

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 2 (239) Февраль 2015

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 2 (239) 2015

Published in cooperation with and under the patronage
of the Tbilisi State Medical University

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

**ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК**

GMN: Georgian Medical News is peer-reviewed, published monthly journal committed to promoting the science and art of medicine and the betterment of public health, published by the GMN Editorial Board and The International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (U.S.A.) since 1994. **GMN** carries original scientific articles on medicine, biology and pharmacy, which are of experimental, theoretical and practical character; publishes original research, reviews, commentaries, editorials, essays, medical news, and correspondence in English and Russian.

GMN is indexed in MEDLINE, SCOPUS, PubMed and VINITI Russian Academy of Sciences. The full text content is available through EBSCO databases.

GMN: Медицинские новости Грузии - ежемесячный рецензируемый научный журнал, издаётся Редакционной коллегией и Международной академией наук, образования, искусств и естествознания (IASEIA) США с 1994 года на русском и английском языках в целях поддержки медицинской науки и улучшения здравоохранения. В журнале публикуются оригинальные научные статьи в области медицины, биологии и фармации, статьи обзорного характера, рецензии, научные сообщения, новости медицины и здравоохранения.

Журнал индексируется в MEDLINE, отражён в базе данных SCOPUS, PubMed и ВИНТИ РАН. Полнотекстовые статьи журнала доступны через БД EBSCO.

GMN: Georgian Medical News – საქართველოს სამედიცინო სიახლენი – არის ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო რეცენზირებადი ჟურნალი, გამოიცემა 1994 წლიდან, წარმოადგენს სარედაქციო კოლეგიისა და აშშ-ის მეცნიერების, განათლების, ინდუსტრიის, ხელოვნებისა და ბუნებისმეტყველების საერთაშორისო აკადემიის ერთობლივ გამოცემას. GMN-ში რუსულ და ინგლისურ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული, თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოხილვითი ხასიათის სტატიები, რეცენზიები.

ჟურნალი ინდექსირებულია MEDLINE-ის საერთაშორისო სისტემაში, ასახულია SCOPUS-ის, PubMed-ის და ВИНТИ РАН-ის მონაცემთა ბაზებში. სტატიების სრული ტექსტი ხელმისაწვდომია EBSCO-ს მონაცემთა ბაზებშიდან.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

Ежемесячный совместный грузино-американский научный электронно-печатный журнал
Агентства медицинской информации Ассоциации деловой прессы Грузии,
Академии медицинских наук Грузии, Международной академии наук, индустрии,
образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Лаури Манагадзе

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета
Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия),
Амиран Гамкрелидзе (Грузия), Константин Кипиани (Грузия),
Георгий Кавтарадзе (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия),
Тамара Микаберидзе (Грузия), Тенгиз Ризнис (США), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Лаури Манагадзе - председатель Научно-редакционной коллегии
Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава,
Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогешаши, Шави,
Николай Гонгадзе, Манана Жвания, Ирина Квачадзе, Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили,
Гурам Кикнадзе, Палико Кинтраиа, Теймураз Лежава, Джанлуиджи Мелотти, Караман Пагава,
Николай Пирцхалаишвили, Мамука Пирцхалаишвили, Фридон Тодуа, Кеннет Уолкер, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллнер, Кахабер Челидзе, Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа, Рамаз Шенгелия

Website:

www.geomednews.org

The International Academy of Sciences, Education, Industry & Arts. P.O.Box 390177,
Mountain View, CA, 94039-0177, USA. Tel/Fax: (650) 967-4733

Версия: печатная. **Цена:** свободная.

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

По вопросам подписки обращаться по тел.: 293 66 78.

Контактный адрес: Грузия, 0177, Тбилиси, ул. Асатиани 7, III этаж, комната 313

тел.: 995(32) 254 24 91, 995(32) 222 54 18, 995(32) 253 70 58

Fax: +995(32) 253 70 58, e-mail: ninomikaber@hotmail.com; nikopir@dgmholding.com

По вопросам размещения рекламы обращаться по тел.: 5(99) 97 95 93

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

© 2001. The International Academy of Sciences,
Education, Industry & Arts (USA)

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; Georgian Academy of Medical Sciences; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).

Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

SCIENTIFIC EDITOR

Lauri Managadze

EDITOR IN CHIEF

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),
Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA), Konstantin Kipiani (Georgia),
Giorgi Kavtaradze (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia),
Paata Kurtanidze (Georgia), Vakhtang Maskhulia (Georgia),
Tamara Mikaberidze (Georgia), Tengiz Riznis (USA)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Lauri Managadze - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,
Rima Beriashvili, Leo Bokeria, Kakhaber Chelidze, Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua,
Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili, Nicholas Gongadze,
Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze,
Paliko Kintraia, Irina Kvachadze, Nana Kvirkvelia, Teymuraz Lezhava, Gianluigi Melotti,
Kharaman Pagava, Nicholas Pirtskhalaishvili, Mamuka Pirtskhalaishvili, Ramaz Shengelia,
Pridon Todua, Kenneth Walker, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board
7 Asatiani Street, 3th Floor
Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91
995 (32) 222-54-18
995 (32) 253-70-58
Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.
3 PINE DRIVE SOUTH
ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.org

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

1. Статья должна быть представлена в двух экземплярах, на русском или английском языках, напечатанная через **полтора интервала на одной стороне стандартного листа с шириной левого поля в три сантиметра**. Используемый компьютерный шрифт для текста на русском и английском языках - **Times New Roman (Кириллица)**, для текста на грузинском языке следует использовать **AcadNusx**. Размер шрифта - **12**. К рукописи, напечатанной на компьютере, должен быть приложен CD со статьей.

2. Размер статьи должен быть не менее десяти и не более двадцати страниц машинописи, включая указатель литературы и резюме на английском, русском и грузинском языках.

3. В статье должны быть освещены актуальность данного материала, методы и результаты исследования и их обсуждение.

При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать вид и количество экспериментальных животных, применявшиеся методы обезболивания и усыпления (в ходе острых опытов).

4. К статье должны быть приложены краткое (на полстраницы) резюме на английском, русском и грузинском языках (включающее следующие разделы: цель исследования, материал и методы, результаты и заключение) и список ключевых слов (key words).

5. Таблицы необходимо представлять в печатной форме. Фотокопии не принимаются. **Все цифровые, итоговые и процентные данные в таблицах должны соответствовать таковым в тексте статьи**. Таблицы и графики должны быть озаглавлены.

6. Фотографии должны быть контрастными, фотокопии с рентгенограмм - в позитивном изображении. Рисунки, чертежи и диаграммы следует озаглавить, пронумеровать и вставить в соответствующее место текста **в tiff формате**.

В подписях к микрофотографиям следует указывать степень увеличения через окуляр или объектив и метод окраски или импрегнации срезов.

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. При оформлении и направлении статей в журнал МНГ просим авторов соблюдать правила, изложенные в «Единых требованиях к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», принятых Международным комитетом редакторов медицинских журналов - <http://www.spinesurgery.ru/files/publish.pdf> и http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html В конце каждой оригинальной статьи приводится библиографический список. В список литературы включаются все материалы, на которые имеются ссылки в тексте. Список составляется в алфавитном порядке и нумеруется. Библиографическое описание литературы составляется на языке текста документа. В списке литературы сначала приводятся работы, написанные знаками грузинского алфавита, затем кириллицей и латиницей. Ссылки на цитируемые работы в тексте статьи даются в квадратных скобках в виде номера, соответствующему номеру данной работы в списке литературы.

9. Для получения права на публикацию статья должна иметь от руководителя работы или учреждения визу и сопроводительное отношение, написанные или напечатанные на бланке и заверенные подписью и печатью.

10. В конце статьи должны быть подписи всех авторов, полностью приведены их фамилии, имена и отчества, указаны служебный и домашний номера телефонов и адреса или иные координаты. Количество авторов (соавторов) не должно превышать пяти человек.

11. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи. Корректур авторам не высылаются, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

12. Недопустимо направление в редакцию работ, представленных к печати в иных издательствах или опубликованных в других изданиях.

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

Please note, materials submitted to the Editorial Office Staff are supposed to meet the following requirements:

1. Articles must be provided with a double copy, in English or Russian languages and typed or computer-printed on a single side of standard typing paper, with the left margin of **3** centimeters width, and **1.5** spacing between the lines, typeface - **Times New Roman (Cyrillic)**, print size - **12** (referring to Georgian and Russian materials). With computer-printed texts please enclose a CD carrying the same file titled with Latin symbols.

2. Size of the article, including index and resume in English, Russian and Georgian languages must be at least 10 pages and not exceed the limit of 20 pages of typed or computer-printed text.

3. Submitted material must include a coverage of a topical subject, research methods, results, and review.

Authors of the scientific-research works must indicate the number of experimental biological species drawn in, list the employed methods of anesthetization and soporific means used during acute tests.

4. Articles must have a short (half page) abstract in English, Russian and Georgian (including the following sections: aim of study, material and methods, results and conclusions) and a list of key words.

5. Tables must be presented in an original typed or computer-printed form, instead of a photocopied version. **Numbers, totals, percentile data on the tables must coincide with those in the texts of the articles.** Tables and graphs must be headed.

6. Photographs are required to be contrasted and must be submitted with doubles. Please number each photograph with a pencil on its back, indicate author's name, title of the article (short version), and mark out its top and bottom parts. Drawings must be accurate, drafts and diagrams drawn in Indian ink (or black ink). Photocopies of the X-ray photographs must be presented in a positive image in **tiff format**.

Accurately numbered subtitles for each illustration must be listed on a separate sheet of paper. In the subtitles for the microphotographs please indicate the ocular and objective lens magnification power, method of coloring or impregnation of the microscopic sections (preparations).

7. Please indicate last names, first and middle initials of the native authors, present names and initials of the foreign authors in the transcription of the original language, enclose in parenthesis corresponding number under which the author is listed in the reference materials.

8. Please follow guidance offered to authors by The International Committee of Medical Journal Editors guidance in its Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals publication available online at: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

http://www.icmje.org/urm_full.pdf

In GMN style for each work cited in the text, a bibliographic reference is given, and this is located at the end of the article under the title "References". All references cited in the text must be listed. The list of references should be arranged alphabetically and then numbered. References are numbered in the text [numbers in square brackets] and in the reference list and numbers are repeated throughout the text as needed. The bibliographic description is given in the language of publication (citations in Georgian script are followed by Cyrillic and Latin).

9. To obtain the rights of publication articles must be accompanied by a visa from the project instructor or the establishment, where the work has been performed, and a reference letter, both written or typed on a special signed form, certified by a stamp or a seal.

10. Articles must be signed by all of the authors at the end, and they must be provided with a list of full names, office and home phone numbers and addresses or other non-office locations where the authors could be reached. The number of the authors (co-authors) must not exceed the limit of 5 people.

11. Editorial Staff reserves the rights to cut down in size and correct the articles. Proof-sheets are not sent out to the authors. The entire editorial and collation work is performed according to the author's original text.

12. Sending in the works that have already been assigned to the press by other Editorial Staffs or have been printed by other publishers is not permissible.

**Articles that Fail to Meet the Aforementioned
Requirements are not Assigned to be Reviewed.**

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

1. სტატია უნდა წარმოადგინოთ 2 ცალად, რუსულ ან ინგლისურ ენებზე დაბეჭდილი სტანდარტული ფურცლის 1 გვერდზე, 3 სმ სიგანის მარცხენა ველისა და სტრიქონებს შორის 1,5 ინტერვალის დაცვით. გამოყენებული კომპიუტერული შრიფტი რუსულ და ინგლისურენოვან ტექსტებში - **Times New Roman (Кириллица)**, ხოლო ქართულენოვან ტექსტში საჭიროა გამოვიყენოთ **AcadNusx**. შრიფტის ზომა – 12. სტატიას თან უნდა ახლდეს CD სტატიით.

2. სტატიის მოცულობა არ უნდა შეადგენდეს 10 გვერდზე ნაკლებს და 20 გვერდზე მეტს ლიტერატურის სიის და რეზიუმეების (ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე) ჩათვლით.

3. სტატიაში საჭიროა გაშუქდეს: საკითხის აქტუალობა; კვლევის მიზანი; საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები; მიღებული შედეგები და მათი განსჯა. ექსპერიმენტული ხასიათის სტატიების წარმოდგენისას ავტორებმა უნდა მიუთითონ საექსპერიმენტო ცხოველების სახეობა და რაოდენობა; გაუტკივარებისა და დაძინების მეთოდები (მწვავე ცდების პირობებში).

4. სტატიას თან უნდა ახლდეს რეზიუმე ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე არანაკლებ ნახევარი გვერდის მოცულობისა (სათაურის, ავტორების, დაწესებულების მითითებით და უნდა შეიცავდეს შემდეგ განყოფილებებს: მიზანი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; ტექსტუალური ნაწილი არ უნდა იყოს 15 სტრიქონზე ნაკლები) და საკვანძო სიტყვების ჩამონათვალი (key words).

5. ცხრილები საჭიროა წარმოადგინოთ ნაბეჭდი სახით. ყველა ციფრული, შემაჯამებელი და პროცენტული მონაცემები უნდა შეესაბამებოდეს ტექსტში მოყვანილს.

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრაფიების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალებების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

7. სამამულო ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალების თანდართვით, უცხოურისა – უცხოური ტრანსკრიპციით.

8. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით). ანბანური წყობით წარმოდგენილ ბიბლიოგრაფიულ სიაში მიუთითეთ ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში კვადრატულ ფხიხლებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით.

9. სტატიას თან უნდა ახლდეს: ა) დაწესებულების ან სამეცნიერო ხელმძღვანელის წარდგინება, დამოწმებული ხელმოწერითა და ბეჭდით; ბ) დარგის სპეციალისტის დამოწმებული რეცენზია, რომელშიც მითითებული იქნება საკითხის აქტუალობა, მასალის საკმაობა, მეთოდის სანდოობა, შედეგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობა.

10. სტატიის ბოლოს საჭიროა ყველა ავტორის ხელმოწერა, რომელთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-ს.

11. რედაქცია იტოვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.

12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც დასაბეჭდად წარდგენილი იყო სხვა რედაქციაში ან გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემებში.

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Шкварковский И.В., Москалюк А.П., Гребенюк В.И., Якобчук С.А., Русак О.Б. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО СПОСОБА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ	7
Языков А.В., Леонов В.В., Андриющенко В.В., Лукавенко И.М. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	11
Савченко И.Н., Гарбузова В.Ю РОЛЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА C-1562T ГЕНА МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 В РАЗВИТИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....	18
Japaridze N., Margvelashvili V., Shengelia M., Chigladze T., Kalandazde M. PERIODONTAL DISEASES IN PATIENTS WITH VITAMIN D-RESISTANT RICKETS.....	23
Gegenava Kh., Japaridze Sh., Kevanishvili Z., Lomidze L., Khechinashvili T. INFLUENCE OF SMOKING ON AUDIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HEARING FUNCTION	27
Цередиани И.О. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОГЕНЕЗА ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ.....	31
Tsertsvadze T., Mitskevich N., Ghirdaladze D., Porakishvili N. ABERRANT EXPRESSION OF Fcγ-RECEPTORS AND TOLL LIKE RECEPTOR CD180 ON MONOCYTES FROM PATIENTS WITH CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKAEMIA.....	35
Чуб О.И., Бильченко А.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ПЛАЗМИДНЫХ ГЕНОВ РЕЗИСТЕНТНОСТИ	39
Matoshvili Z., Petriashvili Sh., Archvadze A., Azaladze I. EARLY REPOLARIZATION AS A PREDICTOR OF PREMATURE VENTRICULAR BEATS	44
Emukhvari N., Tsetskhladze E., Khijakadze Kh., Mamatsashvili I., Napetvaridze R. STUDY OF CK-MB ACTIVITY IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION	47
Табидзе Г.А., Кезели Т.Д., Цибадзе Т.А., Долидзе Н.М. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРА МЕДЛЕННЫХ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ ЛЕРКАНИДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ (ОБЗОР)	51
Gamkrelidze M., Intskirveli N., Vardosanidze K., Chikhladze Kh., Goliadze L., Ratiani L. VASOPLEGIA IN SEPTIC SHOCK (REVIEW).....	56
Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г., Девдариани Х.Г., Алшынбекова Г.К., Дюсембаева А.Е. СОВРЕМЕННЫЕ ЗНАНИЯ О КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ КОРИ.....	63
Арвеладзе Г.А., Геладзе Н.М., Саникидзе Т.В., Хачапуридзе Н.С., Бахтадзе С.З. ЗНАЧЕНИЕ РОЛИ ЛАКТАТ-АЦИДОЗА В РАЗВИТИИ И ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	69

Миндубаева Ф.А., Шукуров Ф.А., Салихова Е.Ю., Ниязова Ю.И., Рамазанов А.К. К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМЕ ФОРМИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ УЧАЩИХСЯ ПРИ РАЗНЫХ УРОВНЯХ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ	75
Matevossian E., Kordzaia D., Chkhaidze Z., Khodeli N., Partsakhashvili J., Khachiperadze Z., Doll D., Lobzhanidze G. ABDOMINAL ORGAN DONATION: SURGICAL ASPECTS AND RECOMMENDED PRACTICE GUIDELINES FOR CONTROLLED DONATION OF BRAIN-DEAD DONOR	81
Чантурия З.Т., Чумбуридзе Т.Б., Ериашвили В.М. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР)	89
Зедгинидзе А.Г., Намчевадзе Э.Н., Никурадзе Т.Д., Залинян Г.Г., Парсаданян Г.Г. ПРИМЕНЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОБЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	94
Dashniani M., Kruashvili L., Rusadze Kh., Mataradze S., Beselia G. EFFECTS OF IMMUNOTOXIC AND ELECTROLYTIC LESIONS OF MEDIAL SEPTAL AREA ON SPATIAL SHORT-TERM MEMORY IN RATS	98
Олешко А.Н., Корниенко В.В., Ткаченко Ю.А., Курганская В.А. МОДЕЛИРОВАНИЕ ДЕФЕКТОВ КОЖИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ	103
Tsiklauri N., Nozadze I., Nebieridze M., Gurtskaia G., Abzianidze E., Tsagareli M.G. ANTINOCICEPTIVE TOLERANCE TO NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS MICROINJECTED INTO DORSAL HIPPOCAMPUS OF RATS IS DUE TO PHARMACOLOGICAL TOLERANCE	108

НАУКА

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО СПОСОБА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Шкварковский И.В., Москалюк А.П., Гребенюк В.И., Якобчук С.А., Русак О.Б.

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Паховая грыжа наиболее распространена среди всех грыж передней брюшной стенки, составляя около 70% данной патологии [1,4,11]. Хирургическое вмешательство является единственным методом лечения паховых грыж. По частоте выполнения операция паховой герниопластики занимает третье место после аппендэктомии и холецистэктомии [1,4,11].

Большинство научных исследований по вопросам лечения паховых грыж посвящено уменьшению числа рецидивов; частота рецидива паховых грыж в отдаленном периоде после грыжесечения до недавнего времени была фактически единственным критерием оценки качества существующих способов оперативного лечения [3,6,7]. Оценивая отдаленные результаты, клиницисты редко обращают внимание на такие осложнения как травмирование сосудов и нервов семенного канатика, семявыносящего протока, втягивание их в послеоперационный рубец, что может послужить причиной атрофии яичка [3,6].

Применение аллотрансплантатов позволило уменьшить число рецидивов грыж до 3-14% [1,2,4,9]. Однако при любом виде аллопластики, несмотря на инертность синтетического материала, вокруг него развивается тканевая реакция с выраженным воспалительным компонентом, что служит причиной развития ряда специфических осложнений. Среди них – серомы, гематомы, ощущение инородного тела, синдром хронической паховой боли [7,9].

Кроме опасности рецидива, паховая аллогерниопластика имеет определенный процент других осложнений, в частности, снижение кровообращения в яичке, которое приводит к нарушению репродуктивной функции мужчин, особенно в молодом возрасте [1,3,5,11]. Это связано с тем, что большинство методик грыжесечения предусматривают манипуляции на семенном канатике и его дальнейший контакт с сетчатым имплантатом, а рубцовые сращения, которые образуются, ведут к снижению кровотока в венах и артериях яичка [6,7]. На сегодня исследователями установлено, что в 45-59% случаев паховая аллогерниопластика приводит к достоверному нарушению сперматогенной и гормональной функций яичка [3,6].

С одной стороны, при аллопластике снижается вероятность случайного втягивания семявыносящего

протока и нервов паховой области в швы или их сдавление лигатурами. С другой стороны – полипропилен, материал для аллопластики, который чаще всего применяется, вызывает выраженную воспалительную реакцию с вовлечением окружающих тканей семенного канатика [6,7]. На сегодня растет число сообщений о риске возникновения специфических осложнений вследствие контакта аллотрансплантата с семенным канатиком – гранулема семенного канатика описана как осложнение пластики без натяжения [7,9].

Целью исследования явилось изучить клиническую эффективность способа аллопластики паховых грыж, который исключает контакт импланта с семенным канатиком.

Материал и методы. На базе хирургического отделения №1 больницы скорой медицинской помощи г. Черновцы прооперирован 61 больной с применением предложенной методики [8] (основная группа). Контрольную группу составили 63 больных, которым пластика паховой грыжи выполнена методом *I.L. Lichtenstein*. Все больные – мужчины в возрасте от 19 до 61 года (средний возраст – $41,5 \pm 15,71$ лет). Продолжительность гриженосительства от 2 до 72 месяцев (в среднем – $18,7 \pm 6,42$ месяцев). Согласно классификации *Gilbert-Rutkow-Robbins*, паховые грыжи II типа диагностированы у 41 больного, III типа – у 39 больных, IV – у 17 больных, V – у 13 больных, VI – у 8 больных, VIII типа – у 6 больных. Больные прооперированы под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина. Группы были сопоставимы по возрасту больных и типу паховых грыж. В качестве аллотрансплантата в обеих группах применяли полипропиленовые сетки фирмы «Ethicon» (Johnson & Johnson, США).

Предложенный способ предусматривает классический доступ к паховому каналу. После обработки грыжевого мешка рассекали поперечную фасцию от внутреннего отверстия пахового канала к внешнему краю влагалища прямой мышцы живота. Семенной канатик после мобилизации располагали в предбрюшинном пространстве, а края поперечной фасции сшивали непрерывным швом с ликвидацией внутреннего отверстия пахового канала. Формировали новое место выхода семенного канатика возле латерального края влагалища прямой

мышцы живота. Выполняли пластику грыжевого дефекта с помощью сетчатого импланта, по верхнему краю которого формировали соответствующее его диаметру отверстие для семенного канатика. Сетчатый имплант располагали на поперечной фасции, подводя верхний край под поперечную мышцу живота. Фиксацию начинали с пришивания нижнего края импланта узловыми швами к паховой связке и лонному бугорку. Латеральный и верхний края сетки фиксировали с помощью П-образных швов с интервалом 1,5 см, которые проводили через апоневроз внешней косой мышцы живота, внутреннюю косую и поперечную мышцы живота и завязывали на внешней поверхности апоневроза внешней косой мышцы живота. Медиальный край импланта фиксировали к задней поверхности влагалища прямой мышцы живота, располагая семенной канатик в сформированном отверстии. Разрез сетки дополнительно укрепляли отдельными узловыми швами. Сшивали края апоневроза внешней косой мышцы живота.

В послеоперационном периоде исследовали сроки восстановления базовой активности и трудоспособности, интенсивность болевого синдрома, наличие специфических осложнений, продолжительность послеоперационного койко-дня, возникновение рецидива грыжи. С целью оценки нарушения репродуктивной функции изучали состояние кровообращения по яичковым артериям, объем яичка и уровень половых гормонов.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью программ «Microsoft Excel» и «Statistica 6.0». При этом выполнялось вычисление средних величин (M), их ошибки (m), различие в показателях считалось достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Срок восстановления базовой активности и трудоспособности в контрольной группе составил $4,4 \pm 0,48$ и $26,2 \pm 1,38$ суток, соответственно. Данные показатели были сравнительно низкими в основной группе ($3,1 \pm 0,43$, $p < 0,05$ и $22,2 \pm 1,24$, $p < 0,05$ суток, соответственно).

Показатель продолжительности послеоперационного болевого синдрома в основной группе составил $27,4 \pm 2,18$ часов, что меньше аналогичного показателя контрольной группы – $34,5 \pm 2,86$ часов ($p < 0,05$). Интенсивность болевого синдрома по Numerical Rating Scale [10] была достоверно меньше в основной группе – $3,1 \pm 0,32$ балла в сравнении с контрольной – $4,6 \pm 0,66$ ($p < 0,05$).

Среди осложнений послеоперационного периода в контрольной группе больных отмечены серомы в 6 (9,54%) случаях, в 4 (6,36%) – гематомы, в 9 (14,31%) случаях – инфильтрат послеоперационной раны. Данные осложнения не нуждались в дополнительной хирургической

коррекции. У 7 (11,13%) больных выявлена парестезия. Ощущение инородного тела отмечали 9 (14,31%) больных данной группы, 5 (7,95%) – возникновение синдрома хронической паховой боли, что, на наш взгляд, обусловлено травматизацией нервов вследствие контакта семенного канатика с сетчатым имплантом. Рецидив грыжи возник у 3 (4,77%) больных.

Из осложнений у больных основной группы выявлен инфильтрат послеоперационной раны у 4 (6,56%), что было связано с наличием пахово-мошоночных грыж больших размеров и усложнило выделение грыжевого мешка из структур семенного канатика. Данные осложнения не нуждались в дополнительном хирургическом вмешательстве. Рецидива грыжи и синдрома хронической паховой боли у больных основной группы не выявлено. Показатель послеоперационных койко-дней ($p < 0,05$) в основной группе был меньше, составляя $2,9 \pm 0,76$ суток против $5,4 \pm 0,98$ суток в контрольной группе.

Допплерографическое исследование кровообращения по яичковым артериям до операции показало, что в сравнении со здоровой стороной сохранившийся кровоток имел место у 41 (65,19%) больного основной группы и у 40 (65,6%) – в группе контроля; наличие паховой грыжи ухудшало артериальное кровоснабжение яичка с увеличением продолжительности гриженосительства, особенно у больных с продолжительностью гриженосительства более 36 месяцев. В основной группе спустя 3 месяца после операции сохранившийся кровоток выявлен у 51 (83,64%) больного; в группе контроля – у 39 (62,01%). Такую разницу следует объяснить втягиванием семенного канатика в соединительнотканый рубец, который формируется вокруг сетчатого импланта у больных контрольной группы.

До операции объем яичка на пораженной стороне был достоверно меньше у больных обеих групп, составляя $18,5 \pm 0,36$ см³ ($p < 0,05$) в контрольной и $18,2 \pm 0,29$ см³ ($p < 0,05$) – в основной группе. Данный показатель на здоровой стороне составил $21,6 \pm 0,44$ см³ и $21,4 \pm 0,41$ см³ соответственно. Приведенные данные свидетельствуют о негативном влиянии паховой грыжи на состояние яичка. В послеоперационном периоде объем яичка на здоровой стороне не менялся. На 10 сутки после операции объем яичка на оперированной стороне увеличивался у больных обеих групп и составил $24,9 \pm 0,36$ см³ в контрольной и $25,1 \pm 0,38$ см³ – в основной группе, что следует объяснить отеком тканей яичка вследствие операционной травмы. 3 месяца спустя после операции объем яичка у больных контрольной группы составил $18,4 \pm 0,28$ см³. Полученные результаты свидетельствуют об ишемии яичка у больных данной группы в послеоперационном периоде, что можно объяснить втягиванием семенного канатика в послеоперационный рубец и ухудшением кровотока. Данный показатель

возвращался к норме и был достоверно высоким у лиц основной группы, составляя $20,8 \pm 0,38 \text{ см}^3$ ($p < 0,05$), что свидетельствует о сохранении кровообращения у больных этой группы в послеоперационном периоде.

Для исследования гормонального фона изучали уровень общего тестостерона (ОТ), секс-связывающего белка (ССБ) и индекс свободного тестостерона (ИСТ). До операции уровень ОТ составил $14,7 \pm 0,28$ нмоль/л у больных контрольной группы и $15,1 \pm 0,16$ нмоль/л – основной группы. Уровень ССБ до операции был $23,5 \pm 0,31$ нмоль/л у больных контрольной и $23,1 \pm 0,44$ нмоль/л – основной группы. ИСТ составил $62,7 \pm 3,42\%$ и $65,5 \pm 4,16\%$ у больных контрольной и основной групп, соответственно. 6 месяцев спустя после операции показатель ОТ был достоверно низким у больных контрольной группы, составляя $16,3 \pm 0,21$ нмоль/л против $20,1 \pm 0,19$ нмоль/л в основной группе ($p < 0,05$). 6 месяцев спустя после операции уровень ССБ достоверно не отличался у пациентов обеих групп, составил $25,4 \pm 0,36$ нмоль/л в контрольной и $24,4 \pm 0,38$ – в основной группе ($p > 0,05$). ИСТ, который является более четким показателем нарушения гормонального фона у мужчин, был достоверно выше у лиц основной группы – $82,5 \pm 5,17\%$ против $64,3 \pm 4,18\%$ у больных контрольной группы ($p < 0,001$).

Выводы. Предупреждение контакта полимерного имплантата с элементами семенного канатика уменьшает влияние воспалительной реакции на структуры пахового канала и репродуктивные органы, что приводит к уменьшению болевого синдрома, ускоряет социальную и трудовую реабилитацию пациентов, положительно влияет на кровообращение в яичке и гормональный фон мужчин в послеоперационном периоде. Предложенный способ предотвращает развитие рецидива грыж за счет ликвидации глубокого кольца пахового канала как одного из самых слабых мест передней брюшной стенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Эволюция методов хирургического лечения паховых грыж. Вестник хирургии 2010; 169(5): 109-113.
2. Ахмед М.М. Хирургическое лечение больных с паховой грыжей. Хирургія України 2012; 2: 99-107.
3. Бабій І.В. Якість життя у хворих після хірургічного лікування пахвинної грижі. Вісник Вінницького національного медичного університету 2014; 1: 90-93.
4. Белянский Л.С., Тодуров И.М. Интерпретация рекомендаций Европейской ассоциации герниологов по проблемам лечения паховой грыжи. Клінічна хірургія 2010; 3: 5-9.
5. Воронський О.О. Результати хірургічного лікування пахвинної грижі у хворих різного віку. Клінічна хірургія 2014;– 3: 25-27.
6. Крышень В.П., Кудрявцев А.В., Мушнин В.А. и др. Сравнительная характеристика различных методов герниоаллопластики по поводу паховых грыж. Клінічна хірургія 2010; 3: 24-26.

7. Тутченко М.І., Піотрович С.М., Васильчук О.В., Ключко І.В. Вплив виду та способу імплантації сітчастого протеза при алопластиці пахових гриж на перебіг післяопераційного періоду. Український Журнал Хірургії 2011; 4: 48-51.

8. Шкварковський І.В., Москалюк О.П., Колотило О.Б. Спосіб фіксації сітчастого імплантату при хірургічному лікуванні пахвинних гриж. Патент України на корисну модель № 81728, опублікований 10.07.2013, Бюл №13.

9. Aytac E., Demiryas S., Mizrakli T. et al. Assessment of postoperative outcomes after laparoscopic total extraperitoneal versus Lichtenstein repair for inguinal hernia. Hernia 2010; 14 (1): 35.

10. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M. Assessment of pain. Brit. J. of Anaesthesia 2008; 101(1): 17-24.

11. Simons M.P., Aufenacker T., Bay-Nielsen M. et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. Hernia 2009; 13: 343-403.

SUMMARY

CLINICAL USE OF A NEW METHOD OF INGUINAL HERNIA REPAIR

Shkvarkovskiy I., Moskaliuk O., Grebeniuk V., Yakobchuk S., Rusak O.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Surgery is the only treatment for inguinal hernias. The use of allografts has reduced the number recurrences of hernias to 3-14%. However, in any form of alloplasty around implantat develops tissue reaction that causes a number of specific complications. At present, researchers found that in 45-59% of cases of inguinal allogenioplasty leads to a significant disruption of spermatogenic and hormonal functions of the testicle.

On the basis of the Surgical Department № 1 (Chernivtsi Emergency Hospital) 61 patients (main group) underwent surgery according to the proposed method (patent of Ukraine for useful model № 81728). The control group included 63 male patients from 19 to 61 years old who underwent inguinal hernia repair by I.L. Lichtenstein.

Postoperative recovery periods examined basal activity and disability, pain intensity, the presence of specific complications, length of postoperative hospital stay days, recurrences of hernias. In order to assess reproductive disorders studied the state of blood circulation to the testicular arteries, testicular volume and the level of sex hormones.

The prevention of polymeric implant to contact with the components of the spermatic cord reduces the inflammatory response to the structure of the inguinal canal, and

the reproductive organs, which leads to a reduction of pain. Also accelerated social and labor rehabilitation of patients, blood circulation is preserved in the testicle and male hormones in the postoperative period. The proposed method prevents the development of recurrences of hernias through the elimination of the deep inguinal ring as one of the weaknesses of the anterior abdominal wall.

Keywords: inguinal hernia, implant, spermatic cord.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО СПОСОБА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

**Шкварковский И.В., Москалюк А.П.,
Гребенюк В.И., Якобчук С.А., Русак О.Б.**

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Хирургическое вмешательство по сей день является единственным методом лечения паховых грыж. Применение аллотрансплантатов позволило уменьшить число рецидивов грыж до 3-14%. Однако при любом виде аллопластики вокруг импланта развивается тканевая реакция, являясь причиной ряда специфических осложнений. На сегодня исследователями установлено, что в 45-59% случаев паховая аллогерниопластика приводит к достоверному нарушению сперматогенной и гормональной функций яичка.

На базе хирургического отделения № 1 больницы скорой медицинской помощи г. Черновцы прооперирован 61 больной (основная группа) по предложенной методике (патент Украины на полезную модель № 81728). Контрольную группу составили 63 больных, которым выполнена пластика паховой грыжи методом *I.L. Lichtenstein*. Возраст больных 19-61 г.

В послеоперационном периоде исследовали сроки восстановления базовой активности и трудоспособности, интенсивность болевого синдрома, наличие специфических осложнений, продолжительность послеоперационных койко-дней, случаи возникновения рецидива грыжи. С целью оценки репродуктивной функции изучено состояние кровообращения по яичковым артериям, объем яичка и уровень половых гормонов.

Предупреждение контакта полимерного импланта с элементами семенного канатика уменьшает влияние воспалительной реакции на структуры пахового канала и репродуктивные органы, что приводит к уменьшению болевого синдрома, ускорению социальной и трудовой

реабилитации пациентов, сохранению кровообращения в яичке и гормонального фона у мужчин в послеоперационном периоде. Предложенный способ предотвращает развитие рецидива грыжи за счет ликвидации глубокого кольца пахового канала как одного из самых слабых мест передней брюшной стенки.

რეზიუმე

საზარდულის ჰერნიოპლასტიკის ახალი საშუალების კლინიკური გამოყენება

ი. შკვარკოვსკი, ა. მოსკალიუკი, ვ. გრებენიუკი, ს. იაკობჩუკი, ო. რუსაკი

ბუკოვინის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ჩერნოვცი, უკრაინა

სადღეისოდ კვლევებით დადასტურებულია, რომ შემთხვევათა 45-59%-ში საზარდულის ალოპლასტიკა იწვევს სპერმატოგენული ფუნქციის და სათესლეს ჰორმონული ფუნქციის სარწმუნო დარღვევას.

ქ. ჩერნოვცის სასწრაფო სამედიცინო დახმარების №1 საავადმყოფოს ქირურგიული განყოფილების ბაზაზე 61 ავადმყოფს (ძირითადი ჯგუფი) ჩატარდა ოპერაცია შეთავაზებული მეთოდით (პატ. სასარგებლო მოდელზე № 81728, უკრაინა). საკონტროლო ჯგუფი შეადგინა 63 ავადმყოფმა, რომელთაც საზარდულის თიაქარის პლასტიკა ჩატარდა *I.L.Lichtenstein*-ის მეთოდით. ყველა ავადმყოფის ასაკი იყო 19 – 61 წელი.

ოპერაციის შემდგომ პერიოდში შეისწავლებოდა საბაზო აქტივობისა და შრომისუნარიანობის აღდგენის ვადები, ტკივილის სინდრომის ინტენსიურობა, სპეციფიკური გართულებების არსებობა, ოპერაციის შემდგომი საწოლ-დღეების ხანგრძლივობა, თიაქარის რეციდივის განვითარება. რეპროდუქციული ფუნქციის შეფასების მიზნით შესწავლილია სისხლის მიმოქცევის მდგომარეობა სათესლეს არტერიაში და სასქესო ჰორმონების მაჩვენებლები.

საზარდულის თიაქარის ქირურგიული მკურნალობის შეთავაზებული მეთოდი ამცირებს საზარდულის თიაქარის რეციდივის განვითარების მაჩვენებელს მუცლის წინა კედლის ერთ-ერთი სუსტი ადგილის - საზარდულის არხის ღრმა რგოლის ლიკვიდაციის ხარჯზე; ასევე, ჩქარდება პაციენტების სოციალური და შრომითი რეაბილიტაცია; პოსტოპერაციულ პერიოდში შენარჩუნებულია სისხლის მიმოქცევა სათესლეში და მამაკაცების ჰორმონული ფონი.