

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 3 (312) March 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 3 (312) 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, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогебашвили,
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,
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.org

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. При оформлении и направлении статей в журнал МНГ просим авторов соблюдать правила, изложенные в «Единых требованиях к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», принятых Международным комитетом редакторов медицинских журналов - <http://www.spinesurgery.ru/files/publish.pdf> и http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html В конце каждой оригинальной статьи приводится библиографический список. В список литературы включаются все материалы, на которые имеются ссылки в тексте. Список составляется в алфавитном порядке и нумеруется. Литературный источник приводится на языке оригинала. В списке литературы сначала приводятся работы, написанные знаками грузинского алфавита, затем кириллицей и латиницей. Ссылки на цитируемые работы в тексте статьи даются в квадратных скобках в виде номера, соответствующего номеру данной работы в списке литературы. Большинство цитированных источников должны быть за последние 5-7 лет.

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

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

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

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

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

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

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

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

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

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრაფიების 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:

Крылов А.Ю., Хоробрых Т.В., Петровская А.А., Гандыбина Е.Г., Гогохия Т.Р., Мансурова Г.Т. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ В УСЛОВИЯХ COVID-19 СТАЦИОНАРА	7
Семиков В.И., Александров Ю.К., Шулутко А.М., Мансурова Г.Т., Гогохия Т.Р., Горбачева А.В. НЕХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	14
Bugridze Z., Parfentiev R., Chetverikov S., Giuashvili Sh., Kiladze M. REDO LAPAROSCOPIC ANTIREFLUX SURGERY IN PATIENTS WITH HIATAL HERNIA	23
Kozlovska I., Iftodiy A., Kulachek Ya., Grebeniuk V., Moskaliuk O. IMPROVEMENT OF TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF DIABETIC FOOT SYNDROME	27
Мусаев Г.Х., Хоробрых Т.В., Пшизапекова Л.А., Некрасова Т.П., Гогохия Т.Р. АКТИВНОСТЬ ТЕЛОМЕРАЗЫ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ БИОМАРКЕР ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ	31
Stakhovskiy O., Tymoshenko A., Voilenko O., Kononenko O., Stakhovsky E. ILEOSIGMOID POUCH AS A URINARY DIVERSION APPROACH FOLLOWING RADICAL CYSTECTOMY IN PATIENTS WITH MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER	36
Maiborodina D., Antonenko M., Komisarenko Y., Stolyar V. ADIPOCYTOKINES LEPTIN AND ADIPONECTIN AS PREDICTORS OF GENERALIZED PERIODONTITIS ASSOCIATED WITH OBESITY	42
Иващук Ю.В. РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ	46
Taizhanova D., Kalimbetova A., Toleuova A., Bodaubay R., Turmukhambetova A. CLINICAL AND GENETIC FACTORS OF CARDIOVASCULAR EVENTS DEVELOPMENT AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION	52
Нрын К., Sydorenko A., Vlasova O., Kolot E., Martynenko Y. CLINICAL, PHARMACOTHERAPEUTIC AND BIORHYTHMOLOGICAL PECULIARITIES OF DEPRESSIVE DISORDERS, COMORBID WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY	57
Соловьева Г.А., Кваченюк Е.Л., Альянова Т.С., Свиницкий И.А. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ И ПРОКИНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ – ПОСТПРАНДИАЛЬНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	61
Sirchak Ye., Derbak M., Stan M., Petrichko O. INFLUENCE OF URSODEOXYCHOLIC ACID ON THE CHOLECYSTOKININ LEVELS IN PATIENTS WITH GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS	67
Tsiskarishvili N.V., Katsitadze A., Tsiskarishvili Ts., Tsiskarishvili N.I. SOME FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF LICHEN PLANUS IN THE ORAL MUCOSA. A CLINICAL CASE OF GRINSHPAN-POTEKAEV SYNDROME	71
Mitskevich N., Tsertsvadze T., Maisuradze N., Datuashvili M., Khaled Z., Kobalia G., Mekokishvili L. CORRELATION OF CD4+T LYMPHOCYTES ACTIVATION WITH INTERLEUKIN IL-9, IL-17, IL-22 PROFILES IN THE PERIPHERAL BLOOD OF PATIENTS WITH PLAQUE PSORIASIS	75
Shevchenko N., Tsiura O., Shlieienkova H., Panko N., Kvaratskheliya T. COMORBIDITY OF TYPE 1 DIABETES MELLITUS WITH OTHER CHRONIC PATHOLOGY IN CHILDREN	78
Чолокава Н.Н., Убери Н.П., Бахтадзе С.З., Геладзе Н.М., Хачапуридзе Н.С., Капанадзе Н.Б. СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ КАЛЬЦИФЕРОЛОВ НА ДЕТСКИЙ ОРГАНИЗМ (ОБЗОР).....	82

Bakhtadze S., Geladze N., Khachapuridze N. INFLAMMATION IN CHILDHOOD EPILEPSY SYNDROMES.....	88
Muzashvili T., Gachechiladze M., Burkadze G. DISTRIBUTION OF STEM CELLS IN DIFFERENT THYROID LESIONS IN PATIENTS OF REPRODUCTIVE, MENOPAUSAL AND POST-MENOPAUSAL AGE.....	92
Bukia N., Butskhrikidze M., Machavariani L., Svanidze M., Jojua N. NORMALIZING EFFECT OF ELECTROMAGNETIC STIMULATION ON BLOOD QUANTITATIVE INDICES IN DEPRESSED RATS ON THE BACKGROUND OF OXYTOCIN.....	100
Grabchak S., Bedenyuk A., Gnatyuk M., Futujma Yu. MORPHOMETRIC ASSESSMENT OF STRUCTURAL CHANGES IN THE VASCULAR BED OF DUODENUM IN ANIMALS WITH OBSTRUCTIVE CHOLESTASIS.....	105
Nuradilova D., Kaliyeva L., Vaitkiene D., Kalimoldayeva S., Issenova S. UROGENITAL MIXED INFECTIONS IN REPRODUCTIVE AGED WOMEN WITH PELVIC INFLAMMATORY DISEASE	114
Kiknadze T., Tevdorashvili G., Muzashvili T., Gachechiladze M., Burkadze G. HISTOPATHOLOGICAL, PROLIFERATIVE, APOPTOTIC AND HORMONAL CHARACTERISTICS OF VARIOUS TYPES OF LEIOMYOMAS.....	119
Papiashvili N., Gongadze N., Bakuridze A., Bakuridze K. ANTIHYPERTENSIVE AND CARDIOPROTECTIVE EFFECTS OF EPOXYEICOSATRIENOIC ACID ANALOGS AND SOLUBLE EPOXIDE HYDROLASE INHIBITORS (REVIEW).....	125
Ebralidze L., Tsertsvadze Al., Berashvili D., Bakuridze A. FORMULATION THERMORESPONSIVE NANOCOMPOSITE HYDROGEL WITH EMBEDDED PLGA NANOPARTICLES CONTAINING CYTOTOXIC AGENT	133
Uyzbayeva I., Akpolatova G., Tarzhanova D., Mukanov K. HEPATOPROTECTIVE EFFICIENCY OF G10 SUBSTANCE FROM ZHUZGUN PLANT IN EXPERIMENTAL TOXIC HEPATITIS	138
Moshiashvili G., Mchedlidze K., Aneli J., Pichette A., Mshvildadze V. COUMARINS FROM <i>DAPHNE AXILLIFLORA</i> (KEISSEL.) POBED. AND THE ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF ITS LEAVES AND STEMS	145
Явич П.А., Чурадзе Л.И., Кахетелидзе М.Б. РАЗРАБОТКА РЕЦЕПТУРЫ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-КОСМЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАСТИТЕЛЬНЫХ, МИНЕРАЛЬНЫХ И ЖИВОТНЫХ РЕСУРСОВ ГРУЗИИ.....	150
Устименко В.А., Сошников А.А., Токарская А.С., Макаренко А.Ю., Нестеренко Е.А. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ЗАКУПКИ: АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19	157
Deshko L., Vasylichenko O., Sherbak I., Galai V., Medvid A. UKRAINE'S INTERNATIONAL LIABILITIES ON INITIATION OF MEASURES FOR PUBLIC HEALTH PROTECTION AND THE ROLE OF LOCAL AUTHORITIES IN IMPLEMENTATION OF HEALTH CARE POLICY	163
Адамян Г.К. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ПОЛИЦИИ.....	168
Кулик А.Г., Лубенец И.Г., Кулакова Н.В., Зеленьяк П.А., Лесниченко Л.В. ПЕДОФИЛИЯ КАК ПРИЧИНА СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ: МЕДИКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ	172
Алания М.Д., Сутиашвили М.Г., Схиртладзе А.В., Гегია М.З. ХИМИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ СТЕБЛЕЙ <i>ASTRAGALUS FALCATUS</i> Lam., ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В ГРУЗИИ.....	180

(10,5%) - после ИСР. При формировании ИСР в сравнении с МР II увеличивается объём резервуара, в среднем, до 1000 мл против 750 мл, уменьшается давление в сигмовидной кишке до 18 см.водн.ст. против 35 см.водн.ст. Улучшается частота мочеиспускания/дефекации: у пациентов после ИСР - каждые 3-4 часа в течение дня и 5-6 часов ночью, после МР II - каждые 2-3 часа в течение дня и 3-4 часа ночью.

Формирование ИСР способствует улучшению уродинамики по мочевыводящим путям и нивелированию метаболических расстройств организма в сравнении с трансректальным способом деривации по методике МР II.

რეზიუმე

ილეოსიგმორეზერვუარი, როგორც შარდის დერივაციის მეთოდი რადიკალური ცისტექტომიის შემდეგ პაციენტებში შარდის ბუშტის კუნთ-ინვაზიური კიბოთი

ა.სტახოვსკი, ა.ტიმოშენკო, ო.ვოილენკო, ა.კონონენკო, ე.სტახოვსკი

კიბოს ეროვნული ინსტიტუტი, კიევი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ილეოსიგმორეზერვუარის - როგორც შარდის ტრანსრექტული გამოყვანის ორიგინალური მეთოდის - ეფექტურობის შეფასება შარდის ბუშტის ინვაზიური კიბოს მკურნალობის დროს.

ჩატარებულია რადიკალური ცისტექტომიის შემდეგ ილეოსიგმორეზერვუარის შექმნის მეთოდის ეფექტურობის კლინიკური კვლევის შედეგების ანალიზი. პირველი ჯგუფი შეადგინა 22 (23,6%) პაციენტმა, რომელთაც ჩაუტარდა ილეოსიგმორეზერვუარის ფორმირება, შედარების ჯგუფი კი - 71 (76,4%) პაციენტმა, რომელთაც ჩაუტარდა Mainz-pouch II (MP II) დერივაცია. ჯგუფები შედარდა ძირითადი კლინი-

კური პარამეტრების მიხედვით. ოპერაციის შემდგომი გართულებების შეფასება განხორციელდა ქირურგიულ გართულებათა კლასიფიკაციის სტანდარტების მიხედვით Clavien-Dindo-თი.

ოპერაციის ხანგრძლივობის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი განსხვავება არ აღინიშნა: ილეოსიგმორეზერვუარი - 210-562 (380,4±38,4) წთ vs 190-557 (311,3±49,5) წთ MP II-ის დროს. ინტრაოპერაციული სისხლის დანაკარგი ილეოსიგმორეზერვუარის ფორმირებისას და MP II-ის დროს განსხვავებულია: 110-2850 (707,42±97,2) vs 170-3000 (788,51±141,3) მლ; ინტრაოპერაციული გართულებები ილეოსიგმორეზერვუარის და MP II-ის შემდეგ - 1 (4,5%) vs 6 (4,8%) არ აღემატებოდა 3 სტ-ს Clavien-Dindo-თი. ოპერაციის შემდგომი ქრონიკული პიელონეფრიტის სიხშირე მეტი იყო MP II-ის დროს - 26 (24,3%) vs ილეოსიგმორეზერვუარის დროს - 3 (15,7%). გაზოვანი რეფლუქსი თირკმელში აღინიშნა მხოლოდ MP II-ის დროს - 18 (16,8%) შემთხვევა. მეტაბოლური აციდოზი განუვითარდა 27 (25,2%) პაციენტს MP II-ის შემდეგ და 2 (10,5%) პაციენტს ილეოსიგმორეზერვუარის ფორმირების შემდეგ. ილეოსიგმორეზერვუარის ფორმირების შემდეგ, MP II-სთან შედარებით, რეზერვუარის მოცულობა იზრდება, საშუალოდ, 1000 მლ-მდე vs 750 მლ, მცირდება წნევა სიგმაში - 18 მმ.წყლ.სვ-მდე vs 35 მმ.წყლ.სვ; უმჯობესდება შარდის გამოყოფის/დევეკაციის სიხშირე; პაციენტებში ილეოსიგმორეზერვუარის ფორმირების შემდეგ - 3-4 საათში ერთხელ დღის განმავლობაში და 5-6 საათში ერთხელ ღამით, MP II-ის დროს - 2-3 საათში ერთხელ დღის განმავლობაში და 3-4 საათში ერთხელ ღამით.

ილეოსიგმორეზერვუარის ფორმირება მეტად უწყობს ხელს უროდინამიკის გაუმჯობესებას შარდის გამოყვანის გზებში და ორგანიზმის მეტაბოლური დარღვევების ნიველირებას, შარდის დერივაციის ტრანსრექტულ მეთოდთან შედარებით MP II-ით.

ADIPOCYTOKINES LEPTIN AND ADIPONECTIN AS PREDICTORS OF GENERALIZED PERIODONTITIS ASSOCIATED WITH OBESITY

Maiborodina D., Antonenko M., Komisarenko Y., Stolyar V.

Bogomolets National Medical University, Institute of Postgraduate Education, Department of Dentistry, Kyiv, Ukraine

In recent years, according to the WHO, more than 1,9 billion people over the age of 18 are overweight, of whom more than 650 million are obese, with an annual trend. Today in Ukraine, 35–36% of men, 41% of women and 15–16% of children are obese or overweight, while there is a tendency to increase these indicators [6]. Obesity leads to a number of medical and social problems, in particular, metabolic disorders (type 2 diabetes mellitus, insulin resistance, metabolic syndrome), cardiovascular pathology (hypertension, heart failure, stroke), respiratory pathology (bronchial asthma), impairment of reproductive function. In addition, obesity is an independent predictor of risk of death [6].

Studies in recent decades have noted that obese young people with generalized periodontitis have abnormalities in protein, fat and carbohydrate metabolism, which contributes to the early destruction of periodontal tissue and rapid tooth loss [2-4,6,7].

According to epidemiological studies conducted in Ukraine, more than half of the adult population is overweight, which is associated with low physical activity, eating disorders and an increase in the diet of high-calorie foods.

In the development of pathological changes in obesity, dysfunction of adipose tissue is important. It is known that adipocytes, structural units of adipose tissue, are the largest

component of endocrine tissue, which synthesizes a large number of biologically active substances - adipocytokines, among them - leptin and adiponectin. It is known that adipocytokines, adipose tissue hormones, have a direct effect on the condition of endothelial cells, myocytes, hepatocytes. In obese individuals, adipose tissue becomes infiltrated by mononuclear cells and is in a state of chronic inflammation.

Adipocytes and infiltrating macrophages, in turn, secrete tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), IL-6, resistin, plasminogen-1 activator inhibitor, angiotensinogen, which cause insulin resistance and enhance atherogenesis [3].

Leptin is a hormone of adipose tissue, of protein origin, which is secreted to a greater extent in adipocytes and in small quantities in muscles and placenta. It was discovered by J.M. Friedman in 1995. The name leptin comes from the Greek word "leptos", which means "thin" [7].

According to the literature, leptin controls appetite, through a signal of saturation in the hypothalamus through receptors in the central nervous system. In overweight and obesity, the increase in serum leptin is caused by the resistance of the hypothalamus to the indirect action of adipocytokine by the mechanisms of negative feedback or defects in transport across the blood-brain barrier [3]. Leptin is considered a pro-inflammatory cytokine having a structure similar to other pro-inflammatory cytokines - IL-6, IL-12 and granulocyte colony-stimulating factor. In the structure of monocytes and macrophages, leptin accelerates the synthesis of proinflammatory cytokines - tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), IL-6 and IL-12 [4].

Adiponectin reduces insulin resistance in both adipose tissue, liver and muscle, and increases insulin sensitivity. In obese people, lower levels of adiponectin are associated with metabolic syndrome, endocrine and cardiovascular disease. Adiponectin levels are an independent risk factor for cardiovascular disease. It is believed that the concentration of adiponectin has a clear negative correlation with the atherogenic factor, the level of triglycerides, Apo-B, the level of pro-inflammatory cytokines.

Adiponectin has an anti-inflammatory effect. This adipokine itself reduces the level of pro-inflammatory cytokines, inhibits the pro-inflammatory functions of macrophages and CD4 + lymphocytes, reduces adhesion. Adiponectin is involved in protecting the endothelium, both from disease damage and from age-related damage. It reduces the adhesion of monocytes, inhibits the proliferation of smooth muscle cells in the vascular wall, which is realized in a powerful anti-atherogenic effect. Adiponectin stimulates the formation of nitric oxide (NO), inhibits the activation of endothelial cells, inhibits TNF- α -induced expression of adhesion molecules.

The purpose of the study was to study the changes in serum leptin and adiponectin in patients with generalized periodontitis on the background of obesity.

Material and methods. The study involved 94 people aged 19 to 35 years. Among them: 32 patients with generalized periodontitis on the background of overweight (19 men and 13 women; group 2), 40 patients with generalized periodontitis and obesity (21 men and 19 women; group 3), and the control group - 22 almost healthy individuals of the same age category (group 1). In the diagnosis of periodontal lesions used standard algorithm of clinical and radiological examination and classification MF Danilevsky (1994). The research was conducted with informed consent in accordance with the

requirements of the Commission on Bioethical Expertise. All patients were familiar with the goals and objectives of the study and voluntarily signed an informed consent.

The inclusion criteria were: age (19-35 years), overweight patients (body mass index ≥ 25 kg/m²) and obesity (body mass index ≥ 30 kg/m²).

Exclusion criteria were acute inflammatory diseases and exacerbations of chronic inflammatory diseases at the time of the study, severe somatic diseases that interfere with examination (acute myocardial infarction, acute cerebrovascular disorders, malignancies, etc.), and the formal absence of diagnosed affective disorders.

The content of leptin and adiponectin in the serum was determined by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) ELISA. The study was performed by analyzing venous blood (2 ml) in a BD Vacutainer tube and then centrifuging on LDN and Mediagnost GmbH analyzers and test systems (Germany).

Leptin values in the range of 3,7-11,1 ng/ml for women and 2,0-5,6 ng/ml for men were considered normative. Reference values for adiponectin: low risk of insulin resistance: more than 10,0 mcg/ml; high risk of insulin resistance: up to 4,0 mcg/ml. These values are indicated for patients with normal BMI.

Statistical analysis of the study results was performed using Microsoft Excel using Student's t-test.

Results and discussion. The highest level of serum leptin was found in obese patients. In groups 1 and 2, the values of serum leptin concentrations were significantly higher than in the control group and exceeded the normal value (table 1). The concentration of leptin in the serum of obese individuals was 85% higher than the control group with normal BMI. The level of leptin in the subgroup of obese women was significantly higher than in men (table 2). Therefore, the results of the study show that the concentration of leptin in obese patients is much higher than normal, which indicates hyperleptinemia. According to most authors, hyperinsulinemia stimulates the release of leptin, which indirectly inhibits the secretion of insulin by the pancreas. Decreased sensitivity to insulin leads to its increase, which, in turn, increases the content of leptin in the serum by reduced regulation of leptin receptors in the hypothalamus [4,5].

According to the results of our studies, which are shown in tables 1, 2, the level of leptin in the serum of the subjects increased with increasing BMI. By overweight (group 2) of normal weight leptin levels exceeded those of normal body weight (group 1) by 2,5 times.

The rates of obese patients were 6,8 times higher than those of normal weight. The concentration of leptin in obesity outweighed the value in excess body weight by 2,7 times.

Thus, hyperleptinemia in obese patients may be due to hyperinsulinemia or insulin resistance. Another cause of hyperleptinemia in such patients may be a compensatory increase in its concentration in the blood, as the body's response to reduced sensitivity of leptin receptors in obese patients. Our study showed that the deepening of destructive processes in the periodontal tissues of obese patients correlated with an increase in the concentration of leptin in blood plasma. This pattern may be due to the fact that leptin acts on periodontal tissues as a pro-inflammatory cytokine, maintaining a state of chronic inflammation in the periodontium.

Table 1. Serum leptin concentrations in patients with generalized periodontitis with concomitant overweight (group 2), in patients with generalized periodontitis on the background of obesity (group 3) and the control group (group 1), ng/ml

Indicator	Control group (n=22)	2 group (n=32)	3 group (n=40)
Leptin	6,5 (5,2;11,3)	16,5 (10,5;23,5)*	44,5 (27,2;61,8)* ¹²

* $p < 0,05$; the difference of indicators is probable in comparison with such - (*) in 1 group; (1) in group 2; (3) in group 3

Table 2. Serum leptin concentrations in patients with generalized periodontitis with concomitant overweight (group 2), in patients with generalized periodontitis on the background of obesity (group 3) and control group (group 1), depending on gender, ng/ml

Indicator	Control group (n=22)		2 group (n=32)		3 group (n=40)	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women
Leptin	4,5 (3,2;9,6)	8,5 (4,1;12,8)	16,7* (9,2;22,8)	21,3* (15,7;26,9)	43,2* ¹² (38,7;47,7)	49,6* ¹² (45,7; 53,5)

* $p < 0,05$; the difference of indicators is probable in comparison with such - (*) in 1 group; (1) in group 2; (3) in group 3

Table 3. Serum adiponectin concentrations in patients with generalized periodontitis with concomitant overweight (group 1), in patients with generalized periodontitis on the background of obesity (group 2) and the control group, mcg/ml

Indicator	Control group (n=22)	2 group (n=32)	3 group (n=40)
Adiponectin	57,4 (35,3;69,5)	36,9 (18,7;44,3)*	9,5 (6,2;12,7)* ¹²

* $p < 0,05$; the difference of indicators is probable in comparison with such - (*) in 1 group; (1) in group 2; (3) in group 3

According to the results of our studies, shown in table 3, the content of adiponectin in the serum of the subjects decreased with increasing BMI. At normal weight, the level of adiponectin was 1,5 times higher than that of overweight patients and 6 times higher than that of obese patients. The concentration of adiponectin in excess body weight exceeded the value in obesity by 3,9 times.

Such a significant decrease in the concentration of adiponectin in obese patients compared with patients in the control group, in our opinion, leads to an increase in the activity of proinflammatory cytokines in such patients, which can deepen the progression of periodontal disease in obesity.

Obesity is accompanied by the accumulation of excess fat in the body, that leads to reduced life expectancy and is associated with many pathological conditions. Obesity undoubtedly affects the condition of tissues periodontium, changing the functions of monocytes, macrophages and T-lymphocytes [2].

There are various ways of interaction between obesity and disease periodontal tissues [6], however, these pathways are insufficiently studied. We know that cytokines and adipose tissue hormones can affect the development and progression of periodontal disease [6]. Prevalence of periodontitis, among The number of obese people is much higher than among those without obesity [2]. High concentration of high density lipoproteins and triglycerides in plasma increase the risk of development and rapid progression of periodontitis [3]. Adiponectin, due to its useful functions, supports regeneration periodontium, has a healing effect [5]. It is known that the level of leptin in serum in periodontitis increases [3], but the relationship between obesity and periodontitis in terms of simultaneous exposure to both leptin and adiponectin is currently understudied. The scientific novelty of our work is in the simultaneous comprehensive assessment of the content leptin and adiponectin in the serum of patients with normal weight, overweight and obese patients.

The results of our research also confirm a significant increase serum leptin content in obese patients compared with individuals with normal weight and overweight people. Simultaneously with an increase in the concentration of leptin by us in obese

individuals was detected a sharp decrease in the concentration of adiponectin in blood plasma compared with

people with normal weight and people with overweight. So, in our opinion, periodontal tissues in obese people are, on the one side, under the effect of high leptin content that can increase synthesis pro-inflammatory cytokines, and on the other, are deprived of regenerative influence adiponectin due to its reduced content. This leads to the development of and rapid progression of periodontal disease in obese individuals.

Conclusions. The conducted research allows to draw a conclusion that in the blood serum of patients with generalized periodontitis on the background of overweight and obesity there is an imbalance of adipokines leptin and adiponectin. The obtained data are consistent with the literature, according to which, an increase in BMI is accompanied by an increase in leptin production and a decrease in adiponectin levels. These disorders were more pronounced in patients with generalized periodontitis on the background of obesity. Such an imbalance in adipose tissue may stimulate the production of pro-inflammatory cytokines and contribute to the progression of periodontal disease in such patients.

REFERENCES

- Atabay VE, Lutfioglu M. Obesity and oxidative stress in patients with different periodontal status: a case-control study. // J Periodontal Res. 2017 Feb;52(1):51-60. doi: 10.1111/jre.12368.
- Chaffee BW, Weston SJ. Association between chronic periodontal disease and obesity: A systematic review and meta-analysis. // J Periodontol. 2010 Dec;81(12):1708-24. doi: 10.1902/jop.2010.100321.
- Karthikeyan B.V., Pradeep A.R. Gingival crevicular fluid and serum leptin: their relationship to periodontal health and disease. // J Clin Periodontol. 2007 Jun;34(6):467-72. doi: 10.1111/j.1600-051X.2007.01078.x.
- Keski-Rahkonen A1, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. // Curr Opin Psychiatry. 2016 Nov; 29(6):340-5. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278.

5. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari R, Russell E, et al. Lifetime and 2-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. // BMC Med. 2017 Jan 17;15(1):12. doi:10.1186/s12916-016-0766-4.

6. Moura-Grec P.G., Marsicano JA. Obesity and periodontitis: systematic review and meta-analysis. // Cien Saude Co-

let. 2014 Jun;19(6):1763-72. doi: 10.1590/141381232014196.13482013.

7. Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Högdahl L, Von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. // Psychiatry Res. 2015 Dec 15;230(2):294-9. doi: 10.1016/j.psychres.2015.09.008.

SUMMARY

ADIPOCYTOKINES LEPTIN AND ADIPONECTIN AS PREDICTORS OF GENERALIZED PERIODONTITIS ASSOCIATED WITH OBESITY

Maiborodina D., Antonenko M., Komisarenko Y., Stolyar V.

Bogomolets National Medical University, Institute of Postgraduate Education, Department of Dentistry, Kyiv, Ukraine

In recent years, according to the WHO, more than 1.9 billion people over the age of 18 are overweight, of whom more than 650 million are obese, with an annual trend. Studies in recent decades have shown that obese young people with generalized periodontitis have abnormalities in protein, fat and carbohydrate metabolism, which contributes to the early destruction of the periodontal tissue complex and rapid tooth loss.

The aim of our study was to examine changes in serum leptin and adiponectin in patients with generalized periodontitis on the background of obesity.

The study involved 94 people aged 19 to 35 years. Patients were divided into 3 groups: 32 patients with generalized periodontitis on the background of overweight, 40 patients with generalized periodontitis and obesity, and the control group - 22 healthy individuals of the same age category. The content of leptin and adiponectin in the serum was determined by enzyme-

linked immunosorbent assay (ELISA) ELISA. The study was performed by analyzing venous blood (2 ml) in a BD Vacutainer tube and then centrifuging on LDN and Mediagnost GmbH analyzers and test systems (Germany).

Studies allow us to conclude that in the serum of patients with generalized periodontitis on the background of overweight and obesity there is an imbalance of adipokines leptin and adiponectin. The obtained data are consistent with the literature, according to which, an increase in BMI is accompanied by an increase in leptin production and a decrease in adiponectin levels. These disorders were more pronounced in patients with generalized periodontitis on the background of obesity. Such an imbalance in adipose tissue may stimulate the production of pro-inflammatory cytokines and contribute to the progression of periodontal disease in such patients.

Keywords: generalized periodontitis, obesity, leptin, adiponectin, BMI.

РЕЗЮМЕ

АДИПОЦИТОКИНЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ОЖИРЕНИЕМ

Майбородина Д.Д., Антоненко М.Ю., Комиссаренко Ю.И., Столяр В.Г.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Институт последипломного образования, кафедра стоматологии, Киев, Украина

В последние годы, по данным ВОЗ более 1,9 млрд. лиц в возрасте старше 18 лет имеют избыточный вес, из них более 650 млн. страдают от ожирения, при этом имеется тенденция к ежегодному росту этих показателей. Исследования последних десятилетий показали, что у молодых лиц с ожирением, больных генерализованным пародонтитом, выявляются отклонения в белковом, жировом и углеводном обменах, что способствует раннему разрушению комплекса тканей пародонта и быстрой потере зубов.

Целью исследования явилось определение изменений показателей лептина и адипонектина в сыворотке крови больных генерализованным пародонтитом на фоне ожирения.

В исследовании приняли участие 94 больных в возрасте от 19 до 35 лет, которые разделены на 3 группы: 32 пациента - с генерализованным пародонтитом на фоне избыточной массы тела, 40 - с генерализованным пародонтитом и ожирением и контрольная группа - 22 практически здоровых лица той же возрастной категории.

Содержание лептина и адипонектина в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) ELISA путем забора венозной крови (2 мл) в пробирку типа BD Vacutainer и дальнейшего центрифугирования на анализаторах и тест-системах LDN и Mediagnost GmbH (Германия).

Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что в сыворотке крови больных генерализованным пародонтитом на фоне избыточной массы тела и ожирения отмечается дисбаланс лептина и адипонектина. Полученные данные идентичны литературным, согласно которым повышение индекса массы тела сопровождается увеличением продукции лептина и снижением уровня адипонектина. Эти нарушения более выражены у больных генерализованным пародонтитом на фоне ожирения. Такой дисбаланс жировой ткани, по всей вероятности, стимулирует продукцию провоспалительных цитокинов и способствует прогрессированию заболеваний тканей пародонта.

რეზიუმე

ადიპოციტოკინები, როგორც სიმსუქნესთან ასოცირებული გენერალიზებული პაროდონტიტის განვითარების პრედიქტორები

დ.მაიბორდინა, მანტონენკო, ი.კომისარენკო, ვ.სტოლიარო

ა.ბოგომოლევცის სახ. ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი, დიპლომის შემდგომი განათლების ინსტიტუტი, სტომატოლოგიის კათედრა, კიევი, უკრაინა

ჯანმრთელობის მონაცემების მიხედვით, უკანასკნელ წლებში 18 წელზე მეტი ასაკის 1,9 მილიარდ ადამიანს ჭარბი წონა აქვს, მათგან 650 მილიონ ადამიანზე მეტს აღეწევს სიმსუქნე; ამასთან, სახეზეა ამ მანქანების ეოველწლიური მატების ტენდენცია. ბოლო ათწლეულის კვლევებით ნაჩვენებია, რომ სიმსუქნით და პაროდონტიტით დაავადებულ ახალგაზრდა პირებში აღინიშნება ცილოვანი, ცხიმოვანი და ნახშირწყლოვანი ცვლის დარღვევები, რაც ხელს უწყობს პაროდონტის ქსოვილის ადრეულ რღვევას და კბილების დაკარგვას.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ლეპტინის და ადიპონექტინის მაჩვენებლების ცვლილებების განსაზღვრა გენერალიზებული პაროდონტიტით პაციენტების სისხლში სიმსუქნის ფონზე.

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 19-35 წლის ასაკის 94 პაციენტმა, რომლებიც დაიყო სამ ჯგუფად: 32 პაციენტი – გენერალიზებული პაროდონტიტით და სხეულის ჭარბი წონით, 40 – გენერალიზებული პაროდონტიტით და სიმსუქნით, საკონტროლო ჯგუფი - იგივე ასაკობრივი ჯგუფის 22 პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირი.

ლეპტინის და ადიპონექტინის შემცველობა სისხლის შრატში განისაზღვრა იმუნოფერმენტული ანალიზით, ვენური სისხლის (2 მლ) აღებით და მოთავსებით BD Vacutainer ტიპის სინჯარაში, შემდგომი ცენტრიფუგირებით LDN და Mediagnost GmbH (გერმანია) ანალიზატორებსა და ტესტ-სისტემებზე.

კვლევის შედეგები იძლევა საფუძველს დასკვნისათვის, რომ გენერალიზებული პაროდონტიტის, სხეულის მასის სიჭარბის და სიმსუქნის მქონე პაციენტების სისხლში აღინიშნება ლეპტინისა და ადიპონექტინის დისბალანსი. მიღებული შედეგები ესადაგება ლიტერატურის მონაცემებს იმის შესახებ, რომ სხეულის მასის ინდექსის მატებას თან ახლავს ლეპტინის პროდუქციის ზრდა და ადიპონექტინის დონის შემცირება. ეს დარღვევები გენერალიზებული პაროდონტიტის მქონე პაციენტებში სიმსუქნის ფონზე მეტადაა გამოხატული. ასეთი დისბალანსი ცხიმოვან ქსოვილში, დიდი ალბათობით, ასტიმულირებს პროანთებითი ციტოკინების პროდუქციას და ხელს უწყობს პაროდონტის ქსოვილების დაავადებათა პროგრესირებას.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ

Ивашук Ю.В.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования» МЗ Украины

Артериальная гипертония (АГ) - распространенное заболевание, одна из ведущих причин смертности и инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди населения [1]. Больные гипертонической болезнью (ГБ) в большей степени подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям (инсульт, ишемическая болезнь сердца - ИБС) и смертности, чем лица без ГБ [2]. Риск развития ССЗ у лиц с ГБ определяется не только уровнем артериального давления (АД), но и наличием поражения органов-мишеней, таких как гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ), поражение почек, атеросклероз сосудов, а также ассоциированных клинических состояний (ССЗ, сахарный диабет) и факторов риска ССЗ. Исследования последних десятилетий свидетельствуют о более высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений и летальности больных гипертонической болезнью в сочетании с ревматоидным артритом.

Ревматоидный артрит - одно из самых распространенных в мире аутоиммунных заболеваний, приводящий к ранней инвалидизации, в связи с чем актуальность совершенствования подходов к клинической тактике ведения таких па-

циентов очевидна [3]. Своевременное и адекватное лечение коморбидных состояний способно улучшить прогноз жизни и снизить риск развития осложнений.

В большинстве случаев коморбидная патология приводит к быстрому развитию хронической сердечной недостаточности (ХСН), в основе которой лежит диастолическая дисфункция гипертрофированного левого желудочка (ЛЖ) при его нормальной фракции выброса. [2]. Регресс гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) на фоне лечения ГБ может способствовать не только предотвращению развития ХСН, но и снижению комбинированного риска сердечно-сосудистых событий [5]. Современные требования к антигипертензивной терапии включают в себя не только нормализацию АД, но и органопротекторное действие за счет влияния на нейрогуморальные системы - симпатoadrenalную, ренин-ангиотензиновую [6]. Влияние на нейрогуморальное звено патогенеза (поражение органов-мишеней) доказано для ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и антагонистов рецепторов ангиотензина II (АРА). Однако предполагается, что АРА обеспечивают более выраженное органопротекторное действие [3].