

02/01/2017

ISSN: 2346-8068; E-ISSN:2346-8181

DOI prefix: 10.23747

© SOUTHERN CAUCASUS

AMBIANCE

In life

INTERNATIONAL SCIENTIFIC JOURNAL IN MEDICINE OF SOUTHERN CAUCASUS
REFEREED & REVIEWED JOURNAL



Clinical Medicine
Prophylactic Medicine
Theoretical Medicine
Stomatology & Dentistry
Veterinary Medicine and Zoo
Drug Technology and Organization of Pharmaceutical Business
Pharmaceutical Chemistry and Pharmacology
Standardization and Organization of Medicines Production
History of Pharmacy
Innovations in Medicine
Biophysics and Biochemistry
Radiology and Microbiology
Molecular Biology and Genetics
Botany and Virology
Microbiology and Hydrobiology
Physiology of Plants, Animals and Humans
Ecology, Immunology and Biotechnology
Virology and Immunology
History of Biology
Entomology



Always laugh when you can. It is cheap medicine. Lord Byron

02/01/2017

ISSN: 2346-8068; E-ISSN:2346-8181

DOI prefix: 10.23747

© SOUTHERN CAUCASUS

AMBIANCE

In life

INTERNATIONAL SCIENTIFIC JOURNAL IN MEDICINE OF SOUTHERN CAUCASUS
REFEREED & REVIEWED JOURNAL

JOURNAL INDEXING



SOUTHERN CAUCASUS 2017

Editors-in-chief:

Managing Director and Editor-in-chief: Tamar Didbaridze

Editor: Eter Buknikashvili

EDITORIAL BOARD LIST SEE PAGE 42

ISSN: 1987-6521; E-ISSN: 2346 – 7541; UDC: 551.46 (051.4) / B-64

©Publisher: Representation of Azerbaijan International Diaspora Center in Georgia. SCSJAR.

Head and founder of organization: Namig Isayev. Academic Doctor in Business Administration. PHD. RIDCAG

©Editorial office: 0165 Georgia. Marneuli municipality. Village Takalo.

Tel: +994 55 241 70 09; +994 55 241 70 12; +995 59 201 66 14

E-mail: gulustanbssjar@gmail.com, caucasusblacksea@gmail.com

Website: <http://sc-science.org/>

©Typography: Representation of Azerbaijan International Diaspora Center in Georgia. SCSJAR.

Registered address: 0165 Georgia. Marneuli municipality. Village Takalo.



Representation of Azerbaijan International Diaspora Center in Georgia
registered by Public register of Georgia, on 28/05/2013,
R/C 434161097. <http://public.reestri.gov.ge>

© The Southern Caucasus Media. NGO RAIDCG. All rights reserved. Reproduction, store in a retrieval system, or transmitted in any form, electronic, mechanic photocopying of any publishing of Southern Caucasus Scientific Journals permitted only with the agreement of the publisher. The editorial board does not bear any responsibility for the contents of advertisements and papers. The editorial board's views can differ from the author's opinion. The journal published and issued by The Southern Caucasus Media.

TABLE OF CONTENTS

ეთერ ბუხნიკაშვილი, მაია ცინცაძე, ნინო აბაშიძე, მანანა ივერიელი, ხატია გოგიშვილი, ნინო დიდბარიძე, მანანა ლომიძე.	
საქართველოში აივ/შიდსის კოინფექციების B და C ვირუსული ჰეპატიტების სტატისტიკა და თანმხლები ორალური მანიფესტაციები	5
თამარ დიდბარიძე, ლიანა საგინაშვილი, ლალი ახმეტელი, ნინო გოგობია	
მიკრობული სპექტრი პერიტონიტების დროს	15
თამარ დიდბარიძე, ნატო მეცხვარიშვილი, ნინო დიდბარიძე, ნინო გოგობია	
STREPTOCOCCUS AGALACTIAE და ნეონატალური მენინგიტი	18
თემურ აბულაძე, თამარ დიდბარიძე, ზვიად მკერვალიშვილი, ნინო გოგობია	
პარარექტული ჩირქვრევების მიკრობიოლოგიური ასპექტები	21
თამარ დიდბარიძე, ნატო მეცხვარიშვილი, ნინო გოგობია	
ორსულობა, როგორც შარდის სისტემის ინფექციების განვითარების რისკ ფაქტორი	24
გულიკო ქილიფთარი, ია ყიფშიძე	
კრიპტოგენული ინსულტი და ღია ოვალური ხვრელის ზომა (კლინიკური შემთხვევა)	27
თამარ დიდბარიძე, ნატო მეცხვარიშვილი, ნინო გოგობია	
ორსულობა, როგორც შარდის სისტემის ინფექციების განვითარების რისკ ფაქტორი	29
თემურ აბულაძე, გულიკო ქილიფთარი, თამარ დიდბარიძე, ზვიად მკერვალიშვილი, ნინო გოგობია	
Clostridium septicum-ით გამოწვეული ნეკროზული ფასციიტი (კლინიკური შემთხვევა)	32
თამარ დიდბარიძე, დავით ქოჩიაშვილი, ნინო გოგობია, ვალერი კვახაჯელიძე, გიორგი ქოჩიაშვილი, კახაბერ ქვილორია	
ფურნიეს განგრენის სიმწვავის ინდექსის დაანგარიშების ეფექტურობა გენიტალური მიდამოს ნეკროზული ფასციიტის დროს	35
თამარ დიდბარიძე, ალექსანდრე თარაშვილი, ნატო მეცხვარიშვილი, ნინო გოგობია, ნინო დიდბარიძე, მაია რიყვაძე	
ორსულთა ვაგინალური ბაქტერიული ფლორის კოლონიზაცია B-ჯგუფის სტრეპტოკოკით	36
ციტომეგალოვირუსის რეაქტივაცია რეანიმაციაში მოთავსებულ პაციენტის შემთხვევაში (კლინიკური შემთხვევა)	
გუკიკო ქილიფთარი, თამარ დიდბარიძე, ნინო გოგობია, ხატია მიქაბერიძე	37
მიკრობული სპექტრი პერიტონიტების დროს	
თამარ დიდბარიძე, სანა საგინაშვილი, სალი ახმეტელი, ნინო გოგობია	39

საქართველოში აივ/შიდსის კოინფექციების B და C ვირუსული ჰეპატიტების სტატისტიკა და თანმხლები ორალური მანიფესტაციები

ეთერ ბუხნიკაშვილი¹, მაია ცინცაძე², ნინო აბაშიძე², მანანა ივერიელი⁴, ხატია გოგიშვილი⁵, ნინო დიდბარძიძე⁶, მანანა ლომიძე⁶.

სტომატოლოგიური კლინიკა (შპს) “ინოვაციონ ენტალ” ექიმი სტომატოლოგი-თერაპევტი¹ (თბილისი);

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი. მედ. მეცნ. დოქტორი. ექიმი-ეპიდემიოლოგი² (თბილისი);

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი. პაროდონტოლოგიისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებათა დეპარტამენტი, მედ. მეცნ. დოქტორი, ასოც.-პროფესორი. სტომატ./კლინიკა ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრ „ I- დენტიმპლანტ“-ის ხელმძღვანელი³ (თბილისი).

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი. პაროდონტოლოგიისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებათა დეპარტამენტი, მედ. მეცნ. დოქტორი, პროფესორი, დეპარტამენტის ხელმძღვანელი⁴ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი. პაროდონტოლოგიისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებათა დეპარტამენტი, სტომატ./კლინიკა ქართულ-გერმანული იმპლანტაციის ცენტრი „ I- დენტიმპლანტ“-ი ექიმი-სტომატოლოგი, ასოც.-პროფესორი, კ⁵ (თბილისი).

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი. იმუნოლოგიის დეპარტამენტი. ასისტენტ-პროფესორი, კ⁶ (თბილისი).

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი. ექიმი-ინფექციონისტი⁶ (თბილისი).

e-mail etobukhnikashvili@yahoo.com¹

რეზიუმე:

ნაშრომის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში აივ/შიდსით პაციენტებში და ჩ ჰეპატიტის ვირუსებით კოინფექციის შემთხვევებისა და თანმხლები ორალური გამოვლინებების შესწავლა.

2014 წელს რეგისტრირებული ახალ აივ ინფექციათა განაწილება სტადიების მიხედვით ასეთი იყო:

- 15 (2,69%±6,02%) გამოვლინდა დაავადების მწვავე ფაზაში.
- 76 (13,48%±2,53%) გამოვლინდა დაავადების ასიმპტომური სტადიაზე და პაციენტთა მომართვიანობის მიზეზი იყო ეპიდწვენება, ორსულობა ან რისკის შემცველი ქცევები;
- 176 (31,21%±1,49%) იყო სიმპტომური არაშიდსის სტადიაზე;
- 293 (51,95%±0,96%) გამოვლინდა შიდსის სტადიაზე.
- 4 (0,71%±11,83%) განისაზღვრა როგორც დაუდგენელი.

2014 წელს გამოვლენილ აივ ინფექციათა შორის უკვე განვითარებულ შიდსის სტადიათა რაოდენობა მაღალია. ეს ადასტურებს იმას, რომ ქვეყანაში საკმაოდ მაღალია აივ ინფექციის შემთხვევების გვიანი დიაგნოსტიკა.

სულ, 564 აივ ინფიცირებულ პაციენტთა შორის გამოვლენილი თანმხლები ორალური მანიფესტაციები აღენიშნა 293 (52,32%±0,95%) პაციენტს. მათი გადანაწილება დაავადების სტადიების მიხედვით ასეთია:

- მწვავე აივ ინფექციის სტადიაზე აღინიშნა სულ 2 (13,33%±2,55%) გამოვლინება;
- ასიმპტომური აივ ინფექციის დროს - 1 (1,32%±8,65%) შემთხვევა;
- სიმპტომური არაშიდსის სტადიაზე - 65 (36,93%±1,31%);
- შიდსის სტადიაზე - 225 (76,79%±0,55%).

პირის ღრუს ლორწოვანზე გამოვლენილი სხვადასხვა დაავადებათა სტატისტიკა კი ასეთი იყო:

- კანდიდოზებით გამოწვეული შემთხვევათა წილი იყო 67.1%(±0,7%);
- ჰერპესვირუსული დაზიანებებით - 37.2%(±1,3%);
- გინგივო-სტომატიტები - 6.4%(±3,8%);
- ვერუკოზული ლეიკოპლაკია - 6.2%(±3,9%);
- კაპოშის სარკომა - 0.18%(±23,55%);

- არა-ჰოჯკინის ლიმფომა - 0.3%(±18,23%).

შესაბამისად, მნიშვნელოვანია დავასკვნათ, რომ საქართველოსთვის კვლავ აქტუალურია აივ/შიდსის დროული გამოვლენის საკითხი. აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემის პირველადი და მეორეული რგოლის დაწესებულებების, მათ შორის სტომატოლოგიური კლინიკების, აივ ინფექციის შესახებ ინფორმაციული უზრუნველყოფა, რაც ჩვენს ქვეყანაში გააუმჯობესებს აივ/შიდსით პაციენტების დროულ გამოვლენას და გარკვეულწილად შეამცირებს მზარდ ეპიდემიას.

კვლევის აქტუალობა: მსოფლიოში აივ/შიდსის მკურნალობისა და მოვლის დარგში უდიდესი პროგრესის მიუხედავად, ოპორტუნიტული ინფექციები და ვირუსული ჰეპატიტები კვლავ რჩება ამ ტიპის პაციენტთა ავადობის მძიმე ფორმებისა და სიკვდილიანობის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზად (1;4). აღსანიშნავია ისიც, რომ ჰეპატიტის, ჩ ჰეპატიტის და ადამიანის იმუნოდეფიციტის გამომწვევი ვირუსები ინფექციური დაავადებებით ადამიანთა გარდაცვალების ყველაზე ხშირ მიზეზთა ათეულშია მსოფლიო მასშტაბით (1;2).

ოფიციალური მონაცემებით მსოფლიოში ქრონიკული ჰეპატიტით 350 მილიონი, ხოლო ქრონიკული ჩ ჰეპატიტით 180 მილიონი ადამიანი დაავადებული. აქვე მნიშვნელოვანია, რომ და ჩ ჰეპატიტები ღვიძლის ტერმინალური დაავადებების: ციროზის, კიბოსა და ღვიძლის უკმარისობის განვითარების ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენენ (5;10).

რაც შეეხება აივ ინფექციას, მსოფლიოში აივ/შიდსის ეპიდემიის დაწყებიდან დღემდე დაინფიცირდა 80 მილიონამდე ადამიანი და 35 მილიონზე მეტი გარდაიცვალა შიდსით გამოწვეული დაავადებების გამო (9;10).

აივ ინფიცირებულთა შორის ყველაზე ხშირია და ჩ ვირუსული ჰეპატიტით კოინფექციის შემთხვევები, რაც განპირობებულია იმით, რომ სამივე ვირუსის გადაცემის გზები ერთნაირია. დღეისათვის ეს ინფექციები მსოფლიო საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერიოზული პრობლემაა (3;7;8).

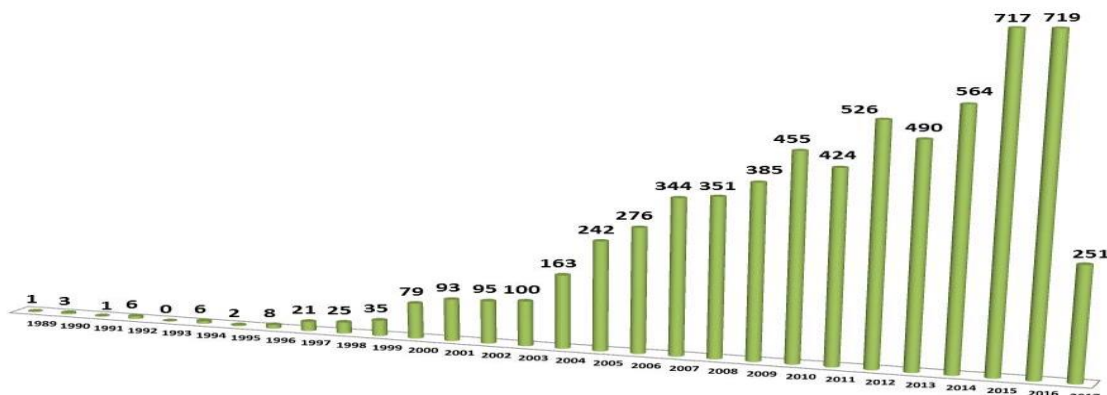
დადგენილია, რომ აივ ინფიცირებულ პაციენტებში ქრონიკული და ჩ ჰეპატიტების ფონზე ღვიძლის ტერმინალური დაავადების განვითარების ალბათობა 3-5-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე მონოინფექციით ინფიცირებულ პაციენტებში. აქედან გამომდინარე, აივ/შიდსით ავადმყოფებში, და ჩ ჰეპატიტების გამოვლენასა და მკურნალობას განსაკუთრებული ყურადღება ენიჭება (6;13).

მნიშვნელოვანია, რომ აღნიშნული დაავადებების სტატისტიკა საქართველოშიც არასახარბიელოა. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, საქართველოში აღნიშნული ქრონიკული ინფექციების სტატისტიკა 2014 წლისთვის ასეთი იყო:

- ვირუსული ჰეპატიტი – სულ დაფიქსირდა 131 მწვავე და 1252 ქრონიკული შემთხვევა,
- ვირუსული ჰეპატიტი ჩ – 2647 შემთხვევა (9).

საქართველოში აივ/შიდსის პირველი შემთხვევა დაფიქსირდა 1989 წელს. დღეისათვის სულ რეგისტრირებულია 6382 შემთხვევა, მათგან გარდაცვლილია 1292 (20,05%±1,99%). საქართველოში გამოვლენილ აივ ინფექციის ახალ შემთხვევათა დინამიკა წლების მიხედვით 2017 წლის 29 მაისის აპრილისთვის წარმოდგენილია №1 დიაგრამაზე (8).

დიაგრამა 1. აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების დინამიკა საქართველოში



მსოფლიო სტატისტიკით საქართველო მიეკუთვნება დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს, მაგრამ აივ/შიდსის პანდემიის თავისებურებიდან გამომდინარე, ჩვენს ქვეყანაში ინფიცირებულთა რაოდენობა გაცილებით მეტია და სავარაუდოდ 10 000-ზე მეტს შეადგენს. ეს კი ჩვენი მცირერიცხოვანი ქვეყნისთვის საკმაოდ სოლიდური მაჩვენებელია. მნიშვნელოვანი ფაქტორია აგრეთვე ქვეყნის გეოგრაფიული ადგილმდებარეობა და მეზობელი ქვეყნების მაღალი პრევალენტობა ამ მხრივ (8).

ბოლო ხუთი წლის მანძილზე მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში აივ ინფიცირების მაჩვენებლები სტაბილური რჩება, თუმცა აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში კვლავ შეინიშნება აივ-ის გადაცემის ზრდის მაღალი ტემპი. თუ გავითვალისწინებთ, რომ საქართველოც ამ რეგიონშია, ეს მონაცემები კიდევ უფრო აქტუალური ხდება (11;12).

კლინიკურმა პრაქტიკამ აჩვენა, რომ პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე აივ ინფექციის დროს გამოვლენილი სხვადასხვა დაზიანებები წარმოადგენენ ამ დაავადების ერთერთ ადრეულ და მნიშვნელოვან ინდიკატორს, რადგან ცნობილია, რომ გარკვეული პათოლოგიების გამოვლენა მიუთითებს არა მხოლოდ აივ/შიდსის არსებობას, არამედ ზოგი მათგანი წარმოადგენს აივ-ინფექციის ადრეულ კლინიკურ მარკერს, ზოგიც კი მიიჩნევა აივ-ის შიდსის სტადიაში გადასვლის პრედიქტორადაც (14;15).

კვლევის მიზანი: ნაშრომის მიზანს წარმოადგენს საქართველოში აივ/შიდსით პაციენტებში B და C ჰეპატიტის ვირუსებით კოინფექციის შემთხვევებისა და თანმხლები ორალური გამოვლინებების შესწავლა.

კერძოდ, განვსაზღვროთ:

- აივ/შიდსით პაციენტთა შორის ვირუსული B და C ჰეპატიტების გავრცელების დადგენა;
- დაავადების სტადიების სიხშირის განსაზღვრა გამოვლინების მომენტისათვის;
- აივ ინფექციის გადაცემის სავარაუდო გზების სტატისტიკა და მათი კორელაცია ვირუსული B და C ჰეპატიტებით კოინფექციების შემთხვევაში;
- აივ/შიდსით პაციენტებში თანმხლები ორალური მანიფესტაციების გამოვლინების სიხშირის და სახეების შესწავლა.

კვლევის მასალა და მეთოდები: მოცემული კვლევა ჩატარდა საქართველოს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრსა და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პაროდონტისა და ლორწოვანის დაავადებათა დეპარტამენტის ბაზაზე. აღნიშნული კვლევა არის რეტროსპექტული. კვლევის სუბიექტებს წარმოადგენდნენ შიდსის ცენტრის მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში რეგისტრირებული პაციენტები. ნაშრომში განხილულია 2014 წელს გამოვლენილი აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების სტატისტიკა. ამისათვის, თითოეული პაციენტის მონაცემები შევიტანეთ ჩვენს მიერ შემუშავებულ სპეციალურ ფორმა - ალგორითმში და შემდგომ, შევისწავლეთ გარკვეული მაჩვენებლებისა და ინდივიდუალური გამოკვლევების მიხედვით. მიღებული მასალა სტატისტიკურად დავამუშავეთ პროგრამული პაკეტების - SPSS 22.0-ის (Statistical Package for the Social Sciences) და excel-ის გამოყენებით.

კვლევაში პაციენტთა ჩართვის კრიტერიუმები იყო შემდეგი:

- შიდსის ცენტრში 2014 წელს რეგისტრირებული აივ/შიდსით პაციენტები;
- ასაკობრივი ჯგუფი 18-დან 50 წლამდე.
- პაციენტები, რომლებიც არ იმყოფებოდნენ ანტირეტროვირუსულ თერაპიაზე;
- პაციენტთა თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე.

კვლევა შეესაბამებოდა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბიოეთიკის კომისიის მიერ დადგენილ სტანდარტებს. აბსოლუტურად იყო დაცული პაციენტთა ანონიმურობა.

კვლევის შედეგები:

საქართველოს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრში 2014 წელს სულ დაფიქსირდა აივ ინფექციის 564 ახალი შემთხვევა. მათ შორის:

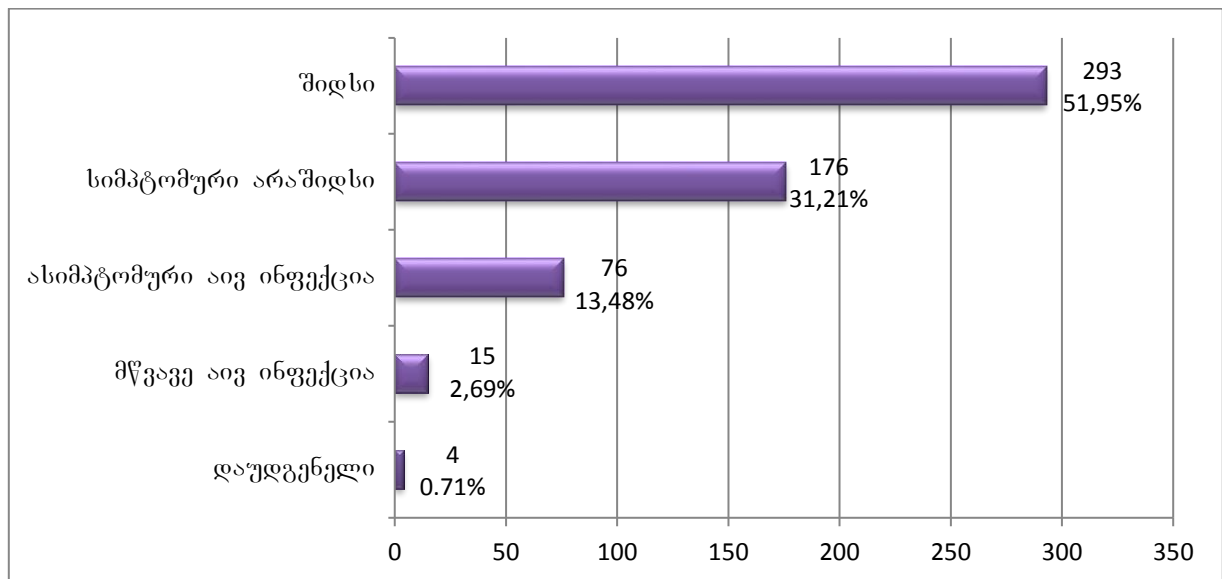
- ქალი - 154 (27,16%±1,64%),

- კაცი – 405 ($71,96\% \pm 0,62\%$),
- ბავშვი – 5 ($0,88\% \pm 10,61\%$).

2014 წელს რეგისტრირებული ახალი შემთხვევებიდან:

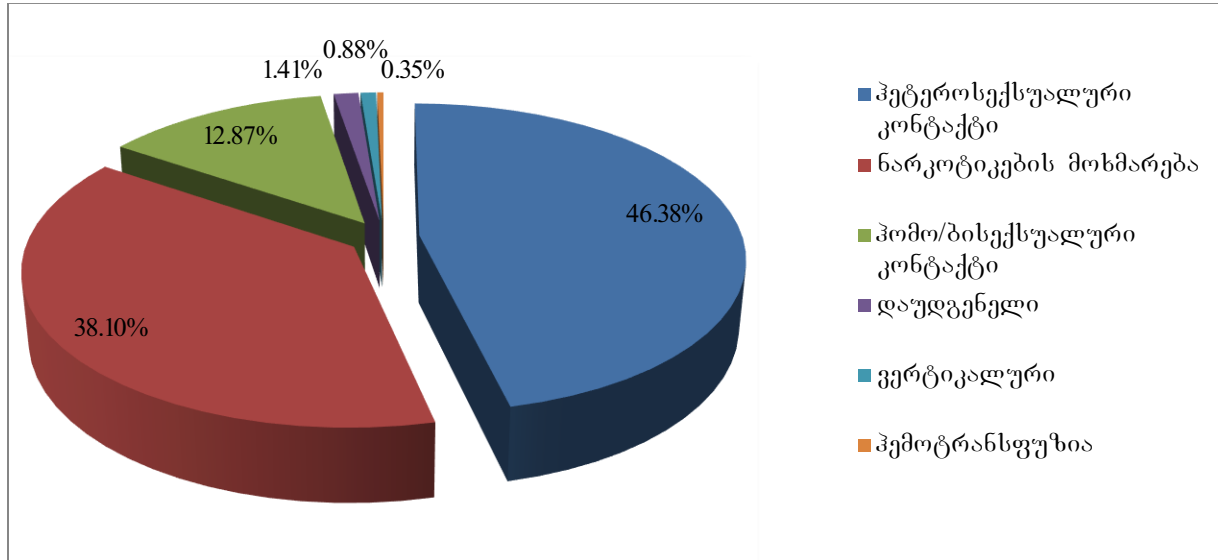
- $2,69\% \pm 6,02\%$ გამოვლინდა დაავადების მჯავრე ფაზაში და უმეტეს შემთხვევაში თან ახლდა მწვავე B ჰეპატიტს
- $13,48\% \pm 2,53\%$ გამოვლინდა დაავადების ასიმპტომური სტადიაზე და პაციენტთა მომართვიანობის მიზეზი იყო ეპიდწვენება, ორსულობა ან რისკის შემცველი ქცევები;
- $31,21\% \pm 1,49\%$ იყო სიმპტომური არაშიდსის სტადია, როდესაც სისხლში $T(CD4^+)$ ლიმფოციტების რაოდენობა აღინიშნა 550მმ^3 -ზე ნაკლები;
- $51,95\% \pm 0,96\%$ გამოვლინდა შიდსის სტადიაზე, როდესაც სისხლში $T(CD4^+)$ ლიმფოციტების რიცხვი იყო $<250\text{მმ}^3$
- ხოლო $0,71\% \pm 11,83\%$ განისაზღვრა როგორც დაუდგენელი მდგომარეობა. იხილეთ დიაგრამა 2.

დიაგრამა 2.



დიაგრამაზე მოცემულ 4 შემთხვევაში ვერ მოხერხდა დაავადების სტადიის განსაზღვრა, რადგან ამ პაციენტებმა უარი განაცხადეს შემდგომ გამოკვლევებსა და მკურნალობის ჩატარებაზე. აივ ინფექციის გადაცემის სავარაუდო გზების სისშირე მოცემულია დიაგრამა 3-ზე.

დიაგრამა 3. აივ/შიდსის შემთხვევები გადაცემის გზების მიხედვით



აივ ინფიცირებულ პაციენტთა შორის გამოვლენილ თანმხლები ორალური მანიფესტაციების სრული მონაცემების, თანახმად შესწავლილი 564 პაციენტიდან სხვადასხვა სახის დაზიანებები პირის ღრუს ლორწოვანზე აღენიშნა 293 (52,32%±0,95%) პაციენტს. მათი გადანაწილება დაავადების სტადიების მიხედვით მოცემულია ცხრილი 1-ში.

ცხრილი 1.

დაავადების სტადია	პირის ღრუს ლორწოვანზე გამოვლენილი სხვადასხვა დაზიანებები		სულ
	აღინიშნა	არ აღინიშნა	
მწვავე აივ ინფექცია	2 (13,33%±2,55%)	13 (86,67%±0,39%)	15 (2,68%±6,03%)
ასიმპტომური აივ ინფექცია	1 (1,32%±8,65%)	75 (98,68%±0,12%)	76 (13,57%±2,52%)
სიმპტომური არაშიდსი	65 (36,93%±1,31%)	111 (63,07%±0,77%)	176 (31,43%±1,48%)
შიდსი	225 (76,79%±0,55%)	68 (23,21%±1,82%)	293 (52,32%±0,96%)
სულ	293 (52,32%±0,95%)	267 (47,68%±1,05%)	560 (100%)

როგორც მოცემული ცხრილიდან ჩანს, ახალი აივ ინფექციის შემთხვევების 52,32% (±0,96%) ანუ ნახევარზე მეტი გამოვლენილია საკუთრივ შიდსის სტადიაზე, რაც ადასტურებს, რომ ქვეყანაში საკმაოდ მაღალია აივ ინფექციის შემთხვევების გვიანი დიაგნოსტიკა, რაც სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ქვეყნისთვის.

ჩვენს მიერ შესწავლილი თანმხლები ორალური მანიფესტაციების გამოვლინების სურათი 2014 წლისთვის ნაჩვენებია №2 ცხრილში.

ცხრილი 2.

პირის ღრუს ლორწოვანზე გამოვლენილი სხვადასხვა დაავადებათა ჩამონათვალი	თანმხლები ორალური მანიფესტაციის სიხშირე (%)
კანდიდოზებით გამოწვეული	67.1%±0,7%
პერაპესვირუსული დაზიანებები	37.2%±1,3%

გინგივო-სტომატიტები	6,4%±3,8%
ვერუკოზული ლეიკოპლაკია	6,2%±3,9%
კაპოშის სარკომა	0,18%±23,55%
არაჰოჯკინის ლიმფომა	0,3%±18,23%

ჩვენი კვლევის შედეგად ასევე გამოვლინდა, რომ აივ/შიდსით პაციენტთა უმრავლესობაში ვირუსული B ჰეპატიტით დაინფიცირება უკავშირდება დაუცველ სქესობრივ კონტაქტებს, ხოლო მცირე ნაწილი – ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებას. საპირისპირო შედეგი მივიღეთ ქრონიკული C ჰეპატიტით კოინფიცირებულ პაციენტებში. მათი ინფიცირების ძირითადი გზა იყო ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება. ასევე, გამოვლინდა კოინფიცირებულ პაციენტთა ჯგუფი, ძირითადად ქალები, რომლებიც არ აღნიშნავდნენ რისკის შემცველ ქცევებს და აღნიშნავდნენ მხოლოდ დაუცველ სქესობრივ კონტაქტებს ნარკოტიკების მოხმარებელ მეუღლეებთან ან სქესობრივ პარტნიორებთან. ერთ შემთხვევაში კი, პაციენტის კოინფიცირების მიზეზი გახდა არასტერილური სამედიცინო იარაღების გამოყენება.

2014 წელს სულ რეგისტრირებული 564 პაციენტიდან საკვლევი კრიტერიუმები დააკმაყოფილა 470 (83,33%±0,45%) პაციენტმა.

აღნიშნულ ჯგუფში ვირუსული ჰეპატიტი B/C ჰეპატიტი ან ორივე სახის კოინფექცია ერთდროულად გამოვლინდა 261 (55,53%±0,89%) აივ ინფიცირებულ პაციენტს, რომლებიც დავყავით სამ ჯგუფად. კერძოდ,

1. I ჯგუფში გაერთიანდა აივ/შიდსით პაციენტები, რომელთაც აღნიშნათ მხოლოდ მწვავე ვირუსული ჰეპატიტი B-ს კოინფექცია. სულ 74 (15,75%±2,31%) შემთხვევა,
2. II ჯგუფში – აივ/შიდსით პაციენტები, მხოლოდ ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტი C-ს კოინფექციით. სულ – 93 (19,79%±2,01%) შემთხვევა,
3. III ჯგუფში – აივ/შიდსით პაციენტები, ორივე სახის კოინფექციებით ანუ ვირუსული ჰეპატიტები B და C ერთად აღინიშნა სულ 94 (20%±2%) შემთხვევაში.

პირველ ჯგუფის პაციენტებში გამოვლენილი დაავადების სტადიების სიხშირე მოცემულია ცხრილი 3-ში.

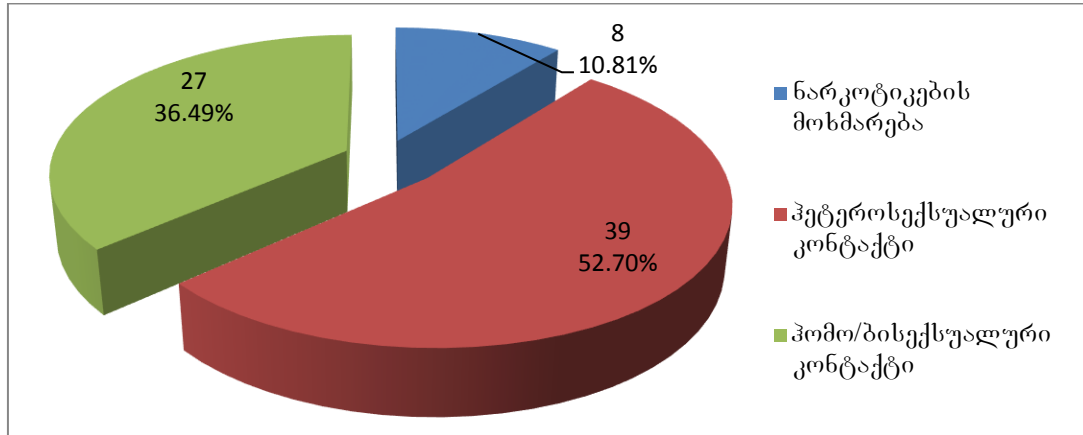
ცხრილი 3.

დაავადების სტადიები	რაოდენობა	წილი (%)
მწვავე აივ ინფექცია	13	17,57%±2,17%
ასიმპტომური აივ ინფექცია	6	8,11%±3,37%
სიმპტომური არაშიდსი	31	41,89%±1,18%
შიდსი	24	32,43%±1,44%
სულ	74	100%

ცხრილიდან ჩანს პირველი ჯგუფის გარკვეული თავისებურებანი. კერძოდ, პაციენტთა ყველაზე ხშირი გამოვლენა მოხდა არა საკუთრივ შიდსის, არამედ სიმპტომური არაშიდსის სტადიაზე, 41,89% (±1,18%). საყურადღებოა ისიც, რომ მწვავე აივ ინფექციის გამოვლენა ამ ჯგუფში ყველაზე ხშირია, დანარჩენი ორი ჯგუფისგან განსხვავებით და შეადგენს 17,57% (±2,17%).

აივ ინფექციის გადაცემის სავარაუდო გზების განაწილება წარმოდგენილია №4 დიაგრამაზე.

დიაგრამა 4. აივ/შიდსის შემთხვევების სიხშირე გადაცემის გზების მიხედვით B ჰეპატიტით კონფიცირებულ პაციენტებში



დიაგრამიდან ჩანს, რომ პირველი ჯგუფის პაციენტებს, რომელთაც გამოუვლინდათ მხოლოდ ვირუსული B ჰეპატიტის კონფიქცია, დაავადების გადაცემის გზებს შორის განსაკუთრებით ხშირია დაუცველი სქესობრივი კონტაქტებით ინფიცირების შემთხვევები: პეტერო - 52,70% ($\pm 0,95\%$) და პომო/ბისექსუალური გზით - 36,49% ($\pm 1,32\%$). ხოლო ინექციური ნარკოტიკის მოხმარების წილი კი შედარებით მცირეა - 10,81% ($\pm 2,87\%$). აღსანიშნავია, რომ სქესობრივი გზით ინფიცირებულ 39 პირს შორის 25 (64,1% $\pm 0,75\%$) ქალია)

რაც შეეხება ორალურ მანიფესტაციებს, პირველი ჯგუფის 74 პაციენტიდან პირის ღრუს ლორწოვანზე სხვადასხვა სახის დაზიანება გამოვლინდა 32 (43,24% $\pm 1,15\%$) შემთხვევაში, მათგან 20 (62,5% $\pm 0,78\%$) პაციენტს აღენიშნა საკუთრივ შიდსის სტადიაზე.

პაციენტთა მეორე ჯგუფში დაავადების სტადიების გამოვლინების სიხშირე იხილეთ ცხრილი 4-ში:

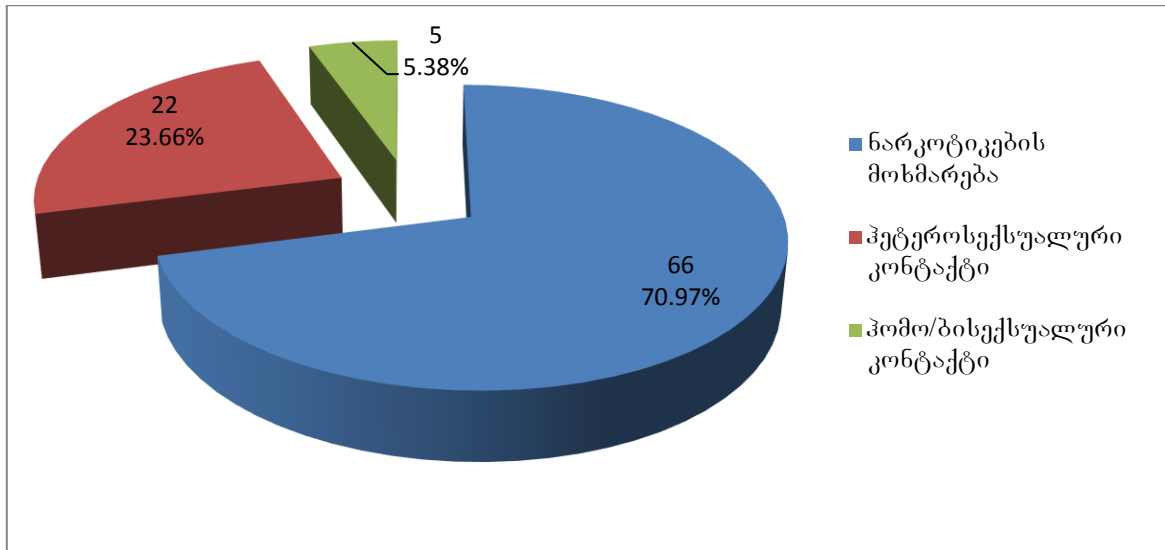
ცხრილი 4.

დაავადების სტადიები	რაოდენობა	წილი (%)
მწვავე აივ ინფექცია	0	0
ასიმპტომური აივ ინფექცია	13	13,98% $\pm 2,48\%$
სიმპტომური არაშიდსი	30	32,26% $\pm 1,45\%$
შიდსი	50	53,76% $\pm 0,93\%$
სულ	93	100%

აქ დაავადების გვიანი დიაგნოსტიკა საკმაოდ კარგად ჩანს, რადგან ამ ჯგუფის პაციენტთა ნახევარზე მეტს უკვე განვითარებული ჰქონდათ დაავადების ბოლო სტადია (53,76% $\pm 0,93\%$). ხოლო დაავადების დასაწყის სტადიაზე გამოვლინება არ დაფიქსირებულა საერთოდ.

ამავე ჯგუფში აივ ინფექციის გადაცემის საუარესო გზების სტატისტიკა ნაჩვენებია დიაგრამა 5-ზე.

დიაგრამა 5.



როგორც დიაგრამიდან ჩანს, გამოიკვეთა მკვეთრად განსხვავებული სურათი პირველ ჯგუფთან შედარებით. კერძოდ, ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების წილი ვირუსის გადაცემის მხრივ აქ საკმაოდ მაღალია 70,97% ($\pm 0,64\%$), ხოლო დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების წილი შედარებით მცირეა და შეადგენს 29,04% ($\pm 1,56\%$)

მეორე ჯგუფში გაერთიანებულ 93 პაციენტს შორის ორალური მანიფესტაციები აღინიშნა 52 (55,91% $\pm 0,89\%$) შემთხვევაში, მათგან 40 (76,92% $\pm 0,55\%$) პაციენტი უკვე იყო შიდსის სატდიაზე.

აივ/შიდსით პაციენტთა მესამე ჯგუფში დაავადების სტადიების სიხშირის სურათი მოცემულია ცხრილი 5-ზე:

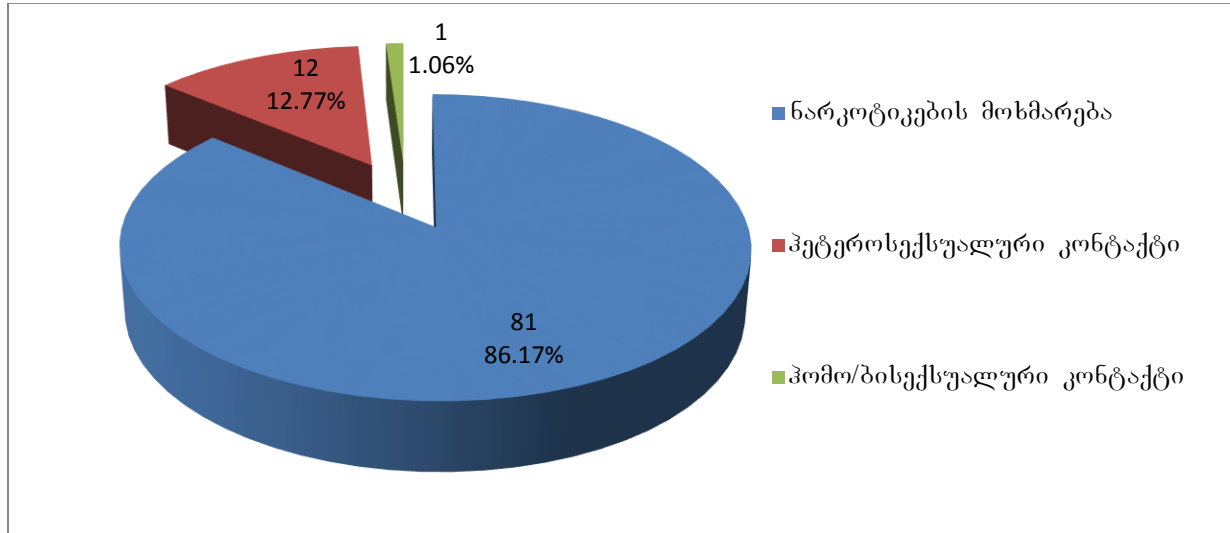
ცხრილი 5

დაავადების სტადიები	რაოდენობა	წილი (%)
მწვავე აივ ინფექცია	0	0
ასიმპტომური აივ ინფექცია	7	7,45% $\pm 3,53\%$
სიმპტომური არაშიდსი	26	27,66% $\pm 1,62\%$
შიდსი	61	64,89% $\pm 0,74\%$
სულ	94	100%

მონაცემები ამ შემთხვევაში მეორე ჯგუფის შედეგების მსგავსია, რადგან მწვავე სტადიაზე გამოვლინება აქაც არ დაფიქსირებულა, ხოლო საკუთრივ შიდსის სტადია კი ამ ჯგუფში ყველაზე ხშირი იყო – 61 (64,89% $\pm 0,74\%$).

მესამე ჯგუფში აივ ინფექციის გადაცემის სავარაუდო გზების სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ ამ ჯგუფის პაციენტებში განსაკუთრებით ხშირია ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების გზით ინფიცირების შემთხვევები – 81 (86,17% $\pm 0,4\%$), ხოლო დაუცველ სქესობრივ კონტაქტები მხოლოდ 13 (13,83% $\pm 2,5\%$) პაციენტში დაფიქსირდა. (დიაგრამა 6).

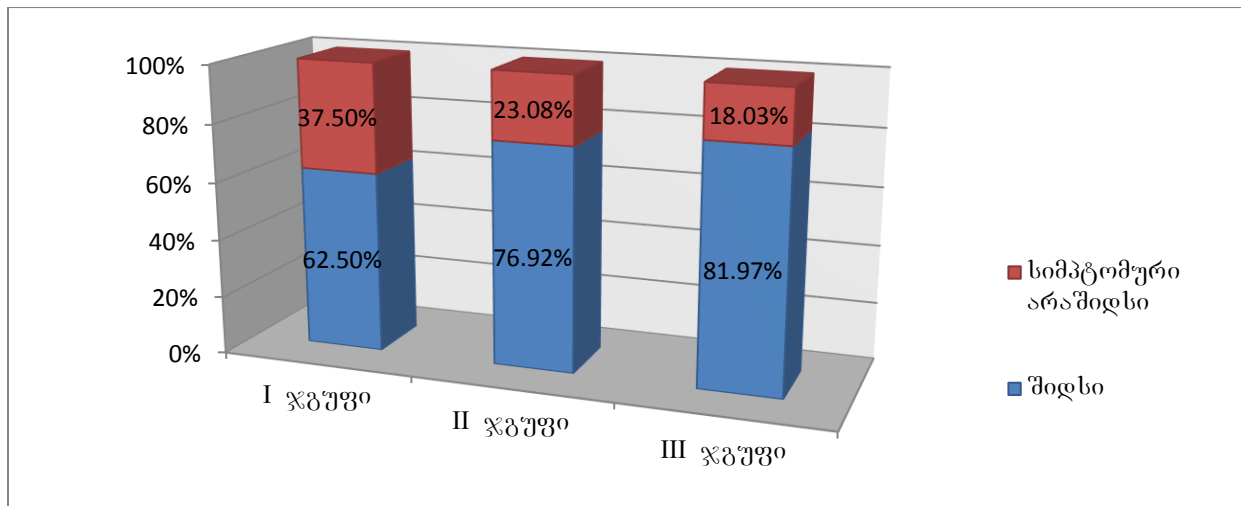
დიაგრამა 6.



შესწავლილი 94 პაციენტიდან პირის ღრუს ღორწოვანზე სხვადასხვა სახის დაზიანება აღენიშნა 61 (64,89%±0,74%) პაციენტს, მათგან 50 (81,97%±0,47%) შემთხვევაში მათ უკვე განვითარებული ჰქონდა შიდსის სტადია.

მიღებული მონაცემების შედარების მიზნით №7 დიაგრამაზე წარმოდგენილია სამივე ჯგუფის შემთხვევაში, თანმხლები ორალური მანიფესტაციები სიმპტომური არაშიდსისა და საკუთრივ შიდსის სტადიებზე.

დიაგრამა 7.



№6 ცხრილზე მოცემულია პირის ღრუს ღორწოვანზე განვითარებული სხვადასხვა სახის კონკრეტული დაავადების სტატისტიკა ჯგუფების მიხედვით.

ცხრილი 6.

პირის დრუს ღორწოვანის თანმხლები დაავადებები	I ჯგუფი	II ჯგუფი	III ჯგუფი
სხვადასხვა სახის კანდიდოზები	56,05%	64,53%	85,46%
მარტივი ჰერპეს ვირუსები	38,87%	30,17%	9,15%
გინგივო-სტომატიტები	1,61%	3,27%	4,12%
ვერუქოზული ლეიკოპლაკია	3,47%	2,03%	1,27%

დასკვნა:

საქართველოში ყოველწლიურად გამოვლენილი აივ/შიდსის შემთხვევები რაოდენობრივად მცირეა, მაგრამ ტენდენცია მზარდი ხასიათისაა. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ შეიცვალა დაავადების გადაცემის სავარაუდო გზების სიხშირის სტატისტიკა წინა წლებთან შედარებით. კერძოდ, უკანასკნელ პერიოდში გამოვლინდა სქესობრივი კონტაქტებით აივ ინფიცირების ზრდის და ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებით აივ-ის გადაცემის შემცირების ტენდენცია.

საყურადღებოა, რომ საქართველოში ბოლო პერიოდში გაიზარდა აივ/შიდსით პაციენტებში ვირუსული B და C ჰეპატიტებით კოინფექციის შემთხვევები, უფრო კონკრეტულად მოიმატა მწვავე B ჰეპატიტით კოინფექციის რაოდენობა.

მართალია, საქართველოში, უკანასკნელ წლებში აღინიშნება აივ/შიდსით პაციენტთა სიკვდილიანობის შემცირება, რაც განაპირობა მეურნეობისა და მოვლის პროგრამების ეფექტურმა მუშაობამ, მაგრამ ავადობის მაჩვენებელი ისევ მაღალია. კერძოდ, 2014 წელს გამოვლენილ აივ ინფექციათა 52,32%-ში ($\pm 0,96\%$) უკვე განვითარებული იყო საკუთრივ შიდსის სტადია, რაც ადასტურებს, რომ ქვეყანაში საკმაოდ მაღალია აივ ინფექციის შემთხვევების გვიანი დიაგნოსტიკა და ეს სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს.

ჩატარებული კვლევებიდან ჩანს, რომ აივ/შიდსით პაციენტებში დაავადების სტადიებისა და გადაცემის გზების სტატისტიკური მონაცემები განსხვავებულია ჩვენს მიერ შერჩეულ ჯგუფებს შორის, რაც ადასტურებს გარკვეულ კორელაციას მოცემულ მახასიათებლებს შორის. კერძოდ, პირველ ჯგუფში, სადაც გაერთიანდა აივ/შიდსით პაციენტები მწვავე B ჰეპატიტით, ყველაზე ხშირი გამოვლენა მოხდა სიმპტომური არაშიდსის სტადიაზე - 41,89% ($\pm 1,18\%$), ხოლო დანარჩენ ორ ჯგუფში პაციენტების უმრავლესობა გამოვლენის დროს იყვნენ უკვე საკუთრივ შიდსის სტადიაზე შესაბამისად: 53,76% ($\pm 0,93\%$) და 64,89% ($\pm 0,74\%$).

რაც შეეხება აივ-ის გადაცემის გზების მიხედვით განაწილებას, პირველ ჯგუფში ხშირია სქესობრივი კონტაქტით ინფიცირების გზა. კერძოდ, ჰეტეროსექსუალური კონტაქტით ინფიცირების შემთხვევები - 52,70% ($\pm 0,95\%$), ხოლო ჰომობისექსუალური კონტაქტები - 36,49% ($\pm 1,32\%$); როდესაც დანარჩენ ორ ჯგუფში მეკუთრად მაღალია ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების გზით ინფიცირებულთა რაოდენობა. შესაბამისად: 70,97% ($\pm 0,64\%$) და 86,17% ($\pm 0,4\%$).

საყურადღებოა, რომ აივ/შიდსით პაციენტებში თანმხლები ორალური მანიფესტაციების გამოვლენა უფრო ხშირია ვირუსული B და C ჰეპატიტებით კოინფექციების დროს, ვიდრე მონოინფექციის შემთხვევაში და ეს მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია მესამე ჯგუფში, მით უფრო შიდსის სტადიაზე.

შესაბამისად, მნიშვნელოვანია დავასკვნათ, რომ საქართველოსთვის კვლავ აქტუალურია აივ/შიდსის დროული გამოვლენის საკითხი. აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემის პირველადი და მეორეული რგოლის დაწესებულებების, მათ შორის სტომატოლოგიური კლინიკების, აივ ინფექციის შესახებ ინფორმაციული უზრუნველყოფა, რაც ჩვენს ქვეყანაში გააუმჯობესებს აივ/შიდსით პაციენტების დროულ გამოვლენას და გარკვეულწილად შეამცირებს მზარდ ეპიდემიას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Jesse A. Otegbayo¹; Babafemi O Taiwo²; Titilola S Akingbola³; and others. Prevalence of hepatitis B and C seropositivity in a Nigerian cohort of HIV-infected patients. Annals of Hepatology 2008; 7(2): April-June: 152-156
2. Miriam J. Alter. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. Journal of Hepatology 44 (2006) S6-S9

3. Cindy M. Weinbauma, Keith M. Sabinb and Scott S. Santibanez. Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: a review of epidemiology and prevention. *AIDS* 2005, 19 (suppl 3):S41–S46
4. WHO (2003). World health report: 2003: shaping the future. Geneva. ISBN 92 4 156243 9.
5. Modi AA, Feld JJ. Viral hepatitis and HIV in Africa. *AIDS Rev* 2007; 9(1): 25-39.
6. Wasley A, Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C: geographic differences and temporal trends. *Semin Liver Dis* 2000; 20: 1-16.
7. Thio CL, Seaberg EC, Skolasky R Jr, Phair J, Visscher B, Munoz A, Thomas DL. Multicenter AIDS Cohort Study. HIV-1, hepatitis B virus, and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS). *Lancet* 2002, 360:1921-1926
8. <http://aidscenter.ge/> Accessed May 2017
9. <http://www.ncdc.ge/> Accessed May 2017
10. WHO. The world health report <http://who.int/hepatitis/en/> Accessed May 2017.
11. WHO. The world health report <http://www.who.int/hiv/en/> Accessed May 2017
12. http://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2008/07310/Care_of_HIV_patients_with_chronic_hepatitis_B_2.aspx
13. http://gut.bmj.com/content/61/Suppl_1/i47
14. John S. Greenspan, D. Greenspan. “Oral complications of HIV infection”. HIV/AIDS medicine medical management of AIDS 2012.
15. Maeve M. Coogan, John Greenspan, Stephen J. Challacombe “Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus” *Bull World Health Organ.* 2005 Sep;83(9):700-6. Epub 2005 Sep 30

მიკრობული სპექტრი პერიტონიტების დროს

თამარ დიდბარიძე¹, ლიანა საგინაშვილი², ლალი ახმეტელი³, ნინო გოგოხია⁴,
¹მიკრობიოლოგი.თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, მედიცინის დოქტორი
(თბილისი, საქართველო)

²თსსუ №1 ქირურგიის დეპარტამენტი, ასისტენტ-პროფესორი (თბილისი, საქართველო)

³თსსუ №1 ქირურგიის დეპარტამენტი, ასოცირებული-პროფესორი (თბილისი, საქართველო)

⁴თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, მედიცინის დოქტორი
(თბილისი, საქართველო)

აბსტრაქტი

პერიტონიტი საკმაოდ გავრცელებული ქირურგიული პათოლოგიაა. ჩვენ შევისწავლეთ ბაქტერიული პერიტონიტის მქონე პაციენტებში პათოლოგიური კერიდან ინტრაოპერაციულად აღებული ასპირატის მიკრობული სპექტრი და ანტიბიოტიკომრძოხელობა რაც, ჩვენი ვარაუდით, დაგვეხმარებოდა ანტიბიოტიკოთერაპიის ოპტიმიზაციაში. ბაქტერიოლოგიური კვლევა მოიცავდა : სუფთა კულტურის გამოყოფას, გამოყოფილი მიკრობის იდენტიფიკაცია სწრაფი საიდენტიფიკაციო სისტემით (I20, I შტაპპ, I შტრეპ, I ნა, მწარმოებელი კომპანია ბიო რიუეს). ასევე გამოიყენებოდა ოქსიდაზას და კატალაზას განმსაზღვრელი სწრაფი დამხმარე ტესტები.

გრამუარყოფითი ბაქტერიების მხოლოდ 12% იყო რეზისტენტული ქინოლონებზე, ცეფალოსპორინების მესამე თაობის მიმართ 19%, ხოლო გრამდადებით ბაქტერიებს შორის მეტიცილინ-რეზისტენტული ოქროსფერი სტაფილოკოკი არ ყოფილა. ცეფალოსპორინების და ქინოლონების მიმართ შედარებით მაღალი რეზისტენტობა უკავშირდება ბაქტერიული პერიტონიტის საპროფილაქტიკოდ ამ ჯგუფის ანტიბიოტიკების ფართო გამოყენებას.

საკვანძო სიტყვები: პერიტონიტი, ბაქტერიები, მკურნალობა

შესავალი

ქირურგიული ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლის პრობლემა დღესაც გადაუჭრელია. განსაკუთრებული სირთულით გამოირჩევა მუცლის ღრუს ჩირქოვან-ანთებითი პროცესები. მიუხედავად ანესთეზიურ-რეანიმაციული ღონისძიებების თანამედროვე არსენალის გამოყენებისა, ამ დაავადებების მკურნალობის არსებული მეთოდების ხშირად არადამაკმაყოფილებელი შედეგები, ოპერაციის შემდგომი ჩირქოვანი გართულებების სისხირე და ჯერ კიდევ მაღალი ლეტალობა მკურნალობის ოპერაციული მეთოდების დახვეწასთან ერთად, მოითხოვს უფრო ეფექტური, ადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარებას (1,5).

აღსანიშნავია, რომ ბოლო წლებში შეიცვალა პერიტონიტის გამომწვევ მიკროორგანიზმთა სპექტრი, უმეტეს შემთხვევებში პრევალირებენ გრამუარყოფითი ბაქტერიები, იმატა ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტულმა შტამებმა, რაც მნიშვნელოვნად აუარესებს პერიტონიტის მკურნალობის შედეგებს (2,3,4,6).

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ჩვენს კლინიკაში ბაქტერიული პერიტონიტის მქონე პაციენტებში პათოლოგიური კერიდან ინტრაოპერაციულად აღებული ასპირატის ბაქტერიოლოგიური კვლევა და, შესაბამისად, პერიტონიტის გამომწვევ მიკრობთა იდენტიფიკაცია და მათი ანტიბიოტიკომრძოხელობის შესწავლა, რაც, ჩვენი ვარაუდით, დაგვეხმარებოდა ანტიბიოტიკოთერაპიის ოპტიმიზაციაში. ბაქტერიოლოგიური კვლევა მოიცავდა : სუფთა კულტურის გამოყოფას, გამოყოფილი მიკრობის იდენტიფიკაცია სწრაფი საიდენტიფიკაციო სისტემით (API20E, API Staph, API Strep, API Ana, მწარმოებელი კომპანია bioMérieux). ასევე გამოიყენებოდა ოქსიდაზას და კატალაზას განმსაზღვრელი სწრაფი დამხმარე ტესტები.

მასალა და მეთოდები:

მიკროორგანიზმთა ანტიბიოტიკომგრძნობელობა ისაზღვრებოდა დისკო-დიფუზური მეთოდით სტანდარტული დისკების გამოყენებით (ჩ შთ გუიდელინეს 2015) და კლინიკური ლაბორატორიების სტანდარტის ინსტიტუტის (ჩ შთ) სტანდარტით (თ სტრიპს: თ, თ შტაპპ, თ, თ სე, თ შტრეკპიო ერიუეს)

გამოკვლევა ჩაუტარდა ბაქტერიული პერიტონიტის მქონე 45 ავადმყოფს. ქალი – 21, კაცი – 24. ასაკი მერყეობდა 18-დან 75 წლამდე. ლოკალური პერიტონიტი აღენიშნებოდა 35 პაციენტს, დიფუზური – 10-ს. პერიტონიტის გამომწვევი მიზეზი 26 შემთხვევაში იყო მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტი, 9 შემთხვევაში – მწვავე დესტრუქციული ქოლევციტი, ხოლო 10-ში წყლულის პერფორაცია. მასალას ბაქტერიული კვლევისათვის წარმოადგენდა პათოლოგიური კერიდან აღებული ასპირატი (10-20 მლ)

გამოკვლეული პაციენტებიდან ბაქტერიოლოგიური კვლევით მიკრობული ზრდა (დადებითი ამოთესვა) იყო 36 შემთხვევაში, ზრდა არ იყო (უარყოფითი ამოთესვა) 9-ში. აღსანიშნავია, რომ ყველა შემთხვევაში აღმოჩნდა ლეიკოციტებისა და ეპითელური უჯრედების სხვადასხვა რაოდენობა. იმ პაციენტებში, რომლებშიც მიკრობთა ზრდა არ იყო, ლეიკოციტები შეადგენდნენ საშუალოდ 4-5 მხედველობის არეში, ეპითელური უჯრედები – 4-6 მხედველობის არეში. ხოლო იმ პაციენტებში, სადაც მიკრობთა ზრდა აღინიშნებოდა, ლეიკოციტები საშუალოდ შეადგენდნენ 40-50, ეპითელური უჯრედები 8-10 მხედველობის არეში.

ბაქტერიოლოგიური კვლევით იმ 36 პაციენტიდან, რომლებშიც უმეტეს შემთხვევაში აღინიშნა მონომიკრობული ზრდა, დომინირებდნენ გრამუარყოფითი ბაქტერიების კერძოდ, სცპერიცპია ცოლი – მოთესვიანობის ხარისხით 10^8 /მლ – 12 პაციენტში, ნტერობაცტერ ცლოაცაე- მოთესვიანობით 10^6 /მლ-9-ში. გრამდადებითი ბაქტერიებიდან დომინირებდნენ -ჯგუფის

სტრეპტოკოკი ნტეროცოცტუს ფაეცალის 10^6 /მლ- 6-ში, შტაპპილოცოცტუს აურეუს 10^6 /მლ -3, არამაფერმენტირებელი ჩხირები სეუდომონას აერუგინოსა 10^5 /მლ – 2-ში, სოკო ჩანდიდა ალბიცანს -2-ში, რაც შეეხება ანაერობებს, ერთ შემთხვევაში აღინიშნა გრამუარყოფითი ანაერობული ჩხირის (აეროტოლერანტი) აცტეროიდეს ფრაგილის -ის 10^5 /მლ ზრდა, გრამ(-)ანაერობული ჩხირი უსობაცტერიუმ სპპ 10^5 /მლ-1-ში. პოლიმიკრობული ამოთესვა აღინიშნა 3-შემთხვევაში: ჩანდიდა ალბიცანს 10^7 /მლ და სცპერიცპია ცოლი 10^5 /მლ (ონკოლოგიურ პაციენტში), ნტერობაცტერ ცლოაცაე 10^6 /მლ და ჩანდიდა ალბიცანს 10^6 /მლ, სცპერიცპია ცოლი 10^8 /მლ და აცტეროიდეს ფრაგილის 10^5 /მლ.

მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენს მიერ განხილული მასალა, შემთხვევათა სიმცირის გამო, საბოლოო, სარწმუნო დასკვნის გამოტანის საშუალებას არ იძლევა, საყურადღებოა, რომ კლინიკურად ინფექციური პროცესის არსებობის პირობებში ბაქტერიების ზრდის გამოვლენის სისწორემ იმატარა, რაც უკავშირდება მასალის დაუყოვნებელ შეტანას გამამდიდრებელ ბულიონში (თიოგლიკოლის ბულიონი აერობული და ანაერობული ბაქტერიებისთვის). ლოკალური ანტიბიოტიკომგრძნობელობის განსაზღვრით ჩვენს მიერ გამოყოფილ შტამებზე, გრამუარყოფითი ბაქტერიების მხოლოდ 12% იყო რეზისტენტული ქინოლონებზე, ცეფალოსპორინების მესამე თაობის მიმართ 19%, ხოლო გრამდადებით ბაქტერიებს შორის მეტიცილინ-რეზისტენტული ოქროსფერი სტაფილოკოკი არ ყოფილა. ცეფალოსპორინების და ქინოლონების მიმართ შედარებით მაღალი რეზისტენტობა უკავშირდება ბაქტერიული პერიტონიტის საპროფილაქტიკოდ ამ ჯგუფის ანტიბიოტიკების ფართო გამოყენებას (7).

დასკვნა

ამრიგად, ჩვენს მიერ შესწავლილი შემთხვევებით შეგვიძლია გამოვიტანოთ დასკვნა ბაქტერიული პერიტონიტის გამომწვეთა მიკრობულ სპექტრზე და შევიმუშავოთ ლოკალური მგრძნობელობა/რეზისტენტობა, რაც უფრო ეფექტურს გახდის ბაქტერიული პერიტონიტების მკურნალობას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Adler SN, Gasbarra DB. *A Pocket Manual of Differential Diagnosis*. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2005
2. Malangoni MA: **Current concepts in peritonitis**. *Curr Gastroenterol Rep* 2003, **5**:295-301.
3. Marshall JC: **Intra-abdominal infections**. *Microbes Infect* 2004, **6**:1015-1025.
4. Nathens AB, Rotstein OD, Marshall JC: **Tertiary peritonitis: clinical features of a complex nosocomial infection**. *World J Surg* 1998, **22**:158-63.
5. Bare M, Castells X, Garcia A, Comas M, Egea MJ: **Importance of appropriateness of empiric antibiotic therapy on clinical outcomes in intra-abdominal infections**. *Int J Technol Assess Health Care* 2006, **22**:242-248.
6. Runyon BA. Ascites and spontaneous bacterial peritonitis. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 9th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2010:chap 91.
7. Angeloni S, Leboffe C, Parente A, et al. Efficacy of current guidelines for the treatment of spontaneous bacterial peritonitis in the clinical practice. *World J Gastroenterol*. 2015;

STREPTOCOCCUS AGALACTIAE და ნეონატალური მენინგიტი

თამარ დიდბარიძე¹, ნატო მეცხვარიშვილი², ნინო დიდბარიძე³, ნინო გოგოხია⁴

¹მიკრობიოლოგი.თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, MD, PhD, (თბილისი)

²თსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტი, ასისტენტ-პროფესორი, MD, PhD (თბილისი)

³თსუ იმუნოლოგიის დეპარტამენტი, ასისტენტ-პროფესორი, MD, PhD (თბილისი)

⁴თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, ლაბორატორიის ხალმძღვანელი, MD, PhD (თბილისი)

ABSTRACT

Group B streptococci (GBS) are a group of bacteria which is found in 15-40% of healthy women's colon and vagina. Pregnant women with colonized vagina with GBS are prone to transmit it to their newborn. In the recent decade, Group B Streptococcus (GBS) has been one of the common causes of the early onset of sepsis among the newborns, which leads to high rate of morbidity and mortality. The incidence of early onset GBS disease is from 1.3 to 3.7 per 10000 live births. In addition, GBS is one of the main causes of infection in pregnant women with chorioamnionitis, endometritis, genitourinary tract and surgical wound infection. Genital infection is responsible for almost one-third of preterm deliveries, and GBS produce protease activity resulting to cervical ripening. Vaginal cultures were conducted in 532 women at 22 to 36 weeks of gestation, who visited TSMU The First University Clinic obstetrics and gynecology department. Among 532 women, 117 were found to be GBS positive and 415 were GBS negative.

Our results showed that the rate of vaginal colonization is 21,9% approximately the same as the other countries (15-40%). No significant difference was found in positive cultures with mother's age, educational level, and history of pregnancy.

Keywords: Group B Streptococcus, pregnancy, neonate.

აბსტრაქტი

ნეონატალური მენინგიტების ყველაზე ხშირი გამომწვევები არიან ბაქტერიები, კერძოდ გრამდადებითი კოკები Streptococcus agalactiae (ე.წ. B-ჯგუფის სტრეპტოკოკი) - შემთხვევათა 39%-48% -ში, Escherichia coli - 30%-35%, გრამუარყოფითი ნაწლავური ჯგუფის ჩხირები 8%-12%, Streptococcus pneumonia - 6%, Listeria monocytogenes - 5%-7%. უნდა აღინიშნოს, რომ B-ჯგუფის სტრეპტოკოკით გამოწვეული ადრეული მენინგიტების სიკვდილიანობა შეადგენს 8-12,5%-ს (1,2). ჯანმრთელი ქალების დაახლოებით 18-30% ში ადგილი აქვს ამ ბაქტერიის კოლონიზაციას გასტროინტესტინალური ტრაქტსა და შარდსასქესო სისტემაში (ასიმპტომატური მტარებლობა).

ჩვენი კვლევის შედეგებით B- სტრეპტოკოკით ვაგინალური და ანორექტული კოლონიზაცია შეადგენს საერთაშორისო მონაცემების (18-30%) ზედა ზღვარს (20,4%) და ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება კოლონიზაციის სიხშირე. B სტრეპტოკოკის (GBS) კვლევა ორსულობის 35-37 კვირაში და დადებითი ამოთესვის შემთხვევაში ორსულთა ხ კატეგორიის ანტიბიოტიკების გამოყენებით (პენიცილინის და ცეფალოსპორინების) სწორად დაგეგმილი ანტიბიოტიკოთერაპია არის ყველაზე ეფექტური საშუალება, რათა მოხდეს აღნიშნული ეტიოლოგიის ნეონატალური მენინგიტების და მელოგინეთა ინფექციური გართულებების (ენდომეტრიტები, ჭრილობითი და შარდის სისტემის ინფექციები) პრევენცია, რომელიც ხშირ შემთხვევაში სერიოზულ საფრთხეს უქმნის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას.

საკვანძო სიტყვები: B ჯგუფის სტრეპტოკოკი, ორსულები, ახალშობილები.

შესავალი

ნეონატალური მენინგიტების ყველაზე ხშირი გამომწვევები არიან ბაქტერიები, კერძოდ გრამდადებითი კოკები Streptococcus agalactiae (ე.წ. B-ჯგუფის სტრეპტოკოკი) - შემთხვევათა 39%-48% -ში, Escherichia coli - 30%-35%, გრამუარყოფითი ნაწლავური ჯგუფის ჩხირები 8%-12%, Streptococcus pneumonia - 6%, Listeria monocytogenes - 5%-7%. უნდა აღინიშნოს, რომ B-ჯგუფის სტრეპტოკოკით გამოწვეული ადრეული მენინგიტების სიკვდილიანობა შეადგენს 8-12,5%-ს (1,2). ჯანმრთელი ქალების დაახლოებით 18-30% ში ადგილი აქვს ამ ბაქტერიის კოლონიზაციას გასტროინტესტინალური ტრაქტსა და შარდსასქესო სისტემაში (ასიმპტომატური მტარებლობა).

2010წელს აშშ-ს დაავადების კონტროლის ცენტრის, ამერიკის პედიატრთა აკადემიის, მიკრობიოლოგთა ასოციაციის და გინეკოლოგთა კავშირის მიერ რეკომენდირებულია, რომ ყველა ქალს ორსულობის 35-37-ე კვირას ჩატარდეს გამოკვლევა B ჯგუფის სტრეპტოკოკზე(3). ორსულობის ადრეულ ვადებზე სკრინინგს აზრი არ აქვს, ვინაიდან ბაქტერიებით კოლონიზაცია არ არის მუდმივი პროცესი და უშუალოდ მშობიარობის წინა პერიოდში უნდა მოხდეს გამოკვლევა. ვაგინალური კოლონიზაცია ორსულობის დროს ზრდის სტრეპტოკოკის ვერტიკალური გადაცემის რისკს და ახალშობილებში სეპტიცემიის, პნევმონიის, ადრეული მენინგიტის განვითარების ძირითად მიზეზად გვევლინება, ხოლო მელოგინეზში იწვევს ნაადრევ მშობიარობას, ამნიონიტებს, ენდომეტრიტებს, ჭრილობის და შარდის სისტემის ინფექციებს(4,5).

B ჯგუფის სტრეპტოკოკი მიეკუთვნება კომენსალ ბაქტერიებს. მისი ტიპოსპეციფიური კავსულარული პოლისაქარიდი(Ia,Ib,II-VIII) არის მნიშვნელოვანი ეპიდემიოლოგიური მარკერი, რომელთაგან ვაგინალურ კოლონიზაციას ყველაზე ხშირად იწვევს Ia, III და V ტიპი. მნიშვნელოვანია, რომ Ia,Ib და III ტიპის სტრეპტოკოკს აქვს სიალის მჟავის ტერმინალური ჯგუფი, რომელიც აინჰიბირებს ალტერნატიული კომპლემენტის სისტემას, რაც აფერხებს ფაგოციტოზს. ნეონატალური მენინგიტების პროგრესირება იწყება *Streptococcus agalactiae*-ით ინფიცირებული ამნიონური სითხის ასპირაციით ან ნაყოფის უშუალო კონტაქტით დედის სამშობიარო გზებთან, რომელიც კოლონიზირებულია აღნიშნული ბაქტერიით. *Streptococcus agalactiae*-ს ინფექციის მართვაში მნიშვნელოვანია კლასიკური და ალტერნატიული კომპლემენტის სისტემის აქტივაცია, ხოლო ახალშობილებში იმუნური სისტემის მოუმწიფებლობის გამო, კერძოდ ალტერნატიული კომპლემენტის სისტემის, ბაქტერია ნაწლავის ლორწოვანი გარსებიდან ხვდება სისხლში, იწვევს ბაქტერიემიას და ინვაზიას ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში. ცერებროსპინალური სითხის ქიმიური ანალიზით ვლინდება ლეიკოციტოზი ($WBC > 1000$), მომატებულია პროტეინები > 100 , ხოლო გლუკოზა დაკლებულია < 30 (6,7).

კვლევის მიზანი:

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა განგვესაზღვრა თუ რამდენად მოდიოდა შესაბამისობასი ჩვენს მიერ გამოკვლეულ ორსულ ქალებში ვაგინალური და ანორექტული კოლონიზაციის სიხშირე საერთაშორისო მონაცემებთან და დაგვედგინა კორელაცია ორსულ ქალთა ასაკსა და კოლონიზაციის სიხშირეს შორის.

მასალა და მეთოდები

ჩვენ წარმოგიდგენთ თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორიის 2016- წლის ბოლო ექვსი თვის B სტრეპტოკოკის კვლევის(GBS) მონაცემებს. სულ ამბულატორიულად გეგმიური გამოკვლევა ორსულობის 35-37 კვირაზე ჩატარდა 103 ორსულს, რომელთა ასაკი მერყეობდა 18-დან 39-წლამდე. ბაქტერიოლოგიური ხე-ბამბის ჩხირით ხდებოდა ვაგინალური და ანორექტული ნაცხის აღება და მასალა ითესებოდა B სტრეპტოკოკის სელექტიურ-ქრომოგენულ ნიადაგზე(StrepBSelect Agar, BIO-Rad Laboratories). 24-48-საათიანი ინკუბაციის შემდეგ ლურჯი კოლონიების წარმოქმნა მიუთითებს სტრეპტოკოკის არსებობაზე, რომელიც საჭიროებს შემდგომ კონფორმაციას აგლუტინაციის ტესტით(Pastorex Strep, BIO-Rad). ტესტის ვალიდურობა არის 97-100%. შედეგები

103 ორსულიდან 21 შემთხვევაში აღინიშნა დადებითი შედეგი, რაც შეადგენს გამოკვლეულთა 20,4%-ს. ჩვენი კვლევის მიხედვით B- სტრეპტოკოკით კოლონიზაცია უფრო ხშირი იყო 30-39 წლის ორსულ ქალებში -66%, ხოლო დანარჩენი 33% ორსულთა ასაკი იყო 20-30 წელი. დასკვნა

ამგვარად, ჩვენი კვლევის შედეგებით B- სტრეპტოკოკით ვაგინალური და ანორექტული კოლონიზაცია შეადგენს საერთაშორისო მონაცემების (18-30%) ზედა ზღვარს(20,4%) და ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება კოლონიზაციის სიხშირე. B სტრეპტოკოკის(GBS) კვლევა ორსულობის 35-37 კვირაში და დადებითი ამოთესვის შემთხვევაში ორსულთა ხ კატეგორიის ანტიბიოტიკების გამოყენებით (პენიცილინის და ცეფალოსპორინების)სწორად დაგეგმილი ანტიბიოტიკოთერაპია არის ყველაზე

ეფექტური საშუალება, რათა მოხდეს აღნიშნული ეტიოლოგიის ნეონატალური მენინგიტების და მელოგინეტა ინფექციური გართულებების (ენდომეტრიტები, ჭრილობითი და შარდის სისტემის ინფექციები) პრევენცია, რომელიც ხშირ შემთხვევაში სერიოზულ საფრთხეს უქმნის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Polin RA. (2012). "[Management of Neonates With Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis](#)" (PDF). *Pediatrics*. 129: 1006–1015. [doi:10.1542/peds.2012-0541](#)
2. Binghuai L, Yanli S, Shuchen Z, Fengxia Z, Dong L, Yanchao C. (2014). "[Use of MALDI-TOF mass spectrometry for rapid identification of group B Streptococcus on chromID Strepto B agar](#)". *International Journal of Infectious Diseases*. 27: 44–48. [doi:10.1016/j.ijid.2014.06.023](#).
3. Christopher-Mychael Whidbey (2015). [Characterization of the Group B Streptococcus Hemolysin and its Role in Intrauterine Infection](#) (PDF). University of Washington. Whidbey C, Harrell MI, Burnside K, Ngo L, Becraft AK, Iyer LM, Aravind L, Hitti J, Waldorf KM, Rajagopal L. (2013). "[A hemolytic pigment of Group B Streptococcus allows bacterial penetration of human placenta](#)." (PDF). *J Exp Med*. 210: 1265–1281. [doi:10.1084/jem.20122753](#).
4. [Jump up](#) Rosa-Fraile M, Dramsi S, Spellerberg B. (2014). "[Group B streptococcal haemolysin and pigment, a tale of twins](#)." (PDF). *FEMS Microbiol Rev*. 38.: 932–946.
5. [Jump up](#) Whidbey C, Vornhagen J, Gendrin C, Boldenow E, Samson JM, Doering K, Ngo L, Ezekwe EA Jr, Gundlach JH, Elovitz MA, Liggitt D, Duncan JA, Adams Waldorf KM, Rajagopal L. (2015). "[A streptococcal lipid toxin induces membrane permeabilization and pyroptosis leading to fetal injury](#)." (PDF). *EMBO Mol Med*. 7: 488–505. [doi:10.15252/emmm.201404883](#). [PMC 4403049](#). [PMID 25750210](#).
6. Belgian Health Council. "[Prevention of perinatal group B streptococcal infections. Guidelines. 2003](#)" (PDF). Retrieved 11 January 2016.
7. Nuccitelli A, Rinaudo CD, Maione D. (2015). "[Group B Streptococcus vaccine: state of the art](#)." (PDF). *Ther Adv Vaccines*. 3: 76–90. [doi:10.1177/2051013615579869](#).

პარარექტული ჩირქგროვების მიკრობიოლოგიური ასპექტები

თემურ აბულაძე¹, თამარ დიდბარიძე², ზვიად მკერვალიშვილი³, ნინო გოგოხია⁴

¹თსუ პროქტოლოგიის მიმართულების ხელმძღვანელი, სრული პროფესორი (თბილისი)

²მიკრობიოლოგი, თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, MD, PhD (თბილისი)

³თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, პროქტოლოგი (თბილისი)

⁴თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, MD, PhD (თბილისი)

ABSTRACT

Pararectal abscess originates from an infection arising in the cryptoglandular epithelium lining the anal canal. The internal anal sphincter is believed to serve normally as a barrier to infection passing from the gut lumen to the deep perirectal tissues. This barrier can be breached through the crypts of Morgagni, which can penetrate through the internal sphincter into the intersphincteric space. Both aerobic and anaerobic bacteria have been found to be responsible for abscess formation. The anaerobes most commonly implicated are *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Fusobacterium*, *Porphyromonas*, and *Clostridium*. The aerobes most commonly implicated are *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, and *Escherichia coli*. More recent studies have noted community-acquired methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA) as a pathogen leading to abscess formation. Typically, the abscess forms initially in the intersphincteric space and then spreads along adjacent potential spaces.

The material reviewed by us does not enable us to make a final confirmed conclusion due to the lack of cases. Therefore, proceeding from cases studied we can make conclusion on microbial spectrum causing anorectal abscesses and determine local sensitivity on antibiotics, which will make the treatment of anorectal abscesses more effective.

Keywords: pararectal abscesses, bacteria, treatment.

აბსტრაქტი

პარარექტული ჩირქგროვები სწორი ნაწლავის ირგვლივდებარე ქსოვილების ჩირქოვანი ანთებაა, რომელიც საკმაოდ გავრცელებულ ქირურგიულ პათოლოგიას წარმოადგენს. რექტალური აბსცესები ხშირ შემთხვევაში გვხვდება ავადმყოფებში, რომელთაც აქვთ ანორექტული დაავადებები, დიაბეტი, ალკოჰოლიზმი და ნევროლოგიური დაავადებები.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მწვავე პარაპროქტიტის მქონე პაციენტებში პათოლოგიური კერიდან ინტრაოპერაციულად აღებული ჩირქის ბაქტერიოლოგიური კვლევა, დაავადების გამომწვევ მიკრობთა იდენტიფიკაცია და მათი ანტიბიოტიკომგრძნობელობის შესწავლა ანტიბიოტიკოთერაპიის ოპტიმიზაციისთვის.

საკვანძო სიტყვები: პარარექტული აბსცესები, ბაქტერია, მკურნალობა.

შესავალი

პარარექტული ჩირქგროვები სწორი ნაწლავის ირგვლივდებარე ქსოვილების ჩირქოვანი ანთებაა, რომელიც საკმაოდ გავრცელებულ ქირურგიულ პათოლოგიას წარმოადგენს (1,2). რექტალური აბსცესები ხშირ შემთხვევაში გვხვდება ავადმყოფებში, რომელთაც აქვთ ანორექტული დაავადებები, დიაბეტი, ალკოჰოლიზმი და ნევროლოგიური დაავადებები. ინფექციები ამ მიდამოში ხშირად ვითარდება მწვავე ლეიკოზით დაავადებულ ადამიანებში, განსაკუთრებით ნეიტროპენიის არსებობისას (3,4). სწორი ნაწლავის პარაპროქტიტის გამომწვევი მიზეზები მრავალრიცხოვანია: პირადი ჰიგიენის დაუცველობა, ანალური არხის მიდამოს დაავადებების არსებობა (ბუსილი, ანალური ნაპრალეზი, კრიპტიტები და სხვა). ანალური ხვრელის მიდამოში განლაგებული განსაკუთრებული ჯირკვლების გავლით ინფექციასწორი ნაწლავის ხვრელიდან მიმდებარე ქსოვილებში აღწევს, ვითარდება ანთება, ფორმირდება ჩირქოვანი კერა. მწვავე პარაპროქტიტი ვითარდება პარარექტალურ უჯრედულ სივრცეში ინფექციის შერისას (5). ადამიანის იმუნიტეტის მიხედვით, ჩირქოვანი კერის ზომა და მდებარეობა შეიძლება იყოს განსხვავებული. ჩირქოვანი კერა შეიძლება იყოს როგორც უმულოდ შორისის კანქვეშ (ყველაზე ხშირი ფორმა), ასევე ღრმად შორისის კუნთებსა და დუნდულოებს

შორის(იმიორექტალურ-პერიორექტალური მენჯ-სწორ ნაწლავისა და როგორც რექტორექტალურის ერთ-ერთი სახეობა).

კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მწვავე პარაპროქტიტის მქონე პაციენტებში პათოლოგიური კერიდან ინტრაოპერაციულად აღებული ჩირქის ბაქტერიოლოგიური კვლევა, დაავადების გამომწვევ მიკრობთა იდენტიფიკაცია და მათი ანტიბიოტიკომგრძნობელობის შესწავლა ანტიბიოტიკოთერაპიის ოპტიმიზაციისთვის.

მასალა და მეთოდები

ბაქტერიოლოგიური კვლევა მოიცავდა სუფთა კულტურის გამოყოფას, გამოყოფილი მიკრობის იდენტიფიკაციას სწრაფი საიდენტიფიკაციო სისტემით(API20E, APIStaph, APIStrep, APIAna,bioMerieux) და ოქსიდაზას და კატალაზას განმსაზღვრელი სწრაფი დამხმარე ტესტებით.მიკროორგანიზმთა ანტიბიოტიკომგრძნობელობა განისაზღვრა აგარში დიფუზიის მეთოდით სტანდარტული დისკების გამოყენებით(EUCAST guidelines2015) და კლინიკური ლაბორატორიების სტანდარტის ინსტიტუტის(აშშ) სტანდარტების გათვალისწინებით.

რეტროსპექტიულად შევისწავლეთ ჩვენს კლინიკაში 2015-2016 წლებში მწვავე პარაპროქტიტის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზირებული 49 პაციენტი 42 კაცი და 7 ქალი, მათი ასაკი მერყეობდა 20-70 წლები. პათოლოგიური კერიდან მიღებული მასალა(ჩირქი) დაუყოვნებლივ იგზავნებოდა ბაქტერიოლოგიურ კვლევაზე ყველა პროტოკოლის დაცვით.მასალის მოცულობა შეადგენდა 5-15მლ-ს.

დისკუსია

ბაქტერიოლოგიური კვლევით იმ 39 პაციენტიდან, რომლებშიც უმეტეს შემთხვევაში აღინიშნა მონომიკრობული ზრდა,დომინირებდნენ გრამუარყოფითი ბაქტერიების კერძოდ, სცპერიცპია ცოლი – მოთესვიანობის ხარისხით 10^8 /მლ – 17პაციენტში,აქედან ლაქტოზანეგატიური ნაწლავის ჩხირი ამოითესა 3 შემთხვევაში, ნტერობაცტერ ცლოაცაე 10^8 /მლ-10-ში, დ ლეხსიელლა პნეუმონიაე 10^7 /მლ-1 შემთხვევაში. გრამდადებითი ბაქტერიებიდან დომინირებდნენ შტაპპილოცოცცუს აურეუს 10^8 /მლ-7 ში, -ჯგუფის სტრეპტოკოკი ნტეროცოცცუს ფაეცალის 10^6 /მლ-4-ში.

პოლიმიკრობულ ამოთესვას ადგილი ჰქონდა 10 შემთხვევაში შემდეგი მიკრობული ასოციაციებით: სცპერიცპია ცოლი და ნტერობაცტერ ცლოაცაე -4 -ში, სცპერიცპია ცოლი და ნტეროცოცცუს

ფაეცალის-2-ში, სცპერიცპია ცოლი და როტეუს ვულგარის -1-ში, შტაპპილოცოცცუს აურეუს და ჩანდიდა ალბიცანს-1-1-ში, ნტერობაცტერ ცლოაცაე და ჩანდიდა ალბიცანს -1-ში.

დასკვნა

ამრიგად, ჩვენს მიერ შესწავლილი შემთხვევებით შეგვიძლია გამოვიტანოთ დასკვნა მწვავე პარაპროქტიტის გამომწვევთა მიკრობულ სპექტრზე და შევიმუშავოთ ლოკალური

ანტიბიოტიკომგრზნობელობა, რაც უფრო ეფექტურს გახდის ბაქტერიული პარაპროქტიტის მკურნალობას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Beatty, William K.; et al. (2004). Médica Panamericana, ed. *Diccionario de ciencias médicas : inglés-español-español-inglés*. Stedman bilingue (in English and Spanish) (2 ed.). Lippincott Williams & Wilkins. p. 1385.

2. Mazzarella, G; Paparo, F; Maglio, M; Troncone, R (2000). "Organ culture of rectal mucosa : in vitro challenge with gluten in celiac disease". *Methods Mol Med*. 41: 163–73. doi:10.1385/1-59259-082-9:163. PMID 21374439.

Ensari, A; Marsh, MN; Loft, DE; Morgan, S; Moriarty, K (Sep 1993). "Morphometric analysis of intestinal mucosa. V. Quantitative histological and immunocytochemical studies of rectal mucosae in gluten sensitivity". *Gut*. 34 (9): 1225–9. doi:10.1136/gut.34.9.1225. PMC 1375459. PMID 8406159.

3. Soni, S; Srirajaskanthan, R; Lucas, SB; Alexander, S; Wong, T; White, JA (July 2010). "Lymphogranuloma venereum proctitis masquerading as inflammatory bowel disease in 12 homosexual men". *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 32 (1): 59–65. doi:10.1111/j.1365-2036.2010.04313.x.

4. Romapalo, AM (1999). "Diagnosis and Treatment of Sexually Acquired Proctitis and Proctocolitis: An Update". *Clinical Infectious Diseases*. 28 (pS84): 7p. doi:10.1086/514721. PMID 10028113.

5. De Vries, Henry JC; Van Der Bij, Akke K; Fennema, Johan SA; Smit, Colette; Wolf, Frank De; Prins, Maria; Coutinho, Roel, A; Morré, Servaas, A (February 2008). "Lymphogranuloma Venereum Proctitis in Men Who Have Sex With Men Is Associated With Anal Enema Use and High-Risk Behavior". *Sexually Transmitted Diseases*. 35 (2): 203–208. doi:10.1097/QLQ.0b013e31815abb08.

ორსულობა, როგორც შარდის სისტემის ინფექციების განვითარების რისკ ფაქტორი

თამარ დიდბარიძე¹, ნატო მეცხვარიშვილი², ნინო გოგოხია³

¹მიკრობიოლოგი.თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, MD, PhD (თბილისი)

²თსსუ მეანობა გონეკოლოგიის დეპარტამენტი, ასისტენტ-პროფესორი (თბილისი)

³თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, MD, PhD (თბილისი)

ABSTRACT

The prevalence of asymptomatic bacteriuria (ASB) in pregnant women is 2% to 10% and depends on race, parity, and socioeconomic status. *Escherichia coli* is the most common aetiologic agent in asymptomatic infection and quantitative culture is the gold standard for diagnosis. In pregnant women this infection can progress upward, causing acute urethritis, acute cystitis (40%), and acute pyelonephritis (25-30%). Pyelonephritis, in turn, can lead to adverse outcomes such as preterm labor, which is the most common cause of serious complications-including death-in newborn babies. A positive urine culture is the only means of diagnosis. The U.S. preventive service task force and American Congress of Obstetricians and Gynecologists most strongly recommend screening and treating for asymptomatic bacteriuria (ASB) in pregnant women.

We retrospectively have studied frequency and microbial spectrum of asymptomatic bacteriuria in pregnant women without clinical demonstrations with gestational age of 12-16 weeks who visited TSMU The First University Clinic obstetrics and gynecology department in 2015-2016. Our results showed that the prevalence of asymptomatic bacteriuria in normal pregnant women is 9.3%, which is approximately the same as the other countries (2-10%). However, more studies are required to determine the specific rate of asymptomatic bacteriuria and factors that are responsible for region differences. *Escherichia coli* was the most common isolate accounting for approximately 53.8% of cases. It originates from fecal flora colonizing the periurethral area, causing an ascending infection.

Keywords: Asymptomatic bacteriuria, pregnancy, urine.

აბსტრაქტი

შარდის სისტემის ინფექციები (შსი) ორსულებში არის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემა სამეანო-გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში. ორსულობის პერიოდში არანამკურნალები და არადიაგნოსტირებული აღნიშნული ლოკალიზაციის ინფექციები იწვევს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობას, აბორტებს, ნაადრევ მშობიარობას, ნაყოფის მასის სიმცირეს, ანემიას, ჰიპერტენზიას, ფლუბიტებს, თრომბოზებს და ქრონიკულ პიელონეფრიტებს. ინფექციის გამომწვევ ბაქტერიებს შორის დომინირებს *Escherichia coli*. თუმცა ბოლო კვლევების მიხედვით გაზრდილია *Klebsiella spp* -ს, *Staphylococcus aureus*, *Proteus spp* და *Pseudomonas* ეტიოლოგიური როლი. კვლევებმა აჩვენა რომ ადექვატური და დროული მკურნალობა 70-80%-მდე ამცირებს შარდის სისტემის ინფექციით გამოწვეულ გართულებებს.

ამრიგად, ორსულობისას ფიზიოლოგიური ცვლილებები, ასაკი, სქესობრივი აქტიობა, ხშირი ორსულობა, ორსულობამდე გადატანილი შარდის სისტემის ინფექციები, დიაბეტი და სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობა არის რისკის ფაქტორები შარდის სისტემის განვითარებისა ორსულებში. ყველა ორსულს უნდა ჩაუტარდეს შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა. დადებითი ამოთესვისას კი ჩაუტარდეს ანტიბიოტიკოთერაპია ორსულთა კატეგორიის ანტიბიოტიკებით ლოკალური ანტიბიოტიკომრძოლებლობის გათვალისწინებით. ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა თავიდან აგვარიდებს იმ გართულებებს, რომელიც მოყვება შარდის სისტემის ინფექციებს ორსულებში.

საკვანძო სიტყვები: ასიმპტომატური ბაქტერიურია, შარდის სისტემის ინფექციები, ორსულები.

შესავალი

შარდის სისტემის ინფექციები (შსი) ორსულებში არის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემა სამეანო-გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში. ორსულობის პერიოდში არანამკურნალები და არადიაგნოსტირებული აღნიშნული ლოკალიზაციის ინფექციები იწვევს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობას, აბორტებს,

ნაადრევე მშობიარობას, ნაყოფის მასის სიმცირეს, ანემიას, ჰიპერტენზიას, ფლუბიტებს, თრომბოზებს და ქრონიკულ პიელონეფრიტებს. (1,2,3).

ანატომიურად შარდის სისტემის ინფექციები კლასიფიცირდება შარდის ქვედა (შარდის ბუშტი) და ზედა განყოფილების (თირკმელები, მენჯი და შარდსაწვეთი) ინფექციებად. ინფექციების უმრავლესობა გამოწვეულია ბაქტერიების აღმავალი გავრცელებით შარდგამომყოფ სისტემაში. ორსულებში შარდის სისტემის ინფექციების ვლინდება სამი კლინიკური ფორმით: ასიმპტომატური ბაქტერიურია, მწვავე ცისტაიტი და მწვავე პიელონეფრიტი (4,5). როცა ასიმპტომატურ ორსულებში ბაქტერიების რაოდენობა 1 მლ შარდში არის სულ მცირე 100,000 ბაქტერია კვალიფიცირდება როგორც შარდის სისტემის ინფექცია, ხოლო სიმპტომატურ პაციენტებში 100 ან მეტი მიკროორგანიზმი 1 მლ შარდში თუ თან ახლავს პიურიამ (>5 WBCs /mL). შარდის სისტემის ინფექციების განვითარების რისკ ფაქტორებს მიეკუთვნება ორსულობამდე ანამნეზში გადატანილი შარდის სისტემის ინფექცია, დიაბეტი, ხშირი ორსულობა და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონე (6,7).

ორსულობა ზრდის შარდის სისტემის ინფექციების სიხშირეს. ორსულობის მე-6 კვირას ფიზიოლოგიური ცვლილებების გამო შარდსაწვეთი ფართოვდება. ეს ასევე ცნობილია როგორც „ორსულთა ჰიდრონეფროზი“, რომელიც პიკს აღწევს ორსულობის 22-26 კვირას და გრძელდება მთელი ორსულობის მანძილზე. ორსულებში პლაზმის მოცულობის გაზრდა ამცირებს შარდის კონცენტრაციას და ზრდის შარდის ბუშტის მოცულობას. ეს ყველაფერი კი არის საშარდე სისტემის სტაზის და შარდსაწვეთის რეფლუქსის მიზეზი (8). ასევე იმუნიტეტის დაქვეითება ორსულებში ხელს უწყობს პირობით-პათოგენურ ბაქტერიების კოლონიზაციას. ფიზიოლოგიურად პლაზმის მოცულობის გაზრდა ორსულებში და შარდის კონცენტრაციის შემცირება იწვევს გლუკოზურიას, რაც არის შარდში ბაქტერიების ზრდის ხელშემწყობი ფაქტორი.

ინფექციის გამომწვევ ბაქტერიებს შორის დომინირებს *Escherichia coli*. თუმცა ბოლო კვლევების მიხედვით გაზრდილია *Klebsiella spp* -ს, *Staphylococcus aureus*, *Proteus spp* და *Pseudomonas* ეტიოლოგიური როლი (9). კვლევებმა აჩვენა რომ ადექვატური და დროული მკურნალობა 70-80%-მდე ამცირებს შარდის სისტემის ინფექციით გამოწვეულ გართულებებს (10).

მასალა და მეთოდები

რეტროსპექტიულად შევისწავლეთ 52 ორსული ქალი, რომლებმაც ამბულატორიულად მიმართეს 2015-2016 წლებში თსსუ პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკის მეანობა-გინეკოლოგიის განყოფილებას. მათი ასაკი მერყეობდა 18-40 წელი. შარდის აღება ხდებოდა სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების დაცვით. გროვდებოდა შუა პორცია სტერილურ კონტეინერებში. კალიბრირებული მარყუქით 0,001 მლ ხდებოდა Gould-ის მიხედვით სექტორული დათესვა სისხლიან ნიადაგზე (TSA 5% ცხვრის სისხლით), ენდოზე, საბუროზე და ქრომოგენულ ნიადაგზე (UriSelect 4, Bio-Rad) და პარალელურად ვიყენებდით დიპ-სლაიდებს (ThermoFisher). 37C-ზე 18-24 საათიანი ინკუბაციის შემდეგ დადებითი კულტურის შემთხვევაში მიკროორგანიზმების იდენტიფიკაცია ხდებოდა სწრაფი საიდენტიფიკაციო სისტემების გამოყენებით (api20E, api Staph, api Strep biomérieux) და ვახდენდით ანტიბიოტიკომგრძნობელობის განსაზღვრას კირბი-ბაუერის დისკო დიფუზიის მეთოდით (EUCAST guidelines). ვიყენებდით ორსულთა კატეგორიის ანტიბიოტიკების დისკებს (პენიცილინის და ცეფალოსპორინების ჯგუფი).

შედეგები

ჩვენს მიერ შესწავლილ 52 უსიმპტომო ორსულიდან შარდის სისტემის ინფექცია აღინიშნა 25 შემთხვევაში. უნდა აღინიშნოს რომ გამოკვლეულ ორსულთა უმრავლესობა იყო 12-15 კვირის ორსული. ასაკის ზრდასთან ერთად უფრო ხშირი იყო ინფექციები. ოქროს სტანდარტად ბაქტერიურიის დასადგენად მიჩნეულია შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა. ამოთესილ მიკრობთა სპექტრი იყო შემდეგნაირი: *Escherichia coli* -11 შემთხვევაში, *Staphylococcus aureus* -8, *Enterobacter cloacae* -3, *Enterococcus faecalis* -3. უნდა აღინიშნოს, რომ მოთესვიანობის ხარისხი იყო მაღალი 10⁷/მლ-10⁸/მლ.

დასკვნა

ამრიგად, ორსულობისას ფიზიოლოგიური ცვლილებები, ასაკი, სქესობრივი აქტიობა, ხშირი ორსულობა, ორსულობამდე გადატანილი შარდის სისტემის ინფექციები, დიაბეტი და სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობა არის რისკის ფაქტორები შარდის სისტემის განვითარებისა ორსულებში. ყველა ორსულს უნდა ჩაუტარდეს შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა. დადებითი ამოთესვისას კი ჩაუტარდეს ანტიბიოტიკოთერაპია ორსულთა კატეგორიის ანტიბიოტიკებით ლოკალური ანტიბიოტიკომგრძნობელობის გათვალისწინებით. ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა თავიდან აგვარიდებს იმ გართულებებს, რომელიც მოყვება შარდის სისტემის ინფექციებს ორსულებში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Loh KY, Silvalingam N. Urinary tract infections in pregnancy. Malaysian family physician. 2007; 2(2):54-57. 2.. Emilie Katherine Johnson, MD, Edward David Kim, MD, FACS. UTIs in pregnancy. Update: March 29, 2011. 3.. Masinde A, Gumodoka B, Kilonzo A, Mshana SE. Prevalence of urinary tract infection among pregnant women at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania. Tanzan J Health Res. 2009
4. Onuh, S O, Umeora, O U J, Igberase, Go, Azikem M E and Okpere, E E. Microbiological Isolates and sensitivity pattern of urinary tract infection in pregnancy in Benin City, Nigeria, Ebonyi Medical Journal. 2006; 5(2); 48 –52.
5. J.B.Sharma, Shena Aggarwal, Saurabh Singhal, S. Kumar and K.K.Roy .Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy: A questionnaire based study. 16 March 2009-4:00 PDT 26.
6. J. Dhaka National Med. Coll. Hos. 2011; 17 (02): 8-12 8 Original Article Prevalence Of Urinary Tract Infection. 20013.p54-58
7. Theodor, M. Prevalence and antibiogram of urinary tract infections among prison inmates in Nigeria. The Internet Journal of Microbiology; 2007; 3(2): 12 - 23 2 .
8. Brook, G F, Butel J S, Moses, S A. Jawetz Melnick and Adelberg's Medical Microbiology. 2001; 22nd edition. McGrawHill, New York, Pp 637-638 3 .
9. Bacak SJ, Callaghan WM, Dietz PM, Crouse C. Pregnancy associated hospitalizations in the United States, 12012-2013.
10. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 192(2):592–7. doi: 10.1016/j.ajog.2014.10.638. 4s

კრიპტოგენული ინსულტი და ღია ოვალური ხერელის ზომა(კლინიკური შემთხვევა)

გულიკო ქილიფთარი¹, ია ყიფშიძე²

¹აკად. ნ.ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკის რეანიმაციის
ხელმძღვანელი,ასოცირებული-პროფესორი(თბილისი)

²აკად. ნ.ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკის ნევროლოგიური
დეპარტამენტის ხელმძღვანელი,მედიცინის დოქტორი(თბილისი)

აბსტრაქტი

PFO(ღია ოვალური ხერელი) ასოცირებულია პარადოქსულ ემბოლიზაციასთან და კრიპტოგენურ ინსულტთან. პარადოქსული ემბოლიზაცია ვითარდება მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტით ,ტრიკუსპიდური უკმარობით,ვენური თრომბოზით ან ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიით დაავადებულ პაციენტებში .

ჩვენ წარმოვადგინეთ შემთხვევა როცა ავადმყოფი მოთავსდა კლინიკაში უგონო მდგომარეობით. მრტ კვლევით გამოვლინდა მწვავე იშემიის მულტიფოკალური კერები ორივე ჰემისფეროში ,თავის ტვინის ღეროში,მარჯვენა შუბლის წილის და ბაზალური განგლიების გლიოზი. ტრანსთორაკალური და ტრანსეზოფაგური ექოკარდიოსკოპიით გამოვლინდა ინტრავენტურად შეყვანილი შენჯღრეული ხსნარის გასვლა მარჯვენა წინაგულიდან მარცხნივ ,ხოლო ტრანსეზოფაგური ექოკარდიო სკოპიით მცირე ზომის ხერელის არსებობა წინაგულთაშორის ძგიდეზე. ეს შემთხვევა აანალიზებს და აფასებს PFO დიაგნოსტიკის და კრიპტო გენური ინსულტის სხვა სავარაუდო მიზეზების გამორიცხვის სტრატეგიას.

საკვანძო სიტყვები: ღია ოვალური ხერელი , ინსულტი, თრომბოემბოლია, გამოყენებული

ABSTRACT

Purpose: This case have analyzed the most suitable strategy for the diagnosis and quantification of PFO, for its assessment in clinical practice. We conducted one case for demonstration PFO, as general reason of presenting transient ischemic stroke and to rule out any other condition. PFO is persistence of a embryonic defect in the intraatrial septum. In Patent foramen ovale is the most common cause of paradoxal embolism in cryptogenic stroke. Hemodynamic alteration play a major role in determining the chances of paradoxal embolization, elevated right atrial pressure will increase the chance of right-to-left shunt

Case: Patient,44 old women, was admitted in emergency department with coma. Brain MRT detected multifokal area of acute stroke in both hemisphere, cerebellum, brain stem, gliosis in right lobar lobe and basal ganglias. Transthoracic contrast echocardiography detected agitated saline contrast passage from right to left atrium. TEE revealed little, 1mm width and 4mm length hole of intraa trial septum (Pic.1). After agitated saline contrast injection (bubbling) via the central vein catheter was detected provision of right heart with contrast and trustworthy signs of right to left shunt. This examination has determined patent foramen ovale.

Conclusion: patent foramen ovale (PFO) has been implicated in the pathogenesis of cryptogenic stroke through paradoxal embolization to the cerebral circulation. This case evaluated the relationship between morphological and functional size of the PFO by echocardiography compared with cerebral infarct volume identified on MRI. small size PFO was associated with significant strokes in brain. This case also have been analyzed the most suitable strategy for the diagnosis and quantification of PFO, for its assessment in clinical practice.

Keywords: patent foramen ovale, paradoxal embilism, cryptogenic stroke.

ლიტერატურა

- 1.Recurrent Cerebrovascular Events Associated with Patent Foramen Ovale, Atrial Septal Aneurysm, or Both,Jean-Louis Mas, M.D., Caroline Arquizan, M.D., Catherine Lamy, M.D., Mathieu Zuber, M.D., Laure Cabanes, Ph.D., Geneviève Derumeaux, M.D., and Joël Coste, Ph.D., for the Patent Foramen Ovale and Atrial Septal Aneurysm Study Group^{*}N Engl J Med 2001; 345:1740-1746December 13, 2001
- 2..Closure or Medical Therapy for Cryptogenic Stroke with Patent Foramen Ovale.Anthony J. Furlan, M.D., Mark Reisman, M.D., Joseph Massaro, Ph.D., Laura Mauri, M.D., Harold Adams, M.D., Gregory W. Albers, M.D., Robert Felberg, M.D., Howard Herrmann, M.D., Saibal Kar, M.D., Michael Landzberg, M.D., Albert Raizner, M.D., and Lawrence Wechsler, M.D., for the CLOSURE I Investigators^{*}N Engl J Med 2012; 366:991-999March 15, 2012

- 3.The Association of Patent Foramen Ovale Morphology and Stroke Size in Patients With Paradoxical Embolism,Andre Akhondi, Rubine Gevorgyan, Chi-Hong Tseng, Leo Slavin, Catherine Dao, David S. Liebeskind, Jonathan M. Tobis,circulation:cardiovascular Interventions.2010.3:506-510
- 4.Prevalence of Patent Foramen Ovale Determined by Transesophageal Echocardiography in Patients with Cryptogenic Stroke Aged 55 Years or Older. Same as Younger Patients,[Revista Española de Cardiología \(English Edition\)](#), [Volume 63, Issue 3](#), March 2010, Pages 315-322
- 5.Diagnosis and Quantification of Patent Foramen Ovale. Which Is the Reference Technique? Simultaneous Study With Transcranial Doppler, Transthoracic and Transesophageal Echocardiography ,[Teresa González-Alujas^{a,·}](#), [Artur Evangelista^a](#), [Estevo Santamarina^b](#), [Marta Rubiera^b](#), [Zamira Gómez-Bosch^a](#), [José F. Rodríguez-Palomares^a](#), [Gustavo Avegliano^a](#), [Carlos Molina^b](#), [José Álvarez-Sabín^b](#), [David García-Dorado^a](#). Circulation. 2009;119:2743-7.
- 6.Closure or Medical Therapy for Cryptogenic Stroke with Patent Foramen Ovale
Anthony J. Furlan, M.D., Mark Reisman, M.D., Joseph Massaro, Ph.D., Laura Mauri, M.D., Harold Adams, M.D., Gregory W. Albers, M.D., Robert Felberg, M.D., Howard Herrmann, M.D., Saibal Kar, M.D., Michael Landzberg, M.D., Albert Raizner, M.D., and Lawrence Wechsler, M.D., for the CLOSURE I Investigators^{*}N Engl J Med 2012; 366:991-999March 15, 2012
- 7.Percutaneous Closure of Patent Foramen Ovale in Cryptogenic Embolism
Bernhard Meier, M.D., Bindu Kalesan, Ph.D., Heinrich P. Mattle, M.D., Ahmed A. Khattab, M.D., David Hildick-Smith, M.D., Dariusz Dudek, M.D., Grethe Andersen, M.D., Reda Ibrahim, M.D., Gerhard Schuler, M.D., Antony S. Walton, M.D., Andreas Wahl, M.D., Stephan Windecker, M.D., and Peter Jüni, M.D., for the PC Trial Investigators^{*},N Engl J Med 2013; 368:1083-1091March 21, 2013
- 8.A Comparison of Warfarin and Aspirin for the Prevention of Recurrent Ischemic Stroke
J.P. Mohr, M.D., J.L.P. Thompson, Ph.D., R.M. Lazar, Ph.D., B. Levin, M.D., R.L. Sacco, M.D., K.L. Furie, M.D., J.P. Kistler, M.D., G.W. Albers, M.D., L.C. Pettigrew, M.D., H.P. Adams, Jr., M.D., C.M. Jackson, M.D., and P. Pullicino, M.D., for the Warfarin–Aspirin Recurrent Stroke Study Group^{*}N Engl J Med 2001; 345:1444-1451November 15,
- 9.Patent foramen ovale and stroke,Shunichi Homma,Ralph L.Sacco.Circulation 2005;112:1063-1072
- 10.Patent foramen ovale: anatomy, outcomes, and closure.Patrick A. Calvert, Bushra S. Rana, Anna C. Kydd & Leonard M. Shapiro [About the authors](#)Stroke Research and Treatment
Volume 2013 (2013), Article ID 727842, 7 pages
- 11.Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack.A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association ,2014
,WalterN.Kernan,Bruce Ovbiagele,HenryR.Black and others
- 13.Percutaneous Device closure of Patent Foramen Ovale for secondary stroke prevention.Circulation. 2009;119:2743-7.

ორსულობა, როგორც შარდის სისტემის ინფექციების განვითარების რისკ ფაქტორი

თამარ დიდბარიძე¹, ნატო მეცხვარიშვილი², ნინო გოგოხია³

¹მიკრობიოლოგი.თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, MD, PhD (თბილისი)

²თსსუ მეანობა გონეკოლოგიის დეპარტამენტი, ასისტენტ-პროფესორი (თბილისი)

³თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, MD, PhD (თბილისი)

ABSTRACT

The prevalence of asymptomatic bacteriuria (ASB) in pregnant women is 2% to 10% and depends on race, parity, and socioeconomic status. *Escherichia coli* is the most common aetiological agent in asymptomatic infection and quantitative culture is the gold standard for diagnosis. In pregnant women this infection can progress upward, causing acute urethritis, acute cystitis (40%), and acute pyelonephritis (25-30%). Pyelonephritis, in turn, can lead to adverse outcomes such as preterm labor, which is the most common cause of serious complications-including death-in newborn babies. A positive urine culture is the only means of diagnosis. The U.S. preventive service task force and American Congress of Obstetricians and Gynecologists most strongly recommend screening and treating for asymptomatic bacteriuria (ASB) in pregnant women.

We retrospectively have studied frequency and microbial spectrum of asymptomatic bacteriuria in pregnant women without clinical demonstrations with gestational age of 12-16 weeks who visited TSMU The First University Clinic obstetrics and gynecology department in 2015-2016. Our results showed that the prevalence of asymptomatic bacteriuria in normal pregnant women is 9.3%, which is approximately the same as the other countries (2-10%). However, more studies are required to determine the specific rate of asymptomatic bacteriuria and factors that are responsible for region differences. *Escherichia coli* was the most common isolate accounting for approximately 53.8% of cases. It originates from fecal flora colonizing the periurethral area, causing an ascending infection.

Keywords: Asymptomatic bacteriuria, pregnancy, urine.

აბსტრაქტი

შარდის სისტემის ინფექციები (შსი) ორსულებში არის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემა სამეანო-გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში. ორსულობის პერიოდში არანამკურნალები და არადიაგნოსტირებული აღნიშნული ლოკალიზაციის ინფექციები იწვევს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობას, აბორტებს, ნაადრევ მშობიარობას, ნაყოფის მასის სიმცირეს, ანემიას, ჰიპერტენზიას, ფლუბიტებს, თრომბოზებს და ქრონიკულ პიელონეფრიტებს. ინფექციის გამომწვევ ბაქტერიებს შორის დომინირებს *Escherichia coli*. თუმცა ბოლო კვლევების მიხედვით გაზრდილია *Klebsiella spp* -ს, *Staphylococcus aureus*, *Proteus spp* და *Pseudomonas* ეტიოლოგიური როლი. კვლევებმა აჩვენა რომ ადექვატური და დროული მკურნალობა 70-80%-მდე ამცირებს შარდის სისტემის ინფექციით გამოწვეულ გართულებებს.

ამრიგად, ორსულობისას ფიზიოლოგიური ცვლილებები, ასაკი, სქესობრივი აქტიობა, ხშირი ორსულობა, ორსულობამდე გადატანილი შარდის სისტემის ინფექციები, დიაბეტი და სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობა არის რისკის ფაქტორები შარდის სისტემის განვითარებისა ორსულებში. ყველა ორსულს უნდა ჩაუტარდეს შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა. დადებითი ამოთესვისას კი ჩაუტარდეს ანტიბიოტიკოთერაპია ორსულთა კატეგორიის ანტიბიოტიკებით ლოკალური ანტიბიოტიკომგრძნობელობის გათვალისწინებით. ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა თავიდან აგვარიდებს იმ გართულებებს, რომელიც მოყვება შარდის სისტემის ინფექციებს ორსულებში.

საკვანძო სიტყვები: ასიმპტომატური ბაქტერიურია, ორსულობა, შარდი.

შესავალი

შარდის სისტემის ინფექციები (შსი) ორსულებში არის ერთ-ერთი აქტუალური პრობლემა სამეანო-გინეკოლოგიურ პრაქტიკაში. ორსულობის პერიოდში არანამკურნალები და არადიაგნოსტირებული აღნიშნული ლოკალიზაციის ინფექციები იწვევს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობას, აბორტებს, ნაადრევ მშობიარობას, ნაყოფის მასის სიმცირეს, ანემიას, ჰიპერტენზიას, ფლუბიტებს, თრომბოზებს და ქრონიკულ პიელონეფრიტებს. (1,2,3).

ანატომიურად შარდის სისტემის ინფექციები კლასიფიცირდება შარდის ქვედა (შარდის ბუშტი) და ზედა განყოფილების (თირკმელები, მენჯი და შარდსაწვეთი) ინფექციებად. ინფექციების უმრავლესობა გამოწვეულია ბაქტერიების აღმავალი გავრცელებით შარდგამომყოფ სისტემაში. ორსულებში შარდის

სისტემის ინფექციების ვლინდება სამი კლინიკური ფორმით: ასიმპტომატური ბაქტერიურია, მწვავე ცისტაიტი და მწვავე პიელონეფრიტი (4,5). როცა ასიმპტომატურ ორსულებში ბაქტერიების რაოდენობა 1 მლ შარდში არის სულ მცირე 100,000 ბაქტერია კვალიფიცირდება როგორც შარდის სისტემის ინფექცია, ხოლო სიმპტომატურ პაციენტებში 100 ან მეტი მიკროორგანიზმი 1 მლ შარდში თუ თან ახლავს პიურია (>5 WBCs /mL). შარდის სისტემის ინფექციების განვითარების რისკ ფაქტორებს მიეკუთვნება ორსულობამდე ანამნეზში გადატანილი შარდის სისტემის ინფექცია, დიაბეტი, ხშირი ორსულობა და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური დონე (6,7).

ორსულობა შარდის სისტემის ინფექციების სიხშირეს. ორსულობის მე-6 კვირას ფიზიოლოგიური ცვლილებების გამო შარდსაწვეთი ფართოვდება. ეს ასევე ცნობილია როგორც „ორსულთა ჰიდრონეფროზი“, რომელიც პიკს აღწევს ორსულობის 22-26 კვირას და გრძელდება მთელი ორსულობის მანძილზე. ორსულებში პლაზმის მოცულობის გაზრდა ამცირებს შარდის კონცენტრაციას და შარდის შარდის ბუშტის მოცულობას. ეს ყველაფერი კი არის საშარდე სისტემის სტაზის და შარდსაწვეთის რეფლუქსის მიზეზი (8). ასევე იმუნიტეტის დაქვეითება ორსულებში ხელს უწყობს პირობით-პათოგენურ ბაქტერიების კოლონიზაციას. ფიზიოლოგიურად პლაზმის მოცულობის გაზრდა ორსულებში და შარდის კონცენტრაციის შემცირება იწვევს გლუკოზურიას, რაც არის შარდში ბაქტერიების ზრდის ხელშემწყობი ფაქტორი.

ინფექციის გამომწვევ ბაქტერიებს შორის დომინირებს *Escherichia coli*. თუმცა ბოლო კვლევების მიხედვით გაზრდილია *Klebsiella spp* -ს, *Staphylococcus aureus*, *Proteus spp* და *Pseudomonas* ეტიოლოგიური როლი (9).

კვლევებმა აჩვენა რომ ადექვატური და დროული მკურნალობა 70-80%-მდე ამცირებს შარდის სისტემის ინფექციით გამოწვეულ გართულებებს (10).

მასალა და მეთოდები

რეტროსპექტიულად შევისწავლეთ 52 ორსული ქალი, რომლებმაც ამბულატორიულად მიმართეს 2015-2016 წლებში თსსუ პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკის მეანობა-გინეკოლოგიის განყოფილებას. მათი ასაკი მერყეობდა 18-40 წელი. შარდის აღება ხდებოდა სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების დაცვით. გროვდებოდა შუა პორცია სტერილურ კონტეინერებში. კალიბრირებული მარყუქით 0,001 მლ ხდებოდა Gould-ის მიხედვით სექტორული დათესვა სისხლიან ნიადაგზე (TSA 5% ცხვრის სისხლით), ენდოზე, საბუროზე და ქრომოგენულ ნიადაგზე (UriSelect 4, Bio-Rad) და პარალელურად ვიყენებდით დიპ-სლაიდებს (ThermoFisher). 37C-ზე 18-24 საათიანი ინკუბაციის შემდეგ დადებითი კულტურის შემთხვევაში მიკროორგანიზმების იდენტიფიკაცია ხდებოდა სწრაფი საიდენტიფიკაციო სისტემების გამოყენებით (api20E, api Staph, api Strep biomérieux) და ვახდენდით ანტიბიოტიკომგრძნობელობის განსაზღვრას კირბი-ბაუერის დისკო დიფუზიის მეთოდით (EUCAST guidelines). ვიყენებდით ორსულთა კატეგორიის ანტიბიოტიკების დისკებს (პენიცილინის და ცეფალოსპორინების ჯგუფი).

შედეგები

ჩვენს მიერ შესწავლილ 52 უსიმპტომო ორსულიდან შარდის სისტემის ინფექცია აღინიშნა 25 შემთხვევაში. უნდა აღინიშნოს რომ გამოკვლეულ ორსულთა უმრავლესობა იყო 12-15 კვირის ორსული. ასაკის ზრდასთან ერთად უფრო ხშირი იყო ინფექციები. ოქროს სტანდარტად ბაქტერიურიის დასადგენად მიჩნეულია შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა. ამოთესილ მიკრობთა სპექტრი იყო შემდეგნაირი: *Escherichia coli* -11 შემთხვევაში, *Staphylococcus aureus* -8, *Enterobacter cloacae* -3, *Enterococcus faecalis* -3. უნდა აღინიშნოს, რომ მოთესვიანობის ხარისხი იყო მაღალი 10^7 /მლ- 10^8 /მლ.

დასკვნა

ამრიგად, ორსულობისას ფიზიოლოგიური ცვლილებები, ასაკი, სქესობრივი აქტიობა, ხშირი ორსულობა, ორსულობამდე გადატანილი შარდის სისტემის ინფექციები, დიაბეტი და სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობა არის რისკის ფაქტორები შარდის სისტემის განვითარებისა ორსულებში.

ყველა ორსულს უნდა ჩაუტარდეს შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა. დადებითი ამოთესვისას კი ჩაუტარდეს ანტიბიოტიკოთერაპია ორსულთა კატეგორიის ანტიბიოტიკებით ლოკალური ანტიბიოტიკომგრძნობელობის გათვალისწინებით. ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა თავიდან აგვარიდებს იმ გართულებებს, რომელიც მოყვება შარდის სისტემის ინფექციებს ორსულებში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- 1.Loh KY, Silvalingam N. Urinary tract infections in pregnancy. Malaysian family physician. 2007; 2(2):54-57. 2.. Emilie Katherine Johnson,MD, Edward David Kim, MD, FACS. UTIs in pregnancy. Update: March 29, 2011. 3.. Masinde A, Gumodoka B, Kilonzo A, Mshana SE. Prevalence of urinary tract infection among pregnant women at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania. Tanzan J Health Res.2009
- 4.Onuh, S O, Umeora, O U J, Igberase, Go, Azikem M E and Okpere, E E. Microbiological Isolates and sensitivity pattern of urinary tract infection in pregnancy in Benin City, Nigeria, Ebonyi Medical Journal.2006; 5(2); 48 –52.
- 5.J.B.Sharma, Shena Aggarwal, Saurabh Singhal, S. Kumar and K.K.Roy .Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy:A questionnaire based study.16 March 2009-4:00 PDT 26.
6. J. Dhaka National Med. Coll. Hos. 2011; 17 (02): 8-12 8 Original Article Prevalence Of Urinary Tract Infection.20013.p54-58
- 7.Theodor, M. Prevalence and antibiogram of urinary tract infections among prison inmates in Nigeria.The Internet Journal of Microbiology; 2007; 3(2): 12 - 23 2 .
- 8.Brook, G F, Butel J S, Moses, S A. Jawetz Melnick and Adelberg's Medical Microbiology.2001; 22nd edition.McGrawHill, New York,Pp 637-638 3 .
- 9.Bacak SJ, Callaghan WM, Dietz PM, Crouse C. Pregnancy associated hospitalizations in the United States, 12012-2013.
- 10.American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005;192(2):592–7. doi: 10.1016/j.ajog.2014.10.638. 4s

Clostridium septicum-ით გამოწვეული ნეკროზული ფასციიტი (კლინიკური შემთხვევა)

თემურ აბულაძე¹, გულიკო ქილიფთარი², თამარ დიდბარიძე³, ზვიად მკერვალიშვილი⁴, ნინო გოგობია⁵

¹თსუ პროქტოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, სრული პროფესორი (თბილისი)

²თსუ ასოცირებული პროფესორი, რეანიმატოლოგი (თბილისი)

³თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, მიკრობიოლოგი, MD, PhD (თბილისი)

⁴თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, პროქტოლოგი (თბილისი)

⁵თსუ კლინიკური ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, MD, PhD (თბილისი)

აბსტრაქტი

ანაერობული კლოსტრიდიული ინფექცია პარაპროქტიტის ყველაზე მძიმე ფორმაა. დაავადების საინკუბაციო პერიოდი ძალზე მოკლეა და შეადგენს 3-დან 6 საათს, ზოგჯერ 1-2 დღეს. კლოსტრიდიული ინფექცია ვრცელდება დიდი სისწრაფით და წარმოქმნის აიროვანი განგრენას, იწვევს უჯრედების და სხვა შუალედური სუბსტანციების დესტრუქციას, სისხლის მიმოქცევის მოშლას.

ჩვენს მიერ აღწერილი შემთხვევა საინტერესოა, რადგან საქმე გვაქვს ანაერობული ინფექციის უკიდურესად მძიმე ფორმასთან – კლოსტრიდიულ პარაპროქტიტთან მუცლის წინა და გვერდით ზედაპირებზე გავრცელებული სპონტანური აიროვანი განგრენით, ცელულიტით, ნეკროზული ფასციომიოზიტით, ძლიერი ინტოქსიკაციით და სეპტიკური შოკით;

საკვანძო სიტყვები: კლოსტრიდიული პარაპროქტიტი, აიროვანი განგრენა, ანაერობული ინფექცია

შესავალი

ანაერობული კლოსტრიდიული ინფექცია პარაპროქტიტის ყველაზე მძიმე ფორმაა. დაავადების საინკუბაციო პერიოდი ძალზე მოკლეა და შეადგენს 3-დან 6 საათს, ზოგჯერ 1-2 დღეს. კლოსტრიდიული ინფექცია ვრცელდება დიდი სისწრაფით და წარმოქმნის აიროვანი განგრენას, იწვევს უჯრედების და სხვა შუალედური სუბსტანციების დესტრუქციას, სისხლის მიმოქცევის მოშლას.⁽¹⁾

გამომწვევი – ამ შემთხვევაში *Clostridium septicum* - ობლიგატური ანაერობული ბაქტერია, სხვა სახეობის კლოსტრიდიებისაგან განსხვავებით (მაგ: *Clostridium perfringens*) აეროტოლერანტია, მოძრავია, აპროდუცირებს ოთხ უძლიერეს ტოქსინს: ალფა, ბეტა, გამა, დელტა. ალფა ტოქსინი იწვევს ინტრავასკულურ ჰემოლიზს, ქსოვილების ნეკროზს, მეტაბოლური აციდოზს, ცხელებას და თირკმლის უკმარისობას. *Clostridium septicum* ზემოქმედებას ახდენს კუნთოვან-ფასციურ ქსოვილზე, იწვევს აირწარმოქმნას, ქსოვილების რღვევას ამორფული მასის სახით და ლაობას. კანი, ქსოვილების შემუშების შედეგად ლეზულობს ჯერ მოთეთრო ფერს, შემდეგ-მოყავისფრო, ბოლოს კი მორუხო-მოშავო ელფერს.

ძლიერი ტკივილი, ზოგადი მძიმე მდგომარეობა, ქსოვილების შემუშება და კანის ფერის შეცვლა, კრეპიტაციის ანუ აიროვანი ბუშტუების „ტაკატაკების“ გამოჩენით იბადება აზრი აიროვანი განგრენის არსებობაზე.

კლოსტრიდიული ინფექციის დადასტურება შესაძლებელია მხოლოდ დაზიანებული ქსოვილის (კუნთი, ფასცია) ნაჭრის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით.

კლინიკური შემთხვევა

პაციენტი ა. მამაკაცი, 38 წლის, მკურნალობდა Tssu პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის პროქტოლოგიის, ქირურგიის და რეანიმაციის დეპარტამენტებში ანაერობული კლოსტრიდიული პარაპროქტიტის, მუცლის წინა და გვერდით კედლებზე გავრცელებული აიროვანი განგრენის გამო. რამოდენიმე დღით ადრე იგი ოპერირებულია მწვავე ნაღისმაგვარი პელვიორექტული პარაპროქტიტის გამო. ინფექციის გამომწვევი იყო გრამუარყოფითი ჩხირი (*Enterobacter cloacae*). მესამე დღეს გაეწერა გაუმჯობესებულ მდგომარეობაში.

სუთი დღის შემდეგ პაციენტი შემოდის საუნივერსიტეტო კლინიკის EMERGENCY განყოფილებაში ძლიერი აბდომინური ტკივილით და მუცლის შებერილობით, გულის რევით, პექტიური ცხელებით (39-40°), დიზურიული მოვლენებით, ზოგადი მძიმე მდგომარეობით.

ობიექტურად: ენა მშრალი, ყლაპვა თავისუფალი, მუცელი ზომიერად შებერილი, წინა კედელი შემუპებული, კანი ფერმკრთალი, პალპაციით მტკივნეული. ღვიძლი გამოდის ნეკნთა რკალიდან, ელენთა არ ისინჯება, ბლუმბერგის სიმპტომი უარყოფითი. შორისის და ყითას არხის ჭრილობიდან აღენიშნება მცირე სეროზულ-ჰემორაგიული გამონადენი, კიდეები შემუპებული, ამჟღავნებს თავისუფალი.

ურგენტულ რეჟიმში ჩატარდა მუცლის და მცირე მენჯის ულტრაბერითი, კომპიუტერულ ტომოგრაფიული კვლევები, კლინიკური, ბიოქიმიური, იმუნოფერმენტული კვლევები, ინფექციის და ანთების ხარისხის განმსაზღვრელი მარკერების შესწავლა.

ზოგადი მძიმე მდგომარეობიდან გამომდინარე, კტ გამოკვლევების საფუძველზე ეჭვი იქნა მიტანილი მუცლის წინა და გვერდით კედელზე ექსტრაპერიტონეალურად გავრცელებულ აიროვან განგრენაზე.

ენდოტრაქეალური ნარკოზით წარმოებულია სასწრაფო ოპერაცია: მუცლის წინა კედელზე შუა-ქვედა ექსტრაპერიტონეული განაკვეთით და განაკვეთით მარცხენა საზარდულისკენ და შორისის მხრიდან პელვიორექტული სივრცის გავლით, მოხერხდა გვირაბის ჩამოყალიბება მუცლის წინა კედელსა და შორის შორის. გაიხსნა ინფექციის კერა, საიდანაც გადმოიღვარა მყავე სუნის ბუშტუკოვანი მოყავისფრო ფერის მასა, აღენიშნა მუცლის სწორი და ირიბი კუნთების ნეკროზულ-დესტრუქციული ფასციომიოზიტი, ქსოვილები „ბინძური“ რუხი ფერის, სისხლწონვადობა არ შეიმჩნევა იშემიური ნეკროზის გამო. წარმოებულა დაზიანებული ქსოვილების ამოკვეთა, ნეკრექტომია, კიურეტაჟი, ფართე დრენირება, სანაცია ანტისეპტიკებით. ჭრილობაში ჩაიდგა პენროუზის დრენაჟები. მუცელ-შორისის გვირაბში გატარდა მრავალსარკმლიანი სადრენაჟო მილი. ამოჭრილი კუნთოვან-ფასციური ბიოპტატები გაიგზავნა ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევაზე. ამოითესა *Clostridium septicum* 10⁷/ml.

მკურნალობა გრძელდება რეანიმაციის დეპარტამენტში, იზოლირებულ ბოქსში. პაციენტი მართვით სუნთქავს, ზოგადი მდგომარეობა უკიდურესად მძიმე, აღენიშნება ძლიერი ინტოქსიკაცია და სეპტიური შოკი (აპაჩის სკალით – 38 ქულა, C-რეაქტიული ცილა /CRP/ - 360 მგ/ლ).

მიმდინარეობს ინტენსიური რეანიმაციული ღონისძიებები (შესაბამისი საინფუზიო საშუალებებით, ცილოვანი კომპონენტებით, ჰემოტრანსფუზია და სხვა), დრენაჟებიდან მიმდინარეობს ჭრილობის სანაცია ანტისეპტიკებით, სადრენაჟო მილიდან პერმანენტულად მიეწოდება დატენიანებული ჟანგბადი (ოქსიგენაცია).

დაწყებულია ანტიბაქტერიული თერაპია (ვანკომიცინი, იმიპენემი) და დეესკალაციის რეჟიმი, მასალის ბაქტერიოლოგიური კვლევის (შარდი, სისხლი, ჭრილობა, ნახველი) შედეგების გათვალისწინებით. პაციენტის სიმძიმის დონე ფასდება აპაჩის II სკალის, ინფექციის და ანთების მარკერების მიხედვით (პროკალციტონინი, CRP). რეგულარულად ტარდება ინტრააბდომინური წნევის მონიტორინგი.

კტ კვლევის კონტროლით (სულ ჩატარდა რვა კტ კვლევა) წარმოებულია რამოდენიმე დამატებითი ქირურგიული ჩარევა (სულ 10 ოპერაცია): მუცლის წინა და გვერდით ზედაპირზე - პარარექტული, სპიგელის, წინა და უკანა აქსილარულ ხაზებზე ფართე განაკვეთებით წარმოებულია ჩირქგროვების დრენირება-სანაცია, ნეკრექტომია, ფასციომიონეკრექტომია. ყველა მანიპულაცია-ოპერაცია, შეხვევები სრულდებოდა ანესტეზიოლოგიური მხარდაჭერით. მიმდინარეობდა პერმანენტული ბაქტერიოლოგიური მონიტორინგი-ჭრილობიდან აღებული მასალის სპეციალურ დახურული კონტეინერებით, უჟანგბადო პირობებში იგზავნებოდა ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევაზე. მე-15 დღეს შესრულდა ტრახეოსტომია.

ერთობლივი რეანიმაციულ-ქირურგიული ღონისძიებების შედეგად 25-ე დღიდან აღინიშნა დადებითი დინამიკა. ჭრილობები დასუფთავდა, ჰემოდინამიკური მონაცემები დასტაბილდა, დიურეზი ადეკვატური, ეძლევა ენტერალური კვება, დეფეკაცია ლაქტულოზის სასუალებით.

28-დღეს ჭრილობების კიდეები მიახლოებულია კვანძოვანი ნაკერებით.

30-ე დღეს მოიხსნა ინოტროპების მხარდაჭერიდან, 33-ე დღეს ამოღებულია ტრახეოსტომიული მილი, სუნთქვა თავისუფალი, პაციენტი გადმოყვანილია ქირურგიულ სტაციონარში. ჭრილობები გაიკურა მთლიანად კვანძოვანი ნაკერით.

37-ე დღეს პაციენტი დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში გაწერილია ბინაზე, სათანადო რეკომენდაციები და დარიგებებით.

აღწერილი კლინიკური შემთხვევა საინტერესოა იმით, რომ

1. საქმე გვაქვს ანაერობული ინფექციის უკიდურესად მძიმე ფორმასთან – კლოსტრიდიულ პარაპროქტიტთან მუცლის წინა და გვერდით ზედაპირებზე გავრცელებული სპონტანური აიროვანი განგრენით, ცელულიტით, ნეკროზული ფასციომიოზიტით, ძლიერი ინტოქსიკაციით და სეპტიკური შოკით;

2. ინფექციის გამომწვევი – *Clostridium septicum*, უიშვიათესი და უაღრესად ტოქსიური გრამდადებითი, სპორის წარმომქმნელი ობლიგატური ანაერობული ჩხირია, რომელიც სწრაფად პროგრესირებს და მიგრირებს, აზიანებს ყველა რბილქსოვილოვან სტრუქტურას (კუნთი, ფასცია), აპროდუცირებს ოთხ ტოქსინს, იწვევს აიროვან განგრენას, ინტრავასკულურ ჰემოლიზს, ქსოვილების ნეკროზს, სეპტიურ შოკს. ლეტალობის მაჩვენებელი 79-80%(2)

3. კლინიკური შემთხვევის პოზიტიური გამოსავალი განპირობებულია:

ა) დაუყოვნებლად (ურგენტულ რეჟიმში) წარმოებული ოპერაციით: ფართე განაკვეთებით დაზიანებული ქსოვილების ამოკვეთა, ნეკრექტომია, კიურიტაჟი, დრენირება, სანაცია, ოქსიგენაცია დრენაჟების საშუალებით. კტ კონტროლით, შემდგომი დამატებითი ქირურგიული კორექციებით (ნეკრექტომია, სანაცია, ოქსიგენაცია, სულ 10 ოპერაცია), გაფართოებული შეხვევებით საოპერაციო ბლოკში, ანესთეზიოლოგიური მხარდაჭერით;

ბ) სწორად აგებული დიაგნოსტიკური ალგორითმით, ულტრაბერითი და kt კვლევებით დაზიანებული უბნების იდენტიფიკაციით, ინფექციური ფლორის ხარისხის შეფასებით, 1-2-5-7-12-15-21-25 დღეებში ჩატარებული ბაქტერიოლოგიური მონიტორინგით;

გ) აღეკვებურად წარმოებული მასშტაბური რეანიმაციული ღონისძიებებით სიმძიმის ხარისხის (აპაჩის სკალა), ინფექციის (პროკალციტონინი), ანთების (CRP) მარკერების და სხვა კლინიკურ-ლაბორატორიული მაჩვენებლების გათვალისწინებით;

დ) ანტიბიოტიკოთერაპიით მაღალი დოზებით (ტიენამი, ვანკომიცინი, კოლომიცინი, მეროპენემი, კოლისტინი), ბაქტერიოლოგიურად ნიმუშის ლოკალური მგრძნობელობის პერმანენტული განსაზღვრით;

ე) საუნივერსიტეტო კლინიკის ყველა სტრუქტურული რგოლის ერთობლივი, კომუნიკაბელური, მაღალი პროფესიული საქმიანობით.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. “Practice Guidelines for the Diagnosis and Menegment of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the infectious Diseases Society of America”. Clin Infect Dis 59: 147-59. 2014-06-18. doi: 10.1093/cid/ciu296. PMID 24947530. Retrieved 2015-03-06.
2. Gohen J, Powderly WG. Infectius Diseases, 3rd edn. Mosby, Elsevier: St Louis, MO; London 2010

ფურნიეს განგრენის სიმწვავის ინდექსის დაანგარიშების ეფექტურობა გენიტალური მიდამოს ნეკროზული ფასციიტის დროს

თამარ დიდბარიძე¹, დავით ქოჩიაშვილი², ნინო გოგოხია³, ვალერი კვახაჯელიძე⁴,
გიორგი ქოჩიაშვილი⁵, კახაბერ ქვილორია⁶

¹თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის მიკრობიოლოგი MD, PhD(თბილისი)

²თსუ უროლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი, MD, PhD(თბილისი)

³თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, MD, PhD(თბილისი)

⁴თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, უროლოგი.(თბილისი)

⁵თსუ უროლოგიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი, MD, PhD.(თბილისი)

⁶თსუ უროლოგიის დეპარტამენტის უმცროსი ექიმი,(თბილისი)

აბსტრაქტი

ფურნიეს განგრენა (ფგ)არის ელვისეზური ინფექცია, რომელიც მოიცავს პერიანალურ და გენიტალურ მიდამოს, არის ფატალური და გვხვდება ყველა ასაკის და სქესის პირებში. მას ახასიათებს სწრაფი პროგრესირება რბილ ქსოვილებში და იწვევს ქსოვილების ნეკროზსა და დესტრუქციას. Loar- მა და თანაავტორებმა აღწერეს ფურნიეს განგრენის სიმწვავის ინდექსი, რომელიც არის დაავადების პროგნოზის კარგი მაჩვენებელი(1,2,3). ეს არის ციფრებში გამოხატული ქულა, რომელიც იანგარიშება პაციენტის ჰოსპიტალში მოთავსების დროს მისი ფიზიოლოგიური პარამეტრების გათვალისწინებით(სხეულის ტემპერატურა, გულისცემის სიხშირე, სუნთქვის სიხშირე, ნატრიუმი, კალიუმი, კრეატინინი, ლეიკოციტები, ჰემატოკრიტი და ბიკარბონატები). როცა ინდექსის მაჩვენებელი 9-ზე მეტია , არის სენსიტიური და სპეციფიური მარკერი დაავადების მძიმე გამოსავლის, ხოლო 9-ზე ნაკლები ქულის დროს 78%-ში დაავადების გამოსავალი კეთილსაიმედოა(4,5,6).

ჩვენ რეტროსპექტიულად შევისწავლეთ თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის უროლოგიურ დეპარტამენტში ფურნიეს განგრენის დიაგნოზით მოთავსებული პაციენტების ფიზიოლოგიური პარამეტრები სიმწვავის ინდექსის დაანგარიშების მიზნით და დავადგინეთ, რომ თითოეულ შემთხვევაში მიღებული ქულა შეესაბამებოდა დაავადების სიმწვავეს და გამოსავალს(7,8,9) .

საკვანძო სიტყვები: ფურ, ნიეს განგრენა, ნეკროზული ფასციიტი, ქულა.

REFERENCES

1. Spinnak JP, Resnick MI, Hampel N, Persky L. Fournier's gangrene: Re-port of 20 patients. J Urol. 2014
2. Laor E, Palmer LS, Tolia BM, Reid RE, Winter HI. Outcome prediction in patients with Fournier's gangrene. J Urol. 2011
3. Eke N. Fournier's gangrene: A review of 1726 cases. Br J Surg. 2000;
4. Ersay A, Yilmaz G, Akgun Y, Celik Y. Factors affecting mortality of Fournier's gangrene: Review of 70 patients. ANZ J Surg. 2007
5. Fournier JA. Overwhelming Fournier's Gangrene. Semin Med. 1883;3:345.
6. Schaeffer AJ. Campbell's Urology. 8th ed. Argentina: Editorial Panamericana; 2007. Urinary tract infections: Fournier's gangrene; pp. 641–3.
7. Clayton MD, Fowler JE, Jr, Sharifi R, Pearl RK. Causes, presentation and survival of fifty-seven patients with necrotizing fasciitis of the male genitalia. Surg Gynecol Obstet. 20013
8. Yeniyol CO, Suelozgen T, Arslan M, Ayder AR. Fournier's gangrene: Experience with 25 patients and use of Fournier's gangrene severity index score. Urology. 2004;
9. Tuncel A, Aydin O, Tekdogan U, Nalcacioglu V, Capar Y, Atan A. Fournier's gangrene: Three years of experience with 20 patients and validity of the Fournier's gangrene severity index score. Eur Urol. 2010

ორსულთა ვაგინალური ბაქტერიული ფლორის კოლონიზაცია B-ჯგუფის სტრეპტოკოკით

თამარ დიდბარიძე¹, ალექსანდრე თარაშვილი², ნატო მეცხვარიშვილი³, ნინო გოგობია⁴, ნინო დიდბარიძე⁵, მაია რიჟვაძე⁶

¹თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, მიკრობიოლოგი MD, PhD

²თსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, პროფესორი, MD, PhD

³თსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი, MD, PhD

⁴თსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, MD, PhD

⁵თსუ იმუნოლოგიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი, MD, PhD

⁶თსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტი, MD, PhD

აბსტრაქტი

ჯანმრთელი ქალების 15-40%-ს აღენიშნება B-ჯგუფის სტრეპტოკოკის კოლონიზაცია მსხვილ ნაწლავებში და საშოში. ორსულებში კოლონიზაცია საფრთხეს უქმნის ნაყოფს. ბოლო ათწლეულებში B-ჯგუფის სტრეპტოკოკი არის ადრეული ნეონატალური სეფსისის ყველაზე ხშირი გამომწვევი, რომლის ლეტალობა მაღალია(1,2). B ჯგუფის სტრეპტოკოკით გამოწვეული აგრეული ნეონეტალური მენინგიტების ინციდენტურობა შეადგენს 1,3-დან 3,7-ს 10000 ახალშობილზე. ამასთან იგი მშობიარეებში იწვევს ქორიოამნიონიტებს, ენდომეტრიტებს, შარდსასქესო სისტემის და ჭრილობის ინფექციებს. გენიტალური ინფექციები შემთხვევათა 1/3-ში იწვევენ ადრეულ მშობიარობას, ასევე B ჯგუფის სტრეპტოკოკის პროტოლიზური აქტივობის გამო ხდება საშვილოსნოს ყელის ნაადრევი მოშლილობა(3,4,5,6).

ჩვენ რეტროსპექტიულად შევისწავლეთ 532 ორსული B ჯგუფის სტრეპტოკოკის ვაგინალურ კოლონიზაციაზე ორსულობის 22-36 კვირაზე, რომლებმაც მიმართეს თსუ პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკის მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტს .532-დან 117 შემთხვევაში იყო დადებითი კულტურა, ხოლო 415-უარყოფითი(7,8,9,10).

ჩვენ შედეგებით ვაგინალური კოლონიზაცია B ჯგუფის სტრეპტოკოკით იყო 21,9%, რაც დაახლოებით უთანაბრდება მსოფლიო ქვეყნების მონაცემებს(15-40%). არ გამოვლენილა რაიმე კავშირი კოლონიზაციასა და ორსულის ასაკს, განათლებასა და ორსულობის ისტორიას შორის.

საკვანძო სიტყვები: Streptococcus, ორსულობა, ახალშობილი.

REFERENCES

1. Edward MS, Baker CJ. Streptococcus agalactia (Group B Streptococcus) In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infection Diseases. 7th ed. Elsevier: Churchill Livingstone; 2010.
2. Larsen JW, Sever JL. Group B Streptococcus and pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2010;198(4):440–3. Pettersson K. Perinatal infection with Group B Streptococci. Semin Fetal Neonate M. 2010;12:193–1974. CDC. Prevention of perinatal group B Streptococcal disease: a public health perspective. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 1996;45(7):1–24. 5. Cunningham FG, Williams JW. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York, McGraw-Hill: Medical Pub Division; 2005. pp. 39–90.
6. James DK, Steer PH, Weiner CP, Gonik B. High Risk Pregnancy Management option. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. pp. 674–90.
7. Behrman RE, Kliegman RM. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004. pp. 879–83.
8. Stoll BJ, Schuchat A. Maternal carriage of group B Streptococci in developing countries. Pediatr Infect Dis J. 1998;17(6):499–503. 9. Rabiee S, Arab M, Mashouf R. Epidemiologic pattern of vaginal colonization by group B Streptococcus in pregnant women in Hamadan, Central west of Iran. Iran J Med Sci. 2006;31(2):106–68.
10. Aali BS, Abdollahi H, Nakhaee N, Davazdahemami Z, Mehdizadeh A. The association of preterm labor with vaginal colonization of group B streptococci. IJRM. 2007;5(4):191–4.

ციტომეგალოვირუსის რეაქტივაცია რეანიმაციაში მოთავსებულ პაციენტის შემთხვევაში (კლინიკური შემთხვევა)

გუკიკო ქილიფთარი¹, თამარ დიდბარიძე², ნინო გოგოხია³, ხატია მიქაბერიძე⁴

¹თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის რეანიმაციის ხელმძღვანელი, MD, PhD(თბილისი)

²თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის მიკრობიოლოგი,MD,PhD.(თბილისი)

³თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, MD,PhD.(თბილისი)

⁴თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ექიმი-ლაბორანტი(თბილისი)

აბსტრაქტი

ციტომეგალოვირუსი (ცმვ) ინფექცია უკიდურესად მძიმე ჯანმრთელობის მქონე იმუნოკომპეტენტურ პაციენტებში არ არის ბოლომდე შესწავლილი. აქტიური ინფექცია გვხვდება რეანიმაციის პაციენტებში და 20% -ზე მეტი სეროპოზიტიურია(1,2,3,4). მრავალი კვლევის ჩატარებაა საჭირო ,რომ დადგინდეს ის რისკის ფაქტორები ,რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიონ ციტომეგალოვირუსის რეაქტივაცია. ცმვ-ის კლინიკური გამოვლინება (ლატენტური ინფექციის რეაქტივაცია ან ახლად შეძენილი ინფექცია) ხშირად გვხვდება იმუნოკომპრომისულ პირებში(5,6,7,8).

ციტომეგალოვირუსს შეუძლია გამოიწვიოს მულტისისტემური ინფექცია იმუნოკომპეტენტურ პირებში(დაუდგენელი ეტიოლოგიის ცხელება)(9,10). ჩვენ წარმოგიდგენთ ციტომეგალოვირუსის რეაქტივაციის შემთხვევას 32 წლის იმუნოკომპეტენტური მამაკაცის მაგალითზე,რომელიც სასწრაფო დახმარების მანქანით მოთავსებულ იქნა თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის რეანიმაციის განყოფილებაში ავტოკატასტროფის გამო თავის ქალის ტრამვით(11,12,13,14). ეს კლინიკური შემთხვევა არის რეაქტივირებული ციტომეგალოვირუსული ინფექციის იდენტიფიკაციის და ანტივირუსული პრეპარატით განციკლოვირით მკურნალობის წარმატებული შემთხვევა.

საკვანძო სიტყვები: ციტომეგალოვირუსი, იმუნოკომპეტენტური პაციენტი, მკურნალობა.

REFERENCES

- 1.Cunha BA. Cytomegalovirus pneumonia: community-acquired pneumonia in immunocompetent hosts. *Infect Dis Clin North Am.* 2010 Mar. 24(1):147-58
- 2.Orlikowski D, Porcher R, Sivadon-Tardy V, et al. Guillain-Barre Syndrome following Primary Cytomegalovirus Infection: A Prospective Cohort Study. *Clin Infect Dis.* 2011 Apr. 52(7):837-44.
- 3.Klemola E, Stenström R, von Essen R. Pneumonia as a clinical manifestation of cytomegalovirus infection in previously healthy adults. *Scand J Infect Dis.* 1972. 4(1):7-10.
- 4.Jaber S, Chanques G, Borry J, Souche B, Verdier R, Perrigault PF. Cytomegalovirus infection in critically ill patients: associated factors and consequences. *Chest.* 2005 Jan. 127(1):233-41.
- 5.von Müller L, Klemm A, Weiss M, et al. Active cytomegalovirus infection in patients with septic shock. *Emerg Infect Dis.* 2006 Oct. 12(10):1517-22. [Medline]
- 6.Caldés A, Gil-Vernet S, Armendariz Y, Colom H, Pou L, Niubó J, et al. Sequential treatment of cytomegalovirus infection or disease with a short course of intravenous ganciclovir followed by oral valganciclovir: efficacy, safety, and pharmacokinetics. *Transpl Infect Dis.* 2009 Dec
- 7.Jaber S, Chanques G, Borry J, Souche B, Verdier R, Perrigault PF, Eledjam JJ (2005) Cytomegalovirus infection in critically ill patients: associated factors and consequences. *Chest* 127:233–241
- 8.Brenner T, Rosenhagen C, Hornig I, Schmidt K, Lichtenstern C, Mieth M, Bruckner T, Martin E, Schnitzler P, Hofer S, Weigand MA (2012) Viral infections in septic shock (VISS-trial)-crosslinks between inflammation and immunosuppression. *J Surg Res* 176:571–58
- 9.Heininger A, Haerberle H, Fischer I, Beck R, Riessen R, Rohde F, Meisner C, Jahn G, Koenigsrainer A, Unertl K, Hamprecht K (2011) Cytomegalovirus reactivation and associated outcome of critically ill patients with severe sepsis. *Crit Care* 15:R77
- 10.Kalil AC, Florescu DF (2009) Prevalence and mortality associated with cytomegalovirus infection in nonimmunosuppressed patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 37:2350–2358
- 11.Limaye AP, Kirby KA, Rubinfeld GD, Leisenring WM, Bulger EM, Neff MJ, Gibran NS, Huang ML, Santo Hayes TK, Corey L, Boeckh M (2008) Cytomegalovirus reactivation in critically ill immunocompetent patients. *JAMA* 300:413–422

-
- 12.Osawa R, Singh N (2009) Cytomegalovirus infection in critically ill patients: a systematic review. Crit Care 13:R68
13.Kutza AS, Muhl E, Hackstein H, Kirchner H, Bein G (1998) High incidence of active cytomegalovirus infection among septic patients.
14.Laurent Papazian Samuel Lehingue, Antoine Roch, Laurent Chiche, Sandrine Wiramus, Jean-Marie Forel. Cytomegalovirus reactivation in ICU patients. Intensive Care Medicine January 2016, Volume 42, [Issue 1](#), pp 28–37

მიკრობული სპექტრი პერიტონიტების დროს

თამარ დიდბარიძე¹, ლიანა საგინაშვილი², ლალი ახმეტელი³, ნინო გოგოხია⁴,

¹მიკრობიოლოგი, თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, მედიცინის ოქტორი (საქართველო)

²თსსუ#1 ქირურგიის დეპარტამენტი, ასისტენტ-პროფესორი (საქართველო)

³თსსუ#1 ქირურგიის დეპარტამენტი, ასოცირებული-პროფესორი (საქართველო)

⁴თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ლაბორატორიის ხელმძღვანელი, მედიცინის დოქტორი (საქართველო)

აბსტრაქტი

პერიტონიტი საკმაოდ გავრცელებული ქირურგიული პათოლოგიაა. ჩვენ შევისწავლეთ ბაქტერიული პერიტონიტის მქონე პაციენტებში პათოლოგიური კერიდან ინტრაოპერაციულად აღებული ასპირატის მიკრობული სპექტრი და ანტიბიოტიკომგრძნობელობა რაც, ჩვენი ვარაუდით, დაგვეხმარებოდა ანტიბიოტიკოთერაპიის ოპტიმიზაციაში. ბაქტერიოლოგიური კვლევა მოიცავდა : სუფთა კულტურის გამოყოფას, გამოყოფილი მიკრობის იდენტიფიკაცია სწრაფი საიდენტიფიკაციო სისტემით (I20, I შტაპკ, I შტრეკ, I ნა, მწარმოებელი კომპანია ბიო რიეუს). ასევე გამოიყენებოდა ოქსიდაზას და კატალაზას განმსაზღვრელი სწრაფი დამხმარე ტესტები.

გრამუარყოფითი ბაქტერიების მხოლოდ 12% იყო რეზისტენტული ქინოლონებზე, ცეფალოსპორინების მესამე თაობის მიმართ 19%, ხოლო გრამდადებით ბაქტერიებს შორის მეტიცილინ-რეზისტენტული ოქროსფერი სტაფილოკოკი არ ყოფილა. ცეფალოსპორინების და ქინოლონების მიმართ შედარებით მაღალი რეზისტენტობა უკავშირდება ბაქტერიული პერიტონიტის საპროფილაქტიკოდ ამ ჯგუფის ანტიბიოტიკების ფართო გამოყენებას.

საკვანძო სიტყვები: პერიტონიტი, ბაქტერიები, მკურნალობა

შესავალი

ქირურგიული ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლის პრობლემა დღესაც გადაუჭრელია. განსაკუთრებული სირთულით გამოირჩევა მუცლის ღრუს ჩირქოვან-ანთებითი პროცესები. მიუხედავად ანესთეზიურ-რეანიმაციული ღონისძიებების თანამედროვე არსენალის გამოყენებისა, ამ დაავადებების მკურნალობის არსებული მეთოდების ხშირად არადაამაკმაყოფილებელი შედეგები, ოპერაციის შემდგომი ჩირქოვანი გართულებების სიხშირე და ჯერ კიდევ მაღალი ლეტალობა მკურნალობის ოპერაციული მეთოდების დახვეწასთან ერთად, მოითხოვს უფრო ეფექტური, ადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარებას (1,5).

აღსანიშნავია, რომ ბოლო წლებში შეიცვალა პერიტონიტის გამომწვევ მიკროორგანიზმთა სპექტრი, უმეტეს შემთხვევებში პრევალირებენ გრამუარყოფითი ბაქტერიები, იმატა ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტულმა შტამებმა, რაც მნიშვნელოვნად აუარესებს პერიტონიტის მკურნალობის შედეგებს (2,3,4,6).

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ჩვენს კლინიკაში ბაქტერიული პერიტონიტის მქონე პაციენტებში პათოლოგიური კერიდან ინტრაოპერაციულად აღებული ასპირატის ბაქტერიოლოგიური კვლევა და, შესაბამისად, პერიტონიტის გამომწვევ მიკრობთა იდენტიფიკაცია და მათი ანტიბიოტიკომგრძნობელობის შესწავლა, რაც, ჩვენი ვარაუდით, დაგვეხმარებოდა ანტიბიოტიკოთერაპიის ოპტიმიზაციაში. ბაქტერიოლოგიური კვლევა მოიცავდა : სუფთა კულტურის გამოყოფას, გამოყოფილი მიკრობის იდენტიფიკაცია სწრაფი საიდენტიფიკაციო სისტემით (I20, I შტაპკ, I შტრეკ, I ნა, მწარმოებელი კომპანია ბიო რიეუს). ასევე გამოიყენებოდა ოქსიდაზას და კატალაზას განმსაზღვრელი სწრაფი დამხმარე ტესტები.

მასალა და მეთოდები

მიკროორგანიზმთა ანტიბიოტიკომგრძნობელობა ისაზღვრებოდა დისკო-დიფუზური მეთოდით სტანდარტული დისკების გამოყენებით (EUCAST guidelines 2015) და კლინიკური ლაბორატორიების სტანდარტის ინსტიტუტის (CLSI) სტანდარტით (ATB strips: ATB G, ATB Staph, ATBANA, ATBPse, ATBStrep, bioMerieux)

გამოკვლევა ჩაუტარდა ბაქტერიული პერიტონიტის მქონე 45 ავადმყოფს. ქალი – 21, კაცი – 24. ასაკი მერყეობდა 18-დან 75 წლამდე. ლოკალური პერიტონიტი აღენიშნებოდა 35 პაციენტს, დიფუზური – 10-ს. პერიტონიტის გამომწვევი მიზეზი 26 შემთხვევაში იყო მწვავე დესტრუქციული აპენდიციტი, 9 შემთხვევაში – მწვავე დესტრუქციული ქოლევსტიტი, ხოლო 10-ში წყლულის პერფორაცია. მასალას ბაქტერიული კვლევისათვის წარმოადგენდა პათოლოგიური კერიდან აღებული ასპირატი (10-20 მლ)

გამოკვლეული პაციენტებიდან ბაქტერიოლოგიური კვლევით მიკრობული ზრდა (დადებითი ამოთესვა) იყო 36 შემთხვევაში, ზრდა არ იყო (უარყოფითი ამოთესვა) 9-ში. აღსანიშნავია, რომ ყველა შემთხვევაში აღმოჩნდა ლეიკოციტებისა და ეპითელური უჯრედების სხვადასხვა რაოდენობა. იმ პაციენტებში, რომლებშიც მიკრობთა ზრდა არ იყო, ლეიკოციტები შეადგენდნენ საშუალოდ 4-5 მხედველობის არეში, ეპითელური უჯრედები – 4-6 მხედველობის არეში. ხოლო იმ პაციენტებში, სადაც მიკრობთა ზრდა აღინიშნებოდა, ლეიკოციტები საშუალოდ შეადგენდნენ 40-50, ეპითელური უჯრედები 8-10 მხედველობის არეში.

ბაქტერიოლოგიური კვლევით იმ 36 პაციენტიდან, რომლებშიც უმეტეს შემთხვევაში აღინიშნა მონომიკრობული ზრდა, დომინირებდნენ გრამუარყოფითი ბაქტერიების კერძოდ, *Escherichia coli* – მოთესვიანობის ხარისხით 10^8 /მლ – 12 პაციენტში, ნტერობაცტერ ცლოაცაე-მოთესვიანობით 10^6 /მლ-9-ში. გრამდადებითი ბაქტერიებიდან დომინირებდნენ - ჯგუფის სტრეპტოკოკი ნტეროცოცუს ფაეცალის 10^6 /მლ- 6-ში, შტაპილოცოცუს აურეუს 10^6 /მლ - 3, არამაფერმენტირებელი ჩხირები სეუდომონას აერუგინოსა 10^5 /მლ – 2-ში, სოკო ჩანდიდა ალბიცანს - 2-ში, რაც შეესება ანაერობებს, ერთ შემთხვევაში აღინიშნა გრამუარყოფითი ანაერობული ჩხირის (აეროტოლერანტი) აცტეროიდეს ფრაგილის - ის 10^5 /მლ ზრდა, გრამ(-)ანაერობული ჩხირი უსობაცტერიუმ სპპ 10^5 /მლ-1-ში. პოლიმიკრობული ამოთესვა აღინიშნა 3-შემთხვევაში: ჩანდიდა ალბიცანს 10^7 /მლ და სცპერიცპია ცოლი 10^5 /მლ (ონკოლოგიურ პაციენტში), ნტერობაცტერ ცლოაცაე 10^6 /მლ და ჩანდიდა ალბიცანს 10^6 /მლ, სცპერიცპია ცოლი 10^8 /მლ და აცტეროიდეს ფრაგილის 10^5 /მლ.

მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენს მიერ განხილული მასალა, შემთხვევათა სიმცირის გამო, საბოლოო, სარწმუნო დასკვნის გამოტანის საშუალებას არ იძლევა, საყურადღებოა, რომ კლინიკურად ინფექციური პროცესის არსებობის პირობებში ბაქტერიების ზრდის გამოვლენის სისწორემ იმატა, რაც უკავშირდება მასალის დაუყოვნებელ შეტანას გამამდიდრებელ ბულიონში (თიოგლიკოლის ბულიონი აერობული და ანაერობული ბაქტერიებისთვის). ლოკალური ანტიბიოტიკომგრძნობელობის განსაზღვრით ჩვენს მიერ გამოყოფილ შტამებზე, გრამუარყოფითი ბაქტერიების მხოლოდ 12% იყო რეზისტენტული ქინოლონებზე, ცეფალოსპორინების მესამე თაობის მიმართ 19%, ხოლო გრამდადებით ბაქტერიებს შორის მეტიცილინ-რეზისტენტული ოქროსფერი სტაფილოკოკი არ ყოფილა. ცეფალოსპორინების და ქინოლონების მიმართ შედარებით მაღალი რეზისტენტობა უკავშირდება ბაქტერიული პერიტონიტის საპროფილაქტიკოდ ამ ჯგუფის ანტიბიოტიკების ფართო გამოყენებას (7).

დასკვნა

ამრიგად, ჩვენს მიერ შესწავლილი შემთხვევებით შეგვიძლია გამოვიტანოთ დასკვნა ბაქტერიული პერიტონიტის გამომწვეთა მიკრობულ სპექტრზე და შევიმუშავოთ ლოკალური

მგრზნობელობა/რეზისტენტობა, რაც უფრო ეფექტურს გახდის ბაქტერიული პერიტონიტების მკურნალობას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Adler SN, Gasbarra DB. *A Pocket Manual of Differential Diagnosis*. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2005
2. Malangoni MA: **Current concepts in peritonitis**. *Curr Gastroenterol Rep* 2003, **5**:295-301.
3. Marshall JC: **Intra-abdominal infections**. *Microbes Infect* 2004, **6**:1015-1025.
4. Nathens AB, Rotstein OD, Marshall JC: **Tertiary peritonitis: clinical features of a complex nosocomial infection**. *World J Surg* 1998, **22**:158-63.
5. Bare M, Castells X, Garcia A, Comas M, Egea MJ: **Importance of appropriateness of empiric antibiotic therapy on clinical outcomes in intra-abdominal infections**. *Int J Technol Assess Health Care* 2006, **22**:242-248.
6. Runyon BA. Ascites and spontaneous bacterial peritonitis. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 9th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2010:chap 91.
7. Angeloni S, Leboffe C, Parente A, et al. Efficacy of current guidelines for the treatment of spontaneous bacterial peritonitis in the clinical practice. *World J Gastroenterol*. 2015;

EDITORIAL BOARD

Honorary Editors:

Ketevan Nanobashvili

University of Georgia. Associate Professor. PhD MD.

Nikolay N. Sentyabrev

Volgograd State Academy of Physical Culture. Doctor of Biological Sciences. Professor. Academician

Sergei A. Ostroumov

Moscow State University. Doctor of Biological Science. Professor.

Tamar Didbaridze

Tbilisi State Medical University, First University Clinic. PhD in MD.

Tamar Giorgadze

Gr. Robakidze University, Department of Medicine. Associate Professor

Tamara Okropiridze

University "Geometri" Department of Dentistry, Doctor of Medical Sciences. Full Professor.

International Advisory and Editorial Board

Azerbaijan

Amir V. Aliyev

Ministry of Health of Azerbaijan Republic Lung Diseases Department. Guba District Central Hospital Head of Department. PhD of Medicine

Araz Manucheri-Lalen

Associated Professor, PhD Department of Psychiatry, Azerbaijan Medical University.

Azer K. Mustafayev

Turan Medical Clinic. Cardiologist. PhD in Medicine. Azerbaijan.

Djamil Alakbarov

A researcher at the Research Institute for Lung Diseases. PhD in medicine. Azerbaijan

Jamala Mursalova

Azerbaijan National Academy of Sciences. Genetic Resources Institute. PhD BS.

Lala Bekirova

Azerbaijan State Oil and Industrial University. Azerbaijan National Aviation Academy. PhD.TS

Leyla I. Djafarova

Clinic "Medium" Baku. Doctor of Medical Sciences. Professor

Rashad G. Abishov

Dental Implant Aesthetic Center Harbor Hospital, Azerbaijan State Doctors Improvement Institute. PhD. Azerbaijan.

Sayyara Ibadullayeva

Institute of Botany. National Academy of Sciences. Professor. PhD in Biological Sciences.

Tariel Omarov

Azerbaijan Medical University. Department of surgical diseases. PhD in Medicine

Vusal ismailov

"Caspian International Hospital". Orthopedics Traumatology Expert. Medical PhD. Azerbaijan.

Georgia

Mariam Kharaishvili

Tbilisi State Medical University. PhD MD

Nino Didbaridze

Microbiology and Immunology Department. Immunology Direction. Tbilisi State Medical University. PhD MD.

Nino Pirtskhelani

Associated Professor of Department of Molecular and Medical Genetics of Tbilisi State Medical University.

Rusudan Sujashvili

Senior Researcher, Iv. Beritashvili Center of Experimental Biomedicine; Invited Professor, Tbilisi State Medical University

Valerian Nanobashvili

Company "Buneba Ltd". Doctor of Veterinary Sciences. Veterinary surgeon

India

Prasanta Kumar Mitra

Sikkim Manipal Institute of Medical Sciences. Department of Medical Biotechnology. PhD in Biochemistry.

Kazakhstan

Alessandra Clementi

Nazarbayev University School of Medicine. MD, GP. Assistant Professor of Medical Practice and Family Medicine

Marina Bobireva

West Kazakhstan State Medical University named Marat Ospanov. PhD

Gulmira Zhurabekova

Marat Ospanov West-Kazakhstan State Medical Academy. Department of Human Anatomy. Associate Professor

Libya

Salaheddin Sharif

University of Benghazi, International Conference on Sports Medicine and Fitness, Libyan Football Federation- Benghazi PhD in Medicine (MD)

Poland

Jonathan Ψ Britmann

Ministry of Health of Poland. Polish Society of Clinical Psychology. Ph.D., DMSc., Psychiatry

Robert Pawel Suslo

Wroclaw Medical University, Public Health Department, Health Sciences Faculty, Adjunct Professor of Gerontology Unit. PhD MD.

Russia

Alexander A. Sazanov

Leningrad State University named A.S. Pushkin. Doctor of Biological Sciences. Professor

Olga Pavlova

Medical University named Rehabilitation, Doctors and Health, Professor of the Department of Morphology and Pathology, Doctor of biological sciences, physiology

Yuriy S. Gaiduchenko

Omsk State Agrarian University. Associate Professor. PhD in Veterinary Science. Russia.

Serbia

Aleksandra Buha

University of Belgrade. Department of toxicology "Akademik Danilo Soldatović", Faculty of Pharmacy

Jane Paunkovic

Faculty for Management, Megatrend University. Full Professor. PhD, Medicine

Turkey

Vugar Djafarov

Medical school at the University of Ondokuzmayıs Turkey. PhD. Turkey.

Ukraine

Alla Oleksyuk-Nexhames

Lviv University of Medicine. Neurologist at pedagog, pryvaty refleksoterapy. MD PD.

Dmytro Horilyk

Head of the Council, at Pharmaceutical Education & Research Center. PhD in Medicine.

Hanna Hulciaieva

Institute of Microbiology and Virology NASU, department of phytopathogenic bacteria. The senior research fellow, PhD in Biology.

Mixail Bogdan

Institute of Microbiology and Virology NASU, department of Plant of viruses. PhD in Agricultural Sciences,

Oleksandr Voznyak

Hospital "Feofaniya". Kyiv. Head of Neureosurgical Centre. Associated Professor

Roman Lysyuk

Assistant Professor at Pharmacognosy and Botany Department at Danylo Halytsky Lviv National Medical University

USA

Nicolai Panikov

Lecturer at Tufts University. Harvard School of Public Health. PhD/DSci, Microbiology

Rose Berkun

State University of New York at Buffalo. Assistant Professor of Anesthesiology, PhD. MD

Wael Al-Husami

Lahey Hospital & Medical Center, Nardone Medical Associate, Alkhaldi Hospital, Medical Doctor, International Health, MD, FACC, FACP

Uzbekistan

Guzel Kutlieva

Institute of Microbiology. Senior Researcher. PhD in BS.

Shaklo Miralimova

Academy of Science. Institute of Microbiology. PhD in BS.



ISSN: 2346-8068; E-ISSN:2346-8181; DOI prefix: 10.23747

©Publisher: Representation of Azerbaijan International Diaspora Centre in Georgia. SCSJAR.

©Typography: Representation of Azerbaijan International Diaspora Centre in Georgia. SCSJAR.

Registered address: 0165 Georgia. Marneuli municipality. Village Takalo.

©Editorial office: 0165 Georgia. Marneuli municipality. Village Takalo.

Questions or comments? E-mail us at gulustan_bssjar@mail.ru, gulustanbssjar@gmail.com

AMBIANCE

In life

INTERNATIONAL SCIENTIFIC JOURNAL IN MEDICINE OF SOUTHERN CAUCASUS
REFEREED & REVIEWED JOURNAL



Clinical Medicine
Prophylactic Medicine
Theoretical Medicine
Stomatology & Dentistry
Veterinary Medicine and Zoo
Drug Technology and Organization of Pharmaceutical Business
Pharmaceutical Chemistry and Pharmacology
Standardization and Organization of Medicines Production
History of Pharmacy
Innovations in Medicine
Biophysics and Biochemistry
Radiology and Microbiology
Molecular Biology and Genetics
Botany and Virology
Microbiology and Hydrobiology
Physiology of Plants, Animals and Humans
Ecology, Immunology and Biotechnology
Virology and Immunology
History of Biology
Entomology

