

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

*ხელნაწერის უფლებით*

მაია ბიჭვინაშვილი

კვების მოქმედება ათეროსკლეროზის ზოგიერთ მეტაბოლურ რისკ-ფაქტორზე  
ფსიქოსოციალური სტრესის მქონე პირებში

14.00.06 – კარდიოლოგია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად  
წარმოდგენილი დისერტაციის

**ავტორეფერატი**

თბილისი

2006

ნაშრომი შესრულებულია თერაპიის ეროვნულ ცენტრში, ესპერიმენტული და კლინიკური თერაპიის სამეცნიერო--კვლევით ინსტიტუტში

სამეცნიერო ხელმძღვანელი – ნონა კაკაურიძე,  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი.

ოფიციალური ოპონენტები: - გაიანე სიმონია,  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი.  
14.00.06


პავლე მაჭავარიანი  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი.  
14.00.06

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის \_\_\_\_\_ საათზე  
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სადისერტაციო საბჭოს m  
14.06.№3 სხდომაზე (0177 თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზირი, 33).

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო  
უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში (0160 თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზირი, 29)

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის \_\_\_\_\_

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,  
პროფესორი

მ. კვიციანი 

## ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

### პრობლემის აქტუალობა

დღესდღეობით, იმ მრავალრიცხოვან ფაქტორებს შორის რომლებიც მოქმედებენ სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე, პირველ ადგილზე იმყოფება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები. მათ შორის გულის იშემიურ დაავადებას (გიდ) ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი უჭირავს და ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო (WHO Statistics annual 1987, WHO, Geneva. WHO CVD risk factors: 1994, Geneva) და რეგიონალური ორგანიზაციების მონაცემებით, ავადობისა და სიკვდილობის უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენს როგორც ეკონომიკურად განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში.

ათეროსკლეროზი წარმოადგენს თანამედროვე მედიცინისთვის გადაუჭრელ პრობლემას. ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) 2005 წლის მონაცემებით კარდიოვასკულური დაავადებებისაგან ყოველწლიურად იღუპება 17 მილიონი ადამიანი. აღინიშნება ამ ციფრის ზრდის ტენდენცია. იგი წარმოადგენს შრომის უნარის დაკარგვისა და ინვალიდობის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს.

AHA-ს (ამერიკის კარდიოლოგთა ასოციაცია) 2002 წლის მონაცემების მიხედვით ამერიკაში მთელი მოსახლეობის 6.9% (13 000 000) დაავადებულია გულის კორონარული დაავადებით, 3.5% (7 100 000) მიოკარდიუმის ინფარქტით, კარდიოვასკულური დაავადებით 2002 წელს გარდაიცვალა 494 282, მიოკარდიუმის ინფარქტით 179 514 ადამიანი. ხოლო ამ დაავადებით გამოწვეულმა მატერიალურმა ზარალმა შეადგინა 242.1 მილიარდი დოლარი.

ჯანმო-ს ევროპული განყოფილების მონაცემებით (2001) საქართველოში გიდ გამოწვეული სიკვდილიანობა შეადგენს 303 (100 000 მოსახლეზე), რაც საშუალო ევროპულ დონესთან შედარებით (223 – 100 000 მოსახლეზე) საკმაოდ მაღალია. ამის ერთ-ერთ მიზეზად მიიჩნევენ იმ მძიმე სოციალურ მდგომარეობას, რომელიც არის ჩვენს ქვეყანაში ბოლო 15-20 წლის განმავლობაში (პ.მაჭავარიანი 2000წ). მრავალი კვლევით დადასტურებულია, რომ ომის შემდგომ მნიშვნელოვნად იზრდება სტრესთან დაკავშირებული დაავადებების რიცხვი, მათ შორის კარდიოვასკულური დაავადებისა, რაც დევნილ მოსახლეობაზე დაკვირვებით ვლინდება. ომი დღევანდელი მსოფლიოს გადაუჭრელი პრობლემაა, რომელსაც გააჩნია მძიმე და დროში გახანგრძლივებული შედეგები, რაც ნათლად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ცნობილია, რომ ხორვატიაში ომის შემდგომ მნიშვნელოვნად გაიზარდა კარდიოვასკულური დაავადებების რიცხვი და ერთი წლის განმავლობაში ამ პათოლოგიით დაიღუპა 30 000 ადამიანი. აღინიშნა ფსიქოლოგიური დარღვევების საგრძნობი მატება.

ეს პრობლემა საქართველოსთვისაც მეტად აქტუალურია, სადაც დაახლოებით 300 000-მდე დევნილი პირია, რომელთაც საკუთარ თავზე გამოსცადეს ომის საშინელება. ამიტომ ასეთი კონტიგენტი წარმოადგენს განსაკუთრებული ფსიქოემოციური მდგომარეობის ჯგუფს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ათეროსკლეროზისა და გიდ-ის პრობლემა იძენს მწვავე სოციალურ და ეკონომიკურ მნიშვნელობას.

მრავალი ექსპერიმენტული, კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური მონაცემის საფუძველზე დადგენილია ემოციური სტრესის და ფსიქოლოგიური

თავისებურებების(გ. ქავთარაძე 1995), როგორც დამოუკიდებელი რისკ-ფაქტორების გავლენას ათეროსკლეროზული დაავადებების განვითარებაზე. ამავე დროს ნაშრომთა მცირე რაოდენობა აქვს მიძღვნილი ათეროსკლეროზული დაავადებებისა და მისი რისკ-ფაქტორების შესწავლას თანამედროვე ეტაპის სიტუაციურად აღმოცენებული ფსიქოსოციალური სტრესის პირობებში (მ.ჯეზაშვილი 2000). სტრესს გააჩნია პირადაპირი პათოფიზიოლოგიური მოქმედება კარდიოვასკულურ სისტემაზე, აგრეთვე ცნობილია მისი გავლენა ფსიქიკაზე და ფსიქოლოგიური დარღვევების განვითარებაში. ურთიერთკავშირის გამოვლენა ფსიქოლოგიურ თავისებურებებსა და კლინიკურად მანიფესტირებულ გიდ-ს შორის კვლავ რჩება მეცნიერთა კვლევის საგნად, მაგრამ ის პოტენციური მექანიზმი რომელიც ახსნიდა ამ კავშირის არსებობას კვლავ დასაზუსტებას მოითხოვს.

გიდ-ის პათოგენეზში სტრესის და ფსიქოლოგიური ფაქტორების გარდა უამრავი სხვა ფაქტორი ერთვება. მათ შორის მნიშვნელოვანია კვება(ნ.კაკაურიძე, ნ.ნიკოლაიშვილი 2002). ცნობილია მისი გავლენა ათეროსკლეროზის მეტაბოლურ რისკ ფაქტორებზე, განსაკუთრებით საინტერესოა ფაქტობრივი კვების შესწავლას, რაშიც იგულისხმება დღიურად მოხმარებული საკვების საერთო ენერგეტიკული ღირებულების განსაზღვრა და დღიურ რაციონში საკვები კომპონენტების ცილების, ცხიმების და ნახშირწყლების პროცენტული განაწილება. კვლევებით დადგენილია კვების როლი დისლიპიდემიის განვითარებაში, რომლის კორექციისათვის უამრავი ჰიპოლიპიდემიური დიეტაა მოწოდებული და მათი ეფექტების შესწავლას მრავალი ნაშრომი ეძღვნება. ცნობილია, რომ ლიპიდდამწევი დიეტა ეფექტურად მოქმედებს პაციენტთა დაახლოებით 1/3-ში, ხოლო დანარჩენი 2/3 დიეტოთერაპიისადმი რეზისტენტულია ან მისი ეფექტები უმნიშვნელოა. რაც იმაზე მეტყველებს, რომ ალიმენტური ფაქტორი ყოველთვის არ განაპირობებს დისლიპიდემიის განვითარებას და ამ პროცესში სხვა ფაქტორებიც ერთვება. მიუხედავად არსებული კვლევებისა კომპლექსურად არ არის შესწავლილი ფსიქოლოგიური თავისებურებების და კვების ხასიათის როლი გიდ-ის განვითარებაში, თუ მის მიმდინარეობაში.

### **კვლევის მიზანი**

ფაქტობრივი კვების და ჰიპოლიპიდემიური დიეტის დამოკიდებულების დადგენა ათეროსკლეროზის ზოგიერთ მეტაბოლურ რისკ-ფაქტორზე ფსიქოსოციალური სტრესის მქონე პირებში (პიროვნების ფსიქომეტრული შეფასებით) გიდ-ის დროს.

### **კვლევის ამოცანები**

- 1) ლიპიდური სპექტრის ცვლილებების შესწავლა სისხლის შრატში;
- 2) ათეროსკლეროზისა და თრომბოგენული რისკ-ფაქტორის- ფიბრინოგენის, ასევე C -რეაქტიული მარკერების განსაზღვრა;
- 3) ფაქტობრივი კვების შესწავლა;

- 4) ორგანიზმში ცხიმის შემცველობის განსაზღვრა (ბიოელექტრული იმპედანსის მეთოდით) და მისი რაოდენობრივი ცვლილებების შეფასება ჰიპოლიპიდემიური დიეტის შედეგად;
- 5) ფსიქო-სოციალური გავლენის დადგენა გიდ-ის რისკ-ფაქტორებზე;
- 6) გამოსაკვლევი (ადგილობრივი და დევნილი) პირების ფსიქოლოგიური სტატუსის შეფასება MMPI-ს მიხედვით;
- 7) ჰიპოლიპიდემიური დიეტის გავლენის დადგენა გიდ-ის მეტაბოლურ რისკ-ფაქტორებზე;
- 8) ზემოთ აღნიშნულ პარამეტრებს შორის კავშირურთიერთობის გამოვლენა.

### ნაშრომის მეცნიერული სიახლე

#### პირველად:

- იქნა შესწავლილი ფაქტობრივ კვებას და ლიპიდური ცვლის, ანთებითი მარკერებს შორის ურთიერთკავშირი პიროვნული თავისებურებების გათვალისწინებით.
- ორგანიზმში ცხიმის რაოდენობრივი ცვლილებები ბიოელექტრული იმპედანსის მეთოდით დიეტოთერაპიის შემდგომ, ფაქტობრივი კვების ხასიათის გათვალისწინებით.
- კვების ხასიათის და ფსიქოლოგიური თავისებურებების მნიშვნელობა გიდ-ის მქონე ფსიქოსოციალური სტრესის მქონე პირებში.
- დადგინდა, რომ ჰიპოლიპიდემიური დიეტისადმი რეზისტენტობა შეიძლება განპირობებული იყოს ფსიქოლოგიური ფაქტორებით.

### ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება

ათეროსკლეროზის ზოგიერთი მეტაბოლური რისკ-ფაქტორების, ფაქტობრივი კვების და ფსიქოლოგიური პროფილის კომპლექსური შესწავლა პრაქტიკოს ექიმებს შესაძლებლობას მისცემს:

- ფაქტობრივი კვების შესწავლის საფუძველზე შეირჩეს შესაბამისი ჰიპოლიპიდემიური დიეტა, ფსიქოლოგიური ფაქტორების გათვალისწინებით შეფასდეს მისი ეფექტურობა.
- ბიოელექტრული იმპედანსის მეთოდის გამოყენებით ეფექტურად შეაფასონ ორგანიზმში ცხიმის რაოდენობრივი ცვლილებები დიეტის შემდგომ.
- ფსიქოლოგიური მდგომარეობის მიხედვით წარმართონ პაციენტების მკურნალობა ფსიქოთერაპიის თუ დიეტოთერაპიის დამოყენებით.
- ფსიქოლოგიური მდგომარეობის შეფასების საფუძველზე განსაზღვრონ დიეტოთერაპიისადმი დაქვემდებარებულობა და მიიღონ შესაბამისი ზომები.

### ნაშრომის აპრობაცია

დისერტაციის მასალები მოსმენილია და განხილულია თერაპიის ეროვნული ცენტრის ათეროსკლეროზის კვლევის ლაბორატორიის გაფართოებულ სხდომაზე (2006 წლის 10 აპრილი ოქმი №4).

## **პუბლიკაციები**

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 4 ნაშრომი, რომლებიც შეესაბამება სეს-ის მიერ რეკომენდირებულ ნუსხას (ნაშრომთა სია წარმოდგენილია ავტორეფერატის ბოლოს).

## **დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა**

ნაშრომი მოიცავს 132 ნაბეჭდ გვერდს და შედგება შესავლისაგან, ლიტერატურის მიმოხილვის, საკუთარი გამოკვლევების მეთოდებისა და შედეგებისაგან, მათი განხილვის, დასკვნებისა და ლიტერატურის სამიეზისაგან. ილუსტრირებულია 8 ცხრილით, 15 დიაგრამით. გამოყენებულია 219 ბიბლიოგრაფიული წყარო.

## **მასალის და კვლევის მეთოდების დახასიათება**

კვლევაში მონაწილეობას იღებდა 128 მამაკაცი, აქედან აფხაზეთიდან დევნილი 67 პირი და ადგილობრივი მცხოვრები 61 პირი (საშუალო ასაკს შეადგენდა  $54 \pm 12.1$  წელი). მათი დაყოფა მოხდა შემდეგნაირად: I- ჯგუფში გაერთიანდა გიდ-ის მქონე დევნილი მამაკაცები (36 პირი). II- გიდ-ის მქონე ადგილობრივი მამაკაცები (34 პირი) დიაგნოზი დადასტურებული იქნა ანამნეზით, კლინიკური მონაცემებით, გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით, ფიზიკური დატვირთვის ტესტით ან კორონაროანგიოგრაფიით. ხოლო საკონტროლო ჯგუფებში გაერთიანდნენ პრაქტიკულად ჯანმრთელი მამაკაცები III- დევნილი (31 პირი) და IV- ადგილობრივი მამაკაცები (27 პირი). მათ გიდ გამოერიცხათ კლინიკური გამოკვლევების საფუძველზე (იხ. ცხრილი №2)

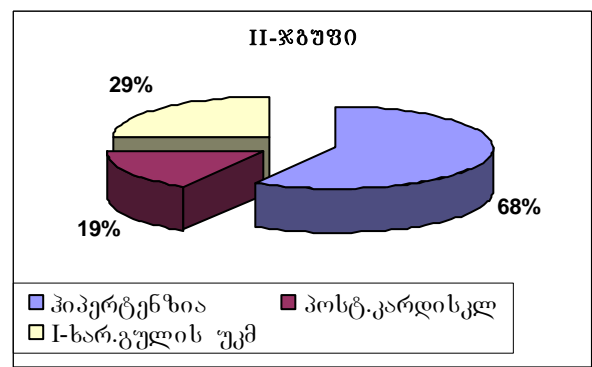
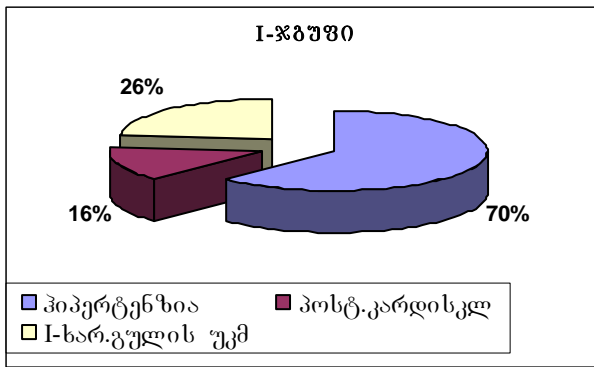
კვლევაში მონაწილე გიდ მქონე პაციენტებს აღენიშნებოდათ სტაბილური სტენოკარდია I-III ფუნქციური კლასი.

გამოკვლევულ პაციენტთაგან I-ჯგუფში 16% აღენიშნებოდა პოსტინფარქტული კარდიოსკლეროზი, ხოლო 52% გიდ-ის შეუღლებული იყო არტერიულ ჰიპერტენზიასთან. 24% აღენიშნებოდა I-II ხარისხის გულის უკმარისობა (დიგრამა №1).. II-ჯგუფში 19% აღენიშნებოდა პოსტინფარქტული კარდიოსკლეროზი, ხოლო 55% გიდ-ის შეუღლებული იყო არტერიულ ჰიპერტენზიასთან. 22% აღენიშნებოდა I-II ხარისხის გულის უკმარისობა (დიგრამა №2).

## **პაციენტთა კლინიკური დახასიათება გიდ ჯგუფებში**

დიგრამა №1

დიგრამა №2



მწველები შეადგებდნენ I-ჯგუფის 38%-ს, ხოლო II-ჯგუფის 41%-ს.

გამოკვლევებში არ იქნა ჩართული პაციენტები სტაბილური სტენოკარდია IV ფუნქციური კლასი და არასტაბილური სტენოკარდიით და გულის უკმარისობით III-IV ფუნქციური კლასით. აგრეთვე შაქრიანი დიაბეტით, მძიმე ხარისხის არტერიული ჰიპერტენზიით, ღვიძლის, თირკმელებისა და ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებებით. აგრეთვე ის ავადმყოფები რომლებიც ბოლო ორი თვის განმავლობაში იღებდნენ სტატინებს.

სტენოკარდიის დიაგნოზის დასმა მოხდა კანადის კლასიფიკაციის მიხედვით, ხოლო ჰიპერტენზიის შეფასება ხდებოდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა (ჯანმო) და არტერიული ჰიპერტონიის საერთაშორისო საზოგადოების ექსპერტთა რეკომენდაციის მიხედვით, სიმძიმის ხარისხის დადგენა WHO-ISH კლასიფიკაციის მიხედვით (გაერთიანებული ნაციონალური კომიტეტის მე-7 ანგარიში (აშშ) – Evidence-Based Medicine Guidelines, 2003). გულის უკმარისობის ხარისხის დადგინდა NYHA კლასიფიკაციის მიხედვით.

### ცხრილი №1

#### გამოკვლევულ პირთა განაწილება ჯგუფების მიხედვით

ძირითადი გიდ-ის ჯგუფები		საკონტროლო ჯგუფები	
I- ჯგუფი n =36	II- ჯგუფი n =34	III- ჯგუფი n =31	IV- ჯგუფი n =27
დევენილი გიდ-ის მქონე მამკაცები	ადგილობრივი გიდ-ის მქონე მამკაცები	დევენილი პრაქტიკულად ჯანმრთელი მამკაცები	ადგილობრივი პრაქტიკულად ჯანმრთელი მამკაცები

#### კვლევის კლინიკური და ანთროპომეტრიული მეთოდები

მასის ინდექსის – მი. დასადგენად განვსაზღვრეთ საკვლევ პირთა სიმაღლე და წონა. მი გამოსათვლელად გამოვიყენეთ შემდეგი ფორმულა:  $მი = \frac{წონა (კგ)}{სიმაღლე (მ)^2}$

გამოვიკვლიეთ სისტოლური და დიასტოლური არტერიული წნევა.

### **სისხლის ბიოქიმიური კვლევის მეთოდები**

ყველა გამოსაკვლევ პირისათვის სისხლის აღება მოხდა 12 საათიანი შიმშილის შემდეგ. ლიპიდური სპექტრის გამოკვლევა ჩატარდა სისხლის შრატში სპექტროფოტომეტრ “Janway 4500”-ის გამოყენებით. საერთო ქოლესტერინის (სქ) რაოდენობა განისაზღვრა ენზიმური მეთოდით (BioSystem, Spain), ტრიგლიცერიდების (ტგ)- ენზიმური მეთოდის (BioSystem, Spain) გამოყენებით, ხოლო მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის (მსლქ) და დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის (დსლქ)- პირდაპირი განსაზღვრის მეთოდით (BioSystem, Spain), გამოითვალა ათეროგენობის ინდექსი(აი) - ფორმულით  $აი = \frac{დსლქ}{მსლქ}$ .

C-რეაქტიული ცილა (CRP) განისაზღვრა იმუნოფერმენტული ანალიზით, ფიბრინოგენი – გრავიმეტრიული (Rutberg) მეთოდით. ფიბრინოგენის და CRP გამოკვლევამდე 2 კვირით ადრე პაციენტებს არ ჰქონდა სხვა ანთებითი დაავადება ან ქირურგიული ჩარევა.

### **სხეულის შემცველობის განსაზღვრის მეთოდი**

სხეულის შემცველობის შეფასება მოხდა აპარატ “Maltron body composition analyzer BF-907”-ის საშუალებით. იგი წარმოადგენს ბიოელექტრული იმპედანსის მეთოდს, რომლის მეშვეობითაც შესაძლოა განისაზღვროს ორგანიზმში თავისუფალი ცხიმის, კუნთოვანი მასის. და წყლის პროცენტული და რაოდენობრივი შემცველობა. აპარატის საშუალებით დგინდება თითოეული ინდივიდისთვის აღნიშნული კომპონენტების სასურველი პროცენტული შემცველობა და პიროვნების სასურველი წონა. პაციენტების გამოკვლევისას მარჯვენა კიდურებზე (მტევანზე და ტერფზე) თავსდება ელექტროდები, რომლებიც უკავშირდებიან აპარატს. მეთოდი დაფუძნებულია სხვადასხვა ქსოვილის ელექტრული იმპულსისადმი განსხვავებულ განვლადობაზე.

### **პიროვნების ფსიქომეტრული კვლევის მეთოდი**

პიროვნების კვლევის ფსიქომეტრული მეთოდებიდან განსაკუთრებული ყურადღება ჰპოვა მინესოტის მრავალფაზიანმა პიროვნულმა კითხვარმა \_ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). ტესტი მოწოდებულია 1941 წელს, Hathaway, McKinley მიერ.

MMPI მეთოდი იმ ფსიქიკური ფაქტორების ადრეული გამოვლინების საშუალებს იძლევა, რომლებიც გარკვეულ როლს ასრულებენ მთელი რიგი სომატური დაავადებების წარმოშობაში.

ჩვენს მიერ გამოყენებულ იქნა ამ ტესტის შემოკლებული ვარიანტი, რომელიც შეიცავს 71 მტკიცებას, როგორც კლინიკური სიმპტომებს, ასევე თვითშეფასების და სხვა კლინიკურ ასპექტებს. იმის მიხედვით, თუ რა შინაარსი აქვს ამ მტკიცებებს, კლასიფიცირდება შემდეგი სფეროები:



- I- სომატური სფერო;
- II- ფსიქოლოგიური მაჩვენებლები;
- III- ფსიქოპათოლოგიური დარღვევები.

გამოკვლევის შედეგების მათემატიკური დამუშავების შედეგად მიიღება ქულები, რომელთა საშუალო მაჩვენებელი უდრის 50T მაჩვენებლები, რომლებიც მკვეთრად გადახრილია საშუალო მონაცემებისაგან, მიუთითებს პიროვნების მსგავსებას განსაზღვრულ კლინიკურ ჯგუფთან.

MMPI შემოკლებული ვარიანტი შეიცავს 11 ძირითად სკალას (3 საკონტროლო და 8 კლინიკური), რომლებიც საშუალებას იძლევა გაიზომოს შემდეგი ფსიქოპათოლოგიური მოვლენებისა და ტენდენციების გაოხატულობის ხარისხი:

I – იპოქონდრიის სკალა – მოწოდებულია ნევროზული ტიპის იპოქონდრიასთან დაკავშირებული პიროვნული მახასიათებლების შესასწავლად.

II – დეპრესიის სკალა – განსაზღვრავს სუბიექტური დეპრესიის დონეს, შფოთვისაკენ მიდრეკილებას, სტრესზე დეპრესიულ რეაქციებს.

III – ისტერიის სკალა – იკვლევს, თუ რამდენად ავლენს სუბიექტი დემონსტრაციულ ქცევას, კლინიკაში კი – ისტერიულს.

IV – ფსიქოპათიის სკალა – შედგენილია ამორალური და ასოციალური ტენდენციების გამოსავლენად, ფსიქოპათიური ქცევის შესაფასებლად

მეხუთე სკალა ტესტის შემოკლებულ ვარიანტში არ იზომება.

VI – პარანოიის სკალა – ავლენს სენზიტიურობას, ეჭვიანობის, რიგიდულობის დონეს, აგრესიულ რეაქციებს, ეგოისტურ ტენდენციებს, გარშემომყოფთა ქცევაზე დაკვირვებისა და ანალიზისკენ მიდრეკილებას.

VII – ფსიქასტენიის სკალა მიზნად ისახავდა შეესწავლა ფსიქასტენიური სინდრომი.

VIII – შიზოფრენიის სკალა – ზომავს საკვლევი ინდივიდის იმ ინდივიდებთან მსგავსების დონეს, რომელთაც ახასიათებთ უჩვეულო აზროვნება, გარემოს თავისებური აღქმა, დეზორიენტაცია, სოციალურინ განმარტოებულობა, ჩაკეტილობა, დაბნეულობა და სხვ.

IX – ჰიპომანიის სკალა – პიროვნების გარკვეული აფექტური აშლილობის-ჰიპომანიის შესასწავლად არის მოწოდებული.

L- სკალა – ავლენს ცდის პირის მისწრაფებას წარმოადგინოს თავი უკეთ, შელამაზებულად.

F- სკალის მონაცემები ასახავს ამ განსხვავებას. აგრეთვე იგი მიუთითებს კვლევის შედეგების შემთხვევით ან განზრახ დამახინჯებაზე.

K სკალა – კორექციის სკალა.

მიღებული სკალური მაჩვენებლები ქმნის MMPI -ს პროფილს, რომლის ანალიზი წარმოებს როგორც ცალკეული სკალის აბსოლუტური მაჩვენებლის ურთიერთმიმართების საფუძველზე.

MMPI -ს პროფილის განისაზღვრა კომპიუტერის მიერ ფსიქოლოგიური ტესტების ავტომატიზირებული პროგრამის (ვერსია OP 1.7) მეშვეობით.

საბოლოო დიაგნოზი დაისვა ფსიქოლოგ რ. მხეიძის დახმარებით.

### **ფაქტობრივი კვების შეფასება და ანტიათეროგენული დიეტა**

ფაქტობრივი კვების შესაფასებლად შესწავლილ იქნა პაციენტთა ოთხ დღიანი კვების რაციონი გამოკითხვის მეთოდით. გამოთვლილ იქნა დღიურად

მოხმარებული საკვების ენერგეტიკული ღირებულება და მასში საკვები კომპონენტების (ცილების, ცხიმების (ნაჯერი, უჯერი), ნახშირწყლების) პროცენტული განაწილება. მიღებული ოთხივე დღის მონაცემებიდან გამოყვანილ იქნა საშუალო მნიშვნელობა. საკვების კომპონენტების შემცველობის დადგენა და ენერგეტიკული ღირებულების დადგენა მოხდა კომპიუტერული პროგრამა “რაციონის”(ვერსია 2.0) საშუალებით.

პაციენტების სამკურნალოდ გამოყენებულ იქნა ევროპის ათეროსკლეროზის ასოციაციის მიერ მოწოდებული ჰიპოლიპიდემიური დიეტა. რომელიც 2 საფეხურისაგან შედგება. დიეტის I საფეხური გულისხმობს საკვები ცხიმის შემცირებას დღიური რაციონის 30%-ის ქვემოთ. დიეტა მიმართულის ბოჭკოვანი საკვების მაქსიმალური გაზრდისკენ. ცხიმის საერთო რაოდენობიდან ნაჯერი ცხიმი არ უნდა აღემატებოდეს 10%-ს. ნახშირწყლები უნდა შეადენდეს 55%-ს, ხოლო ცილები 15%-20%-ს. დღიურად მოხმარებული საკვების ენერგეტიკული ღირებულება არ უნდა აღემატებოდეს 2000-2500 კკალ-ს.

მიღებული ციფრობრივი მონაცემები დამუშავდა Exell -2003 სტატისტიკური პროგრამების მონაცემთა ბაზაში SPSS -13 პროგრამის სტატისტიკური პაკეტის გამოყენებით. კვლევის ყველა პარამეტრზე ყოველ ჯგუფში გამოითვალა საშუალო მაჩვენებელს M+SD (M-საშუალო SD-სტანდარტული გადახრა). მონაცემთა სარწმუნოების ანალიზისთვის გამოყენებულ იქნა სტიუდენტის t ტესტი ( $p \leq 0,05$ ). ყოველი პარამეტრისათვის კორელაცია ტესტირდებოდა Pearson მეთოდის მიხედვით.

### მიღებული შედეგები და მათი განხილვა

ლიპიდური ცვლის შესწავლისას I და II ჯგუფის მაჩვენებლებს შორის სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება არ გამოვლენილა (ცხრილი №2). თუმცა I და III ჯგუფების შედარებისას სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება აღმოჩნდა სქ ( $P < 0.002$ ), დსლქ ( $P < 0.003$ ), მსლქ ( $P < 0.02$ ), ტრიგლიცერიდების ( $P < 0.05$ ), ათეროგენობის ინდექსს ( $P < 0.005$ ) შორის. მსგავსი სურათი გამოვლინდა II და IV ჯგუფების შედარებისას. ანუ საკონტროლო ჯგუფებთან შედარებით მაღალი იყო ათეროგენული ლიპოპროტეინების დონე და დაბალი მსლქ-ის კონცენტრაციაა. უნდა აღინიშნოს, რომ ორივე საკონტროლო ჯგუფში ლიპიდური სპექტრის მაჩვენებლები ნორმის ზედა ზღვრის ფარგლებშია.

### ცხრილი №2 ლიპიდური სპექტრის მაჩვენებლები დიეტოთერაპიამდე

ჯგუფი	სქ მგ/დლ	მსლქ მგ/დლ	დსლქ მგ/დლ	ტგ მგ/დლ	აი
I M±SD	217.8±28.4	38.5±7.3	145.6±29.8	178.1±63.7	3.9±1.4
II M±SD	211.7±50.1	39.7±6.73	137.7±38	171.5±57.29	3.73±1.2

III M±SD	180.2±31.2	42.4±4.51	110.4±3.19	168.7±30.6	2.6±0.88
IV M±SD	182.9±34.9	41.7±6.64	113.32±32.1	158.8±67.6	2.8±0.9
P(I-II)<	0.05*	0.3	0.004**	0.1	0.06
P(I-III)<	0.002**	0.03*	0.01**	0.08	0.01**
P(II-IV)<	0.01**	0.05*	0.02**	0.06	0.02**

შენიშვნა: სქ-საერთო ქოლესტერინი, ტგ- ტრიგლიცერიდები, მსლ-ქ –მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების ქოლესტერინი, დსლ-ქ –დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების ქოლესტერინი, აი- ათეროგენობის ინდექსი.

რაც შეეხება ანთებით ცილებს (ფიბრინოგენი და C-რეაქტიული ცილა), რომლებიც ითვლება გიდ-ის გამწვავების მარკერად, გიდ ჯგუფებში ეს მონაცემები მაღალი იყო გიდ ჯგუფებში საკონტროლოსთან შედარებით. I და III შედარებისას სარწმუნოდ განსხვავება გამოვლინდა როგორც CRP ( $P<0.05$ ), ასევე ფიბრინოგენის მაჩვენებლებს ( $P<0.01$ ) შორის. II და IV შედარებისასაც იგივე მდგომარეობა გამოვლინდა. თუმცა გიდ ჯგუფების შედარებისას (I და II) ფიბრინოგენი წარმოადგენს ერთადერთ მაჩვენებელს, რომლის მიხედვითაც დევნილი კონტიგენტი განსხვავდება ადგილობრივისგან. ანუ ეს მონაცემი უფრო მაღალი იყო I- გიდ-ის მქონე დევნილ ჯგუფში ( $P<0.04$ ). ფიბრინოგენის მაღალი დონე შეიძლება ავხსნათ მისი კავშირით დეპრესიული სკალის მონაცემებთან. (ცხრილი №3). როგორც I და III, ასევე II და IV –ის შედარებისას სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება გამოვლინდა როგორც სისტოლური, ასევე დიასტოლური წნევის ციფრებს შორის. I და II ჯგუფებში საკონტროლოსთან (III, IV) შედარებით მაღალი იყო როგორც სისტოლური ( $P<0.01$ ) ასევე დიასტოლური ( $P<0.01$ ) წნევის ციფრები. ანუ გიდ ჯგუფებში სარწმუნოდ მაღალია არტერიული წნევის ციფრები საკონტროლო ჯგუფებთან შედარებით. მაგრამ I და II ჯგუფს შორის წნევის ციფრებს შორის სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება არ გამოვლენილა.

ცხრილი №3. ანთებითი მარკერების მონაცემები გამოკვლეულ ჯგუფებში დიეტამდე და დიეტის შემდგომ.

ჯგუფი	CRP დიეტამდე (მგ/ლ)	CRP დიეტის შემდეგ F	P< (CRP)	Fb დიეტამდე (გ/ლ)	Fb დიეტის შემდეგ	P< (Fb)
I M±SD	6.4±1.8	5.9 ±1.4	0.05*	4.45±1.1	4.21±1.3	0.1

<b>II M±SD</b>	6.3±1.9	5.5±1.6	0.005***	3.82±0.54	3.78±0.56	0.04*
<b>III M±SD</b>	5.54±0.9	5.31±0.8	0.6	3.2±0.78	3.1±0.69	0.6
<b>IV M±SD</b>	5.5±1.7	5.1±1.4	0.3	3.2±0.78	3.2±0.75	0.9

**შენიშვნა:** Fb-ფიბრინოგენი, CRP- C-რეაქტიული ცილა

სხეულის მასის ინდექსის (ნორმა 20-25 კგ/მ<sup>2</sup>) და ორგანიზმში ცხიმის შემცველობის (18-24%) მიხედვით ჭარბი წონა აღენიშნება I ჯგუფის 42%-ს (24-30%), II- ჯგუფში 46%-ს, ხოლო სიმსუქნე (ცხიმი > 30%) I ჯგუფში 22.8%-ს, II- ჯგუფში 25.9%-ს.

I და II შედარებისას აღმოჩნდა, რომ სხეულის მასის ინდექსით ისინი სარწმუნოდ არ განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისაგან. მაგრამ ბიოელექტრული იმპედანსის მეთოდის გამოყენებისას, რომლის საშუალებითაც დგინდება ორგანიზმში ცხიმის პროცენტული და რაოდენობრივი შემცველობა, აღმოჩნდა, რომ ადგილობრივ მოსახლეობას აღენიშნება ორგანიზმის ცხიმის მაღალი პროცენტული შემცველობა, რაც ამ მეთოდის გამოყენების უპირატესობაზე მეტყველებს. გამოვლინდა, რომ II ჯგუფში სარწმუნოდ მაღალია ორგანიზმში ცხიმის შემცველობა I-თან შედარებით ( $P<0.01$ ), ასევე II-ში IV –სთან შედარებით ( $P<0.04$ ) და I-ში III-სთან შედარებით ( $P<0.01$ ). რაც სიმსუქნის მნიშვნელობაზე მეტყველებს გიდ განვითარებაში.

როგორც ცნობილია სიმსუქნე მიჩნეულია გიდ-ის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს რისკ ფაქტორად, ეჭვი აღარაა იმის შესახებ რომ მას განსაკუთრებული როლი აკისრია გიდ-ის განვითარებაში, რაც ნათლად აისახა ჩვენს გამოკვლევაშიც. G გიდ-ის ჯგუფებში მნიშვნელოვნად მეტი იყო მსუქანი პირების რიცხვი. აგრეთვე ამ ჯგუფებში საკონტროლოსთან შედარებით მაღალი აღმოჩნდა სხეულის ცხიმის პროცენტული შემცველობა.

რაც შეეხება კორელაციური კავშირების არსებობას, გამოვლინდა, რომ სქ-სა და მსლქ-შორის პოზიტიური კავშირი არსებობს საკონტროლო ორივე ჯგუფში და II ჯგუფში (II-  $r=0.64$  ;  $Pp<0.01$ ; III-  $r= 0.48$  ;  $P<0.01$ , IV-  $r= 0.69$  ;  $P<0.01$ ) ეს კავშირი არ გამოვლინდა დენილი მოსახლეობის გიდ-ის მქონე I- ჯგუფში, რაც ამ კონტიგენტში საკომპენსაციო მექანიზმების ნაკლებობაზე მეტყველებს. როგორც ცნობილია დსლქ-ის მაღალი კონცენტრაცია განაპირობებს გიდ-ის შემთხვევებს, ხოლო მსლქ-ის მაღალ დონეს გააჩნია პროტექტორული თვისებები.

I- ჯგუფში კავშირი აღმოჩნდა C-რეაქტიული ცილის მონაცემებსა და სისტოლური ( $r=0.37$ ) და დიასტოლური( $r=0.48$ )წნევის ციფრებს შორის, აგრეთვე C-რეაქტიული ცილასა და ორგანიზმში ცხიმის შემცველობას შორის. მსგავსი კორელაციური კავშირები სხვა ჯგუფებში იქნა გამოვლენილი.

II- ჯგუფში კი კორელაციები გამოვლინდა სქ ( $r=0.44$ ), ტრიგლიცერიდების ( $r=0.47$ ) დონეებსა და ორგანიზმში ცხიმის შემცველობას და აგრეთვე სხეულის მასის ინდექსს ( $r=0.43$ ) შორის.

ათეროსკლეროზის პროცესი იწყება ლიპოპროტეინების, კერძოდ დსლქ-ის ტრანსპორტირებით სისხლძარღვის კედელში. სისხლძარღვის კედელში დსლქ-ის მოხვედრა პირდაპირპროპორციულია სისხლში მოცირკულირე ლიპოპროტეინების რაოდენობის (Schwenke and Carew 1989). დსლქ-ის სისხლძარღვში მოხვედრას წინ

უსწრებს მისი მოდიფიკაცია, ანუ სუპეროქსიდაციის პროცესი, რომელიც იწყება დსლქ-ის ნაწილაკებიდან (Witztum and Steinberg 1991). ბოლო პერიოდში ნათელი გახდა, რომ სწორედ დსლქ-ის ოქსიდაცია თამაშობს მნიშვნელოვან როლს ათეროსკლეროზის პათოფიზიოლოგიაში. ერთ-ერთი პირველი საფეხური დსლქ-ის ოქსიდაციის დაწყების, არის ცხიმოვანი მჟავების პეროქსიდაცია. აქედან გამომდინარე შესაძლოა დავასკვნად, რომ ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავების შემცირება აქვეითებს დსლქ-ის ოქსიდაციას და შესაბამისად გიდ-ის რისკს.

როგორც ცნობილია, ათეროსკლეროზი და მისი კლინიკური გამოვლინება გიდ მჭიდრო კავშირშია დისლიპოპროტეინემიის არსებობასთან, რაც მთელ რიგ შემთხვევებში დაკავშირებულია კვების ხასიათთან და თავისებურებებთან, რაც მრავალი კვლევითაც დადასტურდა, ამიტომ მიზნად დავისახეთ შეგვესწავლა ფაქტობრივი კვება, რისთვისაც გამოვითვალეთ თითოეული პაციენტის დღიურად მიღებული საკვების ენერგეტიკული ღირებულება(კკალ) და მასში მაკრონუტრიენტების (ცილების, ცხიმების (ნაჯერი, უჯერი) და ნახშირწყლების) პროცენტული განაწილება (იხ.სურ №5). აღმოჩნდა, რომ I და II ჯგუფები გამოყენებული საკვების (კკალ) საშუალო მაჩვენებლების მიხედვით მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისგან ( $P<0.05$ ), ანუ საკვების ჭარბი მოხმარება აღინიშნა II ჯგუფში ( $3055\pm640$ კკალ) I-თან ( $2663\pm481$ კკალ) შედარებით.

II აღნიშნებოდა ნახშირწყლების და ნაჯერი ცხიმების ჭარბი მოხმარება, რაც დაკავშირებული იყო ქოლესტერინის კონცენტრაციის და ათეროგენობის ინდექსის ზრდასთან. II ჯგუფში აღინიშნა მაღალკალორიული კვება, განსაკუთრებით ნაჯერი ცხიმით, მისი პროცენტული შემცველობა შეადგენდა დღიური რაციონის 34%-ს, აქედან ნაჯერ ცხიმზე მოდიოდა 14.9%. ხოლო დევნილი მოსახლეობის გიდ-ის მქონე ჯგუფში 28%-ს, ნაჯერი ცხიმი შეადგენდა 11%-ს. ნაჯერი ცხიმის და ნახშირწყლების გამოყენება პირდაპირ კავშირშია ორგანიზმში ცხიმის პროცენტულ შემცველობასთან, რაზეც ჩვენს მიერ მიღებული შედეგებიც ნათლად მეტყველებს.

ცხრილი №4 ლიპიდური სპექტრის მონაცემები დიეტოთერაპიის შემდეგ

ჯგუფი	სქ მგ/დლ	P<	Mმსლქ მგ/დლ	P<	დსლქ მგ/დლ	P<	ტგ მგ/დლ	P<	Aაი	P<
I M±SD	202.6±2 9.3	0.1	39.5±7.3	0.3	132.6±2 5.8	0.08	166.1±5 8.4	0.1	3.6±1. 4	0.07
II M±SD	178.4±5 3.1	0.02**	42.4±6.7 3	0.1	118.7±4 1	0.01**	152.4±5 7.29	0.06	2.8±1. 1	0.01**
III M±SD	162.6±3 2.8	0.06	43.4±4.2 1	0.2	98.4±22. 19	0.05*	156.7±3 0.6	0.08	2.2±0. 88	0.06
IV M±SD	164.9±3 3.9	0.04*	39.7±5.3 4	0.3	101.32± 34.2	0.06	136.8±5 8.6	0.07	2.4±0. 7	0.04*

შენიშვნა: სქ-საერთო ქოლესტერინი, ტგ- ტრიგლიცერიდები, მსლქ-ქ –მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების ქოლესტერინი,დსლქ-ქ –დაბალი სიმკვრივის

ლიპოპროტეიდების ქოლესტერინი, აი- ათეროგენობის ინდექსი. P P-სარწმუნოების კოეფიციენტი დიეტამდე და დიეტის შემდგომ მონაცემებს შორის.

I- ჯგუფში სარწმუნოდ დაბალია დღიურ რაციონში ცხიმების (P<0.005), ცილების (P<0.004) და მაღალია ნახშირყლების (P<0.001), შემცველობა II- ჯგუფთან შედარებით. ე.ი. გიდ-ის მქონე დევნილი მამაკაცების დღიურ რაციონში ჭარბობს ნახშირყლები, ცილებთან და ცხიმებთან შედარებით. II-ჯგუფში კი ჭარბობდა ცხიმები, განსაკუთრებით ნაჯერი ცხიმი(დიაგრამა№1).

III- ჯგუფში IV-სთან შედარებითაც მაღალია ნახშირყლოვანი საკვების მოხმარება.

საკვები ცხიმის ჭარბი გამოყენებისას ადგილი აქვს პოსტპრანდიალურ ჰიპერტიგლიცერიდემიას. იზრდება ათეროგენული ქილომიკრონების რემნანტების კონცენტრაცია ე.ი. შეიძლება დავასკვნათ, რომ ცხიმიანი საკვები, უცხიმოსთან შედარებით იწვევს ტრიგლიცერიდების მკვეთრ მომატებას. პოსტპრანდიალურ ტრიგლიცერიდებით მდიდარ ნაწილაკებს და რემნანტებს გააჩნიათ უფრო მკვეთრი ათეროგენული თვისებები, ვიდრე ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ნაწილაკებს.

II-ჯგუფში გამოვლინდა დადებითი კორელაციის არსებობა დღიურად მიღებულ საკვების რაოდენობასა და სქ (r=0.43) შორის, აგრეთვე სქ-სა საერთო(r=0.53), დსლქ (r=0.44) და ნაჯერ(r=0.51) ცხიმს შორის.. საინტერესოა აგრეთვე პოზიტიური კავშირები დღიურად მიღებულ ცხიმსა და ორგანიზმში ცხიმის შემცველობას შორის (P<0.01; II- ჯგუფი: r= 0.68 ; P<0.01; III- ჯგუფი: r= 0.48 ; P<0.01, IV- ჯგუფი: r= 0.39 ; P<0.01). გარდა I-ჯგუფისა, ყველგან იქნა ნანახი დადებითი კავშირის არსებობა საკვებით მიღებულ ცხიმსა და ორგანიზმში დეპონირებულ ცხიმის რაოდენობას შორის. I-ჯგუფში კი საკვებით მიღებულ ნახშირყლებისა და ორგანიზმის ცხიმის შემცველობას შორის გამოვლინდა ურთიერთკავშირი( r= 0.52), მაგრამ ეს კავშირი დანარჩენ ჯგუფებშიც არსებობს.

ყურადღებას იპყრობს დადებითი კორელაციური კავშირის არსებობა მსლქ-სა და უჯერი ცხიმის მოხმარებას შორის ოთხივე ჯგუფში, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ უჯერ ცხიმს გააჩნია პროტექტორული თვისებები.

**ცხრილი №5 საერთო კალორაჟის და კვებითი კომპონენტების საშუალო რაოდენობრივი მაჩვენებლები(%) გამოკვლეულ ჯგუფებში.**

ჯგუფი	კკალ	ნახშირწყ(%)	ცილები(%)	ცხიმი(%)	ნაჯერი(%)	უჯერი(%)
I M±SD	2663±481	62.3±6.68	11.2±3.6	26.5±5.3	11±2.9	15.5±3.2
II M±SD	3055±640	50.3±4.6	18±2.6	31±4.7	13.9±3.8	17.4±3.8
III M±SD	2445±414	58.3±6.7	15.7±3.2	26.5±5.7	10.6±4.2	15.6±4.8
IV M±SD	2614±607	51.3±2.2	19.57±1.6	28.6±1.3	12.7±3.6	15.9±8.9
P(I-II) <	0.03**	0.001***	0.04**	0.01**	0.03**	0.08

P(I-III) <	0.7	0.3	0.5	0.05*	0.04*	0.4
P(II-IV) <	0.02**	0.06	0.1	0.04*	0.03**	0.01**

კვების კავშირი ათეროგენულ ეფექტებთან შეიძლება აიხსნას იმით, რომ ნაჯერი ცხიმის და ნახშირწყლების ჭარბი მოხმარება იწვევს ანთებითი პროცესის განვითარებას უჯრედულ და მოლეკულურ დონეზე. მაღალ კალორიული კვება დაკავშირებულია როგორც ოქსიდაციურ სტრესთან, აგრეთვე ანთებითი პროცესის განვითარებასთან. ალიმენტური სიმსუქნე, რომელიც გამოწვეულია ქრონიკულად მაღალკალორიული საკვების მოხმარებით, ხასიათდება როგორც ოქსიდაციური სტრესის, აგრეთვე ანთებითი პროცესის განვითარებით. ამიტომ სიმსუქნე წარმოადგენს ათეროსკლეროზის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს რისკ-ფაქტორს.

სწორედ ამ პროცესებით აიხსნება ის, რომ ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევაში, გიდ-ის II ჯგუფში გამოვლინდა კავშირები C- რეაქტიული ცილის მაჩვენებლებსა და საკვები ნახშირწყლების და ცხიმების (ნაჯერი) მოხმარებას შორის. ეს შეიძლება დაკავშირებული იყოს მაკრონუტრიენტების პროანთებით ეფექტებთან.

ფსიქოლოგიურ პრიფილს ანალიზისას, I- ჯგუფის მონაცემთა შესწავლისას გამოვლინდა, რომ ამ ჯგუფში ნორმაზე მაღალი იყო იპოქონდრიის და დეპრესიის სკალის (I-72.1T, II- 74.6T) საშუალო მაჩვენებლები (I და II სკალის მაჩვენებლები >70T), ხოლო ისტერიის სკალის საშუალო მაჩვენებლები (64.6 T) უახლოვდებოდა ნორმის ზედა ზღვარს. პირველი სამი სკალა(იპოქონდრია, დეპრესია, ისტერია) ცნობილია ნევროტული ტრიადის სახელწოდებით. ვინაიდან MMPI-ის პროფილზე აღინიშნებოდა პიკი პირველ სამ სკალაზე ნევროტული მდგომარეობის არსებობის მაჩვენებელია და აღინიშნებოდა I ჯგუფის 46.9%-ში. Pიმ პირებს, რომლებსაც აქვთ პიკი პირველ სამ სკალაზე მიეკუთნებიან ნევროტულ ტიპებს. ამავე ჯგუფში გამოვლინდა ჰიპომანიის სკალის მონაცემთა დაქვეითების ტენდენცია. და ფსიქოტური ტეტრადის განსაკუთრებით 7 და 6 სკალის მონაცემთა ზრდის ტენდენციები, ერთეულ შემთხვევებში /(9%-ში), რამაც საშუალო მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ გამოიწვია. I- ჯგუფში გამოვლინდა აგრეთვე IX- ჰიპომანიის სკალის მაჩვენებელთა დაქვეითების ტენდენცია (42.3 T) სხვა ჯგუფებთან შედარებით.

II ჯგუფში I –თან შედარებით დაბალია ნევროტული ტრიადის საშუალო მაჩვენებლები (P<0.05) და მიღებული სკალური მონაცემები ნორმის ფარგლებშია (I- 65.6 T, II-64.1 T, III-60.4 T), მაგრამ უახლოვდება მის ზედა ზღვარს. აქაც აღინიშნება ნევროტული ტრიადის ნორმაზე მაღალი ქულები სხვა სკალებთან შედარებით, II ჯგუფში ნევროტული ტიპები შეადგენდნენ 29.4%-ს.(გრაფიკი .<sup>11</sup>)

საკონტროლო III და IV ჯგუფებში, ძირითად ჯგუფებთან შედარებით დაბალია განსაკუთრებით იპოქონდრიის, დეპრესიის და ისტერიის სკალის მაჩვენებლები (P<0.01, P<0.005, P<0.06 ) რაც მასალის სტატისტიკური ანალიზისას გამოვლინდა (გრაფიკი .№2, №3).

ნევროტული ტიპები შეადგენდგენდნენ III-ჯგუფის 14.6%-ს, ხოლო IV-ჯგუფის 8.9%-ს.

საკონტროლო ჯგუფების შედარებისას გამოვლინდა, რომ დევნილ მოსახლეობაში აღინიშნებოდა ნევროტული ტრიადის შედარებით მაღალი ციფრები,

ადგილობრივ მოსახლეობასთან შედარებით, თუმცა ამ სკალების საშუალო მონაცემები არ სცილდება ნორმის საზღვრებს.

იპოქონდრიის სკალაზე მაღალი მაჩვენებლების მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ იმაზე, რომ გიდ-ით დაავადებულ დევნილ მოსახლეობაში ჯანმრთელობის მდგომარეობა გამოხატული შფოთვის წყაროა. მათთვის დამახასიათებელია საკუთარი სხეულის ფუნქციებზე ზედმეტი ყურადღების მიპყრობა, წუხილი, ჭარბი სომატური ჩივილები. ეს ამცირებს ზოგად აქტიურობასა და ინტერპერსონალური ურთიერთობების დონეს. ავადმყოფები ფიქსირდებიან თავის ფიზიკურ მდგომარეობაზე, სკეპტიკურად არიან განწყობილნი მკურნალობის პროცესისადმი, ახასიათებთ რიგიდულობა, აფექტური განცდების მდგრადობა, პესიმიზმი, გაღიზიანებადობა, ეგოისტური ტენდენციები, დამაბულობა; აღსანიშნავია დახმარებისა და თანაგრძნობის მიღების მკვეთრად გამოხატული მოთხოვნა.

I ჯგუფში წამყვანია დეპრესიის სკალა (74.6 T) პაციენტთა დიდ ნაწილს აღენიშნება დეპრესიული მდგომარეობა. აქედან გამომდინარე შეიძლება ვიმსჯელოთ, რომ გიდ-ის მქონე სტრესულ მოსახლეობას აღენიშნება ემოციური აგზნებადობა, შფოთვის მაღალი დონე, შინაგანი დამაბულობა, დაქვეითებული თვითშეფასება, პერსპექტივის პესიმისტური შეფასება, საკუთარ თავში ჩაკეცვა, დაბნეულობა, დანაშაულის განცდა, აუტოაგრესია.

დევნილ გიდ-ის მქონე მამკაცებში დეპრესიულობა შესაძლოა აიხსნას იმ მძიმე სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობით, რომელშიც ისინი იმყოფებიან. აგრეთვე აღსანიშნავია იმ მძიმე და ძლიერის სტრესის მოქმედება, რაც მათ განიცადეს ომის პერიოდში და მის შემდგომ. დეპრესიის მაღალი მაჩვენებლებს ამ ჯგუფში საკონტროლოსთან შედარებით განპირობებულია აგრეთვე გიდ-ის არსებობით.

ცნობილია, რომ დეპრესია ერთვება გიდ-ის განვითარებაში სულ მცირე სამი მექანიზმით. I- დეპრესიული მდგომარეობა ხასიათდება კორტიზოლის ჭარბი სეკრეციით, რაც კორტიკოტროპინ რილიზინ ფაქტორის და ადრენოკორტიკოტროპული ჰორმონის გამოყოფის შედეგს წარმოადგენს. დეპრესიულ პაციენტებში ცერებრო-სპინალურ სითხეში აღინიშნება კორტიკოტროპინ რილიზინ ფაქტორის კონცენტრაციის მატება. კორტიზოლის ჭარბ სეკრეციას გააჩნია დამაზიანებელი მოქმედება სისხლძარღვებზე. II- დეპრესია იწვევს მნიშვნელოვან ცვლილებებს თრომბოციტების ფუნქციაში. რაც გულისხმობს თრომბოციტების გააქტივებას და მათ მიერ თრომბოციტულ ფაქტორ-4-ის და b-თრომბოგლობულინის გამოყოფას, რითაც გაიზრდება თრომბოზების რისკი. ჰიპერკორტიზოლემიის და თრომბოციტების აქტივობის კომბინაცია განაპირობებს დეპრესიის პროათეროგენულ ეფექტებს. III- დეპრესია გავლენას ახდენს ქცევაზე-მწვევლობა, ალკოჰოლის მოხმარება და სხვ.

ნევროტული ტრიადის მაღალი მაჩვენებლების დევნილ გიდ-ის მქონე მოსახლეობაში ადგილობრივთან შედარებით აშკარად ასახავს იმ ძლიერი ფსიქოსოციალური სტრესის გავლენას ამ პოპულაციაზე.

I-ჯგუფში IX-ჰიპომანიის სკალის მაჩვენებლების დაქვეითება მიუთითებს ნევროტულ მდგომარეობაზე. ამ სკალის ქულების დაქვეითება აღინიშნება სომატოგენური და აგრეთვე ფსიქოგენური დეპრესიების დროს.

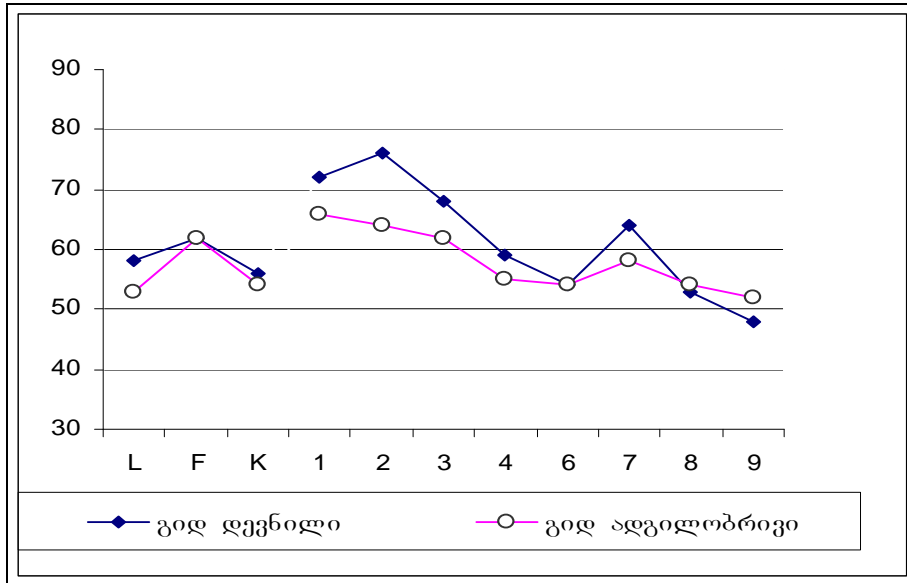
აღსანიშნავია დადებითი კავშირის არსებობა ასაკსა და ნევროტული ტრიადის მაჩვენებლებს შორის I- ჯგუფში ( $r=0.46$ ,  $r=0.47$ ,  $r=0.39$ ), რაც იმაზე მიუთითებს, რომ



ასაკის მატებასთან ერთად გიდ-ის მქონე დევნილ მოსახლეობაში უფრო მძიმეა ფსიქოლოგიური პროფილი და დროულ კორექციას საჭიროებს.

გრაფიკა №1

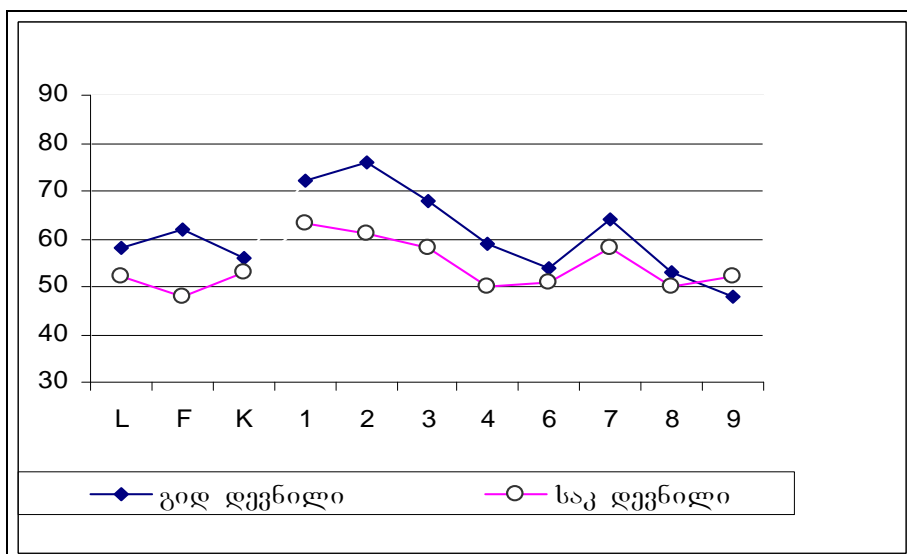
MMPI-ის სკალური მაჩვენებლები დევნილ და ადგილობრივ გიდ-ის მქონე (I და II) ჯგუფებში



შენიშვნა: 1 -იპოქონდრიის, 2-დეპრესიის, 3- ისტერიის, 4-ფსიქოპათიის, 6-პარანოიის, 7-ფსიქსთენიის, 8-შიზოფრენიის, 9- ჰიპომანიის სკალები. საკონტოლო L-სიცრუის, F-სარწმუნოების, K-კორექციის სკალები.

გრაფიკა №2

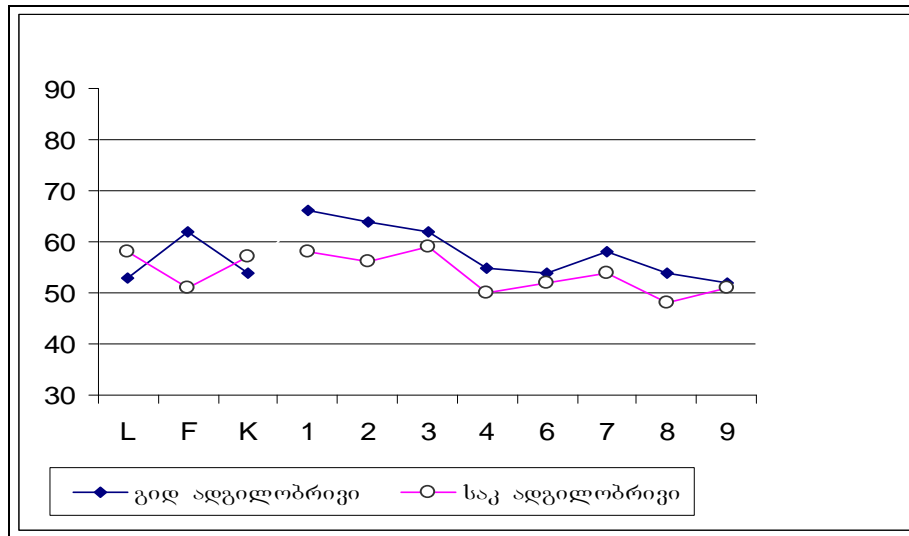
MMPI-ის სკალური მაჩვენებლები დევნილი მოსახლეობის (I და III) ჯგუფებში



შენიშვნა: 1 -იპოქონდრიის, 2-დეპრესიის, 3- ისტერიის, 4-ფსიქოპათიის, 6- პარანოიის, 7-ფსიქსთენიის, 8-შიზოფრენიის, 9- ჰიპომანიის სკალები. საკონტოლო L -სიცრულის, F-სარწმუნოების, K-კორექციის სკალები.

### გრაფიკა №3

MMPI-ის სკალური მაჩვენებლები ადგილობრივი მოსახლეობის (II და IV) ჯგუფებში



შენიშვნა: 1 -იპოქონდრიის, 2-დეპრესიის, 3- ისტერიის, 4-ფსიქოპათიის, 6- პარანოიის, 7-ფსიქსთენიის, 8-შიზოფრენიის, 9- ჰიპომანიის სკალები. საკონტოლო L -სიცრულის, F-სარწმუნოების, K-კორექციის სკალები.

გიდ-ის მქონე მამაკაცებში ფსიქიკურ სტატუსსა და ლიპიდური ცვლის მონაცემებს შორის კორელაციურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ MMPI-ის მიხედვით იპოქონდრიის სკალური მაჩვენებელი კორელაციაშია საერთო ქოლესტერინთან(I- ჯგუფი:  $r= 0.33$  ;  $P<0.01$  ) ეს კავშირი დანარჩენ ჯგუფებში არ გამოვლინდა. იპოქონდრიის სკალურ მაჩვენებელთან კორელაციაში იმყოფება ფიბრინოგენის მაჩვენებელი(III- ჯგუფი:  $r= 0.33$  ;  $P<0.01$  ).

გამოვლინდა აგრეთვე პოზიტიური კავშირები MMPI-ის მიხედვით დეპრესიის სკალურ მაჩვენებლებსა და საერთო ქოლესტერინს (I- ჯგუფი:  $r= 0.38$ ;  $P<0.01$  ), დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის(I- ჯგუფი:  $r= 0.43$  ;  $P<0.01$ ; II- ჯგუფი:  $r= 0.40$  ;  $P<0.01$ ; III- ჯგუფი:  $r= 0.33$  ;  $P<0.01$ ) ათეროგენობის ინდექსს (I- ჯგუფი:  $r= 0.43$  ;  $P<0.01$ ; II- ჯგუფი:  $r= 0.48$  ;  $P<0.01$ ; III- ჯგუფი:  $r= 0.36$  ;  $P<0.01$ ) და ფიბრინოგენს (I- ჯგუფი:  $r= 0.36$  ;  $P<0.01$ ; III- ჯგუფი:  $r= 0.46$  ;  $P<0.01$ ) შორის.

ისტერიის სკალის მონაცემებიც კორელაციაში იმყოფება საერთო ქოლესტერინის(I- ჯგუფი:  $r= 0.34$  ;  $P<0.01$  ), დსლქ-ის(I- ჯგუფი:  $r= 0.34$  ;  $P<0.01$ ; II- ჯგუფი:  $r= 0.38$  ;  $P<0.01$ ; III- ჯგუფი:  $r= 0.40$   $P<0.01$ ), ათეროგენობის ინდექსის(I-

ჯგუფი:  $r = 0.36$  ;  $P < 0.01$ ; II- ჯგუფი:  $r = 0.39$  ;  $P < 0.01$ ; III- ჯგუფი:  $r = 0.36$  ;  $P < 0.01$ ) და ფიბრინოგენის მაჩვენებელთან (I- ჯგუფი:  $r = 0.36$  ;  $P < 0.01$ ; III- ჯგუფი:  $r = 0.46$  ;  $P < 0.01$ ).

ვინაიდან ჩვენს კვლევაში გამოვლინდა ნევროტული სკალების მაჩვენებლების კავშირი ორგანიზმში ლიპიდური ცვლის და ანთებით მარკერებთან, ეს იმის საშუალებას გვაძლევს დავასკვნად, რომ ფსიქოლოგიური დარღვევები, კერძოდ ნევროტული მდგომარეობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს დაავადების წარმოშობაში. იწვევენ რა ფსიქოსომატურ დარღვევებს.

თუ როგორ იწვევს დეპრესიული მდგომარეობა ლიპიდურ სპექტრზე გავლენას ბოლომდე დადგენილი არაა. მაგრამ ეს შეიძლება აიხსნას კორტიზოლის მოქმედებით. ნევროტული მდგომარეობა დაკავშირებულია შინაგან სტრესულ რეაქციებთან, რაც იწვევს სისხლში კორტიზოლის, კატექოლამინების და ცხიმოვანი მჟავების კონცენტრაციის ზრდას, რაც, თავის მხრივ, გავლენას ახდენს ლიპიდურ მეტაბოლიზმზე.

გამოვლინდა დადებითი კორელაციის არსებობა არტერიული წნევის ციფრებსა ციფრებსა და დეპრესიის და ისტერიის სკალურ მაჩვენებელთან (I- ჯგუფი:  $r = 0.36$  ;  $P < 0.01$ ; II- ჯგუფი:  $r = 0.39$  ;  $P < 0.01$  III- ჯგუფი:  $r = 0.40$ ) . საკონტროლო ჯგუფში ამ კავშირის არსებობა მიუთითებს, ნევროტულ ტიპებში არტერიული ჰიპერტენზიის განვითარების რისკზე.

დეენილი და ადგილობრივი მოსახლეობის მოსახლეობის ლიპიდურ სპექტრში ცვლილებების არარსებობა შეიძლება ავხსნად სხვადასხვა მიზეზებით. რადგან იპოქონდრიის, დეპრესიის და ისტერიის(ნევროტული ტრიადა) სკალური მაჩვენებლები დაკავშირებულია ათეროგენული ლიპოპროტეინების და ათეროგენობის ინდექსის მაჩვენებლებთან და ნევროტული ტიპები შეადგენს დეენილი მამაკაცების ჯგუფის 47%-ს, შესაძლოა გვევარაუდა, რომ ამ ჯგუფში ლიპიდური სპექტრის მაჩვენებლები უფრო მაღალი იქნებოდა, მაგრამ ჩვენი ვარაუდი არ გამართლდა. მაგრამ ფაქტობრივი კვების შესწავლისას აღმოჩნდა, რომ ადგილობრივ ჯგუფში მნიშვნელოვნად მაღალი იყო დღიურად მოხმარებული საკვების ენერგეტიკული ღირებულება(კკალ) დეენილი მოსახლეობის ჯგუფთან შედარებით. ამ ჯგუფში აგრეთვე ჭარბობდა დღიურ რაციონში საერთო და ნაჯერი ცხიმის პროცენტული შემცველობა, რაც აისახა კიდეც ორგანიზმის ცხიმის შემცველობაზე. აქედან გამომდინარე შეიძლება დავასკვნად, რომ დეენილ მოსახლეობაში დისლიპიდემიის განვითარება უმეტესწილად დაკავშირებულია ფსიქოლოგიურ თავისებურებებთან, შინაგან შფოთვისა და დამაბულობასთან, ხოლო ადგილობრივ მოსახლეობაში დისლიპიდემია განპირობებულია კვების ხასიათით, ნაჯერი ცხიმის ჭარბი მოხმარებით, რაც დადასტურდა დადებითი კორელაციური კავშირების არსებობით დღიური საერთო კალორაჟს, ნაჯერი ცხიმსა და ათეროგენულ ლიპოპროტეინების შორის.

მას შემდეგ რაც გამოვლინდა კავშირის არსებობა სისხლში ქოლესტერინის დონესა და გულის შეტევების სიხშირეს შორის, განუწყვეტელი განხილვის და შესწავლის საგანი გახდა იდეალური დიეტის შემუშავება, რომელიც შეამცირებდა ინფარქტის და ინსულტის განვითარების რისკს.

ორ თვიანი ანტიათეროგენული დიეტის შემდგომ, რომელიც ითვალისწინებდა საკვები ცხიმის შეზღუდვას 25%-მდე(ნაჯერი ცხიმი<10%-ზე), გამოვლინდა, რომ I- ჯგუფში არ იქნა ნანახი მნიშვნელოვანი ცვლილებები ლიპიდური ცვლის მონაცემებში, სქ-ის, დსლქ-ის სარწმუნო განსხვავება არ აღინიშნა პირვანდელ

მონაცემებთან შედარებით, უმნიშვნელოდ დაქვეითდა ათეროგენობის ინდექსის მაჩვენებელი(ცხრილი №4).

I ჯგუფში სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება ვერ მივიღეთ C-რეაქტიული ცილის და ფიბრინოგენის დონეებში პირვანდელ და დიეტის შემდგომ მონაცემებს შორის.

რაც შეეხება II ჯგუფს აღმოჩნდა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება სქ-ს ( $P<0.01$ ), დსლქ ( $P<0.03$ ), ათეროგენობის ინდექსის დიეტამდე და დიეტისშემდგომ მონაცემებს შორის ( $P<0.02$ ) I-ჯგუფისგან განსხვავებით. რაც იმაზე მიუთითებს, რომ სწორად შერჩეულ დიეტოთერაპიას შეუძლია დისლიპიდემიის განვითარების და გიდ-ის რისკის შემცირება.

აღსანიშნავია, რომ ამ ჯგუფში დიეტოთერაპიის შემდეგ მნიშვნელოვნად დაქვეითდა C-რეაქტიული ცილის ( $P<0.005$ ) და ფიბრინოგენის მაჩვენებლები ( $P<0.01$ ).

II ჯგუფში გამოვლინდა ტრიგლიცერიდების მონაცემთა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება( $P<0.01$ ) დიეტამდე და დიეტოთერაპიის შემდგომ, კერძოდ აღინიშნა ტრიგლიცერიდების სარწმუნო კლება.

სხეულის მასის ინდექსს არცერთ ჯგუფში მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ განუცდია, სამაგიეროდ შემცირდა ორგანიზმში ცხიმის შემცველობა. I- ჯგუფში 1.9%-ით, II- 3.4%-ით, III-2%-ით, IV- 2.4%-ით. სტატისტიკურად სარწმუნოდ დაქვეითდა II ჯგუფში ცხიმის პროცენტული შემცველობა( $P<0.02$ )

რაც შეეხება საკონტროლო ჯგუფებს უმნიშვნელოდ დაქვეითდა სქ-ის, დსლქ-ის, ათეროგენობის ინდექსის მაჩვენებელი, მაგრამ მათ შორის სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება არ დაფიქსირდა.

ჩვენს კვლევაში დიეტის შემდგომ, წონაში კლების და ორგანიზმში ცხიმის რაოდენობის შემცირების შედეგად სარწმუნოდ დაქვეითდა C- რეაქტიული ცილის და ფიბრინოგენის მაჩვენებლები დიეტოთერაპიის შემდეგ ცხიმის შემცირებასთან ერთად.

ლიტერატურიდან ცნობილია, რომ სიმსუქნე დაკავშირებულია ლიპიდური პეროქსიდაციის მნიშვნელოვან ზრდასთან და ცილების და ამინომჟავების ოქსიდაციურ დაზიანებასთან. ცნობილია, რომ საკვების რაოდენობის შემცირება ოთხი კვირის განმავლობაში, განაპირობებს ოქსიდაციური სტრესის მნიშვნელოვან დაქვეითებას, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ საკვების მიღება სიმსუქნეზე მეტად არის ოქსიდაციური სტრესის მნიშვნელოვანი დეტერმინანტი. წონაში კლებისას საგრძნობლად მცირდება ანთებითი პროცესის ინტენსივობა, რაც გამოწვეულია პროანთებითი ციტოკინების, კერძოდ TNF-a დაქვეითებით.

I ჯგუფში C- რეაქტიული ცილის და ფიბრინოგენის მონაცემები მნიშვნელოვნად არ დაქვეითებულა, რაც შეიძლება განპირობებულია ამ ჯგუფში ნევროტული ტრიადის მაღალი მაჩვენებლების არსებობით. ნევროტული ტიპის პაციენტებს აღენიშნებათ შინაგანი შფოთვის და დაძაბულობის მაღალი დონე. ისინი მიდრეკილნი არიან სტრესული რეაქციისადმი. ხოლო ბოლო პერიოდში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ სტრესულ რეაქციებს თან სდევს ანთებითი მარკერების გამოყოფა და ქრონიკული ანთებითი პროცესის განვითარება. ამ მოვლენით შესაძლოა აიხსნას დიეტოთერაპიის ნაკლები ეფექტურობა ასეთ სტრესულ კონტიგენტში.

დსლქ მიჩნეულია ყველაზე ათეროგენულ ლიპოპროტეინად, მაგრამ არ არსებობს ფორმულა, რომელიც ზუსტად განსაზღვრავდა საკვები ქოლესტერინის, ცხიმოვანი მჟავების პირდაპირ გავლენას დსლქ-ის კონცენტრაციაზე, თუმცა ვარაუდობენ, რომ დსლქ-ის ცვლილებები მჭიდროდაა დაკავშირებული სქ-ის მაჩვენებლების ცვლილებებთან.

დიეტის გავლენა მსლქ-ის კონცენტრაციაზე კვლავ საკამათოა და ბოლომდე დადგენილი არაა. ცნობილია, რომ დიეტა მდიდარი ცხიმოვანი მჟავებით ზრდის მსლქ-ის კონცენტრაციას, მაგრამ ამ ცვლილებების გავლენა გიდ-ის რისკზე უცნობია. ხოლო ნახშირწყლებით მდიდარი დიეტა კი პირიქით ამცირებს მსლქ-ის კონცენტრაციას და ამ ცვლილებების გავლენაც უცნობია გიდ-ის რისკზე.

დიეტის მოქმედების შესახებ ტრიგლიცერიდების დონეებზე არსებობს აზრთა სხვადასხვაობა. საკვებში ცხიმის მაღალი შემცველობა ამცირებს ტრიგლიცერიდების კონცენტრაციას, თუმცა ნახშირწყლების ჭარბი მოხმარება არ ცვლის, ან ამცირებს ტრიგლიცერიდების მაჩვენებლებს.

ზოგიერთი ავტორის აზრით საკვებ რაციონში ცხიმის რაოდენობის შემცირება 25%-ზე ქვემოთ ზრდის ტრიგლიცერიდების დონეებს და აქვეითებს მსლქ-ის კონცენტრაციას.

მართალია ჩვენს მიერ დანიშნულ დიეტაში, რეკომენდირებული იყო ცხიმის შეზღუდვა ნახშირწყლების მომატების ხარჯზე, არ იქნა გამოვლენილი არცერთ ჯგუფში მსლქ-ის დაქვეითების და ტრიგლიცერიდების მატების ტენდენცია. პირიქით, აღინიშნა ტრიგლიცერიდების მნიშვნელოვანი დაქვეითება ჯგუფებში. ხოლო მსლქ-ს მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ განუცდია, თუმცა ერთეულ შემთხვევებში გამოვლინდა მისი მატება. რაც შესაძლოა იმით ავხსნათ, რომ ცხიმის შემცირება მოვახდინეთ თანდათანობით, პაციენტებისთვის არ მოგვითხოვია მისი შემცირება მკვეთრად, 25%-ზე ქვემოთ.

ექსპერტების აზრით საკვები ცხიმის ჭარბი მოხმარება დაკავშირებულია წონის უფრო მკვეთრმატებასთან, ვიდრე ნახშირწყლებით მდიდარი საკვები. თუმცა ატკინსის დიეტა საწინააღმდეგოს ამტკიცებს, ამიტომ ეს საკითხი კვლავ საკამათოა. თუმცა დღესდღეობით უკვე ეჭვი აღარაა იმის შესახებ, რომ დიეტა ცხოველური ცხიმების ჭარბი შემცველობით დაკავშირებულია გიდ-იდ გაზრდილ რისკთან, რადგან საკვებ ცხიმს დიდი გავლენა გააჩნია ლიპიდურ პროფილზე. სისხლში ლიპოპროტეინების კონცენტრაცია პირდაპირკავშირშია ათერომატოზული ფოლაქის ზრდასთან. ბოჭკოვანი საკვების გამოყენება, განსაკუთრებით მარცვლეულის, იცავს ადამიანს გიდ-ისგან და დიაბეტის განვითარებისგან.

იმ პირებს რომელთაც აღნიშნებოდათ იპოქონდრიის დეპრესიის და ისტერიის სკალის მაღალი მაჩვენებლები, ანუ ნევროტული მდგომარეობა გამოუვლინდათ ჰიპოლიპიდემიური დიეტისადმი რეზისტენტობა, ანუ დიეტოთერაპიის მნიშვნელოვნად დაბალი ეფექტები. რაც იმით აიხსნება რადგანაც ნევროტული ტიპები შეადგენდნენ I- ჯგუფის 47%-ს, სწორედ ამით აიხსნება დიეტოთერაპიის დაბალი დაქვემდებარებულობა II –ჯგუფთან შედარებით.

დღესდღეობით დასავლეთის ქვეყნების კვებითი რეკომენდაციების მიხედვით სასურველია დიეტა მაღალი ნახშირწყლების, ბოჭკოვანი მასის და დაბალი, განსაკუთრებით ნაჯერი, ცხიმების შემცველობით. რაც ითვალისწინებს ბოსტნეულის, მარცვლეულის, ხილის დიდი რაოდენობით გამოყენებას. ასეთ დიეტას გააჩნია გაცილებით ნაკლები სტიმულაცია ენდოგენური ქოლესტერინის სინთეზის და მნიშვნელოვნად ამცირებს დისლიპიდემიის განვითარების რისკს.

## დასკვნები

1. ლიპიდური ცვლის მონაცემები გიდ-ის მქონე დევნილ და ადგილობრივ პირებში სარწმუნოდ არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან, თუმცა დიეტოთერაპიის შემდგომ ლიპიდური სპექტრი მნიშვნელოვან რეგულაციას განიცდის ადგილობრივ კონტიგენტში, რაც ვლინდება სქ-ის, დსლქ-ის და ათეროგენობის ინდექსის სარწმუნო დაქვეითებით, დევნილებისაგან განსხვავებით.
2. ფიბრინოგენის მაჩვენებლები სარწმუნოდ მაღალია გიდ-ის მქონე დევნილ პირებში ადგილობრივებთან შედარებით და ნაკლებად განიცდის ნორმალიზაციას დიეტოთერაპიის შედეგად, რაც ამ კონტიგენტში ინფარქტის და ინსულტის განვითარების მაღალი რისკის მაჩვენებელია.
3. სხეულის მასის ინდექსის მაჩვენებლების მიხედვით დევნილი გიდ მქონე პირები მართალია არ განსხვავდება ადგილობრივებისგან, მაგრამ ამ უკანასკნელთ აღენიშნებათ ორგანიზმში ცხიმის მაღალი პროცენტული შემცველობა, რაც დაკავშირებულია ნაჯერი ცხიმის ჭარბ მოხმარებასთან და ამ კონტიგენტში დევნილებისაგან განსხვავებით ჰიპოლიპიდემიური დიეტის შედეგად სარწმუნოდ მცირდება ორგანიზმში ცხიმის პროცენტული შემცველობა ლიპიდური ცვლის პარამეტრების ნორმალიზაციასთან ერთად.
4. ნევროტული ტრიადის (იპოქონდრიის, დეპრესიის, ისტერიის) მაჩვენებლები დადებითი კორელაციაშია ათეროგენულ ლიპოპროტეინების და ფიბრინოგენის მონაცემებთან, რაც ადასტურებს ფსიქოლოგიური ფაქტორების (ნევროტული მდგომარეობის) მნიშვნელოვან როლს ათეროსკლეროზის განვითარების და გამწვავების პროცესში.
5. ლიპიდდამწევი დიეტის მიმართ რეზისტენტობა აღენიშნებათ გიდ მქონე ნევროტული ტიპის პაციენტებს, რაც გამოიხატება ასეთ კონტიგენტში დიეტოთერაპიის შემდგომ ლიპიდური სპექტრის არასარწმუნო დაქვეითებით არანევროტული ტიპებისგან განსხვავებით, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს ფსიქოლოგიური მდგომარეობის როლს დისლიპოპროტეინემიის განვითარების პროცესში და გიდ-ის რისკის ზრდაში.
6. ფაქტობრივი კვების შესწავლისას გამოვლინდა, რომ გიდ მქონე ადგილობრივ პირებში დისლიპოპროტეინემია განპირობებულია დღიურ კვებით რაციონში ნაჯერი ცხიმის მაღალი პროცენტული შემცველობით, ხოლო დევნილ კონტიგენტში უპირატესად – ნევროტული მდგომარეობის არსებობით, ხოლო საკვები ცხიმის და ნახშირწყლების ჭარბი მოხმარება ნევროტული ტიპის პაციენტებში, კიდევ უფრო აღრმავებს ლიპიდურ სპექტრში არსებულ ცვლილებებს.

## პრაქტიკული რეკომენდაციები:

1. ფსიქოლოგიური ტესტების ფართოდ გამოყენება კლინიკაში საშუალებას იძლევა დადგინდეს პაციენტების ფსიქოლოგიური მდგომარეობა და დიფერენციალურად შეირჩეს მათი რაციონალური თერაპია ფსიქოთერაპიის თუ დიეტოთერაპიის გამოყენებით.
2. გიდ-ის მქონე კონტიგენტში ლიპიდურ სპექტრში არსებული ცვლილებების განვითარებაში ფსიქოლოგიურ თავისებურებებს მნიშვნელოვანი როლი

ენიჭება, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის ის ნაწილი, რომელთაც გააჩნიათ ფსიქოლოგიური გადახრები, მიდრეკილნი არიან დისლიპიდემიის განვითარებისკენ და გიდ-ის განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფს წარმოადგენენ, ამიტომ ასეთი კონტიგენტი საჭიროებს დროულ ფსიქოლოგიურ დახმარებას.

3. ნევროტული ტიპების დიეტოთერაპიისადმი რეზისტენტობა კიდევ უფრო ნათელს ხდის ფსიქოთერაპიის აუცილებლობას ამ კონტიგენტში ან ანტიდეპრესანტების გამოყენებას.
4. ფაქტობრივი კვების შესწავლა და მისი გათვალისწინებით ჰიპოლიპიდემიური დიეტის გამოყენება მნიშვნელოვნად შეამცირებს დისლიპიდემიის განვითარების რისკს.
5. ბიოელექტრული იმპედანსის მეთოდის დანერგვა პრაქტიკაში საშუალებას მისცემს ექიმებს შეაფასონ დიეტოთერაპიის შედეგად ორგანიზმში ცხიმის რაოდენობრივი ცვლილებები და დიეტის ეფექტურობა.

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულ შრომათა სია:

1. ათეროსკლეროზის რისკ-ფაქტორები ფსიქოსოციალური სტრესის მქონე პირებში. მ.ბიჭვინაშვილი, ნ. ყიფშიძე, ნ. კაკაურიძე. ჟურნალი "კარდიოლოგია და შინაგანი მედიცინა" №4(VIII) 2004წ.გვ. 53-55.
2. Body composition and some risk factors of coronary heart disease. M.Bitskinashvili. "Georgian Medical News". №1(130). 2006y. 64-67p.
3. C- რეაქტიული ცილის და ფიბრინოგენის მაჩვენებლები გულის იშემიური დაავადების მქონე მსუქან პაციენტებში - მ.ბიჭვინაშვილი, ნ.ყიფშიძე, ნ.კაკაურიძე, ი.ხახუტაიშვილი. გ.ნიკოლაიშვილი. «ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა», 2006, 2 (27), გვ. 64-67.