

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 11 (320) Ноябрь 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 11 (320) 2021

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,
Международной академии наук, индустрии, образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

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),
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, Георгий Асатиани,
Тенгиз Асатиани, Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили,
Нодар Гогешашвили, Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Тамар Долиашвили, Манана Жвания,
Тамар Зерекидзе, Ирина Квачадзе, Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе,
Димитрий Кордзаиа, Теймураз Лежава, Нодар Ломидзе, Джанлуиджи Мелотти, Марина Мамаладзе,
Караман Пагава, Мамука Пирцхалаишвили, Анна Рехвиашвили, Мака Сологашвили, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллнер, Кахабер Челидзе, Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа,
Рамаз Шенгелия, Кетеван Эбралидзе

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, IV этаж, комната 408
тел.: 995(32) 254 24 91, 5(55) 75 65 99

Fax: +995(32) 253 70 58, e-mail: ninomikaber@geomednews.com; nikopir@geomednews.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; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).
Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

EDITOR IN CHIEF

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

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 Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),
Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tengiz Riznis (USA), Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,
Giorgi Asatiani, Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria,
Kakhaber Chelidze, Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Tamar Doliashvili,
Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili,
Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani,
Guram Kiknadze, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze, Nana Kvirkvelia, Teymuraz Lezhava,
Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava,
Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili, Ramaz Shengelia,
Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board
7 Asatiani Street, 4th Floor
Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91
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.com

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. 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. 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:

Солдатов Д.В., Староверов И.Н., Сорогин А.Б., Рязанцева Е.В., Лончакова О.М. ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	7
Чернооков А.И., Рамишвили В.Ш., Кандыба С.И., Долгов С.И., Атаян А.А., Хачатрян Э.О. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ASVAL.....	13
Коломаченко В.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ PERICAPSULAR NERVE GROUP БЛОКА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	18
Хоробрых Т.В., Воеводина А.А., Короткий В.И., Гогохия Т.Р., Паталова А.Р., Клаушук А.Е. АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.....	22
Vorontsova L., Kozachuk A., Kovalenko V. FEATURES OF EJACULATE MICROBIocenosis IN MEN WITH IMPAIRED FERTILITY, DEPENDING ON THE TYPE OF CONSUMED ALCOHOLIC BEVERAGES	27
Bondar O., Rybin A., Patskov A., Varabina A. THE QUALITY OF LIFE OF OVARIAN CANCER PATIENTS AS AN INDICATION OF THE EFFECTIVENESS OF PLATINUM-BASED ADJUVANT CHEMOTHERAPY.....	32
Chetverikov S., Maksymovskiy V., Atanasov D., Chetverikov M., Chetverikova-Ovchynnyk V. MULTIPLE INTERVAL DEBULKING SURGERY IN RECURRENT UTERINE SARCOMA (CASE REPORT).....	37
Dvalishvili A., Khinikadze M., Gegia G., Orlov M. COMPARATIVE ANALYSIS OF NEUROSURGICAL ASPECTS OF NEONATAL INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE TREATMENT.....	41
Данилов А.А., Шульга А.В., Горелик В.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РИГИДНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ И ДИСФУНКЦИЕЙ СУХОЖИЛИЯ ЗАДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ	46
Вакушина Е.А., Хаджаева П.Г., Григоренко М.П., Григоренко П.А., Картон Е.А., Зарецкая Э.Г. АНАЛИЗ СОРАЗМЕРНОСТИ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИХ ВЕЛИЧИН ЛИЦА И ОДОНТОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЧЕЛЮСТЕЙ В ПЕРИОД СМЕННОЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ.....	52
Matsyura O., Besh L., Zubchenko S., Zarembo N., Slaba O. ANALYSIS OF CAUSATIVE FACTORS OF RECURRENT BRONCHIAL OBSTRUCTION SYNDROME IN YOUNG CHILDREN	59
Клименко Т.М., Сороколат Ю.В., Сердцева Е.А. АЛГОРИТМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	64
Sakhelashvili M., Kostyk O., Sakhelashvili-Bil O., Piskur Z. FEATURES OF THE RESISTANT FORMS OF A SPECIFIC PROCESS AMONG CHILDREN AND TEENAGERS FROM THE MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOUS INFECTION FOCI: CLINICAL PICTURE AND DIAGNOSTICS	70
Yakimenko O., Chernyshova K., Bondar V., Klochko V., Kolomiets S., Tbilili V. ALDOSTERONE SYNTHASE GENE C-344T POLYMORPHISM AS A RISK FACTOR OF EARLY LEFT VENTRICULAR REMODELING IN YOUNG HYPERTENSIVE PATIENTS WITH OBESITY.....	77
Maslovskiy V., Mezhiievskaya I. FEATURES OF THE CORONARY ARTERIES ANATOMICAL LESIONS IN NSTEMI PATIENTS DEPENDING ON THE ASSOCIATION WITH THE INITIAL CLINICAL CHARACTERISTICS.....	85

Manasova G., Golubenko M., Didenkul N., Radchenko Ya., Gladchuk I. CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF COVID-19 COURSE IN PREGNANT WOMEN	90
Prokopiv M., Fartushna O. MODERN CLASSIFICATION OF POSTERIOR CIRCULATION STROKE: CLINICAL DECISION MAKING AND DIAGNOSIS (REVIEW).....	96
Tarianyk K., Shkodina A., Lytvynenko N. CIRCADIAN RHYTHM DISORDERS AND NON-MOTOR SYMPTOMS IN DIFFERENT MOTOR SUBTYPES OF PARKINSON'S DISEASE.....	100
Gigiadze E., Jaoshvili T., Sainishvili N. COMPARISON OF THE ASPECT SCORING SYSTEM ON NONCONTRAST CT AND ON BRAIN CT ANGIOGRAPHY IN ISCHEMIC STROKE.....	106
Petkovska L., Babulovska A., Simonovska N., Kostadinovski K., Brezovska J., Zafirova B. FATAL ACUTE ALUMINIUM PHOSPHIDE POISONING - CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW WITH REFERENCE TO CURRENT TREATMENT PROTOCOLS AND OUTCOME	111
Самсония М.Д., Канделаки М.А., Гибрадзе О.Т., Цанава Т.У., Гварамия Л.Г. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА OPDIVO (НИВОЛУМАБ) У ИНОПЕРАБЕЛЬНОЙ ПАЦИЕНТКИ С МЕСТНЫМ РЕЦИДИВОМ НОДУЛЯРНОЙ МЕЛАНОМЫ С ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ BRAF-МУТАЦИЕЙ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИХ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ).....	116
Зорин Н.А., Казанцева В.А. ПРЕДИКТОРЫ ПОВТОРНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ РАЗРЫВА АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	120
Удовиченко М.М., Рудык Ю.С. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ПРИ COVID-19 (ОБЗОР).....	126
Pachuashvili T., Maskhulia L., Chutkerashvili T., Akhalkatsi V., Didebeli N. PREVALENCE OF ASYMPTOMATIC VENTRICULAR PREEXCITATION AMONG GEORGIAN ATHLETES	134
Zurabashvili M., Kvanchakhadze R. EVALUATION OF THYROID DISEASE DETECTION AMONG FEMALE POPULATION WITH BREAST PATHOLOGIES IN KVEMO KARTLI REGION (GEORGIA).....	138
Сергеев А.А., Жоржоллиани Ш.Т., Цыганков Ю.М., Агафонов А.В., Городков А.Ю., Бокерия Л.А. СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА МАТЕРИАЛОВ НА ТРОМБОГЕННОСТЬ ПО КОЛИЧЕСТВУ АДГЕЗИРОВАННЫХ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ КОНТАКТЕ С НАТИВНОЙ КРОВЬЮ	143
Tsagareli M., Kvachadze I., Simone D. ANTINOCICEPTIVE TOLERANCE TO CANNABINOIDS IN ADULT MALE MICE: A PILOT STUDY	148
Chkadua G., Tsakadze L., Shioshvili L., Nozadze E. Na, K-ATPase AND Cl-ATPase REGULATION BY DOPAMINE	153
Mikhaylusov R., Negoduyko V., Pavlov S., Oklei D., Svyrydenko L. DYNAMICS OF ULTRASTRUCTURAL REARRANGEMENTS OF SKELETAL MUSCLE FIBROBLASTS AFTER SIMULATED GUNSHOT SHRAPNEL WOUNDS	157
Bezarashvili S. COMPARATIVE HYGIENIC CHARACTERIZATION OF AIR POLLUTION AND ITS IMPACT ON THE TBILISI POPULATION'S HEALTH	162
Nikolaishvili N., Chichua G., Muzashvili T., Burkadze G. MOLECULAR MARKERS OF THE PROGRESSION OF CONJUNCTIVAL NEOPLASTIC EPITHELIAL LESIONS	167
Вачнадзе В.Ю., Вачнадзе Н.С., Бакуридзе А.Дж., Джохадзе М.С., Мшвилдадзе В.Д. ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОТОКСИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ИНДОЛЬНЫХ АЛКАЛОИДОВ ИЗ НАДЗЕМНЫХ ОРГАНОВ VINCA ROSEA L., ИНТРОДУЦИРОВАННОЙ В ЗАПАДНОЙ ГРУЗИИ	172
Gogokhia N., Pochkhidze N., Japaridze N., Bikashvili T., Zhvania M. THE EFFECT OF HIGH INTENSITY WHITE NOISE ON THE ULTRASTRUCTURE OF AXO-DENDRITIC SYNAPSES IN COLLICULUS INFERIOR OF ADULT MALE CATS. QUANTITATIVE ELECTRON MICROSCOPIC STUDY.....	178

რეზიუმე

PERICAPSULAR NERVE GROUP-ის ბლოკის ეფექტურობა მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროთეზირების შემდეგ

კ.კოლომაჩენკო

ხარკოვის დიპლომის შემდგომი განათლების სამედიცინო აკადემია; ხარკოვის საოლქო კლინიკური ტრავმატოლოგიური საავადმყოფო, უკრაინა

პერიკაფსულური ჯგუფის ნერვების (PENG) დაბლოკვა (ბლოკი) წარმოადგენს ახალ რეგიონულ მეთოდს მენჯ-ბარძაყის სახსრის ქირურგიაში, რომელიც ადვილად ტარდება ულტრაბგერითი კონტროლის ქვეშ და უზრუნველყოფს ადეკვატურ გაუტკივარებას კუნთოვანი სისუსტის გარეშე.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა პერიკაფსულური ჯგუფის ნერვების დაბლოკვის კლინიკური ეფექტურობის შეფასება პაციენტების ადეკვატური ანალგეზიის და ფიზიკური აქტივობის მიღწევისათვის მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროთეზირების შემდეგ.

კვლევაში ჩართული იყო 30 პაციენტი (16 ქალი, 14 მამაკაცი) ფიზიკური სტატუსით ASA II-III, საშუალო ასაკი – 63,1±12,5 წელი, რომელთაც დაავადების ან მოტეხილობის მიზეზით გეგმიურად, სპინალური ანესთეზიის ქვეშ ჩაუტარდა მენჯ-ბარძაყის სახსრის პირველადი ტოტალური ენდოპროთეზირება. ოპერაციის დასრულებისთანავე პაციენტებს, ზურგზე მწოლიარე მდგომარეობაში, ჩაუტარდა PENG დაბლოკვა – ბუპივაკაინის 0,25%-იანი ხსნარის 30 მლ შეყვანით. ფას-

დებოდა 30-მეტრიანი დისტანციის გადალახვის უნარი დროში შეზღუდვის გარეშე, ტკივილის სინდრომის მაქსიმალური ინტენსივობა, ოპიოიდების (ნალბუფინი) საჭიროება, დაბლოკვის ხანგრძლივობა და რაოდენობა პაციენტებისა, რომელნიც დამატებით თერაპიას საჭიროებენ პოსტოპერაციულ პერიოდში.

PENG დაბლოკვის ხანგრძლივობამ, საშუალოდ, შეადგინა 8 (7-14) სთ, მერყეობის ფართო დიაპაზონით – 4-დან 25 საათამდე. პოსტოპერაციული ტკივილის ინტენსივობა მნიშვნელოვნად ნაკლები იყო ოპერაციამდელზე. პაციენტების რაოდენობამ ზომიერი ტკივილით შეადგინა 20% (5-7 ქულა ვიზუალურ-ანალოგური სკალით); პაციენტების 77%-ს აღენიშნებოდა უმნიშვნელო ტკივილი (1-4 ქულა ვიზუალურ-ანალოგური სკალით). ოპერაციის შემდგომ პირველი 24 საათის განმავლობაში 30 მეტრის გავლა შეძლო მხოლოდ ერთმა პაციენტმა; ეს დისტანცია ყველა პაციენტმა გადალახა პირველ ან მეორე პოსტოპერაციულ დღეს, დაბლოკვიდან, საშუალოდ, 46 (29-55) საათის შემდეგ. ამ მაჩვენებელზე იმოქმედა მრავალმა ფაქტორმა, მაგრამ არც ერთ პაციენტს არ აღენიშნა კუნთოვანი სისუსტე. გაუტკივარების სტანდარტული სქემის ფონზე პაციენტების 36%-ს ოპერაციის დღეს არ ესაჭიროებოდა ოპიოიდები, 16,7% კი პოსტოპერაციულ პერიოდში არ დასჭირდა ნარკოტიკული საშუალებები. პაციენტების 84%-ს პოსტოპერაციულ პერიოდში არ დასჭირდა დამატებითი ფარმაკოლოგიური კორექცია, ან ჩარევა. PENG დაბლოკვა (ბლოკი) უზრუნველყოფს ადეკვატურ პოსტოპერაციულ ანალგეზიას და იძლევა ადრეული რეაბილიტაციის შესაძლებლობას პაციენტებში მენჯ-ბარძაყის სახსრის პირველადი ტოტალური ართროპლასტიკის შემდეგ.

АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Хоробрых Т.В., Воеводина А.А., Короткий В.И., Гогохия Т.Р., Паталова А.Р., Клашук А.Е.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет);
Институт клинической Медицины им. Н. В. Склифосовского, Москва, Российская Федерация*

В научной литературе справедливо отмечается ежегодное увеличение количества больных с рефлюкс-эзофагитом, обусловленного грыжей пищеводного отверстия диафрагмы [4,8], и как наиболее распространённое заболевание желудочно-кишечного тракта [11,12]. Отмечается возрастающий предметный интерес медицинского сообщества к исследованию нарушений функциональных взаимосвязей желудочно-кишечного тракта и патологии кардиального характера [2]. Симптоматика рефлюкс-эзофагита, осложнённого гастрокардиальным синдромом, проявляется болью за грудиной и в области сердца, повышением артериального давления, нарушениями сердечного ритма [1]. Рефлюкс-эзофагит рассматривают как непосредственный триггер аритмий [3]

в этиологическом плане суправентрикулярного характера (экстрасистолия, фибрилляция предсердий, желудочковая экстрасистолия) [5]. Возникновение аритмий у больных рефлюкс-эзофагитом является результатом дисбаланса вегетативных влияний на сердце. Исследование D. Johnson [13], изучающее роль рефлюкс-эзофагита в патогенезе суправентрикулярных аритмий, фактически предопределяет мощное влияние автономной нервной системы на развитие аритмий. У некоторых пациентов повышение тонуса блуждающего нерва предполагает парадоксальное возникновение тахикардии. Аритмия при грыже пищеводного отверстия диафрагмы возникает в результате механического сдавления передней стенки левого предсердия проходящей по пищево-

ду пищей [9]. Длительное сдавление вызывает ишемию этой зоны, содействуя формированию патологических путей по типу reentry. В качестве другого механизма рассматривается воспалительный процесс в стенке пищевода, как результат рефлюкс-эзофагита, способного переходить в близко расположенную стенку левого предсердия, что не исключает возможность возникновения фибрилляций предсердий. Обоснованно указано на возможность неверной трактовки variability клинических симптомов с учетом локализации и характера болевого синдрома пациента [15]. Назначаемые в данной ситуации блокаторы кальциевых каналов и нитраты, при лечении болей в грудной клетке, расслабляют нижний пищеводный сфинктер с последующим увеличением кислотного рефлюкса [14]. Последствия, связанные с несвоевременной диагностикой причин и динамики возникновения аритмий у больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, могут быть весьма негативными, а выявление которых влияет на надлежащий оптимальный и, что немаловажно, своевременный, выбор тактики лечения.

Целью исследования явилось определение возникновения аритмии как одного из проявлений гастрокардиального синдрома у больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагитом и оценка результатов антирефлюксной операции в динамике регрессии аритмий.

Материал и методы. Проанализирована 101 история болезни пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и рефлюкс-эзофагитом в возрасте от 28 до 83 лет. Критериями исключения являлись острый инфаркт миокарда в течение последних двух месяцев, злокачественные новообразования, обострение сопутствующих заболеваний, порок сердца. В мероприятиях по диагностике пациента использовали данные, полученные рентгенологическим методом, являющимся наиболее информативным и основным методом исследования. С целью анализа сердечных функций применяли следующие диагностические процедуры - электрокардиограмму и холтеровское мониторирование.

Полученные результаты обрабатывались с помощью методов математической статистики с использованием стандартного пакета программного обеспечения «Statistica 6.1 for Windows».

Результаты и обсуждение. Проанализированы клини-

ческие проявления гастрокардиального синдрома больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагитом (диаграмма 1).

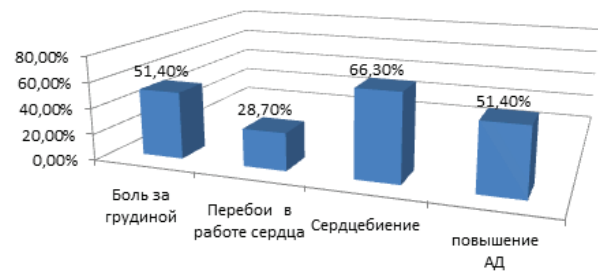


Диаграмма 1. Жалобы больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагитом

Боли за грудиной выявлены у 52 (51,4%) больных, перебои в работе сердца - у 29 (28,7%), сердцебиение - у 67 (66,3%), повышение АД - у 52 (51,4%) больных. При тщательном сборе анамнеза у 83,2% больных проявление кардиальных симптомов связано с провоцирующими факторами, в частности приемом пищи, горизонтальным положением тела.

В результате рентгенологического обследования установлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, проведено распределение согласно классификации грыж Б.В. Петровского и Н.И. Каншина [7]. Используя данные, полученные рентгенологическим методом, проведен анализ частоты возникновения аритмий у обследованных больных (таблица 1).

Статистически ($p > 0,05$), подтверждается, что аритмии характерны для кардиофундальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы и больших ГПОД (ПОД > 6).

Совершенно справедлив вывод А.Ф. Черноусова об оценке приобретенного укорочения пищевода, как закономерности осложнения рефлюкс-эзофагита на фоне скользкой грыжи пищеводного отверстия диафрагмы [10], путем использования классификации А.Ф. Черноусова по степени укорочения пищевода, согласно которой при I степени укорочение кардия фиксирована не выше 4 см над диафрагмой, при II степени выше 4 см, соотнесли число аритмий (таблица 2).

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов

Вариант ГПОД	n	Аритмия
кардиальные ГПОД	45	8 (18,1%)
кардиофундальные ГПОД	40	16 (40%)
субтотальные ГПОД	15	10 (66,6%)
тотальные ГПОД	1	1 (100%)
Всего	101	35

Таблица 2. Наличие аритмии по основному заболеванию в зависимости от степени укорочения пищевода.

Виды ГПОД	Укорочение пищевода I степени	Укорочение пищевода II степени
кардиальные ГПОД	6 (18,7%)	2 (25,0%)
кардиофундальные ГПОД	5 (31,2%)	11 (68,7%)
субтотальные ГПОД	4 (40,0%)	6 (60,0%)
тотальные ГПОД	0	1 (100,0%)

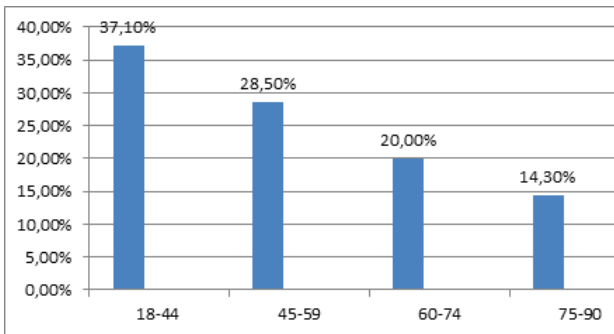


Диаграмма 2. Возрастная категория аритмий

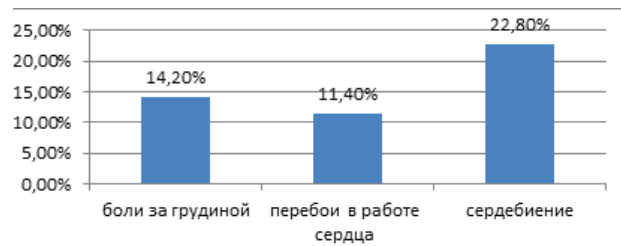


Диаграмма 3. Жалобы больных после антирефлюксной операции

Таблица 3. Результаты ЭКГ в послеоперационном периоде

Нарушения автоматизма	Сунусовая тахикардия	5 (14,2%)
	Синусовая брадикардия	15 (42,8%)
Нарушения проводимости	Неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса	4 (11,4%)
	АВ-блокада I ст.	8 (22,8%)
	Блокада правой ножки пучка Гиса	2 (5,7%)
Нарушения возбудимости	Предсердная экстрасистолия	9 (25,7%)
	Желудочковая экстрасистолия	3 (8,5%)
	Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия	2 (5,7%)

Достоверно ($p > 0.05$), что аритмии характерны для грыж пищеводного отверстия диафрагмы с укорочением пищевода II степени. Таким образом, клинические проявления аритмии зависят от степени укорочения пищевода, чем выше степень, тем чаще проявления аритмии.

Взаимосвязь распространения аритмии, согласно классификации возрастов, принятой Всемирной Организацией Здравоохранения, приведена на диаграмме 2.

Из данных диаграммы 2 следует, что аритмия характерна для молодого возраста ($p > 0.05$).

Установлено взаимоотягочающее влияние длительно существующего рефлюкс-эзофагита и ГПОД на развитие аритмии: у пациентов с длительностью заболевания до 1 года аритмия выявлена в 4 (11,4%) случаях, от 1 года до 5 лет - в 6 (17,1%), от 5 до 10 лет - в 10 (28,5%), более 10 лет - в 15 (42,8%) случаях. Отмечена взаимосвязь со более длительным анамнезом ГПОД ($p > 0.05$).

У 35 пациентов с диагностированными нарушениями ритма отмечались изменения на ЭКГ. Обнаружено, что нарушения автоматизма: синусовая тахикардия наблюдалась у 8 (22,8%) пациентов, синусовая брадикардия - у 23 (65,7%). Нарушения проводимости: АВ-блокада - у 15 (42,8%) пациентов, неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса - у 8 (22,8%) пациентов, блокада правой ножки пучка Гиса - у 5 (14,2%). Нарушения возбудимости: предсердная экстрасистолия выявлена у 17 (48,5%) пациентов, желудочковая экстрасистолия - в 7 (20,0%) случаях, пароксизмальная наджелудочковая тахикардия - у 5 (14,2%). По данным холтеровского мониторирования, паузы, связанные с синусовой аритмией выявлены у 35 (100,0%), одиночные наджелудочковые - у 28 (80,0%) и желудочковые экстрасистолы - у 16 (45,7%) больных. С жалобами на боли за грудиной пациенты за медицинской помощью обращались к терапевтам, кардиологам. С целью купирования болевого синдрома назначали антиангинальные препараты - б-адреноблокаторы,

нитраты, блокаторы Са-каналов.

Всем 35 пациентам с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и аритмиями выполнена антирефлюксная операция, так как коррекции рефлюкс-эзофагита осуществляется только хирургическим путем [6]. Пациенты в послеоперационном периоде продолжали получать назначенную антиангинальную терапию. Эндовидеохирургически прооперирован 21 больной, по лапаротомному доступу - 14 пациентов. При укорочении пищевода I степени или без него выполняли фундопликацию по методике А.Ф. Черноусова, при укорочении II степени - клапанную гастропликацию. Фундопликация выполнена у 15 (42,8%), клапанная гастропликация - у 20 (57,1%) пациентов. Задняя крурорафия с целью профилактики миграции содержимого брюшной полости выполнена у 8 (22,8%) пациентов, передняя крурорафия - у 2 (5,7%). Конверсии доступа не отмечено. После проведенного антирефлюксного оперативного лечения признаков рефлюкс-эзофагита рентгенологически не определялось. В послеоперационном периоде клинические проявления у 35 больных с выявленными аритмиями значительно уменьшились (диаграмма 3).

У 5 (14,2%) больных из 35 прооперированных с аритмиями отмечались боли за грудиной, у 3 (11,4%) - перебои в работе сердца, у 8 (22,8%) - сердцебиение отмечали. Достоверно ($p > 0.05$) отмечается снижение клинических проявлений.

В послеоперационном периоде 35 пациентам с выявленными аритмиями после антирефлюксной операции выполнялась ЭКГ, на которой отмечалось достоверное ($p > 0.05$) снижение показателей нарушения автоматизма, проводимости и возбудимости (таблица 3).

По данным выполненного холтеровского мониторирования в послеоперационном периоде паузы, связанные с синусовой аритмией выявлены у 15 (42,8,0%), одиночные наджелудочковые - у 13 (37,1%) и желудочковые экстраси-

стола - у 7 (20,0%), что указывает на достоверное ($p > 0.05$) снижение.

Антирефлюксное оперативное лечение у больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и выявленной при данном заболевании аритмии было эффективным, на что указывают результаты инструментальных методов обследования и качество жизни пациентов до и после оперативного вмешательства.

Выводы. В заключение следует подчеркнуть, что аритмии на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, связанные с анатомопографическими и физиологическими особенностями, являются частой клинической ситуацией, характеризующейся взаимоотягощающим влиянием обоих заболеваний на течение друг друга. Инструментальное исследование состояния сердечно-сосудистой системы при патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта показало, что наблюдается улучшение показателей нарушенного сердечного ритма, связанных с основным заболеванием, коррекция которых возможна только при хирургическом лечении основного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева О.П., Пикулев Д.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и ишемическая болезнь сердца — существует ли синдром взаимного отягощения? // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019. № 29 (4). С.66–73.
2. Антропова О.Н., Пырикова Н.В., Осипова И.В. Фибрилляция предсердий и гастроэзофагеальная болезнь: механизмы взаимосвязи, подходы к лечению // Российский кардиологический журнал. 2019. №7. С.103-109.
3. Беленков Ю.Н., Привалова Е.В., Юсупова А.О., Кожевникова М.В. Ишемическая болезнь сердца и рефлюкс-эзофагит: сложности дифференциального диагноза и лечения больных. Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2011; 21 (3): 4–12.
4. Вострякова Т.В., Шлейкова Е.Н., Пышкин С.А. Частота выявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014. № 11 (111). С. 94.
5. Еремина Е.Ю., Зверева С.И., Рябова Е.А. Вариабельность сердечного ритма у больных ГЭРБ. Мед. альманах. 2013; 25 (1): 37–40.
6. Можаровский ВВ, Цыганов АА, Можаровский КВ, Тарасов АА. Оценка эффективности хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Хирургия Журн им НИ Пирогова. 2017;(6):28-32. doi: 10.17116/hirurgia2017628-32.
7. Петровский Б.В., Каншин Н.Н. Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Вестник рентгенологии и радиологии — 1966. — №5. — С. 3 - 7.
8. Кач С.М. Современные подходы к инициальному и противорецидивному лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Гастроэнтерология. 2015. Т. 57. № 3. С.142-146.
9. Федосеева О.С. Взаимосвязь гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ишемической болезни сердца: особенности клинического течения и инструментальной диагностики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2012. 30 с.
10. Черноусов А. Ф. Клиника и хирургическое лечение приобретенного короткого пищевода: Автореферат дис. на

соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Науч.-исслед. ин-т клинич. и эксперим. хирургии М-ва здравоохранения РСФСР. - Москва : [б. и.], 1965. - 14 с.

11. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C., Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. Gut. 2014;63:871–80.
12. Huddy J.R., Markar S.R., Ni M.Z., M. Morino, Targarona E.M., Zaninotto G., Hanna G.B. Laparoscopic repair of hiatus hernia: Does mesh type influence outcome? A metaanalysis and European survey study. Surgical Endoscopy. 2016;12:5209–5221.
13. Dickman R., Maradey-Romero C., Gingold-Belfer R., Fass R. Unmet Needs in the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease // J Neurogastroenterol Motil. 2015 Jul; 21(3): 309–319. Published online 2015 Jul 3.
14. Maradey-Romero C., Fass R. New therapies for non-cardiac chest pain // Curr Gastroenterol Rep. 2014. №16. P. 390
15. Dave S., Witkiewitz K., Mc Mahon J., Pinderhughes E. Indirect effects of the fast track intervention on conduct disorder symptoms and callous/unemotional traits: distinct pathways involving discipline and warmth. Journal of abnormal child psychology. 2016. - № 3. - P. 587–597

SUMMARY

ARRHYTHMIAS IN PATIENTS OPERATED ON FOR HIATAL HERNIA

Khorobrykh T., Voevodina A., Korotky V., Gogokhia T., Patalova A., Klaushuk A.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Russian Federation. N. V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Moscow, Russian Federation

The purpose of this publication is to identify the prevalence of arrhythmia as one of the manifestations of gastrocardial syndrome in patients with hernias of the esophageal orifice of the diaphragm and reflux esophagitis. To evaluate the results of anti-reflux surgery in the dynamics of arrhythmia regression.

Materials and methods: the study included 101 patients with hiatal hernias who were undergoing inpatient examination and treatment.

Arrhythmia was detected in 35 (34.6%) of 101 patients with hernias of the esophageal orifice of the diaphragm. Arrhythmias are characteristic of cardiofundal (40%), subtotal (66.6%) and total (100.0%) hernias of the esophageal orifice of the diaphragm, were recorded at a younger age, were dependent on the duration of the underlying disease. Clinical manifestations of arrhythmia depended on the degree of shortening of the esophagus, most often arrhythmias occurred with shortening of the esophagus of the II degree in cardiofundal hernias (68.7%), subtotal (60.0%) and total (100.0%). As a result of antireflux surgery, clinical manifestations of arrhythmia regressed in 19 (54.3%), in 26 (74.2%) patients, electrocardiogram and Holter monitoring indicators decreased or were absent altogether.

In conclusion, it should be emphasized that arrhythmias on the background of hernia of the esophageal orifice of the diaphragm, associated with anatomotopographic and physiological features, are a frequent clinical situation characterized by the mutually aggravating effect of both diseases on each other. An instrumental study of the state of the cardiovascular system in the pathology of the upper gastrointestinal tract showed that there is an

improvement in the indicators of cardiac arrhythmias associated with the underlying disease, the correction of which is possible only with surgical treatment of the underlying disease.

Keywords: hiatal hernias, reflux esophagitis, arrhythmia.

РЕЗЮМЕ

АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Хоробрых Т.В., Воеводина А.А., Короткий В.И., Гогохия Т.Р., Паталова А.Р., Клаушук А.Е.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет); Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Москва, Российская Федерация

Целью исследования явилось определить частоту развития аритмии как одного из проявлений гастрокардиального синдрома у больных грыжами пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагитом и оценить результаты антирефлюксной операции в динамике регрессии аритмий.

В исследование включен 101 пациент с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, находившийся на стационарном обследовании и лечении.

У 35 (34,6%) из 101 пациента с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы выявлена аритмия. Аритмии характерны для кардиофундальных (40%), субтотальных (66,6%) и тотальных (100,0%) грыж пищеводного отверстия диафрагмы, зарегистрированы в более молодом возрасте, имеют зависимость от длительности основного заболевания. Клинические проявления аритмии зависят от степени укорочения пищевода, чаще аритмии встречаются с укорочением пищевода II степени при кардиофундальных грыжах (68,7%), субтотальных (60,0%) и тотальных (100,0%).

В результате антирефлюксной операции клинические проявления аритмии регрессировали у 19 (54,3%) пациентов, у 26 (74,2%) показатели электрокардиограммы и холтеровского мониторирования снизились или отсутствовали вовсе.

В заключение, следует подчеркнуть, что аритмии на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, связанные с анатомографическими и физиологическими особенностями, являются частой клинической ситуацией, характеризующейся взаимоотношениями влияния обоих заболеваний на течение друг друга. Инструментальное исследование состояния сердечно-сосудистой системы при патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта показало, что коррекция нарушений сердечного ритма, связанных с основным заболеванием, возможна только при хирургическом лечении основного заболевания.

რეზიუმე

არითმიები დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქრის გამო ნაოპერაციებ პაციენტებში

ტ.ხორობრიხი, ა.ვოევოდინა, ვ.კოროტკი, ტ.გოგოხია, ა.პატალოვა, ა.კლაუშუკი

მოსკოვის ი.სეჩენოვის სახ. პირველი სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი (სეჩენოვის უნივერსიტეტი); ნ.სკლიფოსოვსკის სახ. კლინიკური მედიცინის ინსტიტუტი, მოსკოვი, რუსეთის ფედერაცია

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა არითმიის, როგორც გასტროკარდიული სინდრომის ერთ-ერთი გამოვლინების, განვითარების სისწორის განსაზღვრა პაციენტებში დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქრით და რეფლუქს-ეზოფაგიტით და ანტირეფლუქსური ოპერაციის შედეგების შეფასება არითმიების რეგრესის დინამიკაში.

კვლევაში ჩართული იყო სტაციონარულ კვლევასა და მკურნალობაზე მყოფი 101 პაციენტი დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქრით.

დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქრის მქონე 35 (34,6%) პაციენტს გამოუვლინდა არითმია. არითმიები დამახასიათებელია დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის კარდიოფუნდური (40%), სუბტოტალური (66,6%) და ტოტალური (100,0%) თიაქრებისათვის, რომელიც დადგენილია უფრო ახალგაზრდა ასაკში და დამოკიდებულია ძირითადი დაავადების ხანგრძლივობაზე. არითმიების კლინიკური გამოვლინებანი დამოკიდებულია საყლაპავის დამოკლების ხარისხზე; არითმიები უფრო ხშირია საყლაპავის II ხარისხის დამოკლების შემთხვევაში კარდიოფუნდური (68,7%), სუბტოტალური (60,0%) და ტოტალური (100,0%) თიაქრების დროს.

ანტირეფლუქსური ოპერაციის შედეგად არითმიების კლინიკური გამოვლინებები რეგრესირდა 19 (54,3%) პაციენტში, 26 (74,2%) პაციენტში კი ელექტროკარდიოგრაფიული და ჰოლტერ-მონიტორინგის მანევრებები შემცირდა, ან საერთოდ არ იყო გამოხატული.

ავტორები დაასკვნიან, რომ არითმიები დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქრის ფონზე, დაკავშირებული ანატომიურ-ტოპოგრაფიულ და ფიზიოლოგიურ თავისებურებებთან, ხშირ კლინიკურ სიტუაციას წარმოადგენს, ახასიათებს ურთიერთდამამძიმებელი მოქმედება ორივე დაავადების მიმდინარეობაზე. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ინსტრუმენტულმა კვლევამ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ზედა განყოფილების პათოლოგიის დროს აჩვენა, რომ ძირითად დაავადებასთან დაკავშირებული გულის რიტმის დარღვევების კორექცია შესაძლებელია მხოლოდ ძირითადი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის პირობებში.