологию". М. 1993
3. ი.ა.ჩერნიშევა - "ნერვული უჯრედი", წიგნში "Введение в патологию". М. 1994
4. ა.ე.ემელინი - "ნეირომილაკები". წიგნში: "Морфология межнейрональных связей", 1995.

Лабадзе М.
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СУБМИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
НЕРВНЫХ КЛЕТОК НА УРОВНЕ СПИННОГО МОЗГА
Р Е З Ю М Е

В результате электронномикроскопического исследования цитоплазмы нейронитов спинного мозга и спинномозговых ганглий установлено большое представительство нейротрубочек и нейрофиламентов в многоотростчатых нейронитах, что согласуется с участием структур цитоскелета в определении форм и конструктивной особенности нервных клеток переднего рога спинного мозга.

Labadze M.
THE ULTRASTRUCTURAL INDICIES OF SPINAL CORD NEUROUS
S U M M A R Y

It was shown, that the neurotubules and neurofilamente are more well developed in the multipolar neurons, than in the pseudounipolar neurons. Revealed difference must be the result of specificity of shape and construction of the cells.

გლაჭყეებიანი, ო.სამუშაო, მ.დღიძიე, ელევძიე
პარანეოპლასტიური პროცესების ნევროლოგიური
გამოვლინებების კლინიკური თავისებურებები
თსსუ, ნერვულ სნეულებათა კათედრა

როგორც ცნობილია, ავთვისებიანი სიმსივნეები იძლევიან ორგანიზმის სხვადასხვა სისტემების და ცალკეული ორგანოების დაზიანებას, მათში მეტასტაზირების შედეგად. ამის გარდა, არსებობს რიგი პათოლოგიური მდგომარეობები, რომელიც თან ახლავს ავთვისებიან სიმსივნეებს და ისინი არ არიან დამოკიდებული ამ უკანასკნელის ლოკალიზაციაზე, მასაზე და მეტასტაზების არსებობაზე. ამგვარ მდგომარეობებს მიეკუთვნება პარანეოპლასტიური სინდრომები.(3ს).

არსებობს 3ს სხვადასხვა ვარიანტები, მათ შორის ძირითადად ნერვული სისტემის დაზიანებით.(1,2.).

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს, სხვადასხვა ნევროლოგიური სინდრომების გამოვლენა, მათი კლინიკური თავისებურებებისა და მიმდინარეობის შესწავლა. დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 7 ავადმყოფი, რომელთა ასაკი იყო 24დან-83 წლამდე. ავადმყოფთა სტაციონარული გამოკვლევა წარმოებდა თსსუ ნევროლოგიის კლინიკაში. ავადმყოფებს უტარდებოდათ სრული კლიკურ-ნევროლოგიური გამოკვლევა, კომპიუტერული ტომოგრაფია(კტ), მაგნიტურ-რეზონანსული გამოსახვა (მრგ), ელექტროენცეფალოგრაფია, ექოენცეფალოსკოპია, ელექტრო-ნეირომიოგრაფია.

ეს ავადმყოფები მოთავსდნენ სტაციონარში ნევროლოგიური პათოლოგიის გამო, მხოლოდ ერთ მათგანს ჰქონდა მანამდე დასმული ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი, კერძოდ თირკმლის კიბო. დანარჩენ 6 ავადმყოფს უკვე ნევროლოგიურ კლინიკაში კვლევისას აღმოაჩნდათ სხვადასხვა ლოკალიზაციის და ხასიათის ავთვისებიანი სიმსივნეები. საყურადღებოა, რომ არცერთ ამ

პაციენტთაგანს კტ და მრგ კვლევით არ აღმოაჩნდა მეტასტაზები ნერვულ სისტემაში.

ნევროლოგიურად ამ ავადმყოფებში გამოვლენილ იქნა ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანების შემდეგი სინდრომები:

ენცეფალომიელოპათია 2 შემთხვევა, ძირითადი დაავადება ლიმფომატოზი; მიელოპათია ქვედა პარაპარეზით, ძირითადი დაავადება თირკმლის კიბო, ნეფრექტომიის და ქიმიოთერაპიის შემდგომი მდგომარეობა. მოგვიანებით ამ ავადმყოფს განუვითარდა ჰემორაგიული ინსულტი ნათხემში.

ლამბერტ-იტონის ანუ მასსენის მაგვარი სინდრომი, ძირითადი დაავადება ფილტვის კიბო, 2 შემთხვევა; პოლინეიროპათიის სინდრომი 2 შემთხვევა, ძირითადი დაავადება პროსტატის კიბო;

მაგალითისთვის წარმოვადგინთ კლინიკურ შემთხვევას, როდესაც პს მოტორული პოლინეიროპათიის სახით წინ უძღოდა ავთვისებიანი სიმსივნის სხვა გამოვლინებას.

ავ. მ.შ. ისტ. №6003 შემოვიდა კლინიკაში ჩივილებით: საერთო სისუსტე, სიარულის გაძნელება, ტკივილები ხერხემლის მიდამოში. ობიექტურად აღენიშნებოდა მკვეთრად გამოხატული კუნთთა ჰიპოტროფია და ძალის დაქვეითება კიდურების დისტალურ ნაწილებში, ღრმა რეფლექსები დათრუნული, პათოლოგიური რეფლექსები და მენინგიალური ნიშნები არ იწვევოდა, მგრძობელობა ინტაქტური.

ანამნეზური მონაცემებით აღნიშნული მოვლენები განუვითარდა თანდათანობით უკანასკნელი 5 წლის განვლობაში. რამოდენიმეჯერ მიმართა ექიმს და მკურნალობდა დიაგნოზით-გაურკვეველი ეტიოლოგიის პოლინეიროპათია. ამასთან ერთად აღენიშნებოდა ზომიერად გამოხატული დიზურიული მოვლენები, რის მიზეზად სახელდებოდა პროსტატის ადენომა.

ელექტრონეირომიოგრაფიით გამოვლენილია დემიელინიზაციის და აქსონოპათიის გამოხატული ნიშნები კიდურების მაინერვირებელ ნერვების მოტორულ ბოჭკოებში, განსაკუთრებით ხელებში. ექოსკოპიით დადგენილია პროსტატის კიბოს არსებობა მეტასტაზებით ღვიძლში, კტ ნერვულ სისტემაში მეტასტაზები ვერ იქნა აღმოჩენილი.

ეს შემთხვევა ნათელი დადასტურებაა, თუ როგორ შეიძლება წლების განმავლობაში პს ნევროლოგიური სინდრომი წინ უსწრებდეს ძირითადი დაავადების დიაგნოზის დადგენას.

როგორც ლიტერატურიდანაა ცნობილი ავთვისებიანი სიმსივნეების არსებობისას ერთ-ერთ ძირითად საშიშნეს წარმოდგენს ნერვული სისტემა. რიგი ავტორებისა პს ნევროლოგიური სინდრომების პათოგენეზში წამყვან მნიშვნელობას ანიჭებენ აუტოიმუნური პროცესების მოშლას. მათი აზრით, სიმსივნური უჯრედების ანტიგენები იწვევენ აუტოიმუნურ პასუსს, რომელიც ხშირ შემთხვევაში მიმართულია არა მხოლოდ მათ, არამედ ჯანსაღი ნერვული ქსოვილის მსგავსი ანტიგენური მასალის წინააღმდეგ. (3.4.)

ამრიგად, ჩვენმა დაკვირვებამ გვიჩვენა, რომ ნერვული სისტემის დაზიანების სურათი შეიძლება იყოს ავთვისებიანი სიმსივნეების პირველი და ერთადერთი გამოვლინება. პარანეოპლასტური ნევროლოგიური სინდრომები პოლიმორფულია და მათი ხასიათი დამოკიდებულია ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის სხვადასხვა ნაწილების უპირატეს დაზიანებაზე. აღნიშნულის

გათვალისწინება აუცილებელია როგორც ნევროლოგიურ ისე ონკოლოგიურ ავადმყოფთა გამოკვლევისას, ასევე მათი კომპლექსური მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევას.

ლიტერატურა:

1. Clouston .P.D. et al. The spectrum of neurologic disease in patient with systemic cancer. Ann. Neurol. 31:268, 1992.
2. Chalk CH, Windebank AJ, Kimmel DW, et al :The distinctive clinical features of paraneoplastic sensory neuropathy. Can J Neurol Sci 19:346-351, 1992
3. FUrneaux HM, Reich L, Posner JB: Autoantibody synthesis in the central nervous system of patients with paraneoplastic syndroms. Neurology 40: 1085-1091, 1990
4. Lennon VA, Kryzer TJ, Giesmann GE, et al:Calcium-channel antibodies in the Lambert-Eaton syndrome and other paraneoplastic syndromes. N. Engl J Med. 332: 1467-74, 1995.

Лачкепиани Г, Самушиа О, Дидидзе М, Девидзе Э
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ
РЕЗЮМЕ

Под наблюдением находились больные с злокачественными опухолями у которых отмечались поражения нервной системы в виде энцефаломиелопатий, миелопатий, полинейропатий и синдрома Ламберт-Итона. Проведенные исследования показали что паранеопластические неврологические синдромы могут являться первыми и единственными проявлениями основного заболевания.

Lachkepiani G, Samushia O, Dididze M, Devidze E.
PARANEOPLASTIC PROCESSES: CLINICAL PECULIARITIES OF
NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS.
SUMMARY

Patients with malignant tumors were observed which had neurological damage like encephalomyelopathy, myelopathy, polyneuropathy and Lambert-Etone syndrome.

Data revealed that paraneoplastic neurological syndromes could be the first and the only manifestation of the main disease.

თ.ლობჯანიძე, ო.ხარბიეშვილი
CD20+ B ლიმფოციტების ტონზილმაშიგა რეგონული
განაწილების თავისებურებანი სხვადასხვა სიმპომის
პაროდონტიტის დროს

თსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა

სადღესოდ მნიშვნელოვანი კვლევის საგანია სიმპომის სხვადასხვა ხარისხის პაროდონტიტის დროს, ერთის მხრივ, პაროდონტში განვითარებული იმუნომორფოლოგიური ცვლილებების თავისებურებანი (1, 2), მეორეს მხრივ, სასის ნუშურა ჯირკვლებში (ტონზილებში) განვითარებული ცვლილებების იმუნომორფო-

ლოგიური საფუძვლები (3), რადგან სხვადასხვა ავტორის (4, 5) მიხედვით, ტონზილები უზრუნველყოფენ პაროდონტში ადგილობრივად გამოხატულ იმუნურ რეაქციებს.

კვლევის მიზანს შეადგენდა CD20+ B-ლიმფოციტების რაოდენობრივი განაწილების შესწავლა ტონზილების ქსოვილში პაროდონტიტის მსუბუქი, საშუალო და მძიმე ფორმების დროს. კვლევისათვის შერჩეული იქნა ავადმყოფები, რომელთაც ტონზილექტომიამდე სპეციალიზებული სტომატოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე დაუდგინდა პაროდონტიტის მსუბუქი, საშუალო და მძიმე ფორმა და შემდეგ სათანადო ჩვენებით ჩაუტარდა ტონზილექტომია. თვითიველ ჯგუფში შევიდა 5 ავადმყოფი, სულ გამოკვლეული იქნა 15 ავადმყოფი.

ოპერაციული მასალის (ტონზილების) ფიქსაციას ვახდენდით უნივერსალურ ფიქსატორში Glio-fixx (firma SHANDON). პარაფინის ანათლები შეიღება ჰემატოქსილინითა და ეოზინით, პიკროფუქსინით – ვან-გიზონის მეთოდით. CD20+ B-ლიმფოციტებს ვაკვანდით იმუნოჰისტოქიმიური მეთოდით, ვიზუალიზაციის სისტემა – LSAB (მონიშნული სტრეპტავიდინ-ბიოტინური მეთოდი – Labelled Streptavidin-Biotin), სუბსტრატი - DAB (diaminobenzidini) (ყველა რეაქტივი – ფირმა DAKO). ანათლების დაღებვას ვაწარმოებდით Gill-2 ჰემატოქსილინით (ფირმა SHANDON).

CD20+ B-ლიმფოციტების რაოდენობრივი შესწავლა ხდებოდა გ. გ. ავთანდილოვის მიკრობადით მიღებული ციფრობრივი მონაცემების დამუშავება ხდებოდა მათემატიკური სტატისტიკის მეთოდით.

CD20+ B-ლიმფოციტების რაოდენობის შეფასებას ვახორციელებდით ტონზილების ლიმფოეპითელიური სიმბიოზის (ლეს) ზონაში, ფოლიკულების გამრავლების ცენტრებში, მანტიის ზონაში, ფოლიკულათაშორის დიფუზურ ლიმფოიდურ ქსოვილში.

კვლევის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ CD20+ B-ლიმფოციტების რაოდენობა ლეს ზონაში შეადგენდა მსუბუქი ხარისხის პაროდონტიტის დროს $26,84 \pm 0,3$ -ს, საშუალო ხარისხის პაროდონტიტის დროს – $21,74 \pm 0,5$ -ს, ხოლო მძიმე ხარისხის პაროდონტიტის დროს – $21,8 \pm 0,06$ -ს. CD20+ B-ლიმფოციტების რაოდენობა ფოლიკულების გამრავლების ცენტრებში შეადგენდა მსუბუქი ხარისხის პაროდონტიტის დროს $33,34 \pm 0,3$ -ს, საშუალო ხარისხის პაროდონტიტის დროს – $39,77 \pm 0,06$ -ს, ხოლო მძიმე ხარისხის პაროდონტიტის დროს – $34,87 \pm 0,5$ -ს. CD20+ B-ლიმფოციტების რაოდენობა მანტიის ზონაში შეადგენდა მსუბუქი ხარისხის პაროდონტიტის დროს $18,88 \pm 0,7$ -ს, საშუალო ხარისხის პაროდონტიტის დროს – $26,37 \pm 0,5$ -ს, ხოლო მძიმე ხარისხის პაროდონტიტის დროს – $23,87 \pm 0,03$ -ს. CD20+ B-ლიმფოციტების რაოდენობა ფოლიკულათაშორის დიფუზურ ლიმფოიდურ ქსოვილში შეადგენდა მსუბუქი ხარისხის პაროდონტიტის დროს $12,36 \pm 0,06$ -ს, საშუალო ხარისხის პაროდონტიტის დროს – $16,77 \pm 0,2$ -ს, ხოლო მძიმე ხარისხის პაროდონტიტის დროს – $17,80 \pm 0,03$ -ს.

ამრიგად, CD20+ B-ლიმფოციტების რაოდენობა მკვეთრად იცვლება პაროდონტიტის სიმძიმის ხარისხის მიხედვით და ხასიათდება განაწილების მნიშვნელოვანი თავისებურებით ტონზილების სხვადასხვა ზონაში.

მსუბუქი პაროდონტიტის დროს CD20+ B-ლიმფოციტების ძირითადი რაოდენობა კონცენტრირებულია ფოლიკულათა გამრავლების ცენტრებში, შემდეგ ლეს ზონაში, ყველაზე ნაკლებია მანტიის ზონასა და ფოლიკულათაშორის დიფუზურ

ლიმფოიდურ ქსოვილში. საშუალო პაროდონტიტის დროს CD20+ B-ლიმფოციტების ძირითადი რაოდენობა კონცენტრირებულია ფოლიკულათა გამრავლების ცენტრებში, შემდეგ ლეს ზონასა და მანტიის ზონაში, ყველაზე მცირე რაოდენობითაა ფოლიკულათაშორის დიფუზურ ლიმფოიდურ ქსოვილში. მძიმე პაროდონტიტის დროს CD20+ B-ლიმფოციტების ძირითადი რაოდენობა კონცენტრირებულია ფოლიკულათა გამრავლების ცენტრებში, შემდეგ ლეს ზონასა და მანტიის ზონაში, ყველაზე მცირე რაოდენობითაა ფოლიკულათაშორის დიფუზურ ლიმფოიდურ ქსოვილში.

სიმძიმის სამივე ხარისხის პაროდონტიტის დროს CD20+ B-ლიმფოციტების მაქსიმალური რაოდენობა კონცენტრირებული აღმოჩნდა ფოლიკულათა გამრავლების ცენტრებში, შემდეგ ლეს ზონაში, შემდეგ მანტიის ზონაში და ყველაზე ნაკლებია ფოლიკულათაშორის დიფუზურ ლიმფოიდურ ქსოვილში.

CD20+ B-ლიმფოციტების საერთო რაოდენობის შესწავლამ ტონზილებში მსუბუქი, საშუალო და მძიმე პაროდონტიტის დროს გვიჩვენა, რომ მსუბუქი პაროდონტიტის შემთხვევებში CD20+ B-ლიმფოციტების საერთო რაოდენობა შეადგენს $21,2 \pm 0,05$ -ს, საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს – $104 \pm 0,03$ და მძიმე პაროდონტიტის დროს – $121,5 \pm 0,06$. როგორც ზემოთ მოყვანილი ციფრობრივი მონაცემებიდან ჩანს, ჩ 20+ ლიმფოციტების საერთო რაოდენობა ტონზილებში მატულობს პაროდონტიტის სიმძიმის პარალელურად.

ამრიგად, ზემოაღწერილი მონაცემების მიხედვით, შეიძლება გაკეთდეს შემდეგი დასკვნა: 1. CD20+ B-ლიმფოციტების რაოდენობა ტონზილებში მატულობს პაროდონტიტის სიმძიმის პარალელურად, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ არსებობს კორელაცია და პირდაპირპროპორციული დამოკიდებულება, ერთის მხრივ, პაროდონტიტის სიმძიმესა და, მეორეს მხრივ, ტონზილებში მიმდინარე იმუნოპროლიფერაციულ პროცესებს შორის, რაც გამოიხატება ჟენოტიპის ლიმფოციტების პროლიფერაციის გაძლიერებით. 2. ჩ 20+ ლიმფოციტების მაქსიმალური კონცენტრაცია ფოლიკულათა გამრავლების ცენტრებსა და ლეს ზონებში მიუთითებს იმაზე, რომ ტონზილების ანტიგენური სტიმულაცია ძლიერდება პაროდონტიტის დამძიმების პარალელურად. ეს კი, თავის მხრივ, შესაძლოა, განპირობებული იყოს მძიმე პაროდონტიტის დროს პირის ღრუს პათოგენური მიკროფლორით და ინფექციების ხარისხის დამძიმებით.

ლიტერატურა:

1. Bradtzaeg P., Hastensen T. S. Immunology and immunopathology of tonsils//Immunology and Immunopathology, 1992, v. 47, p. 64-75.
2. Ledbetter J. A. Surface phenotype and function of tonsillar centre and mantial zone B cell subsets//Hum. Immunol. –1996. Vol.15. N1, p.30-45.
3. Miszke A. Current theories on the role of palatine tonsils//Otolaryngologia Polska, 1999, v.43, p. 174-9.
4. Mitani T. The tonsillar immune system: its response to exogenous antigens//Acta Otolaryngol, 1993, v. 37, P.4-9.
5. Moller G., Clinehy B. The immunoglobuline receptors on B cells bind antigen, focus activation signals to them and initiate antigen presentation//Scand J Immunol., 1991, v. 33, p. 111-116.

Лобжанидзе Т., Хардзейшвили О.
ОСОБЕННОСТИ ИНТРАТОНЗИЛЛЯРНОЙ РЕГИОНАЛЬНОГО
РАСПРЕДЕЛЕНИЯ CD20+ В-ЛИМФОЦИТОВ
ПРИ ПАРОДОНТИТАХ РАЗЛИЧНОЙ ТЯЖЕСТИ
Р Е З Ю М Е

Исследовано 15 случаев тонзиллита при пародонтитах различной тяжести (легкие, умеренные и тяжелые варианты). Парафиновые срезы окрашивали с применением гематоксилин-эозина, пикрофуксина по ван Гизону и исследовались иммуногистохимическим методом с помощью моноклональных антител CD20 (пан-В-лимфоциты). Оказалось, что количество CD20-позитивных В-лимфоцитов зависит от степени тяжести пародонтита и характеризуется региональной особенностью интратонзиллярного распределения. Большинство CD20+ В-лимфоцитов локализовано в фолликулярных герминативных центрах - в зависимости от степени тяжести пародонтита. Полученные данные свидетельствуют о том, что антигенная стимуляция тонзиллярных тканей увеличивается по мере прогрессирования пародонтита.

Lobzhanidze T., Khardzeishvili O.
CHARACTERIZATION OF INTRATONSILLAR REGIONAL
DISTRIBUTION OF CD20+ B LYMPHOCYTES IN PARODONTITIS
WITH VARIOUS SEVERITY
S U M M A R Y

We studied 15 cases of tonsillitis in parodontitis with various severity (mild, moderate and severe variants). The surgical specimens were stained using Hematoxylin and Eosin, Van Gieson's method and immunohistochemistry with monoclonal antibodies for CD20 (pan-B lymphocytes). The present study reveals that the amounts of CD20+ B lymphocytes varied according to the severity of parodontitis and showed significant difference of intratonsillar regional distribution. The most of CD20+ B lymphocytes were localized in follicular germinative centers in all three variants and their amounts was related to the severity of parodontitis. These data indicate that antigenic stimulation of tonsillar tissues increases according to the progression of parodontitis.

ლ.ლომაძე, ი.ხარნაძე, ი.ეგნატაშვილი, მ.ყაჯრიშვილი
ძარონიკული კათოლიკობის შავრცელვაზაჟი მოქმედი
ზოგიერთი რისკ-ფაქტორის სოციალური მნიშვნელობის
უესწავლის შედეგები

თსუ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მენეჯმენტის კათედრა

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ობიექტურად ასახავს როგორც მთელი ქვეყნის, ასევე მისი ცალკეული რეგიონების მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებას. აღიარებულია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემები მჭიდროდაა დაკავშირებული საზოგადოების განვითარებასთან.

ამ პირობებში მნიშვნელოვნად იზრდება მოსახლეობის ჯანმრთელობის კომპლექსური შესწავლის როლი სოციალურ-ეკონომიკური, სოციოლოგიური და სამედიცინო-დემოგრაფიული ფაქტორების გათვალისწინებით.

იმ ფაქტორების განსაზღვრის საქმეში, რომლებიც მოქმედებენ დაავადების ჩამოყალიბებაზე, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო აქტიურობის შესწავლას მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში. დემოგრაფიული პროცესების სპეციფიკა, რელიგია, ტრადიციები, ცხოვრების წესი, ეთნიკური, ჯგუფი, რომელსაც მიეკუთვნება ადამიანი, ბევრად განაპირობებს მის ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ამ კუთხით განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საქართველოში ქრონიკული დაავადებების გავრცელებაზე მოქმედი რისკ-ფაქტორების შესწავლა, ვინაიდან ამ პათოლოგიას წამყვანი ადგილი უკავია მოსახლეობის ავადობისა და სიკვდილიანობის სტრუქტურაში.

ამის ძირითადი მიზეზია ისეთი რისკ-ფაქტორების ფართო გავრცელება, როგორცაა სხვადასხვა ეტიოლოგიის ქრონიკული დაავადებები; დაბალკალორიული, დაუბალანსებელი საკვები; ჰაერის დაბინძურება; საკმარისად მაღალი რადიაციაციული ფონი; არასწორი და არარეგულარული სქესობრივი ცხოვრება, სტრესული სიტუაციები, დაკავშირებული უმუშევრობასთან, მოსახლეობის დიდი ნაწილის მძიმე ეკონომიურ პირობებთან და ა. შ.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოს მოსახლეობაში ქრონიკული დაავადებების გავრცელებაზე მოქმედი წამყვანი რისკ-ფაქტორების თავისებურებების დადგენა, პაციენტებისათვის გაწეული პროფილაქტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო დახმარების კომპლექსური შეფასება და მიღებული მონაცემების საფუძველზე მეცნიერულად დასაბუთებული რეკომენდაციების შემუშავება ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონეებზე დასაზრგად.

იშვიათობაა, როდესაც პაციენტი მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას ავადმყოფობის გამოვლენისთანავე. უფრო ხშირად ეს იბულებითია, ვინაიდან ავადმყოფობით გამოწვეული შრომის უუნარობა მათთვის უშუშევრად დარჩენის ტოლფასია.

მიუხედავად იმისა, რომ ღვენილთა უმეტესობა ომამდელ პერიოდში აფხაზეთის სახალხო მეურნეობის სხვადასხვა დარგებში მუშაობდა, ამჟამად მათ 26%-ს არა აქვს მუდმივი შემოსავლის წყარო, 73% სპეციალობის მიხედვით არ მუშაობს. იმ საგანგებო ვითარებაში, რომელშიც იმყოფებიან აფხაზეთიდან იბულებით გადაადგილებული პირები, მათი უმრავლესობა მთლიანად დამოკიდებულია გარე პირობებზე (დროებითი სამუშაო, სოციალური შექმნებები, ჰუმანიტარული დახმარება და სხვა). ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, გასაგებია, თუ რა მიზეზით აფასებს გამოკითხულ ღვენილთა 32% თავის მდგომარეობას და ყოფას როგორც უმძიმესს. თავის საყოფაცხოვრებო პირობებს მძიმედ მიიჩნევს გამოკითხულთა 44%, დამაკმაყოფილებლად - 21% და მხოლოდ 1% თვლის, რომ კარგ პირობებში იმყოფება. სამუშაოს უქონლობა და მხოლოდ სახელმწიფოს შექმნებით არსებობა განსაზღვრავს ღვენილთა დაბალ შემოსავლებს, რაც მათ სიღარიბის ზღვარს მიღმა აყენებს.

ქვეყნის მოსახლეობის დიდი ნაწილის მძიმე საყოფაცხოვრებო პირობებში არსებობა ხელს უწყობს ჯანმრთელობისათვის ისეთი მავნე ჩვევების ხვედრითი წილის ზრდას, როგორცაა თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლიზმი და ნარკომანია.

UNESCO-ს ექსპერტთა შეფასებით მხოლოდ ევროპაში სიგარეტის მოწვეასთან დაკავშირებული მიზეზების გამო ყოველწლიურად იღუპება თითქმის 500 ათასი ადამიანი, ინდოეთში ამ მიზეზით განპირობებულ გარდაცვალებათა რიცხვი 630 ათასს აღემატება, სამხრეთ აფრიკაში - 10 ათასს და ა.შ.

თამბაქოს მოხმარების წინააღმდეგ აქტიური ღონისძიებების გატარებამ განაპირობა ამ სახის პროდუქციაზე განვითარებული ქვეყნების მოსახლეობის მითხოვნილების გამოხატული შემცირება (მაგალითად, 1990-1995 წწ. თამბაქოს მოხმარებამ შედეგში იკლო 9%-ით, ავსტრალიასა და ახალ ზელანდიაში - 6%-ით და ა.შ.). ამასთან დაკავშირებით თამბაქოს მწარმოებელი ტრანსნორვეული კომპანიების ყურადღებამ გადაინაცვლა განვითარებული ქვეყნების (მათ შორის ყოფილი სსრკ-ს სიერცის) ბაზარზე, სადაც არც კანონმდებლობა და არც საზოგადოებრივი აზრი არ არის მომზადებული ანტინიკოტინური პროპაგანდის ეფექტიანი გატარებისათვის. მითუმეტეს, რომ ამ რეგიონებში თამბაქოს პროდუქციის გასაღებად უფრო მომგებიანია (იაფი მუშა-ხელის, არასტანდარტული პროდუქციის გასაღების შესაძლებლობის, შემოსავლების დაბეგრის კანონმდებლობის არასრულფასოვნების და სხვა მიზეზების გამო).

პროდუქციის გასაღების გაფართოების მიზნით ძირითადი აქცენტი გადატანილია მუდმივ მოხმარებელთა ახალი ჯგუფების მოზიდვაზე (პირველ რიგში ეს ეხება ახალგაზრდობას, მათ შორის არასრულწლოვანებს, ქალებს და სხვ.); რაც ხერხდება ფართომასშტაბიანი სარეკლამო კამპანიების გატარებით, პროდუქციაზე დაბალი ფასების დაწესებით და სხვ.

ახალი პოლიტიკის გატარებამ თამბაქოს მწარმოებელ ტრანსნორვეულ კომპანიებს უკანასკნელ წლებში მოსალოდნელი ზარალის სანაცვლოდ უდიდესი მოგება მოუტანა.

საკმარისია აღინიშნოს, რომ თუ ევროპაში სიგარეტზე მოთხოვნილებამ, ერთ მოზრდილ მოსახლეზე, ბოლო ათწლეულის მანძილზე იკლო 7%-ით, აშშ-ში და 6%-ით კანადაში, იმავდროულად აფრიკაში იგი გაიზარდა - 42%-ით, ლათინურ ამერიკაში - 29%-ით, აზიაში - 22%-ით (ცხრილი 1).

ცხრილი 1

ზოგიერთ ქვეყნის მოსახლეობის მიერ მოხმარებული სიგარეტის საშუალო წლიური რაოდენობა (ერთ სულ მოსახლეზე)

	1980	1990	1995
ევროპა (მთლიანად)	1856	1679	1678
ბელგია	1842	1751	1403
ჩინეთი	1489	1436	1019
საქართველო	700	950	1583
თურქეთი	1088	1304	1607
შვედეთი	1569	1254	985

ზედმიწვევით დაიძაბა სიტუაცია ახლად შექმნილ დამოუკიდებელ სახელმწიფოებში, მათ შორის საქართველოში, სადაც მწვევლთა რიცხვი, განსაკუთრებით ახალგაზრდობაში განუზრვლად მატულობს. კვლევით დასტურდება, რომ სიგარეტის სტაბილურ მოხმარებელთა საშუალო ასაკი

წლიდან წლამდე მცირდება. საგრძობლად გაიზარდა სივარეტის მწვევლთა რიცხვი ქალებში. აღნიშნულმა ტენდენციამ განაპირობა ის, რომ დღესდღეობით მწვევლთა ხვედრითი წილი საქართველოს მოსახლეობაში გაცილებით აჭარბებს ევროპის უმეტესი ქვეყნების ანალოგიურ მონაცემებს, სადაც განუხრელად კლებულობს თამბაქოს პროდუქციის მომხმარებელთა რიცხვი.

ღვინისა და სხვა სპირტიანი სასმელების ზომიერი მოხმარების დიდმა ისტორიულმა ტრადიციებმა ხელი შეუწყო საქართველოში ალკოჰოლიზმის დაბალი დონის შენარჩუნებას 90-იან წლებამდე. ამასთან ერთად საქართველოსათვის გაცილებით დამახასიათებელია სპირტიანი სასმელების, განსაკუთრებით ღვინის ე.წ. საყოფაცხოვრებო მოხმარება, რაც საკმარისად დიდ ზიანს აყენებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას (გულსისხლძარღვთა, ენდოკრინული სისტემის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის და სხვა).

მომდევნო წლებში მდგომარეობის გამწვავებას ხელი შეუწყო ქვეყანაში პოლიტიკური და განსაკუთრებით ეკონომიკური სიტუაციის გამძაფრებამ, მაგარი სპირტიანი სასმელების დემინგურ ფასებში გასაღებამ, რასაც თან სდევდა შიდა ბაზარზე მაღალხარისხიანი ღვინის ნაწარმის არასაკმარისი გამოშვება. ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს საზოგადოებრიობის ღმობიერი დამოკიდებულება ახალგაზრდობის მიერ სპირტიანი სასმელების გადაჭარბებული მოხმარების მიმართ.

ზემოაღნიშნულმა მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი მაგარი სპირტიანი სასმელების მოხმარების ზრდას მოსახლეობაში, და განსაკუთრებით ახალგაზრდობაში, მათ შორის ქალებშიც. ასე, მაგალითად, ჩატარებულმა გამოკვლევამ დაადასტურა, რომ თუმცა 18 წლამდე ასაკის ქალების 90% ალკოჰოლის მიღებას მაინც ჩვევად მიიჩნევდა, მათგან 50% პერიოდულად ლებულობდა ალკოჰოლურ სასმელებს. 18 წლის ზემოთ ასაკის 300 გამოკითხული ქალიდან ალკოჰოლურ სასმელებს მოიხმარდა 80% (აქედან პერიოდულად - 70%, ხოლო სისტემატურად -10%), თუმცა ალკოჰოლის მიღებას მაინც ჩვევად მიიჩნევდა ამ ასაკის გამოკითხულთა 70%.

ზედმიწვევით დიდი ზიანი მიაყენა ალკოჰოლიზმთან და ნარკომანიასთან ბრძოლის საქმეს 1991 წლამდე ამ მიმართულებით მოქმედი საუწყებათაშორისო თანამშრომლობის სტრუქტურაში ჩამოყალიბებული ნარკოლოგიური სამსახურის ფაქტობრივმა დაშლამ. თუმცა მისი აღდგენის მიზნით ბოლო წლებში გადაიდგა სერიოზული ნაბიჯები, მაგრამ ფინანსურ სიძნელებებთან დაკავშირებით საკმარისი შედეგის მიღება აშკარად გვიანდება.

ამის დამადასტურებელია ისიც, რომ 1999 წელს საქართველოში სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით აღრიცხვაზე აყვანილია მხოლოდ 200 ალკოჰოლიკი, 340 ნარკომანი და 37 ტოქსიკომანი, რომელიც ხმარობს ნარკოტიკული თრობის გამომწვევ სხვადასხვა ნივთიერებას, რაც აშკარად არ ასახავს არსებულ მდგომარეობას და მათი რიცხვი გაცილებით მეტი უნდა იყოს. (ცხრილი 2).

ქრონიკული ალკოპოლიზმის გავრცელება საქართველოში
(1997-1998 წ.წ.)

რეგიონები	1997				1998			
	დაავადები- ანობა		ავადობა		დაავადები- ანობა		ავადობა	
	სულ	მაჩვ.	სულ	მაჩვ.	სულ	მაჩვ.	სულ	მაჩვ.
საქართველო	9428	182.9	356	6.9	8341	161.6	200	3.9
თბილისი	2389	180.2	71	5.4	2496	187.9	107	8.1
აჭარა	500	122.6	0	0	502	122.7	3	0.7
გურია	349	216.1	169	104.6	349	216.2	0	0
რაჭა-ლეჩხუმი და სვანეთი	82	143.5	0	0	85	148.8	5	8.7
სამეგრელო	596	125.0	25	5.2	467	98.0	2	0.4
მცხეთა-	370	352.8	4	2.8	373	263.9	9	6.4
სამცხე-	158	66.0	4	1.7	71	29.5	0	0
ქვემო	522	85.4	27	4.4	474	77.3	5	0.8
იმერეთი	2120	253.7	16	1.9	2065	247.6	27	3.2
კახეთი	1214	269.7	5	1.1	989	219.8	19	4.2
შიდა ქართლი	1001	267.6	18	4.8	333	88.8	13	3.5
ფოთი	127	220.8	17	29.5	137	237.8	10	17.4

ცნობილია, რომ ქვეყნის სასაზღვრო რეჟიმის შემსუბუქებამ, განსაკუთრებით 90-იან წლების დასაწყისში, საქართველო აქცია ნარკოტიკული საშუალებების აზიიდან ევროპაში გადაზიდვის ერთერთ სატრანზიტო მაგისტრალად. არანაკლებ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ნარკოტიკების მეორე ნაკადიც, რომელიც ჩრდილოეთი კავკასიიდან მოედინება და მიუხედავად ქვეყანაში ადმინისტრაციული ზომების გამკაცრებისა, ნარკოტიკები და ტოქსიკური ნივთიერებები საკმარისად ადვილად აღწევენ მომხმარებელამდე.

საქართველოში ნარკოტიკების შემოსვლამ შემდეგი დინამიკა განიცადა: თუ 70-იან წლებამდე ძირითადად მოიხმარებოდა კანაფისებრი მარიხუანა და კუსტარული წესით მცენარეებიდან დაშვადებული ნარკოტიკები, 80-იან წლებში მათ დაემატა ოპიუმის ჯგუფის ნარკოტიკები (ოპიუმი და მორფინი), 90-იან წლებში უკანონო ბრუნვაში ჩნდება კოკაინი და ჩვენი ქვეყნისათვის სხვა ახალი, უაღრესად ძლიერმოქმედი ნარკოტიკები (ბუპრენორფინი, ალფამეთილფენტანინი და სხვ.).

90-იან წლებში გამოხატულად შეიცვალა და გაფართოვდა მოხმარებულ ნარკოტიკულ საშუალებათა სახეები. წინა პლანზე წამოიწია ოპიუმმა და მორფიუმმა, ნორფინმა, რაც მიუთითებს შუა აზიისა და ოქროს ნახევარმთვარეში შემავალი ნარკოტიკების ცენტრებიდან ნარკოტიკების აქტიურ შემოსვლაზე

საქართველოში. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ნარკოტიკული საშუალებების სპექტრი (ჰაშიში, კოდეინი და სხვ.) გაფართოვდა ჩრდილოეთ კავკასიიდან მათი მოწოდების გააქტიურების ხარჯზე (ცხრილი 3).

ცხრილი 3.

აღრიცხვაზე მყოფ ნარკომანთა და ტოქსიკომანთა პროცენტული განაწილება მოხმარებული ნარკოტიკების სახეების მიხედვით

	ოთხმოციანი წლები	ოთხმოცდაათიანი წლები
მორფიუმი	13.5	17.8
ოპიუმი	32.6	51.5
კოდეინი	13.0	2.1
ჰაშიში	19.6	6.7
ბარბიტურატები	8.3	4.9
ნორფინი	0.1	3.9
ანტიპსტიამინური პრეპარატები	2.6	1.8
სედატიური საშუალებები	7.8	3.6
სხვა	0.4	2.8
დაუდგენელი	1.3	0.5

შეიცვალა ნარკომანთა, მომხმარებელთა და ტოქსიკომანთა ეროვნული შემადგენლობაც. თუ წინა წლების მონაცემებით ნარკომანთა კონტინგენტი ძირითადად მრავალეროვანი იყო, უკანასკნელ დროს კონტინგენტის უმეტესობა - ქართველებია.

ქვეყანაში არსებულმა მდგომარეობამ, განაპირობა ის ფაქტი, რომ ნარკომანთა უმეტესობა უმუშევარი ან დროებით დაუსაქმებელია. თუ წინა წლებში ამ კონტინგენტის დასაქმებას როგორც სამთავრობო სტრუქტურების, ასევე ადგილობრივი ხელისუფლების მხრიდან, საკმარისად სერიოზული ყურადღება ექცეოდა, უკანასკნელ წლებში ნარკომანთა შრომითი რეაბილიტაცია საზოგადოებრიობის ყურადღების გარეშე დარჩა. და როგორც შედეგი - კონტინგენტის 91,4% დროებით, ან საერთოდ უმუშევარია.

საერთაშორისო ექსპერტების შეფასებით ნარკოტიკებით სადღეისოდ საქართველო დაზიანებულ ქვეყნად ითვლება. ნარკომანთა ფართოდ გავრცელება ახალგაზრდებსა და არასრულწლოვანთა შორის. მან შეაღწია უმაღლეს სასწავლებლებში და სკოლებში, ჩაითრია ქალები. რეგონების მიხედვით ნარკომანიის გავრცელება საქართველოში მოყვანილია ცხრილი 4-ში

მოსახლეობის ცხოვრების პირობებზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი კალდებულებების შესრულების დონეც.

ცხრილი 4.

ნარკომანიის გავრცელება, საქართველო (1997-1998წწ მონაცემები)

რეგიონები	1997				1998			
	დაავადები- ანობა		ავადობა		დაავადები- ანობა		ავადობა	
	სულ	მაჩვ.	სულ	მაჩვ.	სულ	მაჩვ.	სულ	მაჩვ.
საქართველო	2709	52.5	491	9.5	2984	57.8	340	6.6
თბილისი	1868	140.9	209	15.8	2035	153.3	121	9.1
აჭარა	137	33.6	9	2.2	145	35.4	12	2.9
გურია	31	19.2	17	10.5	19	11.8	0	0
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვ. სვანეთი	0	0	0	0	0	0	0	0
სამეგრელო	116	24.3	51	10.7	96	20.1	18	3.8
მცხეთა- მთიანეთი	53	37.6	31	22.0	61	43.2	8	5.7
სამცხე- ჯავახეთი	12	5.0	0	0	21	8.7	10	4.2
ქვემო ქართლი	125	20.5	70	11.5	132	21.5	42	6.8
იმერეთი	221	26.4	56	6.7	227	27.2	22	2.6
კახეთი	80	17.8	47	10.4	91	20.2	13	2.9
შიდა ქართლი	59	15.8	0	0	150	40.0	94	25.1
ფოთი	7	12.2	1	1.7	7	12.1	0	0

ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროსა და საერთაშორისო ორგანიზაციების ექსპერტების მიერ ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, რომ საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვაზე (სამკურნალო საშუალებების ჩათვლით) წელიწადში იხარჯება 300 მლნ. ლარამდე (დაახლოებით 60 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე), რომლიდანაც მოსახლეობა საკუთარი ვიზიდან იხდის მთლიანი თანხის 87%-ს. 1996 წელს, როდესაც ჯანმრთელობის დაცვამ ბიუჯეტით გამოყოფილი თანხები ავად თუ კარგად მიიღო, შესაძლებელი გახდა მოსახლეობის მიერ სამკურნალო დაწესებულებებისთვის გადახდილი 10 მილიონი ლარის ლეგალიზება. მომდევნო ორ წელიწადში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსების კლებას მოჰყვა მოსახლეობის მიერ გადახდილი თანხების ლეგალიზაციის შემცირება. სამწუხარო ტენდენციაა, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ჯანმრთელობის დაცვის ბიუჯეტი 1999 წლის

განმავლობაში მხოლოდ 58%-ით შესრულდა, ე.წ. „შავი ბაზრის“ არსებობა არ უნდა გაგვიკვირდეს.

1998 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტით დამტკიცდა 36 სახელმწიფო პროგრამა, მათ შორის 11 სამედიცინო პროფილაქტიკის, 9 სადაზღვევო და 16 სხვა ჯანდაცვითი პროგრამა. მათი საერთო ღირებულება განისაზღვრა 54,220 მლნ ლარის ოდენობით. წლის განმავლობაში მთლიანად ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების საგემო დავალება, როგორც უკვე აღინიშნა, შესრულდა 58%-ით. მათ შორის:

- პრევენციის პროგრამები 52%
- სადაზღვევო პროგრამები 55%
- სხვა პროგრამები 73%.

აბსოლუტურმა დეფიციტმა ყველა პროგრამებით შეადგინა 22,762 მლნ ლარი. პროგრამების დაფინანსების დეფიციტი შემოსავლების ორივე წყაროზე (ტრანსფერტი ცენტრალური ბიუჯეტიდან და სადაზღვევო შესატანი) მოდის.

ზემოხსენებული დაფინანსების პირობებში, რომელიც წლის დასაწყისიდანვე დეფიციტით ხორციელდებოდა, შეუძლებელი გახდა დამტკიცებული პროგრამების სრული მოცულობით შესრულება. ამიტომაც ხორციელდებოდა ცალკეული პროგრამების მხოლოდ გადაუდებელი ღონისძიებანი, რომელთა სრული მოცულობით დაფინანსება მაინც ვერ მოხერხდა (ცხრილი 5).

ცხრილი 5

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ღონისძიებათა დაფინანსება ცალკეული პროგრამების მიხედვით, საქართველო, 1999

პროგრამების დასახელება	გზმა	შქრუ ლუბა	ანსა- სურა	კლი შქრუ ლუბა- თან	შქრუ ლუბის დაფინან- სების %	კლი გვებს თან შქრუ ლუბით	გვებს დაფინან- სების %
I პროფილაქტიკური პროგრამები მათ შორის:	5800.0	3223.7	1417.9	1805.8	44	4382.1	24
ცხოვრების ჯანსაღი წესი	200.0	84.3	13.1	71	16	186.9	7
ეპიდზელამხედველობა	430.0	329.6	181.5	148	55	248.5	42
გემბიური იმუნიზაცია	1630.0	616.0	249.8	366	41	1380.2	15
ნარკომანიის პროფილაქტიკა	320.0	291.6	84.6	207	29	235.4	26
იოდის დეფიციტი, რადიაცია	320.0	220.9	95.4	126	43	224.6	30
ავადობის აქტიური გამოვლინება	475.0	240.3	183.2	57	76	291.8	39
შიდსის, უსაფრთხო სისხლისა და სხვა პროფ.ილაქტიკა	1450.0	943.2	455.4	488	48	994.6	31
ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციის გამოკვლევა	175.0	64.6	15.8	49	24	159.3	9
სისხლის მიმოქცევის დაავადებათა პრევენცია	250.0	129.9	38.1	92	29	211.9	15
ტრავმატიზმის პრევენცია	100.0	20.8	0.1	21	0	99.9	0
II სადაზღვევო პროგრამები	42450	40387	27161	-13226	67%	-15288	63.9%
სხვა ხარჯები	120.0	80.0	53.0	-27	66%	-67.0	44%

განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობა შეიქმნა მუნიციპალური პროგრამების დაფინანსებაში. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს კანონმდებლობით ამ პროგრამების დასაფინანსებლად განისაზღვრა ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან ერთ სულ მოსახლეზე საკალდებულო მინიმუმის - 2.5 ლარის გამოყოფა, აღნიშნულ დავალებას თავი ვერ ვაართვა ქვეყნის რეგიონებისა და რაიონების უმრავლესობამ. გამონაკლისის წარმოადგენდა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა, ქალაქები თბილისი და ფოთი, რომელთაც შეძლეს კანონით დადგენილ მინიმუმზე მეტი სახსრების გამოყოფა.

მწელია ვილაპარაკოთ რეგიონის ხელმძღვანელობის „ზრუნვაზე“ საკუთარი მოსახლეობის მიმართ, როდესაც ერთ სულ მოსახლეზე ჯანმრთელობის დაცვაზე წლის განმავლობაში ბიუჯეტიდან გამოიყოფა 80-90 თეთრი, მაშინ, როდესაც ბიუჯეტის შესრულების მაჩვენებელი უმეტეს შემთხვევაში 80%-ზე მეტია

ცხადია, რომ პაციენტთა მკურნალობა და რეაბილიტაცია არ უნდა შემოიფარგლებოდეს მხოლოდ მედიკამენტოზური თერაპიით. ეს პროცესი განიხილება, როგორც ქმედებათა სისტემა, რომელიც მიმართულია ავადმყოფის პირადი და სოციალური სტატუსის აღდგენისაკენ. რეაბილიტაცია აქტიური პროცესია, რომელიც, როგორც წესი, გულისხმობს ექიმისა და ავადმყოფის მხრიდან განსაკუთრებულ, თანაბარ აქტიურობას. ავადმყოფის პროდუქტიული სოციალური ცხოვრების, საზოგადოებაში წარმატებული ადაპტაციის ფსიქოლოგიურ საფუძველს წარმოადგენს მისი მოტივაციური სფეროს, ფასეულობრივი ორიენტაციის აქტივაცია, ადეკვატური სამუშაო პირობების შექმნა.

წარმატებული რეაბილიტაცია ორ უმნიშვნელოვანეს მახასიათებელს უზრუნველყოფს: ავადმყოფის სოციალურ ინტეგრაციას და პროდუქტიული მოღვაწეობისაკენ დაბრუნებას. რეაბილიტაციის ეკონომიკური ეფექტის შეფასება რთული, ზოგჯერ კი შეუძლებელიცაა, რადგან ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების ცნების შეფასება, მითუმეტეს, მისი ფულად სისტემაზე ვადაყვანა საკმაოდ რთულია. თუმცა კიბოს რადიკალური მკურნალობის შემდეგ ავადმყოფის შრომითი რეაბილიტაციის ხანგრძლივობის მიუხედავად, სახელმწიფოსათვის მისი ეკონომიური ეფექტურობა არანაირ ეჭვს არ იწვევს. ამ პირობებში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს სოციალურ-შრომითი რებილიტაციის, შრომაში ადრეული დაბრუნების საკითხები, რაც საბოლოო ჯამში დადებითად მოქმედებს საზოგადოებრივი დოვლათის დაგროვებაზე.

ლიტერატურა:

1. საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკა და კანონმდებლობა 1998-199 წწ.
2. საქართველოს ჯანდაცვის სტრატეგიული გეგმა 2000-2001 წწ.
3. ჯანდაცვის სამინისტროს ანგარიში 1998, 1999, 2000 წ.
4. ო.გერზმავა. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი 1998 წ.
5. ჯანდაცვის სამინისტროს სტატისტიკური ცნობარი 1998, 1999, 2000 წწ.
6. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ბიულეტენი 1998, 1999, 2000 წ.

Ломтадзе Л., Зарнадзе И., Эгнаташвили И., Каджришвили М.

Р Е З Ю М Е

Цель исследования состояла в социальной оценке риск-факторов, влияющих на распространение хронических заболеваний.

Исследования показали, что на сегодняшний день в Грузии основными риск-факторами можно считать наркоманию, курение, алкоголизм. Работающие в системе здравоохранения гос. программы, в связи с недостаточностью финансирования, не могут обеспечить полноту выполнения профилактических программ. В таких условиях необходимо выделить основные направления и привлечь совместно с мед. учреждениями больше представителей общественности.

Lomtadze L., Zaridze I., Egnatashvili I., Kajrishvili M.

S U M M A R Y

Georgia is in a period of socioeconomic transition, which is main by a transition from a managed economy to the principles of market economy. In most countries in such transition, the health indicators show a dramatic deterioration. According to the morbidity statistics, cardiovascular, oncologic diseases and accidents are the primary health problems in Georgia, as in most post-socialist countries. The basic risk factors in Georgia – smoking, alcohol, drug abuse.

Prevention of many chronic or acute diseases is made possible by promotion and establishment of healthy lifestyle among the population.

Ломидзе Н., Цецхладзе Г., Беридзе А.

**ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ
ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ**

**Клиника хирургических болезней №1 ТГМУ,
кафедра частной хирургии медицинского факультета Батумского
государственного университета.**

Повреждение селезенки занимает третье место среди всех травм органов брюшной полости (1,3). Литературные данные касающиеся рекомендаций тактического порядка многочисленны и разноречивы. Сторонники предельного радикализма опасаясь угрожающего жизни кровотечения при любых повреждениях селезенки считают спленэктомию операцией выбора (4). Однако чрезмерный радикализм противоречит основным принципам хирургии, согласно которым поврежденный орган допустимо удалять тогда, когда путей для ее сохранения нет. Сама спленэктомия не безопасна так, как приводит к развитию послеоперационных инфекционных осложнений, синдрома гипоспленизма, постспленэктомического иммунодефицита (2, 3, 6, 7) и других осложнений, которые могут привести к инвалидности или даже гибели больных. В связи с чем, органосберегающие операции в лечении повреждений селезенки находят все больше сторонников (3,5).

Нами анализированы результаты хирургического лечения 31 больного с повреждением селезенки, из них 22 (71%) были мужского пола а 9 (29%) женского. Распределение больных по характеру повреждения селезенки и оказания медицинской помощи, т.е. хирургического вмешательства приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1.

№	ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ
1	Анатомическая резекция	5(16.1%)
2	Атипичная резекция	6(19.4%)
3	Спленорафия	17(54.8%)
4	Коагуляция аргоновым лазером	3(9.7%)
5	ВСЕГО	31(100%)

Таблица 2.

№	ВИД ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ	КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ
I	Закрытая травма живота	23(74.2%)
а	Гематома селезенки	7
б	Отрыв нижнего полюса селезенки	5
в	Поверхностное повреждение паренхимы селезенки	8
г	Изолированный разрыв капсулы селезенки	3
II	Проникающее ранение живота с	8(25.8%)
а	изолированным повреждением селезенки	6
б	комбинированным повреждением селезенки	2
III	ВСЕГО	31(100%)

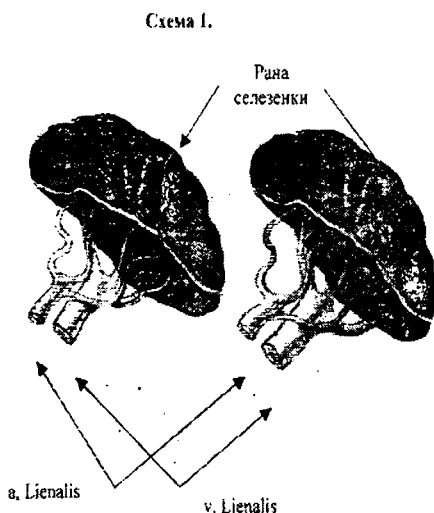
Все операции выполнены под общим обезболиванием. С целью временного прекращения кровотечения в ходе операции, пользовались временным пережатием сосудисто-нервного пучка селезенки резиновым турникетом.

По нашему мнению выполняя экстренное оперативное вмешательство на селезенке, хирург опасаясь осложнений в послеоперационном периоде и стремясь скорее закончить операцию, больше склоняется к выполнению спленэктомии и не начинает разбираться в особенностях кровоснабжения селезенки с целью выполнения более щадящих (органосберегающих) операций. Для того, чтобы ускорить обнажение сосуда питающего поврежденную часть органа, увеличить возможность надежного окончательного гемостаза,

выполнить операцию в анатомических границах и сохранить часть поврежденной селезенки мы предлагаем, выделить два анатомических варианта повреждения селезенки: 1. травма селезенки в пределах границ ее полюсов, 2. травма селезенки в пределах границ анатомической доли т.е. часть паренхимы кровоснабжающая сосудами 1-ого порядка *a.lienalis*. Предложенные варианты, по нашему мнению, помогут хирургу быстро оценить ситуацию, определить объем поврежденной ткани, найти сосуд кровоснабжающий эту часть поврежденного органа и тем самым выработать тактику щадящего хирургического вмешательства. Вместе с тем, надо иметь в виду, что при повреждении ворот органа или же сосудисто-нервного пучка селезенки выполнение щадящих операции практически невозможно.

Исходя из вышеизложенного, определение «анатомическая резекция», подразумевает удаление поврежденной ткани селезенки в пределах ее полюсов и в пределах той части органа, которого кровоснабжает ветвь (ветви) 1-ого порядка *a.lienalis*.

Спленорафия (схема 1.) на нашем материале выполнена у 17 больных (54.8%) в тех случаях, когда тип повреждения ткани органа не давала возможность окончательной остановки кровотечения

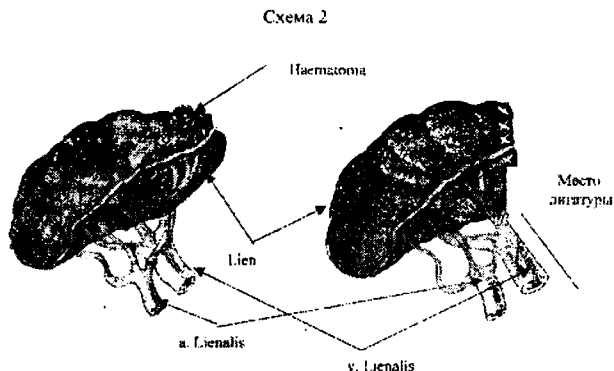


аргоновым лазером, а проведение анатомической или атипичной резекции тактически была неоправданным так, как а) зона повреждения селезенки была небольшим б) поврежденный участок органа находился на диафрагмальной поверхности или на ее переднем крае

Для перитонизации и укрепления линии швов у 6 больных мы использовали сальник, в 3-х случаях применили париетальную брюшину в

виде свободной пластики, брюшина была взята у места вскрытия брюшной полости, у 8 больных достаточным оказалось только наложение швов.

Анатомическая резекция выполнена у 5 больных (16.1%), когда поврежденный участок селезенки располагался в области ее полюсов в зоне ирригации сосудов 1-ого порядка *a. lienalis* (схема 2).



Большой интерес с теоретической и с практической точки зрения представляет состояние иммунной системы больных после проведения органосберегающих операций. Для этого, общепринятыми в клинической иммунологии методами, изучен иммунологический статус 18 больных. Контролем послужили практически здоровые люди (15) в возрасте от 19 до 49 лет которые поступили в клинику для лечения наружных грыж живота (паховая-10, бедренная-3, пупочная-2.). Кровь для проведения анализов, брали из локтевой вены на 2-е и 15-е сутки после операции. Результаты наших исследований приведенные в таблице 3, которая показывают, что в течение двух недель после проведения органосберегающих операций на селезенке все основные показатели определяющие иммунный статус организма возвращаются к контрольным показателям или незначительно отличаются от них, а отклонения в иммунном статусе больных, которые выявляются на 2-ой день послеоперационного периода характеризуют т.н. хирургическую «агрессию».

Считаем обязательным указать, что с целью динамического наблюдения за состоянием больных и контроля гемостаза в брюшной полости оставляли дренаж, а также использовали ультрасонографию. Послеоперационный период у 4 больных (12.9%) осложнился нагноением раны. Летальных исходов не отмечено.

Таблица 3.

№	ПАРАМЕТРЫ	2-ой день	15-й день	КОНТРОЛЬ
1	Ig A (г/л)	3.51±0.08	3.62±0.07	3.59±0.09
2	Ig M (г/л)	0.27±0.05	0.24±0.5	2.21±0.06
3	Ig G (г/л)	16.43±0.21	16.35±0.22	16.63±0.23
4	Сумарная активность комплемента (усл. ед)	28.9±0.4	30.38±0.36	30.4±0.44
5	Титр циркулирующих иммунных комплексов (усл. ед)	0.66±0.008	0.68±0.002	0.68±0.002
6	Сравнительный показатель Т-лимфоцитов (%)	57.5±0.262	60.57±0.210	60.5±0.460
7	Сравнительный показатель В-лимфоцитов (%)	28.5±0.220	28.7±0.3	27.35±0.63
8	Абсолютный показатель Т-лимфоцитов (тис)	1.9±0.01	1.48±0.02	1.49±0.3
9	абсолютный показатель В-лимфоцитов (тис)	0.4±0.03	0.49±0.02	0.43±0.09
10	Сравнительный показатель Т-хелперов (%)	27.1±0.4	26.89±0.5	27.03±0.53
11	Сравнительный показатель Т-супрессоров (%)	27.26±0.5	28.9±0.5	29.25±0.74
12	Фагоцитарный показатель полиморфноядерных лейкоцитов	39.2±0.6	41.15±0.4	40.6±0.66
13	Показатель фагоцитарного числа полиморфноядерных лейкоцитов	38.8±0.6	38.78±0.6	30.7±0.45

Таким образом, на основании приведенных данных можно заключить, что органосберегающие операции при травматическом повреждении селезенки, в условиях четких показаний, являются вполне обоснованным хирургическим вмешательством, как с теоретической, так и с практической точки зрения. После их выполнения достигается надежный окончательный гемостаз, сохраняется иммунная функция селезенки и исходя из этого, возможно избежать значительных осложнений сопутствующих спленэктомии.

Литература:

1. Андрейцев А.Н., Куликовский Н.Н., Станкевич В.Е., Анисимов С.Л. – Экспериментальная хирургия и анестезиология. 1976, 5, 43.
2. Архангельская-Левина М.С. – Тупые травмы живота. Ленинград «Медицина» 1984

3. Гланц Р.М., Рожинский М.М. - Сберегательная хирургия повреждений селезенки. Москва «Медицина» 1973.
4. Караванов А.Г., Данилов И.В. - Ошибки в диагностике и лечении травмы живота. Киев 1967.
5. Кубышкин В.А., Помслов В.С., Цвиркум В.В. и др. - Хирургия 1998, 3, 28-30.
6. Blaszyk N., Konig A. - Zbl. Chr. 1976, 101, 9, 556-560.
7. Litte J.M. - Aust. N.Z.J. Surg. 1978, 48, 390-393.

Lomidze N., Tsekhladze G., Beridze A.
ORGANSPARING SURGERIES FOR
TRAUMATIC SPLEEN INJURY
S U M M A R Y

This research contains data on treatment of 31 patients with traumatic spleen injury. All treatment options utilize different methods of organsparing operations. It is shown that if used in clearly selected patients and with technically correct surgical interventions these operations can eliminate traumatic spleen injury as well as maintain excellent hemostasis along with preserving normal organ function. So, using these methods we can minimize serious postsurgical complications with accompany splenectomy.

გლურსმანაშვილი, კუშაფათავა
კოლასსოპირპრბიული ოპერაციები ფილტვების
ტუბერკულოზის პროგრესირებადი ფორმებით
დაავადებულ ავადმყოფებში
თსსუ, სამკურნალო ფაქულტეტის
ქირურგიაში სპეციალიზაციის კათედრა,
ტუბერკულოზის და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი

ბოლო წლების მონაცემებით (1,2) ტუბერკულოზით ავადობა ხასიათდება დესტრუქციული ფორმების ხვედრითი წილის ზრდით და შეადგენს დაავადებულთა 25-45%-ს, ხოლო აქტიური ბაცილგამოყოფა აღენიშნება პაციენტთა 45-55%-ს (3). აღნიშნული კონტივენტებიდან 16-22% მოდის გართულებული, პროგრესირებადი და ქრონიკული ფორმებით დაავადებულებზე (4). ამ კატეგორიის ავადმყოფებში პოლირეზისტენტული შტამებით ინფიცირება აღენიშნება 44-70%-ს და მიუხედავად ხანგრძლივი ქიმიოთერაპიული მკურნალობისა აქტიური ბაცილგამომყოფა დაავადებულთა 45-65%.

სხვადასხვა ავტორების მონაცემებით (5,6) ფილტვების ტუბერკულოზის პროგრესირებადი ფორმებით დაავადებულებში ქირურგიული აქტივობა შეადგენს 15-18%-ს. რესპუბლიკაში აღნიშნული მაჩვენებელი არ აღემატება 10%-ს, მაშინ როდესაც ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებს პაციენტთა 20-22%.

დაავადების ქრონიკული ხასიათიდან გამომდინარე ორგანიზმში განვითარებული მძიმე მორფო-ფუნქციური დარღვევების გამო აღნიშნულ კონტივენტში საშუალოდ პოსტოპერაციული გართულებები შეადგენს 30-45%-ს, ლეტალობა 20-27%-ს, საერთო ეფექტურობა არ აღემატება 45-65%-ს (7). აქედან

გამომდინარე კვლავ აქტუალური გახდა ფილტვების პროგრესირებადი და გართულებული ფორმებით დაავადებულებში კოლაფსოქიურგიული მეთოდების გამოყენების გაფართოების საკითხი.

ჩვენს კლინიკაში 1991-2001წწ. წარმოებული 758 თორაკალური ოპერაციიდან 136(15,2%) იყო ექსტრაპლევრული თორაკოპლასტიკა.

ექსტრაპლევრული თორაკოპლასტიკის ეფექტურობის გაზრდის მიზნით შესწავლილ იქნა ორი ძირითადი საკითხი.

1. ოპერაციული ჩარევის ანატომიურობის დახვეწა ნაოპერაციევ არეში მაქსიმალური კოლაფსის მიღწევის მიზნით.

2. პოსტოპერაციულ მწვავე პერიოდში მოსალოდნელი სუნთქვითი უკმარისობის პროფილაქტიკა და მკურნალობა.

ტრადიციულად ექსტრაპლევრული თორაკოპლასტიკის წარმოების დროს მკვეთრად ირღვევა გულმკერდის ანატომიურობა, კერძოდ ზურგის უგანიერესი, რომბისებრი და ტრაპეციული კუნთები იკვეთება კუნთოვან ნაწილში, რის გამოც ირღვევა მათი სისხლმომარაგება და ინერვაცია.

კუნთების ანატომიურობის შენარჩუნების მიზნით ჩვენს მიერ განაკეთი გადატანილი იქნა ბეჭის ძვლის მედიალური კიდიდან ზურხემლის სვეტის გასწვრივ, ზურგის ფასციის გაკვეთის შემდეგ ტრაპეციული, რომბისებრი და ნაწილობრივი ზურგის უგანიერესი კუნთი იკვეთება მათ მყესოვან ბოლოსთან.

მასთან ერთად ზურგის სწორი კუნთები გაკვეთის გარეშე შრეველება ნეკნებიდან მთლიანად და იწვევა ზურხემლის სვეტისაკენ. აღნიშნული მეთოდით პოსტოპერაციულ პერიოდში 25-35%-ით ნაკლებია აღნიშნული კუნთების ატროფიის განვითარების საშიშროება.

პლევრის ღრუში მაქსიმალური კოლაფსის შექმნის მიზნით ჩვენს მიერ აუცილებელ პირობად იქნა მიჩნეული I-II-III ნეკნების სრული, IV-V ნეკნების ნაწილობრივ ხოლო VI-VII ნეკნების ფრაგმენტური რეზექცია. ბეჭის ძვალს ქვედა კუთხით ვაფიქსირებთ VII ან VIII ნეკნზე მკვიდრად, აღნიშნული ფიქსაციით ბეჭის ძვალი იწვევა დაბლა 3-4 სმ-ით, შესაბამისად მცირდება პლევრის ღრუს აპიკალური ნაწილის მოცულობა. თვითონ ბეჭის ძვალი მთელი სხეულით ახდენს გულმკერდის უკანა ზედაპირზე მუდმივ ზეწოლას.

პოსტოპერაციულ პერიოდში მოსალოდნელი სუნთქვითი უკმარისობის პროფილაქტიკის მიზნით, რომლის მიზეზია ნეკნების რეზექციის შემდეგ განვითარებული გულმკერდის ფლოტაცია და "პაროქსული" სუნთქვა, ჩვენს მიერ კონსტრუირებული იქნა გულმკერდის კომპრესიული აპარატი (პაციენტი N 693-2000წ.)

აღნიშნული აპარატი შედგება საყრდენი და დამწოლი (მოძრავი) ფირფიტებისგან საყრდენი ფირფიტა ედება გულმკერდს, მაგრამ ბანდის ნახვევისგან განსხვავებით არ ზღუდავს სუნთქვით ექსკურსიას, დამწოლი ფირფიტა უშუალოდ ედება გულმკერდის ზედაპირს და თავის ელასტიურობის გამო ღებულობს ნაოპერაციევი არის კონფიგურაციას. იმის გამო, რომ დამწოლი ფირფიტა ხრანხის საშუალებით მოძრავადაა შეერთებული საყრდენ ფირფიტასთან შესაძლებელია ზეწოლის ძალის და მიმართულების რეგულირება, ამით მოვახდინთ ფილტვის დაზიანებული ნაწილის მაქსიმალური კოლაპირება.

აღნიშნული კომპრესიული აპარატი გამოყენებულ იქნა 136-დან 70(I ჯგუფი) პაციენტში, როგორც მიღებული შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა პოსტოპერაციულ

მწვავე პერიოდში სუნთქვითი უკმარისობა განუვითარდა I ჯგუფში 5 (7,2%) ავადმყოფს და შედეგად გარდაიცვალა 1(1,5%) პაციენტი, მაშინ როდესაც საკონტროლო ჯგუფში (66 ავადმყოფი) აღნიშნული გართულება განუვითარდა 9(13,5%) ავადმყოფს, მათ შორის გარდაიცვალა 2(3%).

კომპრესიული აპარატით ფილტვის ქსოვილის კოლაბირების გამო იქ განვითარებული იშემიის შედეგად მკვეთრად დაჩქარდა სკლეროზულ-ფიბროზული ქსოვილის ჩამოყალიბების პროცესი. ნაოპერაციები ქსოვილიდან აღებული ბიოფსიური მასალის ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა, რომ I თვის შემდეგ I ჯგუფში მკვეთრად იყო მომატებული ფიბროზლასტების და კოლაგენური ბოჭკოების რაოდენობა და საშუალოდ ფიბროზი ვითარდებოდა 2-3 თვით ადრე.

შორეული შედეგები შესწავლილ იქნა (2-8 წელი) 99 პაციენტში რომლებსაც გაუკეთდათ ექსტრაპლევრული თორაკოპლასტიკა და 128 ავადმყოფში რომლებსაც ჩაუტარდათ რადიკალური (რეზექცია, პულმონექტომია) ოპერაცია. კოლაფსოქირურგიული მეთოდის გამოყენებისას დაავადების რეაქტივაცია აღნიშნა 6(6,2%) პაციენტს, დაავადებების გამო გარდაიცვალა 5(5,1%) ავადმყოფი, დადებითი კლინიკური ეფექტი მიღწეული იქნა 85 (85,6%) შემთხვევაში.

რადიკალური ოპერაციების შემდეგ დაავადების პროგრესირება აღნიშნა 20(16,4%) ავადმყოფს, გარდაიცვალა 16(12,4%) პაციენტი, დადებითი კლინიკური ეფექტი მიღწეულ იქნა 80(64,7%) პაციენტში.

მიღებული შედეგების ანალიზით შემუშავებული იქნა ძირითადი კრიტერიუმები, რომელთა შემთხვევაში მიზანშეწონილია კოლაფსოქირურგიული ოპერაციის წარმოება მისი მაღალეფექტურობის გამო. ეს კრიტერიუმებია:

- 1) დაავადების ხანგრძლივობა აღემატება 3-5 წელს;
- 2) პროცესი მოიცავს მეორე ფილტვს და დაზიანებულია მსხვილი ბრონქები;
- 3) ავადმყოფის ასაკი აღემატება 45 წელს;
- 4) ფუნქციური მაჩვენებლები ნაკლებია ნორმის 75%-ზე;
- 5) საოპერაციო ფილტვში შედარებით საღია ბაზალური სემენტები.

ლიტერატურა

1. Мельник В. М. // Пробл. Туберкулеза-2000 год. N 5, сс. 28-30.
2. Шулушко М. Л., Зислин В. Д. и др. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия 2000 год. N 4. с. 37-44.
3. Попов С. А., Дорожко И. Р., Медведева И. М. // Пробл. Туберкулеза 2001 г. N 2. сс. 18-21.
4. Наумов В. Н., Абрамов Э. Л., Ткаев К. В. // Пробл. Туберкулеза 1992 N 1-2. сс. 28-31.
5. Краснов В. А., Потошова В. А. // Пробл. Туберкулеза 1993 N 5, сс. 14-16.
6. Ренин Ю. М. - Хирургия Отягощенных форм туберкулеза легких-, М., "Медицина", 1994 год.
7. Наумов В. Н., Шайхасв А. Я., Тестов В. В. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 1991 г. N 7. сс. 46-49.

Лурсманашвили Г., Шапатава К.
КОЛЛАПСОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С
ПРОГРЕССИВНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
Р Е З Ю М Е

По последним данным возрастает заболеваемость деструктивными формами туберкулеза легких. Среди них активное бациловыделение достигает 45-65 %, а инфицированность полирезистентными штаммами превышает 45-75 %.

В нашей клинике с 1991-2001 гг. из 758 оперированных торакопластика сделана 136 (15,2 %) больным. Для увеличения эффективности экстраплевральной торакопластики нами была модифицирована хирургическая техника.

Для сохранения иннерваций и кровоснабжения спинных мышц разрез был перенесен из мышечной части в сухожильную часть. Обязательно резецировали I-II-III ребра полностью, а IV-VII ребра частично.

Для предотвращения послеоперационной дыхательной недостаточности был сконструирован компрессионный аппарат, который максимально иммобилизует грудную клетку и колабирует легочную ткань.

Из 136 оперированных в ближайший послеоперационный период умерло 4 (2,8 %), отмечен рецидив у 8 (5,6 %) больных. Положительный клинический эффект достигнут у 118 (90,1 %) оперированных.

Отдаленные результаты изучены у 99 оперированных, умерло 5 (5,1 %), отмечен рецидив у 6 (6,2 %), а положительный эффект достигнут у 85 (86,4 %) больных.

Таким образом, коллапсохирургические операции, в виду его высокоэффективности можно считать методом выбора для лечения больных прогрессирующими формами легочного туберкулеза.

Lursmanashvili G., Shapatava K.
COLLAPSE SURGICAL OPERATION IN THE PATIENTS WITH THE
PROGRESSIVE FORM TUBERCULOSIS.
S U M M A R Y

According to the last facts the number of the diseased patients with the destructive form of lungs tuberculosis increased abruptly. Active bacillus-exude in the marked contingent is reached 45-65%, but in infected patients with poly resistant stain is reached 45-70%.

Collapse surgical methods are important to solve the above-mentioned problems. 1991-2001 in our clinic from 758-thoracal operations 136(15,2%) are off extrapleural thoracoplastic. To increase the effect of operation we improve surgical technique esp. the spinal muscles are not cut in the muscles zone, but in tendon zone, that ensures enervation of these muscles and blood supply preservation. It is indispensable condition to make resection of I-II-III perfect ribs, IV-V partial ribs and VI-VII fragmental ribs.

In postoperation period for the purpose of the insufficient breathe prophylactic it was constructed by us the breath compressive apparatus that supplies maximum of the operation part and collapsing of the fabric of the lungs.

From 136 operated patients died 4(2,8%), the relapses of the diseases is marked in 8(5,6%) and positive clinical effect was reached in 118(90,1%) patients.

The last results were learnt in 99 patients. Reactivation of the disease is marked in 6(6,2%) patients, died 5(5,1%) positive clinical effect was reached in 85(86,4%) patients.

It follows that in tubercular patients with positive form collapse surgical method is the most important way of the treatment of the patients during the process.

**Майсурадзе И., Квачадзе И., Абхазова В., Петриашвили В.
К ВОПРОСУ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВ ОТБОРА И
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЛИЧНОГО СОСТАВА
В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА
(СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА)
Военно-медицинский факультет ТГМУ.**

В конце 20-го и в начале 21-го века прослеживается мировая тенденция ведения боевых действий в горных и высокогорных (районах) условиях. И примеров тому множество: Афганистан, Кашмир, Чечня, а в перспективно-аналитическом плане – еще с десятков регионов. Учитывая тот факт, что Грузия находится в регионе, где преобладает горный рельеф, а политическая ситуация нестабильна и предельно взрывоопасна, вероятность не только конфликтных ситуаций но и боевых действий высокой интенсивности весьма велика; значит необходимы соответствующие адекватные выводы.

Для последних десятилетий характерно наличие большого количества локальных конфликтов (войн), во время которых уже имели место применение некоторых видов новейших боевых средств, и данное обстоятельство ставит перед военно-медицинской службой новые задачи которые необходимо решать максимально быстро.

Наряду с традиционными боевыми средствами и вооружением, уже имеется качественно новое оружие, знание и глубокое изучение которого должно проходить в мирное время. Так, отличительными чертами наступательных операций в ходе информационного противоборства являются психологические операции и дезинформация, распространяемая среди населения и, естественно, военнослужащих. “Информация” может так затушевывать реальное положение дел в стране, так сильно дискредитировать даже при наличии незначительных причин (это одна из основ психологической войны), что данная “ информация “ приведет к глубоким, заблуждениям следствием которых будет не только перманентное состояние стресса, но и массовые психозы, а это в свою очередь приведет к деморализации армии(8;9).

Необходимо особо подчеркнуть, что в настоящее время выделяется особый вид боевого средства – информационно-суггестивное оружие, поражающее действие которого основано на программировании больших контингентов населения целых стран; современные психотехнологии и электронные средства массовой информации уже имеют все необходимые составляющие для выполнения такого рода операций(2).

Военнослужащие в условиях службы довольно-таки часто подвергаются действию различных экстремальных факторов. При определённых обстоятельствах: чрезмерной силе воздействия, совокупном действии нескольких факторов, наличии дополнительных условий, ослабляющих организм, могут возникать те или иные изменения различных функций, и в первую очередь, психического состояния. В связи с этим в области военной психофизиологии, военной психиатрии, военной невропатологии, медицинской психологии выделяется новейший раздел науки, - психофизиология экстремальных ситуаций(5;6;7).

Исходя из семантики термина, к экстремальным относятся те факторы, которые по интенсивности или характеру воздействия стоят на крайних границах или за пределами физиологических возможностей адаптационных реакций организма.

Эмоциональный стресс – это система реакций организма на эмоциональные раздражители различной силы, направленная на создание нового уровня адаптации в ответ на изменившиеся условия. В формировании стресса участвует кора головного мозга : сознание, мотивация, установки и другие психофизиологические процессы, определяющие направленность эмоциональных реакций и их качественное своеобразие(1).

Профилактика психического стресса имеет существенное значение как в мирное, так и в военное время. Профессиональная деятельность военнослужащих сопровождается психоземotionalной напряжённостью. Напряжение может быть обусловлено, также, фактором непрерывности и длительности психических нагрузок. Необходимо выделить типичное для военнослужащих комплексное экстремальное воздействие, которое характеризуется тем, что в особых условиях может существовать совокупность факторов, каждый из которых сам по себе физиологичен и в отдельности не выходит за пределы допустимых границ. В данном случае происходит потенцирование эффекта и формирование экстремального комплекса факторов, что надо отличать от комплекса экстремальных факторов. Психологический конфликт обычно является условием развития длительного эмоционального стресса, причём интенсивность эмоционального стресса определяется тем, какое место занимают нарушенные отношения личности, которые на данном этапе развития современных психотехнологий не трудно целенаправленно индуцировать, в целостной системе отношений человека.

Определяющим фактором для возникновения психогенного заболевания является психическая травма любого генеза: как, можно сказать, бытовая, так и полученная в результате применения различных психотронных средств. При полиморфизме психотравмирующих факторов немалое значение имеет также характеристика психофизиологического состояния отдельного индивидуума или в целом коллектива.

С учётом специфики военной медицины и современных представлений о динамике формирования психогений, можно смело утверждать, что в наше

время у военнослужащих отчётливо выражены субклинические расстройства: преневротические состояния, которые обусловлены как многими обстоятельствами, так и психогенетикой (3).

Представляется необходимым подчеркнуть медико-психологическое различие формирования психопатологии у военнослужащих в мирное и военное время.

В подавляющем большинстве случаев в условиях мирного времени невротические состояния у военнослужащих формируются постепенно с отчётливой сменой этапов развития. Лишь в редких случаях возможно острое возникновение патологии (3).

Для психогенных заболеваний военного времени характерны острое начало, с большим количеством болезненных состояний, симптомами изменённого сознания и конверсионной симптоматикой (4).

Психопатология характерная для локальных конфликтов имеет существенные отличительные особенности от первых двух, и объяснима с точки зрения конкретных законов психофизиологии.

Учитывая вышеизложенные базисные положения, военно-медицинской службе в плане психофизиологического отбора и психофизиологической профилактики необходимо:

- отработать ряд военно-научных исследовательских работ, а результаты внедрить в практику, естественно в условиях мирного времени.

- разработка психологической диагностики для классификации личного состава по психологическим и психофизиологическим признакам, активно используя методику психотестирования, с учётом фактора этнопсихологии.

- с помощью радиоиммунохимических методов, проведение исследования нейрогормонов и обязательно гормонов стресса и биологически активных веществ в оптимальном режиме, по результатам чего дать практические рекомендации.

- с учётом реальных возможностей исследовать патогенетическую модель имеющую место в результате воздействия: психотропными средствами, микроволновым излучением и источниками некогерентного излучения и представить в виде математической модели, пригодной для практического использования военными врачами.

- изучить возможности применения личным составом психотропных фармацевтических препаратов, без снижения боевого потенциала, и дать рекомендации по их профилактическому применению.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., « Наука », 1976.
2. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. Л., « Медицина », 1982.
3. Кокс Т. Стресс. Пер. с английского, М., « Медицина », 1981.
4. Диссертация Литвинцев С. В. (доктор мед. наук) Санкт – Петербург 1994 г.
5. Печипоренко В.В. и другие. Реакция боевого стресса и медико – психологическая реабилитация участников войн. Российский психиатрический журнал 1997 г. N 1.

6. Селье Г. Концепция стресса. Как мы её представляем в 1976 году. В кн.: Новое о гормонах и механизмах их действия. Киев, 1977.
7. Bleich a. et al. Psychiatric implikation of missile attacks on a civilian population: israel lessons from the Persian Gulf War. JAMA, 1992, 268 (5).
8. Worrall E.P. Acute treatment of depression. Depression and mania. Modern lithium therapy.
9. F. S. Jonson (Ed). – iRL press, Oxford, 1987.

**Maisuradze I., Kvachatze I., Abkhazava V., Petriashvili V.
MILITARY MEDICAL SERVICE ORGANIZATION PROBLEMS IN
PSYCHOPHYSIOLOGY AND
PSYSHOPROPHYLACTIC IN LOCAL WARS.**

S U M M A R Y

The stresses of peacetime military environment range from the traditional (garrison life, training, deployment) to the contemporary (disaster relief, peace-keeping, hostage situations, civil disturbances). Soldiers families are also subjected to these stresses. Soldiers who are worried about the emotional stability of their family can be distracted from performing their duties.

One of the cardinal lessons relearned during Local Wars is unit cohesion and morale are essential to conserving fighting strength. The integrity of a fighting unit depends not only on the quality of its materiel, training, and public support but also on the emotional well-being of its individual members. Although soldiers are generally young and physically healthy, they are at risk – both for the fear and anxiety that accompany battle, and for the same psychiatric and emotional disorders that are seen in their civilian cohort.

Training of personnel involves several important dimensions: technical proficiency, personality characteristics, strength and endurance, group cohesiveness, and stress inoculation. There is considerable overlap in all of these areas, for example, technical proficiency, which may require strength and endurance, leads to the personality characteristic of self-confidence, which along with technical proficiency produces a sense of mastery and ones value to the group, promoting group cohesion. all of these characteristics are positively associated with the ability to withstand combat stress.

The main lessons from the Local wars are that treatment should be in country to prevent an evacuation syndrome and the factors breakdown in general – cohesion, effective leadership, and good morale – may protect soldiers from stress.

გლ.მახარაძე, ვერიაშვილი, აბაკურიძე
**გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების სამკურნალო
 მსენციალური პრეპარატების ბაზრის მარკეტინგული
 გამოკვლევა აჭარის რეგიონში**

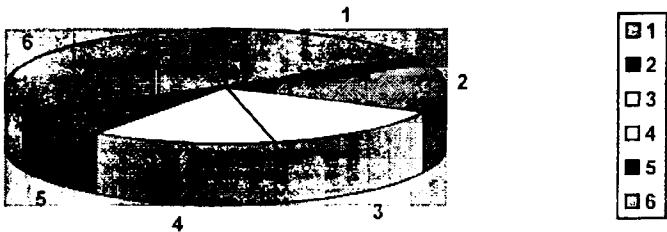
თსუ, სოციალური ფარმაციისა და ფარმაცევტული საქმიანობის
 ორგანიზაციის კათედრა, წამალთა ტექნოლოგიის კათედრა

საქართველოში მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური სიტუაციის ფონზე მკვეთრად იმატა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებმა. სიკვდილიანობის რეგისტრირებულ ყველა შემთხვევათა შორის გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე მოდის 70%-მდე [1,6]. განვითარებულ ქვეყნებში მოსახლეობის სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფაზე დანახარჯები განუწყვეტლივ იზრდება, საქართველოში კი პირიქით – ბიუჯეტის დეფიციტის პირობებში შეზღუდულია მედიკამენტოზური მკურნალობისათვის საჭირო სახსრები. აქედან გამომდინარე, მარკეტინგული და ფარმაკოეკონომიკური კვლევების საფუძველზე გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების ეკონომიკურად და კლინიკურად ეფექტური სამკურნალო საშუალებებისა და ფარმაკოთერაპიული სქემების გამოვლენა და შესწავლა ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემა თანამედროვე მედიცინისა და ფარმაციისათვის. კარდიოლოგიური დაავადებები ითვლება ერთ-ერთ ყველაზე „დანახარჯიან“ ნოზოლოგიად [5], რაც უფრო აქტუალურს ხდის ფარმაკოეკონომიკურ კვლევებს ამ მიმართულებით.

საქართველოში ამ კუთხით ერთეული შრომებია [2,3], რაც უდაოდ არასაკმარისია და შემდგომი გაღრმავებული გამოკვლევების ჩატარების აუცილებლობას აყენებს დღის წესრიგში.

კვლევის მიზანს წარმოადგენს კარდიოლოგიური ესენციალური სამკურნალო პრეპარატების ბაზრის მარკეტინგული გამოკვლევა და ამ სეგმენტის ფარმაკოეკონომიკური შეფასება.

- ნახ. 1 აჭარის ფარმაცევტული ბაზრის ძირითადი სეგმენტები: 1. ანტიბიოტიკები (17,4 %); 2. ინფექციების საწინააღმდეგო საშუალებები (17,5 %); 3. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების სამკურნალო საშუალებები (15,5 %); 4. შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებების სამკურნალო საშუალებები (14,9 %); 5. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სამკურნალო საშუალებები (9,4 %); 6. სხვა ლანჩრები ფარმაკოთერაპიული ჯგუფები.



კვლევისას გამოყენებულ იქნა ეკონომიკურ-სტატისტიკური, დროებითი მწკრივების ანალიზისა და გრაფიკული მეთოდები.

ვაწარმოეთ აჭარის რეგიონის ფარმაცევტული ბაზრის სექტორის განვითარების ფარმაცევტული ბაზრის სექტორის მიხედვით. გაირკვა, რომ ანტიბიოტიკებისა და ინფექციების საწინააღმდეგო საშუალებების შემდეგ ბაზრის ყველაზე დიდი სექტორი (15,5%) მოდის ვულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების სამკურნალო პრეპარატებზე (ნახ. №1).

ცხრილი №1

კარდიოლოგიური ესენციალური სამკურნალო პრეპარატების ბრუნვა აჭარის რეგიონში 1999-2000 წლებში (აბსოლუტური და ზვედრითი მაჩვენებლები)

ფარმაცეპტული ჯგუფი	ბრუნვა აშშ დოლარში		ზედრითი წილი მთლიან ფარმაცეპტულ ბაზარზე, %	
	1999 წ.	2000 წ.	1999 წ.	2000 წ.
ანტიანგიოტენზიული საშუალებები	32 085,0	43 150,0	0,64	0,86
ანტიარითმიული საშუალებები	55 973,0	40 852,0	1,12	0,82
ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები	67 769,0	66 687,0	1,36	1,33
საგულე გლიკოზიდები	7 834,0	6 735,0	0,16	0,13
სისხლძარღვოვანი შოკის დროს გამოსაყენებელი საშუალებები	3 712,0	4 234,0	0,07	0,08
ანტითრომბოზული საშუალებები	105 840,0	110 405,0	2,12	2,21
სულ	273 213,0	272 063,0	5,47	5,43

კარდიოლოგიური ესენციალური სამკურნალო პრეპარატების ბრუნვამ 1999 წელს შეადგინა 273,2 ათასი აშშ დოლარი საბითუმო ფასებში, ხოლო 2000 წელს - 270,0 ათასი აშშ დოლარი, რაც მთლიანი ფარმაცეპტული ბაზრის შესაბამისად 5,47% და 5,43%-ია (ცხრ. №1).

აჭარის რეგიონის ფარმაცეპტული ბაზარი შეფასებულია 5 მლნ. აშშ დოლარად საბითუმო ფასებში და შედგება დაახლოებით 2500 დასახელების სამკურნალო საშუალებისაგან. ყველა სახის კარდიოლოგიური პრეპარატების წლიური ბრუნვა შეადგენს 770-780 ათას აშშ დოლარს საბითუმო ფასებში. აქედან ესენციალური სამკურნალო საშუალებების ზვედრითმა წილმა 1999 წელს შეადგინა 35,25%, ხოლო 2000 წელს 35,12% (ცხრ. №2).

კარდიოლოგიური ესენციალური სამკურნალო პრეპარატების რეალიზაცია ფარმაკოლოგიური ჯგუფების მიხედვით 1999-2000 წლებში წარმოდგენილია №2 და №3 ნახაზზე.

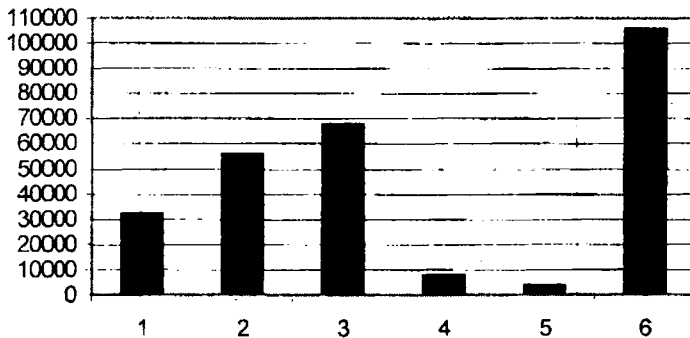
როგორც №1 და №2 ცხრილებიდან ჩანს, ესენციალური სამკურნალო პრეპარატების ხვედრითი წილი ყველა სახის კარდიოლოგიური პრეპარატების საერთო ბრუნვაში შედარებით დაბალია და იგი შეადგენს 35%-ს. ეს აიხსნება ერთი მხრივ იმით, რომ ესენციალური სამკურნალო საშუალებების სია შეზღუდულია, სულ 16 დასახელებაა, რომლებიც სინონიმების, წამლის ფორმებისა და ღოზების მრავალფეროვნების გათვალისწინებით 1999 წელს ბაზარზე.

ცხრილი №2

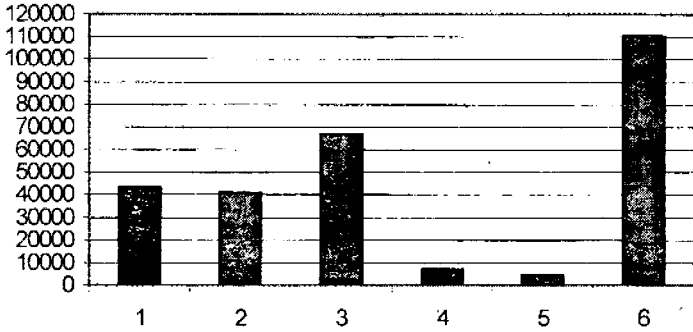
კარდიოლოგიური ესენციალური სამკურნალო პრეპარატების ხვედრითი წილი ყველა სახის კარდიოლოგიური პრეპარატების საერთო ბრუნვაში აჭარის რეგიონში 1999-2000 წლებში

ფარმაკოლოგიური ჯგუფი	ბრუნვა აშშ დოლარში, %-ში	
	1999	2000
ანტიანგინალური საშუალებები	4,14	5,57
ანტიარითმიული საშუალებები	7,22	5,27
ანტიკოაგულური საშუალებები	8,74	8,61
საგულე გლიკოზიდები	1,01	0,87
სისხლძარღვოვანი შოკის დროს გამოსაყენებელი საშუალებები	0,48	0,55
ანტითრომბოზული საშუალებები	13,66	14,25
სულ	35,25	35,12

ნახ. №2 კარდიოლოგიური ესენციალური სამკურნალო პრეპარატების რეალიზაცია



ფარმაკოლოგიური ჯგუფების მიხედვით აჭარის რეგიონში 1999 წელს (აშშ დოლარებში): 1 - ანტიანგინალური საშუალებები; 2 - ანტიარითმიული საშუალებები; 3 - ანტიკოაგულური საშუალებები; 4 - საგულე გლიკოზიდები; 5 - სისხლძარღვოვანი შოკის დროს გამოსაყენებელი საშუალებები; 6 - ანტითრომბოზული საშუალებები.



ნახ. № 3 კარდიოლოგიური ესენციალური სამკურნალო პრეპარატების რეალიზაცია ფარმაკოლოგიური ჯგუფების მიხედვით აჭარის რეგიონში 2000 წელს (აშშ დოლარში): 1 - ანტიანგინალური საშუალებები; 2 - ანტიარითმიული საშუალებები; 3 - ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები; 4 - სავულე გლიკოზიდები; 5 - სისხლძარღვოვანი შოკის დროს გამოსაყენებელი საშუალებები; 6 - ანტითრომბოზული საშუალებები.

წარმოდგენილი იყო 68 პოზიციად, ხოლო 2000 წელს - 94 პოზიციად. მეორეს მხრივ, ექიმები ინტენსიურად არ იყენებენ ესენციალური პრეპარატების ასორტიმენტს. ასევე გარკვეულ როლს თამაშობს ბაზარზე პრეპარატების არარაიტმული მიწოდება, დისტრიბუტორებთან, მწარმოებლებთან და მომხმარებლებთან ურთიერთკავშირები და სხვა ფაქტორები.

კარდიოლოგიური ესენციალური პრეპარატებიდან ყველაზე დიდი ხვედრითი წილი (13-14%) მოდის ანტითრომბოზულ საშუალებებზე, თუმცა იგი სრულად არ ასახავს რეალობას. ანტითრომბოზული ესენციალური სამკურნალო საშუალებების სიაში შედის სტრეპტოკინაზა და აცეტილსალიცილის მჟავა (ასპირინი). ეს უკანასკნელი იწარმოება საქართველოში და იმპორტირდება მრავალი ქვეყნიდან სხვადასხვა სახელებითა და დოზით, ამასთანავე გამოიყენება არა მარტო კარდიოლოგიაში, მაგრამ მათი როდენობრივი გამოიყენა არ ხერხდება და ჩვენს შემთხვევაშიც ყველა სახის ასპირინი მოხვდა ანტითრომბოზული საშუალებების ჯგუფში.

ანტიჰიპერტენზიული და ანტიარითმიული საშუალებების შედარებით დიდი ხვედრითი წილი მიუთითებს ამ დავალებათა გავრცელების მასშტაბებსა და ინტენსივობაზე.

ნახ. №2 და ნახ. №3 ურთიერთშედარებიდან ჩანს, რომ 2000 წელს 1999 წელთან შედარებით მნიშვნელოვნად იმატა ანტიანგინალური და ანტითრომბოზული საშუალებების რეალიზაციამ, ხოლო ანტიარითმიული საშუალებების მონხარებამ ასევე საგრძობლად იკლო. რაც შეეხება

ანტიჰიპერტენზიულ საშუალებებსა და საგულე გლიკოზიდებს, მათი მოხმარება შემცირდა უმნიშვნელოდ.

დასკვნები

1. შესწავლილ იქნა კარდიოლოგიური ესენციალური სამკურნალო საშუალებების მარკეტინგული პარამეტრები ცალკეული ფარმაკოთერაპიული ჯგუფების მიხედვით და გამოვლინდა მათი კორელაცია დაავადების ნოზოლოგიურ ჯგუფებთან კავშირში.

2. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების სამკურნალო საშუალებების საერთო ბრუნვაში ესენციალური პრეპარატების ხვედრითი წილი მნიშვნელოვნად დაბალა (35%), რაც მიუთითებს ესენციალური ჩამონათვალის გაფართოების აუცილებლობაზე ადეკვატური ფარმაკოთერაპიული ეფექტის მქონე ეკონომიკურად უფრო ხელსაყრელი პრეპარატების ხარჯზე.

3. კარდიოლოგიური ესენციალური პრეპარატების ფარმბაზარი ყალიბდება ქაოსურად და არა განსაზღვრული სისტემით. ქვეყანაში იმპორტირებული ესენციალური პრეპარატების დიდი რიცხვი მოდის არა ორიგინალურ, არამედ შედარებით იაფ ჯენერიკებზე, რომელთა ნაწილი საქართველოში იწარმოება, თუმცა ნაკლებად გამოიყენება.

ლიტერატურა:

1. ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 1997. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო. სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრი. თბილისი, 1998.
2. მახარაძე ვ. ი. აჭარის რეგიონში წამლის მოხმარების მარკეტინგული გამოკვლევა. ბათუმის შ. რუსთაველის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის შრომები. 2001, ტ. III, გვ. 150-158.
3. მახარაძე ვ. ი. აჭარის ფარმაცევტული ბაზრის განვითარების სოციალურ-ეკონომიკური ასპექტები. საქართველოს რეგიონების ეკონომიკური და სოციალური განვითარების მიმართულებები გარდამავალ პერიოდში. ბათუმი-თბილისი, 2001, გვ. 247-255.
4. Овчаров В.К., Быстрова В.А. закономерности и тенденции смертности болезней системы кровообращения в странах мира. - Сов. здравоохран., 1982, №5, с. 33-39.
5. Кобзар Л. В., Алешенкова Е.Г., Современная концепция фармакоэкономических исследований. Фармация, 2000, №5-6, стр.10-12.
6. Арешидзе Т., Руруа Л., Нозологические структуры смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и её тенденция в некоторых регионах Груз. ССР. Сборник трудов НИИ Кардиологий ГССР. 1988, с. 89-97.

Махарадзе В., Ериашвили В., Бакуридзе А.
МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЛЕЧЕБНЫХ ЭСSENЦИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ
В АДЖАРСКОМ РЕГИОНЕ.

Р Е З Ю М Е

Изучены маркетинговые параметры кардиологических эссенциальных лечебных средств по отдельным фармакотерапевтическим группам и установлена их корреляция с нозологическими группами болезней.

Удельная доля эссенциальных препаратов в общем обороте лечебных средств сердечно-сосудистой системы существенно низкая (35%), что указывает на необходимость расширения эссенциального списка за счет экономически более выгодных препаратов с адекватным фармакотерапевтическим эффектом.

Фармацевтический рынок кардиологических эссенциальных препаратов образуется не по определенной системе, а хаотично. Большое число импортированных эссенциальных препаратов составляют не оригинальные, а сравнительно дешевые дженерики, часть которых производится в стране но, используются меньше.

Makharadze V., Eriashvili V., Bakuridze A.
INVESTIGATION OF MARKET OF CARDIO-VASCULAR ESSENTIAL
PREPARATIONS IN ADJARA REGION.

S U M M A R Y

Marketing parameters of cardio-vascular essential preparations were studied and their correlation with nosological groups of diseases was established.

Part of essential preparations in a turnover of cardio-vascular medications is low (35%), which indicates on necessity of widening of a list of essential preparations with adequate pharmacological effect.

The market of cardiological essential preparations is formed chaotically. A large number of imported essential preparations are not original. Instead they are relatively cheap generics, part of which are produced in Georgia, but they are less used.

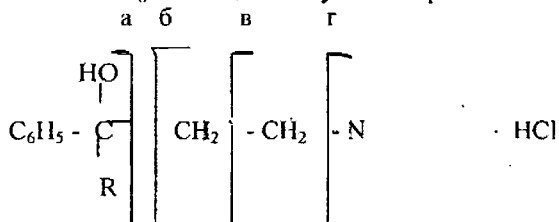
Махарадзе Р.В., Адеишвили Л.В., Имнадзе Н.Э., Нижарадзе Н.М.
ИССЛЕДОВАНИЕ МАСС-СПЕКТРОВ РИДИНОЛА И ЦИКЛОДОЛА
ТГМУ, кафедра фармацевтической и токсикологической химии

Настоящее исследование посвящено применению в фармацевтическом и химико-токсикологическом анализе ридинола (Р) и циклодола (Ц), одного из современных методов - масс-спектрометрию, который отличается большой информативностью, специфичностью и высокой чувствительностью.

Исследуемые вещества близки по структуре. Так как методы их идентификации, описанные в ИТД [5,8] неспецифичны - не дают возможность отличить их друг от друга, актуальным является исследовать возможность применения масс-спектрометрии в их анализе.

Задачами настоящего исследования явилось получение, изучение и систематизация масс-спектров Р и Ц с целью выявления наиболее характерных фрагментов масс-спектров для их надежной идентификации.

Объекты исследования - представители оксизамещенных третичных аминов - Р и Ц, имеющие следующее строение



Ридиол R=C₆H₅ ([M]⁺ - m/z 295; М.м гидрохлорида 331:333) является 1,1-дифенил-3(N-пиперидино)-пропанола-1- гидрохлорид.

Циклодол R=C₆H₁₁ ([M]⁺ - m/z 301; М.м гидрохлорида 337:339) является 1-фенил-1-циклогексан-3(N-пиперидино)-пропанола-1- гидрохлорид.

Оба в медицинской практике применяются как холинолитическое и противопаркинсоническое средство [7].

Масс-спектр электронного удара (МС-ЭУ) получали техникой прямого ввода пробы в ионный источник на двухфокусном приборе "Varian-MAT-311A" (обратная геометрия), снабженном спектросистемой SS-166. Ионизирующее напряжение 70эв. Оптимальная температура съемки 80-100°С. Принятые в работе сокращения, символы и ряд определений рекомендованы правилами ИЮПАК [10] для описания масс-спектрометрических фрагментации.

Были получены масс-спектры Р и Ц, в которых фиксируется псевдомолекулярный пик [M]⁺ и ион HCl m/z 36:38=3:1, что свидетельствует о принадлежности изучаемых соединений к амониевым солям (гидрохлоридам)(см. таблицу).

Характер фрагментации [M]⁺ определяется двумя факторами:

- локализацией заряда в [M]⁺ на атоме азота, что диктует образование аммониевых ионов (см. тропацин, тропafen, проспазмин, циклозил, бензацин и другие соединения указанной группы)[1,4].

- ионы структуры [г]⁺, [в]⁺ и [б]⁺. В этом случае также возможна миграция атомов водорода, ионы [г+H]⁺ и [в+H]⁺. Подобное явление наблюдалось у ацефена, димедрола и мебедрола [2,3]. В итоге регистрация указанных ионов позволяет контролировать большую часть структуры изучаемого амина

- влиянием ОН-группы на специфику фрагментации [M]⁺. Последнее выражено в элиминировании частицы R с последующим отщеплением молекулы воды. Прямого расщепления связи С-С у кватернизованного атома углерода (по типу образования иона [а]⁺): не наблюдается (см. таблицу).

Основные фрагментные ионы в масс-спектрах ридинола и циклодола
(интенсивность ионов в% от макс. пика иона в масс-спектре, приведены пики
ионов с интенсивностью $\geq 10\%$).

Масс-спектр ридинола (температура испарения пробы 85°C). m/z : 36(80), 38(27), 55(10)-
/H₂C=CH-N=CH₂/, 70(20)-/CH₂=N(CH₂)/, 77(38)-/C₆H₅/, 84(61)-/H/, 85(17)-/r+H/
98(100)-/w/, 99(40)-/v+H/, 105(52)-/C₆H₅CO/, 112(30)-/6/, 200(10)-/(M-R)-H₂O/, 218(11)-
/M-R/, 242(43)-/M-C₁₁H₆/, 296(46)-/M/ (рис.1)

Масс-спектр циклодола (температура испарения пробы 70°C). m/z : 36(98), 38(31), 44(65) -
/CH₂-NHCH₂/, 55(30), 69(70)-/r-CH₂/, 77(10), 84(11), 85(17), 98(100), 99(34), 105(11),
112(13), 200(10), 218(44)-/M-R/, 303(3)-/M/ (рис.2)

Рис. 1. Масс-спектр ридинола

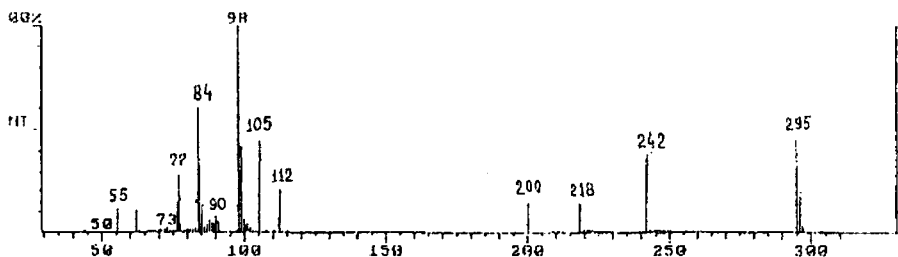
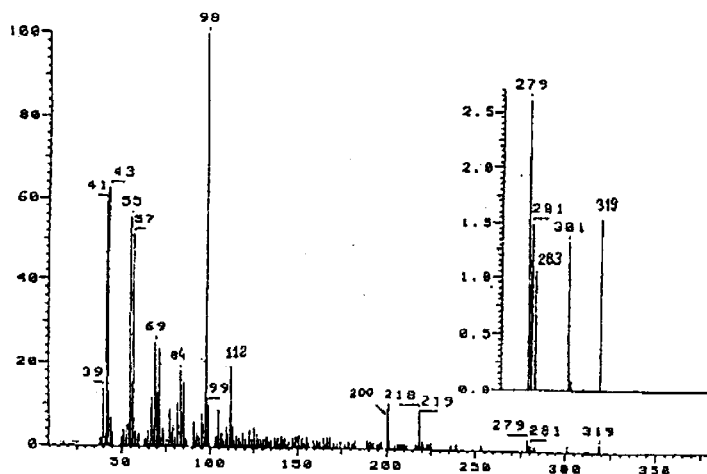
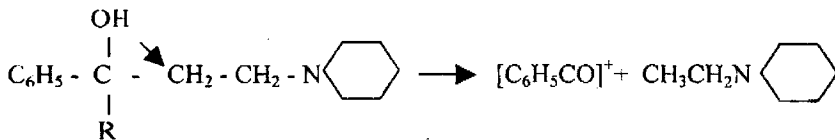


Рис.2. Масс-спектр циклодола



Появление иона m/z 105 обусловлено вторичным процессом. После отщепления радикала R, возникающий ион $M-R'$ стремится стабилизироваться или за счет элиминирования H_2O или за счет перегруппировочного процесса, протекающего по следующему механизму:



R и Ц [M-R]⁺.

Регистрация осколочных ионов с m/z 70,69,56,55,44 связаны с дальнейшим распадом иона $[e]^+$ и $[e+H]^+$. Механизм их образования подобно изложен в работах [4,6,9].

Рассмотрение и сопоставление масс-спектров исследуемых веществ позволяет сделать следующие **выводы**: масс-спектры хорошо контролируют строение молекул R и Ц, как в целом, так и по отдельным фрагментам. Специфические ионы однозначно доказывают структуру заместителей (R, C_6H_5 , OH). Фиксация в масс-спектрах молекулы $[HCl]^+$ указывает на принадлежность соединений к классу гидрохлоридов.

Исходя из вышесказанного можно заключить, что масс-спектры дают возможность достоверно идентифицировать R и Ц.

Литература

1. Адеишвили Л.В., Ключев Н.А., Арзамасцев А.П. Масс-спектрометрическое исследование веществ, содержащих сложноефирную группировку // Химико-фармацевтический журнал. -1988. -№12. -с.1500-1503.
2. Адеишвили Л.В., Ключев Н.А. Определение примесных компонентов в шеефене методом ХМС // Хим.фармацевтический журнал.-М.-№12.-1992.-с.65-67.
3. Адеишвили Л.В., Махарадзе Р.В., Имнадзе П. Э. Исследование масс-спектров лимедрола и мебедрола. Сборник научных трудов ТГМУ.-ТомXXXVII/-Тбилиси.-2001.
4. Вульфсон Н.С., Зайкин В.Г., Микая А. И. Масс-спектрометрия органических соединений. М.: Химия, 1986. -с. 128-130, с.199-206.
5. Государственная фармакопея СССР.-10-е изд.-М.-1968.-с.221-222.
6. Масс-спектры и строение метилзамещенных пиперидинов / Р.А. Хмсльницкий, Н.А.Ключев, С.Б. Никитина. А.И. Виноградова//ЖорХ.-1971.-Г.7-Вып.2.-с.391-395
7. Машкрвский М.Д. Лекарственные средства. ч.1.-М.-1977.-с.147 (Ридинол).-Харьков-1997.-с.156(Циклодол).
8. Ридинол - ФС 42-955-75
9. Budzikiewicz H., Djerassi C., Williams D.H. Massspectry of organic compounds. Holden-Day; San-Francisco, Calif. -1967.-690p
10. Sano M., Ohyn K., Kitaoka H.//Biomed. mass- spectrom.- 1982.-vol.9.-p.438-442.

Makharadze R., Adeishvili L., Imnadze N., NIjaradze N.
RESEARCH OF MASS-SPECTERS OF RIDINOL AND CIKLODOL
SUMMARY

Were received, studied and compared the mass-specters of ciklodol and ridinol. Were determined that mass-specters can well control the structure of molecule of researched compounds, as whole so by separate fragments; that gives the opportunity of their reliable identification.

იმგალობლიშვილი, თ.ჩხიკვაძე, რ.შენგელია
საქართველოსა და ევროპის სტაციონარების ძირუბაიშული
მუშაობის ზოგინმართი მაჩვენებლის შედარებითი ანალიზი
(1860-70-იანი წლები)

თსსუ, ზოგადი ქირურგიის კათედრა, მედიცინის ისტორიის კათედრა

ნარკოზისა (1846წ.) და ანტისეპტიკის (1867წ.) შემოღებით საფუძველი ჩაეყარა თანამედროვე ქირურგიას, ხოლო ამ პერიოდის დიდი დასტაქრების ბერჰარდ ლანგენბეკის, ჟოსეფ ლისტერის, თეოდორ ბილროთის, ნიკოლოს პიროგოვის და სხვათა დაუღალავმა თეორიულმა და პრაქტიკულმა მოღვაწეობამ მისი მომავალი წინსვლა განაპირობა. (1,2,3)

1860-70-იან წლებში ევროპის ქვეყნებში აღმავლობა განიცადა ქირურგიის მომავალმა მსხვილმა დარგმა, რომელიც იმ ხანად ზოგადი ქირურგიის ჩარჩოებში იყო მოქცეული. საქართველოში მოღვაწე ქირურგებისათვის ეს იყო არა ევროპისათვის დამახასიათებელი საუნივერსიტეტო-სამედიცინო ტრადიციების გაგრძელების, არამედ მათი შემოტანის პერიოდი. კლინიკური ქირურგიის თვალსაზრისით ეს პერიოდი სრულიად შეუსწავლელია.

წინამდებარე ნაშრომი მიზნად ისახავს საქართველოში ზემოაღნიშნული პერიოდის ქირურგიის მდგომარეობის შესწავლას და კლინიკური მუშაობის მაჩვენებლების შედარებით ანალიზს ევროპის წამყვანი ქვეყნების მონაცემებთან. განიხილება 1866-76წწ სამეცნიერო მოხსენებების შედარებითი ანალიზი თბილისის სტაციონარების მასალის მიხედვით - კავკასიის სამხედრო საპედიცინო საზოგადოების (კსს) და ლონდონის წმ. ბართლომეს საავადყოფოს (წბს) მონაცემებით(4,5). მასალას განვიხილავთ ჩვენს მიერ შემუშავებული "ქირურგიულ დაავადებათა ნომენკლატურის" მუშა სქემის მიხედვით, რაც ქირურგიის მსხვილი დარგების ჩასახვა-განვითარების შესწავლის საშუალებას იძლევა. გაანალიზებულია კსს-ს 143 და წბს-ს 131, სულ 274 სამეცნიერო შრომა.

ორივე წყაროს მონაცემებით წარმოდგენილია 11 სპეციალობა, რომელთა ყოველწლიური დინამიკა შესწავლილი. ცხრილ №1-ში განიხილება სპეციალობათა მიხედვით მონაცემები 3-4 წლიანი ინტერვალებით.

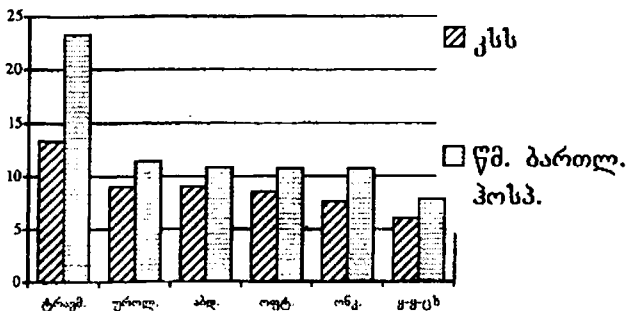
ნაშრომთა რაოდენობის მიხედვით გამოირჩევა როგორც კსს-ში, ისევე წბს-ში ტრავმატოლოგიური, უროლოგიური, აბდომინური, ოფთალმოლოგიური, ონკოლოგიური და ყელ-ყურ-ცხვირის სპეციალობები.

ქსს და წმს სამეცნიერო მოხსენებათა განაწილება
ცალკეული სპეციალობების მიხედვით

	სპეციალობის დასახელება	წმ. ბართლომეს ჰოსპ.				კაკეასიის სამედ. საზ.			
		1866- 69	1870- 73	1873- 76	1866- 76	1866- 70	1870- 74	1874- 77	1866- 77
1	ტრავმატ.	13	18	14	45	13	11	4	28
2	მუცლის ღრუ	8	2	4	14	4	10	5	19
3	ოფთალმოლოგია	4	5	6	15	10	2	6	18
4	ანესთ.	8	3	4	15	1	2	3	6
5	ყელ-ყურ-ცხვირი	3	3	2	8	7	5	1	13
6	ონკოლოგია	3	3	5	11	12	2	2	16
7	უროლოგია	9	5	2	16	6	8	5	19
8	პარაზიტული	2	0	0	2	0	2	0	2
9	გულმკერდი	3	0	0	3	4	3	2	9
10	ნეიროქირურგია	1	0	0	1	3	0	0	3
11	სტომატოლოგია	0	0	1	1	5	2	3	10
	სულ	54	39	38	131	65	47	31	143

4 წამყვანი სპეციალობის ურთიერთმედარება მოხსენებათა რაოდენობის მიხედვით ასახულია დიაგრამა №1-ზე. სპეციალობათა ხვედრითი წონა ორივე ჯგუფში ძირითადად ერთნაირადაა განაწილებული. წმს-ში აღინიშნება თითოეული ნოზოლოგიური ერთეულის პრევალირება, განსაკუთრებით ტრავმულ დაავადებათა ჯგუფში.

დიაგრამა №1 ზოგიერთი ქირურგიული სპეციალობის ხვედრითი წილი წმ. ბართლომეს ჰოსპიტალისა და ქსს-ს მოხსენებათა მიხედვით (1866-76წწ.)



წმს-ს მასალაზე ტრავმატოლოგიური პათოლოგია ფართო სპექტრითაა წარმოდგენილი. გამოყოფილია ღია დაზიანებები - ჭრილობები, სადაც მეტი ყურადღება ეთმობა სისხლძარღვთა დაზიანებებს, ძირითადად წარმოდგენილია მსხვილი და საშუალო კალიბრის სისხლძარღვების გაგლეჯვა და ტრავმული ანევრიზმები. განიხილება აგრეთვე ძვალ-სასხართა სისტემის მექანიკური დაზიანებები, განსაკუთრებით - ამოვარდნილობის მკურნალობა. უროლოგიურ დაავადებებს შორის წარმოდგენილია ურეთრის სტრიქტურა, თირკმლის ჭრილობა, ურეთრის სპაზმი, ლითოტომიისა და ლითოტრიფსიის გამოყენება, საშარდე გზების ტუბერკულოზი. მუცლის ღრუს პათოლოგია წარმოდგენილია თიაქრებით, მუცლის ღრუს ტრავმით, ნაღვლის ბუშტის ტრავმით, ნაწლავთა ინვაგინაციით, მუცლის ღრუს სიმსივნეებით. ოფთალმოლოგიაში განიხილება ესუკლეაცია, ოპერაციები მხედველობის წერვის ნევრიტის დროს, კატარაქტის ექსტაქცია, ირიდექტომია, თვალის ტრავმის სხვადასხვა შემთხვევები, თანდაყოლილი ახლომხედველობა.

კსს მასალაზე ტრავმული პათოლოგია ასევე ყველაზე მეტი მოხსენებითაა წარმოდგენილი, განიხილება ცივი და ცეცხლნასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, უცხო სხეულების და ნაკვანი ჭრილობების კაზუსტიკა, მსხვილი და საშუალო კალიბრის სისხლძარღვების ტრავმა და გადაკვანძვა. უროლოგიურ დაავადებებს შორის წარმოდგენილია თანდაყოლილი პათოლოგია, თირკმლისა და საშარდე გზების კენჭოვანი დაავადება, საშვილოსნოსა და სწორ ნაწლავთან ფისტულები, კრიპტორქიზმი და პიდროცელე. მუცლის ღრუს პათოლოგია წარმოდგენილია ტრავმით, საშარდელის, ბარძაყის და ღიაფრავმის თიაქრებით, ღვიძლის აბსცესებით და ელენთის პათოლოგიით. ოფთალმოლოგიაში განიხილება თანდაყოლილი პათოლოგია, კატარაქტის ქირურგიული ანთებითი დაავადებები, ბროლის და ფერადი გარსის პათოლოგიები.

კსს და წმ. ბართლომეს საავადმყოფოს ქირურგიულ მოხსენებათა შინაარსის ურთიერთმედარება ცხადყოფს, რომ მოხსენებათა პროფილი რაოდენობის მიხედვით ძირითადად თანხვედრილია; ნოზოლოგიათა დიაგნოსტიკა და მკურნალობის მეთოდები თბილისის სტაციონარებში იმავე მიმართულებით ტარდებოდა, როგორც ევროპის ქვეყნებში.

ამგვარად თანამედროვე ქირურგიის ჩამოყალიბების ადრულ ეტაპებზე, რასაც ქრონოლოგიურად ემთხვევა საქართველოში ევროპული ქირურგიის პირველი ნაბიჯები - აქ მიმდინარე მუშაობა ერთიანი სტანდარტების მიხედვით სწარმოებდა.

ლიტერატურა:

1. И. Литтманн – Брюшная хирургия, Москва, 1972г.
2. Smitt V. – Allgemeine Chirurgie, Leipzig, 1970.
3. Frederick F. Cartwright – The development of modern surgery, London, 1985
4. Dr. Edwards and Mr. Callender - Saint Bartolomew's Hospital Reports, London, 1867.
5. Протоколы заседания КМО 1864/80гг.

**Мглобlishvili И., Чхиквадзе Т., Шенгелия Р.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
В СТАЦИОНАРАХ ГРУЗИИ И ЕВРОПЫ (1860-80ГГ.)
РЕЗЮМЕ.**

Рассмотрены вопросы состояния хирургической работы в Грузии в начальном периоде становления современной хирургии (1860-80гг).

Проводится сравнительный анализ хирургической деятельности стационаров Тбилиси (143 научных доклада «Кавказского Медицинского общества») и Лондонского госпиталя Св. Вартоломея (131 доклада).

Выявлен параллелизм по нозологической структуре и основным лечебно-диагностическим методам, что свидетельствует о том, что хирургическая работа протекала по единым стандартам.

**Mgaloblishvili I., Chkhikadze T., Shengelia R.
COMPARATIVE ANALYSIS OF SOME PARAMETERS OF SURGICAL
ACTIVITY IN HOSPITALS OF GEORGIA AND EUROPE (1860-80)
SUMMARY**

Condition of surgical activity in Georgia during the period of formation of modern surgery is considered (1860-80).

Comparative analysis of surgical works between hospitals of Tbilisi (143 scientific reports) and St.Bartholomeu's hospital (131 reports) of London shows that surgery in Georgia developed like the advanced countries of Europe.

**ნ.მებონია, ვ.ტყეშელაშვილი, გ.კაციტაძე, ნ.გარუჩავა
რეკონსტრუქციულ ფაქტორთა მნიშვნელობა სარკინო
ჯირკვლის კიბოს განვითარებაში
თსსუ, ეპიდემიოლოგიის კათედრა**

საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში სარბევე ჯირკვლის კიბოს (სჯკ) ქალთა ავადობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უჭირავს. ონკოლოგიურ პათოლოგიათა შორის სარბევე ჯირკვლის კიბო ყველაზე გავრცელებულ დაავადებას წარმოადგენს - ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლების მიხედვით პირველ ადგილზეა.

1992-1995 და 1996-1999 წლებში სარბევე ჯირკვლის კიბოს ავადობის უხეში მაჩვენებლები 100000 ქალზე 25-სა და 30-ს, ხოლო ასაკ-სტანდარტიზებული მაჩვენებლები (ASR) 19.3-სა და 22.2-ს უტოლდებოდა შესაბამისად, და თითქმის 1.5-ჯერ აღემატებოდა მამაკაცთა ფილტვის კიბოთი ავადობის მაჩვენებლებს. ჩვენს მიერ შესწავლილ წლებში სჯკ-ზე მოდიოდა ძუძუსა და გინეკოლოგიური კიბოთი ავადობის შემთხვევათა 60-75 % და ავადობის მაჩვენებელი 3.3-ჯერ აღემატებოდა საშეიღოსნოს ყელის კიბოთი ავადობას, 5.3-ჯერ - საშეიღოსნოს ტანის და 6.3-ჯერ საკვერცხეების კიბოთი ავადობას. სჯკ-თი ავადობა 1996-1999 წლებში 1992-1995 წლებთან შედარებით 1.2-ჯერ გაიზარდა (25.0-დან 30.0-მდე).

ეპიდემიოლოგიური მონაცემები საფუძველს იძლევა ვივარაუდოთ, რომ სარბევე ჯირკვლის სიმსივნის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს გენეტიკურ, ენდოკრინულ და გარემო ფაქტორებს (1, 2, 3, 4). დაავადება მეტწილად მაღალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის მქონე ქალებში გვხვდება, მაგრამ ცხოვრების მაღალ დონესთან დაკავშირებული სპეციფიკური ფაქტორები, რითაც შეიძლება აიხსნება ავადობის მატება, არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული. სჯეკო ჰორმონდამოკიდებულ სიმსივნეთა რიცხვს მიეკუთვნება: ითვლება, რომ ძალიან ხშირად დაავადება უკავშირდება სარბევე ჯირკვალზე ესტროგენების (ორგანიზმში გამოთავსებული ან სამკურნალო დანიშნულებით მიღებული) ექსპოზიციას (1). საერთოდ, ამ სიმსივნის განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორებია დადებითი ოჯახური ანამნეზი (2), პირველი სრული ორსულობა მოგვიანებით ასაკში (3), უშვილობა, უნაყოფობა, ადრეული მენარქე, გვიანი მენოპაუზა, შვილების ტუბოთი კვებაზე უარის თქმა (5), ხშირი აბორტები და სხვ.

შრომის მიზანს შეადგენდა სჯეკოს რისკ-ფაქტორთა შეფასება “შემთხვევა-კონტროლის” მეთოდით. პროფილაქტიკური გამოკვლევის ანკეტით გამოკითხულ იქნა 1997-1999 წლებში ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრის მამოლოგიის განყოფილებაში ტუბუს კიბოს დიაგნოზით ჰოსპიტალიზირებული 206 ავადმყოფი. თითოეული დაავადებულისთვის ეროვნებისა და ასაკის სტანდარტიზირებით შეირჩა ორი “საკონტროლო” პირი. მონაცემთა ბაზა, რომელიც აერთიანებდა დაავადებულებსა და საკონტროლო პირებს, დამუშავდა პროგრამულად. თითოეული ფაქტორისთვის გამოანგარიშებულ იქნა ფარდობითი რისკის მაჩვენებელი, მისი 95 %-იანი სარწმუნოების ინტერვალი და სარწმუნოების მაჩვენებელი - χ^2 . მიღებული შედეგებით დასტურდება რეპროდუქციული ფუნქციის თავისებურებების მნიშვნელობა სჯეკოს განვითარებაში.

მენსტრუალური ციკლის დაწყება 12 წლის ასაკამდე. “შემთხვევა-კონტროლის” მეთოდით ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევით არ დადასტურდა დადებითი კორელაცია მენსტრუალური ციკლის ადრეულ დასაწყისსა და დაავადების განვითარების რისკს შორის. მიღებული შედეგების მიხედვით შეფარდებითი რისკი = 0.14; 95 %-იანი სარწმუნოების ინტერვალი 0.07-0.26; $\chi^2 = 37.3$. ლიტერატურული წყაროების თანახმად, მენსტრუალური ციკლის ადრეული დასაწყისი ტუბუს კიბოს განვითარების რისკს უკავშირდება, რადგან დაავადება ჰორმონ-დამოკიდებულ სიმსივნეთა ჯგუფს მიეკუთვნება და ციკლის ადრეულად დაწყება ზრდის სარბევე ჯირკვალზე ჰორმონების ექსპოზიციის დროის ხანგრძლივობას. თუმცა, ადრეული მენარქე ცალსახად არ განსაზღვრავს რეპროდუქციული პერიოდის ხანგრძლივობას, რამდენადაც დამოკიდებულია მენოპაუზის ასაკზეც; მიუხედავად ამისა, ითვლება, რომ ადრეული მენარქე ტუბუს კიბოს განვითარების ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორთაგანია. ჩვენს მიერ მიღებული შედეგა შესაძლოა აიხსნას იმით, რომ რეგორც მასალის გაანალიზებით ვლინდება ადრეული მენარქესა და გვიანი მენოპაუზის კომპლექსური ზემოქმედება ბევრად უფრო მნიშვნელოვან ეტიოლოგიურ ფაქტორს წარმოადგენს, ვიდრე მათი ერთმანეთისაგან დამოუკიდებელი ეფექტი. გარდა ამისა, “შემთხვევა-კონტროლის” მეთოდით მიღებული შედეგები აბსოლუტურად დამოკიდებულია რესპონდენტის ასუსზე, რომელიც ყოველთვის ზუსტი არ არის. ამ თვალსაზრისით, მონაცემები მენოპაუზის ასაკის შესახებ

უფრო სარწმუნო უნდა იყოს, რადგან მენოპაუზის ასაკის დავიწყების შესაძლებლობა ნაკლებია.

მენსტრუალური ციკლის დაწყება 16 წლის ასაკში და უფრო გვიან. ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ გვიანი მენარქე (მენსტრუალური ციკლის დაწყება 16 წლის ასაკში და უფრო გვიან) ძუძუს კიბოს განვითარების ხელშემშლელ ფაქტორს წარმოადგენს: შეფარდებითი რისკი = 0.3; 95 %-იანი სარწმუნოობის ინტერვალი 0.2-0.5; $\chi^2 = 30.3$; მენსტრუალური ციკლის გვიანი დასაწყისი ორგანიზმს იცავს ამ დაავადებისაგან, რადგანაც მცირდება სარძევე ჯირკვალზე ჰორმონების ექსპოზიციის დრო. სავარაუდოა, რომ დაცვის მექანიზმი უფრო ძლიერი იქნება, თუ გვიან მენარქეს თან ერთვის ადრეული მენოპაუზა.

ციკლის შეწყვეტა 45 წლის ასაკამდე. ჩატარებული კვლევის შედეგად არ დასტურდება 45 წლის ასაკამდე განვითარებული მენოპაუზის დაავადების განვითარებისაგან დამცავი ეფექტი: შეფარდებითი რისკი = 0.98, ამასთან, მიღებული შედეგი ნაკლებსარწმუნოა: 95 %-იანი სარწმუნოობის ინტერვალი 0.6-1.6; $\chi^2 = 0.01$. ცნობილია, რომ ადრეული მენოპაუზა (მიუხედავად იმისა, ის ბუნებრივი პროცესია, თუ ორმხრივი ოოფორექტომიით გაპირობებული), ორგანიზმს იცავს ძუძუს კიბოს განვითარებისაგან. მაგრამ, როგორც ჩანს, დაცვის ეფექტი უფრო თვალსაჩინოა ცალკეულ ასაკობრივ ჯგუფებში და მისი შესწავლა საჭიროა ფაქტორთა ზედდების გაორიცხვის პირობებში, რაც ღრმა ანალიზს მოითხოვს და ცალკე კვლევის საგანია.

ციკლის შეწყვეტა 50 წლის ასაკში და უფრო გვიან. ჩატარებული კვლევის შედეგები ადასტურებენ, რომ ციკლის შეწყვეტა აღნიშნულ ასაკში ძუძუს კიბოს განვითარების რისკ-ფაქტორია. შეფარდებითი რისკი = 2.8; 95 %-იანი სარწმუნოობის ინტერვალი 1.7-4.6; $\chi^2 = 16.8$. ციკლის შეწყვეტა 50 წლის ასაკში და უფრო გვიან, შეესაბამება გვიან მენოპაუზას, ამდენად მისი ეტიოლოგიური როლი სარძევე ჯირკვალზე სქესობრივი ჰორმონების ხანგრძლივი ზემოქმედებით აიხსნება. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მოსალოდნელია რისკის ზრდა, თუ გვიანი მენოპაუზა კომბინირებული იქნება ადრეულ მენარქესთან.

პირველი მშობიარობა 18 წლის ასაკამდე. პირველი სრული ორსულობა ადრეულ ასაკში ძუძუს კიბოს განვითარებისაგან დაცვის ერთ-ერთ ფაქტორს წარმოადგენს. ჩატარებული კვლევით ვლინდება 18 წლის ასაკამდე პირველი მშობიარობის უკუკავშირი დაავადებასთან: შეფარდებითი რისკი = 0.7; 95 %-იანი სარწმუნოობის ინტერვალი 0.4-1.3; $\chi^2 = 1.1$. მიღებული შედეგი ნაკლებსარწმუნოა; ცალკეულ ავტორთა მიხედვით ადრეულ ასაკში პირველი სრული ორსულობის დადებითი ეფექტი დაავადებისაგან დაცვის თვალსაზრისით ვლინდება ძირითადად 40 წლის ასაკამდე.

პირველი მშობიარობა 28 წლის შემდეგ. პირველი სრული ორსულობა მოგვიანებით ასაკში დაავადების განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორს წარმოადგენს. კვლევამ უჩვენა, რომ პირველი მშობიარობა 28 წლის შემდეგ ზრდის დაავადების რისკს: შეფარდებითი რისკი = 1.8; 95 %-იანი სარწმუნოობის ინტერვალი 1.1-2.9; $\chi^2 = 5.2$.

როგორც კვლევის შედეგები მიუთითებენ, რეპროდუქციული ფუნქციის თავისებურებები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სარძევე ჯირკვლის კიბოს განვითარების რისკზე.

ლიტერატურა

1. Gao YT; Shu XO; Dai Q. et al. Association of menstrual and reproductive factors with breast cancer risk: results from the Shanghai Breast Cancer Study. *Int J Cancer* 2000 Jul 15; 87(2):295-300.
2. Hamann U. Hereditary breast cancer: high risk genes, genetic testing and clinical implications. *Clin Lab*; 46(9-10): 447-61. 2000.
3. Khuder SA; Mutgi AB. Reproductive factors are crucial in the etiology of breast cancer. *Br J Cancer* 2000 Jul; 83 (1):133-4.
4. Kuroishi T; Tominaga S. Epidemiology of breast cancer. *Gan To Kagaku Ryoho*; 28(2):168-73 2001.
5. Purwanto H; Sadjimin T; Dwiprahasto I. Lactacion and the risk of breast cancer. *Gan To Kagaku Ryoho* 2000 May; 27 Suppl 2: 474-81.

Меболия Н., Кацитадзе Г., Ткешელაშვილი В., Гаручава Н. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕЗЮМЕ

Рак молочной железы наиболее распространенный вид раковой болезни в Грузии. Изучены риск-факторы развития рака молочной железы, с применением эпидемиологического метода исследования «случай-контроль».

С помощью анкеты-опросника в 1997-1999 г.г. опрошено 206 больных с диагнозом рака молочной железы, госпитализированных в маммологическое отделение Онкологического научного центра Грузии. Для каждого пациента подобрано по два «контрольных» лица. Полученные данные подтвердили коррелятивную связь между репродуктивными факторами и раком молочной железы, как то: поздняя менопауза (относительный риск (ОР - 2.8), первые роды после 28 лет (ОР - 1.8). Обнаружены защитные репродуктивные факторы: позднее менархе (ОР - 0.3) и первая ранняя беременность (ОР - 0.9).

Mebonia N., Tkeshelashvili V., Katsitadze G., Garuchava N. REPRODUCTIVE RISK FACTORS OF BREAST CANCER SUMMARY

Breast Cancer is the most common type of cancer in Georgia. In this case-control study we investigated breast cancer risk-factors. 206 patients, hospitalized in Tbilisi Scientific Center of Oncology with diagnosis of breast cancer during years 1997, 1998 and 1999 were questioned. Two "control" persons were selected for each patients.

Results of our survey confirmed positive relationship between development of breast cancer and reproductive risk-factors: late menopause – after age of 50 (RR 2.8, 95% CI 1.7-4.6), first delivery after age 28 (RR 1.8, 95% CI 1.1-2.9). In the study there was also identified protective reproductive factors: late menarche (RR 0.3, 95% CI 0.2-0.5), first delivery at the age of 18. (RR 0.9, 95 CI 0.4-1.3).

ე.ძიურატი, ი.ავალიანი, მ.არაბიძე
სტრასული ცილა HSP70-ის შესახებ მონაწილეობა
პირთაგვამში იშემიური პრეკონდიციონირების მქადაგებებში.
ტულუზის პოლ საბატერიის უნივერსიტეტზე სამედიცინო ფაკულტეტის
უჯრედული ბიოლოგიის კათედრა
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი.

1986 წელს Murry-მ და მისმა კოლეგებმა (6) მოახდინეს დაკვირვება ისეთ მოვლენაზე, რომელმაც მთლიანად შეცვალა მიოკარდიუმის ნეკროზის პათოფიზიოლოგიის მთელი კონცეფცია. ამ ავტორებმა უჩვენეს, რომ თუკი კორონარების ხანგრძლივი ოკლუზიის ფონზე განვითარებულ მიოკარდიუმის ინფარქტს წინ უძღვის კორონარების ხანმოკლე ოკლუზია, მაშინ მიოკარდიუმის ინფარქტის ზონა მნიშვნელოვნად (50-75%-ით) მცირდება. მიოკარდიუმზე იშემიის ხანმოკლე ეპიზოდების მოქმედების შედეგად აღძრულ ენდოგენური გენეზის კარდიოპროტექციას, რომელიც შემდგომი გახანგრძლივებული იშემიის მიმართ ვლინდება, მეცნიერებმა იშემიური პრეკონდიციონირება (იპ) ანუ იშემიისადმი გაზრდილი ტოლერანტობა უწოდეს.

მიოკარდიუმის იშემიისადმი ადაპტაცია სხვადასხვა გზით შეიძლება განხორციელდეს: 1. მრავალი თვის ან წლის განმავლობაში იშემიის განმეორებითმა ეპიზოდებმა შეიძლება ანვიოგენური ადაპტაცია გამოიწვიოს, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ მოხდება კარგად განვითარებული კოლატერალური ქსელის ჩამოყალიბება. 2. ქრონიკულ და დაბალი ინტენსივობის იშემიას გარკვეული დროის შემდეგ მივყავართ მიოკარდიუმში ისეთ ბიოქიმიურ ცვლილებებამდე, რომელსაც ჰიბერნაცია ეწოდება. და ბოლოს, 3. ხანმოკლე იშემიების შედეგად მწვავედ განვითარებული ადაპტაცია, რომელიც ძალზედ მაღალი კარდიოპროტექციით გამოირჩევა შემდგომი, უფრო ძლიერი, ხანგრძლივი და ამგვარად, პოტენციურად უფრო საშიში იშემიური ინსულტის მიმართ. ამ მოვლენას იშემიური პრეკონდიციონირება ანუ იშემიური წინაპირობა ეწოდება, რაც იშემიისადმი გაზრდილ ტოლერანტობას გულისხმობს.

პრეკონდიციონირების ეს პროტექტორული უნარი გამოხატულია იშემიისადმი მომატებული ტოლერანტობის ორ ფაზაში: 1. "კლასიკური" პრეკონდიციონირება, რომელიც იშემიის მოქმედებიდან პირველივე წუთებში ყალიბდება და გრძელდება 3 სთ-ზე ნაკლებს; და მეორეს მხრივ "პროტექციის II ფაზჯარა", რომელიც 24 სთ-ის მოგვიანებით იწყება და გრძელდება 72 სთ-მდე.

რეკონდიციონირების შემთხვევაში მცირდება ინფარქტის ზომები, უმჯობესდება მიოკარდიუმის პოსტ-იშემიური კუმშვალობა და მცირდება არიტმიის შემთხვევები (1;2;4).

კლინიკურ პრაქტიკაში ხშირია შემთხვევები, როცა პაციენტს მიოკარდიუმის ინფარქტი უვითარდება უკვე "პრეკონდიციონირებულ გულზე". ეს მაშინ ხდება, როდესაც მიოკარდიუმის ინფარქტის ჩამოყალიბებამდე რამოდენიმე საათით ადრე მას აწუხებს კორონარული ეტიოლოგიის გულის ტკივილი (მაგ. არასტაბილური სტენოკარდია). ამ შემთხვევაში პრეკონდიციონირება შეიძლება იყოს მეტად მნიშვნელოვანი და საყურადღებო დამატებითი კარდიოპროტექტორული ფაქტორი, რომელიც მოახდენს გავლენას როგორც მიოკარდიუმის ინფარქტის გავრცელებაზე, ისე მის გამოსავალზე.

პრეკონდიციონების ორივე ფაზის ბიძგს იშემიის ხანმოკლე ეპიზოდი წარმოადგენს. მასში სავარაუდოთ ჩართული უნდა იყვნენ ისეთი მედიატორები, როგორიცაა ადენოზინი, ბრადიკინინი, ოპოიდური პეპტიდები, კატექოლამინები. კლასიკური პრეკონდიციონების სასიგნალო სისტემაში დიდი მნიშვნელობა უნდა ენიჭებოდეს კინაზებს, კერძოდ, პროტეინკინაზა C-ს. ალტერნატიული თეორია გვთავაზობს ამ პროცესებში cGMP, ATP-მგრძნობიარე K^+ არხების და ნატრიუმის ოქსიდის (NO) მონაწილეობას.

90-იანი წლების გამოკვლევებმა (3;5) უჩვენეს, რომ იშემიური პრეკონდიციონების ჩამოყალიბებაში გარკვეული წვლილი მიუძღვით ცილოვანი ბუნების მქონე ფაქტორებს, რომელთაც თავდაპირველად სითბური შოკის ცილები (HSP ანუ Heat Shock Proteins) უწოდეს. ეს ცილები კონსტიტუციურად არის წარმოდგენილი ყველა უჯრედში და ზრდის ნორმალურ პირობებში. ისინი ორგანიზმის საერთო ცილის 5-10%-ს შეადგენენ. მათი კონცენტრაცია მნიშვნელოვნად იმატებს ნებისმიერი სახის სტრესული აგენტის მოქმედებისას, როგორიცაა სითბური შოკი, ჟანგბადისა და გლუკოზის ნაკლებობა, თავისუფალი რადიკალების მოქმედება, ინფექციები და სხვა ქსოვილოვანი დაზიანებები. ნებისმიერ ამ სახის დაზიანების საწინააღმდეგოდ HSP-ს გააჩნია ციტოპროტექციის უნარი.

პრეკონდიციონების ძლიერი კარდიოპროტექტორული უნარის გამო დაიწყო მისი უჯრედული მექანიზმების ფართო შესწავლა, იმ იმედით, რომ ფიზიოლოგიურ პრეკონდიციონებაზე დაყრდნობით შემუშავდეს მიოკარდიუმის იშემიის პრევენციის და თერაპიის ახალი მეთოდები, ასეთი რისკის მქონე პაციენტებში.

ექსპერიმენტული ჯგუფები და ექსპერიმენტის მსვლელობა: ექსპერიმენტი ტარდებოდა Wistar-ის ჯიშის, 200-220 გრ წონის 16 მამრ ვირთაგვანზე. ქლორპრომაზინით კუნთშიდა ანესთეზიის შემდეგ, ჰიპოქსიის (H) მისაღწევად ვირთაგვები განსაზღვრული დროით თავსდებოდნენ სპეციალურ აპარატში - ე.წ. ვაკუუმის ექსიკატორში, სადაც ჰაერის ამოტუმბვის შემდგომ მიიღწეოდა ჰიპოქსიური, 5%-იანი ჟანგბადის გარემო (რაც შეესაბამება 11კმ სიმაღლეზე ასვლას). ვირთაგვანზე ვიმოქმედეთ ჰიპოქსიის ხანმოკლე (5წუთიანი) 4 ციკლით, ციკლებს შორის 10 წუთიანი ინტერვალებით რეპერფუზიისათვის.

I სერიამი ჯგუფი IP-a ვირთაგვები (n=4) მომენტალურად იხოცება ჰიპოქსიის 4 ციკლის შემდეგ, ხოლო ჯგუფი IP-b (n=4) ვირთაგვები კი-24 საათის შემდეგ

II სერიის ვირთაგვებზე ანალოგიურა ჰიპოქსიური ციკლებიდან 24 საათის შემდეგ კვლავ ვიმოქმედეთ ჰიპოქსიის ერთი, ამჯერად ხანგრძლივი ციკლით (საშუალოდ 12წთ). ვირთაგვების ნაწილი (n=4), ჰიპოქსიის დამთავრებისთანავე დაგზოცეთ (ჯგუფი IP-c), დანარჩენი კი 8სთ (IP-d) და 24 სთ-ს შემდეგ (ჯგუფი IP-e).

ვირთაგვების დეკაპიტაციის შემდეგ, მიოკარდიუმი მომენტალურად ამოიკვეთებოდა და მასალა ინახებოდა -4°C -ზე.

სტრესული ცილების შესასწავლად გამოყენებულ იქნა შემდეგი მეთოდები:

1. კლასიკური ელექტროფორეზი პოლიაკრილამიდის გელზე (SDS-PAGE), ლაემლის მიხედვით და 2. იმუნოდეტექცია Western Blot-ზე, რომელიც რამდენიმე თანმიმდევრული ეტაპისგან შედგება:

2.1 ცილების გადატანა უელიდან ნიტროცელულოზის ქალაღზე ანუ ცილების ტრანსფერი.

2.2 პირველად თავის მონოკლონური ანტისხეულებთან (Stressgen Biotchnologies corp.) კონტაქტი, კონცენტრაციით:

■ ანტი-ინდუკირებადი hsp 72-ს საწინააღმდეგო ანტისხეული : 1/90 000 .

■ ანტიროზ 72/73-ს საწინააღმდეგო ანტისხეული : 1/30 000 .

2.3 ლავაჟის შემდეგ ფილტრი კონტაქტშია მეორე ანტისხეულთან - A2554: თავის IgG-ის საწინააღმდეგო ცხერის IgG, შეკავშირებული პეროქსიდასთან განზავებით 1/20 000 Tris-Tween20 ხსნარში, რომელიც შეიცავს 3% რძეს.

2.4 II ლავაჟის შემდეგ ხდება ელექტრო ქიმიო ლუმინესცენცია (ECL) და აუტორადიოგრაფია.

ამის შემდეგ შესაძლებელია ფირის დენსიტომეტრიული ანალიზის (ტრანსფერირებული ცილების კონების სიმკვრივის განსაზღვრა და მათემატიკური გამოთვლები) ჩატარება კომპიუტერული პროგრამა PROFIL-CAPT.PILL-ის საშუალებით.

შედეგები:

I სერიაში, 4 ხანმოკლე ჰიპოქსიური ციკლის დამთავრებისთანავე (ჯგუფი IPa), სტრესული ცილა hsp72-ის დონე უმნიშვნელოდ შეიცვალა (გაიზარდა 1.14-ჯერ); 24 საათისთვის (IPb) კი მისი კონცენტრაცია 1.59-ჯერ შემცირდა, II სერიაში, IPC ჯგუფში hsp 72-მა მოიმატა 2.38-ჯერ.

II სერიაში, IPd ჯგუფში hsp 72-კონტროლთან შედარებით მკვეთრად იმატებს (12.43-ჯერ), IPe ჯგუფში იგი მხოლოდ 8.63-ჯერ მეტია. ჯგუფში IPC ანუ უფრო ძლიერი ჰიპოქსიური დოზით მოქმედებისთანავე hsp72-ის კონცენტრაცია იზრდება 2.4-ჯერ, 8სთ-ში--12.4-ჯერ, ხოლო 24 სთ-ში კი 8.6 -ჯერ (გრაფიკი1).

რაც შეეხება hsp73-ის კონცენტრაციას ცვლილებებს: ჯგუფში IPa ანუ 4 ხანმოკლე ჰიპოქსიური ციკლის დამთავრებისთანავე სტრესული ცილების დონე უმნიშვნელოდ გაიზარდა -1.28-ჯერ; 24 საათისთვის (IPb) hsp73-ის ექსპრესია კვლავ განაგრძობს გაზრდას -1.76ჯერ, IPC ჯგუფში hsp 73-მა მოიმატა -1.93-ჯერ. IPd ჯგუფში hsp73 კვლავ განაგრძობს ზრდას და აღწევს 252.4%-ს ანუ გაიზარდა 2.52-ჯერ. ამის შემდგომ, hsp73-ის ექსპრესია ოდნავ იკლებს და IPe ჯგუფში hsp73 კონტროლთან შედარებით 3.01-ჯერ მეტია.

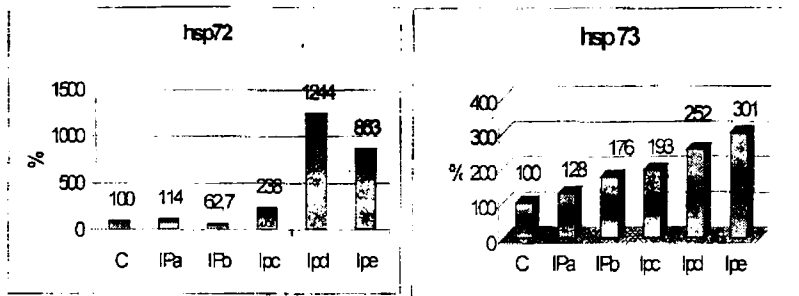
ამგვარად, hsp73-ის კონცენტრაცია უფრო დინამიურად იზრდება: 1.3 - 1.8 - 1.9 - 2.5 - 3.0-ჯერ შესაბამისად IPa - IPb - IPC - IPd - IPe ჯგუფებში (იხ. გრაფიკი 2)

დასკვნები: იშემიური პრეკონდიცირების ფუნქციონში სტრესული ცილების მონაწილეობასა და IP-ს კარდიოპროტექტორულ უნარზე, შეიძლება ვიმსჯელოთ იმ ფაქტით, რომ IP-ს ჩატარების შემდგომ ვირთავებში გაუძღეს მეტი ინტენსიუობის და ხანგრძლივობის იშემიას, ვიდრე ამ წინაპირობის არმქონე ვირთავებში.

სტრესული ცილა hsp72-ის კონცენტრაციის დროში ცვალებადობის გათვალისწინებით, ჩვენ საკვებით რეალურად გვესახება hsp72-ის მონაწილეობა იშემიური პრეკონდიცირების I ფანჯარაში. 20-24-ე სთ-ებში hsp72-ის დონე

იმდენად იკლებს, რომ იშემიური პრეკონდიცირების II ფანჯარაში მისი მონაწილეობა ნაკლებად სარწმუნოა.

სამაგიეროდ ამ დროს თითქმის 3-ჯერ იმატებს hsp73-ის დონე, რაც რეალურ შანს ანიჭებს ამ ცილას მონაწილეობა მიიღოს იშემიური პრეკონდიცირების II ფანჯარაში, რომელიც, როგორც არაერთი კვლევითა დადგენილი, სწორედ ამ დროისთვის "იხსნება".



გრაფიკი და2. hsp72-ისა და hsp73-ის კონცენტრაციათა ცვლილებები იშემიური პრეკონდიცირების სხვადასხვა ფაზაში.

ლიტერატურა:

1. Currie, R.W., M. Karmazyn, M. Kloc, K. Mailer. Heat shock response is associated with post-ischemic ventricular recovery. *Circ. Res.* 1988, vol 63, pp 543-549.
2. Currie, R.W., R.M. Tanguay, J.G. Kingma. (1993). Heat-shock response and limitation of tissue necrosis during occlusion/reperfusion in rabbit heart. *Cardiovasc. Res.* 1993 ; 27 : 962-971.
3. Marber M.S. Stress Proteins and Myocardial Protection. *Clinical Science.* 1994. Vol 86, pp 375-381
4. Marber M.S., Latchman D.S., Walker J.M., Yellon D.M. Cardiac stress protein elevation 24 hours after brief ischemia or heat stress is associated with resistance to myocardial infarction. *Circulation.* 1993. 88 : 1264-1272.
5. McCully J.D., Lotz M.M., Krukenkamp I.B. et al. A brief period of retrograde hyperthermic perfusion enhances myocardial protection from global ischemia: Association with accumulation of Hsp 70 mRNA and protein. *J. Mol. Cell Cardiol.* 1996. ; 28 : 231-241.
6. Murry C.E., Jennings R.B., Reimer K.A. Preconditioning with ischemia: a delay of lethal injury in ischemic myocardium. *Circulation.* 1986. 74 : 1124-1136.

Мюрат Ж.К., Авалнани И., Арабидзе М.

ВОЗМОЖНОЕ УЧАСТИЕ СТРЕСС-БЕЛКОВ HSP70 В МЕХАНИЗМАХ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИРОВАНИЯ

Р Е З Ю М Е

Термин „ишемическое прекондиционирование“ (ИП) был предложен Murry –м в 1986 году, чтобы описать парадоксальное открытие у собак, когда множественные краткие эпизоды ишемии обладают свойством уменьшения

размеров инфаркта миокарда у собак. Позднее аналогичное явление было выявлено и у других видах животных, такие как кролики, свини и крысы. В этом исследовании внимание было сосредоточено на продолжительность ишемии, количество коротких ишемических циклов оптимальных для выработки ИП и на продолжительность периода между транзиторной и агрессивной ишемии у крыс. Наши данные показывают что 4 цикла с 5 минутной реперфузии были достаточны для вызывания ишемического preconditionирования; hsp72 может быть вовлечен в механизмах „ I окна, а hsp 73 в механизмах „II окна,, этого типа кардиопротекции.

**Murat J.C., Avaliani I., Arabidze M.
PROBABLE PARTICIPATION OF STRESS PROTEIN -HSP70 IN THE
MECHANISMS OF ISHEMIC PRECONDITIONING.**

S U M M A R Y

The expression "ischemic preconditioning" (IPC) was proposed in 1986 by Murry et al. to describe the seemingly paradoxical finding that multiple brief episodes of regional myocardial ischemia and reperfusion prior to sustained ischemic period reduced infarct size in the intact canine heart. Later this phenomenon was observed in some other species, like rabbit, pig and rats hearts. In the current study attention has been focused on the length of the transient ischemia, the number of brief ischemia-reperfusion cycles required to elicit an optimal preconditioning and on the duration of the delay between the transient and sustained ischemia in rats. Our dates suggest that 4 cycles of 5min hypoxia, followed by 10 min reperfusion, were enough to induce IPC; hsp 72 may be implicated in the " I window" and hsp73 in the "II window" of that kind of cardioprotection.

**ი.მკვდლიშვილი, დ.გელოვანი
B ჰეპატიტის ეპიდემიოლოგიის აქტუალური საკითხები
საქართველოში
თსუ, ეპიდემიოლოგიის კათედრა**

ვირუსული ჰეპატიტების გავრცედიდან, რომელიც რამდენიმე დამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ერთეულს აერთიანებს, B ჰეპატიტი გამოირჩევა ფართო გავრცელებით, მიმდინარეობით და არასასურველი გამოსავლით (5).

ჩვენს მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა B ჰეპატიტის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები საქართველოში იმ ცვლილებების ფონზე, რასაც ადგილი აქვს ქვეყანაში უკანასკნელი 10-15 წლის მანძილზე.

დასახული მიზნის შესასრულებლად გამოყენებულ იქნა დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქალაქო ცენტრში არსებული მასალა ვირუსული ჰეპატიტებით ავადობის შესახებ, რომელიც მოიცავდა 1971-2000 წლებს, ავადობის მაჩვენებლების გამოთვლა ხდებოდა 100 ათას მცხოვრებზე. B ჰეპატიტის მიმართ მოსახლეობის იმუნური სტრუქტურის განსაზღვრისათვის, მის მარკერებზე იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდით, გამოკვლეულ იქნა 4520 ადამიანის სისხლის შრატბი. მათგან 1720 ბავშვის და

2800 მოზრდილის. გამოკვლევები ხდებოდა დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ვირუსოლოგიურ ლაბორატორიაში.

B ჰეპატიტის რეგისტრაცია ქვეყანაში დაიწყო 1971 წლიდან. ამ პერიოდთანვე აღინიშნებოდა ავადობის მაჩვენებლის მატება. მაქსიმალური ავადობა 1987-1990 წლებში აღინიშნა, როდესაც ავადობის მაჩვენებელი 41,1-დან 47,1-მდე მერყეობდა, ხოლო მისმა ხვედრითმა წილმა ვირუსული ჰეპატიტებით ავადობაში 22 %-ს მიაღწია.

1991 წლიდან იწყება ავადობის მკვეთრი კლების პროცესი და 2000 წელს ავადობის მაჩვენებელი 9,8-მდე დაეცა. მნიშვნელოვნად შემცირდა დაავადების ხვედრითი წილიც ვირუსული ჰეპატიტებით ავადობაში. 1999-2000 წლებში იგი მხოლოდ 10-11%-ს შეადგენდა. ავადობის ანალოგიური დინამიკა აღინიშნება თბილისშიც, სადაც 1987 წელს ავადობის მაჩვენებელმა 72,8-ს მიაღწია, ხოლო ხვედრითმა წილმა 25-30%-ს, მაშინ როდესაც ავადობის მაჩვენებელი 2000 წელს სულ რაღაც 13,5 გახდა.

ამრიგად, ოთხმოცდაათიანი წლებიდან აღინიშნება B ჰეპატიტით ავადობის საგრძნობი კლება, რასაც თან ასლავს ჰეპატიტებით საერთო ავადობაში მისი ხვედრითი წილის მნიშვნელოვანი შემცირებაც. საინტერესოა, თუ რა მომენტებით არის განპირობებული ეს პროცესი. ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა მოსახლეობის იმუნური სტრუქტურის შესწავლით არის შესაძლებელი.

ოთხმოცდაათი წლების დასაწყისში, საქართველოში HBS-ანტიგენის მტარებლობა 5,7%+-0,9%-ს შეადგენდა, ხოლო ანტიისხეულების მქონე პირთა რიცხვი (ანტი-HBs+ანტი-HBc) კი 28,7+-0,4%-ს (1). ამჟამად ანტიგენმტარებლობა, როგორც 4520 პირის სისხლის შრატის გამოკვლევა გვიჩვენებს, 6,2+-0,4%-ს უდრის, ხოლო ანტიისხეულები გააჩნია 29,2--0,5%-ს, ე.ი. მოსახლეობის იმუნური ფუნის დონე ორივე პერიოდში პრაქტიკულად თანაბარია ($p>0,05$). ეს ნათლად მიუთითებს, რომ HBV-ინფექციის გავრცელება საქართველოში არ შესუსტებულა. შესაბამისად ჰეპატიტით ავადობის მაჩვენებლების კლებას არა აქვს რეალური საფუძველი და იგი სუბიექტური მიზეზებით არის გამოწვეული.

90-იან წლებში ადგილი აქვს, აგრეთვე, B ჰეპატიტით დაავადებულთა ასაკობრივ სტრუქტურაში ცვლილებებს. 1971-1982 წლების მონაცემებით, საქართველოში B ჰეპატიტის შემთხვევათა 23,1% 20-29 წლის ადამიანებზე მოდიოდა, მეორე ადგილი კი 30-39 წლის პირებს ეკავათ - 12,4%. მესამე ადგილზე იყვნენ 15-19 წლის მოზარდები. სულ 15-39 წლის პირებზე შემთხვევათა 43,2% მოდიოდა. 1994-1998 წლების მონაცემებით კი - უკვე 62,4%, მაშინ როდესაც წლამდე ასაკის ბავშვთა ხვედრითი წილი 6,2%-დან 0,9%-მდე შემცირდა.

ანალოგიური მდგომარეობაა თბილისშიც. 1971=1982 წლებში 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფებზე შემთხვევათა 57,1% მოდიოდა, 14 წლამდე ბავშვებზე კი - 22,1%. 1994-1998 წლებში, შესაბამისად, 74,8% და 11,3%, ე.ი. უკანასკნელ წლებში B ჰეპატიტით დაავადებულთა შორის მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოზარდთა და ახალგაზრდა ასაკის პირთა ხვედრითი წილი ბავშვთა ასაკის სარჯზე. უფრო მეტიც, მიუხედავად იმისა, რომ 90-იან წლებში ქვეყნის მასშტაბით ადგილი აქვს B ჰეპატიტით ავადობის კლებას, თბილისში 11-14 და 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში იზრდება ავადობის მაჩვენებლები.

ბოლო წლებში შეიცვალა, აგრეთვე, ინფექციის გადაცემის გზების მნიშვნელობაც. 1980-1982 წლების მონაცემებით, HBV-ინფექციის გავრცელებაში წამყვანი ადგილი ინსტრუმენტულ გზას ეკავა: სხვადასხვა სახის სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარების შედეგად ინფიცირებოდა ავადმყოფთა 51,3%. შემთხვევათა 11,6%-ში HBV-ს გადაცემა დაკავშირებული იყო ჰემოტრანსფუზიასთან. დაავადებულთა 26% დაავადების მაქსიმალური ინკუბაციური პერიოდის მანძილზე უარყოფდა რაიმე სახის სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარებას.

განსხვავებული მდგომარეობაა 1998-2000 წლების მონაცემებით. უკვე შემთხვევათა 76,2%-ში დაავადებულთა ანამნეზში არ აღინიშნება არავითარი სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარება. საკმაოდ შემცირდა ჰემოტრანსფუზიული გზის როლი HBV-ს გავრცელებაში – 11,6%-დან 2,2%-მდე, რაც ალბათ “უსაფრთხო სისხლის” სახელმწიფო პროგრამის რეალიზაციის შედეგია. კიდევ უფრო შემცირდა ინექციების და სხვა სახის სამედიცინო მანიპულაციების როლი 39,1%-დან 7,3%-მდე. სამაგიეროდ, საგრძნობლად გაიზარდა სტომატოლოგიური მანიპულაციების ხვედრითი წილი.

ამრიგად, თუ ოთხმოციან წლებში B ჰეპატიტი, უპირატესად, ჰემოტრანსფუზიითა და ინსტრუმენტული გზით ვრცელდებოდა, ამჟამად, ავადმყოფთა ნახევარზე მეტი ანამნეზში არავითარი სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარებას არ აღნიშნავს. ასეთი კატეგორიის ავადმყოფებში, ჩვენი აზრით,

HBV-ს გავრცელების რეალური გზებია – სქესობრივი კონტაქტი და განსაკუთრებით, ნარკოტიკული ნივთიერებების პარენტრული შეყვანა, რაზეც მეტყველებს: ა) ავადმყოფთა დეტალური ანონიმური გამოკითხვა, რომლის დროსაც ისინი აღიარებენ ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებას. ბ) დროებით უშუშევართა დიდი ხვედრითი წილი მათში – 41,6%. გ) დაავადებულებში აქტიური ასაკის პირთა მაღალი ხვედრითი წილი – 80,3%.

ამრიგად, იმ სოციალური, პოლიტიკური და ეკონომიკური ცვლილებების ფონზე, რასაც ადგილი აქვს საქართველოში უკანასკნელი 10-12 წლის მანძილზე, შეიცვალა B ჰეპატიტის მთელი რიგი ეპიდემიოლოგიური თავისებურება. კერძოდ, მკვეთრად გაიზარდა დაავადებულთა ასაკობრივ სტრუქტურაში აქტიური ასაკის პირთა ხვედრითი წილი და ინფექციის გავრცელებაში მნიშვნელოვანი როლი მოიპოვა სქესობრივმა კონტაქტმა და ნარკოტიკული ნივთიერებების პარენტრულმა შეყვანამ. მსგავს ცვლილებებს ადგილი აქვს მრავალ ქვეყანაში და მათ შორის, დსთ-ს სივრცეში (2,3,4).

ლიტერატურა :

1. Сакварелидзе Л.А., Мчедlishvili И.М. – Некоторые вопросы эпидемиологии вирусного гепатита. Журн. «Сабчота медицина», 1984, 2, с.36-41.
2. Соринсон С.Н. – Вирусные гепатиты. Санкт-Петербург, Теза. 1998. с. 325.
3. Шляхтенко Л.И., Мукомолов С.А., Нечаев В.В. и др. – Теоретическис основы эпидемиологии вирусного гепатита В. ЖМЭИ, 1998, №4, с. 25-29.
4. Kanc M.A. – Epidemiology of hepatitis B infection in North America. Vaccine, 1995, v. 13, suppl. I, p. 16-17.
5. Van damme P. – Hepatitis B-Still a global problem. VHPB, 1995, v. 3, p. 4-7.

**Мchedlishvili И., Геловани Д.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ
ГЕПАТИТА В В ГРУЗИИ**

РЕЗЮМЕ

Изучены эпидемиологические особенности гепатита В в Грузии, который широко распространен в стране, о чем свидетельствует высокий уровень носительство HBs-антигена среди здорового населения — $6,2 \pm 0,4\%$. В последние годы изменились эпидемиологические параметры этой инфекции: значительно возрос удельный вес подростков и молодых лиц за счет детей до одного года и 1-6 лет; в настоящее время $\frac{3}{4}$ случаев приходится на лиц 15-39 лет; вместе с тем все более снижается значение медицинских путей распространения инфекции как гемотрансфузивных, так и инструментальных (кроме стоматологических манипуляций). Однако заметно возросла роль немедицинских путей, в частности парентерального введения наркотических веществ и полового контакта.

**Mchedlishvili I., Gelovani D.
TOPICAL PROBLEMS OF THE EPIDEMIOLOGY
OF HEPATITIS B IN GEORGIA
SUMMARY**

In Georgia there has been studied the epidemiologic characteristics of hepatitis B, that is broadly observed in the country to which indicates HBs-antigen carrier's high rates through health population - $6.2 \pm 0.4\%$. In recent years, there has been changed the epidemiologic parametrs of the infection: adult's and youth rate in the disease has growed to an important level at the expsense of under 1 and 1 through 3 year-old children. $\frac{3}{4}$ (three fourths) of the cases accounts for 15 through 39 year-olides. At the same time there has more been reducing the role of the infection transmission madical ways, that generally concerns the hemotransfussion and instrumental ways (except stomatological manipulation). Consequently, the role of non-medical ways is being increased basically at the expense of drug intravenous consumption and sexual way.

ლ.ჩებიერიძე, ბ.დიდებულოძე, ი.შალამბერიძე

**III თაობის პერორალური ცეფალოსპორინის -
ცეფტიბუტამის (ცეფამისი) კლინიკური ეფექტურობა
ბართულეზით მიმდინარე რესპირატორული ინფექციების
დროს ბავშვთა ასაკში**

თსსუ, ბავშვთა ინფექციურ სნეულებათა კათედრა

ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემებით, ბავშვთა ასაკში მწვავე რესპირაციული ინფექციები სიხშირით პირველ ადგილზეა. მიუხედავად მიღწეული წარმატებისა, დაავადებათა ეტიოლოგიური სტრუქტურის გაშიფვრის, პათოგენების შესწავლის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხებში ბევრი ასპექტი მოითხოვს შემდგომ კვლევას. განსაკუთრებით ეს ეხება დაავადებათა მკურნალობის საკითხებს. უკანასკნელ წლებში ანტიბიოტიკორეზისტენტული შტამების გარკვეულმა მატებამ დღის წესრიგში დააყენა მკურნალობაში ახალი,

მაღალეფექტური ანტიბიოტიკების ჩართვა. აღნიშნულ დაავადებათა მკურნალობისათვის უკანასკნელ პერიოდში რეკომენდირებულია III თაობის პერორალური ცეფალოსპორინის – ცეფტიბუტენის (ცედექსის) გამოყენება.

ცედექსი ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკია, რომელიც ბაქტერიციდული აქტივობით ხასიათდება როგორც გრამპოზიტიური ასევე გრამნეგატიური მიკროორგანიზმების მიმართ. სხვა ცეფალოსპორინებისაგან განსხვავებით მღვრადია ბეტალაქტამაზებისადმი, რის გამოც აქტიურია იმ ბაქტერიების წინააღმდეგ, რომლებიც რუხისტენტულნი არიან პენიცილინებისა და სხვა ცეფალოსპორინების მიმართ.

ცეფტიბუტენის მაღალ კლინიკურ ეფექტურობას განაპირობებს მისი ფარმაკოკინეტიკა და ფარმაკოდინამიკა. ცედექსი პერორალური ანტიბიოტიკია.

პერორალური მიღების უპირატესობა გამართლებულია იმით, რომ ზოგიერთი რესპირაციული ინფექციის დროს (კრუპი, ეპიგლოტიტი) ზედმეტი გაღიზიანება (ტკივილი, ინიექცია) აუარესებს ბავშვის ზოგად მდგომარეობას და შეიძლება გამოიწვიოს ობსტრუქცია.

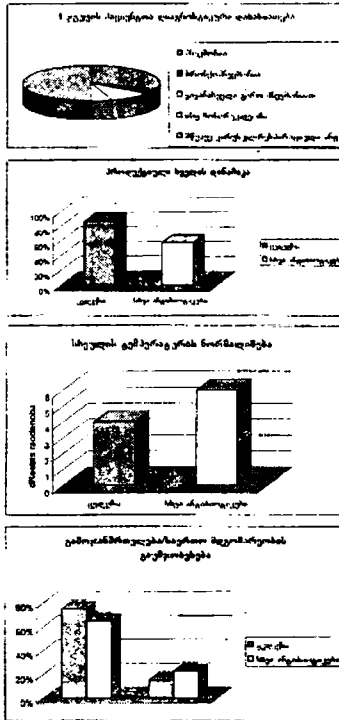
შრომის მიზანს წარმოადგენდა ცედექსის კლინიკური ეფექტურობის შესწავლა გართულებით მიმდინარე მწვავე რესპირაციული ინფექციების დროს ბავშვთა ასაკში. შესწავლილ იქნა მწვავე რესპირაციული ინფექციით (პნევმონიით) დაავადებული 30 ბავშვი, ასაკით 6 თვიდან 3 წლამდე, რომლებიც 1999-2000 წწ მოთავსებული იყვნენ ბავშვთა ინფექციური კლინიკის რეანიმაციულ განყოფილებაში. აქედან 20 ბავშვს მკურნალობა უტარდებოდა ცედექსით - 1 ჯგუფი და 10 ბავშვს სხვადასხვა ანტიბიოტიკებით – მე-2ჯგუფი (ამპიცილინით 4, ამოქსიცილინით 3, ერითრომიცინით 3 ბავშვი). 1 ჯგუფიდან პნევმონიის დიაგნოზით კლინიკას მიმართა 6 ავადმყოფმა, ბრონქოპნევმონიით - 1, ყვიანახველა, გართულებული პნევმონიით - 2, ინფექციური მონონუკლეოზი - 1. მწვავე რესპირაციულ-ვირუსული ინფექცია, კრუპის სინდრომი 1-2 ხარისხი, გართულებული პნევმონიით ან ბრონქოპნევმონიით - 10, აქედან 4 პაციენტს ხახის ნაცხში ამოეთესა *S. pyogenes* და ერთს *S. aureus*. ყველა მათგანი მძიმე მდგომარეობის გამო მოთავსებულ იქნა რეანიმაციულ განყოფილებაში.

აღნიშნული პაციენტებიდან 15-ს შემოსვლის დღიდანვე უტარდებოდა მკურნალობა ცედექსით 9 მგ/კგ მასაზე დღეში ერთხელ 7 დღის განმავლობაში.

ცედექსის ფონზე საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით აღინიშნა ტემპერატურის უფრო სწრაფი ნორმალიზება (მე-2 მე-3 დღეზე), პროდუქციული ხველის შემცირება 86% პაციენტებში (შედარებით 58% საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებისა), რენტგენოლოგიურად პათოლოგიური ცვლილებების აღაგება შედარებით ადრეულ პერიოდში. საჭიროა განსაკუთრებული ყურადღებით აღინიშნოს 5 პაციენტი (4 ბრონქოპნევმონიით, 1 ინფექციური მონონუკლეოზით, თანდართული მეორადი ინფექციით), რომლებიც დაავადების დასაწყისში მკურნალობდნენ კლავორანიტ ღოხით 100 მგ/კგ მასაზე, რომელიც მე-4 დღიდან შეიცვალა ცედექსით. ცედექსით მკურნალობის დაწყებიდან მე-3 დღეს კლინიკური და პარაკლინიკური მონაცემებით აღინიშნა ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრი გაუმჯობესება.

1 ჯგუფის 20-ვე პაციენტს განმეორებით რენტგენოგრაფიაზე მკურნალობის დაწყებიდან მე-7-მე-8 დღეს აღენიშნა მხოლოდ სისხლძარღვოვანი სურათის გამდიერება (ჩრდილოვანი კონტური გაქრა) შედარებით საკონტროლო ჯგუფთან (მე-10-მე-12 დღე).

ამრიგად, ცედექსის მაღალი კლინიკური ეფექტურობა, გამოყენების სიმარტივე



- პერორალური ფორმა, დღეში ერთჯერადი მიღება და მისი ეკონომიურობა სანინექციო ცეფალოსპორინებთან შედარებით ცეფტიბუტენს (ცედექსს) ხდის არჩევის პრეპარატად გართულებული მწვავე რესპირაციული ინფექციების მკურნალობისათვის ბავშვთა ასაკში.

ლიტერატურა

1. Антибактериальная терапия в лечении острых респираторных заболеваний. Ю.М. Овчинников, А. М. Левин, С.Б. Филатов. Журнал для практического врача. Лечащий Врач № 46, 2000г.
2. Острые респираторные инфекции, вызываемые H. Influenzae. Медицинская газета №52, 1999г.
3. Пролонгированный пероральный цефалоспориновый антибиотик III поколения – Цедекс. Руководство. Ред. Schering-Plough International
4. Infection Control Manual . New York Presbyterian Hospital, 1999.

ნებისრიდზე ლ., დიფებულიდზე ბ., შალამბერიდზე ი.

РЕЗЮМЕ

Две группы пациентов с осложненным течением инфекций дыхательных путей лечились пероральным цефалоспориновым антибиотиком III поколения Цедексом (I-я группа) и другими антибиотиками: амоксициллин, ампициллин, эритромицин - (2-я группа). Пациенты I-ой группы выздоровели быстрее и имели меньше побочных эффектов, чем пациенты II-ой группы.

Nebieridze L., Difebulidze B., Shalamdberidze I.

SUMMARY

Two groups of patients with complicated respiratory tract infections was treated with III generation oral cephalosporin Cedax (I group) and with some antibiotics: ampicillin, amoxicilin, erithromycin (II group). Patients treated with Ccdax had more benefit and recovered faster than the patients in the second group.

ნ.ნ.ბერუაძე, შ.გრაძელიშვილი, ნ.გორგასლიძე, თ.ზარქუა
გამოთვლითი ტექნიკის გამოყენებით სამედიცინო და
ფარმაცევტული საქონლის მარაგების
მართვის ზოგიერთი მეთოდოლოგიური ასპექტი
ოსსუ, სოციალური ფარმაციისა და ფარმაცევტული საქმიანობის
ორგანიზაციის კათედრა

ფარმაცევტული საქმიანობის მართვის პროცესში თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენება, მონაცემთა შეგროვების, სწრაფი დამუშავების, შედეგების ანალიზისა და გადაცემის უნივერსალურ პირობას წარმოადგენს. მათი საშუალებით სიზუსტის, სისრულისა და სისწრაფის გარანტიით შესაძლებელია ფარმაცევტული საქმიანობის სხვადასხვა სფეროს პარამეტრიზირება.

შრომის მიზანს წარმოადგენს ზოგიერთ ფარმაცევტულ დაწესებულებაში სამედიცინო და ფარმაცევტული საქონლის მარაგების მართვისა და შეკვეთების გაანგარიშების ავტომატიზირებული დამუშავების საკითხების ანალიზი.

ნაშრომი ეყრდნობა შ.პ.ს. "ავერსის" ფარმაცევტული ბაზისა და მისი საფთოთაქო ქსელის ფარმაცევტული საქმიანობის ცალკეული მიმართულებების კომპიუტერიზაციის პროცესში დაგროვილ მონაცემებს.

კვლევისათვის გამოყენებული იქნა ეკონომიკურ-მათემატიკური, სტატისტიკური, ლოგიკური ანალიზის, აგრეთვე ანკეტირებისა და ინტერვიუების მეთოდები.

დღეისათვის ფარმაცევტული დაწესებულების საქმიანობა წარმოუდგენელია კომპიუტერული ტექნიკის გამოყენების გარეშე. ანკეტირებულმა გამოკითხვამ აჩვენა, რომ კომპიუტერული ტექნიკის შექმნის გადაწყვეტილების მიღებაზე მოქმედი ფაქტორებიდან უმნიშვნელოვანესია ეკონომიკური ფაქტორი; რესპოდენტების 75% წინააღმდეგობის ფაქტორად აღნიშნავენ ტექნიკის ღირებულებას, 17% მისი მომსახურების ხარჯებს, ხოლო 8% - მათთვის კომპიუტერული ტექნიკის ნაკლებსაჭიროებას. იმ ფარმაცევტული დაწესებულებების გამოკვლევაში, რომლებიც საქმიანობაში იყენებენ კომპიუტერულ ტექნიკას, აჩვენა რომ მათი

63%-ის მიერ კომპიუტერიზაცია განხორციელებულია საბუღალტრო აღრიცხვაში, 45%-ის მიერ ადმინისტრაციულ საქმიანობაში, 26,6% მიერ მომარაგების პროგრამირებასა და მარაგების მართვაში, 17% - სამკურნალო საშუალებების შესახებ საინფორმაციო ბანკის შექმნაში. ისინი მიუთითებენ, რომ კომპიუტერულ ტექნიკაზე გაწეული ხარჯები ანაზღაურებული იქნა ექსპლუატაციის პირველი 2-3 წლის განმავლობაში. 83% მიერ თვითღირებულება ანაზღაურდა გარკვეულ სამუშაოზე დროის დანახარჯის შემცირების საფუძველზე; მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევაში თვითღირებულების ანაზღაურება მოხდა პერსონალის შემცირების გზით.

კვლევის ობიექტებზე სტრუქტურულ-ფუნქციონალურმა და უშუალო დაკვირვების მეთოდმა აჩვენა, რომ ფარმაცევტული საქმიანობის პროცესში კომპიუტერული ტექნიკის ფუნქციონირება რეგულირდება შერჩეული ოპერაციული სისტემებით, რომლებიც განსაზღვრავს სამუშაო ადგილზე საჭირო მონაცემების ხელმისაწვდომობას და როგორც მსგავსი, ასევე განსხვავებული პროგრამებით პარალელურ რეჟიმში მუშაობის შესაძლებლობას. თუმცა, უმჯობესია სტანდარტული პროგრამების დიფერენცირება (მაგალითად, საბუღალტრო აღრიცხვისა და საანგარიშსწორებო პროგრამების, აგრეთვე მონაცემთა ბაზების, რომელთა ფუნქციებიც არ არის მხოლოდ ავთიაქისათვის განსაზღვრული) და ინდივიდუალური პროგრამებისა (მაგალითად, ფარმაცევტული პროდუქციის მარაგების მართვისა და მომარაგების პროგრამებისა). ეს უკანასკნელი მიეკუთვნება სპეციალიზირებულ ტექნოლოგიებს, რომლებიც განკუთვნილია პროფესიონალთა ვიწრო წრისათვის; შესაძლებელია აგრეთვე ყოველი ავთიაქისათვის ინდივიდუალური ქვეპროგრამების შემუშავება, რომლებიც განაწილებს ძირითადი პროგრამის ფუნქციებს და უზრუნველყოფს ფარმაცევტული საქმიანობის პროცესში ისეთი სპეციფიკური საკითხების მოგვარებას, როგორცაა პაციენტებისა და სპეციალისტების საინფორმაციო უზრუნველყოფა, ავთიაქის საფინანსო მარკენებლების ანალიზი, დანიზვრა, რეცეპტების აღრიცხვა, საბანკო-საანგარიშსწორებო ოპერაციების წარმოება და სხვა. მილიანობაში, აღნიშნული ქვეპროგრამები გააუმჯობესებს ფარმაცევტული საქმიანობის ორგანიზაციის ხარისხს. ქვეპროგრამის შერჩევისას ყურადღება უნდა მიექცეს ავთიაქის ინდივიდუალობას, საავთიაქო დაწესებულების მომსახურების ზონაში არსებული პაციენტების ინფრასტრუქტურას, პერსონალის კვალიფიკაციას, ექიმთა დანიშნულებების და რეცეპტურის თავისებურებებს.

საავთიაქო დაწესებულებებში კომპიუტერების ფუნქციონირება ძირითადად ემყარება მონაცემთა ცენტრალიზირებულ დამუშავებას. ისეთი მონაცემები, როგორცაა დეტალური ინფორმაცია ფარმაცევტული პროდუქციის შესახებ, დაფიქსირებულია ცენტრალურ სერვერზე ანუ ფარმაცევტული ბაზის შესაბამის კომპიუტერზე, რომელსაც ავთიაქები უკავშირდებიან შედარებით მარტივი პერსონალური კომპიუტერის, სათანადო ძირითადი პროგრამებისა და ქსელური სისტემების (სატელეფონო ხაზები, მოდემი, გლობალური საინფორმაციო ქსელები) საშუალებით. ცენტრალიზებული სისტემის უპირატესობაა ის, რომ ავთიაქი ავტომატურად დებულობს ახალ ინფორმაციებს მონაცემთა ცენტრალური ბანკიდან, კერძოდ, ინფორმაციებს შემოსული ახალი სამკურნალო საშუალებების შემადგენლობის, მიწოდების პირობების, ცალკეული პრეპარატების ქსელთან ამოღების, ფასების ცვლილების და ა.შ. შესახებ. აღნიშნული

მასალების ცვლილების შემთხვევაში, ავთიაქმი არ არის საჭირო მათი დამოუკიდებელი კორექცია; ამდენად მომსახურე პერსონალი დაზღვეულია დამატებითი შრომისაგან. ცენტრალიზებული სისტემის უარყოფითი მხარეა მაღალი ხარჯები და მონაცემთა მიწოდების შედარებით დაბალი სიჩქარე.

მონაცემთა დეცენტრალიზებული დამუშავების შემთხვევაში ავთიაქს ესაჭიროება ინდივიდუალურად შერჩეული პერსონალური კომპიუტერის სრული კომპლექტი, რომლითაც შესაძლებელი იქნება როგორც ძირითად პროგრამაზე, ასევე შესაბამის მონაცემებზე უშუალო მანიპულირება, სასაწყობო მარაგების დამოუკიდებელი დამუშავება, შეკვეთების წარმოება და აუცილებელი ინფორმაციების მოძიება. აღსანიშნავია, რომ განხილული სისტემის ხარჯები არ განისაზღვრება მისი გამოყენების სიხშირით ანუ არ გასცდება დაგეგმილ ნორმებს, თუნდაც მისით სარგებლობა მაქსიმალური ინტენსივობით მოხდეს. ყოველი მონაცემი დაფიქსირებულია ავთიაქმი და დაზღვეულია გარე ზემოქმედებისაგან. მონაცემთა დეცენტრალიზებული დამუშავების ნაკლოვანება მდგომარეობს იმაში, რომ ნებისმიერი ცვლილება მომწოდებლის მიერ გაცემულ ინფორმაციასთან დაკავშირებით უნდა დაფიქსირდეს დამოუკიდებლად, ავთიაქმი ამ საქმიანობით დაკავებული პერსონალის მიერ.

დღეისათვის, კომპიუტერული ტექნიკის გათვალისწინებით, მონაცემთა ცენტრალიზებული დამუშავების მეთოდის პირობებში კომუნიკაციების ხარჯების ზრდის ფონზე, განსაზღვრავს აქცენტის გადახრას მონაცემთა დეცენტრალიზებული დამუშავების სისტემის გამოყენებისაკენ.

კომპიუტერული სისტემებით ფარმაცევტული პროდუქციის მარაგების მართვის პროცესის ორგანიზაციისათვის მოწოდებულია განსხვავებული სისტემები, რომლებიც ახდენს შეკვეთების ოპტიმიზაციას პერსონალურ კომპიუტერში თითოეული სასაქონლო ოპერაციის ფიქსირების საფუძველზე; აღნიშნული მიიღწევა ან ფარმაცევტული პროდუქციის ყოველი ერთეულის რეალიზაციის რეგისტრირებით (POS-სისტემა) ან კომპიუტერში სათანადო ინფორმაციის შეყვანით, რომ მედიკამენტების რაოდენობა გასცდა წინასწარ დადგენილი მინიმალური მარაგის ზღვარს (POR-სისტემა).

ავტომატიზირებულ სააღრიცხვო საქმიანობას საქონლის მოძრაობის ყველა დონეზე გააჩნია მომარაგების სისტემის ელემენტები: მარაგების მინიმალური ოდენობა და დისპოზიციის შუალედი. ფარმაცევტული ბაზა "ავერსის" სტრუქტურულ-ფუნქციონალურმა შესწავლამ გვიჩვენა, რომ შეკვეთები ხორციელდება მიწოდების სპეციფიკის გათვალისწინებით: ა) შეკვეთების წარმოება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ერთნაირი ოდენობითა და დისპოზიციის განსხვავებული შუალედებით; ბ) შეკვეთების ცვლადი ოდენობითა და დისპოზიციის ერთი და იგივე შუალედით; გ) შეკვეთის განსხვავებული ოდენობითა და დისპოზიციის განსხვავებული შუალედით;

შ.პ.ს. "ავერსის" ავთიაქმის საქონელბრუნვის ანალიზმა აჩვენა, რომ მცირე ავთიაქმის მიერ შეკვეთების ფორმირებისათვის პრიორიტეტულია მესამე ვარიანტი. შეკვეთების გაანგარიშებისათვის ჩვენს მიერ აპრობირებული იქნა მათემატიკური მოდელირების მეთოდი, რომელშიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ისეთი ფაქტორები, როგორცაა საქონლის ბოლო პარტიის ოდენობა, შუალედი ბოლო შესყიდვიდან, მარაგების მინიმალური ოდენობა და

დისპოზიციის შუალედი. ამ ფაქტორების გათვალისწინებით ფორმულას აქვს შემდეგი სახე :

შეკვეთის ოდენობა = ბოლოს შესყიდული პარტიის ოდენობა : შუალედი ბოლო შესყიდვიდან

შეკვეთის გაანგარიშება ჩატარდა პერსონალური კომპიუტერის მეშვეობით და მათმატიკური მეთოდების გამოყენებით. შეიქმნა სურათი, როდესაც ბოლო შესყიდვის შუალედმა გადააჭარბა დისპოზიციის ვადას, შეკვეთის ოდენობა შემცირდა და პირიქით. გაზრდილმა შეკვეთებმა ცალკეულ მედიკამენტებზე პროპორციულად იმოქმედა ფასდათმობაზე მომწოდებელთა მხრიდან, თუცა გაიზარდა სასაწყობო მეურნეობის ხარჯები. ცალკეულ მედიკამენტებზე შეკვეთების შემცირებისას ეს უკანასკნელი შემცირდა, მაგრამ მასთან ერთად შემცირდა მომწოდებელთა მხრიდან ფასდათმობების დონეც. შეკვეთის ოდენობა ასევე უშუალოდ უკავშირდება მოწოდების ხარჯებს, რაც თითოეულ შეფუთვაზე გადაანგარიშდება. აღნიშნული სისტემით ფარმაცევტული პროდუქციის მარაგების მართვისას გამოიკვეთა შემთხვევები, როდესაც მომწოდებლის მხრიდან არსებული ფასდათმობის საფუძველზე შეკვეთების ოპტიმიზაციის მიზნით პერსონალურმა კომპიუტერმა უპირატესობა მიანიჭა იმ მომწოდებელს, რომელიც შედარებით მეტ ფასდათმობას, მაგრამ ნაკლებ სერვისს (კერძოდ, ასორტიმენტის მცირე რიცხოვნება, დაბალი მოწოდების უზარაზნობა და მოწოდების დაბალი სიჩქარე, არასათანადო ინფორმაციული უზრუნველყოფა) გეთავაზობდა.

ამრიგად, როგორც ეკონომიკური, ისე სოციალური კრიტერიუმების გათვალისწინებით, სამკურნალო საშუალებების მოწოდების პირობების ოპტიმიზაციისათვის, ფარმაცევტული დაწესებულების მმართველის შეხედულებების გათვალისწინებით შერჩეული პარამეტრების საფუძველზე კომპიუტერი არჩევს ალტერნატიულ მომწოდებელს და საზღვრავს შეკვეთის ოდენობას სამედიცინო და ფარმაცევტულ საქონელზე.

ლიტერატურა

1. Л. Пул - Работа на персональном компьютере- М. "Мир", 1986
2. В.Н. Чубарев – Фармацевтическая информация. – М.2000
3. "Человек и лекарство"- Тезисы докладов. – М. 2001
4. Орехов Н.М. – Методические подходы совершенствования применения средств вычислительной техники в аптечной службе – Аврореф. канд. диссерт., М. 1996

**Никурдзе Н., Грдзелишвили Ш., Горгаслидзе Н., Заркуа Т.
МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ
ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ В УПРАВЛЕНИИ ЗАПАСАМИ
МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ТОВАРОВ.
РЕЗЮМЕ**

Апробированный модель дает возможность применяя компьютер определить альтернативного поставщика и оптимальный уровень заказа на медицинские и фармацевтические товары.

Nikuradze N., Grdzelishvili Sh.,
Gorgaslidze N., Zarqua T.

**METODICAL ASPECTS APPLY CALCULATION TECHNICS IN DIRECTION OF
STOCKS MEDICAL AND PHARMACEUTICAL PRODUCTION
S U M M A R Y**

Approved model by using computer gives possibility to determinate the alternative deliverer and optimal level of medical and pharmaceutical orders.

ზ.ორჯონიკიძე, ნანა ყიფიანი, თ.სანიკიძე, ბ.კაპანაძე
FeS-შეფუთვითი ცილა და NO პაროლონტივის მიმართ
თსსუ, სტომატოლოგიური კლინიკა,
თსსუ-ის ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი

პაროლონტივის დაავადებები სტომატოლოგიის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი პრობლემაა. მათ ერთ-ერთი უმთავრესი ადგილი უკავიათ სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში, რადგან სულ უფრო მეტ აქტუალობას იძენენ მზარდ გავრცელებასთან, კბილის აპარატის მძიმე დაზიანებასთან, ესთეტიკურ დისკომფორტთან დაკავშირებით. პაროლონტივის დაავადებათა შორის ფრიად ხშირი ქრონიზებით და კბილ-ღრმილოვანი აპარატის მძიმე დაზიანებით მკვეთრად გამოირჩევა მისი ქსოვილის ანთება - პაროლონტიტი.

პაროლონტიტის სიხშირის გამწვავების, ზოგჯერ მძიმე შედეგის, მიზეზია, ერთის მხრივ, დამზიანებელ ფაქტორთა მიმართ პაროლონტიის ქსოვილის მუდმივი ექსპოზიცია, მეორე მხრივ კი მისი პათოგენური მკურნალობის ერთგვარი დაუხვეწავობა, რაც პირობადებულია დაავადების განვითარების ძეჟანიზმების არასრულყოფილი ცოდნით. ეს განსაკუთრებით ენება პაროლონტიტის მოლეკულურ, სუბუჯრედულ და უჯრედულ საფუძველს.

პაროლონტიტის ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, ეპიდემიოლოგიის კვლევაში, კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების დახვეწაში, იმუნურ დიაგნოსტიკაში, მკურნალობის მრავალფეროვანი მეთოდების დანერგვაში მიღწეული წარმატებების მიუხედავად, დაავადების ირგვლივ რჩება მრავალი ჯერ კიდევ გაურკვეველი საკითხი, რომელიც აუცილებელ შესწავლას საჭიროებს. ეს ეხება ჟანგითი პროცესების კვლევას უჯრედულ და სუბუჯრედულ დონეზე და რკინის მონიტორინგული კომპლექსების (ბუ - მნკ) როლის შესწავლას პაროლონტიტის პათოგენეზში, რომელთა ეპრ სიგნალის ინტენსივობის ცვლილებები საშუალებას გვაძლევენ ვიმსჯელოთ ღრმადი ქსოვილში ენდოგენური თავისუფალი აზოტის ოქსიდის შემცველობის შესახებ.

აზოტის ოქსიდი ბიოლოგიურად ზედმიწევნით აქტიური უნივერსალური პოლიფუნქციური მოლეკულაა, რომელიც ასრულებს უნიკალური მოდულატორის როლს მრავალ ფიზიოლოგიურ პროცესში (Peyton B.H., 1995, Турпаев K.T., 1998, Denham S., Rowband J., 1992; Haight L., Zamel N., 1999). ის გენერირდება სხვადასხვა ტიპის უჯრედებისა და ქსოვილების მიერ სხვადასხვა სისტემასა და ქსოვილში. მიუხედავად აზოტის ოქსიდის ასეთი მნიშვნელობისა, მისი როლი პაროლონტიტის პათოგენეზში შეუსწავლელია.

გამოკვლევის მიზანი იყო აზოტის ოქსიდის როლის დადგენა პაროლონტიტის პათოგენეზში, აგრეთვე მისი კავშირის გამოკვლევა პეროქსიდაციულ პროცესებთან, რომლებიც წამყვან როლს თამაშობენ პაროლონტიტის ძეჟანიზმში.

გამოკვლევები ჩატარებულია ორივე სექსის 25-55 წლის 25 პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანზე და პაროდონტიტით დაავადებულ 68 ქალზე და 40 მამაკაცზე. მათგან 40 დაავადებული იყო მსუბუქი ფორმის პაროდონტიტით, 39-39 საშუალო და მძიმე ფორმის პაროდონტიტით.

კლინიკაში ყველა ავადმყოფს გამოკვლევა უტარდებოდა წინასწარ შედგენილი გეგმის მიხედვით. პაროდონტიტის სიმძიმეს ვსაზღვრავდით მისი კლინიკური გამოვლინებებით და რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე.

ჟანგვით პროცესებს ვაყვასებდით მაღალი სიზუსტის ელექტრონულ-პარამაგნიტური რეზონანსის (ეპრ) მეთოდით, რომელზე დაყრდნობით შეიძლება მსჯელობა თავისუფალი NO-ს შემცველობაზე, მიტოქონდრიული სუნთქვის ინტენსივობაზე, მიტოქონდრიებში და მიკროსომებში ელექტრონული ტრანსპორტის მთლიანობის, თავისუფალი რადიკალების გენერაციისა და ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვის პროცესებზე.

თავისუფალი NO-ს განსაზღვრის მიზნით, ღრძილის ბიოპტატს ვათავსებდით ნატრიუმის დიეთილთიოკარბამატის ერთმოლარულ ხსნარში 0,5 სთ-ის განმავლობაში, შემდგომში მისი ეპრ სპექტრი ისაზღვრებოდა კომპიუტერიზებულ რადიოსპექტრომეტრით P3 1307 თხევადი აზოტის ტემპერატურაზე.

ცხრილში მოყვანილია რკინის მონიტორიზიული კომპლექსების ეპრ სიგნალის ცვლილებები სხვადასხვა სიმძიმის პაროდონტიტის დროს.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მსუბუქი ფორმის პაროდონტიტის დროს ღრძილის ქსოვილში თავისუფალი აზოტის ოქსიდის რაოდენობა თითქმის არ იცვლება საკონტროლო მაჩვენებლებთან შედარებით, საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს კი ენდოგენური აზოტის ოქსიდის შემცველობა მკვეთრად მცირდება და შეადგენს საკონტროლო მაჩვენებლების 49%-ს. მძიმე პაროდონტიტის დროს აღნიშნული სიგნალის ინტენსივობა კიდევ უფრო კვეთილება და შეადგენს საკონტროლო მაჩვენებლების 33%-ს.

ამრიგად მსუბუქი პაროდონტიტის დროს ღრძილში თავისუფალი NO-ს რაოდენობა საკონტროლო მაჩვენებლებთან შედარებით არ იცვლება. პაროდონტიტის საშუალო და, განსაკუთრებით, მძიმე ფორმის დროს მცირდება (50-60%-ით), რაც განაპირობებს ღრძილის ქსოვილის მიკრობოციდული უნარის დაქვეითებას, სისხლის მიმოქცევის მოშლას, თრომბოციტების აგრეგაციას, ლიმფოციტთა პროლიფერაციას, ციტოკინების ბალანსის დარღვევას. ყოველივე ეს ღრძილის ქსოვილში ანთებითი პროცესის განვითარებას და დაავადების დამძიმებას უწყობს ხელს. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ღრძილის ქსოვილში პაროდონტიტის დამძიმებასთან ერთად იზრდება აზოტის ოქსიდის არაჰემურ რკინასთან კომპლექსების ეპრ სიგნალის ინტენსივობა, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ღრძილის ქსოვილში თავისუფალი NO-ს კონცენტრაციის დაქვეითება დაკავშირებულია მიტოქონდრიული FeS-ის შემცველი ცილების ნიტროზილირებასთან (K.T. Турпаев; 1998), რაც, ერთის მხრივ, ამცირებს თავისუფალი NO-ს პულს კი ზღუდავს მისი დადებითი ეფექტების გამოვლინებას, მეორე მხრივ კი იწვევს მიტოქონდრიული სუნთქვითი ჯაჭვის ელექტრონების გადამტანების ინაქტივაციას, ელექტრონების ტრანსპორტის დათრგუნვას, მიტოქონდრიული სუნთქვის ინტენსივობის და ჟანგვითი ფოსფორილების შესუსტებას.

რკინის მონიტორინგული კომპლექსების ეპრ სიგნალის ცვლილებები სხვადასხვა სიმძიმის პაროდონტიტის დროს

	№	Fe მგ _კ გ=1 (მმ/მგ)
ჯანმრთელი ადამიანები	10	90±5,2
მსუბუქი პაროდონტიტით დაავადებულნი	15	85±7,8
საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტით დაავადებულნი	15	44±5,83
მძიმე პაროდონტიტით დაავადებულნი	15	30,0±4,0

P: 1-2>0,05; 1-3<0,001; 1-4<0,001; 2-3<0,001;
2-4<0,001; 3-4<0,05;

დასკვნები

1. საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის და, მით უფრო, მძიმე ფორმის პაროდონტიტის დროს ღრძილის ქსოვილში მკვეთრად მცირდება თავისუფალი NO-ს შემცველობა, რაც ხელს უწყობს მისი მიკრობოციდული უნარის დაქვეითებას, სისხლის მიმოქცევის მოშლას, თრომბოციტების აგრეგაციას, ლიმფოციტთა პროლიფერაციას, ციტოკინების ბალანსის დარღვევას. ყოველივე ეს ღრძილის ქსოვილში ანთებითი პროცესის განვითარებას და დაავადების დამძიმებას უწყობს ხელს.
2. თავისუფალი NO-ს კონცენტრაციის დაქვეითება ღრძილის ქსოვილში პაროდონტიტის დროს დაკავშირებული უნდა იყოს მიტოქონდრიული FeS-ის შემცველი ცილების ნიტროზილირებასთან.

ლიტერატურა:

1. Реутов В.П. // Успехи Биол. химии, 1999, 35, 189- 228.
2. Турнаев К.Т. // Роль оксида азота в передаче сигнала между клетками. молекулярная биология. 1998. т. 32, N4, с. 581-591.
3. Denham S., Rowland A.J. // Clin. Exp. Immunol., 1992, 87, 157-162.
4. Haight J., Zamel N. // Exploring the Mysterions Roils of Nitric Oxide. RT International, 1999, 67-76

Орджоникидзе З., Кипиани Нана,
Саникидзе Т., Капанадзе Б.
FeS-СОДЕРЖАЩИЕ БЕЛКИ И NO МЕХАНИЗМЕ ПАРОДОНТИТА
РЕЗЮМЕ

Методом электронно-парамагнитного резонанса изучены окислительные процессы и содержание мононитрозильных комплексов железа (индикатором свободного NO) в деснах больных пародонтитом.

Установлено, что при пародонтите средней тяжести и тяжелой форме болезни в ткани десен резко снижается содержание свободного NO, что снижает его микробицидные свойства, нарушает кровообращение и баланс цитокинов. Указанное способствует усугублению воспаления и глубокому повреждению десны.

Снижение концентрации NO в крови должно быть связано с нитрозилированием FeS-содержащих белков.

Ordjonikidze Z., Kipiani Nana, Sanikidze T., Kapanadze B.
**FeS CONTAINING PROTEINS AND NO
IN THE MECHANISM OF PARODONTITIS**
SUMMARY

By method of Electron Paramagnetic Resonance have been studied the oxidative processes and content of iron mononitrosile complexes (indicator of free NO) in the gingiva of the patients with parodontitis.

Has been established that at parodontitis of moderate severity and severe forms of illness in the gingival tissue content of free NO is markedly decreased that reduces its microbicidal properties, disturbs blood circulation and the balance of cytokines. The above-mentioned contributes to worsening of inflammation and deep injury of gingiva.

Decrease of No concentration in the blood should be related to nitrosilating of FeS containing proteins.

ნ.პაეღიაშვილი, ვ.ყიფიანი, თ.პეტრიაშვილი, მ.ნამორაძე, თ.მჭედლიშვილი.
**სისხლის ანტიოქსიდანტური ფერმენტების აქტივობის
ცვლილებები ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომის დროს**
თსსუ, პათოფიზიოლოგიის კათედრა

გამოკვლევების შედეგად დადგენილია, რომ ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომის (ხზს) განვითარების ერთ-ერთი მთავარი პათოგენეზური ფაქტორი თავისუფალი რადიკალების გენერაციის და შესაბამისად, ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვის (ლზე) პროცესების გაძლიერებაა. ყოველივე ამას თან სდევს სხვადასხვა (როგორც დაზიანებულ, ასევე ინტაქტურ) ორგანოსა და ქსოვილში ანტიოქსიდანტური სისტემის აქტივობის დაქვეითება. ამ ფაქტის დასადასტურებლად ჩვენ მიზნად დავისახეთ ექსპერიმენტში შეგვესწავლა ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომის განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე სისხლის ანტიოქსიდანტური ფერმენტების მდგომარეობა.

ხზს-ის დროს სისხლის ანტიოქსიდანტური ფერმენტების აქტივობის, და აქედან გამომდინარე, ლზე-ის ინტენსივობის განსაზღვრისთვის გამოვიყენეთ სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი და ელექტრონულ-პარამაგნიტური რეზონანსის

(ეპრ) მეთოდი. სისხლის ანტიოქსიდანტური ფერმენტებიდან შესწავლილ იქნა კატალაზას აქტივობა (Aebi H. 1984, Королук и др.-ის მოდიფ.) და ცერულოპლაზმინის როგორც საერთო (Павин, 1956, Бабенко-ს მოდიფ. 1963, 1968), ისე მისი დაჟანგული ფორმის რაოდენობა (ეპრ მეთოდი). ცდები ჩატარებულია თერთ ვირთავებზე მასით 180-200 გრ, კომპრესიის ხანგრძლივობა (მარწუხების დაღება უკანა კიდურებზე) შეადგენდა 3 და 6 საათს. სისხლს ვიკვლევდით კომპრესიის დამთავრებისთანავე, კომპრესიის დამთავრებიდან 1 და 6 საათის შემდეგ.

ცხრილიდან ჩანს, რომ 3 საათიანი კომპრესიის დამთავრებისთანავე სისხლში მატულობს ცერულოპლაზმინის საერთო რაოდენობა 28%-ით, მისი დაჟანგული ფორმის რაოდენობა - 28%-ით. შესაბამისად იზრდება მათი შეფარდება (40%-ით). კატალაზას აქტივობა კი მცირდება 28,7%-ით. ანტიოქსიდანტური სისტემის ასეთი ცვლილება მიუთითებს, რომ 3 საათიანი კომპრესიისას მატულობს თავისუფალი რადიკალების გენერაცია და ლზჟ-ის პროცესი, რაც კომპენსაციურად იწვევს ცერულოპლაზმინის საერთო რაოდენობის გაზრდას, მაგრამ ამავე დროს, კატალაზას სტატისტიკურად სარწმუნო ინაქტივირებას.

3 საათიანი კომპრესიის დამთავრებიდან 1 საათის შემდეგ დაკვირვების წინა პერიოდთან შედარებით ცერულოპლაზმინის საერთო რაოდენობა შემცირდა 9,9%-ით, საკონტროლო მაჩვენებელთან შედარებით კი - 21%-ით. მისი დაჟანგული ფორმების რაოდენობა შესაბამისად - 29%-ით და 28%-ით, მათ შეფარდებასთან ერთად. კატალაზას აქტივობა კი ნორმასთან შედარებით საგრძნობლად გაიზარდა - 22%-ით, დაკვირვების წინა პერიოდთან შედარებით კი - 22%-ით. ყოველივე ეს მიუთითებს, რომ დაკვირვების ამ ეტაპზე სისხლის ანტიოქსიდანტური თვისებები უმჯობესდება. ამის მიზეზად შეიძლება მივიჩნიოთ როგორც თავისუფალი რადიკალების გენერაციის და ლზჟ-ის პროცესის შემცირება, ისე სისხლის ანტიოქსიდანტური უნარის კომპენსაციური გააქტივება. 6 საათიანი დეკომპრესიის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ კატალაზას აქტივობა ნორმასთან შედარებით მომატებულია მხოლოდ 2,9%-ით, მაგრამ ცერულოპლაზმინის საერთო რაოდენობა იზრდება 16,4%-ით, მკვეთრად იმატებს მისი დაჟანგული ფორმა - 83%-ით. ე. ი. ამ პერიოდისთვის დაკვირვების წინა პერიოდთან შედარებით გაიზარდა თავისუფალი რადიკალების და შესაბამისად ლზჟ-ის ინტენსივობა, სისხლის ანტიოქსიდანტური ფერმენტების აქტივობის შეფარდებითი დაქვეითება.

6-საათიანი კომპრესიისას სისხლში იმატა დაჟანგული ცერულოპლაზმინის რაოდენობამ (10%-ით) მისი საერთო რაოდენობის დაკლების ფონზე (13%-ით). კატალაზას აქტივობა მკვეთრად მატულობს - 28%-ით. კომპრესიის დამთავრებიდან 6 საათის შემდეგ ცერულოპლაზმინის დაჟანგული ფორმის რაოდენობა კიდევ უფრო მეტად გაიზარდა - 38%-ით, კატალაზას აქტივობა შემცირდა 57%-ით. ეს მონაცემები მიუთითებს, რომ ამ ხანგრძლივობის კომპრესიისას ძლიერდება თავისუფალი რადიკალების გენერაციის და ლზჟ-ის პროცესები. უშუალოდ კომპრესიისას ეს პროცესები იწვევს ცერულოპლაზმინის აქტივობის დაქვეითებას, მაგრამ კატალაზას აქტივობა კომპენსაციურად ძლიერდება. კომპრესიის დამთავრებიდან 6 საათის შემდეგ თავისუფალი რადიკალების გენერაცია და შესაბამისად ლზჟ-ის პროცესი ძლიერდება, რაც თავის მხრივ იწვევს სისხლის ანტიოქსიდანტური უნარის მკვეთრ დაქვეითებას.

ამრიგად, როგორც 3, ასევე 6 საათიანი კომპრესია იწვევს სისხლის ანტიოქსიდანტური ფერმენტების აქტივობის სხვადასხვა ხასიათის ცვლილებებს. ეს ცვლილებები უფრო მკვეთრად გამოხატულია 6 საათიანი კომპრესიის დამთავრებიდან 6 საათის შემდეგ. 3 საათიანი კომპრესიის

დამთავრებდან 1 და 6 საათის შემდეგ ლზჟ-ის ინტენსივობა ქვეითდება და სისხლის ანტიოქსიდანტური უნარი მეტნაკლებად ნორმალიზდება, ხოლო 6 საათიანი კორესის დამთავრებიდან 6 საათის შემდეგ ლზჟ-ის პროცესების ინტენსივობა კვლავ რჩება მომატებული, სისხლის ანტიოქსიდანტური ფერმენტების - კატალაზას და ცერულოპლაზმინის აქტივობა კი - დაქვეითებული.

ცხრილი

დაკვირვების ვადა	კატალაზას აქტივობა მოლ.კატალ/ლ	ცერულოპლ საერთ. რაოდ. ერთ მლ. ერთ	დაჟანგული ცერულო- პლაზმინი 1 მმ/მგ	დაჟანგ.ცერ
				საერთ. რაოდ.
კონტროლი	13,6 ± 1,0	0,1 ± 0,002	15,0 ± 1,9	150
3სთ კომპრ.	10,1 ± 0,4	0,128 ± 0,01	26,9 ± 1,5	210
3სთ კომპრ.+ 1სთ დეკომპრ.	16,6 ± 1,2	0,121 ± 0,001	19,2 ± 1,2	160
3სთ კომპრ.+ 6სთ დეკომპრ.	14,0 ± 0,2	0,149 ± 0,02	25,4 ± 1,5	170
6 სთ კომპრ.	17,46 ± 0,8	0,087 ± 0,001	16,5 ± 1,7	200
6 სთ კომპრ.+ 6სთ დეკომპრ.	5,9 ± 1,6	0,112 ± 0,002	20,8 ± 1,8	190

Павлиашвили Н., Кипиани В., Петриашвили Т.,
Наморадзе М., Мchedlishvili Т.
ИЗМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ КРОВИ
ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛИВАНИЯ
(КРАШ - СИНДРОМЕ)
РЕЗЮМЕ

Методом электронно-парамагнитного резонанса (ЭПР) и биохимическим анализом крови изучена активность антиоксидантных ферментов крови - каталазы и церулоплазмينا при моделировании краш-синдрома различной длительности (3 часа компрессии плюс 1 и 6 часов декомпрессии, 6 часов компрессии плюс 6 часов декомпрессии).

Выявлено, что как 3-х, так и 6-часовая компрессия вызывает разного характера изменения активности антиоксидантных ферментов, которые значительно выражены при 6-часовой компрессии. После 3-х часовой компрессии плюс 1 и 6 часов декомпрессии отмечается снижение интенсивности перекисного окисления липидов и относительная нормализация антиоксидантных свойств крови. При 6-часовой компрессии плюс 6 часов декомпрессии перекисное окисление липидов остается повышенным, а антиоксидантная активность каталазы и церулоплазмينا - понижена.

Pavliashvili N., Kipiani V., Petriashvili T., Namoradze M., Mchedlishvili T.
**LIPID PEROXIDATION AND ACTIVITY OF ENZYMES
DURING CRUSH SYNDROM**

S U M M A R Y

Have been studied activity of blood enzymes - catalase and ceruloplazmin by the Electronic-paramagnetic resonance (EPR) and biochemical methods during crush syndrom of different duration (3 hour compression + 1 and 6 hour decompression and 6 hour compression + 6 hour decompression).

Has been revealed, that 3 and 6 hour compression disorders antioxidant enzymes activity, which is more expressed in case of 6 hour compression.

After 3 hour compression , 1 and 6 hour decompression decreases lipid peroxidation and relativity improves antioxidant ability of blood.

In case of 6 hour compression + 6 hour decompression antioxidant activity of catalase and ceruloplasmin are decreased and intensity of lipid peroxidation remains high.

ა.პავლიაშვილი
**ფეტომეტრიის რეზონანსური ნორმატიული
მაჩვენებლების დამუშავება საქართველოში**
ოსსუ, №2 მეანობა-გინეკოლოგიის კათედრა

ფეტომეტრია წარმოადგენს ნაყოფის ანატომიური სტრუქტურების სპეციალურ გაზომვას და ამჟამად არის ზოგადი სამეანო გამოკვლევის სისტემაში არსებული ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკის აუცილებელი კომპონენტი. ფეტომეტრით მიღებული მონაცემების შედარება ნორმატიულებთან იძლევა შესაძლებლობას დავაზუსტოთ ორსულობის ვადა და რამდენად ვადა შეესაბამება ნაყოფის განვითარების პარამეტრებს, აქვს თუ არა ადგილი ნაყოფის რეტარდაციას და ნაყოფის განვითარების მანკებს.

უკანასკნელი 10 წლის მანძილზე ფეტომეტრიის ჩატარების მსოფლიოში დაგროვილმა გამოცდილებამ ჩამოაყალიბა წარმოდგენა ფეტომეტრიის მინიმალური აუცილებელი მოცულობით გამოყენების შესახებ. აუცილებელი მინიმალური მოცულობა შეიცავს ისეთი პარამეტრების დადგენას, როგორიცაა ნაყოფის ბიპარიტალური დიამეტრი (ბპდ), ბარძაყის ძვლის სიგრძე (ბძ) და მუცლის საშუალო დიამეტრი (მსდ), მესამე დონის ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკის ცენტრების პრაქტიკაში მიღებულია ე.წ. გაფართოებული ფეტომეტრია, რომელიც შეიცავს 5-10 პარამეტრს, რაც აზუსტებს დიაგნოსტიკას და გაცილებით უფრო ეფექტურს ხდის ულტრაბგერით დიაგნოსტიკურ პროცედურებს. მიუხედავად იმისა, რომ მსოფლიოში ხარისხიანი ნორმატიული ფეტომეტრიული ცხრილების დიდმა რაოდენობამ ადგილი დაიმკვიდრა ყოველდღიურ კლინიკურ პრაქტიკაში, (3, 4), ჩამოყალიბებულია საყოველთაოდ აღიარებული კატეგორიული აზრი, რომ ნორმატიული ფეტომეტრიული მაჩვენებლების ცხრილები ყველა ცალკეული რეგიონისათვის უნდა იყოს შედგენილი (1, 2) მონოეთნიკური მოსახლეობის შემთხვევაშიც. აღნიშნული მაღვამის გათვალისწინებით, განსაკუთრებით საქართველოში, სადაც უძველესი ავტოხტონური მოსახლეობის უმრავლესობაა განსხვავებული

ანტროპომეტრიული მაჩვენებლებით, აუცილებლობას წარმოადგენდა ისეთი მხოლოდ საქართველოსთვის დამახასიათებელი ნორმატიული ფეტომეტრიული ცხრილის დამუშავება, რომელიც აუცილებელი იქნებოდა საქართველოში ულტრაბგერითი გამოკვლევების შედეგების სტანდარტიზაციისათვის პრენატალურ მედიცინაში.

პრენატალურ მედიცინაში 750 000 ულტრაბგერითი გამოკვლევების ჩვენმა 22 წლის განმავლობაში მიღებულმა გამოცდილებამაც დაგვარწმუნა იმაში, რომ სხვა ქვეყანაში სხვა ეთნოსისთვის შედგენილმა ცხრილმა შეიძლება ძლიერ გაზარდოს არასწორი დიაგნოზების რაოდენობა. ბევრ შემთხვევაში შეუძლებელია ნაყოფის განვითარების დინამიკის სწორი შეფასება და აქედან გამომდინარე სწორი სამედიცინო ტაქტიკის შერჩევა. ვინაიდან საქართველოსთვის დამახასიათებელი სპეციფიკური ფეტომეტრიული ნომოგრამები არ ყოფილა დღემდე შედგენილი, ჩვენ გადავწყვიტეთ შეგვესწავლა ორსულთა სათანადო რაოდენობა ამ მაჩვენებლების სტანდარტიზაციისათვის საჭირო პარამეტრების დადგენით.

მასალა და მეთოდები: 1995-1999 წწ. განმავლობაში ჩვენს მიერ გამოკვლეულ იქნა 2 322 ორსული ქალი რაიმე ექსტრაგენიტალური და სამედიცინო პათოლოგიის გარეშე. ნაყოფის ბიომეტრიას ამ ორსულებში ვაწარმოებდით ულტრაბგერით სკანერებზე მაღალხარისხოვანი ვიზუალიზაციით. ყველა ნაყოფს უტარდებოდა ზოგადი ექოსკოპიური გამოკვლევა. სპეციალურად ვიკვლიედით შემდეგ ბიომეტრიულ პარამეტრებს:

1. ნაყოფის თავის ქალას ბიპარეტალურ დიამეტრს (ბპდ)
2. "-----" "-----" ფრონტო-ოქციპიტალურ დიამეტრს (ფოდ)
3. "-----" გულმკერდის საშუალო ზომას (გმ)
4. "-----" მუცლის "-----" (გზ)
5. "-----" ბარძაყის ძვლის სიგრძეს (ბძ)

ჩვენს გამოკვლევებში ორსულობის ვადა მერყეობდა 10-დან 40 კვირამდე. ყველა ორსულმა იცოდა ბოლო თვიურის პირველი დღის თარიღი ან ჩასახვის თარიღი. თვიურის ხანგრძლიობა არ აღემატებოდა 7 დღეს. პერიოდი თვიურებს შორის შეადგენდა 28-30 დღეს. ყველა დაკვირვებაში ორსულობა იყო ერთი ჯანმრთელი ნაყოფით და მშობიარობა მოხდა 39-41 კვირის ვადაში ცოცხალი ჯანმრთელი ნაყოფით. ნაყოფის მასა დაბადებისას იყო 10-90 პერცენტილის ფარგლებში დროული ნაყოფის მასისა, რომელიც დამახასიათებელია საშუალოდ საქართველოსთვის და მიღებულია ლიტერატურაში (1). ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს გამოყენებულ იქნა სტანდარტული "ჭრილები" და ორიენტირები, რომლებიც რუტინულად ცნობილია კლინიკურ პრაქტიკაში (2).

რეგრესიული ანალიზის ჩატარებისას ყოველ ბიომეტრიულ მაჩვენებლისთვის (დამოკიდებული ვარიანტი) ვიყენებდით სტატისტიკურ მეთოდს მათი დამოკიდებულების განსაზღვრის (დამოკიდებული ვარიანტა) გესტაციურ ასაკთან. მონაცემების სტატისტიკური დამუშავება ნაწარმოები იქნა სტატისტიკური სამედიცინო პროგრამის "ბიოსტატის" (აშშ) გამოყენებით.

მიღებული შედეგები მოცემულია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში, სადაც აღნიშნულია ზომების საშუალო სიდიდეები და მათი ნორმების ფარგლები (საშუალო არითმეტიკული ± 2 სტანდარტული გადახრა (SD). ცხრილში

ნაჩვენებია ჩვენს მიერ მოწოდებული მონაცემები და უცხოურ ავტორთა ყველაზე ფართოდ გავრცელებული მონოგრაფიები.

ნაყოფის ძირითადი ნორმატიული ბიომეტრიული მაჩვენებლები ორსულობის სხვადასხვა ვადაში

ორსულობის ვადა (მწ.) Menst. Age	ბღ (Hadlock) (მმ.)	ბღ (საკუთარი მონაცემები) (მმ.)	ფრანტი-ოციბი-ტალური ღიატერი (მაფუქ-სა) (მმ.) FOD	ფრანტი-ოციბი-ტალური ღიატერი (საკუთარი მონაცემები) (მმ.) M1 2SD	გულმკერდის ღიატერი (ლ. პერ. სიანნი-ვი, კანდე-მდლოე)	გულმკერდის ღიატერი (საკუთარი მონაცემები) (მმ.) M=2SD 1HD	ბუტის ღიატერი (ლ.ს. პერსანი-ჩივიკი, ღებდილო-ვი) (მმ.)	ბუტის ღიატერი (საკუთარი მონაცემები) (მმ.) M=2SD AD	ბარბაყის ძელოს სიგრძე (Hadlock) (მმ.)	ბარბაყის ძელოს სიგრძე (საკუთარი მონაცემები) (მმ.)
10		15±1								6±2
11		18±2								8±1
12		23±1							8	11±1
13		26±2							11	14±1
14	27	30±2	31		23.9		23.5		15	17±1
15	30	34±2	36		28.0		27.6		18	20±2
16	33	38±1	41		31.9		31.6		21	23±1
17	37	41±2	47	57±3	35.6		35.6		24	25±2
18	40	44±2	51	59±3	39.4		39.5		27	28±2
19	43	46±2	55	62±4	43.0		43.2		30	32±2
20	46	50±3	60	65±3	46.4	41±4	47.0	51±3	33	35±3
21	50	53±2	64	69±3	50.1	43±4	50.6	55±4	36	38±2
22	53	56±2	67	72±4	53.4	45±4	54.1	57±4	39	41±2
23	56	59±3	70	75±4	56.5	48±4	57.6	62±4	42	43±2
24	58	62±3	74	79±4	60.0	51±4	60.9	65±4	44	45±2
25	61	65±3	78	83±5	63.1	54±4	64.2	68±4	47	48±2
26	64	67±3	83	85±4	65.8	56±5	67.4	71±4	49	50±1
27	67	70±2	88	90±4	69.1	58±4	70.5	74±5	52	52±1
28	70	73±2	91	93±4	71.9	60±4	73.5	77±5	54	55±2
29	72	77±3	94	96±4	74.4	64±4	76.5	80±5	56	58±1
30	75	79±3	97	98±5	77.4	66±4	79.0	83±4	58	60±2
31	77	81±3	100	101±4	80.0	68±4	82.1	87±5	61	62±2
32	79	83±3	103	103±4	82.1	70±5	84.8	90±5	63	64±2
33	82	85±3	105	104±5	85.0	71±4	87.4	94±5	65	65±1
34	84	87±3	108	106±5	87.3	73±4	90.0	95±5	66	67±2
35	86	88±3	110	107±4	89.1	75±4	92.4	97±5	68	69±1
36	88	89±3	112	108±4	91.8	76±4	94.8	98±5	70	71±1
37	90	90±3	114	110±4	93.8	77±4	97.0	102±5	72	73±2
38	91	91±2	116	112±4	95.3	79±4	99.3	104±5	73	75±1
39	93	92±2	118	113±4	97.8	81±4	101.3	106±4	75	77±1
40	95	93±1	120	114±5	98.6	82±4	103.4	107±5	76	78±1
41		94±1	122	115±5		83±4		108±5		79±1

შედგები: როგორც შეიძლება დაინახოთ ამ ცხრილში, აღინიშნება არსებითი სხვაობა ჩვენსა და უცხოურ მკვლევართა მონაცემებს შორის. უპირველეს ყოვლისა ჩვენთან ნაყოფს თავის ქალას ბიპარიეტალური დიამეტრი აღემატება Hadlock-ის მიერ მოწოდებულ ზომებს. ფრონტო-ოქციპიტალური დიამეტრი ორსულობის 32 კვირის ვადამდე ჩვენს მონაცემებში აღემატება ფუქსის მონაცემებს, მხოლოდ 32-ე კვირის შემდეგ ჩვენი მონაცემები ამ ავტორის მონაცემებზე შედარებით მცირეა. განსხვავება შეიმჩნევა მუცლისა და გულმკერდის დიამეტრის ზომებს შორის. პირველ შემთხვევაში ჩვენი მონაცემები აღემატებოდა ლ.ს. პერსიანინოვისა და ვ.ნ. დემიდოვის მონაცემებს, მეორე შემთხვევაში კი ნაკლები იყო.

ძალზე მნიშვნელოვანია ჩვენს გამოკვლევაში აღმოჩენილი ბარძაყის ძვლის სიგრძის მონაცემების თავისებურებანი, რომლებიც გაცილებით აღემატებოდა Hadlock-ის მონაცემებს, ორსულობის ბოლო თვეში კი – ნაკლებია, მაგ. უკრაინაში მიღებულ ნომოგრამების მაჩვენებლებზე.

ამრიგად, ჩვენს მიერ საქართველოში ჩატარებულ გამოკვლევების შედეგად გაირკვა, რომ მიღებული მონაცემები განსხვავდება უცხოელი ავტორების მიერ მოწოდებულ ნომოგრამებისაგან, რაც გამოწვეულია ქართველთა პოპულაციის კონსტიტუციური თავისებურებებით, მათ შორის პრენატალურ პერიოდშიც. აქედან გამომდინარე, ჩვენს მიერ მოწოდებული ნომოგრამები საფუძვლად შეიძლება დაედოს სტანდარტიზაციის ნორმატიულ დოკუმენტს, რომლის მიხედვით რეგლამენტირებული იქნება საქართველოში პრენატალური გამოკვლევების დროს ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკის გამოყენების მასშტაბი და ნაყოფის ფეტომეტრიული მონაცემების სავალდებულო ნორმატიული ცხრილები.

მიღებული ფეტომეტრიული მონაცემები შეიძლება გამოყებებულ იქნან ფართო სამეანო პრაქტიკაში.

ლიტერატურა

1. Медведев М. В., Юдина Е. В. «Задержка внутриутробного развития плода», 2 изд., М., РАВУЗДПГ, 1998, с. 50-58.
2. «Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике» (Под ред. Митькова В. В., Медведева М. В., т. 2, М., Видар, 1997).
3. Демидов В. Н., Бычков П. А., Логвиненко А. В., Воеводин С. М., «Ультразвуковая биометрия». Справочные таблицы и уравнения. В кн. «Клинические лекции по ультразвуковой диагностике в перинатологии». Под ред. Медведева М. В., Зыкина Б. И., М., 1990, с. 83-92.
4. Hadlick F. P., Harrist R. B. "Sonographic detection of abnormal fetal growth patterns Clin. Obstet. Gynec. 1984, v. 27, N 2, p. 342-351.

Папаташвили А.

РАЗРАБОТКА РЕГИОНАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕТОМЕТРИИ ДЛЯ ГРУЗИИ

РЕЗЮМЕ

С целью разработки региональных нормативных фетометрических показателей, специфических для Грузии, было проведено ультразвуковое обследование 2 322 беременных женщин без наличия какой-либо патологии беременных и экстрагенитальной патологии.

Проводилось стандартное измерение бипаристального размера головки плода, фронто-окципитального диаметра, среднего диаметра груди и живота, длины бедренной кости.

Полученные данные обрабатывались статистически.

Было выявлено расхождение показателей фетометрии, полученных нами, с показателями, которые были предложены другими исследователями в качестве нормативных, что свидетельствовало о специфике фетометрических параметров по региону Грузии.

Таким образом, полученные номограммы могут быть использованы в качестве нормативных в грузинской популяции и могут быть использованы в широкой акушерской практике.

A.M.Papitashvili
OUR EXPERIENCE OF FETOMETRY – THE BASIC INDEX IN
GEORGIA POPULATION
S U M M A R Y

Ultrasound studies of 2322 pregnant were used to determine the basic index of fetal biometry in Georgian population . During the pregnancy all of this pregnant were out of any morbid complications. Biometry study included measurement of biparietal diameter, fronto – occipital diameter, diameters of thorax and abdomen of the fetus, femur length.

The results of our study showed the marked difference between determined our basic index of fetometry and conventional graphs used now in prenatal medicine.

Our basic index must be usefull in Georgia region in prenatal examinations.

მ.პაპიშვილი, ტ.მატილოვა
კორნოსკლერალური ჭრილობების დროს
ეპითელური ძსოვილის ჩაზრდის პროფილაქტიკა
თსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა

მოუხედავად დიდი მიღწევებისა თვალის ტრავმების მიკროქირურგიული მეთოდებით მკურნალობის საქმეში, ისინი დღემდე გვეკვლინებიან თვალის კაკლის მძიმე და ხშირად შეუქცევადი გართულებების გამოწვევ მიზეზად. ერთ-ერთ ასეთ გართულებას წარმოადგენს ჭრილობიდან წინა საკანში ეპითელიუმის ჩაზრდა, რომელსაც ფისტულიზირებული ნაწიბურის ჩამოყალიბების შემთხვევაში მოჰყვება ზანგრძლივი ჰიპოტონია, ხოლო რქოვანის უკანა ზედაპირსა და წინა საკანის კუთხეში მისი დაფენა იწვევს დრენაჟული გზების ბლოკირებას და მეორადი გლაუკომის განვითარებას. საბოლოოდ, თვალის კაკლის ატროფიასა და დაკარგვასაც კი გამოიწვევს.

ამიტომ დღემდე აქტუალური და მნიშვნელოვანია ამ გართულებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მეთოდების შემდგომი ძიება და შემუშავება. ამ მიზანს ემსახურება წინამდებარე ნაშრომიც. ჩვენს კლინიკაში თვალის ჭრილობების მიკროქირურგიული დამუშავების დიდი გამოცდილების საფუძველზე დადგინდა, რომ ტრავმიდან 10 და მეტი საათის გავლის შემდეგ, ჭრილობაში გამოჭედილი ფერადი გარსი დაფარულია თხელი, გამჭვირვალე აპკით, რომელიც რიგიდულს ხდის ფერად გარსს. ყველა ოფთალმოქირურგისათვის ცნობილია, თუ

რა ძნელია რიგიდული ფერადი გარსის რეპოზიცია ირიდოტომიის გარეშე, რაც კიდევ დამატებითი ტრავმა თვალისათვის.

ამ აპკის ბუნების დასადგენად ჩვენს მიერ ჩატარებული იქნა ექსპერიმენტები "შინშილას" ჯიმის 15 ბოკვერზე.

ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ (დიკანის ინსტილაცია და ნოვოკაინის 2%-იანი ხსნარის რეტრობულბური ინექცია), კორნეოსკლერალურ არეში ბრიტვით ვაკეთებდით 5-6 მმ სიგრძის გამჭოლ ჭრილობას, ჭრილობის არეში გამოიჭედებოდა ფერადი გასი. კონიუნქტივის ქვეშ შეგვყავდა სტრეპტომიცინი, ქუთუთოებზე ვადებდით 1 ნაკერს. თვალის კაკალს ვიღებდით ოპერაციიდან 1 დღის, 2 დღის და 5 დღის შემდეგ. ენუკლეაციას ვაკეთებდით ადგილობრივი ანესთეზიით, ცხოველის მოკვლის გარეშე.

პრეპარატებს ვსწავლობდით პისტო-მორფოლოგიურად.

ერთი დღის შემდეგ გამოჭედულ ფერად გარსზე, უკვე შეიმჩნეოდა რქვანა გარსიდან ერთშიანი ეპითელიუმის გადაზრდა. 2 დღის შემდეგ გადაზრდილი ეპითელიუმი შედგებოდა ეპითელური უჯრედების 2-3 რიგისაგან. 5 დღის შემდეგ ეპითელური აპკის გარდა შეიმჩნეოდა შემაერთებული ქსოვილის ჩაზრდაც.

ამგვარად აპკი, რომელიც ფარავს ფერად გარსს, წარმოადგენს ეპითელიუმის პლასტს, რომელიც ინარჩუნებს გარკვეულ ტურვორს და პინცკტით აღებისას არ იკეცება და არ ჩამოეკიდება ფიბრინის აპკისაგან განსხვავებით. "რიგიდული" ფერადი გარსი აპკის მოცილების შემდეგ კარგავს "რიგიდულობას", ისევ ხდება ელასტიური და ადვილდება ამ გარსით მანიპულირება. ფერად გარსზე აპკის მოშორება არა მარტო ფერადი გარსის ჩაბრუნებას აადვილებს, არამედ ხელს უწყობს ისეთი მძიმე გართულების პროფილაქტიკას, როგორც არის ეპითელიუმის ჩაზრდა წინა საკანში. ფერად გარსზე გამჭვირვალე აპკის დანახვა შესაძლებელია მხოლოდ ოპერაციული მიკროსკოპის დიდ გადიდებაზე, მიკროქირურგიული ნემსის წვერით შეიძლება აპკის წამოწევა და შემდეგ მიკროშპადელით გამოჭედული ფერადი გარსის მთლიანად განთავისუფლება, რაზეც ბევრად არის დამოკიდებული ზემოთ აღნიშნული გართულებების თავიდან აცილება. კორნეო-სკლერალური და კორნეალური ჭრილობების დამუშავების დროს მიკროსკოპის დიდ გადიდებაზე მაქსიმალურად უნდა განთავისუფლდეს ფერადი გარსი ეპითელიალური აპკისაგან და მხოლოდ ამის შემდეგ ჩაბრუნდეს ჭრილობაში. ტექნიკურად ეს მნიშვნელოვან სიმბოლეს არ წარმოადგენს. ჩვენს კლინიკაში ეს მანიპულაცია სრულდება ყველა მორივე ოფთალმოქირურგის მიერ. ბოლო 5 წლის განმავლობაში ჩატარდა 171 ავადმყოფის ჭრილობის დამუშავება და შემთხვევათა 50-60%-ში ეპითელური აპკის მოცილებით არც ერთხელ არ ჰქონია ადგილი ეპითელის ჩაზრდას ჭრილობაში და ამ მიზეზით თვალის პიპოტონიის, ან მეორადი გაუკომის განვითარებას. აღნიშნულის საფუძველზე ჭრილობების დამუშავების დროს, განსაკუთრებით, ტრავმის მიღებიდან 10 და მეტი საათის დაგვიანებით, ყველა ოფთალმოქირურგს უნდა ახსოვდეს ეს გარემოება. თავდაპირველად უნდა იყოს მოცილებული ეპითელური აპკი მიკროსკოპის დიდ გადიდებაზე და მხოლოდ ამის შემდეგ ჩასწორდეს ფერადი გარსი.

1. Папава М., Шатилова Т. – Эпителизация выпавших оболочек микрохирургической обработки корнеосклеральных ранений глаза. "Офт. журнал", №6, 1988, С. 353-354.
2. Максимов И.Б. Особенности современных боевых огнестрельных повреждений глаз, их диагностика и хирургическое лечение. // Русский офтальмологический журнал. №1. 2000, С. 35.
3. Гундрова Р.А., Степанов А.В. Диалектика проблемы глазного травматизма. // Русский офтальмологический журнал. №1. 2000, С. 27.
4. Гундрова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М. Травмы глаз. - М., 1986. - 368 с.
5. Гундрова Р.А., Петропавловская С.А. Проходящие ранения и контузия глаза. - М., 1975. С. 17-19.
6. Даниличев В.Ф. Современная офтальмология. - С. - ПБ. 2000.
7. Каллахан А. Хирургия глазных болезней. - М., 1963, С. 166-170.
8. Корнилова А.Ф., Макарова С.М. Организация помощи больных с повреждением органа зрения. - Саратов, 1983, С. 20-23.
9. Сомов Е.Е., Бржецкий В.В. // Офтальмол. Журн. - 1986. №7. - С. 433-435.
10. King I.H., Wordsworth A.S. // An Atlas of ophthalmic surgery. - Philadelphia, Toronto, 1975. - 250-252.
11. Velhagen // Propädeutische Augenoperationslehre _Leipzig, 1964. - 223-224.

Папава М., Шатилова Т.
ПРОФИЛАКТИКА ВРАСТАНИЯ ЭПИТЕЛИЯ
ПРИ КОРНЕОСКЛЕРАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ГЛАЗА
Р Е З Ю М Е

Причиной ригидности радужки при корнеосклеральных травмах часто является нарастание эпителия на ее поверхность. Во время хирургической обработки корнеосклеральных ран и при наличии пленки тщательно удалить ее и только после этого приступить к вправлению радужки. Этим удастся предотвратить такое грозное осложнение, как врастание эпителия в переднюю камеру и избежать развитие гипотонии глазного яблока или вторичной глаукомы.

Papava M., Chatilova T.
THE PREVENTION OF INGROWTH OF THE EPITHELIUM IN CASES
CORNEOSCLERAL EYE INJURIES
S U M M A R Y

The removal of epithelial membranes films not only facilitates the setting of the prolapsed iris, but also helps to prevent such a threatening complication, as the ingrowth of the epithelium into the eye chamber. At the time of surgical treatment it is necessary to make inspection under the microscope of high magnification and the membrane, if present, should be thoroughly removed and only then one can begin to set the prolapsed iris.

გ.პარასკევაშვილი, გ.მგალობლიშვილი
ცმცხლნასროლ დაზიანებათა ზომიერთი მასასიათმებლის
ანალიზი. თბილისის სტაციონარების 1987-2000 წლების
მასალების მიხედვით

თსუ, ზოგადი ქირურგიის კათედრა, მედიცინის ისტორიის კათედრა

უკანასკნელ ათწლეულში წამოიჭრა საქართველოს სამედიცინო სამსახურისათვის უცნობი, სამხედრო სამედიცინო ხასიათის პრობლემები, რომლებიც საკუთარი ძალებით გადაჭრას საჭიროებენ. ჩვენს რეგიონში სამხედრო ტრამვის საკითხებზე შესრულებული მნიშვნელოვანი გამოკვლევები(1,2,3) საჯარისო კონტინგენტსა და სამხედრო დაწესებულებებში არსებულ თავისებურებებს ასახავს. რესპუბლიკის მსხვილ სტაციონარებში დაგროვილი პრაქტიკული გამოცდილება სათანადოდ გაანალიზებული არ არის დაჭრილთათვის დახმარების ორგანიზაციის, ქირურგიული ტაქტიკის და სპეციალური ქირურგიის სხვა მნიშვნელოვანი პრობლემების ჭრილში, შეუსწავლელია ჭრილობების მოვლანებითი გართულებების კონკრეტული მიზეზები, მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდები და შემდგომი რეაბილიტაციის საკითხები.

ნაშრომში განხილულია თბილისის №1 კლინიკური საავადმყოფოში, თსუ-ის №1 კლინიკასა და რესპუბლიკის ცენტრალურ კლინიკურ საავადმყოფოში 1987-2000 წლებში ცეცხლნასროლი დაზიანებით მოთავსებულ ავადმყოფთა მონაცემების ანალიზი.

შესწავლილია 1109 ავადმყოფობის ისტორია. დაზიანებათა სტრუქტურისა და დაჭრილთა რაოდენობრივი განაწილება მიხედვით 1987-2000 წლები ჩვენს მიერ პირობითად დაიყო 4 პერიოდად : 1. საბჭოთა პერიოდის მშვიდობიანობის ბოლო წლები (1987-1990წწ). 2. თბილისის ლოკალური და აფხაზეთის ომის (1991-93წწ). 3. ომის შემდგომი კრიზისული ვითარების (1994-97წწ). 4. შემდგომი სტაბილიზაციის პერიოდი (1998-2000წწ).

პირველ პერიოდში ავადმყოფთა რაოდენობამ საერთო რაოდენობის 8,2 % შეადგინა, მეორეში -70,5 %, მესამეში-16,3%, მეოთხეში-5,4%. ადგილი აქვს ცეცხლნასროლ დაზიანებათა რაოდენობის მატებას 1991-97 წლებში(86,8%). მეორე პერიოდის დაჭრილთა კონტინგენტი დაყოფილ იქნა: ა) ქობილისის სტაციონარების მასალა, რომელიც მოიცავს უშუალოდ შეიარაღებული კონფლიქტის ზონიდან მიღებულ დაჭრილებს (83%), ბ) აფხაზეთის ომის მინაწილე დაჭრილებს, რომელთაც მკურნალობის პირველი ეტაპი ჩაუტარდათ კონფლიქტის ზონაში და შემდგომი სპეციალიზირებული დახმარება მიიღეს რესპუბლიკის ცენტრალურ კლინიკურ საავადმყოფოში (275 დაჭრილი).

დაზიანებათა ლოკალიზაციის მიხედვით დაჭრილები დაიყო : ა) თავისა და ზურგის ტვინის, ბ) გულმკერდის, გ) მუცლის, დ) საყრდენ - მამოძრავებელი აპარატის, ე) კონბინირებული დაზიანებანი. თბილისის მასალებით ლოკალიზაციის მიხედვით ავადმყოფთა განაწილება შემდგენილია: მუცელი - 38% ; საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი - 30,8%; გულ-მკერდი - 17,2%. თავისა და ზურგის ტვინის - 9,1%. დაჭრილთა განაწილება დაზიანების ლოკალიზაციისა და წლების მიხედვით წარმოდგენილია. ჩატარებულა შედარებითი ანალიზი მშვიდობიანობის და ომიანობის პერიოდებში დაზიანებათა ლოკალიზაციის მიხედვით. დადგენილია, რომ ორივე შემთხვევაში ლოკალიზაცია

ერთნაირად ნაწილდება და ომიანობის პერიოდს რაიმე განმასხვავებელი ნიშნები არ ახასიათებს.

378 იზოლირებული დაზიანებიდან ღრუებში შემაჯალი იყო 150, არაშემაჯალი 228. კომბინირებულ დაზიანებათა შორის (52 შემთხვევა) შემაჯალი იყო 25, არა შემაჯალი 27. მგვარად, 430 ჭრილობიდან შემაჯალი იყო 175 (40,6%) , არაშემაჯალი - 255.

ღრუებში შემაჯალი ჭრილობებიდან ორგანოთა დაზიანებებს ადგილი ჰქონდა:

ა) იზოლირებული დაზიანებებისას- 105 (81,3%), ბ) კომბინირებული დაზიანებისას - 24 შემთხვევაში (18,7%)

ამგვარად მწვავე ტრამვის შეთხვევაში ორგანოთა დაზიანებას ადგილი ჰქონდა ღრუში შემაჯალი ჭრილობების 74%. აფხაზეთის ომში დაჭრილთა ანალიზი დაზიანების ხასიათის მიხედვით: იზოლირებული დაზიანება - 184-დან 6 შემთხვევაში, კომბინირებული - 91-დან 6 შემთხვევაში. ამგვარად მოგვიანებითი გართულებების პერიოდში შემაჯალი ჭრილობის გართულებებს ადგილი ჰქონდა 12, ხოლო არშემაჯალის - 253 შემთხვევაში .

დაზიანებათა მწვავე პერიოდში ამკარად სჭარბობს ღრუში შემაჯალი ორგანოების, ხოლო რეზიდუალურ პერიოდში - საყრდენ-მამოძრვებელი ორგანოების ტრამვა. მწვავე პერიოდში კომბინირებული ტრამვა ძირითადად წარმოდგენილია გულმკერდისა და მუცლის ღრუს ორგანოთა დაზიანებით, ხოლო მოგვიანებითი გართულებების პერიოდში ადგილი აქვს საყრდენ-მამოძრვებელი აპარატის ორგანოთა დაზიანებების კომბინაციას

განხილული მასალის ანალიზით დადგინდა, რომ ერთის მხრივ, შეიარაღებული კონფლიქტების და მეორეს მხრივ - მშვიდობიანობის პერიოდის ცეცხლანსროლ დაზიანებათა ლოკალიზაცია და ხასიათი ერთნაირია; მწვავე და მოგვიანებით პერიოდში დაავადებათა სტრუქტურა მკვეთრად განსხვავდება ერთმანეთისაგან; საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებელი უფრო მაღალია მოგვიანებითი გართულების პერიოდში. სამოქალაქო სტაციონარების პირობებში ცეცხლანსროლი დაზიანებით ავადმყოფთა დაზმარების ორგანიზაცია, მკურნალობა და საბოლოო რეაბილიტაციის საკითხები რესპუბლიკის მასშტაბით სპეციალურ შესწავლას მოითხოვს.

ლიტერატურა:

1. Сычев М.Д – Огнестрельные ранения живота, огнестрельный перитонит, особенности течения, диагностики и тактики хирургического лечения, Автореф. дисс. д.м.н 1994г.
2. Фролов Ю.И - Реанимационная помощь при огнестрельной травме, Автореф. дисс. к.м.н 1996г.
3. Карагёзов П.А – Организация деятельности военного госпиталя и оказания специализированной хирургической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, Автореф. дисс. д.м.н, 1999г.
4. Хрупкин В.И. – сочетанные огнестрельные ранения, Автореф. дисс. д.м.н 1994г.

Г.Параскевашвили, Г.Мგალობლიშვილი
АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ
ПОВРЕЖДЕНИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ СТАЦИОНАРОВ Г.ТБИЛИСИ ЗА
ПЕРИОД 1987-2000ГГ.
РЕЗЮМЕ

В работе рассмотрен материал по данным крупных стационаров города – всего 1009 случаев огнестрельных повреждений. Приводятся данные распределения раненых по локализации, видам повреждений, продолжительности стационарного лечения. Проводится сравнительный анализ различных показателей раненых, доставленных в стационар непосредственно после травмы с больными, поступившими в период осложнений ранее лечённых повреждений.

Делаются заключения относительно своеобразия структуры повреждений, лечения и продолжительности периода реабилитации в отдельных группах больных.

Paraskevashvili G., Mgaloblishvili G.
ANALYSIS OF SOME PARAMETERS OF GUNSHOT INJURIES ON MATERIALS
OF HOSPITALS OF TBILISI DURING 1987-2000 YEARS
S U M M A R Y

Material of largest hospitals of Tbilisi (1009 cases of gunshot injuries) is considered. Distribution of wounded patients on localization, kinds of injuries, duration of stationary treatment are resulted. The distinctions are established between two groups of patients - delivered in hospitals in earlier and in residual periods after injuries.

The conclusions concerning an originality of structure of injuries, treatment and duration of the period of rehabilitation in separate groups of the patients are done.

ნ.პეტრიშვილი, თ.პეტრიაშვილი, გ.ვიორგაძე, ვ.ყიფიანი
სისხლძარღვთა კედლის თრომბოზებისა და
თრომბოზის პოტენციური პოტენციური პოტენციური პოტენციური პოტენციური
პარცინომის ზრდის დროს

სანკტ-პეტერბურგის სამედიცინო უნივერსიტეტი,
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

თრომბის წარმოქმნა სისხლძარღვის დაზიანებისას და მის გამო განვითარებული თრომბოზის სისშირე მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული, მაგრამ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ამ მხრივ სისხლძარღვის კედლის თრომბოგენული პოტენციური და თრომბოგენის პოტენციური ხარისხია (А.И.Струков, С.М.Струкова, 1980; З.С.Баркаган, Г.Ф.Еренин, 1981; В.П.Балуда და თანაავტ., 1981; А.Л.Закревская, 1984 და სხვ.). ვაუთვალისწინეთ რა თრომბოზების მაღალი სისშირე ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულებში, ჩვენი კვლევის მიზნად დავისახეთ სისხლძარღვთა კედლის თრომბოგენობისა და თრომბოგენის პოტენციულის შესწავლა ექსპერიმენტული ავთვისებიანი სიმსივნის - ერლიზის კარცინომის ზრდის დროს ლაბორატორიულ თაგვებში.

მიკროსისხლძარღვებში თრომბოზარმოქმნის მოდელირებისთვის წარმატებით გამოიყენება ლაზერის სხივი. თრომბის წარმოქმნა მიიღწევა მისი ლოკალური ღოზირებული ზემოქმედებით მიკროსისხლძარღვის კედელზე.

თავგების წვრილი ნაწლავის ჯორჯალში სისხლისმიმოქცევაზე დაკვირვებისათვის მიემართეთ ბიომიკროსკოპია. ცდები ტარდებოდა სიმსივნის (ერლიხის კარცინომა) სოლიდური ფორმის გადანერგვიდან მე-14-16 დღეს. გაუტკივარებისათვის ვიყენებდით ურეთანს.

ლაზერის სხივით ინდუცირებული თრომბოზარმოქმნა შევისწავლეთ თავისი წვრილი ნაწლავის ჯორჯალის 30-40 მკმ დიამეტრის მქონე არტერიოლებში და ვენულებში. ლაზერული გამოსხივების გენერატორად გამოვიყენეთ აბოვანი ულტრაიისფერი ლაზერი ЛПН-21, რომელიც მუშაობდა იმპულსურ რეჟიმში. ლაზერის სხივის ტალღის სიგრძე = 337,3 ნმ, იმპულსების სიხშირე - 50 პერცი, ლაზერული სხივის დაიმეტრი ობიექტზე - 10 მკმ, ექსპოზიცია - 0,5 წმ, დასხივების ენერჯია 2010 ჯოული იყო. ლაზერის სხივი ფიქსირდებოდა მიკროსკოპ "Биотам-213"-ის ოპტიკური სისტემის ობიექტის სიბრტყეში. ჯორჯლის პრეპარატი თავსდებოდა გამათბობელი მაგიდის შუქამატარზე. ყოველ პრეპარატზე თრომბოზარმოქმნის პროცესი შეისწავლებოდა 2-3 სისხლძარღვში. ლაზერით განმეორებითი დასხივება წარმოებდა 5-ს წუთში.

ლაზერის სხივის მიერ ენდოთელური უჯრედების დაზიანების შექანიზმი ასეთია: 337 ნმ ტალღის სიგრძის მქონე სხივი ხვდება ოქსიჰემოგლობინის Cope ზოლის მოკლელტალღოვანი ფრთის რეგიონში, რაც შეესატყვისება შთანთქმის კოეფიციენტს $F=25$; ეს იწვევს ერთოციტების ლაზერული სხივის ენერჯიის მნიშვნელოვანი ნაწილის შთანთქმას, ერთოციტის დაზიანებას და მის მიერ ადფ-ს გამოყოფას, რომელიც თრომბოციტების აგრეგაციის ძმლავრი ინდუქტორია. გარდა ამისა, მიკროსისხლძარღვის დასხივება ლაზერით იწვევს სისხლის მიკრომოცულობის გათბობას და სისხლძარღვის ენდოთელის თერმულ დაზიანებას, რაც ბიძგს აძლევს თრომბოზარმოქმნას.

გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ ჯორჯლის ვენულების ლაზერული დასხივებისას თრომბოზარმოქმნას ახასიათებდა შემდეგი დინამიკა: 2-14 წამში (საშუალოდ 7,77 წამში) დაზიანების ადგილზე კლინდებოდა თრომბოციტების შეჯგუფება (თრომბოზარმოქმნის საწყისი პერიოდი), შემდეგ კედელთან ჩნდებოდა თრომბი, რომელსაც დასხივებიდან საშუალოდ $30 \pm 2,5$ წმ-ის შემდეგ პერიოდულად წყდებოდა მცირე თრომბოციტული მასა (ემბოლიზება), 40-80 წამის შემდეგ კი (საშუალოდ $66 \pm 1,5$ წამში) ფორმირდებოდა სისხლძარღვის კედელთან მყარად მიმაგრებული თრობი (იხ. ცხრილი). თრომბი ჩამოყალიბდა 20-ში 50 დასხივებული ვენულიდან (40%). 8 შემთხვევაში ლაზერული დასხივების შემდეგ აღინიშნებოდა ვენულის გაგლეჯა და სისხლდენა, რომლის დროს პირველად ჰემოსტაზის ხანგრძლივობა საშუალოდ $42 \pm 4,0$ წმ იყო.

როგორც ჩანს, თრომბოზარმოქმნის პირველი ფაზა (თრომბოციტების ადჰეზია და აგრეგაცია დაზიანების ადგილზე) ლაზერული დასხივების შემდეგ ყოველთვის ვითარდება, მაგრამ მისი ინტენსივობა არ არის ისეთი ძლიერი, რომ ის ყველა შემთხვევაში გამოვლინდეს ვიზუალურად (А.Л.Закревская, 1984). ინტექტური თავგების წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის არტერიოლების იმავე რეჟიმში დასხივებისას თრომბი გაჩნდა 24 შემთხვევაში 73-დან (31%), რაც უფრო მცირეა, ვიდრე თრომბის გაჩენის სიხშირე ვენებში. იმ შემთხვევებში, როდესაც თრომბი ფორმირდებოდა არტერიოლას კედელთან, თრომბოზარმოქმნის პირველი ფაზის ხანგრძლივობა იყო 1-9 წამი (საშუალოდ 5,5 წმ), ე.ი. უფრო მცირე, ვიდრე ვენულებში. დროის უფრო მცირე ინტერვალი აღმოჩნდა საჭირო

ემბოლიზებისათვის $22 \pm 2,2$ წმ, თრომბის სისხლძარღვის კედელთან საბოლოო ფიქსაციისთვის - $40,0 \pm 2,3$ წმ და პირველადი ჰემოსტაზისთვის - $20 \pm 2,4$ წმ.

აღნიშნული პარამეტრების სხვაობა არტერიოლოებისა და ვენულებისათვის სტატისტიკურად სარწმუნოა. ყოველივე ეს შეტყვევებს ვენულებთან შედარებით არტერიოლოების კედლის უფრო მაღალ თრომბოგენულ პოტენციალზე. მეორეს მხრივ, ლაზერით დასხვიებისას თრომბოზის უფრო მაღალი სიხშირე ვენულებში მიუთითებს არტერიოლოების ჭარბ თრომბორეზისტენტობაზე ვენულებთან შედარებით.

ცხრილში წარმოდგენილი მონაცემები, კერძოდ, ლაზერით დასხვიების დროს თრომბოზის განვითარების სიხშირის სტატისტიკურად სარწმუნო მომატება არტერიოლოებში სიმსივნის თაგვებში საშუალოდ 53%-ით, შეტყვევებს არტერიოლოების კედლის თრომბორეზისტენტობის დაქვეითებაზე ნეოპლაზიისას. თრომბოზის სიხშირე შეიძლება დაკავშირებული ყოფილიყო არტერიოლოების თრომბოგენობის მომატებასთანც, მაგრამ მისი მახასიათებელი პარამეტრების (თრომბის ზრდის დრო პირველი ემბოლის მოწყვეტამდე, სისხლძარღვის კედელზე თრომბის საბოლოო ფიქსაციის დრო) არასარწმუნო ცვლილებები ერლიზის კარცინომიან თაგვებში დასტურებს იმ ფაქტს, რომ ლაზერით დასხვიების დროს თრომბოზის მაღალი სიხშირე სიმსივნის ცხოველებში უპირატესად დაკავშირებულია არტერიოლოების თრომბორეზისტენტობის დაქვეითებასთან. თუმცა უნდა ითქვას ისიც, რომ აღინიშნება თრომბოგენური პოტენციალის მატების ტენდენციაც: თრომბის ზრდის დრო პირველი ემბოლის მოწყვეტამდე სიმსივნის ცხოველების არტერიოლოებში შემცირებულია 31,8%-ით, თრომბის საბოლოო ფიქსაციის დრო - 20%-ით, პირველადი ჰემოსტაზის დრო სისხლძარღვის გაგლეჯისას - 20%-ით.

რაც შეეხება თაგვების წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის ვენულების თრომბორეზისტენტულ და თრომბოგენურ თვისებებს. ცხრილში მოყვანილი მონაცემების მიხედვით სიმსივნური ზრდის დროს ისინი ურთიერთსაპირისპირო ცვლილებებს განიცდის. კერძოდ, ვლინდება თრომბორეზისტენტობის დაქვეითება, რაზეც შეტყვევებს ლაზერის მიერ გამოწვეული თრომბირების შემთხვევების 40%-ით ზრდა ($P < 0,001$). ამავე დროს მნიშვნელოვნად მატულობს ჯორჯლის ვენულების თრომბოგენული თვისებები: ნორმალსთან შედარებით საშუალოდ 33,3%-ით მცირდება დრო პირველი ემბოლის მოწყვეტამდე ($P < 0,01$), 24,3%-ით თრომბის საბოლოო ფიქსაციის დრო ($P < 0,001$), 38%-ით - პირველადი ჰემოსტაზის დრო ($P < 0,01$).

ყურადღებას იქცევს მონაცემები იმის შესახებ, რომ ერლიზის კარცინომიანი თაგვების ჯორჯლის არტერიოლოების და ვენულების ლაზერის სხივით დასხვიებისას მკვეთრად იზრდება ამ მიკროსისხლძარღვთა კედლის გაგლეჯის შემთხვევები, რაც მათ რეზისტენტობის მკვეთრ შემცირებაზე შეტყვევებს.

ინტაქტური თაგვების წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის თრომბოგენობა და თრომბორეზისტენტობა უფრო მაღალია, ვიდრე ვენულებისა. ერლიზის კარცინომის ზეგავლენით ქვეითდება ჯორჯლის არტერიოლოების, ვენულების თრომბორეზისტენტობა და მატულობს ვენულების თრომბოგენობა, რაც ქმნის მიკროსისხლძარღვების, განსაკუთრებით კი ვენულების თრომბოზის განვითარების შესაძლებლობას. ამას ადასტურებს მიკროსისხლძარღვების თრომბოზის სიხშირე ერლიზის კარცინომიან თაგვების ჯორჯალში. მიკროციტულაციის მტკაფ მკვეთრმა დარღვევამ და თრომბოზების სიხშირემ ერლიზის კარცინომის ზრდის უფრო გვიან ეტაპზე სისხლძარღვების თრომბოგენობის და თრომბორეზისტენტობის კვლევა შეუძლებელი გახადა.

ცხრილი

ინტაქტური და ერლიზის კარცინომიანი თავგების წვრილი ნაწლავის ჯორჯლის არტერიოლებს და ვენულების თრომბოზარმოქმნის მარკერებლები, მიკროსისხლძარღვების კედლის გაგლეჯის სისშირე და პირველადი ჰემოსტაზის დრო

გამოსაკვლევი სისხლძარღვები	გამოსაკვლევი მარკერებლები						
	ცხოველების ვაჟუფი და რაოდენობა	თრომბის ზრდის დრო პირველი ემბოლოს მაწვევტამდე წამებში	სისხლძარღვის კედელზე თრომბის სტაბილიზაციის დრო	თრომბოზის სისშირე დასხივებისას %ში	პირველადი ჰემოსტაზის დრო სისხლძარღვის გაგლეჯისას	სისხლძარღვის კედლის გაგლეჯის რიცხვი	გამოსაკვლევი სისხლძარღვების საერთო რაოდენობა
არტერიოლები	ინტაქტური (24)	22±4,0 (n=24)	50±5,2 (n=24)	33±2,0%	2H±2,4	9	73
არტერიოლები	4 დღის სიმსუქნით (24)	15,0±1,8 (-31,8%)	40,0±2,3 (-20%)	50±3,6%	16,0±1,6 (-20%)	16 (+78%)	50
ვენულები	ინტაქტური (21)	30,0±2,5 (n=20)	66±1,5 (n=20)	40±1,0% (+33%)	42±4,0 26±3,5	8 12	50
	4 დღის სიმსუქნით (25)	206±2,0 (-33,3%)	50±2,6 (-24,3%)	60±0,8%	(-38%)	(+50%)	42

P>0,1 (t=1,66)

P>0,05(t=1,76)

P<0,001(t=4,05)

P>0,2(t=1,39)

P<0,05(t=2,27)

P<0,02(t=2,96)

P<0,01(t=3,43)

P<0,001(t=4,93)

P<0,001(t=8,15)

P<0,01(t=3,01)

P<0,05(t=2,43)

P<0,02(t=2,69)

P<0,01(t=3,08)

P<0,001(t=5,6)

P<0,001(t=7,81)

P<0,01(t=0,01)

**Петришев Н.Н., Петрашвили Т.Г., Гиоргалзе Г.М., Кипиани В.А.
ТРОМБОГЕННЫЙ И ТРОМБОРЕЗИСТЕНТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛЫ
СТЕНОК КРОВЕНОСТНЫХ СОСУДОВ В ПРОЦЕССЕ РОСТА
КАРЦИНОМЫ ЭРЛИХА**

Р Е З Ю М Е

Процесс тромбообразования воспроизводили с помощью дозированного удара лазерного луча.

Процесс тромбообразования изучали в артериолах и венулах брыжейки мышей методом телемикроскопии.

Установлено, что у интактных мышей тромбогенность и тромборезистентность артериол брыжейки выше, чем венул. Под влиянием опухолевого роста снижается тромборезистентность стенок этих сосудов и повышается тромбогенность венул, что увеличивает риск развития тромбоза.

Petrishchev N., Petriashvili T., Giorgadze G., Kipiani V.
**THROMBOGENIC AND TROMBORESISTANT POTENTIALS
OF BLOOD VESSEL WALLS DURING THE GROWTH
OF ERLICH CARCINOMA
S U M M A R Y**

The process of thromboformation was modeled by help of dosed hit of laser ray.
The process of thrombogenesis was studied by method of telemicroscopy in the arteriolas and vicinulas of omentum in the mice.

Has been established, that in the intact mice thrombogeneity and thromboresistance of omental arteriolas was higher, than in vienulas. Under the influence of tumor growth the thromboresistance of blood vessel walls is decreased and the thrombogenicity of vienulas is increased, that enhances the risk of development of thrombosis.

**თ.რუხაძე
კანის ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობა
საქართველოში**

**თსსუ, ონკოლოგიის კათედრა,
პროფ. ა. ლვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრი**

უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში მთელ რიგ ქვეყნებში შეიმჩნევა ონკოლოგიური დაავადებების მკვეთრი მატება. ამასთანავე ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნები წარმოადგენენ სოციალური, ფსიქოლოგიური და დეონტოლოგიური პრობლემის რთულ კომპლექსს, რის გამოც იგი სცილდება მედიცინის საზღვრებს. კანის ავთვისებიანი სიმსივნეები ზოგადონკოლოგიური დაავადებების 8-9% შეადგენს და მათ განვითარებას გარკვეულწილად შეძლევთ ფაქტორები განსაზღვრავენ: ულტრაიისფერი გამოსხივება, გეოგრაფიული არეალი, გენეტიკური განწყობა, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, კანზე არსებული სხვადასხვა წარმონაქმნები და ფონური დაავადებები (1;2). მიუხედავად კანის სიმსივნეთა გარეგანი ლოკალიზაციისა და ვიზუალური შეფასების შესაძლებლობისა მათი დიაგნოსტიკის საკითხები დღეისათვის არ არის სრულყოფილი (5). მეღანომით დაავადებული პაციენტები, რომლებიც მიმართავენ ექიმ-ონკოლოგს, ხშირად აღნიშნავენ შემდეგ მოვლენებს: ადრე არსებულ (ან შეძენილი) პიგმენტურ წარმონაქმნთა ზომაში მომატებას, შეფერილობის შეცვლას, წვას, ქაეილის შეგრძნებას, სისხლდენას და პერიფოკალურ ანთებას (2;3). კანის სხვა ონკოპათოლოგიების შემთხვევაში წარმონაქმნის ზომაში მატებასთან ერთად აღინიშნება მაცერირებელი ზედაპირიდან ქსოვილოვანი სითხის გამოყოფა. კანის ავთვისებიანი მეღანომების შემთხვევაში პაციენტები არცთუ იშვიათად, ექიმს არა პიგმენტური წარმონაქმნის, არამედ მის შედეგად განვითარებული რეგიონულური ან შორეული მეტასტაზების დიაგნოსტიკისათვის მიმართავენ (3;4). ყოველივე ეს ართულებს მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტის შერჩევას და აუარესებს შორეულ შედეგებს. თუმცა უკანასკნელ წლებში რიგ შემთხვევებში კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეულ დიაგნოსტიკაში წარმატებით მიმართავენ კვლევის ისეთ მეთოდს, როგორცაა ახალი თაობის ციფრული თერმოგრაფი.

აღნიშნულის სასარგებლოდ მეტყველებს ჩვენი კვლევები, რომელიც დაწერა და წარმატებით გამოიყენება ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში.

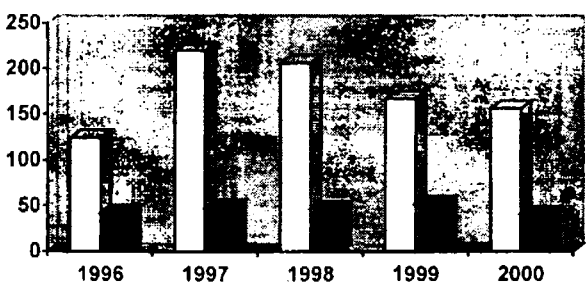
ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკა ახალი ტექნოლოგიების გამოყენებით, ადრეული მკურნალობა და შემდგომი მონიტორინგი რეციდივების გამოვლენის მიზნით კლინიკური ონკოლოგიის აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს.

შრომის მიზანს წარმოადგენდა კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების ავადობის შესწავლა სტანდარტიზირებული მაჩვენებლებით, სტადიების, კლინიკური და ჰისტოლოგიური დიაგნოზების მიხედვით.

ამ მიზნით განალიზებული იყო პროფ. ა. ლვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის საორგანიზაციო-მეთოდურ განყოფილებაში 1996-2000წწ. კანის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული 1103 ავადმყოფის (ქალი 573 (53%) და 531 (47%) მამაკაცი) სტატისტიკური მონაცემები (ფორმა №8/9), სადაც ვსწავლობდით ავადობის სტანდარტიზირებულ მაჩვენებლებს, სტადიების, კლინიკური და ჰისტოლოგიური მონაცემების კორელაციას. მასალა დაყოფილ იქნა ორ ჯგუფად: I ჯგუფში გაერთიანდა კანის მელანომით დაავადებული 230, ხოლო II ჯგუფში კანის სხვა სიმსივნეებით დაავადებული 873 ავადმყოფის სტატისტიკური მონაცემი. როგორც კვლევებმა გვიჩვენა აღნიშნულ წლებში შეიმჩნევა კანის მელანომის და სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოვლენის სხვადასხვა მაჩვენებელი (დიაგრამა №1).

დიაგრამა №1

1996-2000 წლებში კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევები



□ კანის სხვა სიმსივნური დაავადებები ■ კანის ავთვისებიანი მელა

როგორც დიაგრამიდან ჩანს კანის მელანომის გამოვლენის პროცენტული მაჩვენებელი პრაქტიკულად არ იცვლება და საშუალოდ შეადგენს 4%, ხოლო კანის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეების გამოვლენის პიკი აღინიშნებოდა 1997-98 წწ., რაც შესაბამისად 19,5% და 18,0% შეადგენს. საკვლევ პერიოდში ორივე ჯგუფში ქალების ავადობის პროცენტი მაღალია მამაკაცებთან შედარებით. კანის მელანომა ქალებში შეადგენდა 54% და მამაკაცებში - 46%. ხოლო კანის სხვა სიმსივნეების გამოვლენის ინდექსი ქალებში უდრიდა 51,0% და მამაკაცებში - 49,0%.

საკულისხმოა, რომ კანის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული 1103 ავადმყოფიდან მხოლოდ 7,0% იყო გამოვლენილი მოსახლეობის მასობრივი პროფილაქტიკური შემოწმებების დროს ხოლო დაავადებულთა დანარჩენმა 93,0%-მა თვითღინებით მიმართა ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრსა და რაიონის შესაბამისი პოლიკლინიკის ონკოლოგიურ კაბინეტს.

გამოვლინდა კორელაციული დამოკიდებულება ასაკობრივ ჯგუფსა და დაავადებას შორის (ცხრ. №1).

კანის მელანომის და სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეების პროცენტული მონაცემები ასაკის მიხედვით:

პათოლოგიის სახე	ასაკი									სულ
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-ზე მეტი	
კანის მელანომა	-	2 (0,2%)	6 (0,58%)	27 (2,45%)	51 (4,6%)	34 (3,08%)	63 (5,7%)	40 (3,6%)	7 (0,6)	230 (2%)
კანის სხვა ავთვისებიანი დაავადებები	1 (0,1%)	3 (0,3%)	11 (1,0%)	31 (2,8%)	68 (6,2%)	119 (10,8%)	271 (24,6%)	257 (23,3%)		873 (79%)
სულ: 1103	1 (0,1%)	5 (0,5%)	17 (1,58%)	58 (5,25%)	119 (10,8%)	153 (13,88%)	334 (30,3%)	297 (26,9%)	119 (10,7%)	100%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, სიცოცხლის მეორე ნახევარში კანის ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულთა რაოდენობა ჭარბობს პირველს. აღნიშნული კი კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების ადრეული გამოვლინებისათვის 40 წლის ასაკის ზემოთ რისკ-ჯგუფების გამოყოფისა და შემდგომში მონიტორინგის ჩატარების საჭიროებაზე მიუთითებს. ამასთან უნდა აღინიშნოს, რომ ავთვისებიანი მელანომების შემთხვევაში დაავადების რიცხვი პიკს 45-70 წრის ასაკობრივ ჯგუფში აღწევს, ხოლო კანის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ავადობის სიხშირე იზრდება ასაკთან ერთად.

განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს სტადიურობის მიხედვით ავადობის შესწავლა, რამაც გვიჩვენა, რომ კანის მელანომით დაავადებულთა 42,0%-მა პროცენტმა ექიმს დახმარებისათვის მიმართა დაავადების I-II სტადიაში, 27%-მა III, ხოლო 31%-IV სტადიაში. დაავადების III-IV სტადიამ ეროდ 58,0% შეადგინა, რაც მეტყველებს იმაზე, რომ მიუხედავად პათოლოგიის ვიზუალური ფორმისა, ავადმყოფთა ნახევარზე მეტი ექიმს დასახმარებლად დაგვიანებით მიმართავს. დიამეტრულად განსხვავებული ტენდენცია შეინიშნება კანის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს, სადაც დაავადების I-II სტადიაში გამოვლინდა ავადმყოფთა 76,0%, ხოლო III-IV სტადიაში-24,0%.

კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკასა და რადიკალური მკურნალობის პრობლემაში უმნიშვნელოვანესი ადგილი უკავია პრეპარატის პისტომორფოლოგიურ შესწავლას და კლინიკური დიაგნოზის დასაბუთებას. ჩატარებულმა კვლევებმა გვიჩვენა, რომ მელანომის კლინიკური დიაგნოზი პისტომორფოლოგიურად შემთხვევათა 72,2% დადასტურდა, ხოლო დანარჩენ 27,8% შემთხვევაში დიაგნოსტიკურულ იქნა სხვა ნოზოლოგიები. მსგავსი

აღინიშნება კანის სხვა ავთვისებიანი სიმსივნეების მიმართებაში, სადაც კლინიკური დიაგნოზი დადასტურდა 79,1% შემთხვევაში.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე შეიძლება დავასკვნათ, რომ გამოვლენილი კორელაციური კავშირი დაავადებასა და სქესობრივ-ასაკობრივ ჯგუფებს შორის, მომატებული რისკის ჯგუფების ჩამოყალიბება კანის ავთვისებიანი დაავადებების ადრეული დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა.

მიუხედავად კანის სიმსივნური დაავადებების ვიზუალური ფორმისა, მათი დიაგნოსტიკა ხშირად დაგვიანებით, დაავადების III-IV სტადიაში ხდება. ამ მიმართებით, ადრეული ფორმების გამოსავლენად მიზანშეწონილად მიგვაჩნია მასობრივი პროფილაქტიკური გასინჯვების სრულყოფა ახალი ტექნოლოგიებით, კერძოდ, ახალი თაობის ციფრული თერმოგრაფის გამოყენებით. ამასთან, კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში უმნიშვნელოვანესი ადგილი უკავია პისტომორფოლოგიურ კვლევას, რაც იძლევა კლინიკური დიაგნოზი დასაბუთების საშუალებას.

ლიტერატურა

1. Барчук. А. С. Аписимов В.В. Вагнер Р. И. "Диагностика первичных меланом кожи". "Вопросы онкологии". 1996 том 42 №5.
2. Харли А. Хейнс. "Первичный рак кожи". "Внутренние болезни" 1996 том №8.
3. Чиссов В. И. Старинский В. В. Ремсник Л. В. Петрова Г. В. Тарасова А.В. "Злокачественные новообразования в России в 1997г.: оценка уровней заболеваемости и направленности ее трендов." "Российский онкологический журнал" 1999 №4.
4. Geller AC; Halpern AC; Sun T. Oliveria SA; Miller DR; Lew RA; Koh HK; " Participant satisfaction and valui in American Academy of Dermatology and American cancer Society skin cancer screening programs in Massachusetts. J AM Acad. Dermat. 1999 Apr; 40(4);
5. " Skin cancer detection". Cancer 1995 Jan 15; 75 (2Suppl). Thomas Jefferson University, Philadelphia. PA 19107.
6. Marty W; Sigrist T; Wyler D."Mesurement of the skin temperature at the earlyer by means of infrared thermograhpy. An integration the use of 22-to 38-caliber handguns. Am J Forensic Med Pathol 1994 Mar; 15(1) 1-4 (ISSN:0195- 7910)

Рухадзе Т.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ В ГРУЗИИ

РЕЗЮМЕ

Злокачественные опухоли кожи, к которым относятся меланома кожи и другие злокачественные опухоли, составляют почти 8-9% всех злокачественных новообразований. Несмотря на наружную локализацию и возможности визуальной оценки, диагностические методы не совершенны.

Для решения этой проблемы мы изучили статистические данные 1103 больных, которые в 1996-2000 г. лечились в Грузинском Национальном

Онкологическом центре им. проф. А. Гвамичава. Женщины составили 53,0% (573), мужчины 47% (531).

Исследования показали, что 1) заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи чаще выявляются у женщин, чем у мужчин; 2) Существует определенная корреляция между заболеваемостью и возрастом больных. Злокачественное заболевание кожи чаще возникает у людей старше 40 лет; 3) В случаях злокачественной меланомы более 42% выявлены в I-II стадиях, 27% в III и 31% были диагностированы в IV стадии. В случаях других злокачественных заболеваний кожи в I-II стадии были выявлены 76%, а в III-IV стадии – 24%. Высокий процент запущенных случаев влияет на эффективность лечения.

Большое значение имеет гисто-морфологическое исследование, которое подтверждает клинический диагноз. В случаях меланомы диагноз был подтвержден в 72%, а в других случаях злокачественной опухоли кожи в 79,1%.

Rukhadze T.
SKIN CANCER DISEASES IN GEORGIA
S U M M A R Y

Skin cancer, which includes cutaneous melanoma and other types of skin cancer, make 8-9% of all oncological diseases. In spite of their external localization and possibility of visual estimate, diagnostically chance is not complete. Often patients are admitted to doctor too later.

To improve of this problem we have studied the data of 1103 patients, which have been treated in A. Gvamichava National Center of Oncology for the 1996-2000 years with the diagnosis of primary skin cancer. Among them 573 (53,0%) female and 531(47,0%) male. It was been noted, that: 1) developing of skin cancer is correlates with the patients gender and age. Skin cancer often develops up to 40 years of age. 2) Cases of skin cancer is common in females, then males. 3) In cases of cutaneous melanoma only 42% reveals in I-II stage, III Stage fixed in 27% and IV- 31%. In cases of other skin cancer I and II stage fixed in 76% if cases and III-IV stage -- in 24% of patients.

Study was showed, that reveal of the patients is higher, which are influents on the treatment. The most important part of the diagnostic of the skin cancer is the after surgery morphological investigation, which is confirm the diagnoses.

ლ.საგინაშვილი, ლ.თოხაძე, რ.მაღალაშვილი
**ოპერაციის შემდგომი შეხორცებითი დაავადების
პროფილაქტიკის საკითხისათვის**
თსსუ, ქირურგიის №2 კათედრა

მუცლის ღრუში ოპერაციული ჩარევის შემდეგ შეხორცებითი პროცესები გვხვდება შემთხვევათა 20-60%-ში [1,8]. შეხორცებები შეიძლება არსებობდეს, მაგრამ არ იწვევდეს არავითარ კლინიკურ გამოვლინებას და მხოლოდ შემთხვევით იქნას აღმოჩენილი ოპერაციული ჩარევის ან პათოლოგანატომიური გაკვეთის დროს [2,5,7].

თუ გავითვალისწინებთ მუცლის ღრუს შეხორცებითი პროცესებით დაავადებულთა ფიზიკურ და ნერვულ-ფსიქიკურ მონაცემთა მრავალფეროვნებას, რაც იძულებულს ხდის მათ რამდენჯერმე გაიკეთონ ოპერაცია, ხელი მიჰყონ ნარკოტიკების მოხმარებას, მაშინ გასაგები გახდება ამ პათოლოგიასთან დაკავშირებული უზარმაზარი მორალური და ეკონომიკური ზარალი.

შეხორცებითი დაავადების არანაკლებ მნიშვნელოვან მომენტს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ მრავალი წლის განმავლობაში ამ დაავადების სინშირე საოცარი მდგრადობით ხასიათდება; მიუხედავად მეცნიერულ-ტექნიკური პროგრესისა, ქირურგიული პროფსიონალიზმის სრულყოფისა, ახალი სადიაგნოზო და სამკურნალო საშუალებებით აღჭურვისა, თანამედროვე მედიკამენტური პრეპარატების გამოგონებისა და ა.შ. არ არსებობს დადებითი გავლენა მასზე [3,6].

ბოლო წლების გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ შემაერთებელი ქსოვილის ფიბრინოგენეზის პროცესი მნიშვნელოვანწილად განპირობებულია ფერმენტ N-აცეტილტრანსფერაზას გენეტიკურად დეტერმინებული პოლიმორფიზმით [4].

N-აცეტილტრანსფერაზა წარმოადგენს კონსტიტუციურ ფერმენტს, რომლის აქტიობის მიხედვითაც ადამიანები იყოფიან ბიომოდალურად: სწრაფი და ნელი აცეტილირების ფენოტიპებად. ამ ფაქტს მნიშვნელობა აქვს იმდენად, რამდენადაც შემაერთებელი ქსოვილის უჯრედული და ბოჭკოვანი ელემენტები მოთავსებულია ძირითადად არაუჯრედულ ნივთიერებაში, რომლის მთავარი შემადგენელი ქიმიური კომპონენტებია პროტეოგლიკანები [4], რომელთა მეტაბოლიზმი განსაზღვრულია ფერმენტ N-აცეტილტრანსფერაზით.

ჩვენს მიერ ადრე ჩატარებული გამოკვლევებით დადგინდა, რომ სწრაფი აცეტილირების ფენოტიპის მქონე ავადმყოფები რამდენჯერმე უფრო მეტად არიან განწყობილი ოპერაციის შემდგომ პერიოდში შეხორცებითი დაავადების განვითარების სადმი. აქედან გამომდინარე, აღნიშნული ინდივიდუუმები რამდენჯერმე მეტად ავადდებიან შეხორცებითი დაავადებით. ამრიგად, ორგანიზმის მაღალი აცეტილირების უნარი წარმოადგენს შეხორცებითი დაავადებისადმი წინასწარ განწყობის მატერიალურ სუბსტრატს.

ჩვენს მიერ შესწავლილ იქნა ავადმყოფები, რომლებიც შემოვიდნენ კლინიკაში მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზით. ყველა ავადმყოფს ეძლეოდა ტესტ-პრეპარატი (სულფოდიმეზინი) დოზით 6,5 მგ/კგ-ზე და ვიკვლევდით ფერმენტ N-აცეტილტრანსფერაზას აქტივობას პრეზინგ-გავრილოვის მეთოდით ტიმოფერეის მოდიფიკაციით. სულფოდიმეზინის მეტაბოლიტების კონცენტრაცია ისაზღვრებოდა 6 საათიან შარდში. ურგენტულ შემთხვევებში ზემოაღნიშნული მეტაბოლიტების კონცენტრაცია ისაზღვრებოდა ავადმყოფთა სისხლში იგივე მეთოდით ტესტ-პრეპარატის მილებიდან 1 საათის შემდეგ.

სწრაფი აცეტილირების ფენოტიპის მქონე ავადმყოფებში ოპერაციის დამთავრებისას პერიტონეუმის დახურვის წინ ღრუში ერთჯერადად შეყვანილ იქნა იზოტეში 1%-იანი ხსნარის სახით დოზით 6,5 მგ (ავადმყოფის კგ წონაზე) და დატოვებულ იქნა ლაპაროსკოპის ჰილზა ოპერაციის შემდგომ პერიოდში განვითარებული შეხორცებების დიაგნოსტიკისათვის.

აღნიშნული მეთოდით გამოკვლეულ იქნა სწრაფი აცეტილირების ფენოტიპის მქონე 15 ავადმყოფი. ფერმენტ N-აცეტილტრანსფერაზას საშუალო აქტივობა შეადგენდა 85,5%-ს.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში თითოეულ ავადმყოფს ყოველდღიურად ეძლეოდა 0,6 გ სულფოდიმეზინი (ექვსი დღის განმავლობაში). ოპერაციიდან 4-6 დღეს ტარდებოდა პროგრამული ლაპაროსკოპია. არც ერთ შემთხვევაში შეხორცებები არ დაფიქსირებულა. ყველა ავადმყოფი გაწვერა სტაციონარიდან დამაკამყოფილებელ მდგომარეობაში. ერთ ავადმყოფს აღნიშნა პოსტოპერაციულ პერიოდში ჭრილობის სუპურაცია.

გაწერიდან 1-2 თვის შემდეგ, 10 ავადმყოფი ხელასლა იქნა გასინჯული. ზოგადი მდგომარეობა დამაკამყოფილებელი იყო. ჩივილები არ ჰქონიათ. მუცლის ღრუს გამოკვლევამ გამოიჩინა ოპერაციის შემდგომი შეხორცებითი პროცესის არსებობა.

ამრიგად, ფერმენტ N-აცეტილტრანსფერაზას აქტივობა წარმოადგენს წამყვან ფაქტორს, რომელიც განაპირობებს მიდრეკილებას მუცლის ღრუში ოპერაციის შემდგომი შეხორცებების წარმოქმნისადმი. აბდომინური ოპერაციების წინ მიზანშეწონილია გამოვლენილ იქნას შეხორცებების განვითარების მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფები; ხოლო შეხორცებითი დაავადების პროფილაქტიკის და მკურნალობის მიზნით ეფექტურია პრეპარატ – იზოტეშის გამოყენება ზემოთ მითითებული მეთოდით.

ლიტერატურა:

1. Балащенко Д.Н. «О внутрибрюшинных спайках после лапаротомии». – Вестник Хирургии – 1965-5-с.41-51
2. Женчевский Р.А. «Спасчная болезнь». – М.1989
3. Подымов В.К.; Гладких С.П. «Лигандная патология» - Каунас; 1981 – с.47-49
4. Серов В. В.; Шехтер А.Б. «Соединительная ткань» - М. 1981
5. Finan M.A. etc. Ileus Following gynaecologic Surgery: Management with Water-Soluable Hyperosmolar Radiocontrast Material. Southern Medical Journal. 88(5): 539-42, 1995 May
6. Hallfeld K.K. etc. Laparoscopic Adhesiolyses in Therapy of Chronic Abdominal Pain. Zentralblat für Chirrgie. 120(5): 387-91, 1995
7. Meissner K. etc. Intestinal Obstruction Caused by Solitary Bands; Aetiology, Presentation, Diagnoses, Management, Results Acta Chirurgica Hungaria. 34(3-4): 355-63, 1994
8. Mishev G. Early Adhesive Ileus After Appendectomy. Khirurgia 43(6): 114-7; 1990

Сагинашвили А., Тохадзе Л., Магалашвили Р. К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ РЕЗЮМЕ

Целью наших исследований являлась разработка метода профилактики послеоперационных сращений в брюшной полости.

На основе ранее проводимых исследований установлено, что активность фермента N-ацетилтрансферазы является ведущим фактором, определяющим предрасположенность к развитию послеоперационных внутрибрюшных спаек. Индивидуумы с быстрым типом ацетилирования более часто заболевают спаечной болезнью, чем медленные.

Нами было исследовано 15 больных с диагнозом острого аппендицита. Средняя активность фермента N-ацетилтрансферазы 85,5%. Фенотип ацетилирования определялся по методу Пребсинга-Гаврилова (модификация Тимофеевой). Для профилактики развития спаек во время операционного вмешательства перед закрытием брюшины вводили 1% раствор Изогема в дозе 6,5 мг на кг. веса больного. В ране оставляли гильзу для лапароскопии в послеоперационном периоде. На 5-6 день проводили лапароскопию: спайки не выявлены. Больные выписывались в удовлетворительном состоянии. Их повторное обследование проводилось через месяц. Наличие спаек в брюшной полости не выявлено.

Перед абдоминальным вмешательством целесообразно выявление больных с большим риском развития послеоперационных спаек, для профилактики которых рекомендовано применение препарата «Изогем» выше указанным методом.

L. Saginashvili, L. Tokhadze, R. Magalashvili
PREVENTION OF ADHESIVE DISEASE AFTER SURGERY
SUMMARY

Our investigation suggests that patients with the phenotypes of rapid acetylilation much more times have the trend of adhesion development in the abdominal cavity after the surgery, compares to control group. Thus, high capacity of acetylilation of human body can be considered as the substrate for adhesive disease development.

Have been studied 15 patients with acute appendicitis. Administration of test-drug (sulphodimesyne) has applied in all cases. All the patients were investigated on N-acetyltransferaze by Prebsing-Gavrilow's technique. Concentration of sulfodimezine metabolites were determined 6 hours later in the urine. In the patients with rapid acceleration, before peritoneal closure, intraperitoneal application of 1-% Isogeme solution took place. Laparoscopic device has been inserted in peritoneal cavity in order of endoscopic control of adhesion development. Adhesions were not found. Suppuration of wound in postoperative period took place in 1 case.

Patients have been investigated again 1 month later. None of them had any complains or surgery associated problems. Abdominal investigations excluded presence of any adhesions intraperitoneally.

Thus, activity level of enzyme N-acetyltransferaze is considered as the leading factor, that determines trend to the adhesions in the abdominal cavity after surgery. Accordingly, it is important to investigate all the patients and to administrate Isogeme in the appropriate cases by above mentioned technique before surgery to prevent complications like intraabdominal adhesions.

მ.სარიშვილი, ო.ხარბიშვილი
**ინტრაეპითელური ლიმფოციტების რაოდენობრივი
ცვლილებები H-PYLORI-ით გამოწვეული ზედაპირული
გასტრიტიზის დროს**
თსსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა

უკანასკნელი წლების გამოკვლევების მიხედვით (1) დასტურდება, რომ ჰელიკობაქტერიული ინფექცია კორელაციაშია კუჭის ლორწოვანი გარსის ლიმფოციტებით ინფილტრაციასთან. ავტორები (2) მიუთითებენ აგრეთვე იმის თაობაზეც, რომ ე.წ. ზედაპირულ გასტრიტს, რომლისთვისაც დამახასიათებელია კუჭის ლორწოვანი გარსის ზედა მესამედის ლიმფოიდური ინფილტრაცია, შემთხვევათა დიდ პროცენტში თან ახლავს კუჭის ლორწოვანი გარსის H.pylori-ით მოთესვა. ბოლო მონაცემის მიხედვით ჰელიკობაქტერიებს წამყვან მნიშვნელობას ანიჭებენ კუჭის ლიმფომების ე.წ. MALT-ლიმფომების აღმოცენებაში (3). ამრიგად, ჰელიკობაქტერიების მნიშვნელობა კუჭის ლორწოვანი გარსის ადგილობრივი იმუნიციტოლოგიური სტატუსის ფორმირებაში ეჭვს არ იწვევს და ამ პრობლემის შემდგომი კვლევა თანამედროვე გასტროენტეროლოგიის ერთ-ერთი პრიორიტული მიმართულებაა.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა დაგეგმიანი შესაძლო კორელაციის არსებობა კუჭის ლორწოვანი გარსის ჰელიკობაქტერიებით მოთესვის ხარისხსა და მფარავი ეპითელიუმის ლიმფოციტებით ინფილტრაციის ხარისხს, ანუ ინტრაეპითელური ლიმფოციტების რაოდენობრივ ცვლილებებს შორის.

გამოკვლევა ვაწარმოეთ ბიოფსიურ მასალაზე. სულ შესწავლილი იყო 15 გასტრობიოფსიის მასალა. მიღებული მასალა ჰელიკობაქტერიებით მოთესვის ხარისხის მიხედვით დაიყო 3 ჯგუფად: I. მსუბუქი, II. საშუალო, III. მძიმე. ბიოფსიურ მასალას 12%-იან ნეიტრალურ ფორმალინში ფიქსაციის შემდეგ ვაყალიბებდით პარაფინში, როტაციულ მიკროტომზე დაჭრით ვღებულობდით 3-4 მიკრონის სისქის პარაფინის ანათლებს და ვღებავდით ჰემატოქსინითა და ეოზინით. ჰელიკობაქტერიებს ვაკვლენდით გიმზაროძის მეთოდით და ტოლოიდინის ლურჯით შეღებვით. ჰემატოქსინითა და ეოზინით შეღებილ პრეპარატში ვითვლიდით ინტრაეპითელური ლიმფოციტების რაოდენობას ყოველ 100 ეპითელიოციტზე (ათითა ჯგუფში 5 შემთხვევა). შიღებულ ციფრობრივ მონაცემებს ვამუშავებდით მათემატიკური სტატისტიკის მეთოდით.

გამოკვლევის შედეგებმა გვიჩვენა: (ცხრილი, დიაგრამა) ჩვენს მიერ შესწავლილ 15 შემთხვევაში კუჭის ლორწოვანი გარსის ზედაპირი, აგრეთვე ლორწოვანის ორმოები შეიცავენ სხვადასხვა რაოდენობით ჰელიკობაქტერიებს.

ზოგ შემთხვევაში ჰელიკობაქტერიები გვხვდებოდა ერთეული ეგზემპლარების სახით, როგორც მფარავი ეპითელის, ისე ორმოების ამომჟენი ეპითელის ზედაპირზე. (I ჯგუფი) ზოგიერთ შემთხვევაში ჰელიკობაქტერიები გვხვდებოდა როგორც განცალკევებულ ეგზემპლარების, ისე მცირე ზომის კოლონიების სახით, განსაკუთრებით კუჭის ლორწოვანის ორმოებში (II ჯგუფი). შემთხვევათა ნაწილში კი ჰელიკობაქტერიებით უხვად იყო მოთესილი, როგორც მფარავი ეპითელი, ისე ორმოების ამომჟენი ეპითელიუმის ზედაპირი. მფარავი და ორმოების ამომჟენი ეპითელიუმის ინტრაეპითელური ლიმფოციტების რაოდენობრივმა შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ჰელიკობაქტერიებით მსუბუქი ხარისხით მოთესვის დროს (I ჯგუფი) ინტრაეპითელური ლიმფოციტების

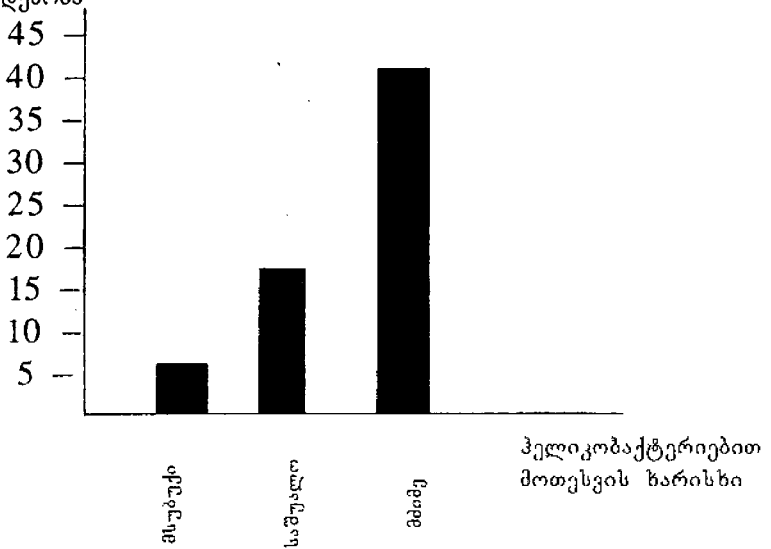
რაოდენობა შეადგენს $4,66 \pm 0,1$. საშუალო ხარისხის მოთესვის დროს (II ჯგუფი) ინტრაეპითელური ლიმფოციტების რაოდენობა შეადგენს $19,8 \pm 0,16$; ხოლო მძიმე ხარისხის დროს (III ჯგუფი) – $42,8 \pm 0,2$.

ცხრილი

№	ჰელიკობაქტერიებით დაინფიცირების ხარისხი	M±m	δ	ჯგუფების შედარების სარწმუნოება		
				1	2	3
1	მსუბუქი	$4,66 \pm 0,1$	0,99	—	$p > 0,01$	$p > 0,01$
2	საშუალო	$19,8 \pm 0,16$	1,59	—	—	$p > 0,01$
3	მძიმე	$42,8 \pm 0,2$	1,99	—	—	—

ლიმფოციტების რაოდენობა

დიაგრამა



ამრიგად, როგორც ზემოთ მოყვანილი ციფრობრივი მონაცემებიდან ნათლად ჩანს, I, II და III ჯგუფის შემთხვევები მკვეთრად განსხვავდება ერთმანეთისაგან ინტრაეპითელური ლიმფოციტების რაოდენობის მიხედვით. კერძოდ, ინტრაეპითელური ლიმფოციტების ვეკლაზე მცირე რაოდენობა აღინიშნება I ჯგუფის შემთხვევებში, ე.ი. როდესაც ჰელიკობაქტერიებით კუჭის ლორწოვანის მოთესვა სუსტად არის გამოხატული. II ჯგუფის შემთხვევაში ინტრაეპითელური ლიმფოციტების რაოდენობა თითქმის 5-ჯერ მატულობს. ლიმფოციტების რაოდენობის მატების ტენდენცია კიდევ უფრო ძლიერდება III ჯგუფის შემთხვევებში, რომლებშიც აღინიშნება ჰელიკობაქტერიებით მძიმე მოთესვა. III ჯგუფში ინტრაეპითელური ლიმფოციტების რაოდენობა თითქმის 10-ჯერ უფრო მეტია I ჯგუფთან შედარებით და 2-ჯერ უფრო მეტია II ჯგუფთან შედარებით.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ინტრაეპითელური ლიმფოციტების რაოდენობის მატება კორელაციაშია და პირდაპირ პროპორციულ დამოკიდებულებაში კუჭის ლორწოვანის ჰელიკობაქტერიებით მოთესვის ხარისხთან. კერძოდ, რაც უფრო ძლიერია მოთესვის ხარისხი, მით უფრო მეტია ინტრაეპითელური ლიმფოციტების რაოდენობა. ჩვენს მიერ ადრე ჩატარებული გამოკვლევის საფუძველზე დადგენილია, რომ ინტრაეპითელური ლიმფოციტები (ზოგიერთი გამონაკლისის გარდა), წარმოადგენს CD3+ T-ლიმფოციტებს. ამდენად, სავარაუდოა რომ მათი რაოდენობრივი ცვლილებები, დაკავშირებულია ჰელიკობაქტერიების ანტიგენების მიმართ T-ჰელფერული ფუნქციის განხორციელებასთან.

ლიტერატურა

1. Handt L. K. Fox J. G. et. al. Characterization of feline *Helicobacter pylori* strains and associated gastritis in a colony of domestic cats. - J. Clin. Microbiol. - 1995; 33; 2280-9.
2. Thornborn C. Rodriguez L. Epidemiology of gastric non-Hodgkin's lymphoma patients: parallels with *Helicobacter pylori* - *Helicobacter* - 1996; 1; 75-8.
3. Hussell T. Isaacson P. G. et. al. The response of cells from low-grade B-cell gastric lymphomas of mucosa-associated lymphoid tissue to *Helicobacter pylori*. - Lancet. - 1993; 342 (8871); 571-4.
4. Wright D. H. Lymphomas of mucosa-associated lymphoid tissue and antigen drive. - J. Pathol. - 1996; 178; 111-112.

Саришвили М., Хардзешвили О.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ХЕЛИКОБАКТЕРИАЛЬНОМ ПОВЕРХНОСТНОМ ГАСТРИТЕ

Р Е З Ю М Е

На биопсийном материале при хеликобактериальном поверхностном гастрите изучена корреляционная связь между степенью обсеменения хеликобактериями слизистой оболочки желудка и количеством интраэпителиальных лимфоцитов. Установлена корреляция и прямая пропорциональная зависимость со степенью обсеменения слизистой оболочки желудка хеликобактериями и с изменением количества интраэпителиальных лимфоцитов.

M. Sarishvili, O. Khardzeishvili

THE QUANTITIES CHANGES OF INTRAEPITHELIAL LYMPHOCYTES DURING GASTRITIS SUPERFICIALIS CAUSED BY HELICOBACTER PYLORI

S U M M A R Y

We investigate the degree of *Helicobacter pylori* sowing of the gastric mucosa and the number of intraepithelial lymphocytes in the biopsies taken from the gastritis superficialis caused by the *helicobacter pylori*.

It is established that there is a correlation and the direct relationship between the *helicobacter pylori* sowing of gastric mucosa and the quantities changes of the intraepithelial lymphocytes.

მ.სინჯიკაშვილი, დ.ჩიკვილაძე
**ნაწლავური დისბიოზი ავადმყოფებში მსხვილი ნაწლავის
შუბნეონალური და ანთებითი დაავადებების დროს**
თსსუ, მიკრობიოლოგის, ვირუსოლოგის და იმუნოლოგის კათედრა

თანამედროვე პოზიციებიდან გამომდინარე, ნორმალური მიკროფლორა განიხილება როგორც მრავალნაირი მიკრობიოცენოზის ერთობლიობა, რომელიც ხასიათდება განსაზღვრული შემადგენლობით და ადამიანის ორგანიზმში იკავებს ამა თუ იმ ბიოტოპას. განსაკუთრებით რთულ მიკრობიოცენოზს წარმოადგენს მსხვილი ნაწლავის მიკროფლორა. ნაწლავის ეკოლოგიური სისტემის მაგალითზე ნაჩვენებია მეტად რთული კოპერაციის სისტემის არსებობა ნაწლავის ბინადარი მიკროორგანიზმების პოპულაციებს შორის. ამა თუ იმ სუბსტრატის ან ძეგაბოლიტის ნაკლებობა ან სიჭარბე სივსალია ეკოლოგიური სისტემის შესატყვისი რგოლის გაძლიერებული ზრდის ან დაღუპვისათვის. ბოლო დროს არაკეთილსაიმედო სოციალურ-ეკონომიკურ და ეკოლოგიურ ვითარებასთან დაკავშირებული სტრესული სიტუაციის, ჰიპო და ავიტამინოზის, არარაციონალური ანტიბიოტიკო, პორმონო და ქიმიოთერაპიის, არასრულფასოვანი და არარაციონალური კვების შემთხვევათა მატების გამო მოსახლეობაში აღინიშნება დისბაქტერიოზის და მეორადი იმუნოდეფიციტის საყოველთაო გავრცელება, მოსახლეობის გამოხატული ალერგიზაცია და ავადმყოფებში ქრონიკული ბაქტერიალური და ნელი ვირუსული ინფექციების აქტივაცია, რაც იწვევს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში, შარდსასქესო სფეროში და სხვა ორგანოებში ანთებითი პროცესების ფორმირებას (2). დისბაქტერიოზი, ალერგიზაცია და იმუნოდეფიციტი არსებით ზეგავლენას ახდენენ მწვავე და ქრონიკული დაავადებების ხანგრძლივობასა და სიმძიმეზე, ართულენ და აძვირებენ ძირითადი დაავადების დიაგნოსტიკას და მკურნალობას, ამიტომ მიკრობული ბიოცენოზის დარღვევის კორექციას აქვს დიდი მნიშვნელობა სრული კლინიკური გამოჯანმრთელებისათვის. კუჭისა და ნაწლავების სხვადასხვა დაავადებებს თან ახლავს ნაწლავური მიკროფლორის დისბაქტერიოზი, რომელიც წარმოადგენს პათოლოგიური პროცესის შედეგს ან ხელს უწყობს მის განვითარებას და შემდგომში ხდება აღნიშნული დაავადების ერთ-ერთი სერიოზული ნიშანი, განაპირობებს რა მისი მიმდინარეობის სიმძიმეს და ხანგრძლივობას. ნაწლავური მიკროფლორის შემადგენლობის ცვლილებას მრავალი ავტორი განიხილავს, როგორც მსხვილი ნაწლავის არასპეციფიური დაავადებების ქრონიკული მიმდინარეობის ერთ-ერთ მექანიზმს (1-5).

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, კვლევის მიზანს წარმოადგენს ნაწლავის შიგთავსის მიკროფლორის ცვლილებების შედარებითი შესწავლა ავადმყოფებში გაღიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით, ქრონიკული კატარალური კოლიტით და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით.

ამ მიზნით შესწავლილია 199 (25-დან 65 წლამდე ასაკის) ავადმყოფების ნაწლავის შიგთავსის მიკროფლორა. გაღიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით - 70, ქრონიკული კატარალური კოლიტით - 64 და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით 65 ავადმყოფი. კვლევა ჩატარებული იყო მკურნალობის დაწყებამდე. მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა ჩატარებულია კვლევის თანამედროვე კლასიკური მეთოდების გამოყენებით: აგრეთვე ჩატარდა განავლის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი ანალიზი (6,7).

გალიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით, ქრონიკული კატარალური კოლიტით და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით ავადმყოფებში ნაწლავის მიკროფლორის შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ნაწლავის ფლორის დისბაქტერიოზი არ აღმოაჩნდა გალიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით ავადმყოფების 40%-ს, ქრონიკული კატარალური კოლიტით ავადმყოფების 34,3% და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით ავადმყოფების - 23,07%, ნაწლავის მიკროფლორის ცვლილებების შესახებ უფრო ზუსტი წარმოდგენისათვის ჩვენ მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ ავადმყოფების 3 ჯგუფის გამოყოფა დისბაქტერიოზის თავისებურების გათვალისწინებით. I ჯგუფში შეყვანილი იყვნენ ავადმყოფები, რომელთაც აღენიშნებოდათ: ა) ბიფიდობაქტერიების რაოდენობის შემცირება ($<10^8$ 1 გ ფეკალში); ბ) ბაქტერიების ჰემოლიზური ფორმები და ლაქტოზანგეატიური ეშერიხიები შეადგენდნენ ბაქტერიების საერთო რაოდენობიდან 25-50%; გ) პირობით-პათოგენური ფლორა აღინიშნებოდა კონცენტრაციებში 10^4 - 10^5 1 გ ფეკალში. II ჯგუფი შეადგინეს დისბაქტერიოზით ავადმყოფებმა ზემოთ მინიშნებული მიკროფლორის (ცვლილებებით ერთდროულად ა, ბ, გ) ან შემდეგი წყობით: ა+ბ ან ა+გ. III ჯგუფში შეყვანილი იყვნენ ავადმყოფები, რომელთაც აღენიშნებოდათ ბიფიდობაქტერიების რაოდენობის შემცირება ($<10^8$ 1 გ ფეკალში). ჰემოლიზური ვარიანტის ბაქტერიების და ლაქტოზანგეატიური ეშერიხიების ერთდროული გამოყოფა, ასევე პირობით-პათოგენური ფლორის არსებობა 10^6 და ზევით კონცენტრაციებში 1 გ ფეკალში. დისბაქტერიოზი ჩვენს მიერ დაუდგინდა გალიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით ავადმყოფების 60%-ს, ქრონიკული კატარალური კოლიტით ავადმყოფების 65,7% და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით ავადმყოფების 76,93%. ამავე დროს I ჯგუფის დისბაქტერიოზი აღინიშნებოდა ხშირად (44,3%) გალიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომის დროს, ქრონიკული კატარალური კოლიტის დროს 31,4% შემთხვევაში და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის დროს - 24,6%.

საწინააღმდეგოდ, მე-2 და მე-3 ჯგუფის დისბაქტერიოზი უფრო ხშირად (52,33% შემთხვევაში) აღინიშნებოდა არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის დროს, მაშინ როდესაც გალიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომის დროს მხოლოდ 15,7% და ქრონიკული კატარალური კოლიტის დროს 34,3% შემთხვევაში. მე-2 ჯგუფის დისბაქტერიოზი განესაზღვრა გალიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით ავადმყოფების 10%-ს. ქრონიკული კატარალური კოლიტით ავადმყოფების 21,8% და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით ავადმყოფების 29,3%. გამოვლენილ დისბაქტერიოზებს შორის ყველაზე მძიმე ფორმა მე-3 ჯგუფი აღენიშნა გალიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით ავადმყოფების მხოლოდ 57%, ქრონიკული კატარალური კოლიტით ავადმყოფების 12,5% და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით ავადმყოფების 23,03%. უნდა ითქვას, რომ არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის დროს აღინიშნებოდა პროტეუსის გამოყოფის მაღალი სიხშირე (43,07%) და ასევე ნაწლავის ჩხირის ლაქტოზანგეატიური და ჰემოლიტიური ვარიანტები (52,3%), რაც ეთხვევა ლიტერატურაში მოყვანილ მონაცემებს.

გალიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომის დროს პროტეუსი და ნაწლავის ჩხირის პათოგენური ფორმები გამოიყოფოდა შესაბამისად 17,1 და 24,2% შემთხვევაში. ქრონიკული კატარალური კოლიტის დროს პროტეუსი გამოიყოფოდა ავადმყოფების 25%-ს, ნაწლავის ჩხირის ლაქტოზანგეატიური და

ჰემოლიტიური ფორმები 26,5% როგორც გაღიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომის, ასევე ქრონიკული კატარალური კოლიტის და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის (დაახლოებით 20% შემთხვევაში) ითვებოდა პირობით-პათოგენური ფლორის სხვა წარმომადგენლები: კლესიელები, ენტერობაქტერი, ციტრობაქტერი, საფუარის მსგავსი სოკოები, სტაფილოკოკები.

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე დადგინდა, რომ ბიფიდობაქტერიების რაოდენობის სიხშირის დაქვეითება გაღიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომის, ქრონიკული კატარალური კოლიტის და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის დროს დაახლოებით ერთნაირია. თუმცა ზოგიერთი მკვლევარის მონაცემებით ბიფიდობაქტერიების შემცველობის დაქვეითება 3-ჯერ უფრო ხშირად აღინიშნება ქრონიკული კოლიტის დროს, ვიდრე მსხვილი ნაწლავის ფუნქციონალური დაავადებების, კერძოდ, კოლოდისკინეზიის დროს. გაღიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით ავადმყოფებში ხშირად აღინიშნული ბიფიდობაქტერიების დონის დაქვეითება აერობულ ფლორაში (კვლილებების გარეშე, შეიძლება გაპირობებული იყოს ამავე ავადმყოფების კლინიკაში შემოსვლამდე თვითმკურნალობის პროცესში არაერთჯერადი და უძრავლეს შემთხვევაში დაუსაბუთებელი ანტიბიოტიკების მიღებით (რომლებიც, როგორც ცნობილია, პირველ რიგში, თრგუნავენ ბიფიდოფლორას) დისბაქტერიოზის დიაგნოსტიკა არა მარტო დაავადების უკუთვლად ამოცნობის საშუალებას იძლევა, არამედ გვებმარება მიზანმიმართული თერაპიის ამორჩევაში და გარკვეული ხარისხით დაავადების მიმდინარეობის პროგნოზირებაში (გამოჯანმრთლებლის ან დაავადების გამწვავების შესაძლებლობა).

ამრიგად, ჩატარებული გამოკვლევის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ: 1. დისბაქტერიოზი არ აღმოაჩნდა გაღიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით ავადმყოფების 40%, ხოლო დისბაქტერიოზის I ჯგუფი აღინიშნებოდა 44,3% შემთხვევაში. ქრონიკული კატარალური კოლიტით და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით ავადმყოფების 34,3 და 52,3% შესაბამისად განესაზღვრებოდათ უფრო მძიმე მე-2 და მე-3 ჯგუფის დისბაქტერიოზი.

2. პროტეუსი და ასევე ეშერიხიების ლაქტოზანეგატიური და ჰემოლიტიური ვარიანტები ეთესებოდა გაღიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით ავადმყოფებს მნიშვნელოვნად იშვიათად (ავადმყოფების 17,1% და 24,2% შესაბამისად), ვიდრე ქრონიკული კატარალური კოლიტისა და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის დროს.

3. გაღიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომით, ქრონიკული კატარალური კოლიტით და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით ავადმყოფებს აღინიშნებოდათ ფეკალში ბიფიდობაქტერიების დონის დაქვეითების ერთნაირი სიხშირე.

ლიტერატურა:

1. Шендеров Б.А. Нормальная микрофлора человека и некоторые вопросы микробиологической токсикологии. Антибиотики и Медицинская Биотехнология. 1987, т. XXXII, №3, 164-170.
2. Левина Е.Н., Канарейкина С.К. и др. Микрофлора желудочно-кишечного тракта при неспецифическом язвенном колите. // Журн. микробиол. 1979, №6, 95-98.
3. Смолянская А.З. Дисбактериозы - инфекционные процессы смешанной этиологии. Антибиотики и медицинская Биотехнология. 1987. Т. 32. №3, 186-190.
4. Блохина И.Н., Дорофейчук В.Г. Дисбактериозы. - Л. 1979.

5. Дорощев А.Э., Несвижский Ю.В. Микробиоценоз толстой кишки у больных неспецифическим язвенным колитом. Эпидемиология и инфекционные болезни. 1997, N2, 26-29.
6. Методические рекомендации Микробиологическая диагностика дисбактериозов. Министерство здравоохранения УССР, Киев 1988.
7. Биргер М.О. Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования. М.: Медицина, 1982, 93-96, 114-121.

**Синджикашвили М., Чиквиладзе Д.
КИШЕЧНЫЙ ДИСБАКТЕРИОЗ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

РЕЗЮМЕ

Проведен качественный и количественный бактериологический анализ микрофлоры кишечного содержимого у 199 больных с синдромом раздраженной толстой кишки, с хроническим язвенным колитом и неспецифическим язвенным колитом.

В результате чего, был установлен микробный дисбаланс кишечника в 34,3-44,3 и 52,2% случаев в зависимости от формы основного заболевания. Дисбактериоз в разных композициях, в большинстве случаев за счет увеличения количества протей, лактозонегативных и гемолитических эшерихий на фоне снижения количества бифидобактерий.

**Sinjikashvili M., Chikviladze D.
INTESTINE DISBACTERIOSIS AMONG PATIENTS WITH FUNCTIONAL AND
INFLAMMATORY DISEASES OF LARGE INTESTINE**

SUMMARY

199 patients were put to qualitative and quantitative analyses of micro floras of intestine. The patients were divided into 3 groups: 1. with the syndrome of irritated large intestine; 2. with chronic catarrhal colitis and 3. with nonspecific ulcerative colitis.

As a result of these analyses we determined microbe disbalance of intestine in 34,3-44,3 and 52,3% of cases depending on the forms of the basic disease.

Disbacteriosis in different compositions develops mostly owing to increasing amount of proteus, hemolytic and lactose negativ E.coli variations on the one hand and reducing amount of Bifidobacterium on the other.

**მსინჯიკაშვილი, დ.ჩიკვილაძე
მსხვილი ნაწლავის მიკრობიოცენოზი არასპეციფიური
ფუნქციონირების კოლიტიტით დაავადებულ პირებში
თსსუ, მიკრობიოლოგიის, ვირუსოლოგიის და იმუნოლოგიის კათედრა**

ყველა აღმანს გააჩნია თავისი მიკრობიოლოგიური ფუნოტიპი, რომელიც ფორმირდება მემკვიდრული და არამემკვიდრული ცვალებადობის სხვადასხვა ფაქტორების ცვალებადობით (1-4)

მაკრო და მიკროორგანიზმების ურთიერთქმედების პროცესში ფორმირდება უნიკალური ეკოსისტემა, რომელიც დინამური წონასწორობის მდგომარეობაშია.

ადამიანის მსხვილი ნაწლავის მიკრობიოცენოზი ნორმაში და ქრონიკული ანთებითი დაავადებების დროს ასახავს ასეთი ურთიერთქმედების თავისებურებას. ამ პროცესის მექანიზმები არასაკმარისადაა შესწავლილი, თუმცა ეს მეტად მნიშვნელოვანია არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით ავადმყოფების მკურნალობისა და რეაბილიტაციისათვის.

გამოკვლეული იყო 20 ჯანმრთელი ადამიანი, 25-დან 70 წლამდე და არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით 65 ავადმყოფი, 25- დან 65 წლამდე.

მსხვილი ნაწლავის მიკროფლორის ხარისხობრივი და რაოდენობრივი კვლევა ტარდებოდა გენგაბრიჩესკის სახელობის ეპიდემიოლოგიისა და მიკრობიოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის მიერ შემუშავებული მეთოდით (2). მიკრობულ პეიზაჟზე არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის ფორმის ზეგავლენის გამოსაიკხად გამოკვლეულნი იყვნენ მხოლოდ არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის დისტალური ფორმით – სწორი და სიგმოიდური ნაწლავის ქვედა მესამედის დაზიანებით ავადმყოფები გამწვავების ფაზაში, რომელთაც არ ქონდათ ნაწლავგარე გართულებები.

როგორც ჯანმრთელი ასევე ავადმყოფების ფეკალის ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგებმა გვიჩვენა (ცხრილი 1,2), რომ ნაწლავის მიკროფლორა შეიცავს სხვადასხვა გვარის და სახის მიკროორგანიზმებს. ამასთანავე განსაზღვრული გვარები გვხვდებიან შედარებით მუდმივობით. ნაწლავის მიკრობიოცენოზის მუდმივი წარმომადგენლები აღმოჩნდნენ *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Enterococcus* და *Escherichia*-ს გვარის მიკროორგანიზმები. უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანმრთელი პირებიდან პირობით-პათოგენური მიკროორგანიზმები გამოიყოფოდა პრაქტიკულად ყველა შემთხვევაში, კერძოდ კი – *E.coli* ნორმალური ფერმენტაციული თვისებებით. შემდეგი შეზვედრის სიხშირის მიხედვით იყო *S.epidermidis*, *S. saprophyticus* და *C.freundi*.

ჯანმრთელი ადამიანების ნაწლავის მიკრობიოცენოზის გვაროვნული შემადგენლობა

ცხრილი №1

მიკროორგანიზმის გვარი	სიხშირე %
<i>Bifidobacterium</i>	100.0
<i>Lactobacillus</i>	100.0
<i>Enterococcus</i>	100.0
<i>Proteus</i>	16.0
<i>Candida</i>	82.0
<i>Clostridium</i>	72.0
<i>Escherichia</i>	100.0
<i>Staphylococcus</i>	96.0
<i>Citrobacter</i>	56.0
<i>Enterobacter</i>	24.0
<i>Pseudomonas</i>	46.0
<i>Klebsiella</i>	32.0

ჯანმრთელი ადამიანების ნაწლავის მიკრობიოცენოზის სახეობრივი შემადგენლობა.

მიკროორგანიზმის სახე	სიხშირე%
E. coli ნორმ.	96.0
E. coli დაქვ.	18.0
E. coli ლაქტ.	16.0
S. aureus	22.0
S. epidermidis	28.0
S. saprophiticus	34.0
C. diversus	14.0
C. freundii	44.0
E. aerogenes	20.0
E. cloacae	15.0
P. aeruginosa	46.0
K. pneumoniae	8.0
K. oslaenae	24.0

შენიშვნა: **E.coli - ნორმ.** - ნორმალური ფერმენტაციული თვისებებით. **E.coli - დაქვ.** - დაქვეითებული ფერმენტაციული თვისებებით. **E.coli - ლაქტ.** - ლაქტოზა ნეგატიური.

არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით დაავადებულ პირებისაგან ითესებოდა Escherichia, Enterococcus, Bifidobacterium, Lactobacillus გვარის წარმომადგენელი ბაქტერიები. მათ შორის სჭარბობდა E.coli, მაგრამ მიკრობულ სტრუქტურაში შემავალი მიკროორგანიზმების რაოდენობრივი შემცველობა სარწმუნოდ განსხვავდებოდა ჯანმრთელთა მაჩვენებლებისაგან. არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტით დაავადებულთა ყველა შემთხვევაში გამოვლენილია E.coli-ს მომატებული რაოდენობა, მათ შორის 32.3% შემთხვევაში გამოვლენილი იყო E.coli-ს შტამები დაქვეითებული ფერმენტაციული თვისებებით ანუ ორჯერ ხშირად, ვიდრე ჯანმრთელ პირებში. ლაქტოზანეგატიური E.coli გამოვლენილია 20.8%-ში, რაც შეესაბამება ჯანმრთელთა მაჩვენებელს. ბიფიდობაქტერიების რაოდენობა დაქვეითებული იყო 90.9% შემთხვევაში, ხოლო ლაქტობაცილებისა - ყველა ავადმყოფში. სტაფილოკოკი გამოეთესა გამოკვლევლების - 74.5%, კლოსტრიდიები - 69.1% შემთხვევაში, მაგრამ მათი რაოდენობა სარწმუნოდ არ განსხვავდებოდა ჯანმრთელი ადამიანის მაჩვენებლებისაგან. სხვა მიკროორგანიზმები ითესებოდა იმავე სიხშირით და პრაქტიკულად იმავე რაოდენობით, როგორც ჯანმრთელებიდან.

ამრიგად, ჩატარებული გამოკვლევის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ რომ: - არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტის დისტალური ფორმით პაციენტებში გამოვლენილია დისბაქტერიოზი, რომელიც ვლინდებოდა დაქვეითებული ფერმენტაციული თვისებების E.coli-ს რაოდენობის მომატებით და ბიფიდობაქტერიების და ლაქტობაცილების რაოდენობის შემცირებით.

ლიტერატურა:

1. Гребнев А.Л., Мягкова Л.Н. Болезни кишечника. - М., 1994.
2. Применение бактериальных биологических препаратов в практике лечения больных кишечными инфекциями. Диагностика и лечение дисбактериоза кишечника. - М., 1986.
3. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. - Л., 1991.
4. Хилл М.Дж. // Гастроэнтерология. Т. 3: Толстая кишка. - М., 1988, 235-253.

**Синджикашвили М., Чиквиладзе Д.
МИКРОБИОЦЕНОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ
С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ
РЕЗЮМЕ**

Исследовали микробный пейзаж толстой кишки у 20 здоровых лиц и 65 больных с дистальной формой неспецифического язвенного колита (НЯК).

При НЯК дисбактериоз развивается за счет повышения удельного веса *E.coli* и снижения количества бифидо- и лактобактерий.

**Sinjikashvili M., Chikviladze D.
MICROBIOCENOSIS OF LARGE INTESTINE IN PATIENTS WITH
NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS
SUMMARY**

The microflora of the large intestine was analysed in 20 normal subjects and 65 patients with the distal form of nonspecific ulcerative colitis.

In nonspecific ulcerative colitis dysbacteriosis develops at the expense of increase in the specific share of *E.coli* and decrease of that of bifido and lactobacilli.

**ნ.სურმაგა, მ.ჯორჯიკია, ჰ.იორაშაშვილი
ინფორაციითმლი სპექტროფოტომეტრული მეთოდით
აზოტმეპავას რთული მთერემბის რიგის სპეპარატულ
საშუალმბათა სტანდარტიზაციი
თსსუ, ფარმაცევტული და ტოქსიკოლოგიური ქიმიის კათედრა**

ინფორაციითმლა სპექტროფოტომეტრულმა მეთოდმა, რომელიც ფართო ინფორმაციას იძლევა მოლეკულაში გარკვეული ჯგუფების არსებობაზე და მთლიანად ნივთიერების სტრუქტურაზე, დიდი გამოყენება ჰპოვა ფარმაცევტულ ანალიზში სამკურნალწამლო პრეპარატების იდენტიფიკაციისა და სიწმინდის განსაზღვრისათვის. მეთოდის უპირატესობა გამოიხატება ანალიზის სისწრაფეში, სპეციფიურობაში, მაღალ მგრძობელობაში და მიღებული შედეგების ობიექტურობაში [2,3,4]

აღნიშნული შრომა წარმოადგენს ჩვენს მიერ მოწოდებული წინა შრომის [1] გაგრძელებას აზოტმეპავას რთული ეთერების რიგის პრეპარატების სტანდარტიზაციისათვის, რადგან აღნიშნული მეთოდი უფრო ფართო ინფორმაციას იძლევა, ვიდრე სპექტროფოტომეტრული.

თემის მიზანი - ინფრაწითელი სპექტროფოტომეტრული მეთოდით აზოტ-მჟავას რთული ეთერების რიგის სამკურნალოწამლო საშუალებათა სტანდარტიზაცია.

საკვლევ ობიექტებად ავიღეთ ნიტროსორბიდის და ერინიტის სუბსტანციები. ნიტროსორბიდის და ერინიტის ინფრაწითელი სპექტრები გადავიღეთ სპექტროფოტომეტრზე IR-20 და IR-75 Specord (კარლ-ცეის, იენა) ვაზელინის ზეთში და კალიუმის ბრომიდის ტაბლეტებში. მიღებული იქნა შთანთქმის მაღალი სიხშირის და ინტენსიური რხევები $800-1500\text{სმ}^{-1}$ ზოლში, რაც გვაძლევს შესაძლებლობას ჩატარდეს ამ პრეპარატების ეფექტური იდენტიფიკაცია.

აზოტმჟავას ეთერების ინფრაწითელი სპექტრები მოყვანილია სურათებზე 1,2,3,4. მახასიათებელი ზოლების მონაცემები იხ. ცხრილში 1.

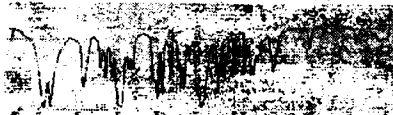


1



2

სურ. 1,2 ნიტროსორბიდის ინფრაწითელი სპექტრი ვაზელინის ზეთში და კალიუმის ბრომიდის ტაბლეტებში



3



4

სურ. 3,4. ერინიტის ინფრაწითელი სპექტრი ვაზელინის ზეთში და კალიუმის ბრომიდის ტაბლეტებში

ცხრილი 1

აზოტმჟავას რთული ეთერების ინფრაწითელი სპექტრების მახასიათებელი ზოლები

რხევის ტიპი	შთანთქმის ზოლის ინტენსივობა	შთანთქმის ზოლები ვაზელინის ზეთში სმ^{-1}		შთანთქმის ზოლები KBr ტაბლეტებში სმ^{-1}	
		ნიტროსორბიდი	ერინიტი	ნიტროსორბიდი	ერინიტი
VasNO_2	ძლ	1640	1655	1625	1650
		1280	1275 1290	1280	1270
VsNO_2 Vco	საშ	1030	1010	1030	1005
		1070	1040	1070	1040
VNO (ორდინ. ბმის ვალენტ. რხევა)		1100		1090	
		865	855	870	850

ამრიგად გადაღებულია, დამუშავებულია და სისტემატიზირებულია ნიტროსორბიდის და ერინიტის ინფრაწითელი სპექტრები.

განსაზღვრულია შთანთქმის მახასიათებელი ზოლება, რომლებიც განპირობებულია აზოტმჟავას რთული ეთერების რიგის ნაერთების მოლეკულაში ერთნაირი სტრუქტურული ელემენტების არსებობით, რომელთა ერთობლიობა იძლევა მათი სტანდარტიზაციის შესაძლებლობას.

ლიტერატურა

1. ნ.სურმავა, მ.ჯორჯიკია, ჰ.იორამაშვილი. ნიტროსორბიდის და ერინიტის სპექტროფოტომეტრული შესწავლა. თსსუ სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. XXXVI. თბილისი, 2000, 409-413.
2. Арзамасцев А.П., Яскина Д.С. Ультрафиолетовые и инфракрасные спектры лекарственных веществ Вып.1, М. Медицина, 1975.
3. Кандал Д. Прикладная инфракрасная спектроскопия. М., Мир 1980, с. 375.
4. Шилов Ю.М., Веремьев И.В. Перспективы использования инфракрасной спектроскопии в фармацевтическом анализе.-Фармация 1981, №2 с.76-82

სურმავა ნ., ჯორჯიკია მ., იორამაშვილი გ.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ АЗОТНОЙ КИСЛОТЫ МЕТОДОМ ИК- СПЕКТРОФОТОМЕТРИИ

РЕЗЮМЕ

Получены систематизированный ИК -спектры поглощения нитросорбида и эринита.

Определены характеристические полосы поглощения обусловленные наличием в молекуле сложных эфиров азотной кислоты одинаковых структурных элементов, совокупность которых может быть использована для стандартизации исследуемых соединений.

Surmava N., Gorgikia M., Ioramashvili H.

STANDARTIZATION OF COMPLEX ETHERS OF NITRIC ACID BY THE METHOD OF IR- SPECTROPHOTOMETRY

SUMMARY

IR - absorption spectra of Nitrosorbide and Erinite have been obtained and systematized. The characteristic absorption bands due to the existance of similar structural elements in the molecules of complex ethers of nitric acid are determined; combination of structural elements can be used for standartization of investigated compounds.

ნ.ტატიშვილი

მრავალშრიანი ბრტყელი ვაკითელიუმის მორფომეტრიის შედეგები კიპერტროფიული გინგივოკატიუმის ღრუს

თსსუ, პათოლოგიური ანატომიის კათედრა

კიპერტროფიული გინგივოკატიუმი არის პაროდონტის საკმაოდ გავრცელებული პათოლოგია, რომლის არსი, ეტიოლოგია და პათოგენეზი ბოლომდე ცნობილი არ არის. კიპერტროფიული გინგივოკატიუმის პათოგენეზში მნიშვნელოვან როლს

ანიჭებენ მემკვიდრულ ფაქტორებს, ენდოკრინოპათიებს, სხვადასხვა სამკურნალო პრეპარატებით მკურნალობას, მექანიკურ ფაქტორებს და სხვა.

ბოლო წლებში საკმაოდ ინტენსიურად შეისწავლება ჰიპერტროფიული გინგივოპათიის მორფოგენეზი (2,3,4,5,6,7). ჩატარებული კვლევები ძირითადად ეხება შემაერთებელ-ქსოვილოვან კომპონენტებს. რაც შეეხება ეპითელიუმის მორფოლოგიური ცვლილებების თავისებურებებს და მის როლს ჰიპერტროფიული გინგივოპათიის მორფოგენეზში შედარებით ნაკლებად არის შესწავლილი. თუ მხედველობაში მივიღებთ იმასაც, რომ საზოგადოდ ლორწოვანი გარსის ზრდის რეგულაციაში ერთერთი წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება ეპითელიურ-შემაერთებელ ქსოვილოვან ურთიერთობას, საგარაუდოა, რომ ჰიპერტროფიული გინგივოპათიის დროსაც ეპითელიურ-სტრომულ ურთიერთობას გარკვეული მნიშვნელობა შეიძლება გააჩნდეს. ამრიგად მრეცალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის ცვლილებების დადგენას

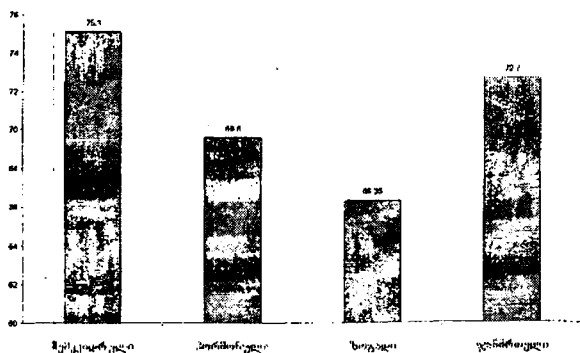
გარკვეული მნიშვნელობა ექნება ჰიპერტროფიული გინგივოპათიების მორფოგენეზის დადგენისათვის.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის ფართის ცვლილებების დადგენა და მისი მნიშვნელობის შეფასება სხვადასხვა წარმოშობის ჰიპერტროფიული გინგივოპათიების დროს. გამოკვლეულია სხვადასხვა ეტიოლოგიის ჰიპერტროფიული გინგივოპათიების შემთხვევების 16 ბიოფსია. მასალა მიღებული იქნა სამკურნალო მიზნით ჩატარებული გინგივიქტომიის შედეგად. ბიოფსიური მასალის ფიქსაციას ვახდენდით 12% ნეტრალურ ფორმალინში, ვაყალიბებდით პარაფინში, 4-5 მ.კ.მ. ანათლებს ვლებადით ჰემატოქსილინითა და ეოზინით. ეპითელიური სტრუქტურების რაოდენობრივ შეფასებას ვახდენდით გ. გ. ავთანდილოვის მიერ მოწოდებული მორფომეტრული მიკრობადით (1). ციფრობრივ მონაცემებს ვამუშავებდით ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით.

გამოკვლევის შედეგებმა გვიჩვენა (ცხრილი, დიაგრამა), რომ ეპითელის ფართის მაჩვენებელი მემკვიდრული გინგივოპათიის დროს შეადგენს $75,1 \pm 1,0$ პირობით ერთეულს. ენდოკრინული წარმოშობის ჰიპერტროფიული გინგივოპათიების დროს დასახელებული მაჩვენებელი უდრის $69,6 \pm 0,6$ პ.ე. ზოგადი დაავადებების ფონზე განვითარებული ჰიპერტროფიული გინგივოპათიების დროს მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელის ფართი ტოლია $66,3 \pm 0,6$ პ.ე. და პრაქტიკულად ჯამრთელი პიროვნებების შემთხვევაში $72,7 \pm 0,7$ პ.ე. ამრიგად როგორც ზემოაღნიშნული მონაცემებიდან ჩანს სხვადასხვა პათოგენეზის ჰიპერტროფიული გინგივოპათიის დროს ეპითელიური კომპონენტის ფართი განსხვავებულია. ეს განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ერთის მხრივ ენდოკრინოპათიების და სხვა ზოგადი ავადმყოფობების ფონზე ($P < 0,001$) და მეორეს მხრივ პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში განვითარებულ ჰიპერტროფიული გინგივოპათიებს შორის ($P < 0,001$). ეპითელის საფარის ფართის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელით ხასიათდება ზოგადი ავადმყოფობების ფონზე განვითარებული ჰიპერტროფიული გინგივოპათიების შემთხვევები. ოდნავ უფრო მაღალი მაჩვენებელი არის ენდოკრინოპათიების ფონზე განვითარებულ შემთხვევებში. რაც შეეხება მემკვიდრულ ავადმყოფობებს ეპითელის ფართის მაჩვენებელი ყველა დანარჩენ შემთხვევებთან შედარებით მაღალია. ამრიგად ზემოდ მოყვანილი მონაცემებიდან ჩანს, რომ ეპითელიური კომპონენტი

სხვადასხვა პათოგენეზის ჰიპერტროფიული გინგივოპათიების დროს სხვადასხვა ხარისხით განიცდის ჰიპერპლაზიას. როგორც ჩანს მეშვედრული ავადმყოფობების ფონზე განვითარებული ღრძილის ჰიპერტროფიის დროს მეზენქიმური წარმოშობის ქსოვილების ჰიპერპლაზიასთან ერთად წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება ეპითელური ქსოვილის ჰიპერპლაზიასაც და ჰიპერტროფიის პათოგენეზში შეიძლება ითქვას ერთნაირად მონაწილეობს, როგორც შემაერთებელ ქსოვილოვანი ასევე ეპითელური კომპონენტი. რაც შეეხება ენდოკრინოპათიებს და ზოგად დაავადებების ფონზე განვითარებულ ჰიპერტროპიულ გინგივოპათიებს, მათ შემთხვევაში ღრძილის ჰიპერპლაზია განპირობებულია არა ეპითელური კომპონენტის ჰიპერპლაზიით, არამედ შემაერთებელ-ქსოვილოვანი კომპონენტის პროლიფერაციით. ყოველივე ზემოდ აღნიშნული მიუთითებს იმაზე, რომ ღრძილის ჰიპერტროფიის პათოგენეზში განსხვავებული მექანიზმი მოქმედებს. რიგ შემთხვევებში ხდება შემაერთებელი ქსოვილის ზრდის რეგულაციის დარღვევა და ზოგში კი ეპითელურ ფართის ცვლილებები.

დიაგრამა



ცხრილი

ჰიპერტროფ. გინგივოპათიის ფორმა	ეპითელიუმის ფართის საშ.მარევენებილი M±m	საშ. კვადრატ. გადახრა δ	ენდოკრინული	ზოგადი დაავადებები	პრაქტიკულად ჯამრთელი
			ჯგუფების შედარების (1) სარწმუნოება (P)		
			1	2	3
მეშვედრული	75,1 ± 1,0	10,2	t= 3,6 P<0,001	t= 5,8 P<0,001	t= 1,5 P<0,05
ენდოკრინული	69,6 ± 0,6	6,5	-	t= 4 P<0,001	t= 3,4 P<0,001
ზოგადი დაავადებები	66,3 ± 0,6	14	-	-	t= 7 P<0,001
პრაქტიკულად ჯამრთელი	72,7 ± 0,7	19,7	-	-	-

ლიტერატურა

1. Автандилов Г.Г. Морфометрия патологии. -М.1984
2. Loe H., Karring T. A quantitative analysis of the epithelium- connective tissue interface in relation to assessment of the mitotic index; J Dent Res; 48:634, 1969
3. Mori M., Kashiro A., Histochemical observation of aminopeptidase activity in the normal and inflamed oral epithelium; J Osaca Univ Dent School 1:39, 1961
4. Saglie R., Sabag N., Mery C. Ultrastructure of the normal human epithelia attachment. J Periodontol 50:544, 1979
5. Schroeder H.E., Theilade J. Electron microscopy of normal human gingival epithelium. J Periodont Res 1:95, 1966
6. Soni N.N., Silberkneit M., Hayes RL. Pattern of mitotic activity and cell densities in human gingival epithelium. J Periodontol 36:15, 1965
7. Thonard J.C., Scherp H.W. Histochemical demonstration of acid mucopolisaccharides in human gingival epithelial intercellular spaces. Arch Oral Biol 7:125, 1962

Татишвили Н РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОМЕТРИИ ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ ГИНГИВОПАТИЯХ РЕЗЮМЕ

Исследовано 16 биопсийных материалов при гипертрофии десен различной этиологии. После соответствующей обработки срезы были окрашены гематоксилином и эозином; подсчет эпителиальной ткани производили микросеткой Г. Г. Автандилова.

Установлена различная стерень участия эпителиальной ткани в процессе гипертрофии десен и в зависимости от этиологических факторов. Гипертрофия десен, развившаяся на фоне эндокринопатии в основном проявляется в виде гиперплазии соединительной ткани; в процессе эпителиальная ткань участия не принимает.

Tatishvili N. THE RESULTS OF EPITHELIAL MORPHOMETRY DURING GINGIVAL ENLARGMENT SUMMARY

We investigated 16 biopsies of gingival enlargments with different etiology. After appropriate processing the slaides were stained by the hematoxiline and eosine. The figures has been elaborated by means of mathematical statistics.

It is concluded that the epithelial tissue not always play an important role in the development of gingival enlargment with different etiology. The gingival enlargment caused with endocrine system disorders is mainly defined with connective tissue hyperplasia.

ლ. ტვილიდიანი
გულის მარცხენა პარაკუჭის
სისტოლური ფუნქციის შეფასება
საბოლოო სისტოლური სტრეს-მოცულობის
ურთიმართდამოკიდებულების საფუძველზე
ოსსუ, სტუდენტთა თერაპიაში სპეციალიზაციის კათედრა

მარცხენა პარაკუჭის სისტოლური ფუნქცია კლინიკურ პრაქტიკაში ძირითადად ფასდება განდევნის ფრაქციის საფუძველზე. მაგრამ, ცნობილია, რომ ამ მაჩვენებელს ახასიათებს მნიშვნელოვანი ხარვეზები, კერძოდ: იგი საკმაოდ მგრძობიარეა პრე- და პოსტლატვირთვის ცვალებადობისადმი და არაინფორმატიულია საწყისი (ფარული) უკმარისობის შემთხვევაში.

აღნიშნული გარემოება განაპირობებს დატვირთვებისაგან დამოუკიდებელი და კუმშვადობის მიმართ მგრძობიარე, ამასთან ერთად, ფართოდ დანერგვადი არაინვაზიური მეთოდის საფუძველზე მიღებული კუმშვადობის ინდექსის განსაზღვრის პრობლემის აქტუალობას.

ნაშრომის მიზანია გულის მარცხენა პარაკუჭის სისტოლური ფუნქციის შეფასების შესაძლებლობის წარმოჩენა საბოლოო სისტოლური სტრეს-მოცულობის ურთიერთდამოკიდებულების საფუძველზე ექოკარდიო-გრაფიული და სფიზიომომანომეტრიული მეთოდების გამოყენებით (1-5).

აღნიშნული მეთოდების გამოყენება სტრეს-მოცულობის საბოლოო სისტოლური პარამეტრების დასადგენად კუმშვადობის წრფივი მრუდის აგებისას კარგად არის ცნობილი და ფართოდ გამოიყენება მთელი რიგი მკვლევარების მიერ. პრობლემატურია ამ მრუდის მოცულობის ღერძთან გადაკვეთის წერტილის, ე.ი. მისი დახრის კუთხის დადგენა გულის მუშაობის ერთი ციკლის ფარგლებში დატვირთვების ყოველგვარი ცვლილებების გარეშე.

ნაშრომში აღწერილი მეთოდი ემყარება იმ კანონზომიერებას, რომლის მიხედვითაც პარაკუჭის სრულიად იზოვოლემიურად შეკუმშვის შემთხვევაში, როდესაც განდევნა არ წარმოებს, საბოლოო სისტოლური სტრეს-მოცულობის ურთიერთდამოკიდებულების წერტილი უცილობლივ განთავსდება კუმშვადობის შესაბამის წრფივ ფუნქციაზე (სურათზე წერტილი H).¹¹ ამასთან ერთად, მეთოდი ემყარება იმ გარემოებას, რომ თანახმად გულის კანონისა სისტოლის განმავლობაში მის მიერ განვითარებული ძალა (ენერჯია) არის მაქსიმალური შესაბამისი პრედატვირთვისა და კუმშვადობის პირობებისათვის და იგი ხმარდება იზომეტრული ფაზის დატვირთვის დაძლევა და განდევნის პერიოდში გარეგანი საძეგლის შესრულებას, რის შედეგადაც ყალიბდება შესაბამისი დარტყმითი მოცულობა და სისტოლური არტერიული წნევა.

აღნიშნულიდან გამომდინარე სრულიად იზომეტრიულად შეკუმშვადი და განმდევნი პარაკუჭის პლანიმეტრულ-ენერგეტიკული პარალელების გავლებისა და ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ

$$S_4GBH = S_H ABCD$$

პარაკუჭშია სტრესისა და მოცულობის პარამეტრების გამოყენებით თუ გარდაექმნით ზემოთ მოყვანილ განტოლებას, შედეგად მივიღებთ

$$\underline{ax^2 + bx + c = 0} \text{ ტიპის კვადრატულ განტოლებას, სადაც}$$

$$x = \sigma_{\max}$$

$$a = V_{ed} - V_{es}$$

$$b = \sigma_{es} (V_{es} - V_{ed}) - 2\sigma_{iso} (V_{ed} - V_{es})$$

$$c = \sigma_{es} (\sigma_{es} + \sigma_{iso}) (V_{ed} - V_{es})$$

იმ პირობის გათვალისწინებით, რომ

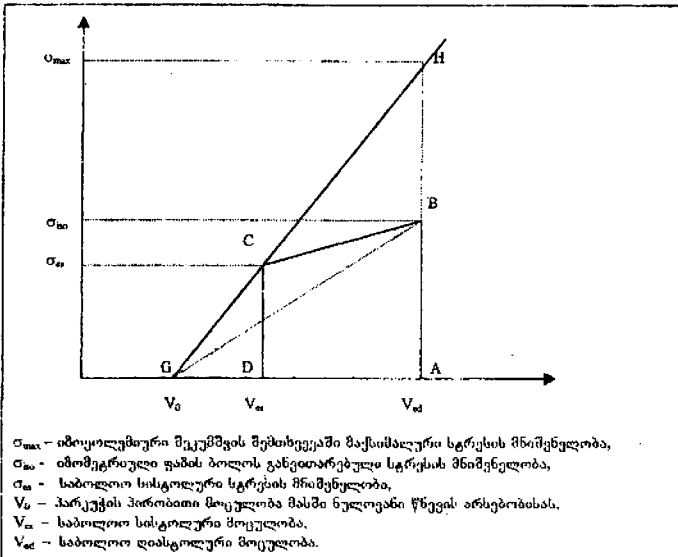
$$\sigma_{max} > \sigma_{iso}$$

განტოლების პასუხია

$$x = -b + \sqrt{(b^2 - 4ac) / 2a}$$

შედეგად ჩვენ მივიღებთ ორი წერტილის მნიშვნელობებს - C და H, რომლებზედაც საბოლოოდ გაივლის მარცხენა პარკუჭის კუმშვადობის ამსახველი წრფევი ფუნქცია.

მოსალოდნელი შედეგების ჭრილში შეიძლება ითქვას, რომ აღნიშნული მეთოდის გამოყენება საშუალებას მოგვცემს: ყოველდღიურ პრაქტიკაში დავნერგოთ განდევნის ფრაქციაზე უფრო ობიექტური და მგრძობიარე კუმშვადობის შემაფასებელი ინდექსი; მოვახდინოთ გულის ფარული უკმარისობის ადრეული დიაგნოსტიკა; კარდიოპათოლოგიების სამკურნალოდ შევიზუსტოთ მიზეზ-შედეგობრივი პათოგენეზური ტაქტიკა გულის კუმშვადი სტატუსის გათვალისწინებით და მასზედ მოქმედი დატვირთვების ოპტიმიზაციით; დარტყმითი მუშაობის შეფარდებით სტრეს-



მოცულობის არესთან, გამოვიანგარიშოთ პარკუჭის მექანიკური ქმედითობა (მარგი ქმედების კოეფიციენტი) და ენერგეტიკული ეკონომიურობა, რაც შესაძლოა სასარგებლო იყოს გატარებული სამკურნალო ღონისძიებების ეფექტურობის შეფასებისათვის.

ლიტერატურა:

1. Barow KM, Wynne J, Marsh SD: Sensitivity of the end-systolic pressure-volume relation to the inotropic state in humans. (abstr.) Circulation 62 (suppl III): III-91, 1980
2. Mehmel HC, Ruffman K, Manthey L, Schwarz F, Schuler G, Olshausen K, Kubler W: End-systolic pressure-volume and stress-volume relation in patients with aortic stenosis and with normal valvular function. (abstr) Circulation 62 (suppl III): III-92, 1980
3. Marsh JD, Green LH, Wynne J, Cohu PF, Grossman W: Left ventricular end-systolic pressure-dimension and stress-length relation in normal human subjects. Am J Cardiol 44:1311, 1979
4. Mehmel HC, Stockins B, Ruffmann K, Olshausen K, Schuler G, Kubler W: The linearity of the end-systolic pressure-volume relation in man and its sensitivity for the assessment of left ventricular function. Circulation 63:1216, 1981
5. Braunwald, E. [ed.]: Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine; 3-rd edit.; W.B. Saunders Company, 1988

Твильдანი Л.

ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ОСНОВАНИИ КОНЕЧНО – СИСТОЛИЧЕСКОГО СТРЕСС – ОБЪЕМНОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

РЕЗЮМЕ

Проблема определения независимого от нагрузок неинвазивного и доступного в ежедневной клинической практике чувствительного к изменениям инотропного состояния миокарда индекса в противоположность широко используемой, но в то же время, не лишенной значительных недостатков, фракции изгнания остается по-прежнему актуальной.

Известно, что конечно-систолическое стресс-объемное взаимоотношение левого желудочка представляет собой линейную функцию ее сократимости. Однако, если вычисление конечно-систолических параметров стресса и объема, необходимых для построения указанной функции, на основании эхокардиографического и сфигмоманометрического методов исследования не представляет особых сложностей, то определение угла наклона кривой функции, т.е. точки ее пересечения с осью объема, является основным затруднением для широкого применения принципа в неинвазивных условиях.

Описываемый метод основан на закономерном тождестве конечно-систолического стресс-объемного взаимоотношения изоволюмически сокращаемого желудочка с таковым взаимоотношением изгоняющего сокращения. Проводя энерго-планиметрические параллели между этими двумя типами сокращений, можно заключить, что энергия изгнания эквивалентна разности энергий изометрических сокращений.

Tvildiani L.

ASSESSMENT OF LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC FUNCTION ON THE BASE OF END-SYSTOLIC STRESS-VOLUME RELATION

SUMMARY

A determination of the non-invasive index independent from loading conditions and, at the same time being sensitive to alterations in the contractile state of left ventricle (LV) myocardium, which can widely be use in a clinical practice, is still a current problem.

It is well known that end-systolic stress-volume relation is a linear function of LV contractility. But if the calculation of end-systolic stress and volume values of LV is readily available with the echocardiography and sphygmomanometry, the determination of the function's slope, i.e. the point its interception with volume axis, is the challenge for the use of the principle in non-invasive stages.

The method described is based on the similarity of end-systolic stress-volume relations in case of the isovolumetrically contracting ventricle as well as in the ejecting beat. Analyzing these two types of contractions it can be deduced that the ejection energy is equal to the difference of the isovolumetric energies of the mentioned contractions.

მ.ტრიპოლსკი, დ.ხაზარაძე, გ.ფაღავა
მუნი - მისი მკურნალობის პრინციპები და
შესაძლო გართულებები
თსსუ, დერმატოლოგიისა და ვენეროლოგიის კათედრა

მუნი-ერთი გავრცელებული დაავადებაა დერმატოლოგიის პრაქტიკაში. იგი ხშირად წარმოადგენს ბევრი კანის დაავადების გართულების მიზეზს. ხშირად თვითონ რთულდება მეორადი დაინფიცირების გზით და ამდენად დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით გარკვეულ სიძნელებთან არის დაკავშირებული.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში განსაკუთრებით გაიზარდა მუნი დაავადებულთა რიცხვი, რაც ალბათ გამოწვეულია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობით და ასე მომრავლებული სხვადასხვა მკურნალებით, რომლებიც თავის თავზე იღებენ დაავადების მკურნალობას ტრადიციული და არატრადიციული მეთოდებით ერთი დღის განმავლობაში.

მუნი- ექტოპარაზიტული დაავადებაა, რომელსაც იწვევს ტკიპა-*Sarcoptes scabiei hominis*. მისი წარმატებული მკურნალობისათვის საჭიროა სწორი დიაგნოსტიკა, რაც ზოგიერთ შემთხვევაში გარკვეულწილად გაძნელებულია ატიპიური ფორმებისა და სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებებით გართულებული პროცესის გამო. ატიპიურ სურათს ვიღებთ იმ პირებშიც, რომლებიც განსაკუთრებით ხშირად იღებენ შხაპს საბნითა და სხვა საშუალებებით, ხშირად იბანენ ხელებს. ამ დროს გამონაყარი უმნიშვნელოა და მისი გავრცელებაც ძალიან ნელა მიდის. ამ შემთხვევაში მეტად მნიშვნელოვანია დიაგნოზის დასასმელად აფხევის გზით კერიდან აღებული მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევა. კვლევის ეს მეთოდი უკვე დიდი ხანია ჩვენს მიერ წარმატებით ხორციელდება, რაც საშუალებას გვაძლევს ატიპიური ფორმებისა და სუსტად გამოხატული კლინიკის შემთხვევაშიც კი თავიდან ავიცილოთ შეცდომა დიაგნოსტიკაში. აქედან გამომდინარე დაავადების სამკურნალოდ საჭირო ხდება მხოლოდ არსებული სამკურნალო საშუალებების შერჩევა და მისი სწორი გამოყენება.

ამჟამად, ჩვენს რესპუბლიკაში მუნის სამკურნალოდ მრავალი პრეპარატი არსებობს. ჩვენს მიერ დაკვირვება ხდებოდა რამოდენიმე მათგანის მოქმედებაზე უკანასკნელი 2 წლის განმავლობაში. ეს პრეპარატებია: ბენზოლბენზოატის ემულსიის 20% ხსნარი, გოგირდის 33% მალამო და ძვირადღირებული

ფრანგული პრეპარატი "სპრეგალი" (ფირმა "C.K.A.T") პრეპარატების შერჩევა ხდებოდა ავადმყოფის სურვილის მიხედვით.

ერთერთ ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს ბენზილბენზოატის 20% ემულსია. ის ადვილი წასასმელია კანზე, არ სვრის თეთრეულსა და ტანსაცმელს, ადვილად სცილდება გარეცხვით, ხასიათდება მცირე სპეციფიური სუნით. მკურნალობის კურსი მოიცავს 5 დღეს. პირველ დღეს ხდება ემულსიის წასმა დაბანის შემდეგ მთელ სულზე სახისა და თავის თმიანი არის გარდა. 10 წთ-ის შემდეგ ემულსიის წასმა მეორდება. ავადმყოფი იცვლის თეთრეულს და ტანსაცმელს. მე-2 და მე-3 დღეს ისვენებს, ბენზილბენზოატი რჩება ტანზე ჩამოუბანლად. მე-4 დღეს ავადმყოფი ბანაობს და იბეორებს იგივეს როგორც პირველ დღეს. მე-5 დღეს ბანაობს. ხელებზე წასმის შემდეგ ბენზილბენზოატი რჩება 3 სთ-ის განმავლობაში, ხოლო ყოველი შემდგომი დაბანის შემდეგ ხდება ხელების ხელახალი დამუშავება. ბავშვები 5 წლამდე ხმარობენ პრეპარატის წყალხსნარს 1:1 შეფარდებით. წასმა ხდება მთელ ტანზე სახისა და თავის თმიანი არის ჩათვლით.

დროის მანძილზე გამოცდილ და ასევე ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს გოგირდის მალამო, მაგრამ მისი გამოყენების უარყოფით მხარეს წარმოადგენს ცუდი სუნი და კანზე წასმის გაძნელება. გოგირდის მალამოს გამოყენების ხანგრძლიობაც 5 დღეს მოიცავს. მალამო უნდა რჩებოდეს კანზე ჩამოუბანლად და მხოლოდ მე-7 დღეს ხდება მისი ჩამოხანა. განსაკუთრებით მიზანმიმართულია გოგირდის მალამოს გამოყენება გართულებული მუნის შემთხვევაში.

როგორც ვხედავთ, მკურნალობის კურსი ორივე შემთხვევაში მოიცავს 5 დღეს, რაც გამოწვეულია იმით, რომ ყველა ეს პრეპარატი მოქმედებს ტკიპის განვითარების მეტამორფულ სტადიაზე და არ მოქმედებს ემბრიონალურზე, რაც გრძელდება 4 დღე. კანის დამუშავება მე-4, მე-5 დღეს უზრუნველყოფს კვერცხებიდან გამოჩეკილი ჭკუპრების სანაცისა და განადგურებას.

ამგვარად, არც ერთი პრეპარატი, რომელიც გამოიყენება ერთჯერადად, განკურნების სრულ ეფექტს ვერ იძლევა და შესაძლებელია რეციდივი.

ჩვენი დაკვირვებებიდან გამომდინარე "სპრეგალის" ეფექტურობა დაახლოებით 46%. გარდა ამისა ესდეკალეტრინი-ძირითადი ფუძე ამ პრეპარატისა, წარმოადგენს ნეიროტოქსიურ ნივთიერებას, რომელიც არ მოქმედებს ტკიპის ჭკუპრზე, სამაგიეროდ შეუძლია სასუნთქი გზებიდან ან კანიდან სისხლში მოხვდეს და გამოიწვიოს ალერგიული რეაქცია. მიუხედავად ამისა, პრეპარატი მაინც ხმარებაშია მისი სასიამოვნო სუნისა და მოხმარებისათვის იოლი ფორმის გამო. ჩვენ გვიხდებოდა მისი დანიშნა პაციენტის დაჟინებული მოთხოვნის გამო.

მიუხედავად იმისა, რომ მუნის მკურნალობა არც თუ ისე ძნელია, ხშირია საბოლოოდ მისი განკურნების გაძნელების შემთხვევები, რაც გამოწვეულია მკურნალობის დროს გამოყენებული პრეპარატების გადამეტებული მოხმარებით, რის შედეგადაც შეიძლება განვითარდეს პოსტსკაბიესური კონტაქტური დერმატიტი. პოსტსკაბიესური დერმატიტების მკურნალობა მიმდინარეობდა ანტიბიოტიკური და სელატური პრეპარატებით. გავრცელებული გამოწვევის შემთხვევაში კი გარეგანად კორტიკოსტეროიდული მალამოების საშუალებით.

მუნის არაეფექტური მკურნალობის მეორე მიზეზია სკაბიოზური ლიმფოპლაზია ანუ კვანძოვანი მუნის, რომლის პათოგენზე განპირობებულია იმუნო-ალერგიული რეაქციითა და ლიმფოიდური ქსოვილის ჰიპერპლაზიით. ასეთი შემთხვევა ჩვენი დაკვირვების დროს აღნიშნებოდათ ავადმყოფთა 5%,

სხვადასხვა ლოკალიზაციით. (სათესლე პარკი, საზარდულის ნაოჭები, ილიის ფოსოს ნაოჭები, მუცლის ქვედა არე, ანუსის მიმდებარე არე). ერთდროულად ლიმფოპლაზია და პოსტსკაბიოზური დერმატიტი აღენიშნებოდა ავადმყოფთა 2%-ს. ამ შემთხვევაშიც მკურნალობა მიმდინარეობდა კორტიკოსტეროიდული მაღაძობების ფონზე.

ამგვარად, ჩვენი დაკვირვებიდან გამომდინარე, მუნის ამ ერთი შეხედვით ადვილი პარაზიტული დაავადებისეფექტური მკურნალობის დროს მთავარია სწორი დიაგნოსტიკა, სამკურნალო საშუალებების სწორი შერჩევა, ფსიქოემოციური ფაქტორების გათვალისწინება და კონტაქტების გამოვლენა.

ლიტერატურა

1. Машковский М. Лекарственные средства, М. 1993.
2. Машкилейсон А. Лечение кожных болезней, М. 1990.
3. Соколова Т., Федоровская Р., Ланге А., Чесотка М., 1989
4. Colombo E., Griffanti P. Epidemiologia della-entomodermtion.Chron Dermatol., 1993.

Трипольский М., Хазарадзе Д., Пагава Г. ЧЕСОТКА-ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РЕЗЮМЕ

Несмотря на немалое количество лекарственных средств чесотка иногда трудно поддается лечению.

Все применяемые для лечения чесотки препараты воздействуют только на метаморфическую стадию развития клещей и не действуют на эмбриональную, продолжающуюся не более 4 суток. Повторная обработка кожи на четвертый день обеспечивает санацию, так как уничтожает вылупившиеся из яиц личинки.

Таким образом, ни один из используемых в настоящее время в Грузии препаратов не должен применяться однократно. Важно отметить также психоэмоциональный фактор пациента и дезинфекционные мероприятия.

Tripolski M., Khazaradze D., Pagava G. SCABIES-THE PRINCIPLES OF IT'S TREATMENT SUMMARY

Despite a large number of different remedies, scabies sometimes is difficult to treat. All medical preparations exert influence only upon the metamorfologic stage of tick's development and don't affect the embriologic stage with prolongation about 4 days. The repeated treatment after 4 days ensures the effect so far as obliterates the larva. That's why all preparations within the reach in Georgia must be used twice. Psychoemotional factor and methods and means disinfecting are also of great importance.

ნ.ფირცხალავა, ბ.მაჭავარიანი, ი.გვეგეშიძე, ქ.მაჭავარიანი
ბრონქული ასთმით ავადობის სინდრომი იმუნიტეტით
გადაადგილებულ პირთა შორის

თსსუ, ალერგოლოგიისა და კლინიკური იმუნოლოგიის კათედრა

საყოველთაოდ ცნობილია, რომ ბრონქული ასთმა (ბა) ჯანდაცვის სერიოზულ გლობალურ პრობლემას წარმოადგენს. ამ ფაქტს ადასტურებს ამერიკის შვერთებული შტატების გულის, ფილტვებისა და სისხლის ნაციონალური ინსტიტუტისა და ჯანდაცვის მსოფიო ორგანიზაციის ერთობლივი ძალისხმევით შექმნილი "ბრონქული ასთმის გლობალური ინიციატივა" (GINA), რომელსაც მსოფლიოს 17 ქვეყანა უერთდება; მათ შორისაა საქართველო, როგორც GINA-ს კომიტეტის წევრი. საყურადღებოა, რომ მაღალგანვითარებული ქვეყნების გამოკვლევების თანახმად ალერგიის სხვადასხვა ფორმით მათ შორის ბა-ით მოსახლეობის დაახლოებით მესამედია დაავადებული.

ზემოხსენებული დოკუმენტის თანახმად ასთმის გავრცელება მნიშვნელოვნად განსხვავდება უზრუნველყოფილ, ნაწილობრივ უზრუნველყოფილ ლა არაუზრუნველყოფილ პოპულაციებს შორის. ჯერჯერობით არ არის საკმარისი მონაცემების იმის დასადგენად, თუ რითაა გამოწვეული სხვადასხვა დონეზე უზრუნველყოფილ პოპულაციათა შორის გამოვლენილი განსხვავებები: ალერგიების სახეებით ალერგენული დატვირთვის სხვადასხვაობით თუ რაიმე სხვა გარემო ფაქტორებით (1). სულ უფრო მეტი არგუმენტი (განსაკუთრებით, მონაცემები განვითარებად ქვეყნებში ასთმის გავრცელების ზრდის შესახებ) მიუთითებს, რომ ასთმის დაწყებისა და პერსისტირებისათვის, რასობრივთან შედარებით, უფრო მნიშვნელოვანია გარემო ფაქტორები (2). ასთმის სიმძიმის მატება შეიძლება უკავშირდებოდეს ქვეყნის შიგნით მოსახლეობის სოციალურ ეკონომიკურ სტატუსსაც, გარკვეული გვერდებისათვის სამედიცინო მომსახურების არასაკმარის ხელმისაწვდომობისა და არადამაკაყოფილებელი საბინაო პირობების გამო (3).

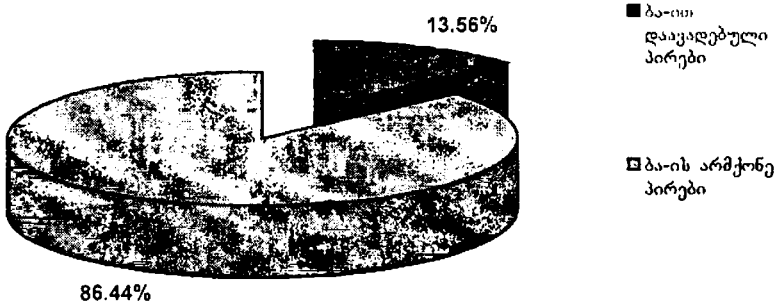
საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში ცალკეული ავტორის მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგად მიღებული მონაცემების მიუხედავად სრული სურათი ბა-ით ავადობის სინდრომზე არ არსებობს. საგულისხმოა, რომ ქვეყანაში არსებული სოციალურ-პოლიტიკური ვითარების გამო ადგილი აქვს იძულებით გადაადგილებულ პირთა კომპაქტურ დასახლებებს, რომელთა შორისაც წინასწარი მონაცემებით მოსალოდნელია სხვადასხვა პათოლოგიით, კერძოდ, ბა-ით ავადობის მაღალი მაჩვენებლები - კლიმატურ-გეოგრაფიული, სტრესული, სოციალური და სხვა ფაქტორების ზეგავლენით.

შესწავლილი იქნა თსსუ-ის ცენტრალური კლინიკის (ყოფილი რესპუბლიკური ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფოს) ტერიტორიაზე მცხოვრები იძულებით გადაადგილებული (აფხაზეთიდან დევნილი) პირები. აღნიშნული კონტინგენტის გამოსავლევად და, შესაბამისად, ბა-ის გამოსავლენად გამოყენებულ იქნა სპეციალური ტესტ-კითხვარი, რომელიც მიესადაგებოდა P.G.Burney-ს მიერ შემუშავებულ საფოსტო კითხვარს - "რესპირაციული განმრთვლების გამოკვლევა" (1, გვ. 26), ხოლო ასთმის რისკ-ფაქტორების დასაკონკრეტებლად ბა-ის მქონე გამოვლენილ პაციენტებში გამოკვლევა გრძელდებოდა მიზეზობრივი ფაქტორების დაზუსტების მიზნით კითხვარის მეორე საფეხურით. აღნიშნული მიესადაგება ასთმის რისკ-ფაქტორების სქემას (1, გვ.

34). გამოკვლულ იქნა სულ 118 იძულებით გადაადგილებული პირი, რომელნიც მოცემულ ტერიტორიაზე ცხოვრობენ 1993 წლიდან, აქედან 64 კაცი (21 წლიდან 83 წლამდე ასაკის) და 54 ქალი (21 წლიდან 64 წლამდე ასაკის). გამოკვლულ კონტინგენტში ბა-ით დაავადებული აღმოჩნდა 16 პირი - 13,56% (ნახ. 1), მათ შორის 8 კაცი (21 წლიდან 73 წლამდე ასაკის) და 8 ქალი (21 წლიდან 62 წლამდე ასაკის), შესაბამისად გამოკითხულ კაცთა - 12,5% და ქალთა - 14,8% (ნახ. 2). აღნიშნული ესადაგება იმ კანონზომიერებას, რომლის თანახმადაც მოზარდ და ზრდასრულ ასაკში ბა ქალებში უფრო ხშირად გვხვდება (4).

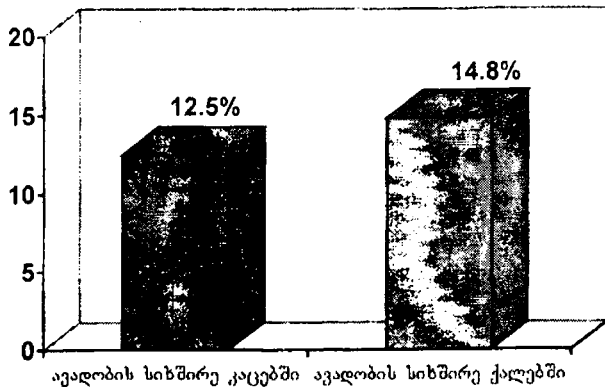
ნახ. 1

ბა-ით ავადობის სიხშირე თსსუ-ის ცენტრალური კლინიკის ტერიტორიაზე იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის



ნახ. 2

გამოკვლულ კონტინგენტში ბა-ით ავადობის სიხშირე სქემის მიხედვით



ბა-ის მქონე გამოვლენილ პირთა სპეციფიკური ალერგოლოგიური გამოკვლევის მიზნით ჩატარებულ იქნა კანის ალერგიული სინჯები საყოფაცხოვრებო ალერგენებით (როგორც სკარიფიკაციული, ასევე კანშიდა) - ოთახის მტვრის, ბალიშის ბუმბულისა და ბიბლიოთეკის მტვრის ალერგენით. გამოკვლევის შედეგად ოთახის მტვრის ალერგენისადმი სენსიბილიზებული აღმოჩნდა 7 პირი (3 კაცი და 4 ქალი), ე.ი. ბა-ის მქონე პირთა 43,75%, ხოლო ბალიშის ბუმბულის ალერგენისადმი სენსიბილიზებული - მხოლოდ 2 პირი (ორივე ქალი), ე.ი. დაავადებულთა 12,5%. სენსიბილიზაცია ბიბლიოთეკის მტვრის ალერგენისადმი არ გამოვლენილა. ამავე კონტაქტში ჩატარდა გარეგანი სუნთქვის ფუნქციის (გსფ) კვლევა ნაკად-მოცულობითი ტესტით, რომლის შედეგადაც ბა-ით დაავადებულ თექვსმეტივე პირს გამოუვლინდა გსფ-ის ობსტრუქციული ტიპის დარღვევები.

ყურადღებამისაქცევის ის ფაქტი, რომ ბა-ის მქონე გამოვლენილი 16 პირიდან 10 მწვევლია, აქედან - 2 ქალი და რვავე კაცი, შესაბამისად. მწვევლთა რაოდენობა დაავადებულთა 62,5%-ს შეადგენს.

სხვადასხვა პოპულაციაში ასთმის სიმძიმის შესახებ მონაცემები ცოტაა. Peat JK-სა და თანაავტორთა 1993 წლის მონაცემებით ავსტრალიაში მიმდინარე ასთმა აღენიშნებოდა მიზრდილთა 6-7%-ს, მავრამ დაავადების საშუალო სიმძიმის ან მძიმე ფორმები, რომელთაც რეგულარული მკურნალობა ესაჭიროება, აქვს მოსახლეობის დაახლოებით 4%-ს. აშშ-ში ასთმით დაავადებულია 10 მლნ-ზე მეტი ადამიანი (5).

შესაძლებელია, ალერგიისა და ასთმის გავრცელების მომატება გამოწვეული იყოს ჰაერის დაბინძურებისა და თამბაქოს მოწვევის სინერგიზმის ალერგიულ სენსიბილიზაციასთან (6).

კვლევის შედეგად მიღებული ბა-ის გავრცელების საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის სოციალურ-ეკონომიკური და სტრესული ფაქტორებით, შენობის შიდა დამაბინძურებლებითა და თამბაქოს მოწვევის ურთიერთზეგავლენით უნდა აიხსნას.

ლიტერატურა:

1. ბრონქული ასთმის გლობალური ინიციატივა. ბრონქული ასთმის მკურნალობისა და პროფილაქტიკის გლობალური სტრატეგია. აშშ ჯანდაცვის ნაციონალური ინსტიტუტები. გულის, ფილტვებისა და სისხლის ნაციონალური ინსტიტუტი. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი. 1997. გვ. 14.
2. Pararajasingam CD, et al. Comparison of the prevalence of asthma among Asian and European children in Southampton. *Thorax* 1992; 47: 529-532.
3. Centres for Disease Control. Asthma-United States, 1980-90. *JAMA* 1992; 268:1995, 1999.
4. G.J.Lawlor, Jr., T.J. Fisher, D.C. Adelman. Manual of Allergy and Immunology, 3rd edition. Little, Brown and Company. Boston/New-York/Toronto/London. 1995. P. 173.
5. Current trends: asthma - United States, 1982-1992 // *MMWR*. - 1995. - Vol. 43. - P. 952.
6. Tager IB. Passive smoking-bronchial responsiveness and atopy. *Am. Rev. respir. Dis.* 1988; 138:507-509.

**Пирихалава Н., Мачавариანი Б., Гегეშიძე И., Мачавариანი К.
ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
СРЕДИ БЕЖЕНЦЕВ
Р Е З Ю М Е**

Нами было обследовано (опрошено) 118 беженцев из Абхазии (возраст - от 21 до 83 года), живущих на территории центральной клиники ТГМУ. Из них 16 лиц страдают бронхиальной астмой (БА) - 13,56%. Среди них мужчины составляют 12,5%, а женщины - 14,8%.

Этиология БА была определена с помощью кожных аллергических проб.

Установленный достаточно высокий уровень распространенности БА среди беженцев, видимо, можно объяснить социально-экономическими и стрессовыми факторами, внутрижилищными поллютантами и курением среди страдающих БА.

**Pirtskhalava N., Machavariani B., Gegeshidze I., Machavariani K.
PREVALENCE OF BRONCHIAL ASTHMA AMONG REFUGEES
S U M M A R Y**

We have studied by the special questionnaire 118 refugees from Abkhazeti (age 21-83 years) living on the territory of Tbilisi State Medical University Central Hospital. 16 persons of them have Bronchial Asthma (BA) - 13.56%. Among these persons men are 12.5% and women - 14.8%.

The etiology of BA was determined with the help of the allergic skin test. namely. This enough high level of prevalence of BA among refugees may be explain by social-economical and emotional factors, indoor pollutants and smoking interaction.

**ნ.ფირცხელანი, ე.აბზიანიძე, ა.ფირცხელანი
ქრომოსომული ანომალიებისა და კათოლოგიური
მიტოზების შესავალი კვირიონის გავლენის დროს
მესამერიმენტში**

თსსუ, ბიოლოგიის, გენეტიკისა და ეკოლოგიის კათედრა

მედიცინისა და გენეტიკის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს გენეტიკურ აპარატზე ნარკოტიკული პრეპარატების გავლენის შესწავლა. ვინაიდან ცნობილია, რომ გენეტიკური აპარატის დარღვევები იწვევს არა მარტო მემკვიდრულ დაავადებებს, ავთვისებიან სიმსივნეებს, სპონტანურ აბორტებს და ნაადრევ დაბერებას, არამედ ისეთ სისტემურ დაავადებებსაც, როგორცაა ნერვული, გულსისხლძარღვთა, საჭმლის მომწელებელი სისტემის და სხვა (Н.П.Дубинин, 1978; У.К.Алекперов, 1994).

მოცემული სამუშაოს მიზანი იყო ნარკოტიკული ნივთიერება ჰეროინის მუტაგენური და ტოქსიკური მოქმედების შესწავლა ლაბორატორული თაგვების ძვლის ტვინის უჯრედებზე.

სამუშაო შესრულებული იყო უხაზო თეთრ თაგვებზე. ჰეროინი ცხოველებში შეგვყავდა ინტრაპერიტონეალურად (დოზა თერაპიული). ქრომოსომული პრეპარატები მზადდებოდა ნივთიერების ყოველდღიური შეყვანიდან პირველ, მესამე და მეექვსე დღეს, ფორდისა და ვოლამის მეთოდით (Ford, Wollam, 1963).

საცდელად გამოყენებული იყო 19 ცხოველი, სადაც გაანალიზებულ იქნა 1700 მეტაფაზა.

მიღებული მონაცემების შედეგებიდან, რომელიც წარმოდგენილია ცხრილზე, ჩანს, რომ ჰერონის შეყვანიდან ერთი დღის შემდეგ ცხოველებში არ შეინიშნება, კონტროლთან შედარებით, ქრომოსომული ანომალიების რიცხვის ზრდა, ხოლო ქრომოსომათა ცენტრომერული ასოციაციების სიხშირის მატება საგრძნობია. ნიუთიერების, სამი დღის განმავლობაში, ყოველდღიური ერთჯერადი შეყვანა ცხოველებში იწვევს ქრომოსომათა სტრუქტურული დარღვევებისა (დელეცია, ლიზისი) და გენომური მუტაციების (ტრაპლოიდია, ტეტრაპლოიდია) სიხშირის მომატებას 6,0%-მდე (კონტროლი - 1,8%). 2,0%-მდე არის მომატებული ქრომოსომული ცენტრომერული ასოციაციები (კონტროლი - 0,7%) აღნიშნული დარღვევების სიხშირე კიდევ უფრო გაიზარდა ჰერონის ცხოველებში ყოველდღიური შეყვანის შემდეგ და მეექვსე დღეს ქრომოსომული ანომალიების რიცხვმა მიაღწია 10,5%, ხოლო ქრომოსომათა ცენტრომერული ასოციაციების სიხშირემ - 4,75%.

ცხრილი

ქრომოსომული ანომალიებისა და პათოლოგიური მიტოზების სიხშირე თეთრი თაგვების უჯრედებზე ჰერონის ზემოქმედების დროს (დოზა თერაპიული, ერთჯერადი დოზა - 0,1 მგ)

გამოცდების დღეები	ცხოველთა რაოდენობა	გამოკვლეული მეტაფაზების რიცხვი	ქრომოსომათა სტრუქტურული დარღვევების საერთო რიცხვი (%)	გენომური მუტაციები: ტრაპლოიდია, ტეტრაპლოიდია (%)	პათოლოგიური მიტოზები (%)	ქრომოსომათა ცენტრომერული ასოციაციები
1	5	400	1,25±0,6	-	4,75±0,9	2,5±0,4
3	5	400	2,5±0,7	3,5±0,5	7,5±0,8	2,0±0,6
6	4	400	4,0±1,1	6,5±0,8	16,0±1,5	4,75±0,9
კონტროლი	5	500	1,2±0,5	0,6±0,05	3,7±0,6	0,7±0,6

შესწავლილია, აგრეთვე, ჰერონის გავლენით გამოწვეული პათოლოგიური მიტოზები. ცხრილიდან ჩანს, რომ პათოლოგიური მიტოზების სიხშირე დინამიკაში მატულობდა. ნიუთიერების შეყვანიდან პირველ დღეს იყო 4,75%, მესამე დღეს - 7,5%, ხოლო მეექვსე დღისათვის აღნიშნულმა დარღვევებმა მიაღწია 16,0%.

პათოლოგიური მიტოზების სახით გამოვლინდა შემდეგი დარღვევები: ღრუიანი მეტაფაზები, კოლხიციხის მსგავსი მეტაფაზები, დესპირალიზაციები, ქრომოსომათა შეწყება. აღსანიშნავია, რომ ამ დარღვევებიდან ყველაზე მეტი სიხშირით გამოვლინდა ღრუიანი მეტაფაზები.

ანალოგიური მონაცემები იქნა მიღებული რაგი ავტორების მიერ, რომლებიც სწავლობდნენ სხვადასხვა მავნე ქიმიური ნიუთიერებების მუტაგენურ მოქმედებას (И.А.Алов, 1985; А.Ф.Василов, 1989; А.И.Пирцхелани, 1994, და სხვ.).

ცნობილია, რომ ქრომოსომული ანომალიებისა და პათოლოგიური მიტოზების წარმოქმნა ნივთიერების მუტაგენური, გენოტოქსიკური და ზოგადტოქსიკური მოქმედების მაჩვენებელია. აქედან გამომდინარე, ჰეროინი ხასიათდება როგორც მუტაგენური, ისე გენოტოქსიკური და ზოგადტოქსიკური მოქმედებით.

ლიტერატურა

1. ა.გ.ფირცხელანი – სადოქტორო დისერტაცია, 1994 წ.
2. И.А.Алов – Патология митоза. Вестник АМН СССР, 1985; II, с. 58-66.
3. У.К.Александров – Тормоза для мутагенов. Наука и жизнь, 1993, № 10, с. 56-60.
4. Н.П.Дубинин, Ю.В.Пашин. В кн.: Мутагенез и окружающая среда. М., 1978, с. 128.
5. А.Ф.Василос – Цитохимическое и цитогенетическое свойство пестицидов. Кишинев, 1990.

Пирцхелани Н., Абзиანიძე Е., Пирцхелани А. ИССЛЕДОВАНИЕ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ МИТОЗОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ГЕРОИНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

РЕЗЮМЕ

Введение лабораторным мышам наркотического вещества героина вызывает достоверное увеличение ($P < 0,001$) хромосомных аномалий и патологических митозов. Указанные нарушения резко увеличиваются на третий и шестой дни при ежедневном введении вещества. Исходя из этого, героин характеризуется как мутагенным, так и гепотоксическим и обшетоксическим действием.

N.Pirtskhelani, E.Abzianidze, A.Pirtskhelani INVESTIGATION OF CHROMOSOMAL ANOMALIES AND PATHOLOGICAL MITOSES DURING INFLUENCE OF HEROIN IN EXPERIMENT SUMMARY

Administration of narcotic substance heroin in the laboratory mice results in significant ($P < 0,001$) increase of chromosomal anomalies and pathological mitoses. The above disorders are sharply elevated on third- and sixth days during daily administration of the drug. Considering above data heroin is characterized with mutagenic, as well as genotoxic and generally-toxic action.

ნ.ფრუიძე

მსხვილი ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჰერილობების გვერდობის ტაქტიკა.

თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა №1 კათედრა

მსხვილი ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჰერილობები მუცლის ღრუს ცეცხლნასროლი ტრავმების ერთერთი ყველაზე მძიმე პათოლოგიაა. დაჭრილის მდგომარეობის სიმძიმე განპირობებულია შოკით და სისხლის დანაკარგის დიდი რაოდენობით. მსხვილი ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჰერილობებს ხშირად თან

ერთვის მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების ან სხეულის სხვა ნაწილის ჭრილობები, რაც ასევე ამძიმებს პაციენტის მდგომარეობას. მუცლის ღრუს ცეცხლნასროლი ჭრილობების შემთხვევებში მსხვილი ნაწლავის იზოლირებული დაზიანება შეადგენს მსხვილი ნაწლავის დაზიანების 31,1 – 33,2%. სიკვდილიანობა ასეთი სახის დაზიანებებისას სხვადასხვა ავტორების მონაცემებით 13 დან 19% მერყეობს (1, 4, 6, 7).

გამომდინარე აქედან, მსხვილი ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჭრილობებისას ერთიანი ქირურგიული ტაქტიკის შემუშავება და გამოყენება შედარებით გაუადვილებს ქირურგს ოპერაციის მსვლელობისას სწორი გადაწყვეტილების მიღებას.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ქირურგიულ სნეულებათა №1 კათედრის უკანასკნელი 10 წლის (1990 – 2000 წწ.) მასალა მოიცავს მუცლის ღრუს ცეცხლნასროლი შემავალი ჭრილობების 146 შემთხვევას. აქედან მსხვილი ნაწლავი დაზიანებული იყო 52 შემთხვევაში (35,6%), მათგან იზოლირებულად 12,3% (18 შემთხვევა, რამაც მსხვილი ნაწლავის დაზიანებების 34% შეადგინა).

მსხვილი ნაწლავის იზოლირებული ცეცხლნასროლი ჭრილობებისას ყველაზე ხშირად გვხვდებოდა განივი კოლინჯის დაზიანება – 21 შემთხვევა (40,4 %); შემდეგ სიგმოიდური – 14 (26,9 %), ასწვრივი – 8 (15,4%), დასწვრივი კოლინჯის – 7 (13,5%), ბრმა ნაწლავის – 5 (9,6%) და სწორი ნაწლავის 1 შემთხვევა (1,9%).

ლიტერატურის მონაცემებით, მსხვილი ნაწლავის იზოლირებული რეტროპერიტონული ჭრილობები მსხვილი ნაწლავის საერთო დაზიანების 3,5% შენდგენს (7). ასეთი ჭრილობების დიაგნოსტიკა ლაპაროტომიის დროსაც ძალზე ძნელაა. ამ სახის დაზიანებების ქირურგიული დამუშავების გარეშე დატოვება იწვევს მძიმე რეტროპერიტონული განავლოვანი ფლევმონის ჩამოყალიბებას, რაც თავისთავად აღრმავებს ინტოქსიკაციას და ხშირ შემთხვევაში ადრეული ლეტალობის მიზეზია. ჩვენ არ შეგვხვედრია მსხვილი ნაწლავის იზოლირებული რეტროპერიტონული ჭრილობის არც ერთი შემთხვევა.

მსხვილი ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჭრილობები გამოირჩევა პათომორფოლოგიური სურათის მრავალფეროვნებით, რაც გავლენას ახდენს ქირურგიულ ტაქტიკაზე, ოპერაციული ჩარევის ხასიათსა და მოცულობაზე. ავტორთა უმეტესობის აზრით (3, 4, 6, 7, 8), რომელსაც ჩვენც ვეთანხმებით, მსხვილი ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჭრილობებისას ქირურგიული ჩარევის ძირითადი სახეები ორ კატეგორიად უდა დაიყოს. ეს ოპერაციებია: მსხვილი ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება, ჭრილობის გაკერვა და გაკერილი უბნის ექსტრაპერიტონიზაცია ან მსხვილი ნაწლავის ცეცხლნასროლი დაზიანებული უბნის რეზექცია ილეო – ან კოლოსტომის ფორმირებით. ნაწლავთაშორისი ანასტომოზების დადება მსხვილი ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჭრილობებისას მიჩნეულია არასასურველი გამოსავლის და მაღალი რისკის ფაქტორის მქონე ოპერაციად, რადგან ძალზე ძნელია მსხვილი ნაწლავის ანასტომოზის შეხორცების ხასიათის პროგნოზირება ცეცხლნასროლი პერიტონიტის დროს, რომელიც, როგორც ცნობილია, ყოველთვის თანსდევს მუცლის ღრუს შემაკვალ ცეცხლნასროლ ჭრილობას. ავტორთა უმეტესობის აზრით, რომელსაც ჩვენც ვეთანხმებით, მსხვილი ნაწლავის დაზიანებული უბნის მუცლის კედელზე გამოტანას ასევე მძიმე გართულებები და სიკვდილიანობის

მაღალი ხარისხი ახასიათებს. ამ ოპერაციებს არა აქვთ არავითარი უპირატესობა სხვა სახის ოპერაციებთან.

ნაწლავის დაზიანებული უბნის გამოტანა დასაშვებია მხოლოდ როგორც უკიდურესი ზომა იმ შემთხვევაში, როდესაც დაჭრილის მდგომარეობა კრიტიკულია, დაზიანების უბნები ძალზე დიდია და სხვა არანაირი ოპერაციის წარმოება არ ხერხდება (1, 6, 7,).

მსხვილი ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჭრილობებს ვყოფთ დეფექტის ზომის მიხედვით: მცირე – როცა დეფექტის ზომა შეადგენს ნაწლავის დიამეტრის 1/3; საშუალო – როცა დეფექტის ზომა ნაწლავის დიამეტრის ნახევარია; და დიდი როცა ჭრილობის დიამეტრი აღემატება ნაწლავის დიამეტრის 1/2. ქირურგიული ტაქტიკა ამა თუ იმ ვაგუფში, ჩვენი აზრით, უნდა იყოს განსხვავებული. მცირე ზომის ჭრილობებისას, პერიტონიტის რეაქტიულ ფაზაში შესაძლებელია ნაწლავის ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება, მისი გაკერვა და ექსტრაპერიტონიზაცია. საშუალო ზომის ჭრილობებისას ჩვენ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ნაწლავის ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება, მისი გაკერვა, ექსტრაპერიტონიზაცია და პროქსიმალური განტვირთვითი სტომის ფორმირება. იმ შემთხვევაში, თუ მსხვილი ნაწლავის ჭრილობა აღემატება მისი დიამეტრის 1/2 ნაჩვენებია ნაწლავის რეზექცია ჯანსაღი ქსოვილების ფარგლებში, პროქსიმალური კოლოსტომის ფორმირება და ნაწლავის წამლები ბოლოს გამოტანა მუცლის კედელზე.

მსხვილი ნაწლავის ჭრილობა უფრო ცუდათ ხორცდება, ვიდრე წვრილი ნაწლავისა, რაც აიხსნება მსხვილი ნაწლავის სუსტად განვითარებული კუნთოვანი შრით (2, 6). აქედან გამომდინარე, მსხვილი ნაწლავის გაკერვისას აუცილებელია ნაკერის სკრუპულოზური დადება შემდეგი პირობების დაცვით: ძაფი უნდა იყოს ატრავაბული და გამწოვი, თანამოსახელე შრეები ადეკვატურად უნდა ეზებოდეს ერთმანეთს და გაკერილი ჭრილობა უნა იქნას გამოტანილი ექსტრაპერიტონულად. ექსტრაპერიტონიზაციის აუცილებლობა გამომდინარეობს ნაწლავის ცეცხლნასროლი ჭრილობის ქირურგიული დამუშავების და ჭრილობის კედლის სიცოცხლისუნარიანობის ობიექტური შეფასების სირთულით. როგორც ლიტერატურიდან არის ცნობილი, დამჭრელი ჭურვის დამაზიანებელი ფაქტორების ზეგავლენით მიკროცირკულაციის მოშლა გვხვდება არა მარტო ჭრილობის არეში, არამედ ჭრილობიდან დიდი მანძილის დაშორებით (2). გაკერილი უბნის ექსტრაპერიტონიზაცია გვაძლევს საშუალებას თავიდან ავიცილოთ განავლოვანი პერიტონიტის განვითარება ნაკერების უკმარისობის შემთხვევაში. ჩვენ, ჩვენი კლინიკის გამოცდილებიდან გამომდინარე (5), მიზანშეწონილად მიგვაჩნია მუცლის ღრუს ცეცხლნასროლი ჭრილობებისას, ყველა იმ შემთხვევაში, როცა დაზიანებულია მსხვილი ნაწლავი, ოპერაციის დასრულება ნაზოგასტროინტესტინული ინტუბაციით და საოპერაციო ჭრილობის დაიხურვა “ელვა” შესაკრავით, დაპროგრამირებული რელაპაროტომის ჩასატარებლად.

ლიტერატურა:

1. Алиев С.А. Повреждение толстой кишки в неотложной хирургии. Хирургия, 2000, №10, с.35-40
2. Брюсов И.И., Кузнецов Н.М. Долишин В.Н. Динамика микрососудистых изменений в огнестрельной ране. Воен.мед. журнал, 1991, №7, с.4-6.

3. Гурин Н.Н. Хирургическая тактика при огнестрельных повреждениях илеоцекального отдела и восходящей ободочной кишки. Воен.мед.жур., 1989.№2.с.25-28.
4. Гусейнов Б.Н., Юсубов Д.К., Велиев Э.А., Садыхов И.К., Непосредственные результаты лечения при огнестрельных ранениях толстой кишки. Вестник хирургии,2000, № 4, с. 43-45
5. Н.Ломидзе, В.Буянов, Т.Ахметели. Комплексное лечение острого разлитого перитонита. Хирургия, 1999, №7, ст. 12 - 15
6. Ревской А.К.,Люфинг А.А.,Войновский Е.А.,Клипак В.М. «Огнестрельные ранения живота и таза». Москва, «Медицина», 2000.
7. Chanson C., Nassiopoulos K., Kiesler P. , Petropoulos P. Trauma to the colon in civilian surgery. Swiss Surg, 1998, 5, p 244-248
8. Smith JA. Right hemicolectomy and peritoneal lavage in missile injuries of the right colon. J R Coll Surg Edinb, (England), 1994; 39(1); p 23 – 25

Н.Пруидзе
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ
РАНЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ
Р Е З Ю М Е

Огнестрельные ранения толстой кишки относятся к одним из самых тяжелых огнестрельных травм живота. Выработка единой хирургической тактики при огнестрельных ранениях толстой кишки упростит и облегчит принятие правильного решения о возможности проведения соответствующего оперативного вмешательства и его объема. За 1990-1999 гг. в клинике оперировано 146 раненых. Ранение толстого кишечника отмечалось у 52 (35,6%) раненных, из них 18 случаев изолированного ранения кишечника. С целью профилактики послеоперационных осложнений мы применяли плановую релапаротомию и назоинтестальную интубацию.

N.Pruidze
TREATMENT OF THE GUNSHOT WOUND OF THE COLON
S U M M A R Y

Treatment of the gunshot wound of the colon is a very difficult problem. In the last 10 years (1990-1999) the material the entering gunshot wounding of abdominal cavity contains 146 cases. 52 cases were with the injury of large intestine (35,6%), isolated injury of large intestine – 18 (12,3%). We have often used planned relaparotomy and nasointestinal intubation.

ნ.ქათამაძე, ნ.ბეგიშვილი მკვიბლაძე
გულის ქრონიკული უკმარისობის სინდრომის
მომკარდობრაზიული დახასიათება იშვიათური და
დილატაციური კარდიომიოპათიების დროს
თსსუ, თერაპიის №2 კათედრა

გულის ქრონიკული უკმარისობა (გქუ) თანამედროვე კარდიოლოგიის ერთ-ერთი აქტუალური საკითხია, რაც ერთის მხრივ გქუ გავრცელების დიდი სიხშირით, მეორეს მხრივ კი ამ სინდრომით პირობადებული მაღალი ლეტალობით იხსნება. ამდენად, გქუ ავადმყოფთა სიცოცხლის გახანგრძლივების

და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით გქუ სხვადასხვა სიმძიმით მიმდინარეობის საფუძვლების ძიების საკითხი კვლავაც დღის წესრიგში რჩება. ამ თვალსაზრისით ინტერესმოკლებული არ უნდა იყოს სხვადასხვა გენეზის გქუ შესაბამისი ექოკარდიოგრაფიული მონაცემების ანალიზი და მათი შედარებითი დახასიათება.

შეუსწავლილია გქუ მქონე 100 პაციენტი, რომლებიც 20/09/00 - 30/11/00 მკურნალობას იტარებდნენ ქვოტინგენის (გერმანია) საუნივერსიტეტო კლინიკის კარდიოლოგია-პულმონოლოგიის განყოფილებაში. მათ შორის 82 მამაკაცი და 18 ქალი, 19-დან 72 წლამდე - საშუალო ასაკი $49,1 \pm 1,70$. 44 შემთხვევაში გქუ უტიოლოგიური ფაქტორი იყო დილატაციური კარდიომიოპათია (I ჯგუფი), 56 შემთხვევაში კი - იშემიური კარდიომიოპათია (II ჯგუფი). აღნიშნული დიაგნოზები დასმული იყო ყველა აუცილებელი სადიაგნოსტიკო კვლევის შედეგებისა და კლინიკური მონაცემების შეჯერების საფუძველზე. მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქცია შეადგენდა $\leq 40\%$, გქუ NYHA კლასიფიკაციის მიხედვით შეესაბამებოდა II-III ფუნქციურ კლასს. გამოსაკვლევ კონტინგენტში ჩართული არ ყოფილან პაციენტები სიმსივნური პათოლოგიით, ლეიძლის და თირკმლების დაავადებებით, შაქრიანი დიაბეტით, ფარისებრი ჯირკვლის და ფილტვების პათოლოგიით, აგრეთვე პაციენტები, რომლებიც ყოველდღიურად ≥ 60 გ ალკოჰოლს იღებდნენ. საკონტროლო ჯგუფი წარმოდგენილი იყო შესაბამისი ასაკის პრაქტიკულად ჯანმრთელი 20 პირით.

პაციენტთა ექოკარდიოგრაფიული კვლევა წარმოებდა Vig Med - CM 700 ექოკარდიოგრაფიით (Sonotron*, Oslo, Norway) და შესაბამისად ხდებოდა მასალის ჩაწერა ვიდეოკასეტაზე. სტანდარტული მაჩვენებლების გაზომვა წარმოებდა ავადმყოფის მარცხენა გვერდზე წოლით მდგომარეობაში ამოსუნთქვის ფაზის ბოლოს. M-მოდალური ექოკარდიოგრაფიის საშუალებით ისაზღვრებოდა მარცხენა პარკუჭის საბოლოო დიასტოლური მოცულობა (LVEDV) და მარცხენა პარკუჭის საბოლოო სისტოლური მოცულობა (LVESV). მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქცია (LVEF%) გამოითვლებოდა ფორმულით $LVEF = LVEDV - LVESV / LVEDV$. ასევე წარმოებდა სექტორული და დოპლერექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევა.

მიღებული შედეგების ანალიზი:

დილატაციური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გქუ დროს მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციამ საშუალოდ შეადგინა $31,16 \pm 1,82\%$, რაც სარწმუნოდ დაბალი მაჩვენებელია საკონტროლო ჯგუფის შესაბამის მონაცემებთან შედარებით ($P < 0,01$). იშემიური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გქუ დროს მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის საშუალო მაჩვენებელი იყო $32,63 \pm 1,37\%$, რაც ასევე სარწმუნოდ ნაკლები სიდიდეა საკონტროლო დონესთან მიმართებაში ($P < 0,01$). I და II ჯგუფის შესაბამის განდევნის ფრაქციებს შორის სხვაობა არასარწმუნო იყო.

მარცხენა პარკუჭის საბოლოო დიასტოლური მოცულობა დილატაციური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გქუ დროს საშუალოდ უტოლდებოდა $60,9 \pm 1,28$ mm, რაც სარწმუნოდ მაღალი მაჩვენებელია საკონტროლო დონესთან შედარებით ($P < 0,01$). იშემიური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გქუ დროს კი მაცხენა პარკუჭის საბოლოო დიასტოლური მოცულობა შეადგენდა $539 \pm 1,13$ mm. ე.ი. ის მერყეობდა ნორმის ფარგლებში.

განსხვავება ჯგუფების შესაბამის მაჩვენებლებს შორის ხასიათდებოდა სუსტი სარწმუნოებით.

სექტორულ-ეკოკარდიოგრაფიული მონაცემების ანალიზით დილატაციური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გქუ დროს მიოკარდის ჰიპოკინეზია გამოვლინდა $45,46 \pm 7,5\%$ (20 პაციენტი), რაც სარწმუნოდ მაღალი მაჩვენებელია ($p < 0,05$) იშემიური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გქუ ანალოგიურ მონაცემთან შედარებით - $32,14 \pm 6,24\%$ (18 პაციენტი). აკინეზიის პროცენტული მაჩვენებელი გქუ I ჯგუფში შეადგენდა $13,64 \pm 5,17\%$ (6 პაციენტი), რაც სარწმუნოდ დაბალი ($P < 0,0005$) მაჩვენებელია გქუ მეორე ჯგუფის შესაბამის პარამეტრთან მიმართებაში - $32,14 \pm 6,24\%$ (18 პაციენტი). გქუ I ჯგუფში დისკინეზიას ადგილი ჰქონდა $40,9 \pm 7,14\%$ (18 პაციენტი), გქუ II ჯგუფში კი - $35,72 \pm 6,4\%$ (20 პაციენტი). განსხვავება მიღებულ მონაცემებს შორის არასარწმუნო აღმოჩნდა ($P < 0,25$).

დოპლერ-ეკოკარდიოგრაფიული მონაცემების ანალიზით გქუ I ჯგუფში მიტრალური სარქვლის I-II ხ. ნაკლოვანებას ადგილი ჰქონდა $50 \pm 7,54\%$ (22 პაციენტი), რაც არასარწმუნოდ მაღალი მაჩვენებელია ($P < 0,25$) გქუ II ჯგუფის ანალოგიურ პარამეტრთან შედარებით - $46,43 \pm 6,66\%$ (26 პაციენტი). მიტრალური სარქვლის II-III ხ. ნაკლოვანება გქუ I ჯგუფში გამოვლინდა $40,9 \pm 7,41\%$ (18 პაციენტი), გქუ II ჯგუფში კი - $33,93 \pm 6,33\%$ (19 პაციენტი) შემთხვევაში. განსხვავება მიღებულ მონაცემებს შორის სტატისტიკურად არასარწმუნო აღმოჩნდა ($P < 0,2$). ტრიკუსპიდალური სარქვლის ნაკლოვანება გქუ I ჯგუფში რეგისტრირებული იყო $54,55 \pm 7,51\%$ (24 პაციენტი), რაც სარწმუნოდ მაღალი მაჩვენებელია ($P < 0,05$) გქუ II ჯგუფის ანალოგიურ მონაცემთან შედარებით - $28,56 \pm 6,03\%$ (16 პაციენტი). აორტის სარქვლის ნაკლოვანება გქუ I ჯგუფში დაფიქსირდა $54,55 \pm 7,51\%$ (24 პაციენტი), გქუ II ჯგუფში კი - $51,79 \pm 6,68\%$ (29 პაციენტი) შემთხვევაში. განსხვავება აღნიშნულ მონაცემებს შორის არასარწმუნო აღმოჩნდა ($P < 0,25$).

ამდენად, მიღებული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე გამოვლენილია თვისობრივად მსგავსი და რაოდენობრივად უპირატესად სარწმუნოდ განსხვავებული ცვლილებები. ორივე შემთხვევაში მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის ერთნაირად წარმატებული დაქვეითების ფონზე მარცხენა პარკუჭის საბოლოო დიასტოლური მოცულობის მომატებას სარწმუნო ხასიათი მხოლოდ დილატაციური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გქუ დროს ჰქონდა. მიოკარდის აკინეზია სარწმუნოდ მეტად იშემიური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გქუ მახასიათებელი იყო. მაშინ, როდესაც დისკინეზია ერთნაირი სიხშირით გხვდებოდა ორივე შემთხვევაში. მიოკარდის აპიკალური და სუბტალური დისფუნქცია უფრო მეტად იშემიური კარდიომიოპათიის, ლატერალური დისფუნქცია კი დილატაციური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გქუ დროს გამოვლინდა. რაც შეეხება სარქვლოვანი აპარატის დაზიანებას, ის ნაკლოვანების სახით გამოვლინდა და უფრო მეტად დილატაციური კარდიომიოპათიის ფონზე განვითარებული გქუ მახასიათებელი აღმოჩნდა, თუმცა ცვლილებებს სარწმუნო ხასიათი მხოლოდ ტრიკუსპიდალური სარქვლის ნაკლოვანებასთან მიმართებაში ჰქონდა.

Катамадзе Н., Бегишвили Н., Джибладзе М.
ЕХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОЙ И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ
РЕЗЮМЕ

Изучены 100 пациентов с хронической сердечной недостаточностью - 82 мужчин 18 женщин; средний возраст 49,1±1,70. 44 случаев этиологическим фактором являлась дилатационная кардиомиопатия, 56 случаев - ишемическая кардиомиопатия. Фракция выброса составляла ≤ 40 % больные принадлежали I-II функциональным классам по NYHA. Контрольная группа была представлена 20 практически здоровыми лицами. Среди больных не были больные с опухолевыми болезнями, а также болезнями печени, почек, щитовидной железы, легких и с сахарным диабетом. Все больные были обследованы эхокардиографическим методом. Были получены по характеру сходные и по численности достоверно отличающиеся друг от друга результаты, которые показывают, что ХСН на почве дилатационной кардиомиопатии характеризуется более глубокими и грубыми нарушениями

Katamadze N., Begishvili N., Jibladze M.
ECHOCARDIOGRAPHY CHARACTERISTICS OF HEART CHRONIC FAILURE
SYNDROME IN ISCHEMIC AND DILATATIVE CARDIOMIOPATHY
SUMMARY

Had been studied 100 patients with HCF, treated in Cardiology-Pulmonology Department of Göttingen University Clinic (Germany). Had been examined 82 men and 18 women, average age - 49,1±1,70. In 44 cases the etiologic factor was dilative cardiomyopathy, in 56 - ischemic cardiomyopathy. The examination had been carried out by Echocardiograph Ving Med - CFM 700. Have been analysed M-modal, sector- and doplerechocardiographic dates. In selected group the outflow fraction was ≤40; The patients had been distributed in II-III functional classes, correspondingly, after NYHA classification. Carried out study revealed qualitatively similar, but quantitatively different results, which were reliable comparably with control group and unreliable comparably with each other.

ექარტოგრაფიული, ეკოკურანი, მ ჩიტალაქე, შხეკურანი
სეკადანსევა დაკადეზეზის დროს გარეშეული
CANDIDA SPP-ს რეზისტენტობა დიფლუქანისადმი
თსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი

ბოლო წლებში სავრძობლად მოიმატა პირობითათოვენური სოკოებით გამოწვეულ დაავადებათა რიცხვმა, რომელთა შორის Candida-ს გვარის სოკოები ყველაზე გავრცელებულია. ორგანიზმის დარღვეული რეზისტენტობისა და უფრო ხშირად - იმუნოდეფიციტების დროს ისინი კანისა და ლორწოვანი გარსების დაავადებებს იწვევენ (2).

პრობლემას ართულებს ისიც, რომ Candida-ს გვარის სოკოების საწინააღმდეგო ანტიმიკოზური პრეპარატები თანდათან კარგავენ თავიანთ

ადრეულ მაღალ ეფექტურობას, რაც განპირობებულია რეზისტენტული შტამების სელექციითა და ძველი პრეპარატებისადმი პოლირეზისტენტული შტამების დომინირებით (1).

ყოველივე აქედან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის მიზანი იყო შეგვესწავლა ადამიანის სხეულის სხვადასხვა დაავადებების დროს (სტომატოლოგიური, ოტორინოლარინგოლოგიური, გასტროენტეროლოგიური, გინეკოლოგიური, კანისა და რბილი ქსოვილების ინფექციები) გამოყოფილი Candida spp-ს შტამების რეზისტენტობა ახალი სინთეზური ფართო სპექტრის აზოლის ჯგუფის ანტიმიკოზური აგენტის - დიფლუკანის (Fluconazole) მიმართ. იგი გამოიყენება როგორც ოროფარინგეალური და საყლაპავის კანდიდოზების, აგრეთვე სისტემური კანდიდოზური ინფექციების მკურნალობის საქმეში.

ჩვენს მიერ შესწავლილი იყო აღნიშნული დაავადებების მქონე პაციენტების მიკროფლორიდან გამოყოფილი Candida-ს გვარის 371 შტამი.

შტამების პრეპარატისადმი მგრძობელობის შესწავლისათვის გამოყენებული იყო თვისობრივი და რაოდენობრივი მეთოდი (3, 4). მონაცემები სტატისტიკურად დამუშავდა სტიუდენტის ვარიაციული სისტემით.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში მოცემულია ცდის შედეგები Candida spp-ს რეზისტენტობის შესახებ დიფლუკანისადმი.

Candida spp შტამების რეზისტენტობა დიფლუკანისადმი

ცხრილი

Candida სახეობა	შტამ სერი რაოდ.		სტრუქტურული დაყვანები		ოფორმოლარზე დაყვანები		გასტროენტეროლო დაყვანები		გინეკოლოგიური დაყვანები		კანისა და რბილი ქსოვილები	
	რეზ. შტ. რაოდ.	%	რეზ. შტ. რაოდ.	%	რეზ. შტ. რაოდ.	%	რეზ. შტ. რაოდ.	%	რეზ. შტ. რაოდ.	%	რეზ. შტ. რაოდ.	%
Calbicans	183	73 39,89 ± 3,61	30	19 30,00 ± 8,36	5	3 60,00 ± 21,90	56	31 55,35 ± 6,64	6	4 66,66 ± 19,24		
C.tropicalis	21	12 57,14 ± 10,80	9	3 33,33± 15,67	2	1 50,00± 35,35	7	6 85,71 ± 13,22	3	2 66,66 ± 27,21		
სულ	204	85 41,66 ± 5,34	39	22 56,4± 7,94	7	4 57,14± 18,71	63	37 58,37 ± 6,20	9	6 66,66 ± 15,72		

როგორც ცხრილიდან ჩანს, დიფლუკანისადმი რეზისტენტობის მიხედვით *Candida spp*-ს შტამები თავიანთი გამოყოფის წყაროს მიხედვით შეიძლება ასე განაწილდეს: კანისა და რბილი ქსოვილების ინფექციები (66,66±15,72%), გინეკოლოგიური (58,73±6,20%) გასტროენტეროლოგიური (57,14±18,71%), ოტორინოლარინგოლოგიური (56,41±7,91%), სტომატოლოგიური დაავადებები (41,66±5,34%).

კანისა და რბილი ქსოვილების ინფექციებისა და გასტროენტეროლოგიური პროფილის ავადმყოფებიდან გამოყოფილი *C.albicans*-ის შტამები დიფლუკანისადმი ყველაზე მაღალ რეზისტენტობას ამჟღავნებს (შესაბამისად - 66,66±9,29% და 60,00±21,90%). რეზისტენტობა ყველაზე დაბალია ოტორინოლარინგოლოგიური დაავადებების მქონე პაციენტებიდან, გამოყოფილ *C.albicans*-ის შტამებში (30,00±8,36%).

გინეკოლოგიური დაავადებების დროს გამოყოფილი *C.tropicalis*-ის შტამები უფრო მაღალრეზისტენტულია დიფლუკანისადმი (87,71±13,22%), ვიდრე სხვა დაავადებებისას გამოყოფილი შტამები. *C.tropicalis*-ის შემთხვევაშიც შტამების რეზისტენტობა ოტორინოლარინგოლოგიური დაავადებების დროსაც დაბალია (33,33±15,67%).

ამგვარად, კანისა და რბილი ქსოვილების ინფექციებისა და გინეკოლოგიური დაავადებების დროს გამოყოფილი *Candida spp*-ის შტამები დიფლუკანისადმი შედარებით მაღალრეზისტენტულია, ხოლო დაბალრეზისტენტულია - სტომატოლოგიური, ოტორინოლარინგოლოგიური და გასტროენტეროლოგიური დაავადებებისას.

ლიტერატურა

1. ანანუაშვილი - "ახალი ანტიბიოტიკები", თბილისი, 1996 წ., გვ. 3.
2. Методические указания по определению чувствительности микроорганизмов к антибиотикам методом диффузии препарата в агаре с использованием дисков. Москва 1983 г.
3. Навашин С.М., Фомина И.П. Рациональная антибиотикотерапия. Москва. 1990 г.
4. Родионов А.Н. Грибковые заболевания кожи. Руководство для врачей. Санкт-Петербург. 1998 г. 169 с.

Картвелишвили Е., Хещуриани К., Читаладзе М., Хещуриани Ш. РЕЗИСТЕНТНОСТЬ CANDIDA SPP, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕЗЮМЕ

К изученному препарату - дифлюкану штаммы *Candida spp* - проявили высокую резистентность при гинекологических заболеваниях и инфекциях мягких тканей и кожи, низкую - при стоматологических, оториноларингологических и гастроэнтерологических заболеваниях.

Kartvelishvili E., Khetsutriani K., Chitaladze M., Khetsuriani Sh.
THE RESISTANCE OF CANDIDA SPP TO DIFLUCAN DISCHARGED FROM
PATIENTS WITH DIFFERENT DISEASES

S U M M A R Y

The resistance of Candida spp- to diflucan, discharged from patients with different diseases was studied. There were a higher resistance of Candida spp strains to diflucan in patients with gynecological and infections of soft tissues and lower - in patients with dental, otorhinolaringological and gastroenterological diseases.

ს.ქემოკლიძე
პარდიასპაზმის რეციდივი და რემულუქს-მეოზაბიტი
პარდიადილატაციის შემდეგ

ოსსუ, პროფილაქტიკური მუდციინისა და სტომატოლოგიური ფაკულტეტების
 ქირურგიულ სნეულაბათა კათედრა

კარდიადილატაციით ნამკურნალებ კარდიასპაზმის სხვადასხვა ფორმებით შეპყრობილ 700 ავადმყოფთაგან რეციდივი განუვითარდა 189 ავადმყოფს (27%).

ზოგიერთი ცნობები ამ ჯგუფის ავადმყოფთა შესახებ მოცემულია №1 ცხრილში.

ცხრილი №1

საყლაპავის გაგანიერების ხარისხი	ნამკურნალება კარდიადილატაციით			რეციდივი			რეციდივის %		
	მ.	ქ.	სულ	მ.	ქ.	სულ	მ.	ქ.	სულ
I	9	11	20	-	-	-	-	-	-
II	93	145	238	22	48	70	23,5	33	29,4
III	127	197	324	27	55	82	21	27,9	25,3
IV	58	60	118	19	18	37	32,7	30	31,4
სულ	287	413	700	68	121	189	23,7	29,3	27

მოყვანილი ცხრილიდან ჩანს, რომ საყლაპავის I ხარისხის გაგანიერების მქონე ავადმყოფთაგან რეციდივი არ განუვითარდა არც ერთ ავადმყოფს. II ხარისხის გაგანიერების მქონე 238 ავადმყოფიდან რეციდივი განუვითარდა 70, ანუ ამ ჯგუფის ავადმყოფთა 29,4%. III ხარისხის გაგანიერების მქონეთა შორის რეციდივი განუვითარდა 82 ავადმყოფს ანუ 25,3%. ხოლო მეექვსეჯგუფით შეპყრობილი 118 ავადმყოფიდან კარდიადილატაციით მკურნალობის შემდეგ რეციდივი განუვითარდა 37 (31,4%) ავადმყოფს.

ცხადია, დიდი მნიშვნელობა აქვს რეციდივის განვითარების სიხშირეს. ერთჯერადი რეციდივი განუვითარდა 121 ავადმყოფს, რამაც შეადგინა კარდიადილატაციით ნამკურნალებ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობის 17% და რეციდივიან ავადმყოფთა 64%. ორჯერადი რეციდივი განუვითარდა 40 ავადმყოფს, რამაც შეადგინა კარდიადილატაციით ნამკურნალებ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობის 6% და რეციდივიან ავადმყოფთა 22,4%. მრავლობითი

რეციდივი განუვითარდა 25 ავადმყოფს - კარდიოაღილტვით ნამკურნალებია 3,7% და რეციდივიან ავადმყოფთა 13,8%.

რეციდივიან ავადმყოფთა ჯგუფში სხვაგვარია მამაკაცთა და ქალთა თანაფარდობა. მამაკაცებმა შეადგინეს 36% (68 ავადმყოფი), ქალებმა 64% (121 ავადმყოფი). კარდიოაღილტვით ნამკურნალებ 700 ავადმყოფში კაცი 41% (287 ავადმყოფი), ქალი 59% (413 ავადმყოფი). ამრიგად, ჩვენი მონაცემებით კარდიოაღილტვით შემდეგ რეციდივი უფრო ხშირია ქალებში.

გარკვეულ ინტერესს წარმოადგენს პრობლემის ასაკობრივი ასპექტი, აგრეთვე რეციდივების სიხშირე და რეციდივთა შორის "ნათელი პერიოდის" ხანგრძლივობა. ამ მიმართულებით მიღებული ზოგიერთი მონაცემები გადმოცემულია ცხრილში №2.

ექვსი წლის ბიჭს, რომელიც შემოვიდა კლინიკაში საყლაპავის IV ხარისხის გაგანიერებით რეციდივი აღენიშნა ოთხჯერ.

ცხრილი №2

საქ	< 10		11-20		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		> 70		სულ		
	ა	ქ	ა	ქ	ა	ქ	ა	ქ	ა	ქ	ა	ქ	ა	ქ	ა	ქ	ა	ქ	
II რ.ა. რ.გ. რ.ჰ.			5	3	1	6	4	12	4	11	1	3					1	3	50
						2	4	3	4	3							5	5	15
				X8		X6			X4								1	0	2
			5		1	9	7	16	8	1	1	3					1	1	70
											6						2	4	
																	2	8	
III რ.ა. რ.გ. რ.ჰ.				3	4	4	5	6	5	4		1	3	3	2		1	3	49
			3	5	1	1	2	2	6	6		0	1	1			9	0	21
			1				1	4	1	2		1					5	1	10
						X5					X					2	2	6	2
			3	9	4	5	6	13	8	1	5	3	5	2		1	8	8	82
										2	1					2	1	1	
																7	5	5	
																	5	5	
IV რ.ა. რ.გ. რ.ჰ.			1		2				2	5	4	2	1	4		1	11	21	
			1				2			2						0	3	6	
					1						1	2	1			3	4	5	
	X4				X6	X6		X	X5							1	2	5	
	1		2		2	2	3	4	3	8	5	4	1	6		3	2	37	
	1		1	13	7	16	16		19	3	7	1	4	11		1	0	189	
			0					2	9	6					2	7	1		
																6	2		
																6	3		
სულ				2		23		45		55		25	15				189		

რეციდივიან ავადმყოფთა განაწილება რეციდივის სიხშირის, საყლაპავის გაგანიერების ხარისხის და ასაკობრივი ცენტრის მიხედვით.

რ1,რ2, რ3 - რეციდივების რაოდენობა

რX - რეციდივის რაოდენობა თითოეულ ავადმყოფზე

№2 ცხრილის დეტალურმა ანალიზმა დაგვიანხვა, რომ:

1. კარდიასპაზმი უფრო ხშირია ქალებში. გამონაკლისს წარმოადგენენ 20 წლამდე ასაკის ავადმყოფები, რომელთა შორის თანაბარია მამაკაცების და ქალების რაოდენობა.

2. რეციდივი უფრო ხშირია 20 წლამდე ასაკის ავადმყოფებში. 21-დან 40 წლამდე და 40-დან 60 წლამდე სიხშირე რამდენადმე კლებულობს, ხოლო 60 წელზე ზევით ავადმყოფებში რეციდივის სიხშირე მატულობს.

გარკვეულ ინტერესს იწვევს კლინიკაში პირველი შემოსავლიდან რეციდივამდე გასული დროის და რეციდივითა შორის ინტერვალის შესწავლა.

120 ავადმყოფიდან რომელთაც განუვითარდათ ერთჯერადი რეციდივი, 86 შემთხვევაში შეეძლოთ საყლაპავის გაგანიერების ხარისხთან დაკავშირებით რეციდივის განვითარების ვადების შესწავლა, ძილებული მონაცემები მოყვანილია ცხრილში 3.

ცხრილი №3

ნათელი პერიოდი (წლებში)	II		III		IV		სულ		სულ ავ-ფი
	მ.	ქ.	მ.	ქ.	მ.	ქ.	მ.	ქ.	
0-1	8	9	5	9	2	3	15	21	36
1-2	3	5		4		1	3	10	13
3-5	2	7	4	7	3	1	9	15	24
6-10		5	4	2	1	1	5	8	13
	13	2	13	2	6	6	32	54	86
		6		2					
	39		35		12		86		86

ავადმყოფთა იმ ჯგუფში, რომელთაც განუვითარდათ ერთჯერადი რეციდივი (86 ავადმყოფი) კარდიოილატაციიდან ერთი წლის განმავლობაში რეციდივი განუვითარდა 36 ავადმყოფს (41,8%) 15 მამაკაცს და 21 ქალს, ე.ი. ერთჯერადი რეციდივი ერთი წლის განმავლობაში განუვითარდა 41,6% მამაკაცებს და 58% ქალებს. კარდიოილატაციის შემდეგ ერთიდან ორ წლამდე რეციდივი განუვითარდა 13 ავადმყოფს (15,1%), მათ შორის სამ მამაკაცს (მამაკაცების 9,3%) და 10 ქალს (ქალების 18,5%). 3-დან 5 წლამდე რეციდივი განუვითარდა 24 ავადმყოფს (27,9%). მათ შორის 9 მამაკაცს (28%) და 15 ქალს (27%).

ერთჯერადი რეციდივები უფრო ხშირად უვითარდებათ ავადმყოფებს საყლაპავის II ხარისხის გაგანიერებით და ისინი შეადგენენ ამ ჯგუფის ავადმყოფთა 45%-ს. ერთჯერადი რეციდივები ხშირად (41%) ვითარდება კარდიოილატაციიდან პირველ წელს. უფრო იშვიათად (15%) ერთჯერადი რეციდივი შეიძლება განვითარდეს კარდიოილატაციიდან მოგვიანებით პერიოდში. ერთჯერადი რეციდივები II და III ხარისხის გაგანიერების დროს უფრო ხშირია ქალებში. IV ხარისხის გაგანიერებისას ერთჯერადი რეციდივი თანაბარი სიხშირით გვხვდება ქალებში და კაცებში (13% IV ხარისხის გაგანიერების მქონე ავადმყოფებიდან).

ცალკე ანალიზს მოითხოვს ორ, სამ და მრავალჯერად რეციდივიან ავადმყოფთა ჯგუფი. ამ ჯგუფისადმი განსაკუთრებული ინტერესი აიხსნება იმით, რომ მათ ხშირად უვითარდებათ რეულუქს-ეზოფაგიტი. ამ ჯგუფში შევიდა სულ 69 ავადმყოფი: 42 ერთჯერადი რეციდივით, 17 სამჯერადი და 10 მრავალჯერადი რეციდივით. ორჯერად რეციდივიან 42 ავადმყოფიდან იყო მამაკაცი 11 (36,6%) და ქალი 19 (63,4%).

გამორჩევა, რომ ამ ჯგუფში პირველი რეციდივი მამაკაცებს განუვითარდათ პირველი კარდიადილატაციიდან საშუალოდ 1,6 წლის განმავლობაში, განმეორებითი რეციდივი 2,9 წლის გასვლის შემდეგ. ამ მონაცემების საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ განმეორებითი რეციდივები უფრო ხშირად უვითარდებათ ქალებს, მათვე უფრო ხანგრძლივი აქვთ “ნათელი პერიოდი” - ე.ი. დრო კარდიადილატაციასა და რეციდივებს შორის. აღსანიშნავია ისიც, რომ “ნათელი პერიოდი” ამ ჯგუფის ავადმყოფებში მცირეა იმათთან შედარებით, ვისაც აღენიშნა ერთჯერადი რეციდივი.

სამჯერადი და მრავალჯერადი რეციდივი ჩვენს მასალაზე აღინიშნა 27 შემთხვევაში, რამაც შეადგინა კარდიადილატაციით ნამკურნალებ ავადმყოფთა 3,7% და რეციდივიან ავადმყოფთა 14%. მამაკაცი იყო 11, ქალი 16. სამჯერადი რეციდივი აღენიშნა 4 მამაკაცს და 13 ქალს (17 ავადმყოფი). მრავალჯერადი რეციდივით იყო 5 მამაკაცი და 5 ქალი (10 ავადმყოფი). ავადმყოფთა მცირე რაოდენობის გამო, ალბათ მიზანშეწონილი არ არის ამ ავადმყოფების საშუალო მაჩვენებლებზე მსჯელობა, მაგრამ დაბეჯითებით შეიძლება ითქვას, რომ ერთჯერადი და ორჯერადი რეციდივის მქონე ავადმყოფებთან შედარებით ამ ჯგუფში აღინიშნება “ნათელი პერიოდის” შემცირება.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ამ ჯგუფის ავადმყოფების აბსოლუტური უმრავლესობა საყლაპავის III და IV ხარისხის გაგანიერებითაა. მხოლოდ 4 ავადმყოფს 18-დან (2 მამაკაცი და 2 ქალი) აღენიშნებოდა II ხარისხის გაგანიერება. ექვს ავადმყოფს აღენიშნა ექვსჯერადი რეციდივი. ექსივიეს საყლაპავის გაძლიერებული მოტორიკის ფონზე (კარდიასპაზმი B) რეციდივთა შორის ინტერვალი არ აღემატებოდა ერთ წელს. 1 ავადმყოფს კარდიის ახალაზიის ფონზე აღენიშნა სამჯერადი რეციდივი, ამასთან მეორე რეციდივის შემდეგ განუვითარდა უმძიმესი რეფლუქს - ეზოფაგიტი. საქმე დამთავრდა საყლაპავის პეპტიური სტრიქტურით.

ჩვენ მივედით დასკვნამდე, რომ კარდიის უკმარისობის განვითარებისათვის მნიშვნელობა აქვს როგორც რეციდივთა რაოდენობას, ასევე დროის ინტერვალს მათ შორის. ეს უკანასკნელი კი, კარგად კორელირებს საყლაპავის მოტორულ აქტივობასთან. მოტორული აქტივობის მომატებას თან სდევს რეციდივების სიხშირის და რაც მთავარია, რეციდივთა შორის ინტერვალთა შემცირება. რეციდივთა შორის მცირე ინტერვალი შეიძლება იყოს აგრეთვე საყლაპავის მოტორული აქტივობის დაქვეითების - ახალაზიის და “მეგაეზოფაგუსის” დროსაც. იმის საილუსტრაციოდ, რომ რეფლუქს-ეზოფაგიტის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს რეციდივთა შორის ინტერვალთა შემცირებას, ე.ი. რეციდივის სიხშირის მომატებას დროში და არა თვით რეციდივის სიხშირეს. შეგვიძლია მოვიყვანოთ შემდეგი შემთხვევები:

ავფი ქალი 2-იორი ბ.ი 78 წლის, უკანასკნელად შემოვიდა ქირურგიის ცენტრში 1972 წელს (ისტ. №76555) “მეგაეზოფაგუსით”. ავად არის 1922 წლიდან (50 წელი), არ ახსოვს რამდენჯერ უმკურნალა დისფაგიის რეციდივის გამო. რეციდივები ვითარდება 5-10 წელში ერთხელ. რენტგენოლოგიურად საყლაპავის უკანა კედელზე დივერტიკული. ორჯერადი კარდიადილატაციით მიღწეულია კარგი ეფექტი. გაეწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში. რეფლუქს-ეზოფაგიტის მოვლენები არ აქვს.

ავფი მამაკაცი ს-ძე გ. შემოვიდა ქ. თბილისის II საავადმყოფოში 1989 წ. 5. IV (ისტ. №9210) კარდიასპაზმის რეციდივით, საყლაპავის გაგანიერება III

ხარისხის მოტორიკა ნორმის ფარგლებში (კარდიასპაზმი "ა") ათი წლის წინ იგივე მიზეზით იწვა სხვა საავადმყოფოში, სადაც გაუკეთდა კარდიადილატაცია. 10 წლის განმავლობაში თავს გრძნობდა სავსებით დამაკმაყოფილებლად. ჩვენთან გაუკეთდა ორჯერადი კარდიადილატაცია, გაეწერა დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში. რეფლუქს-ეზოფაგიტის მოვლენები არ აქვს.

ამრიგად, წარმოდგენილი მასალა საფუძველს გვაძლევს დავასკვნათ, რომ კარდიადილატაცია კარდიასპაზმის მკურნალობის ეფექტური საშუალებაა. რეციდივები კარდიადილატაციის შემდეგ ვითარდება დაახლოებით შემთხვევათა მეთხუთედში. რეციდივების მკურნალობაში საკმაოდ ეფექტურია კარდიადილატაცია, რომელიც განსაკუთრებით კარგ შედეგს იძლევა კარდიასპაზმ "ა"-ს დროს (საყლაპავის ნორმალური მოტორიკა) განვითარებული რეციდივების დროს. კარდიასპაზმ "ბ" და ახალაზიის დროს მოსალოდნელია განმეორებითი რეციდივები. რეციდივიდან რეციდივამდე იზრდება რეფლუქს-ეზოფაგიტის სიხშირე, განსაკუთრებით კარდიასპაზმ "გ" და ახალაზიის და "მეგაეზოფაგუსთან" ავადმყოფებში. ამ გართულების საშიშროება მატულობს რეციდივებს შორის მოკლე "ნათელი პერიოდების" შემთხვევაში. თავის მხრივ რეფლუქს-ეზოფაგიტი საკმაოდ ხშირად რთულდება საყლაპავის წყლულით და სტრიქტურით. აქედან გამომდინარე 1,5-2 წლის ინტერვალით განვითარებული მეორე და განსაკუთრებით მესამე რეციდივი, რომლის მკურნალობა საჭიროებს 1-2-ზე მეტ კარდიადილატაციას და რომელსაც თან ერთვის რეფლუქს-ეზოფაგიტის ნიშნები, წარმოადგენს ოპერაციის ჩვენებას.

**Кемоклидзе С.
РЕЦИДИВ КАРДИОСПАЗМА И РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТ ПОСЛЕ
КАРДИОДИЛЯТАЦИИ
РЕЗЮМЕ**

Из 700 больных кардиоспазмом леченных кардиадиялятацией у 189 (27%) возник рецидив. Изученис данной группы больных в свете предложенной автором классификации кардиаспазма дало возможность сделать выводы:

Кардиаспазм чаще встречается среди женщин. Исключение составляет группа больных до 20 лет, в котором количество мужчин и женщин равны.

Кардиадиялятация дает хорошие результаты при лечении кардиаспазма. Рецидив возникает примерно у четверти больных. рецидив чаще возникает в группе больных до 20 лет. В возрастной группе от 21 до 60 лет частота рецидива снижается, а в группе после 60 лет - возрастает.

В лечении рецидива кардиадиялятацией получены также вполне удовлетворительные результаты, особенно среди больных с нормальной моторикой пищевода (кардиаспазм "А" по классификации автора).

При кардиаспазме "Б" и ахалазии (повышенной или пониженной моторной активности пищевода) нужно ожидать повторные рецидивы. От рецидива к рецидиву учащаются случаи рефлюкс-эзофагита; Опасность нарастает по мере уменьшения "светлого периода" между рецидивами. Со своей стороны рефлюкс-эзофагит довольно часто осложняется язвами и стриктурой пищевода. исходя из вышестказанного второй и особенно третий рецидив у больных кардиаспазмом "Б" и "В" (нарушение моторной

активности пищевода) с интервалом 1,5-2,0 года, требующий для лечения более 2-х кардиадилатаций, является показанием к оперативному лечению.

Kemoklidze S.
RECURRENCE OF CARDIASPASM AND REFLUX-ESOPHAGITIS
AFTER CARDIADILATION
S U M M A R Y

After the cardiadilation treatment of 700 cardiaspasm patients 189 (27%) develop recurrence. Studying this group and applying there own classification authors conclude:

The cardiaspasm is more common among women. Although, under the age of 20 there are equal numbers of both sexes.

The cardiadilation is effective method for the treatment of cardiaspasm, but nearly quarter of patients develop recurrence after such treatmentg. Between ages of 21 and 60 the chance of recurrence is lower, but after 60 is higher.

Repeated cardiadilation for the treatment is also effective, especially for patients with normal esophageal motility (Cardiaspasm "A" – according authors classification).

For cardiaspasm "B" and achalasia (patients with increased or decreased esophageal motility) further recurrences must be expected. Besides, reflux-esophagitis is common for such patients, especially of "the clear period" between recurrences is short. Therefore, cardiaspasm "B" and "C" patients (disturbed esophageal motility) with second or third recurrence, with 1,5-2 years interval and with more then 2 cardiadilations' history must be operated.

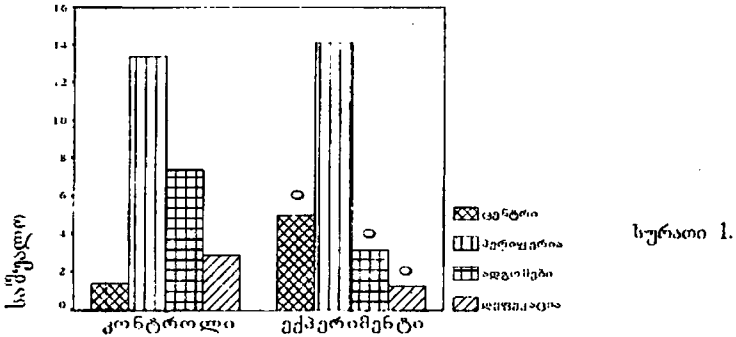
ნ.ქურდიანი, ი.მონიავა, გაბულაძე
„კარდიოსეიდანის“ ზოგირთი
ზარმაკოლოგიური თვისება
თსუ, წამალთა ტექნოლოგიის კათედრა,
საქართველოს მეცნ. აკადემიის ფარმაკოქიმიის ინსტიტუტი

წამალთა, ტექნოლოგიის კათედრაზე შემუშავებულია სედატიური მოქმედების ჯამური პრეპარატი, რომლის ნედლეულია 5 კომპონენტისანი მცენარეული კომპოზიცია (ვალერიანას ფესვები ფესურებით, შავბალანას ბალახი, კუნელის ნაყოფი, ყვავილები, პიტნის ფოთლები). მის სუბსტანციას წარმოადგენს სითხოვანი ექსტრაქტი, ხოლო მზა წამლის ფორმებს - სიროფი და სუბლინგვალური ტაბლეტები. მიღებულ პრეპარატებს პირობითად ვუწოდებთ „კარდიოსეიანი“. კომპოზიციის შემადგენლობიდან გამომდინარე, ბიოლოგიური კვლევის პირველ ეტაპზე, შესწავლილ იქნა კარდიოსეიანის სუბსტანციის ნეიროტროპული აქტივობა.

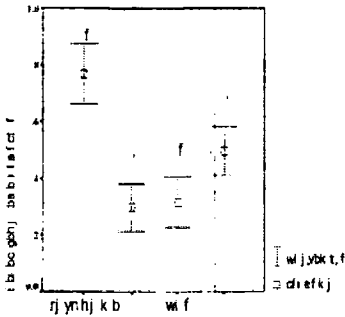
გამოყენებული მეთოდები. გამოკვლევა ჩატარებულია თეთრ თავებზე მასით 18-22 გ. თავების ემოციური მდგომარეობა ფასდებოდა „ღია ველის“ მეთოდით [1], აღირიცხებოდა პერიფერიული და ცენტრალური სექტორების მონახულებები, ადგომების რაოდენობა, დეფეკაციის ოდენობა 5 წთ-ის განმავლობაში. აღრიცხული პარამეტრების საფუძველზე ვანგარიშობდით შიშის პირობით ოდენობას ფორმულით: $F=(D/5)*(1-C/(p+c))$ სადაც P - პერიფერიული და C -

ცენტრალური სექტორების მონახულებების რიცხვია, D - დეფეკაციის ოდენობა. შიშის მატებასთან ერთად F იცვლება 0-1-მდე. კუნთების ტონუსი ფასდებოდა „დაჭიმული მავთულის“ მეთოდით [2]. სუბსტანციის შეყვანა ხდებოდა ერთჯერადად პერიტონიუმში ან მრავალჯერადად პერორულად, კათეტერის მეშვეობით. საკონტროლო ცხოველებს ეძლეოდათ გამოხდილი წყალი. სტატისტიკურ დამუშავებას ვატარებდით SPSS.8 პაკეტის მეშვეობით. სარწმუნოების ქვედა ზღვრად მივიჩნევდით $p < 0.05$.

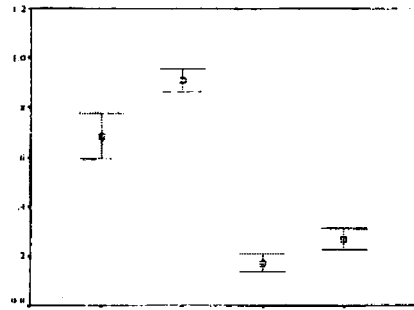
მიღებული შედეგები. „კარდიოსედანის“ სუბსტანციის ერთჯერადი შეყვანიდან (0.5 მლ/კგ) 45 წთ-ის შემდეგ „ღია ველში“ ტესტირება მოწმობს, რომ სუბსტანცია მნიშვნელოვნად ცვლის ემოციურ ქცევას, ამცირებს შიშს, გააჩნია დამაწყნარებელი მოქმედება და არ ამცირებს მოძრაობით აქტივობას (სურ. 1). ამასთან, კუნთების ტონუსი არ იცვლებოდა.



„კარდიოსედანის“ სუბსტანციის გავლენა საკონტროლო და საცდელი ჯგუფების თავგების ქცევაზე „ღია ველში“. * - განსხვავება კონტროლთან $p < 0.05$.



სურათი 2. „კარდიოსედანის“ სუბსტანციის მრავალჯერადი გამოყენების გავლენა საკონტროლო და საცდელი ჯგუფების თავგების ქცევაზე „ღია ველში“ ველში.



სურათი 3. „კარდიოსედანის“ სუბსტანციის გავლენა თავგების ელექტრული სტრესირებით გამოწვეულ შიშის რეაქციაზე „ღია ველში“. აღნიშვნები როგორც სურ. 2-ზე.

განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს კარდიოსედანის სუბსტანციის მრავალჯერადი გამოყენების ფარმაკოლოგიური ეფექტები სავარაუდო თერაპიულ დოზაში. ასეთ დოზად მიეიწინეთ 5 მლ/კგ. რაც 15-ჯერ ნაკლებია ჩვენს მიერ დადგენილი პერორული LD₅₀-ის მინიმალურ შეფასებაზე და 5-ჯერ მეტი სავარაუდო დღიურ თერაპიულ დოზაზე (60 მლ). აქედან გამომდინარე, 12 ცხოველს ნაყენი მიეცემოდა ყოველდღიურად 0,1 მლ ოდენობით, 2 კვირის განმავლობაში. საკონტროლო ჯგუფის თავგებს ვაძლევდით წყალს. ორივე ჯგუფების თავგების ტესტირებას, „ლია ველში“, კატარებლით ცდის დაწყებიდან 1 და 2 კვირის და ბოლო შეყვანიდან 24 სთ-ის შემდეგ. საკონტროლო ჯგუფში მჟორე ტესტირებისას, როგორც ეს ლიტერატურიდანაცაა ცნობილი [3], მოხდა შიშის შემცირება ($P < 0,001$). ნაყენის მოქმედება გამოიხატა პირველი ტესტირებისას შიშის სარწმუნო შემცირებაში ($P < 0,01$), რაც შენარჩნებული იყო მჟორე ტესტირების დროსაც (სურ. 2).

ამგვარად კარდიოსედანის მრავალჯერადი გამოყენებით მიიღწევა სიახლით გამოწვეული შიშის შემცირება.

ანალოგიურ ცდაში გამოკვლეული იყო სუბსტანციის მოქმედება ელექტრული სტრესით გამოწვეულ შიშის პოტენცირებაზე. ცდის დაწყებიდან 1 კვირის შემდეგ ჩატარდა ტესტირება „ლია ველში“. კიდევ ორი დღის შემდეგ, როგორც საკონტროლო ასევე საცდელი ჯგუფის თავგებს, ელექტროფიცირებულ იატაკიან კამერაში ჩაუტარდა სტრესირება სტაბილიზებული ცვლადი დენის (0,75 მა), 10 წამიანი ინტერვალებით, 20 3-წამიანი დარტყმით. ცდის დაწყებიდან 2 კვირის შემდეგ ისევ ჩატარდა ტესტირება „ლია ველში“.

როგორც ეს მოსალოდნელი იყო, საკონტროლო ჯგუფში სტრესირების შედეგად შიშის დონე სარწმუნოდ გაიზარდა ($P < 0,05$). ამის საწინააღმდეგოდ, საცდელ ჯგუფში, რომელშიც გამოიყენებოდა კარდიოსედანის სუბსტანცია, შიშის მატება არ იყო სარწმუნო (სურ. 3). ამრიგად, კარდიოსედანის სუბსტანცია ამცირებს სტრესით გამოწვეულ შიშის რეაქციას.

ამგვარად, კარდიოსედანის სუბსტანციის, როგორც ერთჯერადი, ასევე მრავალჯერადი პერორული გამოყენებით ჩატარებულმა ცდებმა, გამოავლინა მისი გამოხატული დამაწყნარებელი და ანტიისტრესული მოქმედება, რაც აისახა ქცევის და ვეგეტატიკის ცვლილებებში. ამასთან, კარდიოსედანის სუბსტანციის ქრონიკული ტოქსიკურობის გამოკვლევამ არ გამოავლინა უარყოფითი ზემოქმედება გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე, ქცევაზე და კუჭ-ნაწლავთა სისტემაზე.

ამგვარად კარდიოსედანი შეიძლება იყოს გამოკვლეული კლინიკაში, როგორც დამაწყნარებელი და ანტიისტრესული პრეპარატი.

ლიტერატურა

1. Абуладзе Г.В. Изучение эмоциональности крыс и мышей в поведенческих и фармакологических экспериментах методом Открытое Поле. Изв. АН ГССР, серия биологическая, 1983б т.2, №3, 156-165.
2. Гацура В.В. Методы первичного фармакологического исследования биологически активных веществ. М., 1974.
3. Masur G. Sex differences in emotionality and behavior of rats in open-field. Behav. biol. 1972, v.7, p.749-754.

Курдиани Н., Мониава И., Абуладзе Г.
**НЕКОТОРЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА
КАРДИОСЕДАНА
РЕЗЮМЕ**

Изнучена фармакологическая активность жидкого экстракта из 5 – компонентной растительной композиции. В результате одноразового и многократного приема субстанции Кардиоседана установлено, что препарат характеризуется выраженным седативным действием.

**Kurdiani N., Moniava I., Abuladze G.
SOME PHARMACOLOGICAL PROPERTIES OF CARDIOSEDAN
SUMMARY**

Specific activity of fluid extract from 5-component plant composition has been studied. As a result of a single and multiply intake of the substance of Cardiosedan was established that the preparation is characterized by expressive sedative activity.

ნ.ქურდიანი, ი.მონიავა
**კარდიოსედანის სუბლინგვალური ტაბლეტების შემუშავება
თსსუ, წამალთა ტექნოლოგიის კათედრა**

მზა წამალთფორმებს შორის ტაბლეტებს წამყვანი ადგილი უჭირავთ. საერთო საქონელბრუნვაში მათი წილი 40-42%-ის ფარგლებში მერყეობს. ტაბლეტების პოპულარობა განპირობებულია მათი უპირატესობით წარმოების, შენახვის, გამოყენების და სხვა თვალთახედვით (1) სუბლინგვალური ტაბლეტები შედგენილობის და მიღების მხრივ გამოიყენება გერიატრიის პრაქტიკაში.

აღნიშნულიდან გამომდინარე ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენს სედატიური მოქმედების 5-კომპონენტური მცენარეული კომპოზიციიდან სუბლინგვალური ტაბლეტების მომზადება.

სუბსტანცია წარმოდგენილია სითხოვანი ექსტრაქტის სახით, სადაც ექსტრაგენტი 70%-იანი ეთილის სპირტია. ტაბლეტების მისაღებად აუცილებელი იყო მასისათვის ფხვიერების მინიჭება. ამ მიზნით კვლევის პირველ ეტაპზე განსაზღვრულ იქნა სითხოვანი ექსტრაქტის და საქაროზის რაოდენობრივი თანაფორდობები (2).

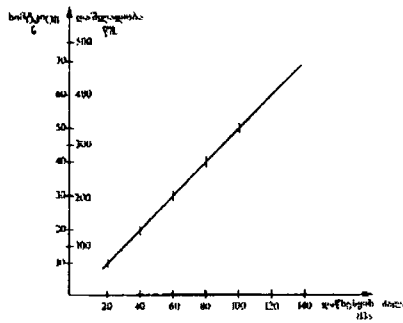
სითხოვან ექსტრაქტს ვამატებდით საქაროზას 1:1; 1:1,5; 1:1,8; 1:2; 1:2,5; 1:3 თანაფორდობით. ვახდენდით შერევას ერთგვაროვანი მასის მიღებამდე და ვტოვებდით ამნოვ კარადაში 24 სთ-ის განმავლობაში ოთახის ტემპერატურაზე შემდეგ ვსწავლობდით მასის ფიზიკურ-ქიმიურ და ტექნოლოგიურ მაჩვენებლებს. შედეგები მოყვანილია №1 ცხრილში

„კარდიოსედანის“ სუბსტანციის (საქაროზით) ფიზიკურ-ქიმიური ოქტეპნოლოგიური მაჩვენებლები

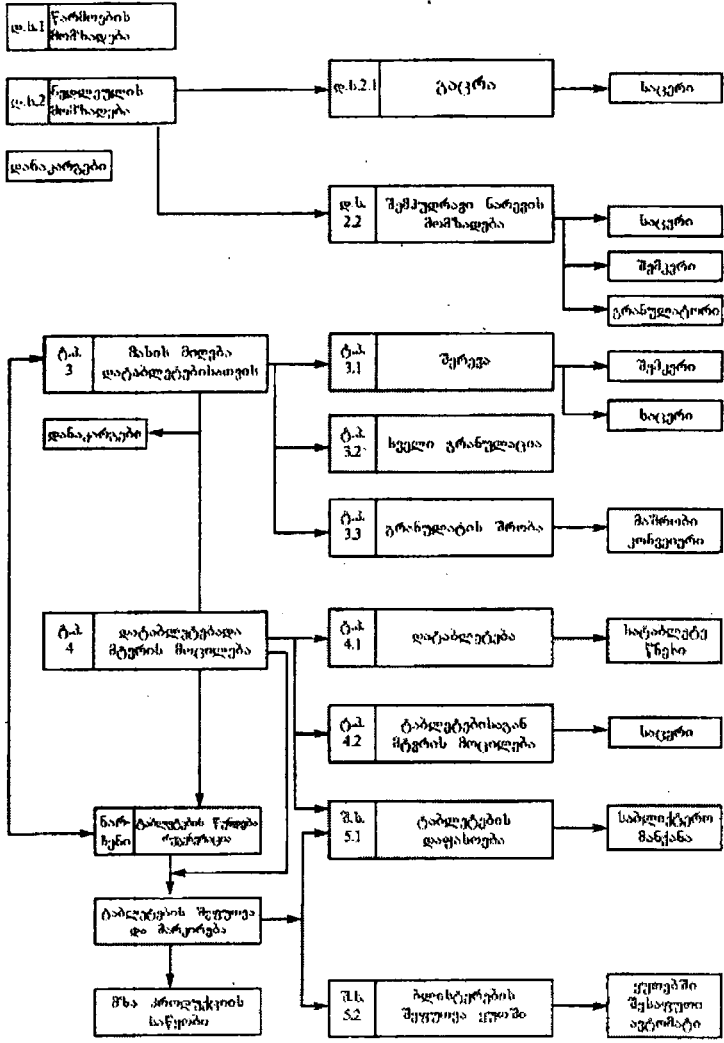
სითხოვანი ექსტრაქტის და საქაროზას თანაფორდობა	ნაწილაკების ფორმა	ტენიანობა, %	ნაყარი მასის სიმკვრივე გრ/სმ ³	შეკუმშვის კოეფიც.	ღენადობა კგ/წმ	წნეხვალობა კგ.	გადახრის კუთხე 0
1 : 1	იზომეტრული	2,49	1,08	1,02	10,3	10,3	58
1 : 1,5		1,3	1,08	1,07	13,2	13,2	50
1 : 1,8		0,88	0,98	1,22	16,3	16,3	42
1 : 2		0,87	0,97	1,20	16,1	16,1	43
1 : 2,5		0,88	0,97	1,21	16,2	16,2	42
1 : 3		0,86	0,96	1,22	16,3	16,3	41

მოყვანილი მონაცემებიდან (ცხ. №1) ირკვევა, რომ ოპტიმალურია სითხოვანი ექსტრაქტისა და საქაროზას ნარევი 1:1,8 თანაფორდობით. კვლევის შემდგომ ეტაპზე შევისწავლეთ დანნეხვის ძალის (3) გავლენა ტაბლეტების ტექნოლოგიურ მაჩვენებლებზე. შედეგები ასახულია №1 სურათზე.

სურათი 1. დანნეხვის ძალის გავლენა „კარდიოსედანის“ ტაბლეტების ტექნოლოგიურ მაჩვენებლებზე



გრაფიკიდან (სურ. 1) ჩანს, რომ დანნეხვის ძალის ზრდასთან ერთად იზრდება ტაბლეტების მექანიკური სიმტკიცე და დაშლის დრო. ჩატარებული ექსპერიმენტების შედეგები საფუძვლად დაედო კარდიოსედანის სუბლინგვალური ტაბლეტების ტექნოლოგიურ სქემას (სურ. 2)



სურ.2 კარფისცდანის სუბლინგვალური ტანადგენების მოღვების ტექნოლოგიური სტრუქტურა

ჩატარებული ექსპერიმენტული კვლევების საფუძველზე შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი სახის დასკვნები:

1. შესწავლილ იქნა „კარდიოსედანის“ სუსტანციის ფიზიკურ-ქიმიური და ტექნოლოგიური მარკენებლები.
2. დადგენილ იქნა დანნეხვის ძალის გავლენა „კარდიოსედანის“ ტაბლეტების კეთილხარისხოვნებაზე.
3. შემუშავებულ იქნა „კარდიოსედანის“ ტაბლეტების მომზადების ტექნოლოგიური სქემა.

ლიტერატურა

1. Казаринов И. А. Штенингарт М. В. Скакун Н. Н. Итоги и перспективы развития твёрдых лекарственных средств. (Фармаком. – 1999, - №3/4, с. 47-52).
2. Башура Г. С. Оридорога В. А. Вспомогательные вещества и их роль в создании лекарственных форм (технология и стандартизация лекарств. Сборник научных трудов - 34 „Гирег“ 1996 – с 317-411.
3. Правила проведения исследований биоэквивалентности лекарственных средств – М., 1995. Ч. I, II.

**Курдиани Н., Мониава Д. И.
РАЗРАБОТКА СУБЛИНГВАЛЬНЫХ ТАБЛЕТОК
„КАРДИОСЕДАНА“
РЕЗЮМЕ**

Изучены физико-химические и технологические свойства субстанции „Кардиоседана“. Подобраны вспомогательные вещества и установлен оптимальный состав. На основе технологических и биофармацевтических исследований разработана технология получения таблеток „Кардиоседана“.

**Kurdiani N., Moniava D.
ELABORATION OF SUBLINGUAL TABLETS “CARDIOSEDAN”
SUMMARY**

Physico-chemical and technological properties of the substance “Cardiosedan” were studied. Auxiliary substances were selected and an optimum content was established

On the base of technological and biopharmaceutical investigations the technology of reception of “Cardiosedan” tablets was elaborated.

თ. ქურციკიძე, ს. სურუნდრა, ნ. ჭიაბაშვილი
მიდაჯოლაშის (კიპნოველის) გამომცემება
კლინიკურ სტომატოლოგიაში

თსსუ, თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრა,
სტომატოლოგიისა და სამედიცინო ესთეტიკის
ქართულ-გერმანულ-ესპანური კლინიკა „უნიდენტ-როსი“,
“Battersea Preventive Dental Practice” – ლონდონი, დიდი ბრიტანეთი

სტომატოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობისთვის სტომატოლოგთან ვიზიტი აღიქმება როგორც სტრესის ეპიზოდი. ემოციური სტრესის დროს ორგანიზმში მიმდინარე ბიოქიმიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებების ზეგავლენით ვითარდება ფსიქოვეგეტატიური მოშლილობა, რომელიც ხშირ შემთხვევაში გამოიხატება სტენოკარდიის, გულის წასვლის, კოლაფსის, ფსიქოგენური შოკის სახით. ისმის კითხვა: რა არის ყველაზე ეფექტური მეთოდი ნერვულ სტრესთან, შიშთან და ტკივილთან გასამკლავებლად? თანამედროვე სტომატოლოგიაში ასეთ მეთოდად ითვლება ანალგეზია და სედაცია.

სედაცია ეს არის ტექნიკა, სადაც წამლის ან წამალთა კომბინაციის გამოყენება იწვევს ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესიას, რაც იძლევა მკურნალობის ჩატარების საშუალებას ისე, რომ შენარჩუნებულია პაციენტთან კონტაქტი, მისი გონების ნაწილი ისეა შეცვლილი, რომ შეუძლია მითითებებზე რეაგირება სედაციის განმავლობაში.

სედაციის გამოყენებით სტომატოლოგიური პაციენტის მკურნალობა სხვადასხვა ეტაპს მოიცავს:

1. პაციენტის შერჩევა (სამედიცინო ჩვენებებისა და უკუჩვენებების გათვალისწინებით) და მომზადება სედაციისთვის.
2. სედაციის მეთოდის შერჩევა.
3. პრეპარატის შერჩევა.

სედაციისა და პრემედიკაციის ჩვენებებად შეიძლება ჩაითვალოს;

ა) სისტემური მოშლილობები (ასთმა, ჰიპერტენზია, ეპილეფსია, გულის იშემიური დაავადებები, ფსიქოემოციური დარღვევები), კუნთების მოძრაობითი დარღვევები (მაგ. პარკინსონიზმი).

ბ) უსიამოვნო და რთული სტომატოლოგიური პროცედურები.

გ) ფსიქოლოგიური მანკებლები.

უკუჩვენებებია:

ა) ორსულობა, მეტეორული დედები.

ბ) კუნთების სისუსტე, გამოუმფიტავი დაავადებები.

გ) სიმსუქნე.

დ) მკვეთრი ფსიქიური მოშლილობა.

ე) პაციენტები, რომლებიც იღებენ ძლიერ დეპრესანტებს.

ყოველივე ამის გათვალისწინებით პაციენტს ეძლევა რჩევა-დარიგება: მკურნალობამდე მთელი დღის მანძილზე არ მიიღოს საკვები, არ დალიოს ალკოჰოლი მკურნალობამდე 24 სთ-ის განმავლობაში, თან ახლდეს პასუხისმგებელი პირი.

სედაციის მეთოდის შერჩევა ხდება პრეპარატის მიღების გზის არჩევით: კუნთში ინექცია, ინჰალაცია, ვენაში ინექცია, ორალური და რექტალური გზა. სედაციის მეთოდი შერჩევა პაციენტთან შეთანხმებით. ღოზირება მკაცრად

ინდივიდუალურია, ხოლო მოქმედების ხანგრძლივობას განსაზღვრავს შესასრულებელი მანიპულაციის მოცულობა. სედაციის ეფექტურობა დამოკიდებულია სტრესის ხარისხზე, პრეპარატის შეწოვაზე კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მიერ, წაშლის შემცველობაზე სისხლსა და ტვინში. მეტაბოლური დაშლის და გამოყოფის სიწარზე.

სედაციისთვის გამოიყენება სხვადასხვა ჯგუფის პრეპარატები: 1. ბარბიტურატები; 2. არაბარბიტული სედაციური პრეპარატები; 3. მცირე ტრანკვილიზატორები; 4. ნარკოტიკული ანალგეტიკები; 5. სედაციური თვისებების მქონე ანტიბიოსტიკები; 6. ანტიქოლინერგული პრეპარატები.

მიუხედავად პრენელიკაციისთვის გამოყენებული მრავალი პრეპარატისა, სტომატოლოგიური მკურნალობისას გამოიყენებულა ხანგრძლივი მოქმედებისა და ღრმა დეპრესიული აგენტის გამოყენება. სტომატოლოგიური სედაციისთვის გამოყენებულ პრეპარატებს მოთხოვებით სწრაფად გამოიწვიონ მოღუნება მკურნალობის მიმდინარეობისას, მაგრამ ასევე სწრაფად გამოვდნენ ორგანიზმიდან. ყველაზე მეტად ასეთ მოთხოვნებს აკმაყოფილებს აზოტის ქვეჟანგი და ჟანგბადი, მიდაზოლამი.

ჩვენ ყურადღებას შევაჩერებთ მიდაზოლამზე, როგორც დღეს ყველაზე ფართოდ გამოყენებულ პრეპარატზე სტომატოლოგიაში.

მიდაზოლამი არის სედაციური პრეპარატი, რომელიც მიეკუთვნება ბენზოდიასეპინების ჯგუფს. ბენზოდიასეპინები სედაციას იწვევენ იმ რეცეპტორებთან შეკავშირებით, რომლებიც მოთავსებულია თავის ტვინში და იწვევენ ნეიროგადამცემ G ამინობუტირის მჟავის (GABA) ინჰიბირებას, რითაც იწვევს კუნთების მოღუნებას.

მრავლობით კვლევებზე დაფუძნებით დიდი ბრიტანეთის სტომატოლოგიურ კლინიკებში დიდი პოპულარობით სარგებლობს პიპროველი, როგორც ყველაზე უსაფრთხო სედაციური პრეპარატი, იგი შეიცავს აქტიურ კომპონენტს მიდაზოლამს და მისი ქიმიური ფორმულაა 8 ქლორო 6 (2-ფლუოროფენოლ) - 1 მეთილ-4 იდაზოლ [1,5-a][1,4] ბენზოდიასეპინი.

პიპროველი არის ძლიერმოქმედი იმიდაზოდიასეპინი, რომელიც წარმოქმნის წყალში სხნად მარილებს. აქვს ბენზოდიასეპინების ტიპური ფარმაკოლოგიური თვისებები: პიპროველი, დამამშვიდებელი, კუნთების მომადუნებელი და ანტიკონვულსატური. კლინიკური გამოყენების თვალსაზრისით ძირითადი თვისებაა ძილის გამოწვევა. ინტრავენური შეყვანისას იწვევს სწრაფ მოქმედებას და აქვს მცირე ხანგრძლივობა. მისი გამოყოფა ხდება ღვიძლის ენზიმებით 2 სთ-ის განმავლობაში. პიპროველის გამოყენება არ შეიძლება, თუ პაციენტი აღერგიულია მასში შემავალი რომელიმე კომპონენტის მიმართ.

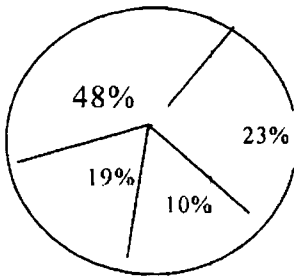
ღიზინება დამოკიდებულია დაეკვმილი პროცედურის ხანგრძლივობისა და საჭირო სედაციის ხარისხზე.

ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა სტომატოლოგიურ კლინიკაში შემოსულ პაციენტთა სტატუსის გათვალისწინებით, მკურნალობის სწორი მეთოდის შერჩევა. გამოკვლევა ჩატარდა "Battersea Preventive Dental Practice" - კლინიკაში. ფსიქოემოციური სტატუსის შეფასება ხდებოდა ინგლისელი ფსიქოლოგის ეიზენკის კითხვარით (ტესტით). მიღებული შედეგებით ისაზღვრებოდა პაციენტთა ფსიქოემოციური მდგომარეობა: 1. ექსტრავერსია (მსუბუქი, საშუალო, ძლიერი); 2. ნევროტიზმი; 3. სიცრუე; 4. შერეული ტიპები. გამოკითხულ პაციენტთაგან სედაციის ქვეშ მკურნალობა ჩაუტარდა 150

პაციენტს, რომელთაც ტესტირების შემდეგ გამოუვლინდა ნევროტიზმი (48%), მძიმე ფორმის ექსტრავერსია (10%), საშუალო ფორმის ექსტრავერსია (23%) და შერეული ტიპები (19%), რომლებიც თვითონ გამოთქვამდნენ სედაციის ქვეშ მკურნალობის სურვილს (სურ.1).

ზემოაღნიშნულ ყველა პაციენტს მკურნალობა ჩატარდა ინტრავენური სედაციის ქვეშ, პრეპარატ ჰიპნოველის გამოყენებით. ჩატარებულ იქნა ყველა სახის სტომატოლოგიური მანიპულაციები: პრეპარირება, ენდოდონტიური მკურნალობა, ექსტრაქცია. ყველა შემთხვევაში მკურნალობა ჩატარდა წარმატებით, გართულებებს ადგილი არ ჰქონია.

უნდა აღინიშნოს, რომ ერთეულ შემთხვევებში ჰიპნოველით სედაციის ქვეშ აღინიშნება გვერდითი მოვლენები: გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე (არტერიული წნევის მომატება), სუნთქვის გაზშირება (განსაკუთრებით, თუ მაღალია დოზა ან ინექცია სწრაფად გაკეთდა).



- 48% - ნევროტიზმი
- 10% - მძიმე ფორმის ექსტრავერსია
- 23% - საშუალო ფორმის ექსტრავერსია
- 19% - შერეული ტიპები

სურ. 1

პაციენტთა რაოდენობა	ასაკი		პაციენტის ზოგადი ფსიქოემოციური მდგომარეობა				სედაციის სახე	მკურნალობის სახე
	16-40 წ.	40-75 წ.	ნეფრიტ.	მძიმე ექსტრავერ.	საშუალო ექსტრავერ.	შერეული		
ქალები n=114	71	43	58%	2%	23%	19%	ინტრავენური ჰიპნოველი 3 მლ - 4 პაც. 4,5 მლ - 90 პაც. 6 მლ - 6 პაც.	თერაპიული 98 - ენდოდონტიური 80 დაბენა 18 ქირურგიული 16 - ექსტრაქცია 12 სხვა 4
მამაკაცი n=36	27	9	38%	10%	33%	19%	ინტრავენური ჰიპნოველი 3 მლ - 2 პაც. 4,5 მლ - 89 პაც. 6 მლ - 9 პაც.	თერაპიული 18 - ენდოდონტიური 11 დაბენა 7 ქირურგიული 16 - ექსტრაქცია 16 სხვა 2
სულ 150	98	52						სულ თერაპიული 116 ქირურგიული 34

იშვიათად აღინიშნება კალუცინაციის, დეზორიენტაციის შემთხვევები, თავის ტკივილი, ინექციის მიდამოს შესიება.

პიპნოველით სედაციის მომენტში პაციენტი იმყოფება მწოლიარე მდგომარეობაში, სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ, 1 სთ-ის განმავლობაში.

ჩვენი კვლევის მონაცემები გვიჩვენებს, რომ პაციენტთათვის იმის ცოდნა, რომ სედაციის ქვეშ ჩატარებული მკურნალობა არ იქნება ტკივილთან დაკავშირებული, მნიშვნელოვნად აქვეითებს შიშის და ნერვული დაძაბულობის ფაქტორს, რაც ხარისხიანი სტომატოლოგიური მკურნალობის ერთ-ერთ ძირითად მიზანს წარმოადგენს.

**Курцикидзе Т., Суренда С., Чипашвили Н.
ПРИМЕНЕНИЕ МИДАЗОЛАМА (ГИПНОВЕЛА) В
КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
РЕЗЮМЕ**

150 пациентам с повышенной болевой чувствительностью и страхом перед стоматологическим лечением проведена премедикация внутривенно седативным препаратом Гипновел. Результаты исследования показали, что после применения указанного препарата у всех пациентов эмоциональное состояние стало удовлетворительным, что указывает на эффективность действия Гипновела и целесообразность его использования с целью премедикации в стоматологической практике.

**Kurtsikidze T., Surendra S., Chipashvili N.
USING MIDAZOLAM (HYPNOVEL) IN CLINICAL DENTISTRY
SUMMARY**

On 150 patients with fear and anxiety of pain, have been used sedation with intravenous injection of Hypnovel before dental treatment. The results of our research showed, that after using above mentioned method, majority of patients were emotionally satisfied, which means, that Hypnovel is very effective. That's why, we are highly recommending for using in dental clinics.

**ქ. ღამბაშიძე, ვ. ყიფიანი, ნ. ბეჟუტაშვილი
კლავფრონ ლ-ს გავლენა პერიოდონტიტის მემბრანასა და
მიკროსისხლკარლვითა აღრქმორეცევატორმაზმი ავთვისინაპიანი
სიმსივნის ზრდის პროცესში.
თსსუ, პათოფიზიოლოგიის კათედრა**

ორგანიზმში ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის პროცესში ვითარდება პარანეოპლაზიური ცვლილებები, რაც ფრიალ ამძიმებს ძირითადი პათოლოგიური პროცესის მიმდინარეობას. სიმსივნური ანემია და მიკროციტოკულაციური დარღვევები, რომლებსაც საბოლოო ჯამში ორგანოთა თუ ქსოვილთა ტოტალური პიოპქსიამდე მივყავართ, მჭიდრო კავშირშია ორგანიზმში განვითარებულ ლიპიდების ზეჟანგური ჟანგვის აქტივაციასთან (1,2,3.). მემბრანული სტრუქტურების თავისუფალრადი-კალური დაზიანება, ცხადია ვრცელდება ისეთ ნატიფ წარმონაქმნებზე, როგორიცაა

ერთროციტების მეზრანა და მიკროსისხლმარღვთა კედლის ადრენორეაქტიული სტრუქტურები. ერთროციტების მეზრანის დაზიანება კი პირდაპირ კავშირშია მათი რეზისტენტობისა და დეფორმაციის უნარის დაქვეითებასთან, რაც ანემიის ერთ-ერთ მიზეზად გვევლინება (4.5). ყოველივე ამის გამო, ორგანიზმის ანტიოქსიდანტური დაცვის გაძლიერება შეტად მნიშვნელოვანი უნდა იყოს ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულთათვის.

აქედან გამომდინარე, მიზნად დავისახეთ შეგვესწავლა პლაფერონ ლბ-ს, როგორც ანტიოქსიდანტური, მეზრანმასტაბილიზებული და იმუნომოდულატორული თვისებების მქონე პრეპარატის (6.7.8.) გავლენა ერთროციტების რეზისტენტობაზე, დეფორმაციის უნარზე და მიკროსისხლმარღვთა კედლების ადრენორეაქტორებზე ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის დროს.

ცდები ჩატარდა მამრობითი სქესის 120-150 გ მასის ზრდასრულ ლაბორატორიულ ვირთაგვებზე სარკომა C-45-ის გადანერგვიდან 30-ე და მე-40 დღეს. თითოეულ საექსპერიმენტო ჯგუფში იყო 10-10 ვირთაგვა.

პლაფერონით მკურნალობა ტარდებოდა ცდის დაწყებამდე 10 დღის განმავლობაში, 10 მკგ 100 გ წონაზე, დღეში ერთჯერ კუნთებში.

ერთროციტების რეზისტენტობა შევისწავლეთ ფოტოელექტროკოლორიმეტრული მეთოდით. სპექტროფოტომეტრი, რომელიც აღჭურვილია კომპიუტერით, ექსპერიმენტის მსვლელობაში უზრუნველყოფდა ჰემოლიზური აგენტის ზემოქმედებით გამოწვეული ერთროციტების დაშლის პროცესის რეგისტრაციას, ანათვლების ავტომატურ აღრიცხვას და მის პროგრამულ დამუშავებას.

ერთროციტების დეფორმაციის უნარს ვსაზღვრავდით ფილტრაციული ფოტოელექტროკოლორიმეტრული მეთოდით, ფილტრზე ერთროციტების სუსპენზიის განწოვის პროცესის რეგისტრაცია და შედეგების დამუშავება ხდებოდა კომპიუტერული სისტემით.

მიკროსისხლმარღვთა ადრენორეაქტორებს ვიკვლევდით ბიომიკროსკოპულად ლაბორატორიული ვირთაგვების ჯორჯალში ბიომიკროსკოპ МБИ-15-ის გამოყენებით. მიკროსისხლმარღვთა დიამეტრს ვსაზღვრავდით ოკულარული მიკრომეტრის საშუალებით.

მიკროსისხლმარღვთა ადრენორეაქტორების მდგომარეობის გამოსავლენად გამოვიყენეთ ფარმაკოლოგიური ანალიზი - ადრენალინის ეფექტის დადგენა ჯორჯლის სისხლმარღვებზე უშუალოდ, აგრეთვე დიჰიდროერგოტამინით ა-ადრენორეაქტორების ბლოკადის და ობზიდანით β-ადრენორეაქტორების ბლოკადის ფონზე.

ლაბორატორიული ვირთაგვების ერთროციტების ოსმოსური რეზისტენტობის შესწავლისას სარკომა C-45-ის ზრდის დინამიკაში დადგინდა ერთროციტების რეზისტენტობის სტატისტიკურად სარწმუნო დაქვეითება. კერძოდ, სიმსივნის გადანერგვიდან 30-ე დღეს ის მცირდებოდა 37,6%-ით, ხოლო მე-40 დღეს - 31,5%-ით ($p < 0^001$). პლაფერონით ნამკურნალები ვირთაგვების რეზისტენტობა სიმსივნის გადანერგვიდან 30-ე დღეს არანამკურნალებ ცხოველებთან შედარებით მომატებული იყო 49,3%-ით, ხოლო მე-40 დღეს 17,3%-ით ($p < 0^001$)&

სარკომა C-45-ის ზრდის დროს ვირთაგვების ერთროციტების დეფორმაციის უნარის შესწავლისას გამოვლინდა ერთროციტების დეფორმაციის უნარის გაუარესება. სიმსივნის გადანერგვიდან 30-ე დღეს ერთროციტების დეფორმაბელობა დაქვეითდა 2,1-ჯერ, ხოლო მე-40 დღეს - 2,0-ჯერ ($p < 0,001$). მკურნალობის შემდეგ, სიმსივნის გადანერგვიდან 30-ე დღეს ერთროციტების დეფორმაციის უნარმა არანამკურნალებ ცხოველებთან შედარებით მოიმატა 1,8-ჯერ ($p < 0,01$), ხოლო მე-40 დღეს - 0,8-ჯერ ($p > 0,1$).

აღსანიშნავია, რომ ნამკურნალები ვირთაგვების ერთრო-ციტების დეფორმაციის უნარი სიმსივნური ზრდის 30-ე დღეს ნორმალური მაჩვენებლების ფარგლებში იყო.

ვირთაგვების ჯორჯლის მიკროსისხლძარღვების შესწავლით დადგინდა, რომ ადრენალინის ზემოქმედებისას არტერიოლების დიამეტრი შემცირდა 11,77%-ით ($p < 0,001$), ხოლო მე-40 დღეს ადგილი ჰქონდა არტერიოლების გაფართოებას 10,1%-ით ($\chi < 0,002$).

ობზიდანის ფონზე ადრენალინის აპლიკაციამ არტერიოლების დიამეტრი შეამცირა გადანერგვიდან 30-ე დღეს 17,1%-ით ($p < 0,001$), ხოლო მე-40 დღეს არტერიოლებს რეაქცია ფაქტიურად არ ჰქონია, შემცირდა მხოლოდ 1,8%-ით და ისიც სტატისტიკურად არასარწმუნოდ ($p > 0,1$).

დიჰიდროერგოტამინის ფონზე ადრენალინის ზემოქმედებით არანამკურნალები ცხოველების არტერიოლების რეაქცია გამოიხატა გაფართოებით სიმსივნის გადანერგვიდან 30-ე დღეს 17,5% ($\chi < 0,05$), ხოლო მე-40 დღეს - 14,8%-ით ($p < 0,001$).

პლაფერონით მკურნალობის შემდეგ, ადრენალინის ზემოქმედებით სიმსივნის გადანერგვიდან 30-ე დღეს არტერიოლების დიამეტრი შემცირდა 12,4%-ით ($p < 0,001$), ხოლო მე-40 დღეს გაფართოვდა 99,7%-ით ($\chi < 0,01$). არანამკურნალები და ნამკურნალები ვირთაგვების ჯორჯლის არტერიოლების დიამეტრის ცვლილებებს შორის ადრენალინით ზემოქმედებისას სტატისტიკურად სარწმუნო ცვლილება არ გამოვლენილა.

ობზიდანის ფონზე ადრენალინის აპლიკაციამ ნამკურნალებ ცხოველებში სარკომის გადანერგვიდან 30-ე დღეს არტერიოლების დიამეტრი შეამცირა 18,6%-ით ($p < 0,001$), ხოლო მე-40 დღეს - 2,5%-ით ($p > 0,1$).

დიჰიდროერგოტამინის ფონზე ადრენალინის ზემოქმედებით ნამკურნალები ვირთაგვების არტერიოლების დიამეტრი გაფართოვდა სიმსივნის გადანერგვიდან 30-ე დღეს 20,9%-ით, ხოლო მე-40 დღეს - 15,6%-ით ($p < 0,001$).

ამრიგად, ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდის პროცესში, ვირთაგვების ჯორჯალზე ადრენალინით აპლიკაციამ სარკომის გადანერგვიდან 30-ე დღეს გამოავლინა დაქვეითებული, ხოლო მე-40 დღეს გაუკუღმართებული რეაქცია და შევიწროების ნაცვლად გაფართოვდა. თუ ვავითვალისწინებთ, რომ ობზიდანის ფონზე ადრენალინის აპლიკაციით სიმსივნური ზრდის მე-40 დღეს არტერიოლების რეაქცია თითქმის არ ყოფილა (შემცირდა უმნიშვნელოდ და სტატისტიკურად არასარწმუნოდ), სავარაუდოა, რომ ზემოაღნიშნული გაუკუღმართებული რეაქცია გამოწვეულია α -ადრენორეცეპტორების ფუნქციის დაქვეითებით. დიჰიდროერგოტამინის ფონზე არტერიოლების რეაქცია (გაფართოება) მე-40 დღეს 30-ე დღესთან შედარებით შემცირებულია, რაც გვაფიქრებინებს, რომ ათვისებიანი სიმსივნის ზრდის ამ ეტაპზე აღინიშნება β -რეცეპტორების ფუნქციის დაქვეითების ტენდენცია.

პლაფერონით ზემოქმედების შემდეგ ვირთაგვების ჯორჯლის არტერიოლების მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა, რაც პირდაპირ კავშირში უნდა იყოს ადრენორეცეპტორების ინაქტივაციასთან. ადრენორეცეპტორების ინაქტივაციის ერთ-ერთ მიზეზად კი ჰიპერკატექოლამინემია და ადრენორეცეპტორების დენენსიტიზაცია შეიძლება ვივარაუდოთ.

დასკვნები:

1. სარკომა C-45-ის ზრდის პროცესში ქვეითდება ერთროციტების რეზისტენტობა და დეფორმაციის უნარი;

2. სიმსივნის ზრდის საწყის ეტაპზე (30-ე დღე), ქვეითდება მიკროსისხლძარღვთა α -ადრენორეცეპტორების ფუნქცია;

3. სიმსივნის ზრდის მე-40-ე დღეს ქვეითდება β-ადრენორეცეპტორების ფუნქცია;

4. პლაფერონით მკურნალობის შემდეგ უმჯობესდება ერთრო-ციტების რეზისტენტობის და დეფორმაციის უნარი;

5. პლაფერონით მკურნალობის შემდეგ მიკროსისხლძარღვთა ადრენორეცეპტორების ფუნქცია არ უმჯობესდება;

ლიტერატურა

1. Архипенко Ю.В., Диденко В.В., Салтыкова В.А. - Накопление малонового диальдегида в миокарде при аритмии, вызванной перекисью водорода. / Бюлл. Экспер. биол. и мед., 1986, N11, с. 635.
2. Vladimirov Y.A., Olenev V.I., et al. - Lipid peroxidation in mitochondrial membrane - Adv. Lipid Res., 1980, Vol.17, p. 173.
3. Говорова Н. Ю., Шарипов Б.П., и др. - Окислительное повреждение эритроцитов миелопероксидазой.
4. Свиридова Т.В., Воронцов В.А., и др. - Изменения физико-химических свойств эритроцитов при некоторых опухолевых заболеваниях - Пат. Физиол., 1986, 6, с. 3.
5. Терещенко И.П., Кашулина А.И. - Роль показателей эхиноцитоза в диагностике и прогнозе течения рака желудка - Вопр. Онкологии, 1988, 9, т. 34, с. 1059.
6. Rukhadze R., Pantsulaia I., Kevlishvili O., Papava M.- Antioxidant action of immunomodulatory medicine Plaferon LB in experimental thyroid pathology - Intern. J. Immunorehab., 1999 s, p. 14-19.
7. Шарашенидзе Т., Саникидзе Т., и др. - Воздействие Плафс-рона ЛБ на окислительный стресс в печеночной ткани и модели экспериментального гепатита - Intern. J. Immuno-rehabil., 2001, v. 3, N3, p. 145.
8. რუხაძე რ., ფანცულაია ი., სანიკიძე თ., ბახუტაშვილი ვ., ჩიქოვანი თ. - პლაფერონ ლბ-ს გავლენა ღვიძლის მეტაბოლური პარამეტრული ცენტრების ცვლილებებზე ექსპერიმენტული ჰიპერთირეოზის პირობებში - საქ. მეცნ. აკადემიის მაცნე, 1998, 24, 1-3, გვ. 91-95.

Гамбашидзе К.Г., Кипиани В.А., Бежиташвили Н.Д. ВЛИЯНИЕ ПЛАФЕРОНА ЛБ НА МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ И МИКРОСОСУДЫ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ОПУХОЛЕВОМ РОСТЕ.

РЕЗЮМЕ

Спектрофотометрическим, фотоэлектроколориметро-фильтрацион-ным и биомикроскопическими методами изучены резистентность и деформабельность эритроцитов и состояние адренорецепторов микрососудов брыжейки крыс при развитии опухоли саркома С-45 до и после лечения Плафероном ЛБ.

Установлено, что при злокачественном опухолевом росте снижается резистентность и деформабельность мембран эритроцитов, ухудшается состояние адренореактивных структур микрососудов.

После лечения Плафероном ЛБ улучшается резистентность и деформабельность эритроцитов, хотя состояние адренореактивных структур микрососудов не изменяется.

Gambashidze K.G., Kipiani V.A., Bezhitashvili N.D.
EFFECT OF PLAIFERON LB ON ERYTHROCYTE MEMBRANE AND
MICROVESSELS DURING MALIGNANT TUMOR GROWTH.
S U M M A R Y .

Have been studied resistance, deformability of erythrocytes and adrenergic structures of mesenteric microvessels of rats in dynamic of sarcoma C-45 growth by the spectrophotometric, filtrative-photoelectrocolorimetric and biomicroscopic methods before and after treatment with Plaferon LB.

Have been revealed decreased resistance and deformability of erythrocytes and disfunction of adrenoceptors of mesenteric microvessels.

After treatment, erythrocytes' properties are improved however, despite of treatment, function of adrenoceptors are not restored.

თ.ღონლაძე ნ.მანჯავიძე, ქ.მათიაშვილი, ქ.ხუციძე, თ.ჟორჯოლიანი
მოტორული და ფსიქოსოციალური განვითარების
თავისებურებანი ოჯახურ გარემოს მოკლევად
აღრეული ასაკის ბავშვებში
ოსსუ, პედატრის კათედრა

2001 წლისათვის ქ.თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლის დატვირთვა 40%-ით აღემატება ფაქტობრივ საპროექტო სიმძლავრეს. ბავშვთა უმრავლესობა დაბალი სოციალური ფენის, მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე ოჯახებიდანაა. მათ შორის საყურადღებოა მარტოხელა დედების და არასასურველი ორსულობიდან დაბადებული ბავშვები.

უკანასკნელ წლებში ჩვილ ბავშვთა სახლში იმატა ცნს-ის ჰიპოქსიური ხასიათის დაზიანებით ქოსპიტალიზებულითა რაოდენობამ. ცნობილია, რომ ანტენატალურ პერიოდში დღენაკლულობას, ასფიქსიას, რესპირაციულ დისტრესს, ბრონქოპულმონალურ დისპლაზიას, კრუნჩხვით სინდრომსა და სხვა ანომალიებს, რომლებიც მოქმედებენ ახალშობილის გონებრივ და მოტორულ განვითარებაზე. ჩვილობის ასაკში არსებული ფიზიკური, გონებრივი და მოტორული დარღვევები სასკოლო ასაკში ქცევის დარღვევისა და სოციალური დისადაპტაციის მიზეზით გვევლინება, რიგ შემთხვევებში კი ინვალიდობის საფუძველს წარმოადგენს.

ჩვენს მიერ წარმოდგენილი კვლევის მიზანს შეადგენდა ოჯახურ გარემოს მოკლებული ბავშვების ფიზიკური, მოტორული და ფსიქოსოციალური განვითარების შესწავლა. BINS-ის მიხედვით (Bayley Infant Neurodevelopment Screener - ბეილის ბავშვთა განვითარების სკრინერი - 1995 წ.).

კვლევა წარმოებდა ოსსუ პედატრიული კლინიკის ჩვილ ბავშვთა განყოფილებაში და ქ.თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში. 3-2 თვის კონტინგენტზე შეისწავლებოდა მოტორული განვითარების, ქცევის ჩამოყალიბების, შემეცნების, მეტყველებისა და რეცეპციის თავისებურებანი. მენტალური სტატუსი ფარდებოდა ოთხი ძირითადი კლასტერის - ნევროლოგიური-(N), რეცეპციული-(R), ექსპრესიული-(E), კოგნიტიური-(C) - საფუძველზე. აღსაზრდელთა დიფერენცირება წარმოებდა ქრონოლოგიური ასაკის

გათვალისწინებით (3-4; 5-6; 7-10; 11-15; 16-20 ოვე). თითოეულ ასაკობრივ ჯგუფზე შედგენილ იქნა ინდივიდუალური Record Form-ი.

გამოკვლევულ იქნა 39 ბავშვი, რომელთაც უტარდებოდათ მონიტორინგი ასაკის ზრდის შესაბამისად.

3-4 თვის ასაკის ბავშვებისათვის პირველადი მნიშვნელობის კლასტრებს ნევროლოგიური და ექსპრესიული ფუნქციები წარმოადგენს, რომლებიც ნორმაში ფასდება შესაბამისად 4 და 5 ქულით, საერთო ჯამური მაჩვენებელი შეადგენს 11 ქულას. ჩვენს მასალაში აღინიშნა მნიშვნელოვანი ჩამორჩენა ექსპრესიული ფუნქციის მხრივ - 2 ქულა, ნაცვლად 4-ისა. ნევროლოგიური კლასტერი კი ყველა ჩვილისათვის იყო დამაკმაყოფილებელი (ნახაზი №1). საერთო ჯამური შეფარდება შეადგენდა 8 ქულას (ნახაზი №2).

5-6 თვის ასაკის ბავშვებისთვის დამახასიათებელია შემეცნებითი პროცესების ზრდა. ამ პერიოდში წამყვანია კოგნიტიური და ექსპრესიული ფუნქციები, რაც ნორმაში ფასდება შესაბამისად 3 და 5 ქულით. ჩვენს მიერ გამოკვლეულ ბავშვებში მნიშვნელოვნად იყო დაქვეითებული ორივე ფუნქცია (C შეფასდა 1 ქულით, E - 2 ქულით). ყურადღებას იპყრობდა ნევროლოგიური კლასტერის დაქვეითებაც (2 ქულა, ნაცვლად 4 ქულისა). საერთო ჯამური მაჩვენებელი შეადგენდა 6 ქულას, რაც BINS-ის მიხედვით უნდა აღწევდეს 13 ქულას.

7-10 თვის ბავშვებში ხდება გააზრებული და გამიზნული ქმედების წინ წამოწევა. ამ ასაკში ძირითადია ექსპრესიული და რეცეპციული ფუნქციები, რომელთა ჯამური მაჩვენებელი შეადგენს 13 ქულას. ჩვენს შემთხვევაში დაქვეითებული იყო ორივე კლასტერი. ექსპრესიული შეფასდა 2 ქულით, ნაცვლად 6-ისა, ხოლო რეცეპციული - 0 ქულით, ნაცვლად 1-ისა. ოთხივე კლასტერის ჯამმა შეადგინა 9 ქულა.

11-15 თვის ბავშვებში წამყვანია ექსპრესიული და კოგნიტიურ-შემეცნებითი კლასტრები. ჩვენს კონტინგენტში ადვილი ჰქონდა ორივე მაჩვენებლის მნიშვნელოვან დაქვეითებას (თითოეული კლასტერი შეფასდა 1 ქულით, ნაცვლად 3 ქულისა). ჯამმა შეადგინა 5 ქულა, ნაცვლად 11-ისა. ბავშვებს არ შეეძლოთ ინფორმაციის მიღება, გააზრება და შესაბამისი მოქმედების შესრულება.

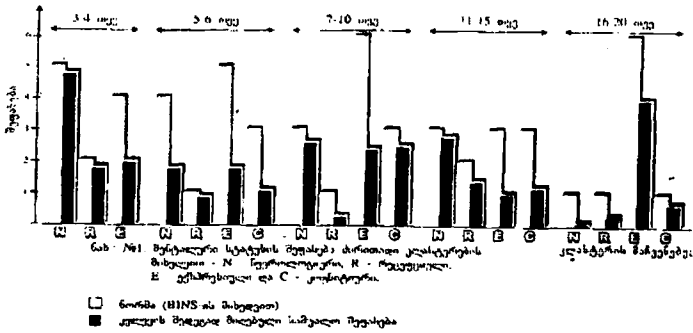
16-20 თვის ბავშვებში მნიშვნელოვანია ექსპრესიული და კოგნიტიურ-შემეცნებითი კლასტერების განვითარება. ჩვენს კონტინგენტში მოცემულ ასაკობრივ ჯგუფში გამოვლინდა ოთხივე კლასტერის დაქვეითება, ჯამურმა მაჩვენებელმა შეადგინა 5 ქულა, ნაცვლად 11 ქულისა. ყურადღებას იპყრობდა ორალურ-მოტორული (ვოკალიზაცია, ვერბალიზაცია), შემსრულებლური და შემაკავშირებელი ფუნქციების დაქვეითება.

ჩატარებული მონიტორინგით 11-16 თვის ასაკში ბავშვთა ასაკის ზრდასთან შესაბამისად გამოვლინდა ექსპრესიული ფუნქციის დათრგუნვა, ხოლო ოთხივე კლასტერის 16-20 თვის ასაკობრივ ჯგუფში და განსაკუთრებით რეცეპციული, ფუნქციის (აქტა, შეგროვება, ვერბალიზაცია) დაქვეითება.

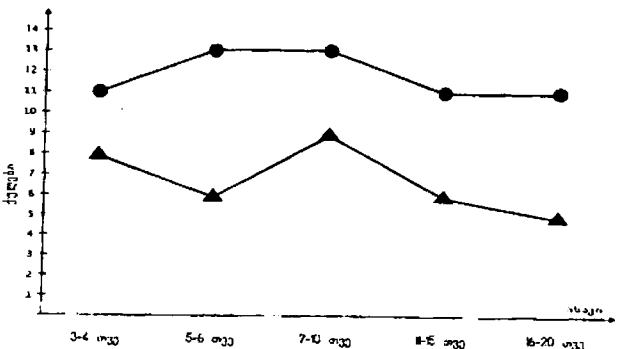
ჩვენს მიერ შესწავლილ კონტინგენტში გამოვლენილი გადახვრები, კერძოდ, რეცეპციული, კოგნიტიური, ექსპრესიული ფუნქციების დაქვეითება, განვითარების თვალსაზრისით, მიუთითებს თავის ტვინის მთელი რიგი ფუნქციების შეფერხებაზე ასაკთან მიმართებაში.

ვფიქრობთ, აღნიშნული დაკავშირებულია ანტე-, პერი- და პოსტნატალურ პერიოდში გარკვეული პათოლოგიური ფაქტორების ზემოქმედებასთან, რომლებიც განაპირობებენ ნაყოფისა და ახალშობილის ცენტრალური ნერვული სისტემის

ჰიპოქსიურ-ტრაკემულ დაზიანებას. ამასთან, მნიშვნელოვან ფაქტორად მიგვაჩნია ოჯახური გარემოს დეფიციტი, როგორც ადრეული ასაკის ბავშვთა ჰარმონიული განვითარების შეფერხების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი.



ნახ. №1. ნერვოლოგიკული კლასტერების შედეგები ბონის კლასტერების მიხედვით - N. ნერვოლოგიკული N - რეცეპტიული, E - ექსპრესიული და C - კოგნიტიური.



ნახ. № 2. ნერვოლოგიკული კლასტერების ფართი მაჩვენებლები

● — ბონა (BINS-ის მიხედვით)
▲ — ძალის მხედვე

**Гонгадзе Т., Манджавидзе Н., Матиашвили К.,
Хурцидзе К., Жоржоллиани Т.
ОСОБЕННОСТИ МОТОРНОГО И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ У
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЛИШЕННЫХ СЕМЕЙНОЙ СРЕДЫ
РЕЗЮМЕ**

У детей раннего возраста лишенных семейной среды изучены особенности нейропсихологического развития по скринеру, предложенному BINS. При оценке развития сознания, речи, поведения и рецепции у детей в возрасте от 3 до 10 месяцев, установлено снижения экспрессивной (у всего контингента), речептивной (у детей от 7 до 10 месяцев), неврологической, когнитивной и рецептивной функции (в возрасте от 16 до 20 месяцев).

Считаем, что результаты проведенных исследований связаны с воздействием патологических факторов в ante -, peri - и постнатальных периодах развития. Значительную роль играет также дефицит семейной среды как одно из обязательных условий для гармоничного развития ребенка.

Chonghadze T., Mangavidze N., Matiashvili K., Khutcidze K., Zhorzholiani V
MOTOR AND PSYCHOSOCIAL DEVELOPMENT OF CHILDREN LACKING
FAMILY ENVIRONMENT AT EARLY AGES
S U M M A R Y

By BINS (Baylay Infant Neuredevelopment Screener) we have beamed the particularities of the drvelopment of neuropsychology among children lacking family enironment at early ages. Gefter estimation of cognitive, verbal, behavioral and receptive clusters among children aged 3-20 months, the following chareacteristics have been discovered: the reduction of expressive function (in screened contingent), cognitive function (in 5-6 and 11-15 monthi old groups), recceptive function (in 7-10 months old groups) and reduction of neurologic, cognitive and receptive functions (in 16-20 months old groups). We think, that the abnormalities we found out after screening this group of children are associated with pathologic factors affeeting ante -, peri - and postnatal periods. Also must be mentioned deficiensy of family environment, as an important factor in harmonic development of a child

გ.ციციანი

ტონზილების გამრავლების ცენტრების მონოციტ-
მაკროფაგების აქტივობა კბილის კარიესის დროს

თსსუ, ბავშვთა ასაკის სტომატოლოგიისა და სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის კათედრა

კლინიკური დაკვირვებით შემჩნეულია კბილის კარიესისა და ქრონიკულ ტონზილიტს შორის ურთიერთკავშირი, თუმცა მნიშვნელოვანი სისტემატიზებული გამოკვლევები ამ ორი პათოლოგიის დამოკიდებულების შესახებ დღემდე არ არსებობს. ამავე დროს უკანასკნელი პერიოდის გამოკვლევების საფუძველზე ირკვევა, რომ პირის ღრუს იმუნოლოგიური სტატუსის ჩამოყალიბებაში წამყვანი როლი ენიჭება რეგიონულ ლიმფოიდურ ორგანოებს, კერძოდ სასისა და და ხახის ნუშურებს (1). ტონზილები განიხილება ლიმფოიდურ ორგანოდ, რომლითაც პირის ღრუ სანერწყვე ჯირკვლების მონაწილეობით მარაგდება იმუნოგლობულინებით. მეორეს მხრივ უკვე ოთხი ათეული წელია რაც დადგენილია, რომ კარიესის პათოგენეზში წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება ინფექციურ ანტიგენებს, ამიტომ დიდი ალბათობით უნდა ვივარაუდოთ, რომ მიკრობული ანტიგენების პათოგენური მოქმედება მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული სასის ნუშურების მდგომარეობასთან.

არსებობს შეხედულება, რომლის მიხედვითაც ტონზილების ანტიცხეულების წარმოქმნელ ფუნქციას მიაწერენ მხოლოდ გამრავლების ცენტრების მქონე

ფოლიკულებს, სადაც "ორგანიზებული ანტიგენი" ხვდება კრიპტების ეპითელის გავლით. ფოლიკულების გამრავლების ცენტრებში გვხვდება მაკროფაგულ-ლიმფოციტური უჯრედული ასოციაციები, რომლებიც ყველაზე უკეთ გამოხატულია პირველადი და მეორადი ბავშვობის პერიოდში და შესაძლებელია განვიხილოთ, როგორც ინფორმაციის გადაცემის მორფოლოგიური სუბსტრატი იმუნური პასუხის დროს (3).

ჩვენ გამოკვლევის მიზანს შეადგენდა შეგვეფასებინა მონოციტ-მაკროფაგების რაოდენობრივი თავისებურებანი ქრონიკული ტონზილიტის დროს და მისი შესაძლო კავშირის დადგენა კბილის კარიესის კლინიკურ სურათთან.

გამოკვლევა ჩატარდა თსსუ პათოლოგიური ანატომიის კათედრასა და თსსუ პედაგოგიური კლინიკის ყელ-ყურ-ცხვირის განყოფილებაში. გამოკვეული იქნა 9 წლის 52 მოსწავლე დიაგნოზით ქრონიკული დეკომპენსირებული ტონზილიტი. სარძევე და მუდმივი კბილების დათვლიერდა სტომატოლოგიური სარკისა და ზონდის საშუალებით, დღის განათების პირობებში. ცალკეულ შემთხვევებში კარიესის დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით ვიყენებდით რენტგენოგრაფიულ გამოკვლევას. დადგინდნა იქნა კარიესის ინტენსიურობის მაჩვენებლები: კბა, კბ, კბა+კბ, სადაც კ - არის კარიესული კბილი, ბ - არის სდაბუნელი კბილი, ა - ამოღებული კბილი. განსაზღვრული იქნა კარიესის ინტენსივობის ხარისხი.

მორფოლოგიური გამოკვლევა შესრულდა ტონზიდექტომის შედეგად მიღებულ ოპერაციულ მასალაზე. შესაბამისი დაშუშავების შემდეგ პემატოქსილინითა და ეოზინით შეღებილ პრეპარატებში ვითვლიდით ფოლიკულების გამრავლების ცენტრებში მაკროფაგების რაოდენობას. დათვლას ვაწარმოებდით სინათლური მიკროსკოპის იმერსიულ გადიდებაზე.

გამოკვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ქრონიკული ტონზილიტის მქონე 52 ბავშვიდან კბილის კარიესით დაავადებული აღმოჩნდა 93,75%. გამოკვეულ ბავშვებში კარიესის ინტენსივობის საშუალო მაჩვენებელი კბა ინდექსის მიხედვით შეადგენდა 1,72(0,11. კბა ღრუების მიხედვით 2644(0,31-ს. ინტენსივობის საშუალო მაჩვენებლები სარძევე კბილების დაზიანების მიხედვით - 4,37(0,15-ს, ღრუების მიხედვით - 5,06(0,47-ს, ინტენსივობის მაჩვენებელი კბა+კბა ინდექსის მიხედვით შეადგენდა 6,09(0,51-ს. კბა ღრუების + კბ ღრუების მიხედვით - 7,53(0,71-ს.

კარიესის ინტენსივობის ხარისხის განსაზღვრამ გვიჩვენა, რომ ქრონიკული ტონზილიტის მქონე ბავშვებში კბილის კარიესის კლინიკური ფორმების განაწილების სიხშირე არაერთგვაროვანია. კარიესის ინტენსივობის I ხარისხის გვხვდება შემთხვევათა 43,75%-ში, ინტენსივობის II ხარისხი 21,88%-ში, კარიესის ინტენსივობის II ხარისხი - 28,11%-ში.

ტონზიდექტომირებული მასალის მორფოლოგიური გამოკვლევის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ კბილის კარიესის შემთხვევაში ფოლიკულების გამრავლების ცენტრებში მონოციტური მაკროფაგების უჯრედების რაოდენობა 1-დან 18-მდეა და საშუალოდ შეადგენდა 6,24-ს. ფოლიკულების გამრავლების ცენტრების უჯრედულ მოსახლეობაში მონოციტური ხაზის მაკროფაგების რაოდენობა დამოკიდებული აღმოჩნდა კარიესის ინტენსივობის ხარისხზე, კერძოდ ინტენსივობის ხარისხის მატებასთან ერთად აღინიშნება მონოციტური მაკროფაგების რაოდენობის მატება. ასე მაგალითად, კარიესის ინტენსივობის I ხარისხის შემთხვევაში მაკროფაგების რაოდენობა საშუალოდ შეადგენდა 4,54(1,67-ს, ინტენსივობის II ხარისხის შემთხვევაში - 6,28(2,44-ს (1=5,826,

$p < 0,001$). კარიესის ინტენსივობის III ხარისხის შემთხვევაში კი 11,2(3,57-ს. რაც სტატისტიკურად სარწმუნოდ მაღალია როგორც ინტენსივობის I ხარისხთან შედარებით ($t=17,817$, $p < 0,001$), ისე ინტენსივობის II ხარისხთან შედარებით ($t=8,806$, $p < 0,001$).

ამრიგად, ჩატარებული გამოკვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ფოლიკულების გამრავლების ცენტრების მონოციტური მაკროფაგების აქტივობა კავშირშია კბილის კარიესის კლინიკურ მიმდინარეობასთან, რაც უფრო მაღალია კარიესის ინტენსივობის ხარისხი, მით უფრო მაღალი მონოციტური მაკროფაგების აქტივობა.

ცნობილია, რომ მონოციტ-მაკროფაგების უმთავრეს ფუნქციას მათი მაღალი ფაგოციტური აქტივობა წარმოადგენს. ზოგიერთი ავტორი (4) მიუთითებს, რომ მონოციტური მაკროფაგები ფოლიკულების გამრავლების ცენტრებში ახდენენ იმ ლიმფოციტების ელიმინაციას, რომელთაც გენეტიკური აპარატის მუტაციის გამო განიცადეს აპოპტოზური სიკვდილი. თუ რატომ არის არჩეული ლიმფოციტების "თვითშეკვლეობის" ადგილად უპირატესად ფოლიკულების გამრავლების ცენტრები თავის მოსაზრებას გამოთქვამს ხ.მანჯგალაძე. მისი შეხედულებით ფოლიკულების გამრავლების ცენტრებში ლიმფოციტების აპოპტოზური სიკვდილის შემდეგ მათი დნმ-ის უტილიზაცია მაკროფაგების მიერ ხელს უწყობს ლიმფოციტების მიტოზური აქტივობის გაძლიერებას, რასაც შედეგად მოჰყვება გამრავლების ცენტრების ჩამოყალიბება (5).

ქრონიკული ტონზილიტის დროს ფოლიკულის გამრავლების ცენტრების მონოციტური მაკროფაგების აქტივობასა და კარიესის კლინიკურ მიმდინარეობას (ინტენსივობის ხარისხთან) შორის ჩვენს მიერ გამოვლენილი კავშირი შესაძლებელია ავხსნათ მიკრობული ან აუტოანტიგენების მომატებით ქრონიკული ტონზილიტის მიმდინარეობაში, რის საფუძველსაც გვაძეკვს მონაცემები (6), რომლის მიხედვითაც ლიმფოციტების გაძლიერებული დაშლა ლიმფური ქსოვილის ანტიგენებით მასიურ გაღიზიანებას უკავშირდება.

ლიტერატურა:

1. Hans-Peter Zenner. Immunological aspects of tonsils and tonsillitis // - Acta Otolaryngol., - 1989, - v. 454, -p. 70-74.
2. Nagy T. Tonsillar distribution of IgA and IgG immunocytes and production of IgA subclasses and J chain in tonsillitis vary with the presence or absence of Ig A nephropathy // Scand. J. Immunol., 1999. - v. 27. - P. 393-399.
3. Scutte R. Characterization of the population of phagocytic cell in thymic cell suspensions. // J. Morphology, 1993. - V. 231. - P. 313-323.
4. Ming-de Ying. Immunological Basis of indications for tonsillectomy and Adenoidectomy. // Acta Otolaryng., - V. 43. -P. 174-179.
5. მანჯგალაძე ხ. ქრონიკული ტონზილიტის შეიანოზოლოგიური მორფოლოგიური ვარიანტები. მედ. მეცნ. კანდ. დისერტ. თბილისი, 1999.
6. Israel M.S. Viral flora enlarged tonsils and adenoids. // J. Path. bact., - 1985, - v. 84, - p. 169-176.

**Кипиани Г.
АКТИВНОСТЬ МОНОЦИТ МАКРОФАГОВ ЦЕНТРА РАЗМНОЖЕНИЯ
ТОНЗИЛЛ ПРИ КАРИЕСЕ ЗУБОВ
Р Е З Ю М Е**

Материалом для морфологического исследования служили небные миндалины, удаленные по поводу хронического декомпенсированного тонзилита у 52 школьников в возрасте 9 лет. Количество моноцит макрофагов центра размножения подсчитывали на препаратах окрашенных гематоксилин-эозином. Установлено, что активность моноцит макрофагов центра размножения фолликул связана с характером клинического течения кариеса зубов. Чем выше степень интенсивности кариеса зубов, тем больше активность моноцит макрофагов.

**Kipiani G.
ACTIVITY OF MONOCYTE-MACROPHAGE OF THE PALATINE TONSILLES
REPRODUCTION CENTERS DURING THE DENTAL CARIES
S U M M A R Y**

Post-operation sample material after tonsillectomy underwent morfolological examination. after respective processing of the preparates stained by hematoxylin and eosin, the number of macrophages was counted in the foci of reproduction of folliclis.

During the study 52 pupils of 9 year with the diagnose Chronic Decompensated Tonsillitis were examined. The study detected the link between clinical course of dental caries and activity of monocytar-macrophages in the foci of folliclis reproduction. More the intensity of caries higher is activity of monocytar-macrophages.

**ნანა ყიფიანი, ზ.ორჯონიკიძე, ნ.თხილავა, ბ.კაპანაძე
ზეჰანგური პროცესები და ქრონოციტების გარსის
ცვლილებები პაროდონტიტის დროს
თსსუ, სტომატოლოგიური კლინიკა და
ექსპ. და კლინ. მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი**

ცნობილია, რომ სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში ფრიად გავრცელებული დაავადება - პაროდონტიტი ხშირად იწვევს არა მარტო ადგილობრივ ცვლილებებს პაროდონტის ქსოვილში, არამედ მთლიანად ორგანიზმში (К.В.Кудряшева, 1996; А.И.Грудянов, 1998; Т.И.Модина, 2000; Г.Зейналова, С.Налиева, 2000; Л.М.Цепов, 1997). პროცესები, რომლებიც თან სდევს პაროდონტიტს, შესაძლოა აზიანებდეს უჯრედების მემბრანებსაც. ამიტომ თეორიული და პრაქტიკული თვალსაზრისით ფრიად საინტერესოა პაროდონტიტის დროს უჯრედების მემბრანების მდგომარეობის შესწავლა, რომლის კლასიკური მარკერი ერითროციტების მემბრანაა.

უჯრედის მემბრანების, მათ შორის ერითროციტის გარსის დამზიანებელი უმნიშვნელოვანესი პროცესია ლიპიდების პეროქსიდაციაა. ამ კონტექსტში თავისუფალრადიკალური პროცესების პარალელურად ფრიად საინტერესოა პაროდონტიტის დროს ერითროციტების თვისებების შესწავლა.

გამოკვლევის მიზანი იყო უანგვითი პროცესებისა და ანტიოქსიდაციური ფერმენტების ცვლილებების ხასიათის, მათი მოლეკულური, სუბუჯრედული და

უჯრედელი საფუძვლის, უჯრედების დაზიანებისა და ერთროციტების ცვლილებების მექანიზმების დადგენა სხვადასხვა სიმძიმის პაროდონტიტის დროს.

გამოკვლევები ჩატარებულია ორივე სქესის 25-55 წლის 25 პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანზე და პაროდონტიტით დაავადებულ 68 ქალზე და 40 მამაკაცზე. მათგან 40 დაავადებული იყო მსუბუქი ფორმის პაროდონტიტით, 39-39 საშუალო სიმძიმის და მძიმე ფორმის პაროდონტიტით. ისინი აღრიცხვავზე იმყოფებოდნენ თსსუ-ის თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიის კათედრებზე, თსსუ-ის სტომატოლოგიურ კლინიკაში.

უანგვით პროცესებს ვაფასებდით მაღალი სიზუსტის ელექტრონულ-პარამაგნიტური რეზონანსის (ეპრ) მეთოდით, სისხლის ეპრ სპექტრებს ვსაზღვრავდით თხევადი აზოტის ტემპერატურაზე კვარცის დიუარის გამოყენებით კომპიუტერიზებულ რადიოსპექტრომეტრზე P3 I307.

ერთროციტების ოსმოსური რეზისტენტობა შეისწავლებოდა მათი ლიზისის კინეტიკის საფუძველზე, რომელიც ისაზღვრებოდა მაღალმგრძობიარე კომპიუტერიზებული ფოტოელექტრულ-კოლორიმეტრიული დიფერენციალური მეთოდით.

ერთროციტების დეფორმაციის უნარს ვიკვლევდით კომპიუტერული ფილტრაციულ-ფოტომეტრული მეთოდით.

№1 ცხრილში მოყვანილია ცნობები ერთროციტების ოსმოსური რეზისტენტობის შესახებ ჯანმრთელ ადამიანებსა და პაროდონტიტით დაავადებულებში.

ცხრილში მოყვანილი მონაცემები მეტყველებს, რომ პაროდონტიტის დროს ერთროციტების რეზისტენტობის ცვლილების ხარისხი უშუალო კავშირშია დაავადების სიმძიმესთან.

ცხრილი №1

ერთროციტების ოსმოსური რეზისტენტობის მახასიათებლები ჯანმრთელ ადამიანებსა და სხვადასხვა სიმძიმის პაროდონტიტით დაავადებულებში

გამოსაკვლევი ჯგუფი	T (ov)	L (ov)	H (jgn&xov ¹)
	M±m	M±m	M±m
ჯანმრთელები	1 200±2,49	5 89±4,7	9 0,03±0,0064
მსუბუქი ფორმის პაროდონტიტი	2 192±2,21	6 100±5,66	10 0,026±0,0068
საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტი	3 160±2,12	7 103±8,19	11 0,022±0,005
მძიმე ფორმის პაროდონტიტი	4 150±2,13	8 106±4,7	12 0,019±0,0048

P: 1-2>0,05; 1-3<0,001; 1-4<0,001; 2-3>0,05; 2-4<0,01;
 2-4>0,05; 3-4<0,05; 5-6>0,05; 5-7>0,05; 5-8>0,05;
 6-7>0,05; 6-8>0,05; 7-8>0,05; 9-10>0,05; 9-11>0,05;
 9-12>0,05; 10-11>0,05; 10-12>0,05; 10-12>0,05;

მსუბუქი პაროდონტიტის დროს ერთროციტების ოსმოლიზისის მრუდი თითქმის არ განსხვავდება საკონტროლო ჯგუფის ადამიანთა ერთროციტების

შესაბამისი მონაცემებისგან. მაგრამ უფრო ნატივმა გამოკვლევებმა, ჩატარებულიმა ლექტინ $L^{\text{წმ}}_{40-80}$ -ით ერთროციტების წინასწარი დამუშავებით, გამოავლინა ერთროციტების ჰეტეროგენობის მომატება უკვე მსუბუქი პაროდონტიტის დროს. ერთროციტების ერთი ნაწილის რეზისტენტობის დაქვეითებაზე მეტყველებს შემდეგი ფაქტები: ლექტინით დამუშავების შემდეგ ერთროციტების ოსმოლიზისის მრუდზე ჩნდება ორი პიკი, 24%-ით იზრდება მათი ჰეტეროგენობის მაჩვენებელი, ხოლო ერთროციტების სუსპენზიაში მაკემოლიზებული ნივთიერების შეყვანის მომენტიდან ჰემოლიზის პირველი პიკის განვითარებამდე, ე.ი. ჰემოლიზის დაწყებამდე გასული დრო 40 წამით (20%-ით) მცირდება საკონტროლო მაჩვენებელთან შედარებით. ე.ი. მსუბუქი პაროდონტიტის დროს პერიფერიულ სისხლში არსებული ერთროციტების ერთი ნაწილის რეზისტენტობა დაქვეითებული აღმოჩნდა.

საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტით დაავადებულთა ერთროციტების რეზისტენტობა მნიშვნელოვნად დაქვეითებული აღმოჩნდა, რაზეც მეტყველებს მათი მაქსიმალური ჰემოლიზის განვითარებისთვის საჭირო დროის (მ) სტატისტიკურად სარწმუნოდ, 20%-ით შემცირება. ამასთანავე, ერთროციტების დაშლის მაქსიმალური ინტენსივობა (რ) და ერთროციტების ჰეტეროგენულობის ხარისხი (დ) სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ იცვლებოდა.

კიდევ უფრო შემცირებული აღმოჩნდა ერთროციტების რეზისტენტობა პაროდონტიტის მძიმე ფორმის დროს. მათი მაქსიმალური ჰემოლიზისთვის საჭირო დრო ჯანმრთელი ადამიანების რეზისტენტობასთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ, 25%-ით მცირდება. ერთროციტების ჰეტეროგენულობის მაჩვენებელი და მათი დაშლის მაქსიმალური ინტენსივობა კი უცვლელი რჩება. ამრიგად, ნათელია, რომ მძიმე პაროდონტიტის დროს ერთროციტების რეზისტენტობა მკვეთრად შემცირებულია.

ერთროციტების ამგვარი ცვლილებები დაკავშირებულია გადახრებთან მათ მემბრანაში, ხოლო უკანასკნელი მჭიდრო კავშირშია ერთროციტების გარსის დაზიანებასთან პეროქსიდაციული პროცესებით, რომელთა ინტენსივობა ფრიალ მალაღია აღმოჩნდა პაროდონტიტის საშუალო და, უფრო მეტად, მძიმე ფორმის დროს.

ცხრილი №2

ჯანმრთელი და პაროდონტიტით დაავადებული ადამიანების ერთროციტების ფილტრში გაკლის დრო

გამოსაკვლევი ჯგუფი	დრო წამებში	ცვლილების %
ჯანმრთელი ადამიანები	1	
	3,52±0,19	
პაროდონტიტის მსუბუქი ფორმით დაავადებულები	2	+17%
	3,58±0,11	
საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტით დაავადებულები	3	+33,5%
	4,7±0,18	
პაროდონტიტის მძიმე ფორმით დაავადებულები	4	+43,2%
	5,1±0,21	

P: 1-2>0,05; 1-3<0,001; 1-4<0,001; 1-5>0,05;
2-3<0,001; 2-4<0,001; 2-5>0,05; 3-5<0,01

№2 ცხრილში წარმოდგენილია მონაცემები ჯანმრთელი ადამიანებისა და პაროდონტიტით დაავადებულ ავადმყოფთა ერთროციტების ფილტრზე

განწოვის დროის შესახებ, რომელიც დეფორმაციის უკუპროპორციული მარკენებელია. თუ მსუბუქი ფორმის პაროდონტიტით დაავადებულთა ერთობრივობის ფილტრზე განწოვის დრო საკონტროლო მარკენებელთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ იცვლება, საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს ერთობრივობის ფილტრზე განწოვის დრო 33,5%-ით, ხოლო მძიმე პაროდონტიტის დროს - 43,2%-ით იზრდება.

სრულიად ცხადი ხდება, რომ საშუალო სიმძიმის და, განსაკუთრებით, მძიმე პაროდონტიტით დაავადებულთა ერთობრივობის დეფორმაციის უნარი მკვეთრად ქვეითდება, რაც დაკავშირებულია პეროქსიდაციული პროცესების გამო მათ მემბრანაში განვითარებულ ცვლილებებთან.

ერთობრივობის მემბრანების დაზიანება ზეჟანგვითი პროცესებით და ცვლადვალენტოვანი მეტალების მოქმედებით იწვევს მათი რეზისტენტობის და დეფორმაციის უნარის დაქვეითებას, რაც ამ უჯრედების ჰემოლიზის წინაპირობაა; ერთობრივობის ჰემოლიზის არსებობა კი დასტურდება საშუალო და, განსაკუთრებით, მძიმე პაროდონტიტის დროს სისხლში მეთემოგლობინის შემცველობის მომატებით.

ლიტერატურა:

1. ნ.ფიფიანი და თ.ა. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული, 1998, ტომი XXIV, 393-397.
2. Грудников А.И. Пародонтология, 1998, N2, 6-17.
3. Кудряшова Т.В., Орехлова Л.Ю., Акулович А.В. Пародонтология, 1996, N2, с. 44-46.
4. Модина Т.Н. Пародонтология, 2000, N1, 35-39.
5. Зейналова Г., Нагиева С. Материалы II международного конгресса стоматологов, Тбилиси, 2000, 305-306.
6. Ценов Л.М., Иорозов В.Г., Николаев А.И. и соавт. Пародонтология, 1997, N2, 3-6.

**Кипиани Нана, Орджоникидзе З., Тхилава Н., Капанадзе Б.
ОКИСЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ И ИЗМЕНЕНИЯ МЕМБРАН
ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ
РЕЗЮМЕ**

Показано, что повреждение мембран эритроцитов пероксидационными процесами и металлами изменчивой валентности, вызывают снижение их резистентности и деформационных свойств, что является предусловием их гемолиза. Наличие же гемолиза эритроцитов проявляется нарастанием в крови содержания метгемоглобина при пародонтите средней тяжести и тяжелом пародонтите.

**Kipiani Nana, Orjonikidze Z., Tkhilava N., Kapanadze B.
OXIDATIVE PROCESSES AND MEMBRANE CHANGES
OF RED CELLS AT PARODONTITIS
S U M M A R Y**

Has been shown, that injury of red cell membranes by peroxidation processes and metals of changeable valentinty, contributes to decrease of resistance and deformability properties, that is the precondition of its hemolysis. Existence of red cell hemolysis is manifested by increase of methemoglobin content in the blood at parodontitis of moderate degree and severe parodontitis

დ.შენგელია, მღვალი, ი.ონიანი
**ცენტრალური სმროზული ხორიოპათიის კლინიკისა
და მკურნალობის ჩვენი მონაცემები**
თსსუ, თვალის სნეულებათა კათედრა

თვალის ფსკერის პათოლოგიათა შორის დღემდე არ დაუკარგავს აქტუალობა ცენტრალური სეროზული ხორიოპათიის (ცსხ) კლინიკისა და მკურნალობის პრობლემებს. ამჟამად არ არის შენელებული ინტერესი მისდამი, რაც ფართოდ აისახა უახლეს ოფთალმოლოგიურ ლიტერატურაში (1, 2, 3, 4). ავტორთა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ ცსხ ვირთარდება სულიერი და ფიზიკური სტრესების ფონზე (5, 6, 7). ამ ავადმყოფობას გარკვეული სოციალური მნიშვნელობაც ენიჭება, რადგან უმეტესად ვითარდება ახალგაზრდა, შრომისუნარიან ასაკში, განსაკუთრებით მამაკაცებში (ავადმყოფთა 70-80%). მართალია, ძირითად გამომწვევ მიზეზად ფიზიკური და სულიერი სტრესები გვევლინება, არა ნაკლები მნიშვნელობა ენიჭება მის ასოცირებას თვალისა და ორგანიზმის სხვა პათოლოგიებთან: მხედველობის ნერვის ნევრიტი, ნეოვასკულარული სუბ-რეტინალური მემბრანა, ლეტოტონინგიტი, ორგანიზმის ალერგიული განწყობა, ინფექციურ და ალერგიულ კომპონენტთა გვერდითი ვაზომოტორული მოშლილობანი, ანგიოვეგეტოლისტონია; ამ ავადმყოფთა უმეტესობას ვაზონევროტულ ტიპს მიაკუთვნებენ (8, 9, 10).

ეხლა ცსხ განიხილება, როგორც პოლიეტოლოგიური სინდრომი, დაკავშირებული მაკულარულ და პარამაკულარულ ზონაში რაღაც სპეციფიურ პირობებში ხორიოკაპილარული შრის სისხლძარღვთა დაზიანებასა და ჰემოციტკულაციის მოშლასთან, რაც იწვევს სისხლძარღვთა კედლისა და ბრუნის მემბრანის შეღწევაობის გაძლიერებას და რასაც მოსდევს ხორიოკაპილარული შრიდან სითხის ფილტრაცია პიემენტური ეპითელის ქვეშ. სუსტდება კავშირი ბრუნის მემბრანასა და პიემენტურ ეპითელს შორის და ამ უკანასკნელის ლოკალური, სეროზული ჩამოცლა ვითარდება. აღნიშნულ მექანიზმს იზიარებს ავტორთა უმეტესობა (11, 12), მაგრამ დღემდე არ არის გადაწყვეტილი ამ დაავადების ეტიოლოგიის საკითხი, ამიტომ დაავადებაზე მსჯელობა შესაძლებელია მისი კლინიკური სურათის შესწავლით.

ბოლო სამი წლის განმავლობაში ჩვენი მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდა 18 ავადმყოფი ცსხ-ით 20-დან 50 წლამდე ასაკში, 14 მამაკაცი და 4 ქალი. უმეტესი მათგანის დაავადებას წინ უსწრებდა ემოციური სტრესები, ფსიქოტრავმატი. დანარჩენ შემთხვევებში ანამნეზში აღინიშნებოდა ძლიერი ფიზიკური დატვირთვა, ალკოჰოლის მიღება, მზეზე მუშაობა, სასწრაფო დაძაბული სამუშაოს შესრულება და სხვ. ზოგიერთ მათგანს აღენიშნებოდა თანმხლები ზოგადი პათოლოგია: დაბალი არტერიული წნევა, მიდრეკილება ალერგიული რეაქციებისადმი, ვეგეტონევროზი, ტონზილიტი, შაკიკისებური თავის ტკივილი. ყველა შემთხვევაში მოგვმართეს ჩივილებით ერთ თვალზე, ჩივილები განიხილან ერთი-ორი კვირის განმავლობაში.

ყველა ავადმყოფი აღინიშნავდა ნახევრად გამჭვირვალე ლაქას თვალის წინ, მხედველობის სიმახვილის დაქვეითებას 0,2-0,4-ით, ზოგჯერ მეტამორფოფსიებს. ყველა მათგანს აღენიშნებოდა დიოპტრიული სიმატომი - ჰიპერმეტროპიაცია 0,5D-დან 1,5-2,0D-მდე და როგორც წესი, კორექცია აუმჯობესებდა მხედველობის სიმახვილეს 0,6-დან 1,0-მდე მიუხედავად არსებული დადებითი,

ფარდობითი სკოტომისა. თვალის ფსკერზე მაკულარულ ან პარამაკულარულ ზონაში იხიწებოდა მრგვალი ან ოვალური ფორმის, შეშუპებული და ოდნავ წინ წამოწეული, ბადურის მკვეთრად შემოფარგლული უბანი დისკის 1-დან 2-2,5-მდე დიამეტრის ტოლი.

ყველა ავადმყოფს ჩაუტარდა თერაპეუტის, ალერგოლოგის, ნეკროპათოლოგის და სხვა სპეციალისტთა კონსულტაციები და ამის საფუძველზე დაინიშნა კომპლექსური მკურნალობა: დესენსიბილიზაცია, სელატიური თერაპია, ანგიო- და რეტინოპროტექტორები, ანტიოქსიდანტები, მიკროელემენტების შემცველი ვიტამინების კომპლექსი და სხვ. სამ ავადმყოფს ჩაუტარდა ლაზერთერაპია 3-4 კვირის განმავლობაში პროცესის არადამაკმაყოფილებელი დინამიკის გამო. დამოუკიდებლად თანმხლები პათოლოგიისა და ლაზერთერაპიისა ყველა ავადმყოფს გაუკეთდა კორტიკოსტეროიდის (დექსაზონის) რეტრობულბური ინექციები (12-15 ინექცია).

მედიკამენტოზური მკურნალობისა და ლაზერთერაპიის შემდეგ მდგომარეობა გაუმჯობესდა 16 ავადმყოფს საშუალოდ 3-4 კვირის განმავლობაში: მხედველობის სიმახვილემ მოიმატა ან დაუბრუნდა ნორმას, ფარდობითი სკოტომა და ჰიპერმეტროპიზაცია გაქრა ან შემცირდა მათი სიდიდე; თვალის ფსკერზე გაბრტყელდა ან შემცირდა შეშუპებული უბანი. ორ შემთხვევაში ვერ იქნა მიღწეული დაავადების დაღებითი დინამიკა. ერთი ავადმყოფი ლაზერთერაპიის შემდეგაც უჩიოდა მეტამორფოზისებს და მხედველობის დისკომფორტს. მეორე ავადმყოფს მიუხედავად ნორმალური მხედველობის სიმახვილისა, მედიკამენტოზური მკურნალობის ფონზე, არ გაუმჯობესდა თვალის ფსკერის სურათი.

10 ავადმყოფზე შორეული დაკვირვებები (6 თვიდან 2 წლამდე) სტაბილური კლინიკური ეფექტის შენარჩუნებაზე მიუთითებენ 8 შემთხვევაში. მიუხედავად პერიფოვალური, ოვალური, სუბრეტინალური კერის ჩამოყალიბებისა და პრეციპიტატების გაჩენისა, ყველა მათგანი ინარჩუნებს მყარ მხედველობის სიმახვილეს. ორ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა დაავადების რეციდივს: ერთ ავადმყოფს ლაზერთერაპიიდან 1 წლის შემდეგ ჰქონდა 1 რეციდივი, მეორე ავადმყოფს (კონსერვატიული მკურნალობით) - სამი რეციდივი 2 წლის განმავლობაში.

არსებობს რა განსხვავებული წარმოდგენა ცსხ-ის ეტიოპათოგენეზის შესახებ, არაერთგვაროვანია შეხედულებაც ამ ავადმყოფთა მკურნალობაზე. ლიტერატურაში არსებული მონაცემებისა და ჩვენი დაკვირვებების საფუძველზე კრწმუნდებით ცსხ-ის მკურნალობისადმი ლიფერენცირებული მიდგომის აუცილებლობაში. არც ლაზერთერაპია და არც კონსერვატიული მკურნალობა არ იძლევა დაავადების განკურნებისა და რეციდივების თავიდან აცილების სრულ გარანტიას, ამიტომ არ იქნება სწორი და მიზანშეწონილი ან ერთის ან მეორის უგულებელყოფა. ყველა ამ ავადმყოფს უნდა მკურნალობის მეთოდის შერჩევა და მისი თანმიმდევრობა უნდა გადაწყდეს ინდივიდუალურად, ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში. მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული სპონტანური განკურნების დიდი ალბათობაც.

ლიტერატურა:

1. Wang M., sandler B. et al. - Detection of shallow detachments in central serous chorioretinopathy. - Acta Ophthalmol. Scand., 1999.

2. Edward Feinberg and Vito la Rocca (Boston). When and how to treat central serous Chorioretinopathy. - Bertina, 2000. p. 1-6.
3. Tiittl M., Spaide R. et al. Systemic findings associated with central serous chorioretinopathy. - Am. J. Ophthalmol. - 1999.
4. Gackle H., lang G., et al. Central serous chorioretinopathy. Clinical fluorescein angiography and demographic aspects. Ophthalmology. 1999.
5. Bouzas E. et al. central serous chorioretinopathy complicating solar retinopathy treated with glucocorticoids. Graefes arch. Clin. Exp. Ophthalmol., 1999.
6. Yannuzzi L. et al. - Polypoidal choroidal vasculopathy masquerading central serous chorioretinopathy. - Retina, 1999.
7. Ndoye P. et al. Idiopathic serous retinal pigment epithelial detachment. Br. J. Ophthalmol, 2000.
8. Horiguchi M. et al. - Extrafoveal photostress recovery test in glaucoma and idiopathic central serous chorioretinopathy. Br. J. Ophthalmol., 1998.
9. Cohen S. et al. macular serous retinal detachment caused by subretinal leakage in tilted disc syndrome. - Ophthalmology, 1999.
10. Dr Cooper and Dr Thomas - Submacular surgery to remove choroidal neovascularization associated with central serous chorioretinopathy. - Berns Retina Institute. 2000.
11. Bischoff P. - Macular edema: from symptom to diagnosis. - "Klin. Monatsbl. Augenhlikd. - 1999.
12. Constantinides G. - Relation between retine pigments epithelial detachment and dye leakage in central serous chorioretinopathy. - Service d'Ophthalmologie. - 1999.

**Шенгелия Д., Двали М., Ониани И.
НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОПАТИИ
РЕЗЮМЕ**

Приведены данные клиники и лечения 18 больных с центральной серозной хориопатией (ЦСХ). У большинства из них заболеванию предшествовали физические и эмоциональные стрессы, психотравмы. Было проведено как медикаментозное лечение, так и лазертерапия (3 больным). Сведения имеющиеся в литературе и наши собственные наблюдения убеждают в необходимости дифференцированного подхода к лечению больных с ЦСХ. Выбор метода лечения и последовательность нужно решать в каждом отдельном случае.

**Shengelia D., Dvali M., Oniani I,
CLINICS AND TREATMENT OF CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY
SUMMARY**

The findings of clinical features and treatment of 18 patients with central serous chorioretinopathy are shown in the article. Most of them suffered from CSC after physical and emotional stresses and psychological trauma.

Complex conservative treatment as well as laser therapy were performed (the latter in 3 cases only). No mentioned method can serve as a guarantee for full recovery or recurrences prevention.

Findings from scientific literature and our ones showed that differential approach to the treatment of CSC is necessary. Choosing the method of treatment and consequences of performed treatment should be in every cases considered.

ნ. შონია, ზ. საყვარელიძე, დ. კახნიაშვილი
**კბილის პულპის ოდონტობლასტური უჯრედების
ბირთვების ფართობისა და დნმ-ის რაოდენობის
დამოკიდებულება ასაკზე ადამიანსა და ვირთაგვებში.
(კლინიკურ-მისპერიმენტული გამოკვლევა)**
თსსუ, ორთოპედიული სტომატოლოგიის კათედრა.

სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში კბილთა სისტემის პროთეზირებისა და ინპლანტაციის ფართო დანერგვით, თითქოსდა გადღაწედა „უკბილობის“ პრობლემა, მაგრამ ჯანმრთელი საკუთარი კბილების უპირატესობა, პროთეზებთან შედარებით უდაოა. ამიტომ კბილების დაზიანებისა და მისი ცხოველყოფილობის დაკარგვის წინააღმდეგ მიმართული პროფილაქტიკური საშუალებების რაციონალიზაცია მოითხოვს კბილის შემადგენელი ცალკეული სტრუქტურის ასაკობრივი ცვლილებების ღრმა ცოდნას და ამის გათვალისწინებით ადეკვატური, პროფილაქტიკური, სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარებას.

ჩვენი კვლევის მიზანი იყო ადამიანისა და ვირთაგვის კბილის პულპის ზოგიერთი სტრუქტურის ასაკთან დაკავშირებული მორფო-ფუნქციონალური ცვლილებების გამოვლენა და შეფასება.

ამ მიზნით, კლინიკური და ექსპერიმენტალური მასალები, ასაკობრივი გრადაციის გათვალისწინებით (B.H.Махенко, В.Н.Никитин 1978 г.) და დაეისახეთ კონკრეტული ამოცანა, შეგვესწავლა:

1. ადამიანისა და ვირთაგვის კბილის პულპის ოდონტობლასტური უჯრედების ბირთვების ფართობის დამოკიდებულება ასაკზე.
2. ადამიანისა და ვირთაგვის კბილის პულპის ოდონტობლასტების ინტერფაზულ ბირთვებში დ.ნ.მ.-ს რაოდენობა

მასალის მიკრომეტრული და ციტოფოტომეტრული შესწავლის შედეგად დავადგინეთ რომ:

1. კბილის პულპის სტრუქტურებში მიმდინარე ცვლილებები, როგორც ადამიანში, ისე ვირთაგვებში, დამოკიდებულია ასაკზე.
2. ადამიანისა და ვირთაგვის კბილის პულპის ოდონტობლასტური უჯრედების ბირთვების ფართობის საშუალო მაკვენებლები, პროგრესული ზრდის პერიოდში, იყო მეტი ვიდრე სიცოცხლის ყველა მომდევნო ასაკობრივ პერიოდში. სტაბილური ზრდის პერიოდიდან იწყებოდა ბირთვების ფართობის შემცირება და რეგრესიული ზრდის ბოლოს მუდუნდებოდა ბირთვების ფართობის ყველაზე მეტე მჩვენებელი.
3. ადამიანისა და ვირთაგვის ორგანიზმში ასაკის მატებასთან ერთად კბილის პულპის ოდონტობლასტებს შორის აღინიშნება მნიშვნელოვანი რაოდენობა ჰიპერდიპლოიდური ბირთვებისა, რომლებიც ჩართულნი არიან მიტოზის ციკლში და უზრუნველყოფენ უჯრედების გამრავლებას. ოდონტობლასტური შრის უჯრედული განახლების პოტენციის შემცირება იწყება ხანდაზმულობის პირველ პერიოდში და პროგრესირებს რეგრესიული ზრდის ბოლომდე, რაზეც მიუთითებს ჰიპერდიპლოიდური ბირთვების რაოდენობის შემცირება.

ამგვარად: ადამიანისა და ვირთაგვის კბილის პულპის ოდონტობლასტების ბირთვების ფართობის მიკრომეტრული გამოკვლევებით და ინტერფაზული ბირთვების დ.ნ.მ.-ს ციტოფოტომეტრით დადგინდა, რომ პროგრესული ზრდის

პერიოდში და სტაბილური ზრდის დასაწყისში აღინიშნება ოდონტობლასტების ბირთვების ფართობის გაზრდა და ჰიპერდიპლოიდური ბირთვების მნიშვნელოვანი რაოდენობა, რომლებიც ჩართულნი არიან მიტოზის ციკლში, რაც უზრუნველყოფს პულპის გერმინატიული შრის უჯრედულ განახლებას რაც აუცილებელია მთლიანად კბილის შენარჩუნებისათვის. სტაბილური ზრდის ბოლოს მჟღაენდება ჰიპერდიპლოიდური ბირთვების რაოდენობის შემცირება, რაც მიუთითებს პულპის გერმინატიული შრის და მთლიანად კბილის უჯრედული განახლების ინტენსიობის შემცირების დაწყებაზე. ასაკის შემდგომ მატებასთან ერთად ეს პროცესიც პროგრესირებს.

ჩვენი აზრით სწორედ მორფოლოგიურ და ჰისტოქიმიურ ძეგლებს, რომელთაც ადგილი აქვთ ასაკის მატების პროცესში, კბილის პულპასა და საფიქსაციო აპარატში, მივყავართ რეზისტენტობის დაქვეითებად, რაც საბოლოო ჯამში წარმოადგენს კბილის დაკარგვის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს, ხანდაზმულობისა და სიბერის პერიოდში.

**ადამიანის კლინიკური მასალის განაწილება
ასაკობრივ ჯგუფებსა და პერიოდებში**

ცხრილი №1

ასაკობრივი ჯგუფები წ-ში	პერიოდები	ასაკი წ-ში	გამოკვლეულ პირთა რაოდენობა	შესწავლილ კბილთა რაოდენობა
13 - 23	პროგრესული ზრდა	13 - 17	1	1
	მოზარდი	18 - 19	1	1
	სიყნაწილის ზრდასრული	20 - 23	1	1
24 - 53 24 - 35	სტაბილური ზრდა	24 - 28	1	1
	ზრდასრული /პირველი/ ზრდასრული /მეორე/	29 - 35	1	1
36 45 46 - 53	მოწიფულობის /პირველი/ მოწიფულობის /მეორე/		2 2	2 2
	რეგრესიული ზრდა			
54 - 83 54 63 64 - 83	სიბერისწინა /პირველი/ სიბერისწინა /მეორე/	64 70	2 1	2 1
	სიბერის /პირველი/ სიბერის /მეორე/	71 - 77 78 - 83	1 2	1 2
			15	15

ვირთაგვების ექსპერიმენტული მასალის განაწილება ასაკობრივ ჯგუფებსა და პერიოდებში

(ცხრილი №2

ასაკობრივი ჯგუფები თვეებში	პერიოდებში	ასაკი თვეებში	გამოკვლევულ ვირთაგვათა რაოდენობა	შესწავლის კბილთა რაოდენობა
0,5 - 7	პროგრესული ზრდა			
0,5 - 1	გვიანი სარძევე, წონის მესამე გაორმაგება.		3	6
1,5 - 2	პუბერტალური, წონის მეოთხე გაორმაგება.		3	6
2,5 - 4	პუბერტალური წონის, მეხუთე გაორმაგება.		3	6
4,5 - 7	რეპროდუქციული წონის, მეექვსე გაორმაგება.		3	6
			3	6
7,5 - 20	სტაბილური ზრდა			
7,5 - 9	სიმწიფის პერიოდი		3	6
9,5 - 15	სიმწიფის /პირველი/		3	6
15,5 - 20	სიმწიფის /მეორე/		2	4
20,5 - 32	რეგრესული ზრდა			
20,5 - 26	სიბერის წინა /პირველი/	20,5 - 23	1	2
	სიბერის წინა /მეორე/	23,5 - 26	1	2
	სიბერის /პირველი/	26,5 - 29	2	4
	სიბერის /მეორე/	29,5 - 32	2	4
			26	52

ლიტერატურა

1. Автндилов Г.Г., „Преспективи развития морфометрии и математического моделирования патологических процессов,, Материал 2-го Всес.симпоз. г. Кутаиси 1980 г. с. 5-13
2. Махенко В.Н. Никитин В.Н., „Периодизация постнатального развития белых крыс и человека,, В.кн. „Руководство по геронтологии,, М. 1978 с 25
3. Магакян Ю. А. „Гиперрепликация Д.Н.К. в процессах развития и регенерации клеточных популяций,, - Соврем. проб. регенерации – Ношкор – Олах 1980 г. с 285 – 304.
4. Комахидзе Р. Показатели количества дезоксирибонуклеиновой кислоты для оценки степени зрелости остеобластной челюстей. Т. 4 Тбилиси 1982 г. с 144, 147.

**Шониа Н., Сакварелидзе З., Кахниашвили Д.
ВЕЛИЧИНА ПЛОЩАДИ ЯДЕР И КОЛИЧЕСТВО Д.Н.К В ИНТЕРФАЗНЫХ
ЯДРАХ ОДОНТОБЛАСТОВ ПУЛПЫ ЗУБОВ ЧЕЛОВЕКА И БЕЛЫХ КРЫС В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

Р Е З Ю М Е

Целью настоящей работы являлось выявление и оценка особенностей морфофункциональных изменений некоторых структур пульпы зубов человека и белых крыс в зависимости от возраста.

В результате микрометрического и цитофотометрического изучения площади ядер и количество Д.Н.К. интерфазных ядер подонтобластов пульпы зубов человека и белых крыс, выяснилось что в период прогрессивного роста и в начале стабильного роста средние показатели размеров площади ядер а также количество гипердиплоидных включившихся в цикл митоза и обесценивающихся клеточное обновление герминативного слоя пульпы были больше чем во всех остальных оследующих возрастных периодах жизни. Сравнительно низкие показатели площади ядер и количество гипердиплоидных ядер обнаруживались в канце регрессивного роста.

Таким образом результаты исследования дают основание считать, что снижение потенции клеточного обновления герминативного слоя зуба начинается в старческом организме что, в конечном счёте приводит к потере зубов.

**Shonia N., Sakvarclidze Z., Kakhniashvili D.
INFLUENCE OF CORE AREA OF DENTAL PULP ODONTOBLASTIC CELLES
AND D.N.A. IN HUMAN BEINGS AND RATS
(CLEINICAL – EXPERIMENTAL RESEARCH)
S U M M A R Y**

The ame of our research was to manifest and study the age related and morphofunctional changes in some structures of dental pulp of human beings and rats.

As a result to micrometric and cytophotometric research, it was determined that in the period of progressive growth and at the beginning of stable growthn odontolayers of core area are increasing and there is the big number of hiperdiploid cores, which are included in the mitosis cycle, what provides cells renewal of pulp germinative layer, that is necessary for dental preservation. In the end of stable growth, decrease of hyperdiploid cores becomes apparent, that points out to the beginning of decrease of intensiveness of the pulp germinitive layer and entire dental cells renewal, while advancing in years, this process becomes more progressive.

From our point of you, morphological and hystochemical displacements, which have place in dental pupil and fixing apparatus in the process of agerng, lead us to resistance decrease, which eventually becomes one of the main reasons for tooth loosing in the declining years and old age.

თ. შულაია
ადვანტანი ეზუმით დაავადებული პაციენტების
მკურნალობაში

თსსუ, დერმატოლოგიისა და ვენეროლოგიის კათედრა

ეგზემის პრობლემის აქტუალობა გაპირობებულია დაავადების სინშირით და ხანგრძლივობით და აგრეთვე მკურნალობის სირთულით. სერიოზულ პრობლემას ეგზემის მკურნალობაში წარმოადგენს სტეროიდული მალამოების ხანგრძლივი გამოყენება, რაც იწვევს ბევრი არასასურველი გვერდითი მოვლენების განვითარებას როგორც კანის, ისე მთელი ორგანიზმის მხრიდან.

ახალი არაჰალოგენიზირებული გლუკოკორტიკოიდი ადვანტანი ("შერინგ აგ" გერმანია) ხასიათდება მაღალი აქტივობით და უსაფრთხოებით. გამოიყენება მრავალი დერმატოზის (ფსორიაზი, ატოპური დერმატიტი) სამკურნალოდ. ადვანტანი — მიკრონიზირებული მეთილპრედნიზოლონის აცეპონატი, არ შეიცავს ჰალოგენებს, ყველა არსებულ სტეროიდებს შორის მას აქვს ყველაზე დაბალი თერაპიული ინდექსი ანუ შეფარდება გვერდითი მოვლენების განვითარებასა და თერაპიულ ეფექტურობას შორის. ადვანტანი საშუალებას იძლევა მაქსიმალურად შევამციროდ კანის ატროფიის რისკი, არ იძლევა გვერდით სისტემურ ეფექტებს, მათ შორის ბავშვებში, დღეში ერთხელ აპლიკაციის გამო ავადმყოფისთვის ადვილი გამოსაყენებელია.

კლინიკური გამოკვლევისთვის იყო ამორჩეული 38 ავადმყოფი ეგზემით, რომლებმაც სამკურნალოდ გამოიყენეს ადვანტანი. კლინიკური ფორმების მიხედვით გამოვყავით ოთხი ჯგუფი: ნუმულარული ეგზემა, დისკიდროზული ეგზემა, სეპორეული ეგზემა და მშრალი ეგზემა.

1) ჯგუფი რომელშიც გაერთიანებული იყვნენ ავადმყოფები ნუმულარული ეგზემით, 3 კაცი და 5 ქალი 18-დან 60 წლამდე ასაკში. ყველა პაციენტს ერთიემის ფონზე აღენიშნებოდა მჭიდროდ განლაგებული მცირე ზომის ვეზიკულები და პაპულები, რომლებიც ქმნიდნენ მკვეთრად შემოსაზღვრულ, 4-5 მმ ზომის, მონეტის ფორმის ბალოებს. ელემენტები ძირითადად განლაგებული იყო ტანზე და წვივებზე. ადრე ყველა ავადმყოფს მიღებული ჭონდა ანტიჰისტამინური პრეპერატები (ტავეგილი, სუპრასტინი), გარეგანი მკურნალობისთვის იყენებდნენ მალამოებს: ფლუცინარი, ცელესტოდერმი და აღწევდნენ დროებით ეფექტს.

2) დისკიდროზული ეგზემით დაავადებულთა ჯგუფში იყო 5 კაცი და 7 ქალი 12-დან 43 წლამდე ასაკში. კლინიკური სურათი ხასიათდებოდა თითების გვერდით ზედაპირზე და ფეხის და ხელის გულზე ჯგუფურად განლაგებული მცირე ზომის (1 მმ დიამეტრის) ვეზიკულებით. შემდეგ ვითარდებოდა ეროზიები და იფარებოდა ქერქით, ზოგჯერ გვხვდებოდა ნახეთქები და ლიქენიფიკაციის კერები. პროცესი ყველა შემთხვევაში მიმდინარეობდა ქავილის ფონზე. ავადმყოფები იყენებდნენ ანტიჰისტამინებს, მალამოებს — 1% ჰიდროკორტიზონი, ლორინდენი A და აღწევდნენ ხანმოკლე ეფექტს.

3) სეპორეული ეგზემა გამოუვლინდა 9 ავადმყოფს, 6 კაცს და 3 ქალს 13-დან 40 წლამდე ასაკში. ყველა პაციენტს სახეზე, გულმკერდზე და თავის თმიან ნაწილში აღენიშნებოდა მოყვითალო-წითელი სხვადასხვა ზომის აქერცლილი ლაქები და პაპულები. სუბიექტურად აღენიშნებოდათ ქავილი. ჩვენი

გამოკვლევის ჩატარებამდე პაციენტები იყენებდნენ დასარბილებელ კრემებს და სტეროიდულ მალამოებს.

4) მშრალი ეგზემა დაკვირვებულთაგან აღნიშნა 8 პაციენტს, 3 კაცს და 5 ქალს 30დან 70 წლამდე ასაკში. კლინიკური კერები განლაგებული იყო წვივებზე, წინამხარზე და მტევის ზურგზე მშრალი, დახეთქილი კანის სახით, მცირედი აქერცვლით. ავადმყოფებს აწუხებდათ ქავილი და წვის შეგრძობა.

ყველა პაციენტს ადვანტანი დაენიშნა დღეში ერთხელ დაზიანებულ უბნებში მსუბუქი შეხვლით. მკურნალობის ხანგრძლივობა წარმოადგენდა 3 კვირას. პრეპარატის შედარება მოხდა ბეტამეტაზონის ვალერიატთან, რომელიც ინიშნებოდა დღეში ორჯერ 3 კვირის განმავლობაში.

ჩატარებული მკურნალობის შედეგები ფასდებოდა შემდეგი კრიტერიუმით: კლინიკურად გამოჯანმრთელებულები - გამონაყარის სრული აღაგება, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებული - დაავადების გამოხატული სიმპტომების გაუმჯობესება 50%, გაუმჯობესებული - კლინიკური სურათის გაუმჯობესება, ეფექტის გარეშე - დაავადების დამახასიათებელი ნიშნების შეცვლა არ აღინიშნება.

ადვანტანით თერაპიის შედეგად პაციენტებს ქავილი შეუმცირდათ ფაქტიურად პირველივე აპლიკაციის შემდეგ და გაუქრათ 3-4 დღეში, ანთების ხარისხი შემცირდა მკურნალობის დაწყებიდან მეორე დღეს: გამონაყარი გაფერმკრთალდა, შემცირდა ინფილტრაცია, შეზორცდა ნახეთქები, ახალი ელემენტები არ წარმოქმნილა. შემდგომი 16-18 დღის განმავლობაში აღინიშნებოდა კლინიკური სურათის უკუგანვითარება და კანი იღებდა ნორმალურ შეფერილობას, ელასტიურობასა და ტურგორს. მიღებული ეფექტი შენარჩუნებული იქნა ყველა აღწერილ შემთხვევაში. ადვანტანით მკურნალობის პროცესში არ აღინიშნა არცერთი გვერდითი მოვლენა და გართულება.

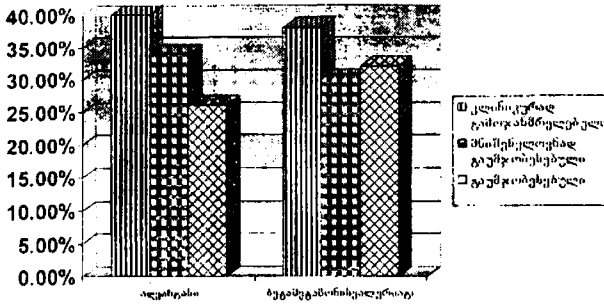
ცხრილი 1.

ადვანტანით მკურნალობის ეფექტურობა

ავადმყოფის მდგომარეობა	ავადმყოფის რაოდენობა	ნუმერული ცხებ	დისპროზული ცხებ	სუბორული ცხებ	მშრალი ცხებ
კლინიკურად გამოჯანმრთელებულები	15	3	4	5	3
მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებული	13	4	6	2	1
გაუმჯობესებული	10	1	2	2	5
ეფექტის გარეშე	0	0	0	0	0
სულ	38	8	12	9	9

იმ კერების შედარების დროს სადაც გამოვიყენეთ ადვანტანი დღეში ერთხელ და ბეტამეტაზონის ვალერიატი დღეში ორჯერ ეფექტი იყო თითქმის ერთი და იგივე (ცხრილი 2), რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს ადვანტანის უპირატესობას, რომელიც ისეთივე ეფექტურია ერთჯერადად გამოყენებისას.

ადვანტანის და ბეტამეტაზონ ვალერიატის შედარებითი ეფექტურობა ეგზემის დროს.



ადვანტანი სწრაფად და ადვილად იწოვება კანში, ერთჯერადი აპლიკაციის მიუხედავად ანთების საწინააღმდეგო, ანტიალერგიული და ქაველის საწინააღმდეგო მოქმედება აღინიშნებოდა 24 საათის განმავლობაში, რაც დიდ უპირატესობას ანიჭებს პრეპარატს სხვა კორტიკოსტეროიდებთან შედარებით.

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ ადვანტანით ჩატარებული მკურნალობა ეფექტური იყო ყველა განხილულ შემთხვევაში, პრეპარატი ადვილი გამოსაყენებელია, არ იძლევა გვერდით მოვლენებს, როგორცაა კანის ელასტიურობის დაქვეითება, სიმშრალე, ერთეული ფოლიკულიტები რაც სრულ უფლებას გვაძლევს რეკომენდაცია გაუწიოთ მას ეგზემის ნებისმიერი ფორმის მკურნალობაში.

ლიტერატურა

1. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология атлас - справочник 1999; 68-75.
2. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н., Кожные и венерические болезни т.2 1999; 804-819.
3. И.А. Чистякова, В.И.Хапилова, Е.А. Авербах. Вестн дерматол 1996; 5:16 -19
4. Кубанова А.А., Самсонов В.А.и др. Вести дерматол 1994; 3:18 - 21.
5. Baker B.S. Swain A.F. Fry L., Br J Derm 1984; 110:5:555-564
6. Crivelatto E., Farber T.J. Dermatol Sci 1993; 5:3:197-204.

Шулана Т.

**АДВАНТАНТ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ
РЕЗЮМЕ**

Мы провели паружное лечение адвантаном 38 больным разными формами экземы. Активный компонент Адвантана оказывает выраженный противовоспалительный, антиаллергический, антиэкзудативный и противозудный эффекты, а водно-эмульсионная основа смягчает кожу, уменьшает сухость, снимает ощущение напряжённости и хорошо переносится больными.

T. Shulaia
CHANGES OF IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS
IN VARIOUS FORMS OF ECZEMA.

S U M M A R Y

Advantan was given as an ointment to 38 patients with eczema. Clinical effect was obtained in all patients included in the study. The active component of advantan _ metronidazole atseponat has the anti-inflammatory, anti-allergic and anti-etching action and the water-emulsion base cushions the skin, moderate dryness, a pecl feel of tension and is well transferred with patients.

თ.შულაია, ა.კაციტაძე, ც. ბენდელიანი
იმუნოლოგიური მარკინებლების შესწავლა ეგზემის
სხვადასხვა კლინიკური ფორმის დროს
თსსუ, დერმატოლოგიისა და ვენეროლოგიის კათედრა

ეგზემა ფართოდ გავრცელებული ქრონიკული მორეციდივე დერმატოზია, რომელიც გვხვდება ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. იგი ხასიათდება გამონაყარის პოლიმორფიზმით, ხშირად რთულდება პიოკოკური ინფექციით. ეგზემა შეადგენს ყველა დერმატოზების 30-40%. უკანასკნელ წლებში დიდი ყურადღება ექცევა უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტის მარკინებლების შესწავლას ეგზემის დროს. ამ საკითხისადმი გაზრდილი ინტერესი გაპირობებულია ეგზემის იმუნოლოგიური ხასიათით.

აღნიშნული შრომის მიზანია გამოავლინოთ ყველაზე დამახასიათებელი იმუნოლოგიური ცვლილებები სხვადასხვა კლინიკური ფორმის ეგზემით დაავადებულ პირებში, რათა გავაუმჯობესოთ მეურნეობის მეთოდები.

ჩვენს დაკვირვების ქვეშ 1 წლის განმავლობაში იმყოფებოდა 47 ეგზემით დაავადებული (19 კაცი და 28 ქალი), რომლებიც შემოვიდნენ ჩვენს კლინიკაში დაავადების გამწვავების ფაზაში. მათი ასაკი მერყეობდა 14-დან 50 წლამდე.

კლინიკური ფორმების მიხედვით გამოვყავით ოთხი ჯგუფი:

1) ჯგუფი რომელშიც გაერთიანებული იყვნენ ავადმყოფები ნუშულარული ეგზემით, 3კაცი და 5 ქალი 14-დან 40 წლამდე ასაკში. ყველა პაციენტს ერთდროულად აღნიშნებოდა მჭიდროდ განლაგებული მცირე ზომის ვეზიკულები და პაპულები, რომლებიც ქმნიდნენ მკვეთრად შემოსაზღვრულ, 4-5მმ ზომის, მონეტის ფორმის ბალებს. ელემენტები ძირითადად განლაგებული იყო ტანზე და წვიკებზე.

2) დისჰიდროზული ეგზემით დაავადებულთა ჯგუფში იყო 7 კაცი და 10 ქალი 12დან 43 წლამდე ასაკში. კლინიკური სურათი ხასიათდებოდა თითების გვერდით ზედაპირზე და ფეხის და ხელის გულზე ჯგუფურად განლაგებული მცირე ზომის (1 მმ დიამეტრის) ვეზიკულებით. შემდეგ ვითარდებოდა ეროზიები და იფარებოდა ქერქით, ზოგჯერ გვხვდებოდა ნახეთქები და ლიქენიფიკაციის კერები. პროცესი ყველა შემთხვევაში მიმდინარეობდა ქაყილის ფონზე.

3) სუბორული ეგზემა გამოუვლინდა 14 ავადმყოფს, 6კაცს და 8 ქალს 13დან 40 წლამდე ასაკში. ყველა პაციენტს სახეზე, გულმკერდზე და თავის

თმიან ნაწილში აღენიშნებოდა მოყვითალო-წითელი სხვადასხვა ზომის აქერცლილი ლაქები და პაპულები. სუბიექტურად აღენიშნებოდათ ქავილი.

4) მშრალი ეგზემა დაკვირვებულათაგან აღენიშნა 8 პაციენტს, 3 კაცს და 5 ქალს 30დან 70 წლამდე ასაკში. კლინიკური კერები განლაგებული იყო წვივებზე, წინამხარზე და მტეხვის ზურგზე მშრალი, დახეიქილი კანის სახით, მცირედი აქერცვლით. ავადმყოფებს აწუხებდათ ქავილი და წყის შეგრძნება.

საკონტროლო ჯგუფი წარმოდგენილი იყო 20 ჯანმრთელი პირით.

უჯრეტული იმუნიტეტის მდგომარეობის განსაზღვრის მიზნით ჩვენ გამოვიყენეთ მიკრომეთოდისა ?M. Jondal და ავტყე 1965; Д.К.Новиков, 1987% ბ რომელიც საშუალებას იძლევა თითიდან აღებულ სისხლში დავითვალთ T და B ლიმფოციტების რაოდენობა. სპონტანური როზეტების მეოთხით ვითვლიდით T ლიმფოციტების საერთო რაოდენობას, აქტიური ფრაქციის, T ჰელპერების და T სუპრესორების რაოდენობას. ამ სუბპოპულაციების თანაფარდობით ?T ჰელპერები: T სუპრესორები) საზღვრავენ იმუნორეგულაციის ინდექსს.

მიღებული მაჩვენებლების ანალიზის შედეგად აღმოჩნდა, რომ სხვადასხვა ჯგუფში გაერთიანებული პაციენტების იმუნური სტატუსი ბევრი მაჩვენებლით განსხვავდება ერთმანეთისგან (1 და 2 ცხრილი).

ცხრილი 1.

უჯრეტული იმუნიტეტის მაჩვენებლები ეგზემის სხვადასხვა კლინიკური ფორმების დროს.

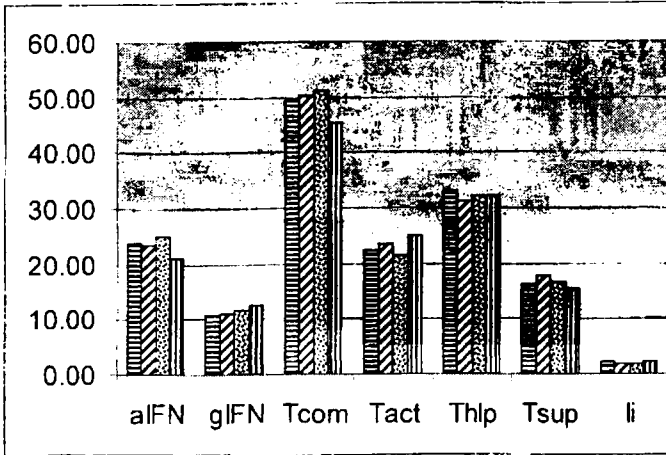
მაჩვენებელი	ჯანმრთელები	ეგზემის კლინიკური ფორმა			
		ნუმულარული	დისკიდროზული	სებორეული	მშრალი
αIFN	43,4 ± 1,1	24 ± 4,62	23,5 ± 3,13	25 ± 3,50	21 ± 2,53
γIFN	31,8 ± 1,1	10,67 ± 3,77	11,15 ± 3,40	11,78 ± 2,45	12,43 ± 2,65
Tcom	52,6 ± 1,4	49,17 ± 0,69	50,12 ± 0,34	51,03 ± 0,5	45,31 ± 0,45
Tact	32,6 ± 0,6	22,50 ± 1,61	23,45 ± 1,77	21,34 ± 1,65	25,17 ± 1,12
Thlp	36,6 ± 0,7	33,00 ± 1,41	31,30 ± 1,1	32,07 ± 1,41	32,05 ± 1,6
Tsup	14,6 ± 0,6	16,17 ± 1,86	17,89 ± 1,5	16,56 ± 1,86	15,3 ± 1,34
Ii	2,5 ± 0,05	2,05 ± 0,43	1,74 ± 0,43	1,93 ± 0,43	2,09 ± 0,12

ცხრილი 2.

ჰუმორული იმუნიტეტის მაჩვენებლები ეგზემის სხვადასხვა კლინიკური ფორმების დროს.

მაჩვენებელი	ჯანმრთელები	ეგზემის კლინიკური ფორმა			
		ნუმულარული	დისკიდროზული	სებორეული	მშრალი
Bcom	24,5 ± 0,8	25,33 ± 0,75	26,3 ± 0,35	25,04 ± 0,25	24 ± 0,46
IgG	12,5 ± 0,4	13,42 ± 0,45	12,8 ± 0,4	12,87 ± 0,37	13,24 ± 0,3
IgA	1,8 ± 0,3	1,72 ± 0,29	1,69 ± 0,32	1,84 ± 0,20	1,65 ± 0,42
IgM	1,2 ± 0,2	1,77 ± 0,30	1,45 ± 0,35	1,5 ± 0,40	1,6 ± 0,24
Com	75,5 ± 2,05	64,67 ± 3,77	62,47 ± 2,4	65,8 ± 2,86	66,8 ± 2,54
Index	5,3 ± 0,34	3,07 ± 0,27	3,21 ± 0,2	3,46 ± 0,32	2,97 ± 0,4
Compl	72,6 ± 3,3	54,33 ± 2,49	53,6 ± 2,7	55,4 ± 3,1	57,6 ± 2,7

მნიშვნელოვანი მაჩვენებლების შედარება თვალსაჩინოდ წარმოდგენილია სურათზე.



ეგზემის სხვადასხვა ფორმის დროს უჯრედული იმუნიტეტის შესწავლამ გვაჩვენა, რომ T ლიმფოციტების რაოდენობა პერიფერიულ სისხლში კლებულობს ოთხივე ფორმის დროს, ყველაზე გამოხატულად მშრალი ეგზემის დროს.

იმუნორეგულაციის ინდექსი მნიშვნელოვნად დაკლებულია ოთხივე ფორმის დროს, T ჰელპერების რაოდენობის დაქვეითების გამო.

მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ ეგზემის ყველა ფორმის დროს მნიშვნელოვნადაა დარღვეული უჯრედული იმუნიტეტი და არასპეციფიური დაცვის ფაქტორები, რაც კლინდება T ლიმფოციტების საერთო რაოდენობის, აქტიური ფრაქციის, T ჰელპერების რაოდენობის და ნეიტროფილების ფაგოციტური აქტივობის დაქვეითებაში – რაც ფასდება სამი მაჩვენებლით: ფაგოციტური რიცხვი, ფაგოციტური ინდექსი და ფაგოციტოზის დასრულება. რაც შეეხება ჰუმორულ იმუნიტეტს, იგი ეგზემის დროს არ არის დარღვეული. როგორც ცხრილიდან ჩანს B ლიმფოციტების, იმუნოგლობულინების A, M და G რაოდენობა პრაქტიკულად ნორმის ფარგლებშია (საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით).

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ეგზემის თითოეულ განხილულ ფორმას გააჩნია მისთვის დამახასიათებელი იმუნოლოგიური თავისებურებანი, რაც აუცილებელი გასათვალისწინებელი ფაქტორია ექიმი-დერმატოლოგისთვის ეგზემის ადეკვატური მკურნალობის ჩასატარების მიზნით.

ლიტერატურა:

1. Фишпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология атлас – справочник 1999; 68-75.

2. Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н., Кожные и венерические болезни т.2 1999; 804-819.
3. Горлонов И.А., Звзрькова Ф.А., Корнишева В.Г. и др. Вести дерматол 1987; 4:55 – 60
4. Керримова А.С., Кубанова А.А., Кузнецов В.П. и др. Вести дерматол 1991; 6:8 – 11.
5. Boyum A. Separation of leucocytes from blood and bone marrow. Scand J Clin Lab Invest 1968; 97: 77 – 89.
6. Ogava H., Yoshiike T.J. Dermatol Sci 1993; 5:3:197-204.

Шулана Т., Кацитадзе А., Бенделიანი Ц.
ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ
РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ЭКЗЕМЫ
Р Е З Ю М Е

Под наблюдением находилось 47 больных экземой. Изучали в периферической крови количества Т и В лимфоцитов, А, М, и G иммуноглобулинов. В зависимости от клинической картины заболевания больные были разделены на 4 группы с различными формами экземы (пумулярная, дизидротическая, себорейная и сухая). Показаны и проанализированы характерные иммунологические особенности каждой из групп, которые могут быть использованы для адекватной иммунокоррекции.

Shulaia T., Kastitadze A., Bendeliani Ts.
CHANGES OF IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS
IN VARIOUS FORMS OF ECZEMA.
S U M M A R Y

The study involved 47 patients with eczema. In peripheral blood we learn T and B-lymphocytes, Ig A, Ig G and Ig M. The patients were divided into 4 groups depending on the clinical picture of the disease (nummular, dyshidroticum, seborrhoeicum and craquelatum). Each group was characterized by a specific immunological profile which may be used for adequate immunotherapy.

თ.ჩიკვილაძე, ლ.კუნჭულია, ბ.ჭუმბურიძე, ქ.ბარამიძე
კაშიშის კანაბინოიდების მმტაბოლიზმის შესწავლა
ბაღალფუმტური სითხეოვანი პრომატოგრაფიული
მეთოდით

თსსუ, ფარმაცევტული და ტოქსიკოლოგიური ქიმიის კათედრა

კაშიში (მარიხუანა) შეიცავს ფენოლურ ნაერთებს - კანაბინოიდებს, რომელთაც ახასიათებთ ნარკოტიკული მოქმედება [2]. კაშიშის გამოყენება მთელ მსოფლიოში, მათ შორის საქართველოშიც, დღითიდღე იზრდება.

ამჟამად არსებული ექსპერიმენტული მონაცემების თანახმად, ნარკოტიკი მაიპიბირებელ მოქმედებას ახდენს ფილტვის მაკროფაგებზე, ლიმფოციტურ ფუნქციაზე, სპერმის წარმოქმნაზე, აფერებს უჯრედულ ანაბოლიზმს [4,7].

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კაშიშის მომხმარებელთა ბიოლოგიურ სითხეებში ფსიქოაქტიური კანაბინოიდების განსაზღვრა მეტად აქტუალური

საკითხია, არამარტო ნარკომანთა ექსპერტიზისათვის, არამედ, ჰაშიშის პათოლოგიური გავლენის შესწავლის მიზნით უჯრედულ დონეზე.

კანაბინოიდები ადვილად იჟანგებიან და განიცდიან იზომერიზაციას, რის გამოც მათი განსაზღვრის გაზურე, გაზურ-სითხოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდები ნაკლებ სარწმუნოა [5].

მაღალეფექტური სითხოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდის გამოყენების შემთხვევაში არ ხდება ტემპერატურის ზემოქმედება, რაც ბიოლოგიურ სითხეებში კანაბინოიდების პირდაპირი განსაზღვრის შესაძლებლობას იძლევა [6].

ჩვენი ექპერიმენტის მიზანს წარმოადგენდა მარიხუანას (ჰაშიშის) მწვეილთა შარდში კანაბინოიდებისა და მათი მეტაბოლიტების აღმოჩენა და განსაზღვრა ქართულ პოპულაციაში.

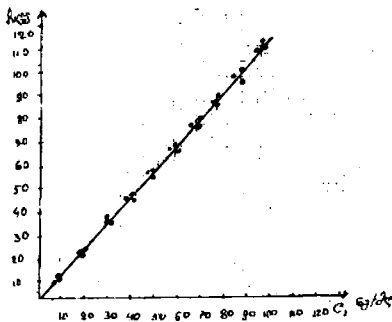
კვლევის მასალა: ინტაქტური ადამიანის შარდი, ნარკოტიკის მომხმარებელთა შარდი.

მოწმებად გამოყენებული გვექნდა ჩვენს მიერ მიღებული კანაბინოიდების სტანდარტული ნიმუშები [3] ასევე Δ^9 ტტკ-ის დომინანტი მეტაბოლიტის - Δ^9 ტტკ-COOH-ის ის სტანდარტული ნიმუში.

კვლევის მეთოდი - მაღალეფექტური სითხოვანი ქრომატოგრაფია. ქრომატოგრაფი "Altex 210", ულტრაიისფერი დეტექტორით "Schoeffel -Cratos": 215 ნმ სიგრძის ტალღაზე, უძრავი ფაზა "Spherisorb" 5_1-C_8 (10 მმკ). მობილური ფაზა: ტეტრაჰიდროფურანი-აცეტონიტრილი-წყალი 30:15:55. მობილური ნაკადის სიჩქარე 200 მკლ/წთ.

კანაბინოიდების რაოდენობით განსაზღვრას ვახდენდით აბსოლუტური დაკალიბრების მეთოდით. საკალიბრო გრაფიკს ვაგებდით ინტაქტური ადამიანის შარდში Δ^9 ტტკ-ის სხადასხვა რაოდენობების შეტანით და შემდგომი ექტრაქციით.

საკალიბრო გრაფიკის მიხედვით (სურ 1) სწორხაზოვანი დამოკიდებულება Δ^9 ტტკ-ის კონცენტრაციას (C , ნგ/მლ) და შესაბამისი პიკის სიმაღლეს (h , მმ) შორის აღინიშნება საკონტროლო სინჯებში Δ^9 ტტკ -ის $C=10-120$ ნგ/მლ- მდე კონცენტრაციის დიაპაზონში.



სურ. 1. საკალიბრო გრაფიკი. Δ^9 -ტტკ-ის ქრომატოგრაფიული პიკის (h , მმ) დამოკიდებულება კონცენტრაციასთან (C ნგ/მლ).

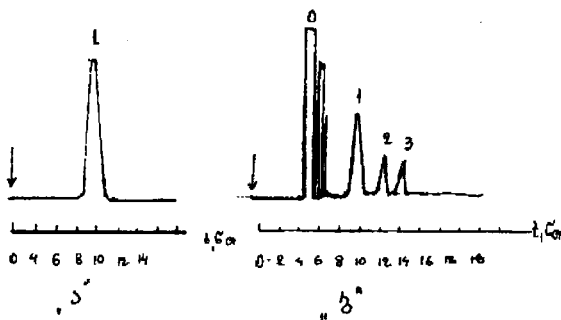
საკალიბრო გრაფიკის პროპორციულობის კოეფიციენტი ჩვენს შემთხვევაში $K=0,95$ რაც საკმაოდ კარგი შედეგია ($K \approx 1,0$) და მიუთითებს მეთოდის სარწმუნობაზე. მოვახდინეთ მეთოდის მეტროლოგიური დამუშავება (ცხრილი 1).

მოდელზე (შარდი) Δ^9 -ტკკ-ის რაოდენობითი განსაზღვრის მეტროლოგიური დამუშავება მაღალეფექტური სითხოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდით

ცხრილი 1

№	შეტანილია ნგ/მლ	ნაპოვნია %	ΔX	S	$X_{\text{ნგ/მლ}}$	$\varepsilon \% \pm$	$A = X \pm \Delta X$
1		83,3					
2	30	85,3					
3		83,0	85,3	1,33	1,64	6,92	$A=85,3 \pm 1,64$
4		93,3					
5		81,6					

მეთოდის აპრობაცია მოვახდინეთ მარიხუანას მწვეველთა შარდზე შარდის დამუშავებას ვახდენდით ჩვენს მიერ მოდიფიცირებული მეთოდით [1]. კანაბინოიდების ტიპიურ ქრომატოგრამებზე Δ^9 -ტკკ-ისა და მეტაბოლიტების პიკების გარდა (სურ. 2 "ბ"), აღინიშნება შარდის ენდოგენური მეტაბოლიტების პიკები (0). ისინი უფრო პოლარული ნაერთებია, რის გამოც ადრე ელუირდებიან სვეტიდან და არ ხდება მათი ინტერფერენცია კანაბინოიდების პიკებზე. ეს კი საშუალებას იძლევა ობიექტურად განვსაზღვროთ Δ^9 -ტკკ და მისი მეტაბოლიტები პაშიმის მწვეველთა შარდში.



სურ.2. კანაბინოიდების ტიპიური ქრომატოგრამები მაღალეფექტური სითხოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდით. "ა" - სტანდარტული ხსნარი Δ^9 -ტკკ. "ბ" - 0- შარდის ენდოგენური მეტაბოლიტების პიკები; 1. Δ^9 -ტკკ; 2. $\text{II-OH-}\Delta^9$ -ტკკ; 3. $\text{II-COOH-}\Delta^9$ -ტკკ.

ამრიგად, ჩვენს მიერ დამუშავებული იქნა შარდში კანაბინოიდების განსაზღვრის მაღალეფექტური სითხოვანი ქრომატოგრაფიული მეთოდი. მეთოდის მგრძობელობა 10 ნგ/მლ, ფარდობითი ცდომილება $\varepsilon = \pm 6,9\%$.

ლიტერატურა

1. ჩიკვილაძე თ., ბარამიძე ქ. ნარკოტიკულ ნივთიერებათა ქიმიურ-ტოქსიკოლოგიური ანალიზი /მეთოდური მითითებანი/, თბილისი, 1994, გვ. 75-82.
2. Лазуревский Г.В. Николаева Л.А. "Канбиноиды" - Кишинев "Штиница. 1972, 66с"
3. ჩიკვილაძე თ.გ. ჭინჭარაძე დ.გ. კუნჯულია ლ.შ. მამალაძე ლ.მ. Получение стандартных образцов канбиноидов хроматографическими методами препаративного разделения гашиша - Georgian Medical News, 2001, 7-8, с.90-93
4. Ameri A. The affects of Cannabinoids on the brain -Progressin Neurobiology, 1999, 58, 4 p.315-348
5. Hoffman M.F. lang R.K. Gas chromatography of Δ^1 tetrahydrocannabinol -Analytical Letters, 1972, 5, 1, p.7-11.
6. Smith R.N. High-pressure liquid chromatography of cannabis identification of separated constituents -J.Chromatography, 1975, 115, p.101-106.
7. Petitet F., Jeantaud B., Reiburd H. Complax pharmacology of natural cannabinoinds Life sciences, 1998, 63, 1, p.1-6.

Т. Чиквиладзе, Л. Кунчулия, Б. Чумбуридзе, К. Барамидзе ИЗУЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КАНАБИНОИДОВ ГАШИША МЕТОДОМ ВЖХ РЕЗЮМЕ

Нами разработана ВЖХ методика на обращенной фазной колонке детектированием по поглошению света в УФ-диапазоне при 215 нм, для качественного и количественного определения психоактивного ТГК и его доминантных метаболитов -II ОН- Δ^9 -ТГК и II-СООН- Δ^9 -ТГК. Открываемость - Δ^9 -ТГК 85,3% что надежно позволяет определять 10 нг ТГК в 1мл мочи.

ВЖХ метод успешно можно использовать для идентификации наркоманов в судбно-медицинской экспертизе.

Chkviladze T. Kunchulia L. Chumburidze B. Baramidze K. STUDIES ON THE METABOLISM OF HASHISH CANNEBINOIDS BY HPLC SUMMARY

High performance liquid chromatography for the identification of Δ^9 tetrahydrocannabinol and its major metabolites: 11-nor- Δ^9 THC -9 carboxylic acid and 11-hydroxy- Δ^9 THC have been examined.

Urinary samples were chromatographed on "Altex-210", equipped with a UV detector ($\lambda=215\text{nm}$). Stationary phase - "Shorisob-5,-C₈(10mmk), mobile phase - tetrahydrophuran-actonitrile -water 30:15:55, the solvent flow rate -200ml/min, sensibility -10 ng/ml.

The HPLC cannabinoid assay described in this report has been used to detect current cannabis use, and also, will permit further investigation and improvement of metabolic studies of Δ^9 THC.

ნახაიძე

ფარმაცევტული და სამედიცინო რეცეპტურა

თსსუ, წამალთა ტექნოლოგიის კათედრა

ექიმისა და ფარმაცევტის პროფესიონალურ საქმიანობაში რეცეპტურას წამყვანი ადგილი უჭირავს.

რეცეპტურა - (receptura) უმეტეს ავტორთა აზრით, ეს არის წამლების გამწერისა და დამზადების წესების ერთობლიობა. აღნიშნული განმარტება არ

არის სრულყოფილი, რასაც მოწმობს მეცნიერებაში დღემდე არსებული განსხვავებული მოსაზრებები. ასე მაგალითად, კ.აცუტა (1) წერდა, რომ "რეცეპტურა შეიცავს წესებს, რომელთა საფუძველზე ექიმი მიუთითებს ფარმაცევტს წამლების დამზადების, ხოლო ავადმყოფს მათი მოხმარების წესზე". ასეთი განსაზღვრა არ მიგვაჩნია მართებულად იმიტომ, რომ ავტორს რეცეპტურაში შეცდომით შეაქვს მითითება ავადმყოფისათვის წამლის მიღების წესზე, და არ მიაკუთვნებს მას სწავლებას წამლების გამოწერის შესახებ. ამდგარი არასწორი მოსაზრებები გვხვდება დოკელთანაც (2), რომელსაც, გარდა ამისა, არასწორად შეპქონდა რეცეპტურაში ცნობები წამლების ფიზიკურ და ქიმიურ თვისებებზე, რაც ფარმქიმიის საგანს წარმოადგენს. უზუსტობას უშვებდა ვ.მისკიც (3). ის ამბობდა, რომ რეცეპტურა გარდა ზემოაღნიშნული წესებისა, მოიცავს ცნობებს სამკურნალწამლო ფორმების ღირსებებსა ნაკლოვანებებზე. აუცილებლად მიგვაჩნია აღვნიშნოთ აგრევე ისიც, რომ ზოგიერთ ავტორს გააჩნია განსხვავებული მოსაზრება იმის შესახებ, თუ რომელ მეცნიერებას უნდა მიეკუთნოს რეცეპტურა. რ.კობერტი (4), ი.ქუთათელაძე (5), ტ.კორობკო (6), მაგალითად, შეცდომით მიაკუთვნებდნენ მას ფარმაკოლოგიის ნაწილს. ტ.კორობკო აგრეთვე უშვებდა შეცდომას და თვლიდა, რომ რეცეპტურა ასახავს სამკურნალწამლო ნივთიერებების აფთიაქიდან გაცემის წესებს. ყველა ამ უზუსტობების გთვალისწინებით, აგრეთვე ფარმაციის დარგში თანამედროვე მონაცემების მხედველობაში მიღებით, ჩვენ მიგვიღოთ იმ დასკვნამდე, რომ რეცეპტურა ფარმაციის ნაწილია, რომელიც შეისწავლის:

1. სამკურნალო საშუალებების გამოწერის წესებს;
2. სამკურნალო ფორმების შემადგენლობასა და დამზადების წესებს.

ყველა ავტორი თავის ნაშრომებში რეცეპტურის ამოცანებისა და შინაარსის მიხედვით განსხვავებს საექიმო და ფარმაცევტულ რეცეპტურებს.

თუმცა არსებობდა არასწორი მოსაზრებაც რეცეპტურის ამოცანების შესახებ.

ასე, მაგალითად, R.Boehm-ის აზრით, ისინი გამოიხატება იმ წესებისა და მეთოდების ახსნაში, რომლებიც უნდა იქნას დაცული წამლების პრაქტიკაში გამოყენების დროს. R.Kobert-ი (4) თავის "სწავლებაში წამლების გამოწერის შესახებ" კატეგორიულად წინააღმდეგი იყო ასეთი მოსაზრებისა და გამოყოფდა რეცეპტურის შემდეგ 6 ამოცანას.

Kobert-ი წერს:

1. რეცეპტურამ უნდა გააცნოს მომავალ ექიმს როგორც ფარმაცევტული ნომენკლატურა, რომელსაც ვერ ეცნობა ის სხვა დარგებიდან, ისე მისი სამშობლო ქვეყნის ფარმაკოპია.
2. რეცეპტურამ უნდა მისცეს ახალგაზრდა ექიმს, ასე ვთქვათ, როდენობით წარმოდგენა იმ შენამზადებზე, რომელთანაც მას მუდმივად ექნება საქმე ყოველდღიურ ცხოვრებაში. ამ მიზნით წამალთა თერაპიულსა და მაქსიმალურ დოზებთან ერთად ის ასწავლის, თუ რამდენი წვეთი შეადგენს ერთ გრამს, რამდენ გრამს შეიცავს სუფრის, საყავე, საბავშვო ანუ დესერტის, ჩაის კოვზი და სხვ.
3. რეცეპტურამ უნდა განიხილოს ადგილები და მეთოდები წამალთა მოხმარებისა და აგრეთვე ის დროს, რომელიც უფრო მოსახერხებელია ამ ხმარებისათვის.

4. რეცეპტურამ უნდა განიხილოს ე.შ. *Corrigentia*, ე.ი. დამხმარე საშუალებანი, რომლებიც იხმარება გემოს, სუნის, შეხედულებისა და სხვათა მოსაკეთებლად.
5. რეცეპტურის მოვალეობაა სამკურნალწამლო ნივთიერებათა შეუთავსებლობის საკითხის შესწავლა.
6. რეცეპტურამ უნდა განიხილოს ყველა ის ნივთიერები, რომლებითაც სარგებლობენ წამლების დამზადების დროს.

რეცეპტურის ყველა ამ ამოცანებს "სრულიად ეთანხმება" პროფ. ქუთათელაძე. თუმცა ის აღნიშნავდა, რომ "მათი უმეტესობა ეკუთვნის ფარმაკოლოგიის დარგს" (5).

R.Kobert-თან გვხვდება სხვა უზუსტობაც. ტერმინ "საექიმო რეცეპტურის" ნაცვლად ის ხმარობს "სამედიცინო რეცეპტურას" (4).

ეს აზრი, როგორც ი.ქუთათელაძე აღნიშნავს, მცდარია, რადგანაც რეცეპტურა განიხილება ფარმაცევტის თვალსაზრისით და აქედან გამომდინარე, ის შეიძლება იყოს ფარმაცევტული და ექიმის თვალსაზრისით - "საექიმო".

თუმცა პროფ. ქუთათელაძე თვლიდა, რომ ტერმინი "ფარმაცევტული რეცეპტურა" არასწორია, რადგანაც ის "არ გამოხატავს თვით საგნის შინაარსს" (5).

დავაზუსტოთ, თუ რას შეისწავლის საექიმო და ფარმაცევტული რეცეპტურა.

საექიმო რეცეპტურა (*Ars.formulas medicas praescribendi s.Ars.formulas medicas conscribendi s. Ars.formulandi*; ბერძნ. *pharmakokatagraphologia*). შეისწავლის რეცეპტის გამოწერის წესებს, მის სტრუქტურას ყველა სამკურნალო ფორმებისათვის და სამკურნალო საშუალებების დანიშვნის წესებს.

ფარმაცევტული რეცეპტურა, *Ars formulas medicas praeparadi* განიხილავს სამკურნალო ნედლეულის სამკურნალო პრეპარატად გადაშეშვების და სამკურნალო ფორმების მომზადების რაციონალურ წესებს, სამკურნალო ნივთიერებების შეთავსებადობასა და შეუთავსებლობას, აგრეთვე სამკურნალო საშუალებების შენახვისა და გაცემის წესებს და მათი დამზადების, გაცემის და გამოყენების დროს შეცდომებისაგან დაცვის ხელწეშვობ ღონისძიებებს.

დროთა განმავლობაში ფარმაცევტული რეცეპტურა ჩამოყალიბდა სპეციალურ დარგად - სამკურნალო ფორმების ტექნოლოგიად.

ამჟამად დამზადების წესიდან გამომდინარე, რეცეპტურას ყოფენ შემდეგნაირად:

■ ექსტემპორალურ, ე.ი. ინდივიდუალური დამზადების რეცეპტურად (ლათ. *Ex.tempore* - მდგომარეობისდა მიხედვით). ექსტემპორალური რეცეპტურა მოიცავს ცნობებს იმ რეცეპტების რაოდენობისა და ხასიათის შესახებ, რომელთა მიხედვითაც აფთიაქებში ინდივიდუალურად მზადდება სამკურნალო ფორმები რეცეპტების მიხედვით.

■ მზა სამკურნალო საშუალებების რეცეპტურად (სამრეწველო ან აფთიაქის შიგა დანამზადები).

აფთიაქში შემოსული რეცეპტურა იყოფა ამბულატორიულ და სტაციონარულ რეცეპტურად.

ამბულატორიული რეცეპტურა მოიცავს მოსახლეობიდან შემოსულ რეცეპტებს.

სტაციონალური რეცეპტურა მოიცავს სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებიდან შემოსულ რეცეპტებს, რომლებიც განკუთვნილია

აფთიაქებიდან სამკურნალო საშუალებების მისაღებად ამ დაწესებულებების საჭიროებისათვის (საავადმყოფოს განყოფილებებში მყოფ ავადმყოფების მკურნალობა, სამკურნალო პროცედურების ჩატარება).

საქიმიო რეცეპტურის წარმოშობა ძველთაძველია. ჯეიმს ფინლაისონი თავის წიგნში "Ancient Egyptian medicine" (Glasgow, 1893) ამბობს, რომ 3000 წლის წინათ ძველმა ეგვიპტელებმა "ბერი გააკეთეს ამ დარგში".

პიპოკრატეს დროინდელ ბერძნულ გარკვეული ცოდნა გააჩნდათ სამკურნალო საშუალებების გამოწერის დარგში, რომელიც შემდეგ გადაიღეს და გაათაროვეს რომაელებმა და რომის იმპერიის პერიოდში მოღვაწე ბერძენმა ავტორებმა (R.V. Grot. Ueber die in der Hypokratishen Schriftensammlung enthaltenen pharmacologischen Kenntnisse, 1889, p. 58).

განსაკუთრებით დაიხვეწა რეცეპტურა სპარსელებისა და არაბების მიერ, რომლებიც აღმოსავლური წყაროებიდან იღებენ ცნობებს. სპარსელი ავტორებიდან ჩვენამდე მოაღწია მხოლოდ ერთმა Muwaffak, რომელიც მიეკუთვნება X საუკუნეს. R.Kobert-ის თქმით, თავის წიგნში "Liber fundamentorum pharmacologiae" მოჰყავს წამლების გამოწერის მრავალნაირი ფორმების უცვლელი მტკიცებულება.

ერთ-ერთ პირველ წიგნს, რომელიც სპეციალურად განიხილავდა სწავლებას წამლების გამოწერის შესახებ, წარმოადგენს წიგნი "Scribonius Largus". ავტორი ცხოვრობდა ჩვენი წელთაღრიცხვის პირველ ასწლეულში. ამ წიგნის შესახებ R.Kobert-ი წერს: "ეს ნაწარმები უფრო წარმოადგენს სარეცეპტო ჯიბის წიგნს, ვიდრე სწავლებას სამკურნალო საშუალებების გამოწერის შესახებ" (4). ამ მიზნებისათვის გამოსადეგი წიგნები გამოჩნდნენ მაშინ, როცა საყოველთაო გავრცელება ჰპოვეს ფარმაცოპებმა და კეთილმოწყობილმა აფთიაქებმა. ასეთ საუკეთესო წიგნად XVII საუკუნეში უნდა მოიხსენიოს "O carmen decompositis medicaminibus Petrus Aegidius Carboliensis", რომელიც R.Kobert-ის თქმით, დაწერილია "ლამაზი და ჰლიდრული ლექსიკით". ეს ნაშრომი ადვილად ხელმისაწვდომი გახდა L.Choulant-მა თავის წიგნში Aegidii corboliensis carmina medica ad fidem manuscriptorum codicum et veterum editionum recensuit, notis et indicibus", illustravit, Lipsiae, 1826. ძირითადი წესების შინაარსი, რომლებსაც მისდევდნენ წამლების დანიშვნისა და შედგენის დროს შუა საუკუნეებში, მოცემული იყო ცნობილი ბერლინელი მედიცინის ისტორიკოსის Julius L. Pagel კრებულში. საჭიროა აგრეთვე მოვიხსენიოთ ისეთი ავტორები, როგორებიცაა Delphinus, Rondelet, Mercurialis, "Libri duo de remediorum formulis". Caspar Bauhin მიეკუთვნებიან უკვე XVII საუკუნეს.

XVII საუკუნეში რეცეპტურის დარგში მუშაობდნენ Boerhave, Guub J.K., Trommsdorf.

XIX საუკუნეში ფარმაცევტულ და საქიმიო რეცეპტურაში დაიწერა სახელმძღვანელოები Ph.Phocbus (1842); W.B.Bernatzik (1878); R. Bohm Lehrbuch der Allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre 1891. Herman Hager "ფარმაცევტული რეცეპტურის ტექნიკა", ბერლინი (1890); R.Kobert "სწავლება წამლების გამოწერის შესახებ" 91900, პ.კარპოვი - "მოკლე სახელმძღვანელო რეცეპტურაში" (1900), A.Gloett "სახელმძღვანელო რეცეპტურაში" (1888), ი.ტრაპი - "ფარმაცევტული ოპერაციები და რეცეპტურა" (1876).

XX საუკუნის დასაწყისიდან ფარმაციის სწრაფ განვითარებასთან ერთად რეცეპტურაში გამოჩნდა სამეცნიერო ნაშრომების, წიგნებისა და დამზარებ სახელმძღვანელოების დიდი რაოდენობა. თუმცა, ჯერ კიდევ გვრჩება დასაზუსტებელი ტერმინოლოგიური ხასიათის საკითხები, რომლებიც შემდგომ შესწავლას მოითხოვენ.

ლიტერატურა:

1. К.З.Яцута. Краткий курс фармации и фармакогнозии. СПб. 1907.
2. И.Догель. Основы фармакологии и рецептуры. СПб. 1900.
3. В.В.Майский, В.К.Муратов. Фармакология с рецептурой. М., Медицина, 1976.
4. R.Kobert (Р.Коберт). Учение о прописывании лекарств, СПб, 1901.
5. იქუთათელაძე. სამკურნალწამლო ფორმათა ტექნოლოგია, საქმედგამი, თბილისი, 1946.
6. Е.П.Коробко, А.А.Цофина. Фармакология с рецептурой. М.Медицина, 1967.

**Чхаидзе Н.
 ФАМАЦЕВТИЧЕСКАЯ И ВРАЧЕБНАЯ РЕЦЕПТУРА
 РЕЗЮМЕ**

В работе изложены исторические аспекты фармацевтической и врачебной рецептуры. На основе критического анализа данных литературы приведены более четкие определения и понятия фармацевтической и врачебной рецептуры.

**Chkhaidze N.
 PHARMACEUTICAL AND MEDICAL PRESCRIPTION
 SUMMARY**

In the work is given the historical aspects of pharmaceutical and medical prescription. On the basis of critical analysis of the given literature more distinct definitions and notions of pharmaceutical and medical prescriptions are enumerated.

**ნ. ჩხაიძე
 რეცეპტის ტერმინოლოგიური ასპექტები (ნაწილი II)
 თსსუ, წამალთა ტექნოლოგიის კათედრა**

ნაშრომი ეძღვნება რეცეპტის ძირითადი ნაწილის ტერმინოლოგიურ ასპექტებს. ცნობილია, რომ ძირითად ნაწილს წარმოადგენს Designatio materiarum ან ordinatio, რომლის შინაარსი დღემდე არ შეცვლილა.

ის შიდასე სამკურნალო ნივთიერებათა ჩამონათვალს ნათესაობით ბრუნვაში, ხოლო ჩამონათვალს მოსდევს რაოდენობის აღნიშვნა ბრალდებით ბრუნვაში.




XIX საუკუნეში სამკურნალო ნივთიერებების დასახელებები, ხშირად რაოდენობაც, როგორც R. Kobert-ი აღნიშნავს, იწერებოდა როგორც წესი — ლათინურ ენაზე (2, 3).






ეს წესი დღესაც შეუცვლელი რჩება.

საინტერესოა, რომ ადრეულ საუკუნეებში, რეცეპტის ეს ნაწილი იწერებოდა საიდუმლო ნიშნებით, რათა გარეშე პირს ვერ გაეგო ისინი და ბოროტად არ გამოეყენებინა. მოგვიყავს მხოლოდ ზოგიერთი მათგანი:

aqua Δ
 crystallus X X
 praccipitatus ≡
 pulvis ⊥
 Saccharum †
 Acidum nitricum +
 volatilis Λ
 Aurum ⊙

Cuprum ☉
 Sulfur ☿
 Plumbum ♄
 Stibium ♂
 Argentum ☽
 Ferrum, Mars ♂
 Stannum (Invocatio) ♃
 Phosphorus ♁





Mercurius 
 semis 
 tartarus 
 sal 
 Spiritus 
 hora, pars 

sublimatus 
 tinctura 
 vitrum 
 vitriolum 
 Nitrum 

ჩვენი წელთაღრიცხვის დასაწყისში ექიმები რეცეპტებში ხმარობდნენ შემდეგ ძველ რომაულ წონის ზომებს: Libra s. As, drachma, Uncia, Duella, Sidicus, Sextula, Denarius, Scrupulus, Obolus, Siliqua, Lens.

ეს ფუნტი უდრიდა 345 გ., უნცია - 28,7 გ, სკრუპულა - 1,2 გ. ძველ ბერძნებს ჰქონდათ წონის შემდეგი ზომები: ტალანტი (τάλαντος) რომელიც უდრიდა 27 კგ-ს, მნა (μνά) = 450 გ.; დრაქმი (δραχμή) = 4,5 გ.; ობოლი (ὀβολός) = 0,6 გრამს და ჰალკოსტი (χάλκος) = 0,1 გ.





შუა საუკუნეებში ძველ ბერძნულ წონაზე წარმოქმნილი ნიურენბერგის სააფთიაქო წონა (Pondus medicinale Norinbergense) ხანგრძლივად დამკვიდრდა რეცეპტურაში.

გირვანქა	Libra 	რომელიც ინიშნებოდა
უნცია	Uncia 	
დრაქმი	Drachma 	ეს ნიშნები წარმოშობილია ძველი ეგვიპტური ნიშნებისაგან
სკრუპული	Scrupulus 	
გრანი	Granum	Gr., gr. (ლათ. Granum - მარცვალი)

უნდა აღინიშნოს, რომ გირვანქის, უნციის, დრაქმის, სკრუპულისა და გრანის რაოდენობის გამოსახატავად ხმარობენ რომაულ ციფრებს (I, X, IV და ა. შ.).

ამჟამად რომაული ციფრები გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როცა საჭიროა აღინიშნოს არა წონა, არამედ წვეთების რაოდენობა. XIX საუკუნეში მათ აგრეთვე ხმარობდნენ აბების, ბუროთულების, გრანულების რაოდენობის აღსანიშნავად.

ყოველი მათგანი ნიშნების მარჯვენა მხარეს იწერებოდა. ნახევარი აღინიშნებოდა ნიშნით $\frac{1}{2}$, ხოლო გრანის ნაწილები კი უბრალოდ, წილადით - gr. 1/2, gr. 1/60 და ა. შ.

- 1 გირვანქა (Libra)  - უდრის $\overline{\text{LXII}}$ (ანუ 12 უნციას, ანუ 96 დრაქმს, ანუ 288 სკრუპულს, ანუ 5760 გრანს).
- 1 უნცია (Uncia)  - უდრის $\overline{\text{LXXII}}$ (8 დრაქმს, ანუ 60 გრანს).
- 1 დრაქმი (Drachma)  - უდრის $\overline{\text{LXXII}}$ (3 სკრუპულს, ანუ 60 გრანს).
- 1 სკრუპული (Scrupulus)  - უდრის $\overline{\text{LXXII}}$ (Gr.xx 20 გრანს).

ნიურენბერგის სამკურნალო წონა ძალზედ უხერხული იყო საანგარიშოდ. XX საუკუნის შუა წლებში საბჭოთა კავშირში დაკანონდა მეტრული სისტემა, მაგრამ ხშირად იხმარებოდა ნიურენბერგის სამკურნალო წონაც. ეს გარემოება ქმნიდა ბევრ უხერხულობას - ძველი ექიმები ხმარობდნენ ნიურენბერგის სამკურნალო წონას, ხოლო ახალგაზრდები სრულიად არ იცნობდნენ მას. რეცეპტის წაკითხვისას, სადაც ნიურენბერგის წონა იყო მოყვანილი, ვარდებოდნენ უხერხულ მდგომარეობაში, რადგანაც ვერ გეზულობდნენ წამლის სხვადასხვა შემადგენელ ნივთიერებას, თუ რა რაოდენობა იყო გამოწერილი. ამ უხერხულობის აღმოსაფხვრელად ზოგიერთ სახელმძღვანელოში მოყვანილი იყო

ათწილადისა და ნიურენბერგის წონათა შეფარდების ცხრილები. პროფ. ქუთათელაძე წერდა, რომ: "დროა უკვე ამ წონას თავი დავანებოთ და საბოლოოდ გადავიდეთ მეტრულ სისტემაზე", რაც მოხდა XX საუკუნის მეორე ნახევრიდან (1).

ფრანგული ათწილადი წონის ერთეულს, როგორც ცნობილია, წარმოადგენს 1 გრამი.

1 მირიაგრამი 1 Myriagramma	უდრის	10 კილოგრამს, ანუ
1 კილოგრამი 1 Kilogramma	“ “	ჰექატოგრამს 1000 გ.
1 ჰექატოგრამი 1 Hecatogramma	“ “	დეკაგრამს 100 გ.
1 დეკაგრამი 1 Decagramma	“ “	გრამს 1,0X10
1 გრამი 1 Gramma	“ “	დეციგრამს 0,1X10
1 დეციგრამი 1 Decigramma	“ “	ცენტოგრამს 0,01X10
1 ცენტოგრამი 1 Centigramma	“ “	მილიგრამს 0,001X10
1 მილიგრამი 1 Milligramma	“ “	დეციმილიგრამს 0,0001X10

მას შემდეგ, რაც ექიმებმა თავის პრაქტიკაში დაიწყეს მხოლოდ მეტრული წონის გამოყენება, ერთ-ერთ უმთავრეს მოთხოვნად ითვლებოდა წონის სიტყვიერად გამოხატვა. როგორც პროფ. ი. ქუთათელაძე თვლიდა, ეს საჭირო იყო იმისათვის, რომ ექიმის მიერ დაშვებული შეცდომა შემჩნეული ყოფილიყო აფთიაქში, ან ამგვარი წესით ღირებულების რეკვიპტში მოყვანა ექიმს "უფრო მეტ ყურადღებას მოსთხოვდა და უფრო ნაკლებ შესაძლებლობას დატოვებდა შეცდომებისათვის". ეს მოთხოვნა განსაკუთრებით ეხებოდა ძლიერ მოძქმედ ნივთიერებებს (1).

როგორც ცნობილია, ზომის მეტრული სისტემა დღესაც გამოიყენება სამედიცინო-ფარმაცევტულ პრაქტიკაში.

წონის ერთეულის აღსანიშნავად გამოიყენება მხოლოდ არაბული ციფრები.

უკვე 2000 წელს რეკვიპტში იყენებენ ბერძნულ სიტყვებს. რამოდენიმე ერთმანეთზე მიყოლებული საშუალებების ერთნაირი რაოდენობის აღსანიშნავად იყენებენ ბერძნულ სიტყვას $\mu\lambda\alpha$ ლათინურ "ana" (Partes aequales) შემოკლებით "aa", მაგრამ XIX საუკუნისა და XX საუკუნის დასაწყისის რეკვიპტებში ჩვენ ეხვდებით აგრეთვე მის შემოკლებულ ფორმებს a, aa. a. a. ზოგჯერ კი სიტყვა "ana"-ს ნაცვლად რეკვიპტებში იყენებდნენ ტერმინ utriusque, თუკი აღებული იყო ერთნაირი რაოდენობის ორი ნივთიერება და singulorum ან singularum ორზე მეტი ნივთიერების დროს (3, 4, 5).

Sua saukunebidan moyolebuli, rTul receptebSi dRemde misdeven dadgenil dayofas oTx mTavar nawilad:

1. მთავარმოქმედი ნივთიერება – Remedium cardinale s. basis
2. დახმარე საშუალება – Remedium adjuvans
 შუა საუკუნეებში განასხვავებენ adjuvans-ის სხვადასხვა სახეებს:
 - A. Remedium confortans, remedium sequens – ნივთიერება, რომელიც ააცილებს მთავარი საშუალების ცუდ გვერდით ქმედებას.
 - B. Remedium removens nocumentum – რომელიც წარმოაჩენს მთავარი საშუალების მოქმედებას.
 - C. Remedium alterans qualitatem – ან მთელი ნარევის.
 - D. Remedium dirigens – რომელმაც უნდა მიმართოს წამლის მოქმედება რომელიმე ორგანოზე.
3. შემასწორებელი საშუალება – Remedium corrigens.

4. ფორმის მიმცემი საშუალება - *Remedium constituens s. vehiculum s. excipiens*

რეცეპტში შემდეგ ნაწილს წარმოადგენს *Subscriptio* - ქვეშ მიწერა. ის შეიცავს მითითებებს წამლის დამზადებისა და გაცემის ფორმაზე.

XX საუკუნეში *Subscriptio*-ში ექიმები იშვიათად აღნიშნავდნენ ქალაქის, ყუთის, ქილის და ა. შ. ხარისხს, რომელშიც უნდა გაცემულიყო წამალი. წამლის გაცემის ფორმულირება უნდა დაწყებულიყო ასოთი *D. (Da., Detur., Des., Dentur)*, რომლის შემდეგ მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევაში მოცემული იყო ზუსტი მითითება (2, 5, 6). მაგ.:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| Ad ollam albam | - თეთრი ქვის ქილაში |
| Ad ollam griseam | - ნაცრისფერი თიხის ქილაში |
| Ad scatulam ordinariam | - ჩვეულებრივ ყუთში |
| Ad vitrum adlatum | - ჰაციენტის მიერ გამოგზავნილში |
| Ad vitrum album | - თეთრ შუშაში |
| Ad vitrum amplum | - ფართო ყელიან შუშაში |
| Ad vitrum coeruleum | - ლურჯ შუშაში |
| Ad vitrum nigrum | - შავ შუშაში |
| Ad vitrum fuscum | - მუქ შუშაში |
| Ad vitrum velatum | - ქალაქდემონხვეულ შუშაში |
| Ad vitrum operculatum | - შუშაში ფართო საცობით |
| Ad vitrum patentatum | - შუშაში წაწვეტებული ბოლოთი ჩასაწვეთებლად |
| Ad vitrum epistomate vitreo clausum | - შუშაში მინის საცობით |
| Ad ollam fictilem | - თიხის ქილაში |
| Ad ollam operculo ligneo | - ქილაში საცობით |

მრავალი ამ ტერმინთაგანი XX საუკუნის შუა წლებიდან აღარ იხმარება.

დაწერილობით, სხვადასხვა ტერმინებს, რომლებიც იხმარებოდა რეცეპტის ამ ნაწილში, ჩვენ გავეცნობათ სამკურნალო ფორმების რეცეპტურის აღწერის დროს.

უნდა აღინიშნოს, რომ XIX და XX საუკუნის დასაწყისის რეცეპტებზე ექიმი ხშირად აკეთებდა სხვადასხვაგვარ მითითებებს - წარწერებს. როდესაც თვითონ გამოიყენებდა გამოწერილ საშუალებებს ან გამოიყენებდა მას მიღების დროს თავისთან ან საავადმყოფოში, მაშინ ის წერდა:

D.c.f.=detur cum formula და მიუმატებდა *Ad usum proprium* - საკუთარი მიღებისათვის

თუ წამალში შედიოდა საწამლაკი, მაშინ ექიმი წერდა:

Detur sub signo veneni - გაიცეს ეტიკეტით "საწამლაკი".

იმ შემთხვევაში, როცა ექიმს სურდა, რომ ეტიკეტზე აღნიშნული ყოფილიყო წამლის შექმნის ავტორობა, მაშინ ის წერდა - *Detur cum formula*.

თუკი ექიმს უნდოდა, რომ გამოწერილი უბრალო ნივთიერების დასახელება აღნიშნული ყოფილიყო ჭურჭელზე, იხმარებოდა ტერმინი - *Detur suo nomine*.

ძველი წამლის გამეორებისათვის, გარდა ამჟამად ცნობილი ტერმინისა *repetatur* ფართოდ იხმარებოდა ტერმინები *iteretur* და *reiteretur* - "დამზადდეს შემდგომ". ამ სიტყვების შემდეგ ექიმს აუცილებლად უნდა მოეწერა ხელი.

ტერმინები "*non repetatur*" ან "*iteratura*" - არ გამოიყენებოდა. *R. Kobert*-ის სიტყვებით, ექიმის მიერ იწერებოდა მაშინ, როცა მას სურდა, რომ ავადმყოფი ისევ

მივიდეს მასთან. ის წერს, რომ “ამიტომ მსგავსი ტერმინები მიუღებელია და ექიმის ასეთი მოქმედება იმსახურებს ზიზღს” (3).

საინტერესოა, რომ იმ შემთხვევაში, როდესაც წამალს ეწერა cito, citissime და statim (ჩქარა, ძალიან ჩქარა და დაუყოვნებლივ), ზოგიერთი ექიმები კიდევაც წერდნენ – pericula in mora.

თუ წამლის შემკვეთს არ ჰქონდა საჭირო ფული, დაწესებულება ვალდებული იყო გაეცა წამალი უფასოდ.

თუ წამალი უნდა დამზადებულიყო კლინიკის ხარჯზე, ექიმი აკეთებდა წარწერას – ad rationem clinicam.

ამ ტერმინთა უმრავლესობა თანამედროვე ექიმების მიერ აღარ იხმარება, რადგანაც ბევრმა მათგანმა დაკარგა თავისი მნიშვნელობა. ზოგიერთი კი, მაგალითად, ისეთი, როგორიცაა pro paupero – ღარიბისათვის, იქნა ამოღებული ხმარებიდან საბჭოთა კავშირის არსებობის პერიოდში, როგორც მიუღებელი განვითარებული სოციალისტური ქვეყნისათვის. მაგრამ დღეს, როდესაც საქართველოს მიღებული აქვს განვითარებადი ქვეყნის სტატუსი და მისი მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი სოციალურად დაუცველია, უპრიანი იქნებოდა დაებრუნებოდით ძველ ტრადიციებს და მოსახლეობისათვის შეძლებისდაგვარად გაგვეწვია დახმარება. ჩვენ მხედველობაში გვაქვს ზემოთ აღნიშნული ტერმინის გახსენება და თავიდან შემოღება, რაც, მიგვაჩნია, რომ მოსახლეობის უკმაყოფილებას არ გამოიწვევს.

ქართველ კაცს ოდითგანვე მოსდგამდა სიბრალულისა და გულმომწყალების გრძნობა გლახაკთა და ხეივანთა მიმართ, ქართული ეკლესია მუდამ ყოველგვარი საზღაურის გარეშე მკურნალობდა დავედრომილთ.

ამასთან ერთად, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ზოგიერთი სხვა ტერმინის შემოღებაც. თუქცა ზოგიერთი მათგანი დღეს ხმარებაშია, მაგრამ არ გააჩნიათ ოფიციალური სტატუსი. მაგალითად:

- | | |
|-----------------------|--|
| Repetatur | – განმეორდეს |
| Bis repetatur | – განმეორდეს ორჯერ |
| Ter repetatur | – განმეორდეს სამჯერ |
| Non repetatur | – არ განმეორდეს |
| Pro aegrotto chronico | – ქრონიკული ავადმყოფისათვის |
| Verte | – გადააბრუნე |
| Pro domo mea | – ჩემი სახლისათვის (ოჯახის წევრებისათვის) და ა. შ. |

ყოველივე ზემოთქმულის საფუძველზე, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ თავისი განვითარების პერიოდში რეცეპტმა გაიარა როული გზა და საკმაოდ შესამჩნევია ცვლილებები განიცადა. ასე, მაგალითად, დაიხვეწა რეცეპტის სტრუქტურა, გადაიხედა წონების საკითხი, შეიცვალა რეცეპტის სტრუქტურა ყველა სამკურნალო ფორმებისათვის, სამკურნალო საშუალებების ნომენკლატურა, რეცეპტის ტერმინები, რომელთაგანაც ზოგიერთი დროთა განმავლობაში ამოვარდა ხმარებიდან. ყველა ამ ცვლილებების შედეგად, რეცეპტი დაიხვეწა, გამარტივდა და გახდა ლაკონური, თუქცა ვთვლით, რომ დღესაც გვმართებს მუშაობა მისი სრულყოფისათვის.

ლიტერატურა:

1. ი. ქუთათელაძე. სამკურნალო ფორმათა ტექნოლოგია, საქმედგამი, თბილისი, 1946.
2. И. Логель. Основы фармакологии и рецептуры. СПб. 1900.
3. R. Kobert (Р. Коберт). Учение о прописывании лекарств. СПб. 1901.

4. П. К. Карнов. Краткое руководство по рецептуре. Москва, 1900.
5. Н. С. Шварсалон. Руководство по практическим занятиям по рецептуре. Медгиз. Москва, 1962.
6. К. А. Эвальд, А. Гейффер. Руководство по прописыванию лекарств. Харьков, 1913.

Чхაიძე ნ.
ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЦЕПТА
Р Е З Ю М Е

Проанализированы данные литературы о терминологических аспектах основной части рецепта. Уточнены некоторые термины и понятия. Даны рекомендации о введении и использовании некоторых старых, забытых терминов.

Chkhaidze N.
TERMINOLOGICAL ASPECTS OF RECEPTION
S U M M A R Y

Analyzed literature data on terminological aspects of the main part of the prescription. Some terms and notions are specified more precisely. Recommendations on introducing and use of some old and forgotten terms are given.

მ. ჩხობაძე

**მიტოზური აქტივობისა და დეზოქსირიბოზოქსილენის
მეზაზის (დმმ) რაოდენობის მარკინგული საშვილოსნოს
ფიზიკური და პოლიფერაციული ფორმის მიომეზი.**
თსსუ, პათოლოგიის ინსტიტუტი (ქუთაისი)

მიტოზური აქტივობის შესწავლა სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში მეტად საჭირო მეთოდს წარმოადგენს. იგი გვიჩვენებს სიმსივნური პროცესის დაწყების წინა ეტაპის-დისპლაზიის, ჰიპერპლაზიის დროული დადგენის მნიშვნელობას მალიგნიზაციის ადრული დიაგნოსტიკისათვის (2,4) ავტორთა (3) აზრით პათოლოგიური მიტოზები განაპირობებენ ავტონომიური უჯრედული პოპულაციების შექმნას, სიმსივნური ზრდის პროგრესიას.

დღეისათვის კარგად არის ცნობილი, რომ უჯრედის ბირთვში დნმ-ის საშუალო შემცველობის მომატება არის უჯრედის სიმსივნური ზრდის მახასიათებელი. დნმ-ის ჰეტეროპოლიდას და ანეუპოლიდას მიიჩნევენ „სიმსივნური ზრდის მარკერად“ (1).

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საშვილოსნოს სხვადასხვა ფორმის მიომეზში შვილოსნობის (20-40წ) კლიმაქსისა (41-50წ) და კლიმაქსის შემდგომ პერიოდში (51-56 და ზევით) სიმსივნური უჯრედების მიტოზური აქტივობისა და ბირთვებში დნმ-ის რაოდენობის მარკინგების შესწავლა, რაც საშუალებას მოგვცემდა გვეჩვენებინა სიმსივნური პროცესის დაწყების, პოლიფერაციის ხარისხის, უჯრედთა პოლიმორფიზმისა და ატიპიის, მალიგნიზაციის დაწყების ადრული ეტაპების შესახებ.

საკვლეპ მასალას წარმოადგენდა 20-68 წლის ქალებზე საშვილოსნოს მიომის დიაგნოზით ამოკვეთილი 250 საშვილოსნო.

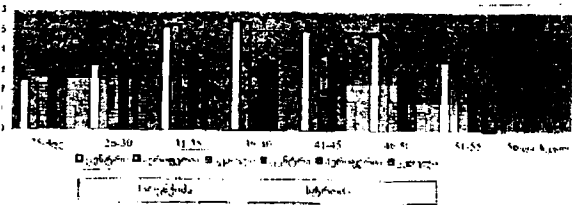
გამოსაკვლევედ წარმოებდა მასალის ამოკვეთა სიმსივნის ცენტრიდან, პერიფერიიდან და კვანძის ახლო მდებარე მიომეტრიუმიდან. მიტოზური აქტივობის შესწავლისათვის მასალა თავსდებოდა ნეიტრალური ფორმალინის 10% ხსნარში, იღებებოდა ჰემატოქსილინითა და ეოზინით და პიკროფუქსინით (ვან-გიზონის წესით), დნმ-ის გამოვლენა ხდებოდა ფულგენის მეთოდით.

მიღებული მონაცემების დამუშავება ხდებოდა „Leitz“-ის ფორმის მიკროსკოპით „Orthoplan“-ი, სტატისტიკა გაკეთდა “პენტოუმ“-ის მარკის კომპიუტერზე, შესაბამისი პროგრამების გამოყენებით.

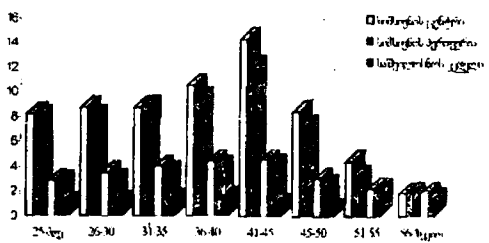
ჩატარებული გამოკვლევების თანახმად მწიფე მიომების პარენქიმაში და სტრომაში მიტოზური აქტივობის მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნება როგორც შეილოსნობის, ისე კლიმაქსის პერიოდში (დიაგრ. №1). განსაკუთრებით მაღალი მიტოზური აქტივობა აღინიშნება 31 - 35, 36 - 40, 41 - 45 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში სიმსივნის პარენქიმის ცენტრში და პერიფერიაზე. მწიფე მიომების სტრომის შესაბამისი მაჩვენებელი პარენქიმის მაჩვენებელს მნიშვნელოვნად ჩამორჩება.

პროლიფერაციული ფორმის მიომებში პარენქიმის ცენტრში და პერიფერიაზე გამოვლილია მიტოზური აქტივობის მაჩვენებელი მეტად მაღალია შეილოსნობისა და კლიმაქსის პერიოდში (დიაგრ. №2). სტრომის ცენტრსა და პერიფერიაზე გამოვლენილი მაჩვენებელი შედარებით ნაკლებია პარენქიმის შესაბამის მაჩვენებელზე, მაგრამ ის თითქმის უტოლდება მწიფე მიომებში შეილოსნობისა და კლიმაქსის პერიოდში გამოვლენილ პარენქიმის მიტოზური აქტივობის მაჩვენებელს.

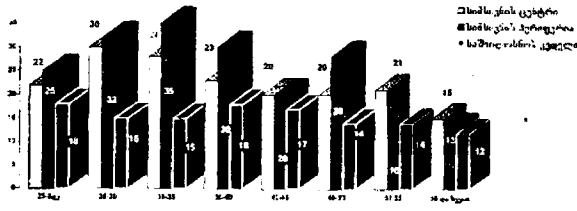
მწიფე მიომების როგორც ცენტრში, ისე პერიფერიაზე აღინიშნება ღნმ-ის მაჩვენებლის მომატება (დიაგრ. №3), რომელიც სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში უფრო მაღალია სიმსივნის პერიფერიაზე, ვიდრე ცენტრში. ღნმ-ის ტეტრაპლოიდური მაჩვენებელი აღინიშნება შეილოსნობის ასაკის ქალებში. პიპერდიპლოიდური მაჩვენებელი აღინიშნება 25-წლამდე და 40-ი წლის ზევით ასაკობრივ ჯგუფებში. კლიმაქსის შემდგომ პერიოდში აღინიშნება ღნმ-ის ყველაზე დაბალი (დიპლოიდური) აქტივობის მაჩვენებელი სიმსივნის ცენტრშიც და პერიფერიაზეც.



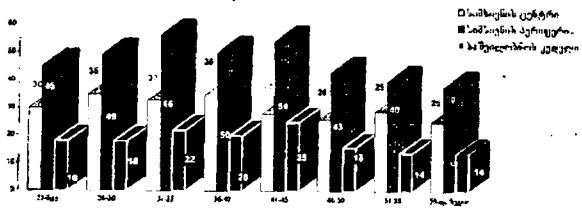
დიაგრამა №1.
მიტოზური აქტივობის
მაჩვენებელი მწიფე
მიომებში



დიაგრამა №2.
მიტოზური აქტივობის
მაჩვენებელი
პროლიფერაციულ
მიომებში



დიაგრამა №3. დნმ-ის აქტივობის მაჩვენებელი მწიფე მიომებში



დიაგრამა №4. დნმ-ის აქტივობის მაჩვენებელი პროლიფერაციულ მიომებში

პროლიფერაციული სტრუქტურის მიომებში დნმ-ის აქტივობის მაჩვენებელი (დიაგრ. №4) მწიფე მიომებთან შედარებით მაღალია სიმსივნის ცენტრშიც და პერიფერიაზეც. დნმ-ის ჰიპერპლოიდური მაჩვენებლები აღინიშნება შვილოსნობის ასაკში. კლიმაქსისა და კლიმაქსის შემდგომ პერიოდში დნმ-ის აქტივობა თანდათან იკლებს.

- ჩატარებული გამოკვლევის შედეგები საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ
1. სიმსივნური უჯრედების მაღალი აქტივობისა და დნმ-ის მაჩვენებელი მწიფე და პროლიფერაციულ მიომებში შვილოსნობისა და კლიმაქსის დასაწყის პერიოდში მიუთითებს სიმსივნური უჯრედების მაღალი პროლიფერაციული აქტივობის შესახებ.
 2. რაც მეტია ჰისტოლოგიური სურათის მიხედვით ლეიომიომის პროლიფერაციის ხარისხი უჯრედთა პოლიმორფიზმით, ატიაბით პათოლოგიური მიტოზებით, მით მაღალია მიტოზური აქტივობის ინდექსი, დნმ-ის აქტივობის მაჩვენებელი.
 3. ასეთი მიომები წარმოადგენენ ე.წ. „სწრაფმზარდ“ მიომებს (მაღალი რისკის მქონე მიომებს) და ხშირია მათი მალიგნიზაცია.

ლიტერატურა

1. Ахромона А. Г. Морфо-гистохимические особенности и дифференциальная диагностика сарком матки Дис. канд. м.н. Кр. 1981, с 20-22
2. Казанцева И.А. Исследования митотического режима в морфологической диагностике опухолей. Арх. патол., 1980, №2, с. 77-83.
3. Ольховская И.Г. Казанцева И.А. Десмоидные опухоли и их митотический режим. Арх. патол. 1976, №11, с. 39-49.
4. AUER G.U. FOX C.N. et all. Comparison of DNA distributions in primary human breast cancers and their metastases. Eur.J.Cancer.1980, 16,2, p.273-278

Чхобадзе М.

**ПОКАЗАТЕЛИ МИТОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И КОЛИЧЕСТВА
ДЕЗОКСИРИБОНУКЛЕИНОВОЙ КИСЛОТЫ (ДНК) В МАТОЧНЫХ
МИОМАХ ЗРЕЛОЙ И ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ФОРМЫ**

РЕЗЮМЕ

Показатели митотической активности и количества ДНК высок при миомах зрелой и пролиферативной форм в центре и на периферии опухоли, особенно в детородном и раннем климактерическом периодах.

Чем больше, согласно гистологической картине, степень пролиферации лейомиомы с полиморфизмом, атипией клеток, патологическими митозами, тем выше индекс митотической активности, показатель активности ДНК. Такие миомы представляют собой «быстрорастущие» миомы и часты случаи их малигнизации.

Chkhobadze M.

**PARAMETERS OF MITOTIC ACTIVITY AND AMOUNT
OF DNA IN UTERIC MYOMAS OF MATURED AND PROLIFERATIVE FORMS
SUMMARY**

Parameters of mitotic activity and amount of DNA in uteric myomas of matured and proliferative forms is high in the center and periphery of tumor, especially in reproductive and early climacteric periods.

According to the histologic pattern as higher the degree of proliferation of leiomyomas with polymorphism, cellular atyp, pathologic mitosis, as much is the index of mitotic activity, hallmark of DNA activity. Such myomas represent "rapidly-growing" myomas and cases of malignization is not infrequent.

მ.ჩხობაძე

**ფერმენტების უფრმენტული აქტივობის მაჩვენებელი
საშვილოსნოს სხვადასხვა ფორმის მიომებში.**

თსსუ, პათოლოგიის ინსტიტუტი (ქუთაისი)

ფერმენტები ცილოვანი ბუნების ნივთიერებებია, რომლებიც ყველა ორგანოსა და ქსოვილში გვხვდება და მონაწილეობენ უჯრედებში მიმდინარე თითქმის ყველა ქიმიურ რეაქციაში, როგორც ბიოლოგიური კატალიზატორები. ფერმენტების გარეშე წარმოუდგენელია ორგანიზმებში იმ რთული ქიმიური პროცესების მიმდინარეობა, რომლებიც სიცოცხლეს განაპირობებენ (3).

დღეისათვის ცნობილი 2000-მდე ფერმენტიდან, რომლებიც რამდენიმე კლასად იყოფა, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ფოსფომონოეთერების ჰიდროლაზებს ანუ ფოსფატაზებს, რომლებიც წყლის მოლეკულის მიერთების გზით აკატალიზებენ ნივთიერებაში შიდა მოლეკულური ბმების ჰიდროლიზურ გაწყვეტას. ტუტე ფოსფატაზა აკატალიზებს ფოსფორმჟავას მონოეთერების ტუტე არეში ჰიდროლიზს, მჟავე ფოსფატაზა კი აკატალიზებს იმავე რეაქციას მჟავე არეში (4).

ფოსფატაზები სხვა ფერმენტებთან ერთად განაპირობებენ უჯრედში მიმდინარე ბიოსინთეზურ პროცესებს და ხელს უწყობენ ჟანგვა-აღდგენითი პროცესების გაძლიერებას.

აუტორები (1,2) მიუთითებენ საშვილოსნოს მიომურ კვანძებში (განსაკუთრებით ზრდის აქტიურ ზონებში) ჟანგვა-აღდგენითი პროცესების გაძლიერების შესახებ, რის შედეგადაც იმატებს უჯრედთა ფერმენტული აქტივობა.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საშვილოსნოს მწიფე და პროლიფერაციული ფორმის მიომებში მჟავე და ტუტე ფოსფატაზების აქტივობის შესწავლა

სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში. რაც საშუალებას მოგვცემდა შეილოსნობის (20-40წ), კლიმაქსისა (41-50წ) და კლიმაქსის შემდგომ პერიოდში

(51-56 და ზემოთ) შეგვესწავლა სიმსივნეთა უჯრედული მეტაბოლიზმის ხარისხი, სიმსივნეთა პროლიფერაციული აქტივობის მაჩვენებელი, მოგვეზღინა საშვილოსნოს მიომათა მალიგნიზაციის ადრეული ეტაპის გამოვლინება.

საკვლევ მასალას წარმოადგენდა 20-68 წლის ქალებზე საშვილოსნოს მიომის დიაგნოზით ამოკვეთილი 250 საშვილოსნო. ნაოჯრაციევი მასალის შემდგომი დამუშავება და შედგება ხდებოდა ბიორსონის მისტოქიმიური მეთოდით.

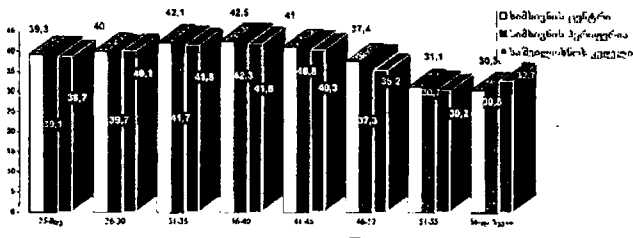
ფერმენტული აქტივობის შესაფასებლად ვიყენებდით ფორმა „Laits“ ტექსტურული ანალიზის სისტემას, რომელიც შეიცავს მიკროსკოპს „ortho-plan“ სატელევიზიო კამერათ, კომპიუტერული დამუშავება ხდებოდა მანქანაში არსებული გამოსახულების ანალიზის სტანდარტული ქეპროგრამების მეშვეობით.

ჩატარებული გამოკვლევების თანახმად მწიფე მიომების ცენტრში, პერიფერიებზე და საშვილოსნოს კედელში გამოვლენილი ფერმენტული აქტივობის მაჩვენებელი (დიაგრ. №1) მაღალია შეილოსნობის ასაკში, ასევე მაღალია ადრეული კლიმაქსის პერიოდში. 46-50წლის ასაკში ფოსფატაზების ფერმენტული აქტივობა იკლებს, როგორც სიმსივნის ცენტრში, ისე პერიფერიაზე და საშვილოსნოს კედელში. კლიმაქსის შემდგომ პერიოდში (56 წლის ზემოთ) ფერმენტული აქტივობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნება.

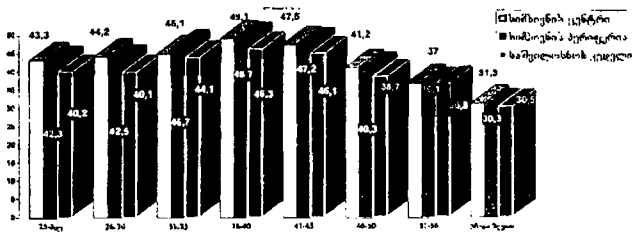
პროლიფერაციული ფორმის მიომების ცენტრში, პერიფერიაზე და შეუცვლელ მიომეტრიუმში შეილოსნობის, კლიმაქსისა და კლიმაქსის შემდგომ პერიოდში (დიაგრ. №2) ფოსფატაზების შედარებით მაღალი აქტივობა ვლინდება, ვიდრე მწიფე მიომებში. განსაკუთრებით მაღალია ფოსფატაზების აქტივობა შეილოსნობის ასაკში. 46-50 წლის ასაკში ფერმენტა აქტივობის მაჩვენებელი თანდათან იკლებს და კლიმაქსის შემდგომ პერიოდში ყველაზე დაბალი მონაცემებით ხასიათდება.

ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ მწიფე და პროლიფერაციული ფორმის მიომების პარენქიმის უჯრედები 30-50 წლის ასაკის ქალებში უფრო მაღალი მეტაბოლიზური აქტივობით ხასიათდება. ამ მონაცემთა შედარება სიმსივნის პისტოლოგიურ თავისებურებებთან უჩვენებს, რომ 36-50 წლის ქალების საშვილოსნოს მიომის უჯრედებს გამრავლების უფრო მაღალი პოტენციალი ახასიათებს, რასაც ადასტურებს ჩვენს მასალაში მიომის პარენქიმული უჯრედების დმნ-ის ციტოფოტომეტრიის შედეგები. აღმოჩნდა, რომ 36-50 წლის ასაკის ქალებში პარენქიმის უჯრედების დიდი უმრავლესობა ჰიპერდიპლოიდურია, ე.ი. ჩართულია მიტოზის ციკლში.

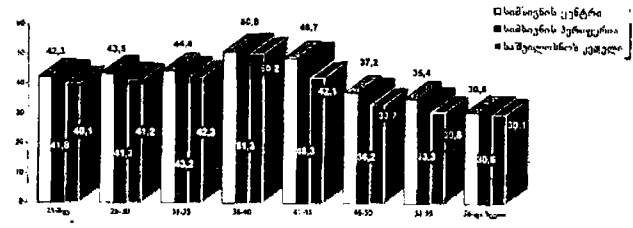
ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე მყავე და ტუტე ფოსფატაზების ფერმენტული აქტივობის მაღალი მაჩვენებლები პროლიფერაციული ფორმის მიომების, უჯრედთა ატიპიისა და პოლიმორფიზმის, მალიგნიზაციის ერთერთ დამახასიათებელ გამოვლინებას წარმოადგენენ.



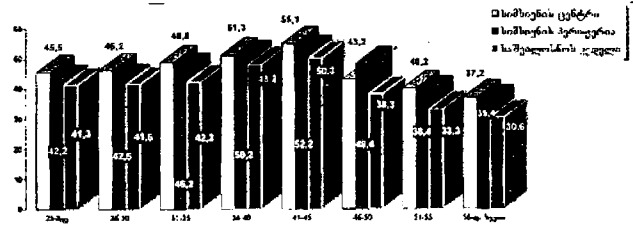
დიაგრამა №1.
მუკვე ფოსფატაზის
აქტიუობის
მაჩვენებელი მუიყე
მიომებში



დიაგრამა №2
ტუტე ფოსფატაზის
აქტიუობის
მაჩვენებელი მუიყე
მიომებში



დიაგრამა №3.
მუკვე ფოსფატაზის
აქტიუობის
მაჩვენებელი
პროლიფერაციულ
მიომებში



დიაგრამა №4
ტუტე ფოსფატაზის
აქტიუობის
მაჩვენებელი
პროლიფერაციულ
მიომებში

ლიტერატურა

1. Ахромова А.Г. Морфо-гистохимические особенности и дифференциальная диагностика сарком матки. Дисс. к.м.н. Кр. 1981. с. 20-22.
2. Килимник М.А. Особенности артериального кровоснабжения матки при миомах. Автореф. дисс. к.м.л. Кр, 1986, с. 17.
3. kokiCaSvili sameclinic bioqimia. Tbilisi 1996w. gverdi 142-184.
4. Диксон М. Уэбб Э. Ферменты. Москва. 1982, с.364-365.

Чхобадзе Г.
ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ФОСФАТАЗ В
МИОМАХ МАТКИ РАЗЛИЧНОЙ СТРУКТУРЫ
Р Е З Ю М Е

Высокие показатели ферментативной активности кислых и щелочных фосфатаз отмечается в маточных миомах зрелой и пролиферативной формы, особенно в детородном и раннем климактерическом периоде.

Высокие показатели ферментативной активности фосфатаз представляют собой одно из наиболее характерных проявлений пролиферативной активности, атипии и полиморфизма, ранних этапов малигнизации опухолевых клеток.

Chkhobadze G.
PARAMETERS OF ENZYMIKATIC ACTIVITY OF PHOSPHATASE IN UTERINE
MYOMAS OF DIFFERENT STRUCTURE
S U M M A R Y

High parameters of enzymatic activity of acide and base phosphatates are mentioned in uteric myomas of matured and proliferative forms, especially in reproductive and early climacteric periods.

Above- mentioned high parameters of enzymatic activity of phosphatates represents one of the most characteristic reflection of proliferactive activity, atipy and polimorphism, early stages of malignization of neoplastic cells.

Цецхладзе Г., Ломидзе Н., Беридзе А.
**СПЛЕНОАУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ.**

Клиника хирургических болезней №1 ТГМУ,
кафедра частной хирургии медицинского факультета Батумского
государственного университета.

Лечение больных, подвергшихся удалению селезенки, является одной из актуальных проблем современной медицины. Это обусловлено тем, что спленэктомия, до недавнего времени, была основной операцией при травмах селезенки. Количество спленэктомий очень велико, поскольку повреждения селезенки при травмах живота встречается у 20-30% пострадавших и занимает третье место среди травм брюшной полости.

После удаления селезенки полноценная компенсация утраченных её функций не происходит, вследствие чего развивается синдром гипоспленизма с нарушением процессов кроветворения, снижением жизненного тонуса, работоспособности, ослаблением иммунитета и значительным понижением сопротивляемости организма к инфекции, вплоть до возникновения молниеносного сепсиса [12,13,15,16]. Во избежание развития перечисленных осложнений и сохранения функции селезенки в последние годы начали выполнять её аутотрансплантацию [1,2,4,9,14].

Несмотря на возросший поток сообщений об аутотрансплантации ткани селезенки, до настоящего времени нет единого мнения об оптимальном способе обработки трансплантата, методике и месте трансплантации [6,7,8]. Исходя из вышеизложенного, целью настоящей работы является обобщение клинического опыта спленоаутотрансплантации по разработанной нами методике.

В настоящем сообщении приводятся данные 11 больных, которым по поводу травматического повреждения селезенки произведена спленэктомия и аутотрансплантация органа.

Методика операции (авторское свидетельство №5/265 от 16. 06. 2000, Тбилиси, Грузия). верхне-средняя лапаротомия. Ревизия брюшной полости. Спленэктомия. Одновременно с началом перфузии, через культю *a.lienalis*, удаленной селезенки холодным (4°C) раствором (на каждые 1:100 мл 0.9% NaCl + 10.000 гспарина.) начинается формирование сальникового «кармана». С этой целью из большого сальника выкраивается лоскут шириной 8-10 см, образуется её дубликатура, и боковые края сшиваются.

После окончания перфузии (вытекающая из *v.lienalis* жидкость становится бесцветной и сама селезенка обесцвечивается) производится декапсуляция и выкраиваются фрагменты размером 5-10 мм³, которые на 10-15 минут помещаются в раствор с антибиотиками (5 мл. пенициллина + 1.0 капамицин + 100 мл. 0.9% NaCl) и укладываются в сальниковый «карман», после чего он зашивается наглухо.

На следующем этапе хирургического вмешательства надрезается брюшина в левом боковом канале или расширяется пространство образованное после удаления селезенки. Пальцами тупо отслаивается брюшина от мышц передне-боковой стенки живота, в образованное пространство помещают «карман» большого сальника с трансплантатом. Из

отдельного разреза ставят доенаж. Верхний и нижний край брюшины сшиваются отдельными узловатыми швами, чтоб исключить ущемление органов брюшной полости между ними. Таким образом «карман» вместе с селезеночной тканью оказывается экстраперитонеально. После ревизии брюшинная полость закрывается послойно. На рис №1 показаны этапы оперативного вмешательства.

С целью изучения состояния иммунологического статуса использовались общеизвестные в клинической иммунологии методы. Для динамического наблюдения за состоянием трансплантата пользовались ультразвуковым методом, а для определения функционального состояния пересаженной селезеночной ткани радиоизотопным методом с применением ^{99m}Tc .

Всем 11 больным оперативное вмешательство произведено по поводу травматического повреждения селезенки. Характер травмы и тип повреждения приведены в таблицах №1 и №2.

Как видно из таблицы №2, характер повреждения селезенки исключал возможность проведения органосберегающих операций. Возраст больных колебался от 24 до 59 лет. Из 11 больных, поступивших в клинику 10 оперированы в течении 2-4 часов от момента получения травмы, а один, после двухмоментного разрыва селезенки на третьи сутки. Все оперативные вмешательства произведены под эндотрахеальным наркозом, продолжительность операции не превышала 1.5 часа.

Таблица №1.

Характер травмы	Количество больных
I.Изолированная травма живота	6 (54.5%)
а) Закрытая травма	4 (36.4%)
б) Проникающее ранение	2 (18.1%)
II.Комбинированная травма	5 (45.5%)
а) Живот + грудь (закрытая травма)	3 (27.3%)
б) Живот + грудь (проникающее ранение)	1 (9.1%)
в) Живот + черепно-мозговая травма	1 (9.1%)
Всего	11 (100%)

Таблица №2.

Характер повреждения селезенки	Количество больных
Множественные повреждения	5 (45.5%)
Фрагментация селезенки	3 (27.2%)
Травма селезенки в области ворот органа с повреждением нервно-сосудистой «ножки»	2 (18.2%)
Декапсуляция селезенки с диффузным кровотечением из пульпы	1 (9.1%)
Всего	11 (100%)

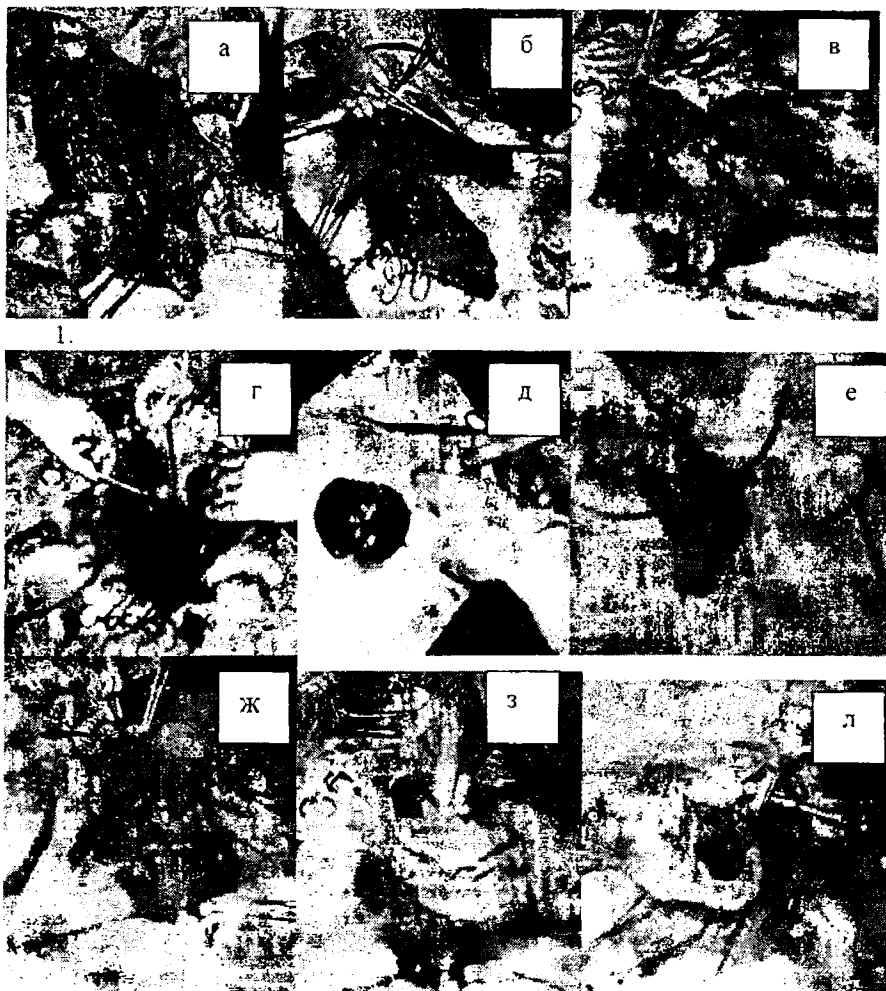


Рисунок №1. Этапы оперативного вмешательства

а,б, в - формирование кармана из большого сальника, г-спленэктомия д-перфузия,

е-декапсуляция, ж-пересадка селезеночной ткани в большой сальник, з-пересадка завершена, л-экстраперитонеальное вынесение сальника вместе с трансплантантом.

В качестве примера (таблица 3) можно рассмотреть изменения концентрации иммуноглобулинов в разные сроки после спленэктомии и возможность их коррекции спленеаутотрансплантацией.

Сравнительный анализ полученных данных указывает, что изменения в иммунологическом статусе в раннем послеоперационном периоде после аутотрансплантации ткани селезенки можно отнести за счет хирургической «агрессии» на организм больного, так как иммунологические сдвиги в дальнейшем корригируются тогда как после спленэктомии иммунологические сдвиги коррекции не поддаются.

Таблица №3.

Иммуно-глобулины	Время прошедшее после спленеаутотрансплантации (дни)							Конт-роль	Сплен-эктомия
	2	7	15	30	60	180	360		
Ig A (мг/мл)	3.48±0.08	3.083±0.07	4.47±0.08	5.3±0.09	3.76±0.06	3.51±0.06	3.55±0.06	3.59±0.09	3.58±0.11
Ig M (мл/мл)	2.26±0.05	1.55±0.07	0.87±0.08	1.36±0.07	2.18±0.05	2.24±0.05	2.26±0.05	2.21±0.06	1.06±0.7
Ig G (мл/мл)	16.43±0.21	14.4±0.29	9.46±0.21	11.75±0.24	16.14±0.23	16.25±0.21	16.35±0.23	16.63±0.23	9.88±0.3

Динамическое ультрасонографическое наблюдение за аутотрансплантантом у трех больных (27.3%) выявило образование с нечеткими контурами, размером 3X1.5X2 мм., плотность которых ниже печеночной плотности. На 30-е сутки послеоперационного периода такие образования выявлены у всех больных. В 7 случаях (63.6%) их количество варьировало от 6 до 12, а размер в пределах 12X5 мм. В остальных 5 случаях (36.4%) визуализировалось образование овальной формы размером от 13X15 мм до 60X60 мм, почти печеночной плотности. Приведенные данные указывают о приживлении трансплантантов количество, форма и размеры которых зависят от характера сращения близко расположенных фрагментов персаженной селезеночной ткани.

О сохранении трансплантантом возможности секвестрации эритроцитов указывает отсутствие в мазках крови этих больных атипичных форм эритроцитов, тогда как при целенаправленном обследовании после спленэктомии (66.7%) их удалось обнаружить.

О функционировании трансплантированной селезеночной ткани указывают и результаты радиоизотопного исследования с использованием ^{99m}Tc .

Ранний послеоперационный период у больных, которые перенесли спленоаутооттрансплантацию, протекал без особенностей. Количество койко-дней составило в среднем 19 ± 2 дня. Смертных случаев не отмечено. В процессе динамического наблюдения в течение года каких-нибудь симптомов, характерных для гипоспленизма не выявлено.

В ы в о д ы:

1. Спленоаутооттрансплантация является надежным методом коррекции постспленэктомического иммунодефицита;
2. В случаях травматического повреждения селезенки, когда сохранение органа не удается, следует прибегнуть к аутооттрансплантации селезеночной ткани.

Литература:

1. Абасов Б. Х., Гаджисв Д. П., Юсубов В. И. – Вестник хирургии 1982, 6, 84-88.
2. Аскерханов Р.П., Сафаров С.Ю. – Вестник хирургии 1978, 120, 4, 136-140.
3. Брехов Е.У., Кудрявцев Б.П., Клепиков С.В. и др. – Хирургия 1990, 9, 59-61.
4. Елифанов Н.С. – Хирургия 1992, 5-6, 85-89.
5. Зубарев П.П., Фраменко В.П. – Вестник хирургии 1990, 7, 55-58.
6. Кузин М.И., Данилов М.В., Скуба Н.Д., Дурдыев М.Д. – Клиническая медицина 1985, 3, 63, 34-39.
7. Мироненко О.Н. – Клинико-экспериментальное обоснование аутоотрансплантации ткани селезенки. Автореферат дисс. канд. мед. наук. Харьков 1984, 24.
8. Павловский М.П., Чулкин С.Н. – Хирургия 1992, 5-6, 89-93.
9. Кузин Н.М. – Хирургия 1984, 8, 144-148.
10. Пашкевич В.И., Веревкин И.П., Чибасов В.А., Клишак В.М., Каргина П.А., Кужельная Л.В. – Вестник хирургии 1990, 5, 66-69.
11. Шапкин В.С., Эсауленко В.П. – Хирургия 1988, 8, 71-74.
12. Bergmann H., Rostefor J. – Chirurg. 1971, 42, 11, 494-499.
13. Blaszezyc N., Konig A. – Zentr. Bl. Chir 1976, 101, 9, 556-560.
14. Chu K.M., Lafi D.T., Stern H.S., Sheldon D. – Postgraduate medical journal 1995, 71, 835, 303-305.
15. Litte J.M. – Aust. N.Z.J. Surg. 1978, 48, 309-393.
16. Wehlby L., Domeloff L. – Acta Chir, Scand. 1981, 147, 131-135.

Tsetskhladze g., Lomidze N., Beridze A.

OUR EXPERIENCE WITH AUTOLOGUS TRANSPLANTATION OF THE SPLEEN IN PATIENTS WITH TRAUMATIC SPLEEN INJURY **S U M M A R Y**

In this paper we analyze 11 patients who sustained traumatic spleen injury and underwent autologous transplantation of the spleen tissue in omental pocket, which is fanli fixed cxtaperitoneally. The surgical technic is described in detail. Early postsurgical complications were not observed. There was no fatal outcome. The hospital stay was 19 ± 2 days. 1 year follow up in this patients did not show symptoms of hyposplenism.

აკობაძე აკაკელიძე, აკაკელიძე
ბრონძოვანი ტონზილიტის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ
პირბარდთა მენტალური მახასიათებლები
ოსსუ, ყელ-ყურ-ცხვირის სნეულებათა კათედრა

ქრონიკული ტონზილიტის სხვადასხვა ფორმით დაავადება საკმაოდ ხშირია ახალგაზრდა ასაკში, რომელთა დროს არც თუ ისე იშვიათია არა მარტო კარდიალური ჩივილები, არამედ საერთო აღინაძია და დაღლილობაც. მშობლები აღნიშნავენ, რომ მათი შვილები ჩამორჩებიან სწავლაში.

გამოკვლევის მიზანია ქრონიკული ტონზილიტის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პირბარდთა მენტალური მახასიათებლების შესწავლა, რისთვისაც გამოვიყენეთ ფსიქიკური დატვირთვის სინჯი და მრავალფაქტორული დანაშორის კვლევის მეთოდი.

ჩვენს მიერ შესწავლილ იყო 12-წ წლის 40 ავადმყოფი, მათ შორის ქრონიკული კომპენსირებული ტონზილიტით - 15, დეკომპენსირებული ტონზილიტით 14, ხოლო პირველადი რეგმოკარდიით და ქრონიკული ტონზილიტით დაავადებული - 11 საკონტროლო ჯგუფი შეადგინა იგივე ასაკის 20 ჯანმრთელი ვაჟი.

საბანადო ინსტრუქციის ჩატარების შედეგ, ავადმყოფებს უჭარბებოდათ ერთი ან ორი საკდელი გამოკვლევა და როდესაც ვრწმუნდებოდათ, რომ მათ საყსებით კარგად აითვისეს კვლევის მეთოდი, ვატარებდით ფსიქიკური დატვირთვის სინჯს, რომელიც შედგება ხუთი ფაზისაგან: მოსვენებას, სწავლებას, მოსვენებას მეორე ფაზის, დატვირთვისა და დატვირთვის შემდგომი ფაზისაგან. სწავლების პერიოდში კომპიუტერის დისპლეის ეკრანზე ჩნდება ნათელი რგოლი, 3 და 5 წყვეტილი ხოლით, ნათების ხანგრძლივობა 3წ მლ. სეკუნდი, ინტერვალი სტიმულებს შორის - 1200 მლ. სეკუნდი. საბასუხი საკვლევი პირი აჭერს ხელს მოთავებულ დილაკს აღნიშნული სტიმულები მაქროდება 5 წუთის განმავლობაში, რის შემდეგ 3 წუთიანი შესვენება და იწყება დატვირთვის ფაზა: ასევე ხუთი წუთის განმავლობაში, როდესაც დასძლიაზე ჩნდება იგივე სინჯითა და ხანგრძლივობით რგოლები, აღინდ წრის სხვადასხვა სექტორებზე 3-5 ან 4 მუქი სექტორებით. გამოსაკვლევა პირმა უნდა გაარჩიოს კენტი სექტორები წყვილისაგან და დააჭაროს თითო სხვადასხვა დილაკს აბეჯარად, დროის დეფიციტის პირობებში საკვლევ პირს უხდება მარტივი ამოცანის სწრაფი გადაწყვეტა, რაც მოითხოვს მისი გონებრივი შრომისუნარიანობის გადაძაბვას. კვლევის მთელ პერიოდში რეგისტრირდება სენსიბილური რეაქციის დრო, და დაშვებული შეცდომები, პირბარდებზე რეგისტრირდება ელიქტროკარდიალგრამა: R-R ინტერვალის შემდგომი გამოყოფათა და მათი ხანგრძლივობის სტატისტიკური დამუშავების მიზნით. კერძოდ შეისწავლება საშუალო R-R, RR მედიანა, მოდა, წარმომავლები - რეაორიაცა დაძაბულობის ინდექსი. ინტერვალის ავტოკორელაციური და სინჯირული სექტორის ანალიზი.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ქრონიკული ტონზილიტის კომპენსირებულ და დეკომპენსირებულ ფორმით დაავადებულ ახალგაზრდებს სინჯის სტიმულზე სენსიბილური რეაქციის დრო და შეცდომები სრულიად ერთნაირი აქვთ და არ განსხვავდება საკონტროლო ჯგუფებისაგან. კერძოდ თუ ჯანმრთელი პირებში რეაქციის დრო უდრიდა $594 \pm 16,5$ მწმ-ს, ხოლო შეცდომების რაოდენობა $5,8 \pm 0,21\%$ -ს კომპენსირებული ქრონიკული ტონზილიტით დაავადებულ პირებში იგი უდრის $601 \pm 21,7$ მლ. სეკუნდს. შეცდომების რაოდენობა $5,4 \pm 0,19\%$; ქრონიკული ტონზილიტით დაავადებულებში $612 \pm 19,3$ მლ. სეკუნდს და $6,1 \pm 0,16\%$; სხვა შედეგი მივიღეთ პირველადი რეგმოკარდიითა და ქრონიკული ტონზილიტით

დაავადებულებში. მათში სტატისტიკურად სარწმუნოდ მატულობს სენსომოტორული რეაქციის დრო და უდრის $872 \pm 24,0$ მლ სეკუნდს და იზრდება დაშვებული შეკლომების რიცხვს - $8,9 \pm 0,3\%$.

გულის რიტმის ვარიაბილობის შესწავლამ საშუალება მიეცა გამოვავლინა უფრო ნატივი დამოკიდებულება მოზარდთა გონებრივი შრომისუნარიანობას და დაავადების სიმძიმეს შორის. კერძოდ, თუ კომპენსირებული ტონზილიტის დროს დაძაბულობის ინდექსი არ განსხვავდება საკონტროლო ჯგუფის მონაცემებისაგან; დეკომპენსირებული ქრონიკული ტონზილიტიან პირებში, პირველადი რეგმოკარდიითა ქრონიკული ტონზილიტით დაავადებულ აგადმოყოფებშიც იგი იმატებს.

ამგვარად, ჩატარებულმა გამოკვლევებმა ცხადყვეს, რომ ქრონიკული ტონზილიტის კომპენსირებული და დეკომპენსირებული ფორმის დროს ორგანიზმის საერთო ინტოქსიკაციას ფონზე უკეთა ახალგაზრდათა გონებრივი შრომისუნარიანობის დონე იმათთან, თუ დეკომპენსაციის სტადიაში ისინი ახერხებენ აღნიშნულის კომპენსირებას შიდა ორგანიზმის რეზერვების ხარჯზე. ქრონიკული ტონზილიტითა და რეგმოკარდიის დროს ორგანიზმის სარეზერვო ძალების დეკომპენსაციის სურათი ნათლად იხატება, რაც წარმოშობს პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა თერაპეულად გატარების აუცილებლობას.

Цибадзе А., Кекелидзе И., Кекелидзе А.
МЕНТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ
ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА
РЕЗЮМЕ

Методом многофакторного динамического исследования изучены ментальные характеристики подростков с различными формами хронического тонзиллита. Установлено, что на фоне общей интоксикации организма при хроническом декомпенсированном тонзиллите снижается умственная работоспособность, что требует проведения оперативных профилактических мероприятий.

Tsibadze A., Kekelidze I., Kekelidze A.
MENTAL DATA OF ADULRS, AFFECTED WITH FORMS
OF CRONIC TONSILLITIS
SUMMARY

Have been studied mental characteristics of adults with different forms of chronic tonsillitis. Has been established that at chronic decompensated tonsillitis, on the background of common intoxication, the mental capacity is reduced, which requires conducting of proper prophylactic measures.

ნ.ციხკარიშვილი
სისტემური ენჯიმოთერაპიის გამოყენების ამრსაქმტივა
კლინიკურ დერმატოლოგიაში
თსსუ, კანისა და ვენერიულ დაავადებათა კათედრა

ქრონიკული ანთებითი, კოსმეტიკურად არახელსაყრელი დერმატოზებით დაავადებულ პაციენტებში დადებითი შედეგების მიღწევა გართულებულია იმით, რომ გარდა კანის სხვადასხვა სტრუქტურებისა, მათ დაზიანებული აქვთ აგრეთვე მრავალი ორგანო და სისტემა. ასეთი დერმატოზები განეკუთვნებიან

სისტემურ სნეულებათა რიცხვს, რომელთა შემთხვევაში ზოგად ამლილობათა გამოხატულებაზე დამოკიდებულია ადგილობრივი ანთებითი პროცესების ინტენსივობის გამოვლენა - კეროვანი ფორმიდან კანის სრული საფარის უნივერსალური დაზიანების სახით.

უკანასკნელ წლებში ერთი მხრივ შეინიშნება ქრონიკული ანთებითი დერმატოზებით დაავადებულთა რიცხვის მატება, (დაავადების პროცესის მძიმე მსვლელობით და თერაპიისადმი რეზისტენტობით) და მეორეს მხრივ, გვერდითი მოვლენების აღმოცენების ზრდა, რთული სამკურნალო კომპლექსების გამოყენების შედეგად.

დღეისათვის ყველაზე პერსპექტიულად მიიჩნევა ისეთი სამკურნალო საშუალებებისა და მეთოდების გამოყენება, რომლებსაც გარდა მაღალი ეფექტურობისა ახასიათებს გვერდითი მოვლენების მცირე სპექტრი და ხანგრძლივი მკურნალობის. პირობებში ავადმყოფი იოლად იტანს მათ გამოყენებას. ერთ-ერთ ასეთ მეთოდად ითვლება სისტემური ენზიმოთერაპია, რომელიც 25 წლის წინ მ. ვოლფისა და კ. რანბერგის მიერ პირველად იქნა დანერგული კლინიკურ პრაქტიკაში. დასახელება "სისტემური" ამ მეთოდმა მიიღო იმის გამო, რომ იგი ეფუძნება გამიზნულად შედგენილ ცხოველური და მცენარეული წარმოშობის ჰიდროლიტური ფერმენტების ნარევის კომპლექსურ თერაპიულ ზემოქმედებას. ამ მეთოდის ყველაზე პირველი ბაზისური პრეპარატია Wobenzym-ი, რომელიც წარმოადგენს ცხოველური და მცენარეული წარმოშობის ჰიდროლიზების დაბალანსებულ ნარევს, რუტინის ჩართვით. ეს პოლიენზიმური პრეპარატი გამოდის ნაწლავებში ხსნადი გარსიანი დრაჟეს სახით და შეიცავს ცხოველური წარმოშობის ენზიმებს (პანკრეატინი - 100მგ; ქემოტრინსინი - 1მგ, ტრიპსინი - 24მგ, ამილაზა - 10მგ, ლიპაზა - 10მგ) და რუტინს - 50მგ.

კლინიკურმა კვლევამ აჩვენა, რომ ორგანიზმში საკვანძო პათოლოგიის პროცესებზე გავლენის შედეგად Wobenzym-ი ავლენს რიგ მნიშვნელოვან დადებით თვისებებს: აუმჯობესებს მიკროცირკულაციას და სისხლის რეოლოგიურ თვისებებს, გააჩნია ანთების და შეშუპების საწინააღმდეგო ქმედება, ზრდის მონოციტების - მაკროფაგების ფაგოციტოზს და ანთებითი პროცესების დაქვეითების ხარჯზე იგი მკვეთრად აჩქარებს ორგანიზმში რეპარაციული პროცესების მიმდინარეობას. მისი გამოყენებისას პაციენტები დაცული არიან არასასურველი გვერდითი მოვლენებისგან. ამიტომ მკურნალობის კურსის ხანგრძლივობა არ არის შეზღუდული.

ქრონიკული ანთებითი დერმატოზების პათოფიზიოლოგიური მექანიზმების გათვალისწინებით უნდა ვივარაუდოთ, რომ Wobenzym-ის გამოყენება ფრიად პერსპექტიული უნდა იყოს.

Wobenzym-ით მკურნალობა ჩვენ ჩაუტარეთ 10-67 წლების ასაკის სხვადასხვა სახის დერმატოზებით დაავადებულ 69 ავადმყოფს. მათ შორის ატოპიური დერმატიტი ქონდა 15-ს, ეგზემა - 11-ს, ალოპეცია არეატა - 13-ს, ფსორიაზი - 10-ს, წითელი ბრტყელი ლიქენი - 10-ს.

ყველა ავადმყოფმა გაიარა კომპლექსური კლინიკო-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევა. ამის შედეგად გამოვლინდა შედეგი თანდაყოლილი დაავადებანი: რეაქტიული პანკრეატიტი, ნაღველსადინარების დისკინეზია, მსხვილი ნაწლავის დისკინეზია, დუოდენო-გასტრალური

რეფლუქსი, ბრონქიალური ასთმა, ვეგეტოსისხლძარღვოვანი დისტონია და სხვა. ძირითადი დაავადების გართულებებიდან ყველაზე ხშირად აღინიშნებოდა ონიქოლისტროფია, ქეილიტი, სტრეპტოსტაფილოდერმია და ლიმფადენოპათია.

შემოთავაზებული მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების მიზნით ღინამიკაში (მკურნალობამდე და მის მერე) დაზიანების კერებში ვიკლევდით ანთებითი პროცესის და სხვა კლინიკური გამოვლინების გამოხატულებას (ერთემა, ლიქენიზაცია, სისველე, თმების ზრდის ინტენსივობა, პიგმენტაცია და ა.შ.), დაავადების მიმდინარეობის ხასიათს და რეციდივებს. პრეპარატის დადებითი ზემოქმედების ობიექტურ კრიტერიუმად ვიყენებდით უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტის მაჩვენებლებს: T და B ლიმფოციტების რაოდენობას სისხლში, შნატოვანი იმუნოგლობულინების MGA შემცველობას. პრეპარატი ინიშნებოდა შემდეგი სქემის მიხედვით: საჭმლის მიღებამდე 30-40 წუთით ადრე, დაღვივების გარეშე, წყლის. დიდი რაოდენობის დაყოლებით. საწყისი დოზა - 5-7 ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში (მწვავე პერიოდის განმავლობაში). კლინიკური მაჩვენებლების და სპეციალური კვლევის შედეგებით დადებითი ძვრების შემთხვევაში დოზას ვამცირებდით კვირაში 1 დრაჟემდე. მინიმალურ, დამხმარე დოზებს ავადმყოფები იღებდნენ კანის აღნიშნულ დაავადებათა გამოვლენის სრულ გაქრობამდე და ობიექტური მაჩვენებლების ნორმალიზაციამდე.

საკონტროლო ჯგუფი შედგენილი იყო ავადმყოფებით, რომლებიც იღებდნენ ჩვეულებრივ კომპლექსურ თერაპიას Wobenzym-ის გარეშე. შედარებითმა დაკვირვებამ აჩვენა, რომ საცდელ ჯგუფში მკურნალობის ეფექტურობა მნიშვნელოვნად აღემატებოდა საკონტროლოს. კერძოდ

- კლინიკური გამოჯანმრთელების ვადა შემცირდა 2-ჯერ;
- კლინიკური რემისიის ხანგრძლივობა გაიზარდა 2-8-ჯერ.

ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა სისტემური ენზიმოთერაპიის მაღალეფექტურობა კოსმეტიკურად არახელსაყრელი დერმატოზების დროს. Wobenzym-ის გამოყენებამ საშუალება მოგვცა უარი გვეთქვა ზოგადი მოქმედების მრავალ პრეპარატზე, რამაც ავადმყოფზე მნიშვნელოვნად შეამცირა ფარმაცოლოგიური დატვირთვა. ინდივიდუალური დოზირების გათვალისწინებით ავადმყოფებმა კარგად გადაიტანეს მკურნალობა, გვერდითი მოვლენები არ განვითარებულა. ამის საფუძველზე მეთოდი რეკომენდირებულ იქნა დერმატოლოგიურ პრაქტიკაში, როგორც ქრონიკული დერმატიტის მკურნალობის ეფექტური საშუალება.

ლიტერატურა:

1. Кириенко А.И., Богачев. Материалы 2-ой Международной конференции по системной энзимотерапии., М., 1996; 53-54.
2. Системная энзимотерапия (ред. - В.И.Мазуров), 1996.

Цискаришвили Н. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ РЕЗЮМЕ

Препаратом Wobenzym лечили под контролем клинико-лабораторного обследования 69 больных различными дерматозами у которых помимо кожных проявлений, имелась разнообразная патология желудочно-кишечного тракта, почек и др. Использование Wobenzym-а значительно сократило сроки достижения клинического излечения, увеличило

продолжительность ремиссии, нормализовало патологические изменения в организме, что позволило рекомендовать этот метод в качестве эффективного средства для лечения хронических дерматозов.

Tsiskarishvili N.

PERSPECTIVES OF THE USE OF SYSTEMIC ENZYMOTHERAPY IN CLINICAL DERMATOLOGY SUMMARY

A total of 69 patients with various dermatoses underwent treatment with Vobenzym. Besides dermatological features, pathological changes related to gastrointestinal system, Kidneys, Liver etc. had been observed. Use of Wobenzym significantly decreased terms for reaching clinical improvement, duration of remission period, caused normalization of pathological changes, that gives opportunity to recommend the preparation as a useful mean for the treatment of chronic dermatoses.

Цискаришвили Н.

ГИАЛУРОНАТ ЦИНКА (КУРИОЗИН) В ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

ТГМУ, Кафедра кожных и венерических заболеваний

Угревая сыпь является ведущим или единственным симптомом угревой болезни, проблемы терапии которой остаются достаточно актуальными. Высыпания встречаются у 80% подростков, у 2% пациентов наблюдаются тяжелые формы заболевания (аспе conglobata, fulminans), сопровождающиеся формированием глубоких деформирующих рубцов, практически не поддающихся лечению. Акне часто вызывают беспокойство, депрессию, личностные и производственные трудности. Т.о. актуальность проблемы не вызывает сомнений и определяет необходимость разработки новых эффективных методов лечения угревой болезни.

Современная терапия угрей включает применение разнообразных лекарственных препаратов (системные антибиотики, эксфолиативные средства, противовоспалительные препараты, стероиды), а также немедикаментозное лечение (УФ-облучение, криотерапия). Наиболее широко при лечении угревой болезни используются антибиотики, как системного, так и местного действия, причем в настоящее время интерес к последним возрос. Местное применение антибактериальных средств уменьшает риск системных побочных эффектов, позволяет избежать резистентной селекции в нормальной микрофлоре, дает возможность увеличить концентрацию активного вещества в очаге поражения при одновременном снижении дозы препарата.

К числу оригинальных препаратов наружной терапии угревой сыпи относится гель куриозин (гиалуроната цинк). По данным ряда авторов гиалуроновая кислота способствует подавлению бактериальной липазы, расщепляющей липиды на жирные кислоты, то есть воздействует на один из пусковых моментов развития клинических симптомов обыкновенных угрей. В ряде исследований было показано, что у пациентов с угревой сыпью отмечается снижение концентрации цинка в коже без изменения его уровня в сыворотке. Поэтому очевидно целесообразность местного применения препаратов, содержащих цинк. Цинк снижает интенсивность воспаления, влияя на активность интерлейкинов 1, 2 и 6. Важным моментом в лечебном воздействии геля «Куриозин» является блокирование 5-альфа-редуктазы, фермента, локализуемого в волосяных фолликулах и сальных железах и

трансформирующего тестостерон в его активный метаболит 5-альфа-дегидротестостерон (механизм, являющийся основным фактором определяющим начало развития угревой болезни). В связи с тем, что у значительного числа пациентов после разрешения угревой сыпи остаются заметные втянутые рубцы, свойство геля Куриозин формировать гладкий рубец может быть в данном случае особенно важным.

Целью работы явилось определение эффективности, переносимости и безопасности гиалуронита цинка при лечении пациентов с угревой болезнью умеренного и тяжелого течения. Под наблюдением находилось 58 пациентов с угревой сыпью (20 мужчин и 38 женщин). По возрасту больные распределялись следующим образом: от 14 до 25 лет (14 мужчин и 27 женщин) от 26 до 40 лет (7 мужчин и 10 женщин). Таким образом, наибольшую долю среди включенных в исследование составили пациенты молодого возраста, причем преимущественно женщины.

В зависимости от продолжительности течения угревой болезни испытуемые были разделены на 2 группы: с продолжительностью сыпи менее 2 лет и более 2 лет. В первой подгруппе было 25 пациентов (15 в возрасте от 14 до 25 лет и 10 в возрасте от 26 до 40 лет) во второй 33 (соответственно 21 и 12).

Препарат наносился на кожу лица 2 раза в день, избегая попадания в глаза, длительность терапии – 12 недель. Во время каждого визита оценивалось состояние кожи лица по количеству и выраженности таких морфологических элементов угревой болезни, как комедоны, пятна, папулы, пустулы. Степень выраженности угревой сыпи определялась по методу Кука на основании шкалы от 0 до 8 градации, выделяемых по указанной шкале, позволяя провести количественную и качественную характеристику степени тяжести заболевания, учитывая площадь поражения и количество высыпных элементов. По степени выраженности угревой сыпи все пациенты были разделены на две группы: с умеренной степенью выраженности – менее 6 по шкале Кука (41), с тяжелой степенью заболевания – 6 и более по шкале Кука (17). Из нашего исследования были исключены больные с тяжелыми формами заболевания (аспе fulminans) степень выраженности угревой сыпи более 7 по шкале Кука. Об эффективности применения куриозина у пациентов судили по степени уменьшения числа комедонов, пятен, папул, пустул и изменению оценки выраженности угревой сыпи (градации) по шкале Кука в течение 12 недель лечения. В результате наблюдений выявлено, что под влиянием терапии происходило активное разрешение элементов угревой сыпи замедление появления новых полиморфных высыпаний, уменьшалась островоспалительная реакция кожи. При анализе данных по изменению числа отдельных элементов сыпи у пациентов было выявлено, что наиболее интенсивно в процессе терапии куриозином разрешались пустулы. Количество пустул от 1 визита к 5 уменьшалось 12,6 раза (15,1 до 1,2), активно разрешались папулы: среднее количество папул в процессе терапии сократилось в 5 раз: с 20,8 (визит 1) до 4,4 (визит 5), среднее количество открытых комедонов уменьшилось с 27,5 (визит 1) до 10,1 (визит 5) т.е. более чем в 2,7 раза, среднее количество закрытых комедонов в конце лечения уменьшилось в 2,5 раза с 33,8 (визит 1) до 13,5 (визит 5).

Выраженный терапевтический эффект (исчезновение клинических проявлений и значительное улучшение) наблюдался у 98% больных, причем у 41% пациентов активное разрешение полиморфных высыпаний было отмечено уже со 2-й недели терапии. Куриозин обладает хорошей переносимостью даже при длительном его применении. Побочные эффекты при применении препарата отмечались только в виде сухости у 10 пациентов. Эти явления возникали через 4-6 недель лечения, имели легкую и среднюю

степень выраженности, переносятся легко и не требовали отмены препарата: их средняя продолжительность не превышала 7-10 дней. Явления разрешались самостоятельно. Таким образом, куриозин является активным лечебным средством наружной терапии угревой болезни и обладает выраженной клинической эффективностью. Препарат обладает хорошей переносимостью при незначительном числе невыраженных побочных эффектов даже при его длительном применении, что является свидетельством высокой безопасности препарата. Куриозин обладает высокой терапевтической эффективностью: значительное улучшение и клиническое выздоровление достигнуто у 98% больных независимо от возраста и длительности заболевания. Высокая терапевтическая эффективность при абсолютной безопасности определяет минимальную величину терапевтического индекса Куриозина.

Литература:

1. Гедсон Рихтер. Научно-информационный медицинский журнал №2, 2001.
2. Кривошеев Б.Н., Ермаков М.Н., Криницина Ю.М. Современные методы лечения угревой болезни: Метод, рекомендации. Новосибирск, 1997; 14-16.
3. Шахтмейстер И.Я., Шварц Г.Я. Новые препараты в дерматологии. М. 1995; 28-31.
4. Eltowski B.E. A novel treatment for acne vulgaris and rosacea. IEADV, volume 14, Number 5, September 2000, 423-424.

N. Tsiskarishvili ZINC-GYALURONATE (CURIOSINE) IN THE TREATMENT OF ACNE DISEASE SUMMARY

Clinical efficacy and safety of curiosine were studied in 58 patients with acne disease of moderate and severe forms. High efficiency of the medication has been shown. Since the second week from the starting of treatment rapid progress in diminishing acne rash has been observed, while at the end of the treatment all rash elements disappeared. Independently from the duration of dermatoses, condition improved in 98% of patients. High efficiency of preparation combined with the safety allows recommending curiosine for wide use in the treatment of moderate and severe forms of acne.

ი ცხვრებაბე

საქართველოს ზოგიერთი რაიონისა და ქალაქის ღია ადგილების რადიაციული ზონი

თსუ, კომუნალური და რადიაციული ჰიგიენის კათედრა.

ბუნებრივი რადიაციული ფონი დედამიწაზე მუდმივად არსებობს. იგი განუწყვეტლივ მოქმედებს ადამიანზე მისი განვითარების პროცესში და ადამიანი მისი მოქმედების მიმართ გარკვეულწილად ადაპტირებულია. ამდენად, მოსახლეობის მაიონებელი გამოსხივების ბუნებრივი წყაროებით დასხივების დოზებით გაპირობებული შავნე ზემოქმედების საშიშროება თითქოს არ უნდა არსებობდეს. მაგრამ, თანამედროვე პერიოდში მეცნიერების უდიდესმა მიღწევებმა შესაძლებელი გახადა ატომბირთვული ენერჯის გამოყენების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნებისათვის გამოყენება, რამაც რეალური გახადა ბიოსფეროს

რადიაციული დაბინძურება. ამის შედეგად იზრდება ბუნებრივი რადიაციული ფონი და მით პირობადებული მოსახლეობის დასახივების დოზები.

საქართველოს გეომორფოლოგია, განედური მდგომარეობა, რელიეფი ხელს უწყობს ხელოვნური რადიონუკლიდების გამოლექვას მის ტერიტორიაზე, რასაც დასაბამი მიეცა ატომური იარაღის სსაცვლი აფეთქებებისა (1960-70 წლებში) და მსხვილმაშტაბიანი რადიაციული ავარიების (მაგ. 1986 წელს ჩერნობილის აეს-ზე) დროს წარმოქმნილი გლობალური დაბინძურებით. (3. 8) ყოველივე ეს მეტად აქტუალურს ხდის საქართველოს თანამედროვე რადიაციული ფონის (რფ) მდგომარეობის შესწავლას, რამეთუ გაზრდილმა რადიაციულმა ფონმა და შესაბამისად დასახივების გაზრდილმა დოზამ გავლენა იქონიოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, მით უფრო რომ ცნობილია მაიონებელი გამოსხივების „მკირვი ღოზების“ მავნე სტოქასტიური მოქმედება.

1990 წლამდე არსებული სტატისტიკური მასალის ანალიზმა აჩვენა, რომ საქართველოში აღინიშნება ოსკოლოგიურ დაავადებათა, მათ შორის ლეიკოზების მატება, გაიზარდა გენეტიკური დაავადებების რიცხვი (5).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მეტად აქტუალურია საქართველოს რაიონების რადიაციული ფონის შესწავლა, გარემოს ცალკეული რადიაციული კომპონენტით გაპირობებული მოსახლეობის დასახივების დოზების განსაზღვრა, მოსალოდნელი მავნე სტოქასტიკური შედეგების პროგნოზირება და სათანადო პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავება.

გამოსაკვლევ რაიონებად ავირჩიეთ განსხვავებული ტერიტორიები, შედარებით დაბლობი და მაღალმთიანი რეგიონები, საკურორტო ზონა და სამრეწველო ქალაქები, თერმალური წყლების ამოსვლის ადგილები და სხვა.

შესწავლილია ქალაქების: ბორჯომის, ქუთაისის, წვალტუბოს, ხონის, ჭიათურის, საჩხერის, ხარაგოულის, ბორჯომის რაიონის 12 სოფლის, საჩხერის რაიონის 7 სოფლის, ჭიათურის რაიონის 2 სოფლის და სარაკოულის რაიონის 17 სოფლის რადიაციული ფონის გარეგანი დამსახივებელი კომპონენტი, კერძოდ ღია ადგილების რადიაციული ფონი.

რფ-ს გაზომვები ტარდებოდა სპეციალურად შემუშავებული ინსტრუქციის მიხედვით, სცინტილაციური ხელსაწყოთი СРП „68-01“, ღია ადგილებში დეკამეტიდან 1 მ-ს სიმაღლეზე, ქუჩებში — შენობებიდან 1 მ-ს დაშორებით, თითოეულ წერტილში მრავალჯერადად (10-ჯერ), მინიმალური და მაქსიმალური ჩვენების დაფიქსირებით.

გაზომვის წერტილებად მერჩეული იყო ადგილები, სადაც მოსახლეობა უფრო მეტად იყრის თავს—ქუჩები, ეზოები, ავტოვაგზლები, ბაღები, სკვერები, გზაჯვარედინები, ბაზრები, რკინიგზის სადგურები და სხვ.

რფ განისაზღვრა 5227 წერტილში (52270 ანათვალი). ჩატარებულია მასალის დისპერსიული ანალიზი. მათამატიკური დამუშავება მოხდა IBM ტიპის კომპიუტერზე.

გამოსაკვლევებმა გვიჩვენა, რომ შესწავლილი ტერიტორიის ღია ადგილების რფ მერყობდა 65.9-5-135 ნგრ/სთ ფარგლებში საშუალოდ 93.12 ნგრ/სთ (ცხრილი 1).

რფ-ს მინიმალური მნიშვნელობები დაფიქსირდა ბორჯომის რაიონის სოფლებში: წაღვერში— 60.8-76.5 ნგრ/სთ, პატარა ცემში 61.8-76.1 ნგრ/სთ, კიძოთისუბანში 62.0-75.5 ნგრ/სთ; ხარაგოულის რაიონის სოფლებში: ნუნისში 54-70 ნგრ/სთ, ზვარეში 63-79.9 ნგრ/სთ, მოლითში 66.6-84 ნგრ/სთ.

რფ-ს საშუალოსთან შედარებით მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნა ჭიათურის რაიონის სოფელ მღვიმეში არსებულ კარიერზე, სადაც რფ მერყეობდა 148-176 ნგრ/სთ, ხარაგოულის რაიონის სოფელ ხეში 137.6-162.3 ნგრ/სთ, ქ. ბორჯომში მინის ტარის ქარხნის ეზოში 161.0-198.9 ნგრ.სთ.

ტერიტორიული თავისებურებების მიხედვით ღია ადგილების რფ-ს შედარებამ განსხვავებული მაჩვენებლები გვიჩვენა (ცხრილი 2) რფ-ს სიდიდე მინიმალურია მდინარეების წყლის ზედაპირზე და საშუალო მერყეობაა 62.8-85.5 ნგრ/სთ-ს შეადგენს, თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მდინარე, ძირითადად და მდინარე ნუნისელას წყლის ზედაპირზე შედარებით მაღალი მონაცემები დაფიქსირდა, შესაბამისად 85-125 ნგრ/სთ და 85-110 ნგრ/სთ.

დამუშავებულ მიწებზე რფ-ს მერყეობა შედარებით მაღალია მოასფალტებულ და ყაშირ ტერიტორიებთან შედარებით, შესაბამისად 87.1-108 ნგრ/სთ, 82.2-100 ნგრ/სთ და 82-98 ნგრ/სთ.

საქართველოს ამ რაიონების ღია ადგილების რადიაციული ფონის საშუალო მაჩვენებლები: 86.01 ნგრ/სთ (ბორჯომის რაიონი); 92.8 ნგრ/სთ (საჩხერის რაიონი); 89.9 ნგრ/სთ (ჭიათურის რაიონი); 91.0 ნგრ/სთ (ხარაგოულის რაიონი); 100.3 ნგრ/სთ (იმერეთის რეგიონი); 93.15 ნგრ/სთ (მთლიან-ნად გამოკვლეული ტერიტორია) საქართველოს დარჩენილი რეგიონების ღია ადგილების რფ-ს ფარგლებშია 55-300 ნგრ/სთ (4, 6, 7), მაგრამ რამდენადმე აღემატება UNSCEAR და NRPB მონაცემებს, რომელთა მიხედვითაც მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში რფ სიდიდე მერყეობს შესაბამისად 3.6-9.1 მკრ/სთ და 30-80 ნგრ/სთ-ის ფარგლებში (2, 9).

რფ-ს რამდენადმე მომატებული მაჩვენებელია აგურის, პემზის ფსენილითა და მარმარილოთი მოპირკეთებულ ბილიკებზე, რაც ალბათ შეპირობებულია მათში რადიონუკლიდების განსხვავებული შემცველობით. ეს სიდიდეები რამდენადმე აღემატებიან რფ-ს ღია ადგილების საშუალო მაჩვენებლებს, მაგრამ იმყოფებიან სხვადასხვა გეოლოგიური რაიონების რფ-ს ფარგლებში (1).

განსხვავებული რფ-ს სიდიდე მდინარეთა ზედაპირზე უნდა აიხსნას წყალში რადიონუკლიდთა შემცველობის, ნიადაგთან შედარებით დაბალი დონით, ხოლო შედარებით მაღალი აქტიურობა მდინარე ნუნისელაზე მიუთითებს მასში რადიონუკლიდების მომატებულ შემცველობას, რაც შესაძლებელია განსაზღვრავს მის სამკურნალო თვისებებს.

უნდა აღინიშნოს, რომ მაღალმთიანი და დაბლობი რეგიონების რფ-ს შედარებისას მნიშვნელოვანი განსხვავება არ აღინიშნა. შესაბამისად დაბლობში 92.8 ნგრ/სთ, 91 ნგრ/სთ და მაღალმთიან ტერიტორიაზე 89.9 ნგრ/სთ. საკურორტო ზონაში გაცილებით ნაკლები მაჩვენებელი აღინიშნა, ვიდრე სამრეწველო ქალაქებში. შესაბამისად 60.8 ნგრ/სთ (წალკერი), 71.7 ნგრ/სთ (ბაკურიანი), 62 ნგრ/სთ (ნუნისი), 84,9 ნგრ/სთ (ქ. ბორჯომი) და 96.5 ნგრ/სთ (ქ. ქუთაისი), 81.4 ნგრ/სთ (ქ. ჭიათურა).

ამგვარად, ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე შეგვიძლია დავადგინოთ, რომ შესწავლილი ტერიტორიის ღია ადგილების საშუალო რადიაციული ფონი (93.15 ნგრ/სთ) არ გამოდის საქართველოს დანარჩენი რეგიონების რადიაციული ფონის მაჩვენებლებიდან, თუმცა რამდენადმე მომატებულია მსოფლიო ქვეყნების საშუალო მონაცემებთან შედარებით.

ცხრილი

გამოკვლეული რაიონების და ქალაქების ღია ადგილების რადიაციული ფონი.

N	გამოკვლეული ტერიტორია	რფ-ის	სიმძლავრე	ნგრ/სთ
		min	max	med
1	2	3	4	5
1	ქ. ბორჯომი	84.9	101.3	93.1
2	ბაკურიანი	71.7	87.7	79.7
3	წალკერი	60.8	76.5	68.6
4	გზა წალკერამდე	70.2	87.9	79.1
5	პატარა ციმი	61.8	76.1	68.9
6	ციმი	72.7	89.5	81.1

1	2	3	4	5
7	კიძოთისუბანი	62.0	75.5	68.7
8	მიტარბის ქარხ. ტერიტ.	78.8	94.6	86.7
9	მზეთამზია	77.0	92.5	84.7
10	ღაბა	64.5	80.1	72.3
11	ჩითახევი	78.1	93.54	85.8
12	ახალღაბა	73.6	89.8	81.7
13	ყვიბისი	79.3	96.7	88.0
14	რველი	75.5	90.7	83.1
15	ბორჯომის რაიონი	77.95	94.07	86.01
16	ქ. ქუთაისი	80.0	113	96.5
17	ქ. წყალტუბო	78	112.5	95.2
18	ქ. ხონი	76	116.3	96.15
19	ქ. საჩხერე	80.7	100.4	90.5
20	სავანე	86.3	106.2	96.25
21	იცქისი	87	98	92.5
22	სხვიტორი	80.7	98.6	89.7
23	ივანწმინდა	85.5	103.9	94.7
24	გორისა	84	104.5	94.2
25	კობლური	94	111.9	102.9
26	მერჯვეი	77.8	93.9	85.8
27	საჩხერის რაი-ნი.	83.4	102.3	92.8
28	ქ. ჭიათურა	74.8	88	81.4
29	მუქრითი	81.9	99.8	90.85
30	მღვიმევი	108.8	126	117.4
31	გზა ჭიათურამდე	65.5	85.2	75.3
32	ჭიათურის რაი-ნი.	82.5	97.3	89.9
33	ქ. ხარაგოული	81.6	98.1	89.8
34	ბაზალეთი	79.1	94.3	86.7
35	ლარიხევი	72.5	89.5	81
36	ქროლი	73.3	92.3	82.8
37	ნუნისი	54	70	62
38	ზვარე	63	79.9	71
39	მოლითი	66.6	84	75
40	მარელოსი	81.2	97.2	89.2
41	დიდგაკე	84.3	99.5	91.9
42	სალანძლე	78.6	95	86.8
43	თეთრაწყარო	85.7	102.4	94.05
44	კიცხი	97.6	127.3	112.4
45	ხანდები	88.5	97	92
46	ლაშე	85.4	102.7	94
47	უბისა	111	129	120
48	ბორითი	94.2	112.8	103.5
49	საქასრია	103.8	122.9	113
50	ხევი	137.6	162.3	149.9
51	ხარაგოულის რაი-ნი.	83	99.9	91
52	იმერეთის რეგიონი	88.9	11.7	100.3
53	გამოკვლ. ტერიტორია	65.95	135	93.15

განსხვავებულ ადგილთა რადიაციული ფონის საშუალო სიდიდე

გამოკვლევული ტერიტორია	მდინარის სანაპირო	ტროტუარი	ყაჩირი მანა	საღრმეში და მკვეთრად დაბალი	შახტა	და ავტომობილებით მოხრეშული	მარბაზილის და გრანიტის ფილაებით დაფარული ტერიტორია
როგ საშუალო სიდიდე ნგრისთ	74.15	90	84.2	97.6	127,5	131.3	103

ლიტერატურა:

1. გელაშვილი კ. „რადიაციული ჰიგიენა“ თბილისი. 1983 გვ. 127
2. Доклад за 1977 год Генеральной Ассамблеи Научного Комитета ООН по действию атомной радиации (НКДАР) Нью – Йорк, 1978 т 1 ст 382.
3. Доклад за 1982 год Генеральной Ассамблеи Научного Комитета ООН по действию атомной радиации (НКДАР) Нью – Йорк, 1982 т 1 ст 656.
4. ერადე გ. ვეფხვაძე ნ. გელოვანი თ. კილაძე ნ. „რადიოეკოლოგიური სიტუაცია დასავლეთ საქართველოს ზოგიერთ რეგიონში.“ საქართველოს სამეც. მოამბე 1998 1-2-3 გვ. 3-8.
5. ვადაჭკორია ზ. სასის თანდაყოლილი ნაპრალის მქონე
6. ვეფხვაძე ნ. „ანგარიში რადიაციული ფონის შესწავლის სახელმწიფო პროგრამის შესრულების შესახებ.“ თბილისი. 1997 წელი.
7. ვეფხვაძე ნ. „მაიონიზებული გამოსხივების მცირე დოზების ზემოქმედებით ორგანიზმში გამოწვეული ზოგიერთი ცვლილება, მოსალოდნელი მანვ ეფექტების პროგნოზირება და სათანადო პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავება.“ სადოქტორო დისერტაცია, თბილისი. 1995 წელი.
8. К. Ш. Надарейшвили, М. С. Цицишвили, Р. Е. Хазарадзе, Д. Н. Манджгаладзе, Р. Я. Вепхвадзе "Воздействие Чернобыльской катастрофы на радиокосмогическую ситуацию в Закавказье". Сообщение II радиационной комиссии. Тбилиси. 1991 წელი.
9. Natural Radiation Maps of Western Europe, NRPB, 1993.

**Цховრებაдзе И.
РАДИАЦИОННЫЙ ФОН ОТКРЫТЫХ МЕСТНОСТЕЙ НЕКОТОРЫХ РАЙОНОВ И ГОРОДОВ ГРУВИИ
R E Z Y M E**

Изучены показатели радиационного фона (рф) некоторых районов и городов Грузии. Средний показатель рф (93,15 нГр/ч) – несколько превышает аналогичный показатель стран Европы, но соответствует показателям других регионов Грузии.

**I. Tskhovrebadze
RADIATION BACKGROUND IN THE OPEN AREAS OF SOME CITIES AND RAYONS OF GEORGIA.
S U M M A R Y**

Radiation background in open areas was studied in some cities and rayonsof Georgia. An average rate (93.15 nGy/h) corresponds to the radiation background in the rest of the regions of the country but slightly exceeds the same indicator in other countries of the world.

ნ.ჭაბაშვილი

ბრადიარიტიმით გართულებული მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა ფიზიკური რეაბილიტაცია

თსსუ, №1 კლინიკის კარდიოლოგიური განყოფილება
თსსუ, სამედიცინო რეაბილიტაციისა და სპორტული მედიცინის კათედრა

ბრადიარიტიები მიოკარდიუმის ინფარქტის შედარებით ხშირი გართულებაა, რაც სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით 10-30%-ში გვხვდება (1, 2). ბრადიარიტიმით გართულებული მიოკარდიუმის ინფარქტის პროგნოზული მონაცემები ურთიერთსაპირისპიროა. რიგი ავტორებისა აღნიშნავენ პროგნოზის გაუარესებაზე (5,6), ზოგი კი თვლის, რომ ბრადიარიტიები არ ახდენს უარყოფით გავლენას დაავადების გამოსავალზე (3, 4).

ჩვენი შრომის მიზანს წარმოადგენდა მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე პერიოდში განვითარებული ბრადიარიტიების და ამ ავადმყოფთა ექოკარდიოგრაფიული და ველოერგომეტრიული მონაცემების დინამიკის შესწავლა ფიზიკური რეაბილიტაციის ფონზე.

გამოკვლეულია მიოკარდიუმის ინფარქტით 32 ავადმყოფი, რომელთაც განუვითარდათ ბრადიარიტი (17 \leq 55 წთ-ში 8 სთ-ზე მეტი ხანგრძლივობით). ძირითადი ჯგუფი შეადგინა 24 (75%-)მა ავადმყოფმა, საკონტროლო - 8 (25%-)მა. №1 ცხრილში მოყვანილია ავადმყოფთა განაწილება ბრადიარიტიმის მიზეზების მიხედვით.

ავადმყოფებს უტარდებოდათ ეკგ გამოკვლევა 12 სტანდარტულ განხრაში SIMENS-ELEMA ფორმის MINGOGRAF-34 მოდელით. 24 სთ-იანი ეკგ დინამიური გამოკვლევა პოლტერის მეთოდით ხდებოდა MINGOGRAF-400 ტიპის პორტატიულ ჩამწერზე. ექოკარდიოგრაფიული კვლევა ხდებოდა ერთ და ორგანზომილებიან რეჟიმში OTE-BIOMEDICA-ს ფორმის SIM-500 აპარატზე. ველოერგომეტრული კვლევა ტარდებოდა ROLLER-ის ტიპის ველოერგომეტრზე. სტაციონარულ ეტაპზე ფიზიკური რეაბილიტაციის პროგრამა დგებოდა ავადმყოფთა სიმძიმის კლასის განსაზღვრის შემდეგ. 3 თვის შემდეგ ავადმყოფებს უტარდებოდათ ფიზიკური ვარჯიში ინდივიდუალური პროგრამით. სიარული 20-30 წთ კვირაში 3-5-ჯერ და ველოერგომეტრზე ვარჯიში ამავე სიხშირით დატვირთვისადმი ინდივიდუალური ტოლერანტობის 50%-იანი დატვირთვით.

ავადმყოფთა დინამიკაში გამოკვლევამ აჩვენა, რომ I ხარისხის A-V ბლოკადით ყველა ავადმყოფს სპონტანურად გაუქრა ბლოკადა. II ხარისხის A-V ბლოკადით 3 ავადმყოფიდან 2 (66,7%-)ს მობიტე I ტიპით - ატროპინის შეყვანის შემდეგ გაუქრა ბლოკადა, ხოლო 1 (33,3%-)ს მობიტე II ტიპით - დასჭირდა დროებითი ელექტროსტიმულაცია. III ხარისხის A-V ბლოკადით ავადმყოფთაგან მხოლოდ 1 (20%-)ს დასჭირდა დროებითი ელექტროსტიმულაცია. დანარჩენ ხუთს ბლოკადა გაუქრა ატროპინის ინექციის შემდეგ. ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადით 5 ავადმყოფიდან 1 (20%-)ს წინა კედლის Q კბილოვანი ინფარქტით, ბლოკადა შეუნარჩუნდა. ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადით 6 ავადმყოფიდან 1 (33,3%-)ს წინა კედლის Q

კბილოვანი ინფარქტით დარჩა ბლოკადა. საკონტროლო ჯგუფის ყველა ავადმყოფს დაავადების მე-3-4 დღეს ბლოკადა გაუქრა.

ექოკარდიოგრაფიულმა გამოკვლევამ აჩვენა, რომ I ხ. A-V ბლოკადით ავადმყოფებს ჰქონდათ დაბალი განდევნის ფრაქცია $45,2 \pm 2,1\%$. მათ შორის 2-ს ჰქონდა მკვეთრად დაბალი განდევნის ფრაქცია - $31,1 \pm 0,9\%$. II ხ. A-V ბლოკადით და ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადით ავადმყოფთა განდევნის ფრაქცია ნორმალური იყო. III ხ. A-V ბლოკადით და ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადით ავადმყოფებსაც დაბალი განდევნის ფრაქცია ჰქონდათ და შესაბამისად შეადგენდა: $48,4 \pm 2,7\%$ და $38,5 \pm 3,4\%$.

ჰოლტერის მონიტორირებით მიღებულია შემდეგი მონაცემები: ორივე ჯგუფის ყველა ავადმყოფს გაეზარდა გულისცემის საშუალო სიხშირე დღისით და ღამით, ყველა ავადმყოფს აღენიშნებოდა სინუსური რიტმი.

ველოერგომეტრიით დატვირთვის მიმართ ტოლერანტობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ჰქონდა III ხ. A-V ბლოკადით და ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადით ავადმყოფებს როგორც ძირითად, ისე საკონტროლო ჯგუფში: $42,8 \pm 8,9$ ვატი და $37,5 \pm 12,5$ ვატი. ძირითად ჯგუფში და $48,4 \pm 3,1$ ვატი და $40,2 \pm 1,3$ ვატი - საკონტროლო ჯგუფში. ძირითადი ჯგუფის 8 (33,3%) და საკონტროლო ჯგუფის 4 (50%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა ST სეგმენტის დეპრესია ფიზიკურ დატვირთვაზე. სუბმაქსიმალური გულისცემის სიხშირე იყო $116,7 \pm 5,8$ ძირითად ჯგუფში და $120,1 \pm 3,3$ - საკონტროლო ჯგუფში.

9-თვიანი რეაბილიტაციის პროცესში ძირითადი ჯგუფის ყველა ავადმყოფს გაეზარდა განდევნის ფრაქცია: I ხ. A-V ბლოკადით ავადმყოფთა განდევნის ფრაქცია გახდა $58,8 \pm 4,1\%$. 2 ავადმყოფს ძლიერ დაბალი განდევნის ფრაქციით ეს მონაცემი მცირედ გაეზარდა და გახდა $36,7 \pm 1,2\%$. II ხ. A-V ბლოკადით და ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკადით ავადმყოფთა განდევნის ფრაქცია გახდა შესაბამისად $60,17 \pm 4,2\%$ და $68,0 \pm 3,9\%$. III ხ. A-V ბლოკადით და ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადით ავადმყოფთა განდევნის ფრაქცია გახდა $53,6 \pm 3,1\%$ და $48,8 \pm 4,2\%$. საკონტროლო ჯგუფის ავადმყოფთა განდევნის ფრაქცია გაიზარდა 15,8%-ით და გახდა $48,9 \pm 2,8\%$.

ველოერგომეტრიით მიღებულია შემდეგი მონაცემები: ძირითად ჯგუფში მხოლოდ 2 (8%) ავადმყოფს აღენიშნა ST სეგმენტის დეპრესია, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში - 3 (25%-ს). 18,7%-ით გაიზარდა სუბმაქსიმალური გულისცემის სიხშირე ძირითად ჯგუფში და შეადგინა $143,6 \pm 8,1$, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში - 9,3%-ით და გახდა $132,3 \pm 4,5$. ასევე ძირითად ჯგუფში გაიზარდა დატვირთვის მიმართ ტოლერანტობა და გახდა $98,6 \pm 11,3$ ვატი.

ამგვარად, მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე პერიოდში სხვადასხვა სახის ბლოკადით განპირობებული ბრადიარიტმია ხშირია და ვითარდება 10,4%-ში. ბრადიარიტმია, რომელიც არ არის დაკავშირებული გამტარებელი გზების ორგანულ დაზიანებასთან, ხანმოკლეა და არ ახდენს გავლენას დაავადების პროგნოზზე.

ლიტერატურა:

1. Шульман В.А., Смирнова О., Матюшин Г.В. и др. Синусовая брадиаритмия в остром периоде инфаркта миокарда / Кардиология 2000; 2:24-27.
2. Billings F.T., Kalstone B.M., Spencer J.L. et al. Prognosis of acute myocardial infarction. / Am. J. Med. 1989; 7: 356.
3. George M., Greenwood T. Relation between bradycardia and the site of myocardial infarction / Lancet 1967; 2:739.
4. Gregory J., Grace W. The management of sinus bradycardia, nodal rhythm and heart block for the prevention of cardiac arrest in acute myocardial infarction. / Prog. Cardiovasc. Dis. 1968; 10:505.
5. Rotman ., Wagner G., Wallace A. Bradyarrhythmias in acute myocardial infarction. / Circulation 1972; 45: 703-722.
6. Simonsen E., Nielsen I., Nielsen S. Sinus node dysfunction in acute myocardial infarction. / Acta Med. Scand. 1980; 208: 463-469.

Чабашвили Н.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОЙ БРАДИАРИТМИЯМИ РЕЗЮМЕ

Изучена динамика брадиаритмий и показателей эхокардиографии и велоэргометрии у 32 больных острым инфарктом миокарда. Исследование показало, что блокады, не связанные с органическим поражением проводящей системы, встречается в 10,3% случаев, характеризуется нестойкостью и не влияет на прогноз заболевания. Физическая реабилитация улучшает эхокардиографические и велоэргометрические данные этих больных.

Chabashvili N.

PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND BRADYARRHYTHMIAS SUMMARY

The aim of the study was to investigation the effect of physical rehabilitation in patients with acute myocardial infarction and bradyarrhythmias. Holter ECG monitoring, echo and bicycle exercise test were used for the investigation of dynamics of A-V blocks. Most bradiarrhythmias are unstable and they doesn't change the prognosis of myocardial infarction. Physical training improves ejection fraction and exercise tolerance.

**ფიზიკური ვარჯიშის გავლენა არტირიულ წნევაზე
და მიოკარდიუმის იშემიამ მიოკარდიუმის
ინფარქტით ავადმყოფებში**

თსსუ, №1 კლინიკის კარდიოლოგიური განყოფილება
თსსუ, სამედიცინო რეაბილიტაციისა და სპორტული მედიცინის კათედრა

გულის იშემიური დაავადების მეორადი პროფილაქტიკა და მიოკარდიუმის ინფარქტით ავადმყოფთა რეაბილიტაცია, ამ სფეროში არსებული თეორიული და პრაქტიკული მიღწევების მიუხედავად, მაინც აქტუალური რჩება. მრავალი გამოკვლევით დადგინდა მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობისადმი კომპლექსური მიდგომა სტაციონარიდან გაწევის შემდეგაც (1,3). დღეისათვის ცოტაა შრომები, სადაც გათვალისწინებულია თანმხლები დაავადებების სიმძიმე და გართულებები (არტერიული ჰიპერტენზია, არიტმიები, გულის უკმარისობა, შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე, პოსტინფარქტული სტენოკარდია) (2, 4, 5).

ჩვენი შრომის მიზანს წარმოადგენდა არტერიული ჰიპერტენზიით ავადმყოფებში, რომელთაც გადაიტანეს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, ფიზიკური რეაბილიტაციის ეფექტურობის შესწავლა.

გამოკვლევულია 202 ავადმყოფი. 125 (61,9%) მამაკაცი და 77 (38,1%) ქალი. საშუალო ასაკი - 60,1±3,1 წელი. 108 (53,5%) ავადმყოფს ჰქონდა მიოკარდიუმის ინფარქტი Q კბილით, 94 (46,5%) -ს L კბილის გარეშე. 96 (47,5%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა სხვადასხვა სახის არიტმია: 54 (47,5%) - პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია, 18 (8,9%) -ს - მოციმციმე არიტმია, 3 (1,49%) -ს - სურბრავენტრიკულური პაროქსიზმი, 7 (3,47%) -ს - პარკუჭთა ფიბრილაცია, 7 (3,47%) -ს - A-V ბლოკადა. 130 (64,4%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა გულის უკმარისობა (კლიბით) I ფკ, 49 (24,3%) -ს - II ფკ 22 (10,9%), III ფკ და I (0,5%) -ს - IV ფკ. ზოგადი მდგომარეობის სიმძიმის მიხედვით ავადმყოფები ასე განაწილდა: I კლასს მიეკუთვნება 59 (29,2%), II კლასს - 72 (35,6%), III კლასს - 48 (23,8%) და IV კლასს - 23 (11,4%) ავადმყოფი. 100 (49,5%) -მა ავადმყოფმა შეადგინა ძირითადი ჯგუფი, 102 (50,5%) -მა - საკონტროლო.

ავადმყოფებს უტარდებოდათ ეკგ გამოკვლევა 12 სტანდარტულ განხრამი SIMENS-ELEMA ფორმის MINGOGRAF-34 მოდელზე. ექოკარდიოგრაფიული კვლევა ხდებოდა ერთ და ორგანზომილებიან რეჟიმში OTE-BIOMEDICA-ს ფორმის SIM-500 აპარატზე. ველოერგომეტრული კვლევა ტარდებოდა ROLLER-ის ტიპის ველოერგომეტრზე დატვირთვის მიმართ ტოლერანტობის განსაზღვრის მიზნით. 24 სთ-იანი ეკგ დინამიური გამოკვლევა პოლტერის მეთოდით ხდებოდა MINGOGRAF-400 ტიპის 2-არხიანი სპრატატიული ჩამწერით. ფიზიკური რეაბილიტაციის პროგრამა სტაციონარულ ეტაპზე დგებოდა ავადმყოფთა სიმძიმის კლასის განსაზღვრის შემდეგ. ინფარქტის გადატანიდან 3 თვის შემდეგ ავადმყოფებს უტარდებოდათ ფიზიკური ვარჯიში ინდივიდუალური პროგრამით: ფეხით სიარული 20-30 წთ კვირაში 3-5-ჯერ და ველოერგომეტრზე ვარჯიში ამავე სიხშირით 15-20 წთ დატვირთვისადმი ინდივიდუალური ტოლერანტობის 50%-იანი დატვირთვით.

განდევნის ფრაქციის მაჩვენებლის მიხედვით ავადმყოფები ორ ჯგუფად დაიყო: I ჯგუფში შევიდა 60 (60%) ავადმყოფი განდევნის ფრაქციით - 36,6±1,2% (დეკომპენსირებული ჰიპერტონული გულით). სისტოლური წნევა იყო 171,4±3,6 mmHg, დიასტოლური 101,8±2,5 mmHg. II ჯგუფში შევიდა 40 (40%) ავადმყოფი განდევნის ფრაქციით - 49,8±4,8%, სისტოლური წნევა იყო -

178,2±3,8 mmHg, დიასტოლური - 103,6±2,3 mmHg. საკონტროლო ჯგუფის ავადმყოფებიც ორ ჯგუფად დაიყო: I ჯგუფში შევიდა 58 (56,9%) ავადმყოფი განდევნის ფრაქციით - 36,1±1,1%. სისტოლური წნევა იყო 168,4±2,2 mmHg, დიასტოლური - 101,8±2,1 mmHg. II ჯგუფში შევიდა 44 (43,1%) ავადმყოფი განდევნის ფრაქციით 50,1±4,5%. სისტოლური წნევა - 166,9±2,1 mmHg, დიასტოლური - 102,8±1,6 mmHg.

ძირითადი ჯგუფის ავადმყოფთა ველოერგომეტრიული გამოკვლევით დადგინდა, რომ I ჯგუფში დატვირთვის მიმართ ტოლერანტობა იყო 60,6±1,8 ვატი. 12 (20%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა ST სეგმენტის დეპრესია 186±0,6 მმ-ით. II ჯგუფში დატვირთვის მიმართ ტოლერანტობა იყო 72,5±2,7 ვატი. 6 (15%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა ST სეგმენტის დეპრესია 1,91±0,7 მმ-ით. საკონტროლო ჯგუფის გამოკვლევამ აჩვენა, რომ I ჯგუფში დატვირთვის მიმართ ტოლერანტობა იყო 64,2±1,9 ვატი. 10(17,2%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა ST სეგმენტის დეპრესია - 1,84±0,74 მმ-ით. II ჯგუფში დატვირთვის მიმართ ტოლერანტობა იყო 74,6±2,8 ვატი, 5 (11,4%)-ს აღენიშნებოდა ST სეგმენტის დეპრესია 1,76±0,71 მმ-ით.

ფიზიკური ვარჯიშის ფონზე არტერიული წნევის დინამიკის შესწავლამ აჩვენა, რომ I ჯგუფში სისტოლური წნევა სარწმუნოდ შემცირდა და გახდა 148,2±0,5 mmHg, ხოლო დიასტოლური წნევა უმნიშვნელოდ შეიცვალა და გახდა 102,1±2,3 mmHg. II ჯგუფში სარწმუნოდ შემცირდა როგორც სისტოლური, ისე დიასტოლური წნევა. საკონტროლო ჯგუფის გამოკვლევით დადგინდა, რომ I ჯგუფში ასევე შემცირდა სისტოლური წნევა და გახდა 140,2±1,1 mmHg, ხოლო დიასტოლური მცირედ შეიცვალა და გახდა 99,2±0,8 mmHg. II ჯგუფში შემცირდა როგორც სისტოლური, ისე დიასტოლური წნევა. განდევნის ფრაქციის დინამიკის შესწავლამ აჩვენა, რომ ამ მარკერების გაუმჯობესება აღინიშნება იმ ჯგუფებში, სადაც განდევნის ფრაქცია 40%-ზე მეტი იყო, ხოლო საწყისი დაბალი განდევნის ფრაქციით ავადმყოფებში ეს მარკერებელი უმნიშვნელოდ შეიცვალა.

ძირითადი ჯგუფის ავადმყოფთა ველოერგომეტრიული გამოკვლევით დადგინდა რომ I ჯგუფში დმტ გახდა 70,2±3,2 ვატი, 6 (10%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა ST სეგმენტის დეპრესია 1,31±0,3 მმ-ით, II ჯგუფში დმტ გახდა 105,6±5,2 ვატი 2 (5%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა ST სეგმენტის დეპრესია 1,2±0,2 მმ-ით. I საკონტროლო ჯგუფში დმტ გახდა 78,3±2,4 ვატი, 8 (13,8%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა ST სეგმენტის დეპრესია 1,6±0,6 მმ-ით. II ჯგუფში დმტ გახდა 90,2±3,0 ვატი, 4(9,1%)-ს აღენიშნებოდა ST სეგმენტის დეპრესია 1,5±0,4 მმ-ით.

ამგვარად, არტერიული ჰიპერტენზიით ავადმყოფთა ფიზიკური ვარჯიშით რეაბილიტაციის ფონზე Q კბილის გარეშე ინფარქტით ავადმყოფებში, რომელთა განდევნის ფრაქცია >40%-ზე, არტერიული წნევა ნორმალიზდება. ასევე კლებულობს პოსტინფარქტული სტენოკარდიით ავადმყოფთა რიცხვი, რაც გამოიხატება ST სეგმენტის დეპრესიის სტატისტიკურად სარწმუნო შემცირებით. იზრდება ამ ავადმყოფთა დმტ.

დაბალი განდევნის ფრაქციის მქონე Q კბილიანი ინფარქტით ავადმყოფებში, მით უმეტეს, თუ მათ მიოკარდიუმის ინფარქტამდე ჰქონდათ გუ-ს მოვლენები, ფიზიკური ვარჯიშის ფონზე ქვეითდება სისტოლური წნევა, ხოლო დიასტოლური მომატებული რჩება. ასევე დაბალი რჩება დატვირთვის მიმართ

ტოლერანტობა, თუმცა ST სეგმენტის დეპრესია მცირდება საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით.

ლიტერატურა:

1. Куликов В.П., Ефремушкин Г.Г., Аксенов А.В. и др. Эффективность физических тренировок в режиме свободного выбора нагрузки у здоровых людей и больных инфарктом миокарда. / Кардиология 1994; 8:29-31.
2. Курбанов Р.Д., Киякбаев Г.К., Абдуласв Г.А. др. Динамика желудочковой аритмии в течение первого года после инфаркта миокарда и ее значение для прогноза жизни больных. / Кардиология 1997; 11:36-40.
3. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца: Руководство для врачей. М. медицина 1988. 288.
4. Myers J., Have S., Froelicher V.F. A randomized trial of the effects of 1 year of exercise training on computer-measured ST-segments displacement in patients with coronary artery disease. / J. Am. Cardiol. 1984; 4:1094-1102.

Чабашвили Н.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ИШЕМИЮ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

РЕЗЮМЕ

С целью изучения эффективности физической реабилитации обследовано 202 больных с острым инфарктом миокарда и артериальной гипертензией. Средний возраст больных $60:1\pm 3:1$ г. У 108 (53,5%) больных был крупноочаговый инфаркт. Больные были разделены на 2 группы: 100 (49,5%) больных составили основную группу, 102 (50,5%) - контрольную. Исследование показало, что у больных с мелкоочаговым инфарктом и с фракцией выброса $>40\%$, артериальное давление нормализовалось на фоне физической реабилитации. Уменьшилось количество больных с постинфарктной стенокардией, что вывилось в достоверном снижении ST сегмента. У больных с крупноочаговым инфарктом и с низкой фракцией выброса отмечено снижение только систолического давления, также остается низким толерантность к физической нагрузке, но уменьшается количество больных с постинфарктной стенографией.

Chabashvili N.

EFFECTS OF AN EXERCISE TRAINING ON BLOOD PREASURE AND MYOCARDIAL ISCHEMIA IN PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

SUMMARY

The aim of the study was to investigation the effect of physical rehabilitation on arterial hypertension in 202 patients after myocardial infarction. Patients were randomized to 2 groups. In patients of group 1 (n=100) were used standard methods of physical rehabilitation. After course of training decreased blood preasure in patients with myocardial infarction without Q wave and $EF>40\%$. In patients with Q wave myocardial infarction and $EF<40\%$, decreased only systolic presure. In both groups decreased count of patients with myocardial ischemia.

ნ.ჭიპაშვილი, თ.ჭურციკიძე
სტომატოლოგიურ პაციენტთა სმდაცვის საჭიროების
შეფასება ძთბილისის და ძლონდონის მოსახლეობაში

თსსუ, თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრა,
სტომატოლოგიისა და სამედიცინო ესტეტიკის
ქართულ-გერმანულ-ესპანური კლინიკა „უნიდენტ-როსი“,
“Battersea Preventive Dental Practice” – ლონდონი, დიდი ბრიტანეთი

ანაღგეზია და სუდაცია თანამედროვე სტომატოლოგს საშუალებას აძლევს გვერდი აუაროს ისეთ დიდ პრობლემას, როგორცაა პაციენტის ფსიქიკური ტრავმა.

სუდაციის გამოყენებით სტომატოლოგიური პაციენტის მკურნალობა რამდენიმე ეტაპს მოიცავს, მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია პაციენტის შერჩევა სამედიცინო ჩვენებებისა და უკუჩვენებების გამოყენებით. პრემედიკაციისათვის მნიშვნელოვან ჩვენებად ითვლება ფსიქოლოგიური მაჩვენებლები (ფსიქოემოციური დარღვევები), შიში სტომატოლოგიური მკურნალობისადმი (სტომატოფობია), რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს ადრე ჩატარებული მტკივნეული მანიპულაციებით მიყენებული ემოციური ტრავმით.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სტომატოლოგიურ კლინიკაში შემოსულ პაციენტთა მკურნალობის სწორი მეთოდის შერჩევა მათი ფსიქოემოციური სტატუსის გათვალისწინებით. სტომატოლოგთან ვიზიტისას პაციენტის ფსიქოემოციური სტატუსის შეფასება ეფუძნება ანამნეზის შეკრებას და პაციენტის სუდმყოფობის ისტორიას, რაც შეიძლება არასაკმარისი აღმოჩნდეს.

ამ პრობლემის გადასატრელად ჩვენ გამოვიყენეთ ინგლისელი ფსიქოლოგის ეიზერკის კითხვარი (ფსიქოლოგიური ტესტი), რომელიც მოგვაწოდა საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის დ.უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტმა. აღნიშნული ტესტი შედგება 57 კითხვისგან და ჩასატარებლად მუტად მარტივია. გამოთვლა ხდება სპეციალური ცხრილით და მიღებული შედეგებით შეიძლება შეფასდეს პაციენტის ფსიქოემოციური მდგომარეობა: 1. ექსტრავერსია (მსუბუქი, საშუალო, ძლიერ გამოხატული); 2. ნევროტიზმი; 3. სიცრუე; 4. შერეული ტიპი. აღნიშნული ტესტით ჩვენს მიერ პირველადი გამოკითხვა ჩატარდა თსსუ თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრის კლინიკა „უნიდენტ-როსის“ ბაზაზე (გამოკითხულ იქნა 50 პაციენტი), რომელთაც მკურნალობა უტარდებოდათ პრემედიკაციისა და სუდაციის გარეშე (ცხრილი 1).

მეორადი გამოკითხვა ჩატარდა “Battersea Preventive Dental Practice”-ში, ლონდონი, დოლო ბრიტანეთი. მონაცემები შეტანილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში (№2).

მიღებული მონაცემების შედარებით აღმოჩნდა, რომ ინგლისში გამოკვლეულ პაციენტთა 80%-ში მათი ვიზიტის სიხშირე სტომატოლოგიურ კლინიკაში 3-ზე მეტია და 1-2-ია 20%-ში. მაშინ, როცა თბილისში გამოკითხულ პაციენტთა

56% საერთოდ არ დადის სტომატოლოგიურ კლინიკაში პროფილაქტიკური ვიზიტით, 1-2-ჯერ დადის 32% და მხოლოდ 12% - 3-ჯერ და მეტად. ასეთი დიდი სხვაობა ერთი მხრივ განპირობებულია რა თქმა უნდა ლონდონის მოსახლეობის უკეთესი სოციალური პირობებით, სტომატოლოგიური მკურნალობის მაღალი დონით. მაგრამ მეორე მხრივ, ლონდონში გამოკითხულ პაციენტთა უმრავლესობა აღნიშნავდა, რომ მათ მკურნალობა უტარდებოდათ სედაციის ქვეშ, რის გამოც ყველაზე ემოციურ პაციენტებსაც კი ეკარგებოდათ შიშის გრძობა სტომატოლოგიური მკურნალობისადმი, არ განიცდიდნენ ნერვულ დაძაბულობას კლინიკაში ვიზიტის დროს. მონაცემები გვიჩვენებენ აგრეთვე, რომ თუ ინგლისში გამოკითხულ პაციენტთა 32% მიმართავს სტომატოლოგს უკვე ტკივილის ჩივილით, თბილისში ეს რიცხვი 60%-ია. ინგლისში გამოკითხულ 50 პაციენტს შორის შიში სტომატოლოგთან ვიზიტის ხელისშემშლელი ფაქტორია 6 რესპოდენტისთვის, საქართველოში - 38, შიშის მიზეზად საზოგადო აზრს ასახელებს ინგლისში - 25, თბილისში - 11 რესპოდენტი, ხოლო პირად განცდას ადრე ჩატარებული სტომატოლოგიური მანიპულაციების შემდეგ ინგლისში - 25, საქართველოში - 38.

3. თბილისში გამოკითხულ შემოაღნიშნულ 50 პაციენტს, როგორც აღვნიშნეთ, მკურნალობა ჩაუტარდათ პრემედიკაციის და სედაციის გარეშე, ძირითადად ადგილობრივი გაუტიკიარების ქვეშ. "ატტერსკა რევენტივე ენტალ რატიციუ"-ში აღნიშნული პაციენტებიდან 15-ს, რომელთაც ეიზენკის ტესტის ჩატარების შემდეგ გამოუვლინდათ ნევროტიზმი, მძიმე ფორმის ექსტრაკერსია და შერეული ტიპი (ამ უკანასკნელმა ჯგუფმა სედაციის ქვეშ მკურნალობის სურვილი თვითონ გამოთქვა) ჩაუტარდათ ინტრავენური სედაცია ბენზოდიაზეპინების ჯგუფის პრეპარატით - მიდაზოლამით. ყველა შემთხვევაში მკურნალობა დამთავრდა წარმატებით, გართულებებს აღვილი არ ჰქონია.

ჩვენი კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ პაციენტთა ფსიქოემოციური სტატუსის დადგენა გარკვეულწილად განსაზღვრავს მკურნალობის მიმართულებას, თავიდან აგვაცილებს ტკივილით მიყენებულ ტრავმას და დაგვეხმარება პაციენტების შიშის დაძლევაში.

ცხრილი 1.

დაცვა/საქმიანობა	სტრატეგიული მნიშვნელობის სახეობები		საქმიანობები		სადაც/სადაცაა		სადაც/სადაცაა		სადაც/სადაცაა		სადაც/სადაცაა	
	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა
სადაც/სადაცაა	15	14	1	2	4	10	1	4	5	10	0	0
სადაც/სადაცაა	10	3	2	1	1	9	0	1	2	9	0	1
სადაც/სადაცაა	4	0	0	0	5	0	4	0	1	4	0	1
სადაც/სადაცაა	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
სადაც/სადაცაა	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0
სადაც/სადაცაა	4	2	0	0	4	0	0	0	4	0	1	0
სადაც/სადაცაა	12	7	2	0	9	0	5	1	0	4	2	8
სადაც/სადაცაა	10	16	5	4	0	2	8	3	2	6	11	36

ცხრილი 2.

დაცვა/საქმიანობა	სტრატეგიული მნიშვნელობის სახეობები		საქმიანობები		სადაც/სადაცაა		სადაც/სადაცაა		სადაც/სადაცაა		სადაც/სადაცაა	
	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა	სადაც/სადაცაა
სადაც/სადაცაა	7	1	8	2	8	5	0	2	0	1	6	0
სადაც/სადაცაა	22	2	20	5	12	6	16	6	10	12	3	0
სადაც/სადაცაა	3	0	3	0	0	0	0	0	3	1	1	0
სადაც/სადაცაა	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
სადაც/სადაცაა	4	7	2	0	8	3	4	1	4	0	0	2
სადაც/სადაცაა	2	0	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0
სადაც/სადაცაა	7	0	7	0	0	0	7	2	1	4	0	3
სადაც/სადაცაა	10	10	40	16	3	29	6	28	18	6	23	25

1. Рабинович С.А., Стош В.И., Московец О.Н. – Обезболивание у пациентов с лекарственной аллергией к местным анестетикам при амбулаторных стоматологических вмешательствах. // Тез. Докл. Всерос. съезда анестезиологов, М., 1998, №672.
2. Иванов С.Ю. – Клинико-физиологическое обоснование премедикации при амбулаторных стоматологических операциях. // Автореф. Дис. канд. мед. наук, М., 1984, -22 с.
3. Стош В.И., Шугайлов И.А. и др. – Особенности болевой чувствительности пациентов с сопутствующим аллергозом перед стоматологическими вмешательствами. // Анестезиология и реаниматология, 1991, №6, с. 34-37.
4. P.Coulthard and D.Craig – Conscious Sedation. Anaesthesia // Dental Update, Nov. 1997, p.376-381.
5. Raymond Dionne, DDS ph. D. – Oral sedation // Pharmacotherapy update, compenndum, Sept. 1998, p. 868-877.

Н.Чипашвили, Т.Куртсикидзе

**ОЦЕНКА НАДОБНОСТИ СЕДАЦИИ СРЕДИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
ПАЦИЕНТОВ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДОВ ТБИЛИСИ И ЛОНДОНА
Р Е З Ю М Е**

Проблема боли при стоматологических вмешательствах и пути борьбы с ней по сей день остается одной из важнейших проблем в медицине, в частности – в стоматологии. Проблема преодоления страха перед стоматологическими вмешательствами имеет решающее значение для проведения эффективного лечения и достижения желаемого результата.

Благодаря достижениям современных технологий в последние годы наметился явный прогресс в стоматологии, в том числе и вопросах обезболивания. По нашему мнению, основным направлением в совершенствовании обезболивания является применение премедикации, влияющей на основные компоненты болевой реакции с учетом психофизиологического состояния пациентов.

N.Chipashvili, T.Kurtsikidze

**EVALUATION OF SEDATION'S IMPORTANCE THROUGH
THE POPULATION OF TBILISI AND LONDON
S U M M A R Y**

To achieve successful anaesthesia is the most important step in dental treatment, but it appears quite difficult, because of patient's emotional stress while dental visit.

Premedication with drugs can prevent patient's nervousness, which may induce untoward reaction during the treatment.

The selection of patients for sedation is an important factor for safe and successful treatment. As in Tbilisi dental clinics gas no correct sedative therapy, our aim was to select patients medico-legally by their individual psychological indications and determine the importance of sedation administration in some of constitution types.

კვიზინაძე
დაგნაშავითა ტესტირება ბასისა და ღარკის მეთოდით
ოსსუ, სამედიცინო ფიზიკის, ბიოფიზიკისა და კიბერნეტიკის კათედრა

ტესტების როლი ადამიანში აგრესიის შესწავლაში ძალიან დიდია. ის ინსტრუმენტალური მეთოდები, რომელთა საშუალებითაც ცხოველებში ხდება აგრესიული ქცევის შესწავლა – აქ ხშირად გამოუსადეგარია. უპირველეს ყოვლისა იმიტომ, რომ ადამიანთან გვაქვს საკმე და ამიტომ მათზე მანიპულირების შესაძლებლობა, ეთიკის ნორმებიდან გამომდინარე, მკვეთრად შეზღუდულია.

რადგან ჩვეულებრივი ადამიანის ქცევა არ გამოირჩევა აგრესიულობით, ყველაზე უპირანი იქნებოდა აგრესიული ქცევის მექანიზმების კვლევა იმ ადამიანებში, რომლებიც მომატებული აგრესიულობით ხასიათდებიან – კერძოდ პირებში, რომლებსაც სისხლის სამართლის მძიმე დანაშაული აქვთ ჩადენილი.

ამ ადამიანთა მახასიათებლების შესწავლის მიზნით, ჩვენს მიერ შერჩეულ იქნა ბასისა და ღარკის კითხვარი. იგი ფართოდ გამოიყენება ანალოგიური ხასიათის კვლევებში (Бэрон Р., Ричардсон Д. 1997). მისი დახმარებით შესაძლებელია ისეთი პარამეტრების დადგენა როგორებიცაა: ფიზიკური აგრესია, ირბი აგრესია, გალიზიანებადობა, ნეგატივიზმი, წყენა, ეჭვი, ვერბალური აგრესია და დანაშაულის შეგრძნება.

აღნიშნული კითხვარით 70 დამნაშავის ტესტირების შედეგად ნანახი იქნა, რომ აგრესიული დანაშაულის ჩამდენ დამნაშავეებში (ექსპერიმენტალური ჯგუფი), არააგრესიული დანაშაულის ჩამდენებთან შედარებით (საკონტროლო ჯგუფი), აღნიშნებოდათ აგრესიის განსხვავებული ფორმების სხვადასხვა დონე. მათი ნაწილი სტატისტიკურად სარწმუნოდ განსხვავდებოდა ერთმანეთისაგან, ნაწილში კი განსხვავება არასარწმუნო იყო (ცხრილი 1).

ფიზიკური და ირბი აგრესიის, ნეგატივიზმის, წყენისა და ვერბალური აგრესიის მახასიათებლები სტატისტიკურად სარწმუნოდ უფრო მაღალი იყო აგრესიულ პირებში ვიდრე არააგრესიულებში. სამაგიეროდ დანაშაულის შეგრძნება სარწმუნოდ უფრო მაღალი ჰქონდათ არააგრესიულ დამნაშავეებს. ბუნებრივია, რომ მძიმე დანაშაულის ჩამდენი პირთა უმრავლესობა (მითუმეტეს, რომ მათთვის ეს ერთადერთი არ ყოფილა), პატიმრობაშიც ინარჩუნებს თავის ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებებს. თუმცა მასალის ანალიზმა ერთ საინტერესო დეტალი გამოამკარავა. აღმოჩნდა, რომ დამნაშავეებში მიღებული, აგრესიულობის შემაფასებელ პარამეტრთა უმრავლესობა თავიანთი სიდიდით, უფრო მცირე იყო ვიდრე “ნორმალურ”, არაკრიმინალურ შერჩევითობაში მიღებული მონაცემები (არუთუნოვი ლ., და სხვა 1999). ასეთი პარადოქსალური რეზულტატი, როგორც ჩანს მეტყველებს შემდეგ მომენტებზე: ჯერ ერთი გარკვეული ტიპის კითხვების დასმა (მაგ. №17 – თუ ვინმე

გამარტყამს, მე პასუხს არ დაუბრუნებ ან №57 -- ზოგჯერ ვფიქრობ, რომ მზადა ვარ პირველმა დაიწყო ჩხუბი) ადამიანებისათვის, რომელთა უმრავლესობამ სიცოცხლის მნიშვნელოვანი ნაწილი კრიმინალურ სამყაროს დაუკავშირა და რომელთაც საკმაო ხანი აქვთ გატარებული დანაშაულის მოხდის ადგილებში, მათთვის სასაცილოდ უღერს. შესაბამისად, ადგილი ჰქონდა გარკვეულწილად ირონიული მიდგომას საკითხისადმი, რამაც საბოლოო ჯამში მოგვცა არსებული განსხვავება.

ვფიქრობთ, რომ ტესტირებისას ადექვატური რეზულტატების მისაღებად, აგრესიული ქცევის მქონე პირები და პოპულაციის "ნორმალური" ნაწილი სხვადასხვა შინაარსის ტესტებით უნდა გამოიკითხოს.

მეორე, ყველა ცდისპირი ტესტირების მომენტისათვის იმყოფებოდა დანაშაულის მოხდის ადგილში. ცნობილია, რომ ამ დროს მათ უძლიერდებოთ დანაშაულის შეგრძნება, ისინი ისწრაფვიან რელიგიისაკენ, ან ცდილობენ მაინც, ყველას ანახონ, რომ მართლაც ნანობენ ჩადენილ საქციელს. რაც ნაწილობრივ, ასევე შეიძლება ყოფილიყო მიზეზი მოცემული განსხვავებისა.

გაკუსწრებთ მოვლენებს და ვიტყვით, რომ მიუხედავად ყოველივე ზემოთაღნიშნულისა, ბასისა და დარკის მოცემული მეთოდის საშუალებით მაინცაა შესაძლებელი გარკვეული დასკვნების გაკეთება აგრესიული ქცევის სტრუქტურის შესახებ აგრესიულ პირებში. ბოლოს და ბოლოს ჩვენი საკონტროლო ჯგუფი ასევე წარმოდგენილი იყო დამნაშავეებით, რომლებიც იმავე ფაქტორების (მათ შორის ფსიქოლოგიური) ზეწოლის ქვეშ იმყოფებიან, როგორც მძიმე დანაშაულის ჩამდენი პირები და მაშასადამე ამ ორი ჯგუფის მონაცემების შედარება უფრო მეტადაა შინაარსობრივად (და არა უბრალოდ მხოლოდ სტატისტიკური ანალიზის თვალთახედვით) გამართლებული, ვიდრე დამნაშავეებისა და არადადამნაშავეების, რადგანაც ეს უკანასკნელნი აბსოლუტურად განსხვავებულ პირობებში ცხოვრობენ.

კორელაციურმა ანალიზმა კენდელის T კოეფიციენტის მიხედვით აჩვენა, რომ ექსპერიმენტალურ ჯგუფში ყველა მახასიათებელი (გარდა დანაშაულის შეგრძნებისა) ერთმანეთთან სარწმუნოდ კორელირებდა. ეს ძლიერ განსხვავდება ჩვენს საკონტროლო ჯგუფში არსებული მახასიათებლებისაგან და მითუქმტეს იმისაგან, რასაც ადგილი ჰქონდა "ნორმალურ" პოპულაციაში.

არააგრესიული დანაშაულის ჩამდენ დამნაშავეებში მიღებული პარამეტრების ანალიზმა მიგვიყვანა დასკვნამდე, რომ ისინი შეიძლება შემდეგნაირად დავაჯგუფოთ:

1) ფიზიკური აგრესია, ნეგატივიზმი და ვერბალური აგრესია; ისინი არა მარტო მაღალსარწმუნოდ კორელირებენ ერთმანეთთან (ანუ ადგილი აქვს ამ სიდიდეებს შორის მძლავრ დადებით კავშირს), არამედ სამივენი ხასიათდებათ უარყოფითი სარწმუნო კორელაციით დანაშაულის შეგრძნებასთან.

2) ირიბი აგრესია, გაღიზიანება, წყენა და ეჭვი;

3) დანაშაულის შეგრძნება;

სრულიად სხვა მდგომარობაა აგრესიულ დამნაშავეებში და აქ მხოლოდ ორი ჯგუფის გამოყოფაა შესაძლებელი:

1) ფიზიკური აგრესია, ნეგატივიზმი, ვერბალური აგრესია, ირიბი აგრესია, გაღიზიანება, წყენა და ეჭვი;

2) დანაშაულის შეგრძნება;

საინტერესო იყო დანაშაულის შეგრძნების დამოკიდებულება სხვა კომპონენტებთან, როგორც აგრესიული ისე არააგრესიული დანაშაულის ჩამდენ დამნაშავეებში. თუკი “ნორმალურ” შერჩევითობაში ეს პარამეტრი დადებითად კორელირებდა სხვა მახასიათებლებთან, ჩვენთან ადგილი ჰქონდა შემდეგ კანონზომიერებას: აგრესიულ დამნაშავეებში იგი სარწმუნოდ არ კორელირებდა პრაქტიკულად არცერთ პარამეტრთან (ნეგატივიზმის გარდა), ხოლო არააგრესიულ დამნაშავეებში კი შეიმჩნეოდა უარყოფითი სარწმუნო კორელაცია ნეგატივიზმთან, ფიზიკურ და ვერბალურ აგრესიასთან. როგორც ჩანს დანაშაულის შეგრძნებას პატიმრებისათვის პრინციპულად განსხვავებული მნიშვნელობა აქვს ვიდრე იმ ადამიანებისათვის, რომლებიც სამყაროს არ უყურებენ ციხის კედლებიდან.

მოცემული ფაქტი მიუთითებს იმაზე, რომ აგრესიულ დამნაშავეებში ქცევის სტრუქტურა დარღვეულია და აგრესია - ადაპტაციური ფენომენიდან, ორგანიზმის ზოგადი ღებდაპტაციის გამოვლინებას წარმოადგენს. როგორც ჩანს, ეს ადამიანები ნებისმიერ ფრუსტრაციაზე (წყენა, ეჭვი) ბრუტალური აგრესიული რეაქციით რეაგირებენ. ამ დროს მატულობს აგრესიული ქცევისათვის დამახასიათებელი ყველა კომპონენტი. შეგვიძლია ვთქვათ, რომ აგრესიას არაადექვატური ხასიათი აქვს. რამაც ისინი საბოლოოდ სასჯელის მოხდის ადგილებში მიიყვანა.

ლიტერატურაში არსებული მონაცემების მიხედვით დამნაშავე მოზარდებში შეინიშნება სარწმუნო კორელაცია ფიზიკურ, არაპირდაპირ აგრესიას, წყენასა და ვერბალურ აგრესიას შორის (Гушин Ю. В.). სხვათა შორის ამ კვლევაში არ იქნა ნაჩინა სარწმუნო განსხვავება აგრესიული დანაშაულის ჩამდენ ახალგაზრდებსა და “ნორმალურ” მოზარდებს შორის. რაც იგივე მოსაზრებებით შეიძლება აიხსნას, როგორც ჩვენს კვლევებში ნაჩვენები, ნორმასთან შედარებით დამნაშავეების უფრო დაბალი აგრესიულობა (რასაკვირველია გაზომილი ბასისა და დარკის მეთოდის მიხედვით) ავხსენით.

ცხრილი

ბასისა და დარკის მეთოდით შეფასებული აგრესიულ და არააგრესიულ დანაშაულთა ჩამდენი დამნაშავეების მახასიათებლები

	აგრესიული დანაშაულის ჩამდენი დამნაშავეები	არააგრესიული დანაშაულის ჩამდენი დამნაშავეები
ფიზიკური აგრესია	4,4222±0,3264	2,84±0,3859
ირიბი აგრესია	3,6889±0,2786*	2,84±0,3092
გალიზიანება	4,8444±0,3422	3,84±0,4347
ნეგატივიზმი	2,5333±0,1923*	1,4±0,2517
წყენა	5,5333±0,2238*	4,64±0,2821
ეჭვი	4,9111±0,2944	4,24±0,452
ვერბალური აგრესია	5,9333±0,312	4,04±0,4915
დანაშაულის შეგრძნება	6,2222±0,25	7,36±0,2227

* განსხვავება სარწმუნოა p<0,05
 განსხვავება სარწმუნოა p<0,01
 განსხვავება სარწმუნოა p<0,001

არააგრესიულ დანაშაულებში დანაშაულის შეგრძნების მახასიათებლის მაღალი სიდიდე მეტყველებს შემდეგზე: მოუხედავად ჩადენილი დანაშაულისა, არააგრესიულ პატიმრებში მაინც შენარჩუნებულია ქცევის “ნორმალური” მოდელი მაშინ როდესაც აგრესიულ პატიმრებში დანაშაულის შეგრძნება არა მარტო დაბალი სიდიდით ხასიათდება, არამედ არ კორელირებს აგრესიის მახასიათებელ პრაქტიკულად არცერთ პარამეტრთან. რაც კიდევ ერთხელ მოუთითებს იმაზე, რომ აგრესიულმა ქცევამ ამ პირებში დაკარგა ადაპტაციური ფუნქცია.

ლიტერატურა:

1. არუთუნოვი ლ., გრიგოლაკა ა., ბოკუჩავა თ., ბარათაშვილი პ. ბასისა და დარკის აგრესიის საკვლევი მეთოდის ადაპტაცია // ვ. ნორაკიძის დაბადების 90 წლისადმი მიძღვნილი საიუბილეო კონფერენციის თეზისები, თბ., «მეცნიერება», 1999, გვ. 6-8.
2. Гушин Ю. В. Агрессия и преступность подростков (<http://www.flogiston.ru/projects/articles/gushin.shtml>).
3. Бэрон Р.И., Ричардсон Д. Агрессия. СПб., «ПИТЕР» 1997, 330 С.

Чичинадзе К. ТЕСТИРОВАНИЕ ПРЕСТУПНИКОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА БАССА И ДАРКИ РЕЗЮМЕ

Тестирование преступников, совершивших агрессивные и неагрессивные преступления с помощью методики Басса-Дарки показало, что первые характеризовались более высокой агрессивностью, у них агрессия теряла адаптационную функцию и превращалась в фактор дсзадаптации.

Chichinadze k. TESTING OF PRISONERS BU BUSS-DARKY METHOD SUMMARY

Testing of prisoners who committed aggressive and nonaggressive criminal actions by Buss-Darky method showed that the first group was characterized by higher level of aggressiveness, which lacked adaptive function and was acting as the factor of disadaptation.

ეჭუბაბრია, მამაკუმოვი, გ.მგალობლიშვილი იმუნური დარღვევები და მათი კორექცია მეორადი ჩირქოვანი მედიასტინიტის დროს.

თსსუ, სამკურნალო ფაკულტეტის ზოგადი ქირურგიის კათედრა, მოსკოვის ნ.ვ. სკლიფოსოვსკის სახ. სასწრაფო დახმარების სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი

სხვადასხვა ლოკალიზაციის ჩირქოვან დაავადებებს შორის ჩირქოვან მედიასტინიტს კლინიკური მიმდინარეობის სიმძიმის მიხედვით ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი უკავია; ლეტალობა მისი სხვადასხვა ფორმის დროს მერყეობს 60-90% შორის [4.5]. აღინიშნება მეორადი მედიასტინიტის იმ ფორმების მატების ტენდენცია, რომელთა მიზეზს. ოდონტოგენური, ტონზილოგენური

პროცესები, აგრეთვე ხახისა და საფლაპავის კისრის ნაწილის ტრავმა წარმოადგენს [3, 6, 7], ხოლო პირველადი ჩირქოვანი კერა პირის ღრუსა და კისრის ფასციურ ბუდეებში მდებარეობს. მნიშვნელოვანი როლი დაავადების განვითარებასა და მიმდინარეობაში ენიჭება იმუნორეზისტენტობის დაქვეითებას ტრავმული [2], ტონზილოგენური და ოღონტოგენური [1] მეორადი ჩირქოვანი მედიასტინიტის დროს.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მეორადი ჩირქოვანი მედიასტინიტი დაავადებული 73 ავადმყოფის დიაგნოსტიკისა და კომპლექსური მკურნალობის ანალიზი (მოსკოვის ნ.ვ. სკლიფოსოვსკის სახ. სასწრაფო დახმარების სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის 1970-1990წწ მასალა).

იმუნოლოგიური კვლევა ჩაუტარდა 43 ავადმყოფს: 11 ავადმყოფს ოღონტოგენური, 10 - ტონზილოგენური და 22 - მეორადი ტრავმული მედიასტინიტი; სულ ჩატარდა 970 გამოკვლევა.

იმუნური ფონის ცვალებადობას ვსწავლობდით დინამიკაში, შემოსვლის 1-3 დღიდან 5-7 დღის ინტერვალით, ავადმყოფის სტაციონარში ყოფნის პერიოდში; გამოიკვთა დამოკიდებულება იმუნური ფონის ცვალებადობასა და დაავადების გამოწვევებზე მიკროფლორას შორის. იმუნური მაჩვენებლების შედარებითა ანალიზმა აერობულ და ანაერობულ მედიასტინიტი დაავადებულთა შორის გამოავლინა T-ლიმფოციტების პროდუქციის დაქვეითება, მეტად - აერობული ფლორის არსებობისას ($48.4 \pm 4.0\%$ და $52.07 \pm 1.33\%$ შესაბამისად). მე-7-10 დღეზე T-ლიმფოციტების რაოდენობა აერობული ფლორის დროს უახლოვდებოდა ნორმალურ მაჩვენებლებს ($58.2 \pm 4.9\%$) და მე-3 კვირის ბოლომდე ერთ დონეზე რჩებოდა; ანაერობული ფლორის არსებობისას აღინიშნებოდა T-ლიმფოციტების რაოდენობის მნიშვნელოვანი კლება მე-10 დღისათვის ($47.4 \pm 2.9\%$), მაჩვენებლების შემდგომ ზრდით ნორმულამდე.

B-ლიმფოციტების საწყისი მაჩვენებლები ორივე ჯგუფში ნორმაზე ნაკლები იყო ($12.44 \pm 1.06\%$ და $12.79 \pm 1.9\%$). მე-7-10 დღეზე მაჩვენებელი ნორმას უბრუნდებოდა, ხოლო შემდგომში აღინიშნებოდა კლებისაკენ ტენდენცია. B-ლიმფოციტების რაოდენობის შემცირებას თან ახლდა M და G კლასის იმუნოგლობულინების კონცენტრაციის შემცირება, რაც B უჯრედული რგოლის ფუნქციური აქტიობის დაქვეითებაზე მეტყველებდა.

M და G იმუნოგლობულინების საწყისი დონე აერობული მედიასტინიტის დროს დაბალი იყო ანაერობულთან შედარებით (1.036 ± 0.17 გ/ლ და 1.33 ± 0.15 გ/ლ). აერობული ფლორის არსებობისას, დაავადების პირველ კვირაში, M იმუნოგლობულინების მატება მეტად იყო გამოხატული (1.81 ± 0.43 გ/ლ და 1.3 ± 0.2 გ/ლ). შემდგომში აღინიშნებოდა G იმუნოგლობულინების პროდუქციის კლება. ამგვარი დინამიკა იმუნიტეტის B რგოლის ფუნქციის დაქვეითებაზე მიუთითებდა, რაც მეტად ანაერობული მედიასტინიტისათვის იყო დამახასიათებელი.

დაავადების პირველი 10 დღის განმავლობაში აერობული მედიასტინიტის დროს აღინიშნებოდა ფაგოციტური აქტიობის მატების სუსტი ტენდენცია $65.8 \pm 3.3\%$ -მდე, ხოლო ანაერობული მედიასტინიტისას მაჩვენებლები პროგრესულად კლებულობდა ($48.9 \pm 6.8\%$). მე-3 კვირის ბოლოს ორივე ჯგუფში აღინიშნებოდა ნეიტროფილების ფაგოციტური აქტიობის დაქვეითება, განსაკუთრებით ანაერობული მედიასტინიტის დროს. ჩვენს მიერ გამოკვლენილი

იმუნური მაჩვენებლების მნიშვნელოვანი დარღვევები არაკლოსტრიდიული ანაერობული მედიასტინიტის დროს კორელირებდნენ დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობასა და შესასაყარში ადგილობრივ ცვლილებებთან.

დაავადების კომპლექსური მკურნალობა მოიცავდა ჩირქოვანი კერის დრენირებას ორარხიანი დრენაჟებით კისრისმხრივი მიდგომით, დრენირების აქტიური მეთოდის გამოყენებით, მიმართულ ანტიბაქტერიულ თერაპიას, ინფუზიურ-ტრანსფუზიულ, სიმპტომურ მკურნალობას, ენერგეტიკული ბალანსით უზრუნველყოფასა და იმუნოკორექციას.

იმუნოთერაპიას ვიწყებდით პასიური, შენაცვლებითი იმუნოკორექციით. გამოიყენებოდა ჰიპერიმუნური პლაზმები: ლურჯ-შწვანე ჩხირის საწინააღმდეგო (ტიტრი 1:320), ანტიპროტეინული (1:640) და ანტისტაფილოკოკური (6AE) ინტრავენურად. აგრეთვე დონორული ლეიკომასა. დაავადების მე-2 კვირიდან კუნიშნავდით თიმალინსა და ტაქტინის. იმუნური მაჩვენებლების გაუმჯობესებისას მივმართავდით აქტიურ იმუნოზაციას - ლურჯ-შწვანე ჩხირისა და პროტეინული ვაქცინით (0.1-0.2მგ დღეში) და სტაფილოკოკური ანატოქსინით (5-10AE დღეში). იმუნოკორექციის მესამე რგოლს უშუალოდ, ჩირქოვან ღრუში პროტეინული ვაქცინის (8მგ დღეში) და ლიზოციმის (300მგ დღეში) გამოყენება წარმოადგენდა.

ამრიგად, მეორადი ჩირქოვანი მედიასტინიტისათვის დამახასიათებელი იმუნური ცვლილებები: T და B-ლიმფოციტების, M და G იმუნოგლობულინების პროლუქციის დაქვეითება და ნეიტროფილების ფაგოციტური აქტიობის შესუსტება საჭიროებს პასიური (სპეციფიკური და არასპეციფიკური) და აქტიური იმუნოკორექციის ჩატარებას. იმუნური სტატუსის ცვლილებები კორელირებენ მიკროფლორის სახეობასთან. იმუნოკორექცია მეორადი ჩირქოვანი მედიასტინიტის კომპლექსურ თერაპიაში აუმჯობესებს მკურნალობის შედეგებს.

ლიტერატურა:

1. Карандашов В.И., Чиркин В.В., Петухов Е.Б. Влияние комплексной терапии РУФОК на иммунологический статус больных с одонтогенными флегмонами // Вестн. хир. - 1988. - №8. - с.102-106
2. Погодина А.И., Абакумов М.М., Титова Т.И., Шиндяйкин А.П. Комплексное лечение одонтогенного медиастинита // Вестн. хирургии. - 1985. - №3. - с.13-17
3. Погодина А.И., Абакумов М.М. Механические повреждения пищевода // Хирургия. - 1998. - №10. - С.20-24.
4. Kiernan PD; Hernandez A; Byrne WD; Bloom R; Diccico B; Hetrick V; Graling P; Vaughan B. Descending cervical mediastinitis // Ann. Thorac. Surg. - 1998. - V.65(5). - P.1483-8
5. Moulairé V; Jaffuel D; Landreau L; et al., Descending necrotizing mediastinitis. [A diagnosis not to be ignored]//Presse. Med. - 1998. - V.14,27(10).- 471-3
6. Selbst SM; Fein JA; Friday J; Scribano P; Magardino T. Retropharyngeal abscess after blunt trauma in an adolescent // Pediatr.emerg.care.- 1998. - V.14(6).- P.406-408
7. Sobolewska e; Skokowski j; jadczyk c. Pleural empyema as a complication of descending necrotizing mediastinitis // Pneumonol. Alergol. Pol. - 1997. - v.65(5-6) - p.364-9

Чубабрия И., Абакумов М., Мгалоблишвили Г
**ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ВТОРИЧНОМ
ГНОЙНОМ МЕДИАСТИНИТЕ.**
РЕЗЮМЕ

Представлены результаты исследования иммунологического статуса у 43 больных с вторичным гнойным медиастинитом одонтогенного (11), тонзиллогенного (10) и травматического (22) происхождения.

Установлено угнетение клеточного и гуморального иммунитета -- снижение количества Т- и В-лимфоцитов, М и G иммуноглобулинов и фагоцитарной активности нейтрофилов, особенно в группе с неклостридиальной анаэробной микрофлорой.

Иммунная терапия включала пассивную (специфическую и неспецифическую) иммунокоррекцию с применением гипериммунных плазм [синегнойной (1:320), антипротейной (1:640) и антисафиллококковой (6ае)], донорской лейкоцассы, тималина и тактивина, и активную иммунизацию - синегнойной, протейной вакцинами (0,1-0,2 мг) и стафилококковым анатоксином (5-10 ае).

Имунокоррекция в комплексной терапии вторичного гнойного медиастинита способствовала улучшению результатов лечения заболевания.

Chubabria I., Abakumov M., Mgaloblishvili G.
**IMMUNE INFRINGEMENTS AND THEIR CORRECTION AT
SECONDARY PURULENT MEDIASTITIS**
S U M M A R Y

Was researched the Immunological status of 43 patients with secondary purulent Mediastinitis. Tonsillitis (10), trauma (22) and odontogenic processes (11) were the cause of this disease.

Was established reduction of parameters of cellular and humoral immunity -- decrease of the quantity of T- and B- lymphocytes, both M- and G-immunoglobullins and the decrease of the phagocytal activity of neutrophiles, especially in the group with nonclostridial anaerobic infection.

The immune therapy included passive (specific and nonspecific) immunocorrection by application of hyperimmune plasma [pseudomona aeruginosa (1:320), antiprotein (1:640) and antistaphylococcus (6AE)], donor's leukocytic mass, timalin and tactivin, and active immunocorrection - pseudomona aeruginosa, protein vaccines (0,1-0,2 mg) and staphylococcus anatoxin (5-10 AE).

Immunotherapy as a part of the complex measures has improved considerably the results of the treatment of secondary purulent mediastinitis.

მ.წიკლაური, თ.თოდუა, გ.ჩიტაია, ვ.შანიძე.
**გარემოს უარყოფითი ზაქტორების ზემავლენა
აფხაზეთიდან იპულვებით აღვილნაცვალ ბავშვთა
ფიზიკურ განვითარებაზე.**
თსსუ, პედაგოგიის კათედრა.

ქვეყნის მომავალი მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული ბავშვის ჯანმრთელობაზე. მხოლოდ ფიზიკურად და ფსიქიკურად ჰარმონიულად განვითარებულ თაობას შესწევს საზოგადოების აღორძინების და გაძლიერების უნარი. ამდენად ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა არამარტო სამედიცინო, არამედ სოციალური პრობლემაა. ფიზიკური განვითარება ჯანმრთელობის მდგომარეობის ყველაზე ობიექტური კრიტერიუმი, იგი ექვემდებარება ერთის მხრივ ბიოლოგიურ კანონებს და გამოხატავს ზრდისა და განვითარების ზოგად კანონზომიერებებს, მეორე მხრივ კი დამოკიდებულია გარემოს იმ ბუნებრივ და სოციალურ პირობებზე, რომელშიც მოზარდს უხდება ყოველდღიური ცხოვრება (4).

ავტორთა დიდი უმრავლესობა ფიზიკურ განვითარებაზე მოქმედ გარემო ფაქტორთა შორის წამყვან მნიშვნელობას ანიჭებს სოციალურ-ეკონომიურ მდგომარეობას, რომლის გაუარესებაც შესაბამისად აისახება მოზარდი თაობის ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლებზე, რაც გამოიხატება როგორც მორფოლოგიური, ასევე სხვა ბიოლოგიური მაჩვენებლების დაქვეითებაში (2, 3) აქედან გამომდინარე, აშკარაა პრობლემის აქტუალობა, მისი შესწავლის არა მარტო სამედიცინო, არამედ სოციალური მნიშვნელობა.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა აფხაზეთში მომხდარი საომარი მოქმედებების შედეგად იძულებით გადაადგილებულ ბავშვთა ფიზიკური განვითარების შესწავლა და მასზე მოქმედი ბიო-სოციალური, სტრესული ფაქტორების, მძიმე ევაკუაციის პირობების ზეგავლენის დადგენა; მით უფრო, რომ აღნიშნული მიმართულებით გამოკვლევები საქართველოში არ ჩატარებულა.

კვლევა ჩატარდა აფხაზეთიდან იძულებით ადვინაცვალ 6-დან 15 წლამდე ასაკის 800 ბავშვს., რომლებიც ამჟამად ცხოვრობენ ქ. თბილისში და თბილისიდან ახლომდებარე დაბა წყნეთში. საკონტროლო ჯგუფად აღებული იქნა ქ. თბილისში და დაბა წყნეთში მუდმივად მცხოვრები იმავე ასაკის 800 ბავშვი. გამოკვლევა დაიწყო 1997 წელს. გამოკვლევა ჩატარდა ანთროპომეტრული გამოკვლევის უნიფიცირებული მეთოდით, ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლების შესწავლა მოხდა კვლევის მაგენერალიზირებული მეთოდით. შესწავლილი იქნა ფიზიკური განვითარების სომატოსკოპური, სომატომეტრული და ფიზიომეტრული მაჩვენებლები. ერთდროულად შეისწავლებოდა ბავშვის ბიოლოგიური განვითარების ღონე და 10-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვების სქესობრივი განვითარება მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების ხარისხის მიხედვით. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში შესწავლილია ბავშვის კონსტიტუციურ-მემკვიდრული მაჩვენებლები, ოჯახის სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობა, სტრესული ფაქტორები, ევაკუაციის მძიმე პირობები და სხვა. გამოკითხვის მეთოდით, ამ მიზნით ჩვენს მიერ შედგენილია სათანადო კითხვარი, რომელშიც გათვალისწინებული იყო ყველა შემთხვევითი ფაქტორი. ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლების აღწერა

ხდებოდა ბავშვის ფიზიკური განვითარების ბარათზე, რომელიც შემუშავებული იქნა ბავშვთა და მოზარდთა ჰიგიენის კათედრის თანამშრომლებთან ერთობლივი მუშაობის შედეგად. ფიზიკური განვითარების შეფასება მოხდა ცენტრალური ცხრილებით. (1)

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ძირითად ჯგუფში გამოკვლეულ 800 ბავშვიდან ფიზიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა აღენიშნა 25%-ს, მაშინ, როცა საკონტროლო ჯგუფში ეს მონაცემი 8.5%-ია. სხვაობა აღნიშნულ ჯგუფებს შორის სტატისტიკულად სარწმუნოა ($p < 0.001$) თუ საკონტროლო ჯგუფში ჰარმონიული ფიზიკური განვითარება ჰქონდა 91.5%-ს ძირითად ჯგუფში აღნიშნული მონაცემი მხოლოდ 75.0%-ს შეადგენს. განსაკუთრებით თვალსაჩინოა დისჰარმონიული და მკვეთრად დისჰარმონიული ფიზიკური განვითარების მქონე ბავშვების ზვედრითი წილი ძირითად ჯგუფში, იგი 3-ჯერ აღემატება საკონტროლო ჯგუფის ასეთსავე მონაცემს. სხვაობა აღნიშნულ ჯგუფებს შორის სტატისტიკურად სარწმუნოა (იხ. ცხრილი 1)

**ადგილნაცვალი ბავშვების მორფოლოგიური განვითარება
ჰარმონიულობის მიხედვით (%-ით)**

ცხრილი 1.

ჯგუფი	ფიზიკური განვითარება		
	ჰარმონიული	დისჰარმონიული	მკვეთრად დისჰარმონიული
ძირითადი	75.0 %	19.0 %	6.0 %
აკონტროლო	91.5 %	6.5 %	2.0 %

დისჰარმონიული და მკვეთრად დისჰარმონიული ფიზიკური განვითარება ძირითად ჯგუფში უპირატესად აღენიშნებოდა იმ ბავშვებს, რომლებმაც განიცადეს სტრესის, მძიმე სოციალურ-ეკონომიური და მძიმე ევაკუაციის პირობების ზემოქმედება, მაშინ როცა საკონტროლო ჯგუფში ამ ფაქტორთა გავლენის უპირატესობა არ ჩანს (იხ. ცხრილი 2)

**ადგილნაცვალი ბავშვების ფიზიკურ განვითარებაზე უარყოფითად მოქმედი
ფაქტორების ზეგავლენით გამოწვეული დარღვევები (%-ით)**

ცხრილი 2

ფაქტორები	ძირითადი ჯგუფი			საკონტროლო ჯგუფი		
	ჰარმონიული	დისჰარმონიული	მკვეთრად დისჰარმონიული	ჰარმონიული	დისჰარმონიული	მკვეთრად დისჰარმონიული
სტრესი	13.0 %	38.0 %	49.0 %	75.0 %	17.0 %	8.0 %
მძიმე ევაკუაციის პირობები	16.0%	37.0 %	47.0 %	-----	-----	-----
მძიმე სოციალურ-ეკონომიური პირობები	15.0 %	38.0 %	47.0 %	77.0 %	15.0 %	8.0 %
მძიმე სამეანო ანამნეზი	5-0 %	30.0 %	20.0 %	51.0 %	29.0 %	20.0 %

სტრესმა, მძიმე ევაკუაციის პირობებმა და მძიმე სოციალურ-ეკონომიურმა პირობებმა საკვლევი ჯგუფის ბავშვთა არა მარტო ფიზიკურ განვითარებაზე,

არამედ მათ სქესობრივ განვითარებაზეც იქონია გავლენა, 10-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვთა ძირითად ჯგუფში სქესობრივი განვითარების შესწავლამ გვიჩვენა, რომ სქესობრივი განვითარების ჩამორჩენა ძირითად ჯგუფში გვხვდება 30%-ში და ნ-ჯერ აჭარბებს საკონტროლო ჯგუფის მაჩვენებელს, სადაც ჩამორჩენა 5%-ის ტოლია. ამასთან ძირითად ჯგუფში სქესობრივ განვითარებაში ჩამორჩენა აღენიშნებოდათ ძირითადად იმ ბავშვებს, რომელთაც ფიზიკურ განვითარებაშიც აღენიშნებოდათ ჩამორჩენა.

ამრიგად, აფხაზეთიდან იძულებით ადგილნაცვალ ბავშვთა ფიზიკური განვითარება როგორც საშუალო მაჩვენებლების, ისე ჰარმონიულობის მიხედვით საგრძნობლად განსხვავდება იმ ბავშვთა ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლებისაგან, რომელთაც არ განუცდიათ გარემოს ისეთი უარყოფითი ფაქტორების ერთობლივი ზემოქმედება, როგორიცაა ფსიქოემოციური სტრესი, მძიმე სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობა, მძიმე ევაკუაციის პირობები. ყოველივე ზემოთაღნიშნული მიუთითებს აფხაზეთიდან იძულებით ადგილნაცვალ ბავშვთა მძიმე ბიო-სოციალურ მდგომარეობაზე, რაც აუცილებელს ხდის შემუშავდეს შესაბამისი ეფექტური მეთოდები მათი სოციალური რეაბილიტაციისათვის.

ლიტერატურა:

1. Behvman, Nelson etol. Textbook of Pediatrics 1996.
2. Social and economic conditions of Afghan refugees in Pakistan surveyed UN Chronicle September 1988 33. 39.
3. Screening for posttraumatic stress disorder symptoms and physical development among Bosnian refugee children Thulesius H. Hakansson A. J trauma stress 1999 Jan.
4. The Siera-Leonean refugee children experience: traumatic events and psychiatric sequelae, and their influence in physical development of children. Fox SH: Tang ss. J Nerv Ment Dis 200 Aug.

Циклаური М. Тодуа Н. Читая Г. Шанидзе В.

ВЛИЯНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ВЫНУЖЕННО ПЕРЕСЕЛЕННЫХ ДЕТЕЙ ИЗ АБХАЗИИ

РЕЗЮМЕ

Цель исследования-изучения физического развития детей-беженцев из Абхазии. Генерализующим методом исследования изучено 800 детей в возрасте 6-15 лет. Для оценки физического развития использовали центильные таблицы. Анализ проведенных нами исследованиями показал дисгармоническое физическое развитие у 19,0% и резко дисгармоническое у 6,0 % детей.

Tsiklauri M., Todua T., Chitaia G., Shanidze V.

THE INFLUENCE OF NEGATIVE FACTORS OF THE ENVIRONMENT ON THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF REFUGEE CHILDREN FROM ABKHAZETI

SUMMARY

We have studied physical development data of 800 refugee children from Abkhazeti (Age 6-15 years). In the study of the physical development we used the

generalization method. Assessment of the physical development was done the basis of the physical development was done on the basis of percentile tables. Wt found that disharmonical development was found in 19.0%. extremely disharmonical in 6.0%.

6. ხეცურაანი, ნ. ქუჭულაშვილი
ზგაბის ოღონტოგენური კისტების შმსაქლო ლოკალიზაციის
და ძირუბიული გპურნალოზის საკითხები
თსსუ, ქირუგიული სტომატოლოგიის კათედრა

ყბების სიძივინისმაგვარი წარმონაქმნების ერთ-ერთ ჯგუფს მიეკუთნება ყბების ოღონტოგენური კისტები, არსებობს ყბების ოღონტოგენური კისტების ორი ჯგუფი: ფესვოვანი (რადიკული) და გვირგვინოვანი (ფოლიკული). ოღონტოგენური კისტების საერთო რიცხვიდან 94-96% შემთხვევებში გვხვდება ფესვოვანი კისტები. (ი. ი. ბერნადსკი-1998). ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა ყბების ოღონტოგენური ფესვოვანი კისტით დაავადებული 22 ავადმყოფი. ქალი-10, მამაკაცი-12, ავადმყოფთა ასაკი 18-60 წელი. ქვიდა ყბაზე საჭრელების, ეშვების და პრემოლარების არეში კისტები ლოკალიზებული იყო 5 შემთხვევაში. ამ შემთხვევებში კისტების ზრდა ძირითადად მიმართული იყო ვესტიბულური (კარიბჭის) მიმართულებით, რადგან აქ ძვლის კორტიკალური შრის წინააღმდეგობა ყველაზე ნაკლებია. ქვედა ყბაზე მოლარების არეში კისტის ლოკალიზაციისას ალვეოლურ მორჩს და ყბის ძვალს ამ არეში ჰქონდა თითისტარისებრი ფორმა. აქ ძვლის კორტიკალური შრე პირის კარიბჭის და ენის მხრიდან თანაბრად და მათ კისტა ორივე მხარეზე თანაბრად გადასწევს. ამ ლოკალიზაციის კისტების ზრდა ასევე ხდება წინა უკანა მიმართულებით, იწვევს ქვედა ყბის არხის ნერვულ-სისხლძარღვოვან კონასთან ერთად ქვევით გადაინაცვლებს. (3 შემთხვევა). ეს ცვლილებები ნათლად ჩანს რენტგენოლოგიური გამოკვლევებით (კონერი ჰ., 1990). ქვედა ყბის სიბრძნის კბილიდან გამომდინარე კისტა (1 შემთხვევა) ჩაზრდილი იყო უკან და ზევით, რამაც გამოიწვია ქვედა ყბის კუთხის და ტოტის ნაწილის ძვლოვანი ქსოვილის განღვევა. ზედა ყბის საჭრელი კბილების ფესვებიდან განვითარებული კისტები ჩაზრდილი იყო ვესტიბულური მიმართულებით (5 შემთხვევა). ორ შემთხვევაში მეორე საჭრელებიდან განვითარებული კისტა, რომელთა ფესვები გადაზრდილია სასისკენ, არღვედა მაგარი სასის ძვლის კორტიკალურ შრეს. ზოგჯერ ზედა ცენტრალური საჭრელებიდან განვითარებული კისტა პირის კარიბჭის მიმართულებით ზრდასთან იწვევს ცხვირის მსხლისებური ფოსოს ქვედა კვდლის ზევით განანაცვლებას (2 შემთხვევა). როდესაც ზედა ყბის წიაღში იყურებოდა კბილების ფესვები, კისტოზური წარმონაქმნი ჩაზრდილი იყო წიაღში, მისი ფესვები გადასწული იყო ზევით. ორ შემთხვევაში ჰაიმორის ღრუსკენ ჩაზრდილი იყო საჭრელებიდან გამომდინარე კისტები. ეს კისტები ერთდროულად გამობერილი იყო როგორც ცხვირის, ისე ჰაიმორის ღრუში და ამავე დროს არ არღვევდნენ სახის კონფიგურაციას. მოყვანილი მონაცემებიდან ჩანს, რომ ყბების ოღონტოგენური ფესვოვანი კისტების ყბის ძვლებში ლოკალიზაცია სხვადასხვაა. აქედან

გამომდინარე მისი კლინიკური სურათიც მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია მის ლოკალიზაციაზე, ზომებზე, ზედა ყბის წიაღის და ცხვირის ღრუს დეფორმაციის ხარისხზე. ამ მონაცემების დადგენაში გადამწყვეტ მნიშვნელობას ეანიჭებდით რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს. ცნობილია, რომ I-1,5 სმ-ზე მეტი ზომის ოდონტოგენური კისტების მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია. ოდონტოგენური ფესკოვანი კისტების მკურნალობის მეთოდებია: ცისტოტომია და ცისტოექტომია. თითოეული მეთოდის გამოყენების ჩვენების განსაზღვრა ხდება კისტის ზომების და ლოკალიზაციის მიხედვით. ცისტოტომიის არსი მდგომარეობს კისტის ღრუსგან დამატებითი ღრუს შექმნაში პირის ღრუს ამა თუ იმ ნაწილში. მისი ძირითადი ჩვენებებია: კისტის დიდი ზომები, როდესაც მის ღრუში მიქცეულია რამდენიმე ინტაქტური კბილის ფესვები, ოპერაციული ჩარევისას (როგორც ზედა, ისე ქვედა ყბაზე) არსებობს ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონის დაზიანების საშიშროება, შემთხვევით ჰაიმორის ან ცხვირის ღრუს გახსნის საშიშროება. ეს ოპერაციული ჩარევა პრაქტიკულად მარტივია, შედარებით უსაფრთხო და ნაკლებად ტრავმულია. ეს მეთოდი ხელმისაწვდომია სპეციალისტთა ფართო წრისთვის. (ე.ი. გუბადულინა თანაავტ. 1996). ამ მეთოდის უარყოფით მხარედ ითვლება ის გარემოება, რომ აკადამიოფი დიდი ხნის განმავლობაში (ზოგჯერ თვეები) საჭიროებს ოპერაციის შემდეგ პირის ღრუში არსებული დამატებითი ღრუს ჰიგიენურ დამუშავებას, მის გამორეცხვებს დღეში 2-3-ჯერ. გარდა აღნიშნულისა, ძვლოვანი დეფექტის აღდგენა უნდა მოხდეს მხოლოდ თავისთავად. მისი სტიმულირება რაიმე ადგილობრივი აქტიური ჩარევით არ ხერხდება. (ი.ი.ერმოლაევი თანაავტ. 1972).

ცისტოექტომია გულისხმობს კისტის გარსის მთლიან მოცილებას და შემდეგ ჭრილობის ყრულ გაკერვას. ცისტოტომიის უარყოფითი მხარეებიდან გამომდინარე ჩვენს მიერ ყველა შემთხვევაში გამოყენებული იყო ცისტოექტომიის მეთოდი მისი შესაძლო გართულებების გათვალისწინებით და აღმოფხვრით. ოპერაციის წინ ტარდებოდა კისტის ღრუში მიქცეული ყველა კბილის ელექტროოდონტოდიანოსტიკა. ცოცხალი კბილების დეპულპირებას და დაბუნას არ ვაწარმოებდით. თუ ფუნქციურ ღირებულებას წარმოადგენდა მხოლოდ "მიზეზობრივი" კბილი იბენებოდა გულტაპერჩის წკირებით. ოპერაციები ტარდებოდა გამადიდებელი შუშის ქვეშ (საოპერაციო ველის გადიდება 6-ჯერ). კისტის ლოკალიზაციის არეში განაკვეთით წარმოიქმნებოდა ლორწოვან-ძვალსაზრდელის ნაფლეთი, რომელიც 2-3 მმ-ით მეტი იყო კისტის წინა კედლის ზომებზე. ნაფლეთის ათიშვის შემდეგ კისტის წინა კედელს ვხსნიდით ბორმანქანის ან მაკრატლის საშუალებით (როცა ძვლის კორტიკალური ფირფიტა ძლიერ გათხელებულია). პუნქციით ვახდენდით კისტის შიგთავსის სრულ ან უმეტესი ნაწილის მოცილებას. თანდათან ვახდენდით კისტის გარსის ამოკაკვლას. გამადიდებელი შუშის გამოყენება საშუალებას გვაძლევდა კისტის გარსი გამოგვეყო ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონისაგან, ცოცხალი კბილების ფესვთა არიდან, ჰაიმორის და ცხვირის ღრუების ფსკერის მიდამოდან ამ წარმონაქმნების დაზიანების გარეშე. ძვლის დეფექტს ვრეცხავდით ოთახის ტემპერატურის ანტისეპტიკური ხსნარებით (წყალბადის ზეჟანგი, დიოქსიდინი, ფერმენტები და სხვა). ამის შემდეგ ძვლოვან ღრუში ხდება სისხლის ჩაღვრა, კოლტების ჩამოყალიბება. შემდეგში ხდება მათი ფიბრინიზაცია, შემავრთებელ ქსოვილად და ძვლოვან ქსოვილად გარდაქმნა. ეს პროცესი მიდის ძალიან ნელა

და ზოგჯერ გრძელდება 1-3 წელი და მეტი. უკანასკნელ წლებში ქირურგები ცდილობენ მოახდინონ ძვლის წარმოქმნის პროცესის სტამბულირება ღრუში ამა თუ იმ ნივთიერების მოთავსებით, რომელთაც შეუძლიათ ოსტეოპოეზის დაჩქარება.

ჩვენ ამ მიზნით ძვლოვანი ღრუს კედლებზე შეგვქონდა კვერცხის ნაჭურჭის სტერილური ფქვილის და ვიტამინ D₃-ის (ზეთოვანი ხსნარი) ნარევი. ჭრილობა იკერებოდა ყრუდ. ყბების ოდონტოგენური კისტების ქირურგიულ მკურნალობაში გამაღიებელი ტექნიკის გამოყენება საშუალებას იძლევა ყველა შემთხვევაში გამოყენებული იქნეს ცისტოექტომიის მეთოდი და თავიდან იქნეს აცილებული გართულებები.

ლიტერატურა:

1. Бернадский Ю.И. Одонтогенное опухолеподобные образования (Основы челюстно-лицевой хирургии) Витебск 1998. С 303-318
2. Губайдулина Е. Я. Цегельник Л.Н. Опухоли. Опухолеподобное поражения и кисты лица,органов полости рта, челюстей и шей. Хирургическая стоматология 1996.г с 512-624.
3. Ермолаев И. И, Ланюк С. В. Одонтогенное опухоли и опухолеподобные образования. Хирургическая стоматология 1972г. с 359-378.

Хецуриани Н. Чучулашвили Н. ВОПРОСЫ ВОЗМОЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ Р Е З Ю М Е

22 больниих одонтогенической радикулярной кисты челюсти находились под наблюдением авторов, из них –10 женщин, 12 мужчин.

Локализация и направление роста одонтогенных радикулярных кист зависит от тех групп зубов, из которых они развиваются и в период роста они встречают наименее сопративление кости (гайморова пазуха, полость носа, канал нижней челюсти). Во время операции, примененис увеличительной техники даёт возможность проведения операции – цистэктомии. После операции в костном дефекте для стимуляции остеопоза, ряд авторов в дефект помещают смесь стерильного порошка яичной скорлупы и витамина D₃.

Khetsuriani N., Chuchulashvili N. ODONTOGENIC CYST LOCALISATION AND SURGERY TREATMENT S U M M A R Y

The authors observed 22 patients (10 women, 12 men) with odontogenic radicular cysts, all of whom have undergone cystectomy. In order to preserve tooth statics, tooth roots located in the cyst cavity were remained intact. To stimulate osteogenesis of postoperative osteal defect a mix of egg-shell powder and vitamin D₃ was placed in the cavity.

Chemical composition of the egg-shell is identical to that of the human bones and teeth, and vitamin D₃ stimulates ionic interchange of calcium and phosphorus. In all cases wounds were healed after the first strain. Roentgenologic 2-3 month control revealed a marked decrease tendency in the cystic cavity.

შ.ხეცურაიანი, ზ.ხეცურაიანი, კ.ხეცურაიანი, ბ.რაჭველიშვილი
HELICOBACTER PYLORI-ს ანტიბაქტერიული რეჟიმის ტენდენცია
ოსსუ, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი

როგორც ცნობილია, *Helicobacter pylori*-თ გამოწვეული ინფექცია მჭიდრო კავშირშია გასტროდუოდენური დაავადებების არსებობასთან. მსოფლიოში მოსახლეობის 50%-ზე მეტია ინფიცირებული *H.pylori*-თ (2). იგი ძალზე გავრცელებულია განვითარებად ქვეყნებში. მიუხედავად ამისა, ძალზე მწირია მონაცემები ამ ქვეყნებიდან *H.pylori*-ს ანტიმიკრობული მგრძობელობის შესახებ (4).

H.pylori-ს ერადიკაციული თერაპიის წარმატებლობის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი ანტიბიოტიკორეზისტენტული შტამების არსებობაა (3). გასათვალისწინებელია ერადიკაციული თერაპიის სიძვირეც (5), რადგანაც საჭიროა 2-3 ანტიმიკრობული პრეპარატის ერთდროული დანიშვნა. ეს კი სხვა გვერდით ეფექტებთან ერთად ხშირად თვით იწვევს მიკრობთა ეკოლოგიის უფრო ღრმა დარღვევას და პოლირეზისტენტული შტამების წარმოქმნას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შევისწავლეთ გასტროდუოდენური დაავადებების (კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, ქრონიკული გასტრიტი, კუჭის ბლასტომა) მქონე პაციენტებიდან გამოყოფილი *H.pylori*-ს რეზისტენტობა სხვადასხვა თაობისა და ჯგუფის იმ ანტიბაქტერიული პრეპარატებისადმი, რომლებიც დღეს ფართოდ გამოიყენება აღნიშნული მიკროორგანიზმის ერადიკაციულ თერაპიაში (ოქსაცილინი, ამოქსიცილინი, ერითრომიცინი, კლარიტრომიცინი, აზიტრომიცინი, ტეტრაციკლინი, დოქსიციკლინი, ციპროფლოქსაცინი, ნორფლოქსაცინი, მეტრონიდაზოლი).

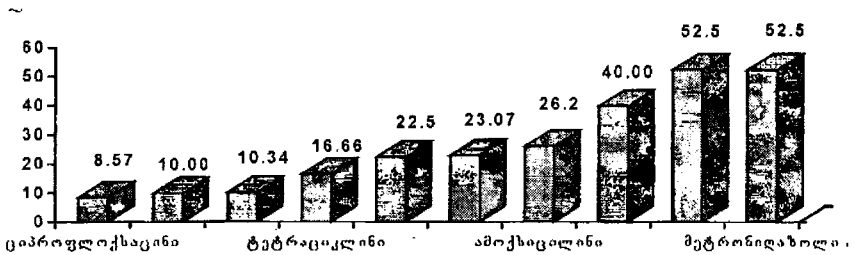
საკვლევ მასალას წარმოადგენდა ქ.თბილისში პაციენტების გასტროდუოდენური ზონიდან აღებული ბიოფტატები. *H.pylori*-ს გამოყოფა და იდენტიფიკაცია ხდებოდა შესაბამისი მეთოდებით (1). სულ გამოიყო *H.pylori*-ს 42 შტამი. შედეგები სტატისტიკურად დამუშავდა სტიუდენტის მეთოდი. კვლევის შედეგები მოცემულია ცხრილსა და დიაგრამაზე.

როგორც ცხრილიდან და დიაგრამიდან ჩანს, რეზისტენტობის ზრდის მიხედვით პრეპარატები შეიძლება განლაგდნენ შემდეგნაირად: ციპროფლოქსაცინი (8,57±4,7%), ნორფლოქსაცინი (10,00±4,74%), ოქსაცილინი (10,34±5,65%), ტეტრაციკლინი (16,66±6,20%), დოქსიციკლინი (22,50±6,91%), კლარიტრომიცინი (40,00±7,74%), ერითრომიცინი (52,50±7,89%), მეტრონიდაზოლი (52,50±7,89%).

H.pylori-ს ანტიბაქტერიული რეზისტენტობა

ცხრილი

№	პრეპარატები	შტამების საერთო რაოდენობა	რეზისტენტული შტამების რაოდენობა	
			აბს.	%
1.	ოქსაცილინი	29	3	10,34±5,65
2.	ამოქსიცილინი	41	11	26,82±6,91
3.	ერიტრომიცინი	40	21	52,50±7,89
4.	კლარიტრომიცინი	40	16	40,00±7,74
5.	აზიტრომიცინი	26	6	23,07±8,25
6.	ტეტრაციკლინი	36	6	16,66±6,20
7.	დოქსიციკლინი	40	9	22,50±6,0
8.	ციპროფლოქსაცინი	35	3	8,57±4,71
9.	ნორფლოქსაცინი	40	4	10,00±4,74
10.	მეტრონიდაზოლი	40	21	52,50±7,89



დიაგრამა. H.pylori-ს ანტიბაქტერიული რეზისტენტობა

აღნიშნული თანმიმდევრობიდან კვინდება, რომ *H.pylori*-ს შტამები ყველაზე მაღალრეზისტენტულია მეტრონიდაზოლის და ძველი თაობის მაკროლიდის-ერითრომიცინისადმი ($52,50 \pm 7,89\%$). რეზისტენტობა ყველაზე დაბალია ახალი ფტორქინოლონების - ციპროფლოქსაცინისა ($8,57 \pm 4,71\%$) და ნორფლოქსაცინისადმი ($10,00 \pm 4,74\%$). დანარჩენ პრეპარატებს - ოქსაცილინს ($10,34 \pm 5,65\%$), ტეტრაციკლინს ($16,66 \pm 6,20\%$), დოქსიციკლინს ($22,50 \pm 6,60\%$), აზიტრომიცინს ($23,07 \pm 8,25$), ამოქსიცილინს ($26,82 \pm 6,91\%$), კლარიტრომიცინს ($40,00 \pm 7,74\%$) - რეზისტენტობის მხრივ შუალედური ადგილი უკავიათ.

როგორც კვლევის შედეგებმა აჩვენა, ქობილისში გამოყოფილი *H.pylori*-ს შტამები საკმაოდ მაღალ რეზისტენტობას ამჟღავნებენ ერადიკაციულ თერაპიაში ფართოდ გამოყენებული ძველი ანტიბაქტერიული პრეპარატების - მეტრონიდაზოლისა და ერითრომიცინისადმი, ხოლო დაბალს - ახალი თაობის ფტორქინოლონების - ციპროფლოქსაცინისა და ნორფლოქსაცინისადმი.

ლიტერატურა:

1. Микробиологическая диагностика заболеваний, вызванных микроаэро-фильными изогнутыми бактериями - Пособие для врачей // Москва, 1998. С. 3-42.
2. Bazzoli F., Zagari R.M. et al. Helicobacter pylori: optimum diagnosis and test of cure // J. Chemother. 1999. Dec. 11(6): 601-5.
3. Gasbarrini A., Qjetti V., et al. Efficacy of a multistep strategy for Helicobacter pylori eradication // Alimentary OPharmacology and Therapeutic. 14(1) 79-83, 200, Jap.
4. Mendonca S., Ecclissato C. et al. Prevalence of Helicobacter pylori resistance to metronidazole, clarithromycin, oxycillin, tetracycline and furazolidone in Brazil // Helicobacter, 5(2): 79-83, 2000, Jun.
5. Parsonnet J. et al. Modelling cost-effectiveness of Helicobacter pylori screening to prevent gastric cancer: a mandate for clinic trials // Lancet, 1996; 348: 150-4.

Хсцურიანი Ш., Хсцურიანი З., Хсцურიანი К., Рачвелишвили Б.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

HELICOBACTER PYLORI

РЕЗЮМЕ

Изучена антибактериальная резистентность *H.pylori*, выделенных от пациентов с различными заболеваниями гастродуоденальной зоны в г.Тбилиси. резистентность 10 антибактериальных препаратов разных групп и поколений по отношению к *H.pylori*. Установлено, что *H.pylori* проявляет наиболее высокую резистентность к метронидазолу и эритромишину (по - $52,50 \pm 7,89\%$) и низкую - к ципрофлоксацину ($8,57 \pm 4,71\%$) и норфлоксацину ($10,0 \pm 4,74\%$).

Khetsuriani Sh., Khetsuriani Z., Khetsuriani K., Rachvelishvili B.
ANTIBACTERIAL RESISTANCE OF HELICOBACTER PYLORI
S U M M A R Y

The antibacterial resistance of *H. pylori* discharged from patients with different gastroduodenal diseases was studied. *H. pylori* had a high resistance to metronidazole and erythromycin (both - $52,50 \pm 7,83\%$) and low resistance - to ciprofloxacin ($8,57 \pm 4,71\%$) and norfloxacin ($10,0 \pm 4,74\%$).

თ.ხორავა, ო.ნემსაძე, ნ.შენგელიძე, ჰ.იორამაშვილი
პერიოდონტიტიზის და კისტების სამკურნალო
საშუალებების შემუშავება და სტანდარტიზაცია
თისუ, ფარმაცევტული და ტოქსიკოლოგიური ქიმიის კათედრა

მიუხედავად სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში გამოყენებული არხის საბუნენი მასალების მრავალფეროვნებისა, დღესდღეობით არ არის მოწოდებული ისეთი სრულყოფილი მასალა, რომელიც არხის საბუნენი მასალისადმი წაყენებულ ყველა მოთხოვნას დააკმაყოფილებდა, რის გამოც კვლევა აღნიშნული მიმართულებით გრძელდება (6,8). ზემოაღნიშნული მიზნით გამოყენებული თუთიის ოქსიდ-ევენოლის ცემენტები ევენოლის გაწოვის გამო კარგავენ ხანგრძლივი მოქმედების უნარს (1,4), ხოლო მასზე ანტიბიოტიკების დამატებამ რეზისტენტული შტამების წარმოშობას შეუწყო ხელი.

ლიტერატურული მონაცემებიდან [9] ცნობილია, რომ მოდიფიცირებული CaA ცელოითი სათანადო სამკურნალო საშუალებებთან კომბინაციაში წარმატებით შეიძლება იქნას გამოყენებული სტომატოლოგიურ პრაქტიკაში. კვლევის როგორც შორეული, ისე ახალი მონაცემები მიუთითებენ, რომ ცელოითის კალციუმის ფორმა კეთილსასურველ გავლენას ახდენს ძელოვან ქსოვილში მიმდინარე პათოლოგიურ პროცესებზე, აჩქარებს ძელოვანი ფრაგმენტების შეხორცებას და დესტრუქციული ღრუების აღდგენას (5,7). ავტორთა ყურადღება მიიქცია ასევე ანაბოლური აქტივობის მეთილურაცილმა, რომელიც აჩქარებს უჯრედოვანი რეგენერაციის პროცესებს, აქვს ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება და წარმოადგენს ლეიკოპოეზის სტიმულატორს (2,3). ექიმთა დიპლომის შემდგომი განათლების სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ქირურგიული და ორთოპედიული სტომატოლოგიის კათედრაზე პროფესორ ო. ნემსაძისა და ასპირანტ თ. ხორავას მიერ მოწოდებულ იქნა პერიოდონტიტიზის, კისტოგრანულოზისა და კისტის სამკურნალო არხის საბუნენი საშუალება, რომლის შემადგენლობა:

მეთილურაცილი დიფუნდირებული ცელოითი (1:3) 0,03 გ

ეკკალიტის ზეთი 0,03 გ

თუთიის ჟანგი 0,30 გ

მეთილურაცილის ცეოლითში დიფუნდირება განზორციელდა პ. მელიქიშვილის სახელობის ფიზიკური და ორგანული ქიმიის ინსტიტუტის ლაბორატორიაში (უფროსი მეცნიერ-თანამშრომელი ქ.მ.კ. ა. მაღლაფერიძე)

მეთილურაცილის ცეოლიტში დიფუნდირება ხდება 1:3 თანაფარდობის ნარევის ტრიბომექანიკური ზერხით ლაბორატორიული ფრაქციული ლილვაკების აგრეგატზე.

წამლის ფორმა მზადდება *ex tempor*-ედ.

ჩვენს მიერ შეჩვენულ იქნა ანალიზის მეთოდები მეთილურაცილის, სინთეზური ცეოლითისა და მეთილურაცილიანი სინთეზური ცეოლითის იდენტიფიკაციის, სიწმინდისა და რაოდენობრივი განსაზღვრისათვის. ექსპერიმენტული მონაცემების საფუძველზე მოვახდინეთ მათი დასტანდარტება (ანალიზის მონაცემები იხ. ცხრილი №1 და №2).

შევადგინეთ ფარმაკოპეის სტატიის პროექტები, რომლებიც დამტკიცებულია და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ფარმაკოპეის კომიტეტის მიერ.

ლიტერატურა

1. მამალაძე, ქგოვილაშვილი ენდოლონტია. თბილისი, 1998 გვ. 107-127.
2. მგოგიბერიძე ბუნებრივი ცეოლიტების გამოყენება სოფლის მეურნეობაში. მამოხილვითი ინფორმაცია, თბილისი, 1988.
3. Г.Л. Билич, В. Э. Колла. Современные проблемы фармакологической регуляции регенерации. Йошкар-Ола, 1980.
4. Г.А. Илизарова, А.М. Хилинский. Фармакологическая регуляция регенеративных процессов. Йошкар-Ола, 1979.
5. А.Кодукова, И.Величкова, Б.Дачев. Периодонтиты. М.1989, с.177-216.
6. О.Д. Немсалзе, Г.С. Гамgebели, М.П. Бурдули. Способ лечения периодонтита. Авторское свидетельство № 1409273.
7. А.М. Паничева, Л.Н. Шапова. Добыча, переработка и применение природных цеолитов. Тбилиси 1989.
8. Lupton F.A. In Natural Zeolites Ocurece -Japan-Properties Use Pergamon. Press. 1978 p.3-27.
9. თ. ნემსაძე, ა. მაღლაფერიძე ცეოლითი, როგორც პრეპარირებული მოქმედების პრეპარატი. სამეცნიერო-მეთოდური კონფერენცია ქიმიის. თბილისი. 1998, გვ. 71.

სინთეზური ცეფალოსპორინების ანალოზის მონაცემები

№ ვისრის	აქტიუმი	იპაზინი	იპაზინის ფორმები	ფორმები	მინარეების შემცველობა, %			საფრთხი ფორმები	%საფრთხი ფორმების იპაზინთან
					ფორმები	ფორმები	ფორმები		
01.10.100	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები	< 0.06	< 0.0025	< 0.0001	0.652	0.18 %
02.01.00	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები	< 0.06	< 0.0025	< 0.0001	0.969	0.18%
03.03.00	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები	< 0.06	< 0.0025	< 0.0001	0.495	0.11%
03.03.00	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები	< 0.06	< 0.0025	< 0.0001	0.333	0.15%
03.05.00	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები, მეთილური ფორმები	ფორმები	< 0.06	< 0.0025	< 0.0001	0.448	0.15%

მეთილურ-სცილიანი სინთეზური ცელოზის ანალიზის მონაცემები

ცხრილი №2

სერიის №	აღწერა	იგივეობა	ჩაოდენბრივე განსაზრვრა			მეტროლოგიური მახასიათებლები
			წონაჟი, გ	ობტიკური სიმკვრივე D	ჩაოდენბრივე შემცველობა %	
01.02.00	თეთრი ფერის ფხვნილი	დადებითი	0.0428	0.505	24.53	$X=24.208$ $S^2=2.148$ $S=1.466$ $t_{\alpha} = 1.819$ $A=24.908 \pm 1.819$
02.02.00	თეთრი ფერის ფხვნილი	დადებითი	0.0388	0.434	23.25	
03.04.00	თეთრი ფერის ფხვნილი	დადებითი	0.0415	0.538	26.95	
03.05.00	მოყვითალო ფხვნილი	დადებითი	0.0421	0.522	25.78	
03.09.00	მოყვითალო ფხვნილი	დადებითი	0.0408	0.467	24.03	

**Хоравა Т., Немсадзе О., Шенгелидзе Н., Иорамашвили Г.
СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДИТИТОВ И КИСТОВ,
АНАЛИЗ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ
РЕЗЮМЕ**

Предложено средство для лечения периодонтитов и кистозов в составе: метилурацил дифундированный в синтетическом цеолите (1:3) 0,3 г, масло эвкалипта 0,3г, оксид цинка 0,3 г.

Разработанны методики идентификации, определения чистоты количественного содержания и проведена стандартизация метилурацила, метилурацила дифундированной в цеолите и синтетического цеолита.

Составлены ВФС на них. Проекты ВФС утверждены фармакопейным комитетом МЗ Грузии.

**Chorava T., Nemsadze O., Shengeldize N., Ioramashvili H.
MEANS FOR TREATMENT OF PERIODONTITIS AND CYSTS,
ANALYS AND STANDARTISATION
SUMMARY**

Presented the means for treatment of periodontitis and cysts in composition: methyluracil distributed in synthetic zeolit (1:3) 0.3g; oil of eucalyptus 0.3g; zinci oxidi 0.3g.

Developed the method of identification, determination of purity and quantitative contents and made the standartization of methyluracil, distributed methyluracil and synthetic zeolit.

Developed the PA on them. Projects of PPA have already asserted by Committee of Pharmacopeia, health Ministry.

**ხოტენაშვილი ნ., მარშავა ო.
დაბალი- და მაღალი- ინტენსიური ლაზერების
გამოყენება მწვავე ანაერობული არაკლოსტრიდული
პარაპროქტიტის კომპლექსურ მკურნალობაში**

თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა №1 კათედრა,

თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა №2 კათედრა,

რუსეთის ფედერაციის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ლაზერული
მელიცინის სახელმწიფო ცენტრი

მწვავე პარაპროქტიტის დიაგნოზით ქირურგიული მკურნალობა ჩაუტარდა 121 ავადმყოფს. ბაქტერიული გამოკვლევა მოიცავდა დაჩქარებულ (საორიენტაციო ინფორმაცია ერთ დღელამეში) და საბოლოო დიაგნოსტიკას მე-5, მე-7 დღეზე. მიკრობიოლოგიური კვლევებისათვის მასალას წარმოადგენდა ჩირქოვანი გამონადენი ჭრილობიდან.

65 ავადმყოფთან ჩირქოვანი კერების მიკროფლორა წარმოდგენილი იყო აერობული მიკროორგანიზმებით, ე.ი. ინფექციური პროცესი 53.7%-ში ატარებდა მხოლოდ აერობულ ხასიათს. ანაერობული არასპორაწარმოქმნილი მიკროორგანიზმები აღმოაჩნდა 56 (46.3%) ავადმყოფს. ამავე დროს "სუფთა" სახით ანაერობული არაკლოსტრიდული ინფექცია აღმოაჩნდა 3 შემთხვევაში.

დანარჩენ შემთხვევებში არასპოროგენული ანაერობული ბაქტერიები ჩირქოვანი კერებიდან გამოყოფილი იქნენ აერობულ მიკროორგანიზმებთან ერთად. ანაერობული პარაპროქტიტის დროს ანთების კერა უხშირესად განლაგებული იყო იშიო და პელვიორექტალურ სივრცეებში. ამიტომ დაავადების საწყის ფაზაში აღინიშნებოდა ინტოქსიკაცია, შარდის შეკავება და ყველა სხვა სიმპტომები დაკავშირებული ჩირქოვანის ძალად მდებარეობასთან.

ყველა ამ ავადმყოფების ქირურგიული მკურნალობისათვის გამოყენებული იქნა მაღალენერგეტიკული ლაზერი "РОМАШКА-1". ჩირქოვანი კერის ამოიკვეთა ხდებოდა 60-80 ვტ. ფოკუსირებული ლაზერის სხივით, რის შემდეგაც დამატებით წარმოებდა ჭრილობის ზედაპირის "აორთქლება" ფოკუსირებული სხივით — ჭრილობის ზედაპირზე მოქმედების სიმკვრივე 200 ვ/სმ, შემდგომ ჭრილობა დრენირდებოდა 4-6 დღის განმავლობაში, პროტოკოლიზური ანტისეპტიკური ფერმენტთან ნახვევის დადებით. ლაზერული დამუშავების სუანსები ბაქტერიოლოგიური კონტროლის ქვეშ - 2 დღის ინტერვალით. ჭრილობების ერთჯერადი დამუშავება მნიშვნელოვან შედეგს არ იძლეოდა.

პოსტოპერაციულ პერიოდში რეგენერაციულ, რეპარაციულ და ანთებით პროცესების სტიმულაციისთვის, აგრეთვე ლოკალური მიკროცირკულაციის გაუმჯობესების მიზნით გამოყენებული იქნა დაბალინტენსიული ლაზერული თერაპია იმპულსური ინფრაწითელი არსენიდ-გალიუმის ლაზერული აპარატით "Узор" (იმპულსების სიხშირე 1500ჰც, ექსპოზიცია 284 წმ.)

მძიმე ავადმყოფების უმრავლესობას სისხლის შრატში აღენიშნა საშუალო მოლეკულური მასის მომატება 2-2.5-ჯერ. რაც აიხსნება ღრმა მეტაბოლური დარღვევებით, რასაც ადასტურებდა კლინიკური მონაცემები შერწყმული სხვა ლაბორატორიულ გამოკვლევებთან. დეტოქსიკაციის მიზნით 38 ავადმყოფს ჩაუტარდა სისხლის პარავენური ლაზერული დასხივება (შუქის ნაკადი 5 მტვ., სუანსების ხანგრძლივობა 30 წმ.) 2-5 დღის განმავლობაში ზოგადი მდგომარეობისა და ლაბორატორიული მონაცემების გაუმჯობესებამდე.

ოპერაციული ჩარევის შემდეგ მეორე მთავარ მომენტს წარმოადგენს რაციონალური ანტიბიოტიკოთერაპია. არჩევით პრეპარატებს წარმოადგენდნენ დალაცინი და მეტრონიდაზოლი შერწყმული აერობული მიკროფლორის დამორგუნველ პრეპარატებთან (ამინოგლიკოზიდები და ცეფალოსპორინები). მიმდინარეობდა ჰომეოსტაზის სისტემის მედიკამენტოზური კორექცია, ინფუზიური თერაპიის მოცულობა განისაზღვრებოდა სითხის დელამური დანაკარგის, ძირითადი ელექტროლიტების, ცილისა და ენერგეტიკის მოთხოვნილებების მიხედვით. ცილოვან-ენერგეტიკული უკმარისობის კორექცია მოიცავდა ენტერალურ და პარენტერალურ კვებას. ერთდროულად ჩვენების მიხედვით გამოიყენებოდა იმუნოსტიმულატორები.

დაკვირვების ქვეშ მყოფი 121 პაციენტიდან გარდაიცვალა 4. ლეტალობამ შეადგინა 3.3%. აქედან 3 გამოხატული ინტოქსიკაციითა და პოლიორგანულ უკმარისობით. ერთი ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლით. სიკვდილი საკონტროლო ჯგუფში 8.6%-ს შეადგენს.

ამგვარად, პოლილაზერული დასხივება არაკლოსტრიდული ანაერობული პარაპროქტიტის მქონე ავადმყოფების კომპლექსურ მკურნალობაში განაპირობებს ჩირქოვანი კერის სტერილიზაციას, ჭრილობის გასუფთავების სტიმულაციას და რეპარაციულ პროცესებს, არეგულირებს ადგილობრივი ნივთიერებათა ცვლის

პროცესს, იმუნიტეტს, უზრუნველყოფს ორგანიზმის დეტოქსიკაციას, რაც განაპირობებს სტაციონარში მკურნალობის ვადების შემცირებას და გართულებებისა და სიკვდილიანობის რაოდენობის შემცირებას.

ლიტერატურა:

1. Багирли А. Н., Толстых Г.П. Применение н.инт. лазерного излучения и иммобилизованного в геле полимера. Тезисы междунар. Конф. «Клиническое и экспериментальное применение новых лазерных технологий» г. Казань 1995 г. с. 300
2. Толстых П. И., Герасимова Л. И., Дербенев В.А. Лазерное излучение в лечении больных с гнойносептическими заболеваниями и ожогами. Руководство для врачей Москва 1994 г. с. 78
3. Толстых П. И., Иванян А. Н., Гейниц А. В., Тепляшин А. С., Дуванский В. А. Маленькие секреты использования лазерного излучения для профилактики и лечения гнойных ран. Москва 1999 г. с. 4-47.

Хотенашвили Н., Маршавა О.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЫСОКО- И НИЗКО- ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АНАЭРОБНЫМ НЕКЛОСТРИДАЛЬНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ **РЕЗЮМЕ**

Использование высоко- и низко- энергетических лазеров в комплексном лечении больных с анаэробным неклостридриальным парапроктитом способствует стерилизации гнойного очага, стимулирует очищение раны и репаративные процессы, нормализует местные обменные процессы, иммунитет, обеспечивает детоксикацию организма. Это приводит к уменьшению сроков лечения больных в стационаре и снижает числа осложнений и летальности.

Khotenashvili N., Marshava O.

HIGH- AND LOW- POWER LASERS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ANAEROBIC NONCLOSTRIDIAL PARAPROCTITIS **S U M M A R Y**

Using high- and low- power lazers in the complex treatment of patients with Anaerobic nonclostridial paraproctitis assists to the sterilisation of the fusting area, stimulates cleaning process of the wound and it's reparative process, normalizes local metabolism , immun sistem, insures detocsication of the body. All this leads to the small periods of treatment and hospitalization and decreased amount of the letal facts and later complications.

**ძრონიაშული ანალური ნაპრაღის ძირუბიშული
მკურნალობისას ჭრილობის შმხორცეპის მიმინარეპის
დახასიათეპა CO₂ ლაზერის ზამოყმენების შმითხვეპაში**

თსსუ, ქირურგიულ სნეულებათა №1 კათედრა,
რუსეთის ფედერაციის ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ლაზერული მედიცინის
სახელმწიფო სამედიცინო ცენტრი

ანალური ნაპრაღი ერთ-ერთ გავრცელებულ დაავადებს წარმოადგენს და პროქტოლოგიურ დაავადებებს შორის მესამე ადგილი უკავია, რაც შეადგენს 8,3 – 14,9%-ს. ამ დაავადების ქრონიკული ფორმის მკურნალობის გავრცელებული მეთოდი ქირურგიული ჩარევა, რომელიც გულისხმობს პათოლოგიურად შეცვლილი ქსოვილების მოცილებას ნაპრაღის არეში და შიგნითა სპინქტერის ჰიპერტონუსის კორექციას. ანალური ნაპრაღის ამოკვეთისა და გვერდითი ან უკანა დოზირებული სპინქტეროტომიის უარყოფით თვისებას წარმოადგენს ტრავმულობა, ჭრილობის შესაძლო მაქტიური ინფიცირება, რაც თავის მხრივ განაპირობებს მეორეობის ვადების ზრდასა და ოპერაციის შემდგომი მკვირი ნაწიბურის ან ოპერაციის შემდგომი ფისტულის ჩამოყალიბებას.

ანალური ნაპრაღის მკურნალობისათვის ჩვენ შევიმუშავეთ ლაზერული ფოტოკოაგულაციის მეთოდი, რომლის დროსაც გამოვიყენეთ CO₂-ლაზერი "Скальпель-1" (ტალლის სიგრძე 10,6 მკმ, სიძლიაზე 20ვტ.). დიფუზიის წარმოების შემდეგ აღისის მომჭერით ვიღებდით ჰიპერტროფირებულ ანალურ კრიპტს, მეორე აღისის მომჭერით – "მოდარაზე ბორცვს" და ვაწარმოებდით ტრაქციას გარეთ და ზევით. ანალური ნაპრაღის ფუძესთან სატინსკის მომჭერის მიტანის შემდეგ CO₂ ლაზერის ფოკუსირებული სხივით ვაწარმოებდით ანალური ნაპრაღის ამოკვეთას ჰიპერტროფირებულ ანალურ კრიპტასა და "მოდარაზე ბორცვთან" ერთად. მომჭერების მოხსნის შემდეგ სისხლდენა არ აღინიშნებოდა, მაგრამ ჩვენ დამატებით ვამუშავებდით ჭრილობის ზედაპირს CO₂ ლაზერის განფოკუსირებული სხივით. ამის შემდეგ სფინქტერის სისქეში, მაგრამ არა დაკბილულ ნაწილზე სხივით შეგვეკონდა დიფუზის ტიპის ნემსი მანდრენით. მანდრენის გამოღების შემდეგ ნემსის სახათურში შეგვაყვდა კონტაქტური ალუმინ-ირიტ-ძოწის საფირონის დამოლოებიანი ლაზერის სინათლის გამტარი. შიგნითა სფინქტერის გაკვეთას ვაწარმოებდით ნემსისა და სინათლის გამტარის გარეთ გამოტანისას.

რეპარაციულ პროცესებზე CO₂ ლაზერის მოქმედების შესახებ შევიძლია ვიმსჯელოთ იმ ანაბეჭდების ციტოლოგიური სურათის მიხედვით, რომლებსაც ვიღებდით ჭრილობიდან ოპერაციის 1, 3, 5, 7 და მე-9 დღეებში და ჩვეულებრივი სკალპელით წარმოებულ ოპერაციების შედარებით ანალიზით.

ოპერაციული ჩარევის შემდეგ 78 ავადმყოფზე შესწავლილი იქნა 300 ნაცხი-ანაბეჭდი ჭრილობიდან. აქედან 26 ავადმყოფი ოპერირებულია ლაზერული კოაგულაციის გამოყენებით, ხოლო 52 ტრადიციული მეთოდით. ოპერაციამდე ანალური ნაპრაღის ზედაპირიდან აღებული ნაცხ-ანაბეჭდებზე აღმოჩნდა ქრონიკული ანთებითი პროცესის სურათი: მხედველობის არეში ნეკროზული ქსოვილების ელემენტები, დეგენერაციულად შეცვლილი ნეიტროფილური ლეიკოციტები, ერთეული მაკროფაგები, მდიდარი, უმთავრესად კოკური მიკროფლორა, თითქმის ყველა პრეპარატში ერთეული ერთროციტები.

ლაზერის სხივით წარმოებული ოპერაციის მეორე დღეს შეინიშნებოდა მკირედი გამოხადენი, ნაცხ-ანაბეჭდებში აღინიშნებოდა დეგენერაციულად შეცვლილი ლეიკოციტები, უჯრედების ნამსხვრევები, ფიბრინის ძაფები, დაშლილი ერთროციტები. ერთეულ პრეპარატში გამოვლინდა მონოციტები, მიკროფაგები, პოლიბლასტები.

რამდენიმე შემთხვევაში აღინიშნებოდა არადასრულებული ფაგოციტოზის მოვლენები შინაპული ნორმალური ნეიტროფილური ლეიკოციტებით.

ტრადიციული მეთოდით წარმოებული ოპერაციების შემთხვევაში ძირითად ჯგუფთან შედარებით მეორე დღეს "ჭრილობის ანაბჭლებში" დადგინდა დეცენერაციულად შეცვლილი ნეიტროფილური ლეიკოციტების საშუალოდ მცირე რაოდენობა და მდიდარი, უმთავრესად კოკური მიკროფლორა, ფიბრინის ძაფები. მონონუკლეალური უჯრედები არ აღინიშნებოდა. ერთროციტების დიდი რაოდენობა — შემთხვევათა 80,2%-ში.

ანალური ნაპრალის ლაზერით მკურნალობის სამი დღის შემდეგ ჭრილობიდან გამონადენი მცირე ანაბჭდში ნორმალური ან ნაკლებად დეცენერაციული ნეიტროფილური ლეიკოციტების მნიშვნელოვანი რაოდენობა. მონოციტების (35 პრეპარატი) და მაკროფაგების (29 პრეპარატი) რაოდენობის გაზრდა. ნეიტროფილური ლეიკოციტებისა და მაკროფაგების ფაგოციტარული აქტივობის ზრდა გამოიხატა თავდაპირველად უჯრედების ნაძსვრეებისაგან და ფიბრინის ძაფებისაგან პრეპარატის გასუფთავებაში. მიკროფლორის რაოდენობა უმნიშვნელო (++) ამ ვადაში პოლიბლასტების რაოდენობა გაიზარდა, ისინი 12 პრეპარატში აღმოჩნდნენ. ორ პრეპარატში გამოვლინდა პროფირობლასტებისა და ფიბრობლასტების არსებობა. გამოკვლეული პრეპარატების ნახევარში აღინიშნებოდა ერთროციტების უმნიშვნელო რაოდენობა.

ტრადიციული მეთოდით წარმოებული ოპერაციების შემთხვევაში ამ ვადაში ციტოლოგიური გამოკვლევა მოწმობს სხვადასხვა ხარისხით დეცენერირებული, ნაწილობრივ ნორმალური ნეიტროფილური ლეიკოციტების ზრდას, ამავედროულად აღინიშნება მდიდარი მიკროფლორა, მრავლობითი ერთროციტები, ფიბრინის ძაფები. პრეპარატის რაოდენობის ნახევარზე მეტში ფაგოციტოზის მოვლენები (10-52%) უჯრედოვანი რეაქცია უმნიშვნელოდ განსვავდებოდა ოპერაციის პირველი დღისაგან.

ლაზერული კოაგულაციის მესუთე დღეს "ჭრილობის ანაბჭლებში" დადგინდა ნეიტროფილური ლეიკოციტებისა და მიკროფლორის უმნიშვნელო შემცირებისა და მონოციტების, მაკროფაგებისა და პოლიბლასტების ზრდის ტენდენცია. ფაგოციტოზი დასრულებულია, გამოსატულია. 12 შემთხვევაში სახეზე იყო პროფირობლასტები და ფიბრობლასტები. ერთროციტები 8 შემთხვევაში აღმოჩნდა.

ტრადიციული მეთოდით წარმოებული ოპერაციის შემთხვევაში ამ ვადაში ნაცხში ნეიტროფილური ლეიკოციტების რაოდენობა უმნიშვნელოდ შემცირდა. ყველა პრეპარატში მიკროფლორა უმნიშვნელო (++), გამოჩნდნენ მონოციტები, მაკროფაგები. 3 შემთხვევაში გამოვლინდა ფიბრობლასტები, ერთროციტები 10 პრეპარატში.

CO₂ ლაზერის გამოყენებისას ჭრილობის ანაბჭდში მე-7 დღეს ნეიტროფილური ლეიკოციტების რაოდენობა შემცირდა 2-5-მდე, იშვიათ შემთხვევაში 10-15-მდე მხედველობის არეში. კოკური ინფექცია — ერთეულები — მხედველობის არეში — ვიზუალირდება 23 შემთხვევაში. მაკროფაგების რაოდენობა მნიშვნელოვნად არ იცვლება, სამაგიეროდ აღინიშნება ანალოგზრდა მემართებულქოვილოვანი ზრდა. ამ პერიოდში ჩვეულებრივი სკალპით წარმოებული ოპერაციისას მხედველობის არეში აღინიშნებოდა ნეიტროფილური ლეიკოციტების უმნიშვნელო რაოდენობა 5-10; 30-40-მდე. მაკროფაგების, მონოციტების რაოდენობის ზრდა, აქტიური ფაგოციტური რეაქცია, დასრულებული ფაგოციტოზი. პრეპარატში პროფირობლასტების რაოდენობა გაიზარდა (5-31,2%). მიკროფლორა (14 პრეპარატი) უმნიშვნელო (++). პრეპარატში ერთეული ერთროციტები (31,2%)

ლაზერული ფოტოკოაგულაციის მე-9 დღეს შემართებულქოვილოვანი ელემენტების სიჭარბე ნეიტროფილური ლეიკოციტების არ არსებობისას, ანდა მხედველობის არეში ნეიტროფილური ლეიკოციტების შემცირება ერთეულებამდე (7 პრეპარატი). პროფირობლასტებისა და ფიბრობლასტების რაოდენობა უმნიშვნელო. მაკროფაგებს გააჩნდათ შემცირების ტენდენცია.

ამ პერიოდში ჩვეულებრივი სკალპელით მკურნალობისას ციტოლოგიური სურათი ხასიათდებოდა მაკროფაგების, პროფირობლასტებისა და ფიბრობლასტების გაზრდით. ნეიტროფილების რაოდენობის შემცირებით 10-15-მდე. ერთეული ერთროციტები ორ პრეპარატში. ამგვარად ჭრილობის ექსუდატის უჯრედოვანი შემადგენლობის დინამიკის შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ანალური ნაპრალის ქირურგიული მკურნალობისათვის CO₂ ლაზერის გამოყენება განაპირობებს დეგენერაციულად შეცვლილი და დაშლილი ნეიტროფილური ლეიკოციტების პროგრესულ შემცირებას, მონონუკლეალური ელემენტების რაოდენობის ადრეულ და გამონატულ ზრდასა და ტრანსფორმაციას, მაკროფაგებისა და ფიბრობლასტების დიდი რაოდენობით გამოვლინებას, ფიბრობლასტური რივის ელემენტების დაჩქარებულ მომწიფებას, რაც ჭრილობის რეპარაციულ პროცესებზე CO₂ ლაზერის დადებით მოქმედებაზე მიუთითებს.

ლიტერატურა:

1. Галанкин В.И., Боцманов К.В.О путях заживления ран, нанесённых углекислотным лазером. Архив патологии. 1994.-№9 с.48.
2. Козлов В.И. Взаимодействие лазерного излучения с биотканями. Применение низкоинтенсивных лазеров в клинической практике. Москва, 1999. С. 4-31.
3. Бабаев О.Г., Бабаев Х.Б., Ходжанспесов К. Лазерная фотоакогуляция – Простой и эффективный способ хирургического лечения хронических анальных трещин. Межд. Конф. Новое в лазерной медицине и хирургии. Москва 1991. С.31-35.

Хотенашвили Н.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ CO₂ ЛАЗЕРНОГО ЛУЧА

РЕЗЮМЕ

Изучение динамики клеточного состава раневого экссудата показало, что использование CO₂ лазера в хирургическом лечении хронических анальных трещин способствовало прогрессивному снижению количества дегенеративно изменённых и распавшихся нейтрофильных лейкоцитов, более раннему и выраженному увеличению числа мононуклеарных элементов, их трансформации с появлением большого числа макрофагов и фибробластов, и искоренению созревания элементов фибробластического ряда, что свидетельствует о благоприятном воздействии CO₂ лазера на репаративные процессы в ране.

Khotenashvili N.

THE CHARACTERISTIC OF CO₂ LAZER USE IN THE POSTOPERATIVE HEALING PROCESS OF CHRONIC ANAL FISSURES

SUMMARY

The dynamic studing of the wound exudate cell content has shown, that in the surgical treatment of chronic anal fissure the use of CO₂ lazer assted to the dccreasment of the degenerativly changed and distroed neutrofil leucocytes amount, this method of treatment also assists to the earlier increasment of mononuclear

elements, to their transformation and the appearance of macrophages and fibroblasts and the acceleration of fibroblast elements maturation. The results has shown excellent effect of CO₂ lazer on the reparative processes of the wound.

შ.ჯაფარიძე, ლ.ლომიძე
სრული სმენარუნგობის და ყრუ-მუხვლობის რეაბილიტაცია
ოსუს, ყელ-ყურ-ცხვირის სნეულებათა კათედრა

არსებობს სმენარუნგობის ორი ძირითადი სახე: გამტარებლობითი და აღქმითი სმენარუნგობა. აღქმითი ანუ ნიეროსენსორული სმენარუნგობა მრავალი ფაქტორით შეიძლება იყოს განპირობებული, გამოწვეულია უმეტესწილად ინტრაკოხლეარული პათოლოგიით და მის შედეგს სმენის სხვადასხვა ხარისხის დაქვეითება წარმოადგენს. ამ დაავადების გამოწვევებში უმთავრესს შორის განსაკუთრებით აღსანიშნავია ოტოტოქსიური პრეპარატების, კერძოდ ამინოგლიკოზიდების გამოყენება I წლამდე და ზანდაზმულ ასაკში, ვირუსული ინფექციები, მენინგიტი, ეპიდემიური პაროტიტი, ტრავმა (მექანიკური, აკუსტიკური), ენდოკრინული დაავადებები და სხვა. აღსანიშნავია ისიც, რომ ჩვეულებრივ ნიეროსენსორული სმენარუნგობა იწყება სქესობრივი მომწიფების ასაკიდან და ასაკის მატებასთან ერთად განიცდის პროგრესირებას, თუმცა დასაწყისში იგი მხოლოდ მალალ სიმპტომებს გამოიხატულებს და ამდენად ავადმყოფისათვის შეუმჩნეველი რჩება.

პათოგენეზურად ამ დაავადებას ახასიათებს სმენის პერიფერიული რეცეპტორის დეგენერაციულ-ატროფიული ცვლილებები. ეს პროცესი შეუქცევადია, ხოლო მისი განვითარება – ინდივიდუალური.

კლინიკურად იგი ვლინდება სმენის ნაწილობრივი დაქვეითებით ან სრული სმენარუნგობით. მისი საწყისი სიმპტომია ყურებში ხმაური.

სმენის დაქვეითების ეს ტიპი ქირურგიულ მკურნალობას არ ექვემდებარება, კონსერვატიული მკურნალობა კი ძირითადად მიმართულია სმენის შენარჩუნებისაკენ. სმენის გაუმჯობესება ამ დროს პრაქტიკულად შეუძლებელია. კონსერვატიული მკურნალობის თანამედროვე მეთოდებში აღსანიშნავია მთელი რიგი ახალი პრეპარატები, რომლებიც აუმჯობესებენ შიგნითა ყურის კვებას [1,2].

ნიეროსენსორული სმენარუნგობის დროს წარმატებით გამოიყენება სასმენი აპარატები. აღსანიშნავია, რომ ორმხრივი სრული ნიეროსენსორული სმენარუნგობა სმენის აპარატებით რეაბილიტაციას არ ექვემდებარება. თუ იგი ჩამოყალიბდა პრელინგვალურ პერიოდში, ასეთ შემთხვევაში ყალიბდება ყრუ-მუნჯობა.

დღესდღეობით მოწინავე ქვეყნებში ასეთ ავადმყოფებზე უკვე ფართოდ კეთდება ოპერაციული ჩარევა – კოხლეარული იმპლანტის ჩანერგვა ლოკოკინაში და იმპულსების მიწოდება პირდაპირ სმენის ნერვზე. კოხლეარული იმპლანტაცია სათავეებს იღებს 70-იანი წლებიდან. დღეისათვის მსოფლიოში დაახლოებით 40000 კოხლეარული იმპლანტაციაა გაკეთებული. თავიდან პირველი კოხლეარული იმპლანტი იყო ერთარხიანი, შემდგომ მისი ტექნოლოგია დაიხვეწა და დღეს უკვე იხმარება 12 წყვილი (24-არხიანი) იმპლანტი [3,4,5,7].

კოზლვარული იმპლანტის მუშაობის პრინციპი შემდგომში მდგომარეობს: ბგერა მიიღება ყურთან დამაგრებული მიკროფონით, მიკროფონიდან სიგნალი გადაეცემა პროცესორს, რომელიც დამაგრებულია სხეულზე. პროცესორი გადაამუშავებს მიღებულ სიგნალს ძალზედ სწრაფ ელექტროიმპულსებად (წამში 18000 იმპულსი); ელექტროიმპულსები ყურის უკანა მიდამოდან მაგნიტური პრინციპით დამაგრებული გადამცემიდან რადიოტალღებით გადაეცემა მიიღებს, რომელიც იმპლანტირებულია საფეთქლის ძვლის კორტიკალურ შრეში, ხოლო მისგან გამოძვავი ელასტიური ელექტროდი იმპლანტირებულია ლოკოკინაში. მიიღები დეკოდირებას უკეთებს სიგნალებს ელექტროიმპულსებში, რომელიც ლოკოკინაში ჩანერგილი აქტიური ელექტროდი ამ ელექტროიმპულსებს გადასცემს სმენის ნერვს. მიიღები და ელექტროდი იმპლანტირებულია, ხოლო მიკროფონი და პრაქსისორი საჭიროების დროს მაკრდება სხეულზე. მთლიანად ეს რთული თანამედროვე ტექნოლოგიის პირშმო უზრუნველყოფს ინფორმაციის მიწოდებას სმენის ნერვზე, თავის თავზე იღებს სმენის პერიფერიული რეცეპტორის ფუნქციას [6,8].

ოპერაციის ჩვენებებს წარმოადგენს: 1. ყრუ-მუნჯობა, როგორც თანდაყოლილი, ასევე შეძენილი; აღსანიშნავია, რომ ასეთ პაციენტებში უკეთეს შედეგს იძლევა ოპერაცია 6 წლამდე ასაკში, ასაკის მატებასთან ერთად კი შორეული შედეგების ხარისხი მცირდება; 2. პოსტლინგვალური ორმხრავი სრული სმენაჩლუნგობა ნებისმიერ ასაკში.

ეს ოპერაცია ითვალისწინებს შემდგომ რეაბილიტაციას და ბავშვები რამდენიმე წელიწადში სწავლობენ საუბრის გარჩევას და მეტყველებას. კოზლვარული იმპლანტაცია კიდევ უფრო კარგ შედეგს იძლევა პოსტლინგვალური სრული სმენაჩლუნგობის დროს, ე.ი. როცა მეტყველ ადამიანს განუვითარდა სრული სიყრუე.

საქართველოში ამ ოპერაციისათვის მზადება 6 წელი მიმდინარეობდა, რაც ითვალისწინებდა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შექმნას და კადრების მომზადებას, ოპერაციის ტექნიკის ათვისებას საზღვარგარეთის წამყვან კლინიკებში და რეაბილიტაციის პირობების შექმნას.

ჩვენს კლინიკაში 1999-2000 წლებში გაკეთდა 3 კოზლვარული იმპლანტაციის ოპერაცია გერმანელ კოლეგებთან ერთად. აქედან პირველი გაუკეთდა 5 წლის გოგონას, ხოლო დანარჩენი ორი 9 და 11 წლის ვაჟებს. პირველ შემთხვევაში ჩანერგილ იქნა 24 არხიანი ელექტროდი (KOMBI 40+), ხოლო მეორე და მესამე პაციენტების ლოკოკინაში შეყვანილ იქნა 16 არხიანი ელექტროდი (KOMBI 40). სამივე შემთხვევაში ოპერაცია დამთავრდა დადებითი შედეგით: ინფორმაცია მიიღო ყველა ელექტროდმა. რაც შეეხება შორეულ შედეგებს, ეს დამოკიდებულია რეაბილიტაციასა და ლოგოპედიაზე. ამ ბავშვების რეაბილიტაცია მიმდინარეობს თბილისის აუდიოლოგიისა და სმენის პროტეზირების ცენტრში. ამჟამად სამივე პაციენტს უკვე აქვს სიტყვების გარჩევის ფართო სპექტრი და მეტყველებენ.

დღეისათვის გამოკვლეულია დაახლოებით 15 ყრუ-მუნჯი ბავშვი ამ ოპერაციის ჩვენებებით, აქედან ორი უკვე მზადდება საოპერაციოდ.

ჩვენს კლინიკაში წელიწადში საშუალოდ კეთდება 60-70 სმენის გასაუმჯობესებელი ოპერაცია შუა ყურის ქრონიკული ჩირქოვანი ანთების და ოტოსკლეროზის დროს. კოზლვარული იმპლანტაციის რაოდენობის სიძვირე

სამწუხაროდ გამოწვეულია თვითონ კონკრეტული იმპლანტის მაღალი ფასით. მიუხედავად იმისა, რომ ავსტრიის ფირმა "მედ-ელი" 25%-იანი ფასდაკლებით უზრუნველყოფს ჩვენს ქვეყანას იმპლანტებით, სადაზღვევო სისტემა არ ფარავს ამ პათოლოგიას და საქართველოს მოქალაქეებისათვის ეს ხშირად მიუწვდომელი რჩება.

ლიტერატურა:

1. Гринштейн А.Б., Шнайдер Н.А. "Опыт применения вазобраля при нейросенсорной тугоухости сосудистого генеза"; "Вестник оториноларингологии", №2, 2001, ст. 39-41;
2. Каралькин А.Б., Петухова Н.А. "Радионуклидные методы исследования кровообращения головного мозга в оценке результатов лечения нейросенсорной тугоухости", "Вестник оториноларингологии", №1, 2001, ст. 17-19;
3. Ланцов А.А., Мефодовский А.А., Пудов В.И. "Актуальные вопросы кохlearной имплантации"; "Вестник оториноларингологии", №4, 2001, ст. 13-15;
4. Лащов А.А., Петров С.М., Пудов В.И. Особенности слухового восприятия в свете проблемы реабилитации пациентов, перенесших имплантацию" "Вестник оториноларингологии", №4, 1998, ст. 9-11;
5. Таварткиладзе Г.А., Фроленков Г.И. "Показания к имплантационному слухопротезированию"; Метод. рекомендации. М.1995;
6. Clark G.M. et al. "A multiple-electrode hearing prosthesis cochlear implantation in deaf patients"; Med. prog. Technol. 1977; 5:127;
7. House W.F. "Cochlear implants: my perspective;" Newport-Beach 1995; 47.
8. Niparko JK, Kirk KL, Mellon NK, Robbins AM, eds. "Cochlear implants: Principles and practices", New York; Lippincott, Williams and Wilkins, 1999.

Джапаридзе Ш., Ломидзе Л.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПОЛНОЙ ГЛУХОНЕМОТЕ РЕЗЮМЕ

За три года в Грузии в клинике оториноларингологии ТГМУ было проведено три операции кохlearной имплантации глухо-немым детям разного возраста (с 5 до 11 лет) с использованием имплантов "Combi 40/40+" производства фирмы "MED-EL" (Австрия). Приведены данные тестирования пациентов спустя различные сроки после операции, демонстрирующие значительный прогресс в слуховой функции. Для дальнейшего развития кохlearной имплантации в Грузии имеется всё условия как диагностики, так же проведения операции и реабилитации больных.

Japaridze Sh., Lomidze L.

S U M M A R Y

For last three years in Georgia were made three operations of Cochlear implantations to deaf-mute patients of different age with use an implants "Combi 40/40+" production of company "MED-EL" (Austria).

Prospects of Cochlear implantation and problems of its introduction in Georgia are analyzed.

მ.ჯანუღაია, გ.გელბახიანი, გ.კალანდარიშვილი, ზ.ზუღანიანი
თამბაქოს შპსის გავლენა ფილტვების დაავადებების
ფორმირებაზე და სისხლში კარბონსიკსიმოზლოზინის
კონცენტრაციაზე სკვადასხვა ხარისხის სუნთქვის
ქრონიკული უკმარისობით ავადმყოფებში
თსსუ, მინაგან სნეულებათა დიაგნოსტიკის და თერაპიის კათედრა

თამბაქოს წევა, როგორც აგრესიული რისკ-ფაქტორი, ხელს უწყობს სასუნთქო სისტემის დაავადებების განვითარებას. განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს თამბაქოს წევა, როგორც ონკოლოგიური დაავადებების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორი.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში (აშშ) ყოველწლიურად 400000-ზე მეტი ადამიანის სიკვდილის მიზეზს თამბაქოს წევა წარმოადგენს და იგი აღემატება შექნილი იმუნოდეფიციტის სინდრომით, ალკოჰოლიზმით, მელიკამენტებით მოწამელოთ, უბელური შემთხვევებით სიკვდილიანობის საერთო რაოდენობას. აშშ-ში 3 მილიონ ქომრდილზე მეტი ეწევა; ყოველწლიურად მათ რიცხვს ემატება 1 მილიონი და მათ შორის ყოველი მეთოხე თამბაქოს წევის გამო დროზე ადრე დაიღუპა. "მწვეველ პირთა ინდექსი" გამოითვლება დღე-ღამეში მოწეული სიგარეტის ღერების რაოდენობის გამრავლებით 12-ზე (წელიწადის თვეების რაოდენობაზე) და თუ იგი აღემატება 200-ს, მაშინ მწვეველებში, როგორც წესი, აღინიშნება ნიკოტინზე "დამოკიდებული" მაღალი ხარისხი და ვითარდება ნიკოტინით გაპირობებული დაავადებები.

თამბაქოს ბოლის სამიზნე-უჯრედებს ქვედა სასუნთქ გზებში წარმოადგენს კლარის უჯრედები (არაჰილიური ეპითელიური უჯრედები, რომელთა რაოდენობა მატულობს სასუნთქი გზების ტერმინალურ ნაწილში). კლარის უჯრედები წინასწარგანწყობილია კანცეროგენული ზემოქმედებისათვის, რადგანაც თამბაქოს წევა მათზე ახდენს გამოხატულ დეკრესიულ ზემოქმედებას. ამ ჯგუფის უჯრედებიდან ვითარდება ფილტვის კიბო (2).

თამბაქოს წევა ასოცირდება ფილტვების მთელ რიგ დაავადებებთან. განსაკუთრებით კი - ქრონიკულ ობსტრუქციულ ბრონქიტთან (ქობ) და მის ვართულებებთან: ფილტვისმიერ გულთან და სუნთქვის ქრონიკულ უკმარისობასთან (სქუ), რომლებიც წარმოადგენენ ავადმყოფთა ინვალიდობის განმსაზღვრელ მიზეზს. დღეისათვის დადგენილია, რომ თამბაქოს წევას შეუძლია გამოიწვიოს ქობ-ის, მალობლიტარებელი ბრონქიოლიტის, ფილტვების ემფიზემის, ბრონქული ასთმის და ფილტვების კიბოს ჩამოყალიბება.

ქრონიკული ბრონქიტისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები გამოვლინდება თამბაქოს წევის დაწყებიდან 15-20 წლის შემდეგ. მწვეველთა ცხოვრება და ფიზიკური აქტივობა ლიმიტირებულია სუნთქვის უკმარისობით. ეპიდემიოლოგიური კვლევები ცხადყოფენ, რომ 20-25 წლის განმავლობაში თამბაქოს წევისას უკვე ჩნდება გართულებული ბრონქიტის ნიშნები, როგორცაა ფილტვისმიერი გული და სქუ. ავადმყოფები წონაში პროგრესულად იკლებენ. დაავადების დეკომპენსაციის ეტაპზე (სუნთქვის უკმარისობა) მკვეთრად იზრდება კუნთების მუშაობის მოცულობა, რომელიც სასუნთქ გზებში ობსტრუქციის გადასალახავადაა მიმართული. სხეულის

წონაში დაკლება უკავშირდება ენერჯის ხარჯვას სასუნთქი კუნთების მუშაობისათვის. ნიკოტინი ახდენს უარყოფით მეგავლენას კუნთების მეტაბოლიზმზე, რაც მონაწილეობს სასუნთქი კუნთების დაღლის სინდრომის ფორმირებაში, ქობ-ით ავადმყოფებში სუნთქვის უკმარისობის სტადიაში.

თამბაქოს ბოლის ქიმიური კომპონენტები ახდენენ პროტეოლიზური აქტივობის სტიმულაციას. დადგენილია, რომ მწვევლთა ცხოვრების ხანგრძლივობა 15 წლით უფრო ხანმოკლეა არააწვევლებთან შედარებით. აღსანიშნავია ისიც, რომ თამბაქოს წვევა შეიძლება იყოს მათბიოტიკური ბრონქოლიტის ერთ-ერთი მიზეზი. ამ დროს წარმოშობილი ქრონიკული რემისტენტულია ბრონქოლიტიკებისა და კორტიკოსტეროიდებისაღმძი, რაც შეუქცევად ცვლილებებზე მეტყველებს. ამ დროს ნაჩვენებია ხანგრძლივი ეანგზადთერაპიის გამოყენება.

ბრონქული ასთმით ავადმყოფები ასევე მგრძობიარენი არიან თამბაქოს ბოლისაღმძი, რომელიც ახდენს ხველის და ასთმით სხვა სიმპტომების პროვოცირებას. ბრონქული ასთმით ავადმყოფთა ჰიპერრეაქტიულობა გამპრობებულია სასუნთქი გზების ლორწოვანი შრის ანთებით. ანთებითი პროცესის სხეადასხვა შემადგენელ კომპონენტებს გააჩნიათ გამღმბიანებული სტიმულისაღმძი მგრძობიელობის სხეადასხვა ხარისხი. ლაპარაკია თამბაქოს ბოლის ქიმიურ კომპონენტებზე. ნიკოტინის, ფორმალდეჰიდის, არომატული შენაერთების როლი თამბაქოს ბოლის სხვა კომპონენტებზე უკეთაა შესწავლილი სასუნთქი გზების ჰიპერრეაქტიულობის ფორმირებაში. კლინიკური მონაცემები ცხადყოფენ, რომ რაც უფრო მიძიედ მიმდინარეობს ბრონქული ასთმა, მით უფრო მეტადაა გამოხატული სასუნთქი გზების ჰიპერრეაქტიულობა და მით უფრო მგრძობიარეა ავადმყოფის ორგანიზმი თამბაქოს ბოლისაღმძი. ნიკოტინი ხელს უწყობს ალერგიული რეაქციების განვითარებას. მწვევლებში და მათი ოჯახის წევრებში ბევრად უფრო ხშირად გამოვლინდება პირები იმუნოგლობულინ E-ს გაბრდილი შემცველობით. თამბაქოს წვევა გაულებას ახდენს ატოპური სინდრომის ფორმირებაზე, ამიტომაც მწვევლთა ოჯახებში დაბადებულ ბავშვებში უფრო ხშირად დგინდება ატოპია და ბრონქული ასთმა.

ამეაბად არსებობს მოსაბრება, რომ თამბაქოს ბოლს გააჩნია ჰათოგენური მნიშვნელობა როგორც ალერგენს, ან იგი განაპრობებს იმუნოგლობულინ E-ს სისხეების დარღვევას, რომლის ხარჯზეც ხდება ალერგიული რეაქციების რეალიზაცია. (2).

ბოლო წლებში შეისწავლეს ძილის დროს სუნთქვის შექრება (აპნოეს ეპიზოდები) მწვევლებში და დადგინდა პირდაპირპროპორციული დამოკიდებულება წვევის ინტენსიობასა და აპნოეს ეპიზოდების სისხირეს შორის. თამბაქოს წვევაზე უარის თქმის შემთხვევაში მიღწეულ იქნა დადებითი ბვრები გარეგანი სუნთქვის პარამეტრებში.

მელიცინის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს ფილტვის კიბოთი ავადმყოფების რაოდენობის მუდმივი ზრდა, რომელზედაც სიმსივნური დაავადებების 30%-ზე მეტი მოდის. ფილტვის კიბოთი დაავადებულთა 80% თამბაქოს წვევასთანაა დაკავშირებული. როგორც ცნობილია, თამბაქოს ბოლში არსებული ქიმიური ნაერთები, როგორცაა: ბენზსპირენი, ფორმალდეჰიდი, ურენატი, ნიკოტინი და პოლინიუმ-210, წარმოადგენენ აქტიურ კანცეროგენებს. ეპითელიური უჯრედები და კლარის უჯრედები აღმონდნენ უფრო მგრძობიარენი თამბაქოს ბოლის კანცეროგენული

ეუქეტისადმი, ვიდრე ფილტვების სხვა უჯრედოვანი სტრუქტურები. თამბაქოს ბოლი წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე უფრო აგრესიულ პოლუტანტს, რაც განაპირობებს ფილტვის კიბოთი ავადმყოფების რაოდენობის მკვეთრ ზრდას.

ჩვენ შევისწავლეთ თამბაქოს წვევის ბეგავლენა სისხლში კარბოქსიჰემოგლობინის (HBCO) კონცენტრაციაზე სხვადასხვა ხარისხის (ბ) სქუ-ით გართულებულ ქობ-ით ავადმყოფებში.

გამოკვლევულ იქნა ავადმყოფების სამი ჯგუფი: თამბაქოს მწვეველები, არამწვეველები და წარსულში მწვეველები. HBCO-ს კონცენტრაცია სისხლში ისაბლდვრებოდა პროცენტებში ჰემოგლობინის საერთო რაოდენობიდან ფრეცტუსის და მაინეკს მთლიან მოწოდებული სპექტროფოტომეტრიული მეთოდით. ჩატარებული კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ წამყვან ფაქტორს HBCO-ს დაგროვებაში თამბაქოს წვევა წარმოადგენს, რასაც ადასტურებს HBCO-ს კონცენტრაციის მაქსიმალური ციფრები თამბაქოს მწვეველ ავადმყოფთა ჯგუფში ($13,24 \pm 0,75\%$), მაშინ, როდესაც არამწვეველებში HBCO-ს კონცენტრაცია არ განსხვავდებოდა ნორმისაგან ($7,25 \pm 0,5\%$). მიღებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ თამბაქოს წვევა განაპირობებს არა მარტო ეგზოგენური CO-ს დაგროვებას, არამედ იწვევს ცელილებებს HBCO-ს ენდოგენურ დაგროვებაშიც. მოცემული მონაცემები დასტურდება სისხლში HBCO-ს კონცენტრაციის გამრდიო წარსულში მწვეველ ავადმყოფებში ქობ-ის გამწვავების და რემისიის ფაზებში. გამონაკლისს წარმოადგენენ I ხ სქუ-ით ავადმყოფები, რომლებშიც HBCO-ს კონცენტრაცია ნორმას არ აღემატებოდა. აღნიშნული არ ვრცელდებოდა ქობ-ის საშუალო და მძიმე მიმდინარეობის (II და III ხ სქუ) ავადმყოფებზე. აღმოჩნდა, რომ ქობ-ის პროგრესირებისას ენდოგენური კარბოქსიჰემოგლობინის წარმოშობის მექანიზმში ჩნდება და ძლიერდება პათოლოგიური ძვრები, რასაც ახლავს HBCO-ს დაგროვება, რომელიც არ მონაწილეობს ენგვბადის ტრანსპორტირებაში. HBCO-ს დაგროვება ოქსიჰემოგლობინის დისოციაციის მრუდს მარცხნივ და ბევით გადახრის, რაც განაპირობებს ქსოვილების ენგვბადით მომარაგების გაუარესებას ოქსიჰემოგლობინის მიერ ენგვბადის გაცემის გაძნელების და ჰიპოქსემიის გაღრმავების გამო. (1).

ამრიგად, თამბაქოს წვევა ბეგავლენას ახდენს ქრონიკული ობსტრუქციული ბრონქიტის, ქრონიკული ფილტვისმიერი გულის, სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობის, მობლიტირებული ბრონქიოლიტის, ბრონქული ასთმის, ფილტვის კიბოს და ღამის ანსოეს სინდრომის ფორმირებაზე. თამბაქოს წვევის ხანგრძლივობა პირდაპირპროპორციულ კავშირშია სისხლში კარბოქსიჰემოგლობინის კონცენტრაციის ზრდასთან. კარბოქსიჰემოგლობინის კონცენტრაციის ზრდა სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობით ავადმყოფებში აუარესებს სისხლის ენგვბადსატრანსპორტო ფუნქციას, რითაც ხელს უწყობს ძირითადი დაეკვლების პროგრესირებას.

ლიტერატურა

1. Джанджгава М.С. Неактивные формы гемоглобина у больных с хроническим обструктивным бронхитом, осложнённым хронической дыхательной недостаточностью. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Москва, 1989 г. 22 стр.
2. Чучалин А.Г. Болезни легких курящего человека. Тер. арх., 1998, №3, С. 5-13.

Джандгава М., Гелбахиани Г., Каландаришвили Г., Зедания З.

**ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛЁГОЧНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИИ И КОНЦЕНТРАЦИИ В КРОВИ КАРБОКСИЕМОГЛОБИНА
У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

РЕЗЮМЕ

Курение оказывает существенное влияние на формирование хронического обструктивного бронхита, хронического лёгочного сердца, хронической дыхательной недостаточности, облитерирующего бронхиолита, бронхиальной астмы, рака легкого, синдрома ночного апноэ. Продолжительность курения находится в пропорциональной зависимости с ростом в крови концентрации карбоксигемоглобина. Рост концентрации карбоксигемоглобина у больных с хронической дыхательной недостаточностью ухудшает кислородтранспортную функцию крови и тем самым способствует прогрессированию основного заболевания.

Janjgava M., Gelbachiani G., Kalandarishvili G., Zedania Z.

**INFLUENCE OF SMOKING ON FORMATION LUNG DISEASE AND
CONCENTRATION IN BLOOD CARBOXYHEMOGLOBIN IN THE PATIENTS
WITH A VARIOUS DEGREE OF CHRONIC
RESPIRATORY INSUFFICIENCY**

SUMMARY

The smoking renders essential influence on formation chronic obstructive bronchitis, cor pulmonale, of chronic respiratory insufficiency, asthma, lung cancer, sleep apnea syndrome. The prolonged smoking is directly proportional to the increasing carboxyhemoglobin (HBCO) concentration in the blood. Increasing HBCO concentration in the patients with chronic respiratory insufficiency aggravates blood oxygen transporting function and therefore contributes to the progress of main disease.

ლ.ჯავში
**კბილის ბალთის მიკროორგანიზმების აღმნიშვნელი
ლიზოციტები პაროლონტიტის დროს**
ოსსუ, თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრა

პაროლონტიტის პათოგენეზის თანამედროვე კონცეფციის მიხედვით პაროლონტიტის განვითარების ძირითად მიზეზს წამოადგენენ კბილის ბალთის მიკროორგანიზმების მიერ გამოწვეული ანთებადი პროცესები (1, 3, 5, 6, 11).

მიუხედავად მრავალრიცხოვანი გამოკვლევებისა, დღემდე არ არის დადგენილი ამა თუ იმ სახის მიკროორგანიზმების წამყვანი მნიშვნელობა პაროლონტიტის განვითარებაში. მკვლევართა ნაწილი (2, 5) განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს სტრუპტოკოკებს და სტაფილოკოკებს, თუქცა ვერ გამორიცხავს სხვა მიკროორგანიზმების (ფუზობაქტერიები, ანაერობული ბაცილები, სპიროქეტები, სოკოები და სხვ.) ეტიოპათოგენურ როლს ამ პროცესში, რაც დიდ სიმწელებთან არის დაკავშირებული, კბილის ბალთის მიკრობული შემადგენლობის და ორგანიზმის ინდივიდუალური თვისებებების გამო (3, 6, 8, 10).

პაროლონტიტის ეტიოპათოგენეზში ამა თუ იმ სახის მიკროორგანიზმებისათვის წამყვანი როლის მინიჭება მხოლოდ მათი ამოთესვის სისშირის მიხედვით არ არის მართებული, ვინაიდან ბაქტერიების პერიოდონტოპათოგენური პოტენციალი უნდა განისაზღვროს როგორც

მიკროორგანიზმების და მათი ცხოველმყოფელობის პროდუქტების, ასევე იმუნური პროცესის სპეციფიკური რეაქციების გათვალისწინებით. კერძოდ, ამა თუ იმ მიკროორგანიზმების მიმართ იმუნური T-ლიმფოციტების კლონის ცვლილებების განსაზღვრის მეშვეობით.

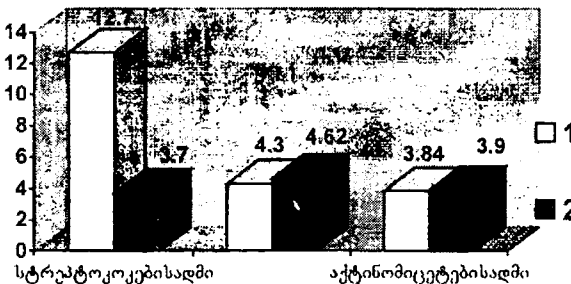
ამასთან დაკავშირებით, ჩვენს მიერ პირველად იქნა შესწავლილი პირის დრუს მიკროფლორის წარმომადგენლების - სტრეპტოკოკების, სტაფილოკოკების, აქტინომიცეტების მიმართ რეცეპტორების მქონე (იმუნური) T-ლიმფოციტების რაოდენობა პაროდონტიტის სხვადასხვა ფორმებით დაავადებულთა სისხლში.

იმუნური ლიმფოციტების აღნიშნული კლონების რაოდენობის განსაზღვრა ხდებოდა Grushard, Pred (1978) მეთოდით, სტრეპტოკოკების, სტაფილოკოკების, აქტინომიცეტების ანტიგენების და ტანიზირებული ერთროციტების ტესტ-სისტემების გამოყენებით. T-ლიმფოციტების გამოყოფა ხდებოდა B-ლიმფოციტების ელიმინაციით ანტიგენ-ანტისხეულის კომპლექსებით დატვირთული პროტინული გრანულების მეშვეობით. დაკვირვებები ჩატარებული იყო პაროდონტიტის სხვადასხვა ფორმებით დაავადებულ 84 ავადმყოფზე, რომელთაგან 30-ს აღენიშნებოდა დაავადების მსუბუქი ფორმა, 30 - საშუალო ფორმა და 24 - მძიმე ფორმა.

ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენეს, რომ პაროდონტიტის დროს ადგილი აქვს სტრეპტოკოკებისათვის იმუნური ლიმფოციტების კლონის აქტივაციას, რაზედაც მიუთითებს აღნიშნული ლიმფოციტების რაოდენობის მნიშვნელოვანი მომატება სისხლში პაროდონტიტით დაავადებულთა შორის ინტაქტური პაროდონტიტის მქონე ჯანმრთელ პირებთან შედარებით ($12,7 \pm 0,3$ წინააღმდეგ $3,87 \pm 0,32$, $P < 0,001$). რაც შეეხება სტაფილოკოკების და აქტინომიცეტების მიმართ იმუნურ ლიმფოციტებს, მათი აქტივაცია პაროდონტიტის დროს არ გამოვლინდა. ლიმფოციტების აღნიშნული კლონების რაოდენობრივი მაჩვენებლები სისხლში არსებითად არ განსხვავდებოდნენ პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირების ანალოგიური მაჩვენებლებისაგან (იმუნური ლიმფოციტების საშუალო რაოდენობა სტაფილოკოკებისადმი და აქტინომიცეტისადმი შესაბამისად შეადგენდა $4,3 \pm 0,26$ და $3,84 \pm 0,29$, $P < 0,05$ ინტაქტური პაროდონტიტის მქონე პირებთან შედარებით).

დიაგრამა 1

ციხლთა ბალთის მიკროორგანიზმებისადმი იმუნური T-ლიმფოციტები პაროდონტიტის დროს



იმუნური T-ლიმფოციტები:

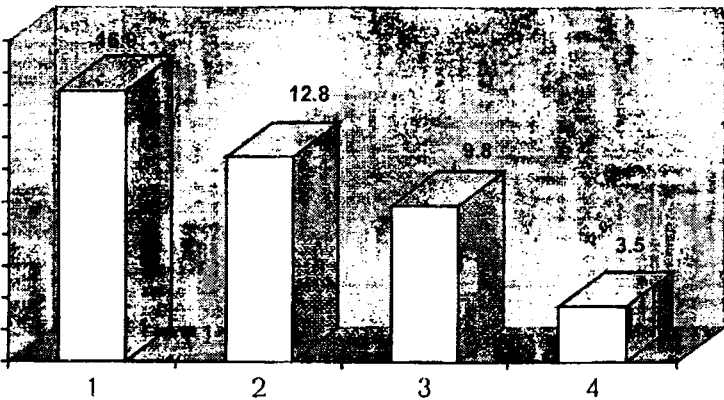
- 1 - პაროდონტიტით დაავადებულთა შორის
- 2 - ჯანმრთელი პაროდონტიტის მქონე პირთა შორის.

მიღებული შედეგები თვალნათლივ გვიჩვენებენ, რომ პაროდონტიტის დროს ორგანიზმის საპასუხო რეაქცია ძირითადად გამოხატულია სტრუქტოკოკების მიმართ. ეს მონაცემები ასაბუთებენ და უფრო კონკრეტიზირებულს ხდიან რიგი ავტორების (2, 5, 6 და სხვ.) მოსაზრებას პაროდონტიტის დროს სტრუქტოკოკების წამყვანი ეტიოპათოგენური როლის შესახებ.

ვინაიდან პაროდონტიტით დაავადებულთა შორის არ გამოვლინდა სტაფილოკოკების და აქტინომიცეტების მიმართ რეცეპტორების მქონე ლიმფოციტების არსებითი ცვლილებები, ამიტომ შემდგომ გამოკვლევებში შესწავლილი იქნა მხოლოდ სტრუქტოკოკებისადმი იმუნური ლიმფოციტების რაოდენობრივი ცვლილებები პაროდონტიტის სხვადასხვა კლინიკური მიმდინარების დროს. ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად დადგინდა იქნა, რომ პაროდონტიტის სხვადასხვა ფორმების დროს აღინშნული ლიმფოციტების რაოდენობის მომატება სხვადასხვა ხარისხით არის გამოხატული. მათი განსაკუთრებული მკვეთრი მომატება აღინშნება პაროდონტიტის ძმიმე ფორმების დროს საშუალო და მსუბუქ ფორმებთან შედარებით (სისხლში სტრუქტოკოკებისადმი ანტიგენრეაქტიული ლიმფოციტების რაოდენობა შესაბამისად შეადგენდა $16,9 \pm 0,59$; $12,8 \pm 0,23$; $9,5 \pm 0,27$; $P < 0,001$).

დიაგრამა 2

სტრუქტოკოკებისადმი იმუნური T-ლიმფოციტების სისხლში პაროდონტიტის სხვადასხვა ფორმებით დაავადებულთა შორის



პაროდონტიტის ფორმები: 1 - ძმიმე; 2 - საშუალო; 3 - მსუბუქი; 4 - ინტაქტური პაროდონტიტის მქონე პირები

ამრიგად, ჩვენი გამოკვლევების შედეგად პირველად იქნა დადგინდა პაროდონტიტის დროს სისხლში სტრუქტოკოკებისადმი რეცეპტორების მქონე ლიმფოციტების მომატება, რომლის ინტენსივობა პირდაპირ კორელაციურ კავშირშია პროცესის გენერალიზაციის ხარისხთან. ზემოთქმულიდან გამომდინარე, შეიძლება ვიფიქროთ, რომ პაროდონტიტის ქსოვილებში განვითარებულ ანთებად კერაში მიკრობული აგრესიის საპასუხოდ ქემოტაქსისის შედეგად დაგროვილი ლეიკოციტები, განსაკუთრებით ნეიტროფილები და მაკროფაგები, ფაგოციტოზის პროცესში იწვევენ

სტრუქტოკოკების დეზორგანიზაციას და მისი ანტიგენების, მათ შორის ორგანიზმის ქსოვილებთან საერთო ანტიგენების გამოთავისუფლებას, რომლებიც უკავშირდებიან HLA II კლასის ანტიგენებს და მ- უჯრედოვანი რეცეპტორების β -ჯაჭვს და ამ სახით ცირკულირებენ ორგანიზმში (4, 9, 12, 13). აქ ისინი უროთიერთქმედებენ მ-ლიმფოციტების სხვადასხვა კლონებთან და იწვევენ სტრუქტოკოკებისადმი რეცეპტორების მქონე მ-ლიმფოციტების კლონის აქტივაციას, რასაც თან სდევს ორგანიზმის საპასუხო დაცვითი და დესტრუქციული იმუნური პროცესების განვითარება (6, 7, 13).

ლიტერატურა:

1. Барер Г.М., Лемешкая Т.И. Болззни пародонта, клиника, диагностика и лечение . 1996, М.
2. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Состояние местных и общих защитных факторов при заболеваниях пародонта (обзор), МРЖ, 1987, 3, 3-7.
3. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Н.М., Максимовская Л.Н. - терапевтическая стоматология, М. 1998,
4. Галактионов В.Г. - Иммунология, М. 1998.
5. Грудянов А.И. - Пародонтология, М. 1997.
6. Иванов В.С. - Заболевания пародонта, М. 1998.
7. Чеботарев В.Ф. - Современные представления о механизмах аутоиммунного процесса. Аутоагрессия и проблема иммунореабилитации при эндокринной патологии. Иммунология та алергология, 1998, 1, 59-63.
8. Bolton P.W. et al. - Modulation of in vitro human lymphocyte responses by an exopolysaccharide from caphocytophagia ochracea. J. Dent. Res., 1983, V.63, N12, P. 1186-1189.
9. Hagorian W.A., Sanjeeri C.B., Koskum I. et al. Mechanism of sutoimmunity. J. Clin. Irrest., 1995, 35-37.
10. Ivangi L. et al. - Mediated immunity in periodontal disease, cytotoxicity, migration inhibition and lymphocyte transformation studied. - J. Immunol., 1972, 22, N1. P. 141-145.
11. Purucker P. - Микробиология пародонтита. Антибактериальная терапия пародонтита. Ж. ЭКвинтэссенция, 1993, 1. 14-23.
12. Rocker M., Racke M., Shevach E.M. - IL-4 induced immune deviation as antigen-specific therapy for inflamatory autoimmune disease. Immunol. to day, 1996, 17, N5, 2250231.
13. Roitt I.M., Doniach D. - Decayed hypersensitivity in autoimmune disease. Brit. med. Bull., 1987, 23, P. 667-71.

Джаши Л.

ИММУННЫЕ ЛИМФОЦИТЫ К МИКРООРГАНИЗМАМ ЗУБНЫХ БЛЯШЕК ПРИ ПАРОДОНТИТЕ РЕЗЮМЕ

У больных пародонтитом выявлена активация клона иммунных лимфоцитов к стрептококкам. Интенсивность повышения указанного клона коррелирует с тяжестью процесса. Наиболее высокий уровень иммунных лимфоцитов к стрептококкам выявляется при тяжелых формах. Не выявлена активация иммунных лимфоцитов к стафилококкам и актиномицетину. Клинические показатели указанных клонов у больных пародонтитом и лиц с интактным пародонтитом существенно не отличались между собой.

Jashi L.

**IMMUNOLOGICAL LIMPLOCYTES IN RELATION WITH MICROORGANISM
OF TEETH SEDIMENT DURING PARODONTITIS
SUMMARY**

In those who are ill of parodontitis the activation of the clone of immunological lymphocytes in relation with streptococcus is revealed. The intensity of the rise of mentioned clone correlates with the burder of process. Much higher level of immunological lymphocytes in relation with streptococcus is revealed during the difficult cases. The activation of immunological lymphocytes in relation with staphylococcus and actinomyctes is not revealed. Clinical figures of the mentioned clones of people ill of parodontitis and those with healthy parodontitis did not differ that much.

**დ.ჯიქია, თჩხიკვაძე
კანის ლოკალური რადიაციული დაზიანებები:
დიაგნოსტიკა, მკურნალობა**

**(ლიტერატურის მიმოხილვა)
თსსუ, სამკურნალო ფაკ-ის ზოგადი ქირურგიის კათედრა**

1895 წლის 8 ნოემბერს ვურცბურგში, გერმანია, ექსპერიმენტების დროს ვილჰელმ რენტგენმა აღმოაჩინა რენტგენის სხივები. აღმოჩენის შესახებ ინფორმაცია და დეტალები გამოქვეყნდა 1896 წლის 5 იანვარს [6]. ერთი წლის შემდეგ კოლუმბიის უნივერსიტეტის IV კურსის სტუდენტმა ჰ.პოკსმა პირველად აღწერა კანის სხივური დაზიანება: ხელებზე, საკუთარ რენტგენის აპარატთან მუშაობის შემდეგ მას განუვითარდა მეტად მიძიმედ მიმდინარე ანთებადი დერმატიტი [7]. 1897 წლის აპრილში მასაჩუსეტის ჰოსპიტლის პირველმა რენტგენოლოგმა უოლტერ დოდმა ექსპერიმენტის დროს მიიღო ხელების მნიშვნელოვანი დაზიანება. მან შესთავაზა ექიმ ჩარლზ ა. პორტერს დაწყებული უბნებზე გადაენერგა თითებიდან აღებული კანი. პორტერი ასეც მოიქცა და დეფექტი გახლეჩილი ნაფლეთით დაფარა, რამაც მნიშვნელოვნად შეამცირა გაუსაძლისი ტკივილი და წყლულები შეჩორცდა. დოდის შემთხვევა რადიაციული წყლულების ქირურგიული მკურნალობის პირველი შემთხვევაა. ამგვარად, რენტგენის სხივების აღმოჩენიდან 18 თვის შემდეგ დადგინდა რადიაციული დაზიანების დიაგნოზი და მკურნალობა განხორციელდა ქირურგიული გზით.

მაღონებელი რადიაციის ზემოქმედების ტიპის და გარემოებათა მიხედვით სხივური დაზიანებები მეტად მრავალფეროვანი სახით ვლინდება. რადიაციული ინციდენტების დიაპაზონი ძალზე ფართე და განსხვავებულია. მარტივ შემთხვევებში გამოვლენილია რადიაციის წყარო, დაზიანებულია ერთი ადამიანი — დიაგნოსტიკა და მკურნალობა მიმდინარეობს სტანდარტული სქემით. უძრავლეს შემთხვევაში კი წყაროს გამოვლენა და ზუსტი დიაგნოსტიკა მხოლოდ დაზიანებიდან საკმაოდ ხანგრძლივი დროის შემდეგ ხდება [1, 2, 3, 16, 17, 18, 19]. აქედან გამომდინარე, ხშირად რადიაციის პათოლოგიური ეფექტების სწრაფი და ზუსტი შეფასება მეტად რთულია.

რადიაციული დაზიანებები ერთ-ერთი ყველაზე რთული და ვერაგული დაზიანებაა, რომელთა მკურნალობაც უზღვევს ქირურგებს. კანის ლოკალური სხივური დაზიანების სამედიცინო მართვა, როდესაც გამოხატულია ღრმა ნეკროზი და დაზიანების ფართი საკმაოდ დიდია, და მით უფრო, როცა იგი დაბინძურებულია რადიონუკლიდებით ძალზე ძნელია [18, 19].

რადიაციული ინციდენტების ანალიზი გვარწმუნებს, რომ მხოლოდ ფიზიკური და ბიოლოგიური მეთოდების კომბინირებული გამოყენება უზრუნველყოფს დიაგნოზის, მკურნალობის და პროგნოზისათვის აუცილებელი ძირითადი პარამეტრების: შთანთქმული დოზის, დაზიანების ხასიათის (კონტამინირებული და კონტამინაციის გარეშე), ორგანიზმის ზოგადი დასახივების დონის და სხეულზე დასახივების განაწილების მართებულად შეფასების საშუალებას.

კლინიკური დაკვირვებების გარდა დიაგნოზი ეფუძნება მრავალ პარამეტრს: დოზიმეტრია, ინციდენტის რეკონსტრუქცია, თერმოგრაფია, სცინტიგრაფია და სხვა [2, 3, 13, 14, 15, 18, 19].

კანი გარემო ფაქტორებისაგან ორგანიზმის დაცვის პირველი და ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ბარიერია და კანის სხივურ დაზიანებებს გარკვეული კლინიკური თავისებურებები ახასიათებთ. სხივური დაზიანების წყაროს მიუხედავად, რადიაციის მაიონებელი ეფექტები იწვევს თავისებურ სამფაზოვან ანთებად რეაქციას, რომლის ხარისხიც დამოკიდებულია ზემოქმედების ინტენსივობაზე და სხვა ფაქტორებზე. ადრეული ერთემა – შესაბამება თერმული დაზიანების პირველ ხარისხს. მისი აღაგება ხდება ზემოქმედებიდან შესამეი დღისათვის. დაზიანებიდან 8-9 დღის [2, 14, 15], სხვა ავტორთა [19] მონაცემებით კი 2-3 კვირის ვადაში ვლინდება მეორადი ანუ ძირითადი ერთემა, რომელიც თანდათან იძენს მკვეთრ ფერს და შესაძლოა წინ უსწრებდეს დესქვამაციასა და ბულების გაჩენას [14, 15]. სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით 5-6 კვირიდან 6-18 თვის ვალებში – ვლინდება გვიანი რეაქცია (ერთემის შესამე ტალღა), ლოკალური ვასკულიტის მოვლენებით და ტკივილებით [19].

ლოკალური სხივური დაზიანების პათოგენეზში მნიშვნელოვანი როლი მიეკუთვნება სისხლძარღვთა დაზიანებას [10]. დრულ ეტაპზე ხდება ვაზოაქტიური ამინების გამოთავისუფლება, შემდგომი ორი ფაზა კი გამოიჩენვა კაპილარების კედლების დესტრუქციული ცვლილებებითა და სისხლძარღვოვანი რეაქტიულობის შეცვლით [19]. ვლინდება პროცესები რომლებიც დაკავშირებულია უჯრედული, სისხლძარღვოვანი და ქსოვილოვანი ბარიერების რღვევასთან, დესტრუქციას განიცდის მიკროციკულაციური ქსელი, პრეკაპილარები, ლიმფური გზები, ნერვული დაბოლოებები და ლეიროების დაზიანება [10]. შორეულ პერიოდში აღინიშნება სისხლძარღვთა კედლების ფიბროზი და სკლეროზი, აგრეთვე სემენტური სტენოზი, რაც დაკავშირებულია გლუვი მუსკულატურის დეგრადაციასთან [3, 4, 10, 19]. ქსოვილოვანი ჰიპოქსია აღრმავებს პარენქიმის უჯრედების დეგენერაციულ-ატროფიულ ცვლილებებს, თრგუნავს მათ პროლიფერაციულ აქტივობას და რეგენერაციულ პროცესებს [10].

რადიაციული დაზიანებების კლინიკური სურათი მოიცავს შემდეგ სიმპტომებს: ეპილაცია, ჰიპოპიგმენტაცია, “პერგამენტისებრი” კანი, ლოკალური პიგმენტაცია, მრავლობითი ტელეანგიექტაზიები და კერატოზები, წყლულები, ღრმა ნეკროზული უბნები [3, 10, 19].

კანის ლოკალური სხივური დაზიანების დიაგნოსტიკაში და მკურნალობის ოპტიმალური ვარიანტის არჩევაში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება როგორც ზოგადკლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, ასევე თანამედროვე სპეციალურ ინსტრუმენტულ მეთოდებს: კომპიუტერული ტომოგრაფია, 20მგპკ ულტრასონოგრაფია, ტელეთერმოგრაფია, სცინტიგრაფია, ლაზერული დოპლერული ფლოუმეტრია და სხვა [5, 11, 12, 17].

მწვავე რადიაციული დერმატიტი, როგორც წესი არ საჭიროებს ოპერაციულ მკურნალობას. ძირითად ღონისძიებათა კომპლექსი მოიცავს ტკივილის კუპირებას, ანთებისსაწინააღმდეგო თერაპიას და ინფექციასთან ბრძოლას [19].

რადიაციული წყლულების მკურნალობის წარმატების საწინდარი დროული ქირურგიული ჩარევა და ამოკვეთა საღი ქსოვილების ფარგლებში [2, 3, 4, 10, 17, 19]. ჩვეულებრივ გამოიყენება პლასტიკური ქირურგიის ტრადიციული მეთოდები: კანის თავისუფალი პლასტიკა, პლასტიკა ფილატოვის ყლორტის გამოყენებით, იტალიური პლასტიკა, თავისუფალი გადანერგვა თირშის, რევერდენ-ანოვიჩის, ლოუსონ-ოლიეს მიხედვით [11, 12]. ახალი ქირურგიული ტექნოლოგიების გამოყენება, როგორცაა მიკროქირურგია, მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს შედეგებს და ამცირებს კანის ლოკალური სხივური დაზიანების მქონე პაციენტთა მკურნალობის ვადებს. სისხლძარღვოვანი ანასტომოზების შექმნა, რაც თავის მხრივ დამოკიდებულია საოპერაციო "ზონის" სიცოცხლისუნარიანობის მართებულად შეფასებაზე, უზრუნველყოფს ოპერაციის დადებით გამოსავალს [2, 3, 4, 11, 12, 13, 19].

ამრიგად, რადიაციის აღმოჩენის, რადიაციული დაზიანებების კერიფიცირების და მკურნალობის 100 წლიანი ისტორიის მიუხედავად დღესდღეობით ექიმთა ქმედებები შორს არის სრულყოფილებისაგან. თუმცა, თანამედროვე სადიაგნოსტიკო (20მგპკ ულტრასონოგრაფია, ტელეთერმოგრაფია, ლაზერული დოპლერული ფლოუმეტრია) და სამკურნალო (მიკროქირურგიული ტექნიკა, ხელოვნური კანი) მეთოდების გამოყენება მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს შედეგებს, ამცირებს დაზიანების ხასიათის კერიფიცირების და მკურნალობის ვადებს, იძლევა კეთილსაიმედო პროგნოზის საფუძველს.

ლიტერატურა:

1. М.С.Бардычев, А.Ф.Цыб, Местные лучевые повреждения // М. Медицина, 1985. 240 с.
2. Н.О.Миланов, Б.Л.Шилов, Пластическая хирургия лучевых повреждений // М. Аир-Арт, 1996.
3. В.И.Петров, Ю.Б.Сладков, Хирургия лучевых повреждений // Л. Медицина. 1973. -143с.
4. В.А.Поляков, У.С.Борисов, В.С.Дмитриева. Хирургическое лечение последствий лучевых ожогов // М. Медицина, 1974. - 200 с.
5. А.К.Гуськова, Местное лечение острых лучевых повреждений // Клин. Мед. - 1986. 11. С. 113-118.
6. Х.Д. Хокс, Физиологический эффект рентгеновских лучей // 22:276, 1896.
7. С.А. Портер и Д.С. Уайт. Множественная карцинома вследствие хронического дерматита // 46:649, 1907.
8. Д.Б. Браун и др. Применение временного лоскута на ножке // Пластическая хирургия. 8:335. 1951.

9. С.В. Филин и соавт. Лазерное доплеровское исследование кровообращения мягких тканей, пострадавших с местными лучевыми поражениями для определения объема хирургической помощи // методология флоурометрии, 1999, с. 81-97.
10. J.W.Hopewell et al. Role of vascular damage in the development of radiation effects in pig skin // In: Late Effects of Ionizing Radiation IAEA (Vienna) Vol. 1, pp.483-492, 1978.
11. Jean-Louis Lefaix and Francois Daburon Diagnosis of acute localized irradiation lesions // review of the French experimental Health Phys. 75(4): 375 - 384; 1998
12. M.E.Berger, R.Hurtado, R.C.Ricks use of Thermography in diagnosis of local radiation injuries // Helth Physics. Vol. 17. pp. 264-265. 1998.
13. Arnold PC et al. Muscle flaps in irradiated wounds: An account of 100 consecutive cases // Plast Reconstr Surg 93,324-327,1994
14. Fajardo L.R. Pathology of Radiation Injury // New York, Masson Publishing. 1982.
15. Jarnmct II, et al. Radiation Damage in the Skin: Fundamental and Practical Aspects // Proceedings of a Worhhup held in Sacaly, France, October 1985. Br 5 Radiol. 1-134, 1986.
16. Robinson D.W Surgical problems in the excision and repair of radiated tissue // Plast Reconstr. Burg 55:41, 1975.
17. Rudolph R. Complications in surgery for radiotherapy skin damage // Plast Reconst.70:179-185, 1982.
18. J.C Nenot. Medical and surgical management for localized radiation injuries //int. J. radiat. biol., 1990, vol. 57, N4, 783-785.
19. J.C. Nenot. Radiation accidents overview and feed-back // UK. Oxford, may, 2000.

Джикия Д., Чхиквадзе Т.
МЕСТНЫЕ ЛУЧЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
(обзор литературы)
Р Е З Ю М Е

Применение современных диагностических инструментальных методов: ультрасонография, телетермография, лазерная доплеровская флоуметрия обеспечивают объективную оценку протяженности пораженной области и применение микрохирургической техники при пластике лучевых поражений кожи значительно улучшает результаты и сокращает сроки лечения.

Jikia D., Chkhikvadze T.
LOCAL RADIATION INJURIES: DIAGNOSTICS AND TREATMENT (review)
S U M M A R Y

Application of modern diagnostic methods - ultrasonography, telethermography, laser dopler flowmetry provide the objective estimation of the struck area. Microsurgical methods considerably improves results and reduces terms of surgical treatment of radiation burns.

ლაღვიშვილი, რ.მანარაძე, ს.იშხნელი, მ.კიკოშვილი
 ნიტრაზმეპაზისა და მისი მებტროლიტების განსაზღვრა
 ფოტოგრაფიული მეთოდით სპექტრის სიღრმად არეში _____ 3

Аденшвили Л.В., Махарадзе Р.В., Имнадзе Н.Э., Куршикидзе М.Ш.
 ИССЛЕДОВАНИЕ МАСС-СПЕКТРОВ ДИМЕДРОЛА И МЕБЕДРОЛА _____ 6

ზავალიანი
 სპეციფიკური მორფოლოგიური ცვლილებების ძიება ლიმფური
 კვანძების რეპროდუციური პიკოგრაფიის დროს _____ 10

ლაღვიშვილი, მ.კაკაურიძე, მ.ღუღუშაური, ი. თაბორიძე
 დედისმომარი ფაბტორების როლი ზოგიერთი ორთოპედიული
 დაავადების ფენოტიპურ ჩამოყალიბებაში _____ 16

ა.ანთაძე, რ.მალალაშვილი, თ.ლიბრაძე, ნ.ლეკუთაძე
 საზარდულის თიამაქების პლასტინა დაჭიმვის გარეშე _____ 19

ვარჩვაძე, თ.ჩიქვაძე, ი.ჭანუყვაძე, დ.ჯიქია
 სპეციფიკური შერევა საზარდულის თიამაქკვებითსა _____ 21

გასათიანი, თ.ტაბუცაძე
 ნაღვლკენჭოვანი დაავადების მკურნალობა მსტრაქოროვული
 ლითონტრიფისით მეთოდით _____ 25

ქასათიანი, ი.კვაჭაძე, მ.სიმონი, ე.ნიშლაგი
 ფოლიკულოპროსტიტის მკურნალობის მკურნალობის რეკომენდებული
 ძალში _____ 29

ვახაძე
 სინოცელა, როგორც ბიომედიკური კატეგორია _____ 33

ვახაძე
 ტრანსდისციპლინური ცოდნა ბიომედიცინაში და ფუნდამენტური
 ბიომედიკური ცნებები _____ 36

თ.ახმეტელი, ნ.ლომიძე, ლ.ახმეტელი, ნ.ფრუიძე
 მენტრალური უკმარისობის სინდრომი, მისი პროფილაქტიკა და
 მკურნალობა _____ 39

ლ.ახმეტელი
 ანტიბიოტიკოთერაპიის ლიმფოგენური მეთოდები დისტრუქციული
 აპოპტოზის დროს _____ 41

ქახმეტელი, ე.რაფაეა
 მრითროტიტების დეფორმაციულობა რკინის ლატენტური დეფიციტის
 დროს _____ 44

Барамидзе Н.
 ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА ПРИ
 ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩИМИ АДНЕКСИТАМИ _____ 47

ცბენდელიანი, რ.ბუნტური, ზ.ბენდელიანი
 მიკროსკოპი - დერმატოპროფილის მკურნალობაში _____ 52

რბერიაშვილი
 დენდრიტული უჯრედების რეგენერაციის დინამიკა ქრონიკული
 შებენიების პროცესში _____ 55

პაბუკია
 გადაუღებელი თორაკოსკოპია გულმკერდის მიმდებარე უბნის
 ტრავმების დროს _____ 59

ლ.ბრეგვაძე, ნ.მანჯავიძე, თ.ავალიშვილი, ნ.ყავლაშვილი
 ალერგიული რინიტის მკურნალობა ნაზალური გავრევაში _____ 62

რ.ბუნტური, მ.ტრიაოლესკი D-კანთემროლის გამოყენება დერმატოლოგიაში არატიპიური	65
გ.ბურკაძე, რ.ცანავა, ნ.მუსხერიძე, გ.ტურაშვილი საშვილონოს ყელის ინფექციური პროცესების კორმონო-დამოკიდებ- გულუბის თავისებურებაანი	67
გ.გაბრიიძე ზოზივართი მიკრო- და მაკროფაგოციტის კონტრაბატივის ცვლილების ხასიათი ორბანოზში ორსულში კერიოლში	70
თ.გვეშიძე, მახვლედიანი, ი.კილაძე TNF- α და IL-6 პროზინოზული მნიშვნელობა HCV ქრონიკული კვებითის დროს	72
თ.გვეშიძე, ე.ვაშაძე, თ.მეგრელიშვილი, თ.თელავა, ე.ხაბაჯი ღვიძლის ამბოური აბსცესის ატიპიური და ავთვისებიანი მიმდინარეობა	75
ნ.გელაძე, ვ.ნატრიაშვილი, ნ.ხაჭაპურიძე, ნ.კაპანაძე, ასალი ანტიმეილიტისური კრეპატობის მფხვტი ბავშვთა და მოზარდთა ეპილეფსიების გურნალობის დროს	78
კ.გელაშვილი, მ.ქურხული, ჯ.ახვლედიანი, ნ.ბიწაძე, ქ.აშია, ქ.მურჯინელი, ნ.ხაზარბეგიშვილი. ტ.თბილისის შავლმოგარაბების პიტირიაზის მფხასება და სანიტარიულ-მედიკალინური დროსიების მფხასება	82
გ. გელაშვილი, გ.კლანდარიშვილი, ზ.ზედანიანი, მ.აბრამიშვილი სინსლის კომოსტაზური კონტრაბატივის მფხავლა სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობით ავამფოვებაში	86
თ.გერზმაგა, დ.კიტოვანი, თ.გურგენიძე, ვ.ოდიშარია სამართმელოს ხანდაზმული მოსახლეობის სოციალური მდგომარეობის კომპლექსური სოციალურ-პიტირიაზური მფხასების მდგომარეობა	89
გ.გვასალია, ლ.ახვლედიანი ლიმფოპროლი ანტიბიოტიკოთერაპია კვლვიკვიტიტიტის დროს	96
ზ.გვენიძე, ლ. არუთინოვა, ნ. შენგელია ყვრიმალის ყელის ინფორმირებული ტრავმული დაზიანებების ქირურგიული გურნალობა	99
ზ.გვენიძე, თ.დანელია, კ.ქუთელია ყბა-სახის მიდამოს ინფორმირებული ტრავმული დაზიანება (მფმთხვევის ალფერა)	102
მ.გიორგობანი, ნ.ახვლედიანი, ი.სამხარაძე ინფორმირებული სინსტამის მდგომარეობა ზოზივართი ქირურგიული დაავამდებების დროს ბავშვებში	104
ი.გობინი, ი.აგალიანი HSP70 ოჯახის სტრასული ცილების კონტრაბატივითა დროში ვარიანალობა მიკომსინა/რემპროფოფიისა და სითბური შოკის მომამდებების საავსუსოდ	106
მ.გოთუა, მ.რუხაძე, მ.კაჭარავა, თ.აბრამიძე, ვ.სააკაძე ალმარბიული მენეფის სიმპტომებისა და კანის ალმარგოკმატიულობის გავრცელების მარკმეზლები მოზარდებში	110
ნ.გონაძე, გ.თურმანული, დ.ახვლედიანი, ნ.ანთელავა კმატამინით გავმფხვული კიპერდინამიური სინდრომის შარმაკოლოგიაური ანალიზი პირთავებში	113

ვლ. გონჯილაშვილი, თ. ჩხიკვაძე, დ. დავითაშვილი, კ. გიორგაძე კეისის და ჰოლანდიური ცდები კუჭის რეზექციის შემდგომი ანასტომოზის ანატომიური წყლულის ბენეფის დიაგნოსტიკაში.	116
ნ. გორგასლიძე ფარმაცევტული და სამედიცინო სამსახურის სახელმწიფო სტრუქტურა საქართველოში	119
მ. გორდეზიანი, ნ. ნინუა, რ. სიგუა პირაქის ვირუსით (IV) გამრავლებული ცერებრული დისკამიის კლინიკა და პათოგენეზი	124
მ. გორდეზიანი, ნ. ნინუა მართროციტების სტრუქტურული ცვლილებების შედარებითი ანალიზი იმუნიური და კემორაბიული ინსულტების დროს	128
მ. გოდიაშვილი, ა. ბაკურიძე, დ. შენგელია, მ. დვალი. ლინოცილიურ ნივთიერებათა კომპლექსის შემცველი ქელატინის რბილი კაფსულების მომზადება	133
მ. გოდიაშვილი, დ. ბერაშვილი, დ. შენგელია, მ. დვალი. ჩვეულებრივი მოცვის ნაყოფებიდან ლინოციურ ნივთიერებათა კომპლექსის მიღების ტექნოლოგია	136
ნ. გრიგოლაი, გ. გოგოტიშვილი რედაქტორთა მუცლის დროს შემოფარგლული ჩირბროვების გამო	139
მ. გურგენაძე ფილტვების მაღალსიხშირული ხელრევერი ვენტილაციის გამოყენება რანდიმაციულ პრაქტიკაში, გულმკერდის შეუღლებული, მკიმი ტრავმის შემდეგ ავადმყოფებში	145
მ. დათუაშვილი, ა. კაციტაძე ვულვარული აქნის მკურნალობის თავისებურებანი	148
მ. დათუაშვილი ვულვარული აქნის რეგორც ფსიქოდეპრესიონის	151
გ. დათუაშვილი, დ. ბერაშვილი, ს. შუბლაძე კუჭის წყლულის სამკურნალო ფიტოკომპოზიციის შემუშავების ბიოლოგიური ასპექტები	154
ზ. დემეტრაშვილი, რ. მაღალაშვილი, ნ. თხილავა, ლ. გოგოტიშვილი მართროციტის მემბრანის მდგომარეობის გამოკვლევა მწვავე ძილემციტიტის დროს ლეიშმანიის გამოყენებით.	159
თ. დიღბარიძე მწვავე ნაწლავური ინფექციის შემდეგ ბაქტერიული E. coli-ს შტამების ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძობიერება/რეზისტენტობის განსაზღვრა	161
ნ. დიღბარიძე მელონიმ ქალბავში და ახალშობილბავში ჩირქოვან-სეპტიური ბართულებების დროს გამოყოფილი სტაფილოკოკური შტამების მგრძობიერების შესწავლა სხვადასხვა ჯგუფის ანტიბაქტერიული პრეპარატების მიმართ	163
გ. დოლიძე, მ. ივრიელი, ნ. მერაბიშვილი, მ. ხუციშვილი ქლავიდიური ინფექციის აღმოსავლეთ საქართველოში მეთოდების შედარებითი დანახარჯები	166
ხ. დუნდუა, მ. კიკნაძე, მ. სულაქველიძე მარცხენა კარკუჭის კიპერტროფიის განვითარების რისკ-ფაქტორები ძროხებზე კომპლექსური მყოფ ავადმყოფებში	171

თ.ებანოიძე, ლ.გამყრელიძე, ნ.კილაძე მესტეცილინი ათაშანის მკურნალობაში	174
თ.ებანოიძე, ნ.კილაძე საყოფაცხოვრებო ალერგიების როლი კონტაქტური დერმატიტის ბანებითარებაში	177
ლ.ერისთავი, ვ. კუჭუხიძე, ღ. ჭინჭარაძე სამართმელის მცენარეთა შესწავლა სტეროიდულ შენაერთებზე გველინაში მათი გამოყენების მიზნით	180
დედაჭკორია, მ.მამალაძე, მ.ივერიელი, თ.ზარძეიშვილი ინსტრუმენტული და შხაბური გრავირების თავისებურებანი პირდაპირი კომპოზიციური ვინირებით ურთულურ კაბლთა რესტავრაციის პროცესში	184
Валачкория З., Виссарионов В., Кобахидзе К., Хведелиანი Н. ЩАДЯЩАЯ УРАНОПЛАСТИКА	187
ე.ვაშაკიძე, ლ.ვაშაკიძე, თ.გვეგიძე, თ.რუხაძე ქრონიკული ვირუსული კეპატიტები ალკოჰოლიზმის და ნარკოტიკების ფონზე ტუბერკულოზით ავადმყოფებში	191
ე.ვაშაკიძე, პ.იშნაძე, თ.მეგრელიშვილი, შ.ცანავა, ლ.თევზაძე მიგრაციების კლინიკური მიმდინარეობა და მკურნალობის თავისებურებანი თანამედროვე მტაზე	194
ლ.ვაშაკიძე, ზ.კალანდაძე, ნ.ოკუჯავა, ნ.მეგრელიშვილი ტუბერკულოზის მარჯვნივლობა სამართმელის დასურული ტიპის დაწესებულებაში.	197
Вапшакидзе С., Ноникашвили М., Купрейшвили А., Кобахидзе Ц. ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ "АПУД" СИСТЕМЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ	201
Verulashvili I. RELATIONSHIP BETWEEN THE BRAIN INFARCTION'S SIZE AND THE DEGREE OF INTERNAL CAROTID ARTERY OBSTRUCTION	204
ნ.ვეფხვაძე, თ.ქორჩაძე ბარდაგის რაიონის რადიოლოგიური სიტუაცია (შეზღუდვება 1) ღია ადგილების რადიაციული ფონი	206
მ.ზარიძე, გ.ბურკაძე, გ. ტურაშვილი ლიმფოციტების პლაზმაციტების განაწილების თავისებურებანი სარკი- ვი ჯირკვლის p53-კოზიტიური და p53-მუტატიური ინფილტრაციის ნომების დროს	208
ბ.ზურაშვილი, კ.ველაშვილი, ნ.ვეფხვაძე, თ.გელგონი, მ.გიორგობიანი, ნ.ჯოლოგუა ზემო სპანეთის რემიონის რადიოლოგიური სიტუაციის კიბოვიური შეზღუდვა	212
მ.თოფურიძე, ნ.თხილაძე პერიტონეიტის მიმდინარეობის თავისებურებანი გამოვლენა პროსტატის, შარდის ბუხტის და თირკმლის ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს ლიმფინის საშუალებით	215
მ.თოფურიძე, თ.სანიკიძე, ვ.ციციანი, ქ.ღამბაშიძე, გ.ინგოროცვა მანვითი პროცესების ცვლილებაში ავთვისებიანი შარდის დროს	218
ლ.თხილაძე, თ.ტაბუკაძე, გასათიანი, მ.შანიძე პილორულუმური ფულულის პერფორაციის მკურნალობის თანამედროვე ასპექტები	222

თ.იოსებაშვილი, ნ.პეტრიაშვილი, ნ.გენძეხაძე, თ.რუხაძე ჭრილოზის ჩირქოვან-ანთეპიტი ინფექციების დროს ავადმყოფებისაგან გამოყოფილი მენტრობაქტერიების სხვადასხვა ჯგუფის მიკრობიოლოგიური დასასნაობა	225
თ.იოსებაშვილი, თ.რუხაძე, ნ.ბალაშვილი, დ.შეტრეველი ჭრილოზის ჩირქოვან-ანთეპიტი კათოლოგიების დროს ავადმყოფებისაგან გამოყოფილი მენტრობაქტერიების სხვადასხვა ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძობელობა/რეზისტენტობის დაღმენა	229
მ.კაკაურიძე, ჯ. მონასელიძე, ი. თაბორიძე კოლბაგინის თერაპოსტაბილურობის განსაზღვრა მენჯ-ბარაკაყის სახსრის დისკალაზიური კათოლოგიის დროს მიკროკალორიმეტრული მეთოდით.	233
ი.კაპეტიაძე სერიოს ცილის გავლენის შესწავლა ალამიანის ორბანიზმის კლინიკურ-ბიოქიმიურ და იმუნოლოგიურ სტატუსზე	236
Кацадзе З., Майсурадзе И., Коберидзе М., Абхазова В. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ ГОРНОЙ ВОЙНЫ В XXI ВЕКЕ.	240
ი.კეკელიძე პირველადი რეპოკარდითა და ქრონიკული ტონზილიტით დაავადებულ პირთა გონეპივი შრომისუნარბანობის მახასნათეველი ტონზილექტომიის შემდგომ პერიოდში	244
ლ.კიკელიშვილი, ე.ყიფიანი ქოლესტატის ჟონზე ღვიპლის სისხლის მიმოსვევიდან დროებითი გამოთიფვის შემდგომ კუჭუკანა ჟირკვალში განვიტარებულ მორფოლოგიური ცვლილებები სისხლის მიმოსვევის აღღბენიდან სხვადასხვა ვადებში	246
თ.კილასონია, ნ.კარანაძე ახალშობილთა და ბავშვთა ასაკში მშვამე კონიუნქტივიტის მკურნალობა პიოპაქტერიოფაბით	248
ბ.კოჭლამაზაშვილი კვლის ტვინის იმუნოგორფოლოგიური თავისებურებანი ორბანიზმის მიკრობული სტატუსის და ასაკის გათვალისწინებით	251
ლ.კუნჭულია, ქ.გაბუნია, ბ.ჭუმბურიძე ღინღმლის სტანდარტიზაციის უნიფიცირება ქრომატობრაფიული მეთოდით	255
მ.ლაბაძე მერვული უჯრედის სუბმიკროსკოპული ორბანიზაციის ჟომბერთი მარევებელი ჟურბის ტვინის დონეზე	259
გ.ლაჭყეიანი, თ.საშუია, მ.ღიღიძე, ე.ღვიძე პარანეოკლასტიური პროცესების ნეპროლოგიური გამოვლინებების კლინიკური თავისებურებები	261
თ. ლობჯანიძე, თ. ზარბეიშვილი CD20+ B ლიმფოციტობის ტონზილმეზობა რეპონული განაწილების თავისებურებანი სხვადასხვა სიმქიმის კაროდონტიტის დროს	263
ლ.ლომაძე, ი.ზარნაძე, ი.ეგნატაშვილი, მ.ყაჯრიშვილი ქრონიკული კათოლოგიის გავრცელებამე მომეფი ჟობიერთი რისკ- ფაქტორის სოციალური მნიშვნელობის შესწავლის შემდგომი	266
Ломидзе Н., Цецхладзе Г., Беридзе А. ОРГАНСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ	275

გ. ლურსმანაშვილი, კ. შაფათაია კონლაფსოტირურები ულტი რაბრაციონი ფილტვის ტუბერკულოზის პრობრინრბაბი უორრბიტი დარბადრულ არბრბრბრბრ	280
Майсұрадє И., Квачалдє И., Абхазва В., Петриашвилл В. К ВОПРОСУ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВ ОТБОРА И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЛИЧНОГО СОСТАВА В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА (СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА)	284
ვლ. მახარაძე, ვ. ერიაშვილი, ა. ბაკურიძე ბულ-სისხლპარკოზთ სისტემის დარბადრბრბრის სარბრნარულ სარბრბრბრბრბრ პრბრბრბრბრბრ ბარბრის მარბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ არბრბრბრ	288
Махарадзе Р. В., Адишвили Л. В., Имнадзе Н. Э., Нижарадзе Н. М. ИССЛЕДОВАНИЕ МАСС-СПЕКТРОВ РИДНОЛА И ЦИКЛОДОЛА	293
ი. მგალობლიშვილი, თ. ჩხიკვაძე, რ. შენგელია, სარბრბრბრბრბრ და ვორბრბრ სტარბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრ ზორბრბრბრ ბარბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრ არბრბრბრ (1860-70-იარბრ ფლბრბრ)	297
ნ. მებონია, ე. ტყეშელაშვილი, გ. კაციტაძე, ნ. გარუჩავა რბრბრბრბრბრბრ შარბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრ სარბრბრ ბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრბრ	300
მიურატი ჟ. კ., ავალიანი ი., არაბიძე მ. სტრბრბრბრ ბრბრ HSP70-ის ბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრ	304
ი. მჭედლიშვილი, დ. გელოვანი ბ რბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ სარბრბრბრბრბრ	308
ლ. ნებიერიძე, ბ. დიდებულიძე, ი. შალამბერიძე III ბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრ - ბრბრბრბრბრბრ (ბრბრბრბრ) ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრ რბრბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრ ბრბრ ბარბრბრბრ ბარბრ	311
ნ. ნიკურაძე, შ. გრბელიშვილი, ნ. გორგასლიძე, თ. ზარქუა ბარბრბრბრბრ ბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ და სარბრბრბრ ბარბრბრბრ ბარბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრბრ არბრბრბრ	314
ზ. ბორჯონიკიძე, ნ. ნ. ყიფიანი, თ. სანიკიძე, ბ. კაპანაძე FeS-ბრბრბრბრ ბრბრბრ და NO ბარბრბრბრბრბრ ბარბრბრბრ	318
ნ. პაქლიაშვილი, ვ. ყიფიანი, თ. პეტრიაშვილი, მ. ნაშორაძე, თ. მჭედლიშვილი. სისხლის ანტიბრბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ ბრბრბრბრ	321
ა. პაპიტაშვილი შარბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრბრ	324
მ. პაპავა, ტ. შატლიოვა ბრბრბრბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრ	328
გ. პარასკევაშვილი, გ. მგალობლიშვილი ბრბრბრბრბრ და ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ 1987-2000 ფლბრბრ ბარბრბრბრ ბრბრბრბრ	331
ნ. პეტრიაშვილი, თ. პეტრიაშვილი, გ. გიორგაძე, ვ. ყიფიანი სისხლპარკოზთ ბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრ და ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ ბრბრბრ	333
თ. რუხაძე ბარბრ ბრბრბრბრბრბრ ბრბრბრბრბრბრ ბარბრბრბრბრ	337

ლ.საგინაშვილი, ლ.თოხაძე, რ.მაღალაშვილი ოპერაციის შემდგომი შესწორებითი ღიაკვადების პროფილაქტიკის საკითხისათვის	342
მ.სარიშვილი, ო.ხარბეიშვილი ინტრაპეკტიული ლიმფონოტიკების რაოდენობრივი ცვლილება H-PYLORI-ით გამოწვეული ზედაპირული გასტრიტიზის დროს	345
მ.სინჯიკაშვილი, დ.ჩიკვილაძე ნაწლავური დისბიოზი ავადმყოფობაში მსხვილი ნაწლავის ფუნქციონალური და ანთებითი ღიაკვადების დროს	348
მ.სინჯიკაშვილი, დ.ჩიკვილაძე მსხვილი ნაწლავის მიკრობიოცენოზი არასაემიფიური ფლუოროპანი კოლიტით ღიაკვადებულ პირებში	351
ნ.სურმაგა, მ.ჯორჯიკია, ჰ.ორაშვილი ინფრაციტიული სპემტროფოტომეტრული მეთოდით ავტომატურად რთული მთვრების რიგის სამკურნალოწამლო საშუალებათა სტანდარტიზაცია	354
ნ.ტატიშვილი მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის მორფომატიკის შედეგები ჰიპერტროფიული ბიბიოპოპაციების დროს	356
ლ.ტვილიანი გულის მარცხენა კარკაშის სისტოლური ფუნქციის შეფასება საბოლოო სისტოლური სტრეს-მომცდლობის ურთიერთდასოკიდებულების საფუძველზე	360
მ.ტრიპოლსკი, დ.ხაზარაძე, გ.ფაღავა მუნი - მისი მკურნალობის პრინციპები და შესაძლო გართულებები	363
ნ.ფირცხალავა, ბ.მაჭავარიანი, ი.გუგუშიძე, ქ.მაჭავარიანი ბრონქული ასთმით ავადობის სინშირე მკურნალობით გადაადგილებულ პირთა შორის	366
ნ.ფირცხელანი, ე.აბზიანიძე, ა.ფირცხელანი ძროწოსოვანი ანემიებისა და კათოლოგიური მიტოზების შესწავლა პერიოდის ბავშვის დროს მსხვილიმწებში	369
ნ.ფრუბე მსხვილი ნაწლავის ცემცლნასროლი ჭრილობების მკურნალობის ტაქტიკა	371
ნ.ქათამაძე, ნ.ბეგიშვილი მ.ჯიბლაძე გულის ქრონიკული უკმარისობის სინდრომის ექოკარდიოგრაფიული დახასიათება იშვითური და დილატაციური კარდიომიოპათიების დროს	374
ე.ქართველიშვილი, კ.ხეცურიანი, მ.ჩიტლაძე, შ.ხეცურიანი სხვადასხვა ღიაკვადების დროს გამოყოფილი CANDIDA SPP-ს რეზისტენტობა დიფლუკანინსადმი	377
ს.ქეშელაძე პარადიაგნოსტიკის რევიზი და რეფლუქს-მეოზოგოტი პარადიაგნოსტიკის შემდეგ	380
ნ.ქურდიანი, ი.მონიავა, გ.აბულაძე „პარადიოზიდაზის“ უბიბიოტი ფარმაკოლოგიური თვისება	385
ნ.ქურდიანი, ი.მონიავა პარადიოზიდაზის სუბლინგვალური ტუბლიტების შემუშავება	388
თ.ქურციკიძე, ს.სურენდრა, ნ.ჭიბაშვილი მილაზოლამის (პინანოვლის) გამოყენება კლინიკურ სტომატოლოგიაში	392

ქ. ლამბაშიძე, ვ. ყიფიანი, ნ. ბეუიტაშვილი კლასიკური ლა-ს გავლენა პერიტონიტების მემბრანასა და მიკროსისხლძარღვთა აღრეწვითა და ავთვისებიანი სისხლის ზრდის პროცესში.	395
თ. ლონღაძე ნ. მანუკაძე, ქ. მათიაშვილი, ქ. ხუციძე, თ. ჟორჯოლიანი მოტორული და უსიმტოსტიალური განვითარების თავისებურებანი ოჯახურ ბარემოს მოქალაქე აღრეწული ასაკის ბავშვებში	399
ვ. ყიფიანი ტონიკების გამრავლების ცენტრების მონოციტ-მაკროფაგების აქტივობა კბილის კარინის დროს	402
ნანა ყიფიანი, ზ. ორჯონიძე, ნ. თხილაკა, ბ. კახანაძე ფუნგუსური პროცესები და პერიტონიტების გარსის ცვლილებები პაროდონტიტის დროს	405
დ. შენგელა, მ. დვალი, ი. ონიანი ცენტრალური სმრეწული ხორიკათიის კლინიკისა და მკურნალობის ჩვენი მონაცემები	409
ნ. შონია, ზ. საყვარელიძე, დ. კახიაშვილი კბილის პულპის ოდონტოგენური უჯრედების ბირთვების ფართობისა და დენ-ის რაოდენობის დამოკიდებულება ასაკზე აღამიანსა და ბირთვებში. (კლინიკურ-მასპერიმენტული გამოკვლევა)	412
თ. შულაია ადვანტანი მუხებით დაავადებული კაციმენტების მკურნალობაში	416
თ. შულაია, ა. კაციტაძე, ც. ბენდელიანი იპუნოლოგიური მარკერების შესწავლა მუხების სხვადასხვა კლინიკური ფორმის დროს	419
თ. ჩიკვილაძე, ლ. კუნჭულია, ბ. ტუმბურიძე, ქ. ბარამიძე კაშიშის კანაბინოიდების მენტალური მისწავლა მაღალმემბტური სითხეების პრომატორაფიული მეთოდით	422
ნ. ჩხაიძე ფარმაკოლოგიური და სამედიცინო რამენტურა	425
ნ. ჩხაიძე, ა. ბაკურიძე რამენტის ტრანსმელოგიური ასამენტები (ნაწილი II)	429
მ. ჩხობაძე მიტოზური აქტივობისა და დეფენსირიბონუკლეინის მუხების (დმე) რაოდენობის მარკერული საშილონუსო მეთოდით და პროლიფერაციული ფორმის მიმართ	434
მ. ჩხობაძე ფოსფატაზების ფარმენტული აქტივობის მარკერული საშილონუსო სხვადასხვა ფორმის მიმართ	437
Цехладзе Г., Ломидзе Н., Беридзе А. СПЛЕНОАУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ	441
ა. ციბაძე, ი. კეკელიძე, ა. კეკელიძე პრონეოზული ტონიკის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ მოზარდთა მენტალური მახასიათებლები	446
ნ. ცისკარიშვილი სისტემური მენიომორფიკის გამომწვევის პრესამენტის კლინიკურ დერმატოლოგიები	447
Цискаришвили Н. ГИАЛУРОНАТ ЦИНКА (КУРИОЗИН) В ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ	450
ი. ცხოვრებაძე საქართველოს ფორმირთი რაიონისა და ქალაქის დია ადგილების რადიაციული ფონი	452

ნ.ჭაბაშვილი ბრალდებულთა მიმართ გართულად მიმოქცევის ინფორმაციის ავადმყოფთა ფიზიკური რეაბილიტაცია	457
ნ.ჭაბაშვილი ფიზიკური ვარჯიშის გავლენა არტერიულ წნევაზე და მიმოქცევის ინფორმაციის მიმოქცევის ინფორმაციის ავადმყოფებში	460
ნ.ჭაბაშვილი, თ.ჭურციკიძე სტრუქტურული ანომალიების სეპსის საჭიროების შემსწავლ ძიების და ქოლერის მიმოქცევის	463
კ.კვიციანი დაავადებთა ტესტირება ბანისა და ღარიბის მეთოდებით	467
ე.ტყეშელაშვილი, მ.ბაკურიანი, გ.გაბრიელიანი ინფორმაციის დაზიანების და მათი კორექცია მემორიალი ჩირონოზი მედიკალინის დროს	470
კლავრი, თ.თოდუა, გ.ჩიტიანი, ვ.შანიძე რემის უარყოფითი ფაქტორების ზემოქმედება ავსტრალიის დაავადებით აღზრდილ ბავშვთა ფიზიკურ განვითარებაზე	474
ნ.ხეცურიანი, ნ.ჭუჭუაძე ზღვის ოქსიდოქსიდი კისტების შესაძლო ლოკალიზაციის და ძირუბიული მკურნალობის საკითხები	477
ნ.ხეცურიანი, ზ.ხეცურიანი, კ.ხეცურიანი, ბ.რაჭველიანი HELICOBACTER PYLORI-ს ანტიბაქტერიული რეჟიმის ტესტირება	480
თ.ხორავა, თ.ნემსაძე, ნ.შენგელიძე, ჰ.ორაგაძე კვირული ინფორმაციის და კისტების საშუალო სიხშირის შეფასება და სტანდარტიზაცია	483
ხოტენაშვილი ნ., მარშაკი თ. დაბალი- და მაღალი- ინტენსიური ლაზერების გამოყენება მჭიდრო ანაბრულ არაკლასიკური კარაქის კონსისტენციის კონსერვების მკურნალობაში	487
ნ. ხოტენაშვილი ძირუბიული ანაბრული ნაკრალის ძირუბიული მკურნალობის ძირუბიული შემსწავლის მიმდინარეობის დახასიათება CO ₂ ლაზერის გამოყენების შემთხვევაში	490
შ.ჯაფარიძე, ლ.ლომიძე სრული სემინომის და სრულ-მემორიის რეაბილიტაცია	493
მ.ჯანაძე, გ.გელბახიანი, გ.გორგობიანი, მ.ტულუში თავდასაცემის გავლენა ფილტვების დაავადებების ფორმირებაზე და სისხლში კარბონდიოქსიდის კონცენტრაციაზე სხვადასხვა ნარისის სუნთქვის ძირუბიული უპირატესობით ავადმყოფებში	496
ლ.ჯაში კბილის ბალთის მიკრორეგენერაციის და ინფორმაციის ლიზოციტების კარბონდიოქსიდის დროს	499
დ.ჯიქია, თ.ხიკვაძე კანის ლოკალური რადიაციული დაზიანებები: დიაგნოსტიკა, მკურნალობა (ლიტერატურის მიმოხილვა)	503