



GULUSTAN-BSSJAR
ACCEPTED FOR ONLINE AND PRINT ISSUE 31.10.2013

კურიოზინი მედიცინაში

ქ. ნანობაშვილი¹

თსა, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი (საქართველო)
ელ-ფოსტა: Shirshaar@gmail.com

Kuriozin in Medicine

K. Nanobashvili

TMA, Doctor of medicine, Associate Professor

e-mail: Shirshaar@gmail.com

(Georgia)

RESUME

Below in work is shown the usage of Kuriozin (Liquid) in several spheres of practical medicine: Gastroenterology, Gynecology, Neonatology, Dermatology, Surgery. Also in Maxillo-facial surgery. First time is shown medicament's usage in complex treatment of parodontal diseases.

კურიოზინი წარმოადგენს ს/ს "გედონ რისტერის" მედიკამენტს. მისი აქტიური ნივთიერებაა ჰიალურონის მჟავისა და თუთიის ასოციატი (10 მლ პრეპარატი შეიცავს 20,5 მგ თუთიის ჰიალურონატს, დამხმარე ნივთიერებებია სორბატი, სორბიტი). პრეპარატი გამოიყენება სხნარისა და უკლეს სახით.

კურიოზინის ხსნარი წებოვანი, გამჭვირვალე სითხეა, რომელიც ფიზიოლოგიური ოსმოსურობისაა და მისი pH=5-6. ძირითადი შემადგენელი კომპონენტებია ჰიალურონის მჟავა და თუთი.

ჩვენებები: ცუდად, ღუნედ შეხორცებადი, ინფიცირებული ჭრილობების, წვივის წყლულების, ნაწოლების მკურნალობა კომპლექსური თერაპიის ჩარჩოებში; აგრეთვე – ჭრილობის ნორმალურად შეხორცების დაჩქარება.

უკუჩვენებები: პრეპარატის რომელიმე კომპონენტისადმი აუტანლობა.

გამოყენება: ჭრილობის ზედაპირის წინასწარ 3%-ანი წყალბადის ზეჟანგის ან ფიზიოლოგიური ხსნარით წინასწარი დამუშავების შემდეგ, ხსნარს წვეთ-წვეთობის ათავსებენ ჭრილობის ზედაპირზე ისე, რომ უზრუნველყოფილი იქნას მისი თანაბარზომიერი გადანაწილება; ანდა მარლის ნაჭერზე, რომელიც დღეში 1-2-ჯერ გამოიცვლება.

გვერდითი მოვლენები: იშვიათად, მკურნალობის დასაწყისში შეიძლება აღინიშნებოდეს სუსტი წვის შეგრძნება, რომელიც თავისთავად გაივლის მკურნალობის გახანგრძლივებისას.

სხვა პრეპარატებთან ერთად გამოყენება: არ აღინიშნება ანტაგონიზმი.

შენახვის წესები: ოთახის ტემპერატურაზე (15-30°C). ფლაკონის გახსნის შემდეგ პრეპარატის გამოყენება დასაშვებია 4 კვირის განმავლობაში.



უპირატესობანი: შეიცავს ბუნებრივად მოქმედ ნივთიერებებს, აჩქარებს ჭრილობის ფიზიოლოგიურად შესორცებას, ხელს უწყობს ჭრილობის დაინფიცირების პროფილაქტიკას, არ ახდენს მავნე გავლენას ჭრილობის გარშემო არსებულ ქსოვილებზე. ამცირებს ტკივილებს დაზიანების უბანში, ამცირებს დაზიანების უბნიდან ექსუდატის რაოდენობას, ხელს უშლის შესახვევი მასალის ჭრილობაზე მიკვრას ისე, რომ არ აფერხებს რეგენერაციის პროცესს, უზრუნველყოფს კოსმეტიკური ნაწიბურის წარმოქმნას, შესაძლებელია იმ პაციენტებში გამოყენება, რომლებიც სენსიბილიზირებულინი არიან სხვა მედიკამენტებისადმი, მისი ღირებულება ხელმისაწვდომია.

პრეპარატ კუროსინის ერთ-ერთი ძირითადი შემადგენელი კომპონენტი – ჰიალურონის მჟავა წარმოადგენს დისაქარიდების (N-აცეტილ-D-გლუკოზამინისა და D-გლუკორონმჟავის) ჰომოპოლიმერს, რომლებიც ერთმანეთთან ბეტა-(1 –3) კავშირებითაა დაკავშირებული.

მისი მოლეკულური მასა მერყეობს 10 000-დან რამდენიმე მილიონამდე. უნდა აღინიშნოს, რომ ჰიალურონმჟავის ხარისხი ისაზღვრება მისი მოლეკულური მასით. რაც უფრო გრძელია მოლეკულური ჯაჭვი, მით უფრო მეტია ხსნარის წებოვნება მცირე კონცენტრაციის პირობებშიც კი, მით უფრო სტაბილურია პოლიმერული ჯაჭვი [1].

ჰიალურონმჟავა ორგანიზმში, ავსებს რა უჯრედშორის სივრცეებს, ფიბრინთან ურთიერთქმედებისას აყალიბებს დისპერსიულ მატრიქსს [2]; ეს უკანასკნელი კი ქმნის არსებულ წყალში ხსნადი მოლეკულების სელექტიური – არჩევითი დიფუზიისათვის. მატრიქსზე არსებული ჰიდროფობური უბნები ხელს უწყობს ჰიდროფობური ტიპის ცილებისა და უჯრედული მემბრანების ურთიერთქმედებას. ასტიმულირებს გრანულოციტების, მაკროფაგების, ფიბრობლასტების მიგრაციასა და აქტივაციას; ენდოთელური უჯრედების პროლიფერაციას და ანგიოგენეზს [3].

თუთია ადამიანის ორგანიზმში გვხვდება 70-ზე მეტი ფერმენტის შემადგენლობაში, რომლებიც უშუალოდ ჭრილობის შესორცების პროცესსა და ცილის სინთეზში, კერძოდ – კოლაგენის სინთეზში მონაწილეებს, რაც აჩქარებს კიდევ ჭრილობის შესორცებას.

თუთია აუცილებელია ორგანიზმში შემავრთებელი ქსოვილის სინთეზისათვის. მისი შემცველი ფერმენტები მონაწილეობს რნმ-სა და დნმ-ს სინთეზში, ამიტომაც მისი დეფიციტისას შესაძლებელია შენედექს ზრდისა და უჯრედთა დაყოფის პროცესები[4].

ჰიალურონის მჟავის პატარა მოლეკულები, რომლებიც წარმოიქმნება დისპერსიული მატრიქსის (ჰიალურონის მჟავა – ფიბრინი) დაშლის შემდეგ, ხელს უწყობს ანგიოგენეზის აქტივაციას.

XX ს-ის 90-ან წწ-ში ყურადღება მიექცა ფაქტს, რომ მუცლადყოფნის პერიოდში რეგენერაცია სრულიად განსხვავებულად მიმდინარებს, ორსულობის II და III ტრიმესტრში ნაეტოფზე ქირურგიული ჩარევისას არ აღინიშნება ნაწიბურების გაჩენა [5].

ამ პერიოდისათვის ადამიანის კანი უსაზღვრო უნარს ფლობს, რომელიც უკვალოდ ქრება III ტრიმესტრიდან. კვლევების შედეგად ამნიოტურ სითხეში აღმოაჩინეს ჰიალურონმჟავის დიდი რაოდენობა [6].

შემდგომი დაკვირვებებისას აღინიშნა, რომ მუცლადყოფნის პერიოდში ნაყოფზე ქირურგიული ჩარევისას ჭრილობის სითხეში ჰიალურონმჟავის სტაბილურად მაღალი კონცენტრაცია ნარჩუნდება 3 კვირის განმავლობაში, რითაც იქმნება პირობები ფიბრობლასტებისა და სხვა უჯრედული ელემენტების გადაადგილებისათვის.

მოზრდილებში კი ჰიალურონმჟავის მაღალი კონცენტრაცია აღინიშნება ჭრილობის წარმოქმნიდან მხოლოდ სამი დღის განმავლობაში, რომელიც შემდგომი 3-4 დღის განმავლობაში თითქმის ნულს უტოლდება.



ჭრილობის შესორცებისას ჰიალურონმუჟავის (ჰმ) მნიშვნელობა აიხსნება მისი მოქმედების მექანიზმით, კერძოდ – ჭრილობის ზედაპირზე ლიმფოციტების ადჰეზიითა და ანთებითი მოვლენების შემცირებით [7].

პრეპარატი კუროზინი, შემადგენელი კომპონენტების უნიკალურობის გამო, ფლობს მთელ რიგ უპირატესობებს სხვა მედიკამენტებთან შედარებით: ჰმ-სა და თუთიის მოქმედების გავლენით, ფაგოციტოზის გაძლიერების საშუალებით, მიმდინარეობს ჭრილობის უფრო სწრაფი გაწმენდა ნეკროზული ელემენტებისაგან; მაკროფაგების აქტივაციის გაძლიერების შედეგად იზრდება ტროფიკული ფაქტორი, რომელიც ქემოტაქსისის დახმარებით იზიდავს ფიბრობლასტებსა და ენდოთელურ უჯრედებს დაზიანების უბანში; მიმდინარეობს დიდი რაოდენობით უჯრედების აქტივაცია, ხდება მათი მობილიზაცია; უჯრედები ჭრილობის მიდამოში მიგრირდებიან შედარებით უფრო შორი მანძილიდან, ანუ აქტივირდება მათი გადაადგილების უნარი; ყალიბდება ფიბრობლასტების დიდი რაოდენობა, რომლებიც უფრო დიდაა მოცულობაში და გააჩნია უფრო მეტი რაოდენობით მორჩები – ანუ ძლიერდება პროლიფერაციული პროცესები; ახალი კაპილარების წარმოქმნის პროცესი ძლიერდება – უმჯობესდება ადგილობრივი ცირკულაცია და ჟანგბადით მომარაგება; სწრაფად ყალიბდება მფარავი ეპითელური შრე – რასაც განაპირობებს ეპითელიუმქვეშა ჰიალურონატი გაჯერებული მატრიქსი. მიმდინარეობს კოლაგენის უფრო ინტენსიური და აღრეული წართვა; ანტიმიკრობული მოქმედებით გამოირჩევა ნივთიერებები, რომელთაც აღნიშნული ზემოქმედება ახასიათებთ მთელ რიგ მიკროორგანიზმებზე. ამასთანავე მცირდება ინფიცირების საშიშროებაც, რომელიც როგორც წესი, ამუხრუწებს შესორცების პროცესებს [8]. ბუნებრივად მოქმედ ნივთიერებებს შორის ხაზგასმით გამოირჩევა ორგანოტროპული მოქმედების ნივთიერებები. მათი უნიკალურობა იმაში მდგომარეობს, რომ თავისი სტრუქტურით მსგავსია ორგანიზმის იმ მაკრომოლეკულებისა, რომელიც ფიზიოლოგიური აქტივობით ხასიათდება [9].

პრეპარატის ორგანოტროპული მოქმედების გამო, მას შემდეგ, რაც ს/ს “გედონ რისტერის” მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგად შემუშავებული იქნა პრეპარატი კუროზინი, იგი გამოიყენება მედიცინის სხვადასხვა დარგებში. თუმცა, თავდაპირველად, მედიკამენტი ჟელეს სახით შეიქმნა კოსმეტოლოგიური მიზნებისათვის. კუროზინის ჟელე ამჟამადაც შეუცვლელია სხვადასხვა ეტიოლოგიის დაავადებების, ძირითადად კი საყმაწვილო “ფერისმჭამელების” (აკნეს) სამკურნალოდ [10].

ჩვეულებრივი ფერისმჭამელები (*Acne vulgaris*) წარმოადგენს კანის გავრცელებულ დაავადებას [11], რომელიც ხასიათდება სხვადასხვა პათოლოგიური ელემენტების (კომედონი, პაპულა, პუსტულე, კისტა და სხვ.) წარმონაქმნით და ხშირად თან ახლავს უხეში ნაწიბურებისა და მეორადი პიგმენტური ლაქების გაჩენა. დაავადების პათოგენეზში წამყვანი როლი ენიჭება მემკვიდრეობას, დისჰორმონალურ ცვლილებებს, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებებს [12]. ამავე დროს, პათოლოგიურ პროცესში ერთგვარადაა ცხიმოვან-ფოლიკულური აპარატი, რაც გამოიხატება ცხიმის ჯირკვლების გაძლიერებულ სეკრეციაში და ფოლიკულური ჰიპერკერატოზით. შემდეგ სადინრებში მიმდინარეობს *Propionibacterium acne*-ს კოლონიზაცია და ყალიბდება ინფექციური პროცესი [13].

ავტორების მიერ, აღნიშნული დაავადების კომპლექსური მკურნალობისას, გამოყენებული იქნა კუროზინის ჟელე (ანტიბიოტიკები - სისტემურად, ადგილობრივად – კუროზინი). შედეგად – ჰმ-ის მიერ, აღინიშნა იმ ფერმენტთა აქტივობის დათრგუნვა, რომელთა მეშვეობითაც ხდება ცხიმის ჯირკვლების სეკრეტის დაშლა; პრეპარატის მოქმედების შედეგად გააქტიურდა კანის უჯრედთა მიტოზური პროცესები, აღინიშნა ტროფიკის გამაუმჯობესებელი და ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება [14].

კუროზინის გამოყენება ავტორთა სხვა ნაწილის აზრით, რეკომენდებულია თუთიის ენდოგენური ნაკლებობისას სებორეასა და ჩვეულებრივი “ფერისმჭამელების” მკურნალობისას. კუროზინის ეფექტურობა შესწავლილი იქნა, როგორც კოსმეტოლოგიური კაბინეტის, ისე – საშინაო პირობებში [13].

ბავშვთა ასაკში ატოპიური დერმატიტის მკურნალობისას განსაკუთრებული ეფექტურობით გამოირჩევა თუთიის ჰიალურონატი (თჰ). მედიკამენტის დადებითი თვისებებთან აღსანიშნავია ანთების



საწინააღმდეგო, ანტიმიკრობული, გავოციტოზის გამააქტივებელი თვისებების კომბინაცია; კანის ზრდისა და რეგენერაციული პოტენციის (კერატინოციტების პროლიფერაცია, მიგრაცია და მომწიფება) მატება; კოლაგენის პროდუქციისა და ანგიოგენეზის სტიმულაცია; ახალი კაპილარების წარმოქმნის პროცესის გააქტივება [15].

ჰმ-სა და თუთიის ასოციატის გამოხატული რეგენერაციის უნარის გამო [16] განსაკუთრებული წარმატებულობით იქნა გამოყენებული აღნიშნული პრეპარატი ქრონიკული ვენოზური უკმარისობისას განვითარებულ ტროფიკულ წყლულთა სამკურნალოდ [17].

ტროფიკული წყლულების მკურნალობისას ავტორთა მიერ გამოყენებული იქნა კურიოზინის ხსნარი და შედარებით ანალიზი იქნა ჩატარებული ანალოგიური დიაგნოზის მქონე პაციენტთა მკურნალობისას ქაცვის ზეთის გამოყენებით. შედეგების განხილვისას აღინიშნა წყლულის სრული შეხორცება პაციენტთა 41%-ში – კურიოზინის გამოყენებისას და მხოლოდ 13%-ში – ქაცვის ზეთით მკურნალობისას. დანარჩენ შემთხვევებში აღინიშნა წყლულის ზედაპირის შემცირება 50%-ით და 20%-ით. პრეპარატის სასრებლოდ მეტყველებს ის ფაქტიც, რომ კურიოზინით მკურნალობისას პაციენტთა 77% აღნიშნავდა ტკივილის ინტენსივობის შემცირებას [18].

თჰ-ის რეგენერაციის ხელშემწყობი თვისებების გამო კურიოზინი განსაკუთრებული ეფექტურობით იქნა გამოყენებული ნეონატალოგიურ პრაქტიკაში [19].

პოსტოპერაციული ჭრილობების შეხორცების დაჩქარების მიზნით, კურიოზინი უშუალოდ თავსდება ჭრილობაზე ნაკერების დადებისთანავე. აღინიშნა სწრაფი შეხორცება კოსმეტიკრი ნაწიბურით. [20].

ქირურგიაში, ლაზერული ოპერაციების შემდეგ განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ეპითელიზაციის დამაჩქარებელი საშუალებების დანიშნავს. კურიოზინის გამოყენების ფონზე რეგენერაციული პროცესების დასრულება აღინიშნა მე-8-10 დღეს, მაშინ, როდესაც ტრადიციული ანთების საწინააღმდეგო თერაპიის ჩატარების შემდეგ ანალოგიური შედეგები მიიღწევა მხოლოდ მე-3-4 კვირას. პრეპარატის გამოყენებისთანავე აღვილი ჰქონდა ტკივილის ინტენსივობის შემცირებას [21].

მედიკამენტი გამოყენებული იქნა დერმატოპლასტიური ოპერაციებისას [22] კლინიკური კვლევის საფუძველზე გამოვლინდა კურიოზინის დადებითი გავლენა ტრანსპლანტანტების შეხორცებაზე, რეკონსტრუქციულ-ადღენითი ოპერაციების ახლო და შორეულ შედეგებზე [23].

ოტორინოლარინგოლოგიაში პრეპარატის კლინიკურ პრაქტიკაში დანერგვის მცდელობისას ის გამოიყენეს შუა ყურის ქრონიკული ჩირქოვანი ოტიტის ადრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში. კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ თჰ ქმნის ფიზიოლოგიურ პირობებს იმ უჯრედთა აქტივაციის, მიგრაციისა და დაყოფისათვის, რომლებიც მონაწილეობს ქსოვილთა რეგენერაციაში [24].

განსაკუთრებულ პრობლემას გასტროენტეროლოგიის პრაქტიკაში წარმოადგენს ხვრელარხების მკურნალობა. განსაზღვრული პირობების დაუცველობის გამო ისინი ხშირად შეიძლება გართულდეს მუცლის ფასციის წინა კედლის ფლემონით, ნაწლავის ნეკროზით, პერიტონიტით. ავტორთა მიერ ასეთი ეტიოლოგიის ხვრელარხების მკურნალობაში გამოყენებული იქნა კურიოზინის ხსნარი, რამაც განაპირობა ხვრელარხების დროული დახურვა კოსმეტიკური ნაწიბურის წარმოქმნით [25].

კურიოზინი განსაკუთრებული პოლულარობით სარგებლობს ჭრილობების შეხორცებისას ნაწიბურებისა და ხვრელარხების მკურნალობისას, ანგიოლოგიაში, კომბუსტოლოგიაში, მეან-გინეკოლოგიაში, გასტროენტეროლოგიაში, ართროლოგიაში, ენდოკრინოლოგიაში [26].



სტომატოლოგიაში, კერძოდ – ქირურგიულ სტომატოლოგიაში შესწავლილი იქნა თპ-ის ეფექტურობა. გენერალიზებული პაროდონტიტის მქონე პაციენტთა ქირურგიული მკურნალობისას, გართულებების დავიდან აცილების მიზნით, გამოიყენეს პრეპარატი კურიოზინი. შემოთავაზებული მეთოდის ეფექტურობა შესწავლილი იქნა ცხოველებზე ჩატარებული ექსპერიმენტით.

კვლევა ჩატარდა 4-5 თვის ასაკის 20 ბოცვერზე, რომელთა წონა არ აღემატებოდა 1,65-2,7 კგ-ს. კურიოზინის გავლენით, გრანულოციტებისა და მაკროფაგების ფაგოციტური უნარის, ფიბრობლასტების პროლიფერაციისა და ანგიოგენეზის სტიმულაციის საშუალებით შესაძლებელი გახდა გრანულაციური ქსოვილის სწრაფი ზრდა და ჭრილობის ზედაპირის სწრაფი ეპითელიზაცია. ანუ უფრო ადრე და სწრაფად მიმდინარეობდა პროლიფერაციის ფაზა დარღვეული ტროფიკის პირობებშიც კი.

ექსპერიმენტის შედეგად დამტკიცდა კურიოზინის გამოყენების მიზანშეწონილობა იმ ავადმყოფთა მკურნალობისას, რომელთაც აღინიშნებოდათ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ოპერაციული ტრავმა [27].

ავტორთა მიერ აგრეთვე მოწოდებულია მონაცემები, რომელიც ადასტურებს პრეპარატ კურიოზინის გამოყენების შესაძლებლობას ქსოვილთა რეგენერაციის მიზნით ქრონიკული გენერალიზებული პაროდონტიტის მკურნალობისას [28].

ქირურგიული სტომატოლოგიის პრაქტიკაში აღნიშნული მედიკამენტი ეფექტურად იქნა გამოყენებული ალვეოლიტების მკურნალობისას. აღინიშნა მედიკამენტის გამოსატყუი ტკივილგამაყუჩებელი და ეპითელიზაციის დამაჩქარებელი მოქმედება [29].

კურიოზინი ასევე გამოყენებული იქნა პაროდონტოლოგიაში კომპლექსური თერაპიის ფარგლებში [30]. შედეგები შესწავლილი იქნა კბილ-ღრძილოვანი ღარიდან აღებული სითხისა და პაროდონტული ჯიბეების შიგთავსის ციტოლოგიური მასალის შესწავლით. 18-თვიანი კლინიკური კვლევისას მკურნალობა ჩატარდა სხვადასხვა დიაგნოსის მქონე პაციენტებს (წყლულოვან-ნეკროზული გინგივიტის, მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტი).

წყლულოვან-ნეკროზული გინგივიტისას ციტოგრამებით დადასტურდა მწვავე ანთების არსებობა, რაც გამოიხატა მკვეთრი ლეიკოციტური ინფილტრაციით. მხედველობის ველში უპირატესად აღინიშნებოდა სეგმენტირთვიანი ლეიკოციტები და ეოზინოფილები. იშვიათად იყო ერთეული ლიმფოციტური და პლაზმური უჯრედები. ასევე აღინიშნებოდა პოხიერი უჯრედების არსებობა – დეგრანულაციის სტადიაში.

კურიოზინის გამოყენების შემდეგ 18-თვიანი კვლევის შედეგად ციტოგრამებში აღარ აღინიშნებოდა თავდაპირველ ციტოგრამებში გამოვლენილი ანტებით-დესტრუქციული ტიპის რეაქციები. მხედველობის ველში ლიმფოციტებისა და ნეიტროფილური ლეიკოციტების რაოდენობამ მნიშვნელოვნად იკლო. ციტოლოგიურ პრეპარატებში ერთეული შედეგილი ბაქტერიული სტრუქტურები მიუთითებდა მხოლოდ მათ მუდმივ არსებობაზე პირის ღრუში. ციტოლოგიური კვლევების შედეგად დადგინდა იქნა, რომ ჩატარებული ადგილობრივი მკურნალობის შედეგად შეუცვლელი უჯრედების რაოდენობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა. აღნიშნული ფაქტი შეიძლება მოწმობდეს ანთებითი პროცესის კუპირებასა და პაროდონტიტის ქსოვილთა რეგენერაციის ინდუქციაზე.

მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის პაროდონტიტის მქონე პაციენტთა უმრავლესობაში აღინიშნებოდა პირის ღრუს დაბალი ჰიგიენური მდგომარეობა, რაც ნაცხ-ანაბეჭდებში აისახებოდა პრეციპიტატისა და ბაქტერიული კონტამინირების მაღალი შემცველობით, როგორც უჯრედშორის სივრცეებში, ისე – უჯრედული სტრუქტურების ინტრაციტოპლაზმურ კომპონენტებში. პრეპარატთა უმრავლესობაში უხვი ნადებები განისაზღვრებოდა შავი ამორფული სხეულაკებით, რომლებიც ერთად აყალიბებდნენ მუქი შეფერილობის მასას. პაროდონტიტის დაზიანების მაღალი ხარისხის ხასიათდებოდა ეპითელური უჯრედების გამოსატყუი დისტროფიაში, ნეკრობიოსსა და ნეკროზში.



ბევრ პრეპარატში გვხვდებოდა ციტოპლაზმის გამოსატული ვაკუოლიზაცია და ბირთვის ნაწილობრივი ან სრული დესტრუქცია. თიპიური იყო ციტოგრამებში მსხვილი ეპიტელური უჯრედების განქანა, ასევე – ლეიკოციტებისა და ლიმფოციტებისა, რომელთაც გააჩნდათ შიდაციტოპლაზმური ჩანართები. მთლიანობაში, ციტოპათომორფოლოგიური ცვლილებები წარმოადგენდა პაროდონტში ანტებით პროცესის დამახინჯებელ ეფექტს, რაც მოწმობს პაროდონტის ანთებით-დესტრუქციული პროცესის მნიშვნელოვან ინტენსიფიკაციას.

საშუალო ხარისხის გენერალიზებული პაროდონტიტის მქონე პაციენტთა ციტოგრამებში, რომელთაც მკურნალობა ჩაუტარდათ კონსერვატიული მეთოდით, დიდი რაოდენობით აღინიშნებოდა ლეიკოციტების არსებობა. მხედველობის ველში შინიშნებოდა ლეიკო- და მონოციტების ცალკეული ფაგირებადი ნარჩენები, ბრტყელი ეპითელური უჯრედები და ბაქტერიები. იუსხედავად გამოჯანსაღების კლინიკური და პაროდონტოლოგიური მაჩვენებლებისა, ამ პაციენტებში დარჩა პაროდონტის ქსოვილებში დუნედ მიმდინარე ანტებით პროცესებისთვის დამახასიათებელი ციტოლოგიური ცვლილებები.

ამავე დიაგნოზის მქონე პაციენტთა საბოლოო ციტოგრამებში, რომელთა კომპლექსურ მკურნალობაში ჩართული იქნა პრეპარატი კურიოზინი, აღინიშნებოდა ბრტყელი ეპითელური უჯრედების სიჭარბე, ანტებით ელემენტთა, ლეიკოციტებისა და ლიმფოციტების რაოდენობის მკვეთრი შემცირებით, კერძოდ კი – ამ უჯრედული ელემენტების მხოლოდ ნარჩენები. იმატა პლაზმური უჯრედების აღრიცხვამ. აღნიშნული მიუთითებს ანტებით პროცესის ლიკვიდაციაზე. მკურნალობის დასრულების შემდეგ აღინიშნებოდა ანტებით-დესტრუქციული ხასიათის ციტოლოგიური ცვლილებების მკვეთრი დაქვეითება.

ქრონიკული გენერალიზებული პაროდონტიტის მკურნალობის წარმატებულობაზე მეტყველებს პაროდონტული ჯიბის შიგთავსის შემადგენლობის ცვლილება, რაც გამოხატა ეპითელიოციტების რაოდენობრივ უპირატესობაში ლეიკოციტებთან შედარებით, აგრეთვე – შეცვლილი უჯრედების რაოდენობის შემცირებაში, ადგილობრივად იმუნურ მექანიზმთა აქტივაციაში, რაც პლაზმოციტების რაოდენობის მატებით იქნა დადასტურებული.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Sutherland I. W. Novel and Established Applications of microbial Polysaccharides. Trends Biotechnol. – 1998. – Vol. 16, #1. – p. 41-46
2. Paul H. Wiegel. The Specific Interaction Between Fibrinogen and Hyaluronan: possible consequences in haemostasis, inflammation and wound healing. – The biology of hyaluronan. - Wiley, Chirchester, 1989 Ciba Found Symp. 143). P. 248-264
3. Tammi M., Tammi R. Hyaluronan in the Epidermis. Ibidem, Publication Date: Jun. 15, 1998 (10 papers)
4. Lansduwn A. B. G. Zink in the Healing Wounds. – The Lancet, 1996. V. 247 – p. 706-707
5. West D.C. Agiogenesis Induced by Degradation Products of Hyaluronic Acid. - sciense, 1985. Vol. 228. P. 1324-1326
6. Adzick N.S., Longaker M. T. Scarless Fetal Healing. Theurapetic Implications. Ann. Surg., 1992. – Vol. 215, #1. – p. 3-7
7. Longaker M. T., Chiu E. S., Harrison M. R. at all. Studies in Fetal Wond Healing. IV. Hyaluronic Acid Stimulation Activity distinguishes Fetal Wound Fluid from Adult wound Fluid. Ann. Surg. – 1989. – Vol. 210. #5. – p. 667- 672
8. Dillon P. W., Keefer K., Blackburn J. H. at all. The extracellular Matrix of the Fetal Wound: Hyaluronic acid Controls Lymphocyte Adhesion. J. Surg. Res. – 1994. Vol. 57, #1. – p. 170-173
9. Shephard S., Becker H., Hartman J. X. Hyaluronic Acid to Create a Fetal-like Enviroment in Vitro. Ann. Plast. Surg. – 1996. – Vol. 36. #1. – p. 65-69
10. Manuskiatti W., Maibach H. I. Hyaluronic Acid and Skin: Wond Healing and Ageing. Int. J. Dermatol. – 1996. – Vol. 35. #8. – p. 539-544



11. Гостищев В. К., Ханин А. Г., 1999; Новикова Н. Ф., Мордовцев В. Н. Клинико-цитологические особенности местного лечения вялогранулирующих ран мягких тканей 0,2% раствором Куриозина во II фазе раневого процесса(по материалам регистрационных исследований) – Хирургия, Ж. им. Н.И. Пирогова, 1999, №10. _ с. 23-25
12. Забненкова О. В. Современные аспекты Этиопатогенеза Acne Vulgaris. Основные направления терапии данного заболевания. Электронная версия Ж. «Экспериментальная и клиническая дерматология», №1.2003
13. Plewig G., Kligman A. M., Jansen J. J. Acne and Rosacea. 3-rd edition. – Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 2000. – p. 744
14. Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H. H. Dermatologie und Venerologie. – 4. Auflage. – Berlin: Springer Verlag, 1995. – S. 947-963, 1995
15. Адаскевич В. П. Алле и розацеа. Сфнкт-петербург, 2000. С. 130
16. Нарсидзе И. Г. Применение геля Куриозин в дермато-косметологии для лечения угревой болезни. Эл. Версия Ж. «Гедеон Рихтер», 2000
17. Toporova N. P. Neurogenic Mechanisms of Inflammation and Atopic Eczema. – a new theurapevtic approach/ allergol. J. 1999. – 8: 352-364
18. Gaialit J., Clark R. A. F., 1994; Underhill C. G. Wound repair in context of extracellular matrix. Current opinion in cell biology 1994; 6: 717-725
19. Стойко Ю. М., Шайдаков Е. В., Ермаков Н. А. Комплекснок лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических растроиств, 2000
20. Богданец Л. И., Кириенко А. И., Алексеева В. А. Местное лечение енозных трофических язв. Электронная версия Ж. «Гедеон Рихтер», №1. 2000
21. Яцык Г. В., Степанов А. А. Куриозин в неонатологической практике. Эл. Версия Ж. «Гедеон Рихтер». №2., 2002;
22. Спиридонова Т. Г. Патогенические аспекты лечение ожоговых ран, 2002. – Medlinsk.ru (<http://www.rmj.ru>)
23. Вахратьян П. Е., Лисицкий Д. А. Применение раствора Куриозин у пациентов после сафенэктомии. Электронная версия Ж. «Гедеон Рихтер», 2002
24. Юкина Г. Ю., Жлоба А. А., Зельцер Г. И. И др. Лазерная рана: Комплексный анализ – лазерная биология и анализ. Новые применения. Мат. IV респ. Конф. Эстонии. – Тарту. Изд. Тартурского университета., 1992. С. 176-183
25. Ключарева С. В., Данилов С. И. Особенности лечения раневого процесса после хирургической лазеротерапии. Эл. Версия Ж. «Гедеон Рихтер» - , 2002
26. Островский Н. Б., Белянина И. Б. . Опыт применения преаратов «Куриозин» и «Бетадин» в системе хирургической реабилитации обожжённых, 2004. – (<http://www.burn.ru/>), 2002
27. Пюрик В. П., Тарнавская Л. В., Домбрович В. С. Изучение влияния препарата Куриозин на течении раневого , 2000
28. Цепов Л. М., Николаев А. И., Ковалева О. В. Куриозин и новые возможности лечения хронического генерализованного пародонтита. 2002. – (<http://www.stomatburg.ru/articles/>)
29. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургической стоматологии, Киев. 2002
30. ქ. ნანობაშვილი. „კურიოზინის გამოყენება პაროდონტის ანთებითი დაავადებების კომპლექსურ მკურნალობაში“. სადისერტ. შრომა. - 2009