

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 10 (307) Октябрь 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 10 (307) 2020

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

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

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

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

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

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

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

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

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

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

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, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогешашвили,
Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, 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; Georgian Academy of Medical Sciences; 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,

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

Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava,

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

Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze,

Nana Kvirkevelia, 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.

WEBSITE

www.geomednews.org

Phone: +1 (917) 327-7732

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, ანათალების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

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

8. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით). ანბანური წყობით წარმოდგენილ ბიბლიოგრაფიულ სიაში მიუთითეთ ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში კვადრატულ ფხიხლებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით. მიზანშეწონილია, რომ ციტირებული წყაროების უმეტესი ნაწილი იყოს 5-6 წლის სიღრმის.

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

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

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

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

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Voitiv Y., Usenko O., Dosenko V., Dyadyk O., Dzhemiliev A. ANALYSIS OF POLYMORPHISM OF MATRIX METALLOPROTEINASE-2 (C ⁻¹³⁰⁶ → T) AND TISSUE INHIBITORS OF METALLOPROTEINASE-2 (G ³⁰³ → A) GENES IN PATIENTS WITH ANASTOMOTIC LEAK IN HOLLOW DIGESTIVE ORGANS.....	7
Bekisheva A., Makishev A. EFFECTS OF NUTRITIONAL TREATMENT ON THE QUALITY OF LIFE IN THE PATIENTS AFTER RADICAL SURGERY FOR COLON CANCER.....	13
Giorgobiani G., Kvashilava A. CURRENT TREATMENT STANDARDS OF COMPLEX, LARGE SIZED INCISIONAL HERNIAS.....	19
Khatchapuridze Kh., Tananashvili D., Todua K., Kekelidze N., Tsitsishvili Z., Mchedlishvili M., Kordzaia D. OVARIAN CANCER TREATMENT OPTIMIZATION: THE COMPLEX ANALYSIS OF THE RESULTS OF CYTOREDUCTIVE SURGERY, MICROSCOPIC MALIGNANCY AND T-LYMPHOCYTIC INFILTRATION OF THE TUMOR.....	23
Васильев А.Ю., Павлова Т.В. ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ МАРКИРОВКИ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧАСТКОВ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.....	30
Kikodze N., Iobadze M., Pantsulaia I., Mizandari M., Janikashvili N., Chikovani T. EFFECTS OF DIFFERENT TREATMENT OPTIONS ON THE LEVEL OF SERUM CYTOKINES IN PATIENTS WITH LIVER CANCER.....	35
Григорьев И.В., Лазко Ф.Л., Призов А.П., Канаев А.С., Лазко М.Ф. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ КРЮЧКОВИДНОЙ ПЛАСТИНОЙ И ПУГОВЧАТОЙ ФИКСАЦИЕЙ TIGHTROPE.....	39
Меньшиков В.В., Лазко Ф.Л., Призов А.П., Беляк Е.А., Залян А.А. ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ХАГЛУНДА.....	44
Zasieda Y. COMBINED TREATMENT WITH FOCUSED LOW-INTENSITY SHOCK-WAVE THERAPY AND ANDROGEN-STIMULATION THERAPY IN MEN WITH CORPORAL VENO-OCCLUSIVE ERECTILE DYSFUNCTION ON THE BACKGROUND OF HYPOGONADOTROPIC HYPOGONADISM.....	49
Lesovoy V., Shchukin D., Khareba G., Antonyan I., Lisova G., Demchenko V., Olkhovska V. RESULTS OF EXTRACORPOREAL NEPHRON-SPARING SURGERY FOR RENAL CELL CARCINOMA WITH AUTOTRANSPLANTATION.....	53
Савчук Т.В., Куркевич А.К., Лещенко И.В. КЛИНИКО-ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЯ СИНДРОМА ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГИПОПЛАЗИИ СЕРДЦА У ОДНОГО ИЗ БЛИЗНЕЦОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ. СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	62
Ratsyborynska-Polyakova N., Hrizhymalska K., Andrushkova O., Lagorzhevskia I. FEATURES OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN MENTAL DISORDERS: SELF- PERFORATION OF EYE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA (CLINICAL CASE).....	69
Гоготишвили М.Т., Абашидзе Н.О., Корсантия Б.М. ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОГО И ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ЛАЗОЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ.....	73
Lyubchenko A., Tkachenko Yu. EXPERIENCE OF CLINICAL APPLICATION OF SURFACE ELECTROMYOGRAPHY AND LIGHT-CURING HYDROSTATIC SPLINT EASY BITE® IN ORTHODONTIC TREATMENT.....	78
Русин В.И., Горленко Ф.В., Добощ В.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННО-БЕРЦОВОГО СЕГМЕНТА.....	85
Matsyura O., Besh L., Besh O., Troyanovska O., Slyuzar Z. HYPERSENSITIVITY REACTIONS TO FOOD ADDITIVES IN PEDIATRIC PRACTICE: TWO CLINICAL CASES.....	91
Nykytyuk S., Klymnyuk S., Podobivsky S., Levenets S., Stelmakh O. LYME BORRELIOSIS - ENDEMIC DISEASE IN CHILDREN OF TERNOPIIL REGION.....	95

Solovyova G., Alianova T., Taran A., Aleksieva V., Gulieva L. RISK FACTORS AND COMORBIDITY IN DIFFERENT TYPES OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA: RETROSPECTIVE COHORT ANALYSIS	104
Rakhypbekov T., Shalgumbayeva G., Siyazbekova Z., Myssayev A., Brusati L. RESULTS AND ADVERSE OUTCOMES AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION: HISTORICAL COHORT STUDY	108
Halushko O., Loskutov O., Kuchynska I., Synytsyn M., Boliuk M. THE MAIN CAUSES OF THE COMPLICATED COURSE OF COVID-19 IN DIABETIC PATIENTS (REVIEW).....	114
Кудабаева Х.И., Космурагова Р.Н., Базаргалнев Е.Ш., Тауганова А.К., Даржанова К.Б. МАРКЕРЫ ОЖИРЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ И ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ (ОБЗОР)	121
Батарбекова Ш.К., Жунусова Д.К., Дербисалина Г.А., Бекбергенова Ж.Б., Рахымгалиева Г.Б. ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА К ЗАБОЛЕВАНИЮ	127
Babkina O., Danylchenko S., Varukha K., Volobuev O., Ushko I. DIAGNOSIS OF BLUNT TRAUMA OF KIDNEY INJURY WITH INFRARED THERMOMETER METHOD.....	132
Волошина Н.П., Василовский В.В., Черненко М.Е., Сухоруков В.В., Вовк В.И. АНАЛИЗ АРХИТЕКТониКИ НОЧНОГО СНА У БОЛЬНЫХ РАЗНЫМИ ТИПАМИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	137
Khoroshukha M., Bosenko A., Tymchuk O., Nevedomsjka J., Omeri I. RESEARCH OF PECULIARITIES OF DEVELOPMENT OF TIME PERCEPTION FUNCTION IN 13-15 YEAR-OLD ATHLETES WITH DIFFERENT BLOOD GROUPS.....	142
Burjanadze G., Kuridze N., Goloshvili D., Merkviladze N., Papava M. BIOCHEMICAL ASPECTS OF SYMPTOMATIC TREATMENT IN PATIENTS WITH COVID-19 (REVIEW).....	149
Markosyan R., Volevodz N. ANDROGEN INSENSITIVITY SYNDROME, REVIEW OF LITERATURE BASED ON CASE REPORTS.....	154
Jachvadze M., Gogberashvili K. ASSESSMENT OF KNOWLEDGE LEVEL AMONG GEORGIAN PARENTS ABOUT VITAMIN D INFLUENCE ON CHILD'S HEALTH. QUESTIONNAIRE SURVEY	158
Kibkalo D., Timoshenko O., Morozenko D., Makolinet V., Gliebova K. EXPERIMENTAL STUDY OF STRESS EFFECT ON CONNECTIVE TISSUE METABOLISM IN WHITE RATS DURING SUBCUTANEOUS ADRENALINE ADMINISTRATION	161
Прошин С.Н., Багатурия Г.О., Черивов И.А., Хаев О.А., Очир-Гараев А.Н. ХИРУРГИЧЕСКИ ВЫЗВАННАЯ ТРАВМА И РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИЕ СВОЙСТВА БЕТУЛИНСОДЕРЖАЩИХ МАЗЕЙ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	165
Osipiani B., Machavariani T. STRUCTURAL CHANGES AND MORPHOMETRIC ANALYSIS OF CARDIOMYOCYTES IN RATS WITH ALLOXAN DIABETES	169
Штанюк Е.А., Коваленко Т.И., Красникова Л.В., Мишина М.М., Вовк А.О. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕВОФЛОКСАЦИНА И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ (ОБЗОР).....	173
Deshko L., Bysaga Y., Vasylchenko O., Nechyporuk A., Pifko O., Berch V. MEDICINES: TECHNOLOGY TRANSFER TO PRODUCTION, CESSION OF OWNERSHIP RIGHTS FOR REGISTRATION CERTIFICATES AND TRANSFER OF PRODUCTION IN CONDITIONS OF MODERN CHALLENGES TO NATIONAL AND INTERNATIONAL SECURITY	180
Tavolzhanska Yu., Grynchak S., Pcholkin V., Fedosova O. SEVERE PAIN AND SUFFERING AS EFFECTS OF TORTURE: DETECTION IN MEDICAL AND LEGAL PRACTICE	185
Muzashvili T., Kepuladze Sh., Gachechiladze M., Burkadze G. DISTRIBUTION OF SEX HORMONES AND LYMPHOCYTES IN REPRODUCTIVE WOMAN WITH THYROID PAPILLARY CARCINOMA AND HASHIMOTO'S THYROIDITIS	193

რეზიუმე

მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის გავლენა ღვიძლის კიბოთი დაავადებული პაციენტების შრატში ციტოკინების დონეზე

ბ. ქიქოძე, მ. იობაძე, ი. ფანცულაია, მ. მიხანდარი,
ბ. ჯანიკაშვილი, თ. ჩიქოვანი

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, საქართველო

ღვიძლის კიბო, ძირითადად, ლეტალური გამოსავლით სრულდება. სიმსივნის ლოკალური მიკროგარემოს ზემოქმედება იმუნურ სისტემაზე საშუალებას აძლევს სიმსივნეს თავი დააღწიოს იმუნოლოგიურ ზედამხედველობას. ამიტომ, სიმსივნის მიკროგარემოს დესტრუქცია, მკურნალობის ლოკალური მეთოდების გამოყენებით, შეიძლება სასარგებლო იყოს პაციენტისთვის.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ღვიძლის კიბოთი დაავადებული პაციენტების მკურნალობის ორი გან-

სხვავებული სტრატეგიის - რადიოსიზშირული თერმული აბლაციისა და ღვიძლის რეზექციის გავლენის შესწავლა პაციენტთა პერიფერიულ სისხლში ციტოკინების დონეზე.

პროსპექტიულ კვლევაში ჩართული იყო ღვიძლის პირველადი (ჰეპატოცელური კიბო და ქოლანგიოკარცინომა) და მეორადი (მეტასტაზური) კიბოთი დაავადებული 17 პაციენტი, მათგან 7-ს ჩაუტარდა რადიოსიზშირული თერმული აბლაცია (რსა), ხოლო დანარჩენ 10 პაციენტს - ღვიძლის რეზექცია.

თითოეული პაციენტისაგან სისხლის ნიმუშის აღება ხდებოდა მკურნალობამდე და მკურნალობის დაწყებიდან 1 და 3 თვის შემდეგ. პერიფერიული სისხლის შრატში ციტოკინების - IL-10, IL-17, INF- γ , TGF- β , განსაზღვრისთვის გამოყენებული იყო იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდი ELISA (Ebiosciences, აშშ).

რსა-ის გამოყენებამ ღვიძლის კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში, ღვიძლის რეზექციისაგან განსხვავებით, გამოიწვია შრატში IL-10-ის შემცირება. სხვა გამოკვლეული ციტოკინების დონის მნიშვნელოვანი ცვლილება არ გამოვლენილა.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ КРЮЧКОВИДНОЙ ПЛАСТИНОЙ И ПУГОВЧАТОЙ ФИКСАЦИЕЙ TIGHTROPE

Григорьев И.В., Лазко Ф.Л., Призов А.П., Канаев А.С., Лазко М.Ф.

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения г. Москвы»;
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, РФ

Повреждение акромиально-ключичного сочленения - частая травма в области плеча, относящаяся к спортивной медицине и ортопедии [1,2]. Количество таких повреждений значительно увеличилось в результате роста объема дорожно-транспортных происшествий и вовлеченности в любительский спорт. Выделяются 6 степеней повреждения акромиально-ключичного сочленения в классификации по Rockwood [2,3]. Оперативное лечение показано при степенях повреждений III-VI по Rockwood. Однако, лечение III степени повреждения по Rockwood в научном мире носит дискуссионный характер, так как одни авторы говорят о необходимости консервативного лечения данного повреждения, другие склоняются к оперативному. При этом все авторы сходятся в одном, что оперативное лечение рекомендуется молодым пациентам, спортсменам, лицам, занимающимся физическим трудом. Оперативное лечение при свежих повреждениях акромиально-ключичного сочленения приводит к лучшим результатам [3-7].

Лечение акромиально-ключичного повреждения можно выполнять различными оперативными техниками. Обычно используют метод с установкой крючковидной пластины или артроскопическую технику TightRope, при применении которых добиваются хороших клинических результатов.

Установка крючковидной пластины может повлечь за собой некоторые проблемы, такие как акромиальный остеолит, миграция металлофиксаторов, тендинит [8]. Помимо этого, после установки пластины пациенты часто испытывают боль в области сухожилия надостной мышцы опери-

руемого плеча и ограничение движения в нем. С учетом совокупности вышеотраженных возможных осложнений при установке данной металлоконструкции рекомендуется удалять крючковидную пластину по истечении определенного времени [9].

В качестве альтернативы существует метод артроскопической техники с использованием пуговчатого фиксатора (TightRope). У данного метода есть преимущества в виде малотравматичности и анатомичности при восстановлении нормального положения сустава, что невозможно при установке крючковидной пластины. При использовании данного метода нет необходимости удалять фиксатор [10].

Целью исследования явилось сравнение двух представленных методов при лечении акромиально-ключичного сочленения с установкой крючковидной пластины и при помощи пуговчатой фиксации TightRope.

Материал и методы. В период с 2015 по 2019 гг. 60 пациентам проведено оперативное лечение свежих повреждений акромиально-ключичного сочленения III-VI типа по Rockwood. Согласно оперативным методам, пациенты разделены на две группы: пациенты первой группы (n=30) прооперированы с использованием крючковидной пластины, второй группы (n=30) - с применением техники TightRope. Соотношение пациентов по гендерному признаку - 48 (80%) мужчин и 12 (20%) женщин. Возраст пациентов варьировал в пределах от 23 до 54 лет, средний возраст - 35.2±8.2 г.

Все пациенты получали лечение в течение 3 недель с момента травмы. 30 пациентам первой группы фиксация вы-

полнена крючководной пластиной. 29 (96,6%) пациентам первой группы крючководную пластину удалили спустя 6-8 месяцев после операции. 1 (3,4%) пациент от повторной операции отказался. 6 (20%) пациентов первой группы получили травму в результате занятия любительским спортом. 24 (80%) пациента обратились за лечением в результате получения бытовой травмы.

Хирургическая техника открытой репозиции и фиксации с помощью крючководной пластины. Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом в положении «пляжное кресло». Выполнялся разрез кожи от конца акромиона длиной 6-7 см в медиальную сторону (рис. 1), обнажался акромиально-ключичный сустав, что позволяло поставить крючководную пластину в данное пространство. Репозиция достигалась при надавливании пластины на ключицу, а акромион использовался как рычаг. Перед введением винтов акромион и ключица устанавливали в правильной позиции, более того, для подтверждения правильности действий использовали ЭОП-контроль, затем вводили винты, и пластина фиксировалась окончательно (рис. 2) [11].



Рис. 1 Первый этап операции фиксации акромиально-ключичного сочленения с помощью крючководной пластины: разрез от конца акромиона в медиальную сторону



Рис. 2. Финальная рентгенограмма после операции фиксации акромиально-ключичного сочленения с помощью крючководной пластины

После операции пациентам рекомендовано ношение косыночной повязки до 3-4 недель, разрешалось выполнять пассивные движения оперируемой конечностью. Активные

сгибание и разгибание, а также отведение руки на 90° противопоказаны до момента удаления крючководной пластины, которые выполнялось спустя 6-8 месяцев после установки имплантата. Данные рекомендации призваны снизить болевой синдром и предотвратить травматизацию вращательной манжеты. Активно заниматься спортом разрешалось лишь спустя 6 месяцев после удаления имплантата.

30 пациентов второй группы прооперированы артроскопической техникой с использованием пуговчатого фиксатора с помощью двух металлических пуговиц и шовного материала. 12 (40%) пациентами травма получена в процессе занятий спортом (прямой удар в область плечевого сустава, падение на область плечевого сустава, падение на выпрямленную руку), 18 (60%) пациентов - повреждения в результате бытовой травмы.

Хирургическая техника артроскопической фиксации с помощью пуговчатого фиксатора. Оперативное вмешательство выполнялось в положении «пляжное кресло». Для исключения травмы шейного отдела позвоночника и плечевого сплетения использовался воротник «Филадельфия». Перед началом операции определялись костные выступы в области плечевого сустава, ориентиры портов для проведения артроскопической операции обозначались маркером. Артроскопия производилась на водной среде (физиологический раствор) с применением артроскопической помпы под давлением 60-70 мм.рт.ст. и стандартного набора артроскопических инструментов. Задний артроскопический порт устанавливали примерно на 2-3 см ниже и 1-2 см медиальнее заднелатерального угла акромиального отростка. Передне-верхний и передне-нижний инструментальные порты устанавливались в интервале ротаторов, первый из них – впереди сухожилия длинной головки двуглавой мышцы, второй – возле края сухожилия подлопаточной мышцы (рис. 3). Предварительно выполнялось «расчищение» ротаторного интервала, при этом визуализировался клювовидный отросток. Затем производилась визуализация нижней поверхности клювовидного отростка, после чего устанавливался направитель, при помощи спицы просверливали канал сквозь ключицу и клювовидный отросток. После формирования канала сверлом в 4 мм проводился фиксатор TightRope. После репозиции и фиксации проводился Rg-контроль (рис. 4) [12].



Рис. 3 Третий этап операции с применением техники «TightRope»: установление артроскопических инструментов в порты



Рис. 4 Финальная рентгенограмма после артроскопической операции с применением техники «TightRope»

После оперативного вмешательства рекомендовали ношение косыночной повязки от 1 до 4 недель в зависимости от выраженности болевого синдрома. Активные сгибания и разгибания, а также отведение руки на 90° разрешалось выполнять спустя 4-6 недель, активно заниматься спортом - спустя 3 месяца после проведенной операции.

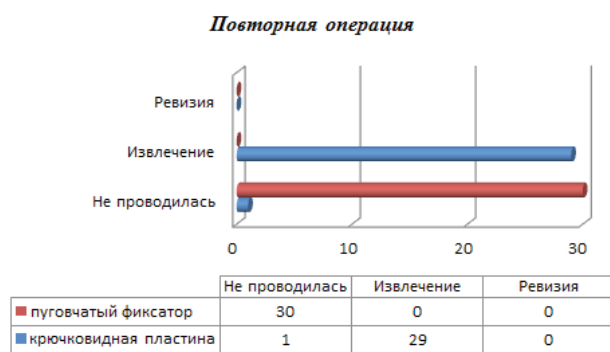


Диаграмма 1. Оперативная характеристика исследуемых пациентов. Повторная операция

Результаты операций представлены на диаграммах 1 и 2. Незначительные различия между пациентами касались неприятных ощущений в оперированной конечности. К активному образу жизни в течение 4-6 недель вернулись большинство пациентов (70%) второй группы (TightRope) и только 40% пациентов первой группы (с крючковидной пластиной). 50% пациентов второй группы и 30% пациентов первой группы смогли активно сгибать оперированную конечность более чем на 150° уже на 4 неделе после операции.

Вывих акромиально-ключичного сочленения - частая травма в области плеча, составляет 20% от всех поврежденных плечевого сустава, подразделяется на 6 степеней по Rockwood в соответствии с объемом и вектором смещения ключицы по отношению к акромиону [13].

При раннем оперативном вмешательстве на поврежденной конечности результаты получаются значительно лучше и быстрее приводят к нормализации активности [5-7]. Существуют некоторые дискуссионные моменты по лечению III степени повреждения по Rockwood, однако оперативное

После операции всем пациентам выполнены рентгенограммы оперируемых конечностей и Rg-контроль спустя 3, 6, 12 месяцев после проведения операции. Клинические и рентгенографические оценки проводились, в среднем, спустя 11.5±2.4 месяцев после операций.

Результаты и обсуждение. Все пациенты прооперированы в течение 3 недель после получения травмы. Клинические и рентгенографические оценки получены, в среднем, спустя 11.5±2.4 месяцев после операции (от 6 до 15 месяцев). Средний период оценки пациентов первой группы (с крючковидной пластиной) составил 11,7±1,6 месяцев, пациентов второй группы (TightRope) – 11,3±2,6 месяцев. Различия между группами пациентов наблюдались при оценке интенсивности болевых ощущений в области прооперированной конечности, таким образом, 24 (80%) пациента первой группы (с крючковидной пластиной) отмечали периодическую и невысокую степень болевых ощущений, аналогичный уровень ощущений отмечали 2 (7,7%) пациента второй группы (TightRope). 29 (96,6%) пациентов первой группы впоследствии были прооперированы для удаления крючковидной пластины, 1 (3,4%) пациент отказался от повторной операции. Пациентам второй группы (TightRope) повторных операций не потребовалось. В 2 (7,7%) случаях у пациентов первой группы (с крючковидной пластиной) спустя 1 год на рентгенограмме зафиксирован остеолит (диаграммы 1,2).



Диаграмма 2. Оперативная характеристика исследуемых пациентов. Осложнения

вмешательство почти всегда восстанавливает правильность акромиально-ключичного сустава [6,14].

В данном исследовании пациенты, прооперированные с установкой крючковидной пластины показали хорошие результаты относительно силы мышц в оперируемой конечности и удовлетворенности результатом. Периодические и невысокие по уровню интенсивности боли в оперируемой конечности испытывали 24 (80%) пациента. Невысокие ограничения в функционировании оперируемой конечности наблюдались у 20 (66,6%) пациентов (диаграммы 3,4).

Крючковидная пластина является легкой и эффективной технологией для фиксации акромиально-ключичного сочленения. После установки крючковидной пластины встречаются осложнения в виде остеоартроза акромиально-ключичного сочленения и остеолита, что ухудшает функции плечевого сустава [15].

В проведенном исследовании в 2 случаях у пациентов первой группы (крючковидная пластина) спустя 1 год на рентгенограмме зафиксирован остеолит.

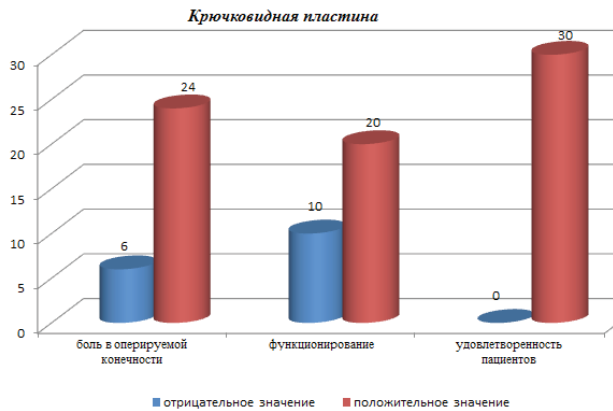


Диаграмма 3. Характеристика результатов пациентов первой группы

В противовес результатам установки данной металлоконструкции, все 30 (100%) пациентов второй группы (TightRope), прооперированных артроскопической методикой с установкой 2-х систем TightRope, которая восстанавливает анатомическое соотношение клювовидно-ключичных связок и не нуждается в удалении имплантата. Только у 1 (3,4%) пациента этой группы отмечались периодические и невысокие по уровню интенсивности боли в оперируемой конечности. Отмечались 100% удовлетворенность пациентов и отличный общий результат (диаграмма 4).

Оценивая результаты сравнения операционных методик по стабилизации акромиально-ключичного сочленения (установка крючковидной пластины и техника TightRope), следует отметить хорошие результаты восстановления пациентов после операции и подтвердить эффективность данных методик. Фиксация техникой TightRope позволяет достичь отличных результатов в минимальные сроки с максимальным косметическим эффектом без повторной операции по удалению данной конструкции.

ЛИТЕРАТУРА

- Mazzocca AD, Arciero RA, Bicos J: Evaluation and treatment of acromioclavicular joint injuries. *Am J Sports Med*, 35: 316-329, 2007.
- Rockwood CA Jr, Williams GR Jr, Young DC: Disorders of the acromioclavicular joint. In: Rockwood CA Jr, Matsen FA III ed. *The shoulder*. 2nd ed. Philadelphia (PA), WB Saunders: 483-553, 1998.
- Simovitch R, Sanders B, Ozbaydar M, Lavery K, Warner JJ: Acromioclavicular joint injuries: diagnosis and management. *J Am Acad Orthop Surg*, 17: 207-219, 2009.
- Gstettner C, Tauber M, Hitzl W, Resch H: Rockwood type III acromioclavicular dislocation: surgical versus conservative treatment. *J Shoulder Elbow Surg*, 17: 220-225, 2008.
- Cote MP, Wojcik KE, Gomlinski G, Mazzocca AD: Rehabilitation of acromioclavicular joint separations: operative and nonoperative considerations. *Clin Sports Med*, 29: 213-228, vii, 2010.
- Galpin RD, Hawkins RJ, Grainger RW: A comparative analysis of operative versus nonoperative treatment of grade III acromioclavicular separations. *Clin Orthop Relat Res*, (193): 150-155, 1985.
- Spencer EE Jr: Treatment of grade III acromioclavicular joint injuries: a systematic review. *Clin Orthop Relat Res*, 455: 38-44, 2007.

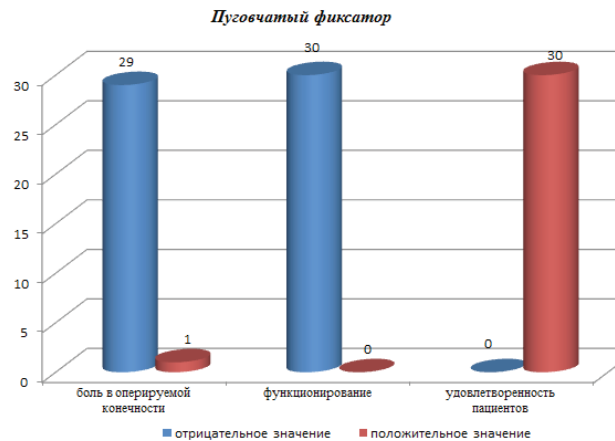


Диаграмма 4. Характеристика результатов пациентов второй группы

8. Tiren D, van Bommel AJ, Swank DJ, van der Linden FM. Hook plate fixation of acute displaced lateral clavicle fractures: mid-term results and a brief literature overview. *J Orthop Surg Res* 2012; 7:2. Back to cited text no. 8 9. von Heideken J, Boström Windhamre H, Une-Larsson V, Ekelund A: Acute surgical treatment of acromioclavicular dislocation type V with a hook plate: superiority to late reconstruction. *J Shoulder Elbow Surg*, 22: 9-17, 2013

9. Chen C, Rong-Kui Q, Zhen H, Jiao Y. Effects of hook plate on shoulder function after treatment of acromioclavicular joint dislocation. *Int J Clin Exp Med* 2014; 7:2564-2570.

10. Lim Y, Sood A, Roger P, Gregory I. Acromioclavicular joint reduction, repair and reconstruction using metallic buttons V early results and complications. *Tech Shoulder Elbow Surg* 2007; 8:213-221.

11. Fade, G. E. Hook plate fixation for lateral clavicular malunion / G. E. Fade, J. E.

Scullion // *AO Dialogue*. - 2002. - Vol. 15. - No 1. - P. 14 - 18.

12. Salzmann G.M., Walz L., Schoettle P.B., Imhoff A.B. Arthroscopic anatomical reconstruction of the acromioclavicular joint. *Acta Orthop. Belg.* 2008; 74 (3): 397-400.

13. Gstettner C, Tauber M, Hitzl W, Resch H. Rockwood type III acromioclavicular dislocation: surgical versus conservative treatment. *J Shoulder Elbow Surg* 2008; 17:220-225.

14. Jerosch J: The acromioclavicular joint. *Orthopade*, 29: 895-908, 2000

15. Flinkkilä TE, Ihanainen E. Results of arthroscopy-assisted TightRope repair of acromioclavicular dislocations. *Shoulder Elbow* 2014; 6:18-22.

SUMMARY

A COMPARISON OF RESULTS BETWEEN HOOK PLATE AND TIGHTROPE FOR ACUTE ACROMIOCLAVICULAR JOINT DISLOCATION

Grigorev I., Lazko F., Prizov A., Kanaev A., Lazko M.

Moscow City Clinical Hospital named after V.M. Buyanov; Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

Purpose the study - despite of this fact that there are different surgical techniques to treat acromioclavicular dislocation and also the surgery remains controversial, the purpose of our study is to compare the results of surgery treatment to acromioclavicular

lar joint dislocation on the condition of surgical method: Hook Plate versus TightRope.

Between 2015 and 2019, 30 patients were with acute Rockwood type III-VI acromioclavicular dislocation at the age of 23-54. Patients were divided into 2 groups according to the surgical methods (Hook plate: n=15; TightRope: n=15) to compare the functional outcome after using either Hook plate and TightRope stabilization. Patients were evaluated using Constant Score and radiography.

Comparing the functional results, were observed some differences between the two groups. According to Constant Score the results were: Hook plate – 78.5, TightRope – 81.4. 14 patients in the hook plate group were reoperated to remove the device, except 1 patient who refused to be reoperated. There was insignificant difference between both groups regarding severity pain. The majority of tightrope group (70%) regained their normal functional activities, whereas only 40% of the hook plate patients did ($p<0.001$). About half (50%) of the tightrope group in comparison with 30% of hook plate group had active forward flexion more than 150° ($p<0.01$). Both groups showed no significant differences regarding degree of muscle strength, patients' satisfaction, and total outcome.

Both operative methods are effective techniques and could be recommended to treat an acute acromioclavicular joint dislocation. Between the two groups are no significant differences. However, TightRope fixation provides a low rate of failure and complications and avoids the need for second surgery to remove the implant.

Keywords: acromioclavicular joint, acute acromioclavicular joint dislocation, Hook plate, TightRope.

РЕЗЮМЕ

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ КРЮЧКОВИДНОЙ ПЛАСТИНОЙ И ПУГОВЧАТОЙ ФИКСАЦИЕЙ TIGHTROPE

Григорьев И.В., Лазко Ф.Л., Призов А.П., Канаев А.С., Лазко М.Ф.

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения г. Москвы»; ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, РФ

Целью исследования явилось сравнение результатов двух методов оперативного лечения пациентов с закрытым вывихом акромиального конца ключицы - с установкой крючковидной пластины и пуговчатой фиксации TightRope.

В период с 2015 по 2019 гг. прооперировано 60 пациентов в возрасте от 23 до 54 лет со свежим повреждением акромиально-ключичного сочленения III-VI типа по Rockwood. Пациенты были разделены на две группы с учетом оперативных методов: пациенты первой группы (n=30) прооперированы с использованием крючковидной пластины, второй группы (n=30) – с применением техники TightRope. Для оценки результатов лечения использованы шкала Constant Score и данные лучевого исследования.

По шкале Constant Score получены следующие результаты: балльная оценка пациентов первой группы ± 78.9 , второй группе ± 81.4 .

29 (96,6%) пациентов первой группы впоследствии прооперированы для удаления крючковидной пластины. 1 (3,4%) пациент от повторной операции отказался. Различия

между группами пациентов наблюдались при оценке интенсивности болевых ощущений в области прооперированной конечности. 21 (70%) пациент второй группы (TightRope) вернулись к активному образу жизни в течение 4-6 недель с момента проведения операции и лишь 12 (40%) из первой группы (с крючковидной пластиной) смогли это сделать в аналогичный период времени. Следует отметить, что 15 (50%) пациентов второй группы (TightRope) смогли активно отводить оперированную конечность в плечевом суставе более чем на 150° уже на 4 неделе после операции, в сравнении с 9 (30%) пациентами первой группы (с крючковидной пластиной).

Существенных различий в показателях силы мышц, удовлетворенности лечением и общем результатом среди пациентов обеих групп не выявлено.

Рассмотренные оперативные техники оказались эффективными и могут быть рекомендованы к устранению вывиха акромиально-ключичного сочленения.

Различием между техниками является необходимость повторной операции в случае использования крючковидной пластины (для удаления имплантата), тогда как фиксация повреждения акромиально-ключичного сочленения техникой TightRope не нуждается в повторном оперативном вмешательстве и более анатомична, так как является пластикой клювовидно-ключичных связок.

რეზიუმე

ლაგვი-აკრომიული შესახსრების დაზიანებათა აღდგენის შედეგები კაუჭისმაგვარი ფირფიტით და ლილაკოვანი ფიქსაციით TIGHTROPE

იკრიგორიევი, ფ.ლაზკო, ა. პრიზოვი, ა.კანაევი, მ.ლაზკო

ვ.პუიანოვის სახ. საქალაქო კლინიკური საავადმყოფო, მოსკოვი; რუსეთის ხალხთა მეგობრობის უნივერსიტეტი, მოსკოვი, რუსეთის ფედერაცია

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ოპერაციული მკურნალობის ორი მეთოდის შედეგების შედარება პაციენტებში ლავის აკრომიული ბოლოს დაზარული ამოვარდნილობით – კაუჭისმაგვარი ფირფიტის ჩადგმით და ლილაკოვანი ფიქსაციით TightRope.

2015-2019 წწ. პერიოდში ოპერაცია ჩატარდა 23-54 წლის ასაკის 60 პაციენტს ლავი-აკრომიული შესახსრების ახალი, III-IV ტიპის (Rockwood-ით) დაზიანებით. ოპერაციული მკურნალობის მეთოდების მიხედვით, პაციენტები დაიყო ორ ჯგუფად: I (n=30) – ოპერაცია კაუჭისმაგვარი ფირფიტის ჩადგმით, II (n=30) – ოპერაცია TightRope-ტექნიკის გამოყენებით. მკურნალობის შედეგების შეფასებისათვის გამოყენებული იყო Constant Score-სკალა და სხივური კვლევის შედეგები.

Constant Score-სკალის მიხედვით მიღებულია ასეთი შედეგები: I ჯგუფის პაციენტების ქულობრივი შეფასება - ± 78.9 , II ჯგუფისა - ± 81.4 .

29 (96,6%) პაციენტს I ჯგუფიდან მოვიანებით ჩატარდა კაუჭისმაგვარი ფირფიტის ამოღების ოპერაცია; 1 (3,4%) პაციენტმა განმეორებით ოპერაციაზე უარი განაცხადა.

პაციენტთა ჯგუფებს შორის განსხვავება აღინიშნა ინტენსიური მტკივნეული შეგრძობების შეფასებისას ნაოპერაციებ კიდურზე. 21 (70%) პაციენტი II ჯგუფიდან (TightRope) აქტიური ცხოვრების წესს დაუბრუნდა

ოპერაციის ჩატარებიდან 4-6 კვირას; I ჯგუფიდან კი დროის ანალოგიურ პერიოდში ეს შეძლო მხოლოდ 12 (40%) პაციენტმა. უნდა აღინიშნოს, რომ 15 (50%) პაციენტმა II ჯგუფიდან (TightRope) ნაოპერაციები კიდურის 150°-ზე მეტით განზიდვა მხრის სახსარში შეძლო ოპერაციიდან უკვე მეოთხე კვირას, I ჯგუფის 9 (30%) პაციენტთან შედარებით.

არსებითი განსხვავება კუნთების ძალის, მკურნალობით კმაყოფილების ხარისხის და ზოგადი შედეგების მიხედვით პაციენტების ორ ჯგუფს შორის არ გამოვლინდა.

განხილული ორივე ოპერაციული ტექნიკა ეფექტური აღმოჩნდა და შესაძლოა რეკომენდებულ იქნას ლავიწ-აკრომიული შესახსრების ამოვარდნილობის კორექციისათვის. განსხვავება ორ ტექნიკას შორის გამოიხატება განმეორებითი ოპერაციის აუცილებლობაში კაუჭისმაგვარი ფორფიტის გამოყენების დროს (იმპლანტანტის ამოღებისათვის); ლავიწ-აკრომიული შესახსრების დაზიანების ფიქსაცია TightRope-ტექნიკის გამოყენებით განმეორებით ოპერაციულ ჩარევას არ საჭიროებს და უფრო ანატომიურია, წარმოადგენს რა ლავიწის მყესების პლასტიკას.

ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ХАГЛУНДА

Меньшиков В.В., Лазко Ф.Л., Призов А.П., Беляк Е.А., Залян А.А.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Российский университет дружбы народов»; ГБУЗ «Городская клиническая больница
им. В.М. Буянова Департамента здравоохранения Москвы», Россия

Болезнь Хаглунда – это одна из основных причин боли в области пятки. Впервые описана Хаглундом в 1928 году. Болезнь возникает в результате механически вызванного воспаления ретрокальканеальной и супракальканеальной бursы и выпуклости в верхне-латеральной части пяточной кости [2]. Болезнь, синдром или деформация Хаглунда, также известная как болезненная деформация по задней поверхности пятки, определяется как комплекс симптомов, включающих костный остеофит в верхне-латеральной части пяточной кости, задний пяточный бурсит и тендинит ахиллова сухожилия [3]. При синдроме Хаглунда боль, как правило, возникает при ходьбе в пятке, в области крепления ахиллова сухожилия, также может возникать при сдавливании увеличенной сумки в медиолатеральном направлении спереди ахиллова сухожилия. Деформация Хаглунда, наряду с бурситом ахиллова сухожилия и ревматоидным артритом, является одной из наиболее распространенных причин заднепяточной боли [1]. Консервативное лечение, такое как ношение нетесной обуви, изменение активности, нестероидные противовоспалительные препараты, физиотерапия; использование ортопедических изделий для обуви, местных кортикостероидных инъекций в заднюю пяточную область обычно рекомендуются на первом этапе лечения [4]. Успешность консервативного лечения - 85-95% случаев [5,6]. Оперативное лечение рекомендуется в случае, когда консервативная терапия окажется неэффективна [7]. Для лечения болезни Хаглунда описаны две различные оперативные методики: открытое хирургическое вмешательство и задняя артроскопия голеностопного сустава. Показаниями для проведения открытого вмешательства являются резекция задневерхней части пяточной области и воспаленной сумки с использованием заднелатерального и заднемедиального подходов. Клиновидная остеотомия пяточной кости предлагалась также другими авторами [8-10]. Однако по причине большого процента осложнений и длительного возврата к дооперационному уровню активности после открыто-

го вмешательства артроскопический метод завоевывает все больше популярности [11].

Целью данного исследования явилась оценка результатов трехлетних наблюдений и надежности артроскопического метода в лечении заднего пяточного бурсита и болезни Хаглунда.

Материал и методы. Исследованы 28 пациентов, (18 мужчин, 10 женщин; средний возраст 37 лет, от 19 до 64 лет), которым выполнено 30 операций. Все операции выполнены в период с 2015 по 2019 годы. Пять пациентов были профессиональными спортсменами. Показанием к операции была боль по задней поверхности пятки в результате бурсита и деформации Хаглунда, которая не устранялась после проведения консервативной терапии.

У всех пациентов отмечалась припухлость мягких тканей с боковой стороны или на срединной поверхности ахиллова сухожилия, а также болезненное растяжение сухожилия. Пальпация причиняла боль по задневерхней поверхности пятки сбоку и/или посередине. Диагноз был подтвержден снимками МРТ и рентгеновскими снимками (Рис. 1 и 2).

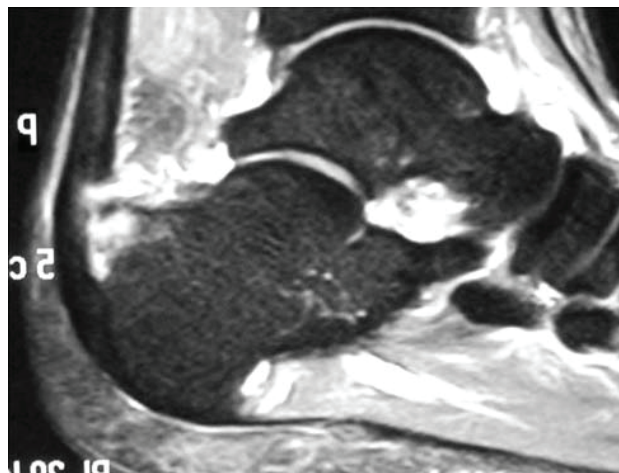


Рис. 1. МР-картина до операции