

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 11 (212) Ноябрь 2012

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 11 (212) 2012

Published in cooperation with and under the patronage
of the Tbilisi State Medical University

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

GMN: Georgian Medical News is peer-reviewed, published monthly journal committed to promoting the science and art of medicine and the betterment of public health, published by the GMN Editorial Board and The International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (U.S.A.) since 1994. **GMN** carries original scientific articles on medicine, biology and pharmacy, which are of experimental, theoretical and practical character; publishes original research, reviews, commentaries, editorials, essays, medical news, and correspondence in English and Russian.

GMN is indexed in MEDLINE, SCOPUS, VINITI Russian Academy of Sciences. The full text content is available through EBSCO databases.

GMN: Медицинские новости Грузии - ежемесячный рецензируемый научный журнал, издаётся Редакционной коллегией и Международной академией наук, образования, искусств и естествознания (IASEIA) США с 1994 года на русском и английском языках в целях поддержки медицинской науки и улучшения здравоохранения. В журнале публикуются оригинальные научные статьи в области медицины, биологии и фармации, статьи обзорного характера, рецензии, научные сообщения, новости медицины и здравоохранения.

Журнал индексируется в MEDLINE, отражён в базе данных SCOPUS и ВИНТИ РАН. Полнотекстовые статьи журнала доступны через БД EBSCO.

GMN: Georgian Medical News – საქართველოს სამედიცინო სიახლენი – არის ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო რეცენზირებადი ჟურნალი, გამოიცემა 1994 წლიდან, წარმოადგენს სარედაქციო კოლეგიისა და აშშ-ის მეცნიერების, განათლების, ინდუსტრიის, ხელოვნებისა და ბუნებისმეტყველების საერთაშორისო აკადემიის ერთობლივ გამოცემას. GMN-ში რუსულ, ინგლისურ და გერმანულ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული, თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოსილვითი ხასიათის სტატიები, რეცენზიები.

ჟურნალი ინდექსირებულია MEDLINE-ის საერთაშორისო სისტემაში, ასახულია SCOPUS-ის და ВИНТИ РАН-ის მონაცემთა ბაზებში. სტატიების სრული ტექსტი ხელმისაწვდომია EBSCO-ს მონაცემთა ბაზებიდან.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

Ежемесячный совместный грузино-американский научный электронно-печатный журнал
Агентства медицинской информации Ассоциации деловой прессы Грузии,
Академии медицинских наук Грузии, Международной академии наук, индустрии,
образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Лаури Манагадзе

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Лаури Манагадзе - председатель Научно-редакционного совета

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава,
Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Николай Гонгадзе,
Ирина Квачадзе, Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Палико Кинтраиа, Теймураз Лежава,
Джанлуиджи Мелотти, Караман Пагава, Николай Пирцхалаишвили, Мамука Пирцхалаишвили,
Вадим Саакадзе, Вальтер Стакл, Фридон Тодуа, Кеннет Уолкер, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллнер, Рамаз Шенгелия

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционной коллегии

Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия),
Амиран Гамкрелидзе (Грузия), Константин Кипиани (Грузия),
Георгий Кавтарадзе (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия),
Тамара Микаберидзе (Грузия), Тенгиз Ризнис (США), Дэвид Элуа (США)

Website:

www.geomednews.org

The International Academy of Sciences, Education, Industry & Arts. P.O.Box 390177,
Mountain View, CA, 94039-0177, USA. Tel/Fax: (650) 967-4733

Версия: печатная. **Цена:** свободная.

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

По вопросам подписки обращаться по тел.: 293 66 78.

Контактный адрес: Грузия, 0177, Тбилиси, ул. Асатиани 7, V этаж, комната 5

тел.: 995(32) 254 24 91, 995(32) 222 54 18, 995(32) 253 70 58

Fax: +995(32) 253 70 58, e-mail: ninomikaber@hotmail.com; nikopir@dgmholding.com

По вопросам размещения рекламы обращаться по тел.: 5(99) 97 95 93

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

© 2001. The International Academy of Sciences,
Education, Industry & Arts (USA)

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; Georgian Academy of Medical Sciences; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).

Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

SCIENTIFIC EDITOR

Lauri Managadze

EDITOR IN CHIEF

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Lauri Managadze - Head of Editorial council

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava, Leo Bokeria, Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili, Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Paliko Kintraia, Irina Kvachadze, Nana Kvirkvelia, Teymuraz Lezhava, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava, Nicholas Pirtskhalaishvili, Mamuka Pirtskhalaishvili, Vadim Saakadze, Ramaz Shengelia, Walter Stackl, Pridon Todua, Kenneth Walker

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial board

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany), Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA), Konstantin Kipiani (Georgia), Giorgi Kavtaradze (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia), Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tamara Mikaberidze (Georgia), Tengiz Riznis (USA)

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board
7 Asatiani Street, 5th Floor
Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91
995 (32) 222-54-18
995 (32) 253-70-58
Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

D. & N. COM., INC.
111 Great Neck Road
Suite # 208, Great Neck,
NY 11021, USA

Phone: (516) 487-9898
Fax: (516) 487-9889

WEBSITE

www.geomednews.org

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

1. Статья должна быть представлена в двух экземплярах, на русском или английском языках, напечатанная через **полтора интервала на одной стороне стандартного листа с шириной левого поля в три сантиметра**. Используемый компьютерный шрифт для текста на русском и английском языках - **Times New Roman (Кириллица)**, для текста на грузинском языке следует использовать **AcadNusx**. Размер шрифта - **12**. К рукописи, напечатанной на компьютере, должен быть приложен CD со статьей.

2. Размер статьи должен быть не менее шести и не более пятнадцати страниц машинописи, включая указатель литературы и резюме на английском, русском и грузинском языках.

3. В статье должны быть освещены актуальность данного материала, методы и результаты исследования и их обсуждение.

При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать вид и количество экспериментальных животных, применявшиеся методы обезболивания и усыпления (в ходе острых опытов).

4. Таблицы необходимо представлять в печатной форме. Фотокопии не принимаются. **Все цифровые, итоговые и процентные данные в таблицах должны соответствовать таковым в тексте статьи**. Таблицы и графики должны быть озаглавлены.

5. Фотографии должны быть контрастными, фотокопии с рентгенограмм - в позитивном изображении. Рисунки, чертежи и диаграммы следует озаглавить, пронумеровать и вставить в соответствующее место текста **в tiff формате**.

В подписях к микрофотографиям следует указывать степень увеличения через окуляр или объектив и метод окраски или импрегнации срезов.

6. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

7. При оформлении и направлении статей в журнал МНГ просим авторов соблюдать правила, изложенные в «Единых требованиях к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», принятых Международным комитетом редакторов медицинских журналов - <http://www.spinesurgery.ru/files/publish.pdf> и http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html В конце каждой оригинальной статьи приводится библиографический список. В список литературы включаются все материалы, на которые имеются ссылки в тексте. Список составляется в алфавитном порядке и нумеруется. Библиографическое описание литературы составляется на языке текста документа. В списке литературы сначала приводятся работы, написанные знаками грузинского алфавита, затем кириллицей и латиницей. Ссылки на цитируемые работы в тексте статьи даются в квадратных скобках в виде номера, соответствующему номеру данной работы в списке литературы.

8. Для получения права на публикацию статья должна иметь от руководителя работы или учреждения визу и сопроводительное отношение, написанные или напечатанные на бланке и заверенные подписью и печатью.

9. В конце статьи должны быть подписи всех авторов, полностью приведены их фамилии, имена и отчества, указаны служебный и домашний номера телефонов и адреса или иные координаты. Количество авторов (соавторов) не должно превышать пяти человек.

10. К статье должны быть приложены краткое (на полстраницы) резюме на английском, русском и грузинском языках (включающее следующие разделы: вступление, материал и методы, результаты и заключение) и список ключевых слов (key words).

11. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи. Корректур авторам не высылаются, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

12. Недопустимо направление в редакцию работ, представленных к печати в иных издательствах или опубликованных в других изданиях.

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

Please note, materials submitted to the Editorial Office Staff are supposed to meet the following requirements:

1. Articles must be provided with a double copy, in English or Russian languages and typed or computer-printed on a single side of standard typing paper, with the left margin of **3** centimeters width, and **1.5** spacing between the lines, typeface - **Times New Roman (Cyrillic)**, print size - **12** (referring to Georgian and Russian materials). With computer-printed texts please enclose a CD carrying the same file titled with Latin symbols.

2. Size of the article, including index and resume in English, Russian and Georgian languages must be at least 6 pages and not exceed the limit of 15 pages of typed or computer-printed text.

3. Submitted material must include a coverage of a topical subject, research methods, results, and review.

Authors of the scientific-research works must indicate the number of experimental biological species drawn in, list the employed methods of anesthetization and soporific means used during acute tests.

4. Tables must be presented in an original typed or computer-printed form, instead of a photocopied version. **Numbers, totals, percentile data on the tables must coincide with those in the texts of the articles.** Tables and graphs must be headed.

5. Photographs are required to be contrasted and must be submitted with doubles. Please number each photograph with a pencil on its back, indicate author's name, title of the article (short version), and mark out its top and bottom parts. Drawings must be accurate, drafts and diagrams drawn in Indian ink (or black ink). Photocopies of the X-ray photographs must be presented in a positive image in **tiff format**.

Accurately numbered subtitles for each illustration must be listed on a separate sheet of paper. In the subtitles for the microphotographs please indicate the ocular and objective lens magnification power, method of coloring or impregnation of the microscopic sections (preparations).

6. Please indicate last names, first and middle initials of the native authors, present names and initials of the foreign authors in the transcription of the original language, enclose in parenthesis corresponding number under which the author is listed in the reference materials.

7. Please follow guidance offered to authors by The International Committee of Medical Journal Editors guidance in its Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals publication available online at: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
http://www.icmje.org/urm_full.pdf

In GMN style for each work cited in the text, a bibliographic reference is given, and this is located at the end of the article under the title "References". All references cited in the text must be listed. The list of references should be arranged alphabetically and then numbered. References are numbered in the text [numbers in square brackets] and in the reference list and numbers are repeated throughout the text as needed. The bibliographic description is given in the language of publication (citations in Georgian script are followed by Cyrillic and Latin).

8. To obtain the rights of publication articles must be accompanied by a visa from the project instructor or the establishment, where the work has been performed, and a reference letter, both written or typed on a special signed form, certified by a stamp or a seal.

9. Articles must be signed by all of the authors at the end, and they must be provided with a list of full names, office and home phone numbers and addresses or other non-office locations where the authors could be reached. The number of the authors (co-authors) must not exceed the limit of 5 people.

10. Articles must have a short (half page) abstract in English, Russian and Georgian (including the following sections: introduction, material and methods, results and conclusions) and a list of key words.

11. Editorial Staff reserves the rights to cut down in size and correct the articles. Proof-sheets are not sent out to the authors. The entire editorial and collation work is performed according to the author's original text.

12. Sending in the works that have already been assigned to the press by other Editorial Staffs or have been printed by other publishers is not permissible.

**Articles that Fail to Meet the Aforementioned
Requirements are not Assigned to be Reviewed.**

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

1. სტატია უნდა წარმოადგინოთ 2 ცალად, რუსულ ან ინგლისურ ენებზე დაბეჭდილი სტანდარტული ფურცლის 1 გვერდზე, 3 სმ სიგანის მარცხენა ველისა და სტრიქონებს შორის 1,5 ინტერვალის დაცვით. გამოყენებული კომპიუტერული შრიფტი რუსულ და ინგლისურ ენოვან ტექსტებში - **Times New Roman (Кириллица)**, ხოლო ქართულ ენოვან ტექსტში საჭიროა გამოვიყენოთ **AcadNusx**. შრიფტის ზომა – 12. სტატიას თან უნდა ახლდეს CD სტატიით.

2. სტატიის მოცულობა არ უნდა შეადგენდეს 6 გვერდზე ნაკლებსა და 15 გვერდზე მეტს ლიტერატურის სიის და რეზიუმეების (ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე) ჩათვლით.

3. სტატიაში საჭიროა გაშუქდეს: საკითხის აქტუალობა; კვლევის მიზანი; საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები; მიღებული შედეგები და მათი განსჯა. ექსპერიმენტული ხასიათის სტატიების წარმოდგენისას ავტორებმა უნდა მიუთითონ საექსპერიმენტო ცხოველების სახეობა და რაოდენობა; გაუტკივარებისა და დაძინების მეთოდები (მწვავე ცდების პირობებში).

4. ცხრილები საჭიროა წარმოადგინოთ ნაბეჭდი სახით. ყველა ციფრული, შემაჯამებელი და პროცენტული მონაცემები უნდა შეესაბამებოდეს ტექსტში მოყვანილს.

5. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრაფიების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

6. სამამულო ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალების თანდართვით, უცხოურისა – უცხოური ტრანსკრიპციით.

7. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით). ანბანური წყობით წარმოდგენილ ბიბლიოგრაფიულ სიაში მიუთითეთ ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში კვადრატულ ფხილებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით.

8. სტატიას თან უნდა ახლდეს: ა) დაწესებულების ან სამეცნიერო ხელმძღვანელის წარდგინება, დამოწმებული ხელმოწერითა და ბეჭდით; ბ) დარგის სპეციალისტის დამოწმებული რეცენზია, რომელშიც მითითებული იქნება საკითხის აქტუალობა, მასალის საკმაობა, მეთოდის სანდოობა, შედეგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობა.

9. სტატიის ბოლოს საჭიროა ყველა ავტორის ხელმოწერა, რომელთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-ს.

10. სტატიას თან უნდა ახლდეს რეზიუმე ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე არანაკლებ ნახევარი გვერდის მოცულობისა (სათაურის, ავტორების, დაწესებულების მითითებით და უნდა შეიცავდეს შემდეგ განყოფილებებს: შესავალი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; ტექსტუალური ნაწილი არ უნდა იყოს 15 სტრიქონზე ნაკლები) და საკვანძო სიტყვების ჩამონათვალი (key words).

11. რედაქცია იტოვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.

12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც დასაბეჭდად წარდგენილი იყო სხვა რედაქციაში ან გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემებში.

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Pertia A., Managadze L., Chkhotua A. THE VALUE OF NEPHRON-SPARING SURGERY FOR THE TREATMENT OF RENAL CELL CARCINOMA 4 TO 7 CM IN SIZE.....	7
Chkhotua A., Managadze L., Pertia A. METASTASIS OF RENAL CELL CARCINOMA TO CONTRALATERAL ADRENAL GLAND: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE	12
Halilova N. IMPROVING THE PROGNOSIS WAYS OF CENTRAL GENESIS AND MANAGEMENT OPTION IN INFERTILE WOMEN.....	19
Оспельникова Т.П. ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ИНТЕРФЕРОНДЕФИЦИТА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	24
Ржеутская Р.Е. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	33
Накашидзе И.М., Цинцадзе Н.Г., Поцхишвили Ш.Н. ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ СЕПСИСОМ И СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ (ОБЗОР)	40
Simonovska N., Bozinovska C., Chibishev A., Grchevska L., Dimitrovski K., Neeva V. CHANGES OF SOME HUMORAL IMMUNOLOGIC INDICATORS AND CLINICAL MANIFESTATIONS OF CRYOGLOBULINEMIA IN HEROIN ADDICTS.....	45
Kharabadze M., Khetsuriani R., Betaneli M., Mekokishvili L., Chkuaseli N. INFLUENCE OF THE SOCIAL AND ECONOMICAL FACTORS ON THE INDICATORS OF HEIGHT AND WEIGHT AMONG THE PUPILS, RESIDENTS OF THE CITY AND VILLAGES IN EASTERN GEORGIA (КАКХЕТИ РЕГИОН).....	53
Kherkheulidze M., Kavlashvili N., Kandelaki E., *Manjavidze T. EVALUATION OF NUTRITIONAL KNOWLEDGE OF SECOND GRADE SCHOOL CHILDREN AND ASSESSMENT OF THEIR DIETARY INTAKE	58
Пагава К.И., Мецхваришвили Г.Дж., Гачечиладзе К.К., Коринтели И.А., Хойле Н., Дзулиашвили М.Г. НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРОРАЛЬНО ПРИНИМАЕМЫМИ БАКТЕРИОФАГАМИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ	64
Чемич Н.Д., Захлебаева В.В., Ильина Н.И. ПРОБЛЕМА ОПИСТОРХОЗА В УКРАИНЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ.....	69
Кикалишвили Б.Ю., Зурабашвили Д.З., Зурабашвили З.А., Турабелидзе Д.Г., Шанидзе Л.А. ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ МАСЕЛ КОСТОЧЕК ВИНОГРАДА, КОРЫ БАРХАТНОГО ДЕРЕВА И СЕМЯН АМАРАНТА И ИХ БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ	73
Джохадзе Т.А., Буадзе Т.Ж., Гайозишвили М.Н., Бараташвили Н.А., Лежава Т.А. ДЕГЕТЕРОХРОМАТИНИЗАЦИЯ ХРОМАТИНА ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ОЛИГОПЕПТИДНЫМ БИОРЕГУЛЯТОРОМ (LYS-GLU-ASP-PRO).....	76

გამოკვლევა (მკურნალობის დაწყებიდან 30-ე-მე-60 დღე) - I ჯგუფი - 1/5 - 20,0%, II ჯგუფი - 6/10 - 60,0%, III ჯგუფი 3/3 - 100%. ბაქტერიოფაგების ნეიტრალიზაციის ხარისხი მერყეობდა 50,7%-დან 97,3%-მდე. რაიმე კანონზომიერება ფაგური პრეპარატის სხვადასხვა კომპონენტის მიმართ არ გამოვლენილა.

ბაქტერიული აგენტებით განპირობებული დაავადებების მკურნალობაში კომერციული ბაქტერიოფაგების პერორალური გამოყენებისას გამო-

მუშავდება მანეიტრალიზებელი ანტისხეულები, რაც გარკვეულად ზღუდავს ბაქტერიოფაგოთერაპიის ხანგრძლივობას და მის გამოყენებას ბაქტერიული ინფექციების მკურნალობისას მომავალში.

ახალშობილებსა და ჩვილებში მანეიტრალიზებელი ანტისხეულების გამოყენება არსებითად უფრო ნაკლებადაა გამოხატული, რაც ამ ასაკში ბაქტერიოფაგოთერაპიის უფრო ფართო გამოყენების მიზანშეწონილობაზე მეტყველებს.

ПРОБЛЕМА ОПИСТОРХОЗА В УКРАИНЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Чемич Н.Д., Захлебаева В.В., Ильина Н.И.

Сумский государственный университет, кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией, Сумы, Украина

Описторхоз – природно-очаговый гельминтоз, распространенный во многих регионах мира: в России, Украине, Австрии, Германии, Венгрии и других странах. По данным ВОЗ, печеночной трематодой инвазировано около 21 млн. лиц на земном шаре [5].

Самый крупный очаг описторхоза в мире – Обь-Иртышский. Он охватывает 15 областей и краев России и Восточного Казахстана с максимальным уровнем заболеваемости в Среднем Приобье, Тюменской, Томской областях, Ханты-Мансийском автономном округе. Пораженность населения в отдельных районах достигает 85-95% [7].

В Украине, в бассейне Днепра с притоками, находится второй по величине эндемический очаг описторхоза. Болезнь регистрируется во многих областях, но максимальная инвазированность населения наблюдается в Северо-Восточном регионе Украины: в Сумской (75%), Полтавской (15%) и Черниговской (10-15%) областях. Это обусловлено сочетанием природных и социальных факторов. Особый гидрологический режим (большое количество озер, водоемов, рек) обеспечивает стойкое функционирование очага описторхоза. Способствуют этому также наличие многочисленных биотопов промежуточного хозяина паразита, распространение любительской рыбной ловли, значительный удельный вес рыбы в пищевом рационе населения, употребление сырой рыбы и рыбных отходов плотоядными животными [2]. О высоком риске и практической неизбежности заражения населения с раннего детства свидетельствуют результаты исследования окончательных,

промежуточных и дополнительных хозяев паразита, проведенные за последние 3 года. Так, инвазированность кошек в бассейне Днепра составляет 32%, Десны – 19%; моллюсков - 0,3-15%, рыбы семейства карповых - от 3 до 18% [6].

Первый очаг описторхоза на территории Сумской области выявлен в 1953 году на реке Ворскла с инфицированностью населения до 61%. Позже были зарегистрированы интенсивные очаги в районах рек Сулы и Сейма, где инвазированность населения колебалась от 2 до 18%, а в некоторых селах достигала 70-80%. Описторхоз был выявлен в 16 районах области, в 187 населенных пунктах.

В связи с этим была принята программа по борьбе с описторхозом. В результате ее реализации разработаны и внедрены новые методы диагностики, лечения, диспансеризации больных описторхозом, проведены мероприятия по оздоровлению очагов. Это способствовало снижению заболеваемости в области описторхозом среди взрослых в 4, детей - в 5 раз, перестали регистрироваться населенные пункты с гиперэндемичным типом поражения (с инвазированностью населения выше 40%) [8].

Однако ситуация по данному паразитозу остается сложной, поскольку за последние 5 лет в Сумской области выявлено 62 % от общего количества больных описторхозом, зарегистрированных в Украине. Кроме того, в связи с высокой стоимостью лечения количество пролеченных пациентов находится на уровне 49-51%.

Болезнь относится к неуправляемым и существенно влияет на здоровье населения. Это обусловлено высоким процентом хронизации, развитием желчекаменной болезни, рака печени вследствие мутагенного эффекта возбудителя, его способности индуцировать пролиферативные процессы [4,9].

На фоне описторхоза осложняется течение вирусных гепатитов, туберкулеза, шигеллеза и других инфекционных болезней. Причиной этого является дисбаланс в системе иммунитета, ориентированный в условиях хронического описторхоза на поддержание продолжительного симбиоза «хозяин - паразит» [1].

Цель исследования – анализ и определение параметров эпидемического процесса описторхоза в Сумской области Украины, выявление особенностей клинического течения и лечения болезни.

Материал и методы. Объектом исследования были больные описторхозом, медицинские карты стационар-

ных больных /ф. 003/у, отчетная документация Сумской областной санитарно-эпидемиологической станции.

Методы исследования: клинико-anamnestические, лабораторные с использованием клинического (Cobas Micros) и биохимического (Cobas Emira) анализаторов; ИФА для определения антител к возбудителю; копроовоскопия формалин-эфирным методом; инструментальные - ФГДС, УЗИ, фракционное исследование желудочного сока и дуоденального содержимого.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что показатели заболеваемости описторхозом в Сумской области весьма высокие, в 22-25,6 раз превышают средние показатели в Украине. Так, если в 2000-2002 гг. инцидентность превышала всеукраинские показатели в 9 раз, то в 2004-2011 гг. - в 26. Наблюдается повышение ежегодной заболеваемости с 6,9 на 100 тыс. населения в 2000 году до 27,7 в 2011, при стабильном показателе в Украине (рис.).

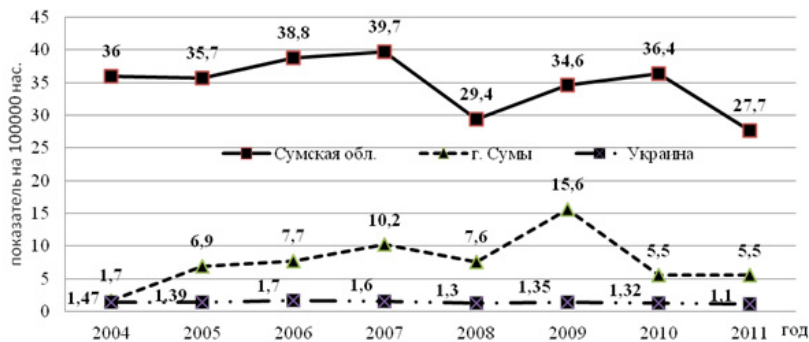


Рис. Динамика заболеваемости описторхозом в 2004-2011 гг.

За период с 2004 до конца 2011 года в лечебных учреждениях Сумской области обследовано свыше 1,5 млн. лиц, из них впервые выявлено 13192 больных опи-

сторхозом (таблица 1). Паразитоз зарегистрирован в 132 населенных пунктах, из них в 6 инвазированность населения превышает 10%.

Таблица 1. Выявление больных описторхозом за 2004-2011 гг.

Год	На учете		Обследовано	Выявлено больных		
	всего	в т.ч. детей до 14 лет		всего	в т.ч. впервые	впервые среди детей
2004	780	78	153081	520	437	57
2005	1041	108	172968	736	434	43
2006	1241	118	223380	826	476	46
2007	1316	98	210005	728	480	33
2008	1402	102	209424	647	359	27
2009	1482	65	208827	848	409	11
2010	1332	49	252612	780	426	36
2011	1384	57	241484	614	321	22
2012 (6 мес.)	1287	51	125940		142	

В 2011 году на описторхоз целенаправленно обследовано 241484 и выявлено 614 больных, из них впервые 321. Уже за 6 месяцев 2012 года в области выявлено 142 больных, инцидентность - 12,3 на 100 тыс. населения, в Украине - 0,7-1,1. Сейчас на учете в медицинских

учреждениях находится 1287 пациентов, из них 51-дети. 90% инвазированных проживают в г. Шостка и 7 районах области: Бурынском, В.-Писаревском, Кролевецком, Недригайловском, Роменском, С.-Будском и Шосткинском. Уровень заболеваемости населения

в этих районах в 4-7 раз превышает среднеобластные и приближается к наиболее интенсивным очагам Западной Сибири.

В 2004-2011 гг. в Сумской областной клинической инфекционной больнице им. З. И. Красовицкого находилось на лечении 195 больных описторхозом, из них 192 с хроническим течением и 3 с острым. Среди больных преобладали лица старше 40 лет (53,8%), каждый десятый был в возрасте до 18 лет (10,8%). Женщины составили 62,4%, что, возможно, связано с высоким процентом принадлежности женщин к декретированной группе (работа в пищевой промышленности), которая регулярно обследуется на паразитозы.

У большинства госпитализированных болезнь имела латентное течение. Об этом свидетельствует выявление яиц описторхисов в фекалиях лиц декретированной группы (60,2%), а также у пациентов, которые обращались за медицинской помощью по поводу других заболеваний.

Таблица 2. Частота выявления клинических симптомов у госпитализированных больных хроническим описторхозом

Симптом	Количество больных	
	абс. число	%
Субиктеричность склер	47	24,1
Субфебрилитет	36	18,4
Болезненность при пальпации: в эпигастральной области; в проекции желчного пузыря	56	28,7
	53	27,1
Положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера	23	11,8
Гепатомегалия	154	78,9
Астеновегетативный синдром	88	42,1
Аллергический синдром	13	6,6
Вегетативные нарушения	26	13,3

В клиническом анализе крови значительных изменений не выявлено. Эозинофилия крови для нашего региона не характерна. Биохимические показатели крови у большинства больных были в пределах нормы, только в 4% случаев отмечалась повышенная активность щелочной фосфатазы в 2-4 раза.

Для диагностики описторхоза использовалась копроовоскопия формалин-эфирным методом, исследование дуоденального содержимого и ИФА для выявления антител к возбудителю. Яйца описторхисов обнаружены в фекалиях всех больных. У 92,7% пациентов определялась минимальная инвазия (1-10 яиц в 1 г фекалий).

В дуоденальном содержимом у 97,2% выявлены элементы воспаления (слизь, лейкоциты, клетки эпителия) в порции в желчи, что подтверждает преимущественную локализацию описторхисов в желчном пузыре.

Антитела к описторхисам методом ИФА определены

Патогенное действие описторхисов характеризуется многообразием. Паразиты вызывают механическую обструкцию билиарных путей, нарушение микроциркуляции, некроз, воспаление, фиброз печени, холангиоэктазии желчных протоков, создают условия для проникновения вторичной бактериальной инфекции [10].

С учетом патогенеза инвазии для клинической картины хронического описторхоза характерны симптомы поражения гепатодуоденопанкреатической зоны (таблица 2). У большинства госпитализированных определялась увеличенная печень, у каждого четвертого субиктеричность склер, субфебрилитет, болезненность при пальпации в правом подреберье. Проявлениями вегетативных нарушений были вазомоторные сосудистые реакции, повышенная потливость, слюнотечение. Астеновегетативный синдром проявлялся головной болью, нарушением сна, раздражительностью, быстрой утомляемостью.

у 24,7% лиц. Низкий процент положительных результатов иммунологического исследования обусловлен иммуносупрессивным действием паразита. При длительной инвазии наблюдается снижение уровня специфических антител ниже порогового вследствие развития иммунодефицитного состояния. Антитела связываются с экстреторно-секреторными антигенами гельминтов с образованием ЦИК. Последние стимулируют продукцию специфических супрессоров, угнетающих Т-звено иммунитета, снижая функциональное состояние иммунной системы. Происходит «иммунная мимикрия» - включение антигенов хозяина в антигенный комплекс паразита и угнетение иммунного ответа [3]. Поэтому иммунологическая диагностика описторхоза используется как дополнение к паразитологическому методу.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки гепатита у 17,9%, холецистита – у 81,3%, холангита – у 21,7% пациентов. У 39,8% больных диагностирована

дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому типу, у 41,5 % - панкреатит. При ФГДС у 19% лиц выявлен гастрит, у 12,2% - гастродуоденит. Таким образом, длительная инвазия описторхисами характеризуется стойким нарушением системы пищеварения. Поэтому своевременная диагностика и лечение описторхоза являются принципиально важными с точки зрения неблагоприятных исходов болезни.

Лечение описторхоза комплексное и включает 3 этапа: подготовительный (базисная патогенетическая терапия), специфическая химиотерапия, реабилитационный.

Задача первого этапа – коррекция аллергического синдрома, обеспечение адекватного оттока желчи, лечение воспаления желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта. От качественного проведения этого этапа будет зависеть эффективность последующего.

На втором этапе лечения проводится дегельминтизация. Наиболее эффективным препаратом этиотропной терапии описторхоза является празиквантел (билтрицид) – производный изохинолина, который повышает проницаемость клеточных мембран паразита для ионов кальция, что вызывает паралич мышц гельминта, в связи с чем он отделяется от стенки холангиол и эвакуируется с желчью. Курсовая доза билтрицида составляет 40-75 мг/кг. Препарат принимают в течение одного дня. На следующий день после приема препарата назначают слепое зондирование с сорбитом или минеральной водой для эвакуации описторхисов. Для предупреждения побочных явлений необходимо проведение дезинтоксикационной терапии после приема последней дозы билтрицида.

На третьем этапе лечения используются тюбажи с сорбитом, сернокислой магнезией, минеральной водой в течение 3 месяцев. Комплекс реабилитационных мероприятий включает использование гепатопротекторов, желчегонных препаратов, спазмолитиков.

Критериями освобождения организма от описторхисов являются три отрицательных результата копроовоскопии и однократного исследования дуоденального содержимого. Исследования проводятся через три месяца после дегельминтизации.

Выводы

1. Заболеваемость описторхозом в Сумской области высокая и имеет тенденцию к росту.
2. Стойкое функционирование очага инвазии обусловлено особенностями гидрологического режима региона, высокой пораженностью описторхисами карповых рыб, которые имеют значительный удельный вес в пищевом рационе населения.
3. Из клинических форм преимущественно регистрируется хронический описторхоз с латентным течением.

4. Ввиду высокой стоимости лечения пролечено только 49-51% больных описторхозом.

5. Решение проблемы описторхоза в Сумской области требует усиленного внимания не только медицинских работников, но и активного участия органов исполнительной власти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодня Е.И. Нарушение процессов адаптации и их коррекция при хроническом описторхозе. Автореф. дисс... д-ра мед. наук. Киев: 1999; 43.
2. Буряк М.В., Малышева Н.С. Роль паразитологического мониторинга в снижении циркуляции описторхозной инвазии на территории Курской области. Сибирский медицинский журнал. Иркутск: 2008; 7: 88-89.
3. Ильинских Е.Н., Ильинских Н.Н., Ильинских И.Н. и др. Характеристика иммунного ответа в зависимости от интенсивности инвазии у больных хроническим описторхозом. Бюллетень сибирской медицины 2010; 1: 40-44.
4. Мартынова Н.А., Одинцова И.Н. Рак печени в регионе Сибири и Дальнего Востока. Онкологический журнал 2003; 2: 77-78.
5. Николаева Н.И., Николаева В.П., Тигилева А.В. Описторхоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Российский паразитологический журнал 2005; 5: 23-26.
6. Павліковська Т.М., Бодня К.І., Холтобіна Л.В. та ін. Опісторхоз в Україні. Сучасні інфекції 2005; 2: 4-6.
7. Пальцев А.И. Клиника, диагностика и лечение хронического описторхоза. Клини. мед. 2003; 4: 62-66.
8. Шолохова С.Є., Сніцарь А.О., Міроненко В.Б. та ін. Ситуація з опісторхозу в Сумській області та в Україні. Сучасні інфекції. 2004; 4: 9-11.
9. Berger V.K., Verbuclun M.D. Opisthorchiasis simulang a malignancy (in German). Z. Gastroenterol. 2004; 39: 173-175.
10. Carpenter H.A. Bacteriae and parasite cholans gitis. Mago Clin Proc. 1998; 5: 473-478.

SUMMARY

THE PROBLEM OF OPISTHORCHIASIS IN UKRAINE AND MODERN APPROACHES TO TREATMENT

Chemych N., Zakhlebaeva V., P'yina N.

Sumy State University, Department of Infectious Disease and Epidemiology, Sumy, Ukraine

The aim of the research was to conduct the analysis of the epidemiology of opisthorchiasis in Ukraine and Sumy region. It was found that in Sumy region the morbidity of population was 27.7 per 100 thousand of population. Inci-

dence rate was almost 27 times higher in Suma region than in the rest of the country. The clinical course of the disease in endemic region was characterized by a high percentage of the latent form of invasion. The investigation showed that the most effective drug for the causal treatment of opisthorchiasis is praziquantel.

Keywords: opisthorchiasis, prevalence, Sumy region, Ukraine, clinical features, praziquantel.

РЕЗЮМЕ

ПРОБЛЕМА ОПИСТОРХОЗА В УКРАИНЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Чемич Н.Д., Захлебаева В.В., Ильина Н.И.

Сумский государственный университет, кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией, Сумы, Украина

Проведен анализ эпидемиологической ситуации по описторхозу в Украине и Сумской области, на территории которой находится крупнейший природный очаг инвазии. Заболеваемость населения составляет 27,7 на 100 тыс. населения, что превышает заболеваемость по Украине более чем в 27 раз. Исследовано клиническое течение заболевания в эндемическом очаге, особенно-

стью которого является высокий процент латентной формы инвазии. Наиболее эффективным препаратом для этиотропной терапии описторхоза является празиквантел.

რეზიუმე

ოპისტორქოზის პრობლემა უკრაინაში და მკურნალობისადმი თანამედროვე მიდგომები

ნ. ჩემიჩი, ვ. ზახლებაევა, ნ. ილინა

სუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ინფექციური დაავადებათა და ეპიდემიოლოგიის კათედრა, სუმი, უკრაინა

უკრაინასა და სუმის ოლქში, სადაც ინვაზიის ბუნებრივი კერაა, შესწავლილ იქნა ოპისტორქოზის ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა. აღნიშნულ ოლქში 100000 მოსახლეზე დაავადებულთა რაოდენობა შეადგენს 27,7, რაც 27-ჯერ აღემატება მთელი უკრაინის მასშტაბით დაავადებულთა საერთო რაოდენობას. გამოკვლეულთა დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა ენდემურ ზონაში, რომელიც ხასიათდება ინვაზიის ლატენტური ფორმის მაღალი პროცენტით. ოპისტორქოზის ეტიოტროპული მკურნალობის ყველაზე ეფექტური საშუალებაა პრაზიკვანტელი.

ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ МАСЕЛ КОСТОЧЕК ВИНОГРАДА, КОРЫ БАРХАТНОГО ДЕРЕВА И СЕМЯН АМАРАНТА И ИХ БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Кикалишвили Б.Ю., Зурабашвили Д.З., Зурабашвили З.А., Турабелидзе Д.Г., Шанидзе Л.А.

Центр психического здоровья и превенции наркомании, Тбилиси; Хроматографический центр, Тбилиси; Тбилисский государственный медицинский университет, Институт фармакохимии им. И. Кутателадзе, Тбилиси, Грузия

Физиологически активные соединения растительных масел давно используются в традиционной (народной) и современной медицине. Природные масла, обладая уникальным набором биологически активных веществ, являются исключительно ценным и легкодоступным материалом для медицины и фармации [2,7]. Химический состав их достаточно разнообразен [9]. Современные биохимические исследования показали, что растительные масла содержат жирные кислоты только с четным числом атомов углерода, причем наибольшую биологическую ценность представляют монокарбоновые кислоты с неразветвленными углеродными цепями

и четным числом углерода [1]. Среди них наиболее распространены линоленосодержащие масла [8], которые давно применяются в народной медицине не только в качестве вяжущих средств, но и в форме пищевых добавок [4]. Необходимо подчеркнуть, что линоленовая, линолевая и арахидоновая кислоты незаменимы. Они не синтезируются в организме и должны обязательно поступать в организм с пищей. Из полиеновых жирных кислот исключительный интерес представляет линолевая кислота, способная наиболее полно превращаться в арахидоновую, которая является низкомолекулярным биорегулятором и предшественником простагланди-