

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 6 (291) Июнь 2019

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 6 (291) 2019

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, 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.

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

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия), Амиран Гамкрелидзе (Грузия),
Константин Кипиани (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия), Тамара Микаберидзе (Грузия),
Тенгиз Ризнис (США), Реваз Сепиашвили (Грузия), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Елене Гиоргадзе, Лиана Гогиашвили,
Нодар Гогешаши, Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Манана Жвания, Ирина Квачадзе,
Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе, Палико Кинтраиа, Теймураз Лежава,
Нодар Ломидзе, Джанлуиджи Мелотти, Марина Мамаладзе, Караман Пагава,
Мамука Пирцхалаишвили, Анна Рехвиашвили, Мака Сологашвили, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллер, 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

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nicholas Pirtskhalaishvili

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 Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),

Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tamara Mikaberidze (Georgia), Tengiz Riznis (USA),

Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,

Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria, Kakhaber Chelidze,

Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Otar Gerzmava, Elene Giorgadze,

Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili, Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner,

Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Paliko Kintraia,

Irina Kvachadze, Nana Kvirkevelia, Teymuraz Lezhava, Nodar Lomidze, Marina Mamaladze,

Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava, Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili,

Maka Sologhashvili, Ramaz Shengelia, 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. Литературный источник приводится на языке оригинала. 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, соответствующего номеру данной работы в списке литературы. Большинство цитированных источников должны быть за последние 5-7 лет.

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. რენტგენოგრამების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალების 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. მიზანშეწონილია, რომ ციტირებული წყაროების უმეტესი ნაწილი იყოს 5-6 წლის სიღრმის.

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:

Antonov O., Dolidze D., Gogolashvili D., Eminov M., Sokolov R. PECULIARITIES OF ACID PRODUCTION AND PATHOGENESIS OF PYLORIC AND PREPYLORIC GASTRIC ULCER COMPLICATIONS	7
Адылханов Ф.Т., Фурсов А.Б., Й. Носо АНАЛИЗ УРОВНЯ VEGF У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ	13
Harashchenko O., Antonov V., Konovalenko V. SUPPORT TOOL FOR DECISION-MAKING IN SELECTING CHEMOTHERAPY TACTICS FOR TREATMENT OF BREAST CANCER PATIENTS	20
Chiokadze M., Kristesashvili J. IMMUNOBIOLOGICAL MECHANISMS AND MANAGEMENT OF RECURRENT PREGNANCY LOSS (REVIEW)	26
Петрашенко И.И., Лоскутова Т.А. ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ АППЕНДЕКТОМИИ В РАЗНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ	31
Бахтияров К.Р., Гаджиева С.И., Трубицына М.В. НЕРЕЗЕКТОСКОПИЧЕСКАЯ АБЛЯЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ (ОБЗОР)	37
Dvali M., Tsertsvadze O., Skhirtladze S. INCIDENCE OF CME AFTER HYDROPHILIC AND ACRYLIC IOL IMPLANTATION – OCT RESULTS	42
Pantus A., Rozhko M., Kozovyi R., Paliychuk V., Kohut V. USE OF FIBRE MATRIX FOR PRESERVATION OF THE ALVEOLAR CREST'S GEOMETRIC PARAMETERS AFTER TOOTH EXTRACTION.....	45
Шишнинашвили Т.Э., Орденидзе Т.Д., Кипиани Н.В., Суладзе Т.Д. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	50
Duda L., Okhotnikova O., Sharikadze O., Zubchenko S. COMPARATIVE ANALYSIS OF PREVALENCE OF THE MOST COMMON ALLERGY DISEASES IN CHILDREN OF THE KYIV REGION (UKRAINE).....	53
Немцова В.Д., Беловол А.Н., Высоцкая Е.В., Фалёва Е.Е. ВЛИЯНИЕ ЛИПИДНОГО КОНТРОЛЯ НА ОТНОСИТЕЛЬНУЮ ДЛИНУ ТЕЛОМЕР ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2	58
Patsia L., Ratiani L., Intskirveli N., Nakashidze I. VERY LATE STENT THROMBOSIS 2 YEARS AFTER IMPLANTATION OF A DRUG-ELUTING STENT (CASE REPORT).....	64
Malazonia M., Dvali G., Tabagari S., Tabagari N. ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS AND MALNUTRITION RISK IN HEALTHY ELDERLY GEORGIANS.....	67
Яворская В.А., Гребенюк А.В., Северин Ю.В., Кривчун В.М. ЗАБОЛЕВАНИЯ СПЕКТРА ОПТИКОНЕВРОМИЕЛИТА: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ И СОБСТВЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	74
Andrejeva J., Kasradze M., Misiukeviciute L., Radziuviene R. THE EFFECT OF PHYSICAL THERAPY WITH USE OF MUSICAL ELEMENTS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE	82
Кичук А.В. ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА: К ВОПРОСУ О ПСИХИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЕГО СОСТАВЛЯЮЩИХ	85

Giorgadze E., Tsagareli M., Lomidze M., Sulikashvili T., Jeiranashvili N., Uridia N. RECOMMENDATIONS BY GEORGIAN ASSOCIATION OF SKELETAL METABOLIC DISEASES ON THE INITIATION OF TREATMENT WITH USE OF AGE-DEPENDENT INTERVENTION THRESHOLD BASED ON FRAX IN PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS.....	89
Kmet T., Vlasyk L., Hrachova T., Turash M., Andriychuk N. ACETYLATION PHENOTYPE AS A SUSCEPTIBILITY MARKER FOR DEVELOPMENT OF NITRATE-CADMIUM INTOXICATION IN YOUNG RATS	93
Kmet O., Filipets N., Kmet T., Hrachova T., Vepriuk Y. ENALAPRIL EFFECT ON GLUTATHIONE CHAIN OF THE ANTIOXIDANT SYSTEM OF THE BRAIN IN RATS WITH SCOPOLAMINE-INDUCED NEURODEGENERATION.....	98
Khatchapuridze Kh., Kekelidze N., Tsitsishvili Z., Bakradze G., Mchedlishvili M., Kordzaia D. ON THE TOPIC OF SURGICAL DEBULKING OF EPITHELIAL OVARIAN CANCER (REVIEW)	102
Shyian D., Avilova O., Bondareva A., Prykhodko O. ORGANOMETRIC CHANGES IN THYMUS UNDER THE INFLUENCE OF PROPYLENE GLYCOL.....	112
Chikvaidze N., Kintraia N., Muzashvili T., Gachechiladze M., Burkadze G. PHENOTYPIC CHARACTERISTICS OF TROPHOBLASTIC HYPERPLASIA AND MICROENVIRONMENT ALTERATIONS IN CHORIONIC VILLI IN SPONTANEOUS ABORTIONS.....	117
Акулинина Ю.К., Бурдаев Н.И., Беречкидзе И.А., Ларина С.Н., Гринев А.Б. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ДОКСИЦИКЛИНА И ГЛЮКАНТИМА В ЛЕЧЕНИИ ЛЕЙШМАНИОЗА <i>IN VITRO</i>	122
Deshko L., Bysaga Y., Bysaga Y. PUBLIC PROCUREMENT IN THE HEALTHCARE SECTOR: ADAPTATION OF THE ADMINISTRATIVE LEGISLATION OF UKRAINE TO THE EU LEGISLATION	126
Дмитренко Э.С., Харченко В.Б., Щербаковский М.Г., Озерский И.В., Попович Е.Н. МЕХАНИЗМ ПУБЛИЧНЫХ ЗАКУПОК В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕС И УКРАИНЕ: ФИНАНСОВО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ	130
Колбина Л.А., Паскаль Е.В., Богданова И.М. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИОНОМИЧЕСКОЙ СФЕРЫ	136
Yevtieieva D., Lapkin A., Maryniv V. PUBERTY VS AGE: ON THE ISSUE OF A WARNING SIGN OF A VICTIM OF NON-VIOLENT INTERCOURSE WITH A MINOR	145
Shengelia R., Durglishvili N., Giorgadze K., Ketchakmadze I. MENTAL HEALTH AND RELIGION: INTERRELATION AND CHALLENGES IN POST-SOVIET GEORGIA	151

и исследуемые популяции гетерогенны, а результаты работ - несопоставимы. Интенсивные исследования проводятся с целью выделения надежных иммунных маркеров для прогнозирования риска прерывания последующей беременности. Кроме того, со стороны отчаявшихся женщин с ППБ отмечается растущая потребность в “тестировании иммунных клеток” и иммунном лечении, хотя научно-обоснованного подхода к этому вопросу по сей день не выявлено. Несмотря на интенсивные исследования в области репродуктивной иммунологии, данные о тонких патофизиологических механизмах, диагностике и лечении этой патологии остаются противоречивыми, поэтому постоянное обновление информации и обмен опытом между научными центрами имеет огромное значение, что позволит заглянуть глубже в иммунные механизмы, лежащие в основе ППБ.

რეზიუმე

ორსულობის განმეორებითი დანაკარგების იმუნო-ბიოლოგიური მექანიზმები და მართვა (მიმოხილვა)

მ.ჭიოკაძე, ჯ.ქრისტესაშვილი

რეპროდუქციული მედიცინის ცენტრი „უნივერსი“, თბილისი, საქართველო

ორსულობის განმეორებითი დანაკარგები (ოვდ) კვლავ აქტუალურ პრობლემად რჩება თანამედროვე რეპროდუქტოლოგიაში. იგი არა მარტო ღრმა ფსიქოლოგიური ტრავმაა წყვილებისათვის, არამედ მოიცავს სოციალურ ასპექტსაც და ჯერ კიდევ დიდი გამოწვევაა მეან-გინეკოლოგებისათვის მსოფლიოში. სრული გამოკვლევების შემდეგაც ხშირად დიაგ-

ნოზის დადგენა ვერ ხერხდება შემთხვევათა 50%-ში, რომელთა დიდი ნაწილის მიზეზად იმუნოლოგიური დარღვევები მოიაზრება.

შრომის მიზანს წარმოადგენს ორსულობის განმეორებითი დანაკარგების თანმხლები იმუნოლოგიური მექანიზმების შესახებ არსებული ცოდნის მიმოხილვა და ამ პათოლოგიის დიაგნოსტიკისა და მეურნეობის თანამედროვე ტენდენციების გაშუქება.

სადღეისოდ მსოფლიო მასშტაბით შეინიშნება მზარდი ინტერესი ორსულობისას განვითარებული იმუნური დარღვევების შესახებ გაკვლევის შესახებ რეპროდუქციულ გამოსავალზე. მოლეკულური ბიოლოგიის მიღწევებმა ნათელი მოჰყვინა დედა-ნაყოფს შორის არსებული უნიკალური იმუნოლოგიური ურთიერთობის მრავალ ასპექტს, თუმცა ამ ურთიერთობების სირთულისა და მრავალფეროვნების გამო ბევრი კითხვა კვლავ პასუხგაუცემელია. ლიტერატურაში არსებული მონაცემები არასაკმარისია და ხშირად ურთიერთგამომრიცხავიც. ინტენსიური კვლევები ტარდება საიმედო იმუნური მარკერების აღმოსაჩენად და ორსულობის მოსალოდნელი შეწყვეტის რისკის პროგნოზირებისათვის. ოვდ-ს მქონე სასოწარკვეთილი წყვილების მხრიდანაც შეინიშნება მზარდი მოთხოვნილება “იმუნური უჯრედების ტესტირებაზე” და იმუნურ თერაპიაზე, მიუხედავად იმისა, რომ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მიდგომა ამ საკითხის მიმართ არ არსებობს და ნაშრომთა შედეგებიც საკამათო და ურთიერთწინააღმდეგობრივია. ამდენად, ინფორმაციის მუდმივი განახლება და სამეცნიერო გამოცდილების ურთიერთგაზიარება კვლევით ცენტრებს შორის ძალზე მნიშვნელოვანია და ხელს შეუწყობს იმ იმუნოლოგიური მექანიზმების ღრმა წვდომას, რაც საფუძვლად უდევს ორსულობის განმეორებით დანაკარგებს.

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ В РАЗНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Петрашенко И.И., Лоскутова Т.А.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия
Министерства здравоохранения Украины»

Аппендицит является наиболее частой патологией среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у беременных и, согласно литературным данным, встречается в 0,05-0,13% случаев [3,4,5,12]. Его частота в I и II триместре, соответственно, составляет 19-32% и 44-66%, в III триместре – только 15-16% [9,14,19]. Данная патология ввиду высокого уровня заболеваемости (0,03-5,2%) и стабильного уровня летальности, без тенденции к снижению (0,1-0,5%) по сей день остаётся актуальной проблемой [10,11,20]. При беременности в организме женщины происходят адаптационно-приспособительные процессы, направленные на обеспечение адекватного течения гестационного периода, роста и развития плода. Перестройка

жизнедеятельности организма беременной связана также с изменениями во всех звеньях свертывающей системы крови [1,8,16]. Во время физиологической беременности они направлены на поддержание равновесия в системе гемостаза (увеличивается активность прокоагулянтного звена). Вместе с тем, в отношении остро возникающих в этот период хирургических заболеваний беременные обладают ограниченными компенсаторными возможностями [2,13,21]. Лечебная тактика при остром аппендиците предусматривает немедленное хирургическое вмешательство при любом сроке беременности. Немалую роль в гемостазиологических проблемах периоперационного периода играет характер оперативного вмешательства. Открытая аппендэктомия

(ТА) сопровождается большим процентом ранних и поздних послеоперационных осложнений [15,17], а лекарственные средства, применяемые во время анестезии, влияют на реологические свойства крови как на этапах операции, так и в послеоперационном периоде [1].

Лапароскопическое лечение острого аппендицита (ЛА) у беременных считается оптимальным, так как сопровождается существенно меньшей травматизацией тканей в сравнении с традиционным [18,22]. Целесообразность изучения динамики основных показателей свертывающей системы крови у беременных с острым аппендицитом при лапароскопической аппендэктомии, является чрезвычайно важной задачей и обусловлена тем, что сама беременность вызывает изменения в системе гемостаза организма, а операционная травма является дополнительным травмирующим фактором, который может приводить к гиперкоагуляции.

Целью исследования явилось определение особенностей изменений показателей свертывающей системы крови в условиях оперативного стресса при выполнении лапароскопической и традиционной аппендэктомии у беременных в разные сроки гестации.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 100 больных с острым аппендицитом на фоне беременности, которые были госпитализированы в Областную клиническую больницу им. И.И. Мечникова г. Днепропетровска. Возраст беременных колебался в пределах от 18 до 40 лет, средний возраст составил $25,7 \pm 0,5$ лет. Срок беременности составил от 4-5 до 35-36 недель. В соответствии с целью исследования больные были разделены на две группы. Женщинам I группы (n=75) в качестве хирургического лечения выполнена лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), во II группе (n=25) аппендэктомия была выполнена лапаротомным путем (ТА). Группы обследованных сопоставимы по возрасту, сроку беременности, характеру изменений в червеобразном отростке (таблица 1).

Значение показателей свертывающей системы крови (количество тромбоцитов, время свертывания крови, концентрация фибриногена, активированное частичное тромбопластиновое время - АЧТВ, активированное время рекальцификации плазмы - АВР, тромбиновое время, протромбиновый индекс - ПИ) изучали у беременных с острым аппендицитом до операции, на I и III сутки после выполнения видеолапароскопической аппендэктомии. Изучение вышеуказанных показателей проводили на автоматическом коагулометре «Amelung Coagulometr KC 4A» (Trinity Biotech, Ирландия). Для диагностики внутрисосудистого свертывания крови оценивали уровень D-димера в плазме крови иммуно-турбодиметрическим анализом с помощью

латекс-теста «Tina-quant a D-Dimer» («Roche Diagnostics», США) на системе «Roche/Hitachi Cobas с 6000». Определение фибринолитической активности проводили по методу М.А. Котовщиковой и Б.И. Кузника [6].

Все операции проводились под внутривенным обезболиванием с искусственной вентиляцией легких эндотрахеальным методом. Методика традиционной аппендэктомии у женщин не отличалась от общепринятой и выполнялась через доступ по McBurney. При лапароскопическом вмешательстве у больных в I триместре беременности первый троакар 10 мм вводили слепо под пупком. Во II и III триместрах беременности применяли метод открытой лапароскопии Hassen и первый троакар вводили в эпигастрий по срединной линии или ниже и правее от мечевидного отростка грудины. Давление углекислого газа в брюшной полости поддерживали на уровне 10-12 мм рт.ст.

Статистический анализ полученных результатов проводили на персональном компьютере. Для вычислений использовали компьютерные программы «Microsoft Excel for Windows 2010». Основные характеристики представлены в виде количества наблюдений (n), средней арифметической величины (M), стандартной ошибки средней ($\pm m$), относительных величин (абс. %), уровня статистической значимости (p). Сравнение статистических характеристик в группах проводилось с использованием критерия Стьюдента (t), критерия Хи-квадрат Пирсона (χ^2), в том числе с поправкой Йетса (Yates corrected), точного критерия Фишера. Значимым считали уровень достоверности $p < 0,05$ [7].

Результаты и их обсуждение. Сравнение предоперационных показателей, характеризующих состояние системы гемостаза у беременных с острым аппендицитом показало, что по мере прогрессирования беременности наблюдается активация коагуляционного звена. Концентрация фибриногена в III триместре в сравнении с I триместром повысилась на 27,6%, ПИ - на 41,4%, показатель АЧТВ снизился на 19,0%, АВР - на 8,1%, тромбиновое время - на 15,7% ($p < 0,05$) (таблица 2). Анализ содержания D-димера, который является маркером активации системы гемостаза, поскольку отражает как образование тромбина в исследуемой крови, так и его лизис, свидетельствует о недостоверном повышении его уровня по мере прогрессирования беременности. Концентрация D-димера во II триместре повышается на 4,3% в сравнении с I, в III триместре - на 8,7% (таблица 2). Если принять во внимание наличие у беременных физиологической гемодилюции, то подобное увеличение показателей свидетельствует об абсолютном повышении концентрации факторов свертывания в поздние сроки беременности, что значительно повышает риск тромбоэмболических осложнений при оперативном лечении.

Таблица 1. Распределение обследованных женщин по возрасту и сроку беременности

Группы	Возраст беременных (абс.%)					Триместры (абс.%)			Всего
	до 20	21-25	26-30	31-35	> 35	I	II	III	
I (ЛА)	12 (16,0%)	19 (25,3%)	23 (30,7%)	11 (14,7%)	10 (13,3%)	26 (34,7%)	35 (46,7%)	14 (18,7%)	75 (75,0%)
II (ТА)	4 (16,0%)	6 (24,0%)	8 (32,0%)	4 (16,0%)	3 (12,0%)	8 (32,0%)	12 (48,0%)	5 (20,0%)	25 (25,0%)
Всего	16 (16,0%)	25 (25,0%)	31 (31,0%)	15 (15,0%)	13 (13,0%)	34 (34,0%)	47 (47,0%)	19 (19,0%)	100 (100,0%)

Таблица 2. Изменения в показателях системы гемостаза при ЛА и ТА у беременных на разных сроках гестации

Показатели	Группы	Триместр	Этапы обследования		
			до операции	1-е сутки	3-и сутки
Тромбоциты, *10 ⁹ /л	ЛА	I	250,3±3,2	256,2±2,7	251,2±3,3
		II	260,2±3,1 [#]	265,3±3,4	259,1±3,7
		III	262,5±3,3 [#]	268,5±3,5	263,2±2,9
	ТА	I	252,3±3,2	264,2±2,7*	263,2±3,3
		II	263,2±3,1 [#]	275,3±3,2*	273,1±3,7
		III	264,7±3,4 [#]	277,5±3,1*	274,2±2,9
Время свертывания крови, мин.	ЛА	I	3,7±0,4	3,5±0,2	3,6±0,4
		II	3,9±0,7	3,8±0,5	3,7±0,8
		III	4,1±0,3	4,0±0,4	3,9±0,6
	ТА	I	3,6±0,3	3,3±0,2	3,4±0,3
		II	3,9±0,6	3,5±0,4	3,5±0,7
		III	4,1±0,2	3,8±0,1	3,7±0,6
Фибриноген, г/л	ЛА	I	2,9±0,1	3,3±0,1*	3,0±0,1**
		II	3,1±0,2	3,9±0,2*	3,3±0,2**
		III	3,7±0,3 [#]	4,7±0,2*	3,9±0,3**
	ТА	I	2,8±0,1	3,4±0,1*	3,1±0,1**
		II	3,0±0,2	4,1±0,3*	3,2±0,3**
		III	3,6±0,3 [#]	4,7±0,2*	3,8±0,3**
АЧТВ, сек.	ЛА	I	39,2±2,2	28,5±2,2*	35,4±2,1**
		II	35,4±2,1	25,3±2,7*	32,9±2,5**
		III	31,7±2,5 [#]	22,1±2,6*	29,6±2,3**
	ТА	I	38,2±3,2	25,3±2,2*	30,4±2,1**
		II	34,4±1,1	23,3±2,3*	29,9±2,5**
		III	32,6±1,5 [#]	22,1±2,1*	27,6±2,3**
АВР, сек.	ЛА	I	64,4±1,9	58,4±0,7*	60,4±0,5**
		II	61,5±1,1	57,7±0,4*	55,5±0,8**
		III	59,2±1,4 [#]	54,7±0,9*	52,5±0,2**
	ТА	I	64,5±1,8	56,7±1,6*	56,4±0,3*
		II	63,5±1,2	57,5±1,3*	58,2±0,9*
		III	59,0±1,3 [#]	53,3±1,1*	54,6±1,1*
Тромбиновое время, сек.	ЛА	I	17,8±0,4	15,9±0,2*	16,7±0,3**
		II	17,0±0,5	15,4±0,3*	16,8±0,7**
		III	16,5±0,4 [#]	14,8±0,5*	16,4±0,5**
	ТА	I	17,2±0,3	16,2±0,2*	16,9±0,2**
		II	17,0±0,4	15,5±0,3*	16,4±0,3**
		III	16,2±0,3 [#]	14,6±0,4*	15,5±0,2**
ПИ, %	ЛА	I	82±4,5	100±3,4*	88±3,7**
		II	97±5,3 [#]	119±3,7*	108±2,4**
		III	116±3,3 [#]	128±2,6*	118±4,2**
	ТА	I	84±3,5	106±2,4*	98±2,7**
		II	98±4,3 [#]	122±2,7*	114±2,4**
		III	112±2,3 [#]	130±1,6*	122±3,2**
Фибринолитическая активность, %	ЛА	I	11,8±0,3	10,6±0,6	10,9±0,2
		II	10,2±0,7	9,7±0,5	9,9±0,4
		III	9,9±0,8	9,5±0,3	9,8±0,6
	ТА	I	11,5±0,2	10,0±0,5	10,5±0,2
		II	10,7±0,6	9,8±0,5	10,0±0,3
		III	9,7±0,7	9,0±0,3	9,2±0,4
D-димер, мкг/мл	ЛА	I	0,46±0,02	0,48±0,02	0,47±0,02
		II	0,48±0,02	0,50±0,02	0,49±0,02
		III	0,50±0,01	0,51±0,01	0,50±0,02
	ТА	I	0,47±0,02	0,55±0,02*	0,49±0,02
		II	0,48±0,02	0,57±0,02*	0,50±0,02
		III	0,50±0,01	0,57±0,01*	0,51±0,03

примечание: * $p < 0,01$ - достоверность отличия показателей до операции и на 1-е сутки; ** $p < 0,05$ - достоверность отличия показателей на 1-е и 3-и сутки после операции; [#] $p < 0,05$ – достоверность отличия показателей в I триместре

Перед оперативным вмешательством у беременных с острым аппендицитом в обеих группах изменений в активности свертывающей системы крови не выявлено (таблица 2). Анализ полученных данных показал, что количество тромбоцитов остается в пределах нормы ($180-320 \times 10^9/\text{л}$) на дооперационном этапе у всех беременных. В послеоперационном периоде во всех триместрах достоверных отличий в сравнении с дооперационным этапом у женщин I группы не выявлено ($p > 0,05$). Известно, что функциональная активность тромбоцитов в значительной степени обусловлена тканевым повреждением. Однако нами такая зависимость не установлена после выполнения лапароскопической аппендэктомии, что является подтверждением ее малой травматичности. Во II группе наблюдалось достоверное увеличение количества тромбоцитов на 1-е сутки в I и II триместрах ($p < 0,05$), которое сохранялось и на 3-и сутки послеоперационного периода.

Время свертывания крови и фибринолитическая активность в течение всего анализируемого периода находилось в пределах, которые соответствуют умеренно выраженной склонности к гиперкоагуляции, однако различия между показателями как в I так и во II группах статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Сравнение средних параметров свертывающей системы крови в группе с ЛА в предоперационном периоде и на 1-е сутки с высокой степенью достоверности показали ($p < 0,05$): увеличение количества фибриногена, ПИ; укорочение АЧТВ, АВР и тромбинового времени. По коагуляционным тестам, характеризующим суммарную активность факторов внутреннего прокоагулянтного звена системы гемостаза, таких как АЧТВ, АВР наблюдалось достоверное уменьшение значений в динамике после лапароскопической аппендэктомии ($p < 0,05$). Показатель АЧТВ уменьшился на 27,3%, 28,5% и 30,3%, АВР - на 9,3%, 6,2% и 4,5% для I, II и III триместров, соответственно ($p < 0,05$). Тромбиновое время на 1-е сутки снизилось на 10,7%, 9,4% и 12,7% в I, II и III триместрах, соответственно ($p < 0,05$). Количество фибриногена на 1-е сутки послеоперационного периода возрастает на 13,8% в I триместре, на 25,8% - во II триместре, на 27,0% - в III триместре ($p < 0,05$). ПИ увеличивается на 1 сутки на 22%, 22,7% и 10,3% в I, II и III триместрах, соответственно ($p < 0,05$). У беременных после лапароскопической аппендэктомии на 1-е сутки наблюдалась тенденция к повышению уровня D-димера.

Проведенные исследования выявили, что операционный стресс ведет к напряжению в системе гемостаза в группе беременных, которым выполнена ТА (таблица 2). Активация коагуляционного звена на первые сутки после ТА объясняется потенцирующим влиянием хирургической травмы на систему гемостаза. При выполнении ТА показатель АЧТВ уменьшился на 33,7%, 28,5% и 30,3%, АВР - на 12,1%, 9,4% и 9,6% для I, II и III триместров, соответственно ($p < 0,05$). Тромбиновое время на 1-е сутки снизилось на 10,7%, 9,4% и 10,3% в I, II и III триместрах, соответственно ($p < 0,05$). Количество фибриногена на 1-е сутки послеоперационного периода возрастает на 21,4% в I триместре, на 36,6% - во II триместре, на 30,5% - в III триместре ($p < 0,05$). ПИ увеличивается на 1 сутки на 26,1%, 24,4% и 16,0% в I, II и III триместрах, соответственно ($p < 0,05$). В послеоперационном периоде установлено достоверное повышение уровня D-димера у беременных после традиционной аппендэктомии ($p < 0,05$).

Анализ коагуляционных тестов, характеризующих сум-

марную активность факторов внутреннего и внешнего прокоагулянтного звеньев системы гемостаза на третьи сутки послеоперационного периода выявил тенденцию к их нормализации ($p < 0,05$) в сравнении с 1 сутками. Такие изменения наблюдались во всех триместрах.

Изменение системы гемостаза при лапароскопическом лечении острого аппендицита на фоне беременности свидетельствует о достоверном, однако умеренно выраженном, усилении коагуляционного потенциала крови как перед, так и после лапароскопической аппендэктомии, однако активация регуляторных механизмов свертывающей системы крови при эндовидеохирургических вмешательствах не выходит за границы физиологических норм.

Система гемостаза при традиционной аппендэктомии имеет более выраженные и стойкие гиперкоагуляционные изменения, которые усугубляются в условиях оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде наблюдается очень медленная тенденция к их восстановлению.

Послеоперационный период при лапароскопической аппендэктомии отличался легкостью течения, отсутствием осложнений и болевого синдрома в местах прокола брюшной стенки. Все беременные выписаны на 3-4 сутки после операции на амбулаторное лечение. Родоразрешение произошло через естественные родовые пути у 70 (93,3%) женщин, у 2 (2,7%) выполнено кесарево сечение по акушерским показаниям, у 3 (4,0%) – беременность продолжается. Новорожденные здоровы, развиваются хорошо.

Анализ результатов традиционной аппендэктомии показал, что сильную боль в области послеоперационной раны отмечали 12 (48,0%) женщин. Общее количество осложнений после традиционной аппендэктомии составило 11 (44,0%): у 6 женщин отмечены серомы в области раны, у 2 беременных произошло нагноение послеоперационной раны, в 3 случаях наблюдался длительный парез кишечника. На 6-7 сутки послеоперационного периода 14 (56,0%) женщин переведены в акушерско-гинекологическое отделение в связи с возникновением угрозы прерывания беременности. Родоразрешение через естественные родовые пути произошло у 20 (80,0%) женщин, из них преждевременные роды – у 2 (10,0%) женщин. Кесарево сечение выполнено 5 (20,0%) женщинам по акушерским показаниям. Задержка внутриутробного развития плода наблюдалась у 2 (8,0%) беременных, острый дистресс плода – у 4 (16,0%), преждевременное излитие околоплодных вод – у 3 (12,0%) женщин.

Таким образом, применение эндовидеохирургических технологий при остром аппендиците у беременных в сравнении с традиционной аппендэктомией обеспечивает минимальные изменения в системе гемостаза, малую травматичность, незначительный болевой синдром, эффективные лечебные возможности и не имеет какого-либо заметного отрицательного влияния на течение беременности, родов и состояние новорожденных.

Выводы.

1. Проведенное исследование показало, что ЛА на фоне беременности сопровождается менее выраженным повышением активности свертывающей системы крови на 1-е сутки послеоперационного периода, которая сохраняется и на 3-и сутки в сравнении с ТА.
2. Оперативное вмешательство в группах с ЛА и ТА не вызывает генерализованного внутрисосудистого свертывания крови и диссеминированного тромбообразования, хотя коагуляционная активность крови достоверно повышена в группе женщин, которым выполнена традиционная аппен-

дэктомия. Подобное состояние системы свертывания крови можно рассматривать как адекватную приспособительную реакцию на агрессию, предназначенную уменьшить вероятное или реальное кровотечение.

3. Частота встречаемости периоперационных осложнений достоверно выше в группе беременных, оперированных традиционным методом.

4. Учитывая минимальные изменения в системе гемостаза при эндовидеохирургическом вмешательстве, благоприятные исходы беременности для матери и ребенка, выбор лапароскопического способа аппендэктомии является оптимальным для беременных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляутдина О.С. Значение исследования системы гемостаза при неосложненном течении беременности и прогнозировании тромбгеморрагических осложнений / О.С. Аляутдина, Л.М. Смирнова, С.Г. Брагинская // Акушерство и гинекология. – 1999. – № 2. – С. 18-23.

2. Асадова Н.О. Система гемостаза у беременных с миомой матки / Н.О. Асадова // XI Всероссийский научный форум «Мать и Дитя»: Москва, 2010. – С. 17-18.

3. Вопросы акушерской тактики при остром аппендиците у беременных / А.Г. Хасанов, Ф.Ф. Бадретдинова, Р.Ф. Магафуров, З.Р. Шевченко [и др.] // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2014. – №4. – С.19–23.

4. Диагностика и лечение острого аппендицита у беременных / И.А. Журавлев, А.Р. Нуриева, О.К. Мамедова, А.А. Фарахутдинов // Вестник Башкир. гос. ун-та. Приложение. – 2015. – №2. – С.780–785.

5. Диагностический алгоритм при остром аппендиците у беременных /С.В. Доброквашин, А.Г. Измайллов, Д.Е. Волков, С.Л. Демьянов// Вестник соврем. клинич. Медицины. – 2013. – Т.6, №5. – С.83–85.

6. Зубовская Е.Т. Методы исследования системы гемостаза / Е.Т. Зубовская, С.Г. Светлицкая.: учеб.-метод. пособие. – Минск.:БелМАПО, 2005.-365 с.

7. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel /С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н.Бабич.–К.:Мирион,2001.–408 с.

8. Опыт лечения беременных пациенток с острой хирургической патологией / В.А. Бондаренко, М.В. Турбин, О.Л. Дегтярев, О.Г. Журавлев, А.А. Колесниченко // Эндоскопическая хирургия.-2013.-№1.-С. 143-144.

9. Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у беременных /Д.В. Деева, С.В. Горохов, В.В. Козлов [и др.] // Бюл. мед. интернет-конференций. – 2013. – Т.3, №7. – С.1011.

10. Совершенствование диагностики и лечения острого аппендицита у беременных /А.О. Османов, С-М.А. Омаров, М.З. Загидов, А.М. Загидова //Общая реаниматология. – 2012. – Т.VIII, №5. – С.61–64.

11. Хирургические и акушерские аспекты лечебной тактики при остром аппендиците в различные сроки гестации / И.А. Журавлев, А.Р. Нуриева, О.К. Мамедова, И.М. Муратова [и др.]// Вестник Башкир. гос. университета. Приложение. – 2015. – №2. – С.786–790.

12. Acute appendicitis in pregnancy / S. Sushma S, J. Prashant, G. Linge, M.N. Shilpa et al. // IJBR. – 2014. – Vol.5, N1. – P.63–65.

13. Appendectomy in pregnancy: evaluation of the risk of a negative appendectomy / K. Ito, H. Ito, E.E. Whang et al.// Am.J.Surg. – 2012. – Vol.203, N2. – P.145–150.

14. Barber – Millet S. Update on the management of non – obstetric acute abdomen in pregnant patients / S. Barber – Millet, Bueno Lledo, J. Granero Castro P. // Cirugia Espanola. – 2016. – Vol. 94, N. 5. – P. 257–265.

15. Erbil Karaman. Maternal and fetal outcomes after laparoscopic vs. open appendectomy in pregnant women: data from two tertiary referral centers/ Erbil Karaman, Abbas Aras, Numan Gim // Ginekol. Pol. – 2016. – Vol. 87, N 2. – P.98–103.

16. Erkek A. Location of the appendix at the third trimester of pregnancy: A new approach to old dilemma/ A. Erkek, G. Anik Ilhan, B. Yildizhan// J. Obstet. Gynaecol. – 2015. – Vol.35.N 7. – P. 688–690.

17. Jayalall J.A. Role of Laparoscopy in the Management of Acute Abdomen in Pregnancy / J. A. Jayalall, S.A. Sarasam // Int. J. Scientific Study. – 2015.- Vol 3, N 3. – P.48–54.

18. Kwon C. Y. Could laparoscopic appendectomy in pregnant women affect obstetric outcomes? A multicenter study / C. Y. Kwon, J. H. Park, K. H. Pak //Int. J. Colorectal Dis. – 2016. – Vol. 31(8) – P. 1475–81.

19. Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: How to discourage surgeons using inadequate therapy/T. Hori, T. Machimoto, Y. Kadokawa et al. // World J Gastroenterol.-2017.- Режим доступа doi: 10.3748/wjg.v23.i32.5849.

20. Recent trend of acute appendicitis during pregnancy /K. Kumamoto, H. Imaizumi, N. Hokama, T. Ishiguro et al. // Surg. Today. – 2015.

21. Risk of acute appendicitis in and around pregnancy: a population-based cohort study from England/ F. Zingone, A.A. Sultan, D.J. Humes [et al.]// Ann Surg. – 2015. – Vol.261, N2. – P. 332.

22. Wawiernia K. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w ciąży – przegląd piśmiennictwa i doświadczenia własne / K. Wawiernia, B. Bukowicka, W. Tarnowski //Borgis – Postępy Nauk Medycznych. – 2014. – N8. – P. 536–541.

SUMMARY

POSTOPERATIVE COURSE IN LAPAROSCOPIC AND TRADITIONAL APPENDECTOMY IN DIFFERENT GESTATIONAL TERMS

Petrashenko I., Loskutova T.

State Institution “Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine”

The purpose of the study was to assess the features of the postoperative period according to the parameters of the blood coagulation system in pregnant women who undergone laparoscopic and traditional appendectomy in different gestational terms. The age of pregnant women ranged from 18 to 40 years, the average age was 25.7±0.5 years. The gestational period was from 4-5 to 35-36 weeks. In accordance with the purpose of the work, the patients were divided into two groups. For women of group I (n=75), laparoscopic appendectomy was performed as a surgical treatment, in group II (n=25), appendectomy was performed by a laparotomy. It has been established that activation of the regulatory mechanisms of the blood coagulation system in the treatment of acute appendicitis during pregnancy does not go beyond the limits of physiological parameters both before and after laparoscopic appendectomy. The hemostasis system with traditional appendectomy has more pronounced and persistent signs of hypercoagulation that were aggravated under the conditions of surgical intervention and in the postoperative period there was a very slow tendency for their recovery.

ery. Thus, changes in the hemostasis system in the traditional treatment of acute appendicitis during pregnancy compared with laparoscopic evidence of a significant increase in blood coagulation potential. Considering the minimal changes in the hemostasis system during endoscopic surgical intervention, the absence of surgical and obstetric complications, favorable pregnancy outcomes for mother and child, the optimal choice of the treatment is laparoscopic appendectomy in different periods of pregnancy.

Keywords: acute appendicitis, pregnancy, laparoscopic appendectomy, the blood coagulation system.

РЕЗЮМЕ

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ АППЕНДЕКТОМИИ В РАЗНЫЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

Петрашенко И.И., Лоскутова Т.А.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

Целью исследования явилось определение особенностей изменений показателей свертывающей системы крови в условиях оперативного стресса при выполнении лапароскопической и традиционной аппендэктомии у беременных в разные сроки гестации. Возраст беременных колебался от 18 до 40 лет, средний возраст составил $25,7 \pm 0,5$ лет, срок беременности - от 4-5 до 35-36 недель. В соответствии с целью исследования больные разделены на две группы. Женщинам I группы ($n=75$) в качестве хирургического лечения выполнена лапароскопическая аппендэктомия, во II группе ($n=25$) аппендэктомия выполнена лапаротомным путем. Установлено, что активация регуляторных механизмов свертывающей системы крови при лечении острого аппендицита на фоне беременности не выходит за границы физиологических норм как перед, так и после лапароскопической аппендэктомии. Система гемостаза при традиционной аппендэктомии имеет более выраженные и стойкие гиперкоагуляционные изменения, которые усугублялись в условиях оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде наблюдалась очень медленная тенденция к их восстановлению. Таким образом, изменения в системе гемостаза при традиционном лечении острого аппендицита на фоне беременности в сравнении с лапароскопическим свидетельствует о достоверном усилении коагуляционного потенциала крови. Учитывая минимальные изменения в системе гемостаза при эндовидеохирургическом вмешательстве, отсутствие хирургических и акушерских осложнений,

благоприятные исходы беременности для матери и ребенка выбор лапароскопического способа аппендэктомии является оптимальным при разных сроках беременности.

რეზიუმე

პოსტოპერაციული პერიოდის მიმდინარეობა ლაპაროსკოპიული და ტრადიციული აპენდექტომიის დროს გესტაციის სხვადასხვა ვადაზე

ი. პეტრაშენკო, ტ. ლოსკუტოვა

დნეპროპეტროვსკის სამედიცინო აკადემია, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა პოსტოპერაციული პერიოდის მიმდინარეობის თავისებურების შეფასება ლაპაროსკოპიული და ტრადიციული აპენდექტომიის პირობებში გესტაციის სხვადასხვა ვადაზე ორსულთა სისხლის შედეგების სისტემის პარამეტრების საფუძველზე.

ორსულთა ასაკი მერყეობდა 18-დან 40 წლამდე, საშუალო ასაკი - $25,7 \pm 0,5$ წელი, ორსულობის ვადა - 4-5 კვირიდან 35-36 კვირამდე.

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, პაციენტები დაიყო ორ ჯგუფად: I ჯგუფის ქალებს ($n=75$) ჩაუტარდა ლაპაროსკოპიული აპენდექტომია, II ჯგუფის ქალებს ($n=25$) აპენდექტომია ჩაუტარდათ ლაპაროტომიის გზით. დადგენილია, რომ ორსულობის ფონზე მწვავე აპენდიციტის მკურნალობისას სისხლის შედეგების სისტემის სარეგულაციო მექანიზმების აქტივაცია არ სცდება ფიზიოლოგიური ნორმების ფარგლებს როგორც ლაპაროსკოპიული აპენდექტომიის წინ, ასევე, მის შემდეგ. ტრადიციული აპენდექტომიის დროს ჰემოსტაზის სისტემას ახასიათებს უფრო მეტად გამოხატული და მდგრადი ჰიპერკოაგულაციური ცვლილებები, რომლებიც დამძიმდა ქირურგიული ჩარევის პირობებში, პოსტოპერაციულ პერიოდში კი აღინიშნა მათი აღდგენის ძალიან ნელი ტენდენცია.

ამრიგად, ცვლილებები ჰემოსტაზის სისტემაში მწვავე აპენდიციტის ტრადიციული მკურნალობის დროს ორსულობის ფონზე, ლაპაროსკოპიულ მეთოდთან შედარებით, სარწმუნოდ აძლიერებს სისხლის კოაგულაციურ პოტენციალს. ენდოვიდეოქირურგიული ჩარევის დროს ჰემოსტაზის სისტემაში განვითარებული მინიმალური ცვლილებების, ქირურგიული და სამეანო გართულებების არარსებობის, ორსულობის ხელსაყრელი შედეგების გაოვალისწინებით დედისა და ბავშვისთვის ორსულობის სხვადასხვა ვადაზე აპენდექტომიის ლაპაროსკოპიული მეთოდის არჩევა ოპტიმალურად უნდა ჩაითვალოს.