

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 6 (303) Июнь 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 6 (303) 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), 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 Двалладзе, Манана Жвания, Тamar Зерекидзе, 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, Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

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

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

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.

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

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.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 საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაეიცვათ 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:

Яковлев А.А., Шулутко А.М., Османов Э.Г., Гандыбина Е.Г., Гогохия Т.Р. НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛЕЖНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	7
Манижашвили З.И., Ломидзе Н.Б. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ОБЗОР)	12
Фищенко Я.В., Кравчук Л.Д., Сапоненко А.И., Рой И.В. ОПЫТ БИПОРТАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ СПИНАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ.....	21
Русин В.И., Румянцев К.Е., Павук Ф.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНО - ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ.....	27
Demchenko V., Shchukin D., Antonyan I., Lisova G., Harahaty A., Shus A. URETEROCALICOSTOMY FOR RECONSTRUCTION OF THE UPPER URINARY TRACT.....	33
Kovalenko T., Tishchenko M., Vovk O., Mishyna M. THE INFLUENCE OF CONTRACEPTION ON VAGINAL MICROBIocenosis CONDITION	40
Готюр О.И., Кочержат О.И., Васыльченко М.М., Вакалюк И.И. ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ГИСТО- И УЛЬТРАСТРУКТУР ЯИЧКА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ МУЖЧИН 22-35 ЛЕТ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ	45
Fishchuk L., Rossokha Z., Sheyko L., Brisevac L., Gorovenko N. ESR1 GENE RELATED RISK IN THE DEVELOPMENT OF IDIOPATHIC INFERTILITY AND EARLY PREGNANCY LOSS IN MARRIED COUPLES.....	48
Bakradze A., Vadachkoria Z., Kvachadze I. ELECTROPHYSIOLOGICAL CORRELATES OF MASTICATORY MUSCLES IN NASAL AND ORAL BREATHING MODES	55
Сохов С.Т., Ушакова О.П. КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИКОСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	58
Piatska L., Luchynskyi M., Oshchypko R., Rozhko V., Luchynska Iu. THE STATE OF LOCAL IMMUNITY IN PERSONS WITH PERIODONTAL DISEASES ON A BACKGROUND OF DIFFERENT PSYCHOPHYSIOLOGICAL REACTIONS OF MALADAPTATION.....	63
Марденқызы Д., Рахимжанова Р.И., Даутов Т.Б., Чонмин Джон Ли, Ельшибаева Э.С., Садуакасова А.Б., Кожахметова Ж.Ж. ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЯЖЕСТЬ ЕЁ ТЕЧЕНИЯ.....	67
Meiramova A., Rib Y., Sadykova D., Issilbayeva A., Ainabay A. DEPENDENCE OF BLOOD PRESSURE REACTIONS ON METEOROLOGICAL PARAMETERS IN VARIOUS AGE GROUPS.....	72
Karaiev T., Tkachenko O., Kononets O., Lichman L. A FAMILY HISTORY OF DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY	79
Утегенова А.Б., Утепкалиева А.П., Кабдрахманова Г.Б., Хамидулла А.А., Урашева Ж.У., Ахмадеева Л.Р. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ЭССЕНЦИАЛЬНОГО ТРЕМОРА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР	86
Игнатъев А.М., Турчин Н.И., Ермоленко Т.А., Манасова Г.С., Пругиян Т.Л. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИТАМИ ВИТАМИНА D СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОЖИРЕНИЕМ И ДЕФИЦИТОМ ВИТАМИНА D	93

Мудра У.О., Андрейчин С.М., Ганьбергер И.И., Корильчук Н.И. ПОКАЗАТЕЛИ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ И ТЕРМОГРАФИИ СУСТАВОВ ПРИ ПОДАГРЕ НА ФОНЕ ЭНТЕРОСОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ	97
Байдурин С.А., Бекенова Ф.К., Накыш А.Т., Ахметжанова Ш.К., Абай Г.А. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ И АЛГОРИТМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	103
Fedota O., Babalian V., Ryndenko V., Belyaev S., Belozorov I. LACTOSE TOLERANCE AND RISK OF MULTIFACTORIAL DISEASES ON THE EXAMPLE OF GASTROINTESTINAL TRACT AND BONE TISSUEPATHOLOGIES	109
Sirko A., Chekha K., Miziakina K. CRANIAL NERVE HYPERFUNCTION SYNDROMES. MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT (REVIEW)	113
Chikhladze N., Kereselidze M., Burkadze E., Axobadze K., Chkhaberidze N. TRAUMATIC BRAIN INJURIES IN CHILDREN IN PRACTICE OF PEDIATRIC HOSPITAL IN GEORGIA	120
Горзов Л.Ф., Криванич В.М., Мельник В.С., Дробнич В.Г., Бойко Н.В. МИКРОБНЫЕ МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОДРОСТКОВ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРОЙ	125
Кочакидзе Н.Г., Мдивани Н.В. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМ У ЛИЦ С ГЕННЫМИ АББЕРАЦИЯМИ.....	135
Рупа L., Lysytsia Yu., Svistilnik R., Rimsha S., Kernychnyi V. DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF SOMATOFORM DISORDERS IN CHILDREN, ITS SIGNIFICANCE, THE ROLE OF SEROTONIN AND TRYPTOPHANE IN THE EMERGENCE OF THESE DISORDERS.....	142
Мусина А.А., Татаева Р.К., Саркулова С.М., Жантикеев С.К., Идрисов А.С. ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....	148
Кулик А.Г., Лубенец И.Г., Кулакова Н.В., Наумова И.В. БЕЗОПАСНОСТЬ РЕБЕНКА В ИНТЕРНЕТЕ КАК МЕДИКО-ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМА	155
Жармаханова Г.М., Сырлыбаева Л.М., Нурбаулина Э.Б., Байкадамова Л.И., Эштаева Г.К. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ЖИРНЫХ КИСЛОТ (ОБЗОР)	161
Nurgaziyev M., Sergazy Sh., Chulenbayeva L., Nurgozhina A., Gulyayev A., Kozhakhmetov S., Kartbayeva G., Kushugulova A. THE EFFECTS OF ANTIBIOTICS ON THE GUT MICROBIOME AND THE IMMUNE SYSTEM (REVIEW).....	167
Ивачёв П.А., Аманова Д.Е., Ахмалтдинова Л.Л., Койшибаев Ж.М., Тургунов Е.М. СРАВНЕНИЕ ДИНАМИКИ УРОВНЯ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА, ЛИПОПОЛИСАХАРИД-СВЯЗЫВАЮЩЕГО БЕЛКА И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ И ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	173
Pkhakadze G., Bokhua Z., Asatiani T., Muzashvili T., Burkadze G. EVALUATION OF THE RISK OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA PROGRESSION BASED ON CELL PROLIFERATION INDEX, EPITHELIAL-MESENCHYMAL TRANSITION AND CO-INFECTIONS	178
Olifirenko O., Savosko S., Movchan O. KNEE JOINT STRUCTURAL CHANGES IN OSTEOARTHRITIS AND INJECTIONS OF PLATELET RICH PLASMA AND BONE MARROW ASPIRATE CONCENTRATE.....	184
Сливкина Н.В., Абдуллаева А.А., Тарджибаева С.К., Досжанова Г.Н., Куанышбаева Г.С. ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ	188
Deshko L., Bysaga Y., Kalyniuk S., Bysaga Y. STATE OBLIGATIONS IN PROVISION OF THE PRIMARY PHYSICIAN'S RIGHT TO MEDICAL PRACTICE AS ENTREPRENEURSHIP IN LIGHT OF TRANSFORMATION OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE	194

ენდოსკოპიის მეთოდით უკრაინის ტრანსკოლოგიისა და ორთოპედიის ინსტიტუტის ხერხემლის ქირურგიის კლინიკაში. ტკივილის ინტენსივობა ფასდებოდა ტკივილის ვიზუალური ანალოგიური შკალის (VAS) გამოყენებით, პაციენტების კმაყოფილება და მათი სიცოცხლის ხარისხი - MacNab-ის მოდიფიცირებული შკალის და ოსვესტრის დისაბილიზაციის ინდექსით (ODI), შესაბამისად, ოპერაციიდან 1 კვირის, 3 თვის და 6 თვის შემდგომ. ასევე, ფასდებოდა პერიოპერაციული მონაცემები - ოპერაციის ხანგრძლივობა და კლინიკაში დაყოვნების ხანგრძლივობა, სისხლის დანაკარგის დონე და გართულებები. რენტგენოლოგიურ შედეგები ფასდებოდა წინა- და პოსტოპერაციული მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის გამოყენებით ოპერაციიდან 6-8 კვირის შემდეგ.

კვლევის შედეგების მიხედვით, პოსტოპერაციულ პერიოდში აღინიშნა დადებითი დინამიკა: ზურგის ტკივილის მანევრებელი VAS-ის მიხედვით ოპერაციის შემდეგ შემცირდა $0,9 \pm 1,4$ ბალამდე, ფეხის ტკივილის მანევრებლმა კი პოსტოპერაციულ ეტაპზე შეადგინა, საშუალოდ, $1,28 \pm 1,1$ ბალი. პერიოპერაციული მონაცემების შეფასების მიხედვით, პაციენტებში სისხლის დანაკარგის მოცულობამ შეადგინა $34,8 \pm 16,2$

მლ, სტაციონარში დაყოვნების დრომ კი - $2,9 \pm 1,3$ დღე. გართულებებიდან აღინიშნა ტვინის მაგარი გარსის წერტილოვანი დაზიანების 4 შემთხვევა და მისი ხაზოვანი ჭრილობის 1 შემთხვევა, 1 სმ-ზე მეტი სიგრძით და მაგარი გარსის პარკის შიგთავსის გადმოსვლით ეპიდურულ სივრცეში, რამაც მოითხოვა კონვერსია ღია ოპერაციაზე დეფექტის გაკერვით.

ხერხემლის ბიპორტული ენდოსკოპიური ქირურგია წარმოადგენს წელის სპინალური სტენოზის მკურნალობის ეფექტურ მეთოდს, რომელსაც აქვს უპირატესობები ღია ოპერაციასთან შედარებით (რბილი ქსოვილების ნაკლები ტრავმულობა, სისხლის ნაკლები დანაკარგი, მკურნალობის შედეგებით პაციენტის კმაყოფილების მაღალი ხარისხი). უნილატერალური ბიპორტული ენდოსკოპიური დეკომპრესია, მიკროსკოპიულ ტექნიკასთან შედარებით, უპირატესია სრული დეკომპრესიის მიღწევის თვალსაზრისით გაზრდილ ართროსკოპიულ ველში ინსტრუმენტის მოძრაობის შეზღუდვის გარეშე დამოუკიდებელი პორტალის გამოყენების საფუძველზე; ოპერაციის დროს ფიზიოლოგიური ხსნარით უწყვეტი ირიგაცია კი დიდ უპირატესობას იძლევა ინფექციის თავიდან აცილების თვალსაზრისით.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Русин В.И., Румянцев К.Е., Павук Ф.Н.

Государственное высшее учебное учреждение «Ужгородский национальный университет», Украина

По данным литературы для диагностики синдрома Мириззи (СМ) используют комплекс современных инструментальных методов - ультразвунографию (УСГ), компьютерную (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ) [4]. Однако, точный диагноз у 62-74% пациентов устанавливается только во время операции [8,9].

Ультрасонография (УСГ) брюшной полости является скрининговым методом диагностики СМ, однако чувствительность его низкая - в пределах от 4% до 46% [1-4, 6]. Диагностическая чувствительность МРХПГ по данным литературы при СМ составляет 97,6%, интраоперационной холангиографии - 94%, ЭРХПГ - 86%, ЧЧХГ - 56%, фиброхолангиоскопии - 77% [3-5,7].

Чувствительность КТ возрастает при наличии холецистохоледохеального свища [4]. Yehat C.N. [12], анализируя результаты диагностики СМ у 11 пациентов, отмечает, что компьютерная томография не дает дополнительной информации в сравнении с УСГ брюшной полости или ЭРХПГ. Однако данный метод исследования играет значительную роль в проведении дифференциального диагноза с холангиокарциномой, раком желчного пузыря, сдавлением холедоха метастазами в ворота печени.

Значительно выше оценивается чувствительность

МРХПГ, однако опыт ее применения при СМ пока небольшой [7].

Раннее выявление СМ позволит избежать интраоперационного повреждения гепатикохоледоха, обеспечит раннее начало лечения и повысит его эффективность за счет уменьшения интраоперационных осложнений и послеоперационной смертности.

Однако часто возникает опасность гипердиагностики или ошибочной диагностики, что может привести к неправильному выбору тактики лечения и, как результат, к возникновению периоперационных осложнений. Вышеизложенное диктует необходимость применения аппаратно-инструментальных методов обследования, обладающих достаточной чувствительностью и высоким уровнем специфичности.

Цель исследования - сравнительная оценка эффективности аппаратно-инструментальных методов в дооперационной диагностике синдрома Мириззи.

Материал и методы. За период 1997-2019 гг. в клинике кафедры хирургических болезней Ужгородского национального университета выполнено 8100 операций по поводу желчекаменной болезни (ЖКБ). В 410 случаях по результатам дооперационного обследования был заподозрен СМ. Из них у 202 (49%) пациентов интраоперационно подтверждены различные формы синдрома Мириззи (СМ). Проведен анализ результатов аппаратно-инструментального обследо-

вания и лечения у этих 410 пациентов. Частота выявления СМ составила 2,5%.

Синдром Мириizzi (СМ) I типа диагностирован у 80 (39,6%) пациентов, синдром Мириizzi II-V типа – у 122 (60,4%). Мужчин было 66 (31,7%), женщин - 136 (68,3%). Возраст пациентов колебался в пределах от 37 до 80 лет (в среднем, 66,4 лет).

Все больные ЖКБ обследованы с применением современных аппаратно-инструментальных методов диагностики. УСГ брюшной полости выполнена 410 пациентам, мультиспиральная КТ брюшной полости – 80, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография – 410, магнитно-резонансная томография брюшной полости с холангиографией – 82 пациентам.

Во время исследования выполняли определение диагностической специфичности (ДС), чувствительности (ДЧ), эффективности (ДЭ) метода, а также рассчитывали процент ложноположительных и ложноотрицательных результатов, значение прогностической значимости положительных (ПО+) и прогностической значимости отрицательных (ПО-) результатов диагностики.

Все обследованные тем или иным методом пациенты по результатам операции разделены на 2 категории: больные (Б) (т.е. пациенты с СМ) и не больные (НБ) – пациенты, у которых СМ интраоперационно не подтвердился.

Если после инструментального обследования диагностировали у больных наличие СМ и это действительно подтверждалось во время операции, то результат оценивали как истинно положительный (ИП), если не подтверждалось – как ошибочно положительный (ОП).

В случае, когда по результатам метода обследования устанавливалось отсутствие СМ у пациента, а интраоперационно диагноз не подтверждался, то такой результат трактовали как истинно отрицательный (ИО), а в случае выявления СМ результат был ложноотрицательным (ЛО).

Диагностическую чувствительность метода рассчитывали как процент истинно положительных результатов исследования, т.е. выявленного СМ, от количества истинно больных СМ среди обследованных пациентов. ДЧ рассчитывали по формуле:

$$ДЧ = \frac{ИП}{Б} \cdot 100 \%$$

В клинике инструментальный метод с высокой чувствительностью, с большой вероятностью, классифицирует больного человека как больного.

Диагностическую специфичность метода рассчитывали, как процент истинно отрицательных результатов теста у пациентов, у которых интраоперационно СМ не выявили. ДС рассчитывали по формуле:

$$ДС = \frac{ИО}{НБ} \cdot 100 \%$$

В клинике метод с высокой специфичностью, с высокой долей вероятности при отрицательном результате классифицирует человека как здорового, т.е., у которого СМ отсутствует.

Диагностическую эффективность метода рассчитывали, как процент истинных результатов теста к общему числу полученных результатов. ДЭ рассчитывали по формуле:

$$ДЭ = \frac{ИП + ИО}{ИП + ИО + ОП + ЛО} \cdot 100\%$$

В клинике инструментальный метод с высокой ДЭ с высокой долей вероятности одновременно больного классифицирует как больного, а здорового как здорового.

Прогностическая значимость положительных результатов (ПО+) метода рассчитывается, как процент истинно положительных результатов к общему числу положительных результатов. ПО рассчитывали по формуле:

$$ПО+ = \frac{ИП}{ИП + ОП} \cdot 100\%$$

Высокая ПО+ инструментального метода диагностики свидетельствует о хорошей способности выявлять СМ в общем массиве обследованных.

Прогностическая значимость отрицательных результатов (ПО-) метода рассчитывается, как процент истинно отрицательных результатов к общему числу отрицательных результатов и рассчитывается по формуле:

$$ПО- = \frac{ИО}{ИО + ЛО} \cdot 100\%$$

Высокая ПО- свидетельствует о надежности отрицания наличия СМ в общем массиве обследованных.

Результаты и обсуждение. По данным УСГ брюшной полости признаки СМ I типа обнаружены у 46 пациентов из 80. Чувствительность метода составила 57,5%, специфичность 52,2%.

СМ II типа диагностирован у 82 пациентов из 122 (чувствительность 67%, специфичность 70%).

Признаками СМ I типа по данным УСГ были: наличие конкремента в общем желчном протоке, расширение общего желчного протока и, нередко, внутривенечных протоков.

Желчный пузырь в большинстве случаев был сморщенным (симптом «микроцисты»). Наиболее часто наблюдалось уменьшение размеров желчного пузыря менее чем на 5 см в продольном измерении и 3 см в поперечном; на фоне уменьшения в размерах развивалось утолщение стенки желчного пузыря до 2-3 мм (таблица 1). Ультрасонографическими признаками синдрома Мириizzi II типа были: аэробилия, расширение холедоха, холедохолитиаз (рис. 1).

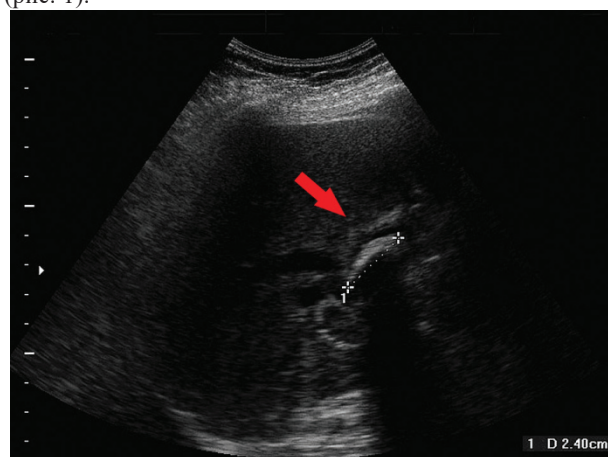


Рис. 1. Ультрасонографическая визуализация СМ I типа (сморщенный желчный пузырь)

Вышеуказанные ультрасонографические критерии у пациентов с СМ клинически проявлялись механической желтухой у 128 (63,3%) пациентов и у 56 (27,7%) - признаками манифестирующего холангита.

Таблица 1. Частота встречаемости УСГ критериев синдрома Мириizzi

Критерии	Синдром Мириizzi I	Синдром Мириizzi II (II-V)
Сморщенный ЖП	45(22,2 %)	79(39 %)
Холангит	2(0,9 %)	54(26,8 %)
Аеробилия	-	60(29,7 %)
Холедохолитиаз	-	63(31 %)
Расширение общего желчного протока	39(19,3 %)	82(40,5 %)

Наличие у пациентов с СМ вышеуказанных ультразвукографических критериев и клиники механической желтухи или холангита было основанием для проведения комплексного обследования с помощью других методов предоперационной диагностики.

При клинике механической желтухи и холангита всем больным выполнялась ЭРХПГ (рис. 2).

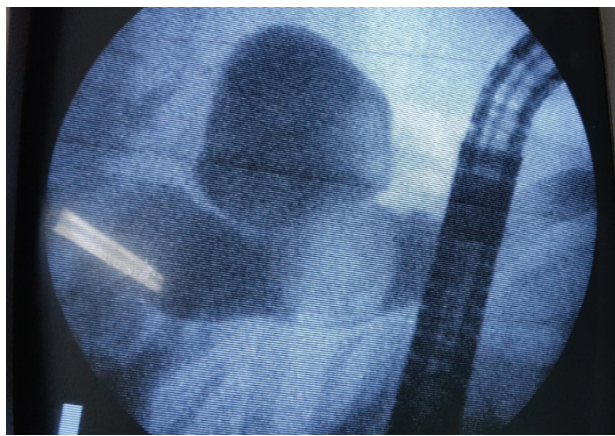


Рис. 2. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. СМ II тип, наличие холецистохоледохеального свища с конкрементом в нем

С помощью эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии до операции диагноз СМ I был установлен у 61 пациента из 80, а СМ II типа - у 96 пациентов из 122. Чувствительность и специфичность ЭРХПГ в диагностике СМ I составили 76% и 75%, соответственно, в отличие от СМ II, где чувствительность составила 78,6%, а специфичность - 83,6%. У 6 (5%) пациентов с СМ II типа не удалось технически выполнить исследование, и они отнесены к ложноотрицательным результатам.

Диагноз СМ II по данным ЭРХПГ основывался на следующих признаках: расширение проксимальных отделов желчных протоков, сморщенный желчный пузырь.

Признаками СМ II типа по данным ЭРХПГ были: наличие патологического соустья между желчным пузырем и общим желчным протоком, сдавление общего желчного протока извне в верхней трети, сужение его (стриктура).

Среди 202 пациентов с СМ у 22 (10,8%) выявлен холедоходуodenальный свищ. У этих больных диагноз установлен эндоскопически при проведении ЭРХПГ. Среди пациентов с холедоходуodenальными свищами по данным фибродуоденоскопии мы выделяли два их вида в зависимости от местоположения: первый (19 пациентов) - когда свищевое отверстие находилось в пределах переходной складки большого дуоденального сосочка, второй (3 пациента) - когда свищевое отверстие располагалось выше переходной складки.

С помощью мультиспиральной КТ брюшной полости с

внутривенонным контрастным усилением среди 40 пациентов у 22 установлен диагноз синдрома Мириizzi (рис. 3).

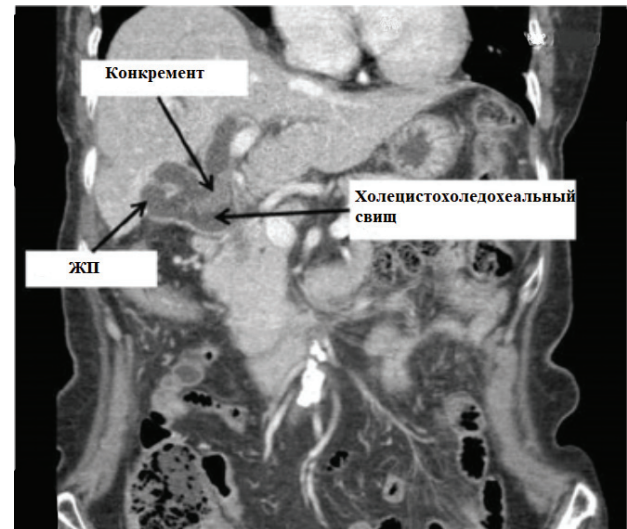


Рис. 3. Компьютерная томограмма. СМ II тип. Холецистохоледохеальный свищ

Чувствительность и специфичность метода в дооперационной диагностике СМ I типа составила 40% и 20%, СМ II типа - 60 и 63% соответственно. МРХПГ выполнили 23 пациентам (рис. 4). По данным трехмерной модели МРХПГ диагноз СМ I типа установлен у 6 (27%) пациентов, СМ II типа - у 15 (68%). У двух (8%) пациентов с СМ результат был ложноотрицательным. Чувствительность и специфичность метода составила 95% и 96%.

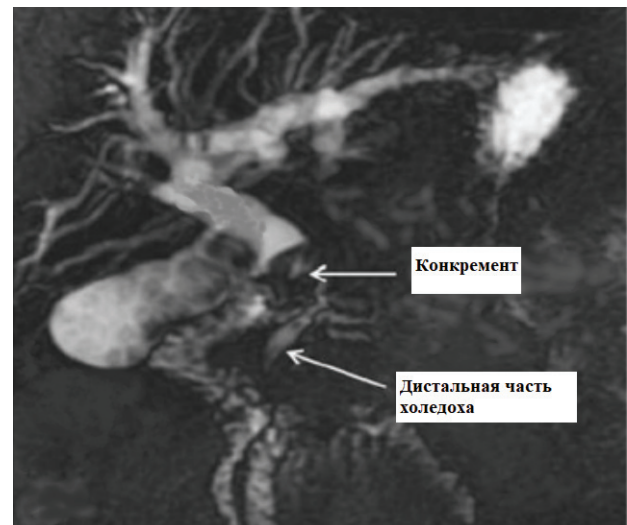


Рис. 4. МРХПГ визуализация СМ II типа (в области шейки желчного пузыря МР-признаки конкремента)

Таблица 2. Сравнительная характеристика аппаратных методов в дооперационной диагностике синдрома Мириizzi

	Методы исследования	Чувствительность, %	Специфичность, %	Эффективность, %	Ошибочно (-) результат,	Ошибочно (+) результат,	Прогностическая значимость (ПО +), %	Прогностическая значимость (ПО -), %
					%	%		
СМ I	УСГ	57,5	52	55	42,5	48	54	55
	ЭРХПГ	76	75	75,6	24	25	75	76
	КТ	40	20	30	60	80	33	25
	МРТ	83	85	84	17	15	83	85
СМ II	УСГ	67	70	68,8	33	30	68	69
	ЭРХПГ	79	84	81	21	16	82	80
	КТ	60	63	61	40	37	62	61
	МРТ	93	87,5	90	7	12,5	88	93

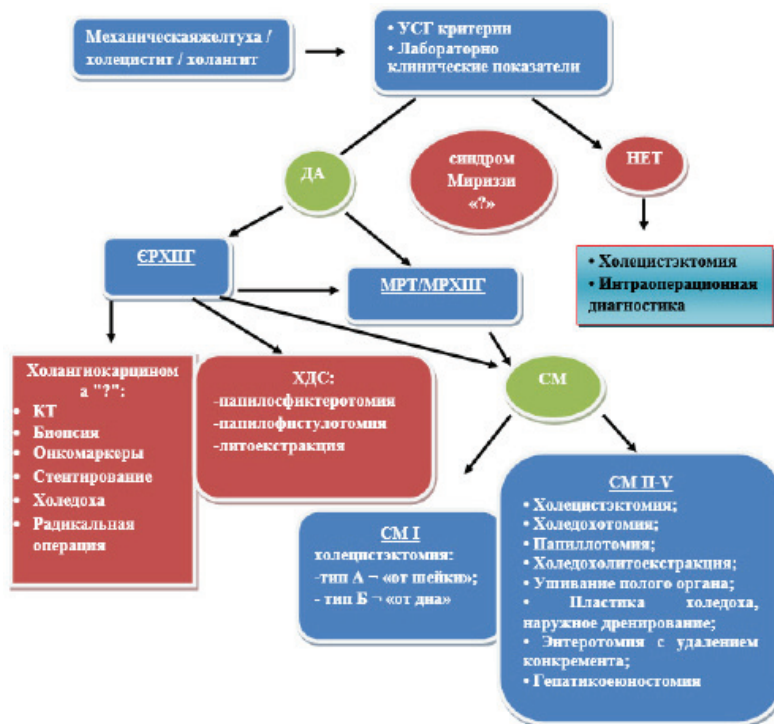


Рис. 5. Схема тактики ранней диагностики и выбора хирургического лечения СМ

МРХПГ дает возможность полипозиционно и пространственно оценить структуру интрагепатальных и внепеченочных желчных протоков.

При сравнительной характеристике аппаратно-инструментальных методов в дооперационной диагностике синдрома Мириizzi, наиболее эффективной при синдроме Мириizzi I и II типа была МРХПГ с эффективностью 84% (СМ I) и 90% (СМ II-V) (таблица 2).

На втором месте по диагностической эффективности оказалась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, где эффективность для СМ I типа составила 75,6%, а для СМ II типа - 81%.

Эффективность ультразвукографии для пациентов с СМ I типа составила 55% и для СМ II типа - 68,8%.

Сравнение значений прогностической значимости истинно положительных и истинно отрицательных результатов выявило, что в предоперационной диагностике СМ I типа наиболее эффективной была МРХПГ с ПО+ и ПО- 83 и 85%, соответственно. Для СМ II типа соответствующие показатели были схожими и составили 88 и 93%, соответственно. Прогностическая значимость положительных и отрицательных результатов применения компьютерной томографии при СМ II типа была выше почти в 2 раза чем у пациентов с СМ I типа, но метод уступает по эффективности другим методам.

На основе полученной оценки эффективности различных методов в ранней диагностике синдрома Мирizzi и их прогностических значений, нами предложен следующий алгоритм предоперационной диагностики СМ и способы его лечения (рис. 5).

Наличие клинико-лабораторных и ультрасонографических признаков СМ диктует необходимость выполнения ЭРХПГ с возможными последующими эндоскопическими манипуляциями на желчных протоках. Отдельные специалисты при подозрении на синдром Мирizzi при ультрасонографическом исследовании рекомендуют использовать МРХПГ [10,13].

На наш взгляд, эндоскопическая гастро- и дуоденоскопия с ретроградной холангиопанкреатографией должна предшествовать другим методам исследования после выполнения УСГ, так как визуализация просвета желудка и двенадцатиперстной кишки дает возможность увидеть фистулу, конкремент, ущемленный в большом дуоденальном сосочке или в холедоходуоденальном свище, выполнить литоэкстракцию и эндоскопическое лечение холедоходуоденального свища путем папилосфинктеротомии и/или папилосфинктеротомии.

Несмотря на весьма низкую специфичность и чувствительность УСГ, ультрасонография продолжает оставаться скрининговой методикой диагностики желчнокаменной болезни и ее осложнений.

Если при наличии «микроцисты» и холелитиаза с механической желтухой пациентам необходимо выполнить ЭРХПГ, как с диагностической, так и с лечебной целью, то всем больным с желчнокаменной болезнью с подозрением на синдром Мирizzi без признаков механической желтухи необходимо выполнить МРХПГ. Компьютерная томография с контрастированием показана при подозрении на опухоль гепатопанкреатобилиарной зоны.

Выводы:

1. Эффективность УСГ у пациентов с СМ I типа составляет 55%, у пациентов с СМ II (II-V) типа - 68,8%. Частота ложноположительных результатов соответственно составляет 48% и 30%, ложноотрицательных - 42,5% и 33%.

2. При применении ЭРХПГ у пациентов с СМ I типа эффективность составляет 75,6%. Эффективность ЭРХПГ у пациентов с СМ II типа составляет 81% при чувствительности 78,6% и специфичности 83,6%. Частота ложноположительных результатов составляет 25% и 16%, ложноотрицательных - 24% и 21%, соответственно.

3. По данным КТ эффективность в дооперационной диагностике СМ I и II типов составляет 30% и 61%, соответственно. Частота ложноположительных результатов составляет 80% и 37%, ложноотрицательных - 60% и 40%, соответственно.

4. Наиболее эффективным методом предоперационной диагностики СМ I и II типа является МРХПГ при чувствительности 84% и специфичности 90%. Частота ложноположительных и ложноотрицательных результатов у пациентов с СМ I типа составляет 17% и 15% и 12,5% и 7% у пациентов с СМ II типа, соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшенко Н. Е. Билиодигестивных свищи и непроходимость кишечника, вызванная желчными камнями, в практике ургентной эндоскопии: обзор литературы и собственный опыт / Н. Е. Артюшенко, И. М. Тумак, Л. М. Когут и др. // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. - 2012. - Т. 16, № 2. - С. 20-22.

2. Винник Ю. С. Значение ультразвукового исследования в диагностике синдрома Мирizzi / Ю. С. Винник, Е. В. Репина, Е. В. Серова [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - № 3 (138). - С. 39-40.

3. Давлатов С. С. Дифференцированный подход к лечению больных с синдромом Мирizzi / С. С. Давлатов, З. Э. Хидиров, А. М. Насимов // Academy. - 2017. - Т. 2 (17). - С. 95-98.

4. Колкин Я. Г. Синдром Мирizzi: диагностика и хирургическая тактика / Я. Г. Колкин, В. В. Хацко, А. М. Дудин [и др.] // Украинский журнал хирургии. - 2012. - № 2. - С. 115-118.

5. Коханенко Н. Ю. Выбор хирургической тактики у больных с синдромом Мирizzi при помощи МРТ диагностики / Н. Ю. Коханенко, К. В. Павелец, А. В. Глебова, Т. В. Корякина // Вестник СПбГУ. Сер. 11. - 2014. - Вып. 2. - С. 130-137.

6. Коханенко Н. Ю. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi / Н. Ю. Коханенко, А. В. Глебова // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 12-3. - С. 573-576.

7. Лурия И. А. Первый опыт применения магнитнорезонансной холангиопанкреатографии на томографе напряженностью магнитного поля 3 Тесла в комплексе методов лучевой диагностики патологии желчевыводящих путей / И. А. Лурия, В. П. Слободяник, С. В. Варуск [и др.] // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. - 2012. - Т. 16, № 2. - С. 14-18.

8. Пархисенко Ю. А. Механическая желтуха: современные взгляды на проблему диагностики и хирургического лечения / Ю. А. Пархисенко, А. И. Жданов, В. Ю. Пархисенко, Р. С. Калашник // Украинский журнал хирургии. - 2013. - № 3. - С. 202-214.

9. Сулайманов С. У. Дифференцированный подход к лечению больных с синдромом Мирizzi / С. У. Сулайманов, Д. Б. Юсупалиева, Ю. М. Тилавова // Достижения науки и образования. - 2019. - Т. 6 (47). - С. 64-68.

10. Угляр Ю. В. Ультразвуковая диагностика желтухи / Ю. В. Угляр, М. В. Иванчишин, И. М. Лескив [и др.] // Достижения клинической и экспериментальной медицины. - 2003. - № 1. - Вып. 1. - С. 45-48.

11. Шило Р. С. Синдром Мирizzi / Р. С. Шило, Э. В. Могилевец, В. Г. Богдан [и др.] // Военная медицина. - 2018. - № 1. - С. 143-145.

12. Grinchesku A. E. Surgical management of Mirizzi's syndrome / A. E. Grinchesku, A. G. Butyrskii, S. S. Khilko // Bulletin of the Russian Military Medical Academy. - 2019. - Vol. 38(1). - P. 32-36.

13. Payá-Llorente C. Mirizzi's syndrome: a new insight provided by a novel classification / C. Payá-Llorente, A. Vázquez-Taragón, A. Alberola-Soler // Ann. Hepatobiliary Pancreat. Surg. - 2017. - № 21(2). - P. 67-75.

SUMMARY

USE OF THE INSTRUMENTAL METHODS IN DIAGNOSTICS OF THE MIRIZZI SYNDROME

Rusin V., Rumiantsev K., Pavuk F.

State higher education facility "Uzhhorod National University", Ukraine

The aim of the study was a comparative description of the instrumental methods effectiveness in the preoperative diagnostics of Mirizzi syndrome (MS). Materials and methods. An analysis

of the examination and treatment results of the 410 patients with cholelithiasis and suspected according to clinical data Mirizzi syndrome, was carried out for the period of 1997-2019. In 202 patients, various forms of Mirizzi syndrome were confirmed intraoperatively. Mirizzi type I syndrome was diagnosed in 80 (39.6%) patients, Mirizzi type II-V syndrome - in 128 (60.4%). There were 66 men (31.7%) and 136 women (68.3%). The age of patients ranged from 37 to 80 years (an average of 66.4 years). All patients were examined using ultrasonography (USG) of the abdominal cavity, multispiral CT with intravenous contrast enhancement; endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP); magnetic resonance imaging (MRI) of the abdominal cavity with cholangiopancreatography (MRCP). After examined all patients underwent surgery. Comparing intraoperative data and data from instrumental studies, we determined the diagnostic specificity, sensitivity, effectiveness of the method, as well as the value of false positive and false negative results and predictive value of positive and negative diagnostic results. Results. After conducting a comprehensive examination using instrumental diagnostic methods, it was found that the effectiveness of USG in patients with type I MS is 55%, sensitivity - 57.5%, specificity - 52.2%. For ERCP, the efficiency was 75.6%, sensitivity - 76%, specificity - 75%. The highest efficiency in the diagnosis of MS type I was demonstrated by magnetic resonance cholangiopancreatography - 84% with sensitivity and specificity of 83% and 85%. In patients with MS II (II-V) type, the effectiveness of USG was 68.8%, sensitivity - 67%, and specificity - 70%. The efficiency of ERCP was 81% with a sensitivity of 78.6% and a specificity of 83.6%. For CT, the efficiency in the preoperative diagnosis of type II MS was 61%, sensitivity - 60%, and specificity - 63%. The highest efficiency in the diagnosis of MS type II was demonstrated by magnetic resonance cholangiopancreatography - 90%, with sensitivity and specificity of 93% and 87.5% respectively.

Keywords: Mirizzi syndrome; ultrasonography; endoscopic retrograde cholangiopancreatography; computed tomography; magnetic resonance cholangiopancreatography.

РЕЗЮМЕ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Русин В.И., Румянцев К.Е., Павук Ф.Н.

Государственное высшее учебное учреждение «Ужгородский национальный университет», Украина

Цель исследования - оценка эффективности аппаратно-инструментальных методов в дооперационной диагностике синдрома Мирizzi.

Проведен ретроспективный (1997-2019 гг.) анализ результатов обследования и лечения 410 пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), у которых по клиническим данным подозревали синдром Мирizzi (СМ). У 202 пациентов установлены различные формы СМ. СМ I типа диагностирован у 80 (39,6%) пациентов, СМ II-V типа - у 122 (60,4%). Мужчин было 66 (31,7%), женщин - 136 (68,3%). Возраст пациентов колебался в пределах от 37 до 80 лет, в среднем, 66,4 года. Больные обследованы с помощью ультразвукографии (УСГ) брюшной полости, мультиспиральной КТ с внутривенным контрастным усилением; эндоскопической

ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ); магнитно-резонансной томографии (МРТ) брюшной полости с холангиопанкреатографией (МРХПГ). После обследования всем больным выполнены операции. Сравнивая интраоперационные данные с данными аппаратно-инструментальных исследований, определены диагностическая специфичность, чувствительность, эффективность метода, а также прогностическая значимость ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

После проведения комплексного обследования с помощью аппаратных методов диагностики установлено, что эффективность УСГ у пациентов с СМ I типа составляет 55%, чувствительность - 57,5%, специфичность - 52,2%. Для ЭРХПГ эффективность составила 75,6%, чувствительность - 76%, специфичность - 75%. Наивысшую эффективность (84%) в диагностике СМ I типа продемонстрировала МРХПГ с 83% чувствительностью и 85% специфичностью. У пациентов с СМ II (II-V) типа эффективность УСГ составила 68,8%, чувствительность - 67%, специфичность - 70%. Эффективность ЭРХПГ составила 81% при чувствительности 78,6% и специфичности 83,6%. Для КТ эффективность в дооперационной диагностике СМ II типа составила 61%, чувствительность - 60%, специфичность - 63%. Высочайшую эффективность при диагностике СМ II типа продемонстрировала МРХПГ - 90%, с чувствительностью и специфичностью 93% и 87,5%, соответственно.

რეზიუმე

აპარატულ-ინსტრუმენტული მეთოდების გამოყენება მირიზის სინდრომის დიაგნოსტიკაში

ვ. რუსინი, კ. რუმინცევი, ფ. პავუკი

უგოროდის ეროვნული უნივერსიტეტი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა აპარატულ-ინსტრუმენტული მეთოდების გამოყენების ეფექტურობის შეფასება მირიზის სინდრომის ოპერაციამდელ დიაგნოსტიკაში.

ჩატარებულია ნაღვლკენჭოვანი დაავადების მქონე 410 პაციენტის კვლევის და მკურნალობის შედეგების რეტროსპექტული (1997-2019 წწ.) ანალიზი, რომელთა შემთხვევაშიც კლინიკური მონაცემების მიხედვით ნავარაუდებო იყო მირიზის სინდრომის არსებობა. 202 პაციენტს დაუდგინდა მირიზის სინდრომის სხვადასხვა ფორმა. მირიზის სინდრომის I ტიპი დიაგნოსტირდა 80 (39,6%) პაციენტში, II ტიპი - 122-ში (60,4%); მამაკაცი - 66 (31,7%), ქალი - 136 (68,3%). პაციენტების ასაკი მერყეობდა 37-80 წ. ფარგლებში, საშუალოდ - 66,4 წელი. პაციენტები გამოკვლეულნი იყვნენ მუცლის ღრუს ულტრასონოგრაფიით მულტისპირალური კომპიუტერული ტომოგრაფიით ინტრაგერური კონტრასტული გაძლიერებით, ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიით, მუცლის ღრუს მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიით. გამოკვლევის შემდეგ ყველა პაციენტს ჩატარდა ოპერაცია. ინტრაოპერაციული და აპარატულ-ინსტრუმენტული კვლევების მონაცემების შედარებით განისაზღვრა მეთოდის დიაგნოსტიკური სპეციფიკურობა, მგრძობელობა და ეფექტურობა, ასევე ცრუ-დადებითი და ცრუ-უარყოფითი შედეგების პროგნოზული მნიშვნელობა.

დიაგნოსტიკის აპარატული მეთოდებით კომპლექსური კვლევის ჩატარების შემდეგ დადგენილია, რომ პაციენტებში მირიზის სინდრომის I ტიპით ულტრასონოგრაფიის ეფექტურობა შეადგენს 55%-ს, მგრძობელობა – 57,5%-ს, სპეციფიკურობა – 52,2%-ს. ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეტოგრაფიის ეფექტურობამ შეადგინა 75,6%, მგრძობელობამ – 76%, სპეციფიკურობამ – 75%. მირიზის სინდრომის I ტიპის დიაგნოსტიკაში მაქსიმალური ეფექტურობა გამოავლინა მაგნიტურ-რეზონანსულმა ტომოგრაფიამ ქოლანგიოპანკრეტოგრაფიით – 83%-იანი მგრძობელობით და 85%-იანი სპეციფიკურობით. მირიზის სინდრომის II (II-IV) ტიპის მქონე პაციენტებში

ულტრასონოგრაფიის ეფექტურობა შეადგენდა 68,8%-ს, მგრძობელობა – 67%-ს, სპეციფიკურობა – 70%-ს. ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეტოგრაფიის ეფექტურობამ შეადგინა 81%, მგრძობელობამ – 78,6%, სპეციფიკურობამ – 83,6%. კომპიუტერული ტომოგრაფიის ეფექტურობამ მირიზის სინდრომის II ტიპის ოპერაციამდე დიაგნოსტიკაში შეადგინა 61%, მგრძობელობამ – 60%, სპეციფიკურობამ – 63%. მაქსიმალური ეფექტურობა (90%) მირიზის სინდრომის II ტიპის დიაგნოსტიკაში გამოავლინა მაგნიტურ-რეზონანსულმა ტომოგრაფიამ ქოლანგიოპანკრეტოგრაფიით, 93%-იანი მგრძობელობით და 87,5%-იანი სპეციფიკურობით.

URETEROCALICOSTOMY FOR RECONSTRUCTION OF THE UPPER URINARY TRACT

^{1,2}Demchenko V., ^{1,2}Shchukin D., ³Antonyan I., ¹Lisova G., ¹Harahaty A., ³Shus A.

¹Kharkov National Medical University; ²Regional Medical Clinical Center of Urology and Nephrology named after V. Shapoval, Kharkov; ³Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

One of the most difficult problems of reconstructive surgery of the upper urinary tract is hydronephrosis in patients with the intrarenal pelvis, when it is impossible to perform an adequate anastomosis between the ureter and the renal pelvis from the side of the renal sinus. Similar difficulties occur in patients who undergone multiple ineffective operations for hydronephrosis, as well as in patients with urolithiasis with severe inflammatory changes and scarring of the pelvic wall. In these clinical cases, ureterocalicostomy (UC) is the only alternative to the lifelong nephrostomy and nephrectomy.

For the first time, an anastomosis between the lower renal calyx and the ureter was performed in 1947 by Neuwirt K. in a patient with urolithiasis [1]. However, this technique was used very rarely, mainly to compensate for the failure of pyeloplasty (reconstruction of the ureteropelvic junction). The widespread introduction of this operation was restrained by a high rate of anastomotic strictures. The modern technique of UC was described in 1976 by Hawthorne et al., who proposed extensive resection of the lower pole of the kidney as an important integral part of this surgical intervention [2]. However, over the following years, this operation has been performed quite rarely due to its complexity and high probability of anastomosis failure. An analysis of the largest studies has demonstrated that the rate of negative results of UC can reach 20%-30% [3-8].

We conducted a retrospective study of the long-term results of ureterocalicostomies performed in one specialized center and analyzed the prognostic factors for the successful operation.

Material and methods. The study included 37 patients who underwent an anastomosis between the ureter and the lower calyx from 2012 to 2019. The median age of 17 (45.9%) males was 46.0±0.87 years (min=23; max=73; Q₂₅₋₇₅=32-52) and 20 (54.1%) females was 58.5±0.82 years (min=22; max=72; Q₂₅₋₇₅=48-65.5) (p<0.048). Right-sided and left-sided operations

were performed in 18 (48.6%) and 19 (51.4%) cases, respectively. A single kidney occurred in 1 patient. A horseshoe kidney was found in another patient. Duplication of the kidney and ureter was observed in yet another case. UC was performed as a primary operation in 16 (43.2%) cases: 8 (21.6%) – hydronephrosis of intrarenal pelvis, 8 (21.6%) – urolithiasis with primary or secondary changes of the ureteropelvic junction of intrarenal pelvis. In 21 (56.8%) patients, anastomosis between the ureter and the renal calyx was performed as a secondary or salvage surgical intervention: 13 (35.1%) – after unsuccessful pyeloplasty or endoureterotomy, 8 (21.6%) – after surgical treatment of urolithiasis, including percutaneous nephrolitholapaxy, ureterolithotripsy, and open pyelolithotomy. Stones in the lumen of the renal hollow system were registered in 30 (81.1%) of 37 patients.

Signs of acute pyelonephritis on admission were observed in 22 (59.5%) patients. Percutaneous nephrostomy prior to the surgery was performed in 9 (24.3%) cases. In 5 (13.5%) cases, lumbar urinary fistulas and paranephritis were observed after preliminary surgical interventions.

The thickness of the renal parenchyma varied from 5 to 20 mm (an average of 13.6 mm). This parameter was less than 10 mm in 11 (29.7%) cases and more than 10 mm in 26 (70.3%). The median blood creatinine level and glomerular filtration rate (GFR) were 98.0±0.81 (min=72; max=146; Q₂₅₋₇₅=84-114) and 64±0.63 (min=40; max=98; Q₂₅₋₇₅=56-78), respectively.

All surgeries were performed with an open approach. After cutting off the ureter from the pelvis, stones were removed from the renal hollow system (n=28/75.7%) and in certain patients, a nephrostomy tube was placed through the middle calyx (n=17/45.9%). In 2 (5.4%) cases, the stones were evacuated through the opened lower calyx. The next step was the identification of the most convenient lower calyx using a tool inserted into the lumen of the hollow system through an incision of the