

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
მედიცინის ფაკულტეტი

სადოქტორო პროგრამა: “კლინიკური და ტრანსლაციური მედიცინა“
ნინო ჩიქობავა

აზოტის ოქსიდის როლი ჰიპერჰომოცისტეინემიით განპირობებული

არტერიული ვაზომოტორული რეაქციების დარღვევაში

(ექსპერიმენტული კვლევა თეთრ ვირთაგვებზე)

მედიცინის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი

დისერტაცია

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

პროფესორი ნანა დორეული

აკადემიკოსი ნოდარ მითაგვარია

თბილისი, 2019

სარჩევი

თავფურცელი

სარჩევი	I
ქართული აბსტრაქტი	II
ინგლისური აბსტრაქტი	III
ცხრილები, გრაფიკები	V
აბრევიატურა	VI
შესავალი	1
ლიტერატურის მიმოხილვა	4
კვლევის მასალა და მეთოდები	22
მიღებული შედეგები	28
შედეგების განხილვა	42
დასკვნები	62
ციტირებული ლიტერატურა	63
დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომების სია	81

აბსტრაქტი

ცნობილია, რომ ჰომოცისტეინის მეტაბოლიზმის მნიშვნელოვანი თანდაყოლილი დარღვევა პაციენტებში იწვევს სისხლძარღვთა დაზიანებას, მაგრამ მექანიზმი ამ დაზიანების განვითარებისა დღემდე არ არის კარგად დადგენილი.

ჰიპერჰომოცისტეინემია დღეს განიხილება, როგორც ათეროსკლეროზული ვასკულური დაავადის დამოუკიდებელი რისკ-ფაქტორი

მექანიზმი, რომლის მეშვეობით ჰიპერჰომოცისტეინემია ხელს უწყობს ვასკულური დაზიანების განვითარებას, დღემდე უცნობია. ის რაც დადგენილია შეიძლება მოკლედ ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად: ტოტალური ჰომოცისტეინის გაზრდილი კონცენტრაცია მოქმედებს ენდოთელურ უჯრედებზე. მათი დაზიანება, თრომბოციტების აქტივაცია, საზიანო მოქმედება თრომბომოდულინის ექპრესიაზე, ქსოვილოვანი ფაქტორის გააქტიურება, დაბალი სიმკვრივის მქონე ლიპიდურ ცილებში გაძლიერებული ოქსიდაციულობა – აი ის ნუსხა, რომელთაგან ნებისმიერი შეიძლება ჩაითვალოს შესაძლო მექანიზმებად, რომლის მეშვეობით ჰომოცისტეინი იწვევს ათეროსკლეროზს და თრომბოზს.

ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია როგორც წესი თან სდევს მრავალი სახის კარდიოვასკულურ დაავადებას. დადგენილი იყო, რომ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზას ფუნქციის დარღვევა ან/და აზოტის ოქსიდის მოწოდების შემცირება შეიძლება გახდეს მრავალი კლინიკური მანიფესტაციის მიზეზი პაციენტებში, რომელთაც გააჩნიათ ენდოთელური დისფუნქცია. ეს მოსაზრება მიუთითებს, რომ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზა შესაძლოა განიცდიდეს ჰიპერჰომოცისტეინემიის გავლენას.

თუ გავითავალისწინებთ ლიტერატურაში არსებულ ხანგრძლივ დისკუსიას ჰომოცისტეინის შესაძლო როლის შესახებ ათეროსკლეროზის განვითარებაში, მაშინ ზემოთაღნიშნული ფაქტები მიუთითებენ, რომ აზოტის ოქსიდის ბიორესურსის შემცირებამ და eNOS-ის აქტივობის დაქვეითებამ უნდა გამოიწვიოს ენდოთელური

უჯრედების დისფუნქცია, რაც მნიშვნელოვნად გასაგებს ხდის კარდიოვასკულური გართულებების განვითარებას.

გამომდინარე ზემოთქმულიდან, ჩვენ მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ ჩამოგვეყალიბებინა

საკუთარი კვლევის შემდეგი **მიზანი და ამოცანები**: თეთრ ვირთაგვებზე `in vitro და in vivo კვლევებში დაგვედგინა აზოტის ოქსიდის როლი ჰიპერჰომოცისტეინემიით განპირობებული არტერიული ვაზომოტორული რეაქციების დარღვევაში. კერძოდ:

როგორ იცვლება საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიან ცხოველების არტერიოლების ნორმალური და დენდოთელიზირებულ სემენტების კონტრაქტილობა ნორადრენალინზე, აცეტილქოლინზე და ჰისტამინზე; როგორ იცვლება მაჩვენებლები თუ მოვახდენთ აგრეთვე აზოტის ოქსიდის სინთაზების არასელექციურ ინჰიბიციას.

ჩვენს მიერ ჩატარებულ ექსპერიმენტებში მიღებული შედეგების და ლიტერატურაში არსებულმა მონაცემების ანალიზმა მოგვცა საშუალება გაკეთდეს შემდეგი დასკვნები:

ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატება იწვევს აზოტის ოქსიდით განპირობებული არტერიული ვაზომოტორული რეაქციების მოშლას და წარმოადგენს მნიშვნელოვან ადრეულ ეტაპს ჰიპერჰომოცისტეინემიასთან დაკავშირებული ვასკულური დაავადებების განვითარებაში.

ენდოთელური დისფუნქცია უნდა განვიხილოთ, როგორც ერთ-ერთი ადრეული კომპონენტი სისხლძარღვთა დაავადებათა განვითარების კომპლექსურ მოვლენებში და მნიშვნელოვანი დამაკავშირებელი რგოლი ჰიპერჰომოცისტეინემიასა და ათეროთრომბულ დაავადებებს შორის.

ჰიპერჰომოცისტეინემიის დროს ადგილი აქვს ენდოთელური აზოტის ოქსიდის ბიორესურსის მოშლას.

ABSTRACT

It is known that a significant congenital disorder of homocysteine metabolism evokes blood vessels disorder, but the mechanism of this damage development is still not well established.

Now, hyperhomocysteinemia is considered as an independent risk-factor of atherosclerotic vascular disease.

The mechanism, by which hyperhomocysteinemia contributes the development of vascular damage is still unknown. What is established can be shortly summarized in this way: an increased concentration of total homocysteinemia affects the endothelial cells. Their damage, the activation of platelets, a damaging effect on thrombomodulin expression, the activation of tissue factor, an enhanced oxidativeness in low density lipid proteins – it is the list, in which any of

above-said may be considered as possible mechanisms, by means of which homocysteine leads to atherosclerosis and thrombosis.

As a rule, the dysfunction of endothelial cells accompanies many types of cardiovascular diseases. It has been established that a disorder of function of endothelial nitrogen oxide synthase or/and the reduction of nitrogen oxide delivery can become a reason for many clinical manifestations in patients with endothelial dysfunction. This consideration indicates that the synthase of endothelial nitrogen oxide may be influenced by hyperhomocysteinemia.

Taking into account a long-lasting discussion in the literature on a possible role of homocysteine in the development of atherosclerosis, the above-said facts indicate that the decrease in nitrogen oxide bioresource and reduction of eNOS activity should induce the dysfunction of endothelial cells, which makes the development of cardiovascular complications significantly understandable.

Based on the above-said, we considered it appropriate to formulate the goal and the following objectives of our study: to establish a role of nitric oxide in the disorder of arterial vasomotor reactions due to hyperhomocysteinemia *in vitro* and *in vivo* studies on white rats. Particularly, how a contractility of normal and deendothelized segments of the arterioles changes to norepinephrine, acetylcholine and histamine in control and hyperhomocysteinemia animals; how the indices change in case of nonselective inhibition of nitric oxide synthases.

The analysis of our experimental results and the data of literature gave us the opportunity to draw the following conclusions:

- An increase of homocysteine concentration evokes a disorder of arterial vasomotor reactions due to nitric oxide and appears to be a significant early stage in the development of vascular diseases related to hyperhomocysteinemia.
- Endothelial dysfunction should be considered as one of the early components in complex phenomena of the development of blood vessel diseases, as well as an important link between hyperhomocysteinemia and atherothrombotic diseases.
- During hyperhomocysteinemia, a disorder of endothelial nitric oxide bioresource takes place.

ცხრილები და გრაფიკები

ცხრილი 3.1. საკონტროლო და L-მეთიონინის დიეტაზე მყოფი ცხოველების მაჩვენებლები დიეტაზე ყოფნის მეოთხე კვირის დასასრულს (გვ. 57)

სურ. 2.1. ტენზომეტრული მექანოტრონის კავებზე სისხლძარღვის სეგმენტის წამოცმის ეტაპები (გვ. 50)

სურ. 2.2. დანადგარის ბლოკ-სქემა (გვ. 51.)

სურ. 2.3. სისხლძარღვთა გლუვი კუნთების პრეპარატების კონტრაქტილური აქტივობის ტენზომეტრული მეთოდით რეგისტრაციის გამაძლიერებლის ხიდური სქემა. (გვ. 52).

სურ. 3.1. ნორადრენალინის კუმულაციური დოზის ეფექტი საკონტროლო და ჰიპერჰომოციტინემია-ინდუცირებული ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების კუმშვადობაზე. (გვ. 58).

სურ. 3.2. ნორადრენალის კუმულაციური დოზის ეფექტი საკონტროლო ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების (ინტაქტური და დენდოთელიზირებული) კუმშვადობაზე. (გვ. 59).

სურ.3.3. ნორადრენალინის კუმულაციური დოზის ეფექტი ჰიპერჰომოციტინემიის ჯგუფის ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების (ინტაქტური და დენდოთელიზირებული) კუმშვადობაზე. (გვ. 60).

სურ. 3.4. აცეტილქოლინის კუმულაციური დოზის ეფექტი საკონტროლო და ჰიპერჰომოციტინემია-ინდუცირებული ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე. (გვ. 62).

სურ.3.5. აცეტილქოლინის კუმულაციური დოზის ეფექტი საკონტროლო ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე აზოტის ოქსიდის სინთაზას (L-NAME) არასელექციური ინჰიბიტორის მოქმედების ფონზე და მის გარეშე. (გვ. 63).

სურ. 3.6. აცეტილქოლინის კუმულაციური დოზის ეფექტი ჰიპერჰომოციტინემიის ჯგუფის ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე აზოტის ოქსიდის

სინთაზას (L-NAME) არასელექციური ინჰიბიტორის მოქმედების ფონზე და მის გარეშე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები+/-სტანდარტული შეცდომა. (გვ.64).

სურ. 3.7. ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის ეფექტი საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე აზოტის ოქსიდის სინთაზას (L-NAME) არასელექციური ინჰიბიტორის მოქმედების ფონზე და მის გარეშე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები +/- სტანდარტული შეცდომა. (გვ. 65).

სურ. 3.8. ჰისტამინის ეფექტი საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემია- ინდუცირებული ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები+/-სტანდარტული შეცდომა. (გვ. 67).

სურ. 3.9. ჰისტამინის ეფექტი საკონტროლო ჯგუფის ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე აზოტის ოქსიდის სინთაზას (L-NAME) არასელექციური ინჰიბიტორის მოქმედების ფონზე და მის გარეშე, აგრეთვე დენდოთელიზირებულ პრეპარატებზე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები+/-სტანდარტული შეცდომა. (გვ. 68).

სურ.3.10. ჰისტამინის ეფექტი ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე აზოტის ოქსიდის სინთაზას (L-NAME) არასელექციური ინჰიბიტორის მოქმედების ფონზე და მის გარეშე, აგრეთვე დენდოთელიზირებულ პრეპარატებზე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები +/- სტანდარტული შეცდომა. (გვ. 69).

აბრევიატურა :

NO - აზოტის ოქსიდი

NOS - აზოტის ოქსიდის სინთაზა

eNOS - ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზა

nNOS - ნეირონული აზოტის ოქსიდის სინთაზა

iNOS - ინდუციბელური აზოტის ოქსიდის სინთაზა

LNAME - ნიტრო-L-არგინინ მეთილის ეთერი

შესავალი

წლების განმავლობაში გულის იშემიური დაავადების დიაგნოსტიკა ემყარებოდა ლიპიდური ცვლისა და ჰემოსტაზის მაჩვენებლების განსაზღვრას, მაგრამ ლიტერატურაში გაჩნდა მითითებები, რომ მიოკარდიუმში ათეროსკლეროზული და თრომბოზული პროცესების განვითარებას ხელს უწყობს “ახალი რისკ-ფაქტორი” - სისხლში ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მომატება - ჰიპერჰომოცისტეინემია, რომელიც წარმოადგენს მრავალ ფაქტორზე დამოკიდებულ პროცესს.

სისხლის შრატში ჰომოცისტეინის ნორმალურ დონეთ მიიჩნევენ 5-12 მკმოლ/ლ. მსუბუქი ჰიპერჰომოცისტეინემიის პირობებში ეს მაჩვენებელი იზრდება 15-30 მკმოლ/ლ-მდე, საშუალო ხარისხის ჰიპერჰომოცისტეინემიით ითვლება - 31-100 მკმოლ/ლ, ხოლო მძიმე შემთხვევის სახით განიხილავენ 100მკმოლ/ლ-ზე მაღალ დონეს.

ჰომოცისტეინის, როგორც სისხლძარღვთა დაავადების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორის იდენტიფიკაცია დაიწყო 1964 წელს, როდესაც მუდიმ [Mudd, 1964] აჩვენა, რომ ჰომოცისტეინის აკუმულაცია სისხლში და შემდგომ შარდში, რასაც განაპირობებს ცისტათიონინ ბეტა-სინთაზა ფერმენტის დეფიციტი, იწვევს ჰომოცისტეინურას. ამ აღმოჩენის შემდეგ მაკკალიმ და ვილსონმა [McCully, Wilson, 1975] აღწერეს, რომ პაციენტებში აღნიშნული ფერმენტის დეფიციტის შედეგად ვითარდება არტერიული სისხლძარღვების დაზიანებანი, რის საფუძველზეც მათ დაასკვნეს, რომ ჰომოცისტეინი თავისთავად, ან მისი ერთ-ერთი დერივატი განაპირობებს არტერიულ დაზიანებას. ამან თავის მხრივ საფუძველი ჩაუყარა ჰიპოთეზას, რომლის მიხედვით ჰომოცისტეინის ზომიერი მატება სისხლში შესაძლოა გახდეს ათეროსკლეროზის განვითარების რისკ ფაქტორი.

დღეს უკვე ეჭვსგარეშეა, რომ ჰომოცისტეინის მეტაბოლიზმის მნიშვნელოვანი თანდაყოლილი დარღვევა პაციენტებში იწვევს სისხლძარღვთა დაზიანებას, მაგრამ მექანიზმი ამ დაზიანების განვითარებისა დღემდე არ არის კარგად დადგენილი. მნიშვნელოვანი კავშირი ჰიპერჰომოცისტეინემიასა და კლინიკურ კარდიოვასკულურ შემთხვევებს შორის მრავალ ფუნდამენტურ ნაშრომშია

აღწერილი, თუმცა გვხდება ისეთი სტატიებიც, სადაც ასეთი კავშირი უარყოფილია [Ganguly, Alam, 2015]. ამის მიუხედავად, ჰიპერჰომოცისტეინემია დღეს განიხილება, როგორც ათეროსკლეროზული ვასკულური დაავადის დამოუკიდებელი რისკ-

ფაქტორი [Boers, 2000].

2002 წელს ჩატარებულმა დიდი მასშტაბის რაოდენობრივმა გამოკვლევამ [Ford et al., 2002] აჩვენა, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატებასთან ასოცირებული კორონარულ სისხლძარღვთა დაავადების რისკის მატება ყოველი ზედმეტი 5 მიკრომოლისთვის შეადგენს 20%-ს. მაღალი რისკის მქონე პირთა ჯგუფის გამოკვლევის შედეგად დადგინდა, რომ სისხლში ტოტალური ჰომოცისტეინის მაღალი კონცენტრაცია არის კარდიოვასკულური დაავადების და მოსალოდნელი სიკვდილიანობის უაღრესად ძლიერი პრედიქტორი [Humphrey et al., 2008].

მექანიზმი, რომლის მეშვეობით ჰიპერჰომოცისტეინემია ხელს უწყობს ვასკულური დაზიანების განვითარებას, დღემდე უცნობია. ის რაც დადგენილია შეიძლება მოკლედ ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად:

In-vitro კვლევები აჩვენებენ, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის გაზრდილი კონცენტრაცია მოქმედებს ენდოთელურ უჯრედებზე. მათი დაზიანება, თრომბოციტების აქტივაცია, საზიანო მოქმედება თრომბომოდულინის ექსპრესიაზე, ქსოვილოვანი ფაქტორის გააქტიურება, დაბალი სიმკვრივის მქონე ლიპიდურ ცილებში გაძლიერებული ოქსიდაციულობა – აი ის ნუსხა, რომელთაგან ნებისმიერი შეიძლება ჩაითვალოს შესაძლო მექანიზმებად, რომლის მეშვეობით ჰომოცისტეინი იწვევს ათეროსკლეროზს და თრომბოზს [Fay, 2008].

ჰიპერჰომოცისტეინემიის მოქმედებით გამოწვეული მიკროსისხლძარღვთა ენდოთელიუმის ფუნქციის მოშლა არ არის კარგად შესწავლილი, თუმც ცნობილია, რომ დარღვევები ძირითადად აღმოცენდება პერიფერულ ცირკულაციაში.

ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია როგორც წესი თან სდევს მრავალი სახის კარდიოვასკულურ დაავადებას [Tousoulis et al, 2012]. დადგენილი იყო, რომ

ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზას ფუნქციის დარღვევა ან/და აზოტის ოქსიდის მოწოდების შემცირება შეიძლება გახდეს მრავალი კლინიკური მანიფესტაციის მიზეზი პაციენტებში, რომელთაც გააჩნიათ ენდოთელური დისფუნქცია [Schulman et al., 2006; Tousoulis et al, 2012]. ეს მოსაზრება მიუთითებს, რომ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზა შესაძლოა განიცდიდეს ჰიპერჰომოცისტეინემიის გავლენას.

მართალია არაპირდაპირი გზით, მაგრამ დადასტურდა ჰომოცისტეინის ინჰიბიტორული ეფექტი ენდოთელური უჯრედებიდან აზოტის ოქსიდის გამონთავისუფლებაზე. თუ

გავითავლისწინებთ ლიტერატურაში არსებულ ხანგრძლივ დისკუსიას ჰომოციტინის შესაძლო როლის შესახებ ათეროსკლეროზის განვითარებაში [Tehlivets, 2011], მაშინ ზემოთაღნიშნული ფაქტები მიუთითებენ, რომ აზოტის ოქსიდის ბიორესურსის შემცირებამ და eNOS-ის აქტივობის დაქვეითებამ უნდა გამოიწვიოს ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია, რაც მნიშვნელოვნად გასაგებს ხდის კარდიოვასკულური გართულებების განვითარებას.

აზოტის ოქსიდის სინთაზას (NOS) სამივე ძირითადი იზოფორმით (ენდოთელური - eNOS, ნეირონული - nNOS და ინდუციბელური - iNOS) წარმოებულ აზოტის ოქსიდის (NO) უაღრესად მნიშვნელოვანი როლი აკისრია გულსისხლძარღვთა ფუნქციონირებაში. ამასთან ერთად ის ავლენს სასარგებლო ეფექტებს ორგანიზმში, აქვს რა ანტიბაქტერიული, ანტიპარაზიტიული, ანტივირუსული, თუმოროციდული, ორგანიზმის მთელ რიგ ფუნქციათა მარეგულირებელი მოქმედება, მაგრამ მეორეს მხრივ, მისი მაღალი დონე, თუ ის არაკონტროლირებადია, შესაძლოა იყოს დამღუპველი [Yen et al., 2002].

გამომდინარე ზემოთქმულიდან, ჩვენ მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ ჩამოგვეყალიბებინა საკუთარი კვლევის შემდეგი **მიზანი და ამოცანები**: თეთრ ვირთაგვებზე `in vitro და in vivo კვლევებში დაგვედგინა აზოტის ოქსიდის როლი ჰიპერჰომოციტინემიით განპირობებული არტერიული ვაზომოტორული რეაქციების დარღვევაში, კერძოდ:

- როგორ იცვლება საკონტროლო და ჰიპერჰომოციტინემიან ცხოველების არტერიოლების ნორმალური და დეენდოთელიზირებულ სეგმენტების კონტრაქტილობა ნორადრენალინზე, აცეტილქოლინზე და ჰისტამინზე.
- როგორ იცვლება საკონტროლო და ჰიპერჰომოციტინემიან ცხოველების არტერიოლების ნორმალური და დეენდოთელიზირებულ სეგმენტების კონტრაქტილობა ნორადრენალინზე, აცეტილქოლინზე და ჰისტამინზე აზოტის ოქსიდის სინთაზების არასელექციური ინჰიბიციის პირობებში.

ჩატარებული კვლევის შედეგად დადგინდება:

ჰიპერჰომოციტინემიის დროს ვითარდება თუ არა ენდოთელური აზოტის ოქსიდის ბიორესურსის მოშლა.

ენდოთელური დისფუნქცია უნდა განვიხილოთ თუ არა, როგორც ერთ-ერთი ადრეული

კომპონენტი იმ კომპლექსური მოვლენებისა, რომელთაც ადგილი აქვთ სისხლძარღვთა დაავადებათა განვითარების პროცესში და წარმოადგენს თუ არა დამაკავშირებელ რგოლს ჰიპერჰომოცისტეინემიასა და ათერთომბულ დაავადებებს შორის.

ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატება, ასოცირებს თუ არა ნორადრენალინით გამოწვეული ვაზოკონსტრიქციის გაძლიერებასთან და აცეტილქოლინით გამოწვეული ვაზოდilatაციის შემცირებასთან, რაც უნდა უკავშირდებოდეს აზოტის ოქსიდით განპირობებული არტერიული ვაზომოტორული რეაქციების მოშლას.

გასაგებია, რომ აღნიშნული საკითხების დადგენას აქვს არა მარტო თეორიული, არამედ უაღრესად დიდი პრაქტიკული მნიშვნელობაც.

ლიტერატურის მიმოხილვა

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები წარმოადგენს სიკვდილიანობის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს მთელ მსოფლიოში. ნახევარზე მეტს იმ ადამიანებიდან, რომლებიც მოულოდნელად კვდებიან მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის გამო, ადრე არ აღენიშნებოდათ რაიმე სიმტომები. ამიტომ ამ დაავადების განვითარების პრენევიცისათვის დიდი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს ფარული მზაობის დროულ დიაგნოსტიკას.

წლების განმავლობაში გულის იშემიური დაავადების დიაგნოსტიკა ემყარებოდა ლიპიდური ცვლისა და ჰემოსტაზის მაჩვენებლების განსაზღვრას, მაგრამ ბოლო დროის ლიტერატურაში გაჩნდა მითითებები, რომ მიოკარდიუმში ათეროსკლეროზული და თრომბოზული პროცესების განვითარებას ხელს უწყობს “ახალი რისკ-ფაქტორი” – სისხლის შრატში ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მომატება, რაც ზოგიერთი ავტორის მიერ ლეტალური გამოსავლის პროგნოზულ მარკერადაც კი მიიჩნევა. თუმცა ეს საკითხი ბოლომდე დაზუსტებული არ არის და მოითხოვს შემდგომ შესწავლას. [Шевченко и др.,2002, Шевченко, 2004, Aviv al, 2002, Costa et al, 2003, Defesche et al., 2003, OsI, Leiv,2002].

ჰომოცისტეინის, როგორც სისხლძარღვთა დაავადების ერთ-ერთი რისკ ფაქტორის იდენტიფიკაცია დაიწყო 1964 წელს, როდესაც Mudd-იმ აჩვენა, რომ ჰომოცისტეინის აკუმულაცია სისხლში და შემდგომ შარდში, რასაც განაპირობებს ცისტატიონინ ბეტა-სინთაზა ფერმენტის დეფიციტი, იწვევს ჰომოცისტინურიას [Mudd, 1964]. ამ აღმოჩენის შემდეგ McCally-იმ [McCully, 1971] აღწერა პაციენტებში აღნიშნული ფერმენტის დეფიციტის შედეგად განვითარებული არტერიული სისხლძარღვების

დაზიანებანი, რის საფუძველზეც მან დაასკვნა, რომ ჰომოცისტეინი თავისთავად, ან მისი ერთ-ერთი დერივატი განაპირობებს არტერიულ დაზიანებას. ამან თავის მხრივ ჩაუყარა საფუძველი ჰიპოთეზას, რომლის მიხედვით ჰომოცისტეინის ზომიერი მატება სისხლში შესაძლოა გახდეს ათეროსკლეროზის განვითარების რისკ ფაქტორი [McCully, Wilson, 1975].

პირველად ეს ჰიპოთეზა შეამოწმეს Wilcken and Wilcken [1976], რომლებმაც აჩვენეს, რომ კორონარულ არტერიებთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე პაციენტებს ჯანმრთელ პირებთან შედარებით გამოხატული აქვთ ჰომოცისტეინის მეტაბოლიზმის დარღვევა.

შემდგომ ჩატარებული მრავალი ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევით დადასტურდა, რომ პლაზმაში ტოტალური ჰომოცისტეინის დონის მატება გავრცელებული მოვლენაა ინსულტთან და მიოკარდის ინფარქტგადატანილ პაციენტებში, აგრეთვე პერიფერული სისხლძარღვების დაავადებებისას და ვენური თრომბოზების დროს [Eikelboom et al., 1999].

მნიშვნელოვანი კავშირი ჰიპერჰომოცისტეინემიასა და კლინიკურ კარდიოვასკულურ შემთხვევებს შორის მრავალ ფუნდამენტურ ნაშრომშია აღწერილი, თუმცა გვხვდება ისეთი სტატიებიც, სადაც ასეთი კავშირი უარყოფილია [Eikelboom et al., 1999]. ამის მიუხედავად, ჰიპერჰომოცისტეინემია დღეს განიხილება, როგორც ათეროსკლეროზული ვასკულური დაავადის დამოუკიდებელი რისკ-ფაქტორი [Boers, 2000].

რა არის ჰომოცისტეინი და რა უდევს საფუძველად მასთან ასოცირებულ კარდიოვასკულურ დარღვევებს?

ჰომოცისტეინი არის გოგირდშემცველი ამინომჟავა, რომელიც არ გამოიყენება ცილის სინთეზაში. საკვები ჰომოცისტეინს შეიცავს მიკროელემენტების სახით. იგი წარმოიქმნება შეუცვლელი ამინომჟავას მეთიონინის ცისტეინამდე მეტაბოლიზირების დროს. მისი უჯრედშიდა კონცენტრაცია პრეციზიულად რეგულირდება, ხოლო ჭარბი რაოდენობა გადაიტანება პლაზმაში, სადაც თითქმის 99% განიცდის დისულფიდამდე ოქსიდაციას. ჰომოცისტეინის უდიდესი რაოდენობა (დაახლოებით 70%) დაკავშირებულია ცილებთან. არაცილოვანი ნაწილი შეიცავს ჰომოცისტინს (ჰომოცისტეინის დისულფიდი) და შერეულ დისულფიდებს. სისხლის პლაზმაში მხოლოდ 1%-ია ე.წ. “თავისუფალი” ჰომოცისტეინი. ცნება “ტოტალური ჰომოცისტეინი”

გულისხმობს პლაზმაში ჰომოცისტეინის ყველა აღნიშნულ ფორმას ერთად აღებული [Mudd, 1964; Mudd et al., 2000; Mudd et al., 1985].

ჰიპერჰომოცისტეინემია განისაზღვრება როდესაც პლაზმაში ჰომოცისტეინის დონე აღემატება 15მკმოლ/ლ. მას მრავალგვარი ეტიოლოგია გააჩნია: გენეტიკური, თირკმელების უკმარისობა, გარკვეული წამლების მიღება ან საკვებში ვიტამინების B6 და B12 დეფიციტი და სხვ. [*Selhub, 1999*]. პლაზმაში ჰომოცისტეინის ზომიერი მატებაც კი 10-15 მკმოლ/ლ-ის ფარგლებში (ანუ ნორმასა და მაღალ დონეს შორის) ზრდის კარდიოვასკულურ დარღვევათა აღმოცენების რისკს [*Eikelboom, et al., 1999*].

ხანდაზმული ასაკი და მამრობითი სქესი ასოცირებს ტოტალურ ჰომოცისტეინის მაღალ დონეებთან (სქესობრივი თავისებურება განპირობებულია იმით, რომ მამაკაცებში კუნთების უფრო დიდი მასის ფორმირება კავშირშია ჰომოცისტეინის ფორმირებასთან) [*Norlund et al., 1998*]. რიგ ნაშრომებში ნაჩვენებია B ჯგუფის ვიტამინების მნიშვნელოვანი როლი ჰომოცისტეინის მეტაბოლიზმში.

ჩამოთვლილ ფაქტორებთან ერთად გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე ცხოვრების წესს. ჭარბი კოფეინი, თამბაქო, ალკოჰოლი, ფიზიკური დატვირთვა ზრდის ჰომოცისტეინის შემცველობას სისხლში.

ზოგადად, შეიძლება ითქვას, რომ ქოლესტერინი, მაღალი სისტოლური და დიასტოლური წნევა, ცხიმის დაგროვება მაინცადამანც ყოველთვის ძლიერად არ ასოცირებენ ჰომოცისტეინის მაღალ კონცენტრაციებთან [*de Bree et al., 2001, 2002*]. მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში ტოტალური ჰომოცისტეინის მატება პლაზმაში ხშირად უკავშირდება ამა თუ იმ დაავადების გამო მიღებულ სამკურნალო ნივთიერებებს და თვით ამ დაავადების სპეციფიკას.

წამლებში პირველრიგში იგულისხმება სტეროიდული ჰორმონები, ანტიეპილეფსიური პრეპარატები, მეტოტრექსატი, აზოტის ჟანგი და სხვ., ხოლო დაავადებებში – თირკმელების დისფუნქცია, პროლიფერაციული დაავადებანი, რევმატოიდული ართრიტი, ენდოკრინული და ნაწლავური დაავადებანი და სხვ.

[*Arnadottir and Hultberg, 2001; Refsum and Ueland, 1990, 1998; Schneede et al., 2000; van Ede et al., 2001.*]

პირველი და უტყუარი მტკიცებულება იმისა, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის მომატებული კონცენტრაცია წარმოადგენს კაუზალურ რისკ ფაქტორს ათეროთრომბული დაავადებისათვის, მიღებული იყო პაციენტებისგან, რომლებსაც გამოეკვეთათ თანდაყოლილად დარღვეული ჰომოცისტეინის მეტაბოლიზმი.

თუ გენეტიკურად განსაზღვრული ცისტათიონინ ბეტა-სინთაზას დეფიციტიან

პაციენტებს არ უმკურნალებთ, მათგან დაახლოებით ნახევარს 30 წლის ასაკის მიღწევამდე გულსისხლძარღვთა სისტემაში დარღვევები უვითარდებათ. [*Mudd S.H., Levy, 1995; Mudd et al., 2000*]. ჰომოცისტეინის მეტაბოლიზმის სხვა სახის მემკვიდრეობითი დეფექტის შემთხვევაშიც დაავადებანი გულსისხლძარღვთა სისტემაში ძალიან ადრეულ ასაკში იჩენენ თავს [*Rosenblatt, 1989*]. ორივე შემთხვევაში დამახასიათებელი საერთო ნიშანია ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მნიშვნელოვანი მატება. თუ ასეთი ტიპის პაციენტებს დროულად ჩავუტარებთ ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის დამწვევ თერაპიას (ფოლიუმის მჟავა, ვიტამინი B12, ვიტამინი B6), მოხდება აღნიშნულ დაავადებათა პრევენცია [*Yap et al., 2000*], მაგრამ მიუხედავად ამისა 60 წლის ასაკამდე მაინც მაღალია შანსი მათ განუვითარდეთ დარღვევები კორონარულ სისხლძარღვთა სისტემაში.

2002 წელს ჩატარებულმა დიდი მასშტაბის რაოდენობრივმა გამოკვლევამ [*Ford et al., 2002*] აჩვენა, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატებასთან ასოცირებული კორონარულ სისხლძარღვთა დაავადების რისკის მატება ყოველი ზედმეტი 5 მიკრომოლისთვის შეადგენს 20%-ს.

მაღალი რისკის მქონე პირთა ჯგუფის გამოკვლევის შედეგად დადგინდა, რომ სისხლში ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია არის კარდიოვასკულური დაავადების და მოსალოდნელი სიკვდილიანობის უაღრესად ძლიერი პრედიქტორი [*Nygaard et al., 1997*]. მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა აგრეთვე პაციენტებზე დაკვირვების ხანგრძლივობა. ორ განსხვავებულ კვლევაში ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციასა და კორონარულ სისხლძარღვთა დაავადების რისკის [*Stehouwer et al., 1998*] ან კარდიოვასკულურ სიკვდილიანობას შორის [*Kark, Selhub, Adler, 1999*] ასოციაცია ბევრად უფრო ძლიერი გამოდგა დაავადების პირველი 5 წლის განმავლობაში. ეს შედეგი აჩვენებს, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის მაღალი კონცენტრაცია კორონარულ სისხლძარღვთა დაავადებისთვის უნდა განვიხილოთ, როგორც მოკლევადიანი რისკ ფაქტორი. ეს მოსაზრება სხვა კვლევებითაც დადასტურდა. 5-წლიანი დაკვირვების შემდეგ კორონარულ სისხლძარღვთა დაავადების მნიშვნელოვნად მაღალი რისკი გამოვლინდა ტოტალური ჰომოცისტეინის გაზრდილი კონცენტრაციის მქონე ადამიანებში [*Stanger et al., 2006*], მაგრამ თუ გავცდებით 5-წლიან ზღვარს, რისკის დონე მნიშვნელოვნად ქვეითდება [*Chasan-Taber et al., 1996*]. უფრო მეტიც, იგივე ტიპის კვლევაში 9 წლის დაკვირვების შემდეგ ჰომოცისტეინის კონცენტრაციასა და მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების რისკს შორის ვერ იქნა ნანახი რაიმე ასოციაცია [*Verhoef et al., 1995, 1996, 1997*]. ამ ხანგრძლივი დაკვირვების მონაცემებიდან გამომდინარე ლოგიკურია დავასკვნათ,

რომ ეფექტი მიიღწევა ან ჩატარებული სამედიცინო მკურნალობით, ან/და დიეტის და ცხოვრების წესის შესაძლო შეცვლით.

ამდენად, თუ შევაჯამებთ კორონარულ სისხლძარღვთა დაავადების რისკის ასოციაციას ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციასთან, უნდა დავასკვნათ, რომ ეს რისკი პირველი 5 წლის განმავლობაში მაღალია ასაკოვან პაციენტებში და განსაკუთრებით მათთვის ვისაც უკვე აქვს ასეთი დაავადება. შეიძლება ვიფიქროთ ისიც, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატება არის კორონარული დაზიანების ხარისხის თავისებური მარკერი [*de Bree et al., 2002*].

ვლინდება აგრეთვე ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატების კავშირი კოაგულაციური და ფიბრინოლიზური პროცესების დარღვევებთან. ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით მიღებულია კორელაცია იგივე ფაქტორისა და ვენური თრომბოზების ჩამოყალიბების რისკის ზრდას შორის [*den Heijer et al., 1998; Ray, 1998*].

სამმა სხვადასხვა კვლევამ, ჩატარებულმა განსხვავებულ კონტინგენტზე (ჯანმრთელი პირები [*Ridker et al., 1997*], სისტემური წითელი მგლურათი დაავადებულები [*Petri et al., 1996*] და ვენური თრომბოზებით დასნეულებული პირები [*Eichinger, Stump en, Hirsch, 1998*]) აჩვენა დადებითი კორელაცია ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციასა და ვენური თრომბოზების განვითარებას შორის. უფრო მეტიც, როგორც ირკვევა სწორედ თრომბული დაავადებანი არის სისხლძარღვოვანი გართულებების ძირითადი გამოვლინება ცისტათიონინ ბეტა- სინთაზას დეფიციტიან პაციენტებში [*Mudd, 1985*]. ის რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია უფრო მეტად თრომბოგენური ფაქტორია ვიდრე ათეროგენური, ეს კორონარულ სისხლძარღვთა პათოლოგიის თვალთახედვით არავითარ შეღავათს არ იძლევა, რადგან მას ორივე სახის ეტიოლოგია ახასიათებს.

ითვლება, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის პირველადი თრომბოგენური ეფექტით შეიძლება აიხსნას მისი მაღალი რისკიანობა კორონარულ გულსისხლძარღვთა დაავადების მქონე პაციენტებისთვის. ვინაიდან ამ კონტინგენტს უკვე გააჩნია გარკვეული ხარისხის ათეროსკლეროზი, ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციით ინდუცირებული თრომბოზი შეიძლება კატასტროფული აღმოჩნდეს სისხლძარღვთა ოკლუზიის თვალთახედვით [*de Bree et al., 2002*].

როგორც უკვე აღინიშნა, **McCally**-იმ, ჩამოაყალიბა ჰიპოთეზა, რომ ჰომოცისტეინემია თავის თავად არის არტერიული დაზიანებების ძირითადი მიზეზი [*McCully, 1969*]. მიუხედავად მრავალი ინ ვიტრო და ინ ვივო კვლევებისა, რომლებიც მიემდგვნა ამ ჰიპოთეზას, მექანიზმი, რომლის მეშვეობით ჰიპერჰომოცისტეინემია ხელს უწყობს ვასკულური

დაზიანების განვითარებას, დღემდე უცნობია. ის რაც დადგენილია შეიძლება მოკლედ ჩამოყალიბდეს შემდეგნაირად.

1. In vitro კვლევები აჩვენებენ, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის გაზრდილი კონცენტრაცია მოქმედებს ენდოთელურ უჯრედებზე. მათი დაზიანება, თრომბოციტების აქტივაცია, საზიანო მოქმედება თრომბომოდულინის ექპრესიაზე, C- ცილის აქტივაცია, ქსოვილოვანი ფაქტორის გააქტივება, დაბალი სიმკვრივის მქონე ლიპიდურცილებში გამდიერებული ოქსიდაციულობა – აისნუსხა, რომელთაგან ნებისმიერი შეიძლება ჩაითვალოს შესაძლო მექანიზმებად, რომლის მეშვეობით ჰომოცისტეინი იწვევს ათეროსკლეროზს და თრომბოზს [Cobbaert et al., 1997; Fryer et al., 1993; Lentz, Sadler, 1991; Rodgers and Conn, 1990; Starkebaum and Harlan, 1986; Vychytil et al., 1998]. გარდა ამისა არის მონაცემები, რომ ჰომოცისტეინი უარყოფითად მოქმედებს გლუვკუნთოვან უჯრედებზე და იწვევს მათ პროლიფერაციის მატებას [Lubec et al., 1996; Toyoda et al., 1997; Tsai et al., 1996].

2. ჰომოცისტეინურიის მქონე პაციენტების კვლევამ ნაწილობრივად გაარკვია შესაძლო მექანიზმის საკითხი, კერძოდ, შესწავლილი იყო 11 პაციენტი რომლებსაც აღენიშნებოდათ ცისტათიონინ ბეტა-სინთაზას დეფიციტი. მათ აღმოაჩნდათ თრომბოციტული აქტივაციის ნიშნები, მაგრამ ეს აქტივაცია ატარებდა ეტიოლოგიურ ხასიათს, თუ იყო მხოლოდ მეორადი ფენომენი – დარჩა გაურკვეველი. ერთ-ერთი პოტენციური მექანიზმი, რომელსაც მივყავართ თრომბოციტულ აქტივაციამდე, არის დაბალი სიმკვრივის ლიპიდური ცილების გამდიერებული ოქსიდაცია. მაგრამ ჰომოცისტეინურიით დაავადებულებში არ იქნა გამოვლენილი ლიპიდური პეროქსიდაცია [Blom, et al., 1995]. ჰომოცისტეინურისა შესაძლოა ჰქონდეს მინიმუმ ოთხი სხვადასხვა მიზეზი: კლინიკურად პაციენტებს ახასიათებს ჰომოცისტეინის გაზრდილი დონე შარდსა და შრატში; ნევროლოგიური აშლილობანი (გონებრივი ჩამორჩენა, ეპილეფსია, ფსიქიკური მოვლენები); თრომბოემბოლური დაავადებანი; თრომბოციტების გაზრდილი აგრეგაცია [Atkinson, 1997].

3. უკანასკნელ პერიოდამდე კარდიოვასკულურ სისტემაზე ჰიპერჰომოცისტეინემიის უარყოფით გავლენის ანალიზი ორიენტირებული იყო უფრო მეტად ვასკულურ ფუნქციაზე ვიდრე ათეროსკლეროზზე. მაკკალიმ თავის ძირითად პუბლიკაციაში, განსხვავებით ტიპური ათეროსკლეროზული დაზიანებისგან, აღწერა სისხლძარღვოვანი დაზიანება, როგორც “ფიბროზული” ან “ფიბროკალცინოზური” [McCully, 1969; 1971]. უფრო მეტიც, ჰიპერჰომოცისტეინემიის ექსპერიმენტული მოდელების უმეტესობა არ ითვალისწინებს

ათეროსკლეროზულ დაზიანებებს [Watanabe et al., 1995]. რა თქმა უნდა საკმარისი რაოდენობით არის ნაშრომები, სადაც იხილავენ სისხლძარღვთა სწორედ ფუნქციურ დარღვევებს. ასეთებია ენდოთელიუმ- დამოკიდებული ვაზომოტორული პასუხების მოშლა ექსპერიმენტული ჰომოცისტეინემიის დროს სხვადასხვა სახის ცხოველებში, მათ შორის პრიმატებში [Lentz et al., 1996; 2000], ვირთაგვებში [Ungvari, 1999] და თაგვებში [Eberhardt et al., 2000; Lentz et al., 2000]. მწვავე ჰიპერჰომოცისტეინემიის დროს ადამიანებშიც ვხვდებით დარღვეულ ენდოთელიუმ- დამოკიდებულ ვაზორელაქსაციას [Kanani et al., 1999]. ასეთი მონაცემები ნათლად მოწმობენ, რომ ჰიპერჰომოცისტეინემია უშუალოდ კი არ იწვევს ათეროსკლეროზის განვითარებას, არამედ იგი ისე არღვევს სისხლძარღვთა ფუნქციონირებას, რომ იზრდება ათეროსკლეროზული გართულებების რისკი.

ორი, შედარებით ახალი ნაშრომი [Hofmann et al., 2001; Zhou et al., 2001] კითხვის ქვეშ აყენებს ამ მოსაზრებას, რადგან ავტორები აჩვენებენ, რომ პლაზმაში ტოტალური ჰომოცისტეინის ზომიერი მატება აჩქარებს ათეროსკლეროზული დაზიანების განვითარებას თაგვების ისეთ გენეტიკურ ხაზში, რომელთაც ხუთჯერ აქვთ გაზრდილი პლაზმური ქოლესტერინის შემცველობა და რომელთაც სპონტანურად უვითარდებათ ათეროსკლეროზული დაზიანებები. ჰოფმანმა და მისმა კოლეგებმა ნახეს, რომ ამ ხაზის თაგვების 8 კვირის განმავლობაში გადაყვანამ ჰიპერჰომოცისტეინემიის დიეტაზე გამოიწვია აორტის ათეროსკლეროზული დაზიანება, რომელიც თავისი სიმძიმით და მასშტაბით ბევრად აჭარბებდა ასეთივე დაზიანებას ნორმალური დიეტის დროს [Hofmann et al., 2001]. ეს მონაცემები დადასტურდა და გაღრმავდა იმავე წელს, სხვა ავტორების მიერაც [Zhou et al., 2001]. თაგვების გარკვეული ნაწილი მათ გადაიყვანეს მაღალციხიმოვან დიეტაზე, ხოლო დანარჩენებს ზომიერი ჰიპერჰომოცისტეინემიის გამოსაწვევად დამატებით ამღევდნენ მეთიონინს ან ჰომოცისტეინს. 3 თვის შემდეგ თაგვებს, რომლებიც ჰიპერჰომოცისტეინემიის დიეტაზე იყვნენ, სხვებთან შედარებით აორტაზე ჩამოუყალიბდათ მნიშვნელოვნად უფრო დიდი ათეროსკლეროზული დაზიანება. ამ ორ ნაშრომში მიღებული შედეგების მსგავსება ფრიად მნიშვნელოვანია იმ მხრივაც, რომ ავტორებმა გამოიყენეს განსხვავებული მიდგომა დიეტის შედგენისას, მაგრამ ორივე შემთხვევაში პლაზმაში ტოტალური ჰომოცისტეინის შემცველობა დაახლოებით ერთნაირი იყო (36-47 მკროლ/ლ).

ითვლება, რომ ორივე კვლევა [Hofmann et al., 2001; Zhou et al., 2001] წარმოადგენს ჰიპერჰომოცისტეინემიის პათოფიზიოლოგიური მექანიზმების ახსნის ძირითად წყაროს,

ვინაიდან ავტორებმა აჩვენეს ჰიპერჰომოცისტეინემიის ათეროგენურობა თუნდაც სხვა პოტენციური რისკ ფაქტორების არსებობის პირობებში.

რიგკვლევებში, როგორც უკვე აღინიშნა აქცენტირებულია, რომ პლაზმაში ტოტალური ჰომოცისტეინის მატება ასოცირდება სისხლძარღვთა ფუნქციის ოკლუზიურ მომლასთან (თრომბოზი, ინსულტი). შემოთავაზებულია რამდენიმე მექანიზმი, რომელთა მეშვეობით ჰიპერჰომოცისტეინემიას შეუძლია განავითაროს თრომბოგენური აქტივობა [*D'Angelo, Selhub, 1997*]. ერთ-ერთი ასეთი მექანიზმი უკავშირდება ჰომოცისტეინის ხსნადობას. კერძოდ ნაჩვენებია, რომ ნეიტრალური pH-ის პირობებში დისულფიდური ჰომოცისტეინის ხსნადობა ძალიან დაბალია [*Brenton, et al, 1965(a, b)*] და უახლოვდება (ან უფრო დაბალიც არის) ცისტინის ხსნადობას. აქედან გამომდინარე ითვლება, რომ შესაძლოა სისხლძარღვთა ისეთი დაავადების ფორმირება, რომლის განვითარების პროცესი ემსგავსება ცისტინის პრეციპიტაციის პროცესს, (რომლის შედეგად ადგილი აქვს კრისტალიზაციას და კენჭების ფორმირებას).

ვინაიდან ნორმალურად პლაზმაში ტოტალური ჰომოცისტეინის თითქმის სრული ოქსიდაციახდება [*Hankey, Eikelboom, 1999*]; ითვლება, რომ დისულფიდური ჰომოცისტეინი შეიძლება დაილექოს ჰომოცისტეინის სწრაფი ოქსიდაციის დროს იმ შემთხვევაში თუ ამ დისულფიდის რაოდენობა აღემატება გაჯერების კონცენტრაციას. აქედან გამომდინარე ჰომოცისტეინს სისხლძარღვთა სისტემაში არახსნადი კრისტალების ფორმირება შეუძლია. სავსებით დასაშვებია, რომ სისხლში მოცირკულირე მიკროკრისტალები მოქმედებენ, როგორც სისხლძარღვთა კედლის მექანიკური დამზიანებლები [*Ragone, 2002*]. არ არის გამორიცხული, რომ ჰომოცისტეინით ინდუცირებულ ამ სპეციფიკურ დაზიანებაზე საპასუხოდ ენდოთელიუმში განვითარდეს ფენოტიპური და ფიზიოლოგიური ცვლილებები ანალოგიური იმისა, რასაც ადგილი აქვს სხვადასხვა აგენტების მოქმედებისას (თრომბინი, ციტოკინები, ოქსიდაციური ლიპიდები, ინფექციური აგენტები და სხვ.). სხვაგვარად რომ ვთქვათ, დაზიანებული ენდოთელური უჯრედები ხდება

პროთრომბული. ამდენად, ჰომოცისტეინის ხსნადობასთან დაკავშირებული ენდოთელიუმის თრომბოგენური დაზიანების ჰიპოთეზა უდაოდ იმსახურებს დიდ ყურადღებას.

ცალკე განხილვას იმსახურებს ჰიპერჰომოცისტეინემიისა და რენალური ფუნქციის ურთიერთკავშირი.

შრატის კრეატინინი რენალური ფუნქციის მარკერად ითვლება, რომელიც ამავე დროს არის პლაზმაში ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის ძლიერი დეტერმინანტი [*Bostom, Cul-*

leton, 1999; Bostom, Lathrop, 1997]. კრეატინინისა და ჰომოცისტეინის კონცენტრაციებს შორის ძალიან მაღალი დადებითი კორელაცია თითქმის ყველა გამოკვლევაში იყო ნაჩვენები. რენალური დაავადებებისას, როგორც კრეატინინი, ისე ჰომოცისტეინი მატულობს. უკანასკნელის კონცენტრაციამ შეიძლება 3-5-ჯერ გადააჭარბოს ნორმას [*Bostom, Culleton, 1999; Bostom, Lathrop, 1997*].

როგორც კლინიკური, ისე ექსპერიმენტული გამოკვლევები აჩვენებენ, რომ პლაზმიდან ჰომოცისტეინის თითქმის 70%-ის გამორეცხვა თირკმელებით ხორციელდება [*Guttormsen et al, 1993*]. რენალური ფუნქციის უაღრესად დიდი მნიშვნელობა პლაზმაში ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის ნორმის ფარგლებში შენარჩუნებისათვის არაერთხელ იქნა დემონსტრირებული [*Norlund et al., 1998; Taniwaki et al., 1998*]. ჰომოცისტეინის საშუალო კონცენტრაცია პლაზმაში არის 4მკმოლ/ლ, იგი 45%-ით მეტია იმ პირებში, რომელთა შრატში კრეატინინის ნორმალური დონეა, მაგრამ გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარე დაბალ დიაპაზონშია. უფრო მეტიც, თურმე გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარის მიხედვით, შრატში კრეატინინის დონესთან შედარებით, შეიძლება პლაზმაში ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია უფრო დიდი სიზუსტით ვიწინასწარმეტყველოთ [*Taniwaki et al., 1998*]. ამიტომ სთვლიან, რომ ჰომოცისტეინისა და გულსისხლძარღვთა დაავადებასთან დაკავშირებული მრავალი კვლევის შედეგი, პრინციპულად განსხვავებული და უფრო მნიშვნელოვანი იქნებოდა თუ კრეატინინის ნაცვლად მათში შესწავლილი იქნებოდა გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარე [*Brattstrom and Wilcken, 2000; Brattstrom et al., 1998*].

ჰიპერტენზიით და/ან ათეროსკლეროზით დარღვეული რენალური ფუნქცია პლაზმაში ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატების მნიშვნელოვანი მიზეზი შეიძლება იყოს [*Brattstrom and Wilcken, 2000; Brattstrom et al., 1998*]. ამის საფუძველს იძლევა ის გარემოება, რომ ათეროგენეზი და გაზრდილი არტერიული წნევა, როგორც წესი, უჩუმრად ვითარდება წლების განმავლობაში და მხოლოდ მოგვიანებით სტადიაზე ავლენს თავს, რაც ხდება განგამის და კლინიკური ჩარევის მიზეზი. ამ პროცესს ასევე უჩუმრად მივყევართ ნეფროსკლეროზის და რენალური ფუნქციის დარღვევისკენ [*Perneger et al., 1993*], რაც თავის მხრივ მჭიდროდ უკავშირდება პლაზმიდან ჰომოცისტეინის გამორეცხვის საკითხს [*Kasiske, 1987*]. ამის გამო სისხლძარღვოვანი პათოლოგია თავისთავად შეიძლება გახდეს მნიშვნელოვანი ფაქტორი ცირკულირებადი ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატებისთვის და რენალური ფუნქციის დაქვეითებისთვის [*Brattstrom et al., 1998*]. ეს კი იმას ნიშნავს,

რომ ვინაიდან რენალური ფუნქცია დაქვეითებულია, პაციენტს ფარული ან კლინიკურად გამოკვეთილი კარდიოვასკულური დაავადების არსებობის და შრატში კრეატინინის ნორმალური კონცენტრაციის გამო, შეიძლება ჰქონდეს ცირკულირებადი ჰომოცისტეინის მომატებული კონცენტრაცია. ამით შეიძლება აგრეთვე აიხსნას გრადუირებული კავშირი პლაზმურ ჰომოცისტეინსა და ათეროსკლეროზის სიმძიმეს შორის.

ფუნდამენტური ეპიდემიოლოგიური, კლინიკური, სტატისტიკური და თანაც დიდ მასალაზე დაფუძნებული კვლევა იძლევა სურათს, რომ ჰომოცისტეინსა და კორონარულ დაავადებათა რისკს შორის არსებობს საკმაოდ მყარი ასოციაცია, მაგრამ მიიჩნევენ, რომ იგი ბევრად უფრო ძლიერად არის გამოხატული ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციასა და ცერებროვასკულურ დაავადებებს შორის [Ford et al., 2002]. თუმცა გაზრდილი ჰომოცისტეინის დონე ეპიდემიოლოგიურად უკავშირდება ცერებროვასკულურ ინსულტებს, კავშირი ინდივიდუალური პაციენტის დონეზე ნაკლებად არის ნათელი.

ერთ-ერთი საფუძვლიანი, უახლესი ანალიზის ავტორები ცერებროვასკულურ პათოლოგიებში ჰომოცისტეინის როლის შესახებ, თავის 2004 წელს გამოქვეყნებულ მიმოხილვაში [Sepulveda-Sanches et al., 2004] ასკვნიათ, რომ მონაცემები პლაზმური ჰომოცისტეინის დონესა და ცერებროვასკულურ დაავადებებს შორის კავშირზე სავსეა ურთიერთგამომრიცხავი ინფორმაციით. ავტორები იმედოვნებენ, რომ მომავალი შრომები, დაკავშირებული ვიტამინურ თერაპიასთან ნათელს მოჰფენენ ამ ფრიად მნიშვნელოვან პრობლემას. ბევრად უფრო კატეგორიულია ამ მხრივ საჩდევი [Sachdev, 2004]. მას მიაჩნია, რომ ჰომოცისტეინი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს თავის ტვინში ატროფიული პროცესების განვითარებაში, კოგნიტურ დარღვევებში და შესაძლოა ალცჰაიმერის დაავადების განვითარებაშიც. სიდნეიში ჩატარებულ გამოკვლევაში (131 ინსულტიანი პაციენტი და 81 ჯანმრთელი პირი) ავტორმა დაადგინა, რომ ჰომოცისტეინის მაღალი დონე უკავშირდება ინსულტების გაზრდილ სიხშირეს და კოგნიტური დარღვევების სიღრმეს. ავტორი ამტკიცებს, რომ ჰომოცისტეინი ზრდის მიკრო- და მაკროვასკულურ დაზიანების ალბათობას. მას მიაჩნია, რომ ჰომოცისტეინის გაზრდილი კონცენტრაციის კორექცია უნდა იქნას დაწყებული რაც შეიძლება ადრეულ ასაკში.

კლინიკური მონაცემები მოწმობენ, რომ ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია მცირდება მწვავე კარდიოვასკულურ შეტევისას და მატულობს შეტევის შემდეგ [Hultberg et al., 1997; Lindgren et al., 1995; Loehrer et al., 1996]. თუმცა, როგორ იზომებოდა ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია მწვავე შეტევამდე და შეტევის შემდეგ გაურკვეველია. არის აგრეთვე

მონაცემები, რომელთა მიხედვით ათეროსკლეროზული პროცესებით დაზიანებული ენდოთელური უჯრედები ჰომოცისტეინს უშვებს ცირკულაციაში და ამის შედეგად იზრდება ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია [*Woo, Chook, Lolin, 1997*].

ითვლება, რომ კარდიოვასკულური დაავადებისას პრინციპული მნიშვნელობა აქვს სისხლის სინჯების აღების დროს, რადგან შესაძლებელია აბსოლუტურად განსხვავებული შედეგის მიღება იმის და მიხედვით, თუ დროის რომელ მონაკვეთში იქნა აღებული სისხლი [*Ford et al., 2002*].

ნანახია, რომ შენახულ სისხლის სინჯში ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია დროში არასტაბილურია, ამიტომ არ არის გასაკვირი, რომ ხანმოკლე კვლევები (რაც ზემოთ უკვე იყო განხილული) უფრო მჭიდრო კავშირს ამყარებენ ჰომოცისტეინის კონცენტრაციასა და დაავადებას შორის, ვიდრე ხანგრძლივი კვლევები [*Verhoef et al., 1997*]. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ გაყინვა-გაღებვის პროცესები არ ამახინჯებს ჰომოცისტეინის კონცენტრაციას. ლიტერატურაში მოწოდებული მონაცემების ობიექტურ შეფასებას აფერხებს ისიც, რომ ხშირად არ არის საკმარისი ინფორმაცია გამოყენებული მეთოდური მიდგომის შესახებ. შესაძლოა, რომ ლაბორატორიული მეთოდი იყოს არაადეკვატური, გამომდინარე კვლევის ობიექტის სპეციფიკიდან. ასე მაგალითად, ავტორები ხშირად არ აქცევენ საჭირო ყურადღებას სისხლის აღების და ანალიზის პროცედურას. საქმე ის არის, რომ სისხლის სინჯის აღების შემდეგ, მაგრამ მისი უჯრედების სეპარაციამდე ადგილი აქვს ტოტალური ჰომოცისტეინის დროსა და ტემპერატურაზე დამოკიდებულ მატებას, ვინაიდან იგი გამოიყოფა ერითროციტებიდან [*Andersson et al., 1992*]. ოთახის ტემპერატურაზე ტოტალური ჰომოცისტეინი საათში 1მკმოლ/ლ სიჩქარით მატულობს, რაც არ არის დამოკიდებული მის საწყის კონცენტრაციაზე. ანუ ეს შეესატყვისება საათში კონცენტრაციის 10%-ით მატებას. გამომდინარე აქედან საჭიროა სისხლის აღებული სინჯის დაუყოვნებელი ცენტრიფუგირება და ერითროციტების სეპარაცია, ან სინჯი უნდა ინახებოდეს დაბალ ტემპერატურაზე [*Ueland, Refsum, 1989; Ueland et al., 1993*].

ცნობილია აგრეთვე, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია არ იცვლება ვენური სტაზის ხანგრძლივობაზე დამოკიდებულებით [*Rasmussen, Moller, 2000*]. ზურგზე მწოლიარე ავადმყოფისგან აღებულ სისხლში ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია დაახლოებით 10%-ით უფრო ნაკლებია, ვიდრე იგივე პაციენტიდან მჯდომარე მდგომარეობაში აღებულ სისხლში, ალბათ იმიტომ, რომ პლაზმური ალბუმინი (რომესაც უკავშირდება ჰომოცისტეინი) დაქვეითებულია ზურგზე წოლის პირობებში [*Rasmussen, Moller, 2000*]. არ არის გამორიცხული, რომ სწორედ ამ ფენომენს აქვს ადგილი, როდესაც

მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ მწვავე ფაზაში ფიქსირდება ტოტალური ჰომოცისტეინის დაბალი დონე, ხოლო 2-3 თვის შემდეგ კი უფრო მაღალი [Lindgren et al., 1995].

ამრიგად, თუ შევაჯამებთ ჰომოცისტეინის კონცენტრაციისა და კორონარულ სისხლძარღვთა მდგომარეობის ურთიერთკავშირს, ეჭვსგარეშეა, რომ ჰომოცისტეინის მეტაბოლიზმის მნიშვნელოვანი თანდაყოლილი დარღვევა პაციენტებში იწვევს გულის კორონარულ სისხლძარღვთა დაავადებას. როდესაც ლაპარაკია ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის ზომიერმატებაზე დამისგან შექმნილ საფრთხეზე, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ეს ეხება იმ პაციენტებს, რომლებიც განეკუთვნებიან მაღალი რისკის მქონე პირებს, მაგალითად თუ სიტუაცია დამძიმებულია დიაბეტით, ან წარსულში კორონარულ სისხლძარღვებთან დაკავშირებული პრობლემებით და ა.შ. ამასთან ერთად ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია შეიძლება განვიხილოთ, როგორც სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების სიმძიმის თავისებური მარკერი. არსებული ეპიდემიოლოგიური მონაცემები არ მოწმობენ, რომ ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის ზრდა საშიშია ჯანმრთელი პირებისთვის, მაგრამ მისი დაქვეითება ფოლიუმის მჟავით და ვიტამინ B6 გამოყენებით დადებით გავლენას მოახდენს ათეროსკლეროზის განვითარების პრევენციის საქმეში [Vermeulen, Stehouwer, Twisk, 2000].

საკითხი იმის შესახებ, თუ ჰომოცისტეინის როგორი კონცენტრაციაა სასურველი – პრაქტიკულად ღიაა. დადგენილია გარკვეული დოზა-რეაქციის დამოკიდებულება ჰომოცისტეინის კონცენტრაციასა (დაბალი საზღვრებიდან 20მკმოლ/ლ-მდე) და კარდიოვასკულური პათოლოგიების განვითარების რისკს შორის [Refsum et al., 1998]. ზოგი ექსპერტის აზრით ტოტალური ჰომოცისტეინის დონე არ უნდა აღემატებოდეს 10მიკრომოლ/ლ [Malinow et al., 1989; 1999; Ubbink, 2001]. თუ ამ რიცხვებს მივიღებთ ნორმად, მაშინ მოსახლეობის 30-50% აღმოაჩნდება "ჰიპერჰომოცისტეინემია". ეს პროცენტი ბევრად გაიზრდება თუ ცალკე ავიღებთ ასაკოვან და გულსისხლძარღვთა პრობლემების მქონე პოპულაციას.

უფრო რეალისტურად უნდა ჩაითვალოს 13-15 მკმოლ/ლ, რის ზემოთ მნიშვნელოვნად მატულობს კარდიოვასკულური გართულებების რისკი [Christen et al., 2000; Vollset et al., 2001]. შედარებით ზუსტი რეკომენდაციები ტოტალური ჰომოცისტეინის სასურველი კონცენტრაციის შესახებ დადგინდება შესაბამისი კლინიკური კვლევების შემდეგ.

ზოგადად კი კიდევ ერთხელ უნდა აღინიშნოს, რომ განხილული პრობლემა ატარებს დიდად კონტროლერსიულ ხასიათს იმის თაობაზე, თუ როდის და რა ტესტი უნდა ჩაუტარდეს პაციენტს და რაც უფრო მნიშვნელოვანია – როგორ გამოვიყენოთ შემდეგ ამ

ტესტით მიღებული მონაცემები.

ალბათ საინტერესო იქნება იმ კლინიკური რეკომენდაციების მოტანა რომელზეც კონსენსუსის სახით შეთანხმდა მკვლევარების შედარებითი უმრავლესობა [*Refsum and Ueland, 1990*]:

- ტოტალური ჰომოცისტეინის გაზომვა ფარო მოსახლეობაში კარდიოვასკულური გართულებების რისკის გამოვლენის მიზნით არ არის რეკომენდირებული;
- კარდიოვასკულური გართულებების მქონე ახალგაზრდა პაციენტებში (40წლის ასაკამდე) უნდა გაიზომოს ტოტალური ჰომოცისტეინი, რათა გამოირიცხოს ჰომოცისტეინურია;
- კარდიოვასკულური გართულებების მაღალი რისკის მატარებელ პირებში ტოტალური ჰომოცისტეინის მაღალი კონცენტრაცია უნდა განიხილებოდეს, როგორც პროგნოსტიკური ფაქტორი მოსალოდნელი შეტევისა, შესაძლო ლეტალური გამოსავლის თვალთახედვით;
- კარდიოვასკულური გართულებების მქონე პაციენტები რომელთა ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია აღემატება 15 მიკრომოლ/ლ-ს შეადგენენ მაღალი რისკის მატარებელ ჯგუფს; მათთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მისდიონ ჯანმრთელი ცხოვრების წესს და გამომდინარე მათი კონკრეტული მდგომარეობიდან მიიღონ ადეკვატური და ოპტიმალური მკურნალობა;

ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის გაზრდილ დონეს, გართულებულს ვიტამინების თანდართული დაბალი კონცენტრაციით, უნდა ვუმკურნალოთ, როგორც ვიტამინების დეფიციტით გამოწვეულ პათოლოგიას, თუმცა სხვა მიზეზებიც უნდა იქნას განხილული.

მრავალ ეპიდემიოლოგიურ კვლევაში ნაჩვენებია ასოციაცია პლაზმაში მომატებულ ჰომოცისტეინსა და სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზულ დაავადებებს შორის [*Clarke et al., 1991; Malinski et al., 1993; Ueland et al., 1993*]. ათეროსკლეროზული და თრომბული გართულებები მემკვიდრეობითი ჰიპერჰომოცისტეინემიის ფორმის დროს (როდესაც მისი დონე აღემატება 10მკმოლ/ლ) პირველად აღწერილი იყო სამოციანი წლების დასასრულს [*McCully et al., 1969; 171*]. დადგენილია, რომ ზომიერი ჰიპერჰომოცისტეინემია (16მკმოლ/ლ-ის ფარგლებში) ვლინდება მიოკარდიუმის ინფარქტიან და პერიფერულ სისხლძარღვთა დაავადების მქონე პაციენტების დაახლოებით 30%-ში [*Stampfer et al., 1992; Stampfer MJ, Malinow, 1995*]. მექანიზმი, რომელიც მონაწილეობს გაზრდილი ჰომოცისტეინით გამოწვეულ სისხლძარღვთა კედლების დაზიანებაში და ალბათ შესაძლოა ხელს უწყობს ათეროთრომბოზს, არ არის გარკვეული. ითვლება, რომ ჰომოცისტეინის მაღალი კონცენტრაცია მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სისხლძარღვთა ენდოთელიუმის

დაზიანებაში, სინათლის და ელექტრონული მიკროსკოპით ჩატარებულ გამოკვლევებში დადგინდა, რომ ჰიპერჰომოცისტეინემია, როგორც ადამიანებში, ისე ცხოველებში მორფოლოგიურ ცვლილებებს იწვევს ენდოთელიუმში [Harker et al., 1976].

ჰიპერჰომოცისტეინემიის სმქონე პაციენტებში რეაქტიულ ჰიპერემიასთან ასოცირებული ვაზოდილატაცია დარღვეულია [Celemajer et al., 1993; Tawakol et al., 1997], თანაც ირღვევა ენდოთელიუმზე დამოკიდებული მექანიზმის ფუნქციონირება [Lentz, 1997]. ჰომოცისტეინის უარყოფითი გავლენა ენდოთელიუმის უჯრედების კულტურაზე ნაჩვენებია იყო ინ-ვიტრო ცდებშიც [Wall et al., 1980]. ჰიპერჰომოცისტეინემიის მოქმედებით გამოწვეული მიკროსისხლძარღვთა ენდოთელიუმის ფუნქციის მოშლა არ არის კარგად შესწავლილი, თუმც ცნობილია, რომ დარღვევები ძირითადად აღმოცენდება პერიფერულ ცირკულაციაში. ცნობილია, რომ პაციენტებში, რომელთა ჰომოცისტეინის დონე პლაზმაში 20მკმოლზე მეტია, სიკვდილიანობის სიხშირე შვიდჯერ აღემატება სიკვდილიანობას იმ ავადმყოფებში, რომელთა ჰომოცისტეინის დონე პლაზმაში 9მკმოლ/ლ-ზე დაბალია [Zhang, Chopp, Tang, 1995].

ამდენად ჰიპერჰომოცისტეინემიით გამოწვეული სისხლძარღვოვანი გართულებების მექანიზმის კვლევა და გაგება წარმოადგენს უაღრესად მაღალი პრიორიტეტის ამოცანას.

ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია როგორც წესი თან სდევს მრავალი სახის კარდიოვასკულურ დაავადებას [Bell, Johns, Lopez, 1998; Dzau et al., 1997; Furchgott., Zawadzki, 1980; Leibovich et al., 1994; Quyumy et al., 1995]. დადგენილი იყო, რომ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზას ფუნქციის დარღვევა ან/და აზოტის ოქსიდის მოწოდების შემცირება შეიძლება გახდეს მრავალი კლინიკური მანიფესტაციის მიზეზი პაციენტებში, რომელთაც გააჩნიათ ენდოთელური დისფუნქცია [De Caterina et al., 1995; Dubey et al., 1995]. ეს მოსაზრება მიუთითებს, რომ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზა შესაძლოა განიცდიდეს ჰიპერჰომოცისტეინემიის გავლენას.

დადგენილია, რომ ორგანიზმში აზოტის ოქსიდი (NO) წარმოადგენს სასიგნალო მოლეკულას, რომელიც გარდა სისხლძარღვთა ტონუსის რეგულაციისა, ჩართულია სხვადასხვა ბიოლოგიური ფუნქციის განხორციელებაში, მათ შორისაა იმუნური სისტემის რეაქციები, და ნეიროტრანსმისია [Bredt and Snyder, 1992; Knowles, R.G. and Moncada, 1994; Miller 2001; Moncada, 1992; Nathan, 1992; Sessa, 1994, Munoz, Garcia-Rodriges, 2003]. აზოტის ოქსიდი ლიპოფილურია, ტრანსცელულარული დიფუზიით იოლად აღწევს ინტრაცელულარულ სამიზნეებს, რითაც გარკვეულწილად ემსგავსება ჰორმონს [Mural, 1998]. NO ხასიათდება ხანმოკლე სიცოცხლისუნარიანობით. ჟანგბადი აზოტის

ოქსიდს ჟანგავს წყალსხნარში აზოტურ ანჰიდრიდამდე ნიტრიტის შემდგომი წარმოქმნით. თუ ჟანგბადისა და აზოტის ოქსიდის კონცენტრაცია შესაბამისად 20 და 1 მიკრომოლია, მაშინ აზოტის ოქსიდის ნახევარსიცოცხლის დრო დაახლოებით 500 წამია, მაგრამ იმ ვივო პირობებში ეს მაჩვენებელი განისაზღვრება 5 წამის ოდენობით, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ აზოტის ოქსიდი აქტიურ ურთიერთქმედებაშია უჯრედოვან კომპონენტებთან. ყველაზე დიდი სიჩქარით აზოტის ოქსიდი (NO) რეაგირებს სუპეროქსიდურ ანიონთან (O_2^-) და გარდამავალ ლითონებთან: რკინისა და სპილენძის ჰემურ კომპლექსებთან, რკინაგოგირდოვან სტრუქტურებთან.

აზოტის ოქსიდის უმრავლესი უჯრედული ეფექტების გამოვლენა დამოკიდებულია NO და O_2^- კონცენტრაციათა თანაფარდობაზე, ვინაიდან ბევრ ჯგუფზე მოქმედებს არა უშუალოდ აზოტის ოქსიდი, არამედ პეროქსინიტრიტი, რომელიც არის ბევრად უფრო აქტიური და პოტენციურად უფრო ტოქსიური შენაერთი ვიდრე ცალ- ცალკე აღებული NO და O_2^- . გარკვეულ პირობებში, მაგალითად, ციტოკინების მოქმედებისას, როდესაც უჯრედებში აქტიურად მიდის თიოლების და რკინაგოგირდოვანი ცენტრების ჟანგვა, ჭარბობს აზოტის ოქსიდის ციტოტოქსიური მოქმედება. მაგრამ თუ შეიცვალა კონცენტრაციების ბალანსი, ანუ თუ აზოტის ოქსიდის კონცენტრაცია მნიშვნელოვნად აჭარბებს O_2^- -ის კონცენტრაციას, მაშინ ხდება პეროქსინიტრიტის აღდგენა NO_2 -მდე და ამ პირობებში NO მოქმედებს უკვე როგორც ანტიოქსიდანტი, რომელიც იცავს უჯრედებს ჟანგბადის აქტიური ფორმების ციტოტოქსიური მოქმედებისგან [*Beckman, 1997; Brune, Messmer, and Sandau, 1995; Wink et al., 1991*].

გარდა მაღალი ქიმიური აქტივობისა, აზოტის ოქსიდის, როგორც სასიგნალო მოლეკულის მნიშვნელობა, განისაზღვრება მისი სწრაფი დიფუზიის უნარიტაც. თანახმად არსებული მონაცემებისა [*Malinski et al., 1993*] აზოტის ოქსიდი მის მასინთეზირებელი უჯრედისგან საკმარისად შორს და სწრაფად ვრცელდება. სინთეზის დაწყებიდან დაახლოებით ორი წამის შემდეგ მასინთეზირებელი უჯრედისგან 100 მკმ დაცილებით აზოტის ოქსიდის კონცენტრაცია წონასწორული მნიშვნელობის ნახევარს შეადგენს [84]. წარმოქმნის ადგილიდან 160 მკმ დაცილებით (რაც დაახლოებით რვა უჯრედული დიამეტრის ტოლია) სინთეზის მუდმივი დონის შენარჩუნების პირობებში აზოტის ოქსიდის კონცენტრაცია კლებულობს ორჯერ [*Lancaster, 1993*].

ტრადიციული ნეიროტრანსმიტერებისაგან განსხვავებით NO არ გროვდება ნერვული დაბოლოებების სინაფსურ ვეზიკულებში და გამოიყოფა სინაფსურ ნაპრალში არა ევზოციტოზის მექანიზმის გზით. L-არგინინის L-ციტრულინად კატალიზურად

გარდაქმნის თანაპროდუქტის ფერმენტ NO-სინთაზას (NOS) საშუალებით NO-ს მოლეკულა სინთეზირდება ფიზიოლოგიური მოთხოვნილების მიხედვით [Burnett, 1997].

ცნობილია NOS-ის სამი იზოფორმა: ორი კონსტიტუციური - Ca^{++} - დამოკიდებული ნეირონული (nNOS ანუ NOS 1, რომელიც პირველად აღმოჩენილ იქნა ნეირონებში) და ენდოთელური (eNOS ანუ NOS 111- პირველად აღმოჩენილი იქნა ენდოთელიოციტებში) და ერთი ინდუციბელური - Ca^{++} - დამოუკიდებელი (iNOS ანუ NOS 11) იზოფორმა [Willenborga, et al., 1999].

უჯრედებს, რომლებიც შეიცავენ ენზიმის კონსტიტუციურ იზოფორმებს, სწრაფად შეუძლიათ უზრუნველყონ NO-ს ფიზიოლოგიური დონე ისეთი აგონისტების საპასუხოდ, როგორცაა აცეტილქოლინი სისხლძარღვების ენდოთელიუმში. NO-ს კონცენტრაცია შეიძლება სწრაფად და მკვეთრად გაიზარდოს ქსოვილის იშემია- რეპერფუზიული დაზიანების დროს [Colasanti, Suzuki, 2000].

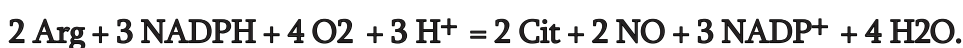
iNOS (NOS 11) წარმოქმნის NO-ს მასიურ რაოდენობას პროლონგირებული დროით ძირითადად ანთებითი სტიმულაციის საპასუხოდ გარკვეული ტიპის უჯრედებში (მაკროფაგები, ქონდროციტები, მიკროგლია, ნეიტროფილები, ჰეპატოციტები, ფილტვისა და ნაწლავის ეპითელი, გლუვკუნთოვანი უჯრედები [Willenborga, et al., 1999].

NOS-ის სამივე ფორმა (nNOS, eNOS და iNOS) სხვადასხვა ქრომოსომაზე მოთავსებული გენებით კოდირდება [Licinio, et al., 1999; Martella et al., 1998].

NO-სინთაზას სამივე იზოფორმა აქტიური სახით ჰომოდიმერს წარმოადგენს, რომელიც შეიცავს: რედუქტაზულ, კალმოდულინთან დაკავშირებად, ოქსიგენაზურ დომეინებსა და N-ტერმინალურ იზოფორმა-სპეციფიურ ამინომჟავათა თანამიმდევრობას [Leibovich et al., 1997].

იზოფორმების აქტივობისათვის საჭიროა კოფაქტორები: FAD, FMN, კალმოდულინი, BH4. NADPH მიერ ელექტრონის გამოთავისუფლების შედეგად, კოფაქტორების ურთიერთშეთანხმებული მუშაობის შედეგად სუბსტრატ L- არგინინისაგან საბოლოოდ წარმოიქმნება L-ციტრულინი და NO (როცა BH4-ის კონცენტრაცია $\gg 10^{-6}$ M), თუმცა BH4-ის დაბალ კონცენტრაციაზე ($BH4 < 10^{-6}$ M) რეაქციის პროდუქტები შეიძლება იყოს O_2^- ან $ONOO^-$ [Leibovich et al., 1997].

აზოტის ოქსიდის წარმოქმნის რეაქცია ასე გამოიყურება:



არსებობს NOS-ინჰიბიტორების რამოდენიმე ჯგუფი: არგინინ-და-BH4- კონკურენტები, ჰემური ლიგანდები, კალმოდულინ-დაკავშირებადი ანტაგონისტები, NADPH- ბლოკატორები.

NO-ს მოქმედება განსხვავდება სხვა სასიგნალო მოლეკულების მოქმედებისაგან იმით, რომ ის არ მოქმედებს უჯრედის ზედაპირულ რეცეპტორებზე, არამედ უბრალოდ ექვემდებარება დიფუზიას ბიომემბრანების გავლით [*Dalton et al., 1997*] და უკავშირდება უჯრედშიდა სამიზნეებს კოვალენტური კავშირებით. იგი ლიპოფილურია და შეუძლია პასიურად კონცენტრირდეს უჯრედულ მემბრანებში. თავის ტვინში აზოტის ოქსიდი იქცევა ნაწილობრივ, როგორც ნეიროტრანსმიტერი და ნაწილობრივ, როგორც ჰორმონი [*Dawson, 1994*]. NO-ს არ გააჩნია ტრადიციული მგრძნობელობის რეცეპტორები, თუმცა ჰემის შემცველი მაკრომოლეკულები მონაწილეობენ მის ტრანსპორტში, რითიც აადვილებენ მის ვაზოდilatატორულ აქტივობას [*Willenborga et al., 1999*].

აზოტის ოქსიდის მიერ გამოწვეული ფიზიოლოგიური პროცესები უჯრედში გულისხმობს ხსნადი გუანილატციკლასას აქტივაციასა და ციკლური 3, 5- გუანოზინმონოფოსფატის (ც-გმფ) აკუმულაციას, რომელიც წარმოიქმნება გუანოზინტრიფოსფატისაგან. ც-გმფ-ის ჰიდროლიზური დაშლა კატალიზდება ფოსფოდირექტაზებით [*Wolin, Davidson, Kaminski, 1999*].

NOS-ის სამივე იზოფორმით წარმოებულ NO-ს მნიშვნელოვანი როლი აკისრია გულსისხლძარღვთა ფუნქციონირებაში.

iNOS დროებით თავს იჩენს გვიან ემბრიონულ და ადრეულ პოსტნატალურ პერიოდში ყველა სისხლძარღვში, მაგრამ აღარ ვლინდება ნორმაში პოსტნატალურად (Galea E., 1995). იგი ვლინდება იშემიის, ინსულტის, ტრავმის, ინფექციის, აუტოიმუნური დაავადებების დროს, ხოლო სისტემური ანთებითი პროცესების შემთხვევაში ბაქტერიული პროდუქტებისა (მაგ. ლიპოპოლისაქარიდები) და ვირუსული წარმოშობის ნივთიერებების ზემოქმედებით ხდება სასიგნალო ციტოკინების წარმოშობა (ძირითადად იმუნური უჯრედების მიერ: მონოციტებისა და მაკროფაგების), რომლებიც ტრანსპორტირდება ქსოვილში და ააქტივებს iNOS [*McCann, 1994; Wong, 1996*]. iNOS აქტივობას დიდხანს ინარჩუნებს და წარმოქმნის NO-ს ნანომოლარული რაოდენობით, რაც 100-1000-ჯერ აღემატება nNOS პროდუცირებულ აზოტის ოქსიდს და ამდენად, მისი ეფექტი პოტენციურად უფრო მეტი მნიშვნელობისაა [*Kuo, Abe, 1995; Moncada et al., 1991*].

eNOS-ის ზემოქმედებით ადგილი აქვს სისხლძარღვის სანათურის ცვლილებას, რაც ორგანოში იწვევს სისხლის ნაკადის მოდულაციას. ზოგიერთი გამოკვლევა მიუთითებს, რომ NO მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ნარჩენი (მოსვენების) ვასკულური ტონუსის შენარჩუნებასა და დიდ როლს თამაშობს არტერიული ნახშირორჟანგის მატებით გამოწვეული სისხლის

ნაკადის გაზრდაში [Brett, Hwang, and Snyder, 1990]. თუმცა არსებობს საწინააღმდეგო მონაცემებიც. ფიქრობენ, რომ NO ხელს უწყობს ვაზოდილატაციას სისტემური ჰიპოქსიისა [Pelligrino et al., 1993] და ჰიპოტენზიის დროს [Toyoda et al., 1997].

NO-ს მაღალი კონცენტრაცია ციტოტოქსიურია, რომლის მექანიზმიც საბოლოოდ არ არის გარკვეული. ერთ-ერთი მექანიზმი შესაძლებელია იყოს მის მიერ მიტოქონდრიული სუნთქვის შექცევითი ინჰიბირება, რაც კონკურენციას უწევს ჟანგბადის მოლეკულას [Yen, Chia-Hung. Lau, Ying-Tung, 2002].

ამდენად, NO შეიძლება ჩაითვალოს ორმხრივ იარაღად. ერთი მხრივ, ის ავლენს სასარგებლო ეფექტებს ორგანიზმში, აქვს რა ანტიბაქტერიული, ანტიპარაზიტული, ანტივირუსული, თუმოროციდული, ორგანიზმის მთელ რიგ ფუნქციათა მარეგულირებელი მოქმედება, მეორეს მხრივ, მისი მაღალი დონე, თუ ის არაკონტროლირებადია, შესაძლოა იყოს დამღუპველი [Conner and Grisham, 1996; Yen, Chia-Hung. Lau, Ying-Tung, 2002].

ორგანიზმი ეგზო და ენდოგენური მოლეკულების მეშვეობით აკონტროლებს iNOS ექსპრესიას. ეს მოლეკულები იწვევენ მის ექსპრესიას (მაგ. ბაქტერიული წარმოშობის ლიპოპოლისაქარიდები და იმუნური ციტოკინები, როგორცაა, ინტერფერონი სიმსივნური ნეკროზის ფაქტორი და ინტერლეიკინი 1) ანთრგუნავენ მას (დექსამეტაზონი, კორტიკოსტეროიდები, ესტროგენები, ზრდის ტრანსფორმირებადი ფაქტორი

1993 წელს გამოვლინდა NO-ს მოდულაცია თვითონ NO-თი. აღმოჩნდა, რომ NO-ს საწყისი ფიზიოლოგიური დონე ზღუდავს იმუნური, ნერვული და კარდიოვასკულური სისტემების აგზნებას iNOშ ექსპრესიის დათრგუნვით [Stefano, 1997, 1998, 2000]. პათოლოგიური პროცესების დროს (მაგ. ანთება ან იმუნური რეაქცია), iNOS ექსპრესიის ინდუქციის წინ, იმუნური ციტოკინები ან ლიპოპოლისაქარიდები ახდენს nNOS ან eNOS-ისაქტივობის დაქვეითებას, რაც ამცირებს NO-ს უჯრედშიგა კონცენტრაციას ზღვრული დონის ქვემოთ (NO-ს ძალიან დაბალი დონე), რასაც თან სდევს NO-ს ფიზიოლოგიური დონით განპირობებული iNOS-ის სუპრესიის მოხსნა და იგი აქტივდება.

NO-ს ზომიერი მატება მონაწილეობას იღებს iNOS ინჰიბირებაში [Lin J. et al., 1988; Lin S., et al, 1966]; დექსამეტაზონი, iNOS-ის ექსპრესიის პოტენციური ინჰიბიტორი, ზრდის nNOS-ის აქტივობას [Baltrons, 1995]; ესტროგენებს, რომლებიც აინჰიბირებენ iNOS ექსპრესიის ლიპოპოლისაქარიდ-გამოწვეულ ინდუქციას მაკროფაგებში, აქვთ უნარი გაზარდონ nNOS და eNOS აქტივობა ენდოთელიურ უჯრედებში [Hayashi, 1997];

ტრანსფორმირებადი ზრდის ფაქტორი iNOS სუპრესორი) ზრდის eNOS ექსპრესიას ენდოთელიოციტებში [Pintavorn, Ballermann, 1997 Kostuk, 1995; Stefano, 2000].

ამრიგად, აზოტის ოქსიდის კონცენტრაცია განსაზღვრავს ფიზიოლოგიური პროცესების მიმართულებას მთელს ორგანიზმში. IL- 4, IL-8, IL-10 და სხვა) [Moncada, 1992].

მიკროსისხლძარღვოვანი ენდოთელური უჯრედების კულტურიდან გამონთავისუფლებული აზოტის ოქსიდის პირდაპირი გაზომვა NO-სელექციური ელექტროდული სისტემით აჩვენებს, რომ 50მიკრომოლ ჰომოციტინს შეუძლია მნიშვნელოვნად დათრგუნოს აზოტის ოქსიდის გამოყოფა მიუხედავად იმისა თუ რა გზით ხდებოდა ამ პროცესის (გამონთავისუფლების) სტიმულაცია [Zhang et al., 1993]. ამასთან გაირკვა, რომ სულფჰიდრული ჯგუფის ოქსიდაცია eNOS-ში იწვევს ამ ფერმენტის NO-გენერაციული აქტივობის დაქვეითებას. არაპირდაპირი გაზომვებით დადგინდა ისიც, რომ აღნიშნული დაქვეითება გამოწვეულია არა პროდუქციის დათრგუნვით, არამედ შესაბამისი ბიორესურსის შემცირებით. ანუ, მართალია არაპირდაპირი გზით, მაგრამ დადასტურდა ჰომოციტინის ინჰიბიტორული ეფექტი ენდოთელური უჯრედებიდან L-არგინინით სტიმულირებულ აზოტის ოქსიდის გამონთავისუფლებაზე. თუ გავითავლისწინებთ ლიტერატურაში არსებულ ხანგრძლივ დისკუსიას ჰომოციტინის შესაძლო როლის შესახებ ათეროსკლეროზის განვითარებაში [McCully, Wilson, 1975], მაშინ ზემოთაღნიშნული ფაქტები მიუთითებენ, რომ აზოტის ოქსიდის ბიორესურსის შემცირებამ და eNOS-ის აქტივობის დაქვეითებამ უნდა გამოიწვიოს ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია, რაც მნიშვნელოვნად გასაგებს ხდის კარდიოვასკულური გართულებების განვითარებას.

რა თქმა უნდა, ჰიპერჰომოციტინემიით გამოწვეული ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია იმსახურებს დეტალურ კვლევას და ანალიზს.

კვლევის მასალა და მეთოდები მეთოდური მიდგომა

ზომიერი ჰიპერჰომოციტინემიის ინდუცირებას ვახდენდით მამრ ვირთაგვებში (მასით 120-160გ, n=12) L-მეთიონინის (დღეში 1გ/კგ-ზე) სასმელ წყალში დამატებით 4 კვირის განმავლობაში. ყოველი ცხოველის მიერ დღეში მიღებული სითხის მოცულობა ისაზღვრებოდა ნორმაში წყლის საშუალოდ მოხმარებული მოცულობით. საკონტროლო ცხოველები (n=12) ჩვეულებრივ წყალს შეუზღუდავად იღებდნენ. ოთხკვირიანი პერიოდის დაწყებისას და დასასრულს ისაზღვრებოდა ცხოველის მასა. ბარდაყის არტერიიდან ვიღებდით სისხლის სინჯს, რომელიც 20 წუთის განმავლობაში ცენტრიფუგირდებოდა

3000g-ზე 4°C ტემპერატურაზე. გამოყოფილი შრატი ანალიზის ჩატარებამდე ინახებოდა -20°C ტემპერატურაზე. ჰომოცისტეინის ტოტალური შემცველობა განისაზღვრებოდა ქრომატოგრაფიული მეთოდის გამოყენებით ფლუორიმეტრული განსაზღვრით.

სისხლძარღვთა გლუვი კუნთების ფუნქციის ანალიზის ერთ-ერთ ყველაზე ობიექტურ მეთოდად მიჩნეულია სისხლძარღვთა იზოლირებული პრეპარატების კუმშვადობის პარამეტრების გაზომვა მექანოტრონული გარდამქმნელების მეშვეობით (Берлин и др., 1976). მეთოდი იძლევა საშუალებას გაზომოს სისხლძარღვთა ტონუსის მომატების ან დაქვეითების ხარისხი მასზე სხვადასხვა სახის ზემოქმედების პირობებში. ამგვარი მეთოდური მიდგომის შედეგად შესაძლებელი ხდება გლუვი კუნთების რეგულაციის ზოგიერთი მექანიზმის ანალიზი მასში ცენტროგენური ნეიროჰუმორული სიგნალების ჩარევის გარეშე. იგი აგრეთვე ამოუწურავ საშუალებას აძლევს ექსპერიმენტატორს შეისწავლოს ბიოლოგიურად აქტიური სხვადასხვა ნივთიერებების თანმიმდევრული ან კომბინირებული ზემოქმედების ეფექტი გლუვი კუნთების რეაქტიულობაზე.

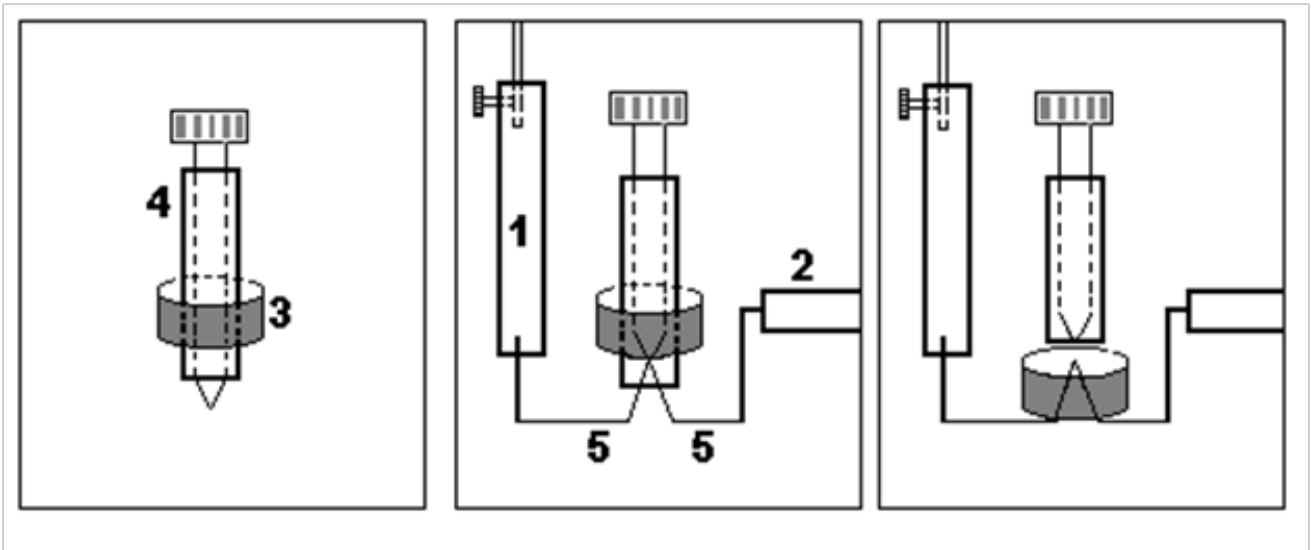
ცდები ჩატარდა ვირთაგვას ნაზი (გრაცილის) კუნთის იზოლირებულ პირველი რიგის არტერიოლებზე (დიამეტრით 130-180მკმ). L-მეთიონინის მიღების დაწყებიდან მე-4 კვირის დასასრულს ნატრიუმის პენტობარბიტალის (50მგ/კგ) ანესთეზიის ქვეშ

ვირთაგვას ეზომებოდა სისტემური არტერიული წნევა და ვიღებდით სისხლის სინჯს ჰომოცისტეინის შემცველობის გასაზომად. შემდეგ ვახდენდით ნაზი კუნთის იზოლირებას გარემომცველი ქსოვილებისგან. აღნიშნული კუნთი ამოიკვეთებოდა და თავსდებოდა $0-40^{\circ}\text{C}$ ტემპერატურის მქონე რინგერ-ჰელიტიის ხსნარში. ბინოკულური მიკროსკოპის ქვეშ კუნთიდან გამოვყოფდით 1,5-2მმ სიგრძის პირველი რიგის კუნთს შიდა არტერიოლის სეგმენტს, რომელიც სპეციალური დამხმარე ინსტრუმენტის მეშვეობით (Климин, 1989) თავსდებოდა რინგერ-ჰელიტიის ხსნარგამდინარე კამერის პატარა აბაზანაში, სადაც პრეპარატს აჯენენ ლითონის ორ პატარა კავზე (სურ. 2.1). ერთი კავი ხისტადაა მიმაგრებული მექანოტრონის შტოკზე. პრეპარატი იჭიმება, თანაც მუდმივი დაჭიმვის სიდიდე შეირჩევა არტერიის გლუვი კუნთების კუმშვადობის ტესტირების შედეგების მიხედვით. ტესტირება ტარდება სტანდარტული ხსნარებით, რომლებიც შეიცავენ კალიუმს 80მლ-ის კონცენტრაციით და საშუალოდ შეადგენს 5,1მნ. გაზომვების დაწყებამდე წონასწორული მდგომარეობის მიღწევის მიზნით პრეპარატი რინგერის ხსნარში 37°C ტემპერატურაზე იმყოფება 1,5საათის განმავლობაში.

სისხლძარღვოვანი პრეპარატების გლუვი კუნთების მექანიკური აქტივობის რეგისტრაცია

იზოლირებული სისხლძარღვების კონტრაქტილური აქტივობის რეგისტრაცია შესაძლოა ტენზომეტრულ დანადგარზე იზომეტრულ რეჟიმში 6 MX1C ტიპის მექანოტრონებით (სურ. 2.2).

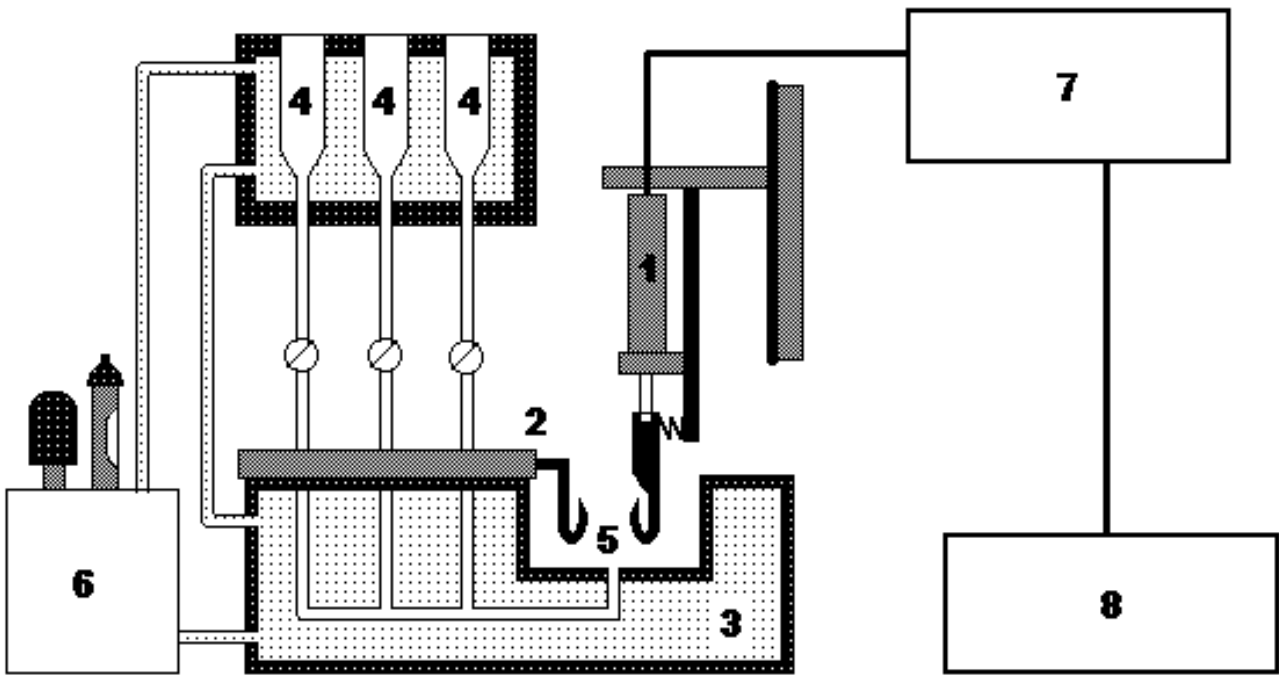
მექანოტრონებიდან მიღებული ელექტრული სიგნალი გადაეცემა გამაძლიერებლებს, რომელთათვის შიძლება გამოვიყენოთ სურ.2.3-ზე მოტანილი ხიდური სქემის ანალოგი. მექანოტრონების კალიბრება ტარდება მილინიუტონებში, ამისათვის ჰორიზონტალური შტოკი იტვირთება სტანდარტული, მცირე წონის საწონებით და სარეგისტრაციო ქაღალდის დიაგრამაზე რეგისტრატორის კალმით აღირიცხება გადახრა საწყისი დონიდან.



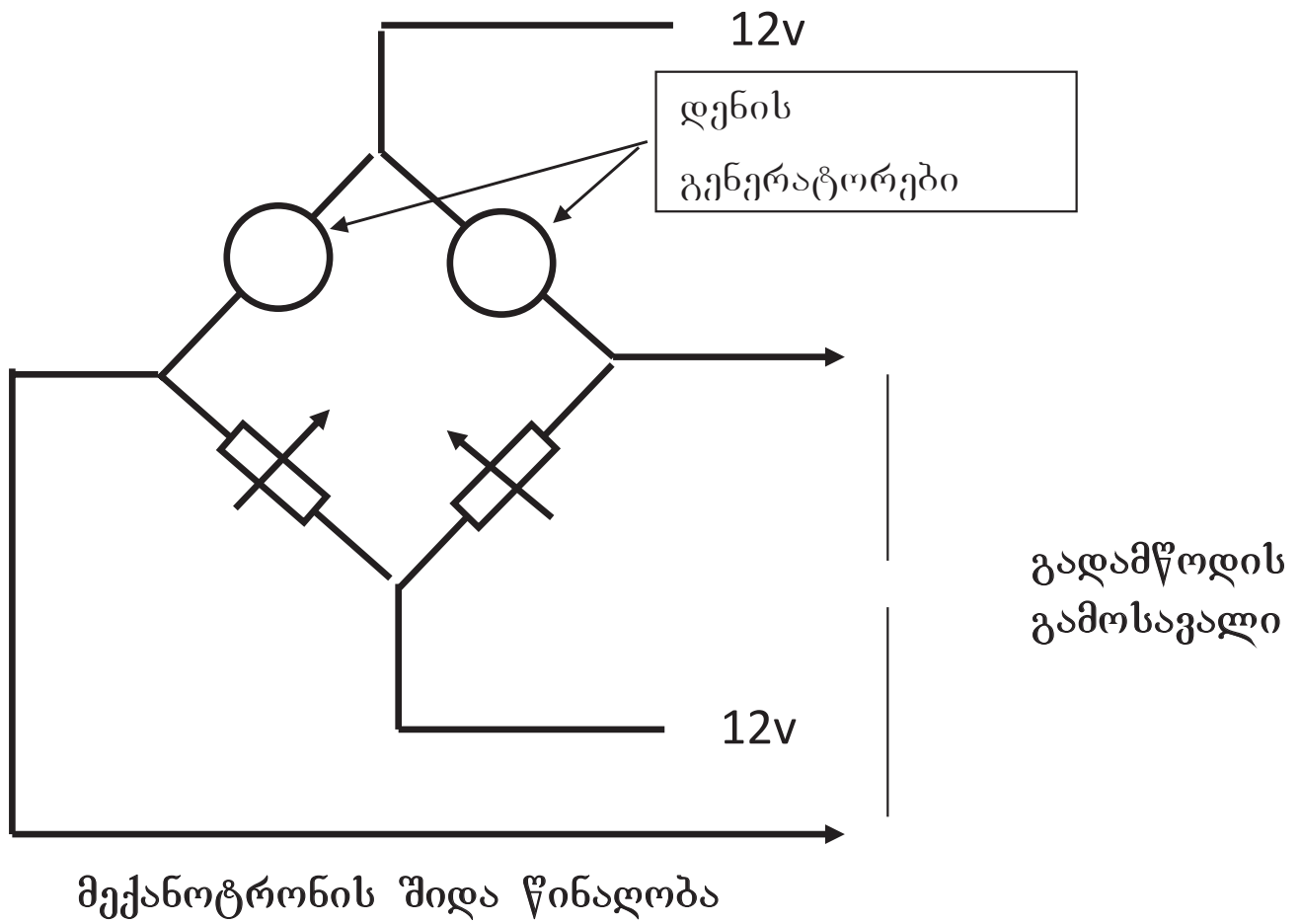
სურ. 2.1. ტენზომეტრული მექანოტრონის კავებზე სისხლძარღვის სეგმენტის წამოცმის ეტაპები.

აღნიშვნები: 1 – მექანოტრონი, 2 – გამჭიმავი მოწყობილობა, 3 – სისხლძარღვის

სეგმენტი, 4 – დროებითი დამჭერი, 5 – კავებ



სურ. 2.2. დანადგარის ბლოკ-სქემა: 1 - მექანოტრონი; 2 - გაჭიმვისა და კალიბრების მექანიზმი; 3 - თერმოსტატირებული კამერა; 4 - კრებსის ხსნარიანი კოლბები; 5 - სამუშაო კამერა; 6 - ულტრათერმოსტატი; 7 - გამაძლიერებელთა ბლოკი; 8 - რეგისტრატორი; 9 - ელექტროსტიმულატორი.



სურ. 2.3. სისხლძარღვთა გლუვი კუნთების პრეპარატების კონტრაქტილური აქტივობის ტენზომეტრული მეთოდით რეგისტრაციის გამამძლიერებლის ხიდური სქემა.

პრეპარატის დაჭიმვის სიდიდე ჩვეულებრივ ნორმირდება პრეპარატის მაქსიმალური (100%) კონტრაქტილური პასუხების მიხედვით ჰიპერკალიური (80მმოლი/ლ) ხსნარის მოქმედებაზე (Кулагина., Удельнов, 1978).

ხსნარების მომზადება, pH-სა და ტემპერატურის კონტროლი

მკვებავხსნარადვიყენებდითრინგერ-ჰეილიტისგამდინარეხსნარსრომლის შემადგენლობა (მმოლ/ლ) იყო შემდეგი:

NaCl – 118,0; KCl – 4,7; NaHCO₃ – 14,9; KH₂PO₄ – 1,18; MgSO₄·7H₂O – 1,17; CaCl₂·2H₂O – 2,5; გლუკოზა – 11,0.

ცდები ტარდებოდა ხსნარის pH-ს კონტროლის ქვეშ, რომლის გაზომვა მთელი ცდის განმავლობაში ხორციელდებოდა უშუალოდ ყოველი ზემოქმედების წინ pH-მეტრის (ან იონომეტრის) საშუალებით. ხსნარის pH-ს ცვლილება დასაშვებია 7.35-7.45 ფარგლებში.

ხსნარის ტემპერატურის მუდმივობა ცდის განმავლობაში ხორციელდება $37 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$ დონეზე ულტრათერმოსტატის მეშვეობით, რომელიც შემთბარ წყალს გადატუმბავს წყლის პერანგიან სპეციალურ კოლბებში და თერმოსტატირებულ კამერაში, რომლებიც გაერთიანებულია საერთო, უწყვეტ, გამდინარე სისტემაში (სურ. 2.2)

ექსპერიმენტის პროტოკოლი

კონსტრიქტორული რეაქციები შეისწავლებოდა არტერიოლების ნორმალურ და დენდოთელიზირებულ სეგმენტებზე. რბილი ხისგან (ცაცხვი) დამზადებული სპეციალური ინსტრუმენტით ვახდენდით პრეპარატებიდან ენდოთელური ფენის ჩამოცილებას, რის სრულფასოვნება მოწმდებოდა ენდოთელიუმ-დამოკიდებულ (აცეტილქოლინი, 10^{-6}M) და ენდოთელიუმ-დამოუკიდებელ (ნატრიუმის ნიტროპრუსიდი, 10^{-6}M) დილატატორულ აგენტებზე რეაქციის ტესტით.

საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლების კონსტრიქტორულ რეაქციას ვამოწმებდით სეგმენტების დენდოთელიზაციამდე და მის შემდეგ.

ექსპერიმენტების მომდევნო სერიაში არტერიოლების პიკური რეაქცია შეისწავლებოდა აცეტილქოლინისა (10^{-10} - 10^{-5} მოლ/ლ) და ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის (10^{-10} - 10^{-5} მოლ/ლ) კუმულაციურ დოზაზე სეგმენტების გარემომცველ ხსნარში. ამის შემდეგ 30 წუთის

განმავლობაში სეგმენტები ინკუბირდებოდა L-NAME-ს (10^{-4} მოლ/ლ)

ნარით, (აზოტის ოქსიდის სინთაზას არასელექციური ინჰიბიტორი) და კვლავ ვზომავდით სეგმენტის რეაქციას აცეტილქოლინისა და ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის ხსენებული დოზებით შეყვანაზე.

ანალოგიური თანმიმდევრობით ჩატარდა ექსპერიმენტების სერია ჰისტამინზე (10^{-4} მოლ/ლ) რეაქციის შესწავლის მიზნით L-NAME-ს შეყვანამდე და მის შემდეგ. გაზომვები წარმოებდა ენდოთელიუმ ინტაქტურ და დეენდოთელიზირებულ სეგმენტებზე.

ყველა ზემოთჩამოთვლილი ნივთიერება შეგვყავდა ხსნარგამდინარე კამერაში სადაც მოთავსებული იყო შესასწავლი არტერიოლის სეგმენტი. აღრიცხული რეაქციის შემდეგ სისტემაში შეგვყავდა რინგერ-ჰეილიტის სუფთა ხსნარი.

არტერიოლების სეგმენტების კონსტრიქტორული და დილატატორული რეაქციები აღრიცხებოდა პროცენტებში ჰიპერკალიური (80მმოლი/ლ) ხსნარის მოქმედებასთან (100%) შეფარდებით.

მიღებული მონაცემების სტატისტიკური ანალიზი

მიღებული მონაცემები აისახებოდა მათი საშუალო სიდიდეებით და სტანდარტული შეცდომით. სტატისტიკური ანალიზი ტარდებოდა ANOVA-ს პაკეტის გამოყენებით, სხვაობათა სტატისტიკური სარწმუნოება მოწმდებოდა სტიუდენტის t-კრიტერიუმით. $P < 0.05$ განიხილებოდა სტატისტიკურად სარწმუნოდ.

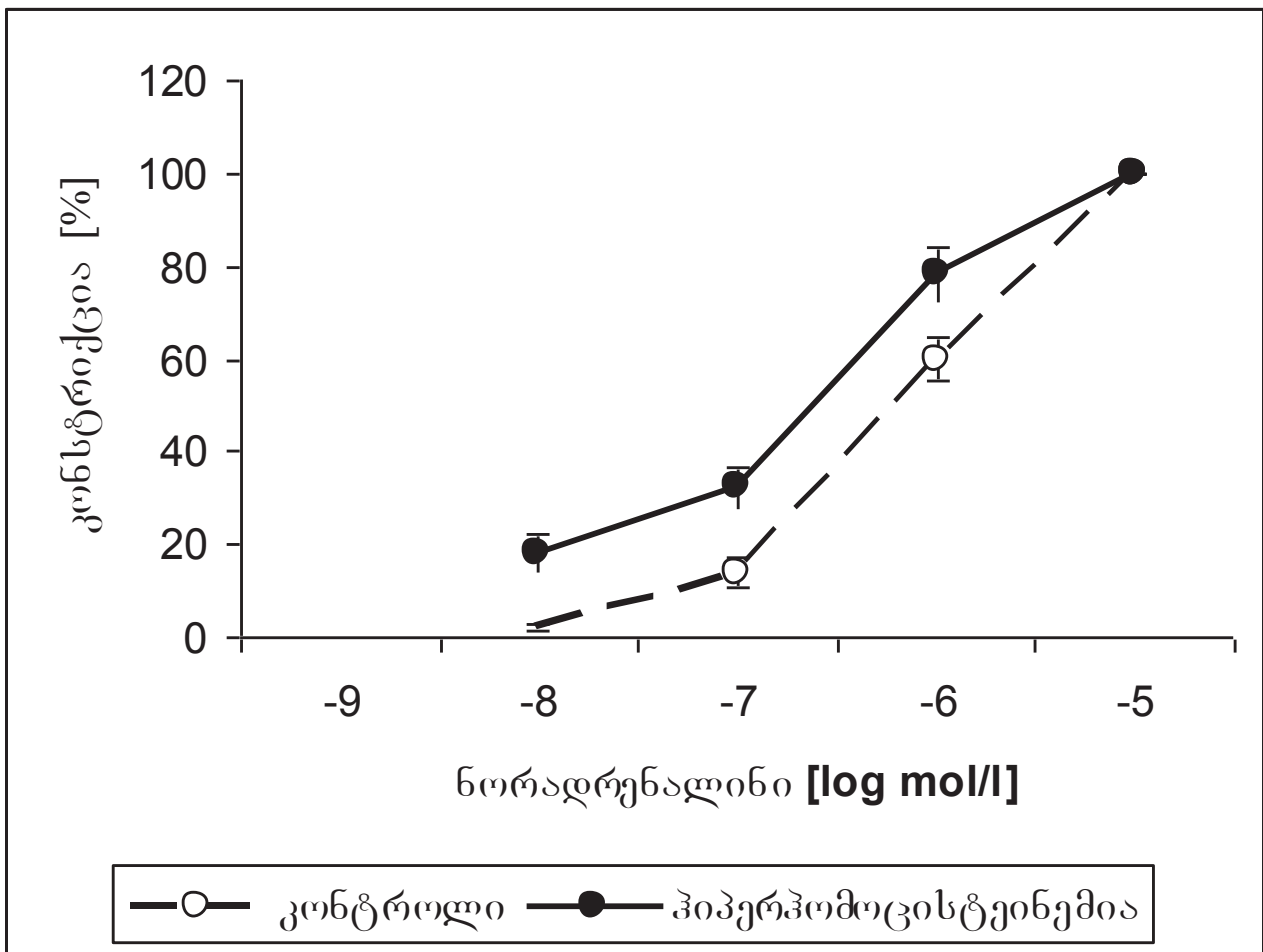
მიღებული შედეგები

მეთიონინის დიეტამ ცხოველებში გამოიწვია ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მნიშვნელოვანი (3-ჯერადი) მატება (იხ. ცხრილი 3.1). ხოლო სისტემური არტერიული წნევის და ცხოველთა მასის სიდიდეებში სხვაობა საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფებს შორის პრაქტიკულად არ აღირიცხა.

არტერიოლების რეაქცია ნორადრენალინზე

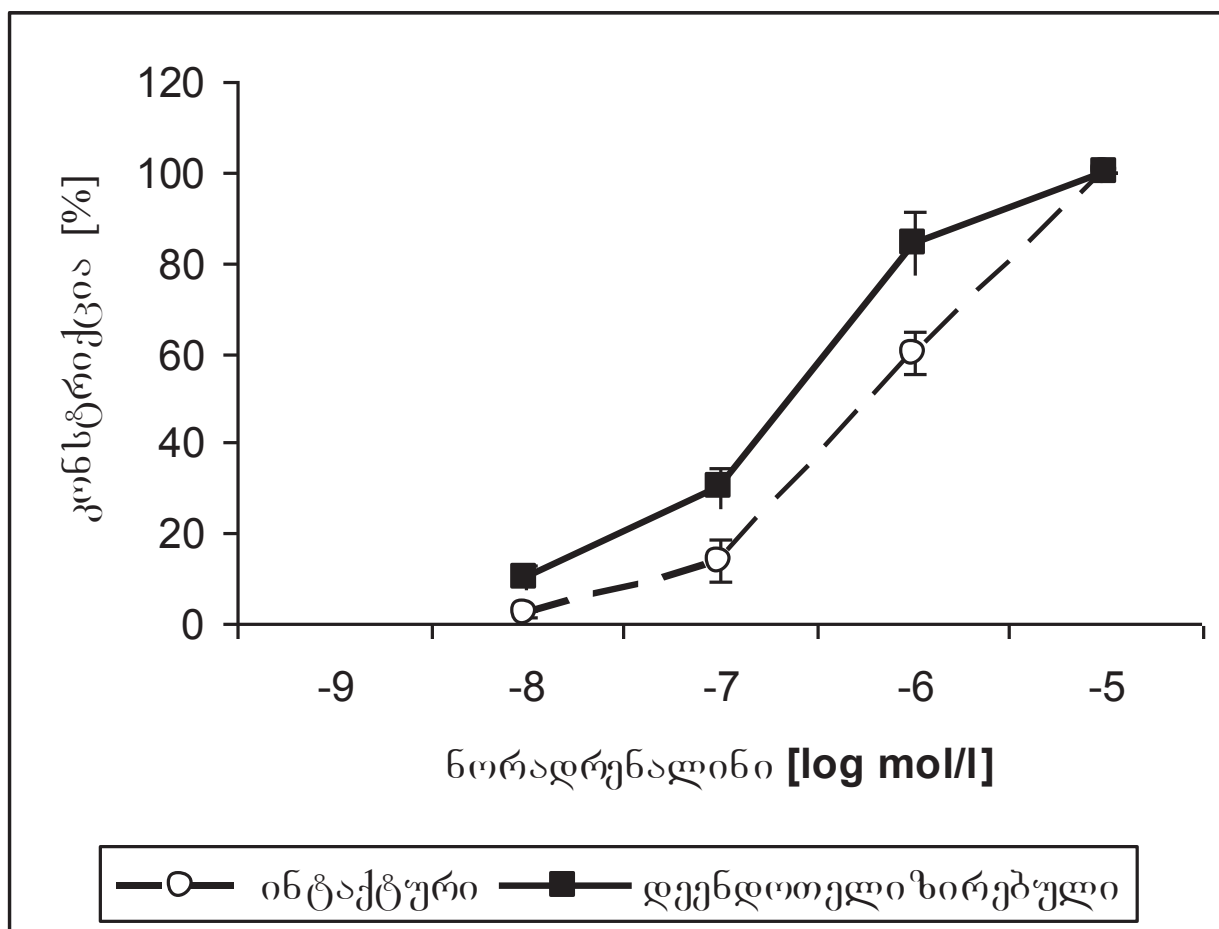
ცდების შედეგად გამოვლინდა, რომ ნორადრენალინი (10^{-9} – 10^{-5} მოლ/ლ) იწვევს დოზა-დამოკიდებულ რეაქციას, როგორც საკონტროლო, ისე ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლებში, მაგრამ ამ უკანასკნელებში რეაქცია მნიშვნელოვნად უფრო მეტადაა გამოხატული (სურათი 3.1). ენდოთელიუმის ჩამოცილებამ საგრძნობლად გაზარდა საკონტროლო ცხოველებიდან იზოლირებული არტერიოლების რეაქცია ნორადრენალინზე (სურათი 3.2), მაშინ როდესაც ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლების დეენდოთელიოზაციამ არ ოქონია რაიმე მნიშვნელოვანი გავლენა ნორადრენალინით გამოწვეულ რეაქციაზე (სურათი 3.3) საკონტროლო და L-მეთიონინის დიეტაზე მყოფი ცხოველების მაჩვენებლები დიეტაზე ყოფნის მეოთხე კვირის დასასრულს (ცხრილი 3.1.)

	საკონტროლო ცხოველები (n=12)	მეთიონინის დიეტაზე მყოფი ცხოველები (n=12)
ჰომოცისტეინი (მკმოლ/ლ)	7.3±0.5	22.2±2.6*
სხეულის მასა (გ)	341±12	349±14
სისტემური არტერიული წნევა (მმ Hg)	95±4	99±6



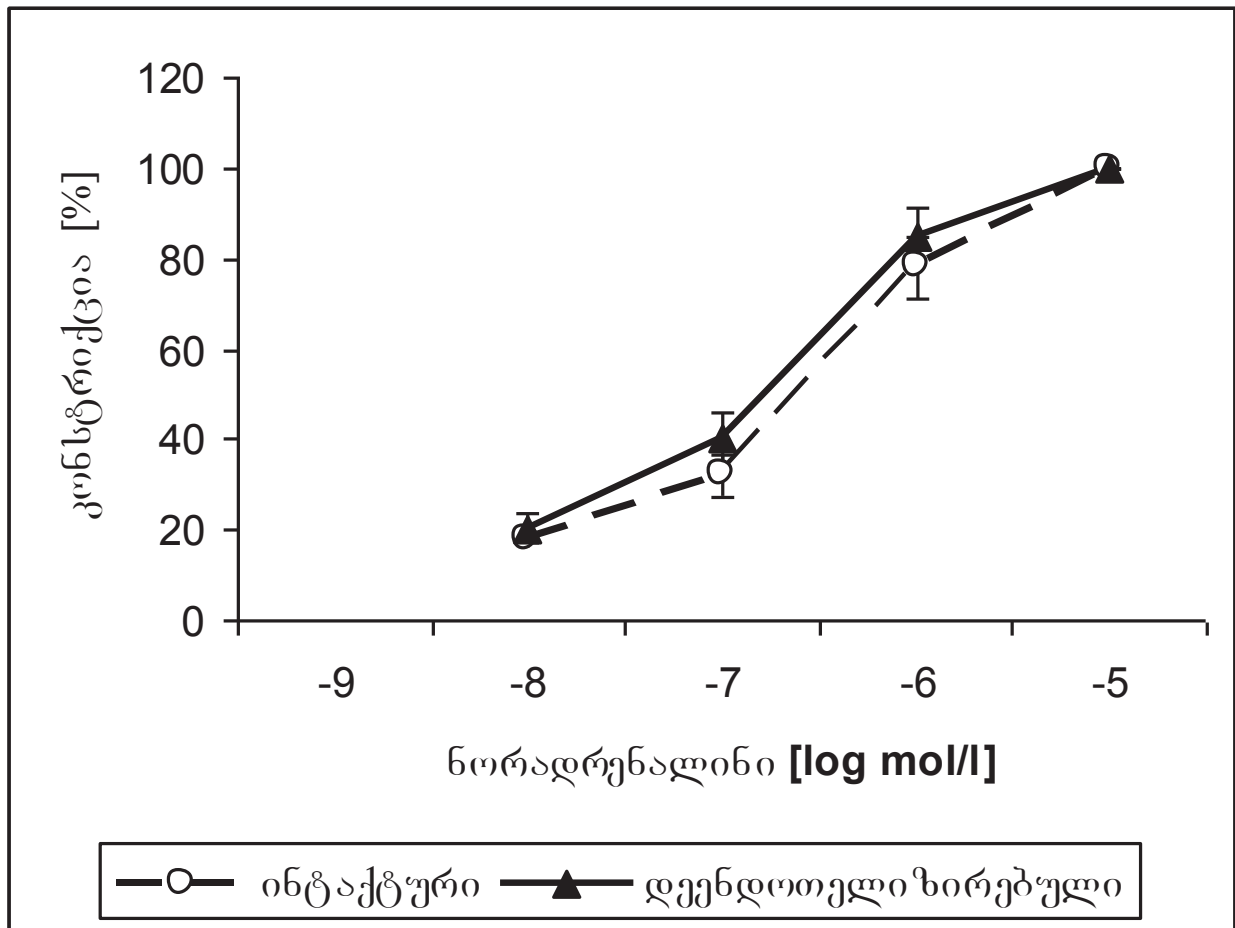
სურათი 3.1. ნორადრენალინის კუმულაციური დოზის ეფექტი საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემია-ინდუცირებული ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების კუმშვადაობაზე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები+/- სტანდარტული შეცდომა.

* - სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა საკონტროლო მონაცემებთან ($P < 0.01$); $n=12$



სურათი 3.2. ნორადრენალინის კუმულაციური დოზის ეფექტი საკონტროლო ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების(ინტაქტური და დეენდოთელიზირებული) კუმშვადობაზე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები +/- სტანდარტული შეცდომა..

* - სტატისტიკურად საარწმუნო სხვაობა ინტაქტურთან შედარებით ($P < 0.01$); $n = 10$



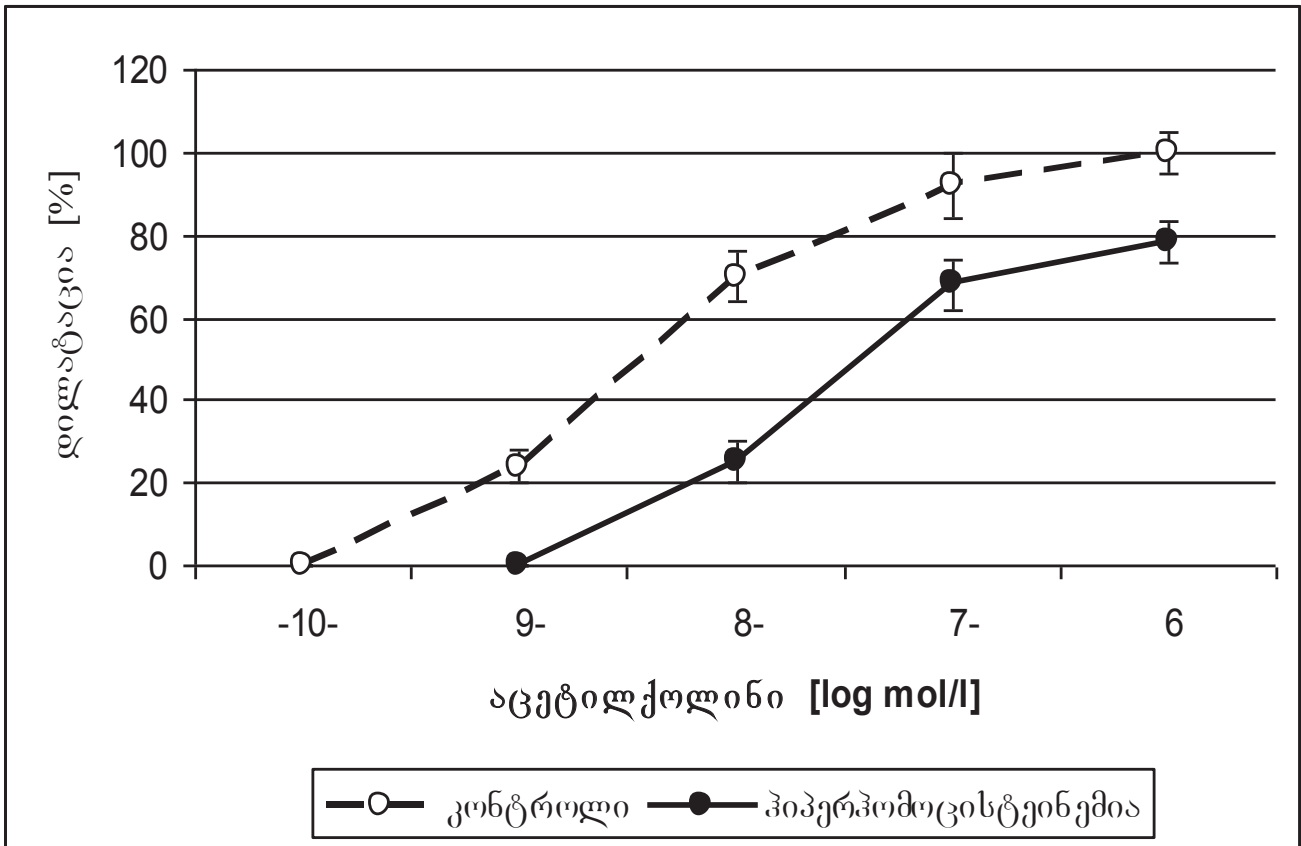
სურათი 3.3. ნორადრენალინის კუმულაციური დოზის ეფექტი ჰიპერჰომოციტემიის ჯგუფის ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების (ინტაქტური და დეენდოთელიზირებული) კუმშვაობაზე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები +/- სტანდარტული შეცდომა. სხვაობა ინტაქტური და დეენდოთელიზირებული არტერიოლების რექსციებს შორის სტატისტიკურად არასარწმუნოა.

არტერიოლების რეაქცია აცეტილქოლინზე

აცეტილქოლინმა (10^{-9} – 10^{-6} მოლ/ლ) გამოიწვია არტერიოლის დოზადამოკიდებული დილატაცია, რომელიც მნიშვნელოვნად უფრო მეტად იყო გამოხატული საკონტროლო ცხოველების სისხლძარღვში ვიდრე ჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველთა არტერიოლაში (სურ.3.4). რინგერ-ჰელიტის ხსნარით სისხლძარღვის 30-წუთიანი გამორეცხვის შემდეგ აზოტის ოქსიდის სინთაზას არასელექციური ინჰიბიტორის L- NAME-ს (10^{-4} მოლ/ლ) შეყვანის ფონზე იგივე ტესტის ჩატარებამ გამოიწვია საკონტროლო ცხოველის არტერიოლის დილატაციის ხარისხის მნიშვნელოვანი შემცირება (სურათი 3.5) მაგრამ ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლებში აცეტილქოლინური დილატაცია თითქმის უცვლელი დარჩა (სურათი 3.6).

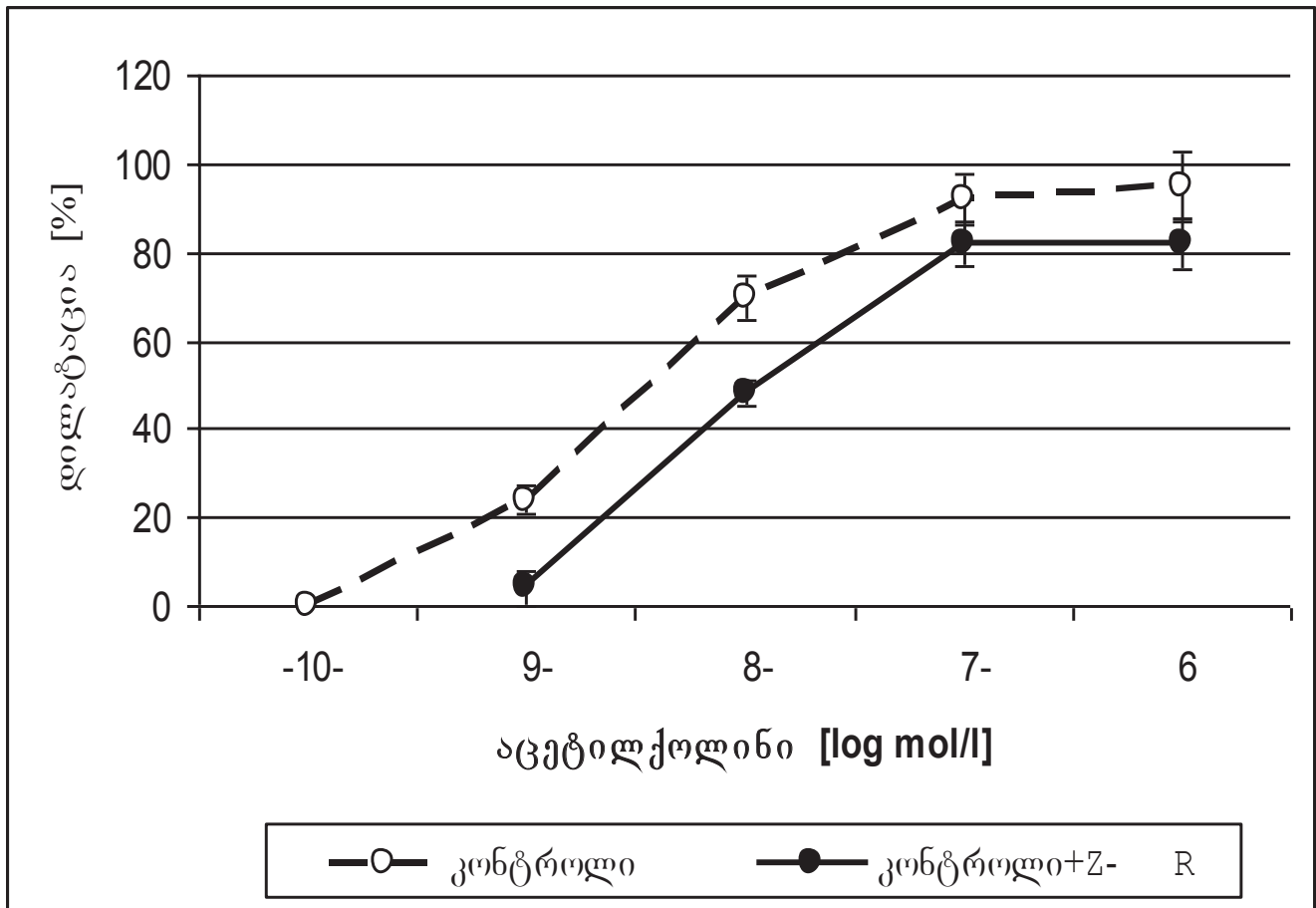
არტერიოლების რეაქცია ნატრიუმის ნიტროპრუსიდზე

ნატრიუმის ნიტროპრუსიდმაც გამოიწვია როგორც საკონტროლო, ისე ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლების ურთიერთმსგავსი დოზადამოკიდებული დილატაცია. აზოტის ოქსიდის სინთაზას ინჰიბიტორმა პრაქტიკულად არ შეცვალა არტერიოლების დილატაციის არც ხარისხი და არც ხასიათი (სურათი 3.7), როგორც საკონტროლო, ისე ჰიპერჰომოცისტეინემიის მქონე ცხოველების შემთხვევაში.



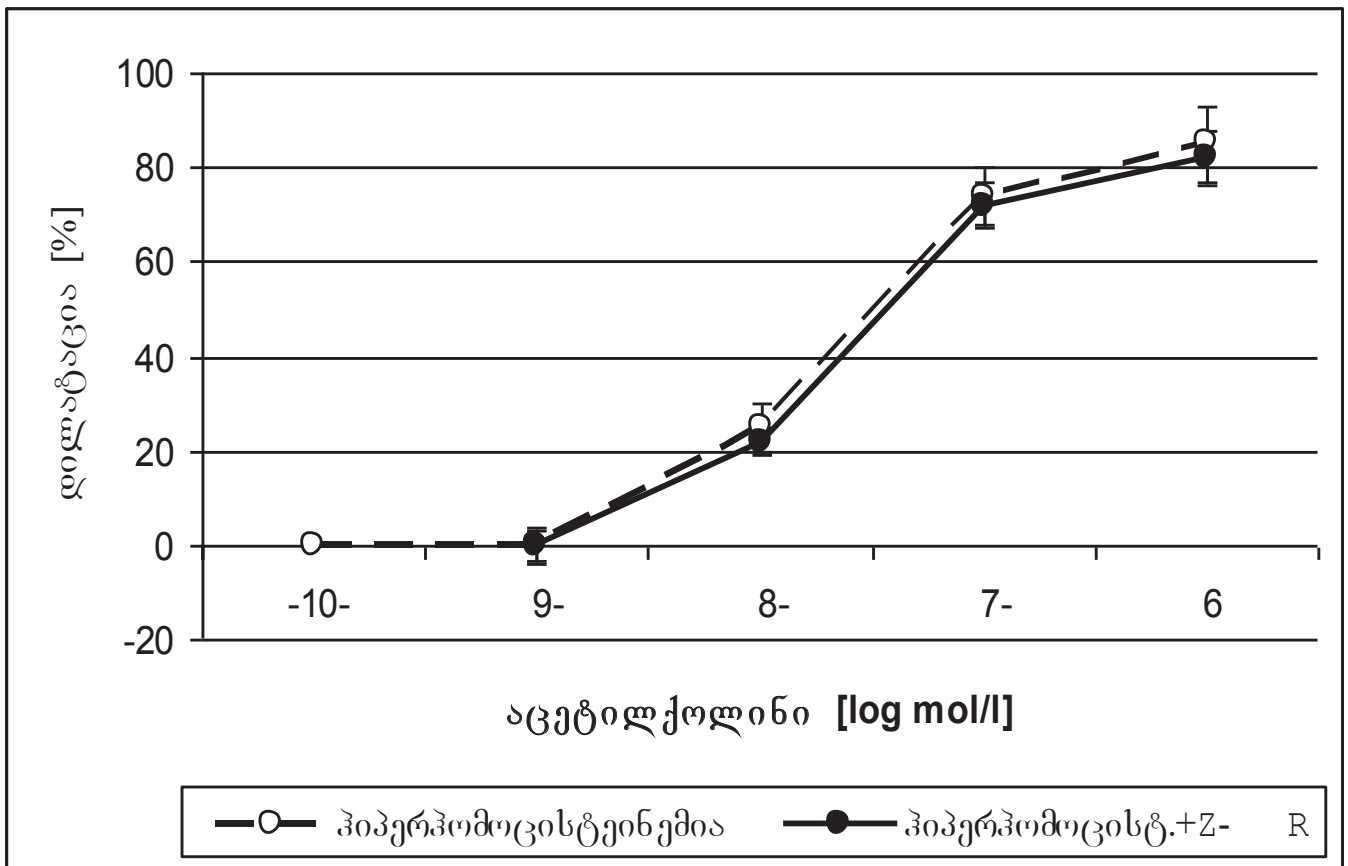
სურათი 3.4. აქეტილქოლინის კუმულაციური დოზის ეფექტი საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემია-ინდუცირებული ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები \pm სტანდარტული შეცდომა.

* - სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა საკონტროლო მონაცემებთან ($P < 0.05$); $n = 8$



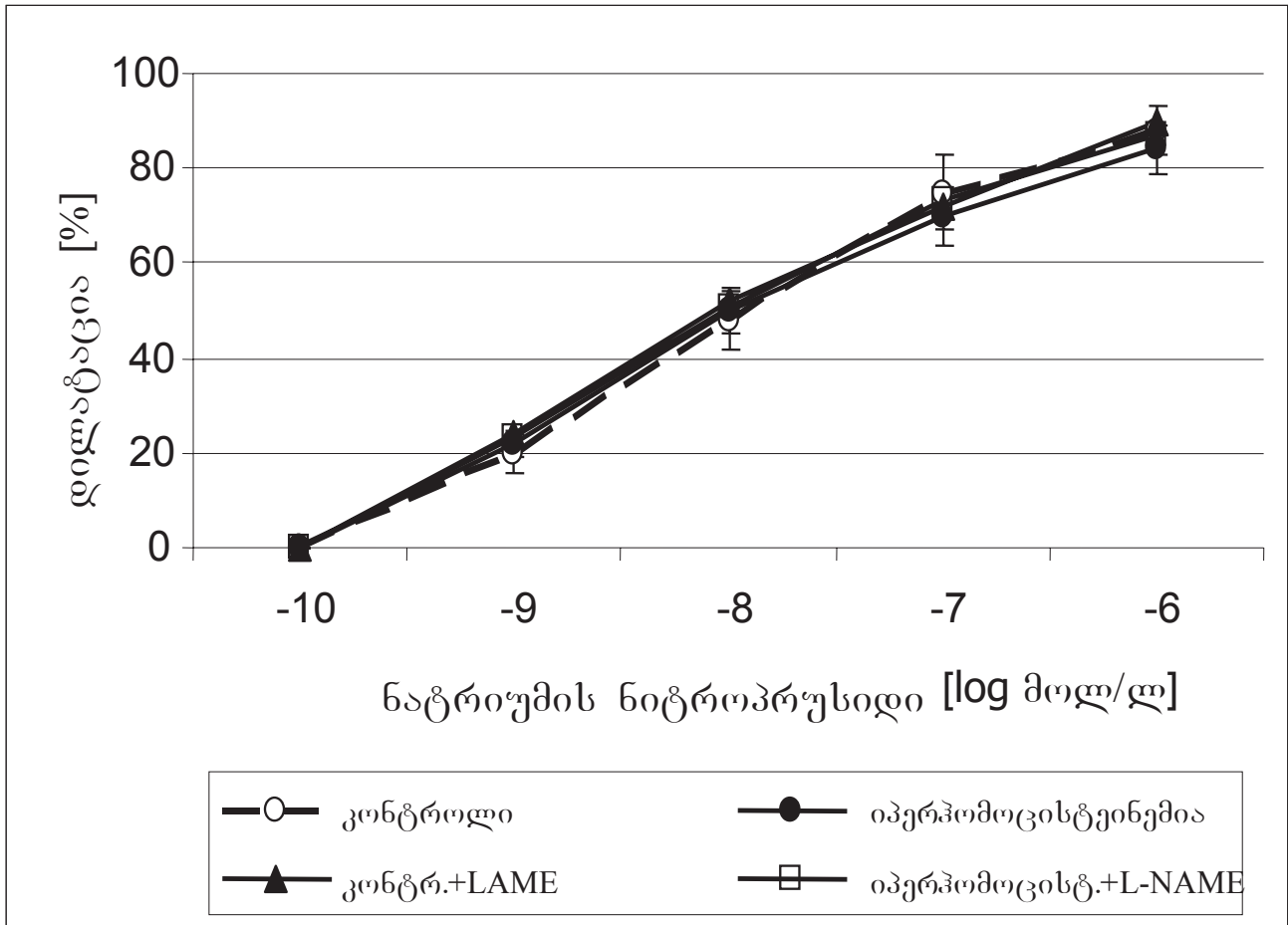
სურათი 3.5. აცეტილქოლინის კუმულაციური დოზის ეფექტი საკონტროლო ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე აზოტის ოქსიდის სინთაზას (L-NAME) არასელექციური ინჰიბიტორის მოქმედების ფონზე და მის გარეშე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები+/-სტანდარტული შეცდომა.

* - სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა საკონტროლო მონაცემებთან (($P < 0.05$); $n=6$)



სურათი 3.6. აცეტილქოლინის კუმულაციური დოზის ეფექტი ჰიპერჰომოცისტინემიის ჯგუფის ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე აზოტის ოქსიდის სინთაზას (L-NAME) არასელექციური ინჰიბიტორის მოქმედების ფონზე და მის გარეშე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები+/-სტანდარტული შეცდომა.

სხვაობა სტატისტიკურად არასარწმუნოა; n=6



სურათი 3.7. ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის ეფექტი საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე აზოტის ოქსიდის სინთაზას (L-NAME) არასელექციური ინჰიბიტორის მოქმედების ფონზე და მის გარეშე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები +/- სტანდარტული შეცდომა.

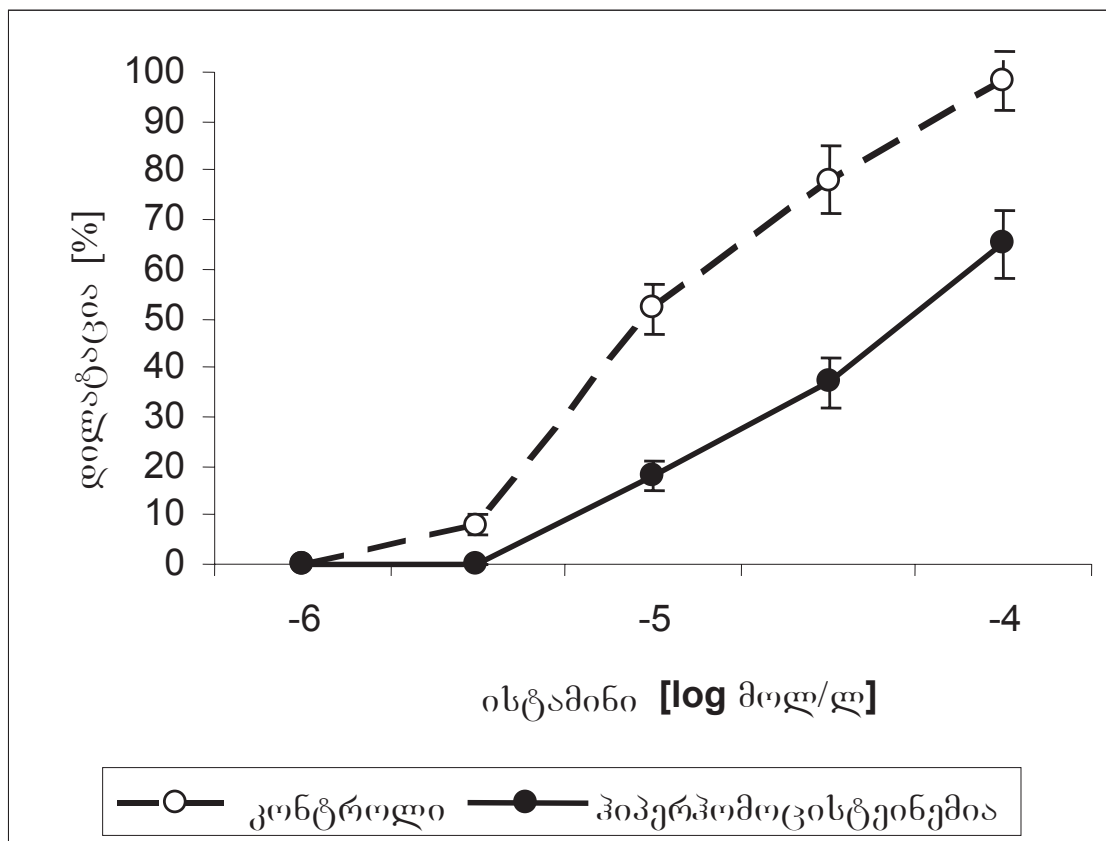
სხვაობა სტატისტიკურად არასარწმუნოა; n=8

არტერიოლების რეაქცია ჰისტამინზე

ჰისტამინმა (10^{-6} – 10^{-4} მოლ/ლ) გამოიიწვია საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლების დოზადამოკიდებული დილატაცია (სურათი 3.8). როგორც მოტანილი სურათი მოწმობს საკონტროლო ცხოველების არტერიოლების დილატაციის ხარისხი მნიშვნელოვნად მეტია ვიდრე იგივე, მიღებული ჰიპერჰომოცისტეინემის ჯგუფის ცხოველთა არტერიოლების შემთხვევაში.

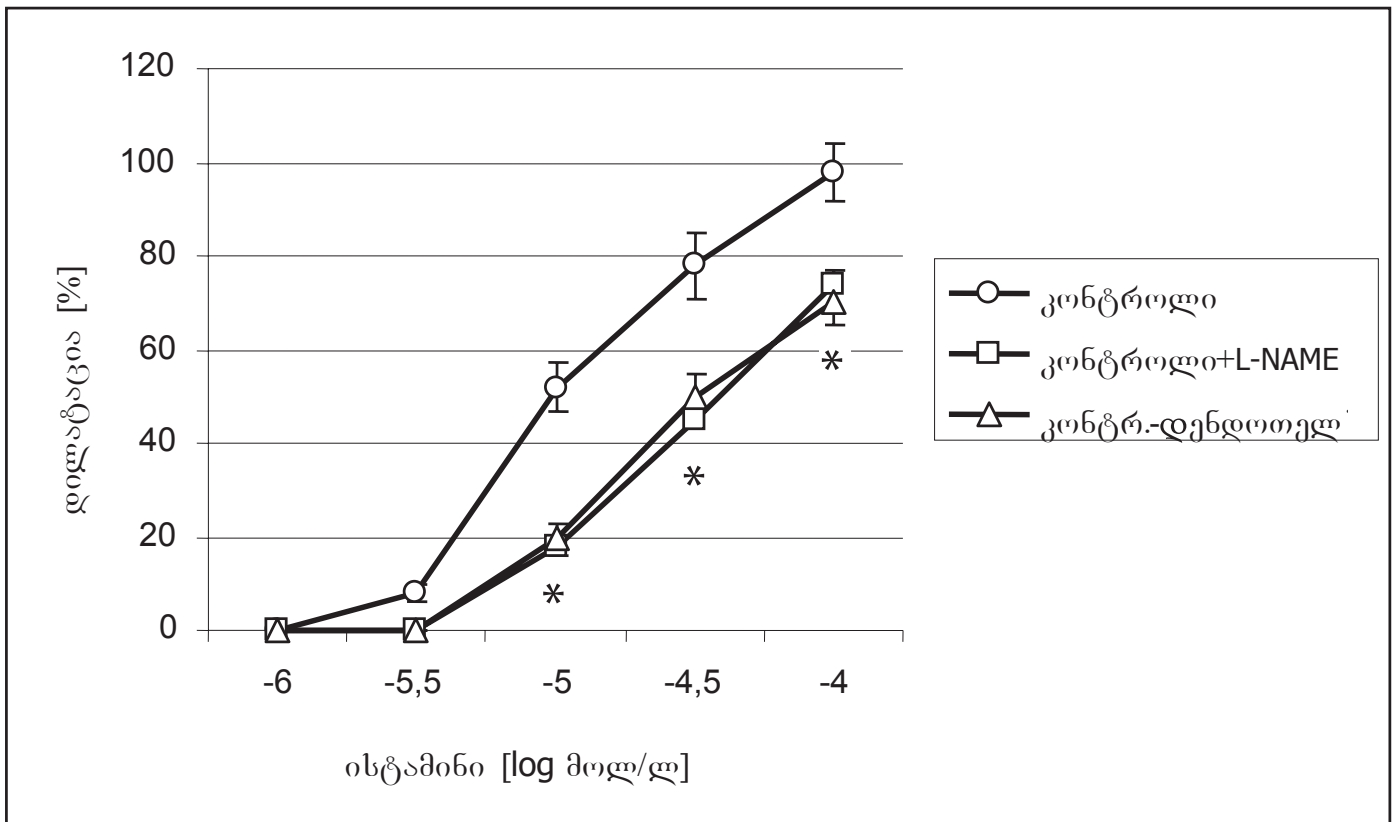
სისხლძარღვთა პრეპარატების გამორეცხვის შემდეგ აზოტის ოქსიდის სინთაზას არასელექციური ინჰიბიტორის ფონზე კვლავ ჩატარებულმა ჰისტამინი ტესტმა გამოავლინა საკონტროლო ცხოველების არტერიოლების დილატაციის ხარისხის მნიშვნელოვანი დაქვეითება ჰიპერჰომოცისტეინემის ჯგუფის ცხოველთა არტერიოლებთან შედარებით (სურათი 3.9).

დეენდოთელიზირებული არტერიოლების შემთხვევაში მათი დილატაციური რეაქცია ჰისტამინზე საკონტროლო ჯგუფის ცხოველების შემთხვევაში საგრძნობლად შემცირებული იყო, ხოლო ჰიპერჰომოცისტეინემის ჯგუფის ცხოველთა შემთხვევაში – რეაქცია თიტქმის უცვლელი დარჩა (სურათი 3.10).



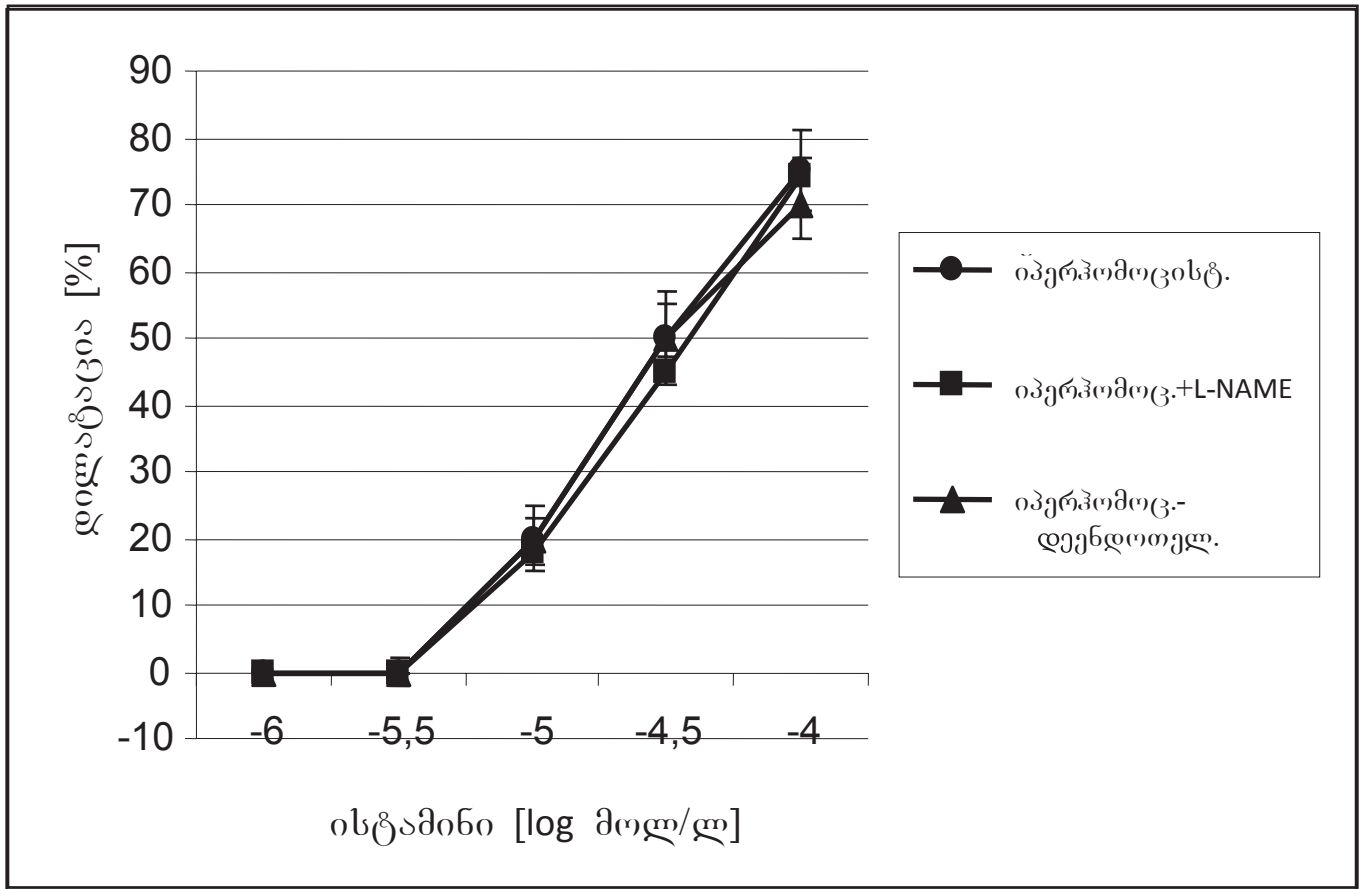
სურათი 3.8. ჰისტამინის ეფექტი საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემია-ინდუცირებული ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები +/- სტანდარტული შეცდომა.

* - სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა საკონტროლო მონაცემებთან ($P < 0.01$); $n = 10$



სურათი 3.9. ჰისტამინის ეფექტი საკონტროლო ჯგუფის ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე აზოტის ოქსიდის სინთაზას (L-NAME) არასელექციური ინჰიბიტორის მოქმედების ფონზე და მის გარეშე, აგრეთვე დეენდოთელიზირებულ პრეპარატებზე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები+/-სტანდარტული შეცდომა.

*სხვაობა სუფთა კონტროლთან სარწმუნოა, $P < 0.01$; $n = 10$



სურათი 3.10. ჰისტამინის ეფექტი ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების იზოლირებულ არტერიოლების დილატაციაზე აზოტის ოქსიდის სინთაზას (L-NAME) არასელექციური ინჰიბიტორის მოქმედების ფონზე და მის გარეშე, აგრეთვე დექნდოთელიზირებულ პრეპარატებზე. მოტანილია საშუალო მნიშვნელობები +/- სტანდარტული შეცდომა. სხვაობა არასარწმუნოა, n=10

მიღებული შედეგების განხილვა

ექსპერიმენტული კვლევის ძირითადი შედეგი (მათი ანალიზის გარეშე) შეიძლება შევაჯამოთ ასე, რომ ჰომოცისტეინის მატება სისხლის პლაზმაში (ინდუცირებული სასმელ წყალში გაზრდილი მეთიონინის შემცველობით) ასოცირებს ნორადრენალინით გამოწვეულ სისხლძარღვთა კონსტრიქციასთან და შემცირებულ ენდოთელიუმ-დამოკიდებულ დილატაციასთან კუნთის არტერიოლებში. რა უნდა იყოს ამ რექციის გამომწვევი მექანიზმი და რას უნდა უკავშირდებოდეს მისი ფორმირება?

როგორც ლიტერატურის მიმოხილვიდან გამომდინარეობს, პლაზმაში ჰომოცისტეინის მატება წარმოადგენს ათეროთრომბული დაავადების დამოუკიდებელ რისკ ფაქტორს. ზოგადად, მოსახლეობაში ზომიერი ჰიპერჰომოცისტეინემია საკმაოდ არის გავრცელებული და ახასიათებს იმ მოსახლეობის დაახლოებით 30%-ს, რომელსაც აწუხებს გვირგვინოვანი, ცერებროვასკულური და ათეროთრომბული დაავადება [Malinow et al., 1984; 1999; Nygård et al., 1997]. როგორც წესი, პლაზმაში მაღალი კონცენტრაციის ჰომოცისტეინის შემცველობის მიზეზი არის ჰომოცისტეინის მეტაბოლიზმისათვის საჭირო ვიტამინების უკმარისობა [Robinson et al., 1995]. ამასთან ერთად, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ხანდაზმულებში, ფეხმძიმე ქალებში, ნიკოტინის მომხმარებლებში, ალკოჰოლიკებსა და ჰორმონალური კონტრაცეპტივების მომხმარებლებში გაზრდილია მოთხოვნილება ფოლიუმის მჟავას მიმართ.

არსებობს რამდენიმე მოსაზრება იმის შესახებ თუ როგორ შეიძლება, რომ ჰომოცისტეინის გაზრდილმა კონცენტრაციამ სისხლის პლაზმაში გამოიწვიოს გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში ათეროთრომბული დაავადებანი. კერძოდ ითვლება, რომ ჰიპერჰომოცისტეინემიის დამაზიანებელი გავლენა შეიძლება გამოიხატოს სისხლძარღვთა კედლის მორფოლოგიის ცვლილებაში, თრომბოციტების გაზრდილ აქტივობაში [Durand et al., 1996, 1997], გლუკუუნთოვანი უჯრედების პროლიფერაციის სტიმულაციაში [68]. ჰისტოლოგიის მეთოდებით ჩატარებულ რიგ კვლევაში გამოვლენილი იყო ჰიპერჰომოცისტეინემიით გამოწვეული ადამიანისა და ცხოველთა სისხლძარღვების ენდოთელიუმის მორფოლოგიური ცვლილებანი [Mathias et al., 1996].

არის აგრეთვე ნაშრომები, რომლებშიც დიეტით ინდუცირებული ჰიპერჰომოცისტეინემიის დროს აღნიშნულია ენდოთელიუმის ფუნქციური ცვლილებები, მაგალითად საერთო საძილე არტერიების ენდოთელიუმ-დამოკიდებული რელაქსაციის, ან აცეტილქოლინით გამოწვეული კიდურის ცირკულაციის გაძლიერების შემცირება [Lentz et al., 1996, 1997, 2000]. ამ გამოკვლევების თანახმად, ერთ-ერთი მიზეზი რის გამოც ხდება აღნიშნული ცვლილებები არის ის რომ მაღალი კონცენტრაციის ჰომოცისტეინი იწვევს ვასკულური ენდოთელიუმის ფუნქციის მოშლას, თუმცა ჰომოცისტეინის გაზრდილი კონცენტრაციის გავლენა ზოგადად მიკროსისხლძარღვთა ფუნქციაზე დადგენილი არ არის.

რიგი ექსპერიმენტული მოდელი იქნა შემუშავებული რათა შესწავლილიყო ჰიპერჰომოცისტეინემიის კარდიოვასკულურ სისტემაზე საზიანო გავლენის ინტიმური მექანიზმები [Durand et al., 1996, 1997; Huang et al., 1998; Lin, Murphy, 1997].

ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევაში ცხოველთა სასმელ წყალში დამატებული იყო მეთიონინი (ჰომოცისტეინის პრეკურსორი). ამის შედეგად პლაზმაში ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია გაიზარდა თითქმის სამჯერ და მიაღწია იმ დონეს, რომელიც ადამიანებში დაკავშირებულია სისხლძარღვთა დაავადების მაღალ რისკთან.

ზოგადად, პლაზმაში მეთიონინის (ან სხვა რომელიმე ამინომჟავას) კონცენტრაციის მატება არ ასოცირებს სისხლძარღვებზე საზიანო გავლენასთან, მაგრამ არის საკამირისად ბევრი მტკიცებულება, რომ ჰომოცისტეინის გაზრდილი კონცენტრაცია არის სისხლძარღვთა ენდოთელიუმის დაზიანების მნიშვნელოვანი მიზეზი.

რიგ კვლევებში ნაჩვენებია, რომ გარკვეული რისკ-ფაქტორები, რომლებიც იწვევენ ენდოთელურ დისფუნქციას არ შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ათეროსკლეროზის განვითარების უტყუარი მიზეზი [Egashira et al., 1993; Kuo et al., 1972; Surtess et al., 1991].

ვინაიდან ჩონჩხის კუნთის სისხლის მიმოქცევა წარმოადგენს პერიფერული სისხლის მიმოქცევაში ჰემოდინამიკური წინააღობის ძირითად შემადგენელს, მისი მოშლა ჰიპერჰომოცისტეინემიის დროს შესაძლოა განვიხილოთ, როგორც მნიშვნელოვანი

კომპონენტი პერიფერიული ვასკულური დაავადების განვითარებაში. სწორედ ამ მიზნით შევისწავლეთ ენდოთელიუმის ვაზორეგულატორული ფუნქციის ცვლილებანი ნორმალურ და მეთიონინის დიეტით ინდუცირებული ჰიპერჰომოცისტემიის მქონე ცხოველთა სისხლძარღვებში.

პირველრიგში, ჩვენ ერთმანეთს შევადარეთ საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტემიის ჯგუფის ცხოველების იზოლირებული არტერიოლების კონტრაქტილური რეაქციები ნორადრენალინზე და დავადგინეთ, რომ ჰიპერჰომოცისტემიამ გამოიწვია ნორადრენალინით ინდუცირებული ვაზოკონსტრიქციის გაძლიერება.

ადრე ნაჩვენები იყო, რომ ჩონჩხის კუნთების არტერიოლებში ნორადრენალინის შეყვანას თან სდევს ენდოთელიუმიდან აზოტის ოქსიდის გამონთავისუფლება, რომელიც მოდულირებას უწევს ნორადრენალინით ინდუცირებული კონსტრიქციის ხარისხს [Kaley et al., 1992]. ჩვენი ვარაუდით ნორადრენალინზე სისხლძარღვის გაზრდილი რეაქტიულობის მიზეზი ჰიპერჰომოცისტემიის ჯგუფის ცხოველებში უნდა ყოფილიყო ენდოთელიური აზოტის ოქსიდის სინთეზის დარღვევა. მართლაც, საკონტროლო ცხოველების არტერიოლებში დეენდოთელიზაციამ გამოიწვია ნორადრენალინზე რეაქციის მატება, მაშინ როდესაც ჰიპერჰომოცისტემიის ჯგუფის ცხოველებში იგივე არტერიოლების რეაქცია ნორადრენალინზე უცვლელი იყო, რაც ადასტურებს ჩვენს ვარაუდს. აღნიშნულის შემდგომი გადამოწმების მიზნით ჩვენ გამოვიყენეთ აცეტილქოლინისა და ჰისტამინზე არტერიოლების რეაქციის ტესტები. აღნიშნული აგენტები, როგორც ცნობილია, ინდუცირებენ აზოტის ოქსიდის გენერაციას. როგორც ვნახეთ, როგორც აცეტილქოლინით, ისე ჰისტამინით გამოწვეული საკონტროლო ჯგუფის ცხოველთა ჩონჩხის კუნთის სისხლძარღვთა ვაზოდილატაცია შემცირებული იყო ჰიპერჰომოცისტემიის ჯგუფის ცხოველებისგან აღებულ არტერიოლების რეაქციასთან შედარებით. უფრო მეტიც, აზოტის ოქსიდის პროდუცირების ინჰიბიციამ ნიტრო-L-არგინინ მეთილის ეთერით (L-NAME) შეამცირა იზოლირებული არტერიოლის აცეტილქოლინითა და ჰისტამინით გამოწვეული დილატაცია მხოლოდ საკონტროლო ცხოველებში, მაშინ როდესაც ჰიპერჰომოცისტემიის მქონე ცხოველებში L-NAME-ს შეყვანამ არ მოგვცა რაიმე ხელმოსაკიდი ეფექტი. დამატებით ამასთან, დეენდოთელიზაციამ მოსპო ჰისტამინით გამოწვეული ვაზორელაქსაციის სხვაობა საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტემიის მქონე ცხოველთა არტერიოლებს შორის.

როგორც გაირკვა, ჰიპერჰომოცისტეინემიის პირობებში აზოტის ოქსიდის მიმართ სისხლძარღვთა გლუვი კუნთების მგძნობელობა არ შეცვლილა, რადგან არტერიოლის რეაქცია აზოტის ოქსიდზე მისი დონორის ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის შეყვანაზე არ შეცვლილა. ეს შედეგი მოწმობს იმაზე, რომ ჰიპერჰომოცისტეინემიის დროს ადგილი აქვს მხოლოდ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის ბიორესურსის მოშლას.

ადრე ნაჩვენები იყო, რომ ენდოთელიუმ-დამოკიდებული გლუვი კუნთების მარელაქსირებელი ფაქტორის (ანუ იგივე აზოტის ოქსიდის) გამონთავისუფლების პროცესი ირღვევა ჰიპერჰომოცისტეინემიის დროს [*Celemajer et al., 1993; Taniwaki et al., 1998*], ჩვენი შედეგები ეთანხმება ამ მონაცემებს და განავრცობს მათ არტერიოლების დონეზე.

აზოტის ოქსიდის სინთეზის მოშლა იწვევს ენდოთელიუმ-დამოკიდებული დილატატორების მოქმედების ცვლილებას იმმცირე კალიბრის გვირგვინოვან არტერიებსა და არტერიოლებზე, რომლებიც არ განიცდიან ათეროსკლეროზულ დარღვევებს [*Kuo et al., 1972*]. ამასთან ერთად, ცნობილია, რომ ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატებას პლაზმაში თან სდევს ტრიგლიცერიდების მატება [*Frauscher et al., 1995*] ყოველივე ამას უნდა დაემატოს ისიც, რომ ჰიპერტენზია, ათეროსკლეროზის განვითარების ცნობილი რისკ-ფაქტორი, აგრეთვე აუარესებს დარღვეული ენდოთელიური ფუნქციის მდგომარეობას არტერიოლებში [*Koller, 1994*].

ზემოთქმულის შეჯამება გვადლევს საშუალებას ვივარაუდოთ, რომ მიკროსისხლძარღვთა ენდოთელური დისფუნქცია არის ერთ-ერთი ადრეული კომპონენტი იმ კომპლექსური მოვლენებისა, რომელთაც ადგილი აქვთ სისხლძარღვთა დაავადებათა განვითარების პროცესში.

ვინაიდან აზოტის ოქსიდს, გარდა ვაზოდელატატორული ფუნქციისა მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება ანტიკოაგულაციური და ანტითრომბოზული რეაქციების განხორციელებაში, ენდოთელური დისფუნქცია უნდა განვიხილოთ, როგორც მნიშვნელოვანი დამაკავშირებელი რგოლი ჰიპერჰომოცისტეინემიასა და ათეროთრომბულ დაავადებებს შორის.

საჭიროა იმის გათვალისწინებაც, რომ ჰიპერჰომოცისტეინემიის პირობებში აზოტის ოქსიდის დეფიციტი შესაძლოა გახდეს გლუვი კუნთების პროლიფერაციის მიზეზიც, ხოლო ენდოთელური დისფუნქცია კი თავის მხრივ ხელს უწყობს ლეიკოციტებისა და

თრომბოციტების ადგეზიას სისხლძარღვთა კედლებზე.

ლიტერატურაში არსებული მონაცემების ანალიზი გვამღვეს საშუალებას აზოტის ოქსიდის სინთეზის, გამონთავისუფლების ან მოქმედების მოშლის ერთ-ერთ მიზეზად განვიხილოთ ჟანგბადის რეაქციული მეტაბოლიტების ჭარბი რაოდენობით ფორმირება [*Blondeay et al., 2000; Loscalzo, 1996; Stamler et al., 1993*].

ნაჩვენებია, რომ ბიოლოგიური თიოლების სულფჰიდრული ჯგუფების აუტოოქსიდაციის დროს გენერირდება წყალბადის პეროქსიდი [*Eaton et al., 2000; Matsushita et al., 2005; Salsman et al., 2005; Vivancos et al., 2005*]. მეთიონინს, როგორც ცნობილია, არ გააჩნია თავისუფალი თიოლის ჯგუფები, რაც წინა პლანზე წევს ჰიპერჰომოცისტეინემიის პირველად როლს ხსენებულ ენდოთელურ დარღვევების განვითარებაში. ჭარბი რაოდენობით წარმოქმნილი ჟანგბადის თავისუფალი რადიკალები შედიან რეაქციაში აზოტის ოქსიდთან და პეროქსინიტრიტის წარმოქმნის ხარჯზე, ამცირებენ მის რესურსს. ამას უნდა დავუმატოთ ისიც, რომ ჰომოცისტეინი ამცირებს უჯრედშიდა გლუთათიონის და გლუთათიონ-პეროქსიდაზას რაოდენობას, რომელზეც დამოკიდებულია ჟანგბადის თავისუფალი რადიკალების ელიმინაცია [*Hempel, 1998; Upchurch et al., 1997*].

ენდოთელური უჯრედების კულტურაზე თავისუფალი რადიკალებით განპირობებული ჰომოცისტეინის ტოქსიკური ეფექტი აღწერილია *Wall* და თანაავტორების მიერ ჯერ კიდევ 1980 წელს [*Wall et al., 1980*]. რაც მთავარია, აღმოჩნდა,

რომ ჰიპერჰომოცისტეინემიით გამოწვეული ენდოთელური დაზიანება ატარებს შეუქცევად ხასიათს, რადგან ჟანგბადის თავისუფალი რადიკალების სკავენჯერების გამოყენების შედეგად ვერ მოახერხდა აზოტის ოქსიდით განპირობებული არტერიოლების რეაქციის აღდგენა [*Ungvari et al., 1999*].

ჰიპერჰომოცისტეინემიით გამოწვეული ენდოთელური დაზიანების მექანიზმები უდავოდ საჭიროებენ შემდგომ კვლევას, მაგრამ ჩვენს მიერ მოპოვებული ექსპერიმენტული მასალა იძლევა საშუალებას დავასკვნათ, რომ მიკროსისხლძარღვები განიცდიან ჰიპერჰომოცისტეინემიის მნიშვნელოვან გავლენას (რაც შესაბამისად აისახება ქსოვილის სისხლით მომარაგებაზე).

ამრიგად, დიეტით განპირობებული ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატება, რაც

მიღებულია ჩვენს ცდებში, ასოცირებს ნორადრენალინით გამოწვეული კონსტრიქციის გაძლიერებასთან და აცეტილქოლინით გამოწვეული დილატაციის შემცირებასთან. ეს ცვლილებები, სავარაუდოდ უკავშირდებოდეს აზოტის ოქსიდით განპირობებული არტერიული ვაზომოტორული რეაქციების მოშლას და წარმოადგენს მნიშვნელოვან ადრეულ ეტაპს ჰიპერჰომოცისტეინემიასთან დაკავშირებული ვასკულური დაავადებების განვითარებაში.

რა სახის ინტერპრეტაცია შეიძლება მიეცეს ლიტერატურის მონაცემებს, რომლებიც მოწმობენ, რომ სტენოკარდიის და მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს მძიმე ავადმყოფებში, თრომბოზული პროცესების გაძლიერების ფონზე, ჰიპერჰომოცისტეინემიასთან შედარებით, ჰომოცისტეინის ნორმის ფარგლებში არსებობისას უფრო ძლიერ არის გამოხატული, გულის დისფუნქცია და კორონაროსტენოზი, რაც მდგომარეობის დამძიმების და გართულების მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორებია.

იშემიურიპრეკონდიცირების კარდიოპროტექტორული ეფექტი უკვე კარგად ცნობილი ფენომენია და ამჟამად მიმდინარეობს მისი შესაძლო მექანიზმების ინტენსიური შესწავლა. ამ ფენომენის ძირითადი არსი გამოიხატება იმით, რომ ორგანიზმი, რომელმაც განიცადა წინასწარი იშემიური “შემზადება” (პრეკონდიცირება)

შემდგომში, მძიმე იშემიურ შეტევას იტანს ბევრად უფრო იოლი ფორმით იმ ორგანიზმთან შედარებით, რომელსაც ასეთი წინასწარი პრეკონდიცირება არ გაუვლია [*Bernaudin et al., 2002; Chen, Symon, 1997; Miller, 2001; Nishio et al., 2000; Zimmermann et al., 2001*]. უკანასკნელ ათწლეულში მიღებული მონაცემები მოწმობენ, რომ მიოკარდიუმის პრეკონდიცირება მძიმე შეტევის წინააღმდეგ ყალიბდება აზოტის ოქსიდის გენერაციის მეშვეობით წინა იშემიური შეტევების დროს. ამ პრეკონდიცირების უჯრედული მექანიზმი უცნობია [*Samoilov, Mokrushin, 2003; Semenza, 2004;*] და მისი შესწავლა წარმოადგენს თანამედროვე კარდიოლოგიის ერთ-ერთ ყველაზე აქტუალურ ამოცანას. როგორც უკვე აღინიშნა ერთ-ერთი ასეთი უჯრედული მექანიზმი უკავშირდება აზოტის ოქსიდს და მის მეორად მესხჯერს – ციკლურ გუანოზინ მონოფოსფატს, რომლებიც ახდენენ რიგ ქმედებებს, რომლებიც შემამსუბუქებელ როლს ასრულებენ მიოკარდიუმის მომდევნო მძიმე იშემიის პირობებში. ასეთებს მიაკუთვნებენ: ბეტა-ადრენერგული სტიმულაციის ეფექტისადმი ანტაგონიზმს; მიოკარდიუმის კონტრაქტილობის დაქვეითებას; მიოციტებში კალციუმის შესვლის ინჰიბირებას და,

რაც მთავარია, მიოკარდიუმის მიერ ჟანგბადის მოხმარების დაქვეითებას. კალციუმის იონების შემცირებულმა ნაკადმა შესაძლოა შეასუსტოს ამ იონების სიჭარბე, რაც მუდამ ასოცირებს მიოკარდიუმის იშემიასთან. ანტიადრენერგულ ქმედებას და ჟანგბადის მოხმარების შემცირებას შეუძლიათ იშემიის დროს შეინარჩუნონ მაღალი ენერჯის ფოსფატები და ამით მინიმუმზე დაიყვანონ უჯრედული დაზიანება და ხელი შეუწყონ კონტრაქტილობის პოსტიშემიურ აღდგენას [*Bernaudin et al., 2002; Blondeay et al., 2000; Munoz, Garcia-Rodriges, 2003; Schurretal., 2001*].

ითვლება, რომ მიოკარდიუმის პრეკონდიცირების ძირითადი განმაპირობებელი ფაქტორია იშემიით ინდუცირებული NOS-ის გენის ექსპრესია, რასაც მოსდევს აზოტის ოქსიდის გაზრდილი ფორმირება. გასაგებია, რომ აქ საუბარია ინდუციბელურ აზოტის ოქსიდის სინთაზას იზოფორმის აქტივაციაზე, რომლის შედეგად გამოყოფილ აზოტის ოქსიდს შეუძლია იქონიოს როგორც შემამსუბუქებელი, ისე უაღრესად დამამძიმებელი ეფექტი. ამდენად პრეკონდიცირების ფენომენის აქ მოტანილი უჯრედული მექანიზმი საჭიროებს შედამგომ კვლევას და დაზუსტებას, მაგრამ ჩვენ საჭიროდ ჩავთვალეთ მისი განხილვა, რადგან ლიტერატურაში სხვა მექანიზმი ჯერ შემოთავაზებული არ არის.

ძირითადი რაც ჩვენ უნდა გავითვალისწინოთ პრეკონდიცირების ფენომენის არსებობიდან არის ის, რომ წინასწარ გადატანილი იშემია ჯერ კიდევ გაურკვეველი გზით ამსუბუქებს მომდევნო შესაძლო მძიმე იშემიურ შეტევას. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ჰიპერჰომოცისტეინემიის პირობებში განვითარებული ათეროსკლეროზის გამო ორგანიზმი გარკვეულწილად იმყოფება იშემიურ მდგომარეობაში, შესაძლოა, რომ მძიმე იშემიური შეტევის დროს იგი უფრო ადაპტირებული შეხვდება სიტუაციას (მიოკარდიუმი მოიხმარს ნაკლებ ჟანგბადს) ვიდრე იგივე პირობებში ჩაყენებული ჯანმრთელი (“არაშემზადებული”) ორგანიზმი.

სანამ კონკრეტულ დასკვნებზე ვისაუბრებთ, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია მოკლედ წარმოვადგინოთ ჩვენს მიერ ჩატარებული ექსპერიმენტული კვლევის მიზანი და ამოცანები, კვლევის მეთოდოლოგია და მიღებული ახალი ფაქტები.

წლების განმავლობაში გულის იშემიური დაავადების დიაგნოსტიკა ემყარებოდა ლიპიდური ცვლისა და ჰემოსტაზის მაჩვენებლების განსაზღვრას, მაგრამ ლიტერატურაში გაჩნდა მითითებები, რომ მიოკარდიუმში ათეროსკლეროზული და თრომბოზული პროცესების განვითარებას ხელს უწყობს “ახალი რისკ-ფაქტორი”

- სისხლში ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მომატება - ჰიპერჰომოცისტეინემია, რომელიც მრავალ ფაქტორზე დამოკიდებულ პროცესს წარმოადგენს.

სისხლის შრატში ჰომოცისტეინის ნორმალურ დონედ 5-12 მკმოლ/ლ-ს მიიჩნევენ. მსუბუქი ჰიპერჰომოცისტეინემიის პირობებში ეს მაჩვენებელი იზრდება 15-30 მკმოლ/ლ-მდე, საშუალო ხარისხის ჰიპერჰომოცისტეინემიად ითვლება 31-100 მკმოლ/ლ, ხოლო მძიმე შემთხვევის სახით განიხილავენ 100 მკმოლ/ლ-ზე მაღალ დონეს.

ჰომოცისტეინის, როგორც სისხლძარღვთა დაავადების ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორის, იდენტიფიკაცია 1964 წელს დაიწყო, როდესაც მუდიმ [Mudd, 1964] აჩვენა, რომ ჰომოცისტეინის აკუმულაცია სისხლში და შემდგომ შარდში, რასაც განაპირობებს ცისტათიონინ ბეტა-სინთაზა ფერმენტის დეფიციტი, იწვევს ჰომოცისტეინურიას. ამ აღმოჩენის შემდეგ, მაკკალიმ და ვილსონმა [McCully, Wilson, 1975] აღწერეს, რომ პაციენტებში აღნიშნული ფერმენტის დეფიციტის შედეგად ვითარდება არტერიული სისხლძარღვების დაზიანებანი, რის საფუძველზე მათ დაასკვნეს, რომ ჰომოცისტეინი თავისთავად ან მისი ერთ-ერთი დერივატი განაპირობებს არტერიულ დაზიანებას. ამან, თავის მხრივ, საფუძველი ჩაუყარა ჰიპოთეზას, რომლის მიხედვით ჰომოცისტეინის ზომიერი მატება სისხლში შესაძლოა გახდეს ათეროსკლეროზის განვითარების რისკ-ფაქტორი.

დღეს უკვე ეჭვგარეშეა, რომ ჰომოცისტეინის მეტაბოლიზმის მნიშვნელოვანი თანდაყოლილი დარღვევა პაციენტებში სისხლძარღვთა დაზიანებას იწვევს, მაგრამ ამ დაზიანების განვითარების მექანიზმი დღემდე კარგად არ არის დადგენილი.

მნიშვნელოვანი კავშირი ჰიპერჰომოცისტეინემიასა და კლინიკურ კარდიოვასკულურ შემთხვევებს შორის მრავალ ფუნდამენტურ ნაშრომშია აღწერილი, თუმცა, გვხდება ისეთი სტატიებიც, სადაც ასეთი კავშირი უარყოფილია [Ganguly, Alam, 2015]. ამის მიუხედავად, ჰიპერჰომოცისტეინემია დღეს განიხილება, როგორც ათეროსკლეროზული ვასკულური დაავადების დამოუკიდებელი რისკ-ფაქტორი [Boers, 2000].

მექანიზმი, რომლის მეშვეობით ჰიპერჰომოცისტეინემია ხელს უწყობს ვასკულური დაზიანების განვითარებას, დღემდე უცნობია. ის, რაც დადგენილია შეიძლება მოკლედ შემდეგნაირად ჩამოყალიბდეს:

In vitro კვლევები აჩვენებს, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის გაზრდილი კონცენტრაცია მოქმედებს ენდოთელურ უჯრედებზე. მათი დაზიანება, თრომბოციტების აქტივაცია, თრომბომოდულინის ექსპრესიაზე საზიანო მოქმედება, ქსოვილოვანი ფაქტორის გააქტიურება, დაბალი სიმკვრივის მქონე ლიპიდურ ცილებში გაძლიერებული ოქსიდაციულობა – აი ის ნუსხა, რომელთაგან ნებისმიერი შეიძლება ჩაითვალოს შესაძლო მექანიზმად, რომლის მეშვეობით ჰომოცისტეინი ათეროსკლეროზს და თრომბოზს იწვევს [Fay, 2008].

ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია, როგორც წესი, თან სდევს მრავალი სახის კარდიოვასკულურ დაავადებას [Tousoulis et al., 2012]. დადგენილი იყო, რომ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზას ფუნქციის დარღვევა ან/და აზოტის ოქსიდის მოწოდების შემცირება შეიძლება გახდეს მრავალი კლინიკური მანიფესტაციის მიზეზი ისეთ პაციენტებში, რომელთაც გააჩნიათ ენდოთელური დისფუნქცია [Schulman et al., 2006; Tousoulis et al., 2012]. ეს მოსაზრება მიუთითებს, რომ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზა შესაძლოა ჰიპერჰომოცისტეინემიის გავლენას განიცდიდეს.

მართალია არაპირდაპირი გზით, მაგრამ დადასტურდა ჰომოცისტეინის ინჰიბიტორული ეფექტი ენდოთელური უჯრედებიდან აზოტის ოქსიდის გამოთავისუფლებაზე. თუ გავითვალისწინებთ ლიტერატურაში არსებულ ხანგრძლივ დისკუსიას ჰომოცისტეინის შესაძლო როლის შესახებ ათეროსკლეროზის განვითარებაში [Tehlivets, 2011], მაშინ ზემოაღნიშნული ფაქტები მიუთითებს, რომ აზოტის ოქსიდის ბიორესურსის შემცირებამ და eNOS-ის აქტიობის დაქვეითებამ უნდა გამოიწვიოს ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია, რაც კარდიოვასკულური გართულებების განვითარების გაგებას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს.

აზოტის ოქსიდის სინთაზას (NOS) სამივე ძირითადი იზოფორმით (ენდოთელური - eNOS, ნეირონული - nNOS და ინდუციბელური - iNOS) წარმოებულ აზოტის ოქსიდს (NO) უაღრესად მნიშვნელოვანი როლი აკისრია გულ-სისხლძარღვთა ფუნქციობაში. ამასთან ერთად, ის ორგანიზმში სასარგებლო ეფექტებს ავლენს, აქვს რა ანტიბაქტერიული, ანტიპარაზიტული, ანტივირუსული, თუმოროციდული, ორგანიზმის მთელ რიგ ფუნქციათა მარეგულირებელი მოქმედება, მაგრამ, მეორე მხრივ, მისი მაღალი დონე, თუ ის არაკონტროლირებადია, შესაძლოა დამღუპველი იყოს [Yen

et al., 2002].

გამომდინარეობს ემოტქმულიდან, ჩვენ მიზანშეწონილად ჩავთვალეთ ჩამოგვეყალიბებინა საკუთარი კვლევის შემდეგი მიზანი და ამოცანები: თეთრ ვირთაგვებზე *in vitro* და *in vivo* კვლევებში აზოტის ოქსიდის როლის დადგენა

ჰიპერჰომოცისტეინემიით განპირობებული არტერიული ვაზომოტორული რეაქციების დარღვევაში, კერძოდ:

- როგორ იცვლება საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიანი ცხოველების არტერიოლების ნორმალური და დეენდოთელიზებული სეგმენტების კონტრაქტილობა ნორადრენალინზე, აცეტილქოლინსა და ჰისტამინზე.
- როგორ იცვლება საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიანი ცხოველების არტერიოლების ნორმალური და დეენდოთელიზებული სეგმენტების კონტრაქტილობა ნორადრენალინზე, აცეტილქოლინსა და ჰისტამინზე აზოტის ოქსიდის სინთაზების არასელექციური ინჰიბიციის პირობებში.

ჰომოცისტეინის, როგორც სისხლძარღვთა დაავადების ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორის იდენტიფიკაცია დაიწყო 1964 წელს, როდესაც Mudd-იმ აჩვენა, რომ ჰომოცისტეინის აკუმულაცია სისხლში და შემდგომ შარდში, რასაც განაპირობებს ცისტატიონინ ბეტა- სინთაზა ფერმენტის დეფიციტი, იწვევს ჰომოცისტინურიას [Mudd, 1964]. ამ აღმოჩენის შემდეგ, McCully-იმ [McCully, 1971] პაციენტებში აღნიშნული ფერმენტის დეფიციტის შედეგად განვითარებული არტერიული სისხლძარღვების დაზიანებანი აღწერა, რის საფუძველზე მან დაასკვნა, რომ ჰომოცისტეინი, თავისთავად ან მისი ერთ-ერთი დერივატი განაპირობებს არტერიულ დაზიანებას. ამან, თავის მხრივ, საფუძველი ჩაუყარა ჰიპოთეზას, რომლის მიხედვით ჰომოცისტეინის ზომიერი მატება სისხლში შესაძლოა გახდეს ათეროსკლეროზის განვითარების რისკ-ფაქტორი [McCully, Wilson, 1975]. მრავალ ფუნდამენტურ ნაშრომში აღწერილია მნიშვნელოვანი კავშირი ჰიპერჰომოცისტეინემიასა და კლინიკურ კარდიოვასკულურ შემთხვევებს შორის. თუმცა, გვხდება ისეთი სტატიებიც, სადაც ასეთი კავშირი უარყოფილია [Eikelboom et al., 1999]. ამის მიუხედავად, ჰიპერჰომოცისტეინემია განიხილება, როგორც ათეროსკლეროზული ვასკულური დაავადების დამოუკიდებელი რისკ-ფაქტორი

[Boers, 2000].

რა არის ჰომოცისტეინი და რა უდევს საფუძვლად მასთან ასოცირებულ კარდიოვასკულურ დარღვევებს?

ჰომოცისტეინი არის გოგირდმემცველი ამინომჟავა, რომელიც არ გამოიყენება ცილის სინთეზში. საკვებში ჰომოცისტეინი მიკროელემენტების სახით არის წარმოდგენილი. იგი წარმოიქმნება შეუცვლელი ამინომჟავას მეთიონინის ცისტეინამდე მეტაბოლიზების დროს. მისი უჯრედშიდა კონცენტრაცია პრეციზიულად რეგულირდება, ხოლო ჭარბი რაოდენობა გადაიტანება პლაზმაში, სადაც თითქმის 99% დისულფიდამდე ოქსიდაციას განიცდის.

ჰიპერჰომოცისტეინემია განისაზღვრება, როდესაც პლაზმაში ჰომოცისტეინის დონე 15 მკმოლ/ლ-ს აღემატება. მას მრავალგვარი ეტიოლოგია გააჩნია: გენეტიკური, თირკმელების უკმარისობა, გარკვეული წამლების მიღება ან საკვებში B6 და B12 ვიტამინების დეფიციტი და სხვ. [Selhub, 1999]. პლაზმაში ჰომოცისტეინის ზომიერი მატებაც კი 10-15 მკმოლ/ლ-ის ფარგლებში (ანუ ნორმასა და მაღალ დონეს შორის) ზრდის კარდიოვასკულურ დარღვევათა აღმოცენების რისკს [Eikelboom et al., 1999].

პირველი და უტყუარი მტკიცებულება იმისა, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის მომატებული კონცენტრაცია ათეროთრომბული დაავადების კაუზალურ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს, მიღებული იყო პაციენტებისგან, რომლებსაც თანდაყოლილად დარღვეული ჰომოცისტეინის მეტაბოლიზმი გამოეკვეთათ.

2002 წელს ჩატარებულმა დიდი მასშტაბის რაოდენობრივმა გამოკვლევამ [Ford et al., 2002] აჩვენა, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატებასთან ასოცირებული კორონარულ სისხლძარღვთა დაავადების რისკის მატება ყოველი ზედმეტი 5 მიკრომოლისთვის 20%-ს შეადგენს.

განსხვავებულ კონტინგენტზე (ჯანმრთელი პირები [Ridker et al., 1997], სისტემური წითელი მგლურათი დაავადებულები [Petri et al., 1996] და ვენური თრომბოზებით დასნეულებული პირები [Eichinger et al., 1998]) ჩატარებულმა სამმა სხვადასხვა კვლევამ დადებითი კორელაცია აჩვენა ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციასა და ვენური

თრომბოზების განვითარებას შორის. ითვლება, რომ ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის პირველადი თრომბოგენური ეფექტით შეიძლება აიხსნას მისი მაღალი რისკიანობა კორონარულ გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მქონე პაციენტებისთვის.

ვინაიდან ამ კონტინგენტს უკვე გააჩნია გარკვეული ხარისხის ათეროსკლეროზი, ტოტალური ჰომოცისტეინის კონცენტრაციით ინდუცირებული თრომბოზი შეიძლება კატასტროფული აღმოჩნდეს სისხლძარღვთა ოკლუზიის თვალთახედვით [de Bree et al., 2002].

McCally-იმ ჩამოაყალიბა ჰიპოთეზა, რომ ჰომოცისტეინემია თავისთავად არის არტერიული დაზიანებების ძირითადი მიზეზი (1969). მიუხედავად მრავალი *in vitro* და *in vivo* კვლევებისა, რომლებიც მიემდგვნა ამ ჰიპოთეზას, მექანიზმი, რომლის მეშვეობით ჰიპერჰომოცისტეინემია ხელს უწყობს ვასკულური დაზიანების განვითარებას, დღემდე უცნობია.

ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია, როგორც წესი, თან სდევს მრავალი სახის კარდიოვასკულურ დაავადებას. დადგენილი იყო, რომ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზას ფუნქციის დარღვევა ან/და აზოტის ოქსიდის მოწოდების შემცირება შეიძლება გახდეს მრავალი კლინიკური მანიფესტაციის მიზეზი პაციენტებში, რომელთაც გააჩნიათ ენდოთელური დისფუნქცია [De Caterina et al., 1995; Dubey et al., 1995]. ეს მოსაზრება მიუთითებს, რომ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთაზა შესაძლოა ჰიპერჰომოცისტეინემიის გავლენას განიცდიდეს.

მიკროსისხლძარღვოვანი ენდოთელური უჯრედების კულტურიდან გამოთავისუფლებული აზოტის ოქსიდის პირდაპირი გაზომვა NO-სელექციური ელექტროდული სისტემით აჩვენებს, რომ 50 მ/მოლ ჰომოცისტეინს შეუძლია მნიშვნელოვნად დათრგუნოს აზოტის ოქსიდის გამოყოფა მიუხედავად იმისა, თუ რა გზით ხდებოდა ამ პროცესის (გამოთავისუფლების) სტიმულაცია [Zhang et al., 1993]. ამასთან გაირკვა, რომ სულფჰიდრული ჯგუფის ოქსიდაცია eNOS-ში იწვევს ამ ფერმენტის NO-გენერაციული აქტიობის დაქვეითებას. არაპირდაპირი გაზომვებით დადგინდა ისიც, რომ აღნიშნული დაქვეითება გამოწვეულია არა პროდუქციის დათრგუნვით, არამედ შესაბამისი ბიორესურსის შემცირებით. ანუ, მართალია

არაპირდაპირი გზით, მაგრამ დადასტურდა ჰომოცისტეინის ინჰიბიტორული ეფექტი ენდოთელური უჯრედებიდან L-არგინინით სტიმულირებულ აზოტის ოქსიდის გამოთავისუფლებაზე. თუ გავითვალისწინებთ ლიტერატურაში არსებულ ხანგრძლივ დისკუსიას ჰომოცისტეინის შესაძლო როლის შესახებ ათეროსკლეროზის განვითარებაში [McCully, Wilson, 1975], მაშინ ზემოაღნიშნული ფაქტები მიუთითებს, რომ აზოტის ოქსიდის ბიორესურსის შემცირებამ და eNOS-ის აქტიობის დაქვეითებამ უნდა გამოიწვიოს ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია, რაც მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს კარდიოვასკულური გართულებების განვითარების გაგებას.

რა თქმა უნდა, ჰიპერჰომოცისტეინემიით გამოწვეული ენდოთელური უჯრედების დისფუნქცია დეტალურ კვლევას და ანალიზს საჭიროებს.

ზომიერი ჰიპერჰომოცისტეინემიის ინდუცირებას ვახდენდით მამრ ვირთაგვებში (მასით 120-160 გ, n=12) L-მეთიონინის (დღეში 1გ/კგ-ზე) სასმელ წყალში დამატებით 4 კვირის განმავლობაში. ყოველი ცხოველის მიერ დღეში მიღებული სითხის მოცულობა ისაზღვრებოდა ნორმაში წყლის საშუალოდ მოხმარებული მოცულობით. საკონტროლო ცხოველები (n=12) ჩვეულებრივ წყალს შეუზღუდავად იღებდნენ. ოთხკვირიანი პერიოდის დაწყებისას და დასასრულს ისაზღვრებოდა ცხოველის მასა. ბარძაყის არტერიიდან ვიღებდით სისხლის სინჯს, რომელიც 20 წუთის განმავლობაში ცენტრიფუგირდებოდა 3000 გ-ზე 4⁰C ტემპერატურაზე. გამოყოფილი შრატის ანალიზის ჩატარებამდე ინახებოდა -20⁰C ტემპერატურაზე. ჰომოცისტეინის ტოტალური შემცველობა განისაზღვრებოდა ქრომატოგრაფიული მეთოდის გამოყენებით ფლუორიმეტრული განსაზღვრით.

სისხლძარღვთა გლუვი კუნთების ფუნქციის ანალიზის ერთ-ერთ ყველაზე ობიექტურ მეთოდად მიჩნეულია სისხლძარღვთა იზოლირებული პრეპარატების კუმშვადობის პარამეტრების გაზომვა მექანოტრონული გარდამქმნელების მეშვეობით (Берлин и др., 1976). მეთოდი იძლევა საშუალებას გავზომოთ სისხლძარღვთა ტონუსის მომატების ან დაქვეითების ხარისხი მასზე სხვადასხვა სახის ზემოქმედების პირობებში.

ცდები ჩატარდა ვირთაგვას ნაზი (გრაცილის) კუნთის იზოლირებული პირველი რიგის არტერიოლებზე (დიამეტრით 130-180 მკმ). L-მეთიონინის მიღების დაწყებიდან მე-4 კვირის დასასრულს ნატრიუმის პენტოთარბიტალის (50 მგ/კგ) ანესთეზიის

ქვეშ ვირთავას ვუზომავდით სისტემურ არტერიულ წნევას და ჰომოცისტეინის შემცველობის გასაზომად ვიღებდით სისხლის სინჯს. შემდეგ ვახდენდით ნაზი კუნთის იზოლირებას გარემომცველი ქსოვილებისგან. აღნიშნული კუნთი ამოიკვეთებოდა და თავსდებოდა $0-40^{\circ}\text{C}$ ტემპერატურის მქონე რინგერ-ჰელიტის ხსნარში. ბინოკულური მიკროსკოპის ქვეშ კუნთიდან გამოვყოფდით 1.5-2 მმ სიგრძის პირველი რიგის კუნთშიდა არტერიოლის სეგმენტს, რომელიც სპეციალური დამხმარე ინსტრუმენტის მეშვეობით (Климин, 1989) რინგერ-ჰელიტის ხსნარგამდინარე კამერის პატარა აბაზანაში თავსდებოდა, სადაც პრეპარატს აჯენენ ლითონის ორ პატარა კავზე (სურ. 2.1). ერთი კავი ხისტად იყო მიმაგრებული მექანოტრონის შტოკზე. პრეპარატი იჭიმებოდა, თანაც მუდმივი დაჭიმვის სიდიდე შერჩეული იყო არტერიის გლუვი კუნთების კუმშვადობის ტესტირების შედეგების მიხედვით. ტესტირება ჩატარდა სტანდარტული ხსნარებით, რომლებიც შეიცავს კალიუმს 80 მოლ-ის კონცენტრაციით და საშუალოდ შეადგენს 5.1 მნ-ს. გაზომვების დაწყებამდე წონასწორული მდგომარეობის მიღწევის მიზნით, პრეპარატი რინგერის ხსნარში 37°C ტემპერატურაზე 1.5 საათის განმავლობაში იმყოფებოდა.

იზოლირებული სისხლძარღვების კონტრაქტილური აქტიობის რეგისტრაცია შესაძლოა ტენზომეტრულ დანადგარზე იზომეტრულ რეჟიმში 6 MX1C ტიპის მექანოტრონებით. მექანოტრონებიდან მიღებული ელექტრული სიგნალი გადაეცემა გამაძლიერებლებს, რომელთათვის შეიძლება გამოვიყენოთ სურ. 2.3-ზე მოტანილი ხიდური სქემის ანალოგი. მექანოტრონების კალიბრება ტარდება მილინიუტონებში, ამისთვის ჰორიზონტალური შტოკი იტვირთება სტანდარტული, მცირე წონის საწონებით და სარეგისტრაციო ქალაქის დიაგრამაზე რეგისტრატორის კალმით აღირიცხება გადახრა საწყისი დონიდან.

მკვებავ ხსნარად ვიყენებდით რინგერ-ჰელიტის გამდინარე ხსნარს, რომლის შემადგენლობა (მმოლ/ლ) იყო შემდეგი:

NaCl – 118.0; KCl – 4.7; NaHCO₃ – 14.9; KH₂PO₄ – 1.18; MgSO₄·7H₂O – 1.17; CaCl₂·2H₂O – 2.5;

გლუკოზა – 11.0

ცდები ტარდებოდა ხსნარის pH-ს კონტროლის ქვეშ. ხსნარის ტემპერატურის მუდმივობა ცდის განმავლობაში ხორციელდება $37 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$ დონეზე ულტრათერმოსატატის მეშვეობით.

კონსტრუქტორული რეაქციები შეისწავლებოდა არტერიოლების ნორმალურ და დენდოთელიოზეზულ სეგმენტებზე. საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლების კონსტრუქტორულ რეაქციას ვამოწმებდით სეგმენტების დენდოთელიოზაციამდე და მის შემდეგ.

ექსპერიმენტების მომდევნო სერიაში არტერიოლების პიკური რეაქცია შეისწავლებოდა აცეტილქოლინისა (10^{-10} - 10^{-5} მოლ/ლ) და ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის (10^{-10} - 10^{-5} მოლ/ლ) კუმულაციურ დოზაზე სეგმენტების გარემომცველ ხსნარში. ამის შემდეგ 30 წუთის განმავლობაში სეგმენტები ინკუბირდებოდა L-NAME-ს (10^{-4} მოლ/ლ) ხსნარით, (აზოტის ოქსიდის სინთაზას არასელექციური ინჰიბიტორი) და კვლავ ვზომავდით სეგმენტის რეაქციას აცეტილქოლინისა და ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის ხსენებული დოზებით შეყვანაზე.

ანალოგიური თანმიმდევრობით ჩატარდა ექსპერიმენტების სერია ჰისტამინზე (10^{-4} მოლ/ლ) რეაქციის შესწავლის მიზნით L-NAME-ს შეყვანამდე და მის შემდეგ. გაზომვები წარმოებდა ენდოთელიუმ ინტაქტურ და დენდოთელიოზეზულ სეგმენტებზე.

ყველა ზემოჩამოთვლილი ნივთიერება შეგვყავდა ხსნარგამდინარე კამერაში, სადაც მოთავსებული იყო შესასწავლი არტერიოლის სეგმენტი. აღრიცხული რეაქციის შემდეგ სისტემაში შეგვყავდა რინგერ-ჰელიტიის სუფთა ხსნარი.

მიღებული მონაცემები აისახებოდა მათი საშუალო სიდიდეებით და სტანდარტული შეცდომით. სტატისტიკური ანალიზი ტარდებოდა ANOVA-ს პაკეტის გამოყენებით, სხვაობათა სტატისტიკური სარწმუნოება მოწმდებოდა სტიუდენტის t-კრიტერიუმით. $P < 0.05$ განიხილებოდა სტატისტიკურად სარწმუნოდ.

მეთიონინის დიეტამ ცხოველებში ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მნიშვნელოვანი (3- ჯერადი) მატება გამოიწვია. ხოლო სისტემური არტერიული წნევის და ცხოველთა მასის სიდიდეებში სხვაობა საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფებს შორის პრაქტიკულად არ აღირიცხა.

ცდების შედეგად გამოვლინდა, რომ ნორადრენალინი (10^{-9} – 10^{-5} მოლ/ლ) იწვევს დოზა-დამოკიდებულ რეაქციას როგორც საკონტროლო, ისე ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლებში, მაგრამ ამ უკანასკნელებში რეაქცია მნიშვნელოვნად უფრო მეტადაა გამოხატული. ენდოთელიუმის ჩამოცილებამ საგრძნობლად გაზარდა საკონტროლო ცხოველებიდან იზოლირებული არტერიოლების რეაქცია ნორადრენალინზე, მაშინ როდესაც ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლების დენდოთელიოზაციამ რაიმე მნიშვნელოვანი გავლენა არ იქონია ნორადრენალინით გამოწვეულ რეაქციაზე.

აცეტილქოლინმა (10^{-9} – 10^{-6} მოლ/ლ) გამოიწვია არტერიოლის დოზა-დამოკიდებული დილატაცია, რომელიც მნიშვნელოვნად უფრო მეტად იყო გამოხატული საკონტროლო ცხოველების სისხლძარღვში, ვიდრე ჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველთა არტერიოლაში. რინგერ-ჰელიტის ხსნარით სისხლძარღვის 30-წუთიანი გამორეცხვის შემდეგ აზოტის ოქსიდის სინთაზას არასელექციური ინჰიბიტორის L-NAME-ს (10^{-4} მოლ/ლ) შეყვანის ფონზე იგივე ტესტის ჩატარებამ საკონტროლო ცხოველის არტერიოლის დილატაციის ხარისხის მნიშვნელოვანი შემცირება გამოიწვია, მაგრამ ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლებში აცეტილქოლინური დილატაცია თითქმის უცვლელი დარჩა.

ნატრიუმის ნიტროპრუსიდმაც გამოიწვია როგორც საკონტროლო, ისე ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლების ურთიერთმსგავსი დოზა-დამოკიდებული დილატაცია. აზოტის ოქსიდის სინთაზას ინჰიბიტორმა პრაქტიკულად არ შეცვალა არტერიოლების დილატაციის არც ხარისხი და არც ხასიათი როგორც საკონტროლო, ისე ჰიპერჰომოცისტეინემიის მქონე ცხოველების შემთხვევაში.

ჰისტამინმა (10^{-6} – 10^{-4} მოლ/ლ) გამოიწვია საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველების არტერიოლების დოზა-დამოკიდებული დილატაცია. საკონტროლო ცხოველების არტერიოლების დილატაციის ხარისხი მნიშვნელოვნად მეტი იყო, ვიდრე ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველთა არტერიოლების შემთხვევაში. სისხლძარღვთა პრეპარატების გამორეცხვის შემდეგ აზოტის ოქსიდის სინთაზას არასელექციური ინჰიბიტორის ფონზე კვლავ ჩატარებულმა ჰისტამინის ტესტმა გამოავლინა საკონტროლო ცხოველების არტერიოლების დილატაციის ხარისხის მნიშვნელოვანი დაქვეითება ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველთა

არტერიოლებთან შედარებით.

დენდოთელიზებული არტერიოლების შემთხვევაში მათი დილატაციური რეაქცია ჰისტამინზე საკონტროლო ჯგუფის ცხოველების შემთხვევაში საგრძნობლად შემცირებული იყო, ხოლო ჰიპერჰომოცისტეინემიის ჯგუფის ცხოველთა შემთხვევაში რეაქცია თითქმის უცვლელი დარჩა.

ექსპერიმენტული კვლევის ძირითადი შედეგი (მათი ანალიზის გარეშე) შეიძლება შევაჯამოთ ისე, რომ ჰომოცისტეინის მატება სისხლის პლაზმაში (ინდუცირებული სასმელ წყალში გაზრდილი მეთიონინის შემცველობით) კუნთის არტერიოლებში ასოცირებს ნორადრენალინით გამოწვეულ სისხლძარღვთა კონსტრიქციასთან და შემცირებულ ენდოთელიუმ-დამოკიდებულ დილატაციასთან. რა უნდა იყოს ამ რეაქციის გამომწვევი მექანიზმი და რას უნდა უკავშირდებოდეს მისი ფორმირება?

პლაზმაში ჰომოცისტეინის მატება წარმოადგენს ათეროთრომბული დაავადების დამოუკიდებელ რისკ-ფაქტორს. არსებობს რამდენიმე მოსაზრება იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება, რომ ჰომოცისტეინის გაზრდილმა კონცენტრაციამ სისხლის პლაზმაში გულ-სისხლძარღვთა სისტემაში ათეროთრომბული დაავადებანი გამოიწვიოს. კერძოდ ითვლება, რომ ჰიპერჰომოცისტეინემიის დამაზიანებელი გავლენა შეიძლება გამოიხატოს სისხლძარღვთა კედლის მორფოლოგიის ცვლილებაში. არსებული გამოკვლევების თანახმად, ერთ-ერთი მიზეზი, რის გამოც ხდება აღნიშნული ცვლილებები არის ის, რომ მაღალი კონცენტრაციის ჰომოცისტეინი იწვევს ვასკულური ენდოთელიუმის ფუნქციის მოშლას, თუმცა, ჰომოცისტეინის გაზრდილი კონცენტრაციის გავლენა ზოგადად მიკროსისხლძარღვთა ფუნქციაზე დადგენილი არ არის.

ჩვენ მიერ ჩატარებულ კვლევაში ცხოველთა სასმელ წყალში დამატებული იყო მეთიონინი (ჰომოცისტეინის პრეკურსორი). ამის შედეგად, პლაზმაში ჰომოცისტეინის კონცენტრაცია თითქმის სამჯერ გაიზარდა და მიაღწია იმ დონეს, რომელიც ადამიანებში დაკავშირებულია სისხლძარღვთა დაავადების მაღალ რისკთან.

ზოგადად, პლაზმაში მეთიონინის (ან სხვა რომელიმე ამინომჟავას) კონცენტრაციის მატება არ ასოცირებს სისხლძარღვებზე საზიანო გავლენასთან, მაგრამ არის მტკიცებულება, რომ ჰომოცისტეინის გაზრდილი კონცენტრაცია არის სისხლძარღვთა

ენდოთელიუმის დაზიანების მნიშვნელოვანი მიზეზი.

ვინაიდან ჩონჩხის კუნთის სისხლის მიმოქცევა პერიფერიული სისხლის მიმოქცევაში ჰემოდინამიკური წინაღობის ძირითად შემადგენელს წარმოადგენს, მისი მოშლა ჰიპერჰომოცისტინემიის დროს შესაძლოა განვიხილოთ, როგორც მნიშვნელოვანი კომპონენტი პერიფერიული ვასკულური დაავადების განვითარებაში. სწორედ ამ მიზნით შევისწავლეთ ენდოთელიუმის ვაზორეგულატორული ფუნქციის ცვლილებანი ნორმალურ და მეთიონინის დიეტით ინდუცირებული ჰიპერჰომოცისტინემიის მქონე ცხოველთა სისხლძარღვებში.

პირველ რიგში, ერთმანეთს შევადარეთ საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტინემიის ჯგუფის ცხოველების იზოლირებული არტერიოლების კონტრაქტილური რეაქციები ნორადრენალინზე და დავადგინეთ, რომ ჰიპერჰომოცისტინემიამ გამოიწვია ნორადრენალინით ინდუცირებული ვაზოკონსტრიქციის გაძლიერება.

ადრე ნაჩვენები იყო, რომ ჩონჩხის კუნთების არტერიოლებში ნორადრენალინის შეყვანას თან სდევს ენდოთელიუმიდან აზოტის ოქსიდის გამოთავისუფლება, რომელიც მოდულირებას უწევს ნორადრენალინით ინდუცირებული კონსტრიქციის ხარისხს. ჩვენი ვარაუდით, ნორადრენალინზე სისხლძარღვის გაზრდილი რეაქტიულობის მიზეზი ჰიპერჰომოცისტინემიის ჯგუფის ცხოველებში უნდა ყოფილიყო ენდოთელური აზოტის ოქსიდის სინთეზის დარღვევა. მართლაც, საკონტროლო ცხოველების არტერიოლებში დეენდოთელიზაციამ ნორადრენალინზე რეაქციის მატება.

გამოიწვია, მაშინ როდესაც ჰიპერჰომოცისტინემიის ჯგუფის ცხოველებში იგივე არტერიოლების რეაქცია ნორადრენალინზე უცვლელი იყო, რაც ადასტურებს ჩვენს ვარაუდს. აღნიშნულის შემდგომი გადამოწმების მიზნით, გამოვიყენეთ აცეტილქოლინისა და ჰისტამინზე არტერიოლების რეაქციის ტესტები. აღნიშნული აგენტები, როგორც ცნობილია, ინდუცირებს აზოტის ოქსიდის გენერაციას. როგორც ვნახეთ, როგორც აცეტილქოლინით, ისე ჰისტამინით გამოწვეული საკონტროლო ჯგუფის ცხოველთა ჩონჩხის კუნთის სისხლძარღვთა ვაზოდილატაცია შემცირებული იყო ჰიპერჰომოცისტინემიის ჯგუფის ცხოველებისგან აღებულ არტერიოლების რეაქციასთან შედარებით. უფრო მეტიც, აზოტის ოქსიდის პროდუცირების ინჰიბიციამ ნიტრო-L-არგინინ მეთილის ეთერით (L-NAME) შეამცირა იზოლირებული არტერიოლის აცეტილქოლინითა და ჰისტამინით გამოწვეული დილატაცია მხოლოდ საკონტროლო

ცხოველებში, მაშინ როდესაც ჰიპერჰომოცისტეინემიის მქონე ცხოველებში L-NAME-ს შეყვანამ არ მოგვცა რაიმე ხელმოსაკიდი ეფექტი. ამასთან დამატებით, ენდოთელიოზაციამ მოსპო ჰისტამინით გამოწვეული ვაზორელაქსაციის სხვაობა საკონტროლო და ჰიპერჰომოცისტეინემიის მქონე ცხოველთა არტერიოლებს შორის.

როგორც გაირკვა, ჰიპერჰომოცისტეინემიის პირობებში აზოტის ოქსიდის მიმართ სისხლძარღვთა გლუვი კუნთების მგძნობელობა არ შეცვლილა, რადგან არტერიოლის რეაქცია აზოტის ოქსიდზე მისი დონორის ნატრიუმის ნიტროპრუსიდის შეყვანაზე არ შეცვლილა. ეს შედეგი მოწმობს იმაზე, რომ ჰიპერჰომოცისტეინემიის დროს ადგილი აქვს მხოლოდ ენდოთელური აზოტის ოქსიდის ბიორესურსის მოშლას.

ადრე ნაჩვენები იყო, რომ ენდოთელიუმ-დამოკიდებული გლუვი კუნთების მარელაქსირებელი ფაქტორის (ანუ იგივე აზოტის ოქსიდის) გამოთავისუფლების პროცესი ირღვევა ჰიპერჰომოცისტეინემიის დროს [Celemajer et al., 1993; Taniwaki et al., 1998], ჩვენი შედეგები ეთანხმება ამ მონაცემებს და განავრცობს მათ არტერიოლების დონეზე.

აზოტის ოქსიდის სინთეზის მოშლა იწვევს ენდოთელიუმ-დამოკიდებული დილატატორების მოქმედების ცვლილებას იმ მცირე კალიბრის გვირგვინოვან არტერიებსა და არტერიოლებზე, რომლებიც არ განიცდის ათეროსკლეროზულ დარღვევებს [Kuo et al., 1972].

ზემოთქმულის შეჯამება საშუალებას გვაძლევს ვივარაუდოთ, რომ მიკროსისხლძარღვთა ენდოთელური დისფუნქცია არის ერთ-ერთი ადრეული კომპონენტი იმ კომპლექსური მოვლენებისა, რომელთაც ადგილი აქვთ სისხლძარღვთა დაავადებათა განვითარების პროცესში.

ვინაიდან აზოტის ოქსიდს, გარდა ვაზოდიალტატორული ფუნქციისა, მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება ანტიკოაგულაციური და ანტითრომბოზული რეაქციების განხორციელებაში, ენდოთელური დისფუნქცია უნდა განვიხილოთ, როგორც მნიშვნელოვანი დამაკავშირებელი რგოლი ჰიპერჰომოცისტეინემიასა და ათეროთრომბულ დაავადებებს შორის.

ჰიპერჰომოცისტეინემიით გამოწვეული ენდოთელური დაზიანების მექანიზმები უდავოდ საჭიროებს შემდგომ კვლევას, მაგრამ ჩვენ მიერ მოპოვებული ექსპერიმენტული მასალა საშუალებას იძლევა დავასკვნათ, რომ მიკროსისხლძარღვები განიცდის

ჰიპერჰომოცისტეინემიის მნიშვნელოვან გავლენას.

ცვლილებები, სავარაუდოდ, უნდა უკავშირდებოდეს აზოტის ოქსიდით განპირობებული არტერიული ვაზომოტორული რეაქციების მოშლას და წარმოადგენს მნიშვნელოვან ადრეულ ეტაპს ჰიპერჰომოცისტეინემიასთან დაკავშირებული ვასკულური დაავადებების განვითარებაში.

რა სახის ინტერპრეტაცია შეიძლება მიეცეს ლიტერატურის მონაცემებს, რომლებიც მოწმობს, რომ სტენოკარდიის და მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს მძიმე ავადმყოფებში, თრომბოზული პროცესების გაძლიერების ფონზე, ჰიპერჰომოცისტეინემიასთან შედარებით, ჰომოცისტეინის ნორმის ფარგლებში არსებობისას უფრო ძლიერ არის გამოხატული გულის დისფუნქცია და კორონაროსტენოზი, რაც მდგომარეობის დამძიმების და გართულების მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორებია.

იშემიური პრეკონდიცირების კარდიოპროტექტორული ეფექტი უკვე კარგად ცნობილი ფენომენია და ამჟამად მიმდინარეობს მისი შესაძლო მექანიზმების ინტენსიური შესწავლა. ამ ფენომენის ძირითადი არსი გამოიხატება იმაში, რომ ორგანიზმი, რომელმაც განიცადა წინასწარი იშემიური “შემზადება” (პრეკონდიცირება), შემდგომში მძიმე იშემიურ შეტევას იტანს ბევრად უფრო იოლი ფორმით იმ ორგანიზმთან შედარებით, რომელსაც ასეთი წინასწარი პრეკონდიცირება არ გაუვლია [Bernaudin et al., 2002].

უკანასკნელ პერიოდში მიღებული მონაცემები მოწმობს, რომ მიოკარდიუმის პრეკონდიცირება მძიმე შეტევის წინააღმდეგ ყალიბდება აზოტის ოქსიდის გენერაციის მეშვეობით წინა იშემიური შეტევების დროს. ამ პრეკონდიცირების უჯრედული მექანიზმი უცნობია [Samoilov, Mokrushin, 2003; Semenza, 2004] და მისი შესწავლა თანამედროვე კარდიოლოგიის ერთ-ერთ ყველაზე აქტუალურ ამოცანას წარმოადგენს. ითვლება, რომ მიოკარდიუმის პრეკონდიცირების ძირითადი განმაპირობებელი ფაქტორია იშემიით ინდუცირებული NOS-ის გენის ექსპრესია, რასაც მოსდევს აზოტის ოქსიდის გაზრდილი ფორმირება. გასაგებია, რომ აქ საუბარია ინდუციბელური აზოტის ოქსიდის შეუძლია იქონიოს როგორც შემამსუბუქებელი, ისე უაღრესად დამამძიმებელი ეფექტი. ამდენად, პრეკონდიცირების ფენომენის აქ მოტანილი უჯრედული მექანიზმი საჭიროებს შემდგომ კვლევას და დაზუსტებას, მაგრამ ჩვენ საჭიროდ ჩავთვალეთ მისი განხილვა, რადგან ლიტერატურაში სხვა მექანიზმი ჯერ შემოთავაზებული არ არის.

დასკვნები

ჩვენს მიერ ჩატარებული ექსპერიმენტებში მიღებული შედეგების და ლიტერატურაში არსებული მონაცემების ანალიზი გვამღევს საშუალებას გაკეთდეს შემდეგი დასკვნები:

1. გულის იშემიური დაავადების დროს ჰომოცისტეინის მატება გაძლიერებული ათეროგენეზისა და პოსტინფარქტულ პერიოდში განმეორებითი სტენოკარდიული შეტევების უფრო მნიშვნელოვანი მიმანიშნებელია, ვიდრე ლიპიდური ცვლის და ჰემოსტაზის მაჩვენებელთა მატება.
2. გულის იშემიური დაავადების შემთხვევაში ჰიპერჰომოცისტეინემიის დროს პაციენტთა სისხლძარღვებში პრევალირებს ათეროგენეზული პროცესები, ხოლო ჰომოცისტეინის ნორმაში არსებობისას – თრომბოზული პროცესები.
3. ჰომოცისტეინის კონცენტრაციის მატება იწვევს აზოტის ოქსიდით განპირობებული არტერიული ვაზომოტორული რეაქციების მოშლას და წარმოადგენს მნიშვნელოვან ადრეულ ეტაპს ჰიპერჰომოცისტეინემიასთან დაკავშირებული ვასკულური დაავადებების განვითარებაში.
4. ენდოთელური დისფუნქცია უნდა განვიხილოთ, როგორც ერთ-ერთი ადრეული კომპონენტი სისხლძარღვთა დაავადებათა განვითარების კომპლექსურ მოვლენებში და მნიშვნელოვანი დამაკავშირებელი რგოლი ჰიპერჰომოცისტეინემიასა და ათერთრომბულ დაავადებებს შორის.
5. ჰიპერჰომოცისტეინემიის დროს ადგილი აქვს ენდოთელური აზოტის ოქსიდის ბიორესურსის მოშლას.

1. **Anderson L.R., Feinberg W.** Primary platelet disorders. In: Primer on Cerebrovascular diseases (Eds.: Welch K., Caplan L., Reis D., Siesjo B., Weir B), 1997, Academic Press, 401-405.
2. **Andersson A, Brattstrom L, Israelsson B, Isaksson A, Hamfelt A, and Hultberg B.** Plasma homocysteine before and after methionine loading with regard to age, gender and menopausal status. Eur J Clin Investig, 1992, **22**, 79–87.
3. **Arnadottir M and Hultberg B.** Homocysteine in renal disease, in Homocysteine in Health and Disease (Carmel R and Jacobsen DW eds) 2001, pp 321–330, Cambridge University Press, Cambridge, UK.
4. **Atkinson R.** Pediatric Stroke. In: Primer on Cerebrovascular diseases (Eds.: Welch K., Caplan L., Reis D., Siesjo B., Weir B), 1997, Academic Press, 362-363.
5. **Avivi, I., Lanir, N., Hoffman, R., Brenner, B.** Hyperhomocysteinemia is common in patients with antiphospholipid syndrome and may contribute to expression of major thrombotic events – Blood Coagulation & Fibrinolysis 13(2): 169-172, March 2002
6. **Baltrons M. A.** Dexamethasone up-regulates a constitutive nitric oxide synthase in cerebellar astrocytes but not in granule cells in culture. J. Neurochem. 1995. 64 : 447-450.
7. **Beckman J.** Nitric Oxide, Superoxide, and Peroxynitrate in CNS Injury. In: Cerebral Diseases.(Eds: Welch K., Caplan L., Reis D., Siesjo B., Weier B.). Academic Press, San Diego, 1997, 209-210.
8. **Bell D., Johns T., Lopez L.** Endothelial dysfunction: implications for therapy of cardiovascular diseases. Ann Pharmacother., 1998, 32, 459-470.
9. **Bernaudin M., Tang Y., Reilly M., Petit E., Sharp F.** Brain genomic response following hypoxia and re-oxygenation in the neonatal rat. Identification of genes that might contribute to hypoxia-induced ischemic tolerance. J Biol Chem. 2002 Oct 18;277(42):39728-38. Epub 2002 Jul 26
10. **Blom HJ, Kleinvelde HA, Boers GH, Demacker PN, Hak-Lemmers HL, Te Poele-Pothoff MT, and Trijbels JM.** Lipid peroxidation and susceptibility of low density lipoprotein to in vitro oxidation in hyperhomocysteinemia. Eur J Clin Investig, 1995, **25**,

149–154.

11. **Blondeay N., Plamendon H., Richelme C., Heurteaux C., Lazdunski M.** K(ATP) channel openers, adenosine agonists and epileptic preconditioning are stress signals inducing hippocampal neuroprotection. *Neuroscience*. 2000;100(3):465-74.
12. **Blundell G., Jones B., Rose F., Tudball N.** Homocysteine mediated endothelial cell toxicity and its amelioration. *Atherosclerosis*, 1996, 122, 163-172.
13. **Boers G.H.** Mild hyperhomocysteinemia is an independent risk factor of arterial vascular disease. *Semin. Thromb. Hemost.*, 2000, 26, 291-295.
14. **Bostom AG, Culleton BF.** Hyperhomocysteinemia in chronic renal disease. *J Am Soc Nephrol* 1999, 10, 891–900.
15. **Bostom AG, Lathrop L.** Hyperhomocysteinemia in end-stage renal disease (ESRD): prevalence, etiology, and potential relationship to arteriosclerotic outcomes. *Kidney Int.* 1997, 52, 10–20.
16. **Brattstrom L and Wilcken DE** Homocysteine and cardiovascular disease: cause or effect?
17. *Am J Clin Nutr.* 2000, **72**, 315–323.
18. **Brattstrom L, Wilcken DE, Ohrvik J, Brudin L.** Common ethylenetetrahydrofolate reductase gene mutation leads to hyperhomocysteinemia but not to vascular disease: the result of a metaanalysis. *Circulation* 1998, 98, 2520–2526.
19. **Brattstrom, B Israelsson, and B Hultberg.** **Hyperhomocysteinemia--a new risk factor for vascular diseases?** *Lakartidningen*, 1992, 89, 7, 467-469.
20. **Bredt D.S. and Snyder S. H.** Nitric oxide, a novel neuronal messenger. *Neuron*, 8, 3, 1992.
21. **Brenton D., Cusworth D.C., Gaull C.E.** Homocystinuria. Biochemical studies of tissues including a comparison with cyststioninuria. *Pediatrics*, 1965 (a), 35, 50-56.
22. **Brenton D., Cusworth D.C., Gaull C.E.** Homocystinuria: metabolic studies on 3 patients. *J. Pediatr.*, 1965(b), 67, 58-68.
23. **Brett D.S., Hwang P.M., and Snyder S.H.:** Location of nitric oxide synthase indicating a neurol role for nitric oxide. *Nature* 347 (6295), 768-770, 1990.
24. **Brune, B Messmer UK, and Sandau K.** **The role of nitric oxide in cell injury** *Toxicol Lett*, Dec 1995; 82-83: 233-7.

25. **Burnett, A. L.** Nitric oxide in the penis: physiology and pathology. *J. Urol.* 157, 320-324, 1997.
26. **Burztyn Michael, Moto Michael, Grossman Ehud, Shemesh Joseph.** Accelerated Coronary Artery Calcification in Mildly Reduced Renal Function of High-risk hypertensives: a 3- year prospective observation – *Journal of Hypertension.* 21(10):1953-1959
27. **Celemajer D.,** Sorenson K., Ryalls M., Robinson J., Thomas O., Leonard J., Deanfield J. Impaired endothelial function occurs in the systemic arteries of children with homozygous homocystinuria but not their heterozygous parents. *J. Am. Coll. Cardiol.,* 1993, 22, 854-858.
28. **Chasan-Taber L, Selhub J, Rosenberg IH.** A prospective study of folate and vitamin B6 and risk of myocardial infarction in US physicians. *J Am Coll Nutr* 1996, 15, 136–143.
29. **Chen J., Symon R.** Ischemic tolerance in the brain. *Neurology,* 1997, 48, 306-311.
30. **Christen WG, Ajani UA, Glynn RJ, and Hennekens CH.** Blood levels of homocysteine and increased risks of cardiovascular disease: causal or casual? *Arch Intern Med.* 2000, 160, 422–434.
31. **Cines D., Pollak E., Buck C., Loscalzo J.** Endothelial cell in physiology and in the pathophysiology of vascular disorders. *Blood,* 1998, 91, 3527-3561.
32. **Ginis I., Iaiswal R., Klimanis D., Liu J., Greenspon P., Hallenbeck J.** TNF-alpha-induced tolerance to ischemic injury involves differential control of NF-kappaB transactivation: the role of NF-kappaB association with p300 adaptor. *J Cereb Blood Flow Metab.* 2002 Feb;22(2):142-52. 2002;
33. **Clarke R., Daly L., Robinson K., Naughten E., Cahalane S., Flower B.** Hyperhomocysteinemia: an independent risk factor for vascul disease. *N. Engl. J. Med.,* 1991, 313, 709-715.
34. **Cobbaert C, Arentsen JC, Mulder P, Hoogerbrugge N, and Lindemans J.** Significance of various parameters derived from biological variability of lipoprotein(a), homocysteine, cysteine and total antioxidant status. *Clin Chem.* 1997, 43,1958–1964.
35. **Colasanti M., Suzuki H.** The dual personality of NO. *Trends in Pharmacological Sciences.* 2000. 21: 249-252.
36. **Costa, S.S.S., Naves, L.A., Abdalla, L.F., Vaz, J.A.R., Casulari, L.A.** Risk Factors for Atherosclerosis in Obese Patients, - *European Journal of Clinical Investi-*

gation, Supplement. 33 Supplement 1:25, April 2003

37. **Crea F, Pupita G, Galassi AR.** Role of adenosine in pathogenesis of anginal pain. *Circulation* 1990 Jan; 81(1):164-72 [Medline]
38. **Conner E. M. and Grisham M. B.** Inflammation, free radicals, and antioxidants. *Nutrition*. 1996. 12 : 274-277.
39. **D'Angelo, Selhub.** Homocysteine and thrombotic disease. *Blood*, 1997, 90, 1-11.
40. **Dalton ML, Gadson PF, Wrenn RW, Rosenquist TH.** Homocysteine signal cascade: production of phospholipids, activation of PKC, and the induction of c-fos and c-myc in smooth muscle cells. *FASEB J*, 1997, 11:703-711
41. **Dawson D. A., Kusumoto K., Graham D. I.** Inhibition of nitric oxide synthesis does not reduce infarct volume in a rat model of focal cerebral ischemia. *Neurosci Lett*. 1992. 147 : 151-154.
42. **Dawson T. M.** Nitric oxide: cellular regulation and neuronal injury. *Prog. Brain Res*. 1994. 103 : 365-369.
43. **Dawson T. M., Dawson V. L., Snyder S.** A novel neuronal messenger molecule in brain: the free radical nitric oxide. *Ann. Neurol*. 1992. 32 : 297-311.
44. **Dawson V. L., Dawson T. M., London E. D.** Nitric oxide mediates glutamate neurotoxicity in primary cortical culture. *Proc. Natl Acad. Sci. USA*. 1991. 88 : 6368-6371.
45. **de Bree A, Verschuren WM, and Blom HJ.** Biological cardiovascular risk factors and plasma homocysteine levels in the general Dutch population. *Atherosclerosis* 2001, 154, 513-514.
46. **de Bree A., Verschuren M., Kromhout D., Kluijtmans L., Blom H.** Homocysteine Determinants and the Evidence to what extent homocysteine determines the risk of coronary heart disease. *Pharmacological Reviews*, 2002, 54, 4, 599-618.
47. **De Caterina R., Libby P., Peng H., Thannickal V.** Nitric oxide decreases cytokine-induced endothelial activation. *J Clin Invest*, 1995, 60-68.
48. **Defesche, J.C.I. Buirma, R.J.A. Hutten, B.A. Lansberg, P.J. Kastelein, J.J.J.P.I.** Prevalence and significance of cardiovascular risk factors in large cohort of patients with familial hypercholesterolaemia – *Journal of Internal Medicine*. 2003, 253 (2): 161-168,
49. **den Heijer M, Rosendaal FR, Blom HJ, Gerrits WB, Bos GM.** Hyperhomocysteinemia and venous thrombosis: a meta-analysis. *Thromb Haemost* 1998;80:874-7.

50. **Dubey R., Jackson E., Luscher T.** Nitric oxide inhibits angiotensin II-induced migration of rat aortic smooth muscle cells. *J Clin Invest.*, 1995, 96, 141-149.
51. **Durand P., Fortin L., Lussier-Cacan S., Davignon J., Blache D.** Hyperhomocysteinemia induced by folic acid deficiency and methionine load-application of a modified HPLC method. *Clin. Chim. Acta.*, 1996, 252, 83-93.
52. **Durand P., Lussier-Cacan S., Blache D.** Acute methionine load-induced hyperhomocysteinemia enhances platelet aggregation, thromboxane biosynthesis and macrophage-derived tissue factor activity in rats. *FASEB J.*, 1997, 11, 1157-1168.
53. **Dzau V., Gibbson G., Mann M., Braun-Dullaeus R.** Future horizons in cardiovascular molecular therapies. *Am. J. Cardiol.*, 1997, 80, 33-39.
54. **Eaton P., W. I. Awad, J. I. A. Miller, D. J. Hearse and M. J. Shattock.** Ischemic Preconditioning: a Potential Role for Constitutive Low Molecular Weight Stress Protein Translocation and Phosphorylation? *Journal of Molecular and Cellular Cardiology*, 2000, 32, 6, 861-971
55. **Eberhardt R.T., Forgione M.A., Cap A., Leopold J., Rudd M., Tolliet M., Heyrick S., Stark R., Klings E., Moldovan N., Yaghoubi M., Goldsmith-Clermont P., Faver H., Cohen R., Loscalzo J.** Endothelial dysfunction in a murine model of mild hyperhomocysteinemia. *J. Clin. Invest.*, 2000, 106, 483-491.
56. **Egashira K., Inou T., Irooka T., Yamada A., Maruoka Y., Kai H., Sugimachi M., Suzuki S., Takeshita A.** Impaired coronary blood flow response to acetylcholine in patients with coronary risk factors and proximal atherosclerotic lesions. *J.Clin.Invest.*, 1993, 91, 29-37.
57. **Eichinger S, Stump en A, Hirschl I.** Hyperhomocysteinemia is a risk factor of recurrent venous thromboembolism. *Thromb Haemost* 1998, 80, 566-569.
58. **Eikelboom J.W., Lonn E., Genest J., Hankey G., Yusuf S.** Homocysteine and cardiovascular disease: a critical review of the epidemiologic evidence. *Ann. Intern. Med.*, 1999, 131, 363-375.
59. **Fay William P.** Homocysteine and thrombosis: guilt by association? *Blood*, **2012**, 119, 13, 2977 - 2978
60. **Folsom AR, Nieto FJ, McGovern PG.** Prospective study of coronary heart disease incidence in relation to fasting total homocysteine, related genetic polymorphisms, and B vitamins: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation* 1998, 98,

61. **Ford E., Smith S.J., Stroup D., Steinberg K., Mueller P., Thacker S.** Homocysteine and cardiovascular disease: a systematic review of the evidence with special emphasis on case-control studies and nested case-control studies. *Int. J. Epidemiology*, 2002, 31, 59- 70.
62. **Frauscher G, Karnaukhova E,** Muehl E., Hoeger H., Lubec B. Oral administration of homocysteine leads to increased plasma triglycerides and homocysteinic Acid: Additional mechanisms in homocysteine-induced endothelial damage? *Life Sci.*, 1995; 57, 813-817.
63. **Fryer RH, Wilson BD, Gubler DB, Fitzgerald LA, and Rodgers GM.** Homocysteine, a risk factor for premature vascular disease and thrombosis, induces tissue factor activity in endothelial cells. *Arterioscler Thromb.* 1993, 13,1327–1333.
64. **Furchgott R., Zawadzki J.** The obligatory role of endothelial cells in the relaxation of arterial smooth muscle by acetylcholine. *Nature*, 1980, 288, 373-376.
65. **Ganguly P., and Alam Sreyoshi Fatima.** Role of homocysteine in the development of cardiovascular disease *Nutr J.* 2015; 14: 6. Published online 2015 Jan 10. doi: [10.1186/1475-2891-14-6](https://doi.org/10.1186/1475-2891-14-6) PMID: PMC4326479.
66. **Greenland S.** Quantitative methods in the review of epidemiologic literature. *Epidemiol Rev* 1987,9, 1–30.
67. **Guttormsen A., Mansoor A., Fiskerstrand T., Ueland P., Refsum H.** Kinetics of plasma homocysteine in healthy subjects after peroral homocysteine loading. *Clin. Chem.*, 1993, 39, 1390-1397.
68. **Hankey G., Eikelboom J.** Homocysteine and vascular disease. *Lancet*, 1999, 354, 407-413.
69. **Harker L., Ross R., Slichter S., Scott R.** Homocysteine-induced arteriosclerosis: The role of endothelial cell injury and platelet response in its genesis. *J. Clin Invest.*, 1976, 58, 731- 741.
70. **Hayashi T.** Effect of estrogen on isoforms of nitric oxide synthase: possible mechanism of anti-atherosclerotic effect of estrogen. *Gerontology.* 1997. 43 : 24-34.
71. **Hempel L.** Homocysteine decreases endothelial cell glutathione, increasing the sensitivity to oxidants. *Circ.*, 1998, suppl. I, 386, Abstract.
72. **Hofmann M., Lalla F., Lu Y., Gleason M., Wolf B., Tanji N., Ferran L., Kohl B., Rao V., Kisiel W., Stern D., Schmidt A.M.** Hyperhomocysteinemia enhances vascular in-

- flammation and accelerates atherosclerosis in a murine model. *J. Clin Invest.*, 2001, 107, 675-683.
73. **Huang A., Sun D., Kaley G., Koller A.** Superoxide released to high intraluminal pressure reduces nitric oxide-mediated shear stress and agonist-induced dilations. *Circ. Res.*, 1998, 83, 960-965.
74. **Hultberg B., Andersson A., Lindgren A.** Marginal folate deficiency as a possible cause of hyperhomocysteinemia in stroke patients. *Eur. J. Clin. Chem Clin. Biochem.*, 1997, 35, 25-28.
75. **Humphrey Linda, Fu Rongwei, Rogers Kevin, Freeman Michele, Helfand Mark**, Homocysteine Level and Coronary Heart Disease Incidence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 2008, 83, 11, 1203–1212.
76. **Jonsson T., Murray M., Johnson L., Poole L.B., Lowther W.** Structural basis for retroreduction of inactivated peroxiredoxins by human sulfiredoxin. *Biochemistry*, 2005, 44, 8634-8642.
77. **Kaley G., Koller A., Rodenburg J., Messina E., Wolin M.** Regulation of arteriolar tone and responses via L-arginine pathway in skeletal muscle. *Am J Physiol.* 1992, 262, H987-H992.
78. **Kanani R., Sinkey C., Browning R., Allaman M., Knapp H.R., Haynes W.G.** Role of oxidant stress in endothelial dysfunction produced by experimental hyperhomocysteinemia in humans. *Circulation*, 1999, 100, 1161-1168.
79. **Kark JD, Selhub J, Adler B.** Nonfasting plasma total homocysteine level and mortality in middle-aged and elderly men and women in Jerusalem. *Ann Intern Med* 1999, 131, 321–330.
80. **Kasiske B.** Relationship between vascular disease and age associated changes in the human kidney. *Kidney Int.*, 1987, 31, 1153-1159.
81. **Knowles, R.G. and Moncada, S.** Nitric oxide synthases in mammals. *Biochem. J.*, 298: 249, 1994.
82. **Koller A., Huang A.** Impaired nitric-oxide mediated flow-induced dilation in arterioles of SHR. *Circ Res.* 1994, 74, 416-421.
83. **Kostuk S. K.** Basic fibroblast growth factor increases nitric oxide synthase production in bovine endothelial cells. *Am. J. Physiol.* 1995. 269 : H 1583 – 1589.
84. **Kuo L., Dacis M., Cannon M., Chilian W.** Pathophysiological consequences of ath-

- rosclerosis extend into the coronary microcirculation: restoration of endothelium-dependent responses by L-arginine. *Circ. Res.*, 1972, 70, 465-476.
85. **Kuo P. C., Abe K. Y.** Cytokine-mediated production of nitric oxide in isolated rat hepatocytes is dependent on cytochrome P-450III activity. *FEBS Lett.* 1995. 360 : 10-14.
 86. **Lancaster F.E.** Nitric oxide and Ethanol-induced Brain damage. A Hypothesis, research Nometaph N22, 1993, p, 373-387.
 87. **Landgren F., Israelsson B., Lindgren A., Hultberg B., Andersson A., Brattstrom L.** Plasma homocysteine in acute myocardial infarction: homocysteine-lowering effect of folic acid. *J. Intern. Med.*, 1995, 237, 381-388.
 88. **Lee, Y.K., Kim, S.Y., Shin, J.H., Oh, K.S., Cha, D.R., Known, Y.J., Cho, W.Y., Pyo, H.J., Kim, H.K.** Homocysteine and Atherosclerosis in Chronic Hemodialyzed Patients, - *Kidney International.* 54(5):1800, November 1998
 89. **Leibovich S.,** Polverini P., Fong T., Harlow L., Koch A. Production of angiogenic activity by human monocytes requires an L-arginine/nitric oxide-synthase-dependent effector mechanism. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1994, 91, 4190-4194.
 90. **Lentz S.** Consequences of hyperhomocysteinemia on vascular function in atherosclerotic monkeys. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.*, 1997, 17, 2930-2934.
 91. **Lentz S.R., Erger R.A., Dayal S., Maeda N., Malinow M.R., Heistad D., Faraci F.** **Folate** dependence of hyperhomocysteinemia and endothelial dysfunction in cystathionine beta-synthase-deficient mice. *Am. J. Physiol.*, 2000, 278, H970-H975.
 91. **Lentz S.R., Sadler J.** Inhibition of thromboduline surface expression and protein C activation by the thrombogenic agent homocysteine. *J. Clin. Investig.*, 1991, 88, 1906-1914.
 92. **Lentz S.R., Sobey C.G., Piegors D.J., Bhopatkar M., Faraci F.M., Malinow M.R., Heistad D.** Vascular dysfunction in monkeys with diet-induced hyperhomocysteinemia. *J. Clin. Invest.*, 1996, 98, 24-29.
 93. **Licinio J., Prolo P., McCann S. M.** Brain iNOS: Current understanding and clinical implications. *Molecular Medicine Today.* 1999. 5 : 225-232.
 94. **Lin H. L., Murphy S.** Regulation of astrocyte nitric oxide synthase type 11 expression by ATP and glutamate involves loss of transcription factor binding to DNA. *J. Neurochem.* 1997. 69 : 612-616.
 95. **Lin J., Kang S., Zhou J., Wong P.** Homocysteinemia in rats induced by folic acid

- deficiency. *Life Sci.* 1988, 44, 319-325.
96. **Lin S. Zl., Chiou A. L., Wang Y.** Ketamine antagonizes nitric oxide release from cerebral cortex after middle cerebral artery ligation in rats. *Stroke.* 1996. 27 (4) : 747-752.
97. **Lindgren A., Brattstrom I., Norrving B., Andersson A., Johansson B.** Plasma homocysteine in the acute and convalescent phases after stroke. *Stroke*, 1995, 6, 795-800.
98. **Loehrer F., Angst C., Haefeli W., Jordan P., Ritz R., Powler B.** Low whole-blood S-adenosylmethionine and correlation between 5-methyltetrahydrofolate and homocysteine in coronary artery disease. *Arterioscler Thromb Vasc. Biol.* 1996, 16, 727- 733.
99. **Loscalzo J.** The oxidative stress of hyperhomocysteinemia. *J.Clin Invest.*, 1996, 98, 308-318.
100. **Lubec B, Labudova O, Hoeger H, Muehl A, Fang-Kircher S, Marx M, Mosgoeller W, and Gialamas J.** Homocysteine increases cyclin-dependent kinases in aortic rat tissue. *Circulation*, 1996, **94**, 2620-2625.
101. **Ludmer P., Selwyn A., Shook L., Wayne R., Mudge G., Alexander R. Canz P.** Paradoxical vasoconstriction induced by acetylcholine in atherosclerotic coronary arteries. *N Engl Med*, 1986, 315, 1046-1051.
102. **Malinow M., Bostom A., Krauss R.** Homocysteine diet and cardiovascular diseases: a statement for healthcare professionals from nutrition committee, American Heart Association, *Circulation* , 1999, 99, 178-192.
103. **Malinow M., Kang S., Taylor L., Wong P., Inahura T., Mukerjee D., Serton G., Upson B.** Prevalence of hyperhomocysteinemia in patients with peripheral arterial occlusive disease. *Circulation*, 1989, 79, 1180-1188.
104. **Malinski T., Bailey F., Zhang Z., Chopp M.** Nitric Oxide measured by a porphyrinic microsensor in rat brain after transient middle cerebral artery occlusion. *J. Cereb. Blood Flow Metab.* 1993, 13, 355-358.
105. **Martella M. A., Hurshman A. R., Rusche K. M.** Catalysis by nitric oxide synthase. *Current Opinion in Chemical Biology.* 1998. 2 : 656-663.
106. **Mathias D., Becker C., Riezler R., Kindling P.** Homocysteine induced arteriosclerosis-like alterations of the aorta in normotensive and hypertensive rats following application of high doses of methionine. *Atherosclerosis*, 1996, 122, 201-216.

107. **Matsushita K., Morrell C., Mason R., Yamakuchi M., Khandav F., Irani K., Lowenstein C.** Hydrogen peroxide regulation of endothelial exocytosis by inhibition of N-ethylmaleimide sensitive factor. *J Cell Biol*, 2005, 170, 73-79.
108. **McCann S. M.** Induction by cytokines of the pattern of pituitary hormone secretion in infection. *neuroimmunomodulation*. 1994. 1 : 2-13.
109. **McCully K.S.** Homocysteine metabolism in scurvy, growth and arteriosclerosis. *Nature*, 1971, 391-392.
110. **McCully K.S.** Vascular pathology of homocysteinemia: implications for the pathogenesis of atherosclerosis. *Am. J. Pathol.*, 1969, 56, 111-128.
111. **McCully KS, Wilson RB.** Homocysteine theory of arteriosclerosis. *Atherosclerosis*. 1975, 22, 215-227.
112. **M.** Preconditioning for cardioprotection against ischemia reperfusion injury: the roles of nitric oxide, reactive oxygen species, heat shock proteins, reactive hyperemia and antioxidants--a mini review. *Can J Cardiol*. 2001 Oct;17(10):1075-82.
113. **Moncada S., Palmer R., Higgs E.** Nitric oxide: physiology, pathophysiology and pharmacology. *Pharmacol. Rev.*, 1991, 43, 109-142.
114. **Moncada, S.** Nitric oxide gas: mediator, modulator, and pathophysiologic entity. *J. Lab. Clin. Med.*, 120: 187, 1992.
115. **Mudd S.H.** Homocystinuria: an enzymatic defect. *Science (Wash D C)*, 1964, **143**, 1443-1445.
116. **Mudd S.H., Finkelstein J., Refsum H., Ueland P., Malinow M.R., Lentz S.R., Jacobsen D., Brattstrom I., Wilcken B., Wilcken DEL., Blom H., Stabler S.P., Allen R., Selhub J., Rosenberg I.H.** Homocysteine and its disulfide derivatives: a suggested consensus terminology. *Atheroscler. Thromb. Vasc. Biol.*, 2000, 20, 1704-1706.
117. **Mudd S.H., Levy H.** Plasma homocysteine or homocysteinine? *N. Engl. J. Med.*, 1995, 333, 325.
118. **Mudd SH, Finkelstein JD, Refsum H, Ueland PM, Malinow MR, Lentz SR, Jacobsen DW, Brattstrom L, Wilcken B, Wilcken DE.** Homocysteine and its disulfide derivatives: a suggested consensus terminology. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000, 20,1704-1706.

119. **Mudd SH, Skovby F, Levy HL, Pettigrew KD, Wilcken B, Pyeritz RE, Andria G, Boers GH, Bromberg IL, Cerone R.** The natural history of homocystinuria due to cystathionine beta-synthase deficiency. *Am J Hum Genet*, 1985, 37, 1–31.
120. **Munoz J., Garcia-Rodriges J.A.** Detection of mechanisms of resistance. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003 May;21 Suppl 2:72-4. Spanish. 2003;
121. **Mural F.** Nitric oxide signaling: would you believe that a simple free radical could be a messenger, autocoid, paracrine substance, neurotransmitter and hormone? *Recent Prog. Horm. Res.*, 1998, 53, 43-59.
122. **Nathan, C.** Nitric oxide as a secretory product of mammalian cells. *FASEB J.*, 6, 3051, 1992.
123. **Nishio S., Yunoki M., Chen Z., Anzivino M., Lee K.S.** Ischemic tolerance in the rat neocortex following hypothermic preconditioning. *J Neurosurg*. 2000 Nov;93(5):845-51.
124. **Norlund L, Grubb A, Fex G, Leksell H, Nilsson JE, Schenck H, and Hultberg.** The increase of plasma homocysteine concentrations with age is partly due to the deterioration of renal function as determined by plasma cystatin C. *Clin Chem Lab Med.*, 1998, 36, 175–178.
125. **Nygård O, Nordrehaug JE, Refsum H, Ueland PM, Farstad M, Vollset SE.** Plasma homocysteine levels and mortality in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med.*, 1997, 337, 230–236.
126. **Pelligrino D.A., Koenig H,M., Albrech R.F.:** The role of nitric oxide (NO) in cerebral arteriolar relaxation during hypoxia in the rat [Abstract]. *ANESTHESIOLOGY* 1993; 79: A757.
127. **Perneger T., Nieto F., Whelton P., Klag M., Comstock G., Szklo M.** A prospective study of blood pressure and serum creatinine. Results from the “Clue” study and the ARIC study. *JAMA*, 1993, 269, 488-493.
128. **Petri M, Roubenoff R, Dallal GE, Nadeau MR, Selhub J, Rosenberg IR.** Plasma homocysteine as a risk factor for atherothrombotic events in systemic lupus erythematosus. *Lancet*, 1996, 348, 1120–1124.
129. **□□□ Pintavorn P., Ballermann B. J.** TGF and the endothelium during immune injury. *Kidney Int*. 1997. 51 : 1401-1412.

130. **Ose I., Leiv B.** Familial Hypercholesterolemia from Children to Adults – Cardiovascular Drugs & Therapy, 16(4):289-293, July 2002
131. **Quyumi A., Dakak N., Andrews N., Hussain A., Arora S., Gilligan D., Panza J.** Nitric oxide activity in the human coronary circulation. Impact of risk factors for coronary atherosclerosis. J Clin Invest, 1995, 95, 1747-1753.
132. **Ragone R.** Homocystine solubility and vascular disease. FASEB J., 2002, 16, 401-404.
133. **Rasmussen K., Moller J.** Total homocysteine determination in clinical practice. Ann. Clin. Biochem., 2000, 37, 627-648.
134. **Ray JG.** Meta-analysis of hyperhomocysteinemia as a risk factor for venous thromboembolic disease. Arch Intern Med., 1998, 158, 2101–2106.
135. **Refsum H and Ueland PM.** Clinical significance of pharmacological modulation of homocysteine metabolism. Trends Pharmacol Sci. 1990, 11, 411–416.
136. **Refsum H, Ueland PM, Nygård O, Vollset SE.** Homocysteine and cardiovascular disease. Annu Rev Med 1998, 49, 31–62.
137. **Ridker PM, Hennekens CH, Selhub J, Miletich JP, Malinow RM, Stampfer MJ.** Interrelation of hyperhomocyst(e)inemia, factor V Leiden, and risk of future venous thromboembolism. Circulation, 1997, 95, 1777–1782.
138. **Robinson K., Mayer E., Miller D., Green R., van Lende F., Gupta A., Kottke-Marchant K., Savon S., Selhub J., Nissen S.** Hyperhomocysteinemia and low pyridoxal phosphate: common and independent reversible risk factor for coronary artery disease. Circulation, 1995, 92, 7855-7830.
139. **Rodgers GM and Conn MT.** Homocysteine, an atherogenic stimulus, reduces protein C activation by arterial and venous endothelial cells. Blood, 1990, 75:895–901.
140. **Rosenblatt DS.** Inherited disorders of folate transport and metabolism, in The Metabolic Basis of Inherited Disease (Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS and Valle D eds) 1989, 2049–2064, McGraw-Hill, New York.
141. **Rothwell PM, Howard SC, Power DA, Gutnikov SA, Algra A, Van Gijn J, Clark TG, Murphy MF, Warlow CP.** Fibrinogen concentration and risk of ischemic stroke and acute coronary events in 5113 patients with transient ischemic attack and minor

stroke. Stroke Prevention Research Unit, University of Oxford, UK

142. **Sachdev.** Homocysteine, cerebrovascular disease and brain atrophy. *J. Neurol. Sci.*, 2004, 226, 25-29.
143. **Salsman S., Hensley K., Floyd R.** Sensitivity of protein tyrosine phosphatase activity to the redox environment, cytochrome C, and microperoxidase. *Antioxid Redox Signal*, 2005, 7, 1078-1088.
144. **Samoilov M.O., Mokrushin A.A.** Modification of redox sites of N-methyl-D- aspartate receptors affects anoxia-induced changes in the bioelectrical activity of rat brain olfactory cortex slices. *Neurosci Behav Physiol.* 2003 Jul;33(6):601-5.
145. **Schachinger V, Britten MB, Elsner M, Walter DH, Scharrer I, and Zeiher AM.** A positive family history of premature coronary artery disease is associated with impaired endothelium-dependent coronary blood flow regulation. *Circulation*, 1999, 100, 1502– 1508.
146. **Schulman IH, Zhou MS, Raji L.** Interaction between nitric oxide and angiotensin II in the endothelium: role in atherosclerosis and hypertension. *J Hypertens Suppl.* 2006 Mar;24(1):S45-50
147. **Schurr A., Payne R., Tseng M., Gozal E., Gozal D.** Excitotoxic preconditioning elicited by both glutamate and hypoxia and abolished by lactate transport inhibition in rat hippocampal slices. *Neurosci Lett.* 2001 Jul 20;307(3):151-4.
148. **Schneede J, Refsum H, and Ueland PM.** Biological and environmental determinants of plasma homocysteine. *Semin Thromb Hemost*, 2000, 26, 263–279.
149. **Selhub J.** Homocysteine metabolism. *Annu. Rev. Med.*, 1999. 19, 217-246.
150. **Semenza G.** Expression of hypoxia-inducible factor 1: mechanisms and consequences. *Biochem Pharmacol.* 2000 Jan 1;59(1):47-53.
151. **Sepulveda-Sanches J.M., Matia-Frances R., Martinez-Salio A., Gonzalez-dela Aleja-Tejera J., Marin M., Porta-Etessam J.** Homocysteine and cerebrovascular disease. *Rev. Neurol.*, 2004, 38, 347-358;
152. **Sessa W.C., Pritchard K., Seyedi N., Wang J., Hintze T.H.** Chronic exercise in dogs increases coronary vascular nitric oxide production and endothelial cell nitric oxide synthase gene expression. *Circ. Res.*, Feb 1994; 74: 349 - 353.

153. **Sessa, W.C.** The nitric oxide synthase family of proteins. *J.Vasc. Res.*, 1994, 31: 131.
154. **Stamler J., Osborne J., Jaraki O., Rabbani L., Mollins M., Singel D., Loscalzo J.** Adverse vascular effects of homocysteine are modulated by endothelium-derived relaxing factor and related oxides of nitrogen. *J. Clin. Invest*, 1993, 91, 308-318.
155. **Stampfer MJ, Malinow MR, Willett WC.** A prospective study of plasma homocyst(e)ine and risk of myocardial infarction in US physicians. *JAMA* 1992, 268, 877–881.
156. **Stampfer MJ, Malinow MR.** Can lowering homocysteine levels reduce cardiovascular risk? *N. Engl. J. Med.* 1995, 332, 328-329.
157. **Stanger Olaf, Herrmann Wolfgang, Peitzik Klaus, Fowler Brian, Geisel Jurgen, Deirkes Jutta, Weger Martin,** DACH-LIGA Homocystein (German, Austrian and Swiss Homocysteine Society): Consensus Paper on the Rational Clinical Use of Homocysteine, Folic Acid and B- Vitamins in Cardiovascular and Thrombotic Diseases: Guidelines and Recommendations – *Clinical Chemistry & Laboratory Medicine*, 3rd conference on Hyperhomocysteinemia, 2006:
158. **Starkebaum G and Harlan JM.** Endothelial cell injury due to copper-catalyzed hydrogen peroxide generation from homocysteine. *J Clin Invest* 1986, **77**, 1370–1376.
159. **Stefano G. B.** Autoimmunovascular regulation: morphine and anandamine stimulated nitric oxide release. *J. Neuroimmunol.* 1998. 83 : 70-76.
160. **Stefano G. B.** Basal nitric oxide limits immune, nervous and cardiovascular excitation: human endothelia express a mu opiate receptor. *Prog. Neurobiol.* 2000. 60 : 513-530.
161. **Stefano G. B.** Interleikin-10 stimulation of endogenous nitric oxide release from human saphenous veins diminishes immunocyte adherence. *J. Cardiovasc. Pharmacol.* 1997. 30 : 90 – 95.
162. **Stehouwer CD, Weijnenberg MP, van den Berg M, Jakobs C, Feskens EJ, Kro-**
mhout

D. Serum homocysteine and risk of coronary heart disease and cerebrovascular disease in elderly men: a 10-year follow-up. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1998, 18, 1895–901.

163. **Surtess R., Leonard J., Austin S.** Association of demyelination with deficiency of cerebrospinal fluid S-adenosylmethionine in inborn errors of methyl-transfer pathway. *Lancet*, 1991, 338, 1150-1554.
164. **Sutter P., Marx A., Stierli P., Heberrer M., Gurke L.** Preconditioning with short cycles improves ischemic tolerance in rat fast- and slow-twitch skeletal muscle. *Eur Surg Res*. 2000;32(5):297-304.
165. **Taniwaki H., Nishizawa Y, Kawagishi T, Ishimura E, Emoto M, Okamura T, Okuno Y, Morii H.** Decrease in glomerular filtration rate in Japanese patients with type 2 diabetes is linked to atherosclerosis *Diabetes Care*, Nov 1998; 21: 1848 - 1855.
166. **Tawakol A., Omland T., Gerhard M., Wu J., Creager M.** Hyperhomocysteinemia is associated with impaired endothelial-dependent vasodilation in humans. *Circulation*, 1997, 95, 1119-1121.
167. **Tehlivets O.** Homocysteine as a Risk Factor for Atherosclerosis: Is Its Conversion to S-Adenosyl-L-Homocysteine the Key to Deregulated Lipid Metabolism? *Journal of Lipids*, 2011 (2011),
168. **Tousoulis D, Kampoli AM, Tentolouris C, Papageorgiou N, Stefanadis C.** The role of nitric oxide on endothelial function. *Curr Vasc Pharmacol*. 2012 Jan; 10(1):4-18.
169. **Toyoda K., Fujii K., Ibayashi S., Nagao T., Kitazono T., Fujishima M.** Role of nitric oxide in regulation of brain stem circulation during hypotension. *J. Cereb. Blood Flow Metab.*, 1997, 17, 1089-1096.
170. **Tsai JC, Perrella MA, Yoshizumi M, Hsieh CM, Haber E, Schlegel R, and Lee ME.** Promotion of vascular smooth muscle cell growth by homocysteine: a link to atherosclerosis. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1994, 91:6369–6373.
171. **Tsai JC, Wang H, Perrella MA, Yoshizumi M, Sibinga NE, Tan LC, Haber E, Chang TH, Schlegel R, and Lee ME.** Induction of cyclin A gene expression by homocysteine in vascular smooth muscle cells. *J Clin Invest* 1996, 97,146–153.
172. **Ubbink J.** What is a desirable homocysteine level? In: Carmel R., Jacobsen D. Eds. *Homocysteine in health and disease*. Cambridge UK. Cambridge University Press, 2001, 485-490.
173. **Ueland P., Refsum H.** Plasma homocysteine, a risk factor for vascular disease; plasma level in health, disease and drug therapy. *J Lab. Clin. Med.*, 1989, 114, 473-501.
174. **Ueland P., Refsum H., Stabler S., Malinow M., Andersson A., Allen R.** To-

- tal homocysteine in plasma or serum: methods and clinical applications. *Clin. Chem.*, 1993, 39, 1764-1779.
175. **Ungvari Z., Pacher P., Rischak K., Szollar L., Koller A.** Dysfunction of nitric oxide mediation in isolated rat arterioles with methionine diet-induced hyperhomocysteinemia. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.*, 1999, 19, 1899-1904.
176. **Upchurch G., Welch G., Fabian A., Freedman J., Johnson J., Keaney J., Loscalzo J.** Homocysteine decreases bioavailability nitric oxide by a mechanism involving glutathione peroxidase. *J. Biol. Chem.*, 1997, 272, 17012-17017.
177. **van Ede AE, Laan RF, Blom HJ, Huizinga TW, Haagsma CJ, Giesendorf BA, de Boo TM and van de Putte LB.** The C677T mutation in the methylenetetrahydrofolate reductase gene: a genetic risk factor for methotrexate-related elevation of liver enzymes in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 2001, 44, 2525–2530.
178. **Verhoef P, Stampfer MJ, Buring JE.** Homocysteine metabolism and risk of myocardial infarction: relation with vitamins B-6, B-12, and folate. *Am J Epidemiol* 1996, 143, 845–859.
179. **Verhoef P., Kok F., Kruyssen D., Schouten E., Witteman J., Grobbee D., Ueland P., Refsum H.** Plasma total homocysteine, B vitamins, of coronary atherosclerosis. *Atheroscler. Thromb. Vasc. Biol.*, 1997, 17, 989-995.
180. **Verhoef P., Stampfer M.** Prospective studies of homocysteine and cardiovascular disease. *Nutr. Rev.*, 1995, 53, 283-288.
181. **Vermeulen EG, Stehouwer CD, Twisk JW.** Effect of homocysteine lowering treatment with folic acid plus vitamin B6 on progression of subclinical atherosclerosis: a randomised, placebocontrolled trial. *Lancet*, 2000, 355, 517–522.
182. **Vivancos A., Castillo E., Biteau B., Nicot C., Ayte J., Toledano M., Hidalgo E.** A cysteine-sufinic acid in peroxiredoxin regulates H₂O₂-sensing by the antioxidant Pap1 pathway. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2005, 102, 8875-8880.
183. **Vollset SE, Refsum H, Tverdal A, Nygard O, Nordrehaug JE, Tell GS, and Ueland PM.** Plasma total homocysteine and cardiovascular and noncardiovascular mortality: the Hordalans Homocysteine Study. *American Journal of Clinical Nutrition* 2001, 74,130– 136.
184. **Vychytil A, Fodinger M, Wol G, Enzenberger B, Auinger M, Prischl F, Buxbaum M, Wiesholzer M, Mannhalter C, Horl WHI.** Major determinants of hyperho-

- mocysteinemia in peritoneal dialysis patients. *Kidney Int.*, 1998, 53:1775–1782.
185. **Wall R., Harlan J., Harker L., Striker G.** Homocysteine-induced endothelial cell injury in vitro: a model for the study of vascular injury. *Thromb. Res.*, 1980, 18, 113-121.
186. **Watanabe M., Osada C.G., Aratani Y., Klukman K., Reddick R., Malinow M.R., Maeda N.** Mice deficient in cystathionine beta-synthase: animal models for mild and severe homocysteinemia. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 1995, 92, 1585-1589.
187. **Wilcken DEL, Wilcken B.** The pathogenesis of coronary artery disease. A possible role for methionine metabolism. *J Clin Invest* 1976, 57, 1079–1082.
188. **Willenborga D. O., Staykova M. A., Cowden W. B.** Our shifting understanding of the role of nitric oxide in autoimmune encephalomyelitis: a review. *Journal of Neuroimmunology*. 1999. 100 : 21-35.
189. **Wink D. A., Kasprzak K. S., Maragos C. M.** DNA deaminating ability and genotoxicity of nitric oxide and its progenitors. *Science*. 1991. 254 : 1001-1003.
190. **Wolin M. S., Davidson C. A., Kaminski P. M.** Oxidant- nitric oxide signaling mechanisms in vascular tissue, *Biochemistry (Moscow)*. 1999. 66 : 657 – 664.
191. **Wong M. L.** IL-1 beta, IL-1 receptor antagonist, IL-10 and IL-13 expression in the central nervous system and anterior pituitary during systemic inflammation and pathophysiological implications. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 1997. 94 : 227 – 232.
192. **Wong M. L.** IL-1 beta, IL-1 receptor type 1 and iNOS gene expression in rat brain vasculature and perivascular areas. *NeuroReport*. 1996. 7 : 2445 –2448.
193. **Woo K., Chook P., Lolin Y.** Hyperhomocysteinemia is a risk factor for arterial endothelial dysfunction in humans. *Circulation*, 1997, 96, 2542-2544.
194. **Yap S, Naughten ER, Wilcken B, Wilcken DE, and Boers GH.** Vascular complications of severe hyperhomocysteinemia in patients with homocystinuria due to cystathionine beta-synthase deficiency: effects of homocysteine-lowering therapy. *Semin Thromb Hemost*, 2000, 26, 335–340.
195. **Yen, Chia-Hung. Lau, Ying-Tung.** Vascular Responses in Male and Female Hypertensive Rats with Hyperhomocysteinemia. *Hypertension*. 40(3):322-328, September 2002
196. **Zhang R. L., Chopp M., Tang W. X.** Anti-ICAM-1 antibody (IA29) reduces ischemic tissue damage after transient but not permanent middle cerebral artery (MCA)

- occlusion in the rat. *Stroke*. 1995. 26:169.
197. **Zhang Z. G., Chopp M., Zaloga C.** Cerebral endothelial nitric oxide synthase expression after focal cerebral ischemia in rats. *Stroke*. 1993. 24 (12) : 2016 – 21. discussion 2021-2.
198. **Zhou J., Moller J., Danielson C., Bentzon J., Ravn H., Austin R., Falk E.** Hyperhomocysteinemia promotes development of collagen-rich and stable plaques in apoE-deficient mice. *Atheroscler. Thromb. Vasc. Biol.*, 2001, 21, 1470-1476.
199. **Zimmermann C., Ginis I., Furua K., Klimaris D., Ruetzler C., Spatz M., Hallenbeck J.** Lipopolysaccharide-induced ischemic tolerance is associated with increased levels of ceramide in brain and in plasma. *Brain Res*. 2001 Mar 23;895(1-2):59-65.
200. Берлин Г.С., Петров А.Г., Харкевич Д.А., Шорр В.А. О возможности применения механотронных преобразователей в экспериментальных биологических исследованиях. *Бюлл. эксперим. биол. и медицины.*, 1979, 88, 11, 626-629.
- 201.** Кулагина В.П., Удельнов М.Г. Изменение реакции изолированных сосудистых сегментов на электростимуляцию под влиянием индерала. *Кардиология*, 1978, 18, 3, 97-101.
- 202.** Шевченко О.П., Г.А.Олефирсенко, Н.В.Червякова. Патохимия крови для врачей – 2002г., ст.3-47
- 203.** Шевченко О.П.. Гомоцистеин – новый фактор риска атеросклероза и тромбоза - *Журнал Клиническая лабораторная диагностика* - №10, 2004г., ст.25-31

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული ნაშრომების სია

1. ჰომოცისტეინი და მისი როლი ორგანიზმის ფუნქციონებაში. საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მაცნე, ბიომედიცინის სერია, 2016, 42, 5-6, 23-29: ავტორი: ნინო ჩიქობავა (თანაავტორები: ნ. დორეული, ნ. მითაგვარია).
2. Direct measurement of contractility of isolated small arteries preparations. Georgian National Academy of Sciences, Bull., 2017, 11, 3, 146-150: Author: Nino Chikobava (co-authors: M. Dekanosidze, N. Mitagvaria).
3. აზოტი ოქსიდის როლი ვირთაგვას პირის ღრუს სისხლის ადგილობრივი ნაკადის რეგულაციაში. საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მაცნე, ბიომედიცინის სერია, 2017, 43, 215-224: ავტორი: ნინო ჩიქობავა (თანაავტორები: მ. დეკანოსიძე, ხ. საგანელიძე, ნ. მითაგვარია).
4. The role of nitric oxide in the changes of blood vessels acetylcholine induced dilation in the conditions of hyperhomocysteinemia. International Journal of Research (IJR), 2018, 5, ISSN: 2348-6848, #44396, 2035-2040: Author: Nino Chikobava (co-authors: N. Doreulee, N. Mitagvaria).
5. Changes in arteriole reactivity to noradrenaline under conditions of hyperhomocysteinemia. Georgian Medical News, 2019, 7-8, 292-293, 92-95: Author: Nino Chikobava (co-authors: N Doreulee, M. Mitagvaria).
6. A possible mechanism of the changes in arteriole contractility under conditions of hyperhomocysteinemia. Proc. of the Georgian National Academy of Sciences, Biomedical Series, International Congress of Georgian Ivane Beritashvili Society of Physiologists Proceedings, 2019, 45, 3-4, 453-455: Author: Nino Chikobava (co-author N. Doreulee).