

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 1 (298) Январь 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 1 (298) 2020

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

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

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

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

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

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

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

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

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

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

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия), Амиран Гамкрелидзе (Грузия),
Константин Кипиани (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия), 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, 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, Кетеван Эбралидзе

Website:

www.geomednews.org

The International Academy of Sciences, Education, Industry & Arts. P.O.Box 390177,
Mountain View, CA, 94039-0177, USA. Tel/Fax: (650) 967-4733

Версия: печатная. **Цена:** свободная.

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

По вопросам подписки обращаться по тел.: 293 66 78.

Контактный адрес: Грузия, 0177, Тбилиси, ул. Асатиани 7, IV этаж, комната 408
тел.: 995(32) 254 24 91, 5(55) 75 65 99

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

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

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

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

GEORGIAN MEDICAL NEWS

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

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

EDITOR IN CHIEF

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),
Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA),
Konstantin Kipiani (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),
Vakhtang Maskhulia (Georgia), 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, Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava,
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, 4th Floor
Tbilisi, Georgia 0177

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

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

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

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.org

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

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

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

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

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

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქმრადლებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დავიცვათ 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. რენტგენოგრაფიის ფოტოსურათები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

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

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

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

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

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

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

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Манижашвили З.И., Ломидзе Н.Б., Ахаладзе Г.Г., Церетели И.Ю. МЕТОД ОТКРЫТОЙ НЕКРЕКТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА.....	7
Savolyuk S., Khodos V., Gerashchenko R., Gorbovets V. ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER THE TREATMENT OF ACUTE ASCENDING THROMBOPHLEBITIS OF THE GREAT SAPHENOUS VEIN WITH OF HIGH-FREQUENCY ENDOVENOUS WELDING	13
Makhnyuk V., Chorna V., Khliestova S., Gumeniuk N., Shevchuk T. PREVALENCE OF INJURIES AMONG THE POPULATION OF THE VINNITSA CITY.....	17
Чикватия Л.В., Авазашвили Н.Н., Обгаидзе Г.О., Закрадзе Д.З. СТЕРОИД-ИНДУЦИРОВАННЫЙ ОСТЕОНЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ).....	21
Pakharenko L., Perkhulyn O., Henyk N., Matviykyv N. EVALUATION OF THE RISK FACTORS OF CERVICAL INSUFFICIENCY IN WOMEN WITH INFERTILITY ASSOCIATED WITH ANOVULATION	27
Джихашвили Н.А. ПРИЧИНЫ И ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АТРОФИЧЕСКОГО ФАРИНГИТА	33
Bajelidze G., Kanashvili B., Cholokava N., Bajelidze M., Zimlitski M. TREATMENT OF PEDIATRIC FEMORAL SHAFT FRACTURES – TITANUM ELASTIC INTRAMEDULLARY NAILS VS PLATE	36
Миндубаева Ф.А., Ниязова Ю.И., Нигматуллина Р.Р., Кабиева С.М., Салихова Е.Ю. СИСТЕМА СЕРОТОНИНА И ЕГО МЕТАБОЛИЗМ В ТРОМБОЦИТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	42
Питык Н.И., Лискевич И.И., Матияш О.Я. ЗАДНЯЯ ОБРАТИМАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ДЕТЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	46
Kravets N., Klymnyuk S., Romanyuk L., Borak V., Mykhailishyn H. INVESTIGATION OF STRAINS OF MICROORGANISMS ISOLATED FROM CHILDREN WITH RECURRENT TONSILLITIS	49
Petriashvili M., Jorjoliani L. THE PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF ATOPIC DERMATITIS AND THE COMORBID CONDITIONS IN EARLY INFANCY.....	53
Редько И.И., Чакмазова Е.Н. РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.....	57
Tsiklauri R., Jijeishvili L., Kherkheulidze M., Kvanchakhadze R., Kazakhashvili N. NEURAL TUBE DEFECTS AND MICRONUTRIENTS DEFICIENCY PREVALENCE IN GEORGIA.....	61
Bodnaruk Y., Oktysiuk Y., Popovych Z. EFFICACY OF MULTIVITAMINS AND LYSOZYME TABLETS IN COMPLEX MANAGEMENT OF PLAQUE-INDUCED GINGIVITIS IN CHILDREN: A COMPARATIVE BIOCHEMICAL STUDY	67
Крутихина С.Б., Горелов А.В., Сичинава И.В. СЕМЕЙНАЯ СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ ЛИХОРАДКА У ДЕТЕЙ: ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ БОЛЕЗНИ.....	70
Данилов А.И., Козлов С.Н., Жаркова Л.П., Свиридов В.Ю., Свиридова Ю.В., Багатурия Г.О., Евсеев А.В. ПРАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ В УСЛОВИЯХ НИЗКОЙ ЧАСТОТЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	75
Shakarishvili R., Kvirkvelia N., Nikolaishvili I., Nebadze E. MODERN ASPECTS OF ETIOPATHOGENESIS, DIAGNOSIS, CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF SPORADIC INCLUSION BODY MYOSITIS.....	80
Хамидулла А.А., Михалак С., Кабдрахманова Г.Б., Утепкалиева А.П., Урашева Ж.У., Саркулова Ж.Н., Аринова С.М. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ АКТИВНОСТИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	84

Химин Н.П., Хими́на И.Н., Трифанов А.Н., Минченко Ю.В., Разинкин К.А. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УВЕЛИЧИТЕЛЬНОЙ ХРОМОЭНДОСКОПИИ ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ЭКСТРАЭЗОФАГЕАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ.....	88
Abrahamovych M., Abrahamovych O., Fayura O., Fayura L., Tolopko S. THE EFFECT OF OXIDATIVE STRESS ON THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS	94
Chikadze N., Tevzadze M., Janelidze M., Porakishvili N. NATURALLY-OCCURRING AUTOANTIBODIES TO HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN AND ITS SUBUNITS IN OVARIAN CYST PATIENTS	100
Krytskyy T., Pasyechko N., Yarema N., Naumova L., Mazur L. INFLUENCE OF AGE-RELATED ANDROGEN DEFICIENCY ON THE RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN MEN WITH HYPOTHYROIDISM.....	105
Беридзе Л.Р., Эбаноидзе Т.С., Кацитадзе Т.Г., Корсантия Н.Б., Зосидзе Н.Р., Грдзелидзе Н.Т. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ HELICOBACTER PYLORI ПРИ РОЗАЦЕА И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....	109
Нанеишвили Н.Б., Силагадзе Т.Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕВЕРБАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, МАНИФЕСТИРОВАННОЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ	113
Andrejeva J., Kasradze M., Mockiene A., Radziuviene R., Zakharchuk J. IMPACT OF TRX SUSPENSION TRAINING ON PATIENTS' BALANCE, COORDINATION AND QUALITY OF LIFE AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY.....	119
Brizhatyi A., Ataman Y., Brizhataia I., Korzh V., Zharkova A., Moiseenko I., 'Ovechkin D. VENTRICULAR REPOLARIZATION MEASURES IN PROFESSIONAL AND AMATEUR ATHLETES WITH HIGH NORMAL ARTERIAL PRESSURE.....	123
Hryn V., Kostylenko Yu., Dubinin S., Bilash V. PRIMORDIAL FORMS OF PEYER'S PATCHES DEVELOPED IN ALBINO RATS' SMALL INTESTINE AFTER ADMINISTRATION OF BROAD-SPECTRUM ANTIBIOTIC	128
Кобешавидзе Н.Д., Чиквиладзе Д.П., Гачечиладзе Х.Э., Микеладзе М.Л. АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С УЧЁТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА.....	132
Ghonghadze M., Pachkoria K., Okujava M., Antelava N., Gongadze N. ENDOCANNABINOIDS RECEPTORS MEDIATED CENTRAL AND PERIPHERAL EFFECTS (REVIEW)	137
Степан В.Т., Федорук О.С. РЕНОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ МУКОЗО-АДГЕЗИВНОГО ФИТОГЕЛЯ "БИОТРИТ" У КРЫС, ПОЛУЧАВШИХ ОРАЛЬНЫЕ АППЛИКАЦИИ ПЕРОКСИДИРОВАННОГО ПОДСОЛНЕЧНОГО МАСЛА.....	144
Moshiashvili G., Mchedlidze K., Aneli J., Mshvildadze V., Legault J. ANATOMICAL CHARACTERISTICS AND BIOLOGICAL ACTIVITY OF THE STEMS AND LEAVES OF DAPHNE ALBOWIANA WORONOW EX POBED	148
Undilashvili A., Beriashvili R., Khutsishvili L. NEEDS ASSESSMENT FOR EFFECTIVE CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF PHYSICIANS IN GEORGIA.....	152
Gorgiladze N., Zoidze E., Gerzmava O. IMPROVEMENT OF QUALITY STANDARDS IN HOSPITAL CARE IN GEORGIA. PROBLEMS AND PROSPECTIVES	159
Shevchuk V., Shevchuk O., Matyukhina N., Zatenatskyi D., Chub O. TESTING OF DRUGS IN THE IMPLEMENTATION OF CUSTOMS CONTROL IN UKRAINE: LEGAL ASPECTS	165
Dunaieva T., Krainyk H. DETERMINATION OF THE INITIAL MOMENT OF LIFE OF A PERSON IN UKRAINE	169
Razmetaeva Y., Sydorenko O. EUTHANASIA IN THE DIGITAL AGE: MEDICAL AND LEGAL ISSUES AND CHALLENGES.....	1

Keywords: atopic dermatitis, early childhood, endogen factors.

РЕЗЮМЕ

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Петриашвили М.Д., Жоржолани Л.Д.

Тбилисский государственный университет им. И. Джавахишвили, Грузия

Целью исследования явилось определение клинических особенностей атопического дерматита у детей раннего возраста, оценка коморбидных состояний и значение диагностических тестов для выявления аллергии.

Проведено проспективное исследование 68 детей с атопическим дерматитом в возрасте до 2 лет. Тяжесть заболевания определялась посредством индекса SCORAD, оценка аллергических симптомов - с использованием шкалы CoMISS.

Установлено, что возраст проявления и клиническая тяжесть заболевания определяются наследственной предрасположенностью с материнской стороны в 70-100% случаев в зависимости от тяжести заболевания.

При средней и тяжелой форме атопического дерматита выявлена высокая частота коморбидной аллергопатологии (ринит - 42,9%, конъюнктивит - 57,1%, крапивница - 50%) и связанных с ней гастроэнтерологических расстройств (колики - 28,6%, запоры - 14,3%, срыгивание - 14,3%).

При тяжелом течении атопического дерматита у 64,3% детей отмечался повышенный балл по шкале CoMISS (>12) в 2,5 раза превышающий показатель в контрольной группе - $8,42 \pm 4,8$ против $3,6 \pm 1,8$.

Доказана значимость использования SCORAD индекса и шкалы CoMISS для своевременной диагностики аллергии у детей раннего возраста.

რეზიუმე

ატოპიური დერმატიტის კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებები და კომორბიდული მდგომარეობები ადრეული ასაკის ბავშვებში

მ.პეტრიაშვილი, ლ.ჯორჯოლიანი

ი. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საქართველო

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ადრეული ასაკის ბავშვებში ატოპიური დერმატიტის კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებების შესწავლა, კომორბიდული მდგომარეობების შეფასება და დიაგნოსტიკური ტესტების მნიშვნელობის დადგენა ალერგიის გამოვლენისათვის.

პროსპექტული კვლევით შესწავლილი იყო 68 პაციენტი, რომელთაც ატოპიური დერმატიტი განუვითარდათ 2 წლამდე ასაკში. დაავადების სიმძიმე განისაზღვრა SCORAD-ინდექსის გამოყენებით და ალერგიის სიმპტომების COMISS-ის სკალით შეფასებით.

გამოვლინდა, რომ დაავადების დებიუტის ასაკს და კლინიკურ სიმძიმეს განსაზღვრავს მემკვიდრული განწყობა დედის მხრიდან (70-100%). ატოპურ დერმატიტის საშუალო და მძიმე მიმდინარეობის შემთხვევაში გამოვლინდა კომორბიდული ალერგოპათოლოგიის (რინიტი - 42,9%, კონიუნქტიტი - 57,1%, ურტიკარია - 50%) და გასტროენტეროლოგიური დარღვევების (კოლიკა - 28,6%, ყაბზობა - 14,3%, და ამოქაფება - 14,3%) მაღალი სიხშირე. ატოპიური დერმატიტის მძიმე მიმდინარეობის მქონე 64,3% 2 წლამდე ასაკის პაციენტში აღინიშნებოდა CoMISS-ის სკალით >12 ქულა - ჯამური რაოდენობა ($8,42 \pm 4,8$) 2,5-ჯერ მეტი იყო, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში ($3,6 \pm 1,8$).

დადგენილია SCORAD ინდექსის და CoMISS-ის კლინიკური სკალის გამოყენების მნიშვნელობა ადრეული ასაკის ბავშვებში ალერგიის დროული დიაგნოსტიკისათვის.

РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Редько И.И., Чакмазова Е.Н.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Украина

За последние десятилетия в Украине отмечается рост факторов риска нарушения здоровья, заболеваемости и инвалидизации у детей [2,3]. Решением данной проблемы является организация постоянного контроля за состоянием здоровья детей, в первую очередь, врачами первичного звена. По данным литературы, отмечается тенденция к увеличению патологии эндокринной системы у детей. Так, в Украине распространенность заболеваний эндокринной системы у детей в возрасте 0-17 лет составляет 4,3%, в Российской Федерации - 3,7% [3,4,6,9].

Наиболее значимыми эндокринными заболеваниями у детей являются ожирение, сахарный диабет, патология щито-

видной железы, нарушение роста и полового развития [7-9]. По данным Всемирной организации здравоохранения, по состоянию на 2018 год, свыше 41 млн. пациентов в возрасте от 0 до 5 лет имеют избыточный вес или ожирение [7, 8]. За последние 25 лет в Украине вдвое увеличилась распространенность ожирения у детей и подростков в возрасте до 14 лет. Именно ожирение в детском возрасте является предиктором развития сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, жировой болезни печени, болезни опорно-двигательного аппарата, поликистоза яичников в старшем возрасте, заболеваемость и распространенность которых, соответственно, увеличивается [1,2]. Несмотря на

общую мировую тенденцию к увеличению частоты заболеваний щитовидной железы у детей, в Украине показатели заболеваемости и распространенности этой патологии не меняются, хотя и лидируют в общей структуре эндокринной патологии, что, возможно, вызвано невоевременной диагностикой [2,3].

Эндокринная патология в детском возрасте в большинстве случаев имеет тяжелое и хроническое течение, вызывает поражение многих органов и систем, нарушение физического, полового и психомоторного развития ребенка, вносит нежелательные коррективы в режим его жизни и питания [1,4,6]. Стратегия преодоления эндокринных заболеваний во всем мире предусматривает как введение профилактических программ, так и повышение качества оказания медицинской помощи. Ответственность за внедрение таких профилактических программ лежит, в первую очередь, на врачах первичного звена. В обзорах литературы эндокринная патология у детей освещается в разрезе отдельных нозологических форм, в основном для детских эндокринологов. На современном этапе возрастает роль врача общей практики в первичной диагностике эндокринной патологии у детей в связи с недостаточной обеспеченностью детскими эндокринологами и недоступностью своевременной специализированной консультации. Так, обеспеченность детскими эндокринологами в Украине составляет 0,4 на 10000 населения [3]. Решение вопроса ранней диагностики эндокринных заболеваний у детей требует междисциплинарного подхода, так как с данной патологией приходится сталкиваться не только детским эндокринологам, но и врачам других специальностей, в первую очередь, педиатрам, семейным врачам, хирургам, гинекологам, генетикам, окулистам, невропатологам.

Врач первичного звена должен вовремя распознавать эндокринную патологию у детей и направлять на необходимое дообследование. На этапе первичного звена семейный врач должен не только выявлять, но и лечить неосложненные формы эндокринных заболеваний у детей.

Цель исследования – определить частоту выявления наиболее распространенных эндокринных заболеваний у детей и своевременность их направления к детскому эндокринологу врачами первичного звена.

Новизна проведенного исследования заключается в междисциплинарном подходе к раннему выявлению наиболее распространенных эндокринных заболеваний у детей на этапе первичного звена.

Материал и методы. Для реализации цели на базе кафедры педиатрии и неонатологии с курсом амбулаторной педиатрии в условиях детских амбулаторий г. Запорожья проконсультированы и обследованы дети в возрасте от 0 до 18 лет (n= 4273) в период с 2014 по 2018 гг. включительно. Консультативное обследование проводилось сотрудниками курса амбулаторной педиатрии кафедры совместно с детским эндокринологом. Среди консультированных детей были больные с разной соматической патологией и практически здоровые дети. Критерием исключения из обследования был сахарный диабет 1 типа.

Обследование всех детей на наличие эндокринной патологии и подтверждение диагноза проводили на основании рекомендаций ВОЗ и клинических протоколов МЗ Украины по оказанию медицинской помощи детям по специальности «Детская эндокринология».

При обследовании детей на наличие эндокринной патологии, в первую очередь, обращали внимание на откло-

нения в соматическом и половом развитии. Оценивали состояние кожи: наличие сухости, повышенной пигментации, стрий, особенности распределения подкожно-жировой клетчатки, характер оволосения, а также состояние зубов, ногтей, волос. Всем детям проводили оценку физического развития с помощью антропометрии с определением массы тела, роста или длины тела, индекса массы тела, оценивали соотношение окружности талии к окружности бедер.

Для оценки состояния щитовидной железы использовалась методика пальпации и визуальная оценка размеров щитовидной железы. При увеличении щитовидной железы регистрировался синдром «толстой шеи», который оценивали по 5-ступенчатой шкале: I степень характеризуется увеличением перешейки, заметным при глотании, II степень – увеличением перешейки и долей, III степень – визуализируется «толстая шея», IV степень – выраженное увеличение щитовидной железы с резким изменением конфигурации шей, V степень – зоб достигает огромных размеров. Классификацию размеров зоба проводили согласно рекомендациям ВОЗ: 0 степень – зоба нет, I степень – размеры зоба больше дистальной фаланги большого пальца обследуемого, зоб пальпируется, но не визуализируется, II степень – зоб пальпируется и визуализируется.

Оценку полового развития у мальчиков проводили по Таннеру: рост волос на лице, в подмышечных областях, на лобке; состояние внешних гениталий. Оценка полового развития у девочек проводилась также по Таннеру: рост волос в подмышечных областях, на лобке, развитие молочных желез, менструальная функция. Далее проводили объективное исследование всех органов и систем как при обычном осмотре.

Результаты и их обсуждение. Среди общего количества проконсультированных и обследованных детей эндокринная патология выявлена у 1567 (36,7%). Диагноз эндокринопатии, как основной, подтвержден у 940 (59,9%) детей, как сопутствующий – у 627 (40,1%). Впервые эндокринная патология выявлена у 470 (29,9%) детей.

На основании полученных данных установлено, что среди эндокринной патологии I место по частоте выявления занимает ожирение – 626 (39,9%) детей; II – патология щитовидной железы – 571 (36,4%); III – нарушение роста – 287 (18,3%); IV – нарушение полового развития – 116 (7,4%) детей. По данным ВОЗ, показатели детского и подросткового ожирения во всем мире увеличились с менее чем 1% в 1975 году до почти 6% среди девочек и 8% среди мальчиков в 2016 году. Совокупная численность ожирения увеличилась в глобальном масштабе более чем в 10 раз: с 11 миллионов в 1975 году до 124 миллионов в 2016 году. Второе место по распространенности среди всех эндокринопатий принадлежит патологии щитовидной железы: аутоиммунные заболевания встречаются у 0,1- 1,2% детского населения планеты. Распространенность диффузного нетоксического зоба составляет от 30 до 40%. Задержка полового развития отмечается у 0,6-2,0% детей в европейской популяции. У 0,1% подростков в основе задержки полового созревания лежит патология гипоталамо-гипофизарной системы. Патология роста у детей напрямую зависит от социально-экономического развития страны и составляет от 0,2 до 5%. Частота выявления эндокринной патологии у детей представлена в таблице.

Таблица. Показатели эндокринной патологии у детей

Нозологические формы	Абс.	%
Ожирение	626	39,9
Патология щитовидной железы:	571	36,4
Диффузный нетоксический зоб I-II ст.	236	15,1
Узловой нетоксический зоб	74	4,7
Врожденный гипотиреоз	51	3,3
Аутоиммунный тиреоидит	210	13,4
Нарушение роста:	287	18,3
Задержка	117	7,5
Субнанизм	87	5,5
Нанизм	33	2,1
Гигантизм	50	3,2
Нарушение полового развития:	116	7,4
Задержка полового развития	87	5,5
Преждевременное половое развитие	29	1,8

Самый низкий уровень верификации диагноза отмечен при патологии щитовидной железы. У детей в возрасте 7-14 лет аутоиммунный тиреоидит впервые диагностирован у 210 (100%) детей. Установлен низкий уровень верификации диагноза диффузного нетоксического зоба I-II ст. у детей в возрасте 6-12 лет, данная патология диагностирована впервые у 118 (50,0%). Все случаи врожденного гипотиреоза диагностированы при скрининг-исследовании на этапе родильных домов. Впервые выявленных случаев врожденного гипотиреоза на этапе первичного звена не установлено. Низкий уровень верификации патологии щитовидной железы связан с отсутствием при объективном обследовании детей пальпации щитовидной железы врачами первичного звена, а так же отсутствием целевого осмотра шеи с выявлением синдрома «толстой шеи». Дефект обследования отмечается и среди детских эндокринологов, особенно при осмотре ребенка перед поступлением в школу.

На основании полученных данных установлен низкий уровень верификации диагноза ожирения у детей во всех возрастных группах с высоким процентом впервые установленного диагноза - 396 (63,2%) детей. Кроме того, нами получены данные, что у мальчиков в возрасте от 11 до 15 лет ожирение выявляется чаще - 118 (18,8%), чем у девочек - 87 (13,8%), а в возрасте от 6 до 11 лет ожирение встречается с одинаковой частотой, в возрасте от 3 до 6 лет преобладают девочки - 47, мальчики - 30.

Данный факт свидетельствует об отсутствии обязательного антропометрического обследования детей в целевых группах согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения. Установлено, что в картах амбулаторного наблюдения у 179 (47,8%) детей с ожирением вообще отсутствуют данные об индексе массы тела, что свидетельствует об отсутствии оценки данного показателя врачами первичного звена при осмотре детей. Анализ показателя соотношения окружности талии к бедрам у детей с выявленным ожирением врачами первичного звена составил всего 19% (44 пациента), что привело к несвоевременной диагностике у этих детей абдоминального синдрома, гиперинсулинемии и инсулинорезистентности. Что, в свою очередь, повлекло проведение неадекватной и несвоевременной терапии.

Нарушение роста у детей занимает ведущее место среди эндокринной патологии. В структуре нарушений роста преобладает задержка роста, которая была диагностирована у 237 (82,6%) детей в возрасте 3-18 лет. Отмечено отсутствие верификации диагноза задержки роста у 117 детей, у кото-

рых диагноз был установлен впервые. У 35 (40,2%) детей, из них 22 мальчика и 13 девочек с субнанизмом диагноз впервые установлен в возрасте старше 11 лет, что в дальнейшем при лечении и наблюдении у детского эндокринолога уменьшило шансы этих детей достичь прогнозируемого роста. Так, у 4 мальчиков и 2 девочек, средний возраст которых составил $14,2 \pm 0,8$ года, на момент постановки диагноза зоны роста, по данным рентгенографии кистей рук, были закрыты и, соответственно, лечение этих пациентов было нецелесообразным. Среди 33 детей с нанизмом, которые планомерно наблюдались у детского эндокринолога, 2 мальчикам диагноз впервые установлен в возрасте старше 8 лет. В обоих случаях обращает на себя внимание тот факт, что сами родители обратились к врачу с жалобами на задержку роста у детей. Таким образом, большой процент впервые выявленных случаев задержки роста указывает на отсутствие антропометрических измерений у детей врачами первичного звена.

Особое значение для врача первичного звена при осмотре ребенка имеет оценка полового развития, которая должна проводиться у детей ежегодно. В нашем исследовании среди случаев нарушения полового развития его задержка преобладала у 87 (75,0%) детей. Задержка полового развития может приводить к задержке роста. До периода полового развития ведущим фактором роста является гормон роста. С момента полового развития главная роль принадлежит половым гормонам, соответственно, задержка полового развития может приводить к задержке роста в подростковом периоде. В данном исследовании врачами первичного звена отсутствие оценки полового развития выявлено у 76 (65,0%) детей в возрасте 11-12 лет, и, как следствие, несвоеременно диагностирована задержка полового развития при консультации детским эндокринологом. У 53 (60,9%) детей задержка полового развития носила конституциональный характер. Выявлено также 5 случаев (3 мальчика и 2 девочки) впервые диагностированного гипогонадизма. Возраст мальчиков с первичным гипогонадизмом на момент постановки диагноза был $15 \pm 0,3$ лет, обращение к врачу было инициировано родителями, так как у детей к этому возрасту отсутствовали вторичные половые признаки, а у девочек средний возраст составил 15 лет 9 месяцев и к моменту обращения у девочек не было ни одной менструации.

Выводы.

1. Частота выявления эндокринной патологии у детей в возрасте от 0 до 18 лет при плановом консультировании на этапе

первичного звена составила 36,7%. Впервые установленный диагноз эндокринопатии – 29,9%.

2. Среди эндокринной патологии первое место занимает ожирение (39,9%), второе – патология щитовидной железы (36,4%), третье – нарушение роста (18,3%), четвертое – нарушение полового развития (7,4%).

3. Установлено, что врачами первичного звена в 40-50% случаев не проводится антропометрии у детей, не оценивается состояние полового развития в 70% случаев, что приводит к несвоевременному направлению к детскому эндокринологу и затрудняет дальнейшее лечение.

В дальнейшем планируется оценить эффективность скрининга лабораторного обследования для диагностики эндокринной патологии у детей и их роль для врача первичного звена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башнина Е.Б. Эндокринные заболевания у детей. Руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 416 с.
2. Зелинська Н.Б., Ларін О.С. Патологія щитоподібної залози у дитячого населення України. Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. 2016; 3(55): 76-81.
3. Зелинська Н.Б., Руденко Н.Г. Дитяча ендокринологія в Україні: статистичні показники за підсумками 2016 року та їх динаміка. Український журнал дитячої ендокринології. 2017; 5(17): 5-13.
4. Кузнецов Е.В., Жукова Л.А., Пахомова Е.А., Гуламов А.А. Эндокринные заболевания как медико-социальная проблема современности. Современные проблемы науки и образования. 2017; 4; URL: <http://www.science-education.ru>
5. Наказ МОЗ України Критерії оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку: прийнятий 13.09.2013 №802 2013 [цитовано: 2018 Кві 7]. Доступно: <http://zakon2.rada.gov.ua>
6. Шадрин С.А., Статова А.В. Эндокринные аспекты углубленной диспансеризации подростков Краснодара. Кубанский научный медицинский вестник. 2014; 7(149): 84-88.
7. IDF Diabetes Atlas, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015.
8. Styne D.M., Arslanian S.A., Connor E.L. Ожиріння в дітей – визначення, лікування, профілактика: клінічні практичні настанови Ендокринологічного товариства (частина 3) /D.M.Styne, S.A.Arsanian, E.L.Connor / The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2017; 102 (3): 709-757. doi: [org/10.1210/jc.2016-2573](https://doi.org/10.1210/jc.2016-2573).
9. Worldwide trends in body mass index, under weight, over-weight and obesity from 1975-2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128,9 million children, adolescents, and adults. Systematics review of the WHO. The Lancet. October 2017. Vol. 390. ISSUE 10113. P. 2627-2642.

SUMMARY

THE ROLE OF THE PRIMARY DOCTOR IN THE EARLY DIAGNOSIS OF ENDOCRINE DISEASES IN CHILDREN

Redko I., Chakmazova E.

Zaporozhye Medical Academy of Post-Graduated Education, Ukraine

In the context of the reform of modern medicine, endocrine pathology is encountered not only by pediatric endocrinologists,

but also by doctors of other specialties, primarily primary care doctors - pediatricians and family doctors. Currently, there is a tendency to increase the prevalence of endocrine pathologists in all age groups of the children's population of Ukraine. Purpose of the study. To assess the frequency of detection of the most common endocrine diseases in children by primary care doctors and the timeliness of referral to a pediatric endocrinologist. Materials and methods. In the conditions of children's outpatient clinics, 4273 children were consulted and examined, aged from 0 to 18 years. Children were evaluated anthropometric indicators, the state of the thyroid gland and sexual development. Examination of all children for the presence of endocrine pathologists and confirmation of the diagnosis were carried out on the basis of the Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 254 of 04/27/2006. "On the approved protocol for the medical support of children for the specialty" Child endocrinology ". Results. Among the total number of children consulted, endocrine pathology was manifested in 36.7%. The diagnosis of newly diagnosed endocrine pathology was first confirmed in 29, 9% of children. Among endocrine pathologists, perovism is occupied by obesity - 39.9%, the second - thyroid pathology - 36.4%, the third - impaired growth - 18.3%, the fourth - impaired sexual development - 7.4%. In 40% of cases, a violation of sexual development is combined with a violation of growth. It has been established that primary care doctors in 40-50% of cases do not perform anthropometry for children at all, the state of sexual development is not evaluated in 70% of cases, which leads to an untimely referral to a pediatric endocrinologist and complicates further treatment. Findings. A high percentage of children with first diagnosed endocrine pathology at the stage of primary care and the late delivery by doctors of children to a pediatric endocrinologist was established, which is due to the lack of primary care physicians' assessment of anthropometric indicators of the child's physical development, thyroid and sexual development.

Keywords: endocrine diseases, children, diagnosis, primary care.

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Редько И.И., Чакмазова Е.Н.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Украина

Цель исследования – определить частоту выявления наиболее распространенных эндокринных заболеваний у детей и своевременность их направления к детскому эндокринологу врачами первичного звена.

В условиях детских амбулаторий обследованы 4273 детей в возрасте до 18 лет. Оценивались антропометрические показатели, состояние щитовидной железы и половое развитие.

Среди обследованных детей эндокринная патология выявлена у 36,7%. Диагноз впервые выявленной эндокринной патологии подтвержден у 29,9% детей. Среди эндокринной патологии первое место занимает ожирение (39,9%), второе – патология щитовидной железы (36,4%), третье – нарушение роста (18,3%), четвертое – нарушение полового развития (7,4%). В 40% случаев нарушение полового развития

сочетается с нарушением роста. Установлено, что врачами первичного звена в 40-50% случаев не проводится антропометрии, в 70% случаев не оценивается состояние полового развития, что приводит к несвоевременному направлению к детскому эндокринологу и осложняет дальнейшее лечение.

რეზიუმე

პირველადი რგოლის ექიმის როლი ენდოკრინული დაავადებების ადრეულ დიაგნოსტიკაში ბავშვებში

ი.რედკო, ე.ნაკაშოვა

ზაპოროჟიეს დიპლომის შემდგომი განათლების სამედიცინო აკადემია, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ბავშვებში ყველაზე გავრცელებული ენდოკრინული დაავადებების გამოვლენის სიხშირის და პირველადი რგოლის ექიმების მიერ ბავშვთა ენდოკრინოლოგთან მათი მიმართვიანობის დროულობის განსაზღვრა.

ბავშვთა ამბულატორიების პირობებში გამოკვლეულია 18 წლამდე ასაკის 4273 ბავშვი. შეფასებულია მათი ანთროპომეტრიული მაჩვენებლები, ფარისებრი ჯირკვლის მდგომარეობა და სქესობრივი განვითარება.

გამოკვლეულ ბავშვთა შორის ენდოკრინული პათოლოგია გამოვლინდა 36,7%-ში. პირველად გამოვლენილი ენდოკრინული პათოლოგიის დიაგნოზი დადასტურდა 29,9% შემთხვევაში. ენდოკრინულ დარღვევებს შორის პირველ ადგილზეა სიმსუქნე (39,9%), მეორეზე - ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია (36,4%), მესამეზე - ზრდის დარღვევა (18,3%), მეოთხეზე - სქესობრივი განვითარების დარღვევა (7,4%). 40% შემთხვევაში სქესობრივი განვითარების დარღვევასთან ახლდა ზრდის დარღვევა. დადგენილია, რომ პირველადი რგოლის ექიმების მიერ შემთხვევათა 40-50%-ში არ ტარდება ანთროპომეტრია, 70%-ში არ ფასდება სქესობრივი განვითარების მდგომარეობა, რაც განსაზღვრავს ბავშვთა ენდოკრინოლოგთან მიმართვიანობის არადროულობას და ართულებს შემდგომ მკურნალობას.

NEURAL TUBE DEFECTS AND MICRONUTRIENTS DEFICIENCY PREVALENCE IN GEORGIA

¹Tsiklauri R., ²Jijeishvili L., ³Kherkheulidze M., ⁴Kvanchakhadze R., ⁵Kazakhashvili N.

¹National Center for Diseases Control and Public Health of Georgia; ²LTD "Vistamedi";
³Tbilisi State Medical University; ⁴University of Georgia

Micronutrient deficiencies are important global health issue, with malnutrition affecting key development outcomes including physical and mental development in children, vulnerability or exacerbation of disease, mental retardation, blindness and general losses in future productivity. Unlike energy-protein undernourishment, the health impacts of micronutrient deficiency are not always acutely visible; it is therefore sometimes termed 'hidden hunger'. The World Health Organization (WHO) estimates that more than two billion people suffer from micronutrient deficiency globally [1].

Epidemiological studies assessing the micronutrient status among the population in the South Caucasus region which includes Georgia, Azerbaijan, and Armenia, are limited. Reports from Armenia (2000) estimated the prevalence of anaemia to be 12 % and 12.4% among pregnant women and non-pregnant women, respectively and to be 23.9% in children under five [2].

A nationwide survey (2009) in Georgia reported prevalence of 22.8% anaemic children, 25.6% in pregnant and 36.6% in non-pregnant women [3].

Iron is an essential element for the biosynthesis of blood haemoglobin. The symptoms of iron deficiency anaemia can be mild at first and are not diagnosed until they have a routine blood test. Potential health complications of iron deficiency anaemia include rapid or irregular heartbeat, pregnancy complications of premature birth or low birth weight, and delayed growth in infants and children [4].

Folate insufficiency manifests in neural tube defects (NTDs), which is caused by low concentration of vitamin B9 (folate) in

blood. Approximately 190,000 neonates are born with NTD in low Income Countries. TDs are serious and most common consequence of folic acid deficiencies. NTDs occur when neural tube closure is completed by embryonic day 28 of pregnancy and arise when the neural tube cannot close properly. The most common NTDs are the following: anencephaly and spina bifida [5].

Neural tube defects (NTDs), including spina bifida and anencephaly, are among the most common human birth defects, affecting around 1 in every 1000 pregnancies. While the causes of human NTDs remain poorly understood in most cases, more than 100 single-gene defects can cause NTDs in mouse models. Elevated homocysteine concentration in maternal blood is a risk factor for human NTDs and was found to occur in association with reduced maternal and embryonic folate in our dietary models. A prevalent idea is that homocysteine itself may cause NTDs [6].

Nutritional deficiencies are preventable etiological and epigenetic factors causing congenital abnormalities, first cause of infant mortality. Folate deficiency has a well-established teratogenic effect, leading to an increasing risk of neural tube defects. This paper highlights the most recent medical literature about folate deficiency, be it maternal or paternal. It then focuses on associated deficiencies as nutritional deficiencies are multiple and interrelated. Observational and interventional studies have all been consistent with a 50–70% protective effect of adequate women consumption of folates on neural tube defects. Since strategies to modify women's dietary habits and vitamin use have achieved little progress, scientific as well as political ef-