

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 12 (249) Декабрь 2015

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 12 (249) 2015

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, PubMed and 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, PubMed 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 და ინგლისურ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული, თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოხილვითი ხასიათის სტატიები, რეცენზიები.

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

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

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

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), Реваз Сепиашвили (Грузия), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Лаури Манагадзе - председатель Научно-редакционной коллегии

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава, Тенгиз Асатиани,
Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогебашвили,
Николай Гонгадзе, Манана Жвания, Ирина Квачадзе, Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили,
Гурам Кикнадзе, Палико Кинтраиа, Теймураз Лежава, Джанлуиджи Мелотти, Караман Пагава,
Николай Пирцхалаишвили, Мамука Пирцхалаишвили, Фридон Тодуа,
Кеннет Уолкер, Рамаз Хецуриани, Рудольф Хохенфеллнер, Кахабер Челидзе,
Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа, Рамаз Шенгелия

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, III этаж, комната 313
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

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsy (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), Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Lauri Managadze - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava, Tengiz Asatiani, Rima Beriashvili, Leo Bokeria, Kakhaber Chelidze, Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili, Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Paliko Kintraia, Irina Kvachadze, Nana Kvirkevelia, Teymuraz Lezhava, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava, Nicholas Pirtskhalaishvili, Mamuka Pirtskhalaishvili, Ramaz Shengelia, Pridon Todua, Kenneth Walker, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board
7 Asatiani Street, 3th 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

NINITEX INTERNATIONAL, INC.
3 PINE DRIVE SOUTH
ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

Phone: +1 (917) 327-7732

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 десяти и не более двадцати 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. К статье должны быть приложены краткое (на полстраницы) резюме на английском, русском и грузинском языках (включающее следующие разделы: цель исследования, материал и методы, результаты и заключение) и список ключевых слов (key words).

5. 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.

6. 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.

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

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 10 pages and not exceed the limit of 20 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. Articles must have a short (half page) abstract in English, Russian and Georgian (including the following sections: aim of study, material and methods, results and conclusions) and a list of key words.

5. 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.

6. 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).

7. 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.

8. 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).

9. 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.

10. 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.

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 ინგლისურენოვან ტექსტებში - **Times New Roman (Кириллица)**, ხოლო ქართულენოვან ტექსტში საჭიროა გამოვიყენოთ **AcadNusx**. შრიფტის ზომა – 12. სტატიას თან უნდა ახლდეს CD სტატიით.

2. სტატიის მოცულობა არ უნდა შეადგენდეს 10 გვერდზე ნაკლებს და 20 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. სტატიას თან უნდა ახლდეს რეზიუმე ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე არანაკლებ ნახევარი გვერდის მოცულობისა (სათაურის, ავტორების, დაწესებულების მითითებით და უნდა შეიცავდეს შემდეგ განყოფილებებს: მიზანი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; ტექსტუალური ნაწილი არ უნდა იყოს 15 სტრიქონზე ნაკლები) და საკვანძო სიტყვების ჩამონათვალი (key words).

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

6. 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, ანათალებების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

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

8. 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 ფხიხლებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით.

9. 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.

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

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.



Our team at the international journal “Georgian Medical News” is wishing you Merry Christmas and a Joyous New Year filled with remarkable scientific achievements and success! We are grateful for your continued support and partnership and look forward to working with you in the years to come. This Holiday Season is always connected with new hopes. We hope to continue providing an effective international platform for discussion of health issues and related disciplines.

Коллектив сотрудников международного журнала «Медицинские новости Грузии» поздравляет авторов и читателей с Рождеством Христовым и наступающим Новым 2016 годом! Желаем вам творческих успехов и научных достижений. Новый год – это всегда надежда. Надеемся, что журнал «Медицинские новости Грузии» продолжит быть эффективной платформой для обсуждения актуальных проблем медицины, здравоохранения и смежных дисциплин и пользоваться интересом международного научного сообщества.

*საერთაშორისო სამეცნიერო ჟურნალ «საქართველოს სამედიცინო სიახლენის» კოლექტივი გილოცავთ შობის ბრწყინვალე დღესასწაულს და ახალ **2016** წელს! მაღლობა გვინდა ვუთხრათ ჩვენს ავტორებს და მკითხველებს თანამშრომლობისა და თანადგომისათვის. ახალი წელი სიახლესა და იმედთან ასოცირდება, ჩვენც ვიმედოვნებთ, რომ დამდეგი წელი სამეცნიერო წარმატების, სიუხვის და სიკეთის მომტანი იქნება.*

Содержание:

Saker Z., Tsintsadze O., Jiqia I., Managadze L., Chkhotua A. IMPORTANCE OF APOPTOSIS MARKERS (MDM2, BCL-2 AND Bax) IN BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AND PROSTATE CANCER.....	7
Zhvania G., Mshvildadze Sh., Ujmajuridze A., Chanturaia Z., Managadze L. THE USE OF BOWEL FOR BILATERAL URETER SUBSTITUTION: A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE	14
Shoshiashvili V., Tataradze A., Beglarishvili L., Managadze L., Chkhotua A. INFLUENCE OF TYPE OF ANESTHESIA ON HEMODYNAMIC PARAMETERS AND OUTCOME OF DIALYSIS ARTERIOVENOUS FISTULA OPERATIONS	20
Saker Z., Tsintsadze O., Jiqia I., Managadze L., Chkhotua A. IMPORTANCE OF APOPTOSIS MARKERS (MDM2, BCL-2 AND Bax) IN CONVENTIONAL RENAL CELL CARCINOMA.....	27
Khelaia A., Saker Z., Tsintsadze O., Managadze L. NONOBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA, FOLLICLE-STIMULATING HORMONE AS A MARKER OF SUCCESSFUL SPERM RETRIEVAL	34
Urushadze O., Mtvaradze A., Nemsadze G., Liparteliani N. PARTIAL ANOMALOUS PULMONARY VENOUS CONNECTION WITH INTACT ATRIAL SEPTUM: A CASE REPORT	37
Ozbek C., Sever K., Demirhan O., Mansuroglu D., Kurtoglu N., Ugurlucan M., Sevmis S., Karakayali H. MID TERM RESULTS AFTER OPEN HEART SURGERY IN HEMODIALYSIS PATIENTS AWAITING KIDNEY TRANSPLANT: DOES CARDIOVASCULAR SURGICAL INTERVENTION PRIOR TO TRANSPLANTATION PROLONG SURVIVAL?.....	42
Шинкевич В.И., Удальцова К.А., Писаренко Е.А., Коломиец С.В., Хмиль Т.А. СИМПТОМАТИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРОДОНТИТЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	52
Кадыкова О.И., Кравчун П.Г., Рындина Н.Г., Габисония Т.Н., Молотягин Д.Г. ПОЛИМОРФИЗМ Gln27Glu ГЕНА β_2 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОЖИРЕНИЯ.....	59
Дралова А.А., Усачева Е.В. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЦИТОКИНОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ТОКСОКАРОЗНОЙ ИНВАЗИИ	62
Nachkebia N., Maglakelidze N., Chijavadze E., Chkhartishvili E., Babilodze M. HYPOTHALAMIC OREXINE SYSTEM ACCELERATES REGULATION OF SLEEP HOMEOSTASIS AND SLEEP-WAKEFULNESS CYCLE RECOVERY FROM BARBITURATE ANESTHESIA-INDUCED ARTIFICIAL SLEEP.....	67
Beisenayeva A., Cialkowska-Rysz A., Zhumaliyeva V., Omarova I., Kabildina N., Sirota V. THE IMPORTANCE OF IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDIES IN THE DIAGNOSIS OF CANCER OF UNKNOWN PRIMARY ORIGIN.....	73

Джоджуа Н.Н., Гонгадзе Н.В., Митагвария Н.П. РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА И РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ В ПОДДЕРЖАНИИ ТЕМПЕРАТУРНОГО ГОМЕОСТАЗА В ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	80
Sikora V., Vojko V., Tkach G., Kuptenko L., Lyndin M. STRUCTURAL CHANGES IN SUBMANDIBULAR SALIVARY GLAND, CAUSED BY HEAVY METAL SALTS, AND THEIR CORRECTION WITH DIALIPON (EXPERIMENTAL STUDY)	85
Агаджанова Е.М. НОВЫЙ МЕХАНИЗМ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЭМБРИОНАЛЬНОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО МОДУЛЯТОРА МКРТЧЯНА ПУТЕМ АКТИВАЦИИ ЕГО МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНОГО ЭФФЕКТА.....	92
Амиранидзе М.В., Сумбадзе Ц.М., Сихарулидзе И.Т., Гвидани С.А., Маркарян С.А. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕЛЕЗЕНКЕ – ГИСТО- УЛЬТРАСТРУКТУРА ОРГАНА	99

Исходя из этого, целью данного исследования явилось изучение полиморфизма Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторов как возможного фактора патогенеза ожирения у больных ишемической болезнью сердца.

Проведено комплексное обследование 337 больных ишемической болезнью сердца. Больные распределены на две группы в зависимости от наличия ожирения: первая группа – больные ишемической болезнью

сердца с нормальной массой тела (n=115), вторая группа – пациенты с ишемической болезнью сердца и ожирением (n=222). Контрольную группу составили 35 практически здоровых лиц.

Установлено, что наличие аллеля G и генотипа G/G Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторов является фактором повышенного риска развития и прогрессирования ожирения у больных ишемической болезнью сердца.

რეზიუმე

გენი Gln27Glu-ის β_2 -ადრენორეცეპტორების პოლიმორფიზმი პაციენტებში გულის იშემიური დაავადებით, როგორც სიმსუქნის განვითარების და პროგრესირების ფაქტორი

ო. კადიკოვა, პ. კრაქუნა, ნ. რინდინა, თ. გაბისონია, დ. მოლოტიავინი

ხარკოვის ნაციონალური სამედიცინო უნივერსიტეტის შინაგანი მედიცინის №2 და კლინიკური იმუნოლოგიის და ალერგოლოგიის კათედრა, უკრაინა

ამჟამად გამოვლენილია გენეტიკური მარკერების დიდი რაოდენობა, რომლებიც მჭიდროდ უკავშირდება კარდიოვასკულური დაავადებების და სიმსუქნის განვითარებას.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა გულის იშემიური დაავადებით პაციენტებში სიმსუქნის პათოგენეზის შესაძლო ფაქტორის დადგენა გენი Gln27Glu-ის β_2 -ადრენორეცეპტორების პოლიმორფიზმის შესწავლის საფუძველზე.

ჩატარებულია გულის იშემიური დაავადებით

პაციენტების (n=337) კომპლექსური კვლევა. პაციენტები სიმსუქნის გათვალისწინებით დაიყო ორ ჯგუფად: I ჯგუფი - გულის იშემიური დაავადებით და ნორმალური წონით (n=115), II ჯგუფი - გულის იშემიური დაავადებით და სიმსუქნით (n=222). საკონტროლო ჯგუფი შედგებოდა 35 ჯანმრთელი პირისაგან.

დადგინდა, რომ G-ალელი და გენოტიპის G/G Gln27Glu β_2 -ადრენორეცეპტორების გენის არსებობა წარმოადგენს სიმსუქნის განვითარების და პროგრესირების მაღალ რისკს პაციენტებში გულის იშემიური დაავადებით.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЦИТОКИНОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ТОКСОКАРОЗНОЙ ИНВАЗИИ

Дралова А.А., Усачева Е.В.

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Паразитарные болезни по распространенности занимают третье место в мире. На сегодняшний день изучение заболеваемости токсокарозом и механизма поражения органов и тканей при токсокарозной инвазии среди детей разного возраста является актуальной проблемой инфектологии [1,8].

Известно, что у больных токсокарозом имеет место гиперреактивность бронхов. Формирование стойкого бронхообструктивного синдрома у пациентов с

токсокарозной инвазией отмечается, прежде всего, у детей, которые имеют склонность к аллергическим заболеваниям. Для токсокароза характерным является развитие иммунносупрессии. Исходя из изложенного, длительная массивная инвазия может привести к рекуррентному течению заболеваний дыхательной системы [7,9,10,12]. Однако, токсокароз - управляемое заболевание, своевременное выявление и лечение которого приводит к предотвращению рецидива респираторной патологии.

Одним из частых проявлений висцерального токсокароза является поражение дыхательной системы (у 20-50% больных). Выраженность этого поражения может проявляться от легких катаральных явлений до тяжелых бронхообструкций. Наиболее тяжелые поражения дыхательной системы наблюдаются у детей раннего возраста [2,3,5,11].

Ведущая роль в развитии иммунологических реакций принадлежит сенсибилизации организма экскреторно-секреторными антигенами, а также соматическими антигенами токсокар. При этом, основным патогенетическим фактором в острой фазе гельминтозов является аллергия. Количество аллергенов, необходимых для сенсибилизации и запуска аллергической реакции, весьма немногочисленно. В хронической фазе инвазии кроме специфических антигенов в патогенез включаются иммунные комплексы [7,10].

Основную роль в механизме противопаразитарного иммунитета играют эозинофилы. Механизм привлечения эозинофилов весьма сложный и много раз дублируется. В нем принимают участие лимфокины, которые выделяются сенсибилизированными лимфоцитами; низкомолекулярный хемотоксический фактор, продуцируемый нейтрофилами при взаимодействии с иммунными комплексами; лейкотриены, которые продуцируются лимфоцитами, нейтрофилами, тканевыми базофилами. Иммунные комплексы привлекают в очаг поражения эозинофилы, вследствие чего образуются эозинофильные инфильтраты. Эозинофилы частично разрушают иммунные комплексы, тем самым уменьшая тяжесть патологических реакций в тканях. Сенсибилизированные Т-лимфоциты, скопившиеся вокруг личинки, выделяют лимфотоксины, привлекают и активируют макрофаги и другие клетки, которые включаются в процесс формирования гранулем в различных органах и тканях [6,7].

На основании анализа опубликованных в литературе многочисленных данных, полученных в результате наблюдений за больными токсокарозом, предложена таблица диагностических ценностей клинических и лабораторных показателей при токсокарозе по L.T. Glickman, P.M. Schantz [4] (таблица 1). Диагноз токсокароза считается обоснованным при сочетании симптомов и показателей выше 12 баллов [5,7,8,9].

Наиболее стабильным лабораторным признаком токсокароза большинство ученых считают гиперэозинофилию периферической крови [2,10]. Относительный уровень эозинофилии может колебаться в широких границах, достигая иногда 70-80% и более. Иногда регистрируется так называемая бессимптомная эозинофилия крови, при которой клинические проявления инвазии отсутствуют, однако выявляются антитела к антигенам *T.canis* [6,9]. По данным других ученых [7], гиперэозинофилия не является обязательным симптомом токсокароза и не всегда регистрируется, что может ввести в заблуждение врача. Некоторые ученые отмечают прямую корреляцию между тяжестью клинических проявлений инвазии и уровнем эозинофилии, гиперлейкоцитозом периферической крови. Однако, данные, относительно частоты регистрации и патогенетического значения как эозинофилии, так и лейкоцитоза противоречивы [5,7].

Высокая вероятность поражения дыхательной системы и отсутствие некоторых данных об особенностях иммунного ответа при токсокарозной инвазии ставят перед необходимостью изучения клинических особенностей этого заболевания.

Целью исследования явился анализ клинико-цитокинных особенностей течения рекуррентных заболеваний дыхательной системы у детей на фоне токсокарозной инвазии.

Таблица 1. Диагностические ценности клинических и лабораторных признаков при токсокарозе по L.T. Glickman, P. M. Schantz [4]

Показатели	Баллы
Эозинофилия периферической крови	5
Лейкоцитоз	4
повышенная СОЭ	4
Гипергаммаглобулинемия	3
Гипоальбуминемия	3
Анемия	2
Рецидивирующая лихорадка	3,5
Легочный синдром	3,5
Рентгенологическое исследование легких	2
Увеличение размеров печени	4
Желудочно-кишечные расстройства	2
Неврологические расстройства	1,5
Кожные поражения	1
Лимфаденопатия	1

Материал и методы. Под наблюдением находились 50 детей в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст - 10 ± 5 лет) с рекуррентным течением заболеваний дыхательной системы. Среди клинических проявлений поражения дыхательной системы на момент обследования отмечались: обструктивный бронхит (50%), бронхиальная астма (30%), пневмония (10%) и ларинготрахеит (10%). Все пациенты обследованы на наличие антител к токсокарам в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА). На основании обследования выделены две группы: основная (I группа), в состав которой вошли 20 детей с поражением дыхательной системы, инфицированные *Toxocara canis* (T. canis) и II группа (сравнения), которую составили 30 пациентов с поражением дыхательной системы, серонегативные к T. canis. В обеих группах пациенты были репрезентативными по возрасту и полу.

Детям обеих групп, кроме общепринятого клинического и лабораторного обследования, определяли иммунологические показатели сыворотки крови, в частности, уровни интерлейкинов 1 β , 5, 6 (ИЛ 1 β , ИЛ 5, 6) методом ИФА.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программных пакетов STATISTIKA v. 6.1 (SNANSOFT) с использованием непараметрических методов, при этом центральная тенденция и вариация показателей обозначались как Me (Q_{25} - Q_{75}), где Me – медиана, а Q_{25} и Q_{75} – верхний и нижний квартили, соответственно. Для сравнения двух независимых групп использовали U критерий Манна-Уитни, χ^2 Макнемара и критерии Стьюдента и Фишера.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинического течения эпизода заболевания дыхательной системы у детей первой и второй групп выявил достоверное повышение температуры у большинства детей I группы, инфицированных T. canis – 8 (40%) детей в сравнении с детьми II группы - 8 (26,6%), $p < 0,05$, (таблица 2). При этом, продолжительность лихорадки была дольше у се-

роположительных к T. canis детей (от 3 до 10, в среднем, $3,8 \pm 4,8$ дней) в сравнении с неинфицированными (2-7, в среднем, $2,8 \pm 3,8$ дней). При объективном осмотре выявлено наличие одышки у 6 (30%) детей I группы и 2 (6,6%) – II группы, $p < 0,05$. Однако, выяснилось, что признаки дыхательной недостаточности раньше регистрировались еще у 4 больных, как серопозитивных к T. canis (20%) так и серонегативных (13,3%). У детей I группы при аускультации легких дольше прослушивалось жесткое дыхание с сухими и влажными хрипами. Следует отметить, что эпизоды бронхообструктивного синдрома у больных I группы отмечались, в среднем, до 5-6 раз в год, а у детей II группы - до 4. Увеличение периферических лимфатических узлов регистрировалось практически с одинаковой частотой в группах сравнения. Экзантема отмечена только у 2 (6,6%) серонегативных к T. canis детей.

Следует отметить, что гепатомегалия регистрировалась только у инфицированных T. canis 4 (20%) пациентов, что относится и к спленомегалии - 2 (10%) больных той же группы. У детей, сероположительных к T. canis, эпизод поражения дыхательной системы имел более длительное течение, выздоровление отмечалось на второй-третьей неделе лечения. При этом, пациенты без токсокарозной инвазии имели более легкое течение заболевания, которое завершалось выздоровлением на первой неделе лечения.

Анализ результатов общеклинического лабораторного обследования пациентов двух групп выявил некоторые особенности. Из таблицы 3 явствует, что у инфицированных T. canis детей с поражением дыхательной системы чаще отмечались «воспалительные» изменения со стороны периферической крови, в частности, достоверно высокие показатели количества лейкоцитов – $10,2 (9,0-12,0) \times 10^9/л$, ускоренная СОЭ - $17,0(9,0-20,0)$ мм/ч и тенденция к увеличению количества палочкоядерных нейтрофилов – $9,0(8,0-15,0)\%$, в сравнении с больными II группы - $8,5 (4,0-14,0)$, $p < 0,05$.

Таблица 2. Основные клинические проявления заболевания у детей двух групп наблюдения

Клинический симптом	Серопозитивные к T. canis (n=20)	Серонегативные к T. canis (n=30)	χ^2 Макнемара
лихорадка	8*	8*	$p = ,017^*$
длительность лихорадки (M \pm m)	$3,8 \pm 4,8$	$2,8 \pm 3,8$	$p = ,320$
одышка	6*	2*	$p = ,000^*$
дыхательная недостаточность	4*	4*	$p = ,001^*$
длительность бронхообструктивного синдрома (M \pm m)	$6 \pm 1,3$	$4 \pm 0,9$	$p = ,180$
лимфаденопатия	7	9	$p = ,140$
экзантема	0	2	-
гепатомегалия	4*	0*	$p = ,001^*$
спленомегалия	2	0	-

примечание: * – $p < 0,05$ между I и II группами по показателю χ^2 Макнемара

Таблица 3. Показатели общего анализа крови детей I и II групп наблюдения (Me (Q₂₅-Q₇₅))

Показатель	Сероположительные к T.canis (n=20)	Серонегативные к T.canis (n=30)	p (U)
лейкоциты, 10 ⁹ /л	10,2 (9,0-12,0)*	7,0 (5,5-9,3)	0,001*
СОЭ, мм/ч	17,0 (9,0-20,0)*	10,0 (7,0-14,0)	0,03*
эозинофилы, %	3,0 (1,0-4,0)	1,5 (0-4,0)	0,19
палочкоядерные нейтрофилы, %	9,0 (8,0-15,0)	8,5 (4,0-14,0)	0,09
гемоглобин, г/л	121,0 (108,0-128,0)*	136,5 (124,0-145,0)	0,003*

примечание: * – p<0,05 между I и II группами по данным критерия Манна-Уитни

Таблица 4. Показатели уровня ИЛ 1β, ИЛ 5, ИЛ 6 в сыворотке крови у детей I и II групп (M±m)

Показатель	I группа (n=20)	II группа (n=30)
ИЛ 1β, пг/мл	0,5±0,9	0,7±1,2
ИЛ 5, пг/мл	1,2±0,8*	2,0±1,1
ИЛ 6, пг/мл	0,7±0,9*	0,4±0,4

примечание: * - p<0,05 относительно показателя во II группе

У детей I группы отмечалась тенденция к снижению уровня гемоглобина, хотя этот показатель и удерживался на уровне референтных значений - 121,0(108,0-128,0) г/л, против 136,5(124,0-145,0) г/л у пациентов II группы, p<0,05. При этом, ожидаемых достоверных изменений со стороны содержания эозинофилов – клеток, которые играют ведущую роль в противопаразитарной защите, не выявлено.

Анализ иммунологических показателей сыворотки крови выявил некоторые особенности (таблица 4). У детей с поражением дыхательной системы, инфицированных T.canis, отмечался более высокий уровень провоспалительного ИЛ 6, в среднем, 0,7±0,9 пг/мл, чем у детей без токсокароза - 0,4±0,4 пг/мл, p<0,05.

У детей обеих групп наблюдения отмечались почти одинаковые показатели уровней ИЛ 1β: 0,5±0,9 и 0,7±1,2 пг/мл, соответственно. Считаем, что высокий уровень ИЛ 6 при отсутствии увеличения концентрации ИЛ 1β в сыворотке крови инфицированных токсокарами детей является проявлением хронической фазы инфекционного процесса, обусловленного паразитом.

Неожиданные результаты получены относительно ИЛ 5, который является эозинофильным фактором и способствует противогельминтной защите в организме человека. Так, у пациентов I группы отмечались низкие уровни этого цитокина: 1,2±0,8 пг/мл в сравнении с 2,0±1,1 пг/мл у детей II группы. Низкий уровень ИЛ 5 в сыворотке крови детей, инфицированных токсокарами, по всей вероятности, свидетельствует о продуцировании личинками токсокар при длительном поражении защитных субстанций, которые маскируют их и об истощении физиологиче-

ских иммунных механизмов. Оба фактора приводят к неадекватной функции противогельминтной защиты в организме человека и длительной персистенции возбудителя.

Выводы

1. Поражение дыхательной системы при токсокарозной инвазии чаще протекает с выраженным интоксикационным и бронхообструктивным синдромами, сопровождается температурной реакцией, дыхательной недостаточностью и гепатомегалией. Характеризуется более пролонгированным течением заболевания.
2. У детей, инфицированных T.canis, с поражением дыхательной системы чаще регистрируются изменения в анализе крови, указывающие на воспалительный процесс: лейкоцитоз и ускоренная СОЭ, при отсутствии значимых лабораторных сдвигов «аллергического характера» (эозинофилия).
3. У детей с поражением дыхательной системы на фоне токсокарозной инвазии отмечается высокий уровень провоспалительного ИЛ 6, свидетельствующий о мощных воспалительных изменениях в организме инфицированных детей; низкий уровень ИЛ 5 указывает на способность личинок токсокар «уходить» от «специфической эозинофильной противопаразитарной защиты», что способствует длительному рецидивирующему течению болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н., Прокошева М.Н. Современный взгляд на проблему гельминтозов у детей и эффективные пути ее решения. Лечащий врач 2004; 1: 24-29.

2. Бабак О.Я. Роль и место тканевых паразитозов в патологии человека. Медична газета Здоров'я України 2007; 7(1): 43-44.
3. Боднарчук В.О. Контрольованість бронхіальної астми у дітей, інфікованих токсокарами: наскільки можливою вона є сьогодні. Современная педиатрия 2010; 4(32): 58-61.
4. Грицко Р.Ю., Ворожбит О.Б. Токсокароз: актуальні аспекти діагностики та лікування. Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія 2009. – № 1. – С. 78–83.
5. Ершова И.Б., Мочалова А.А., Черкасова С.Н., Чернова Е.В. Паразитарные инвазии в практике врача-педиатра. Здоровье ребенка 2007; 2(5): 19-24.
6. Зайков С.В. Взаимоотношения между гельминтозами и аллергическими заболеваниями. Новости медицины и фармации. Аллергология, пульмонология, иммунология 2009; 295: 12-16.
7. Казмирчук В.Е., Ковальчук Л.В., Мальцев Д.В. Клиническая иммунология и аллергология с возрастными особенностями. Киев: ВСИ «Медицина»; 2012: 520 с.; 181-185.
8. Машіка В.Ю. Діагностика токсокарозу у дітей. Науковий вісник ужгородського університету 2009; Вип. 36: 53-55.
9. Юлиш Е.И. Клиника, диагностика, лечение и профилактика гельминтозов у детей. Новости медицины и фармации 2011; 11-12: 15-18.
10. Carvalho EA, Rocha RL. Toxocariasis: visceral larva migrans in children. J Pediatr. 2011; 87: 10-15.
11. Macpherson CN. The epidemiology and public health importance of toxocariasis: a zoonosis of global importance. Int.J.Parasitol. 2013; 43: 999-1008.
12. Smith H, Holland C, Taylor M, Magnaval JF, Schantz P, Maizels R. How common is human toxocariasis. Trends Parasitol. 2009; 25: 182–188.

SUMMARY

SOME CLINICAL AND CYTOKINE FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF RECURRENT RESPIRATORY SYSTEM DISEASES IN CHILDREN WITH THE TOXOCARIASIS INVASION

Dralova A., Usachova E.

Zaporozhye State Medical University, Ukraine

The aim of the present study was to analyze clinical and cytokine features of recurrent respiratory system diseases in children with toxocariasis.

50 children aged 1 to 17 years (mean age - 10±5 years) with recurrent current of respiratory system disorders were studied. During the survey such clinical manifestations of the respiratory system disorders as obstructive bronchitis (50%), bronchial asthma (30%), pneumonia (10%) and laryngotracheitis (10%) have been revealed.

Statistical analysis of the results was performed using the software package STATISTICA 6.1 (SNANSOFT).

We have shown that the disorders of respiratory system in case of toxocariasis invasion often occur with severe intoxication and bronchial obstruction syndromes, temperature reaction, respiratory insufficiency and hepatomegaly. A prolonged course of the disease has been noted. "Inflammatory" indicators of general blood analysis, such as leukocytosis and increased of ESR have been recorded in patients with respiratory system disorders in children with T.canis infection significantly more often, significant "allergic" laboratory changes were in the form of eosinophilia. High average levels of pro-inflammatory IL-6, as well as low levels of IL 5 have been determined in children suffering from the respiratory system disorders and with toxocariasis invasion in the anamnesis. The obtained findings require further study.

Keywords: toxocariasis invasion, respiratory system disorder, children, clinical course, cytokine profile.

РЕЗЮМЕ

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЦИТОКИНОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ТОКСОКАРОЗНОЙ ИНВАЗИИ

Дралова А.А., Усачева Е.В.

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Целью исследования явился анализ клинико-цитокинных особенностей течения рекуррентных заболеваний дыхательной системы у детей на фоне токсокарозной инвазии.

Под наблюдением находились 50 детей в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст - 10±5 лет) с рекуррентным течением заболеваний дыхательной системы. Среди клинических проявлений поражения дыхательной системы на момент обследования отмечались обструктивный бронхит (50%), бронхиальная астма (30%), пневмония (10%) и ларинготрахеит (10%). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением программных пакетов STATISTIKA v. 6.1 (SNANSOFT).

В результате проведенного исследования выявлено, что поражение дыхательной системы при токсокарозной инвазии чаще протекает с выраженным интоксикационным и бронхообструктивным синдромами, сопровождается температурной реакцией, дыхательной недостаточностью и гепатомегалией, характеризуется более пролонгированным течением заболевания. У

пациентов, инфицированных *T.canis*, с поражением дыхательной системы достоверно чаще регистрируются изменения в анализе крови, указывающие на воспалительный процесс: лейкоцитоз и ускоренная СОЭ при отсутствии значимых лабораторных сдвигов «аллергического характера» (эозинофилия). У детей с поражением дыхательной системы на фоне токсокарозной инвазии отмечаются высокие показатели средних уровней провоспалительного ИЛ 6 и низкий уровень ИЛ 5, что способствует длительному рецидивирующему течению болезни.

რეზიუმე

სასუნთქი სისტემის რეკურენტული დაავადებების კლინიკური და ციტოკინური თავისებურების შესწავლა ბავშვებში ტოქსოკაროზული ინვაზიის ფონზე

ა. დრალოვა, ე. უსანევა

ზაპროოქიეს სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ზოგიერთი კლინიკურ-ციტოკინური თავისებურების შესწავლა სასუნთქი სისტემის რეკურენტული დაზიანების ფონზე ბავშვებში. დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 1-17 წლის ასაკის 50 ბავშვი (საშუალო ასაკი -

10±5 წელი) სასუნთქი სისტემის დაავადების რეკურენტული მიმდინარეობით. სასუნთქი სისტემის დაავადების კლინიკურ გამოხატულებათა შორის აღინიშნებოდა (%-ში): ობსტრუქციული ბრონქიტი - 50%, ბრონქული ასთმა - 30%, პნევმონია - 10%, ლარინგოტრაქეიტი - 10%. კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები დამუშავებულია პროგრამული პაკეტის STATISTIKA v. 6.1 გამოყენებით.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ სასუნთქი სისტემის დაავადება ტოქსოკაროზული ინვაზიის ფონზე ხშირად მიმდინარეობს გამოხატული ინტოქსიკაციით და ბრონქოლბსტრუქციული სინდრომით, რასაც თან ახლავს მაღალი ტემპერატურა, სუნთქვის უკმარისობა და ჰეპატომეგალია, ხასიათდება დაავადების გრძელვადიანი მიმდინარეობით. *T.canis*-ით ინფიცირებულ პაციენტებს სასუნთქი სისტემის დაავადებით სარწმუნოდ ხშირად აღენიშნება ცვლილებები სისხლში, რაც მიუთითებს ანთებით პროცესებზე: ლეიკოციტოზი და მომატებული ედს, მნიშვნელოვანი “ალერგიული ხასიათის” ლაბორატორიული ძვრების (ეოზინოფილია) გარეშე. ბავშვებს დაზიანებული სასუნთქი სისტემით ტოქსოკაროზული ინვაზიის ფონზე აღენიშნა პროანთებითი ინტერლეიკინ 6-ის საშუალო მაჩვენებლის მაღალი და ინტერლეიკინ 5-ის დაბალი დონე, რაც ხელს უწყობს დაავადების ხანგრძლივ რეციდივულ მიმდინარეობას.

HYPOTHALAMIC OREXINE SYSTEM ACCELERATES REGULATION OF SLEEP HOMEOSTASIS AND SLEEP-WAKEFULNESS CYCLE RECOVERY FROM BARBITURATE ANESTHESIA-INDUCED ARTIFICIAL SLEEP

Nachkebia N., Maglakelidze N., Chijavadze E., Chkhartishvili E., Babilodze M.

I. Beritashvili Centre of Experimental Biomedicine, Laboratory Neurobiology of Sleep-Wakefulness Cycle, Tbilisi, Georgia

Neuropeptides named as Orexin [17] and/or Hypocretin [7] were discovered in 1990's independently, but simultaneously, by two scientific groups, in dorsal, lateral, perifornical and posterior parts of hypothalamus [7,17]. Two sub-groups of Orexins – OrexinA and OrexinB and their respective Orexin-1 and Orexin-2 receptors were soon identified [17]. Since the discovery of the Orexin/Hypocretin neuro-peptides much information has been

gathered concerning their participation in regulation of feeding and energy homeostasis [6, 17,19], learning and memory [15], neuro-endocrine and cardiovascular control [16], sleep [1,2,3,7,8,10,12-14,18,19] etc., but their precise function is not known so far.

Using various experimental designs and research methods unequivocally has been proved the key role of Orexins in: