

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 2 (323) Февраль 2022

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 2 (323) 2022

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 monthly journal committed to promoting the science and art of medicine and the betterment of public health, published by the GMN Editorial Board 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 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 კოლეგიის 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 ბაზებიდან.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

Ежемесячный совместный грузино-американский научный электронно-печатный журнал
Общества Ограниченной Ответственности “Грузинская Деловая Пресса”.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Николоз Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

Александр Геннинг (Германия), Амиран Гамкредидзе (Грузия),

Константин Кипиани (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),

Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия),

Тенгиз Ризнис (США), Реваз Сепиашвили (Грузия), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава,

Георгий Асатиани, Тенгиз Асатиани, Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия,

Отар Герзмава, Лиана Гогияшвили, 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.com

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. ООО Грузинская деловая пресса

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats by LLC Georgian Business Press. Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

EDITOR IN CHIEF

Nikoloz Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Alexander Gënning (Germany), Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA), Konstantin Kipiani (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia), Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tengiz Riznis (USA), Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

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

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

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

Phone: 995 (32) 254-24-91
995 (32) 253-70-58
Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.
3 PINE DRIVE SOUTH
ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.com

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

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

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

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

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

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქმრადლებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დავიცვათ შემდეგი წესები:

1. სტატია უნდა წარმოდგინოთ 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 წარმოდგინოთ ნაბეჭდი სახით. ყველა ციფრული, შემავსებელი და პროცენტული მონაცემები უნდა შეესაბამებოდეს ტექსტში მოყვანილს.

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

Varganova A., Darvin V., Krasnov E., Skalskaya N. CLINICAL EFFECTIVENESS OF EARLY ENTERAL NUTRITION IN PATIENTS WITH SMALL INTESTINE RESECTION	7
Venher I., Kostiv S., Selskiy B., Faryna I., Orlov M., Tsiupryk N., Kovalskiy D. INTRAOPERATIVE LEVELS OF COAGULATION FACTORS IN PATIENTS TREATED WITH OPEN AND ENDOVASCULAR REVASCULARIZATION OF OCCLUDED TIBIAL ARTERIES.....	11
Бугридзе З.Д., Грубник В.В., Парфентьев Р.С., Воротынцева К.О. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ	17
Бодня А.И., Бутенко Л.Л., Грузевский А.А. КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТРАВМ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ	23
Бахтияров К.Р., Бобров Б.Ю., Лубнин Д.М., Волкова П.А. РОЛЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМИОЗА (ОБЗОР).....	30
Markin L., Fartushok T., Mrochko Yu., Pidhirnyj Y. MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH COVID-19 – OWN EXPERIENCE.....	38
Почуева Т.В., Гарюк Г.И., Лозовая Ю.В., Меркулов А.Ю. МНОГОФАКТОРНЫЕ МЕТАТИМПАНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА (ОБЗОР И СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ).....	47
Дашно Л.А., Вышемирская Т.А., Бурлаков П.А., Стороженко К.В., Флис П.С. ОЦЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У ДЕТЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ, 3D ЦЕФАЛОМЕТРИИ И ПЛАНИРОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР)	54
Pavlov B., Romanenko V. INTERVENTIONAL COMBINED RADIOFREQUENCY METHOD IN THE TREATMENT OF CHRONIC LUMBOSACRAL RADICULAR PAIN ASSOCIATED WITH MODERATE DISC HERNIATION	60
Oniani B., Shaburishvili T., Beselia K., Megreladze I. ENDO-ACAB EARLY POSTOPERATIVE PERIOD RESULTS: ANALYSIS AND COMPARISON.....	67
Gvasalia T., Kvachadze I., Giorgobiani T. CORRELATION OF THERMAL PAIN PERCEPTION AND HOSTILITY IN MALES AND FEMALES DURING PHYSIOLOGIC STARVATION	71
Огоренко В.В., Кириченко А.Г., Корнацкий В.М., Гненная О.Н., Томах Н.В. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЮДЕЙ, КОТОРЫЕ ЖИВУТ С ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА	77
Nurzhigitov N., Sanaubarova A., Nugmanova Zh., Ali S., Akbay B. ARV DRUG RESISTANCE MUTATIONS AMONG A6 SUBTYPE PLWH IN KAZAKHSTAN.....	82
Умаров Ф.Х., Матанов З.М. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ	89
Dobryk D., Dobryk O., Dobryansky D. THE EFFECT OF ENTERAL LACTOFERRIN SUPPLEMENTATION IN PREVENTION OF MORBIDITY ASSOCIATED WITH IMMATURE DIGESTIVE TRACT IN PREMATURE INFANTS: PROSPECTIVE COHORT STUDY	94

Горбатюк О.М., Боднар О.Б., Момотов А.А., Курило Г.В. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА У ПОДРОСТКОВ.....	101
Shkorbotun V., Liakh K., Shkorbotun Y. COMPARISON OF LONG-TERM CLINICAL RESULTS OF MICRODEBRIDER AND COLD BLADE ADENOIDECTOMY	106
Ghibradze G., Vadachkoria Z., Dzidziguri L., Mikadze M., Modebadze I., Rusishvili L., Dzidziguri D. DEVELOPMENT OF NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF HEMANGIOMAS IN EXPERIMENT.....	112
Nechiporuk V., Nebesna Z., Didyk N., Mazur O., Korda M. MICROSCOPIC CHANGES OF THE KIDNEY IN EXPERIMENTAL HYPERHOMOCYSTEINEMIA ON THE BACKGROUND OF HYPER- AND HYPOTHYROIDISM.....	116
Tissen I., Magarramova L., Badrutdinov R., Takeeva Z., Proshin S., Shabanov P. POSSIBLE ROLE OF KISSPEPTIN IN TESTOSTERONE-INDEPENDENT REGULATION OF SEXUAL MOTIVATION IN MALE RATS.....	122
Fik V., Mykhalevych M., Matkivska R., Paltov Ye. FEATURES OF MORPHOLOGICAL RECONSTRUCTION OF PARADENTITUM ON THE BACKGROUND OF SIX-WEEK OPIOID ACTION WITH FURTHER WITHDRAWAL AND COMPLEX TREATMENT DURING FOUR WEEKS IN THE EXPERIMENT	126
Bukia N., Butskhrikidze M., Machavariani L., Svanidze M., Nozadze T. GENDER RELATED DIFFERENCES IN SEX HORMONE-MEDIATED ANXIOLYTIC EFFECTS OF ELECTROMAGNETIC STIMULATION DURING IMMOBILIZATION STRESS	131
Канзюба А.И., Яреско А.В., Климовицкий Ф.В., Канзюба М.А., Попюрканич П.П. БИОМЕХАНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ	137
Prosekov A., Vasilchenko I., Osintsev A., Braginsky V., Gromov E., Vasilchenko N. IMPACT OF NON-CONTACT ELECTROMAGNETIC RADIATION ON LIVING ORGANS AND TISSUES	145
Brkich G., Pyatigorskaya N., Zyryanov O., Melnikova T., Tuaeve N. IN SILICO PROFILING OF THE NEW ALLOSTERIC MODULATOR OF AMPA RECEPTORS	151
Rurua M., Machavariani K., Sanikidze T., Shoshiashvili V., Pachkoria E., Ratiani L. THE ROLE OF ANGIOTENSIN -2 IN THE PATHOGENESIS OF SEPTIC SHOCK DURING MULTIORGAN DYSFUNCTION SYNDROME (REVIEW).....	157
Самсин И.Л., Кунев Ю.Д., Тимуш И.С., Шахман Н.В., Чёрный Г.А., Баранчук В.В. ОСОБЕННОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ.....	161
Муляр Г.В., Журавель Я.В., Музыка А.А., Черняк Е.Ю., Качинская М.А., Орловская И.Г. МЕЖДУНАРОДНО-ПРАВОВЫЕ, РЕГИОНАЛЬНЫЕ И ОТРАСЛЕВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СТАНДАРТЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОПЫТ УКРАИНЫ	167
Логвиненко Б.А., Подоляка А.М., Дьомин Ю.М., Колесникова И.А., Салаева К.А. ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ КОРРУПЦИИ ПРИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАКУПКАХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	175
Kikodze N., Nemsadze K., Anuoluwap O., Enoch O., Intskirveli M. THE SHORT- AND LONG-TERM IMPACTS OF INTRAOSSEOUS CATHETERIZATION TRAINING ON MEDICAL STAFF'S READINESS TO STABILIZE CRITICAL PATIENTS AT THE PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT.....	180

რეზიუმე

სისხლის შედედების ფაქტორების დონე პაციენტებში ოკლუზირებული თემოს არტერიების ღია და ენდოვასკულური რევასკულარიზაციის შემდეგ

¹ი.ვენგერი, ¹ს.კოსტივი, ¹ბ.სელსკი, ¹ი.ფარინა, ^{1,2}მ.ორლოვი, ¹ნ.ციუპრიკი, ¹დ.კოვალსკი

¹ტერნოპოლის ი.გორბაჩევსკის სახ. ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი, ქირურგიის №2 კათედრა; ²ჰიტომირის საქალაქო საბჭოს ვ.პავლუსენკოს სახ. №2 საავადმყოფო, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სისხლის შედედების სპეციფიკური ფაქტორების როლის განსაზღვრა პაციენტებში საზარდულის მიდამოს ქვემოთ განლაგებული ოკლუზირებული თემოს არტერიების ღია და ენდოვასკულური რევასკულარიზაციის შემდეგ.

ჩატარებულია საზარდულის მიდამოს ქვემოთ განლაგებული არტერიების ათეროსკლეროზული სტენოზურ-ოკლუზიური დაზიანებების მქონე 96 პაციენტის რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა. 52 (54,2%) პაციენტს ჩაუტარდა ღია ოპერაცია (საკონტროლო ჯგუფი), 44 (45,7%) პაციენტს – ქვედა კი-

ღურების ენდოვასკულური რევასკულარიზაცია (საკვლევი ჯგუფი).

ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდეგ ფასდებოდა ფიბრინოგენი, ფიბრინოგენ-მასტაბილიზებული ფაქტორი, სისხლის თრომბოპლასტიკური აქტივობა, ხსნადი ფიბრინ-მონომერული კომპლექსები, პლაზმის რეკალციფიკაციის დრო, თრომბოციტების აგრეგაცია, D-დიმერი.

ყველა შესწავლილი პარამეტრი საკვლევი ჯგუფში იყო უფრო მაღალი, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში. ოპერაციამდელი და ინტრაოპერაციული პერიოდების შედარებისას აღნიშნული მაჩვენებლები საკვლევი ჯგუფში კიდევ უფრო მაღალი იყო.

ინტრაოპერაციული დროის გახანგრძლივება განაპირობებს კოაგულაციის სისტემის მნიშვნელოვან აქტივაციას პაციენტებში ენდოვასკულური რევასკულარიზაციის შემდგომ. ადრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში აღინიშნა სისხლის შედედების სისტემის აქტივაციის უმნიშვნელო შემცირება, რაც გართულების – რეკონსტრუქციული სეგმენტის თრომბოზის განვითარების მიზეზი ხდება.

შესწავლილი მარკერები შესაძლოა გამოყენებული იყოს გადაწყვეტილების მიღებისას ჰემოსტაზის სისტემის აქტივაციის კორექციის მიზნით პაციენტებში საზარდულის მიდამოს ქვემოთ განლაგებული არტერიების რევასკულარიზაციის შემდგომ.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Бугридзе З.Д., Грубник В.В., Парфентьев Р.С., Воротынцева К.О.

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Пластика паховых грыж популярная операция, выполняемая общими хирургами. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов грыжесечений по поводу паховых грыж [1]. Частота рецидивов при использовании различных методик пластики паховых грыж составляет 15% [2]. Внедрение «ненатяжной» пластики с использованием различных сетчатых имплантатов по методике Лихтенштейна позволило снизить частоту рецидивов до 5-9% [3].

Применение лапароскопических методик при лечении паховых грыж имеет значительные преимущества перед открытыми операциями, так как позволяет снизить болевой синдром, добиться прекрасных косметических результатов и сократить длительность госпитализаций, однако частота рецидивов после использования лапароскопических методик достигает 8,9% [4].

Операции по поводу рецидивных паховых грыж являются весьма сложными и требуют от оперирующего хирурга определенных навыков. Количество рецидивов после операций рецидивных паховых грыж составляет от 8 до 34% [5].

Некоторые авторы [6] предлагают использовать при рецидивных паховых грыжах методику Лихтенштейна, как наиболее простую. Однако повторные открытые операции сопряжены со значительными техническими сложностями, необходимостью диссекции рубцовых тканей, высокой вероятностью повреждения нервов.

Лапароскопическая герниопластика рецидивных паховых грыж ассоциируется с хорошей эффективностью, несмотря на серьезные технические трудности во время операции [7,8].

Несмотря на проведение целого ряда проспективных рандомизированных исследований, по сей день не установлено, какую из методик - Лихтенштейна или лапароскопическая герниопластика, следует применять при оперативном лечении рецидивных паховых грыж [9,10].

Целью исследования явилось определить оптимальный метод оперативного вмешательства при рецидивных паховых грыжах.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов повторных операций, выполненных у 146

больных по поводу рецидивных паховых грыж, за период с сентября 2007 г. по декабрь 2020 г. на базе КНП «Одесская областная клиническая больница». Поскольку вопрос выбора метода повторной операции при рецидивах паховых грыж по сей день остается неопределенным, в период с сентября 2007 г. по май 2011 г. в клинике проведено сравнительное рандомизированное исследование, в которое включено 82 пациента с рецидивными паховыми грыжами, прооперированные по методу Лихтенштейна с использованием полипропиленовой сетки. Причинами рецидивов после первой операции у 14 пациентов было нагноение послеоперационной раны, что потребовало санации и частичного иссечения сетчатого имплантата. У 30 пациентов причиной рецидива явилось использование сетчатых имплантатов несоответствующего размера. У 38 пациентов рецидив наступил в связи с погрешностями при выполнении операции Лихтенштейна. Необходимо отметить, что только 8 (9,75%) пациентов ранее были прооперированы в Одесской областной клинической больнице. Остальные 24 (29,2%) пациента прооперированы в городских больницах, 50 (60,9%) - в центральных районных больницах.

Всем пациентам проведено тщательное клиническое и лабораторное обследование: в обязательном порядке ультразвуковая диагностика зоны пахового канала для подтверждения рецидива паховой грыжи; 11 пациентам - компьютерная томография малого таза, 2 пациентам выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза. Данные проведенных исследований подтвердили наличие рецидива паховых грыж. При физической нагрузке 42 пациента жаловались на выраженный болевой синдром и наличие грыжевого выпячивания. У 8 (9,75%) пациентов боль отдавала в мошонку и в яичко со стороны рецидивной грыжи. Для исключения серьезной сопутствующей урологической патологии этим пациентам дополнительно назначено обследование уролога, в результате которого у 9 (10,9%) пациентов выявлена аденома предстательной железы без тяжелых нарушений диуреза, у 25 (30,48%) пациентов - хронический простатит. Перед выполнением операции по поводу рецидивных паховых грыж все пациенты были проинформированы по поводу планируемых операций и подписали согласие на участие в рандомизированном исследовании.

Рандомизацию выполняли слепым методом: ни хирург, ни пациент не знали до операции, каким образом будет выполнена пластика пахового канала. В день операции пациентам сообщалось о проводимом методе операции.

Пациенты (n=82) были разделены на две группы, пациентов I группы прооперировали с помощью лапароскопических методов, II группы - методом Лихтенштейна.

В I группе 40 пациентам выполнена лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная пластика (ТАРП). Лапароскопическую пластику грыж выполняли после наложения пневмоперитонеума до 12 мм рт. ст., с использованием трех троакаров. Первый 10 мм троакар вводили в область пупка, два 5 мм троакара - в правую и левую подвздошные области. Брюшину над грыжевым дефектом отсепарировали. Грыжевой мешок отделяли от элементов семенного канатика. Из грыжевого канала в обязательном порядке выделялась липома, которая сопровождала грыжевой мешок. Пластика грыжевого дефекта выполнялась с помощью полипропиленовых сетчатых имплантатов, специально изготовленных для этого вида пластики. Сетки фиксировались с помощью 3-5 такеров. После установки сеток в данной группе больных восстанавливалась целостность париеталь-

ной брюшины сшиванием листков брюшины с помощью непрерывной рассасывающейся нити с интракорпоральным завязыванием узлов.

42 пациентам II группы выполняли повторную герниопластику по модифицированной методике Лихтенштейна. В некоторых случаях сетчатый имплантат, установленный при первой операции иссекался, а в случаях, когда выделение имплантата было технически сложным или невозможным, поверх первого устанавливали новый сетчатый имплантат. При выполнении операции открытым методом иссекали старый послеоперационный рубец, рассекали апоневроз и выделяли элементы семенного канатика, после чего выявляли грыжевой дефект. Для закрытия грыжевого дефекта использовали сетки размером 10×15 см, сетку подшивали к паховой связке и к апоневрозу нерассасывающимися швами. Дренажирование раны не выполняли.

В раннем послеоперационном периоде фиксировали все осложнения, особенно выраженность болевого синдрома, наличие воспалительной реакции тканей и нарушение диуреза. Период наблюдения за пациентами составил от 12 до 24 месяцев. В отдаленные сроки пациентам выполняли тщательное клиническое и инструментальное обследование с целью установления возможного рецидива грыжи. Для обработки полученных данных использовали методы непараметрической медицинской статистики.

Результаты и обсуждение. 64 пациента, которые прооперированы в нашей клинике по поводу рецидива паховой грыжи, не вошли в рандомизированное исследование. В этой группе больных проведен ретроспективный сравнительный анализ результатов. 34 пациентам этой группы выполнено грыжеиссечение стандартным методом Бассини, Постемпского, без использования сетчатых имплантатов. Необходимо отметить, что у 23 из 34 пациентов, ввиду ущемления, пластика выполнялась в неотложном порядке. У 12 пациентов была ущемлена петля кишки, у остальных - большой саленик. В этой группе больных преобладали мужчины - 28 (82,4%). Рецидив грыжи у 60% больных наступил в течение первых 6 месяцев. У остальных пациентов рецидив грыжи выявлен спустя 1-3 года после операции.

У 30 пациентов рецидив возник после выполнения лапароскопической операции: у 23 пациентов выполнена ТАРП, у 7 - внебрюшинная преперитонеальная лапароскопическая герниопластика (ТЕР). 8 больным этой группы лапароскопическое вмешательство выполнено в нашей клинике, 22 пациентам - в других клиниках.

При повторных вмешательствах в группе больных, которым выполнялось грыжеиссечение без использования сетчатых имплантатов, 20 (58,8%) пациентам проведена открытая операция с использованием сетчатого имплантата по Лихтенштейну. У остальных 14 пациентов - ТАРП.

В группе больных, у которых рецидив возник после лапароскопической герниопластики, у 16 выполнялась повторная операция открытым способом, с использованием сетчатого имплантата по Лихтенштейну. У 14 пациентов с рецидивами грыжи выполнено повторное лапароскопическое вмешательство - трансабдоминальная преперитонеальная пластика (ТАРП).

Результаты и обсуждение. Трансабдоминальная преперитонеальная лапароскопическая пластика ТАРП выполнена 40 пациентам, конверсии ни в одном случае не отмечено. В I группе продолжительность операции составила 87±12 минут (таблица 1).

Таблица 1. Характеристика операций

	Группа I (n=40)	Группа II (n=42)	P value
Средняя длительность операции (мин.)	38±7	56±18	<0.05
Время, через которое пациенты начинали ходить (часы)	12	24	<0.05
Средняя длительность нахождения пациентов в стационаре (часы)	12-18	24-48	<0.05
Время, через которое пациенты смогли вернуться к физическим нагрузкам (дни)	4-6	7-10	<0.05

Таблица 2. Послеоперационные осложнения

	Группа I (n=40)	Группа II (n=42)	P value
Отек мошонки	8 (20 %)	9 (21,4 %)	>0,05
Гематома	3 (7,5 %)	8 (19,4 %)	<0,05
Серома	3 (7,5 %)	15 (35,7 %)	<0,01
Грыжеподобное выпячивание	4 (10 %)	6 (14,3 %)	>0,05
Умеренный болевой синдром	9 (22,5 %)	7 (16,5 %)	>0,05
Выраженный болевой синдром	1 (2,5 %)	29 (69 %)	<0,01
Рецидив	0	4 (9,5 %)	<0,01

Серьезных интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопических операций не выявлено. Технические трудности возникли у 18 пациентов при выделении грыжевого мешка и отделении его от элементов семенного канатика, что было обусловлено сращиванием грыжевого мешка с сетчатым имплантатом. Выделить грыжевой мешок полностью не всегда удавалось, и его часть иссекалась и оставалась in situ. Сетчатый имплантат устанавливался и фиксировался поверх семенного канатика у 21 пациента. Для предотвращения возможного рецидива у 19 пациентов обычный полипропиленовый имплантат рассекался до половины и одно крыло сетки заводилось под грыжевой мешок, после чего оба крыла сетки фиксировались такерами к передней брюшной стенке. Небольшой отек мошонки наблюдался у 8 (20%) пациентов данной лапароскопической группы (таблица 2).

У одного пациента наблюдался выраженный болевой синдром, который был купирован назначением ненаркотического анальгетика. Спустя 7–10 дней после операции трое больных обратились в больницу с жалобами на умеренную боль в области пахового канала, при выполнении ультразвуковой диагностики была обнаружена небольшая гематома между сеткой и париетальной брюшиной. Больным назначена противовоспалительная терапия. Гематома рассасывалась в сроки от 3 до 5 недель. На следующее утро после лапароскопической операции пациенты могли подниматься с постели и ходить; на вторые сутки после операции были выписаны из стационара. Количество дней нахождения пациентов в стационаре составило, в среднем, 3,5±1,4 дня. Все пациенты этой группы были удовлетворены ранними послеоперационными результатами. В отдаленные сроки ни в одном случае рецидива грыжи не выявлено. 4 пациента имели жалобы на наличие грыжеподобного выпячивания при кашле. Ультразвуковая диагностика грыжевого дефекта пахового канала не выявила. Компьютерная томография малого таза наличия рецидива грыжи также не подтвердила. В отдаленные сроки после операции 9 (22,5%) пациентов отмечали жалобы на умеренные болевые ощущения в паховой области.

42 пациентам II группы выполнена открытая герниопла-

стика. Продолжительность этой операции была незначительно больше, чем лапароскопическая, что следует объяснить техническими сложностями выделения из рубцов рецидивной грыжи, краев апоневроза, сетчатого имплантата и паховой связки. Средняя продолжительность операции в данной группе пациентов составила 112±15 минут. Серьезных интраоперационных осложнений в данной группе больных не отмечено. Выраженный болевой синдром наблюдался у 29 (69%) пациентов этой группы, которым потребовалось назначение наркотических анальгетиков в первые дни после операции. Только 9 (21,4%) пациентов этой группы смогли ходить спустя сутки после операции, другие пациенты начали ходить только на 3 и 4 сутки. Гематомы в области послеоперационной раны выявлены у 8 (19%) пациентов, отек мошонки - у 9 (21,4%) пациентов. Осложненный диурез в первые дни после операции отмечался у 6 (14,2%) пациентов, повышение температуры тела до 38° - у 9 (21,4%) пациентов в первые дни после операции. Серомы в подкожной клетчатке сформированы у 15 (35,7%) пациентов, десяти больным назначена пункция серомы, у 7 пациентов они самостоятельно вскрылись через рану. Спустя 12-24 месяцев после операции у 4 (9,5%) пациентов выявлен рецидив грыжи, у 7 (16,6%) - жалобы на сильную боль в паховой области при напряжении. Субъективная оценка результатов операции выявила неудовлетворительность результатом открытого оперативного вмешательства у 8 пациентов.

При изучении результатов повторных операций у больных, у которых выполнялись открытые операции по Бассини, Постемпскому, без использования сетчатых имплантатов, выяснилось, что лучшие результаты получены в группе больных, которым повторно выполнялась лапароскопическая герниопластика по методике TAPP. Длительность операции в этой группе составила 42±10 мин., а при выполнении открытой операции по Лихтенштейну - 68±15 мин., что было обусловлено достаточно сложной в техническом плане диссекцией и выделением элементов семенного канатика и грыжевого мешка. Количество осложнений после повторных лапароскопических вмешательств было в 2 раза меньше в сравнении с открытыми операциями. Отек мошонки после повторной лапароскопической операции наблюдался

у 4 из 14 пациентов, а после повторной открытой операции по Лихтенштейну - у 12 из 20 пациентов ($p < 0,05$). Серома отмечена у 5 из 14 пациентов после лапароскопического вмешательства, и у 15 из 20 пациентов после открытой операции по Лихтенштейну. Умеренный болевой синдром отмечался у 8 из 14 больных после повторного лапароскопического вмешательства и у 9 из 20 больных - после открытой операции по Лихтенштейну. Выраженный болевой синдром отмечен лишь у 1 из 14 больных после повторной лапароскопической герниопластики и у 11 из 20 больных после повторной открытой операции по Лихтенштейну. Пациенты после лапароскопических повторных вмешательств выписывались на 2-3 сутки после операции; после открытых повторных вмешательств больные выписывались на 5-6 сутки ($p < 0,05$).

При наблюдении за больными в течение от 6 месяцев до 5 лет повторный рецидив выявлен у 1 из 14 больных после лапароскопической герниопластики и у 3 из 20 пациентов после открытых операций по Лихтенштейну.

При рецидиве после первичной лапароскопической герниопластики повторные лапароскопические операции представляют собой довольно большую сложность. Причинами рецидивов, как выявилось при повторном вмешательстве, были: использование сетчатого имплантата малого размера, плохая фиксация имплантата с последующим его смещением, скручивание имплантата. Длительность повторной лапароскопической герниопластики составила, в среднем, 102 ± 18 мин. и была существенно дольше, чем повторная открытая операция по Лихтенштейну - 44 ± 9 мин. ($p < 0,05$). Длительность повторного лапароскопического вмешательства обусловлена сложностями диссекции ввиду вставления сетчатого имплантата в ткани и сложностью отделения сетчатого имплантата от элементов семенного канатика. Повторную лапароскопическую герниорафию не удалось выполнить у 5 (16,7%) из 30 пациентов из-за выраженных рубцовых изменений в доле пахового канала, а также ввиду подпаянного салъника. Этим пациентам выполнялась открытая операция по Лихтенштейну. Число осложнений после лапароскопических и открытых операций в подгруппе, в которой выполнялись первичные лапароскопические вмешательства, достоверно не отличалось. При наблюдении за больными в период от 6 до 60 месяцев после операции рецидив грыжи выявлен у 1 из 16 пациентов, которым выполнялась повторная открытая операция по методу Лихтенштейна и у 2 из 14 пациентов, которым произведено повторное лапароскопическое вмешательство.

Сравнение двух рандомизированных групп пациентов, которым была выполнена лапароскопическая и открытая операции по поводу рецидивных паховых грыж, выявило четкие преимущества лапароскопических операций. Отсутствие серьезного болевого синдрома у пациентов после лапароскопических методов пластик объясняется меньшей травматичностью вмешательств [11, 12].

Продолжительность лапароскопической операции составила 88 минуты открытой операции - 119 минут. Эта разница в продолжительности операции статистически недостоверна, хотя снижение времени при лапароскопическом вмешательстве отчетливо проявилось. Что касается частоты ранних и поздних осложнений выявлено статистически достоверное ($p < 0,01$) меньшее количество осложнений после лапароскопической герниопластики, в сравнении с открытой операцией. Наиболее значимым является тот факт, что после лапароскопических вмешательств рецидивов грыж не

выявлено, в то время как после открытых операций частота рецидивов составила 9,5% ($p < 0,01$).

Если рецидив возник у больных, перенесших традиционную герниопластику по методике Бассини или Постемпского, без применения сетчатого имплантата, то лучшим методом повторной операции является лапароскопическая трансабдоминальная герниопластика (TAPP), так как удается хорошо выделить грыжевой дефект, отсепарировать брюшину, элементы семенного канатика и со стороны брюшной полости установить сетчатый имплантат, который надежно перекрывает грыжевые ворота. Открытая операция у пациентов с рецидивом осложняется тем, что приходится иссекать послеоперационные рубцы, с большими трудностями выделять элементы семенного канатика от грыжевого мешка, а фиксация сетчатого имплантата затруднена рубцовой деформацией и повреждением мышц и паховой связки.

При возникновении рецидивов после лапароскопических вмешательств повторное вмешательство может быть выполнено также лапароскопическим доступом. Однако лапароскопические операции требуют от оперирующего хирурга достаточно большого опыта и навыков лапароскопической хирургии. Более простым решением проблемы является выполнение открытой операции по Лихтенштейну, которое не требует выполнения сложной диссекции и может быть выполнена достаточно быстро даже начинающим хирургом.

Выводы. Пациенты, которые прооперированы с использованием лапароскопических методов, имеют определенные преимущества в продолжительности выполнения операции, количестве послеоперационных осложнений, наличии болевого синдрома и самое главное, в отсутствии рецидива грыжи. В техническом плане, лапароскопическая герниопластика менее сложная, чем открытая операция. Открытые операции достаточно травматичны, так как сопровождаются техническими проблемами при выделении элементов семенного канатика из рубцовых тканей. При выборе метода повторной операции при рецидивах после лапароскопической герниорафии следует помнить, что не во всех случаях возможно выполнять повторную лапароскопическую операцию. При технических сложностях выделения грыжевых ворот и грыжевого мешка следует переходить к открытой операции по Лихтенштейну.

Опытные хирурги могут выполнить повторную лапароскопическую пластику рецидивной паховой грыжи, хотя это удлиняет время операции. При правильном выборе методов повторных оперативных вмешательств частота рецидивов не превышает частоту рецидивов при первичной пластике паховых грыж.

ЛИТЕРАТУРА

1. HerniaSurge Group (2018). International guidelines for groin hernia management. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 22(1), 1–165. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>
2. Lockhart, K., Dunn, D., Teo, S., Ng, J. Y., Dhillon, M., Teo, E., & van Driel, M. L. (2018). Mesh versus non-mesh for inguinal and femoral hernia repair. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD011517. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011517.pub2>
3. Amid P. K. (2003). The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 7(1), 13–16. <https://doi.org/10.1007/s10029-002-0088-7>

4. Ota, M., Nitta, T., Kataoka, J., Fujii, K., & Ishibashi, T. (2022). A study of the effectiveness of the bilateral and contralateral occult inguinal hernia repair by total extraperitoneal repair with intraperitoneal examination. *Asian journal of endoscopic surgery*, 15(1), 97–102. <https://doi.org/10.1111/ases.12976>
5. Saito, T., Fukami, Y., Kurahashi, S., Yasui, K., Uchino, T., Matsumura, T., Osawa, T., Komatsu, S., Kaneko, K., & Sano, T. (2021). Current status and future perspectives of robotic inguinal hernia repair. *Surgery today*, 10.1007/s00595-021-02413-3. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00595-021-02413-3>; 1
6. Berger D. (2016). Evidence-Based Hernia Treatment in Adults. *Deutsches Arzteblatt international*, 113(9), 150–158. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0150>; Bree, D., Moriarty, O., Broom, D. C., Kelly, J. P., Roche, M., & Finn, D. P. (2016). Characterization of the Affective Component of Acute Postoperative Pain Associated with a Novel Rat Model of Inguinal Hernia Repair Pain. *CNS neuroscience & therapeutics*, 22(2), 146–153. <https://doi.org/10.1111/cns.12483>
7. Clementi, M., Di Furia, M., Sista, F., Mackay, A. R., & Guadagni, S. (2020). Successful laparoscopic trans-peritoneal repair of an incisional inguinal hernia, resulting from deep lymph node dissection for melanoma: A case report. *International journal of surgery case reports*, 67, 82–85. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.01.019>
8. LeBlanc K. A. (2019). Design of a comparative outcome analysis of open, laparoscopic, or robotic-assisted incisional or inguinal hernia repair utilizing surgeon experience and a novel follow-up model. *Contemporary clinical trials*, 86, 105853. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2019.105853>
9. Bullen, N. L., Massey, L. H., Antoniou, S. A., Smart, N. J., & Fortelny, R. H. (2019). Open versus laparoscopic mesh repair of primary unilateral uncomplicated inguinal hernia: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery*, 23(3), 461–472. <https://doi.org/10.1007/s10029-019-01989-7>
10. Scheuermann, U., Niebisch, S., Lyros, O., Jansen-Winkel, B., & Gockel, I. (2017). Transabdominal Preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein operation for primary inguinal hernia repair - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC surgery*, 17(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12893-017-0253-7>
11. Wang, D., Jiang, J., Fu, Y., & Qu, P. (2022). The comparison of self-gripping mesh and conventional mesh in laparoscopic inguinal hernia repair: the results of meta-analysis. *Updates in surgery*, 10.1007/s13304-021-01218-w. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s13304-021-01218-w>
12. Wang, D., Jiang, J., Fu, Y., & Qu, P. (2022). The comparison of self-gripping mesh and conventional mesh in laparoscopic inguinal hernia repair: the results of meta-analysis. *Updates in surgery*, 10.1007/s13304-021-01218-w. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s13304-021-01218-w>
13. Patel, V. H., & Wright, A. S. (2021). Controversies in Inguinal Hernia. *The Surgical clinics of North America*, 101(6), 1067–1079. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2021.06.005>
14. Morrell, A., Morrell Junior, A. C., Mendes, J., Morrell, A. G., & Morrell, A. (2021). Robotic TAPP inguinal hernia repair: lessons learned from 97 cases. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*, 48, e20202704. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202704>

SUMMARY

THE PROBLEM OF CHOOSING A METHOD FOR RECURRENT INGUINAL HERNIA REPAIR

Bugridze Z., Grubnik V., Parfentiev R., Vorotyntseva K.

Odessa National Medical University, Ukraine

Inguinal hernia repair is the most popular surgery performed by general surgeons around the world. The recurrence rate with various inguinal hernia repair techniques is 15%. The use of laparoscopic techniques in the treatment of inguinal hernias has significant advantages over open surgery, since it can significantly reduce pain, achieve excellent cosmetic results and shorten the duration of hospitalizations. At the same time, the recurrence rate after using laparoscopic techniques reaches 8.9%. The aim of this work is to determine the optimal method of surgical intervention for recurrent inguinal hernias. In the period from 2007 to 2011, a comparative randomized study was conducted, included 82 patients with recurrent inguinal hernias. Initially, all 82 patients were operated using Lichtenstein method with polypropylene mesh. All 82 patients with recurrent inguinal hernias were divided into two groups, patients in group I were operated on using laparoscopic methods (TAPP), in group II, repeated hernioplasty was performed using a modified Lichtenstein technique. In group I, the duration of the operation was 87±12 minutes. There were no serious intraoperative complications in group I. In group II, the average duration of the operation was 112±15 minutes. Complications in group II: severe pain syndrome was observed in 29 patients (69%), seroma developed

in 15 patients (35.7%), in 4 patients (9.5%) hernia recurrence was revealed. Thus, patients who have been operated on using laparoscopic methods have certain advantages in terms of the duration of the operation, the number of postoperative complications, the presence of pain syndrome, and most importantly, these patients do not have a recurrent hernia.

The results of repeated interventions in patients with recurrent inguinal hernias who did not use mesh implants were analyzed. The results obtained show the advantage of laparoscopic methods in reoperations, which was accompanied by fewer complications and recurrences.

A rather difficult problem of choosing the optimal method of re-interventions in patients with relapses after laparoscopic hernioplasty. In 16.7% of patients, repeated laparoscopic hernioplasty turned out to be impossible due to technical difficulties and they had to switch to open Lichtenstein plasty.

At the same time, in almost half of patients with recurrent inguinal hernias, it was possible to successfully perform repeated laparoscopic hernioplasty with good immediate and long-term results.

Keywords: laparoscopic hernioplasty, recurrent inguinal hernias.

РЕЗЮМЕ

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Бугридзе З.Д., Грубник В.В., Парфентьев Р.С.,
Воротынцева К.О.

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Пластика паховых грыж наиболее популярная операция, выполняемая общими хирургами. Частота рецидивов при использовании различных методик пластики паховых грыж составляет 10-15%. Использование лапароскопических методик при лечении паховых грыж имеет значительные преимущества перед открытыми операциями, так как позволяет значительно снизить болевой синдром, добиться прекрасных косметических результатов и сократить длительность госпитализации. Частота рецидивов после использования лапароскопических методик достигает 8,9%.

Целью исследования явилось определение оптимального метода оперативного вмешательства при рецидивных паховых грыжах.

В период 2007-2011 гг. проведено сравнительное рандомизированное исследование 82 пациентов с рецидивными паховыми грыжами. Первоначально все пациенты (n=82) были прооперированы по методу Лихтенштейна с использованием полипропиленовой сетки. Пациенты с рецидивными паховыми грыжами разделены на две группы: пациентов I группы (n=40) оперировали с помощью лапароскопических методов (TAPP), во II группе (n=42) выполняли повторную герниопластику по модифицированной методике Лихтенштейна. В I группе продолжительность операции составила 87 ± 12 минут. Серьезных интраоперационных осложнений в I группе не отмечено. Во II группе средняя длительность операции составила 112 ± 15 минут. Во II группе выраженный болевой синдром наблюдался у 29 (69%) пациентов, серома развилась у 15 (35,7%) пациентов, у 4 (9,5%) был выявлен рецидив грыжи. Таким образом пациенты, прооперированные с использованием лапароскопических методов, имеют определенные преимущества по следующим показателям: продолжительность выполнения операции, количество послеоперационных осложнений, наличие болевого синдрома и отсутствие рецидива грыжи.

Проанализированы результаты повторных вмешательств у больных с рецидивными паховыми грыжами, у которых не использовались сетчатые имплантаты. Полученные результаты убедительно показывают преимущество лапароскопических методов при повторных операциях, что выражается меньшим числом осложнений и рецидивов.

Выбор оптимального метода повторных вмешательств у больных с рецидивами после лапароскопических герниопластик - достаточно сложная проблема. У 16,7% больных повторная лапароскопическая герниопластика оказалась невыполнимой ввиду технических сложностей и у них пришлось перейти к открытой пластике по Лихтенштейну.

Почти у половины пациентов с рецидивными паховыми грыжами удалось успешно выполнить повторную лапароскопическую герниопластику с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

რეზიუმე

საზარდულის რეციდივული თიაქრის მკურნალობის მეთოდის არჩევა

ზ.ბუგრძე, ვ.გრუბნიკი, რ.პარფენტევი, კ.ვოროტინცევა

ოდესის ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საზარდულის რეციდივული თიაქრის ქირურგიული მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდის შერჩევა.

2007-2011 წწ. პერიოდში ჩატარებულია საზარდულის რეციდივული თიაქრის მქონე 82 პაციენტის შედარებითი რანდომიზებული კვლევა. თავდაპირველად ყველა პაციენტს (n=82) ჩაუტარდა ოპერაცია ლისტენშტეინის მეთოდით პოლიპროპილენის ბადის გამოყენებით. საზარდულის რეციდივული თიაქრის მქონე პაციენტები დაიყო ორ ჯგუფად: I ჯგუფის პაციენტებს (n=40) ოპერაცია ჩაუტარდა ლაპაროსკოპიული მეთოდების გამოყენებით, II ჯგუფის პაციენტებს (n=42) - მეორადი პერნიოპლასტიკა ლისტენშტეინის მოდიფიცირებული მეთოდის გამოყენებით. I ჯგუფში ოპერაციის ხანგრძლივობამ შეადგინა 87 ± 12 წუთი, სერიოზული ინტრაოპერაციული გართულებები ამ ჯგუფში არ განვითარებულა. II ჯგუფში ოპერაციის საშუალო ხანგრძლივობამ შეადგინა 112 ± 15 წუთი. II ჯგუფში გამოხატული ტკივილის სინდრომი აღენიშნებოდა 29 (69%) პაციენტს, სერომა განვითარდა 15 (35,7%) პაციენტს, 4 (9,5%) პაციენტს კი აღენიშნა თიაქრის რეციდივი. ამრიგად, ლაპაროსკოპიული მეთოდების გამოყენებით ნაოპერაციებ პაციენტებს აქვთ გარკვეული უპირატესობანი შემდეგი მაჩვენებლების მიხედვით: ოპერაციის ხანგრძლივობა, ოპერაციის შემდგომი გართულებების რაოდენობა, ტკივილის სინდრომის არსებობა და თიაქრის რეციდივის არარსებობა.

გაანალიზებულია განმეორებითი ჩარევის შედეგები საზარდულის რეციდივული თიაქრის მქონე პაციენტებში, ვისთანაც არ იყო გამოყენებული ბადისებრი იმპლანტატები. მიღებული შედეგები დამაჯერებლად ამტკიცებს ლაპაროსკოპიული მეთოდების უპირატესობას განმეორებითი ოპერაციების დროს, რაც გამოიხატება გართულებებისა და რეციდივის ნაკლებ რაოდენობაში.

რეციდივების მქონე პაციენტებისათვის განმეორებითი ქირურგიული ჩარევის ოპტიმალური მეთოდის შერჩევა ლაპაროსკოპიული პერნიოპლასტიკის შემდეგ საკმაოდ რთული პრობლემაა. პაციენტების 16,7%-ში განმეორებითი ლაპაროსკოპიული პერნიოპლასტიკის ჩატარება შეუძლებელი იყო ტექნიკური სირთულეების გამო; მათ ჩაუტარდა ლია პლასტიკა ლისტენშტეინის მეთოდით. საზარდულის რეციდივული თიაქრის მქონე პაციენტების თითქმის ნახევარში მოხერხდა განმეორებითი ლაპაროსკოპიული პერნიოპლასტიკის ჩატარება კარგი ახლო და შორეული შედეგებით.