

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 10 (295) Октябрь 2019

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 10 (295) 2019

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

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

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

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

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

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

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

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

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

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

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Нино Микаберидзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия), Амиран Гамкредидзе (Грузия),
Константин Кипиани (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия), Тамара Микаберидзе (Грузия),
Тенгиз Ризнис (США), Реваз Сепиашвили (Грузия), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Елене Гиоргадзе, Лиана Гогиашвили,
Нодар Гогебашвили, Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Манана Жвания, Ирина Квачадзе,
Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе, 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

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.

EDITOR IN CHIEF

Nino Mikaberidze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),

Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA),

Konstantin Kipiani (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),

Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tamara Mikaberidze (Georgia), Tengiz Riznis (USA),

Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,

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

Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Otari Gerzmava, Elene Giorgadze,

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

Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Irina Kvachadze, Nana Kvirkvelia,

Teymuraz Lezhava, Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava,

Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili,

Ramaz Shengelia, 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

WEBSITE

www.geomednews.org

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.

3 PINE DRIVE SOUTH

ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

Phone: +1 (917) 327-7732

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. При оформлении и направлении статей в журнал МНГ просим авторов соблюдать правила, изложенные в «Единых требованиях к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», принятых Международным комитетом редакторов медицинских журналов - <http://www.spinesurgery.ru/files/publish.pdf> и http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

В конце каждой оригинальной статьи приводится библиографический список. В список литературы включаются все материалы, на которые имеются ссылки в тексте. Список составляется в алфавитном порядке и нумеруется. Литературный источник приводится на языке оригинала. В списке литературы сначала приводятся работы, написанные знаками грузинского алфавита, затем кириллицей и латиницей. Ссылки на цитируемые работы в тексте статьи даются в квадратных скобках в виде номера, соответствующего номеру данной работы в списке литературы. Большинство цитированных источников должны быть за последние 5-7 лет.

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

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

11. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи. 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. რენტგენოგრამების 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. 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:

Лазишвили Г.Д., Егназарян К.А., Ратьев А.П., Шпак М.А., Маглаперидзе И.Г. ГИБРИДНАЯ КОСТНО-ХРЯЩЕВАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССЕКАЮЩЕГО ОСТЕОХОНДРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	7
Фищенко Я.В., Пионтковский В.К., Колисниченко В.А., Кравчук Л.Д. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРАМИНАЛЬНОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА.....	13
Dronov A., Zemskov S., Levchenko L., Rozhkova V., Prytkov F. FACTORS INFLUENCING RECOVERY AFTER PANCREATODUODENECTOMY: UNICENTER EXPERIENCE.....	17
Zasieda Y. EFFICIENCY EVALUATION OF COMBINED THERAPEUTIC APPROACH TO THE TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE.....	20
Никитин А.Н., Бахтияров К.Р., Трубицына М.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ TOTRP В ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН.....	25
Chigladze M. THE PREDICTIVE VALUE OF THE MATERNAL RISK FACTORS IN FETAL GROWTH RETARDATION.....	30
Lysenko O., Borysenko A. BIOACTIVE GLASS-CERAMIC COMPOSITION IN SURGICAL MANAGEMENT OF PERIODONTAL INTRABONY DEFECTS.....	34
Sevbitov A., Emelina G., Kuznetsova M., Dorofeev A., Emelina E. A STUDY OF THE PREVALENCE OF NON-CARIOUS DENTAL LESIONS RELATED TO PRODUCTION FACTORS IN RESIDENTS OF THE CITY OF PENZA.....	42
Lykhota K., Lykhota A., Petrychenko O. COMPARISON OF ECONOMIC EFFICIENCY OF ORTHODONTIC APPLIANCE FOR TREATMENT OF SAGITTAL BITE ANOMALIES.....	48
Stepanov Yu., Zavorodnia N., Lukianenko O., Konenko I., Yahmur V. ASSESSMENT OF THE HEPATIC AND PANCREATIC STRUCTURE WITH SHEAR WAVE ELASTOGRAPHY AND STEATOMETRY IN OBESE CHILDREN.....	51
Maharramova S., Kurbanov H. PECULIARITIES OF CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HERPESVIRUS INFECTIONS IN CHILDREN.....	57
Ивардава М.И., Сичинава И.В. НОВЫЕ МЕТОДЫ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР).....	61
Bukiy S., Olkhovskaya O., Kucherenko O., Olkhovsky E., Ogienko V. PECULIARITIES OF CYTOKINE RESPONSE IN CHILDREN WITH SHIGELLOSIS AND CONCOMITANT CYTOMEGALOVIRUS INFECTION.....	67
Чочия А.Т., Гогберашвили К.Я., Хачапуридзе Н.С., Бахтадзе С.З., Капанадзе Н.Б., Хундадзе М.С. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЙСТВИЯ КСЕНОБИОТИКОВ НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР).....	71
Пивовар С.Н., Рудык Ю.С., Исаева А.С., Лозик Т.В., Гальчинская В.Ю., Бондарь Т.Н. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ БЕТА ₁ - И БЕТА ₂ -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	76
Попов В.В., Явися А.М., Буланова Н.А., Иванов Г.Г., Хамидова Х.А., Панченкова Л.А., Мартынов А.И. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КРАТКОСРОЧНОГО И ДЛИТЕЛЬНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ НА ОСНОВЕ ХАРАКТЕРИСТИК ЭКГ СИГНАЛА ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ. ОБОСНОВАНИЕ И ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ.....	84

Buchneva O. TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME AFTER RECONSTRUCTIVE INTERVENTION ON THE AORTA.....	89
Барало Б.И., Барало Р.П. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ С ПОЗИЦИИ ПОСЛЕДНИХ ДАННЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ВЫБОР ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ОБЗОР).....	93
Дербак М.А., Данканич Е.Е., Пушкаш И.И., Ганич О.Т., Поляк-Товт В.М. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ.....	101
Gamezardashvili A., Butsashvili M., Kajaia M., Gulbiani L., Abashidze G., Kapanadze M., McNutt L.A., Kamkamidze G. CONFIDENCE IN THE GEORGIA NATIONAL HCV ELIMINATION PROGRAM AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE	105
Abzianidze T., Butsashvili M., Kajaia M., Kochlamazashvili M., Kipiani E., McNutt L.A., Kamkamidze G. HEPATITIS B VACCINATION: KNOWLEDGE AND ATTITUDE AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN GEORGIA	109
Kochlamazashvili M., Kamkamidze G., Butsashvili M., Zarandia M., Chubinishvili O., McNutt L.A. DENTAL CLINICS: A RESERVOIR FOR HEPATITIS C VIRUS	114
Phagava H., Mikaberidze A., Tavadze O., Pagava K. PECULIARITIES OF NUTRITION AMONG MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS	118
Borisenko V., Kovalev A., Sorokina I. EXPERIMENTAL STUDY OF NEW TECHNIQUES IN MODELLING OF ACUTE ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION	123
Nechiporuk V., Mel'nyk A., Korda M., Pentiuk N., Kachula S. INFLUENCE OF CHRONIC HYPERHOMOCYSTEINEMIA ON METABOLISM OF SULFUR CONTAINING AMINO ACIDS IN THE RATS' HEART AND BRAIN ON THE BACKGROUND OF HYPERTHYREOSIS AND HYPOTHYREOSIS	127
Kordzaia D., Khodeli N., Chkhaidze Z., Inauri N., Tsomaia K., Gogiashvili L. MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE LIVER AFTER 8 HOURS OF PRESERVATION BY MACHINE PERFUSION.....	132
Fesenko D., Glazunov O., Nakonechna O., Nazaryan R., Gargin V. CONSEQUENCES OF MICROSEQUENCES OF MICROCIRCULATORY DISTRURBANCES OF ORAL MUCOSA IN MODELING OF RHEUMATOID ARTHRITIS	137
Iermolenko T., Aleksandrova A. ASSESSMENT OF THE LIPID PEROXIDE OXIDATION PROCESSES AND ANTIOXIDANT PROTECTION IN THE TREATMENT OF RATS THERMAL BURNING BY DOXYCYCLINE AS A SYNTHETIC INHIBITOR OF MATRIX METALLOPROTEINASES IN EXPERIMENT.....	141
Gaiovyeh I., Savosko S., Labunets I., Utko N., Makarenko A., Chaikovskiy Y. SCIATIC NERVE REGENERATION AFTER AUTOGRAFTING AND APPLICATION OF THE BONE MARROW ASPIRATE CONCENTRATION	145
Жармаханова Г.М., Сырлыбаева Л.М., Нурбаулина Э.Б., Батырова Т.Ж., Байкадамова Л.И. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОВ (ОБЗОР).....	152
Уварова Н.В., Логвиненко Б.А., Собакаръ А.А., Марцеляк О.В., Слинько Д.В. САЛЕРНСКИЙ КОДЕКС ЗДОРОВЬЯ КАК ИСТОЧНИК МЕДИКО-ФИЛОСОФСКИХ ЗНАНИЙ.....	159
Бодня Е.И., Марченко О.С., Шевченко Л.С., Скорик Л.И., Бодня И.П. МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИРОФИЛЯРИОЗА (ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ).....	164
Makhniuk V.M., Makhniuk V.V., Dyachenko S., Milimko L., Divchur I. COMPLIANCE WITH STATE REGULATION OF ECONOMIC ACTIVITIES FOR SANITARY PROTECTION OF WATER FACILITIES IN UKRAINE BY EU DIRECTIVES: ECOLOGICAL AND HYGIENIC, ARCHITECTURAL-PLANNING AND LEGAL ASPECTS	171

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ БЕТА-АДРЕНО-БЛОКАТОРОВ С ПОЗИЦИИ ПОСЛЕДНИХ ДАННЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ВЫБОР ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ОБЗОР)

Барало Б.И., Барало Р.П.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Украина; Католический медицинский центр Милосердия, Дарби, Пенсильвания, США

В обзоре представлены наиболее значимые фармакокинетические параметры бета-адреноблокаторов (БАБ), которые определяют их клиническую значимость. Проанализированы фармакодинамические эффекты, выделены препараты, у которых они максимально выражены. Приведено обоснование применения БАБ при сердечно-сосудистой патологии, исходя из данных доказательной медицины с учетом фармакокинетических и фармакодинамических эффектов препаратов.

რეზიუმე

ბეტა-ადრენობლოკატორების კლინიკური ფარმაკოლოგია სამეცნიერო კვლევების უკანასკნელი მონაცემების პოზიციიდან და მათი გამოყენება გულის იშემიური დაავადების და არტერიული ჰიპერტენზიის დროს (მიმოხილვა)

ბ.ბარალო, რ.ბარალო

ბ. პიროგოვის სახ. ვინიცის ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი, უკრაინა; მოწყალეების კათოლიკური სამედიცინო ცენტრი დარბი, პენსილვანია, აშშ

მიმოხილვაში გაანალიზებულია ბეტა-ადრენობლოკატორების (ბაბ) მნიშვნელოვანი ფარმაკოკინეტიკური პარამეტრები, რომლებიც განსაზღვრავენ მათ კლინიკურ მნიშვნელობას. აღწერილია ამ ჯგუფის ფარმაკოდინამიკური ეფექტები, გამოყოფილია პრეპარატები, რომლებიც ხასიათდება მაქსიმალური ფარმაკოდინამიკური ეფექტით. დასაბუთებულია ბაბ-ის გამოყენება გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიის დროს.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ

Дербак М.А., Данканич Е.Е., Пушкаш И.И., Ганич О.Т., Поляк-Товт В.М.

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», медицинский факультет, Украина

Болезни органов пищеварения, в том числе вирусные поражения печени, входят в число первых десяти причин смертности. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в мире около 180 млн. человек страдают хроническим гепатитом С (ХГС) и 350 тыс. ежегодно умирают вследствие осложнений, вызванных этой болезнью [4,13]. Широкое распространение ХГС часто обуславливает его сочетанное течение с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта [8,11].

Открытие инфекционной природы язвообразования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки стало толчком для изучения роли *Helicobacter pylori* (Hр) в развитии локального воспаления, влияния бактерии на процессы системного воспаления, а также внежелудочные проявления Hр-инфекции [10].

На сегодняшний день многие исследователи допускают участие Hр в следующих внегастродуоденальных проявлениях: тромбоцитопения, анемия, заболевания кожи, нарушения роста у детей, ожирение, жировая болезнь печени, болезни желчевыводящих путей [3,6,9,12]. Впервые предположение о роли Hр в возникновении гепатобилиарных заболеваний было высказано у животных, затем отдельные штаммы выявлены в желчи человека, что до не давнего времени вызывало сомнения [7]. На сегодняшний день имеются исследования, которые убедительно доказывают при-

сутствие разных штаммов Hр в гепатобилиарной системе: желчи и стенках желчных протоков [2,14]. Среди них чаще всего *H.pylori*, *H.rodentium*, *H. pullorum* [2,13].

Кроме непосредственного влияния на слизистую оболочку гепатобилиарной системы с возникновением воспалительных процессов, Hр может быть пусковым механизмом нарушения желчевыведения, образования камней в желчном пузыре и холедохолитиаза [3,5]. Способность Hр вызывать патологические изменения в клетках эпителия желудка и двенадцатиперстной кишки по сей день остается неизученной [10].

Целью исследования явилось определение влияния *Helicobacter pylori* на клиническое и биохимическое течение хронического гепатита С.

Материал и методы. Проведено проспективное открытое исследование в условиях стационара. На включение в исследование во всех случаях получено информированное согласие больных по предложенному алгоритму, методика соответствует Хельсинской декларации 1975 г. с пересмотром в 1983 г. Исследование одобрено локальной этической комиссией (протокол №14 от 19.09.2017).

Критериями включения в исследование служил верифицированный ХГС. Критериями исключения являлись возраст до 18 и старше 70 лет, наличие маркеров инфицирования другими вирусами гепатитов (А, В, Д, ТТV), маркеров

Таблица Изменения биохимических показателей в группах больных

Показатель	Группы		
	I (n=52)	II (n=98)	Контрольная (n=30)
Билирубин, мкмоль/л	33,3±2,3***	25,2±3,9**	15,3±1,4
АлАТ, МЕд /л	159,8±61,7**	155,5±58,7**	22,1±3,7
АсАТ, МЕд /л	88,5±8,8**	84,2±10,1**	14,2±2,1
ЩФ, Ед /л	142,2±24,7***	91,2±15,3**	52,3±5,7
ГГТП, Ед /л	85,8±16,1***	54,1±12,0**	24,4±3,0

примечание: достоверность разницы: * - в сравнении с больными II группы;
** - в сравнении с контрольной группой (p<0,05-0,001)

аутоиммунного гепатита/перекрестного синдрома (анти-LKM-1, анти-SLA и анти-LC-1) и ВИЧ-инфекции, прием кортикостероидов, наличие сопутствующих заболеваний органов дыхания, пищеварения, заболеваний сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразований, отказ больного от участия в исследовании.

С учетом указанных критериев, в исследование включены 150 больных ХГС, которые по разным причинам не получали специфическую противовирусную терапию. Из них у 52 больных выявлена Нр. Больные лечились в Закарпатской областной клинической больнице (ЗОКБ) им. А. Новака и Закарпатской областной клинической инфекционной больницы (ЗОКИБ) на протяжении 2017-2018 гг. Мужчин было 82 (54,7%), женщин 68 (45,3%), средний возраст пациентов - 58,5±1,5 лет.

Для изучения влияния Нр на течение основного заболевания – ХГС, сформированы две группы: I группа (n=52) – больные ХГС, инфицированные Нр и II группа (n=98) – больные ХГС без Нр. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести течения ХГС. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, средний возраст 34,5±1,9 лет.

Диагноз ХГС поставлен согласно Международной классификации болезней X пересмотра и подтвержден обнаружением суммарных антител класса IgG HCV методом иммуноферментного анализа (ИФА) и выявлением в крови пациентов RNA -HCV методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (RT-PCR) с определением вирусной нагрузки и генотипа вируса.

Helicobacter pylori-инфекцию диагностировали с помощью быстрого уреазного теста (CLO-test) при проведении ФЭГДС или стул-теста (CITO TEST, производитель ООО «Фармаско»). Уровни интерлейкинов (IL): IL-1β, IL-6, фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) и неоптерина в сыворотке крови проводили методом ИФА с помощью тест-систем «Вектор Бест» (Россия), согласно инструкциям к наборам.

Общеклинические, биохимические, морфологические, молекулярно-генетические исследования проводились в аттестованных лабораториях: клинико-диагностической лаборатории ЗОКБ им. А. Новака, ЗОКИБ и коммерческих лабораториях («Дила» и «Синэво»). Все полученные результаты обследования регистрировались в истории болезни.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Statistica 8.0 for Windows. Данные представлены в виде средних арифметических значений и ошибки средней M±m. Достоверность различий исследуемых выборочных данных при нормальном распре-

делении определялась с помощью критерия Стьюдента (t). Различия считались значимыми при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. Клинический анализ позволил определить характерные условно-специфические симптомы, которые преобладали у больных ХГС, сочетанным с Нр. При этом информативными оказались следующие клинические проявления: диспептический синдром отмечался у 49 (94,2%) из 52 больных ХГС, сочетанным с Нр и у 51 (52,0%) из 98 без Нр (p<0,05). Установлена достоверная разница в частоте болей и тяжести в правом подреберье: 34 (65,4%) против 20 (20,4%), (p<0,05); астеновегетативного синдрома – 50 (96,1%) против 66 (67,3%), (p<0,05); артралгий 22 (42,3%) против 11 (11,2%) (p<0,05). Жалобы на общую слабость, снижение трудоспособности чаще предъявляли больные ХГС с Нр: 50 (96,1%) против 77 (78,6%) (p<0,05). Периодический зуд кожи отмечали 30 (57,7%) больных I группы и 12 (12,4%) больных II группы (p<0,05).

Анализ биохимических показателей выявил, что у больных ХГС в сочетании с Нр достоверно выше уровни общего билирубина, аланинаминотрансферазы (АлАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП) в сравнении с больными без Нр (p<0,05), что указывает на преобладание у них синдрома холестаза. Следует отметить, что в группе больных ХГС без Нр перечисленные показатели были достоверно выше (p<0,05) показателей в контрольной группе (таблица).

Анализ активности цитолитического синдрома показал, что у больных I группы в 3,6 раза чаще наблюдалось повышение уровней АлАТ от 3 до 10 норм, чем во II группе (p<0,05).

При изучении цитокинового профиля у данной категории больных установлено существенно высокий уровень интерлейкинов (IL): IL-1β, IL-6 и фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) во всех группах больных с ХГС, с преобладанием их в группе с Нр. В первой группе больных уровни IL-1β на – на 32,2% (p<0,05), IL-6 45,1% (p<0,05) и ФНО-α 47% (p<0,05) были выше, чем во второй группе соответственно, что позволило предположить зависимость их концентраций от наличия Нр. Прямо пропорционально с уровнем ФНО-α повышался уровень неоптерина – главного цитокина, который имеет цитотоксическое действие на эндотелий и усиливает воспаление [3,5], вследствие чего возникают условия для прогрессирования холестаза.

Обобщив основные клинические симптомы и результаты биохимических показателей у больных инфицированных Нр выделены три варианта течения ХГС, частота которых

отличалась от таковой, у больных не инфицированных Нр.

Холестатический вариант зарегистрирован в 57,7% (30 из 52), с преимуществом типичных симптомов поражения печени – в 32,7% (17 из 52) случаев и вариант с выразительными внепеченочными проявлениями – у 9,6% (5 из 52) пациентов.

Нами зарегистрировано, что у больных с Нр, течение ХГС с холестатическим вариантом характеризуется сочетанием гепатомегалии у 86,7% (26 из 30) больных и спленомегалии у 46,7% (14 из 30). Основными внепеченочными проявлениями холестаза были утомляемость в 93,3% (28 из 30) больных и кожный зуд более чем в одной трети пациентов – 40,0% (12 из 30). У всех больных синдром холестаза характеризовался повышением уровня общего билирубина, с преимуществом его конъюгированной фракции сопровождался субиктеричностью склер, и более выраженным цитолитическим синдромом в сравнении с типичным вариантом. Показатели ЩФ и ГГТП превышали референтные значения у 96,7% (29 из 30) людей, что тоже подтверждает имеющийся холестаз.

Комбинация гипербилирубинемии с повышением других показателей холестаза и цитолиза установлена в 63,3% (19 из 30), случаев.

У пациентов с Нр типичный вариант течения ХГС характеризовалась: гепатомегалией у 88,2% (15 из 17) больных, астеновегетативным и болевым синдромами в 94,1% (16 из 17) и 64,7% (11 из 17) соответственно. Реже больные жаловались на диспепсию и субиктеричность склер 35,3% и 17,6% (6 и 17) и (3 из 17) соответственно, и 29,4% (5 из 17) имели спленомегалию. Степень выразительности цитолиза, у пациентов с типичным вариантом течения ХГС, соответствовала минимальной и умеренной активности 47,0% (8 из 17) и 35,3% (6 из 17) пациентов соответственно. Выраженные симптомы холестаза и внепеченочных поражений отсутствовали, других изменений биохимических показателей не выявлено. Изменения основных показателей периферической крови и системы гемостаза (незначительное удлинение протромбинового времени) определялись в единичных случаях.

Для внепеченочного варианта ХГС характерными явились комбинации симптомов внепеченочных поражений (поражения кожи, артралгии) и астеновегетативного синдрома (100%). Также, у всех пациентов с внепеченочными проявлениями отмечены отклонения в системе гемостаза – удлинение протромбинового времени и снижение протромбинового индекса. В сравнении с другими вариантами, у этих больных чаще наблюдались изменения показателей периферической крови (анемия и тромбоцитопения) и имели более выраженный характер.

У больных 2-й группы ХГС имели место такие же варианты клинического течения, но с преобладанием типичных признаков гепатита С: типичный – 83,7% (82 из 98), холестатический – 12,2% (12 из 98), и с внепеченочными проявлениями – 4 (4,1%) больных.

Особенностью течения ХГС у больных с Нр является увеличение частоты диспептического синдрома (в 1,8 раза, $p < 0,05$), более и тяжести в правом подреберье (в 3,2 раза, $p < 0,05$), а также периодического зуда кожи (в 4,7 раза, $p < 0,05$), в результате синдрома холестаза, сравнительно с больными ХГС без Нр.

Билирубин считают одним из важнейших критериев оценки состояния и функционирования гепатобилиарной системы. Раньше было замечено, что уровень билирубина крови у пациентов с Нр – ассоциированными заболева-

ниями после полной эрадикации Нр нормализовался [1]. Видимо, у больных с гастродуоденальной патологией, в частности с Нр, изменения уровня билирубина возникают вследствие холестаза и нарушения оттока желчи, обусловленных вторичным повреждением желчного пузыря и желчевыводных протоков. Нарушения моторной и секреторной функции желудка и 12-п кишки, вследствие их тесной анатомической и функциональной связи с желчевыводящими путями, а также инфицирование Нр запускают каскад воспалительных реакций, что ведет к билиарной дисфункции и холестазу [2, 3]. Это подтверждается более выраженными дисрегуляторными изменениями в цитокиновом звене иммунной системы, а именно повышением уровня провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α и неоптерина у больных ХГС инфицированных Нр, чем у больных без Нр. Полученные данные совпадают с результатами ряда авторов, которые в своих работах указывают на взаимосвязь между интенсивностью Нр и нарушениями желчевыделения [3,14].

Выводы. У больных ХГС инфицированных Нр в почти в 2 раза чаще регистрируется диспептический синдром, в 3,2 раза – боли в правом подреберье, а также в 4,7 раза периодический зуд кожи, сравнительно с больными ХГС без Нр.

Выявленные более высокие уровни биохимических показателей (билирубина, ЩФ и ГГТП) у больных ХГС сочетанным с Нр сравнительно, с пациентами с ХГС без Нр указывают на потенцированное влияние двух инфекционных агентов при заболевании печени.

Полученные данные показывают необходимость дальнейшего более детального изучения влияния двух факторов агрессии на гепатоцит, разработки комплексной эрадикационной терапии Нр с учетом результатов клинико-лабораторных особенностей течения ХГС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жакун І.Б. Зміни біохімічних параметрів у пацієнтів з хворобами гастродуоденальної зони під впливом різних методів терапії. Щорічні терапевтичні читання: лікувально-діагностичні технології сучасної терапії. Харків. 2013; 106.
2. Исаева Г.Ш. Возможное участие бактерий рода *Helicobacter* в патогенезе гепатобилиарных заболеваний. РЖГГи. 2008; 4: 14-22.
3. Кляритская И.Л., Кривой В.В., Матрау Сифаллах. Роль *Helicobacter pylori* у пациентов с HCV ассоциированными хроническим гепатитом и циррозом печени. Крымский терапевтический журнал. 2014; 1: 63–172.
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізовано), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Вірусний гепатит С у дорослих. Київ. 2016; 56.
5. Boonyanugomol W., Chomvarin C., Sripa B. [et al.]. Molecular analysis of *Helicobacter pylori* virulent-associated genes in hepatobiliary patients. HPB (Oxford). 2012; 14: 754 – 763.
6. Doğan Z., Filik L., Lee E. B. et al. Association between *Helicobacter pylori* and liver-to-spleen ratio: a randomized-controlled single-blind study. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2013; 25: 107–110.
7. Jin-Woo Lee, Don Haeng Lee, Jung Il Lee et al. Identification of *Helicobacter pylori* in Gallstone, Bile, and Other Hepatobiliary Tissues of Patients with Cholecystitis. Gut and Liver. 2010; 4 (1): 60-67.
8. Lee M., Yang H., Lu S. [et al.] Chronic hepatitis C virus infection increases mortality from hepatic and extrahepatic diseases:

A community-based long-term prospective study. *J. Infect. Dis.* 2012; 206 (4): 469-477.

9. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. [et al.]. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut.* 2012; 61: 646 – 664.

10. Malfertheiner P., Mégraud F., O'Morain C et al. European *Helicobacter* and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of *Helicobacter pylori* infection - the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017; 66(1): 6-30. doi: 10.1136/gutjnl-2016-312288.

11. Marinho R. T. Barreira D. P. Hepatitis C, stigma and cure. *World J. Gastroenterol.* 2013; 19 (40): 6703-6709.

12. Roubaud B. C., Franceschi F., Salles N., Gasbarrini A. Extra-gastric diseases and *Helicobacter pylori*. *Helicobacter.* 2013; 18 (1): 44-51.

13. WHO. Global Hepatitis Report. Geneva: WHO; 2017 April; 13-14. [Electronic source]. – Mode access: <http://apps.who.int/iris/bitstream.eng>

14. Zhou D., Guan W. B., Wang J. D. et al. A comparative study of clinicopathological features between chronic cholecystitis patients with and without *Helicobacter pylori* infection in gallbladder mucosa. *PLoS One.* 2013; 22: e70265.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF CHRONIC HEPATITIS C IN PATIENTS WITH HELICOBACTERIOSIS

Derbak M., Dankanich E., Pushkash I. Hanych O., Polyak-Tovt V.M.

SEI "Uzhgorod National University", Faculty of Medicine, Ukraine

The aim of the study was to investigate the influence of Hp on clinical and biochemical course of chronic hepatitis C (CHC).

The study included 150 patients with a confirmed diagnosis of chronic hepatitis C, who for various reasons did not receive specific antiviral therapy. *Helicobacter pylori* (Hp) was determined using a quick urease test (CLO-test) and a coprological test (CITO TEST, manufactured by Pharmasco LLC), interleukin (IL) levels: IL-1 β , IL-6, tumor necrosis factor α (TNF- α) and neopterin by ELISA. Two groups were formed: the 1st (n=52) - patients with chronic hepatitis C infected with Hp and the 2nd (n=98) - patients with chronic hepatitis C without Hp.

It was found that in patients with chronic hepatitis C infected with HP, dyspeptic syndrome (94.2% versus 52.0%, $p<0.05$), pain and severity in the right hypochondrium (65.4% versus 20.4%, $p<0.05$); and periodic itching of the skin (57.7% versus 12.4%, $p<0.05$) were significantly more often recorded, compared with patients with chronic hepatitis C without HP. Levels of total bilirubin, alkaline phosphatase and gamma-glutamyltranspeptidase are significantly higher in patients with chronic hepatitis C combined with Hp, compared with patients without Hp ($p<0.05$), which indicates the predominance of cholestasis syndrome in them. Also, in patients with chronic hepatitis C combined with Hp, higher levels of hepatic enzyme activity (AlAT, AsAT) were detected compared with patients with chronic hepatitis C without Hp (82.3% versus 22.9%, respectively; $p<0.001$).

More pronounced dysregulatory changes in the cytokine link of the immune system, characterized by an increase in the levels of proinflammatory cytokines: IL-1 β , IL-6, TNF- α and neopterin were registered in patients with chronic hepatitis C infected with Hp, than in patients without Hp.

High levels of hepatic enzyme activity (AlAT, AsAT, GGTP), as well as the predominance of cholestasis syndrome in patients with chronic hepatitis C combined with Hp, require the development of a comprehensive eradication therapy of Hp considering the results of clinical and laboratory features of the course of CHC.

Keywords: chronic hepatitis C, *Helicobacter pylori*, cholestasis.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У БОЛЬНЫХ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ

Дербак М.А., Данканич Е.Е., Пушкаш И.И., Ганич О.Т., Поляк-Товт В.М.

Ужгородский национальный университет, медицинский факультет, Украина

Целью исследования явилось изучение влияния Hp на клиническое и биохимическое течение хронического гепатита С (ХГС).

В исследование включены 150 больных с подтвержденным диагнозом ХГС, которые по разным причинам специфическую противовирусную терапию не получали. Больным определяли *Helicobacter pylori* (Hp) с помощью быстрого уреазного теста (CLO-test) и стул-теста (CITO TEST, производитель ООО «Фармаско»), уровни интерлейкинов (IL): IL-1 β , IL-6, фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) и неоптерина методом ИФА. Сформированы две группы: I (n=52) – больные ХГС инфицированные Hp и II (n=98) – больные ХГС без Hp.

Установлено, что у больных с ХГС инфицированных Hp достоверно чаще регистрируется диспептический синдром (94,2% против 52,0%, $p<0,05$), боли и тяжесть в правом подреберье (65,4% против 20,4%, $p<0,05$); и периодический зуд кожи (57,7% против 12,4%, $p<0,05$), сравнительно с больными ХГС без Hp. Уровни общего билирубина, щелочной фосфатазы и гаммаглутамилтранспептидазы достоверно выше у больных ХГС сочетанным с Hp, в сравнении с больными без Hp ($p<0,05$), что указывает на преобладание у них синдрома холестаза. У больных ХГС, сочетанным с Hp, выявлены более высокие уровни активности печеночных ферментов (АлАТ, АсАТ) в сравнении с пациентами с ХГС без Hp (82,3 % против 22,9 % соответственно; $p<0,001$). В цитокиновом звене иммунной системы зарегистрированы более выраженные дисрегуляторные изменения, характеризующиеся повышением уровней провоспалительных цитокинов: IL-1 β , IL-6, ФНО- α и неоптерина у больных ХГС, инфицированных Hp, чем у больных без Hp.

Высокие уровни активности печеночных ферментов (АлАТ, АсАТ, ГГТП), а также преобладание синдрома холестаза у больных ХГС, сочетанным с Hp, требуют разработки комплексной эрадикационной терапии Hp с учетом результатов клинико-лабораторных особенностей течения ХГС.

რეზიუმე

ქრონიკული C ჰეპატიტის კლინიკურ-ლაბორატორიული თავისებურებები პაციენტებში ჰელიკობაქტერიოზით

მ.დერბაკი, ე.დანკანიანი, ი.პუშკაში, ო.განიანი,
ვ. პოლიაკ-ტოვტი

უეკოროდის ეროვნული უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა *Helicobacter Pylori*-ის გავლენის შეფასება ქრონიკული C ჰეპატიტის კლინიკურ და ბიოქიმიურ მიმდინარეობაზე. კვლევაში ჩართული იყო 150 პაციენტი ქრონიკული C ჰეპატიტის დადასტურებული დიაგნოზით, რომელთაც სხვადასხვა მიზეზით არ ჩაუტარდა სპეციფიკური ანტივირუსული თერაპია. *Helicobacter Pylori* პაციენტებს განესაზღვრებოდა სწრაფი ურეაზული ტესტი (CLO-ტესტი) და CITO TEST-ით, ინტერლეიკინების (IL-1 β , IL-6), სიმსივნის ნეკროზული α -ფაქტორის და ნეოპტერინის დონე კი – იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდით. გამოიყო ორი ჯგუფი: I (n=52) – ავადმყოფები ქრონიკული C ჰეპატიტით და *Helicobacter Pylori*-ით, II (n=98) – ავადმყოფები ქრონიკული C ჰეპატიტით, *Helicobacter Pylori*-ის გარეშე.

დადგენილია, რომ ავადმყოფებში ქრონიკული C ჰეპატიტით და *Helicobacter Pylori*-ით სარწმუნოდ უფრო ხშირად რეგისტრირდება დისპკსიური სინდრომი

(94,2% vs 52,0%, p<0,05), ტკივილი და სიმძიმის შეგრძნება მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში (65,4% vs 20,4%, p<0,05), კანის პერიოდული ქავილი (57,7% vs 12,4%, p<0,05), ვიდრე ავადმყოფებში ქრონიკული C ჰეპატიტით *Helicobacter Pylori*-ის გარეშე. საერთო ბილირუბინის, ტუტე ფოსფატაზას და გამაგლუტამილტრანსპეპტიდაზას მახვენებლები სარწმუნოდ მაღალია ავადმყოფებში ქრონიკული C ჰეპატიტით და *Helicobacter Pylori*-ით, ვიდრე ავადმყოფებში ქრონიკული C ჰეპატიტით *Helicobacter Pylori*-ის გარეშე (p<0,05), რაც მიუთითებს ქოლესტაზის სინდრომის სიჭარბეზე მათში. ასევე, ავადმყოფებში ქრონიკული C ჰეპატიტით და *Helicobacter Pylori*-ით გამოვლინდა ღვიძლის ფერმენტების უფრო მაღალი აქტივობა (82,3% vs 22,9%, p<0,001). ავადმყოფებში ქრონიკული C ჰეპატიტით და *Helicobacter Pylori*-ით აღინიშნა უფრო გამოხატული დისრეგულაციური ცვლილებები იმუნური სისტემის ციტოკინურ რეგულში, რაც ვლინდება პროანთებითი ციტოკინების (IL-1 β , IL-6, სიმსივნის ნეკროზული α -ფაქტორი და ნეოპტერინი) დონის მომატებით.

ღვიძლის ფერმენტების მომატებული აქტივობა, ასევე, ქოლესტაზის სინდრომის სიჭარბე ავადმყოფებში *Helicobacter Pylori*-თან შერწყმული ქრონიკული C ჰეპატიტით მოითხოვს *Helicobacter Pylori*-ის კომპლექსური ერადიკაციული თერაპიის შემუშავებას ქრონიკული C ჰეპატიტის მიმდინარეობის კლინიკურ-ლაბორატორიული მიმდინარეობის თავისებურებების გათვალისწინებით.

CONFIDENCE IN THE GEORGIA NATIONAL HCV ELIMINATION PROGRAM
AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

^{1,2,3}Gamezardashvili A., ^{1,2,3}Butsashvili M., ^{1,2}Kajaia M., ^{1,2}Gulbiani L., ¹Abashidze G.,
³Kapanadze M., ⁴McNutt L.A., ^{1,2,3,4}Kamkamidze G.

¹Health Research Union (HRU), Tbilisi, Georgia; ²Clinic Neo-Lab, Tbilisi, Georgia; ³University of Georgia, Tbilisi, Georgia;
⁴Institute for Health and the Environment; State University of New York, Albany, NY, USA

Hepatitis C virus (HCV) is endemic in most areas of the world with a prevalence of 2-3% worldwide [1-3]. The prevalence of HCV tends to be higher in developing nations, including countries in Eastern Europe and the former Soviet Union [1]. Following the acute phase of illness, HCV infection becomes chronic in more than 80% of cases [4,5]. Among those with chronic infection, nearly 1 in 5 will develop end-stage liver diseases such as cirrhosis and hepatocellular carcinoma. In fact, HCV infection is the leading chronic blood borne infection in the US and several other countries.

Infection with HCV is primarily transmitted parenterally in adulthood by intravenous drug use (IDU), blood transfusion, or other healthcare-related parenteral exposures; HCV is rarely transmitted through the placenta, breast-feeding, or sexual contact. In developing countries, nosocomial exposures and the use of non-sterile needles may contribute to the high prevalence of HCV infection in the general population [6-8]. In Russia, prevalence rates of HBsAg and anti-HCV were higher in students at the medical university than other adults and blood donors [9].

The prevalence of viral hepatitis in Georgia is high. The data from a study conducted in 2002 suggest a hepatitis C prevalence of 6.7% among Tbilisi population [10]. Recent serosurvey con-

ducted by National CDC with US CDC showed 7.3% prevalence of HCV infection among adult population of Georgia. A study of blood donors in Georgia found 6.9% prevalence of HCV [11]. The prevalence rates are much higher in high-risk groups. The highest prevalence of HCV infection was found among intravenous drug users (68.8%) [12] and men who have sex with men (MSM) (17.3%) [13].

The risk factors for the spread of viral hepatitis include a high prevalence of intravenous drug use, illegal and uncontrolled sex trade, low infection control awareness among health care workers [14,15], lack of disposable materials, disinfectants and sterilization equipment in health care settings.

Although intravenous drug use is highly prevalent in the country, it is not common among women. The study on the prevalence of HCV infection and liver fibrosis among injecting drug users in Tbilisi, Georgia recruited 216 IDUs, of whom only 7.9% were females [16]. The fact that the prevalence of hepatitis C in the female population is high despite the low sexual transmission rate of HCV indicates that women are mostly infected in some largely undocumented manner.

The Georgian government covers all expenses of antenatal care and labor. Government policy covers four free antenatal