

കുടുംബശ്രീ മാസിക

REPRODUCTOLOGY

№1
2011

ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის
რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი
I. ZHORDANIA INSTITUTE OF HUMAN REPRODUCTION

სამეცნიერო-საინფორმაციო ჟურნალი
Jurnal of Scientific information



რეპროდუქციოლოგია REPRODUCTOLOGY

თბილისი
TBILISI
2011

hydroxysteroid dehydrogenase deficiency in adrenal and selerozystic overy. Acta Endocriol. Zooov. 48 p. 395

2) Goldziher J. W. Green J. A. the polycystic ovary: Light and electron microscopic studies Am. J. Obstet Gynecol.

3) Maleah V. B. current concepts of the pathophysiology of the polycystic ovary syndrome. Endocrine physiopatology of the ovary Amsterdam, 2007 p 347

RESUME:

The Reproduction function disorders pathophysiological mechanisms the experimental.

Prof. N. maisuradze; M.D. A Andjaparidze; M.D. N Museridze

Based the analysis of aur revialed that, shuch pathology the important factor of the above mentionad patology is estrogen accumulation in theca interna, which loaded endometrial hyperstimulation expressed in endometrial hyperplasia.

so the experimental morpho-hystochemical dysfunction in ovaries was cause of pituitary system disorders.

უნაყოფობის ფობიარტი ფორმის „ფერტილოგენით“ მკურნალობის კლინიკური შედეგები

მედ. დოქტ. ბ. გორგოშიძე;

მედ. დოქტ. ნ. ღათოშვილი;

„ფერტილოგენის“ ავტორი ლიანა რურუა.

უხსოვარი დროიდან მცენარეთა სამყარო დიდი როლს ასრულებს ადამიანის ცხოვრებაში. ფიტოთერაპია, რომელიც აღმოცენდა სამკურნალო მცენარეებით მკურნალობის უძველესი ხალხური გამოცდილების ბაზაზე და აღნიშნულ ცოდნას ემპირიულად იყენებდა, ამჟამად გადადის ემპირიული გამოყენების ეტაპიდან ექსპერიმენტული დასაბუთების ეტაპზე, რაც კიდევ უფრო აზუსტებს და აფართოებს მცენარეული პრეპარატების მიზანშეწონილი და სრულფასოვანი გამოყენების შესაძლებლობას.

სამკურნალო მცენარეებით თერაპია განსაკუთრებით ეფექტურია ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებების შემთხვევაში. თანამედროვე ფარმაკოპეის უდიდესი მიღწევების მიუხედავად, ფიტოთერაპიისადმი ინტერესი არ შენელებულა, პირიქით, იზრდება კიდევ, ვინაიდან სინთეზური პრეპარატებისაგან განსხვავებით, ფიტოპრეპარატებს თითქმის არ გააჩნიათ უკუჩვენება და გვერდითი მოვლენები, არ იწვევენ რეზისტენტობას და ერთდროულად სხვადასხვა ორგანოსა და სისტემაზე მოქმედებენ დადებითად, რაც კომპლექსური მკურნალობის საშუალებას იძლევა და თანაც მედიკამენტების რაოდენობის შემცირების ხარჯზე. ხოლო ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტობის, ალერგიის, დისბაქტერიოზის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზოგიერთი დაავადების დროს ფიტოთერაპია შეიძლება მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ერთადერთი ალტერნატიული საშუალებაც კი იყოს.

მცენარეული პრეპარატის „ფერტილოგენის“, რეალურად ეფექტური სამკურნალო საშუალების გამოჩენა თავისთავად საინტერესო და ღირებული ფაქტია როგორც კლინიკური, ასევე მეცნიერული თვალსაზრისით. ამიტომ მონაცემები მისი წარმატებული გამოყენების შესახებ სხვადასხვა გენების უნაყოფობის მკურნალობაში ნამდვილად იმსახურებს ექიმების ყურადღებას.

„ფერტილოგენის“ ავტორმა, ფიტოთერაპევტმა ლიანა რურუამ 20 წელზე მეტი ხნის წინ შეიმუშავა და თანდათან დახვეწა მცენარეული ნაკრები, რომლითაც არაერთ უშვილო წყვილს უმკურნალა და დაეხმარა. პრეპარატმა გაიარა როგორც ექსპერიმენტული, ასევე

კლინიკური კვლევა, რის შემდეგაც, 2008 წ. 07.09 ავტორმა თავისი ნაკრები დააპატენტა როგორც გამოკონება და დაარეგისტრირა, როგორც პარასამკურნალო საშუალება (5).

„ფერტილოგენი“ წარმოადგენს სახელმწიფო ფარმაკოპეიაში შეტანილ მცენარეთა ნაკრებს:

Herba Chelidonii – ქრისტესისხლას ბალახი (სფ. ტ.2, გვ.370);

Rhizomata et radice inulae – კულმუხის ფესურები და ფესვები (სფ. ტ.2, გვ.425);

Herba Achillae Millefolii - ფარსმანდუკის ბალახი (სფ. ტ.2, გვ.391);

Flores Helichrizy Arenarii - ნეგოს ყვავილები (სფ. ტ.2, გვ.289);

Folia Eucalypti - ევკალიპტის ფოთლები (სფ. ტ.2, გვ.305

გამოშვების ფორმა: პირველადი შეფუთვა: 200 გ მცენარეული ნაკრები ქაღალდის პაკეტში. მეორეული შეფუთვა: მუყაოს ყუთი.

მკურნალობის 1 კურსი: 8 კოლოფი (26 დღე).

თანამედროვე სტატისტიკური მონაცემებით ცნობილია, რომ უნაყოფობის 20-25% მოდის მილისმიერი ფაქტორით გამოწვეულ უნაყოფობაზე. 10-18% კი - აუტო-იმუნურ გენეზზე, რაც ერთობლივად 30-43%-ს შეადგენს. ეს არც თუ ისე დაბალი ციფრია, თუმცა რეალურად შეიძლება უფრო მაღალიც იყოს, რადგან აღნიშნული დაავადებების რიცხვი თანდათან მატულობს და არაიშვიათად ერთდროულადაც აქვთ პაციენტებს(1,4).

ტუბო-პერიტონეალური უნაყოფობა განპირობებულია საშვილოსნოს მილები ანატომიურ-ფუნქციური დარღვევებით. ამის ყველაზე ხშირი მიზეზი (70%) შეიძლება იყოს მცირე მენჯის ორგანოების ანთებითი დაავადებები (ენდომეტრიტი, სალპინგიტი, ოოფორიტი, ტუბოოვარიული აბსცესი და მენჯის პერიტონიტი).

ჯანმოს 2006 წ. მონაცემებით, 60%-ში მენჯის ანთებით დაავადებებს იწვევს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები: გონორეა (40-45%), ქლამიდია (30%), ანაერობული ინფექცია (15% მდე), გრამუარყოფით ბაქტერიები (Ecoli და სხვ. 10-15%მდე) სამოს ტრინომონა (სისშირე ვარიეტებს), მიკოპლაზმა და ურეაპლაზმა (10-20%), არ კლინდება გამომწვევი 20%-მდე

შემთხვევებში (1,2).

ეს ინფექციები დროული გამოვლინებისას ადვილად იკურნება თანამედროვე სამედიცინო საშუალებებით, მაგრამ რამდენჯერმე გადატანის ან დროული მკურნალობის ჩატარების გარეშე (რაც არაიშვიათია თანამედროვე სოციალურ პირობებში), შეიძლება გამოიწვიოს შეხორცებითი პროცესის განვითარება და ფალოპის მილების გაუვალობა.

მილების გაუვალობა შეიძლება იყოს:

- სრული ან ნაწილობრივი;
- ფუნქციის დარღვევით გამოწვეული;
- ანატომიურ და ფუნქციურ დარღვევათა თანხედრით გამოწვეული.

თავის დროზე ტუბო-პერიტონეალური უნაყოფობის მკურნალობაში იყენებდნენ მკურნალობის ისეთ არასასიამოვნო და მტკივნეულ მეთოდს, როგორცაა ჰიდროტუბაცია - ფალოპის მილებში ჰაერის შეყვანა წნევის ქვეშ. დღეისათვის მას, ფაქტობრივად, არ მიმართავენ. ექიმების ნაწილი დღეს სარეაბილიტაციო მკურნალობას ატარებს მიკროინსტილაციების სახით. გამოიყენება აგრეთვე ფალოპის მილების პლასტიკა ლაპარასკოპიული გზით. ხოლო როდესაც მილების რეაბილიტაცია სრულიად შეუძლებელია, მიმართავენ დამხმარე რეპროდუქტოლოგიურ ტექნოლოგიებს - ინვიტრო განაყოფიერება, რაც დადებით შედეგს 20-25 %-ში იძლევა.

პაციენტები, რომელთაც ფალოპის მილების სარეაბილიტაციო მკურნალობით ვერ მიაღწიეს სასურველ შედეგს და არა აქვთ საშუალება ჩაიტარონ ინვიტრო განაყოფიერება, ან უშედეგოდ ჩაიტარეს აღნიშნული მანიპულაცია, ეძებენ მკურნალობის ალტერნატიულ გზებს.

აუტოიმუნური უნაყოფობის დროს მამაკაცის რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევის მიზეზი არის ანტისპერმალური ანტისხეულების (ასა) მომატება მის სისხლსა და სპერმაში, რაც იწვევს სპერმის აგლუტინაციას და ირღვევა მათი მოძრაობისა და განაყოფიერების უნარიანობა. პარალელურად პარტნიორი ქალის საშვილოსნოს ყელის ლორწოშიც მატულობს ასაები. სისხლში კი - ასა, ანტიოვარიალური (აოა) და ანტიზონური (აზა) ანტისხეულები.

მამაკაცებში ასა-ს მომატების მიზეზი შეიძლება იყოს სქესობრივი გზით გადადები ინფექციები, სათესლე ჯირკვლების ტრაჰმა, ვარიკოცელე, კრიპტორხიზმი, თესლგამომტანი სადინარების თანდაყოლილი ობსტრუქცია და სხვ. გარდა ამისა, ასა-ს აღმოჩენა მამაკაცის ორგანიზმში შეიძლება ანამნეზში ზემოთ აღნიშნული მიზეზების გარეშეც (3,4). არ უნდა დაგვავიწყდეს სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზი და ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიებიც (აუტოიმუნური თირეოიდიტი და მისი შედეგები), რაც ასევე შეიძლება გახდეს აუტოიმუნური პროცესების განვითარების მიზეზი ქალსა და მამაკაცშიც.

დღეისათვის აუტოიმუნური გენეზის უნაყოფობა არ არის ბოლომდე შესწავლილი პათოლოგია და მისი მკურნალობა საკმაოდ რთული და ხანგრძლივი პროცესია. ასა-ს მომატება და ქორიონული გონადოტროპინის მიმართ ანტისხეულების მომატება შეიძლება იყოს არა მარტო უნაყოფობის, არამედ თვითნებითი აბორტების და განუვითარებელი ორსულობ-

ის მიზეზი.

უნაყოფობის ამ ფორმის სამკურნალოდ მოწოდებულია ლაზეროთერაპია, სისხლის ულტრაიისფერი სხივებით დასხივება და პლაზმაფერეზი, ჰორმონალური მკურნალობა (კორტიკოსტეროიდები), იმუნომოდულატორები.

პაციენტებს ეძლევათ რეკომენდაცია განუხრებამდე სქესობრივი კონტაქტი იქონიონ მხოლოდ პრეზერვატივით. ხოლო ანტისხეულების დონის ნორმალის შემდეგ მხოლოდ ფოლიკულის მონიტორინგით დადგენილი ოვულაციის დროს იქონიონ დაუცველი სქესობრივი კავშირი, რაც აუცილებელია რეციდივის თავიდან ასაცილებლად და ორსულობის მისაღწევად. მკურნალობის ამ მეთოდების უშედეგობის დროსაც რეკომენდებულია სპერმის ინსემინაცია ან ინვიტრო განაყოფიერება, თუმცა იგივე აუტოიმუნური ფაქტორები შეიძლება გახდეს ინსემინაციის და ინვიტრო განაყოფიერების მცდელობის წარუმატებლობის მიზეზი.

ამიტომ ასეთი პაციენტებიც ხშირად ცდილობენ მოძებნონ მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდები.

კვლევის მიზანი იყო პარასამკურნალო საშუალება „ფერტილოგენის“ გამოყენების კლინიკური შედეგების შეფასება ტუბოპერიტონეალური და აუტოიმუნური გენეზით გამოწვეული უნაყოფობის მკურნალობაში.

ჩვენი დაკვირვების ქვეშ ბოლო 2 წლის განმავლობაში იმყოფებოდა 46 ქალი 17-დან 45 წლამდე ასაკის, უნაყოფობის დიაგნოზით 1-დან 20 წლამდე. ანამნეზიდან გაირკვა, რომ 27 მათგანს ჰქონდა პირველადი უშვილობა, 19-ს კი - მეორადი.

მეორადი უშვილობის მქონე პაციენტებიდან: 2-ს ჰქონდა ნაადრევი მშობიარობა მკვდარი ნაყოფით, 1-ს საშვილოსნოსგარე ორსულობა, 16-ს - თვითნებური აბორტი სხვადასხვა ვადაზე. მათგან 8 პაციენტს ჰქონდა 1 თვითნებური აბორტი, 3-ს - ორი, 4-ს - 3 და ერთს - 4 თვითნებური აბორტი.

მკურნალობის დაწყებამდე პაციენტებს მათ სქესობრივ პარტნიორებთან ერთად ჩაუტარდათ სრული კლინიკო-ლაბორატორიული და ჰორმონალური გამოკვლევები.

35 პაციენტს აღენიშნებოდა ენდომეტრიოზის კლინიკა. ანამნეზში 4 ქალს გადატანილი ჰქონდა ლაპარასკოპია, 2-ს ფერტილოსკოპია, 4 ქალს ჰისტეროსკოპია და საშვილოსნოს ღრუს გამოფხევა პოლიპოზის გამო, 3 პაციენტს ჩატარებული ჰქონდა ინვიტრო განაყოფიერების უშედეგო მცდელობა. 2 პაციენტს გადატანილი ჰქონდა საკეისრო კვეთა.

შესწავლილი იქნა მათი ინფექციური სტატუსი: ცერვიკალური, ვაგინალური, ურეთრალური არებიდან აღებულ ბიოლოგიურ მასალებში სპეციფიკური ინფექციების (გონორეა, ქლამიდია, ტუბერკულოზი, მიკოპლაზმა, ურეაპლაზმა, ვაგინალური ტრინომონა, გარდნერელა და სხვ.) გამოკვლევა ბაქტერიოსკოპული, იმუნოფერმენტული, ბაქტერიოლოგიური კვლევის მეთოდებით. პარალელურად ხდებოდა სისხლში იმუნოფერმენტული მეთოდებით შესაბამის ინფექციათა მიმართ (ციტომეგალოვირუსი, ჰერპეს ვირუსი, ქლამიდია, და სხვ.) ანტისხეულების გამოკვლევა, ასა-ს განსაზღვრა სისხლში, ცერვიკალურ ლორწოსა და სპერმაში და აოა-ს გამოკვლევა ქალის სისხლში. ტარდე-

ბოდა აგრეთვე ჰორმონალური კვლევები.

აღნიშნული ინფექციების დიაგნოსტიკების შემდეგ პაციენტებს მათ სქესობრივ პარტნიორებთან ერთად ჩაუტარდათ შესაბამისი ანტიბაქტერიული, ანტივირუსული, ანტიტრიქომონადული, ანტიქლამიდიური მკურნალობა. ჰორმონალური და მეტაბოლური დარღვევების აღმოჩენისას პარალელურად ტარდებოდა შესაბამისი კორექცია.

ინფექციური პროცესის ლიკვიდაციის შემდეგ პაციენტებს უტარდებოდათ ჰისტეროსალპინგოგრაფია და კიმოპერტუბაცია ფალოპის მილების ანატომიური და ფუნქციური მდგომარეობის დადგენის მიზნით.

კვლევის შედეგად, 39 ქალს დაუდგინდა ტუბოპერიტონეალური გენეზის უნაყოფობა, მათგან 20-ს ერთდროულად აღინიშნებოდა აუტოიმუნური პროცესის თანხვედრა. მხოლოდ აუტოიმუნური გენეზის უნაყოფობა აღინიშნებოდა 7 შემთხვევაში.

- 9 პაციენტს დაუდგინდა მილების ორმხრივი გაუვალობა;
- 30 პაციენტს - რიგიდული, სუსტად გამტარი მილები, თანხლები შეხორცებითი პროცესით და დაქვეითებული ფუნქციური აქტივობით;
- 7 პაციენტს აღინიშნებოდა ცალ ან ორმხრივი ჰიდროსალპინგისი.

მილების ფუნქციური მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენებოდა შემდეგი კრიტერიუმები:

- ბაზური წნევა (ნორმა 45,37 - 65,25);
- შეკუმშვების მაქსიმალური სიხშირე (ნორმა 9-13);
- ფორმის კოეფიციენტი (ნორმა 26,6-34,93).

ბაზური წნევა წნევის ძირითადი გრადიენტია მილსაშვილოსნოს სფინქტერის გასხნიდან ისთმურ-ამპულარული სფინქტერის გასხნამდე, რომელიც მილების გამავლობას ასახავს. ეს მაჩვენებელი იყო მომატებული. მილების შეკუმშვათა მაქსიმალური სიხშირე იყო 0 - სრული გაუვალობის დროს, დაქვეითებული 1-5-მდე -სუსტი გამტარიანობის დროს, ხოლო ფორმის კოეფიციენტი, რომელიც გვიჩვენებს ნორმასთან მიახლოებული შეკუმშვების რაოდენობას პროცენტებში, ყველა შემთხვევაში დაქვეითებული იყო.

აოა მომატებული ჰქონდა 11 ქალს. ასა სისხლსა და ცერვიკალურ ლორწოში მომატებული ჰქონდა 13 ქალს, სისხლსა და სპერმაში - 17 მამაკაცს. აქედან 10 შემთხვევაში მომატება იყო ორმხრივი და პარტნიორის გარეშე ცალმხრივად აღინიშნებოდა 3 ქალსა და 7 მამაკაცში. 7 მამაკაცს ერთდროულად დაუდგინდა ოლიგოსპერმია, სპერმაგლუტინაცია, სპერმის მოძრაობის სიჩქარის დაქვეითება და პათოლოგიური ფორმების მომატება.

მომართვამდე პაციენტების უმრავლესობას ჩატარებული ჰქონდა სხვადასხვა დანესებულებაში ანთებსანინაალმდეგო და ფალოპის მილების სარეაბილიტაციო მკურნალობის კურსი. ბევრ მათგანს შეთავაზებული ჰქონდათ ხელოვნური განაყოფიერების ჩატარება.

ყველა პაციენტს მიენოდა ინფორმაცია „ფერტილოგენით“ მკურნალობის მეთოდის შესახებ და მიღებულ იქნა ინფორმირებული თანხმობა.

პაციენტები „ფერტილოგენს“ ლებულობდნენ ნახარშის სახით, 200 მლ, 3-ჯერ დღეში, ჭამამდე 30 წუთით ადრე და მეოთხედ - ძილის წინ. პარალელურად

რად უტარდებოდათ ამ ნახარშით საშოს გამორეცხვა და აბაზანა 3-5 წუთის განმავლობაში. 3-4 საათით საშოში იდებოდა ქაცვის ზეთის ტამპონი. თერაპია გრძელდებოდა 26 დღე (8 კოლოფი) და ასეთი 26 დღიანი კურსები უტარდებოდათ 1-დან 6-მდე. მკურნალობის შედეგების შესაფასებლად, თითოეული კურსის შემდეგ, მენსტრუაციის მოსვლიდან მე-10-13 დღეს ტარდებოდა კიმოპერტუბაციული გამოკვლევა. საჭიროების შემთხვევაში მეორედებოდა ჰისტეროსალპინგოგრაფია. მამაკაცები და აუტოიმუნური პროცესის მქონე ქალები „ფერტილოგენს“ იღებდნენ მხოლოდ პერორალურად, 26 დღიანი კურსით და შემდეგ მეორედებოდა აოა-ს, ასა-ს და სპერმოგრამის გამოკვლევა.

კლინიკური შედეგების სტატისტიკა ასე გამოიყურება:

- ორივე დაზურული მილის მქონე 9 პაციენტიდან 4 დაორსულდა პრეპარატის

1-3 თვიანი მილების შემდეგ. დანარჩენი 5-ის ფალოპის მილები ანატომიურად გახდა გამტარი, 2-მა შეწყვიტა მკურნალობა, სამი კი ამჟამად იტარებს ფოლიკულის მონიტორინგს ორსულობის მიღების მიზნით;

- ჰიდროსალპინგისის მქონე 7 პაციენტიდან 1-2 და 3-4 კურსების ჩატარების შემდეგ დაორსულდა 5 პაციენტი. დანარჩენი ორი ამჟამად მკურნალობს.

• ფალოპის მილების ფუნქციური უკმარისობის მქონე 30 პაციენტიდან დაორსულდა 13. 8-მ დაამთავრა პრეპარატის მიღება და მილების ფუნქცია ნორმის ფარგლებშია, დანარჩენები ამჟამად გადიან მკურნალობის მეორე-მესამე კურსს.

- „ფერტილოგენით“ მკურნალობის ფონზე შემცირდა და უმრავლეს შემთხვევაში ნორმას დაუბრუნდა აოა-ს, ასა-ს და სპერმოგრამის მაჩვენებლებიც.

- მხოლოდ აუტოიმუნური პროცესის მქონე 7 პაციენტიდან დაორსულდა ყველა.

• ერთდროულად ტუბოპერიტონეალური და აუტოიმუნური უნაყოფობის მქონე 20 პაციენტიდან „ფერტილოგენით“ მკურნალობის 1-3 კურსის შემდეგ დაორსულდა 10 პაციენტი, 4 აგრძელებს მკურნალობას და დანარჩენ შემთხვევაში უკვე იგეგმება ორსულობა ფოლიკულის მონიტორინგის ფონზე.

რაც მთავარია, ჩვენ შევამჩნიეთ, რომ „ფერტილოგენით“ მკურნალობის ჩატარების შემდეგ აღარ არის საჭირო პრეზერვატივი, ასა-ს მომატების რეციდივის თავიდან ასაცილებლად. პარალელურად შემცირდა თირეოგლობულინის და პეროქსიდაზის მიმართ ანტი-ისხეულების რაოდენობა, რაც 7 შემთხვევაში იყო გამოსატყულები.

თვალსაჩინოებისათვის წარმოგიდგინთ კლინიკურ შემთხვევას:

პაციენტი ნ.ნ. 39 წლის, მოგვმართა გათხოვებიდან 1,5 წლის შემდეგ პირველადი უნაყოფობით. ანამნეზში ორმხრივი ადნექსიტის გადატანის და მკურნალობის შემდეგ დადგენილი ჰქონდა ორივე ფალოპის მილის გაუვალობა, ჩატარებული ჰქონდა ანთებსანინაალმდეგო და სარეაბილიტაციო მკურნალობა. პაციენტს აღინიშნებოდა ენდომეტრიუმის და საშვილოსნოს ყელის პოლიპოზი. 2007 წლის ოქტომბერში ჩაუტარდა ლაპარასკოპია, ქრომოპერტუბაცია, ჰისტეროსკოპია და საშვილოსნოს ღრუსა და ყელის არხის დიფერენცირ-

ებული გამოფხვკა პოლიპექტომიით. დადასტურებულ იქნა ფალოპის მილების გაუვალობის დიაგნოზი და შეთავაზებულ იქნა ინვიტრო განაყოფიერების ჩატარება, რაზეც უარი განაცხადა მატერიალური მდგომარეობის გამო. „ფერტილოგენით“ მკურნალობის შემდეგ მილები გახდა გამტარი, პაციენტი დაორსულდა და საეისრო კვეთით შეეძინა ვაჟი. 1 და 2 სურათებზე წარმოდგენილია ჰისტეროსალპინგოგრამები ლაპარასკოპიამდე და ფერტილოგენით მკურნალობის შემდეგ.

ბანსილვა

ჩვენ მიერ მოყვანილი მაჩვენებლები ნათლად მიუთითებენ „ფერტილოგენის“ ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს თვისებაზე - კერძოდ, მილებისა და სპერმატური სითხის გამწმენდ უნარზე; აგრეთვე იმუნურ სისტემაზე ზემოქმედების უნარზე, როგორც იმუნოსუპრესორი, რომლის ფონზე ქვეითდება და ნორმას უბრუნდება ანტისხეულების დონე ბიოლოგიურ სითხეებში და იმუნოსტიმულატორი ანთებითი პროცესების მკურნალობისას, ანუ პრეპარატს აქვს იმუნომოდულატორული თვისებები. ასეთი ზემოქმედების არსი, ალბათ, „ფერტილოგენის“ შემადგენელ მცენარეთა თვისებებში უნდა ვეძიოთ.

ჩვენი კვლევა არის პილოტური და მომავალში ჩვენ უნდა გავაგრძელოთ და გავაფართოვოთ ეს კვლევები, იმისათვის, რომ მივიღოთ პასუხი ბევრ კითხვაზე რომელიც გაჩნდა პრეპარატის კლინიკური მოხმარებისას. არ არის გამორიცხული, რომ მომავალში „ფერტილოგენის“ კიდევ მეტი დადებითი თვისება აღმოვაჩინოთ და მისი გამოყენების არეალი უფრო გაფართოვდეს.

დასკვნა:

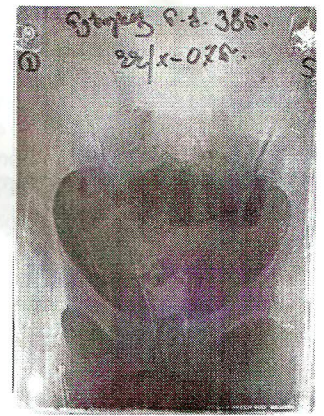
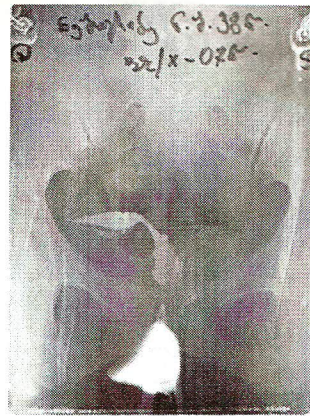
უნდა აღვნიშნოთ, რომ:

1. „ფერტილოგენი“ შეიძლება განვიხილოთ როგორც ეფექტური ანთებსანიანალმდეგო საშუალება, რომლის ფონზე მცირდება შეხორცებითი პროცესი, უმჯობესდება ფალოპის მილების ანატომიური და ფუნქციური მდგომარეობა, აგრეთვე ქვეითდება ანტისხეულების დონე და უმჯობესდება სპერმის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი მაჩვენებლები;

2. „ფერტილოგენი“ შეიძლება რეკომენდებული იქნას რეპროდუქციოლოგების, გინეკოლოგების, ანდროლოგების, უროლოგების პრაქტიკაში.

ლიტერატურა:

1. Tubal Factor Infertility. Roma, Italy. Catalino GF, Muzii L., Marina R. 2006.
2. Influence of History of Pelvic Inflammatory Disease (PID). USA, Sietle. Mueller BA, Luz-Immes M., Daling IR., Moore McKnight B. Weiss NB. 2010.
3. Autoimmunity and Reproduction. Geva E. Amit A., Lerner-Geva L., Lessing JB. Fert and Steril. 1997; 67(4). 599-611.
4. The Immunology of Human Reproduction. Issak T. Manyonda. 2006. 47-105.
5. <http://www.fertilogen.ge>.



სურ.1.



სურ.2

RESUME:

The Treatment Clinical Results in some forms of Infertility

with "Fertilogen"

B. Gorgoshidze, N. Datoshvili, Zhordania Institute Of Human Reproduction L. Rurua, author of Fertilogen

There were 46 women aged 17 to 45, diagnosed with infertility for 1 to 20 years under our observation. During the examination 39 of them was identified with tube peritoneal infertility. 20 of them had auto immune process together with latter. There was only infertility of autoimmune genesis in 7 women. Before admission, majority of the patients had already undergone anti-inflammatory and tube rehabilitation treatment at other clinics. Some of them were offered in-vitro fertilisation. After Treatment with Fertilogen transitional and anatomical function of the tubes recovered, Sperm's qualitative and quantities indices ameliorated, ASA and AOA indices decreased and 29 patients got pregnant.

To resume from the revived results of the research, we could say that, Fertilogen is an effective anti inflammatory medication, which reduces cicatrices, ameliorates anatomical and functional conditions of the fallopian tubes, decreases level of the antibodies, improves numerical and quality characteristics of the sperm. We can recommend Fertilogen in the practice of reproductologists, gynecologists, andrologysts and urologysts practice.