

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 6 (315) Июнь 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 6 (315) 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. რენტგენოგრამების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალების შედეგის 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:

Wollina U., Schönlebe J., Goldman A. PIGMENTED NODULAR CYSTIC HIDRADENOMA OF THE ANKLE.....	7
Iaroseski J., Harada G., Ramos R., Mottin C., Grossi J. OPEN RYGB LONG-TERM COMPLICATIONS: VENTRAL HERNIA - REPORT ON A 10-YEAR SINGLE-CENTER EXPERIENCE.....	9
Дузенко А.А. КОМОРБИДНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ И РИСК ТРОМБОГЕМОМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	14
Дроботун О.В., Стефанов Н.К., Колотилов Н.Н., Заирный И.М. ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КАК ПРЕДИКТОР ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА	20
Maghlaperidze Z., Kapetivadze V., Tabukashvili R., Lazashvili T., Kuparadze M., Gratiashvili E. THE ROLE OF INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 AND INSULIN IN DEVELOPMENT OF COLORECTAL CANCER.....	26
Venger O., Zhulkevych I., Mysula Yu. PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH SKIN CANCER	29
Лазко М.Ф., Маглаперидзе И.Г., Лазко Ф.Л., Призов А.П., Беляк Е.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУБАКРОМИАЛЬНОГО БАЛЛОНА INSPACE В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И МАССИВНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА.....	33
Sariyeva E. ANALYSIS OF MORTALITY AMONG PREGNANT WOMEN INFECTED WITH VIRAL HEPATITIS.....	39
Иванюшко Т.П., Поляков К.А., Аразашвили Л.Д., Симонова А.В. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ ПУТЕМ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОТЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ	45
Semenov E., Schneider S., Sennikov O., Khrystova M., Nikolaieva G. COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE STATUS OF PERI-IMPLANT AND PARODONTAL TISSUES	50
Janjalashvili T., Iverieli M. FREQUENCY OF PRESENCE OF PERIODONTOPATHOGENIC BACTERIA IN THE PERIODONTAL POCKETS	56
Мочалов Ю.А., Кеян Д.Н., Пасичник М.А., Кравцов Р.В. ПОКАЗАТЕЛИ СТЕПЕНИ АДГЕЗИИ К ТВЕРДЫМ ТКАНЯМ НЕВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ФОТОКОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В КОМБИНАЦИИ С РАЗЛИЧНЫМИ АДГЕЗИВНЫМИ СИСТЕМАМИ	61
Скрипченко Н.В., Егорова Е.С., Вильниц А.А., Скрипченко Е.Ю. ТЯЖЕЛОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	66
Vorobeva E., Suvorova M., Nesterova S., Gerasimova T., Emelin I. ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL, SOCIAL, AND LEGAL MEDICAL ASPECTS IN EVALUATING THE QUALITY OF PEDIATRIC ASSISTANCE.....	73
Heyken M., Horstmann H., Kerling A., Albrecht K., Kedia G., Kück M., Tegtbur U., Hanke AA. COMPARISON OF WEARABLES FOR SELF-MONITORING OF HEART RATE IN CORONARY REHABILITATION PATIENTS	78
Карустник Ю., Lutsenko R., Sydorenko A. COMBINED PHARMACOLOGICAL THERAPY INCLUDING SEVERAL ANTIARRHYTHMIC AGENTS FOR TREATMENT OF DIFFERENT DISORDERS OF CARDIAC RHYTHM.....	85

Gulatava N., Tabagari N., Tabagari S. BIOELECTRICAL IMPEDANCE ANALYSIS OF BODY COMPOSITION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE	94
Avagimyan A., Sukiasyan L., Sahakyan K., Gevorgyan T., Aznauryan A. THE MOLECULAR MECHANISM OF DIABETES MELLITUS - RELATED IMPAIRMENT OF CARDIOVASCULAR HOMEOSTASIS (REVIEW)	99
Kletskova O., Rusanov A., Rusanova O., Riziq Allah Mustafa Gaowgzeh, Nikanorov A. PHYSICAL THERAPY PROGRAM IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS WITH OBESITY	103
Varim C., Celik F., Sunu C., Kalpakci Y., Cengiz H., Öztop K., Karacer C., Yaylaci S., Gonullu E. INFLAMMATORY CELL RATIOS IN THE PATIENTS WITH FIBROMYALGIA.....	108
Maruta N., Kolyadko S., Fedchenko V., Yavdak I., Linska K. CLINICAL, GENEALOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL RISK MARKERS OF RECURRENT DEPRESSION	113
Ярославцев С.А., Опря Е.В., Каленская Г.Ю., Панько Т.В., Денисенко М.М. ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ	119
Шарашенидзе Г.З., Цимакурдзе М.П., Чхиквишвили И.Д., Габунია Т.Т., Гогия Н.Н., Ормоцадзе Г.Л. БАЙЕСОВСКИЙ АНАЛИЗ СМЕСЕЙ ВЕРОЯТНОСТНЫХ РАСПРЕДЕЛЕНИЙ ОБЩЕЙ АНТИРАДИКАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ В ПОПУЛЯЦИЯХ СЕЛ САЧХЕРСКОГО РАЙОНА ГРУЗИИ.....	125
Линник Н.И., Гуменюк Н.И., Лискина И.В., Гуменюк Г.Л., Игнатъева В.И., Тарасенко Е.Р. ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ COVID-19 ПНЕВМОНИИ.....	129
Мерник А.М., Ярошенко О.Н., Иншин Н.И., Лукьянов Д.В., Гиляка О.С. ВАКЦИНАЦИЯ: ПРАВО ЧЕЛОВЕКА ИЛИ ОБЯЗАННОСТЬ	135
Gorgiladze N., Sachaleli N. COVID-19 VACCINATION: CHALLENGES AND OUTCOMES OF GEORGIAN HEALTHCARE SYSTEM.....	141
Nikolaishvili N., Chichua G., Muzashvili T., Burkadze G. MICROENVIRONMENT ALTERATIONS IN CONJUNCTIVAL NEOPLASTIC LESIONS WITH DIFFERENT PROLIFERATION-APOPTOTIC CHARACTERISTICS	152
Lytvynenko M., Narbutova T., Vasylyev V., Bondarenko A., Gargin V. MORPHO-FUNCTIONAL CHANGES IN ENDOMETRIUM UNDER THE INFLUENCE OF CHRONIC ALCOHOLISM.....	160
Museridze N., Tutisani A., Chabradze G., Beridze N., Muzashvili T. TUMOR INFILTRATING LYMPHOCYTES PECULIARITIES IN DIFFERENT HISTOPATHOLOGICAL AND MOLECULAR SUBTYPES OF GASTRIC CARCINOMA.....	165
Belenichev I., Gorbachova S., Pavlov S., Bukhtiyarova N., Puzyrenko A., Brek O. NEUROCHEMICAL STATUS OF NITRIC OXIDE IN THE SETTINGS OF THE NORM, ISHEMIC EVENT OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM, AND PHARMACOLOGICAL BN INTERVENTION	169
Яремчук О.З., Лисничук Н.Е., Небесная З.М., Крамар С.Б., Кулицкая М.И., Шанайда М.И., Делибашвили Д.Г. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ МОДУЛЯТОРОВ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА	177
Japharidze S., Kvachadze I., Tsimakuridze Mar., Tsimakuridze M., Arabidze M. HYGIENIC ASSESSMENT OF WORKPLACE ENVIRONMENTAL AIR POLLUTION OF TBILISI CITY MUNICIPAL TRANSPORT AND THEIR SERVICES	181
Korinteli T., Gorgaslidze N., Nadirashvili L., Erkomaishvili G. CHEMICAL MODIFICATION OF BROMELAIN WITH DEXTRAN ALDEHYDE AND ITS POTENTIAL MEDICAL APPLICATION	185
Dinets A., Nykytiuk O., Gorobeiko M., Barabanchyk O., Khrol N. MILESTONES AND PITFALLS IN STRATEGIC PLANNING OF HEALTHCARE IN CAPITAL CITY IN TRANSITION.....	189

ციენტთა ფსიქოლოგიური რეაქციის თავისებურებების შესწავლას.

კვლევის მიზანს წარმოადგენს კანის სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთა ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური მახასიათებლების და ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების შესწავლა გენდერული განსხვავებების გათვალისწინებით.

41 კაცი და 29 ქალი არამელანომის III სტადიის ავთვისებიანი ეპითელიომით გამოკითხულია პიროვნების მოკლე მრავალმხრივი კითხვარის და SCL-90-R კითხვარის გამოყენებით.

ქალების ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიურ პროფილში, პიროვნების მოკლე მრავალმხრივი კითხვარის მიხედვით, გამოვლინდა იპოქონდრიის ($75,03 \pm 2,82$ ქულა, $p < 0,05$), დეპრესიის ($82,34 \pm 4,39$ ქულა, $p < 0,05$), ისტერიის ($66,31 \pm 5,63$ ქულა, $p < 0,05$), ფსიქოსთენიის ($80,86 \pm 4,18$ ქულა, $p < 0,05$) ხოლო SCL-90-R კითხვარის მიხედვით - სომატიზაციის ($2,75 \pm 0,49$ ქულა, $p < 0,05$), ობსესიურ-კომპულსიური სიმპტომების ($1,71 \pm 0,58$ ქულა, $p < 0,05$), ინტერპერსონალური მგრძობელობის ($1,36 \pm 0,42$ ქულა, $p < 0,05$), დეპრესიის ($2,69 \pm 0,16$ ქულა, $p < 0,01$) და შფოთ-

ვის ($2,29 \pm 0,83$ ქულა, $p < 0,05$) მაღალი მაჩვენებლები. მამაკაცებში გამოვლინდა ჰიპომანიის ($45,61 \pm 13,49$ ქულა, $p < 0,05$) და მტრული დამოკიდებულების ($1,18 \pm 0,76$ ქულა, $p < 0,05$) უფრო მაღალი ქულები. ეს მახასიათებლები წარმოადგენს სერიოზულ ავთვისებიან დაავადებაზე ფსიქოლოგიური რეაქციების კომპლექსის ასახვას, აგრეთვე ფსიქოლოგიური მოდელების გენდერულ მახასიათებლებს; მნიშვნელოვანია ასაკთან დაკავშირებული ფსიქოპათოლოგიური ცვლილებების გავლენის გათვალისწინება.

კვლევამ გამოავლინა კანის სიმსივნესთან დაკავშირებული გენდერული განსხვავებები ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომებში, მათ შორის გამოსატყუელი დეპრესიული, შფოთვითი და იპოქონდრიული მიდრეკილებები, ასევე სომატური ფიქსაციები და ასთენიზაციის მოვლენები, რომლებიც ქალებში უფრო მკვეთრად არის გამოხატული. მამაკაცებისთვის დამახასიათებელია მტრული მოქმედებები, ხოლო დეპრესიული, შფოთვითი და იპოქონდრიული გამოვლინებები დამახასიათებელია კანის კიბოთი დაავადებული როგორც ქალების, ისე მამაკაცებისათვის.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУБАКРОМИАЛЬНОГО БАЛЛОНА INSPACE В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И МАССИВНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Лазко М.Ф., Маглаперидзе И.Г., Лазко Ф.Л., Призов А.П., Беляк Е.А.

Российский университет дружбы народов, Медицинский институт, кафедра травматологии и ортопедии; ГБУЗ ГКБ им. В.М. Бянова ДЗМ, Москва, Россия

Повреждение плечевого сустава (ПС) остается одной из часто встречающихся проблем современного здравоохранения, составляя от 16 до 55% от всех повреждений крупных суставов человеческого организма [1]. По данным S. Burkhart [2], частота обращений пациентов в медицинские учреждения в связи с повреждением ПС может достигать 30 случаев на 1000 ед. населения. Одной из наиболее часто встречающейся проблемой является повреждение вращательной манжеты плеча (ВМП).

Повреждения ВМП часто сочетаются с другими повреждениями ПС, встречаясь от 5 до 39% случаев, средний возраст пациентов с данной патологией варьирует в пределах от 40 до 60 лет [3].

Повреждения ВМП часто встречаются в результате прямой травмы (65-84% случаев) [4]. Однако повреждению ВМП не всегда предшествует прямая травма [5]. D. Harriman et al [6] провели гистологическое исследование ВМП, оценив ее структуру, они выделили в ней 5 слоев тканей, отметив увеличение их плотности, по ходу спереди-назад по головке плечевой кости. Ткани ВМП со стороны субакромиального пространства имеют наибольшую зону кровоснабжения. По мере прохождения тканевых слоев ВМП к головке плечевой кости сосуды постепенно переходят от большого калибра к меньшему. Поэтому кровоснабжение сухожилий в зоне при-

крепления к головке плечевой кости значительно ниже, что является предрасполагающим фактором к развитию дегенеративно-дистрофических процессов в этой зоне с последующим образованием разрывов ВМП, зачастую переходящих в большие и массивные [7-9].

В настоящее время в лечении повреждений ВМП используется артроскопический метод с использованием однорядного или двухрядного швов [10]. Основной целью метода является восстановление нормальной анатомии ПС за счет рефиксации поврежденных сухожилий в зоне их прикрепления и создание условий для их последующего биологического приживления. Однако, это не всегда приводит к оптимальному сращению сухожилий, приводя к их повторному разрыву [11].

Так Laffose L. [16] предложил использовать субакромиальный баллон при восстановлении сухожилий ВМП. Модифицировав методику установки баллона, он предположил, что это позволит снизить пиковое давление на восстановленные сухожилия в зоне шва, равномерно распределить давление на них, предотвратить контакт между акромиальным отростком лопатки и сухожилиями ВМП и восстановить центр ротации ПС. Chevalier Y. et al [17] провели собственное кадаверное исследование, в котором сравнили изменение давления на восстановленные сухожилия после установки.

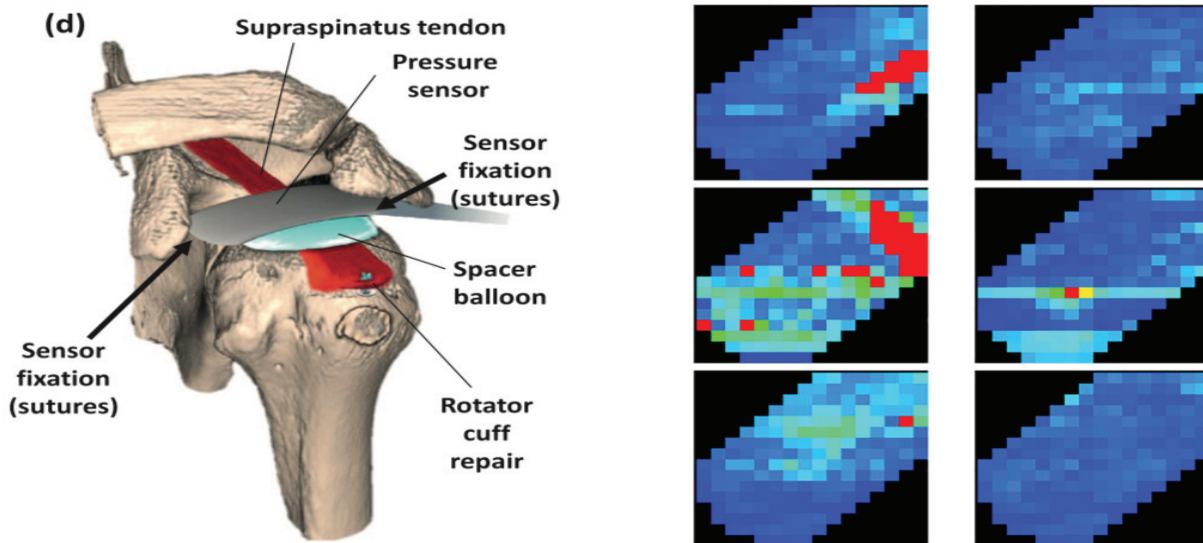


Рис. 1. А - схематическое расположение чувствительной пластины, расположенной между восстановленным сухожилием ВМП и субакромиальным баллоном.

Б - Картина распределения давления в экспериментальном исследовании. Левый столбец показывает картину шва ВМП. Слева использована комбинированная методика. Красным цветом указаны зоны максимального давления, синим - минимального

При циклическом отведении плеча у 6 свежемороженых препаратов от 0 до 90° на динамической установке авторы выявили, что комбинированная методика позволяет равномерно распределять давление на сухожилие в зоне foot print головки плечевой кости, снижать пиковое давление в зоне шва сухожилий ВМП и центрировать головку плечевой кости относительно суставной впадины лопатки [13].

Материал и методы. Проанализировав вышеизложенные данные, нами использована комбинированная методика по установке субакромиального баллона InSpace вместе со швом у пациентов с большими и массивными восстанавливаемыми повреждениями ВМП с ретракцией сухожилий по классификации Patte 1-2 ст., признаками жировой перестройки мышечной ткани по классификации Goutallier 1-2 ст., с выраженным болевым синдромом и значительным снижением функции ПС.

С марта 2018 года по январь 2021 года на базе Городской клинической больницы им. В.М. Буянова пролечено 25 пациентов (16 женщин и 9 мужчин), которым выполнен шов ВМП с последующей установкой субакромиального баллона, состоящего из полимолочной кислоты (L-lactide-co-caprolactone), который полностью биодеградирует спустя 8-12 мес. от момента операции и не вызывает образования рубцово-спаечного процесса в субакромиальном пространстве [14]. Средний возраст пациентов составил 58±5 лет. У всех пациентов диагностирован большой или массивный, восстанавливаемый разрыв сухожилий ВМП (сухожилие надостной, подостной, подлопаточной мышц). Степень жировой перестройки мышечной ткани поврежденных сухожилий оценивалась по классификации Goutallier и составила 1-2 ст. [15]. В исследование включены также пациенты, у которых степень ретракции сухожилий по классификации Patte расценена как 1-2 ст. [11]. У 10 (40%) пациентов выявлено изолированное повреждение сухожилия надостной мышцы и у 15 (60%) пациентов - комбинированное повреждение сухожилий надостной и подостной или подлопаточной мышц. Из сопутствующих патологий отмечена

патология сухожилия длинной головки бицепса (СДГБ) у 10 (40%) пациентов, выражавшаяся в форме тендинита или частичного повреждения сухожилия, которая потребовала одномоментной тенотомии сухожилия во всех случаях. 14 (56%) пациентам выполнена одномоментная костная акромиопластика с помощью артроскопического бура. Артроскопия плечевого сустава выполнялась с использованием трех основных артроскопических доступов: заднего, переднего и латерального. Во время шва поврежденных сухожилий ВМП использовались дополнительные передне-латеральный и задне-латеральный порты. По завершению шва сухожилий ВМП, в полость субакромиального пространства через латеральный порт устанавливался субакромиальный баллон InSpace, с целью определения стабильности баллона в плечевом суставе проводились пассивные движения, оценка стабильности велась под артроскопическим контролем.

Для контрольной группы в исследование включены 25 пациентов, которым выполнен шов сухожилий ротаторов без установки субакромиального баллона. Группа пациентов сопоставима по полу, возрасту и характеру повреждения ВМП относительно основной группы. Она включала 14 (56%) женщин и 11 (44%) мужчин, которым произведен однорядный шов ВМП с применением самозатягивающихся анкерных фиксаторов типа Magnum. Средний возраст пациентов составил 56±4 года. Характер повреждения сухожилий ВМП, степень их ретракции и уровень перестройки мышечной ткани были сопоставимы с таковыми у пациентов основной группы.

Техника артроскопической операции. Все оперативные пособия выполнялись с использованием комбинированной анестезии (проводниковая анестезия + эндотрахеальный наркоз). Пациент располагался на операционном столе в положении по типу «Пляжного кресла». Операция проводилась в несколько этапов.

Этап 1 – через стандартный задний артроскопический порт проводилась гидродilatация ПС с его последующей

диагностикой. Визуализировались и оценивались внутренние структуры сустава: суставные поверхности, фиброзно-хрящевая губа, СДГБ, визуализировался размер и характер повреждения ВМП. При необходимости одновременно проводилась тенотомия СДГБ.

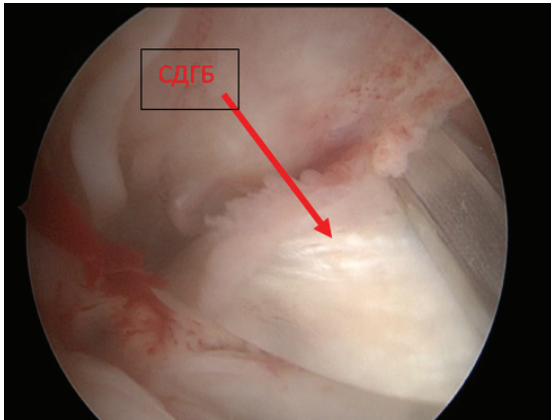


Рис. 2. Участок разволокнения СДГБ в зоне прикрепления к суставному отростку лопатки

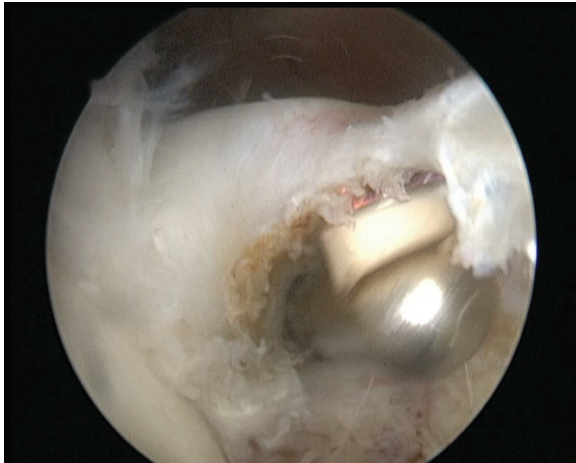


Рис. 3. Тенотомия СДГБ с использованием холодно-плазменной абляции

Этап 2. Артроскоп переводился в субакромиальное пространство, выполнялась гидродилатация субакромиального пространства с его последующей декомпрессией при помощи вара и шейвера. Затем артроскоп устанавливался через латеральный порт и при помощи дополнительных передне-латерального и задне-латерального портов проводился релиз поврежденных сухожилий ВМП с использованием вара.

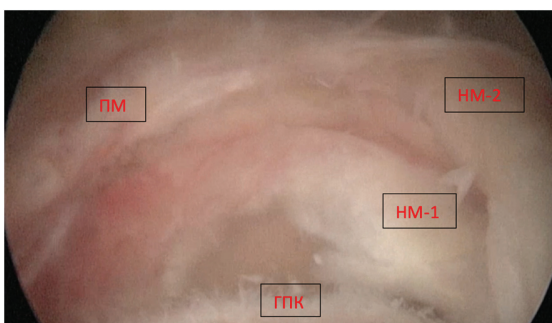


Рис. 4. Вид массивного повреждения сухожилия надостной мышцы с переходом на сухожилие подостной мышцы

через классический латеральный порт: НМ-1 - глубокий листок сухожилия надостной мышцы, НМ-2 - поверхностный листок сухожилия надостной мышцы, ПМ - сухожилие подостной мышцы, ГПК - головка плечевой кости

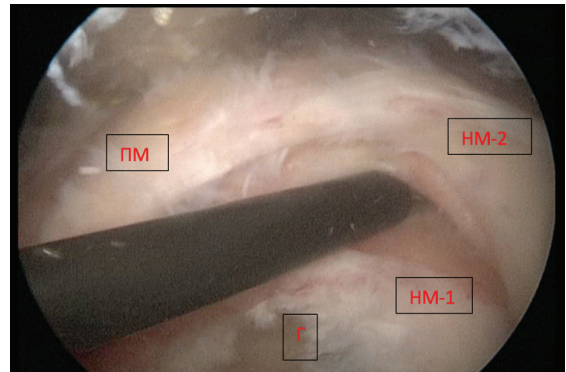


Рис. 5. Релиз сухожилия надостной мышцы от суставного отростка лопатки (гленоида) при помощи вара. НМ-1 - глубокий листок сухожилия надостной мышцы, НМ-2 - поверхностный листок сухожилия надостной мышцы, ПМ - сухожилие подостной мышцы, Г - гленоид

Этап 3. После обработки зоны «foot print» при помощи бура, выполнялось поэтапное прошивание поврежденных сухожилий ВМП при помощи автоматического инструмента.

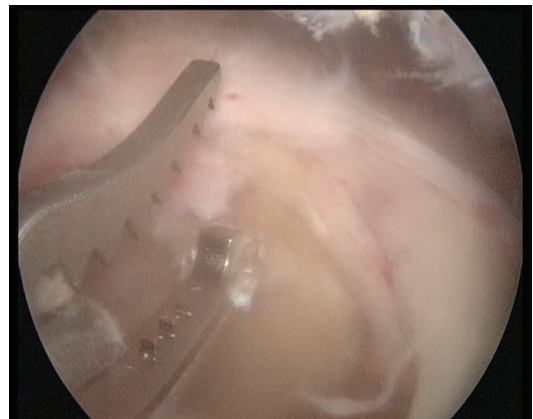


Рис. 6. Прошивание части сухожилия надостной мышцы при помощи автоматического шовителя

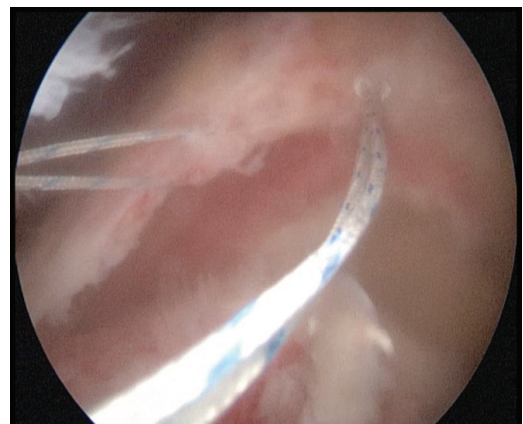


Рис. 7. Вид прошитого сухожилия после блокировки в нем фиксационных нитей

Этап 4. После прошивания поврежденных сухожилий ВМП, спустя дополнительные верхние задне-латеральный и передне-латеральные порты выполнялось формирование каналов в головке плечевой кости при помощи пробойника. Далее в каналы установлены автоматические анкерные фиксаторы типа Magnum.

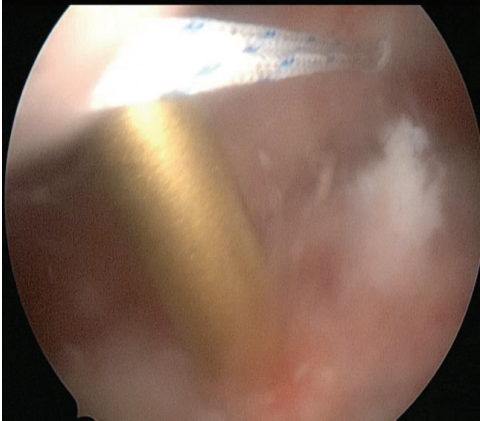


Рис. 8. Формирование каналов в головке плечевой кости при помощи пробойника

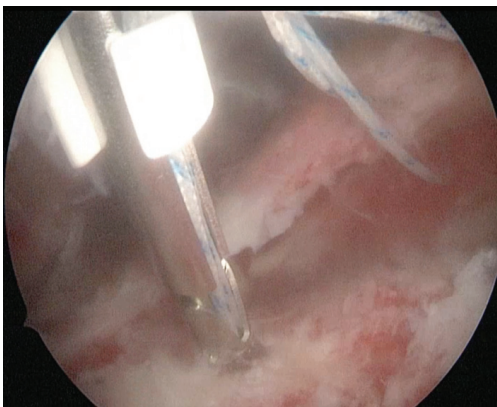


Рис. 9. Установка анкерного фиксатора в произведенный ранее канал

Этап 5. Далее проводилось поэтапное натяжение нитей, с последующей рефиксацией сухожилий в зоне «foot print». За счет этой техники удалось постепенно натянуть сухожилия, не вызывая их перенапряжения с последующим возможным образованием «собачьих ушей».

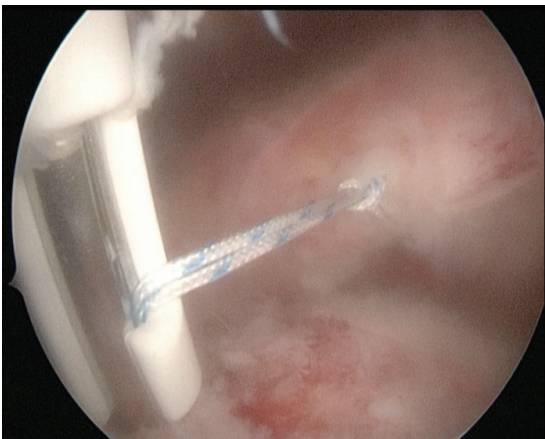


Рис. 10. Затягивание нити с последующей её блокировкой в анкерном фиксаторе



Рис. 11. Вид части рефиксированного сухожилия надостной мышцы к головке плечевой кости

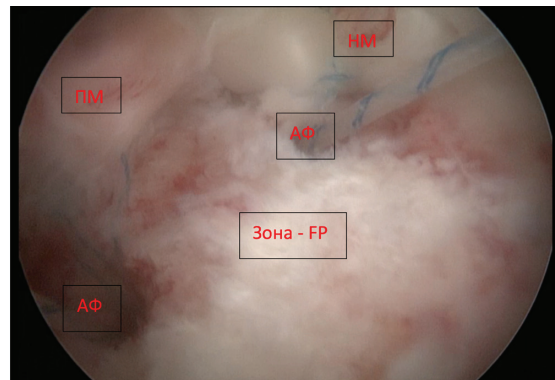


Рис. 12. Конечный вид рефиксированных сухожилий ВМП. ПМ - сухожилие подостной мышцы, НМ - сухожилие надостной мышцы, АФ - анкерный фиксатор, зона - FP - зона «foot print»

Этап 6. В конце проводилось расширение латерального доступа до 1 см. Через латеральный порт в полость субакромиального пространства над восстановленными сухожилиями вводился баллон в защитном тубусе. Затем тубус удалялся и баллон заполнялся физиологическим раствором на 30% меньшего объема от заявленных изготовителем рекомендаций. С целью предотвращения избыточного давления на восстановленные сухожилия ВМП во всех случаях использовались баллоны среднего размера.

Курс реабилитационного лечения в двух группах пациентов был одинаков и состоял из 3 этапов. Первый этап – иммобилизация. Оперированная верхняя конечность фиксировалась в косыночной повязке периодом до 3 недель от момента операции. Второй этап – разработка пассивных движений в суставе. В этом периоде пациентам разрешалось выполнять пассивные движения в прооперированном плечевом суставе, которые направлены на растяжение капсулы сустава. Этот этап длился от 3 до 6 недель от момента операции. Третий этап - разработка активных движений в суставе, начинался с 7 недели после операции. Пациентам разрешалось выполнять упражнения, направленные на статическое укрепление мышц плечевого пояса с постепенной работой с утяжелителями и вернуться к прежнему образу жизни не раньше, чем спустя 4-6 мес. от момента операции, что зависело от типа повреждения и характера перестройки мышечной ткани в жировую.

Для оценки функции ПС использовали шкалу Калифорнийского университета Лос-Анджелеса (UCLA), согласно которой при сумме баллов от 0 до 20 результат расценивался

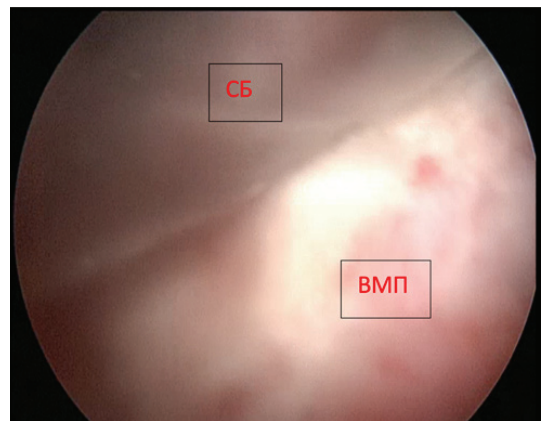
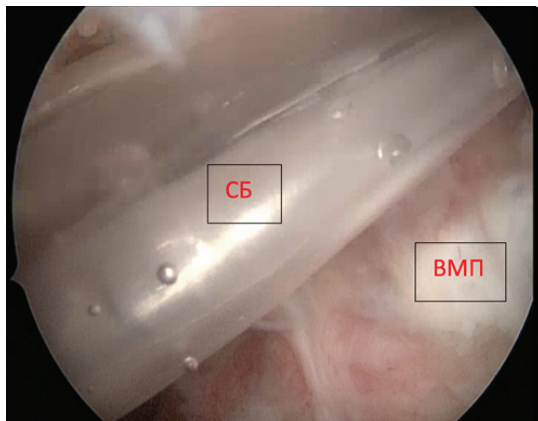


Рис. 13. Вид заполнения субакромиального баллона физиологическим раствором на восстановленных сухожилиях.
СБ - субакромиальный баллон, ВМП - восстановленные сухожилия ВМП

как плохой, от 21 до 27 – как удовлетворительный, 28–33 – как хороший и 33–35 как отличный. Среднее значение показателей в исследуемой группе до операции составило 16 ± 3 (15–19) балла, спустя 12 мес. после операции 33 ± 1 (32–34) балла ($p < 0,005$); в контрольной группе до операции 17 ± 3 (14–20) баллов, спустя 12 мес. после однорядного шва составил, в среднем, 30 ± 3 (29–33) балла. Статистический анализ проведен по критерию Стьюдента. Пациенты основной группы (шов ВМП + установка субакромиального баллона) отметили раннее снижение болевого синдрома в послеоперационном периоде и более быстрое восстановление функции во время и после реабилитационного лечения.

Заключение. ВМП является ключевой анатомической структурой ПС, необходимой для его правильной стабилизации за счет сохранения центра ротации головки плечевой кости относительно гленоида и динамическим стабилизатором ПС. В случае больших и массивных повреждений ВМП запускается патологический каскад изменений в плечевом суставе, приводящий к резкому снижению его функции. Эту проблему удастся решить за счет рефиксации поврежденных сухожилий с использованием однорядного или двухрядного шва. Однако, не все повреждения могут быть полностью восстановимы, а количество рецидивов, после восстановления, достаточно высокое. Группа ученых под руководством Laffosse L. [16] впервые описала многообещающие результаты использования шва ВМП, дополненного установкой субакромиального баллона. Chevalier Y. с соавт. [17] в последующем провели собственное кадаверное исследование, в котором описали положительные результаты при использовании комбинированной методики. Наш опыт показывает лучшие результаты при использовании комбинированной методики. В исследовании отмечено, что использование субакромиального баллона позволяет пациентам быстрее вернуться к прежнему образу жизни в сравнении с пациентами контрольной группы, что, на наш взгляд, вызвано равномерным распределением давления по всей зоне сухожилия в месте «foot print» и создает оптимальные условия для восстановления поврежденных сухожилий ВМП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов С.В. Кавалерский Г.М. Плечо. Современные хирургические технологии. - М.: Медицина, 2009. - 192 с
2. Burkhart S., Barth J. Arthroscopic repair of massive rotator cuff tears with stage 3 and 4 fatty degeneration 2007 Apr;23(4):347-54. doi: 10.1016/j.arthro.2006.12.012.
3. Фоменко С.М., Алекперов А.А., Симагаев Р.О. Повреждения ротаторной манжеты // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 21.
4. Brogan D.M., Carofino B.C., Kircher M.F. et al. Prevalence of Rotator Cuff Tears in Adults with Traumatic Brachial Plexus Injuries / Brogan D.M., Carofino B.C., Kircher M.F. et al. / J. Bone. Joint. Surg. Am.- 2014. - Vol. 96. – P.139 (1–6).
5. Clark J.M, Harryman DT 2nd. Tendons, ligaments, and capsule of the rotator cuff. Gross and microscopic anatomy. J Bone Joint Surg Am. 1992;74:713-725.
6. Lohr J.F, Uthoff H.K. The microvascular pattern of the supraspinatus tendon. Clin Orthop Relat Res 1990;254:35–38.
7. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1994: 1.1–10.12.
8. Claudius Gückel; Andreas Nidecker (1997). Diagnosis of tears in rotator-cuff-injuries. 1997; 25(3): 0–176. doi:10.1016/s0720-048x(97)01171-6.
9. Michael B. Zlatkin; Cary Hoffman; Frank G. Shellock. Assessment of the rotator cuff and glenoid labrum using an extremity MR system: MR results compared to surgical findings from a multi-center study 2004; 19(5), 623–631. doi:10.1002/jmri.20040
10. Tsuno, Kanami; Kawakami, Norito; Shimazu, Akihito; Shimada, Kyoko; Inoue, Akiomi; P. Leiter, Michael. Workplace incivility in Japan: Reliability and validity of the Japanese version of the modified Work Incivility Scale. Journal of Occupational Health 2017; 59(3), 237–246. doi:10.1539/joh.16-0196-0a
11. Szöllösy, Gregor; Rosso, Claudio; Fogerty, Simon; Petkin, Kalojan; Lafosse, Laurent. Subacromial Spacer Placement for Protection of Rotator Cuff Repair. Arthroscopy Techniques 2014; 3(5), e605–e609. doi:10.1016/j.eats.2014.06.017.
12. Chevalier, Yan; Pietschmann, Matthias F.; Thorwächter, Christoph; Chechik, Ofir; Adar, Eliyahu; Dekel, Assaf; Müller, Peter E. Biodegradable spacer reduces the subacromial pressure: A biomechanical cadaver study. Clinical Biomechanics 2017; S0268003317303200.doi:10.1016/j.clinbiomech.2017.12.008.
13. Vladimir Senekovic, Boris Poberaj. Prospective clinical study of a novel biodegradable sub-acromial spacer in treatment of massive irreparable rotator cuff tears. 2013; 23(3), 311–316. doi:10.1007/s00590-012-0981-4.
14. Goutallier D., Postel J.M., Bernageau J., Voisin M.C. Fatty muscle degeneration in cuff ruptures. Pre- and postoperative evaluation by CT scan. Clin. Orthop. Relat. Res. 1994. No 304. P. 78-83.
15. Lafosse L., MD, Roman Brzoska, MD, Bruno Toussaint,

MD, and Reuben Gobeze, MD. The Outcome and Structural Integrity of Arthroscopic Rotator Cuff Repair with Use of the Double-Row Suture Anchor Technique. Surgical Technique. The original scientific article in which the surgical technique was presented was published in JBJS Vol. 89-A, pp. 1533-41, July 2007.

16. Chevalier, Yan, Pietschmann, Matthias F., Thorwächter, Christoph, Chechik, Ofir, Adar, Eliyahu, Dekel, Assaf; Müller, Peter E. Biodegradable spacer reduces the subacromial pressure: A biomechanical cadaver study. Clinical Biomechanics 2017; S0268003317303200.doi:10.1016/j.clinbiomech.2017.12.008.

SUMMARY

EXPERIENCE OF USING INSPACE SUBACROMIAL BALLOON FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH LARGE AND MASSIVE ROTATOR CUFF TEARS

Lazko M., Maglaperidze I., Lazko F., Prizov A., Belyak E.

Peoples' Friendship University of Russia, Medical Institute, Department of Traumatology and Orthopedics; City Clinical Hospital. V.M. Buyanova, Moscow, Russia

The large and massive rotator cuff tears lead to a significant decrease in the shoulder joint (SJ) function and the development of severe pain syndrome in it. Frequently, such injuries are difficult to recover fully, and the number of relapses after their recovery is quite high. The combined method of rotator cuff repair single-row suture anchor technique with concomitant use of a subacromial balloon spacer, allows to achieve the best results in the treatment of this group of patients.

Objective - improvement of the treatment results in patients with large and massive rotator cuff injuries.

The results of treatment using a single-row suture anchor technique with concomitant use of a subacromial balloon spacer

er have been described in 25 patients (mean age 58±5 years) with large and massive rotator cuff injuries. In the study were involved the patients with 1-2 grade of fatty muscle atrophy according to the Goutallier classification, and retraction of the damaged tendons did not exceed 2 degrees.

The mean UCLA activity scores prior to the surgery was 16±3 points (15-19), and in 12 months after the surgery 33±1 points (32-34), respectively. All the results obtained were regarded as: good and excellent. The obtained results evidence the advantage of the combined method of rotator cuff repair by insulated suture.

Keywords: arthroscopy, rotator cuff, rotator cuff suture, rotator cuff injuries, shoulder joint, In Space balloon.

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУБАКРОМИАЛЬНОГО БАЛЛОНА INSPACE В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И МАССИВНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Лазко М.Ф., Маглаперидзе И.Г., Лазко Ф.Л., Призов А.П., Беляк Е.А.

Российский университет дружбы народов, Медицинский институт, кафедра травматологии и ортопедии; ГБУЗ Городская клиническая больница им. В.М. Буянова ДЗМ, Мос-ква, Россия

Большие и массивные повреждения вращательной манжеты плеча (ВМП) приводят к значительному снижению функции плечевого сустава (ПС) и развитию выраженного болевого синдрома в нем. Зачастую, такие повреждения сложны в своем восстановлении, а количество рецидивов после их восстановления весьма высокое. Комбинированная методика по одноэтапному шву ВМП, дополненная установкой субакромиального баллона, позволяет добиться лучших результатов в лечении данной группы пациентов.

Цель исследования - улучшить результаты лечения пациентов с большими и массивными повреждениями вращательной манжеты плеча.

Описаны результаты лечения пациентов (n=25, средний возраст 58±5 лет) с большими и массивными, восстанавливаемыми повреждениями ВМП с одноэтапным швом ВМП, дополненным установкой субакромиального баллона. В исследование включены пациенты, у которых степень жировой атрофии мышечной ткани по классификации Goutallier составила I-II ст., а степень ретракции поврежденных сухожилий не превышала II ст. Средний балл по шкале UCLA до операции составил 16±3 (15-19), спустя 12 месяцев после операции - 33±1 (32-34). Результаты расценены как хорошие и отличные. Полученные данные указывают на эффективность комбинированного метода восстановления ВМП изолированным швом.

რეზიუმე

სუბაკრომიული ბალონის INSPACE გამოყენების ეფექტურობა მხრის მბრუნავი მანჯეტის დიდი და მასიური დაზიანებებით პაციენტების მკურნალობაში

მ.ლაზკო, ი.მაღლაფერიძე, ფ.ლაზკო, ა.პრიზოვი, ე.ბელიაკი

რუსეთის ხალხთა მეგობრობის უნივერსიტეტი, სამედიცინო ინსტიტუტი, ტრავმატოლოგიისა და ორთოპედიის კათედრა; ვ.ბუიანოვის სახელობის საქალაქო კლინიკური საავადმყოფო, მოსკოვი, რუსეთი

მხრის მბრუნავი მანჯეტის დიდი და მასიური დაზიანებები იწვევს მხრის სახსრის ფუნქციის მნიშ-

ვნელოვან დაქვეითებას და გამოხატული ტკივილის სინდრომის ჩამოყალიბებას მასში.

ხშირად ასეთი დაზიანებები აღდგენის თვალსაზრისით რთულია, ხოლო რეციდივების რაოდენობა მათი აღდგენის შემდეგ – საკმაოდ ხშირი.

მხრის მბრუნავი მანქეტის ერთეტაპიანი ნაკერის კომბინირებული მეთოდით, შევსებული სუბაკრომიული ბალონის ჩადგმით, იძლევა მკურნალობის უკეთესი შედეგების მიღწევის საშუალებას პაციენტების ამ ჯგუფში.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა მხრის მბრუნავი მანქეტის დიდი და მასიური დაზიანებებით პაციენტების მკურნალობის შედეგების გაუჯობებსება.

აღწერილია მხრის მბრუნავი მანქეტის დიდი და მასიური, აღდგენადი დაზიანებების მქონე 25 პაციენტის (საშუალო ასაკი – 58±5 წელი) მკურნალობის

შედეგები მხრის მბრუნავი მანქეტის ერთეტაპიანი ნაკერით და სუბაკრომიული ბალონის დამატებითი ჩადგმით. კვლევაში ჩართული იყო პაციენტები კუნთოვანი ქსოვილის ცხიმოვანი ატროფიის I-II ხარისხით (Goutallier-ის მიხედვით), დაზიანებული მყესების რეტრაქციის ხარისხი არ აღემატებოდა II სტადიას.

საშუალო ქულა UCLA-სკალის მიხედვით ოპერაციამდე შეადგენდა 16±3 (15-19), ოპერაციიდან 12 თვის შემდეგ - 33±1 (32-34). შედეგები შეფასებულ იქნა, როგორც კარგი და საუკეთესო.

მიღებული მონაცემები მიუთითებს მხრის მბრუნავი მანქეტის იზოლირებული ნაკერით აღდგენის კომბინირებული მეთოდის უპირატესობაზე.

ANALYSIS OF MORTALITY AMONG PREGNANT WOMEN INFECTED WITH VIRAL HEPATITIS

Sariyeva E.

Azerbaijan Medical University, II Department of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbaijan

Scientific sources indicate that viral hepatitis ranks third after septic abortion and postpartum sepsis among the causative factors of maternal mortality. In two-year studies conducted in developing countries, 26 maternal deaths from viral hepatitis were recorded in hospitals with 91,0 deaths per 100,000 newborns born alive [1]. Hepatitis B and hepatitis C viruses cause serious problems before the World Health. It is believed that women of reproductive age with chronic HBV infection are the main source of spread of the virus. According to foreign scientific sources, in regards to gender characteristics of viral hepatitis, it is reported that hepatitis B is more common in women, especially at the age of 25-39 years. This fact is necessary because the indicated age period includes the reproductive age period and corresponds to the period of pregnancy of women [2]. Other authors write that viral hepatitis is the cause of 29,43 % cases of maternal mortality. The authors note that in all cases of death, hepatic encephalopathy occurs: coagulopathy in 14.28 % of cases, gastro-intestinal bleeding in 12.69 % of cases, and liver-kidney failure in 11.11% of cases. Fulminant hepatic failure leads to maternal death [3]. Studies of Meharunnisa Khaskheli and his co-workers (2014) indicated that compared with HCV negative pregnancies, 19,11 % of prenatal bleeding and 88.88 % of postnatal maternal bleeding were found in HCV positive pregnancies. In positive pregnancies with hepatitis C, underlying conditions manifest themselves in the form of intravascular coagulation syndrome in 11,91% of cases, and in the form of shock in 8,03% of cases. In mothers infected with hepatitis C, the stillbirth rate of was 10,24% [4]. According to Bakulin and his co-workers, thrombocytopenia occurs for two main reasons (2010) during chronic hepatitis C: either platelet aggregation is disrupted, or platelets rapidly disintegrate. The damaged liver can not synthesize enough trombopoethine, or the virus directly affects platelets, creating interferon induced thrombocytopenia - mielosuppression. And the rapid disintegration of platelets occurs due to portal hypertension, splenomegaly and hypersplen-

ism (cirrhosis of the liver). Thrombocytopenia can also develop due to other reasons – antithrombotic antibodies and circulatory immunosuppressants [5].

Scientific studies have not been carried out in the specified aspect in our republic.

The purpose of the study – is to study the indicators of maternal mortality in viral hepatitis infected pregnancies.

Material and methods – In the scientific- research, birth dates, individual examination cards, newborn's history of 1267 infectious pathologies of pregnant women in the last 10 years (2009-2018-years) were analyzed in Baku on the basis of retrospective material, clinical-anamnestic data were studied. According to the medical documents of the pregnant women studied, anamnestic survey data and clinical observations were studied and general, gynecological and pregnancy anamnesis were drawn up. In addition, during the study, indicators of obstetric anamnesis of pregnant women were recorded. Over the years, the fact of maternal death have been studied. The main group of the study consisted of maternal mortality with infectious pathologies, and the comparative group consisted of maternal mortality with non-infectious pathologies.

Statistical calculations were performed in SPSS-26 and MS EXCEL 2019 programs using discriminant (Pearson Chi-Square) and non-parametric variation (H-Kruskal-Wallis) methods.

The indicator of maternal mortality is calculated by the following formula:

$$MMR = \frac{\text{Number of maternal death}}{\text{Number of live births}} \times 100.000$$

Results and discussion. In order to study the frequency of maternal mortality in viral hepatitis pregnancies, the birth dates of pregnancies admitted to Clinical Medical Center (Baku) were investigated in the last 10 years. The study showed that 1091 pregnant women had hepatitis viral infections – HAV, HBV,