

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY

სამეცნიერო შრომათა კრებული
COLLECTION OF SCIENTIFIC WORKS

XLII

თბილისი **2008** TBILISI

მთავარი რედაქტორი - პროფ. გიორგი მენაბდე

სარედაქციო კოლეგია:

- ზ. ბერიშვილი
- ი. კვაჭაძე
- გ. ლობჯანიძე
- რ. რუხაძე
- ვ. სააკაძე (პასუხისმგებელი მდივანი)
- ი. ფავლენიშვილი
- მ. ქავთარაძე
- რ.შენგელია
- თ. ჩიქოვანი
- დ. ჭავჭავანიძე (მთავარი რედაქტორის მოადგილე)

Editor in Chief - Prof. Giorgi Menabde

Editorial Board:

- Z.Berishvili
- I.Kvachadze
- G.Lobjanidze
- R.Rukhadze
- V.Saakadze (Scientific Secretary)
- I.Pavlenishvili
- M.Kavtaradze
- R.Shengelia
- T.Chikovani
- D.Chavchanidze (Vice Editor in Chief)

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
თბილისი 0177, ვაჟა-ფშაველას 33
ტელ. 39 41 29
www.tsmu.edu

Tbilisi State Medical University
33, Vazha-Pshavela Ave., Tbilisi 0177, Georgia
(+995 32) 94 25 19
www.tsmu.edu

თამარ დეკანოსიძის

ხსოვნას



ქალბატონმა თამარ დეკანოსიძემ გაიელვა საქართველოს ცისკიდეზე უძველესი ეროვნული გენოფონდის გამორჩეული ფენომენის სახით, დაუფინყარი კვალი დატოვა ჩვენს კულტურაში, დაგვიტოვა მისეული მუდმივი თანამგზავრი რეფრენის სახით: „გახსოვდეთ, ვისი გორისანი ბრძანდებით!“.

მას ეს ყოველთვის ახსოვდა: ბობოქარი ერისშვილი, დახვენილი ინტელიგენტი, გამორჩეული პროფესიონალი, შემკობილი განულებელი ენერგიით, მჩქეფარე შრომისმოყვარეობითა და შრომისუნარიანობით, დახვენილი მჭერმეტყველებით, სხარტი კლინიკური აზროვნებით, საოცარი პედაგოგიური ხელოვნებით, შესაშური თავდამლობით და კეთილშობილებით, განუზომელი კეთილმოსურნეობით, უდრეკი მეცნიერული პრინციპულობით, უშიშარი პატრიოტიზმით, სულიერი სიმტკიცითა და სიცოცხლესავსეობით - ქალბატონი თამარი ეპოქალურ პიროვნებად მოგვევლინა და მისეული ეპოქა შექმნა. სიცოცხლის ბოლო წუთამდე რუდუნებით ეფერებოდა თითოეულ ეროვნულ განძეულს და ქართული სემისიალოგიის კეთილ ფერიად გვევლინებოდა.

განუმეორებელ ქალბატონ თამარს არც ერთი წუთით არ დავიწყებია „ვისი გორის ბრძანდებოდა“. ამ გრძნობით უსაზღვროდ ბედნიერმა დატოვა აქაურობა და მის მიერ შექმნილი აურით დაგვიტოვა ქართული თვითმყოფადობის უსაზღვრო სიამაყისა და საოცრად განუზომელი სიყვარულის გრძნობა.

ვადიმ სააკაძე

თსსუ-ის გამომცემლობის სწავლული მდივანი

აბაშიძე ნ.ო., ივერიელი მ.ბ., ცინცაძე თ.ო.,
გოგიშვილი ხ.ბ., ჯაში ლ.მ.

**ახალი თაობის ანტივირუსული
პრეპარატების გამოყენება პირადად
სტომატიტის მკურნალობის კომპლექსში**

**თსუ-ის თერაპიული სტომატოლოგიის
დაეარტამენტი; ქართულ-გერმანული დენტალური
ინსტიტუტის ცენტრი „HBI-dent“**

ჰერპესული ინფექცია დღესდღეობით წარმოადგენს ყველაზე გავრცელებულ ინფექციას, როგორც ბავშვთა, ასევე მოზრდილ მოსახლეობას შორის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების თანახმად, ვირუსულ დაავადებებს შორის ჰერპეს ვირუსით გამოწვეული დაავადებები იკავებენ მეორე ადგილს გრიპის ვირუსის შემდეგ, ხოლო სხვა ნოზოლოგიებს შორის პირველობას უთმობენ მხოლოდ გულსისხლძარღვთა სისტემის და ონკოლოგიურ დაავადებებს (3, 4, 5).

ჰერპესული ინფექციით გამოწვეული ზოგადი ავადობა მერყეობს 50,0-დან 100%-მდე, რის გამოც ჰერპესულ დაავადებებს განიხილავენ, როგორც სოციალური მნიშვნელობის დაავადებებს (1, 6).

მწვავე და ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტების მკურნალობის კომპლექსში გამოყენებული პრეპარატების რიცხვი ძალიან დიდია, მაგრამ მათი უმრავლესობა ვერ აკმაყოფილებს იმ ძირითად მოთხოვნებს, როგორც არის - პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის, ტუჩის წითელი ყაეთნის და მიმდებარე ეპითელიუმის სწრაფი, უმტკივნეულო და ეფექტური ეპითელიზაცია (2, 5, 7).

ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე ჩვენს კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტის მკურნალობის კომპლექსში ახალი თაობის ადგილობრივი და ზოგადი მოქმედების ანტივირუსული პრეპარატების პანავირის (დამცავი გელი, სუბსტანცია - ინტრავენური ინექციისათვის) და Super Lizin+-ის (მალამო, აბები) მოქმედების ეფექტურობის კლინიკური შეფასება.

დასახული მიზნის რეალიზაციისათვის ჩვენს მიერ გამოკვლევა და მკურნალობა ჩატარდა 16-დან 55 წლის ასაკის 140 პაციენტს. მათ შორის ქალი იყო 76 (54,28±2,7%), ხოლო მამაკაცი - 64 (45,72±2,7%). აღნიშნული პირები აღრიცხვაზე იმყოფებიან თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრასა და ქართულ-გერმანული დენტალური ინსტიტუტის ცენტრში HBI-dent.

გამოკვლეული პირები დაეყავით სამ ჯგუფად. ყველა მათგანს მკურნალობა უტარდებოდა დღემდე არსებული მეთოდებით, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ვხმარობდით სხვადასხვა ანტივირუსულ პრეპარატს. I ჯგუფში გავერთიანეთ ქრონიკული მორეციდივე ჰერპესული სტომატიტის მქონე 30 პაციენტი

(21,42±1,76%). ადგილობრივად აპლიკაციების სახის ვიყენებდით ანტივირუსულ პრეპარატებს - ზოვირაქსს. II ჯგუფში გაერთიანებული იქნა 60 პაციენტი (42,84±2,78%), რომელთაც მკურნალობის ტრადიციულ მეთოდებთან ერთად ანტივირუსულ თერაპიას ვუტარებდით პრეპარატ პანავირით (დამცავი გელი, სუბსტანცია ინტრავენური ინექციისათვის). III ჯგუფში გავერთიანეთ 50 პაციენტი (35,74±2,72%). მათ მკურნალობის კომპლექსში ადგილობრივად ვუნიშნავდით ახალი თაობის ანტივირუსულ იმუნომასტიმულირებელ პრეპარატს Super Lizin+ (ტუჩის მალამო, აბები).

პაციენტების კლინიკო-ლაბორატორიულ გამოკვლევის შემდეგ ხდებოდა დიაგნოზის დასმა და დგებოდა მკურნალობის გეგმა. ყველა ავადმყოფს უტარდებოდა კომპლექსური და ინდივიდუალური მკურნალობა.

ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობას ვაფასებდით შემდეგი კრიტერიუმებით: მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება - რეციდივის ხანგრძლივობის შემცირება და რემისიის შეუალედის გაზრდა 2-ჯერ და მეტად. გაუმჯობესება - რეციდივის ხანგრძლივობის შემცირება და რემისიის შეუალედის გაზრდა 1-1,5-ჯერ. ეფექტურობის არარსებობა - ადგილობრივი და ზოგადი მოვლენების არსებობა და დაავადების მიმდინარეობის შეცვლა.

მკურნალობას ვთვლიდით ეფექტურად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების და გაუმჯობესების შემთხვევაში, განსაკუთრებით დაავადების საშუალო და მძიმე ფორმების დროს.

ჩატარებულმა გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ ქ.მ.პ.ს-ის მქონე პაციენტები რეციდივის განვითარებას უკავშირებდნენ ამა თუ იმ პათოლოგიურ მდგომარეობას. მათ შორის: გადაციებას - 31,9±2,69%, ემოციურ სტრესს - 20,8±2,31%, რესპირატორულ ინფექციებს - 24,7±2,49%, მზის სხივების ზედმეტ ინსოლაციას - 11,1±1,1%, ზოგადი სომატური დაავადებების გამწვავებას - 7,6±1,53% და სტომატოლოგიურ ჩარევას - 3,9±1,1%.

I ჯგუფის პაციენტების კლინიკური გამოჯანმრთელება ხდებოდა დაახლოებით მე-7 დღეს, საშუალო ფორმის მიმდინარეობის ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 7-10 დღე, მძიმე ფორმის კი - 11 და მეტი. ანტივირუსულ პრეპარატ პანავირით მკურნალობის დროს - II ჯგუფის პაციენტებში - მსუბუქი ფორმის ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 5,1 დღე, საშუალო ფორმის - 5,9 დღე, მძიმე ფორმის კი - 6,8 დღე. გარდა ამისა, ჩვენმა დაკვირვებამ ცხადდყო, რომ პრეპარატი პანავირი ახდენს სუბიექტური ჩივილების მოხსნას, როგორცაა: წვა, ქავილი, დაჭიმულობისა და დისკომფორტის შეგრძნება თერაპიული მკურნალობის დაწყებიდან 1-2 ვიზიტზე, ხოლო მტკივნეულობის სიმპტომის - 2-3 ვიზიტზე.

II ჯგუფის 60 პაციენტიდან პანავირით მკურნალობის შედეგად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება მივიღეთ 51 (85±2,06%) პაციენტთან, ხოლო 9 (15±2,06%) - პაციენტთან კი გაუმჯობესება, რაც შეეხება ეფექტურობის არარსებობას არც ერთ პირთან არ დაფიქსირებულა.

როგორც კლინიკურმა დაკვირვებამ გვიჩვენა, პაციენტებს, რომელთაც მკურნალობა ჩაუტარდათ პანავირით, რეციდივის ხანგრძლივობა შეუმცირდათ 2-ჯერ, განსაკუთრებით დაავადების მიმდინარეობის საშუალო და მძიმე ფორმის მქონე პაციენტების შემთხვევაში, რომელთაც რეციდივის ხანგრძლივობა პანავირით მკურნალობამდე 7 დღეზე მეტი ჰქონდათ. მკურნალობის შედეგების მონაცემების თანახმად, პაციენტებს, რომელთაც მკურნალობა ჩაუტარდათ პანავირით, რემისიის შუალედის ხანგრძლივობა გაეზარდათ 1,5-2-ჯერ.

III ჯგუფის პაციენტებში 50 პაციენტიდან სუპერლიზინ+-ით მკურნალობის შედეგად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება მივიღეთ 46 (92±1,56%) პაციენტთან, ხოლო გაუმჯობესება - 4 (8±1,56%) პაციენტთან, რაც შეეხება ეფექტურობის არარსებობას, არც ერთ პაციენტთან არ დაფიქსირებულა. რეციდივის ხანგრძლივობა შემცირდა 4-5 დღემდე. განსაკუთრებით საშუალო და მძიმე ფორმის მქონე პაციენტებს, მკურნალობის შედეგების მონაცემების თანახმად პაციენტებს, რომელთაც მკურნალობა ჩაუტარდათ სუპერლიზინ+-ით რემისიის შუალედის ხანგრძლივობა გაიზარდა 2-ჯერ.

ქ.მ.ჰ.ს-ის მსუბუქი ფორმის დროს აღინიშნებოდა რეპარაციულ-რეგენერაციული პროცესების მნიშვნელოვანი დაჩქარება და რეციდივის ხანგრძლივობა იყო 4,9 დღე, საშუალო სიმძიმის - 5,1 დღე, მძიმე ფორმის კი - 5,9 დღე.

ჩატარებულმა კლინიკურმა ანალიზმა გვიჩვენა ახალი თაობის ანტივირუსული და იმუნომასტიმულირებელი პრეპარატების პანავირის (დამცავი გელი, სუბსტანცია ინტრავენური ინექციისათვის) და სუპერლიზინ+-ის (მაღაზო აბები) მაღალი თერაპიული ეფექტურობა - ეპითელიზაციის ვადის შემცირება, კარგი ანალგეზიური ეფექტი და საუკეთესო ადპეზიური თვისებები. ვთვლით, რომ მათი გამოყენება წარმატებით შეიძლება ჰერპესული სტომატიტების მკურნალობის კომპლექსში.

ლიტერატურა:

1. Васильева А.Н. Герпес: профилактика и эффективное лечение // Санкт-Петербург.: Невский проспект.- 2004, с. 16-22, 47-57, 81-93.
2. Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта (метод. рекомендация под ред. Г.В. Банченко) // Москва - 1996, 13 с.
3. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта // Москва.- 2001, с.17-41, 76-123.
4. Елизарова В.М., Дработько Л.Н., Страхова С.Ю. Клиника, диагностика и лечение острого герпетического стоматита у детей (Методические рекомендации) // Москва.- 2001, с. 3-19.
5. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В. Сочетанное применение лейкоферона с полиоксидонием при лечении рецидивирующего герпетического стоматита // Клиническая стоматология.- 2003.-№4.- с. 54-58.
6. Favoreel HW., Nauwynck HJ., Pensaert MB. Immunological hid-

ing of herpesvirus-infected cells // Archives of Virology, 2000, 145(7), p. 1269-1290.

7. Hirayama J., Abe H., Kamo N., Ikebuchi K., Ikeda H. Comparison of the effects of different antiviral treatments on the antioxidant systems of stroma-free hemoglobin // Photochemistry & Photobiology, 2001 Sep., 74(3), p. 461-464.

Abashidze N.O.; Iverieli M.B.; Tsintsadze T.O.; Gogishvili Kh.B.; Jashi L.M.;

THE USAGE OF NEW GENERATION ANTIVIRAL MEDICATIONS IN THE COMPLEX TREATMENT OF THE HERPETIC STOMATITIS

Georgian-German Center of Dental Implantation "HBI-dent"

The aim of our study was to evaluate the clinical effect of the new generation antiviral medications "PANAVIRE" (protecting gel, substance for intravenous injection) and "SUPERLYSINE+" (ointment, pills), which has a local, as well as general therapeutic effect in the complex treatment of chronic, relapsing herpetic stomatitis.

140 patients, aged 16-55, of whom 76 female (54,28%±2,7%) and 64 male (45,72%±2,7%), were observed and treated during the study.

The patients were divided into three groups and treated with traditional methods. 30 patients (21,42%±1,76%) with relapsing herpetic stomatitis, belonged to the first group, were cured with medication "ZOVIRAX", while 60 patients (42,84±2,78%) from the second group were treated with "PANAVIRE" and in the third group, included 50 patients (35,74%±2,72%) the medicine "SUPERLYSINE+" was used.

Our study has revealed, that in the II group, out of 60, 51 patients' (85%±2,06%) health condition has remarkable improved, while other 9 of them (15%±2,06%) received only regeneration. Out of 50 patients belonged to III group, in 46 cases (92%±1,56%) important therapeutic effect was revealed, while in 4 cases (8%±1,56%) only regeneration was defined.

The clinical study has shown high therapeutic effect of new generation antiviral and immunostimulative medicines "PANAVIRE" (protecting gel, substance for intravenous injection) and "SUPERLYSINE+" (ointment, pills) on the reduction of epithelisation time. These medications have also high analgetic and adhesive effect.

We think, that the medicines, mentioned above, can be successfully used in the complex treatment of herpetic stomatitis.

აბულაძე თ., გოგიაშვილი ლ., ტურიაშვილი ნ.,
კვაშილავა ჯ., ჩაჩანიძე ნ., კუკულავა ნ.

სკრინინგის პრიორიტეტები კოლორექტული პათოლოგიის აღრულებელ დიაგნოსტიკაში

თსსუ ძირუბილი დეპარტამენტი, პრობრაჟული
მიმართულება პროქტოლოგია; რ.იაშვილის
თბილისის პროქტოლოგიური ცენტრი, სპ.
მაცნეარაგათა აკადემიის ალ.ნათიშვილის
სახ.მედიკალინური მორფოლოგიის ინსტიტუტი,
ახალგაზრდა მედიკოსთა, რეზიდენტთა და თსსუ-ის
სტუდენტთა ჯგუფი.

საქართველოში, მსგავსად მსოფლიოს მრავალი ქვეყნისა, კოლოპროქტოლოგიურ დაავადებათა გავრცელების მაჩვენებელი მეტად მაღალია და ჯერჯერობით, კვების ნიშნები არ აღინიშნება. მნიშვნელოვნად იმატა ნაწლავური სიმსივნების, არასპეციფიკური კოლიტების, დივერტიკულური დაავადების, მეგაკოლონის, პოლიპების და პოლიპოზის, ჰემოროიდული დაავადების, ანალური ნაპრალის (ნახეთქის), რექტული პროლაფსის და სხვა შემთხვევებმა. საგრძობლად მოიმატა ფუნქციურმა კოლოპათიებმა — გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომმა, დისბაქტერიოზმა, ქრ.ყაბზობამ, ფუნქციურმა დიარეამ. ხშირია შერწყმული ანთებითი, არასიმსივნური და სიმსივნური დაზიანებები, რომელთა უმრავლესობა პათოგენეტიკურად კავშირშია ერთმანეთთან.

მსგავსი მდგომარეობა გამოიკვეთა ჩვენი მონაცემებითაც (თსსუ კოლოპროქტოლოგიური კლინიკა) 2004-2007 წ. კლინიკური მკურნალობის კურსი გაიარა 1648 კოლოპროქტოლოგიურმა პაციენტმა — ნლების მიხედვით მზარდი პროცენტით (შესაბამისად 28, 34, 38, 40%) მათგან მხოლოდ 3% ჩაუტარდა მედიკამენტური (კონსერვატიული) მკურნალობა, დანარჩენს (97%) - სხვადასხვა სახის ქირურგიული კორექცია.

მკვლევართა აბსოლუტური უმრავლესობა სამართლიანად მიიჩნევს, რომ კოლორექტული კიბო ძირითადად წინასიმსივნური პროცესებისაგან, (სინ. precancer) კეთილთვისებიან პოლიპებისგან (ადენომებისგან), ოჯახურ დიფუზურ პოლიპოზიდან, სხვადასხვა გენეტიკურ - ტიურკოს, გარდნერის, პეიც-ეგერსის სინდრომებისგან წარმოიშობება (T. Imperiale et al, 2000, D. Liberman et al, 2000).

მეორეს მხრივ, კიბოს განვითარება ასევე შესაძლებელია ხანგრძლივად მიმდინარე ქრონიკული პროცესების ფონზე - არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტის (ანკ) და კრონის დაავადების შედეგად (Marion J.F., et al. 2000, Veress B., et al, 1995).

Butt J.H., et al (1980) მონაცემებით ორი ათეული წლის მანძილზე ქრონიკულად მიმდინარე წყლულოვანი კოლიტით დაავადებულებს კოლორექტული კიბო, შემთხვევათა 3%-ში უვითარდება ხოლო 30 წლის მატარებელ პაციენტებში 30%-ს უახლოვდება.

აღნიშნულიდან ნათელია კოლოპროქტოლოგიურ პაციენტთათვის კვალიფიციური დახმარების სისტემის სრულყოფის აუცილებლობა.

სიმსივნურ და არასიმსივნური პათოლოგიის ადრეული დიაგნოსტიკის უნიფიცირებული ალგორითმი და, რაც მთავარია, სკრინინგი დღესაც განსაკუთრებით აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს, მასიური პროფილაქტიკური გასინჯვები, ერთადერთი ქმედითი გზა მსხვილი ნაწლავის დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკისათვის.

სკრინინგი მიმართულია დაავადების წარმოშობის საწინააღმდეგოდ, მისი წარმოება მიზანშეწონილია მანამდე სანამ გაჩნდება ავადმყოფობა. იგი გამოიყენება რისკ-ჯგუფებში როგორც მეორედი პროფილაქტიკური მეთოდი დაავადების აღმოსაჩენად, ადრეულ, ჯერ კიდევ უსიმპტომო, სტადიაზე.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სკრინინგის ორგანიზირებას სირთულეები გააჩნია. უპირველესად ეს დაკავშირებულია პროგრამის მონიტორინგის ძვირადღირებულებასთან (ფინანსური მხარეები), სახელმწიფო პროგრამების დაუზვევებლობასთან, მოსახლეობისათვის (სკრინინგის თაობაზე) ინფორმაციის მიწოდების სიმწირესთან, თვით სკრინინგული პროგრამის ტექნოლოგიების უქონლობასთან, ექიმ-სპეციალისტების სიმწირესთან და სხვა.

ამიტომ, გამომდინარე სიტუაციიდან უნდა განხორციელდეს სთანადო რისკ-ჯგუფების ჩამოყალიბება და შესაბამისი მონიტორინგის წარმოება. მხოლოდ ასეთ ვითარებაში შესაძლებელი იქნება სრულყოფილი სკრინინგის წარმართვა.

კვლევის მიზანია: რეალურად შეფასდეს სხვადასხვა სკრინინგული ტესტების გამოყენების ეფექტურობა კოლორექტული პათოლოგიის ადრეულ დიაგნოსტიკაში, რისკ-ჯგუფების ჩამოყალიბების და სწორად არჩეული სადიაგნოსტიკო ალგორითმის საფუძველზე.

სკრინინგის იდეალური მეთოდიკა უნდა გამოირჩეოდეს მაღალი მგრძობელობით და სპეციფიურობით, იგი უნდა იყოს ფართეთ მისაწვდომი და იაფფასიანი.

სკრინინგული პროგრამის ალგორითმის საწყისი ღონისძიება (ანკეტური მონაცემების შემდეგ) არის იდენტიფიკაციური ტესტი ფარულ სისხლდენაზე, რომელიც ძალზე პოპულარულია მთელს მსოფლიოში. იგი ჩასატარებლად მარტივი და იაფია, ეფექტურია ფონური და კიბოსწინა პროცესების და კოლორექტული კიბოს საწყისი ფორმების აღმოსაჩენად.

Marks R.D., et al. 1997. Maudel Z. et al, 1993; Winower S. et al, 1997. და სხვათა მონაცემებით რეგულარული ტესტირება ფარულ სისხლდენაზე (ნელინადმი ორჯერ) ამცირებს კოლორექტული კიბოთი სიკვდილიანობის მაჩვენებელს. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ წარმოდგენილი მეთოდი თავის სპეციფიკურობით დაბალია სხვა ტესტებთან შედარებით და ხშირად იძლევა ცრუ დადებით შედეგებს. მაგრამ თავისი მასიურობით და მოხმარების სიმარტივით იგი უცვლელია კოლორექტული პათოლოგიის სკრინინგში.

ჩვენმა კლინიკამ 2004 წელს გერმანელი კოლეგები-სგან უსასყიდლოდ მიიღო ფირმა „Beckman Coulter“ - ის მიერ წარმოებული ჰემოკულტესტის (ტესტი ფარულ სისხლდენაზე) ნიმუშები რომლებიც შემდგომ გამოყენებულ იქნა მეცნიერული კვლევებისათვის.

გარდა ფარული სისხლდენის ტესტირებისა გამოყენებული იქნა თანამედროვე სკრინინგის სხვა მეთოდებიც: 1. სპეციალური ანკეტური გამოკითხვა, ცხოვრების ხარისხის შეფასება. 2. თითო რევიზია და სიგმოიდოსკოპია. 3. მსხვილი ნაწლავის ენდოსკოპიური გამოკვლევა - კოლონოსკოპია ენდობიოპტატების ჰისტოპათოლოგია. 4. ირიგოსკოპია (ირიგოგრაფია). 5. ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევები - მიკროფლორის დადგენა. 6. სხვადასხვა არაინვაზიური გამოკვლევები: ულტრაბგერითი სონოგრაფია (უს), კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ), ბირთვულ-მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფია (ბმრტ).

სკრინინგის კომპლექსური მეთოდების შეფასებისას (ძირითადად მგრძნობელობა) ვსარგებლობდით ცნობილი ფორმულით — მგრძნობელობა (სენ) ასახვს ჭეშმარიტად დადებით შედეგების გამოვლენის უნარს და გამოითვლება ფორმულით:

$Sen = A : (A+C) \times 100\%$, სადაც A - ჭეშმარიტად დადებითი შედეგია, C - ცრუ უარყოფითი.

ანკეტური გამოკითხვის დროს ყურადღება ექცოდა ცხოვრების ხარისხის შესწავლას, სადაც ფასდებოდა ემოციური სფერო და ფსიქიური ჯანმრთელობა, რაც განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია ფუნქციური კოლოპათიების დიაგნოსტიკის დროს. ვსარგებლობთ Thompson W. 1999 მიერ მოწოდებული უნივერსალური კითხვარით.

თსუ ახალგაზრდა კურსდამთავრებულმა ექიმებმა, რეზიდენტებმა და სტუდენტებმა 2004-2007 წლებში ჩვენი პროექტის მიხედვით ჰემოკულტესტის გამოყენებით აწარმოეს გამოკვლევა 370 პიროვნებაზე, რომლებიც გადანაწილებულია კვლევის სხვადასხვა ჯგუფში.

მსხვილი ნაწლავის ენდოსკოპიური გამოკვლევა (სიგმოიდოსკოპია, კოლონოსკოპია) სკრინინგული პროგრამის ძირითადი ნაწყვანი ტესტია. იგი შესაძლებლობას იძლევა რეალურ ვიზუალიზაციას მსხვილი ნაწლავის ნებისმიერი ადგილიდან ჰისტოპათოლოგიური კვლევისათვის ბიოპტატის აღებას, ასევე მცირეინვაზიური პროცედურების ჩატარებას დაწყებული გაფართოებული ბიოფსიით დამტავრებული სხვადასხვა ზომების ახლწარმონაქმნების ელექტროექსციზიით. მასალა იღებოდა ჰემატოქსილინით და ეოზინით. ელექტრონული მიკროსკოპისათვის, ფიქსაცია ხდებოდა 2,5% გლუტარალდეჰიდის და 1% ოსმიუმის ოთხჟანგის ხსნარებში (p-7,34). ულტრაბგერითი ანათლების შესწავლა ხდებოდა ელექტრონული მიკროსკოპით - TESLA BS-500 ამაჩქარებელი ძაბვის 70-90 კვტ პირობებში.

ძალზედ მნიშვნელოვანია მსხვილი ნაწლავის რეტროგრაფული კონტრასტირება ბარიუმით - ირიგოსკოპია, განსაკუთრებით მაშინ როდესაც შეფერხებულია ან დაუშვებელია კოლონოსკოპია და საჭიროა

დამატებითი ინფორმაცია. დიაგნოსტიკურ ალგორით-ში ირიგოსკოპიას ორმაგი კონტრასტირებით ჩვენ ვიყენებდით ენდოსკოპიის წარმოების ან მისი უკუჩვენების შედეგად.

მთლიანად ჩვენი მასალა მოიცავს 572 დაკვირვებას იმ პირებზე, რომლებიც სხვადასხვა მონაცემების მიხედვით დაყოფილი იყვნენ 3 ჯგუფად.

I ჯგუფი - 118 დაკვირვების ობიექტი იყო 50 წელს გადაშორებული პიროვნებები ძირითადად (მოხალისეები) ე.წ. „უსიმპტომო“ კონტიგენტი, მამაკაცი იყო - 29, ქალი - 89.

II ჯგუფი 251 დაკვირვება, 50-წელს გადაცილებული პირები (მამაკაცი-112, ქალი 139) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ სხვადასხვა ჩივილებით (ტკივილი, მეტეორიზმი, ქრ. ყაბზობა, დიარეა, გამონადენი სწორი ნაწლავიდან) ძირითადად თერაპიულ და გასტროენტეროლოგიური სტაციონარების, ასევე ამბულატორიული პაციენტები. წარმოდგენილი კონტიგენტი საშუალო რისკ-ჯგუფს მიეკუთვნება.

III ჯგუფი 203 დაკვირვება (მამაკაცი-132. ქალი-71), რომელთაგანაც ოჯახურ ანამნეზში აღენიშნებოდა: მსხვილი ნაწლავის, პოლიპი და პოლიპოზი 98 (48,3%), კოლორექტული კიბო - 28 (13,7%)-ს, ეროზიულ-ნულულოვანი პროცესები 46 (24,1%)-ს, ხოლო 31 პირს (28,6%)-ს გადატანილი ჰქონდათ სხვადასხვა კოლოპროქტოლოგიური ოპერაციები (მსხვილი ნაწლავის რეზექცია, ჰემოროიდექტომია, ფისტულექტომია, პოლიპების და კონდილომების ექსციზია). ეს ჯგუფი მომატებული და მაღალი რისკ-ფაქტორების კონტიგენტს მიეკუთვნება.

I ჯგუფში ანკეტური გამოკითხვა, თითო ინსპექცია და ტესტი ფარულ სისხლდენაზე ჩატარდა ყველა გამოკვლეულს (n=118), სიგმოიდოსკოპია 29-ს, ტოტალური კოლონოსკოპია - 49 შემთხვევაში, ირიგოსკოპია 8-ჯერ, ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა გაკეთდა მხოლოდ 7-ჯერ (25 ენდობიოპტატი) ჩვენებების მიხედვით.

მიღებულია ჰემოკულტ-ტესტის 12 დადებითი პასუხი. შემდგომი ენდოსკოპიური გამოკვლევით აღმოჩნდა სხვადასხვა ლოკალიზაციის ადენომატოზური პოლიპი - 7 შემთხვევა, (ერთეული - 3, მრავლობითი - 4-ჯერ). 5 - ტესტი მიჩნეულია ცრუ დადებითად, 5 - ცრუ უარყოფითად, მსხვილი ნაწლავის უსიმპტომოდ მიმდინარე დივერტიკულოზი - 6-ჯერ რომელიც დადგინდა ირიგოსკოპიით, 1 - ცრუ უარყოფითი შედეგით. ჰემოკულტესტის მგრძნობელობამ შეადგინა — 53.8%, ენდოსკოპია - 91.6%.

II ჯგუფში ანკეტური გამოკითხვა და თითო რევიზია ჩატარდა ყველა შემთხვევაში (n=251) ჰემოკულტესტი წარმოებულია 102-ჯერ (დადებითი პასუხი დაფიქსირდა 36-ჯერ), სიგმოიდოსკოპია - 46-ს, ტოტალური კოლონოსკოპია 205-ჯერ, ირიგოსკოპია - 45-ჯერ, ულტრასონოგრაფია - 37-ჯერ ენდობიოპტატის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა - 29-ჯერ.

ჰემოკულტესტი 6-ჯერ აღმოჩნდა ცრუ დადებითი, 10 - ცრუ უარყოფითი; როგორც შემდგომ დადას-

ტურდა, გამოწვეული, რკინის პრეპარატების და ასკორბინის მუავის მიღებასთან დაკავშირებით.

ენდოსკოპიური კვლევით 23 შემთხვევაში აღმოჩნდა სხვადასხვა ლოკალიზაციის პოლიპი (ერთეული 23, მრავლობითი - 10), სიგმოიდურ კოლინჯის კიბო - 2 შემთხვევა (რომელიც დადასტურებულია მორფოლოგიურად), დივერტიკულოზი და დივერტიკულიტი - 10-ჯერ, ცრუ უარყოფითი 4 შემთხვევა, ყველა შემთხვევაში დადასტურდა ირიგოსკოპიით პროქტოსიგმოიდითი - 46. ჰემოკულტესტის მგრძობელობამ 78.9% შეადგინა, ენდოსკოპიურმა კვლევამ - 88.2%.

III ჯგუფში, ანექტური გამოკითხვა და თითო რევიზია ჩაუტარდა ყველას. ჰემოკულტ-ტესტი გაკეთდა 150-ჯერ. დადებითი პასუხი აღმოჩნდა 58 შემთხვევაში, სიგმოიდოსკოპია გაკეთდა 38 შემთხვევაში, ტოტალური კოლონოსკოპია - 165, ირიგოსკოპია - 81-ჯერ, ბიოპტატების ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა - 70 შემთხვევაში, მუცლის ღრუს უს - 83, ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა ჩაუტარდა 189 პაციენტს, კტ - 2-ს, ცრუ დადებითი ჰემოკულტესტი აღმოჩნდა 12-ჯერ, ცრუ უარყოფითი - 9-ჯერ.

კოლორექტული კიბოს ოპერაციის შემდგომი რეციდვი აღმოჩენილია 8 შემთხვევაში, ერთეული პოლიპი - 30-ჯერ, ჯგუფური და მრავლობითი პოლიპები - 28-ჯერ. ეროზიულ-წყლულოვანი პროცესები 23-ჯერ, მეგაკოლონი - 10, დივერტიკულოზი - 27, ფუნქციური კოლოპათიები - გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი დიაგნოსტირებულია - 68 შემთხვევაში, პროქტოსიგმოიდითი - 48. ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევებით უმრავლეს შემთხვევაში დადასტურდა სხვადასხვა ხარისხის დისბაქტერიოზი. ჰემოკულტესტის მგრძობელობამ ამ ჯგუფში შეადგინა 83.6%, ხოლო ენდოსკოპიურმა კვლევამ - 94%.

გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომის (გნს) დროს აღებული ბიოპტატების ელექტრონულ მიკროსკოპიულმა ანალიზმა გვიჩვენა: ეპითელიური უჯრედების მკვეთრად შეცვლილი ულტრასტრუქტურა, რაც გამოიხატება ბაზალური მემბრანის დეფორმაციით, ეპითელიური უჯრედების ცვლილებათა მოზაიკური სურათით - შეუცვლელი და დეფორმული ბირთვის მქონე გამორეცხილი ენტეროციტების არსებობით.

წყლულოვანი პროცესების გამწვავების დროს ჰისტოლოგიური სურათი წარმოდგენილია სტრომის მკვეთრი ნეიტროფილური და ეოზინოფილური ინფილტრაციით, გრანულოციტების მიგრაციით ეპითელიური საფარის სისქეში ამ უკანასკნელის დისპლაზიური ცვლილებების გარეშე.

ახალწარმონაქმნების პათოჰისტოლოგიური დიაგნოზი და სტრუქტურა განისაზღვრებოდა როგორც ენდობიოპტატების, ასევე ენდოსკოპიური პოლიპექტომიის მასალის შესწავლის შედეგად.

მცირე ზომის პოლიპის 71 შემთხვევიდან მორფოლოგიური ვერიფიკაცია წარმოებულა 58-ჯერ, არცერთ მათგანში დისპლაზია არ იყო აღმოჩენილი.

საშუალო ზომის 22 ახალწარმონაქმნიდან (0,6-2,0სმ) ჰისტოლოგიური სტრუქტურა შესწავლილია 18-შემთხვევაში, სხვადასხვა ხარისხის დისპლაზია

დადგენილია 10-ჯერ, პოლიპის მალიგნიზაცია აღმოჩენილია - 2 შემთხვევაში.

დიდი ზომის წარმონაქმნების (2სმ-ზე მეტი) ყველა 16 შემთხვევის ენდობიოპტატური მასალის შესწავლით დადგინდა: ტუბულურ-ადენომატოზური ფორმა - 10, (დისპლაზიის 6 შემთხვევით), ტუბულურ-ხაოიანი ფორმა თანმხვედრი დისპლაზიით - 4, მალიგნიზირებული პოლიპი - მაღალი დიფერენციაციის ადენოკარცინომა - 2.

ყველა პაციენტს ჩაუტარდა რადიკალური კორექცია სხვადასხვა მეთოდით. მათ შორის, ორ პაციენტს მსხვილი ნაწლავის ადენოკარცინომით - ტრანსაბდომინური ოპერაცია. დანარჩენ 14 პაციენტს - ენდოსკოპიური პოლიპექტომია.

In Situ ინვაზიური ადენოკარცინომის დროს აღინიშნება სიმსივნური ქსოვილის ჩაზრდა პოლიპის ლორწვეშა ფუძეში.

დიდი ზომის ტუბულო-ვილოზური ტიპის პოლიპის შემთხვევებში მალიგნიზაციის რისკის მარკერის - III ხარისხის დისპლაზიის სიხშირე მერყეობდა - შემთხვევათა 58-64% და წარმოდგენილი იყო ეპითელიური უჯრედების ბირთვ-ციტოპლაზმური ურთიერთობის ღრმა ტიპებით, ნუკლეოლების გამოვლენით და ბირთვების ზომის ზრდით.

ჩატარებულმა სკრინინგულმა კვლევებმა წარმოაჩინა მრავალი საინტერესო თავისებურება, როგორც თვით სკრინინგის პრინციპების, ასევე საკუთრივ მეთოდების გამოყენების მხრივ.

მნიშვნელოვანია რამდენიმე მომენტის გათვალისწინება: სახელდობრ, 50 წელს გადაცილებულ პირებში ე.წ. „უსიმპტომო კონტიგენტში“ დეტალური გამოკითხვა (ანექტური სკრინინგი) და აქტიური პროპაგანდა ფარულ სისხლდენაზე ტესტის ჩასატარებლად. ფარული სისხლდენის იდენტიფიკაციის საშუალოდ 3 ჯგუფში ჭეშმარიტად დადებითი პასუხი (დამტკიცებული შემდგომ კოლონოსკოპიით, ბიოფსიით, ირიგოსკოპიით) აღმოჩნდა - 58-ჯერ, მათ შორის ახალწარმონაქმნით 51, დივერტიკულოზი, ეროზიული კოლიტი - 7-ჯერ.

კოლონოსკოპია სკრინინგულ პროგრამაში ყველაზე მგრძობიარე და ინფორმაციული ტესტია, როგორც კიბოსწინა პროცესების, კოლორექტული კიბოს, ფუნქციური კოლოპათიების დიაგნოსტიკაში, ასევე მცირე ინვაზიური ღონისძიებების (ბიოფსია, ექსციზია) წარმოების დროს. მარტო ენდოსკოპიური მეთოდით საშუალებით დადასტურებულია მრავალი ახალწარმონაქმნი, მათ შორის კოლორექტული კიბოს როგორც პირველადი ასევე, რეციდიულ შემთხვევები, ხოლო ფუნქციური კოლოპათიების დროს კოლონოსკოპიის საშუალებით აისახა ამ პროცესის ენდოსემიოტიკაც.

სკრინინგში მნიშვნელოვანი როლი რენტგენოლოგიური გამოკვლევა - ირიგოსკოპიას ენიჭება, ზოგჯერ კოლონოსკოპია ვერ უზრუნველყოფს ვიზუალიზაციას. ისეთი პათოლოგიის დროს, როგორცაა, მაგალითად მეგაკოლონი ან დივერტიკულოზი. ასევე ზოგჯერ, ნაკლებ სარწმუნოა რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკა

მცირე ზომის კიბოს და ეროზიების შემთხვევაში. ამიტომ, მნიშვნელოვანია ამ ორი მეთოდის შეთავსება.

დანარჩენი არაინვაზიური მეთოდები - უს, კტ, ბმრტ ნაჩვენებია მხოლოდ განსაკუთრებულ რთული პროცესების ვერიფიკაციისათვის.

მთლიანობაში სკრინინგული პროგრამის ღონისძიებების ძვირადღირებულებამ და მასიური პროფილაქტიკური ღონისძიებების სირთულეებმა განსაზღვრა რისკ-ჯგუფების ჩამოყალიბების აუცილებლობა სამი ძირითადი ფენომენის გათვალისწინებით — ასაკი, კლინიკური ნიშნები, სავარაუდოდ დატვირთული ოჯახური გენეზი და მათი ტესტირება ჩვენების მიხედვით, რაც მოსახლეობისთვის ნაკლებად ღირებული და შედარებით მისაწვდომ ღონისძიებებად იქნება მიჩნეული.

ჩატარებულმა სამუშაოებმა ნათლად დაგვანახა ცალკეული ტესტის ინფორმაციულობა და გამოყენების ადექვატურობა, განსაკუთრებით მასობრივი ტესტირება ფარულ სისხლდენაზე და ენდოსკოპიური სკრინინგი. ამიტომ კიბოს პროფილაქტიკის ძირითად ელემენტს წარმოადგენს სწორედ უსიმპტომოდ მიმდინარე კიბოსწინა და სხვა ქრონიკული პროცესების დადგენა ამ მეთოდების გამოყენებით.

სკრინინგის შედეგების მტკიცებულება აუცილებლად შედარებული უნდა იყოს საკონტროლო მონაცემებთან და დადასტურებული ჰისტოპათოლოგიური კვლევით.

ლიტერატურა:

1. Butt J.H., Lennard-Jones J.E., Richie J.K. A practical approach to the risk of cancer in inflammatory bowel disease: reassure, watch, or act? // Med. Clin. North Amer. – 1980.-Vol. 64. –P.1203-1220.
2. Imperiale T., Wagner D., Lin Ch. et al. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. New Engl. J. Med., 2000, 343, 3:169.
3. Liberman D., Weiss D., Bond J. et al. use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. New Eng. J. Med., 2000, 343, 3:1.
4. Marks R.D., Hall G., Veerapalli R. et al. Fecal occult blood testing. Gastroenterol., 1997, 112,4 4:A28.
5. Mandel J.S., Bond J.H., Church T.R. et al . Reducing mortality from fecal occult blood // New Engl. J. Med. - 1993. – Vol. 328 – P. 1365-1371.
6. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. functional bowel disorders and Functional abdominal pain // Gut. – 1999. – vol.45, suppl.2.-p.43-47.

Abuladze T., Gogiashvili L., Turiashvili N., Kvashilava L., Chachanidze N., Kukulava N.

PRIORITIES OF SCREENING IN EARLY DIAGNOSTICS OF COLORECTAL PATHOLOGY

Proctology Division of TSMU Surgery Department, Tbilisi Iashvili Proctologic Centre, Natishvili Experimental Morphology Institute of National Scientific Academy, Young Medical Servants, Residents and TSMU Student Group

The early diagnostic unified algorithm and screenings represent an issue in current coloproctology. The mass-scale prophylaxis examinations play the most important role in early diagnostics of colon pathology today.

The purpose of our research was to evaluate the efficacy of various screening tests on correctly chosen diagnostic algorithmic grounds in early diagnostics of colorectal pathology.

The modern screening tests used were as follows:

1. specific questionnaires on the quality of living;
2. tests on occult hemorrhages;
3. finger revision and sygmoidoscopy;
4. colonoscopy;
5. endobioptic histology;
6. Irrigoscopy (irrigography)
7. bacteriologic examinations;
8. various non-invasive examinations;

The screening testing was performed on 572 subjects, divided into 3 groups.

The several important points need to be mentioned: priorities in aged group (over 50), the so called “nonsymptomatic group” were detailed questionnaires and active propagation of occult hemorrhage testing revealing 58 positive cases. Comprehensiveness of each testing and their adequate application is essential. Endoscopic screenings, in particular, helped in early diagnostics of numerous neoplasms and differentiation of tumors (e.g. colorectal cancer) or functional colopathies.

ანვერელი ლ., გვენეტაძე ზ., დანელია თ.

ცხვირის ანატომიური რეკონსტრუქციისა და ესთეტიკური კორექციის ერთმომენტიანი მეთოდი, როგორც პრობლემის გადაწყვეტის ოპტიმალური გზა

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ძირუბაგიული სტომატოლოგიისა და ყაბ-სახის ძირუბაგის დეპარტამენტი

ცხვირის შექმნილი დეფორმაციის უხშირეს მიზეზს ტრავმული დაზიანება წარმოადგენს. შედარებით იშვიათად ცხვირის დეფორმაციები ან დეფექტები შეიძლება განვითარდეს ანთებითი ან სიმსივნური პროცესების შედეგადაც. ცხვირის შექმნილი დეფორმაციები, გამომდინარე მიყენებული ძალის სიდიდიდან და მიმართულებიდან, შეიძლება დაიყოს ხუთ ძირითად ჯგუფად:

ა) დეფორმაცია, გამონვეული მსხლისებური შესავლის კიდებებისა და ცხვირის ძვალ-ხრტილოვანი ჩონჩხის დაზიანებით, რის შედეგადაც გარეთა ცხვირი არის გაბრტყელებული ან გადანაცვლებული ცხვირის ღრუს მიმართულებით.

ბ) დეფორმაცია, გამონვეული ცხვირის ძვლოვანი ჩონჩხის დაზიანებით, რის გამოც ცხვირის ზურგის, ძვლოვანი ნაწილი ჩავარდნილია, ხოლო ხრტილოვანი ნაწილი გადანაცვლებულია ზევით.

გ) დეფორმაცია, გამონვეული ცხვირის ჩონჩხის ხრტილოვანი ნაწილის დაზიანებით, რის შედეგადაც ცხვირის ზურგის ძვლოვანი ნაწილი გამოიყურება ნორმალურად, ხოლო ხრტილოვანი ჩავარდნილია და გადანაცვლებულია ცხვირის ღრუს მიმართულებით.

დ) დეფორმაცია, გამონვეული ცხვირის ძვალ-ხრტილოვანი ჩონჩხის ცალმხრივი დაზიანებით, რის გამოც ცხვირის შესაბამისი ნახევარი გადანაცვლებულია ცხვირის ღრუს მიმართულებით.

ე) დეფორმაცია, გამონვეული გვერდიდან მიყენებული ტრავმით, ცხვირის ძვალ-ხრტილოვანი ჩონჩხის დაზიანებით და გადანაცვლებით ტრავმის საპირისპირო მხარეს (ცენტრის დარღვევა).

იმდენად, რამდენადაც ცხვირი წარმოადგენს სახის ცენტრალურ ორგანოს, მისი ფორმის უმნიშვნელო ცვლილება კი არღვევს სახის ინდივიდუალურობას. ვინაიდან ცხვირის შექმნილი დეფორმაციების უხშირეს შემთხვევებში ადგილი აქვს კოსმეტიკური და ფუნქციური ხასიათის დარღვევებს, იქმნება ორგანოს როგორც ანატომიური რეკონსტრუქციის, ისე კოსმეტიკური კორექციის აუცილებლობა. ჩვეულებრივ, ცხვირის შექმნილი დეფორმაციების რთული შემთხვევების დროს ქირურგები ირჩევენ ოპერაციული მკურნალობის ორეტაპიან მეთოდს: ისინი თავდაპირველად მიმართავენ ორგანოს ანატომიურ რეკონსტრუქციას, რაც უზრუნველყოფს ცხვირით სუნთქვის აღდგენას და ფორმის მეტ-ნაკლებ კორექციას (ანატომიური რინოპლასტიკა), ხოლო შემდეგ, ნარჩენი დეფორმაციის გათვალისწინებით - მის ესთეტიკურ კორექციას (კოსმეტიკური რინოპლასტიკა).

გამომდინარე ჩვენი ბოლო სამი წლის დაკვირვებებიდან (14 კლინიკური შემთხვევა) ვთვლით, რომ ცხვირის შექმნილი დეფორმაციების დროს პრობლემის გადაწყვეტის ყველაზე მოკლე და ეფექტური გზა არის ცხვირის ანატომიური რეკონსტრუქციისა და ესთეტიკური კორექციის ერთმომენტიანი მეთოდი.

ჩვენს მიერ ოპერირებული 14 ავადმყოფიდან 1 ავადმყოფი მიეკუთვნებოდა ცხვირის დეფორმაციის ა ჯგუფს, 6 - ბ ჯგუფს, 4 - გ ჯგუფს, 0 - დ ჯგუფს და 3 - ე ჯგუფს.

თითოეულ კლინიკურ შემთხვევაში, დეფორმაციის ხასიათიდან გამომდინარე, ვადგენდით ოპერაციული ჩარევის გეგმას. ოპერაციას ვატარებდით ენდოტრაქეალური ნარკოზით.

ცხვირის დეფორმაციის ყველაზე რთული შემთხვევა (ა ჯგუფი), როგორც აღვნიშნეთ, გამოვლინდა მხოლოდ ერთ კლინიკურ შემთხვევაში. საქმე შეეხე-

ბოდა სატრანსპორტო ტრავმას. ვინაიდან ავადმყოფის მდგომარეობა იყო მძიმე, მისი ტრანსპორტირება რაიონული კლინიკიდან მოხერხდა მხოლოდ მეთერთმეტე დღეს. ავადმყოფს ჰქონდა ცხვირის ძვლების, ძვლოვანი ძვიდის და ზედა ყბის ცხვირის მორჩების მრავლობითი მოტეხილობა, რის გამოც ცხვირის ზურგი იყო გაბრტყელებული და რამდენადმე გადანაცვლებული ცხვირის ღრუს მიმართულებით. დეფორმაციას განიცდიდა ცხვირის ხრტილოვანი ჩონჩხიც. კერძოდ, სამკუთხა ხრტილები მოცილებული იყო როგორც ცხვირის ძვლოვანი ჩონჩხიდან, ისე ცხვირის ძვიდის ხრტილოვანი ნაწილიდან. ერთმანეთისგან იყო გათიშული აგრეთვე დიდი ფრთისებური ხრტილების მუხლებიც, რის გამოც ცხვირის მწვერვალი იყო გაორებული. ამიტომ გადაწყდა ერთმომენტიანი ოპერაციული ჩარევით გადაწყვეტილიყო როგორც ფუნქციური, ისე კოსმეტიკური ხასიათის პრობლემები. მიუხედავად იმისა, რომ შეხორცებით პროცესი იყო დაწყებული, ენდო- ეგ ზონაზალური მიდგომით მოხერხდა ცხვირის ძვლოვანი ფრაგმენტების რეპოზიცია, აღდგა ცხვირის ზურგის სიმაღლე და დროებით, წინა ტამპონადის საშუალებით დაფიქსირდა სწორ დგომაში. შემდეგ ორივე მხარეს გატარდა ენდონაზალური განაკვეთები ცხვირის ფრთებზე და ძვიდეზე, ლორწოვანისა და კანის საზღვარზე. აღნიშნული განაკვეთების წინა კიდები შეერთდა ცხვირის ძვიდის ქვედა კიდზე გატარებული განაკვეთით. აშრევდა რბილი ქსოვილები ცხვირის ზურგზე ერთი მთლიანი ნაფლეთის სახით და მობილიზდა ზევით. დაირღვა ახლადწარმოქმნილი შემაერთებელი ქსოვილი ცხვირის დეფორმირებულ ხრტილებსა და ძვლოვან ფრაგმენტებს შორის. სამკუთხა ხრტილები გადანაცვლდა და დაფიქსირდა სწორ პოზიციაში, ერთის მხრივ, ცხვირის რეპონირებული ძვლების პერიოსტუმთან, ხოლო მეორეს მხრივ - ცხვირის ძვიდესთან, კერძოდ, ოთხკუთხა ხრტილის წინა კიდესთან. ერთმანეთისაგან გათიშული დიდი ფრთისებური ხრტილების მუხლები ასევე მობილიზდა და დაფიქსირდა სწორ მდებარეობაში როგორც ერთმანეთთან, ისე სამკუთხა ხრტილების ქვედა კიდებთან. ამდენად, აღმოიფხვრა ცხვირის მწვერვალის გაორება. ეგ ზონაზალურად, ორივე მხრიდან ერთდროული ზენოლით შეიკუმშა ცხვირის ფუძე. ვინაიდან ადგილი ჰქონდა მსხლისებური შესავლის კიდებების დაზიანებას, ცხვირის ფუძის შეკუმშვის შემდეგ შეიქმნა მონატეხი ფრაგმენტების სწორ დგომაში იმობილიზაციის პრობლემა. აღნიშნულის გამო პირველ ეტაპზე მონატეხი ფრაგმენტების იმობილიზაცია მოხდა ცხვირის ფუძეზე გატარებული II-ს მაგვარი მავთულოვანი ნაკერით, რომლის საშუალებითაც ცხვირის ზურგის ორივე მხარეს დაფიქსირდა მამოდეღირებელი მორგებები. ოპერაცია დასრულდა ფრაგმენტების ენდონაზალური იმობილიზაციით, ანტისეპტიკურ მალამოში დასველებული ფილტებით, რომლებიც გატარდა II-ს მაგვარი ნაკერის ზევით. ოპერაციიდან 10 დღის

შემდეგ მოიხსნა II-ს მაგვარი ნაკერი და ცხვირის შემდგომი მოდელირება გაგრძელდა ენდო- ეგზონ- აზალური მიდგომით, ანტისპეტიკური ფილტებისა და თაბაშირის მამოდელირებელი ნახვევის გამოყენებით. ამდენად, ერთმომენტიანი ოპერაციული ჩარევით ერთდროულად გადაიჭრა ორივე პრობლემა - ცხვირის ფუნქციისა და ესთეტიკური ფორმის აღდგენა.

როგორც აღინიშნა, ჩვენს მიერ ოპერირებული ექვსი ავადმყოფი მიეკუთვნებოდა ცხვირის დეფორმაციის ბ ჯგუფს. აქედან ოთხ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა საყოფაცხოვრებო, ერთ შემთხვევაში - სპორტულ და ერთ შემთხვევაში - სატრანსპორტო ტრავმას. ექვსივე შემთხვევაში აღინიშნებოდა ცხვირის ზურგის ძვლოვანი ნაწილის ჩავარდნა, რაც გამოწვეული იყო ცხვირის ზურგის ძვლებისა და ცხვირის ძვლოვანი ძვირის მოტეხილობით. ამასთან, აღინიშნებოდა ცხვირის ხრტილოვანი ნაწილის დეფორმაცია, ვინაიდან ცხვირის ზურგის ჩავარდნის გამო ეს უკანასკნელი განიცდიდა გადაანაცვლებას რამდენადმე ზევით. აღნიშნული ჯგუფის ავადმყოფებში ყველაზე დიდ სირთულეს რეკონსტრუქციული რინოპლასტიკის დროს წარმოადგენს ცხვირის დაბალი (უნაგირისებური) ზურგის აღდგენა. როდესაც ამ თვალსაზრისით დეფორმაცია უმნიშვნელოა, შესაძლოა საკმარისი აღმოჩნდეს ცხვირის ძვლების ცენტრალური და გვერდითი ოსტეოტომიის ჩატარება ძვირის ოპერაციულ კორექციასთან ერთად და ძვლოვანი ფრაგმენტების სწორ მდგომარეობაში იმობილიზაცია. ცხვირის ზურგის მნიშვნელოვანი ჩავარდნის დროს, გარდა ცენტრალური და გვერდითი ოსტეოტომიისა და ძვირის ოპერაციული კორექციისა, აუცილებელია ქსოვილოვანი დეფიციტის შევსებაც. ჩვენს მიერ ბ ჯგუფის 6 პაციენტიდან, 4 შემთხვევაში ცხვირის დაბალი ზურგის კორექციის მიზნით გამოყენებული იქნა აუტოხრტილი, ხოლო 2 შემთხვევაში - ტიტანის ბადისებური ფირფიტა. ჩვეულებრივ, ასეთი დეფორმაციების დროს აუტოტრანსპოლანტატად გამოიყენება ნეკნის ძვალხრტილოვანი ფრაგმენტი. სიახლეს ჩვენს შემთხვევაში წარმოადგენდა ის, რომ აუტოტრანსპლანტატად ვიყენებდით ცხვირის ძვირის დეფორმირებული ოთხკუთხა ხრტილიდან აღებულ ფრაგმენტს, რომელსაც გამოვყოფდით ორივე მხრიდან სუბმუკოზურად და რეზექციის შემდეგ ძვირის ლორწოვანი გარსის მთლიანობას აღვადგენდით ატრავმული ნაკერებით. ამის შემდეგ კლასიკური მეთოდით ტარდებოდა ცხვირის ძვლების შუა და გვერდითი ოსტეოტომია და ცხვირის ფუძის შეკუმშვა, რითაც ერთდროულად ვაღწევდით ცხვირის ზურგის ამაღლებას. ცხვირის ზურგის მოდელირება ნორმამდე ანუ ნარჩენი დეფორმაციის აღმოფხვრა ხდებოდა ძვირიდან აღებული აუტოხრტილის ფორმირებით და შეტანით დეფორმაციის უბანში. აუტოხრტილი შეიძლება ფიქსირებული იქნას თაბაშირის მამოდელირებელი ნახვევით ან ნაკერით (ამ უკანასკნელის შემთხვევაში აუცილებელი ხდება დამატებითი განაკვეთის გატარება ძვირის ფუძეზე და რბილი

ქსოვილების ნაფლეთის ათიშვა ცხვირის ზურგიდან). ამდენად, აღნიშნული ჩარევით ვახდენდით როგორც ძვირის დეფორმაციის ლიკვიდაციას, ისე ცხვირის ზურგის კორექციას.

როგორც აღვნიშნეთ, ორ შემთხვევაში აუტოხრტილის ნაცვლად ცხვირის უნაგირისებური ზურგის მოდელირების მიზნით გამოყენებული იქნა ტიტანის ბადისებური ფირფიტა, რომელიც სათანადო ზომაზე გამოჭრის შემდეგ მოიხარა, მიეცა ცხვირის ზურგის ფორმა და დაფიქსირდა ცხვირის ძვლების პერიოსტუმთან.

აღნიშნული ორ კლინიკური შემთხვევიდან 2 შემთხვევაში, პაციენტის სურვილის გათვალისწინებით მოხდა ცხვირის ესთეტიკური კორექცია, კერძოდ, სიგრძეში დამოკლება ოთხკუთხა და დიდი ფრთისებური ხრტილების ქვედა კიდეების რეზექციით. ცხვირის ოპერაციის შემდგომი მოდელირება მიმდინარეობდა ტრადიციულად ენდო- ეგზონაზალური იმობილიზაციით.

ჩვენს მიერ ოპერირებული ოთხი ავადმყოფი მიეკუთვნებოდა ცხვირის დეფორმაციის გ ჯგუფს. ოთხივე შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა საყოფაცხოვრებო ტრავმას. ოპერაცია აღნიშნულ ჯგუფში ტექნიკურად შესრულდა შემდეგნაირად: გატარდა ენდონაზალური განაკვეთები ცხვირის ფრთებზე და ძვირზე და დამატებითი შემაერთებელი განაკვეთი ძვირის ფუძეზე. გათიშა რბილი ქსოვილები ცხვირის ზურგზე ნაფლეთის მობილიზაციით და ცხვირის ზურგის გაშიშვლებით. გათიშა ფიბროზული შემაერთებელი ქსოვილი ცხვირის ხრტილოვანი ძვირის წინა კიდეა და სამკუთხა და დიდი ფრთისებურ ხრტილებს შორის. ხრტილები მობილიზდა და შეიკერა ერთმანეთთან სწორ მდგომარეობაში. ცხვირის ჩავარდნილი მწვერვალის ამაღლების მიზნით დიდი ფრთისებური ხრტილების მუხლები გადაანაცვლდა ერთმანეთის მიმართულებით, დუბლირდა და დაფიქსირდა კვანძოვანი ნაკერებით. ვინაიდან ცხვირის ძვლოვანი ჩონჩხი აღნიშნულ კლინიკურ შემთხვევებში დაზიანებას ფაქტიურად არ განიცდიდა, სამი პაციენტის შემთხვევაში ცენტრალური და გვერდითი ოსტეოტომია და ცხვირის ფუძის შეკუმშვა არ გვიწარმოებია. ერთ შემთხვევაში, იმის გამო, რომ ავადმყოფს ჰქონდა ცხვირის ბუნებრივად ფართო ფუძე, მისი სურვილის გათვალისწინებით, ხრტილოვანი ნაწილის კორექციასთან ერთად ჩატარდა ოსტეოტომია და ფუძის შეკუმშვა.

როგორც აღვნიშნეთ, სამი ავადმყოფი მიეკუთვნებოდა ცხვირის დეფორმაციის ე ჯგუფს. აქედან ორ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა საყოფაცხოვრებო, ხოლო ერთ შემთხვევაში - სატრანსპორტო ტრავმას.

აღნიშნულ ჯგუფში ცენტრალური და გვერდითი ოსტეოტომიის ჩატარებამდე მოხდა ძვალ-ხრტილოვანი ძვირის ოსტეოტომია, მისი ფუძიდან მოყოლებული, მთელ სიგრძეზე. ორ შემთხვევაში ძვირის ოსტეოტომია ჩატარდა ენდონაზალური მიდგომით, ერთ შემთხვევაში კი - ინტრაორალური მიდგომით, ენდონაზალურად ფრთებზე და ძვირებზე ტიპიური განაკვეთების გატარების შემდეგ ოთხკუთხა ხრტი-

ლის ქვედა კიდის შეჭრა ხდებოდა ქირურგიული მაკრატლის საშუალებით, ჭრილში იდგებოდა სატეხი და ჩაქურჩის წყვეტილი დარტყმებით ხდებოდა ძვიდის ოსტეოტომია მთელ სიგრძეზე. ამის შემდეგ ტარდებოდა შუა და გვერდითი ოსტეოტომია. რამდენადაც, ცხვირის ძვიდე და კედლები ხდებოდა მოძრავი, იქმნებოდა ცხვირის ცენტრალურად დადნაცვლების შესაძლებლობა, რის შემდეგაც იკერებოდა ჭრილობები და ცხვირის ძვალ-ხრტილოვანი ჩონჩხი იმობილიზირდებოდა ენდო- ეგზონაზალური მიდგომით.

ცხვირის ძვიდის ინტრაორალური ოსტეოტომია ჩატარდა კარიბჭის მხრიდან მიდგომით. ამისთვის ზედა ცენტრალური საჭრელების პროექციაზე, კარიბჭის თაღზე გატარდა 1,5 სმ სიგრძის განაკვეთი, საიდანაც ცხვირის ძვიდის ფუძეზე შეტანილი იქნა სატეხი და ძვიდე ოსტეოტომირდა მთელ სიგრძეზე. ოპერაციის დანარჩენი ეტაპები ჩატარდა ტიპიურად.

ჩვენს მიერ ოპერირებული 14 ავადმყოფიდან 11 შემთხვევაში მოხერხდა ცხვირის ფუნქციისა და ფორმის აღდგენა ნორმამდე, 2 შემთხვევაში აღინიშნა ცხვირის ფორმის ოპერაციის შემდგომი ნარჩენი დეფორმაცია, რაც გამოვლინდა სხვადასხვა ხარისხით გამოხატულ ასიმეტრიაში, 1 შემთხვევაში კი - ცალი მხრიდან სუნთქვის გაძნელება ძვიდის არასრული რეპოზიციის გამო. ზოგადად, ცხვირის დეფორმაციის ისეთი რთული შემთხვევებისთვის რომლებიც ჩვენს კლინიკურ ჯგუფში იქნა შეყვანილი, მიღებული შედეგები შეიძლება ჩაითვალოს წარმატებულად.

ამდენად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ცხვირის ტარვმული დეფორმაციების რთულ შემთხვევებში მისი ანატომიური რეკონსტრუქცია ესთეტიკურ კორექციასთან ერთად, როგორც ოპერაციული მკურნალობის ერთმომენტიანი მეთოდი, წარმოადგენს პრობლემის გადაჭრის ოპტიმალურ გზას.

ლიტერატურა

1. Н.М.Александров, П.З.Аржанцев. Травмы челюстно-лицевой области. Москва.: Медицина, 1986, 193 с.
2. Н.М.Александров. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. Ленинград.: Медицина 1985, 283 с.
3. Ю.И.Бернадский. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. Киев, 1985, 239 с.
4. Ronald P. Gruber, George C. Peck, Rhinoplasty, Mosby-Year Book, 1993, p. 113.
5. E.Reichenbach, Traumatologie im Kiefer-Gesichts-Bereich, Leipzig 1969, S. 439.

Atskvereli L., Gvenetadze Z., Danelia T.

NOSE ANATOMICAL RECONSTRUCTION AND THE AESTHETIC CORRECTION WITH ONE-STEP METHOD, AS THE BEST WAY TO SOLVE THE PROBLEM

14 people with traumatic nose deformation have been observed by authors during last 3 years. Patients' cosmetic and function disorders were common.

According to the deformation of the bone-chondral skeleton, the patients were distributed into four groups. Taking the character of the deformation into consideration, the tactic of surgical intervention had been defined in advance. The operations had been carried out under the narcosis. The researchers describe the peculiarities of surgical interventions in case of different types of nose deformation.

Based on the results of the study, the authors consider the one-step surgical intervention as the most effective way to make nose anatomical reconstruction and aesthetic correction.

ახმეტელი ლ., საგინაშვილი ლ., ძნელაძე ზ.

ნანლაჟთა ინვაგინაცია მოზრდილებში

თსსუ-ის ქირურგიის №1 დეპარტამენტი

ინვაგინაცია ნანლაჟთა მწვავე გაუვალობის თავისებური ფორმაა, რომელიც როგორც ობტურაციის, ისე სტრანგულაციის ელემენტებს შეიცავს. გაუვალობის ეს ფორმა ბავშვთა ასაკის ხვედრია, სადაც იგი გაუვალობის საერთო რაოდენობის 70-80%-ს შეადგენს, რომელთაგან 80-90% ერთ ნლამდე ასაკის ბავშვებზე მოდის. თუმცა არის მონაცემები, რომ ბოლო დროს ინვაგინაციის შემთხვევები 1 წელს გადაცილებულ ბავშვებშიც ვახშირდა და თითქმის 50% მიაღწია (მ.კ. ბელიაევი, 2003).

ბავშვთა ასაკში ნანლაჟის ინვაგინაციის სიხშირეზე მიუთითებს თუნდაც ის ფაქტი, რომ ამ საკითხზე გამოქვეყნებულ შრომებში გახილულია ნანლაჟის ინვაგინაციის ასეული შემთხვევა. მაგ. ე.პ. ანტონინა და მ.ვ. ბოიკო (1990) იხილავენ ნანლაჟის ინვაგინაციის 726 შემთხვევას.

მოზრდილთა შორის ნანლაჟის ინვაგინაცია გაცილებით იშვიათია. ცალკეულ პუბლიკაციებში ერთეული, უკეთეს შემთხვევაში ნანლაჟის ინვაგინაციით განვითარებული გაუვალობის ათეული შემთხვევა აღწერილი.

ჩვენი მასალით (თსსუ ცენტრალური კლინიკა) ბოლო 10 წლის მანძილზე (1998-2007 წ.წ.) ნანლაჟთა მწვავე გაუვალობის 458 შემთხვევიდან ნანლაჟის ინვაგინაცია აღინიშნა მხოლოდ 11-ჯერ (2,4%), მათგან - მამაკაცი-6, ქალი-5, 30-დან 64 წლამდე.

ინვაგინაცია შეიძლება განიცადოს კუჭ-ნანლაჟის ტრაქტის ყველა იმ ორგანოში, რომელსაც ჯორჯალი გააჩნია - წვრილი და მსხვილი ნანლაჟი, ჭია დანამატი, მეკელის დივერტიკული.

ბავშვთა ასაკში ინვაგინაციის ყველაზე ხშირი ფორმა ილეოცეკალური ინვაგინაციაა, რაც, ავტორთა მონაცემებით, 95% აღწევს. წვრილი ნაწლავის მონაკვეთების ერთი-მეორეში ჩანერგვა მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში გვხვდება.

მოზრდილებში თანაფარდობა განსხვავებულია. ჩვენს მასალაზე ინვაგინაციის 11 შემთხვევიდან ილეოცეკალური ინვაგინაცია აღენიშნა 5-ს. წვრილი ნაწლავის წვრილ ნაწლავში ინვაგინაცია იყო 4-ჯერ, წვრილი ნაწლავის ინვაგინაცია ბრაუნის შერთულში 1-ჯერ და ერთ შემთხვევაში საქმე ეხებოდა ინვაგინაციის ძალზე იშვიათ ფორმას - მეკელის დივერტიკულის ინვაგინაციას წვრილ ნაწლავში: ანთებითად შეცვლილი დივერტიკული (ცეკუმიდან 80-90 სმ დაცილებით) ჩაბრუნებული იყო წვრილი ნაწლავის სანათურში, ამ არეში მოწებებული იყო წვრილი ნაწლავის მარყუჟები ერთ-ერთის შემოგრებით. გაკეთდა სინექიოლიზი და თედოს ნაწლავის რეზექცია დივერტიკულთან ერთად.

აღნიშნულის გარდა, წინა წლებში ნაწლავთა ინვაგინაციით გატარებულ ავადმყოფთაგან ინტერესს იწვევს ორი შემთხვევა, სადაც წვრილი ნაწლავის ინვაგინაცია განვითარდა პეიტც-ეგერსის სინდრომის ფონზე.

პირველი შემთხვევა შეეხება ქალს, რომელიც 27 წლის მანძილზე 3-ჯერ იყო ნაოპერაციული ნაწლავთა მწვავე გაუვალობის გამო. სამივე შემთხვევა შეეხებოდა წვრილი ნაწლავის მრავლობით პოლიპოზს, რომელიც ინვაგინაციის მიზეზი გახდა. პირველი ორი ოპერაციული ჩარევა წვრილი ნაწლავის რეზექციით დამთავრდა, მესამე ჩარევა შემოიფარგლა დეზინვაგინაციით და ორი ენტეროტომიული განაკვეთიდან ფეხზე არსებული 7 პოლიპის ამოკვეთით.

მეორე შემთხვევა შეეხება ახალგაზრდა ვაჟს, რომელიც ნაოპერაციული იყო ნაწლავთა გაუვალობის დიაგნოზით. სასწრაფო ოპერაციული ჩარევისას აღმოჩნდა წვრილი ნაწლავის ინვაგინაცია, რომლის მიზეზი იყო წვრილ ნაწლავში არსებული ერთ-ერთი პოლიპი. მოკლე მონაკვეთზე მრავლობითი პოლიპების არსებობის გამო მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეულ ნაწლავის სეგმენტის რეზექცია. მასთან ერთად სანათურიდან რამდენიმე პოლიპი ამოიკვეთა. ორივე ავადმყოფს აღენიშნებოდა პეიტც-ეგერსის სინდრომისათვის დამახასიათებელი სხვა ნიშნები.

ასაკთან დაკავშირებით განსხვავებაა ნაწლავის ინვაგინაციის ეტიოლოგიასა და პათოგენეზშიც. პირველი წლის ბავშვებში ინვაგინაციის რისკ-ფაქტორს პერისტალტიკის დისკოორდინაცია, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციური დარღვევები წარმოადგენს. მ.რ. როკიცკისა და ვ.ი. მოროზოვის (1988) მონაცემებით, 2-2,5 წლამდე ბავშვებში ცეკუმისა და თედოს ნაწლავის დიამეტრებს შორის დიდი სხვაობაა. ამავე დროს გამოხატულია ბაუჰინის სარქელის უკმარისობაც, რაც, წვრილი ნაწლავის დისკინეზიის გამო, ინვაგინაციის წამყვანი ფაქტორია ბავშვებში. ამ ასაკში ნაწლავის ესა თუ ის ორგანული ცვლილება მხოლოდ 5-7%-ში გვხვდება.

საკუთარი მასალის ანალიზის შემდეგ რ. კუტუბიძე და თანაავტორები (2003) იმ დასკვნამდე მივიდ-

ნენ, რომ ბავშვებში ინვაგინაციის მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ენტეროვირუსული ინფექცია ბაუჰინის სარქელის უმნიშვნელობისა და თედოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილის ლიმფური ფოლიკულების ჰიპერპლაზიის ფონზე.

მოზრდილებში, დიდ უმრავლეს შემთხვევაში, ინვაგინაციის მიზეზია ნაწლავში არსებული პათოლოგია, უხშირესად პოლიპის სახით. ინვაგინაციის მიზეზი შეიძლება იყოს, აგრეთვე, კეთილ- და ავთვისებიანი სიმსივნე (ლეიომიომა, მიქსომა, ფიბრომა და ა.შ.), ნაწლავის კედლის ჰემატომა, დივერტიკული. მეკელის დივერტიკულის ნაწლავში ინვაგინაციის მორფოლოგიური შესწავლისას დადგენილი იყო მის ფუძეში ცირკულური კუნთოვანი შრის განუვითარებლობა. ჩვენს მასალაზე ინვაგინაციის მიზეზთა შორის ჭარბობდა ნაწლავთა სანათურში პოლიპის არსებობა, ერთ შემთხვევაში ილეოცეკალური ინვაგინაციის მიზეზი იყო ცეკუმის სიმსივნე, ერთშიც - წვრილი ნაწლავის სიმსივნე.

ავტორთა მონაცემებით, პირველი წლის ბავშვებში ნაწლავის ინვაგინაციას ახასიათებს ტიპური კლინიკური სურათი კლასიკური ტრიადის სახით — მოვლითი ტკივილი მუცელში, ელასტიური მოცულობითი წარმონაქმნი მუცლის მარჯვენა ნახევარში, სისხლი განავალში. ამ ნიშნებიდან წამყვანია მოცულობითი წარმონაქმნის გამოვლენა. ასეთი კლინიკური სურათი იმდენად დამახასიათებელია, რომ სტაციონარის პირობებში ნაწლავის ინვაგინაციის დიაგნოზი შემთხვევათა 95%-ში ისმება, ბავშვთა ქირურგების მონაცემებით, ნაწლავის ინვაგინაციის კლინიკური სურათი 1 წელზე უფროს ბავშვებში მნიშვნელოვნად განსხვავდება 1 წლამდე ბავშვებში განვითარებული ინვაგინაციის კლინიკური სურათისაგან (ი.ბ. იუდინი და თანაავტ. 1995). კლინიკური სურათის სხვაობა კიდევ უფრო შესამჩნეველი ხდება მოზრდილებში - მოვლითი ტკივილი ნაკლებად იქცევა ყურადღებას, განავალში სისხლი იშვიათად ვლინდება.

მოზრდილებში ინვაგინაციის ძირითადი ნიშანია სიმსივნისმაგვარი წარმონაქმნის არსებობა მუცლის ღრუში, თუმცა ეს ნიშანიც ზოგჯერ დიაგნოზური შეცდომის მიზეზი ხდება.

ა.პ. გრიდნევის აზრით (1952), რომელიც ქ. ბორჯომის საავადმყოფოში ინვაგინაციით გატარებული 16 ავადმყოფის მკურნალობის ანალიზს ეფუძნება, სწორედ სიმსივნური წარმონაქმნის და მასთან დაკავშირებული თედოს ნაწლავის ტერმინალური მონაკვეთის გამოვლენა მცოცავი პალპაციით დიაგნოზის დაზუსტების საშუალებას იძლევა.

დაავადების კლინიკური სურათის გამოხატულება და სიმძიმე ბევრად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რომელი პროცესი ჭარბობს — ობტურაცია თუ სტრანგულაცია. იმის გამო, რომ სისხლის მიმოქცევის პირობებში ნეკროზს განიცდის ინვაგინატის შიგნითა ცილინდრის კედელი, პერიტონიტი მოგვიანებით ვითარდება.

დიაგნოზის ვერიფიკაციის მიზნით ბავშვთა ასაკში, როგორც წესი, მიმართავენ პნევმოკოლონოსკო-

პიას, რომელიც დიაგნოზის დაზუსტების პარალელურად სარწმუნოდ განასხვავებს ილეოცეკალური ინვაგინაციის ორ სახეს – ცეკო-ცეკალურს და ილეო-ცეკალურს, რასაც მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის ტაქტიკის ასარჩევად.

ინვაგინაციის მკურნალობა ბავშვთა ასაკში ძირითადად კონსერვატიულია და პნევმოირიგოსკოპიით ხორციელდება. ბოლო დროს, საჭიროების შემთხვევაში, პნევმოირიგოსკოპიას აუღლებენ ლაპაროსკოპიას. ბავშვებში მკურნალობის კონსერვატიულ მეთოდს მიმართავენ მიუხედავად ინვაგინაციის ხანდაზმულობისა, ინვაგინაციის სიდიდისა, ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმისა. კონსერვატიული მკურნალობის ერთადერთ წინააღმდეგჩვენებად მიჩნეულია პერიტონიტის არსებობა.

მოზრდილებში, იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც ნაწლავთა მწვავე გაუფალობის დროს ინვაგინაციის დიაგნოზი დადგენილია, მკურნალობა ოპერაციულია. ჩვენ შემთხვევებში ოპერაციული ჩარევა მხოლოდ 2-ჯერ შემოიფარგლა დეზინვაგინაციით, ყველა დანარჩენ შემთხვევაში საჭირო გახდა ნაწლავის რეზექციის ჩატარება, მათ შორის 5 ავადმყოფს გაუკეთდა მარჯვენამხრებივი ჰემიკოლექტომია, ილეოტრანსვერზოანასტომოზის ფორმირებით.

ლიტერატურა:

1. კუტუბიძე რ., ბუაძე მ., ადამაშვილი მ. ინვაგინაციის ენდოსკოპური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. სამხრეთ კავკასიის ქირურგთა XIV ყრილობა. თბილისი, ტ.2, 2003, 105-106;
2. Антошкина Э.П., Бойко М.В. Осложнения и исходы консервативного и оперативного лечения инвагинаций кишок у детей. Клинич. Хирургия, 1990, 6, 8-9;
3. Беляев М.К. Особенности инвагинаций кишечника у детей старше года. Хирургия, 2003, 4, 47-50;
4. Горбунов В.Н., Столярчук В.В., Инвагинационная тонкокишечная непроходимость, как осложнение синдрома Пейтца-Егерса. Сов. медицина, 1990, 5, 117-118;
5. Гриднев А.П. К распознаванию инвагинации кишок у взрослых. Хирургия, 1952, 4, 41-46
6. Рокицкий М.Р., Морозов В.Н. К вопросу об этиологии и патогенеза инвагинации кишечника у детей. Клинич. хирургия, 1986, 6, 18-21

L. Ahmeteli, L. Saginashvili, Z. Dzneldze

BOWEL INVAGINATION IN ADULTS

TSMU, Department of Surgical Diseases

11 cases of bowel invagination identified for 10-year period of study (1998-2007) are discussed. This makes up 24% out of the total acute ileal obstruction cases (458 patients). Different forms of invagination are observed: ileocecal (5 cases), small bowel into small bowel (4 cases), jejunal invagination into Brown anastomosis (1 case). The most common cause of invagination was a polyp in the small bowel. In one case invagination was caused by hematoma in the wall of the small bowel (probably as a result of blunt

abdominal trauma). In addition, two cases of formerly developed invagination with underlying Peuts-Jeghers syndrome are discussed in the work. One of the patients underwent operation for bowel invagination three times. In two cases desinvagination technique was used, the rest necessitated bowel resection. Among them 5 patients underwent right-sided hemicolectomy with ileotransversoanastomosis.

ადეიშვილი-ანდლულაძე ლ., მახარაძე რ., იმნაძე ნ., ნიჟარაძე ნ.

ქრომატოგრაფიული მეთოდების გამოყენება კლოფელინის ფარმაკოკინეტიკის და მეტაბოლიზმის შესწავლაში (ლიტერატურის მიმოხილვა)

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფარმაკოციტოლოგიის და ტოქსიკოლოგიური დეპარტამენტი

სამკურნალო საშუალებათა სისუფთავის და სტაბილურობის შესაფასებად, მათი ფარმაკოკინეტიკის და მეტაბოლიზმის შესასწავლად, აგრეთვე სასამართლო ქიმიური ექსპერტიზის ჩასატარებლად ფართოდ გამოყენება ქრომატოგრაფიული მეთოდების მთელი სპექტრი: თხელფენოვანი ქრომატოგრაფია (თფქ), გაზური ქრომატოგრაფია (გქ), მაღალეფექტური სითხოვანი ქრომატოგრაფია (მესქ) და მას-სპექტრის (მს) შეთავსება გქ-თან (გქ-მს) და მესქ-თან (მესქ-მს).

მოცემულ მიმოხილვაში ჩატარებულია ჰიპოტენზიური პრეპარატების კლოფელინის (კლონიდინის), რომელიც აგრეთვე, გამოიყენება როგორც ტკივილგამაყუჩებელი საშუალება მიოკარდიუმის ინფარქტის და ოპერაციების შემდგომ პერიოდში [2,5], ფარმაკოკინეტიკის და მეტაბოლიზმის შესწავლისათვის ქრომატოგრაფიული მეთოდების გამოყენებისას გამოცდილების განზოგადების მცდელობა.

კლოფელინით მონამვლების დიდი უმრავლესობა კრიმინალური ხასიათისაა [1,4]. კლოფელინით მონამვლების სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება გარკვეულ სიძნელებებთან არის დაკავშირებული, რაც უმეტეს შემთხვევაში განპირობებულია დაზარალებულის შარდში და სისხლის პლაზმაში მისი ძალიან მცირე რაოდენობის (5 გ/მლ დონეზე) აღმოჩენის აუცილებლობასთან. უფრო რთულია კლოფელინის აღმოჩენა, როდესაც მისი შემცველობა თერაპიული დოზების (10-2000მგ/მლ) ფარგლებშია.

ქრომატოგრაფიული მეთოდები გამოყენებულია კლოფელინის განსაზღვრისათვის ნამლის ფორმებში, ბიოლოგიურ ობიექტებში, აგრეთვე იმ ნივთმტკიცებათა ანალიზში რომელმაც გამოიწვია მონამვლა:

- შემუშავებულია კლოფელინის განსაზღვრის გაზურ ქრომატოგრაფიული მეთოდი [4] აღიან იონიზაციური დეტექტორით (გქ-აიდ), რომელიც გამოყენებული იქნა ნივთმტკიცებების (ამპულები, ტაბლე-

ტები, თვალის ტიუბიკ-სანვეთურები სხვადასხვა სითხეების ნარჩენები და საკვები) ქიმიურ ტოქსიკოლოგიური ანალიზის ჩატარებისას კლოფელინით მონამვლაზე ეჭვის დროს.

კლოფელინის ექსტრაქციას ატარებენ ქლოროფორმით ტუტე არეში (pH=11) გამოწვლილვის ხარისხი უდრიდა 87%. მეთოდიკა არ მოითხოვს დერივატიზაციის სტადიას. გამოყოფას ანარმოებენ 1მ სიგრძის ჩამოსაცმელ კალონკაზე (4% OV-17 Gaz Chrom Q 60-80meS). მეთოდიკის მგრძობელობა არ არის საკმარისი ბიოლოგიურ სითხეებში კლოფელინის საიმედო განსაზღვრისთვის.

- მექს მეთოდი გამოყენებული იქნა საქაროზას შემცველი პასტების ანალიზისთვის. ამგვარი ნამლის ფორმები გამოიყენება პედიატრიაში კლოფელინის ჰიდროქლორიდის სტაბილურობის კონტროლისათვის [10]. 0.1 მგ/მლ კონცენტრაციის კლოფელინის წყლიანი სუსპენზიებს ამზადებენ კლოფელინის დანვრილმანებული ტაბლეტების ფხვნილის გახსნით გამოხდილ წყალში, რომელსაც შემდგომში დამატებით ჰქონდა საქაროზა.

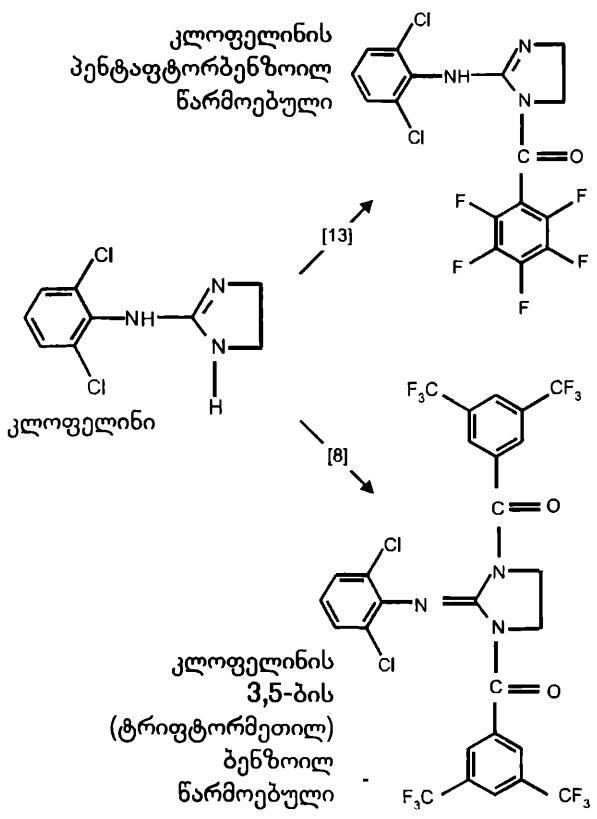
შესადარებლად ამზადებდნენ ანალიზურად სუფთა ანალიზურ პრეპარატს კლოფელინის ჰიდროქლორიდის საფუძველზე, რომელიც არ შეიცავდა პასტის შენაწონებს. სინჯებს ინახავდნენ სიბნელეში 4C°. ვიზუალურად დათვალიერებას, pH-ის განსაზღვრას და მესქ ანალიზს ატარებდნენ ექსპერიმენტის დაწყებიდან 3,7, 14, 21 და 28 დღის შემდეგ. ექსპერიმენტის დაწყებიდან 28 დღის შემდეგ კლოფელინის ჰიდროქლორიდის კონცენტრაცია სუსპენზიაში შეადგენდა 92.4% და 93.7% საკონტროლო ხსნარში.

- კლოფელინის განსაზღვრისათვის ბიოლოგიურ მასალაში (თაგვების ტვინის ქსოვილები, ღვიძლი, სისხლი და შარდი) იყენებდნენ გაზურ ქრომატოგრაფს ელექტრონო-დამჭერი (მიმღები) დეტექტორით [11] პრეპარატს საზღვრავდნენ პენტაფტორბენზონის ნარმოებულების სახით. დაყოფას ანარმოებდნენ კაპილარულ და (ნამოსაცმელი) კალონკებზე. მეთოდის აბსოლუტურმა მგრძობელობამ კლოფელინის მიხედვით შეადგინა 2ნგ სიგნალი 2:1 შეფარდებითას. ელექტრონული დარტყმით (ედ) და ქიმიური იონიზაციით (ქი) გაზური ქრომატოგრაფია - მას-სპექტრომეტრიის მეთოდები გამოყენებული იქნა კლოფელინის ნარმოებულების იდენტიფიკაციისათვის [11]. მ/ზ 617, 619, 612 დადებითი იონები, რომლებიც შეესაბამებოდა კლოფელინის პენტაფტორბენზოლ ნარმოებულის მოლეკულურ იონს, დარეგისტრირებული არ ყოფილან არც ელექტრონული დარტყმით იონიზაციისას და არც ქიმიური იონიზაციისას. ელექტრონული დარტყმის მას-სპექტრში მაქსიმალური ინტენსიობა ჰქონდა m/z 386 [M-CFOC₂F₅-Cl]⁺ იონს, ხოლო ქიმიური იონიზაციის მას-სპექტრში m/z 404 [M-CHOC₂F₅]⁺, რამაც ავტორებს საშუალება მისცა დაედგინათ, რომ საკვლევი ნაერთი არის კლოფელინის ბის-პენტაფტორბენზოლის ნარმოებულის. აუცილებელია იმის მითითება რომ ნაშრომის ავტორები [12] მიუთითებენ მონოპენტაფტორბენზონის ნარმოებულის ნარმოობაზეც (იხ. სქემა).

კლოფელინის დერივატიზაციის სქემა

კლოფელინის ფარმაკოკინეტიკის შესწავლისას თაგვების მუცელში (მუცლის ღრუში 0.4მგ/კგ დოზის შეყვანისას სისხლში პრეპარატის მაქსიმალური კონცენტრაცია [44167 ნგ/მლ აღინიშნებოდა 15ნთ შემდეგ [13]. 4სთ შემდეგ კლოფელინის კონცენტრაცია ტვინში შეადგენდა 119,3ნგ/მლ, შარდში-2.678მკგ/მლ. კლოფელინის ნახევარგამოყოფის დრო (t_{1/2}) უდრის 150,5 ნთ ელიმინაციის კონსტანტა - 4,5x10⁻³ ნთ ადამიანებში 0,39მგ დოზით კლოფელინის შიგნით მიღებისას სისხლის პლაზმაში პრეპარატის მაქსიმალური კონცენტრაცია 2ნგ/მლ) აღინიშნებოდა მიღებიდან ერთი საათის შემდეგ, ნახევარგამოყოფის დროს ტოლი იყო 12-20სთ [7].

[6] ნაშრომში კლოფელინის განსაზღვრას ადამიანის სისხლის პლაზმაში ატარებდნენ გაზური ქრომატოგრაფია-მას-მას-სპექტრომეტრიის მეთოდით შერჩეული იონების სელექციური დედექტორით. ანალიზის მეთოდიკა მოიცავდა ერთჯერად სითხოვან ექსტრაქციას გამხსნელებით ციკლოჰექსანი-ბუთანოლის ნარევით, შემდეგში ტეტრაბუთილდიმეტილსილილი [TBDMS] ნარმოებულების ნარმოქმნით (N-მეთილ-N(ტრეტ-ბუთილდიმეტილდიმეტილსილილი) ტრიფტორო-აცეტამიდთან რეაქციით. დადგენილია, რომ 100მკგ კლოფელინის შიგნით შეყვანისას მისი კონცენტრაცია სისხლის პლაზმაში მიღებიდან 15 ნთ შემდეგ შეადგენდა 0.177ნგ/მლ, ხოლო 0.904ნგ/მლ - მიღებიდან 30 ნთის შემდეგ. პრეპარატის მაქსიმალური კონცენტრაცია (1.18 ნგ/ მლ საზღვრავდენ მიღებიდან 90 ნთ შემდეგ. ამავე ნაშრომში აღინიშნება, რომ კლოფელინის TBDMS



ნარმოებულების და შიდა სტანდარტის (შს) (ბენზიმი-დაზოლის) ნარმოქმნის რეაქცია მიმდინარეობს როდენობრივად. ტრიმეთილსილირებელის (TMC) ნარმოებულების ნარმოქმნის რეაქცია მასილირებული აგენტის -ტრიფტორაქცედამიდის (BCTFA) NN,0-ბის ტრიმეთილსილილის გამოყენებით, ეგრეთვე, ეფექტურად მიმდინარეობს. თუმცა, ამ შემთხვევაში ანალიზური სიგნალის ინტენსივობის სიდიდე რამდენადმე ნაკლებია. მაგრადიურებელი მახასიათებლების ხაზოვანება ნარჩუნდებოდა კლოფელინის 200-1000ნგ/მლ კონცენტრაციის დიაპაზონში, რაც შეესაბამება თერაპიულ დოზას. მეთოდის ცდომილება 1ნგ/მლ შემცველობის დონეზე შეადგენს 2,4%. კლოფელინის და ბენზიმი-დაზოლის TBDMS ნარმოებულები მდგრადი არიან მოდელურ ხსნარებში და ნაკლებ სტაბილურები არიან დერივატირებულ ექსტრაქტებში, აქედან გამომდინარე, ექსტრაქტების ანალიზი საჭიროა ჩატარებული იქნას მაშინვე -დერივატიზაციის შემდეგ.

ამგვარად, გაზური ქრომატოგრაფია-მას-სპექტრომეტრიით აღწერილი მეთოდი საშუალებას იძლევა მივიღოთ კლოფელინის ყველაზე მეტად სარწმუნო მონაცემები.

ლიტერატურა

1. Адеишвили-Андгуладзе Л.В., Махарадзе Р.В. Разработка методов химико-токсикологического анализа клофелина. Georgian Medical News. Tbilisi. New-York.-2007. -№9 (150). -с. 46-49.
2. Зайцев А.А. В сб. Актуальные проблемы лекарственного обезболивания. Из-во. С.- Петербург. мед. института. - С.-Петербург. -1989. с. 62-74.
3. Кузнецов О.Ю., Ермина Э.Э. В сб. Актуальные проблемы лекарственного обезболивания. Изд-во. С.- Петербург. мед. института. - С.- Петербург. -1989. с. 74-78.
4. Попов В.Л., Бабахаян Р.В., Бушуев Е.С. и др. Судебно-медицинская экспертиза отравлений клофелином, Изд-во. С.- Петербург. мед. института. - С.- Петербург. -1994. с. 74.
5. Самойлов К.А., Жучков С.Л. В сб. Актуальные проблемы лекарственного обезболивания. Изд-во. С.- Петербург. мед. института. - С.- Петербург. -1989. с. 78-81.
6. Arrendale R.F, Stewart J.T. and Tackett R.L.J Chromatogr. Biomed.Appl.-1988 432(11). с. -165-175.
7. Drug Information 87, American Hospital Formulary Service, American Society of Hospital Pharmacists, Inc., Bethesda, M.D, USA. -1987.
8. Edlung. J. Trop. gyog. es Kes. Kromatografias vir. Chomatografia. -1980. -197, -p. 161.
9. Clarce E.G.C. Isolation and identification of Drugs. London. The Pharm. press., 1, Lobdon. - 1986. -pp. 441-482.
10. Levinson M.L. and Johnson C.E. Amer. Journal Hospital pharmacy. -1992. -49(1). -pp.122-125.
11. Nazarali A.J. and Baker G.B. J. Chromatogr. -1986. 380, -pp. 393-400.
12. Haringn N., Salaman Z., Reif G., Jaeger H. Arzneim-Forschung./ Drug. Res. -1988. 38-1(3). -pp. 404-407.
13. Chu L.C., Bayne W.F., Tao F.t. et al. Mass Spec. of cmm. J.Pharm. Sci. -1979.- p. 68,72

Adeishvili-Andguladze L. V., Makharadze R. V.

UTILIZATION OF CHROMATOGRAPHIC METHODS FOR INVESTIGATION OF CLOFELINE'S PHARMACOKINETIC AND METABOLISM (REVIEW)

Tbilisi State Medical University, Department of Pharmaceutical and Toxicological Chemistry

In presented review considered the chromatographic methods of determination of hypotensive medicine – clofeline (clonidine), which also is the analgesic and can be used for pain syndrome reduction during acute myocardial infraction and postoperative period.

In this review summarized the experience of utilization of chromatographic methods for investigation of clofeline's pharmacokinetics and metabolism.

In the article are presented the data of chromatographic methods of analysis: Thin Layer Chromatography (TLC), Gas Chromatography (GC), High Performance Liquid Chromatography (HPLC) and its combination with Mass Spectrometry (MS-GC) and with HPLC (MS-HPLC).

Appeared, that MS-GC method gives the opportunity to receive more trustworthy data then other technique of analysis.

ბაბილაშვილი ი., კაციტაძე ე., ბერიანიძე ქ., ჯალალანია ნ.

დერმატოლოგიური დაავადებები, როგორც C ჰეპატიტის შესაძლო გამომწვევები

თსსუ-ის დერმატოლოგიისა და ვენეროლოგიის დეპარტამენტი

C ჰეპატიტი ქრონიკული ვირუსული დაავადებაა. იგი ყველა ასაკში გვხვდება, მიმდინარეობს უსიყვითლოდ, მწვავედ და ქრონიკული ფორმით, რთულდება ციროზით და ღვიძლის პირველადი კბოთი. C ვირუსს ფლავოვირუსების ოჯახს მიაკუთვნებენ. მისი გენომი ნარმოდგენილია ერთსპირალიანი რნმ-ით, რომელიც 10000 ნუკლეოტიდს შეიცავს. სისხლში ვირუსი ცირკულირებს დაბალ ტიტრში. მისი გენომი ჰეტეროგენულია. ვირუსის 6 გენოტიპი და 100-ზე მეტი სუბტიპი არსებობს. C ვირუსის ხანგრძლივ მტარებლობას განაპირობებს მისთვის საყვარელი გარემო, ბიოლოგიური სითხეები: სისხლი, ლიმფა, სპერმა, საშოს სეკრეტი, ნერწყვი. მისი ინკუბაციური პერიოდი 5-15 კვრია. მისი გავრცელება ხდება სისხლის ან მისი კომპონენტების გადასხმის გზით, რომლებიც არ ექვემდებარება თერმულ დამუშავებას, აგრეთვე არასტერილური სამედიცინო ინსტრუმენტებით სარგებლობისას. რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან უმთავრესად ნარკომანები ზიარი შპრიცის გამოყენებისას, ჰემოდიალიზზე მყოფი ავადმყოფები, ჰემოფილიით, აივ-ინფექციით დაავადებული პირები, ჰომოსექსუალები, მეძავეები, მედპერსონალი. ექსპერტების აზრით, ჩვენს ქვეყანაში დაახლოებით

180000 ათასი ადამიანი C ჰეპატიტის ვირუსის მტარებელია და მათ შორის 90%-ს ამ დაავადებაზე წარმოდგენაც კი არა აქვს. სწორედ ამან განაპირობა ამ დაავადების დეტალიზება დერმატოლოგიაში.

ჩვენს შესწავლის საგანს წარმოადგენს კანის შემდეგი დაავადებები: კანის გვიანი პორფირია, წითელი ბრტყელი ლიქენი, ვიტლიგო, ფსორიაზი. ჩამოთვლილი დაავადებების სრულყოფილი შესწავლა ავადმყოფებზე დაკვირვებით, შემდეგი ქრონოლოგიით ხდება: სპეციალიზებულ კლინიკაში შემოსული პაციენტები დიაგნოზის დასმის შემდეგ იტარებენ ლაბორატორიულ გამოკვლევას, რომელიც ასეთი თანმიმდევრობით მიმდინარეობს – პირველ რიგში იხსნება ავადმყოფის ისტორია, ივსება ანამნეზი, შემდეგ ხდება ლაბორატორიული გამოკვლევა, კერძოდ, პერიფერიული სისხლის აღება, მისი დაცენტრიფუგირება და მიღებულ შრატში სპეციალური ანტი-HCV ტესტ-სტრიპის ტესტირება. პოზიტიური შედეგის შემთხვევაში, ტესტ-სტრიპზე ხდება ორი წითელი ხაზი, ნეგატიურის შემთხვევაში კი – ერთი ხაზი. პასუხს ვკითხულობთ 15-20 წუთში.

ჩვენს მიერ გამოკვლეულია 70 პაციენტი. მათგან 20 – დაავადებული კანის გვიანი პორფირიით. ამ შემთხვევაში კლინიკურად კანზე ჩნდება სითხით სავსე ბუშტუკები, მათი გასკდომის შემთხვევაში წარმოიქმნება წყლულები, რომლებიც ძნელად ხორცდება და ტოვებს ნაწიბურებს. გამოკვლეული 20 პაციენტიდან დადებითი ანტი-HCV აღმოაჩნდა 12 მათგანს.

გამოკვლეული იქნა 25 პაციენტი წითელი ბრტყელი ლიქენით, რომელთაგან 8 პაციენტი აღმოჩნდა ანტი-HCV პოზიტიური. კანზე ჩნდება მოიისფრო ბრტყელი პაპულები კიდურების მომხრელ ზედაპირებზე. ეს დაავადება აზიანებს როგორც კანს, ისე ლორწოვან გარსს.

ვიტილიგოს დიაგნოზის შემთხვევაში 15 პაციენტიდან მხოლოდ 5-ს აღმოაჩნდა ანტი-HCV-პოზიტიური. ვიტლიგოს კანზე ჩნდება თეთრი დეპიგმენტური ლაქები, რომლებიც ჰიპერპიგმენტაციის ვიწრო ზონითაა გარშემორტყმული.

ფსორიაზის დროს ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი მივიღეთ 10 პაციენტიდან. ანტი-HCV პოზიტიური მხოლოდ 2 აღმოჩნდა. ფსორიაზი კანის ქრონიკული დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ეპიდემიულ-დერმული პაპულების, ისე დიდი ზომის ბალებების გამოყრა ქრონიკული ანთების მოვლენებთან ერთად. კანზე გვხვდება ვარდისფერ-წითელი ან წითელი ბრტყელი ზედაპირული პაპულა, რომელიც სწრაფად იფარება მოვერცხლისფრო ქერცლით.

ჩამოთვლილი დაავადებები ჩ ჰეპატიტის ფონზე ხასიათდება გარკვეული თავისებურებებით, გახანგრძლივებული მიმდინარეობით, გენერალიზებული გამონაყართ, ფორმების სიხშირითა და სწრაფი რეციდივებით, რაც ხელს უწყობს კლინიკასა და მიმდინარეობაზე დაკვირვებით ეჭვი შეიტანონ ჩ ჰეპატიტის არსებობაზე.

C ჰეპატიტის ვირუსი გასულ საუკუნეში აღმოაჩინეს, მაგრამ დღემდე მაინც არასრულყოფილადაა შესწავლილი და მასზე გამოკვლევები კვლავ გრძელდება.

ლიტერატურა:

1. Дерматология: Атлас-справочник / Фишпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. и др.; пер. с англ. – М., 1999;
2. Кривошеев А.Б., Кривошеев Б.Н. // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2003 - №4 – С. 16-21;
3. Hadziyannis S.J. The spectrum of extrahepatic manifestation in hepatitis C virus infection. J. viral Hepatitis, 1997; 4:9-28;
4. Hadziyannis S.J. Skin diseases associated with hepatitis C virus infection. JEADV 1998 10; 12-21;
5. Rebota A., Robert W.E., Riongioletti E. Clinical and laboratory presentation of lichen planus patients with chronic liver disease. J. Dermatol. Sci. 1992; 4:38-41.

Babilashvili I., Katsitadze E., Berianidze K., Jalaganian N.

DERMATOLOGIC DISEASES AS “C” HEPATITIS POSSIBLE EXPOSURE

Chair of Dermato-Venerology of TSMU

Our exploration is targeted to confirm for us how frequent are these C Hepatitis marker while the following dermatosis. Out of 20 patients sick with the skin late porphiria the positive will be found in 12 patients. Out of 25 patients sick with lichlen planus - 8, and out of 15 patients sick with vitiligo – 5, though the 10 patients sick with psoriasis 2 indices were positive.

ბაკურიძე ა., ბერაშვილი დ., ბაკურიძე ლ., ქურდიანი ნ.

ალოეს ტაბლეტების ტაქნოლოგია

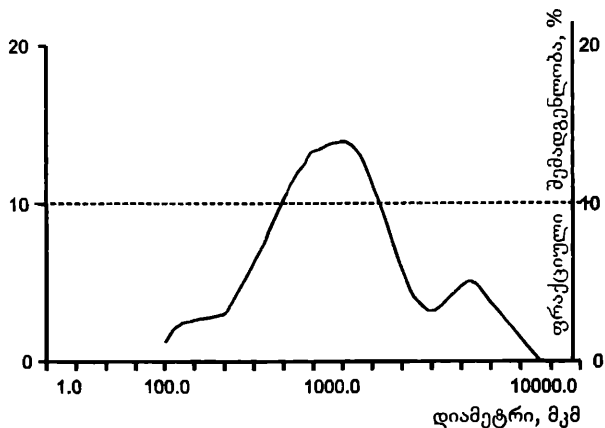
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო

უნივერსიტეტი, ფარმაცევტული ტაქნოლოგიის და ფარმაცეპტის დეპარტამენტი.

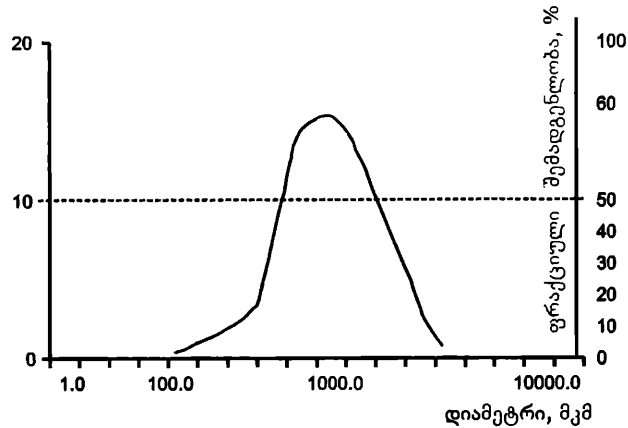
ალოეს პრეპარატები ფართოდ გამოიყენება სამედიცინო პრაქტიკაში, როგორც ბიოსტიმულატორები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, თვალის დაავადებების დროს /2/. თანამედროვე ფარმაცევტული მრეწველობა ხისებრ ალოეს ფოთლებისგან სერიულად ამზადებს ტაბლეტებს, წვენებს, ლინიმენტებს და საინიექციო ხსნარებს/1/.

ალოეს ტაბლეტები მზადდება მშრალი ხისებრი ალოეს ფოთლებისაგან. აღნიშნული წამლის ფორმა არასრულყოფილია, რადგანაც მასში სუბსტანციის სახით გამოყენებულია ხისებრი ალოეს მშრალი ფოთლების დისპერგირებული ფხვნილი. ამასთან მოქმედი ნივთიერებების გამოთავისუფლება, ხსნადობა გაძნელებულია. ორგანიზმს უხდება ბიოლოგიური სითხეების (კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წვენი) მეშვეობით ალოეს ფოთლებისგან ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებათა გამოწვევა. ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე კვლევის მიზანს შეადგენდა ბიოფარმაცევტული კვლევების საფუძველზე ალოეს სრულყოფილი ტაბლეტების ტექნოლოგიის შემუშავება.

კვლევის ობიექტები და მეთოდები: კვლევის



სურ 1. ალოეს მშრალი ექსტრაქტის ფრაქციული შემადგენლობა



სურ 2. ალოეს გრანულების ფრაქციული შემადგენლობა

ობიექტებს წარმოადგენდა ხისებრ ალოეს ფოთლებ-ის მშრალი ექსტრაქტი, აეროსილი, ტალკი, სახამებელი, პოლიეთილენგლიკოლი-4000, ალოეს ფოთლების წყალში ხსნადი პოლისაქარიდები. კვლევის მეთოდებად გამოყენებულია ტექნოლოგიური და ბიოფარმაცევტული მეთოდები.

ტაბლეტების ტექნოლოგიის შემუშავების მიზნით შევისწავლეთ ალოეს მშრალი ექსტრაქტის ტექნოლოგიური თვისებები. /3,4/

ალოეს მშრალი ექსტრაქტის ფრაქციული შემადგენლობა განვსაზღვრეთ Malvern Mastersizer ლაზერის სხივების გამოყენებით. შედეგები აღწერილია №1 სურათზე. მოყვანილი მონაცემებიდან (სურ. 1) ირკვევა, რომ ალოეს მშრალი ექსტრაქტი პოლიფრაქციულია.

ნაყარი მასის განსაზღვრისათვის გამოვიყენეთ ლაბორატორიული მოწყობილობა 545 PAK-3MHPO. დადგინდა, რომ ალოეს მშრალი ექსტრაქტის ნაყარი მასა შეადგენს 1,5 გ/სმ³-ს. ექსტრაქტის დინების სიჩქარე შეადგენს 4,32±0,72გ/წმ-ს, დახრის კუთხე კი 53,27°-ს. მიღებული მონაცემებიდან ჩანს, რომ ალოეს მშრალი ექსტრაქტი „მძიმე“ ფხვნილია, დაბალი დენადობით.

ცხრილი 1 ალოეს ტაბლეტების ტექნოლოგიური მახასიათებლები

მიღებული შედეგების გათვალისწინებით ალოეს მშრალი ექსტრაქტის პირდაპირი დაწნევით ტაბლეტების მომზადება მივიჩნიეთ მიზანშეუწონლად. ექსტრაქტისათვის დენადობის გაზრდის მიზნით მივმართეთ სველ გრანულაციას.

საგრანულაციო აგენტად გამოვიყენეთ სახამებლის 3% და 5%-იანი ბუბკო, პოლიეთილენგლიკოლი-4000, მეთილცელულოზა და პოლივინილპიროლიდონი 1,5 და 3%-იანი ხსნარები, აგრეთვე ხისებრ ალოეს ფოთლების წყალში ხსნადი პოლისაქარიდების 10%-იანი ხსნარი (დანების ძალა 80მმპა). შედეგები მოყვანილია №1 ცხრილში.

ჩატარებული კვლევების საფუძველზე საგრანულაციო აგენტად შერჩეული იქნა ალოეს წყალში ხსნადი პოლისაქარიდები. მისი შერჩევა განაპირობა აგრეთვე ალოეს პოლისაქარიდების ბიოლოგიურმა აქტიურობამაც. მათ გააჩნიათ ანთების საწინააღმდეგო ეფექტი. /5/

შესწავლილ იქნა მიღებული გრანულების ტექნოლოგიური მახასიათებლები რის შედეგადაც დადგინდა, რომ გრანულებს გააჩნია მონოფრაქციული შემადგენლობა (სურ№2) და მაღალი დენადობა-9,5გ/წმ.

ნიშული ტაბლ.0,3 გ	შემაღგენლობა	მექანიკ. სიმტკიცე			
		შეკუმშვა- ზე,მპა	ცვეთა- ზე,%	დაშლა- დროა,წმ	ხსნად- ობა,%
№1	ალოეს მშრალი ექსტრაქტი, სახამებლის 3%-იანი ბუბკო, კალციუმის სტეარატი	0,7	97,4	410	90,2
№2	ალოეს მშრ.ექსტრაქტი, სახამებლის 5%-იანი ბუბკო, კალციუმის სტეარატი	0,9	98,6	460	89,2
№3	ალოეს მშრ.ექსტრაქტი, მეთილცელულოზა 2%, კალციუმის სტეარატი	1,1	98,9	495	85,4
№4	ალოეს მშრ.ექსტრაქტი, პოლივინილპიროლიდონი 1,5%, კალციუმის სტეარატი	1,2	99,2	489	87,3
№5	ალოეს მშრ.ექსტრაქტი, პოლივინილპიროლიდონი 3%, კალციუმის სტეარატი	1,4	99,5	540	89,5
№6	ალოეს მშრ.ექსტრაქტი, პოლიეთილენგლიკოლი 4000-10% აეროსილი მაგნიუმის სტეარატი	1,1	99,7	640	7,7
№7	ალოეს მშრ.ექსტრაქტი, ალოეს წყ.ხსნადი პოლისაქარიდები, 10% აეროსილიკალციუმის სტეარატი	1,0	98,1	440	90,3

ცხრილი 2

ალოეს ტაბლეტების განხვის კინეტიკა

დრო, წთ	დანების ძალის სიდიდე, მპა					
	20	40	60	80	100	120
	ორგანული მყაეების ხსნადობა, %					
5	45,05	34,10	27,25	25,43	20,88	18,32
10	52,12	56,65	43,66	37,75	31,70	26,13
15	62,14	60,78	54,91	48,73	43,34	36,24
20	75,18	70,81	63,16	58,14	53,12	49,72
25	87,40	83,92	76,24	70,73	66,15	59,12
30	92,34	90,65	86,16	84,64	81,05	76,24
45	99,24	98,73	96,51	90,30	87,62	82,19
სხვა მახასიათებლები						
სიმტკიცე შეკუმშვაზე (მპა)	0,20	0,40	0,65	1,04	1,31	1,62
სიმტკიცე ცვეთაზე (%)	90,4	96,7	97,2	98,1	98,8	99,4
დაშლადობა (წმ)	320	365	400	440	510	560

ნაწილაკთა ზომები მერყეობს 800-დან 1200 მკმ-ის ფარგლებში.

გრანულების სატაბლეტე წნეხ-ინსტრუმენტებზე მინებების თავიდან აცილების მიზნით ამატებენ ანტიფორიქციულ ნივთიერებას - კალციუმის სტეარატს 1%-ის ოდენობით. ბიოფარმაცევტული კვლევების საფუძველზე შეირჩა ოპტიმალური დანების ძალა, რომელიც შეადგენს 80მპა-ს (სურ №3).

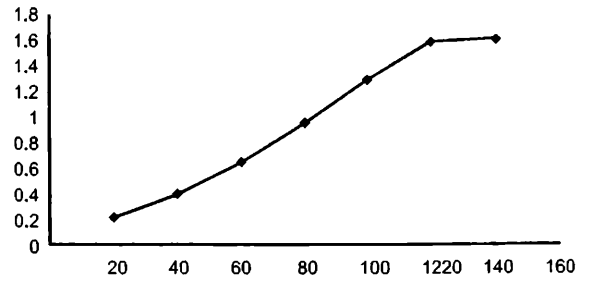
დაშლადობა განესაზღვრეთ „მოქანავე კალათის“ 545-AK-8 (ჯჰთ) გამოყენებით. სიმტკიცემ ცვეთაზე შეადგინა $98,1 \pm 0,42\%$.

ხსნადობა განესაზღვრეთ „მბრუნავი კალათის“ გამოყენებით sf-XI-ის მიხედვით. დადგინდა, რომ მოქმედი ნივთიერებების $90,3 \pm 0,5\%$ თავისუფლდება 45 წუთის განმავლობაში (ცხრილი 2).

დასკვნები:

ალოეს მშრალი ექსტრაქტის (სუბსტანციის) ტექნოლოგიური თვისებების განსაზღვრის შედეგად დადგინდა, რომ მისი მახასიათებლები არ არის ოპტიმალური, კერძოდ: სუბსტანცია პოლიფრაქციულია, ნაყარი მასა შეადგენს $1,5\text{გ/სმ}^3$ -ს, დინების სიჩქარე - $4,32 \pm 0,72\text{გ/წმ}$ -ს, დახრის კუთხე $53,27^\circ$ -ს. მიღებული შედეგების გათვალისწინებით მიზანშეუწონლად ჩაითვალა ალოეს მშრალი ექსტრაქტის პირდაპირი დანებით ტაბლეტების მომზადება.

ბიოფარმაცევტული კვლევების საფუძველზე ალოეს მშრალი ექსტრაქტის ტექნოლოგიური თვისებების გაუმჯობესების მიზნით შერჩეულია დამხმარე ნივთიერებები: შემაკავშირებლად - ალოეს წყალში ხსნადი პოლისაქარიდები, ანტიფორიქციული ნივთიერებებიდან - კალციუმის სტეარატი. ამასთანავე დადგინდა დანების ოპტიმალური ძალა, რომელიც შეადგენს 80 მპა-ს



სურ 3.

წნევის ძალის დამოკიდებულება ალოეს ტაბლეტების სიმტკიცეზე

ალოეს ტაბლეტების ტექნოლოგიური მახასიათებლების შესწავლის შედეგად დადგინდა, რომ სიმტკიცე ცვეთაზე შეადგენს $98,1\%$ -ს, შეკუმშვაზე - $1,0$ მპა-ს, მოქმედი ნივთიერებების ხსნადობა $90,3 \pm 0,5\%$, ხოლო გამოთავისუფლების დრო 45 წუთს.

ლიტერატურა

1. საქართველოში რეგისტრირებული სამკურნალო საშუალებების სახელმწიფო რეგისტრი. 2006. ტ. I, 28
2. Д. Машковский. Лекарственные средства М.: - Т 2.-С.-173.
3. И.В. Григорян Разработка технологии и стандартизация таблеток Магния аспарагината. Сборник научных трудов «Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции»-Вып. 59; Пятигорск.- 2004.-С. 80-85
4. Н.В. Никитина, Л.М. Граханцева, А.М. Шевченко, А.С. Саушкина, Н.В. Соловей. Обоснование выбора вспомогательных веществ при разработке гранул различного спектра действия. Сборник научных трудов «Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции»-Вып. 59; Пятигорск.- 2004.-С. 62-67
5. D.Berashvili, K.Buxnikashvili, N. Kvizhinadze. Studying of action of Aloe polysaccharide complex. 2-nd International postgraduate reserch symposium on pharmaceutiks. September 06-08, 2000.-Istambul- Turkey.

Bakuridze A., Berashvili D., Bakuridze L., Kurdiani N.

DEVELOPMENT OF THE ALOE BASED TABLETS TECHNOLOGY

Tbilisi State Medical University, Departments of Pharmaceutical Technology and Pharmacognosy

As the target of recent study presents the development of the technology of aloe based tablets - the technological properties of Aloe dry extract (substance) have been studied. It was determined that its characteristics are not optimal, particularly: fractional composition of the substance vary in wide range, bulk density is 1.5 g/cm^3 , flowability: $0.32 \pm 0.72 \text{ g/sec}$, angel of repose: $53,27^\circ$. According to the obtained data it was considered as irrational to use the method of direct compression in the technology of aloe dry extract based tablets.

On the basis of biopharmaceutical studies for the amelioration of technological characteristics of aloe dry extract

following excipients have been chosen: as a binder – aloe watersoluble polysaccharides, lubricant - Calcium stearate. Optimal compression force has been determined – 80 MPa.

Technological characteristics as have been studied are following: friability –98.1%, hardness – 1.0 Mpa, solubility of active substances – 90,3±0.5%, and disintegration time – 45 min.

ბაკურიძე ალ., ანდრეუ ვ., ბაკურიძე ა.

გენტამიცინის სულფატის მიზანმიმართული მიწოდებისა და მოქმედების კომპოზიციის შემუშავება

თსსუ, ზარბაზნაძე ტაქნოლოგიის დეპარტამენტი

ამინოგლიკოზიდების ჯგუფის ანტიბიოტიკებიდან ქრონიკული ინფექციების (*Pseudomonas aeruginosa*) საწინააღმდეგოდ ფართოდ გამოიყენება გენტამიცინის სულფატი. ინფექციურ კერაში შეღწევის მიზნით ინტრავენუზურად ან კუნთში საინექციოდ გენტამიცინის სულფატი გამოიყენება მაღალი დოზებით, რომლის შედეგად ვითარდება ოტოტოქსიკურობა, რასაც თან სდევს სმენითი ნერვის დაზიანება (სიყრუე), რომლის ფუნქციაც პრეპარატის მიღების შეწყვეტის შემდეგაც კი აღარ აღდგება. გენტამიცინის სულფატის ოტოტოქსიკურობის თავიდან აცილება შესაძლებელია მისი უშუალოდ სამიზნე ორგანოში მიწოდების გზით (1,2,3,4,5).

ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, გენტამიცინის სულფატის სამიზნე ორგანოში მიზანმიმართული მიწოდებისა და მოქმედების კომპოზიციის შემუშავება ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემაა თანამედროვე მედიცინისა და ფარმაციისათვის.

კვლევის მიზანია გენტამიცინის სულფატის მშრალი აეროზოლური კომპოზიციის შემუშავება, რომელიც მიენოდება უშუალოდ სამიზნე ორგანოს - ფილტვებს.

კვლევის ობიექტებს წარმოადგენდა: გენტამიცინის სულფატი, ჰიდროქსი-პროპილმეთილცელულოზა და ნატრიუმის ქოლატი.

კვლევების ჩასატარებლად გამოყენებული იყო შემდეგი აპარატურა: Anderson Cascade Impactor (ACI) სუნთქვის სისტემის ინ ვიტრო მოდელი, ნაწილაკების ზომებისა და მათი რაოდენობრივი განაწილებისა სხვადასხვა დონეებზე; გამფრქვევი მაშრობი Buchi 191 mini spray dried- შემავალი ტემპერატურა 1600 C, მიწოდების სიჩქარე 5მლ/წთ, გამომავალი ტემპერატურა 85-95° C; გრანულომეტრი Laser Malvern Mastersizer SGA გამოიყენება ნაწილაკების ზომების, ფრაქციული შემადგენლობის განსაზღვრისათვის; Mettler AT 400 - გრავიმეტრული ანალიზისათვის; Handi Haler - მშრალი აეროზოლების გაფრქვევისათვის.

მიზნის მისაღწევად კვლევის პირველ ეტაპზე მოქმედი და დამხმარე ნივთიერებებისაგან შევიმუშა-

ვეთ კომპოზიციის ხუთი ვარიანტი, შემადგენელ კომპონენტთა სხვადასხვა რაოდენობრივი თანაფარდობით და მათი სხვადასხვა განზავებებით ნყალთან მიმართებაში (ცხრილი 1).

ცხრილი 1
გენტამიცინის სულფატის მშრალი აეროზოლური კომპოზიციის ვარიანტები კვლევის პირველი ეტაპისათვის

კომპოზიციის ვარიანტი	გენტამიცინის სულფატი	ნატრიუმის ქოლატი	ჰიდროქსი-პროპილმეთილცელულოზა,	გამობ-დილი წყალი
№	მგ	მგ	მგ	მლ
I	98,9%-1978,0	0,1%-2,0	1%-20,0	100,0
II	96,7%-1934,0	0,3%-60,0	3%-60,0	100,0
III	94,5%-1890,0	0,5%-10,0	5%-100,0	100,0
IV	98,9%-1978,0	0,1%-2,0	1%-20,0	250,0
V	98,9%-1978,0	0,1%-2,0	1%-20,0	1000,0

მონოდებული კომპოზიციის ყველა ვარიანტი გავაშრეთ გამაფრქვევი მაშრობის გამოყენებით და შევისწავლეთ თითოეულის ფრაქციული შემადგენლობა გრანულომეტრი ლაზერის გამოყენებით, შედეგები მოყვანილია მე-2 ცხრილში.

მოყვანილი მონაცემებიდან (ცხრ.№2) ირკვევა, რომ კომპოზიციის IV და V ვარიანტში ნაწილაკთა მთლიანი რაოდენობის 50%-ის ზომები შეესაბამება ევროპის ფარმაკოპეის მოთხოვნებს /6/ და შეადგენს 3.59 და 2.27 Mm-ს. სავარაუდოდ ამ შემთხვევაში გადამწყვეტი როლი ითამაშა წყლის რაოდენობამ. IV და V კომპოზიციებში შედარებით მაღალი განზავებაა.

წყლის რაოდენობისა და საერთოდ განზავების გავლენის როლის შესასწავლად კვლევის მეორე ეტაპზე შევიმუშავეთ გენტამიცინის მშრალი აეროზოლური კომპოზიციის 6 ვარიანტი. შედეგები ასახულია მე-3 ცხრილში.

კვლევები ჩავატარეთ ანალოგიურად I ეტაპისა, გავაშრეთ და შევისწავლეთ ფრაქციული შემადგენლობა. შედეგები მოყვანილია მე-4 ცხრილში

მიღებული შედეგებიდან (ცხრ. 4) ირკვევა, რომ ნაწილაკთა ზომების მიხედვით მშრალი აეროზოლებისათვის ევროპის ფარმაკოპეის მოთხოვნებს აკმაყოფილებს I და II კომპოზიცია. საკითხის საბოლოო გარკვევისათვის შევისწავლეთ ექვსივე კომპოზიცია

ცხრილი 2

გენტამიცინის სულფატის მშრალი აეროზოლური კომპოზიციების ფრაქციული შემადგენლობის ანალიზის შედეგები (კვლევის I ეტაპისათვის)

დასახელება	ტენიანობა%	ნაწილაკთა ზომები		
		DD(V0.1)	D(V 0.5)	D(V 0.9)
I კომპოზიცია	4.99	1.2	5.36	13.69
II კომპოზიცია	3.95	1.28	4.77	13.08
III კომპოზიცია	5.0	1.27	4.71	13.33
IV კომპოზიცია	3.93	1.2	3.59	9.27
V კომპოზიცია	4.05	1.15	2.27	8.3

ცხრილი 3

გენტამიცინის სულფატის მშრალი აეროზული კომპოზიციების შემადგენლობები (კვლევის II ეტაპისათვის)

დასახელება	შემადგენლობა			
I კომპოზიცია	99.45%-3975.0	0.5%-20.0	0.5%-2.0	2000.0
II კომპოზიცია	98.90%-3956.0	1.0%-40.0	0.1%-4.0	2000.0
III კომპოზიცია	99.45%-9945.0	0.5%-50.0	0.05%-5.0	500.0
IV კომპოზიცია	98.90%-9890.0	1%-100.0	0.1%-10.0	500.0
V კომპოზიცია	99.45%-11934.0	0.5%-60.0	0.05%-6.0	200.0
VI კომპოზიცია	98.90%-11868.0	1.0%-120.0	0.1%-12.0	200.0

ცხრილი 4

გენტამიცინის სულფატის მშრალი აეროზული კომპოზიციების ფრაქციული შემადგენლობის ანალიზის შედეგები (კვლევის II ეტაპისათვის)

დასახელება	რაოდენობა გამოსავლიანობა, გ	ტენიანობა %	ნანილაკთა ზომები Mm
I კომპოზიცია	2.38	4.93	2.27
II კომპოზიცია	2.16	5.03	2.41
III კომპოზიცია	6.14	4.01	4.26
IV კომპოზიცია	6.31	3.96	3.39
V კომპოზიცია	7.32	5.01	5.71
VI კომპოზიცია	7.95	4.01	5.6

სუნთქვის სისტემის ინ ვიტრო მოდელზე. შედეგები ასახულია სურ. 1-ზე.

მიღებული შედეგები (სურ. 1) მონიშნავენ, რომ სამიზნე ორგანოში – ფილტვებში ყველაზე დიდი რაოდენობით აღწევს გენტამიცინის სულფატის მშრალი აეროზოლური კომპოზიციის I და II ვარიანტი. ამასთან საუკეთესოა კომპოზიციის II ვარიანტი.

დასკვნები:

გენტამიცინის სულფატის მშრალი აეროზოლური კომპოზიციის შემუშავების მიზნით შედგენილი იქნა მოქმედი და დამხმარე ნივთიერებების (ნატრიუმის ქოლატი, ჰიდროქსიპროპილმეთილცელულოზა) კომპოზიცია, სულ 11 ვარიანტი.

შესწავლილი იქნა კომპოზიციის პირველი 5 ვარიანტის ფრაქციული შემადგენლობა. ევროპის ფარმაკო-

პეის მოთხოვნებს ნანილაკთა ზომების (3.59, 2.27 Mm შესაბამისად) მიხედვით აკმაყოფილებს IV და V კომპოზიციები, რომლებიც სხვა ვარიანტებისაგან განსხვავდება არა მხოლოდ კომპონენტთა რაოდენობრივი შემადგენლობით, არამედ გამხსნელთან (წყალთან) თანაფარდობითაც.

კომპოზიციის შემდგომი 6 ვარიანტი შესწავლილი იქნა ფრაქციულ შემადგენლობაზე და სუნთქვის სისტემის ინ ვიტრო მოდელზე. დადგენილი იქნა, რომ კომპოზიციიდან, შემადგენლობით გენტამიცინის სულფატი - 3956 მგ, ჰიდროქსიპროპილმეთილცელულოზა 40 მგ, ნატრიუმის ქოლატი 4 მგ და წყალი 2000 მლ, მიღებული მშრალი აეროზოლური სისტემა ფხვნილის ნანილაკების ზომით (2.41 Mm) აკმაყოფილებს ევროპის ფარმაკოპეის მოთხოვნებს, ამასთან მაქსიმალურად აღწევს სამიზნე ორგანოს - ფილტვებს.

ლიტერატურა:

1. Джикия Т. Д., Бакуридзе А. Д., Цагареишвили Н. Т., Курдиани Н. Г., Цурцუმия И. Г. Подбор оптимальных условий измерения частиц измельченных порошков гентамицина сульфата. Georgian Medical News.- 2006.- 7. (136). С.95-99.
2. Jikia T, Bakuridze A, Tsagareishvili N, Kurdiani N, Influence of micronization method on the performance of gentamicin sulfate dry powder formulation. TSMU Annals of Biomedical Research and Education.- 2005.- V. 6. – P. 290-292.
3. Jikia T, Bakuridze A., Tsagareishvili N., Kurdiani N, Mikaiia L. Aerodynamic properties of the developed inhalation formulations of gentamicin sulphate. TSMU, Annals of Biomedical Research and Education. – 2006.- V. 6.- P. 14-17.
4. Tiddens Harm, Inhaled Antibiotics Pediatric Pulmonology, Supplement. -2004. -26.- P 92-94.
5. Terzano C. Pressurized Metered Dose Inhalers and Add Devices. Pulmonary. Pharmacology and Therapeutics.- 2001.- 14.- P 351-366.
6. Pharmacopoea Europeana 4 - edition 2002.

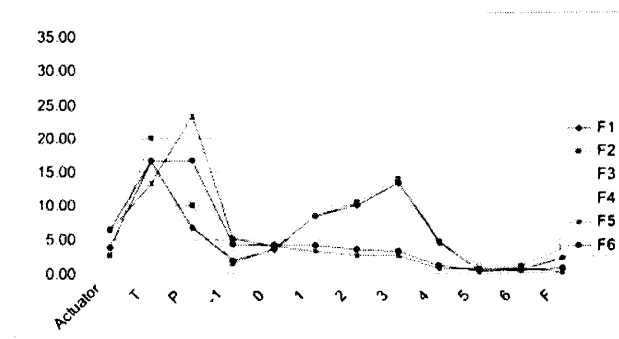
L. Bakuridze, V. Andrieu, A. Bakuridze

DEVELOPMENT DRUG DELIVERY AND ACTIVITY COMPOSITION OF GENTAMICINE SULFATE TSMU, Department of pharmaceutical technology

In order to create a dry aerosol of gentamicine sulfate there have been proposed a list of active and additive compounds (sodium cholate, hydroxypropylmethylcellulose), and 11 different types of compositions.

Changes have been made in the fractional composition of first five types. Fourth and fifth compositions are meeting the requirements of European pharmacopoea with the size of particles (3.59 mm, 2.27 mm respectively) and are different from others not only with quantitative composition, but also with correlation between water and other components.

The particle size distribution of six types of combination were examined; the studies were performed also using in vitro model of breathing system.



სურ. 1. გენტამიცინის სულფატის აეროზოლური კომპოზიციების შესწავლის შედეგები სუნთქვის სისტემის in vitro მოდელზე.

In conclusion, dry aerosol system with particles size (2.41mm) received from the combination of gentamicine sulfate - 3956 mg, hydroxypropylmethylcellulose – 40 mg, sodium cholate - 4 mg and water 2000 ml is meeting the requirements of European pharmacopeias, moreover this combination reaches target organs – lungs most effectively.

ბაქრაძე ი. , ღვამიჩავა რ. , ბაქრაძე გ. , კოვზირიძე თ. , შავდია მ.

კოლოსტომიანი ავადმყოფების ცხოვრების ხარისხის შედარებითი შეფასება ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ

თსსუ-ის ონკოლოგიის დეპარტამენტი,
ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრი

ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა ცხადყო, რომ უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში აღინიშნება მსხვილი ნაწლავის კიბოთი ავადობის ინტენსიური მატება.

თსსუ-ის ონკოლოგიის დეპარტამენტის და პროფ. ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის მიერ ჩატარებულმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა გვიჩვენა, რომ საქართველოში 1967-1990 წლებში მსხვილი ნაწლავის კიბოთი ავადობამ სტანდარტიზირებული მაჩვენებლებით 4,43%-დან 8,69%-მდე მოიმატა 2006 წლისათვის ავადობა კიდევ 41,5%-ით გაიზარდა და 12,3% შეადგინა.

დღეისათვის არსებული სოციალური და ეკონომიკური სიძნელეები მსხვილი ნაწლავის სიმსივნური დაავადების ადრეული ფორმების გამოვლენის საშუალებას არ იძლევა, რის გამოც დაავადებულთა 80% კლინიკაში თავსდება დაავადების გართულებული ფორმებით, როდესაც რიგ შემთხვევებში შესაძლებელია რადიკალური ოპერაციის ჩატარება მაგრამ ჩარევა ერთლულიანი და ორლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბებით მთავრდება.

რადიკალური ოპერაციის შემდეგ კოლოსტომიანი, განსაკუთრებით შრომისუნარიანი ავადმყოფები ინვალიდები ხდებიან, გაურბიან საზოგადოებას, განიცდიან მძიმე მორალურ და ფიზიკურ დისკომფორტს, უვითარდებათ სხვადასხვა სახის ფსიქიკურ დეპრესიული სინდრომი რაც უარყოფითად მოქმედებს მათი ცხოვრების ხარისხზე. ამ მიმართებით მსხვილი ნაწლავის ბუნებრივი გამავლობის აღდგენა რომელიც გადავადებული რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაციის მეშვეობითაა შესაძლებელი, გადამწყვეტ როლს თამაშობს ამ კონტიგენტის ავადმყოფთა სოციალურ რეაბილიტაციაში.

შრომის მიზანია: კოლოსტომიანი ავადმყოფების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების შედარებითი შეფასება რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაციამდე და მის შემდეგ.

პროფ. ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის კოლო-პროქტოლოგიურ გან-

ყოფილებაში, რომელიც წარმოადგენს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ონკოლოგიის დეპარტამენტის საბაზო განყოფილებას 1984 – 2005 წლებში 186 ავადმყოფს მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევრის გართულებული კიბოს გამო გაუკეთდა რადიკალური ოპერაცია. აქედან 125 (67,2%) შემთხვევაში ფორმირებული იყო ორლულიანი კოლოსტომა, ხოლო 61 ავადმყოფს (32,8%) ჰარტმანის ოპერაციის, სწორი ნაწლავის სუპრაანალური რეზექციის და მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომიის შემდეგ ჩამოყალიბდა ერთლულიანი კოლოსტომა. გადავადებულ პერიოდში ყველა ავადმყოფს ჩაუტარდა რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაცია.

კოლოსტომიანი ავადმყოფების ცხოვრების ხარისხის შესასწავლად ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ გამოვიყენეთ „სიმსივნის კვლევისა და მკურნალობის ევროპის ორგანიზაციის (EORTC) ცხოვრების ხარისხის შეფასების მოდიფიცირებული ანკეტა“. ანკეტა შედგება კოლოსტომით გამოწვეული დისკომფორტიდან გამომდინარე 14 კითხვისაგან და 4 სავარაუდო პასუხისაგან. თითოეული კითხვა ფასდება ქულებით 2-დან 5-ის ჩათვლით, რომელიც მცირდება პაციენტის ჩივილების მატების შესაბამისად. მაქსიმალური ქულათა ჯამი 70 – ფასდებოდა როგორც 100%. ქულათა ჯამით განისაზღვრება პაციენტის ცხოვრების ხარისხი. კერძოდ, რაც მეტია ქულათა ჯამით უკეთესია პაციენტის ცხოვრების ხარისხი.

ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების შესასწავლად მოდიფიცირებული ანკეტით 51 ავადმყოფს ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ ჩაუტარდა დეტალური გამოკითხვა. გაირკვა, რომ 48 ავადმყოფს (94,1%) აღნიშნებოდა დეპრესიული სინდრომი – შფოთვა, დაძაბულობა, ემოციური დათრგუნვა, ინტერესების გაუფრულება, სევდა, არასრულფასოვნების კომპლექსი, ნეგატიური თვითშეფასება და სხვა. 48 ავადმყოფი აღნიშნავდა თეთრეულის და ტანისამოსის დაბინძურებას, 45 ავადმყოფი (88,2%) თავს იკავებდა სქესობრივი კავშირისაგან. 44 ავადმყოფი (86,3%) ვერ ეგუებოდა „ფეკალური მასების მიმღები პარკის“ გამოყენებას, ამდენივე (86,3%) თვლიდა, რომ კოლოსტომა ძლიერ ზღუდავდა ყოველდღიური საქმიანობისას. 47 (92,2%) პაციენტი გაურბოდა საზოგადოებასთან ურთიერთობას, აქედან უმრავლესობა კარჩაკეტილ ცხოვრებას ეწეოდა. ყველა ავადმყოფი უჩიოდა ფეკალების და გაზების შეუკავებლობას და აქედან გამომდინარე სოციალურ დეზადაპტაციას, საზოგადოებაში საკუთარი ადგილის და კარგვას, შეუგუებლობის განცდას. 30 ავადმყოფი (58,9%) ზღუდავდა კვების რაციონს. 17 (33,3%) კოლოსტომის მოვლისას საჭიროებდა დამხმარე პერსონალს, რაც გარკვეულ დისკომფორტს უქმნიდა ოჯახურ გარემოში და ყოველდღიურ ცხოვრებაში. 43 ავადმყოფი (84,3%) აღნიშნავდა, რომ ღამით ფეკალების უნებლო გამოყოფა და ხანდახან თეთრეულის დაბინძურება ურღვევდა ნორმალურ ძილს, რაც ხშირად უხასიათობას, დაღლილობას და დეპრესიის გაღრმავებას იწვევდა. სხვა სიმპტომები შედარებით ნაკლებად იყო გამოხატული.

51 გამოკითხული კოლოსტომიანი პაციენტიდან 49 (96,1%) ცხოვრების ხარისხს უარყოფითად აფასებდა, 2 (3,9%) დამაკმაყოფილებლად, ხოლო დადებითად არცერთი.

რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაციის ჩატარების შემდეგ მდგომარეობა რადიკალურად შეიცვალა. 43 პაციენტი (84,3%) ცხოვრების ხარისხს დადებითად აფასებდა, 8 (15,7%) დამაკმაყოფილებლად – ამ ჯგუფის ავადმყოფებს გაკეთებული ჰქონდათ რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაცია ჰარტმანისა და სწორი ნაწლავის სუპრაანალური რეზექციის შემდეგ. ისინი გამოთქვამდნენ ჩივილს პერიოდულ ტენეზმებზე (2), შეკრულობაზე (4) და გაზების შეუკავებლობაზე (2), რაც გარკვეულ დისკომფორტს უქმნიდათ ყოველდღიურ ცხოვრებაში. ოპერაციის შემდეგ ცხოვრების ხარისხი უარყოფითად არცერთ ავადმყოფს არ შეუფასებია.

ამასთან ერთად დადგინდა, რომ ცხოვრების ხარისხი, ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ, გაუმჯობესდა არა მარტო პაციენტთა სუბიექტური შეფასებით, არამედ კითხვარში მოყვანილ ობიექტურ კრიტერიუმებზე დაყრდნობითაც. ასე მაგალითად კოლოსტომიანი ავადმყოფების ცხოვრების ხარისხი საშუალოდ 28,8 ქულით (40,0%) შეფასდა, ხოლო აღდგენითი ოპერაციის შემდეგ 69,5 ქულით (98,6%). ($P > 0,05$). ოპერაციის შემდეგ ცხოვრების ხარისხმა საშუალოდ 40,7 ქულით მოიმატა, რაც 58,6%-ს შეადგენს. ჩატარებული მკურნალობის შემდეგ ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება აღენიშნა უკლებლივ ყველა პაციენტს, რაც დადასტურდა ობიექტური ციფრობრივი და სტატისტიკური მონაცემებით.

რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაციის შემდეგ გარდა ცხოვრების ხარისხისა სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების საფუძველზე ვსწავლობდით სწორი ნაწლავის სფინქტერის ფუნქციურ მდგომარეობას. კლინიკურმა დაკვირვებამ გვიჩვენა, რომ ორლულიანი კოლოსტომის დახურვის, მარცხენამხრივი ჰემიკოლექტომიის და ერთლულიანი კოლოსტომის ფორმირების შემდეგ ჩატარებული რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაციის შემდეგ როგორც წესი, სწორი ნაწლავის სფინქტერის უკმარისობა არ აღინიშნება, ხოლო ჰარტმანის ოპერაციის, სწორი ნაწლავის სუპრაანალური რეზექციის და ერთლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბების შემდეგ ჩატარებული რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაციის შემდეგ ზოგ შემთხვევაში აღინიშნება სფინქტერის უკმარისობა. ჩვენ გამოვიკვლიეთ 25 ავადმყოფი. აქედან 20 ავადმყოფს ჩამოყალიბებული ჰქონდა რეკონსტრუქციული დესცენდო და სიგმო-რექტული ანასტომოზი, 2 ავადმყოფს გაკეთებული ჰქონდა დიუამელის ოპერაცია, ხოლო 3 ავადმყოფს სუპრაანალური რეზექციის შემდეგ კოლინჯის ჩამოტანა ანალურ არხში. მხოლოდ 2 ავადმყოფს დიუამელის (1), სუპრაანალური რეზექციის შემდეგ და კოლინჯის ანალურ არხში ჩამოტანის შემდეგ (1) აღენიშნებოდა სწორი ნაწლავის სფინქტერის I ხარისხის უკმარისობა, რაც უნდა აიხსნას 12-14 დღის განმავლო-

ბაში კოლინჯის ანალურ არხში ჩამოტანით და მისი ზენოლით სფინქტერის კუნთოვან ქსოვილებზე, რაც იწვევს მის ატონიას, იშემიას და რიგ შემთხვევებში შემაერთებელი ქსოვილის განვითარებას, რაც არცთუიშვიათად შეუქცევადი ხასიათისაა. ყველა სხვა ავადმყოფი ანალურ ინკონტინენციას არ აღნიშნავდა. მასალის შესწავლით დგინდება, რომ რაც უფრო მაღლაა დადებული რეკონსტრუქციული ანასტომოზი ანალური არხიდან მით უფრო სრულფასოვანია სწორი ნაწლავის სფინქტერის ფუნქციური მდგომარეობა.

დასკვნა: მსხვილი ნაწლავის მარცხენა ნახევრის გართულებული კიბოს დროს რადიკალური ოპერაციის და ერთლულიანი ან ორლულიანი კოლოსტომის ჩამოყალიბების შემდეგ გადავადებულ პერიოდში რეკონსტრუქციული-აღდგენითი ოპერაციის ჩატარება საგრძნობლად აუმჯობესებს ავადმყოფთა ზოგად მდგომარეობას, ფსიქო-ემოციურ სტატუსს, ცხოვრების ხარისხს და ხელს უწყობს მათ შემდგომ სოციალურ და შრომით რეაბილიტაციას.

ლიტერატურა

1. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн Е.Н. Руководство по колопроктологии. М.: Медпрактика. _ 2001. _ 300. С.
2. Gooszen A. W., Gelkeren R.H., Hermans J., Lagaay M.B. Gooszen H.G. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. *Colon & Rectum.* _ 2000. _ V. 43. №5. P. 650.
3. Nicum S., Midgley R., Kerr DJ. Colorectal cancer. *Acta. Onkol.* _ 2003. _ V. 42. _ №4. P. 263-275.
4. Pellissier E.P., Blum D., Bachour A., Bosset J.F. Functional results of coloanal anastomosis with reservoir. *Dis. Colon rectum.* 1992. V. 35. P. 843-846.
5. Reis J.A. Neto. New trends in coloproctology. *Brasil.* 2000. P. 339-342.
6. www.eortc.be სიმსივნის კვლევისა და მკურნალობის ევროპის ორგანიზაცია (EORTC). ცხოვრების ხარისხის კითხვარი.

Bakradze I., Gvamichava R., Bakradze G., Kovziridze T., Shavdia M.

COMPARATIVE EVALUATION OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH COLOSTOMY BEFORE AND AFTER SURGICAL TREATMENT

Questioning of 51 patients carried out before- and after the operation, with an aid of modified “Questionnaire by European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) on the Quality of Life”, has shown that quality of life in the patients with colostomy numerically scored 28.8 points (40.0%), at an average, while after the restorative operation quality of life scored 69.5 points (98.6%) ($P < 0.05$), i.e. quality of life increased after the operation by 40.7 points, or by 58.6%. This testifies that restorative operation significantly improves psychological status of the patients with working capacity and ameliorates quality of their life.

ბერიანიძე ქ., კაციტაძე ა., მათოშვილი მ., კიკნაძე თ.

უნივერსალის მაღალმოს ეფექტურობა ვულგარული ფერიმჭამელის კომპლექსურ მკურნალობაში

თსსუ-ის დერმატო-ვენეროლოგიის დეპარტამენტი

ვულგარული ფერიმჭამელა (acne vulgaris) – მიეკუთვნება ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ კანის დაავადებას, რომელიც გვხვდება ახალგაზრდა ადამიანთა 95%-ში 11-დან 30 წლამდე [1]. ვულგარული ფერიმჭამელის განვითარებაში მონაწილეობს შემდეგი ფაქტორები: ჰორმონული სტატუსის ცვლილებები (ჰიპერანდროგენია), ცხიმის გამოყოფის დარღვევა, ინტენსიური კოლონიზაცია Propionebacterium acnes (pr. acnae), შეეერთებით სხვა მიკროფლორასთან. კოსმეტიკური პრობლემები გამოიხატება სხვადასხვა ფსიქოემოციური გაღიზიანებით, რაც აღინიშნება დაავადებულთა 40%-ში განსაკუთრებით კონგლობატური ან ფლეგმონოზური ფერიმჭამელების შემთხვევაში, რაც უკუგანვითარების პერიოდში ტოვებს უხეშ ნაწიბურს.

პროცესის სიმძიმიდან გამომდინარე, გამოყოფენ დაავადების რამდენიმე ხარისხს, რაც განისაზღვრება (კომედონების, პაპულო-პუსტულეების, ღრმა კვანძოვანი პუსტულოზური ელემენტების) რაოდენობით, ხოლო პრაქტიკაში გამოყოფენ შემდეგ კლინიკურ კლასიფიკაციას [2], რაც, თავის მხრივ, 4 სტადიად იყოფა. I ხარისხი – ხასიათდება ღია ან დახურული კომედონებით (აცნე ცომედონიაცა); II ხარისხი – ყველაზე გავრცელებული ფორმაა, როდესაც კომედონების გარდა აღინიშნება პაპულები, რომლებიც შემდგომში გარდაიქმნება პუსტულეებად (პაპულო-პუსტულოზური ფორმა); III ხარისხი – ხასიათდება პაპულო-პუსტულოზური ელემენტებით, კომედონებით და მცირერიცხოვანი ცხიმოვანი ჯირკვლების კისტებით; IV ხარისხი – იგი მძიმედ მიმდინარე სტადიაა, როდესაც აღინიშნება ღრმა ანთებადი კვანძოვანი ინფილტრატები, შემდგომში აბსცესების წარმოქმნით და ღრმა ნაწიბურების ფორმირებით, რაც აღინიშნება 2% შემთხვევაში [3].

აკნეს მკურნალობა, ჩვეულებისამებრ, ხორციელდება კომპლექსურად, რაც დამოკიდებულია სიმძიმის ხარისხზე. I და II ხარისხის შემთხვევაში მკურნალობა ხორციელდება კანის მოვლით, კვების რეჟი-

ცხრილი №2

გამონაყრის ლოკალიზაცია ვულგარული ფერიმჭამელით დაავადებულებში

ლოკალიზაცია	მამაკაცი	ქალი	სულ
სახე	1	7	5
სახე, ზურგი	7	7	14
სახე, ზურგი, გულმკერდი	1	5	6
სულ	9	16	25

მის დარეგულირებით (ვიტამინოთერაპიით) და ადგილობრივი თერაპიით (ანტიმიკრობული და ანტიკომედონური) საშუალებებით.

III-IV ხარისხის შემთხვევა – საჭიროებს ინტენსიურ, სისტემურ თერაპიას ანტიბაქტერიული (ანტიბიოტიკებით), ანტიანდროგენული რეტინოიდებით (როაკუტინი) თუ ფიზიოთერაპიული პროცედურებით.

კვლევის თვალსაზრისით, ზოგად თერაპიასთან ერთად, ადგილობრივი მკურნალობისთვის გამოვიყენეთ პრეპარატი „უნივერტანი“. იგი შეიცავს სულფათიაზოლს 130 მგ, რომელიც ხასიათდება ანტიმიკრობული და ბაქტერიოსტატიკური მოქმედებით, ახდენს მიკრობის უჯრედში ფოლის მჟავის სინთეზის ბლოკირებას, ქლორამფენიკოდი – 16 მგ არღვევს ცილის სინთეზის პროცესს მიკრობის უჯრედში. იგი აქტიურია გრამდადებითი და გრამუარყოფითი ბაქტერიების მიმართ. მის შემადგენლობაში შემავალი გოგირდი კი მოქმედებს ანტისეპტიურად და კერატოლიზურად, ხოლო ბორს გააჩნია ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება.

ჩვენი მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდა 15-დან 30 წლამდე ასაკის 25 ავადმყოფი, აქედან 16 ქალი და 9 მამაკაცი. დაავადების კლინიკური გამოვლინებისა და გავრცელების ხარისხიდან გამომდინარე, ავადმყოფები დაყავით შემდეგ ჯგუფებად: I ხარისხის აკნე აღენიშნებოდა 4 პაციენტს; II ხარისხის აკნე – 12 პაციენტს; III ხარისხის – 9 პაციენტს (ცხრ.1).

აქედან გამომდინარე, პაციენტთა უმეტესობას აღენიშნებოდა II და III ხარისხის აკნე. ავადმყოფთა უმეტესობას ლოკალიზაციის მიხედვით გამონაყარი აღენიშნებოდა სახეზე, გულმკერდსა და ზურგზე, 5 პაციენტს – მხოლოდ სახეზე (ცხრ.2). 7 პაციენტს უტარდებოდა მონოთერაპია უნივერტანის მაღალმოსი, აქედან 4 პაციენტს აღენიშნებოდა I ხარისხის აკნე, 3-ს – II ხარისხის, ხოლო დანარჩენ პაციენტებს დაენიშნათ უნივერტანის მაღალმოსი ზოგად გამაჯანსაღებელ

ცხრილი №3

ვულგარული ფერიმჭამელით დაავადებულთა მკურნალობის შედეგი 4 კვირის შემდეგ

დაზიანების ხარისხი	ავადმყოფთა რაოდენობა რემისია	ავადმყოფთა რაოდენობა საგრძნობი გაუმჯობესება	ავადმყოფთა რაოდენობა გაუმჯობესება	სულ
I	4	-	-	4
II	3	6	3	12
III	1	4	4	9
სულ	8	10	7	26

ცხრილი №1

ვულგარული ფერიმჭამელით დაავადებულთა დაყოფა კანის დაზიანების სიმძიმის მიხედვით

	დაზიანების ხარისხი			სულ
	I	II	III	
მამაკაცი	-	5	4	9
ქალი	4	7	5	16
სულ	4	12	9	25

და ანტიბიოტიკოთერაპიასთან კომპლექსში.

მკურნალობის ეფექტურობა ფასდებოდა კლინიკური მონაცემების საფუძველზე. პაციენტები მალამოს ისვამდნენ ყოველდღიურად, ერთხელ დღეში და არც ერთ მათგანს ალერგიული რეაქცია არ აღენიშნებოდა.

კლინიკური რემისია მონოთერაპიის დროს აღენიშნებოდა 7 პაციენტს, აქედან I ხარისხის აკნეს შემთხვევაში 2 კვირის შემდეგ, ხოლო II ხარისხის შემთხვევაში – 3-4 კვირის შემდეგ. კომპლექსური თერაპიის დროს კლინიკური გაჯანსაღება აღინიშნებოდა 4-5 კვირის შემდეგ (ცხრ.3).

აქედან გამომდინარე, უნივერტანის მალამო შეიძლება გამოყენებული იყოს პროცესის ხარისხის გათვალისწინებით მონოთერაპიის ან ანტიბიოტიკოთერაპიასთან კომპლექსში, როგორც ეფექტური ანტიბაქტერიული და ანთების საწინააღმდეგო საშუალება აკნეს მკურნალობის დროს.

ლიტერატურა:

1. Cunliffe W.S., Simpson N.B.//Textbook of Dermatology-1998-vol.3-p.1927-1998.
2. Galvin S.A., Gilbert R., Baker R. et al.//Ibid-1998-vol.139-p.34-70
3. Eady E.A., Gloor M., Leyden S.S. Propionibacterium acnes resistance: a worldwide problem//Dermatology-2003; 2006-p. 54-56.
4. Машкилейсон А.Л. Лечение кожных болезней// Москва.: Медицина-1990.
5. Скрипкин Ю.К., Машкилейсон А.Л., Шаралова Г.Я. Кожные и венерические болезни.
6. Адашкевич В.М. Акне и розацеа//СПБ, 2000.

Berianidze K., Katsitadze A., Matoshvili M., Kiknadze T.

EFFICIENCY OF UNIVERTAN OINTMENT IN THE COMPLEX TREATMENT OF VULGAR FRECKLES

Chair of Dermato-Venerology of TSMU

Univertan ointment was used as a curative means of monotherapy and complex treatment in 25 sick patients with I-III category of heaviness in 25 sick patients with vulgar freckles of age from 15-30 years. The considerable clinic effect with significant improvement was observed – eradication of inflammation elements that is conditioned by antimicrobe keratolize effect.

ბრეგაძე ო.ა., მეტრეველი კ.გ.

კბილის ექსტრაქციის შედეგად პარაფორიკაული ზედა ყბის ნიალის ობტურაციის მეთოდი

თსსუ ქირურგიული სტომატოლოგიის და ყბა-სახის ქირურგიის დეპარტამენტი, ქართულ-გერმანული დენტალური იმპლანტაციის ცენტრი „HBI-dent“

ქირურგიულ სტომატოლოგიაში კბილების ექსტრაქცია სტატისტიკურად წარმოადგენს ყველაზე ხშირ ოპერაციულ ჩარევას, რომელიც ძირითადად წარმოებს ამბულატორიული მომართვის საფუძველზე. აღნიშნულ ქირურგიულ ოპერაციას სტომატოლოგიურ ამბულატორიაში აწარმოებს პრაქტიკოსი ქირურგი სტომატოლოგი, რომელსაც თავისი საექიმო საქმიანობის პერიოდში არც თუ ისე იშვიათად შეხება აქვს კბილების ექსტრაქციის დროს წარმოქმნილ გართულებებთან, მათ შორის ერთ-ერთს წარმოადგენს კბილის ამოღების შემდეგ ზედა ყბის ნიალის პერფორაცია და შესაბამისად ოროანტრალური ხვრელარხის ჩამოყალიბება. აღნიშნული გართულება ხშირ შემთხვევაში პრაქტიკოს ექიმს უქმნის პრობლემას პაციენტთან მიმართებაში, მას აყენებს დილემის წინაშე, თვითონ გააგრძელოს ამ გართულების შესაბამისი ქირურგიული მკურნალობა, თუ გააგზავნოს პაციენტი ყბა-სახის ქირურგიულ სტაციონარში. აქვე აღსანიშნავია, რომ მთელ რიგ შემთხვევებში ასეთი პაციენტები მართლაც საჭიროებენ მკურნალობის გაგრძელებას, სტაციონარში ყბა-სახის ქირურგის მიერ ნაფლეთოვანი პლასტიკური ოპერაციის ჩატარებას ხვრელარხის დახურვის მიზნით. პრაქტიკოს ექიმს ავადმყოფის ზოგადი და ადგილობრივი სტატუსის შეფასების შემდეგ, ამბულატორიული მკურნალობის მოცულობის ადეკვატურობის შემთხვევაში, აქვს შესაძლებლობა თავად მიმართოს ორო-ანტრალური ხვრელარხის დახურვის არაოპერაციულ მარტივად ჩასატარებელ მეთოდს. ეს უკანასკნელი არ მოითხოვს რთული ქირურგიული ტექნიკის ცოდნას და ამავდროულად, ავადმყოფის ფსიქოემოციური ფაქტორის გათვალისწინებით მეტად მისაღებია, ვიდრე პლასტიკური ოპერაციით ხვრელარხის დახურვა.

თანამედროვე ქირურგიულ სტომატოლოგიაში მონოდებულები არის ორო-ანტრალური ხვრელარხის დახურვის სხვადასხვა მეთოდები. ჩვენ გვინდა პრაქტიკოს ქირურგ სტომატოლოგებს შევთავაზოთ ჩვენს მიერ დანერგილი და აპრობირებული მეთოდი, რომელიც ეფექტურობასთან ერთად გამოირჩევა შესრულების მარტივი ტექნიკით. ასევე, პაციენტს მკურნალობის პერიოდში, არ უქმნის რაიმე მნიშვნელოვან დისკომფორტს. ჩვენი მეთოდის გამოყენება ასევე მიზანშეწონილია იმ დროს, როდესაც პლასტიკური ოპერაციის ჩატარება წარმოადგენს უკუჩვენებას. ასეთია ჰაიმორის ღრუში დისლოკაცირებული კბილები

თანდართული ანთებითი პროცესით ალვეოლური მორჩის მიმდებარე ლორწოვან გარსზე. ამ შემთხვევაში პლასტიკური ოპერაციის ჩატარება ღრძილის და ლორწოვანი გარსის ანთების გამო პრაქტიკულად არაეფექტურია. ჩვენი მეთოდი ექსტრაქციისთანავე იძლევა შესაძლებლობას დავინყოთ ზედა ყბის წიაღის პერმიტიზაცია.

მეთოდის ჩატარების ტექნიკა:

1) ექსტრაქციის შედეგად წარმოქმნილი ხერელარხის ქირურგიული და მედიკამენტური დამუშავება (საჭიროების მიხედვით ზედა ყბის წიაღის ანტისეპტიკური დამუშავება);

2) კბილბუდის ზედა ერთი მესამედის შევსება ჰემოსტაზური ღრუბელით (ზედაყბის წიაღში შემდგომი სისხლჩაქცევის პროფილაქტიკის მიზნით);

3) კბილბუდის ქვედა ორი მესამედის შევსება სისხლის კოლტით;

4) კბილბუდის მიმდებარე ღრძილის კიდეების დაახლოება და დაფიქსირება კვანძოვანი ნაკერით შესაძლებლობის ფარგლებში (ქსოვილის დაჭიმვის გარეშე) და მისი დამუშავება ინტრაორალური ანტისეპტიკური მაღამოს გამოყენებით;

5) შეკერილ კბილბუდეზე იოდოფორმინი ფილტვის დადება გადაფარვით ალვეოლურ მორჩზე;

6) ფილტვის დაფიქსირება მავთულის რვიანისებრი მარყუჟით ხერელარხის მიმდებარე მედიალურ და დისტალურ კბილებზე.

შემდგომ დღეებში მედიკამენტური მკურნალობის კურსის დანიშვნა და პირის ღრუს ჰიგიენის სრულფასოვანი წარმოება მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ხერელარხის ობტურაციის ვადების შემჭიდროვებას. იოდოფორმის ფილტვის გამოცვლა წარმოებს ჩვენებების მიხედვით ყოველ მე-4 ან მე-5 დღეს.

აღნიშნული მეთოდის გამოყენების უკუჩვენებას წარმოადგენს ადენტია, როდესაც ხერელარხის ორივე ან ერთ მხარესაც კი არ არსებობს კბილი რვიანისებრი მარყუჟის ფიქსაციისათვის.

ჩვენს მიერ მოწოდებული მეთოდით ოროანტრალური ხერელარხის ობტურაცია ჩატარდა 20-დან 55 წლამდე ასაკის 12 პაციენტს. მათ შორის 5 (41,76±3,7%) იყო ქალი, ხოლო 7 (58,33±3,7%) - მამაკაცი. აღნიშნული პირები აღრიცხვაზე იმყოფებიან ქართულ-გერმანული დენტალური ინპლანტაციის ცენტრში HBI-dent.

პაციენტებს ოპერაციის ჩატარების შემდეგ იოდოფორმის ფილტას ვუცვლიდით ჩვენების მიხედვით ყოველ მე-4 ან მე-5 დღეს. დინამიკაში ვაკვირდებოდით ჭრილობაში ახლადწარმოქმნილი გრანულაციური ქსოვილის ზრდას.

გამოკვლევამ ცხადყო, რომ 12 პაციენტიდან 8-ს (66,7±3,6%) ოროანტრალური ხერელარხი დაეხურა 3-4 კვირაში. აღსანიშნავია, რომ ყველა მათგანს აღნიშნებოდა მცირე ზომის პერფორაცია იზოლირებულად ლოყისკენა მედიალური (3 პაციენტი), დისტალური (4 პაციენტი), ან სასისკენა ფესვის (1 პაციენტი) კბილბუდის არეში. 3 (25,0±3,5%) პაციენტს ოროანტრალური ხერელარხი დაეხურა 5-6 კვირაში.

ყველა მათგანს აღნიშნებოდა შედარებით დიდი ზომის პერფორაცია ერთიანი ხერელარხით მედიო-დისტალური ფესვების არეში. სრული ობტურაციის პროცესი 1 (8,3±2,7%) პაციენტის შემთხვევაში განხვდებოდა 8 კვირამდე. ოროანტრალური ხერელარხი მოიცავდა სამივე ფესვის კბილბუდეს, აღნიშნებოდა მიმდებარე რბილი და მაგარი ქსოვილების ანთებად-დეისტრუქციული ცვლილებები.

ამრიგად, ჩატარებული კვლევის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ ჩვენს მიერ მოწოდებული ოროანტრალური ხერელარხის დახურვის მეთოდი მისი ჩატარების სიმარტივის გამო მეტად მოსახერხებელია პრაქტიკოს ქირურგ-სტომატოლოგთათვის. მათი დანერგვა წარმატებით შეიძლება ამბულატორიულ ქირურგიულ სტომატოლოგიაში.

ლიტერატურა:

1. ბრეგაძე ა., ბრეგაძე ო. ქირურგიული სტომატოლოგიის საფუძვლები // თბილისი 1998.
2. Саво Е. Амваторная хирургия зубов и полости рта // Будапешт.- 1997, -299 с.
3. Хирургическая стоматология (под ред Т.Г. Ровустовой) // Москва.-1998, -575 с.

Bregadze O. A.; Metreveli K.G.

THE METHOD OF OBTURATION OF PERFORATED MAXILLARY SINUS, DEVELOPED AFTER TOOTH EXTRACTION

TSMU, The Department of Surgical Stomatology and Maxillo (Jaw) – Facial Surgery; Georgian-German Center of Dental Implantation “HBI-dent”

As we know, in modern dental surgery, different methods of oroantral fistula liquidation are suggested.

The study describes the method of perforated maxillary sinus obturation. Suggested method provides oroantral fistula liquidation without surgical intervention. It is effective and technically easy to perform: fistula developed after tooth extraction undergoes surgical intervention and pre-treatment with medicaments, thereafter gingival (gum) edges are held together and fixed with nodular suture. Antiseptic mouth ointment is used.

Period of cure goes without complications and discomfort. Taking into consideration patients psychosocial factors, the suggested method is more acceptable, than the method used in plastic surgery.

The method can be successfully used in case of inflammation surrounding fistula and in situations, when plastic surgical intervention is contraindicated.

The course of treatment with medicaments and hygiene procedures of oral cavity, significantly determined the period of complete obturation.

The contraindication of the mentioned method is adentia, when absence of teeth on the one or both sides of fistula prevent fixation of 8-shaped loop.

გვერუდვა მ., გვერუდვა თ., ქავთარაძე გ.

ლიპიდური ცვლის მოქალაქეობით დაავადებულ პაციენტებში

თსსუ-ის შინაგანი მედიცინის №1 დეპარტამენტი
(გიმარათუღაა სინდრომული დიაგნოსტიკა)

გულის იშემიური დაავადება (გიდ) მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში არის სიკვდილიანობის უზშირესი მიზეზი. იგი მოიცავს პათოლოგიებს, რომლებიც სთვლისაც დამახასიათებელია მიოკარდიუმის უზნებადით არაადექვატური მომარაგება გვირგვინოვანი სისხლის მიმოქცევის გაუარესების შედეგად.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით ყოველწლიურად კარდიოვასკულური დაავადებით იღუპება 16 მილიონი ადამიანი, როგორც ვარაუდობენ 2020 წლისთვის ეს მაჩვენებელი შესაძლოა 25 მილიონამდე გაიზარდოს, ამასთან სიკვდილიანობის უმრავლესობა (11,1 მილიონი) შესაძლოა მოდიოდეს გულის იშემიურ დაავადებაზე.

მთელ მსოფლიოში კარდიოვასკულურ დაავადებათა განვითარების ძირითადი მიზეზი 75%-ში არის სამი ძირითადი რისკის ფაქტორი: ქოლესტეროლის დონის მატება, სიგარეტის ჭარბი მოხმარება და მაღალი არტერიული წნევა. ამათგან ყველაზე დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქოლესტეროლის მაღალ დონეს.

გულის იშემიურ დაავადებას ხშირ შემთხვევაში საფუძვლად უდევს გვირგვინოვანი არტერიების ათეროსკლეროზი. იგი სისხლძარღვის კედელში აპოB-ს შემცველი ლიპოპროტეინების (ათეროგენული ლიპოპროტეინი) დაჟანგვის საპასუხოდ განვითარებული ანთებითი რეაქციის შედეგია. არტერიული სისხლძარღვის კედელში ათეროგენული ლიპოპროტეინების შეღწევის ინტენსივობას სისხლში ამ ლიპოპროტეინების კონცენტრაცია და ზომა განსაზღვრავს. რაც უფრო მცირეა აპოB-ს შემცველი ლიპოპროტეინის ზომა და მეტია მისი კონცენტრაცია სისხლში, მით მეტად აგრესიულია ის ათეროგენების თვალსაზრისით. სისხლძარღვის კედელში აპოB-ს შემცველი ლიპოპროტეინების დაჟანგვის საპასუხოდ განვითარებული თანმიმდევრული ჯაჭვური რეაქცია საბოლოოდ ათეროსკლეროზული ფოლაქის წარმოქმნით მთავრდება.

სადღეისოდ განიხილება ათეროსკლეროზის განვითარების რამოდენიმე ჰიპოთეზა. ფართომასშტაბიანი მულტიცენტრული გამოკვლევებით დადგენილია ათეროსკლეროზის და გულის იშემიური დაავადების განვითარების მჭიდრო კორელაცია სისხლში ქოლესტეროლის, ტრიგლიცერიდების და ლიპოპროტეინების შემცველობასთან. დადგენილია, რომ სისხლში დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ჭარბი კონცენტრაცია, ხოლო მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების დეფიციტი ხელს უწყობს

ათეროსკლეროზის პროგრესირებას და მისი გართულებების განვითარებას.

დღეისათვის არსებობს მტკიცებულებები, იმის შესახებ, რომ ზოგიერთი ფსიქიატრიული პათოლოგია დაკავშირებულია კარდიოვასკულურ დაავადებებთან. თუმცა კავშირი ამ ორ პათოლოგიას შორის დღეისათვის ბოლომდე ნათელი არ არის.

რამოდენიმე კლინიკური გამოკვლევა ადსტურებს, რომ შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტების სიკვდილიანობის უზშირესი მიზეზი გულის იშემიური დაავადებაა. ეს შესაძლოა აიხსნას იმით, რომ გიდ-ის განვითარების რისკის ფაქტორები, რომელიც მოიცავს თამბაქოს, დაბალ ფიზიკურ აქტივობას, სიმსუქნეს, ფსიქოსოციალურ ფაქტორებს (დებრესია, სოციალური იზოლაცია, დაბალი სოცოეკონომიური სტატუსი, სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობა), მაღალი სისხშირით გვხვდება ფსიქიატრიულ პაციენტებში.

კვლევის მასალა და მეთოდები. ლიპიდური სპექტრი შეფასდა შიზოფრენიით დაავადებულ 40 პაციენტში, მათი უმრავლესობის დიაგნოზი ICD 10-ის მიხედვით იყო, პარანოიდული შიზოფრენია, პარალელურად გამოკვლეულ იქნა 30 პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანი. გამოკვლეულ პირთა ასაკი იყო 50 ± 15 წელი.

პაციენტები გამოკვლევის პროცესში ლებულობდნენ პრეპარატებს ძირითადი დანიშნულების მიხედვით და მათი უმრავლესობა იმყოფებოდა კომბინირებულ თერაპიაზე: ჰალოპერიდოლი (5-20მგ), ციკლოდოლი (4-8მგ), ამინაზინი (100-200მგ), აზა-ლეპტინი (25-100მგ), ტრიპტაზინი (10-15მგ), კარბამაზეპინი (20მგ).

ლიპიდური სპექტრის განსაზღვრის მიზნით სისხლი აღებულ იქნა უზმოზე. ქოლესტეროლის დონე განისაზღვრა ენზიმური პროცედურით. (cholesterol oxidase/phenylperoxidaseaminophenozonphenol [CHOD-PAP], Boehringer Mannheim). HDL- მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი განისაზღვრა იგივე ენზიმური პროცედურით და სპექტრომეტრული ანალიზით. LDL- დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი გამოთვლილ იქნა Friedewald-ის ფორმულით.

მიღებული შედეგების მიხედვით Chol > 180მგ/დლ შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში მივიღეთ 67,5%-ში, HDL < 35 მგ/დლ 40%-ში, LDL > 130მგ/დლ 32,5%-ში, TG > 200მგ/დლ 40%-ში, I.A. > 3,5 60%-ში იყო მომატებული (სურ. 1)

როგორც აღმოჩნდა ქოლესტერინის დონე სარნმუნოდ არის მომატებული შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში (192,8±41,6) საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (167,1±28,0) $p=0,029$ (ცხრილი 1).

HDL-ის დონე საკვლევ ჯგუფში იყო $44,0 \pm 24,3$, საკონტროლო ჯგუფში $43,0 \pm 5,1$, ამ მონაცემებს შორის სტატისტიკურად სარნმუნო სხვაობა ვერ მივიღეთ.

LDL-ის დონე საკვლევ ჯგუფში მივიღეთ $115,4 \pm 41,9$, საკონტროლო ჯგუფში $101,1 \pm 28,4$.

სტატისტიკურად სარნმუნოდ იყო მომატებული

ტრიგლიცერიდების დონე შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში 166,8±92,9, საკვლევ ჯგუფთან შედარებით 114,8±33,9. $p=0,033$.

VLDL-ის დონე საკვლევ ჯგუფში მივიღეთ 33,4±18,6, საკონტროლო ჯგუფში 23,0±6,8. ამ მონაცემებს შორის დაფიქსირდა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა $p=0,033$.

ასევე სარწმუნოდ იყო მომატებული ათეროგენების ინდექსი შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში 4,0±1,8, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით 3,0±0,9. $p=0,022$.

აღნიშნული შედეგებიდან ირკვევა, რომ შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტები იმყოფებიან ათეროსკლეროზული პროცესების განვითარების რისკის ქვეშ.

როგორც ცნობილია ქოლესტეროლის დონის მატება 10%-ით, 20%-30%-ით ზრდის გიდ-ის განვითარების რისკს, ხოლო ტრიგლიცერიდების დონის მატება 250მგ/დლ-ზე მეტად 2-ჯერ ზრდის გიდ-ის განვითარების რისკს.

Meyer-ის, Wirshing-ის და თანაავტორების მიერ ჩატარებულ კვლევაში აღმოჩნდა, რომ პაციენტები, რომლებიც ღებულობდნენ ახალ ანტიფსიქოზურ პრეპარატებს აღნიშნებოდათ ლიპიდების მაღალი დონე. კერძოდ კლოზაპინზე (ახალეპტინზე) ჩატარებულ კვლევაში აღმოჩნდა რომ ამ დროს მომატებულია ტრიგლიცერიდების დონე, ხოლო საერთო ქოლესტეროლის დონე უცვლელია, განსხვავებით ოლანზეპინით მკურნალობის შემთხვევაში, როცა მომატებულია, როგორც ქოლესტეროლის ასევე ტრიგლიცერიდების დონე. ამ მიმართულებით ყველაზე მსხვილი კვლევა ჩატარდა გაერთიანებულ სამეფოში (United Kingdom General Practice Research Database), სადაც შესწავლილიქნა 18 309 შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტი, რომლებიც ღებულობდნენ პირველი და მეორე თაობის ანტიფსიქოზურ პრეპარატებს. აღმოჩნდა, რომ პაციენტები, რომლებიც ღებულობდნენ ოლანზეპინს აღნიშნებოდათ ჰიპერლიპიდემია, განსხვავებით იმათგან ვინც მედიკამენტებს არ ღებულობდნენ.

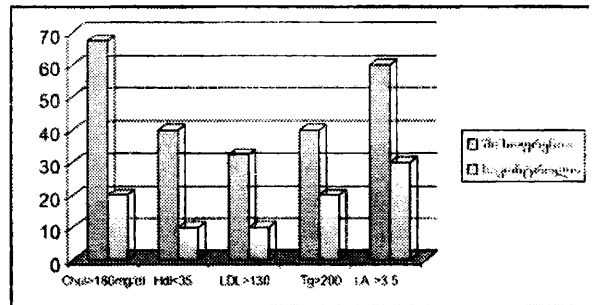
ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე ლიპიდური ცვლის დარღვევის ერთ-ერთ მექანიზმად შეიძლება განვიხილოთ მედიკამენტების ზემოქმედება, მაგრამ მეორეს მხრივ, როგორც ვიცით შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში აღინიშნება HPA ღეროს ჰიპერაქტივობა, რაც დაკავშირებულია კორტიკოტროპინის და კორტიზოლის გამომუშავების დარღვევასთან, HHPA სისტემის რაფინირებულმა ანალიზმა უჩვენა, რომ დიდი დეპრესიით დაავადებულებში დაზიანებულია კორტიკოსტეროიდული რეცეპტორები, რაც შედეგია ტვინის სხვადასხვა უბანში კორტიკოტროპინ რილიზინგ ჰორმონის ჭარბი სეკრეციის. კორტიკოსტეროიდები კი თავის მხრივ ხელს უწყობენ, ჰიპერქოლესტერინემიას და ჰიპერტრიგლიცერიდემიას. მიუხედავად იმისა თუ რომელი მექანიზმით არის განპირობებული ლიპიდური ცვლის დარღვევა, შიზოფრენიით დაავადებული პაციენტები

საჭიროებენ პერიოდულ გამოკვლევას და პრევენციული ღონისძიებების გატარებას ათეროსკლეროზის განვითარების თავიდან ასაცილებლად.

ცხრილი 1.
ლიპიდური სპექტრის სტატისტიკური ანალიზი შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებში და საკონტროლო ჯგუფში

	საკვლევ ჯგ.		საკონტროლო ჯგ.		P
	Mean	SD	Mean	SD	
CHOL	192,8	41,6	167,1	28,0	0,029
HDL	44,0	24,3	43,0	5,1	NS
LDL	115,4	41,9	101,1	28,4	NS
TG	166,8	92,9	114,8	33,9	0,033
VLDL	33,4	18,6	23,0	6,8	0,033
IA	4,0	1,8	3,0	0,9	0,022

სურ.1
ლიპიდური სპექტრის პროცენტული განაწილება საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში.



ლიტერატურა:

1. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Ustundag B 2003a. Serum leptin and cholesterol levels in schizophrenic patients with and without suicide attempts. Acta Psychiatr. Scand. 108(3) 208-214.
2. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Ustundag B 2003a. Serum leptin and triglyceride levels in patients on treatment with atypical antipsychotics. J. psychiatry 64(5), 598-604.
3. Г.В Кавтарадзе. Патологические и клинические аспекты ишемической болезни сердца и гипертонической болезни в свете психоадаптационных и характерологических особенностей больных. (Автореферат)ю
4. Cui Y, Blumenthal RS, Flaws JA, et al. Non-high-density lipoprotein cholesterol level as a predictor of cardiovascular disease mortality. Arch Intern Med. 2001; 161; 1413-1419
5. Bruce D, Gaulin M. S., Pharm., Jon S. Markowitz, Pharm.D. Clozapine-Associated Elevation in Serum Triglycerides. Am J Psychiatry 156:8 August 1999.
6. David M. Lavrence, Cashel Darcy J. Holman, Assen V. Jablensky and Michael S. T Hobbs. British journal of psychiatry (2003), 182,31-36 Death rate from ischemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998.
7. Guey-Mei Jow a, Tsung-Tsair Yang a,b,*, Chun-Lan Chen c Leptin and cholesterol levels are low in major depressive disorder, but high in schizophrenia. Journal of Affective Disorders 90 ss(2006) 21-27.

8. M. Gegenava, G. Kavtaradze. Ischemic heart disease and electrocardiographic changes in hospitalized mental patients. *Annals of Biomedical Research and Education*. 2005, 5, 219-221
9. Peter H, Tabrizian S, Hand I. Serum cholesterol in patients with obsessive compulsive disorder during treatment with behaviour therapy and SSRI versus placebo. *Int. J Psychiatry Med* 2000; 30; 27-29.
10. Patric O'Brien & Femi Oyebo. Psychotropic medication and the heart. *Advances in Psychiatric Treatment* (2003), vol 9, 414-423
11. Pennix, B W. J. H. Beekman, A. T. F. Hong, A, et al, (2001) Depression and cardiac mortality. *Archives of General Psychiatry*, 58, 221-227.
12. Stamler J, Daviglius ML, Garside DB, et al. Relationship of baseline serum cholesterol levels in 3 large cohorts of younger men to long-term coronary, cardiovascular, and all-cause mortality and to longevity. *JAMA*. 200; 284:311-31
13. ILIB International lipid information bureau. *Dyslipidemia and coronary heart disease*. 3rd Edition. 2003

Gegenava M., Gegenava T., Kavtaradze G.

LIPID LEVEL ABNORMALITIES IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Tbilisi State Medical University, department of internal medicine #1 (syndrome diagnostics)

Several studies have demonstrate higher rates of cardiovascular death among psychiatric patients, particularly those with schizophrenia, compared with the general population.

The aim of present work was to reveal risk factors for cardiovascular disease among patients with schizophrenia

Cholesterol and other lipids were measured in 40 patients (n=40).

Cholesterol level >180mg/dl were determined in 67,5%, HDL<35mg/dl revealed in 40%. LDL> 130mg/ were determined in 32,5%, Triglycerides >200mg/dl were determined in 40%. I.A >3,5 were determined in 60%.

გაგეშიძე თ., ვაშაკიძე ე., ხუჭუა თ.

A ჰეპატიტის თაჰინაჰურაჰი თანაჰედროჰე ეტაჰე

თსსუ-ის ინჰეჰიურ სნაჰეჰათა ღაჰარტაჰენტი

A ჰეპატიტი, რნმ-ის შემცველი ვირუსით გამოწვეული მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომლის ინფიცირების მექანიზმი - ფეკალურ-ორალურია (4,6). ძირითადად ავადდებიან არაიმუნური პირები, ბავშვები - 14 წლამდე, თუმცა მაღალი ჰიგიენური სტანდარტების ქვეყნებში (განვითარებულ ქვეყნებში) ვირუსთან პირველი კონტაქტი მოზრდილთა ასაკშიცაა მოსალოდნელი (2,4,6). დაავადება ყველაზე ხშირია ვირუსულ ჰეპატიტებს შორის-20-40% ყველა ვირუსული ეტიოლოგიის ჰეპატიტიდან(1,2,4) A ჰეპატიტი ძირითადად მსუბუქად მიმდინარე თვითგანკურნებადი დაავადებაა.

მიმდინარეობა შესაძლოა იშვიათად ორფაზიანი, ან ქოლესტაზური იყოს. ფულმინანტური ფორმა ძალზე იშვიათია-0,01%, იმუნოკომპრომენტირებულ პირებში-0,1-1,0% (2,3,5). გართულებული მიმდინარეობა და სიკვდილობის მაჩვენებელი უფრო მაღალია მოზრდილთა ასაკში, ვიდრე ბავშვებში — 2,7% და 0,004% შესაბამისად. (4,6). ყველა ეტიოლოგიის ფულმინანტური ჰეპატიტების მხოლოდ 1% ინვეეს A ვირუსი (1,4). შერლოკის მიხედვით — დეტალობა დიდი ეპიდემიის დროს არ აღემატება 1:1000.(6).

ქრონიზაციის პროცესი და მტარებლობა არ არის აღწერილი (2,4,6) დაავადების გადატანის შემდეგ მყარი იმუნიტეტი ყალიბდება.

ზემოაღნიშნული მონაცემების ფონზე, ჩვენი ყურადღება მიიქცია თსსუ ინფექციური სნეულებათა დეპარტამენტის ბაზაზე (ს.ს. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს.პ. ცენტრი) 2007—2008 წწ. დაფიქსირებულმა A ჰეპატიტის ფულმინანტური ფორმების შემთხვევებმა ბავშვთა ასაკში. კლინიკის მასალის შესწავლისას აღმოჩნდა, რომ 2000 — 2007 წწ. ფულმინანტური A ჰეპატიტის არც ერთი შემთხვევა არ იყო გამოვლენილი. 2007 წელს და 2008 წლის პირველ 2 თვეში სტაციონარში გატარდა A ჰეპატიტის ფულმინანტური ფორმის 5 შემთხვევა, რაც ჰოსპიტალიზებულ A ჰეპატიტის შემთხვევების (415) 1,2%-ია იმავე პერიოდში. პაციენტებიდან 3 შემთხვევა დამთავრდა ლეტალობით, ორის მდგომარეობა გაუმჯობესდა, მათგან ერთი გაენერა, ერთი ამჟამად განაგრძობს მკურნალობას ჩვენს სტაციონარში.

ყველა შემთხვევაში დაავადება დაიწყო მწვავედ, დისპეპსიური და რესპირატორული პროდრომით, რაც გრძელდებოდა 3-5 დღე, რასაც მოჰყვა შარდის გამუქება, აქოლია და სიყვითლე სკლერებზე. პირველად ექიმთან მიმართვისას მდგომარეობა 4 შემთხვევაში შეფასდა საშუალო სიმძიმედ და პაციენტები მოთავსდნენ რაიონულ კლინიკებში, 1 პაციენტის მდგომარეობა (ბათუმში) იყო მსუბუქი და დაბრუნდა ბინაზე. აღნიშნული პაციენტებიდან ორს ჰქონდა კონტაქტი A ჰეპატიტით დაავადებულ ოჯახის წევრთან. ჰოსპიტალიზებულ ავადმყოფთა (4) მდგომარეობა 3-5 დღეში დამძიმდა, გამოეხატათ ენცეფალოპათიის მოვლენები: სიყვითლის ინტენსივობამ მოიმატა, ბავშვები გახდნენ ადინამიური, აღენიშნათ ძილიანობა, უმადობა, გულისრევა და ლებინება, პროტრომბინის ინდექსი დაქვეითდა, რის გამოც პაციენტები სასწრაფო დახმარების მანქანით გადმოყვანილი იყვნენ ჩვენს კლინიკაში დაავადების მე-8-10 და სიყვითლის 4-5 დღეს.

ბათუმელი 5წ. პაციენტი, რომელიც ბინაზე იმყოფებოდა დაავადების მსუბუქი მიმდინარეობით, 1 კვირის შემდეგ შედარებით შემცირებული სიყვითლის ფონზე სიყვითლის ინტენსივობამ კვლავ მოიმატა, გამოეხატა ინტოქსიკაციის მოვლენები: ძლიერი ადინამია, სისუსტე, ანორექსია, ძილიანობა, გულისრევა, ლებინება და გადმოყვანილი იქნა

ჩვენს კლინიკაში უმძიმეს მდგომარეობაში. დინამიკაში კლინიკური და ლაბორატორიული მაჩვენებლები გაუარესდა, პროთრომბინის ინდექსი — დაქვეითდა (შემდეგ უკვე სისხლი არ დედდებოდა), გამოხატული იყო ენცეფალოპათიის მოვლენები, დინამიკაში დაენყოთ ალგზნება, შემდეგ პრეკომა, კომა და ჩატარებული ინტენსიური პათოგენეზური თერაპიის მიუხედავად 3 პაციენტი მოკვდა, საბოლოო დიაგნოზი: A ჰეპატიტი, მწვავე ფულმინანტური ფორმა, ლვიძლისმიერი კომა.

ცხრილში მოცემულია 5 პაციენტის მონაცემები:

	№1	№2	№3	№4	№5
ასაკი (წ)	4	9	5	5	4
სქესი	მდედ.	მდედ.	მამრ.	მდედ.	მდედ.
კონტაქტი A ჰეპატიტით დაავადებულით	-	-	+	-	+
ფონური დაავ. გამოსავალი	mors	mors	mors	გამო-ჯანმრთელდა	განაგრძ. მკურნ.

ყველა პაციენტს დიაგნოზი დაუდასტურდა სეროლოგიური გამოკვლევებით /ELISA/ ანტი-HAV Ig M(+) დადებითი, B,C,D ჰეპატიტების ყველა მარკერი უარყოფითი იყო. მნიშვნელოვანი იყო, რომ არც ერთი პაციენტის მშობელი არ აღნიშნავდა დამძიმებულ პრემორბიდულ ფონს, მათი გადმოცემით ბავშვები პრაქტიკულად ჯანმრთელი იყვნენ.

ამრიგად, აღნიშნული კლინიკური შემთხვევების განხილვა ნათელყოფს, რომ მწვავე A ჰეპატიტის არა ყოველთვის კეთილსაიმედო დაავადებაა და მოსალოდნელია მისი მძიმე შემთხვევები ლეტალური გამოსავლით, რაც საჭიროს ხდის A ჰეპატიტის გეგმიური ვაქცინაციის საკითხის გადახედვას და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პედიატრიული სამსახურის მიერ შესაბამისი ზომების მიღებას.

ლიტერატურა

1. Amoroso P. Buonocore S. Lettier G –The clinical profale of acute hepatitis A infection is it really so severe?- HEPATOLOGY 2004. Feb. 39(2). 572-573 (medline)
2. Centers for Disease Control and Prevention . Viral hepatitis A. Available at [http:// www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatites/](http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatites/) 2006.
3. Giammarinol. Dienstag JL.— Hepatitis A – the price of progress. N. Engl. J Med. Sep. 1.2005 . 353 (9) 944-6 (medline)
4. Kuntz E. H-D Kunts –Hepatology Principles and Practice. 2nd Edition 2006. 112-116, 418-422.
5. Segev A. Hadari R. Zehavi T et al. – Lupus like syndrome with submassive hepatic necrosis associated with hepatitis A . J.Gastroenterolog. Hepatology. Jan. 2001. 16 (1) 112-114. (medline)
6. III Шерлок Дж Дули-Заболевания печени и желчных путей. 1999.-С.309-313.

T. Gegeshidze, E. Vashakidze, T Khuchua

PECULIARITIES OF THE ACUTE HEPATITIS A ON THE PRESENT-DAY BASIS

TSMU, department of the Infectious Diseases.

Hepatitis A is an acute infectious disease, generally having a mild course, however the tendency to the severe course is particularly encountered in the adulthood, the disease seldom follows a biphasic or cholestatic course. The fulminant course of the disease is described rarely – 0,01 % , although in the immunocompromised patients the same rate is higher– 0,1-1,0 %. The transition in the chronic hepatitis or the chronic carrier state of the hepatitis A virus has not been described.

During the last 6-7 years, till the year 2007 there were no fulminant course of the hepatitis A registered in the TSMU clinic, department of the Infectious Diseases.

In the years 2007-2008 five cases of the acute hepatitis A with hepatic encephalopathy were reported the three cases of which had fulminant course and were lethal. In other two cases the improvement of the patients’ condition was reached by the appropriate supportive treatment. In all five case-reports the diagnosis of HAV was confirmed by the serological investigation (ELISA) with anti-HAV Ig M (+) in the serum, although other markers of the hepatotropic viruses (B, C, D) were not detected.

Thus, clinical cases described above, proves that there is a likelihood of developing fulminant forms of the hepatitis A with the lethal outcome, thus making necessary to make vaccination of children against hepatitis A.

გეთია მ., მჭედლიძე ქ., ბაკურიძე ა., კუჭუხიძე ჯ.

გვარი ბალბას (Malva L.) სახეობების შედარებითი ანატომიური დახასიათება

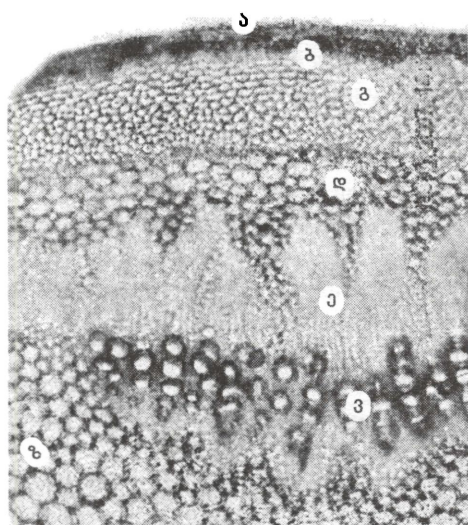
თსუ-ის შარვაკოგნოზიის დეპარტამენტი

შესწავლილია გვარი ბალბას (Malva) საქართველოში მოზარდი სახეობების (Malva silvestris L. Malva pusila Smith., Malva neglecta Warll.) პოლისაქარიდული შედგენილობა [1,2,4] და შემუშავებულია მისივე შემცველობის ამოსახველებელი მოქმედების შუშუნა ტაბლეტები [3].

სამკურნალო მცენარეულ ნედლეულზე ნორმატიულ-ტექნიკური დოკუმენტაცია მოითხოვს მორფოლოგიური და ანატომიური ნიშნების შესწავლას ნედლეულის ნამდვილობის დადგენის მიზნით.

გვარი ბალბას (Malva L.) ზემოთ დასახელებული სახეობების ანატომიური აგებულების შესახებ მონაცემები ლიტერატურულ წყაროებში არ აღმოჩნდა, რაც საფუძვლად დაედო მათი ვეგეტატიური ორგანოების მიკროსტრუქტურის შესწავლას.

მიკროსკოპული შესწავლა ხდებოდა ცოცხალ (ნედლ) მასალაზე განივი და სიგრძივი ანათლების, აგრეთვე ზედაპირული პრეპარატების დამზადების გზით. ანათლები მზადდებოდა ბასრი სამართების



სურათი 1. ღეროს განივი განაკვეთი: ა) ეპიდერმისი; ბ) ჰიპოდერმა; გ) კოლენქიმა; დ) პირველადი ქერქის პარენქიმა; ე) ფლოემა; ვ) ქსილემა; ზ) გულგული.

გამოყენებით. პრეპარატების შეღებვა ვანარმოეთ 1% საფრანინის წყლიანი ხსნარით. მიკროპრეპარატების შემავსებელ სითხედ ვიყენებდით გლიცერინის წყლიან ხსნარს (1:1). ობიექტების ანატომიური სტრუქტურების შესასწავლად გამოვიყენეთ ჟენევალის ფირმის სინათლის მიკროსკოპი. ფოტოდოკუმენტური მასალა მოვამზადეთ Nikon-ის ციფრული აპარატით.

ვეგეტატიური ორგანოების ანატომიური თავისებურებები განხილულია კვლევის შედეგებში.

ღერო (სურ. 1). განივი განაკვეთზე ეპიდერმისის ქვეშ განლაგებულია უჯრედების 2-3 წყებიანი ჰიპოდერმა; მას მოსდევს ქლოროპლასტების შემცველი პირველადი ქერქის ვინრო შრე და კოლენქიმის მთლიანი, ფართო ფენა. ეს უკანსაკნელი *Malva pusila*-ში ხასიათდება ფირფიტოვანი, ხოლო *M. silvestris* და *M. neglecta*-ს შემთხვევაში კუთხური გასქელებით. კოლენქიმას შიგნიდან ემიჯნება 5-6 შრიანი პარენქიმა, რომელიც შეჭრილია კოლატერალურ გამტარ კონებს შორის. გულგულს უკავია ღეროს უდიდესი ნაწილი, რომელიც ხასიათდება თანაბარზომიერი, თხელგარსიანი პარენქიმული

უჯრედებითა და მათში არსებული კალციუმის ოქსალატის დრუზებით; ეპიდერმისზე შეინიშნება მარტივი, ერთუჯრედიანი გრძელი მახვილწვერიანი ბუსუსები.

ფოთოლი (სურ. 2). განივი განაკვეთზე ხასიათდება დორსოვენტრალური აგებულებით. ზედა ეპიდერმისს ემიჯნება სამშრიანი მესრისებრი პარენქიმა. ღრუბლისებრ პარენქიმას მეზოფილის დაახლოებით 1/3 უკავია, რომელშიც მესრისებრ პარენქიმასთან შედარებით კალციუმის ოქსალატის დრუზები უფრო მეტადაა წარმოდგენილი.

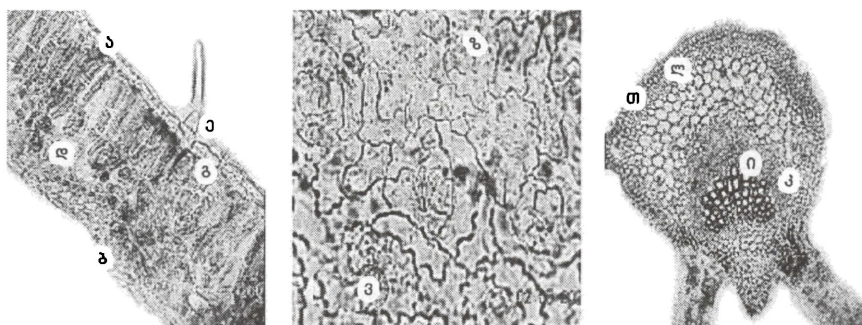
ზედაპირულ პრეპარატზე ეპიდერმისი ხასიათდება დაკლაკნილკედლიანი უჯრედებით; ზედა ეპიდერმისის უჯრედების ზომები და დაკლაკნის ხარისხი გაცილებით ჭარბობს ქვედა ეპიდერმისის იმავე მაჩვენებლებს. ბაგეები ანომოციტური ტიპისაა, გვხვდება ფოთლის ორივე მხარეს უფრო მეტად ქვედა ეპიდერმისზე.

ტრიქომები ორი ტიპისაა: მარტივი ერთუჯრედიანი და ჯირკვლოვანი.

ფოთლის მთავარი ძარღვის არეში ეპიდერმისის ქვეშ განლაგებულია მრავალშრიანი კოლენქიმა; პარენქიმა შეიცავს კალციუმის ოქსალატის დრუზებს. გამტარი კონა კოლატერალურია.

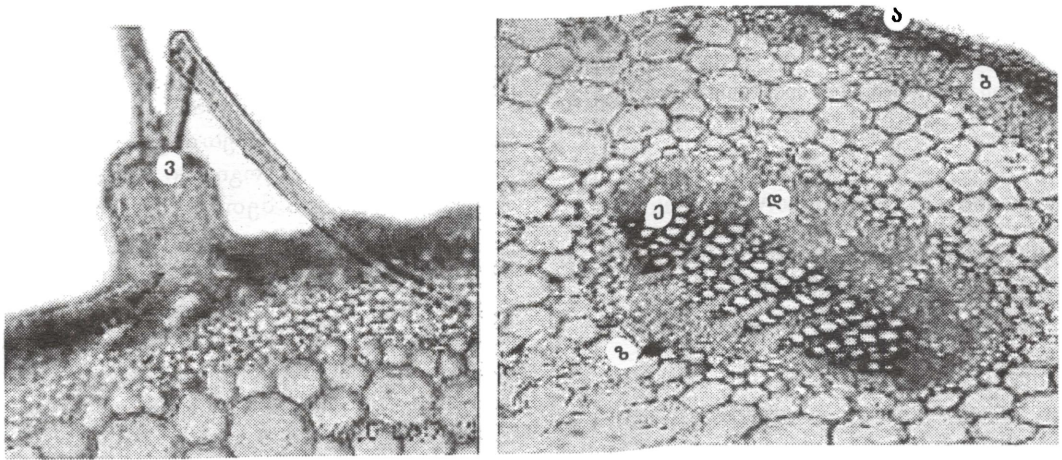
ფოთლის ყუნწი (სურ.3). განივი განაკვეთზე ცილინდრული ფორმისაა; ეპიდერმისის ქვეშ ვინრო შრედ განლაგებულია ქლოროპლასტების შემცველი პარენქიმა, რომელსაც მოსდევს 5-6 შრიანი კოლენქიმა. კოლენქიმა ხასიათდება კუთხური გასქელებით. ყუნწის პარენქიმული ქსოვილის პერიფერიულ ნაწილში კოლატერალური ტიპის გამტარი კონები ერთ შრედაა განლაგებული. ტრიქომები ორი ტიპისაა: მრავალუჯრედიანი ე.წ. სადგარზე მოთავსებული გრძელი, ერთუჯრედიანი მახვილწვერიანი ბუსუსები და ჯირკვლოვანი ბუსუსები ერთუჯრედიანი ფეხითა და მრავალუჯრედიანი თავაკით. კალციუმის ოქსალატის დრუზები გვხვდება პარენქიმულ ქსოვილში.

ფესვი (სურ.4). განივი განაკვეთზე მფარავი ქსოვილი წარმოდგენილია 5-6 შრიანი საფეხით. მის ქვეშ განლაგებულია პირველადი ქერქის თხელგარსიანი პარენქიმა, რომლის უჯრედები ოდნავ განზიდულია



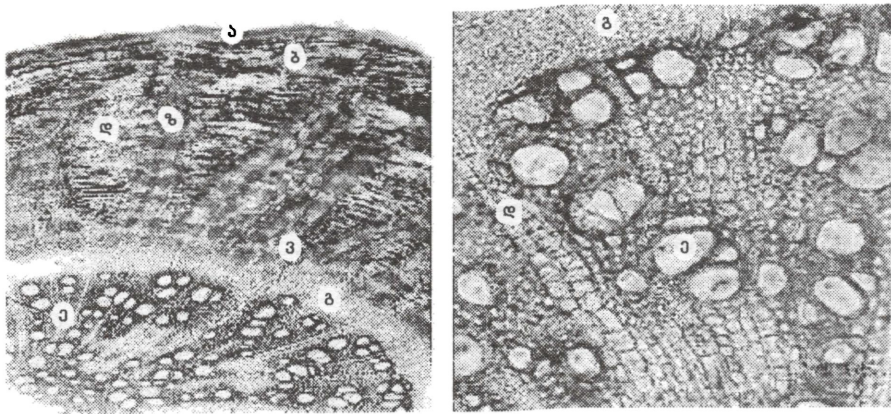
სურათი 2.

ფოთლის განივი განაკვეთი(1); ფოთლის ზედაპირული პრეპარატი(2); ფოთლის განივი განაკვეთი მთავარი ძარღვის არეში(3). ა - ზედა ეპიდერმისი; ბ - ქვედა ეპიდერმისი; გ - მესრისებრი პარენქიმა; დ - ღრუბლისებრი პარენქიმა; ე - მარტივი ბუსუსი; ვ - ჯირკვლოვანი ბუსუსი; ზ - ანომოციტური ტიპის ბაგის აპარატი; თ - კოლენქიმა; ი - ფლოემა; კ - ქსილემა ლ - დრუზა.



სურათი 3. ფოთლის ყუნწის განივი განაკვეთი:

ა) ეპიდერმისი; ბ) კოლენქიმა; გ) კოლატერალური გამტარი კონა; დ) ფლოემა; ე) ქსილემა; ვ) მარტივი ბუსუსი; ზ) დრუზა.



სურათი 4. ფესვის განივი განაკვეთი: ა - საფევი; ბ - პირველადი ქერქის პარენქიმა; გ - კამბიუმი; დ - გულგულის სხივები; ე - ქსილემა; ვ - ფლოემა; ზ - სკლერენქიმა.

ტანგენტალური მიმართულებით. ქერქის პარენქიმა საესეა სახამებლის მარცვლებითა და კალციუმის ოქსალატის დრუზებით.

მერქანი და ლაფანი მკვეთრადაა გამიჯნული კამბიუმის ფართო შრით. მეორად მერქანში რადიალური მიმართულებით განლაგებულია ქსილემის გამტარი ელემენტები, რომლებსაც ერთმანეთისაგან გამოყოფს 2-3 შრიანი გულგულის სხივები. ეს უკანასკნელი ქერქში გადასვლისას თანდათანობით ფართოვდება და ძაბრის ფორმას იღებს. მეორად ლაფანში ტანგენტალური მიმართულებით ერთმანეთს მორიგეობს ბოჭკოებისა და გამტარი ელემენტების ჯგუფები.

ამრიგად, გვარი ბალბას (*Malva L.*) საქართველოში მოზარდი სახეობების (*Malva silvestris L.*, *M. pusila Smith.*, *M. neglecta Warll.*) ვეგეტატიური ორგანოების ანატომიური აგებულება ძირითადად მსგავსი სტრუქტურით ხასიათდება. ნედლეულის იდენტიფიკაციისათვის მიკროსადიაგნოზო ნიშნებად შეიძლება ჩაითვალოს, ლეროებისათვის: ორ-სამ შრიანი სუბეპიდერმა და კოლენქიმა (*Malva pusila-Si firfitovani*, xolo *M. sil-*

vestris და *M. neglecta*-ში კუთხური გასქელებით); ფოთლებისათვის: დორსოვენტრალური აგებულება, ბაგის ანომოციტური ტიპი. საშუალო სიხშირის შებუსუსვა. ორი სახის ტრიქომა – მარტივი ერთუჯრედიანი და ჯირკვლოვანი; ფესვებისათვის: კამბიუმის ფართო შრე, გულგულის სხივები, რომლებიც ლაფანში ძაბრისებრ ფორმას იღებს.

ლიტერატურა:

1. გეთია მ., კუჭუხიძე ჯ., ბაკურიძე ა. ბალბას – *Malva sylvestris L.* კულტივირების ზოგიერთი საკითხისთვის. თსსუ სამეცნიერო შრომათა კრებული XLI. თბილისი 2005/2006 გვ. 397-398
2. გეთია მ., ჯოხაძე მ., უგრეხელიძე ვ., ბაკურიძე ა. კუჭუხიძე ჯ. ბალბას (*Malva*) კულტივირებული ფორმის პოლისაქარიდების შესწავლა. საქართველოს ქიმიური ჟურნალი. 2006. №6. გვ. 686-688
3. Getia M., Murtazashvili T., Bakuridze A., Jokhadze M., Kuchukhidze J. Production of effervescent tablets mucomali from polysaccharides of *Malva silvestris L.* Georgian medical news. 2007. No 4(145). p. 90-94

4. Getia M., Ugrekhelidze V., Jokhadze M., Bakuridze A., Kuchukhidze J. Study of carbohydrates from species of the Mallow (Malva) of Georgian flora. Allergology and immunology. 2006. vol. 7. No 5. p.581-582

Getia M., Mchedlidze Q., Bakuridze A., Kuchukhidze J.

COMPARATIVE ANATOMIC CHARACTERISTICS OF PLANTS OF SPECIES MALLOW (MALVA L.)

Tbilisi State Medical University, Department of Pharmacognosy

Anatomy of vegetative organs of species (Malva silvestris L. M. pusila Smith., M. neglecta Warll.) of Mallow (Malva L.) have similar structures. It is possible to carry to number of diagnostic attributes: for stem - two-three layered subepidermis and kolenkhima; For leaves – dorsoventral structure, lips anomocitical type. Trikhomes average frequency. Two kinds of trikhome - simple monocelled and glandulous; for roots - a wide layer cambium, a radiant core which in phloem accepts the funneled form.

გერზმავა ო., ლომთაძე ლ., კიტოვანი დ.,
გურგენიძე თ., ყაჯრიშვილი მ

ოჯახის გავლენა ახალგაზრდა თაობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე

ჯანდაცვის პოლიტიკის, მანაჯმენტისა და აკონომიკის დეპარტამენტი

მოსახლეობის განათლება, შრომა და ყოფა-ცხოვრება, ტრადიციები, რელიგია, ცხოვრების წესი, ეთნიკური ჯგუფი, რომელსაც მიეკუთვნება ადამიანი, განაპირობებს მის ქცევას, საზოგადოების მასშტაბით კი იმ პროცესების სპეციფიკას, რომლებიც მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გადამწყვეტ გავლენას ახდენენ. ამ კუთხით ოჯახის ინსტიტუტის განმტკიცება სახელმწიფოს უპირველესი მიზანია.

სწორი სოციალური პოლიტიკის წარმართვა, ჯანდაცვითი პროგრამების გაფართოება, სათანადო კანონმდებლობის დახვეწა, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესის აუცილებელ ბერკეტს წარმოადგენს.

კვლევის მიზანია ოჯახის, როგორც ახალგაზრდა თაობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მოქმედი ძირითადი მამოდიფიცირებელი ფაქტორის გავლენის შესწავლა შექმნილი სოციალურ-ეკონომიკური სიტუაციის გათვალისწინებით და მიღებული შედეგების საფუძველზე სათანადო პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის პროცესში გადანყვეტილი იქნა შემდეგი ამოცანები: საქართველოს მოსახლეობის და მათ შორის ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის ამსახველი მონაცემების კომპლექსური შესწავლა; ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ძირითადი სოციალურ-ეკონომიკური, სოციალურ-

ჰიგიენური და სამედიცინო-ბიოლოგიური ფაქტორების ურთიერთკავშირის დადგენა.

დასახული მიზნისა და ამოცანების განსახორციელებლად გამოვიყენეთ ისტორიული, სოციალურ-ჰიგიენური, სოციოლოგიური, სამედიცინო-სტატისტიკური კვლევის მეთოდები. გაანალიზებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის, თსუ-ის ჯანდაცვის პოლიტიკის, მენეჯმენტისა და ეკონომიკის დეპარტამენტის განკარგულებაში არსებული მასალები. მასალა დაჯგუფებულ იქნა ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობის მონაცემების მიხედვით.

ოჯახის პრობლემის გამოკვლევა მის აქტუალობასთან დაკავშირებით მოითხოვს სხვადასხვა მეთოდების გამოყენებას. ამ კუთხით ერთ-ერთ ყველაზე გამართლებულ გზას წარმოადგენს კონკრეტული სოციოლოგიური კვლევა.

ამ მიზნით 2006–2007 წლებში ჩატარებულ იქნა 400 ოჯახის გამოკვლევა, რომელიც ითვალისწინებდა ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების დადგენას. გამოკვლევა ჩატარდა სტატისტიკური კვლევის გენერალური ერთობლიობის რეპრეზენტატიული ნაწილის გათვალისწინებით. შესასწავლი პოპულაციის შეფასებისას ჭეშმარიტი მნიშვნელობიდან ნანაცვლების თავიდან ასაცილებლად გამოყენებულ იქნა შემთხვევითი, ანუ რანდომიზებული შერჩევის მეთოდი, რომელიც უზრუნველყოფს შესასწავლი ჯგუფის ყველა წარმომადგენლის შერჩევაში მოხვედრას.

პირველადი სოციოლოგიური ინფორმაციის შესაგროვებლად, მოცემული კვლევა ტარდებოდა ისეთი მეთოდით, როგორცაა ანკეტირება და პირდაპირი ინტერვიუ, რადგან ამ დროს რესპონდენტს ეძლევა საშუალება, მიიღოს დამატებითი ინდივიდუალური კონსულტაცია კითხვარის სწორად შევსებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. არსებული კვლევა მოიცავდა რამდენიმე ეტაპს, მათ შორის კითხვარის დამუშავებას თანამედროვე სოციომეტრიული მეთოდების გამოყენებით.

კითხვარში გამოვიყენეთ დახურული კითხვები, რაც უადვილებდა რესპონდენტს პასუხის გაცემას. კითხვარი შედგებოდა სხვადასხვა ბლოკებისაგან, რომლებიც დაიყო თემატური და პრობლემური საკითხების მიხედვით.

იმისათვის, რომ ზოგადი წარმოდგენა გვექონოდა გამოკითხულთა კონტინენტზე, განაწილება ხდებოდა შემდეგი მახასიათებლების მიხედვით: ეროვნება, ოჯახის შემადგენლობა, განათლება, პროფესიული ჯგუფი, სამუშაო სტაჟი და სხვა. შემდეგი ბლოკი შეიცავდა კითხვებს იმის დასადგენად, თუ რა იცინ გამოკითხულებმა საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ, რატომ და ვისი რჩევით აკითხავენ ექიმს ავადმყოფობის შემთხვევაში, ბავშვების რაოდენობა, მათ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და სხვ.

მიღებული მასალა დამუშავდა თანამედროვე გამოთვლითი ტექნიკის გამოყენებით. შეფარდებითი

სიდიდეების დამაჯერებლობის დასადგენად ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში გამოითვლებოდა ცდომილება. აგრეთვე, ხორციელდებოდა მასალების სტანდარტიზაცია, რაც საშუალებას იძლეოდა, მიღებული შედეგები შეგვედარებინა საერთაშორისო მონაცემებისთვის.

გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა:

ოჯახის ის სოციალური სისტემაა, რომელიც სხვა სოციალური სისტემების მსგავსი ნიშნებით ხასიათდება. იგი მუდმივად ცვლადია, რაც მისი წევრების ასაკის მატებით, დემოგრაფიული და სოციალური აქტიურობითაა განპირობებული. ოჯახში ცალკეული წევრის ცხოვრებაში მომხდარი ნებისმიერი ცვლილება, როგორც წესი, მთელ ოჯახზე აისახება. პირველ რიგში ეს შეეხება ცვლილებებს, რომლებმაც შესაძლოა საოჯახო კრიზისი განაპირობოს (როგორცაა ავადმყოფობა, გარდაცვალება, განქორწინება, შრომის უუნარობა, სამსახურის დაკარგვა და სხვ.).

ოჯახის, როგორც სოციალური სისტემის ფუნქციონირება ადეკვატურ შიდა და გარე კომუნიკაციებზეა დამოკიდებული. ოჯახური პრობლემების აღმოცენება ხშირად კომუნიკაციის გართულებითაა გამოწვეული, განსაკუთრებით, თუ საქმე ოჯახის უფროსი თაობის და შვილების გრძნობების ურთიერთგამჟღავნებას ეხება.

ოჯახის აღმზრდელობითი ფუნქციის შესრულება ბევრადაა დამოკიდებული სახელმწიფოს მხარდაჭერაზე. ამასთან, ჩატარებული კვლევის შედეგები გვარწმუნებს, რომ ამ კუთხით ადგილი აქვს სერიოზულ პრობლემებს.

სასწავლო-აღმზრდელობითი დაწესებულებების უმრავლესობაში არ არის დაცული ელემენტარული ჰიგიენური ნორმები (საკლასო ოთახების განათება, გათბობა, ვენტილაცია, მაგიდებისა და სკამების შესაბამისობა მოსწავლეთა სიმაღლესა და ფიზიკურ განვითარებასთან და სხვ.), არადამაკმაყოფილებელია სახელმძღვანელოების ხარისხი, სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს სკოლის ექიმის და სამედიცინო დის საშტატო ერთეულის გაუქმება, რის გამო არ ტარდება პერიოდული სამედიცინო შემოწმებები, ხშირად სასწავლო ცხრილი შედგენილია მოსწავლეთა ჯანმრთელობისა და შრომისუნარიანობის გათვალისწინების გარეშე, დარღვეულია მათი დასვენების რეჟიმი, არ ტარდება შრომისა და ფიზიკური აღზრდის გაკვეთილები.

როგორც სკოლამდელ, ასევე სასკოლო დაწესებულებებში მთლიანად მოშლილია ბავშვთა კვების ორგანიზაციის საკითხი. უმეტეს შემთხვევაში სკოლამდელ დაწესებულებებში კვება ერთი-ან ორჯერადი, იშვიათად სამჯერადი, მენიუ ლარობი და ერთფეროვანია. ირღვევა კვების რაციონი, კალორაჟი, ძირითადი დატვირთვა მოდის პურზე და პურპროდუქტებზე. არ ტარდება საკვების „წ“ ვიზამინიზაცია. სასკოლო დაწესებულებათა უმეტესობაში თავის მხრივ საერთოდ არ ფუნქციონირებს კვების ბლოკები. სკოლის მოსწავლეთა ღრმა სამედიცინო

ნო შემონმება ბოლო წლებში სრულყოფილად ჩატარდა მხოლოდ საქართველოს 14, ხოლო შერჩევით - 10 რაიონში.

ზემოაღნიშნული, თავისთავად, სერიოზულ უარყოფით გავლენას ახდენს მოსწავლის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ჩატარებული კვლევა გვაუწყებს, რომ ახალგაზრდა თაობა ხშირად არის ოჯახების ძირითადი მარჩენალი. ეს გასაგებია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ შემცირებული შრომის ბაზარი, მენარმის დაინტერესება გამოიყენოს ქალის ან მოზარდის იაფი სამუშაო ძალა, საბოლოო ჯამში ხელს უწყობს ახალგაზრდა თაობის დასაქმების ზრდას ძირითადად სკოლის მიტოვების ხარჯზე. მოზარდთა ასაკის ფიზიოლოგიისა და ფიზიკური შესაძლებლობის გათვალისწინებით მძიმე ფიზიკური დატვირთვა, ღამის თევა და სხვ. საკმარისად ხშირად ახასიათებს მომუშავე მოზარდების შრომის პირობებს.

როგორც მიღებული მონაცემები გვაუწყებს 400 გამოკვლეული ოჯახის 1500 მოზრდილი წევრიდან მხოლოდ მესამედს შემოაქვს საარსებო სახსრები ხელფასის, პენსიის თუ სხვა შემოსავლის სახით (ცხრი. 1).

ცხრილი 1

გამოკვლეული ოჯახების ცალკეულ წევრთა შემოსავალი

ოჯახის წევრები	აბს. რიცხვი	%
მამა	294	51,9
დედა	126	22,0
ბაბუა	30	5,3
ბებია	29	5,3
შვილები	88	15,5
სულ	567	100,0

როგორც ცხრილში მოყვანილი მონაცემები გვაუწყებს, ყოველ მე-8 ოჯახში საარსებო სახსრები შვილების შრომით არის მოპოვებული. განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაა ოჯახებში, სადაც მცირეწლოვანი ბავშვებია. ამასთან, ოჯახის წევრთა საშუალო შემოსავალი მცირდება ყოველი მომდევნო ბავშვის დაბადების შემდგომ. აშკარაა, რომ სახელმწიფო შემწეობის გარეშე აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტა ნაკლებად რეალურია. გამოკვლეული ოჯახების შემოსავალი საშუალოდ შეადგენს 50 - 100 ლარს, მაგრამ ამ თანხების დიდი ნაწილი იხარჯება კვებაზე. ჩვენი გამოთვლით კვებაზე იხარჯება გამოკვლეული ოჯახების შემოსავლის დაახლოებით 75%.

გამოკვლევით დადგინდა, რომ მედიკამენტებზე ყოველწლიურად საშუალოდ იხარჯება ბიუჯეტის 5 - 10%. ამასთან, ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ იმ ოჯახებში, სადაც არის ხშირად მოავადე ბავშვები, ხარჯები ზედმინევენით მაღალია და მათ დაფარვა ზოგჯერ სიღარიბის ზღვარს მიღმა ტოვებს ოჯახს.

საცხოვრებელი პირობები სერიოზულ გავლენას ახდენს ოჯახის წევრთა და, განსაკუთრებით, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობაზე, მითუმეტეს, რომ გამოკვლეულ 400 ოჯახში ხშირად მოავადე ბავშვთა წილი შეადგენს თითქმის - 15%-ს (ცხრილი 2).

ცხრილი 2

ხშირად მოავადე ბავშვების საცხოვრებელი პირობები

ავადობის სიხშირე	საბინაო პირობები		
	კარგი	საშუალო	ცუდი
ხშირად	33%	52%	15%
იშვიათად	41%	52%	8%
არა	39%	55%	6%

ჩატარებული კვლევის შედეგები მონიშნავს, რომ მიუხედავად გარკვეული სიძნელეებისა რეფორმის განხორციელების პროცესში მოხერხდა ქვეყანაში მოქმედი პედაგოგიური დახმარების სისტემის და განსაკუთრებით მისი ამბულატორიული რგოლის მუშაობის გაუმჯობესება. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა გახდა უფრო მართვადი, კონტროლირებადი, რეგულირებადი, აგებული საქართველოს მხარეთა თავისებურებების გათვალისწინებით, მაქსიმალურად მოქნილი და გამიზნული მატერიალური რესურსების რაციონალური და ეკონომიური ხარჯვისაკენ.

გასაგებია, რომ შედარებით სრულყოფილი სისტემის ამოქმედება მოითხოვს შემდგომ პოლიტიკურ, სამართლებრივ და ეკონომიკურ უზრუნველყოფას, რაც თავის მხრივ გულისხმობს სათანადო სახელმწიფო პოლიტიკის ჩამოყალიბებას დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის დარგში. მით უმეტეს, რომ დღის წესრიგში მწვავედ დადგა საქართველოსათვის მისაღები თვისობრივად ახალი დემოგრაფიული პოლიტიკის შემუშავება. ესოდენ ფართო ამოცანების დასახვა, თავის მხრივ, მოითხოვს სათანადო იდეოლოგიურ უზრუნველყოფას, მხარდამჭერი და ხელშემწყობი საკანონმდებლო და ქვეკანონური აქტების შემუშავებას, სახელმწიფოს მიერ აღებულ ვალდებულებათა ფინანსურ-ეკონომიკურ უზრუნველყოფას (განსაკუთრებით ამ მიზნით გამოყოფილი მატერიალური რესურსების შეუფერხებელ მიდინებას უშუალოდ სამედიცინო დაწესებულებებამდე).

ლიტერატურა

1. The Human Right to Health www.academic.udayton.edu/health/
2. The Rights Of Man WEB: www.therightsofman.typepad.co.uk
3. The Many Roles of Family Members in "Family-Centered Care" – Part 1 www.medscape.com/
4. The family in child health care. www.aappolicy.aappublications.org/
5. Family Role in Survey Process WEB: www.nccnhr.org/
6. Vlahov D, Galea S, Resnick H, Ahern J, Boscarino JA, Bucuvalas M: Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology* 2002, 155(11):988-996
7. Divorce and Stress | Caremark Health Resources WEB: www.health-resources.caremark.com/
8. Chronic Disease _ Reproductive Health _ At-A-Glance
9. WEB: www.cdc.gov/nccdphp/publications/
10. Distribution of Education and Population Health: An Ecological Analysis. WEB: deepblue.lib.umich.edu/bitstream.

Gerzmava O., Lomtadze L., Kitovani D., Gurgenidze T., Kadjrichvili M.

CHILDRENS HEALTH AND FAMILY

TSMU, Department of Health Policy, Management and Economics

Family with different social and economical problems is always a relevant issue. The devastating impact of deviant families on all persons involved is well known, and it is especially negative when the family problems proceeds insensitively or manipulatively, where each of the parents wants to obtain as much advantage as possible over the other.

Family problems is not necessarily traumatizing for the children in all circumstances, but even when there appears to be no extreme trauma or disease, it cannot be assumed that it has had no effect on them, or that they do not understand and feels its effects.

The result of this work is the finding that children do not necessarily divorce family problems as a stifling life situation, especially in comparison with a period of conflict in the family.

გერზმავა ო., ლომთაძე ლ., კიტოვანი დ.,

საქართველოს მოსახლეობის შობადობის თანამედროვე ტენდენციები

ჯანდაცვის პოლიტიკის, მენეჯმენტისა და ეკონომიკის დეპარტამენტი

თანამედროვე დემოგრაფიული სიტუაცია საქართველოში ხასიათდება შობადობის მკვეთრი შემცირებით და შრომისუნარიანი მოსახლეობის მაღალი მიგრაციული აქტივობით. ქვეყანაში 2001 წლიდან დაწყებულია დემოპულაციის პროცესი, გამოხატულად დაჩქარდა ე.წ. „მოსახლეობის დაბერების“ ტემპი. საქართველო უკვე მიეკუთვნება იმ ქვეყნების რიცხვს, სადაც მოსახლეობის საერთო სტრუქტურაში ზედმინევენით სწრაფად იზრდება ხანდაზმულთა ხვედრითი წილი. მაგალითად, თუ 1970 წლის საყოველთაო აღწერის მონაცემებით იგი შეადგენდა 11,9%-ს, 1979 წელს - 12,6%-ს, 1989 წელს - 14,2%-ს, 2002 წელს - 15,1%-ს, 2007 წელს 60 წლის და ზემოთ ასაკის მოსახლეობის რიცხვმა 16,8%-ს მიაღწია. სპეციალისტთა პროგნოზით მომდევნო ათწლეულში უფროსი ასაკის პირთა ხვედრითი წილი 24-25%-ს გადააჭარბებს.

კვლევის მიზანს წარმოადგერს საქართველოს მოსახლეობის შობადობის სოციალურ-ჰიგიენური ასპექტების შესწავლა და მიღებული მონაცემების საფუძველზე ადეკვატური სამედიცინო და სოციალური ღონისძიებების ახალი სტრატეგიის ჩამოყალიბება.

დასახული მიზნიდან გამომდინარე კვლევის პროცესში გადამწყვეტილია შემდეგი ამოცანები:

- საქართველოში არსებული დემოგრაფიული სიტუაციის ძირითადი ტენდენციების შესწავლა და შეფასება;

- მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მონაცემების შესწავლა და სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის სტანდარტული ცხრილების აგება და ელიმინაციური რეზერვების გათვლა;

- მოსახლეობის დემოგრაფიულ დაბერებასთან დაკავშირებით საჭირო სამედიცინო და სოციალური დახმარების განევის დამატებითი შესაძლებლობების განსაზღვრა.

დასახული მიზნისა და ამოცანის შესაბამისად ჩატარებული გამოკვლევების პროცესში გამოყენებულია კვლევის შემდეგი მეთოდები: ექსპერტული შეფასების, სოციოლოგიური კვლევის, შედარებითი ანალიზის, სტატისტიკური, ეკონომიკური.

გამოყენებულია საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური ინფორმაციის სახელმწიფო დეპარტამენტის, საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის, რიგი საერთაშორისო ორგანიზაციის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკის, მენეჯმენტისა და ეკონომიკის დეპარტამენტის განკარგულებაში არსებული მასალები.

საინფორმაციო ძიების პროცესში გამოყენებული იქნა როგორც მისაწვდომი ლიტერატურა, ასევე ინტერნეტ-ით მიღებული მასალები. გამოყენებული იქნა, აგრეთვე, საქართველოში 1970-2002 წლებში ჩატარებული მოსახლეობის საყოველთაო აღწერების მასალები და 2007 წლის მოსახლეობის საპროგნოზო რაოდენობა.

მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე განისაზღვრა შობადობისა და მოსახლეობის აღწერების სპეციალური კოეფიციენტები, ინდიკატორები, რომელნიც გავლენას ახდენენ შობადობაზე - მოსახლეობის დინამიკა, ასაკობრივი ტიპი, მიგრაციული აქტივობა და სხვ.

ბამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა: საქართველოს თანამედროვე დემოგრაფიული განვითარების ძირითად მახასიათებელს შობადობის მკვეთრი კლება, მკვედრადმობილთა რიცხვის მალალი მაჩვენებელი, შრომისუნარიანი მოსახლეობის გარე მიგრაცია და მოსახლეობის დაბერების პროცესის დაჩქარება წარმოადგენს.

მოსახლეობის შობადობის მაჩვენებელი 1960 წლიდან 1985 წლამდე შემცირდა 24,7-დან 16,7-მდე, მომდევნო წლებში მან კრიტიკულ ზღვარს მიაღწია (ცხრ.1).

ბოლო ათწლეულში შესამჩნევად შემცირდა 0-4 წლამდე ასაკის ბავშვთა რიცხვი, რაც განპირობებულია ქართულ ოჯახში მეორე და, განსაკუთრებით, მესამე ბავშვის ყოლაზე უარის თქმით. არსებული პროცესი დამახასიათებელია როგორც ქალაქის, ასევე, განსაკუთრებით სოფლის მოსახლეობისათვის.

შობადობის შემცირების ტენდენცია აღინიშნება საქართველოს თითქმის ყველა რეგიონში რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს მოსახლეობის დაბერების პროცესის დაჩქარებას.

ცხრილი 1
შობადობა, საერთო და ნაადრევი ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები საქართველოში ყოველ 1000 მოსახლეზე (1960-2006 წწ.)

წლები	მთლიანი მოსახლეობა		
	შობადობა	სიკვდილიანობა	ბავშვთა სიკვდილიანობა
1960	24.7	6.5	36.8
1970	19.2	7.3	25.3
1980	17.7	8.6	25.4
1989	16.7	8.6	19.6
1995	12.5	8.3	13.1
2000	11.3	9.6	15.2
2004	11.5	11.3	18.0
2005	10.7	9.6	19.5
2006	10.9	9.9	16.3

მიუხედავად იმისა, რომ შობადობა წარმოადგენს ფაქტორს, რომელიც დამოუკიდებლად მოქმედებს მოსახლეობის ასაკობრივ სტრუქტურაზე, არ შეიძლება მხედველობაში არ მივიღოთ ახალგაზრდა მოსახლეობის მალალი მიგრაციული აქტივობა, რაც განაპირობებს ქვეყნის რიგი რეგიონის დემოპულაციას (რაჭა, იმერეთი, კახეთი).

შობადობის შემცირება ძირითადად ხდება უფროსი რეპროდუქციული ასაკის პირებში დაბადებულ ბავშვთა რაოდენობის ინტენსივობის კლებით. ამავე დროს ადგილი აქვს შობადობის „გაახალგაზრდავების“ ტენდენციასაც, ე.ი. შობადობა იზრდება ახალგაზრდა ასაკში (20-29წ. და 15-19 წ.). ამის გამო შობადობის ჯამური კოეფიციენტი განუზრელად კლებულობს, რაც უფრო შესამჩნევია სოფლის მოსახლეობაში, ქალაქად კი აღინიშნება ამ მაჩვენებლის შედარებითი სტაბილიზაცია.

მრავალი ავტორის მონაცემი მოწმობს, რომ შობადობის შემცირებას საქართველოში ადგილი ექნება მომავალშიც, რაც შეაფერხებს მოსახლეობის კვლავწარმოების პროცესს. მდგომარეობას ამძიმებს ის გარემოებაც, რომ დემოპულაციის ფონზე მესამე და შემდგომი ბავშვის ხვედრითი წილი დაბადებულთა შორის 15 %-ზე ნაკლებია (ცხრილი 3).

ამკარაა, რომ ასაკობრივი კოეფიციენტის კლებას თან სდევს შობადობის ჯამური კოეფიციენტის კლებაც. ამას ხელი შეუწყო ქალთა მოსახლეობის ქორწინებათა სტრუქტურის შეცვლამ. ამ კოეფიციენტის ინტენსიური კლება გამოაშკარავდა უკვე 80-იანი წლების დასაწყისში, როდესაც ქართული ოჯახის განვითარების გარკვეულ თავისებურებას წარმოადგენდა ქორწინებათა მაჩვენებლის კლების ფონზე, განქორწინებათა საერთო რიცხვის სწრაფი ზრდა (განსაკუთრებით სამრეწველო ქალაქებში), რაც საბოლოო ჯამში გავლენას ახდენდა შობადობის შემცირებაზე.

და, როგორც შედეგი - აღწერების ბრუტო და ნეტო კოეფიციენტების კატასტროფული კლება, რაც განსაკუთრებით დაჩქარდა ბოლო წლებში (ცხრ.4).

როგორც ცხრილში მოცემული მონაცემები გვაუწყებს, შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტის თითქ-

ცხრილი 2

საქართველოს მოსახლეობის შობადობის მონაცემები რეგიონების მიხედვით

	2005			2006		
	სულ	მათ შორის		სულ	მათ შორის	
		ქალაქი	სოფელი		ქალაქი	სოფელი
თბილისი	12794	12794	0	13773	13773	0
აჭარა	4711	2297	2414	4637	2285	2352
გურია	1432	687	745	1343	661	682
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	376	188	188	235	132	103
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	4408	2753	1655	4421	2776	1645
იმერეთი	6717	4161	2556	7131	5089	2042
კახეთი	3366	1473	1893	3840	1896	1944
მცხეთა-მთიანეთი	1298	590	708	1165	587	578
სამცხე-ჯავახეთი	2303	993	1310	2113	994	1119
ქვემო ქართლი	5148	3054	2094	5856	3241	2615
შიდა ქართლი	3959	2184	1775	3281	2113	1168
საქართველო	46512	31174	15338	47795	33547	14248

მის ორმაგი კლების ფონზე, გამოკვეთილად იკლო მოსახლეობის აღწარმოების როგორც ბრუტო- ასევე, რაც განსაკუთრებით საგანგაშოა - აღწარმოების ნეტო კოეფიციენტმა. ეს კი იმას გულისხმობს, რომ უკვე შემდგომ თაობაში საქართველოს რეპროდუქციული ასაკის ქალთა მოსახლეობა შემცირდება თითქმის მესამედით.

შობადობაზე მოქმედ სხვა ფაქტორებთან ერთად სიღარიბე, საყოფაცხოვრებო მოუწყობლობა, უმუშევრობა, სერიოზულ უარყოფით გავლენას ახდენს როგორც ორსულის, ასევე ნაყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

პოლიტიკურ-ეკონომიკური და სოციალური კატაკლიზმები, ხშირი სტრესული სიტუაციები, დაძაბულო-

ბა, არასრულფასოვანი კვება, მთელი სიმწვავით აისახა ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, დაირღვა უწყვეტი ჯაჭვი: ჯანმრთელი ქალი - უსაფრთხო ორსულობა და მშობიარობა - ჯანმრთელი ახალშობილი - ჯანმრთელი ბავშვი.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, შესაძლოა დავასკვნათ, რომ დღეისათვის საქართველოში მძიმე დემოგრაფიული ვითარებაა შექმნილი. მოსახლეობის დინამიკაში ყველაზე შემამშოოთებელია შობადობის უკიდურესი შემცირება.

ზოგიერთ რეგიონებში დაწყებულია მოსახლეობის დემოპულაცია, კრიტიკულ ზღვარზეა ბუნებრივი მატება, გაზრდილია ერთ და ორ შვილიანი ოჯახების ხვედრითი წილი, რაც ამკარად არასაკმარისია თაობა-

ცხრილი 3

საქართველოს მოსახლეობის შობადობის ასაკობრივი კოეფიციენტები (1961 — 200355.)

წელი	სულ	დედის ასაკი						
	(15-49)	- 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 +
1961	89,9	24,5	150,5	163,0	113,0	55,2	18,3	4,5
1970	73,3	34,3	182,9	147,2	97,5	46,3	12,6	2,4
1980	68,5	47,8	181,1	121,9	66,3	24,0	7,6	1,4
1990	67,8	58,1	167,3	110,5	64,1	24,7	6,2	0,3
2000	41,7	39,9	110,2	74,4	43,3	19,2	4,9	0,9
2006	39,6	33,7	93,8	75,3	47,4	18,9	5,4	0,3

ცხრილი 4

საქართველოს მოსახლეობის აღწარმოების ბრუტო და ნეტო კოეფიციენტები

წელი	შობადობის ასაკობრივი	შობადობის ჯამობრივი	აღწარმოების კოეფიციენტები	
	კოეფიციენტი	კოეფიციენტი	ბრუტო	ნეტო
1961	89,9	2,650	1,287	1,194
1970	73,3	2,620	1,292	1,233
1980	68,5	2,260	1,102	1,052
1990	67,8	2,155	1,046	1,015
2006	39,6	1,374	0,646	0,665

თა განახლებისათვის. ყურადსაღებია, რომ მრავალშვილიანობის ტენდენცია შენარჩუნებულია ქვეყნის მხოლოდ რამდენიმე რეგიონში (ზემო აჭარა, ქვემო ქართლი) რაც ვერ ახდენს არსებით გავლენას ზოგად მაჩვენებლებზე

ფართო მასშტაბი მიიღო გარე მიგრაციამ. მოსახლეობის საერთო რიცხოვნობაში მცირდება რეპროდუქციული ასაკობრივი ჯგუფის და იზრდება 60 წელზე უხვენი მოსახლეობის წილი, რაც უნინარესად მოსახლეობის დემოგრაფიულ დაბერებაზე მეტყველებს.

ჩატარებული გამოკვლევა ცხადყოფს, რომ შექმნილი დემოგრაფიული სიტუაციის შეცვლა მოითხოვს სათანადო საგანმანათლებლო მუშაობის გატარებას, მიმართულს ოჯახის სწორი დაგეგვის პროპაგანდაზე, მოსახლეობის სამედიცინო აქტივობის ამაღლებაზე, სოციალური შეღავათების გაზრდაზე, მცირეწლოვან ბავშვთა და მრავალშვილიანი ოჯახების დახმარების გაზრდაზე.

ლიტერატურა

1. დემოგრაფიის მოკლე ენციკლოპედიური ლექსიკონი (შემდგენელი გ.წულაძე), თბილისი, 2007
2. გ.წულაძე, ნ.მალაფერიძე, ა.ვადაჭკორია საქართველოს დემოგრაფიული განვითარება (1960-2000), თბილისი, 2002.
3. ა.სულაბერიძე, ფიქრები ქართულ ოჯახზე და დემოგრაფიაზე. თბილისი, 2007.
4. ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 2006. სტატისტიკური ცნობარი. საქართველოს შრომის, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, თბილისი, 2007
5. World Popclock Tracks the estimated global population. From the U.S. Census Bureau WEB: www.census.gov/cgi-bin/ipc/popclockw.

Gerzmava O., Zarnadze I., Lomtadze L., Kitovani D.

CONTEMPORARY TRENDS OF THE GEORGIAN POPULATION BIRTH RATE

Department of Health Policy, Management and Economics

The existing situation in Georgia show that getting the necessary amounts for maintaining the minimal living standard for the major part of population, is more and more difficult. Despite the extreme need, this contingent gets round of referring to the health facilities for medical care.

The census of the Georgian population carried out in 2002 revealed the trend of reducing of the number of the births permanently decrease.

According to the data of 1980 the number of second, third and fourth children made up 60% of the total number of children born in Georgia. In 1990 their share decreased to 45%, while according to the data 2006 it reduced by 38%. It means that in case of maintaining the existing tendency, the family is unable to provide enlarged reproduction.

The decrease of birth rate is closely bound with the

decrease of the number of marriages. It should be mentioned that increased average age of married people conditions the trend of increasing the portion of hereditary diseases among the infants.

გვენეტაძე ზ., ანვერელი ლ., ჭუჭულაშვილი ნ.

ადრეული სპეციალიზაციის მკურნალობის მნიშვნელობა სახის შუა ზონის ტრავმული დაზიანებების დროს

თსსუ, ძირუბაძის სტომატოლოგიის და ყბა-სახის ძირუბაძის დეპარტამენტი

ყბა-სახის მიდამოს და თავის ტრავმების სიხშირის ზრდა იწვევს ამ მიდამოების ტრავმის შემდგომი დეფორმაციების, დეფექტების, არც თუ იშვიათად ინვალიდობის და სიკვდილიანობის რაოდენობის მკვეთრ მომატებას.

XX საუკუნის 80-იან წლებამდე სპეციალიზირებული დახმარების აღმოჩენის ვადების შესახებ არსებობდა ორი მოსაზრება – ადრეული და გადავადებული. თანამედროვე პირობებში ანესთეზიოლოგიის და რეანიმაციის მნიშვნელოვანი მიღწევების ფონზე ავტორთა უმეტესობა ყბა-სახის მიდამოს დაზიანებების დროს უპირატესობას ანიჭებს სასწრაფო სპეციალიზირებულ დახმარებას (Кольцова Л. А. 1991). ყბა-სახის მიდამოს დაზიანებების დროს ადრეულ სპეციალიზირებულ მკურნალობას აუცილებლად თვლიან ავტორები: Бажанов Н. Н. თანაავტ. 1990; Зыкеева С. К. 1993, Мальчикова Л. П. თანაავტ. 1996. ავტორთა უმრავლესობა დასაბუთებულად თვლის ადრეული სპეციალიზირებული მკურნალობის ჩატარებას რადგან ის არ აღრმავებს ტრავმულ შოკს, არ ახანგრძლივებს მის მიმდინარეობას და არ ზრდის ლეტალობის პროცენტს (Курмангалиев З. К. 1998).

დაზარალებულის მდგომარეობის სიმძიმის გათვალისწინებით სამკურნალო ჩარევა უნდა განხორციელდეს თავის ტვინის ფარმაკოლოგიური დაცვის ქვეშ და ადექვატური ანესთეზიოლოგიური უზრუნველყოფით (Курмангалиев З. К. 1998).

ე. ი. მკვლევართა უმეტესობა აუცილებლად თვლის ყბა-სახის ქირურგიების ჩარევას სახის ტრავმით პაციენტთა სტაციონარში მოთავსებისთანავე (Валеев Э. К., Нафиков Р. Г. 1988).

სახის შუა ზონიდან ზედა ყბების ყველა მოტეხილობა ითვლება ღია მოტეხილობად და პირველად დაინფიცირებულად, რადგან ისინი დაკავშირებულია პირის და ცხვირის ღრუებთან, ზედა ყბის წიაღთან. თვით ეს მოტეხილობები მრავალნაირია. იგი შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ ადგილზე, ამ დროს შეიძლება დაზიანდეს ტვინის მაგარი გარსიც, რაც მენინგიტის განვითარების საშიშროებას ჰქმნის (Yaski — 2006).

ჩვენი დაკვირვების და მკურნალობის ქვეშ იმყოფებოდა სახის შუა ზონის შერწყმული დაზიანებების

მქონე 35 ავადმყოფი. ავადმყოფებს შორის მამაკაცი იყო - 21, ქალი - 14, ასაკი 18 - 70 წელი. ტრავმის ძირითადი მიზეზი იყო ავტოსატრანსპორტო ავარიები (30 შემთხვევა), 5 - შემთხვევა ცეცხლნასროლი დაზიანებები.

ამ კატეგორიის ავადმყოფებში ყბა-სახის მიდამოს დაზიანება მნიშვნელოვან როლს თამაშობდა ტრავმების მიმდინარეობასა და გამოსავალში. სახის რბილი ქსოვილების ჭრილობებისა და ძვლების მოტეხილობებისას, ვიდრე სხვა ლოკალიზაციის დაზიანებების დროს ვითარდებოდა პირობები გარეგანი სუნთქვის მოშლისათვის. სისხლის, ცერებროსპინალური სითხის ან უცხო სხეულების ასპირაციის გამო ვითარდებოდა ფილტვისმიერი გართულებები (Menigual 2005).

ასეთი გართულებების საშიშროება განსაკუთრებით დიდია სახის შუა ზონის და თავის ტვინის შერწყმული დაზიანებებისას (Bautalt J. 2003).

დაზიანებების დიაგნოსტიკაში დიდ როლს ვანიჭებდით რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს, მათ შორის ფართოდ ვიყენებთ კომპიუტერულ ტომოგრაფიას.

24 შემთხვევაში სახის შუა ზონის დაზიანებულ უბანზე ქირურგიული ჩარევა განხორციელდა ტრავმის მიღებიდან 6-36 საათში.

სახის მიდამოს ტრავმული დაზიანებებით ავადმყოფთა მკურნალობის მთავარი ამოცანა იყო დაზიანებული ორგანოს ანატომიური მთლიანობის აღდგენა და მაქსიმალურად სრული ფიზიოლოგიური რეაბილიტაცია. როგორც წესი, პირველ რიგში ვახდენდით ძვლების მონატეხი ფრაგმენტების ზუსტ რეპოზიციას, რაც მოტეხილობის უბანში ქმნიდა რეპარაციული რეგენერაციის ოპტიმალურ პირობებს და ხელს უშლიდა ანთებითი გართულებების განვითარებას. ამ პირობების თუნდაც ნაწილობრივი უგულებელყოფა მნიშვნელოვნად ახანგრძლივებდა მკურნალობის ვადებს და უარყოფითად მოქმედებდა მკურნალობის საბოლოო შედეგზე (Yinnau K. F. 2005; Motoned M. H. 2005).

სახის შუა ზონის ძვლების დაზიანებების მკურნალობისას (5 შემთხვევაში ცეცხლნასროლი დაზიანებები) ყველა შემთხვევაში გამოყენებული იყო ქირურგიული მეთოდები - ფალტინ-ადამსის მეთოდი, რომელიც გულისხმობს ზედა ყბების მავთულით ფიქსაციას შუბლის ძვლის ორბიტულ კედელზე. სახის შუა ზონის ძვლების მრავლობითი მოტეხილობის დროს ვიყენებდით ოსტეოსინთეზს უჟანგავი ფოლადის მავთულით ან მინიფირფიტებით. ნაკერები ჩვენების მიხედვით ედებოდა ცხვირის ფუძეს, თვალბუდის ქვედა, გარეთა კიდეებს, ყვრიმალ-ალვეოლურ ქუდს, მსხლისებური ფოსოს არეს, ყვრიმალის ძვალს, რკალს.

ყველა შემთხვევაში ჩატარებული იყო ჰაიმორის ღრუებში ჩაქცეული სისხლის ევაკუაცია და დრენირება, 8 შემთხვევაში საჭიროების მიხედვით ჩატარდა ცხვირის უკანა ტამპონადა.

16 შემთხვევაში ძირითადი ოპერაციული ჩარევის წინ ჩატარებული იქნა ქვედა ტრაქეოტომია.

ჩვენი მონაცემებით სახის შუა ზონის შერწყმული ტრავმული დაზიანებებისას ადრეულ პერიოდში ჩატარებულ სპეციალიზირებულ მკურნალობას (რეანიმაციულ-ანესთეზიოლოგიური სამსახურის უზრუნველყოფის ქვეშ) არც ერთ შემთხვევაში ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება არ გამოუნვევია. ტრაქეოსტომიური მილიდან ეფექტურად ხდებოდა ფილტვისმიერი გართულებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში სათანადო კონსერვატიული მკურნალობის ფონზე (გარკვეული პერიოდი, საჭიროების მიხედვით, ინტენსიური თერაპიის ბლოკში) ამ ჯგუფის ავადმყოფებში (ადრეული ოპერაციის ჩარევის ფონზე) მიღწეული იქნა სახის შუა ზონის დაზიანებული ორგანოების სრული ანატომიური და ფიზიოლოგიური რეაბილიტაცია.

შერწყმული ტრავმების 12 შემთხვევაში ავადმყოფთა საერთო მძიმე მდგომარეობის გამო (ქალა-ტვინის მძიმე, თანდართული დაზიანება) სპეციალიზირებული მკურნალობის ნაადრევი ჩატარება (ტრავმის მიღებიდან პირველ 24-36 საათში) გადავადდა, მათ შორის 7 შემთხვევაში - 1-1/2 თვემდე.

ყველა შემთხვევაში განვითარდა მკაფიოდ გამოხატული ტრავმის შემდგომი დეფორმაციები. შემდგომში ამ დეფორმაციების აღმოფხვრისათვის საჭირო გახდა საკმაოდ რთული ძვალ-პლასტიკური რეკონსტრუქციული ოპერაციების ჩატარება. ამ ოპერაციების ფუნქციური და კოსმეტიკური შედეგები ყოველთვის ნაკლები იყო მწვავე პერიოდში ჩატარებული ოპერაციების შედეგებზე.

ჩვენი მონაცემებით ყბა-სახის მიდამოს ცეცხლნასროლი და არაცეცხლნასროლი დაზიანებების მკურნალობა განსაკუთრებულ რთულ ამოცანას წარმოადგენს. უწინარეს ყოვლისა ეს სიძნელეები განპირობებულია ამ მიდამოს ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ თავისებურებებით და მისი სიახლოვით სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ორგანოებთან. ეს სირთულეები კიდევ უფრო გამოხატულია სახის სხვა ანატომიურ უბნებთან შერწყმული დაზიანებების დროს.

სახის შუა ზონის ძვლების ტრავმული დაზიანებების შემთხვევაში სპეციალიზირებული მკურნალობა - მონატეხი ფრაგმენტების რეპოზიცია და ფიქსაცია სასურველია ჩატარდეს ტრავმის მიღებიდან პირველი 24-36 საათის განმავლობაში. სპეციალიზირებული მკურნალობა უნდა იყოს ერთჯერადი და მთლიანი მოცულობით.

მკურნალობის ქირურგიული მეთოდების გამოყენებისას ძვლის მავთულოვანი ნაკერის, ტიტანის მინიფირფიტების, ტიტანის ბადის და მათი კომბინაციის გამოყენება უნდა მოხდეს დიფერენცირებულად.

ჩვენი მონაცემებით სახის ძვლების მონატეხი ფრაგმენტების ადრეული და მყარი ფიქსაცია იძლევა მკურნალობის კარგ შედეგს, მინიმუმამდე მცირდება ტრავმის შემდგომი უახლოესი და შორეული გართულებების შემთხვევები.

სახის შუა ზონის მძიმე შერწყმული ტრავმების შემთხვევებშიც ნაადრევე სპეციალიზირებულ მკურ-

ნალობას (რეანიმაციულ-ანესთეზიოლოგიური სამსახურის უზრუნველყოფის ქვეშ) ავადმყოფების საერთო მდგომარეობის გაუარესება არ გამოუწვევია, პირიქით ეს ჩარევა წარმოადგენდა შოკის სანი-ნაალმდეგო მკურნალობის ერთ-ერთ რგოლს.

სპეციალიზირებული მკურნალობის ყველა გადავადებულ შემთხვევაში განვითარდა სახის შუა ზონის ტრავმის შედეგად დეფორმაცია, რთულ ანატომიურ-ფუნქციური მოშლილობებით. მოგვიანებით პერიოდში ჩატარებული რთული ძვალ-პლასტიური, რეკონსტრუქციული ოპერაციები ამ ავადმყოფთა მდგომარეობას აუმჯობესებს, მაგრამ ხშირად სრულ რეაბილიტაციას ვერ იძლევა.

ლიტერატურა

1. Бажанов Н.Н., Чихорин А.К. – Проблемы реконструкции средней зоны лица при приобретенных односторонних деформациях и дефектах. Современные принципы восстановительной хирургии лица и шеи в реабилитации больных с врожденной и приобретенной патологией. т. 13, М. 1990, 13-15 с.
2. Валеев Э.К., Нафиков Р.Г. – Особенности диагностики и лечения пострадавших в остром периоде сочетанной черепно – лицевой травмы. Материалы II съезда стоматологов Закавказья. Тбилиси, 1988, 262-264 с.
3. Зыкеева С.К. – Сочетанная челюстно – лицевая и черепно – мозговая травма у детей. Автореф. канд. дисс. Алма-ата, 1993.
4. Кольцова Л.А., Иванов В.В. и др. Множественные и сочетанные переломы костей лица и их лечение на современном этапе. VII Всесоюзный съезд стоматологов. Тезисы докладов. Ташкент, 11 – 15 мая, с. 122-123.
5. Курмангалиев З.К. Клиника и лечение сочетанных черепно – лицевых травм. Автореф. канд. дисс. Киев, 1998.
6. Мальчикова Л.П., Вайнштейн Э.А. и др. – Сочетанные переломы костей средней трети лицевого черепа, организация специализированного лечения. Лечение повреждений лица у пострадавших с множественной и сочетанной травмой, Л. 1996, с. 67-71.
7. Bautalt F. Facial traumas. Diagnosis and lesions, early complications Rev. Prax. 2003, juni 30, 51 (12): 1345-1359.
8. Jaski; Riccard V. B. et al. Facial trauma A. recurrent disease. The potencial role of disease prevention (in process citation). Oral maxillofacial Surg. 2006, June, 62 (6): 685-688;
9. Jannau K. F., Stanley B. B. et al – Imaging of high – energy mid facial trauma. What the surgeon needs to know. Eur. J. Radiol 2005 oct. 48 (1), 17-32.
10. Motamedi M. H. An assesment of maxillofacial Fractures a 5 year study of 237 pacients. J. oral Maxillofacial sarg. 2005 Jan 61(100): 61-64.
11. Meningual T. P., Bertrand J. L., Batista D. _ Maxillofacial trauma by defenstration 64 cares. rev. stomatol. chir. 2005. oct. 104(5): 260-264.

Z. Gvenetadze, A. Atskvereli, N. Chuchulashvili

SIGNIFICANCE OF EARLY SPECIALIZED TREATMENT OF TRAUMAS OF MIDDLE OF THE FACE

Tbilisi State Medical University, Department of Surgical Stomatology and Maxillofacial Surgery.

Fractures of facial bones and especially those of the middle of the face are often combined with the injuries of other anatomic sections, what aggravates condition of the patient.

Specialized medical assistance not provided in a timely manner and at full extent conditions development of inflammatory processes, what further aggravates course of traumatic diseases and makes worse the outcome of treatment of the patients.

Authors observed 35 patients with the traumas of middle of the face, 5 among them with the gunshot wounds.

In 24 cases surgical intervention to the injured section of the middle of the face was provided within 6-36 hours after the traumas. There was no case of aggravation of general condition of the patient as a result of early surgery. In the patients of this group full anatomical and physiological rehabilitation of the injured organs of middle of the face was successfully achieved.

In 12 cases, by the reason of heavy general condition of the patients (accompanying severe craniocerebral injury) early specialized treatment was delayed, among them, in 7 cases, up to 1 – 1S months.

In all cases there were developed prominent post-traumatic deformations. For their elimination quite complicated bone-plastic reconstructive surgical operations were required. Functional and cosmetic results of such operations in all cases were worse than those achieved as a result of surgery in the urgent period.

გოგბერაშვილი ქ., მანჯავიძე ნ., დიდებულიძე ქ., მეგრელიშვილი გ., უბირია ი.

დადის მზრუნველობის დეფიციტის გავლენა ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (ლიტერატურის მიმოხილვა)

თბილისის სახელმწიფო საავადმწიფო უნივერსიტეტი. პედიატრიის დეპარტამენტი.

თემის აქტუალობა. გარემო ფაქტორების ზეგავლენა ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დიდი ხანია მეცნიერთა შესწავლის საგანია.

დედის მზრუნველობის დეფიციტი დიდი ხანია ცნობილია, როგორც არახელსაყრელი გარემო ბავშვის განვითარებისათვის. უკანასკნელ წლებში განსაკუთრებით აქტუალური გახდა მიტოვებული და მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ბავშვების პრობლემა საქართველოში. ამის დადასტურება საქართველოს პარლამენტისა და მთავრობის ბოლო წლების გადანყვეტილებები, რაც ინსტიტუციურ და-

ნასებულებებში მიტოვებული ბავშვების გაშვილების წესის გამარტივებით, ინსტიტუციური სახლების დაფინანსების გაზრდით, ამ პროცესში სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციების ჩაბმით, ხელშეწყობი ფონდების ჩამოყალიბებით, მათი წახალისებით გამოიხატება.

ჩვენი შრომის მიზანს წარმოადგენს ლიტერატურული წყაროების მიმოხილვა დედის მზრუნველობის დეფიციტის გავლენის შესახებ ადრეული ასაკის ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ინფორმაციის მოძიების მიზნით დამუშავებული იქნა ბოლო 20 წლის ლიტერატურული წყაროები გამოქვეყნებული საქართველოს, რუსეთის ცენტრალურ სამეცნიერო ჟურნალებში. ძიება ვანარმოეთ ასევე MEDLINE, PsychINFO, PubMed-ის მასალებში. შესაბამისი ნაშრომები დაჯგუფებული იყო კვლევის მასალისა და მიზნის მიხედვით. აქედან ექსპერიმენტულ მასალაზე იყო მოძიებულ შრომათა 88%. ბავშვებში დეპრეზივის მავნე გავლენის სხვადასხვა ასპექტების შესახებ ბოლო წლების ლიტერატურულ წყაროებში აღმოჩნდა მხოლოდ 15 ნაშრომი.

ბავშვის მიტოვება ბავშვებისადმი ცუდი მოპყრობის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა მსოფლიოში. ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანმრთელობის დეპარტამენტის 2002 წლის მონაცემებით 2002 წელს აშშ-ში 896 000 ბავშვი გახდა ცუდი მოპყრობის მსხვერპლი და აქედან 68% შეადგინა მიგდებულმა ბავშვებმა (U.S. Department of Health and Human Services, 2002). აშშ-ში 1996 წ. მიღებულ იქნა ბავშვზე ძალადობის პრევენციისა და მათი მოვლის აქტი, რომლის მიხედვითაც შემუშავებულ იქნა კანონი ბავშვის მიტოვების შესახებ (CAPTA; 1996). ამ კანონის მიხედვით ბავშვის მიტოვება არის კრიმინალური აქტი და ნიშნავს მშობლების ან მზრუნველის მიერ ბავშვის მოვლის მნიშვნელოვან დეფიციტს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს 18 წლამდე ასაკის ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის სერიოზული დაზიანება. ამ აქტის მიხედვით, მიტოვებული, ანუ მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული ბავშვი განიცდის ფიზიკურ, ემოციურ, სოციალურ დეფიციტს. ფიზიკური დეფიციტი გულისხმობს ყურადღების, ანუ კვების, ჰიგიენის, უსაფრთხოების დეფიციტს. სამედიცინო დახმარების დეფიციტი გამოვლინდება საჭირო მკურნალობის დროულად არ ჩატარებაში. ემოციური დეფიციტი გულისხმობს ალერსის, აფექტური ემოციების, ყურადღების დეფიციტს, ასევე მძიმე ოჯახურ ძალადობას. განათლების დეფიციტი გულისხმობს ბავშვის უფლების უგულვებელყოფას მიიღოს განათლება სკოლაში და ასევე სხვა დამატებითი მოთხოვნის მქონეების შეუსრულებლობას (CAPTA; 1996).

დ. ისაევის (3) განმარტებით, დედის დეფიციტი ემოციური სტრესის ყველაზე ხშირი მიზეზია ბავშვთა ასაკში და სხვადასხვა ბავშვში სხვადასხვა შედეგს იწვევს, რაც ბავშვის ხასიათსა და ტემპერამენტზეა დამოკიდებული. ამგვარად, პროგნოზული თვალსაზრისით მხოლოდ დეპრეზივის გამოვლენა არ არის საკმარისი შედეგის განსაზღვრისათვის,

საჭიროა მრავალმხრივი ფსიქოლოგიური მეთოდების გამოყენება დეპრეზივის ხარისხის შესაფასებლად (4,5,6).

როგორც ჩეხი ფსიქოლოგები აღნიშნავენ (7), დეპრეზივის განვითარებისათვის საჭიროა გარეგანი და შინაგანი ფაქტორები. ბავშვისათვის დეპრეზივის გარეგანი ფაქტორებიდან აღსანიშნავია:

- ინსტიტუციონალური გარემო - ბავშვთა სახლები და სკოლა-ინტერნატები;

- არახელსაყრელი ოჯახური პირობები, როდესაც ბავშვი განიცდის სტიმულების ნაკლებობას ოჯახურ სიტუაციაში.

ინსტიტუციური გარემოზე, როგორც რისკ ფაქტორზე ბავშვების მაღალი ავადობისა და სიკვდილობისათვის, მიუთითებენ ამერიკელი მეცნიერებიც D.A. Frank, P.E. Klass, F. Earls, & L. Eisenberg (8). მათი დაკვირვებით, ინსტიტუციურ გარემოში ბავშვი არის ხშირი ავადობის, ინტელექტუალური ჩამორჩენისა და ქცევის დარღვევების რისკის ქვეშ და არანაირი დაფინანსების გაზრდა ბავშვთა სახლებისათვის არ გამოიწვევს მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

ინსტიტუციური გარემოს მავნე გავლენის შესახებ აღნიშნულია ასევე სხვა ავტორთა მონაცემებში (10,11,12). ვორონეჟის ბავშვთა სახლის 1 თვიდან 4 წლამდე ასაკის აღსაზრდელთა გამოკვლევისას გამოვლინდა მიტოვებული ბავშვების ფიზიკურ განვითარებაში ჩამორჩენა რეგიონალურ სტანდარტებთან შედარებით (12). ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევების საფუძველზე 1997-2005 წწ. თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლის აღსაზრდელთა გამოკვლევით გამოვლინდა მიტოვებულ ბავშვთა ზრდა-განვითარებაში სარწმუნო ჩამორჩენა ოჯახურ გარემოში გაზრდილ ბავშვებთან შედარებით (13, 14, 17).

ჯერ კიდევ 1900 წელს პედიატრმა Henry Dwight Chapin (1917), გამოაქვეყნა თავისი დაკვირვების შედეგები, რომ მიუხედავად საკვებისა და ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესებისა იმ ბავშვებში, რომლებიც ინსტიტუციონალიზებული იყვნენ დაბადებიდან 1 წლის განმავლობაში სიკვდილობის მაჩვენებელი მერყეობდა 31.7%-დან 75%-მდე. ჩვენი მონაცემებით (15,16), დედის დეპრეზაცია იწვევს იმუნური სტატუსის არასრულფასოვნებას ბავშვთა სახლებში მიტოვებულ ადრეული ასაკის ბავშვებში, რაც განაპირობებს მათ შორის ავადობისა და სიკვდილობის მაღალ მაჩვენებლებს.

R.A. Spitz (1945) მონაცემებით, ჩვილობის ასაკში მიტოვებული ბავშვები გამოირჩევიან ღრმა ჩამორჩენით სოციალურ განვითარებაში და ქცევისა და ემოციური რეგულაციით. მისი აზრით, ეს გამოწვეული იყო ემოციური სტიმულაციის დეფიციტით დედის დეპრეზივის შედეგად. Kim, Shin, White-Traut (18) მონაცემებით, მულტისენსორული ინტერვენცია ბავშვთა ინსტიტუციურ დანესებულებებში აუმჯობესებს ბავშვების ფიზიკურ განვითარებას და ამცირებს ავადობას. Bowlby (19) უფრო შორს წავიდა და განაცხადა, რომ ჩვილი ბავშვის ნორმალური განვითარებისათვის აუცილებელია, რომ მასთან უპირატესი ურთ-

იერთობა ჰქონდეს ერთ შეუცვლელ ადამიანს, რისი მიღწევაც ბავშვთა სახლებში შეუძლებელია.

ინსტიტუციური გარემოს მანვე გავლენის შესახებ სასკოლო ასაკის ბავშვის ქცევაზე მიუთითებენ Roy, Rutter, Pickles (20). მათი გამოკვლევების მიხედვით ბავშვთა სახლებში გაზრდილი ბავშვებში ჭარბობს ქცევის ისეთი დარღვევები, როგორცაა უყურადღებობა და სოციალური ჰიპერაქტიურობა. მიტოვებული ბავშვი არის ქცევის მძიმე დარღვევის რისკის ქვეშ არა მხოლოდ ბავშვობის, არამედ მოზრდილობის ასაკშიც (10, 21).

გამოქვეყნებულია ერთეული მონაცემები მზრუნველობას მოკლებული ბავშვების ტვინის განვითარების შესახებ. De Bellis, Keshavan, Clark et al., (22, 23), Michael De Bellis (24) მიერ შესწავლილ იქნა მიტოვებული ბავშვების ტვინის ფუნქციური მდგომარეობა და მისი განვითარება მაგნიტურ რეზონანსული გამოკვლევის საშუალებით. ნაჩვენებია ინტრაკრანიალური მოცულობის შემცირება 7%-ით და მთლიანი ტვინის მოცულობის შემცირება 8%-ით ტრავმის შემდგომი სტრესის ზემოქმედებით მიტოვებულ ბავშვებში არადეპრივირებულ ბავშვებთან შედარებით. გამოვლინებულ იქნა კორელაცია დეპრივაციის ასაკსა და ხანგრძლივობას და მცირე ინტრაკრანიალურ მოცულობას შორის. აღნიშნული კორელაციური კავშირი მიუთითებს ხანგრძლივი მიტოვების დამაზიანებელ ეფექტზე ტვინის განვითარებაზე.

დადგენილ იქნა ასევე ნერვული ბოჭკოების მიეღინიზაციის შეფერხება მიტოვებულ ბავშვებში კონტროლთან შედარებით.

ინსტიტუციურ დანესებულებებში მოთავსებულ ადრეული ასაკის ბავშვების ნევროლოგიური სტატუსი და ნეიროფსიქიკური განვითარება შესწავლილია ქართველი პედიატრების მიერ (25, 26). მათ გამოავლინეს თავის ტვინის ფუნქციური შეფერხება ასაკთან მიმართებაში ადრეული ასაკის მიტოვებულ ბავშვებში. DDe Bellis (2005) მონაცემებით, მიტოვებულ ანუ დეპრივირებულ ბავშვებს აღენიშნებათ ტვინის განვითარების შეფერხება სტრესთან დაკავშირებით ტვინის ქსოვილში განვითარებული ბიოქიმიური ცვლილებების გამო.

შემჩნეულია, რომ მსგავსი დეპრივაციული სიტუაცია სხვადასხვაგვარად გამოვლინდება სხვადასხვა ბავშვში და განპირობებულია მისი ინდივიდუალური თავისებურებებით. ამდენად, არსებობს დეპრივაციის შინაგანი ფაქტორები (3, 7). მათი გამოკვლევების მიხედვით, დეპრივაციის განვითარების შინაგანი ფაქტორებია: ბავშვის ასაკი, სქესი, კონსტიტუცია, ტემპერამენტი. ადრეულ ასაკში ფსიქოტრავმის მიმართ უფრო მგრძობიარენი არიან პასიური, თავის თავში ჩაკეტილი, ინერტიული, ან პირიქით, ზედმეტად რეაქტიული, აფექტური, მოუმნიფებელი ბავშვები.

ბავშვის ასაკის მნიშვნელობაზე ფსიქიკური დეპრივაციის განვითარებისათვის მიუთითებდნენ ასევე HD Chapin (1917), Spitz (1945), Bowlby (1982), Macovei (1986). ყველა შემთხვევაში ხაზგასმულია, რომ დეპრივაცია განსაკუთრებით მძიმედ გამოვლინდება თუ

ბავშვი 3 წლის ასაკამდეა დატოვებული ბავშვთა სახლში. ჩვენი მონაცემებით (13, 16), დეპრივაციის გამოვლენა ყველაზე მძიმედ გამოვლინდება 6 თვიდან 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

De Bellis, Kashavan, Clark, et al.(22), da DeBellis, Kashavan, Frustaci, et al.(23) მონაცემებით არსებობს გარკვეული სქესობრივი განსხვავება დეპრივაციის ხარისხს შორის ბავშვებში. ნაჩვენებია, რომ ბიჭები უფრო მგრძობიარენი არიან დედის დეპრივაციის მიმართ. მათ შორის მეტად ვლინდება ქცევის პათოლოგია, ტვინის დისფუნქცია, ვიდრე გოგონებში.

ამგვარად, ლიტერატურული წყაროებით მიღებული ინფორმაციით შეიძლება დავასკვნათ, რომ დედის მზრუნველობის დეფიციტი მძიმე ზეგავლენას ახდენს ადრეული ასაკის ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. დეპრივაციის შედეგები დამოკიდებულია შინაგან და გარეგან ფაქტორებზე, რომელთაგან მნიშვნელოვანია ბავშვის ასაკი, სქესი, ინსტიტუციური გარემო, სოციალური პირობები. დეპრივაციის შედეგად იცვლება ბავშვის ქცევა, გამოხატულია ჩამორჩენა ზრდა-განვითარებაში, იმატებს ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები, ირღვევა ბავშვის ტვინის ფუნქციური მდგომარეობა, რაც განსაკუთრებით მძიმედ გამოვლინდება 6 თვიდან 2 წლის ასაკამდე.

ლიტერატურა:

1. Amy D. Kyle, Tracey J.Woodruff, Daniel A.Axelrad. Integrated Assessment of Environment and Health: America's Children and the Environment. Environ Health Perspect, 2006, vol.114:447-452.
2. Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act, 42 U.S.C.A, §5106, 1996.
3. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. Санкт-Петербург, 1996, 49-61
4. Kaufman J., Jones B., Stieglitz E., Vitulano L. & Mannarino A. The Use of Multiple Informants to Assess Children's Maltreatment Experiences. Journal of Family Violence. 1994, 9:227-248
5. Levy H.B., Marcovic J., Chaudry U., Ahart S. & Torres H. Re-abuse Rates in a Sample of Children Followed for 5 Years after Discharge from a Child Abuse Inpatient Assessment Program. Child Abuse & Neglect. 1995, 11:1363-1377
6. Zuravin S.J. Child Neglect: A Review of Definitions and Measurements Research. In H.Dubowitz (Ed.) Neglected Children: Research, Practice and Policy, 1999, pp24-48
7. Лангмеиер Й., Матеичек З. Психическая депривация в детском возрасте. Авиценум, Прага, 1984.
8. Frank DA, Klass PE, Earls F. & Eisenberg L. Infants and Young Children in Orphanages: One View from Pediatrics and child Psychiatry. Pediatrics, 1997, 4:569-579
9. Olsen EM., Skovgaard AM. Psychosomatic Failure-to-Thrive in Infants and Toddlers. Ugeskr Leager 2002, 25, 164(48):5631-5
10. Wilkins AJ, O'Callaghan MJ, Najman JM, Bor W., Williams GM. & Shettlewood G. Early Childhood Factors Influencing Health-Related Quality of Life in Adolescents at 13 Years. J Peadiatr Child Health. 2004,40(3):102-9.
11. Judge S. Developmental Recovery and Deficit in Children Adopted

- from Eastern European Orphanages. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2003, 34(1):49-62
12. Penkin V.N. The influence of being an orphan on the physical development of children. *Probl.Sotsialnoi Gig.Istor Med.*, 2003 Sep-Oct;(5):19-20
13. გოგბერაშვილი ქ., ჭილაძე თ., ადეიშვილი მ., ფაღავა ყ. ფსიქომოტორული განვითარების თავისებურებანი დედის მზრუნველობას მოკლებულ ადრეული ასაკის ბავშვებში. თბილისი, სამეცნ.შრ.კრ. 2003, 39:88-91
14. Гогберашвили К.Я., Пагава К.И., Мелкадзе Т.В., Азнаурашвили К.В., Берелашвили Н.Д. Количественная Оценка развития детей при материнской депривации. *GMN*, 2003, 7-8(100-101):73-75
15. Gogberashvili K., Pagava K. The Influence of Maternal Deprivation on Immunoregulation in Infants. *Allergology and Immunology*, 2004, 5,3:482-4
16. Gogberashvili K. Maternal Deprivation, Acute Respiratory Infections and Immune Regulation. *Indian Journal of Pediatrics*, 2006, vol.73(11):995-7
17. Gogberashvili K.J., Pagava K.I. Serum Ornithine Decarboxylase, Ornithine and Growth Hormone Plasma Concentration in Infants Suffering from Maternal Deprivation. *Bull. Georgian Academy of Sciences*, 2003, 168,2:356-359.
18. Kim TI, Shin YH, White-Traut RC. Multisensory intervention improves physical growth and illness rate in Korean orphaned newborn infants. *Res Nurs Health*. 2003 Dec;26(6):424-33
19. Bowlby J. Attachment: Attachment and loss (2nd ed.). New York: Basic Books.
20. Roy P. Rutter M., Pickles A. Institutional care: associations between overactivity and lack selectivity in social relationships. *J Child Psychol Psychiatry*, 2004 May;45(4):866-73
21. Luntz B.K. & Widom C.S. Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *American J of Psychiatry*, 1994, 151,670-74
22. De Bellis M.D., Baum A., Birmaher B., Keshavan M., Eccard C.H., Boring a.M. et al. A.E. Bennett Research Award. Developmental Traumatology: Part I: Biological Stress Systems. *Biological Psychiatry*, 1999,45:1259-1270
23. De Bellis M.D., Keshavan M., Clark D.B., Casey B.J., Giedd J., Boring A.M. et al. A.E. Bennett Research Award. Developmental Traumatology: Part II: Brain Development. *Biological Psychiatry*, 1999,45, 1271-1284
24. De Bellis M. D. The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*. 2005,vol.10,2:150-172
25. ღონლაძე თ., მანჯავიძე ნ., მათიაშვილი ქ., ხუციძე ქ., ჟორჯოლიანი თ., მოტორული და ფსიქოსოციალური განვითარების თავისებურებანი ოჯახურ გარემოს მოკლებულ ადრეული ასაკის ბავშვებში. თსსუ შრ.კრ., 2001, 37:399-402
26. Ghonghadze T., Manjavidze N., et al. Peculiarities of Physical and Neuropsychological Development of Early Age Children Who Lack Parent Care. *Annals of Biomedical Research and Education*. 2004, vol.4, 1:26-29.

K. Gogberashvili, H. Manjavidze, G. Megrelishvili, K. Didebulidze, I. Ubiria

THE INFLUENCE OF MATERNAL DEPRIVATION ON CHILDREN' HEALTH (REVIEW)

Tbilisi State Medical University. Department of Pediatrics.

A review of own and literary data initiated to the influence of maternal deprivation on child's health state. Child neglect is the most prevailed, but least empirically studied form of child maltreatment. Among institutionalized children sever deficits in social development and behavioral and emotional regulations are noted. These were thought to be because of the lack of emotional stimulation from maternal deprivation. Maternally deprived children show delay in physical and psychomotor development, as alterations in brain functional development, impaired immunity. Neglected children are at high risk for externalizing behavioral problems and adult antisocial behavior. Severity of influence of maternal deprivation on child's health depends on gender and age of affect.

თ. გოთუა, ი. ფავლენიშვილი, ც. ფარულავა

კანდიდოზი დაბადებისას ძალიან მცირე მასის მქონე ახალშობილებში

თსსუ ნეონატოლოგიის მიმართულება

ინვაზიური კანდიდოზი ახალშობილებში გვიან სეფსისის უმძიმესი და არც თუ იშვიათი (რიგით მესამე) მიზეზია, რომელიც დაკავშირებულია მაღალ ლეტალობასთან. თუ 1984 წლამდე სიკვდილობის დონე 54 %-ს აღწევდა (2,6), ამჟამად ის 28,1 %-ს შეადგენს (1,2,4). თუმცა ექსტრემალურად მცირე მასის ახალშობილებში ის კვლავ 20-55% რჩება. დაბადებისას ძალიან მცირე და ექსტრემალურად მცირე მასის მქონე ახალშობილებში ხშირად გამოიყენება ინვაზიური სადიაგნოზო და აგრესიული თერაპიული ჩარევები, რომელთა უმრავლესობა ზრდის კანდიდოზური ინფექციის განვითარების რისკს. გარდა ამისა, იმუნური სისტემის უმნიფრობა, განსაკუთრებით დღენაკლულებში, რომელიც მოიცავს თ უჯრედებსა და ნეიტროფილებს, ასევე ხელს უწყობს ინფექციის განვითარებას. ნაჩვენებია რომ ახალშობილებში ფილტვის მაკროფაგების ანტიკანდიდოზური აქტივობა შემცირებულია.

ახალშობილთა კანდიდოზი იყოფა შემდეგ კატეგორიებად: კათეტერ-დაკავშირებული კანდიდემია და დისემინრებული ან ინვაზიური კანდიდოზი. ცალკე გამოყოფილია თანდაყოლილი კანდიდოზი. კათეტერ-დაკავშირებული კანდიდემია გვხვდება ახალშობილებში, რომელთაც ჰქონდათ ცენტრალური კათეტერები, ხოლო კანდიდემია სწრაფად განიცდის უკუგანვითარებას, როგორც კი ხდებოდა კათეტერის მოცილება და თერაპიის დაწყება. დისემინრებუ-

ლი ან ინვაზიური კანდიდოზი ვითარდება როგორც პერსონალური კანდიდიოზი, თუ კათეტერი არის ადგილზე ან მოცილებულია. ამ შემთხვევაში კანდიდას გამოთესვა ხდება სხვა ადგილებიდანაც. თუმცა, არ არსებობს კლინიკური კრიტერიუმი, ამ დიაგნოზის ტიკური ტესტი, რომელიც დაგვემხმარებება ამ ორი ჯგუფის პაციენტების გარეშად. 75%-ში ნეონატალური კანდიდოზი არის ინფექცია, რომელშიც ჩართულია ორი ან მეტი ორგანიზმი. ყველაზე ხშირია უნიფორმული ოსტეომიელიტი, მენინგიტი და თირკმლის კანდიდოზი. თუმცა, შეიძლება იყოს ინფექციის სხვადასხვა კერის კომბინაცია სისხლის, თირკმლის, მენინგეალური გარსების, გულის, თვალის, ძვლების, სახსრების ჩართვით. თანდაყოლილი კანდიდოზის კინის ფორმა, რომელიც შეიძლება იყოს ინვაზიური, გამოყოფილია ცალკე.

ემპირიული თერაპია. ინვაზიური კანდიდოზის სიმკვრივე ნეონატალურ განყოფილებაში მერყეობს 1,6 დან 12,9%-მდე. დაბადებისას ძალიან მცირე მასის მქონე ახალშობილებში კანდიდიოზი 9 %-ის სიმწრებით გვხვდება (2,3,4). დაინფიცირება შეიძლება მოხდეს ვერტიკალური ან ნოზოკომური ტრანსმისით. ვერტიკალური ტრანსმისია შეიძლება განვითარდეს როგორც ორსულობის დროს, აგრეთვე მშობიარობის პერიოდში. ორივე შემთხვევაში აღინიშნება დაინფიცირების აღმავალი ნაზალური ნაპირიდან. ქალებს შორის მისი სიხშირე 5% -ია. შეძენილი კანდიდოზი ყოველთვის არ გადადის სისტემურ ინფექციად.

ნეონატალური კანდიდოზის რისკ ფაქტორებია: ანტიბიოტიკების მრავლობითი გამოყენება, ცენტრალური ვენური კათეტერები, პარენტრალური ჰიპერალბუმინაცია, ინტრავენური ცხიმოვანი ემულსია, კანდიდათი კოლონიზაცია ან კან-ლორწოვანის კანდიდოზის წინა ეპიზოდი, დაბალი მასა დაბადებისას. (90% ახალშობილებისა არის დაბადებისას ძალიან მცირე მასით - 1500 გ.-ზე ნაკლები), ენდოტრაქეული მილა და ტრაქეოსტომა, პერიფერიული ვენური კათეტერები, თანდაყოლილი მალფორმაციები (გასტროინტესტინული ტრაქტის მალფორმაცია და გულის თანდაყოლილი დაავადებები, რომლებიც საჭიროებენ პროლონგირებულ მოსპობილი ნაჯიანის ახალშობილთა რეანიმაციაში), მანევროზებული ენტეროკოლიტი და ანატომიური დეფექტები, რომელიც მოითხოვენ ქირურგიულ ჩარევას (2,3,4,5).

ეტიოლოგია: ავტორია უმრავლესობა მიანიშნებს *Candida Albicansis*-ის პრევალირებას, თუმცა არის გამოკვლევები, სადაც წარეწენება, რომ *Candida Albicansis*-ის ხედიერთი წილი მცირდება და იმატებს სხვა შტამები, მაგ. *C. parapsilosis*, შედარებით ნაკლები სიხშირით გვხვდება სხვა შტამებიც (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei* და სხვ.)

კლინიკა: სისტემური კანდიდოზის კლინიკური სურათი განურჩეველია ბაქტერიული სეფსისისაგან. ეს ნიშნებია ტემპერატურის არასტაბილურობა, პიოტენზია, რესპირატორული დისტრესი ან აპნოე, მუცლის შეტრევა, ნახშირწყლების აუტანადობა და სხვა.

მათ შორის ყველაზე ხშირი რესპირატორული დისფუნქცია და აპნოეა. ახალშობილთა უმრავლესობას აღინიშნება კანდიდოზური ინფექციის ლოკალური ნიშნები. კანისა და ლორწოვანი გარსების კანდიდოზი გვხვდება კლასიკური გამოწყობით, საფეხების დერმატიტი, ან ერთიმეორე გამოწყობით პაპულებითა და პუსტულებით. არჩევნად კანის კანდიდოზური ინფექციის ორ ფორმას: კანის თანდაყოლილი კანდიდოზს და ინვაზიური სოკოვანი დერმატიტი.

ცენტრალური ნერვული სისტემა: ხშირია კანდიდოზური მენინგიტი. გარდაცვლილთა 64% აღინიშნება ლიქვორის დადებითი კულტურა. ამ დროს ნეოროლოგიური კლინიკური მანიფესტაცია ლარობია და დაკავშირებულია ინტრაკრანიალური წნევის მომატებასთან.

თვლები : აღნერილია კანდიდოზური ენდოფტალმიტი კანდიდიოზის 50 %-ში.

გული: კანდიდოზური ენდოკარდიტი კლინიკურად ვლინდება, როგორც სიმპტომოკომპლექსი, რომელიც მიმდინარეობს გულის უქმარისობით, შუილით, პეტტიტებით, კანის ასცეციით, ართროთით, ჰეპატომეგალიით, სპენომეგალით. აღნერილია მარჯვენა მხარეი ინტრაკარდიული სოკოვანი მასა ან პულმონური სოკოვანი ემბოლიზმი.

თირკმელი: ხშირია ახალშობილთა რეანიმაციაში მყოფი ბავშვების სახარვედ ტრაქტის ინფექციის დროს. შესაძლებელია განვითარდეს უნილატერალური ან ბილატერალური რენალური ობსტრუქცია. ინვაზიური კანდიდოზის პირველი კლინიკური ნიშანი შეიძლება იყოს თირკმლის უქმარისობა. ძვლები და სახსრები: ხშირია ნეონატალური ართრიტი და ოსტეომიელიტი

თანდაყოლილი კანდიდოზი ვლინდება სიცოცხლის პირველი საათებიდან 6 დღემდე. ის ტრანსპლაცენტური ან ვერტიკალური (აღმავალი) ინფიცირების შედეგია. თანდაყოლილი კანდიდოზი არ არის დაკავშირებული ვაგინალურ მშობიარობას, სანაყოფე გარსების ნაადრევ დარღვევას, დენაქულუოზას, დედის ასაკ თუ მშობიარობის ხანგრძლივობასთან. თუმცა დაკავშირებულია დედის საშვილისნოს შიგა კონტრაცეფციისთან. არჩევნად მის ორ ფორმას: კანის თანდაყოლილ კანდიდოზს და თანდაყოლილ სისტემურ კანდიდოზს.

კანის თანდაყოლილი კანდიდოზი მანიფესტირდება პირველ 12 საათში კანის მრავლობითი გამონაყარით. ერთიმეული ლაქები, რომელიც შეიძლება გადავიდეს სუბტელურ, პაპულურ ან ვეზიკულურ ფაზებში. საბოლოოდ ვითარდება ფართო დესტეკაცია. ფრჩხილების პარონიქია და დისტროფია ასევე ხშირად შეიძლება შეგვხვდეს. ყველაზე ხშირად ზიანდება ტანი, კისერი, სახე და კიდურები. კანის დაზიანებები სპორტანერადაც შეიძლება გაქრეს ან უკუგანვითარდეს ორალური ნისტატიინის ხანმოკლე კურსის ჩატარების შემდეგ.

თანდაყოლილი სისტემური კანდიდოზის შემთხვევაში ლეტალობა საკმაოდ მაღალია, განსაკუთრებით ძალიან მცირე და ექსტრემალურად მცირე მასის

ახალშობილებში. კანის გამოვლინებები ამ ჯგუფში იშვიათია. ძირითადი კლინიკური მანიფესტაცია ნარ-მოდენილია პნევმონიით და რესპირატორული დის-ტრესით. შემდეგ ადგილზეა კანდიდოზური მენინგი-ტი, კანდიდურია და ან კანდიდემია.

დიაგნოსტიკა: კანდიდოზზე ეჭვის შემთხვევაში საჭიროა ჩატარდეს შემდეგი გამოკვლევები. 1. სისხ-ლის, შარდისა და ლიქვორის სრული მიკრობიოლოგი-ური შესწავლა. 2. ბადურას კლინიკური შეფასება, გუ-ლის ეოკარდიოგრაფია, თირკმლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა. თანდაყოლილი კანდიდოზის შემთხ-ვევაში რეკომენდებულია პირდაპირი ნაცხი კუჭის ას-პირატის, მეკონიუმის, კანის ვეზიკულების ან ჭიპის კულტურა. 3. პლაცენტის მიკროსკოპული და ზოგჯერ მაკროსკოპული გამოკვლევა ადასტურებს კანდიდო-ზურ ქორიოამნიონიტს. მომატებული ლეიკოციტებ-ის რაოდენობა, ახალგაზრდა ფორმებთან ერთად ან პერსისტული ჰიპერგლუკემია ასევე შეიძლება ადას-ტურებდეს დიაგნოზს.

მკურნალობა: მიუხედავად ტოქსიურობისა, მრავ-ლი ავტორი ასაბუთებს ორი კლასიკური ანტიფუნგა-ლური აგენტის, ამფოტერინი B-ს და 5-ფლუოროცი-ტოზინის კომბინაციის ეფექტურობასა და მინიმალურ გვერდით მოვლენებს ნეონატალური კანდიდოზის მკურნალობაში. Amphotericin B გამოიყენება 10-დან 15 მგ/კგ გაურთულებელი კათეტერ-დაკავშირებული კან-დიდემიის დროს და 25-დან 30 მგ/კგ ინვაზიური დაა-ვადების შემთხვევაში 5-fluorocytosine. 100 მგ/კგ დღ, გაყოფილი 4 თანაბარ ნაწილად. Flukonazole (Diflukan) 6-12 მგ/კგ პერ ოს ან ინტრავენურად 1 კვირაზე 1ჯერ 3 დღეში, მე-2 კვირაზე-1ჯერ 2 დღეში, ხოლო შემდეგ ყოველდღე.

საბოლოოდ შეიძლება ითქვას, რომ Amphotericin B ან მისი კომბინაცია 5-fluorocytosine-თან რჩება ნეონა-ტალური კანდიდოზის სტანდარტულ მიდგომად. რაც შეეხება მედიკამენტურ პროფილაქტიკას, მრავალი ავტორი დადებითი ეფექტი იყენებს ფლუკონა-ზოლს პროფილაქტიკის მიზნით დაბადებისას ძალიან მცირე მასის ახალშობილებში. (6,7)

ამგვარად, ინფექციური დაცვის ფაქტორების უმ-ნიფრობა, ინვაზიური პროცედურების მაღალი სიხშირე და ანტიბიოტიკების ფართო სპექტრის გამოყენება აპირობებს დაბადებისას ძალიან მცირე მასის ახალშო-ბილებში ინვაზიური კანდიდოზის მაღალ რისკს. ბავშ-ვთა ამ ჯგუფში ეს პათოლოგია იღებს დისემინირებულ ხასიოს და ხასიათდება მაღალი ლეტალობით. დის-ემინირებული ფორმის განვითარების რისკს წარმოად-გენს დაბადებისას ძალიან მცირე მასა (<1500გ) და გესტაციური ასაკი 32 კვირაზე ნაკლები.

კანდიდოზური ინფექცია დაბადებისას ძალიან მცირე მასის მქონე ახალშობილებში შეიძლება წარმო-დგენილ იქნეს როგორც თანდაყოლილი კანდიდოზის, ისე შეძენილი კანისა და ლორწოვანის კანდიდოზის სახით. ასევე, კანდიდემიით მიკრობის დისემინაციით ქსო-ვილებსა და ორგანოებში. დამამუვიდებელია ძალიან მცირე მასის მქონე ახალშობილებში ფლუკონაზოლით პროფილაქტიკის შედეგები.

ლიტერატურა:

1. Stoll B Hanse N, Fanaroff A, et al. Late-onset sepsis in very low birth weight neonates: the experience of the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*. 2002;110 :285–291
2. Benjarnin DK Jr, Stoll BJ, Fanaroff AA, et al. Neonatal candidiasis among extremely low birth weight infants: risk factors, mortality rates, and neurodevelopmental outcomes at 18 to 22 months. *Pediatrics*. 2006;117:84-92
3. Saiman L, Ludington E, Pfaffler M. Risk factors for candidemia in neonatal intensive care unit patients. The National Epidemiology of Mycosis Survey Study Group. *Pediatr Infect Dis J*. 2000;19 :319–324
4. Lopez Sastre J, Coto Cotallo G, Fernandez Colomer B. Neonatal invasive candidiasis: a prospective multicenter study of 118 cases. *Am J Perinatol*. 2003;20 :153–163
5. Shetty SS, Harrison LH, Hajich RA, et al. Determining risk factors for candidemia among newborn infants from population-based surveillance: Baltimore, Maryland, 1998–2000. *Pediatr Infect Dis J*. 2005;24 :601–604
6. Warris A, Semmekrot B, Voss A. Candidal and bacterial blood-stream infections in premature neonates: a case-control study. *Med Mycol*. 2001;39 :75–79
7. Kaufman D, Boyle R, Hazen K. Fluconazole prophylaxis against fungal colonization and infection in preterm infants. *N Engl J Med*. 2001;345 :1660–1666

T.Gotua, I.Pavlenishvili, TS. Parulava

CANDIDIASIS IN VERY LOW BIRTH WEIGHT NEONATES

Candida infections are frequent and major causes of late- sepsis in neonatal ICUs, and they are associated with high morbidity and mortality rates. Premature neonates and particularly low and very low birth weight infants require invasive diagnostic and aggressive therapeutic interventions, many of which increase the risk factors for developing Candida infections. The immaturity of the immune system specially among preterm neonates, which mainly involves T-cells and neutrophils, further predisposes this population to infections. The most frequently encountered fungal infections are caused by Candida Albicans or Candida Parapsilosis. Candidal infections in very low-birth-weight neonates may present as 3 distinct syndromes: congenital candidiasis, catheter-associated fungemia, and disseminated candidiasis. Up to 75% of cases of neonatal candidiasis present with infection of two or more organs. Unifocal osteomyelitis, meningitis, and renal candidiasis are the most common presentations, otherwise infection of any combination of blood, kidneys, meninges, heart, eye, bones, or joints. Amphotericin B (with or without 5-Fluorocytosine) is the treatment of choice for Candida infections in neonates, but its use is often limited by severe side effects. Possible alternatives to Amphotericin B include triazoles (such as Fluconazole) and lipid preparations of Amphotericin B.

გორგასლიძე ნ., ტაბაძე დ., გონაძე ნ.

სამკურნალო საშუალებების მოხმარების თანისაბურავების შესწავლა საქართველოს ავთიაქაში

თსუ-ს სოციალური და ჯიწიქური ფარმაციის დეპარტამენტი, ფარმაცოლოგიის დეპარტამენტი

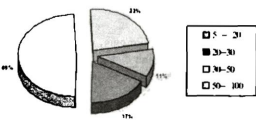
სამკურნალო საშუალებებით მოსახლეობის უზრუნველყოფის ხარისხი დამოკიდებულია არა მხოლოდ აფთიაქებში არსებული მედიკამენტის რაოდენობაზე, არამედ ასორტიმენტის რაციონალურ, მიზნობრივ გამოყენებაზე და ფარმაცევტული ბაზრის თავისებურებებზე. ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა საქართველოში სამკურნალო საშუალებების მიმოქცევაზე მოქმედი ფაქტორების შესწავლა

კვლევის ობიექტს წარმოადგენდა საქართველოში სხვადასხვა ჯგუფის აფთიაქები, ჩვენს მიერ ნინასწარ შედგენილი ანკეტების მიხედვით. წარმოდგენილ ნაშრომში გაანალიზებულია 12 სხვადასხვა ჯგუფის აფთიაქიდან შემოსული პასუხები. II ჯგუფის - 6; III ჯგუფის - 3, სააფთიაქო პუნქტი - 1; სამკურნალო დაწესებულების - 2 აფთიაქი.

აღმნიანს ჯანმრთელობაზე მოქმედი ბიოლოგიური ფაქტორებიდან ერთ ერთი მნიშვნელოვანია ასაკი.

ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევაში მონაწილეობდა 1446 რესპოდენტი, მოსახლეობის ასაკობრივი ჯგუფების გათვალისწინებით, რომლებიც დაყოფილი იყვნენ მწარმოებლურ (20-59 წ), ნახევრად მწარმოებლურ (15-19წ. 60-69წ.) და არამწარმოებლურ ჯგუფებად (0-14წ. და 70წ და მეტი). ჩვენს შემთხვევაში 5- 20 წლამდე ასაკის გამოკითხულთა 156 პირიდან (1446 ადამიანიდან) 9 აფთიაქში (ე.ი. საშუალოდ 1 აფთიაქში) შევიდა აღნიშნულ ასაკის 17,66 პირი, რაც საერთო რაოდენობის რესპოდენტთა 11,32%-ია; დანარჩენი ასაკობრივი ფენასთან შედარებით 10,78%-ია (დიაგრამა №1).

დიაგრამა №1



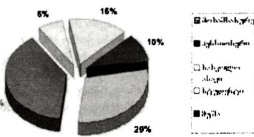
20-30 წლამდე ასაკის 250 პირი დაფიქსირდა (ერთ აფთიაქში 27,78 პირი რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 10% ია), რაც ყველა დანარჩენი ასაკის საერთო რაოდენობის 17,29% შეადგენს. 9 აფთიაქს მიმართა 30-50 წლის 705 მომხმარებელმა (ანუ ერთ აფთიაქში საშუალოდ 78,33 მომხმარებელი შედის, რაც 11,11% ია), რაც რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 48,75%-ია. 50 წლის ასაკისა და მის ზევით გამოკითხულია სულ 335 - მომხმარებელი, რაც 37,22 (9,9%)

- შეადგენს ერთ აფთიაქზე, ანუ რესპოდენტთა საერთო რაოდენობის 23,16% - ია.

მიღებული მონაცემებიდან ნათლად სჩანს, რომ ასაკის მატების შესაბამისად იზრდება აფთიაქში მიმართვის რიცხვი, ვინაიდან მატულობს დაავადებების განვითარების რისკი. ეს უკანასკნელი პიკს აღწევს 30-50 ასაკობრივ ჯგუფში (რეგრესული ტიპი - როდესაც 50 წლისა და მეტი ასაკის პირთა რაოდენობა მეტია 0-14 წლის ასაკის პირთა რაოდენობაზე). ნიშნდობლივია ის ფაქტი, რომ 30-50 წლის ასაკის მოსახლეობა ფაქტურად შეადგენს მოსახლეობის იმ რაოდენობის ნახევარს, რომელმაც მიაკითხა აფთიაქებს, რაც დაკვირვებულია 50 წელს ზევით დაავადებათა რიცხვის მატებასთან და მედიკამენტების გამოყენების სიხშირის ზრდასთან. აქვე აღსანიშნავია, რომ, 50 წელს ზევით ხანდაზმულტებში, უმუშევრტებში და დაბალი პენსიების მქონე პირტებში მედიკამენტების ყიდვის უნარიანობა დაბალია, რის გამოც თავს იჩენს სოციალური ბრობლემტები.

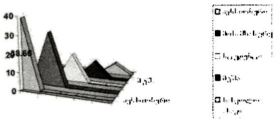
აღმნიანს ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორების შორის წამყვან როლს თამაშობს ის სოციალური გარემო, რომელშიც მას უხდება ცხოვრება. რეფერენტულ აფთიაქებში გამოვლინდა მოსახლეობის სოციალური ფენა : მოსამსახურე, პენსიონერი, სასკოლო ასაკი, სტუდენტები, მუშა. მონაცემები გამოსახულია №2 დიაგრამაზე.

დიაგრამა №2



გამოკითხულ 8 აფთიაქში დაფიქსირდა 957 სხვადასხვა ფენის რესპოდენტი, რომლებიც რაოდენობრივად და პროცენტულად განაწილდა შემდეგნაირად (დიაგრამა №3).

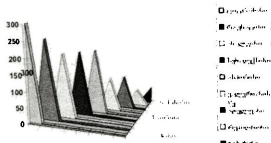
დიაგრამა №3



დიაგრამიდან გამოვლინარე აფთიაქში მომხმარებელთა 39% პენსიონერი, რაც წინააღმდეგობაში არ მოდის 30-50 წლის ასაკობრივ ჯგუფთან, რომლებშიც სჭარბობენ. ინვალიდები და პენსიონერები (დაბადებიდან ინვალიდები, ომის ინვალიდები).

მეორე პოზიციის მხრივ სავარაუდოდ გამოიკვეთა ის მოსამსახურეები, რომლებიც მატერიალურად შედარებით უზრუნველყოფილნი არიან და 29%-ს შეადგენენ

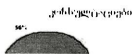
დიაგრამა № 4



საინტერესო მონაცემები გამოვლინდა ხშირად მოხმარებადი (დიაგრამა №4) პრეპარატების მხრივ, საიდანაც სჩანს, რომ ამ მხრივ ყველაზე პოპულარულია ციტრამონი. (ტკივილდამაყუჩებელი, და სიცხის საწინააღმდეგო), რომელსაც მოსდევს რაუნატინი (ანტიჰიპერტენზიული), ანალგინი, ასპირინი, სენადეექსინი, ადელფანი, ვალერიანის წვეთები, რეპიდრონი, გააქტივებული ნახშირი. აღნიშნულის მიზეზად ჩვენ მივიჩნით წარმოდგენილი პრეპარატების ფარმაცევტულ ბაზარზე საუკუნეზე მეტ ხანს არსებობა, ასევე მოსახლეობის ინფორმაციის მალალი ხარისხი და ხელმისაწვდომობა.

ჩვენი ყურადღების მიღმა არ დარჩენილა ასევე ის გარემოება, თუ აფთიაქში მომხმარებელი რის მიხედვით ირჩევს მისთვის საჭირო პრეპარატს. ამისათვის კითხვარში შევიტანეთ სამი ფორმა. კერძოდ, თუ ვისგან (ექიმი, ფარმაცეტი) იღებს პაციენტი კონსულტაციას, რა სიხშირით, საიდან აქვს ინფორმაცია და თუ პრეპარატს ირჩევს დაავადების მიხედვით (დიაგრამა №5, №6).

დიაგრამა №5



დიაგრამა №6



უნდა აღინიშნოს, რომ კონსულტაციების რიცხვმა აფთიაქებში საშუალოდ 44,16% - ი შეადგინა (530/12) (დიაგრამა №6).

აღნიშნული მონაცემებიდან გამომდინარე თამამად შეიძლება ითქვას, რომ აფთიაქებში კონსულტაციები ტარდება არასრულყოფილად. ე.ი. დაახლოებით 10 მომხმარებელიდან კონსულტაციას გადის მხოლოდ 4-5. ეს საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელია, მითუმეტეს რომ იმის განსაზღვრა თუ რამდენად კვალიფიციურია კონსულტაცია ჯერჯერობით შეუძლებელია.

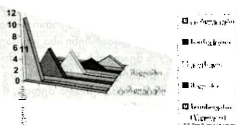
პრეპარატთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიხედვით კი 27,5% (320/12) (დიაგრამა №6) ეს მაჩვენებელი საერთოდ სავალალოა. ვინაიდან 10 მომხმარებელიდან მხოლოდ 2-3 ფლობს ადეკვატურ ინფორმაციას პრეპარატზე პაციენტისათვის განკუთვნილი ინფორმაციის შესახებ. პაციენტის, როგორც მომხმარებლის სოციალურ-ფსიქოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინებით დიაგრამა №7-ზე ნაჩვენებია დაავადებათა ჯგუფის მიხედვით პრეპარატების მოხმარების მონაცემები. აღერგოული დაავადებათა სამკურნალო პრეპარატების მოხმარების შემთხვევები დაფიქსირდა 5 აფთიაქში; მწვავე რეპროდუქციული დაავადებები, გრიპის საწინააღმდეგო - 4-ში; ჰიპერტონიული დაავადების სამკურნალო - 4-ში; რეუმატოიდული დაავადების საწინააღმდეგო - 4-ში; გულსისხლძარღვთა დაავადების სამკურნალო - 2-ში; სისხლმადი ორგანოების დაავადების სამკურნალო - 2-ში; კუჭ-ნაწლავის დაავადების სამკურნალო - 2 აფთიაქში.

დიაგრამა №7



ჩვენთვის საინტერესო იყო, თუ მომხმარებელი მისთვის საჭირო წამლის რომელ ფორმას ანიჭებს უპირატესობას. აქ აფთიაქიდან წამლის რომელი ფორმები გაიცემა. ამ მხრივ მონაცემები წარმოდგენილია დიაგრამაზე (დიაგრამა №8);

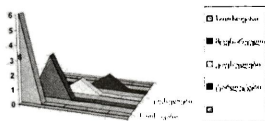
დიაგრამა №8



გამოკითხული აფთიაქების მიხედვით 91%-ში პაციენტები მოითხოვენ ნაშლის ტაბლეტირებულ ფორმას. 41,67% -ში საინექციოს, 33%- კაფსულირებულს და 16,67% - ში ნაშლის რბილ და სითხოვან ფორმას.

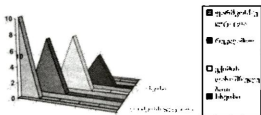
მკურნალობის მსოფლიო პრაქტიკაში დიდი წარმატებით სარგებლობა მცენარეული წარმოშობის პრეპარატები. საქართველოში ამ მხრივ ჩატარებულმა მონიტორინგმა გვიჩვენა, რომ ძირითადად მომხმარებელი ირჩევს კუჭ-ნაწლავისა და ცენტრალური ნერვულ სისტემაზე მოქმედ პრეპარატებს. რაც შეეხება ნაშლის ფორმებს მომხმარებლისათვის, ამ მხრივ მოსახერხებელია სითხოვანი, დანერვილმანებული, კაფსულები და ტაბლეტირებული (დიაგრამა №9)

დიაგრამა №9



საკმაოდ საინტერესო მონაცემები მივიღეთ პაციენტების მკურნალობისას ექიმის დანიშნულებით, სხვისი რჩევით, რეკლამის საშუალებით ან ფარმაცევტის კონსულტაციის მიხედვით. მიღებული მონაცემებით (დიაგრამა №10) უპირატესობა გამოვლინდა ფარმაცევტის კონსულტაციის შემთხვევაში (10 შემთხვევა); რეკლამის ზეგავლენით მკურნალობას იტარებდა 7 პაციენტი; ექიმის დანიშნულებით 7; სხვისი რჩევით მკურნალობის 4 შემთხვევა იქნა გამოვლენილი.

დიაგრამა №10



მეტად სავალოა, როდესაც მკურნალობის შემთხვევები რეკლამითა და ექიმის დანიშნულების მიხედვით ერთნაირი სიხშირით დაფიქსირდა. რაც შეეხება ფარმაცევტის კონსულტაციით მკურნალობის შემთხვევებს, აქ მიზეზად შეიძლება დავასახელოთ ფარმაცევტების კვალიფიკაცია, ხოლო ყველა სხვა შემთხვევებში სავარაუდოდ მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობით უნდა იყოს განპირობებული.

ჩვენს მიერ ჩატარებული სოციოლოგიური კვლევების შედეგად შესაძლოა დავასკვნათ, რომ - პაციენტი მიმართავს ექიმს უკიდურეს შემთხვევაში;

2. მოხმარს იაფ ნაშლს;

3. მიმართავს სიმპტომატურ თვითმკურნალობას;

4. მნიშვნელოვნად ირჩინა თავი მოსახლეობის სოციალ-ეკონომიკურმა მდგომარეობამ, რაც მოითხოვს უფრო ჩქარი ტემპით სადაზღვევო მედიცინის დანერგვის აქტუალზაციას.

Gorgastidze N., Tabatadze D., Gongadze N.

THE STUDY OF PECULIARITY OF DRUG USING IN GEORGIAN DRUGSTORES

The investigation were carried out in different group of Georgian drugstores. In representative material have been analyzed the answers from 12 different following drugstores: II group – 6 drugstore; III group – 3 drugstore; drugstore station – 1; hospital drugstore – 2. In our investigation have been involved 1446 respondent of different age, from 5-70 years old and above. The received results indicated that:

1. The patients addressed to physician only in extreme situation;
2. The majority of patients are using only a cheap drugs;
3. The patients very often are using selfmedication;
4. Above mentioned in main part caused by social-economic factors, which requires a more rapid introduce of insurance medicine in Georgia.

გორგაშთაძე ნ., თაბათაძე დ., გონგაძე ნ.,
პედიკოლოგიური მედიცინის მედიკოსი

სარქვევ ჯირკვლის ფილოიდური ფიბროადენოზა

თსს-ის ურბანული მირაზიის ჯანდაცვა

სარქვევ ჯირკვლის ფილოიდური ფიბროადენოზა მიეკუთვნება სარქვევ ჯირკვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეების ჯგუფს, კერძოდ კი წარმოადგენს ინტრაკანალიკულური ფიბროადენოზის ერთერთ სახესხვაობას. თანამედროვე მონაცემებით ფილოიდური ფიბროადენოზა შედის დისპორმონულ დისპლაზიების ჯგუფში (1).

დისპორმონული დისპლაზიები ზრდის ტიპების მიხედვით იყოფა ორ ჯგუფად:

- I. ნოდოზური
 1. ფიბროადენოზა
 2. ფილოიდური ფიბროადენოზა
- II. დიფუზური
 1. ადენოზი
 2. ფიბროადენოზატოზი
 3. ცისტოადენოზაპილოზი
 4. მაფიბროზირებული ადენოზა

ფილოიდური სიმსივნე უფრო ხშირად გვხვდება 40-50 წლის ასაკის ქალებში.

პათანატომიურად – სიმსივნე შედგება სადინრების ეპითელიუმის პროლიფერაციული ელემენტებისაგან და შემადგენელი ქსოვილისგან. ზრდის სახისათვის მიხედვით ძირითადად ინტრაკანალიკულური ტიპისაა (4).

სიმსივნეს აქვს დამახასიათებელი შერეობრივი აგებულება, კარგადაა გამოყოფილი მიმდებარე ქსოვილებისაგან, მაგრამ ნამდვილი კაფსულა არ გააჩნია. იგი ხშირად შეხორცებულია კანთან, ახასიათებს სწრაფი ზრდა და შესაძლოა ხანმოკლე პერიოდში მიაღწიოს გიგანტურ ზომებს (20სმ დიამეტრის). სიმსივნის განსაკუთრებით დიდი ზომების მიღწევისას მისი შემომფარგლავი კანი თხელდება და იღებს ციანოზურ ელფერს, ინვეზის სარძევე ჯირკვლის მკერდი დეფორმაციას. ზოგჯერ ავადმყოფებს აღენიშნებათ გულმკერდის ვენური სისხლძარღვების გაგანეიერება (2,3).

ფილოციდური სიმსივნისათვის დამახასიათებელია ხშირი რეციდივები. ფილოციდური ფიბროადენომის ფონზე კიბო უფრო იშვიათად ვითარდება, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება მოხდეს მისი ავთვისებიანი გადაგვარება ფილოციდურ ცისტისაგან. ავთვისებიანი გადაგვარების შემთხვევაში სიმსივნის მეტასტაზირება ხდება ძვლებში, ფილტვებში და სხვა ორგანოებში (5).

დანოსტრება ხდება ძირითადად ბიოფსიური მასალის ჰისტოპათოლოგიური შესწავლის საფუძველზე.

მკურნალობა: მკურნალობის ძირითად მეთოდს წარმოადგენს ქირურგიული ჩარევა. ოპერაციის მოცულობა დამოკიდებულია სიმსივნის ზომასზე: მცირე ზომის სიმსივნეების დროს ანარმოებენ ენუკლეაციას ან სექტორულ რეზექციას. თუ სიმსივნური ნარმონაქმის დიამეტრი 8-10 სმ. ფარგლებშია, ამ შემთხვევაში კეთდება მასტექტომია და ამოკვეთილი მაკროპარატიის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა. სიმსივნის ავთვისებიანად გადაგვარების შემთხვევაში ახორციელებენ რადიკალურ მასტექტომიას. შემდგომი მკურნალობის ტაქტიკა განისაზღვრება ამოკვეთილი ლიმფური კვანძების ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევების შედეგების მიხედვით.

ჩვენს კლინიკაში, ბოლო 10 წლის მანძილზე, დაფიქსირდა სარძევე ჯირკვლის ფილოციდური ფიბროადენომის ერთი შემთხვევა. 20/XI.2007 წ. კლინიკაში შემოვიდა 36-წლის, 45 წლის ქალი, (ავადმე. ისტ. №678) ჩივილებით სიმსივნურ ნარმონაქმზე მარჯვენა სარძევე ჯირკვლის ქვედა მედიალურ კვადრანტი. შემოსვლის დიგნოზი - მარჯვენა სარძევე ჯირკვლის ფიბრომა.

ავადმყოფის გადმოცემით, სიმსივნური ნარმონაქმი მარჯვენა სარძევე ჯირკვალში შენიშნა 6 თვის წინ. სიმსივნური ნარმონაქმი დროთა განმავლობაში ზომამი პროგრესულად მატულობდა.

შემოსვლისას ზოგადი მდგომარეობა იყო დამაკმაყოფილებელი: კანი და ბილული ლორწოვანი ვარდისფერი, საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა პათოლოგიის გარეშე; სასუნთქი სისტემა: პერკუსით ნათელი ხმოანობა, აუსკულტაცია - ვეზიკულური სუნთქვა. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: Cor. ტონები სუფთაა; P - 76, TA - 120/70, საჭმლის მომწელებელი სისტემა; ენა სველი, მუცელი რბილი, ღვიძლი და ელენთა არ სცილდება ნეკნთა რკალს; მარდ-სასქესო სისტემა: თირკმელები ბიმაქულური პალპაციით არ ისინჯება, პასტერნაკი (-), მარცხე თავისუფალი.

ლოკალურად: მარჯვენა სარძევე ჯირკვლის ქვედა მედიალურ კვადრანტი სიმსივნური ნარმონაქმი ზომით 8-6 სმ.

პერიფერიული სისხლის ანალიზი: Hb-140, Er - 4,5x10¹², L-5x10⁹, თრომბოციტები - 319000, ელს - 18, ნეიტროფილები 73% - ლიმფოციტები - 10%, ჩხირბირთვიანი - 7%, სეგმენტბირთვიანი - 66%, ეოზინოფილი - 6%, ბაზოფილი - 2%.

შარდის საერთო ანალიზი პათოლოგიის გარეშე.

ულტრაბგერითი გამოკვლევით სარძევე ჯირკვალში პრემენსტრული ტიპის, პარენქიმა კარგად გამოხატული, არაერთგვაროვანი აგებულების და შერეული ექოსტრუქტურის, მარჯვნივ ქვედა მედიალურ მონადირის ისახებოდა მკაფიო, არასწორი კონტურების მქონე მოცულობითი ნარმონაქმი ზომით 6,7x4,2 სმ-ზე, რომლის ირგვლივ აღინიშნებოდა ექოსტრუქტურული ცვლილებები. ცენტრალურად ისახებოდა ანექოგენური სტრუქტურის დესტრუქციული-ნეკროზული უბანი. კანქვეშა ცხიმოვანი ნილაკები - ზომიერი განვითარების, არაერთგვაროვანი აგებულების, მასში ისახებოდა ექოგენური სტრუქტურის შემართებელ ქსოვილოვანი ნერტილოვანი ჩანართები, კუპერის ჭიმბი - მკვეთრად გატლანქებული. ულტრაბგერითი გამოკვლევის საფუძველზე დაისვა მარჯვენა სარძევე ჯირკვლის მოცულობითი ნარმონაქმის დიაგნოზი.

ციტოლოგიური გამოკვლევით პუნქტატში გამოვლინდა პრიზმული ეპითელიუმის ერთგვაროვანი უჯრედების წერილი მრავლობითი ჯგუფები, კარგად გამოხატული საზღვრებით, უჯრედულ-ბირთვული ატომის ნიშნების გარეშე, რაც მეტყველებდა გვიგანტური ინტრაკანალიკულური ფიბროადენომის (ფოთლისებური სიმსივნის) სასარგებლოდ.

კლინიკური, ულტრაბგერითი და ციტოლოგიური გამოკვლევების მონაცემების საფუძველზე ავადმყოფს დაესვა მარჯვენა სარძევე ჯირკვლის ფიბროადენომის დიაგნოზი და გადაწყდა ოპერაციული მკურნალობა.

ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ ჩატარდა მარჯვენა სარძევე ჯირკვლის სექტორული რეზექცია, ამოღებულ იქნა ფიბრომატური კვანძი ზომით 8x6 სმ-ზე, ჭრილობა დაიბრუნა ყრულ. პრეპარატი გაიგზავნა ჰისტომორფოლოგიურ გამოკვლევასზე.

ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევის (მაკროსკოპული) აღნიშნავდა კვანძი ზომით 7,0 - 6,0 - 5,0სმ. ვანაკეთზე ნილაკოვანი, გალოროვანებით, სხვადასხვა ზომის ცისტებით, ცისტის სანათურში გალოროვანებული ქსოვილის პოლიპოიდური ნანაზარდება. პისტიმოგურად სიმსივნური ქსოვილი შეიცავდა ჯირკვლოვან და ფიბროზულ კომპონენტს. ფიბროზული კომპონენტი ჩაზრდილი იყო ჯირკვლის სანათურში და ქმნიდა ფილოციდურ სტრუქტურებს, მასში აღინიშნებოდა ნორმა და პიპერცელულური უბნები. მოჩანდა ერთეული, ზომამი მომატებული, პიპერცელოზული ბირთვი, აღინიშნებოდა საშუალო დიამეტრული მიტოზური აქტივობა (<10 მიტოზი 1.0. მხედველობის ველში დიდ ატადებაზე).

პათოპისტოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა სარძევე ჯირკვლის ფილოიდური სიმსივნე – მასაზღვრე ტიპის (ბორდერლინე).

ავადმყოფი ბინაზე გაენერა მესამე დღეს, ნაკერები მოეხსნა მე-7 დღეს.

ავადმყოფი იმყოფებოდა ონკოლოგიური მეთვალყურეობის ქვეშ. მასზე დანესდა კლინიკური მონიტორინგი. ამ მიმართულებით კონსულტირებულია ონკოლოგ-მამოლოგის მიერ. კონსულტირებულს, ოპერაციიდან 6 თვის შემდეგ, განმეორებით ექოსკოპიური და კლინიკური გამოკვლევებით, პათოლოგია არ აღმოაჩნდა.

მოცემული შემთხვევის ანალიზი გვაძლევს შესაძლებლობას კიდევ ერთხელ გავამახვილოთ ყურადღება დისპანსერული გამოკვლევის აუცილებლობაზე 40 წელს გადაცილებულ ქალებში ყოველწლიურად, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში, ყოველ 6 თვეში ერთხელ, პათოლოგიური პროცესის გამოვლენის და ადრეული დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით.

ლიტერატურა

1. Гилязутдинов И.А., Хамитова. Дисгормональные заболевания молочных желез. В книге 'Онкология' М., 2000 г., стр. 215-221
2. Доброкачественные опухоли молочной железы. Б.М.Э. т.15, изд. 1981 г. стр. 408
3. მ. კუზინი, ქირურგიული დაავადებები. ნიგნში „სარძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი სიმსივნეები“, გამომცემლობა „მთაწმინდელი“, თბ., 2001 წ. გვ. 51-52
4. Siwert-Speciale chirurgie 2006
5. Muler M-Chirurgie 2007

N. Grigolia; G. Giorgobiani; M. Gachechiladze; S. Bolotashvili; I. Gabunia

BREAST FILLIOUS FIBROADENOMA

Department of Surgery at Tbilisi State Medical University

Breast fillous fibroadenoma is a benign tumour. According to modern classifications fillous fibroadenoma belongs to the dishormonal dysphasia group.

In our clinic for the last 10 years we encountered only one case of breast fillous fibroadenoma. A 45 year old woman was admitted to the clinic with the complaint of having tumorous mass in the inferior medial quadrant of the right breast. The mass was revealed by her 6 months before and, since then it has been gaining size. On the basis of ultrasound and cytology data, fillous breast fibroadenoma was diagnosed. Sectoral resection of the right breast was performed and as a result fibromatous mass 8X6 cm. in size was removed. Morphological examination confirmed the diagnosis of fillous (borderline) tumour of the breast. The patient had uneventful recovery. 6 months follow up (ultrasound) revealed no pathology of the breast.

The case can be considered as an additional proof confirming high value of annual screening of women over 40. In case of necessity the screening should be done every 6 month for early diagnosis of breast pathologies.

გრიგოლია ნ., გაჩეჩილაძე მ., ბოლოთაშვილი შ.

პეიმობილია

თსსუ-ის ქირურგიული დეპარტამენტი. ურბანტული ქირურგიის მიმართულება

ჰემობილია (haemobilia – haima- სისხლი, ბერძნ. + billis, ნალველი, ლათ.)- ნიშნავს სისხლდენას სანაღვლე გზებიდან. ჰემობილიის დროს სანაღვლე გზებიდან სისხლდენა ძირითადად ვლინდება სისხლიანი პირღებინებით ან კუპრისფერი განავლის სახით. ამიტომ ჰემობილია ხშირად გაიგივებულია გასტროდუოდენალური სისხლდენის კლინიკურ გამოვლინებასთან.

თავდაპირველად, ჰემობილიის თითო-ორჯერად შემთხვევა ლიტერატურაში იყო აღწერილი კაზუისტიკის სახით. OWEN-მა (9) 1848 წელს აღწერა 22 წლის მამაკაცი, რომელსაც ღვიძლის მიდამოში, ტრავმის მიღებიდან სამი დღის შემდეგ, გაუძლიერდა ტკივილი მარჯვენა ფერტევეშა არეში, რასაც დაერთო კანისა და ხილული სკლერების სიყვითლე, კუპრისფერი განავლის არსებობა. ავადმყოფის მდგომარეობა პროგრესულად უარესდებოდა და ტრავმის მიღებიდან მე-12 დღეს ავადმყოფი გარდაიცვალა. გაკვეთაზე აღმოჩნდა ღვიძლის სუბკაფსულარული დაზიანება, სუფთა სისხლი და სისხლის კოაგულები სანაღვლე გზებში. შემდგომ წლებში აღნიშნული პათოლოგია გააშუქებული იყო Sandblom-ის (10) Г.Н. Агжититов-ის (1), В.Д. Братусь-ის (2), В.В. Юрченко-ს, А. А. Поликарпов и соавт.-ის (4), А.В. Козлов и соавт.-ის (3), В. Ривкин, А. Бронштейн-ის (5), Е.Ф. Сох (8) -ის მიერ.

ჰემობილია შეიძლება განვითარდეს ღვიძლის ტრავმის, ღვიძლის სისხლძარღვთა ანევრიზმის, ავთვისებიანი სიმსივნეების დაშლის ან ნალვლის ბუშტისა და სადინარების ანთებადი დაზიანების შედეგად.

ჰემობილიის უშუალო მიზეზი არის არტერიის ან ვენის დაწყლულება, კარის ვენის თრომბოფლებიტი ან ნალვლის ბუშტისა და სადინარების ანთებადი დაწყლულება. ანთებადი პროცესის გამო ნალვლის ღვიძლიდან სადინარისა და მეზობლად მდებარე სისხლძარღვის კედლის აროზიის შედეგად ყალიბდება არტერო-ბილიარული ან ვენო-ბილიარული ფისტულა, რასაც თანსდევს პროფუზული, არაიშვიათად სასიკვდილო სისხლდენა.

ცნობილია, რომ ღვიძლის ტრავმული, სუბკაფსულარული დაზიანების შედეგად სისხლდენა შეიძლება გამოვლინდეს ტრავმის მიღებიდან რამოდენიმე დღის ან კვირის შემდეგაც. ლიტერატურული წყაროები ცხადყოფენ, რომ ჰემობილია ავადმყოფს შეიძლება გამოიხატოს ტრავმის მიღებიდან დაახლოებით 50 დღის შემდეგ (8).

ინტერესმოკლებული არ არის ტონ-ტხატ-ტუნგის (6) მონაცემები. კერძოდ, მათ განხილული აქვთ ჰემობილიის 46 შემთხვევა, რომელთაგანაც 12 შემთხვევაში, ჰემობილიის მიზეზი იყო ჰემორაგიული ქო-

ლანგიტი, ხუთ შემთხვევაში — კერის დრენაჟის ხანგრძლივი დაყოვნება ნალვლის საერთო სადინარში, 18-ჯერ, ჰემორაგიული ქოლანგიტის მიზეზი გახდა ასკარიდოზი და ერთ შემთხვევაში კი ღვიძლის არეში მიღებული ტრავმა.

ამრიგად, ჰემობილიის გამომწვევი მიზეზი მრავალია. კლინიკური სურათი კი უხშირესად გამოიხატება ტრიადით - ტკივილით ღვიძლის მიდამოში, სიყვიითლე და გასტრო-დუოდენალური სისხლდენით, სისხლიანი პირღებინებითა ან კურპისფერი განავლის სახით.

ჩვენს კლინიკაში 1970 წლიდან დღემდე, სანალვლე გზებზე ნაოპერაციევ 1939 ავადმყოფზე გამოვლენილი იყო ჰემობილიის 4 შემთხვევა (0,2%). მოგვყავს შემთხვევების აღწერა: ავადმყოფი ი.ა. (ავადმყოფობის ისტორია №112), 40 წლის ქალი, კლინიკაში მოყვანილი იქნა სასწრაფო დახმარების მანქანით, მკვეთრად გამოხატული ტკივილით ეპიგასტრიუმის არეში და სისხლიანი პირღებინებით. მისი გადმოცემით, უკვე ორი წელია, რაც ანუხებს ყრუ ხასიათის ტკივილი ეპიგასტრიუმსა და მარჯვენა ფერთქვეშა არეში, რის გამოც მკურნალობდა ამბულატორულად, წყლულოვანი დაავადების სავარაუდო დიაგნოზით. მოყვანისას, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი. მაჯა საშუალო ავსების და დაჭიმულობის, ნუთში 80', TA 110-70 mmHg. გულის ტონები სუფთა, პალპაციით საგრძნობლად მტივიწეულია ეპიგასტრიუმის მიდამო და მარჯვენა ფერთქვეშა არე. ავადმყოფს აქვს ღებინება, მაგრამ სისხლი პირნალებ მასაში აღარ აღენიშნება. განავალი სამი დღის მანძილზე რჩებოდა კუპრისფერი, შემდეგ კი თანდათანობით ჩვეულებრივი გახდა. სისხლის საერთო ანალიზი მნიშვნელოვანო ცვლილებების გარეშე, Er - 4,0x10⁹; Hb - 90%; L - 6,0x10⁹; ზომიერი ნეიტროფილოზით. შარდი პათოლოგიის გარეშე. ენდოსკოპიური გამოკვლევით, საყლაპავი თავისუფლად გამავალი, კუჭის ლორწოვანი ვარდისფერი, ნაოჭები ნორმალური, ანტრალური ნაწილი და თორმეტგოჯა ნაწლავი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე, თორმეტგოჯა ნაწლავში, ფატერის დვრილიდან შემოედინება სქელი, ბლანტი სისხლმინარევი ნალველი. ექოსკოპიური გამოკვლევით-ღვიძლი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე, ნორმალური ზომის, მისი ექოსტრუქტურა შენახული, წვრილმარცლოვანი. ნალვლის ბუშტი დეფორმული, კედელი გასქელებული, ნალვლის ბუშტის სანათურში აღინიშნება სამი კონკრემენტი, რომელთა დიამეტრი ვარირებს 0,7 მმ-დან 1 სმ-მდე. პანკრეასი პათოლოგიის გარეშე. თირკმლების ზომა ორივე მხარეზე ნორმალური. გენიტალური ორგანოები პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე.

ამრიგად, დაისვა ნალველკენჭოვანი დაავადების დიაგნოზი, რის გამოც გაკეთდა ოპერაცია. ენდოსკოპიური ნარკოზით გაიხსნა მუცლის ღრუ, მახვილისებრი მორჩიდან ჭიპამდე. კუჭის პილოროანტრალური ნაწილი, თორმეტგოჯა ნაწლავი და ნალვლის ბუშტი ანთებადი ნაწიბურებით მიზრდილი იყო ღვიძლთან. ამ შეხორცებების გათიშვის შემდეგ გამოირკვა, რომ არც კუჭში და არც თორმეტგოჯა ნაწ-

ლაგში წყლული არ არის. ნალვლის ბუშტი ჰიპერემიულია, ოდნავ გასქელებული და მასში ისინჯება სამი კენჭი. ნალვლის საერთო სადინარი, ვიზუალურად და პალპაციით პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე. გაკეთდა ქოლაციისტიქტომია, ყელიდან, ბუშტის სადინარისა და არტერიის ცალკ-ცალკე გადაკვანძვით. ღვიძლის კართან დატოვებული დრენაჟის ბოლო გამოტანილი იქნა მარჯვენა ფერთქვეშა არეში გატარებულ დამატებით განაკვეთში. ჭრილობა შუა ხაზზე დაიხურა ყრუდ. ოპერაციიდან მე-13 დღეს ავადმყოფი გაენერა კლინიკიდან განკურნებული.

ამოკვეთილი ნალვლის ბუშტის კედელი ოდნავ გასქელებული და ჰიპერემიული. განაკვეთზე მისი ლორწოვანი გარსის ხვერდოვნება ალაგ-ალაგ ნაშლილი. ყელის არეში პოლიპოზური ნაწარდებით. შიგთავსი- სისხლნარევი ნალველი და სამი კონკრემენტი.

თითქმის ანალოგიური კლინიკური სურათი ჰქონდა გამოხატული მეორე ავადმყოფს. ეს იყო 43 წლის მამაკაცი, კ.პ. (ავადმყოფობის ისტორია №419), რომელიც მოთავსდა კლინიკაში 1989 წლის 13 მაისს, ჩივილით ტკივილზე მუცლის ზედა ნახევარში, გულის რევიით, სისხლიანი პირნალებით, კუპრისფერი განავლის არსებობით და საერთო სისუტით.

კლინიკაში მოთავსებამდე ერთი წლით ადრე ავადმყოფს რენტგენოლოგიური გამოკვლევით დადგენილი ჰქონდა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება. გასტროსკოპიით- საყლაპავი მილი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე, კუჭი ნორმალური ზომის, ლორწოვანი ვარდისფერი, პილოროანტრალურ ნაწილში ერთეული ზედაპირული ეროზია. თორმეტგოჯა ნაწლავი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე. ულტრაბერითი გამოკვლევით დადგინდა, რომ ნალვლის ბუშტი შეიცავს მრავლობით, სხვა და სხვა ზომის კონკრემეტს. შიგთავსი- ნალველი+შენიშნული ბილიარული ნალექი. ოპერაციის დროს კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პათოლოგია არ დადგინდა. ოპერაცია ამჯერადაც განისაზღვრა ქოლაციისტიქტომიით. პრეპარატი: ნალვლის ბუშტის სანათური შეიცავს 24 შერეული შენების მრავალნახნაგოვან კენჭს. აგრეთვე სისხლის კოლტებს, ახალ სისხლთან ერთად.

ამრიგად, პირველი ავადმყოფის მსგავსად, ნალვლის ბუშტის სანათურში კენჭების არსებობამ გამოიწვია მასში სისხლის ჩაქცევა, რაც სისხლიანი პირღებინებითა და კუპრისფერი განავლით გამოვლინდა.

მომდევნო ორ შემთხვევაში ნალველკენჭოვანი დაავადების დიაგნოზი სწორად იყო დასმული, მაგრამ ჰემობილია მხოლოდ ოპერაციის შემდეგ დადგინდა.

ორივე შემთხვევაში, 23 წლისა და 45 წლის ქალებს, კენჭოვანი ქოლაციისტიტისათვის დამახასიათებელი ხშირი შეტევითი ტკივილის გამო გაუკეთდათ ქოლაციისტიქტომია. ამოკვეთილ ნალვლის ბუშტებში კენჭებთან ერთად აღმოჩნდა სუფთა სისხლი. ანამნეზის შეგროვებისას ორივე ავადმყოფმა აღნიშნა წარსულში კუპრისფერი განავლის არსებობა და ხანმოკლე სიყვიითლე (ბილირუბინი სისხლში აღნედა 54 მმოლ/

ლ-ზე, და 62 მმოლლ.-ზე), ამასთან კუჭში და თორმეტგოჯა ნაწლავში პათოლოგია არ აღმოჩნდა.

როგორც ჩვენი შემთხვევებიდან ჩანს, ჰემობილიის სადიაგნოზო მონოდებულები სიმპტომთა ტრიადა - ტკივილი, სიყვითლე და გასტროდუოდენალური სისხლდენა ყოველთვის როდია გამოხატული. კერძოდ, ორ ავადმყოფს სიყვითლე არ ჰქონდათ. ამიტომ საეჭვო შემთხვევებში, როდესაც კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის მხრივ სისხლის დენის მიზეზი გასტროდუოდენოსკოპიური გამოკვლევით არ დგინდება, უნდა გავითვალისწინოთ ჰემობილიის არსებობის შესაძლებლობა.

როდესაც ჰემობილიის მიზეზი ნაღვლის ბუშტის კენჭები ან მისი პოლიპია - ქოლეცისტიქტომია მკურნალობის არჩევით მეთოდს წარმოადგენს. ოთხივე ავადმყოფის შორეული შედეგი კარგია. არცერთ მათგანს სისხლდენის რეციდივი არ აღენიშნებოდა.

ამრიგად, ჰემობილია ღვიძლისა და სანაღვლე გზების ტრავმის ან ანთებადი დაზიანების მძიმე გართულებას წარმოადგენს.

უმეტეს შემთხვევებში იგი ხასიათდება შეტევილი ტკივილით, სიყვითლით და გასტროდუოდენალური სისხლდენით. თუმცა ზოგჯერ სიყვითლე შეიძლება არ იყოს გამოხატული. დღეს-დღეობით ჰემობილიის წამყვან დიაგნოსტიკურ მეთოდად ითვლება ფობროგასტროდუოდენოსკოპია, რაც საშუალებას გვაძლევს თვალნათლივ დავინახოთ სისხლის დენა ფატერის დერილიდან. ჰემობილიის დიაგნოსტიკაში გარკვეულ დახმარებას გვინეცს აგრეთვე ექოსკოპიური გამოკვლევა, კენჭოვანი ქოლეცისტიტის დადგენის მიზნით. სადღეისოდ წარმატებით გამოიყენება მაგნიტურ რეზონანსული გამოკვლევა, სპეციალურ რეჟიმში, სანაღვლე გზების არქიტექტონიკის გამოკვლევის მიზნით. ხოლო დიაგნოსტიკური სირთულის შემთხვევაში ნაჩვენებია ფაში არტერიის სელექციური არტერიოგრაფია (ცელიაკოგრაფია).

ლიტერატურა

1. Анжититов Т.Н. – К вопросу о гемобилии. Хирургия.-№3.С. 104. 1969.
2. Братусь В.Д. - Острые желудочные кровотечения, Киев, 1972.
3. Козлов А.В, Поликарпов А.А., Олещук Н.В., Таразов П.Г. Чрезкожное, чрезпеченочное холангиодренирование под ультразвуковым контролем. Материалы IX конференции хирургов –гепатологов России и стран СНГ. 16-18 мая 2002 г. Анналы хирургической гепатологии. -2002. -т. 7-№1.-С.318.
4. Поликарпов А.А., Козлов, А.В. Павловский А.А, Таразов И.Г. Чрезкатетерная эмболизация при гемобилии вследствие чрескожного холангиодренирования// Вестник хирургии.-2001.- т. 160.-№6. -С.81-83.
5. Рывкин В., Бронштейн А. Гемобилия-2001.
6. Тон-Тхан-Тунг – Хирургия печени.-1972.
7. Юрченко В.В. Возможности назобилиарного дренирования в диагностике транзитной гемобилии.-IX съезд Российского общества эндоскопических хирургов.-, г. Красноярск.-2002 г.
8. Cox E.F. Haemobilia following percutaneous needle biopsy of the

liver. Arch. Surg. v.95, p. 198. 1967.

9. OWEN (цитата 2)

10. Sandblom (цитата 7)

N. Grigolia, M. Gachechiladze, Sh. Bolotashvili

HEMOBILIA

Hemobilia is a bile duct bleeding. Out of 1939 patients operated on in our clinic for the last 38 years (1970-2007) with the diagnosis of cholelithiasis, hemobilia was revealed in four cases (0,2%). The patients were one male and three females in the age of 40-45 years. On the basis of clinical data and roentgen examination, two patients underwent treatment for provisional diagnosis of stomach ulcer. Though the patients in our clinic were diagnosed for cholelithiasis. In two other cases cholelithiasis complicated with jaundice and bleeding revealed before admission to the clinic.

Cholecystectomy was performed in all 4 cases. Gall-bladder content (in all four cases) included multiple concretions, and new blood and grume.

The patients were discharged on recovery with no bleeding relapses in the postoperative period.

დავითაია თ., მანჯავიძე ნ., მეგრელიშვილი გ., გოგბერაშვილი ქ., მაყაშვილი ქ.

მინიმალური ცვლილებებით ნეფროზული სინდრომის რაციული მიმდინარეობის რისკ-ფაქტორები გავშვითა ასაკში

თსსუ-ის პედიატრიის დეპარტამენტი

ნეფროზული რანგის პროტეინურია ნეფრონთა მასის შემცირების, შენარჩუნებულ ნეფრონებში ჰემოდინამიკური დარღვევების (ჰიპერფილტრაცია, ჰიპერპერფუზია) და თირკმელში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესის პროგრესირების საფუძველია [1,6,8].

ბავშვთა ასაკში ნეფროზული სინდრომით (ნს) მიმდინარე დაავადებებს შორის გავრცელების სიხშირის, რეციდიული მიმდინარეობის, სტეროიდების მიმართ მგრძობელობისა და გამოსავლის ვარიანტების გამო მნიშვნელოვანი ადგილი ლიპოიდურ ნეფროზს ანუ მინიმალური ცვლილებით ნეფროზულ სინდრომს (მცნს) უკავია. პედიატრიული ნეფროლოგიის აქტუალური პრობლემა მცნს განვითარებისა და რეციდიული მიმდინარეობის რისკ-ფაქტორთა დროული გამოვლენა და თირკმლის დაავადების საბოლოო სტადიის (ESRD) პრევენციულ ღონისძიებათა შემუშავებაა [2,4,5].

შრომის მიზანი. წარმოდგენილი ნაშრომის მიზანია შესწავლილ იქნას და გამოიყოს პროგნოზული ღირებულების ის რისკ-ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავენ მცნს მიმდინარეობისა და გამოსავლის პოლიმორფიზმს.

მიზნის მიღწევისათვის დაისახა: მცნს დაავადე-

ბულ ბავშვთა პოპულაციის ფორმირება და პროსპექტული კვლევის ჩატარება, მცნს რეციდიული მიმდინარეობის რისკ-ფაქტორების გამოყოფა.

კვლევა ჩატარდა მ.იაშვილის სახელობის ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს ნეფროლოგიის და „ხელოვნური თირკმლის“ განყოფილებაში. კლინიკური პოპულაციის ფორმირება განხორციელდა შემთხვევითი შერჩევის გარეშე, სტაციონარში მომართვიანობის საფუძველზე. აღრიცხვაზე აყვანილი იქნა მცნს დიაგნოზით პაციენტები. გათვალისწინებული იყო ნს განმსაზღვრელი სტანდარტული კრიტერიუმები: ნეფროზული რანგის პროტეინურია ($>40\text{მგ/მ}^2/\text{სთ-ში}$), ჰიპოალბუმინემია ($<20\text{გ/ლ}$), ჰიპერლიპიდემია, მასიური შეშუპება.

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებს წარმოადგენდა: (1) დაავადების ინიციალური პრეზენტაციის ასაკი (1-დან 9 წლამდე); (2) დაავადების კლინიკური ნიშნების შესაბამისობა ნს საერთაშორისო სტანდარტებით განსაზღვრულ კრიტერიუმებთან; (3) შარდის ლარიბი სედიმენტი; (4) თირკმლის შეუცვლელი ფუნქციური მდგომარეობა; (5) კვლევაში მონაწილეობაზე ინფორმირებული თანხმობა.

კვლევიდან განთესვის კრიტერიუმებს მიეკუთვნებოდა: (1) სისტემური პათოლოგიისათვის დამახასიათებელი კლინიკური გამოვლინებები; (2) ოჯახურ ანამნეზში ნეფროზული სინდრომის შემთხვევა; (3) ჰიპოკომპლემენტემია; (4) უარი კვლევაში შემდგომ მონაწილეობაზე

საკვლევ პოპულაციას წარმოადგენდა მცნს დაავადებული 1-დან 14 წლამდე ასაკის 92 პაციენტი. თითოეულ პაციენტზე შევსებული იქნა გამოკვლევის სტანდარტული რუქა, რომელიც მოიცავდა რეტროსპექტულ ანამნეზურ მონაცემებს, პრემორბიდულ ფონს, რენული პათოლოგიით მემკვიდრული დატვირთვის ხარისხს, სოციალურ ფაქტორებს და სხვ.

მცნს რეციდიული მიმდინარეობის რისკ-ფაქტორების გამოვლენის მიზნით, საკვლევი პოპულაცია პირობითად დაიყო ორ ჯგუფად: პირველ, ძირითად ჯგუფში გაერთიანდა მცნს ხშირადმორეციდივე, ჰორმონდამოკიდებული და მეორადი ჰორმონრეზისტენტობის ვარიანტები. საკონტროლო ჯგუფს მოიცავდა მცნს ჰორმონომგრძობიარე ფორმები ანამნეზში ნს მხოლოდ ერთი ეპიზოდით (არამორეციდივე ნს) და იშვიათი რეციდივით შემთხვევები (6 თვეში 1 ან 2).

საკვლევი კონტიგენტის ჯგუფებად დაყოფის დროს დაცული იყო ჯგუფების ჰომოგენობის პრინციპი, განსაკუთრებით იმ საბაზისო მახასიათებლის მიხედვით, რომელთაც შეეძლო ემოქმედა დაავადების მიმდინარეობასა და გამოსავალზე (ასაკი, სქესი, დაავადების ფორმა, აქტივობა, ხანგრძლიობა, თანარსებული პათოლოგია და სხვ.). ნებისმიერი პათოლოგიური ზემოქმედებისათვის პროგნოზული მნიშვნელობის რისკის ფაქტორები განისაზღვრებოდა ტეტრაქორიული ცხრილის გამოყენებით. რისკის ფაქტორისათვის შანსების შეფარდება (OR) განისაზღვრა ფორმულით AD/BC . ჯგუფების მონაცემთა ანალიზის საფუძველზე შესა-

ძლებელი გახდა ნს რეციდიული მიმდინარეობის ხელშემწყობი ნეგატიური მნიშვნელობის რისკის ფაქტორების გამოვლენა.

ძირითად ჯგუფში გაერთიანდა 42 (46%) პაციენტი. პაციენტთა ამ კონტიგენტში დასტურდებოდა სტეროიდების მიმართ დამოკიდებულება ან/და სახეზე იყო ხშირადმორეციდივე ნს. სტეროიდოთერაპიის განმეორებითი კურსი ტარდებოდა მაშინ, როდესაც პრეპარატის დოზის დაკლების ან ჰორმონთერაპიის შეწყვეტის პარალელურად პროტეინურია კვლავ იდენტიფიცირდებოდა $n=12$ (13%). ნს მიმდინარეობის აღნიშნული ვარიანტი შეფასებული იყო, როგორც მცნს სტეროიდდამოკიდებული ფორმა, 20 შემთხვევაში (22%) ადგილი ქონდა ნს რეციდივს, რომლის სიხშირე 6 თვეში 2-3 და მეტი იყო ანუ სახეზე იყო მცნს ხშირადმორეციდივე ფორმა. 10 შემთხვევაში (11%), ნს განმეორებითი რეციდივის დროს სტეროიდებით მკურნალობის მიუხედავად პროტეინურიამ პერსისტული ხასიათი მიიღო და ჰორმონოთერაპიის 12-16 კვირიანი კურსის მიუხედავად ნს აქტივობა სხვადასხვა ხარისხით ვლინდებოდა. ვინაიდან ამ შემთხვევებში მეორადი სტეროიდრეზისტენტობა სტეროიდებზე ინიციალური პასუხის შემდგომ განვითარდა, დაავადების მიმდინარეობის ეს ვარიანტი შეფასდა, როგორც იდიოპათიკური ნეფროზული სინდრომის მეორადად სტეროიდრეზისტენტული ფორმა.

საკონტროლო ჯგუფში სტეროიდების მიმართ მგრძობილობა დადასტურდა მცნს 50 (54%) შემთხვევაში. 32 პაციენტი (35%) საკვლევ კოჰორტაში ჩართული იქნა ინიციალური პრეზენტაციისას, 18 შემთხვევაში (19%) ნს იშვიათი რეციდივით ხასიათდებოდა (6 შემთხვევაში დაავადებამ უკუგანვითარება ნს პირველივე ან მეორე რეციდივის შემდეგ განიცადა).

საკვლევ პოპულაციაში (92 პაციენტი) ვაჟი იყო 46 (50%), გოგონა – 46 (50%); ძირითადი ჯგუფისაგან განსხვავებით საკონტროლო ჯგუფში სქარბობდა ვაჟების რიცხვი ($n=32$ ვს 14), რაც მცნს სპეციფიკურ მახასიათებელს წარმოადგენს, ხოლო ძირითადი ჯგუფი მდებარეობით სქესის პრევალირებით ხასიათდება ($n=28$ (67%). საკვლევი პოპულაციის დაყოფისას თვალსაჩინო იყო ჯგუფებს შორის სხვაობა დაავადების ინიციალური პრეზენტაციის ასაკის (5.2 ± 1.3 ვს 3.6 ± 1.4 წელი, $P=0.000$) მიხედვითაც. ძირითადი ჯგუფი წარმოდგენილი იყო უმეტესად არაქართველი მოსახლეობით – 29 პაციენტი (58%), ქართველი იყო მხოლოდ 13 (26%) ბავშვი ($n=42$). აღსანიშნავია, რომ ენობრივი ბარიერის ან დაბალი სოციალური ფენის პრევალირება ართულებდა დაავადების მართვას და ხშირად განაპირობებდა დაავადების ჰორმონდამოკიდებული და ხშირადმორეციდივე ფორმების ჩამოყალიბებას: მშობლები თვითნებურად წყვეტენ მკურნალობას, შეაქვთ ცვლილებები მკურნალობის სტანდარტულ სქემებში და სხვ.

საკონტროლო კონტიგენტთან შედარებით, ძირითადი ჯგუფის პაციენტებში სტეროიდზე ინიციალური პასუხიდან პირველ რეციდივამდე ინტერვალი

მნიშვნელოვნად მოკლე იყო (2.9 თვე ვს 5.6 თვე $p=0.000$), ასევე მოკლე იყო რეციდივებს შორის ინტერვალი, ხშირი იყო ჰორმონოთერაპიის ფონზე ნს რეციდივის განვითარების შემთხვევები. საკონტროლო ჯგუფში თვალსაჩინო იყო სტეროიდების ინტერმისიულ კურსზე (6 კვირა) სწრაფი პოზიტიური პასუხი. სამეანო და ორსულობის ანამნეზიდან შეფასებული იყო ისეთი მაჩვენებლები, როგორებიცაა გესტოზი, ანემია, საკეისრო კვეთა და სხვ. ოჯახური ანამნეზიდან ყურადღებას იპყრობდა თირკმლისა და საშარდე გზების დაავადებები, თუმცა ოჯახურ ანამნეზში ნს არსებობა წარმოადგენდა განთესვის ერთერთ კრიტერიუმს, რითაც კვლევაში შეძლებისდაგვარად არ მოხვდა ნს გენეტიკურად დეტერმინირებული ფორმები. ასევე საყურადღებო იყო ზოგიერთი პაციენტის ოჯახურ ანამნეზში ჰიპერტენზიის შემთხვევები.

სხვადასხვა რისკ-ფაქტორის ზეგავლენა დაავადების მიმდინარეობაზე განსხვავებული და არაერთმნიშვნელოვანი რიცხობრივი მონაცემებით იყო წარმოდგენილი. მცნს რეციდიული მიმდინარეობის მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენდა: ჰიპერტენზია, ჰემატურია, თირკმლის ფუნქციის ალტერაციის ეპიზოდები. პრემორბიდული ანამნეზიდან საყურადღებო იყო სუნთქვითი დარღვევის სინდრომი ნეონატალურ პერიოდში, თირკმლისა და შარდგამომყოფი სისტემის დაავადებები, რომლებიც საშარდე გზების ინფექციითა ან/და თანარსებული სომატური პათოლოგიებით იყო წარმოდგენილი (ცხრილი 1.)

ცხრილი 1.

სხვადასხვა რისკ-ფაქტორთა გავლენა მცნს მიმდინარეობაზე

ცვლადი	OR(95% CI)	P
ჰემატურია	1.9(1.3-2.9)	0.000
ჰიპერტენზია	2.4(1.8-3.1)	0.000
თირკმლის ფუნქციის ალტერაცია	2.7(2.0-3.6)	0.000
რეციდივი ჰორმონოთერაპიის ფონზე	2.3(1.8-3.0)	0.000
სუნთქვითი დარღვევის სინდრომი	1.9(1.3-2.9)	0.000
თირკმლის და შარდგამომყოფი სისტემის დაავადებები	1.2(0.7-2.2)	0.000
თანარსებული სომატური დაავადებები	2.3(1.5-3.5)	0.087

ძირითად ჯგუფში საკონტროლო კონტიგენტთან შედარებით ყურადღებას იპყრობდა პაციენტთა არადამაკმაყოფილებელი ცხოვრების პირობები და ოჯახური მდგომარეობა, რაც სავსებით ადასტურებს იმ მოსაზრებას, რომ ჰორმონომგრძობიარე მცნს უფრო ხშირია სოციალურად უზრუნველყოფილ ფენებში, სადაც კარგად არის დაცული ინფექციების მიმართ პრევენციული ღონისძიებები, მაგრამ სჭარბობს ალერგიული განწყობა [3,7]. ამ უკანასკნელს ჩვენს მასალაზე მცნს ჰორ-

მონომგრძობიარე ფორმის დროს ადასტურებს IgE მაღალი მაჩვენებლების ფონზე (OR 0,5 (0,3-1,0) ალერგიული განწყობის სიჭარბე როგორც პაციენტის, ასევე მათი მშობლების მხრიდან.

მცნს დროს პროგნოზული რისკის მაჩვენებლების დროული იდენტიფიკაცია საშუალებას იძლევა დროულად გამოვავლინოთ მაღალი რისკის ჯგუფი – ნეფროზული სინდრომის ხშირადმორეციდივე, ჰორმონოდამოკიდებული და ჰორმონორეზისტენტული ფორმების შესაძლო კანდიდატები. ანალოგიურ შემთხვევებში, ნეგატიური რისკ-ფაქტორების გათვალისწინება და დროული ნეფრობიოფსია უზრუნველყოფს ნს კლინიკურ-ლაბორატორიული პარამეტრების სწორ მონიტორინგს და აგრესიული თერაპიის შესაბამისი რეჟიმების შემუშავების პრობლემას.

ლიტერატურა

1. დავითაია თ. მიწმალური ცვლილებით ნეფროზული სინდრომის რეციდიული მიმდინარეობის თავისებურება და რისკ-ფაქტორები ბავშვთა ასაკში. საკანდ. დის. თბილისი, 2006.
2. Caridi G. et al. - Prevalence, genetics, and clinical features of patients carrying podocin mutations in steroid-resistant nonfamilial focal segmental glomerulosclerosis. // J. Am. Soc. Nephrol. 2001 12:2742-2746.
3. Chadban S.J. - Glomerulonephritis recurrence in the renal graft. // J. Am. Soc. Nephrol 2001; 12:394-402.
4. Cheung W. et al. - Atopy, serum IgE, and interleukin-13 in steroid-responsive nephrotic syndrome. //P Constantinescu AR. et al. - Predicting first-year relapses in children with nephrotic syndrome. // Pediatrics 2000; 105: 492-95.
5. Hodson E.M. et al. - Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. //Cochrane Database for Nephrotic Syndrome in Children 2003; 1: CD001533.
6. Coppo R., Amore A. - New perspectives in treatment of glomerulonephritis. // Pediatr Nephrol 2004; 19: 256-265.
7. Eddy A.A. et al. Nephrotic syndrome in children. // Lancet 2003; 362: 629-39
8. Grimbert P. et al. - Recent approaches to the pathogenesis of minimal-change nephrotic syndrome. //Nephrol Dial Transplant 2003; 18: 245-248.
9. Guan N. et al. - Expression of nephrin, podocin, α -actin and WT-1 in children with nephrotic syndrome. //Pediatr Nephrol 2003; 18: 1121-1127

T.Davitaia, N.Manjavidze, G.Megrelishvili, K. Gogberashvili, K. Makashvili

RISK FACTORS FOR RECURRENCE OF MINIMAL CHANGE NEPHROTIC SYNDROME (MCNS)

TSMU, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics

The most common form of podocytopathies in childhood is MCNS considering its widespread, recurrent nature, steroidsensitivity in about 90% of cases and outcome variability. The most intriguing aspect in pediatric nephrology is investigating its pathogenesis, risk factors for recur-

rence in order to delineate the preventive and therapeutic approaches of possible progression to chronic kidney disease.

The aim of the present study was to estimate prognostic risk factors which determine polymorphism of the disease and its outcome. The prospective study was carried out at the department of nephrology and artificial kidney of M. Jashvili Children Central Hospital. The formation of clinical population was performed without random selection, on the bases of referral to the hospital. The study inclusion and exclusion criteria were defined. Study population comprised of 1-14 years old 92 patients.

In order to estimate risk factors for recurrent MCNS study population formally was divided into two groups: the main group comprised of 42 patients with frequent relapser, corticoid dependent and secondary corticoid resistant forms. Control group was formed by 50 patients with corticoid sensitive and infrequent relapser forms.

According to the obtained data it was assumed that the influence of different risk factors on the disease is variable. Risk factors for relapsing mode of MCNS are hypertension, hematuria, alteration of renal function. From anamnesis respiratory distress in neonatal period, kidney and urinary tract disease, predominantly urinary tract infection and concomitant pathologies were frequent.

In the main group low social-economic level was evident which agree with the hypothesis that steroidsensitive nephrotic syndrome is more frequent in the economically developed milieu where infection prevention strategies are highly developed but allergic predispositions prevails. The following was confirmed by high IgE levels in study population, allergic predisposition in patients as well as in their parents.

Thus, estimating prognostic risk factors for recurrence of nephrotic syndrome gives an opportunity to reveal high risk group of future frequent relapser, steroid dependant and steroid resistant forms and timely program future management program (including renal biopsy and immunosuppressive regimens).

ი. დავითაია, გ. დავითაია, ბ. კორსანტია

პლაფერონ-LB ეფექტურობა ნეკროზული ინტეროკოლიტის დროს ახალშობილებში

თსსუ, გავრცელება ქირურგიის დეპარტამენტი

ნეკროზული ინტეროკოლიტი (ნეკ) დღენაკლული და სხეულის მცირე მასის მქონე ახალშობილთა მულტიფაქტორული ბუნების დაავადებაა, რომლის განვითარების მიზეზები და წამყვანი პათოგენეზური კონცეფცია დღემდე არ არის დაზუსტებული. პედიატრიულ ქირურგიაში ნეკ პრობლემის აქტუალობას და მრავლმხრივი კვლევის საფუძველს განსაზღვრავს ბავშვთა ასაკში მისი ფართო გავრცელება, ქირურგიული მკურნალობის სირთულე და ლეტალობის მაღალი მაჩვენებელი [1,2,4,5].

ნეკ ტრადიციულ თერაპიაში იმუნომოკორექციურებ-

ლი საშუალებების მიზანდასახულობა ეჭვს არ ბადებს, პერსპექტიულია და ჯერ კიდევ დასაბუთებას საჭიროებს ინტრავენური ან ორალური გამოყენების IgG ან IgA/IgG კომბინაციათა ეფექტურობა [5-10]. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებით საყურადღებოა სამამულო პრეპარატი პლაფერონ-LB, რომელიც არა მარტო საქართველოშია აღიარებული, როგორც მძლავრი იმუნომოდულირებელი პრეპარატი. პლაფერონ-LB სპეციფიკურ ზეგავლენას ახდენს ლიმფოციტებზე და პერიფერიული სისხლის ელემენტებზე და ციტოკინურ პროფილზე, რომლებიც აქტიურ მონაწილეობას იღებენ ნეკ განვითარებაში და რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ავლენს დეზინტოქსიკაციურ, ანტიოქსიდანტურ, ანტიჰიპოქსიურ, ანთების საწინააღმდეგო მოქმედებას [3].

შრომის მიზანია ახალშობილებში ნეკროზული ინტეროკოლიტის კლინიკური და იმუნოლოგიური მახასიათებლების და იმუნომოდულირებელი თერაპიის ეფექტურობის შეფასება დაავადების სხვადასხვა სტადიაზე და პოსტოპერაციულ პერიოდში.

კვლევა ჩატარდა პროფ. გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკის ნეონატალური ქირურგიისა და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. საკვლევი პოპულაციის ფორმირება განხორციელდა შემთხვევითი შერჩევის გარეშე, სტაციონარში მომართვიანობის საფუძველზე. კვლევაში ჩართულია პაციენტები, რომელთაც კლინიკური, ანამნეზური და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე ნეკ დიაგნოზი დაუდასტურდა. განხორციელებულია ნეკ დაავადებულ ახალშობილებში იმუნური ჰომეოსტაზის ანალიზი. ამ მიზნით შესწავლილია იმუნური სისტემის პარამეტრები (B- და T-ლიმფოციტები, მათი სუბპოპულაციების პროცენტული შემცველობა, G, A და M იმუნოგლობულინის რაოდენობრივი შემცველობა, სისხლის ნეიტროფილების ფაგოციტური აქტიურობა, ასევე α - და γ - ინტერფერონების აქტივობა).

მიღებული მონაცემების სტატისტიკური დამუშავება განხორციელდა SPSS/V 11.5 კომპიუტერული პროგრამით. რაოდენობრივი მონაცემები წარმოდგენილია საშუალო \pm სტანდარტული გადახრის სახით. რაოდენობრივი ცვლადები დამუშავდა Student's t-ტესტის ან Mann Whitney's U-ტესტის გამოყენებით (იმის გათვალისწინებით თუ როგორ ემორჩილებოდა მონაცემები ნორმალურ განაწილებას). თვისობრივი მონაცემების შედარება ხდებოდა ხი-კვადრატის ტესტით. გამოთვლილი იქნა სარწმუნოების კოეფიციენტი (P). P-მაჩვენებელი < 0.05 მიჩნეულია სარწმუნოების ზღვრად. ყველა მაჩვენებელი შეისწავლებოდა დაავადების სხვადასხვა სტადიაზე, დინამიკაში – მკურნალობამდე და მკურნალობის პროცესში. იმუნომოდულატორის სახით გამოყენებულ იქნა სამამულო პრეპარატი — პლაფერონ-LB, თბილისის საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის სამედიცინო ბიოტექნოლოგიის ინსტიტუტის ნაწარმი.

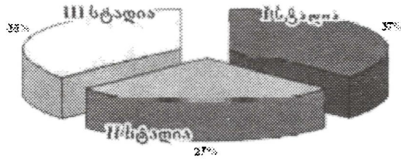
პაციენტთა კლინიკურ-ლაბორატორიულ მონაცემთა ვარიაბელობის და სტადიებს შორის სწრაფი დინამიკის გამო გამოყენებული იქნა თუმცა Walsh და Klieg-

man მიერ მოდიფიცირებული Bell-ის კლასიფიკაცია [1]. კვლევის დაწყებამდე მკაფიოდ განისაზღვრა ქირურგიული მართვისათვის პაციენტთა შერჩევა, კვლევაში ჩართვისა და განთესვის კრიტერიუმები.

იმუნური ჰომეოსტაზი შესწავლილი იქნა ნექ დაავადებულ 55 ახალშობილში (დიაგრამა 1), რომელთა შორის I სტადია დაუდასტურდა 20, II სტადია - 15 და III სტადია 20 პაციენტს.

დიაგრამა 1.

პაციენტთა განაწილება ნექ სტადიის მიხედვით



სტაციონარში შემოსვლის მომენტისათვის ნექ I სტადიით პაციენტთა იმუნოლოგიური მაჩვენებლები, ასაკობრივ საკონტროლო მაჩვენებელთან შედარებით, ხასიათდებოდა T-სუპრესორების, იმუნორეგულატორული ინდექსის, T-ჰელპერების და T-აქტიური ფრაქციის დაქვეითებით ($p < 0.05$). შესამჩნევად აქტივდებოდა ჰუმორული იმუნიტეტის მაჩვენებლები. კერძოდ, B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობის მატების პარალელურად იზრდებოდა IgG და IgM აქტივობა. ფაგოციტოზის სამივე კომპონენტის, α - და γ -ინტერფერონების სტატისტიკურად სარწმუნო ($P=0.000$) ტენდენცია დაქვეითებისაკენ განსაკუთრებით თვალსაჩინო იყო სხეულის მცირე მასის ახალშობილებში.

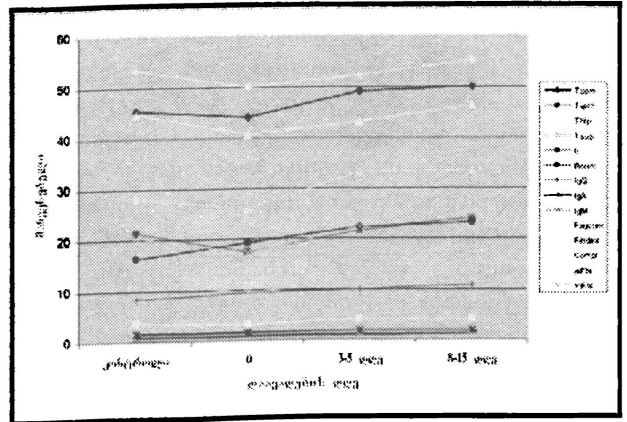
დაავადების II სტადიაზე გამოავლინდა ორივე ტიპის ინტერფერონის აქტივობის სარწმუნო შემცირება ($p=0.000$), B-ლიმფოციტების ($p < 0,05$) და IgM-ის რაოდენობის ტენდენცია დაქვეითებისაკენ, სარწმუნო იყო T-ლიმფოციტების, ფაგოციტოზისა და იმუნოგლობულინების G და A კლასის დაბალი მაჩვენებლები. დაავადების III სტადიაზე საერთო T-ლიმფოციტებისა და მათი აქტიური ფრაქციების პროცენტის, ასევე თ-ჰელპერებისა და იმუნორეგულაციის ინდექსის მკვეთრი შემცირება (საშუალოდ 0,96-მდე, $p=0.000$) აღინიშნა, გამოვლინდა ჰუმორული იმუნიტეტის ყველა მაჩვენებლის (B-ლიმფოციტების პროცენტული და სამივე იმუნოგლობულინის შემცველობა) მკაფიოდ გამოხატული ტენდენცია დეპრესიისაკენ.

პლაფერონ-LB იმუნომამოდულირებელი თვისებების გამოკვლევის მიზნით გამოყენებული იქნა პრეპარატის ლინგვალური ფორმა სტანდარტული სქემით (1 ამპულა დღის განმავლობაში: 10-10 ნეითი 3-4-ჯერ).

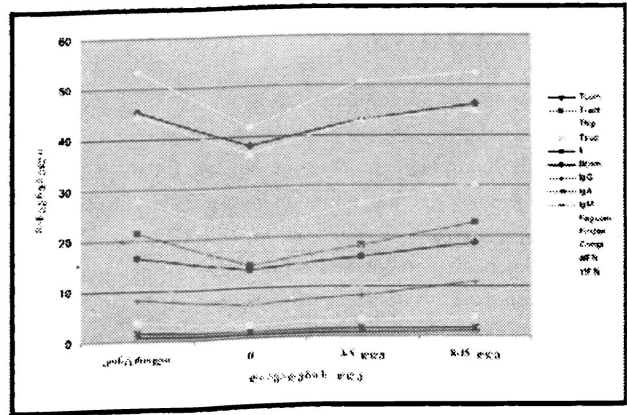
აღსანიშნავია, რომ ნექ I და IIa სტადიებზე, როდესაც მკურნალობის კომპლექსში გამოყენებული იყო პლაფერონი-LB იმუნოლოგიურ მაჩვენებელთა ტენდენცია ნორმალიზებისაკენ ასოციაციას იყო დაავადების დადებით დინამიკასთან (გრაფიკები №1 და №2), მხოლოდ 6 შემთხვევაში (ნექ I სტადიის დროს - 2 პაციენტი, II სტადიის დროს

- 4 შემთხვევა) საყურადღებო იყო ნექ ელვისებური და ქვემწვავე მიმდინარეობა და იმუნომოდულაციური თერაპიის მიუხედავად ადგილი ჰქონდა დაავადების პროგრესიას შემდგომ სტადიებში. პაციენტებში IIb და IIIa, b სტადიებში იმუნომოდულაციური მკურნალობის ფონზე ჩატარებული პირველადი პერიტონეალური დრენაჟი ან/და ლაპარატომია

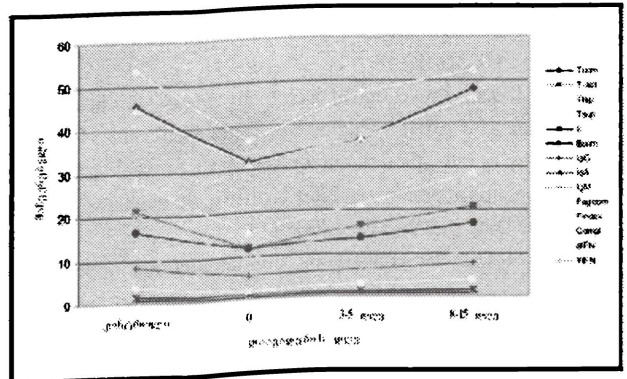
იმუნოლოგიური მაჩვენებლების დინამიკა პლაფერონ LB-იმუნოკორექციის დროს



გრაფიკი 1. ნექ I სტადია



გრაფიკი 2. ნექ II სტადია



გრაფიკი 3. ნექ III სტადია (ოპერაციის შემდგომი პერიოდი)

man მიერ მოდიფიცირებული Bell-ის კლასიფიკაცია [1]. კვლევის დაწყებამდე მკაფიოდ განისაზღვრა ქირურგიული მართვისათვის პაციენტთა შერჩევა, კვლევასი ჩართვისა და განთესვის კრიტერიუმები.

იმუნური ჰომეოსტაზი შესწავლილი იქნა ნექ დაავადებულ 55 ახალშობილში (დიაგრამა 1), რომელთა შორის I სტადია დაუდასტურდა 20, II სტადია - 15 და III სტადია 20 პაციენტს.

დიაგრამა 1.

პაციენტთა განაწილება ნექ სტადიის მიხედვით



სტაციონარში შემოსვლის მომენტისათვის ნექ I სტადიით პაციენტთა იმუნოლოგიური მაჩვენებლები, ასაკობრივ საკონტროლო მაჩვენებელთან შედარებით, ხასიათდებოდა T-სუპრესორების, იმუნორეგულატორული ინდექსის, T-ჰელპერების და T-აქტიური ფრაქციის დაქვეითებით ($p < 0.05$). შესამჩნევად აქტივდებოდა ჰუმორული იმუნიტეტის მაჩვენებლები. კერძოდ, B-ლიმფოციტების პროცენტული რაოდენობის მატების პარალელურად იზრდებოდა IgG და IgM აქტივობა. ფაგოციტოზის სამივე კომპონენტის, α - და γ -ინტერფერონების სტატისტიკურად სარწმუნო ($P=0.000$) ტენდენცია დაქვეითებისაკენ განსაკუთრებით თვალსაჩინო იყო სხეულის მცირე მასის ახალშობილებში.

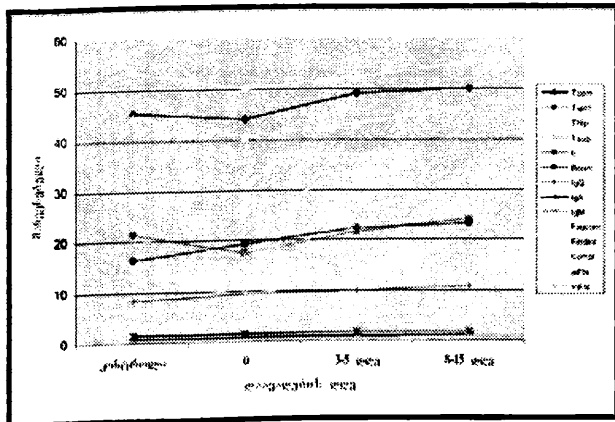
დაავადების II სტადიაზე გამოავლინდა ორივე ტიპის ინტერფერონის აქტივობის სარწმუნო შემცირება ($p=0.000$), B-ლიმფოციტების ($p < 0,05$) და IgM-ის რაოდენობის ტენდენცია დაქვეითებისაკენ, სარწმუნო იყო T-ლიმფოციტების, ფაგოციტოზისა და იმუნოგლობულინების G და A კლასის დაბალი მაჩვენებლები. დაავადების III სტადიაზე საერთო T-ლიმფოციტებისა და მათი აქტიური ფრაქციების პროცენტის, ასევე თ-ჰელპერებისა და იმუნორეგულაციის ინდექსის მკვეთრი შემცირება (საშუალოდ 0,96-მდე, $p=0.000$) აღინიშნა, გამოვლინდა ჰუმორული იმუნიტეტის ყველა მაჩვენებლის (B-ლიმფოციტების პროცენტული და სამივე იმუნოგლობულინის შემცველობა) მკაფიოდ გამოხატული ტენდენცია დეპრესიისაკენ.

პლაფერონ-LB იმუნომამოდულირებელი თვისებების გამოკვლევის მიზნით გამოყენებული იქნა პრეპარატის ლინგვალური ფორმა სტანდარტული სქემით (1 ამპულა დღის განმავლობაში: 10-10 წვეთი 3-4-ჯერ).

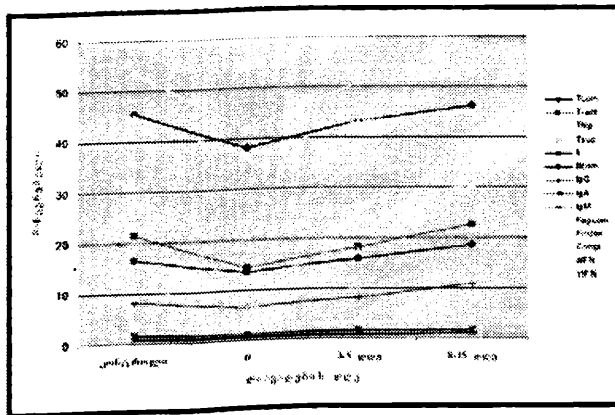
აღსანიშნავია, რომ ნექ I და IIa სტადიებზე, როდესაც მკურნალობის კომპლექსში გამოყენებული იყო პლაფერონი-LB იმუნოლოგიურ მაჩვენებელთა ტენდენცია ნორმალისთვისაკენ ასოციაციასი იყო დაავადების დადებით დინამიკასთან (გრაფიკები №1 და №2), მხოლოდ 6 შემთხვევაში (ნექ I სტადიის დროს - 2 პაციენტი, II სტადიის დროს

- 4 შემთხვევა) საყურადღებო იყო ნექ ელვისებური და ქვემწვავე მიმდინარეობა და იმუნომოდულაციური თერაპიის მიუხედავად ადგილი ჰქონდა დაავადების პროგრესიას შემდგომ სტადიებში. პაციენტებში IIb და IIIa, b სტადიებში იმუნომოდულაციური მკურნალობის ფონზე ჩატარებული პირველადი პერიტონეალური დრენაჟი ან/და ლაპარატომია

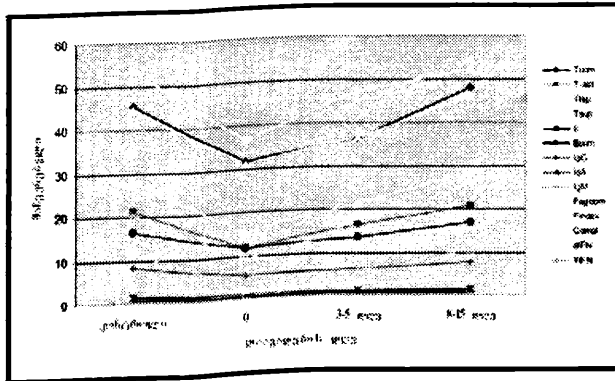
იმუნოლოგიური მაჩვენებლების დინამიკა პლაფერონ LB-იმუნოკორექციის დროს



გრაფიკი 1. ნექ I სტადია



გრაფიკი 2. ნექ II სტადია



გრაფიკი 3. ნექ III სტადია (ოპერაციის შემდგომი პერიოდი)

უმეტეს შემთხვევაში ეფექტური იყო, რაც პოსტოპერაციული პერიოდის კეთილსაიმედო მიმდინარეობით გამოვლინდა (გრაფიკი №3). იმ შემთხვევებში, როდესაც პოსტოპერაციული პერიოდი გართულებებით მიმდინარეობდა, იმუნური სტატუსი არ აღწევდა ნორმას. სწორედ ამ პაციენტებში ინტერფერონის აქტივობა მნიშვნელოვნად დაბალი იყო.

როგორც ჩატარებული კვლევის ანალიზი ცხადყოფს, ნეკ დაავადებულ ახალშობილებში იმუნოდეფიციტის სიღრმე და ხასიათი ასოციაციაშია გესტაციურ ასაკს, დაავადების გამოვლინების ხასიათსა და სიმძიმესთან: ნეკ I სტადიის დროს ადგილი აქვს შედარებით „სუსტ“ უარყოფით იმუნოლოგიურ ძვრებს, II და III სტადიებზე ქვეითდება T-უჯრედული პარამეტრები, ვლინდებოდა ჰუმორული იმუნიტეტის და ნეიტროფილების ფაგოციტური აქტივობის თანდათანობითი დათრგუნვა, მკვეთრად ქვეითდება β-და γ-ინტერფერონის აქტივობა. ნეკ მკურნალობის კომპლექსში პლაფერონი-LB ჩართვა პაციენტის ორგანიზმზე გამობატულ იმუნოპროტექტორულ ზემოქმედებას ახდენს, ხელს უწყობს თერაპიულ სტადიებზე პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, ხოლო დაავადების III სტადიაზე – ოპერაციული ჩარევის იმუნოდეპრესიული ეფექტის ნეიტრალიზაციას.

ამგვარად, პლაფერონი-LB ნეკ პროგრესირების და ოპერაციული ჩარევის იმუნოდეპრესიული მოქმედების პრევენციის საუკეთესო საშუალებაა.

ლიტერატურა

1. ი.დავითაია, ლ.გოგიაშვილი, ბ.კორსანტია, გ.დავითაია. იმუნური მაჩვენებლებისა და სისხლის ფორმიანი ელემენტების მნიშვნელობა ახალშობილთა ნეკროზული ენტეროკოლიტის განვითარებაში. თსსუ სამეცნიერო შრომათა კრებული ტ. XLI., 2005/2006, 134-137
2. ი.დავითაია, ბ.კორსანტია, მ.გიორგობიანი, გ.დავითაია. ახალშობილთა ნეკროზული ენტეროკოლიტის კლინიკურ-იმუნოლოგიური ასპექტები. ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა. 2006.4 (29).76-79.
3. Бахуаташвили В.И., Чиковани Т.И. Плаферон – новый иммуномодулятор. //Int. J. Immunorehabilitation, 1995,1,29-33.
4. С.А.Караваева – Хирургическое лечение некротического энтероколита. Автореф. Докт. Дисс.СПб,2002
5. Ситко Л.А., Чернышев А.К. Критерии тяжести и прогноза некротизирующего энтероколита у новорожденных.// Детская Хирургия 2003, 6, 46-48
6. Eibl MM. et al. - Prevention of necrotizing enterocolitis in low birth-weight infants by IgA-IgG feeding. //N Engl J Med. 1988;319:1-7.
7. Foster J, Cole M. - Oral immunoglobulin for preventing necrotizing enterocolitis in preterm and low birth-weight neonates [review]. //Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1)
8. Ohlsson A, Lacy JB. - Intravenous immunoglobulin for preventing infection in preterm and/or low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1)
- 8.Rubaltelli FF. et al. - Prevention of necrotizing enterocolitis in neonates at risk by oral administration of monomeric IgG. //Dev

Pharmacol Ther. 1991;17 :138–143

9. Lawrence G. et al. - Enteral human IgG for prevention of necrotizing enterocolitis: a placebo-controlled, randomised trial. //Lancet. 2001;357 :2090–2094

10. Walsh MC. et al. - Necrotizing enterocolitis. Treatment based on staging criteria. //Pediatr Clin North A 1986,33:179-201.

I.Davitaia, G. Davitaia B.Korsantia,

EFFICIENCY OF PLAFERON-LB DURING NECROTIZING ENTEROCOLITIS (NEC) IN NEWBORNS

TSMU, Department of Pediatric Surgery

The actuality of multiple surveys concerning NEC in pediatric surgery is explained by its widespread, pathogenetic difficulties and is dedicated to delineate effective management and preventive strategies.

The aim of the study is assesment of clinical and immunological characteristics of newborns with NEC and efficiency of immunomodulatory therapy at different stages of the disease and during postoperative period.

The study was carried out at the departments of neonatal surgery and intensive care unit on the bases of G. Zhvania Pediatric Clinic of TSMU. All patients referred to the neonatal surgery department from 1999 – 2006 with the diagnosis of NEC were included in the study. The diagnosis was based on clinical, anamnestic and laboratory data. Immune system parameters were studied (B and T-lymphocytes, their subpopulations, G, A and M immunoglobulins, phagocytic activity of blood neutrophils, activity of δ and γ interferons).

The data was analyzed using SPSS V 11 .5. Quantitative data was represented by mean and standard deviation. Quantitative data was analyzed by Student t-test or Whitney's U test depending on the distribution of the variables. Qualitative data was compared using chi-square test. P value of < 0.05 was presumed as coefficient of confidentiality. All parameters were studied at different stages of the disease, before and in the process of treatment. As immunomodulator – Plaferon LB was studied – produced by Institute of Biotechnology of Georgian Academy of Sciences

Immune homeostasis was investigated in 55 newborn with NEC. Among which I stage was estimated in 20, II stage – 15 and at stage III – 20 patients.

Immunomodulatory effects of Plaferon-LB were observed using its lingual forms according to standard administration protocol (1 ampoule per day : 10-10 drops 3-4 times) .

On the bases of obtained data we can conclude that Plaferon-LB acts as immunoprotector improving pathological state of the patients at the therapeutic stage of the disease and neutralizes immunodepressive effects of surgical intervention at III stage of NEC. Thus, Plaferon-LB exerts preventive effects on the immunodepressive influence of surgical intervention and prevents disease progression.

დვალი მ., ხომერიკი თ.

ლაკრიმალური საცობები მშრალი თვალის სინდრომის დროს

თსსუ-ის თვალის სნეულვაათა დეპარტამენტი

მშრალი თვალის სინდრომმა, რომელიც დღეისათვის ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიაა მთელს მსოფლიოში, ოკულისტთა განსაკუთრებულად დიდი ყურადღება მიიპყრო. აღნიშნული სინდრომის ძირითადი მიზეზებია: 1) ცრემლის აპკის შემადგენელი კომპონენტების პროდუქციის დაქვეითება, 2) ცრემლის აპკის მომატებული აორთქლება, 3) ცრემლის აპკის ფორმირების დარღვევა. აღნიშნული სინდრომი იწყება 40-დან 60 წლის ასაკში და გაცილებით უფრო ხშირია ქალებში (განსაკუთრებით კლიმაქტერულ პერიოდში), ვიდრე მამაკაცებში.

ლიტერატურული მონაცემებით, დღეისათვის 8 მლნ. იაპონელი და 10 მლნ. ამერიკელი დაავადებულია ამ სინდრომით. მისი სიმპტომები საკმაოდ მრავალფეროვანია, რომელთაგანაც ძირითადია ქავილი, თვალის სინითლე, დანისლული მხედველობა, რომელიც დახამხამების შემდეგ სუფთავდება.

შრალი თვალის სინდრომის დასადგენად გამოიყენება შირმერის ტესტი და 0,1 %-იანი ნატრიუმის ფლუორესცეინით შეღებვა. იმ შემთხვევაში თუ დიაგნოზი დადასტურდა, სინდრომის კლინიკურად გამოვლინების შესამცირებლად ხშირად გამოიყენება (ადგილობრივი მოქმედების) ე.წ. ცრემლისშემცვლელი პრეპარატები გელის ან წვეთის სახით (მაგ: ოფთაგელი, სისტეინი, Tears Naturale, Siccaprotect, ხილოკომოდი და სხვ.), მაგრამ თუ სიმშრალის ხარისხი მაღალია და ჩანვეთების სიხშირეც დღის განმავლობაში იმატებს, პაციენტისათვის არაკომფორტულია და დღეს ალტერნატიულ საშუალებად ფართოდ გამოიყენება საცრემლე (ლაკრიმალური) საცობები - სხვადასხვა ფორმის და სხვადასხვა მასალისაგან დამზადებული.

არსებობს საცრემლე საცობების 2 ტიპი - დროებითი (3 თვიანი, 6 თვიანი) და მუდმივი (სილიკონის, ჰიდროფილური, ჰიდროფობური). მოცემული ოკულდორები გამოიყენება უკვე 20 წელზე მეტია, ამიტომ მათი დიზაინი თანდათან შეიცვალა, დაიხვეწა და პაციენტებისთვის გაცილებით კომფორტული გახდა.

დროებითი ოკულდორები (კოლაგენური და სინთეტიკური კოპოლიმერული საცობები) მოწოდებულია დიაგნოსტიკისათვის და პოსტოპერაციული ოკულუზიისათვის, მაგალითად - რქოვანაზე ლაზერის ოპერაციისას ჩნდება სიმშრალე 3-დან 6 თვემდე. თუ პაციენტს არ აღენიშნება ოპერაციამდე თვალის სიმშრალე, მაშინ საცრემლე მილაკში, სწრაფი რეგენერაციისა და ინტრასტრომალური კერატიტის პროფილაქტიკისათვის, იდგმება 1-2 კვირიანი კოლაგენური ოკულდორი. თუ ოპერაციამდე აღინიშნება სიმშრალე, მაშინ ვამატებთ 3-6 თვიან გამწვან სინ-

თეტიკურ კოპოლიმერულ საცობს. თვალის მძიმედ გამოხატული სიმშრალის დროს ოკულდორები მოვათავსოთ ორივე (ზედა და ქვედა) საცრემლე მილაკში.

მუდმივი საცობებიდან, სილიკონის საცობებს გააჩნია სხვადასხვა ზომა - საცრემლე ნერტილის ზომის გათვალისწინებით. მათი ფორმა თავისებურია - გააჩნიათ კონუსის ფორმის თავი, ცილინდრული სხეული (რომელიც ზოგჯერ ბასრია) და ასევე ქუდი (კეპი). სილიკონის საცობის ჩასადგმელად საცრემლე ნერტილში საჭიროა საცრემლე ნერტილის დიამეტრის გაზომვა სილიკონის საცობის შესაბამისი ზომის დასადგენად. რადგან აღნიშნული საცობის ჩადგმა პირდაპირ შეუძლებელია საცრემლე ნერტილში, ჩვენ ვაფართოებთ ამ უკანასკნელს სპეციალური დილატატორით, რაც გვაძლევს 30-ნმ-ს საცობის ჩადგმისათვის საცრემლე ნერტილში. შემდგომ, ის იხურება და საცობი აბსოლუტურად ხურავს საცრემლე ნერტილის შესავალს.

ზოგჯერ, სილიკონის საცობები მოძრაობს ქვემოთ, საცრემლე არხში და შეიძლება გამოიწვიოს ანთებითი პროცესი.

ჰიდროფილური (ჰიდროგელის) საცობის (Form Fit-ის) დიამეტრია 0,3 მმ და სიგრძე - 3 მმ. საცრემლე არხში ჩადების შემდეგ ის გარდაიქმნება გელად ცრემლის ზემოქმედებით. ჰიდრირებს დაახლოებით 10წთ, ავსებს საცრემლე არხს და იმეორებს მის ფორმას.

ჰიდროფობური აკრილის პოლიმერი Smart Plug საცობია, დამზადებული თერმომგრძობიარე მასალისაგან, რომელიც მგრძობიარეა სხეულის ტემპერატურის მიმართ (30-ზე და მეტი) და საცრემლე არხში ჩადგმის შემდეგ ის Form Fit-ის მსგავსად გარდაიქმნება გელად. არ საჭიროებს საცრემლე ნერტილის გაფართოებას. მისი მასალის თერმომგრძობელობას გააჩნია 2 ნიშანი: 1) გარდაიქმნება გელად; 2) მისი დიამეტრი 0,4მმ-დან იზრდება 1მმ-მდე სხეულის ტემპერატურაზე და მისი დიამეტრის გაზრდის ხარჯზე მცირდება მისი სიგრძე.

ჩვენს კლინიკაში სულ გაკეთებულ იქნა 190 სხვადასხვა სახის საცობის იმპლანტაცია. აქედან კოლაგენური - 28, სილიკონის - 32, ჰიდროფილური - 62, Smart Plug - 68.

ჩვენმა არც თუ ისე დიდმა გამოცდილებამ გამოავლინა ჰიდროფილური აკრილის პოლიმერული საცობის Smart Plug-ის უპირატესობა იმპლანტაციის პროცესის სიმარტივით, იმპლანტაციის შემდგომ ეფექტურობით და გართულების არ ქონით.

Dvali M.L., Khomeriki T.V.

LUCRIMAL PLUGS IN DRY EYE SYNDROME

Tbilisi State Medical University, Department of Eye Diseases

Today dry eye syndrome is the most frequent eye pathology worldwide. It has attracted a great interest of ophthalmetrists. The literature reports dry eye cases - 8 million Japanese and 10 million Americans suffering from this syn-

drome. Its symptoms are varied, among them are: itch, irritation, blurred vision, which resets after blink.

High degree of dryness necessitating frequent application of artificial tears, poses discomfort to patients. Lucrimal plugs of different forms, made of various materials are commonly used at present as an alternative means. There are 2 types of lacrimal plugs. Short-term (for 3, 6 months) and permanent – silicone, hydrophilic, hydrophobic acrylic polymer plugs.

The total number of implantations, performed in our clinic using different types of lacrimal plugs is 190: collagen – 28, silicone – 32, hydrophylic - 62, hydrophobic (smart plug) - 68. On the basis of our poor primary experience, we can stress the advantage of hydrophobic acrylic polymer plugs (Smart Plug) due to the simple implantation procedure and their efficacy in uneventful post-implantation period.

ემუხვარი ნ., კიკნაძე მ., პეტრიაშვილი შ.,
ვარაზანაშვილი ი., ბრეგვაძე-თაბაგარი ნ.,
მამაცაშვილი ი.

ცხოვრების ხარისხის მაჩვენებლების შესწავლა ესენციური ჰიპერტენზიის მქონე ასადამყოფაში

თსსუ-ის შინაგანი მედიცინის №2 დეპარტამენტი,
კარძო თერაპიის მიმართულება

შესაბამისი ბოლო პერიოდის სამეცნიერო ლიტერატურაში კვლავ გაჩნდა ინტერესი ე.წ. სტრეს-ინდუცირებული არტერიული ჰიპერტენზიის (აჰ) პრობლემების მიმართ. ამასთან დაკავშირებით ჩატარებულია მთელი რიგი კლინიკური კვლევებისა აჰ-ის და შფოთვითი დარღვევების ურთიერთკავშირის შესასწავლად (1,2). პროსპექტული კვლევები ადასტურებენ, რომ დეპრესიული მდგომარეობები გვევლინებიან აჰ-ის და გულის იშემიური დაავადების (გიდ) განვითარების, აგრეთვე მიოკარდიუმის ინფარქტის და ინსულტის დამოუკიდებელ რისკ-ფაქტორებად (3,4). ამასთან, არსებობს სხვა ლიტერატურის წყაროებიც, რომლებიც ირიბად შესაძლოა ამტკიცებდეს ჰიპოთეზას, რომ შფოთვა არ არის აჰ-ის დონის მომატების პრედიქტორი (5,6). ამგვარად, ლიტერატურის მონაცემები გარკვეულწილად წინააღმდეგობრივია. ზემოაღნიშნულის მიუხედავად, ამ დაავადებათა თანხვედრა მნიშვნელოვნად აუარესებს თითოეული მათგანის კლინიკურ და სოციალურ პროგნოზს; მნიშვნელოვნად აუარესებს ცხოვრების ხარისხს, და ბოლოს, ჯანმო-ს მონაცემებით, ინვალდიზაციის მაჩვენებლების ერთობლივ შეფასებაში დღეს დეპრესიას მეოთხე ადგილი უჭირავს, 2020 წლისთვის ეს დაავადება გიდ-ის შემდეგ მეორე ადგილს დაიკავებს (7).

ყოველივე ზემოთქმული ადასტურებს ზოგადსოციალური ქსელის პირობებში დეპრესიების გავრცელების შესწავლის აქტუალობას. ასეთი სამუშაოს მიზანშეწონილობას აგრეთვე განაპირობებს ის გარემოება, რომ ჯანდაცვის ამ რგოლში საქართველოში

არ ჩატარებულა დეპრესიული მდგომარეობის ფართომასშტაბური ეპიდემიოლოგიური კვლევები. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კვლევის მიზანს შეადგენდა განსხვავებული ფსიქო-სოციალურ გარემოში მცხოვრები ესენციური ჰიპერტენზიით ავადმყოფებში შფოთვითი დარღვევების და დეპრესიის სიხშირის, დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმესა და გართულებებზე მათი გავლენის შესწავლა ადეკვატური სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავების მიზნით.

მასალა და მეთოდები. გამოკვლეულია ეთნოკონფლიქტის ზონაში (ცხინვალის რეგიონის ქართული სოფლები) მცხოვრები 632 ავადმყოფი, რომლებმაც მიმართეს სოფ. ქურთის საავადმყოფო-პოლიკლინიკურ გაერთიანებას სამედიცინო დახმარებისთვის და გაიარეს მკურნალობისა და გამოკვლევის კურსი დიაგნოზით „არტერიული ჰიპერტენზია“.

პოლიტიკურ-გეოგრაფიული მდებარეობის გამო ბლოკადის ზონაში მოქცეული გამოსაკვლევ რეგიონი დაიყო სამ სექტორად და ავადმყოფებიც, შესაბამისად, სამ ძირითად ჯგუფად:

1. აქტიური საომარი მოქმედებების ზონის ბარის ტიპის სოფელში (თამარაშენი) მცხოვრები ეჰ-ის მქონე 229(36,23%) ავადმყოფი.

2. არააქტიური საომარი მოქმედებების ზონის (სქვერი-ქემერთა) მთის ტიპის სოფელში მცხოვრები ეჰ-ის მქონე 172(27,22%) ავადმყოფი.

3. საომარი მოქმედებებისგან შედარებით დაცული ბარის ტიპის სოფელში (ქურთა) მცხოვრები ეჰ-ის მქონე 231(36,55%) ავადმყოფი.

გამოსაკვლევ პირთა ასაკი მერყეობდა 25-75 წლამდე და ზემოთ.

ავადმყოფები დაყოფილ იქნა 4 ასაკობრივ ჯგუფად: I ჯგუფს მიეკუთვნა 45 წლამდე ასაკის პაციენტები, II-ს - 46-დან 60 წლამდე, III-ს - 61-დან 75 წლამდე, IV-ს - 75 წელს ზემოთ პაციენტები (იხ. ცხრ. 1.).

არტერიული ჰიპერტენზიის სიმძიმის შეფასება ხდებოდა ჯანმო და ჰიპერტენზიის საერთაშორისო საზოგადოების მიერ 1999 წელს მონოღებული კლასიფიკაციის მიხედვით. გამოკვლევაში პაციენტთა ჩართვის ძირითადი კრიტერიუმი იყო (DSM-IV-ის 1994-ის თანახმად) პოსტტრავმული სინდრომის არსებობა, ამასთანავე კრიტერიუმ A-ს არსებობა, რომლის მიხედვითაც, თუკი ადამიანი აღმოჩნდებოდა ისეთ სიტუაციაში, რომელიც წარმოადგენდა სერიოზულ საფრთხეს მისი ან მისი ახლობლების სიცოცხლისთვის, ასევე სახლ-კარის, ქონების უეცარი დაკარგვა, ადამიანი შეიძლებოდა აღმოჩენილიყო არა მსხვერპლი, არამედ მსგავსი მოვლენის მოწმე. სიტუაციური და პიროვნული შფოთვის მაჩვენებლები გამოკვლევულ იქნა სპილბერგერის ანკეტის მიხედვით, ხოლო დეპრესიის ხარისხი განისაზღვრა ზუნგეს მეთოდით. პიროვნული და სიტუაციური შფოთვის გასაზომი ტესტები ადაპტირებული და სტანდარტიზირებული იყო ქართული პოპულაციისთვის. შფოთვის მაჩვენებლებისა და დეპრესიის დონის გამოკვლევის მიზნით გამოიყენებოდა როგორც ანკეტები,

ცხრილი 1

ენციური ჰიპერტენზიით ავადმყოფთა განაწილება ასაკის მიხედვით

აპ ხარისხი	45 წლამდე		46-60წ		61-75წ		> 75წ		სულ	
	აბს	%	აბს	%	აბს	%	აბს	%	აბს	%
I	42	6.6	18	2.8	-	-	-	-	60	9.4
II	145	23.6	71	11.2	28	4.4	1	0.15	245	38.7
III	33	5.2	90	14.2	184	29.1	20	3.1	327	51.7
	220	34.8	179	28.3	212	33.5	21	3.3	632	

ასევე პირდაპირი ინტერვიუ, რომელიც რესპოდენტებს დამატებითი კონსულტაციის საშუალებას აძლევდა. გამოკვლევა ძირითადად ტარდებოდა აღნიშნული რეგიონის სტაციონარულ-პოლიკლინიკური გაერთიანების ბაზაზე და პაციენტთა ბინაზე.

კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ მაღალი ხარისხის აპ (II – III) უფრო ხშირია აქტიური საომარი მოქმედების ბარის ტიპის დასახლებაში, ვიდრე შედარებით დაცულ მთის (სვერი-ქემერთა) და ბარის (ქურთა) სოფლებში. საკვლევ ჯგუფებში ასაკობრივი სტრუქტურის მიხედვით აპ-ის სიმძიმის ხარისხის განაწილება მოცემულია მე-2 ცხრილში.

ამ მონაცემებში განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს 45 წლამდე ასაკის პაციენტები. ცხრილიდან ჩანს, რომ ამ ასაკობრივი ქვეჯგუფის თამარაშენის (აქტიური საომარი მოქმედებები) პაციენტებში აპ-ის IIb (30, 13%) სტატისტიკურად სარწმუნოდ მაღალია ($p < 0,01$), ვიდრე საომარი მოქმედებებისგან დაცული ზონის იგივე ასაკობრივი ქვეჯგუფის პირებში.

არტერიული ჰიპერტენზიის გართულებების სიხშირემ აჩვენა, რომ ყველაზე ხშირი გართულება ჰიპერტონული კრიზია. ამასთან, ყურადღებას იპყრობს მი-

ოკარდიუმის ინფარქტის სიხშირე თამარაშენის (ბარის ტიპის დასახლება, საომარი მოქმედების ზონა) პაციენტებში, რომელიც სტატისტიკურად სარწმუნოდ მაღალია ქემერტის მონაცემებზე ($p < 0,01$) (ცხრ. 3)

45 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის აპ-ის გართულებებში განსაკუთრებით მაღალი სიხშირით გვხვდება თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა (41,4%).

პიროვნული და სიტუაციური შფოთვის და დეპრესიის მაჩვენებლების შედარებამ სამივე სოფელში მცხოვრებ აპ-ით დაავადებულებში აჩვენა, რომ თამარაშენში მცხოვრებ პაციენტებს აღნიშნებათ პიროვნული და სიტუაციური შფოთვის უკიდურესად მაღალი მაჩვენებლები, რაც სტატისტიკურად სარწმუნოდ აღემატება ქემერტისა და ქურთაში მცხოვრებ ავადმყოფთა ანალოგიურ მაჩვენებლებს ($p < 0,01$, ცხრ. 4).

კონფლიქტის ზონაში მცხოვრებ აპ-ით დაავადებულებში გვხვდება მსუბუქი დეპრესია (60%, 40% და 70%), ხოლო სუბდეპრესიის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღმოჩნდა თამარაშენში - 30% ($p < 0,01$).

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ მაღალი ხარისხის არტერიული ჰიპერტენზია უფრო ხშირია აქტიური

ცხრილი 2

აპ-ის სიმძიმის ხარისხი

	თამარაშენი n=229			სვერი-ქემერთი, n=172			ქურთა n=231		
	<45წ	46-60წ	61-75წ	<45წ	46-60წ	61-75წ	<45წ	46-60წ	61-75წ
აპ	<45წ	46-60წ	61-75წ	<45წ	46-60წ	61-75წ	<45წ	46-60წ	61-75წ
I ს	3,9%	0	0	12,2%	6,4%	0	5,19%	3,03%	0
II ს	30,13%*	8,73%	2,18%	15,69%	11,62%	8,13%	21,2%	13,41%	3,89%
III ს	6,11%	15,72%	30,56%	4,06%	12,79%	26,7%	5,19%	13,85%	29,43%

ცხრილი 3

გართულებათა სიხშირე არტერიული ჰიპერტენზიით ავადმყოფთა I, II, III ჯგუფებში

სამიზნე ორგანო	დაზიანების სახე	თამარაშენი	სვერი-ქემერთი	ქურთა
გული	მკპ	49,19%	42,27%	48,8%
	არითმია	24,06%	23,57%	21,42%
	მი	27,27%	21,95%	25,59%
	გუ	48,66%	39,83%	47,02%
თავის ტვინი	იშემ.ინსულლტი	15,50%	13,82%	14,28%
	ჰიპერტ.კრიზი	58,82%	58,53%	58,3%
თირკმელები	პროტეინურია	20,85%	18,69%	18,45%
თვალი	რეტინოპათია	37,96%	36,58%	35,62%

ცხრილი 4

სიტუაციური და პიროვნული შფოთვის მაჩვენებლები

შფოთვის დონე	შფოთვის მაჩვენებელი					
	პიროვნული		სიტუაციური		პიროვნული	
	სიტუაციური	პიროვნული	სიტუაციური	პიროვნული	სიტუაციური	პიროვნული
	თამარაშენი	სვერი-ქემერტი	ქურთა			
დაბალი	-	-	-	-	-	-
საშუალო	-	-	19,05%	23,8%	-	-
მაღალი	25%	10%	47,61%	52,38%	45%	50%
უკიდურესად მაღალი	75%	90%	33,33%	23,8%	55%	50%

საომარი მოქმედების ზონაში. აპ ასაკობრივმა ანალიზმა აჩვენა, რომ საქმე გვაქვს ე.წ. არტერიული ჰიპერტენზიის „გაახალგაზრდავებასთან“. როგორც №1 ცხრილიდან ჩანს, ახალგაზრდა ასაკის ჰიპერტონიკები (34,8%) დაავადებიათობის სიხშირით უთანაბრდებიან ხანდაზმულ პაციენტებს (33,5%) და სჭარბობენ საშუალო ასაკის ავადმყოფებს (28,3%). აქტიური საომარი მოქმედების სოფ. თამარაშენში ყველაზე ხშირი ახალგაზრდა პაციენტებში იყო ზომიერი (IIb) აპ, რომელმაც შეადგინა 30,13%, იგივე ასაკობრივ ჯგუფში საომარი მოქმედებებისგან დაცულ სოფელ ქურთაში ავადმყოფობდა 21,21%, საომარი მოქმედებებისგან ნაწილობრივ დაცულ სოფ. ქემერტში კი - 15,69%. განსხვავება სარწმუნოა ($p<0,01$), რაც სხვა თანაბარ პირობებში მიგვანიშნებს თამარაშენის მოსახლეობისთვის მომატებული რისკის არსებობას და, შესაბამისად, უფრო აქტიური სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავების აუცილებლობას.

ეთნოკონფლიქტის ზონის აპ-ის კიდევ ერთ კლინიკურ თავისებურებად უნდა ჩაითვალოს სამიზნე ორგანოების სწრაფი დაზიანება (ცხრ. 3). ყველაზე ხშირი გართულება, რომელიც თანაბრად იყო წარმოდგენილი სამივე სოფლის აპ-თი ავადმყოფებში იყო ჰიპერტონიული კრიზი, შემდეგ — მიოკარდიუმის ინფარქტი, რომელიც უფრო მაღალი სიხშირით იყო სოფ. თამარაშენში და ქურთაში, ხოლო ნაწილობრივ დაცული სოფ. ქემერტის მონაცემები სარწმუნოდ ჩამორჩებოდა და შეადგენდა 21,95% ($p<0,01$). ინსულტის შემთხვევების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი იყო სოფ. თამარაშენში. მაშინ, როცა თამარაშენის მოსახლეობაში ისედაც მაღალია მაღალი ხარისხის (II-III) აპ და გართულებების სიხშირე სვერი-ქემერტის და ქურთასთან შედარებით, აქტიური საომარი მოქმედების სოფ. თამარაშენში ახალგაზრდა პაციენტებში ზომიერი (IIb) აპ-ის სტატისტიკურად სარწმუნოდ ($p<0,01$) მაღალი არსებობა განსაკუთრებით საყურადღებოა ამ ჯგუფის (თამარაშენი) ასაკობრივ ქვეჯგუფში (45 წლამდე) გართულებების მოსალოდნელი რისკის თვალსაზრისით.

ესენციური არტერიული ჰიპერტენზიის განვითარება, ლიტერატურის მონაცემებით, ასოცირდება პაციენტებში შფოთვის მაღალ დონესთან, რაც შესაძლოა წარმოადგენს მისი წარმოქმნის ერთ-ერთ პრედიქტორს და ამძიმებს მის მიმდინარეობას (2,3,9), რასაც ჩვენი მონაცემებიც (მაღალი

პიროვნული და სიტუაციური შფოთვის მაჩვენებლები მთლიანად ეთნოკონფლიქტის ზონაში და უკიდურესად მაღალი — საომარი მოქმედების ზონაში; ასევე ამავე ზონაში სუბდეპრესიის მაღალი დონე — 30%) ადასტურებენ.

ამჟამად განიხილება ორი ძირითადი მექანიზმი, რომელიც ხსნის დეპრესიის კავშირს აპ-ით და გიდით ავადმყოფთა სიკვდილობის მატებასთან. პირველი - დეპრესიის გავლენა მკურნალობისადმი განწყობაზე და მეორე - დეპრესიულ ავადმყოფებში ზოგიერთი პათოფიზიოლოგიური თავისებურებების (ვეგეტაციური ნერვული სისტემის სიმპატიკურ/პარასიმპატიკურ ნაწილებს შორის დისბალანსის) არსებობა, რაც ზემოქმედებს გულის რიტმის დარღვევებზე და შეიძლება გახდეს კარდიო-ვასკულური სიკვდილობის მატების მიზეზი (9).

დასკვნები. კონფლიქტის ზონაში მცხოვრებთა აპ უპირატესად მძიმე ფორმისაა და სწრაფად პროგრესირებადი ხასიათი აქვს. შფოთვა-დეპრესიის სინდრომი აღენიშნება კონფლიქტის ზონის ჰიპერტენზიის მქონე პირთა აბსოლუტურ უმრავლესობას. მაღალი ხარისხის აპ (II-IIIb) უფრო ხშირია აქტიური საომარი მოქმედების ზონაში და ასოცირებულია პიროვნული და სიტუაციური შფოთვისა და სუბდეპრესიის მაღალ მაჩვენებლებთან. კონფლიქტის ზონის ჰიპერტენზიის ერთ-ერთ თავისებურებას სამიზნე ორგანოების ადრეულ ეტაპზე დაზიანება წარმოადგენს. არტერიული ჰიპერტენზიის გართულებებიდან აქტიური საომარი ზონის პაციენტებში განსაკუთრებით მაღალია მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის სიხშირე, 45 წლამდე პაციენტებში კი - ინსულტის. ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების სოციალური ანალიზი კონფლიქტის ზონაში მცხოვრებ აპ-ით დაავადებულებში მიუთითებს ცხოვრების ხარისხის არადამაკმაყოფილებელ ხასიათზე და მათთვის სპეციალური სამედიცინო და ფსიქოლოგიური პროგრამების შექმნის აუცილებლობაზე.

ლიტერატურა

1. Davis S.I. Ghahramani P; Jacson Pr. et al. Association of panic disorder and panic attack with hypertension. Am. J. Med. 1999;107:310-316.
2. Jonas BS, Franks P, Ingrem DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey. J. Epidemiology

logic Follow-up Study. *Arct. Fam. Med.* 1997;6:43-49.

3. Погосова Г. В. Депрессия – новый фактор риска ИБС и предиктор коронарной смерти. *Кардиология*-2002. -4-86-91.

4. Larson S.L. Owens P.L, Ford P, Eaton W. Depressive disorder, dysthymia and risk of stroke. Thirteen-Year Follow-up from the Baltimore epidemiologic catchments area study. *Stroke* 2001;32(9):1979.

5. Mann SY, James GD, Defensiveness and essential hypertension. *J Psychos. Res* 1998;45:139-148.

6. Clerson D, Elkhon M, Mounier Vehier C et al. Stress, blood pressure reactivity and arterial hypertension: not an unambiguous relation. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1994; 87:1097-1101.

7. Brundtland GH. Mental health in the 21 st century. *Bulletin of the WHO*, 2000, 78:411.

8. Остроумова О.Д, Мамаев В.И., Первичко В.В – Артериальная гипертензия и тревожные расстройства// *Кардиология*.- Т42.-2002 - №2,95-98.

9. Стаценко М.Е., Говоруха О.А. Влияние грандаксина на показатели качества жизни и темп реализации больных с сердечной недостаточностью перенесших инфаркт миокарда// *Лекарственный вестник* 2004-2.-,23-28.

**Emukhvari N.M.; Kiknadze M.P.; Petriashvili Sh.,
Varazanashvili L.M.; Bregvadze-Tabagari N.S.;
Mamatsashvili I.O.**

STUDY OF LIFE QUALITY INDICATORS IN PATIENTS WITH PRIMARY (ESENTIAL) ARTERIAL HYPERTENSION

TSMU, Internal Medicine Department, Direction of Therapy

The aim of the research was to study the influence of depression and anxiety disorders of the patients with primary (essential) AH live in the different phsycosocial environment, on disease course and complications because of working out suitable methods of treatment and prevention.

Materials and Methods: 632 patients with AH lived, in ethnoconflict zone (Georgian villages of Tskhinvali region) were examined. The region was divided into three sectors and the patients were distributed in three groups accordingly. I gr. – 229 (36,23 %) patients with AH lived in plain-type village (Tamarasheni), where active military actions are noticed; II gr – 172 (27,22%) patients lived in mountainous villages (Skveri-kemerta), where no military actions are presented and III gr. – 231 (36,55%) patients lived in plain-type village (Kurta) characterised with less military actions. People taking part in study were 25-75 years old and older. By age they were also divided into four subgroups. I gr. – patients not reached 45; II gr – patients aged 46-60; III gr. – patients aged 61-75 and IV gr. – patients older, than 75. Severity of AH, risk factors, frequency of complications, anxiety and depression levels were investigated.

Results: Frequency of severe AH (II - III) is higher for the population located in the plain-type villages, where active military actions are presented. Myocardial infarction (MI) is significantly frequent in patients lived in Tamarasheni, than in those who are distributed in Kemerti. ($P<0,01$).

In patients, whose age are less, than 45, (I and II subgroups) II degree of AH is statistically high. Among complications, stroke prevalence was also identified (41,4%). Extremely high indicators of personal and situation anxiety were statistically found in patients of I gr. ($P<0,01$). Severe level of depression is also prevalent in the patients from this group ($P<0,01$).

Conclusion: Peculiarities of AH in conflict zone inhabitants are: high level of anxiety-depression syndrome; high frequency of severe AH and AH in young people. In active military action zone, MI frequency was particularly higher and the occurrence of stroke was found to be higher in the patients from younger subgroup(< 45). The analysis of the research shows insufficient quality of life and nessecity of elaboration of special medical and phsycological programs for treatment, as well as prevention of complications for active conflict zone inhabitants.

ერიაშვილი ვ., ბაკურიძე ა., ზარქუა თ., ბერაშვილი დ., დულაშვილი ნ.

თანამედროვე მზა ნაშაღთფორმების აფთიაქის სტრუქტურა და საქმიანობა

თსსუ-ის სოციალური და კლინიკური ფარმაცეუტიკის დეპარტამენტი

დღეისათვის თავისუფალი საბაზრო ეკონომიკის პირობებში სამედიცინო-ფარმაცევტული დანერგვა - აფთიაქი განიხილება არა მარტო როგორც ფუნქციონალური, არამედ საბაზრო-ფსიქოლოგიური თვალთახედვითაც. აქედან გამომდინარე, მომხმარებელთა (პაციენტთა) დამოკიდებულება კონკრეტული აფთიაქისადმი, „შეიძინონ სამკურნალო საშუალება სწორედ ამ აფთიაქში“, განპირობებულია სხვადასხვა ფაქტორებით, რაც განსაზღვრავს მათ წარმატებას ან წარუმატებლობას ფარმაცევტულ ბაზარზე.

ფარმაცევტული მარკეტინგის კონცეფციის თანახმად მომხმარებელთა დამოკიდებულებას აფთიაქისადმი განაპირობებს ოთხი ძირითადი ფაქტორი: ადგილმდებარეობა (place), იმიჯი (promotion), ასორტიმენტი (product) და საფასო (price) პოლიტიკა(4). ჩგარდა ზემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორებისა, რომლებიც განაპირობებენ მომხმარებელთა მიზიდვას კონკრეტული აფთიაქისადმი, მნიშვნელოვან ფაქტორებად მიგვაჩნია აფთიაქის გარეგანი სახე — დიზაინი (ფორმა), მისი შიდა სტრუქტურა და ფარმაცევტული საქმიანობა (შინაარსი) თანამედროვე მოთხოვნათა შესაბამისად (1,2,3).

მომხმარებლის შენარჩუნება შესაძლებელია არა მხოლოდ კარგი სერვისით, ფართო ასორტიმენტითა და საფასო პოლიტიკით, არამედ აფთიაქის განთავსების გეოგრაფიული და დემოგრაფიული პრინციპების გათვალისწინებით. მომსახურეობის ხელმისაწვდომობა არის ის ერთ-ერთი მთავარი მომენტი, რომელიც აფთიაქში ერთხელ შემთხვევით შემოსულს მუდმივ მომხმარებლად აქცევს.

აფთიაქს უნდა გააჩნდეს ლოგო და დასახელება ნათელ და შესაფერის სადა ფერებში. აფთიაქის ლოგოს დანახვა შესაძლებელი უნდა იყოს შორი მანძილიდან. თვით აფთიაქი ისე უნდა იყოს განთავსებული, რომ როგორც ფეხით მოსიარულე, ასევე ავტომანქანით მომსვლელი მომხმარებლისთვის იგი მოსახერხებელი იყოს. აფთიაქში შესასვლელი (კარების ჭრილი) საჭიროა იყოს განიერი აფთიაქში ბავშვისა და ინვალიდის ეტლის შესაყვანად.

აფთიაქის შინაარსობრივი მხარე ანუ შიდა სტრუქტურული მოწყობა წარმოდგენილი უნდა იყოს შემდეგნაირად: ურეცეპტოდ გასაცემი სამკურნალო საშუალებებისთვის აფთიაქში უნდა იყოს ვიტრინა, სადაც მოცემული იქნება სამკურნალო საშუალებების სია და ინფორმაცია ფასებისა და მოქმედების შესახებ. სასურველია აქვე განლაგდეს და მომხმარებლისთვის იყოს თვალსაჩინოდ ურეცეპტოდ გასაცემი ნამლებიც. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს და წინა პლანზე წამოიწიოს სეზონური მოხმარების ნამლებს, მაგალითად, ანტიალერგიულ, გრიპის საწინააღმდეგო, მზისგან დამცავ საშუალებებს და ა.შ.

აფთიაქს უნდა გააჩნდეს თვითმომსახურების განყოფილება, სადაც უნდა განლაგდეს მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის შემდეგი პროდუქტები: ვიტამინები, მინერალები, ავადმყოფის მოვლის საგნები, კანის დამცავი საშუალებები და დიაგნოსტიკური საშუალებები, მაგალითად, ორსულობის ტესტი და ა.შ.

მომხმარებლისათვის აფთიაქში ინფორმაციის მიწოდება უნდა ხდებოდეს ტელევიზორითაც. ეს მომსახურება ერთის მხრივ უნდა ახდენდეს ჯანმრთელობის დაცვის პროდუქტის დემონსტრირებას, მეორეს მხრივ კი, მომხმარებელს უნდა აწვდიდეს ინფორმაციას ნამლების მიღების წესზე, უსაფრთხოების საკითხებზე და ა.შ.

აფთიაქს უნდა გააჩნდეს ოთახი კონფიდენციალური საუბრებისათვის. აქ ხდება პაციენტის მიღება, კონსულტაციის განევა, საჭიროების შემთხვევაში დახმარების აღმოჩენა და ა.შ. ოთახში განთავსებული უნდა იყოს დამხმარე საშუალებები პაციენტის შეუძლოდ ყოფნის შემთხვევაში დასასვენებლად და პირველადი დახმარების აღმოსაჩენად. პაციენტი მიიწვევა აღნიშნულ ოთახში იმ შემთხვევაში, როდესაც იგი საჭიროებს სპეციალურ კონსულტაციას მშვიდ და კონფიდენციალურ გარემოში. ოთახი გამოიყენება წნევის, დიაგნოსტიკური ტესტირების, სისხლში შაქრის გასაზომად, ასევე ინჰალატორისა და საპროთეზო მოწყობილობის გამოყენების ინსტრუქტაჟის ჩასატარებლად.

თვითმომსახურების განყოფილებაში საჭიროა გამოფენილ იქნას საინფორმაციო მასალები (წიგნები, ჟურნალები და ბუკლეტები თემატიკის მიხედვით), რომლებიც გაიცემა უფასოდ. წიგნები უნდა შეიცავდნენ ინფორმაციას ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ (ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, ინფორმაცია პაციენტთა დაავადებების შესახებ და ა.შ.), მაგალითად, ასთმაზე - ასთმიანი ავადმყოფებისთვის. წიგნი რჩევებით მშობელთათვის, რომელთაც ჰყავთ დაავადებული შვილები და ა.შ.

მომხმარებლის მომსახურება ძირითადად ხდება მოსაცდელ დარბაზში მინის ზღუდარით იზოლირებული სამუშაო მაგიდიდან, საიდანაც გაიცემა სამედიცინო დანიშნულების საგნები და სამკურნალო საშუალებები. მაგიდის უკან განლაგებული უნდა იქნას თაროები, რომლებზეც მოთავსდება ძირითადი ასორტიმენტი. ფარმაცევტული პროდუქციის გარკვეული რაოდენობა ინახება მბრუნავ სტელაჟებში. რეცეპტითა და ურეცეპტოდ გასაცემი ფარმაცევტული პროდუქციის განყოფილებები ერთმანეთის გვერდით უნდა იყოს განთავსებული.

სარეცეპტურო განყოფილებაში რეცეპტის დასამუშავებლად გამოიყენება კომპიუტერიზებული სისტემა. თუ პაციენტს გააჩნია სოციალური დაცვის ნომერი ან კოდი, იგი შეიყვანება კომპიუტერში, ამასთან მოწმდება პაციენტის გვარი, სახელი და ასაკი. კომპიუტერში რეგისტრირდება წამლის დასახელება, დოზა, რაოდენობა, მიღების ინტენსივობა. კომპიუტერი რეცეპტში მითითებული წამლის არ ქონის შემთხვევაში იძლევა ინფორმაციას შესაძლებელ შემცვლელზე.

კომპიუტერი ამომწებს წამლების ურთიერთქმედებას პოლიმედიკამენტოზური თერაპიის დროს. იგი იძლევა ასევე ინფორმაციას წამლების ფასისა და კომპენსაციის შესახებ. კომპიუტერით იბეჭდება და მომხმარებელს წამალთან ერთად მოწოდება ინფორმაცია პაციენტის გვარის, სახელის, წამლის დასახელების, დოზის, გამოყენებისა და უსაფრთხოების წესების შესახებ. რეცეპტის მარკირებას ახდენენ აფთიაქისა და წამლის დასახელების, ფასისა და საიდენტიფიკაციო ნომრის მითითებით.

აფთიაქში მომხმარებელთა მოზიდვისათვის საჭიროა პაციენტთა შესახებ ე.წ. „საინფორმაციო ბანკის“ შექმნა კომპიუტერული ტექნიკის გამოყენებით, რაც იძლევა იმის საშუალებას, რომ ფარმაცევტმა მუდმივი მონიტორინგი განახორციელოს პაციენტების მიმართ რაციონალური ფარმაცოთერაპიის ჩასატარებლად.

ფარმაცევტი უპირველესად ამომწებს რეცეპტს, მის სამედიცინო (დოზა, შეთავსებადობა და ა.შ.), ტექნოლოგიურ, იურიდიულ, ფინანსურ და სოციალურ მხარეებს. აღნიშნული შეფასება უნდა ხდებოდეს აფთიაქის პერსონალის ორი წევრის პასუხისმგებლობით - კოლეგიალური ურთიერთკონტროლით.

წამლის გაცემისას კიდევ ერთხელ ხდება პაციენტის იდენტიფიკაცია, რომლის დროსაც პაციენტს უტარებენ კონსულტაციას მისი სწორად გამოყენების შესახებ, ამასთან ერთად აწვდიან ზემოთ აღნიშნულ საკითხებზე წერილობით ინფორმაციას.

აფთიაქში სასურველია დაინერგოს მომსახურების სხვადასხვა ფორმები, მაგალითად, შეიქმნას ე.წ. „პოლიმომსახურების სისტემა“, წამლის მიტანა ბინაზე, რეცეპტის მიწოდება ფაქსით, ელექტრონული ფოსტით, ტელეფონით შეკვეთის მიღება, ინტერნეტ-სერვისი, ფარმაცევტის კონსულტაცია ტელეფონით და ა.შ.

მომსახურების სათანადო ფორმების დანერგვა აფთიაქს მიმზიდველს ხდის მომხმარებლისთვის.

აფთიაქს უნდა გააჩნდეს ადმინისტრაციული განყოფილება მენეჯერისა და ბუღალტრის სამუშაო ადგილითა და პერსონალის შეკრებისათვის. აფთიაქში პერსონალისთვის უნდა იყოს საინფორმაციო დაფა, სადაც განთავსდება ინფორმაცია ახალი წამლების, პერსონალის სამუშაო გეგმების შესახებ და სხვ.

აფთიაქი წამლებს ღებულობს საბითუმო ქსელ-იდან. წამლების მიღება შეიძლება დღეში რამდენჯერმე განხორციელდეს მომხმარებლის მოთხოვნილებათა გათვალისწინებით. შეკვეთა, მიღება-აღრიცხვა სასურველია ხდებოდეს კომპიუტერით. წამლები ინახება სამარაგო ოთახში - სანყოფიში, თერმოლაბილური პრეპარატები კი მაცივარში.

აფთიაქის პერსონალისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს კომპიუტერი, საცნობარო და სახელმძღვანელო წიგნები და ტელეფონი (ექიმთან, მომხმარებელთან ურთიერთობისათვის). ცალკე უნდა იყოს ოთახი დასვენებისათვის და სხვა საჭირო დამხმარე სათავსოები. აფთიაქის ხარისხის ძირითად მაჩვენებლად მიჩნეულ უნდა იქნას ფარმაცევტთა კვალიფიკაცია, მომსახურების რაციონალური ფორმები, ფარმაცევტული კულტურა და მომხმარებელზე განეული სათანადო ფარმაცევტული დახმარება, რომლებიც ასახული უნდა იყოს ე.წ. „ხარისხის დაფაზე“.

დასკვნები. აფთიაქის სტრუქტურული მოწყობა უნდა შეესაბამებოდეს მისი ფუნქციური დატვირთვის სპეციფიკას და ხელს უწყობდეს მომხმარებლისათვის მისაღები რაციონალური ფარმაცევტული დახმარების აღმოჩენას. აფთიაქის სათანადო შიდა სტრუქტურა გამოხატავს პერსონალის პროფესიონალიზმს და ფარმაცევტული კულტურის შემადგენელი კომპონენტია. აფთიაქის გარეგნული სახე (ფორმა) უნდა იყოს მიმზიდველი, ადვილად აღქმადი და გამომხატველი ფარმაცევტული ზრუნვისა ჯანმრთელობის დაცვაზე.

აფთიაქის ფუნქციის - მოსახლეობის უზრუნველყოფა ეფექტური, უსაფრთხო, ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი სამკურნალწამლო საშუალებებით განხორციელება შესაძლებელია მხოლოდ კვალიფიციური ფარმაცევტული პერსონალითა და აფთიაქის შიდა სტრუქტურის სათანადო მოწყობით - სათანადო კანონმდებლობის საფუძველზე.

აფთიაქს სათანადო რაოდენობით უნდა გააჩნდეს ტექნიკური აღჭურვილობა შესაბამისი ტექნოლოგიებით ფარმაცევტული და სამედიცინო პროდუქციის აღრიცხვის, შენახვის, ვარგისიანობის ვადების დაცვის, გაცემის, პაციენტთა ბანკის შექმნისა და ა.შ. საჭიროებისათვის.

აფთიაქში დაუშვებელია შეცდომები, რისთვისაც ყოველი კრიტიკული პრობლემისა თუ ამოცანის გადაწყვეტა უნდა ხდებოდეს აფთიაქის პერსონალის ორი პასუხისმგებელი პირის მიერ - კოლეგიალური ურთიერთკონტროლით.

აფთიაქი სოციალური ორგანიზაციაა, რომლის საქმიანობაც ორიენტირებული უნდა იყოს პაციენტზე,

წინა პლანზე წამონეული უნდა იყოს თანამშრომელთა პროფესიონალური თვითშეგნება, ეთიკა-დემონტოლოგია, რაც მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს აფთიაქის სათანადო ხარისხიან ფუნქციონირებას.

აფთიაქმა თავისი გარე და შიდა სტრუქტურული მოწყობით, განეული ფარმაცევტული დახმარების ხარისხით მუდმივად უნდა იზრუნოს, რომ აფთიაქში „ერთხელ შემთხვევით მოსული მომხმარებელი მუდმივ მომხმარებლად აქციოს“, რისთვისაც აფთიაქის თვითმიზანი უნდა გახდეს სათანადო სააფთიაქო პრაქტიკის (GPP) რეკომენდაციების დანერგვა.

ლიტერატურა

1. საქართველოს კანონი „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“. თბილისი. 1997წ.
2. GPP - ტოკიო. 1993წ.
3. საქართველოს მთავრობის დადგენილება. თბილისი.: №176, 14.10.05.
4. О.Л. Колосова, А.М. Битероскова, О.А. Васнецова//Стратегия фармацевтического маркетинга: размещение аптеки//Провизор.- 1998.- №3.
5. Надлежащая аптечная практика в новых независимых государствах//Специальный проект ВОЗ по фармации// Копенгаген.- 2001г. Главный архив.- 2002г. -№17. С.18,21.

Eriashvili V., Bakuridze A., Zarqua T., Berashvili D., Dugashvili N.

STRUCTURE AND FUNCTIONALITY OF MODERN PHARMACIES

Tbilisi state medical university

The structure of any pharmacy should meet the following requirements: specificatance of its functionality, provide the customer with rational assistance. Internal structure of the pharmacy is important component of pharmaceutical culture and compable with professionalism. It's exteriere should be attractive, oriented on patient/customer and expressing its main function, on healthcare.

The pharmacy's function - to quarantee inhabitants whith affective, safe, qualifitive and accessible medical products, will realize only whith qualified pharmaceutical staff and whith proper organization of pharmacy's internal structure, according to the proper legistation.

The pharmacy should have the proper technical equipment with corresponding technologies to arrage the recording of pharmaceutical and medical products, preservation, safing, realization and creation the patient's bank and etc.

The mistakes are inadmissible at pharmacy. That's why, each critical problem and task should be decided by two responsible pharmaceutical staff by collegial mutual control.

A pharmacy is a social organization and its activity should be orientated on a patient, personnel's professional selfconsciousness, ethics and deontology should be on the first plan. all these details mentioned above, importantly define proper work of pharmacies and it's high quality.

A pharmacy with its exterior and aterior structural ar-

rangement and high quality of it's service, should care about the patients so, that the one who has visited the pharmacy "by chance", should have become a permanent consumer of the concrete pharmacy. That's why, the basic aim of a pharmacy should be to establish the property recommendations of Good Pharmaceutical Practice.

ერიაშვილი ვ., ჭუმბურიძე თ., ნემსინვერიძე ნ.

საქართველოში რაციონალური ფარმაცოთერაპიის აქტუალური საკითხები კლინიკურ ფარმაციის თვალთახედვით

**თსსუ-ის სოციალური და კლინიკური ფარმაციის
დეპარტამენტი**

თანამედროვე ფარმაცევტულ ბაზარზე სამკურნალწამლო საშუალებების მრავალფეროვნებისა და მრავალრიცხოვნების გამო განსაკუთრებულად მწვავედ დგება წამლის რაციონალური შერჩევის საკითხი. ექიმების მზარდი ინტერესი კლინიკური ფარმაცოლოგიის, ფარმაცოკინეტიკისა და კლინიკური ფარმაციისადმი გამომწვეულია სწორედ კლინიციისტების იმედით, რომ ეს მიმართულება მისცემს მათ საშუალებას მეცნიერული, ობიექტურად დასაბუთებული ეფექტური და ამავდროულად უსაფრთხო ფარმაცოტერაპიის ჩამოყალიბებაში.

წამლით მკურნალობა ექიმის ხელოვნებაა, რომელიც გამომუშავდა მრავალწლოვანი გამოცდილების, ცდებისა და შეცდომების საფუძველზე.

ექიმთან ერთად დიდი როლი ამ პროცესში ეკუთვნის კლინიციისტ ფარმაცევტს.

განსაკუთრებით თუ შევხებით ისეთ მნიშვნელოვან ასპექტს, როგორცაა წამალთა ურთიერთქმედება. ფარმაცოტერაპიის ურთიერთქმედების საკითხები მთლიანად ექიმის კომპეტენციაა, ხოლო რაც შეეხება ფარმაცოკინეტიკური ურთიერთქმედებას ეს კლინიკური ფარმაცევტის საქმეა.

თავისი ხასიათის მიხედვით ფარმაცოკინეტიკური ურთიერთქმედება ხშირად მოულოდნელ ხასიათს ატარებს, განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებში, როდესაც პრეპარატის ფარმაცოკინეტიკა არ არის საკმარისად შესწავლილი.

ფარმაცოკინეტიკური ურთიერთქმედების დროს ერთმა პრეპარატმა შესაძლოა შეცვალოს მეორე პრეპარატის აქტივობა და მეტაბოლიზმი. პრეპარატებმა შეიძლება მოახდინონ ინდუცირება, გააძლიერონ ლვილის ფერმენტების მეტაბოლიზმი (მაგ. კუმარინის ჯგუფის ანტიკოაგულანტები კერძოთ-ფენიტინი). თუ მედიკამენტის მიღება ხდება ენზიმების ინდუქტორ პრეპარატთან ერთად, მაშინ მისი აქტივობა სწრაფად მცირდება. (მეტელიცა ვ.ი. 1987). აღნიშნული ფენომენი ჩვენს მიერ შესწავლილი იყო ქინიდიინისა და პარმიდინის ერთდროული გამოყენებისას. (ნ. მენებდე. ნ. ნემსინვერიძე და სხვ. 1992)

მოსახლეობის წამლით რაციონალური მომსახურე-

ბის პრობლემების გარკვევისათვის და მომხმარებელთა ინტერესების შესწავლის მიზნით თბილისის აფთიაქის თანამშრომლებს დაურიგდათ ანკეტები. მომხმარებლის შეკითხვაზე კითხულობენ თუ არა ისინი წამლის ინსტრუქციას და იციან თუ არა წამლის გვერდითი და არასასურველი მოქმედების შესახებ 50%-მა გასცა უარყოფითი პასუხი. სამწუხაროდ მოსახლეობაში ფართოდაა გავრცელებული თვითმკურნალობის მეთოდი. სანიტარული კულტურის დაბალი დონე კი ხელს უწყობს წამლის გვერდითი მოქმედების სიხშირის ზრდას. ამასთან დაკავშირებით კლინიკური ფარმაციის აქტუალურ საკითხს წარმოადგენს ექიმებისა და ფარმაცევტების მომზადება შესაბამისი კლინიკური უნარჩვევების გამომუშავებით. ფარმაცევტების მოსამზადებელ პროგრამაში დასამატებელია ელემენტები, რომლებიც დაახლოებენ ექიმისა და ფარმაცევტის ფარმაცოტერაპიული საკითხების გადართვისას. აუცილებელია კლინიციისტი ფარმაცევტი ერკვეოდეს "პრობლემაზე ორიენტირებულ მეთოდში". ანუ პაციენტი რომელიც მიმართავს აფთიაქს უნდა აღიქმებოდეს არა როგორც უბრალოდ წამლის მომხმარებელი, არამედ პაციენტი რომელსაც ესაჭიროება სამედიცინო დახმარება. რათქმუნდა დახმარება უნდა იყოს კვალიფიციური, ადექვატური და კლეგიალური ექიმთან მიმართებაში.

პრობლემაზე ორიენტირებული მეთოდი წარმოადგენს სისტემური მიდგომის საფუძველს, გამოყენებულს ექიმის მიერ პაციენტის მკურნალობის დროს. ამ საფუძველების გაცნობა ფარმაცევტისათვის აუცილებელია, რათა შემცირდეს შეცდომის რისკი აფთიაქიდან მედიკამენტების გაცემის დროს. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს წამალთა ურთიერთქმედების საკითხებს, მაშინ როდესაც პაციენტს უტარდება კომპლექსური მკურნალობა. თანამედროვე პირობებში მკურნალობის ხარვეზად ხშირად გვევლინება, ის, რომ პრეპარატის დანიშვნის დროს ყოველთვის არ ხდება პაციენტის ინდივიდუალური თავისებურებების გათვალისწინება. რათქმუნდა სასურველია ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ინდივიდუალური თავისებურებების გათვალისწინება, კონკრეტული რეკომენდაციები და რჩევები, რომლებიც დაეხმარება პაციენტს, კლინიციისტ ფარმაცევტს ან ექიმს უფრო კარგად გაერკვიოს წამალთა ურთიერთქმედების საკითხებში ინდივიდუალური მიდგომების გათვალისწინებით.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე მოსახლეობის წამლით ეფექტიანი უზრუნველყოფისა და რაციონალური ფარმაცოტერაპიის მიზნით აუცილებელია ხელი შეეწყოს ფარმაცევტისა და ექიმის ურთიერთთანამშრომლობას, როგორც აფთიაქში, ასევე, სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში. განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია, გავათვითცნობიეროთ კლინიციისტი ფარმაცევტის კვალიფიკაცია ფარმაცოკინეტიკის, წამალთა ურთიერთქმედებისა და თანამოვლენების საკითხებში. რითაც ფარმაცევტი გახდება ექიმის შეუცვლელი თანამემწე აღნიშნულ საკითხში.

ლიტერატურა:

1. Метелица В. И. /Справочник кардиолога по клинической фармакологии/ Москва.- 1987 г.
2. თ. კეზელი /კლინიკური ფარმაკოლოგია ფარმაკოტერაპიით/ თბილისი 2006წ.
3. რ. მახარაძე, ნ. მენებდე, ლ. ხოლოდოვი /ფარმაკოკინეტიკის საფუძვლები/ თბილისი, 2000წ.
4. ნ. მენებდე, ნ. ნემსინვერიძე, რ. მახარაძე ქინდინისა და პარმინინის ფარმაკოკინეტიკური ინტერფერენცია. თსსი შრომათა კრებული, 1992წ. გვ. 126.
5. თ. ჭუმბურიძე, თ. კიკალიშვილი /კლინიკური ფარმაკოლოგია/ თბილისი, 2006წ.

Eriashvili V., Chumburidze T., Nemsitsveidze N.

RATIONAL PHARMACOTHERAPY IN GEORGIA AT FOCUS OF CLINICAL PHARMACOLOGY

Tbilisi state medical university

Rational use of drugs is one of the most complicated problems of pharmacotherapy in different countries including Georgia. Several factors are affecting the therapeutic effectiveness of medicine. Pharmacokinetic interaction of two or more drugs is one of them and must be taken into the consideration. Another problem is participation of pharmacist in pharmacotherapy and differences in approaches of tactics between pharmacists and physician. The pharmacist should learn the problem-oriented method of health of care so that a systemic, disciplined approach to each patient is used and no important therapeutic consideration is missed. Although the pharmacist must focus on drug therapy, he or she not ignore other problems including social, psychological, and financial problems.

ვაშაკიძე ე. ბოჭორიშვილი თ. გვეგუშიძე თ. ჯანგაჯაძე მ.

ნახშირწყლის ცვლის დარღვევა HCV ციროზით ავადმყოფებში

თსსუ-ის ინფექციურ სნეულაბათა დეპარტამენტი

21-ე საუკუნე ვირუსული ჰეპატიტების საუკუნეა. მათ გამომწვევ ეტიოლოგიურ აგენტთა შორის განსაკუთრებულ ყურადღებას HCV იპყრობს. C ჰეპატიტი სადღეისოდ ჯანდაცვის ერთ-ერთი უმწვავესი პრობლემაა მთელ მსოფლიოში და მათ შორის საქართველოშიც. დღეისათვის ჩ ჰეპატიტი ქრონიკული ჰეპატიტის 70%-ს, ღვიძლის ციროზის 40%-ს, ჰეპატოციტულარული კარცინომის 60%-ს, ღვიძლის ტრანსპლანტაციის 30%-ს შეადგენს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით ჩ ვირუსით ინფიცირებულთა რაოდენობა მსოფლიოში 200 მილიონს აღემატება (1,2). HCV ყველაზე ფართოდ გავრცელებული პარენტერალური ვირუსული ინფექციაა. საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით ინფიცირ-

ებულია მოსახლეობის 8%-ზე მეტი. ამ პაციენტთა 30%-ს უახლოეს ათწლეულებში ღვიძლის ციროზი განუვითარდება (3).

C ჰეპატიტის პრობლემის აქტუალობა მისი ფართო გავრცელებით, რთული პათოგენეზით, კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებებით, მრავალრიცხოვანი გართულებებით, საპროფილაქტიკო ვაქცინისა და იმუნოგლობულინის არარსებობით, თანამედროვე მკურნალობის არასაკმარისი ეფექტიანობითა და ნაკლები ხელმისაწვდომობითაა განპირობებული (4).

C ვირუსის ბიოლოგიურ თავისებურებას წარმოადგენს მისი მაღალი სახეცვლილების უნარი, რის გამოც ორგანიზმში ერთდროულად არსებობს ვირუსის სხვადასხვა ანტიგენური სახეობები - კვაზიმოტაშები. სწორედ ამ გზით ვირუსი ახერხებს თავი აარიდოს იმუნური სისტემის მოქმედებას.

C ჰეპატიტის პათოგენეზში მნიშვნელოვანია ვირუსის პირდაპირი ციტოპათიური ეფექტი ღვიძლის ქსოვილზე და იმუნური რეაქციები, რომელიც განაპირობებს არა მარტო ღვიძლის, არამედ სხვა ორგანოებისა და ქსოვილების დაზიანებას.

თანამედროვე გამოკვლევებით C ჰეპატიტით ავადმყოფთა 70-75%-ს ღვიძლის დაზიანებასთან ერთდროულად აღენიშნება მრავალფეროვანი ღვიძლგარეშე გამოვლინება, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია ენდოკრინული დარღვევები, ფარისებური ჯირკვლისა და პანკრეასის დაზიანება, მნიშვნელოვანია აგრეთვე ჰემატოლოგიური, სანერწყვე ჯირკვლების, თვალის, კანის, სახსრების, თირკმლისა და ა.შ. დაზიანებები (5).

არსებობს მონაცემები C ვირუსით გამოწვეული ღვიძლის ციროზის დროს მაღალი სიხშირით (50%-მდე) შაქრიანი დიაბეტის განვითარების შესახებ (6,7).

ინფიცირებულთა ასაკი და სქესი, ინფიცირების ხანდაზმულობა, ვირუსული დატვირთვა და ვირუსის მუტაგენური თვისებები, დაავადების მიმდინარეობა, ეპიდემიოლოგიური და გარეშე ფაქტორები (მაგ: ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, ნარკომანია) დაავადების სიმძიმესა და საბოლოო გამოსავალს განსაზღვრავს (8), მაგრამ სწორი მენეჯმენტისა და შესაბამისი მკურნალობის შერჩევისათვის არანაკლებ მნიშვნელოვანია ინფექციის ექსტრაჰეპატური მანიფესტაციის წინასწარი განსაზღვრა, მისი განვითარების შესაძლო მექანიზმების დადგენა და შესაბამისი კორეგირება.

გამომდინარე ზემოაღნიშნულიდან, მიზნად დავისახეთ, შეგვესწავლა არაღვიძლუჯრედოვანი, ენდოკრინული დარღვევების, კერძოდ შაქრიანი დიაბეტის გავრცელება C ჰეპატიტით ავადმყოფებში დაავადების სიმძიმესა და სტადიაზე დამოკიდებულებით, დაგვედგინა მათში ნახშირწყლების ცვლის დარღვევის თავისებურებანი.

კვლევის 110 სუბიექტიდან, რომელთა ასაკი შეადგენდა 11-78 წელს (HCV ინფიცირებულები), 62-ს (52 მამაკაცი და 10 ქალი), ციროზის დიაგნოზი დაესვა. ისინი ჰოსპიტალიზირებული იყვნენ ინფექციური პათოლოგიის, შიდასისა და კლინიკური იმუნოლოგიის

მაჩვენებელი		ავადმყოფთა ჯგუფი		
		I (A სტადია) n=6	II (B სტადია) n=8	III (C სტადია) n=48
გლუკოზა მგ/დლ	Min	77	68	66
	Max	135	118	260
ინსულინი μ U/ml	Min	6	3	3
	Max	124	65	99
C-პეპტიდი Ng/ml	Min	3,02	3,02	2,3
	Max	9,2	7,8	13,1

ცენტრში. ყველა მათგანს დაავადების ვირუსული ეტიოლოგია დადასტურებული ჰქონდა სეროლოგიური კვლევით (იფა მეთოდით).

პაციენტები HCV ციროზით დაყვავით 3 ქვეჯგუფად. ციროზის A სტადია (I ქვეჯგუფი) – 6 შემთხვევაში (4 მამაკაცი და 2 ქალი), ციროზის B სტადია (II ქვეჯგუფი) – 8 შემთხვევაში (6 მამაკაცი და 2 ქალი) და C სტადია (III ქვეჯგუფი) – 48 შემთხვევაში (42 მამაკაცი და 6 ქალი) გამოვლინდა.

ყველა ციროზით ავადმყოფში HCV ინფექციასა და ნახშირწყლების ცვლის დარღვევებს შორის ასოციაციის დასადგენად ჩავატარეთ შემდეგი გამოკვლევები: გლუკოზის განსაზღვრა (ფოტომეტრზე, „GOD-PAP“ enzymatic photometric test), ინსულინისა და C პეპტიდის განსაზღვრა (იფა, Diagnostic Automation, Inc).

C პეპტიდის დონე ყველა შემთხვევაში ნორმაზე მაღალი იყო. I ქვეჯგუფში – ნორმაზე 2-4-ჯერ მეტი, II ქვეჯგუფში – ნორმაზე 2-3-ჯერ მეტი, III ქვეჯგუფში – ყველა შემთხვევაში ნორმაზე 3-4-ჯერ მეტი.

ინსულინის დონე I ქვეჯგუფში – ნორმაზე 2-6-ჯერ მაღალი, II ქვეჯგუფში 3-6-ჯერ (2 შემთხვევაში – ნორმა), III ქვეჯგუფში – 1,5-9-ჯერ (4 შემთხვევაში – ნორმა) მაღალი იყო.

გლუკოზის დონის მომატება ნორმასთან შედარებით აღინიშნა მხოლოდ III ქვეჯგუფში.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ HCV ინფექციასა და ტიპი II შაქრიანი დიაბეტის განვითარებას შორის პირდაპირი კავშირი არსებობს. იმ პოზიციიდან გამომდინარე, რომ HCV ინფექცია შეიძლება განხილული იქნას როგორც დიაბეტის განვითარების რისკ-ფაქტორი, დიაბეტისა და პრედიამეტური მდგომარეობების (გლუკოზის მაჩვენებლის ნორმიდან გადახრა უზმომზე და მის მიმართ ტოლერანტობის დაქვეითება) სკრინინგ-კვლევები უნდა ჩატარდეს მინიმუმ ყოველ 3 წელში.

HCV ინფექციის წარმატებულმა მკურნალობამ შეიძლება შეაჩეროს ტიპი II შაქრიანი დიაბეტის განვითარება (9).

ლიტერატურა

1. Alter M.J, Kruszon-Moran D, Nainan OV. At all. The prevalence of hepatitis C infection in the United States 1988 through 1994. N. Engl. J. Med. 1999,341;556-562.
2. Seeff L.B. Natural history of hepatitis C. Am. J. Med. 1999, 107, 109-115.
3. Strader DB, Wright T, Thomas DL, Seef LB. AASLD practical guideline: diagnosis, management and treatment of hepatitis C. Hepa-

tol.2004, 39, 1147-1171.

4. Everson G. Management of cirrhosis due to chronic hepatitis C. J. Hepatol. 42(2005), 565-574.
5. Серов В.В. // Рус.мед.журн. _ 1996. _ Т. 4, № 3. _ С. 1-7.
6. Fraser G.M., Harman I., Meller N. at all.// Isr. J. Med. Sci. _ 1996. Vol. 32. P. 526-530.
7. Kruszynska Y.T., Home P.D., McIntyre N. // Hepatology _ 1991. Vol. 14. P. 103-111.
8. Nolte W., Hartmann H., Ramadori G. // Exp.Clin. Endocrinol. Diabet. 1995. Vol. 103. P. 63-74.
9. Lecube A., Hernandez C., Genesca J., Simo R. Diabetes Care 2006. 29. 1140-1146.

Vashakidze E., Bochorishvili T., Gegeshidze T., Djangavadze M.

GLUCOSE LEVEL IN PATIENTS WITH HCV CIRRHOSIS

TSMU, Department of Infectious Diseases

110 patients with HCV were investigated (from 11 till 78 years old). Among them 62 with HCV cirrhosis. Most of them were male (52). The patients with HCV cirrhosis were separate into 3 groups – A stage, B stage and C stage. In all cases the level of C peptide was raised 2-3 fold, level of insulin in 1 group was raised 2-6 fold, in 2 group 3-6 fold (only in 2 patients was N), in 3 group 1,5-9 fold (only in 4 patients was N). Glucose level was raised only in 3 groups. Treatment of HCV patients can stop development of diabetes (II type).

ვაშაკიძე ე., მიქაძე ი., იმნაძე თ., ბაქანიშვილი გ.

ინტარლექინ-10-ს როლი და მნიშვნელობა ქრონიკული C პეპტიდით ავადმყოფთაში

თაილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის
ინფექციურ სნაულაბათა დეპარტამენტი

ღვიძლის ქრონიკული ვირუსული დაზიანებები თანამედროვე ჰეპატოლოგიის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, რაც მათი ფართოდ გავრცელებით, რთული პათოგენეზით, კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებებით, მკურნალობისა და მენეჯმენტის პრობლემებითა და სიცოცხლისათვის საშიში გართულებების არსებობითაა განპირობებული.

HCV ყველაზე ფართოდ გავრცელებული პარენტერალური ვირუსული ინფექციაა და იგი მსოფლიო მოსახლეობის 3%-ში პერსისტირებს. „ჯანმო“-ს მონაცე-

მებით, C ვირუსით ინფიცირებულია 170-300 მილიონი ადამიანი. C ჰეპატიტი 15%-ში მწვავედ მიმდინარეობს, ხოლო 70-80%-ში ინფექციური პროცესი ქრონიზაციას განიცდის და ამიტომ ქრონიკული ჰეპატიტები HCV ინფექციის ძირითადი ფორმაა. დღეისათვის, ჩ ჰეპატიტის ვირუსი ღვიძლის ციროზის 40%-ის, ჰეპატოციტულარული კარცინომის 60%-ის და ღვიძლის ტრანსპლანტაციის 30%-ის მიზეზს შეადგენს (1).

საქართველოს სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობის, ინფიცირების გზების, დაავადების გამოსავლის ურთიერთშეჯერება HCV ინფექციის პრობლემის აქტუალობას ცხადყოფს. ამას ადასტურებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებიც, რომელთა თანახმად საქართველოში, C ჰეპატიტით ავადობის მაჩვენებელი უკანასკნელი წლების განმავლობაში იმატებს და შეადგენს 12,88-ს 100 000 სულ მოსახლეზე.

C ვირუსი მაღალი გენეტიკური ვარიანტულობით გამოირჩევა. იმუნოლოგიურად განსხვავებული მრავალი „კვაზი-შტამების“ არსებობა იმუნური პასუხის სუბოპტიმალურ ხასიათს, ვირუსისადმი იმუნოლოგიური ტოლერანტობის ჩამოყალიბებას, და გარდა ამისა მრავალრიცხოვან გენეტიკურ დეფექტებს განაპირობებს.

სპეციფიური იმუნური ეფექტორული მექანიზმები, არასპეციფიურ დამცველობით მექანიზმებთან ერთად უზრუნველყოფენ ორგანიზმიდან მაინფიცირებელი ვირუსის ელიმინაციას. ამავდროულად, ვირუსი მოქმედებს ამ მექანიზმებზე, რათა გაიხანგრძლივოს სიცოცხლისუნარიანობა. ინფექციის გამოსავალი დამოკიდებულია იმაზე თუ რამდენად ეფექტურია მასპინძელი ორგანიზმის თავდაცვითი მექანიზმების გამძლეობა ვირუსის თავდასხმითი ტაქტიკის მიმართ (2).

უკანასკნელ წლებში აქტიურად იკვლევენ იმ ფაქტორებსა და პირობებს, რომლებიც ხელს უწყობენ ჩ ჰეპატიტის ვირუსს თავი აარიდოს ელიმინაციას, რაც თავის მხრივ დაავადების ქრონიზაციას განაპირობებს. მკვლევარების ყურადღებას სულ უფრო ხშირად იპყრობს ვირუსისა და ორგანიზმის იმუნური სისტემის ურთიერთქმედება, რაც დაავადების შემდგომ მიმდინარეობას განაპირობებს (3).

ამჟამად ითვლება, რომ იმუნური პასუხის ტიპი დაკავშირებულია იმაზე, თუ რომელი თ ლიმფოციტ-ჰელპერის ტიპია აქტივირებული. განანსხვავებენ Th1 და Th2 ქვეტიპებს, რომლებიც ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან ფუნქციებითა და გამომუშავებული ციტოკინებით. Th1-ს აქტივაციას, რომელიც გამოიმუშავებს IL-2, IFN- γ , TNF- α , მიყვავართ უჯრედული იმუნური პასუხის წარმოქმნამდე, როდესაც Th2-ს აქტივაცია იწვევს IL-4, IL-5, IL-6, და IL-10-ს სეკრეციას და განაპირობებს ჰუმორულ იმუნურ პასუხს (4). მაშასადამე, ერთ-ერთი ქვეტიპის უპირატესი გააქტიურება იმუნური პასუხის ტიპის განმსაზღვრელი იქნება.

დადგენილია, რომ Th1 და Th2 უჯრედების მიერ პროდუცირებული ციტოკინების დისბალანსი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს HCV-ინფექციის ქრონიზაციისა და პროგრესირების იმუნოპათოგენეზში.

ლიტერატურის მონაცემები, რომლებიც შეეხება იმუნური უჯრედების მიერ ციტოკინების წარმოქმნის უნარს ღვიძლის ქრონიკული ვირუსული დაავადების დროს, ურთიერთსაინააღმდეგოა და შემდგომ შესწავლას მოითხოვს. კვლევის მიზანია IL-10-ს როლისა და მნიშვნელობის შესწავლა HCV-ინფექციის იმუნოპათოგენეზში (2, 3).

გამოკვლევული იყო HCV-ინფიცირებული 110 პაციენტი, რომელთა ასაკი შეადგენდა 11-78 წელს. 110 კვლევის სუბიექტიდან 62-ს ციროზის დიაგნოზი დაესვა, აქედან 52 მამაკაცი და 10 ქალი.

ყველა პაციენტი ჰოსპიტალიზირებული იყო ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრში. ქრონიკული C ჰეპატიტის დიაგნოზი დაისვა სეროლოგიური (სისხლის შრატში ანტი-HCV აღმოჩენა ELIZA-3-ით), ვირუსოლოგიური (ვირუსის RNA - ჯაჭვური პოლიმერაზული რეაქციით), ბიოქომიური (სისხლში ALT, AST, GGT-ს განსაზღვრით ულტრაიისფერი კინეტიკის მეთოდით, აპარატზე Boeringen manheim-5010), ექოდოპლეროგრაფიული კვლევის საფუძველზე. პაციენტები HCV ციროზით დავყავით 3 ჯგუფად:

ციროზის A სტადია (I ქვეჯგუფი): - 6 შემთხვევაში (4 მამაკაცი და 2 ქალი); ციროზის B სტადია (II ქვეჯგუფი) - 8 შემთხვევაში (6 მამაკაცი და 2 ქალი); ციროზის C სტადია (III ქვეჯგუფი) - 48 შემთხვევაში (42 მამაკაცი და 6 ქალი) გამოვლინდა.

ყველა შემთხვევაში განსაზღვრული იყო IL-10-ს მაჩვენებელი სისხლის შრატში R&D systems-ის იმუნოფერმენტული ანალიზის მეშვეობით. ეს მაჩვენებლები შეფასდა დაავადების სიმძიმისა და სტადიის გათვალისწინებით.

ჩატარებული კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ პაციენტებს ქრონიკული C ჰეპატიტით, ინფექციური პროცესის სტადიის მიუხედავად, აღენიშნებოდათ IL-10-ს მაჩვენებლის სარწმუნო და მნიშვნელოვანი მატება ნორმასთან შედარებით. III ქვეჯგუფის პაციენტებში IL-10-ს მაჩვენებელი გაცილებით უფრო მაღალი იყო, ვიდრე I და II ქვეჯგუფის პაციენტების შემთხვევაში. ჩვენს მიერ ჩატარებულმა კორელაციურმა ანალიზმა აჩვენა ინფექციური პროცესის სტადიასა და IL-10-ს მაჩვენებლის ზრდას შორის კავშირი.

თანამედროვე შეხედულებების თანახმად, ანთების ბუნებრივი ინჰიბიტორი - Th2 ტიპის უჯრედების, B ლიმფოციტების და აგრეთვე მაკროფაგების მიერ პროდუცირებული - IL-10, უზრუნველყოფს ძლიერ ანთების საინააღმდეგო, იმუნომოდულატორულ და იმუნოსუპრესიულ ეფექტს. მას აქვს უნარი არეგულიროს ანთებისა და რეგენერაციის პროცესების ინტენსივობა, თრგუნავს მაკროფაგების აქტივობასა და მონოციტების მიერ პროანთებითი ციტოკინების სინთეზს (5).

ამრიგად, ქრონიკული C ჰეპატიტის დროს გამოვლინდა IL-10-ს პროდუქციის ცვლილებები, რომელიც კორელაციაშია ღვიძლის დაზიანების სიმძიმესთან. ამ მონაცემების თანახმად, ციტოკინების სინთეზის

დისბალანსი Th2 ქვეტიპის სასარგებლოდ, მიმართულია არა ვირუსის ელიმინაციისკენ, არამედ მხოლოდ ზღუდავენ ანთების ინტენსივობასა და გავრცელებას, რაც ხელს უწყობს ვირუსულ აგრესიასა და ლვიძლის შემდგომ დაზიანებას (3).

ლიტერატურა:

1. X. E. Блом. Гепатит С: современное состояние проблемы// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-№1.-т. XV, 2005, С. 20-25
2. Richard A. Goldsby, Thomas J. Kindt, Barbara A. Osborne, Janis Kuby. Immunology, fifth edition, chapter 17, p. 390
3. И. О. Наследникова, Е. И. Белобородова. Иммунорегуляторные цитокины и хронизация вирусного гепатита С // Клиническая медицина.- №9.-2005.-С. 40-44
4. William E. Paul, Fundamental Immunology, fifth edition, chapter 39, p. 1207.
5. Abul K Abbas, Andrew H. Lichtman. Cellular and Molecular Immunology, fifth edition, chapter 11, p. 255-262.

Vashakidze E., Mikadze I., Imnadze T., Bakanishvili.

THE ROLE AND MEANING OF INTERLEUKIN-10 IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C

TSMU, Department of Infectious Disease

The aim of investigation was to study cytokine-producing ability of blood immune cells in type of viral hepatitis C, correlation with the degree of hepatic lesion and liver cirrhosis. 110 patients were investigated: 62 with cirrhosis: among them 6 with Stage A, 8 with Stage B and 48 with Stage C. The study demonstrates significant changes of cytokine-producing ability of blood immune cells type of viral hepatitis C, correlation with the degree of hepatic lesion and liver cirrhosis. The results showed that various types of chronic viral hepatitis C and stages of cirrhosis were associated with misbalance in production of anti-inflammatory cytokine, i. e. a significant rise of interleukin-10 concentration, which were the most prominent in cases of severe hepatic lesion.

ვაშაკიძე ე., სალაყაია ა., სოლომონია ნ., ნონიკაშვილი მ., კიკვიძე მ., ბარბაქაძე ქ., პაპიტაშვილი ლ., შუბლაძე ნ., ბეჟანიშვილი ნ., ხურცილავა ი., სინამონი მ.²

საქართველოში ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა შორის პირველადი და მეორადი რეზისტენტობის სინდრომი და რეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარების ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი, საქართველო, თბილისი; *VAMC და SUNY სამედიცინო უნივერსიტეტი, სირაკუზა, ნიუ-იორკი, ა.შ.შ

კვლევის აბსტრაქტობა: საქართველოში 1995 წლიდან მოქმედებს ტუბერკულოზთან ბრძოლის ეროვნული პროგრამა, რომელიც, ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებული DOTS სტრატეგიის შესაბამისად, წარმატებით უზრუნველყოფს *M. tuberculosis* (მგბ) სენსიტიური შტამით დაავადებულთა უფასო მკურნალობას. ტუბსანიზაჰმდეგო პრეპარატების მიმართ რეზისტენტული ტუბერკულოზის, განსაკუთრებით მულტი- (MDR-TB) და ექსტენსიურად რეზისტენტული (XDR-TB) ფორმების მკურნალობა და მართვა კიდევ ისეთივე რეალურ პრობლემას წარმოადგენს. ქვეყნის მასშტაბით ყოველწლიურად ჩატარებული DRS (Drug Resistance Survey) კვლევით ფიქსირდება რეზისტენტული ტუბერკულოზის მაღალი მაჩვენებლები (2005/VII-2006/V წლების მონაცემებით MDR-TB დაფიქსირდა 54 (6,8%) „ახალ“ (პირველადი რეზისტენტობა) და 141 (27,4%) „ნარსულში ნამკურნალებ შემთხვევაში“ (მეორადი რეზისტენტობა), რაც ადასტურებს საქართველოში რეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელების და ფორმირების შესახებ ინფორმაციის დაგროვების აუცილებლობას და ამ მიმართულებით ჩატარებული კვლევების აქტუალობას.

კვლევის მიზანი: ტუბერკულოზის და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში ჰოსპიტალიზირებულ (მგბ+) პაციენტებში პირველადი და მეორადი რეზისტენტობის სინდრომის განსაზღვრა და რეზისტენტული ტუბერკულოზის ფორმირების ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორების გამოვლენა-გაანალიზება.

კვლევის მასალა და მეთოდები: კვლევა ჩატარდა CRDF (GEX1-002711-TB-06) გრანტის ფარგლებში; საკვლევი ჯგუფი შეადგინეს პაციენტებმა (n=605), რომლებიც 2005-2007წ-ში მკურნალობას იტარებდნენ ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის სტაციონარში; სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის დახმარებით შეგროვდა მათი სრული სოციალური, კლინიკური და ბაქტერიოლოგიური მონაცემები; მასალა სტატისტიკურად დამუშავდა პროგრამით – „Epi Info-2000“.

ცხრილი 1
პირველი და მეორე რიგის ტუბანაინალმდეგო პრეპარატებისადმი მგრძობელობის მაჩვენებლები
„ახალ“ და „ნარსულში ნამკურნალებ“ პაციენტებში

I რიგის პრეპარატებისადმი რეზისტენტობა (I Line DRTB)	„ახალი შემთხვავა“ n=222 (36,7%)	„ნარსულში ნამკურნალები შემთხვევა“ n=383 (63,3%)	სულ n=605 (100%)
მონორეზისტენტული TB (Mono DRTB)			
H	8 (1,3%)	12 (2,0%)	20 (3,3%)
R	1 (0,2%)	3 (0,5%)	4 (0,7%)
S	60 (9,9%)	45 (7,4%)	105 (17,5%)
E	0	1 (0,2%)	1 (0,2%)
სულ Mono DRTB	69 (11,4%)	61 (10,1%)	130 (21,5%)
პოლირეზისტენტული TB (Poly DRTB)			
H+S	19 (3,1%)	33 (5,5%)	52 (8,6%)
H+E	0	0	0
R+S	2 (0,3%)	3 (0,5%)	5 (0,8%)
R+E	0	1 (0,2%)	1 (0,2%)
S+E	1 (0,2%)	2 (0,3%)	3 (0,5%)
H+S+E	0	4 (0,7%)	4 (0,7%)
R+S+E	1 (0,2%)	1 (0,2%)	2 (0,3%)
სულ Poly DRTB	23 (3,8%)	44 (7,3%)	67 (11,1%)
მულტირეზისტენტული თB (MDL-თB)			
H+R	2 (0,3%)	13 (2,1%)	15 (2,5%)
H+R+S	26 (4,3%)	85 (14,0%)	111 (18,3%)
H+R+E	0	7 (1,2%)	7 (1,2%)
H+R+S+E	23 (3,8%)	105 (17,4%)	128 (21,1%)
სულ MDRTB	51 (8,4%)	210 (34,7%)	261 (43,1%)

Amk	11 (1,8%)	43 (7,1%)	54 (8,9%)
Cpm	12 (2,0%)	39 (6,4%)	51 (8,4%)
Eth	37 (6,1%)	104 (17,2%)	141 (23,3%)
PAS	10 (1,7%)	26 (4,3%)	36 (6,0%)
Cs	11 (1,8%)	37 (6,1%)	48 (7,9%)
Ofx	14 (2,3%)	61 (10,1%)	75 (12,4%)
Amik+Cpm+Ofx	6 (0,99%)	17 (2,8%)	23 (3,8%)
Amik+ Ofx	0	6 (0,99%)	6 (0,99%)
Cpm+Ofx	0	4 (0,7%)	4 (0,7%)
სულ ექსტენს.რეზისტ. TB (XDR-TB)	6 (0,99%)	27 (4,5%)	33 (5,5%)
სულ რეზისტენტული TB (DRTB)	149 (24,6%)	342 (56,5%)	491(81,2%)
სენსიტიური TB (STB)	73 (12,1%)	41 (6,8%)	114 (18,8%)

კვლევის შედეგები: გამოკვლეული 605 პაციენტიდან 222(36,7%) „ახალი“ და 383(63,3%) „ნარსულში ნამკურნალები“ შემთხვევა იყო, მათგან სენსიტიური შტამით დაავადებული 114(18,8%) (73(12,1%) „ახალი“ და 41(6,8%) „ნარსულში ნამკურნალები“), მულტირეზისტენტული შტამით დაავადებული 261(43,1%) (51(8,4%) პირველადი რეზისტენტობა და 210(34,7%) მეორადი რეზისტენტობა), ექსტენსიურად რეზისტენტული შტამით დაავადებული 33(5,5%) (6(0,99%) პირველადი რეზისტენტობა და 27(4,5%) მეორადი რეზისტენტობა) პაციენტი იყო (იხ. ცხრილი 1).

სტატისტიკურმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ნარსულში ჩატარებული მკურნალობა ნარმოდგენს რეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარების რისკს („ნარსულში ნამკურნალებ შემთხვევებში“ MDR-TB უფრო ხშირად ფიქსირდება, ვიდრე „ახალ

შემთხვევებში“ (OR=4,03; 95% 2,73<CI<5,97)). მიღებული მონაცემებით სტრუქტომიცინის (S) მიმართ მონორეზისტენტობის მაჩვენებელი ბევრად აღემატება იზონიაზიდის (H), რიფამპიცილის (R) და ეტამბუტოლის (E) მიმართ რეზისტენტობის მაჩვენებლებს და ამასთან S-ის მიმართ პირველადი რეზისტენტობის მონაცემები უფრო მაღალია, ვიდრე მეორადი რეზისტენტობის. იგივე შეიძლება ითქვას იზონიაზიდის და სტრუქტომიცინის მიმართ ერთდროული პოლირეზისტენტობის (H+S) და (H+R+S), (H+R+S+E) კომბინაციებით მულტირეზისტენტობის შემთხვევაში.

საკურადლებო შედეგები მეორე რიგის ტუბსანი ნააღმდეგო პრეპარატებისადმი რეზისტენტობის შესახებ. კერძოდ, ეთიონამიდის (Eth) და ოფლოქსაცილის (Ofx) მიმართ დაფიქსირდა როგორც პირველადი (Eth-37(6,1%) და Ofx-14(2,3%)), ისე მეორადი რეზ-

ისტენტობის (Eth- 104(17,2%) და Ofx- 61(10,1%)) ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები.

პირველადი მულტირეზისტენტობის 51 შემთხვევიდან ოჯახური TB კონტაქტი დაფიქსირდა 14 (27,5%) შემთხვევაში, ციხის კონტაქტი – 1(2,0%), კონტაქტის შესახებ უცნობი იყო – 36(70,6%) შემთხვევაში. მეორადი მულტირეზისტენტობის 210 შემთხვევიდან კი ოჯახური TB კონტაქტი იყო 38 (18,1%), ციხის კონტაქტი – 46(21,9%), კონტაქტის შესახებ უცნობი იყო – 119(56,7%) შემთხვევაში.

ჩვენი მონაცემებით პაციენტის ასაკი, ოჯახური მდგომარეობა, განათლება, დასაქმება, ყოველთვიური შემოსავალი, საცხოვრებელი პირობები, თამბაქოს მოწევა, ალკოჰოლიზმი, ნარკომანია, პათიმრობა, ან იძულებით გადაადგილება, ასევე თანმზღები დაავადებების: აივ/შიდსის, ჰეპატიტის, შაქრიანი დიაბეტის, თორმეტგოჯა ნაწლავის და კუჭის წყლულის არსებობა, რისკის მიუხედავად, რეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორებად არ დაფიქსირდა. სტატისტიკურმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ რეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარების რისკი ასოცირებულია მდებრობით სქესთან (ქალებში MDR-TB-ის განვითარების რისკი მამაკაცებთან შედარებით მაღალია (OR=2,02; 95% 1,3<CI<3,06)); კომპაქტურად დასახლებულ დიდ ქალაქში ცხოვრებასთან (ჩვენს თბილისელ პაციენტებში MDR-TB უფრო ხშირად დაფიქსირდა, ვიდრე სხვა რეგიონის მაცხოვრებლებთან (OR=1,47; 95% 1,05<CI<2,06)) და ოჯახურ TB კონტაქტთან (MDR-TB-ის განვითარების რისკი ოჯახურ TB კონტაქტთან მეტად არის ასოცირებული ვიდრე სხვა კონტაქტებთან (OR=1,4; 95% 1,22<CI<2,2).

კვლევის შედეგების ანალიზი: კვლევის შედეგად დადასტურდა, რომ რეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარების ხელშემწყობი ძირითადი ფაქტორი წარსულში ჩატარებული არასტანდარტიზებული, წყვეტილი მკურნალობაა. ჩვენი აზრით, ამასვე ადასტურებს ციხის TB კონტაქტთან დაკავშირებული მეორადი რეზისტენტობის საკმაოდ მაღალი მაჩვენებლებიც – კვლევაში ინტეგრირებული ყოფილი პათიმრების უმრავლესობა სასჯელს იხდიდა პოსტსაბჭოური სივრცის სხვა და სხვა რეგიონის ციხეში, სადაც DOTS სტრატეგიის შესაბამისი სტანდარტიზებული მკურნალობა არ ხორციელდებოდა.

კომპაქტურად დასახლებულ დიდ ქალაქში ცხოვრების, ოჯახური TB კონტაქტის და მდებრობითი სქესის (ჩვენი აზრით ამ უკანასკნელის მიზეზი ის არის, რომ ტუბერკულოზის მძიმე ფორმით დაავადებულ პაციენტებს სახლის პირობებში ოჯახის წევრი ქალები უვლიან) რეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარების რისკ-ფაქტორებად დაფიქსირება მიუთითებს დაავადების და მისი პრევენციის შესახებ როგორც პაციენტის, ისე მისი ოჯახის წევრების არასრულყოფილ ინფორმირებაზე და ტუბდანესებულების გარეთ ინფექციის არასწორ კონტროლზე.

სტრუქტომიცინის და იზონიაზიდის, განსაკუთრებით კი II რიგის ტუბსანიინალმდეგო პრეპარატის ოფ-

ლოქსაციინის მიმართ გამოვლენილი რეზისტენტობის მაღალი მაჩვენებლები ჯანდაცვის ფართო ქსელში ამ პრეპარატების ზედმეტად ხშირი, გაუმართლებელი გამოყენებით აიხსნება და სერიოზულ პრობლემებს ქმნის ჯერ DOTS, შემდეგ კი DOTS+ სტრატეგიის შესაბამისი მკურნალობის ჩატარებისას.

ღასკპნა: კვლევის შედეგად ვასკვნით, რომ აუცილებელია:

- ტუბერკულოზის შესახებ პაციენტის, მისი ოჯახის წევრების, ზოგადად საზოგადოების ინფორმირება;

- ტუბერკულოზით დაავადებული მგბ(+) პირებისაგან ჯანმრთელი ადამიანების დროული იზოლირება; ინფექციის კონტროლის გაუმჯობესება (განსაკუთრებით კომპაქტურად დასახლებულ ქალაქებსა და ციხეებში);

- I და II ტუბსანიინალმდეგო პრეპარატების მხოლოდ სპეციფიური პროცესების სამკურნალოდ გამოყენება;

- DOTS სტრატეგიის შესაბამისად სტანდარტული მკურნალობის სრულყოფილად ჩატარება;

- DOTS+ სტრატეგიის შესაბამისად რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის დაუყოვნებლივ დაწყება.

ლიტერატურა:

1. Salakaia A. Georgia Tuberculosis National Program 2005 Report; 2006.
2. WHO. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva: World Health Organization; 2006.
3. WHO. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis, WHO and the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. WHO/CDS/CSR/RMD/20033. 2003.
4. WHO. Identification of Tuberculosis Suspects. Managing TB at the Region Level. http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_CDS_TB_2002310_mod2_eng.pdf. 2003.

¹L.Vashakidze, ¹A. Salakaia, ¹N.Solomonია, ¹M.Nonikashvili, ¹M.Kikvidze, ¹K.Barbakadze, ¹L.Papitashvili, ¹N.Shubladze, ¹N.Bejanishvili, ¹I.Khurtsilava,²M. Cynamon

FREQUENCY OF PRIMARY AND SECONDARY RESISTANCE AMONG TB PATIENTS AND REASONS FOR DEVELOPMENT OF DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS IN GEORGIA

¹National Center for Tuberculosis and Lung Diseases, Tbilisi, Georgia; ²VAMC and SUNY Upstate Medical University, Syracuse, New York, USA

Background: Tuberculosis (TB) control in Georgia follows the WHO recommended DOTS strategy and has reached Global TB Control targets in treatment of sensitive TB, but the management of drug resistant forms of TB still represents a serious problem. A country-wide Drug Resistance Survey found that the prevalence of MDR-TB was 6.8% in new and 27.4% in re-treatment TB cases (July 2005 - May 2006).

Goal: Determination of primary and secondary resistance and assess reasons for development of DRTB in Georgia among TB patients undergoing in-patient treatment.

Methods: The research was supported by CRDF grant. Selected group was made-up of 605 hospitalized patients (2005-2007). Complete social, clinical and bacteriological data were collected using a specially developed questionnaire. Statistical processing was done with "Epi Info-2000" software.

Results: Out of 605 patients DRTB was found in 491 (81.2%) cases, MDR-TB was observed in 261 (43.1%) [51 (23%) out of 222 new cases and 210 (55%) out of 383 re-treatment cases], XDR-TB in 33 (5.5%), polyresistance among 67 (11.1%), total mono-resistance in 130 (21.5%) and 114 (18.8%) were sensitive strains. Statistical analysis showed the following factors were associated with the risk of development of DRTB: Female gender (OR, 2.02; 95% CI, 1.3-3.06); living in densely populated capital (OR, 1.47; 95% CI, 1.05-2.06); family TB contact (OR, 1.4; 95% CI, 1.22-2.2); previous treatment for TB (OR, 4.03; 95% CI, 2.73-5.97). The highest indices of primary and secondary resistance were determined regarding Streptomycin, Isoniazid, Ethionamide and Ofloxacin.

Conclusion: Investigation showed necessity of: information about the disease to be provided to patients and their family members and entire society; isolation of healthy people from sputum-smear-positive patients; improving of disease control, use of antituberculous drugs only in TB facilities; standardized TB treatment according to DOTS; immediate implementation of DOTS+ program for patients with resistant TB.

ი.ვერულაშვილი, მ.ქორთუშვილი

ქართველი დარღვევის დინამიკა ქვეყნებში ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემორაგიების დროს – კომპლექსური მკურნალობის ფონზე

თსსუ ნარვულ სწავლაბათა მიმართულება

თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა (თტსმმ) წარმოადგენს უმნიშვნელოვანეს მედიკო-სოციალურ პრობლემას, ვინაიდან უკანასკნელ წლებში შეუჩერებლად მატულობს ინსულტით დაავადებულთა რიცხვი. მიუხედავად იმისა, რომ იშემიური ინსულტი მნიშვნელოვნად უფრო ხშირად ვითარდება ვიდრე ჰემორაგიული (ევროპის ქვეყნებში თანაფარდობა შეადგენს 4:1), მათი შესწავლის აქტუალობა განპირობებულია უფრო მძიმე მიმდინარეობით და გართულებებით, აგრეთვე, ლეტალობის მაღალი ხარისხით. განსაკუთრებით საყურადღებოა ქერქვეშა ლოკალიზაციის ჰემორაგიების დინამიკა, რადგანაც ის, ხშირად, იშემიური ინსულტის მსგავსად მიმდინარეობს (3, 4).

გამოკვლევის მიზანს წარმოადგენდა მამოძრავებელი სისტემისა და მეტყველების დარღვევების დინამიკის შესწავლა ქერქვეშა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემორაგიების დროს და მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდა. დასახული ამოცანის მისაღწევად დაისახა შემდეგი ამოცანები: 1. ქერქვეშა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემორაგიების (ქლიპ) კლინიკო-ნეიროფიზიოლოგიური მახასიათებლების შესწავლა დაავადების მწვავე პერიოდში; 2. მამოძრავებელი სისტემისა და მეტყველების მოშლის ხარისხის განსაზღვრა დაავადების დასაწყისში; 3. მოტორული, მეტყველების და სენსორული დარღვევების დინამიკის შეფასება ქერქვეშა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემორაგიების კომპლექსურ მკურნალობაში ანტიოქსიდანტის (მექსიკორის) გამოყენების ფონზე; 4. დაავადების მწვავე პერიოდში ჩატარებული კომპლექსური მკურნალობის შედეგებით ანალიზი მექსიკორის გამოყენების და არ გამოყენების შემთხვევაში.

ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკის ინსულტის ცენტრსა და ნერვულ სნეულებათა დეპარტამენტში, ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 54 ავადმყოფი ქერქვეშა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემორაგიით (დაავადების მწვავე პერიოდში და კეთილსაიმედო გამოსავლით). დასახული ამოცანების მისაღწევად, დაავადების მწვავე პერიოდში და შემდგომ, დინამიკაში, გამოიყენებოდა დეტალური კლინიკური-ნევიროლოგიური, ინსტრუმენტული (თავის ტვინის რენტგენული და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, დიგიტალური ელექტროენცეფალოგრაფია, თავის ტვინის სისხლძარღვების ულტრაბგერითი კვლევა, ელექტროკარდიოგრაფია) და ლაბორატორული გამოკვლევები. ყველა სიმპტომი ფასდებოდა რაოდენობრივად (ბალებში) და განისაზღვრებოდა ინსულტის მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე: დაავადების პირველ – მესამე, მე-8 – მე-11, მე-18 – 21-ე დღეს. განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა დაავადების მიმდინარეობას, ზოგადტვინოვანი და კეროვანი სინდრომების გამოხატვის ხარისხს, მათი თანაფარდობის ანალიზს, რაც განსაზღვრავს ქერქვეშა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემორაგიების კლინიკურ სიმპტომატიკას მწვავე პერიოდში. ცნობიერების დონე განისაზღვრებოდა გლაზგოს შკალით (1). ავადმყოფებში, თავის ტვინის ღეროს სპეციფიური წარმონაქმნების დისფუნქციით (ღეროს მეორადი სინდრომის არსებობისას), განისაზღვრებოდა ოფთალმოპლეგიური სინდრომის გამოხატვის ხარისხი (ბირთვთაშორისი ოფთალმოპლეგიის სინდრომი, სიელმის სხვადასხვა ფორმები, თვალის კაკლების შეუღლებული მოძრაობის და ცქერის მოშლის სხვადასხვა ვარიანტები). გამოკვლეული იყო თავის ტვინის ყველა ნერვის ფუნქცია; ჰემისფერული დიზართრიისა და ფსევდობუბური და ბუბური სიმპტომოკომპლექსების არსებობა. მოტორული ფუნქციის (ნებისყოფითი მოძრაობის სიფართო, კუნთური ძალა, კუნთთა ტონუსი), მეტყველების, მოძრაობის კოორდინაციის, კიდურებზე ღრმა რეფლექსების და მგრძობელობის დარღვევების ხარისხისა და დინამიკის შეფასება (ბალებ-

ში) წარმოებდა: ინსულტის საერთაშორისო შკალით (NIHSS J.Biller-ის მიხ., 1990); კუნთის ძალის ექვს-ბალიანი შეფასების შკალით (L.McPeak, 1996); სპასტიურობის აშროფტის მოდიფიცირებული შკალით (D.Wade, 1992). მეტყველების მოშლის რაოდენობრივი შეფასებისათვის გამოიყენებოდა D.Wade-ს მოდიფიცირებული კითხვარი; გამოხატული აფაზიური დარღვევები ფასდებოდა 3 ბალით, ზომიერი – 2-ით და იოლი – 1 ბალით (1).

ავადმყოფების (ქლიპ) ასაკი შეადგენდა 44 ± 7.1 წელს (საშუალო ასაკი 54 ± 2.7 წელი), მათ შორის ქალი იყო 21 (38.9%) და მამაკაცი – 33 (61.1%). დაავადების ეტიოლოგიური ფაქტორების ანალიზი ცხადყოფს, რომ ქერქქვეშა ლოკალიზაციის ჰემორაგიების დროს, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლის მიზეზს წარმოადგენდა 37 შემთხვევაში (68.5%) არტერიული ჰიპერტენზია (აჰ) ცერებრულ ათეროსკლეროზთან ერთად; 14 შემთხვევაში (25.9%) – მხოლოდ აჰ, 3 შემთხვევაში კი (5.6%) – ცერებრული ათეროსკლეროზი, არტერიული ჰიპერტენზიის გარეშე. ყველა გამოკვლეულ ავადმყოფს თტსმმ-ის სიმპტომები განუვითარდათ დღის საათებში – ჩვეულებრივი საქმიანობის, ყოველდღიური აქტიურობის ან მასპროვოცირებელი ფაქტორების (ფიზიკური და ემოციური გადაძაბვა) ფონზე. ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია ინსულტის ცენტრში მოხდა დაავადების პირველ 24 საათში: დაავადების დაწყებიდან 6 საათში – 43 პაციენტი (79.6%), 6-დან – 12 საათამდე – 5 ავადმყოფი (9.3%). დეტალურად იქნა შესწავლილი ქლიპ განვითარების ტემპი: 33 შემთხვევაში (61.1%) დაავადება განვითარდა მწვავედ; 16 ავადმყოფს (29.6%) დაუდგინდა ქვემწვავე დასაწყისი; თანდათანობით კი განვითარდა, მხოლოდ, 5 შემთხვევაში (9.3%). ამავე დროს, 34 ავადმყოფს (62.9%) აღენიშნებოდა ჯერ კეროვანი სიმპტომატიკის ფორმირება და პროგრესირება (ჰემიპარეზი, თავის ტვინის ნერვების დაზიანება, აფაზია, მგრძნობელობის მოშლა, ბუღბუღი სინდრომი და სხვ.), რასაც შემდგომში დაერთო ზოგადტვინოვანი მოვლენები (ცნობიერების დათრგუნვა, თავის ტკივილი, გულსრევა, ლებინება) და მენინგეალური სინდრომი. 12 შემთხვევაში (22.2%) კეროვანი და ზოგადტვინოვანი სიმპტომები ერთდროულად გამოვლინდა, ხოლო 8 ავადმყოფის შემთხვევაში (14.9%) დაავადების დებიუტი წარმოდგენილი იყო მხოლოდ ზოგადტვინოვანი სიმპტომატიკით (კეროვანი დეფიციტი გამოვლინდა მოგვიანებით).

ჰემორაგიული ინსულტის დიაგნოსტიკა ხდებოდა კლინიკური-ნევროლოგიური, ნეიროვიზუალური და ლიქვოროლოგიური მონაცემების საფუძველზე. დაზიანების კერის ხასიათის, ლოკალიზაციის, მოცულობის, ტვინის შეშუპების ხარისხის, თავის ტვინის შუამდებარე სტრუქტურების ცდომის, პარაკუზოვან სისტემასა და სუბარაქნოიდულ სივრცეში სისხლის შეღწევის დასადგენად წარმოებდა რენტგენული კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ) და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ). ჰემორაგიის მოცულობა განისაზღვრებოდა ელიფსოიდის ფორმულით:

$V = \pi/6 \times A \times B \times C$, სადაც V არის დაზიანებული კერის მოცულობა; A, B, C – მისი ზომები. ინტრაცერებრული სისხლძარღვების ლოკალიზაციის დასადგენად გამოიყენებოდა ნ.ვერეშჩაგინის (1997) ფართოდ გავრცელებული კლასიფიკაცია. ლატერალური ჰემორაგია (ლენტიკულური, ლენტიკულურ-კაფსულარული) დაუდგინდა 33 ავადმყოფს (61.1%); შერეული (ლენტიკულურ-თალამური, ლენტიკულურ-კაფსულარულ-თალამური) – 16 (29.6%) და მედიალური (თალამური) კი 5 პაციენტს (9.3%). ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევა უფრო ხშირი იყო მარჯვენა ჰემისფეროში (59.3%), შედარებით ნაკლები კი მარცხენა ჰემისფეროში (40.7%); ჰემატომის მოცულობა მერყეობდა 4.8 კუბ. სმ-დან 36.7 კუბ. სმ-მდე.

ავადმყოფები (ქერქქვეშა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევით) დაიყო კორექტულად რანდომიზირებულ, NIHSS შკალის დამაჯერებლად თანაბარი მონაცემების მქონე (მეტყველების, მგრძნობელობის, მოტორული დეფიციტის გათვალისწინებით) 2 ჯგუფად. ძირითადი ჯგუფის პაციენტები (27 ავადმყოფი – 50%) კონსერვატიული მკურნალობის საყოველთაოდ აღიარებული პრეპარატების გარდა (ჰემოსტაზის მასტიმულირებელი და სისხლძარღვთა კედლის გამავლობის შემამცირებელი, თავის ტვინის შეშუპების სანინალმდეგო და ანტიფერმენტული პრეპარატები) ლებულობდნ ანტიოქსიდანტ მექსიკორს – 2-2 მლ 2-ჯერ დღეში კუნთებში დაავადების 1-2 დღიდან. შედარების ჯგუფის პაციენტებს (27 ავადმყოფი – 50%) უტარდებოდათ ანალოგიური მკურნალობა მექსიკორის გარეშე. მიღებული მონაცემები დამუშავდა ვარიაციული სტატისტიკის პროგრამა-პაკეტით “Statistica 6.0” (“Statsoft”) IBM PC-ის დახმარებით; განისაზღვრებოდა საერთო არითმეტიკული მაჩვენებელი (M), საშუალო შეცდომა (m). სტატისტიკური ჰიპოთეზის შემოწმება და საშუალო მაჩვენებლის გათანაბრება ხდებოდა სტიუდენტის ორმაგარჩევითი t კრიტერიუმით.

მიღებული შედეგების ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ ჩატარებული მკურნალობის ფონზე, ორივე ჯგუფის ავადმყოფებში აღინიშნებოდა NIHSS შკალით შეფასებული ბალების სუმარული მაჩვენებლის დამაჯერებელი დაქვეითება, რაც მიუთითებს დაავადების დადებით დინამიკაზე (10.62 ± 0.51 და 5.22 ± 0.45 შესაბამისად; $P1-2 < 0.001$). ამავე დროს, უფრო მნიშვნელოვანი ცვლილებები გამოვლინდა ძირითადი ჯგუფის ავადმყოფებში (50.8%) საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (33.6%), რასაც ადასტურებდა როგორც ზოგადტვინოვანი, ისე კეროვანი სიმპტომატიკის რეგრესია. მოტორული დეფიციტი ზედა და ქვედა კიდურებში დამაჯერებლად შემცირდა ძირითადი ჯგუფის ავადმყოფებში (52.4% და 55.1%-ით შესაბამისად), რომელთაც დამატებით უტარდებოდათ თერაპია მექსიკორით (საყოველთაოდ მიღებულ სამკურნალო საშუალებებთან ერთად); მაშინ როდესაც შესადარებელ ჯგუფში დამაჯერებლად რეგრესირებდა (26.0%-ით) მხოლოდ ქვედა კიდურის პარეზი. ამასთან ერთად, უნდა აღინიშნოს,

რომ ორივე ჯგუფის ზოგიერთ ავადმყოფს აღენიშნებოდა დისოცირებული პარეზი, რაც მიუთითებდა პირამიდული ტრაქტის პოლიმორფულ დაზიანებაზე ტვინის ქერქქვეშა სტრუქტურებში. მექსიკორის გამოყენებით ჩატარებული კომპლექსური მკურნალობის ფონზე, ძირითადი ჯგუფის პაციენტებში დადებითი დინამიკა გამოვლინდა სენსორული და აფატიური დარღვევების მხრივაც (ცხრილი 1).

ცხრილი 1.

ქერქქვეშა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემორაგიის მკურნალობის შედეგების შედარებითი ანალიზი ძირითად და შედარების ჯგუფებში.

მაჩვენებელი	ძირითადი ჯგუფი (M±m)	შედარების ჯგუფი (M±m)
ბალების ჯამი NIHSS შკალის მიხედვით	5.22 ± 0.45	6.88 ± 0.63 P _{1,2} < 0.05
მგრძობლობის მოშლა	1.48 ± 0.15	2.44 ± 0.24 P _{1,2} < 0.001
მეტყველების მოშლა	1.00 ± 0.18	1.62 ± 0.11 P _{1,2} < 0.05

მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეიძლება დავაკენათ: 1. ქერქქვეშა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემორაგიით ავადმყოფებში მოტორული დარღვევების მოშლის გამოხატვის ხარისხი პირდაპირაა დამოკიდებული თავის ტვინის სტრუქტურების დაზიანების ლოკალიზაციასა და მოცულობაზე; 2. დაავადების მწვავე პერიოდში ანტიოქსიდანტ მექსიკორის გამოყენება ხელს უწყობს მოტორული დეფიციტის აღდგენას და ავადმყოფის თვითმომსახურების ხარისხის მატებას; 3. ქერქქვეშა ლოკალიზაციის ინტრაცერებრული ჰემორაგიების მწვავე პერიოდში, ადათიური დარღვევების (მეტყველების მოშლის) რეგრესი უფრო სწრაფად ხდება პრეპარატ მექსიკორის ჩართვისას კომპლექსურ მკურნალობაში; 4. დაავადების მწვავე პერიოდში (ქლიპ), მოტორული დარღვევებისა და მეტყველების მოშლის დინამიკა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ნეიროეპილიტაციური ლინისციტების ადრეულ დაწყებაზე, პათოგნომურად დადასტურებული და დიფერენცირებული მკურნალობის მეთოდების გამოყენებით.

ლიტერატურა:

1. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. - М.: Антидор, 2002. - 440 с.
2. Верещагин Н.В. Острые нарушения мозгового кровообращения. М.: Медицина, 1997. - 205 с.
3. Branin M., Olsen T.S., Chamorro A. et al. Organization of Stroke Care Education. Referral. Emergency Management and Imaging. Stroke Units and Rehabilitation // Cerebrovascular Diseases. - 2004: 17 (suppl. 2): 1-14.
4. Fujii I., Takeuchi S., Sasaki o. et al. Multivariate analysis of predictor of hematoma enlargement in spontaneous intra-cerebral hemorrhage// Stroke. - 1998. - Vol. 29, N6. - P. 1160-1166.

Verulashvili I; Kortushvili M.

THE DYNAMICS OF FOCAL BRAIN DISORDERS IN PATIENTS WITH INTRACEREBRAL SUBCORTICAL HAEMORRHAGES AGAINST A BACKGROUND COMPLEX TREATMENT

Department of Neurology, TSMU Central Clinic

The complex examination (CT, MRI, digital EEG, EEC) of 54 patients with intracerebral subcortical haemorrhages at acute stage of disease and in the dynamics (1st-3rd, 8th-10th, 18th-21st days) has been carried out in Neurology Department of TSMU Central Clinic. Based on neuroimaging, 33 patients (61,1 %) were diagnosed with lateral, 5 (9,3%)-medial and 16 patients (29,6%) with haemorrhage of mixed localization. Movement, sense and speech disorders (in dynamics and against a background complex treatment) has been assessed according to NIHSS scale. The patients were separated equally in two randomized groups with identical complex treatment (haemostatics, angioprotectors, diuretics, vasoactive drugs), except one moment, the medicine MEXIKOR (2-2 ml twice per day) was added in first group cure. According to NIHSS scale, the positive dynamics of sign retreat was presented in this group. (from 10,62+0,51 to 5,22+0,45 scores); In the second group the same indicator was 6,88+ 0,63 scores; P_{1,2}<0,001). In this way, the study has shown, that early administration of antioxidant (MEXIKOR) in cases of intracerebral subcortical haemorrhages significantly improves the outcome of the disease.

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

კურორტ გუდაურის რადიოაქოლოგიური სიტუაციის შეფასება

თსსუ-ის არქანციული მადიცინის დეპარტამენტი

საქართველო კურორტების ქვეყანაა. აქ მრავლადაა ადგილი, ცნობილი თავისი გამაჯანსაღებელი და სამკურნალო თვისებებით. დღეისათვის აქტუალური გახდა საქართველოს კურორტებისა და სარეკრეაციო ზონების თანამედროვე მსოფლიოს სტანდარტების შესაბამისად მოწყობა და მომსახურება.

კავკასია ხასიათდება სახეობრივი მრავალფეროვნებით, რითიც განპირობებულია ზემოქმედების ფაქტორების სიუხვე. აქ ვლინდება მთიანი რეგიონების ეკოსისტემების ადგილი სახეცვლილების უნარი, სწრაფი დეგრადაციის შესაძლებლობა. საგულისხმოა, რომ მთიანი ბიოგეოცენოზის ბუნებრივი თვისებების ვარიაციებში მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს რადიაციულ ფონს (რფ), რომლის ცვალებადობა უფრო ფართო ფარგლებშია, ვიდრე დაბლობ რეგიონებში. ეს განპირობებულია როგორც ეკოლოგო-მინერალოგიური თვისებებებით, ასევე სიმალეების დიაპაზონით, კოსმოსური და მზის გამოსხივების ექსპოზიციით და ა.შ.

მოსახლეობა მუდმივად განიცდის ეკოლოგიურ ფაქტორთა ზემოქმედებას, რომელთა შორის ერთ-ერთი წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება გარემოს რფ. ადამიანის ორგანიზმი ევოლუციის პროცესში შეგუებულია მისი ადგილსამყოფელის ბუნებრივ რფ, რომელიც მეტ-ნაკლებად სტაბილური სიდიდეა და მისი ცვლილება უკავშირდება ადამიანის საქმიანობასა და ბუნებრივ კატაკლიზმებს.

დედამიწის სხვადასხვა რეგიონისათვის დამახასიათებელია ბუნებრივი რფ განსხვავებული სიდიდეები, რასაც განაპირობებს რეგიონის გეოგრაფიული მდებარეობა, გეოფიზიკური ასაკი და შემადგენლობა, ქანების რადიონუკლიდური შემცველობა და კოსმოსური გამოსხივების ოდენობა.

საქართველო თავისი გეოგრაფიული მდებარეობითა და გეოფიზიკური მდგომარეობით ერთ-ერთი ის ქვეყანაა, სადაც ბუნებრივი რადიაციის ისედაც მაღალი ფონის პირობებში დამატებით ხდება ხელოვნური რადიონუკლიდების ინტენსიური გამოლექვა, რაც იწვევს გარემოს რფ კიდევ უფრო მეტ ზრდასა და მოსახლეობის დასახივებას დამატებითი დოზებით.

წინასწარი გეოეკოლოგიური კვლევის მასალები ავლენენ საქართველოს ტერიტორიაზე ასზე მეტ ურან-თორიუმის მადანგამოვლინებას, 500-ზე მეტ რადიოაქტიურ ბუნებრივ ანომალიას, დაკავშირებულს თერმულ და მინერალურ წყლებთან. ყოველივე ამას ემატება ისიც, რომ საქართველო მიეკუთვნება აგრარული სექტორის ქვეყანათა რიგს, სადაც ფართო მასშტაბით გამოიყენება სასუქები, მცენარეთა დაცვის ქიმიური საშუალებები — პესტიციდები. გარდა ამისა, არსებობს გარემოს დაბინძურების საშიშროება მძიმე მეტალებითა და მათი მეტაბოლიტებით. ყოველივე ეს აუცილებელს ხდის საქართველოს სარეკრეაციო ზონების დეტალური რადიოეკოლოგიური და ტოქსიკოლოგიური მონიტორინგის ჩატარებას, რაც გულისხმობს ნიადაგში, ატმოსფერულ ჰაერში, წყალში (მათ შორის სასმელი, მინერალური, თერმული და სამეურნეო; შავი ზღვა და მისი აუზი) და ადგილობრივი წარმოების საკვებ პროდუქტებში (მცენარეული და ცხოველური წარმოშობის) რადიონუკლიდების, მძიმე მეტალების და პესტიციდების შემცველობის დადგენასა და იდენტიფიკაციას, მათ შიგთქმულ ექსპერტიზას.

რადიოაქტიური ნივთიერებები, რომლებიც ხვდებიან ატმოსფეროში ან დედამიწის ზედაპირზე, აკუმულირებას განიცდიან გარემოში ფლორისა და ფაუნის მეშვეობით. გარდა ამისა, ნიადაგი გეოლოგიურად ყოველთვის შეიცავს გარკვეული ოდენობით ბუნებრივ რადიონუკლიდებს. ჯამში ორივე მომენტი იწვევს რადიოაქტიური ნივთიერებების რაოდენობრივ ზრდას მათი წრებრუნვის ბიოლოგიურ ციკლში. ამდენად, ყველაზე მოკლე გზით რადიოაქტიური ნივთიერებები ადამიანის ორგანიზმში ხვდებიან ატმოსფეროდან (სუნთქვის დროს), უშუალოდ კანიდან და აგრეთვე სასმელი წყლის, მცენარეული და ცხოველური წარმოშობის პროდუქტების მეშვეობით. ამიტომ რადიონუკლიდების რაოდენობრივ შესწავლას

წყალში, საკვებ პროდუქტებსა და ნიადაგში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

დედამიწის ნაკლებად ან სრულყოფილ არ არის შესწავლილი საქართველოს მაღალმთიანი კურორტების რადიოეკოლოგიური და ტოქსიკოლოგიური მაჩვენებლები. ამ მხრივ განსაკუთრებით საინტერესოა სამთო და ბალნეოლოგიური კურორტების მდგომარეობა.

ნიადაგის გამოსხივების ერთ-ერთ შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს საშენ მასალათა და აქედან გამომდინარე შენობა-ნაგებობათა გამოსხივება. ცალკეული სამშენებლო მასალა სხვადასხვა რაოდენობით შეიცავს ბუნებრივ რადიონუკლიდებს (K-40, Ra-226, Th-232 და სხვ.). სამშენებლო მასალაში რადიონუკლიდების შემცველობა დამოკიდებულია იმ ნედლეულზე, რომლისგანაც არის ის დამზადებული. დადგენილია, რომ ბეტონი, ცემენტი, აგური უფრო დიდი რაოდენობით შეიცავს რადიოაქტიურ ნივთიერებებს, ვიდრე ხის მასალა. გასათვალისწინებელია აგრეთვე ისიც, თუ რომელ ქვეყანაშია წარმოებული სამშენებლო მასალა, რადგან ერთიდაიგივე მასალას შეიძლება სრულიად განსხვავებული რადიონუკლიდური შემცველობა ჰქონდეს. აქედან გამომდინარე, რაც მეტია რადიონუკლიდთა შემცველობა სამშენებლო მასალებში რომლისგანაც აგებულია შენობა, მით მეტი იქნება ადამიანის ორგანიზმის დასახივების დოზის სიმძლავრე და შესაბამისად შესაძლო მავნე ბიოლოგიური ეფექტების განვითარების ალბათობაც.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საერთაშორისო მნიშვნელობის კურორტის გუდაურის რადიოეკოლოგიური გამოკვლევა, რაც საშუალებას მოგვცემს განვსაზღვროთ აღნიშნული სამთო-სათხილამურო ტურიზმის ზონის განვითარებისა და გაფართოების შემდგომი პერსპექტივები სამედიცინო ხელშეწყობის თვალსაზრისით.

კვლევის მასალა და მეთოდები. კვლევა წარმართულ იქნა დაბა გუდაურის როგორც ღია ადგილების, ასევე შენობა-ნაგებობებისა და წყლის, ნიადაგის, აგრეთვე ადგილობრივი წარმოების საკვები პროდუქტების რადიოეკოლოგიური ექსპერტიზის ჩატარების მიზნით. რფ გაზომვა ხდებოდა ერთიანი მეთოდოლოგიით, სპეციალურად შემუშავებული ინსტრუქციის მკაცრი დაცვით, ერთი და იმავე ტიპის ხელსაწყოთი (CPII-68-01) ღია ადგილებსა და შენობებში. თითოეულ წერტილში გაზომვა ტარდებოდა 10-ჯერ მონაცემთა დაფიქსირებით სპეციალურ ყურნალში. გამოკვლეულ იქნა ღია ადგილების 120 წერტილის რფ (სულ 1200 განაზომი) და შენობების 200 წერტილის რფ (სულ 2000 განაზომი).

საკვლევი ობიექტებიდან (წყალი, ნიადაგი, ბალახი, რძე, მანონი, ყველი) აღებული ნიმუშების თვისობრივი და რაოდენობრივი რადიონუკლიდური იდენტიფიკაცია განხორციელდა საქართველოს სოფლის მეურნეობის მეცნიერებათა აკადემიის აგრარული რადიოლოგიისა და ეკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის რადიოეკოლოგიისა და მოდელირების ლაბორატორიაში მრავალარხიანი ალფა-, გამა-

სპექტრომეტრული ანალიზატორის გამოყენებით (ჩანბერა-ს ფირმის).

გამოკვლევების შედეგად მიღებული მასალის მათემატიკური დამუშავება მოხდა IBM ტიპის კომპიუტერზე სტატისტიკური პაკეტების SPSS და Statistica-ს გამოყენებით.

ჩატარებული კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ დაბა გუდაურში ღია ადგილების რფ მერყეობს 35-120 ნგრ/სთ ფარგლებში (საშუალოდ 77 ნგრ/სთ).

რფ ყველაზე დაბალი მაჩვენებლები აღინიშნებოდა „მჟავე წყლების“ მიმდებარე ტერიტორიაზე არსებული ჩამონაშალი ქანების სიახლოვეს (35 ნგრ/სთ); მაქსიმალური — გუდაურის გასასვლელთან არსებული ფოსტის მიმდებარე ტერიტორიაზე (120 ნგრ/სთ).

რფ მინიმალური მნიშვნელობები აღინიშნებოდა აგრეთვე სასტუმრო „თრუსოს“ ეზოში (65-70 ნგრ/სთ) და ამხანაგობის სახლის - „საძელე“ - ეზოს მიმდებარე ტერიტორიაზე (75-80 ნგრ/სთ). რფ ასეთივე მაჩვენებლები აღინიშნა გუდაურის ცხრანლიანი სკოლის ეზოში (60-80 ნგრ/სთ).

რფ შედარებით მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა გუდაურის ერთ-ერთი მოსახლის (ბ.ს.) ეზოში — 100-120 ნგრ/სთ და სასტუმრო „მარკო პოლოს“ ეზოში - 95-110 ნგრ/სთ.

დაბა გუდაურის შენობა-ნაგებობების რფ შესწავლის შედეგად აღმოჩნდა, რომ რფ მაჩვენებლები მერყეობს 55-175 ნგრ/სთ ფარგლებში (საშუალოდ 115 ნგრ/სთ). ამ მხრივ შედარებით დაბალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა სასტუმრო „თრუსოს“ და სამთო-სათხილამურო სკოლის - „აბუს“ შენობებში — 55-95 ნგრ/სთ და 70-90 ნგრ/სთ შესაბამისად.

რფ შედარებით მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნება სასტუმრო „ჯვრის უღელტეხილის“ რესტორნის დარბაზში - 145-150 ნგრ/სთ და ბუხართან - 150-160 ნგრ/სთ.

მიღებული მონაცემები სავსებით შეესაბამება რადიაციული უსაფრთხოების ნორმებით (რუნ-2000) დადგენილ სიდიდეებს და საქართველოს სხვა ტერიტორიების ღია ადგილებისა და შენობების რფ მაჩვენებლებს (1, 2, 3, 4).

დაბა გუდაურის გარემოს გამოკვლევული ობიექტების (წყალი, ნიადაგი) და საკვები პროდუქტების თვისობრივი და რაოდენობრივი რადიონუკლიდური იდენტიფიკაციის ჩატარებამ აჩვენა, რომ აღნიშნულ ნიმუშებში ძირითადად აღინიშნება ბუნებრივი წარმოშობის რადიონუკლიდების (K-40, Pb-212, Be-7) არსებობა, რომელთაგან ყველაზე დიდი რაოდენობით გვხვდება K-40. ნიადაგის ზოგიერთი სინჯი (საბაგირო გზის ქვედა სადგურიდან, გუდაურის ცენტრისა და სპორტ-სკოლის მიმდებარე ტერიტორიიდან აღებული სინჯები) შეიცავს აგრეთვე Pb-214. უნდა აღინიშნოს, რომ ნიადაგის სინჯები, რომლებიც აღებულ იქნა ავსტრიელების მიერ აშენებული კოტეჯების ეზოდან და სპორტსკოლის მიმდებარე ტერიტორიიდან, შეიცავს ხელოვნურ რადიონუკლიდს Cs-137 (აქტივობა - 33 და 42 ბკ/კგ შესაბამისად).

აღსანიშნავია, რომ ტრასის მიმდებარე ტერიტორიიდან აღებულ სინჯებში (ნიადაგი, ბალახი, მცენა-

რეები) დაფიქსირდა Te-208 (აქტივობა - 42, 49 და 63 ბკ/კგ შესაბამისად). იგივე სინჯებში აღმოჩენილ იქნა Be-7 (აქტივობა - 189 და 853 ბკ/კგ შესაბამისად).

ამრიგად, მიღებული შედეგები გვიჩვენებს, რომ არცერთ საანალიზო ნიმუშში რადიონუკლიდების შემცველობა არ აღემატება რადიაციული უსაფრთხოების ნორმებით (რუნ-2000) განსაზღვრულ დასაშვებ სიდიდეებს, რის საფუძველზეც შეიძლება დავასკვნათ, რომ დაბა გუდაურისა და მისი მიმდებარე ტერიტორია რადიოეკოლოგიური თვალსაზრისით არის სუფთა და აქ მონეული პროდუქტი და სასმელი წყალი ეკოლოგიურად უსაფრთხოს წარმოადგენს, რაც გვაძლევს უფლებას რეკომენდაცია გავუწიოთ სამთო-სათხილამურო კურორტ გუდაურს, როგორც ერთ-ერთ უნიკალურ და რადიაციული თვალსაზრისით ჯანსაღ სარეკრეაციო ზონას.

ლიტერატურა:

1. ზურაშვილი ბ., გელაშვილი კ., ვეფხვაძე ნ. და სხვ. საქართველოს მცხეთა-მთიანეთის რეგიონის მაღალმთიანი რაიონების რადიოეკოლოგიური სიტუაციის ჰიგიენური შეფასება. თსსუ სამეცნიერო შრომათა კრებული, ტ. XXXIX, თბილისი, 2003.
2. ვეფხვაძე ნ., ზურაშვილი ბ., გიორგობიანი მ., გელოვანი თ. რაჭა-ლეჩხუმის რეგიონის სასმელი წყლის, ნიადაგისა და მცენარეული წარმოშობის საკვები პროდუქტების რადიონუკლიდური შეფასება. თსსუ შრომათა კრებული, 2005.
3. რუნ-2000, ჰიგიენური ნორმატივები, ჰ6 2.6.1.001 — 00, ოფიციალური გამოცემა, თბილისი, 2000.
4. Safety Series. International Basic Safety Standards for Protection against Ionizing Radiation and for the Safety of Radiation Sources. Vienna, 1996, 353 p.

Vepkhvadze N. R., Gelashvili K. D., Zurashvili B. S., Gelovani T. V., Giorgobiani M. T.

ASSESSMENT OF RADIOECOLOGICAL SITUATION OF WINTER RESORT GUDAURI

TSMU, Department of Preventive Medicine

The indicators of outdoor and indoor radiation background and radionuclide content in the environment (water, soil) and some food in winter resort Gudauri have been studied.

Outdoor radiation background is in range of 35-120 nGy/h, indoor radiation background - 55-175 nGy/h.

In the studied samples of water and soil the presence of natural radionuclides (K-40, Pb-212, Be-7) was observed mainly. Simultaneously, radionuclide of artificial origin — Cs-137 were detected, though relatively seldom.

Specific activity of radionuclides in the samples of water, soil and food of the investigated territory do not exceed allowable rates, so from the radioecological point of view mentioned territory recognized as safe recreational zone.

ზარნაძე შ.

კვების მეცნიერების სწავლების თანამედროვე საერთაშორისო ასპექტების შუამსახურ და ოპტიმიზაციის გზები

თბილისის სახელმწიფო საჰაერო-საჰაერო უნივერსიტეტის გარემოსა და პროფესიული მედიცინის ფაკულტეტი

თანამედროვე მსოფლიოში, მეოცე საუკუნის ბოლოსა და ოცდამეერთის დასაწყისისათვის ინტენსიურად, სხვადასხვა საერთაშორისო რეკომენდაციათა საფუძველზე, ქვეყნები ქმნიან ჯანსაღი კვების დამკვიდრებისათვის სპეციალურ პროგრამებსა და სარეკომენდაციო დოკუმენტებს.

საქართველოში კვების ძირითად პრობლემებს წარმოადგენს: კვებითი დეფიციტი, საკვების არაადეკვატური გამოყენება, კვების ერთფეროვნება, ჭარბი წონა, საკვები პროდუქტების დაბალი კვებითი ღირებულება, გენმოდიფიცირებული საკვები პროდუქტების გამოყენება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შექმნილი დოკუმენტი „საკვები პროდუქტები და კვება ევროპის რეგიონში 2000-2005 წელს“, აყალიბებს ძირითად პრინციპებს, რომელსაც უნდა ემყარებოდეს ჯანსაღი კვება:

- მრავალფეროვანი საკვები პროდუქტების მოხმარება, მათ შორის მცენარეულის უპირატესი წილი.
 - პური, ბურღულეული, კარტოფილი მოხმარებული უნდა იქნას დღეში რამდენჯერ.
 - ბოსტნეული და ხილი არანაკლებ 400 გ, საცხოვრებელი ადგილიდან და ეკოლოგიურად კეთილსაიმედო ტერიტორიიდან.
 - სხეულის მასის ინდექსის შენარჩუნება 20-25-ის ფარგლებში და ზომიერი ფიზიკური ვარჯიში.
 - საკვები პროდუქტებით ორგანიზმში ცხიმის ტრანსპორტირების კონტროლი.
 - რძისა და რძის პროდუქტების მოხმარება, სასურველია ცხიმისა და მარილის მცირე შემცველობით.
 - შაქრის მოხმარების შემცირება.
 - ცხიმოვანი ხორციანი საკვების ჩანაცვლება ბურღულეულით, ფრინველის ხორციითა და თევზით.
 - მარილის მიღების შემცირება, საკვებში 6 გრ, რეკომენდებულია იოდირებული.
 - ალკოჰოლის მოხმარების შემთხვევაში სუფთა სპირტის შემცველობა არ უნდა აღემატებოდეს 20 გ-ს.
 - უზრუნველყოფილი უნდა იქნას საკვები პროდუქტების უსაფრთხო მომზადება.
 - რეკომენდებულია ახალშობილთა ძუძუთი კვება 6 თვემდე სავალდებულოდ.
- საქართველოსათვის, როგორც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წევრი ქვეყნისათვის, 2006- 2010 წელს, აუცილებელია ისეთი პრობლემების დაძლევა, რომლის კომპონენტებს შეადგენს:
- შიმშილისა და კვების ნაკლებობის დაძლევა.

- ჩვილი, სკოლამდელი და სასკოლო ასაკის ბავშვთა კვების ორგანიზაცია და ხელშეწყობა, ახალგაზრდებში კვებითი ქცევის ელემენტების დამკვიდრება, მიკროელემენტების დეფიციტის დაძლევა,

- საზოგადოების განათლება და აქტიური ჩაბმა კვებითი ქცევის ახალი ღირებულებების ჩამოყალიბებაში, ისტორიული, გეოგრაფიული და რელიგიური თავისებურებების გათვალისწინებით,

- სასურსათო პროგრამის ელემენტების განხორციელება, სავარაუდო რისკების პროგნოზირება, გამოვლენილი რისკის დაძლევის ოპერატიული პროგრამების შექმნა, საკვები პროდუქტების ნორმატივებისა და სტანდარტების შემუშავება, მონიტორინგისა და სისტემატიური მეთვალყურეობის მექანიზმების შემუშავება [2,5].

ისტორიულად, ცხოვრების წესის ცვლილებამ გამოიწვია კვების სტრუქტურის ცვლილება - განვითარებული ინდუსტრიული ქვეყნებისათვის დამახასიათებელია ნაჯერი ცხიმების ჭარბი მოხმარება, შაქრისა და მარილის მოხმარების გაზრდა, სახამებლისა და კვებითი ბოჭკოების მოხმარების შემცირება [3] (ცხრ. 1).

საქართველოში კვებითი დარღვევებით გამოწვეული დაავადებების სტრუქტურა ასეთია [1]:

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა კვების მეცნიერების სწავლების თანამედროვე საერთაშორისო ასპექტების შეფასება და საქართველოში სასწავლო პროცესის ოპტიმიზაციის გზების შემუშავება სამედიცინო განათლებაში.

მიზნიდან გამომდინარე შესწავლილი იქნა შემდეგი საკითხები:

- კვების მეცნიერების სწავლების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შესაბამისობა, ახალ ამოცანებთან, შრომითი რესურსების კვალიფიკაციისა და რაოდენობის საკმარისობა, სწავლების ახალი მიდგომებისა და მეთოდების გამოყენების ხარისხი, სწავლის ხარისხის შეფასება თვითშეფასებისა და მონიტორინგის სისტემის გამოყენებით.

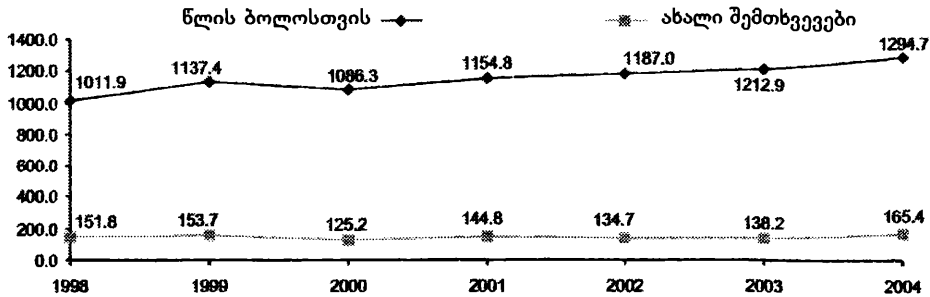
კვლევის მეთოდები - კვლევისათვის გამოყენებული იქნა ექსპერტული ანალიზის, ისტორიული ანალიზის, სოციოლოგიური კვლევის მეთოდები.

კვლევის მასალა - შერჩეული იქნა მექანიკური ამორჩევით, გამოყენებული იქნა რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა. შესწავლილი და შეფასებული იქნა 10 წლის მასალა 1993- 95 წელი და 2000 და- 2007 წლის ჩათვლით. სოციოლოგიური კვლევისათვის შექმნილი იქნა სპეციალური კითხვარი 10 კითხვით თვითშეფასებისათვის, 50 კითხვით სასწავლო პროცესის ხარისხის შეფასებისათვის. გამოკითხვაში მონაწილეობას იღებდნენ სტუდენტებისა და პედაგოგ- მასწავლებლების რეპრეზენტატიული რაოდენობა.

კვლევის შედეგები: მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის შესაბამისობის შეფასების საფუძველზე დადგენილია არასრული შესაბამისობა თანამედროვე მოთხოვნებთან, საქართველოში არსებული ლაბორატორიებისა და კვლევითი ცენტრების აღჭურვილობა

ცხრილი №1
ისტორიული განვითარების პერიოდები და ნუტრიენტების მოხმარება [1]

პერიოდები	ცხიმები	შაქარი	სახამებელი	ცილა	მარილი	ბოჭკოები
	ენერჯია %			გრ. დღეში		
მინათმოქმედებამდელი პერიოდი	15-20	0	50-70	15-20	1	40
მინათმოქმედების შემდგომი პერიოდი	10-15	5	60-75	10-15	5-15	60-120
ინდუსტრიის განვითარების შემდგომი პერიოდი	40	20	25-30	12	10	20



სურათი №1
ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები, საქართველო, 1998 - 2004

ცხრილი 2
ენდოკრინული სისტემის დაავადებები, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევები, საქართველო

დაავადებები	კონტინგენტი				სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით საანგ. წელს აღრიცხულია			
	სულ		მ.შ. ბავშვები		სულ		მ.შ. ბავშვები	
	რაოდ.	მაჩვ.	რაოდ.	მაჩვ.	რაოდ.	მაჩვ.	რაოდ.	მაჩვ.
სულ	129346	2958,8	22227	2426,7	29920	684,4	6580	718,4
მათ შორის:								
თირეოტოქსიკოზი ჩიყვით ან ჩიყვის გარეშე	10932	250,1	1352	147,6	3274	74,9	374	40,8
ფარისებრი ჯირკვლ. გადიდება და დაუზუსტებელი ჩიყვი	50248	1149,4	17563	1917,5	13597	311,0	4276	466,8
არატოქსიური კვანძოვანი ჩიყვი	7010	160,4	649	70,9	2299	52,6	116	12,7
შაქრიანი დიაბეტი	13826	316,3	202	22,1	2418	55,3	39	4,3
ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი	36184	827,7	40	4,4	4813	110,1	16	1,7
ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი	2344	53,62	468	51,1	812	18,6	227	24,8

მოითხოვს განახლებას, რათა გადაწყვეტილი იქნას საპროგრამო დოკუმენტების მოთხოვნები.

ბოლო პერიოდში მნიშვნელოვნად გაიზარდა პრაქტიკულად მნიშვნელოვანი ლიტერატურის ხელმისაწვდომობა: სპეციალისტთა და სტუდენტთა 75% იყენებს უფასო ინტერნეტ რესურსებს, მხოლოდ 2,5% - ფასიანს. სასწავლო პროცესში მხოლოდ ძირითად სახელმძღვანელოზე დაყრდნობით თეორიულ და პრაქტიკულ ცოდნას იძენს 95%, მხოლოდ 5% იყენებს კომბინირებულ წყაროებს. დაბალია თანამემამულეთა სამეცნიერო კვლევების შედეგების გამოყენების ხვედრითი წილი სასწავლო პროცესში. ხანგრძლივი დრო სჭირდება ორიგინალური სახელმძღვ-

ანელოებისა და თარგმნილი სახელმძღვანელოების შექმნას- ეს პერიოდი 2-დან 4 წლამდე მერყეობს. სასწავლო პროცესის სტრუქტურაში დამოუკიდებელი მუშაობის კომპონენტმა მეტი საშუალება მისცა პედაგოგებსა და სტუდენტებს თვითრეალიზაციისათვის, განვითარდა სამეცნიერო და დამოუკიდებელი აზროვნება, გაიზარდა მოთხოვნა თეორიულ მედიცინაში და კვების მეცნიერებაში მტკიცებითი მედიცინის მიღწევების გამოყენებისა, პედაგოგებისა და სტუდენტების 5,6% სასწავლო და პრაქტიკული მასალის მომზადებაში აქტიურად იყენებს თანამედროვე მედიცინის მიღწევებს, ფლობს ახალი სამეცნიერო მასალის კითხვისა და ანალიზის უნარ-ჩვევებს. მნიშ-

ენელოგან პრობლემას წარმოადგენს სასწავლო კურსის შესწავლის წინაპირობები როგორცაა: საბაზისო დისციპლინების ცოდნა, კლინიკური დისციპლინების ელემენტების ცოდნა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის პრობლემების შესწავლისა და შეფასების მეთოდების ცოდნა. აღნიშნული უნარ-ჩვევების არასაკმარისობა აღინიშნებოდა გამოკვლეულთა 85%-ში.

დასკვნები და რეკომენდაციები: კვლევის შედეგების საფუძველზე და თანამედროვე მოთხოვნათა შესაბამისად შეიძლება დავასკვნათ, რომ კვების მეცნიერების თანამედროვე ასპექტების შესწავლისა და სასწავლო პროცესის ოპტიმიზაციისათვის აუცილებელია სტუდენტისა და მასწავლებლის სამუშაო ადგილის თანამედროვე ორგანიზაცია, დაგეგმვისა და მართვის ლოკალური და ცენტრალური სისტემების შეთანხმებულობის ხარისხის გაზრდა, საბაზისო და კლინიკური ცოდნის ელემენტების ინტეგრაცია, მტკიცებითი მედიცინის ელემენტების გამოყენება, სასწავლო პროგრამების ორიენტირება მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების შესწავლად კვების ფაქტორსა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას, კვებისა და ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებასთან [4].

კვების მეცნიერების კურსი ინტეგრირებული უნდა იქნას უმაღლესი სამედიცინო განათლების ყველა საფეხურზე და ყველა ფაკულტეტის სტუდენტისათვის.

ლიტერატურა:

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საანგარიშო მასალები, 2001-10065.5.
2. Margetts BM, Nelson M, Design concepts in nutrition epidemiology- Oxford press, 1999
3. Young L, Portion sizes in dietary assessment Nutrition .Rev 2000
4. Blok.G- Human dietary assessment Prevent Med.2001
5. Nutrition- Essential component of medical education- Journals of USA Dietary Associate 2001- 2007

Shalva Zarnadze

INTERNATIONAL ASPECTS OF NUTRITIONAL SCIENCES AND OPTIMIZATION OF STUDIES

TSMU, Department of environmental health and occupational medicine

The science of nutrition is the study of how this takes place- the study of the nutrients in foods and the body's handling of those nutrients. As science go, nutrition is a young one.

One step in evaluating nutrition status is to obtain information about a person's history: medical, socioeconomical, drug and diet. The medical history may reveal a disease that interferes with the person's ability to eat or the body's ability to use the nutrients.

Socioeconomic circumstances may show a financial inability to purchase foods or inadequate kitchen facilities in which

to prepare them. To prepare a nutrition assessment, the assessor, usually a registered dietitian or a physician trained in clinical nutrition, uses:- historical information ,anthropometric measures, physical examinations, laboratory tests.

The scientists based estimates of nutrient needs on careful examination and interpretation variety of scientific evidence. Responsibility for defining the amounts of dietary factors, best support health.

ზარქუა თ., ერიაშვილი ვ., ბაკურიძე ა., ბერაშვილი დ.

ზარგაცენტრული კულტურა და მისი ფორმირება თანამედროვე საზოგადოებაში

თსუ სოციალური და კლინიკური ფარმაციის დეპარტამენტი

XX საუკუნის ბოლო ათწლეულში საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლამ საქართველოსთვის მოიტანა სრულიად ახალი ეპოქა, რომელიც ხასიათდება არამხოლოდ ეკონომიკური, სოციალური და პოლიტიკური გარდაქმნებით, არამედ საზოგადოების მსოფლმხედველობისა და მენტალიტეტის შეცვლით.

თანამედროვე საზოგადოებაში ბაზარი და მისი კანონები განსაზღვრავენ ქვეყნის ნორმებს, წესებს და კონკურენტულ კონკურენციაში საქმიანობის იდეოლოგიებს. ფინანსური წარმატება ხდება ძირითად საზომად არა მხოლოდ წარმატებული (საქმიანი) ბიზნესმენისთვის, არამედ ადანიანის სიცოცხლისთვისაც. ასეთ პირობებში თანდათან გამოიკვეთება ადამიანებისთვის არსებული ფასეულობები და სულიერი პრიორიტეტები.

გასულ საუკუნეში შესაძლებელი გახდა აშენებულიყო ახალი სოციალურ-ეკონომიკური წყობა. ერის უდიდესი მონდომების შედეგად, სახელმწიფო დამოუკიდებლობის უზრუნველყოფაზე დანახარჯების მიუხედავად, საზოგადოება დარჩა მაღალგანვითარებულ და კულტურულ საზოგადოებად. იმის გათვალისწინებით, რომ არა ერთი სიძნელის წინაშე იდგა სახელმწიფო, საქართველოში ყოველთვის ფასობდა ადამიანის სიცოცხლე, მისი ჯანმრთელობა, იქმნებოდა პირობები მისი ინტელექტუალური, ფიზიკური და ზნეობრივი განვითარების. სწორედ ამ პერიოდში ჩამოყალიბდა კულტურის საწყისები სხვადასხვა სფეროებში, მათ შორის ფარმაცევტულ სფეროში.

დღეისათვის ქართველი ხალხის უმრავლესობა საკუთარ თავს უსვამს კითხვას: ვინ ვართ? რა საზოგადოებაში ვცხოვრობთ? რა ადგილს ვიკავებთ მასში? საინტერესოა, რა როლი, მნიშვნელობა ეკუთვნის და რა ადგილი უკავია ჩვენს საზოგადოებაში ისეთ ცნებებს, როგორცაა „კულტურა“, „ვალი სამშობლოს წინაშე“, „ერის ინტერესები“. ჩვენი ცხოვრების ამა თუ იმ კუთხის, ამა თუ იმ ეკონომიკური საქმიანობის გაანალიზებისას ძირითადია შეფასდეს ამ ეკონომიკური საქმიანობის ამოცანები თუ რაოდენ შესაბამეა კონკრეტული ადამიანების მოთხოვნებსა და მოთხოვნილებებს.

შევეცდებით თანამედროვე საქართველოს ერთ-ერთი ყველაზე განვითარებული და სოციალურად მნიშვნელოვანი ბაზრის - ფარმაცევტული ბაზრის - მაგალითზე გავარკვიოთ, არსებობს კი ურთიერთობათა კულტურა და რა ელემენტები უდევს მას საფუძვლად. იმისათვის, რომ გავიგოთ, რა არის ფარმაცევტული კულტურა, აუცილებელია გავხსნათ კატეგორია „კულტურის“ მნიშვნელობა. ამ ცნების გამოყენება მისი თანამედროვე გაგებით დაიწყო XVIII საუკუნეში ევროპაში ისეთი მოაზროვნეების წყალობით, როგორებიც არიან ჯ. ვიკო, ი. გ. გერდერი, შ. მონტესკიე. ამ პერიოდში გამწვავდა ინტერესი კულტურულ ფასეულობებზე, სტერეოტიპებზე, მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში ადამიანთა ცხოვრების წესზე. XIX საუკუნის მეორე ნახევრიდან ცნება „კულტურამ“ დაიწყო ცივილიზაციის, საზოგადოებრივ-ეკონომიკური ფორმაციის, გლობალური რაციონალიზაციის კატეგორიებთან გადაკვეთა. მისი განსაზღვრა დაიწყო როგორც „კაცობრიობის ბიოლოგიურად არამემკვიდრული მეხსიერება“.

ძირითადი წარმოდგენები, რომლებიც არსებობს კულტურულ ანთროპოლოგიაში, არ იძლევიან პასუხს კითხვაზე „რა არის რეალურად კულტურა?“. სხვადასხვა ავტორების დახასიათებისა და წარმოდგენების საფუძველზე კატეგორია „კულტურა“ შეიძლება განისაზღვროს შემდეგნაირად - ეს არის ადამიანთა ერთობლივი ცხოვრებისა და მოღვაწეობის შემადგენელი, რომელიც წარმოადგენს არამემკვიდრულ, ხელოვნურ და ადამიანთა მიერ შექმნილ ობიექტს. კულტურაში იგულისხმება მატერიალური ობიექტების, იდეების, მათი მომზადებისა და ოპერირების ტექნოლოგიების, ადამიანთა შორის მყარი ურთიერთობების, მათი რეგულირების წესებისა და საზოგადოებაში არსებული ფასეული კრიტერიუმების ორგანიზებული ერთობლიობა. ეს არის ადამიანთა მიერ შექმნილი არსებობისა და თვითრეალიზაციის, ქცევისა და სოციალური ურთიერთქმედების რეგულირების ეთიკური გარემო.

ფილოსოფოსების თვალსაზრისით, კულტურა წარმოადგენს საქმიანობის წესებს, რომელიც დაფუძნებულია სოციალურ-ისტორიული გამოცდილების შენახვასა და გამოყენებაზე. კულტურა - ეს არის საზოგადოებრივი საქმიანობის „ადამიანურ-შემოქმედებითი ჭრილი“. საქმიანობის მატერიალური და სულიერი შედეგები, საზოგადოებრივი ფორმები და ფასეულობები - ეს არის კულტურის ობიექტური შესაძლებლობები. კულტურის „დინამიურ“ საზომში კი იგულისხმება ადამიანის მოთხოვნილებები და შესაძლებლობები.

ჩვენ შემთხვევით არ შევხვებივართ კულტურის ცნებასთან დაკავშირებულ საკითხებს. დღევანდელ დღეს ზოგიერთი თვლის, რომ ბაზარზე ორიენტირებულ საზოგადოებაში კულტურის არსებობა იწვევს ეჭვს. კულტურა - ეს არის ურთიერთობათა გარემო, რომელიც შექმნილია თვით ადამიანთა მიერ და არ არის დამოკიდებული ფაქტორებზე, რომლებიც საზღვრავენ საზოგადოების ეკონომიკასა და პოლი-

ტიკას. მეორე საკითხია, თუ როგორია კულტურის ხარისხობრივი განსაზღვრა სამამულო წარმოებაში. აქ გონივრული იქნება შემდეგნაირი მიდგომა - ცალკეული პიროვნებების ან ადამიანთა ჯგუფის ზეგავლენა ხარისხიანი გარემოს შესაქმნელად.

კულტურა - ერის მორალისა და ზნეობის განუყოფელი ნაწილია, საზოგადოებრივი ცხოვრების ერთ-ერთი ფორმაა.

საქართველოს ფარმაცევტული სივრცე, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა სუბიექტებს, თანდათანობით ვითარდება. განვითარება ხდება ისეთი ფუძემდებლური ფაქტორების ხარჯზე, როგორიცაა ფარმაცევტული საქმიანობის კომპეტენტურობა და ხარისხი. ამასთან დაკავშირებით განსაკუთრებით იზრდება მოთხოვნილება ფარმაცევტის ცოდნასა და მის პრაქტიკულ უნარ-ჩვევებზე.

იუნესკოს მიერ ჩამოყალიბებული XXI საუკუნის მსოფლიოს განათლების სისტემის პრინციპების შესაბამისად ფარმაცევტული განათლების თანამედროვე მოდელი ითვალისწინებს პროფესიულ ეთიკას, პიროვნების სრულყოფილებას, მსოფლმხედველობას, ფარმაცევტულ კულტურას და შემეცნებას.

ფარმაცევტული განათლება არის ერთ-ერთი საფუძველი ფარმაცევტული კულტურისა. განათლების ხარისხი მნიშვნელოვანწილად განაპირობებს ფარმაცევტული კულტურის დონეს.

ფარმაცევტული კულტურის ძირითადი შემადგენლების განხილვისას ლოგიკური იქნებოდა გვესაუბრა ფარმაცევტულ სფეროში მომუშავე ადამიანების საქმიანობაზე. საქართველოს კანონი „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ გვაძლევს ფარმაცევტული საქმიანობის ასეთ განსაზღვრებას: „ფარმაცევტული საქმიანობა - სამკურნალო საშუალებების მიმოქცევის სფეროში დაკავებული ფიზიკური და იურიდიული პირების საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით საქმიანობა“. ეს განსაზღვრება არ გამოხატავს არც ადამიანური ურთიერთობების მაგალითს, რომელიც წარმოქმნილია ამ სფეროში, არც თანამედროვე ტექნოლოგიების დონეს, არც სიმბოლურ ობიექტებს (ფასეულობებს და ნორმებს). ჩგაურკვეველია, თუ რა გამოდის ადამიანური ურთიერთობების მაგალითის როლში ფარმაცევტული დაწესებულებების ფუნქციონირების განხილვისას — თვით სამკურნალო საშუალება, მათი რეალიზაცია თუ ფარმაცევტული მომსახურება. ამიტომაც არსის გაუგებრობა იწვევს მთელ რიგ პრობლემებს როგორც აფთიაქის მომხმარებელთა და სააფთიაქო მუშაკებს შორის, ასევე ამ დარგის მართვის ორგანოების სუბიექტებს შორის. თუ გავიხსენებთ აკადემიკოს ა.ნ. სემაშკოს სიტყვებს, რომ წამლით უზრუნველყოფა წარმოადგენს მკურნალობის ერთ-ერთ ფორმას, მაშინ ნათელი ხდება ის, რომ აფთიაქარი იღებს პასუხისმგებლობას ავადმყოფის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობაზე ექიმთან ერთად.

ფარმაცევტულ კულტურაზე როდესაც ვსაუბრობთ, აუცილებლად გასათვალისწინებელია დარგის ისტორია და ტრადიციები, რომლებიც უდიდეს გავ-

ლენას ახდენენ ფარმაცევტული კულტურის შექმნასა და ფორმირებაში. აქვე უპირიანი იქნება თუ ფარმაცევტულ კულტურას განვიხილავთ დარგის მიმართულელების მიხედვით, კერძოდ:

აფთიაქი და ფარმაცევტი; აქ განიხილება ერთი მხრივ აფთიაქის კულტურა, რომელიც მრავალმხრივია და მეორეს მხრივ — მომხმარებლის კულტურა, რომელიც მეტ-ნაკლებად საზოგადოების კულტურის შემადგენელი კომპონენტია. რაც შეეხება თვით აფთიაქს, აქ ძირითადი მომსახურეობის კულტურაა, ნამალთან, პაციენტთან, ექიმებთან, კოლეგებთან ურთიერთობის კულტურაა. აღნიშნულის ხარისხს მნიშვნელოვანწილად განაპირობებს ფარმაცევტის ცოდნის დონე, მისი პროფესიონალიზმი, ადამიანური თვისებები და ა.შ.

მომსახურეობის კულტურა არ გულისხმობს მხოლოდ მომხმარებელზე წამლის გაცემას. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება კვალიფიციური ინფორმაციის მიწოდებას წამლის შესახებ ანუ რაციონალური ფარმაცევტული დახმარებისა და შესაბამისად ოპტიმალური ფარმაკოთერაპიის აღმოჩენას. გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ მომხმარებელი შეიძლება იყოს სხვადასხვა სოციალური ფენის, ასაკის, მდგომარეობის (მარტოხელა, ფეხმძიმე და ა.შ.) პირი და ამიტომაც არც თუ იშვიათ შემთხვევებში სპეციფიკური მიდგომებია საჭირო. აღნიშნულის გათვალისწინებით ფარმაცევტს მოეთხოვება არა მარტო მაღალი კვალიფიკაცია, არამედ „მომხმარებლის“ ფსიქოლოგიის ცოდნაც.

მომსახურეობის კულტურა არ მოიცავს მხოლოდ აფთიაქის პირობებში მომხმარებელთან ურთიერთობას. იგი გრძელდება ავადმყოფის გამოჯანმრთელებამდე - ოჯახში ტელეფონით ურთიერთობით, ეფექტურობის, გართულებებისა და გვერდითი მოვლენების მონიტორინგით და გამონაკლის მარტოხელა ავადმყოფების შემთხვევაში ბინაზე მისვლითა და ფარმაცევტული დახმარების აღმოჩენით.

ამრიგად, კულტურა - ადამიანისა და საზოგადოების ცხოვრების გამოხატვაა, რადგან მათგან ერთი წარმოადგენს იდეალურ სახეს, ხოლო მეორე — საქმის რეალური მდგომარეობის პროექცია.

- ფარმაცევტული დარგი ახდენს სერიოზულ ზეგავლენას საზოგადოების კეთილდღეობის ძირითად მაჩვენებლებზე, რადგან სამკურნალო საშუალება ასრულებს დიდ როლს ადამიანის მკურნალობის პროცესში და ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაში. აღსანიშნავია, რომ ფარმაცევტული კულტურის ფორმირება ამაღლებს არა მხოლოდ დარგის ხარისხობრივ დონეს, არამედ მოსახლეობის სიცოცხლის ხარისხის დონესაც.

- დღეისათვის საერთაშორისო ფარმაცევტული ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულია ფარმაცევტული კულტურის იდეოლოგია, რომელიც ასახულია დოკუმენტებში „სათანადო ფარმაცევტული პრაქტიკა“ (GPP), „სათანადო საწარმოო პრაქტიკა“ (GMP), „სათანადო სადისტრიბუციო პრაქტიკა“ (GDP), „სათანადო ლაბორატორიული პრაქტიკა“ (GLP) და „სათანადო შენახვის პრაქტიკა“ (GSP).

- ფარმაცევტული კულტურის ძირითადი ელემენტი (ეკონომიური ხელმისაწვდომობა, უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, გამოყენების მიზანმიმართული ფარმაცეკონომიურობა, სამამულო პრეპარატების გამოშვების ნომენკლატურისა და მოცულობის გაზრდა) ითხოვენ საფუძვლიან შესწავლას და სასწრაფო ზომების მიღებას სახელმწიფოს მხრიდან.

ღასკპნეპი. ფარმაცევტული კულტურის განმსაზღვრელი და საფუძველი ფარმაცევტული განათლებაა, რომლის ხარისხიც მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს კულტურის დონეს.

ფარმაცევტული კულტურა არ შეიძლება განიხილებოდეს დამოუკიდებლად, რადგანაც გარდა პროფესიული კომპონენტებისა იგი მოიცავს საზოგადოებრივი კულტურის ელემენტებსაც.

ფარმაცევტული კულტურა ერთ-ერთი ძირითადი კრიტერიუმია და მაჩვენებელია ქვეყანაში ფარმაციის, როგორც დარგის განვითარების დონისა.

ფარმაცევტული დარგის განვითარებისათვის სასურველია სააფთიაქო, საწარმოო, სადისტრიბუციო და ანალიზის მიმართულებებში დასაქმებულ მუშაკთათვის კორპორატიული კულტურის შემუშავება;

ფარმაცევტული კულტურის განმტკიცებისა და ამაღლების მიზნით საჭიროა შემუშავდეს შესაბამისი ნორმატიული დოკუმენტაცია;

ფარმაცევტული დარგის ეროვნული პოლიტიკის განვითარების კონცეფციასთან ერთად უნდა შემუშავდეს ფარმაცევტული ზრუნვის კონცეფცია.

ლიტერატურა:

1. Кононова С.В., Соколова Н.Н. Фармацевтическое образование как основа фармацевтической культуры. Ремедиум. №10. 2006.
2. www.recipe.ru/press-relizyi/trening-rukovoditeley-aptkek-kurska-po-formirovaniyu-korporativnoy-kult.html.-61k.
3. www.apteka.ua/archives/525/22859.html-42k.

Zarkua T., Eriashvili V., Bakuridze A., Berashvili D.

PHARMACEUTICAL CULTURE AND ITS FORMATION IN MODERN SOCIETY

TSMU, Department of social and clinical pharmacy

Pharmaceutical culture is based on pharmacy education and especially on its quality and bevel. Pharmaceutical culture can not be observed separately because it is the part of social culture.

Pharmaceutical culture is one of main criteria that indicates condition of development in countries pharmaceutical sector.

For the development of pharmaceutical field, formation of corporational culture for employee of pharmacy, pharmaceutical industry and sector of distribution. For the improvement of pharmaceutical culture elaboration of regulatory documentation is needed. At the same time with elaboration of concept of development pharmaceutical sector, concept of pharmaceutical care needed to be elaborated.

ზირაქიშვილი ლ., ზენაიშვილი ო., ქუბაბრია გ.,
მჭედლიშვილი ი., მჭედლიშვილი თ.

ფასციოლოზის გავრცელება საქართველოში

თსსუ-ის აპიდემიოლოგიისა და ჰიოსტატისტიკის
დაპარტამენტი; სამედიცინო პარაზიტოლოგიისა
და ტროპიკული მედიცინის ს/კ ინსტიტუტი;
დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო
სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი.

ფასციოლოზი ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ჰელმინთოზია, რომელიც საქართველოში გვხვდება. მას ინვესს მწველა ჭიები (ტრემატოდები), კერძოდ ღვიძლის ორპირა (*fasciola hepatica*) და გიგანტური ორპირა (*fasciola gigantica*), რომელთაგან ჭარბობს *f. hepatica* (1,2). დაავადება შედის ზოოანთროპონოზების ჯგუფში. მისი ობლიგატურ-დეფინიტიური მასპინძელია ბალახისმჭამელი წერილფეხა და მსხვილფეხა რქოსანი საქონელი, ხოლო ადამიანი ფაკულტატურ-დეფინიტიური მასპინძელია. პარაზიტის შუამავალ მასპინძელს მოლუსკები წარმოადგენენ.

განსაკუთრებით ხშირად შუამავალი მასპინძელია მოლუსკი მცირე ტბორულა (*Limnea truncatula*), რომელიც მტკნარი წყლის წყალსატევებში ბინადრობს. ინვაზირებული ცხოველისა და ადამიანის ფეკალიებთან ერთად გარემოში გამოიყოფა ფასციოლას კვერცხები, რომლებიც განვითარებისათვის აუცილებლად უნდა მოხვდნენ მტკნარი წყლის წყალსატევებში, სადაც 4-6 კვირის შემდეგ კვერცხიდან გამოდის გლარვა-მირაციდი. იგი შეიჭრება შუამავალი დროებითი პატრონის-მოლუსკის ორგანიზმში და იწყებს განვითარებას. ჯერ წარმოიშვება რედიები, შემდეგ ცერკარიები. უკანასკნელნი ტოვებენ მოლუსკის სხეულს და თავისუფლად დაცურავენ წყალსატევში. გარკვეული დროის შემდეგ ისინი ინცისტირდებიან და ადოლესკარიებად გარდაიქმნებიან, რომლებიც მჭიდროდ ეკვრიან წყალმცენარეებს და მწვანილს (ადოლესკარიების შემცველი წყლით ბოსტნებისა და ბალჩების მორწყვისას), განსაკუთრებით წინმატს, ხახვს, სალათას. ასეთი წყალმცენარეების, ან უფრო ხშირად მწვანილის საკვებად გამოყენებისას ან წყლის მიღებისას, ხდება ადამიანის დაინვაზიება. წყლის ან საკვების საშუალებით ნაწლავში მოხვედრილი ადოლესკარიებიდან ფასციოლას ლარვები იჩეკებიან, რომლებიც ღვიძლისაკენ ახდენენ მიგრაციას, რასაც დაახლოებით 4 თვე სჭირდება. პარაზიტის სიცოცხლის ხანგრძლივობა კი 10 წელს შეადგენს. დაავადების კლინიკური სურათი განპირობებულია პარაზიტის მექანიკური, ტოქსიკური და ალერგიული ზემოქმედებით, რის შედეგადაც განსაკუთრებით ღვიძლი ზიანდება. ზრდასრული ფასციოლოზების ზემოქმედება სანაღვლე გზებსა და ნაღვლის ბუშტზე რეფლექტორულად იწვევს საჭმლის მომწელებელი ორგანოების ნორმალური ფუნქციონირების შეფერხებას, ხოლო პარაზიტების მიერ ორგანოთა და

ქსოვილთა დაზიანება ხელსაყრელ პირობებს ქმნის მეორადი ბაქტერიული ფლორის განვითარებისათვის.

ღვიძლის ქსოვილის დაზიანების გამო ვითარდება ქრონიკული კატარული ქოლანგიტი, ინტერსტიციული ჰეპატიტი, ეოზინოფილური გრანულომები, მცირე ზომის აბსცესები და ჰემორაგიები, რაც ხელს უწყობს ღვიძლის ციროზის განვითარებას, რასაც თანსდევს მძიმე ანემია, ორგანიზმის დაუძლურება და ადამიანის სიკვდილი. ფასციოლოზი არათანაბრად გავრცელებული მსოფლიოში. იგი სერიოზული პრობლემა სამხრეთ ამერიკის (ბოლივია, პერუ, ჩილე, ეკვადორი), კარიბის ზღვის, ჩრდილოეთ აფრიკის (ეგვიპტე), ახლო აღმოსავლეთის (ირანი და მიმდებარე ქვეყნები) და სამხრეთ ევროპის (პორტუგალია, ესპანეთი) ქვეყნებისათვის (3,4). ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა, თუ როგორ არის გავრცელებული ფასციოლოზი საქართველოში თანამედროვე ეტაპზე. ამისათვის გავაანალიზეთ ის სტატისტიკური ინფორმაცია, რომელიც არსებობს სამედიცინო პარაზიტოლოგიის და ტროპიკული მედიცინის ს/კ ინსტიტუტში და დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში. ფასციოლოზის პირველი შემთხვევა ყოფილ საბჭოთა კავშირში პირველად გამოვლინდა 1923 წელს ქ. ერევანში. რაც შეეხება საქართველოს, ინვაზიის პირველი შემთხვევა აღწერა ა. ჟღენტმა 1927 წელს (2). შემდგომში ამ დაავადების ერთეული შემთხვევები აღწერეს შ.გუგეშაშვილმა, ს.კანდელაკმა და ნ.კამალოვმა, ი.ზიმინმა და გ.სმირნოვმა, ი.თოფურია და ო.ზენაიშვილმა და სხვა მკვლევარებმა. სულ 1960 წლამდე საქართველოში ფასციოლოზის 30 შემთხვევა აღირიცხა. 1960 წლიდან კი ქვეყანაში დიდი ყურადღება დაეთმო ამ დაავადების შემთხვევების გამოვლენას, რამაც ასახვა ჰპოვა ავადობის დინამიკაში (ცხრ. №1). კერძოდ, ხდებოდა ავადმყოფთა აქტიური გამოვლენა სამკურნალო დაწესებულებათა პაციენტთა შორის.

ცხრილი №1
ფასციოლოზის შემთხვევები საქართველოში
1960-1972 წლებში

წელი	შემთხვევათა რაოდენობა	წელი	შემთხვევათა რაოდენობა
1960	6	1967	9
1961	7	1968	14
1962	4	1969	17
1963	13	1970	9
1964	16	1971	9
1965	16	1972	9
1966	9		

$M_{\text{სა}} = 10,5 M$

მაქსიმალური ავადობა აღინიშნა 1964-1965 წლებში - 16-17 შემთხვევა. საინტერესოა თუ როგორია ფასციოლოზით ავადობის დონე ქვეყანაში დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ (ცხრ. №2).

როგორც ვხედავთ 1991-1998 წლებში ავადობის დონე უფრო ნაკლები იყო, ვიდრე 1960-1972 წლებში.

კერძოდ, თუ 60-იან წლებში ყოველწლიურად საშუალოდ 10-11 შემთხვევა ვლინდებოდა, 90-იან წლებში - მხოლოდ 5-6 შემთხვევა. სიტუაცია რადიკალურად შეიცვალა 1999 წლიდან. ბოლო წლებში საქართველოში საშუალოდ ფასციოლოზის 30-31 შემთხვევა ($M_{სა} = 30,25$) ვლინდება.

ცხრილი №2

ფასციოლოზის შემთხვევები საქართველოში 1991-2006 წლებში

წელი	შემთხვევათა რაოდენობა	წელი	შემთხვევათა რაოდენობა
1991	4	1999	13
1992	5	2000	29
1993	11	2001	37
1994	5	2002	74
1995	2	2003	27
1996	0	2004	10
1997	5	2005	18
1998	12	2006	34

$M_{სა} = 30,25$

მეტიც, 2002 წელს დაავადების უფრო მეტი შემთხვევა გამოვლინდა, ვიდრე მთლიანად 1991-1998 წლებში პერიოდში.

ფასციოლოზის შემთხვევების უმრავლესობა მოდის დასავლეთ საქართველოს რაიონებზე. თბილისში ავადობა საკმაოდ დაბალია. მაგალითად, 2001 წელს დედაქალაქში ორ პიროვნებას დაესვა ფასციოლოზის დიაგნოზი. 2002 წელს 8-ს, 2003 წელს 5-ს, 2004 წელს 2-ს, 2005 წელს 4-ს, ხოლო 2006 წელს 3-ს. სულ 2001-2006 წლებში ფასციოლოზის მხოლოდ 12,0% მოდიოდა თბილისზე. შემთხვევების საკმაოდ დიდი ნაწილი მოდის დასავლეთ საქართველოს რაიონებზე, განსაკუთრებით კი იმერეთის რეგიონზე, სადაც როგორც ჩატარებული გამოკვლევები მეტყველებენ, მაღალია მსხვილფეხა რქოსან პირუტყვში ფასციოლოზით ინვაზირების მაჩვენებელი (1,2). ამასთან საქართველოში ადამიანისა და საქონლის ფასციოლოზის გავრცელების მაჩვენებლები პირდაპირ კორელაციურ კავშირშია.

საინტერესოა დაავადებების შემთხვევების განაწილება ასაკის მიხედვით. 1960-1972 წლებში, ფასციოლოზით ავად საკმაოდ ხშირად ხდებოდნენ ბავშვები. ამ პერიოდში დაავადების შემთხვევათა 31,4% სწორედ მათზე მოდიოდა. მოზრდილ პირებში შემთხვევათა რაოდენობა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის თანაბარი იყო. ოცდამეერთე საუკუნეში ფასციოლოზით ავადობაში შემცირდა ბავშვთა ხვედრითი წილი და გაიზარდა მოზრდილთა ავადობის დონე. 2000-2006 წლებში ბავშვებზე შემთხვევათა მხოლოდ 19,6% მოდიოდა (სხვაობა სტატისტიკურად სარწმუნოა, $t=2,1$). როგორც ავადმყოფთა ეპიდემიოლოგიური ანამნეზის შესწავლამ გვიჩვენა, საქართველოში ფასციოლოზით ინვაზიის გადაცემის ნამყვანი ფაქტორია ბოსტნის მწვანე ნივთიერება, რომელიც დიდი რაოდენობით გამოიყენება საჭმელში უმად და რომლის მოსარწყავად იყენებენ ადოლესკარებზე დაბინძურებულ წყალს.

ამრიგად, საქართველოში ფასციოლოზის გავრცელების შესწავლის საფუძველზე შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნები:

- ბოლო 7-8 წლის მანძილზე საქართველოში ფასციოლოზით ავადობის დონე საგრძნობლად მატულობს და ყოველწლიურად დაავადების საშუალოდ 30-31 შემთხვევა ვლინდება. ეს მატება განსაკუთრებით თვალსაჩინოა გასული საუკუნის 90-იანი წლების მონაცემებთან შედარებით.

- დაავადება ძირითადად გავრცელებულია დასავლეთ საქართველოს რაიონებში. თბილისში ავადობის დონე საკმაოდ დაბალია.

- ბოლო წლებში დაფიქსირებული ავადობის დონის მატება განსაკუთრებით თვალსაჩინოა მოზრდილი ასაკის პირებში, რაც აპირობებს ავადობაში ბავშვთა ხვედრითი წილის შემცირებას.

ლიტერატურა

1. ჭუბაბრია გ., ზენაიშვილი ო., მანჯგალაძე მ. ადამიანის ფასციოლოზის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები. - საქართველოს სამედიცინო მოამბე, 2001 წ., №1-2, გვ.43-54.
2. Гигиташвили М.С. Фасциолез печени человека в - Автореф. дис. уч. степ. докт. мед. наук. Тбилиси, 1975 г. 36 с.
3. Esteban J.G., Gonzalez C., Curfale F. et al. Hyperendemic fascioliasis associated with schistosomiasis in villages in the Nile Delta of Egypt. - Amer.J.Trop.Med.Hyg., 2003,69(4), p. 429-437.
4. Mas-Coma S. Human Fascioliasis: transmission and epidemiology in endemic areas of South America. - IX European Multicollodium of Parasitology, Valencia, 2004, p. 261-263.

Ziraqishvili L., Zenaishvili O., Chubabria G., Mchedlishvili I., Mchedlishvili T.

PREVALENCE OF FASCIOLIASIS IN GEORGIA

Department Of Epidemiology and BioStatistics of Tbilisi State Medical University, Scientific Research Institute of Medical Parasitology and Tropical Medicine, National Centre For Disease Control And Public Health

Fascioliasis results to be one of the main trematodes in Georgia. The first case of Fascioliasis was reported in 1927 by A.Jhgenti. Afterwards only several cases have been registered but from 1960 to 1972 were identified 137 cases. The most crucial magnitude of disease has been monitored since year 2000, by the time when 29 cases were identified. The highest number of cases were registered in 2002. (74 cases). The significant increase of prevalence rates seems to be evident for the last 7-8 years and nowadays the average number of annually reported cases stands for 30-31 cases. The highest distribution of the disease is identified in older age range of Georgia.

Fascioliasis is not equally spread all over the country. The area highest in communicability results to be the western part of Georgia, mostly it covers Imerethi region. The epidemiological analysis showed that the main factor of the transmission mode are the garden greens, which is

BMI; systolic and diastolic BP have been measured. After 6 months of insulin sensitizing therapy these parameters have been repeatedly measured.

Investigated group was divided in 2 groups: group 1 - 18 patients HOMA-IR of which decreased less than 50% ($7.8\% \pm 30.6\%$); group 2 - 12 patients HOMA-IR of which decreased greater than or equal to 50% ($62.4\% \pm 10.6\%$).

The obtained data were treated by ANOVA and software STATISTICA/W 6.0 (StatSoft, USA).

Results. The baseline values and the results of serum UA levels after 6 months insulin sensitizing therapy are presented on the diagramm.

The mean value of UA in group 1 was non-significantly decreased from 6.6 ± 1.7 mg/dl to 5.9 ± 1.7 mg/dl. The percentage of hyperuricemia cases was decreased from 55.6% to 33.3%. The decrease of UA levels in group 2 was significant (from 5.8 ± 0.4 mg/dl to 5.0 ± 0.5 mg/dl, $p < 0.001$). After 6 months all patients in this group had normal serum levels of UA. The percentage decrease of UA levels in group 2 was $14.6\% \pm 11.8\%$, the same parameter in group 1 was $-10.0\% \pm 12.9\%$.

The baseline values and the results of other metabolic parameters after 6 months of insulin sensitizing therapy are given in table.

Table shows that the all lipid parameters, PPG, fasting C-peptide levels HOMA-indices were significantly decreased in group 2. BP parameters, BMI and FPG were not changed significantly. Only PPG was changed significantly in group 1.

However, it should be noted that in both groups the percentage reduction of BMI significantly correlated with the percentage reduction of serum UA levels (group 1 - $r = 0.7611$, $p < 0.001$; group 2 - $r = 0.7565$, $p < 0.001$).

Therefore, we can conclude that more expressed decrease of insulin resistance impacts on the improvement of metabolic parameters and serum UA levels.

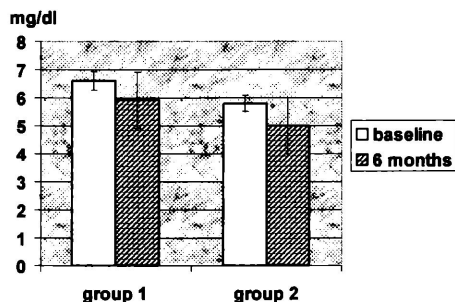


Diagramm. Serum UA levels in groups during 6 months of insulin sensitizing therapy

REFERENCES

1. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-2496.

2. Sung K.C., Kim B.J., Kim B.S. et al. In normoglycemic Koreans, insulin resistance and adiposity are independently correlated with high blood pressure. *Circ J* 2004; 68: 898-902.

3. Klein R., Klein B.E., Comoni J.C. et al. Serum uric acid: Its relationship to coronary heart disease risk factors and cardiovascular disease in Evans County, Georgia. *Ann Intern Med* 1973; 132: 401-410.

4. Saggiani F., Pilati S., Targher G. et al. Serum uric acid and related factors in 500 hospitalized subjects. *Metabolism* 1996; 45: 1557-1561.

5. Cigolini M., Targher G., Tonoli M. et al. Hyperuricaemia: Relationship to body fat distribution and other components of the insulin resistance syndrome in 38-year-old healthy men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995; 19: 92-96.

6. Waring W.S., Adwani S.H., Breukels O., Webb D.J., Maxwell S.R.J. Hyperuricaemia does not impair cardiovascular function in healthy adults. *Heart*, 2004, 90:155-159.

7. Tetradze L.O., Virsaladze D.K., Javashvili L.V., Esakia N.G., Tananashvili D.E. Serum uric acid levels in patients with metabolic syndrome. *GMN*, 2007, 151:65-67.

8. Lopez-Suarez A., Elvira-Gonzalez J., Bascunana-Quirell A. et al. Serum urate levels and urinary uric acid excretion in subjects with metabolic syndrome. *Med Clin (Barc)*, 2006, 126(9): 321-324.

9. Alberti K.G., Zimmet P.Z. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*, 2002, 19: 539-553.

10. Virsaladze D. Do we need a wide clinical implementation of insulin resistance syndrome. *Metabolic Syndrome & Related Disorders*, 2006, 4(3): 165-171.

თოფურია დ., ლობჯანიძე ნ., ჭავჭავანიძე ნ., გიორგობიანი თ., რუსეიშვილი ლ.

ღვიძლის მწვავე ტოქსიკური დაზიანების მკურნალობა-ფუნქციური ასპექტები და მისი მკურნალობის პარამეტრები (ექსპერიმენტული კვლევა)

თსსუ-ის კრიტიკული მემბრანის დაზიანების, კლინიკური ტოქსიკოლოგიის მიმართულება

ღვიძლის მწვავე ტოქსიკური დაზიანების მკურნალობა პრაქტიკული მედიცინის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს. დღეისათვის გამოყენებული ცალკეული საშუალებები და მეთოდები მეტ-ნაკლებად ხელს უწყობს ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, მაგრამ რემისია ხანმოკლეა და არასტაბილური. ამჟამად ფართო აღიარება ჰპოვა ე.წ. ღვიძლის დამხმარე სისტემებმა (Liver Support System), რომელთა ფუნქცია აუტო, ალო თუ ქსენოლოგიის ქსოვილისა და უჯრედთა გამოყენებაზეა დამყარებული.

როგორც ყველა ექსტრაკორპორალურ მეთოდებს, აღნიშნულ სისტემებსაც გააჩნიათ ნაკლოვანებანი, ამასთანავე ექსტრაკორპორალური დამხმარე ღვიძლის სისტემის გამოყენების შედეგი დროებითი კომ-

mainly consumed by local habitants in raw/uncooked forms. All above mentioned data indicates that the main issue is to strengthen clinical-epidemiologic and laboratory research capacity in order to determine with accuracy epidemiologic characteristics of the disease.

თეთრაძე ლ., ვირსალაძე დ., ჯავაშვილი ლ., კილასონია ლ., ტანანაშვილი დ., ესაკია ნ.

Tetradze L.O.¹, Virsaladze D.K.¹, Javashvili L.V.¹,
Kilasonia L.L.², Tananashvili D.E.³, Esakia N.G.¹

THE RELATIONSHIP OF THE REDUCTION OF INSULIN RESISTANCE WITH SERUM URIC ACID AND OTHER METABOLIC PARAMETERS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

¹Tbilisi State Medical University, Department of Endocrinology, ²National Association of Osteoporosis, ³E. Andronikashvili Institute of Physics

Introduction. The data of many investigations confirmed that hyperuricemia is considered as the component of metabolic syndrome which reflects the insulin resistance (IR) [1,2]. The significant dependence between hyperuricemia and hypertension, heart and other diseases has been observed in some epidemiological studies [3,4]. It was also discovered the correlation between hyperuricemia and obesity, dyslipidemia and diabetes mellitus type 2 [5,6]. In our previous studies we showed that serum uric acid (UA) lev-

els are significantly higher and hyperuricemia cases are often in patients with MS in comparison with controls [7].

However, the determination of UA serum levels is not the diagnostic criterion [8]. The main pathophysiological impairments leading to increase of UA serum levels is not clear yet. There are a few works about the influence of insulin sensitizing therapy on the UA levels and other metabolic parameters.

The aim of our investigation was to study the relationship of the reduction of insulin resistance with serum uric acid and other metabolic parameters in patients with metabolic syndrome during insulin sensitizing therapy (metformin and thiazolidindiones).

Material and methods. 30 patients (10 males, 20 females, mean age - 35.5 ± 9.7 years) with MS have been investigated. MS was diagnosed using definitions of WHO [9], ATP III [1] and Society of Georgian Endocrinologists [10]. The exclusion criterion was the gout.

The investigation design was following: the aim and objectives of investigation were explained to each patient, they gave agreement to participate in the investigation and all ethical standards have been kept. Baseline values of: fasting serum UA levels (biochemical method); fasting and postprandial glycemia (glucose oxidase method); fasting C-peptide (chemiluminescence method); homeostasis model assessment (HOMA) indicates of b-cell function (HOMA-%B), insulin sensitivity (HOMA-%S) and IR (HOMA-IR); lipid parameters (biochemical method): total cholesterol (TChol), triglycerides (Tg), HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, VLDL-cholesterol and index of atherogeneity (IA);

Table
Main metabolic parameters in investigated groups baseline and after 6 months of insulin sensitizing therapy

	Group 1		Group 2	
	baseline	6 months	baseline	6 months
BMI, kg/m ²	36.0 ± 7.3	34.0 ± 6.4	35.0 ± 4.8	32.5 ± 4.1
	NS		NS	
TChol, mg/dl	178.4 ± 25.6	166.9 ± 52.9	177.9 ± 32.9	148.4 ± 21.6
	NS		p=0.017	
Tg, mg/dl	228.3 ± 117.5	195.4 ± 95.1	199.4 ± 45.3	148.3 ± 37.2
	NS		p=0.007	
HDL-cholesterol, mg/dl	36.3 ± 12.3	41.7 ± 12.2	37.3 ± 5.1	44.8 ± 4.7
	NS		p=0.001	
LDL-cholesterol, mg/dl	91.5 ± 34.5	87.6 ± 28.8	100.7 ± 34.3	73.8 ± 25.9
	NS		p=0.041	
VLDL-cholesterol, mg/dl	39.4 ± 21.4	35.8 ± 20.8	39.9 ± 9.1	29.7 ± 7.4
	NS		p=0.006	
IA	4.9 ± 3.4	4.6 ± 3.2	4.3 ± 2.1	2.3 ± 1.8
	NS		p=0.020	
FPG, mmol/l	5.4 ± 1.0	5.8 ± 1.1	5.0 ± 1.0	4.8 ± 0.4
	NS		NS	
PPG, mmol/l	7.4 ± 1.5	5.8 ± 2.1	7.1 ± 1.3	5.1 ± 2.0
	p=0.013		p=0.008	
fasting C-peptide, ng/ml	3.2 ± 1.5	3.2 ± 1.4	4.7 ± 1.9	1.7 ± 0.9
	NS		p<0.001	
HOMA-%B, %	133.5 ± 66.3	141.8 ± 69.8	246.6 ± 124.5	116.4 ± 43.0
	NS		p=0.002	
HOMA-%S, %	52.9 ± 36.2	61.3 ± 44.9	33.5 ± 12.8	100.8 ± 57.0
	NS		p<0.001	
BP, mm.Hg.sistollic	126.7 ± 22.4	122.2 ± 17.2	145.0 ± 23.8	130.0 ± 18.3
	NS		NS	
diastolic	80.0 ± 13.2	75.6 ± 11.3	82.5 ± 9.6	77.5 ± 5.0
	NS		NS	

* NS – non-significant

ნულ მიკროსკოპულად დაზიანებული ღვიძლის ჰეპატოციტებში ინაქტივაციურ და დესტრუქციულ პროცესებთან ერთად ვლინდებოდა ცვლილებები, რომლებიც ხასიათდებოდნენ

რეპარაციული რეგენერაციის პროცესის ინიციაციით, აღინიშნებოდა უჯრედშიდა ორგანელების განვითარება, მიტოქონდრიების უმეტეს ნაწილში ვლინდებოდა მატრიქსის ელექტრონული სიმკვრივის მომატება და კარგად ორიენტირებული კრისტები. ანტიჰეპატოციტოტოქსიკური შრატით მკურნალობიდან 96 საათის გავლის შემდეგ ჰეპატოციტების დესტრუქციის ნიშნებთან ერთად, ვლინდებოდა ბირთვის ქრომატინის დეკონდენსაცია, მიტოქონდრიების და სხვა უჯრედშიდა ორგანელების სტრუქტურის ნორმალიზაცია, რაც შეიძლება რეპარაციული რეგენერაციის პროცესების გაძლიერების მაჩვენებელად ჩაითვალოს.

ღვიძლის პარენქიმის სტრუქტურა თითქმის მთლიანად აღდგენილია, ჰეპატოციტები ხასიათდებოდნენ კონდენსირებული ქრომატინის ზომიერი რაოდენობით, საკმაოდ კარგად განვითარებული უჯრედშიდა ორგანელებით და მიტოქონდრიებით, რომელთა კრისტები კარგად იყვნენ ორიენტირებული და კარგად კონტურიდებოდნენ.

ღვიძლის „CCL4-ით“ დაზიანების ჩვეულებრივი არაპროგენიტიკური უჯრედებისაგან დამზადებული შრატით მკურნალობის შემდეგ აღინიშნებოდა: პათოლოგიური პროცესის ჯერ კიდევ გარკვეულად განვითარება და გამოიხატებოდა უჯრედშიდა ორგანელების რედუქციით, უჯრედის ციტოპლაზმაში აღინიშნებოდა მსხვილი ვაკუოლიზაცია და ლიპიდური ჩანართები, ამასთან ერთად რიგ ჰეპატოციტში ზემოთ აღნიშნულ პათოლოგიურ ცვლილებებთან ერთად, ვლინდებოდა ბირთვის ქრომატინის დეკონდენსაცია და გრანულარული ენდოპლაზმური ბადის განვითარება.

IV საკონტროლო ჯგუფი. ანტიჰეპატოციტოტოქსიკური შრატის ინტაქტურ ღვიძლის ქსოვილზე ზემოქმედების შემდეგ, აღინიშნებოდა ღვიძლის პარენქიმის თითქმის ინტაქტური შენება, მხოლოდ იშვიათად ვლინდებოდა რეაქციული ნიშნები, როგორებიცაა: პერინუკლეარული სივრცის გაგანიერება, მიტოქონდრიების კრისტების უმნიშვნელო დესტრუქცია, დეზორგანიზაცია და ჰეპატოციტების ციტოპლაზმის ვაკუოლიზაცია, ჩვენი აზრით, ზემოთ ხსენებული პათოლოგიური ცვლილებები, შეიძლება განპირობებული იყოს ექსპერიმენტული მანიპულაციის შედეგით.

მიღებული შედეგების დამუშავება ხდებოდა ვარიაციული სტატისტიკისა და სტიუდენტის კრიტერიუმის (T) გამოყენებით, STATISTIKA/WGO (Stat Soft, USA 2003) პროგრამული უზრუნველყოფით. მიღებული შედეგების განსჯით მივიღეთ დასკვნამდე: ანტიჰეპატოციტოტოქსიკური შრატის ზემოქმედების შედეგად დაზიანებულ ღვიძლის უჯრედებში აღინიშნებოდა უჯრედშიდა ორგანელების განვითარება მიტოქონდრიების უმეტეს ნაწილში ვლინდებოდა მატრიქსის ელექტრონული სიმკვრივის მომატება და კარგად ორიენტირებული კრისტები. ანტიჰეპატოც-

იტოტოქსიკური შრატით მკურნალობიდან 96 საათის შემდეგ კარგად გამოიხატებოდა რეპარაციულ-რეგენერაციული პროცესების ნიშნები.

ჩატარებული ექსპერიმენტული კვლევის შედეგები შეიძლება გათვალისწინებული იყოს ანტიჰეპატოციტოტოქსიკური შრატით, ღვიძლის მწვავე ტოქსიკური დაზიანების მკურნალობის მეთოდის კლინიკურ პრაქტიკაში დანერგვის დროს.

ლიტერატურა

1. გ. კაციტაძე – გადაუდებელი თერაპია თბილისი 2002წ. გვ. 254-271
2. ნ. ტატიშვილი გ. სიმონია – შინაგანი სნეულებები თბილისი 2002წ. გვ. 420-426
3. ო. ხარძიშვილი – ზოგადი პათოლოგიური ანატომია 2001წ. გვ 87-100
4. Benhamou JP. Fulminant and subfulminant hepatic failure: definition and causes In : Williams R, Hughes RD, eds. Acute liver failure: improved understanding and better therapy. London : Miter Press, 1996 :6-10.
5. Evarts R.P., Nagy P, Marsden E. In vivo differentiation of rat oval cells into hepatocytes. Cancer Res. 1997; 49: 1541-1547.
6. Fiurocci S, Antonelli E, Morelli S, Casini M. Hepatic encephalopathy. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 2001; 98: 8897-8902.
7. Campbell DA Jr, Ham JM, McCurry KR, Lucey MR, Turcotte JG, Merion RM. Liver transplantation for fulminant hepatic failure. Am Surg 1999;57:546-549
8. Trey C, Davidson CS. The management of fulminant hepatic failure. In: Popper H, Schaffner F, eds. Progress in liver diseases. Vol. III. New York: Grune & Stratton, 1998:282-98.
9. Tashiro K, Hagiya M, Nishizawa T, et al. Deduced primary structure of rat hepatocyte growth factor and expression of the mRNA in rat tissues. Proc Natl Acad Sci U S A 2002;87:3200-3204.
10. Williams R, Gimson AES. Intensive liver care and management of acute hepatic failure. Dig Dis Sci 1995;36:820-826.
11. Williams j. Classification, etiology, and considerations of outcome in acute liver failure. Semin Liver Dis 1997;16: 343-348.
12. Zimmer V, Rochling, F. A., Casey, D. L., Lee, W. M. (). Acetaminophen Toxicity in an Urban County Hospital. N Engl J Med 2001; 337: 1112-1118

Topuria D., Lobjanidze N., Chavchanidze N., Giorgobiani G., Ruseishvili L.

ACUTE LIVER TOXIC DAMAGE MORPHO-FUNCTIONAL ASPECTS AND ITS TREATMENT PERSPECTIVES (EXPERIMENTAL STUDY)

TSMU

Treatment of liver acute toxic damage is one of the actual problem of practical medicine, nowadays most popular are (liver support systems), which main functions are to permit auto, allo and xeno liver tissue and cell usage. Also there is intracorporeal treatment methods which realization means hepatocellular transplantations.

Experimental study was performed on 135 (150-250) male wistar line rats, experimental group was represented by 3

subgroups: 1. acute liver toxic damage modeling; 2. study of antihepatocytotoxic serum treatment results on toxically damaged liver; 3. study of antitoxic serum treatment results on toxically damaged liver; control group was represented with animals with normal, toxically intact liver, in this group we was study effect of antihepatocytotoxic serum on intact liver tissue. Performed studys on experimental and control groups: laboratorial, pathologanatomical, histological and cytochemical studys. At the end we can say that antihepatocytotoxic serum in toxically damaged liver induces and accelerates reparative regenerative proceses; on celular and intracelular levels.

თოფურიძე მ., ყიფიანი ვ.

**აპოპტოზის როლი პარანეოპლაზიაში –
ოქსიდაციური სტრესი და TNF, როგორც
მისი აათოგენეზის კომპონენტი**

თსსუ-ის აათოზიოლოგიის დეპარტამენტი

ოცდამეერთე საუკუნეში ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადებები კვლავ რჩება არა მარტო სამედიცინო, არამედ სოციალურ პრობლემად. ამ პათოლოგიით ავადობა განუზრელად მატულობს და ადამიანის სიკვდილიანობის ერთ-ერთი უზშირესი მიზეზია.

„სიმსივნე ანგრევს ორგანიზმს უნიკალური და შემზარავი მეთოდით. ორგანიზმისავე სისხლბორცველი ნაწილი გაუგებარი მიზეზით გადაიქცევა რაღაც უმართავ, დაუოკებელ გამრავლებად. სიმსივნე, მიუხედავად მისი 70-წლიანი ექსპერიმენტული შესწავლისა, ყველაზე ჯიუტად, საშინელ და, ამავდროულად, ყველაზე ნაკლებად შემეცნებულ ავადმყოფობად რჩება ადამიანის დაავადებათა შორის.“
პ. რაუსი (ნობელი პრემიის ლაურეატი, 1966)

უკანასკნელ წლებში მკვლევართა განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს არა მარტო თვით მალიგნიზებული ქსოვილი, არამედ ის ცვლილებები, რომელიც ვითარდება სიმსივნის ორგანიზმში ნეოპლაზმის განუშუალოდ დაუზიანებელ ქსოვილებში, ორგანოებსა და სისტემებში. ყოველივე ეს ორგანიზმის და სიმსივნის რთული ურთიერთდამოკიდებულების შედეგია და საფუძვლად უდევს პარანეოპლაზიურ სინდრომებს, რომელთა რაოდენობა 50-ს აღწევს. (Шапог В.С., 1976; Кавецкий P. E., 1977; Kipiani V., 2004) პარანეოპლაზიური სინდრომები არა სიმსივნური ზრდის თანმხლები დაავადებებია არამედ იმ ბიოლოგიური პროცესის კლინიკური გამოვლინებები, რომლებიც აღმოცენდება სიმსივნური ზრდის ზეგავლენით და იწვევს „სიმსივნური დაავადებების არასიმსივნურ სინდრომებს“. მათი ფორმები მრავალფეროვანია: იმუნოდეპრესია, ჰიპერკოაგულაციური სინდრომი, გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა, მიკროცირკულაციის პათოლოგია, ანემია, დერმატოზების იშვიათი ფორმები, გლუკოზის მიმართ

ტოლერანტობის დაქვეითება, ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობა, ნევროლოგიური დარღვევები. კუნთური დისტროფია, კახექსია და სხვ.

აღსანიშნავია, რომ პარანეოპლაზიურ სინდრომთა სიმძიმე ყოველთვის არ კორელირებს სიმსივნის გავრცელებასთან და მის ჰისტოლოგიასთან. ფიქრობენ, რომ პარანეოპლაზიური სინდრომების განვითარება დაკავშირებულია სიმსივნური უჯრედების მიერ სხვადასხვა ცილის, ჰორმონის ან ჯერ კიდევ უცნობი ნივთიერებების გამომუშავებასთან. სიმსივნეებს აქვთ როგორც სიმსივნით დაზიანებული ორგანოების ბუნებრივი ჰორმონის, ისე ექტოპიური ჰორმონების წარმოქმნის უნარი, რომლებიც ორგანიზმზე სისტემურ გავლენას ახდენენ. კარგადაა ცნობილი, რომ სიმსივნეები გამოიმუშავებენ არაჰორმონულ ნივთიერებებსაც (Шапог В.С., 1976; Кавецкий P. E., 1977; Kipiani V., 2004).

მათ შორის აღსანიშნავია ე. წ. კახექტინი – ციტოტოქსიკური პოლიპეპტიდი TNF (Tumor Necrosis Factor). ის მაკროფაგებში სინთეზდება და ანთებით პროცესებში მონაწილეობს. ამ ნივთიერების მიმართ რეცეპტორს თითქმის ყველა სახის უჯრედი ფლობს. მისი მოქმედების ეფექტი მრავალფეროვანია: შოკური მდგომარეობა, არტერიული წნევის დაქვეითება, ლიმფური და ნახშირწყლოვანი ცვლის დარღვევა, მეტაბოლური აციდოზი და სხვა. დღეს ნათლად იკვეთება TNF - ის მოქმედების კიდევ ერთი ფრიად მნიშვნელოვანი ეფექტი – აპოპტოზის ინდუქცია (Маскалева Е.Ю., Ярилин А.А. Gersuk G. M., Beckman C., Loken M.R). ამრიგად TNF უნდა განვიხილოთ როგორც „აპოპტოზის მედიატორი“, (Топуридзе М. Л. ; Кипиანი В.А). უკანასკნელის ზემოქმედება უჯრედზე ხორციელდება ე.წ. სიკვდილის რეცეპტორის საშუალებით. (იხ. სქემა 1).

უჯრედის სიკვდილის რეცეპტორს (DR) ციტოპლაზმურ კუდში აქვს ე. წ. სიკვდილის დომენი (DD). ლიგანდის რეცეპტორთან ურთიერთქმედებისას რეცეპტორი განიცდის ტრიმერიზებას და წარმოქმნის მოლეკულურ კლასტერს - სიკვდილის სასიგნალო კომპლექსს.

TNF-ის შეკავშირება TNFR - რეცეპტორთან იწვევს მისი ციტოპლაზმური დომენის კონფორმაციას. რაც იძლევა FADD (Fas-associated death domen) ადაპტორული მოლეკულის ანალოგიურ დომენტან მისი მიერთების საშუალებას, შემდეგ კი RIP (Receptor interacting protein) ცილის დომენტან ურთიერთქმედების საშუალებას წარმოქმნილი კომპლექსი ააქტივებს კაპსაზა-8-ს ან FLIASE (FADD-like IL-1 converting enzyme), რის შედეგად ჩაირთვება აპოპტოზი.

TRADD ადაპტორი TNFR1 რეცეპტორით რთავს ორ სასიგნალო გზას, ერთი მათგანი აპოპტოზის, მეორე - NF-κB და AP1-ის ტრანსკრიფციის ფაქტორების აქტივაციაა, რაც თრგუნავს აპოპტოზს და უჯრედის გადარჩენას უწყობს ხელს.

TNF_α-ის TNFR1-თან შეკავშირებით სიგნალი შეიძლება გადაეცეს ადაპტორულ ცილას RIP-ის მეშვეობით, რაც კაპაზა-2-ის აქტივაციით და, აგრეთვე ჯერ კიდევ

შეუსწავლელი მექანიზმებით აპოპტოზს იწვევს.

ყოველივე აღნიშნული პარანეოპლაზიის პათოგენეზში აქამდე უცნობი რგოლის შესაძლო არსებობაზე გვაფიქრებინებს. TNF-ის კონცენტრაციის მატებამ, რაც დამახასიათებელია ავთვისებიანი სიმსივნის ზრდისთვის (Шаповт В.С.) უნდა გამოიწვიოს აპოპტოზური პროცესების გაძლიერება მთლიანად ორგანიზმში. ერთ-ერთი უხშირესი პარანეოპლაზიური სინდრომის - სიმსივნური კახექსიის - განვითარების მექანიზმიც, სავარაუდოდ, სწორედ TNF-ით ინდუცირებული აპოპტოზის ინტენსივობის გაძლიერებაში უნდა იყოს. ეს სინდრომი სიმსივნეიან ავადმყოფთა უმრავლესობაში გვხვდება და ახასიათებს სხეულის მასის მკვეთრი დაკარგვა, კუნთების ატროფია (მათ შორის გულის კუნთის), ანორექსია და სხვ. ექსპერიმენტში ცხოველებზე კახექსიის მოქმედებით ვითარდება ანორექსია და ორგანიზმის გამოფიტვა, რომელიც ძალიან გავს ავთვისებიანი სიმსივნის დროს განვითარებულ კახექსიას.

ორგანიზმში აპოპტოზის პროცესის ინტენსივობის გაძლიერებით შეიძლება აიხსნას, აგრეთვე ავ-

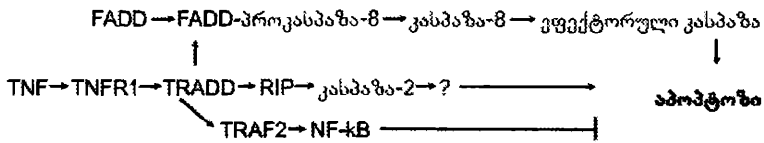
თვისებიანი სიმსივნის დროს განვითარებული იმუნოდეპრესია, ვინაიდან იმუნოციტები განსაკუთრებით მძნობიარენი არიან აპოპტოზის ინდუქტორების მიმართ.

აპოპტოზის პროცესის ინტენსივობაზე სიმსივნური პროცესის ზემოქმედება კიდევ ერთი გზით ხორციელდება. ეს არის ოქსიდაციური სტრესი თავისუფალრადიკალური ჟანგვის გაძლიერებით.

თსსუის პათოფიზიოლოგიის დეპარტამენტში (კათედრაზე) ჩატარებული ექსპერიმენტული კვლევის შედეგად დადგინდა იქნა, რომ ავთვისებიანი ზრდის პროცესში ორგანიზმში ვითარდება ჟანგვითი პროცესების სტერეოტიპული, უნივერსული ცვლილებები: ელექტრონების ტრანსპორტის ჯაჭვის დარღვევა მიტოქონდრებში, ჟანგბადის აქტიური ფორმების გენერირების და სუპეროქსიდრადიკალების წარმოქმნის გაძლიერება, ვითარდება ოქსიდაციური სტრესი (Топуридзе М. Л.; Кипиანი В. А.). ეს, კი აპოპტოზური პროცესის გაძლიერების ერთ-ერთი პირობაა. საკუთარი და ლიტერატურული მონაცემების საფუძველზე წარმოვადგინებთ სქემას პარანეოპლაზიის მექანიზმში აპოპტოზის შესაძლო როლის შესახებ. (იხ. სქემა №2)

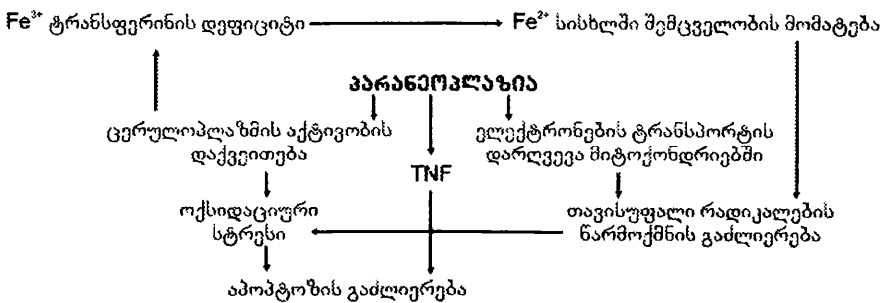
სქემა 1

TNF ასოცირებული აპოპტოზის მოლეკულური მექანიზმი



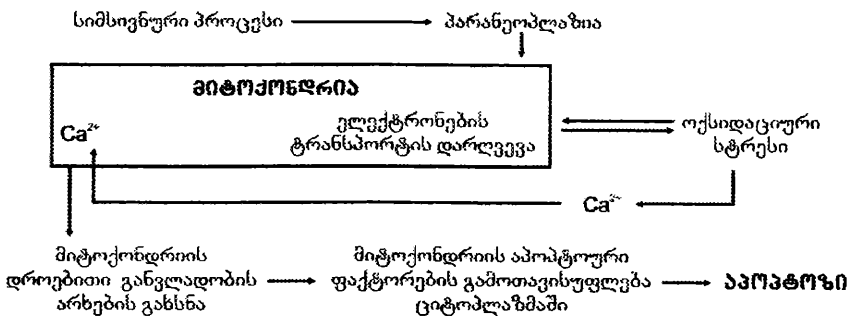
სქემა 2

პარანეოპლაზიური აპოპტოზის განვითარების მექანიზმი



სქემა 3

მიტოქონდრიული ფაქტორების როლი პარანეოპლაზიური აპოპტოზის განვითარებაში



თავისუფალი რადიკალები აპოპტოზის მედიატორებია, ის რთავს აპოპტოზს უჯრედშიგა მექანიზმით, მიტოქონდრიის საშუალებით.

მიტოქონდრიიდან აპოპტოზური პროცესის ჩართვის მექანიზმი კვლევის და დისკუსიის საგნად რჩება. ერთ-ერთი ჰიპოთეზის თანახმად, განსაკუთრებულ პირობებში მიტოქონდრიის მემბრანის განვლადობა დროებით მატულობს, ამ მდგომარეობისთვის დამახასიათებელია ე.წ. დროებითი განვლადობის ფორმების გაჩენა (დგფ). მათი საყარაუდო ლოკალიზაცია მიტოქონდრიის გარეთა და შიგნითა მემბრანების კონტაქტის ადგილზეა და იძლევა მატრიქსსა და ციტოპლაზმას შორის მოლეკულების, მათ შორის პროტეინების ცვლის საშუალებას. დგფ-ს გახსნის ერთ-ერთი ნამყვანი მექანიზმი მიტოქონდრიის მატრიქსში Ca^{+2} -ის იონების კონცენტრაციის მომატებაა. მიტოქონდრიაში Ca^{+2} -ის იონების შესვლა ხორციელდება ტრანსმემბრანული იონური ცვლის გზით სპეციფიკური ტრანსლოკაზის საშუალებით, მემბრანის უარყოფითი გრადიენტის და pH-ის გავლენით. ოქსიდაციური სტრესის დროს Ca^{+2} -ის რაოდენობა მიტოქონდრიაში მატულობს, მისი გადამტანები გაჯერდება Ca^{+2} -ის იონებით, იხსნება დგფ და Ca^{+2} გამოსროლება არხებიდან. გახსნილი დგფ-იდან ხდება უშუალოდ იმ მიტოქონდრიული აპოპტოგენური ფაქტორების გამოთავისუფლება, რომელებიც მიტოქონდრიის მემბრანათა შორის სივრცეშია მოთავსებული. შედეგად უჯრედშიგა მექანიზმით ირთება აპოპტოზი. (იხ. სქემა 3)

ამრიგად, შემუშავებულია და, ნაწილობრივ, ფაქტობრივად დადასტურებული პარანეოპლაზიის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი და მძიმე სინდრომის - ორგანოების და ქსოვილების განლევის და, საზოგადოდ, მარაზმის განვითარების მექანიზმი. ნაჩვენებია, რომ ამ პროცესში ფრიად მნიშვნელოვან როლს ასრულებს TNF-ის მიერ ინდუცირებული ტოტალური აპოპტოზის განვითარება ორგანოებსა და ქსოვილებში, რის გამო მკითხველს ვთავაზობთ TNF აღიარებას „აპოპტოზის მედიატორად“. TNF -ის ამგვარი ეფექტი რეალიზდება თავისუფალ რადიკალური ჟანგვის მკვეთრ გააქტივების ფონზე, რომელიც ლიტერატურული და ჩვენი მონაცემებით დამახასიათებელია პარანეოპლაზიისთვის.

ცხადია, რომ სიმსივნური განლევის, მარაზმის მექანიზმი მხოლოდ ამ პროცესებით არ შემოიფარგლება. მაგრამ, ჩვენი აზრით, ის ერთ-ერთი უმთავრესია სიმსივნური მარაზმის და არა მარტო კახექსიის პათოგენეზში. ყოველ შემთხვევაში, ის გარკვეულ როლს უნდა თამაშობდეს პარანეოპლაზიურ იმუნოდეპრასიაში და ნევროლოგიურ დარღვევებში.

ლიტერატურა:

1. Кавецкий Р. Е. Взаимодействие организма и опухоли // Киев.: Наукова Думка. 1977.
2. Маскалева Е.Ю., Северин С.Е. Возможные механизмы адаптации клетки к повреждениям индуцирующим программированную гибель// Пат. физиол. и эксп. тер.- 2006 - Vol. 3. С. 2-14.

3. Топуридзе М. Л. Кипиани В.А. Паранеопластическая пероксидация и пути ее коррекции.// International Journal on Immunorehabilitation, 2001, Vol 3, 126-127.
4. Шапот. В.С. О проявлениях и механизмах системного действия опухолей на организм.// Патофиз. и эксп. терапия. 1976. -3. С.312
5. Ярилин А.А. Апоптоз – природа феномена и его роль в норме и при патологии// Актуальные проблемы патофизиологии. - 2001. С. 13-56.
6. Ярилин А.А. . Апоптоз , его место в целомом организме // Актуальные проблемы патофизиологии. // Пат. Физиол. - 1998. - №2. - С. 38-48.
7. Dibbert B., Simon U. H. Die molekularen Mechanismen der Apoptose// Deutsch med. Wschr.- 1997 – Vol 122 P. 523-526
8. Duke Von R. C., Ojcus D. M., Ding-E Young Die Apoptose – Regeln und Fehler beim Zellselbstmord// spectrum der Wissenschaft - 1997- Vol. 2 . S. 26-35.
9. Gersuk G. M., Beckman C., Loken M.R. et al. A role for TNF β , FAS and FAS ligand in marrow failure associated with mielodysplastik syndrome// Brit. J. Haemat. -1998.- Vol. 103. – 176-188.
10. Kerr J. F. R., Wyllie., Curie A. R. Apoptosis: a basic biological Phenomenon with wide ranging implications in tissue kinetics //Brit. J. Cancer. - 1972. Vol. 26. _ p. 236-257.
11. Kipiani V. Effect of antioxidants and membrane-stabilizing drugs on paraneoplastic disorders of erythrocytes and microcirculation// TSMU Annals of Biomed. Research and Education. -2004. – Vol- 3. P - 240-270.
12. Kromer G. Zamzani N., Susin S. A. Mitochondrial control of apoptosis // Immunol. Today. -1997. - Vol. 18. - p. 44-51.
13. McConkey D. J., Zhivotovsky B., Orrenius S. Apoptosis- molecular mechanism and biomedical implications// molec. Aspects Med. – 1996 – Vol. 17. – P. 1449-1456.
14. Rowan S., Fischer D. E. Mechanism of apoptotic cell death// Leukemia. – 1997. – Vol. 11. – P. 457-465
15. Steller H. Mechanisms and genes of cellular suicide// Science. - 1995. – Vol. 267. – P. 1145-1149.
16. Waterhouse N. J., Green D. R. Mitochondria and apoptosis: HQ or High-security prison?// J.clin.Immun. 1999.- Vol. 19. P. 378-387.

M. Topuridze ; V. Kipiani

THE ROLE OF APOPTOSIS IN PARANEOPLASIA – STRESS OF OXIDATION AND TNF AS A COMPONENT OF ITS PATHOGENESIS

The Department of Pathophysiology of Tbilisi State Medical University

Its worked out and partly has already been determined the mechanism of developing marasmus (cachexia) – one of the hardest and most common complications of paraneoplasia. Its discovered that the total apoptosis induced by TNF takes the main part in this process. Thats why we offer the reader to admit TNF as an „Apoptosis Mediator“. The effect of TNF is realised on the background of highly increased oxidation, that is common and characteristic for paraneoplasia according to the scientific datas and our investigations.

Its clear that the mechanism of marasmus is not only expressed with these processes but we reckon that its one

on the most essential mechanism not only cancer marasmus pathogenesis. By all means it must take some main part in developing paraneoplastic immunodepression and neurological disorders.

თოხაძე ლ., გოფოძე ლ., ასათიანი გ., თოლორაია პ., ხუციშვილი კ.

პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების გამოყენება თორმეტმოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების გართულებების მკურნალობის კომპლექსში

თსსუ-ის ქირურგიის დეპარტამენტი

შისაპალი. წყლულოვანი დაავადების მკურნალობის პრობლემა დღესაც ინარჩუნებს თავის აქტუალობას. გავრცელებული მონაცემებით აღნიშნული პათოლოგიით დაავადებულია მოსახლეობის 10% და აღნიშნება ავადობის მაჩვენებლის ზრდის ტენდენცია [2]. განსაკუთრებულ შემოთვლას იწვევს ის გარემოება, რომ უკანასკნელ წლებში დომინირებს დაავადების გართულებული ფორმები, რომლებსაც არც თუ იშვიათად მიყვავართ ფატალურ შედეგებთან. წყლულის პერფორაციის სიხშირე 2,6-ჯერ, ხოლო სისხლდენისა - თითქმის 7-ჯერ გაიზარდა. ამასთანავე მკვეთრად შემცირდა ქრონიკული წყლულის გამო წარმოებულ ოპერაციათა რაოდენობა [5].

ავტორთა მონაცემებით წყლულის პერფორაციის სიხშირე შეადგენს 10-15%-ს [2]. ბუნებრივია, რომ პერფორირებული ხვრელის გაკერვა საბოლოოდ ვერ უზრუნველყოფს პეპტიური წყლულის განვითარების მიზეზების აღმოფხვრას. ეს გარემოება განაპირობებს ყოველ ხელსაყრელ შემთხვევაში ოპერაციული მკურნალობის ისეთი რადიკალური მეთოდების არჩევას, როგორცაა კუჭის რეზექცია ან ვაგოტომიის სხვადასხვა ვარიანტები. ამასთანავე დომინირებს შეხედულება, რომ ულცეროზოზა უნდა შესრულდეს ძირითადად გავრცელებული პერიტონიტის ფონზე მაღალი ოპერაციული რისკის მქონე პაციენტებში (ძიმე თანმხლები დაავადებები, ხანდაზმული ასაკი) ან „ახალი“ წყლულის მქონე ახალგაზრდა პაციენტებში, რომლებსაც ხანმოკლე წყლულოვანი ანამნეზი აქვთ და არ აღნიშნებათ ქრონიკული პროცესისათვის დამახასიათებელი მორფოლოგიური ცვლილებები, ან კიდევ სტრესული და მედიკამენტური წყლულების პერფორაციის დროს. ასევე საყურადღებოა მონაცემები მრავალრიცხოვანი პოსტოპერაციული გართულებებისა და ფუნქციური დარღვევების შესახებ კუჭის რეზექციისა და ვაგოტომიის უახლოეს და შორეულ პერიოდში, რომ აღარაფერი ვთქვათ ამ ოპერაციების ლეტალურ გამოსავალზე, რომლებიც პრაქტიკულად ექსტრემალურ პირობებში სრულდება. [3].

უფრო რთული პრობლემების რიგს განეკუთვნება წყლულოვანი ეტიოლოგიის სისხლდენები. სისხლდენის დროს წარმოებული ოპერაციები დიდ რისკთანა

არის დაკავშირებული და ასეთ შემთხვევებში პოსტოპერაციული ლეტალობის მაჩვენებელი 10-32%-ს აღწევს [4]. სწორედ ამიტომ სავსებით საფუძვლიანია ორიენტირება სისხლდენის კონსერვატული მეთოდებით შეჩერებასა და მისი რეციდივების პროფილაქტიკაზე.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, წარმოდგენილი ნაშრომის მიზანია პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების - ომეპრაზოლისა და რაბეპრაზოლის - ეფექტურობის განსაზღვრა სისხლდენი და პერფორირებული დუოდენური წყლულების კომპლექსური მკურნალობის დროს.

მასალა და მეთოდები. 79 პაციენტს დაუდგინდა თორმეტმოჯა ნაწლავის წყლულის პერფორაციის დიაგნოზი. ასაკი მერყეობდა 16-დან 77 წლამდე, მათ შორის მამაკაცი - 72(91,1%), ქალი - 7(8,8%). ადგილობრივი შემოუფარგლავი პერიტონიტი აღინიშნა 37 (46,89%) შემთხვევაში, ხოლო დიფუზური და გავრცელებული - 42 (53,11%). გავრცელებული პერიტონიტის რეაქტიული ფაზა აღნიშნებოდა 22 (52,3%) ავადმყოფს, ტოქსიური — 18-ს (42,8%), ხოლო ტერმინალური — 2-ს (4,7%). ყველა შემთხვევაში გაკეთდა ოპერაცია: 77 (97,4%) ულცეროზოზა, ხოლო 2 დანარჩენ შემთხვევაში პერფორირებული ხვრელის გაკერვა და გასტროენტეროანასტომოზი ბრაუნის შერთულით. აღნიშნული ოპერაციის სახის არჩევა განაპირობა პილორუსის მკვეთრმა შევიწროვებამ პერფორირებული დეფექტის გაკერვის შემდგომ. ადრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში გარდაიცვალა ხანდაზმული ასაკის 2 (2,5%) ავადმყოფი. სიკვდილის მიზეზი იყო გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემების თანმხლების დაავადებების დეკომპენსაცია გავრცელებული პერიტონიტის ფონზე.

124 პაციენტი კლინიკაში მოთავსდა წყლულოვანი ეტიოლოგიის გასტროდუოდენური სისხლდენის დიაგნოზით (ენდოსკოპიური გამოკვლევით ჭარბობდა თორმეტმოჯა ნაწლავის ბოლქვის უკანა-მედიალური კედლის წყლული 89%). ასაკი 19 — 82 წელი. მამაკაცი - 105(84,6%), ქალი - 19(15,3%).

ყველა პაციენტს უტარდებოდა ტესტები ჭელიცობაცტერ პულორი-ს (ჭპ) სპეციფიური ანტი-სხეულების აღმოსაჩენად იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდის გამოყენებით (ფირმა ჭოფფმან - გალსპე ტესტ-სისტემები). დადებითი შედეგები მიღებული იყო 97,6% შემთხვევაში [1].

უახლოეს პოსტოპერაციულ პერიოდში და სისხლდენის შეჩერების შემდგომ საყოველთაოდ მიღებულ სამკურნალო ღონისძიებებთან (პერიტონიტის მკურნალობის ტრადიციული კომპლექსი, სისხლდენი წყლულის ენდოსკოპიური დიათერმოკოაგულაცია, ჰემოსტაზური თერაპია, ჰემოტრანსფუზია მოცირკულირე სისხლის მოცულობის, ჰემოდინამიკური და ჰემატოლოგიური პარამეტრების აღდგენის მიზნით და სხვ.) ერთად, ავადმყოფებს ენიშნებოდათ საინექციო ფორმის ანტაციდური პრეპარატები, ხოლო მე-3-4 დღიდან აღნიშნული პრეპარატები იცვლებოდა

ფირმა „გამა“-ს (საქართველო) მიერ წარმოებული ულცეპრაზოლისა (რაბეპრაზოლი) და გამაპრაზოლის (ომეპრაზოლი) პერორალური მიღებით, რასაც ასევე ემატებოდა ანტიბაქტერიული პრეპარატები შესაბამისი სქემის მიხედვით.

მიღებული შედეგები და მათი განხილვა.

პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები წარმოადგენენ მძლავრ ანტისეკრეტორულ ფაქტორებს, რომლებიც იწვევენ კუჭის სეკრეციის დათრგუნვას „პროტონული ტუმბოს“ ინჰიბიტორებისა და H, K, ატფ-აზას აქტივობის დამუხრუჭების გზით კუჭის პარიეტულ უჯრედებში, რაც საბოლოო ჯამში განაპირობებს მარილმჟავის წარმოქმნის საბოლოო ფაზის ბლოკირებას.

ომეპრაზოლისა და რაბეპრაზოლის სადღეღამისო დოზა შეადგენდა 40 მგ-ს, ხოლო მკურნალობის კურსის ხანგრძლივობა 25-30 დღეს. 61% შემთხვევაში ვიყენებდით ომეპრაზოლს, ხოლო 39%-ში — რაბეპრაზოლს.

დღეისათვის გამოქვეყნებულია შრომათა დიდი რაოდენობა, რომლებიც ეძღვნება ჰელიკობაქტერიოზის პრაბლემას. სარწმუნოდ არის დადგენილი ცპ-ს მნიშვნელობა სხვადასხვა გასტროდუოდენური პათოლოგიისა და განსაკუთრებით წყლულოვანი დაავადების განვითარებაში. ამასთან დაკავშირებით წყლულოვანი დაავადების მკურნალობის დროს პირველხარისხოვან მნიშვნელობას იძენს Hp-ს ერადიკაციასთან დაკავშირებული პრობლემა [7].

ომეპრაზოლი და რაბეპრაზოლი, როგორც პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები, თრგუნავენ რა მუავა-პეპტიურ ფაქტორს მონოთერაპიის დროსაც კი ავლენენ კარგ ანტიულცერულ ეფექტს, ამასთანავე ზრდიან რა კუჭის PH-ს ქმნიან განსაკუთრებით ხელსაყრელ პირობებს ანტიბიოტიკების მოქმედებისათვის [6,8].

Hp-ს ერადიკაციის მიზნით ავადმყოფები ოპრაციული ჩარევისა და სისხლდენის შეჩერების მე-3 - 4 დღიდან პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორებთან ერთად იღებდნენ ანტიბაქტერიულ პრეპარატებსაც (ამოქსაცილინი 1000მგ + მეტრონიდაზოლი 500 მგ, ან ამოქსაცილინი 1000მგ + კლარიტრომიცინი 500 მგ ორჯერ დღეში) 8-10 დღის განმავლობაში. ანტიულცერული მკურნალობის დაწყებიდან 5-6 კვირის შემდეგ ჩატარებულმა საკონტროლო ენდოსკოპიურმა გამოკვლევებმა გამოავლინა, რომ 181 (89,16%) ავადმყოფს წყლული შეუბოროცდა, ხოლო დანარჩენ შემთხვევებში დაფიქსირდა წყლულის ზომებში შემცირება და წყლულოვანი დაავადების სიმპტომების კუპირება. ავადმყოფებს ეძლეოდათ რეკომენდაცია გაემეორებინათ მკურნალობის აღნიშნული კურსი წელიწადში ორჯერ სეზონურად 2-3 წლის განმავლობაში.

შორეული შედეგები შესწავლილ იქნა 153 შემთხვევაში 1-4 წლის ვადაში. შეუბოროცებელი წყლული და წყლულოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსი დაფიქსირდა 16 (10,4%) პაციენტთან. მათ შორის 5-ს გაუკეთდა კუჭის რეზექცია, 1 ავადმყოფს სისხლდენის ფონზე, დანარჩენებს - გეგმიურად.

ამრიგად, წყლულოვანი ეტიოლოგიის გასტროდუოდენური სისხლდენებისა და პერფორირებული წყლულების დროს მედპერსონალის უმთავრესი ამოცანა ბუნებრივია პაციენტის სიცოცხლის გადარჩენა, რასაც სავსებით უწყობს ხელს მინიმალური ოპერაციული ჩარევა ულცეპრაზოლის სახით და სისხლდენის შეჩერების კონსერვატიული მეთოდების გამოყენება. თუმცა შემდგომში აუცილებლად მიგვაჩინა სრულყოფილი ანტიულცერული მკურნალობის სრული კურსის ჩატარება, რათა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი რეციდივის განვითარების რისკი და ალბათობა.

ომეპრაზოლსა და რაბეპრაზოლს, როგორც ეფექტურ და თანამედროვე ანტიულცერულ პრეპარატებს, დიდი როლი ენიჭებათ მუავადამოკიდებული პათოლოგიების მკურნალობის პროცესში. ისინი, ანტიბაქტერიულ პრეპარატებთან ერთად გართულებული წყლულოვანი დაავადების ანტიჰელიკობაქტერიული მკურნალობის ძირითად კომპონენტს შეადგენენ.

ლიტერატურა:

1. ასათიანი გ. იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდით *Helicobacter pylori*-ს გამოვლენის მნიშვნელობა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პათოლოგიის დროს // მედ. მეცნ კანდ. დის. ავტორეფერატი. თბილისი, 1994.
2. Безбородный С.Д. Комбинированная антихеликобактериальная терапия язвенной болезни: эффективность, фармако-экономический аспект и влияние на качество жизни пациентов. // Рос. гастроэнтеролог. журн. 2000; 2: 41-47.
3. Борисов А.Е., Мишин С.Е., Пепехонов С.И. и др. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв. // Эндоскоп. хир. -2000.-3. С.16-20.
4. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. М.: Медицина; 1987.
5. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г. Осложнённые гастродуоденальные язвы. // Хирургия. 2005.- 3.-С.27-29.
6. Gisbert J.P., Pajares J.M. Helicobacter pylori infection and perforated peptic ulcer prevalence of the infection and role of antimicrobial treatment. *Helicobacter*. 2003; 8(3): 153-67.
7. Vaira D., Gatta L., Ricci C. et al. Peptic ulcer and Helicobacter pylori: update on testing and treatment. *Postgrad. Med.* 2005; 117:17-22.
8. Vanis N., Salaka U., Pasali G. The Role of omeprazole in the eradication of Helicobacter pylori in patients with duodenal ulcer. *Med. Arch.* 2000; 54(2):83-6.

Tokhadze I, Gopodze I, Asatiani G, Toloraia P, Khucishvili K.

APPLICATION OF PROTON PUMP INHIBITORS IN THE TREATMENT OF COMPLICATED DUODENAL ULCERS.

Department of surgery. TSMU

We report treatment results of complicated duodenal ulcer with omeprazole and rabeprazole.

79 patients with perforated ulcer were operated; in 124 cases of ulcerous duodenal bleeding, haemostasis was reached with conservative methods.

All the patients were tested on the presence of *Helicobacter pylori* with immunofluorescent analysis method.

After the operation and haemostasis, from the fourth to the fifth day, in all cases PPI in combination with antibiotics was prescribed. The results of investigations showed that in 89% of patients duodenal ulcers healed, and ulcers decreased in size in the rest of the patients.

These results confirm that PPI-antibiotic treatment scheme is effective in the management of complicated duodenal ulcers.

თოხაძე ლ., ცხვედიანი რ., დემეტრაშვილი ზ., გოფოძე ლ., ასათიანი გ.

კუჭის ეოზინოფილური გრანულომა

თსსუ. ქირურგიის დეპარტამენტი

შქსპალ. ეოზინოფილური გრანულომა გიგანტური რეტიკულური უჯრედებისა და შემადგენელი ქსოვილის შრეებისაგან წარმოქმნილ ინფილტრატს წარმოადგენს. შრეებს შორის განლაგებულია დიდი რაოდენობით ეოზინოფილები.

დაავადება უხშირესად აზიანებს ძვლოვან სისტემას, თუმცა შესაძლებელია სხვა ორგანოებსა და ქსოვილებშიც შეგვხვდეს, მათ შორის კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში. (9,13).

კუჭის ეოზინოფილური გრანულომის კლინიკური გამოვლინების მრავალფეროვნებამ განაპირობა ამ დაავადების დასახელებათა მრავალგვარობაც: ეოზინოფილური გასტრიტი, ანთებითი ფსევდოსიმსივნი, ეოზინოფილური ადენოპაპილომატოზი, სიმსივნის მსგავსი გასტრიტი და სხვ. (4). დღეისათვის საყოველთაოდ არის აღიარებული კონცეფცია, რომლის თანახმადაც კუჭის ეოზინოფილური გრანულომა მიეკუთვნება რეტიკულოპლასტიციტოზების რიცხვს და ითვლება მათ შორის ყველაზე კეთილთვისებიან დაავადებად (2,3). საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით იგი განეკუთვნება სისხლმზადის სისტემისა და ლიმფოიდური ქსოვილის დაავადებებს (1).

კუჭის ეოზინოფილური გრანულომის ეტიოლოგია და პათოგენეზი დღემდე საბოლოოდ არ არის მიგნებული. სავარაუდოდ არსებობს მრავალი მიზეზი, რომელთაც კუჭის ეოზინოფილური გრანულომის განვითარების უნარი გააჩნიათ, მათ შორის, უხშირესად - კუჭის კედელში საკუთარი შიგთავსის მოხვედრამ ადრე არსებული მწვავე ან ქრონიკული წყლულის გამო. პარაზიტებით ინვაზია, ასევე, იწვევს ეოზინოფილით მიმდინარე ანთებით რეაქციას (10,12). ეყრდნობიან რა იმ გარემოებას, რომ კუჭის კედელში მიმდინარე ცვლილებები რიგ შემთხვევებში შერწყმულია ალერგიულ რეაქციებთან, ზოგი ავტორი მიიჩნევს, რომ დაავადების საფუძველს წარმოადგენს

ალერგია ან აუტოაგრესიული ალერგენები, რაც პროცესის იმუნურ ხასიათზე მიუთითებს. დაავადების ალერგიული ბუნების სასარგებლოდ მეტყველებს ის გარემოებაც, რომ ეოზინოფილია მცირდება სტეროიდული პრეპარატების გამოყენების ფონზე და მატულობს რეციდივების შემთხვევაში (5,6).

დაავადება იშვიათია, მოიცავს ყველა ასაკობრივ ჯგუფს, თუმცა შედარებით ხშირად 30-60 წლის მამაკაცებს შორის გვხვდება (6,8).

არსებობს კუჭის ეოზინოფილური გრანულომის ორი ფორმა. ლოკალური ფორმის დროს პათოლოგია მოიცავს კუჭის პილორული ან პრეპილორული ნაწილის ლორწოვან შრეს და წარმოდგენილია კვანძის ან პოლიპის სახით. დიფუზურ-ინფილტრაციული ფორმა კლინიკურად გამოვლინდება კუჭის კედლის, ზოგჯერ კი წვრილი ნაწლავის დიფუზური ინფილტრატის სახით, რასაც ხშირად თან ახლავს ლორწოვანის დაწყლულება, სისხლდენა ან კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის შევიწროვება. დაავადების ორივე ფორმა თითქმის ერთნაირი სიხშირით გვხვდება (7,11).

რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს დაავადების ლოკალური ფორმების შემთხვევაში კუჭის ანტრალურ ნაწილში აღინიშნება მკვეთრ კონტურებიანი აესების დფექტი. იშვიათ შემთხვევებში კუჭის ეოზინოფილური გრანულომა შეიძლება შერწყმული იყოს წყლულთან ან კუჭის კიბოსთან, თუმცა თავად არასდროს განიცდის მალიგნიზაციას. ინფილტრაციული ფორმის დროს დაზიანებულ უბანში აღინიშნება კუჭის კედლის რიგიდობა და პერისტალტიკის შენელება. გასტროფიბროსკოპია ბიოფსიით საშუალებას გვაძლევს ზუსტად დავადგინოთ დიაგნოზი მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ბიოპტატში მოხვდა ლორწოვან შრე გრანულომის ქსოვილთან ერთად.

თუ კუჭის ეოზინოფილური გრანულომის დიაგნოზი დადასტურებულია, მიმართავენ კონსერვატიულ თერაპიას დიეტის, რკინის პრეპარატების, სტეროიდული ჰორმონებისა და ზოგჯერ ანტიბიოტიკების გამოყენებით. არასრულყოფილი დიაგნოზისა და ისეთი გართულებების არსებობის შემთხვევაში, როგორებიცაა სისხლდენა ან პილოროსტენოზი ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა. (4,14).

კუჭის ეოზინოფილური გრანულომის პროგნოზი კეთილსაიმედოა. რეციდივები უხშირესად აღინიშნება დიფუზურ-ინფილტრაციული ფორმის დროს, ზოგჯერ მრავალწლიანი რემისიის შემდეგაც. ამ დროს დაზიანება ლოკალური ხასიათისაა და შეიძლება შეგვხვდეს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სრულიად სხვა ნაწილში.

ნაშრომის მიზანია სხვადასხვა პროფილის ექიმებს გააცნოს აღნიშნული დაავადება, რაც, ჩვენი აზრით, ხელს შეუწყობს გარკვეული გამოცდილების დაგროვებას ამ იშვიათი დაავადების დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების თვალსაზრისით.

წარმოგიდგენთ კუჭის ეოზინოფილური გრანულომის კლინიკურ შემთხვევას:

ავადმყოფი ქალი, 48 წლის, მოთავსდა თსსუ ცენტრალური საუნივერსიტეო კლინიკის ზოგადი ქირურგიის დეპარტამენტში 01.06.2006 წელს. შემოსვლისას უჩიოდა ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, პირღებინებას საკვების მიღების შემდეგ, წონაში დაკლება. ანამნეზის ხანგრძლივობა ერთ წელზე მეტია. უკანასკნელი 10 დღის განმავლობაში ზოგადი მდგომარეობა გაუარესდა, მოიმატა ტკივილის ინტენსივობამ და დაეწყო პირღებინება.

კლინიკაში შემოსვლისას ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა საშუალო სიმძიმის იყო, მუცლის ღრმა პალპაციით აღინიშნებოდა მტკივნეულობა ეპიგასტრიუმში, ღვიძლი და ელენთა არ იყო გადიდებული. სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე. გასტროფიბროსკოპია: პილოროანტრალურ ნაწილში აღინიშნებოდა ლორწოვანი გარსის რიგიდული გამობერილობა პილორუსის მკვეთრი შევიწროვებითა და ლორწოვანი გარსის შეშუპებით. ბიოფსია არ იქნ ნაწარმოები აღნიშნულ უბანში ლორწოვანის დაწყლულებისა და სისხლდენის განვითარების მაღალი რისკის გამო. წინასწარი დიაგნოზი: კუჭის ანტრალური მიდამოს სიმსივნე.

ენდოტრაქეული ნარკოზის ქვეშ 04.06.2006 გაკეთდა ლაპაროტომია. პილოროანტრალურ ნაწილში აღინიშნებოდა კუჭის კედლის გასქელება, პილორუსის სტენოზი. სეროზული გარსი ასევე გასქელებულია და მიხორცებულია ირგვლივმდებარე ქსოვილებთან. ხილული მეტასტაზები მუცლის ღრუში არ აღინიშნება. გაკეთდა კუჭის სუბტოტალური რეზექცია. ჰისტოპათომორფოლოგიური კვლევით დადგინდა: სიმსივნური ნარმონაქმნი შედგება გაჯირჯვებული შემაერთებული ქსოვილისაგან, რომელიც დიფუზურადაა ინფულტრირებული ეოზინოფილური გრანულოციტებით. დასკვნა: კუჭის ეოზინოფილური გრანულომის დიფუზურ-ინფილტრაციული ფორმა.

ავადმყოფი გაენერა კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში. ოპერაციიდან 6 თვის შემდეგ ჩივილი არ აქვს. წარმოებული საკონტროლო გამოკვლევებით კუჭის კედელში ორგანული ცვლილებები არ გამოვლინდა. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

ლიტერატურა:

1. Амиралиси М.А., Алексеев В.И., Гуров П.И. //Вестн.хир.1980.- №4.- С.85-86.
2. Бенцианова В.М., Устинова В.Ф., Подлишук Е.Л. //Сов.мед.-1975.-№9.-С. 118-122.
3. Подлишук Е.Л., Устинова В.Ф. //Мед.радиол.- 1975.- №3.- С.23-26.
4. Понамарев А.А., Курьгин А.А. Редкие неопухольевые заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Ленинград 1987, С.230.
5. Bogomoletz W.V.Les gastroenteritis a eosinophiles. Frch. Fr. Mal. App. Dig. 1976, t.65, №3, p. 342-351.
6. Cao G., Luo H., Cao Z. Digestion.2005, vol. 71, №3, p. 176-178.
7. Gldberg Y.I., O'Keiffe D., Jenis E.H. Amer. J. Roentgenol.1973,

- vol.119, p.342-351.
8. Klein N.C., Hargrow R.I., Sleisenger M.H. Medicine(Baltimore), 1970,vol.49, p.299-319.
9. Lee G.H., Han H.S., Kim Y.W. Surg.Tech.A. 2003,vol.13, p.349-353.
10. Pitchumoni C.S., Deanari A.C., Burke A.V. J.A.M.A. 1970, vol.211, p.1180-1184.
11. Riew D., Donadio D., Lesbros D. Arch. Fr. Pediatr., 1979, vol.36, p.396-403.
12. Ureles A.L., Alschibaia T., Lodico T. Amer. J. Med., 1961, vol.30, p.899-909.
13. Van Rensburg L.G., Keet A.D., Adams G. J. Surg. Oncol. 1986, vol.31, №2, p.143-147.
14. Xoh H., Wastugoe S., Ohsako T. Htpatogastroenterology. 2001, vol.48, p.606-608.

Tokhadze I., Tsxvediani R., Demetrashvili Z., Gopodze L., Asatiani G.

EOSINOPHILIC GRANULOMA OF THE STOMACH

Department of surgery. TSMU

We report a rare case of eosinophilic granuloma of the stomach. A 48 year-old women was admitted to general surgery department to undergo surgery for gastric tumor. During previous year the patient had symptoms of pylorostenosis. Radiologic and endoscopic examination showed a tumorous infiltration of the pyloroantral part with deep ulceration. After preoperative preparation subtotal gastrectomy was performed as gastric cancer was strongly suspected. The gross appearance of the tumor resembled gastric cancer, but the histological diagnosis revealed eosinophilic granuloma. If submucosal tumor of the stomach is suspected, eosinophilic granuloma should be considered as one of the differential diagnoses. Endoscopic biopsy of submucosal tissue helps to make an accurate diagnosis before surgery and conservative therapy will successfully be used.

ივერიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგებაშვილი ნ., ჯაში ლ., გოგიშვილი ხ.

ზეკომპლექსური კბილების შეხვედრის სინშირე და ტომოგრაფიული თავისებურებანი

თსსუ-ის თერაპიული სტომატოლოგიის დეპარტამენტი, ქართულ-გერმანული დენტალური ინსტიტუტის ცენტრი „HBI-dent“

კბილთა განვითარების ანომალიები არც თუ იშვიათი პათოლოგიაა (1, 3, 4). ჰიპერდონტია პირის ღრუში ზედმეტი კბილების არსებობაა. ასეთ კბილებს სხვაგვარად ზეკომპლექსური კბილები ეწოდება. ჰიპერდონტიის არსებობამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს უამრავი კლინიკური პრობლემის ჩამოყალიბებას.

M. Blake-ის 2001 წლის მონაცემებით ზეკომპლექ-

სურ კბილებს ვხვდებით მოსახლეობის 1-4%-ში ძირითადად მუდმივი, მაგრამ ზოგჯერ ცვლადი თანკბილის დროსაც. ამავე ავტორის მონაცემებით აშშ-ში 2000 სკოლის მოსწავლის გამოკვლევისას აღმოჩნდა, რომ ზეკომპლექსური კბილები აღენიშნებოდა ცვლადი თანკბილის მქონე ბავშვთა 0,8%-ს და მუდმივი თანკბილის 2,1%-ს.

ზეკომპლექსური კბილი შესაძლოა არ ამოიჭრას, არ ჰქონდეს ამა თუ იმ კბილთა ჯგუფისათვის დამახასიათებელი ფორმა და ზომა, შესაძლოა გამოიწვიოს კბილის ან კბილთა ჯგუფების დავიანებული ამოჭრა ან ამოჭრის სრული შეჩერება, რამაც ექიმს შესაძლოა აფიქრებინოს თანდაყოლილ ადენტიზე (2, 4). ზეკომპლექსური კბილი შესაძლოა იყოს ერთი ან მრავალი, განვითარდეს ყბის ძვლის ალვეოლარული მორჩის ნებისმიერ უბანში უნილატერალურად ან ბილატერალურად (1, 3). D.Orth-ის 2001 წლის მონაცემებით მათი უმრავლესობა მაინც ლოკალიზებულია ზედა ყბაზე ფრონტალური კბილების არეში. სქესის მხრივ ზეკომპლექსური კბილების განვითარებაში განსხვავება არ არის. ისინი ვლინდება რენდგენოდიაგნოსტიკით.

ზეკომპლექსური კბილების ჩამოყალიბების ეტიოლოგია სრულად არ არის შესწავლილი. არსებობს მათი განვითარების სხვადასხვა თეორიები. პირველი თეორიის მიხედვით, რომლის ავტორიც პროფესორი M. Garvey-ია, ჰიპერდონტიის მიზეზი არის კბილის ჩანასახის დისტომია. მეორე თეორია კი არის ჰიპერაქტივობის თეორია, რაც იმას ნიშნავს, რომ ზეკომპლექსური კბილების წარმოშობა ხდება დენტალური ფირფიტის დამოუკიდებელი ლოკალური ჰიპერაქტივობის შედეგად. მემკვიდრეობითობის თეორიის მიხედვით ამ ანომალიის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს გენეტიკური ფაქტორები, რადგანაც ზეკომპლექსური კბილები უფრო ხშირად გვხვდება ნათესავებში (2, 3, 4).

M. Blake-მა და D. Orth-ის 1997 წლის მოგვანოდეს ზეკომპლექსური კბილების კლასიფიკაცია ლოკალიზაციისა და ფორმის მიხედვით. ლოკალიზაციის მიხედვით ისინი განასხვავებენ მეზიოდენტს, დისტოდენტს, პარამოლარს.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა ზეკომპლექსურ კბილთა გავრცელება. ამისათვის მოვახდინეთ 1234 პაციენტის პირის ღრუს ინსპექცია და რენტგენოდიაგნოსტიკა. მათ შორის იყო 220 (17,83±0,5%) ბავშვი და 1014 (82,±0,5%) მოზრდილი. იმ პირებს ვისაც აღენიშნებოდათ ზეკომპლექსური კბილების არსებობა, უტარდებოდათ რენტგენოდიაგნოსტიკა ორთოპანტომოგრაფით „Ratograph+“. აღნიშნული პირები აღრიცხვაზე იმყოფებიან თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრასა და ქართულ-გერმანული დენტალური ინსტიტუტის ცენტრში HBI-dent.

გამოკვლევული 220 ბავშვიდან ზეკომპლექსური კბილების არსებობა აღენიშნებოდა 2-ს (0,9±0,3%). ამასთან, M. Blake-ისა და D. Orth-ის კლასიფიკაციის მიხედვით აღნიშნული კბილები იყო დამატებითი ფორმის მეზიოდენტი.

მოზრდილებიდან ზეკომპლექსური კბილების არსებობა აღენიშნებოდა 14-ს (1,38±0,3%). მეზიოდენტი ჰქონდა 4 (0,4±0,03%) პაციენტს, დისტოდენტი - 6-ს (0,58±0,03%), ხოლო პარამოლარი - 4-ს (0,4±0,03%).

4 (0,4±0,03%) მეზიოდენტებიდან 2 იყო დამატებითი ფორმის. მართალია, პაციენტს აღენიშნებოდა მეორადი ადენტია, მაგრამ ანამნეზით ირკვევა, რომ აღნიშნული კბილები იყო ზეკომპლექსური და კბილთა რკალში იდგა გვერდითი საჭრელის უკან, ორალური მხრიდან. რაც შეეხება ორ მეზიოდენტს ისინი იყო კონუსური ფორმის და კბილთა რკალში იდგა მეორე საჭრელსა და ეშვს შორის სასისკენა მხრიდან. ამასთან ოთხივე მეზიოდენტს აღენიშნებოდა კარგად განვითარებული ფესვის არსებობა.

დისტოდენტი აღენიშნებოდა 6 (0,58±0,03%) პაციენტს. მათ შორის 2-ს - ორმხრივად, ხოლო 4-ს ცალმხრივად ზედა ყბაზე. ამასთან აღნიშნულ პაციენტს დისტოდენტი ამოუჭრა 54 წლის ასაკში და ფორმის მიხედვით იგი იყო ბორცვის ტიპის განუვითარებელი ფესვით. აღსანიშნავია, რომ დისტოდენტები გაცილებით მცირე ზომისაა ნორმალურ მოლართან შედარებით.

გამოკვლევულ პაციენტთაგან 4-ს (0,4±0,03%) აღენიშნებოდა პარამოლართა არსებობა. აღნიშნული კბილები ფორმისა და ფესვის განვითარების მიხედვით შეესაბამებოდა პრომოლარს. ამასთან ერთ პაციენტს 34 წლის ასაკში ჩაუტარდა 44-ე კბილის ექსტრაქცია და 2 თვის შემდეგ ამოჭრა დაინყო ზეკომპლექსურმა პარამოლარმა.

წამოგიდგენთ ერთ საინტერესო შემთხვევას: 25 წლის მამაკაცს აღენიშნებოდა 39 კბილის არსებობა. მათ შორის 1 დისტოდენტის, ხოლო 6 პარამოლარის. აქედან 5 ამოჭრილი იყო პირის ღრუში, ხოლო 1 ჩანასახოვან მდგომარეობაში.

ამრიგად, ჩატარებული კვლევის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ გამოკვლევული 1234 პაციენტიდან ზეკომპლექსური კბილების არსებობა აღენიშნებოდა 14-ს ე.ი. 1,13±0,09%-ს. ყველაზე ხშირად ვხვდებით დამატებითი ფორმის ზეკომპლექსურ კბილებს, ყველაზე იშვიათად კი - კონუსურ ფორმისას.

ლიტერატურა:

1. Дистель В.А., Сурцов В.Г., Вагнер В.Д. // Основы ортодонтии, Новгород.- 2001.-с. 66-78, 134-143.
2. Andiauw R.J., Rock W.P. A manual of pediatric dentistry // New York, 1996, p. 156.
3. Lui J.F., Characteristics of premaxillary supernumerary teeth: a survey of 112 cases // ASDC J Dent Child, 1995, N62, p.262-265.
4. Scheiner M.A., Sampson W.J. Supernumerary teeth: a review of the literature and four case reports // Aust Dent J 1997, N 42, p. 160-165.

Iverieli M.B.; Abashidze N.O.; Gogebashvili N.N.; Jashi L.M.; Gogishvili Kh.B.

SPREAD OF SUPERNUMERARY TEETH AND THEIR TOPOGRAPHICAL PECULIARITIES

TSMU, The Department of Therapeutic Stomatology, Georgian-German Center of Dental Implantation "HBI-dent"

The frequency of the supernumerary teeth was investigated in 1234 patients (220 (17,83%±0,5%) children and 1014 (82,17%±0,5%) adults), with inspection, as well as X-ray examination. The device – orthopantomograph "Rotograph+" was used.

Out of the examined 220 children, 2 of them had the supernumerary teeth. According to the classification of Dr. Blake and Dr. Orth, the extra teeth were supplemental mesiodents.

Out of the examined adults, 14 patients (1,38%±0,3%) had the supernumerary teeth. In 4 cases – mesiodents (0,4%±0,03%), in 6 cases – distodents (0,58%±0,03%), and in 4 cases - paramolars (0,4%±0,03%) were observed.

Among 4 patients (0,4%±0,03%), in 2 cases, the extra teeth were supplemental mesiodents, and the other cases were characterised with conical mesiodents. These teeth were located between incisors and canines facing palate. All of the mesiodents had well developed root.

In 6 cases (0,58%±0,03%) the distodents were revealed. In two cases these teeth were located on the both sides of the upper jaw. It is worth noting, that the distodents are smaller, than molars.

The paramolars were observed in 4 (0,4%±0,03%) cases. The anatomy of the root and crown of these teeth looks like the premolars.

Thus, 14 cases (1,13%±0,09%) of hyperdentia were observed among the 1234 patients and the supplemental mesiodent was more frequent, than the conical one.

ირემაშვილი ბ., დათუნაშვილი ი., დათუაშვილი გ., საგინაშვილი ლ.

რესპირატორული უკმარისობა მენავა პანკრეატიტის დროს

ქ. თაილისის სახელმწიფო საავადმციონო უნივერსიტატი, ქირურგიის დეპარტამენტი №1

თემის აქტუალობა: პოლიორგანულ უკმარისობათა ფართო სპექტრის [4,8,11], მკურნალობის სირთულისა და მაღალი ლეტალური მაჩვენებლების (20-40%) [2,8,1,7] გამო მწვავე პანკრეატიტი (მპ) კვლავ რჩება კლინიკური და ექსპერიმენტული კვლევის აქტუალურ პრობლემად [4,9,10].

ორგანიზმზე პანკრეატოგენული ფერმენტების ზოგად აგრესიას მოსდევს ტოქსიური ფაქტორების [14], ანთებითი მედიატორებისა და ციტოკინების მოჭარბებული გამოთავისუფლება [13]. ჟანგვა-აღდგენით ჰომეოსტაზს არღვევს პროოქსიდაციური

სისტემის გაბობოქრება [3]. ანთებითი მედიატორების პარალელურად ისინი განაპირობებენ პანკრეასსა [5] და მეორად სამიზნე ორგანოებში [6] სერიოზულ მორფოფუნქციურ ცვლილებებს, რასაც საბოლოოდ მოსდევს პოლიორგანული უკმარისობა [12,5], მკურნალობის უეფექტობა, ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები.

გამომდინარე აქედან, ცხოველ ინტერესს იძენს მწვავე პანკრეატიტის დროს ჟანგვა-აღდგენითი პროცესების სუბუჯრედულ და მოლეკულურ დონეზე მიმდინარე დარღვევების მექანიზმების შესწავლა.

კვლევის მიზანი: შრომის მიზანს წარმოადგენს რესპირატორული უკმარისობის პათოგენეზში პროოქსიდაციური სისტემის როლის გამოკვლევა მწვავე ექსპერიმენტული პანკრეატიტის დროს.

კვლევის ამოცანები: ა) მწვავე პანკრეატიტის დროს სისხლში პრო და ანტიოქსიდაციური სისტემის ცვლილებების შესწავლა; ბ) ფილტვებში ჟანგვა-აღდგენითი ჰომეოსტაზის დარღვევით გამოწვეული პათომორფოლოგიური ძვრების დადგენა.

მასალა და მეთოდები: ექსპერიმენტული კვლევაში ტარდებოდა ლაბორატორიულ ზრდასრულ მამრ ვირთაგვებზე. მწვავე პანკრეატიტის ვინვედით ცხოველის 100 გ წონაზე 250 მგ L-არგინინის 20%-იანი ხსნარის (SIGMA) პერიტონეუმის ღრუში ორჯერადი ინექციით 30 წუთიანი ინტერვალით. პრეპარატები მუშავდებოდა ცხოველის დეკაპიტაციისა და დესანგინაციის შემდეგ. გამოყენებული იყო ფორმალინის 12%-იანი ხსნარი, ჰემატოქსილინ-ეოზინი და სინათლის მიკროსკოპი.

სუპეროქსიდდისმუტაზას, პლაზმის გლუტათიონრედუქტაზას და კატალაზას შესასწავლად გამოყენებული იყო Fried-ის და H. Aebi-ის მოდიფიცირებული მეთოდები, რეაქტივთა კომპლექსი „Glutathione Reductase Assay Kit Product Code GR-SA Technical Bulletin No. MB-765“ (SIGMA) და აპარატი Microplate reader Multiscan (Finland). ექსპერიმენტში წარმოებდა ელექტრონულ-პარამაგნიტური რეზონანსის (ეპრ) სპექტროსკოპული კვლევები, რომლებიც ტარდებოდა რადიოსპექტრომანომეტრზე P3-1307 (რუსეთი) თხევადი აზოტის -196° C ტემპერატურაზე.

სისხლში და ფილტვის ქსოვილში ლიპოპეროქსიდრადიკალების (LOO), აზოტის ჟანგის (NO) და სუპეროქსიდრადიკალების განსაზღვრისთვის გამოიყენებოდა სპინ-ხაფანგები: N-ტერტფენილ-α-ბუტილნიტრონი (PBN) (SIGMA), ნატრიუმის დიეთილდითიოკარბამატი (DETC) (SIGMA), Fe²⁺-ციტრატი და 5,5 დიმეთილ-I-პიროლინ-IV-ოქსიდი (DMPO) (SIGMA).

სტატისტიკური დამუშავება: შედეგების დამუშავებისთვის გამოყენებული იქნა T-test.

კვლევის შედეგები: ექსპერიმენტული კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ანტიოქსიდაციური სისტემა მწვავე პანკრეატიტის დასაწყისიდანვე განიცდის ინაქტივაციას (ცხრილი №1).

აღნიშნული ცვლილებების პარალელურად კი მკვეთრად აქტიურდება პროოქსიდაციური სისტემა.

№2 და №3 ცხრილების მონაცემები ასახავენ

ცხრილი 1. ანტიოქსიდანტური სისტემის მდგომარეობა სისხლში მწვავე პანკრეატიტის დროს

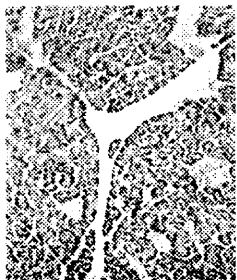
ცხოველთა ჯგუფები	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
SOD (U/ml)	1.8±0.14	1.75±0.11 p2,1<0,005	1.15±0.25 p3,1<0.05	1.25±0.32 p4,1<0.05	0.98±0.19 p5,1<0.05	0.45±0.15p 6,1<0,5	0,42±0.0 9p7,1<0,5	0,31±0.1 p8,1<0,5	1,53±0.1 p9,1<0,005
კატალაზა (U/mgp)	9.89±1.04	2.54±1.1 p2,1<0,5	4.18±0.84 p3,1<0.01	5.18±0.55 p4,1<0.05	6.71±1.11 p5,1<0.05	12.35±3.24 p6,1<0,01	10.21±3.45 p7,1<0,01	6.25±1.78 p8,1<0,05	6.95±0.69 p9,1<0,05
გლუტათიონრედუქტაზა	0.87±0.07	1.15±0.78 p2,1<0,5	1.46±0.45 p3,1<0.1	0.79±0.04 p4,1<0.01	0.97±0.14 p5,1<0.0 5	1.65±0.19 p6,1<0,05	0,88±0.04 p7,1<0,00 5	0,80±0.09 p8,1<0,001	0,95±0.11 p9,1<0,005

ცხრილი 2. პროოქსიდანტური სისტემის მდგომარეობა სისხლში

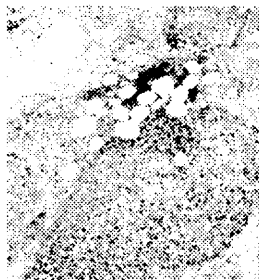
ცხოველთა ჯგ.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
LOO [•]	-	3±0.7	3±0.5	5±0.2	9.8±1,3	11,5±0.7	8±0.7	15±0,5	8±0.6
NO	7±1.4	14.5±1.7	8.75±0,4	11.7±1,5	8.5±0,3	9±0.7	10±1,5	4±0.5	8±0.5
O ₂ ⁻	-	-	6.75±0.5	6.5±0.6	6.75±0.6	14.5±0.4	6±0.7	18±0.9	6±0.7

ცხრილი 3. პროოქსიდანტური სისტემის მდგომარეობა ფილტვის ქსოვილში

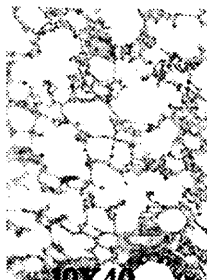
ცხოველთა ჯგ.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
LOO [•]	-	6.5±0.5	10±0.2	12±0.6	13±0.7	8±0.5	8±0.1	9±0.6	6±0.9
NO	28±1.26	35±2.6	65±1.7	16.5±1,5	18±1.7	38±2.6	36±1.7	22±1.6	40±2.6



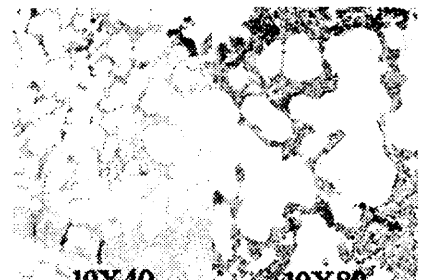
სურ. 1 ნორმა



სურ. 2 მწვავე პანკრეატიტი



სურ. 3 ნორმა
10X40



სურ. 4 მწვავე პანკრეატიტი
10X40 10X80

პროოქსიდანტური სისტემის გააქტიურების პროცესს. LOO[•], NO და O₂⁻ დავადების ხანდაზმულობისა და სიმძიმის პარალელურად მატულობს.

ფილტვის ქსოვილის ეპრ სპექტრში პანკრეატიტის დასაწყისიდანვე ვლინდება პეროქსილიპიდების სიგნალების მაღალი ინტენსივობა. ეს მოწმობს პროოქსიდანტების უშუალო კავშირზე ფილტვის ქსოვილში მიმდინარე დესტრუქციულ პროცესზე და განპირობებულია ანთების უჯრედების ჰიპერაქტივობით. გააქტივებული მაკროფაგები და ლეიკოციტები ახორციელებენ რა ჟანგბადის და ჰიდროქსილრადიკალების სინთეზს, პოლიუჯერ ცხიმოვან მუყავეზე ზემოქმედებით განაპირობებენ თავისუფალი რადიკალების გამოთავისუფლებას. მწვავე პანკრეატიტის დროს ფილტვებში პათომორფოლოგიური დარღვევები იწყება სწორედ პირველადი სამიზნე ორგანოდან სისხლის და ლიმფის საშუალებით ანთების მედიატორების გავრცელების შემდეგ, რომელსაც მოსდევს ორგანიზმის ძლიერი ოქსიდანტური სტრესი და შედეგად რეაქციებში თავისუფალი რადიკალების მასიური ჩართვა.

მორფოლოგიურმა კვლევამ (სურათები 1-4) დაადასტურა, რომ მწვავე პანკრეატიტის დროს ადგილი აქვს ფილტვის ქსოვილის ნეიტროფილებით ინფილტრაციას. ისინი მაკროფაგებთან ერთად ჭარბად პროდუცირებენ ანთების მედიატორებს, ციტოკინებს და პროოქსიდანტებს. მათი ზემოქმედებით მკვეთრად იზრდება სისხლძარღვთა განვლადობა, რომლის შედეგად უჯრედშორის სივრცეში გადადიან სისხლის ფორმიანი ელემენტები, მიკროელემენტები, სითხე, ცილები. ამას შედეგად მოჰყვება ფილტვების შეშუპება, ალვეოლათაშორისი ძგიდეების გასქელება და დესტრუქცია. პანკრეონეკროზის დროს კი - ფილტვის მცირე კალიბრის სისხლძარღვებში გამოხატული სლაჯფენომენი.

აღნიშნული ცვლილებები მკვეთრად ამცირებენ ფილტვის სასუნთქ ზედაპირს. რაც კლინიკურად გამოვლინდება რესპირატორული უკმარისობის სახით. მძიმე მწვავე პანკრეატიტის დროს ადგილი აქვს სწორედ სუნთქვის ორგანოთა უკმარისობას და სისხლის ჟანგბადით გაჯერების დეფიციტს.

დასკვნა: მწვავე პანკრეატიტის სიმძიმის ხასრისხის მომატებასთან ერთად ადგილი აქვს თავისუფალ-რადიკალური ჟანგვითი პროცესების გააქტივებას და სისხლის ანტიოქსიდანტური სისტემის ინაქტივაციას. ჟანგვითი მეტაბოლიზმის დარღვევა მწვავე პანკრეატიტის პათოგენეზის უმნიშვნელოვანეს რგოლს წარმოადგენს და პანკრეასსა და მეორად სამიზნე ორგანოების, კერძოდ ფილტვის ქსოვილში პათომორფოფუნქციური ცვლილებების ჩამოყალიბებას განაპირობებს. მწვავე პანკრეატიტის დროს გააქტივებული პროოქსიდაციური სისტემის აგრესიას შედეგად მოჰყვება ფილტვების შეშუპება, რაც მკვეთრად ამცირებს ფილტვის სასუნთქ ზედაპირს, იწვევს სისხლის ჟანგბადით გაჯერების დეფიციტს და აყალიბებს რესპირატორულ უკმარისობას.

ლიტერატურა:

1. В.С.Савельев, М.И.Филимонов, Б.Р.Гельфанд, С.З.Бурневич, П.А.Соболев. Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита. Анналы хирургической гепатологии. 1996.-1.-С.58-61.
2. Adler DG, Chari ST, Dahl TJ, Farnell MB, Pearson RK. Conservative management of infected necrosis complicating severe acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2003;98:98-103. Aird WC. The role of the endothelium in severe sepsis and multiple organ dysfunction syndrome. *Blood* 2003;101:3765-3777
3. Andrzejewska A., Jurkowska G. Nitric oxide protects the ultrastructure of pancreatic acinar cells in the course of caerulein-induced acute pancreatitis. *J. exp. Path.* 1999 (80), 317-324
4. Balthazar E, Freeny P, van Sonnenberg E. Imaging and intervention in acute pancreatitis. *Radiology* 1994;193:297-306
5. Bhatia M, Slavin J, Cao Y, Basbaum AI, Neoptolemos JP. Preproachykinin-A gene deletion protects mice against acute pancreatitis and associated lung injury. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2003; 284:G830-G836.
6. Cryer HG Leong K, McArthur DL, Demetriades D, Bongard FS, Fleming AW, Hiatt JR, Kraus JF. Multiple organ failure: by the time you predict it, it's already there. *J Trauma* 1999;46:597-606.
7. Gloor B, Müller C, Worni M, et al. Late mortality in patients with severe acute pancreatitis. *Br J Surg* 2001;88:975-9.
8. Gullo L, Migliori M, Olah A, Farkas G, Levy P, Arvanitakis C, Lankisch P, Beger H. Acute pancreatitis in five European countries: etiology and mortality. *Pancreas* 2002;24:223-227.
9. Ranson JHC. Diagnostic standards for acute pancreatitis. *World J Surg* 1997;21:136-142
10. Smotkin J, Tenner S. Laboratory Diagnostic Tests in Acute Pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 2002;34:459-462.
11. Tenner S, Sica G, Hughes M, Noordhoek E, Feng S, Zinner M, Banks PA. Relationship of necrosis to organ failure in severe acute pancreatitis. *Gastroenterology* 1997;113:899-903.
12. Wolk K, Ducke W-D, von Baehr V, Volk HD, Sabat R. Impaired antigen presentation by human monocytes during endotoxin tolerance. *Blood* 2000;96:218-223.
13. Xing Z, Gauldie J, Cox G, Baumann H, Jordana M, Lei XF, Achong MK. IL-6 is an anti-inflammatory cytokine required for controlling local or systemic acute inflammatory responses. *J Clin*

Invest 1998;101:311-320.

14. Yonetsu N, Oruc N, Ozutemiz AO, Celik HA, Yuce G. Effects of mast-cell stabilization in cerulein-induced acute pancreatitis in rats. *Int J Pancreatol* 2001;29:163-171.

Iremashvili B., Datunashvili L., Datuashvili G., Saginashvili L.

RESPIRATORY FAILURE AT AN ACUTE PANCREATITIS.

Tbilisi State Medical University, N1 Department of Surgery, Tbilisi, Georgia .

Acute pancreatitis (AP) in complex with a wide spectrum of multiorgan system disturbances, unexplored complex pathogenesis, physical disabilities, and high mortality rate, still remains an issue of importance for clinical and experimental researches.

OBJECTIVE: The Study of pro-oxidant role in the pathogenesis of respiratory failure in AP.

MATERIAL: Experimental researches were carried out on puberal laboratory rats.

METHODS: Experimental researches were conducted with paramagnetic resonance techniques of biochemical and morphological investigation. Blood samples and pulmonary tissue were analyzed for oxidative status using EPR-spectroscopy and spin-trap technique.

CONCLUSIONS: It has been demonstrated that, with aggravation of AP inactivation of antioxidant and activation of pro-oxidant systems of the organism occurs. Histopathologic evidence confirmed, that with exacerbation of AP, marked changes, took place in the pulmonary tissue. Inadequate oxidative metabolism contributes to the development of morphologic and functional disturbance of the lungs. Aggression of the activated pro-oxidant system leads to pulmonary oedema that sharply reduces the respiratory area and produces deficiency of blood saturation with oxygen thus resulting in respiratory failure.

კეზელი თ., გონგაძე ნ.

სისხლქარლვთა მარელაქსირეპელი სისტემის ფუნქციის ცვლილება გულს კუნთის ნეკროზულ-ანთეპითი დაზიანების დროს

თსსუ-ის ზარეაქოლოგიის დეპარტამენტი

უკანასკნელ წლებში ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, რომ მიოკარდიუმის სხვადასხვა გენეზის ანთეპითი პათოლოგიის დროს განვითარებული გულ-სისხლქარლვთა მარელაქსირეპელის ცვლილებები შესაძლოა განპირობებული იყოს ენდოთელიუმის დისფუნქციით და ერითროციტების ოსმოსური მდგრადობის შეცვლით (3, 4, 6, 7).

კვლევის მიზანს შეადგენდა სისხლქარლვთა ენდოთელიუმის მარელაქსირეპელი სისტემის ფუნქციისა და ერითროციტების ოსმოსური რეზისტენტობის

ცვლილების შესწავლა გულის კუნთის ადრენალინით გამოწვეული ნეკროზულ-ანთებითი დაზიანების სხვადასხვა პერიოდში.

ცდები ტარდებოდა შინშილას ჯიმის 28 ბოცვერზე წონით 2,5-3,0 კგ. სისხლის არტერიული წნევის (სან) - ელექტრომანომეტრით, ფირმა „სიმენსის“ (გერმანია) გადამცემის გამოყენებით და სისტოლათამორისო ინტერვალების (სი) - კარდიოტაქომეტრით რეგისტრაციას ვანარმოებდით პოლიფიზიოგრაფ „სალუტზე“, ნარკოზის ქვეშ (ნემბუტალი 40 მგ/კგ ინტრაპერიტონეულად) ბარძაყის არტერიაში წინასწარ იმპლანტირებული პოლიეთილენის სილიკონიზირებული კათეტერის საშუალებით, დიამეტრით 2 მმ. პრეპარატების შესაყვანად ვიყენებდით საულლე ვენის ცენტრალურ ბოლოში მოთავსებულ კათეტერს. სისხლძარღვთა მარელაქსირებელი სისტემის ფუნქციას ვიკვლევდით ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის ინტრავენური შეყვანით (0,05 მგ/კგ) გამოწვეული ვაზოდილატაციით, რომლის მექანიზმი, როგორც ცნობილია (6) რეალიზდება სისხლძარღვთა გლუვ კუნთოვან ელემენტებში გამონთავისუფლებული აზოტის ოქსიდის მიერ ფერმენტ გუანილატციკლაზას (გლც) სტიმულაციით და ამის შედეგად ციკლური გუანოზინმონოფოსფატის (ცგმფ) დაგროვებით, რასაც თან სდევს სისხლძარღვთა კედლის რელაქსაცია. ამ უკანასკნელის დონეს ვაფასებდით განვითარებული ჰიპოტენზიის ხარისხით და მის მიერ ინიცირებული სიმპათიკური ნერვული სისტემის რეფლექსური სტიმულაციით გამოწვეული ტაქიკარდიით (6). პარალელურად ვიკვლევდით ბარორეფლექსის (2) კარდიოქრონოტროპულ სიმპათიკურ კომპონენტს (ბქსკ). ენდოთელიუმის მარელაქსირებელი სისტემის ფუნქციის მოდულაციას ვახდენდით NO-ს სინთეზის ინჰიბიტორის - L- N^{G} - ნიტროარგინინის (7,5 მგ/კგ), აზოტის ოქსიდის ენდოგენური დონორის L-არგინინის (200 მგ/კგ) და გლც-აზას ინჰიბიტორის - მეთილენის ლურჯის (2,5 მგ/კგ) ინტრავენური შეყვანით. გულის კუნთის დაზიანების მოდელირებისთვის (1) ინტრავენურად შეგვყავდა თეოფილინის 1%-იანი ხსნარი დოზით 20 მგ/კგ, ხოლო 2 წთ-ის შემდეგ — ადრენალინის 0,1%-იანი ხსნარის 0,2 მლ. ექსპერიმენტში მიღებული შედეგების სტატისტიკური დამუშავებისათვის ვიყენებდით კორელაციური და რეგრესული ანალიზის მეთოდებს სტიუდენტის ტკრიტერიუმის გამოყენებით.

როგორც ჩატარებულმა ცდებმა ცხადყო, საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებში ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის ინტრავენური შეყვანა იწვევდა ჰიპოტენზიურ რეაქციას 25,4 \pm 3,2% (P<0,002) და სი-ის შემოკლებას 12,6 \pm 2,8%-ით (P<0,05), რასაც სიმპათიკური ნერვული სისტემის რეფლექსური სტიმულაციის შედეგად თან ახლდა გულისცემის სიხშირის მომატება 15,7 \pm 1,6%-ით (P<0,05). ბქსკ გამომსახველი რეგრესიული კოეფიციენტის საშუალო მაჩვენებელი ამ დროს შეადგენდა 1,4 \pm 0,04 მს/მმ ვწყ.სვ. მათგან განსხვავებით, საცდელი ჯგუფის ბოცვერებში ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის ინტრავენური შეყვანა ხასიათ-

დებოდა ნაკლებად გამოხატული ცვლილებებით კარდიოჰემოდინამიკური რეაქციების მხრივ. კერძოდ, გულის პათოლოგიის მოდელირებიდან 24 სთ-ის შემდეგ დეპრესორული რეაქცია მცირდებოდა საკონტროლო მაჩვენებლებთან შედარებით 32,8 \pm 3,0%-ით (P<0,05), ხოლო სი-ს შემოკლების ხარისხი - 42,7 \pm 4,2%-ით (P<0,001), რასაც თან ახლდა სიმპათიკური ნერვული სისტემის უფრო სუსტი რეფლექსური სტიმულაცია ტაქიკარდიის ნაკლები ხარისხით - 48,2 \pm 6,4%-ით (P<0,001), რომლის ფონზეც რეგისტრირდებოდა ბარორეფლექსის რეგრესიული კოეფიციენტის უფრო დაბალი საშუალო ციფრები - 0,75 \pm 0,01 მს/მმ ვწყ. სვ. გულის ნეკროზულ-ანთებითი დაზიანების უფრო გვიან პერიოდში (მე-5 დღეს) კიდევ უფრო სუსტდებოდა კარდიოჰემოდინამიკური რეაქციები ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის შეყვანისას. ამ დროს ჰიპოტენზიის ხარისხი შეადგენდა 10,6 \pm 3,2 მმ ვწყ.სვ. (P<0,05), სი-ს ნაკლები შემოკლებით და უფრო მცირედ გამოხატული ტაქიკარდიით, რაც მეტყველებდა სიმპათიკური ნერვული სისტემის რეფლექსური აქტივაციის დაქვეითებაზე, ბქსკ-ის რეგრესიული კოეფიციენტის საშუალო სიდიდის შემცირებით 0,62 \pm 0,02 მს/მმ ვწყ.სვ.-მდე (P<0,05).

კვლევის შემდგომ ეტაპზე ენდოთელიუმის მარელაქსირებელი სისტემის ფუნქციის მოდულირებისთვის და მისი როლის დასადგენად გულის კუნთის დაზიანებისას განვითარებული კარდიოვასკულური რეაქციების რეალიზაციის მექანიზმში ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის შეყვანის საპასუხოდ, გამოყენებულ იქნა L-არგინინი, რომლის ინტრავენური შეყვანის ფონზე საცდელი ჯგუფის ცხოველებში საკონტროლო ჯგუფის ბოცვერებისგან განსხვავებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ ძლიერდებოდა კარდიოჰემოდინამიკური რეაქციები ნატრიუმის ნიტროპრუსიდით ტესტირებისას.

ბოცვერებში მიოკარდიუმის დაზიანებიდან 24 სთ-ის შემდეგ აგდილი ჰქონდა L-არგინინით აღნიშნული რეაქციების მნიშვნელოვან მოდულაციას, რაც ვლინდებოდა მათში ჰიპოტენზიის ხარისხის მომატებით - 18,2 \pm 2,5%-ით (P<0,05), სი-ს უფრო გამოხატული შემოკლებით - 12,0 \pm 2,4%-ით (P<0,05) და სიმპათიკური ნერვული სისტემის უფრო ძლიერი რეფლექსური სტიმულაციით - 14,8 \pm 3,1%-ით (P<0,05), რასაც თან ახლდა ბქსკ-ის რეგრესიული კოეფიციენტის მნიშვნელოვანი გაზრდა - 0,96 \pm 0,04 მს/მმ ვწყ.სვ.-მდე. თვისობრივად იგივე ხასიათის კარდიოჰემოდინამიკურ ცვლილებებს იწვევდა L-არგინინი გულის კუნთის ადრენალინით დაზიანების მე-5 დღეს და ამ მხრივ განსხვავება ატარებდა მხოლოდ რაოდენობრივ ხასიათს.

გუანილატციკლაზას ინჰიბიტორის - მეთილენის ლურჯის (2,5 მგ/კგ) ინტრავენური შეყვანა საცდელი ჯგუფის ბოცვერებში სარწმუნოდ ამცირებდა L-არგინინის მამოდულირებელ ზემოქმედებას კარდიოჰემოდინამიკურ რეაქციებზე ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის შეყვანის დროს და არ ახდენდა რაიმე მნიშვნელოვან ზეგავლენას საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებზე.

გულის კუნთის ნეკროზულ-ანთებითი დაზიანებებიდან 24 სთ-ის შემდეგ მეთილენის ლურჯი ამცირებდა ამ ჯგუფის ცხოველებში L-არგინინით გამოწვეულ მამოძლურებელ ეფექტს ჰიპოტენზიის - $41,6 \pm 4,5\%$ -ით ($P < 0,001$) და სი-ის შემცირების მხრივ - $33,8 \pm 5,6\%$ -ით ($P < 0,001$), ხოლო სიმპათიკური ნერვული სისტემის რეფლექსური სტიმულაციის და ბარორეფლექსის რეგრესიული კოეფიციენტის ცვლილებების მხრივ შესაბამისად $32,6 \pm 8,4\%$ -ით ($P < 0,001$) და $22,5 \pm 4,2\%$ -ით ($P < 0,05$). ანალოგიური ხასიათის მონაცემები იქნა რეგისტრირებული მეთილენის ლურჯის ზემოქმედებით გულის კუნთის დაზიანებიდან მე-5 დღეს, რომლის დროსაც ადგილი ჰქონდა კარდიოვასკულური რეაქციების იგივე მაჩვენებლების და ბკქსკ უფრო მნიშვნელოვან დაქვეითებას. კერძოდ, დაზიანებიდან მე-5 დღეს დეპრესული რეაქცია მცირდებოდა $41,8 \pm 7,4\%$ -ით ($P < 0,001$), სი-ს ცვლილება - $27,8 \pm 6,4\%$ -ით ($P < 0,002$), ტაქიკარდია — $40,0 \pm 6,1\%$ -ით ($P < 0,001$), ხოლო ბარორეფლექსის რეგრესიული კოეფიციენტი $30,5 \pm 4,8\%$ -ით ($P < 0,002$).

აზოტის ოქსიდის სინთეზის ინჰიბიტორის L-N^G-ნიტროარგინინის გამოყენებისას საცდელი ჯგუფის ბოცვრებში რეგისტრირებულ იქნა L-არგინინით მოძლურებული, ნატრიუმის ნიტროპრუსიდით გამოწვეული კარდიოჰემოდინამიკური რეაქციების და ბკქსკ-ის ინჰიბირების უფრო მაღალი ხარისხი, ვიდრე მეთილენის ლურჯის გამოყენებისას, თუმცა განსხვავება ამ მხრივ ატარებდა მხოლოდ რაოდენობრივ ხასიათს. გულის კუნთის დაზიანებიდან 24 სთ-ის შემდეგ გ-არგინინით მოდიფიცირებული, ნატრიუმის ნიტროპრუსიდით ინიცირებული კარდიოვასკულური რეაქციების და ბკქსკ-ის ცვლილებების დათრგუნვის ხარისხი L-N^G-ნიტროარგინინის ფონზე შეადგენდა: სან-ის მხრივ - $46,7 \pm 4,6\%$ ($P < 0,001$), სი-ს და გულისცემის სიხშირის მხრივ შესაბამისად $41,6 \pm 6,8\%$ ($P < 0,001$) და $34,6 \pm 7,4\%$ ($P < 0,001$), ხოლო ბარორეფლექსის რეგრესიულ კოეფიციენტთან მიმართებაში - $33,2 \pm 8,0\%$ ($P < 0,001$).

იგივე სახის რეაქციები იქნა რეგისტრირებული მიოკარდიუმის დაზიანებიდან მე-5 დღეს სტატიისტიკურად სარწმუნო განსხვავების გარეშე გულის დაზიანების უფრო ადრეულ (24 სთ) პერიოდთან შედარებით.

ამრიგად, ადრენალინით გამოწვეული მიოკარდიუმის დაზიანებისთვის დამახასიათებელია გულის ფუნქციური მდგომარეობის გამომხატველი კარდიოჰემოდინამიკური მაჩვენებლების გაუარესება და სისხლძარღვთა მარელაქსირებული სისტემის დისფუნქცია.

ლიტერატურა

1. Андреев С.В. В кн.: Моделирование заболеваний. М.: Медицина. – 1973, - С. 203-211.
2. Цырлин В.А., Еремеев В.С., Плисс М.Г. Обеспечение гипертензивных ответов как одна из функций барорецепторного рефлекса. // Кардиология. – М.: Медицина. – 1987. - № 8. – С. 73-76.

3. Sala A. Therapeutic intervention with LT synthase inhibitors and receptor antagonists in cardiovascular inflammation. – J. Drugs news and perspectives – 1999. – Vol. 12, No 2. – 91-97.
4. Folco G., Rossoni G., Carola B. et al. Leukotriens in cardiovascular diseases. Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2000 – 16(2): S. 112-116.
5. Harrison D.G., Bates J.N. The nitrovasodilators. New ideas about old drugs. J. Circulation. – 1993. – 87: 1461/
6. Kamohara M., Takasaki J., Matsumoto M. et al. Functional characterization of cysteinyl leukotriene CysLT (2) receptor on human coronary artery smooth muscle cells. J. Biochem. Biophys. Res. Commun. 2001 – 287: 1088-1092.
7. Valbracht K.B., Schwimmbeck P.L.m Seeberg B. et al. Endothelial dysfunction of peripheral arteries in patients with immunohistologically proven myocarditis correlates with endothelial expresasion of HLA-I, HLA-Dr and CD 54/ICAM-1 in myocardial biopsies. Eur. Heart. J. – 2000. 21-415.

Kezeli T., Gongadze N.

THE CHANGES OF THE FUNCTION OF VASCULAR RELAXING SYSTEM IN NECROTIC-INFLAMMATORY DAMAGE OF THE HEART

The experiments were carried out on 28 rabbits with preliminary implanted catheters under nembutal (40 mg/kg, intraperitoneally) anesthesia into femoral artery and jugular vein for the registration of arterial pressure, intersystolic intervals and drug administration. The function of peripheral vascular vessels relaxing system and sympathetic cardiochronotropic component of baroreflex (BRSCC) was assessed by hypotensive reaction and tachycardia in response to intravenous injection of sodium nitroprusside (0,05 mg/kg). The cardiac damage was induced by intravenous administration of 1% theophylline (20 mg/kg) and epinephrine – 0,1%-0,2 ml (after 2 min of theophylline injection). The modulation of the function of endothelial relaxing system have been produced by intravenous administration of the NO synthesis inhibitor – L-N^G-nitroarginine (7,5 mg/kg), endogenous donor of NO, L-arginine (200 mg/kg) and guanilatcyclase inhibitor-methylene blue (2,5 mg/kg). It was shown that after 24 h of heart damage the hypotensive reaction, reflex tachycardia and BRSCC was attenuated in response to intravenous injection of sodium nitroprusside in contrast to the control group of animals. These changes in hemodynamic reaction and BRSCC were more pronouncely revealed after 5 days of myocardial injury. L-arginine in these rabbits unlike of the control group of animals increased the hemodynamic reactions which have been produced by sodium nitroprusside, while methylene blue and especially L-N^G- nitroarginine markedly decreased the modulatory effect of L-arginine.

It is suggested that epinephrine – induced heart damage is characterized by deterioration of hemodynamic indices, reflecting the functional state of cardiovascular system and with dysfunction of the vascular relaxing system.

ვერენჩხილაძე რ., ციმაკურიძე მ., ბაქრაძე ლ.

შრომის მედიცინის სწავლების როლი და ადგილი უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაში

თსსუ-ის გარემოსა და პროფესიული მედიცინის დეპარტამენტი

დასაქმებული მოსახლეობის შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვა პროფილაქტიკური მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი პრიორიტეტული პრობლემაა [1;2;5]. ამ საკითხის მნიშვნელობამ სათანადო ასახვა ჰპოვა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა სისტემაში და მთელ რიგ საერთაშორისო და ეროვნულ ფუძემდებლურ დოკუმენტებში. ეს პრობლემა განსაკუთრებული სიმწვავეით დადგა ჩვენს ქვეყანაში დღევანდელ - პოლიტიკური და სოციალურ-ეკონომიკური თვალსაზრისით გარდამავალ ეტაპზე.

უკანასკნელ წლებში, გარკვეული შეფერხების შემდეგ, ამ პრობლემის მოგვარების საგრძნობი ტენდენციები შეიმჩნევა. ამ პროცესში 2 ძირითადი მიმართულება გამოიკვეთა: 1) საკანონმდებლო-ნორმატიული და მეთოდური ბაზის შექმნა დასაქმებული მოსახლეობისათვის უსაფრთხო შრომის პირობებისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნების უზრუნველყოფისათვის; 2) შრომის ჰიგიენისა და პროფესიული პათოლოგიის სპეციალობებში მაღალკვალიფიციური სპეციალისტების მომზადება. ამ მიმართულებით საქართველოში ბოლო წლებში გარკვეული ღონისძიებები გატარდა, რაც, უთუოდ, მნიშვნელოვან წვლილს შეიტანს პრობლემის მოგვარებაში [3;4;7].

ახალ სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში თვისობრივადი მნიშვნელოვნად შეიცვალა დასაქმებული მოსახლეობის კონტინგენტი — ხშირ შემთხვევაში საქმე გვაქვს კონკრეტული პროფესიის ფარგლებს მიღმა უსისტემოდ, დროებით და ეპიზოდურად მომუშავე ადამიანთა კონტინგენტთან, რომლის შრომის პირობების კონტროლი და სპეციალიზებული პროფ-პათოლოგიური მონიტორინგი პრაქტიკულად არ მიმდინარეობს. უკანასკნელ პერიოდში გამოკვეთა დასაქმებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის აპრობირებული სისტემის აღდგენის ტენდენცია - სულ უფრო ხშირია ქვეყნის ეროვნული მეურნეობის წამყვან სანარმოებში დასაქმებულთა წინასწარი და პერიოდული სამედიცინო გასინჯვების სისტემის დანერგვა შრომის პირობების მონიტორინგთან კომპლექსში, ქვეყნის ახალი რეალიების გათვალისწინებით. დასაქმებული მოსახლეობის შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის ასეთი სისტემის ფართოდ დანერგვა საშუალებას მისცემს: სახელმწიფოს - მინიმუმამდე შეამციროს მომუშავე ინვალიდებისა და პროფესიული დაავადებებით შეპყრობილი მუშების დახმარების მუნიციპალური დანახარჯები; სანარმოს - შეინარჩუნოს მაღალკვალიფიციური სპეციალისტების კადრები, რაც აუცილებელი

ლი პირობაა შრომის მწარმოებლურობის მაღალი დონისა და გამოშვებული პროდუქციის მაღალი ხარისხის სტაბილური შენარჩუნებისათვის; ერს - შეინარჩუნოს ჯანმრთელი გენოფონდი; ინდივიდს - უზრუნველყოს საკუთარი ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნების კონსტიტუციური უფლების რეალიზაცია; ოჯახს - შეინარჩუნოს ჯანმრთელი წევრი და მარჩენალი.

აღნიშნული მიზნის რეალიზაცია შეუძლებელია შრომის ჰიგიენისა და პროფესიული პათოლოგიის მიმართულებებში მაღალი კვალიფიკაციის სპეციალისტების მომზადების გარეშე. ამ თვალსაზრისით მეტად მნიშვნელოვანია უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელში სასწავლო პროცესის რაციონალური ორგანიზაცია სწავლების საწყის - დიპლომამდელ ეტაპზე.

უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებელში ამჟამად არსებული სისტემა ამკარად ვერ უზრუნველყოფს კურსდამთავრებულთ უზრუნველყოფას სათანადო თეორიული ცოდნითა და პრაქტიკული ჩვევებით შრომის მედიცინის სფეროში. ამის ერთ-ერთი მიზეზია ის გარემოება, რომ შრომის ჰიგიენისა და პროფესიული დაავადებების სწავლება მიმდინარეობს სხვადასხვა კათედრაზე (დეპარტამენტში), ამ დისციპლინების სწავლების ქრონოლოგიური თანმიმდევრობისა და ურთიერთკოორდინაციის გარეშე. ამასთან, ამ დისციპლინების სწავლებისათვის გამოყოფილი საათების მოცულობა აშარად არასაკმარისია სასურველი შედეგის მისაღწევად. კერძოდ, სამკურნალო (მედიცინის) ფაკულტეტზე შრომის ჰიგიენის სწავლება IV კურსზე ჰიგიენის შემადგენლობაში, ამასთან, ჰიგიენის სწავლებისათვის განკუთვნილი 79 საათიდან შრომის ჰიგიენას დათმობილი აქვს მხოლოდ 10 საათი (2 სთ - ლექცია და 8 სთ - პრაქტიკული მეცადინეობა). პროფესიული დაავადებები სწავლება V კურსზე 29 საათის მოცულობით (5 სთ - ლექცია, 24 სთ - პრაქტიკული მეცადინეობა - კურაცია). კიდევ უფრო არასასურველი მდგომარეობაა სტომატოლოგიურ ფაკულტეტზე: ჰიგიენის სწავლებისათვის განკუთვნილი 42 საათიდან შრომის ჰიგიენის სწავლებას ეთმობა მხოლოდ 6 სთ (2 სთ - ლექცია და 4 სთ - პრაქტიკული მეცადინეობა), ხოლო პროფესიული დაავადებების სწავლება გათვალისწინებულია მხოლოდ არჩევითი დისციპლინის სტატუსით 32 სთ-ის მოცულობით (6 სთ - ლექცია, 26 სთ - პრაქტიკული მეცადინეობა).

საკუთარი მრავალწლიანი პედაგოგიური გამოცდილების საფუძველზე შესაძლებელია აღინიშნოს, რომ სოციალური თვალსაზრისით მეტად მნიშვნელოვანი ამ 2 დისციპლინის ასეთი განცალკავებული სწავლება სასურველ შედეგს არ იძლევა: ერთის მხრივ, არასაკმარისია მათი სწავლებისათვის განკუთვნილი სასწავლო საათები მოცულობა, ხოლო მეორეს მხრივ, მათი განცალკავებული სწავლება სხვადასხვა კათედრაზე (დეპარტამენტში), სათანადო ქრონოლოგიური თანმიმდევრობის გარეშე არ იძლევა საშუალებას, თვალნათლივ, სათანადო დონეზე ვასწავლოთ სტუდენტებს პროფილაქტიკური მედიცინის ამ 2 მიმარ-

თულებას შორის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების არსებობა და მათი დადგენის მნიშვნელობა საბოლოო მიზნის მიღწევისათვის.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში სასწავლო პროცესის ოპტიმიზაციისა და და რადიკალური რეფორმის ფონზე ლოგიკურად დასაბუთებულად მიგვაჩნია შრომის ჰიგიენისა და პროფესიული დაავადებების სწავლების მეთოდის ოპტიმიზაცია სამკურნალო (მედიცინის), სტომატოლოგიისა და ფარმაციის ფაკულტეტებზე, თითოეული ფაკულტეტის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

სტუდენტთა ადრეული პროფორიენტაცია, მათი აქტიური ჩართვა სპეციალიზებულ ჯგუფებში და მომავალი სპეციალობის საფუძვლების შესწავლა მნიშვნელოვნად განაპირობებს სავსის უფრო ღრმად დაუფლების მოტივაციის ზრდას, რაც ასახვას ჰპოვებს მთელ სასწავლო პროცესზე, ზრდის მათ აკადემიურ მოსწრებას სამეცნიერო-პრაქტიკული საქმიანობის სტიმულაციასთან და კათედრის (დეპარტამენტის) კვლევით მუშაობაში აქტიურ ჩართვასთან ერთად; საბოლოოდ შესაძლებელია სტუდენტთა უმტკივნეულო ადაპტაცია შემდგომი პრაქტიკული საქმიანობის პირობებისადმი [6]. აქედან გამომდინარე, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ჯერ კიდევ სწავლების პირველ ეტაპზე სასწავლო გეგმაში კომპლექსური დისციპლინის - შრომის მედიცინის შეტანა, შრომის ჰიგიენისა და პროფესიული დაავადებების ერთდროული სწავლებით, მკაცრად დაცული თანმიმდევრულობისა და ურთიერთკოორდინაციის უზრუნველყოფით. სწავლების ასეთი სქემა უზრუნველყოფს სტუდენტების მიერ ცოდნის აუცილებელი დონის რაციონალურ ათვისებას აღნიშნულ სპეციალობებში.

დიპლომამდელი სწავლების დამამთავრებელ ეტაპზე, აგრეთვე ზოგადი სპეციალიზაციის გავლის დროს სათანადო ყურადღება უნდა მიექცეს კომპლექსური სასწავლო კურსის - შრომის მედიცინის სწავლებას.

სტუდენტთა სწავლების წარმოდგენილი სქემის დანერგვა საშუალებას მოგვცემს, შეიქმნას სათანადო საფუძველი შრომის მედიცინის სფეროში შემდგომი დახელოვნებისათვის ექიმთა მზადების დიპლომის შემდგომ ეტაპზე. ამასთან ერთად, აუცილებელია როგორც შრომის ჰიგიენის, ისე პროფესიული დაავადებების სწავლებისათვის განკუთვნილი სასწავლო საათების რაოდენობის გაზრდა, რამდენადაც სათანადო საბაზისო ცოდნის გარეშე შეუძლებელია მაღალი კვალიფიკაციის ექიმთა კადრების მომზადება. შესასწავლი საკითხების ასეთი გადანაწილება შესაძლებლობას შექმნის გარკვეულად მეტი დრო დაეთმოს სხვა საკითხების შესწავლას დისციპლინის - „ჰიგიენა“ სწავლების პროცესში.

დიპლომის შემდგომი სწავლების ეტაპზე ექიმთა მომზადება ძირითადად უნდა ჩატარდეს საერთოდ მიღებული სქემით. კერძოდ, ექიმთა დახელოვნებისა და სპეციალიზაციის სასწავლო კურსები სპეციალობაში „პროფესიული პათოლოგია“ უნდა მოიცავდეს შრომის ჰიგიენის ძირითად საკითხებს, რომელ-

თა ცოდნა აუცილებელია დასაქმებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისათვის და შრომის პირობებსა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დადგენისათვის, რაქც მეტად მნიშვნელოვანია დასაბუთებული, კომპლექსური და მიზანმიმართული პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავებისათვის. ამასთან, სწავლების ყველა ეტაპზე გათვალისწინებული უნდა იყოს როგორც ფაკულტეტის (მედიცინის, სტომატოლოგიის, ფარმაციის), ისე ექიმ-მსმენელთა კონკრეტული ჯგუფის თავისებურებები (ექიმთა პროფესიული საქმიანობის ადგილებზე ძირითადი საწარმოების სპეციფიკა). გარდა ამისა, შრომის მედიცინის (შრომის ჰიგიენისა და პროფესიული დაავადებების) ძირითადი საკითხები ჩართული უნდა იყოს ზოგადი პროფილის, განსაკუთრებით, საოჯახო მედიცინისა და შინაგანი მედიცინის სპეციალობების ექიმთა მომზადების პროგრამებში, რომელთაც ხშირი კონტაქტი აქვთ დასაქმებულ მოსახლეობასთან. ეს გარემოება უზრუნველყოფს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ადეკვატურ შეფასებას.

უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის მსმენელებისათვის უნდა შემუშავდეს სპეციალური მოკლევადიანი სასწავლო პროგრამები შრომის მედიცინაში როგორც ექიმი-პროფპათოლოგებისათვის, ისე სხვა სპეციალობების ექიმებისათვის.

რეზიდენტურასა და დოქტორანტურაში მაღალი კვალიფიკაციის სპეციალისტების მომზადების პროგრამები აუცილებლად უნდა შეიცავდეს შრომის მედიცინის (შრომის ჰიგიენისა და პროფესიული დაავადებების) საკითხებს ცალკეული კლინიკური სპეციალობის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის (პროფილაქტიკური მედიცინის) ფაკულტეტზე აღნიშნული დისციპლინების სწავლება პრინციპულ ცვლილებებს არ საჭიროებს. თუმცა აუცილებლად მიგვაჩნია შრომის ჰიგიენისა და პროფესიული დაავადებების სწავლებისათვის განკუთვნილი სასწავლო საათების რაოდენობის გაზრდა, დასაქმებული მოსახლეობის შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი საკითხების ღრმად დაუფლების უზრუნველყოფის მიზნით.

შრომის მედიცინის სფეროში მომზადების ასეთი გაუმჯობესებული სქემის დანერგვა უზრუნველყოფს ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლებას, რაც მეტად მნიშვნელოვანია დასაქმებული მოსახლეობის შრომისა და ჯანმრთელობის ეფექტური დაცვისათვის. დასაქმებული მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე კომპლექსური, ყოველმხრივი ზრუნვა აქტიურად ფუნქციონირებადი სამკუთხედის შენარჩუნების მყარი საფუძველია: ჯანმრთელი შრომითი რესურსები - შრომის მწარმოებლურობის მაღალი დონე და მაღალხარისხოვანი პროდუქციის წარმოება - მძლავრი ეკონომიკა.

ლიტერატურა:

1. ზურაბაშვილი ა., ვეფხვაძე ნ., ქურხული მ. და სხვ. ეროვნული პოლიტიკა და სტრატეგია ადამიანის ჯანმ-

რთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის სფეროში: მიღწევები, პრობლემები და გადაუდებელი ამოცანები.//საქართველოს გარემოს ჰიგიენის ეროვნული პროგრამა./ ეროვნული კონფერენცია./შრომათა კრებული. თბილისი: 2001. - 8-16 გვ.

2. კვერენჩილაძე რ., როყვა ვ., ჩიქოვანი ა., კალანდაძე ი., გიუაშვილი ნ. სანარმოო ფაქტორების ჰიგიენური რეგლამენტაცია უსაფრთხო სანარმოო გარემოს უზრუნველყოფის საფუძველია.//საქართველოს გარემოს ჰიგიენის ეროვნული პროგრამა./ ეროვნული კონფერენცია./ შრომათა კრებული. თბილისი: 2001. - გვ. 221-224.

3. სააკაძე ვ., კვერენჩილაძე რ. შრომის მედიცინის სწავლების პერსპექტივები თანამედროვე უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაში.//თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. XXXIX. თბილისი: 2003. — გვ. 279-283.

4. ხეცურიანი რ., კილასონია ბ., გელაშვილი კ., სააკაძე ვ. და სხვ. ქვეყანაში პროფილაქტიკური მედიცინის სპეციალისტთა მომზადებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების აქტუალური საკითხები.//საქართველოს გარემოს ჰიგიენის ეროვნული პროგრამა./ ეროვნული კონფერენცია./შრომათა კრებული. თბილისი: 2001. - გვ. 40-47.

5. Измеров Н.Ф. Концептуальные подходы к сохранению и укреплению здоровья работающего населения России.// Бюллетень Научного Совета `Медико-экологические проблемы работающих~-2003. №1. - С.4-10.

6. Ходели Н.Г., Чхаидзе З.А., Инаури Э.К. и др. Эффекты ранней профориентации студентов на лечебном факультете медицинского ВУЗ-а.//Georgian Medical News. - 2006. - №1. - (130).- С. - 129-133.

7. Цимакурдзе М.П., Саакадзе В.П., Церетели М.Н., Зурашвили Д.Г., Хачапуридзе Н.А. Профпатологическая служба в Грузии – прошлое, настоящее, перспективы.// Georgian Medical News. - 2006. - №1. - (130).- С. - 125-129.

Kverenchkhiladze R., Tsimakuridze M.P., Bakradze L.Sh.,

THE LEARNING OF LABOUR MEDICINE IN THE SYSTEM OF HIGH MEDICAL EDUCATION

The aim of the work was to review the question about learning of Labour Medicine in the system of high medical education on the modern stage, which is the important direction for realization of one of the main aims of Preventive Medicine and Public Health, such as labour protection. The learning of Labour Hygiene and Occupational Diseases on the Public Health and Medical faculties is very important to prepare of high qualified specialists.

კვიციანიძე ნ., ერიაშვილი ვ.

შარმაცევტის პროფესიული თვითშეგნება და როლი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების სფეროში

თსსუ-ის სოციალური და კლინიკური შარმაციის დეპარტამენტი

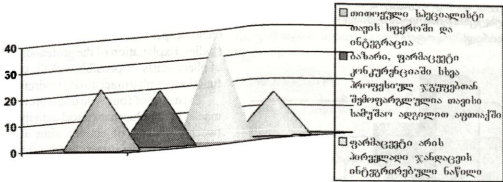
სოციალური, პოლიტიკური და კულტურული გარემოს ცვლილებების გავლენით იცვლება და იზრდება ფარმაცევტის როლი საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში, რაც იწვევს ცვლილებას ფარმაცევტული განათლების სფეროში. კოლეგებთან და პაციენტებთან ეფექტური ურთიერთობისათვის, პაციენტზე ორიენტირებული ფარმაცევტული საქმიანობის განხორციელებისათვის, ფარმაცევტის პროფესიული თვითშეგნების და კომუნიკაციის ხელოვნება გახდა აუცილებელი ელემენტი, რომელიც წარმოადგენს სოციალური ფარმაციის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას, რაც იძლევა საშუალებას ახლებურად გავიაზროთ ფარმაცევტის როლი პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში.

დღეისათვის მრავალი გამოკვლევების საფუძველზე ჩამოყალიბებულია ფარმაცევტის პროფესიული თვითშეგნების ოთხი განსხვავებული მოდელი: ტექნიკური, საქმიანი, შეგუებითი და იდეალური (ადამიანური), რომელიც ფარმაცევტული დეონტოლოგიის შემადგენელია (2,6)

ზემოთ ნათქვამიდან გამომდინარე ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შეგვესწავლა ქ. თბილისის ზოგიერთ საზოგადოებრივ აფთიაქში ფარმაცევტთა პროფესიული თვითშეგნების მოდელები, მათი გაზრდილი როლისა და მოვალეობების ახლებურად გააზრებისათვის. ზემოაღნიშნული მიზნის მისაღწევად საჭირო იყო შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტა: გაგვეაზრებინა და გაგვეანალიზებინა აფთიაქში მომუშავე ფარმაცევტის თვითშეგნებაზე მოქმედი შემდეგი ფაქტორები: ა) რა დოზით მონაწილეობს ფარმაცევტი მოსახლეობის დაავადებების პროფილაქტიკასა და კონსულტაციებში; ბ) არსებობს თუ არა ფარმაცევტსა და პაციენტს შორის ინფორმაციის ურთიერთგაზიარება ამათუ იმ პრეპარატის გამოყენების შესახებ; გ) უზიარებს თუ არა თავის ცოდნას სხვა პროფესიონალებს სამკურნალო საშუალებების მოქმედებაზე, სწორ გამოყენებაზე, მათ ეფექტურობასა და გვერდით მოვლენებზე; დ) აინტერესებს და აგროვებს თუ არა ინფორმაციას პოპულაციის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და მათ შორის სამკურნალო საშუალებების გამოყენების შესახებ.

ჩვენს მიერ გამოყენებულ იქნა თვისობრივი და რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სოციალური რეალობის დეტალური და სრული აღწერა, რამაც საშუალება მოგვცა ღრმად ჩაგვეხედა ფარმაცევტის საქმიანობაში, გაგვეანალიზებინა მისი ურთიერთობა კოლეგებთან და პაციენტებთან, მისი პროფესიული ხედვა აფთიაქის სტრუქტურულ

სურათი 1
ფარმაცევტის შეხედულება ჯანდაცვის მომსახურებაზე



ტურაზე, ორგანიზაციასა და ეკონომიკაზე, რაც შემდგომში თვითშეგნების განვითარების საფუძველს წარმოადგენს.

დამსულ შეკითხვაზე: „როგორია თქვენი შეხედულება ჯანდაცვის მომსახურებაზე“ ფარმაცევტების სოციოლოგიური გამოკითხვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ (სურ. 1):

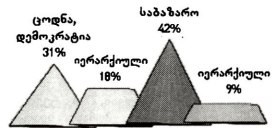
გამოკითხულ ფარმაცევტთა 40% თვლის, რომ ჯანდაცვის მომსახურებას განსაზღვრავს სამუშაო ადგილი, 23%-ის აზრით აუცილებელია სპეციალისტების დასაქმება თავის სფეროში და ინტეგრაცია, ამასთან მხოლოდ 16%-მა აღნიშნა, რომ ფარმაცევტს მნიშვნელოვანი როლი უკავია პირველადი ჯანდაცვის სფეროში.

აშკარაა, რომ პაციენტის ნამლით უზრუნველყოფა არ უნდა იყოს შეხედულები გეოგრაფიული, ეკონომიკური, სოციალური, კულტურული, ორგანიზაციული, ენობრივი ან სხვა სახის ბარიერებით. ფარმაცევტის ამოცანებისა და როლის გაცნობიერებისათვის მნიშვნელოვან საფუძველს წარმოადგენს ფარმაცევტის მიერ საკუთარი უფქციის ხედვა ჯანდაცვის სისტემაში. ფარმაცევტის როლი აფთიაქში მეტად მრავალფეროვანია და ყველა შემთხვევაში ორიენტირებულია მომხმარებელზე/პაციენტზე (37%).

კვლევის მასალებში მოცემული კრიტიკიუმების გათვალისწინებით, ქალაქის სხვადასხვა უბანში შევარჩიეთ საზოგადოებრივი აფთიაქები. არსებული მონაცემების გაანალიზებისას აღმოჩნდა, რომ აფთიაქების 34%-ში ორგანიზაციული სტრუქტურა - კოლექტიურია, თუმცა გამოიკვეთა განსხვავებული შედეგებიც (სურ. 2):

აღსანიშნავია, რომ ფარმაცევტებისათვის უფრო მეტად მისაღებია მართვის კოლექტიური ფორმა, რომელიც ემყარება მესაკუთრეს და აფთიაქში მომუშავე პერსონალს შორის არსებულ თანაბარ ურთულეობაზე. ნამლით მკურნალობა და მისი სწორი შერჩევა უნდა მოხდეს ორგანიზმის ფიზიოლოგიური და ბიოქიმიური მონაცემების გათვალისწინებით. ამასთან, საჭიროა მომხმარებლის ინფორმირება ნამლის თერ-

აპიული ჯგუფის, მისი ფორმის, გამოყენებისა და ფასის შესახებ.



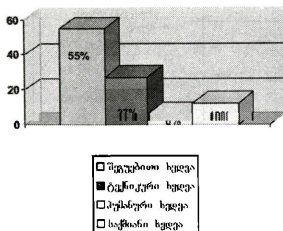
სურათი 2. მართვის ფორმები აფთიაქში

ჩვენი გამოკითხვის შედეგად აღმოჩნდა, რომ სხვადასხვა აფთიაქში მომუშავე ფარმაცევტებს საკუთარი შეხედულება აქვს მომხმარებელზე: 65% თვლის, რომ მომხმარებელი აღქმული უნდა იყოს ინდივიდუალურად, მათი მოთხოვნებიდან გამომდინარე, 14%-ის აზრით იგი აქტიური ობიექტია და 10% მიიჩნევს, რომ ის პასუხ ობიექტს წარმოადგენს.

ფარმაცევტის როლის ხედვა კლასიფიცირდება ოთხ ჯგუფად: ტექნიკური, საქმიანი, შეგუებითი, ჰუმანური (ადამიანური). გამოკვლევების პროცესში დადგინდა, რომ ტექნიკური (35%) და საქმიანი (28%) ხედვა შეიძლება დავეუკავშიროთ პროფესიულ და ბიზნესის ორიენტაციის მქონე ფარმაცევტებს. ჰუმანურ ხედვას საფუძველად უდევს ფარმაცევტის ყოველდღიური ცხოვრებისეული გამოცდილება, რომელსაც იგი იღებს აფთიაქში და პირად ცხოვრებაში, რასაც ფუნქტურად იყენებს ნამლით მკურნალობასა და სამედიცინო მომსახურებაში (3). ჯანმო მიისწრაფვის ფარმაცევტის ჰუმანური ხედვის განვითარებასკენ. ჰუმანური ხედვა ავითარებს ფარმაცევტის ახალ უფუნქციებს. ასეთი ხედვა უნდა განვითარდეს ფარმაციაში, რაც მნიშვნელოვანია პირველადი სამედიცინო დახმარების სისტემაში ფარმაცევტის წინაშე არსებული ამოცანების გადაჭრისათვის (1, 4, 6).

ჩვენი კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების ანალიზით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ აფთიაქში მო-

მუშავე ფარმაცევტები ნაკლებად არიან გათვითცნობიერებული პროფესიული თვითშეგნების საკითხებზე, ამასთან, გამოკითხვის შედეგად პროფესიული ხედვის ოთხი იდეალური ტიპი ჩვენს შემთხვევაში განაწილდა შემდეგნაირად:



ჩატარებული ავთიაქის თანამშრომელთა გამოკითხვის შედეგად გაანალიზებულ იქნა ფარმაცევტის როლი და ამოცანები ჯანდაცვის სისტემაში, მისი პროფესიული თვითშეგნება. დადგინდა იქნა, რომ ავთიაქებში მომუშავე ფარმაცევტთა 55% უპირატესობას ანიჭებს შეგუბებით ხედვას, 27% - ტექნიკურ, 12% - ბიზნისურ და მხოლოდ 6% - ჰუმანურ ხედვას.

ლიტერატურა:

1. გერხმაია, ო. ვასაძე ო, ვესტი დ. — საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, თბილისი, 2003 გვ. 1-352
2. ერაშვილი ვ. სოციალური ფარმაცია, თბილისი, 2001, გვ. 1-349
3. Исследования по использованию лекарственных средств-Методы и применение. Под редакцией М.Н.Г. Дукеса. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия, 45 Бишкек, 1995, p.35
4. Фокус на Пациента-Программа по фармацевтическим препаратам. ЕРБ/ВОЗ, Копенгаген, 1998, 1-39
5. Health Action International (HAI) – Europe in collaboration with an international NGO working group. 'Developing Essential Drugs Policies – A guide for NGO's 1998.
6. Social Pharmacy. Innovation and Development, The pharmaceutical press, London, 1994, p.1-197

Kvzhinadze N., Eriashvili V.

PROFESSIONAL SELF-CONSCIOUSNESS OF PHARMACIST AND ROLE IN PRIMARY HEALTHCARE SYSTEM

Department of Social and Clinical Pharmacy

The acquaintance the objectives and role of the pharmacist the significant basis is the own view of the function of pharmacist in healthcare system, e.i. pharmacist have to acquaint the significant of his/her profession in medical

service area. Pharmacist have to express the maximum opportunities in healthcare system. Herewith, professional self-consciousness of pharmacist is into closer contact with the organization and functions of pharmacy, which based on new experience after the fulfilling the innovation research studies. Explanation of the professional self-consciousness of pharmacists' is possible with the contact of professional functions of pharmacist with environment.

Existence of four type of the professional view of pharmacist in the pharmaceutical activity make difference between functions, objectives, aims of pharmacists and determines their role in healthcare system. According the data getting from the interview of the pharmacy's employments were analysed the role and aims of the pharmacists, their professional self-consciousness. Were established that 55% of pharmacists prefer the adapted view, 27%-technical, 12%-business and only 6% - humane view.

კიკნაძე თ., კაციტაძე ა., ცქვიტარია ნ., ბერიანიძე ქ.

კანის ეპიკუტანური ტესტების (PATCH TESTS) როლი ალერგიული დერმატოზების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში

თსუს, დერმატოლოგიისა და ვენეროლოგიის დეპარტამენტი

ატოპიური დერმატიტი წარმოადგენს ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემას მედიცინაში. იგი მთელი დერმატოზების 5%-დან 30%-ს შეადგენს (1), ბავშვთა დერმატოზებს შორის კი 20-დან 60%-მდეა (2). ეს მოწინააღმდეგე განსაკუთრებით გაიზარდა გასული საუკუნის ოთხმოცდამეორე წლების შემდეგ, რაც გამოწვეულია ეკოლოგიური მდგომარეობის გაუარესებით და გარკვეული სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემებით (3). დაავადებისთვის დამახასიათებელია ადრეულ ასაკში გამოვლინება, ქრონიკული მორეციდივე მიმდინარეობა, კანის პროცესების მხრივ ხშირი გართულებები მეორადი ინფექციებით (პიოდერმა, მიკოზები, პერპესული ინფექციები); ასოცირდება ბრონქულ ასთმასთან, ალერგიულ რინიტთან, კონიუნქტივითან, რასაც საბოლოოდ მიყვავობს ატოპიური დერმატიტის მიმდებარე ფორმების ჩამოყალიბებასთან, შრომისუნარიანობის დაქვეითებასთან. ყოველივე ეს საგრძნობლად ამცირებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს (4). აღსანიშნავია, რომ ატოპიური დერმატიტი, პირველად გამოვლენილი ბავშვთა ასაკში, აგრძელებს განვითარებას მოზრდილთა 40-60% შემთხვევაში და მძიმე კლინიკური და ქრონიკული მორეციდივე მიმდინარეობით ხასიათდება (5).

ატოპიური დერმატიტისთვის დამახასიათებელია მემკვიდრული განწყობა, კანის ქავილი, ბარიერული ფუნქციის დარღვევა, მომატებული მგრძობელობა როგორც სხვადასხვა ალერგენების, ასევე არასპეციფიკური გამაღიზიანებლების მიმართ (6). გამოჩენილი მკვეთრი ნივთიერი ფერისაა, რომლის ფონზეც ვითარდება მკერდი ზომის დაზოლები, აღინიშნება სისვე-

დამოაგური პერსონალი, სასწავლო-მეთოდური მასალები. არ ხორციელდება დასაქმებული საშუალო სამედიცინო კადრების მუშაობის ხარისხის კონტროლი, მათი პროფესიული ცოდნის ამაღლება, ლიგენზირება და სხვ. ამასთან, ქვეყანაში წინა წლებში დაგროვილი გამოცდილება ნაკლებადაა გამოყენებული იმ საორგანიზაციო ღონისძიებების დაგეგმვების პროცესში, რომელთა გატარების გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიული მიზნების მიღწევა.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კვლევის მიზანია საექთნო კადრების განვითარების (მომზადება, დასაქმება, გადაზიდვა) ძირითადი ეტაპების კომპლექსური სოციალურ-პოლიტიკური შეფასება და მიღებული შედეგების საფუძველზე მეცნიერულად დასაბუთებული რეკომენდაციების შემუშავება.

საბაზო მიზნის განხორციელებისათვის კვლევის პროცესში შესწავლილი და გაანალიზებულია მონაცემები, რომლებიც შეეხება ქ.თბილისში მოქმედი საექთნო სკოლების სტრუქტურა და მოკიდებულება მომავალი პროფესიის მიმართ, საექთნო კადრების განვითარების პრობლემის გადაწყვეტის თავისებურებები განვითარებულ ქვეყნებში. გამოკვლევაში გამოყენებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის, სამედიცინო სტატისტიკისა და ინფორმაციის ცენტრის, სამედიცინო და ზღვევის სახელმწიფო კომპანიის საორგანიზაციო-ნორმატიული მასალები.

დამუშავდა სხვადასხვა ქვეყნის მონაცემები, რომლებიც შეეხებოდა საექთნო კადრების განაწილების ანალიზს.

კვლევის პროცესში განხორციელდა საქართველოს საექთნო კადრების განაწილების მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლების შედარებით ანალიზი, მათი შესწავლა დინამიკაში (1970-2005 წწ.).

ცხრილი 1

ზოგიერთი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებული ექიმებისა და ექთნების რიცხვი (ჯანმო-ს 2006 წლის მონაცემები)

ქვეყანა	ექიმები	ექთნები	შეფარდება
სომხეთი	345.89	414.54	1:1.2
ავსტრია	354.22	613.27	1:1.8
აზერბაიჯანი	364.45	724.25	1:0.8
ჩეხეთი	355.49	851.6	1:2.0
ესტონეთი	320.18	657.08	1:2.0
ფინეთი	319.99	836.81	1:2.8
საფრანგეთი	340.29	747.93	1:2.15
საქართველო	465.7	395.9	1:0.85
გერმანია	340.2	708.03	1:2.8
საბერძნეთი	500.33	337.66	1:2.3
ისრაელი	245.77	613.41	1:2.5
ავსტრალია	247	910	1:3.8
აშშ	256	937	1:3.6
კანადა	214	995	1:4.6

პრობლემის მიმართ საექთნო სასწავლებლების სტრუქტურა აზრის გარკვევის მიზნით ჩატარდა სოციოლოგიური გამოკვლევა. გამოკვლევისათვის შიგარდა გენერალური ერთობლიობის რეპრეზენტატიული ნაწილი, რისთვისაც გამოიყენეთ დაკვირვებათა აუცილებელი რაოდენობის განმსაზღვრელი კრიტერიუმი.

პირველადი სოციოლოგიური ინფორმაციის შესაგროვებლად გამოიყენებოდა როგორც ანკეტირება, ასევე პირდაპირი ინტერვიუ, რომელიც რესპონდენტებს დამატებითი კონსულტაციის საშუალებას აძლევდა.

იმისათვის, რომ ზოგადი წარმოდგენა გექონოდა გამოკითხულ კონტინენტზე, რესპონდენტები განაწილებული იყვნენ შემდეგი მახასიათებლების მიხედვით: ასაკი, სქესი, პროფესია, საცხოვრებელი ადგილი, საშუალო სტატუსი, ოჯახური მდგომარეობა, ასაკობრივი ჯგუფი და სხვა.

ანკეტები მოიცავდა შემდეგ საკითხებს: სოციალურ-ეკონომიურ მდგომარეობა, კონფლიქტური სიტუაციების არსებობა ოჯახსა და სამსახურში, პაციენტებსა და სამედიცინო პერსონალს შორის, კონფლიქტების გადაწყვეტის გზები, საშუალო თვიური შემოსავალი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა და მასთან დაკავშირებულ პრობლემები, გათვითცნობიერების დონე ექთანთა სერტიფიცირებისა და სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შესახებ.

მიღებული კვლევის მასალა ცალკეული ბლოკების მიხედვით დამუშავდა თანამედროვე გამოთვლითი ტექნიკის გამოყენებით. გამოთვლილ იქნა ფარდობითი სიდიდეები: ექსტენსიური, ინტენსიური მაჩვენებლები (P - მათი დამაჯერებლობა P_{stat}), აგრეთვე გამოყენებულ იქნა შესადაარებელ მაჩვენებლებს შორის განსხვავების სარწმუნოების კრიტერიუმი t - 95%-იანი აღბათობით (T=2).

საექიმო და საშუალო სამედიცინო პერსონალის შეფარდება ჯანდაცვის სისტემაში დასაქმებული კადრების დაგეგმვისა და განაწილების ერთ-ერთ ძირითადი ხარისხობრივი მაჩვენებელია. ექსპერტთა აზრით, ოპტიმალურად ითვლება, თუ საშუალო სამედიცინო პერსონალი 2-4 აჭარბებს სისტემაში მომუშავე ექიმთა რიცხვს (იხ. ცხრილი 1).

ის ფაქტი, რომ საქართველოში დასაქმებული საშუალო სამედიცინო კადრების რიცხვი პროგრესულად კლებულობს კიდევ ერთხელ მიუთითებს ჯანდაცვის და სამედიცინო განათლების სისტემებში გასატარებელი რეფორმების აუცილებლობაზე.

ცხრილი 2

საექიმო და საშუალო სამედიცინო კადრების კლების დინამია 1998-2003 წწ.

კადრები	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ექიმები						
(ფოზკ. პირი)	20824	21620	21063	21951	20226	20726
საშუალო მდ.						
პერსონალი	28642	28638	26179	23360	23356	21906

აშკარაა, რომ საბაზრო ეკონომიკის განვითარების პრობებში ექიმი, პაციენტის მოზიდვის მიზნით ახორციელებს მრავალ ფუნქციას, რომელიც ექთნის პროფესიაზეა (მაგალითად პოსტოპერაციული ავადმყოფის მოვლა, ინექციები და სხვ.) არსებული სიტუაცია განაპირობებს იმასაც, რომ ექთანი საბოლოო ჯამში კარგავს კვალიფიკაციას და თავს არიდებს იმ ფუნქციების განხორციელებაზე, რომელნიც მის კომპეტენციას წარმოადგენს.

ეროვნულ ცხროლოში მოყვანილი მონაცემები გვაუწყებს, ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებლის მიხედვით, საქართველო ბევრად ასწრებს მსოფლიოს უმეტეს ქვეყნებს. ამასთან, ექიმთა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის ოპტიმალური შეფარდება (1.0:4.0-თან, 1.0:3.0-თან) არა მარტო არ მიიღწევა, არამედ ბოლო წლებში სულ უფრო კლებულობს.

იმ დისბალანსის შედეგად, რომელიც არსებობს სამედიცინო მომსახურების სფეროში, „რეალურად არსებულს“ და „რეალურად აუცილებელს“ (საკმარისს) შორის, სახეზეა:

- სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი;
- სამედიცინო პერსონალის დაბალი ანაზღაურება;
- სამედიცინო დანებსულებების მწირი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა;
- სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხელმისაწვდომობა.

უნდა აღინიშნოს, რომ წინა წელთან შედარებით, საშუალო სამედიცინო პერსონალის დასაქმება ჯანდაცვის სისტემაში გამოხატულად კლებულობს. ამასთან, განუყოფელად მატულობს საექიმო თანამდებობების, განსაკუთრებით ქირურგთა, კარდიოლოგთა, ანესთეზიოლოგთა, უროლოგთა, ონკოლოგთა, ნევროპათოლოგთა, ოფთალმოლოგთა, სტომატოლოგთა ორიცხვი.

არსებული პრობლემა ნათლად აისახა კვლევის პროექტში ჩატარებულ 416 სტუდენტის სოციალური გამოკითხვის შედეგებში. ზოგადად შესაძლოა დავასკვნად, რომ რესპონდენტთა უმეტესობა საკმარისად უკმაყოფილოა აფასებს თავის სამომავლო საქმიანობას. თვლის, რომ არსებული სიტუაციის შეუცვლადობის შემთხვევაში შეეცდება მოიძებნოს სხვა საშუალო ადგილი.

ამასთან, ზედმიწევნით ნიშნდობლივია გამოკითხვის მასალების იმ ნაწილის განხილვა, რომელიც შეეხება სტუდენტთა მიერ სასწავლო პროცესის შეფასების, მათ მოტივაციების, ინტერესების და სხვ.

კვლევა კიდევ ერთხელ დაადასტურა, რომ საექთნო სკოლების სასწავლო პროგრამები ნაკლებად ითვალისწინებს სტუდენტის მიერ პრაქტიკული უნარჩვევების დაუფლებას. რესპონდენტების მხოლოდ 55%-მა ვასცა დადებითი პასუხი შეკითხვაზე, რომ შეუძლიათ დამოუკიდებლად გაუწიონ პირველადი სამედიცინო დახმარება დაზარალებულს. გამოკითხვის მონაცემებიდან გამომდინარე, რესპონდენტების დიდი ნაწილი მოუთხოვს, რომ ყველა შემთხვევაში თავს აარიდებს დაზარალებულისათვის საჭირო დახმარების განცხადებას და ამ მიზნით ვინმეს დახმარებას

დაელოდება. ამ აზრს ადასტურებს ისიც, რომ კანკეში ინექციის გაკეთება შეუძლია მხოლოდ რესპონდენტების 20%-ს; ნახვევის დადება 23%-ს; სისხლდენის შეწყვეტა 13%-ს; ნენეის გაზომვა 29%-ს და ა.შ.;

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით საქართველოს განათლების სამინისტროს მიერ უკანასკნელ წლებში განხორციელდა რიგი ღონისძიება, მიმართული საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების მოქმედების რეგულირებაზე. მოუხდავად ამისა, აკრედიტაციის მქონე კერძო და სახელმწიფო საშუალო სამედიცინო სასწავლებლების რიცხვი ბოლო სამი წლის მანძილზე თითქმის 3-ჯერ შემცირდა ზედმიწევნით სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს სტუდენტთა მომზადების ხარისხი.

ამ კუთხით ზედმიწევნით მნიშვნელოვანია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სტრუქტურაში პროფესიული სამედიცინო სკოლის ჩამოყალიბება. სკოლა არა მარტო ახორციელებს ექთნის მომზადებას თვისობრივად ახალი პროგრამების მიხედვით, არამედ, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აყალიბებს სტუდენტთა მომზადების ახალ სტანდარტებს, რაც, საბოლოო ჯამში საშუალო სამედიცინო განათლების სისტემის ძირეული გარდაქმნის საფუძველია.

ჩატარებულმა კვლევამ დაადასტურა, რომ თუმცა სახელმწიფო პოლიტიკა საშუალო სამედიცინო კადრების განვითარების სფეროში მოლიანად ასახავს ჯანდაცვის სისტემის პროორტოგულ მიმართულებებს და მათი რეალიზაციის ძირითად გზებს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სტრუქტურაში ვერ ხერხდება საექთნო კადრების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შემადგენლობის ოპტიმალური რეგულაცია. საშუალო სამედიცინო პერსონალის სწავლება და პროფესიული განვითარების პროცესები არ არის ორიენტირებული ქვეყნისათვის საჭირო რაოდენობისა და პროფილის სამედიცინო კადრების მომზადებაზე, რომლებიც შეძლებენ მოსახლეობისათვის ხარისხიან, ღირებულება-ეფექტური, დროული და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების ჩატარებას. ამას ხელს უწყობს სისტემაში არსებული ექიმებისა და ექთნების ჭარბი რაოდენობა, რაც თავის მხრივ განაპირობებს მნიშვნელოვან დისბალანსს, რომელიც გამოიხატება ექიმ-საქცილისტების სიჭარბით, ზოგად პროფილისა და ოჯახის ექიმებისა და თანამედროვე ტიპის ექთნების მკვეთრი ნაკლებობით. ამასთან დაკავშირებით ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო განათლების სისტემებში მიმდინარე გარდაქმნები უნდა იყოს ურთიერთშეთანხმებული, კოორდინირებული, თანმიმდევრული და დროის მიხედვით თანხვედნილი.

ლიტერატურა:

1. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ თბილისი 2001, 2002, 2003.
2. ურუშაძე რ. – საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. ქართული

მედიცინის განვითარების მიმართულულებები. თბილისი. 2002

3. Bennett S, Franco LM: Health worker motivation and health sector reform. PHR Primer for policy makers. [http://www.phrplus.org/Pubs/pps3.pdf] website

4. Washington: PHR Project 2000

5. Buchan J: Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. Health Policy Plan 2000, 15:319-325. PubMed Abstract | Publisher Full Text |

6. Chanda R: Trade in health services. Geneva: World Health Organization, Commission on

V.Kiknadze, K.Tshelidze, L.Lomtadze, D.Kitovani, O.Gerznavna

THE NURSING CAREER IN GEORGIA: PROBLEMS AND PROSPECTIVE

Department of Health Policy, Management and Economics

The presented work is concerned the nursing career in Georgia from the point of view of health care, social life and economy...

An extensive part provides detailed explanations of the past, present and future of the nursing. One of the goals of this work – analysis of the nurses position in contemporary Health care system and new role of the nursing process...

The results of the work positively proved the hypothesis of the positive effect of health care reforms in Georgia.

The findings and results of this study could be compared with available literature.

კიკნაძე ნ., ბენდელიანი ზ., ბენდელიანი ც., შულაია თ.

აქტიური კერატოზის დერმატოსკოპია და მკურნალობის ზოგადი პრინციპები

თსუ-ის დერმატო-ვენეროლოგიის დეპარტამენტი, დერმატო-ვენეროლოგიისა და ესთეტიკური მედიცინის განყოფილება „ბარჯანი“

აქტიური (მზის) კერატოზი საკმაოდ ხშირი ნოზოლოგიაა მზის რადიაციის მაღალი დონის მქონე ქვეყნებში. ავადმჯობიან ადამიანები საშუალო და მოზრდილი ასაკში, რომლებსაც აქვთ ღია ფერის – პირველი, მეორე, და მესამე ტიპის კანი. ამ პათოლოგიის გავრცელება პირდაპირ დამოკიდებულია მზის გამოსხივების ინტენსიუობასთან. სწორედ ამიტომ ეს დაავადება საკმაოდ ხშირი პათოლოგიაა საქართველოში. კანის სიმპტომატიკა, როგორც წესი ვლინდება სხეულის ღია ნაწილებზე იმ ადამიანებში, რომლებიც დიდხანს იმყოფებიან მზეზე. ელემენტები წარმოადგენენ ერთ სანტიმეტრამდე დიამეტრის მქონე არასწორი კიდეების, გარქოვანებულ ქერცვლით დაფარულ ბალეტებს. აქტიური კერატოზი მიეკუთვნება პრეკანცერულ მდგომარეობას, მაგრამ მლიტრატურაში არ არის ზუსტი მონაცემები ავთვისებიან სიმ-

სიენში გადაგვარების სისხირის შესახებ. ითვლება რომ ყოველწლიურად აქტიური კერატოზით დაავადებული 1000 პაციენტიდან ერთს უვითარდება ბრტელუჯრედოვანი კიბო. აქტიური კერატოზის ერთერთ ვარიანტად ითვლება პიგმენტური აქტიური კერატოზი. ამ შემთხვევაში ელემენტებს გააჩნიათ დიდი ზომები, მეჭვქოვანი პიგმენტური ზედაპირი და რადიალური ზრდის უნარი. ეს ელემენტები კლინიკურად ძალიან გავს ავთვისებიან მელანომა, ამიტომ საჭიროა მათი საფუძვლიანი დიაგნოსტიკა. ნაშრომში წარმოდგენილია 11 აქტიური კერატოზის მქონე პაციენტის დერმატოსკოპიული მარკენებელი. მამაკაცს 8 მამაკაცი და 3 ქალბატონი 58-დან 70-მდე ასაკში. 6 მამაკაცს მრავლობითი ელემენტები ლოკალიზებული ჰქონდა თავზე და სახის მიდამოში. (შუბლი, მუცხები, ყურები და ყურის ნიჟარები), 2 მამაკაცს - მტკენებზე. სამივე ქალბატონს კი ელემენტები აღნიშნებოდა სახეზე და საფეთქლის მიდამოში. ყველა ელემენტი მიეკუთვნებოდა აქტიური კერატოზის ჰიპერტროფიულ ფორმას. ყველა პაციენტს ჰქონდა კანის პირველი და მეორე ტიპი (ფიტცპატრიკის კლასიფიკაციის მიხედვით). ელემენტების დერმატოსკოპიისას უმეტეს შემთხვევაში აღინიშნებოდა ერთი-მეორე კერების, სისხლძარღვების და თმის ფოლიკულების ზარჯზე განვითარებული ფსევდო-ბადისებური სურათი, მოლურჯო მონაცისფერი, მუქი ყავისფერი და ზოგჯერ მავი ჩანარობები. მიღებული მარკენებელი თითქმის ანალოგიური ავთვისებიან მელანომის დერმატოსკოპიული სურათთან, ამიტომ ზოგ შემთხვევაში აუცილებელია ჰისტომორფოლოგიური გამოკვლევის ჩატარება.

მკურნალობა ჩატარდა ორი მეთოდით - ერთეული ელემენტების შემთხვევაში გამოყენებულ იქნა კოურეტაჟი ადგილობრივი ანესთეზიით (5 შემთხვევა ერთეული ელემენტების სახეზე და ხელებზე), კოურეტაჟის შემდეგ სრული შეხორცება აღინიშნებოდა მესამე კვირას. არც ერთ შემთხვევაში არ დაფიქსირდა მეორადი ინფიცირება ან მდგრადი ჰიპოპიგმენტაცია. დანარჩენ შემთხვევაში ჩატარებულ იქნა ქიმიური პოლინეტილენის სხნათი, რომლის შემადგენლობაშიც შედის სალიცილის მგავა, რეზორცინი, რძის მგავა და ეთილის სპირტი, რის შედეგადაც მიღებულ იქნა ქიმიური დამწვრობით გამოწვეული ეპიდერმისის ექსფოლიაცია. ამ ელემენტების აღიკვეთის და ერთი-მეორე განვითარების შემდეგ არ საჭიროებს ნეიტრალიზაციას, რაც უფრო პრაქტიკული და მოსახერხებელია. ამ შემთხვევაშიც სრული შეხორცება მიღებულ იქნა სამი კვირის შემდეგ და არც ერთ შემთხვევაში არ განვითარებულა ნაწილობრივი ან მდგრადი ჰიპოპიგმენტაცია. ამ მკურნალობის მეთოდების ერთადერთ ნაკულს წარმოადგენს შედარებითი მტკივნეულობა და დისკომფორტი შეხორცების პერიოდში.

ვინაიდან საქართველო არის მზის ინტენსიური გამოსხივების ზონა, რაც განაპირობებს აქტიური კერატოზის შემთხვევების ზრდას, ყველა ასეთ ვინაობისთვის ესაჭიროება ზუსტი დიაგნოსტიკა, ვინაიდან აქტიური კერატოზი კლინიკურად და დერმატოსკოპი-

დო, საშუალებას გვაძლევს საკმაოდ ზუსტად დავსვათ პიგმენტური ნევუსის ინ ვიჯო დიაგნოზი, ასევე გადავწყვიტოთ მათი მორფოლოგიური სტრუქტურის და მათი ქირურგიული მკურნალობის საკითხი.

ლიტერატურის მონაცემების საფუძველზე დერმატოსკოპიულად შეიძლება გამოვყოთ ატიპიური ნევუსის სამი ტიპი: რეტკულური (გამოხატული პიგმენტური კედლით), ჰომოგენური (ჰომოგენური ყავისფერი პიგმენტაციით), გლობულური (დიდი რაოდენობით გლობულით და ნერტილებით). როგორც ნესი, ხშირად გვხვდება გლობულური და რეტკულური ტიპის კომბინაცია. ჩვენ გამოვყავით ყველა გამოკვლეული შემთხვევა პიგმენტური დახასიათებით შემდეგ ჯგუფებად: ცენტრალური, პერიფერიული და მულტიფოკალური განლაგებით. ასეთი განსაზღვრის თანახმად, 4 შემთხვევა იყო ცენტრალური ჰომოპიგმენტაციით, 38 – ცენტრალური ჰომოპიგმენტაციით, 9 – პიგმენტის მულტიფოკალური განლაგებით და 4 – პერიფერიული ჰომოპიგმენტაციით. ყველა ნევუსი დიაგნოსტიკურად და დერმატოსკოპიულად, მათი მორფოლოგიური მაჩვენებლებით და, ასევე, გათვალისწინებული იყო პიგმენტური კედელი, პიგმენტური გლობულები ან ჰომოგენური პიგმენტაცია და ამის საფუძველზე განისაზღვრებოდა ნევუსი, როგორც რეტკულური, გლობულური, ჰომოგენური და შერეული.

რეტკულური ტიპის ნევუსის შემთხვევაში პიგმენტი კედლის სახით ნაწილდებოდა ელემენტის მთელ ზედაპირზე და თანდათან ქრებოდა პერიფერიისკენ. ასეთი განლაგება აღინიშნებოდა უმეტეს შემთხვევებში ცენტრალური ჰომოპიგმენტაციით (21).

ნევუსის გლობულური ტიპი მრავალი სხვადასხვა ზომისა და ფორმის გლობულებით, რომლებიც განლაგებულია ელემენტის მთელ ზედაპირზე, დიაგნოსტიკურად იქნა 12 შემთხვევაში.

შერეული რეტკულურ-გლობულური ტიპის ნევუსი დიაგნოსტიკურად იყო 15 პაციენტში და ჰომოგენური დიფუზური ყავისფერი შეფერილობის პიგმენტაციით 7 პაციენტში. არცერთ შემთხვევაში არ აღმოგვიჩინა სამივე კომპონენტი ერთად, და, ასევე არცერთ შემთხვევაში არ აღინიშნებოდა სუბტოტალური და ტოტალური ჰომოპიგმენტაცია.

ამგვარად, უმრავლეს შემთხვევაში ნარმოდგენილია რეტკულური ან შერეული ტიპის ნევუსი, გამოხატული ცენტრალური ჰომოპიგმენტაციით და ნაშთი ცენტრით. ეს ვარიანტი ლიტერატურის მონაცემებით არის ხშირი ნაირსახეობა. ლაქოვანი არათანაბარი განსაზღვრა, რომელიც რიგ შემთხვევაში შეიძლება ავეკროის მელანომაში, ჩვენ შეგვხვდა მხოლოდ 7 შემთხვევაში.

იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ საქართველო ეკუთვნის ქვეყნებს მაღალი რაოდენობით და პოპულაციების უმრავლესობას აქვთ კანის პირველი ან მეორე ტიპი (ფიციპატრიის მიხედვით), ნებისმიერ ატიპიურ ნევუსს ესაჭიროება დერმატოლოგიური დაკვირვება და პერიოდული დერმატოსკოპიული გამოკვლევა, რაც თავიდან აგვაცილებს მელანომის გვიან სტადიების განვითარებას.

ლიტერატურა

1. W. Stolz, O. Braun-Falco, P. Bilek, M. Landthaler, AB. Cognetta. Color atlas of dermatoscopy. Berlin: Blackwell Science Ltd, 1994.
2. H. Rabinovitz. Dermoscopy. A practical guide. Miami, Florida: MMA Worldwide Group Inc, 1999.
3. H. Kittler, M. Selteneim, M. Dawid, H. Pehamberger, K. Wolff, M. Binder. Morphologic changes of pigmented skin lesions: a useful extension of the ABCD rule for dermatoscopy. J Am Acad Dermatol 1999; 40: 558-62.
4. H. P. Soyer, G. Argenziano, V. Ruocco, S. Chimenti. European Journal of Dermatology, 2001, v. 11, 5, 483
5. R. Hofmann-Wellenhof, A. Blum, I. H. Wolf, D. Piccolo, H. Kerl, C. Garbe, H. Soyer. Dermoscopic Classification of Atypical Melanocytic Nevi (Clark Nevi)

N. Kiladze, A. Chirinashvili, Z. Bendeliani, M. Tevzadze

DERMATOSCOPIC SHOWINGS OF ATYPICAL PIGMENTED NEVUS (NEVUS CLARK)

Tbilisi State Medical University, department of dermatovenerology, Prof. Gvamiachava Scientific Center of Oncology, Tbilisi

In the trial this was studied 55 cases of clinical diagnosed atypical melanocytosis nevus in individuals with the age from 18 up to 36. 49 of them were with skin type I, 4 – with the skin type II and 2 patients with the skin type III. Nevi were classified by dermatoscopic showings in reticular, globular, homogeneous and mixed reticular-globular types. The majority of cases were represented as reticular or mixed nevus with arised hyperpigmented central part. Only in 7 cases was fixed patchy uneven pigment distribution and there was no case of subtotal or total hypopigmentation. Taking into consideration that Georgia is a country with high level of sun radiation and that majority of population has I or II skin type, further observation of patients with atypical nevi is highly needed, this will give a possibility to decrease the number of cases of late melanoma.

კირან ვენკატა, რამაშატ ბატავანი, კაჭარავა გ, ავალიანი ი.

Dr. I. Venkata Kiran¹, Dr. Rahmat Batavan², Dr. George kacharava², Dr. Ia Avaliani¹

A CASE REPORT - A PATIENT WITH IDIOPATHIC PERICARDIALEFFUSION, COMPLICATED BY ML

1 - Tbilisi State Medical University, 2- Jee Ann Medical Center.

INTRODUCTION:

Pericardial effusions are characterized by fluid collection in the pericardial space. Clinical presentation may range from asymptomatic to life threatening depending on the underlying cause of the effusion and the rate of accumulation^{1,2}. Any cause of acute or chronic pericarditis may lead to the development of pericardial effusion. Common caus-

es of effusions are infections (HIV, Viral, Pyogenic, TB and others), Myxedema, Neoplasia, Congestive Heart failure, Pregnancy, Nephrotic syndrome, Cirrhosis, Postcardiac surgery and drugs^{3,4}. Other causes excluding the above mentioned are idiopathic.

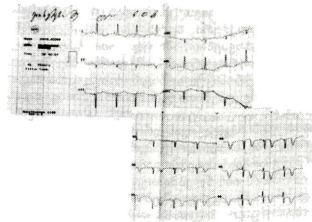
Slowly developing effusions are asymptomatic¹⁰. Occasionally, patients may complain of a constant dull ache or pressure in the chest. Others symptoms include dysphagia, dyspnoea, hiccups, Nausea, Abdominal fullness^{2,10}. Chest pain from Pericarditis is usually described as a severe, sharp retrosternal pain that may radiate to the neck, shoulders, back. Chest pain of acute pericarditis can mimic aortic dissection, pulmonary embolism, Pneumothorax, acute coronary syndrome^{8,9}.

Pericardiocentesis: a) Indicated if malignancy, bacterial or fungal pericardial effusion is suspected. b) With large effusions of recent onset, close clinical and Echo follow up is warranted. c) Pericardiocentesis may be warranted in large asymptomatic effusions^{5,6}.

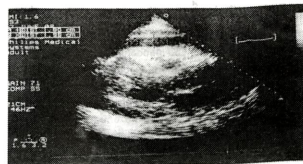
Complications include Cardiac tamponade, Chronic pericardial effusion^{2,7}.

DETAILS OF PATIENT: 55 Y. O. Male, a native of western part of Georgia.

PAST MEDICAL HISTORY: ARTERIAL HYPERTENSION-2 (JNC-7), Operated (Gastrectomy) 4 years ago due to peptic ulcer of stomach.



ECG in ICU, after 1 day from onset of severe chest pain.



Parasternal long axis view demonstrating pericardial effusion.

SYMPTOMS ON ADMISSION: Dyspnoea of rest, malaise, weakness, chest discomfort, subfebrile temperature, nausea.

BLOOD ANALYSIS: LIGHTLY ANAEMIC, HB-8.8 Hypokalaemia, CRP, TSH, Total bilirubin, direct bilirubin, BUN, SGOT, SGPT - normal.

ECG: NORMAL.

ECHO: EF -60% Pericardial effusion, max. separation 1.9 cm. diastolic collapse of right ventricular free wall was observed.

Objective data: no pericardial friction rub on auscultation, no -pulsus paradoxus. no electrical alternans, urine output was normal with no weight loss. Having no much clues towards etiology, treatment was started only assuming as a pericardial effusion. But pericardiocentesis was not performed in this case as it is unsafe due high risk of complications (separation < 2 cm)

TREATMENT after admission: Prednisolone, captopril, k+supplements, omeprazole.

3 days after Prednisolone administration pericardial effusion was not reduced. Patient suddenly developed chest pain, accompanied with headache, hypotension, and bradycardia. After few minutes, blood pressure and heart rate was normalised, but chest pain persisted. After administration of Nitroglycerine(i.v), Heparin(i.v), Aspirin(p.o) pain was relieved. Patient had one episode of retrosternal chest pain of the same severity 10 days ago. 2 hours after the episode, on ECG we saw: T-wave inversions, in I, aVL, V2-6 & poor progression of r wave in precordials. Therefore patient was referred to cath-lab for angiogram.

THE RESULT: 100% obstruction of lad, 99% obstruction of circumflex artery.

Recommendation: CABG. treatment with prednisolone in the meanwhile was stopped, as it would increase the risk of rupture of myocardium, and infarct expansion. He had subfebrile temperature again.

Aspirin was prescribed (2.5 g a day). This treatment continued for 5 days with no much effect.

Computer tomography was done to exclude, aortic dissection, which has close association with pericardial effusion, and the result was negative.

After 2 days his temperature was normal, no chest pain, but, dyspnoea on rest was not relieved completely, showing the persistence of pericardial effusion.

Once again, prednisolone was tried. The clinical picture got better after 1 day, Patient started feeling better with decrease of dyspnoea, normalization of ECG and temperature. Finally echo was done and it confirmed the fact that pericardial effusion has lowered.

CONCLUSION: Pericardial effusion is a common clinical entity. In this case the reason for pericardial effusion stayed unknown. During the course of treatment, even though myocardial infarction developed, It did not react like post myocardial infarction pericardial effusion or pericarditis due to Dressler's syndrome, usually treated with aspirin². In this case pericardial effusion preceded the onset of MI and was sensible to Prednisolone.

Patient was discharged from hospital and in one month he successfully underwent CABG as recommended.

REFERENCES:

1. Hoit BD. Pericardial disease and pericardial tamponade. *Crit Care Med.* Aug 2007;35(8 Suppl):S355-64.
2. Braunwald E, ed. *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine.* Philadelphia: WB Saunders Company; :1478-96.
3. Chetlin MD, Alpert JS, Armstrong WF. ACC/AHA Guidelines for the Clinical Application of Echocardiography. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Clinical Application of Echocardiography). Developed in coll. *Circulation.* Mar 18 1997;95(6):1686-744.
4. Chong HH, Plotnick GD. Pericardial effusion and tamponade: evaluation, imaging modalities, and management. *Compr Ther.* Jul 1995;21(7):378-85.
5. Feigenbaum, H. *Echocardiography.* Philadelphia: Lea & Febiger; 556-74.
6. Ilan Y, Oren R, Ben-Chetrit E. Etiology, treatment, and prognosis of large pericardial effusions. A study of 34 patients. *Chest.* Oct 1991;100(4):985-7.
7. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* McGraw-Hill Professional; 2005:1414-1420.
8. Little WC, Freeman GL. Pericardial disease. *Circulation.* Mar 28 2006;113(12):1622-32.
9. Maisch B. Pericardial diseases, with a focus on etiology, pathogenesis, pathophysiology, new diagnostic imaging methods, and treatment. *Curr Opin Cardiol.* May 1994;9(3):379-88
10. Spodick DH. Acute pericarditis: current concepts and practice. *JAMA.* Mar 5 2003;289(9):1150-3

კირტავა ზ.*, კობაიძე ქ.** , აკოპოვი ვ.**

ჰოსპიტალური მედიცინა: ნარსულის გავლით - მრგვალისაკანი

* - თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტის ზინდათის მედიცინის დეპარტამენტი (მედიცინულია - თბილისი სინდრომული დიაგნოსტიკით) / კავასისი პირენას სკოლის ჯანდაცვის მართვის განყოფილება, ** - ვიქსის უნივერსიტეტის კარდიოლოგიის საავადმყოფოს არსიანთა მედიცინის სახსანო (ატლანტა, აშშ)

80-იან წლებში ამ სტატის სამედიცინო თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტის ჰოსპიტალური თერაპიის კათედრის სტუდენტი იყო. შემდგომში ჯანდაცვის და სამედიცინო განათლების სექტორების რეფორმის ერთ-ერთ ეტაპზე ჰოსპიტალური მედიცინა საქართველოში ძვირადღირებულ ფუნქციად ჩაითვალა და აქცენტი პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ), როგორც უფრო ხარჯ-ეფექტური მოდელის, განვითარებაზე გაკეთდა. ქვეყანაში პჯდ რეფორმა გერაც არ დასრულებულა, ხოლო ამასობაში ამერიკელებმა ჩვენგან ლამის მივიწყებული ჰოსპიტალური მედიცინა ახალ პერსპექტიულ მიმართულებად აქციეს, რომლის რე-ინპორტიც ალბათ მალე მოგვინებს.

ჰოსპიტალური მედიცინის აღორძინება ამერიკაში 1990-იანი წლებიდან იღებს სათავეს. 1996 წელს მსოფლიოს ერთ-ერთ ყველაზე პოპულარულ ჟურნალში — "თვე ნენ ენგლანდ ჟურნალ ოფ მედიცინა" - გამოქვეყნდა კარდიოლოგიის უნივერსიტეტის ექიმების რობერტ კატიერის და ლი ვოლდმანის სტატია - „ჰოსპიტალისტივის“ ზრდადროლი ამერიკულ ჯანდაცვის სისტემაში¹ (1). ამ სტატიაში პირველად ნახსენარ ტერმინით განსაზღვრული ჰოსპიტალისტივის არამა დღეს უკვე 13000 სპეციალისტს ითვლის და ამერიკის ჰოსპიტალური მედიცინის ასოციაციის პროგნოზით - 2020 წლისთვის 30 ათასს მიაღწევს, რაც თითქმის კარდიოლოგთა ოდენობის ტოლია (2,3,4).

ჰოსპიტალისტივი¹ არიან სტაციონარულ ავადმყოფთა ზოგად სამედიცინო დახმარებაზე ფოკუსირებული ექიმები. განსხვავებით პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისაგან, ისინი მუშაობენ არა ამბულატორიულ (ლუბკატინტი) ავადმყოფებთან საკუთარ ან ჯგუფური პრაქტიკის ოფისებში, არამედ მათი ძირითადი სამუშაო კონცენტრირებულია საავადმყოფოში, სადაც ისინი განახორციელებენ სტაციონარულ (ინტეპატინტი) ავადმყოფთა მოვლას, სტუდენტთა და რეზიდენტთა ჰოსპიტალურ სამედიცინო განათლებას, პრაქტიკულ ტრენინგებს - ჰოსპიტალური მოვლის გაიდლაინების დანერგვით, და ჰოსპიტალური ჯანდაცვის ეფექტურობის შეფასებასა და მართვას. ჰოსპიტალისტა ტიპიურ პაციენტებს შეადგენენ ხანმოკლე-ლი და პრობლემური პაციენტები, ქრონიკული ან მწვავე დაავადებებით, ხშირად ისეთი რთული პათოლოგიებით, როგორცაა მძიმე ფორმის პნემონია, ფიტლების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, გულის შეგუბებითი უკმარისობა, დიაბეტი და თირკმლის დაავადებები. მათი მართვა ექიმისაგან მოითხოვს მნიშვნელოვან დროს, განსაკუთრებული ყურადღებას, სათანადო ექსპერტიზას და სტაციონარში მუშაობის სისტემურ გამოცდილებას (1,2,3).

აშშ-ში 70-იან წლებში თერაპევტის საშუალო დატვირთვა შეადგენდა დღეში 10-მდე სტაციონარულ პაციენტს, რომელთა საავადმყოფოში საშუალო დაყოვნება 8-10 დღე იყო. ამაზე ექიმის დროის 40%-მდე ინარჯებოდა, ხოლო დანარჩენ დროს იგი ოფისში ამბულატორიულ პაციენტებს იღებდა. ამერიკის ჯანდაცვაში 20-ე საუკუნის 70-90-იან წლებში სადაზღვევო მედიცინის მთავარი მიმართულება გახდა მართული დახმარება (მანაგედ ცარე), რომელიც აქცენტს აკეთებს სამედიცინო დახმარების დანახარჯების შემცირებაზე, ამ დახმარების ხარისხის შენარჩუნების პარალელურად. რამდენადაც ეს მიმართულება 2006 წლიდან საქართველოშიც სწრაფად ვითარდება, სავარაუდოა, რომ ის გარემოებები და მიზეზები, რამაც ათიოდე წლის წინათ ამერიკაში ჰოსპიტალური მედიცინის განვითარებას შეუწყობ ხელი, მალე საქართველოშიც აქტუალური გახდება.

¹ არჩვენ ჰოსპიტალურ თერაპევტებს, ჰოსპიტალურ ქირურგებს და ჰოსპიტალურ პედიატრებს.

საქმე იმაშია, რომ მართოდ დახმარებაში გამოყენებული ანაზღაურების სისტემა ხშირად დიაგნოზის მიხედვით საშუალო სამედიცინო შემთხვევის ანაზღაურებას ახდენს, ხოლო საავადმყოფო შემთხვევათა შორის განსხვავდება ამ საშუალო აქარებებს, რაც ძველ მოდელში სტაციონარულ დახმარებას დაზღვევისათვის არახელსაყრელს ხდიდა, პჯდ/ამბულატორიულ დახმარებასთან შედარებით. შედეგად ზოგიერთი ხელსაყრელი და მოგებიანი პროცედურებიც, ისევე როგორც გამოცდილი ექიმთა უმრავლესობა, უფრო საიმედოდ დაფინანსებულ ამბულატორიულ სექტორში „გადაბარდა“, ხოლო დარჩენილი სტაციონარული პაციენტები უფრო მძიმე, რთული და ხშირად ძველ მოდელში თვალსაზრისით — „არამომგებიანი“ აღმოჩნდნენ. პოსპიტლები იძულებულნი გახდნენ გამოსავლის ძებნა დაეწყათ.

სამედიცინო განათლებაში აშკარად შეიძლება გამოყოფილი იქნას ორი მთავარი ნაკადი — სპეციალისტები (რომელთა მიმართულებები და სუბსპეციალობები სულ უფრო აურაცხელი ხდება) და ე.წ. „ჯენერალისტები“ (ინგლისური ტერმინიდან გენერალ მედიცინე — ზოგადი მედიცინა). ჯენერალისტების მთავარი ნიშანია ამ სახის ექიმთა მიერ აღმოჩენილი დახმარების ამომწურავი ხასიათი (ცომპრეჰენსივენესს) და უწყვეტობა (კონტინუიტე). ორი მთავარი შტო კი უწყვეტად არის პირველადი ჯანდაცვა (პჯდ), სადაც ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმი ცდილობს პაციენტს დახმარება გაუწიოს მედიცინის ყველა მიმართულებით — დაწესებული პროფესიატური ლონსიტებებიდან და დამთავრებულ — გაჯაფლებული დახმარებით; და შინაგანი მედიცინა, სადაც პოსპიტლის ჯენერალისტ ექიმს (თერაპევტი/ინტერნისტი) იგივე ამოცანები უკვე საავადმყოფოში მოთავსებული პაციენტის მიმართ ამოძრავებს. რეჟიმის პირველ — პჯდ ეტაპზე სადაზღვევო მედიცინის მესვეურთათვის ძალზე მომზიბველად გამოყოფრება ოჯახის ექიმის, როგორც სისტემის მთავარი პიროვნების ირგვლივ კონცენტრირება. ამას მოჰყვება ორი შედეგი, რომელიც პირველ ეტაპზე — სისტემის თავდაპირველი პოსპიტალური „გადაღვირვის“ გამო სასურველიც კია — როგორც პაციენტების, ასევე თანდათან სპეციალისტების გადანაცვლება ხდება ამბულატორიულ რგოლში, სადაც დაფინანსების მართვა უფრო მარტივია, ხოლო პაციენტზე დახმარება უფრო — ნაკლები. თუმცა, როდესაც ქინქარა თავისი ამპლიტუდის მეორე ბოლოს აღწევს, მხოლოდ „ამბულატორიულ რეჟიმზე“ მყოფი ავადმყოფებიდან მცირე, მაგრამ მზარდი ნაწილი პირდაპირ ინტენსიურ განყოფილებებში ხდება, აშკარა ხდება, რომ სისტემის ნებისმიერი დისბალანსი სერიოზულ უარყოფით გვერდით ეფექტს იწვევს.

აშშ-ში 80-იანი წლების ბოლოს დაიწყო სამედიცინო დახმარებაში იმ დროისათვის მიღებული და სასურველი პოლისტიკური მოდელის — „თერაპევტები და სპეციალისტები მკურნალობენ სტაციონარულ ავადმყოფს და უბრუნებენ ოჯახის/უბნის პჯდ ექიმს ამბულატორიულად მოსავლელად“ — გადანაცვლა.

როგორც აღვნიშნეთ, მართალი დახმარების პირველი ამოსავალი ნერტილი სამედიცინო ხარჯების შემცირების სურვილია, ხოლო დასახლებული მოდელი მთელი მისი პოლისტიკის მიუხედავად, ხარჯ-ეფექტური არ ჩანდა. როდესაც დაიწყო პაციენტების დაქიმიების მზარდი მთვარეცა პჯდ სექტორისაკენ, ამერიკის დიდმა საავადმყოფოებმა მონახეს პოსპიტალური მედიცინის მეთოდი, რომელიც მიმართული საავადმყოფოს პრაქტიკაში იგივე პრინციპების დაცვისაკენ, რომელთა გამოყენებით პჯდ ექიმები ეფექტურად მართავენ ამბულატორიულ პრაქტიკას.

ამერიკაში პჯდ ექიმის მიერ დახმარების უწყვეტობის პრინციპი გულისხმობდა, რომ ამბულატორიულ ოფისში მომუშავე ზოგადი პრაქტიკის ექიმს უნდა მოენახლებინა „თავისი“ ავადმყოფი სტაციონარში. ეს კი სულ უფრო მეტ დროს ითხოვდა და პჯდ ექიმს წყვეტდა თავისი ძირითადი სამუშაო ადგილიდან. ამავდროულად, სტაციონარული ავადმყოფთა სირთულე და დახმარებაში ინტენსიურად გამოყენებული რესურსები სულ უფრო მეტ ყურადღებას ითხოვდა და გაცილებდა ხშირად გამოიწვევდა პჯდ ექიმის ლონსიტის შესაძლებლობას. მეორე მნიშვნელოვანი ასპექტია დახმარების დონე. რამდენადაც პოსპიტალური (სტაციონარული) დახმარება არის დადარჩება უფრო ხარჯები დახმარებად, ვიდრე პჯდ, იგი მხოლოდ მაშინ იქნება მისაღები სადაზღვევო კომპანიებისთვის და საზოგადოებისთვისაც, თუ გამოსავალი უკეთესია. მაგრამ სათუთა, რომ მაღალი ხარისხის დახმარების განეჭვ შეძლო ექიმებმა, რომლებიც ამ სისტემაში დროის მხოლოდ ექიმი ნაწილს ატარებენ და არ ხდება მათი ადგილზე უწყვეტი დახმარება შესაბამის პროცედურებში, პრაქტიკულ კვლევასა და ადმინისტრირების ასპექტებში. სადაზღვევო მედიცინის მოთხოვნების შესაბამისად პოსპიტალური მედიცინა ხარჯ-ეფექტური უნდა გახდეს, უფრო, პაციენტთა სტაციონარში ყოფნის ხანგრძლივობა განუზრუნვლად მცირდება. და ამ პირობებში კი მხოლოდ პოსპიტალურ მედიცინაში დაოსტატებულ ექიმებს შეუძლიათ ოპტიმალური გადაწყვეტილებების დროულად მიღება და საჭირო უნარ-ჩვევების ეფექტურად და მიზნობრივ შეცდომებით გამოყენება.

როგორია პოსპიტალური მედიცინის ხელახალი აღმავლობის გავლენა აკადემიურ ცენტრებსა და სამედიცინო განათლებაზე? თაობათა განმავლობაში სრულყოფილი კლინიცისტი, თუ იგი სახანალო კლინიკაში მუშაობდა, სამი ბატონის მსახური უნდა ყოფილიყო — კლინიკური პრაქტიკის, მეცნიერების და განათლების, — რასაც რეალურად ერთეულები თუ ახერხებდნენ. სამედიცინო დახმარებასა და სამეცნიერო კვლევებზე აქცენტორება მხოლოდ მაშინ იყო შესაძლებელი, როცა აკადემიურ ცენტრებს დაფინანსება უფრო გულუხვად გამოეყოფოდათ. როგორც კი სამედიცინო სექტორში სადაზღვევო კომპანიების ფინანსურ-მეკონტროლებელი ხელი გამოჩნდა, აშკარა გახდა, რომ ამ სამივე სფეროში ერთდროული წარმატებული საქმიანობა ძალზე ძნელად

ლი იყო. თანდათან მოხდა დაყოფა მეცნიერებად, რომლებიც სწორედ სამეცნიერო კვლევებზე არიან ორიენტირებული, და კლინიკისტ-მასწავლებლებად, რომელთა მთავარი სფერო კლინიკური სამუშაო და სამედიცინო განათლებაა. ეს უკანასკნელი თავის მხრივ შეიძლება დაიყენენ ამბულატორიული მედიცინის და პოსპიტალური მედიცინის სპეციალისტებად, რა თქმა უნდა სამეცნიერო მიმართულება სრულად არ გამოირიცხება კლინიკისტ-მასწავლებელთა საქმიანობიდან, მაგრამ იგი უფრო პრაქტიკული ხდება — აღბათ აქცენტი უნდა გაკეთდეს შესაბამის სფეროში დასაბუთებული მედიცინისა და კლინიკური

პრაქტიკის გაიდლაინების შემუშავებასა და დანერგვაზე, ისევე როგორც — გამოსავლის შეფასების სამეცნიერო კვლევებზე.

პოსპიტალური მედიცინის სწრაფ განვითარებაზე ამერიკაში რამდენიმე ფაქტორმა მოახდინა გადაწყვეტი მნიშვნელობა — დახმარების ეფექტურობა, დახმარების ხარისხი და პოსპიტალური განათლება. დარგის პიონერთა მიერ ჩამოყალიბებულმა პოსპიტალური მედიცინის საზოგადოებამ (Society of Hospital Medicine - SHM) პოლიტიკის და სტრატეგიის განსაზღვრისას მნიშვნელოვანი ადგილი დაუთმო განათლებას, ხოლო კურიკულუმის შემუშავებისას ამო-

პოსპიტალური მედიცინის ძირითადი კომპეტენციების ცხრილი (2)

კლინიკური მდგომარეობები	პროცედურები	ჯანდაცვის სისტემები
მწვავე კორონარული სინდრომი	ართროცენტები	მოხუცებული პაციენტების მოვლა
თირკმლის მწვავე უკმარისობა	გულ-მკერდის რენტგენის წაკითხვა	გაჭირვებული მოსახლეობის სამედიცინო დახმარება
ალკოპოლიზმი და ნარკომანია (აბსტინენციური სინდრომი)	ელექტროკარდიოგრაფიის ინტერპრეტაცია	კომუნიკაციები
ასთმა	გადადეხბელი პროცედურები	დიაგნოსტიკური გადაწყვეტილებების მიღება
გულის რითმის მოშლა	ლუმბალური პუნქცია	წამლების უსაფრთხოება, ფარმაკოკონომიკა/ფარმაკოეპიდემიოლოგია
რბილი ქსოვილების ინფექცია	პარაცენტეზი	რესურსების სწორი განაწილება
ფილტვის ქრ. ობსტრ. დაავადება	თორაკოცენტეზი	დასაბუთებული მედიცინა (EBM)
არაპოსპიტალური პნევმონია	სისხლძარღვთა მიდგომა	პოსპიტალისტი, როგორც კონსულტანტი
გულის შეგუბებითი უკმარისობა		პოსპიტალისტი, როგორც მასწავლებელი
ბოდეა და დემენცია		საინფორმაციო მართვა
შაქრიანი დიაბეტი		ლიდერობა
გასტროინტესტინური სისხლდენა		მართვის პრაქტიკა
პოსპიტალური პნევმონია		სტაციონარული აეადმყოფების კვება
ტიკილის სინდრომის მართვა		პალატიური დახმარება
პერიოპერაციული მედიცინა		პაციენტის განათლება
სეპსისის სინდრომი		აეადმყოფის გადაბარება
ინსულტი		პაციენტის უსაფრთხოება
სამწარმე გუბების ინფექცია		პრაქტიკაზე დამყარებული სწავლება და გაუჯობსება
ვენური თრომბოემბოლია	ანტიკორობული რეზისტენტობა და შიდა ინფექციების პრევენცია	პროფესიონალიზმი / სამედიცინო ეთიკა
		ხარისხის გაუმჯობესება
		რისკის მენეჯმენტი
		გუნდური მიდგომა და მულტიდისციპლინური დახმარება
		დახმარების გაგრძელება/უნყვეტობა

სავალი ნორტილი გახდა ის ძირითადი კომპეტენციები (2,3), რომლებიც განსაზღვრავს ჰოსპიტალისტთა მოზადებას და პრაქტიკას. საყურადღებოა, რომ ეს კომპეტენციები გულისხმობს როგორც სუფთა სამედიცინო საკითხების, ასევე — პრაქტიკულ უნარ-ჩვევების და ჯანდაცვის სისტემის კომპლექსური საკითხების სრულყოფილ სისტემურ ცოდნას.

სადღეისოდ ფაქტია, რომ ამერიკული საავადმყოფოების უმრავლესობას უკვე გააჩნია ჰოსპიტალისტთა შტატი. ეს განსაკუთრებით ეხება 200-ზე მეტი საწოლის მქონე (63%) და სასწავლო კლინიკურ (53%) ჰოსპიტლებს (3). თუ თავიდან უპირატესობა ეძლეოდა მულტი-სპეციალობათა ჯგუფურ პრაქტიკას, ახლა ჰოსპიტალისტთა გუნდის უმეტესობა ინტერნისტებით/თერაპევტებით (75%) და პედიატრებით (11%) არის წარმოდგენილი, ხოლო სპეციალისტები (სათანადო გადაზადების შემდეგ) — 4-7% შეადგენენ. იმის გამო, რომ პუდ ექიმთა პრაქტიკაში ჰოსპიტალში მყოფი ავადმყოფები უკვე უმნიშვნელო ნაწილს წარმოადგენენ (ფინანსური შემოსავლის მხრივაც), უკვე აზრი დაკარგა ამ პაციენტთა პუდ მეთვალყურეობაში. მეიოს კლინიკის მთავალითმა კი აჩვენა, რომ არა მარტო სადაზღვევო კომპანიები, არამედ თავად სპეციალისტები (მაგ. ორთოპედები) უპირატესობას აძლევენ მათ გუნდში ჰოსპიტალისტის ყოფნას, რომლებიც შემთხვევის ეფექტური მენეჯმენტის ძირითად როლს ასრულებენ (3,4,5). განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ ამერიკის ჯანდაცვის სექტორში და ხარისხის სააგენტომ (AFLC, პტტა://სსტე.ატლ.ჯე.ჯი) თავის კვლევებით დაადასტურა, რომ ჰოსპიტალისტთა სამსახური სერიოზულად აუმჯობესებს საავადმყოფოს რთული სისტემების ინტეგრაციას, ეფექტურს ხდის გუნდურ მუშაობას და ზრდის პაციენტის უსაფრთხოებას. საავადმყოფოებში სწორედ ჰოსპიტალისტები წარმოადგენენ როგორც ახალი საინფორმაციო მართვის სისტემების და პაციენტთა ელექტრონული ისტორიების, ასევე — ჰოსპიტლების მართვის კრიტიკული ანალიზის და ინოვაციების დანერგვის მთავარ აქტივისტებს.

როგორც ყოველ სისტემას, ჰოსპიტალური მედიცინის სისტემასაც აქვს თავისი ნაკლოვანი მხარეები და 'გვერდითი ეფექტები'. იმედია, სამედიცინო საზოგადოებაში ღია დებატები საშუალებას მოგვცემს გამოვკვეთოთ ის რაციონალური და მისაღები, რომელიც რეფორმების გახაჯვარედინზე მყოფ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას სასიკეთოდ წაადგება. ავტორები მხოლოდ მიესალმებიან ამგვარ დისკუსიას.

ლიტერატურა:

1. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med.* 1996; 335(7): 514-517.
2. Dressler DD, Pistoria MJ, Budnitz TL, McKean SCW, Amin AN. Core competencies in hospital medicine: Development and methodology. *Journal of Hospital Medicine*, 2006, 1(1):48-56.

3. Society of Hospital Medicine - White Paper. Hospitalist: Leading the Way to More Effective, Higher Quality Health Care. 2007. <http://www.hospitalmedicine.org/>

4. Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, Kenwood C, Benjamin EM, Auerbach AD. Outcomes of Care by Hospitalists, General Internists, and Family Physicians. *N Engl J Med.* 2007; 357:2589-600.

5. Pham HH, Grossman JM, Cohen J, Bodenheimer T. Hospitalists and Care Transitions: The Divorce of Inpatient and Outpatient Care. *Health Affairs* 2008, 27(5): 1315-1327.

Kirtava Z*, Kobaidze K, Akopov V****

HOSPITAL MEDICINE - BACK TO THE FUTURE!

* - Dept of Internal Medicine, Tbilisi State Medical University (TSMU) / Caucasus School of Business, Tbilisi, GEORGIA; ** - Section of Hospital Medicine, Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Emory University Crawford Long Hospital, Atlanta, GA, USA

Since it was first described in 1996, Hospital Medicine has emerged as one of the fastest growing specialty in the USA. Currently around 13,000 hospitalists practice in the United States. About every third hospital, - including 63% of hospitals with over 200 beds, and 53% of teaching hospitals, - have hospitalists on their medical staffs. It has been estimated that in a decade number of hospitalists will probably reach 30,000 - approximately the same as the number of cardiologists today. As compared with traditional inpatient care, the hospitalist model offers many potential advantages: a) their availability all day allows hospitalists to respond quickly to acute symptoms or new test results, reducing delays and potentially improving outcomes; b) physicians who are based within a hospital could cope with its complex problems more efficiently; c) hospitalists offer greater clinical expertise; d) hospitalists are efficient in reducing hospital staying/operating expenses and meet demands of managed care; e) finally, the presence of hospitalists allows primary care physicians to concentrate and increase their productivity in the office, as they no longer need to travel to the hospital to see their few inpatients.

Hospital Medicine was an old concept in the republic of Georgia since WWII, and all authors of this observation have passed clerkship in 1980s at then Dept of Hospital Therapy of the Tbilisi State Medical Institute (currently - TSMU). Regrettably, in turn-rounds of Georgian healthcare reform and determination towards Primary Healthcare centered model, the concept was rejected in 1990s. As Georgia now has reached the stage of Managed Care development and US decade-ago health system's problems are coming to Georgian healthcare, we are considering timely to learn and efficiently adopt/re-import model of Hospital Medicine, which would benefit both healthcare system managers and the population by cost-saving and patient safety assurance.

კორტავა ზ.*, მდინარაძე-კორტავა ქ.**

ფიზიოლოგიის მკვლევარი

* - თსსუ-ის შინაგანი მედიცინის დეპარტამენტი (მედიკოსი) - თბილისი სინდროლოგი დიპლომირებული, ** - იკვლევთ საინფორმაციო სასაქონლო ცენტრი

ფიზიოლოგია (ფიზიოლოგია, ფიზიოლოგია, მიოფასციური ტკივილის სინდრომი) პირველად აღწერილი იქნა დრ. გრემის მიერ 1953 წელს. ამ ტერმინით აღინიშნება ფართოდ გავრცელებული, მრავლობითი კუნთოვანი ტკივილი. ფიზიოლოგია ძირითადად გვხვდება 25-45 წლის ასაკში, ქალბუნებში 8-20-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე - მამაკაცებში. ფიზიოლოგია ხშირად ასოცირდება ფსიქოგენური გადაძაბვასთან/სტრესთან, უძილობასთან, დეპრესიასთან, ალკოჰოლიზმთან, ტრავმასთან, ვირუსულ ინფექციებთან და ასევე - სხვა რევმატოლოგიურ პათოლოგიებთან (შოგრენის სინდრომი, სისტემური ნითელი მგლურა, რევმატოიდული ართრიტი, მაჯის არხის სინდრომი). რევმატოლოგთა დიდი ნაწილი ფიზიოლოგიას უკავშირებს ქრონიკული დაღლილობის სინდრომსაც და ზოგი ამ ორ ნოზოლოგიას ერთი პათოლოგიის ორ სხვადასხვა ნიშნად აღიქვამდა. აშშ-სა და დასავლეთ ევროპაში ფიზიოლოგია შრომის-უუნარობის ერთ-ერთ ხშირ მიზეზს წარმოადგენს. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში მიმართულია 2%, ხოლო რევმატულ კლინიკათა მიმართვის 3-20% - სწორედ ფიზიოლოგიაზე მოდის (2,3,4,5).

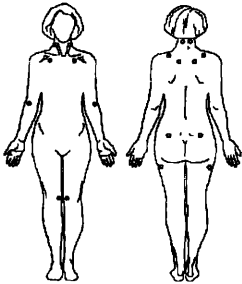
1990 წელს ამერიკის რევმატოლოგთა კოლეჯმა დაადგინა ფიზიოლოგიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები, რომელიც ემყარებოდა ე.წ. მტკივნეული ნერტილების არსებობას. შემუშავებულ იქნა ადამიანის სხეულზე 18 ნერტილის (9 სიმეტრიული ადგილი

ორივე მხარეს) რუკა (იხ. ნახ.). ფიზიოლოგიის დიაგნოზისთვის საჭირო იყო მინიმუმ 11 ნერტილის მტკივნეულობის დადგენა (5).

ამავდროულად როგორც თერაპევტების, ასევე რევმატოლოგების მნიშვნელოვანი ნაწილი საკმარისი გამოთქამდა ეჭვს, რომ ფიზიოლოგია არ წარმოადგენდა ნოზოლოგიურად გამოყოფილ ერთეულს, არამედ უფრო სწორი იყო მიოფასციური ტკივილის სინდრომის დაკავშირება ჯგუფად აღქმა, სადაც საერთო მახასიათებლებს — დიფუზურ მტკივნეულობას, განსხვავებული პათოგენეზი შეიძლება ჰქონოდა (5). მართლაც დადასტურდა, რომ ზემოთხსენებულ მტკივნეულ ნერტილებს არა აქვთ რაიმე სპეციფიური მნიშვნელობა, რამდენადაც მათი ბიოპსიით, ისევე როგორც მტკივნეული კუნთების უფრო ფართო ბიოპსიითაც, ფიზიოლოგიით პაციენტებში რაიმე პათომორფოლოგიური ცვლილებები არ აღმოჩნდა (2,6).

ბოლო მონაცემები ცხადყოფს ცენტრალური ტკივილის პროცესებში თავის ტინსა და ზურგის ტინში ნევროლოგიური დარღვევების როლს (7,8). ფიზიოლოგიით ავადმყოფები ტკივილს განსხვავებულად აღიქვამენ და გააჩნიათ ტკივილის ზღურბლის დაბალი დონე ნორმალურ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით. მაშინ, როცა ფიზიოლოგია უკვე ვერ ჩაითვლება ანთებით დაკავშირებულ მკურნალობის ძირითად გავრცელებულ მეთოდად მაინც არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებები რჩება. და არცაა გასაკვირი, რომ ეს პრეპარატები თითქმის ყოველთვის მხოლოდ მოკლე ხნითაა ეფექტური. პირიქით, მკურნალობის უფრო გამართლებულ მეთოდად, როგორც სხვა ნევროპათიური ტკივილის დროს, უნდა ჩაითვალოს ანტიდეპრესიული საშუალება დელოქსეტინი (ციმბალტა), რომელიც სეროტონინის და ნორადრენალინის უკუშთანქმის სორმაგი ინჰიბიტორია, ან ანტიეპილეფსიური პრეპარატი პრეგაბალინი (ლირიკა). სწორედ ეს უკანასკნელი წარმოადგენს აშშ-ის საკვებისა და წამლებისა ადმინისტრაციის (FDA) მიერ ფიზიოლოგიის სამკურნალოდ დამტკიცებულ ერთადერთ საშუალებას (9,10).

ამდენად, ფიზიოლოგიის ნოზოლოგიური დიაგნოზი — ყოველ შემთხვევაში შრომისუუნარობის ექსპერტიზის კუთხით — საფუძვლიან ეჭვს იწვევს და მკურნალობის სქემებიც ყურადღებით უნდა იქნას გადასინჯული. მაგრამ ჩვენ ვერ დავეთანხმებით იმ აზრს, რომ მიოფასციური ტკივილის დროს თითქმის რევმატოლოგიის კონსულტაცია არ იყოს საჭირო (6), რამდენადაც არცთუ იშვიათად ამ ფენომენის უკან შემაერთებელი ქსოვილის სერიოზული პათოლოგია — პოლიმიოზიტი, შოგრენის სინდრომი, რევმატული პოლიმიოზიტი, შოგრენის სინდრომი, რევმატული პოლიმიოზიტი, სისტემური ნითელი მგლურა ან რევმატოიდული ართრიტი — რიცხვობა იმალებოდეს".



ლიტერატურა:

- Graham W. The fibrositis syndrome. *Bull Rheum Dis.* 1953;3:33-34.
- Bennet RM. The Fibromyalgia syndrome. in: *Textbook of Rheumatology*, editor Kelley at al. WB Saunders. Phil. 4th ed, 1993:471-483.
- Kirtava Z, Mdinaradze-Kirtava DK, Jacobsson L, Manthorpe R. Fibromyalgia and Disability. *Scand J Rheumatol.* 1995, 24:395-396.
- კირტავა ზ, მდინარაძე-კირტავა დ, იაკობსონ ლ, მანთორპე რ. ქრონიკული დალილოზის სინდრომის და ფიბრომიოზის ნიშნები შოგრენის დაავადებით პაციენტებში. საქართველოს რევმატოლოგთა მე-3 ყროლოზის მასალები. თბილისი, 2000:63-5.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-172.
- Griffing GT. Fibromyalgia Is Not a Rheumatologic Disease Anymore. *Medscape J Med.* 2008;10(2):47.
- Abeles AM, Pillingner MH, Solitar BM, Abeles M. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med.* 2007;146:726-734.
- Clauw DJ. Fibromyalgia: update on mechanisms and management. *J Clin Rheumatol.* 2007;13:102-109.
- Rooks DS. Fibromyalgia treatment update. *Curr Opin Rheumatol.* 2007;19:111-117.
- Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2005;52:1264-1273.

Kirtava Z *, Mdinaradze-Kirtava KD**

END OF FIBROMYALGIA?

* - Dept of Internal Medicine, Tbilisi State Medical University; ** - National Information Learning Centre.

Described by W. Graham in 1953 Fibromyalgia (Fibrositis, Myofascial Pain syndrome) remains one of the most common causes for young (25-45 y) females' application to both primary care practice (2%) and rheumatology clinics (3-20%). Diagnostic criteria for Fibromyalgia established by American College of Rheumatology in 1990 are based on scoring of at least 11 out of 18 potential so called tender points. It turned out, however, that those tender points' biopsy shows no pathologic changes in the musculoskeletal tissues that are painful. Current evidences point to a neurological disorder of central pain processing. Fibromyalgia patients have lower pain thresholds compared to normal controls. Therefore, Fibromyalgia represents group of various reasons of myofascial pain (associated with depression, infection, abstinence, or - secondary to different rheumatic diseases) and can't be regarded as an independent nosological entity; neither should it be attributed to musculoskeletal inflammatory diseases group. It is not surprising, NSAID treatment results mainly in failures. In contrary, drugs common for neuropathic pain, as dual receptor

uptake inhibitors, (duloxetine or *Cymbalta*), and/or the antiepileptic drugs (pregabalin or *Lyrica*) show assuring efficiency for Fibromyalgia pain treatment. Authors, however disagree with recent proposal (6) to exclude completely Fibromyalgia from rheumatologists' consultation list, as there might be numerous serious rheumatic disorders - Polymyositis, Sjogren's syndrome, SLE, Polymyalgia Rheumatica or Rheumatoid Arthritis - hidden behind widespread myofascial pain, and they might be misdiagnosed without proper assessment by a specialist.

ლათბაშვილი ნ. ა.

მალალი ბიოლოგიური აქტივობის პროდუქტის გავლენა თირთი ვირთვალის მუშაობისუნარიანობაზე ნუთქიანი ცურვიდან აღდგენის სხვადასხვა პერიოდში

თბილისის სახელმწიფო საზოგადოებრივი უნივერსიტეტის ფიზიოლოგიის დეპარტამენტი

სამეცნიერო თემის აბსტრაქტობა. თემის აქტუალობა დაკავშირებულია სპორტსმენთა ფუნქციური მდგომარეობის მაჩვენებლად ფერმენტ ლაქტატდეჰიდროგენაზას (ლდე) დიდ მნიშვნელობასთან.

ბესონის და თანაავტორთა (1981) გამოკვლევების მიხედვით სისტემატური კუნთოვანი ფიზიკური ვარჯიში, მაგ. ლაბორატორიულ პირობებში ცხოველებს ცურვა ან ძალისხმევას სანერვო სისტემის ინტენსივობა ლდე ფერმენტის საერთო აქტივობის და მისი იზოფორმის ზრდას, რომელიც შედგება „M“ და „H“ ტიპის სუბერთეულებიდან [1]. ხეტფილდის (1992) მონაცემებით მძლეოსან სპორტსმენებში ლდე-ს აქტივობის მომატება მეტაბოლიტური სტრესის მაჩვენებლად შეიძლება ჩაითვალოს [2-3].

გუნჯელების და თანაავტორთა (2000) მონაცემების მიხედვით ლდე ინფორმაციას იძლევა ფიზიკური დატვირთვისადმი კუნთების ბიოქიმიურ შემგუებლობაზე [2].

ქვლევის მიზანი. ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა შეგვესწავლა ლდე-ს საერთო აქტივობის და მისი იზოფორმის ცვლილება ვირთვალის ცურვაში შემდეგ აღდგენის სხვადასხვა პერიოდში. ექსპერიმენტში გამოყენებული იყო ორგანიზმის დამატებითი გამდიდრება სხვადასხვა დაბალმოლეკულური ნივთიერებით, რომელიც ხდებოდა ორი მიმართულებით: 1) უჯრედშიდა ნივთიერებათა ცვლის გაძლიერებით, რაც დაკავშირებული იყო სისტემატურ ფუნქციონალურ მოქმედებასთან და 2) მეტაბოლიზმის დონის გაზრდასთან.

მალალი ბიოლოგიური აქტივობის პროდუქტი (მბაპ) ძირითადად დაბალმოლეკულური ამინომჟავებისგან შედგება და აფართოებს კუნთებში ცილების სინთეს ფიზიკური მოქმედებისადმი ადაპტაციის დროს. ისინი ორგანიზმის მეტაბოლიზმზე ახდენენ მიზანმიმართულ გავლენას და აფართოებენ კუნთ-

ვანი მოქმედებისადმი ადაპტაციის საზღვრებს.

ამოცანა. ჩვენი კვლევის ამოცანას წარმოადგენდა, ხუთკვირიანი ორჯერადი ხანმოკლე ინტენსიური კუნთოვანი მუშაობის ფონზე, მბაპ-ს სხვადასხვა დაროული მიღების გავლენა ცხოველთა მუსკლისუნარიანობაზე.

საკვლევი მისაღება: ცდები ჩატარდა ზრდასრულ 30 მამალ თეთრ ვირთაგვზე, რომელთა მისა შედგენდა 160-180 გ-ს. ცდების ჩატარებისათვის გამოიხსნა ცხოველები დაყოფილი იყო 3 ჯგუფად. თეთროულ ჯგუფში შედიოდა 10 ვირთაგვა. პირველი ჯგუფი იყო საკონტროლო, მეორე და მესამე საცდელი.

ვირთაგვები 5 კვირის განმავლობაში განიცდიდნენ სისტემატურ ფიზიკურ დატვირთვას - პირველი სამი კვირა დღეში ერთჯერადს, ხოლო მეოთხე, მეხუთე კვირას ყოველდღე ორჯერადს 10⁰⁰ და 15⁰⁰ საათზე.

500 მგ. ცილის შემცველ მბაპ-ს პირველი საცდელი ჯგუფის ცხოველები მესამე კვირიდან დაწყებული დღეობრივად მყოფელად მეორე დატვირთვამდე 30 წუთით ადრე, ხოლო მეორე საცდელი ჯგუფის ცხოველები მეორე დატვირთვის დამთავრებიდან 30 წუთის შემდეგ. საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებს იმავე მოცულობის ფიზიოლოგიურ ხსნარს ვაძლევდით ორალურად ზონდით ისევე როგორც საცდელებს.

ხანმოკლე ინტენსიური კუნთოვანი დატვირთვა გრძელდებოდა 60 წამი, რომელსაც მოსდევდა 90 წამი დასვენების ინტერვალი, ასეთი სახით ჩატარებული ექსპერიმენტი შეესაბამებოდა მაქსიმალური შესაძლებლობის 70-80%-ით დატვირთვას. ფიზიკური დატვირთვის ინტენსიობის გაზრდის მიზნით ცხოველებს კუდაზე კეიდებით თავიანთი მასის 12% ტვირთს და ვაჭურავდით 32-35% ცტემპერატურის წყალში.

მეთოდი. ლღვ-ს საერთო აქტივობას ვსაზღვრავდით ვრობლიოუსკის და ლაიუს მეთოდით, ხოლო იზოფერმენტულ სექტრს დიცის და სამბრანოს დისკ-ელექტროფორეზის მეთოდით.

ექსპერიმენტის დამთავრების შემდეგ ცხოველებს უკლავდით თავის მოკვეთით: მოსვენებულ მდგომარეობაში, მეორე დატვირთვის დამთავრებიდან 1 საათის და 4 საათის შემდეგ; მათგან საანალიზოდ ვიღებდით სისხლს და კანქის ტყუპ კუნთს, რომელიც აქტიურად ირთებოდა ცურვაში.

მიღებული შედეგები და მათი განხილვა. როგორც გამოკვლევებმა გვიჩვენა ყველა საექსპერიმენტო ცხოველმა ფიზიკური დატვირთვა ნორმალურად გადაიტანა. მბაპ-ს სისტემატური მიღება ორჯერადი ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ მეორე საცდელი ჯგუფის ცხოველებში და დატვირთვების შორის-პირველ ჯგუფში იწვევდა ლღვ-ს საერთო აქტივობის ზრდას, თანაც სარწმუნოდ მაღალს მეორე საცდელი ჯგუფის ვირთაგვებში, რასაც თან ახლდა ლღვ-ს "M" სუბერთეულების სტაბილური მომატება მთელი აღდგენის პერიოდში პირველ საცდელ და სა-

კონტროლო ჯგუფთან შედარებით. სისტემატური კუნთოვანი მოქმედების გამო ეს დაკავშირებულია ჯერ ერთი უჯრედშიდა ნივთიერებათა ცვლის გაძლიერებასა და მეორე მეტაბოლიზმის დაბალმოლეკულური ნაერთების აქტიურ შემოქმედებასთან.

ვირთაგვების მუშაობისუნარიანობა განვსაზღვრეთ უარყოფამდე ცურვის ხანგრძლივობით. ჯგუფების შორის სარწმუნო ცვლილება ნათლად ჩანს ნახაზ 1-ზე. მეორე საცდელი ჯგუფის ცხოველებს 2-ჯერ მეტი მუშაობისუნარიანობა აღმოაჩნდათ ვიდრე საკონტროლოს და 1,5-ჯერ მეტი ვიდრე პირველი საცდელი ჯგუფის ცხოველებს.

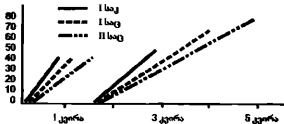
შედეგები. მიღებული შედეგებიდან გამომდინარე შეიძლება გავაკეთოთ შემდეგი დასკვნები:

1. ხანმოკლე ინტენსიური კუნთოვანი მოქმედებისადმი ადაპტაციის ფონზე მბაპ-ს რეგულარული მიღება საცდელი ჯგუფის ცხოველებში ამცირებდა მათ მიერ მოხმარებული ლაორატორიული საკვების ნორმას საკონტროლოსთან შედარებით.

2. მბაპ-ს სისტემატური მიღება ორჯერადი ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ მეორე საცდელი ჯგუფის ცხოველებში სარწმუნოდ ზრდის მუშაობისუნარიანობას სხვა ჯგუფებთან შედარებით.

ამგვარად, ორჯერადი ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ მბაპ-ს მიღებით ხორციელდება ორგანიზმის განმდიდრება ამინომჟავებით, ვიტამინ PP და არაორგანული ფოსფატით. ეს შენეებები კი აქტიურად მონაწილეობს ენერგეტიკულ ცვლაში, რომელიც არეგულირებს ფერმენტული რეაქციების რეგულაციასა და კოორდინაციას. ამიტომ უფრო მიზანშეწონილია მბაპ-ს გამოყენება ორჯერადი დატვირთვის დამთავრებიდან 30 წუთის შემდეგ.

ნახაზი 1
ცურვის ხანგრძლივობის ცვლილება მბაპ-ს მიღების და ინტენსიური კუნთოვანი მოქმედებისადმი ადაპტაციის დროს



ლიტერატურა:

1. Besson G., Rochongar P., Beauverger Y., Dassonville J., Aubrec M., Catheline M. Etude des variations des taux seriques des enzymes musculaires et de la myoglobine apres epreuve d'effort maximale et en cours des 24 heures suivantes. -Eur. J. Appl. Physiol. and Occup. Physiol. 1981, v. 47, #1, p. 47-56.
 2. Gunkel O., Reichenbach H., Thamm B, et al. Late diagnosis of Curschmann-Stiner myotonic dystrophy in a female patient with dilated cardiomyopathy and in her son. Z. Kardiol 2000; 89: 599-605.

3. Ohkuwa T, Saito M, Miyamura M. Plasma LDH and CK activities after 400 m sprinting by well-trained sprint runners. *Eur J Appl Physiol* 1984; 52:296-9.

4. Takagi Y, Yasuhara T, Gomi K. Creatine kinase and its isozymes. *Rinsho Byori* 2001; 116 (suppl): 52-61.

5. Хитдиша Ф. Вспомогательное руководство по развитию силы. Красноярск, 1992.

Latibeshvili Z.

THE INFLUENCE OF HIGH BIOLOGICALLY ACTIVE PRODUCT ON THE WHITE RAT'S WORKING CAPACITY IN THE DIFFERENT PERIOD OF RESTORATION AFTER FIVE-WEEK LOAD

Systematic administration of the high biologically active product (HBAP) after twice physical load in animals belonged to second group and between the loading periods in the first group, had resulted in the increase of Lactate dehydrogenase (LDG) common activity, as well as the increase of second group animals' working capacity twice more, than in the control and 1,5 times more, than in first experiment group representatives.

Because of systemic muscular action, intracellular metabolism is increased, as well as the active influence of metabolism lowmolecular products are observed. On the background of short-term intensive muscle action, regular administration of HBAP in experimental animals, causes the decrease of laboratory standards feed with comparison of control animals.

After twice muscular action, the systematic administration of HBAP causes the deeper and more reliable changes in the blood serum, as well as in skeletal muscles, versus only adapted animals after physical load.

In this way, the usage of HBAP is expedient after 30 minutes of twice load.

ლოშიძე ზ., მაღალაშვილი დ., ასლანიკაშვილი მ., ძნელაძე ზ.

ფილტვის ჭრილობების დიაგნოსტიკა და ძირუბრძოლი მკურნალობა

თსუ-ის ძირუბრძოლის №1 დეპარტამენტი, პაპაძე ან. ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური სასწივეპროსტიტო კლინიკა

გულმკერდის მემბრალი ჭრილობები, ეს არის რიჟული დაზიანება, რომელიც ხასიათდება მძიმე გართულებებით და მაღალი სიკვდილიანობით (1, 4, 7, 10, 11). მშვიდობიან პერიოდში უფრო მეტად გვხვდება ნაჩხვლტ-ნაკვეთი ჭრილობები, უკანასკნელი 10-15 წლებში მონაცემებით ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობები უფრო მეტ ადგილს იჭერს, როგორც ომიანობის, ასევე მშვიდობიანი მოსახლეობის ტრავმატიზმში (4, 6, 8, 9).

ფილტვის დაზიანების სიხშირე გულმკერდის ჭრილობების დროს აღინიშნება 75-80%-ში (1, 2, 7, 12). დი-

აგნოსტიკური და ტაქტიკური შეცდომები ამ დაზიანების შემთხვევაში 20-25%-ია. ყველაზე გავრცელებული და ხელმისაწვდომი გამოკვლევა გულმკერდის რენტგენოსკოპია ან რენტგენოგრაფია, მაგრამ ამ გამოკვლევების შესაძლებლობა არ არის განუსაზღვრელი, იგი არის მხოლოდ მაორიენტირებული საშუალება შემდგომი გამოკვლევებისა, ვინაიდან რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ვერ იძლევა ფილტვის დაზიანების ხარისხის, ფილტვის დაზიანების სიღრმის, ატელექტაზის არსებობის განსაზღვრის საშუალებას პემოთორაქსის ფონზე (1, 7, 14).

დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებამ, კერძოდ ვიდეთორაკოსკოპიის დანერგვამ საშუალება მოგვცა ფილტვის დაზიანების დიაგნოსტიკის, ქირურგიული დახმარების ტაქტიკის გამოუმუშავების და პოსტოპერაციული გართულებების სიხშირის შემცირების (1, 3, 6). მაგრამ უკანასკნელ დროზე არ არის განსაზღვრული ოპერაციის ტაქტიკა და ჩვენება ფილტვების ზოგიერთი დაზიანების დროს.

ჩვენი კვლევის მიზანი იყო, გაგვესაზღვრა მკურნალობის ტაქტიკა ფილტვების ღრმა დაზიანების დროს.

მასალა და მეთოდები. უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში თვს ქირურგიულ სწულვებთან მიმართულებით, აქედ. ნ. ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური სასწივეპროსტიტო კლინიკის ბაზაზე გულმკერდის ჭრილობებით მკურნალობდა 732 ავადმყოფი. აქედან ნაკვეთ ნაჩხვლტო ჭრილობებით 506, ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობებით 226. კლინიკური მასალა პათოლოგიის მიხედვით დაიყო ორ ჯგუფად: I - ფილტვის ზედაპირული ჭრილობები-396 შემთხვევა, II - ფილტვის ღრმა ჭრილობები-336 შემთხვევა. დაზიანების დიაგნოსტიკა განისაზღვრა სამკურნალო თორაკოტომიით 196, ატიპოური თორაკოტომიით 140 შემთხვევაში. დანარჩენ 396 პაციენტში ნაწარმოები იქნა ჭრილობების პირველადი ქირურგიული დამუშავება, შემდგომში პლევრის პუნქციური ან პლევრის ღრუს დრენირებით მკურნალობით. თორაკოტომიის ჩვენებას წარმოადგენდა გულის ჭრილობა ან ეჭვი გულის ჭრილობაზე, დაჭიმული პემოთორაქსი, ინტენსიური სისხლდენა პლევრის ღრუში, დაჭიმული პუნქტორაქსი, ბრონქის დაზიანება. თორაკოსკოპიის ან ჭრილობის რევიზიის ჩვენებას წარმოადგენდა ე.წ. "გულმკერდის" დაბალი დაზიანებები. ფილტვის ღრმა ჭრილობებით მკურნალობდა 336 ავადმყოფი, გულის ჭრილობებით 17, ბრონქის დაზიანებით 4, გულმკერდის ზედაპირული ჭრილობებით 357. ფილტვის ღრმა ჭრილობებს მიეკუთვნება ფილტვის დაზიანება სიღრმით არანაკლები 2 სმ (1, 2, 7, 14). 336 პაციენტიდან მამაკაცი იყო 324, ქალი 12, ასაკით 16-დან 62 წლამდე, სუიციდის შემთხვევა 21 (6,3%). მარცხენა ფილტვის დაზიანების 208, მარჯვენა - 120, ორმხრივი - 8 შემთხვევა.

ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის მიხედვით 336 ავადმყოფიდან 146 შემოსვლიდან 30 წუთის გან-

მავლობაში შეყვანილი იქნა საოპერაციოში სასიცოცხლო ჩვენებით. დანარჩენ 190 ავადამყოფს ჩაუტარდა რენტგენოლოგიური, ექოსკოპური, ლაბორატორიული, კომპიუტერული-ტომოგრაფიული კვლევები, შემდგომში ოპერაციული მკურნალობით. რენტგენოლოგიური კვლევა ოპერაციის წინა პერიოდში ჩაუტარდათ 304 ავადმყოფს, ექოსკოპური 84, პლევრის ღრუს პუნქცია 298, კომპიუტერული ტომოგრაფია 10.

შედეგები და განხილვა. 146 ავადმყოფიდან, რომლებშიც შეყვანილი იქნა საოპერაციოში 30 წუთის განმავლობაში რენტგენოლოგიური კვლევით ფილტვის დაზიანების სარწმუნო მონაცემები აღენიშნებოდათ 73 (50%) ავადმყოფს (ლოკალური დარღვივა ფილტვის ქსოვილში, ფილტვშია ქემატომა), დანარჩენ შემთხვევებში კონსტანტირებული იქნა პნევმოთორაქსი, პემოპნევმოთორაქსი, კანქევა ემფიზემა.

წინასაოპერაციო პერიოდში ექოსკოპური კვლევის ძირითადი მიზანია სითხის აღმოჩენა პერიკარდოვით ან პლევრის ღრუში, ფილტვის ქსოვილი ინფილტრატის ან ქემატომის აღმოჩენას ექოსკოპით ხელს უშლის პნევმოთორაქსი ან კანქევა ემფიზემა. ფიბროტრაქტეობროქსიკოპია ოპერაციის წინა პერიოდში და ოპერაციის მიმდინარეობის დროს ჩაუტარდათ 36 ავადმყოფს, რომელიც გამოწვეული იყო სუნთქვის კვანძე უპარისობით და ბრონქიალური ხის სისხლის კოლტებით ასპირაციით.

ყველა 336 ავადმყოფს ჩაუტარდა ოპერაციული მკურნალობა. პემოთორაქსის რაოდენობა მერყეობდა 400-დან 2600 მლ-მდე, პემოთორაქსის საშუალო რაოდენობა ნაკვეთ-ნაჩვენებელი ქროლობების დროს ± 780 მლ-მდე, ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ქროლობების დროს ± 900 მლ-მდე.

ჩვენი კლინიკის მასალის მიხედვით 4 შემთხვევაში ჩატარდა პნევმოექტომია, 5 შემთხვევაში ლობექტომია, 36 შემთხვევაში ფილტვის ატიპიური რეზექცია, დანარჩენ შემთხვევებში გაკეთებული იქნა ქროლობის არხის რევიზია, გაფართოება, ქემატომის დაკლა, უცხო სხეულების ენუკლეაცია და ქროლობის არხის გაკერვა ჯანსაღი ქსოვილების ფარგლებში. პნევმოექტომია თხივებ შემთხვევაში ჩატარდა ბრონქის დაზიანების და ფილტვის ტრატორიული დაფიქცილობის გამო. პნევმოექტომია, ლობექტომია, ატიპიური რეზექცია ნაწარმოები იქნა VKL-40 ან VKL-160 საკერი აპარატით. ფილტვის ქსოვილის გაკერვა ნარმოებდა კვანძოვანი ან II-ს მავგარი ნაკერებით ნეილონის 2.0-3.0, ვიკრილის 2.0-3.0 ძაფით, ატრამეული ნემსებით.

ფილტვის ღრმა ქროლობების დროს, მიმართული ფილტვის კარისკენ ან პარენქიმის სიღრმეში ტარდება ქროლობის არხის სრული რევიზია, რომლის დროსაც ხდებოდა ფილტვის დაზიანებული კიდეების ამოკვეთა, ქროლობის არხიდან სისხლის კოლტების ევაკუაცია, ტრანსკემალის ქსოვილების, ნეკნების მოტეხილი ფრაგმენტების ამოღება. ქროლობის გაკერვა ხდებოდა მთელ სიღრმეზე გამწოვი ძაფით

ატრამეული ნემსით (ვიკრილი 2.0 - 3.0 ან პოლიგლიკონი 2.0-3.0).

პოსტოპერაციულ პერიოდში ავადმყოფთა 17,8%-ს (60 ავი) აღენიშნა შემდგომი პოსტოპერაციული გართულებები: ფილტვშია ქემატომა-4, განმეორებითი სისხლდენა-5, პნევმონიტი-18, ორმხრივი ასპირაციული პნევმონია-4, ფილტვის აბსცესი-2, ნაკერების ნაწილობრივი უკმარისობა-6, ექსუდაციური პლევრიტი-19, პლევრის ემპიემა-2.

ჩვენი მასალის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ გართულებათა 60% მოდის ფილტვის ქროლობის გაკერვის დროს — ქროლობის არხის ქირურგიული დამუშავების გარეშე. ქროლობის რადიკალური ქირურგიული დამუშავების დროს (ქროლობის არხის სრული რევიზია, ფილტვის დაზიანებული კიდეების ამოკვეთით) გართულება შედარებით ნაკლებია 22%.

ფილტვის ქროლობის არხის ქირურგიული დამუშავება, ქემატომის დაკლა საშუალებას იძლევა პოსტოპერაციული პერიოდი მიმდინარეობდეს გართულებების გარეშე. რეთორაკოტომია ჩატარდა 5 შემთხვევაში, 3 შემთხვევაში მიზეზს წარმოადგენდა — მეორადი სისხლდენა, 2 შემთხვევაში — შედეგებული პემოთორაქსი.

სტაციონარული მკურნალობის ხანგრძლივობა ავადმყოფთა ორივე ჯგუფში (პირველი ჯგუფი — ზედაპირული ქროლობები, მეორე ჯგუფი — ღრმა ქროლობები) H მერყეობდა ± 12 საწლილი დღით. პოსტოპერაციული ლეტალობა ჩვენს მასალაზე წარმოადგენს 12 (1,6%) შემთხვევას. ლეტალობის ძირითადი მიზეზია პოსტტრავმული შოკი, სისხლის მასიური დანაკარგი, ფილტვების ორმხრივი დაზიანება.

ამრიგად, ქირურგიული ტაქტიკა ფილტვის დაზიანების დროს განისაზღვრება ქროლობის სახეობით და ხასიათის მიხედვით. პნევმოექტომიის ან ლობექტომიის ჩვენთან წარმოადგენს ფილტვის კარის ან ძირითადი ბრონქის ფართო დაზიანება. ფილტვის ატიპიური რეზექციის წარმოების ჩვენებას განსაზღვრავს ფილტვის პარენქიმის დაზიანება. ფილტვის ღრმა ქროლობების დროს აუცილებელია ქროლობის არხის დამუშავება, უცხო სხეულების მოცილება, სისხლის კოლტების ენუკლეაცია, ქროლობის კიდეების განახლება და გაკერვა დაუზიანებელი ქსოვილების ფარგლებში.

ზემოთაღნიშნული დიფერენცირებული ქირურგიული ტაქტიკა ფილტვის ქროლობების ქირურგიული დამუშავებით გვაძლევს საშუალებას პოსტოპერაციულ პერიოდში თავიდან ავიცილოთ ფილტვისმიერი გართულებები და შევამციროთ ლეტალობა.

ლიტერატურა:

1. Абакумов М.М. Сулиманов Р.А. Хирургия раненый груди в городе и на селе (организационные и лечебно-диагностические проблемы). Великий Новгород. 2002, 175
2. Абдулин А.А. Коновалов А.М. Ошибки и осложнения при проникающих ранениях груди. Грудная и сердечно-сосуд. хирур. 1990, 5, 49-51

3. Аршипов Д.М. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении ранений груди. Дис. канд.мед. наук. М 1999, 180 с.

4. Бисенков Л.Н. Хирургия огнестрельных ранений груди. Руководство для врачей. - С.-Петербург: Гиппократ 2001; 307

5. Брун В.А., Денисов А. С. Лечение пораженных в грудь на догоспитальном этапе (под редакцией Е.А. Вагнера). Пермь 1994; 200 с.

6. Брюсов П.Г., Шалаев С.А., Чепчерук Г.С. Хирургическая тактика при огнестрельных проникающих ранениях груди. Хирургия 1993; 4:43-48.

7. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. М.: Медицина 1981; 287с.

8. Гуманчик Е.К. К вопросу об организации хирургической помощи раненым с огнестрельной травмой в современных вооруженных конфликтах. В кн.: Современная огнестрельная травма. С-Петербург: 1998; с.17—18.

9. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Погодина А.И. Следственный-хирургическая помощь при огнестрельных ранениях груди и живота в мирное время. В кн.: Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях мирного времени. М: 1997; с.6—14.

10. Колесов А.П., Бисенков Л.И. Ушиб легкого при проникающих ранениях груди. Вести хир. 1986; 3: с.71—74.

11. Флоринский А.К. Хирургия повреждений груди (патогизиология, клиника, диагностика, лечение). Избранные лекции. Харьков.: Основа 1998; 512с.

12. Цыбуляк Г.И., Веник С.Л. Ранения и травмы груди. Хирургия 1997; 3:с.5-10.

13. Ashraf S.S., Volans A.P., Sharif H. et al. The management of stabwounds to the chest: sixteen years' experience. J R Coll Surg Edinb 1996;41:6:379-381.

14. Velmahos G.C., Baker C, Demetriades D. et al. Lung-sparing surgery after penetrating trauma using tractotomy, partial lobectomy and pneumonorrhaphy. Arch Surg 1999; 134: 186—19

Lomidze N., Magalashvili D., Aslanikashvili M., Dzneldadze Z.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LUNG INJURIES

N. Kipshidze Central University Clinic, TSMU Surgery Department

Overall 732 patients with lung injuries were studied for 15 years. The rate of deep wounds and injuries of the central zone and root of lung accounted for 24.9%. Endoscopic and X-ray methods (especially computed tomography) were used for diagnosis. Surgical tactics depended on the type of injury. Resection of the lung and pneumonectomy were performed in 18% of cases, closure of the lung wound-in 39%. Surgical treatment of the lung wound with dissection and revision of the wound canal was performed in 43% of patients with deep injuries. Differential surgical tactics allowed to reduce lethality from 13.8 to 1.6%.

ლომიძე ნ., ძნელაძე ზ., გელაშვილი ი., ასლანიკაშვილი მ.

კოლინჯის სიმსივნით გამოწვეული ნაწლავთა მკვდავე გაუვალობა

თსუ-ის ძირუბაზის №1 ფეხატარბაზი, აკად. ნ. ყიფშიძის სახ. ყიფშიძის სახელმწიფო მხატვრული საუნივერსიტეტო კლინიკა.

ნაწლავის ობტურაციული გაუვალობა კოლინჯის სიმსივნური დაავადების ერთერთი ყველაზე ხშირი გართულებაა. ავტორთა მონაცემებით ის მერყეობს 30-დან 76,8%-მდე (1,2,6).

1987-2007 წლებში სს. აკად. ნ. ყიფშიძის სახ. ცენტრალურ საუნივერსიტეტო კლინიკაში კოლინჯის მწვავე სიმსივნური გაუვალობით ოპერირებული იქნა 119 ავადმყოფი. მათ შორის მამაკაცი იყო 72 (61.2%), ქალი - 47 (38,8%). ასაკი მერყეობდა 25-91 წლამდე.

ოპერირებულ ავადმყოფთა უმრავლესობაში აღინიშნებოდა კოლინჯის მარცხენა ნახევრის სიმსივნე - 78 (65.5%), მარჯვენა ნახევრის სიმსივნე იყო 31 ავადმყოფი (26.8%), ხოლო განივი კოლინჯის სიმსივნე - 14 (7.7%).

კოლინჯის სიმსივნური დაავადებით გამოწვეული ობტურაციული გაუვალობის დიაგნოსტიკა ხდებოდა კლინიკური სურათით, ფიზიკალური, ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური და ენდოსკოპიური კვლევის მეთოდებით, ასევე მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფიით (გაკეთებულა 5 პაციენტში ვირტუალური კოლონოსკოპია - აპარატოტე მქვედ Vშთ, 64 შირიანი, ჭორ შტატითონ 4.3 პროგრამის დახმარებით).

შედეგები და განხილვა. ნაწლავთა გაუვალობის შექანიზმი ძირითად როლს თამაშობს შემდეგი ფაქტორები: ნაწლავის მოტორიკის მდგომარეობა, განაწლავი მასების კონსისტენცია, ნაწლავის კედლის ანთება განპირობებული დივერტიკული ან სიმსივნით. ნაწლავის სანათურის შევიწროების ხარისხი არის ნაწლავის გაუვალობის განვითარების ნამყვანი მიზეზი. М.Г. Ашурков (1991) განსაზღვრავს სიმსივნური სტენოზის ხარისხს კონსერვატიული ღონისძიებების და ოპერაციისას აღმოჩენილი შედეგების მიხედვით. სტენოზის ხარისხი შეიძლება განისაზღვროს დიაგნოსტიკის ეტაპზე, კოლონოსკოპიის და კონტრასტული ირიგოსკოპიის ჩატარების შემდეგ. გარდა ამისა, კოლინჯის სიმსივნით გამოწვეული გაუვალობის განსაზღვრვაში დიდ როლს თამაშობს მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია (ვირტუალური კოლონოსკოპია).

აქედან გამომდინარე გამოყოფილი გაუვალობის სამ ხარისხს: I - კომპენსირებული, როდესაც სანათურის დიამეტრი იყო 1,5-2 სმ, II - სუბკომპენსირებული, როდესაც დიამეტრი 1-დან 1,5 სმ-მდეა, III - დეკომპენსირებული I სმ-ზე ნაკლები.

კომპენსირებული სტადია აღენიშნებოდა 21(17.6%) ავადმყოფს, ამ ავადმყოფებში გაუვალო-

ბა და ჰემოდინამიკის დარღვევები სუსტად იყო გამოხატული და კარგად კორეგირდებოდა. ავადმყოფები ოპერირებული იქნა გეგმური წესით.

84 (60,7%) ავადმყოფს აღენიშნებოდა სუბკომპენსირებული დარღვევები სიმსივნის ლოკალიზაციის ზონაში. კლინიკურად გამოხატული იყო ანემია, ინტოქსიკაცია, ჰიპოპროტინემია და წყალ-ელექტროლიტური ბალანსის დარღვევა.

14 (11,7%) ავადმყოფს გამოკვლევით დაუდგინდა დეკომპენსირებული სტადია, კოლინჯის სანათურის სრული დახშობა აღენიშნებოდა თითხმეტივე ავადმყოფს. ამ ჯგუფის ავადმყოფებში მდგომარეობა იყო მძიმე, გამოხატული იყო მძიმე ინტოქსიკაცია, გაუნყლოვანება, ანემია, ჰიპოპროტინემია. მეორე და მესამე ჯგუფის პაციენტებს, ხანმოკლე წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ გაუქეთდათ სასწრაფო ოპერაცია.

ავადმყოფების სიმძიმის ხარისხის შეფასება ხდებოდა GLASGO და APACHE-II სკალის კრიტერიუმებით.

წინასაოპერაციო მომზადება მოიცავს ინტენსიურ ღონისძიებებს, რომლებიც მძიმე ინტოქსიკაცია, წყალ-ელექტროლიტური ბალანსის, მჟავა-ტუტოვანი მდგომარეობის კორექციასთვის. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ეძლევა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა სართლის დეკომპრესიას ნაზოგასტრიული ზონით. გამოიყენება გამწმენდი და სიფონის ოყნები, სპაზმოლიტიკები, ინფუზურ-ტრანსფუზური თერაპია.

ოპერაციული ჩარევის მოცულობა კოლინჯის სიმსივნით გამოწვეული ობტურაციული გაუვალობის დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, გაუვალობის ხარისხზე, ავადმყოფის მდგომარეობაზე და თანხმებულ დაავადებებზე.

ქირურგთა უმრავლესობა კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის სიმსივნის დროს, გართულბულს ნაწლავთა გაუვალობით, უპირატესობას ანიჭებს ერთმომენტური ოპერაციას — მარჯვენა მხრივ პემიკოლექტომიას ილიოტრანსვერზოანასტომოზის ფორმირებით (8,9). ქირურგთა მეორე ნაწილი (6,10) ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის შემთხვევაში, პერიტონიტის, ანთებითი პროცესების არსებობისას მიზანშეწონილად თვლის ოპერაციის გაყოფას ორ ეტაპად.

ჩვენს კლინიკაში კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის სიმსივნით გამოწვეული გაუვალობით ოპერირებული 32 პაციენტდან, 26 (81,2%) პაციენტში კომპენსირებული და სუბკომპენსირებული სტადიით შესრულებული იქნა მარჯვენა მხრივ პემიკოლექტომია ილიოტრანსვერზოანასტომოზის ფორმირებით. პერიფორული ანთების და პროცესში მებოილი ორგანოების ჩარევისას 6 (18,8%) პაციენტს პირველ ეტაპად გაუქეთდა ილიოტრანსვერზოანასტომოზი, კოლინჯის მარჯვენა ნახევრის გამოთიშვით, ხლო მარჯვენა მხრივ პემიკოლექტომია შესრულებული იყო 2-4 თვის შემდეგ.

განვიკოლინჯის სიმსივნით გამოწვეული გაუვალობით ოპერირებული იქნა 7 პაციენტი, მათგან 5 პაციენტს აღენიშნებოდა კომპენსაციის და სუბკომპენსაციის სტადია. 6 პაციენტს გაუქეთდა

განვიკოლინჯის რეზექცია ანასტომოზის პირით პირში ფორმირებით. ერთ შემთხვევაში აღინიშნებოდა დეკომპენსაციის სტადია, გაქეთდა განვიკოლინჯის რეზექცია, ასეცნდოსტომოს ფორმირებით.

კოლინჯის მარცხენა ნახევრის სიმსივნით გამოწვეული გაუვალობისას ქირურგთა ნაწილი (1,7) მიზანშეწონილად თვლის მრავალეტაპიან ოპერაციულ ჩარევას: პირველ ეტაპზე — დეკომპრესიული კოლოსტომის ფორმირებას, შემდგომში სიმსივნის მოცილებით და ანასტომოზის ფორმირებით. ასეთი ტექტიკა ხორციელდება იმ ავადმყოფებში, რომლებსაც აქეთ მალეა ოპერაციული რისკი, განპირობებული მძიმე მდგომარეობით, გამოხატული ინტოქსიკაციით, თანხმლები დაავადებებით, ასაკით. სხვა ქირურგები (8,10) უპირატესობას ანიჭებენ სიმსივნის რეზექციას კოლოსტომის ფორმირებით (ჰარტმანის ტიპის მსგავსი ოპერაცია).

კოლინჯის მარცხენა ნახევრის სიმსივნით გამოწვეული გაუვალობით ოპერირებული იქნა 78 ავადმყოფი. კომპენსირებული და სუბკომპენსირებული სტადია აღენიშნებოდა 71 ავადმყოფს.

წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ ოპერირებული იქნა 78 ავადმყოფი. ყველა შემთხვევაში ოპერაციის ტიპის ოპერაცია გაკეთდა — 47 პაციენტი, ორლულა სიგმოსტომა — 12, მარცხენა მხრივი პემიკოლექტომია ერთლულა ტრანსვერზოსტომის ფორმირებით — 8, ორლულა ტრანსვერზოსტომა — 11.

ყველა პაციენტს ინტრაოპერაციულად უქეთდებოდა ნაზონტერული ინტუბაცია და დეკომპრესია, შემდგომში მანიპულირების გაადვილების თვალსაზრისით.

ლეტალური გამოსავალი აღინიშნა 18 (21,8%) შემთხვევაში.

ამგარდა, ნაწლავთა ობტურაციული გაუვალობა წარმოადგენს კოლინჯის სიმსივნის ყველაზე ხშირ გართულებას. არაიშვიათად ობტურაციული გაუვალობა შეერწყმება პერიფორული ანთებას და სიმსივნის პერფორაციას, რაც აღრმავებს დაავადების მიმდინარეობას და პოსტოპერაციულ პერიოდში ლეტალობის ზრდას.

ოპერაციული ჩარევისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ არა მარტო კოლინჯის სიმსივნის ლოკალიზაცია, არამედ გაუვალობის ხარისხი, გაუვალობის ხანგრძლივობა, ავადმყოფის ასაკი და ზოგადი მდგომარეობა.

ერთმომენტური ოპერაციები რეკომენდირებულია გაუვალობის კომპენსირებულ სტადიაში. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში, განსაკუთრებით კოლინჯის მარცხენა ნახევარში სიმსივნის ლოკალიზაციისას — ორმომენტური ოპერაციები.

ლიტერატურა

1. თ. ახმეტელი, ლ. ახმეტელი, ს. გელაშვილი — კოლინჯის სიმსივნური გაუვალობა, ქირურგიის აქტუალური საკითხები, თბილისი, 1997, 78-82

2. Аксандров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В. П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск: Беларусь 1980.
3. Алурия М.Г. Тактика и комплексное лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1991.
4. Бондарь Г.В., Яковец Ю.И., Башеев В.Х., Звездин В.П. Хирургическое лечение рака толстой кишки, осложненного кишечной не-проходимостью. Хирургия 1990; 7: 94-97.
5. Злокачественные новообразования в России в 1997 г. (заболеваемость и смертность). Ред. В.И. Чиссов. В.В. Старинский, Л.В.Резникова. М 1999.
6. Мартынюк В.В. Рак ободочной кишки (заболеваемость, смертность, факторы риска, скрининг). Практическая онкология 2000; 1:3-9.
7. Петров В.П., Лазарев Г.В., Катаев А.В., Леонов С.В., Михайлова Е.В., Царев М.И. Современные подходы к хирургическому лечению колоректального рака. В сб.: Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М 2002: 392-394.
8. Подловченко Т.Г., Пахомова Г.В. Рак левой половины ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью. В сб.: Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М 2002; 396-399.
9. Сидоренко Ю.С., Грушко С.А., Назаренко В.П., Токарский А.А. К вопросу о тактике лечения больных с осложненными формами рака толстой кишки на современном этапе. В сб.: Проблемы колопроктологии. Вып. 18. М 2002; 432-438.
10. Топтунов Э.Г. Острая кишечная непроходимость вследствие рака толстой кишки. Съезд хирургов республик Средней Азии и Казахстана, 5-8: Тез. докл. и сообщений (20-22 мая 1991 г.). Ташкент 1991:221-222.
11. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология. М: Медицина 1994.
12. Cola B., Farelli S., Bacilini G.C. et al. Le dermati peristomali. Considerazioni etiological, cliniche e terapeutiche a proposito di 102 casi. Minerva chir 1984; 39: 22: 1565-1570.
13. Ling L., Aberg Th. Hartmann procedure. Acta chir Scand 1984; 150:413-417.

Lomidze N., Dzeladze Z., Gelashvili I., Chkhikvadze T.

ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY COLON CANCER

N. Kipshidze Central University Clinic, TSMU Surgery Department

The authors report the results of surgical treatment of 119 patients with colon cancer complicated by occlusive intestinal obstruction. Three degrees of colon passage disorders were distinguished. Surgical policy depended on the location of the tumor, degree of the obstruction, severity of general state and concomitant diseases. General postoperative lethality accounted for 21,8 % (43 of 119 operated patients died). Resection of the colon with one-stage intestinal reconstruction may be recommended for patients with compensated stage of intestinal obstruction and stable general state.

ლომიძე ნ., ჯერეთელი ი., გიორგობიანი გ., ძნელაძე ზ.

თორმეტგოჯა ნანლავის სიმსივნე

თსსუ-ის ძირუბაზის №1 დეპარტამენტი, აკად. ნ.კიფშიძის სახელობის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკა

თორმეტგოჯა ნანლავის სიმსივნე უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე წერილი ნანლავის სხვა ლოკალიზაციის სიმსივნეები, თუმცა ამ ორგანოს სიმსივნური პათოლოგია ძალზე იშვიათია და კუჭ-ნანლავის სიმსივნური პათოლოგიების 0.05-3.5% შეადგენს [1, 3, 5, 6, 7]. თანამედროვე კვლევის მეთოდების გამოყენებით შესაძლებელია თორმეტგოჯა ნანლავის სიმსივნის დროული დიაგნოსტიკა და შესაბამისად რადიკალური ოპერაციული მკურნალობა, რაც ამ პათოლოგიის დროს ავადმყოფთა სიცოცხლის ხანგრძლივობას ზრდის. ლიტერატურული მონაცემებით ლეტალობა თორმეტგოჯა ნანლავის სიმსივნეების დროს მერყეობს 1-18% [1, 6, 7].

კვლევის მიზანი: ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენს, თორმეტგოჯა ნანლავის სიმსივნის დიაგნოსტიკა, რადიკალური მკურნალობის ჩვენების განსაზღვრა და მკურნალობის შედეგში პერიოდის შესწავლა.

კვლევის მეთოდი: ინსტრუმენტული კვლევის ძირითად მეთოდებად გამოყენებულ იქნა: ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია და თორმეტგოჯა ნანლავის სიმსივნის ბიოფსია, ბიოფსიური მასალის მას-ტოპათომორფოლოგიური შესწავლა, კუჭ-თორმეტგოჯა ნანლავის რენტგენოლოგიური კვლევა, მუცლის ღრუს ულტრასონოგრაფია, მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა, ოპერაციული მასალის პათომორფოლოგიური შესწავლა.

კვლევის შედეგები: ჩვენი მასალა ეფუძნება 3 ავადმყოფს, რომლებსაც თორმეტგოჯა ნანლავის სიმსივნის დიაგნოზით უჩაუტარდათ მკურნალობა 2006-2008 წწ. თსსუ, ქირურგიულ სწულეობათა მიმართულებით და აკად. ნ.კიფშიძის სახელობის საუნივერსიტეტო ცენტრალური კლინიკის პაზაზე. ამ პერიოდში მოსპობილი ზირებელი იყო ერთი მამაკაცი და ორი ქალი. ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 51-68 წწ., საშუალო ასაკი შეადგენდა 62 წ.

ძირითადი ჩივილებს წარმოადგენდა გულისრევა, ლებინება, ზოგადი საერთო სისუსტე. სამივე სიმპტომი მკვეთრად ჰქონდათ გამოხატული სამიდან ორ ავადმყოფს. ლებინება შედარებით გვიანი სიმპტომია, რომელიც ავადმყოფებს აღენიშნებოდა მოსპობილთა რიცხვიდან 10-15 დღით ადრე და თორმეტგოჯა ნანლავის 3/4 ან მის სრულ დახშობაზე მითითებდა. მხოლოდ ერთ ავადმყოფს აღენიშნებოდა ძლიერი ტკივილი ეპიგასტრიუმში, ირადიციითი ნელის არეში, რაც ამ პათოლოგიისათვის პათოგნომური არ არის. საყურადღებო იყო, რომ ავადმყოფს არ აღენიშნე-

ბოდა ლებნიება და გულსრევა (დუოდენოს კოპიით-დახშული იყო თორმეტგოჯა ნანლაგის დასწერივი ტოტის სანათურის 2/3). ავადმყოფმა კლინიკას მიმართა მხოლოდ ძლიერი შემანებებელი ტკივილის გამო. ანამნეზიდან აღსანიშნავი იყო ნონაში შესამჩნევი კლბა, რაც აღინიშნებოდა სამივე პაციენტში. ყველა ავადმყოფს ჩაუტარდა რენტგენოლოგიური კვლევა ბარიულის კონტრასტის გამოყენებით. ორ შემთხვევაში ინახა თორმეტგოჯა ნანლაგის დასწერივი ტოტის მიდამოში ავსების დეფექტი, მესამე ავადმყოფს აღენიშნებოდა თორმეტგოჯა ნანლაგის დასწერივი ტოტის სრული ბლოკი ზედა და შუა მესამედის საზღვარზე. სამი ავადმყოფიდან ორი ძირითადი დიაგნოზი დაესვა ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიის საშუალებით. ერთ შემთხვევაში ვერ მოხერხდა თორმეტგოჯა ნანლაგის დასწერივი ტოტში სიმსივნის დადგენა მისი სრული ოკლუზიის გამო. თუმცა (საპირალური კომპიუტერული ტომოგრაფიით (ქტ)), აღინიშნა თორმეტგოჯა ნანლაგის დასწერივი ტოტის სრული ბლოკი პანკრეასის თავის დონეზე, თორმეტგოჯა ნანლაგის კედლის სისქის მომატება ზედა პირიზონტალურ ტოტთან შედარებით და მისი სანათურის მკვეთრი შევიწროება, რაც ინტერპერტიტის ბლოკი, როგორც თორმეტგოჯა ნანლაგის დასწერივი ტოტის სიმსივნე. იზოლირებულად თორმეტგოჯა ნანლაგის სიმსივნისა და ირგვლივმდებარე გადებულ ლიმფური ჯირკვლების გამოვლენა ქტ-ით ვერ მოხერხდა. მეტად ინფორმატიული აღმოჩნდა მაგნიტურ რეზონანსული ტომოგრაფიული (მრტ) კვლევა. მრტ კვლევის საშუალებით მეტად გამოკვეთილად იქნა ნახა თორმეტგოჯა ნანლაგის დასწერივი ტოტის საპროექციო მიდამოში სიმსივნური პროცესი და რეგიონალური 2 გადიდებული ლიმფური ჯირკვალი. ორ შემთხვევაში სიმსივნური პროცესი ლოკალიზებული იყო თორმეტგოჯა ნანლაგის დასწერივი ტოტის პროექციაზე სუპრააპიკალურად, ერთ ავადმყოფს სიმსივნური პროცესი აღენიშნებოდა თორმეტგოჯა ნანლაგის ბოლქვის მიდამოში. ჩატარებული ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიის დროს აღებული იქნა ბიოფსია. პათომორფოლოგიური კვლევით დადგენილი იქნა ნეოპლასტიური პროცესის არსებობა ბიოპტატებში. ყველა ავადმყოფს ჩაუტარდა ქტ ანგიოგრაფია. ამ კვლევის მეთოდით დათვალიერდა და შეფასდა ქვემო ღრუ ვენა, ღვიძლის კარის ვენა, ღვიძლის საერთო არტერია, ზედა მეზენტერიალური ვენა, პანკრეასის თავის მიდამო. ინახა სისხლძარღვები და მათთან სიმსივნური ქსოვილის დამოკიდებულება — სისხლძარღვები არ განიცდიდა სიმსივნურ ინფილტრაციას. ყველა ავადმყოფის შემთხვევაში, არსებული მონაცემების მიხედვით გადაწყდა რადიკალური ოპერაციის ჩატარების საკითხი. ყველა ავადმყოფს ჩაუტარდა რადიკალური ოპერაცია პანკრეატოდუოდენალური რეზექცია Whipple-ს მოდიფიკაციით. მაკროპარანატის პისტოპათომორფოლოგიური კვლევით ორ შემთხვევაში აღინიშნა ადენოკარცინომა, ხოლო ერთ შემთხვევაში ნეიროენდოკრინული კარცინომა — რაც ერთ-ერთი

ავადმყოფის ძლიერი შეტევისებური ტიპი იქნა მიზეზი იყო. ყველა ავადმყოფი განერილი იქნა დამაკაყოფილებელ მდგომარეობაში ოპერაციიდან მე-9-10 დღეს. ორ ავადმყოფს მკურნალობა ჩაუტარდა 3 თვის და 1 თვის წინ, ხოლო ერთს 1 წლისა და 8 თვის წინ. ყველა ავადმყოფი იმყოფება ამპულატორული დაკვირვების ქვეშ. ჩატარებული განმეორებითი კვლევებით შეზღუდის ღრუს ულტრასონოგრაფია, არც ერთ შემთხვევაში სიმსივნური პროცესის რეციდივი არ აღინიშნებოდა, თვითგარძნობა დამაკაყოფილებელია.

ბუნნიშკა: თორმეტგოჯა ნანლაგის პირველადი სიმსივნე პანკრეატოდუოდენალური ზონის სიმსივნეებიდან მეტად იშვიათად გვხვდება. ამერიკის ონკოლოგთა ასოციაციის მიერ (ბოლო 15 წლის მასალის მიხედვით) განხილული იქნა 2185 ავადმყოფი პანკრეატოდუოდენალური მიდამოს სიმსივნეებით და მხოლოდ 85 შემთხვევაში აღინიშნა თორმეტგოჯა ნანლაგის იზოლირებული სიმსივნე [7]. ამ პათოლოგიის ადრეული დიაგნოსტიკა პრაქტიკულად ითქმის შეუძლებელია. როგორც ჩვენი მასალის შემთხვევაში, ასევე ლიტერატურის მიხედვით ამ დაავადების დიაგნოსტიკა ძირითადად ხდება კლინიკური სიმპტომების გამოვლენის შედეგად. კლინიკური სიმპტომების გამოვლენა რა თქმა უნდა დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე. მაგრამ ერთ-ერთი სწორი სიმპტომია გულსრევა და ღებინება, რაც თორმეტგოჯა ნანლაგის სანათურის შევიწროების და დახშობის შედეგია. ეს მდგომარეობა ავსების დეფექტის სახით ულინდება რენტგენოლოგიურ კვლევაზე, მაგრამ ამ პათოლოგიის დროს დუოდენოსკოპია ბიოფსიით ერთ-ერთი ძირითადი სადიაგნოსტიკო მეთოდია. თორმეტგოჯა ნანლაგის სრული გაუვალობის შემთხვევაში მრტ მეტად ინფორმატიულია ვიდრე ქტ, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ სიმსივნის რადიკალური რეზექციების საკითხის გადაწყვეტილების უნდა ჩატარდეს ქტ ანგიოგრაფიით. ამ შემთხვევაში ძირითადად ფასდება ქვემო ღრუ ვენის, ზედა მეზენტერიალური ვენის და არტერიის, ღვიძლის კარის ვენის, ღვიძლის საკუთარი არტერიის განმარტობა. სხვა მონაცემებთან ერთად ქტ ანგიოგრაფიულ მონაცემებზე დაყრდნობით ნდებდა რადიკალური ოპერაციის პანკრეატოდუოდენალური რეზექციის წარმოება. მრტ და ქტ მონაცემების შეფასებისას უნდა იქნეს გათვალისწინებული, რომ თორმეტგოჯა ნანლაგის სიმსივნეების დროს მეტასტაზები 15-20% ხდებიან ინფორმაციულად ლიმფურ კოლექტორებში, ხშირად პანკრეასის თავის მიდამოში [1, 7]. ამიტომ ტომოგრაფიის შეფასებისას ზემოთ აღნიშნული შესაძლოა არასწორად იქნეს ინტერპრეტირებული, როგორც პანკრეასის თავის სიმსივნე, ხოლო თორმეტგოჯა ნანლაგის სიმსივნე, როგორც მეორადი გართულება. ლიტერატურაში მსგავსი ინფორმაცია არც ერთ იშვიათად არის აღწერილი [1, 4, 7]. დიაგნოზის მსგავსი უსიხშირე განხილვა მიკვლევითებს ისეთ მდგომარეობაზე, რომლის დროსაც შესაძლებელია მხოლოდ პალატორული მკურნალობის ჩატარება, მა-

მინ როდესაც, თორმეტგოჯა ნაწლავის სიმსივნეებ-
ის დროს წარმოებული პანკრეატოდუოდენალური
რეზექციის შემდგომ 5 წლიანი სიცოცხლის ხანგრ-
ძლივობა შეადგენს საშუალოდ 50% (32-67%) [1, 2, 5,
7]. ამ პათოლოგიის დროს შორეული მეტასტაზირება
იშვიათად არის აღწერილი (4-9%) [1, 2, 5], ამიტომ
რადიკალური მკურნალობა, რაც გულისხმობს
პანკრეატოდუოდენალური რეზექციის წარმოებას,
ავადმყოფთა სიცოცხლის გახანგრძლივების ერთად-
ერთი სანინდარია.

დესკანა: თუ ჩატარებული კტ ანგიოგრაფიული
მონაცემების მიხედვით, არ აღინიშნება თორმეტ-
გოჯა ნაწლავის სიმსივნის ინვაზია ირგვლივმდებარე
სისხლძარღვებში, მიუხედავად რეგიონალური
მეტასტაზირებისა, უნდა შესრულდეს პანკრეატო-
დუოდენალური რეზექცია, რაც გააუმჯობესებს
მკურნალობის შედეგებს და სიცოცხლის ხანგრ-
ძლივობას ამ პათოლოგიით დაავადებულ ავადმყო-
ფებში.

ლიტერატურა:

1. Abelo F. Clinical Oncology. 3rd ed., 2004 Churchill Livingstone.
2. Akiko Kuno, MD. Hironori Yamamoto, MD. Hiroto Kita, MD. Keijiro Sunada, MD. Tomonori Yano, MD. Yoshikazu Hayashi, MD. Double-balloon enteroscopy through a Roux-en-Y anastomosis for EMR of an early carcinoma in the afferent duodenal limb. Gastrointestinal Endoscopy. 2004. 60 (6). 179-84.
3. Alwmark A., Andersson A., Lason A. Primary carcinoma of the duodenum. Ann Surg. 1980. 191(1):13-8.
4. Robert B. Sexe, M.D., Terence P. Wade, M.D., Katherine S. Virgo, Ph.D., Frank E. Johnson, M.D. Incidence and treatment of periampullary duodenal cancer in the U.S. veteran patient population. Cancer. 1998. 77 (2): 251 - 54
5. Ryuichi Nagashima, MD. Hideki Mitsuhashi, MD. Yoko Anzai-Takeda, MD. Yoko Fukase, MD. Hideki Saito, MD. Duodenal cancer. Gastrointestinal Endoscopy. 2004. 59(4) 45-9.
6. Spira IA, Ghazi A, Wolff WI. Primary adenocarcinoma of the duodenum. Cancer. 1977. 39(4):1721-6.
7. Taylor A. Sohn, M.D., Keith D. Lillemoe, M.D., John L. Cameron, M.D., Henry A. Pitt, M.D., Howard S. Kaufman, M.D., Ralph H. Hiruban, M.D., Charles J. Yeo, M.D. Adenocarcinoma of the Duode-
num: Factors Influencing Long-Term Survival. Ann Surg. 2005. 272 (7): 32-9.

N. Lomidze, I. Tsereteli, G. Giorgobiani Z. Dzeladze

DUODENAL CANCER

Academician N. Kipshidze Central University Clinic,
TSMU Surgery Department

We report the results of surgical treatments of 3 patients with duodenal cancer, who were diagnosed and treated during 2006-2008. All the patients underwent esophago-gastroduodenoscopy with biopsy and CT angiography. CT angiography identified no vessel invasion. All the patients underwent pancreatoduodenal resection - the Whipple procedure. The patients were discharged on the 9-10-th day.

Two patients were operated on 3 and 1 month ago, and 1 patient 1 year and 8 months ago. The investigations demonstrated no recurrence of cancer. If CT angiography shows no vessel invasion the Whipple procedure must be performed to prolong the patients' survival.

მათაშვილი მ., კაციტაძე ა., წერეთელი ე., ჯალალანია ნ.

ეტაციდის გამოყენება ატაოიური დერმატიტის კომპლექსურ მკურნალობაში

თსუს, კანისა და ვენერიულ სნეულათა
დეპარტამენტი

ატაოიური დერმატიტის პრობლემა სულ უფრო
დიდ მნიშვნელობას იძენს თანამედროვე მედიცინა-
ში. ატაოიური დერმატიტით დაავადებულთა რიცხუ-
მა ბოლო ათწლეულების მანძილზე საგრძობად
იმატა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცე-
მებით, განვითარებულ ქვეყნებში ატაოიური დერმა-
ტიტი გვხვდება 25-დან 35% შემთხვევაში.

ატაოიური დერმატიტი - კანის გენეტიკურად დე-
ტერმინირებული, ქრონიკული, მორეციდივე დაა-
ვადება. კლინიკურად ვლინდება ქაეილით, ლიქენოი-
დური პაპულებით (ჩვილ ასაკში პაპულო-ვეზიკუ-
ლური გამონაყარით) და ლიქენიფიკაციით. ატაოი-
ური დერმატიტის პათოგენეზს საფუძვლად უდევს
ორგანიზმის შეცვლილი რეაქტიულობა, რომელიც გან-
პირობებულია როგორც იმუნოლოგიური, ისე არაიმი-
ნოლოგიური მექანიზმებით. ხშირად გვხვდება ალ-
ერგოლ რინიტთან, ასთმასთან ან პოლინოზებთან
კომპლექსში.

ატაოიური დერმატიტის მკურნალობის მეთოდე-
ბის ფართო სპექტრის მიუხედავად, მისი თერაპია
ჯერ კიდევ აქტუალურ პრობლემად რჩება.

დღეისთვის შედარებით ეფექტურად ითვლება
ატაოიური დერმატიტის მკურნალობა გლუკოკორტი-
კოსტეროიდული პორმონებითა და ანტიჰისტამინური
პრეპარატებით. დერმატოლოგებისა და ალერგოლ-
ოგების მიერ ლოკალური სტეროიდების გამოყენე-
ბის სპექტრი კიდევ უფრო გაფართოვდა არაფტორ-
ირებულ პრეპარატების გამოხვედის შემდეგ, რაც ათ-
ავისუფლებს ამ მალამოებს სხვა სტეროიდებისთვის
დამახასიათებელი მრავალი გვერდითი მოვლენები-
სგად. არაფტორირებული მალამოები გამოირჩევიან
მაღალი თერაპიული ეფექტითა და ამავე დროს
არასასურველი რეაქციების განვითარების მინი-
მალური რისკით. მათი გამოყენება შეიძლება ბავშვ-
თა ასაკშიც, კანის ნებისმიერი მოვებაზონის ფურც-
ლი პროცესების დროს კლებადი სქემით. ასეთ
პრეპარატთა რიცხვს მიეკუთვნება ეტაციდის მალა-
მი ("World Medicine" England). მის შემადგენლობაში
შედის 0,1% კონცენტრაციით მოვებაზონის ფურც-
ბი - სინთეზური კორტიკოსტეროიდი. ეტაციდის
განმასხვავებელ თავისებურებებს მიეკუთვნება მისი
მაღალეფექტურობა და ამავე დროს დაბალი სისტე-

მური ეფექტი (არ მოქმედებს ჰიპოფიზისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციაზე), ასევე ადგილობრივად გამოყენების უსაფრთხოება. ეტაციდის მალამო არ იწვევს კანის ატროფიას, ჰიპერტროფიას, ფოლიკულიტებს, რაც დამახასიათებელია კორტიკოსტეროიდული პრეპარატებისთვის. გარდა ამისა, აქვს პროლონგირებული მოქმედება და იყენებენ მხოლოდ ერთხელ დღეში, რაც მოსახერხებელია ამბულატორიული მკურნალობის დროს.

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 5-დან 23 წლამდე ასაკის 27 ამბულატორიული ავადმყოფი. ყველა მათგანს გამოკვლევის მომენტში ატოპიური დერმატიტი ჰქონდათ გამწვავების სტადიაში. დაზიანების კერები უპირატესად ლოკალიზებული იყო ყელის არეში, მსხვილი სახსრების მოხერხებულ დაზიანებებზე და წარმოდგენილი იყო ნითელი ფერის წერტილკვანძოვანი გამონაყარო, სხვადასხვა ზომის ბალთებით, ინფილტრაციით, ლიქენიფიკაციითა და მრავლობითი ჰემორაგიული ქერქებით. ავადმყოფთა უმრავლესობა უჩიოდა სხვადასხვა ინტენსივობით გამოხატულ ქავილს. ბავშვებში დაზიანებული კანის ფართობი არ აღემატებოდა 6-12%-ს. ხოლო დიდებს გამოხატული უფრო გავრცელებული ჰქონდათ და მთელი სხეულის 15-24%-ს შეადგენდა.

ყველა პაციენტს ეტაციდის მალამო დაენიშნა ტრადიციული მკურნალობის მეთოდებთან (ანტიბიოტიკთაგან, მადესენსიბოლიზირებელი, სედაციური პრეპარატები, ვიტამინები და ა.შ.) კომპლექსში. მალამოს ისმევენ თხლად, დღეში ერთხელ და მხოლოდ დაზიანებულ კერებზე. მიღწეული კლინიკური ეფექტიდან გამომდინარე, მკურნალობა გრძელდებოდა 15-დან 30 დღემდე. სისტემურად ან ადგილობრივად გვერდითი მოვლენები, რომლებიც შესაძლებელია განვითარდეს კორტიკოსტეროიდული თერაპიის დროს არ აღენიშნებოდა არცერთ პაციენტს.

ეტაციდის მალამოს გამოყენებამ პაციენტთა უმრავლესობაში მოგვცა დადებითი თერაპიული ეფექტი. მკურნალობის დაწყებიდან ორი კვირის შემდეგ ქავილის შეგრძნება უქრებოდათ ან მისი ინტენსივობა გაცილებით მცირდებოდა. სხვა დერმატოლოგიური ნიშნები (ერთემა, ექსკორიაციები, აქერცვლა, ინფილტრაცია) ლაგებებოდა მოგვიანებით. 4 კვირიანი მკურნალობის კურსის დასრულების შემდეგ მ პაციენტი კლინიკურად გამოჯანმრთელდა, 17-ის მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა. 2 პაციენტის კი ეტაციდით მკურნალობის ფონზე არ შევცვლილა.

ამგვარად, 0,1% მომეტაზონის ფლუორიდის შემცველი ეტაციდის მალამო ("World Medicine" England) აღმოჩნდა საკმაოდ ეფექტური ატოპიური დერმატიტის კომპლექსურ მკურნალობაში. გამოირჩევა ძლიერი ანთებისა და ქავილის სანინალმდგომო მოქმედებით. მალამო გამოირჩევა კარგი ამტანობით და სხვა პალათენიზირებული კორტიკოსტეროიდული მალამოებისგან განსხვავებით, არ იწვევს კანის ატროფიას, ჰიპერტროფიას, ჩირქოვან გამონაყარს და ა.შ. მიღებული შედეგებიდან გამომდინარე, ეტა-

ციდის მალამო შეიძლება რეკომენდებული იყოს ატოპიური დერმატიტის სამკურნალოდ.

ლიტერატურა

1. Вестник дерматологии и венерологии, N 5-1998, стр. 53-54.
2. Мурадян Р.И., Панченко Н.Р. Экстренная помощь при ожогах. М: Медицина.-1983.128 С.
3. Панкратов О.В., Панкратов В.Г., Л.Г. Баранов Л.Г., БГМУ Принадлежности дифференцированной наружной терапии больных аллергодерматозами, БМДК, 2/2002
4. Хамтов Р.М., А.А. Кубанова А.А. Атопический дерматит – наружная терапия. Consilium medicum. Том 06/№.3/2004
5. Шакмистейтер И. Я., Шимановский Н. Л. Проблемы совершенствования фармакотерапии воспалительных и аллергических дерматозов с помощью наружных лекарственных средств фито-кортикоидной природы//Вестник дерматологии и венерологии, 1998.- N2, С. 27-30
6. Catz H. J., Prawer S. E., Watson M.J. et al Mometasone furoate ointment 0,1% in psoriasis, J. Dermatol., 1989,28,342-345

Matoshvili M., Katsitadze A., Tsereteli E., Jalagania N.

ETACID IN COMPLEX TREATMENT OF ATOPIC DERMATITE

TSMU, Department of Dermatology and Venereology

The aim of our research was to study the efficacy and safety of Etacid ointment in complex treatment of Atopic Dermatitis. After 4 weeks' treatment the level of health of 25 patients from 27 was improved. Side effects and systemic complications, which can occur during treatment with corticosteroids, never occurred. On these basic results Etacid ointment can be recommended for treatment of Atopic Dermatitis.

მაისაშვილი მ., ჯოსაძე მ., ზარდაშვილი ლ., გეთია მ., კუჭუხიძე გ.

Maishashvili M., Jokhadze M., Zardiashvili L., Getia M., Kuchukhidze J

CYTOTOXICAL CALOIDS FROM CHELIDONIUM MAJUS L.

Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Tbilisi State Medical University

INTRODUCTION.

The complete extraction of products from plant material is rarely achieved using classical methods of extraction and the separation of individual constituents from these extracts is frequently very difficult. In the investigation of bioactive natural products it is essential to have access to simple biological tests to locate required activities (1). For the preliminary screening of extracts or products we use a rapid cytotoxic-like assay (3). We describe here an exhaustive extraction model and a general, rapid step-gradient in the adsorption chromatography for initial fractionation of

weakly- and non-polar fractions in the isolation of cytotoxic meta-bolites from *Chelidonium majus* L. (Papaveraceae), a medicinal herb which is a rich source of isoquinoline alkaloids (2).

EXPERIMENTAL.

Materials. *Chelidonium majus* L. were collected in Georgia (Kveseti) in June 2003 and identified by Dr. Tsiala Gvinjashvili, a botanist from the Institute of Botany. Voucher specimens N 8278 were deposited in the Herbarium at the Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Tbilisi State Medical University.

Cell lines and culture medium. Hela (epitheloid cervix carcinoma, human) cell lines were obtained from the American Type Culture Collection (Rockville, MD). Hela cells were maintained in continuous culture in DMEM medium (Bio Whithaker) grown at 37°C in humidified 5% CO₂ and 95% air atmosphere. Medium was supplemented with 10% heat-inactivated foetal bovine serum (Bio Whithaker), 1% L-glutamine (200 mM) (Bio Whithaker) and antibiotics: penicillin (100 IU/ml)-streptomycin (100 µg/ml) (Pen-strep[®], Bio Whithaker).

Cytotoxicity assay. First, 96-well tissue culture microplates (Micro Test-96 Falcon, Becton-Dickinson) were seeded with 100 µl medium containing x cells in suspension (x = 7000 cells/well for Hela). Twenty four hours incubation later, cells were treated with a dilution of alkaloid in culture medium. After 48 hours incubation at 37°C in presence of compounds, mitochondrial dehydrogenase activity in viable cells was measured by adding WST-1 reagent and reading absorbance at 450 nm with a scanning multiwell spectrophotometer after one hour delay. The absorbance was directly correlated to the viable cell number. Experiments were performed in triplicate and the results were expressed as cell proliferation in comparison to control.

Extraction. The dried aerial parts of *Chelidonium majus* L. (200 g) were powdered and extracted in a Soxhlet apparatus (plant material to solvent ratio 100 g:2 L) for 18 h with light petroleum (b. p. 40-70°C), CHCl₃; and CHCl₃:MeOH (1:1 v/v) to yield three extracts: A (3.4 g), B (1.3g) and C (5.2). The residue was removed from the Soxhlet and extracted with 70% aqueous EtOH (50°C), 10% NH₄OH (room temperature) and HCl (pH 2; room temperature) to obtain three further extracts: D (21.4 g), E (13.5g) and F (8.1g).

Initial fractionation of active extracts. Extract A and the chloroform-soluble portion of extract C (1.8 g) were chromatographed on a silica gel column (sample to silica gel ratio 1: 30 w/w) by step gradient from light petroleum (40-70°C) to chloroform : methanol (8:2). Fractions of two bed volumes for each solvent system were collected.

Extract B was chromatographed on a RP-8 column by step-gradient from water to CHCl₃, fractions of 100 mL for each solvent system were collected.

Extract D was suspended in H₂O and filtered; the residue (2.3 g) showed activity (IC₅₀ 10 µg/ml), while the water-soluble portion was found to be inactive. The residue was chromatographed on silica gel column with CHCl₃:MeOH : H₂O (5 :6:4 v/v). Fractions with the same thin layer chromatographic (TLC) profile were combined. Fractions 17-27 (D₁, 57 mg) showed cytotoxic activity (IC₅₀ 8.3 µg/ml).

Purification and identification of active compounds. An

ali-quot (500 mg) of fraction A₁ from extract A was chromatographed on a silica gel column (sample to silica gel ratio 1:100 w/w) using a gradient from light petroleum to light petroleum: Et₂O (9:1). Fractions with components at Rf=0.56 on TLC (light petroleum:Et₂O, 8:2) showed cytotoxic activity and were combined (62 mg; IC₅₀ 5.3 µg/ml). After crystallization from metanol was 10-nonacosanol recovered (46 mg). The mother liquor was subjected to preparative TLC and coptisine (5 mg, IC₅₀ 4.6 µg/ml) was obtained.

Fractions B₁ (380 mg) and B₂ (510 mg) from extract B were chromatographed on a silica gel column (sample to silica gel ratio 1: 100 w/w) using light petroleum: CHCl₃ (6:4) as eluent. Fractions with components at Rf = 0.84 on TLC petroleum: CHCl₃, 1:1) showed cytotoxic activity and were combined. These fractions were further purified by preparative TLC (light petroleum: CHCl₃, 1: 1) to afford chelidonine (22 mg, B₁; 12 mg, from B₂, IC₅₀ 5.5 µg/ml).

Fraction C₁ (585 mg) from extract C was chromatographed as described for fractions B₁/B₄ to provide a further yield of chelitrine (25 mg IC₅₀ 4.3 µg/ml).

Fraction D₁ (220 mg) from extract D was chromatographed on a silica gel column (sample to silica gel ratio 1:100 w/w) using light petroleum: Et₂O (1 : 1) as eluent, and two products with similar Rf values on TLC (light petroleum:Et₂O, 3:7) were obtained which could be purified by preparative TLC, yielding berberine (32 mg, IC₅₀ 6.7 µg/ml), Sanguinarine (24 mg, IC₅₀ 8.9 µg/ml) and protopine (14 mg, IC₅₀ 5.5 µg/ml). The compounds were identified of their spectral data (¹³C, ¹H, COSY, HMBC, HSQC) by comparison with an authentic sample.

RESULTS AND DISCUSSION

The aerial parts of dried *Chelidonium majus* L. were extracted with a range of solvents. The advantages of this extractive method are a more complete extraction of all classes of metabolites including acidic and basic compounds and a better fractionation of the non-polar metabolites that are obtained partially separated in three early fractions (A-C). All extracts were first assayed and only the active extracts (A-D) were submitted to further fractionation. All the fractions from each step of the purification procedure were assayed for brine shrimp lethality and the active ones were further fractionated and purified using different methods to obtain pure active compounds. Since coptisine was present in extract A in the highest quantity was due to the large amount of 10-nonacosanol which absorbs small amounts of other compounds. Incomplete extraction of chelidonine with chloroform accounts for the presence of this compound in fraction B₁ and B₂.

Berberine, Sanguinarine and protopine were found to be responsible for the activity of extract D₁, E and F fraction appeared to be non-active (IC₅₀ > 100).

Acknowledgements. Dr. Malkhaz Jokhadze would like to thank FNRS for his post doctoral grant. Dr. M. Frederich is a Research associate from the Belgian National fund for scientific Research.

References:

1. C. Bugati, M. L. Colombo, F. Tomà. A new method for alkaloid extraction from *Chelidonium majus* L. *Phytochemical Analysis* Volume 2, Issue 2, Pages 65 - 67

2. Colombo M, Bosio E., Pharmacological activities of Chelidonium majus L. (Papaveraceae), Pharmacol. Res. 33, 1996. p. 127-134.

3. Meyer, B. N., Ferrigni, N. R., Putnam, J. E., Jacobsen, L. B., Nichols, D. E. and McLaughlin, J. L. (1982). Brine shrimp: A convenient general bioassay for active plant constituents. *Planta Med.* 45, 31-34.

მამამთავრეშვილი ნ., სანიკოძე თ., კვიციანი ა., ნარსია ე.

მეტაბოლური სინდრომი და მისი გავლენა გულის იშემიური დაავადების განვითარებაზე

თბილისის სახალხოეთო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ქიმიური და ექსპერიმენტული კარდიოლოგიის ინსტიტუტი.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, თანამედროვე მილენეების მუხებდავად, სადღესოდ სიკვდილობის ყველაზე ხშირ მიზეზად გვევლინება. ეპიდემიოლოგიური კვლევების თანახმად საქართველოში აღინიშნება კარდული მათოლოგიის ყველაზე ხშირი გამოვლინების — გულის იშემიური დაავადებით (გიდ) ავადობის განუხრცი ზრდის ტენდენცია, რაც პრობლემის არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ სოციალურ მნიშვნელობაზეც მიუთითებს (1) აქედან გამომდინარე, გიდ-ის პრევენციის ტაქტიკა ყველა იმ მიმართულებით, რომელიც თუნდაც მცირე წვილის შეიტანს ამ პრობლემას გადაწყვეტაში, უკვე ძალზედ მნიშვნელოვანია პრაქტიკული მედიცინისათვის. მიუხედავად, რომ გიდ-ის ე.წ. ძირითადი რისკის ფაქტორების გამოვლენა აშკარად არ არის საკმარისი დაავადების პროგნოზისათვის.

ერთერთი ასეთი გასათვალისწინებელი სფერო გახლავთ მეტაბოლური სინდრომი (მს), რომელიც ხასიათდება ძირითადად ვისცერული ცხიმის მასის გადიდებით, პერიფერიული ქსოვილების მგრძნობელობის დაქვეითებით ინსულინის მიმართ და კომპენსატორული ჰიპერინსულინემიით, რაც ინვეს ნახშირწყლოვანი, ლიპიდური, პურიული ცვლის დარღვევასა და არტერიული ჰიპერტენზიის განვითარებას. უნდა აღინიშნოს, რომ უკანასკნელ წლებში ახალ-ახალი რგოლების აღმოჩენის ხარჯზე მს-ის ფაქტი სულ უფრო ფართოვდება (2,3).

ცნება მეტაბოლური სინდრომის შესახებ ცნობილი გახდა პირველად 1922 წელს, როდესაც გ. ლანგმა ყურადღება მიაქცია არტერიულ ჰიპერტენზიას, სიმსუქნესა და ნახშირწყლოვან დარღვევას შორის ურთიერთკავშირს. მომდევნო წლებში შეიქმნა ნარმოცდენა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებსა და მეტაბოლურ დარღვევებს შორის კავშირზე. 1988 წელს კი უკვე G.M. Reaven — მა გამოთქვა აზრი ამ სინდრომის პათოგენეზში ინსულინურ ზისტენტობის როლისა და გულ-სისხლძარღვთა ვართულელების შესახებ და მას

საბოლოოდ „Xსინდრომი“ ან „მეტაბოლური სინდრომი“ უწოდა (8). აღნიშნული სინდრომის გამოვლენას კლინიკური თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან ერთის მხრივ დროული, სათანადო მკურნალობის ფონზე შესაძლებელია მისი ძირითადი გამოვლინებების შემცირება ან გაქრობა, ხოლო მეორეს მხრივ ის წინამორბედა ათეროსკლეროზისა და შაქრიანი დიაბეტი II ტიპის განვითარების, რომლებიც მოსახლეობის სიკვდილობის ძირითად მიზეზს წარმოადგენენ (2,4,5,6)

აშშ-ის ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტის ექსპერტების მიერ შემუშავებულია მს-ის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები: აბდომინალური ტიპის გაციხიმოვნება — ქალებში > 89 სმ-ზე, მამაკაცებში > 102 სმ-ზე; გლუკოზის მატება უზმოზე > 6,1 მმოლ/ლ-ზე; ტრიგლიცერიდების მატება > 1,69 მმოლ/ლ-ზე; მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის დაქვეითება < 1,29 მმოლ/ლ-ზე ქალებში და < 1,04 მმოლ/ლ-ზე მამაკაცებში; არტერიული წნევის მატება > 135/85 მმ Hg აქედან არანაკლები სამი სიმპტომის არსებობა მს-ის არსებობაზე მიუთითებს.

ა. მისიკოვის სახ. კარდიოლოგიის ინსტიტუტის მიერ მოწოდებულია მს-ის მუდმივი დამახასიათებელი სიმპტომები — ინსულინურ ზისტენტობა, ჰიპერინსულინემია, აბდომინალური გაციხიმოვნება და მუდმივ სიმპტომებთან პათოგენეზურად დაკავშირებული ტიპური, მაგრამ არამუდმივი სიმპტომები, რომლებიც ამიდგრებენ მს-ის კლინიკურ სურათს, ესენია — ჰიპერგლუკემია უზმოზე, დისლიპიდემია, ჰიპერურემია, არტერიული ჰიპერტენზია.

მს-ს ფორმირება გენეტიკურად დეტერმინირებულია. ცნობილია ინსულინის რეცეპტორების გენი, რომელიც მე-19-ე ქრომოსომაში ლოკალიზდება. ჰიპერინსულინემია და ინსულინურ ზისტენტობა გამოვლენილია იმ ნათესაობის შთამომავლობაში, რომლებსაც ანამნეზში შაქრიანი დიაბეტი აღინიშნებოდათ.

ძალზედ ხელშემწყობი ფაქტორი მს-ის ჩამოყალიბებაში ცხიმოვანი საკვების ჭარბი მიღება და დაბალი ფიზიკური აქტივობაა. ცხოვეტურ ცხიმის დიდი რაოდენობა, ამიციავს რა ნაჯერ ცხიმოვან მყვებს, ორგანიზმი მოხვედრისას ინვეს უჯრედული მემბრანების ფოსფოლიპიდების სტრუქტურულ ცვლილებებს და იმ გენების ექსპრესიის დარღვევას, რომლებიც უჯრედში ინსულინის სიგნალის გატარებას აკონტროლებენ. ამასთანავე ცხიმის მოხმარებისას ორგანიზმი 2-ჯერ მეტ კალორიას იღებს, ვიდრე იმავე რაოდენობის ცილისა და ნახშირწყლების მიღებისას. მს-ის განვითარების მეორე ძირითადი ფაქტორია ჰიპოდიამია, რომელიც ხელს უწყობს ლიპოლიზის შეფერხებასა და ტრიგლიცერიდების უტილიზაციის დათრუვნებას კუნთოვან და ცხიმოვან ქსოვილში, აქვეითებს გლუკოზის ტრანსპორტირების ტრანსლოკაციას კუნთებში, რაც ხელშემწყობია ინსულინურ ზისტენტობის განვითარების.

არტერიული ჰიპერტენზია, რომელიც მს-ის ერთერთ გამოვლინებას წარმოადგენს, ზოგიერთ შემთხ-

ვევაში შესაძლებელია თავად იყოს მისი პირველადი პათოგენური რგოლი, რის ფონზეც პერიფერული სისხლის მიმოქცევის გაუარესება ინვედექს ქსოვილების მგრძობილობის დაქვეითებას ინსულინის განვითარებას და კომპენსატორული ჰიპერინსულინემიის მიმართობას. აქვე უნდა დაეძინოს, რომ მს-ის პირველადი რგოლის დადგენა საკმაოდ რთულია, ვინაიდან თითოეული მათგანი შესაძლებელია ამ სინდრომის განვითარების გამწვევი მექანიზმი იყოს.

მექანიზმები, რომელიც ხსნიან ინსულინურ ზისტინტობისა და შესაბამისად კომპენსატორული ჰიპერინსულინემიის ვავლენას გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ათეროსკლეროზულ დაზიანებაზე, რთული და მრავალფეროვანია.

– ჰიპერინსულინემია, რომელიც ინსულინურ ზისტინტობის ადრეული მარკერია, გიდ-ის იზოლირებულ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს. მისი ათეროგენული მოქმედება განპირობებულია ლიპიდების სინთეზის სტიმულაციითა და არტერიების კედლებში გლუკოკუნთოვანი ელემენტების პროლიფერაციით. დადგენილია პირდაპირპარაორციული კავშირი ინსულინის დონესა და მონოციტებში ლიპიდების რაოდენობას შორის, რაც მათ გაძლიერებულ ადგენას განაპირობებს დაუზიანებელ სისხლძარღვთა კედელზეც კი, რითაც ინვედს ენდოთელიუმის მთლიანობის დარღვევას და ათეროსკლეროზის კიდევ უფრო აქტივაციასა და გაღრმავებას (4,6).

– ჰიპერინსულინემია, თრგუნავს რა ციხიმების დამბას, ხელს უწყობს ვისცერული სიმსუქნის განვითარებას. ვისცერული ცხიმოვანი ქსოვილის ადოპოციტები ახდენენ თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავების გაძლიერებულ სეკრეციას უშუალოდ ლეიდიის პორტული სისტემაში, რაც ტრიგლიცერიდებს, აპო-B, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების სინთეზის გაძლიერებასა და გლუკონოგენეზის სტიმულაციას განაპირობებს. თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავები ასტიმულირებენ აგრეთვე ინსულინის სეკრეციას კუჭუკანა ჯირკვალში, ამცირებენ მის კლირენსს ლეიძლში, პერიფერული ქსოვილების მგრძობილობას მის მიმართ, რითაც ჰიპერინსულინემიის პროგრესირებას ინვედს. გარდა ამისა, ისინი ამცირებენ ინსულინის შეკავშირებას მის რეცეპტორებთან და თრგუნავენ კუნთების მიერ გლუკოზის მოზიარებასა და უტილიზაციას, რაც ჰიპერგლიკემიის განვითარების ხელშემწყობია.

მუდმივი ჰიპერინსულინემია ფიტავს პანკრეასის ბეტა უჯრედების სეკრეციულ აპარატს, რასაც მაქროანი დაბეჭდვის განვითარება მოყვება.

– ინსულინურ ზისტინტობის დროს ვითარდება სისხლძარღვთა ენდოთელიუმის დისფუნქცია-იმატებს ვაკუოლარული ცვლილებების (ენდოთელინი, თრომბოქსანი) სეკრეცია და ქვეითდება ვაზოდილატატორების (NO, პარასტაქლინი), რაც თავის მხრივ ატეროციული ჰიპერტენზიის განვითარების ხელშემწყობია.

– ჰიპერინსულინემია, მოქმედებს რა ჰიპოთალამურ ბირთვებზე, ინვედს სიმპათო-ადრენალურ სისტემის ჰიპერაქტივაციას და შედეგად გულის გან-

დენის, გულის შეკუმშვათა რიცხვის ზრდასა და სისხლძარღვთა საერთო პერიფერული წინააღმდეგობის მატებას.

– ჰიპერინსულინემია, ჰიპოთალამურ ცენტრებზე მოქმედებით ინვედს ჰიპოთალამო-ჰიპოფიზ-თირკმელზედა სისტემის ფუნქციის დარღვევასა და რენინ-ანგიოტენზინ-ალდოსტერონის სისტემის ჰიპერაქტივაციას, რაც ხელს უწყობს თირკმლის მიერ ნატრიუმის შეკავებასა და ჰიპერვოლემიის განვითარებას.

– ჰიპერინსულინემია, სისხლძარღვთა გლუკოკუნთოვანი უჯრედების პროლიფერაციის გზით ინვედს მათი სანათურის შევიწროვებას, რაც კიდევ უფრო ზრდის სისხლძარღვთა საერთო პერიფერული წინააღმდეგობას.

მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ გაცხიმოვნების დროს ვისცერული ცხიმოვანი ქსოვილის ადოპოციტები ახდენენ მთელი რიგი ჰორმონულად აქტიური ნივთიერებების სტიმულირებას, როგორცაა: ლეპტინი, სიმსივნური ნეკროზის ფაქტორი, პლაზმინოგენის აქტივატორის ინჰიბიტორი, ანგიოტენზინ II, ინტელექტინინები, პროსტაგლანდინები, ესტროგენები და სხვა. აღსანიშნავია ისიც, რომ ლეპტინი, რომელიც პროდუცირდება მხოლოდ ვისცერული ცხიმოვანი ქსოვილის ადოპოციტების მიერ, მს-ის დროს აქვს ინსულინის მსგავსი ვავლენა სას-სა და რას-საზე, რაც ვლინდება შედარებითი ლეპტინურ ზისტინტობით. ეს უკანასკნელი კი განპირობებულია ჰიპოთალამური ცენტრების მგრძობილობის დაქვეითებით მის მიმართ.

ინსულინურ ზისტინტობის დროს ქვეითდება აგრეთვე სისხლის ფიბროლიზის სისტემის აქტივობა პლაზმინოგენის აქტივატორის ინჰიბიტორის გაძლიერებული სინთეზის გამო ენდოთელიუმში, ადოპოციტებში, ლეიძლში, კუნთოვანი ქსოვილის უჯრედებში. აღნიშნული კი ხელს უწყობს თრომბოზების, სისხლძარღვთა რემოდელოირების განვითარებასა და ათეროსკლეროზული ფოლაქების წარმოქმნას.

ამგვარად, მს-ის ყველა ჩამოთვლილი სიმპტომი — ჰიპერინსულინემია, ჰიპერგლიკემია, სიმსუქნე, არტერიული წნევის მატება, ფიბროლიზის დაქვეითება ათეროსკლეროზის წაადრევი განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორებს გვევლინებიან. ვინაიდან მს-ის მქონე პაციენტებს აქვთ მაღალი რისკი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების, ინსულტის, შაქრიანი დიაბეტის განვითარების, საჭიროა მათი მკურნალობა წარმოართოს კომპლექსური ზემოქმედების გზით მის ყოველ კომპონენტზე.

დასკვნის სახით გვინდა აღვნიშნოთ, რომ მს-ის, როგორც გიდ-ის დამოუკიდებელი რისკის ფაქტორის დადგენასა და მასზე დროულ, ადეკვატურ, არამდეკამენტოზურ თუ მედიკამენტოზურ მოქმედებას ძალზედ დიდი მნიშვნელობა აქვს. მკურნალობის ეფექტურება კი მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია ექიმის მიერ მეტაბოლური სინდრომის ბუნების სწორ გააზრებასა და შესაბამისად იმ პრეპარატების სწორად ხმარებაზე, რომლებიც ამ სინდრომის სამკურნალოდ გამოიყენება.

ლიტერატურა

1. დანელია მ. - ფსიქოსოციალური ფაქტორების როლი გულის იშემიური დაავადების განვითარებაში. დოქტ. აკად. ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი ნაშრომი 2007 წ.
2. ვირსალაძე დ. — მეტაბოლური სინდრომი — რეალობა და პერსპექტივები. თბილისი, დედა ენა 2001 წ., 130 გვ.
3. ელვაშვილი ნ. - აზოტის ოქსიდი და სისხლის ფანგვა ალდეგენითი პარამეტრები მეტაბოლური სინდრომის დროს. მედ. მეცნ. კანდიდატის სამეცნ. ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი დისერტაცია 2005 წ.
4. Котовская Ю. В. Метаболический синдром: прогностическое значение и современные подходы к комплексной терапии // Сердце-2005-4-№5-С. 236-241
5. Подзолков В. И. Хомцишва Ю. В. Можарова Л. Г. Менопаузальный метаболический синдром как один из аспектов сердечно-сосудистых заболеваний // Сердце-2004-3-№6-С. 290-294
6. Чазова И. Е. Мичка В. Б. Основные принципы диагностики и лечения метаболического синдрома // Сердце-2005 4 №5-С. 232
7. Joshua A. et al. Diabetes and Atherosclerosis. Epidemiology, Pathophysiology and Management JAMA 2002, v.287; № 19, pp 2570-2581
8. Reaven GM. Banting Lecture 1988; Role of Insulin Resistance in Human Disease. Diabetes 1988; v.37 № 12, pp 1595-1607

Mamantavtrishvili N., Sanikidze T., Kvirkvelia A., Narsia E.

METABOLIC SYNDROME AND ITS INFLUENCE ON ISCHEMIC HEART DISEASE (IHD)

Tbilisi State Medical University, Institute of Clinical and Experimental Cardiology

Review provides different mechanism of development of "metabolic syndrome".

Metabolic syndrome's each components influence on the development of IHD are analysed. Taking in attention that patients with metabolic syndrome have a high risk of HD, insults, general and cardiovascular lethality, it is concluded that metabolic syndrome as a complex pathological process, has to be timely revealed and needs adequate medicamental and nonmedicamental treatment.

მეგრელიშვილი თ., ცანავა შ., ზახაშვილი ხ.,
ლაშქარაშვილი მ., ბაქანიშვილი გ.

მწვავე დიარეაზის ეტიოლოგიური სტრუქტურის თავისებურებანი ბავშვებში

თსსუ-ის ინფემიური სნაულაბათა დეპარტამენტი,
დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი,

წინააღმდეგობა მწვავე ინფექციები კვლავ აქტუალური პრობლემა ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში. ჯანმო-ს მონაცემებით მათ მსოფლიოს მოსახლეობის ავადობის და ლეტალობის სტრუქტურაში მეორე ადგილი უკავიათ. ნმი-ს გართულებებით ყოველწლი-

ურად 5 მილიონი ბავშვი კვდება. მიუხედავად სამედიცინო ტექნოლოგიების პროგრესისა, ნმი-ს კონტროლი ვერ ხერხდება, ამიტომ მათი გავრცელების არეალი იზრდება. ნმი-ს ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი ისევ ბაქტერიულ აგენტებში მიეკუთვნება (მოგზაურთა დიარეა და სხვ.), თუმცა ბავშვთა ასაკის კონტიგენტში ვირუსულ დიარეებზე მნიშვნელოვანი ხვედრითი წილი მოდის (25,5% - 36,9%). ჩნობლია, რომ პროტოვირუსული ინფექცია, გასტროენტერიტების 1/3-ის მიზეზია ისეთ ქვეყნებში როგორცაა აშშ, მექსიკა, ფინეთი, ნორვეგია (1,2). აეტორთა მონაცემებით 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა კონტიგენტში როტავირუსებით ინფიცირდება ადრულ პერიოდში და გასტროენტერიტის კლინიკა რამოდენიმეჯერ გამოვლინდება ჯერ მძიმე, შემდეგ კი მუხუტე ან ასიმეტრიური ფორმით (3,4).

თანამედროვე ეტაბურ როტავირუსული ინფექციის მართვაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ვაქცინაციის გამოყენების ოპტიმიზაციას, რომლის რეალიზების აუცილებელი პირობაა რეგონში ბავშვთა კონტიგენტში როტავირუსულ ინფექციაზე შედამხვედველობის ჩატარება გამოშვების ცირკულაციის სიხშირისა და გენოტიპების დასადგენად. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (დეეც), ჯანმო-ს მართვად ინფექციებისა და ატლანტის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაწილეობით საქართველოში 2006 წლის ნოემბრიდან დაიწყო როტავირუსულ ინფექციაზე უპიდადამხვედველობა ბავშვთა კონტიგენტში (2 წელი). ამ მიზნით შესწავლილი იყო ინფექციური პათოლოგიის ცენტრში მწვავე დიარეით მოსპიტილი ბავშვები 0-დან 5 წლამდე ასაკის პაციენტების დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა, პარალელურად მიმდინარეობდა მათი ფეკალიების ბაქტერიოლოგიური და ვირუსოლოგიური გამოკვლევა დეეც-ის ვირუსოლოგიურ ლაბორატორიაში ELISA-ს მეთოდით როტავირუსულ ანტიხსებულებზე. შემდგომში ნიმუშების გამოკვლევა გაგრძელდება ჯანმო-ს ლონდონის სეროლოგიურ ლაბორატორიაში როტავირუსების გამოყოფის და სეროტიპირების მიზნით.

ერთლიან პერიოდში შესწავლილი იყო 0-დან 5 წლამდე ასაკის 411 პაციენტის ავადმყოფობის ისტორია და ფეკალიების ნიმუში. როტავირუსული ანტიხსებულები სალიავანსტოკო ცენტრში დადებითი იყო 160 შემთხვევაში (39%). დაავადებას ახასიათებდა უხშირესად მძიმე გასტროენტერიტის კლინიკური მიმდინარეობა და პაციენტები საჭიროებდნენ ექსპორტის კორექციის ინტრავენური რეჰიდრატაციით. მიღებული შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ როტავირუსული გასტროენტერიტები ზამთრის თვეებში ჭარბობდა, ხოლო ბაქტერიული ინფექციები (სალმონელოზი, შიგელოზი, ემერიხიოზი) უფრო ხშირი იყო ზაფხულში.

არსებული მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია გამოითქვას წინასწარი მოსაზრება რეგიონში როტავირუსების ცირკულაციაზე ბავშვთა კონტიგენტში, რომლებიც ბავშვთა ასაკში მწვავე დიარეების

ეტოლოგიურ აგენტებად გვევლინებიან 1/3 შემთხვევაში.

მიღებული შედეგების ეპიდემიოლოგიურმა ანალიზმა გვიჩვენა, რომ საქართველოში თვეში საშუალოდ 100-მდე ბავშვი (0-5წ.) ავადდება როტავირუსული ინფექციით, რაც წლიურად შეადგენს 1500-მდე შემთხვევას. ავადობის მაჩვენებელია 700-მდეა — 100,000 0-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში. ევლევის საბოლოო შედეგები განსაზღვრავს როტავირუსული ინფექციის პროფილაქტიკის სტრატეგიას ჩვენს რეგიონში ბავშვთა ასაკში ვაქცინაციის დანერგვით.

ლიტერატურა:

1. Kapikian AZ, Chanock RM, 1996 rotaviruses, Field virology, 3rd ed. Philadelphia, USA;
2. Margaret M. Кортейн, Организация эпиднадзора в Грузии. 2006. IX.
3. В. И. Покровский, В. И. Малеев _ Проблемы острых кишечных инфекций/Тер. архив. 2004.-С. 5-9.
4. Робин Биелки, Европейское отделение совещание по организации санэпиднадзора за ротавирусной инфекцией МЗ Грузии, Тбилиси, 5.VIII.2006.

Megrelishvili T., Tsanava Sh., Zakhashvili Kch., Lashkarashvili M., Bakanishvili G.

PECULIARITIES OF ETIOLOGICAL STRUCTURE OF ACUTE DIARRHEAS

CDC, TSMU, Department of Infectious Diseases

411 stool samples of half-year infants hospitalized with viral gastroenteritis were examined. 160, i.e. 39% out of total rotaviruses by ELISA.

During the winter rotaviruses caused most cases of diarrhea further explorations to reveal & genotype rotaviruses in WHO laboratories in London will help to work out effective prophylactic infection by way of vaccination.

The new treatment method of obstruction of extrahepatic biliary pathways – choledochocolecysto (cystico) enteroanastomosis

The main target of our evaluations was, to make and approve such biliiodigestive anastomosis for treatment ahepatic biliary pathway obstruction, which will make impossible for digestive reflux. In case of antireflux structure we decide to use spiralic cystic sphincter, evaluated by us, bile goes to cholecyst through billio-cholecysto anastomosis, when it needed, bile from cyst goes to gastrointestinal tract through choledochocolecysto (cystico) enteroanastomosis.

Represented by us article is about one of ours evaluation, billio-digestive anastomosis method, choledochocolecysto (cystico) enteroanastomosis. By these method three successful operations were performed, sutures were taken on seventh day, fecal masses had normal appearance, which by it self is manifestation of bile free passage.

შარულიშვილი ნ., ახმეტელი თ., ხეცურიანი რ., შუაკაიძე ა., თოფურია დ., ყიფიანი თ.

ღვიძლგარეთა სანაღველე გზების გაუვალბობის მკურნალობის მონაცემების ანალიზი მეთოდით ქოლემოქოქოლესტომი (ბილიო-დიგესტიური ანასტოზოზი)

თსუ, ადამიანის ნორმალური ანატომიის დეპარტამენტი

ღვიძლგარეთა სანაღველე გზების გაუვალბობა წარმოადგენს მრავალი სხვადასხვა დაავადების უმძიმეს გართულებას. მიუხედავად პოლიეთიოლოგიური ხასიათისა, ამ სინდრომისათვის დამახასიათებელია ერთი ძირითადი პათოლოგიური პროცესი - ქოლესტაზი, რომელიც ავტომატურად იწვევს ბილიურ ჰიპერტენზიას. სწორედ ეს უკანასკნელი განაპირობებს აღნიშნული პათოლოგიისათვის დამახასიათებელ მრავალფეროვან კლინიკურ სურათს. საკმაოდ სწრაფად ვითარდება ღვიძლის მეორადი ციროზი (3,4), ქოლანგოტი (4, 10, 11), ღვიძლის აბსცესი (4, 14), სხვადასხვა ორგანოების, კერძოდ კი ღვიძლის, თირკმლების და ჰეპატო-ცენტრული უკმარისობა (1, 12). ამიტომ, შემთხვევათა უდიდეს რაოდენობაში, საჭირო ხდება ქირურგიული ჩარევა საქმლის მოწინააღმდეგე ტრაქტში ნაღვლის თავისუფალი პასაჟის აღსადგენად (2,6).

ღვიძლგარეთა სანაღველე გზების გაუვალბობის მკურნალობის აქტუალობა განპირობებულია ძირითადად ორი ფაქტორით. პირველი გულისხმობს ამ სინდრომის მოსახლეობაში გავრცელების სიხშირეს, ხოლო მეორე-მკურნალობის არადამაკმაყოფილებელ შედეგებს. სტატისტიკური მონაცემები ცხადყოფს, რომ მსოფლიოს განვითარებულ, ცივილიზებულ ქვეყნებში აღნიშნული სინდრომის სიხშირე პერმანენტულად მატულობს, რაც ძირითადად განპირობებულია ქოლელითიაზით და ჰეპატო-დუოდენო-პანკრეასული ზონის ორგანოების სიმსივნეებით ავადობის ზრდით (5, 9, 11, 13). მკურნალობის არადამაკმაყოფილებელი შედეგი აიხსნება შემდეგით. ღვიძლგარეთა სანაღველე გზების გაუვალბობის ქირურგიული მკურნალობისათვის მონოდებული ოპერაციები იყოფა სამ გჯგუფად:

- აღდგენითი ოპერაციები (პლასტიკა პეინექ-მიკულოზის ნესით ან ბილიო-ბილიური ანასტოზოზების შექმნა)

- რეკონსტრუქციული ოპერაციები (ბილიო-დიგესტიური ანასტოზოზების შექმნა)

- პაპილოტომური ოპერაციები (პაპილომუქოტომია, პაპილოსფინქტეროტომია, პაპილოსფინქტეროლასტიკა).

მათად ყველაზე ფიზიოლოგიურია აღდგენითი ოპერაციები. სამწუხაროდ მათი შესრულება შესაძლებელია იშვიათად, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც სახეზეა ერთი სტრიქტურა და მისი სიგრძე აღემატება

3სმ. ამ დროს უსტრუქტურის სიგრძე არ აღემატება 1 სმ. კეთდება პლასტიკა ჰეინკე-მიკულიჩის წესით, ხოლო თუ მისი სიგრძე მერყეობს 1-3 სმ. ფარგლებში, კეთდება მისი რეზექცია ბილიო-ბილიური ანასტო-მიოზის დადებით (15). ასევე ფიზიოლოგიურა პაპილო-მიუკტომია, მაგრამ მასაც მიმართავენ საკმაოდ იეო-ათად, ვინაიდან დიდი დერილის მხოლოდ ღორწოვანი გარსის გაკვეთა უფრო ხშირად არასაკმარისია ჩაქედ-ილი კენჭის მოსაცილებლად.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე ლეიძღვარე-თა სანაღლე გზების გაუვალობისას რაოდენობრი-ვად დომინირებენ რეკონსტრუქციული ოპერაციები (ბილიო-დიგესტიური ანასტომოზები), პაპილოსფინ-ქტროტომია და პაპილოსფინქტროპლასტიკა (13). სამწუხაროდ, აღნიშნულ, ხშირად გამოყენებულ ოპ-ერაციებს განაჩნით ერთი და იგივე სერიოზული უარყოფითი მხარე – მათი განხორციელების შემდეგ იკარგება ოდის სფინქტერის ბარიერული, ანტირე-ფლუქსური ფუნქცია, ამის შედეგად იქმნება ყველა პირობა საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის შიგთავსის (ჭიმუსის) სანაღლე გზებში რეფლუქსისათვის და მორეციდივე აღმავალი ქოლანგიტის განვითარები-სათვის (7, 8). აღნიშნული მრისხანე პოსტოპერაციუ-ლი გართულების თავიდან ასაცილებლად მთელ რიგ ავტორების მიერ მოწოდებული იქნა სარქელოვანი ბილიო-დიგესტიური ანასტომოზების დადების მე-თოდები, მაგრამ ტექნიკური სირთულის და არასამე-დოობის გამო ისინი ამჟამად პრაქტიკულად არ გამო-იიყენება.

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ლეიძღვარ-ეთა სანაღლე გზების გაუვალობის ქირურგიული მკურნალობისათვის შეგვემუშავებინა ანასტომოურად და ფიზიოლოგიურად დასაბუთებული ისეთი ოპერ-აციული მეთოდები, რომლებიც ალტერნატიული, ბუნებრივი სარქელების გამოყენებით, გამორიცხ-ავდნენ დიგესტიურ-ბილიურ რეფლუქსის შესაძლე-ბლობას. ასეთ ბარიერულ სტრუქტურად ჩვენ შე-ვარჩიეთ ნაღლის ბუშტის სპირალური ნაოჭი (ლუტ-ქენის, ჰეისტერის სფინქტერი), რომელიც მსავსად ოდის სფინქტერისა იმართება რეფლუქსურად და ის-ნება მხოლოდ ქიმუსის თორმეტჯოჯა ნაწლავში გა-დასვლისას.

ნაღლის პასაჟის შემაფერხებელი მიზეზის მდ-ეობის დონის და სანაღლე გზების სიგრძეების გათვალისწინებით, ჩვენ შევიმუშავეთ ორიგინალური ოპერაციების რამდენიმე ვარიანტი. მათ არხი მდგო-მარეობს ჯერ ბილიოქოლევცისტიანასტომოზის, ხოლო შემდეგ – ქოლევცისტო (ცისტოქო) ენტერო-ანასტომოზის შექმნაში. ამ ნაშრომში განვიხილავთ ერთ-ერთ მათგანს – ქოლევქოციუსტო (ცისტოქო) დუოდენოსტომიას.

მასალა და მეთოდები: ექსპერიმენტები ტარ-დებოდა ორივე სქესის, უჯიშო, ზრდასრულ ძაღლებ-ბზე, ნონით 10-15 კგ. ზოგადი გაუტკივარების პირობებში ვატარებდით ზედა შუა ლაბარატორიულ განაკვეთს. ლაგვი წესით გამოვეყოფდით ნაღლის საერთო სადინარს ლეიძლ-თორმეტჯოჯა იოვიდან.

კვანძავდით ნაღლის ბუშტის სადინარს მის ლეიძ-ლის საერთო სადინართან შესართავთან. ლიგატური-დან 0,5 სმ დაცილებით, ნაღლის ბუშტის მხარეს, ვადედი ნაწლავის ელასტიკურ მოჭერას. ლიგა-ტურსა და მოჭერის შორის ვკვეთდით ბუშტის სადი-ნარს. ამის შემდეგ ვქმნიდით ქოლევცისტო (ცისტო-ქო) დუოდენოანასტომოზს ბოლოით – გვერდში წეს-ით. შემდეგ ეტაბზე ქოლევქოციუსტოთი თორმეტ-ჯოჯა ნაწლავის ზედა პორტოზენტალური ნაწილის ზედა კიდესთან, მასზე დადებულ ორ ელასტიკურ მოჭერის შორის. ქოლევქოციუს დისტალურ ბოლოს ვხ-ურავდით ყრულ. ვკვეთდით ნაღლის ბუშტის კედელს მისი სხეულის დონეზე ქოლევქოციუს პროქსი-მალურ ტაკვის დიამეტრის შესაბამისად და მათ შორის ერთსართულიანი კვანძოვანი ნაკერი ვქმ-ნიდით ქოლევქოქოლევცისტიანასტომოზს. ვიყ-ენებდით ფორმა „ETHIKON“-ის ნარმოების ატრავემულ ნემსებს 4-0.

მიღებული შედეგები და მათი განხილვა: ზე-მოაღწერილი ქირურგიული წესით ჩავატარეთ სამი ნარმატებული ოპერაცია. ოპერაციის შემდეგ პერი-ოდში რაიმე გართულებებს ადგილი არ ჰქონია. ნა-კერებს ვხსნიდით მეშვიდე დღეზე. ცხოველები დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდნენ 10-14 დღე. ფეკალურ მასებს ჰქონდათ ნორმალური შეფერილო-ბა, რაც იყო ნაღლის თავისუფალი პასაჟის მაჩვენ-ებელი. ექსპერიმენტალური, მიკრობიოლოგიური და რენტგენოკონტრასტული საშუალებების სიმციროს გამო, ჩვენს მიერ წარმოადგინლ ნაშრომში თავს ვიკავებთ შორს მიმავალი დასკვნებისაგან, ექსპერ-იმენტები ამ მიმართულებით გრძელდება და მიღე-ბული შედეგები გამოქვეყნებით იქნება უახლოეს სამეცნიერო გამოცემაში.

ლიტერატურა:

1. ახმეტელი, თ. ძნელაძე, მაქანიური სიყვითლე, თბილ-სი, 2002, 208 გვ.
2. Бородав В.А., Бородав А.В., Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста, Хирургия, 2002, 11, 38-41.
3. Битвинов Н.И., Горелик П.В., Ковлю И.К., Русин Н.И., Хирургическое лечение больных с механической желтухой // Хирургия, 1993, 1, 17-21.
4. Великорезной А.Н. и др., Справочник хирурга, т2, М.: Меди-ც, 1961, 643.
5. Ветшев П.С., Гилингарида Л.И., Ишполитов В.В., Сафронов В.В., Хирургический стресс при различных вариантах холестазэктомии// Хирургия, 2002, 3, 4-10.
6. Виноградов В.В., Цхакая З.А., Хирургия желчных путей, Тбилиსი: Сакарთველო, 1991, 216.
7. Витсевич Я.Д., Клапаные анатомозы в хирургии пищеварительного тракта, М.: Медицина, 1988, 110.
8. Ворончихин С.И., Кузнецов И.С., Митовидный клапан при биднодвустенных анатомозах// Хирургия, 1970, 2, 26-30.
9. Гавриленко Г.А., Анисимова А.М., Стрельцов Ю.П., Клини-ко-экспериментальное обоснование применения антиноксидантов в

лечения механической желтухи // Хирургия, 1991, 11, 35-43.

10. Гальперин Э.И., Чесюкин А.Ю., Дюжева Т.Г., Гармаев Б.Г.,

Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков // Хирургия, 2004, 5, 26-31.

11. Жерлов Г.К., Зыков Д.В., Ключев С.С., Аутасв К.М. Профилактика и лечение рефлюкс-холангита // Хирургия, 2002, 12, 17-20.

12. Машинский А.А., Лотов А.Н., Харнас С.С., Шкерб О.С. Гнойный холангит // Хирургия, 2002, 3, 58-65.

13. Назыров Ф.Г., Халилбаев А.М., Алтыев Б.К. Операции при поврежденных и структурах желчных протоков // Хирургия, 2006, 4, 46-51.

14. Харнас С.С., Синица В.Е., Шехтер А.И., Лотов А.Н. Диагностический подход при механической желтухе, осложненной гнойным холангитом // Хирургия, 2003, 6, 36-41.

15. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков, Киев: Здоровья, 1975, 408 С.

Mzarealishvili N., Akhmeteli T., Khetsuriani R., Shukakidze A., Topuria D., Kipiani T.

THE NEW TREATMENT METHOD OF OBSTRUCTION OF EXTRAHEPATIC BILIARY PATHWAYS—CHOLEDOCHOCLOLECYSTO (CYSTICO) ENTEROANASTOMOSIS

TSMU, Department of Human Anatomy

The main target of our evaluations was, to make and approbate such biliodigestive anastomosis for treatment ahepatic biliary pathway obstruction, which will make impossible for digestive reflux. In case of antireflux structure we decide to use spiralic cystic sphincter, evaluated by us, bile goes to cholecyst through billio-cholecysto anastomosis, when it needed, bile from cyst goes to gastrointestinal tract through choledochoclolecysto (cystico) enteroanastomosis.

Represented by us article is about one of ours evaluation, billio-digestive anastomosis method, choledochoclolecysto (cystico) enteroanastomosis. By these method three successful operations were performed, sutures were taken on seventh day, fecal masses had normal appearance, which by it self is manifestation of bile free passage.

მირველაშვილი ე.; აკხმეტელი თ.; ხეტყურიანი რ.; შუკაკიძე ა.; ტოპურია დ.; კიპიანი თ.

ზედა სასუნთქი გზების ინფექციების სინჰირის დინამიკა და მიკროპოპოლიზი ბაქტერიოლოგიური კვლევების თანამედროვე მეთოდების გამოყენებით.

თსუ დიპლომისპროგრამით სამედიცინო ბანათეაზისა და უწყვეტი პროფესიული განათლების ინსტიტუტი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი და მიკრობიოლოგიის მიმართულება.

ზედა სასუნთქი გზების სისტემის დაავადებები პირველადი ჯანდაცვის რეოლის დანესტებულებში მიმართვიანობის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს. მწვავე რესპირაციული ინფექციების მალალი სინჰირე პრაქტიკული მედიცინის სერიოზულ პრობლემად რჩება. განათვალისწინებელია საკოთხის სოციოლური მნიშვნელობაც - მწვავე რესპირაციული პათოლოგიის ავადობა ქვეყნისათვის სერიოზული ეკონომიკური ტვირთია, რომლის შემადგენელის როგორც უშალოდ მკუნალიობაზე დახარჯული თანხა ისე დროებითი სრომისუწარობით გამოწვეული დანაკარგები.

საქართველოში ზედა სასუნთქი გზების დაავადებების მონაცემები (ცალ-ცალკე არ რეგისტრირდება. დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრის მონაცემებით ქვეყანაში რეგისტრირებულ იქნა ქრონიკული ფარინგიტის და არინიტის 21553 შემთხვევა, რაც 100 000 მოსახლეზე 493 შემთხვევას წარმოადგენს. დაავადებების მნიშვნელოვანი ეტიოლოგიური ფაქტორია ბაქტერიული ფლორა.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა რინიტებისა და ფარინგიტების მიკრობული ეკოსტრუქტურის შესწავლა 3 წლის დინამიკაში 2006-2008 წწ. ფრანგული ფირმა bioMerieux-ის ტექნოლოგიების გამოყენებით, რაც საშუალებას მოგვცემს სრულფასოვან შეფასებით მიკრობიოლოგიური სტატუსი.

მასალა და მეთოდები: 2006-2008 წწ-ის დინამიკაში შესწავლილია 145 პაციენტის მიკროფლორა (ცხვირის ღრუ, ხახის ლორწოვანი) ცხვირის ღრუდან აღებული მასალამ 53(36,5%), ხახის ლორწოვანიდან აღებულმა მასალამ 92(63,5%) შეადგინა

მიკრობთა იდენტიფიკაცია ტარდებოდა Api საიდენტიფიკაციო სისტემის საშუალებით მიკრობთა თითოეული ჯგუფისათვის. თვითიული Api სისტემა წარმოადგენს სტანდარტიზირებულ მიკრომეთოდს და მოიცავს 20 ბიოქიმიურ ან ასიმილაციურ ტესტს. მასალას ხახის ლორწოვანიდან ვილბდით უზმოზე ან საკვების მიღებიდან 2-3 საათის შემდეგ ტამპონის საშუალებით. მასალას ვილბდით ნუსურებიდან, ნაქიდან, ხახის რაკლიდან, ისე რომ არ მომხდარიყო შეხება ენის, პირის ღრუს და ლოყების ლორწოვანთან. ცხვირის ლორწოვანიდან მასალას ვილბდით ტამპონით ცხვირის ღრუში მისი ღრმად შეყვანილი. გამოსაკვლევი მასალა ერთდროულად ითესებოდა შემდეგ ნიადაგებზე: კოლუმბია ავარი 5%იანი სისხლით

ცხრილი 1 ცხვირის ღრუს ლორწოვანის მიკროფლორა 2006-2008წწ (%)

წლები	ძირითადი	დამატებითი	19,5	შემთხვევითი
2006	<i>S.aureus</i>	35,2	<i>S.aureus</i> <i>H.influenzae</i>	<i>S. epidermidis</i> 9,7 <i>K. pneumoniae</i> <i>Micrococcus spp</i> 0,7 <i>S. pyogenes</i> 9,7 <i>Coryn. Group F</i> , <i>S. xylosus</i>
2007	<i>S. epidermidis</i>	38,3	<i>S.serogroup G</i>	-
2008	<i>S.aureus</i>	65,1	<i>S. epidermidis</i> <i>Coryn.pseudodifteriticum</i>	19,3 15,2

ცხრილი 2 ხახის ლორწოვანის მიკროფლორა 2006-2008წწ (%)

წლები	ძირითადი	27,2	დამატებითი	შემთხვევითი
2006	<i>S. epidermidis</i> <i>S.aureus</i>	23,3	<i>Klebsiella oxytoca</i>	<i>S.Saprophyticus</i> , 0,8 <i>S.hemoliticus</i> <i>C.albicans</i> 2,9 <i>S.xylosus</i> , <i>S.mittis</i> , <i>S.serogroup G</i> <i>N.sicca</i> , <i>N.mucosa</i> 1,2 <i>P.mirabilis</i> , 1,7 <i>S.Salivarius</i> , <i>E.coli</i> , <i>Gemella morbillorum</i> 2,5 <i>N.sicca</i> , <i>N.mucosa</i> 7,2 <i>E.coli</i> 5,7
2007	<i>S.aureus</i>	29,5	<i>S. epidermidis</i>	-
2008	<i>S.aureus</i>	52,2	-	-

და CNAN მიწინააღმდეგელები ნარევით, ჩაბმანის აგარი, შოკოლადისებრი აგარი PPპოლიეტექსტით, საბურთის აგარი და საბურთის აგარი ქლორაფენიკოლით, შედღერის აგარი 5%იანი სისხლით. ნათესების ინკუბაცია ხდებოდა 24-48 საათის განმავლობაში 37°C-ზე შოკოლადისებრ აგარზე 48 საათის განმავლობაში 37°C-ზე Genbag CO2 პირობებში, საბურთის აგარზე 24-72 საათის განმავლობაში 30°C-ზე, შედღერის აგარზე ნათესების ინკუბაცია 24-48 საათის განმავლობაში Genbaganaer-ის პირობებში.

კვლევის შედეგები: რინიტების მიკრობულ ეკოსტრუქტურაში 2006 წ. მონოკულტურის სახით ძირითადად ამოიღეს (ცხრილი 1) *S. aureus*-35,2%, *HH. influenzae*-კი ამოიღეს 19,5%-ში. 2006 წ. მიკრობული ასოციაციები გამოვლინდა 8,3%-ში. *S.smillans* + *Coryn. group G*; *S. epidermidis* + *Coryn. pseudodifteriticum*, *S. epidermidis*+*N.sicca*+*N.mucosa*; 2007 წელს დომინირებს *S.epidermidis*-38,3%-ში, *S.serogroup G*-18,2 %-ში *S.pyogenes*, *Coryn. Group F*-9,7%-ში. 2007 წელს მიკრობული ასოციაციები არ აღინიშნა. 2008 წელს წინა წლებთან შედარებით აღინიშნა *S.aureus* გამოყოფის მატება, რამაც 65,1% შეადგინა, ასოციაციები ამოიღეს 12,5%-ში *S. Serogroup G*+*C.albicans*.

ფარინგიტების მიკრობულ ეკოსტრუქტურაში 2006 წელს (ცხრილი 2) ყველაზე ხშირად *S. epidermidis*-27,2 %-ში ითესებოდა. *S.aureus*-23,3%-ში, ხოლო *K.oxytoca* ამოგვეთესა 12,7 %-ში. 2006 წელს მიკრობული ასოციაციები არ აღინიშნა. 2007 წელს ავადმყოფთა ხახის ლორწოვანი გასიდან მონოკულტურის სახით მკვეთრად გაიზარდა *S.aureus* იზოლატია-29,5%. *S.epidermidis*-ის კი შემცირდა 12,2 %-მდე, 2007 წელს მიკრობული ასოციაციები ამოგვეთესა 5,2%-ში. 2008 წელს აღინიშნა *S.aureus* მკვეთრი ზრდა რამაც 52,2% შეადგინა, ხოლო *S.epidermidis*, *N.sicca*,

N.mucosa ამოიღეს 7,2 %-ში, *E.E.coli* კი 5,7%-ში მიკრობული ასოციაციების სახით ამოგვეთესა *S. aureus* +*C.albicans*, *N.sicca*+*N.mucosa*, *S.xylosus*+*S.marcescens*, *C.albicans*+*N.mucosa*, *Morganella morganii*+*C.albicans*.

აღინიშნული მონაცემები გვაძლევს ზედა სასუნთქი გზების ანთებითი დაავადებების მიკროფლორის ნათელ სურათს 3 წლის დინამიკაში. აღინიშნული კვლევები შესრულებულია თანამედროვე, სტანდარტული მალალი ხარისხის ტექნოლოგიებით, იდენტიფიკაციაში გამოყენებულია 20 და მეტი მეტაბოლიტური ტესტი, რაც იდენტიფიკაციის მაღალ ხარისხზე მიუთითებს და გვარძლევს სარწმუნო მანაცემს.

ლიტერატურა:

1. კლინიკური ბაქტერიოლოგია "ვერო", თბილისი, 2001 წ. გვ. 16-21, მ. კერესელიძე, რედ. გ. კაციაძე.
2. Baquero F, Moreno F. The microbes *Microbiol Lett.* 2005, 23:118-125

Mirvelashvili E., Dzagndize M., Kikachelshvili E.

STUDY DYNAMICS AND MICROECOLOGY OF RESPIRATORY INFECTIONS USING MODERN BACTERIOLOGICAL METHODS

TSMU Department of Public Health

In 2006-2008 yers we studied 145 patients with Rhinitis and pharyngitis. In etiologic structure prevailed *S.epidermidis* 65,1%, *H. influenzae*-19,9%, *S.aureus*-52,2%, *K.oxytoca*-12,7%. In associations were mainly revealed *S.serogroup G* + *C. albicans*-12,5%, *N.sicca*+*N.mucosa*-12,5%. according to the obtained data the real picture of microecology of upper respiratory tracts decamerisible. Investigation were carried out by using modern standart technology of french firm bioMerieux.

მსხილაძე ლ.,¹ გალდავა ვ.,² შიქიაია შ.,³
ჭინჭარაძე დ.,¹ კუჭუხიძე ჯ.¹

**თეთრყვავილა ხახვის (*Allium leucanthum* C.Koch)
სტერილიზებული საპონინების
ანტიბაქტერიული აქტიურობა**

**თსსუ-ის ფარმაცოლოგიის დეპარტამენტი;
იანისა და ვახსანუაშაძის სამედიცინო კვლევითი
ინსტიტუტი; თსსუ-ის დეკანატორებისა და
ვანეროლოგიის დეპარტამენტი.**

ბაქტერიული დაავადებების წინააღმდეგ სამკურნალო საშუალებათა ძიება თანამედროვე მედიცინის აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს. ამ თვალსაზრისით მცენარეული წარმოშობის ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებათა შორის სტერიოიდული საპონინებს მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია; კერძოდ, მრავალი მათგანისათვის დამახასიათებელია ანტიბაქტერიული, ფუნგიციდური და ანტილიემფანოზური აქტიურობა. [2,3,4,8,9].

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სტერიოიდული საპონინებით მდიდარი კავკასიის ენდემური სახეობის, თეთრყვავილა ხახვის (*Allium leucanthum* C.Koch) [5,8] ანტიბაქტერიული მოქმედების შესწავლა ექსპერიმენტში.

მესპერიმენტულ ნაწილში, *Allium leucanthum* C. Koch შეგროვებულია დმანისის რაიონის ტერიტორიაზე 2005 წლის ივლისში. მცენარე იდენტიფიცირებულია საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ბოტანიკის ინსტიტუტის უფროსი მეცნიერ-თანამშრომლის ც. ლენიაშვილის მიერ. (N° A.L. 0605).

მცენარის მშრალი ყვავილები ექსტრაგირდებოდა 80% ეთილის სპირტით. სპირტის გააღენის შემდგომ, წყლიანი ნაშთიდან სტერიოიდული საპონინების ჯამის გამოწველად ხდებოდა წყლით გაჯერებული ბუთანოლით. საპონინების ჯამის (ნიმუში I) ქრომატოგრაფირებით Diaion HP 20-ზე, სისტემა: მეთანოლი-წყალი (მეთანოლის გრადიენტულად მზარდი რაოდენობით 0→100%) მიიღება სპიროსტანოლური (II) და ფუროსტანოლური (III) ფრაქციების ნიმუშები.

სპიროსტანოლური საპონინების (II) რექრომატოგრაფირებით სილიკაგელის სექტზე გამოყოფილი და იდენტიფიცირებულია 6 სტერიოიდული საპონინი: β-ქლოროგენინის პენტაოზიდი (IV) [7], იაიოსაპონინი C (V), ერუბოზიდი B (VI), აგინოზიდი (VII), β-ქლოროგენინის ტეტრაოზიდი (VIII), აგაიგენინის ტროოზიდი (IX) [8].

საკვლევი ნიმუშები (I-IX) მასით 10-10 მგ იხსნება 2-2 მლ ეთილის სპირტში. მიღებულ ხსნარებში თავსდება 5-5 მმ დამეტრის სტერილური ფილტრის ქაღალდის დისკები (Whatman #1) და ყოვნდება სრულ გაულენთვამდე. გაულენილი დისკები შრება თერმოსტატში 37°C ტემპერატურაზე 24 საათის განმავლობაში.

საანალიზო ნიმუშების ანტიბაქტერიული მოქმედების გამოკვლევა ჩატარდა დისკ-დიფუზური მეთოდით [1] შემდეგ შტამებზე: *Neisseria gonorrhoeae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus agalactiae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, *Bact. pyocyanus*.

საკვლევი კულტურების მისაღებად ჩირქოვანი მასალა ითესება 2%-იან შაქრიან ბულიონსა და ხორც-პეპტონიან ჩრტ აგარზე (pH 7.4-7.7), თავსდება თერმოსტატში 37°C ტემპერატურაზე 24-48 საათის განმავლობაში. გაზრდილი კოლონიებიდან მომზადებული პრეპარატები იღებება გრამის ნესით და ისინჯება მიკროსკოპში. პარალელურად სტერილურ პეტრის ფინჯანში იხსნება 20მლ. 2% აგარი (პმ 7,3-7,7) და ნვეთებად 1მლ. გამოსაკვლევი კულტურის 2 მილიარდული განზავების სუსპენზია. აგარის მთლიან ზედაპირზე მიკრობის დიფუზია ხდება შავდლის დახმარებით, ხოლო დათხილ კულტურაში საკვლევი ნიმუშების შეტანა ქაღალდის დისკების საშუალებით; ნიმუშები 1 საათის დაყოვნების შემდეგ თავსდება თერმოსტატში 37°C ტემპერატურაზე 24-48 საათის განმავლობაში და დისკო-დიფუზური მეთოდით ისაზღვრება მიკრობის ლიზისის ზონა მილიმეტრებში.

შედეგები და დასკვნები. ანტიბაქტერიული მოქმედების შედეგები მოცემულია ცხრილში. როგორც ცხრილიდან ჩანს, სტერიოიდული საპონინების ჯამი (I) ხასიათდება საანალიზო შტამების მიმართ საშუალო მგრძობილობით, სპიროსტანული ფრაქცია (II) ძლიერი მგრძობილობით, ხოლო ფუროსტანოლური ფრაქციის (III) მიმართ ყველა შტამი რეზისტენ-

ცხრილი 1
***Allium leucanthum* C.Koch-დან მიღებული ნიმუშების მგრძობილობა საკვლევი შტამებზე**

საანალიზო ნიმუშები	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>Streptococcus mutans</i>	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>	<i>Bact. pyocyanus</i>
ნიმუში I	B	B	B	B	B	A
ნიმუში II	B	B	C	B	B	A
ნიმუში III	A	A	A	A	A	A
ნიმუში IV	B	C	C	B	B	A
ნიმუში V	A	B	B	A	B	A
ნიმუში VI	B	C	C	B	B	A
ნიმუში VII	A	B	B	B	B	A
ნიმუში VIII	B	C	C	B	B	A
ნიმუში IX	A	A	C	A	A	A

A- რეზისტენტული (0-10მმ მიკრობის ლიზისის ზონა)
B- საშუალო მგრძობიარე (15-20მმ მიკრობის ლიზისის ზონა)
C- ძლიერი მგრძობიარე (25 მმ-მეტრი მიკრობის ლიზისის ზონა)

ტულია. ინდივიდუალური საპონინების შემთხვევაში, საანალიზო შტამების მიმართ β-ქლოროგენინის გლიკოზიდები უფრო ძლიერი მგრძნობელობისაა (IV, VI, VIII) ვიდრე აგიგენინის გლიკოზიდები (V, VII, IX). *Bacteria pyocianus* რეზისტენტულია ყველა საანალიზო ნიმუშის მიმართ.

ამრიგად, თეთრყვავილა ხახვის (Allium leucanthemum) სპიროსტანული საპონინების ფრაქცია შეიძლება გამოყენებულ იქნას ანტიბაქტერიული საპარაზოლო საშუალებების მისაღებად.

ლიტერატურა:

1. კერესელიძე მ. კლინიკური ბაქტერიოლოგია. თბილისი: ევრო.-2001.-№1.-41-45
2. Amin, M., Kapadnis, B.P. Heast stable antimicrobial activity of Allium ascalonicum against bacteria and fungi. Indian J. Exp. Biol. 2005, 43, 751-754.
3. Barile E., Bonanomi G., Antignani V., Zolfaghari B., Sajjadi S.E., Scala F., Lanzotti, V. Saponins from Allium minutiflorum with antifungal activity. Phytochemistry. 2007, 68, 596-603.
4. Fattorusso E., Lanzotti V., Tagliapietra-Scafati O., Di Rosa M. and Ianaro A., Cytotoxic saponins from bulbs of Allium porrum L. J. Agric. Food Chem. 2000, 48, 3455-3462.
5. Gagnidze, R. Vascular Plants of Georgia a Nomenclatural Checklist; Georgian Academy of Sciences, N. Ketskhoveli, Institute of Botany, Tbilisi (2005).
6. Kim, J., Marshall, M. R., & Wei, C. Antibacterial activity of some essential oil components against five foodborne pathogens. Journal of Agriculture and Food Chemistry, 1995, 43, 2839-2845.
7. Matsuura, H., Ushiroguchi, T., Itakura, Y., Fuwa, T., Chem. Pharm. Bull., 37, 2741-2743 (1989).
8. Mskhiladze L., Kutchukhidze J., Chincharadze D., Delmas F., Elias R., Favel A. In vitro antifungal and antileishmanial activities of steroidal saponins from Allium leucanthemum C. Koch a Caucasian endemic species. Georgian Medical News, 2008; No.1 (154) 39-43
9. Zhang C., Zhu W., Xiaoming L., Baofeng S., Xiaoying Y. Antimicrobial activity of steroid saponins from the rhizomes of Smilax scobinicaulis. Northwest Agricultural and Forestry University, Yangling, Peop. Rep. China. Linye Kexue, 2006, 42(9), 69-73.

¹ Mskhiladze L., ²Galdava G., Mikiaia M., ¹Chincharadze D., ¹Kuchukhidze J.

ANTIBACTERIAL ACTIVITY OF STEROID SAPONINES OF THE WHITE FLOWER ONION (ALLIUM LEUCANTHEMUM C.KOCH)

¹ Tbilisi State Medical University, Department of Pharmacognosy; ² Skin and Venereal Disease Scientific-Research Institute, bacteriological laboratory; Tbilisi State University, faculty of Medicine, Department of Dermatology and Venereology.

Antibacterial activity of the white flower onion samples has been proved towards the following bacteria: *Neisseria gonorrhoeae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus mutans*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, *Bacteria pyocianus*.

Sum of steroid saponines is characterized by medium activity towards bacteria, spirostanol fraction by strong activity, furostanol fraction – by resistance. Glycosids of β-chlorogenic acid are characterized by stronger activity, than agigenin glycosids. *Bacteria pyocianus* are resistant towards analytic samples.

მსილაძე ლ., ჯოხაძე გ., ჯინჭარაძე დ., კუჭუხიძე ჯ.

თეთრყვავილა ხახვის (Allium leucanthemum C. Koch) სტეროიდული საპონინების რაოდენობრივი განსაზღვრა

თსუ-ის შარმაკოგნოზის დეპარტამენტი

გაერთიანებული სახელმწიფოების (Allium) აერთიანებს 500-მდე სახეობას, რომელთაგან კავკასიაში გავრცელებულია 70, ხოლო საქართველოში 35 სახეობა [2]. აღნიშნული მცენარეები ქართულ ხალხურ მედიცინაში გამოიყენება, როგორც ანტიბაქტერიული, ანტიბაქტერიული, ფუნგიციდური საშუალება [1]. ხახვის სახეობებიდან მიღებული ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებები ამჟღავნებენ: ციტოტოქსიურ [5], ანტიბაქტერიულ [3], ანტი-ოქსიდანტურ [6], ფუნგიციდურ, ანტილეიშმანიოზურ [4, 7], პოპოლიზიდოზურ [6] თვისებებს, რაც განპირობებულია მათში სტეროიდული საპონინების არსებობით.

საქართველოში მოზარდი კავკასიის ენდემური სახეობა – Allium leucanthemum C. Koch სტეროიდული საპონინების მდიდარი წყაროა ნედლეულს წარმოადგენს. მცენარის ყვავილებიდან პირველადაა გამოყოფილი და იდენტიფიცირებული სპიროსტანის რიგის 5 სტეროიდული გლიკოზიდი: იაოსაპონინი C, ერუბოზიდი B, აგიგენინი, β-ქლოროგენინის ტეტრაოზიდი და აგიგენინის ტრიოზიდი; დადგენილია აღნიშნული ნაერთების In vitro ფუნგიციდური და ანტილეიშმანიოზური აქტივობა [7].

Allium leucanthemum C. Koch შეგროვებულია დმანისის რაიონის ტერიტორიაზე 2005 წლის ივლისში. მცენარე იდენტიფიცირებულია, საქ. მეცნიერებათა აკადემიის ბოტანიკის ინსტიტუტის უფროსი მეცნიერ თანამშრომლის ც. ღვინიაშვილის მიერ. მცენარის პერბაროში (№ A.L.0605) ინახება თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფარმაკოგნოზის დეპარტამენტში.

ობტეინირებული ნიმუშები იხარჯებოდა Shimadzu-ს მარკის სექტროფოტომეტრზე.

მოცემულ ეტაპზე კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მცენარის სამკურნალო ნედლეულში (ყვავილები) სტეროიდული საპონინების რაოდენობრივი განსაზღვრის მეთოდის შემუშავება. ექსპერიმენტულად დადგინდა სტეროიდული საპონინების ჯამის ექსტრაგირების (მყარ-ფაზური), მისი განმარტების (სითხე-სითხეში) და სექტროფოტომეტრიკის ოპტიმალური პირობები. ნედლეულში სტეროიდული საპონინების რაოდენობრივი შემცველობა გადაანგარიშებულია იაოსაპონინ C-ზე, რომელიც საკვლევი ობიექტის საპონინების ჯამში დომინანტური შენაერთია.

მცენარის 10,0 გ (ზ.წ.) ჰაერმშრალ ყვავილებს ათავსებენ 500 მლ მოცულობის კოლბში, ამატებენ 100 მლ 80% ეთილის სპირტს და აყოვნებენ 12 სთ განმავლობაში. გამოხანწილი ფილტრავენ ქაღალდის ფილტრით 250 მლ მოცულობის კოლბში. ნარჩენ ნედლეულს ამატებენ 100 მლ 80% ეთილის სპირტს და ექსტრაქციას იმეორებენ. გაერთიანებულ სპირტთან გამოხანწილს გადადინავენ ვაკუუმ-როტაციულ ამოორთქლებელზე წყლიან ნაშთამდე. წყლიან ფაზას ათავსებენ 200 მლ მოცულობის გამყოფ ძაბრში და წელიწადი 3-ჯერ (30-30 მლ) წყლით გაჯერებული ბუთანოლით. შეგროვებულ ბუთანოლიან ექსტრაქტებს ჩაფილტრავენ ქაღალდის ფილტრით 100 მლ მოცულობის გამაშრებ კოლბში და მოცულობა აყავთ ჭედმდე ბუთანოლით (A ხსნარი). მიღებული ხსნარის 1 მლ ათავსებენ 25 მლ მოცულობის გამაშრებ კოლბში და ისევ შეავსებენ მოცულობას ჭედმდე ბუთანოლით (BB ხსნარი). საზღვრავენ BB ხსნარის ოპტიკურ სიმკვრივეს სპექტროფოტომეტრზე 290 ნმ სიგრძის ტალღაზე, 10 მმ სისქის კიუვეტში.

სტერილიზებული საპონინების ჯამის რაოდენობრივ შემცველობას (X) აბსოლუტურ მშრალ ნედლეულზე გადაანგარიშებით, გამოითვლიან ფორმულით :

$$x = \frac{D \times 1095 \times m \times 25 \times 100 \times 100}{D \times 1050 \times m \times 1 \times (100 - W)}$$

სადაც, D - საკვლევი ხსნარის ოპტიკური სიმკვრივე; m - ნედლეულის მასა, გ; 1095 - იაიოსაპონინ C-ს მოლეკულური მასა; 1050 - იაიოსაპონინ C-ს ოპტიკური შთანთქმის ხვედრითი მაჩვენებელი; W - ნედლეულის შრობისას მასის დანაკარგი.

რაოდენობრივი განსაზღვრის მეთოდიკის აღწარმადობის შემოწმება ხდებოდა ნედლეულის ერთსა და იმავე ნიმუშში სტერილიზებული საპონინების ჯამის რაოდენობრივ განსაზღვრით, რომლის მეტროლოგიური მაჩვენებლები მოცემულია ცხრილ 1-ში. თითოეული ხაზების (Allium leucanthum C. Koch) ყვავილობაში სტერილიზებული საპონინების ჯამის რაოდენობრივი შემცველობის მარეგლამენტირებულ მაჩვენებლად მიჩნეულია არანაკლებ 10%. მონივრული სპექტროფოტომეტრული მეთოდი ჩასაითდება მაღალი აღწარმადობით, განმეორებადობითა და დაბალი ფარდობითი ცდომილებით (4,87%).

ცხრილი 1.

თერეგავილა ხახვი (Allium leucanthum C. Koch) სტერილიზებული საპონინების რაოდენობრივი განსაზღვრის მეტროლოგიური მაჩვენებლები:

f	X	SX	P	t(p, f)	E	E3
6	1.8	0.07	0.95	2.447	±4.87	±2.91

ლიტერატურა:

1. ბაგრატიონი დ. იადიგარ დაუდი, თბილისის უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 1992, 778
2. Чолокашвили Н.Б. Обзор системы кавказских представителей Allium. Заметки систематиков и географии растений. Тбилиси. 1977. Вып. 34. с. 21-33
3. Arlin, M., Kapadnis, B.P. Heast stable antimicrobial activity of

- Allium ascalonicum against bacteria and fungi. Indian J. Exp. Biol. 2005, 43, 751-754.
4. Barile E., Bonanomi G., Antignani V., Zolfaghari B., Sajjadi S.E., Scala F., Lanzotti, V. Saponins from Allium minutiflorum with antifungal activity. Phytochemistry. 2007. 68, 596-603.
5. Fattorusso E., Lanzotti V., Tagliatalela-Scafati O., Di Rosa M. and Ianaro A., Cytotoxic saponins from bulbs of Allium porrum L. J. Agric. Food Chem. 2000.48, 3455-3462.
6. Movahhed A., Sadeghi, H., Ghannadi, A., Gharavi, M., Azarpooj, S. Hypolipidemic Activity of Allium porrum L. in Cholesterol-Fed Rabbits. Journal of Medicinal Food. 2006, 9(1), 98-101
7. Mskhidadze L., Kutchukhidze J., Chincharadze D., Delmas F., Elias R., Favel A. In vitro antifungal and antileishmanial activities of steroidal saponins from Allium leucanthum C. Koch a Caucasian endemic species. Georgian Medical News, 2008; No.1 (154) 39-43
8. Stajner D., Milic-Demarin N., Canadianovic-Brunet J., Stajner M. and Popovic B. M. Screening from antioxidant properties of Allium giganteum. Fitoterapia. 2006.77, 268-270.

Mskhidadze L., Jokhadze M., Djincharadze D., Kuchukhidze J.

QUANTITATIVE ANALYSIS OF STEROIDAL SAPONINS FROM THE WHITE FLOWER ONION (ALLIUM LEUCANTHUM C. KOCH)

Department of Pharmacognosy, Faculty of Pharmacy, Tbilisi State Medical University;

It is developed spectrophotometer method of quantitative definition steroidal saponins of Caucasus endemic species white flower onion (Allium leucanthum C. Koch). The specified method in the flowers of this plant regulates steroidal saponins not less than 10%. The method is characterized by high reproduction and a low relative error (4.87%).

ოკუჯავა შ., ანთელდავა ნ., კეხელი თ., ოკუჯავა ნ., ლილუაშვილი კ.

დილიტაზაშის (დილხაში) ზემოქმედება მიკრობიუმის მიოფობრიტურ ცილათა თანაბარდობაზე

თბილისის სახელმწიფო საპარამიწრო უნივერსიტეტის ფარმაცოლოგიის კათედრა; თბილისის პროვინციის ცენტრი

კალციუმის ანტიგონისტებს მრავალმხრივი მოქმედება გააჩნიათ, რამაც განაპირობა მათ მიმართ განსაკუთრებული ინტერესი, კერძოდ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა სამკურნალოდ, როგორც ცნობილია, კალციუმის ანტიგონისტების მიერ გამოწვეული უარყოფითი ინტროპული ეფექტი ძირითადად განპირობებულია მათი დამთრგუნავი მოქმედებით კალციუმის იონების შედინებაზე უჯრედში. მაგრამ, რიგი მეცნიერების აზრით, ამ ჯგუფის პრეპარატებს გააჩნიათ უჯრედშიდა და უჯრედგარე მოქმედების სხვა მხარეებიც (3,4,5,7).

ასეთია, მაგალითად, კალციუმის ანტაგონისტების ურთიერთქმედება პარვალბუმინის ჯგუფის კალციუმის შემბმულ ცილა კალმოდულინთან (2). ამჟამად ითვლება, რომ კალმოდულინი ფერმენტების აქტიობის კალციუმდამოკიდებელი რეგულატორია. რიგი მკვლევარების აზრით, კალციუმის ანტაგონისტებს სხვადასხვა ხარისხით შეუძლიათ შეებან კალმოდულინის ჰიდროფობულ უბნებს და დათრგუნონ მის მიერ ფერმენტების აქტივაცია (2,3,8,10).

კალციუმის ანტაგონისტების უჯრედშიდა მოქმედება შეიძლება ხორციელდებოდეს სხვადასხვა კალციუმდამოკიდებულ პროტეინური ფერმენტებით. ნეიტრალური თიოლური პროტეინა — ელპაინი — წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან კალციუმის იონების აქტივატორ ცილას, რომლის მემუბრეობითაც ხდება კალციუმის მოქმედების რეალიზება უჯრედში. კალციუმის ანტაგონისტების მოქმედებით უჯრედშიდა კალციუმის იონების კონცენტრაციის შემცირებამ შეიძლება შეცვალოს ელპაინის პროტეოლიური აქტიობა, რაც მიოფიბრილურ ცილათა თანაფარდობის ცვლილებაში აისახება (4,6,9).

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა კალციუმის ანტაგონისტის, დილტიაზემის (დილზემის), უაჩყოფიტი ინოტროპული მოქმედების ექსპერიმენტული მიოფიბრილურ ცილათა თანაფარდობის ცვლილების შესაძლებლობის შესწავლა. ექსპერიმენტები ტარდებოდა შინშოლას ჯიშის მამრობითი სქესის ბოცვერებზე, რომელთა სხეულის მასა მერყეობდა 1.5-2.5 კგ. ცხოველები იმყოფებოდნენ ერთნაირ პირობებში იღებდნენ ხმელ კომბინირებულ საკვებას და წყალსადენის წყალს. საკვლევი ცხოველისათვის პრეპარატი შევსავდა 2მგ/კგ-ზე დასაგარიბებით. გამსხნელად გამოყენებული იყო კონსტირებული წყალი. კვლევა ტარდებოდა ბოცვერთა ორ ჯგუფზე, თითოეული ჯგუფი თორმეტი ბოცვერისაგან შედგებოდა. საკონტროლო ჯგუფი წარმოადგენილი იყო საკვლევი ჯგუფის ანალოგიური ათი ინტაქტური ბოცვერით. მასალის აღება ბოცვერის მოკარდოვიდან ხდებოდა პრეპარატის შეყვანიდან 10 (პირველი ჯგუფი) და 60 (მეორე ჯგუფი) წუთის შემდეგ. მიოკარდიუმის მარცხენა პარკუჭის მიოფიბრილური ცილების ექსტრაქციას ვახდენდით ჰასელმან-შნაიდერის სხნარით. ელექტროფორეზ ვაწარმოებდით ფორანიონის წრფევი გრადიენტთან პოლიაკრილამიდის ბრტყელ გელეებში (12-25%) 0.1%-იანი დოვაცილისულფატის თანხლებიას. ელექტროფორეზული ზონების იდენტიფიკაციას ვახდენდით დენსიმომეტრიების შედეგად მიღებული მიოფიბრილური ცილების მოძრაობის შედარებით სტანდარტული ცილების მოძრაობასთან (1). ბოცვერთა საკვლევი ჯგუფებში მიღებულ მონაცემებს ვადარებდით საკონტროლო ჯგუფში ინტაქტურ ცხოველებზე მიღებულ შედეგებს. მიღებული მონაცემები სტატისტიკურად დაუმუშავდა პროგრამა Minitab-ის მიშეხებობით.

ინტაქტურ ცხოველებს მიოზინის მძიმე ჯაჭვების შემცველობა 41.4%±2.5 იყო. დილზემის შეყვანიდან ათი წუთის შემდეგ მისი შემცველობა

38.8%±1.4-ს შეადგენდა, რაც ნორმასთან შედარებით მხოლოდ 2.6%-ით იყო ნაკლები. არ გამოვლინდა ცვლილება პრეპარატის შეყვანიდან 1 საათის შემდეგაც. დროის აღნიშნულ მომენტში ცილის ამ ფრაქციანზე 41.9%±3.1 მოდიოდა. ასევე მცირედ შეიცვალა მიოზინის მცირე ჯაჭვების რაოდენობაც. ამ ფრაქციისათვის სხვაობა საკონტროლო ბოცვერებთან შედარებით პირველ საექსპერიმენტო ჯგუფში 2.3% იყო, ხოლო მეორე ჯგუფში - 0.2% (ცხრილი).

საკონტროლო ჯგუფში (ცხრილი) C-ცილის შემცველობა 14.8%±1.9 იყო, პრეპარატის შეყვანიდან 10 წუთის შემდეგ ამ ფრაქციანზე მოდიოდა მიოფიბრილურ ცილათა 12.5%±2.4; ხოლო ერთი საათის შემდეგ - 10.9%±1.7. როგორც ამ მონაცემებიდან ჩანს, C-ცილის შემცველობის ცვლილება არ იყო გამოხატული. ინტაქტურ ცხოველებთან შედარებით T-აქტინის ნილი პირველ ინტერვალში 0.4%-ით გაიზარდა, ხოლო მეორე ინტერვალის შემდეგ 1.9%-ით შემცირდა. ასევე უმნიშვნელოდ იცვლება ციტოსკელეტის შემადგენელი ცილის, აქტინის რაოდენობაც. ნორმაში ამ ცილის შემცველობა იყო 17.3%±0.9, ხოლო პრეპარატის შეყვანიდან 10 წუთის შემდეგ - 19.5%±2.8. მცირე იყო ცვლილება ერთ საათიანი ინტერვალის შემდეგაც. აქტინის შემცველობა შესაბამისად შეადგენდა 19.2%±0.4.

არ იყო გამოხატული ტროპონინ-ტროპომიოზინული კომპლექსის ცვლილება. თროპომიოზინის ნილი საკონტროლო ჯგუფში შეადგენდა 5.5%±1.9, საექსპერიმენტო ბოცვერების პირველ ჯგუფში - 6.9%±2.3, ხოლო მეორე ჯგუფში - 5.8%±1.1. ამ ცილისათვის განსხვავება პირველ შემთხვევაში იყო 1.4%, ხოლო მეორე შემთხვევაში 0.3%. ტროპონინ C-ს ფრაქციის პროცენტული ნილი საკონტროლო ჯგუფში იყო 6.3%±1.4, დილზემის შეყვანიდან 10 წუთის შემდეგ 5.9%±1.2, ხოლო ერთი საათის შემდეგ - 7.5%±1.5. არ შეიცვალა ტროპონინ-1-ს რაოდენობაც. პრეპარატის შეყვანიდან 10 წუთის შემდეგ ცვლილება 0.3%-ს შეადგენდა, ხოლო ერთი საათის შემდეგ 0.6%-ს.

ცხრილი 1.

მიოფიბრილური ცილების პროცენტული შემცველობა საკონტროლო ჯგუფში და დილზემის ვენაში შეყვანიდან დროის სხვადასხვა ინტერვალში.

მიოფიბრილური ცილები	საკონტროლო ჯგუფი	დილზემის შეყვანიდან 10 წთ. შემდეგ	დილზემის შეყვანიდან 1 სათ. შემდეგ
მიოზინის მძიმე ჯაჭვები	41.4±2.5	38.8±1.4	41.9±3.1
C-ცილა	14.8±1.9	12.5±2.4	10.9±3.1
α-აქტინინი	4.8±1.2	5.2±1.4	2.9±0.8
აქტინი	17.3±0.9	19.5±2.8	19.2±0.4
ტროპონინი T	0.54±0.3	-	0.76±0.3
ტროპონინი B	5.5±1.2	6.9±2.3	5.8±1.1
მიოზინის მსუბუქი ჯაჭვები	1.7±0.6	4.0±1.1	1.9±0.4
ტროპონინი I	7.5±0.9	7.2±0.8	8.1±1.8
ტროპონინი C	6.3±1.4	5.9±1.2	7.5±1.5

ზემოთ მოყვანილი მიოფიბრილური ცილების შემცველობის ცვლილებები დილზემის ვენაში შეყვანის

შემდეგ ორივე საკვლეფ ვეგუფში საკონტროლო ვეგუფთან შედარებით ძალიან მცირე იყო და არც ერთი ცილისათვის არ აღმოჩნდა სტატისტიკურად სარწმუნო ($p < 0.05$).

ამგვარად, აღნიშნული პრეპარატის ერთჯერადი ინექცია არ მოქმედებს ჩვენს მიერ შესწავლილი მიოფიბრილური ცილების — მიოზინის მძიმე ჯაჭვების, მიოზინის მსუბუქი ჯაჭვების, \pm -აქტინინის, აქტინის, C-ცილის, ტროპომიოზინის, ტროპონინ C-ს, ტროპონინ I-ს და ტროპონინ T-ს თანაფარდობაზე. ამ გარემოების გამო შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ დილზემის უარყოფით ინოტროპულ ეფექტს არ უდევს საფუძვლად ამ პრეპარატის ზემოქმედებით შესწავლილი მიოფიბრილური ცილების თანაფარდობის ცვლილება.

ლიტერატურა:

1. Остерман Л.А. Методы исследования белков и нуклеиновых кислот. Москва: Наука. 1981.
2. Anderson M.E., Ca^{2+} dependant regulation of cardiac L-type Ca^{2+} channels: is a unifying mechanism at hand? J.Mol.Cell.Cardiol. 2001, vol.32, pp.639-650.
3. Cai D., Mülle J., Yue D. Inhibition of recombinant Ca^{2+} channels by benzothiazepines and phenylalkylamines: class-specific pharmacology and underlying molecular pharmacology. 1997, vol.51, pp.872-881.
4. Dimopoulos GJ, Semba S, Kitazawa K, Eto M, Kitazawa T. Ca^{2+} -dependent rapid Ca^{2+} sensitization of contraction in arterial smooth muscle. Circ Res. 2007; 100(1): pp.121-9.
5. Ferrier G., Zhu J., Redondo I. and Howlett S. Role of cAMP-dependent proteinase A in activation of a voltage-sensitive release mechanism for cardiac contraction in guinea-pig myocytes. Journal of Physiology, 1998, vol.513, N1, pp.185-201
6. Gofraind T., Miller R., Wibo M. Calcium antagonists and calcium entry blockade. Pharmacological Reviews. 1986, vol.38, pp.321-416.
7. Johnson J.D. Allosteric interaction among drug binding sites on calmodulin. Biochem. Biophys. Res. Commun. 1983, vol.112, pp.787-793.
8. Otsuka J., Coll D.E. Purification of the Ca^{2+} - dependant proteinase inhibitor from bovine cardiac muscle and its interaction with the millimolar Ca^{2+} -dependant proteinase. J.Biol.Chem., 1987, vol.262, pp. 5839-5845.
9. Silver P.J., Dachiw J., Ambrose J.M. Effects of calcium antagonists and vasodilators on arterial myosin phosphorylation and actin-myosin interaction. J Pharmacol., Exp. Ther., 1984, vol.230, pp.141-148.
10. Zima A.V., Blatter L.A. Redox regulation of cardiac calcium channels and transporters. Cardiovasc Res. 2006; 71(2): pp.310-21.

Okujava M., Antelava N., Kezeli T., Okujava N., Lilitashvili K.

INFLUENCE OF DILTIAZEM (DILZEM) ON THE CONTENT OF MYOFIBRIL PROTEINS OF MYOCARDIUM

Department of Pharmacology of Tbilisi State Medical University, National Center of Therapy;

Due to the opinions of a number of scientists, the interaction of calcium antagonists with the calmodulin - calcium bounding protein of parvalbumin group, causes negative inotropic effect of this preparation. The aim of our study was investigation of dilzem influence on the ratio of myofibril proteins of the rabbit myocardium. The experiments were provided on two groups of rabbits and one was the control group. The definition of myofibril proteins' correlation has been performed with the method of electrophoresis. As the result of intravenous injection of dilzem, changing the content of myofibril proteins in studying group, comparing with the control groups was not approved as statistically reliable ($p < 0.05$) for any of proteins.

Thus, disposable injection of the mentioned preparation doesn't influence on the ratio of studied myofibril proteins. As the result it should be concluded that reason of negative inotropic effect of dilzem is not the changes of ratio of myofibril proteins caused by the influence of preparation.

პაჭკორია ხ., ისაკაძე ა., ტაბუცაძე თ., ადამია ე., ძნელაძე ლ.

T-უჯრედული იმუნოდეფიციტი მავურის სინდრომის დროს

აკად. ნ.ყიფშიძის სახ. ცენტრალური სახანეარისტიტოპოლინიკა, თბილისი, საქართველო

1861 წელს მავურში აღწერა 40 წლის ავადმყოფი ქალი მრავლობითი ქონდრომატოზით და პემანგიოზით, რომელიც გართულდა სისხლდენით. 1941 წელს კარლეთონმა მრავლობითი ქონდრომატოზის შეუღლებას პემანგიოზითან უწოდა მავურის სინდრომი. მოსკოვის ცენტრალური ტრანემატოლოგიის და ორთოპედის ინსტიტუტში გამოქვლილი იყო მავურის სინდრომის სულ 12 შემთხვევა (მ.კოლოკი, 1986). მსოფლიო სამედიცინო ლიტერატურაში 2006 წლამდე ინტერნეტის მონაცემებით, აღწერილია გენეტიკური დაავადების მავურის სინდრომის 200-მდე შემთხვევა, აქედან 100-მდე მოდის ამერიკის შეერთებულ შტატებზე.

საქართველოში მავურის სინდრომი პირველად აღწერილი იყო 2007 წელს (ხ.პაჭკორია თანავეტორებით). მოგვყავს საკუთარი შემთხვევის აღწერა.

ავადმყოფი გაუთხოვარი ქალი 30 წლის ლ.მ. შემოვიდა თსუ-ის ცენტრალური კლინიკის ამბულატორიული სამსახურის განყოფილებაში 2007 წლის 15

წინემბების მრავლობითი ჩივილებით: ანუხებდა მუცლის შეზღუდვა, ხშირად დეფეკაცია თხელი განავლით, ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, ქვედა კიდურების დაჩირქება-დანალულება, ტკივილი ტერფის მიდამოში, რის გამოც სიარული არ შეეძლო. ანამნეზიდან გაირკვა, რომ დაბადებულა სოციალურად დაბალი დონის ოჯახში (შობლები იყვნენ ლოთები, რომლებმაც ბავშვი მეზობლების ანაბრად მიატოვეს), ბავშვობიდანვე გამოაჩნდა ხელის და ფეხის თითების დეფორმაცია, ტკივილი სახსრებში. შემდეგ მკლავის მიდამოში ნაშინაზრდა ხრტილოვანი ნარონაქმნი, ასევე ფეხის ტერფებზე. ბოლო წლებში დაუწყებულა ქვედა კიდურები, გაბა-კუდუსანი. მკურნალობდა ქირურგებთან კონსერვატიული და ოპერატიული მეთოდებით უშედეგოდ. აუტანელი ტკივილის გამო ავადმყოფს დაენიშნა არასტეროიდული ანთების საინჰალმაცეო პრეპარატები — დიკლოფენაკი, დოლობენი და სხვა ეფემერული სამკურნალო ეფექტით. ამ პრეპარატების მიღებას მოჰყვა დასპეკსიური მოვლენები - ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, გულმძარვა, მუცლის ბერვა, ყურყური. ავადმყოფის დეტალური გამოკითხვით დადგინდა, რომ ის ბავშვობიდანვე ვერ იტანდა რძეს და რძის პროდუქტებს. მათი მიღების შემდეგ ეწყებოდა დიარეა, მუცლის ბერვა, ყურყური, მუცლის ტკივილი და სხვა. მას ხშირად ანუხებდა ხველა, სურდო. ხშირი იყო მწვავე რესპირატორული ინფექციური დაავადებები. შემოსულისას, ინსპექციით ყურადღება მიიპყრო ინფანტილურმა სახემ, მაღალმა გათორმდა სასამკმან-გიომატოზით. ხელის მტკიანი დეფორმული, მრავლობითი ხრტილოვანი ნანაზარდებით — მონითალო-მოლურჯო ქონდრომებით. ფეხის ცერა თითები დეფორმული, ქონდრომებით. იდაყვის და შრის მიდამოში შესაძრევი იყო ასევე მრავლობითი ხრტილოვანი ნანაზარდები. წვივები და ბარძაყები დაფარული იყო მრავლობითი ჩირქოვან-წყლოლოვანი ნარმონაქმნებით. რენტგენოგრაფიით გამოვლინდა მრავლობითი ქონდროდისპლაზიები ხელის თითების სახსრების სუბლუქსაციით. სისხლის საერთო ანალიზით გამობატული იყო ანემია, ედემის აქტირება 65 მმ/სთ, ლეიკოციტები - 6900. იმის გამო, რომ ავადმყოფს ბავშვობიდანვე აღმოაჩნდა იმუნიტეტის დაქვეითების ნიშნები - ხშირი გაცივება, მწვავე რესპირატორული დაავადებები, სინუსიტები, საჭიროდ ჩაითვალა T და B-ლიმფოციტების, აგრეთვე იმუნოგლობულინების კლასების შესწავლა: T უჯრედები აღმოჩნდა დაქვეითებული, განსაკუთრებით აქტიური ლიმფოციტები. მათი დონე იყო 3% (ნორმა 17-25%). რაც შეეხება იმუნოგლობულინების კლასებს, მათი დონე ნორმალურ მაჩვენებლებს შეესაბამებოდა.

ქირურგიული მკურნალობის წარუმატებლობის გამო გამოიყენებოდა თიშუსის პრეპარატი თიშალინი. მკურნალობა ამ იმუნოსტიმულატორით აღმოჩნდა ნაწილობრივ ეფექტური. ერთდროედ გასუფთავდა ჩირქოვანი ჭრილობა, გაძლიერდა რეპარაციის პროცესები, მაგრამ სრული შეხორცება არ მომხდარა. ავადმყოფზე დაკვირვება გრძელდება.

ამრიგად, ჩვენი დაკვირვების თავისებურებები შემდეგია:

- მათთვის სინდრომით დაავადებული კლინიკაში შემოვიდა მრავლობითი პიოფერმიტის და მედიკამენტოზური გასტრიტის ნიღბით.
- პირველად მათთვის სინდრომის დროს გამოვლინდა თუჯრედული იმუნოდეფიციტი.
- ავადმყოფს ადრეული ბავშვობიდანვე ჰქონდა რძის და რძის პროდუქტების აუტანლობა. შესაძლოა, საქმე გვექონდეს 2 გენეტიკური დაავადების ლაქტაზის თანდაყოლილი უკმარისობის შეუღლებასთან, ასევე გენეტიკურ დაავადებასთან. მრავლობითი ქონდრომატოზთან პემაინმატოზით.
- მხოლოდ იმუნოსტიმულატორ თიშალინით მოხერხდა განგრეობული პიოფერმიტის ნაწილობრივი კორექცია - ჩირქის შემცირება, რეპარაციის პროცესის გაძლიერება და სხვა.

ლიტერატურა

1. ხ.ბაქკორია, თ.ტაბუცაძე, ა. ისაკაძე, ლ.ძნელაძე, გ. დომვილი, ვ.კახიძე. „მაფუჩის სინდრომი“. ე. „კარდიოლოგია და შინაგანი მედიცინა XX“. 2007. გვ. 44-45.
2. Волков М.В. Сосудисто-хрящевая дисплазия. В кн.: М.В. Волкова „Болезни костей у детей“. Издание второе, дополненное. Москва: Медицина - 1985. С. 136-137.
3. Козлова С.И. Эхондроматоз с гематомой. Синдром Маффучи. В кн.: Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. Москва - 1987. С. 270-271.
4. Colonna G. et al. „Lymphangioma of the lower legs in patients with Maffucci syndrome. J. Mal. Wash. 2002, Jun. 27(3), p. 174-176. French.
5. Ericson R.P. „Somatic Gene mutation and lumen disease, other than Cancer mutant research 2003, March (2), 125-36. Review.

Kh.Pachkoria, A.Issakadze, T.Tabutsadze, E.Adamia, L.Dzneladze

T-CELLS IMMUNODEFICIENCY IN MAFFUCHI SYNDROME (CASE REPORT)

Acad. N.Kipshidze Central University Clinic, Tbilisi, Georgia

Maffucci syndrome is a genetic disorder which affects the skin and skeleton, causing benign Cartilage tumors, bone deformities and dark hemangiomas. Less than 200 cases of Maffucci syndrome have been published in the medical literature, so it is difficult to determine how often the syndrome occurs. The authors observed 30 old female with multiple chondromas of the hands, lower legs and oral hemangiomas. She suffered from multiple pyoderma of lower legs, milk intolerance diarrhea and arthralgia. X-ray examination revealed multiple chondromas and subluxatio of finger joints. Immunological tests showed T cells immunodeficiency. Treatment with routine surgical methods were ineffective. Treatment with immunomodulators (Thymalin and Immunorics) was more successful.

საკაპელონი ნ. ჭაბაშვილი ი.

მინერალური წყლის „ლადჯვერია“-საბაზისური მოქმედება და წყლულით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის პრობლემატიკა

ბალნეოლოგიური კურორტი – საბარათაძოს კურორტოლოგიის, ფიზიოთერაპიის, რეაბილიტაციის და სამკურნალო ტარიხის ს/ა ცენტრი

ბალნეო-კლიმატური კურორტი ლადჯვერია მდებარეობს წყალტუბოდან 12 კილომეტრში. კურორტის ძირითადი სამკურნალო ფაქტორია სასმელი, დაბალი მინერალიზაციის (1,7 გ/ლ) სულფატური, კალციუმ-მაგნიუმ-ალუმინიუმის წყალი. მინერალური წყლის (მშ) მოქმედება შესწავლილი იქნა თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებით დასნეულებულ 70 ავადმყოფზე; მამაკაცი იყო 45, ქალი – 25; ასაკი: 30-50 წელი. დაავადების ხანგრძლივობა 2-დან 12 წლამდე მერყეობდა.

დიეტური კვების ფონზე ავადმყოფები 24 დღის განმავლობაში ლებულობდნენ მწ „ლადჯვერიას“ (3,5 მლ სხეულის 1 კგ მასაზე), დღეში სამჯერ, კუჭის მთავარ მოძიებელ საწყისი ფუნქციური მდგომარეობის მიხედვით. საკონტროლო ჯგუფის 20 ავადმყოფი იმყოფებოდა მხოლოდ დიეტურ კვებაზე. მკურნალობამდე პალპაციით აღინიშნებოდა ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში – 98,2%-ში; დისპეფიური მოვლენები: წვა ეპიგასტრიუმის არეში – 78,6%-ში, ბოყინი – 85,7%-ში, მადის დაქვეითება – 48%-ში; ემოციური არასტაბილურობა 52%-ს გამოუვლინდა; ენდოსკოპური გამოკვლევებით ხშირი იყო წყლულის ლოკალიზაცია თორმეტგოჯა ნაწლავის წინა კედელზე, წყლულის დიამეტრიც მერყეობდა 0,3-დან 0,8 სმ-დე.

წყლულით დაავადებულებზე „ლადჯვერია“-ს მინერალური წყლით მონოთერაპიამ დადებითი ძვერები გამოიწვია: ავადმყოფთა 52%-ს აღინიშნებოდა კუჭის წვენში მჟავიანობის მომატებული მაჩვენებლების დაქვეითება: სერიოზული მჟავიანობის 119,2±3,18 მმოლ/ლ-დან 87,17±1,81 მმოლ/ლ-მდე (p<0,001). დადებითი დინამიკა გამოვლინდა თავისუფალი მჟავიანობის და მისი დეფიციტის მხრივ. მინერალური წყლით მკურნალობამ დადებითი მოქმედება მოახდინა დაავადების კლინიკურ ნიშნებზეც: ავადმყოფთა 82%-ს შეუმცირდა ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, ხოლო 75%-ს მოეხსნა დისპეფიური მოვლენები.

ენდოსკოპური მონაცემების მიხედვით მკურნალობამდე წყლულით დაავადებულ ავადმყოფებს ნაწილობრივ აღინიშნებოდა დიფუზური პოპულაციის ზონა, მკურნალობის შემდეგ ნაწილობრივ აღინიშნებოდა გარე ტუბუსის შეხების დროს სისხლმდენი აღარ იყო, წყლულის სრული შეხორცება ავადმყოფთა 39%-ს გამოუვლინდა დეფექტის ეპითელიზაციით და არა ნაწილობრივ, რაც მეტად მნიშვნელოვანია.

წყლულის ადგილზე შეიმჩნეოდა ღია ვარდისფერი ლორწოვანი გარსის წარმოქმნა, ხოლო ავადმყოფთა 5%-ს, რომელთა დაავადების ხანგრძლივობა აღემატებოდა 10 წელს, წყლულოვანი დეფექტის ეპითელიზაცია წარსული აღმოჩნდა. საკონტროლო ჯგუფის ავადმყოფებში აღინიშნებოდა ანთებითი პროცესების შემცირების მხოლოდ ტენდენცია.

მინერალური წყლის მიღების შედეგად აღსანიშნავი იყო არა მხოლოდ კუჭ-ნაწლავის ფუნქციის მონელება, არამედ ის დადებითად მოქმედებდა მთლიანად ორგანიზმზე: სხეულის მასაზე, ღვიძლის ფუნქციაზე, სისხლის შემადგენლობაზე და თანმხლებ დაავადებებზე. სტატისტიკური განხილვის შემდეგ ჩვენ გავაგრძელებთ ამ ავადმყოფებზე დაკვირვებას და აღმოჩნდა, რომ მათი მიმართულებით პოლიკლინიკაში განმავადების გამო 2-ჯერ შემცირდა ავადმყოფების 15%-ს ჩაუტარდა მწ „ლადჯვერია“-მ კურნალობის განმეორებითი კურსი, რამაც გამოიწვია პირველადი გასტრო-დუოდენალური ზონის რეპარაციული ფუნქციის შემდგომი გაუმჯობესება და პროფილურაინიზაციის გაზრდა საშუალოდ 1,5-ჯერ.

დადგენილია დაბალი მინერალიზაციის სულფატური კალციუმ-მაგნიუმ-ალუმინიუმის მწ „ლადჯვერია“-მ ძალიან თერაპიული ეფექტი (87,2%) თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს, რაც გამოწვეულია მასში შემავალი მაკრო-მიკროელემენტების (Al, Mg, Ca) ოპტიმალური თანაფარდობით. კალციუმი რეპარაციული პროცესების ძირითადი ფაქტორია, მას გააჩნია მადენსიმბიოტური და დეზინტოქსიკაციური მოქმედება; იგი აძლიერებს დიურეზს; მაგნიუმს – ნაწლავებიდან მიკრობების (კოლესტერინის) გამოდენის უნარი და საზომობიზური მოქმედება, ალუმინიუმს – საკვები ფერმენტების აქტივობის ინჰიბირება, ე.ი. გამოირჩევა ანტიაციდური მოქმედებით, რაც გვადეცავს იმის საშუალებას, რომ ეფექტური, ეკოლოგიურად სუფთა მწ „ლადჯვერია“-მ გამოყენებული იქნეს სამკურნალოდ და ამოფილაქტიკის მიზნით კუჭ-ნაწლავის სხვადასხვა სახის დაავადებების დროს.

N.Saakashvili, I.Chabashvili

MINERAL WATER "LADZGVERIA" - FURTHER RESULTS OF TREATMENT OF ULCER DISEASE

Balneological Resort – Tourist Centre of Resortology, Physiotherapy, Rehabilitation and Treatment in Georgia

The specific function and further result of treatment of mineral water "Ladzgeria" tested on patients having ulcer. The balneo-climate resort Ladzgeria is located in 12 kilometers from Tskaltubo. The main treatment factor of the resort is the beverage, water having low mineralization (1,71) sulfated, of calcium-magnesium-aluminium. The function of the mineral water has been learnt on the basis of its testing on 70 patients having duodenum ulcer. The immunotherapy held by using the mineral water caused the significant decrease of secretion indicators having being increased on

stomach, also it caused the decrease of hyperemia of pituitary cover, and ulcer cicatrizes. The repeated treatment held by using mineral water strengthened the reparation effects of primary gastro-duodenal zone. The effective, ecologically pure mineral water "Ladzgeria" must be used for treatment and prophylactic purposes during different kinds of bowel diseases.

**საგინაშვილი ლ., ირემაშვილი ბ., დათაშვილი გ.,
ძნელაძე ლ. ტაბუცაძე თ.**

**დაირიკაპული გუზანტარიული ინფიცია
ინჰიბიტირება**

**დ. თაბიასის სახელმწიფო საავადმყოფო
უნივერსიტეტი, ბიზარაისის დაპარამენტ №1**

მეზენტერიული ცისტა მუცლის ღრუს კეთილ-თვისებიანი სიმსივნეების ერთ-ერთ უმსივნეს სახეობას წარმოადგენს.

Rokitansky-მ 1842 წელს პირველმა აღწერა ჯორჯჯლის ქილოზური ცისტა [12]. პირველი პუბლიკაცია მეზენტერიული ცისტის შესახებ გამოქვეყნდა 1907 წელს იტალიელი ანატომის Benevieni-ის მიერ რვა წლის ბავშვის აუტოფისის შემდეგ [14]. პირველი წარმატებული ოპერაციის შესრულება ეკუთვნის Tillaux-ის 1980 წელს [15]. სადღესიოდ მსოფლიო ლიტერატურული მონაცემების მიხედვით გამოქვეყნებულია მეზენტერიული ცისტის დაახლოებით 820 შემთხვევა, რომელთაგან ერთ მესამედს 15 წლამდე ასაკის ბავშვები შეადგენენ [1,2,10].

მეზენტერიული ცისტების ჩამოყალიბების მიზეზები საბოლოოდ ცნობილი არ არის. არსებული თეორიების მიხედვით მათ წარმოშობას უკავშირებენ ემბრიოგენეზსა და სიცოცხლის მომდევნო პერიოდში არსებულ დარღვევებს. ჩამოყალიბებულ ცისტას კავშირი არა აქვს გამოყოფისა და სისხლძარღვთა სისტემებთან.

თანამედროვე კლასიფიკაცია ეყარება ჰისტოპათომორფოლოგიურ მონაცემებს, რომელიც მეზენტერიულ ცისტებს ექვს ჯგუფად ყოფს.

ეტიოლოგიური ფაქტორებიდან მნიშვნელობას ანიჭებენ ლიმფური სადინრების ობსტრუქციას და სკვესტრაციას[6]. მიუთითებენ აგრეთვე ტრავმული, ინფექციური და ნეოპლასტიური აგენტების როლზეც. ჰისტოლოგიური შესწავლის მონაცემებით 71%-ში მეზენტერიული ცისტების წარმოშობას უკავშირებენ ლიმფანგიომას [9].

ლოკალიზაციის მიხედვით მეზენტერიული ცისტა შეიძლება შევხვდეთ გასტრო-ინტესტინური ტრაქტის ნებისმიერ მონაკვეთში თორმეტკოჯა ნაწლავიდან დაწყებული სწორ ნაწლავამდე[5]. თუმცა უმეტეს შემთხვევაში ის ლოკალიზებულია თემოს ნაწლავის ჯორჯჯალში [9].

მეზენტერიული ცისტა შეიძლება იყოს ერთეული ან მრავლობითი, ერთკამეროანი და მრავალკამეროანი. შიგთავსს კი წარმოადგენდეს ქილოზური, სერო-

ზული, ჰემორაგიული, დერმოიდული, პარაზიტული და ინფიცირებული სითხე [5]. ცისტების ზომა შეიძლება ვარირებდეს რამდენიმე მილიმეტრიდან 40სმ დიამეტრამდე [5].

უმრავლეს შემთხვევაში ჯორჯჯლის ცისტები უსიმპტომოდ მიიზიანებენ. მათ აღმოჩენა ხშირად უეცრად ხდება რუტინული სამედიცინო კვლევების ან სხვადასხვა მიზეზის გამო მუცლის ღრუს ორგანოებზე ქირურგიული ჩარევის დროს [10]. გაურთულებელ შემთხვევებში მეზენტერიული ცისტებმა შეიძლება გამოიწვიოს ვარიანტული და ამასთან არაპათოგონომური მნიშვნელობის ჩივილები. მათ შორის - მუცლის ტკივილი და რეზისტენტობა. თუმცა უკანასკნელნი სხვა ნიშნებთან ერთად ძირითადად თანახლავს წარმოშობად გარულებებს. მაგვან აღსანიშნავია კომპერსია ირგვლივ მდებარე ქსოვილებზე, ნაწლავის ობსტრუქცია, სისხლდენა ცისტის სანათურში, მისი გახეთქვა, ცისტის ინფიცირება ან აბსცედირება. პაციენტთა 10% კლინიკას სწორედ მწვევე მუცლის კლინიკური სურათით მიმართავს [10].

მეზენტერიული ცისტების მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია. ქირურგიული ჩარევის მიზანია ცისტის მთლიანი ამოკვეთა. საუკეთესო ვარიანტს წარმოადგენს მისი ენუკლეაცია, თუ ეს შესაძლებელია [9,13,7,6]. იმიტიათ როდესაც ცისტა დიდი ზომისაა და ჯორჯჯლის ფესვი ღრმად არის ჩაზრდილი საჭიროა მარსუმილიზაცია [10]. მეზენტერიული ცისტებით დაავადებულ ბავშვთა 50-60%-ს ესაჭიროება ნაწლავის რეზექცია [9,1,10,11,8], მოზრდილებში კი - მხოლოდ ერთ მესამედს.

შემთხვევის აღწერა: ჩვენ მიერ წარმოდგენილი მასალა ეხება ქ. თბილისის №4-ე კლინიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებაში 13.X.2007 წელს ჰოსპიტალიზებულ 45 წლის ქალს — ტა. ისტ. №5274, დიაგნოზით — დიფუზური პერიტონიტი. როგორც ანამნეზიდან ირკვეოდა, რამდენიმე დღის წინ მას დაწყებია ტკივილი მუცლის მარცხენა ნახევარში, რომელიც სტაბილურად მომართავამდე 8 საათით ადრე ძლიერ გაუმწვევდა და გავრცელდა მთელს მუცელზე. აღნიშნულს თან დართვია პირის სიმშრალე, გულისრევა, ლებინება, ტემპერატურის მომატება 38°C-მდე, ზოგადი მდგომარეობის დამძიმება, რაც გახდა ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი.

ობიექტურად აღნიშნულია: P-98 სუსტი ავსება და დაჭიმულობის, ენა მშრალი, მუცელი სუნთქვით აქტივად დაზოგვით მონაწილე, პალპაციით რეზისტენტული და ძლიერ მტკივნეული მარცხენა ნახევარი, შედარებით ნაკლებად მტკივნეული დაწარჩენი მდამო. მთელს მუცელზე გამოხატული პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშანი.

შეუმორებამი ფურადგენას იპყრობდა ლეიკოციტოზი და ფორმულის მარცხნად გადახრა. ექოსკოპიით კი - პერიტონეუმის ღრუში თავისუფალი სითხის არსებობა.

კლინიკური შესწავლით დაისვა დიფუზური პერიტონიტის დიაგნოზი, რის გამოც სათანადო წინასაოპერაციო მომზადების შემდეგ ენდოტრაქეული

ნარკოზის ქვეშ გაუკეთდა სასწრაფო ოპერაცია. ლაპაროტომიისას აღმოჩნდა მუცლის ღრუში სუნიანი ჩირქოვანი გამონადენი 700მლ რაოდენობით, რომელიც იკავებდა ორივე ლატერალურ ღარს და მუცლის ღრუს ქვედა ნახევარს. ვისცერული და პერიტონეული პერიტონეუმი მკვეთრად მოპერეზირებული, ალავ დაფარული ჩირქოვან-ფიბრინული ნადებებით. რევიზიით აღმოჩნდა განივი კოლინჯის დისტალური ნაწილის დაჩირქებული და გახეთქილი ცისტის ზომით 8x5x6სმ ჩირქის გავრცელებით პერიტონეუმის ღრუში. ორგანო მდებარე ქსოვილებისაგან გამოყოფის შემდეგ გაკეთდა გახეთქილი ცისტის სრული ამოკვეთა. ოპერაცია დასრულდა მუცლის ღრუს სანაცით და დრენირებით.

ოპერაციის შემდეგ მიპერიოდით გართულდა მსხვილი ნაწლავიდან სისხლდენით. ინსტრუმენტული კვლევით სისხლდენის უშუალო მიზეზი ვერ დადგინდა.

ავადმყოფი კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაენერა კლინიკიდან.

სისტემორფოლოგიური კვლევით დადგინდა განივი კოლინჯის ჯორჯლის ფსევდოცისტა ეპითელიუმის გარეშე, რომლის შიგთავსსაც წარმოადგენდა ჩირქი, ლორწო და უსტრუქტურო ქსოვილი [კვლევა №3156-60].

მიკრობიოლოგიური გამოკვლევით ამოიხსნა *Pr. Mirabilis*.

ზემოთ მოყვანილი შემთხვევა საინტერესოა იმით, რომ იგი ეხება მუცლის ღრუს მეტად იშვიათი ქირურგიული დაავადების - მეზენტერიული ცისტის გართულებას — დაჩირქებას და გახეთქებას, რომელიც ჩირქოვანი პერიტონიტის მიზეზს წარმოადგენს.

ლიტერატურა

- [9] Bliss DP Jr, Coffin CM, Bower RJ, et al. Mesenteric cysts in children. *Surgery*. May 1994;115(5):571-7. [Medline].
- [10] Chirabival S, Sherneta D. Recurrent retroperitoneal mesenteric cyst. A case report and review. *Gastrointest Radiol*. Apr 15 1979;4(2):191-3. [Medline].
- [13] Colodny A. Mesenteric and omental cysts. In: Welch KJ, et al, eds. *Pediatric Surgery*. 4th ed. Chicago, Ill: Year Book Medical Publishers; 1986:921-5.
- [6] Dequanter D, Lefebvre JC, Belva P et al. Mesenteric cysts. A case treated by laparoscopy and a review of the literature. *Surg Endosc* 2002; 16: 1493
- [8] Egozi EI, Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg*. Mar 1997;63(3):287-90. [Medline]
- [12] Feins NR, Raffensperger JG. Cystic hyroma, lymphangioma, and lymphedema. In: Raffensperger JG, ed. Swenson's *Pediatric Surgery*. 5th ed. Norwalk, Conn: Appleton & Lange; 1990:172-3.
- [14,8] Hebra A, Brown MF, McGeehin KM et al. Mesenteric, omental, and retroperitoneal cysts in children: a clinical study of 2 cases. *South Med J* 1993; 86: 173-176.
- [15] Kosir MA, Sonnino RE, Gauderer MW. Pediatric abdominal lymphangiomas: a plea for early recognition. *J Pediatr Surg*. Nov 1991;26(11):1309-13. [Medline].

9. [5] Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg*. Jan 1986;203(1):109-12. [Medline]. [Full Text].

10. [11] Mollitt DL, Ballantine TV, Grosfeld JL. Mesenteric cysts in infancy and childhood. *Surg Gynecol Obstet*. Aug 1978;147(2):182-4. [Medline].

11. [13] Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts. In: *Pediatric Surgery*. 5th ed. 1998:1269-75.

12. [2] von Rokitsky CF. *Handbuch der pathologischen anatomie*, bd2 *Handbuch der Speziellen Mohanty SK, Bal RK, Maudar KK. Mesenteric cyst—an unusual presentation. J Pediatr Pathologischen Anatomie. Wein: Braumuller & Seidel; 1842.*

13. [7] Vanek VW, Phillips AK. Retroperitoneal, mesenteric, and omental cysts. *Arch Surg*. Jul 1984;119(7):838-42. [Medline].

14. [1] *Surg*. May 1998;33(5):792-3. [Medline].

15. [4] Tillaux PJ. Cyste du mesentere: un homme: ablation par la gastromie: question. *Revue de Therapeutiques Medico-Chirurgicale Paris*. 1880;47:479.

Saginasvili L., Iremashvili B., Datuashvili G., Dzeladze L., Tabutsadze T.

RUPTURE OF INFECTED MESENTERIC CYST: A CASE REPORT

Tbilisi State Medical University, N1 Department of Surgery, Tbilisi, Georgia.

Mesenteric cyst (MC) is one of the rarest abdominal tumors. Since the first report on a mesenteric cyst by the Italian anatomist Beneviene in 1907, only about 820 cases have been reported. The exact cause of MC is unclear. MCs have been reported to have different localization— from the duodenal to the rectal mesentery but are most commonly located in the ileal mesentery. MC can be simple or multiple, unilocular or multilocular, and they may contain hemorrhagic, serous, chylous, or infected fluid. Their size can range from a few mm-s to 40 cm in diameter. MC can be discovered as an incidental finding by routine abdominal examination or during laparotomy for another condition or they can manifest as an acute life-threatening intra-abdominal catastrophe. Although MC are often asymptomatic, the symptoms are extremely variable and are related to the size and position of the cyst, with no pathognomonic signs in the uncomplicated cases. Mesenteric cysts may cause abdominal distension or pain. It may also present with acute symptoms secondary to complications such as bowel obstruction with a possible volvulus and associated intestinal infarction, rupture, and hemorrhage into the cyst, infection or abscess formation. No medical therapy is available. The goal of surgical therapy is complete excision of the mass. The preferred treatment of MC is enucleation, if it is possible. Bowel resection may be required in 50-60% of children with MC, whereas resection is necessary in about one third of adults.

Our case report involves a 45 old patient who was admitted to our hospital with symptoms of acute peritonitis. At laparotomy the patient was found to have rupture of the infected cyst located in the mesentery of the transverse

colon causing acute purulent peritonitis. Infected mesenteric cyst and/or perforation are very rare complications of a very unusual lesion.

სანიკიძე ე. ვამაკიძე ლ.

სიმპტომატის მიხედვით ტუბერკულოზზე სპეციფიკურ დიაგნოზის სპირინინის ენაქლაგლოვატი-ტესტ-კითხვარის გამოყენებით

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა პირველი ეტაპი

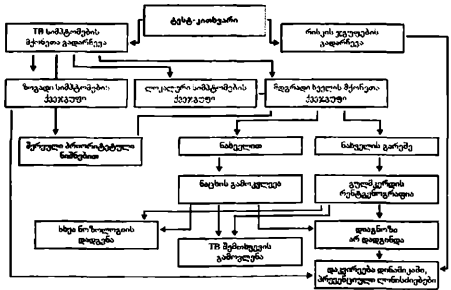
ტუბერკულოზის კონტროლის თანამედროვე სტრატეგიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია ტუბერკულოზის დროული გამოვლენა, რომელიც ეფუძნება პასიურ მეთოდს(2,10). თუმცა, განსაზღვრულ პირობებში, მიზანშეწონილად არის მიჩნეული მოსახლეობის კონკრეტული ჯგუფების (ლტოლიელები, უსახლკაროები, პატიმრები, მოხუცებულთა თავშესაფრების, სკოლა-ინტერნატების, საბავშვო სახლების ბინადრები, ჯარისკაცები და სხვა-ე.წ. სპეციფიური მოსახლეობა) აქტივირება მათ შორის ტუბერკულოზზე სპეციფიკური ნიშნების მქონე პირების დროული გამოვლენის მიზნით. (1,2,4,5,6,7). მრავალწლიანი გამოცდილებისა და არაერთ ქვეყანაში (ინდოეთი, ჩეხოსლოვაკია და სხვა) ჩატარებული ფართომასშტაბიანი კვლევების შედეგის საფუძველზე სკრინინგის წარმოების მთავარ კრიტერიუმად მიჩნეულ იქნა ტუბერკულოზზე სპეციფიკური სიმპტომების არსებობა. ტუბერკულოზის საკითხების ჯანმრთელების ექსპერტთა მერვე და მეცხრე შეხვედრაზე ხაზი გაესვა ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენის აუცილებლობას სიმპტომების მქონე პაციენტებში (8,9). ამიტომ, ერთის მხრივ, ზოგადი სამედიცინო

ქსელის აქტივირება და მეორეს მხრივ, მოსახლეობაში ტუბერკულოზზე სპეციფიკური ნიშნების მქონეთა ჯგუფის გამოყოფა და გამოკვლევა დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით წარმოადგენს ტუბერკულოზის დროული გამოვლენის ყველაზე გამართლებულ გზას როგორც სამედიცინო, ისე ეკონომიკური თვალსაზრისით(3). სულ ახლახანს წარმატებით განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ინტეგრაცია ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემაში. თუმცა, საქართველოს პირობებში, ეს არ არის საკმარისი და აუცილებელია მოსახლეობის აქტივირებაც. სიმპტომების მიხედვით სკრინინგის ჩასატარებლად ყველაზე მოხებულნი და იაფი საშუალება, ჩვენი აზრით, იქნებოდა ტესტ-კითხვარის გამოყენება.

კვლევის მიზანი: მოსახლეობის განსაზღვრულ ჯგუფებში ტუბერკულოზზე სპეციფიკური შემთხვევათა გამოვლენის შესაძლებლობის მიხედვით სპეციალური ტესტ-კითხვარის შედეგანობის შეფასება შემდგომში მისი ფართოდ გამოყენების მიზნით.

კვლევის ამოცანები:

1. სპეციალური ტესტ-კითხვარის საშუალებით ტუბერკულოზზე სპეციფიკური ნიშნების მქონე პირთა გამოვლენა სპეციფიკურ მოსახლეობაში
 2. საექვთა შორის ტუბერკულოზის შემთხვევის სისხილის დადგენა
 3. მიღებული შედეგების საფუძველზე შემდგომი რეკომენდაციების შემუშავება
- კვლევის მასალა და მეთოდები. 464 პირი განსაზღვრული სოციალური ფენიდან (საერთო საცხოვრებელში მცხოვრები აფხაზეთიდან დენიკუბი), 200 პირი-საშუალო ფენის ზოგადი მოსახლეობა, სულ-664. გამოკითხულთა შორის ტუბერკულოზზე სპეციფიკური ნიშნების დადგენის შემდეგ გაღრმავებულ კვლევაზე გაიგზავნა პირები შემდეგი სიმპტომებით: ა) ხველა 3 კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში, ბ) სუბფერირული ტემპ გ) ფილანობა დ) რამდენიმე სიმპტომის კომ-



სურათი 1. ინდივიდუალური TB ბარათის ეფექტური გამოყენებისათვის შემუშავებული ალგორითმი

ბინაცია, რომელთაგან ერთ-ერთი აუცილებლად იყო ა), ბ) ან გ). წარმოებდა აგრეთვე, ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის ფაქტორების დადგენა სპეციალურად შემუშავებული ქულათა სისტემის საფუძველზე. ტესტ-კითხვარის შევსების შედეგთა ანალიზი წარმოებდა მათემატიკური მოდელირებისა და Epi Infos საშუალებით.

კვლევის შედეგები: პირველ კატეგორიაში (464 პირი) ტუბერკულოზზე საექსპოზიციო აღმოჩენილია 29-ს, ხოლო ტუბერკულოზი დაუდგინდა 3-ს, ამასთან, სანყისი ფორმა: 2-ფილტვის კეროვანი ტუბერკულოზი ინფილტრაციის ფაზაში, 1-ტუბერკულოზური პლევრიტი. საგულისხმოა, რომ სამივე შემთხვევაში ნაპყვანი სიმპტომი იყო მდგერად ზველა, რასაც ერთვოდა სუბფერირლიტეტი, ოფლიანობა და პლევრიტის შემთხვევაში-ქოშინი.

9 შემთხვევაში-საქმე გვექონდა რესპირატორულ ინფექციასთან; 6 შემთხვევაში დაისვა მწვავე ბრონქიტის დიაგნოზი; 4-გულის უემარისობა II; 1-რევმატიული კარდიტი; 1-ქოლეცისტიტი; 1- ბრონქული ასთმა; 1 - ჰიპერტიროზი; 3-ს გამოკვლევები არ ჩატარებია.

მეორე კატეგორიაში (200) საექსპოზიციო სიმპტომები ჰქონდა 11-ს. გამოკვლევა ჩაიტარა 5-მა, ტუბერკულოზი არ დადგინდა. I შემთხვევა - გახანგრძლივებული პნევმონია, 3-ბრონქიტი, 1-შუასაყრის სიმსივნე.

ამრიგად, მიუხედავად გამოვლენილი შემთხვევების სიმცირისა, აშკარაა ტესტ-კითხვარის შედეგთანობა. მისი საშუალებით შესაძლებელია:

- ტუბერკულოზზე საექსპოზიციო სიმპტომების მქონე პირთა ჯგუფის გამოყოფა;
- მათ შორის-სხვადასხვა სიმპტომის მიხედვით ქვეჯგუფების დადგენა (მაგ. მდგრადი ხველის მქონეთა ქვეჯგუფი)
- აღნიშნულ ქვეჯგუფში ნახველის ნაცხის გამოკვლევით - ტუბერკულოზის შემთხვევის გამოკვლევა: II ეტაპი.

ტესტ-კითხვარი ითვალისწინებდა გამოკითხულთა შორის არა მარტო ტუბერკულოზის სიმპტომებ-

ის, არამედ ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის მქონეთა ჯგუფების დადგენასაც. რისკის ჯგუფების დადგენის მიზანი იყო შემდგომში ტუბერკულოზის განვითარების ფაქტის გამოვლენა და შესაბამისად, რისკ-ფაქტორის როლის განსაზღვრა. ამ მიზნით პირველ კატეგორიაში 3 წლის შემდეგ განმეორებით ჩატარდა გამოკვლევა, რის საშუალებასაც იძლეოდა თუ-ის საერთო საცხოვრებლის მოსახლეობის პრაქტიკულად უცვლელი შემადგენლობა. ტუბერკულოზის განვითარებას ადგილი ჰქონდა 3 (0,66%, ანუ 646/10000-ზე) შემთხვევაში.

სათანადო პრევენციული ღონისძიებების გატარების შემთხვევაში, შესაძლოა, ამ 3 შემთხვევას ადგილი არ ჰქონოდა.

ამრიგად, თუ ტესტ-კითხვარის საშუალებით დროულად გამოვლინდა ტუბერკულოზის 3 შემთხვევა, კიდევ 3 განვითარდა შემდგომში, და სამივე მაღალი რისკის ჯგუფის წარმომადგენლებში, რამაც განსაზღვრა კონკრეტული რისკ-ფაქტორების როლი.

მოსახლეობის უფრო დიდ ნაწილში გამოკვლევით-სათვის აღნიშნული მეთოდის დანერგვის მიზნით აუცილებელი იყო კომპიუტერული პროგრამის შემუშავება, რომელიც მონაცემთა შეყვანის საპასუხოდ პირდაპირ განსაზღვრავდა საექსპოზიციო შემთხვევასა და რისკ-ჯგუფს. (ამისთვის შემუშავებულ იქნა ქულათა სისტემა). ეს კი საშუალებას მოგვცემდა თითოეულ გამოკითხულზე ინდივიდუალური ბარათიც შევკვდინა. (ქვემოთ მოცემულია ბარათის ნიმუში):

კვლევის I და II ეტაპის შედეგთა შეფასების საფუძველზე გამოიკეთა ტესტ-კითხვარის სამმაგი (სადიაგნოზო, პრევენციული, საგანმანათლებლო) მნიშვნელობა:

ტესტ-კითხვარი			
ტუბერკულოზის გამოვლენა	ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფების დადგენა	ინფორმაცია ტუბერკულოზის შესახებ	სხვა ნოზოლოგიის გამოვლენა

ინდივიდუალური TB ბარათის ეფექტური გამოყენებისათვის შევიმუშავეთ ალგორითმი (სურ. 1).

ცხრილი 1. ტესტ-კითხვარის საშუალებით ტუბერკულოზის გამოვლენის შედეგები I კატეგორიაში

გამოკვლევულთა საერთო რაოდენობა	საექსპოზიციო აღნიშვნა		გამოკვლევა ჩაიტარა		ტუბერკულოზი დადგინდა	
	აბს.	კუმ %	აბს.	კუმ %	აბს.	კუმ %
464	29	6,25	29	100	3	0,6
სარ68. %		6,25		100		0,6
კუმ. %		-		100		10,3

ცხრილი №62 ტესტ-კითხვარის საშუალებით ტუბერკულოზის გამოვლენის შედეგები II კატეგორიაში

გამოკვლევულთა საერთო რაოდენობა	საექსპოზიციო აღნიშვნა		გამოკვლევა ჩაიტარა		ტუბერკულოზი დადგინდა	
	აბს.	კუმ %	აბს.	კუმ %	აბს.	კუმ %
200	11	05,5	5	02,5	0	0
სარ68. %		05,5		02,5		0
კუმ. %		-		45,4		0

დასკვნები:

1. სკრინინგი სიმპტომების (განსაკუთრებით, მდგრადი ხველის) მიხედვით პაციენტებისა და არასპეციალიზებული ქსელის შემუშავების აქტივირებას გულისხმობს და ეფექტურია სამედიცინო და ეკონომიკური თვალსაზრისით;

2. ტესტ-კითხვარი იძლევა არა მარტო ტუბერკულოზზე საეჭვო შემთხვევის, არამედ, სათანადო კვლავის შემდეგ, ტუბერკულოზის დადგენის საშუალებას;

3. ტესტ-კითხვარი იძლევა ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფების დადგენის შესაძლებლობას

3. ტესტ-კითხვარით შესაძლებელია სხვა ნოზოლოგიის დროული გამოვლენაც.

4. ტესტ-კითხვარი იძლევა შესაძლებლობას, სპეციფიური მოსახლეობის (ლტოლვილები, უსახლკაროები, თავშესაფრების, საერთო საცხოვრებლების, ბავშვთა სახლების ბინადრები, ჯარისკაცები, პატიმრები, კონტაქტები, აივ/შიდს ინფიცირებულიები და სხვ) შედარებით დიდ ჯგუფებში დროის მცირე მონაკვეთში გამოვყოთ საეჭვო შემთხვევები და გააღრმავებული კვლევები ჩავატაროთ მხოლოდ გამოყოფილ ჯგუფში.

ამრიგად, მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფების გამოკვლევა ტუბერკულოზის სიმპტომების მიხედვით სკრინინგის მეთოდით, შესაძლებელია, გამოყენებულ იქნას ტუბერკულოზზე საეჭვო და ტუბერკულოზის შემთხვევათა A დროული გამოვლენისათვის, მაგრამ კვლევის მეთოდი უნდა იყოს იაფი, ადვილად განსახორციელებელი და დასაშუალებელი, ამასთან ინფორმატიული. ტუბერკულოზის შემთხვევის დროული გამოვლენა ხელს შეუწყობს ქვეყანაში ინფექციის გავრცელების შეჩერებას.

ლიტერატურა

1. მდივანი ნ. ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები კონტროლის თანამედროვე სისტემის რეალიზაციის პირობებში. ავტ.რეფ. დისერტ. თბილისი, 2005.
2. მეთოდური რეკომენდაციები 2003 წლის ტუბერკულოზთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სადაიგნოზო, სამკურნალო და პრევენციულ ღონისძიებათა გასატარებლად, თბილისი, 2003.
3. ტომანი. ტუბერკულოზი. თბილისი, 2006
4. Centers for Disease control. Guidelines for preventing the transmission of tuberculosis in health-care settings, with special focus on HIV-related issues. Morbid Mortal. Wkly Rep; 1990; 39:1-29.
5. Coninx R, Maher D, Hernan R, Grzemiska M. Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. BMJ 2000;320:440-442
6. Grzybowski S, Barnett GD, Styblo K. Contacts of cases of active pulmonary tuberculosis. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis 1975;50:90-106
7. Menzies D, Fanning DA, Yuan L, Fitzgerald M. Tuberculosis among health care workers. N Eng J Med, 1995; 332:92-7.
8. WHO Expert Committee on Tuberculosis. Eighth Report. World

Health Organization Technical Report Series No.290. Geneva: WHO,1964

9. WHO Expert Committee on Tuberculosis. Nighth Report. World Health Organization Technical Report Series No.552. Geneva: WHO, 1974

10. WHO. Report: Global Tuberculosis Control . Geneva: 2006

E.Sanikidze, L. Vashakidze

SCREENING WITH TB SYMPTOMS USING TEST-QUESTIONNAIRE

National Center For Tuberculosis and Lung Diseases

Screening of patients with TB symptoms is a main way of case-finding.

With this purpose, we have carried out a survey among the specific social groups (664 people) using a test-questionnaire. For the elaboration of results we have created a computer program, personal cards and algorithm.

As a result, we have singled out: a) groups with TB symptoms and found 3 TB cases b) non-TB nosologies, c) groups of people with high risk of developing TB. In this group 3 TB cases were revealed after 3 years.

Screening with TB symptoms using a test-questionnaire is effective, inexpensive and convenient activated method for case finding among specific social groups.

საყვარელიძე ზ., მღებრიშვილი ს., ბარბაქაძე ი., ბილიხოძე ზ.

ბრუნდის შემცველი პასხის გამოყენების შირკული შედეგები აუღაბისა და აპიროდინტიტის ქრონიკული შორგების მკურნალობის დროს

თ.ს.ს.-ის ა. ჯაფარიძის სახელობის
საინფექციური სოფთაოლოგიური კლინიკა

პულპიტისა და პერიოდონტიტის ქრონიკულ ფორმათა მკურნალობის საკითხი, მიუხედავად მიღწეული პროგრესისა, კვლავ ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემად რჩება არა მარტო სტომატოლოგიაში, არამედ მედიცინაშიც. ვარდა უმრავლეს გართულებებისა უშუალოდ ყბა-სახის არეში (კბილების დაკარგვა, პერიოსტიტი, ოსტეომიელიტი), ოდონტოგენური ინფექცია უარყოფითი ზეგავლენას ახდენს ორგანიზმის ზოგად მდგომარეობაზე. ინფექციის კერა კბილის ფეხის არხსა და პერაპიკულ ქსოვილებში ორგანიზმის სენსიტიზაციაშია და შესაძლო ინტოქსიკაციის წყაროს წარმოადგენს. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებით საყურადღებოა ქრონიკული პერიოდონტიტის დესტრუქციული ფორმები. მათი მკურნალობის შედეგი მინიმუმადანა და მოკიდებული კბილის ფეხის არხის დაბეჭდვის ხარისხზე. არხის პერმენტული ობტურაცია არხში, აპიკალურ დელტასა და დენტინის მილაკებში არსებული მიკროორგანიზმების დაშლის ტოქსიკური პროდუქტების ბლოკადისა

და გაუენბელებლოფის ერთადერთ საშუალებას წარმოადგენს.

ქრონიკული პერიოდონტიტის დესტრუქციული ფორმების მკურნალობისას არხის დასაფენი მასალა აუცილებლად შეიძლება კონტაქტში პერიაპექსულ ქსოვილებთან. აღნიშნულ ქსოვილებში ანთებითი პროცესის არსებობისას სასურველია არხის დასაფენმა მასალამ შეასრულოს სამკურნალო ნახევრის როლი, მოახდინოს რა ანთეზაზე მედიკამენტური ზემოქმედება, ამით ხელი შეუწყოს ძვლის ქსოვილის რეპარაციული ოსტეოგენეზის სტიმულაციის პროცესს, რამდენადაც პერიოდონტიტის დესტრუქციული ფორმების მკურნალობის წარმატებულობა პერიაპექსული დესტრუქციული კერის აღდგენით განისაზღვრება. წინააღმდეგ შემთხვევაში აღნიშნული კერების არსებობა საფრთხეს უქმნის ადამიანის ჯანმრთელობას.

ამასთან, ფესვის კისტის აბსცედირება შეიძლება მოხდეს 11-დან 86%-ში, შესაძლებელია აღნიშნული პათოლოგიის ფონზე ყბის (განსაკუთრებით ქვედა ყბის) პათოლოგიური მოტიხილობა განვითარდეს. ლიტერატურაში აღწერილია კბილის ფესვის კისტების ავთვისებიანი სიმსიენედ გადაგვარების ცალკეული შემთხვევებიც (1). უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირ შემთხვევაში პერიაპექსული ანთებითი პროცესები უსიმპტომოდ მიმდინარეობენ (2; 3), რაც დაავადებათა პროგნოზს კიდევ უფრო არაკეთილსაიმედოს ხდის.

ბოლო ორი ათეული წლის მონაცემები ცხადყოფენ, რომ ყბების ქირურგიული დაავადებების 15-30%-ს ქრონიკული პერიოდონტიტები, ხოლო 7-12%-ს ფესვის კისტები შეადგენენ. აღნიშნული დაავადებების მქონე ავადმყოფთა მკურნალობის როგორც უახლოეს, ისე შორეული შედეგები დღევანდელ დღემდე უმეტეს შემთხვევაში არაა დამაკმაყოფილებელია (4).

ქვეყნის მიზანი: ჩვენს მიზანს წარმოადგენდა ბრაუნოლის შემცველი პასტის გამოყენების შორეული (10-12 წლის შემდეგ) შედეგების შესწავლა ქრონიკული პულპიტებისა და ქრონიკული პერიოდონტიტების ენდოდონტიური მკურნალობის დროს. განსაკუთრებული დაკვირვების ობიექტს ქრონიკული პერიოდონტიტის დესტრუქციული ფორმები შეადგენდნენ.

მასალა და მეთოდები: დასახული მიზნის შესასრულებლად დაკვირვება მკურნალობიდან (კბილის ფესვის არხის მედიკამენტური დამუშავება ბრაუნოლ 2000-ის კონცენტრირებული ხსნარით და არხის დაბუნება ბრაუნოლის შემცველი პასტით) 10-12 წლის შემდეგ ჩავატარეთ. პაციენტებს ჩავუტარეთ კლინიკურ-რენტგენოლოგიური კვლევა.

შესწავლის ობიექტს 25 პაციენტი შეადგენდა. ნამკურნალები 25 კბილიდან 6 იყო საჭრელი, 4 — ეშვი, 3 — პრემოლარი და 9 — მოლარი. დიაგნოზის მიხედვით პაციენტები ასე განაწილდნენ: პულპიტის ქრონიკული ფორმები — 6 (ფიბროზული-3, განგრენული-2, ჰიპერტროფიული-1), პერიოდონტიტის ქრონიკული ფორმები — 19 (ფიბროზული-1, მაგრანულარიტული-6, გრანულომატოზური-10, კისტაგრანულომა-2).

მიღებული შედეგები: კლინიკურ-რენტგენოლოგიურმა გამოკვლევებმა აჩვენეს, რომ კლინიკურად არც ერთ პაციენტს რაიმე ჩივილი არ გამოუთქვამს. ბრაუნოლის შემცველი პასტით დაბუნებული კბილები ღვეტილი პროცესში სრული დატვირთვით მონაწილეობენ.

ქრონიკული პულპიტის დიაგნოზით ნამკურნალები კბილის შემთხვევაში პერიაპექსულ ქსოვილებში რაიმე ცვლილება არ აღნიშნულა. დაინტერესდით, თუ რამდენად შემერტულად ზურავს ბრაუნოლის შემცველი პასტა კბილის ფესვის არხს. ექსცივე შემთხვევაში მასალის არხიდან ვაწოვა არ დაფიქსირებულა, არხები ობტურირებული იყო ფიზიოლოგიურ შევინრებამდე.

ქრონიკული პერიოდონტიტების შემთხვევაში გამოკვლეული 19 კბილის ფესვის პერიაპექსულ მიდამოში დესტრუქციული კერის სრული აღდგენა აღინიშნა 68,42%-ში, ნანილობრივი-21,05%-ში, მდგომარეობა უცვლელი დარჩა — 10,53%-ში. დესტრუქციული კერის გადიდება არ აღინიშნა. დაკვირვების ყველა 19-ივე შემთხვევამ არხების სრულყოფილი ობტურაცია დაადასტურა.

დსკსქნა: ამგვარად, პულპიტისა და პერიოდონტიტის ქრონიკულ ფორმათა მკურნალობის შორეულმა (10-12 წლის შემდეგ) კლინიკურ-რენტგენოლოგიურმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ბრაუნოლის შემცველი პასტა ეფექტურ სამკურნალო საშუალებას წარმოადგენს, რამდენადაც კბილის ფესვის არხის პერმეტულ ობტურაციას უზრუნველყოფს და, აქედან გამომდინარე, ხელს უწყობს პერიაპექსული დესტრუქციული კერის სრულ აღდგენას.

ლიტერატურა:

1. Овруцкий Г.Д. соавт. Непреративное лечение околокорневых кист челюстей, Москва: Медицина.-1999.-С. 10-22.
2. Sunde et al. Bacteria of asymptomatic periapical endodontic lesions identified by anaerobic culture and genetic methods. Эндодонтия today. X Конгресс. Мюнхен. 4-6 октября 2001. С. 3-4.
3. Садовский В.В. Денпофорез. Москва:Мед. книга.-2004.-С. 6-4.
4. Боровский Е.В. и соавт. Терапевтическая стоматология, Москва, МИА, 2003, стр. 483-494.

Sakvarelidze Z., Mgebrishvili S., Barbakadze I., Bilikhodze Z.

THE DISTANT RESULTS OF BRAUNOL-CONTAINING PASTE APPLICATION IN THE COURSE OF TREATMENT FOR CHRONIC PERIODONTITIS AND PULPITIS.

TSMU, A. Urushadze Stomatological Clinic

25 patients, of whom 6 with chronic pulpitis and 19 with chronic periodontitis, were selected for the study. 10-12 years later after treatment (medicamentous therapy of root canal with concentrated Braunol solution 2000 and root canal filling with Braunol-containing paste), patients' clinical and X-ray evaluation has been conducted by us.

The study has shown, that among the patients with chronic periodontitis (19 patients) the complete restoration of periapical destructive nidus was observed in 68,42% of cases, the partial – in 21,05%. The situation remained unchanged in 10,53% of cases. It is worth mentioning, that the increase of destructive nidus was not observed. Among the patients with chronic pulpitis, any changes in the periapical tissues was not revealed with the X-ray examination. It was established, that the Braunol – containing paste securely covers root canal and resorption of materials from the root canal is not observed.

As a result of the clinical and X-ray examination, it was established, that the Braunol-containing paste is effective therapeutic agent in the complex of endodontic therapy of chronic forms of pulpitis and periodontitis. The material offered by us, provides root canal with hermetic obturation, and in this way, it assists complete restoration of periapical destructive nidus.

საყვარელიძე ზ., მღებრიშვილი ს. ბარბაქაძე ი.
ბილისოძე ზ.

სრული აღნაგობის ორთოპედიული მკურნალობის შორეული შედეგები

თ.ს.ს.უ. ა. ურუშაძის სახელობის საუნივერსიტეტო
საკოვამენტო-ორთოპედიული კლინიკა

პროთეზირების შორეული შედეგების შესწავლა გულისხმობს, როგორც პროთეზირების ხარისხისა და მათი ფუნქციური თვისებების შეფასებას, ასევე, ლექციითი აპარატის ქსოვილების იმ მდგომარეობის და რეაქციის ზედმიწევნით გამოკვლევას, რომელზეც პროთეზი პირდაპირ ან არაპირდაპირ მოქმედებს (2). მთლიანი მოსახსნელი პროთეზების ხანგრძლივად ხმარების შედეგად, ალვეოლური მორჩების ატროფიის გამო, ადგილი აქვს საპროთეზო ველისა და პროთეზის ბაზისის ფორმის შეუსაბამობას, რაც პროთეზის ბალანსირებასა და ფიქსაციის გაუარესებას იწვევს. როგორც ცნობილია, მთლიანი მოსახსნელი პროთეზების მდგრადობას განაპირობებს უკბილო ყბებზე პროთეზების ფიქსაცია და სტაბილუზაცია. ფიქსაცია დამოკიდებულია ალვეოლური მორჩების ანატომო-ტოპოგრაფიულ თავისებურებებზე, ხოლო სტაბილუზაცია ხელოვნური კბილების განლაგების მეთოდზე (3).

მთლიანი მოსახსნელი პროთეზების ექსპლუატაციის ვადა 3-4 წელია. პროთეზების შემდგომი ხმარებისას ლექციითი ფუნქტიურობა მცირდება. ამასთან ადგილი აქვს საყვების ლექციის დროის გახანგრძლივებას (1).

მთლიანი მოსახსნელი პროთეზების ხანგრძლივად ხმარების შედეგად, როდესაც ალვეოლური მორჩების ატროფიის გამო ფიქსაცია სუსტდება, პროთეზის მდგრადობა ხორციელდება სტაბილუზაციის ხარჯზე, რაც თავის მხრივ დამოკიდებულია ხელოვნური კბილების განლაგების მეთოდზე.

კვლევის მიზანი: ჩვენი კვლევის მიზანს შეადგენდა, სრული ადენტიის დროს, მთლიანი მოსახსნელი პროთეზების ხანგრძლივად ხმარების შემთხვევაში, ხელოვნური კბილების განლაგების სხვადასხვა მეთოდით დამზადებული პროთეზების ლექციითი ფუნქტიურობის შესწავლა.

მასალა და მეთოდები: გამოკვლევისათვის შევარჩიეთ 70 პაციენტი დიაგნოზით - სრული ადენტია, რომელთაც მთლიანი მოსახსნელი პროთეზები დამზადდათ 1-2 წლის წინ. აღნიშნულ პაციენტთაგან 20-ს პროთეზები დამზადებული ჰქონდათ ხელოვნური კბილების განლაგების მ. ვასილიევის მეთოდით, 20 პაციენტის პროთეზები დამზადებული იყო უნივერსალურ არტიკულატორში ხელოვნური კბილების განლაგებით, ხოლო 30 პაციენტს მთლიანი მოსახსნელი პროთეზები დამზადებული ჰქონდათ ჩვენს მიერ კონსტრუირებული არტიკულატორში (გამოგონება, პატენტი № 1581), საგიტალური სახასხრე გზის გასაზომად ვიყენებდით ასევე ჩვენს მიერ დამზადებულ ხელსაწყოს (გამოგონება, პატენტი № 546), ხოლო ხელოვნური კბილების განლაგებას ვახდენდით ინდივიდუალური საოკლუზიო მრუდეების მიხედვით ხელოვნური კბილების განლაგების მეთოდის ჩვენს მიერ მოწოდებული მოდიფიკაციის მიხედვით (გამოგონება, პატენტი № 1738), რომელიც შემდგომი მდგომარეობის: ცენტრალური ოკლუზიის განსაზღვრის შემდეგ ცვილის შაბლონებს ვათავსებდით მოდელზე რომელთაც ვაფიქსირებდით ჩვენს მიერ კონსტრუირებულ არტიკულატორში, რომლის ზედა ჩარჩო მოძრაობს წინასწარ, პაციენტის პირის ღრუში განსაზღვრული საგიტალური სახასხრე გზის კუთხის დახრილობის შესაბამისად.

ზედა და ქვედა ცვილის მორგების გვერდითი დამოკებით, ერთმანეთის პირისპირ, ვაფიქსირებდით შესაბამისი ზომის თაბაშირის ბლოკებს. ამის შემდეგ ვახდენდით არტიკულატორის ზედა ჩარჩოს მოძრაობას საგიტალური და ტრანსვერსალური მიმართულებით, სახასხრე გზების კუთხეების შესაბამისად. ამგვარი მოძრაობების გამო თაბაშირის ბლოკებზე ერთმანეთზე ხახუნის შედეგად, ნაწილობრივ ფორმირდებოდა საგიტალური და ტრანსვერსალური საოკლუზიო მრუდეები. არტიკულატორის დახმარებით ინდივიდუალური საოკლუზიო მრუდეების რეალურთან მიახლოებული ფორმის მიღების შემდეგ, მოდელზე ბიდან იღებდნენ შაბლონებს მაშინ ფიქსირებული თაბაშირის ბლოკებთან ერთად, ასევედგენ ცივი წვლით, რას შედეგადაც ცვილის მორგებით მაგრდება, ხოლო თაბაშირის ბლოკები კი რიბდება. შემდეგ შაბლონებს ათავსებდნენ პაციენტის პირის ღრუში და სთხოვდნენ რამდენჯერმე შეასრულოს ქვედა ყბის მოძრაობა წინა-უკანა და გვერდითი მიმართულებით.

აღნიშნული მოძრაობების შესრულება პაციენტის მხრიდან დიდი წინააღმდეგობების გადალახვას არ მოითხოვდა, რადგან საოკლუზიო მრუდეები, არტიკულატორის დახმარებით, თითქმის ფორმირებული იყო, ამიტომ ქვედა ყბის მოძრაობა არის თავისუფალი, მეტოპამლიტუდით და სწრაფი, ხოლო ინდივიდუალური საოკ-

ლუზიო მრუდეები ლებულობენ უფრო ზუსტ და რეალურ ფორმას.

პაციენტის პირის ღრუში ინდივიდუალური საციტალური და ტრანსვერსალური საოკლუზო მრუდეები საბოლოოდ ფორმირების შემდეგ, პათოლოგიები გამოქონდათ პაციენტის პირის ღრუდან, ათავსებდნენ არტიკულატორში დათავაპირებულ მოდელებზე და აყენებდნენ ცენტრალური ოკლუზიის მდგომარეობაში. ამის შემდეგ ხდება ხელოვნური კბილების განლაგება.

კვლევის შედეგები: ჩვენს მიერ შეჩვენულ პაციენტებს, რომლებიც ზედა და ქვედა ყბის მთლიან მოსახსნელ პროთეზებს ხმარობდნენ 4-6 და მეტი წლის განმავლობაში, ჩატარდათ მიოტონომეტრიული, მასტიკაციოგრაფიული და ლექვითი ეფექტურობის განსაზღვრელი გამოკვლევები. გარდა ამისა, ხდებოდა ზედა და ქვედა ყბის მთლიანი მოსახსნელი პროთეზების უკბილო ყბებზე მდგრადობის შესწავლა. ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად გამოვსახა, რომ პაციენტებს, რომლებსაც მთლიანი მოსახსნელი პროთეზები და მზადებული ჰქონდათ ხელოვნური კბილების განლაგების მ. ვასილიევის მეთოდით, 4-6 წლის შემდეგ, ლექვითი ეფექტურობა შემცირებული ჰქონდათ 20,4%-მდე. მნიშვნელოვნად ჰქონდათ გახანგრძლივებული საკვები ულუფის ლექვის დრო - კერძოდ 1 სმ3 ზომის რუხი პურის დასაღეჭად ასრულებდნენ 49,65 ლექვითი მოძრაობას, რასაც ანდომებდნენ 52,72 წამს. ასევე მნიშვნელოვნად იყო შემცირებული საღეჭი კუნთების ტონუსი - კერძოდ იგი უდრიდა -8,7 გ. გამოკვლევების შედეგად აღინიშნებოდა ზედა და ქვედა ყბის პროთეზების მდგრადობის მნიშვნელოვანი შესუსტება, რის გამოც პაციენტები მოითხოვდნენ ძველი პროთეზების შეცვლას ახალი პროთეზებით.

პაციენტებს, რომლებსაც მთლიანი მოსახსნელი პროთეზები დამზადებული ჰქონდათ უნივერსალურ არტიკულატორში ხელოვნური კბილების განლაგებით, ლექვითი ეფექტურობა შემცირებული ჰქონდათ 22,3%-მდე. 1 სმ3 ზომის რუხი პურის დასაღეჭად ასრულებდნენ 29,85 ლექვითი მოძრაობას, რასაც ანდომებდნენ 33,75 წამს, საღეჭი კუნთების ტონუსი შემცირებული ჰქონდათ - 22,4 გ-მდე. აღნიშნული პაციენტებიც ლექვითი ეფექტურობის მნიშვნელოვნად შემცირების გამო მოითხოვდნენ განმეორებით პროთეზირებას.

პაციენტებს, რომლებსაც მთლიანი მოსახსნელი პროთეზები დამზადებული ჰქონდათ ინდივიდუალური საოკლუზო მრუდეების მიხედვით ხელოვნური კბილების განლაგების მეთოდის ჩვენს მიერ მონოდეტული მოდიფიკაციის გამოყენებით, ზედა და ქვედა ყბის მთლიანი მოსახსნელი პროთეზების ხმარების 4-6 წლის შემდეგ ლექვითი ეფექტურობა აღენიშნებოდა 54,6%, 1 სმ3 ზომის რუხი პურის დასაღეჭად ასრულებდნენ 16,03 ლექვითი მოძრაობას, რასაც ანდომებდნენ 21,14 წამს, საღეჭი კუნთების ტონუსი ჰქონდათ - 24,9 გ. აღნიშნული პაციენტების

მთლიანი მოსახსნელი პროთეზების უკბილო ყბებზე მდგრადობა იყო დამაკმაყოფილებელი, რის გამოც ისინი პროთეზების შეცვლას არ ითხოვდნენ და მათ ჩვეულებრივ ხმარობდნენ 5-7 წლის შემდეგაც.

დასკვნა: ამჯერად, პაციენტებს დიაგნოზით ზედა და ქვედა ყბის სრული ადენტია, რომელთაც დაუშვადდათ მთლიანი მოსახსნელი პროთეზები ინდივიდუალური საოკლუზო მრუდეების მიხედვით ხელოვნური კბილების განლაგების მეთოდის ჩვენს მიერ მონოდეტული მოდიფიკაციის გამოყენებით, აღნიშნული პროთეზების ხანგრძლივად ხმარების შემდეგაც აღენიშნებოდათ მთლიანი მოსახსნელი პროთეზების უკბილო ყბებზე დამაკმაყოფილებელი მდგრადობა და საკმაოდ მაღალი ლექვითი ეფექტურობა, ამიტომ აღნიშნულ მეთოდს გააჩნია მნიშვნელოვანი უპირატესობა სხვა მეთოდებთან შედარებით.

ლიტერატურა

1. Копейкин В.Н. — Руководство по ортопедической стоматологии. Москва, 1998г.
2. Трезубов В.Н.; Шербатов Л.М.; Мишина Л.М. - Ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2005.
3. P.Mariani; O.Hue. The Biofunctional Prosthetic System: a new approach in removable denture prosthetics, Dental news. Vol. 8. 1/2001.

Sakvarelidze Z., Mgebrishvili S., Barbakadze I., Bilikhidze Z.

THE DISTANT RESULTS OF COMPLETE ADENTIA ORTHOPROTHETIC TREATMENT

TSMU, A. Urushadze Stomatological Clinic

70 patients with complete adentia and with the dentures made 4-6 years ago, were selected for the study. In 20 cases, the dentures were made according to the Vasiliev method, in another 20 cases - with the method of alignment in universal articulator of false teeth and in 30 cases, the complete dentures were prepared in accordance to the individual occlusal arches as the modified method of alignment of false teeth offered by us. (invention, patent P1738)

The study has shown, that in patients of whom complete dentures were prepared according to the Vasiliev method, the masticatory efficiency decreased to 20,4% after 4-6 years and the significant abatement of the upper and lower jaw dentures were observed, which of course, is the cause of substitution of the old dentures by the new one. The masticatory efficiency in the patients with complete dentures made by the alignment in universal articulator of false teeth, decreased to 22,3% and the patients were also required to replace prosthetics. In the other cases, where complete dentures were prepared with individual occlusal arches in accordance to the modified method of alignment of false teeth offered by us, the masticatory efficiency appeared to be 54,6%. The stability of complete dentures on edentulous jaw was satisfactory and the patients were not required to substitute dentures, which is useful even after 5-6 years.

საყვარელიძე ზ., ბილიხოძე ზ., მღებრიშვილი ხ.,
ბარბაქაძე ი.

**დენტალური იმპლანტაციის უპროგრამო
პროთეზირების უპროგრამოების ანალიზი**

თ.ს.ს.უ.-ის ა. ურუაშის სახელობის
საუნივერსიტეტო სტომატოლოგიური კლინიკა,
სტომატოლოგიური კლინიკა „დედაძი-95“

სტომატოლოგიური იმპლანტოლოგია დღეისა-
თვის სტომატოლოგიის ერთ-ერთი ყველაზე პერსპექ-
ტიული დარგია. მის ამოცანას წარმოადგენს ყაბ-
კილითა სისტემის დეფექტების აღდგენა იმპლან-
ტატების გამოყენებით, რომელიც შედეგადა ბი-
ოლოგიურად შეთანხვებული მასალისგან დაზოგადე-
ბული ძვალშია და ძვალგარეთა ნაწილებისაგან.

დენტალური იმპლანტაცია მნიშვნელოვნად აფარ-
თოვებს სტომატოლოგიური პრაქტიკის შესაძლე-
ბლობებს. იმპლანტატების გამოყენება საშუალებას
ძლევს დაზოგადდეს როგორც მოუხსნელი კონსტრუ-
ქციები, ასევე გაუმჯობესდეს მოსახსნელი პროთე-
ზების ფიქსაცია. დენტალური იმპლანტაცია ამაღ-
ლებს რა მკურნალობის როგორც ფუნქციურ, ისე ეს-
თეტიურ შედეგებს, იმსახურებს სპეციალისტებისა
და სულ უფრო მეტი რაოდენობა პაციენტების მზარდ
ინტერესს (3).

ძვალშია დენტალური იმპლანტატების გამოყ-
ენებით პაციენტთა მკურნალობის წარმატება დიდად
არის დამოკიდებული როგორც იმპლანტატის ჩაბა-
რების ქირურგიულ ეტაპზე, ასევე ოპერაციის წინა
მომზადებაზე. შორეული შედეგების პროგნოზირება
შუაშტაბელა იმპლანტაციის მიღამოში ყბათა ალ-
ვეოლური მორჩების მდგომარეობის დინამიური შე-
ფასების გარეშე. ასევე მნიშვნელოვანია იმპლან-
ტატების ინტეგრაციისა და ძვლოვანი ქსოვილის რეპ-
არაციული პროცესების გამოვლენა (2).

ქბლის იმპლანტირებისას ირვევა ეპითელიუმის
მთლიანობა. ყბასთან კბლის იმპლანტატო-ეპითე-
ლიური შეერთება იმდენად ძლიერი არ არის, როგორც
კბილ-ალვიოლური შეერთება. ამის გამო იმპლან-
ტატები მგრძობიარეა როგორც ორგანიზმის შიდა,
ისე გარე ცვლილებებისადმი. ამიტომ საჭიროებს
დაკვირვებულ მუშაობას ოპერაციამდე და ოპერაცი-
ის შემდგომაც შენაბამის მოვლას იმპლანტატის ფუნ-
ქციონირების მთელი პერიოდის მანძილზე (1).

სტომატოლოგიურ კლინიკა „დეტექსი-95“-ში
რამდენიმე წელია წარმატებით მიმდარეობს, რო-
გორც დენტალური იმპლანტაციის ოპერაციებ, ასევე
იმპლანტაციის შემდგომი პროთეზირება. დაზოგადე-
ბულია, როგორც მოსახსნელი კონსტრუქციის პრო-
თეზები, რომლებიც პროთეზებზე ფიქსირდებიან
ტელსკოპური კლამერებისა ან მაგნიტების საშუ-
ალებით, ასევე მოუხსნელი და პირობითმოსახსნელი
კონსტრუქციის პროთეზები. ამასთან მოუხსნელი
პროთეზები დაზოგადეა როგორც მხოლოდ იმპლანტა-

ტებზე დაყრდნობით, ასევე იმპლანტატსა და ბუნე-
ბრივ კბლზე ფიქსაციით.

კვლევის მიზანი: კვლევის მიზანს წარმოადგენ-
და იმპლანტაციის შემდეგ დაზოგადეული სხვადასხ-
ვა კონსტრუქციის პროთეზების (მოსახსნელი – მაგ-
ნიტებით ფიქსაცია, ტელსკოპური გვირგვინებით
ფიქსაცია და მოუხსნელი – იმპლანტატებზე დაყრდ-
ნობით, იმპლანტატსა და ბუნებრივ კბილზე დაყრდ-
ნობით) გამოყენების შემდეგ, იმპლანტატების ფუნ-
ქციური მდგომარეობის შედარებით შეფასება.

მასალა და მეთოდები: დაკვირვების მიზნით
გამოყვანილი 70 პაციენტი, რომელთაც ჩაუტარდათ
დენტალური იმპლანტაციის შემდგომი პროთეზირე-
ბა. აღნიშნული პაციენტების დაყვავით სამ ჯგუფად:
პირველ ჯგუფში შევიდა 7 პაციენტი, რომელთაც იმ-
პლანტაციის შემდეგ დაუზოგადეა მოსახსნელი პრო-
თეზები. მეორე ჯგუფის 9 პაციენტს დაუზოგადეა
მოუხსნელი კონსტრუქციები, რომლებიც ფიქსირე-
ბული იყვნენ ბუნებრივ კბილსა და იმპლანტატზე,
ხოლო მესამე ჯგუფის 54 პაციენტს დაუზოგადეა
მოუხსნელი პროთეზები მხოლოდ იმპლანტატებზე
ფიქსაციით.

ოპერაცია ტარდებოდა ორეტაპიანი მეთოდით.
პირველ ეტაპზე ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ
ახდენდნენ ლორწოვანი გარსისა და ძვლისაზრდე-
ლას გაკვეთას ალვეოლური მორჩის გასწვრივ.
ლორწოვან-ძვლისაზრდელას ნაფლეთის აპრეგებ-
ის შემდეგ, ძვლის ატრავმატიული პრეპარირების
შემდეგ ახდენდნენ იმპლანტატის ძვლოვანი სარე-
ცლის ფორმირებას. არაუმეტეს 2-2.5 მმ დიამეტრის
მქონე ბორის საშუალებით აკეთებენ არხს, რომლის
სიღრმე შეესაბამება ძვალშიდა ელემენტის სიგრძ-
ეს. ამის შემდეგ ახდენენ არხის გაფართოებას 3-
3.5 მმ ბორის დახმარებით.

პრეპარირების ყველა ოპერაციის დროს
გაკვირვება უნდა მოხდეს სტერილური სხნარის
დახმარებით, ხოლო ბორის ბრუნვის სიჩქარე არ
უნდა აღემატებოდეს 1000-1500 ბრ/წმ-ში. პირველი
ეტაპის ჩატარების ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი
მოთხოვნაა, რომ იმპლანტატის ძვალში მოთავსები-
ის შემდეგ მისი ზედაპირი დაცილებული უნდა იყოს
ალვეოლის ქედიდან 0.5-1 მმ-ით.

იმპლანტატის ძვალშიდა ნაწილის მოთავსების
შემდეგ, მასზე ფიქსირებენ სპეციალურ ზუფს, რის
შემდეგაც ლორწოვან-ძვლისაზრდელას ნაფლეთის
აპრუნებენ პირგანდელ მდგომარეობაში და ჭრი-
ლობას კერავენ.

ოპერაციის მეორე ეტაპი ტარდება 2-4 თვის შემ-
დეგ. ზონდის დახმარებით პოულობენ იმპლანტატს,
პერფორატორის საშუალებით აცილებენ იმპლანტა-
ტის ზემოთ არსებულ ლორწოვანს, ამოხრახნიან
ზუფს, გამოვლენავენ იმპლანტატის შიგა არხს და
ჩახრახნიან ღრძილის მანყეტის მფორმირებელს,
რომელსაც მკურნალობის ოროთქვედიულ ეტაპზე
ცვლიან საყრდენი ელემენტით.

კვლევის შედეგები: იმპლანტაციის შემდგომი
პროთეზირებიდან ერთი წლის შემდეგ, იმპლანტატე-

ბის ირგვლივ ძვლოვანი ქსოვილის მდგომარეობას ეიკვლევილი რენტგენოგრაფიული და ვიზოგრაფიული მეთოდით, ხოლო იმპლანტატების ფუნქციური მდგომარეობას ვაფასებდით იმპლანტატის ფუნქციონირების მაჩვენებლის (ი.ფ.მ.) დახმარებით.

გამოკვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ პირველი ჯგუფის 6 პაციენტის (86%) იმპლანტატების ფუნქციონირების მაჩვენებელი ერთი წლის შემდეგ უდრიდა 1-ს, ხოლო 1 პაციენტის (14%)—0.75-ს.

მეორე ჯგუფის 5 პაციენტის (56%) იმპლანტატების ფუნქციონირების მაჩვენებელი ერთი წლის შემდეგ იყო 1-ის ტოლი, 2 პაციენტის (22%) იმპლანტატების ფუნქციონირების მაჩვენებელი უდრიდა 0.75-ს, ხოლო 2 პაციენტის (22%)—0.5-ს.

მესამე ჯგუფის 37 პაციენტის (69%) იმპლანტატების ფუნქციონირების მაჩვენებელი ერთი წლის შემდეგ უდრიდა 1-ს, 13 პაციენტის (24%) იმპლანტატების ფუნქციონირების მაჩვენებელი იყო 0.75, ხოლო 4 პაციენტის (7%)—0.5.

დასკვნა: აბგვარად, ჩვენი მიერ ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად გამოვლინდა, რომ პროცენტულად იმპლანტატების ფუნქციონირების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო პირველ ჯგუფში, სადაც იმპლანტატები გამოყენებული იყო მოსახსნელი პროთეზების საფიქსაციოდ.

იმპლანტაციის შედეგად მიმართული პროთეზირების შედეგის ეფექტურობის დასაზღვევად იყო მესამე ჯგუფშიც, სადაც პაციენტებს დაუმზადდათ მოუხსნელი პროთეზები მხოლოდ იმპლანტატებზე ფიქსაციით. მხოლოდ მეორე ჯგუფის პაციენტების 22%-ს აღმოაჩნდათ იმპლანტატების ფუნქციონირების მაჩვენებელი 0.5-ის ტოლი, რაც ჩვენი აზრით, გამოწვეულია იმით, რომ ბუნებრივ კბილებსა და იმპლანტატებს გააჩნიათ ვერტიკალური მიმართულებით სხვადასხვა ამპლიტუდის მიკროექსკურსია.

აღსანიშნავია, რომ ერთი წლის შემდეგ არც ერთი ჯგუფის პაციენტებში არ აღინიშნა 0,25-ისა და 0-ის ტოლი იმპლანტატების ფუნქციონირების მაჩვენებელი.

ლიტერატურა

1. სუროვი ა., სუროვი ო., დოლიძე თ., დენტალური იმპლანტოლოგია, თბილისი, 2005, გვ.7
2. Кулаков А.А., Рабухина Н.А., Аржанцев А.П., Подорванова С.В., Адонина О.В. Диагностическая значимость методов рентгенологического исследования при дентальной имплантации. Стоматология. - №1. -М.-2006. С.34-40.
3. Ренуар Ф., Рангерт Б. Факторы риска в стоматологической имплантологии. М.: Азбука-2004-С.19-35.

Sakvarelidze Z., Biikhdze Z., Mgebrishvili S., Barbakadze I.

COMPARATIVE ANALYSIS OF DENTAL IMPLANTATION FOLLOWING TOOTH REPLACEMENT

TSMU, A. Urushadze Stomatological Clinic; Dental Clinic "Dentex-95" LTD

The condition of bone tissue, located around implant was studied with X-ray and visiography methods one year later after tooth replacement followed by the dental implantation. Implant functionality was assessed with Functional Indicator of Implant (FII).

The study has shown, that one year later, the FII for 6 patients (86%) from the first group was equal to 1, for 1 patient (14%) from the same group – to 0,75, for 5 patients (56%) from the second group – to 1, for 2 patients (22%) – to 0,75, for 2 patients (22%) – to 0,5, for 37 patients (69%) from the third group – to 1, for 13 patients (24%) – to 0,75, for 4 patients (7%) – to 0,5.

In this way, the study performed by us, has shown, that the percentage of the highest FII was exposed in the first group, where the implants have been used for fixing dentures. The satisfactory results of tooth replacement following dental implantation was also achieved in the third group, where the non-removable dentures with fixation on the implants were prepared. The FII equal to 0,5 for the 22% of patients from the second group, in our opinion, is caused by the fact, that the natural tooth and implant usually have microexcursion of different amplitude in the vertical direction. It is worth mentioning, that one year later, there was not patient with FII equal to 0,25 or 0.

სოფროშაძე ზ., ჭაბავილი ნ., თაოთრაძე ე., სვანიშვილი თ.

მაღალი სპორტული კვალიფიკაციის სპორტსმენთა კიდურების სისხლქარვეების ფარადი დულაქსის მომარაგების გამოკვლევა

თსუ, შინაგანი მედიცინის დეპარტამენტი
სამედიცინო რეაბილიტაციისა და სპორტული მედიცინის მიმართულებით

ცნობილია, რომ სისტემური ვარჯიშის შედეგად სპორტსმენთა ორგანოთა სისტემები კუნთური მუსკლასების ზეგავლენით განიცდის გარკვეული ხასიათის მორფოლოგიურ და ფუნქციურ ცვლილებებს, რის გამოც გამოკვლევების დროს შეიძლება შემჩნეული იქნეს ამ ორგანოთა სისტემების ფიზიოლოგიური პარამეტრების ზოგიერთი თავისებურება [1, 2, 4].

თანამედროვე სპორტის ძირითადი ამოცანაა მაღალი სპორტული შედეგები. ყოველივე ეს მოითხოვს სპორტსმენის ჯანმრთელობის შესაბამის დონეს, რათა მისმა ორგანიზმმა გაუძლოს ძალიან მაღალი ინტენსიობისა და მოცულობის სანეკროტული და საშეჯიბრო დატვირთვებს [1, 3, 5].

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მაღალი სპორტული კვალიფიკაციის სპორტსმენთა ქვემო და ზემო კიდურების არტერიებისა და ვენების ფუნქციური მდგომარეობის შესწავლა მოსვენებისა და ფიზიკური დატვირთვის დროს.

გამოკვლეული იქნა მაღალი კვალიფიკაციის მქონე მოჭიდავეები (30 სპორტსმენი) და ფეხბურთელები (25 სპორტსმენი) ასაკით 18-25 წლამდე. მოჭიდავეებს შორის იყვნენ ოლიმპიური ჩემპიონები, მსოფლიოსა და ევროპის ჩემპიონები.

ფერადი დუბლექსონოგრაფიული გამოკვლევა წარმოებდა აპარატ Acuson 128XP/10-ით (ტრანსდუსერები - 7.5 MHz, ხაზოვანი). გამოკვლევის დროს წარმოებდა ქვემო და ზემო კიდურების არტერიებისა და ვენების B-რეჟიმში მიღებული გამოსახულების, სისხლის ნაკადის ფერადი კარტოგრაფიისა და სისხლის ნაკადის სპექტრული ანალიზი.

სკანირებისათვის გამოიყენებოდა იმპულსური ულტრაბგერითი რეჟიმი. ულტრაბგერითი პულტის სიხშირე დამოკიდებული იყო სკანირების მიდამოს ზონაზე და სიღრმეზე.

ჩვენ შემთხვევაში გამოიყენებოდა პულტები, რომლებიც მუშაობდნენ 5-დან 10 მპვ-მდე სიხშირით. გამოყენებული იყო მრავალსიხშირიანი პულტები, რომლებიც ავტომატურად იცვლიდნენ სკანირების სიხშირეს გამოსაკვლევი სისხლძარღვების მდებარეობის სიღრმესთან დაკავშირებით.

აღნიშნული მეთოდით შესაძლებელი იყო როგორც სისხლძარღვების კედლების ვიზუალიზაცია, ასევე სისხლის ნაკადის ფერადი კარტოგრაფიის მიღება.

ფერადი დუბლექსური გამოკვლევისას გამოიყენებოდა სამი რეჟიმი:

- 1) B-რეჟიმი
- 2) ფერადი დოპლერული რეჟიმი
- 3) სპექტრული დოპლერული რეჟიმი

B-რეჟიმში სკანირება წარმოებდა მინიმუმ 2 სობრტყეში (სიგარდი და განივი). ვინაიდან ვენებს აქვთ სუსტად გამოხატული ელასტიკური ფენა, მცირე დაწოლაც იწვევდა კომპრესირებას, ამიტომ ვენების გამოკვლევა წარმოებდა გელის სქელი ფენის დახმარებით ზეწოლის გარეშე.

ფერადი დუბლექსონოგრაფიული გამოკვლევა მიმდინარეობდა სპორტსმენების მოსვენების მდგომარეობაში (წოლით და დგომით მდგომარეობაში) და 3-წუთიანი სიბრძლის შემდეგ (2 წთ და 45 წმ ადგილზე სიბრძლი 180 ნაბიჯით წუთში, ხოლო ბოლო 15 წმ-ში ფინიშირებული სიბრძლი). ვინაიდან ერთჯერადი დატვირთვა გამოკვლევისათვის საკმარის არ იყო, რადგანაც სისხლძარღვები უზრუნველბოდა სანაყის მდგომარეობას, ამიტომ ზემო და ქვემო კიდურების არტერიებისა და ვენები ცალკე გამოკვლეული იქნა სხვადასხვა დღეებში. თითოეული გამოკვლევისას 3-წუთიანი დატვირთვას ვაძლევდით 4-5-ჯერ და ზოგჯერ მეტჯერაც.

დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ მოსვენების მდგომარეობაში როგორც ფეხბურთელებში, ასევე მოჭიდავეებში ფერადი დუბლექსონოგრაფიული

გამოკვლევები იყო პათოლოგიური გამოვლინების გარეშე და გვექონდა დაახლოებით ერთნაირი მონაცემები. ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ სპორტსმენების ზემო და ქვემო კიდურების არტერიების კვლევისას მივიღეთ საყურადღებო შედეგები.

ფეხბურთელებთან შედარებით, მოჭიდავეების ზემო კიდურების არტერიების სანათურის დიამეტრმა და სისხლის ნაკადის სიჩქარე 1,5-ჯერ მეტად მოიმატა, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ზემო კიდურების არტერიების სანათურის დიამეტრი და სისხლის ნაკადის სიჩქარე დროის ერთნაირ მონაკვეთში დაუზრუნდა სანაყის სიდიდეს. კვლევით დადგინდა აგრეთვე, რომ მოჭიდავეებთან შედარებით, ფეხბურთელთა ქვემო კიდურებში დატვირთვის შემდეგ საშუალო ყალიბის არტერიების სანათურის დიამეტრმა 1,5-ჯერ მეტად მოიმატა. ფეხბურთელებში ქვემო კიდურების არტერიების სანათურის დიამეტრი და სისხლის ნაკადის სიჩქარე სანაყის სიდიდეს უზრუნველბოდა 40 წმ-ით ადრე მოჭიდავეებთან შედარებით.

გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ ფეხბურთელებთან შედარებით, მოჭიდავეების ზემო კიდურების სანათურის დიამეტრი 1,5-ჯერ და სისხლის ნაკადის სიჩქარე 2-ჯერ მეტად მატულობდა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ფეხბურთელებისა და მოჭიდავეების ზემო კიდურების სანათურის დიამეტრი და სისხლის ნაკადის სიჩქარე დროის ერთნაირ მონაკვეთში უზრუნველბოდა სანაყის სიდიდეს. რაც შეეხება ქვემო კიდურების საშუალო და დიდი ყალიბების ვენების სანათურის დიამეტრს, დატვირთვის შემდეგ 2,5-ჯერ მეტად იმატებდა ფეხბურთელებში მოჭიდავეებთან შედარებით. ქვემო კიდურების ვენების სანათურის დიამეტრი და სისხლის ნაკადის სიჩქარე სანაყის სიდიდეს უზრუნველბოდა 30 წმ-ით ადრე ფეხბურთელებში მოჭიდავეებთან შედარებით.

ჩვენი დაკვირვებებიდან დადგინდა, რომ ფეხბურთელებში ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ უფრო მეტად იზრდება ქვემო კიდურების არტერიებისა და ვენების დიამეტრი და სისხლის ნაკადის სიჩქარე, ხოლო მოჭიდავეებში ზემო კიდურების არტერიებისა და ვენების დიამეტრი და სისხლის ნაკადის სიჩქარე, რაც აიხსნება სპორტის სხვადასხვა სახეობისთვის დამახასიათებელი დატვირთვის შესაბამისად ზემო და ქვემო კიდურების შერჩევითად განსხვავებული დატვირთვისებით.

ლიტერატურა:

1. Агаджанова Л.П. – Ультразвуковая доплерография в диагностике заболеваний сосудов нижних конечностей. Москва, ВИДАР, 1998, С.355-399.
2. Митюкова В.В. – Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Москва: ВИДАР, 1997, С.185-220.
3. Митюкова В.В. – Особенности гемодинамики в венах. Москва: ВИДАР, 1998, С.193-216.
4. Becker D.M. et al. – Inferior vena cava filters. Indication, safety, effectiveness. Arch. Intern. Med., 1998, Oct., V. 152:10, p. 85-95.

Sopromadze Z.; Chabashvili N.; Tataradze E.; Svanishvili T.

DUPLEXSONOGRAPHIC EXAMINATION OF LIMB VESSELS IN HIGHLY QUALIFIED ATHLETES

Tbilisi State Medical University, Department of Internal Medicine, Direction of Medical Rehabilitation and Sport's Medicine

The main task of modern sport is demonstration of high athletic achievements, which requires an appropriate level of athlete's health, because the toleration to very intensive exertion during trainings and competitions is necessary.

The goal of our study was to investigate functional condition of arteries and veins of upper and lower extremities during rest and physical exertion in highly trained athletes.

30 qualified wrestlers and 25 footballers were examined. Their age consisted of 18-25 years.

Colored duplexonography has been performed with device called ACUSON 128XP/10 (transducers-7,5 Mhz, linear). Analysis of images obtained from arteries and veins of upper and lower extremities in regime B, analysis of blood flow colored cartogram and spectral analysis of blood flow has been performed.

Results of the study have demonstrate the arteries and veins increase in diameter, as well as blood flow acceleration mostly in lower extremities among footballers after physical exertion, while in wrestlers, the diameter of arteries and veins and blood flow velocity increase primarily in upper extremities. The fact can be explained by selectively different load on upper and lower extremities corresponding the type of exertion in different types of sport.

ტაბაქაძე დ., გორგაშვილი ნ., გონგაძე ნ.

საპარტვილოში ფარმაკოკინეტიკური ბაზრის მარკატივული კვლევა სამკურნალო საშუალების მოხარების თავისებურებების გათვალისწინებით

თსუ-ს სოციალური და კლინიკური ფარმაციის დეპარტამენტი, ფარმაცოლოგიის დეპარტამენტი

აღნიშნულ კვლევას საფუძვლად დაედო ფარმაცოლოგიის ურთულესი პრობლემის, კერძოდ ნაშლის რაციონალური გამოყენების, დოზირების რეჟიმის ოპტიმიზაციისა და კვლიფიციური ფარმაცევტული მომსახურების გაუთვალისწინებლობა.

კვლევა ჩატარებულია საქართველოს სხვადასხვა ჯგუფის აფთიაქებში, ჩვენს მიერ წინასწარ შედგენილი ანკეტების მიხედვით.

წარმოდგენილ ნაშრომში განალიზებულია 12 სხვადასხვა ჯგუფის აფთიაქიდან შემოსული პასუხები: II ჯგუფის - 6; III ჯგუფის - 3, სააფთიაქო პუნქტი - 1; სამკურნალო დაწესებულების - 2 აფთიაქი.

როგორც ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, 12 სააფთიაქო დაწესებულებიდან (დიაგრამა 1), მედიკამენტებზე მოთხოვნა მათი ფარმაცოლოგიური ჯგუფების

მიხედვით განაწილდა შემდეგნაირად: (დიაგრამა 1).

- 7 აფთიაქში ანტიბიოტიკებზე მოთხოვნამ გამოკითხული აფთიაქების 58,33 %-ი შეადგინა,

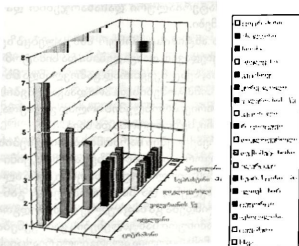
- ანტიჰიპერტენზიული, ანალგეზური და ანტიპისტამინური პრეპარატებზე მოთხოვნამ 5 აფთიაქში, გამოკითხული აფთიაქების 41,66 %-ში დაფიქსირდა,

- 3 აფთიაქში მოთხოვნამ საგულე გლიკოზიდებზე და ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებზე გამოკითხული აფთიაქების 25 %-ი შეადგინა

- 2 აფთიაქში მოთხოვნამ კუჭ-ნაწლავის დაავადებების სამკურნალო და სედატიურ საშუალებებზე 16,66 %-ი შეადგინა

- თითო აფთიაქში, ბრონქული ასთმის საწინააღმდეგო, კანის დაავადების სამკურნალო, იმუნოსტიმულატორებზე, ვიტამინებზე, ანტიდოპრესანტებზე და ფსიქოტროპულ საშუალებებზე მოთხოვნამ თითოეული ჯგუფისათვის 8,33 %-ი შეადგინა.

დიაგრამა №1



აფთიაქებში მოთხოვნის დიდი პროცენტი ანტიბიოტიკებზე მოდის. რამდენადაც ანტიბიოტიკების ფართო სექტორის უკონტროლოდ გამოყენება მიკრობთა რეზისტენტული შტამების განვითარებას აწვდის, მისი მხრივ სენსიბილიზაციას გამოიწვევს, მიღებულმა მონაცემებმა განაპირობა, რათა ყურადღება მივუქცეოთ ანტიბიოტიკები ექიმის მიერ იყო დანიშნული, თუ მომხმარებელი ირჩევდა მათ ბაქტერიოგრაფის მიხედვით. ამავე დროს გამოიყენება, ის ფაქტიც, რომ პრობლემის სწრაფად გადაწყვეტის მიზნით მოსახლეობის მიერ გამოყენებაფართო სექტორის, ბოლო თაობის ანტიბიოტიკები, რაც იწვევს უფრო მდგრადი და ტოლერანტული შტამების გავრცელებას.

ანტიჰიპერტენზიული, ანალგეზური და ანტიპისტამინური საშუალებები, ფაქტორად გამოკითხულ ყველა მეორე აფთიაქში მოთხოვნილია. ცნობილი ფაქტი იმის შესახებ, რომ ჰიპერტონიული დაავადების რისკ-ფაქტორები როგორცაა: თამბაქო, სიმსუქნე, არასწორი კვება, სტრესული ფონი და სხვა, რომლებიც დღეისათვის ამ დაავადების განვითარების

წინა პირობას წარმოადგენს, ანტიბიოტერაპიული საშუალებების მოხმარების გაზრდის ტენდენციას გამოიწვევენ დღევანდელი სოციალურ ეკონომიკური პირობების ვითარების წინაშე. ამასთან ერთად გასაკვირი არ ყოფილა ტიკვილდამაყურებლებზე მოთხოვნის ზრდის ტენდენცია. აღნიშნულიდან გამომდინარე მკურნალობის არც თუ სასურველი მიმართულება, როდესაც პაციენტი თვითონ ინიშნავს მკურნალობას, ანუ თავს იჩენს თვითმკურნალობის ფაქტებით, რაც დაავადების სიმპტომების და არა მისი მიზეზის იოლად გადაჭრის სურვილით არის განპირობებული და ამავე დროულად მატერიალური შეზღუდვებით. ამასთან ერთად, ვამაჯივრებთ ყურადღებას ტიკვილდამაყურებელი პრეპარატების მოქმედებაზე, რომლებიც გამოიყენება დაავადების სიმპტომების მოსახსნელად (მაგალითად კბილის ტიკვილი, სახსრების ტიკვილი) და არა მის სამკურნალოდ. რამდენადაც დაავადებების მკურნალობა საკმაოდ ძვირადღირებულია, მოსახლეობა იძულებულია ნაკლები მატერიალური დანახარჯებით დაძლიოს პრობლემები.

რაც შეეხება ანტიბიოტიკამინურ საშუალებებზე მოთხოვნას, მიუხედავად დაავადებისა და სიმპტომების სირთულისა, აქაც მკვეთრად გამოვლინდა მსგავსი ფაქტები, სიმპტომების და არა დაავადებების მკურნალობის მხრივ: პრობლემის იოლად გადაჭრა, ალერგიული ფონი, სეზონურობა და სხვა

ალერგიულ რეაქციების წარმომშობი მიზეზების მოუხდავად, როგორცაა ადამიანზე გარემოს, ქიმიურ ნივთიერებების, ბიოლოგიური და ფიზიკური ალერგენების ზეგავლენა, და სხვა, რომლებიც განსაკუთრებით გვინდობა გაზაფხულზე და შემოდგომაზე, ანტიბიოტიკამინური საშუალებების გამოყენება პაციენტის მიერ მიმართულია ალერგიული რეაქციის მოსახსნელად და არა დაავადებების სამკურნალოდ.

ყოველ მე-4 აფთიაქში (25%) მოთხოვნაა ფარმაკოლოგიური ჯგუფის პრეპარატებზე, როგორცაა: 1. საგულე გლიკოზიდები, 2. ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები. უნდა აღინიშნოს, რომ გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები თავისი წარმომშობი და მიმდინარეობის სირთულით მრავალრიცხოვანად მნიშვნელოვანია: ასაკი, ცხოვრების წესი (თამბაქო, ალკოჰოლი, სიმსუქნე, არასწორი კვება), სოციალური მდგომარეობა (სტრესული ფონი) და პრეპარატების ქიმიური შედგენილობა. ამასთან დაკავშირებით მონიტორინგის შედეგად მიღებული ინფორმაცია საგანგაშოა, რამდენადაც აღნიშნული პრეპარატებით მკურნალობა აუცილებლად ექიმის დანიშნულებითა და მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა მიმდინარეობდეს.

ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები (ყოველ მე-4 აფთიაქში (25%)) გამოიყენება საკმაოდ ხშირად, დიდი რაოდენობით, რაც განპირობებულია მათი ხელმისაწვდომობით და საყოველთაო პოპულარობით. პაციენტი ხშირ შემთხვევაში დაავადების სიმპტომ-ატიკის დასათრგუნ ღონისძიებებს მიმართავს და

აღარ აქცევს ყურადღებას მოსალოდნელ სირთულეებს, რადგან მისი აზრით პრობლემა იოლად და სწრაფად იქნება დაძლეული.

საკმაოდ საინტერესო მონაცემები მივიღეთ II კითხვაზე, სადაც ყურადღება გამახვილებული იყო რეცეპტით გასაცემი პრეპარატების აფთიაქიდან ურეცეპტოდ გაცემის შესახებ. ამ მხრივ ათ აფთიაქში დაფიქსირდა 29 პრეპარატი, მათ შორის ენაპ-3 - გაცემული 2 აფთიაქიდან; ნოშპა - 2 აფთიაქიდან.

მონაცემების მიხედვით თორმეტ აფთიაქიდან რეცეპტოდ გასაცემი ნაშელებიდან (47): ციტრამონი - 7 აფთიაქში; ვიტამინების კომპლექსი - 4 აფთიაქში; იოდი - 4 აფთიაქში; რაუნატინი - 4 აფთიაქში; ასპირინი - 3 აფთიაქში; კორვალოლი - 3 აფთიაქი; ვალერიანის ტაბლეტები - 3 აფთიაქში; ანუ თანაფარდობა არც თუ ისე დიდია, რაც არარაციონალური და არასწორი ფარმაკოთერაპიის მაჩვენებელია (დიაგრამა №2).

დიაგრამა 2.



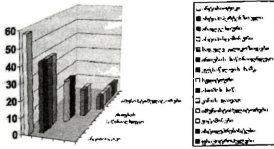
ურეცეპტოდ და რეცეპტით გასაცემი ნაშელების რაოდენობა შეადგენს (47 + 29) სულ 76 ერთეულს. ე.ი. პროცენტული შეფარდება მოთხოვნილი მედიკამენტებიდან გამომდინარე შემდეგნაირია: ურეცეპტოდ გაიცემა 61,84% და რეცეპტით - 38,16% (დიაგრამა №3)

დიაგრამა 3



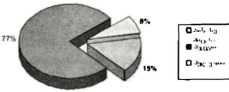
სხვადასხვა ფარმაკოლოგიური ჯგუფის 14 პრეპარატი ხშირად გაიცემა აფთიაქიდან. თორმეტიდან 7 - აფთიაქი გასცემს ციტრამონს, ანალგინს, 5 - ნო-შპას, ადელფანს; 4 - კეტანოუს; 3 - კორვალოლს, ვალერიანის ტაბლეტებს, კეტონალს, 2 - დიკლოფეროლს, ალერტესს, სუპრასტინს, ცეფორტს, პენიცილინს, რაციოცეფს; აღნიშნული მონაცემებით ხშირად მოხმარება 5 - ფარმაკოლოგიური ჯგუფის სხვადასხვა პრეპარატები, განსაკუთრებით კი ის პრეპარატები, რომლებიც სიმპტომური მკურნალობისათვის გამოიყენება. ტიკვილდამაყურებლებიდან - 5 პრეპარატი, ანტიბიოტერაპიული - 1; დამამშვიდებელი - 2; ანტი-ალერგიული - 2; ანთების საწინააღმდეგო - 3 პრეპარატი (დიაგრამა 4).

დიაგრამა 4



აფთიაქის მუშაობის ეფექტიანობის შეფასება ეფუძნება ობიექტურ კრიტერიუმებს, მათ შორის მომსახურეობის ფორმებს. აღნიშნულ აფთიაქებში მომსახურეობის სამი ფორმა გამოიკვეთა (დიაგრამა 5). გამოკითხული აფთიაქებიდან პრეპარატის ბინაზე მითანა განხორციელდა 2 აფთიაქში, შეკვეთა განხორციელდა 10 აფთიაქში, შეღავათა გააკეთა 1 აფთიაქმა, ორივე ფორმა შეკვეთა და ბინაზე მითანა განხორციელდა 2 აფთიაქმა. მომსახურეობის 3 ფორმა გამოკითხული 12 აფთიაქიდან პროცენტულად შემდეგნაირად განაწილდა, რაც მოცემულია №5 დიაგრამაზე.

დიაგრამა 5



ამდენად მიღებული მონაცემებით მკვეთრად გამოიკვეთა:

1. რეცეპტის ინსტიტუტის ამუშავების აუცილებლობა;
2. თვითმკურნალობის შემთხვევები;
3. სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების გავლენა სამკურნალო საშუალებების შეძენის დროს;
4. მომსახურეობის სხვადასხვა ფორმების აქტიური გამოყენება;
5. კლინიკური ფარმაცევტის არსებობის აუცილებლობა.

Tabatadze D., Gorgaslidze N., Gongadze N.

THE INVESTIGATION OF GEORGIAN PHARMACEUTICAL MARKET IN ACCORDING OF PECULIARITY OF DRUG USING

The study have been conducted in 12 drugstore of different group by preliminary created questionnaire, it which was indicated the requirement concernig to different pharmacological group of drugs. It was established that the most popular medicaments in Georgian population are: analgesics, antihypertensive, sedative, antiallergic and anti-

inflammatory remedies. The analyze of received data let to come to the conclusion:

1. It is necessary to restore the drug prescription institution in Georgia.
2. In Georgian population is increased the cases of self-medication.
3. The social-economic factors have a strong influence on the ability of drug purchase by consumer.
4. The activation of using of different service.
5. The necessity of involving clinical pharmacist.

ფარულავა ც. ფრუიძე დ. ჩხაიძე მ. გოთო თ. მანჯავიძე ი.

გლუტენსენსიტიური ენტეროპათია – ხასლი სეძვა

თსუ-ის ააღიარების დაარსებითი, პაპაძე და გოზარდია ვადიმის მიმართულება, თსუ-ის ბ. შანიას სახელობის ააღიარებული კლინიკა.

გლუტენსენსიტიური ენტეროპათია იგივე ცელაკია, ჯი-გერტერ-გეინერის დაავადება, არატროპიკული სპრუ – უძველესი დროიდან ცნობილი დაავადებაა. ჯერ კიდევ ზენი ნელთარცივებით I საუკუნეში Aretaios Kappadozien-მა და Aurelian-მა აღწერეს ქრონიკული დიარეის და სტეატორეის შემთხვევები ბავშვებსა და ქალებში და მას „Morbus coeliacus“ უწოდეს. ცელაკიის კლასიკური სიმპტომები ბავშვებში: დიარეა, გამოკიდება, ანემია და ზრდაში შეფერხება - 1988 წელს აღწერა ლონდონის ბართოლომეს სახელობის პოსპიტალის ექიმმა Samuel Gee-მ. 1950 წელს პოლანდიელმა პედიატრმა W.K.Dicke-მა ცელაკია დააკავშირა მარცვლეულის ცილის, გლუტენის ალკოპოლში ხსნად ფრაქციასთან - გლიადინთან.

უკანასკნელი ორი ათეული წლის განმავლობაში ძირეულად შეიცვალა წარმოდგენა ამ დაავადების ეტიოპათოგენეზზე, გავრცელებაზე, კლინიკურ გამოვლინებებზე, დიაგნოსტიკის მეთოდებსა და მართვაზე.

თანამედროვე შეხედულებებით ეს არ არის ფერმენტოპათია, არამედ გენეტიკურად დეტერმინირებული მარცვლეულის ცელა გლუტენის და მისი მეტაბოლიტ გლიადინის აუტანლობა. გლუტენს შეიცავს ხორბალი, ჭვავი, ქერი. არ შეიცავს სიმინდი, ნინიბურა, ბრინჯი. შერიაში ამ ცილის შემცველობა მცირეა და პროტეინების საერთო რაოდენობის მხოლოდ 5-15%-ს შეადგენს (ხორბალში იგი 40%-ია), ამიტომ შვრიის ტოქსიური რეაქცია, თუ მისი მოხმარება არ აღემატება 50 გრამს დღეში, შეიძლება წლების მანძილზე არც გამოვლინდეს.

არის აზრი, რომ დაავადების გადაცემა ხდება აუტოსომურ-რეცესიული გზით არასრული პენეტრაციით. გენეტიკური განწყობა უკავშირდება HLA-DQ2 და HLA-DQ8 მარკერებს, რომლებიც განთავსებულია მე-6 ქრომოსომაზე. იმუნური რეაქციის საბაზროდ ვითარდება წვრილი ნაწლავის ლორწოვანის დაზარალება

inflammatory remedies. The analyze of received data let to come to the conclusion:

1. It is necessary to restore the drug prescription institution in Georgia.
2. In Georgian population is increased the cases of self-medication.
3. The social-economic factors have a strong influence on the ability of drug purchase by consumer.
4. The activation of using of different service.
5. The necessity of involving clinical pharmacist.

ფარულაჲა ც. ფრუიძე დ. ჩხაიძე მ. გოთოა თ. მანჯავიძე ი.

გლუტენსენსიტური ენტეროპათია - ახალი სედეზი

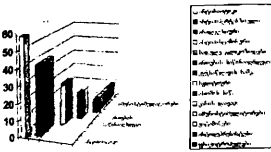
თსუ-ის ადვიატორის დეპარტამენტი, პაპაძე და გოჯარდთა ჯედიციის მიმართულება, თსუ-ის ზ. შანიას სახელობის ადვიატორული კლინიკა.

გლუტენსენსიტური ენტეროპათია იგივე ცელიაკია, ჯი-გერტერ-გეიბნერის დაავადება, არატროპიკული სპრუ - უძველესი დროიდან ცნობილი დაავადებაა. ჯერ კიდევ ზენი ნელთლარციხვით I საუკუნეში Aretaios Kappadozien-მა და Aurelian-მა აღწერეს ქრონიკული დიარეის და სტეატორეის შემთხვევები ბავშვებსა და ქალებში და მას „Morbus coeliacus“ უწოდეს. ცელიაკის კლასიკური სიმპტომები ბავშვებში: დიარეა, გამოფიტვა, ანემია და ზრდაში შეფერხება - 1988 წელს აღწერა ლონდონის ბართოლომეს სახელობის პოსპიტალის ექიმმა Samuel Gee-მ. 1950 წელს პოლანდიელმა პედიატრმა W.K.Dicke-მა ცელიაკია დააკავშირა მარცვლეულის ცილის, გლუტენის ალკოპოლში სხნად ფრაქციასთან - გლიადინთან.

უკანასკნელი ორი ათეული წლის განმავლობაში ძირეულად შეიცვალა წარმოდგენა ამ დაავადების ეტიოპათოგენეზზე, გავრცელებაზე, კლინიკურ გამოვლინებებზე, დიაგნოსტიკის მეთოდებსა და მართვაზე.

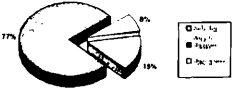
თანამედროვე შეხედულებებით ეს არ არის ფერმენტოპათია, არამედ გენეტიკურად დეტერმინირებული მარცვლეულის ცელა გლუტენის და მისი მეტაბოლიტ გლიადინის აუტანლობა. გლუტენს შეიცავს ზორბალი, ჭვავი, ქერი. არ შეიცავს სიმინდი, ნინიბურა, ბრინჯი. შერიაში ამ ცილის შემცველობა მცირეა და პროტეინების საერთო რაოდენობის მხოლოდ 5-15%-ს შეადგენს (ზორბალში იგი 40%-ია), ამიტომ შერის ტოქსიური რეაქცია, თუ მისი მოხმარება არ აღემატება 50 გრამს დღეში, შეიძლება წლების მანძილზე არც გამოვლინდეს.

არის აზრი, რომ დაავადების გადაცემა ხდება აუტოსომურ-რეცესიული გზით არასრული პენეტრაციით. გენეტიკური განწყობა უკავშირდება HLA-DQ2 და HLA-DQ8 მარკერებს, რომლებიც განთავსებულია მე-6 ქრომოსომაზე. იმუნური რეაქციის საპასუხოდ ვითარდება წერლი ნაწლავის ლორწოვანის ატროფიუ-



აფთიაქის მუშაობის ეფექტიანობის შეფასება ეფუძნება ობიექტურ კრიტერიუმებს, მათ შორის მომსახურების ფორმებს. აღნიშნულ აფთიაქებში მომსახურების სამი ფორმა გამოიკვეთა (დიაგრამა 5). გამოკითხული აფთიაქებიდან პრეპარატის ბინაზე მიტანა განხორციელდა 2 აფთიაქში, შეკვეთა განხორციელდა 10 აფთიაქში, შეღავათი გააკეთა 1 აფთიაქმა, ორივე ფორმა შეკვეთა და ბინაზე მიტანა განხორციელდა 2 აფთიაქმა. მომსახურების 3 ფორმა გამოკითხული 12 აფთიაქიდან პროცენტულად შემდეგნაირად განაწილდა, რაც მოცემულია №5 დიაგრამაზე.

დიაგრამა 5



ამდენად მიღებული მონაცემებით მკვეთრად გამოიკვეთა:

1. რეცეპტის ინსტიტუტის ამუშავების აუცილებლობა;
2. თვითმკურნალობის შემთხვევები;
3. სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების გავლენა სამკურნალო საშუალებების შეძენის დროს;
4. მომსახურების სხვადასხვა ფორმების აქტიური გამოყენება;
5. კლინიკური ფარმაცევტის არსებობის აუცილებლობა.

Tabatadze D., Gorgaslidze N., Gongadze N.
THE INVESTIGATION OF GEORGIAN PHARMACEUTICAL MARKET IN ACCORDING OF PECULIARITY OF DRUG USING

The study have been conducted in 12 drugstore of different group by preliminary created questionnaire, it which was indicated the requirement concernig to different pharmacological group of drugs. It was established that the most popular medicaments in Georgian population are: analgesics, antihypertensive, sedative, antiallergic and anti-

ესტინალური სიმპტომები. მანიფესტაცია შესაძლებელია ნებისმიერ ასაკში.

ნაშბინი ცელაკია - სახეზეა მონოსიმპტომური კლინიკა და ეს ერთადერთი სიმპტომი შესაძლებელია იყოს ექსტრაინტესტინალური აუტოიმუნური გენეზის დაზიანება.

ლახმინური ცელაკია - ხანგრძლივი სუბკლინიკური მიმდინარეობა. პირველი კლინიკური ნიშნები ვლინდება მოზრდილ ასაკში ან საერთოდ ხანშიშესულებში. კლინიკური მანიფესტაცია კლასიკურ დაავადებას ემსგავსება.

პოქსანციური ცელაკია - გვხვდება დაავადებულითა ახლო ნათესალებში. მათ წვრილი ნაწლავის ლარნოფიბრი ნაოლ აქვთ, მაგრამ ენტეროციტებში მომატებულია ინტრაეპითელიური დამფოციტების რიცხვი, ხოლო სისხლში ანტისხეულების ტიტრი. ეს ვარიანტი ეხლახანს გამოპყვეს.

ცელაკიის დიაგნოზი ეფუძნება კლინიკური, სეროლოგიური და მორფოლოგიური კვლევის მონაცემების ერთობლიობას. პაციენტის კვლევა ტარდება გლუტენის მიღების ფონზე ანუ როცა ის არ არის დიეტაზე.

1. დიაგნოსტიკის პირველი ნაბიჯია სეროლოგიური ტესტირება. 5 წლამდე ასაკის პაციენტებში სეროლოგიური მარკერები ნაკლებად სარწმუნოა.

აბლიაღინური ანტიმსეპულაზი - AGA (Ig G, Ig M, Ig A). ეს ტესტი არ არის ძვირი, მაღალმგრძობიარეა, მაგრამ არ გამოიჩნევა მაღალი სპეციფიურობით.

ანტიმდომიზინური ანტისეპულაზი - EMA (Ig A, Ig G). მგრძობიარე (93-98%) და სპეციფიური ტესტია (99-100%), მაგრამ არ გამოდგება ფართო სკრინინგსათვის, რადგან ძნელია ენდომიზიმის (ნაწლავის კუნთების შემავრთველი ქსოვილი) შემცველი მასალის მოპოვება მაიმუნებისა და პრიმატებისაგან.

ანტისეპულაზი ძსოქილქსანი ტრანს-ბლუტამინაზს მიმართ - TTG (IgA, IgG). ქსოვილოვანი ტრანსგლუტამინაზა ენდომიზიმის ძირითადი ანტიგენია. ინფორმაციულობის თვალსაზრისით უახლოვდება EMA-ს (მგრძობიარეა 95-98%, სპეციფიურობა 94-95%) და ვინაიდან მასალა მიიღება ზღვის გოჭებისაგან, ამ ტესტს სხვა ტესტებთან შედარებით მეტი პრაქტიკული ღირებულება აქვს.

2. დიაგნოსტიკის მეორე ნაბიჯია ბიოფსიური მასალის მორფოლოგიური კვლევა. ბოლო მონაცემებით ატროფიული ცვლილებები არა მარტო თეთის და მლივი, არამედ თორმეტგოჯა ნაწლავის დისტალური ნაწილის ლიმფოციტოზი ვითარდება, ამიტომ ბიოფსიური მასალა შესაძლებელია აღებული იქნას არა მარტო ინტესტინოსკოპიის, არამედ გასტროდუოდენოსკოპიის გზით დუოდენუმის ბოლქვის მიდამოდან. მხოლოდ ლიმფოციტების რიცხვის მატება და კრიპტების ჰიპერპლაზია ატროფიის ვარეშე დიაგნოზს საეჭვოს ხდის. სეროლოგიური ტესტების და ბიოფსიის დადებითი შედეგები დიაგნოზის დიდი ალბათობით დასმის საწინდარია.

3. დიაგნოსტიკის მესამე ნაბიჯია აგლიადინური დიეტის ფექტურობის შეფასება.

ამრიგად, ცელაკიის დიაგნოზის საბოლოო გაფორმება ხდება მხოლოდ კომპლექსური კვლევის საფუძველზე. არ არის გამართლებული:

- დიაგნოსტიკა ელიმინაციური დიეტის ფონზე ზოგად მდგომარეობის დამჯობების საფუძველზე სხვა კვლევების მონაცემების გარეშე;

- დიაგნოსტიკა პროოკაციული ტესტის საფუძველზე (მდგომარეობის გაუმჯობესება/გაუარესება გლუტენის რაციონიდან ამოღების/დამატების შესაბამისად);

- პროოკაციული ტესტი დასაბამი გამოყენებული იქნას მხოლოდ გამოუვალ მდგომარეობაში, მათთან და გამოკვლევის შედეგების ინტერპრეტაციის სირთულეების დროს 6 თვიანი პრაქტიკური აგლიადინური დიეტის შემდეგ, ან იმ შემთხვევაში, როცა კლინიკური ნიშნები არ ვლინდება, სეროლოგიური და პისტოლოგიური კვლევა კი იმდენად საეჭვო შედეგებს.

- პროოკაციული ტესტის ჩატარება 7 წლამდე ასაკის ბავშვებში. ეს ტესტი ტარდება სტაციონარში ყოველდღიური მონიტორინგის პირობებში. პაციენტის რაციონში 14 დღის განმავლობაში შეაქვთ ხორბლის ფქვილი. პურის ან ნამცხვრის დანიშნა ეთიკურად არ არის გამართლებული, თუ განმეორებითი კვლევის შედეგები კვლავ საეჭვოა, კვების გაფართოებულ რაციონს ტოვებენ 6 თვის განმავლობაში და განმეორებით ვტარებენ კვლევას.

- თუ საბავშვო ცელაკიაზე საეჭვო კლინიკური ნიშნები, მაგრამ ნეგატიურია სეროლოგიური კვლევის შედეგები, მაშინ შესაძლებელია ინდივიდს აქვს IGA-ს სელექტიური დეფიციტი, ამიტომ ნაწვენებია შესწავლილი იქნას IgG TTG და IgG EMA.

- სამომავლოდ შესაძლებელი გახდება გენეტიკური მარკერების განსაზღვრა და ამის საფუძველზე მოსახლეობის დაყოფა მაღალი და დაბალი რისკის ჯგუფებად, რადგან ცელაკიით დაავადებულითა 97%-ს აქვს DQ2 და/ან DQ8 მარკერები. ზოგად პოპულაციაში ასეთი პირების რიცხვი 40%-ია.

ცელაკიის პროგნოზი კეთილსაიმედოა მკაცრი აგლიადინური დიეტის ფონზე მივიღო ცხოვრების მანძილზე. გართულებები ჩვეულებრივ ვლინდება დაავადების გამოვლენიდან მრავალი წლის შემდეგ, უმეტესწილად მოზრდილ პირებში და ძირითადად რეფრაქტორული მიმდინარეობის დროს ან დიეტის დარღვევის შემთხვევაში. უსშირესი გართულებებია: ქრონიკული წყლულოვანი პროცესი (ულცერაციული ეთენიტი, ილიტი, ენტეროკოლიტი), რომელიც თავის მხრივ შესაძლებელია გართულებდეს სისხლდენის, პერფორაციით, სტენოზით და გასტროენტეროლოგიური ტრაქტის ონკოლოგიური დაავადებები (ლიმფომა, ადენოკარცინომა). ონკოლოგიური პათოლოგია ასეთ პაციენტებში ზოგად პოპულაციასთან შედარებით 83-100-ჯერ უფრო ხშირია.

ცელაკიით დაავადებულითა მართვის საკვანძო ელემენტებია:

ინფორმირება დაპაჟამბის შესახებ. ცე-

ლიაკია არ გაივლის ასაკთან ერთად და მკურნალობის ფონზე. აუცილებელია დიეტა მთელი ცხოვრების მანძილზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში იზრდება ზრდის შეფერვლის, უმვილობის, ონკოლოგიური დაავადებების რისკი.

დიეტოლოგიის კონსულტაცია. გლუტენის ამკარად შემცველი პროდუქტების გარდა (ხორბლის, ქვიავის, შერის პური და საკონდიტრო ნაწარმი, მანანის ბურღული, პერკულესი, მაკარონი) იკრძალება პროდუქტები გლუტენის ე.წ. „ფარული“ შემცველობით (ძხვეული, ხორცის და თევზის ნახევარფაბრიკატები, კონსერვები, ტომატ-პასტა, კეტჩუპი, ნაყინი, მაიონეზი, იოგურტი, ზოგიერთი ყველი, მარგარინი, კონცენტრირებული მშრალი სუფები, სიმინდის ბურბუშულა, ლუდი, ბურბანი, ვისკი). ასევე დაშვებულია მედიკამენტები და კამფეტები, რომლებიც შეიცავს საილვაებს და სტაბილიზატორებს E 150a, 150b, 160b, 636, 953, 965 და სხვა. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა კვებისთვის მოწოდებული პრაქტიკულად ყველა ფორმულა გლუტენს არ შეიცავს.

დიეტა მიმღი (ცხომრების მანძილზე). კვების რაციონის ასეთი შეზღუდვა ფსიქოლოგიურად ძნელი გადასატანია, ამიტომ პაციენტები, განსაკუთრებით თინეიჯერები, ზოგჯერ არ ითვალისწინებენ რეკომენდაციებს. დიეტის დარღვევა არ იწვევს დაუყოვნებლივ კლინიკურ გაუარესებას, ამიტომ მათ უჩნდებათ ეჭვი დიაგნოზის მიმართ. არადა გლუტენის ზღვრული რაოდენობა 10მგ-ია დღე-ღამეში. ჩაის კოფე ფევილს ნაწლავებში ისეთივე ცელიტების გამოწვევა შეუძლია, როგორც ერთ ბატონ თეთრ პურს.

დეფინიტიური მდგომარეობების დროული დიაგნოსტიკა და ალმოფხვრა. (ცილა, ფერმენტები, ვიტამინები, მინერალები, ეუბიოტიკები, პრობიოტიკები, ადსორბენტები).

სონილური ანაბატაცია. სოციალური დაცვის მუშაკების დახმარება, ცელიაკით დაავადებულთა ასოციაცია, სპეციალური ე.წ. Gluten Free საკვების წარმოება მნიშვნელოვნად აიოლებს ამ პირების ყოფას. ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში ფუნქციონირებს სპეციალური რესტორნების ქსელი.

ხანძრული მონიტორინგი სპეციალისტების ჯგუფთან გართულებების პრევენციის მიზნით. არაფუნქციური დიეტოთერაპიის დროს ან როცა პაციენტი არ ან ვერ იცავს მკაცრ დიეტას, სწრაფი ეფექტის მისაღწევად მიმართავენ პორმონოთერაპიას. პრედნიზოლონის დანიშვნა 6 კვირის მანძილზე პრაქტიკულია ყოველთვის აუმჯობესებს კლინიკომორფოლოგიურ სურათს. სეროლოგიური კვლევა რეკომენდებულია ყოველწლიურად, ენდოსკოპიური ბიოფსია — გამწვანების დროს.

ცელიაკის გავრცელების სიხშირის, გამოვლინების და გართულებების მრავალფეროვნებიდან გამომდინარე, ძალზე აქტუალურია და დღის წესრიგში დგება საქართველოს მოსახლეობის სკრინინგი, დროული დიაგნოსტიკა თანამედროვე სადავოსტიკო ტესტების დახერხვის გზით, საკვები

პროდუქტების მარკირება და ე.წ. „გლუტენ-ფრი“ საკვების წარმოების საკითხი.

ლიტერატურა:

1. Бельмер С. В., Гасилина Т. В., Коваленко А. А. Целиакия: состояние проблемы // Лечащий врач. -2003-6-69-71
2. Catassi C. The spectrum of celiac disease in children. Clin. Gastroenterol. 1997; 11(3) 485-507
3. Diagnosis of celiac disease (editorial). Lancet 1991; 337(8741)590
4. Hoffenberg E., Haas J., Dresner A., et al. A Trial of oats in children with newly diagnosed celiac disease. J Pediatr. 2003; 137(3) 361-366
5. Kupper C., Higgins L.A. Combining Diabetes and Gluten-Free Dietary Management Guidelines. Practical Gastroenterology. The Celiac Diet, Series #7. 2007; 3, 68-83
6. Picarelli A., Di-Tola M., Sabbatella L., et al. Immunologic evidence of no harmful effects of oats in celiac disease. Am. J. Clin. Nutr. 2001; 74(1) 137-140
7. Revised criteria for diagnosis of celiac disease. Report of working group of European Society of Pediatric Gastroenterology and nutrition. arch. Dis. Child 1990; 65(8) 909-911
8. Rossi T.M., Tjota A. Serologic indicators of celiac disease. Clin. Lab. Med. 1997; 17(3) 445-464
9. Tribole E., Kupper C., Pietzak M. Celiac sprue. N. Engl. J. Med. 2002; 347(6) 446-448

Ts. Parulava. D. Pruidze. M. Chkhaidze. T. Gotua. I. Mandjavidze.

G GLUTEN-SENSITIVE ENTEROPATHY-NEW VIEW ON PROBLEM

TSMU Pediatric Clinic

Gluten-sensitive enteropathy-celiac disease is an immune-mediated disorder caused by permanent sensitivity to gluten in genetically susceptible individuals. Epidemiologic studies of last years suggest that it is common and may occur in 0,5-1% of the general population. The bowel inflammatory and immunologic response results in atrophy and damage in the small bowel and secondary malabsorption.

The mode of presentation can be quite variable. Celiac disease is generally defined as chronic diarrhea and failure to thrive in infants and toddlers, diarrhea is still the most common symptom, but disease may occur in different age groups and with exstraintestinal, sometimes monosymptomatic clinic. Clinical forms of celiac disease are: classic, atypical, silent, latent and potential. Definitive diagnose of Celiac disease requires serologic screening, small intestinal biopsy and effectiveness of elimination diet. Anti-tissue transglutaminase antibody test (TTG IgA and TTG IgG) is highly sensitive, specific and less expensive, thus is recommended for general practice. None of serologic tests are 100% reliable. Definitive diagnosis requires characteristic histologic changes in intestine mucus. Tissue for investigation may be taken from duodenum during gastroendoscopy. Diagnosing only by results of gluten-free diet is not correct. The only treatment for celiac disease is lifelong exclusion of gluten. Early diagnosis and strict dietary

restrictions appear to be the only possibility of prevention risk for failure to thrive, delay of sexual maturity, autoimmune disorders, adenocarcinoma of gastrointestinal tract and lymphoma.

ჟ. ფაღავე, ნ. ქუკუსელი, ი. ევაჭაძე, ა. ციბაძე, გ. ჭიჭინაძე, ზ. ლუმაბაძე

იუვენილური არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებული ვაჟების რეაბილიტაციის რეზონანსული თერაპიის გამოყენებით

თავილის სახელმწიფო საავადმყოფო
ნეფროლოგია

დღეისათვის კვლავაც საკამათოა მოზარდებში არტერიული ჰიპერტენზიის დადგენის კრიტერიუმები. არტერიული წნევის შეფასებისას მხედველობაში მისაღები ასაკი, სქესი, სქესობრივი მომწიფების ხარისხი, ეკოლოგიური გარემო და სხვა ბიოსოციალური ფაქტორები (1, 2, 3, 4). 2005 წელს ჩატარებული კვლევებით შესწავლილია ფიზიკური განვითარების ნორმატივები ბავშვთა და მოზარდთა პოპულაციაში საქართველოში (4), რის გარეშეც შეუძლებელი იქნებოდა დამატებული ინფორმაციის მიღება იუვენილური არტერიული ჰიპერტენზიის შესახებ. გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ მოზარდ ასაკში ვეგეტატიური სარეგულაციო მექანიზმების ლაბილურობა აქვს ადგილი (5).

გამომდინარე აღნიშნულიდან, მიზნად დავისახეთ იუვენილური არტერიული ჰიპერტენზიის სიმპტომის შეფასება 15-16 წლის ვაჟებში ეროვნული კონტინენტული ინდექსის გათვალისწინებით, მათი ევგოსიმატიური წონასწორობის თავისებურებების და რეზონანსოთერაპიის როლის გარკვევა მათ მკურნალობაში.

გამოკვლულ იქნა 378 15-16 წლის ვაჟი სპეციალური ალგორითმის გამოყენებით. თავდაპირველად იზომებოდა მოზარდის სიმაღლე სანტიმეტრებში, შემდეგ ისაზღვრებოდა ერცენტრილური ჯგუფის სიმაღლის ერცენტრილური მრუდის მეშვეობით ქართველი ვაჭებისათვის; არტერიული წნევა იზომებოდა სამჯერადად სამწუთიანი ინტერვალით სამი დღის განმავლობაში მშვიდ მდგომარეობაში კოროტოკოის აუსკულტაციური მეთოდის გამოყენებით.

არტერიული წნევის 90 პერცენტილზე მნიშვნელობის დასადგენად ვიყენებდით დიაგრამას (6), რომლის მარჯვენა მხარეს ფიქციონდობდა შესაბამისი ასაკი, არტერიული წნევისა და ასაკის მარჯვენა მხარეს გადაკვეთაზე დიაგრამის მარცხენა მხარეს ვაფიქსირებდით 90 პერცენტილის არტერიული წნევას, შემდეგ ვადარებდით მიღებულ წნევის მაჩვენებელს ფაქტიურს; თუ იგი დაბალი იყო, ეს ნიშნავს რომ მოზარდის არტერიული წნევა შეესაბამებოდა ნორმას, ხოლო თუ მეტი იყო, არტერიული წნევის სიდიდის განსაზღვრისათვის ვიყენებდით დია-

გრამას, რომელიც შეესაბამებოდა 95 პერცენტის (6). თუ მიღებული არტერიული წნევა მეტი იყო მოზარდის არტერიულ წნევაზე, მაშინ სახეზე იყო მაღალი ნორმა, ხოლო თუ ფაქტიური წნევა მეტია მიღებულ არტერიულ წნევაზე, ადგილი აქვს არტერიული წნევის მატებას. 378 მოზარდ ვაჟის არტერიული წნევის გაზომვითა ანალიზმა გამოავლინა იუვენილური არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადების 32 (8,46%) შემთხვევა, რომელთაგან 14 ვაჟი აღნიშნავდა პრომისენარიაზობის დაქვეითებას და სასწავლო პროცესში არაეფექტურობას.

ვეგეტატიური სარეგულაციო მექანიზმები შეისწავლუბოდა გულის რითმის ვარიაბელობის ანალიზის მეთოდით. ლ-ინტერვალ რეგისტრირებოდა ეკგ-ს მეორე სტანდარტულ განხრაში დილით 10-11 საათზე კომფორტული ტემპერატურის, ტენიანობის და ნორმალური ატმოსფერული წნევის პირობებში სამჯერადად ხუთმუთიანი ინტერვალით. გულის რითმის ვარიაბელობის შესასწავლად მიღებული სტანდარტებიდან შევჩერდით RR-ინტერვალის სპექტრულ და ანალიზზე, რომელიც ხორციელდებოდა 0,002-0,5 ჰც დიაპაზონში ფურცელ კლასიკური გარდაქმნით, რისთვისაც რეგისტრირდებოდა მინიმუმ 250 კარდიოინტერვალი (7).

ბიოსიგნალის სპექტრული ანალიზით გამოიყოფოდა სამი სიხშირული ზოლი: ა) მაღალი სიხშირული დიაპაზონი - სუნთქვითი ტალღები - High Frequency (HF), 0,4-0,15 ჰერცი (2,5-2,6წმ). იგი ასახავდა გულის რითმის მოდულაციის პარამეტრიკურ რეგულ. მისი შემცირება 8-10%-მდე მიუთითებდა სიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქვნიის სიჭარბეზე, ხოლო 2-3%-მდე - სიმპათიკური ტონუსის მკვეთრად გამოხატულად გამოვლენაზე (ნორმაში მერყეობა 15-25%); ბ) დაბალსიხშირული დიაპაზონი (ე.წ. პირველი რიგის ნელი ტალღები) - Low Frequency (LF), 0,15-0,04 ჰერცი (6,5-25წმ), მათ ვაზომოტორულ ტალღებს უწოდებენ და თვლიან სისხლძარღვთა ტონუსის მაჩვენებლად - სიმპათიკური ნერვული სისტემის მარკერად (ნორმაში მერყეობა 15-25%); გ) მეტად დაბალი სიხშირული დიაპაზონი (მეორე რიგის ნელი ტალღები) - Very Low Frequency (VLF), 0,04-0,003 ჰერცი (25-33,3წმ), (ნორმაში მერყეობა 15,35%). ვარაუდობენ, რომ იგი ასახავს ვეგეტატიური რეგულაციის უმაღლესი ცენტრების გააქვნიას გულის რითმზე. წინამდებარე გათვლები საშუალებას იძლევა მივიღოთ მათი წარმოდგენილი: ვაგოსიმატიკური ურთიერთობის ინდექსი LF/HF. (Флехман А. А., 1999; Хасенова Н. Б. 1996, Селиваненко С. В., 2002).

ამ საერთო ჯგუფიდან (n=32) რეზონანსოთერაპიის ჯგუფში ჩართო 23 პირი. გამოკვლევა ჩატარდა 15-16 წლის მოხალისე ვაჟებზე (n=43): 23 იუვენილური არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებულზე და იგივე ასაკის 20 ჯანმრთელ პირზე; ჯანმრთელი ვაჭების ჯგუფის მონაცემები ე.წ. საკონტროლო მონაცემებად ითვლებოდა. ვაჭებისა და მათი მშობლებისაგან მიღებულია ინფორმირებული თანხმობა კვლ-

ევაში მონაწილეობაზე.

უკანასკნელ წლებში მედიცინაში სულ უფრო ხშირად გამოიყენება რეზონანსოთერაპია. კერძოდ, ე.წ. მოცარტის ეფექტი. F. Rauscher et al (8), Weinberger N. M. (9) მონაცემებით, ამ მეთოდის გამოყენებისას აღინიშნება სტრესის, და მთლილობის, დეპრესიის სიმპტომების მოსხსნა, განსაკუთრებით 5000-8000 ჰც დაიპაზონის ბეგრების, კლასიკური მუსიკის მოსმენისას. აღნიშნული მეთოდის კონტრასტული შეფასება იუვენილურ ასაკში, პაციენტთა ფსიქოფიზიოლოგიური და პორმონული სტატუსიდან გამომდინარე, საინტერესოდ ჩაეთვალით და ამიტომ, იუვენილური არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებულ 23 მოზარდს ორი კვირის განმავლობაში ჩაუტარდა რეზონანსოთერაპია ფორმა „Entspannung-b“ (Medizinische Resonanz Therapie Musik ®, germania) 1993 წლის აუდიოჩანაწერების მეშვეობით (15-20 წუთის ხანგრძლივობით).

რეზონანსოთერაპია ტარდებოდა კომფორტულ გარემოში სტერეოფონური, მაღალი კლასის ფორმა „Sony“-ის მუსიკალური ცენტრის მეშვეობით. მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პირები თვალდახუჭული უშეზღვევად მუსიკას, ისე, რომ ერთმანეთის რეაქცია მუსიკაზე არ დაეფიქსირებინათ. გულის რიტმის ვარიანტებლობა შეინაველებოდა რეზონანსოთერაპიამდე, რეზონანსოთერაპიის ჩატარების პროცესში და კურსის დამთავრების შემდეგ.

სტატისტიკურ კვლევას ვანარბოვებით პარამეტრული და არაპარამეტრული მეთოდების გამოყენებით (10) პროგრამული პაკეტის Statistics 2001 მეშვეობით (11).

არტერიულ წნევას ვსაზღვრავდით მკურნალობის დანყებაამდე, დამთავრებისთანავე და დამთავრებიდან ნახევარი საათის შემდეგ; აგრეთვე, ვთხოვდით მშობლებს, რათა დღის ბოლოსაც გაეზომათ არტერიული წნევა.

RR ინტერვალის სექტორული ანალიზით საკვლევი პირებში ჩამოყალიბდა გამოსაკვლევი პირთა სამი ჯგუფი: I ჯგუფი - ჯანმრთელი პირები დაბალანსებული ვაგოსიმპათიკური ნონანსორობით (n=9), II ჯგუფი - ჯანმრთელი პირები, რომელთაც აღენიშნებოდათ პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის სარეგულაციო მექანიზმების პრევალირება (n=4), III ჯგუფი - ჯანმრთელი პირები სიმპათიკური რეგულაციის მექანიზმის დომინირებით (n=10), I გუფში LF/HF-თან უდრით $1,80 \pm 0,07$, II-ში - $1,02 \pm 0,09$, ხოლო III ჯგუფში - $3,10 \pm 0,13$.

რეზონანსოთერაპიის მე-5-7 დღეს ვაგოსიმპათიკური ნონანსორობით განაწილებულ ჯგუფებში საკვლევი პირთა რაოდენობა შეიცვალა. კერძოდ, I ჯგუფში III ჯგუფიდან გადმოინაცვლა 7 ახალგაზრდამ, შესაბამისად ამ უკანასკნელში დარჩა სამი პირი, ხოლო I ჯგუფიდან II-ში გადაინაცვლა 2 ახალგაზრდამ. ამგვარად, ჯგუფებში ავადმყოფთა განაწილება თერაპიის ერთკვირიანი კურსის შემდეგ იყო შემდეგი: I ჯგუფში - 13, II - 7, ხოლო III-ში - 3.

მკურნალობის ორკვირიანი კურსის შემდეგ III

ჯგუფის ახალგაზრდები მთლიანად გადაწილდნენ I და II ჯგუფებში და საბოლოოდ ასეთი სურათი ჩამოყალიბდა: დაბალანსებული ვაგოსიმპათიკური ნონანსორობა აღენიშნებოდა 15 ახალგაზრდას, ხოლო 8-ს - გულის რითმის პარასიმპათიკური სარეგულაციო მექანიზმების უპირატესობა.

იუვენილური არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებული 23 მოზარდის ორგანიზმში სისტოლური არტერიული წნევა აღემატებოდა ნორმალურ მაჩვენებელს და შეადგენდა საშუალოდ $147,5 \pm 3,2$ mmHg, ხოლო დიასტოლური - $92,3 \pm 2,7$ mmHg. რეზონანსული თერაპიის შემდეგ მოხდა არაგორც სისინსული, ასევე დიასტოლური არტერიული წნევის ნორმალზება - შესაბამისად, $122 \pm 2,1$ mmHg და $74,6 \pm 3,6$ mmHg.

ამგვარად, ჩატარებული კვლევა უფლებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ რეზონანსოთერაპიის ორკვირიანი კურსი იწვევს არამარტო არტერიული წნევის ნორმალზებას იუვენილური არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებულ ვაჭებში, არამედ ახდენს გულის რიტმის ვაგოსიმპათიკური ბალანსის ნორმალზებას.

ლიტერატურა:

1. Александров А.А., Розанов В.В. Эпидемиология и профилактика повышенного артериального давления у детей и подростков. Росс. Педиатр. Журнал. 1998. 2: 16-20.
2. Александров А.А., Розанов В.В. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний с детства: подходы, успехи, трудности / Кардиология. 1995. 35.7. С. 4-8.
3. Белоных Н.А., Кубергер М.Н. Болезни сердца и сосудов у детей. Руководство для врачей. т.2.М.: Медицина, 1987.
4. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетативно-сосудистая дистония. М.: Медицина, 1981
5. Розанов В.В. Роль наследственности и среды в формировании основных рисков сердечно-сосудистых заболеваний у детей пубертатного возраста: Автореф. канд. дис. М., 1991
6. ციბაძე ა., მამუკელაშვილი გ., კაპანაძე გ., ცხოვრებაშვილი ნ. - კორელაციური რითმოგრაფია და კარდიოინტერვალომეტრიის ღირებულების შედარება ფსიქიკური დატვირთვის სინჯის დროს - საქართველოს ფსიქოლოგთა ყრილობა - თბილისი 1995. გვ. 203
7. Михайлов В.М. - Вариабельность ритма сердца - опыт практического применения-Иваново, 2000, с. 182
8. Rauscher F et al. Nature, 1993, vol. 365 p.611
9. Weinberger N.M. Matters of Opiation: On the Importance of music research notes. vol 5,N2, 1998
10. ა. ციბაძე, ი. კვაჭაძე. - სამედიცინო ფიზიკა და ბიოფიზიკა - თბილისი, 2002, გვ. 322.
11. Боровиков В. - Статистика для профессионалов - С. Петербург, 2001. стр. 647

K. Pagava, N. Chkuaseli, I. Kvachadze, A. Tshadze, G. Chichinadze, Z. Dumbadze

THE REABILITATION OF A JUVENILE ARTERIAL HYPERTENSION IN YOUTHS BY RESONANCE THERAPY

Tbilisi State Medical University

The work aimed to reveal a prevalence of a juvenile systemic hypertension in 15-16 years old youths. The 358 youths were examined. The arterial blood pressure was measured three times with three minutes intervals between measurements during three days. A height of adolescents was measured and percentile group was determined on the base of the percentile curve for the Georgian population. In the result the 32 (8,46%) adolescents with a juvenile systemic hypertension were revealed. For the study of regulatory mechanisms of the heart rate the spectral analysis of RR intervals was made and the level of autonomic balance LF/HF was determined. The resonance therapy of 12-15 minutes duration was conducted by means of the "Entspannung-b" (Medizinische Resonanz Therapie Musik ®, Germany) within two weeks.

In the results of two weeks course of the blood pressure and autonomic balance of the adolescents with juvenile systemic hypertension was normalized.

ფეროიანი ე., პუჩკოვსკაია ს.

სამკურნალო გამაჯანსაღებელი საფრენების კომპლექსის გამოყენების ეფექტურობა კისრის ოსტეოქონდროზის დროს

ოსსა-ის ფიზიკური ვარიანტისა და აკაბიტიაციის ფაქტობატი

მრავალი ქვეყნის მედიცინაში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ არტრადიციულ მეთოდებს, სადაც მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია სამკურნალო-გამაჯანსაღებელ მორაობით აქტივობას.

ჩვენ ვეარაუდებთ, რომ სამკურნალო-გამაჯანსაღებელი ვარჯიშების სპეციალური კომპლექსი არა მარტო ხელს უშლის ოსტეოქონდროზის წარმოქმნას და განვითარებას, არამედ მისი გამოყენება შესაძლებელია მოცემული პათოლოგიის მკურნალობაშიც.

წინამდებარე გამოკვლევის მიზანი იყო არტრადიციული სამკურნალო-გამაჯანსაღებელი ვარჯიშების

ის კომპლექსის გამოყენების ეფექტურობის შეფასება კისრის ოსტეოქონდროზის მკურნალობაში.

გამოკვლევაში მონაწილეობდა 30-55 წლის 76 ავადმყოფი I და II ხარისხის კისრის ოსტეოქონდროზით, მათ შორის 22 მამაკაცი და 54 ქალი. შედარებით გამოკვლევისას ძირითად ჯგუფში გაერთიანდა 47 ავადმყოფი, რომელთა მკურნალობის პროცესში გამოიყენებოდა სპეციალური სამკურნალო-გამაჯანსაღებელ ვარჯიშთა კომპლექსი, რომელიც მიმართული იყო კისრის რეგიონში მოძრაობის ამპლიტუდის გადიდებისკენ. საკონტროლო ჯგუფს შეადგენდა 29 ავადმყოფი, რომლებიც გამოიყენებდნენ ტრადიციულ სამკურნალო ფიზკულტურას. ორივე ჯგუფში მკურნალობის ხანგრძლივობა იყო 14 დღე.

ავადმყოფებს აღენიშნებოდათ შემდეგი სინდრომები: მზარბეტის პერიოართრიტი - 7 ავადმყოფს (9%), მხრის ეპიკონდილუსი - 9 ავადმყოფს (12%), წინა კიბისებრი კუნთის სინდრომი - 23 ავადმყოფს (30%), მცირე მკერდის კუნთის სინდრომი - 12 ავადმყოფს (16%), კისრის უკანა სიმპათიკური სინდრომი - 25 ავადმყოფს (33%).

ყველა ასაკობრივი ჯგუფი სქესობრივ-ასაკობრივი, კლინიკური მიმდინარეობით, დაავადების ხანგრძლივობით, ეტიოლოგიური ფაქტორით იყო ერთგვაროვანი.

სამკურნალო-გამაჯანსაღებელი ვარჯიშების ეფექტურობა ფასდებოდა სახაზავით და მოხრის კუთხის გაზომვით, აგრეთვე, კისრის კუნთების ტონუსისა და ძალის გაზომვით.

გამოკვლევის შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ სპეციალური სამკურნალო-გამაჯანსაღებელი ვარჯიშების კომპლექსის გამოყენებამ ძირითად ჯგუფში განსაზღვრა დადებითი შედეგი საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, სადაც გამოიყენებოდა ტრადიციული სამკურნალო ფიზკულტურა. ძირითად ჯგუფში ავადმყოფთა საერთო მდგომარეობა გაუმჯობესდა, კისრის არეში მოძრაობათა ამპლიტუდა, მოცულობა გაიზარდა და ეს მაჩვენებლები მიუახლოვდა წანმრთელი ადამიანის მაჩვენებლებს.

მკურნალობის ეფექტურობას ადასტურებს, აგრეთვე, კონკრეტული რენტგენოგრაფიული შედეგებიც. კისრის სხვადასხვა სეგმენტში მოძრაობის მოცულობის გაზრდა გამოვლინდა ძირითადი ჯგუფის ავადმყოფებში (9,3±0,2 მმ)

საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (8,4±0,4 მმ), რაც სამკურნალო-გამაჯანსაღებელი ვარჯიშების სპეციალური კომპლექსის გამოყენების შედეგად

ცხრილი I

კისრის ოსტეოქონდროზით დაავადებულთა მკურნალობის შედეგები კლინიკური გამოკვლევის მიხედვით

ავადმყოფთა ჯგუფები	ავადმყოფთა რაოდენობა	გამოკვლევის შედეგები			
		კარგი	დასაკმაყოფილებელი	არადასაკმაყოფილებელი	%
		აბსოლუტ.	%	აბსოლუტ.	%
ძირითადი	47	31	66	12	26
საკონტროლო	29	9	31	14	48
ჯამი	76	40	33	26	34

ცხრილი 2

კუნთის ტონუსის გამაძლიერებელი მკურნალობის შედეგად

ჯგუფები	ტონუსი	I ხარისხის ოსტეოქონდროზი		II ხარისხის ოსტეოქონდროზი		III ხარისხის ოსტეოქონდროზი	
		მკურ.-მდე	შემდეგ	მკურ.-მდე	შემდეგ	მკურ.-მდე	შემდეგ
ძირითადი(n=47)	მარჯვ.	11(23%)	1(2%)	17(37%)	43(92%)	19(40%)	3(6%)
	მარცხ.	12(25%)	2(4%)	18(38%)	44(94%)	17(37%)	1(2%)
საკონტროლო(n=29)	მარჯვ.	6(21%)	2(7%)	11(38%)	22(76%)	12(41%)	5(17%)
	მარცხ.	7(24%)	2(7%)	11(38%)	24(83%)	11(38%)	3(10%)

უნდა შეფასდეს. კუნთურ-მანუალური ტესტირების ამოცანა მკურნალობის შედეგად იმაში მდგომარეობდა, რომ გამოვყენდით დისბალანსი კისრის კუნთებს ტონუსსა და ძალას შორის. სპეციალური სამკურნალო ვარჯიშების გამოყენებამ განაპირობა ნონასნორობის აღდგენა კუნთის ტონუსსა და ძალას შორის. აღინიშნება, აგრეთვე, კუნთის ტონუსის ნორმალიზება, ტონური კუნთების მოდუნება. კისრის მარჯვენა და ნარცხენა მხარეს დაბალანსდა კისრის ტონური დაძაბულობა სტატიკური ნონასნორობის შენარჩუნების ფონზე.

კისრის კუნთების ტონუსის ცვალებადობა ორივე ჯგუფში აღინიშნებოდა II ხარისხის ოსტეოქონდროზის მქონე ავადმყოფებში, რაც ჩატარებული მკურნალობის შედეგი იყო. თუმცა ეს ტენდენცია უფრო გამოკვეთილი იყო ძირითად ჯგუფში, რაც დაკავშირებულია გამოყენებულ სამკურნალო ვარჯიშთა კომპლექსთან: კუნთის ტონუსის დაქვეითება ერთი ხარისხით შემცირდა ძირითად ჯგუფში საშუალოდ 21,3%-ით, საკონტროლოში - 17,2%.

მომატებული ტონუსის მქონე ავადმყოფებში (III ხარისხის) კუნთის ტონუსი შემცირდა 34%-ით, საკონტროლოში - 22,4%-ით.

ნორმალური ტონუსის მქონე (II ხარისხის) ავადმყოფების რაოდენობა ძირითად ჯგუფში გაიზარდა 55,3%-ით, საკონტროლო ჯგუფში - 41,4%-ით.

მიღებული გამოკვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ კისრის ტონუსის ცვალებადობა დამოკიდებულია სამკურნალო-გამაჯანსაღებელ ვარჯიშთა კომპლექსის გამოყენებაზე. ექრძოდ, დინამიკურმა გამოკვლევებმა და დაკვირვებებმა ადასტურა, რომ სამკურნალო-გამაჯანსაღებელ ვარჯიშთა კომპლექსის გამოყენება ხელს უწყობს ხერხემლის გატვირთვას, დაზიანებული სეგმენტის კუნთოვან-მეცხვანი აპარატის გაძლიერებას, რეფლექსურად დაძაბული კუნთების ლიკვიდაციას, ზრდის ხერხემლის მოძრაობით აქტივობას, და, რაც მთავარია, ამცირებს კისრის ოსტეოქონდროზით დაავადებულთა მკურნალობის ვადებს.

ლიტერატურა:

1. Бубновский С.М. Практическое руководство по кинезитерапии. Москва. 1999. с. 50-67.
2. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура. / Учебное пособие для вузов. - М. 2002.

3. Ншм К. Золотые правила здоровья. Санкт-Петербург: 2003. с.32.

4. Осна А.И. Периодизация шейного остеохондроза. / Шейный остеохондроз. - Новокузнецк, 1984. С.11-22.

5. Челноков В.А. Основные патогенетические принципы применения физических упражнений при профилактике остеохондроза позвоночника. // Теория и практика физической культуры. 1998. № 10. с.10-13.

Feroyan E., Puchkovskaya S.

EFFICIENCY OF APPLICATION OF MEDICAL-IMPROVING GYMNASTICS AT DISEASE BY THE CERVICAL OSTEOCHONDROSIS OF THE BACKBONE

Faculty of physical medicine and rehabilitation.

The purpose of our research is definition of efficiency of an untraditional complex of medical-improving gymnastics for treatment sick of a cervical osteochondrosis of a backbone.

76 patients have taken part in the given research with II - III stage of a cervical osteochondrosis. At carrying out of comparative research into the basic group have entered 47 person which treatments in a complex used a special complex of medical-improving gymnastics directed on increase in volume of movements, and also at correction of a static and dynamic stereotype of cervical region. The control group was made by 29 patients who applied traditional complex exercise therapy.

Results of the lead treatment allow to consider, that application of a complex of medical-improving gymnastics promotes not only to unloading of a backbone, but also strengthening of the musculo-copular device of the amazed segment, liquidation of a reflex pressure of muscles, increase in mobility of a backbone that has allowed to reduce terms of medical and physical rehabilitation of patients with a cervical osteochondrosis of a backbone.

შუტკარაძე ჯ., ზოგადიძე ნ., ცეცხლაძე გ., ნიორაძე ი.

ახალი შარვაკომოგიური საშუალების „ნოვოგენი“-ს ზოგადტოქსიკური მოქმედების შესწავლა

თსსუ-ის შარვაძისა და შარვაკომოგიის სამედიცინო-პათოლოგიური ცენტრი

საკვლევი საშუალება „ნოვოგენი“, წარმოადგენს ფელატინის კალსულტს, მასში მოთავსებული ღია ყავისფერი ნაერთით; „ნოვოგენი“ შედგება შემდეგი ინგრედიენტებისაგან:

დინდგელი - Propolisum - 25.0 მგ;
პამიდურის ნაყოფების სქელი ექსტრაქტი - *Extractum Solani spissum* - 25.0 მგ;
შავი ქიშმიშის სქელი ექსტრაქტი - *Extractum Vinis vitiferae spissum* - 70.0 მგ;
მაგნიუმის სტეარატი - *Magnezium stearate* - 5.0 მგ;
ლაქტოზა - *Saccharum lactis* - 25.0 მგ;
საერთო მასა - 150.0 მგ.
„ნოვოგენი“-ს მშრალი ექსტრაქტი შეიცავს ისეთ ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებებს როგორცაა: კაროტინოიდები, ფლავონოიდები, ფენოლკარბონმ-ჟავები ანტიციანები და სხვა. ეინასწარი მონაცემები ბრეკარატს გააჩნია ანთებისსანიანაღმდეგო და ანტიმიკრობული მოქმედება.

„ნოვოგენი“-ს ზოგადტოქსიკური მოქმედება შესწავლილი იქნა ალბინოს თავებებსა და ვირთაგვებზე. ფარმაკოლოგიური საშუალებების უსაფრთხოების წინააღმდეგობის შეფასების ნების“ მიხედვით (1, 2, 3, 4).

ექსპერიმენტში პერორალურად გამოყენებული იყო ექსტრაქტის 0.1 გ/კგ; 0.25 გ/კგ და 0.5 გ/კგ, გამს-სნელს წარმოადგენდა გამოხდილი წყალი - *Aq. Destillata* მზარდი დოზები: მაქსიმალური მოცულობა არ აღემატებოდა 1.0 მლ-ს, თავზე და 5,0 მლ-ს - ვირ-თავაზე.

კვლევის მიზანი იყო მწვავე ტოქსიკურობის - სასიკვდილო დოზის (LD_{50}) დადგენა, კუმულაციური ტოქსიკურობის და ასევე სისტემური ტოქსიკურობის ცალკეული სიმპტომების რეგისტრაცია.

„ნოვოგენი“-ს მწვავე ტოქსიკურობის განსაზღვრა თავგებზე.

შესაღწევა და მეთოდები: დაკვირვება ტარდებო-და სქესის მიხედვით რანდომიზირებულ 24 თეთრ ლაბორატორიულ თავზე, რომლებიც განაწილდა 4 ჯგუფში თანაბარი რაოდენობით (იხ). ცხოველთა სხეულის მასა ყველა ჯგუფში იყო იდენტური და შეადგენდა 20-21 გ-ს. ცხოველების შენახვა ხდებო-და ვივარუმის პირობებში კარანტინის ვადებისა და კეტების რაციონის სრული დაცვით.

საკვლევი საშუალება „ნოვოგენი“ შეეყვანებოდა Per os ერთჯერადად სპეციალური ზონდით. თითოეულ ექსპერიმენტულ ცხოველს პრეპარატის შეყვანის წინ ვნონდით, სხეულის მასის ერთეულზე (ერთი კილო-

გრამი) დოზის ინდივიდუალური გადაანგარიშები-სათვის. ინტოქსიკაციის სიმპტომებს თავგებზე ვაფასებდით ირენის მ ბალიანი შკალის მიხედვით; ექსპერიმენტის დასრულებისას ვახდენდით ცხ-ოველებს ევთანაზიას მათი შარვაკომოგიური და მიკ-როსკოპული გამოკვლევის მიზნით:

I ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულა 20-ჯერა-დი თერაპ. დოზა - 0.1 მგ/კგ;

II ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულა 60-ჯერა-დი თერაპ. დოზა - 0.3 მგ/კგ;

III ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულა 120-ჯერადი თერაპ. დოზა - 0.6 მგ/კგ;

IV ჯგუფი - საკონ. ცხოველ-ღებულბდენე გამოხ-დილ წყ-ს 1.0 მლ თავზე.

კვლევა ხორციელდებოდა საკვლევი ნივთიერე-ბის ერთჯერადი შეყვანით. დაკვირვებას ვანარმობ-დით 14 დღის განმავლობაში.

გარემოში გათვითცნობიერება - ორიენტირება და ყნოსვითი რეაქციები, განწყობა-ემოციურობა (მოუს-ვენრობის გაღრმავება, აგრესიულობა), მოძრაობითი უნარი; ც.ნ.-ის აგ ზნება (შეკრთობა, კულის გამშე-ბა, კანკალი, კრუნჩხვა); პოზა (პროსტრაცია, შებოჭ-ილობა, კიდურების მდგომარეობა - მოხრილი, გამ-ლილი); მოტორული დისკორდინაცია (ბარბაცი, უჩვეულო სიარული, დგომის რეფლექსი); კუნთოვანი ტონუსი (ჩაჭყვლელობის ძალა, ჩაზნექილი ზურგი, მუცლის დაჭიმულობა); რეფლექსები (ნიჟარას, რქო-ვანას, იპსილატერული მოხრის რეფლექსი); აუტონომ-იური რეაქციები (გუგა, ქუთუთები, ეგ ზეფთოლმი, შარდვა, ჩაჭყვლედენა, კრუნჩხვნი, აბრტყენა, კა-ნის ფერი ყურის ნიჟარაზე) ციანოზი ან შიპერემია, გულისცემის და სუნთქვის სიხშირე; მყისიერი ან და-ყენებული სიკვდილი.

სხეულის მასის ნამატი (კონტროლი ხორციელდე-ბოდა ცდის დანქების დღეს და შედგომ ყოველ მე-7 დღეს).

კვლევის შედეგები: საშუალება „ნოვოგენი“-ს შეყვანიდან და შედგომი დაკვირვების მთელ პერი-ოდში საცდელი ცხოველების ორიენტირება გარემო-ში, ყნოსვითი რეაქციები და მოძრაობითი უნარი ნორმის ფარგლებში იყო. არ აღინიშნებოდა მოუს-ვენრობა და აგრესიულობა, შენარჩუნებული იყო ნორმალური პოზა, მოტორული აქტიურობა, კუნთო-ვანი ტონუსი, რეფლექსები გარე გაღონიანებაზე (ხმაური, სინათლე, შენება, ტკივილი). აუტონომიური რეაქციები ნორმის ფარგლებში იყო, სუნთქვისა და გულისცემის სიხშირე სანყის მაჩვენებლებს შეესა-ბამებოდა. თვალთ შესაშინევი ზოგადი ზორცაიუ-ლი ინტოქსიკაციური გამოყენებები არ აღინიშნე-ბოდა.

თავების სხეულის ნონის ნამატი არ განსხვავდე-ბოდა საკონტროლო ჯგუფის მაჩვენებლებისაგან.

ამგვარად, საშუალება „ნოვოგენი“-ს ვაზრდილი დოზები (თერაპეუტიულზე 120-ჯერ მეტი) ერთჯე-რადი პერორალური შეყვანისას ცხოველებში არ ავ-ლენდა არც ლეტალურ და არც ტოქსიკურ ეფექტებს.

ეინიდან, „ნოვოგენი“-ს ასოცეერ ვაზრდილი დო-

ზის გამოყენებისას ტოქსიკური მოვლენები არ გამოვლინდა, სასიკვდილო დოზის (LD₅₀) დადგენა მწვავე ექსპერიმენტში მიზანშეწონილად არ იქნა მიჩნეული. „ნოვოგენი“-ს მწვავე ტოქსიკურობის განსაზღვრა ერთთავგებზე.

მასალა და მეთოდები: დაკვირვება ტარდებოდა სქესის მიხედვით რანდომიზირებულ 15 თეთრ ვირთავაზე, რომლებიც განაწილებულ იქნა სამ ჯგუფში თანაბარი რაოდენობით (n=5). სტეულის მასა ყველა ჯგუფში იდენტურია და შეადგენს 250,0 გრამს. ცხოველების შენახვა ხდებოდა ვივარიუმის პირობებში, დაცული იყო კეების სტანდარტული რაციონი.

საკვლევი „ნოვოგენი“-ს სხვადასხვა დოზები (გახსნილი გამოხდილ წყალში) შეგვყავდა პერორალურად ერთჯერადად ვირთავებისათვის დასაშვები მაქსიმალური მოცულობით (5 მლ). საკვლევი ხსნარის შეყვანის წინ ინდივიდუალურად ვნობდი თითოეულ ცხოველს სხეულის მასის ერთეულზე (ერთი კილოგრამი) დოზის ზედმიწევნით ზუსტი გადაადგარიშებისათვის.

I ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 141-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.6 მგ/კ (1 კაფსულა - 150 მგ);

II ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 210-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.9 მგ/კ (1.5 კაფსულა - 225 მგ);

III ჯგუფი - საკონტროლო ცხოველები ღებულობდა გამოხდილ წყალს მოცულობით 5,0 მლ.

დაკვირვება ცხოველების ზოგად დადგომარეობაზე, ქცევაზე, სიკვდილიანობაზე ხორციელდებოდა საკვლევი ნოთიერების შეყვანის მომენტიდან და, ასევე 10, 30 წუთის, 1, 2, 4 საათის განმავლობაში, შემდგომ კი ყოველდღიურად დღემდე ერთხელ ორი კვირის განმავლობაში.

კვლევის შედეგები: „ნოვოგენი“-ს შეყვანის მომენტიდან დაკვირვების მთელი შემდგომი პერიოდის განმავლობაში ცხოველების მორაობის კოორდინაცია ნორმალურია, არ აღინიშნება - მოუსვენრობა, აგრესიულობა, მოტორული აქტიურობა, ჩონჩხის კუნთების ტონუსის მომატება, რეფლექსები გარე გარეობაზე (ხმაური, სინათლე, შეხება, ტკივილი), ასევე ნორმაში არება ავტონომიური ფუნქციის მდგომარეობა. სუნთქვისა და გულის ცემის სიხშირე საწყის მაჩვენებლებს შეესაბამება. ვირთავების ნორმალურად მოიხმარენ საკვებას და წყალს. დაკვირვების 14 დღის განმავლობაში ცხოველების დაცემა (სიკვდილი) არ არის რეგისტრირებული.

ვირთავების სხეულის წონის ნამატარ განსხვავდებოდა საკონტროლო ჯგუფის მაჩვენებლებისაგან.

ვინაიდან, ჩატარებული კვლევის შედეგებით „ნოვოგენი“-ს ორასათჯერადი თერაპიული დოზის გამოყენებისას ტოქსიკური მოვლენები არ გამოვლინდა, სასიკვდილო დოზის (LD₅₀) დადგენა მწვავე ექსპერიმენტში მიზანშეწონილად არ იქნა მიჩნეული.

1.3. თავგებისა და ვირთავების პათომორფოლოგიური გამოკვლევები „ნოვოგენი“-ს მწვავე ტოქსიკურობის განსაზღვრის დასრულების შემდეგ პათომორფოლოგიური გამოკვლევის მიზნით ექს-

პერიმენტი დასრულდა ცხოველების ევთანაზით.

მაქროსკოპული გამოკვლევა: ბენჯი სუფთა, კანის საფარი, ყურები და კიდურები სუფთა, ვარდისფერი. საშარდე და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გამოყოფილი მდგომარეობა და გამონაყოფები არ აღინიშნება. გაკვეთით ორგანოების განლაგება სწორი, რაიმე ანთებითი პროცესი ან გაძლიერებული სისხლძარღვოვანი სურათი გამოხატული არაა. ცხიმოვანი ქსოვილი კარგად განვითარებული, სეროზული გარსი სუფთა, გლუვი, გამჭვირვალე; დეფექტები, ექსულსი და პეტექიური სისხლჩაქცევები არ აღინიშნება; ლორწოვანი გარსი ვარდისფერი, სველი, პრიალა და სადა ზედაპირით. ღვიძლი და ელენთა გადიდებული არაა, კონსისტენცია მკვრივი, კაფსულის ქვეშ პეტექიები არ არის. ნაღვლის ბუშტი სავსე. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ორგანოების გახსნისას დესკამაციის მოვლენები, ლორწოვანი გარსის სისხლსავსეობა, მასში სისხლჩაქცევები, ასევე სუკრეტის ან ლორწოს გროვები არ ვლინდება; ღვიძლი თანაბრად მოყავისფრო-წინფერი, კონსისტენცია მკვრივი, კაფსულის ქვეშ პეტექიები არ არის. თირკმლები მოყავისფრო ფერის, განაკვეთზე - ქსოვილი პრიალა, მკვრივი, სისხლჩაქცევების გარეშე. გულის კუნთი მკვრივი, ენდოკარდიში გულთა გლუვი ზედაპირით. ფილტვები პაერით სავსე, თანაბრად ვარდისფერი ზედაპირი პრიალა, სისხლჩაქცევები, ორგანული ემფიზემისა და ატელექტაზის კერები, არ აღინიშნება.

ამგვარად, ჩვენს მიერ პათომორფოლოგიური შესწავლით გამოკვლეულ ორგანოებსა და ქსოვილებში რაიმე სახის პათოლოგიური ცვლილებები არ გამოვლინდა, რაც ადასტურებს, რომ „ნოვოგენის“ გამოყენება შესაძლებელია, ვინაიდან ტოქსიკურობის მხრივ იგი უვნებელია.

2. პარასემკურნალო საშუალება „ნოვოგენი“-ს კუმულაციური თვისებების განსაზღვრა

2.1. „ნოვოგენი“-ს კუმულაციური თვისებების განსაზღვრა თავგებში

მასალა და მეთოდი: დაკვირვება ტარდებოდა ორივე სქესის 24 თეთრ თავგებზე, რომლებიც დაყოფილი იქნა 4 თანაბარ ჯგუფად (n=6). ექსპერიმენტის დაწყების წინ ინდივიდუალურად ხდებოდა თავგის სხეულის მასის განსაზღვრა დოზის სიზუსტის განსაზღვრის მიზნით.

„ნოვოგენი“-ს სხვადასხვა დოზით შეგვყავდა პერორალურად დღემდე ერთხელ სამი დღის განმავლობაში სპეციალური ზონდით.

I ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 20-ჯერადი თერაპ. დოზა - 0.1 მგ/კ. (ჯაშური დოზა შეადგენს 0.3 მგ/კ);

II ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 60-ჯერადი თერაპ. დოზა - 0.30 მგ/კ. (ჯაშური დოზა შეადგენს 0.9 მგ/კ);

III ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 120-ჯერადი თერაპ. დოზა - 0.3 მგ/კ (ჯაშური დოზა შეადგენს 1.8 მგ/კ);

IV ჯგუფი - საკონ. ცხოველები ღებულობდა გამოხდილ წყ-ს 1.0 მლ თავგებზე.

ცხოველებზე ზოგადრეზორბციული მოქმედების ინტეგრალური მაჩვენებლების (ზოგადი მდგომარეობა, ქცევა, რეფლექსები, საკვებისა და წყლის მოხმარება) რეგისტრაცია ხორციელდებოდა საკვლევი ხსნარის შეყვანიდან 30 წუთის, 1, 2, 4 საათის განმავლობაში; სხეულის მასის კონტროლი ხორციელდებოდა ექსპერიმენტის დაწყების დღეს და შემდგომ ყოველ მე-7 დღეს.

კვლევის შედეგები: საკვლევი საშუალება „ნოვოგენი“ შეყვანიდან 24 საათის შემდეგ არცერთი ლეტალური შემთხვევა არ დაფიქსირებულა. საცდელ ჯგუფებში ცხოველების ზოგადი მდგომარეობის პარამეტრები: გარემოში ორიენტაცია, ყნოსვითი რეაქციები, მოძრაობითი აქტიურობა, რეაქციები გარე გაღიზიანებაზე, სუნთქვის და გულისცემის სიხშირე, მადა და წყლის მოხმარება სანყისი მაჩვენებლების იდენტური აღმოჩნდა.

საკვლევი ნოეთერების პირველი შეყვანიდან 48 საათის შემდეგ, მეორე შეყვანის წინ ლეტალური ეფექტი არ დაფიქსირდა, ზოგადი მდგომარეობის ინტეგრალური მაჩვენებლები, საკვებისა და წყლის მოხმარება ნორმის ფარგლებშია.

ხსნარის პირველი შეყვანიდან 72 საათის შემდეგ, (მესამე შეყვანის წინ) ყველა ცხოველი ცოცხალია, აქტიურია, რეფლექსები და რეაქციები გარე გაღიზიანებაზე ნორმალურია.

შემდგომში 14-დღიანი დაკვირვების პერიოდში სიკვდილის ან სისტემური ტოქსიკური მოქმედების არც ერთ შემთხვევა არ დაფიქსირებულა, რის გამოც შეუძლებელი აღმოჩნდა სასიკვდილო დოზის (LD_{50}) და ტოქსიკური დოზის (TD_{50}) დადგენა და, შესაბამისად, კუმულაციის განსაზღვრა. სხეულის წონის ნამატო ენოზოლოგიური ნორმის ფარგლებში აღმოჩნდა.

ამგვარად ჩატარებული კვლევის შედეგებით პარასამკურნალო საშუალება „ნოვოგენი“ არ ავლენს კუმულაციურ თვისებებს იმ შემთხვევაში, როცა პრეპარატი ჩვენს მიერ გამოყენებული ჯამური დოზა 1.8 მგ/კგ 360-ჯერ აღემატება ერთჯერად თერაპიულ დოზას.

2.2. „ნოვოგენი“-ს კუმულაციური თვისებების განსაზღვრა ვირთაგებში

მასალა და მეთოდები: დაკვირვება ტარდებოდა ორივე სქესის 18 თეთრ ვირთაგებზე, რომლებიც დაყოფილი იქნა 3 ჯგუფად. ექსპერიმენტის დაწყების წინ ზღვრულა თითოეული ვირთაგვის სხეულის მასის განსაზღვრა, რომელიც ყველა ჯგუფში არსებობდა იდენტური აღმოჩნდა – შეადგენდა 250,0 გ. ცხოველების შენახვა უნებოდა ვივარიუმის პირობებში, და ცოცხალი იყო კვების სტანდარტული რაციონი.

საკვლევი პრეპარატი ვახსნილი გამოხდილ წყალში სხვადასხვა დოზით შეგვყავდა პერორალურად დღეში ერთჯერადი სამი დღის განმავლობაში საცდელური ზონდით. ვირთაგვისათვის დასაშვები მასივ-მალური მოცულობით (5 მლ).

1 ჯგუფში გამოყენებული იყო „ნოვოგენი“-ს 141-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.6 მგ/კგ (1 კაფსულა - 150 მგ);

II ჯგუფში გამოყენებული იყო „ნოვოგენი“-ს 210-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.9 მგ/კგ (1.5 კაფსულა - 225 მგ);

III ჯგუფში - საკონტროლო ცხოველები ლეზილიზ-და გამოხდილ წყალში მოცულობით 5 მლ 1 ჯერ დღეში სამი დღის განმავლობაში;

ცხოველებზე ზოგადრეზორბციული მოქმედების ინტეგრალური მაჩვენებლების (ზოგადი მდგომარეობა, ქცევა, რეფლექსები, საკვებისა და წყლის მოხმარება) რეგისტრაცია ხორციელდებოდა საკვლევი ხსნარის შეყვანიდან 30 წუთის, 1, 2, 4 საათის განმავლობაში და შემდგომ ყოველდღიურად სამი განმავლობაში; სხეულის მასის კონტროლი ხორციელდებოდა ექსპერიმენტის დაწყების და შემდგომ ყოველ მე-7 დღეს.

კვლევის შედეგები: საკვლევი საშუალება „ნოვოგენი“-ს შეყვანიდან 24 საათის შემდეგ არცერთი ლეტალური შემთხვევა არ დაფიქსირებულა. საცდელ ჯგუფებში ცხოველების ზოგადი მდგომარეობის პარამეტრები: გარემოში ორიენტაცია, ყნოსვითი რეაქციები, მოძრაობითი აქტიურობა, რეაქციები გარე გაღიზიანებაზე, სუნთქვის და გულისცემის სიხშირე, მადა და წყლის მოხმარება სანყისი მაჩვენებლების იდენტურია.

საკვლევი ხსნარის პირველი შეყვანიდან 48 საათის შემდეგ ლეტალური ეფექტი არ დაფიქსირდა, ზოგადი მდგომარეობის ინტეგრალური მაჩვენებლები, საკვებისა და წყლის მოხმარება ნორმის ფარგლებშია.

ხსნარის პირველი შეყვანიდან 72 საათის შემდეგ ყველა ცხოველი ცოცხალია, აქტიურია, რეფლექსები და რეაქციები გარე გაღიზიანებაზე ნორმალურია.

შემდგომში 14-დღიანი დაკვირვების პერიოდში სიკვდილის ან სისტემური ტოქსიკური მოქმედების არც ერთ შემთხვევა არ დაფიქსირებულა, რის გამოც შეუძლებელი აღმოჩნდა სასიკვდილო დოზის (LD_{50}) და ტოქსიკური დოზის დადგენა, შესაბამისად, კუმულაციის განსაზღვრა. სხეულის წონის ნამატი საცდელ და საკონტროლო ჯგუფში იდენტური აღმოჩნდა - შეადგენდა 9,8±1,7%.

2.3. თავგების და ვირთაგების პათომორფოლოგიური გამოკვლევები „ნოვოგენი“-ს კუმულაციური ტოქსიკურობის განსაზღვრის შემდეგ

პათომორფოლოგიური გამოკვლევის მიზნით ექსპერიმენტი დასრულდა ცხოველების ევთანაზიის განხორციელებით.

მასალა და მეთოდები: მასმკვლევის სფეროს დათავალურებისათვის თმის ულდობრივი კვეთის სერები არ იყო აღმოჩენილი. ცხოველების გაკვეთით ორგანოების განლაგება სწორი, ლორწოვანი გარსივარდისფერი, ცხიმოვანი ქსოვილი კარგად განვითარებული, სეროზული გარსი სუფთა, გლუვი, გამჭვირვალე, დეფექტები, ექსულატი და პეტექტური სისხლჩაქცევები არ აღინიშნება; გულის კუნთი მკვრივი; ფილტვები პაერთივასე, თანაბრად ვარდისფერი, ზედაპირი პრი-ალა, სისხლჩაქცევები, ორგანული ემფიზემის და ატლექტაზის კერები არ აღინიშნება; კუჭ-სწნაღის

ტრაქტის ორგანოების გახსნისას დესკეპმაციის მოვლენები, ლორწოვანი გარსის სისხლსასესობა, მასში სისხლჩაქცევები, ასევე სერკეტის ან ლორწოს გროვები არ აღინიშნება; ლეიდი თანაბრად მოყავისფრო-შინდისფერი, კონსისტენცია მკერვი, კაუსულის ქვეშ პეტეჩიები არ არის. თირკმელზე მოყავისფრო ფერის, განაკეთზე – ქსოვილი პრილა, მკერვი, სისხლჩაქცევების გარეშე. ელენა მუქი ალუბლის ფერი, განაკეთზე – ზომიერად სისხლსასეს. შარდის ბუშტი – საგეს, შარდი – გამჭვირვალე.

ამგვარად, პათომორფოლოგიური შესწავლით არ გამოვლენდა პათოლოგიური ცვლილებები გამოკვლეულ ორგანოებსა და ქსოვილებში, რაც ადასტურებს „ნოვოგენის“ ხსნარის უვნებლად გამოყენების შესაძლებლობას.

3. „ნოვოგენის“ ალერგიული მოქმედების განსაზღვრა თავგებობს.

მასალა და მეთოდები: საკვლევი საშუალების ალერგიული თვისებების შესწავლისათვის გამოყენებული იქნა კანზე აპლიკაციის მეთოდი.

ცდა ჩატარებულია ორივე სქესის 12 თეთრ 20 გ მასის თავგებზე, რომლებიც თანაბრად ($n=6$) განაწილდა საცდელ და საკონტროლო ჯგუფში. ბუჭის არეში $\approx 2,5$ სმ² უბნის ეპილაციიდან 24 საათის შემდეგ საცდელი ჯგუფის ცხოველებს უტარებდნენ კანის ამ არეში „ნოვოგენი“-ს 50% ხსნარის 0,2 მლ-ის შეხელვას, ყოველდღიურად 21 დღის განმავლობაში; საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებში ზორცილებდნენ იმავე მოცულობით და იმავე სიხშირით (0,2 მლ) გამოსხივებული ნელის შეხელვას.

ქმლქვის შიშვებში: „ნოვოგენი“-ს 21 დღიანი აპლიკაციის შემდეგ ალერგიული რეაქცია არ რეგისტრირდება. კანის რეაქცია შეფასებულია 0 ბალით, კანი შეხელვის ადგილზე გლუვი, სუფთა სისხლჩაქცევა, გამონაყარი, დაწყლულება და შემუშება არ ჩანს. ასევე არ ვლინდება კანის ნაკეცის შესქელება. კანის ნაოჭის სისქე 21 აპლიკაციის შემდეგ განისაზღვრებოდა შტანგენციტულით. საკვლევი ხსნარის შეხელვის არეში კანის ნაკეცის სისქე შეადგენდა 0,8 მმ, საკონტროლო ჯგუფში 0,9 მმ; კანის შედერითობა, მისი ტემპერატურა არ განსხვავდებოდა არც მიმდებარე ქსოვილებისა და არც საკონტროლო ცხოველების მიზენებლებთან.

თავგებობის ევთანაზია განხორციელდა დეკაპიტაციის მეთოდით.

გაკეთის მონაცემებით ორგანოები განლაგებული სწორად, კანი ვარდისფერია. ცხიმოვანი ქსოვილი ნორმალურადაა განვითარებული. პლევრა, მუცლის ღრუ სუფთა, გლუვი, სისხლჩაქცევები და ექსუდატი არ აღინიშნება. ორგანოები არ არის გადაღებული.

ამგვარად, ექსპერიმენტული მონაცემების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ „ნოვოგენი“-ს საკვლევი ხსნარი არ იწვევს კანის ალერგიულ რეაქციებს.

4. „ნოვოგენი“-ს ადგილობრივი გამაღიზიანებელი მოქმედება

მასალა და მეთოდი: „ნოვოგენის“ ადგილობრივი გამაღიზიანებელი მოქმედების გამოვლენისათვის გამოყენებული იყო კანზე აპლიკაციის მეთოდი.

ექსპერიმენტი ტარდებოდა ორივე სქესის 12 თეთრ 21,0 გ მასის თავგზე, რომლებიც თანაბრად ($n=6$) იყო განაწილებული საცდელ და საკონტროლო ჯგუფებში. ბუჭის არეში $\approx 2,5$ სმ² უბნის წინასწარი დეპილაციიდან 24 საათის შემდეგ საცდელი ჯგუფის ცხოველებს უტარებდნენ კანის ამ არეში „ნოვოგენის“ 50% ხსნარის 0,2 მლ-ის შეხელვას, ყოველდღიურად 20 დღის განმავლობაში; ხოლო საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებში – გამოსხივებული ნელის იმავე მოცულობის (0,2 მლ-ის) და იმავე სიხშირით შეხელვას.

დაკვირვების ბოლოს ცხოველების დეკაპიტაციის შემდეგ ტარდებოდა მათი პათომორფოლოგიური და კანის ჰისტოლოგიური შესწავლა (12% ფორმალინში კანის 72-საათიანი ფიქსაციის შემდეგ პრეპარატის შეღებვა ხდება პემატოქსლინ ვიზინით).

ქმლქვის შიშვებში. დაკვირვების მთელი დროის განმავლობაში კლინიკური ინტეგრალური მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებში რჩებოდა.

პათომორფოლოგიური გამოკვლევებით ასევე არ გამოვლინდა ნორმიდან გადახრები.

მაკროსკოპული გამოკვლევებით – კანი შეხელვის ადგილზე სუფთა, გლუვი, სისხლჩაქცევების გარეშე, ნაოჭდება თავისუფლად (ნაოჭების გაზოგვა ხდება შტანგენფარგალით) ნაოჭის სისქე (0,8 სმ), არ აღინიშნება – კანის დაწყლულება და სისხლჩაქცევები.

ჰისტოლოგიური ბაზომქაპეპები. ჰისტოლოგიური სტრუქტურა არ არის დარღვეული, ეპითელიუმის დეფექტი არ აღინიშნება, დგრილები წარმოდგენილია ფაშარი შემავრთებული ქსოვილით, საკუთრივ შემავრთული ქსოვილის დეზორგანიზაცია არ ვლინდება. სისხლძარღვოვანი რეაქცია არის გაძლიერებული, სისხლძარღვების ირგვლივ და ახლომდებარე ქსოვილში შეშუშება არ ჩანს, მყლანდება ლიმფოციტების გროვები უზრისწენლო რაოდენობით; ლორწოვანი გარსის მხრივ ცვლილებები არ აღინიშნება, იგი წარმოდგენილია არაგარკოვანებული მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით, დესკეპმაცია არ ვლინდება. ერთორციტების დიეპედენი ქსოვილის სიღრმეში არ ჩანს. სისხლძარღვების ირგვლივ ლიმფოციტარული გროვები და ერთორციტული პედენური ერთორციტები შეინიშნება; თმის ფოლიკულები ნორმაშია საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით ლიმფოციტური ფოლიკულების რაოდენობა უცვლელია.

ექსპერიმენტის შედეგებით დადგინდა, რომ საკვლევი ხსნარის მრავალჯერადი აპლიკაციები არ აზიანებს კანს, არ ცვლის მის ჰისტოქსოციტურას, რაც იმის დასტურია, რომ „ნოვოგენის“ ადგილობრივი გამაღიზიანებელი მოქმედება არ ექნება.

ლიტერატურა

1. Правила лабораторной практики (GLP) М. 2003.

2. R.A. Tumer Screening Methods in Pharmacology; 1965, AP, №4, pp.26-34.

3. E.B. Арзамасуев, Т.А. Гуськова, С.С. Либерман и др. Докл. химические испытания. Методические рекомендации. М., 1997.

Putkaradze J., Jogleidze n., Tsetskhladze g., Nioradze I.

INVESTIGATION OF TOXICITY OF NEW PHARMACEUTICAL COMPOSITION "NOVOGEN"

TSMU Scientific Centre of Pharmacy

New composition NOVOGEN's toxicity parameters was investigated by several methods. Performed study results show that there is no toxicity effect of investigated preparate in mice and rat.

ფუტკარაძე ჯ., ჯოგლიძე ნ., ცეცხლაძე გ., ნიორაძე ი.

ახალი ფარმაცოლოგიური საშუალების „ფსორესგელ“ ხსნარის ზოგადტოქსიკური მოქმედების შესწავლა

თსუ-ის ფარმაციისა და ფარმაცოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი

საკვლევი საშუალება „ფსორესგელ“-ი წარმოადგენს მუქ ყავისფერ, შავი ფერის ჩანართებით, დამახასიათებელი მძაფრი სუნის მქონე ხსნარს. „ფსორესგელ“ ხსნარი შედგება შემდეგი ინგრედიენტებისაგან:

- ნაძის კუბრი - Pix liquida - 4.0 გ;
- აცეტისალაიცილის მჟავა - acidum acetylsalicylicum - 5.0 გ;
- შარდოვანა - Urea - 2.4 გ;
- რეზორცინი - Reszorcinum - 3.0 გ;
- იოდი 10% - Solutio Iodi spirituosa 10% - 8.10 მლ;
- იზოპროპილის სპირტი - Isopropyl alcohol - 100 მლ-მდე;

პარასამკურნალო საშუალების „ფსორესგელ“ ხსნარის ზოგადტოქსიკური მოქმედება შესწავლილი იქნა ალბინოს თავებზეა და ვირთაგებზე ფარმაცოლოგიური საშუალებების უსაფრთხოების წინაქვლინიური შეფასების ნების“ მიხედვით (1,2,3,4).

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა „ფსორესგელ“ ხსნარის სხვადასხვა დოზების კანზე ალკოჰოლის პირობებში ერთჯერადი და განმეორებითი გამოყენებისას რეზორცინოლი (სისტემური) ტოქსიკოლოგიური სიმპტომატიკის, სასიკვდილო დოზის (LD₅₀) და კუმულაციური თვისებების დადგენას

1.1. „ფსორესგელ“ ხსნარის მწვევე ტოქსიკოლოგიის განსაზღვრა თავებზე.

მასალა და მეთოდები: დაკვირვება ტარდებოდა სქესის მიხედვით რანდომიზირებულ 36 თეთრ ლაბორატორიულ თავებზე, რომლებიც განაწილდა 6 ჯგუფში თანაბარი რაოდენობით (n=6). სხეულის მასა ყველა ჯგუფში იდენტური იყო და შეადგენდა 20±0.5 გ-ს. ცხოველების შენახვა ხდებოდა ვივარიუმის

პირობებში კარანტინის ვადებისა და კვების სტანდარტული რაციონის სრული დაცვით.

საკვლევი ხსნარი „ფსორესგელ“-ის შეზღუდა ხდებოდა ერთჯერადი დარჯვენა და მარცხენა გვერდის კანზე 2x2 სმ ბენეის საფარველისგან წინასწარი დელიკატისი შემდეგ. ინტოქსიკაციის სიმპტომებს ეფასებდით ირინის მზალანი შკალის მიხედვით; ვანდენდით ლეტალობის რეგისტრაციას, ცხოველების გაკეთას და დაკვირვების დასრულების შემდეგ გადარჩენილი ცხოველების ევთანაზიას, მათი მაკროსკოპული და მიკროსკოპული გამოკვლევის მიზნით:

- I ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 300-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.2 მლ/20.0;
- II ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 500-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.3 მლ/20.0;
- III ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 800-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.5 მლ/20.0;
- IV ჯგუფ. ცხოველებში გამოყენებულია 1000-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.7 მლ/20.0;
- V ჯგუფ. ცხოველებში გამოყენებულია 1700-ჯერადი თერაპიული დოზა - 1.0 მლ/20.0;
- VI ჯგუფის ცხოველები საკონტროლო - გამოხდინილი წყალი - 1.0 მლ.

კვლევა ხორციელდებოდა საკვლევი ხსნარის ერთჯერადი შეზღუდით. დაკვირვებას ვანარმობდით შეზღუდის მომენტიდან 14 დღის განმავლობაში. ირინის ტესტის მიხედვით შეფასებულია:

გარემოში გათვითცნობიერება ორიენტირება და ყნოსვითი რეაქციები, განწყობა-ემოციონობა (მოუსვენრობის განმარტება, აგრესიულობა), მოძრაობითი უნარი; ც.ნ.-ის აგზუნება (მეკროზმა, კუდის ვაშეშება, კანკალი, კრუნჩხვა); პოზა (პროსტრაცია, შეპოჭილობა, კიდურების მდგომარეობა - მოხრილი, გამლილი); მოტორული დისკორდინაცია (პარპაცი, უჩვეულო სიარული, დგომის რეფლექსი); კუნთოვანი ტონუსი (ჩაჭიდულობის ძალა, ჩაზნექილი ზურგი, მუცლის დაჭიმულობა); რეფლექსები (ნოვარას, რქოვანას, იპსილატერული მოხრის რეფლექსი); ავტონომიური რეაქციები (გუგა, ქუთუთოები, ეგზოფთალმი, შარდვა, ნერწყვდენა, ცრემლდენა, აბურტკენა, კანის ფერი ყურის ნივარაზე) ციანოზი ან პიანკრემია, გულსცემის და სუნთქვის სიხშირე); მყისიერი ან დაყოვნებული სიკვდილი.

კმლჰიის შედეგები: საცდელი სითხის „ფსორესგელ“-ის კანზე შეზღუდის 50-55 წთ-ის შემდეგ I-V ჯგუფის ცხოველებს ზოგადი მდგომარეობის მხრივ აღინიშნებოდათ მოუსვენრობა, სპონტანური მოძრაობის გააქტიურება, ორიენტირების და ყნოსვითი რეაქციების დარღვევა. ასევე აღინიშნებოდათ აგრესიულობა, მოტორული აქტიურობა, რეფლექსების დარღვევა გარე გალიზიანებაზე (ხმაური, სინათლე, შეხება, ტყივისა). სუნთქვისა და გულის ცემის გახშირება. გამოვლინდა დაყოვნებული სიკვდილიანობა, რომელიც ვრძელდებოდა დაკვირვების სამი დღის განმავლობაში.

ასპრაცტაციანი სასიკვდილო დოზა (LD₅₀) ტოლია 1 მლ/20.0 (50მლ/კგ), ხოლო ნულოვანი ლეტალური

ზის გამოყენებისას ტოქსიკური მოვლენები არ გამოვლინდა, სასიკვდილო დოზის (LD₅₀) დადგენა მწვავე ექსპერიმენტში მიზანშეწონილად არ იქნა მიჩნეული. „ნოვოგენი“-ს მწვავე ტოქსიკურობის განსაზღვრა ვირთაგვებზე.

მასალაზე მემორიუმის დაკვირვება ტარდებოდა სქესის მიხედვით რანდომიზირებულ 15 თეთრ ვირთაგვებზე, რომლებიც განაწილებულ იქნა სამ ჯგუფში თანაბარი რაოდენობით (n=5). სხეულის მასა ყველა ჯგუფში იდენტურად და შეადგენს 250,0 გრამს. ცხოველების შენახვა ხდებოდა ვივარიუმის პირობებშია, დაცული იყო კეების სტანდარტული რაციონი.

საკვლევი „ნოვოგენი“-ს სხვადასხვა დოზები (გახსნილი გამოხდილ წყალში) შეგვყავდა პერორალურად ერთჯერადად ვირთაგვისათვის დასაშვები მაქსიმალური მოცულობით (5 მლ). საკვლევი ხსნარის შეყვანის წინ ინდივიდუალურად ვწონილეთ თითოეული ცხოველს სხეულის მასის ერთეულზე (ერთი კილოგრამი) დოზის ზედმიწევნით ზუსტი გადაადგარიშებისათვის.

I ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 141-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.6 მგ/გ (1 კაფსულა - 150 მგ);

II ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 210-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.9 მგ/გ (1.5 კაფსულა - 225 მგ);

III ჯგუფი - საკონტროლო ცხოველები ღებულობდა გამოხდილ წყალს მოცულობით 5,0 მლ.

დაკვირვება ცხოველების ზოგად მდგომარეობაზე, ქცევაზე, სიკვდილიანობაზე ხორციელდებოდა საკვლევი ნივთიერების შეყვანის მომენტიდან და, ასევე 10, 30 წუთის, 1, 2, 4 საათის განმავლობაში, შემდგომ კი ყოველდღიურად დღეში ერთხელ ორი კვირის განმავლობაში.

კლავისი შედეგები: „ნოვოგენი“-ს შეყვანის მომენტიდან დაკვირვების მთელი შემდგომი პერიოდის განმავლობაში ცხოველების მორჩაობის კოორდინაცია ნორმალურია, არ აღინიშნება - მოუსვენრობა, აგრესიულობა, მოტორული აქტიურობა, ჩონჩხის კუნთების ტონუსის მომატება, რეფლექსები გარე გარეგანი ფაქტორების მომატება, სინათლე, შეხება, ტკივილი), ასევე ნორმაში რჩება ავტონომური ფუნქციის მდგომარეობა. სუნთქვისა და გულის ცემის სიხშირე საწყის მაჩვენებლებზე შეესაბამება. ვირთაგვები ნორმალურად მოიხმარენ საკვებას და წყალს. დაკვირვების 14 დღის განმავლობაში ცხოველების დაცემა (სიკვდილი) არ არის რეგისტრირებული.

ვირთაგვების სხეულის წონის ნამატარ განსხვავდებოდა საკონტროლო ჯგუფის მაჩვენებლებისაგან.

ვინაიდან, ჩატარებული კვლევის შედეგებით „ნოვოგენი“-ს ორასათჯერადი თერაპიული დოზის გამოყენებისას ტოქსიკური მოვლენები არ გამოვლინდა, სასიკვდილო დოზის (LD₅₀) დადგენა მწვავე ექსპერიმენტში მიზანშეწონილად არ იქნა მიჩნეული.

1.3. თავგებისა და ვირთაგვების პათომორფოლოგიური გამოკვლევები „ნოვოგენი“-ს მწვავე ტოქსიკურობის განსაზღვრის დასრულების შემდეგ პათომორფოლოგიური გამოკვლევის მიზნით ექს-

პერიმენტი დასრულდა ცხოველების ევთანაზიით.

მაქროსკოპული გამოკვლევა: ბენევი სუფთა, კანის საფარი, ყურები და კიდურები სუფთა, ვარდისფერი. საშარდე და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გამოშვოვი მიეღობოდა სუფთა და გამოწაფილები არ აღინიშნება. გაკვეთით ორგანოების განლაგება სწორი, რაიმე ანთებითი პროცესი ან გაძლიერებული სისხლძარღვოვანი სურათი განმარტებული არაა. ცხიმოვანი ქსოვილი კარგად განითარებული, სეროზული გარსი სუფთა, გლუვი, გამჭვირვალე; დეფექტები, ექსუდატი და პეტექიური სისხლჩაქცევები არ აღინიშნება; ლორწოვანი გარსი ვარდისფერი, სველი, პრიანა და სადა ზედაპირით. ლეიში და ელენთა გადიდებული არაა, კონსისტენცია მკერივი, კაფსულის ქვეშ პეტექიები არ არის. ნაღვლის ბუშტი სავეც. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ორგანოების გახსნილსა და დეჰიდრატაციის მოვლენები, ლორწოვანი გარსის სისხლსავსეობა, მასში სისხლჩაქცევები, ასევე სეკრეტის ან ლორწოს გროვები არ ვლინდება; ლეიში თანაბრად მოყავისფრო-შინდისფერი, კონსისტენცია მკერივი, კაფსულის ქვეშ პეტექიები არ არის. თირკმლები მოყავისფრო ფერის, განაკვეთზე - ქსოვილი პრიანა, მკერივი, სისხლჩაქცევების გარეშე. გულის კუნთი მკერივი, ენდოკარდიუმი სუფთა გლუვი ზედაპირით. ფილტვები პაერიტი სავეც, თანაბრად ვარდისფერი ზედაპირი პრიანა, სისხლჩაქცევები, ორგანული ემფიზემისა და ატვლექტაზის კერები, არ აღინიშნება. ამგვარად, ჩვენს მიერ პათომორფოლოგიური შესწავლით გამოკვლეულ ორგანოებსა და ქსოვილებში რაიმე სახის პათოლოგიური ცვლილებები არ გამოვლინდა, რაც დადასტურებს, რომ „ნოვოგენის“ გამოყენება შესაძლებელია, ვინაიდან ტოქსიკურობის მხრივ იგი უვნებელია.

2. პარასამკურნალო საშუალება „ნოვოგენი“-ს კუმულაციური თვისებების განსაზღვრა

2.1. „ნოვოგენი“-ს კუმულაციური თვისებების განსაზღვრა თავგეებში

მასალა და მეთოდიკა: დაკვირვება ტარდებოდა ორივე სქესის 24 თეთრ თავგებზე, რომლებიც დაყოფილი იქნა 4 თანაბარ ჯგუფად (n=6). ექსპერიმენტის დაწყების წინ ინდივიდუალურად ხდებოდა თავგის სხეულის მასის განსაზღვრა დოზის სიზუსტის განსაზღვრის მიზნით.

„ნოვოგენი“ სხვადასხვა დოზით შეგვყავდა პერორალურად დღეში ერთხელ სამი დღის განმავლობაში სპეციალური ზონდით.

I ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 20-ჯერადი თერაპ. დოზა - 0.1 მგ/გ. (ჯამური დოზა შეადგენს 0.3 მგ/გ.)

II ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 60-ჯერადი თერაპ. დოზა - 0.30 მგ/გ. (ჯამური დოზა შეადგენს 0.9 მგ/გ.);

III ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 120-ჯერადი თერაპ. დოზა - 0.3 მგ/გ (ჯამური დოზა შეადგენს 1.8 მგ/გ.);

IV ჯგუფი - საკონ. ცხოველები ღებულობდა გამოხდილ წყ-ს 1.0 მლ თავგებზე.

ცხოველებზე ზოგადრეზორბცოული მოქმედების ინტეგრალური მაჩვენებლების (ზოგადი მდგომარეობა, ქცევა, რეფლექსები, საკვებისა და წყლის მოხმარება) რეგისტრაცია ხორციელდებოდა საკვლევ სხნარის შეყვანიდან 30 წუთის, 1, 2, 4 საათის განმავლობაში; სხეულის მასის კონტროლი ხორციელდებოდა ექსპერიმენტის დაწყების დღეს და შემდგომ ყოველ მე-7 დღეს.

კვლევის შედეგები: საკვლევ საშუალება „ნოვოგენის“ შეყვანიდან 24 საათის შემდეგ არცერთი ლეტალური შემთხვევა არ დაფიქსირებულა. საცდელ ჯგუფებში ცხოველების ზოგადი მდგომარეობის პარამეტრები: გარემოში ორიენტაცია, ცნოსვითი რეაქციები, მოძრაობითი აქტიურობა, რეაქციები გარე გავლზიანებაზე, სუნთქვის და გულისცემის სიხშირე, მადა და წყლის მოხმარება სანყისი მაჩვენებლების იდენტური აღმოჩნდა.

საკვლევ ნივთიერების პირველი შეყვანიდან 48 საათის შემდეგ, მეორე შეყვანის ნინ ლეტალური ეფექტი არ დაფიქსირდა, ზოგადი მდგომარეობის ინტეგრალური მაჩვენებლები, საკვებისა და წყლის მოხმარება ნორმის ფარგლებშია.

სხნარის პირველი შეყვანიდან 72 საათის შემდეგ, (შესამე შეყვანის ნინ) ყველა ცხოველი ცოცხალია, აქტიურია, რეფლექსები და რეაქციები გარე გავლზიანებაზე ნორმალურია.

შემდგომში 14-დღიანი დაკვირვების პერიოდში სიკვდილის ან სისტემური ტოქსიკური მოქმედების არცერთი შემთხვევა არ დაფიქსირებულა, რის გამოც შეუძლებელი აღმოჩნდა სასიკვდილო დოზის (LD₅₀) და ტოქსიკური დოზის (TD₅₀) დადგენა და, შესაბამისად, კუმულაციის განსაზღვრა. სხეულის წონის ნამატი ფიზიოლოგიური ნორმის ფარგლებში აღმოჩნდა.

მაკვარად ჩატარებული კვლევის შემდეგებით პარასამკურნალო საშუალება „ნოვოგენი“ არ ავლენს კუმულაციურ თვისებებს იმ შემთხვევაში, როცა პრეპარატის ჩვენს მიერ გამოყენებული ჯამური დოზა 1.8 მგ/კგ 360-ჯერ აღემატება ერთჯერად თერაპიულ დოზას.

2.2. „ნოვოგენი“-ს კუმულაციური თვისებების განსაზღვრა ერთაგებში

მუსალა და მემორიქა: დაკვირვება ტარდებოდა ორივე სქესის 18 თეთრ ვირთაგვზე, რომლებიც დაყოფილი იქნა 3 ჯგუფად. ექსპერიმენტის დაწყების ნინ ხდებოდა თითოეული ვირთაგვის სხეულის მასის განსაზღვრა, რომელიც ყველა ჯგუფში არსებითად იდენტური აღმოჩნდა – შეადგენდა 250,0 გ. ცხოველების შენახვა ხდებოდა ვივარიუმის პირობებში, დაცული იყო კვების სტანდარტული რაციონი.

საკვლევ პრეპარატი გახსნილი გამოხდილ წყალში სხვადასხვა დოზით შეგვყავდა პერორალურად დღეში ერთჯერ სამი დღის განმავლობაში სპეციალური ზონდით. ვირთაგვისათვის დასაშვები მაქსიმალური მოცულობით (5 მლ).

1 ჯგუფში გამოყენებული იყო „ნოვოგენი“-ს 141-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.6 მგ/კგ (1 კაუსულა - 150 მგ);

II ჯგუფში გამოყენებული იყო „ნოვოგენი“-ს 210-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.9 მგ/კგ (1.5 კაუსულა - 225 მგ);

III ჯგუფი - საკონტროლო ცხოველები ლეზულობა გამოხდილ წყალს მოცულობით 5 მლ 1 ჯერ დღეში სამი დღის განმავლობაში;

ცხოველებზე ზოგადრეზორბცოული მოქმედების ინტეგრალური მაჩვენებლების (ზოგადი მდგომარეობა, ქცევა, რეფლექსები, საკვებისა და წყლის მოხმარება) რეგისტრაცია ხორციელდებოდა საკვლევ სხნარის შეყვანიდან 30 წუთის, 1, 2, 4 საათის განმავლობაში და შემდგომ ყოველდღიურად სამი განმავლობაში; სხეულის მასის კონტროლი ხორციელდებოდა ექსპერიმენტის დაწყების და შემდგომ ყოველ მე-7 დღეს.

კვლევის შედეგები: საკვლევ საშუალება „ნოვოგენი“-ს შეყვანიდან 24 საათის შემდეგ არცერთი ლეტალური შემთხვევა არ დაფიქსირებულა. საცდელ ჯგუფებში ცხოველების ზოგადი მდგომარეობის პარამეტრები: გარემოში ორიენტაცია, ცნოსვითი რეაქციები, მოძრაობითი აქტიურობა, რეაქციები გარე გავლზიანებაზე, სუნთქვის და გულისცემის სიხშირე, მადა და წყლის მოხმარება სანყისი მაჩვენებლების იდენტურია.

საკვლევ სხნარის პირველი შეყვანიდან 48 საათის შემდეგ ლეტალური ეფექტი არ დაფიქსირდა, ზოგადი მდგომარეობის ინტეგრალური მაჩვენებლები, საკვებისა და წყლის მოხმარება ნორმის ფარგლებშია.

სხნარის პირველი შეყვანიდან 72 საათის შემდეგ ყველა ცხოველი ცოცხალია, აქტიურია, რეფლექსები და რეაქციები გარე გავლზიანებაზე ნორმალურია.

შემდგომში 14-დღიანი დაკვირვების პერიოდში სიკვდილის ან სისტემური ტოქსიკური მოქმედების არც ერთი შემთხვევა არ დაფიქსირებულა, რის გამოც შეუძლებელი აღმოჩნდა სასიკვდილო დოზის (LD₅₀) და ტოქსიკური დოზის დადგენა, შესაბამისად, კუმულაციის განსაზღვრა. სხეულის წონის ნამატი საცდელ და საკონტროლო ჯგუფში იდენტური აღმოჩნდა - შეადგინა 9,8 ± 1,7%.

2.3. თვითგვესი და ვირთაგვების პათომორფოლოგიური გამოკვლევები „ნოვოგენი“-ს კუმულაციური ტოქსიკურობის განსაზღვრის შემდეგ

პათომორფოლოგიური გამოკვლევის მიზნით ექსპერიმენტი დასრულდა ცხოველების ევთანაზიის განხორციელებით.

მაქროსკოპული გამომკვლევები: ბენვის საფარითა დათავიერებისას თმის ბუდობრივი ცვლის კრება არ იყო აღმოჩენილი. ცხოველების გაცივებით ორგანოების განლაგება სწორი, ლორწოვანი გარსი ვარდისფერი, ცხიმოვანი ქსოვილი კარგად განვითარებული, სეროზული გარსი სუფთა, გლუვი, გამჭვირვალე, დეფექტები, ექსუდატი და პეტექიური სისხლჩაქცევები არ აღინიშნება; გულის კუნთი მკვრივი; ფილტვები პერიფერულად, თანაბრად ვარდისფერი, ზედაპირი პრიალა, სისხლჩაქცევები, ორგანული ემფიზემის და ატლექტაზის კერები არ აღინიშნება; კუჭ-ნაწლავის

ტრაქტის ორგანოების გახსნისას დესკამაციის მოვლენები, ლორწოვანი გარსის სისხლსაცხეობა, მასში სისხლჩაქცევები, ასევე სკერეტის ან ლორწოს გროვები არ აღინიშნება; ლიძლი თანაბრად მოვაცისრო-მინდისფერი, კონსისტენცია მკვირი, კაუსულის ქვეშ პეტეკიები არ არის. თირკმელები მოყავისფრო ფერის, განაკეთზე - ქსოვილი პრილა, მკვირვი, სისხლჩაქცევების გარეშე. ელეთა მუქი ალუბლოს ფერი, განაკეთზე - ზომიერად სისხლსაცხე. შარდის ბუშტი - საყვ, შარდი - გამჭვირვალე.

ამგვარად, პათომორფოლოგიური შესწავლით არ გამოვლინდა პათოლოგიური ცვლილებები გამოკვლეულ ორგანოებსა და ქსოვილებში, რაც ადასტურებს „ნოვოგენის“ ხსნარის უვნებლად გამოყენების შესაძლებლობას.

3. „ნოვოგენის“ ალერგიული მოქმედების განსაზღვრა თავგებში.

მასალა და მეთოდები: საკვლევი საშუალების ალერგიული თვისებების შესწავლისათვის გამოყენებული იქნა კანზე აპლიკაციის მეთოდი.

ცდა ჩატარებულია ორივე სქესის 12 თეთრ 20 გ მასის თავგებზე, რომლებიც თანაბრად ($n=6$) განაწილდა საცდელ და საკონტროლო ჯგუფში. ბუჭის არეში $\approx 2,5$ სმ² უბნის ეპილაციიდან 24 საათის შემდეგ საცდელი ჯგუფის ცხოველებს უტარებდნენ კანის ამ არეში „ნოვოგენი“-ს 50% ხსნარის 0,2 მლ-ის შეზღვევას, ყოველდღიურად 21 დღის განმავლობაში; საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებში ხორციელდებოდა იმავე მოცულობით და იმავე სიხშირით (0,2 მლ) გამომხდელი წყლის შეზღვევა.

კვლევის შედეგები: „ნოვოგენი“-ს 21 დღიანი აპლიკაციის შემდეგ ალერგიული რეაქცია არ რეგისტრირდება. კანის რეაქცია შეფასებულია 0 ბალით, კანი შეზღვევის ადგილზე გლუვი, სუფთა სისხლჩაქცევა, გამონაყარი, დაწყლულება და შეშუპება არ ჩანს. ასევე არ ვლინდება კანის ნაკეცის შესქელება. კანის ნაოჭის სისქე 21 აპლიკაციის შემდეგ განისაზღვრებოდა შტანგენციტოლოგით. საკვლევი ხსნარის შეზღვევის არეში კანის ნაკეცის სისქე შეადგენდა 0,8 მმ, საკონტროლო ჯგუფში 0,9 მმ; კანის შეფერილობა, მისი ტემპერატურა არ განსხვავდებოდა არც მიმდებარე ქსოვილებისა და არც საკონტროლო ცხოველების მიჯნებლებშიდან.

თავგების ევთანაზია განხორციელდა დეკაპიტაციის მეთოდით.

გაკეთების მონაცემებით ორგანოები განლაგებული სწორად, კანი ვარდისფერია. ცხიმოვანი ქსოვილი ნორმალურადაა განვითარებული. პლევრა, მუცლის ღრუ სუფთა, გლუვი, სისხლჩაქცევები და ექსუდატი არ აღინიშნება. ორგანოები არ არის გადაიდებული.

ამგვარად, ექსპერიმენტული მონაცემების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ „ნოვოგენი“-ს საკვლევი ხსნარი არ იწვევს კანის ალერგიულ რეაქციებს.

4. „ნოვოგენი“-ს ადგილობრივი გამაღიზიანებელი მოქმედება

მასალა და მეთოდი: „ნოვოგენის“ ადგილობრივი გამაღიზიანებელი მოქმედების გამოვლენისათვის გამოყენებული იყო კანზე აპლიკაციის მეთოდი.

ექსპერიმენტი ტარდებოდა ორივე სქესის 12 თეთრ 21.0 გ მასის თავგებზე, რომლებიც თანაბრად ($n=6$) იყო განაწილებული საცდელ და საკონტროლო ჯგუფებში. ბუჭის არეში $\approx 2,5$ სმ² უბნის წინასწარი დეპილაციიდან 24 საათის შემდეგ საცდელი ჯგუფის ცხოველებს უტარებდნენ კანის ამ არეში „ნოვოგენის“ 50% ხსნარის 0,2 მლ-ის შეზღვევას, ყოველდღიურად 20 დღის განმავლობაში; ხოლო საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებში - გამომხდელი წყლის იმავე მოცულობის (0,2 მლ-ის) და იმავე სიხშირით შეზღვევა.

დაკვირვების ბოლოს ცხოველების დეკაპიტაციის შემდეგ ტარდებოდა მათი პათომორფოლოგიური და კანის ჰისტოლოგიური შესწავლა (12% ფორმალინში კანის 72-საათიანი ფიქსაციის შემდეგ პრემარატის შეღებვა ხდებოდა ჰემატოქსილინ ეოზინით).

კვლევის შედეგები: დაკვირვების მთელი დროის განმავლობაში კლინიკური ინტეგრალური მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებში რჩებოდა.

პათომორფოლოგიური გამოკვლევებით ასევე არ გამოვლინდა ნორმად გადახრები.

მაკროსკოპული გამოკვლევებით - კანი შეზღვევის ადგილზე სუფთა, გლუვი, სისხლჩაქცევების გარეშე, ნაოჭდება თავისუფლად (ნაოჭების გაზომვა ხდებოდა შტანგენცარგალით) ნაოჭის სისქე (0,8 სმ), არ აღინიშნება - კანის დაწყლულება და სისხლჩაქცევა.

ჰისტოლოგიური გამოკვლევა: ჰისტოლოგიური სტრუქტურა არ არის დარღვეული, ეპითელიუმის დეფექტი არ აღინიშნება, დერილის ნარმოდგენილია ფაშარი შემაერთებული ქსოვილით, საკუთრივ შემაერთებული ქსოვილის დეზორგანიზაცია არ ვლინდება. სისხლძარღვოვანი რეაქცია არის გაძლიერებული, სისხლძარღვების ირგვლივ და ახლომდებარე ქსოვილში შეშუპება არ ჩანს, მჟღავნდება ლიმფოციტების გროვები უმნიშვნელო რაოდენობით; ლორწოვანი გარსის მხრივ ცვლილებები არ აღინიშნება, იგი ნარმოდგენილია არაგარკოვანებული მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით, დესკვამაცია არ ვლინდება. ერთოციტების დიფუზიური ქსოვილის სიღრმეში არ ჩანს. სისხლძარღვების ირგვლივ ლიმფოციტარული გროვები და ერთოციტური პედუზური ერთოციტები შეინიშნება; თმის ფოლიკულები ნორმალურადაა საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით ლიმფოციტური ფოლიკულების რაოდენობა უცვლელია.

ექსპერიმენტის შედეგებით დადგინდა, რომ საკვლევი ხსნარის მრავალჯერადი აპლიკაციები არ აზიანებს კანს, არ ცვლის მის ჰისტოლოგიურ სტრუქტურას, რაც იმის დასტურია, რომ „ნოვოგენის“ ადგილობრივი გამაღიზიანებელი მოქმედება არ ექნება.

ლიტერატურა

1. Правила лабораторной практики (GLP) М. 2003.

2. R.A. Turner Screening Methods in Pharmacology; 1965, AP, №4, pp.26-34.

3. E.V. Арзамасуа, Т.А. Гуськова, С.С. Либсман и др. Доклинические испытания. Методические рекомендации. М., 1997.

Putkaradze J., Joghidze n., Tsetskhladze g., Nioradze I.

INVESTIGATION OF TOXICITY OF NEW PHARMACEUTICAL COMPOSITION "NOVOGEN"

TSMU Scientific Centre of Pharmacy

New composition NOVOGEN's toxicity parameters was investigated by several methods. Performed study results show that there is no toxicity effect of investigated preparate in mice and rat.

ფუტყარაძე ჯ., ჯოგიძე ნ., ცეცხლაძე გ., ნიორაძე ი.

ახალი ფარმაცეპიკული საშუალების „ნოვოგენი“ ხსნარის ზოგადტოქსიკური მოქმედების შესწავლა

თსუ-ის ფარმაციისა და ფარმაცეპიკული სამედიცინო-რეაბილიტაციური ცენტრი

საკვლევი საშუალება „ფსორესგელ“-ი წარმოადგენს მუქ ყავისფერ, შავი ფერის ჩანართებით, დამახასიათებელი მძაფრი სუნის მქონე ხსნარს. „ფსორესგელ“ ხსნარი შედგება შემდეგი ინგრედიენტებისაგან:

- ნადის კუპრი - Pix liquida - 4.0 გ;
- აცეტისალისიცილის მჟავა - acidum acetylsalicylicum - 5.0 გ;
- მარდოვანა - Urea - 2.4 გ;
- რეზორცინი - Rezorcinum - 3.0 გ;
- იოდი 10% - Solutio Iodi spirituosa 10% - 8.10 მლ;
- იზოპროპილის სპირტი - Isopropyl alcohol - 100 მლ-მდე;

პარასამკურნალო საშუალების „ფსორესგელ“ ხსნარის ზოგადტოქსიკური მოქმედება შესწავლილი იქნა ალბინო თაგვებსა და ვირთაგვებზე ფარმაცეპიკული საშუალებების უსაფრთხოების წინაქვლინიკური შეფასების ნების მიხედვით (1,2,3,4).

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა „ფსორესგელ“ ხსნარის სხვადასხვა დოზების კანზე აპლიკაციის პირობებში ერთჯერადი და განმეორებითი გამოყენებისას რეზორცინოლი (სისტემური) ტოქსიკოლოგიური სიმპტომატიკის, სასიკვდილო დოზის (LD₅₀) და კუმულაციური თვისებების დადგენას

1. „ფსორესგელ“ ხსნარის მწვავე ტოქსიკოზის განსაზღვრა თავებზე.

მასალა და მეთოდები: დაკვირვება ტარდებოდა სქესის მიხედვით რანდომიზირებულ 36 თეთრ ლაბორატორიულ თაგვზე, რომლებიც განაწილდა 6 ჯგუფში თანაბარი რაოდენობით (n=6). სხეულის მასა ყველა ჯგუფში იდენტური იყო და შეადგენდა 20±0.5 გ-ს. ცხოველების თვისებებს დადებოდა ვიკარიუმის

პირობებში კარანტინის ვადებისა და კვების სტანდარტული რაციონის სრული დაცვით.

საკვლევი ხსნარი „ფსორესგელ“-ის შეზღუდვა ხდებოდა ერთჯერადად მარჯვენა და მარცხენა გვერდის კანზე 2x2 სმ ბუნების საფორეკლისგან წინასწარი დეპიკაციის შემდეგ. ინტოქსიკაციის სიმპტომებს ვაფასებდით ირინის მბალიანი შკალის მიხედვით; ვახდენდით ლეტალობის რეგისტრაციას, ცხოველების გაკვთას და დაკვირვების დასრულების შემდეგ გადარჩენილ ცხოველების ვეთანხიას, მათი მაკროსკოპული და მიკროსკოპული გამოკვლევის მიზნით:

- I ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 300-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.2 მლ/20.0;
- II ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 500-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.3 მლ/20.0;
- III ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 800-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.5 მლ/20.0;
- IV ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 1000-ჯერადი თერაპიული დოზა - 0.7 მლ/20.0;
- V ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 1700-ჯერადი თერაპიული დოზა - 1.0 მლ/20.0;
- VI ჯგუფის ცხოველები საკონტროლო - გამოხდოლი წყალი - 1.0 მლ.

კვლევა ხორციელდებოდა საკვლევი ხსნარის ერთჯერადი შეზღუდვით. დაკვირვებას განარმოებდით შეზღუდვის მომენტთან 14 დღის განმავლობაში. ირინის ტესტის მიხედვით შეფასებულია:

გარემოში გათვითცნობიერება ორიენტირება და ყნოსვითი რეაქციები, განწყობა-უმოკიდობა (მოუსვენრობის გაღრმავება, აგრესიულობა), მოძრაობითი უნარი; ც.ნ.-ის აგზნება (მკერთომა, კუდის გაშეშება, კანკალი, კრუნჩხვა); პოზა (პროსტრაცია, შეზოჭილობა, კიდურების მდგომარეობა - მოზრილი, გამოლილი); მოტორული დისკორდინაცია (ბარბაცი, უჩვეული სიარული, დგომის რეფლექსი); კუნთოვანი ტონუსი (ჩაჭიდულობის ძალა, ჩაზნექილი ზურგი, მუცლის დაჭიმულობა); რეფლექსები (ნიფარას, რქოვანას, ოსლიტერული მოზრის რეფლექსი); ავტონომიური რეაქციები (გუგა, ქუთუთოები, ვეზოფთალმი, შრდვა, ნერწყვილება, ცრემლდენა, აბურჭვანა, კანის ფერი ყურის ნიფარაზე) ციანოზი ან შიპერებია, გულისცემის და სუნთქვის სიზშირე; მყისიერი ან დაყოვნებული სიკვდილი.

კვლევის შედეგები: საცდელი სითხის „ფსორესგელ“-ის კანზე შეზღუდვის 50-55 წთ-ის შემდეგ I-V ჯგუფის ცხოველებს ზოგადი მდგომარეობის მხრივ აღენიშნებოდათ მოუსვენრობა, სპონტანური მოძრაობის გააქტიურება, ორიენტირება და ყნოსვითი რეაქციების დარღვევა. ასევე აღინიშნებოდათ აგრესიულობა, მოტორული აქტიურობა, რეფლექსების დარღვევა გარე გაღიზიანებაზე (ხმაური, სინათლე, შეხება, ტყვილი). სუნთქვისა და გულის ცემის გაზშირება. გამოვლინდა დაყოვნებული სიკვდილიანობა, რომელიც ვრძელდებოდა დაკვირვების სამი დღის განმავლობაში.

ასპროცენტრანი სასიკვდილო დოზა (LD₅₀) ტოლია 1 მლ/20.0 (50მლ/კგ), ხოლო ნულოვანი ლეტალური

დოზა (LD₅₀) 0.2 მლ/20.0 (10 მლ/კგ) არც ინტოქსიკაციონ სიმპტომებს ავლენს.

სასიკვდილო დოზა (LD₅₀) განსაზღვრული კერძის მიხედვით ნარკოდეინიან ცხილდში.

დოზა მლ/კგ	50	35	25	15	10
ცოცხალი ციკლი	0	1	2	4	6
შეღარი	6	5	4	2	0
M	5.5	4.5	3.0	1.0	
D	15	10	10	5	
Zd	82.5	45	30	5	

$m = 6 \quad E(Zd) = 162.5$

$LD_{100} = 50 \text{ ml/kg}$

$LD_{50} = 23 \text{ ml/kg}$

ამგვარად სასიკვდილო დოზა LD₅₀ac თავები-სათვის ერთჯერადი აბლიკაციის პირობებში შეადგენს 23 მლ/კგ, რაც თითქმის 800 ჯერ აჭარბებს ავტორის მიერ რეკომენდებულ დოზას (0.03 მლ/კგ).

ჯგუფებში გადარჩენილი ცხოველების საერთო მდგომარეობა, ორიენტირება გარემოში, ყნოსვითი რეაქციები და მოძრაობითი უნარი „ფსორესგელ“ სხნარის შეზღუდიდან შემდგომი დაკვირვების მთელ პერიოდში (14 დღე) არის ნორმაში. არ აღინიშნება მოუსვენრობა და აგრესიულობა, შენარჩუნებულია ნორმალური პოზა, მოტორული აქტიურობა, კუნთოვანი ტონუსი, რეფლექსები გარე გალიზიანებაზე (ხმაური, სინათლე, შეხება, ტკივილი). ავტონომიური რეაქციები ნორმის ფარგლებშია, სუნთქვისა და გულის ცემის სიხშირე საწყის მაჩვენებლებს შეესაბამება. თვალით შესაძრწევი მწვავე ინტოქსიკაციური გამოვლინებები არ აღინიშნება. თავების სხეულის ნონის ნამატი ნორმის ფარგლებშია.

დასკვნა: პრეპარატი „ფსორესგელ“ ინივეს ც.ნ.ს. აგზუნება, ინოვება კანთან და 50% სასიკვდილო დოზა (LD₅₀) შეადგენს 23 მლ/კგ ერთჯერადი აბლიკაციისას. დაყოვნებული სიკვდილიანობის ხანგრძლივობა 72 საათია. გადარჩენილი ცხოველების საერთო მდგომარეობა სწრაფად უზრუნდება ნორმას.

1.2. „ფსორესგელ“ სხნარის მწვავე ტოქსიკურობის განსაზღვრა ვირთაგვებზე.

მასალა და მეთოდიკა: დაკვირვება ტარდებოდა სქესის მიხედვით რანდომიზირებულ 30 თეთრ ვირთაგვანზე, რომლებიც განანიღბებულ იქნა ზუთ ჯგუფში თანაბარი რაოდენობით (n=6). სხეულის მასა ყველა ჯგუფში იდენტურია და შეადგენს 200.0±6.0 გრამს. ცხოველების შენახვა ხდებოდა ვივაროუმის პირობებში, დაცული იყო კეების სტანდარტული რაციონი.

საკვლევი ხნარის „ფსორესგელ“-ის სხვადასხვა დოზის ვირთაგვისათვის დასაწყისი მაქსიმალური დოზის შეზღუდა ხდებოდა ვირთაგვის მარჯვენა და მარცხენა გვერდზე ბუნეის საფარისგან წინასწარ დეპილირებულ ზედა სმ უბნის კანზე; ვანზორცილებდით ზოგადრეზორბციული ინტოქსიკაციის სიმპტომებისა და ლეტალური ეფექტების რეგისტრაციას.

I ჯგუფი. ცხოველ. გამოყენებული იყო 250-ჯერადი თერაპ. დოზა 1.5 მლ/200.0;

II ჯგუფი. ცხოველ. გამოყენებულია 350-ჯერადი თერაპ. დოზა - 2.0 მლ/200.0;

III ჯგუფი. ცხოველ. გამოყენებულია 420-ჯერადი თერაპ. დოზა - 2.5 მლ/200.0;

IV ჯგუფი. ცხოველ. გამოყენებულია 500-ჯერადი თერაპ. დოზა - 3.0 მლ/200.0;

V ჯგუფის საკონტროლო ცხოველებში - გამობდილი წყალი - 3.0 მლ.

დაკვირვების ხანგრძლივობა შეადგენდა ორ კვირას.

კლექის შედეგები: საცდელი სითხის „ფსორესგელ“-ის კანზე ერთჯერადი შეხელების შემდეგ II-IV ჯგუფის ცხოველებს აღინიშნებოდა მოუსვენრობა, სპონტანური მოძრაობის გააქტიურება, ორიენტირების და ყნოსვითი რეაქციების დარღვევა. დაკვირვების პირველ დღეებში ასევე აღინიშნებოდა აგრესიულობა, რეფლექსების დარღვევა გარე გალიზიანებაზე (ხმაური, სინათლე, შეხება, ტკივილი). სუნთქვისა და გულის ცემის გახშირება.

ლეტალური ეფექტი ვითარდება პრეპარატის აბლიკაციიდან 72 საათის განმავლობაში.

I ჯგუფში LD₅₀ - დოზა - 1.5 მლ/200.0; (7.5 მლ/კგ);

II ჯგუფში LD₅₀ - დოზა - 2.0 მლ/200.0; (10 მლ/კგ);

III ჯგუფში LD₅₀ - დოზა - 2.5 მლ/200.0; (12.5 მლ/კგ);

IV ჯგუფში LD₁₀₀ - დოზა - 3.0 მლ/200.0; (15 მლ/კგ);

სასიკვდილო დოზა (LD₅₀) განსაზღვრული კერძების მეთოდით შეადგენდა 11 მლ/კგ წონაზე, რაც თითქმის 400 ჯერ აჭარბებს ავტორის მიერ რეკომენდებულ თერაპიულ დოზას, ნულოვანი ლეტალური დოზა 1.5 მლ/200 (7.5 მლ/კგ) LD₅₀ ინტოქსიკაციის არანაირ ნიშნებს არ ავლენს.

ჯგუფებში გადარჩენილი ცხოველების ზოგადი მდგომარეობა ორიენტირება გარემოში, ყნოსვითი რეაქციები და მოძრაობითი უნარი „ფსორესგელ“ სხნარის შეზღუდიდან შემდგომი დაკვირვების მთელ პერიოდში არის ნორმაში. არ აღინიშნება მოუსვენრობა და აგრესიულობა, შენარჩუნებულია ნორმალური პოზა, მოტორული აქტიურობა, კუნთოვანი ტონუსი, რეფლექსები გარე გალიზიანებაზე (ხმაური, სინათლე, შეხება, ტკივილი). ავტონომიური რეაქციები ნორმის ფარგლებშია - სუნთქვისა და გულის ცემის სიხშირე საწყის მაჩვენებლებს შეესაბამება. თვალით შესაძრწევი მწვავე ინტოქსიკაციური გამოვლინებები არ აღინიშნება. ვირთაგვების სხეულის ნონის ნამატი ნორმის ფარგლებშია.

ამგვარად, პარასამედიცინო საშუალება „ფსორესგელ“-ის სხნარი ინივეს ც.ნ.ს. აგზუნება. სასიკვდილო დოზა (LD₅₀) შეადგენს 11 მლ/კგ წონაზე, რაც 400 ჯერ აღემატება მკურნალობისათვის ავტორის მიერ რეკომენდებულ დოზას (0.03 მლ/კგ). პრეპარატისათვის დამახასიათებელია დაყოვნებული სიკვდილიანობა 72 საათიანი ხანგრძლივობით. გადარჩენილი ცხოველების ზოგადი მდგომარეობა ნორმის ფარგლებს უზრუნდება სწრაფად.

1.3. თავებისა და ვირთაგვების პათომორფოლოგიური გამოკვლევები „ფსორესგელ“ სითხის მწვავე ტოქსიკურობის განსაზღვრის დასრულების შემდეგ პათომორფოლოგიური გამოკვლევა ჩატარდა მკვდარ და გადარჩენილ ცხოველებს ევთაზის შემდეგ.

მპაროსკოპული ბამოსკლქეპი: თავები აქტიურია, რეფლექსები ნორმაშია. ბენვის საფარველი სუფთა, სწორი განლაგებით. ბუნებრივი ხერხებიდან გამონადენი არ აღენიშნება. გაკვეთით ორგანოების განლაგება სწორია. ქსოვილები სუფთა, დამჩირვება ან სისხლჩაქცევები არ აღინიშნება; სეროული გარსი გამჭვირვალე, სადა, ნაშიანი, კრიალა. სეროზულ ღრუებში სითხე არ შეიმჩნევა. ჩორ - მიოკარდიუმი მკერძი მუქი წითელი ფერის. ენდოკარდიუმი სუფთა, სადა პარკუჭები ცარიელი გლუვი ზედაპირით. ფოლტები ვარდისფერი, ჰაეროვანი, ზედაპირი კრიალა, სისხლჩაქცევები, ორგანული ემფიზემის და ატელექტაზის კერები არ აღინიშნება. ღვიძლი და ელენთა გადიდებული არაა, ზედაპირი სადა, ნაშიანი კრიალა. განაკვეთზე ანაფხეკს არ იძლევა. თირკმლები ზედაპირი სადა კაფსულა ადვილად სცილდება. განაკვეთზე ქერქოვანი და ტვინოვანი ნივთიერება ადვილად განიჩრევა. შარდის ბუშტი სავსეა, შარდი გამჭვირვალე.

მკვდარი ცხოველების სექციით შინაგანი ორგანოები განლაგებულია სწორად, ქსოვილები მონითალო ფერის, ცხიმოვანი ქსოვილი სუსტად განვითარებული, სეროზული გარსების ქვეშ მოჩანს მკვეთრად გაძლიერებული სისხლძარღვოვანი რეაქცია. სეროზული გარსები დაბინდულია, პლევრის ღრუში სისხლიანი გამონაჟონია ჩორ-მიოკარდიუმი მუქი წითელი მკვეთრად გამოკვეთილი სისხლძარღვოვანი რეაქციით, წინაგულები სავსეა თხიერი სისხლით. ფოლტები მონითალო ფერის, სისხლჩაქცევებით, განაკვეთზე მიედინება სისხლი. ღვიძლი და ელენთა რბილი კონსისტენციისაა. ღვიძლის ზედაპირი ოდნავ დაბინდულია, ნაშიანი, სადა; ელენთა მუქი ალუბლიფერი, განაკვეთზე მკერძ ანაფხეკი. კერიტონიუმის ღრუ თავისუფალი წერტილი ნაწლავის ელენთაში ალაგ-ალაგ აღინიშნება სისხლჩაქცევები. თირკმლების კაფსულა სცილდება ადვილად. ზედაპირი მუქი წითელი, სადა. განაკვეთზე ქერქოვანი და ტვინოვანი ნივთიერება. შარდის ბუშტი ცარიელი.

ამგვარად, ჩვენს მიერ პათომორფოლოგიური შესწავლით ტოქსიკური დოზების მოქმედების შემდეგ გადარჩენილი ცხოველების გამოკვლევით ორგანოებსა და ქსოვილებში რაიმე სახის პათოლოგიური ცვლილებები არ გამოვლინდა, რაც ადასტურებს, რომ **„ფსორესგლ“** სითხის გამოყენება რეკომენდებული დოზის შემთხვევაში ნაკლებტოქსიკური და უვნებელი იქნება.

2. პარასამურნალო საშუალება „ფსორესგლ“ სითხის კუმულაციური თვისებების განსაზღვრა თავველებში

მასალა და მეთოდი: დაკვირვება ტარდებოდა ორივე სქესის 18 თეთრ თავგებზე, რომლებიც დაყოფილი იქნა 3 თანაბარ ჯგუფად (n=6). მათი საშუალო მასა შეადგენდა 20.0±0.2 გრამს.

კანზე შესაზღვრად ვიყენებდით **„ფსორესგლ“**-ის ხსნარს სხვადასხვა დოზით.

I ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 330-ჯერადი დოზა. დოზა - 0.2 მლ;

II ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 170-ჯერადი დოზა. დოზა - 0.1 მლ;

III ჯგუფის საკონტროლო ცხოველებში - გამოხდილი წყალი - 0.2 მლ.

თავები პრეპარატ ფსორესგლ-ის სითხეს აღნიშნულ დოზებში და გამოხდილ წყალს (საკონტროლო ჯგუფში) ღებულობდნენ აპოკაციის სახით დღეში ერთხელ, სამი დღის განმავლობაში წინასწარ დეპილირებულ კანზე, რომლის ფართობი შეადგენდა 1.5X1.5 სმ. ცხოველებზე ზოგადრეზორციული (სისტემური) მოქმედების ინტეგრალური მაჩვენებლების (ქცევა, რეფლექსები, საკვების და წყლის მოხმარება) და ლეტელების რეგისტრაცია ნორცილდებოდა პრეპარატის შეხვლვიდან 1, 2, 4 საათის განმავლობაში და შემდგომ ყოველდღიურად ორი კვირის მანძილზე; სხეულის მასის კონტროლი ხორციელდებოდა ექსპერიმენტის დაწყების და შემდგომ ყოველ მე-7 დღეს.

სქეპის შედეგები: საკვლევი საშუალება **„ფსორესგლ“** სითხის გამოყენებიდან 24 საათის და შემდგომი დაკვირვების პერიოდში არცერთი ლეტალი ღარი შემთხვევა არ დაფიქსირებულა. საცდელ ჯგუფებში ცხოველების ზოგადი მდგომარეობის პარამეტრები: ვარემოში ორიენტაცია, ყნოსვითი რეაქციები, მოძრაობითი აქტიურობა, რეაქციები გარე გავლზიანებაზე, სუნთქვის და გულსიცემის სხეშირე, მავა და წყლის მოხმარება საკონტროლო ჯგუფის მაჩვენებლების იდენტური აღმოჩნდა.

პრეპარატის პირველი აპლიკაციიდან 48 საათის შემდეგ ლეტალური ეფექტი არ დაფიქსირდა. ზოგადი მდგომარეობის ინტეგრალური მაჩვენებლები, საკვებისა და წყლის მოხმარება ნორმის ფარგლებშია. პრეპარატის პირველი აპლიკაციიდან 72 საათის და მე-3 აპლიკაციის შემდეგ დაკვირვების პერიოდში (14 დღე) ყველა ცხოველი ცოცხალია, აქტიურია, რეფლექსები და რეაქციები გარე გავლზიანებაზე ნორმალურია.

ამგვარად ჩატარებული კვლევის შედეგებით პარასამურნალო საშუალება **„ფსორესგლ“** - არ ავლენს კუმულაციურ თვისებებს.

2. „ფსორესგლ“ სითხის კუმულაციური თვისებების განსაზღვრა ვირთავებში

მასალა და მეთოდი: დაკვირვება ტარდებოდა ორივე სქესის 15 თეთრ ვირთავაზე, რომლებიც დაყოფილი იქნა 3 თანაბარ ჯგუფად (n=5). სხეულის მასა შეადგენდა 200.0±7.0 გ-ს. ცხოველების შენახვა ხდებოდა ვივარიუმის პირობებში, დაცული იყო კვების სანდარტული რაციონი.

I ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 250-ჯერადი დოზა. დოზა - 1.5 მლ/200.0;

II ჯგუფის ცხოველებში გამოყენებულია 262.5-ჯერადი დოზა. დოზა - 0.5 მლ/200.0;

III ჯგუფის - საკონტ. ცხოველებში გამოყენებული იყო Aqua destill. - 1.5 მლ/200.0.

ვირთავები პრეპარატს აღნიშნული დოზით ღებულობდნენ დღეში ერთხელ სამი დღის განმავლობაში აპოკაციის სახით ბენვის საფარის წინასწარი დე-

პილაციოს შემდეგ კანის 3ხ4სმ.

დაკვირვება ცხოველების ზოგად მდგომარეობაზე, ქცევაზე, სიკვდილიანობაზე ხორციელდებოდა საკვლევი ნივთიერების შეხელის მომენტიდან 1, 2, 4 საათის განმავლობაში და შემდგომ ყოველდღიურად ორი კვირის განმავლობაში.

ქმლკეის შიდაშეხვეტი: საკვლევი საშუალების გამოყენებიდან 24 საათის შემდეგ არცერთი ლეტალური შემთხვევა არ დაფიქსირდა. ცხოველების ზოგადი მდგომარეობის პარამეტრები: გარემოში ორიენტაცია, ყნოსვითი რეაქციები, მოძრაობითი აქტიურობა, რეაქციები გარე გაღიზიანებაზე, სუნთქვის და გულისცემის სიხშირე, მკადა და წყლის მოხმარება საკონტროლო ჯგუფის მაჩვენებლების იდენტური აღმორჩნდა. შაკვლევი ხსნარის პირველი აპლიკაციიდან 48 საათის შემდეგ ზოგადი მდგომარეობის ინტენსიური მაჩვენებლები, საკვებისა და წყლის მოხმარება ნორმის ფარგლებშია. 72 საათის და მე-3 აპლიკაციის შემდეგ ყველა ცხოველი ცოცხალია, აქტიურია, რეფლექსები და რეაქციები გარე გაღიზიანებაზე ნორმალურია.

ამგვარად ჩატარებული კვლევის შედეგებით ფარმაკოლოგიური საშუალება „ფსორესგლ“-ი არ ავლენს კუმულაციურ თვისებებს.

2.3. თავგებისა და ვირთავების პათომორფოლოგიური გამოკვლევები „ფსორესგლ“ სითხის კუმულაციური ტოქსიკურობის განსაზღვრის შემდეგ
პათომორფოლოგიური გამოკვლევის მიზნით ექსპერიმენტი დასრულდა ცხოველების ევთანაზიის განხორციელებით.

მაქროსკოპული ბამოქსლკეები: თმის ბუდობრივი ცვდნის კერები არ იყო აღმოჩენილი. ცხოველების გაკვეთით ორგანოების განლაგება სწორი, ღორწონი გარსი ვარდისფერი, ცხიმოვანი ქსოვილი კარგად განვითარებული, სეროზული გარსი სუფთა, გლუვი, გამჭვირვალე, დეფექტები, ექსუდატი და პეტექიური სისხლჩაქცევები არ აღინიშნება; გულის კუნთი მკვრივი; ფილტვები ჰაერით სავსე, თანაბრად ვარდისფერი, ზედაპირი პრიალა, სისხლჩაქცევები, ორგანული ემფიზემის და ატლექტაზის კერები არ აღინიშნება; ლეიძლი თანაბრად მოყავისფრო-შინდისფერი, კონსისტენცია მკვრივი, კაუსულიის ქვეშ პეტექიები არ არის. თირკმლები მოყავისფრო ფერის, განაკვეთზე - ქსოვილი კრიალა, მკვრივი, სისხლჩაქცევების გარეშე. ელენთა მუქი ალუბლის ფერი, განაკვეთზე - ზომიერად სისხლსავსე. შარდის ბუტი - ნასუსე, შარდი - გამჭვირვალე.

ამგვარად, პათომორფოლოგიური შესწავლით არ გამოვლინდა პათოლოგიური ცვლილებები გამოკვლეულ ორგანოებსა და ქსოვილებში, რაც ადასტურებს, რომ „ფსორესგლ“-ის სითხე არ ავლენს კუმულაციურ თვისებებს.

3. „ფსორესგლ“-ის ადგილობრივი გამაღიზიანებელი და ალერგიული მოქმედების განსაზღვრა თავგებში.
მისალა - და მამთომოსა: „ფსორესგლ“-ის ადგილობრივი გამაღიზიანებელი მოქმედების გამოვლენისათვის გამოყენებული იყო კანზე აპლიკაციის

მეთოდი. ექსპერიმენტი ტარდებოდა ორივე სქესის 12 თორ 21.0±1.0 გ მასის თავგზე, რომლებიც თანაბრად (n=6) იყო განაწილებული საცდელ და საკონტროლო ჯგუფებში. ბეჭის არეში 1.5X1.5 სმ უბნის ნინანსარი დეპონირებიდან 24 საათის შემდეგ საცდელი ჯგუფის ცხოველებს კანის ამ არეში ვუტარებდით „ფსორესგლ“-ის 0.2 მლ. სითხის შეხელვას, ყოველდღიურად 21 დღის განმავლობაში; ხოლო საკონტროლო ჯგუფის ცხოველებში - გამოხდელი წყლის იმავე მოცულობის და იმავე სიხშირით შეხელვას.

დაკვირვების მთელი დროის განმავლობაში კლინიკური ინტეგრალური მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებში რჩებოდა.

4. თავგების პათომორფოლოგიური გამოკვლევა „ფსორესგლ“-ის ალერგიული და ადგილობრივი გამაღიზიანებელი მოქმედების შესწავლის შემდეგ ბენვის საფარველი სუფთა, მარჯვენა გვერდზე ბენვის საფარველისაგან თავისუფალი ზონის ირგვლივ ბენვი შეფერული მკვ (პრეპარატის) ფერში. „ფსორესგლ“ სითხის პრეპარატის აპლიკაციიდან პირველ დღეებში კანზე ალერგიული ერთიმატოზული გამონაყარი არ აღინიშნებოდა. კანი აპლიკაციის არეში მკვეთრად ჰიპერემულია, შემუშებულია, გასქელებულია, ზედაპირი მშრალია, სისხლჩაქცევა არ შეიმჩნევა. კანის ნაკევი (სისქე ვაზომილია მტანგუნფარგლით 0.20 მმ. ნორმა 0.14 მმ) სქელია. აპლიკაციის არეში გამონახტულია მკვეთრი სისხლდარღვოვანი რეაქცია. სეროზული გარსები გამჭვირვალე, სუფთა, ნაშიანი კრიალა, ღრუებში სითხე არ არის. მიოკარდიუმში მუქი ნითელი მკვრივი. ენდოკარდიუმში სუფთა, ფილტვები ვარდისფერი, ჰაეროვანი. ლეიძლი და ელენთა არ არის გადიდებული. თირკმლები ნორმის ფარგლებში.

ჰისტოლოგიური ქმლკეის შიდაშეხვეტი. კანის 0.5-0.5 სმ მასალა აღებულია და ფიქსაციის მიზნით 72 სთ-ის მოთავსებულია 12% ფორმალინში. პრეპარატის შეღებვა ხდებოდა ჰემატოქსილინ-ეოზინით. ემიდოლი და ელენთა მკვეთრად აღიშნება, აღინიშნება გარქოვანები და ალაგ-ალაგ დესქეამაცია. დერმაში დერმოციტების შრის ძლიერი შემუშების ფონზე სისხლდარღვების მკვეთრი გაგანინერება და სისხლსავსეობა. თმის ბოლქვები დანეკროზებულია ბირთვები არ მოჩანს, თმის ღერის ტვინოვანი და ქვეტვინი ნივთიერება არ განიჩრევა. საკუთრივ დერმაში ალაგ-ალაგ მრავლობითი უბნები ერთორეოცერული დიაქედებით აღინიშნება ეროვანი ლიმფოციტურ - მაკროფაგულური ინფილტრაცია. ადგილი აქვს შემარბივებულ ქსოვილოვანი ბოჭკოების დეზორგანიზაციას გვეხვდება უსტრუქტურული მასებისაგან შემდგარი ადგილები, რომლებიც ღია ვარდისფერია ან საერთოდ არ არის შეღებული. სისხლდარღვების კვლევაში ნეიტროფილური და ლიმფოციტური უჯრედოვანი ინფილტრატები მოჩანს. უჯრედოვან პროლიფერატებში ეოზინოფილური საერთოდ არ შეიმჩნევა მთელ პრეპარატში.

დესპანდა. ფარმაკოლოგიური საშუალება „ფსორესგლ“-ის სასიკვდილო დოზა (LD₅₀) თავგებისათვის შეადგენს 23 მლ/კგ (800 ჯერ უფრო მეტია, ვინ

დრე რეკომენდებული თერაპიული დოზა), ხოლო ვირთაგვებისათვის 11 მლ/კგ (400 ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე თერაპიული დოზა).

„ფსორესგელ“-ის ხსნარი გამოყენებული დოზებით კანზე მრავალჯერადი კონტაქტის პირობებში არ ავლენს ზოგადრეზორბციულ (სისტემურ) მოქმედებას და კუმულაციურ ტოქსიკურობას; არ იწვევს ორგანიზმის სენსიბილიზაციას და ალერგიულ რეაქციებს. აქვს მკვეთრად გამომხატული ადგილობრივ გამაღიზიანებელი მოქმედება.

აუცილებელია პაციენტების გაფრთხილება აბტორის მიერ რეკომენდებული თერაპიული დოზის ზედმიწევნით ზუსტი დაცვისათვის.

ლიტერატურა

1. Правила лабораторной практики (GLP) М. 2003.
2. R.A. Turner Screening Methods in Pharmacology; 1965, AP, №4, pp.26-34.
3. Беленкий М. Л. Кн. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта. М 1963.
4. Е.В. Арамауся, Т.А. Гуськова, С.С. Либерман и др. Доклинические испытания. Методические рекомендации. М., 1997.

Putkaradze J., Joglidze n., Tsetskhladze g., Nioradze I.

INVESTIGATION OF TOXICITY OF NEW PHARMACEUTICAL COMPOSITION "PSORESSEL"

TSMU Scientific Centre of Pharmacy

New composition PSORESSEL's toxicity parameters was investigated by several methods. Performed study results show that there is some toxicity effect of investigated preparate in mice and rat and there is necessity to take care in using this medication.

ჩიტრადურგა მაინუდინ ახმად ნავაზი, ჯალაბადე ხ., ავალიანი ი.

Chitradurga Mynuddin Ahmad Nawaz², Jalabadez Kh.², Avaliani I.¹

A CASE OF LONG-QT SYNDROME

¹Tbilisi State Medical University, ²Cardiological Clinic "GULP".

Introduction: Sudden death in an otherwise healthy young person is an emotionally devastating event and unfortunately an all-too-common presentation of genetic arrhythmia syndromes. The most common of these syndromes is the long-QT syndrome, which is characterized by abnormal QT-interval prolongation on the surface ECG and an increased risk of sudden death, usually due to ventricular fibrillation. Physical stress and emotional stress are common triggers of syncope or sudden death in the long-QT syndrome; occasionally these events are triggered by loud noises or occur while the person is at rest.^{1,2,3}

Although sudden death usually occurs in symptomatic

patients, it happens with the first episode of syncope in about 30% of the patients. This occurrence emphasizes the importance of diagnosing LQTS in the presymptomatic period.

The Diagnosis usually is based on clinical presentations, syncope in anamnesis, family history, but an abnormal ECG with prolonged QTc obtained while the patient is at rest is the key to diagnosis; nevertheless, mutation carriers may have normal ECGs, that is unusual in symptomatic patients according to literature.

Long QT syndrome is a clinical diagnosis but genetic testing may provide additional information. Genetic testing can identify mutations in about 50 to 75% of probands in whom diagnosis appears to be certain on clinical grounds. Thus negative result does not rule out the diagnosis, there is also potential for false positive results.

There are about more than 12 types of Long QT syndrome have been identified based on genetic mutation present... though there are three types of long QT syndrome which are commonly seen and three types of ECG that helps in differentiating the type of long QT to make diagnosis.

1. In long QT1 the T-waves are broad based with out shortening of QT interval on exercise.

2. Long QT2 is associated with low amplitude often bifid T-waves

3. Long QT3 is associated with long isoelectric ST segment with narrow based tall T-waves.

ECG differentiation In Common Types Of Long QT

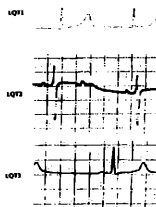


Figure 1. Electrocardiographic Patterns in the Three Common Forms of the Long-QT Syndrome.

The LQT1 form of the long-QT syndrome is associated with a broad T wave without a shortening of the QT interval due to exercise (as shown in Fig. 1C). LQT2 is associated with low-amplitude, often bifid, T waves. LQT3 is associated with a long isoelectric segment and a narrow-based, tall T wave. Although patterns may suggest a specific genotype of the long-QT syndrome,¹ many variants have been

described.¹²

Case description: A 36 year old female presented to neurology department with the history of frequent syncope attacks and palpitations for last 2 years, and a family history of sudden death of her sister at the age of 38 years while she was sleeping.

The neurological causes of syncope was ruled out and the patient referred to electrophysiologist after ECG showed runs of wide QRS tachycardia for which she was referred to arrhythmologist. In arrhythmology clinic she was further investigated in detail. On further evaluation of her history, she gives history of sudden death of one of her paternal aunt at the age of 43, and one of her son died in a motor vehicle accident.

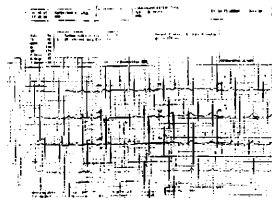
One of her another paternal uncle's son had unexplained death at the age of 38 years, but he had documented liver disease. Recently her sister died suddenly while she was sleeping.

ECG showed prolonged QT interval following extra systoles. Echocardiography did not disclose any abnormalities. Holter monitoring disclosed prolonged QT interval. Electrolytes and other blood investigations were within normal limits.

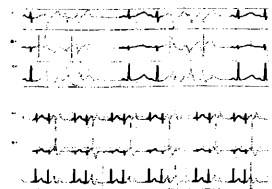
The interesting part of her ECG is that the QT prolongation was revealed only by the ventricular ectopic beats.

Each time when there occurred ventricular ectopies, they were immediately followed by QT prolongation.

ECG



Holter recording



Discussion

Since 10 to 15 % of long QT gene carriers may have normal QTc, so they can be easily missed. So through history, ECG, Treadmill and Holter monitoring done to see for prolonged QTc. Echocardiography is done to rule out other cardiac diseases which can cause tachyarrhythmia's.

In our case, since the ECG shows broad based T-waves and a strong family history, the echocardiography does not reveal any structural heart diseases and other biochemical and lab. investigations with in normal limits favors to type I long QT.

The main stay of management remains – Modifying of life style to avoid competitive sports, to keep away auditory stimulations such as keeping away alarm clocks, door bells etc, either B-blockers alone or along with ICD implant depending on the Long QT types.

References

- Moss AJ, McDonald J. Unilateral cervicothoracic sympathetic ganglionectomy for the treatment of long QT interval syndrome. *N Engl J Med* 1971;285:903-904.
- Schwartz PJ, Periti M, Malliani A. The long Q-T syndrome. *Am Heart J* 1975;89:378-390.
- Moss AJ, Schwartz PJ, Crampton RS, Locati E, Carleen E. The long QT syndrome: a prospective international study. *Circulation* 1985;71:17-21.
- Schwartz PJ, Priori SG, Spazzolini C, et al. Genotype-phenotype correlation in the long-QT syndrome: gene-specific triggers for life-threatening arrhythmias. *Circulation* 2001;103:89-95.
- Moss AJ, Kass RS. Long QT syndrome: from channels to cardiac arrhythmias. *J Clin Invest* 2005;115:2018-2024.
- Priori SG, Napolitano C, Schwartz PJ. Low penetrance in the long-QT syndrome: clinical impact. *Circulation* 1999;99:529-533.
- Imboden M, Swan H, Denjoy I, et al. Female predominance and transmission distortion in the long-QT syndrome. *N Engl J Med* 2006;355:2744-2751.
- Seth R, Moss AJ, McNitt S, et al. Long QT syndrome and pregnancy. *J Am Coll Cardiol* 2007;49:1092-1098.
- Zareba W, Moss AJ, Schwartz PJ, et al. Influence of the genotype on the clinical course of the long-QT syndrome. *N Engl J Med* 1998;339:960-965.
- Priori SG, Schwartz PJ, Napolitano C, et al. Risk stratification in the long-QT syndrome. *N Engl J Med* 2003;348:1866-1874.
- Wang Q, Curran ME, Splawski I, et al. Positional cloning of a novel potassium channel gene: KVLQT1 mutations cause cardiac arrhythmias. *Nat Genet* 1996;12:17-23.
- Vyas H, Hejlik J, Ackerman MJ. Epinephrine QT stress testing in the evaluation of congenital long-QT syndrome: diagnostic accuracy of the paradoxical QT response. *Circulation* 2006;113:1385-1392.
- Wilde AA, Jongbloed RJ, Doevendans PA, et al. Auditory stimuli as a trigger for arrhythmic events differentiate HERG-related (LQTS2) patients from KVLQT1-related patients (LQTS1). *J Am Coll Cardiol* 1999;33:327-332.
- Schwartz PJ, Priori SG, Napolitano C. How really rare are rare diseases? The intriguing case of independent compound mutations in the long QT syndrome. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2003;14:1120-1121. Dr. Mymuddin¹, Dr. Khatuna Jalabadze², Dr. Ina Avaliani¹

ქათამძე ნ., ლარცულაიანი ქ., კიკნაძე მ.

მარცხენა პარაკუთის დიასტოლური ფუნქციის ცვლილების დინამიკა დოქსორუბინინით მკურნალობის დროს

თსუ-ის შინაგანი მედიცინის დეპარტამენტი

გულის უემარისობით (გუ) ავადმყოფთა 30-50%-ს აღენიშნება იზოლირებული დიასტოლური დისფუნქცია მარცხენა პარაკუთის (მპ) კვლავც შენარჩუნებული სისტოლური ფუნქციის ფონზე (განდევნის ფრაქცია >50%). გულის დიასტოლური უემარისობით ავადმყოფთა ლეტალობის მაჩვენებელი საშუალოდ 13%-ს შეადგენს, ის ბევრად უფრო მაღალია იმ კონტინგენტის ლეტალობასთან შედარებით, რომელთაც არ აქვთ გუ. მაგრამ ასევე ბევრად უფრო დაბალია გულის სისტოლური უემარისობით ავადმყოფთა სიკვდილიანობასთან შედარებით, რომელიც 19% შეადგენს (1,2). ფრამინგემის მონაცემებით მპ დიასტოლური დისფუნქციის და გულის დიასტოლური უემარისობის ალბათობა ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება და განსაკუთრებით ქალბუთს პრობლემა ხდება. დაავადების პროგრესირების შეფერხების და ლეტალობის მაჩვენებლის დაქვეითების მიზნით გულის დიასტოლური უემარისობის ადრეული დიაგნოსტიკა და დროული სამკურნალო ღონისძიებების განხორციელება ძალზედ საშურო საქმეა (3,4,5). მპ დიასტოლური ფუნქციის მოშლის მთავარ მიზეზთა შორის არსებობს ანტრაციკლინური ანტიბიოტიკების ადგილი, რომელთა კარდიოტოქსიურობა, შედეგად ანტრაციკლინური კარდიომიოპათიის ფორმირება და მისი გუ-ის სახით მანიფესტირება შეცნეულად დადასტურებული ფაქტია (6,7).

კვლევის მიზანი: კვლევის მიზანს შეადგენდა მპ დიასტოლური ფუნქციის ცვლილების დინამიკის შესწავლა ანტრაციკლინურ ანტიბიოტიკოთერაპიაზე (დოქსორუბინინი) მყოფ ავადმყოფებში.

კვლევის მასალა და მეთოდები: გამოკვლეულია დოქსორუბინინით მკურნალობაზე მყოფი 40 ავადმყოფი (37 ქალი და 3 მამაკაცი). კვ. ასაკი 51,3±1,97, მათ შორის 19 სარძევე ჯერსლის, 9 საკვერცხის, 4 საშვილოსნოს, 7 ფილტვის და 1 კუჭის კიბოთი). მოხმარებული ანტიბიოტიკოთერაპიაზე (დოქსორუბინინი) მყოფ ავადმყოფებში. I ჯგუფი - 1 ჯგუფი - 22 ავადმყოფი. გამოკვლევა წარმოებდა ქრონიკული ანტიბიოტიკოთერაპიაზე და დოქსორუბინინის 178,2±3,98 მგ/მ² ჯამური დოზის მიღების შემდეგ. II ჯგუფი - 7 ავადმყოფი. გამოკვლევა წარმოებდა ქრონიკული ანტიბიოტიკოთერაპიაზე და დოქსორუბინინის 338,6±3,4 მგ/მ² ჯამური დოზის მიღების შემდეგ. პირველი გამოკვლევის შემდეგ კუ არ დაფიქსირებულა, მეორე გამოკვლევისას კი დაფიქსირდა 85,7% შემთხვევაში (6 ავადმყოფი). III ჯგუფი - 11 ავადმყოფი. პირველი გამოკვლევისას ავადმყოფებს უკვე მოხმარებული ჰქონდათ დოქსორუბინინი ჯამური დოზით 470±6,75

მგ/მ², მეორე გამოკვლევისას კი მოხმარებული ანტიბიოტიკის ჯამური დოზა შეადგენდა 510±7,8 მგ/მ². პირველი გამოკვლევისას გუ-ის სხვადასხვა ფუნქციური კლასიდან გარსტრებული იყო 8 (72,7%) შემთხვევაში, განმეორებითი გამოკვლევისას კი 11 (100%) შემთხვევაში. ქრონიკული ანტიბიოტიკოთერაპიის სხვადასხვა სქემით (CA, CAP, CAV, FAP) მკურნალობის ფარგლებში ავადმყოფები იღებდნენ ანტრაციკლინურ ანტიბიოტიკოთერაპიას.

დეტალური ექოკარდიოგრაფიული კვლევის საშუალებით ფასდებოდა მპ სისტოლური და დიასტოლური ფუნქციის მაჩვენებლები. მპ სისტოლური ფუნქცია შეფასებულია შემდეგი პარამეტრებით: მპ უკანა კედლის შედარებითი სისქე, მპ საბოლოო სისტოლური/დიასტოლური ზომა/მოცულობა და მათი ინდექსები, მპ განდევნის ფრაქცია, მპ შარის ინდექსი. შერჩეულ კონტინგენტში მპ განდევნის ფრაქცია შენარჩუნებული იყო ნორმის ფარგლებში (>49,7). მპ დიასტოლური ფუნქცია ფასდებოდა პარამეტრებით: ტრანსმიტრალური დიასტოლური ტრანსმისტიკული სიჩქარე მპ ადრული (პიკი E) და მოვიანებითი (პიკი A) ასესების პერიოდში, მათი თანაფარდობა (E/A); ასევე მპ იზოვოლემური მოდუნების დრო (მმინდ, მს) და მპ ადრული დიასტოლური ასესების შეფერხების დრო.

საკონტროლო ჯგუფი წარმოდგენილი იყო პრაქტიკულად ჯანმრთელი 20 პირით.

მიღებული მონაცემები დამუშავებულია სტატისტიკური ანალიზის პროგრამული პაკეტის გამოყენებით. გამოთვლილია მაჩვენებლების საშუალო არითმეტიკული და სტანდარტული გადახრა (M±m). სარწმუნოება შეფასებულია სტატისტიკური კრიტერიუმის მიხედვით. განსხვავება სარწმუნოდ მიჩნეულია თუ P<0,05.

მიღებული შედეგები და მათი ანალიზი: გამოკვლევის შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში №1. E და A მაჩვენებლების ცვლილების დინამიკა განაპირობა E/A თანაფარდობის შემდეგი ცვლილებები: მინიმალური დოზაზე ცვლილება არ დაფიქსირდა, საშუალო დოზაზე - E/A თანაფარდობა სტატისტიკურად სარწმუნოდ დაქვეითდა (P<0,001), მაქსიმალური დოზაზე კი E/A თანაფარდობა სტატისტიკურად სარწმუნოდ გაიზარდა (P<0,001). მპ იზოვოლემური მოდუნების დრო დოქსორუბინინის საშუალო დოზაზე სარწმუნოდ მომატა (P<0,01), მაქსიმალური დოზაზე კი სარწმუნოდ ანკალი (P<0,001). მპ ადრული დიასტოლური ასესების შეფერხების დროის ცვლილებას სარწმუნო ხასიათი ჰქონდა დოქსორუბინინის საშუალო და მაქსიმალური დოზაზე: პირველ შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა მის გაზრდას (P<0,01), მეორე შემთხვევაში კი შემცირებას (P<0,001).

მიღებული შედეგების ანალიზი საშუალებას იძლევა ვისაუბროთ დოქსორუბინინის დოზადამოკიდებულ კარდიოტოქსიკურ ეფექტზე, საბოლოოდ ანტრაციკლინური კარდიომიოპათიის ჩამოყალიბებით და გულის უემარისობის კლინიკური მანი-

ცხრილი №1

მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური ფუნქციის ცვლილების დინამიკა დოქსორუბინით მკურნალობის დროს

პარამეტრები	I ჯგუფი		II ჯგუფი		III ჯგუფი	
	I-გამოკ.	II-გამოკ. 178,2±3,88გ/მ²	I-გამოკ	II-გამოკ 338,6±3,48გ/მ²	I-გამოკ 470,6±8,88გ/მ²	II-გამოკ 510±7,88გ/მ²
ფვ (%)	62,23±0,39	61,82±0,36	62,57±0,43	63±0,82	53,82±0,48	49,7±0,52
E	71,73±0,01	71,86±1,01	67,43±1,73	48,57±2,31***	51,67±0,58	87,7±0,81***
A	48,32±1,11	48,05±1,11	42,71±2,63	78,57±1,53***	77,22±1,14	32,43±0,37***
E/A	1,49±0,03	1,52±0,03	1,57±0,06	0,61±0,03***	0,66±0,02	2,66±0,03***
მ3 იმდ, მს	172,27±1,2	171,36±2,21	167,14±2,9	209,14±3,22**	225,56±2,94	140±3,09***
მ3აშმდ, მს	81,59±1,29	81,59±1,16	80,71±2,3	110,71±3,54**	116,67±1,67	59,29±1,2***

ფესტირებით. დაბალ ჯამურ დოზაზე (178,2 მგ/მ²) დოქსორუბინი კარდიოტოქსიურობას არ ავლენს, დოზის ზრდის პარალელურად 338,6 - 470 მგ/მ² კარდიოტოქსიურობა ვლინდება მმ-ის დიასტოლური დისფუნქციის ტიპის ფორმირებით (მრეაქსაციის დარღვევა) და გუ კლინიკური მანიფესტირებით მმ შენახული განდევნის ფრაქციის ფონზე. დოქსორუბინის ჯამური დოზის შემდგომი ზრდისას (510 მგ/მ²) მმ-ის რეაქსაციის დარღვევა ტრანსფორმირდება რესტრიქციული დიასტოლური დისფუნქციაში, ქვეითდება მმ-ის განდევნის ფრაქცია და შემთხვევათა 100% -ში მანიფესტირდება გულის უკმარისობა. თუმცა გუ სიმძიმის კვლავაც მმ-ის დიასტოლური დისფუნქცია განსაზღვრავს.

დასკვნები:

1. დოქსორუბინის კარდიოტოქსიური ეფექტის პირველად გამოვლინებას წარმოადგენს მარცხენა პარკუჭის იზოლირებული დიასტოლური დისფუნქცია, გულის უკმარისობის კლინიკური მანიფესტაციით ან მის გარეშე.

2. დოქსორუბინის დოზის ზრდის პარალელურად მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქცია პროგრესირებს, ვითარდება მმ სისტოლურ-დიასტოლური დისფუნქციის თანარსებობა და შემთხვევათა 100% გულის უკმარისობა.

3. გულის უკმარისობის პრევენციის მიზნით განსაკუთრებულ მონიტორინგს საჭიროებს ე.წ. „არისკის ჯგუფი“ - ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ მარცხენა პარკუჭის იზოლირებული დიასტოლური დისფუნქცია გულის უკმარისობის კლინიკური მანიფესტაციის გარეშე.

ლიტერატურა

1. Tschupe C., Kasser M., Westerman D., Gaub R., Polter WC., Schultheiss HP. // The role of NT-proBNP in the diagnostics of isolated diastolic dysfunction: correlation with echocardiographic and invasive measurements. Eur Heart J 2005;26:2277-84.
2. Vasan RS., Benjamin EJ., Levy D. // Prevalence clinical features and prognosis of diastolic heart failure: an epidemiologic perspective. J Am Coll Cardiol 1995;26:1565-74.
3. Smith GL., Masoudi FA., Vaccaro N., Radford MJ., Krumholz HM. // Outcomes in heart failure patients with preserved ejection fraction: mortality, readmission and functional decline. J Am Coll Cardiol 2003;41:1510-8.
4. Zille MR., Baiou CF., Gaasch WH. //Diastolic heart failure - abnor-

malities in active relaxation and passive stiffness of the left ventricle. N Eng J Med 2004;350:1953-9.

5. Erbel R., Neumann T., Zaidan Z., Bartel T., Buck T. // Echocardiography diagnosis of diastolic heart failure. Herz 2002;27:99-106.
6. Гершенюк М.Л. Кардиокан: профилактика кардиотоксичности антрациклинов// Вопросы онкологии. 2004.-50(4).-С.482-491.
7. Капелью В.И., Харкевич А.Н., Цыленкова В.Г. и др. // Начальные изменения функции и ультраструктуры сердца при действии ноксизола адрия-инзина// Кардиология. 1998-4-С.24-29.

Katamadze N., Larzuliani K., Kiknadze M.

DYNAMIC OF DIASTOLIC DYSFUNCTION OF LEFT VENTRICLE AT CHEMOTHERAPY WITH DOXORUBICIN

TSMU, Department of Internal Medicine

Have been investigated 40 patients - affected with oncological disease, with the aim to study dynamic of diastolic dysfunction of left ventricle at treatment with docosorubicin. Left Ventricular pathologic remodeling, taking the first place, primarily causes left ventricle diastolic dysfunction and later becoming the reason for systolic dysfunction. Cardiotoxic effect has dose-dependent character: not revealing at minimal summar dosage, Left ventricle diastolic dysfunction with clinical manifestation of heart failure develops at "critical dosage", while at dosage >500mg/m2 antraciline cardiomyopathy, with heart failure clinical manifestation, is developed. left ventricle diastolic dysfunction without heart failure are previous Echocardiographic markers, needing monitoring at early and later stages of chemotherapy.

ყიფანი ვ., ბევიტაშვილი ნ., პეტრაშვილი თ., პავლიაშვილი ნ., ნაშორაძე მ.

აპოპტოზიანი სიმსივნის სისხლმომარაგების თავისებურებების გამოყენება ძვირფასობის პარკუჭებში

წინამდებარე ნაშრომი ეხება არცთუ ახალ, მაგრამ ფრიად აქტუალურ პრობლემას, რომელიც ათწლეულებია მკვლევართა განსაკუთრებულ ყურადღებას იპყრობს.

ჯერ კიდევ 1964 წელს თ.ნათაძემ დაადგინა ის ფაქტი, რომ ავთვისებიანი სიმსივნის სისხლმომარაგება

ლებულია ინერვიაციას და მისი სისხლმომარაგება წინ-
დაპედიწინაპირ ფაქტორზე — სისტემური არტერი-
ული სისხლის წნევის დონეზეა დამოკიდებული. ამის
საფუძველზე წარმოითქვა აზრი, რომ ჰიპერტენზიო-
ლი ნივთიერების შეყვანა ორგანიზმში გამოიწვევდა
სიმსივნის სისხლმომარაგების გაზრდას სხვა ორგანოე-
ბის და ქსოვილების სისხლძარღვთა შევიწროების და,
შესაბამისად, სისხლმომარაგების შემცირების ფონზე.
ამ სიტუაციაში ქიმიოთერაპიული ნივთიერების შეყვან-
ას ორგანიზმში მოჰყვებოდა მათი კონცენტრაციის
მომატება სიმსივნეში (რაც გაზრდიდა ქიმიოთერაპიის
ეფექტს) და შეასუსტებდა მის ტოქსიკურ გავლენას
სიმსივნის ორგანიზმის „ინტაქტურ“ ქსოვილებზე, ე.ი.
დაისახა ახლებური მიდგომა ავთვისებიანი სიმსივნის
ქიმიოთერაპიისადმი.

ასეთივე იდეა 1981 წელს გამოითქვა იაპონელმა სუ-
ზუკიმ (Suzuki et al., 1981), რომელმაც გარკვეული ექს-
პერიმენტული სამუშაოც ჩაატარა ამ მიმართულებით.
სამართლიანობა იდენის პრიორიტეტულობის შესახ-
ებ ალდგენილ იქნა 1989 წელს თ.ნათაძის მიერ
გამოქვეყნებული ნაშრომის შემდეგ, მაგრამ თვით
იდეა გახზორცილებას საჭიროებდა.

მოსაზრების რეალიზებისათვის საჭირო იყო: ა)
ისეთი პრესორული ნივთიერების შერჩევა, რომლის
მიმართ სისხლძარღვების რეაქტიულობა სიმსივნური
ზრდის პროცესში არ იცვლება, ბ) იმდენივე ქიმი-
ოთერაპიული ნივთიერების შერჩევა, რომელიც არ
შეცვლიდა სისხლის მიმოქცევას ქსოვილებში, გ)
აღნიშნული ნივთიერების კომბინირებულ მო-
ქმედებას არ უნდა შეეცვალა სისხლის წნევაზე პრე-
სორული ნივთიერების დამოუკიდებელი მოქმედებ-
ის ეფექტი.

დასახული მიზნის მისაღწევად გამოვიყენეთ შემ-
დეგი მეთოდები: ლოკალური სისხლის მიმოქცევის
ინტენსივობის განსაზღვრა ნეაბლადის კლირენსის
მეთოდით, საძილე არტერიის ელექტროტენზომე-
ტრია ელექტრომანომეტრის გამოყენებით, ჯორჯ-
ლის სინათლით და განივზოლიანი კუნთის

სატელევიზიო ლუმინესცენტური ტელევიზიოკოსკო-
პია. ცდები ჩატარდა ურეთანით ნარკოზირებულ
ლაბორატორიულ თაგვებზე, გამოყენებული იქნა
გადანერგავილი სიმსივნური შტამი — ერლიხის კარ-
ცინომა. ვიკლედებით პრესორული ნივთიერებების:
ადრენალინის, ანგიოტენზინის, ვაზოპრესინის, ქიმი-
ოთერაპიული ნივთიერების — 5-ფტორურაცილის
დამოუკიდებელი და კომბინირებული მოქმედების
შედეგს სისტემურ არტერიულ წნევაზე და
ლოკალური სისხლმომარაგების ინტენსივობაზე ქს-
ოვილებში, მიკროსისხლმილთა რეაქციულობაზე,
ნაშრომში მოტანილი ფაქტები სტატისტიკურად სარ-
წმუნოა.

პირველ რიგში უნდა ითქვას, რომ სიმსივნური ზრ-
დის ადრულ ეტაპზე არტერიული სისხლის წნევა
სამდენადმე მატულობდა, მაგრამ სტატისტიკურად
სარწმუნოდ დაბალი რჩებოდა ნორმისთან შედარე-
ბით (13,6%-ით). ყოველივე ეს ხდებოდა გულის დარ-
ტყმითი მოცულობის და რითმის ნორმალური
მაჩვენებლების ფონზე. ამიტომ სისხლის წნევის და-
კვეთობა და კავშირებული უნდა ყოფილიყო პერიფე-
რული არტერიების დილატაციასთან (ვ.ყიფიანი,
1988). №1 ცხრილიდან ჩანს, რომ ადრენალინის ზემო-
ქმედებისას ჯანმრთელი საკონტროლო ცხოველებ-
ის სისტემური არტერიული წნევა იზრდება 18,9%-
ით, ანგიოტენზინის ზემოქმედებისას — 27,1%-ით,
ვაზოპრესინის ზემოქმედებისას კი — 18,2%-ით.
იგივე ცხრილი მეტყველებს, რომ 5-ფტორურაცილის
შეყვანა ორგანიზმში არ ცვლის ვაზოპრესინის პრე-
სორული მოქმედების ინტენსივობას.

აღნიშნული ვაზოაქტიური ნივთიერებების პრე-
სორული ეფექტი დაკავშირებულია სისხლმილთა შე-
მაინროვებლ გავლენაზე, რაც ნათლად გამოიკვეთა
ჩვენს ექსპერიმენტებში ჯორჯლის და განივზო-
ლიანი კუნთის არტერიულზე ადრენალინის ადგი-
ლობრივი ზემოქმედების და განივზოლიანი კუნთბ-
ის სისხლმომარაგებაზე ანგიოტენზინის რეზორბცი-
ული მოქმედების შესწავლისას.

ცხრილი №1
სისხლის წნევის ცვლილება ჯანმრთელი თაგვების საძილე არტერიაში
ზოგიერთი ვაზოაქტიური ნივთიერების და 5-ფტორურაცილის ზემოქმედებაზე

სისხლის წნევის დონე საძილე არტერიაში (შშ. ვწყ. სვ.)						
საწყისი დონე	ადრენალინის ინექციის	საწყისი დონე შემდეგ	ანგიოტენზინის ინექციის	საწყისი დონე შემდეგ	ვაზოპრესინის ინექციის შემდეგ	5-ფტორურაცილის ინექციის შემდეგ
111±3.5	132±5.9	109±3.5	137±4.1	107±25	126±14	127±1.2

ცხრილი №2
სისხლის წნევის ცვლილება თაგვების საძილე არტერიაში ზოგიერთი ვაზოაქტიური ნივთიერების და 5-ფტორურაცი-
ლის ზემოქმედებისას ერლიხის კარცინომის ზრდის პროცესში

დღე კაბანერვის	საწყისი დონე	ადრენალინის ინექციის	საწყისი დონე	ანგიოტენზინის ინექციის	საწყისი დონე	ვაზოპრესინის ინექცი.	5-ფტორურაცილის ინექციის შემდეგ
7-9 დღე	88±5,9	61±8,4	93±5,9	143±7,8	90±1,6	111±1,3	113±1,2
14-16 დღე	100±5,3	97±6,1	90±6,1	114±5,8			

№2 ცხრილიდან ჩანს, რომ სიმსივნური ზრდის ადრეულ ეტაპზე სისხლის წნევის და, შესაბამისად, პერიფერიული სისხლძარღვების რეაქცია ადრენალინის რეზორბციულ მოქმედებაზე პარადოქსული ხდება — ადრენალინის ინტრამუსკულური ინექცია იწვევს სისხლის წნევის დაქვეითებას საძილე არტერიაში სანყისი დონის 30,3%-ით, ხოლო სიმსივნური ზრდის უფრო გვიან ეტაპზე სისხლის წნევა ადრენალინის მოქმედებაზე პარატიკულად არ იცვლება.

აღნიშნული ცვლილებების მექანიზმის გამოვლენის მიზნით შევისწავლეთ ჯორჯლის და განივ ზოლიანი კუნთის მიკროსისხლძარღვების რეაქციული ადრენალინის მიმართ და ჩატარებული იქნა მისი ფარმაკოლოგიური ანალიზი α - და β -ადრენობლოკატორების — ფენტოლამინის და ინდერალის საშუალებით. დადგინდა, რომ სიმსივნური ზრდის ადრეულ ეტაპზე, ე.ი. იმ პერიოდში, როდესაც კლინიკება ადრენალინის პარადოქსული ეფექტი სისხლის წნევაზე, იგიტება α -ადრენორეცეპტორების ფუნქცია, ხოლო მოგვიანებით კი β -ადრენორეცეპტორების ფუნქცია, რაც იწვევს სისხლძარღვების არეაქტიულობას ადრენალინის მიმართ. ამიტომ ადრენალინის მოქმედება ორგანიზმზე ამ პერიოდში ველარ იწვევს არტერიული სისხლის წნევის ცვლილებებს. აღნიშნული ძვრები დაკავშირებული უნდა იყოს მიკროსისხლძარღვების მიოციტების, ენდოთელიუმის ფუნქციის დარღვევასთან და ოქსიდაციურ სტრესთან (Gambashidze K., Kipiani V., 2004; Старица Ю.В. и соавт., 2006 и др.).

შესაძლებელი იყო დაგვეშვა, რომ სისხლძარღვთა არეაქტიულობა ადრენალინის მიმართ სიმსივნური ზრდის დროს დაკავშირებულია მათი კედლის მიოციტების კუმშვადობის დარღვევასთანაც, მაგრამ ასეთს გამოირჩევათის ფაქტი (ცხრილი №2), რომ სიმსივნური ზრდის ფონზე პრესორული რეაქცია ანგიოტენზინის და ვაზოპრესინის რეზორბციულ მოქმედებაზე არა თუ შენარჩუნებული, არამედ გაძლიერებულიცაა: ანგიოტენზინის გავლენით სისხლის წნევა საძილე არტერიაში მატულობს სანყისი დონის 27,1%-ით, ხოლო ვაზოპრესინის მოქმედებისას - 23,3%-ით. იმავე ცხრილიდან ჩანს, რომ β -ფტორურაცილის შეყვანა ორგანიზმში არ ცვლის ვაზოპრესინის მოქმედების ეფექტს სიმსივნის ორგანიზმში.

ექსპერიმენტის ზემომოყვანილი შედეგები საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ:

1. ადრენალინის გამოყენება ქიმიოთერაპიული ნივთიერებების სიმსივნეზე მოქმედების ეფექტის გასაძლიერებლად წინააღმდეგნაჩვენებია;

2. ავთვისებიან სიმსივნეზე ქიმიოთერაპიული საშუალებების მოქმედების ეფექტის გასაძლიერებლად შესაძლებელია ვაზოპრესინის და ანგიოტენზინის გამოყენება;

3. სიმსივნეზე ქიმიოთერაპიული საშუალებების მოქმედების ეფექტის გასაძლიერებლად, ვაზოპრესინთან შედარებით, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ანგიოტენზინს, როგორც სიმსივნის ორგანიზმში უფრო ძლიერი პრესორული ეფექტის გამოიწვევს;

4. ავთვისებიანი სიმსივნის ქიმიოთერაპიის დროს ჩვენს მიერ რეკომენდებული მეთოდით ვაზოპრესინი ნივთიერებებთან შესაძლებელია β -ფტორურაცილის გამოყენება.

ლიტერატურა

1. Кипиани В.А. Регионарное кровообращение и микроциркуляция на фоне экспериментального опухолевого роста. Дисс. мед. докт. — Тбилиси, 1988
2. Старица Ю.В., Сулимова Н.А., Кон Е.М. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии SIRS у больных раком легкого // Интенсивная терапия №1, 2006.
3. Gambashidze K., Kipiani V. Effect of Antioxidants and membrane stabilizing grופן paraneoplastic disorders of erythrocytes and Microcirculation // Annals of Biomedical Research and Education. 2004, Is. 1, Tbilisi, p. 14-18.
4. Suzuki M., Hori K., Abe J. et al. // J. Nat. Cancer Inst., - 1981. - Vol. 67, N3. - P. 663-669.

Kipiani V.A., Bezhitashvili N.D., Petriashvili T.G., Pavliashvili N.S., Namoradze M.Sh.

USE OF SPECIFICITIES OF MALIGNANT TUMOR BLOOD CIRCULATION IN THE PROCESS OF CHEMOTHERAPY

Almost complete dependence of malignant tumor blood circulation on systemic arterial pressure determined new approaches to malignant tumor chemotherapy — transitional arterial hypertension due to injection of pressor substance to the body should increase concentration of chemotherapy substances and chemotherapy effect on tumors with contemporary decrease of toxic effects of these substances on “intact” tissues of body.

To achieve the purpose above-mentioned there was studied the intensity of local circulation (in skeletal muscles), arterial blood pressure in carotid arteries and reactions of small arteries (mesenteric and skeletal muscles) during the growing of Erlich carcinoma using the methods of polarography (to hydrogen), electromanometry, light and luminescent tele-bio-microscopy in mice narcotized by uretan.

The study revealed that for therapeutic effect there is recommended to use vasopressin, and especially angiotensin, in combination with 5-Fluoruracil and not recommended to use adrenalin that causes paradoxical reaction of blood circulation in animals with tumors.

ყოფიანი ნანა, შიშინაშვილი თ., ივერიელი მ., ყიფიანი ნინო, ჩიჩუა ზ.

პაროდონტის დენტურპედიის და განღვივის მეთოდების დანერგვის მისი ანთიპროფილაქსის როლი

მისუ-ის პაპაია სტომატოლოგიის და სტომატოლოგიის დანერგვის პაროდონტის დანერგვის

პაროდონტის ქსოვილების ანთებით-დენტურპედიული ავადმყოფობა - პაროდონტიტი სტომატოლოგიის ერთ-ერთი უმთავრესი პრობლემაა, რაც პრობლემაა ამ პათოლოგიის განსაკუთრებით ფართო გავრცელებით, ღრძილ-კბილის აპარატის მძიმე დაზიანებით, ესთეტიკური დისკომფორტით, დაავადების მკურნალობის შედარებით ნაკლები ეფექტურობით, მისი ხშირი რეციდივებით.

პაროდონტიტის ზოგჯერ მძიმე შედეგის, მისი ფრიად ხშირი ქრონიზების, გამწვანების მიზეზებია, ერთი მხრივ, მისი ქსოვილების მუდმივი ექსპოზიცია დამაზიანებელ ფაქტორთა მიმართ, მეორე მხრივ — პათოგენურ ზური მკურნალობის ზეგების დაუზენაობა, რაც პრობლემაა ავადმყოფობის განვითარების მექანიზმების არასრულყოფილი ცოდნით. განსაკუთრებით ეხება ეს პაროდონტიტის მოლეკულურ, სუბუჯრედულ და უჯრედულ მექანიზმებს.

კარგადაა ცნობილი პაროდონტის ქსოვილში სისხლის მიმოქცევის დარღვევის მნიშვნელოვანი როლი პაროდონტიტის მექანიზმში, რაც ქსოვილების დეგენერაციას და განღვივებს უწყობს ხელს. ამ პროცესთა კორექცია და შეჩერება ხშირად არ ხერხდება და მკურნალობით მიღებული შედეგიც, არაიშვიათად, დროებითია. თვით სისხლის მიმოქცევის ცვლადების, ინფექციური აგენტების მოქმედების გახანგრძლივების და პაროდონტის ქსოვილის მექანიზმში გარკვევისთვის აქტუალურია პაროდონტიტის დროს ბიოლოგიად ფრიად აქტიური მოლეკულის — აზოტის ოქსიდის შემცველობის და მეტაბოლიზმის ცვლადების შესწავლა. ასეთი კვლევის ჩატარება საშუალოა უჯრედული სინთეზის გამოკვლევის ფორმა, რადგან ცნობილია, რომ აზოტის ყანჯარის უჯრედული ცილის მძლავრი სტიმულატორი და უშუალო თანამონაწილე. მისი სინთეზის და გარდაქმნის ცვლადებმა შეიძლება უშუალო გავლენა მოახდინოს უჯრედის ფუნქციონირების მრავალ მხარეზე, მათ შორის, უჯრედების რეგენერაციის უზარუნო, რომლის სტიმულატორი აზოტის ოქსიდია (Chae H.J. et al., 1977).

თუ გავითვალისწინებთ, რომ NO ლიპოციტების მიერ გამოიყენება ბაქტერიების გასა-ნადგურებლად ანთების პროცესში, საინტერესოა მისი შემცველობის განსაზღვრა პაროდონტული ჯიბის სითხეში და ნერწყვში. NO მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ადგილობრივ იმუნურ რეაქციებშიც, რომელიც ქსოვილების ადგილობრივი იმუნიტეტის განსაზღვრის და, შესაბამისად, მიკრობული აგრესიისგან თავ-

დაცვის მნიშვნელოვანი ფაქტორია. ზემოთქმულიდან გამომდინარე, კვლევის მიზნად დავისახეთ პაროდონტის დენტურპედიის და განღვივის მექანიზმში ნიტროოქსიდის როლის დადგენა სისხლში მონარეგების ცვლადების, ინფექციური აგენტების როლის და ქსოვილის რეგენერაციის უზარის გათვალისწინებით.

კვლევის მასალა და მეთოდები. კვლევა ჩატარდა: ა) ჯანმრთელი (n=25) და პაროდონტიტი დაავადებულ ადამიანებზე (n=82), ბ) ჯანმრთელი (n=15) და ა.ვოლოჟინის (Воложин А.И., Виноградова С.И., 1991) მეთოდით ექსპერიმენტული პაროდონტიტი დასინჯობენებზე ვირთაგებზე (n=30). ჯანმრთელი და პაროდონტიტი დაავადებული ვირთაგების ღრძილის ქსოვილის რეგენერაციის უზარის შესახებ ვისჯელობით დმმ-ს სინთეზის ინტენსივობის მიხედვით, რომელსაც ვაფასებდით ელექტრონულ-ავტირადიოგრაფიული მეთოდით, გამოსაკვლევი ქსოვილის რადიოაქტიულ 3H-თიმიდინთან 90-წუთიანი ინკუბაციის შემდეგ. დმმ-ს შემცველობის შესახებ ვისჯელობით წუთში მისი მუტების რადიონობის მიხედვით.

კლინიკაში შემოსვლისას ავადმყოფებს ვიკვლევდით სტანდარტული გეგმით, დაავადების სიმძიმეს ვაფასებდით მისი კლინიკური გამოვლინების მიხედვით. თავისუფალი NO-ს განსაზღვრისთვის სისხლში, ღრძილის ქსოვილში, პირის ღრუს და პაროდონტული ჯიბეების სითხეში ვიყენებდით მის სპინხაუნჯს - ნატრიუმის დიეთილკარბამატი, რომლის სიგნალს ვსაზღვრავდით რადიოსპექტრომეტრზე P3-1307 კომპიუტერული უზრუნველყოფით. მისივე საშუალებით ვიკვლევდით სისხლის და ქსოვილების ეპრ-სპექტრს.

მიღებული შედეგები დამუშავებულია სტატისტიკურად სტიუდენტის ტ კრიტერიუმის მიხედვით. კვლევის შედეგები. პაროდონტიტი ავადმყოფთა პირის ღრუს სითხეში აღინიშნა აზოტის ოქსიდის შემცველობის სტატისტიკურად სარწმუნო მომატება. ამასთანავე, გამოვლინდა კორელაცია მის ზრდას და პაროდონტიტის სიმძიმეს შორის: პაროდონტიტის მსუბუქი ფორმის დროს NO-ს მატება შეადგენდა ნორმის (12 მმმმგ) 25%-ს (p<0,001, საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს - 50%-ს (p<0,001), მძიმე ფორმის დროს - 100%-ს (p<0,001).

პაროდონტული ჯიბის სითხესთან კონტაქტისას ნატრიუმის დიეთილკარბამატი დასველებული ფილტრის ქალაქი იძლეოდა ინტენსიურ ეპრ-სიგნალს, რომელიც ქალაქის ამგვარი ნივთიერება და მუშავების გარეშე პაროდონტული ჯიბის სითხესთან კონტაქტისას არაავითარ სიგნალს არ იწვევდა. ლოგიკურია დავაცენათ, რომ რეგისტრირებადი სიგნალი (რომელიც პირველად ჩვენს აშვარი დაფისირებულ) ნიტროაზოტს ეკუთვნის. ამ სიგნალის ინტენსივობა პაროდონტიტის მძიმე ფორმის დროს ორჯერ უფრო მაღალი აღმოჩნდა, ვიდრე საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს. ეს ფაქტი, როგორც ჩანს, დაკავშირებულია NO-ს გამოყოფასთან ლეიკოციტის

ბის მიერ გაძლიერებული ფაგოციტოზის დროს.

ამრიგად, პაროდონტიტის სიმძიმის ზრდის პარალელურად პირის ღრუს და პაროდონტული ჯიბის სითხეში აზოტის ოქსიდის შემცველობა მნიშვნელოვნად მატულობს, რაც არ შეიძლება ითქვას ამ ნივთიერების მუცველობის შესახებ ღრძილის ქსოვილში. პაროდონტიტის მსუბუქი ფორმის დროს ნიტროოქსიდის რაოდენობა ღრძილის ქსოვილში ნორმასთან შედარებით პრაქტიკულად არ იცვლება, სამუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს ის მცირდება მკვეთრად - საკონტროლო სიდიდის 50%-ით ($<0,001$), ხოლო მძიმე ფორმის დროს — 67%-ით ($>0,001$), რაც უნდა ინტეგრირდეს ღრძილის სისხლმარაგების შემცირებას, ადგილობრივი იმუნიტეტის და ანტიმიკრობული რეზისტენტობის დაზარალებას, რაც ანთებითი პროცესის გაღრმავებას უწყობს ხელს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მიკრობიოციდული ეფექტის შემცირება, მით უფრო, რომ ცნობილია - პაროდონტიტის პროოციონების მთავარი ინიციატორი ინფექციური აგენტებია (Григорян А.С., 1999; Грудянов А.И. и др., 2004 და სხვ.), მით უფრო, თუ ისინი დაქვეითებული ადგილობრივი იმუნიტეტის ფონზე მოქმედებენ (Seymour et al., 1995; Murakami S. et al., 1999).

ჩვენმა გამოკვლევებმა გამოავლინა, ერთი შეხედვით, წინააღმდეგობრივი ფაქტი — ღრძილის ქსოვილში თავისუფალი ნიტროოქსიდის შემცველობის მკვეთრი შემცირების ფონზე მნიშვნელოვნად მატულობს მისი რაოდენობა პირის ღრუს და პაროდონტული ჯიბეების სითხეში. მაგრამ უფრო ღრმა ანალიზი აბათილებს ამ მოჩვენებით შეუსატყვისობას (იხ. ქვემოთ).

ჯანმრთელი და პაროდონტიტიანი ვირთავების ღრძილის და ყბის ძვლის ალვეოლური მორჩის ქსოვილის ავტორადიოგრაფიულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ, პაროდონტიტიან ცხოველებში ნუთში, შესაბამისად, 31,6% და 30,6%-ით მცირდება დნმ-ში 3H-თიმიდინის ჩართვა, მათი მუხტების რაოდენობა, რაც ნათლად მეტყველებს ღრძილის ქსოვილის რეგენერაციის სერიოზულ დაქვეითებაზე.

კვლევის შედეგების ანალიზი და ზოგადი დისკუსია. პაროდონტიტის დროს ღრძილის ქსოვილში აზოტის ოქსიდის შემცველობის ჩვენს მიერ გამოვლენილი დაქვეითება აზოტის ოქსიდის სიმთვინის გაძლიერებისკენ საერთო ტენდენციის ფონზე ახსნილი უნდა იქნას ორი პროცესით: მიტოქონდრიული FeS ვჯუფების ნიტროზილირებით (Кипиანი Н.В. и др., 2005). ეს პროცესი, ერთი მხრივ, ამცირებს ნიტროოქსიდის დადებით ეფექტებს, მეორე მხრივ კი იწვევს მიტოქონდრიების სუნთქვითი ჯაჭვში ელექტრონების გადამატანთა ინაქტივაციას. ამის შედეგად, ირლევება უჯრედული სუნთქვა და ფანჯვითი ფოსფორება, რიგ შემთხვევებში ვითარდება ქსოვილების NO-ინდუციურებული ნეკროზი. ნაწილობრივ მაინც, ამასთან უნდა იყოს დაკავშირებული უჯრედების ნეკროზი და ღრძილების განლევა პაროდონტიტის დროს.

ღრძილის ქსოვილის თავისუფალი ნიტროოქსიდის მეორე ნაწილი ურთიერთქმედებს პაროდონტიტი-

ისთვის დამახასიათებელ სუპეროქსიდანონთა ტარბ რაოდენობასთან (Кипиანი Н.В. и др., 2005) ძლიერ ტოქსიკური პეროქსინიტრიტის ნარმოქმნით. ეს ნივთიერება არღვევს შემზარანულ სტრუქტურებს, აზიანებს ფრენტილულ კომპლექსებს, ინვესს NO-ინდუციურებულ ნეკროზს და აპოპტოზს. ის ხელს უწყობს, აგრეთვე, ელასტაზას და კოლაგენაზას გათავისუფლებას, რაც იწვევს პაროდონტიტის კოლაგენური ბოჭკოების ლიზის, ქსოვილში შეუქცევადი პროტეინების გაწვითარებას.

ამრიგად, პაროდონტიტის შედარებით მძიმე მიმდინარეობის დროს იქმნება პირობათა კომპლექსი, რომელიც მიმართულია ღრძილის ქსოვილის დაზიანების და განლევისკენ. ყოველივე ამას ემატება ჩვენს მიერ ავტორადიოგრაფიული მეთოდით დადგენილი ღრძილის უჯრედების რეგენერაციის დაქვეითება, რაც, ნაწილობრივ მაინც, კვლავ თავისუფალი ნიტროოქსიდის უკვე კონსტატირებულ დეფიციტთანაა დაკავშირებული.

ცხადია, რომ პაროდონტიტის ქსოვილების დესტრუქციის და განლევის მექანიზმში მისი ანთების დროს ჩვენ არ გამოვიცხადებთ სხვა ფაქტორების და პროცესების მონაწილეობასაც, მაგრამ მივიჩნევთ, რომ ზემოთყვანილი ფაქტორი და მოსაზრებები ყველა შემთხვევაში სერიოზულ ყურადღებას იმსახურებს.

ლიტერატურა:

1. Воложин А.И., Виноградова С.И. - Патогенез экспериментального пародонтита у хрыльов // Стоматология, 1991, 4, 10-12.
2. Григорян А.С. - Роль и место повреждения в патогенезе заболваный пародонтита // Стоматология, 1999, 1, 16-20.
3. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. - Антиинфлоробия и противовоспалительная терапия в пародонтология, М., 2004, 840 с.
4. Кипиანი Н.В. и соавт. - Возможная роль нарушения редокс-статуса организма в механизме изменений иммуной системы при патологических процессах // Аллергология и иммунология, 2005, т. 6, 4, 523-526.
5. Murakami S., Hino E. et al. Direct interaction between gingival fibroblasts and lymphoid cells induces inflammatory cytokine mRNA expression in gingival fibroblasts // J. Dent Res. 1999. Jan 78(1): 69-76.
6. Seymour A.J. et al. - Immunopathogenesis of chronic inflammatory periodontal disease-cellular and molecular mechanisms // J. of Periodontal research, 1993, 478-486.

Nana Kipiani, T. Shishniashvili, M.B. Ivereli, Nino Kiplani, Z. Chichua

CONTENT AND METABOLISM OF NITRIC OXIDE IN SUBSTRATES OF ORAL CAVITY AND THEIR ROLE IN PATHOGENESIS OF PERIODONTITIS DISEASE

Tbilisi State Medical University

Has been investigated content and metabolism of free NO in saliva, fluids of periodontal pockets and gingival tissue with the use of nitric oxide spin-trap and computed spectrophotometry in patients suffering from periodontitis.

Has been stated that increased generation of nitric oxide at early stages of periodontitis has protective nature however, at serious disorders of mitochondrial respiration and exaggerated formation of generators of reactive oxygen, nitric oxide converts in citotoxic peroxinitrite leading to destruction of parodontal tissue. Along with that, part of free nitric oxide produces FeNO, which in turn, supports and decreases content of free NO in gingival tissue. As a result, decreases local antimicrobial protection, hemocirculation, tissue nutrition, progresses inflammation, the more so that at periodontitis decreases local immunity due to NO deficiency in gingival tissue. In case of reduced content of NO in gingival tissue decreases regeneration ability of cells, which in turn, at presence of disorders, necrosis and apoptosis leads to deterioration on gingival tissue.

შავდია მ., ბაქრაძე ი., ლვაშიავერა, აბესაძე ი.

ბაბაპაინტინის (ბაბა-გამა) კლინიკური კვლევის შედეგები ტიპიური მძიმე რეპროდუცირებად კაციენტებში

თსუ-ის ნაოლოგიის დეპარტამენტი და აალიპათური მხარხმელოგის კუსისი

ქრონიკული ტიპიური სინდრომი ონკოლოგიის ერთ-ერთი ურთულესი პრობლემაა. იგი განსაკუთრებით გამოხატულია და რთულია სამართავად ჩონჩხის ავთვისებიანი სიმსივნური პროცესით (პირველადი ან მეორადი) დაზიანებისას, რომელიც უდიდეს ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სულიერ ტანჯვას აყენებს პაციენტებს. ყოველივე ეს, კიდევ მეტად ამძიმებს პაციენტის ფუნქციონირების მდგომარეობას და ხელს უწყობს ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას და დაავადების პროგრესირებას (1,2,6,7). მიზეზი ასეთი ტიპიური არის არა მარტო ძვლის სტრუქტურის დაზიანება, არამედ მის ირგვლივ მდებარე კუნთების რიგიანობა და სპაზმი. ამიტომ, ძვლოვანი ტიპიური ასას ყოველთვის ვერ ხდება მისი კუპირება და რჩება ენ. „ნარჩენი ტიპილი“, რაც იწვევს ტიპიურ ტოლერანობის დაქვეითებას (უძილობა, დაღლილობა, შფოთვა, დისკომფორტი და ა.შ.). ამდენად, მეტად მნიშვნელოვანი „ნარჩენი ტიპილის“ მოხსნა, რომელიც ხშირად გამოწვეულია სწორედ კუნთების რიგიანობით. ამ უკანასკნელის მოხსნისათვის სპეციალურ ლიტერატურაში ტიპილის გაყუჩების შესაძლებლობა რამდენად შესწევთ მათ ამ სხვა „ნარჩენი ტიპილის“ კუპირება. ამ მიზნით 2007 წლის 5 მარტიდან 5 სექტემბრამდე ონკოპრევენციის ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის კლინიკაში ჩატარდა პრეპარატი „გაბა-გამა“-ს კლინიკური კვლევა ონკოპრევენციური პაციენტებში.

კვლევის მიზანია: 1. „გაბა-გამა“-ს (გაბაპაინტინი) ტიპიურად გამოწვეული ეფექტის შეფასება ძვლების სიმსივნური დაზიანების (პირველადი და მეორადი)

პრობებში „ნარჩენი ტიპილის“ შემოწვევაში; 2. „გაბა-გამა“-ს ეფექტის შეფასება ინსომნიის კორექციაში; 3. პრეპარატის თანმხლები სიმპტომების გამოვლენა. ამოცანები: 1. „ნარჩენი ტიპილის“ დონის შეფასება გაბაგამას მიღებამდე და შემდეგ; 2. ინსომნიის დონის შეფასება გაბაგამას მიღებამდე და შემდეგ; 3. „სიცოცხლის ხარისხის“ დონის შეფასება გაბაგამას მიღებამდე და შემდეგ. მერყევის კრიტერიუმები: ონკოპრევენციური პათოლოგია; ასაკი - 18 წელი და მეტი; ძვლების პირველადი ან მეორადი სიმსივნური დაზიანებით გამოწვეული სხვადასხვა ინტენსივობის „ნარჩენი ტიპილი“; სიცოცხლის საფარული ხანგრძლივობა 20 დღე და მეტი; პაციენტები; რომელთაც არ მოულოთ ანტიციტოქსიკური პაციენტი; ინფორმირებული თანხმობა. კვლევის დიზაინი: კლინიკურ კვლევაში ჩართული იყო სხვადასხვა ლოკალიზაციის გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 80 პაციენტი, რომელიც დაყო A (ძირითადი) და B (საკონტროლო) ჯგუფებად. მათგან კვლევის ბოლომდე გარდაიცვალა 7 (ძირითადი ჯგუფიდან 2, ხოლო საკონტროლო ჯგუფიდან 5. ამდენად სულ გაანალიზდა 73 პაციენტის კვლევის მონაცემები, საკვლევი ჯგუფიდან - 38, ხოლო საკონტროლო ჯგუფიდან - 35. ძირითად ჯგუფში (A) შემავალი 38 პაციენტიდან ქალი იყო 24 (63,2%), მამაკაცი 14 (36,8%). ასაკი მერყეობდა 18-დან 80 წლამდე. საშუალო ასაკი იყო 51,1 წელი, ქალების - 48,8 წელი, მამაკაცების - 55,7 წელი. პირველადი ონკოპრევენციური პაციენტი იყო 15 (39,5%), ხოლო მეორადი - 23 (60,5%). საკონტროლო ჯგუფში (B) 35 პაციენტიდან ქალი იყო 28 (80%), მამაკაცი 7 (20%). ასაკი მერყეობდა 38-დან 84 წლამდე. საშუალო ასაკი - 59,7 წელი, ქალების - 59,5 წელი, მამაკაცების - 60,3 წელი. ყველა პაციენტს ძვლოვანი სისტემაში შეინიშნა ერთი ან რამდენიმე მეტასტაზური დაზიანება, გარდა სამის, რომლებსაც ძვლის პირველადი სიმსივნე ჰქონდა. გარდა ძვლოვანი მეტასტაზების 15,8%-ში დაზიანებული იყო ფილტვი, 29%-ში - ლიმფა, 15,8% - შუასაყარი, 10,5%-ში ლიმფური კვანძები და სხვა. კლინიკურ კვლევაში მონაწილე A ჯგუფის 38 პაციენტიდან 18-ს (47,4%) თქუძუ კიბო ჰქონდა, 8-ს (21,1%) - ფილტვის, 3-ს (7,9%) - ძვლის, 2-ს (5,2%) - პრესტატის, 3-ს (7,9%) - უცნობი ლოკალიზაციის, დანარჩენ 4-ს (10,5%) - სხვა ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნე, ხოლო B ჯგუფის 35 პაციენტიდან: 23-ს (65,7%) ჰქონდა თქუძუ კიბო, 3-ს (8,6%) - პრესტატის, 3-ს (8,6%) - მსხვილი ნაწლავის, 2-ს (5,7%) - თირკმლის, დანარჩენ 4-ს (11,4%) - სხვა ორგანოს ავთვისებიანი სიმსივნე.

კვლევაში მონაწილე პაციენტთა A ჯგუფში 60,5% (23)-ს ჰქონდა ძლიერი ტიპიური (VAS - 6 და მეტი), ხოლო 39,5% (15)-ს - საშუალო და სუსტი ტიპიური. ძლიერი ტიპილის მქონე პაციენტები იღებდნენ ოპიოიდებს, საშუალო და სუსტი ტიპილის მქონენი - არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს. ძლიერი ტიპილის მქონეთა ტიპილის საშუალო მაჩვენებელი ვიზუალური ანალიზის სკალით

№2 ცხრილიდან ჩანს, რომ სიმსივნური ზრდის ადრულ ეტაპზე სისხლის წნევის და, შესაბამისად, პერიფერიული სისხლძარღვების რეაქცია ადრენალინის რეზორბციულ მოქმედებაზე პარადოქსული ხდება — ადრენალინის ინტრამუსკულური ინექცია იწვევს სისხლის წნევის დაქვეითებას საძიფ არტერიაში სანეისი დონის 30,3%-ით, ხოლო სიმსივნური ზრდის უფრო გვიან ეტაპზე სისხლის წნევა ადრენალინის მოქმედებაზე პარადოქსულად არ იცვლება.

აღნიშნული ცვლილებების მექანიზმის გამოვლენის მიზნით შევისწავლეთ ჯორჯლის და განივზოლიანი კუნთის მიკროსისხლძარღვების რეაქციულია ადრენალინის მიმართ და ჩატარებული იქნა მისი ფარმაკოლოგიური ანალიზი α - და β -ადრენობლოკატორების — ფენტოლამინის და ინდერალის საშუალებით. დადგინდა, რომ სიმსივნური ზრდის ადრულ ეტაპზე, ე.ი. იმ პერიოდში, როდესაც კლინიკურა ადრენალინის პარადოქსული ეფექტი სისხლის წნევაზე, იფიქტება α -ადრენორეცეპტორების ფუნქცია, ხოლო მოგვიანებით კი β -ადრენორეცეპტორების ფუნქციაც, რაც იწვევს სისხლძარღვების არაქტიულობას ადრენალინის მიმართ. ამიტომ ადრენალინის მოქმედება ორგანიზმზე ამ პერიოდში ველარ იწვევს არტერიული სისხლის წნევის ცვლილებებს. აღნიშნული ძვრები დაკავშირებული უნდა იყოს მიკროსისხლძარღვების მიოციტების, ენდოთელიუმის ფუნქციის დაზარალებასთან და ოქსიდაციურ სტრესთან (Gambashidze K., Kipiani V., 2004; Стрельва Ю.В. и соавт., 2006 и др.).

შესაძლებელი იყო დაგვეუთა, რომ სისხლძარღვთა არექტიულობა ადრენალინის მიმართ სიმსივნური ზრდის დროს დაკავშირებულია მათი კედლის მიოციტების კუმშვადობის დაზარალებასთანაც, მაგრამ ასეთს გამოიციტავს ის ფაქტი (ცხრილი №2), რომ სიმსივნური ზრდის ფონზე პრესორული რეაქცია ანგიოტენზინის და ვაზოპრესინის რეზორბციულ მოქმედებაზე არა თუ შენარჩუნებული, არამედ გაძლიერებულიცაა: ანგიოტენზინის გავლენით სისხლის წნევა საძიფ არტერიაში მატულობს სანეისი დონის 27,1%-ით, ხოლო ვაზოპრესინის მოქმედებისას - 23,3%-ით. იმავე ცხრილიდან ჩანს, რომ 5-ფტორურაცილის შეყვანა ორგანიზმში არ ცვლის ვაზოპრესინის მოქმედების ეფექტს სიმსივნის ორგანიზმზე.

ექსპერიმენტის ზემომოყვანილი შედეგები საშუალებას გვაძლევს დავასკვნათ, რომ:

1. ადრენალინის გამოყენება ქიმიოთერაპიული ნივთიერებების სიმსივნეზე მოქმედების ეფექტის გასაძლიერებლად წინააღმდეგნაჩვენებია;

2. ავთვისებიან სიმსივნეზე ქიმიოთერაპიული საშუალებების მოქმედების ეფექტის გასაძლიერებლად შესაძლებელია ვაზოპრესინის და ანგიოტენზინის გამოყენება;

3. სიმსივნეზე ქიმიოთერაპიული საშუალებების მოქმედების ეფექტის გასაძლიერებლად, ვაზოპრესინთან შედარებით, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ანგიოტენზინს, როგორც სიმსივნის ორგანიზმში უფრო ძლიერი პრესორული ეფექტის გამოხატულებას;

4. ავთვისებიანი სიმსივნის ქიმიოთერაპიის დროს ჩვენს მიერ რეკომენდებული მეთოდით ვაზოპრესინი ნივთიერებებთან შესაძლებელია 5-ფტორურაცილის გამოყენება.

ლიტერატურა

1. Кипиани В.А. Регионарное кровообращение и микроциркуляция на фоне экспериментального опухолевого роста. Дисс. мед. докт. ... Тбилиси, 1988
2. Стрельва Ю.В., Сулимова Н.А., Кон Е.М. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии SIRS у больных раком легкого // Интенсивная терапия №1, 2006.
3. Gambashidze K., Kipiani V. Effect of Antioxidants and membrane stabilizing grugin paraneoplastic disorders of erythrocytes and Microcirculation // Annals of Biomedical Research and Education. 2004, Is.1, Tbilisi, p. 14-18.
4. Suzuki M., Hori K., Abe J. et al. // J. Nat. Cancer Inst., - 1981. - Vol. 67, N3. - P. 663-669.

Kipiani V.A., Bezhtashvili N.D., Petriashvili T.G., Pavliashvili N.S., Namoradze M.Sh.

USE OF SPECIFICITIES OF MALIGNANT TUMOR BLOOD CIRCULATION IN THE PROCESS OF CHEMOTHERAPY

Almost complete dependence of malignant tumor blood circulation on systemic arterial pressure determined new approaches to malignant tumor chemotherapy — transitional arterial hypertension due to injection of pressor substance to the body should increase concentration of chemotherapy substances and chemotherapy effect on tumors with contemporary decrease of toxic effects of these substances on "intact" tissues of body.

To achieve the purpose above-mentioned there was studied the intensity of local circulation (in skeletal muscles), arterial blood pressure in carotid arteries and reactions of small arteries (mesenteric and skeletal muscles) during the growing of Erlich carcinoma using the methods of polarography (to hydrogen), electromanometry, light and luminescent tele-bio-microscopy in mice narcotized by uretan.

The study revealed that for therapeutic effect there is recommended to use vasopressin, and especially angiotensin, in combination with 5-fluoruracil and not recommended to use adrenalin that causes paradoxical reaction of blood circulation in animals with tumors.

ყოფიანი ნანა, შიშინაშვილი თ., ივერიელი შ., ყიფიანი ნინო, ჩიჩუა ზ.

პაროდონტის დენტაოპაციის და განჯავის მუცხევის მისი ანთეზის დროს

თსუ-ის პაპაძე სტომატოლოგიის და სტომატოლოგიურ დაავადებათა პაროდონტოლოგიის დეპარტამენტი

პაროდონტის ქსოვილების ანთეზით-დენტოპაციული ავადმყოფობა - პაროდონტიტი სტომატოლოგიის ერთ-ერთი უმთავრესი პრობლემაა, რაც პირობდებულია ამ პათოლოგიის განსაკუთრებით ფართო გავრცელებით, ღრძილ-კბილის აპარატის მძიმე დაზიანებით, ესთეტიკური დისკომფორტით, დაავადების მკურნალობის შედეგებით ნაკლები ეფექტურობით, მისი ხშირი რეციდივებით.

პაროდონტიტის ზოგჯერ მძიმე შედეგის, მისი ფრიად ხშირი ქრონიზების, განმეგვების მიზეზებია, ერთი მხრივ, მისი ქსოვილების მუდმივი ექსპოზიცია დაზიანებულ ფაქტორთა მიმართ, მეორე მხრივ — პათოგენური მკურნალობის გახანგრძლივება, რაც პირობდებულია ავადმყოფობის განვითარების შექანაზების არასრულყოფილი ცოდნით. განსაკუთრებით ეხება ეს პაროდონტიტის მოლეკულურ, სუბჯირედულ და უჯრედულ მექანიზმებს.

კარგადაცნობილი პაროდონტის ქსოვილში სისხლის მიმოქცევის დარღვევის მნიშვნელოვანი როლი პაროდონტიტის მექანიზმში, რაც ქსოვილების დეგენერაციის და განლევის უწყობს ხელს. ამ პროცესთან კორექცია და შეჩერება ხშირად არ ხერხდება და მკურნალობით მიღებული შედეგიც, არაშეიათად, დროებითია. თვით სისხლის მიმოქცევის ცვლილებების, ინფექციური აგენტების მოქმედების გახანგრძლივების და პაროდონტის ქსოვილის მექანიზმში გარკვევისთვის აქტუალურია პაროდონტიტის დროს ბიოლოგიურად ფრიად აქტიური მოლეკულის — აზოტის ოქსიდის შემცველობის და მეტაბოლიზმის ცვლილებების შენახვა. ასეთი კვლევის ჩატარება საშუაია უჯრედული სუნთქვის გამოკვლევის ფონზე, რადგან ცნობილია, რომ აზოტის უწყვი არის პეროქსიდაციის მძლავრი სტიმულატორი და უშუალო თანამონაწილე. მისი სინთეზის და გარდაქმნის ცვლილებებმა შეიძლება უშუალო გავლენა მოახდინოს უჯრედის ფუნქციონის მრავალ მხარეზე, მათ შორის, უჯრედების რეგენერაციის უნარზე, რომლის სტიმულატორი აზოტის ოქსიდა (Chae H.J. et al., 1977).

თუ გამოეთვალისწინებთ, რომ NO ლეიკოციტების მიერ გავითვალისწინება ბაქტერიების გასაზღვრებლად ანთეზის პროცესში, სანტირესია მისი შემცველობის განსაზღვრა პაროდონტული ჯიბის სითხეში და ნერწყვში. NO მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ადგილობრივ იმუნურ რეაქციებშიც, რომელიც ქსოვილების ადგილობრივი იმუნოტიტის განსაზღვრის და, შესაბამისად, მიკრობული აგრესიისგან თავ-

დაცვის მნიშვნელოვანი ფაქტორია.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, კვლევის მიზნად დავისახეთ პაროდონტის დენტოპაციის და განლევის მექანიზმში ნიტროოქსიდის როლის დადგენას სისხლმომარაგების ცვლილებების, ინფექციური აგენტების როლის და ქსოვილის რეგენერაციის უნარის გათვალისწინებით.

კვლევის მასალა და მეთოდები. კვლევა ჩატარდა: ა) ჯანმრთელ (n=25) და პაროდონტიტით დაავადებულ ადამიანებზე (n=82), ბ) ჯანმრთელ (n=15) და ა.ვოლოჟინის (Воложин А.И., Виноградова С.И., 1991) მეთოდით ექსპერიმენტული პაროდონტიტით დასნებობულ ვირთაგვებზე (n=30). ჯანმრთელი და პაროდონტიტით დაავადებულის ვირთაგვების ღრძილის ქსოვილის რეგენერაციის უნარის შესახებ ვმსჯელობდით დენ-ს სინთეზის ინტენსივობის მიხედვით, რომელიც ვაფასებდით ელექტრონულ-ავტორადიოგრაფიული მეთოდით, გამოსაკვლევი ქსოვილის რადიაქტიულ 3H-თიმიდინ-თან 90-ნუთიანი ინკუბაციის შემდეგ. დენ-ს შემცველობის შესახებ ვმსჯელობდით ნუთში მისი მუხტების რაოდენობის მიხედვით.

კლინიკაში შემოსვლისას ავადმყოფებს ვიკვლევდით სტანდარტული გეგმით, დაავადების სიმძიმეს ვაფასებდით მისი კლინიკური გამოსვლიანობების მიხედვით. თავისუფალი NO-ს განსაზღვრისთვის სისხლში, ღრძილის ქსოვილში, პირის ღრუს და პაროდონტული ჯიბეების სითხეში ვიყენებდით მის სპინხაფანგს - ნატრიუმის დიეთილკარბამატს, რომლის სიგნალს ვასაზღვრავდით რადიოაქტიურტრეზერ P3-1307 კომპოტერული უზრუნველყოფით. მისივე საშუალებით ვიკვლევდით სისხლის და ქსოვილების ეპრ-საქტრს.

მიღებული შედეგები დამუშავებულია სტატისტიკურად სტიუდენტის ტ კრიტერიუმის მიხედვით.

კვლევის შედეგები. პაროდონტიტით ავადმყოფთა პირის ღრუს სითხეში აღინიშნა აზოტის ოქსიდის შემცველობის სტატისტიკურად სარწმუნო მომატება. ამასთანავე, გამოვლინდა კორელაცია მის ზრდას და პაროდონტიტის სიმძიმეს შორის: პაროდონტიტის მსუბუქი ფორმის დროს NO-ს მატება შეადგენდა ნორმის (12 მმმგ) 25%-ს (p<0,001, საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს - 50%-ს (p<0,001), მძიმე ფორმის დროს - 100%-ს (p<0,001).

პაროდონტული ჯიბის სითხესთან კონტაქტისას ნატრიუმის დიეთილკარბამატით დასველებული ფილტრის ქაღალდი იძლეოდა ინტენსიურ ეპრ-სიგნალს, რომელიც ქაღალდის ამგვარი წინასწარი დამუშავების გარეშე პაროდონტული ჯიბის სითხესთან კონტაქტისას არავითარ სიგნალს არ იწვევდა. ლოგიკურია დავასკვნათ, რომ რეგენერირებადი სიგნალი (რომელიც პირველად ჩვენს მიერაა დაფიქსირებული) ნიტროაზოტის ეკუთვნის. ამ სიგნალის ინტენსივობა პაროდონტიტის მძიმე ფორმის დროს ორჯერ უფრო მაღალი აღმოჩნდა, ვიდრე საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს. ეს ფაქტი, როგორც ჩანს, დაკავშირებულია NO-ს გამოყოფასთან ლეიკოციტებ-

ბის მიერ გაძლიერებული ფაგოციტოზის დროს.

ამრიგად, პაროდონტიტის სიმძიმის ზრდის პარალელურად პირის ღრუს და პაროდონტული ჯიბის სითხეში აზოტის ოქსიდის შემცველობა მნიშვნელოვნად მატულობს, რაც კი შეიძლება ითქვას ამ ნივთიერების შემცველობის შესახებ ღრძილის ქსოვილში. პაროდონტიტის მსუბუქი ფორმის დროს ნიტროქსიდის რაოდენობა ღრძილის ქსოვილში ნორმასთან შედარებით პრაქტიკულად არ იცვლება, საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის დროს ის მცირდება მკვეთრად - საკონტროლო სიდიდის 50%-ით ($p < 0,001$), ხოლო მძიმე ფორმის დროს — 67%-ით ($p < 0,001$), რაც უნდა ინტეგრირდეს ღრძილის სისხლში-მარაგების შემცირებას, ადგილობრივი იმუნიტეტის და ანტიმიკრობული რეზისტენტობის დაჩვევას, რაც ანთებითი პროცესის გაღრმავებას უწყობს ხელს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მიკრობიოციდული ფუნქციის შემცირება, მით უფრო, რომ ცნობილია - პაროდონტიტის პროვოცირების მთავარი ინიციატორი ინფექციური აგენტებია (Григорян А.С., 1999; Грудянов А.И. и др., 2004 და სხვ.), მით უფრო, თუ ისინი დაქვეითებული ადგილობრივი იმუნიტეტის ფონზე მოქმედებენ (Seymour et al., 1995; Murakami S. et al., 1999).

ჩვენმა გამოკვლევებმა გამოავლინა, ერთი შეხედვით, წინააღმდეგობრივი ფაქტი — ღრძილის ქსოვილში თავისუფალი ნიტროქსიდის შემცველობის მკვეთრი შემცირების ფონზე მნიშვნელოვნად მატულობს მისი რაოდენობა პირის ღრუს და პაროდონტული ჯიბეების სითხეში. მაგრამ უფრო ღრმა ანალიზი აბათილებს ამ მოჩვენებით მუშაბატვისობას (იხ. ქვემოთ).

ჯანმრთელი და პაროდონტიტის ვირთავების ღრძილის და ყბის ძვლის ბიოქიმიური მონიტორინგის ქსოვილის ავტორადიოგრაფიული კვლევამ გამოავლინა, რომ, პაროდონტიტთან ცხოველებში ნუში, შეესაბამება, 316% და 30,6%-ით მცირდება დნ-ში 3H-თიმიდინის ჩართვა, მათი მუხტების რაოდენობა, რაც ნათლად მეტყველებს ღრძილის ქსოვილის რეგენერაციის სერიოზულ დაქვეითებაზე.

კვლევის შედეგების ანალიზი და ზოგადი დასკვნა. პაროდონტიტის დროს ღრძილის ქსოვილში აზოტის ოქსიდის შემცველობის ჩვენს მიერ გამოკვლეული დაქვეითება აზოტის ოქსიდის სინთეზის გაძლიერებას, კენ საერთო ტენდენციის ფონზე ახსნილი უნდა იქნას ორი პროცესით: მიტოქონდრიული FeS ჯგუფების ნიტროზილებით (Кипиანი Н.В. и др., 2005). ეს პროცესი, ერთი მხრივ, ამცირებს ნიტროქსიდის დადებით ფუნქციებს, მეორე მხრივ კი იწვევს მიტოქონდრიების სუნთქვითი ჯაჭვში ელექტრონების გადატანისა ინაქტივაციას. ამის შედეგად, ირვევა უჯრედული სუნთქვა და ფანგვითი ფოსფორება, რაც შემთხვევებში ვითარდება ქსოვილების NO-ინდუცირებული ნეკროზი. ნაწილობრივ მაინც, ამასთან უნდა იყოს დაკავშირებული უჯრედების ნეკროზი და ღრძილების განლევა პაროდონტიტის დროს.

ღრძილის ქსოვილის თავისუფალი ნიტროქსიდის მეორე ნაწილი ურთიერთქმედებს პაროდონტიტ-

ისთვის დამახასიათებელ სუპეროქსიდანიონთა ჭარბ რაოდენობასთან (Кипиანი Н. В. и др., 2005) კლიერტოქსიკური პეროქსინიტრატის წარმოქმნით. ეს ნივთიერება არღვევს მემბრანულ სტრუქტურებს, აზიანებს არემენტულ კომპლექსებს, იწვევს NO-ინდუცირებულ ნეკროზს და აპოპტოზს. ის ხელს უწყობს, აგრეთვე, ელასტაზას და კოლაგენაზას გათავისუფლებას, რაც იწვევს პაროდონტის კოლაგენური ბოჭკოების ლიზის, ქსოვილში შეუქცევადი პროცესების განვითარებას.

ამრიგად, პაროდონტიტის შედარებით მძიმე მიმდინარეობის დროს იქმნება პირობათა კომპლექსი, რომელიც მიმართულია ღრძილის ქსოვილის დაზიანების და განლევისკენ. ყოველივე ამას ემატება ჩვენს მიერ ავტორადიოგრაფიული მეთოდით დადგენილი ღრძილის უჯრედების რეგენერაციის დაქვეითება, რაც, ნაწილობრივ მაინც, კვლავ თავისუფალი ნიტროქსიდის უკვე კონსტატირებულ დეფიციტთანაა დაკავშირებული.

ცხადია, რომ პაროდონტიტის ქსოვილების დესტრუქციის და განლევის მექანიზმში მისი ანთების დროს ჩვენ არ გამოვირიცხავთ სხვა ფაქტორების და პროცესების მონაწილეობასაც, მაგრამ მივიჩნევთ, რომ ზემოთყვანილი ფაქტორები და მონაწილეობები ყველა შემთხვევაში სერიოზულ ყურადღებას იმსახურებს.

ლიტერატურა:

1. Воложанин А.И., Виноградова С.И. - Патогенез экспериментального пародонтита у крыс // *Стоматология*, 1991, 4, 10-12.
2. Григорян А.С. - Роль и место повреждения в патогенезе заболевания пародонта // *Стоматология*, 1999, 1, 16-20.
3. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дилтриева Н.А. - Антибактериальная и противовоспалительная терапия в пародонтологии, М., 2004, 840 с.
4. Кипиანი Н.В. и соавт. - Возможная роль нарушения редокс-статуса организма в механизме изменений иммунной системы при патологических процессах // *Аллергология и иммунология*, 2005, т. 6, 4, 523-526.
5. Murakami S., Hino E. et al. Direct interaction between gingival fibroblasts and lymphoid cells induces inflammatory cytokine mRNA expression in gingival fibroblasts // *J. Dent res.* 1999. Jan 78(1): 69-76.
6. Seymour A.J. et al. // - Immunopathogenesis of chronic inflammatory periodontal disease - scicellular and molecular mechanisms // *J. of Periodontal research*, 1993, 478-486.

Nana Kipiani, T. Shishniashvili, M.B. Ivereli, Nino Kipiani, Z. Chichua

CONTENT AND METABOLISM OF NITRIC OXIDE IN SUBSTRATES OF ORAL CAVITY AND THEIR ROLE IN PATHOGENESIS OF PERIODONTITIS DISEASE

Tbilisi State Medical University

Has been investigated content and metabolism of free NO in saliva, fluids of periodontal pockets and gingival tissue with the use of nitric oxide spin-trap and computed spectrophotometry in patients suffering from periodontitis.

Has been stated that increased generation of nitric oxide at early stages of periodontitis has protective nature however, at serious disorders of mitochondrial respiration and exaggerated formation of generators of reactive oxygen, nitric oxide converts in citotoxic peroxinitrite leading to destruction of parodontal tissue. Along with that, part of free nitric oxide produces FeSNO, which in turn, supports and decreases content of free NO in gingival tissue. As a result, decreases local antimicrobial protection, hemocirculation, tissue nutrition, progresses inflammation, the more so that at periodontitis decreases local immunity due to NO deficiency in gingival tissue. In case of reduced content of NO in gingival tissue decreases regeneration ability of cells, which in turn, at presence of disorders, necrosis and apoptosis leads to deterioration on gingival tissue.

შავდია მ., ბაქრაძე ი., ლვაშიაშვილი, აბესაძე ი.

ბაბაპენტილის (გაბა-გამას) კლინიკური კვლევის შედეგები ტიპიელის მქონე რეოიდემატოზის პაციენტებში

თსუ-ის ონკოლოგიის დეპარტამენტი და პალიატიური მზარეველობის უსსი

ქრონიკული ტკივილის სინდრომი ონკოლოგიის ერთ-ერთი ურთულესი პრობლემაა. იგი განსაკუთრებით გამოხატულია და რთულია სამართაგად ჩონჩხის ავთვისებიანი სიმსივნური პროცესით (პირველადი ან მეორედი) დაზიანებისას, რომელიც უდრეგად ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სულიერ ტანჯვას აყენებს პაციენტებს. ყოველივე ეს, კიდევ მეტად ამძიბებს პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას და ხელს უწყობს ცხოვრების ხარისხის გაუარესებასა და დაავადების პროგრესირებას (1,2,6,7). მიზეზი ასეთი ტკივილისა არის არა მარტო ძვლის სტრუქტურის დაზიანება, არამედ მის ირვლევი მდებარე კუნთების რიგიდობა და სპაზმი. ამიტომ, ძელოვანი ტკივილისას ყოველთვის ვერ ხდება მისი კუპირება და რჩება ე.წ. „ნარჩენი ტკივილი“, რაც იწვევს ტკივილის ტოლერანტობის დაქვეითებას (უძილობა, დაღლილობა, შფოთვა, დისკომფორტი და ა.შ.). ამდენად, მეტად მნიშვნელოვანი „ნარჩენი ტკივილის“ მოხსნა, რომელიც ხშირად გამოწვეულია სწორედ კუნთების რიგიდობით. ამ უქანისკენის მოხსნათვის სპეციალურ ლიტერატურაში ტკივილის გაყურების მესამე საფეხურის შესაბამისად რეკომენდებულია ანტიტიკონველსანტების გამოყენება (1,4,5,8), თუმცა უცნობა რამდენად შესწევს მათ ამ სახის „ნარჩენი ტკივილის“ კუპირება. ამ მიზნით 2007 წლის 5 მარტიდან 5 სექტემბრამდე ონკოპრევენციის ცენტრის პალიატიური მზარეველობის კლინიკაში ჩატარდა პრეპარატ „გაბა-გამა“-ს კლინიკური კვლევა ონკოინკურაბელურ პაციენტებში.

კვლევის მიზანი: 1. „გაბა-გამა“-ს (გაბაპენტინი) ტკივილგაყურებითი ეფექტის შეფასება ძვლების სიმსივნური დაზიანების (პირველადი და მეორადი)

პირობებში „ნარჩენი ტკივილის“ შემთხვევაში; 2. „გაბა-გამა“-ს ეფექტის შეფასება ინსომნიის კორექციაში; 3. პრეპარატის თანმხლები სიმპტომების გამოვლენა. ამოცანები: 1. „ნარჩენი ტკივილის“ დონის შეფასება გაბაგამას მიღებამდე და შემდეგ; 2. ინსომნიის დონის შეფასება გაბაგამას მიღებამდე და შემდეგ; 3. „სიცოცხლის ხარისხის“ დონის შეფასება გაბაგამას მიღებამდე და შემდეგ. შერჩევის კრიტერიუმები: ონკოინკურაბელური პათოლოგია; ასაკი - 18 წელი და მეტი; ძვლების პირველადი ან მეორადი სიმსივნური დაზიანებით გამოწვეული სხვადასხვა ინტენსივობის „ნარჩენი ტკივილი“; სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა 20 დღე და მეტი; პაციენტები; რომელთა არ მყოფია ანტიტიკონველსანტები; პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა. კვლევის დიზაინი: კლინიკურ კვლევაში ჩართული იყო სხვადასხვა ლოკალიზაციის გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე 80 პაციენტი, რომელიც დაიყო A (ძირითადი) და B (საკონტროლო) ჯგუფებად. მათგან კვლევის ბოლომდე გარდაიცვალა 7 (ძირითადი ჯგუფიდან 2, ხოლო საკონტროლო ჯგუფიდან 5). ამდენად სულ განალიზდა 73 პაციენტის კვლევის მონაცემები, საკვლევი ჯგუფიდან - 38, ხოლო საკონტროლო ჯგუფიდან - 35. ძირითად ჯგუფში (A) შემაჯავლი 38 პაციენტიდან ქალი იყო 24 (63,2%), მამაკაცი 14 (36,8%). ასაკი მერყეობდა 18-დან 80 წლამდე. საშუალო ასაკი იყო 51,1 წელი, ქალების - 48,8 წელი, მამაკაცების - 55,7 წელი. პირველადი ინკურაბელური პაციენტი იყო 15 (39,5%), ხოლო მეორადი - 23 (60,5%). საკონტროლო ჯგუფში (B) პაციენტიდან ქალი იყო 28 (80%), მამაკაცი 7 (20%). ასაკი მერყეობდა 38-დან 84 წლამდე. საშუალო ასაკი - 59,7 წელი, ქალების - 59,5 წელი, მამაკაცების - 60,3 წელი. ყველა პაციენტს ძელოვან სისტემაში ჰქონდა ერთი ან რამოდენიმე მეტასტაზური დაზიანება, გარდა სამის, რომლებსაც ძვლის პირველადი სიმსივნე ჰქონდათ. გარდა ძელოვანი მეტასტაზებისა 15,8% - დაზიანებული იყო ფილტვი, 29% - ში - ღვიძლი, 15,8% - შუასაყარი, 10,5% - ში ლიმფური კვანძები და სხვა. კლინიკურ კვლევაში მონაწილე A ჯგუფის 38 პაციენტიდან 18-ს (47,4%) ძუძუს კიბო ჰქონდა, 8-ს (21,1%) - ფილტვის, 3-ს (7,9%) - ძვლის, 2-ს (5,2%) - პრისტატის, 3-ს (7,9%) - უცნობი ლოკალიზაციის, დანარჩენი 4-ს (10,5%) - სხვა ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნე, ხოლო B ჯგუფის 35 პაციენტიდან: 23-ს (65,7%) ჰქონდა ძუძუს კიბო, 3-ს (8,6%) - პრისტატის, 3-ს (8,6%) - მსხვილი ნაწლავის, 2-ს (5,7%) - თირკმლის, დანარჩენი 4-ს (11,4%) - სხვა ორგანოს ავთვისებიანი სიმსივნე.

კვლევაში მონაწილე პაციენტთა A ჯგუფში 60,5% (23) -ს ჰქონდა ძლიერი ტკივილი (VAS - 6 და მეტი), ხოლო 39,5% (15) -ს - საშუალო და სუსტი ტკივილი. ძლიერი ტკივილის მქონე პაციენტები იღებდნენ ოპიოიდებს, საშუალო და სუსტი ტკივილის მქონენი - არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს. ძლიერი ტკივილის მქონეთა ტკივილის სკალაზე მარვენგებელი ვიზუალური ანალოგის ში კლით

ცხრილი 1
A და B ჯგუფის პაციენტების ECOG კვლევის მიმდინარეობისას

ECOG გრადუსი	კვლევაში A-ჯგუფი	კვლევის შემდეგ A-ჯგუფი	კვლევაში B-ჯგუფი	კვლევის შემდეგ B-ჯგუფი
I	-	-	-	-
II	-	8 (21%)	-	-
III	12 (31,6)	15 (39,5%)	12(34,3%)	6 (17,1%)
IV	26(68,4)	15 (39,5%)	23(65,7%)	29 (82,9%)

ცხრილი 2
A და B ჯგუფის პაციენტების KPS კვლევის მიმდინარეობისას

პროცენტბი	კვლევაში A-ჯგუფი	კვლევის შემდეგ A-ჯგუფი	კვლევაში B-ჯგუფი	კვლევის შემდეგ B-ჯგუფი
70	-	1	-	-
60	-	7	-	-
50	2	5	-	-
40	10	10	12	8
30	19	8	21	14
20	7	3	2	13
10	-	4	-	-
საშუალო %	31,8	38,9 32,9	28,6	-

(VAS) იყო 7,8 ქულა, საშუალო და სუსტი ტკივილის მქონეთა - 4,5. კვლევაში მონაწილეთა ტკივილის საშუალო მაჩვენებელი VAS-ით 6,5 იყო. ამასთან, მიუხედავად ჩატარებული ტკივილდაყურებითი თერაპიისა ყველა მათგანს ჰქონდა ნარჩენი ტკივილი, რომელიც VAS-ით 2,8 იყო.

კვლევაში მონაწილე პაციენტთა B ჯგუფში ძლიერი ხასიათის ტკივილი ჰქონდა 60,5%-ს (21) (VAS-6 და მეტი), ხოლო საშუალო და სუსტი ტკივილი - 39,5%-ს (14). ძირითადი ტკივილდაყურებითი თერაპია ტარდებოდა იგივე სქემით, რაც A ჯგუფში. ძლიერი ტკივილის მქონეთა ტკივილის საშუალო მაჩვენებელი ვიზუალური ანალოგიის შკალით იყო 7,5, ხოლო საშუალო და სუსტი ტკივილის მქონეთა - 4,7. კვლევაში მონაწილეთა ტკივილის საშუალო მაჩვენებელი VAS-ით 6,6 იყო. ამასთან, მიუხედავად ჩატარებული ტკივილდაყურებითი თერაპიისა ყველა მათგანს ჰქონდა ნარჩენი ტკივილი, რომელიც VAS-ით 3,0 იყო.

A ჯგუფში (ძირითადი) მონაწილე ყველა პაციენტი იღებდა გაბა-გამას შემდეგი სქემით: I დღეს - 21 საათზე 300 მგ., II დღეს - 9 და 21 საათზე 300 მგ., III დღეს - 9, 15 და 21 საათზე 300 მგ. შემდეგ ამ რეჟიმში გრძელდებოდა 15 დღეს. B ჯგუფში (საკონტროლო) მონაწილე პაციენტები პრეპარატგაბა-გამას არ იღებდნენ. პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება ხდებოდა I, II, III და XV დღეს 12 სთზე სპეციალურად შემუშავებული ანკეტით. კვლევის პროცესში ინსომნიის კორექცირება სპეციფიკური პრეპარატებით არ ხდებოდა.

შედეგები: A ჯგუფის (ძირითადი) პაციენტებში ჩატარებული კვლევით ნარჩენი ტკივილის საშუალო მაჩვენებელი 2,8 ბალიდან შემცირდა 0,9 ბალამდე, ანუ 1,9 ბალით (P<0,05). ამასთან, 28 სუსტი ტკივილის მქონე პაციენტიდან კვლევის ბოლოს 10-ს საერთოდ არ ჰქონდა ტკივილი, 10 საშუალო ტკივილის მქონე პაციენტიდან კვლევის ბოლოს ტკივილი არ

ჰქონდა 2-ს, ხოლო 8-ს სუსტი ტკივილი დარჩა. მხოლოდ 4 შემთხვევაში არ შეიცვალა ტკივილის ინტენსივობა. B ჯგუფის (საკონტროლო) პაციენტებში ჩატარებული კვლევით ნარჩენი ტკივილის საშუალო მაჩვენებელი 3,0 ბალიდან შემცირდა 2,6, ანუ 0,4 ბალით, რაც სტატისტიკურად არასარწმუნო აღმოჩნდა. შესაბამისად ნარჩენი ტკივილის ინტენსივობა პრაქტიკულად არ შეცვლილა.

აღსანიშნავია, რომ A ჯგუფში (ძირითადი) კვლევის დასაწყისში 38 პაციენტიდან სხვადასხვა ხარისხის ინსომნია ჰქონდა 35 (92,1%) პაციენტს, მათგან მსუბუქი - 10 (28,6), საშუალო - 16 (45,7%), მძიმე - 9 (25,7%). B ჯგუფის (საკვლევი) კვლევის დასაწყისში 35 პაციენტიდან ინსომნია ჰქონდა 30 (85,7%-ს, მათგან მსუბუქი - 9 (30,0), საშუალო - 12 (40,0%), მძიმე - 9 (30,0%). კლინიკური კვლევის ბოლოს A ჯგუფის (ძირითადი) 35 პაციენტიდან ინსომნია ჰქონდა მხოლოდ 15-ს ანუ 42,9%-ს (P<0,05), მათგან მსუბუქი ხარისხის - 8 (53,3%), საშუალო - 5 (33,3%), მძიმე - 2 (13,3%). მიღებული მონაცემების ანალიზით გამოვლინდა, რომ 35 ინსომნიის მქონე პაციენტიდან ინსომნია სრულად ან ნაწილობრივ მოეხსნა 31 ანუ 88,6%-ს (P<0,05). კერძოდ, მსუბუქი ინსომნიის მქონე 10 პაციენტიდან კვლევის ბოლოს იგი არცერთს არ ჰქონდა; საშუალო ინსომნიის მქონე 16 პაციენტიდან 9-ს საერთოდ მოეხსნა, 5-ს გადაუვიდა მსუბუქ ინსომნიაში, 2-ის მდგომარეობა არ შეცვლილა. კლინიკური კვლევის ბოლოს B ჯგუფის (საკონტროლო) 30 პაციენტიდან ინსომნია ჰქონდა 25 (83,3%-ს, მათგან მსუბუქი ხარისხის - 7 (28,0%), საშუალო - 10 (40,0%), მძიმე - 8 (32,0%). მიღებული მონაცემების ანალიზით გამოვლინდა, რომ 30 ინსომნიის მქონე პაციენტიდან ინსომნია შემსუბუქება გამოიხატა მხოლოდ 5 (20,0%), რაც დაკავშირებული უნდა იყოს მიმდინარე პალატიურ მზრუნველობასთან.

კვლევის მიმდინარეობისას A ჯგუფის (ძირითადი)

დე) პაციენტებში გამოვლენდა გაბა-გამას რამდენიმე ნაშლისმიერი გვერდითი მოუღუნა, კერძოდ თითქმის ყველა შემთხვევაში სედაცია, რაც ჩვენს კვლევაში არასასურველ მოუღუნად არ განიხილება და პრაქტიკულად დადებითად აისახა ინსომნიის კორექციის მიზნით. მხოლოდ 4 პაციენტს ჰქონდა ღრმად სედაცია, 2 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა დიარეას, თითო-თითო შემთხვევა იყო ეფორიის, თავის ტკივილის და უაქილობის.

ამრიგად, ჩატარებული კვლევით A ჯგუფის პაციენტებში მიღებული იქნა პოზიტიური შედეგი, კერძოდ: „ნარჩენი ტკივილის“ შემცირება 1,9 ბალით ($P < 0,05$) და ინსომნიის ნაწილობრივი ან სრული კორექცია ($P < 0,05$), ხოლო B. ჯგუფის პაციენტებში „ნარჩენი ტკივილის“ შემცირება (0,4 ბალით) და ინსომნიის კორექცია პრაქტიკულად არ მომხდარა. ყოველგვარ სათანადოდ აისახა ორივე საკვლევი ჯგუფის პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (KPS-ით და ECOG-ით).

როგორც პირველი და მეორე ცხრილებიდან ჩანს, ძირითად A ჯგუფში KPS-ის მონაცემები 31,8%-დან გაუმჯობესდა 38,9%-მდე ($P < 0,05$), ხოლო ECOG-ის მაჩვენებელი გაუმჯობესდა 19 პაციენტში ანუ 50%-ში ($P < 0,05$). ამავე დროს, B ჯგუფში KPS-ის მონაცემები, რომელიც კვლევის დასაწყისში თითქმის თანაბარი იყო ორივე ჯგუფში (31,8% და 32,9%), პირიქით 32,9%-დან გაუარესდა 28,6%-მდე, ხოლო ECOG-ის მაჩვენებელი გაუარესდა 12 პაციენტში ანუ 34,3%-ში ($P < 0,05$).

დასკვნა - გაბა-გამა (გაბაპენტინი) პოზიტიურ გავლენას ახდენს შორსნასული ათვისებული სიმსივნის მქონე პაციენტთა დამახასიათებელი ნარჩენი ტკივილების შემცირებაზე (VAS 1,9 ბალით; $P < 0,05$); პრეპარატ გაბა-გამას (გაბაპენტინის) გვერდითი ეფექტი - სედაცია - ხშირად (88,6%, $P < 0,05$) ხელს უწყობს არსებული ინსომნიის კორექციას; შემდგომში სხვა მკვლევარების მიერ მიღებული შედეგების დადასტურების შემთხვევაში, გაბა-გამა შესაძლოა რეკომენდებული იქნეს ძვლების სიმსივნური დაზიანების შედეგად გამოწვეული ტკივილისას, როგორც კონალგეტიკი ნარჩენი ტკივილის გასაკონტროლებლად, ხოლო სათანადო ჩვენების შემთხვევაში ინსომნიის კორექციისათვის.

ლიტერატურა:

1. პალატიური მზრუნველობა (სახელმძღვანელო-ექიმებისათვის). დ.კორძიას რედაქციით, თბილისი.: პოლიგრაფი-2005-235 გვ.
2. შავდია, რ.ღამჩიავა, ი.აბესაძე და სხვები. ონკონკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული პალატიური მზრუნველობის პირველი გამოცდილება საქართველოში. პალატიური მზრუნველობის ბულეტენი №4, თბილისი, 2006, გვ. 1-8;
3. M.Shavdia, I.Abesadze, T.Rukhadze et al. All., Symptom prevalence in patients with advanced cancer. Annals of Oncology, Abstracts book of the 31st ESMO Congress, Istanbul, Turkey, 29 September-

- 3 October 2006, vol.17, sup 19, #931 p;
4. R.Gallagher, Cancer Pain. In Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference, 2002, p.129-136;
5. Pain. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, IX ed., 2006, p. 1028-1171;
6. R.D.Jovey. Pain pathways and pathophysiology. In Managing Pain /The Canadian Healthcare Professional's Reference, 2002, p.7-13;
7. R.D.Jovey. General Principles of Pain Management. In Managing Pain /The Canadian Healthcare Professional's Reference, 2002, p.15-20;
8. Hematology and Oncology. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, IX ed., 2006, p. 1769-1791;
9. M.Shavdia, I.Abesadze, R.Ghvamichava, M.Jincharadze, M.Gogishvili. Pain and Asthenia in Advanced Cancer Patients. European Journal of Palliative Care, 10th Congress of the European Association for Palliative Care, Poster Abstracts, Budapest, Hungary, 7-9 June 2007, p.168;

M.Shavdia, I.Bakradze, R.Gvamichava, I.Abesadze

THE REPORT OF GABAPENTIN (GABA-GAMA) CLINICAL RESEARCH IN CANCER PATIENTS

Objectives: The assessment of "Gabagamma" (Gabapentin) analgesic effect, in residual pains, under conditions of tumorous lesions of the bone tissue. 73 patients with advanced cancer, were involved in the research - A (main-38) and B (control-35) groups. The mean point of pain in the patients who participated in the research was 6,5 by VAS, and despite analgesic therapy there still was residual pain, 2,8 by VAS. Methods: All patients from group A received Gabagamma: I day - 21.00 300mg; II - 9.00 and 21.00 300mg; III - 9.00, 15.00 and 21.00 300mg; This regimen was during 15 days. The patients from group B didn't received Gabagamma. The assessment of patients healths was made by KPS, ECOG, VAS and questionnaire, which was deviated on I-XV days. Results: In the group A the point of residual pain, after the research, reduced from 2,8 to 0,9, by 1,9 bals ($P < 0,05$). In addition, from 28 patients who had mild pain, in the end of the research 10 patients had no pain, from 10 patients with moderate pain 2 had no pain, and 8 had mild pain. Only in 4 patients the point of pain didn't change. In the group B the point of residual pain, after the research, reduced from 3,0 to 2,6, by 0,4 bals. In patients of the group A the results of KPS increased from 31,8% to 38,9%, and the results of ECOG increased in 19 patients (50%, $P < 0,05$). Also, in the group B, the results of KPS decreased from 32,9% to 28,6%, and ECOG results decreased in 12 patients (34,3%, $P < 0,05$). In the end of the research, in the group A, from 35 patients 15 (42.9%) had insomnia. From that, 8 had mild insomnia, 5 - moderate, 2 - severe. So, from 35 patients with insomnia, 31 (88.6%, $P < 0,05$) were relieved. From 10 patients with mild insomnia, none of them had insomnia in the end of the research; From 16 patients with moderate insomnia 9 were relieved, 5 had mild insomnia, and only 2 staid the same. In the end of the research, in the group B, from 30 patients 25 (83,3%) had insomnia and only 5 were relieved. In patients of the group A the results of KPS increased from 31,8% to 38,9%, in the group B - decreased

ცხრილი 1
A და B ჯგუფის პაციენტების ECOG კვლევის მიმდინარეობისას

ECOG გრადუსი	კვლევაში A-ჯგუფი	კვლევის შემდეგ A-ჯგუფი	კვლევაში B-ჯგუფი	კვლევის შემდეგ B-ჯგუფი
I	-	-	-	-
II	-	8 (21%)	-	-
III	12 (31,6)	15 (39,5%)	12(34,3%)	6 (17,1%)
IV	26(68,4)	15 (39,5%)	23(65,7%)	29 (82,9%)

ცხრილი 2
A და B ჯგუფის პაციენტების KPS კვლევის მიმდინარეობისას

პროცენტი	კვლევაში A-ჯგუფი	კვლევის შემდეგ A-ჯგუფი	კვლევაში B-ჯგუფი	კვლევის შემდეგ B-ჯგუფი
70	-	1	-	-
60	-	7	-	-
50	2	5	-	-
40	10	10	12	8
30	19	8	21	14
20	7	3	2	13
10	-	4	-	-
საშუალო %	31,8	38,9 32,9	28,6	-

(VAS) იყო 7,8 ქულა, საშუალო და სუსტი ტკივილის მქონეთა - 4,5. კვლევაში მონაწილეთა ტკივილის საშუალო მაჩვენებელი VAS-ით 6,5 იყო. ამასთან, მიუხედავად ჩატარებული ტკივილდაყუჩებითი თერაპიისა ყველა მათგანს ჰქონდა ნარჩენი ტკივილი, რომელიც VAS-ით 2,8 იყო.

კვლევაში მონაწილე პაციენტთა B ჯგუფში ძლიერი ხასიათის ტკივილი ჰქონდა 60,5%-ს (21) (VAS-6 და მეტი), ხოლო საშუალო და სუსტი ტკივილი - 39,5%-ს (14). ძირითადი ტკივილგაყუჩებითი თერაპია ტარდებოდა იგივე სქემით, რაც A ჯგუფში. ძლიერი ტკივილის მქონეთა ტკივილის საშუალო მაჩვენებელი ვიზუალური ანალოგიის შკალით იყო 7,5, ხოლო საშუალო და სუსტი ტკივილის მქონეთა - 4,7. კვლევაში მონაწილეთა ტკივილის საშუალო მაჩვენებელი VAS-ით 6,6 იყო. ამასთან, მიუხედავად ჩატარებული ტკივილდაყუჩებითი თერაპიისა ყველა მათგანს ჰქონდა ნარჩენი ტკივილი, რომელიც VAS-ით 3,0 იყო.

A ჯგუფში (ძირითადი) მონაწილე ყველა პაციენტი იღებდა გაბა-გამას შემდეგი სქემით: I დღეს - 21 საათზე 300 მგ., II დღეს - 9 და 21 საათზე 300 მგ., III დღეს - 9, 15 და 21 საათზე 300 მგ. შემდეგ ამ რეჟიმით გრძელდებოდა 15 დღეს. B ჯგუფში (საკონტროლო) მონაწილე პაციენტები პრეპარატ გაბა-გამას არ იღებდნენ. პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება ხდებოდა I, II, III და XV დღეს 12 სთზე სპეციალურად შემუშავებული ანკეტით. კვლევის პროცესში ინსომნიის კორექტირება სპეციფიკური პრეპარატებით არ ხდებოდა.

შედეგები: A ჯგუფის (ძირითადი) პაციენტებში ჩატარებული კვლევით ნარჩენი ტკივილის საშუალო მაჩვენებელი 2,8 ბალიდან შემცირდა 0,9 ბალამდე, ანუ 1,9 ბალით (P<0,05). ამასთან, 28 სუსტი ტკივილის მქონე პაციენტიდან კვლევის ბოლოს 10-ს საერთოდ არ ჰქონდა ტკივილი, 10 საშუალო ტკივილის მქონე პაციენტიდან კვლევის ბოლოს ტკივილი არ

ჰქონდა 2-ს, ხოლო 8-ს სუსტი ტკივილი დარჩა. მხოლოდ 4 შემთხვევაში არ შეიცვალა ტკივილის ინტენსივობა. B ჯგუფის (საკონტროლო) პაციენტებში ჩატარებული კვლევით ნარჩენი ტკივილის საშუალო მაჩვენებელი 3,0 ბალიდან შემცირდა 2,6, ანუ 0,4 ბალით, რაც სტატისტიკურად არასარწმუნო აღმოჩნდა. შესაბამისად ნარჩენი ტკივილის ინტენსივობა პრაქტიკულად არ შეცვლილა.

აღსანიშნავია, რომ A ჯგუფში (ძირითადი) კვლევის დასაწყისში 38 პაციენტიდან სხვადასხვა ხარისხის ინსომნია ჰქონდა 35 (92,1%) პაციენტს, მათგან მსუბუქი - 10 (28,6), საშუალო - 16 (45,7%), მძიმე - 9 (25,7%). B ჯგუფის (საკონტროლო) კვლევის დასაწყისში 35 პაციენტიდან ინსომნია ჰქონდა 30 (85,7%-ს, მათგან მსუბუქი - 9 (30,0), საშუალო - 12 (40,0%), მძიმე - 9 (30,0%). კლინიკური კვლევის ბოლოს A ჯგუფის (ძირითადი) 35 პაციენტიდან ინსომნია ჰქონდა მხოლოდ 15-ს ანუ 42,9%-ს (P<0,05), მათგან მსუბუქი ხარისხის - 8 (53,3%), საშუალო - 5 (33,3%), მძიმე - 2 (13,3%). მიღებული მონაცემების ანალიზით გამოვლინდა, რომ 35 ინსომნიის მქონე პაციენტიდან ინსომნია სრულად ან ნაწილობრივ მოეხსნა 31 ანუ 88,6%-ს (P<0,05). ეკრძოდ, მსუბუქი ინსომნიის მქონე 10 პაციენტიდან კვლევის ბოლოს იგი არცერთს არ ჰქონდა; საშუალო ინსომნიის მქონე 16 პაციენტიდან 9-ს საერთოდ მოეხსნა, 5-ს გადაუვიდა მსუბუქ ინსომნიაში, 2-ის მდგომარეობა არ შეცვლილა. კლინიკური კვლევის ბოლოს B ჯგუფის (საკონტროლო) 30 პაციენტიდან ინსომნია ჰქონდა 25 (83,3%-ს), მათგან მსუბუქი ხარისხის - 7 (28,0%), საშუალო - 10 (40,0%), მძიმე - 8 (32,0%). მიღებული მონაცემების ანალიზით გამოვლინდა, რომ 30 ინსომნიის მქონე პაციენტიდან ინსომნია შემსუბუქება გამოვლინდა მხოლოდ 5 (20,0%), რაც დაკავშირებული უნდა იყოს მიმდინარე პალიატიურ მზრუნველობასთან.

კვლევის მიმდინარეობისას A ჯგუფის (ძირითად-

დ) პაციენტებში გამოვლინდა გაბა-გამას რამდენიმე ნაშლისმიერი გვერდითი მოვლენა, კერძოდ თითქმის ყველა შემთხვევაში სედაცია, რაც ჩვენს კვლევაში არასასურველ მოვლენად არ განიხილება და პრაქტიკულად დადებითად აისახა ინსომიის კორექციის მიზნით. მხოლოდ 4 პაციენტს ჰქონდა ღრმა სედაცია, 2 შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა დიარეას, თითო-თითო შემთხვევა იყო ეიფორიის, თავის ტკივილის და უძილობის.

ამრიგად, ჩატარებული კვლევით A ჯგუფის პაციენტებში მიღებული იქნა პოზიტიური შედეგი, კერძოდ: „ნარჩენი ტკივილის“ შემცირება 1,9 ბალით ($P<0,05$) და ინსომიის ნაწილობრივი ან სრული კორექცია ($P<0,05$)., ხოლო B. ჯგუფის პაციენტებში „ნარჩენი ტკივილის“ შემცირება (0,4 ბალით) და ინსომიის კორექცია პრაქტიკულად არ მომხდარა. ყოველგვარ სათანადოდ აისახა ორივე საკვლევი ჯგუფის პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე (KPS-ით და ECOG-ით).

როგორც პირველი და მეორე ცხრილებიდან ჩანს, ძირითად A ჯგუფში KPS-ის მონაცემები 31,8%-დან გაუმჯობესდა 38,9%-მდე ($P<0,05$), ხოლო ECOG-ის მაჩვენებელი გაუმჯობესდა 19 პაციენტში ანუ 50%-ში ($P<0,05$). ამავე დროს, B ჯგუფში KPS-ის მონაცემები, რომელიც კვლევის დასაწყისში თითქმის თანაბარი იყო ორივე ჯგუფში (31,8% და 32,9%), პირიქით 32,9%-დან გაუარესდა 28,6%-მდე, ხოლო ECOG-ის მაჩვენებელი გაუარესდა 12 პაციენტში ანუ 34,3%-ში ($P<0,05$).

დასკვნა - გაბა-გამა (გაბაპენტინი) პოზიტიურ გავლენას ახდენს შორსნასული ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე პაციენტთა დამახასიათებელი ნარჩენი ტკივილების შემცირებაზე (VAS 1,9 ბალით; $P<0,05$); პეპარატ გაბა-გამას (გაბაპენტინის) გვერდითი ეფექტი - სედაცია - ხშირად (88,6%, $P<0,05$) ხელს უწყობს არსებული ინსომიის კორექციას; შემდგომში სხვა მკვლევარების მიერ მიღებული შედეგების დადასტურების შემთხვევაში, გაბა-გამა შესაძლოა რეკომენდებული იქნეს ძვლების სიმსივნური დაზიანების შედეგად გამოწვეული ტკივილისა და, როგორც კონალგეტიკი ნარჩენი ტკივილის გასაკონტროლებლად, ხოლო სათანადო ჩვენების შემთხვევაში ინსომიის კორექციისათვის.

ლიტერატურა:

1. პალიატიური მზრუნველობა (სახელმძღვანელო-ექიმებისათვის). დ. კორძაიას რედაქციით, თბილისი.: პოლიგრაფი-2005-235 გვ.
2. შ.შავდია, რ.ღვამიჩავა, ი.აბესაძე და სხვები. ონკოინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის პირველი გამოცდილება საქართველოში. პალიატიური მზრუნველობის ბიულეტენი №4, თბილისი, 2006, გვ. 1-8;
3. M.Shavdia, I.Abesadze, T.Rukhadze et al. All. Symptom prevalence in patients with advanced cancer. Annals of Oncology, Abstracts book of the 31st ESMO Congress, Istanbul, Turkey, 29 September

3 October 2006, vol. 17, sup 1.9, #931 p;

4. R.Gallagher, Cancer Pain. In Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference, 2002, p.129-136;
5. Pain. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, IX ed., 2006, p. 1028-1171;
6. R.D.Jovey. Pain pathways and pathophysiology. In Managing Pain /The Canadian Healthcare Professional's Reference, 2002, p.7-13;
7. R.D.Jovey. General Principles of Pain Management. In Managing Pain /The Canadian Healthcare Professional's Reference, 2002, p.15-20;
8. Hematology and Oncology: The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, IX ed., 2006, p. 1769-1791;
9. M.Shavdia, I.Abesadze, R.Ghvamichava, M.Jincharadze, M.Gogishvili. Pain and Asthenia in Advanced Cancer Patients. European Journal of Palliative Care, 10th Congress of the European Association for Palliative Care, Poster Abstracts, Budapest, Hungary, 7-9 June 2007, p.168;

M.Shavdia, I.Bakradze, R.Gvamichava, I.Abesadze

THE REPORT OF GABAPENTIN(GABA-GAMA) CLINICAL RESEARCH IN CANCER PATIENTS

Objectives: The assessment of "Gabagamma" (Gabapentin) analgesic effect, in residual pains, under conditions of tumorous lesions of the bone tissue. 73 patients with advanced cancer, were involved in the research - A (main-38) and B (control-35) groups. The mean point of pain in the patients who participated in the research was 6,5 by VAS, and despite analgesic therapy there still was residual pain, 2,8 by VAS. Methods: All patients from group A received Gabagamma: I day - 21.00 300mg; II - 9.00 and 21.00 300mg; III - 9.00, 15.00 and 21.00 300mg; This regimen was during 15 days. The patients from group B didn't received Gabagamma. The assessment of patients healths was made by KPS, ECOG, VAS and questionnaire, which was deviated on I-XV days. Results: In the group A the point of residual pain, after the research, reduced from 2,8 to 0,9, by 1,9 bals ($P<0,05$). In addition, from 28 patients who had mild pain, in the end of the research 10 patients had no pain, from 10 patients with moderate pain 2 had no pain, and 8 had mild pain. Only in 4 patients the point of pain didn't change. In the group B the point of residual pain, after the research, reduced from 3,0 to 2,6, by 0,4 bals. In patients of the group A the results of KPS increased from 31,8% to 38,9%, and the results of ECOG increased in 19 patients (50%, $P<0,05$). Also, in the group B, the results of KPS decreased from 32,9% to 28,6%, and ECOG results decreased in 12 patients (34,3%, $P<0,05$). In the end of the research, in the group A, from 35 patients 15 (42.9%) had insomnia. From that, 8 had mild insomnia, 5 - moderate, 2 - severe. So, from 35 patients with insomnia, 31 (88,6%, $P<0,05$) were relieved. From 10 patients with mild insomnia, none of them had insomnia in the end of the research; From 16 patients with moderate insomnia 9 were relieved, 5 had mild insomnia, and only 2 staid the same. In the end of the research, in the group B, from 30 patients 25 (83,3%) had insomnia and only 5 were relieved. In patients of the group A the results of KPS increased from 31,8% to 38,9%, in the group B - decreased

from 32,9% to 28,6%. Conclusion: The sedation effect of Gabagamma 88,6% (P<0,05) helps with correction of insomnia. After receiving the results of the researches, Gabagamma may be recommended for treating in some cases for the correction of insomnia.

შავდია მ., შავდია ნ., გაჯრიშვილი მ.

საპარტიკული ონკოლოგიური პაციენტთა ქრონიკული ტიპისის არასწორი მართვის მიზეზები

თსსუ-ის სასოციალური მედიცინის დეპარტამენტი და პალიატიური მკურნალობის კურსი

პრაქტიკული ონკოლოგიის ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალური საკითხია გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნეების მქონე პაციენტთა სიმპტომთა კონტროლი, რადგან სწორედ მათ კონტროლზე დამოკიდებული დაავადების მიმდინარეობა და პაციენტთა სიცოცხლის ხარისხი (1,3). იმის გამო, რომ დღეისათვის არ არსებობს ასეთ პაციენტთა რადიკალური განკურნების საშუალება, დასავლეთის ქვეყნებში მიმართავენ ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიურ მზრუნველობას, რაც გულისხმობს სამკურნალო, ფსიქოლოგიურ, ფსიქოტროულ, სულიერ და სოციალურ დახმარებას. პრობლემა მეტად მნიშვნელოვანია ჩვენს ქვეყანაშიც. კერძოდ, ბოლო წლების მონაცემებით საქართველოში პირველად ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთა 50%-ზე მეტს დიაგნოზი ბოლო IV სტადიაში უდგინდებათ. შესაბამისად საკმაოდ დიდაა ონკოლოგიურ ინკურაბელურ პაციენტთა რიცხვიც (1,2).

ჩვენს მიერ (2, 10) ონკოლოგიური ინკურაბელური პაციენტის შესწავლამ აჩვენა (იხ. ცხრილი), რომ მათ სიმპტომთა შორის ყველაზე ხშირია ასთენია (85,1%), სხვადასხვა სიძლიერის ტკივილი (78,5%) და დეპრესია (26,7%).

ცნობილია, რომ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან პაციენტებისათვის ყველაზე შემანუხეველია ტკივილის სინდრომი (2,3,5,6,7,8,9), რადგან სწორედ ტკივილია მათთვის ყველაზე მეტი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სულიერი ტანჯვის მომტანი, განსაკუთრებით ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობისას. ამიტომ, ტკივილის კონტროლი პალიატიური მზრუნველობის უპირველესი ამოცანაა, მითუმეტეს საქართველოში, სადაც მედიცინის ეს ახალი მიმართულება დანერგვის პროცესშია. შესაბამისად, ჩვენ შევისწავლეთ ტკივილის სინდრომის სიმძირე პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით. აღნიშნულსათვის გამოვიყენეთ ჯანმოს-ს მიერ რეკომენდებული პაციენტთა ჯანმრთელობის ფუნქციური მდგომარეობის შეფასების ECG-WHO შკალა. შედეგად დაადგინდა, რომ I გრადაციისას (ანუ მხოლოდ ამბულატორული სიმპტომების არსებობისას)

ტკივილის სინდრომი იყო შემთხვევათა 60,9%-ში, ხოლო IV გრადაციისას - როდესაც პაციენტი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო იძულებულია, რომ სანოლს მიეჭაფოს ტკივილის მარეგნებელი 85,3%-ს შეადგენდა.

იმისათვის, რომ დაგვედგინა თუ რა მდგომარეობაა საქართველოში ონკოინკურაბელურ პაციენტთა ქრონიკული ტკივილის მართვის მხრივ, 2006 წლის მაისს-სექტემბერში ჩვენ გამოვიკითხეთ (7 კითხვა) ქთბილისის ონკოლოგიური დისპანსერისა და ონკოპრევენციის ცენტრის მიერ ორგანიზებული სპეციალური ტრენინგის მონაწილე 138 ოჯახის ექიმი, რომლებიც საქართველოს სხვადასხვა რეგიონს წარმოადგენდნენ. ჩატარებული კვლევით აღმოჩნდა, რომ

- შემთხვევათა 42%-ში ტკივილის დაყუარება ექიმების მიერ იწყებოდა ტკივილის პათოფიზიოლოგიური მიზეზის დადგენის გარეშე (ნოციეპტიური, ნეიროპათიული და შერეული ტკივილის ტიპები);
 - 71,0%-მა არ იცოდა კონკრეტულ ოპიოიდთა ნახევარ დოზის პერიოდი;
 - 50,0%-მა არ იცოდა ჯანმოს-ს მიერ რეკომენდებული ტკივილის მართვის სამსაფეხურიანი სისტემის რაციონალური გამოყენება, განსაკუთრებით დამატებითი პრეპარატებისა;
 - 98,5%-მა არ იცოდა ტკივილის სიძლიერის შეფასება (ვიზუალური ანალოგიის შკალით);
 - 83,3% ოპიოიდებს ნიშნავს ტკივილის გამომწვევი მიზეზის დაუდგენლად, რაც ხშირად ტკივილის არაადეკვატური მართვის მიზეზი იყო;
 - 68,1%-მა სრულად არ იცოდა ტკივილის დამაყუარებელი ადეკვატური დოზის შერჩევა (არც ამპულირებულად და არც ტაბლეტრებული ფორმებით და მათი ერთმანეთში გადასაცვანი კოეფიციენტები);
 - 42,0%-მა არ იცოდა ოპიოიდებს გვერდით მოვლენების მნიშვნელოვანი ნაწილი და მათი ადეკვატური მართვა.
- მოყვანილი შედეგებიდან გამომდინარე, საქართველოში ონკოინკურაბელურ პაციენტთა ქრონიკული ტკივილის ადეკვატური მართვისათვის უპირველეს ყოვლისა საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მოშუშავე ექიმთა სათანადო განათლება. ამისათვის აუცილებელია თანამედროვე პრინციპებზე დაფუძნებული (ვაქტიბზე დაყრდნობილი) სასწავლო პროგრამების შემუშავება და ტრენინგების ჩატარება. ამ კუთხით არსებული სამედიცინო ლიტერატურისა (1,5,6,7,8,9) და საკუთარი გამოცდილების (2,3) საფუძველზე, ჩვენს მიერ შემუშავებულია მოდული, რომლის შესწავლის მიზანია:
- ტკივილის სიძლიერის ამოცნობა;
 - ტკივილის შეფასების კომპონენტების აღწერა;
 - ტკივილის მავნე ზეგავლენაზე შეფასება;
 - ტკივილის არაადეკვატური მართვის მიზეზების აღწერა;
 - კონტროლის განხორციელება ტკივილის შეფასების ძირითად პრინციპებზე;
 - ხანდაზმულებში ტკივილი მართვის სტრატეგიის განხილვა.

ქირითაღი შინაარსის მონახაზი:

I. ტკივილის ინტენსივობის დახასიათება

- ტკივილი განისაზღვრება როგორც უსიამოვნო შეგრძობა და/ან ემოციური განცდა, რაც დაკავშირებულია ქსოვილის არსებულ ან შესაძლო დაზიანებასთან. ქრონიკული ტკივილი განისაზღვრება როგორც მუდმივი ტკივილი, რომელიც რუტინულ მართვას არ ემორჩილება;

- ტკივილის სიძლიერე ორჯერ მეტია 60 წლის და მეტი ასაკის ადამიანებში, ვიდრე ახალგაზრდებში;

- მოხუცებულთა 25-50% იტანჯება ისეთი ხასიათის ძლიერი ტკივილებით, რომელიც მკურნალობას არ ემორჩილება;

- ოსტეოართრიტი არის ყველაზე ხშირი მიზეზი ტკივილებისა ახალგაზრდებში. ქრონიკული ტკივილები აღენიშნება გამოკვლულ პაციენტთა 30-50%-ს, რომლებიც მკურნალობის კურსს სოლიდური სიმსივნეების გამო გადაიან;

- კიბოთი დაავადებული პაციენტების შესწავლა გვიჩვენებს, რომ ტკივილის სიძლიერე დაავადების ბოლო სტადიაში მატულობს 85%-მდე;

- არსებული მონაცემების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ კიბოსმიერი ტკივილის დროს სამკურნალო საშუალებების სწორი დანიშვნით შესაძლებელია (70-90%) ძლიერი ტკივილის მნიშვნელოვანი შემსუბუქება;

II ტკივილის შეფასება

- მახასიათებლები, რომელთა მიხედვითაც ხდება ტკივილის შეფასება გულისხმობს: ინტენსივობა, ხარისხი, შეტევა, ხანგრძლივობა, ტკივილის გამოხატვის მანერა, დამამძიმებელი ფაქტორები/გარემოებები, რომლებიც ამსუბუქებენ ან ამცირებენ ტკივილს და მის გავლენას ფუნქციურ სტატუსზე და სიცოცხლის ხარისხზე;

- ტკივილის ზუსტი მახასიათებელი არის პაციენტის მიერ მისი აღწერა და გამოცემა. მედპერსონალში უნდა იცოდეს, რომ ხანდაზმულები შეიძლება არ ამჟღავნებდნენ, რომ სტკივით ვინაიან ადაპტირებული არიან ტკივილთან;

- პაციენტები ქრონიკული ტკივილით და/ან მათი მომვლელი ინფორმირებულები უნდა იყვნენ, რომ ანარმოზ ტკივილის დღიური უკანასკნელი უნდა შედიოდეს დრო, ტკივილის ადგილი, ინტენსივობა,

მიღებული მედიკამენტები, მიღწეული შემსუბუქება, გვერდითი ეფექტები, ტკივილის შემსუბუქების სხვა საშუალებები, აქტივობა, გუნებე-განწყობილება;

- დაუძლურებულმა პაციენტებმა შეიძლება ადეკვატურად ვერ შეაფასონ ან ვერ გადმოგვეცნენ ტკივილი. ფუნქციური ცვლილებები, უზნაითობა, გრიმასა, რწვევა, გაღიზიანება, ტირილი შეიძლება იყოს ტკივილის შეგრძობების სიტყვიერი ან უსიტყვო მაჩვენებელი. მომვლელის მიერ მონოდეტული ცნობები გვეხმარება ასევე პაციენტის აქტივობის დონის, ძილის ფორმის, მადის და ხასიათის ცვლილებების განსაზღვრაში. თუმცა ძალზე დაუძლურებულ პაციენტებს არ შეუძლიათ თავიანთი ტკივილების აღწერა;

- პაციენტები ქრონიკული ტკივილებით რეგულარულად უნდა იყვნენ გამოკითხული მკურნალობასთან დაკავშირებით მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე, გაუარესებაზე ან გართულებაზე.

III ტკივილის მავნე ზეგავლენა

- ქრონიკული ტკივილის მავნე ზეგავლენა გულისხმობს: სიცოცხლის ხარისხის ძლიერ დაქვეითებას, დეპრესიას, სოციალური მდგომარეობის გაუარესებას, ძილის დარღვევას, დაუძლურებას, თვითმკვლელობის იდეას, მადის და საკვების მიღების შემცირებას, პირად ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მოთხოვნილების დაქვეითებას;

- მდგომარეობები, როდლებიც შეიძლება გამოვლინდეს ქრონიკულ ტკივილთან ერთად გულისხმობს: სიარულის დარღვევას, ნელ რეაბილიტაციას, კომბინირებული ნაწლავის მავნე ეფექტებს;

- ტკივილის მართვაზე მავნე ზეგავლენა შესაძლოა იქონიოს ფიზიკური, ფიზიოლოგიური და სულიერი მდგომარეობების ერთობლიობამ (ეს გულისხმობს ნარსულში არსებულ გამოცდილებას, მკურნალობის ნარსულტებებს და მარცხს);

IV ტკივილის შეფასება და მართვა (კლინიკასთან დაკავშირებული ტკივილის არასწორი მართვის მიზეზები)

- ტკივილის შეფასების ხერხების ნაკლებობა;
- სამკურნალო-თერაპიული მიდგომის ცოდნის ნაკლებობა;
- ობიექტური თერაპიის როლის უზუსტობა;

638 ონკონკურაბელური პაციენტის სიმპტომა სიხშირე ECOG-WHO შკალით (აბ. რიცხვი და პროცენტი)

გრადაცია პაციენტი	ასთენია	ტკივილი	დებრესია	ანორექსია	პაერის უკმარ.	მოდ. შეზღ.	ყაბზობა	გულისრევ/ღებინება	ანემია
I	9	14	1	14	2	1	2	5	
23	39,1	60,9	4,3	60,9	8,7	-	4,3	8,7	21,7
II	189	186	441	132	17	22	40	27	43
244	77,5	76,2	8,0	54,1	12,0	9,0	16,4	11,1	17,6
III	218	191	91	152	82	64	66	40	74
242	90,1	78,9	37,6	62,8	33,9	26,5	27,3	16,5	30,6
IV	127	110	34	98	41	64	48	52	52
129	98,4	85,3	26,8	76,0	31,8	49,6	37,2	40,3	40,3
I-IV	543	501	170	396	142	150	155	121	174
სულ-638	85,1	78,5	26,7	62,1	22,3	23,5	24,3	19,0	27,3

from 32,9% to 28,6%. Conclusion: The sedation effect of Gabagamma 88,6% (P<0,05) helps with correction of insomnia. After receiving the results of the researches, Gabagamma may be recommended for treating in some cases for the correction of insomnia.

შავდია შ., შავდია ნ., ყაჯრაშვილი მ.

საქართველოში ონკოლოგიური პაციენტთა ქრონიკული ტკივილის არასწორი მართვის მიზეზები

თსუ-ის სახანძაროპაციური ჯანდაცვის დეპარტამენტი და პალიატიური მზრუნველობის კურსი

პრაქტიკული ონკოლოგიის ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალური საკითხია გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნეების მქონე პაციენტთა სიმპტომთა კონტროლი, რადგან სწორედ მათ კონტროლზე დამოკიდებულია დაავადების მიმდინარეობა და პაციენტთა სიცოცხლის ხარისხი (1,3). იმის გამო, რომ დღეისათვის არ არსებობს ასეთი პაციენტთა რადიკალური განკურნების საშუალება, დასავლეთის ქვეყნებში მიმართავენ ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიურ მზრუნველობას, რაც გულისხმობს სამკურნალო, ფსიქოლოგიურ, ფსიქიატრიულ, სულიერ და სოციალურ დახმარებას. პრობლემა მეტად მნიშვნელოვანია ჩვენს ქვეყანაშიც. კერძოდ, ბოლო წლების მონაცემებით საქართველოში პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთა 50%-ზე მეტს დიავაზი ბოლო IV სტადიაში უდგინდებათ. შესაბამისად საკმაოდ დიდია ონკოლოგიური ინკურაბელურ პაციენტთა რიცხვიც (1,2).

ჩვენს მიერ (2,10) ონკოლოგიური ინკურაბელური პაციენტის შესწავლამ აჩვენა (იხ. ცხრილი), რომ მათ სიმპტომთა შორის ყველაზე ხშირია ასთენია (85,1%), სხვადასხვა სიძლიერის ტკივილი (78,5%) და დეპრესია (26,7%).

ცნობილია, რომ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან პაციენტებისათვის ყველაზე შემანუხებელია ტკივილის სინდრომი (2,3,5,6,7,8,9), რადგან სწორედ ტკივილია მათთვის ყველაზე მეტი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სულიერი ტანჯვის მომტანი, განსაკუთრებით ჯანმრთელობის მიძიმე მდგომარეობისას. ამიტომ, ტკივილის კონტროლი პალიატიური მზრუნველობის უპირველესი პრიორიტეტია, მითუმეტეს საქართველოში, სადაც მედიცინის ეს ახალი მიმართულება დანერგვის პროცესშია. შესაბამისად, ჩვენ შევისწავლეთ ტკივილის სინდრომის სიმძირე პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით. აღნიშნულსათვის გამოვიყენეთ ჯანმო-ის მიერ რეკომენდებული პაციენტთა ჯანმრთელობის ფუნქციური მდგომარეობის შეფასების ECOG-WHO (3) სკალა. შედეგად დადგინდა, რომ I გრადუსისას (ანუ მხოლოდ ამბულატორული სიმპტომების არსებობისას)

ტკივილის სინდრომი იყო შეთხვევათა 60,9%-ში, ხოლო IV გრადუსისას - როდესაც პაციენტი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო იძულებულია, რომ სანოლს მივაჭვოს ტკივილის მაჩვენებელი 85,3%-ს შეადგენდა.

იმისათვის, რომ დაგვედგინა თუ რა მდგომარეობა საქართველოში ონკონკურაბელურ პაციენტთა ქრონიკული ტკივილის მართვის მხრივ, 2006 წლის მაისს-სექტემბერში ჩვენ გამოვიკითხეთ (7 კითხვა) ქთბილისის ონკოლოგიური დისპანსერისა და ონკოპრევენციის ცენტრის მიერ ორგანიზებული საცენტრალური ტრენინგის მონაწილე 138 ოჯახის ექიმი, რომლებიც საქართველოს სხვადასხვა რეგიონის წარმოადგენდნენ. ჩატარებული კვლევით აღმოჩნდა, რომ

- შეთხვევათა 42%-ში ტკივილის დაყურადება ექიმების მიერ იწყებოდა ტკივილის პათოფიზიოლოგიური მიზეზის დადგენის გარეშე (ნოციცეპტორი, ნეიროპათიული და შერეული ტკივილის ტიპები);
 - 71,0%-მა არ იცოდა კონკრეტულ ოპიოიდთა ნახევარ დოზის პერიოდი;
 - 50,0%-მა არ იცოდა ჯანმო-ის მიერ რეკომენდებული ტკივილის მართვის სამსაფეხურიანი სისტემის რაციონალური გამოყენება, განსაკუთრებით დამატებითი პრეპარატებისა;
 - 98,5%-მა არ იცოდა ტკივილის სიძლიერის შეფასება ვიზუალური ანალოგიის შკალით;
 - 83,3% ოპიოიდებს ნიშნავს ტკივილის გამომწვევი მიზეზის დადგენილად, რაც ხშირად ტკივილის არაადექვატური მართვის მიზეზი იყო;
 - 68,1%-მა სრულად არ იცოდა ტკივილის დამაყუჩებელი ადექვატური დოზის შერჩევა (არც ამპულორებელი და არც ტაბლეტორებელი ფორმებით და მათი ერთმანეთში გადასაცვანი კოეფიციენტები);
 - 42,0%-მა არ იცოდა ოპიოიდებს გვერდით მოვლენების მნიშვნელოვანი ნაწილი და მათი ადექვატური მართვა.
- მოყვანილი შედეგებიდან გამომდინარე, საქართველოში ონკონკურაბელურ პაციენტთა ქრონიკული ტკივილის ადექვატური მართვისათვის უპირველეს ყოვლისა საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე ექიმთა სათანადო გაანათლება. ამისათვის აუცილებელია თანამედროვე პრინციპებზე დაფუძნებული (ფაქტებზე დაყრდნობილი) სასწავლო პროგრამების შემუშავება და ტრენინგების ჩატარება. ამ კუთხით არსებული სამედიცინო ლიტერატურისა (1,5,6,7,8,9) და საკუთარი გამოცდილების (2,3) საფუძველზე, ჩვენს მიერ შემუშავებულია მოდული, რომლის შესწავლის მიზანია:
- ტკივილის სიძლიერის ამოცნობა;
 - ტკივილის შეფასების კომპონენტების აღწერა;
 - ტკივილის მაგნიტუდაზე შეფასების შეფასება;
 - ტკივილის არაადექვატური მართვის მიზეზების აღწერა;
 - კონტროლის განხორციელება ტკივილის შეფასების ძირითად პრინციპებზე;
 - ხანდაზმულებში ტკივილი მართვის სტრატეგიის განხილვა.

ძირითადი შინაარსის მოწინააღმდეგე:

I. ტკივილის ინტენსივობის დახასიათება

- ტკივილი განისაზღვრება როგორც უსიამოვნო შეგრძნება და/ან ემოციური განცდა, რაც დაკავშირებულია ქსოვილის არსებულ ან შესაძლო დაზიანებასთან. ქრონიკული ტკივილი განისაზღვრება როგორც მუდმივი ტკივილი, რომელიც რუტინულ მართვას არ ემორჩილება;

- ტკივილის სიძლიერე ორჯერ მეტია 60 წლის და მეტი ასაკის ადამიანებში, ვიდრე ახალგაზრდებში;

- მოხუცებულთა 25-50% იტანჯება ისეთი ხასიათის ძლიერი ტკივილებით, რომელიც მკურნალობას არ ემორჩილება;

- ოსტეოართოზები არის ყველაზე ხშირი მიზეზი ტკივილებისა ახალგაზრდებში. ქრონიკული ტკივილები აღენიშნება გამოკვლეულ პაციენტთა 30-50%-ს, რომლებიც მკურნალობის კურსს სოლიდური სიმსივნეების გამო გადაინა;

- კიბოთი დაავადებული პაციენტების შესწავლა გვიჩვენებს, რომ ტკივილის სიძლიერე დაავადების ბოლო სტადიაში მატულობს 85%-მდე;

- არსებული მონაცემების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ კიბოსმიერი ტკივილის დროს სამკურნალო საშუალებების სწორი დანიშნით შესაძლებელია (70-90%-ს) ძლიერი ტკივილის მნიშვნელოვანი შემსუბუქება;

II ტკივილის შეფასება

- მახასიათებელია, რომელთა მიხედვითაც ხდება ტკივილის შეფასება გულისხმობს: ინტენსივობა, ხარისხი, შეტევა, ხანგრძლივობა, ტკივილის გამოხატვის მანერა, დამამძიმებელი ფაქტორები/გარემოებები, რომლებიც ამსუბუქებენ ან ამძივრებენ ტკივილს და მის გავლენას ფუნქციურ სტატუსზე და სიცოცხლის ხარისხზე;

- ტკივილის ზუსტი მახასიათებელი არის პაციენტის მიერ მისი აღწერა და გადმოცემა. მედპერსონალს უნდა იცოდეს, რომ ხანდაზმულები შეიძლება არ ამბუჯანებდნენ, რომ სტკივათ ვინაიდან ადაპტირებულები არიან ტკივილთან;

- პაციენტები ქრონიკული ტკივილით და/ან მათი მომვლეები ინფორმირებულნი უნდა იყვნენ, რომ ანარმოონ ტკივილის დღიური. უკანასკნელი უნდა შედიოდეს დრო, ტკივილის ადგილი, ინტენსივობა,

მიღებული მედიკამენტები, მიღწეული შემსუბუქება, გვერდითი ეფექტები, ტკივილის შემსუბუქების სხვა საშუალებები, აქტივობა, გუნებე-განწყობილება;

- დაუძლეველმა პაციენტებმა შეიძლება ადეკვატურად ვერ შეაფასონ ან ვერ გადმოგვცენ ტკივილი. ფუნქციური ცვლილებები, უხასიათობა, გრიპისა, რნვეა, ვალიზიანება, ტირილი შეიძლება იყოს ტკივილის შეგრძნების სიტყვიერი ან უსიტყვი მიზეზი. მომვლელის მიერ მონოდეტულის ცნობები გვეხმარება ასევე პაციენტის აქტივობის დონის, ძილის ფორმის, მადის და ხასიათის ცვლილებების განსაზღვრაში. თუმცა ძალზე დაუძლეველ პაციენტებს არ შეუძლიათ თავიანთი ტკივილების აღწერა;

- პაციენტები ქრონიკული ტკივილებით რეგულარულად უნდა იყვნენ გამოკითხულნი მკურნალობასთან დაკავშირებით მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე, გაუარესებაზე ან გართულებაზე.

III ტკივილის მავნე ზეგავლენა

- ქრონიკული ტკივილის მავნე ზეგავლენა გულისხმობს: სიცოცხლის ხარისხის ძლიერ დაქვეითებას, დეპრესიას, სოციალური მდგომარეობის გაუარესებას, ძილის დარღვევას, დაუძლეველს, თვითმკვლელობის იდეას, მადის და საკვების მიღების შემცირებას, პირად ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მოთხოვნილების დაქვეითებას;

- მდგომარეობები, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს ქრონიკულ ტკივილებთან ერთად გულისხმობს: სიარულის დარღვევას, ნელ რეაბილიტაციას, კომბინირებული ნაწილების მავნე ეფექტებს;

- ტკივილის მართვაზე მავნე ზეგავლენა შესაძლოა იქონიოს ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მდგომარეობების ერთობლიობამ (ეს გულისხმობს წარსულში არსებულ გამოცდილებას, მკურნალობის წარმატებებს და მარცხს);

IV ტკივილის შეფასება და მართვა (კლინიკასთან დაკავშირებული ტკივილის არასწორი მართვის მიზეზები)

- ტკივილის შეფასების ხერხების ნაკლებობა;
- სამკურნალო-თერაპიული მიდგომის ცოდნის ნაკლებობა;
- ოპოიდიური თერაპიის როლის უზუსტობა;

638 ონკოინკუარაბელური პაციენტის სიმპტომა სიხშირე ECOG-WHO შკალით (აბს. რიცხვი და პროცენტი)

გრადაცია პაციენტი	ასთ-ნია	ტკივილი	დებრ-ცხია	ანორ-ქცხია	პაერის უკმარ.	შიძრ. შეზღ.	ყაპზობა	გულისრეკ-ლებინება	ანემია
I	9	14	1	14	2		1	2	5
23	39,1	60,9	4,3	60,9	8,7	-	4,3	8,7	21,7
II	189	186	441	132	17	22	40	27	43
244	77,5	76,2	8,0	54,1	12,0	9,0	16,4	11,1	17,6
III	218	191	91	152	82	64	66	40	74
242	90,1	78,9	37,6	62,8	33,9	26,5	27,3	16,5	30,6
IV	127	110	34	98	41	64	58	52	52
129	98,4	85,3	26,8	76,0	31,8	49,6	37,2	40,3	40,3
I-IV	543	501	170	396	142	150	155	121	174
სულ-638	85,1	78,5	26,7	62,1	22,3	23,5	24,3	19,0	27,3

- ოპიოიდური თერაპიის ცოდნის ნაკლებობა;
- ზიანის რისკის გადაჭარბებული შეფასება;
- ზრუნვა ადაპტაციაზე;
- გვერდითი ეფექტების მართვაზე ზრუნვა;
- დანიშნული ნაწილების კონტროლის რეგულაციაზე ზრუნვა.

ლიტერატურა:

1. პალიატიური მზრუნველობა (სახელმძღვანელო-ექიმებისათვის). დ.კორძაიას რედაქციით, გამომც. „პოლიგრაფი“, თბილისი, 2005, 235 გვ.;
2. მ.შავდია, რ.ღვამიჩავა, ი.აბესაძე და სხვები. ონკოლოგიური პაციენტთა სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის პირველი გამოცდილება საქართველოში. პალიატიური მზრუნველობის ბოლექტიონი №4, თბილისი, 2006, გვ. 1-8;
3. მ.შავდია. ონკოლოგიური დაავადებების ტერმინალური მდგომარეობის მართვა (პალიატიური მკურნალობა და პალიატიური მზრუნველობა); გ.თურმანულის ნიგნო: ოჯახის ექიმის სიმპტომურ-დიაგნოსტიკური და ფარმაკოთერაპიული პრეპარატების ცნობარი, თავი 39; „ცის ნაში“, თბილისი, 2007, გვ. 373-376;
4. M.Shavdia, I.Abesadze, T.Rukhadze and et. All., Symptom prevalence in patients with advanced cancer. *Annals of Oncology, Abstracts book of the 31st ESMO Congress, Istanbul, Turkey, 29 September-3 October 2006*, vol.17, sup 1.9, #931 p.
5. R.Gallagher, Cancer Pain. In *Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p.129-136;
6. Pain. The Merck Manual of *Diagnosis and Therapy*, IX ed., 2006, p. 1028-1171;
7. R.D.Jovey. Pain pathways and pathophysiology. In *Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p.7-13;
8. R.D.Jovey. General Principles of Pain Management. In *Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p.15-20;
9. Hematology and Oncology. The Merck Manual of *Diagnosis and Therapy*, IX ed., 2006, p. 1769-1791;
10. M.Shavdia, I.Abesadze, R.Ghvamichava, M.Incharadze, M.Gogishvili. Pain and Asthenia in Advanced Cancer Patients. *European Journal of Palliative Care*, 10th Congress of the European Association for Palliative Care, Poster Abstracts, Budapest, Hungary, 7-9 June 2007, p.168;

M.Shavdia, Nia Shavdia, M.Kadjrishvili

CAUSES OF CANCER PAIN INADEQUATE MANAGEMENT IN GEORGIA

Tbilisi State Medical University, Palliative Care Clinic of Cancer Preventive Center (Georgia)

Objective: 50% of malignant tumor cases detected in Georgia during the last period (2000-2006) were at the IV-th stage. Therefore the number of incurable patients, who need palliative care, is quite high. The study of 638 cancer incurable patients showed, that the most characteristic symptoms were asthenia (85,1%) and pain (78,5%). At the same

time frequency of pain syndrome was growing according to the increase of ECOG, reaching 85,3% at the IV-th graduation. Therefore it was important to identify qualification level of healthcare professionals providing chronic pain control in Georgia. Methods: 138 practitioners engaged in primary health care system from different regions of Georgia were questioned in May and September of 2006, during the training on "Palliative care", in Tbilisi. The questionnaire consisted of 7 questions, concerning the basic principles of pain control in cancer patients. The answers to be given were - "yes" and "no". The results were estimated using ordinary statistical method. Results: The results of questioning gave the following picture: 1.71,0% did not know the half-value period of concrete opioids; 2.50,0% were unaware of rational use of the three-stage pain control system recommended by WHO; 3.98,5% could not estimate pain intensity (by visual analogy scale); 4.83,3% prescribed opioids without identification of pain provoking causes, which often was the reason for inadequate pain control; 5.68,1% were completely unable to choose an adequate dosage of analgetics (neither in ampoules nor in tablets and did not know their replacement factor); 6.42,0% were unaware of a considerable part of side effects of opioids and could not control them adequately. Conclusion: professionals of primary health system in Georgia require appropriate education on adequate management of chronic pain syndrome in cancer patients. Hence it is necessary to develop a training module aimed at: 1. Identification of pain intensity; 2. Description of the pain assessment components; 3. Estimation of destructive influence of pain; 4. Description of the reasons for inadequate pain control; 5. Basic reasons provoking tumor pain; 6. Indications, dosage, side effects of opioids; 7. Monitoring of basic principles of pain estimation.

შენვლია დ., კარანაძე ნ., ბალიაშვილი ვ., ტყეშელაშვილი ქ.

კანსერის მკურნალობის (პალეიატიური) მართვაში არასრულყოფილების გამოწვევების შესახებ

თსუ, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

უკანასკნელ პერიოდში სანარმოო თუ საომარ ეპიდემიებში მიღებული ტრავმული და ზიანების შედეგად ხშირად ვითარდება მხედველობის ორგანოს შეუქცევადი დაზიანება, რასაც მოყვება თვლით კაკლის როგორც ანატომიური ორგანოს დაკარგვა. აღნიშნული დეფექტი გარდა ფიზიკური დანაკლისისა იწვევს ფსიქოლოგიურ არასრულყოფილების განვითარებას. ოფთალმოლოგიაში ასეთი დეგონარეობის გამოსასწორებლად გამოიყენება სხვადასხვა პროტეზები და იმპლანტები [1].

ანოფთალმიის ნარმატიული პროტეზირება ოფთალმოლოგიის აქტუალურ საკითხს წარმოადგენს. ნარმატიული პროტეზირება კი შესაძლებელია კარგი პოსტოპერაციული ტაკვის არსებობისას. ამიტომ

ბოლო წლებში ოფთალმოქირურგთა უმრავლესობა მიმართავს ევისცერაციის ტაქტიკას, რადგან ამ შემთხვევაში იმპლანტის მოთავსებით ვინარჩუნებთ თვალის კაკლის სფერულ ფორმას და მის მოძრაობას სრული სიფართით [2,4].

არსებობს სხვადასხვა ინტრაოკულური იმპლანტები: ჰიდროქსიპაპტიტი, კარბოტექსტიმი (ნახშირიდან მიღებული ქეჩა), სილიკონი, ტეფლონი, პროლონი და სხვა [3,6,7]. ისინი აკმაყოფილებენ იმპლანტისადმი წარდგენილ მოთხოვნებს, თუმცა ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები როდესაც აღნიშნული იმპლანტები ინვევენ ანთებით რეაქციას რასაც ვატირებთ ხსნაიან მასალის ბიოშეუთავსებლობით [5,6]. ამიტომ მუდმივად მომდინარეობს არსებული იმპლანტების სრულყოფა ან ახლების შექმნა.

ზოგად ქირურგიაში ღრუების შესავსებად იყენებენ ქაფსებერ კომპოზიციას (პენოგელს). ოფთალმოლოგიაში პენოგელი ფაქტად გამოიყენება სკლეროპლასტიკის დროს და ლიტერატურაში მისი კლინიკური გამოყენების გართულების არც ერთი შემთხვევა არ არის აღწერილი.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქაფსებრი კომპოზიციის გამოყენება თვალის ევისცერაციის შემდეგ ღრუს შესავსებად.

მასალა და მეთოდები. ჩვენს კვლევებში გამოიყენებოდა ქაფსებრი კომპოზიცია (პენოგელი), რომელსაც აწარმოებს ОАО НПО «ЭКРАН» «ИНПОЛИ-МЕЛ АО» (Россия). იგი შეიცავს ეთილაკრილატს, პოლივინილპიროლიდინს, აკრილამიდპიდრაზილს, რკინისა და სპილენძის მარილებს.

დაფინანსება კომპოზიციას მიყენებოდა დაფინანსებული იმპლანტები მზადდებოდა პრეპარატის მშრალი და თხევალი კომპონენტების შერევით. აქტივატორის დამატების შემდეგ (წყალბადის ზეჟანგის 1-2 წვეთი) კომპოზიციის აქაფება სრულდებოდა დაახლოებით 2 წუთში, ხოლო პოლიმერიზაცია 5-7 წუთის შემდეგ. ამ პერიოდში ხდებოდა მიღებული გელისებრი მასალისგან მონეტისებრი ფოლაქების ფორმირება (ზომით 5X5 მმ), რომლებიც ორი დღის განმავლობაში ინარჩუნებენ ნახევრად გელისებერ კონსისტენციას, ხოლო კიდევ 2-3 დღის შემდეგ აღწევდნენ საბოლოო მყარ მდგომარეობას.

ინტრაოკულარულიად სისხლდენის პრევენციის მიზნით ჩვენს მიერ რეკომენდებულია მხედველობის ნერვის რეტრობულბური მონაკვეთის 1 წუთის განმავლობაში გადაჭრა.

ოპერაციის დროს ხდება წინასწარ მოზადებული 7-8 მილიგრამის მუცხანა ევისცერირებულ თვალის კაკალში და იგი ლეზიულობს თვალის შიგთავსის ფორმას.

ჩვენს მიერ ჩატარებულია ექსპერიმენტული კვლევები 10 ბოცერზე (20 თვალს). იმპლანტების მოთავსება ხორციელდებოდა აღწერილი ტექნიკით. ოპერაციამდე 3 დღით ადრე და პოსტოპერაციულად 14 დღის განმავლობაში ხდებოდა ციპროფლოქსაცილის თვალის წვეთების ინსტილაცია. დაკვირვება გრ-

ძელდებოდა სამი თვის განმავლობაში.

შედეგები და მათი განსჯა. დაკვირვების პერიოდში გართულებებს ადგილი არ ჰქონია. ცხოველების ქცევების და უპირობო რეფლექსების გადახრა წარმდგარ არ აღინიშნებოდა.

პოსტოპერაციულად 6-7 დღის განმავლობაში ყველა ცხოველს აღენიშნებოდა ზომიერად გამოხატული კონიუნქტივალური ინექცია, რომელიც თანდათანობით მცირდებოდა.

ექსპერიმენტული კვლევის ანალიზის შედეგებმა აჩვენა, რომ ყველა შემთხვევაში (პენოგელი) ქაფსებრი კომპოზიცია მყარად იყო მოთავსებული თვალის ღრუში და გამოძევებას ადგილი არ ჰქონია.

ამრიგად, სხვა იმპლანტებისგან განსხვავებით (პენოგელს) ქაფსებერ კომპოზიციას გააჩნია მრავალი უპირატესობა, კერძოდ:

- თვალის ევისცერაციის შემდეგ ღრუს შევსებისას პენოგელი იმეორებს თვალის კაკლის შიგთავსის ფორმას.

- პოლიმერიზაციის შემდეგ მას გააჩნია მყარი აგებულება.

- ფოლაქების ზომიდან გამომდინარე (5X5მმ) არ არის საჭირო სკლერის დამატებითი გაკეთება და შესაძლებელია მათი მოთავსება ევისცერირებულ თვალში.

- დაბალი ფასი - მისანედომია მოსახლეობის ფართო მასისთვის;

- ექსპერიმენტულ კვლევებზე დაყრდნობით (პენოგელი) ქაფსებრი კომპოზიცია ბიოშეუთავსებადი. აღნიშნული პირობებიდან გამომდინარე ევისცერაციის შემდეგ პენოგელის თვალის ღრუში იმპლანტაციას გააჩნია აშკარა უპირატესობა სხვა ანალოგებთან შედარებით.

ქაფსებრი კომპოზიციის ინტრაოკულური გამოყენებით მიიღწევა კონსტრუქტური ეფექტი, ანუ შენარჩუნებულია თვალის კაკლის სფერული ფორმა და მეორე ეტაპად შესაძლებელია მასზე ექტაპროტეზის ჩახრახნა.

ლიტერატურა

1. Calenda E, Retout A, Murainc M. Peribulbar anesthesia for preoperative and postoperative pain control in eye enucleation or evisceration: 31 cases. J Fr Ophthalmol 1999; 2:426-430.
2. Calenda E, Retout A, Murainc M. Is evisceration of the eye more painful than enucleation? Eur J Anaesthesiol 1999; 16:117.
3. Christmas N.J., Gordon C.D., Murray T.G., Tse D., Johnson T., Garonzik S., O'Brien J.M. Intraorbital implants after enucleation and their complications: a 10 - year review. //Arch. Ophthalmol. - 1998 - v.116 - N 9 - P. 1199-1203.
4. Giligson A, Dolman Pj, Buffam F. Comparison of retrobulbar analgesics for evisceration. Ophthalmol Plast Reconstr Surg 2002; 18:258-260.
5. Sherman DD. Current techniques of enucleation and evisceration. In: Albert DM, ed. Ophthalmic Surgery: Principles and Techniques. Vol 2. Malden, Massachusetts: Blackwell Science; 1999:1565-1588.
6. Мисюхин Е.С. Применение соединительнотканых аллоплантов в пластической офтальмохирургии // Избранные вопросы офтальмохирургии. - Сб. научн. Трудов. - Самара. - 1992 - С.59-61.

- ოპიოიდური თერაპიის ცოდნის ნაკლებობა;
- ზიანის რისკის გადაჭარბებული შეფასება;
- ზრუნვა ადაპტაციაზე;
- გვერდითი ეფექტების მართვაზე ზრუნვა;
- დანიშნული ნაწილების კონტროლის რეგულაციაზე ზრუნვა.

ლიტერატურა:

1. პალიატიური მზრუნველობა (სახელმძღვანელო-ეიქიმებისათვის). დ.კორძაიას რედაქციით, გამომც. „პოლი-გრაფი“, თბილისი, 2005, 235 გვ.;
2. მ.შავდია, რ.ლემიჩაია, ი.აბესაძე და სხვები. ონკოლოგიური პაციენტთა სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის პირველი გამოცდილება საქართველოში. პალიატიური მზრუნველობის ბიულეტენი №4, თბილისი, 2006, გვ. 1-8;
3. მ.შავდია. ონკოლოგიური დაავადებების ტერმინალური მდგომარეობის მართვა (პალიატიური მკურნალობა და პალიატიური მზრუნველობა); გ.თურმანაშვილის წიგნში: ოჯახის ექიმის სიმპტომურ-დიაგნოსტიკური და ფარმაკოთერაპიული პრეპარატების ცნობარი, თავი 39; „ცის ნაბი“, თბილისი, 2007, გვ. 373-376;
4. M.Shavdia, J.Abesadze, T.Rukhadze et al. All., Symptom prevalence in patients with advanced cancer. *Annals of Oncology, Abstracts book of the 31st ESMO Congress, Istanbul, Turkey, 29 September-3 October 2006, vol.17, sup 1.9. #931 p.*
5. R.Gallagher, Cancer Pain. In *Managing Pain /The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p.129-136;
6. Pain. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, IX ed., 2006, p. 1028-1171;*
7. R.D.Jovey. Pain pathways and pathophysiology. In *Managing Pain /The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p.7-13;
8. R.D.Jovey. General Principles of Pain Management. In *Managing Pain /The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p.15-20;
9. *Hematology and Oncology. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, IX ed., 2006, p. 1769-1791;*
10. M.Shavdia, J.Abesadze, R.Ghvamichava, M.Jincharadze, M.Gogishvili. Pain and Asthenia in Advanced Cancer Patients. *European Journal of Palliative Care, 10th Congress of the European Association for Palliative Care, Poster Abstracts, Budapest, Hungary, 7-9 June 2007, p.168;*

M.Shavdia, Nia Shavdia, M.Kadjrshvili

CAUSES OF CANCER PAIN INADEQUATE MANAGEMENT IN GEORGIA

Tbilisi State Medical University, Palliative Care Clinic of Cancer Preventive Center (Georgia)

Objective: 50% of malignant tumor cases detected in Georgia during the last period (2000-2006) were at the IV-th stage. Therefore the number of incurable patients, who need palliative care, is quite high. The study of 638 cancer incurable patients showed, that the most characteristic symptoms were asthenia (85,1%) and pain (78,5%). At the same

time frequency of pain syndrome was growing according to the increase of ECOG, reaching 85,3% at the IV-th graduation. Therefore it was important to identify qualification level of healthcare professionals providing chronic pain control in Georgia. **Methods:** 138 practitioners engaged in primary health care system from different regions of Georgia were questioned in May and September of 2006, during the training on "Palliative care", in Tbilisi. The questionnaire consisted of 7 questions, concerning the basic principles of pain control in cancer patients. The answers to be given were – "yes" and "no". The results were estimated using ordinary statistical method. **Results:** The results of questioning gave the following picture: 1.71,0% did not know the half-value period of concrete opioids; 2.50,0% were unaware of rational use of the three-stage pain control system recommended by WHO; 3.98,5% could not estimate pain intensity (by visual analogy scale); 4.83,3% prescribed opioids without identification of pain provoking causes, which often was the reason for inadequate pain control; 5.68,1% were completely unable to choose an adequate dosage of analgetics (neither in ampoules nor in tablets and did not know their replacement factor); 6.42,0% were unaware of a considerable part of side effects of opioids and could not control them adequately. **Conclusion:** professionals of primary health system in Georgia require appropriate education on adequate management of chronic pain syndrome in cancer patients. Hence it is necessary to develop a training module aimed at: 1. Identification of pain intensity; 2. Description of the pain assessment components; 3. Estimation of destructive influence of pain; 4. Description of the reasons for inadequate pain control; 5. Basic reasons provoking tumor pain; 6. Indications, dosage, side effects of opioids; 7. Monitoring of basic principles of pain estimation.

შენვლია დ., კარნაძე მ., ბალიაშვილი ვ., ტყეშტრაია ქ.

ძაფისპირი კომპოზიციის (პენოპლის) გამოყენება თვალის ქვისციტარციის შემდეგ ღრუს შესასწავლად

თსუ, თვალის სნეულვათა დეპარტამენტი

უკანასკნელ პერიოდში საწარმოო თუ საომარ ვითარებაში მიღებული ტრავმული დაზიანების შედეგად ხშირად ვითარდება მხედველობის ორგანოს შეუქცევადი დაზიანება, რასაც მოყვება თვალის კაკლის როგორც ანატომიური ორგანოს დაკარგვა. აღნიშნული დეფექტი გარდა ფიზიკური დანაკლისისა იწვევს ფსიქოლოგიურ არასრულფასოვნების განვითარებას. ოფთალმოლოგიაში ასეთი მდგომარეობის გამოსასწორებლად გამოიყენება სხვადასხვა პროტეზები და იმპლანტები [1].

ანოფთალმიის წარმატებული პროტეზირება ოფთალმოლოგიის აქტუალურ საკითხს წარმოადგენს. წარმატებული პროტეზირება კი შესაძლებელია კარგი პოსტოპერაციული ტესის არსებობისას. ამიტომ

ბოლო წლებში ოფთალმოქირურგთა უმრავლესობა მიზართვის ევისცერაციის ტაქტიკას, რადგან ამ შემთხვევაში იმპლანტის მოთავსებით ვინარჩუნებით თვალის კაკლის სფერულ ფორმას და მის მოძრაობას სრული სიფართით [2,4].

არსებობს სხვადასხვა ინტრაოკულური იმპლანტები: მიდროქსიაპატიტი, კარბოტექსტიმი (ნახშირიდან მიღებული ქეჩა), სილიკონი, ტეფლონი, პროლონი და სხვა [3,6,7]. ისინი აკმაყოფილებენ იმპლანტისადმი წარდგენილ მოთხოვნებს, თუმცა ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები როდესაც აღნიშნული იმპლანტები იწვევენ ანთივით რეაქციას რასაც ავტორები ხსნიან მასალის ბიოშეუთვისებობით [5,6]. ამიტომ მუდმივად მიმდინარეობს არსებული იმპლანტების სრულყოფა ან ახლების შექმნა.

ზოგად ქირურგიაში ღრუების შესასვებად იყენებენ ქაფისებრი კომპოზიციის (პენოგელს). ოფთალმოლოგიაში პენოგელი ფართოდ გამოიყენება სკლეროპლასტიკის დროს და ლიტერატურაში მისი კლინიკური გამოყენების გართულების არც ერთი შემთხვევა არ არის აღწერილი.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქაფისებრი კომპოზიციის გამოყენება თვალის ევისცერაციის შემდეგ ღრუს შესასვებად.

მასალა და მეთოდები. ჩვენს კვლევებში გამოიყენებოდა ქაფისებრი კომპოზიცია (პენოგელი), რომელსაც აწარმოებს ОАО НПО «ЭКРАН» «ИНПОЛИМЕД АО» (Россия). იგი შეიცავს ეთილპროლატს, პოლივინილპიროლიდის, აკრილამიდპიდრაზილს, რკინისა და სპილენძის მარილებს.

ქაფისებრი კომპოზიციის მოხმარება. პოლიმერული კომპოზიციის სტერილური იმპლანტები მზადდებოდა პრეპარატის მშრალი და თხევადი კომპონენტების შერევით. აქტივატორის დამატების შემდეგ (წყალბადის ზეიანის - 2 წვეთი) კომპოზიციის აქაფება სრულდებოდა დაახლოებით 2 წუთში, ხოლო პოლიმერიზაცია 5-7 წუთის შემდეგ. ამ პერიოდში ხდებოდა მიღებული გელისებრი მასალისგან მონეტისებრი ფოლაქების ფორმირება (ზომით 5X5 მმ), რომლებიც ორი დღის განმავლობაში ინარჩუნებდნენ ნახევრად გელისებრ კონსისტენციას, ხოლო კიდევ 2-3 დღის შემდეგ აღწევდნენ საბოლოო მყარ მდგომარეობას.

ინტრაოკულარულად სისხლდენის პრევენციის მიზნით ჩვენს მიერ რეკომენდებულია მხედველობის ნერვის რეტრობულბური მონაკვეთის 1 წუთის განმავლობაში გადაჭრა.

ოპერაციის დროს ხდებდა წინასწარ მომზადებული 7-8 იმპლანტის შეყვანა ევისცერებულ თვალის კაკალში და იგი ლეზულობს თვალის შიგთავსის ფორმას.

ჩვენს მიერ ჩატარებულია ექსპერიმენტული კვლევები 10 ბოცვერზე (20 თვალი). იმპლანტების მოთავსება ხორციელდებოდა აღწერილ ტექნიკით. ოპერაციამდე 3 დღით ადრე და კომპოზიცია ციულად 14 დღის განმავლობაში ხდებოდა ციბროფლოქსაციინის თვალის წვეთების ინსტილაცია. დაკვირვება გრ-

ძელდებოდა სამი თვის განმავლობაში.

შედეგები და მათი განსჯა. დაკვირვების პერიოდში გართულებებს ადგილი არ ჰქონია. ცხოველების ქცევების და უპირობო რეფლექსების გადახრა ნორმიდან არ აღინიშნებოდა.

პოსტოპერაციულად 6-7 დღის განმავლობაში ყველა ცხოველს აღინიშნებოდა ზომიერად გამოხატული კონიუნქტივალური ინექცია, რომელიც თანდათანობით მცირდებოდა.

ექსპერიმენტული კვლევის ანალიზის შედეგებმა აჩვენა, რომ ყველა შემთხვევაში (პენოგელი) ქაფისებრი კომპოზიცია მყარად იყო მოთავსებული თვალის ღრუში და გამოძევებას ადვილი არ ჰქონია.

ამრიგად, სხვა იმპლანტებისგან განსხვავებით (პენოგელს) ქაფისებრი კომპოზიციის გააჩნია მრავალი უპირატესობა, ეყრდნობ:

- თვალის ევისცერაციის შემდეგ ღრუს შევსებისას პენოგელი იმერებს თვალის კაკლის შიგთავსის ფორმას.

- პოლიმერიზაციის შემდეგ მას გააჩნია მყარი აგებულება.

- ფოლაქების ზომიდან გამომდინარე (5X5მმ) არ არის საჭირო სკლერის დამატებითი ვაკუეთა და შესაძლებელია მათი მოთავსება ევისცერებულ თვალში.

- დაბალი ფასი - მისანდომია მოსახლეობის ფართო მასებისთვის;

- ექსპერიმენტულ კვლევებზე დაყრდნობით (პენოგელი) ქაფისებრი კომპოზიცია ბიოშეუთვისებელია.

აღნიშნული პირობებიდან გამომდინარე ევისცერაციის შემდეგ პენოგელის თვალის ღრუში იმპლანტაციის გააჩნია აშკარა უპირატესობა სხვა ანალოგებთან შედარებით.

ქაფისებრი კომპოზიციის ინტრაოკულური გამოყენებით მიიღწევა კონსტიტუციური ფეკტი, ანუ შენარჩუნებულია თვალის კაკლის სფერული ფორმა და მეორე ეტაპად შესაძლებელია მასზე ექსტრაორტების ჩახრახნა.

ლიტერატურა

1. Calenda E, Retout A, Muraine M. Peribulbar anesthesia for preoperative and postoperative pain control in eye enucleation or evisceration: 31 cases. J Fr Ophthalmol 1999; 22:426-430.
2. Calenda E, Retout A, Muraine M. Is evisceration of the eye more painful than enucleation? Eur J Anaesthesiol 1999; 16:117.
3. Christams N.J., Gordon C.D., Murray T.G., Tse D., Johnson T., Garonzik S., O'Brien J.M. Intraorbital implants after enucleation and their complications: a 10 - year review. //Arch. Ophthalmol. - 1998 - v.116 - N 9 - P. 1199-1203.
4. Gilligan A, Dolman Pj, Buftam F. Comparison of retrobulbar analgesics for evisceration. Ophthalm Plast Reconstr Surg 2002; 18:258-260.
5. Sherman DM. Current techniques of enucleation and evisceration. In: Albert DD, ed. Ophthalmic Surgery: Principles and Techniques. Vol.2. Malden, Massachusetts: Blackwell Science; 1999:1565-1588.
6. Милушкин Е.С. Применение соедвительных аллюпантов в пластической офтальмохирургии // Избранные вопросы офтальмохирургии. - Сб. научн. Трудов. - Самара. - 1992. - С.59-61.

- ოპიოიდური თერაპიის ცოდნის ნაკლებობა;
- ზიანის რისკის გადაჭარბებული შეფასება;
- ზრუნვა ადამატიანზე;
- გვერდითი ეფექტების მართვაზე ზრუნვა;
- დანიშნული ნაშლების კონტროლის რეგულაციაზე ზრუნვა.

ლიტერატურა:

1. პალიატიური მზრუნველობა (სახელმძღვანელო-ექიმებისათვის). დ. კორძაიას რედაქციით, გამომც. „პოლი-გრაფი“, თბილისი, 2005, 235 გვ.;
2. მ. შავდია, რ. ლევაშიაძე, ი. აბესაძე და სხვები. ონკოლოგიური პაციენტთა სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის პირველი გამოცდის შედეგები საქართველოში. პალიატიური მზრუნველობის ბიულეტენი №4, თბილისი, 2006, გვ. 1-8;
3. მ. შავდია. ონკოლოგიური დაავადებების ტერმინალური მდგომარეობის მართვა (პალიატიური მკურნალობა და პალიატიური მზრუნველობა); გ. თურმანაშვილის წიგნში: ოჯახის ექიმის სიმპტომურ-დიაგნოსტიკური და ფარმაკოთერაპიული პრეპარატების ცნობარი, თავი 39; „ცის ნამი“, თბილისი, 2007, გვ. 373-376;
4. M. Shavdia, I. Abesadze, T. Rukhadze et al. All., Symptom prevalence in patients with advanced cancer. *Annals of Oncology, Abstracts book of the 31st ESMO Congress, Istanbul, Turkey, 29 September-3 October 2006*, vol. 17, sup 19, #931 p.
5. R. Gallagher, Cancer Pain. In *Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p. 129-136;
6. Pain. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, IX ed.*, 2006, p. 1028-1171;
7. R.D. Jovey. Pain pathways and pathophysiology. In *Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p. 7-13;
8. R.D. Jovey. General Principles of Pain Management. In *Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p. 15-20;
9. Hematology and Oncology. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, IX ed.*, 2006, p. 1769-1791;
10. M. Shavdia, I. Abesadze, R. Ghvamichava, M. Jincharadze, M. Gogishvili. Pain and Asthenia in Advanced Cancer Patients. *European Journal of Palliative Care, 10th Congress of the European Association for Palliative Care, Poster Abstracts, Budapest, Hungary, 7-9 June 2007*, p. 168;

M. Shavdia, N. Shavdia, M. Kadjirshvili

CAUSES OF CANCER PAIN INADEQUATE MANAGEMENT IN GEORGIA

Tbilisi State Medical University, Palliative Care Clinic of Cancer Preventive Center (Georgia)

Objective: 50% of malignant tumor cases detected in Georgia during the last period (2000-2006) were at the IV-th stage. Therefore the number of incurable patients, who need palliative care, is quite high. The study of 638 cancer incurable patients showed, that the most characteristic symptoms were asthenia (85,1%) and pain (78,5%). At the same

time frequency of pain syndrome was growing according to the increase of ECOG reaching 85,3% at the IV-th graduation. Therefore it was important to identify qualification level of healthcare professionals providing chronic pain control in Georgia. Methods: 138 practitioners engaged in primary health care system from different regions of Georgia were questioned in May and September of 2006, during the training on "Palliative care", in Tbilisi. The questionnaire consisted of 7 questions, concerning the basic principles of pain control in cancer patients. The answers to be given were – "yes" and "no". The results were estimated using ordinary statistical method. Results: The results of questioning gave the following picture: 1.71,0% did not know the half-value period of concrete opioids; 2.50,0% were unaware of rational use of the three-stage pain control system recommended by WHO; 3.98,5% could not estimate pain intensity (by visual analogy scale); 4.83,3% prescribed opioids without identification of pain provoking causes, which often was the reason for inadequate pain control; 5.68,1% were completely unable to choose an adequate dosage of analgetics (neither in ampoules nor in tablets and did not know their replacement factor); 6.42,0% were unaware of a considerable part of side effects of opioids and could not control them adequately. Conclusion: professionals of primary health system in Georgia require appropriate education on adequate management of chronic pain syndrome in cancer patients. Hence it is necessary to develop a training module aimed at: 1. Identification of pain intensity; 2. Description of the pain assessment components; 3. Estimation of destructive influence of pain; 4. Description of the reasons for inadequate pain control; 5. Basic reasons provoking tumor pain; 6. Indications, dosage, side effects of opioids; 7. Monitoring of basic principles of pain estimation.

შენვლია დ. კარანაძე ნ., ბალიაშვილი ვ., ტყეშელაშვილი ქ.

ქაფისპირი კომპოზიციის (პენოპალინი) გამოყენება თვალის პინსტრაგინის შემდეგ ღრუს შესასვლელად

ოსსხ, თვალის სენაქლამა დეპარტამენტი

უკანასკნელ პერიოდში საწარმოო თუ საომარ ვითარებაში მიღებული ტრავმული დაზიანების შედეგად ხშირად ვითარდება მხედველობის ორგანოს მეუქვეადი დაზიანება, რასაც მოყვება თვალის კაკლის როგორც ანატომიური ორგანოს დაკარგვა. აღნიშნული დეფექტი გარდა ფიზიკური დანაკლისისა იწვევს ფსიქოლოგიურ არასრულფასოვნების განვითარებას. ოფთალმოლოგიაში ასეთი მდგომარეობის გამოსასწორებლად გამოიყენება სხვადასხვა პროტეზები და იმპლანტები [1].

ანოფთალმის წარმატებული პროტეზირება ოფთალმოლოგიის აქტუალურ საკითხს წარმოადგენს. წარმატებული პროტეზირება კი შესაძლებელია კარგი პოსტოპერაციული ტაქიკის არსებობისას. ამიტომ

ბოლო წლებში ოფთალმოქირურგთა უმრავლესობა მიმართავს ევისცერაციის ტაქტიკას, რადგან ამ შემთხვევაში იმპლანტის მოთავსებით ვინარჩუნებთ თვალის კაკლის სფერულ ფორმას და მის მოძრაობას სრული სიფართით [2,4].

არსებობს სხვადასხვა ინტრაოკულური იმპლანტები: პიდროქსიაპატიტი, კარბოტექსტიმი (ნახშირიდან მიღებული ქეჩა), სილაკონი, ტეფლონი, პროლონი და სხვა [3,6,7]. ისინი აკმაყოფილებენ იმპლანტისადმი ნარდგენილ მოთხოვნებს, თუმცა ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები როდესაც აღნიშნული იმპლანტები ინევენენ ანთებით რეაქციას რასაც ვეტორები ხსნიან მასალის ბიოშეთავსებლობით [5,6]. ამიტომ მუდმივად მიმდინარეობს არსებული იმპლანტების სრულყოფა ან ახლების შექმნა.

ზოგად ქირურგიაში ღრუების შესავსებად იყენებენ ქაფისებრ კომპოზიციას (პენოგელს). ოფთალმოლოგიაში პენოგელი ფართოდ გამოიყენება არსებული პლასტიკის დროს და ლიტერატურაში მისი კლინიკური გამოყენების გართულების არც ერთ შემთხვევა არ არის აღწერილი.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქაფისებრი კომპოზიციის გამოყენება თვალის ევისცერაციის შემდეგ ღრუს შესავსებად.

მასალა და მეთოდები. ჩვენს კვლევებში გამოიყენებოდა ქაფისებრი კომპოზიცია (პენოგელი), რომელსაც აწარმოებს ОАО НПО «ЭКРАН» «ИМПЛИ-МЕД АС» (Россия). იგი შეიცავს ეთილაკრილატს, პოლივინილპიროლიდინს, აკრილამიდშიდრაზილს, რკინისა და სპილენძის მარილებს.

შაფინაპარ კომპოზიციას ვიყენებდით შემდეგნაირად: პოლიმერული კომპოზიციის სტერილური იმპლანტები მზადდებოდა პრეპარატის მშრალი და თხევადი კომპონენტების შერევით. აქტივატორის დამატების შემდეგ (წყალბადის ზეჟანგის 1-2 წვეთი) კომპოზიციის აქაფება სრულდებოდა დაახლოებით 2 წუთში, ხოლო პოლიმერიზაცია 5-7 წუთის შემდეგ ამ პერიოდში ხდებოდა მიღებული გელისებრი მასალისგან მონეტისებრი ფოლაქების ფორმირება (ზომით 5X5 მმ), რომლებიც ორი დღის განმავლობაში ინარჩუნებენ ნახევრად გელების რეკონსტრუქციას, ხოლო კიდევ 2-3 დღის შემდეგ აღწევდნენ საბოლოო მყარ მდგომარეობას.

ინტრაოპერაციულად სისხლდენის პრევენციის მიზნით ჩვენს მიერ რეკომენდებული მხედველობის ნერვის რეტრობულბური მონაკვეთის 1 წუთის განმავლობაში გადაჭრა.

ოპერაციის დროს ხდება ნინასნარ მოშადებული 7-8 იმპლანტის შეყვანა ევისცერირებულ თვალის კაკალში და იგი ღებულობს თვალის შიგთავსის ფორმას.

ჩვენს მიერ ჩატარებულია ექსპერიმენტული კვლევები 10 ზოცვერზე (20 თვალი). იმპლანტების მოთავსება ხორციელდებოდა აღწერილი ტექნიკით. ოპერაციამდე 3 დღით ადრე და პოსტოპერაციულად 14 დღის განმავლობაში ხდებოდა ციმბორული ქაფის თვალის წვეთების ინსტილაცია. დაკვირვება გრ-

ძელდებოდა სამი თვის განმავლობაში.

შედეგები და მათი განსჯა. დაკვირვების პერიოდში გართულებებს ადგილი არ ჰქონია. ცხოველების ქცევების და უპირობო რეფლექსების გადახრა წარმოდან არ აღინიშნებოდა.

პოსტოპერაციულად 6-7 დღის განმავლობაში ყველა ცხოველს აღენიშნებოდა ზომიერად გამოხატული კონუნქტივალური ინექცია, რომელიც თანდათანობით მცირდებოდა.

ექსპერიმენტული კვლევის ანალიზის შედეგებმა აჩვენა, რომ ყველა შემთხვევაში (პენოგელი) ქაფისებრი კომპოზიცია მყარად იყო მოთავსებული თვალის ღრუში და გამოქვებებს ადგილი არ ჰქონია.

ამრიგად, სხვა იმპლანტებისგან განსხვავებით (პენოგელს) ქაფისებრ კომპოზიციას გააჩნია მრავალი უპირატესობა, კერძოდ:

- თვალის ევისცერაციის შემდეგ ღრუს შევსებისას პენოგელი იმეორებს თვალის კაკლის შიგთავსის ფორმას.

- პოლიმერიზაციის შემდეგ მას გააჩნია მყარი აგებულება.

- ფოლაქების ზომიდან გამომდინარე (5X5მმ) არ არის საჭირო სკლერის დამატებითი გაკვეთა და შესაძლებელია მათი მოთავსება ევისცერირებულ თვალში.

- დაბალი ფასი - მისანედომი მისასხლეობის ფართო მასებისთვის;

- ექსპერიმენტულ კვლევებზე დაყრდნობით (პენოგელი) ქაფისებრი კომპოზიცია ბიოშეთავსებელია.

აღნიშნული პირობებიდან გამომდინარე ევისცერაციის შემდეგ პენოგელის თვალის ღრუში იმპლანტაციას გააჩნია აშკარა უპირატესობა სხვა ანალოგებთან შედარებით.

ქაფისებრი კომპოზიციის ინტრაოკულური გამოყენებით მიიღწევა კონსტიტუციური ეფექტი, ანუ შენარჩუნებულია თვალის კაკლის სფერული ფორმა და მეორე ეტაპად შესაძლებელია მას ზეექტროპორტების ჩახარხანა.

ლიტერატურა

1. Calenda E, Retout A, Muraine M. Peribulbar anesthesia for preoperative and postoperative pain control in eye enucleation or evisceration: 31 cases. // J Fr Ophthalmol 1999; 22:426-430.
2. Calenda E, Retout A, Muraine M. Is evisceration of the eye more painful than enucleation? Eur J Anaesthesiol 1999; 16:117.
3. Christmas N.J., Gordon C.D., Murray T.G., Tse D., Johnson T., Garonzik S., O'Brien J.M. Intraorbital implants after enucleation and their complications: a 10 - year review. //Arch. Ophthalmol. - 1998 - v.116 - N 9 - P. 1199-1203.
4. Gilligan A., Dolman P.J., Buffam F. Comparison of retrobulbar analgesics for evisceration. Ophthalm Plast Reconstr Surg 2002; 18:258-260.
5. Sherman DD. Current techniques of enucleation and evisceration. In: Albert DM, ed. Ophthalmic Surgery: Principles and Techniques. Vol 2. Malden, Massachusetts: Blackwell Science; 1999:1565-1588.
6. Митшанин Е.С. Применение соединительнотканых аллоплантов в пластической офтальмохирургии // Избранные вопросы офтальмохирургии. - Сб. научн. Трудов. - Самара. - 1992. - С.59-61.

- ოპიოიდური თერაპიის ცოდნის ნაკლებობა;
- ზიანის რისკის გადაჭარბებული შეფასება;
- ზრუნვა ადაპტაციაზე;
- გვერდითი ეფექტების მართვაზე ზრუნვა;
- დანიშნული ნაწილების კონტროლის რეგულაციაზე ზრუნვა.

ლიტერატურა:

1. პალიატიური მზრუნველობა (სახელმძღვანელო-ექიმებისათვის). დ.კორძიას რედაქციით, გამომც. „პოლიგრაფი“, თბილისი, 2005, 235 გვ.;
2. შ.შავდია, რ.ღვამიჩავა, ი.აბესაძე და სხვები. ონკოლოგიური პაციენტთა სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის პირველი გამოცდილება საქართველოში. პალიატიური მზრუნველობის ბიულეტენი №4, თბილისი, 2006, გვ. 1-8;
3. შ.შავდია. ონკოლოგიური დაავადებების ტერმინალური მდგომარეობის მართვა (პალიატიური მკურნალობა და პალიატიური მზრუნველობა); გ.თურმანაშვილის წიგნში: ოჯახის ექიმის სიმპტომურ-დიაგნოსტიკური და ფარმაკოთერაპიული პრეპარატების ცნობარი, თავი 39; „ცის ნამი“, თბილისი, 2007, გვ. 373-376;
4. M.Shavdia, J.Abesadze, T.Rukhadze and et. All., Symptom prevalence in patients with advanced cancer. *Annals of Oncology, Abstracts book of the 31st ESMO Congress, Istanbul, Turkey, 29 September-3 October 2006*, vol.17, sup 1.9, #931 p.
5. R.Gallagher, *Cancer Pain. In Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p.129-136;
6. Pain. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, IX ed., 2006, p. 1028-1171;
7. R.D.Jovey. Pain pathways and pathophysiology. *In Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p.7-13;
8. R.D.Jovey. *General Principles of Pain Management. In Managing Pain/The Canadian Healthcare Professional's Reference*, 2002, p.15-20;
9. *Hematology and Oncology. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, IX ed., 2006, p. 1769-1791;
10. M.Shavdia, L.Abesadze, R.Ghvamichava, M.Jincharadze, M.Gogishvili. Pain and Asthenia in Advanced Cancer Patients. *European Journal of Palliative Care, 10th Congress of the European Association for Palliative Care, Poster Abstracts, Budapest, Hungary, 7-9 June 2007*, p.168;

M.Shavdia, Nin Shavdia, M.Kadjirishvili

CAUSES OF CANCER PAIN INADEQUATE MANAGEMENT IN GEORGIA

Tbilisi State Medical University, Palliative Care Clinic of Cancer Preventive Center (Georgia)

Objective: 50% of malignant tumor cases detected in Georgia during the last period (2000-2006) were at the IV-th stage. Therefore the number of incurable patients, who need palliative care, is quite high. The study of 638 cancer incurable patients showed, that the most characteristic symptoms were asthenia (85,1%) and pain (78,5%). At the same

time frequency of pain syndrome was growing according to the increase of ECOG, reaching 85,3% at the IV-th graduation. Therefore it was important to identify qualification level of healthcare professionals providing chronic pain control in Georgia. **Methods:** 138 practitioners engaged in primary health care system from different regions of Georgia were questioned in May and September of 2006, during the training on "Palliative care", in Tbilisi. The questionnaire consisted of 7 questions, concerning the basic principles of pain control in cancer patients. The answers to be given were - "yes" and "no". The results were estimated using ordinary statistical method. **Results:** The results of questioning gave the following picture: 1.71,0% did not know the half-value period of concrete opioids; 2.50,0% were unaware of rational use of the three-stage pain control system recommended by WHO; 3.98,5% could not estimate pain intensity (by visual analogy scale); 4.83,3% prescribed opioids without identification of pain provoking causes, which often was the reason for inadequate pain control; 5.68,1% were completely unable to choose an adequate dosage of analgetics (neither in ampoules nor in tablets and did not know their replacement factor); 6.42,0% were unaware of a considerable part of side effects of opioids and could not control them adequately. **Conclusion:** professionals of primary health system in Georgia require appropriate education on adequate management of chronic pain syndrome in cancer patients. Hence it is necessary to develop a training module aimed at: 1. Identification of pain intensity; 2. Description of the pain assessment components; 3. Estimation of destructive influence of pain; 4. Description of the reasons for inadequate pain control; 5. Basic reasons provoking tumor pain; 6. Indications, dosage, side effects of opioids; 7. Monitoring of basic principles of pain estimation.

შენვლია დ., კარანაძე ნ., ბალიაშვილი ვ., ტყეშელავა ქ.

ქაფისპირი კომპარტიციის (კანცერალის) გამოყვანვა თვალის ეპისფერაიის შემდეგ ღრუს შესასხმვად

თსუ, თვალის სნაუღავთა დეპარტამენტი

უკანასკნელ პერიოდში საწარმოო თუ საომარ ევითარებაში მიღებული ტრავმული დაზიანების შედეგად ხშირად ვითარდება მხედველობის ორგანოს შეუქცევადი დაზიანება, რასაც მოყვება თვალის კაკლის როგორც ანატომიური ორგანოს დაკარგვა. აღნიშნული დეფექტი გარდა ფიზიკური დანაკლისისა იწვევს ფსიქოლოგიურ არასრულფასოვნების განვითარებას. ოფთალმოლოგიაში ასეთი მდგომარეობის გამოსასწორებლად გამოიყენება სხვადასხვა პროტეზები და იმპლანტები [1].

ანოფთალმიის წარმატებული პროტეზირება ოფთალმოლოგის აქტიურად საკითხს წარმოადგენს. წარმატებული პროტეზირება კი შესაძლებელია კარგი პოსტოპერაციული ტაქვის არსებობისას. ამიტომ

ბოლო წლებში ოფთალმოქირურგთა უმრავლესობა მიმართავს ევისცერაციის ტაქტიკას, რადგან ამ შემთხვევაში იმპლანტის მოთავსებით ვინარჩუნებთ თვალის კაკლის სფერულ ფორმას და მის მოძრაობას სრული სიფარითი [2,4].

არსებობს სხვადასხვა ინტრაოკულური იმპლანტები: პიდროქსიაპატიტი, კარბოტექსტიმი (ნახშირიდან მიღებული ქეჩა), სილიკონი, ტეფლონი, პროლონი და სხვა [3,6,7]. ისინი აკმაყოფილებენ იმპლანტისადმი წარდგენილ მოთხოვნებს, თუმცა ლიტერატურაში აღწერილია შემთხვევები როდესაც აღნიშნული იმპლანტები ინვევენ ანთებით რეაქციას რასაც ვაჭიროებ სხინად მასალის ბიოშეთავსებლობით [5,6]. ამიტომ მუდმივად მიმდინარეობს არსებული იმპლანტების სრულყოფა ან ახლების შექმნა.

ზოგად ქირურგიაში ღრუების შესავსებად იყენებენ ქაფისებრ კომპოზიციას (პენოგელს). ოფთალმოლოგიაში პენოგელი ფართოდ გამოიყენება სკლეროპლასტიკის დროს და ლიტერატურაში მისი კლინიკური გამოყენების გართულებების არც ერთ შემთხვევა არ არის აღწერილი.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქაფისებრი კომპოზიციის გამოყენება თვალის ევისცერაციის შემდეგ ღრუს შესავსებად.

მასალა და მეთოდები. ჩვენს კვლევებში გამოიყენებოდა ქაფისებრი კომპოზიცია (პენოგელი), რომელსაც აწარმოებს ОАО НПО «ЭКРАН» «ИНПОЛИ-МЕДАО» (Россия). იგი შეიცავს ეთილაკრილატს, პოლივინილპიროლიდინს, აკრილამიდჰიდრაზილს, რკინის და სპილენძის მარილებს.

ქაფისებრ კომპოზიციას მიყენებდით შემდგომბინარად: პოლიმერული კომპოზიციის სტერილური იმპლანტები მზადდებოდა პრეპარატის მწარმოი და თხევანი კომპონენტების შერევით. აქტივატორის დამატების შემდეგ (წყალბადის ზეჟანგის 1-2 წუთი) კომპოზიციის აქაფება სრულდებოდა დაახლოებით 2 წუთში, ხოლო პოლიმერიზაცია 5-7 წუთის შემდეგ. ამ პერიოდში ხდებოდა მიღებული გელისებრი მასალისგან მონეტისებრი ფოლაქების ფორმირება (ზომით 5x5 მმ), რომლებიც ორი დღის განმავლობაში ინარჩუნებდნენ ნახევრად გელისებრ კონსისტენციას, ხოლო კიდევ 2-3 დღის შემდეგ აღწევდნენ საბოლოო მყარ მდგომარეობას.

ინტრაოპერაციულად სისხლდენის პრევენციის მიზნით ჩვენს მიერ რეკომენდებულია მხედველობის ნერვის რეტრობულბური მონაკვეთის 1 წუთის განმავლობაში გადაჭრა.

ოპერაციის დროს ხდება წინასწარ მომზადებული 7-8 იმპლანტის შეყვანა ევისცერებულ თვალის კაკალში და იგი ლეტულობს თვალის შიგთავსის ფორმას.

ჩვენს მიერ ჩატარებულია ექსპერიმენტული კვლევები 10 ბოცერზე (20 თვალი). იმპლანტების მოთავსება ხორციელდებოდა აღწერილი ტექნიკით. ოპერაციამდე 3 დღით ადრე და პოსტოპერაციულად 14 დღის განმავლობაში ხდებოდა ციპროფლოქსაცინის თვალის წვეთების ინსტილაცია. დაკვირვება გრ-

ძელდებოდა სამი თვის განმავლობაში.

შედეგები და მათი განსჯა. დაკვირვების პერიოდში გართულებებს ადგილი არ ჰქონია. ცხოველების ქცევების და უპირობო რეფლექსების გადახარა წარმოდან არ აღინიშნებოდა.

პოსტოპერაციულად 6-7 დღის განმავლობაში ყველა ცხოველს აღენიშნებოდა ზომიერად გამოხატული კონიუნქტივალური ინექცია, რომელიც თანდათანობით მცირდებოდა.

ექსპერიმენტული კვლევის ანალიზის შედეგებზე აჩვენა, რომ ყველა შემთხვევაში (პენოგელი) ქაფისებრი კომპოზიცია მყარად იყო მოთავსებული თვალის ღრუში და გამოიქვებდას ადგილი არ ჰქონია.

ამრიგად, სხვა იმპლანტებისგან განსხვავებით (პენოგელს) ქაფისებრ კომპოზიციას გააჩნია მრავალი უპირატესობა, კერძოდ:

- თვალის ევისცერაციის შემდეგ ღრუს შევსებისას პენოგელი იმორებს თვალის კაკლის შიგთავსის ფორმას.

- პოლიმერიზაციის შემდეგ მას გააჩნია მყარი აგებულება.

- ფოლაქების ზომიდან გამომდინარე (5x5მმ) არ არის საჭირო სკლერის დამატებითი გაკვეთა და შესაძლებელია მათი მოთავსება ევისცერირებულ თვალში.

- დაბალი ფასი - მისანედომია მოსახლეობის ფართო მასებისთვის;

- ექსპერიმენტულ კვლევებზე დაყრდნობით (პენოგელი) ქაფისებრი კომპოზიცია ბიოშეთავსებელია. აღნიშნული პირობებიდან გამომდინარე ევისცერაციის შემდეგ პენოგელის თვალის ღრუში იმპლანტაციას გააჩნია აშკარა უპირატესობა სხვა ანალოგებთან შედარებით.

ქაფისებრი კომპოზიციის ინტრაოკულური გამოყენებით მიიღწევა კოსმეტოპური ეფექტი, ანუ შენარჩუნებულია თვალის კაკლის სფერული ფორმა და შეორტებად შესაძლებელია მასზე ექტოპორტეზის ჩახრახნა.

ლიტერატურა

1. Calenda E, Retout A, Mursain M. Peribulbar anesthesia for preoperative and postoperative pain control in eye enucleation or evisceration: 31 cases. // J Fr Ophthalmol 1999; 22:426-430.
2. Calenda E, Retout A, Mursain M. Is evisceration of the eye more painful than enucleation? Eur J Anaesthesiol 1999; 16:117.
3. Christmas N.J., Gordon C.A.D., Murray T.G., Tse D., Johnson T., Garonzik S., O'Brien J.M. Intraorbital implants after enucleation and their complications: a 10 - year review. //Arch. Ophthalmol. - 1998 - v.116 - N 9 - P. 1199-1203.
4. Giligson A, Dolman P.J., Buffam F. Comparison of retrobulbar analgesics for evisceration. Ophthal Plast Reconstr Surg 2002; 18:258-260.
5. Sherman DD. Current techniques of enucleation and evisceration. In: Albert DM, ed. Ophthalmic Surgery: Principles and Techniques. Vol 2. Malden, Massachusetts: Blackwell Science, 1999: 1565-1588.
6. Милочан Е.С. Применение соединительнотканых аллоплантов в пластической офтальмохирургии. // Избранные вопросы офтальмохирургии. - Сб. научн. Трудов. - Самара. - 1992 - С.59-61.

7. Филкина И.А. Применение ультрафиолетовых имплантов в офтальмологии. // Дисс. канд. мед. наук. - М. - 1994 - 147С.

Shengelia D., Karanadze N., Ballashvili V.,
Tkebuchava K.

**THE USE OF FOAM-COMPOSITION IMPLANT AFTER
EVISCERATION OF THE EYEBALL**
TSMU, Department of Eye Diseases

Today, there are still several serious and potentially blinding eye diseases that lack adequate and effective treatment. These potentially blinding eye conditions include traumatic damages of the eye leading to the eyeball loss. For successful eye prosthesis in ophthalmology several implants are used to reach cosmetic effect and avoid psychological discomfort for the patients.

Purpose: The use of foam-composition implant after evisceration of an eyeball.

Methods: The investigations were conducted on chin-chilla rabbits. We used foam-composition as an implant. Average implant size was a disc of 5x5 mm. For one eye we used 7-8 gel-form implants. The duration of the study lasted three months.

Results: No cases of implant rejection occurred during the observation. Our original implant technique appeared safe. Hence, the obtained data confirm the clinical utility of foam composition.

შენგელია დ., ბაკურიძე ა., კარანაძე ნ., ბალიაშვილი ვ.,
ტეხუჩავა კ.

**წყალწყალა ნაშის ანტიოქსიდანტური
აქტივობის კვლევა „დაპიკოლინი“
ინსტიტუტისას**

თისს-ის თვალის სნეულანათა დაპარტამენტი,
ფარმაცეპტულ ტექნოლოგიათა დაპარტამენტი.

მსოფლიოში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქსოვილების ჰიპეროქსიდაციის უარყოფით გავლენას უჯრედებსა და ქსოვილებზე. რის შედეგადაც მატულობს ზეზანგებით პროცესების შედეგად მიღებული თავისუფალი რადიკალების კონცენტრაცია. თავისუფალი რადიკალების ორგანიზმში მოქმედებას აკონტროლებს ეგზოგენური და ენდოგენური ანტიოქსიდანტები, აგრეთვე ფერმენტული ანტიოქსიდანტური სისტემები. რევლუაციის სისტემის დარღვევას კი მიყვარათ უჯრედებისა და ქსოვილების შეუქცევადი დაზიანებისა, რის საბოლოო შედეგს წარმოადგენს ორგანიზმისა და მთლიანად ორგანიზმის დაზიანება. [1,2]

ამ კასკადური მექანიზმის შესარჩებლად სულ უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პრეპარატების უჯრედს, რომელიც უჯრედულ დონეზე ამცირებს ჰიპეროქსიდაციის პროცესს და ამით იცავს უჯრედებს

შემდგომი დაზიანებისაგან. ამ უჯრედს ანტიოქსიდანტები ეწოდება. [7]

არსებობს ბუნებრივი და სინთეზური წარმოშობის ანტიოქსიდანტები.

ბუნებრივი ანტიოქსიდანტებს ვხვდებით მცენარეული და ცხოველური წარმოშობის ნედლეულში. ხშირ შემთხვევაში ისინი გვხვდება საკვებ პროდუქტებში. საყოველთაოდ ცნობილია თაფლის სამკურნალო თვისებები, რომელშიც წამყვან როლს თამაშობს ამ პროდუქტის ანტიოქსიდანტური გავლენა ქსოვილებზე. თაფლს დიდი ხანია იყენებენ მედიცინის სხვადასხვა სფეროში, მიუხედავად ამისა თაფლის პროდუქტი საინსტიტუციო ფორმით ჯერ არ ყოფილა წარმოადგენილი. დღეს შესაძლებელია ემპირიულად გამოცდილი ნედლეული მომზადებისთვის შეთავაზებული იყოს ისეთი ფორმით, როდესაც დაცული იქნება ატოპარატის წარმოების ყველა ფაქტორი. კოლოგიური პირობა. სწორედ ამ კვლევების ნაწილს წარმოადგენს აღნიშნული შრომა.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორების დ. შენგელიას და ა. ბაკურიძეს ხელმძღვანლობით ნატურალური თაფლიდან იქნა მიღებული ანტიოქსიდანტური აქტივობის ფრაქცია, რომლის ბაზაზეც მომზადდა თვალის წვეთები - „დავიკოლი“. (გამოკონების პრიორიტეტი #AP2007-8750. 20.04.07-დან, ავტორები შენგელია დ., ბაკურიძე ა.)

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა წყალწყალა ნაშის ანტიოქსიდანტური აქტივობის განსაზღვრა თვალის წვეთები „დავიკოლის“ ინსტიტუტის შემდეგ.

მასალა და მეთოდები. წყალწყალა ნაშის ანტიოქსიდანტური აქტივობის (აოა) შესწავლა ხორციელდებოდა ე.წ. „შემოჭყელების“ გამოყენებით (ინგლისურენოვან ლიტერატურაში მიღებული ტერმინი - „სკენინგერ“). მეთოდიკა ეფუძნება ანტიოქსიდანტის ურთიერთქმედებას თავისუფალ რადიკალთან - 1,1-დიფენილ-2-პიკრილჰიდრაზილის (1,1-Diphenyl-2-picrylhydrazyl - DPPH) [194,195,268]. აღნიშნული ინჰიბიტორული მოქმედების პირინიტიპი შემდგომში მდგომარეობს: ანტიოქსიდანტი ახდენს DPPH-ის რადიკალების შეპოჭვას. იმის მიხედვით, თუ რა რაოდენობით თავისუფალი რადიკალი განეიტრდება, ისაზღვრება საკვლევი ობიექტის ანტიოქსიდანტური აქტივობა. [4, 5,3, 6].

მიღებული ობიექტი (წყალწყალა ნაში) 0.2 მლ. ემატებოდა DPPH-ის შემცველ კიუვეტაში (2,4 მგ.DPPH/100მლ. ეთილის სპირტზე), რომელიც ივსებოდა 5 მლ. -მდე. ამ პირობებში ვაკონტროლებთ 20 წუთს, რის შემდეგაც ხდებოდა ობიექტის ოპტიკური სიმკვრივის სპექტროფოტომეტრიული გამოკვლევა (Shimadzu, UV-1601PC იაპონია).

სპექტროფოტომეტრიულად 517 ნმ-ის სიგრძის ტალღაზე DPPH-ს სხნარს გააჩნია აბსორბციის მაქსიმუმი, თავისთვის დამახასიათებელი ოპტიკური შთანთქმის მაქსიმუმით (0.517). სწორედ ამ მარევენების ცვლილებით შეგვიძლია ვიმსჯელოთ საკვლევი ობიექტში თავისუფალი რადიკალების დაკლებაზე. ოპტიკური სიმკვრივის მახასიათებლის დაკლება მოუ-

თითებს საკვლევი ობიექტის მიერ თავისუფალი რადიკალების შებოჭვაზე, ხოლო რაც უფრო მეტად მოხდა ეს ცვლილება, მით მეტი თავისუფალი რადიკალის შებოჭვა მოხდა. მონაცემები ჩაისმება შესაბამის ფორმულაში:

$$X = \frac{D-d}{D} \cdot 100$$

D - საკონტროლო ობიექტი,

d - საკვლევი ობიექტი.

რის შედეგად შესაძლებელია საკვლევი ობიექტის ანტიოქსიდანტური აქტივობის (თავისუფალი რადიკალების შებოჭვის უნარის) განსაზღვრა პროცენტებში.

ბოცვრები დაიყენა 4 ჯგუფად:

I ჯგუფი წარმოადგენდა საკონტროლო ჯგუფს;

II ჯგუფში მოხდა პრეპარატ „დავიკოლის“ ერთჯერადი ინსტილაცია;

III ჯგუფში განხორციელდა 3 ჯერადი ინსტილაცია I დღის განმავლობაში;

IV ჯგუფში ჩატარებული იყო ყოველდღიური 3 ჯერადი ინსტილაცია 20 დღის განმავლობაში.

ოთხივე ჯგუფში წყალწყალა ნამის აღება ხდებოდა ერთჯერადად ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ (Sol. Tetracaini 1%), პარაცეტინის გზით, ინსტილაციიდან 15 წუთის შემდეგ. ხოლო II და III ჯგუფებში დამატებით 30, 60, 90, 120, 150, 180, 210 და 240 წუთის შემდეგ. საექტროფოტომეტრიულად მიღებული ობიექტების ოპტიკური სიმკვრივების მაჩვენებლები სტატისტიკურად დამუშავებულია და სარწმუნოა.

შედეგები და ბანსკა. პრეპარატ „დავიკოლის“ ინსტილაციისას წყალწყალა ნამის ანტიოქსიდანტური აქტივობის განსაზღვრის შედეგების საფუძველზე დადგინდა, რომ ინტაქტური ბოცვრების წყალწყალა ნამის ანტიოქსიდანტური აქტივობა (აოა) შეადგენს 27%.

საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით I ჯგუფში წყალწყალა ნამის ანტიოქსიდანტური აქტივობა მოიმატა საშუალოდ 9,5%-ით,

III ჯგუფში 12,1%-ით, IV ჯგუფში 12,4%-ით. (იხ. ცხრილი I და დიაგრამა 1).

ვინაიდან III და IV ჯგუფებში მსგავსი შედეგები დარეგისტრირდა, დროითი პარამეტრების გათვალისწინებით დაკვირვება ჩატარდა II და III ჯგუფებში.

ჩატარებული ფარმაკოკინეტიკისა და წყალწყალა ნამის ანტიოქსიდანტური აქტივობის შესწავლის საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ პრეპარატის „დავიკოლი“ ინსტილაციიდან 15 წუთში აღინიშნება წინა საკნის ნაშში, სადაც მისი ერთჯერადი ინსტილაციის შემთხვევაში ვლინდება კონტროლთან შედარებით 9,5%-ით მაღალი აოა, ხოლო სამჯერადი ინსტილაციისას აოა შეადგენს 12,1%. 30 წუთის შემდეგ ანტიოქსიდანტური აქტივობა თითქმის 1/3-ით მატულობს ორივე ჯგუფში. II ჯგუფში აოა-ის ზრდის ტენდენცია შენარჩუნებულია 60 წუთამდე, როდესაც III ჯგუფში იგივე დინამიკა აღინიშნება 90 წუთამდე (აოა — 21,4%). აოა-ის შედარებით სტაბილური მაჩვენებლები აღინიშნება ერთჯერადი ინსტილაციის შემთხვევაში 60 და 90 წუთამდე და შეადგენს 18,2% - 18%. ხოლო სამჯერადი ინსტილაციის შემთხვევაში წყალწყალა ნამის მაღალი მაჩვენებლების შენარჩუნება ხდება 60-დან 120წმ-მდე, საკონტროლოთან შედარებით შემდეგი მაჩვენებლების ფარგლებში: 20,6% - 21,4% - 19%. II ჯგუფში წყალწყალა ნამის აოა-ის შემცირება დარეგისტრირდა 120 წუთისთვის, რომელიც 180 წუთისათვის უბრუნდება საკონტროლოს მაჩვენებლებს. რაც შეეხება III ჯგუფს, აქ 120 წუთზე აღინიშნება აოა-ის კონტროლთან შედარებით დაქვეითება, ხოლო 150 წუთიდან 180 წუთამდე მაჩვენებლების შენარჩუნება აღინიშნება. რის შემდეგაც წყალწყალა ნამის აოა მცირდება და 240 წუთისათვის უბრუნდება საწყის მაჩვენებლებს (ცხრილი 2, დიაგრამა 2).

ცხრილი 2

პრეპარატ „დავიკოლის“ დინამიური ინსტილაციის გაულენა ბოცვრების წინა საკნის ნამის აოა-ზე

დრო	15 წმ	30 წმ	60 წმ	90 წმ	120 წმ	150 წმ	180 წმ	210 წმ	240 წმ
II ჯგ	9%	16,4%	18,2%	18%	15%	11%	2,6%		
III ჯგ	11,6%	18,5%	20,6%	21,4%	19%	16,6%	17%	8,7%	2%

p<0.05

ცხრილი 1

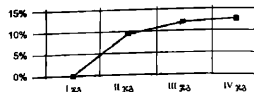
წყალწყალა ნამის აოა-ის მაჩვენებლები საკვლევი ჯგუფებში „დავიკოლის“ ინსტილაციიდან 15 წუთის შემდეგ

	15 წუთი
II ჯგუფი Ix ინსტილაცია	9,5%
III ჯგუფი 3x ინსტილაცია I დღე	12,1%
IV ჯგუფი 3x ინსტილაცია 20 დღე	12,4%

p<0.05

დიაგრამა 1.

წყალწყალა ნამის აოა-ის მაჩვენებლები I, II, III და IV ჯგუფებში ინსტილაციიდან 15 წუთის შემდეგ.



დიაგრამა 2.

პრეპარატ „დავიკოლის“ დინამიური ინსტილაციის გაულენა ბოცვრების წინა საკნის ნამის აოა-ზე.



აღნიშნული ჯგუფების შედარების საფუძველზე გამოიკვეთა სამჯერადი ინსტილაციის უპირატესობა, რაც გამოიხატება იმაში, რომ უკვე 15 წუთის შემდეგ აქ აღინიშნება აოა-ის 1/3-ით უფრო მაღალი მაჩვენებელი, ასეთივე სხვაობა აღინიშნება კვლევის მთელ პერიოდში.

7. Филипова И.А. Применение ультрафиолетовых имплантатов в пластической офтальмохирургии. // Дисс. канд. мед. наук. - М. - 1994 - 147С.

Shengetia D., Karanadze N., Baliazhvili V., Tkebuchava K.

THE USE OF FOAM-COMPOSITION IMPLANT AFTER EVISCERATION OF THE EYEBALL.

TSMU, Department of Eye Diseases

Today, there are still several serious and potentially blinding eye diseases that lack adequate and effective treatment. These potentially blinding eye conditions include traumatic damages of the eye leading to the eyeball loss. For successful eye prosthesis in ophthalmology several implants are used to reach cosmetic effect and avoid psychological discomfort for the patients.

Purpose: The use of foam-composition implant after evisceration of an eyeball.

Methods: The investigations were conducted on chin-chilla rabbits. We used foam-composition as an implant. Average implant size was a disc of 5x5 mm. For one eye we used 7-8 gel-form implants. The duration of the study lasted three months.

Results: No cases of implant rejection occurred during the observation. Our original implant technique appeared safe. Hence, the obtained data confirm the clinical utility of foam composition.

შენგელია დ., ბაკურიძე ა., კარანაძე ნ., ბალიაშვილი ვ., ტეხუჩავა კ.

წყალწყალა ნაშის ანტიოქსიდანტური აქტივობის კვლევა „დაპიკრილის“ ინსტილაციისას

თსსა-ის თბილის სნაფლავათა დეპარტამენტი, ფარმაცეპულ ტაბოლოგიათა დეპარტამენტი.

მსოფლიოში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ქსოვილების ჰიპეროქსიდაციის უარყოფით გავლენას უჯრედებსა და ქსოვილებზე. რის შედეგადაც მატულობს ზეფანგვიით პროცესების შედეგად მიღებული თავისუფალი რადიკალების კონცენტრაცია. თავისუფალი რადიკალების ორგანიზმში მოქმედებას აკონტროლებს ეგზოგენური და ენდოგენური ანტიოქსიდანტები, აგრეთვე ფერმენტული ანტიოქსიდანტური სისტემები. რეგულაციის სისტემის დარღვევას კი მიყვავართ უჯრედებისა და ქსოვილების შეუქცევადი დაზიანებისაკენ, რის საბოლოო შედეგს წარმოადგენს ორგანიზმისა და მთლიანად ორგანიზმის დაბერება. [1,2]

ამ კასკადური მექანიზმის შესარჩებლად სულ უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პრეპარატების ჯგუფს, რომელიც უჯრედულ დონეზე ამცირებს ჰიპეროქსიდაციის პროცესს და ამით იცავს უჯრედებს

შემდგომი დაზიანებისაკენ. ამ ჯგუფს ანტიოქსიდანტები ეწოდება. [7]

არსებობს ბუნებრივი და სინთეზური წარმოშობის ანტიოქსიდანტები.

ბუნებრივი ანტიოქსიდანტებს ვხვდებით მცენარეული და ცხოველური წარმოშობის ნედლეულში. ხშირ შემთხვევაში ისინი გვხვდება საკვებ პროდუქტებში.

საყოველთაოდ ცნობილია თაფლის სამკურნალო თვისებები, რომელშიც წარმოდგენილია თამაშობს ამ პროდუქტის ანტიოქსიდანტური გავლენა ქსოვილებზე. თაფლს დიდი ხანია იყენებენ ამიცივის სხვადასხვა სფეროში, მიუხედავად მისა თაფლის პროდუქტი საინსტილაციო ფორმით ჯერ არ ყოფილა წარმოდგენილი. დღეს შესაძლებელია ემპირიულად გამოცდილი ნედლეული მომზადებისთვის შეთავაზებულნი იყოს ისეთი ფორმით, როდესაც დაცული იქნება პრეპარატის წარმოების ყველა ფარმაცოლოგიური პირობა. სწორედ ამ კვლევების ნაწილს წარმოადგენს აღნიშნული შრომა.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორების დ. შენგელიას და ა. ბაკურიძის ხელმძღვანელობით ნატურალური თაფლიდან იქნა მიღებული ანტიოქსიდანტური აქტივობის ფრაქცია, რომლის ბაზაზეც მომზადდა თაფლის ნეფთები - დავიკოლი. (გამოგონების პრიორიტეტი #AP2007-8750. 20.04.07-დან, ავტორები შენგელია დ., ბაკურიძე ა.)

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა წყალწყალა ნაშის ანტიოქსიდანტური აქტივობის განსაზღვრა თვალის ნეფთებში „დავიკოლის“ ინსტილაციის შემდეგ.

მასალა და მეთოდები. წყალწყალა ნაშის ანტიოქსიდანტური აქტივობის (აოა) შესწავლა ზორცილებდებოდა ე.წ. „შემზოჭველების“ გამოყენებით (ინგლისურენოვან ლიტერატურაში მიღებული ტერმინი - „სკვენგერ“). მეთოდთა ეფუძნება ანტიოქსიდანტის ურთიერთქმედებას თავისუფალ რადიკალთან - 1,1-დიფენილ-2-პიკრილიდრაზილის (1,1-Diphenyl-2-picrylhydrazyl - DPPH) [194,195,268]. აღნიშნული ინჰიბიტორული მოქმედების პრინციპი შემდგომში მდგომარეობს: ანტიოქსიდანტა ახდენს DPPH-ის რადიკალების შებოჭვას. იმის მიხედვით, თუ რა რაოდენობით თავისუფალი რადიკალი განეიტრატადა, ისაზღვერება საკვლევი ობიექტის ანტიოქსიდანტური აქტივობა. [4, 5,3,6].

მიღებული ობიექტი (წყალწყალა ნაში) 0.2 მლ. ემატებოდა DPPH-ის შემცველ კიუვეტაში (2,4 მგ. DPPH/100მლ. ეთილის სპირტზე), რომელიც ივსებოდა 5 მლ. -მდე. ამ პირობებში ვაყოფნობით 20 წუთის, რის შემდეგაც ხდებოდა ობიექტის ოპტიკური სიმკვრივის სპექტროფოტომეტრიული გამოკვლევა (Shimadzu, UV-1601PC იაპონია).

სპექტროფოტომეტრიულად 517 ნმ-ის სიგრძის ტალღაზე DPPH-ს სწნარს გააჩნია აბსორბციის მაქსიმუმი, თავისთვის დამახასიათებელი ოპტიკური შთანთქმის მაქსიმუმით (0.517). სწორედ ამ მარეგენბლის ცვლილებით შეგვიძლია ვიმსჯელოთ საკვლევი ობიექტში თავისუფალი რადიკალების დაკლებაზე. ოპტიკური სიმკვრივის მახასიათებლის დაკლება მიუ-

თითვე საკვლევი ობიექტის მიერ თავისუფალი რადიკალების შებოჭვაზე, ხოლო რაც უფრო მეტად მოხდა ეს ცვლილება, მით მეტი თავისუფალი რადიკალების შებოჭვა მოხდა. მონაცემები ჩაისხება შესაბამის ფორმულაში:

$$X = \frac{D-d}{D} \cdot 100$$

D - საკონტროლო ობიექტი,

d - საკვლევი ობიექტი.

რის შედეგად შეესაძლებელია საკვლევი ობიექტის ანტიოქსიდანტური აქტივობის (თავისუფალი რადიკალების შებოჭვის უნარის) განსაზღვრა პროცენტებში.

ბოცერები დაიყენენ 4 ჯგუფად:

I ჯგუფი წარმოადგენდა საკონტროლო ჯგუფს;

II ჯგუფში მოხდა პრეპარატ „დავიკოლის“ ერთჯერადი ინსტილაცია;

III ჯგუფში განხორციელდა 3 ჯერადი ინსტილაცია 1 დღის განმავლობაში;

IV ჯგუფში ჩატარებული იყო ყოველდღიური 3 ჯერადი ინსტილაცია 20 დღის განმავლობაში.

თითვე ჯგუფში წყალწყალა ნამის აღება ხდებოდა ერთჯერადად ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ (Sol. Tetracaini 1%), პარაცეტეზის გზით, ინსტილაციიდან 15 წუთის შემდეგ. ხოლო II და III ჯგუფებში დამატებით 30, 60, 90, 120, 150, 180, 210 და 240 წუთის შემდეგ. სპეტროფოტომეტრიულად მიღებული ობიექტების ოპტიკური სიმკვრივების მაჩვენებლები სპატრიტკურად დამუშავებულია და ხარზმუნა.

შედეგები იხილეთ ბანსაზ. პრეპარატ „დავიკოლის“ ინსტილაციისას წყალწყალა ნამის ანტიოქსიდანტური აქტივობის განსაზღვრის შედეგების საფუძველზე აღდგინდა, რომ ინტაქტური ბოცერების წყალწყალა ნამის ანტიოქსიდანტური აქტივობა (აოა) შეადგენს 27%.

საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით I ჯგუფში წყალწყალა ნამის ანტიოქსიდანტური აქტივობა მოიმატა საშუალოდ 9,5%-ით,

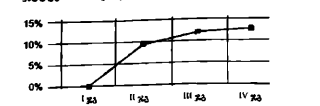
III ჯგუფში 12,1%-ით, IV ჯგუფში 12,4%-ით. (იხ. ცხრილი I და დიაგრამა I).

ცხრილი I
წყალწყალა ნამის აოა-ის მაჩვენებლები საკვლევი ჯგუფებში „დავიკოლის“ ინსტილაციიდან 15 წუთის შემდეგ

	15 წუთი
II ჯგუფი 1x ინსტილაცია	9,5%
III ჯგუფი 3x ინსტილაცია 1 დღე	12,1%
IV ჯგუფი 3x ინსტილაცია 20 დღე	12,4%

p<0,05

დიაგრამა I.
წყალწყალა ნამის აოა-ის მაჩვენებლები I, II, III და IV ჯგუფებში ინსტილაციიდან 15 წუთის შემდეგ.



ვინაიდან III და IV ჯგუფებში მსგავსი შედეგები დარეგისტრირდა, დროითი პარამეტრების გათვალისწინებით დაკვირვება ჩატარდა II და III ჯგუფებში.

ჩატარებული ფარმაკოკინეტიკისა და წყალწყალა ნამის ანტიოქსიდანტური აქტივობის შესწავლის საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ პრეპარატი „დავიკოლი“ ინსტილაციიდან 15 წუთში აღინიშნება წინასაყნის ნაშში, სადაც მისი ერთჯერადი ინსტილაციის შემთხვევაში ვლინდება კონტროლთან შედარებით 9,5%-ით მაღალი აოა, ხოლო სამჯერადი ინსტილაციისას აოა შეადგენს 12,1%. 30 წუთის შემდეგ ანტიოქსიდანტური აქტივობა თითქმის 1/3-ით უტყულებს ორივე ჯგუფში. II ჯგუფში აოა-ის ზრდის ტენდენცია შენარჩუნებულია 60 წუთამდე, როდესაც III ჯგუფში იგივე დინამიკა აღინიშნება 90 წუთამდე (აოა — 21,4%). აოა-ის შედარებით სტაბილური მაჩვენებლები აღინიშნება ერთჯერადი ინსტილაციის შემთხვევაში 60 და 90 წუთამდე და შეადგენს 18,2% - 18%. ხოლო სამჯერადი ინსტილაციის შემთხვევაში წყალწყალა ნამის მაღალი მაჩვენებლების შენარჩუნება ხდება 60-დან 120წთ.-მდე, საკონტროლოსთან შედარებით შემდეგი მაჩვენებლების ფარგლებში: 20,6% - 21,4% - 19%. II ჯგუფში წყალწყალა ნამის აოა-ის შემცირება დარეგისტრირდა 120 წუთისთვის, რომელიც 180 წუთისათვის უზრუნველბა საკონტროლოს მაჩვენებლებს. რაც შეეხება III ჯგუფს, აქ 120 წუთზე აღინიშნება აოა-ის კონტროლთან შედარებით დაქვეითება, ხოლო 150 წუთიდან 180 წუთამდე მაჩვენებლების შენარჩუნება აღინიშნება. რის შემდეგ წყალწყალა ნამის აოა მცირდება და 240 წუთისათვის უზრუნველბა საყნის მაჩვენებლებს (ცხრილი 2, დიაგრამა 2).

ცხრილი 2
პრეპარატ „დავიკოლის“ დინამიური ინსტილაციის გაკლენა ბოცერების წინასაყნის ნამის აოა-ზე:

დრო	15 წთ	30 წთ	60 წთ	90 წთ	120 წთ	150 წთ	180 წთ	210 წთ	240 წთ
II ჯგ	9%	16,4%	18,2%	18%	15%	11%	2,6%		
III ჯგ	11,6%	18,5%	20,6%	21,4%	19%	16,6%	17%	8,7%	2%

p<0.05

დიაგრამა 2.
პრეპარატ „დავიკოლის“ დინამიური ინსტილაციის გაკლენა ბოცერების წინასაყნის ნამის აოა-ზე.



აღინიშნული ჯგუფების შედარების საფუძველზე გამოიკვეთა სამჯერადი ინსტილაციის უპირატესობა, რაც გამოიხატება იმაში, რომ უკვე 15 წუთის შემდეგ აქ აღინიშნება აოა-ის 1/3-ით უფრო მაღალი მაჩვენებელი, ასეთივე სხვაობა აღინიშნება კვლევის მთელ პერიოდში.

ორივე ჯგუფში აღასნიშნავია პრეპარატ „დავიკოლის“ საკმაოდ ხანგრძლივი აოა-ის გამოვლენა. ეს საკარაუდოდ დაკავშირებულია პრეპარატის კუმულირებული სისხლძარღვოვანი გარსში (ფერად გარსში 30 წუთზე აღინიშნება პრეპარატის 42%, ხოლო ცილიარულ სხეულში 23.5%). საიდანაც ცილიარული სხეულიდან წყალნაყალი ნაშის პროდუქციასთან ერთად ხდება ამ უკანასკნელის მეორადად გამდიდრება. სწორედ ამით შეიძლება აიხსნას პრეპარატის პროლონგირებული ეფექტი III ჯგუფში.

პრეკლინიკური კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, თვალის სხეულში „დავიკოლი“ შეიძლება რეკომენდებული იყოს ყოველდღიური სამჯერადი ინსტილაციის სახით, მკურნალობის ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

ლიტერატურა

1. Barinaga M. Neurotrophic factors enter the clinic. Science 1994; 264: 772-774. U.S.A.
2. Harman, D. Aging: AQ theory based on free radical and radiation chemistry. J. Gerontol< 1956, 11:298-300.
3. MERCK INDEX 11. vyd. 1996. NewYork
4. SURRE K.: Physiology 39, 1964, s. 65
5. SNONE, I., GRAY P.P.: Walerstein Lab. Comm. 19, 1956, s.287
6. SAVEL, J., ZDVIHALOVA, D., PROKOPOVA, M.I Kvasny Prun. 43,1997, s. 233
7. Круткихова КЕ, Шипшова ЛН. «Общие представления о механизме действия антиоксидантов». Сб. науч. статей «Исследования синтетических и природных антиоксидантов in vitro и in vivo». Москва, Наука, 1992, с.5-8.

Shengelia D., Bakuridze A., Karanadze N., Belashvili V., Berashvili D., Jokhadze M.

INVESTIGATION OF ANTIOXIDANT ACTIVITY OF AQUEOUS HUMOR AFTER INSTILLATION OF "DAVIKOL".

TSMU, Department of eye diseases, Department of pharmaceutical technology

Antioxidants, scavenge free radicals, and therefore are a special group of nutritional supplements. They are special because they play an important role in protecting the body from the formation of very dangerous substances referred to as free radicals.

It is very important to find pharmacological means to correct this process using antioxidants.

To create a new drug it is necessary to conduct a wide range of investigations, such as preclinical and clinical tests. In this field preclinical study of pharmacological action of medicines, conducted in vitro and in vivo condition will allow their wide use in clinical practice.

Antioxidant eye-drops "Davikol" for pharmacological purposes has been developed by Professors: ophthalmologist D. Shengelia and pharmacist A. Bakuridze.

Our purpose was investigation of antioxidant activity of aqueous humor, after instillation of "Davikol".

Materials and methods: Investigations have been conducted through evidence based medicine. The ocular effects of the eye-drops, have been measured in healthy chin-chilla rabbits. The results of spectrophotometry were statistically handled.

Results and conclusions: The present study suggests, that antioxidant activity of aqueous humor, observed in the intact rabbits after instillation of "Davikol" accounts for 27%, as compared with that of the control group having received single instillation and demonstrating AOA increase, on average by 9.5%, however the results of thrice-repeated instillation for 1-20-day period equal 12.1%-12.4%.

The dynamics of increase in antioxidant activity after a single instillation of "Davikol" was maintained for 180m-s, maximum results were obtained from 60 to 90minutes in 8.2% with subsequent decrease up to the results received in the control group. With thrice-repeated instillation for 20-day period AOA increased in 240m-s with maximum results from 60 to 120m-s in 21.4%.

Preclinical study of long-term "Davikol" application demonstrates its clinical utility in a wide spectrum of eye disorders.

შონა ნ. საყვარელიძე ზ. ბაქრაძემ.

კალციმინის გამოყენების უშედეგო გენერალური ზეგავლენის პაროდონტიის კომპლექსურ მკურნალობაში

თსუ მრთობიერი სტომატოლოგიის დეპარტამენტი

პაროდონტი არის კბილის ირვლევი მდებარე ქსოვილთა კომპლექსი, რომელთაც აქვთ გენეტიკური და ფუნქციონალური მსგავსება. მის შემადგენლობაში მოიაზრება ღრძილი, ძვლისსაზრდელა, ძვალი და პეროდონტი. პაროდონტის ქსოვილთან ერთად განიხილვენ კბილსაც, როგორც ერთიან ფუნქციონალურ და მორფოლოგიურ სისტემას. ამ სისტემის ერთ-ერთი ელემენტის დაზიანებაც ზეგავლენას ახდენს კბილის ფუნქციაზე.

პაროდონტიის ქსოვილთა დაავადებები მიეკუთვნება იმ დაავადებათა რიცხვს, რომლებიც უძველესი დროიდანაა ცნობილი. ცივილიზაციის პროგრესთან ერთად ამ დაავადებათა სიხშირემ მკვეთრად იმატა. თუ გაითვალისწინებთ დაავადების წარმოშობის ფაქტორთა მრავალფეროვნებას და ამ პათოლოგიის გავრცელების მასშტაბებს, მაშინ ნათელი გახდება თუ რამდენად აქტუალურია პაროდონტის დაავადებათა კომპლექსური მკურნალობის პრობლემა.

პაროდონტიის წარმოადგენს პაროდონტის დაავადების დამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ფორმას, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ლოკალურად 1 ან რამდენიმე კბილის მიდამოში ან გამომვლავნდეს გენერალიზებული ფორმით.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილია ძვალი (ალვეოლური ნაწილი) და სწორედ მას

ნიჭება განსაკუთრებული მნიშვნელობა, რადგან ენერგოზოგადი პაროდონტიკის დროს ადგილი ქვს ძელოვანი ქსოვილის მკვეთრ კლებას. ექიმი-სტომატოლოგის მთავარ ამოცანას კი წარმოადგენს სისინ რეგულაციის შენელება, რათა თავიდან იქნას აცილებული კბილების მორყევა და მისი დეკარგვა. ამიტომაც სტომატოლოგები სულ უფრო მეტ ყურადღებას ჩვენნი ოსტეოპოროზის პრობლემაშიაღნიშნავენ.

10-15 წ-ის წინ სექტიკურად უყურებდნენ ოსტეოპოროზული თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობას პროდონტიკის პათოლოგიის დროს. ბოლო 2-3 წლის ანტილ ზე კ სტომატოლოგების მიერ აქტიურად გაიზიარება საკითხები ძელოვანი ქსოვილისა და ალვეოლური ნაწარმის ფუნქციურ-სტრუქტურული ერთეულებიდან მომდებარებული შესახებ.

სისტემური ოსტეოპოროზისა და გენერალიზებული პაროდონტიკის პათოგენეზი მსგავსია. ამ დროს ადგილი აქვს ალვეოლური ნაწარმის ძელოვანი ქსოვილის მეტაბოლიზმის დაარღვევას - რაც გამოიხატება: ოსტეოკლასტების აქტივაციით, ძელოვანი ქსოვილის მინერალიზაციისა და კოლაგენის სინთეზის ეფერებებით, ძელის რეზორბციით, გლიკოზამინოგლიკანებისა და პროტეოგლიკანების პოლიმეროზაციით, კბილთაშუა ძვლებების დესტრუქციით.

ამ და სხვა დარღვევების კორექციისათვის აუცილებელია სპეციალური კომბინირებული ოსტეოტროფული პრეპარატები, რომელთა გამოყენებაც სტომატოლოგიაში მეტად აქტუალურია. ეს არის რეპარატები, რომელთა შემადგენლობაშიც შედის ალციუმო, ვიტამინი D და ოსტეოხონდროპოროტიკური ელემენტები. სწორედ ასეთ პრეპარატებს ანეკუთვნება „კალციმინი“ (შნარმოებული Sagmel შშ) მის შემადგენლობაში შედის:

კალციუმის ფიზიოლოგიური მარილები:	842მგ + 202 მგ = 2500მგ
ციტრატე-კარბონატი იონიზირებული კალციუმი	50 სგ
ვიტამინი D ₂	2 მგ
თუთია	50 მკგ
ბორი	0.5 მგ
სპილენძი	0.5 მგ
მანგანუმი	0.5 მგ
მაგნიუმი	-

ვითვალისწინებდით რა გენერალიზებული პაროდონტიკის დროს პაროდონტიკის ქსოვილში მიმდინარე პათო-ფიზიოლოგიური პროცესების კანონზომიერებას. მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდის მიზნით ჩვენ ამ დაავადების მქონე პაციენტთა კომპლექსური მკურნალობის სქემაში ჩავრთეთ კალციმინი.

სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებათა კომპლექსი პირობითად დაფუძვით სამ ეტაპად. ყოველ ეტაპზე დასახული გეგმონდა გარკვეული მიზანი, რომელიც მიიღწეოდა თერაპიული, ორთოპედიული და ქირურგიული მკურნალობის კომპლექსური მეთოდით.

ჩვენი დავიერებების ქვეშ იმყოფებოდა 28-დან 50წ-მდე ასაკის 20 პაციენტი, რომელთაც ალენისმენობა და I და II ხარისხის სიმძიმის გენერალიზებული პაროდონტიკი. ყველა პაციენტი უტარებოდა გამოკვლევა ერთი სქემით, რომელიც მოიცავდა კვლევის კლინიკურ მეთოდებს, ალვეოლარული ძელის რენტგენოგრაფიას, პოგიურული ინდექსისა (OHI-S) და გინგივიტის ინდექსის (პაპილარ-მარგინალურ-ალვეოლარული ინდექსი PMA) განსაზღვრას, პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის ფუნქციონალური მდგომარეობის დადგენას, რაც ფასდებოდა პერიფერიული

ცხრილი 1
პაროდონტიკის ქსოვილთა მდგომარეობის და პირის ღრუს პიგივის შეფასება ინდექსებით დინამიკაში პაციენტთა მკურნალობის პროცესში

ინდექსები	ჯგუფები	დაკვირვების ვადები მკურნალობამდე	4 თვის შემდეგ	6 თვის შემდეგ
OHI-S	ძირითადი	2,9	2,1	1,8
	საკონტროლო	2,9	2,45	2,15
PMA	ძირითადი	31,8	29,6	21,5
	საკონტროლო	31,8	30,5	25,5
IITK	ძირითადი	46	51	58
	საკონტროლო	46	49	52

ცხრილი 2
პირის ღრუს და პაროდონტიკის ქსოვილთა მდგომარეობის შეფასება დინამიკაში

ჯგუფები	ვადები	პაციენტების პიგივის კორექცია	რაოდენობა პიგივირ. მკურნ.	რომლებიც კომპლექს. მკურნ.	არესტორუბა	პაციენტების საერთო რაოდ.
		საკონტროლო	2 თვის შემდგომ	4	-	-
ჯგუფი	4 თვის შემდგომ	2	2	-	6	10
	6 თვის შემდგომ	-	4	2	4	10
	ძირითადი	2 თვის შემდგომ	-	-	-	10
ჯგუფი	4 თვის შემდგომ	-	-	-	5	10
	6 თვის შემდგომ	-	2	-	8	10

ორივე ჯგუფში აღინიშნა პრეპარატ „დავიკოლის“ საკმაოდ ხანგრძლივი აოა-ის გამოვლენა. ეს სავარაუდოდ დაკავშირებულია პრეპარატის კუმულაციით სისხლძარღვოვან გარსში (ფერად გარსში 30 წუთზე აღინიშნება პრეპარატის 42%, ხოლო ცილი-არულ სხეულში 23.5%). საიდანაც ცილიარული სხეულიდან წყალწყალა ნაშის პროდუქციასთან ერთად ხდება ამ უკანასკნელის მეორეადად გამოვლენა. სწორედ ამით შეიძლება აიხსნას პრეპარატის პრო-ლონგირებული ეფექტი III ჯგუფში.

პრეკლინიკური კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, თვალის ნეირობიოქიმიკოსებში შეიძლება რეკომენდებული იყოს ყოველდღიური სამჯერადი ინსტილაციის სახით, მკურნალობის ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

ლიტერატურა

1. Barinaga M. Neurotrophic factors enter the clinic. Science 1994; 264: 772-774. U.S.A.
2. Harman, D. Aging: AQ theory based on free radical and radiation chemistry. J. Gerontol 1956, 11:298-300.
3. MERCK INDEX 11 .vyd. 1996. NewYork
4. SURRE K. Physiology 39, 1964, s. 65
5. SNONE, I., GRAY P.P.: Walerstein Lab. Comm. 19, 1956, s.287
6. SAVEL, J., ZDVIHALOVA, D., PROKOPOVA, M. I Kvasny Prum. 43,1997, s. 233
7. Круткихова КЕ, Шиликина ЛН. «Общие представления о механизме действия антиоксидантов». Сб. научн. статей «Исследования синтетических и природных антиоксидантов in vitro и in vivo». Москва, Наука, 1992, с.5-8.

Shengelia D., Bakuridze A., Karanadze N., Baliashvili V., Berashvili D., Jokhadze M.

INVESTIGATION OF ANTIOXIDANT ACTIVITY OF QUEOUS HUMOR AFTER INSTILLATION OF "DAVIKOL".

TSMU, Department of eye diseases, Department of pharmaceutical technology

Antioxidants, scavenge free radicals, and therefore are a special group of nutritional supplements. They are special because they play an important role in protecting the body from the formation of very dangerous substances referred to as free radicals.

It is very important to find pharmacological means to correct this process using antioxidants.

To create a new drug it is necessary to conduct a wide range of investigations, such as preclinical and clinical tests. In this field preclinical study of pharmacological action of medicines, conducted in vitro and in vivo condition will allow their wide use in clinical practice.

Antioxidant eye-drops "Davikol" for pharmacological purposes has been developed by Professors: ophthalmologist D. Shengelia and pharmacist A. Bakuridze.

Our purpose was investigation of antioxidant activity of aqueous humor, after instillation of "Davikol".

Materials and methods: Investigations have been conducted through evidence based medicine. The ocular effects of the eye-drops, have been measured in healthy chinchilla rabbits. The results of spectrophotometry were statistically handled.

Results and conclusions: The present study suggests, that antioxidant activity of aqueous humor, observed in the intact rabbits after instillation of "Davikol" accounts for 27%, as compared with that of the control group having received single instillation and demonstrating AOA increase, on average by 9.5%, however the results of thrice-repeated instillation for 1-20-day period equal 12.1%-12.4%.

The dynamics of increase in antioxidant activity after a single instillation of "Davikol" was maintained for 180m-s, maximum results were obtained from 60 to 90minutes in 8.2% with subsequent decrease up to the results received in the control group. With thrice-repeated instillation for 20-day period AOA increased in 240m-s with maximum results from 60 to 120m-s in 21.4%.

Preclinical study of long-term "Davikol" application demonstrates its clinical utility in a wide spectrum of eye disorders.

შონია ნ. საყვარელიძე ზ. ბაქრაძე მ.

კალციუმის გამყვანების ეფექტურობა გენერალიზებული პაროდონტიის კომპლექსურ მკურნალობაში

თსუთს უნივერსიტეტი, სტომატოლოგიის დეპარტამენტი

პაროდონტი არის კბილის ირგვლივ მდებარე ქსოვილთა კომპლექსი, რომელთაც აქვთ გენეტიკური და ფუნქციონალური მსგავსება. მის შემადგენლობაში მოიაზრება ღრძილი, ძვლისაზრდველი, ძვალი და პერიოდონტი. პაროდონტის ქსოვილთან ერთად განიხილვენ კბილსაც, როგორც ერთიან ფუნქციონალურ და მორფოლოგიურ სისტემას. ამ სისტემის ერთ-ერთი ელემენტის დაზიანებაც ზეგავლენას ახდენს კბილის ფუნქციაზე.

პაროდონტის ქსოვილთა დაავადებები მიეკუთვნება იმ დაავადებათა რიცხვს, რომლებიც უძველესი დროიდანაა ცნობილი. ცივილიზაციის პროგრესთან ერთად ამ დაავადებათა სიხშირემ მკვეთრად იმატა. თუ გავითვალისწინებთ დაავადების წარმოშობა ფაქტორთა მრავალფეროვნებას და ამ პათოლოგიის გავრცელების მასშტაბებს, მაშინ ნათელი გახდება თუ რამდენად აქტუალურია პაროდონტის დაავადებათა კომპლექსური მკურნალობის პრობლემა.

პაროდონტიკური წარმოადგენს პაროდონტის დაავადების დამოუკიდებელ ნოზოლოგიურ ფორმას, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ლოკალურად ან რამდენიმე კბილის მიდამოში ან გამოვლენდეს გენერალიზებული ფორმით.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ პაროდონტის ქსოვილთა კომპლექსის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილია ძვალი (ალვეოლური წანაზარდი) და სწორედ მას

ენიჭება განსაკუთრებული მნიშვნელობა, რადგან გენერალიზებული პაროდონტიტის დროს ადგილი აქვს ძვლოვანი ქსოვილის მკვეთრ კლებას. ექიმი-სტომატოლოგის მთავარ ამოცანას ქი წარმოადგენს მისი რღვევის შენელება, რათა თავიდან იქნას აცილებული კბილების მორყევა და მისი დაკარგვა. ამიტომაც სტომატოლოგები სულ უფრო მეტ ყურადღებას იჩენენ ოსტეოპოროზის პრობლემისადმი.

10-15 წ-ის წინ სკეპტიკურად უყურებდნენ ოსტეოტროპული თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობას პაროდონტის პათოლოგიის დროს. ბოლო 2-3 წლის მანძილზე კი სტომატოლოგების მიერ აქტიურად განიხილება საკითხები ძვლოვანი ქსოვილისა და ალვეოლური ნანაზარდის ფუნქციურ-სტრუქტურული ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ.

სისტემური ოსტეოპოროზისა და გენერალიზებული პაროდონტიტის პათოგენეზი მსგავსია. ამ დროს ადგილი აქვს ალვეოლური ნანაზარდის ძვლოვანი ქსოვილის მეტაბოლიზმის დარღვევას – რაც გამოიხატება: ოსტეოკლასტების აქტივაციით, ძვლოვანი ქსოვილის მინერალიზაციისა და კოლაგენის სინთეზის შეფერხებით, ძვლის რეზორბციით, გლიკოზამინოგლიკანებისა და პროტეოგლიკანების პოლიმერიზაციით, კბილთაშუა ძვადების დესტრუქციით.

ამ და სხვა დარღვევების კორექციისათვის აუცილებელია სპეციალური კომბინირებული ოსტეოტროპული პრეპარატები, რომელთა გამოყენებაც სტომატოლოგიაში შეტად აქტუალურია. ეს არის პრეპარატები, რომელთა შემადგენლობაშიც შედის კალციუმი, ვიტამინი D და ოსტეოხონდროპროტექტორული ელემენტები. სწორედ ასეთ პრეპარატებს განეკუთვნება „კალციმინი“ (მწარმოებელი Sagmel აშშ) მის შემადგენლობაში შედის:

კალციუმის ფიზიოლოგიური მარილები:	842მგ + 202 მგ = 2508მგ
ვიტარტე+კარბონატი იონიზირებული კალციუმი D ₂ ვიტამინი	50 სუ
თუთია	2 მგ
ბორი	50 მკგ
სპილენძი	0.5 მგ
მანგანუმი	0.5 მგ
მაგნიუმი	-

ვითვალისწინებდით რა გენერალიზებული პაროდონტიტის დროს პაროდონტის ქსოვილში მიმდინარე პათო-ფიზიოლოგიური პროცესების კანონზომიერებას. მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდის მიზნით ჩვენ ამ დაავადების მქონე პაციენტთა კომპლექსური მკურნალობის სქემაში ჩავრთეთ კალციმინი.

სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებათა კომპლექსი პირობითად დაევაფით სამ ეტაპად. ყოველ ეტაპზე დასახული გეგმად გარკვეული მიზანი, რომელიც მიიღწეოდა თერაპიული, ორთოპედიული და ქირურგიული მკურნალობის კომპლექსური მეთოდით.

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 28-დან 506-მდე ასაკის 20 პაციენტი, რომელთაც აღენიშნებოდათ I და II ხარისხის სიმძიმის გენერალიზებული პაროდონტიტი. ყველა პაციენტს უტარებოდა გამოკვლევა ერთი სქემით, რომელიც მოიცავდა კვლევის კლინიკურ მეთოდებს, ალვეოლარული ძვლის რენტგენოგრაფიას, პიგიურული ინდექსისა (OHI-S) და გინგივიტის ინდექსის (პაპილარ-მარგინალურ-ალვეოლარული ინდექსი PMA) განსაზღვრას, პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის ფუნქციონალური მდგომარეობის დადგენას, რაც ფასდებათ პერიფერიული

ცხრილი 1
პარადონტიტის ქსოვილთა მდგომარეობის და პირის ღრუს პიგიურის შეფასება ინდექსებით დინამიკაში პაციენტთა მკურნალობის პროცესში

ინდექსები	ჯგუფები	დაკვირვების ვადები მკურნალობამდე	4 თვის შემდეგ	6 თვის შემდეგ
OHI-S	ძირითადი	2,9	2,1	1,8
	საკონტროლო	2,9	2,45	2,15
	საჯგუფო	31,8	29,6	21,5
PMA	ძირითადი	31,8	30,5	25,5
	საკონტროლო	46	51	58
IHPK	ძირითადი	46	51	58
	საკონტროლო	46	49	52

ცხრილი 2
პირის ღრუს და პარადონტიტის ქსოვილთა მდგომარეობის შეფასება დინამიკაში

ჯგუფები	ვადები	პაციენტების პიგიურის კორექცია	რაოდენობა პრევენცია მკურნ.	რაოდენობა კომპლექსი მკურნ.	რომლებიც საჭიროებენ დახმარებას	არესაქტიურება	პაციენტების საერთო რაოდ.
საკონტროლო ჯგუფი	2 თვის შემდგომ	4	-	-	6	10	
	4 თვის შემდგომ	2	2	-	6	10	
	6 თვის შემდგომ	-	4	2	4	10	
ძირითადი ჯგუფი	2 თვის შემდგომ	-	-	-	10	10	
	4 თვის შემდგომ	-	-	-	5	10	
	6 თვის შემდგომ	-	2	-	8	10	

სისხლის მიმოქცევის ინდექსით (ИПК კულაფენ კოს მიხედვით). წინასწარი გამოკვლევის შემდეგ, (კბილეობის რენტგენოგრაფიებისა და დიაგნოსტიკური მოდელების შესწავლის საშუალებით), პაციენტებს ჩვენების მიხედვით (წაადრევი კონტრეტების არსებობისას) ვუტარებდით კბილების შერჩევით დაქობივას ჯენკელსონის მიხედვით, ტრამპული ოკლუზიის ნორმალურ ოკლუზიად გარდაქმნის მიზნით. ვახდენდით კბილების იმობილიზაციას და შემდეგ - რაციონალურ პროთეზირებას.

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ მყოფი პაციენტები დაეყავით ორ ჯგუფად - ძირითადად და საკონტროლოდ. (ითითოვე ჯგუფში 10-10 პაციენტი ექვსი ქალი და ოთხი მამაკაცი).

ძირითადი ჯგუფის პაციენტები კომპლექსური მკურნალობის პროცესში იღებდნენ კალციუმის შემდეგი სქემის მიხედვით: - მკურნალობის პირველი თვის განმავლობაში 2-2 ტაბლეტი სამჯერ დღეში ჭამამდე ან ჭამიდან 30 წთ-ის შემდეგ. ხოლო მომდევნო თვეების განმავლობაში 2-2 ტაბლეტი დღეში ორჯერ დილას და საღამოს.

პირის ღრუს ჰიგიენური მდგომარეობა მკურნალობამდე როგორც ძირითად ასევე საკონტროლო ჯგუფში შეფასდა როგორც არადაბაკამყოფილებენი, (OHI-S) ხოლო სიმპტომური გინგივიტი ორივე ჯგუფში შეფასდა, როგორც საშუალო ხარისხის სიმძიმისა (PMA). პერიფერიული სისხლძარღვებში სისხლის მიმოქცევის ფუნქციონალური მდგომარეობა ორივე ჯგუფში შეფასდა, როგორც დამაკმაყოფილებელი (ცხრილი 1).

მკურნალობის შედეგები ფასდებოდა 2; 4; 6 თვის შემდეგ. (დაკვირვება გრძელდება).

მკურნალობა როგორც ძირითადი ასევე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებს უტარდებოდათ პაროდონტის ქსოვილებში ანთებით-დესტრუქციული პროცესის სურველი კლინიკურ სტაბილიზაციამდე. ყველა პაციენტს შევუდგინეთ პირის ღრუს ჰიგიენის ინდივიდუალური პროგრამა.

სარეაბილიტაციო ღონისძიებათა პირველ ეტაპზე ხდებოდა პირის პროფესიონალური ჰიგიენა - პათოლოგიური ჯიბეების კიურეტაჟი ფესვების მექანიკური დაბამშავება და პოლირება. ქსოვილთა ანთების საწინააღმდეგო და პაროდონტალური ანტიბიოტიკების ანტიბაქტერიული თერაპია. ამ ეტაპის ხანგრძლივობა შეადგენდა 10-14 დღეს.

პარალელურად პაციენტებს ენიშნებოდათ სპეციალური კომბინირებული ოსტეოტროპული პრეპარატი - კალციმინი - ზემოთ მოცემული სქემის მიხედვით.

II ხარისხის სიმძიმის გენერალიზებული პაროდონტიტის მქონე პაციენტთა მორყეული კბილები პაროდონტალური ჯიბეების ეფექტური კიურეტაჟის მიზნით ქვემდებარებოდა დროებით იმობილიზაციას 2-3 კვირით მაკროლოგანი არტაპანების გამოყენებით, რომელსაც ორალური მზრიდან ვაფიქსირებდით კბილებზე ქიმიურად გამყარებადი კომპოზიციური მასალით.

ძვირადღირებული არტაპანების გამოყენება მკურნალობის ამ ეტაპზე არ არის რეკომენდირებული.

ასევე არ არის სასურველი ქირურგიული მეთოდის გამოყენება (მორყეული კბილების ექსტრაქცია). მართალია მორყეული კბილები (პაროდონტზე უმდვიე მოქმედი ჭარბი დატვირთვის გამო) ამქარებენ ძელოვანი ქსოვილის რეზორციაციას, მაგრამ ამავე დროს, ძელოვან ქსოვილში, ინვევენ რეფლექტორულ პიპერეზისას, რაც აძლევს შიშს, ამ უბანში, ნივთიერებათა ცვლას და შემდგომში ხელს უწყობს ძელოვანი ქსოვილის აღდგენას. გარდა ამისა მორყეული კბილი ხელს უწყობს გვერდითი კბილების ალვეოლური ძვირის შენარჩუნებას, რაც შემდგომში პროთეზირებისას იძლევა მათი გამოყენების საშუალებას.

მკურნალობის მეორე ეტაპზე ვახდენთ პაროდონტის ქსოვილში მეტაბოლური პროცესების ნორმალიზაციას, რეზორციაციის პროცესის ტემპის შემცირებას და რეპარაციული ოსტეოგენეზის აქტივაციას ალვეოლურ ქედსა და ზოგადად ორგანიზმში.

ამ მიზნით ვახდენთ ტრამპული ოკლუზიის, ნორმალურ ოკლუზიად გარდაქმნას (სუპრაკონტაქტების მოცილება ჯენკელსონის მიხედვით) და მორყეული კბილების შინჩინებას ხანგრძლივი დროით, იმობილიზაციისა და ლექციით ძალის გადანაწილების მიზნით. რაც ინვესს მიკროციკულაციის გაუმჯობესებას პაროდონტის ქსოვილში.

ვითვალისწინებდით რა ალვეოლარული ქედის რეპარაციული რეგენერაციის დაბალ ტემპს, არტაპანის ხმარების ვადა განისაზღვრებოდა სულ მცირე 6 თვით. შინჩინებას ქვემდებარებოდა კბილები I და II ხარისხის მორყეული, რომელთაც აღენიშნებოდათ ალვეოლური ძვირის განღვევა ფესვის სიგრძის 1/3-ზე მეტად (რენტგენოლოგიური მონაცემებით)

ძირითადი ჯგუფის პაციენტთა საერთო სამკურნალო ღონისძიებათა კომპლექსში ჩართული ვექონდა პრეპარატი - კალციმინი - რომელიც ინვესს მინერალური ცვლის ნორმალიზაციას ძელოვან ქსოვილში, ახდენს ოსტეოგენეზის სტიმულირებას და ახლად ფორმირებული ძელოვანი ქსოვილის ნორმალურ მინერალიზაციას.

სამკურნალო ღონისძიებათა კომპლექსი, როგორც ფუნქციონალური დარღვევების გამოწვევი მიზეზების, შეაბამისად არსებობს განმეორებითი გამწვავების საშიშროება და სწორედ კალციუმის პრეპარატი-კალციმინი-თავის კომბინირებული შემადგენლობით (შემადგენლობა მოცემულია ზემოთ) ადვილად შეინოვება რა წვრილი ნანალავიდან, ინაჩუნებს კალციუმის პოემოსტაზს საჭირო დონეზე.

მკურნალობის მესამე ეტაპზე ვახდენდით რაციონალურ პროთეზირებას. კბილთა მწკრივის მთლიანობის აღდგენისა და ლექციით ძალის თანაბრად გადანაწილების მიზნით. ჰორიზონტალურად მოქმედი მატრამირებელი ძალთა შემცირების მიზნით უპირატესობას ვანიჭებთ მოუხსნელ კონსტრუქციებს, რაც ახდენს რეპარაციული ოსტეოგენეზის სტიმულირებას.

მკურნალობა, როგორც ძირითადი ასევე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებს უტარდებოდათ პაროდონტის ქსოვილში ანთებითი დესტრუქციული პროცესის სრულ კლინიკურ სტაბილიზაციამდე.

2 თვის შემდეგ ჩატარებულმა საკონტროლო შემოწმებამ არ გამოავლინა კლინიკო-რენტგენოლოგიური განსხვავებები ძირითადად და საკონტროლო ჯგუფს შორის. მხოლოდ პირის ღრუს შიგნისა და პაროდონტის ქსოვილთა მდგომარეობის ჩვენს მიერ ჩატარებულმა ინდექსაციამ აჩვენა შიგნის კორექციის აუცილებლობა საკონტროლო ჯგუფის 4 პაციენტში.

4 თვის შემდეგ საკონტროლო ჯგუფის 2 პაციენტი (20%) რომელსაც უკვე ჩატარებული ჰქონდა კონსერვატორული მკურნალობა, საჭიროებდა პრევენციულ მკურნალობას, ხოლო 6 თვის შემდეგ ასეთი პაციენტი იყო 4 (40%), 2 პაციენტი კი (20%) საჭიროებდა რეციდივის სანინალმდეგო კომპლექსური მკურნალობის განმეორებით ჩატარებას.

ძირითადი ჯგუფის პაციენტთაგან, რომლებიც მკურნალობის პროცესში ღებულობდნენ კალციუმის, მხოლოდ 2-ს (20%) დასჭირდა 6 თვის შემდეგ პრევენციული მკურნალობის ჩატარება.

პერიოდონტალური მიკროსისხლძარღვების ფუნქციონალური მდგომარეობა ძირითად ჯგუფში 6 თვის შემდეგ შეფასდა როგორც „კომპენსირებული“, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში კი როგორც „დაბაკაყოფილებელი“ (ცხრილი 2).

ამგვარად, ჩვენი 6 თვიანი დაკვირვების შედეგებმა გვიჩვენა, რომ მიკროულემენტებით კომპენსირებული კრეპარატი კალციუმის გამოყენება გენერალიზებული პაროდონტიტის მქონე პაციენტთა კომპლექსურ მკურნალობაში იწვევს მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლებას, ამცირებს დაავადების გამწვავების სიხშირეს, იწვევს დისტროფიული პროცესების სტაბილიზაციას ალვეოლარულ ძვალსა და პაროდონტის ქსოვილში, ახანგრძლივებს რემისიას, რაც დასრულდება კლინიკორენტგენოლოგიური და ინდექსური შეფასებით.

ლიტერატურა:

- 1.Боровский Е.В. Иванов В.С. –Терапевтическая стоматология. Москва. Медицина - 1998 г ст 432-457
- 2.Барер Г.М. Лемещёва Т.И. –Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение –М: ВУИМ: 1996 - 84 г.г.
- 3.Поворожнюк В.В.; Мазур И.П. –Костная система и заболевания пародонта. Киев- 2005г.

N. Shonia, Z. Sakvarelidze, M. Bakradze

THE EFFECT OF UTILIZATION OF CALCEMIN IN THE COMPLEX TREATMENT OF PARODONTIT

TSU The department of orthopedy stomatology

The parodontit represents the independent disease nosology of Parodont.

When general parodontit there is sharp reduce of bone

tissue, which is provoked with all ordinal reasons, among them there are braleg of mineralization and collagene sintess of bone tissue. For all this and other abolish corections it is widely used special combined osteotropic preparations in stomatology.

The subject of our research is to study and to estimate the effect action of preparate calcemin while complex treatment of general parodontit.

For this aim we observed 20 patients, who were designated I and II degree heaviness parodont forms. For 10 patients in their treatment scheme we included preparat calcemin combined with microelements.

The received results showed, to use calcemin in distict stage of complex treatment, provolees to rice treatment effect, shortening disease exacerbation frequently, provolees the stabilisation of clystrophy processes on alveolar bone and in parodontit tissue, prolorges femoision, which affirms with clinical-roentgen, index estimation.

ცეციატარია ნ., მათოშვილი მ., ნერეთელი ე., კიკნაძე თ.

ნაღსოჯინი როზაცეას მკურნალობაში

თსუ, დერმატოლოგიისა და ვენეროლოგიის დეპარტამენტი

როზაცეა (Rosacea) თავისი საშემდგომო და სოციალური მნიშვნელობითი რჩება ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემად დერმატოლოგიაში. ის განიხილება, როგორც პოლიეტოლოგიური დაავადება. მისი კლინიკური გამოვლინება მრავალფეროვანია, ხასიათდება სტადიურობით. მკურნალობა რთულია და გამორჩევა პათოგენეტიკური მიდგომის მრავალფეროვნებით. განსაკუთრებული სიმწელებები აღინიშნება პაპულოზური და პაპულოპუსტულოზური ფორმების დროს. ამ ფორმების დროს ტრადიციულად ინიშნება მეტრონიდაზოლი და ტეტრაციკლინის რიგის ანტიბიოტიკები.

ბოლო წლებში ხშირად ახდენენ კონსტატირებას ტრადიციული მეთოდებით მკურნალობის უეფექტობის შესახებ. არ არის გამოირიცხული, რომ წარუმატებლობა დაკავშირებული იყოს ბაქტერიულ-პარაზიტული ფლორის რეზისტენტობასთან ტრადიციული საშუალებების მიმართ. გარდა ამისა, ასეთი მკურნალობა ტარდება ხანგრძლივად, არცთუ იშვიათად გვერდითი მოვლენებით, აუცილებელი ხდება ლაბორატორიული მონიტორინგი.

აღნიშნულის გამო, იძულებული ვხდებით ვემებოთ როზაცეის მკურნალობის უფრო ეფექტური მეთოდები.

განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს ფარმაცევტულ ბაზარზე გამოსული ახალი პრეპარატი ნაქსოჯინი – ტაბლეთირებული ფორმა (500 მგ).

ნაქსოჯინი გამოიყენეთ როზაცეით დაავადებულ 32 პაციენტში (17 ქალი და 15 მამაკაცი) 32-დან 68 წლამდე ასაკში), დაავადების ხანგრძლივობა 1-დან 14 წლამდე (ძირითადი ჯგუფი); 19 ავადმყოფს ჰქონ-

ცხრილი 1

კლინიკური ფორმა	აეადმყოფთა რაოდენობა	კლინიკური გამოჯანმრთელება	მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება	გაუმჯობესება	ეფექტის გარეშე
ერთიემატოზური	0/20	0/3	0/4	0/13	0/0
პაპულოზური	19/12	14/2	4/6	2/4	0/0
პუსტულოზური	10/15	5/0	4/5	1/10	0/0
ჰიპერტროფიული	1/3	0/0	0/0	1/2	0/1
კისტოზური	2/2	0/0	0/0	1/2	0/1
სულ	32	19 (59%)	8 (25%)	5 (16%)	0
	52	5 (9%)	15 (29%)	29 (56%)	3 (6%)

და პაპულოზური, 10-ს პუსტულოზური, 1-ს ჰიპერტროფიული და 2-ს - კისტოზური ფორმა.

პრეპარატი ინიშნებოდა 500 მგ 2X დღეში 10 დღე. მკურნალობის ეფექტურობა ფასდებოდა შემდეგი კრიტერიუმებით: კლინიკური გამოჯანმრთელება, მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, გაუმჯობესება, ეფექტის არარსებობა.

ნაქსოჯინის თერაპეტიული ეფექტის შეფასებას ეხდენდით შედარებითი მეთოდით. საკონტროლო ჯგუფს შეადგენდა როზაცეით დაავადებული 52 პაციენტი (37 ქალი და 15 მამაკაცი 29-დან 50 წლამდე), რომლებიც ღებულობდნენ ტრიქოპოლს სტანდარტული სქემით.

როზაცეით დაავადებულებში ნაქსოჯინით მკურნალობის შედეგები (ძირითადი ჯგუფი) და ტრიქოპოლით მკურნალობის შედეგები (საკონტროლო ჯგუფი) წარმოდგენილია ცხრილში.

როგორც ჩანს, კლინიკური განკურნება და მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება მიღწეული იქნა ძირითადი ჯგუფის 27 (84%) პაციენტში, რომლებმაც შეადგინეს პაპულოზური - 18 და დაავადების პუსტულოზური ფორმა - 9 (შესაბამისად, მოცემული ჯგუფების 94 და 90%). გაუმჯობესება აღინიშნა 5 (16%) პაციენტს, 2-ს პაპულოზური და თითოს პუსტულოზური, კისტოზური და ჰიპერტროფიული ფორმებით.

საკონტროლო ჯგუფში კლინიკური განკურნება და მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება კონსტატირებულ იქნა 52-დან 20 (38%) პაციენტში, გაუმჯობესება - 29 (56%), ეფექტი არ აღინიშნა 3 (6%) პაციენტში.

ნაქსოჯინის კლინიკური ეფექტურობის შესწავლამ აჩვენა აღნიშნული პრეპარატის კარგი ამტანობა და სერიოზული გვერდითი მოვლენების არარსებობა.

ამრიგად, შედარებითი გამოკვლევის ჩატარებამ აჩვენა, რომ ნაქსოჯინით მკურნალობის 10-დღიანი კურსი საკმარისად ეფექტურია პაპულოზური და პაპულოპუსტულოზური ფორმებით დაავადებულთა მკურნალობაში.

მკურნალობის მაღალი ეფექტურობა შეიძლება აიხსნას პრეპარატის მაღალი აქტიურობით და ბაქტერიულ-პარაზიტული ფლორის მიმართ მდგრადობის არარსებობით.

ლიტერატურა:

1. Рыжкова Е.И. Клинико-морфологические особенности, патогенез и лечение розacea. 1996.

2. Черкасова М.В. Новые аспекты патогенеза и лечения розacea (клинико-эпидемиологические и иммунологические исследования). 1998.

3. Шахнес И.Е., Кеткер Я.Б. Опыт лечения розacea и периорального дерматита трихополом. Вестн. дерматол. 1999. 3:35.

4. Востих дерматолоგი და ვენეროლოგი, 2'1998. Научно-практический журнал. МедицинаСфера.

5. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Москва: Медицина, 2005.

Tskvitaria N., Matoshvili M., Tsereteli E., Kiknadze K.

NACSOGIN IN TREATMENT OF ROSACEA

TSMU. Department of Dermatology and Venerology

Thirty two patients with rosacea were treated and 52 with metronidazol to compare the efficiency of the two therapeutic modalities.

Nacsogin therapy given at a daily dose of 0,1 g (1000 mg) turned out to be superior to the standard protocol using metronidazol.

ცისკარიშვილი ნ.ვ., ცისკარიშვილი ნ.ი.

ნიუსიმიის და ადგილობრივი ფოტოთერაპიის ეფექტურობა მორაცეიციტი გენიტალური პარაპისის მკურნალობაში.

თსსუ-ის დერმატო-ვენეროლოგიის დეპარტამენტი

მარტივი ჰერპესის ვირუსით (მპე) გამოწვეული გენიტალური ინფექცია კვლავ რჩება უხადავის სისტემის აქტუალურ პრობლემად, იგი მსოფლიოში მილიონობით ადამიანს ასნებოვნებს და უანბრთელობის ხარისხზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს, განსაკუთრებით ახალგაზრდა, სექსუალურად აქტიური პირებზე. პირველადი ინფიცირების შემდეგ ვირუსი განაგრძობს სენსორულ განგლეებში ლატენტურ მდგომარეობაში პერსისტირებას. მპე-ით ინფიცირებულითა 90%-ზე მეტში ულინდება კლინიკური რეციდივები, ხოლო სუბკლინიკური ფორმების გამოვლინება აღინიშნება თითქმის ყველა პაციენტში. ჰერპეს-ვირუსული ინფექციის (პვი) გენიტალური ფორმა მნიშვნელოვან დაავადებას წარმოადგენს ასევე სოციალურ ჰორილიც. ლიტერატურული მონაცემების თანახმად გენიტალური ჰერპესის პრევალენტობა

კამუდებით მატულობს. მკვლევარების ნაწილი აღნიშნული დაავადების ეპიდემიის ერთ-ერთ მიზეზად $Hbvi(1,2)$ სუბკლინიკური და ატიპური ფორმების არასრული დიაგნოსტიკების ხსენებს. ამ შემთხვევაში ვირუსის გადაცემა ხდება კლინიკური მანიფესტაციის გარეშე და სქესობრივი კონტაქტისა და სხალმოხილთა დაინფიცირების მიზეზს წარმოადგენს. როგორც ადრე ჩატარებულმა კვლევებმა ცხადყო, გენიტალური ჰერპესი ძირითადად მჟვ-2-ითაა გამოწვეული, თუმცა მრავალი ანტიკორპოზითიგების მქონე-ი თი გამოწვეული გენიტალური დაავადებების ხრდის ტენდენციაც, რაც უკანასკნელ ნებში იროგენიტალური კონტაქტების სიხშირის მომავლეთი ითხსნება. დაავადების რეციდივების გამოვლენა კეტად მრავალფეროვანია: ვირუსის უსიმპტომო გამოყოფით და მსუბუქი ხარისხის კლინიკური სიმპტომებით დაწყებული, მკვეთრად გამოხატული კონგლომერატული) გაერთიანებული გამონაყრით დამთავრებული. ამა თუ იმ კლინიკური ნიშნების არსებობის ან არარსებობის ინფიცირების გამოყოფენ: ჰევის ტიპიურ, ატიპურ და უსიმპტომო ფორმებს. დღესს ცნობით ჰევის ფაზმა კოთერაპიისა და პროგიოლაქტიკის მეთოდები ძირითად ჯგუფში გაერთიანებული: 1. ქიმიოთერაპია 2. იმუნოთერაპია 3. ქიმიოთერაპია 4. იმუნოთერაპიის კომბინირებული გამოყენება. აამწუხაროდ, ჯერჯერობით არ არსებობს ისეთი ანტივირუსული პრეპარატი, რომელიც ჰერპესული ინფექციის ელიმინირებას უზრუნველყოფს. ჩატარებულ მკურნალობა მიმართულია გენიტალური ჰერპესის პირველად ფაზის უკუპრევენციის, რეციდივების მიმდინარეობის სიმძიმისა და სიხშირის შემცირებისაკენ. ჰერპეს-ვირუსული ინფექციის პერსისტენტულობა და რეპლიკაციის შესწავლამ ცხადყო, რომ მჟვ რემოდულიციის სრული ციკლი და ვირიონების გამოყოფა ხდება სწორედ ეპითელურ უჯრედებში, ეერძოდ ვეზიკულების ფორმირების პროცესში, როდესაც გამომწვევი ავლენს ციტოპათიურ ზემოქმედებას. ეს ფაქტი სრულად ასაბუთებს ადგილორევი ანტივირუსული პრეპარატების ჩართვის აუცილობლობას ჰერპესული პროცესის გამწვავების ფაზაში. ადგილობრივი მკურნალობის ჩატარება განაკუთრებით ნაჩვენებია და გამართლებულია მაშინ, როდესაც პაციენტი მიმართავს ექიმს გჟ-ის გამწვავების პიკის დროს, ანუ რეციდივის მე-2-3 დღეს. აღნიშნულ გამკვეული სიმძიმეები ხშირად მორეკვიდევი გენიტალური ჰერპესის (მჟვ) მკურნალობის პროცესში, რაც ჰერპეს-ვირუსის დიდი მრავალფეროვნებითა და პანტროპიზმით, განვითარების უქონლობის სირთულით, დაავადების სიმძიმით და ჰერპესის ვირუსის შტამების საბაზისო პრეპარატების მიმართ რეზისტენტობის ფორმირებით აიხსნება. სწორედ ამიტომ, ისეთი ახალი პრეპარატების გამოჩენა, რომელიც მასტიმულირებელ ზეგავლენას იხდენს ინტერფერონულ სტატუსზე და თ-უჯრედული იმუნორეგულაციის სისტემაზე განსაკუთრებულ ყურადღებას ღირსა. აღნიშნული ნაშრომის მიზანს წარუადგენს ვიუსიდისა და ადგილობრივი ფოტოთერ-

აპიის ეფექტურობის კვლევა (განახლება) მორეციდევი გენიტალური ჰერპესით დაავადებულ პაციენტებში.

მასალა და მითოდისა: ესანეთში მეცნიერთა ჯგუფის მიერ შემუშავებული ანტივირუსული პრეპარატი ვიუსიდი მიეკუთვნება იმუნოტროპულ სამკურნალწამოლ საშუალებას. მისი მოქმედება მიმართულია ვირუსის ელიმინირებზე პასუხისმგებელი ბუნებრივი კოლერების, ნეიტროფილებისა და ბუნებრივი იმუნორეგულაციის სხვა ეფექტური სისტემების მიერ ვირუსული ანტიგენებისა და ინფიცირებული უჯრედების ამოცილების გაძლიერებისაკენ. უცხო ანტიგენებისა და პათოლოგიურიად შეცვლილი უჯრედების არარსებობის შემთხვევაში სტიმულირებული ლეიკოციტები ინარჩუნებენ აქტივობის ნორმალურ დონეს, რაც დაზიანების კერაში პრეპარატის მოქმედების ლეიკოციტების საშუალებას იძლევა. მოქმედების ასეთი მექანიზმი მტკადაქტუალური პერპეს-ვირუსული ინფექციების (ჰვი) მკურნალობის პროცესში. უკანასკნელი ნებების კვლევის მონაცემების თანახმად, ჰერპესული ინფიცირების სხვადასხვა ნაწილში დაგენების იცავდ დაინფიცირებულ უჯრედ-მასპინძელს ციტოტოქსიური ლიმფოციტების გამადაგურებელი მოქმედებისაგან, T და NK უჯრედების აქტივობის ბლოკირების საშუალებით. სწორედ ამით აიხსნება ჰევის დროს ქრონიკული ინფექციური პროცესის განვითარების მოვლენა. ვიუსიდის გამოყენება აუმჯობესებს დაზიანებულ უჯრედების ამოცილებას და ვირუსის რეპლიკაციის კერების დათრგუნვის საშუალებას იძლევა. ინტერფერონული სისტემის ცნობილი ინდუქტორებისგან განსხვავებით, ვიუსიდი კოფაქტორის როლს ასრულებს, რითაც ხელს უწყობს ინტერფერონის მაკროფაგოციტებელ ალფა-ლეიკოციტებს მოახდინონ ეფექტური რეაგირება ვირუსულ ანტიგენზე. ეს კი ვირუსის გამრავლების კერაში პრეპარატის ეფექტური მოქმედების ფოკუსირებისა და ინფექციის კერის საზღვრების გარეთ ლეიკოციტების გადაჭარბებული რეაქტიულობის თავიდან აცილების საშუალებას იძლევა.

ლია, კონტროლირებად რანდომიზირებულ კვლევაში ჩართულ იქნა 18-დან 65 წლამდე ასაკის 44 ავადმყოფი (24 მამაკაცი და 20 ქალი); ეერძოდ რეკურენტული ჰერპესის კლინიკური სურათის მქონე პაციენტები პროდრომული პერიოდში და ის პაციენტები, რომელთაც მიმართეს ექიმს გამწვავების პერიოდში გამონაყრის გამოვლენის მომენტიდან არაუგვიანეს 48 სთ-ისა. დაავადების საშუალო ხანგრძლივობას შეადგენდა 4-5 წელი, ხოლო ჰერპესის რეციდივების რაოდენობა წელიწადში 8-10-ს. პაციენტები შემთხვევით არჩევის მეთოდით იდგენდნენ 2 ჯგუფად: ძირითად და საკონტროლო, რომელთა მედარებაც დემოგრაფიული და კლინიკური ნიშნების შედარების მეთოდით ხორციელდებოდა. ძირითად ჯგუფში 16 პაციენტში ვიუსიდობა ხშირად მორეკვიდევი გენიტალური ჰერპესის (6 და მეტი) სიხშირის რეციდივებით წელიწადში), 6 — იშვიათად მორეციდე-

ივე პერპეციო (ნელინადმი 2-4 რეციდივების სისპირით). საკონტროლო ჯგუფში შესაბამისად 17 და 5. ძირითადი ჯგუფიდან 17-მა, ხოლო საკონტროლო ჯგუფიდან 16 პაციენტმა დაინიშნა მკურნალობა რეციდივის განვითარების 1-2 დღეს, ხოლო დანარჩენებმა მე-3-4 დღეს. საკონტროლო ჯგუფის პაციენტები იღებდნენ 1 გაციკლოვირს 7 დღის განმავლობაში, ძირითადი ჯგუფში პაციენტები კი ჩვეულებრივი საბაზისო თერაპიის (აციკლოვირის ტაბლეტები) გარდა პერ ოს ლებულობდნენ ვიუსიდის თითო პაკეტს 2-ჯერ დღეში 1 თვის განმავლობაში. პაკეტის შიგთავსი იხსნებოდა რძეში ან სასმელ წყალში. პაციენტთა ძირითადი ჯგუფს ერთჯერადი უტარადობა ადგილობრივი ფოტოთერაპიის პროცედურები, მისი ხანგრძლივობა კი ადგილობრივი სუბეპიტელური შეგძნებების შესუსტების დინამიკით განისაზღვრებოდა. აღნიშნული მეთოდის არსი მდგომარეობს გამოწყობის არეში ნეიტრალური ნივთი საღებავის აპლიკაციასა და ვუდის ნათურით ულტრაიისფერი სხივებით მის შემდგომ დასხივებაში მდგომარეობს, 365 ნანომეტრის ტოლი მაქსიმალური ემისიით. ფოტოაქტივირებული ანტივირუსული სისტემის მეთოდი (ფაჯა) პერპეციო-ვირუსის უჯრედზე ციტოპათიური მოქმედების კვლევის ექსპერიმენტულ მონაცემებზეა დაფუძნებული. კვლევის შედეგად აღმოჩენილია ალტერნატიული უჯრედული ენერჯის (არამიტოქონდრიული) (აუე) მქონე ნივთიერება, რომელიც უჯრედთა რეპარაციაზე დადებითად მოქმედებს და მაფლორესცირებელ ნივთიერებებთან ერთად მნიშვნელოვნად აქტივირდება უი სხივების ზეგავლენით. გამოთქმულია მოსაზრება იმის შესახებაც, რომ აუე იმუნურ სისტემასთან ერთად, დამატებით დამცველის როლს ასრულებს ვირუსული დაავადებების დროს. მკურნალობის დაწყებამდე (0 დღე) და მისი დამთავრების შემდეგ (8 დღე) პაციენტებს უტარებდნენ კლინიკურ გამოკვლევას, რაც მოიცავდა სამედიცინო დასაბუთებას დერმატოლოგიური სტატუსის დახასიათებით, სისხლისა და შარდის კლინიკურ ანალიზს, სისხლის ბიოქიმიურ ანალიზს, ასევე გამოკვლევას სიფილისზე, აივ-ინფექციაზე, ვირუსულ ჰეპატიტზე. დინამიკაში გამოკვლევის 0 და მე-9 დღეებზე ხდებოდა პაციენტთა იმუნური სტატუსის მარკერების შემოწმება. იმუნოლოგიური ანალიზი მოიცავდა შემდეგ მარკერებლებზე დაკვირვებას: სისხლში T და B ლიმფოციტებისა და მათი სუბპოპულაციების (თ-აქტივატორები, თ-ხელმძღვანელები, თ-სუპრესორები) შემცველობა, სისხლის ლეუკოციტების მიერ ინ ვიტრო ინტერფერონის პროდუქციის უნარი, იმუნორეაქტიულობის ინდექსი, სამი კლასის იმუნოგლობულინების რეაქციონობა (IgG, IgA, IgM), სისხლის ნეიტროფილების ფაგოციტარული აქტივობა. მიღებული მონაცემები სტატისტიკურად იქნა დამუშავებული. შესაბამისად მონაცემებს შორის განსხვავებას თვლიდნენ სტატისტიკურად სარწმუნოდ $p < 0,05$ მაჩვენებლის შემთხვევაში.

შედეგები: მკურნალობის შეფასება ხდებოდა გენიტალური პერპეციის (გპ) რეციდივების ხანგრ-

ძლივობის და სიმძიმის ცვლილებების, იმუნური სტატუსის მაჩვენებლების მიხედვით. რეციდივების ხანგრძლივობა (დღე-ღამეთა რაოდენობის მიხედვით) შეესაბამებოდა სრული ეპითელიზაციის მიღწევას დროს. მკურნალობის შორეული შედეგების (3 თვიანი ამბულატორიული დაკვირვება) შეფასება კი რეციდივების რაოდენობის, სიმძიმის და რემისიების ხანგრძლივობის მიხედვით ხდებოდა. მკურნალობის საბოლოო ეფექტურობის შეფასება კი ახდებდნენ შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით: "კარგი" - დაავადების კლინიკურ სიმპტომთა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება; "დამაკმაყოფილებელი" - კლინიკურ სიმპტომთა უმნიშვნელო გაუმჯობესება; "უეფექტო არარსებობა" - კლინიკური სიმპტომების დინამიკის არარსებობა; "უცუდი" - კლინიკური სიმპტომთა უარყოფითი დინამიკა. ადგილობრივი მკურნალობა ფაჯა-მეთოდით ძირითადი ჯგუფის პაციენტებმა კარგად გადაიტანა, არცერთ მათგანს არასასურველი რეაქციები კანის მხრივ არ სხვა გვერდითი მოვლენები არ აღენიშნებოდა. პრეპარატ ვიუსიდის გამოყენება ასევე არანაირ გვერდით ეფექტს არ იწვევდა. ადგილობრივი ფოტოთერაპიისა და ვიუსიდის კომბინირებული გამოყენება განაპირობებდა გენიტალური პერპეციის კანის გამოვლენების სწრაფ უკუგანთავრებას. სრული რეგრესი აღინიშნებოდა მკურნალობის დაწყებიდან მე-3-4 დღეს, რაც თავის მხრივ რეციდივის ხანგრძლივობის 4-5 დღემდე შემცირებას განაპირობებდა. ძირითადი ჯგუფის 22 პაციენტიდან ჩვენ მოვახერხეთ დაკვირვების გაგრძელება 20 პაციენტზე. არცერთ შემთხვევაში პერპეციო-ვირუსული ინფექციის განვითარების პრევენცია არ დაფიქსირებულა, თუმცა კლინიკური მანიფესტაციის ხარისხი და დინამიკა შეიცვალა ზემოთ აღწერილის მიხედვით. ამ ჯგუფის 5 პაციენტში გამოვლინდა აბორტული რეციდივი შემუშავით ერთთემის სახით, რომელიც 1-2 დღის შემდეგ განიცდიდა უკუგანთავრებას. 10 პაციენტში გამწვავება მიმდინარეობდა ვეზიკულიზაციით, თუმცა მათი რაოდენობა იყო მინიმალური, ხოლო კლინიკური სიმპტომები უკუგანთავრება აღინიშნებოდა მკურნალობის 3-4 დღეს. დაფიქსირდა შემდეგი კანონზომიერება: ვიუსიდითა და ადგილობრივი ფოტოთერაპიით კომბლექსური მკურნალობის შემთხვევაში პაციენტთა ურთავლესობაში ვეზიკულოზური გამოწყობა პირველ და მეორე დღეს გადადიოდა კრუსტოზულ სტადიაში. ჩამოყალიბებული ქერქი კი მე-2 ან მაქსიმუმ მე-3 დღეს უკავალდებულებოდა. იმ პაციენტებში, რომელთაც დაიწყეს მკურნალობა დაავადების შესაძენ დღეს, ვეზიკულების რეგრესის დინამიკა ნაკლებად იყო გამოხატული. საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, ძირითადი ჯგუფში აღინიშნებოდა მიმდინარე და შემდგომი რეციდივების სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი შემცირება, ასევე ინტოქსიკაციის სიმპტომებისა და ადგილობრივი გამოვლენებების საგრძნობი შემცირება. ჩატარებულმა იმუნოლოგიურმა ანალიზმა გამოავლინა შესასწავლი პარამეტრების ცვლილებების არაერთმნიშვნელოვანი შედეგი მორეციდივე გენი-

ტალური ჰერპესით (მგ3) დაავადებულ პაციენტებში. ასეთივე არავირთვაროვნება თავს იჩენდა ასევე რემისიის პერიოდში. პროცესის კუპირების შემდეგ საკმაოდ სწრაფად ხდება თითქმის ყველა მაჩვენებლის ნორმალიზაცია, γ -ინტერფერონის გამოკლებით, რომლის აქტივობა ნორმაზე დაბალი რჩება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ჩვენს მიერ დაფიქსირებულია იმუნური სისტემის დაქვეითებასა და გამწვავების სიმპტომებს (ანუ დაავადების სიმძიმეს) შორის პირდაპირი კორელაცია. პირველ რიგში, ეს ვლინდებოდა ლეიკოციტარული ინტერფერონის აქტივობის, იმუნორეგულაციის ინდექსის, ნეიტროფილების შთამომქმელი და მომწელებელი ფუნქციების, ასევე IgA სინთეზის მნიშვნელოვან დაქვეითებაში. ასეთი სურათით ხასიათდებოდა ხშირად მორეციდივე ჰერპესული ინფექციის მიმდინარეობა. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ჩვენს მიერ გამოვლენილი იმუნოდეპრესიის დინამიკა არ იყო კორელაციაში მარტოვე ჰერპესის ვირუსის სანიშნავი დეგრადაციონის ანტიხსებულების გამოშვებასთან დინამიკასთან: IgG ტიტრი განსაკუთრებით მაღალი იყო მიიმდე ფორმის ჰერპესით დასნებოვნებულ პაციენტებში (ხშირად მორეციდივე მიმდინარეობით; წელიწადში 6-ზე მეტი რეციდივების სიმძიმით. მორეციდივე გენიტალური ჰერპესით (მგ3) დასნებოვნებულ პაციენტებში ჩვენს მიერ შემოთავაზებული მკურნალობის ჩატარების შედეგად ვლინდებოდა მნიშვნელოვნად გამოხატული დადებითი დინამიკა ინტერფერონის სისტემის მხრივ, ფაგოციტარული ინდექსისა, ფაგოციტოზის დასრულებისა და იმუნორეგულაციის ინდექსის მხრივ ($p < 0.05$). მიღებული მონაცემები მიუთითებს ჩვენს მიერ შემოთავაზებული მკურნალობის მეთოდის მიერ ორგანიზმის ადაპტაციური თვისებების, კერძოდ მისი იმუნოკომპეტენტურობის გაუმჯობესების უნარზე. ფოტოაქტივირებული ანტივირუსული სისტემის (ფაავს) მეთოდისა და ვიუსიდის კომპლექსური გამოყენებაზე დაფუძნებული ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ენერჯის გამოყენებაზე დამყარებული სამედიცინო მეთოდები, შეიძლება გახდეს სამკურნალო პროცედურების გამოყენებაზე დაფუძნებული ფარმაცევტული მიდგომის ალტერნატივა.

ლიტერატურა:

1. Борисенко К.К. // Неизвестная эпидемия: Герпес. - Смоленск 1997. С. 75 - 83
2. Азовцева О.В. Клинико-патогенетическое и прогностическое значение изменений иммунного статуса и антиоксидантной системы у больных герпес и ВИЧ инфекцией: Автореф. Дис. канд.мед.наук СПб., 2005
3. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпес-вирусные инфекции человека: Руководство для врачей. - СПб., 2006
4. Сулих Г.Т., Вильно Л.В., Кулаков В.И. Иммуниет и генитальный герпес Н.Новгород 2001 - С.106 - 164
5. Халдин А.А. Иммунологическое обоснование дифферен-

шированных подходов к терапии простого герпеса: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001

6. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и патологии М., 1996

7. S.E. Barton Effective management of genital herpes continues to be dominated by three specific themes. Abstracts of the 9 th Congress EADV Geneva, 2000 S 06 - 02

8. A.Strand, S. Barton, A. Alomar, P. Kohl et al. Current treatments and perceptions of genital herpes: a European - wide view J EADV 2002 № 6 p 564 - 573

Tskiskarishvili N.V., Tskiskarishvili N.I.

LOCAL PHOTOTHERAPY AND VIUSID IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH RECURRENT GENITAL HERPES

Department of dermatology and venereology of Tbilisi State Medical University

The efficacy of the complex treatment of recurrent genital herpes by means of photo-activated antiviral system in combination with viusid has been evaluated.

18-65 years old 44 patients (24 men and 20 women), suffered by genital herpes were under clinical observation. Diagnosis has been made on the basis of patients complaints and clinical signature. Duration of illness was in the range of 4-5 years and the duration of exacerbations - 7-14 days. Patients were randomly divided on two representative groups (22 patients in each)

Patients of the first group undergo one-time local phototherapy continuing in dependent on the dynamic of personal feelings attenuation, patients of this group additionally were treated by viusid. The local phototherapy caused fast attenuation of genital herpes skin manifestations. Complete regress usually was observed at 3th or 4th day since beginning of treatment. Accordingly the duration of relapses was shortened on 4 - 5 days. After treatment we were able to control the conditions of 20 from 22 patients of the first group. In none of the patients complete cessation of the herpes - virus process development was observed, but the degree of manifestation and dynamic were changed.

On the basis of our experience in the treatment of genital herpes we can conclude that the methods using the energy may be considered as an alternative of pharmacological approach.

ენერჯული ე., კაციაძე ე., ბაბილაშვილი ი., ბერინაძე ქ.

ფონოფორეზით ლატიკოტრის მალამოს შეყვანის ეფექტურობა ვიტილიზმის მკურნალობაში

თსუ, ღარიბაშვილის მედიცინის ფაკულტეტი

ვიტალიკოტრის ეფექტურობით უცნობი ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის, ფართოდ გავრცელებული, ქრონიკულად მიმდინარე დერმატოზია, რომელიც განპირობებულია პიგმენტაციის დარღვევით და დეპიგ-

მენტური ლაქების განვითარებით. გვეხდება ნებისმიერ ასაკში, უფრო ხშირად 20 წლამდე ახალგაზრდებში, ერთნაირი სისხირით ავადდებიან როგორც ქალები, ისე მამაკაცები.

ვიტილიგოთი დაავადებულებს აღენიშნებათ სპილენძისა და ვიტამინ C-ს (ასკორბინის მჟავას) დეფიციტი. გარდა ამისა, დაქვეითებული აქვთ თლიმფოციტების რაოდენობაც, რაც ორგანიზმის იმუნიტეტის აქტივობას განასაზღვრავს.

ვიტილიგოს განვითარებას ხელს უწყობს აგრეთვე სტრესი, შინაგანი ორგანოების ქრონიკული დაავადებები, ინტოქსიკაცია, ტრავმა, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების დისფუნქცია, იმუნური სისტემის დარღვევა და გენეტიკური მიდრეკილება.

განსაკუთრებით აქტიური ვახდა ეს დაავადება ბოლო წლებში, ვინაიდან საგრძნობლად იმატა ავადმყოფების რიცხვმა, როგორც მოზარდებში, ასევე ბავშვთა ასაკში.

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ვიტილიგოს ეფექტური მკურნალობა დღემდე თანამედროვე დერმატოლოგიის აქტიუალური პრობლემაა.

ვიტილიგოს სამკურნალოდ ფართოდ გამოიყენება ფოტოსენსიბილიზატორები (ამიპურინი, ბეროქსანი, მსორალენი), ვიტამინები (A, B, PP ჯგუფის), მიკროელემენტები, ფიტოპრეპარატები, ჰორმონოთერაპია, როგორც სისტემური, ისე ადგილობრივი (ინექციები, აპლიკაციები), აგრეთვე, ეფექტროფორეზი 0,5% სპილენძის სულფატით, მოყინვა ქლორეთილი შემდგომი ულტრაიისფერი დასხივებით, ლაზეროთერაპია, სხვადასხვა დეკორატიული კოსმეტიკური საშუალებები (დოპიდროქსიაცტონი, „აბკროსანი“ და სხვა), რაც ხშირად არ იძლევა სასურველ შედეგს.

კვლევის მიზანი იყო ვიტილიგოთი დაავადებულში ფონოფორეზით ლატიკორტის მალამოს შეყვანის ეფექტურობის შესწავლა კომპლექსური მკურნალობის ფონზე.

ჩვენი ყურადღება შეჩერდა ლატიკორტის მალამოზე, მისი აქტიური ნივთიერებაა ჰიდროკორტიზონი 17 ბუტირატი, რომლის გამოყენებითი ფორმა არის სასურველი, ვინაიდან მიეკუთვნება საშუალო მოქმედების ჰორმონული პრეპარატების ჯგუფს, რაც უზრუნველყოფს არასასურველი შესაძლო გვერდითი მოვლენების თავიდან აცილებას.

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 20 პაციენტი (10-დან 50 წლამდე).

ავადმყოფები თანაბრად დაყავით 2 ჯგუფად. ორივე ჯგუფში იყვნენ პაციენტები როგორც ქრონიკული (ფოკალური, სემენტური), ისე გენერალიზებული (აქროფეფალური, მარტივი, უნივერსალური) ფორმებით.

I ჯგუფში მყოფ ავადმყოფებს ჩაუტარდათ კომპლექსური სისტემური მკურნალობა (ვიტამინებით, მიკროელემენტებით, ფოტოსენსიბილიზატორებით), ხოლო ადგილობრივად – ლატიკორტის მალამოთი I თვის განმავლობაში.

II ჯგუფში მყოფ ავადმყოფებს კომპლექსურ

მკურნალობასთან ერთად ჩაუტარდათ ფონოფორეზის პროცედურები ლატიკორტის მალამოთი კვირაში 2-ჯერ ან 3-ჯერ 1 თვის განმავლობაში.

ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობა ფასდებოდა ყავისფერი ლაქების გაჩენით და ფართის შემცირებით. I ჯგუფში პროცესი შეჩერდა, მაგრამ ყავისფერი ლაქების გარეგანად ადგილი არ ჰქონია. II ჯგუფში კი, მკეთრი გაუმჯობესება აღინიშნებოდა, რაც გამოიხატებოდა ყავისფერი ლაქების გაჩენით, ფართის შემცირებით, ნაწილი კერების სრული შეესებით.

ამგვარად, ფონოფორეზით ლატიკორტის მალამოს შეყვანა, კომპლექსური მკურნალობის ფონზე, ჩვენი გამოცდილებიდან გამომდინარე, მალაფექტურ და უსაფრთხო მეთოდად შეიძლება ჩაითვალოს ვიტილიგოს მკურნალობაში. თუ, რა თქმა უნდა, ავადმყოფებს არ აღენიშნებათ ის თანამდებობა დაავადებები, რომლებიც ფონოფორეზის (პროცედურების) ჩატარების უუწყვეტებას წარმოადგენს (გულის იმემიური დაავადება, ჰიპერტენზია).

ლიტერატურა:

1. О.Л. Иванов, В.А. Молочков, Ю.С. Бутов, С.С. Кражева, Кожные и венерические болезни
2. Ю.К. Скритцова, В.Н. Мордовнова, Кожные и венерические болезни
3. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2. 1999, Аюрведа – большое виталиго и другие дерматозы.

Tsereteli E., Katsitadze E., Babilashvili I., Berianidze K.

EFFICIENCY OF TAKING LATIKORT OINTMENT THROUGH PHONOPHOREZIS IN VITILIGOS TREATMENT

Chair of Dermato-Venerology of TSMU

Thus, taking Latikort ointment through phonophoresis on the background of complex treatment, owing to our experience may be considered as highly effective and safe method in the vitiligo treatment, in case the patient will not be found to have accompanying illnesses, which displays contra indications to phonophoresis (procedures) treatment (ischemic disease of heart, hypertension).

ქუმბურიძე თ., ნემსინვერიძე ნ., ერაპავილი ვ.

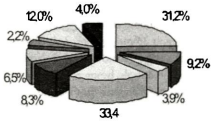
საქართველოში ინტარკორტიზონალური პროლაგამაზი ფარმაკოთერაპია და პაციენტების შორის კლინიკური ფარმაკოციის საქითხაში

თსუ სოციალური და კლინიკური ფარმაციის დეპარტამენტი

უკანასკნელი ათწლეულების მანძილზე ფარმაციისა და კლინიკური მედიცინის დაახლოებამ საფუძველი ჩაუყარა პაციენტზე ორიენტირებული კლინიკური ანუ პოსპიტალური ფარმაციის მიმართულებას.

ის ფუნქცია, რომელიც ეკისრება თანამედროვე კლინიკურ ფარმაციას არ იყო უცხო ძველი დროის ფარმაცევტებისათვის, რომლებიც პაციენტისათვის წამლის შერჩევის გარდა, ზოგჯერ აფთიაქშივე ეწოდნენ მარტვი საეიშო პროცედურებს. ფარმაცევტული ინდუსტრიის განვითარებამ გარკვეულწილად დააშორა მედიცინა და ფარმაცია ერთმანეთს, ფარმაცევტის ფუნქცია შემოიფარგლებოდა ურეცეპტოდ გასაცემი სამკურნალო საშუალებების გაცემით.

ურეცეპტოდ გასაცემი სამკურნალო საშუალებების რაოდენობის გაზრდასთან დაკავშირებით მეოცე საუკუნის ბოლოს ჩატარებულმა სტატისტიკურმა გამოკვლევებმა ცხადყო ფარმაცევტისა და პაციენტის უფრო მრავალხრივი ურთიერთობის აუცილებლობა, რაც განაპირობებულა იმით, რომ ბევრი პაციენტი მიმართავს აფთიაქს, გარკვეული სამედიცინო დახმარებისათვისაც. ბუნებრივია, რომ აფთიაქი არ არის სამკურნალო პროცედურების ჩატარების ადგილი, მაგრამ იმ ქვეყნებში, სადაც აფთიაქებში კლინიკური ფარმაცევტები მუშაობენ უდავოდ შესაძლებელია სამედიცინო რჩევის მიღება. მაგალითად ინგლისში ჩატარებული გამოკითხვით, ყოველდღიურად აფთიაქში ფარმაცევტი მინიმუმ 10 პაციენტს უწევს კონსულტაციას, რაც ქვეყნის მასშტაბით უდრის დღეში 10 000 შემთხვევას, ხოლო ნელინადში 30 მილიონს აღწევს. (Smith et al. 1990).



1. 31,2% - ზედა სასულთი გზები; 2. 2,2% - კუჭ-ნაწლავი; 3. 12,0% - თვალი; 4. 4,0% - სხვა; 5. 31,2% - ცნს და კვებითი; 6. 6,5% - ტკივილი; 7. 2,2% - ქვედა კიდურები; 8. 12,0% - კანი; 9. 4,0% - პირის ღრუ და კბილები.

მოყვანილ სქემაზე მოცემულია ამ შემთხვევების პროცენტული თანაფარდობა სისტემების მიხედვით. როგორც ჩანს, ფარმაცევტის დახმარების აღმოჩენისათვის საკმაოდ ფართო სპექტრის კლინიკური და ფარმაცევტული განათლება ესაჭიროება ავადმყოფის სწორი შეფასებისა და ადეკვატური რჩევის მისაცემად. გასარკვევია, რომელი პრობლემა შეიძლება იქნას ადგილზე გადაჭრილი და როდისაა აუცილებელი გავგზავნოთ პაციენტი ექიმთან, არის თუ არა ესა თუ ის სიმპტომი სერიოზული დაავადების მარკერებელი, შეიძლება თუ არა ურეცეპტოდ გასაცემი წამლებით მდგომარეობის გამოსწორება და ა. შ.

საქართველოში არსებული სოციალურ პოლიტიკურ და ეკონომიური მდგომარეობის გამო ჩვენთან სხვა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით გვიან დაიწყო კლინიკური ფარმაცეის განვითარება, ამ სფეროში ინფორმაციის დეფიციტმა ექიმები და

ფარმაცევტები მიიყვანა იმ გაუგებრობამდე, რომ კლინიკური ფარმაცეის ამოცანები და საჭიროება არ არის ადეკვატურად გაგებული, როგორც ექიმების ისე ფარმაცევტების მიერ. ინტერპოფესიული გაუგებრობა ექიმსა და ფარმაცევტს შორის მეტ-ნაკლებად ყველა ქვეყანაში არსებობს. ექიმი თვლის, რომ ფარმაცევტი არასაკმარისად ფლობს დაავადების ბუნებას და წამლის მოქმედების ხასიათს, ხოლო ფარმაცევტს მიაჩნია, რომ ექიმს ზედპირულად ესმის წამლის, როგორც ქიმიური ნივთიერების ბუნება და წამლის ფორმასთან დაკავშირებული ნიუანსები მისი ტექნოლოგიური თავისებურების გამო. არსებული მდგომარეობა უარყოფითად აისახავს მკურნალობის პროცესზე, რაც აქტუალურს ხდის ინტერპოფესიული გაუგებრობის აღმოფხვრას.

ზემოაღნიშნულის გადალახვა შესაძლებელია მხოლოდ სიტუაციის ღრმა პროფესიონალური ანალიზის გზით, შესაბამის სფეროებში პროფესიონალების აზრის გათვალისწინებით.

პრობლემა იმაშია, რომ ზოგიერთ ექიმს არ აქვს ბოლომდე გათვითცნობიერებულ კლინიკაში ფარმაცევტის როლი. ამის დაძლევა და გადანევის გზა გამომდინარეობს პრობლემის წარმოშობის მიზეზთა აღმოფხვრად. რამდენადაც პრობლემა ინფორმაციული დეფიციტია, საჭიროა პირველ რიგში ამ დეფიციტის შევსება როგორც ექიმების ასევე ფარმაცევტებისათვის. რაც შეეხება საჭირო ინფორმაციის მოპოვებას ეს პრობლემა არ წარმოადგენს, ვინაიდან განვითარებულ ქვეყნებში დიდი ხანია არსებობს კლინიკური ფარმაცეის გამოცდილება. აღნიშნულის გათვალისწინება მოგვცემს საშუალებას თავიდან ავიცილოთ პოლიზარამაზია, ანუ წამლებს დადამეტებული არამიზობრივი გამოყენება. ხშირია შემთხვევები, როდესაც აფთიაქის მფლობელი საკუთარი კომერციული ინტერესებისა და საქონელბრუნვის გაზრდის მიზნით აიძულებს პაციენტს შეიძინოს მედიკამენტი. ჩვენი მოქმედება სწორედ ამ არასამედიცინო, კომერციული ხერხების აღმოფხვრისკენ უნდა იყოს მიმართული.

კლინიკური ფარმაცეის როლის ახსნა ექიმისათვის გამომიწვევს კლინიკურ ფარმაცევტზე მოთხოვნილების გაზრდას, მის ჩართვას მკურნალობის პროცესში, ოპტიმალური ფარმაცოთერაპიის განხორციელებისათვის.

ქვეყანაში ფარმაცევტული კადრებისადმი გაზრდილი მოთხოვნების შესაბამისად უნდა მოხდეს მალად დიპლომის ეკალიფიკაციური ფარმაცევტული კადრების მომზადება. კლინიკური ფარმაცევტების მომზადება უნდა ხორციელდებოდეს კლინიკური და ფარმაცევტული დისციპლინების ინტეგრირების საფუძველზე ფარმაცოლოგის, კლინიკური ფარმაცეის, ფარმაცოთერაპიისა და ფარმაცოკინეტიკის სწავლების ურთიერთშეთანხმებითა და ინტეგრირებით.

საავადმყოფოებსა და საზოგადოებრივ აფთიაქებში დაშვებულ უნდა იქნეს კლინიცისტ ფარმაცევტის სამსახურით ერთეული.

ლიტერატურა:

1. რ. მახარაძე, ნ. მენაბდე, ლ. ხოლოდოვი. ფარმაკოკინეტიკის საფუძვლები. თბილისი, 2000.
2. თ. კეხელი, რ. მახარაძე. კლინიკური ფარმაცია ფარმაკოთერაპიით. თბილისი, 2001.
3. Bond Carthdje. 1987.
4. Smith et all. 1990.
5. Bertran G. Kazung. Basic and clinical Pharmacology. Baltimore. VII ed 1998.

T.Chumburidze, N.Nematsveridze, V.Erlishvili

INTERPROFESIONAL MISUNDERSTANDING BETWEEN PHYSICIAN AND CLINICAL PHARMACISTS

TSMU Department of Social and Clinical Pharmacy

In Georgia development of clinical pharmacy was paused because of difficulties in social economical and political situation. Lack of proper information and intensive contacts with developed countries problems in drug policy created misunderstanding between physicians and pharmacists connecting status and functions of clinical pharmacists. Ways of solving such kind of interprofessional misunderstanding are observed. Informational and educational insufficiency is possible to compensate by meetings and educational procedures including courses of clinical disciplines for pharmacists and clinical pharmacy for representatives of both professions.

ჯალალანია ნ., კაციტაძე ე., ცეკოტარია ნ., ბაბილაშვილი ი.

სოლკოდერმის თერაპიული ეფექტურობა ვულგარული მკვებავის მკურნალობაში

თსუს-ის ფარმაცოლოგიისა და პანაქროზის დეპარტამენტი

ვულგარული მკვებავის გამომწვევია დერმატოტროპული ვირუსი *Mollitrix verrucae*. მეტეჭები გადაეცემა ადამიანიდან ადამიანს პირდაპირი კონტაქტით ან სხვადასხვა ნივთების საშუალებით. ინკუბაციური პერიოდი არის 4-6 თვე. ვირუსის აქტიურობა ვარირებს ფართო ფარგლებში და დამოკიდებულია ინდივიდუალურად ადამიანის წინააღმდეგობისუნარიანობაზე. არსებობს მეტეჭების მკურნალობის რამდენიმე მეთოდი: ელექტროკოაგულაცია, კრიოთერაპია და სხვა. ამჟამად, ამ დაავადების სამკურნალოდ იყენებენ სოლკოდერმს. სოლკოდერმი არის კერატოზის სანინაღმდეგო საშუალება. მის შენედეგლობაში შედის აზოტმეფავა, ძმარმეფავა, მეთამეფავის დიჰიდრატი, რძის მჟავა, სპილენძის ნიტრატის ტრიპილბატი.

ჩვენი მეთვალყურეობის ქვეშ იყო 70 ავადმყოფი. მათი ასაკი მერყეობს 15-დან 35 წლამდე. ამ ჯგუფში

გამოიკვლიეთ სოლკოდერმის თერაპიული ეფექტი. ავადმყოფებს აღენიშნებოდათ ვულგარული მკვებავი ხელის მტევანზე, მათ შორის ფრჩხილისრგვლივი მტევებში; აგრეთვე ტერფზე, ქუსლზე, თითებს შორის.

მეტეჭები არის მრგვალი ფორმის, კანის ფერის კვანძები პაპილომატოზური ზედაპირით, მკეროვი კონსისტენციით, არამტკივნეული. ტერფზე ლოკალიზებული მტევები კანის ზედაპირიდან მცირედაა ამონეული მუდმივი ზენოლის გამო, აქეთ ღრმა მდებარეობა რქოვან მრემში, მოყვითალო შეფერილობა და სიარულისას ძალიან მტკივნეულია.

სოლკოდერმით მკურნალობის პროცედურას ვატარებდით შემდეგნაირად: პროცედურა შედგება სოლკოდერმის ორი ხუთწუთიანი აპლიკაციისგან მეტეჭის ზედაპირზე. პრეპარატი გადაიტანება მეტეჭის ზედაპირზე სპეციალური ნაკეთილწვერიანი აპლიკატორით და თანაბრად ნაწილდება მასზე. სოლკოდერმი რამდენიმე წუთში აღწევს მეტეჭის ქსოვილში და ფერს უცვლის მას. შემდგომში პათოლოგიური ქსოვილი მუმიფიცირდება და რამდენიმე დღის შემდეგ თავისით სცილდება. შეხორცება სწრაფად ვითარდება და მეტეჭის ადგილზე კვალი ნაწილობით სახით არ რჩება. ერთდროულად დავამუშავეთ 4-5 კერა. თუ მუმიფიცირება არასრულია, პროცედურა მეორდება 2-4 კვირის შემდეგ.

აღსანიშნავია, რომ სოლკოდერმით მკურნალობის პროცესში პაციენტი არ განიცდის დისკომფორტს, ხოლო შემდგომ პერიოდში შეზღუდვა შრომისუნარიანობის და წყლის პროცედურების მხრივ არ არის. მნიშვნელოვანია ასევე, რომ მეტეჭების ფრჩხილისრგვლივი მდებარეობისას, სოლკოდერმით მოცილებს შემთხვევაში, ფრჩხილის ფორფიტა არ ზიანდება.

70 პაციენტს შორის შვიდს სოლკოდერმით მკურნალობის შემდეგ აღენიშნა ადგილობრივი სინილე და მტკივნეულია. ადგილობრივი ინფექციის სხვა ნიშნები: ჩირქოვანი გამონადენი, ლიმფანგიოტი არ აღინიშნა.

სოლკოდერმი გამოიყენეთ ასევე ლორწოვან გარსზე ლოკალიზებული მეტეჭების მოსაცილებლად, ხუთი პაციენტის შემთხვევაში. პროცედურა ნარმატებით დასრულდა ყოველგვარი გართულების გარეშე. საკმარისი იყო მკურნალობის მხოლოდ ერთი კურსი.

შედეგები: 55 პაციენტის მკურნალობა სოლკოდერმით აღმოჩნდა შედეგიანი და განმეორებითი პროცედურა მათ არ ჩატარებიათ. 12 პაციენტს ჩატარდა სოლკოდერმით მკურნალობის განმეორებითი კურსები, მეორე და მესამე 4-კვირიანი შუალედით. მათი მკურნალობა დამთავრდა მეტეჭის მოცილებით და კანის ნორმალური ეპითელიზაციით. ხოლო 3 პაციენტს აღენიშნა მეტეჭების რეკიდირი მიუხედავად განმეორებითი მკურნალობის კურსისა, რაც შეიძლება იყოს რეინფიცირების შედეგი.

ჩვენი მიერ ჩატარებული კვლევით პაციენტების 79% განიკურნა მკურნალობის ერთი კურსის შემდეგ, 4%-ს აღენიშნა რეციდივი, ხოლო დანარჩენი 17% განიკურნა განმეორებითი მკურნალობის კურსის შემდეგ.

ეს გამოკვლევა იმაზე მიუთითებს, რომ სოლკოდერმი ეფექტური საშუალებაა მეჭეჭების სამკურნალოდ, განსაკუთრებით, მეჭეჭების ძნელადმისადგომ ადგილებში ლოკალიზაციისას. ასევე აღსანიშნავია სოლკოდერმით მკურნალობის შემდეგ გართულებების დაბალი რისკი და მეჭეჭების მოცილების უმტკივნეულო პროცედურა. ამ გამოკვლევის შედეგები საშუალებას გვაძლევს, რეკომენდაცია გავუწიოთ ამ პრეპარატს მეჭეჭების სამკურნალოდ.

ლიტერატურა:

1. ცნობარი „ვიდალი“, 2007-2008;
2. Иванов О.Ю., Молочнов В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С. – Кожные и венерические болезни. Москва. Шинко.-2002.
3. Пальцев М.А., Потехин Н.Н., Лысенко Л.В. - Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи. М.-Медицина.-2004;

4. Скрипчина Ю.К., Мордוצева В.Н. – Кожные и венерические болезни

Jalagania N., Katzitzadze E., Tkviataria N., Babilashvili L

SOLCODERM'S THERAPEUTIC EFFECTIVENESS FOR THE MEDICATION OF VULGAR WARTS

TSMU. Department of Dermatology and Venerology

The main objective of our investigation was to define Solcoderm's therapeutic showiness for the medication of vulgar warts. The results indicate that Solcoderm is a good way in order to threat warts especially when warts are localized on the hard reaching areas. On the other hand we should underline the advantage of painless procedure and less risk of the future complications.

As a result, we recommend this medicament.

სარჩევი

აბაშიძე ნ., იერიელი მ., ცინცაძე თ., გოგიშვილი ხ., ჯაშიღ. ახალი თაობის ანტივირუსული პრაპარატების გამოყენება პერავსული სტომატიტის მკურნალობის კომპლექსში 5

აბულაძე თ., გოგიაშვილი ლ., ტურიაშვილი ნ., კვაშილაძე ჯ., ჩაჩანიძე ნ., კუკულაძე ნ. სპრინინგის პრიორიტეტები კოლორექტული პათოლოგიის ადრულ დიაგნოსტიკაში 7

ანჟვერელი ლ., გვენეტაძე ზ., დანელია თ. ცხვირის ანატომიური რემონსტრუქციისა და ესთეტიკური კორექციის ერთმომენტიანი მეთოდი, როგორც პრობლემის გადაწყვეტის რაციონალური გზა 10

ახმეტელი ლ., საგინაშვილი ლ., ძნელაძე ზ. ნაწლავთა ინვაზიონები მოზრდილებში 13

ადგიშვილი-ანდლუაძე ლ., მახარაძე რ., იშნაძე ნ., ნიჟარაძე ნ. ქრომატოგრაფიული მეთოდების გამოყენება ქლოფელინის ფარმა-კოინფექციის და მეთაბოლიზმის შესწავლაში (ლიტერატურის მიმოხილვა) 15

ბაილაშვილი ი., კაციტაძე ე., ბერიანიძე ქ., ჯალალანია ნ. დერმატოლოგიური დაავადებები, როგორც ციკლიტის შესაქმნელი გამოვლინება 17

ბაკურიძე ა., ბერაშვილი დ., ბაკურიძე ლ., ქურდიანი ნ. ალკოჰოლური ტოქსიკოზის ტიპოლოგია 18

ბაკურიძე ალ., ანდრეუ ე., ბაკურიძე ა. გენეტიკური სულფატის მიზანმიმართული მიწოდებისა და მოძიების კომპლექსური შემოწმება 21

ბაქრაძე ი., ლეშიჩავა რ., ბაქრაძე გ., კოვზირიძე თ., შვედია მ. კოლონოზოზის დაავადებების ცხვრების ხარისხის შედარებითი შეფასება რეპროდუცირების შემდეგ 23

ბერიანიძე ქ., კაციტაძე ა., მათოშვილი მ., კიკნაძე თ. უნივერსალური მალარიის ეფექტური პულსარული ფერმენტების კომპლექსური მკურნალობაში 25

ბრეგვაძე ოა., მეტრეველი კ.გ. კბილის ემსტრატის შედგენილი პერფორირებული ჯადა ყვის ნიღბის რეპროდუცირის მეთოდი 26

გაგინაძე მ., გვენეტაძე თ., ქავთარაძე გ. ლინკოლინი ცვლის მოქალაქეების მიზანმიმართული დაავადებულ პაციენტებში 28

გვგუშიძე თ., ვაშაქიძე ე., ხუჭუა თ. A კლასის ტიპის თაქსოზოზები თანამედროვე ეტაპზე 30

გეთია მ., მჭედლიძე ქ., ბაკურიძე ა., კუჭუხიძე ჯ. მკურნალობის (Malva L.) სპეციფიკური შედარებითი ანატომიური დახასიათება 31

გერაშვილი ო., ლომთაძე ლ., კიტოვანი დ., გურგენიძე თ., ყაჯრიშვილი მ. რეპროდუცირების ანტიბიოტიკული თაობის ანტიბიოტიკული მკურნალობაში 34

ლიტერატურა 36

გერაშვილი ო., ზარნაძე ი., ლომთაძე ლ., კიტოვანი დ. სპეციფიკური მოსახლეობის შობადობის თანამედროვე ტენდენციები 36

გვენეტაძე ზ., ანჟვერელი ლ., ქუჭულაშვილი ნ. ადრული სპეციფიკური მკურნალობის მნიშვნელობა სხვის შუა ზონის ტრავმული დაზიანებების დროს 39

გოგიაშვილი ქ., მანჯავიძე ნ., დიდუბულიძე ქ., მეგრელიშვილი გ., უზორია ი. დედის მკურნალობის დროის ტიპის განსაზღვრის ანტიბიოტიკული მკურნალობაში (ლიტერატურის მიმოხილვა) 41

თ. გოთა, ი. ფაქეზიშვილი, ც. ფარულაძე კანდიდოზის დაავადებისას ძალიან მცირე მასის მქონე ახალშობილებში 44

გორგალაძე ნ., ტაბატაძე დ., გონაძე ნ. სამკურნალო საშუალებების მოხმარების თაქსოზოზების შესწავლა სპეციფიკური ადრული 47

გრიგოლია ნ., გორგოლიანი გ., გაჩეჩილაძე მ., მოლოთაშვილი შ., გაბუნია ი. სარქველი პირველი ფილოზოფიური ფიგურადად 49

გრიგოლია ნ., გაჩეჩილაძე მ., მოლოთაშვილი შ. კომპლექსი 51

დავითაია თ., მანჯავიძე ნ., მეგრელიშვილი გ., გოგებერაშვილი ქ., მაყაშვილი ქ.
 მინიმალური ცვლილებაში ნაწილობრივად მკურნალებული სინდრომის რამდენიმე მნიშვნელოვანი მაჩვენებელი 53

ნ. დავითაია, გ. დავითაია, ზ. კორსანტია
 ალკოჰოლი-EB უმეტესობა ნაწილობრივად მკურნალებული ენდოკრინული დარღვევის სინდრომის მკურნალებაში 56

დელოი მ., ხომერიკი თ.
 ლაბორატორიული მეთოდები მზარდი თირაქტივის სინდრომის დროს 59

გუგუშვილი ნ., კვიციანი მ., პეტრიაშვილი შ., ვარაზანაშვილი ი., პრეგვაძე-თაბაგარი ნ., მამაცაშვილი ი.
 ცნობიერების ხარისხის მართვების მართვების შესწავლა უსუნთქველობის მკურნალებაში 60

ერიაშვილი ვ., ბაკურიძე ა., ხარქუა თ., ბერაშვილი დ., დულაშვილი ნ.
 თანამედროვე მზარდი თირაქტივის სინდრომის ანტიმედიკაციური მკურნალება და სიმართლის 63

ერიაშვილი ვ., ტუმუშვილი თ., ნემსიშვილი ნ.
 სპარტანოლინი რამდენიმე მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 66

ვაშაძე ვ. პოტიომოვილი თ. გუგუშვილი თ. ჯანაშვილი მ.
 ნივთიერების ცვლის დარღვევა HCV ვირუსით ავადმყოფობაში 67

ლიტირატურა 68

ვაშაძე ვ., შიქაძე ი., იმნაძე თ., ბაქანიშვილი გ.
 ინტერლეიკინ-10-ის როლი და მნიშვნელობა ქრონიკული C პეპტიდით ავადმყოფობაში 68

ვაშაძე ვ., სალუკია ა., ხლომონია ნ., ნონიკაშვილი მ., კვიციანი მ., ბარბაქაძე ქ., პაპიაშვილი ლ., შუბლაძე ნ.,
 ბეჟანიშვილი ნ., ხურცილავა ი., სინამონი მ.
 სპარტანოლინი ტიპურად მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 70

ი. ევრელაშვილი, მ. ქორთუშვილი
 ქორთუშვილი მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 73

ვეფხვაძე ნ., გელაშვილი კ., ზურაბიშვილი ბ., გელაშვილი თ., გიორგობიანი მ.
 ქორთუშვილი მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 75

ზარნაძე შ.
 კვების მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 78

ზარქუა თ., ერიაშვილი ვ., ბაკურიძე ა., ბერაშვილი დ.
 ფარმაკოკინეტიკური მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 80

ზარქუაშვილი ლ., ზენაიშვილი ი., ტუბაბრია გ., მჭედლიშვილი ი., მჭედლიშვილი თ.
 ფსიქოლოგიური მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 83

თეთრადე ლ., ვირსალაძე დ., ჯავახიშვილი ლ., კილასონია ლ., ტანანაშვილი დ., ესაკია ნ.
 Tetrade L.O., Virsaladze D.K., Javashvili L.V., Kilasonia L.I., Tananashvili D.E., Esakia N.G.
 The relationship of the reduction of insulin resistance with serum uric acid and other metabolic parameters in patients
 with metabolic syndrome 85

თოფურია დ., ლომინაძე ნ., ჭავჭავაძე ნ., გიორგობიანი თ., რუსთაშვილი ლ.
 დეპრესიის მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 86

თოფურია მ., ყიფიანი პ.
 ანტიმედიკაციური მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 89

თოხაძე ლ., გოფოძე ლ., ასათიანი გ., თოლორაია პ., ხუციშვილი კ.
 პროტონული ტუმორის ინჰიბიტორების მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 92

თოხაძე ლ., ცხეველიანი რ., დემეტრაშვილი ზ., გოფოძე ლ., ასათიანი გ.
 კუჭის ენდოკრინული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 94

ივრიელი მ., აბაშიძე ნ., გოგუშვილი ნ., ჯაში ლ., გოგუშვილი ნ.
 ზეპირსუნთქვის მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 95

ლიტირატურა: 96

იომეშვილი ბ., დათუნაშვილი ი., დათუნაშვილი გ., საგინაშვილი ლ.
 რემსიპროტინული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 97

კეზელი თ., გონაძე ნ.
 სისხლძარღვითი მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 99

ნაწილობრივად მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული მკურნალებული 99

სააკაშვილი ნ., ქაბაშვილი ი.
 მინერალური წყლის „ლაძგვირისა“ საცირფიკური მოქმედება და წყლულით დაავადებულ
 ავადმყოფთა მკურნალობის შორეული შედეგები 143

საგინაშვილი ლ., ირემაშვილი ბ., დათუაშვილი გ., ძნელაძე ლ. ტაბუცაძე თ.
 დაჩირბებული მახანტარიული ცისტის იმპიის შემთხვევა 144

სანიკიძე ე., ვაშაყიძე ლ.
 სიმბატომების მიხედვით ტუბერკულოზზე საბაზო ჯგუფების სპრინგების ესპეციალიზაცია
 ტისტ-პითეარის გამოყენებით 146

საყვარელიძე ზ., მღებრიშვილი ს., ბარბაქაძე ი., ზილიხოძე ზ.
 გრანულოზის შემცველი პასტის გამოყენების შორეული შედეგები ულკიტისა და აკირიფონტი-
 ტის ძრონიკული ფორმების მკურნალობის დროს 148

საყვარელიძე ზ., მღებრიშვილი ს., ბარბაქაძე ი., ზილიხოძე ზ.
 სრული ადმენტიის ორთოპედიული მკურნალობის შორეული შედეგები 150

ლიტირატურა 151

საყვარელიძე ზ., ზილიხოძე ზ., მღებრიშვილი ს., ბარბაქაძე ი.
 დენტალური იმპლანტაციის შემდგომი პრობლემების შეფასებითი ანალიზი 152

სოფროშაძე ზ., ქაბაშვილი ნ., თათარაძე ე., სვანიშვილი თ.
 მალალი სპორტული კვალციოპათიის სპორტსმენთა კიდურების სისხლძარღვების ფარადი
 დუკლეტსონოგრაფიული გამოკვლევები 153

ტაბაჭაძე დ., გორგასლიძე ნ., გონვაძე ნ.
 საპართოვლოში ფარმაკოტოქსიკური ბაზრის მარკეტინგული კვლევა სამკურნალო საშუალების
 მოხმარების თავისებურებების გათვალისწინებით 155

ფარულავა ც., ფრუიძე დ., ჩხაიძე მ., გოთუა თ., მანჯავიძე ი.
 გლუტამინსენიტური ენთეროპათია – ახალი ხედვა 157

ე. ფალავა, ნ. ქუუასელი, ი. კვაჭაძე, ა. ციხაძე, გ. ჭიჭინაძე, ზ. დუმბაძე
 იმუნოლოგიური პარტიკული ჰიპერტენიით დაავადებული ვაჟების რეაბილიტაცია
 რეზონანსული თერაპიის გამოყენებით 161

საგოიანი ე., პუტკოვსკაია ს.
 სამკურნალო გამანჯანსაღებელი ვარჯიშების კომპლექსის გამოყენების ეფექტურობა
 ქისრის ოსტეოპოროზის დროს 163

ფუტკარაძე ჯ., ჯოგლიძე ნ., ცეცხლაძე გ., ნიორაძე ი.
 ახალი ფარმაკოლოგიური საშუალების „ნოვოგინი“-ს ზოგადტოქსიკური მოქმედების
 შესწავლა 165

ფუტკარაძე ჯ., ჯოგლიძე ნ., ცეცხლაძე გ., ნიორაძე ი.
 ახალი ფარმაკოლოგიური საშუალების „ფსორესბელი“ ხსნარის ზოგადტოქსიკური
 მოქმედების შესწავლა 169

ჩიტრადურგა მაინუდინ ახმად ნავაზი, ჯალბაძე ზ., ავალიანი ი.
 Chitradurga Mysuddin Ahmad Nawaz, Jalabedze Kh., Avallani I.
 A Case Of Long-QT Syndrome 173

ქათამაძე ნ., ლარცულაიანი ქ., კიკნაძე მ.
 მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური ფუნქციის ცვლილების დინამიკა დოქსორუბინით
 მკურნალობის დროს 175

ყიფიანი ვ., ბეგიტაშვილი ნ., პეტრიაშვილი თ., პავლიაშვილი ნ., ნაშორაძე მ.
 ავთვისებიანი სიმსივნის სისხლმომარაგების თავისებურებების მიხედვით
 ძირითადი პარამეტრების პროცესი 176

ყიფიანი ნანა, შიშნაშვილი თ., ივერიელი მ., ყიფიანი ნინო, ჩიჩუა ზ.
 პარაფონტის დისტრუქციის და განლევის მძიმე ფორმის მკურნალების გამოყენება
 ძირითადი პარამეტრების დროს 179

შაფია მ., ბაქრაძე ი., ლავროვარი, აბუხაძე ი.
 ბაბაპენტინის (ბაბა-გამას) კლინიკური კვლევის შედეგები ტიპილის მძიმე
 ონკოლოგიური კავშირებით 181

შაფია მ., შაფია ნ., ყაჯრიშვილი მ.
 საპართოვლოში ონკოლოგიური პაციენტთა ძრონიკული ტიპილის არასწორი მართვის
 მიზეზები 184

შენგელია დ., კარანაძე ნ., ბალიაშვილი ვ., ტყეშელაშვილი ქ.
 ძაწილბარი კომპოზიციის (პენოპალი) გამოყენება თვალის ენდოტელის შემდგომ ღრუს
 შესავსებად 186

შენგელია დ., ბაკურიძე ა., კარანაძე ნ., ბალიაშვილი ვ., ბერაშვილი დ., ჯოხაძე მ.
 მუალწყალა ნების ანტიოქსიდანტური აქტივობის კვლევა „დავიპოლის“
 ინსტიტუტისას 188

შონია ნ. საყვარელიძე ზ. ბაქრაძე მ. კალცევირინის ბაქოპენიკსის ეფექტურობა გენერალ-ინჟინერული პარაფონტიტის კომპლექსურ გაურნალობაში	190
ცქვიტარია ნ., მათოშვილი მ., წერეთელი ე., კიკნაძე თ. ნაძსოქვინი როზაბეას გაურნალობაში	193
ცისკარიშვილი ნ.ვ., ცისკარიშვილი ნ.ი. ვიუსიდის და ადგილობრივი ფოტოთერაპიის ეფექტურობა მორეციდივე გენიტალური პერკუისის გაურნალობაში.	194
წერეთელი ე., კაციტაძე ე., ბაბილაშვილი ი., ბერიანიძე ქ. ფონოფორეზით ლატიკორტის მალამოს შეყვანის ეფექტურობა ვიტრინიგოს გაურნალობაში 197	
ჭუმბურიძე თ., ნემსინვერიძე ნ., ერიაშვილი ვ. საბარტოველოში ინტერპროფსიონალური პრობლემატიკის ფარმაკოტერაპია და ექიმებს შორის კლინიკური ფარმაციის საკითხები	198
ჯალაღანია ნ., კაციტაძე ე., ცქვიტარია ნ., ბაბილაშვილი ი. სოლკოფარმის თერაპიული ეფექტურობა ვულგარული მუქებების გაურნალობაში	200