

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 9 (306) Сентябрь 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 9 (306) 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 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

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

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

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогешашвили,
Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Манана Жвания, Тамар Зерекидзе, Ирина Квачадзе,
Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе, Димитрий Кордзаиа, Теймураз Лежава,
Нодар Ломидзе, Джанлуиджи Мелотти, Марина Мамаладзе, Караман Пагава,
Мамука Пирцхалаишвили, Анна Рехвиашвили, Мака Сологашвили, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллнер, Кахабер Челидзе, Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа,
Рамаз Шенгелия, Кетеван Эбралидзе

Website:

www.geomednews.org

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

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

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

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

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

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

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

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

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

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; 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), 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, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze,

Nana Kvirkevelia, Teymuraz Lezhava, Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti,

Kharaman Pagava, Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili,

Ramaz Shengelia, Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board

7 Asatiani Street, 4th Floor

Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91

995 (32) 253-70-58

Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.

3 PINE DRIVE SOUTH

ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

WEBSITE

www.geomednews.org

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. Корректур авторам не высылаются, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

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

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

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

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

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

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

Savchuk R., Kostyev F., Dekhtiar Y. URODYNAMIC PATTERNS OF ARTIFICIAL BLADDER.....	7
Тяжелов А.А., Карпинская Е.Д., Карпинский М.Ю., Браницкий А.Ю. ВЛИЯНИЕ КОНТРАКТУР ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА СИЛУ МЫШЦ БЕДРА.....	10
Тандилава И.И., Урушадзе О.П., Цецхладзе Д.Ш., Цецхладзе Г.Н., Путкарадзе М.Ш. РОЛЬ И МЕСТО ВИРТУАЛЬНОЙ КТ-КОЛОНОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	19
Dosbaev A., Dilmagambetov D., Ilyasov E., Tanzharykova G., Baisalbayev B. EFFECTIVENESS OF EARLY VIDEO-ASSISTED MINI-ACCESS SURGERY IN TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF TUBERCULOUS PLEURISY.....	23
Dvali M., Tsertsvadze O., Skhirtladze Sh. USE OF OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY IN DETECTION OF CYSTOID MACULAR EDEMA AFTER TREATMENT WITH NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS.....	28
Zabolotnyi D., Zabolotna D., Zinchenko D., Tsvirinko I., Kizim Y. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH SINONASAL INVERTED PAPILLOMA.....	31
Smolyar N., Lesitskiy M., Bezvushko E., Fur N., Hordon-Zhura H. ENAMEL RESISTANCE IN CHILDREN WITH MALOCCLUSIONS.....	37
Ivanyushko T., Polyakov K., Usatov D., Petruk P. THE CONTENT OF NK CELLS AND THEIR SUBTYPES IN THE CASE OF DRUG-INDUCED JAW OSTEONECROSIS.....	41
Antonenko M., Reshetnyk L., Zelinskaya N., Stolyar V., Revych V. DIVERSITY OF TREATMENT OF GENERALIZED PERIODONTAL DISEASES..... IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA	46
Косырева Т.Ф., Абакелия К.Г. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ ПИЩЕВЫХ ЖИДКОСТЕЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ (ОБЗОР).....	52
Sharashenidze M., Tkeshelashvili V., Nanobashvili K. DENTAL FLUOROSIS PREVALENCE, SEVERITY AND ASSOCIATED RISK FACTORS IN PRE-SCHOOL AGED CHILDREN RESIDING IN FLUORIDE DEFICIENT REGIONS OF GEORGIA.....	57
Горбатюк О.М., Солейко Д.С., Курило Г.В., Солейко Н.П., Новак В.В. УРГЕНТНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ.....	61
Беш Л.В., Слюзар З.Л., Машура О.И. ОПТИМИЗАЦИЯ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ОСОБЕННОСТИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ И МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ.....	67
Tchkonka D., Vacharadze K., Mskhaladze T. THE EFFICACY OF ENDOBRONCHIAL VALVE THERAPY IN COMPLEX TREATMENT..... OF BRONCHO-PLEURAL FISTULAS	73
Gogichaishvili L., Lobjanidze G., Tsertsvadze T., Chkhartishvili N., Jangavadze M. DIRECT-ACTING ANTIVIRALS FOR HEPATITIS C DO NOT AFFECT THE RISK OF DEVELOPMENT OR THE OUTCOME OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA.....	76
Грек И.И., Рогожин А.В., Кушнир В.Б., Колесникова Е.Н., Кочуева М.Н. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ.....	81
Tsaryk V., Swidro O., Plakhotna D., Gumeniuk N., Udovenko N. COMMON VARIABLE IMMUNODEFICIENCY AMONG KYIV RESIDENTS: HETEROGENEITY OF MANIFESTATIONS (CLINICAL CASE REVIEW).....	88
Марута Н.А., Панько Т.В., Каленская Г.Ю., Семикина Е.Е., Денисенко М.М. ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ.....	92

Babalian V., Pastukh V., Sykal O., Pavlov O., Rudenko T., Ryndenko V. MANAGEMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING SURGICAL TREATMENT OF PROXIMAL FEMORAL FRACTURES	99
ნანეიშვილი Н.Б., Силагадзе Т.Г. ОЦЕНКА НЕВЕРБАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, МАНИФЕСТИРОВАННОЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	107
Смагулов Б. СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДЕНТОВ ТЮРКСКИХ И СЛАВЯНСКИХ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ	113
Asatiani N., Todadze Kh. NEUROLOGICAL DISORDERS AMONG THE USERS OF HOMEMADE ARTISANAL EPHEDRONE PSYCHOSTIMULANTS AND INVESTIGATION OF THIOGAMMA EFFICACY IN THEIR TREATMENT	117
Фартушок Т.В. COVID-19: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИК ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ	122
Dondoladze Kh., Nikolaishvili M., Museliani T., Jikia G., Zurabashvili D. IMPACT OF HOUSEHOLD MICROWAVE OVEN NON-IONIZING RADIATION ON BLOOD PLASMA CORTISOL LEVELS IN RATS AND THEIR BEHAVIOR.....	132
Ivanov O., Haidash O., Voloshin V., Kondratov S., Smirnov A. INFLUENCE OF THE ACTING SUBSTANCE “SODIUM DICLOFENAC” ON BONE MARROW CELLS.....	137
Tuleubaev B., Saginova D., Saginov A., Tashmetov E., Koshanova A. HEAT TREATED BONE ALLOGRAFT AS AN ANTIBIOTIC CARRIER FOR LOCAL APPLICATION	142
Kakabadze M.Z., Paresishvili T., Kordzaia D., Karalashvili L., Chakhunashvili D., Kakabadze Z. RELATIONSHIP BETWEEN ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA AND IMPLANTS (REVIEW)	147
Удод А.А., Центило В.Г., Солодкая М.М. КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧЕЛОВЕКА	151
Удод А.А., Помпий А.А., Кришук Н.Г., Волошин В.А. ИССЛЕДОВАНИЕ НАПРЯЖЕННО-ДЕФОРМИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ АДГЕЗИВНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ	156
Дорофеева Л.М., Карабин Т.А., Менджул М.В., Хохлова И.В. ЭМБРИОН И ПЛОД ЧЕЛОВЕКА: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ	162
Корчева Т.В., Невельская-Гордеева Е.П., Войтенко Д.А. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА: МЕДИЦИНСКИЙ, УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ И ФИЛОСОФСКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТЫ ЕЁ РАЗГЛАШЕНИЯ (ОБЗОР)	166
Бортник С.Н., Калениченко Л.И., Слинько Д.В. ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ПРИМЕРЕ УКРАИНЫ, ГЕРМАНИИ, ФРАНЦИИ, США.....	171
Fyl S., Kulyk O., Fedotova H., Lelet S., Vashchuk N. MEDICAL MALPRACTICE AND LEGAL LIABILITY IN THE RENDERING OF HEALTHCARE SERVICES IN UKRAINE.....	178
Pavlov S., Nikitchenko Y., Tykhonovska M. THE IMPACT OF THE CHEMICAL AGENTS OF DIFFERENT PHARMACOLOGICAL GROUPS ON THE KLOTRO PROTEIN CONCENTRATION IN THE CARDIOMYOCYTE AND NEUROCYTE SUSPENSION IN 120 MINUTE HYPOXIA IN VITRO.....	184
Gorgiladze N., Zoidze E., Gerzmava O. IMPLEMENTATION OF QUALITY VALIDATION INDICATORS IN HEALTHCARE.....	188
Mikava N., Vasadze O. PROSPECTS IN MEDICAL TOURISM IN GEORGIA- CHALLENGES, AND BARRIERS IN HEALTHCARE SECTOR.....	194

ჯვარედინ-სექციური კვლევის ფარგლებში შესწავლილია ქ. თბილისისა და სამცხე-ჯავახეთის რეგიონებში არსებული საჯარო ბაღების (1-6 წლის) 570 აღსაზრდელი ბავშვი. აღწერითი პოპულაციური კვლევის საფუძველზე მოხდა დენტალური ფლუოროზის გავრცელებისა და სიმძიმის შესწავლა. აღნიშნული კვლევისათვის გამოყენებული იყო TFI ინდექსი. კვლევის ანალიტიკურ ნაწილში მოხდა დენტალური ფლუოროზის გამომწვევი რისკ-ფაქტორების შესწავლა, რისთვისაც გამოკვლეულ ბავშვთა მშობლებთან/მეურვეთა ინტერვიუებისათვის გამოყენებული იყო ბიოლოგიური და სოციალური ცვლადების შემცველი კითხვარი. დენტალური ფლუოროზის დიფერენციული დიაგნოზისათვის სხვა, არაკარიესული წარმოშობის დეფექტებისაგან, გამოყენებული იყო ECEL მეთოდი. კვლევის რეგიონებში არსებული სასმელი წყლის ფორის კონცენტრაცია განისაზღვრა: სამცხე-ჯავახეთში ელექტროქიმიური ანალიზის ISO 10359-1:1992 სტანდარტის მიხედვით, ქ. თბილისში - GWP 2019 წლის სასმელ წყალში ფორის შემცველობის მონაცემების მიხედვით. საკვლევ ჯგუფში დენტალური ფლუოროზი აღენიშნა 36 ბავშვს, რაც გამოკვლეულ ბავშვთა აბსოლუტური რაოდენობის 6.3%-ს შეადგენს (95% CI; 4.3

- 8.3). კვლევის ორი ლოკაციის მიხედვით დენტალური ფლუოროზის გავრცელების მაჩვენებლები სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან ($p>0.05$). დენტალური ფლუოროზი თანაბრად ვითარდება, როგორც მდებარეობითი სქესის - 6.0% (95% CI; 2.2 - 8.8), ისე მამრობითი სქესის მქონე ინდივიდებში - 6.5% (95% CI; 3.7 - 9.3) ($p<0.05$). სტატისტიკურად სარწმუნოდ დიდებითი კორელაციური კავშირი არ აღინიშნება კბილების რეგულარულ ხეხვას, კბილის პასტის გამოყენებასა და დენტალური ფლუოროზის განვითარებას შორის ($p>0.05$). დედის ფეხმძიმობისას ღია ცეცხლის წყაროს საყოფაცხოვრებო მიზნით გამოყენება ბავშვებში ზრდის დენტალური ფლუოროზის განვითარების რისკს (OR = 5.8; 95% CI; 2.1-15.9). ჭარბი რაოდენობით ჩაის რეგულარული მიღება (2 ჭიქა/დღე), იწვევს დენტალური ფლუოროზის განვითარების რისკის მატებას (OR = 17.3; 95% CI; 7.4-40.7). ფთორ-დეფიციტურ რეგიონებში მცხოვრებ არაკვლავობიერებულ პოპულაციაში დენტალური ფლუოროზის ძირითად გამომწვევ რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს ღია ცეცხლის წყაროს საყოფაცხოვრებო მიზნით განმთავრება და ჩაის რეგულარული ჭარბი რაოდენობით მიღება.

УРГЕНТНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

¹Горбатьюк О.М., ²Солейко Д.С., ³Курило Г.В., ²Солейко Н.П., ³Новак В.В.

¹Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев;

²Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова; ³Городская детская больница г. Львова, Украина

Болезнь Крона (БК) – заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, которое характеризуется трансмуральным гранулематозным воспалением кишечной стенки с прогрессирующим развитием кишечных и внекишечных осложнений [1,2,7]. Ориентировочное количество больных БК в Украине составляет 30.33 на 100000 населения, из них 48% - случаи со средней и тяжелой степенью активности воспалительного процесса, хотя точное количество пациентов неизвестно из-за отсутствия общего реестра патологии [2]. Трансмуральное воспаление охватывает все слои кишечной стенки, вследствие чего, несмотря на проводимую терапию, часто возникают хирургические осложнения заболевания – кишечные перфорации, острая кишечная непроходимость, кишечные кровотечения, внутрибрюшные инфильтраты, большинство из них требует неотложной помощи [4,6,8,11]. Количество осложненных форм БК не имеет тенденции к уменьшению. Так, на протяжении 10 лет от момента установления диагноза они возникают у значительного количества пациентов (около 90%), а хирургические вмешательства выполняются в 50% случаев [8]. В 2006 г. К.А. Diefenbach and С.К. Weuer опубликовали обзор литературы по диагностике и лечению БК у детей, в котором показали, что более половины детей с БК требуют хирургического лечения [5]. Периаанальные осложнения развиваются приблизительно у 26-57% пациентов с БК, в специализированной литературе даже введено опеределение «периаанальная болезнь Крона» [3,13].

Современная концепция хирургического лечения пациентов с БК базируется на выполнении экономных резекций кишки и проведении органосохраняющих операций. В последние годы появилось значительное количество работ, посвященных применению лапароскопических вмешательств при БК у детей [9,10,12].

На сегодняшний день БК относится к тем заболеваниям, диагностика и лечение которых у практических врачей вызывает значительные трудности, а единая хирургическая тактика при осложненных формах обсуждается специалистами всего мира. Врачам педиатрического профиля все чаще приходится сталкиваться с проблемами оказания помощи детям с осложненной БК. Перед детскими хирургами стоит острая проблема необходимости проведения дальнейших исследований по своевременной диагностике и адекватному лечению осложненных форм БК. Учитывая множество послеоперационных осложнений, рецидивов хирургических осложнений БК у детей, проблема требует дальнейшего изучения и разработки единой стратегии лечения данного контингента пациентов.

Цель исследования – оценка эффективности хирургического лечения детей с осложненной болезнью Крона.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 23 детей с хирургическими осложнениями БК – пациентов 3 детских хирургических отделений за период с 2008 по 2020 гг. Все дети поступили в стационар

по неотложным показаниям. Среди исследуемой группы было 14 (60,87%) мальчиков и 9 (39,13%) девочек, из них дети раннего возраста (1,5-3 года) – 5, дошкольного возраста (5-6 лет) – 4, в возрасте 10-17 лет – 14. Пациенты предпубертатного и пубертатного возраста составили 60,87%.

Всем пациентам проводилась комплексная диагностика: клиничко-лабораторные, рентгенологические (обзорная рентгенография и контрастное исследование органов ЖКТ с барием), УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическая диагностика с получением клинического материала для морфологической диагностики патологии (ректороманоскопия – 2 исследования, фиброгастроуденоскопия – 2, фиброколоноскопия – 4, фиброгастроуденоскопия с фиброколоноскопией – 3, фиброгастроуденоскопия с ректороманоскопией – 2). Использовался мультифокальный принцип получения материала для последующего морфологического исследования – из 5-ти участков на протяжении толстой кишки, в том числе, прямой и подвздошной. Следует отметить, что «золотым стандартом» диагностики у детей с перианальными поражениями при БК является ректальное обследование под общим обезболиванием.

В работе использованы общепринятые методы статистической обработки данных медико-биологических исследований. Использованы непараметрические статистические методы ввиду малочисленности выборки и преобладания анализа качественных, а не количественных признаков. Цифровые данные представлены в абсолютных величинах (n) и процентном соотношении (%).

Результаты и обсуждение. Показаниями к хирургическому вмешательству у исследуемой группы детей являлись острая абдоминальная хирургическая патология и перианальные гнойно-свищевые осложнения (таблица 1).

Наиболее частыми urgentными хирургическими осложнениями БК в исследуемой группе детей были кишечная непроходимость (34,78% от общего числа осложнений) и кишечные перфорации (26,09%).

Из 23 пациентов детского возраста с хирургическими осложнениями БК 12 (52,17%) имели в анамнезе БК и были госпитализированы в хирургический стационар с осложненной формой заболевания. У остальных 11 (47,83%) пациентов БК диагностирована в процессе лечения хирургического осложнения путем интраоперационной визуальной оценки внутрибрюшных и кишечных патологических изме-

нений с последующей морфологической верификацией диагноза, т.е. почти у половины пациентов БК проявила себя хирургическими осложнениями. Среди них 5 детей были раннего и дошкольного возраста и 6 – в возрасте 13-15 лет.

Интраоперационная макроскопическая картина пораженного участка кишки имела визуальные признаки трансмурального (полнослойного) воспаления кишечной стенки: стекловидный отек и утолщение стенки, гиперемия, сглаженность гаустрации, отсутствие перистальтики, сужение просвета и супрастенотическое расширение над зоной сужения.

У 3 (13,04%) детей раннего возраста с перианальными поражениями БК (рецидивирующие свищевые парапроктиты с абсцессами таза, язвенные поражения слизистой оболочки прямой кишки, перианальные дерматиты) диагноз определен на основании результатов морфологического исследования в процессе диагностики и лечения заболевания.

При госпитализации в хирургический стационар основными жалобами были боли в животе, рвота, вздутие живота, наличие слизисто-гнойных и/или геморрагических выделений из прямой кишки, наличие свищей в области ягодич и промежности, перианальный дерматит, диарейный синдром, повышенная температура тела.

Все дети при поступлении в хирургическое отделение были в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена болевым абдоминальным синдромом, обезвоживанием, интоксикацией. Анализ анамnestических данных позволил выяснить, что из 23 пациентов исследуемой группы все дети имели жалобы на рецидивирующие боли в животе разной степени интенсивности, нарушения общего состояния на протяжении от 1 месяца до 2 лет к моменту госпитализации, 3 детей отставали в физическом развитии (задержка роста), у 5 детей на протяжении 2 лет имелся субфебрилитет невыясненной этиологии, 3 детей были значительно истощены вследствие потери веса от 5 до 10 кг, у 9 детей наблюдался диарейный синдром в виде разжиженного учащенного стула с примесью большого количества слизисто-гнойного отделяемого и крови. У детей подросткового возраста отмечались депрессивные состояния и беспокойство.

12 (52,17%) пациентов имели внекишечные проявления БК: поражение слизистых оболочек ротовой полости в виде афтозного стоматита и гингивита (3), узловую эритему кожи (3), холелитиаз (2), остеомалацию (2), нефролитиаз (1), поражение глаз – иридоциклит (1).

Таблица 1. Структура и количество хирургических осложнений при болезни Крона

Вид осложнения	n	%
Кишечная непроходимость:	8	34,78
- стеноз подвздошной кишки	2	
- стеноз илеоцекального угла	2	
- ректоанальный стеноз	1	
- спаечная кишечная непроходимость	3	
Кишечные перфорации:	6	26,09
- тонкокишечные	3	
- толстокишечные	2	
- множественные	1	
Острый аппендицит	3	13,04
Абсцедирующий инфильтрат брюшной полости	2	8,7
Кишечное кровотечение	1	4,35
Перианальные осложнения	3	13,04
Всего	23	100

Все дети госпитализированы по urgentным показаниям. Диагностика основывалась на совокупности следующих данных: оценке клинических проявлений заболевания и особенностей его течения, результатов лабораторных исследований и данных рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового исследования.

У всех пациентов имелись воспалительные изменения в анализах крови (повышенная СОЭ, лейкоцитоз, высокий уровень С-реактивного белка). Обращает на себя внимание тот факт, что у детей с БК уровень сывороточного железа снижен, присутствует диспротеинемия (снижение уровня альбуминов и повышение уровня гамма-глобулинов). Уровень фекального кальпротектина, как маркера воспаления, также повышен. Среднее значение лейкоцитарного индекса интоксикации составило 3,78 (при норме 0,8), а гематологического показателя интоксикации – 6,74 (при норме 0,6).

Рентгенологические методы исследования выявили явления кишечной непроходимости у 8 детей и рентгенологические признаки пневмоперитонеума у 6 пациентов с кишечными перфорациями.

УЗИ органов брюшной полости у детей с кишечной непроходимостью выявило расширенный аперистальтический участок кишки, неперистальтирующие кишечные петли, маятникообразное движение кишечного содержимого, свободную жидкость в брюшной полости. У 2 детей сонографически визуализированы внутрибрюшные инфильтраты с признаками абсцедирования.

При ректороманоскопии и фиброколоноскопии имели место очаговая инфильтрация, отек, гиперемия измененной по типу «бульжной мостовой» слизистой оболочки пораженных отделов толстой кишки, усиление либо ослабление сосудистого рисунка, множественные эрозии и язвы с детритом, наличие в просвете кишки большого количества слизисто-гнояного содержимого, а также жидкого геморрагического содержимого и/или сгустков крови.

По результатам морфологического исследования клинического материала, взятого во время хирургического вмешательства, характерными изменениями тонкой кишки при БК были: трансмуральное воспаление, захватывающее все слои кишечной стенки – неравномерная лимфо-плазмочитарная инфильтрация, инфильтрация сегментоядерными нейтрофилами, эозинофилами и очаговые лимфопрлиферативные

изменения собственной пластинки слизистой оболочки тонкой кишки; лимфоцитарная инфильтрация и очаги фибриноидного некроза сосудистой стенки; язвенные дефекты с пролиферативными воспалительными изменениями и фиброз мышечного слоя; лимфопрлиферативные изменения серозной оболочки, наличие язв с ровными краями, распространяющихся до субсерозного слоя.

Выявлены морфологические изменения толстой кишки: лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки, очаги фиброза слизистой оболочки, наличие фолликулов в слизистой оболочке, очаговый ангиоматоз, очаговая гиперплазия интрамуральных ганглиев, язвенные и пролиферативные воспалительные дефекты слизистого и серозного слоев, фиброз мышечного слоя кишечной стенки, утолщение стенки кишки вследствие выраженных фиброзных изменений, наличие язв с ровными краями, которые распространялись до субсерозного слоя.

Морфологическое изменение аппендикса выражалось в лимфоплазмочитарной инфильтрации серозной оболочки. В препаратах лимфатических мезентериальных узлов определены морфологические признаки хронического неспецифического воспалительного процесса.

Результаты морфологического исследования биоптатов желудка, 12-перстной и прямой кишки, взятых при фиброгастроуденоскопии и ректороманоскопии, выявили у 1 ребенка эрозии слизистой оболочки желудка и хронический атрофический дуоденит, у 1 пациента - изменения, характерные для хронического гастродуоденита, у 3 детей – наличие гастропатии, у 2 детей – эрозивный проктосигмоидит.

Все пациенты имели нарушения бактериального паспорта кишечника, которые заключались в снижении уровня лакто- и бифидум-бактерий, наличии Staphylococcus aureus у 3 пациентов, Pseudomonas aeruginosa – у 2, Enterobacter aeruginosa – у 1, Enterococcus aeruginosa – у 1, Citrobacter freundii и Candida albicans – у 1.

Из 23 детей прооперирован 21 (91,30%). Спектр хирургических вмешательств широкий (таблица 2). 2 (8,7%) детей не оперированы. 1 ребенку с ректоанальным стенозом проводилась этапная дилатация стенозированного участка кишки в связи с низкой локализацией пораженного участка, который был коротким и легко доступным для дилатации. 1 ребенку с кишечным кровотечением на фоне выраженно-

Таблица 2. Спектр хирургических вмешательств при осложненной форме БК

Вид и объем хирургического вмешательства в зависимости от характера осложнения	n	%
Стенозирующая кишечная непроходимость, кишечные перфорации: - экономные резекции пораженного участка кишки + стома	8	38,09
Спаечная кишечная непроходимость: - адгезиолизис	3	14,29
Острый аппендицит: - аппендэктомия, резекция лимфатического узла	3	14,29
Абсцедирующий инфильтрат брюшной полости: - разведение инфильтрата, санация, дренирование брюшной полости + стома	2	9,52
Стеноз подвздошной кишки: - резекция участка кишки, наложение первичного анастомоза	1	4,76
Множественные кишечные перфорации: - ушивание перфораций + стома	1	4,76
Абсцессы таза и прямой кишки, перианальные свищи: - колостомо+иссечение ректо-ягодичного свища с вскрытием, санацией и дренирование абсцессов таза и прямой кишки - колостомо + установка дренажа-сетона в ректо-промежностный свищ	3 1 2	14,29
Всего:	21	100

го эрозивного колита во время фиброколоноскопии удален кровотокающий полип прямой кишки. Заключительный диагноз определен как БК, эрозивный колит, кишечное кровотечение, гиперпластический кровотокающий полип прямой кишки.

Наиболее часто при хирургических осложнениях БК у детей выполнялись резекционные оперативные вмешательства по поводу стенозирующей кишечной непроходимости и кишечных перфораций с выведением 2-ствольных илеостом – 38,09% от общего количества операций. Одному ребенку с локальным стенозом подвздошной кишки, после резекции пораженного участка, наложен прямой тонко-тонкокишечный анастомоз «конец-в-конец». При перфорации тонкой кишки (3 пациента) и толстой кишки (2 пациента) произведены экономные резекции пораженного участка кишки (длиной до 10 см) с перфоративным отверстием и выведением 2-ствольной илеостомы. У 1 ребенка с множественными перфорациями (2 толстокишечные и 2 тонкокишечные) произведено ушивание перфораций с наложением 2-ствольной илеостомы. 2 детям произведена резекция илеоцекального угла с выведением проксимального и дистального отделов кишки в виде 2-ствольной разъединительной стомы.

3 пациентам произведена аппендэктомия и удаление лимфатического узла в области илеоцекального узла с целью морфологического исследования. Макроскопически, червеобразные отростки были утолщены, белесоватого цвета, с ригидными стенками, наличием воспалительных изменений слепой кишки и признаками терминального илеита. Аппендэктомия производилась после мобилизации отростка из выраженного спаечного процесса в области илеоцекального угла. Заключительный диагноз – БК, терминальный илеит, мезаденит, вторичный аппендицит.

У 3 детей со спаечной кишечной непроходимостью произведен адгезиолизис выраженного спаечного процесса, образовавшегося вокруг воспаленных петель толстой и тонкой кишки и брюшиной передне-боковой стенки живота. Интраоперационно заподозрена БК, взят клинический материал стенки пораженной кишки для морфологического исследования. Окончательный диагноз – БК.

У 1 ребенка с абсцедирующим инфильтратом брюшной полости выявлен межкишечный свищ – произведено вскрытие и дренирование абсцесса с формированием 2-ствольной тонкокишечной стомы, еще у 1 ребенка с внутрибрюшным абсцедирующим инфильтратом выявлены свищи между толстой кишкой, мочевым пузырем и передней брюшной стенкой, что потребовало исключения пассажа каловых масс в толстой кишке путем наложения 2-ствольной илеостомы.

1 ребенок прооперирован по поводу ректо-ягодичного свища, 2 – ректо-промежностных свищей. У всех 3 пациентов течение заболевания было хроническим, рецидивирующим с наличием множественных эрозий слизистой оболочки прямой кишки и эрозивного дерматита. Произведено иссечение ректо-ягодичного свища у ребенка 2,5 лет со вскрытием тазового абсцесса и абсцесса прямой кишки, выведением 2-ствольной разъединительной колостомы, а также у 3-летнего ребенка с дренированием ректо-промежностного свища дренажем – сетоном и формированием колостомы. Заключительный диагноз, на основании морфологической верификации, определен как БК с гнойно-свищевым поражением прямой кишки.

В раннем послеоперационном периоде (в течение 3-4 суток) все пациенты находились в отделении интенсивной

терапии, где проводилось полное парентеральное питание с постепенным расширением энтеральных нагрузок. Противомикробная терапия первого курса представлена в/в введением комбинации цефалоспоринов III поколения и представителя группы имидазольного кольца – метрогила. 2 пациента получали противомикробную терапию в комбинации цефалоспоринов III поколения, препарата группы аминогликозидов и метрогила. Последующие курсы антибактериальной терапии назначались в соответствии с чувствительностью возбудителей, выделенных из содержимого пораженной кишки и/или каловых масс.

При перианальной локализации БК препаратами выбора противомикробной терапии были метронидазол и ципрофлоксацин, в дальнейшем пациентам назначалась антицитокиновая терапия инфликсимабом или адалимумабом. Следует отметить хороший терапевтический эффект суппозитория с метронидазолом.

Спустя 2 недели после хирургического вмешательства назначалась специфическая противорецидивная терапия БК, которая заключалась в индивидуальном назначении совместно с гастроэнтерологом следующих препаратов:

- препараты для индукции и поддержки ремиссии БК (системные глюкокортикостероиды, топический гормон буденозид, иммуносупрессоры, моноклональные антитела, салицилаты);
- диетотерапия;
- симптоматические препараты (препараты железа, для лечения остеопороза, неврологических нарушений).

В исследуемой группе пациентов летальных исходов не отмечено. В раннем послеоперационном периоде возникло 5 (23,81%) осложнений, потребовавших выполнения повторных операций: несостоятельность тонко-тонкокишечного анастомоза (1), рецидив перфорации тонкой кишки (2), рецидив спаечной кишечной непроходимости (2).

Спустя 3 мес. после хирургического и консервативного лечения дети в обязательном порядке обследовались с целью оценки активности кишечного воспаления - определялся уровень С-реактивного белка, фекального кальпротектина, проводилась фиброколоноскопия. Всем пациентам рекомендовано 1 раз в год МРТ кишечника для исключения стриктурирующих и других патологических изменений; консультация детского хирурга с целью оценки общего состояния визуального осмотра перианальной области; проведение пальцевого ректального исследования для исключения перианальных осложнений.

Выводы.

1. Учитывая прогрессирующее течение БК у детей, сохраняется возможность возникновения острых хирургических осложнений болезни. Согласно данным проведенного исследования, urgentные хирургические осложнения БК у 47,83% пациентов стали первым проявлением БК, которая диагностирована и верифицирована морфологически в процессе лечения и в послеоперационном периоде.
2. Наиболее частыми хирургическими осложнениями БК у детей, которые стали показанием к неотложному вмешательству, являлись кишечная непроходимость (34,78%) и перфорации кишки (26,09%), а наиболее частыми хирургическими вмешательствами – резекционные операции с выведением кишечных стом.
3. Современная тактика хирургического лечения осложненной БК у детей предусматривает экономные резекции кишки и органосохраняющие операции под прикрытием кишечных стом.

4. Одним хирургическим вмешательством вылечить БК не представляется возможным. Хирургическое лечение и медикаментозная терапия должны быть взаимодополняющими методами лечения БК у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона. Колопроктология 2017; 2(60): 7 – 29.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт). – Наказ МОЗ України №90 від 11.02.2016.
3. Щукина О.Б. Периаанальная болезнь Крона: диагностика и медикаментозная терапия. Фармагека. 2008.-№13. – С. 22 – 30.
4. Baillie C.T., Smith J.A. Surgical strategy in pediatric inflammatory bowel disease //World J. Gastroenterol. – 2015. - №20(21). – P. 6101 – 6116.
5. Diefenbach K.A., Breuer C.K. Pediatric inflammatory bowel disease. World J. Gastroenterol. 2006; 12 (2): 3204-3212.
6. Dotson J.L. Management of intraabdominal abscesses in children with Crohn's disease: a 12-year retrospective single-center review//J.L.Dotson, H.Bashaw, B.Nwomeh/ Inflamm. Bowel Dis. – 2015. – 21(5). – P.1109-1114.
7. Gomollon F. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease. 2016; Part I: Diagnosis and Medical Management//F.Gomollon, A.Dignass, V.Annese et al.// J. Crohns Colitis. 2017: 3-25.
8. Lourenc R., Azevedo S., Lopes A. Surgery in Pediatric Crohn disease: case series from a Single Tertiary Referral Center//GE Port.J.Gastroenterol. – 2016.– №23(4). – P. 191 – 196.
9. Mattioli G., Pini-Prato A., Barabino A., Gandullia P., Avanzii S., Guida E. et al. Laparoscopic approach for children with inflammatory bowel diseases. *Pediatr.Surg.Int.* 2011; 27(8): 830-846.
10. Pink A.D., Fischer I.R., Vestweber K.H. Long-term outcome of laparoscopic ileocecal resection for Crohn's disease before the era of biologics. *Int. J. Colorectal Dis.* 2014;20(1): 127-132.
11. Shaffer V.O., Wexner S.D. Surgical management of Crohn's disease. *Landenbecks Arch.Surg.* 2013; 398 (1): 13-24.
12. Sharp N.E., Thomas P., St Peter S.D. Single-incision laparoscopic ileocectomy in children with Crohn's disease. *J.Laparosc. Adv.Surg Tech. A.* 2014; 24(8): 589-592.
13. Tang L.Y., Rawsthorne P., Bernstein C.N. Are perianal and luminal fistulas associated in Crohn's disease? A population-based study. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2006; 4: 1130 -4.

SUMMARY

URGENT SURGICAL OPERATIONS FOR CROHN'S DISEASE IN CHILDREN

¹Gorbatyuk O., ²Soleiko D., ³Kurylo H., ²Soleiko N., ²Novak V.

¹Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv; ²Pirogov Vinnitsa National Medical University; ³Lviv City Children's Hospital, Ukraine

Aim – the improvement of treatment results of patients with complicated Crohn's disease based on study and analysis of own results of surgical interventions.

Since 2008 to 2020 years 23 patients at the age 1,5-17 years

old with Crohn's disease in 3 pediatric surgical hospitals have been observed. The article presents the analysis of surgical treatment of these patients with complications of main pathology. Diagnostics is integrated and includes clinical and laboratorian examination of patients, X-ray, endoscopic, sonography methods of examination and morphological research method of clinical biopsy.

Complications of Crohn's disease were presented by intestinal obstructions (34,78% of cases), intestinal perforations (26,09%), acute appendicitis with mesadenitis (13,04%), intraabdominal abscesses (8,7%), intestinal hemorrhagia from inflammatory wart (4,35%), perianal inflammatory complications with fistulas (13,04%). The article has covered all possible methods of surgical operations depending on the type of complication. The most frequent surgical interventions were resections of intestinal stenosis with formation of intestinal stomas. The majority of patients have achieved good results after surgical interventions. 5 (23,81%) patients have got a relaparotomias because of such postoperative complications as anastomotic failure (1), recurrence of intestinal perforation (2) and recurrence of intestinal obstruction (2). Mortality has not been observed.

Conclusions.

1. Because of Crohn's disease is a progressive disease, the opportunity of emergence of acute surgical complications of this pathology preserves. Our data show that urgent surgical complications of Crohn's disease in 47,83% of patients were the first manifestation of the disease, which was diagnosed during treatment and verified morphologically in the postoperative period.

2. In most cases surgical complications were intestinal obstruction (34,78% cases) and intestinal perforations (26,09%), and the most frequent surgical interventions for Crohn's disease in children were resections of the affected areas of the intestine with formation of intestinal stomas.

3. The modern tactic of surgical treatment of complicated of Crohn's disease in children based on local intestinal resections with intestinal stomas.

4. It is very important to use a combined approach combining conservative and surgical treatment. Surgical treatment and drug treatment of Crohn's disease should be complementary treatments.

Keywords: Crohn's disease, children, urgent complications, surgical treatment.

РЕЗЮМЕ

УРГЕНТНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

¹Горбатюк О.М., ²Солейко Д.С., ³Курило Г.В., ²Солейко Н.П., ²Новак В.В.

¹Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев; ²Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова; ³Городская детская больница г. Львова, Украина

Цель исследования – оценка эффективности хирургического лечения детей с осложненной болезнью Крона.

С 2008 по 2020 гг. в 3 детских хирургических клиниках наблюдались дети (n=23) с болезнью Крона (БК) в возрасте от 1,5 до 17 лет. Все пациенты поступили в хирургическое отделение по ургентным показаниям. Представлен анализ хирургического лечения пациентов с осложнениями основного заболевания.

Диагностика комплексная, включает клинико-лабораторное обследование пациентов, рентгенологические, эндоскопические методы исследования, УЗИ и морфологические методы исследования клинического биопсийного материала.

Осложнения болезни Крона представлены кишечной непроходимостью (34,78%), кишечными перфорациями (26,09%), острым аппендицитом с мезаденитом (13,04%), абсцессами брюшной полости (8,7%), кишечным кровотечением из воспаленного ректального полипа (4,35%), периаанальными свищевыми осложнениями (13,04%). В статье освещен спектр хирургических вмешательств в зависимости от вида осложнения. Наиболее частыми хирургическими вмешательствами являются резекционные операции с выведением кишечных стом - 8 (38,09%) пациентов. Релапаротомия выполнена 5 (23,81%) пациентам по поводу таких послеоперационных осложнений, как несостоятельность анастомоза (n=1), рецидив кишечной непроходимости (n=2), рецидив тонкокишечной перфорации (n=2). Летальных исходов не отмечено.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать выводы.

1. Учитывая прогрессирующее течение БК у детей, сохраняется возможность возникновения острых хирургических осложнений болезни. По данным проведенного исследования, urgentные хирургические осложнения у 47,83% пациентов стали первым проявлением БК, которая была диагностирована и верифицирована морфологически в процессе лечения и в послеоперационном периоде.
2. Наиболее частыми хирургическими осложнениями БК у детей, которые стали показанием к неотложному вмешательству, были кишечная непроходимость (34,78%) и перфорации кишки (26,09%), а наиболее частыми хирургическими вмешательствами – резекционные операции с выведением кишечных стом.
3. Современная тактика хирургического лечения осложненной БК у детей предусматривает экономные резекции кишки и органосохраняющие операции под прикрытием кишечных стом.
4. Одним хирургическим вмешательством вылечить БК не представляется возможным. Хирургическое лечение и медикаментозная терапия должны быть взаимодополняющими методами лечения БК у детей.

რეზიუმე

ურგენტული ქირურგიული ჩარევები კრონის დაავადების დროს ბავშვებში

¹ო.გორბატიუკი, ²დ.სოლეიკო, ³ბ.კურილო, ²ნ.სოლეიკო, ²ვ.ნოვაკი

¹პ.შუპიკის სახ. დიპლომისშემდგომი განათლების სამედიცინო აკადემია, კიუვი; ²ვინიცას ნ.პიროგოვის სახ. ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი; ³ქ.ლვოვის ბავშვთა საქალაქო საავადმყოფო, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქირურგიული მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება გართულებუ-

ლი კრონის დაავადების დროს ბავშვებში.

2008-2020 წწ. 3 ქირურგიულ კლინიკაში ჩატარდა დაკვირვება 1,5-17 წლის ასაკის 23 ბავშვზე კრონის დაავადებით. ყველა პაციენტი ქირურგიულ განყოფილებაში შემოვიდა ურგენტული ჩვენებებით. სტატიაში წარმოდგენილია ძირითადი დაავადების გართულებების მქონე პაციენტების ქირურგიული მკურნალობის ანალიზი. დიაგნოსტიკა ტარდებოდა კომპლექსურად და მოიცავდა პაციენტების კლინიკურ-ლაბორატორიულ კვლევას, რენტგენოლოგიურ და ენდოსკოპიურ მეთოდებს, ულტრაბგერით კვლევას და კლინიკური ბიოფსიური მასალის კვლევას მორფოლოგიური მეთოდებით.

კრონის დაავადების გართულებებს წარმოადგენდა გაუვალობა (34,78%), ნაწლავური პერფორაციები (26,09%), მწვავე აპენდიციტი მეზადენიტით (13,04%), მუცლის დრუს აბსცესები (8,7%), ნაწლავური სისხლდენა რექტალური ანთებადი პოლიპიდან (4,35%), პერიანუსური ფისტულები (13,04%). სტატიაში განხილულია ქირურგიული ჩარევების სპექტრი გართულების სახეობაზე დამოკიდებულებით. ყველაზე ხშირ ქირურგიულ ჩარევას წარმოადგენდა რეზექციული ოპერაციები ნაწლავური სტომების გამოტანით - 8 (38,09%) პაციენტი. რელაპარატომია ჩატარდა 5 (23,81%) პაციენტს ისეთი ოპერაციის შემდგომი გართულებების გამო, როგორცაა ანასტომოზის უკმარისობა (n=1), ნაწლავთა გაუვალობის რეციდივი (n=2), წვრილი ნაწლავის პერფორაციის რეციდივი (n=2). ლეტალური შემთხვევები არ აღნიშნულა.

ჩატარებული კვლევის შედეგად ავტორები დაასკვნა, რომ:

1. ბავშვებში კრონის დაავადების პროგრესირებადი მიმდინარეობის გათვალისწინებით, შენარჩუნებულია დაავადების მწვავე ქირურგიული გართულებების განვითარების ალბათობა. ჩატარებული კვლევის შედეგების მიხედვით, ურგენტული ქირურგიული გართულებები პაციენტების 47,83%-ში კრონის დაავადების პირველ გამოვლინებას წარმოადგენდა, რაც დიაგნოსტიკური და მორფოლოგიურად ვერიფიცირებული იყო მკურნალობის პროცესში და პოსტოპერაციულ პერიოდში.
2. ბავშვებში კრონის დაავადების ყველაზე ხშირ ქირურგიულ გართულებებს, რომლებიც გადაუდებელი ჩარევის ჩვენებას წარმოადგენდა, იყო ნაწლავთა გაუვალობა (34,78%) და ნაწლავის პერფორაცია (26,09%), ყველაზე ხშირ ქირურგიულ ჩარევას კი – რეზექციული ოპერაციები ნაწლავური სტომის გამოტანით.
3. გართულებული კრონის დაავადების ქირურგიული მკურნალობის თანამედროვე ტაქტიკა ბავშვებში გულისხმობს ნაწლავის ეკონომიურ რეზექციას და ორგანოშემანარჩუნებელ ოპერაციებს ნაწლავური სტომებით.
4. კრონის დაავადების განკურნება ერთი ქირურგიული ჩარევით შეუძლებელია. კრონის დაავადების დროს ბავშვებში ქირურგიული ჩარევა და მედიკამენტური თერაპია მკურნალობის ურთიერთშემავსებელ მეთოდებს უნდა წარმოადგენდეს.