

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 2 (239) Февраль 2015

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 2 (239) 2015

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, рецензии, 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, რეცენზიები.

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
Агентства медицинской информации Ассоциации деловой прессы Грузии,
Академии медицинских наук Грузии, Международной академии наук, индустрии,
образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Лаури Манагадзе

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета
Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия),
Амиран Гамкрелидзе (Грузия), Константин Кипиани (Грузия),
Георгий Кавтарадзе (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия),
Тамара Микаберидзе (Грузия), Тенгиз Ризнис (США), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Лаури Манагадзе - председатель Научно-редакционной коллегии
Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава,
Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогешашвили,
Николай Гонгадзе, Манана Жвания, Ирина Квачадзе, Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили,
Гурам Кикнадзе, Палико Кинтраиа, Теймураз Лежава, Джанлуиджи Мелотти, Караман Пагава,
Николай Пирцхалаишвили, Мамука Пирцхалаишвили, Фридон Тодуа, Кеннет Уолкер, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллнер, Кахабер Челидзе, Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа, Рамаз Шенгелия

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, III этаж, комната 313

тел.: 995(32) 254 24 91, 995(32) 222 54 18, 995(32) 253 70 58

Fax: +995(32) 253 70 58, e-mail: ninomikaber@hotmail.com; nikopir@dgmholding.com

По вопросам размещения рекламы обращаться по тел.: 5(99) 97 95 93

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

© 2001. The International Academy of Sciences,
Education, Industry & Arts (USA)

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; Georgian Academy of Medical Sciences; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).

Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

SCIENTIFIC EDITOR

Lauri Managadze

EDITOR IN CHIEF

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 Kavtaradze (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia),
Paata Kurtanidze (Georgia), Vakhtang Maskhulia (Georgia),
Tamara Mikaberidze (Georgia), Tengiz Riznis (USA)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Lauri Managadze - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,
Rima Beriashvili, Leo Bokeria, Kakhaber Chelidze, Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua,
Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili, Nicholas Gongadze,
Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze,
Paliko Kintraia, Irina Kvachadze, Nana Kvirkvelia, Teymuraz Lezhava, Gianluigi Melotti,
Kharaman Pagava, Nicholas Pirtskhalaishvili, Mamuka Pirtskhalaishvili, Ramaz Shengelia,
Pridon Todua, Kenneth Walker, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board
7 Asatiani Street, 3th Floor
Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91
995 (32) 222-54-18
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. Библиографическое описание литературы составляется на языке текста документа. 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, соответствующему номеру данной работы в списке литературы.

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. Корректурa авторам не высылается, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

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

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

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

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

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

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრაფიების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალებების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

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

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

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:

Шкварковский И.В., Москалюк А.П., Гребенюк В.И., Якобчук С.А., Русак О.Б. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО СПОСОБА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ	7
Языков А.В., Леонов В.В., Андриющенко В.В., Лукавенко И.М. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	11
Савченко И.Н., Гарбузова В.Ю РОЛЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА C-1562T ГЕНА МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 В РАЗВИТИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....	18
Japaridze N., Margvelashvili V., Shengelia M., Chigladze T., Kalandazde M. PERIODONTAL DISEASES IN PATIENTS WITH VITAMIN D-RESISTANT RICKETS.....	23
Gegenava Kh., Japaridze Sh., Kevanishvili Z., Lomidze L., Khechinashvili T. INFLUENCE OF SMOKING ON AUDIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HEARING FUNCTION	27
Цередиани И.О. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОГЕНЕЗА ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ.....	31
Tsertsvadze T., Mitskevich N., Ghirdaladze D., Porakishvili N. ABERRANT EXPRESSION OF Fcγ-RECEPTORS AND TOLL LIKE RECEPTOR CD180 ON MONOCYTES FROM PATIENTS WITH CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKAEMIA.....	35
Чуб О.И., Бильченко А.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПИЕЛОНЕФРИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ПЛАЗМИДНЫХ ГЕНОВ РЕЗИСТЕНТНОСТИ	39
Matoshvili Z., Petriashvili Sh., Archvadze A., Azaladze I. EARLY REPOLARIZATION AS A PREDICTOR OF PREMATURE VENTRICULAR BEATS	44
Emukhviri N., Tsetskhladze E., Khijakadze Kh., Mamatsashvili I., Napetvaridze R. STUDY OF CK-MB ACTIVITY IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION	47
Табидзе Г.А., Кезели Т.Д., Цибадзе Т.А., Долидзе Н.М. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРА МЕДЛЕННЫХ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ТРЕТЬЕГО ПОКОЛЕНИЯ ЛЕРКАНИДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ (ОБЗОР)	51
Gamkrelidze M., Intskirveli N., Vardosanidze K., Chikhladze Kh., Goliadze L., Ratiani L. VASOPLEGIA IN SEPTIC SHOCK (REVIEW).....	56
Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г., Девдариани Х.Г., Алшынбекова Г.К., Дюсембаева А.Е. СОВРЕМЕННЫЕ ЗНАНИЯ О КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ КОРИ.....	63
Арвеладзе Г.А., Геладзе Н.М., Саникидзе Т.В., Хачапуридзе Н.С., Бахтадзе С.З. ЗНАЧЕНИЕ РОЛИ ЛАКТАТ-АЦИДОЗА В РАЗВИТИИ И ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	69

Миндубаева Ф.А., Шукуров Ф.А., Салихова Е.Ю., Ниязова Ю.И., Рамазанов А.К. К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМЕ ФОРМИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ УЧАЩИХСЯ ПРИ РАЗНЫХ УРОВНЯХ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ	75
Matevossian E., Kordzaia D., Chkhaidze Z., Khodeli N., Partsakhashvili J., Khachiperadze Z., Doll D., Lobzhanidze G. ABDOMINAL ORGAN DONATION: SURGICAL ASPECTS AND RECOMMENDED PRACTICE GUIDELINES FOR CONTROLLED DONATION OF BRAIN-DEAD DONOR	81
Чантурия З.Т., Чумбуридзе Т.Б., Ериашвили В.М. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР)	89
Зедгинидзе А.Г., Намчевадзе Э.Н., Никурадзе Т.Д., Залинян Г.Г., Парсаданян Г.Г. ПРИМЕНЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОБЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	94
Dashniani M., Kruashvili L., Rusadze Kh., Mataradze S., Beselia G. EFFECTS OF IMMUNOTOXIC AND ELECTROLYTIC LESIONS OF MEDIAL SEPTAL AREA ON SPATIAL SHORT-TERM MEMORY IN RATS	98
Олешко А.Н., Корниенко В.В., Ткаченко Ю.А., Курганская В.А. МОДЕЛИРОВАНИЕ ДЕФЕКТОВ КОЖИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ	103
Tsiklauri N., Nozadze I., Nebieridze M., Gurtskaia G., Abzianidze E., Tsagareli M.G. ANTINOCICEPTIVE TOLERANCE TO NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS MICROINJECTED INTO DORSAL HIPPOCAMPUS OF RATS IS DUE TO PHARMACOLOGICAL TOLERANCE	108

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Языков А.В., Леонов В.В., Андрищенко В.В., Лукавенко И.М.

Сумский государственный университет, Медицинский институт,
кафедра хирургии с детской хирургией и курсом урологии, Украина

В Украине секторальная резекция (СР) молочной железы является стандартом хирургического лечения доброкачественных новообразований молочных желез (ДЗМЖ). Сущность операции сводится к иссечению в радиальном направлении лоскута кожи, подкожной клетчатки, ткани молочной железы (МЖ) вместе с новообразованием до фасции большой грудной мышцы. Указанная методика хирургического вмешательства зарекомендовала себя как надежный и радикальный способ лечения ДЗМЖ. Однако, эстетические последствия операции часто неудовлетворительны, что связано с возникновением косметических дефектов МЖ, таких как видимые грубые рубцы и деформация груди. Вышеизложенное часто приводит к психологическим расстройствам [6,7].

Необходимость индивидуального подхода к хирургическому лечению указанной патологии не вызывает сомнений и диктует необходимость минимизации травмы у молодых и выполнение более широкой резекции МЖ у женщин старшего возраста [9].

Комплекс мероприятий, направленных на улучшение не только физической, но и психической составляющей самочувствия является целью каждого оперативного вмешательства на молочной железе. Качество жизни является показателем эффективности хирургического вмешательства [17].

На сегодня имеется множество публикаций по определению качества жизни у пациенток после реконструктивно-восстановительных, онкопластических операций, редукционной и аугментационной маммопластики [18,19,21]. Однако влияние операций при ДЗМЖ на состояние здоровья и эстетический вид груди изучены недостаточно.

Целью исследования явилась сравнительная оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез.

Материал и методы. В исследовании проанализированы результаты хирургического лечения 151 пациентки с ДЗМЖ в возрасте от 17 до 63 лет за период 2008-2013 гг., которые проходили лечение в Сумском областном клиническом онкологическом диспансере и хирургической клинике «Силмед».

Пациентки в зависимости от метода хирургического лечения были разделены на 2 группы. Группу сравнения составили 45 женщин, перенесших секторальную резекцию МЖ. Основную группу составили 106 женщин, которым выполнены операции по разработанному авторским методикам [1,3,4]. Обе группы были сопоставимы по возрасту ($35,8 \pm 2,0$ и $36,6 \pm 3,3$ года для основной и сравнительной групп) и нозологической форме заболевания, $p > 0,05$ (таблица 1).

У 80 (52,9%) пациенток из 151 патологический процесс находился в верхних отделах МЖ. Тотальное поражение паренхимы молочной железы наблюдалось только у 15 (14,1%) пациенток основной группы, для других локализаций частота распределения среди больных обеих групп не имела значимых различий, $p > 0,05$. Женщины группы сравнения имели преимущественно одностороннее поражение МЖ - 44 (97,8%). Среди пациенток основной группы 24 (22,7%) имели новообразования обеих МЖ.

Комплекс диагностических мероприятий включал осмотр, ультразвуковое исследование МЖ с регионарными лимфатическими узлами, маммографию для женщин старше 40 лет, тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию с цитологическим и трепан биопсию с гистологическим исследованием образцов.

Всем 45 пациенткам группы сравнения выполнена классическая секторальная резекция. Пациенткам основной группы выполнены операции с учетом возраста и нозологической формы доброкачественного

Таблица 1. Распределение по нозологическим формам ДЗМЖ

Нозологическая форма ДЗМЖ	Основная группа (n=106)		Группа сравнения (n=45)	
	абс.	%	абс.	%
фиброаденома МЖ	60	56,7	25	55,5
фиброзно-кистозная мастопатия с внутрипротоковыми папилломами	43	40,5	18	40,0
другие ДЗМЖ	3	2,8	2	4,5

заболевания. Молодым пациенткам с фиброаденомами МЖ, которые еще не рожали, выполнены малоинвазивные операции по Андриющенко В.В., Языков А.В., Лукавенко И.М. – патент Украины № 84896 [4]. Такое хирургическое лечение выполнено 46 женщинам под местной анестезией с трансареолярного доступа, используя инструмент для фиксации мягких тканей, разработанный Андриющенко В.В., Языковым А.В., Лукавенко И.М. патент Украины № 83923 [2].

Пациенткам старше 35 лет с фиброаденомами, а также при очаговой кистозной трансформации выполняли резекцию ткани молочной железы с циркумареолярной мастопексией. Данная методика применялась и при поражении протоковой системы МЖ (Андриющенко В.В., Языков А.В., Лукавенко И.М. патент Украины № 83922) [1]. Подобные операции выполнены 41 больной под местным обезболиванием. Удаляли исключительно пораженный участок железистой ткани, при этом жировую ткань старались не травмировать. Операция заканчивалась моно- или билатеральной мастопексией.

Восьми женщинам с распространением патологического процесса в объеме до двух квадрантов в сочетании с большим размером груди и птозом II-III стадии были выполнены оперативные вмешательства по типу редукционной маммопластики Mc Kisson и L. Benelli [14,20]. У 11 пациенток с тотальным поликистозным поражением МЖ выполнена подкожная моно- и билатеральная мастэктомия с одномоментной реконструкцией МЖ силиконовыми имплантатами по разработанной Андриющенко В.В., Языковым А.В., Лукавенко И.М. методике, патент Украины № 83954 [3].

Оценку качества жизни проводили с помощью опросников SF-36v2 (The Short Form Medical Study) и удовлетворенности состоянием молочных желез BEQ (Breast Evaluation Questionnaire). Анкетирование проводилось до операции, 3 и 12 месяцев спустя после хирургического вмешательства. Сроки проведения анкетирования учитывали период формирования рубцов и рассасывания шовного материала [5]. Обработку данных анкет SF-36v2 проводили посредством интернет-ресурса, который разработан Quality Metric Incorporated с использованием нормированной балльной оценки. Обработку результатов опросника BEQ проводили согласно рекомендованного авторами стандартного подсчета для 5 - балльной шкалы Likert с формированием трех выходных критериев оценки - удовлетворение свойствами груди, уровень самооценки и восприятие внешнего вида окружающими. Для каждого параметра подсчитывали средний балл, т.е. среднее арифметическое суммы баллов, полученных в результате ответов [13].

Статистическую обработку данных проводили при помощи лицензионных программ Microsoft Office Excel 2007, SPSS Statistics 20. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Непосредственные результаты лечения оценивали по характеру и частоте возникновения осложнений. Суммарный процент осложнений у пациенток группы сравнения составил 44,4% (20 из 45 больных). Среди них у 9 (20%) наблюдали лимфорею продолжительностью более 2 недель, инфильтрат послеоперационной раны – у 6 (13,3%) женщин, расхождение краев послеоперационной раны – у 4 (8,9%), нагноение раны - у 1 (2,2%) пациентки. У больных основной группы суммарный процент осложнений составил 17% (18 из 106 женщин). Среди них лимфорею продолжительностью более двух недель наблюдали у 6 (5,6%) пациенток, инфильтрат послеоперационной раны - у 7 (6,6%), у 2 (1,9%) пациенток развилось кровотечение из послеоперационной раны на вторые сутки, у 3 (2,9%) возник краевой некроз послеоперационного шва. Общая частота возникновения осложнений в основной группе была в 2 раза меньше, чем в группе сравнения ($\chi^2=12,65$; $p < 0,001$).

Среди пациенток основной группы наибольшее число осложнений выявлено у пациенток, которым выполнена мастэктомия с одновременным эндопротезированием силиконовыми имплантатами - 5 (45,5%) из 11 больных, наименьшее - после малоинвазивных операций - 2 (4,3%) из 46 больных.

Лимфорею в 3 раза чаще наблюдали среди пациенток группы сравнения - 19,5%, против 5,7% в основной группе ($\chi^2=7,26$, $p=0,006$); в частоте возникновения инфильтрата послеоперационной раны статистической разницы не наблюдалось.

В результате анализа частоты возникновения осложнений среди пациенток до 30 лет обнаружена достоверно более высокая их вероятность (в 5 раз) у пациенток после СР ($\chi^2=6,65$; $p=0,01$). Среди пациенток основной группы осложнения достоверно чаще возникали у больных в возрасте 41-50 лет, что следует объяснить выполнением им реконструктивно-пластических операций ($p=0,02$). Среди пациенток с преимущественным расположением патологического очага в верхних квадрантах осложнения возникали в 3 раза чаще в группе сравнения - 43,4% против 14,8% в основной группе ($\chi^2=11,24$; $p < 0,001$). Анализ частоты осложнений в нижних отделах МЖ среди женщин обеих групп достоверной разницы не выявил ($\chi^2=3,22$, $p=0,07$). Возникновение осложнений в верхних отделах МЖ у пациенток, которым выполнена СР, является край-

нежелательным ввиду развития видимых косметических дефектов.

3 месяца спустя после операции пациентки группы сравнения жаловались на боль в области раны, снижение работоспособности ввиду эмоционального беспокойства и болезненных ощущений в МЖ при нагрузке, что подтверждалось снижением суммарных показателей психического (MCS) и физического (PCS) самочувствия (таблица 2).

Несмотря на достоверное повышение показателей самочувствия за период 3 месяца – 1 год после операции ($t=3,85$; $p=0,0019$ и $t=4,49$; $p<0,001$ для MCS и PCS, соответственно), изменение качества жизни за период до операции – 1 год после операции было незначительным ($t=1,64$; $p=0,1$ и $t=1,03$; $p=0,32$ для MCS и PCS соответственно). Анализ данных выявил отсутствие существенного влияния СР на обусловленную здоровьем составляющую качества жизни спустя 1 год после операции.

Влияние СР на эстетичный вид МЖ было значительным. Спустя 3 месяца после операции пациентки группы сравнения жаловались на деформацию, уплотнение молочной железы в зоне операции, наличие заметных рубцов на коже, что было причиной возникновения сексуальных расстройств и комплекса неполноценности. Исследуя изменения удовлетворенности эстетическим видом молочных желез 3 месяца спустя после секторальной резекции обнаружено достоверное снижение всех трех показателей оценки качества жизни в сравнении с уровнем до операции (таблица 3).

Незначительный рост показателей эстетической составляющей качества жизни за период 3 месяца - 1 год после операции был несущественным ($t=0,69$; $p=0,49$ и $t=0,65$, $p=0,5$ и $t=0,16$; $p=0,87$ для показателей удовлетворенности свойствами груди, уровня самооценки и внешнего вида, соответственно). Однако показатели

удовлетворенности состоянием МЖ через год после операции оказались достоверно хуже, чем были до операции ($t=3,02$; $p=0,007$ и $4,26$; $p<0,001$ для показателей удовлетворенности свойствами груди и уровня самооценки соответственно).

Результаты исследования эстетической составляющей качества жизни у пациенток группы сравнения показали, что классическая секторальная резекция приводит к ухудшению эстетического вида молочных желез в отдаленный послеоперационный период.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения с применением предложенных методик в основной группе выявил достоверный рост суммарного показателя психического и снижение показателей физического самочувствия 3 месяца спустя после операции, $p<0,001$ (таблица 4).

Изменения данных обусловленного здоровьем качества жизни у пациенток основной группы имели статистическую значимость за все периоды исследования ($p<0,001$). Показатели здоровья 1 год спустя после операции были достоверно выше дооперационного уровня, что свидетельствует об улучшении качества жизни в отдаленный послеоперационный период.

Подавляющее большинство женщин основной группы до хирургического вмешательства были довольны эстетическим видом молочных желез; 3 месяца спустя после операции пациентки жаловались на наличие уплотнения в МЖ, частичную деформацию, неровность контуров груди, особенно при реконструктивно-пластических вмешательствах. Снижение показателей качества жизни в течение 3 месяцев после операции является убедительным свидетельством неудовлетворенности респондентов эстетическими последствиями операции (таблица 5).

Таблица 2. Показатели опросника SF-36v2TM в группе сравнения в разные периоды исследования

Показатели качества жизни	Сроки		
	до операции	3 месяца после операции	1 год после операции
MCS	46,08±1,71	43,85±2,02	47,75±1,5
PCS	51,9±1,66	46,56±1,93	50,82±1,64

доверительные интервалы для математического ожидания 95%

Таблица 3. Показатели опросника BEQ в группе сравнения в разные периоды исследования

Показатели качества жизни	Сроки		
	до операции	3 месяца спустя после операции	1 год спустя после операции
Удовлетворенность свойствами груди	3,65±0,16	3,07±0,17	3,3±0,17
Уровень самооценки	3,69±0,09	3,25±0,12	3,41±0,11
Удовлетворенность внешним видом	3,55±0,14	3,27±0,13	3,28±0,15

доверительные интервалы для математического ожидания 95%

Таблица 4. Показатели опросника SF-36 в основной группе в разные периоды исследования (баллы)

Показатели качества жизни	Сроки		
	до операции	3 месяца спустя после операции	1 год спустя после операции
MCS	43,51±1,69	50,7±0,95	53,91±0,98
PCS	51,01±0,85	47,7±0,98	53,8±0,88

доверительные интервалы для математического ожидания 95%

Таблица 5. Показатели опросника BEQ в основной группе в разные периоды исследования (баллы)

Показатели качества жизни	Сроки		
	до операции	3 месяца после операции	1 год после операции
Удовлетворенность свойствами груди	3,53±0,11	3,31±0,11	3,82±0,08
Уровень самооценки	3,58±0,07	3,43±0,07	3,78±0,07
Важность внешнего вида	3,54±0,92	3,18±0,09	3,42±0,09

доверительные интервалы для математического ожидания 95%

Через 1 год после операции показатели оценки были достоверно выше уровня до операции, что свидетельствует об общем удовлетворении эстетическими результатами операции ($t=4,13$; $p<0,001$ и $t=3,73$; $p<0,001$ для показателя удовлетворенности свойствами груди и уровня самооценки).

С учетом того, что методики операций, применяемых у пациенток основной группы, существенно отличаются между собой, проведен корреляционный анализ суммарных показателей физического и психического самочувствия в зависимости от объема хирургического вмешательства. При этом малоинвазивные операции считали минимальными по объему вмешательствами, а мастэктомии с одновременным эндопротезированием - операцией наибольшего объема, сложности и травматичности.

3 месяца спустя после операции отмечался высокий показатель корреляции физического и психического компонентов качества жизни с объемом хирургического вмешательства, причем операции в объеме редукционных маммопластики и мастэктомий в первые месяцы после операции существенно ухудшают самочувствие, в то время, как влияние малоинвазивных операций на качество жизни незначительное ($r=-0,505$; $p<0,0001$ и $r=-0,266$; $p=0,006$ соответственно для PCS и MCS). Один год спустя после операции низкий коэффициент корреляции между психическим самочувствием и

объемом хирургического вмешательства свидетельствует об отсутствии существенного влияния как реконструктивно-пластических так и малоинвазивных операций на ментальную составляющую качества жизни. В то же время негативное влияние травматических операций на физическое самочувствие сохраняется в течение года $r=-0,491$; $p<0,0001$.

Изучение эстетической составляющей качества жизни 3 месяца спустя после операции выявило слабую отрицательную корреляцию критерия удовлетворенности свойствами груди от объема хирургического вмешательства ($r=-0,224$; $p=0,021$). Однако, показатели уровня самооценки и удовлетворенности общим видом коррелировали с объемом оперативного вмешательства ($r=-0,38$; $p<0,0001$ и $r=-0,4$; $p<0,0001$ соответственно). Полученные данные свидетельствуют, что с увеличением объема операции удовлетворенность эстетическим видом груди уменьшается. При малоинвазивных хирургических вмешательствах общий уровень удовлетворенности эстетическим видом МЖ остается достаточно высоким 3 месяца спустя после операции. Через год после операции низкий коэффициент корреляции Spearman демонстрирует отсутствие связи между изменением показателей удовлетворенности свойствами груди и уровнем самооценки с видом хирургического вмешательства ($r=-0,14$; $p=0,15$ и $r=-0,19$; $p=0,051$), а также слабую связь с критерием удовлетворенности общим видом (таблица 6).

Таблица 6. Корреляция Spearman между видом операции, изменением физического и психического состояния, показателями эстетической удовлетворенности состоянием МЖ после операции

Сроки	Коэффициент	MCS	PCS	Удовлетворенность свойствами груди	Уровень самооценки	Важность внешнего вида
3 месяца после операции	r	-0,266	-0,505	-0,224	-0,359	-0,339
	p	0,006	<0,001	0,021	<0,001	0,001
1 год после операции	r	-0,188	-0,491	-0,14	-0,19	-0,29
	p	0,054	<0,001	0,15	0,051	0,002

В статье проанализированы результаты хирургического лечения больных ДЗМЖ. Пациенткам группы сравнения (45 женщин) была проведена классическая секторальная резекция молочной железы, 106 пациенткам основной группы выполнены модифицированные операции с учетом нозологической формы заболевания и возраста. Анализ непосредственных результатов показал достоверно большую частоту возникновения осложнений среди пациенток группы сравнения – 44,4% против 17% у пациенток основной группы ($\chi^2=12,65$; $p<0,001$). Длительный период лимфореи – более 2 недель, характерен для операций на МЖ. В группе сравнения наблюдалась лимфорея у каждой пятой пациентки. Однако данные о частоте ее возникновения противоречивы: Н.А. Сатыр [12] отмечает, что более 40% всех секторальных резекций сопровождаются длительным периодом лимфореи; согласно данным Д.А. Петровского [10] показатель достаточно низкий – 0,6%; по В.В. Родионову [11] – почти 5%. В данном исследовании 5,7% хирургических вмешательств в основной группе сопровождались лимфореями. Достоверно больший процент осложнений у молодых женщин после СР, а также при операциях в верхних отделах МЖ является риск-фактором для развития косметических дефектов МЖ в отдаленном послеоперационном периоде. В результате один год спустя выявлено достоверно негативное влияние секторальной резекции на эстетическую составляющую качества жизни, в то время как изменения физического и психического самочувствия у пациенток группы сравнения были незначительными ($p>0,05$). В некоторой степени результаты, полученные в данном исследовании согласуются с данными P.G. Domeyer [15] при проведении эксцизионной вакуумной биопсии непальпируемых новообразований МЖ. Автор отмечает, что через 1,5 года физический компонент здоровья у пациенток ухудшился, хотя в целом влияние операции на качество жизни было несущественным. Данные, по снижению показателей качества жизни в первую неделю после открытой эксцизионной биопсии также приводит Н.М. Verkoijen [23]. К сожалению, эстетический компонент качества жизни при СР освещен недостаточно, поэтому сравнить полученные результаты не представляется возможным.

При выборе метода хирургического лечения больных основной группы авторы руководствовались принципом минимизации травмы органа у пациенток молодого возраста с сохранением эстетичного вида МЖ и ее функции. Пациенткам старшего возраста при планировании операции учитывали дополнительные показатели состояния МЖ, выясняли предпочтения, и дальнейшие репродуктивные перспективы. Таким пациенткам проводили расширенные оперативные вмешательства, в основном, с мастопексией.

Анализ данных анкетирования показал, что предложенные методы операции ухудшают качество жизни пациенток и удовлетворенность эстетичным видом МЖ в течение первых трех месяцев после вмешательства, а год спустя после операции, подавляющее большинство женщин отмечают удовлетворенность эстетическими результатами и состоянием здоровья. Анализ данных литературы свидетельствует о существенном улучшении качества жизни у пациенток, перенесших редукционную маммопластику: В.Ж. Hermans [17] отмечает, что 2 года спустя после операции повышается показатель удовлетворенности видом МЖ, улучшается самочувствие, что позволяет судить о положительном лечебном результате редукционной маммопластики. М. Freire [16] указывает на существенное улучшение качества жизни уже 6 месяцев спустя после редукции, однако изменения физического самочувствия были несущественными.

Учитывая различные методики хирургических вмешательств у пациенток основной группы, нами проведен корреляционный анализ показателей качества жизни с объемом операции. Углубленный анализ показал, что в первые 3 месяца влияние реконструктивно-пластических операций в объеме редукционной маммопластики и подкожной мастэктомии весьма значительно и проявляется в ухудшении качества жизни и эстетического удовлетворения видом МЖ. Однако один год спустя после операции влияние травматических операций на эстетическую составляющую качества жизни отсутствует, а на физическое самочувствие все еще ощутимо. Данные о влиянии реконструктивных операций на качество жизни противоречивы: D. Unukovych [22] сообщает о его снижении у пациенток 2 года спустя после профилактической мастэктомии, причем недовольство внешним видом и эстетическим состоянием МЖ выражены в большей мере, чем изменения самочувствия. А.Х. Исмаилов [8], напротив, отмечает, что одномоментные реконструкции при раке МЖ не влияют на качество жизни, в отличие от радикальной мастэктомии. Приведенные результаты проведенного нами исследования наряду с данными других авторов свидетельствуют о чрезвычайно актуальной проблеме улучшения качества жизни у пациенток, которым выполняются операции на молочной железе. Изучение качества жизни у таких пациенток требует дальнейшего развития.

ВЫВОДЫ. Классическая секторальная резекция молочной железы не ухудшает самочувствия пациенток, однако эстетические последствия являются неудовлетворительными.

Предложенные авторами методики операций позволяют уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений при хирургическом лечении больных с доброкачественными заболеваниями молочных желез.

Использование пластических методик в хирургии доброкачественных заболеваний молочных желез улучшает эстетическую составляющую качества жизни в отдаленный послеоперационный период, что свидетельствует об эффективности указанных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрищенко В.В., Языков О.В., Лукавенко И.М. Пат. 83922 Україна, МПК (2013.01) А61В 17/00. Спосіб оперативного лікування доброякісних захворювань протокової системи молочної залози. № у 201301853; заявл. 15.02.2013; публ. 10.10.2013, бюл. №19.
2. Андрищенко В.В., Языков О.В., Лукавенко И.М. Пат. 83923 Україна, МПК А61В 5/107 (2006.01) А61В 17/28 (2006.01). Хірургічний інструмент для фіксації і утримання тканини молочної залози. № у 201301854; заявл. 15.02.2013; публ. 10.10.2013, Бюл. №19.
3. Андрищенко В.В., Языков О.В., Лукавенко И.М. Пат. 83954 Україна, МПК (2013.01) А61В 17/00. Спосіб підшкірної мастектомії з одномоментним субмускулярним ендопротезуванням молочних залоз сіліконовими імплантатами; заявник та патентовласник Сумський державний університет. № у 201303006; заявл. 11.03.2013; публ. 10.10.2013, бюл. №19.
4. Андрищенко В.В., Языков О.В., Лукавенко И.М. Пат. 84896 Україна, МПК (2013.01) А61В 17/00. Спосіб профілактики лактаційної дисфункції в хірургічному лікуванні доброякісних новоутворень молочної залози. № у 201303007; заявл. 11.03.2013; публ. 11.11.2013, бюл. №21.
5. Белоусов А.Е. Очерки пластической хирургии. Рубцы и их коррекция. Спб.: Коммандор-SPB: 2005; 126.
6. Дружков О.Б., Гатауллин И.Г., Дружков Б.К., Дружков М.О. Оптимизация принципов хирургического лечения доброкачественных заболеваний молочной железы. Казанский медицинский журнал 2010; 91(1): 120-121.
7. Егиев В.Н., Рудакова М.Н., Зорин Е.А. Эволюция хирургии доброкачественных узловых образований молочной железы. Эндоскопическая хирургия 2007; 4: 58-62.
8. Исмагілов А.Х., Хасанов Р.Ш., Ванесян А.С. Використання опитувальника MOS SF-36 для вивчення впливу реконструктивно-пластичних операцій на якість життя хворих, які перенесли радикальне лікування з приводу раку молочної залози. Хірургія України 2011; 40 (4): 99-103.
9. Куклин И.А., Панферова Е.В., Манькова Т.Л. и др. Обоснованность секторальных резекций при диагностике и лечении патологии молочной железы. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН 2006; 52(6): 65-67.

10. Петровский Д.А., Васильев А.А., Рыбачков В.В., Ларищев А.Б. Осложнения реконструктивно-пластических операций на молочной железе. Современные проблемы науки и образования 2012; 4; URL: www.science-education.ru/104-6902.

11. Родионов В.В., Мидленко А.А., Суетин А.В., Родионова М.В. Место органосохраняющих операций в лечении раннего рака молочной железы у пациенток пожилого и старческого возраста. Опухоли женской репродуктивной системы 2011; 4: 8-12.

12. Сагьр Н.А., Яновой В.В. Выбор оптимального срока выполнения секторальной резекции молочной железы при узловой форме мастопатии. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН 2010; 5: 126-128.

13. Anderson R.C., Cunningham B., Tafesse E., Lenderking W.R. Validation of the Breast Evaluation Questionnaire for use with breast surgery patients. Plast Reconstr Surg. 2006; 118: 597- 602.

14. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: The "round block" technique. Aesth. Plast. Surg. 1990; 14(2): 93-100.

15. Domeyer P.J., Sergentanis T.N., Zagouri F., Zografos G.C. Health-related quality of life in Vacuum-assisted breast biopsy: short-term effects, long-term effects and predictors. Health Qual. Life Outcomes 2010; 8: 11.

16. Freire M., Neto M.S., Garcia E.B. et al. Quality of life after reduction mammoplasty. Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand. Surg. 2004; 38(6): 335-339.

17. Hermans B.J., Boeckx W.D., Lorenzi F.De, van der Hulst R.R. Quality of life after breast reduction. Ann. Plast. Surg. 2005; 55: 227-231.

18. Hu E.S., Pusic A.L., Waljee J.F., Kuhn L., Hawley S.T., Wilkins E., Alderman A.K. Patient-reported aesthetic satisfaction with breast reconstruction during the long-term survivorship Period. Plast. Reconstr. Surg. 2009; 124(1): 1-8.

19. Macadam S.A., Ho A.L., Cook E.F. et al. Patient satisfaction and health-related quality of life following breast reconstruction: patient-reported outcomes among saline and silicone implant recipients. Plast. Reconstr. Surg. 2010; 125(3): 761-77.

20. Mc Kissock P.K. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. Plast. Reconstr. Surg. 1972; 49(3): 245-252.

21. Pusic A.L., Chen C.M., Cano S., Klassen A. et al. Measuring quality of life in cosmetic and reconstructive breast surgery: a systematic review of patient-reported outcomes instruments. Plastic and reconstructive Surgery 2007; 120(4): 823-837.

22. Unukovych D., Johansson H., Johansson E. et al. Physical therapy after prophylactic mastectomy with breast reconstruction: a prospective randomized study. Breast. 2014; 23(4): 357-363.

23. Verkooijen H.M., Buskens E., Peeters P.H. et al. Diagnosing non-palpable breast disease: short-term impact on quality of life of large-core needle biopsy versus open breast biopsy. Surgical Oncology 2002; 10: 177-181.

SUMMARY

IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF BENIGN BREAST DISEASE

Yazikov A., Leonov V., Andryushchenko V., Lukavenko I.

*Sumy State University, Medical institute, department of surgery
and pediatric surgery with course urologists, Ukraine*

Sector resection of the breast is the standard surgical treatment of benign breast disease, but often it has unsatisfactory outcomes. The aim of the study was a comparative analysis of the effectiveness of surgical treatment of patients with benign breast diseases after sector resection and after modification of the procedure.

Classical sector resection was performed on 45 women, 106 - underwent operations with using of plastic surgery elements. The effectiveness of treatment was defined by the presence of complications in the early postoperative period; the quality of life was studied using questionnaires – The Short Form Medical Study (SF-36) and The Breast Evaluation Questionnaire (BEQ) – before surgery and after 3 and 12 months after surgery.

After sector resection was 44% of the complications in

the early postoperative period, after the developed techniques - 17%. 3 months after the operation quality of life and aesthetic satisfaction of breast in patients of both groups decreased. 1 year after sector resection the rates of satisfaction of breast aesthetic appearance were significantly lower than the preoperative level. In patients after modified operations at 1 year was observed a significant improvement in well-being and satisfaction of aesthetic appearance of breast.

The method of sector resection has a greater number of complications; it leads to deterioration of the aesthetic appearance of the breast in 1 year after surgery. Surgery techniques with elements of mammoplasty have fewer complications and improve quality of life after surgery.

Keywords: sector resection, breast cancer, quality of life.

РЕЗЮМЕ

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Языков А.В., Леонов В.В., Андрищенко В.В., Лукавенко И.М.

*Сумский государственный университет, Медицинский институт,
кафедра хирургии с детской хирургией и курсом урологии, Украина*

Секторальная резекция молочной железы является стандартом хирургического лечения доброкачественных заболеваний молочной железы, однако часто результаты лечения неудовлетворительны.

Целью исследования явился сравнительный анализ эффективности хирургического лечения пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез после секторальной резекции и после авторских методик.

Классическая секторальная резекция проведена 45 женщинам; в 106 случаях выполнены операции с элементами пластической хирургии. Эффективность лечения определялась по наличию осложнений в ранний послеоперационный период, качество жизни изучали при помощи опросников The short form medical study (SF-36) и Breast evaluation questionnaire (BEQ) до операции, 3 и 12 месяцев спустя после операции.

После секторальной резекции в 44% случаев выявлены осложнения в раннем послеоперационном периоде; в случае применения предложенных методик – в 17% случаев. Спустя 3 месяца после операции показатели качества жизни и эстетическая удовлетворенность видом груди у пациенток обеих групп снизились. Спустя 1 год после секторальной резекции показатели удовлетворенности эстетическим видом груди были достоверно ниже, чем до операции. Через год после модифицированных операций наблюдалось достоверное улучшение самочувствия и удовлетворенность эстетическим видом молочных желез.

Классическая секторальная резекция молочной железы не ухудшает самочувствия пациенток, однако эстетические последствия являются неудовлетворительными.

Предложенные авторами методики операций (Пат. 83922 Украина, №и 201301853; Пат. 83923 Украина,

№ u201301854; Пат. 83954 Україна, № u201303006; Пат. 84896 Україна, МПК № u 201303007) позволяют уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений при хирургическом лечении больных с доброкачественными заболеваниями молочных желез.

Использование пластических методик в хирургии доброкачественных заболеваний молочных желез улучшает эстетическую составляющую качества жизни в отдаленный послеоперационный период, что свидетельствует об эффективности указанных вмешательств.

რეზიუმე

სარძევე ჯირკვლების კეთილთვისებიანი დაავადებების ქირურგიული მკურნალობის უშუალო და შორეული შედეგები

ა. იაზიკოვი, ვ. ლეონოვი, ვ. ანდრიუშენკო, ი. ლუკავენკო

სუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, სამედიცინო ინსტიტუტი, ქირურგიის და ბავშვთა ქირურგიის კათედრა უროლოგიის კურსით, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სარძევე ჯირკვლების კეთილთვისებიანი დაავადებების მქონე პაციენტების ქირურგიული მკურნალობის ეფექტურობის შედარებითი ანალიზი სექტორული რეზექციისა და საავტორო მეთოდის გამოყენების შემდეგ.

კლასიკური სექტორული რეზექცია ჩატარდა 45 ქალს, 106 შემთხვევაში ჩატარდა ოპერაცია პლასტიკური ქირურგიის ელემენტებით. მკურნალობის ეფექტურობა ფასდებოდა გართულებების არსებობით ადრეულ ოპერაციის შემდგომ პერიოდში; სიცოცხლის ხარისხი შეისწავლბოდა კითხვარებით The short form medical study (SF-36) და Breast evaluation questionnaire (BEQ) ოპერაციამდე, 3 და 12 თვის შემდეგ ოპერაციიდან. სარძევე ჯირკვლის კლასიკური სექტორული რეზექცია არ აუარესებს პაციენტების თვითშეგრძნებას, თუმცა, ესთეტიკური შედეგები არადამაკმაყოფილებელია.

ავტორების მიერ მოწოდებული ოპერაციული მეთოდები (პატ. 83922, უკრაინა, №u201301853; პატ. 83923, უკრაინა, №u201301854; პატ. 83954, უკრაინა, №u201303006; პატ. 83996, უკრაინა, №u201303007) იძლევა ადრეული ოპერაციის შემდგომი გართულებების რაოდენობის შემცირების საშუალებას; მოდიფიცირებული ოპერაციების შემდეგ აღინიშნება პაციენტების თვითშეგრძნების და სარძევე ჯირკვლების ესთეტიკური მდგომარეობით კმაყოფილების ხარისხის სარწმუნო გაუმჯობესება.

პლასტიკური ქირურგიის მეთოდების გამოყენება სარძევე ჯირკვლების კეთილთვისებიანი დაავადებების ქირურგიულ მკურნალობაში აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს შორეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში, რაც მეტყველებს ზემოსხენებული ჩარევების ეფექტურობაზე.

РОЛЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА C-1562T ГЕНА МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 В РАЗВИТИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Савченко И.Н., Гарбузова В.Ю

Сумский государственный университет, Украина

Сегодня лейомиома матки (ЛМ) остается самой распространенной опухолевой патологией женской половой системы. Прогрессирующая ЛМ, часто осложняет течение беременности и родов, снижая сократительную деятельность матки. Течение раннего послеродового периода у женщин с ЛМ в большинстве случаев сопровождается профузными маточными кровотечениями,

позднего - длительной инволюцией. Симптоматическая лейомиома считается предпосылкой женского бесплодия.

Лейомиома матки - доброкачественная опухоль независимого моноклонального происхождения, образуется из мезенхимы полового бугорка, окру-