

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 7-8 (304-305) Июль-Август 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 7-8 (304-305) 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, Тamar 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 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:

Kosenkov A., Stoliarchuk E., Belykh E., Sokolov R., Mayorova E., Vinokurov I. RESULTS OF RESECTION METHODS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH GIANT PYLORODUODENAL ULCERS COMPLICATED BY PERFORATION AND BLEEDING	7
Клименко М.В. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА TGF- β 1 В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	13
Грабский А.М. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ АРМЕНИИ	19
Sklyarova V., Kyshakevych I., Volosovsky P., Sklyarov P., Kupchak I.M. EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC ENDOMETRITIS IN REPRODUCTIVE AGE WOMEN WITH DISORDERS OF REPRODUCTIVE HEALTH.....	27
Центило В.Г., Удод А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ СУПРАГИОИДНОЙ И СУПРАОМОГИОИДНОЙ ШЕЙНОЙ ДИССЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	32
Virstiuk N., Matkovska N. PARAMETERS OF FIBRINOLYTIC AND ANTIFIBRINOLYTIC ACTIVITY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC LIVER CIRRHOSIS ASSOCIATED WITH ADIPOSITY	37
Kravchun P., Kadykova O., Narizhnaya A., Tabachenko O., Shaparenko O. ASSOCIATION OF CIRCULATING ADIPONECTIN, RESISTIN, IRISIN, NESFATIN-1, APELIN-12 AND OBESTATIN LEVELS WITH HYPERTENSION AND OBESITY	43
Тарасенко О.М., Кондратюк В.Е., Таранчук В.В., Кармазина Е.М., Кармазин Я.М. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ДОБАВЛЕНИЕМ СИНБИОТИКА НА ДИНАМИКУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОДАГРИЧЕСКИМ ПОЛИАРТРИТОМ.....	48
Sokolenko M., Sokolenko L., Honchar H., Sokolenko A., Andrushchak M. THE ADVANCEMENTS IN TREATMENT OF HIV-INFECTED PATIENTS WITH HERPETIC INFECTION	56
Gulatava N., Tabagari S., Tabagari N. ASPECTS OF NUTRITION IN PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE	62
Авагимян А.А., Манукян И.А., Навасардян Г.А., Челидзе К.Л., Рисованный С.И. АТЕРОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ДИСБИОЗА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ (ОБЗОР)	69
Абрамов С.В., Кириченко А.Г., Корнацкий В.М., Огоренко В.В., Томах Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫЕ НАРУШЕНИЯ.....	74
Курмышев М.В., Стасевич Н.Ю., Златкина Н.Е., Романов А.С., Каргон Е.А., Зарецкая Э.Г. ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СОЗДАНИЯ «КЛИНИК ПАМЯТИ» В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ.....	80
Труба Я.П., Радченко М.П., Головенко А.С., Беридзе М.М., Лазоришинец В.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ДУГИ АОРТЫ.....	85
Herasymenko O., Klimanskyi R., Zharikov S., Herasymenko V. CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ACUTE LYMPHADENITIS IN CHILDREN	91
Panko N., Tsiura O., Shevchenko N., Zimnytska T. LIVER LESION IN CHILDREN WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS WITH DIFFERENT DURATION OF METHOTREXATE TREATMENT	95

Усенова О.П., Моренко М.А., Ковзель Е.Ф., Шнайдер К.В., Влащенко К.Г. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ИММУННОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ STAT3 GOF, АУТОИММУННОГО ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОГО СИНДРОМА	100
Khoroshukha M., Ivashchenko S., Bosenko A., Biletska V., Kovalenchenko V. GENDER-ASSOCIATED EFFECTS OF SEROLOGICAL MARKERS OF BLOOD GROUPS ON THE DEVELOPMENT OF ATTENTION FUNCTION OF YOUNG ADOLESCENT ATHLETES	103
Макалкина Л.Г., Ихамбаева А.Н., Ахмадьяр Н.С., Калиева Ш.С., Кузиков А.М. АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ СИСТЕМНЫХ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ДЕТСКИХ СТАЦИОНАРАХ ЗА 2015-2017 ГГ. В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.....	111
Безарашвили С.И. ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СВИНЦА В ОРГАНИЗМЕ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ТБИЛИСИ.....	117
Yaremenko L., Grabovoi A., Cherkasov V., Lakhtadyr T., Shepelev E. REACTIONS OF ASTROCYTES AND MICROGLIA OF THE SENSORIMOTOR CORTEX AT LIGATION OF THE CAROTID ARTERY, SENSITIZATION OF THE BRAIN ANTIGEN AND THEIR COMBINATION.....	122
Pugovkin A., Erkudov V., Sergeev I., Khananashvili Y. THE PHYSIOLOGICAL BASIS FOR ASSESSMENT OF HAEMODYNAMIC PARAMETERS BY MEANS OF ARTERIAL PRESSURE PULSE WAVEFORM ANALYSIS IN PERIPHERAL ARTERIES	127
Seliukova N., Boyko M., Kustova S., Misiura K., Kamyshan A. PUBERTY GENESIS OF FEMALES-OFFSPRING RATS BORN TO MOTHERS WITH FETOPLENTAL INSUFFICIENCY	135
Васецкая О.П., Зубко Е.С., Проданчук Н.Г., Кравчук А.П., Жминько П.Г. ВЛИЯНИЕ N-ОКСИД-2,6-ДИМЕТИЛПИРИДИНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ, ИНДУЦИРОВАННЫХ ЦИКЛОФОСФАМИДОМ В КЛЕТКАХ КОСТНОГО МОЗГА МЫШЕЙ.....	141
Чануквадзе И.М., Кикалишвили Л.А., Джандиери К.Д., Отарашвили Р.Т., Джандиери Л.А. АДАПТАЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОРТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОМ ХОЛЕСТАЗЕ (ОБЗОР).....	148
Kodanovi L., Jokhadze M., Metreveli M., Berashvili D., Bakuridze A. INTRODUCTION OF AROMATIC PLANTS IN THE BATUMI BOTANICAL GARDEN AND THEIR RESEARCH FOR THE CONTENT OF BIOLOGICALLY ACTIVE COMPOUNDS	153
Chomakhashvili N., Chomakhashvili Z., Zosidze N., Franchuki K. ERGONOMIC PRINCIPLES IN MEDICINE AND DENTISTRY (REVIEW).....	158
Бараташвили З.З., Казахашвили Н.А., Герзмава О.Х. ПРОБЛЕМЫ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ ГРУЗИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID 19 (ОБЗОР).....	163
Слипченко С.А., Шишка А.Р., Булеца С.Б., Шишка Н.В., Слипченко А. С. ПРАВОВОЙ РЕЖИМ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ В МЕЖДУНАРОДНОМ ЧАСТНОМ ПРАВЕ	169
Deshko L., Kostenko Y., Koval I., Mikhailina T., Oliinyk O. THE RIGHT TO HEALTH: UKRAINE'S INTERNATIONAL OBLIGATIONS AND FINANCIAL ACTIVITY OF PUBLIC AUTHORITIES IN THE CONTEXT OF REFORMING THE NATIONAL HEALTHCARE SYSTEM.....	177
Kuntii A., Blahuta R., Stetsyk B., Sichkovska I., Harasym P. USE OF SPECIAL MEDICAL KNOWLEDGE BY A PRACTITIONER DURING INTERACTION WITH INVESTIGATOR IN THE INVESTIGATION OF ILLEGAL MEDICAL ACTIVITY	182
Южно А.А., Емельянов В.П., Павликовский В.И., Калашник Е.Н., Сиваш Е.М. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ПРАКТИКИ ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА.....	189
Муляр Г.В., Солоненко О.Н., Покальчук М.Ю., Плетнёва А.Е., Домброван Н.В. ПРАВОВОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УКРАИНЕ	195

фекционных заболеваний нижних отделов репродуктивной системы у женщин всех групп выявило патологический рост уреоплазматической и неспецифической инфекций (*Enterococcus faecalis*, *Esherichia coli*, *Proteus sp*, *Klebsiella sp*, *S. aureus*, *agactactia*, $p>0,05$). Гистероскопические изменения патологии эндометрия наблюдались у 57% женщин с привычным невынашиванием беременности и первичным бесплодием ($p>0,05$). Иммуногистохимическое исследование эндометрия выявило хронический эндометрит у 24 (80%) пациенток с привычным невынашиванием беременности, у 26 (55%) с первичным бесплодием и у 22 (61%) женщин с планированием беременности и полипами в эндометрии ($p>0,01$).

რეზიუმე

ქრონიკული ენდომეტრიტის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დარღვევების მქონე რეპროდუქციული ასაკის ქალებში

¹კ. სკლიაროვა, ²ი. კიშაკეიანი, ²პ. ვოლოსოვსკი,
¹პ. სკლიაროვი, ²ი. კუპჩაიკი

¹ღვოვის დანილა გალიცკის სახ. ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი; ²ივანო-ფრანკოვსკის ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი; ³ღვოვის ოჯახის დაგეგმვისა და ადამიანის რეპროდუქციის საქალაქო ცენტრი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქრონიკული ენდომეტრიტით ავადობის ანალიზი რეპროდუქციული

ჯანმრთელობის დარღვევებით რეპროდუქციული ასაკის ქალებში.

დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 30 ქალი მუცლის პირველადი მოშლით, 47 ქალი პირველადი უნაყოფობით და 36 ქალი, რომლებმაც დაწესებულებას მიმართეს გამოკვლევისათვის ორსულობის დაგეგმვასთან დაკავშირებით და გეგმიური ულტრაბგერითი კვლევისას გამოვლენილი პოლიპების გამო ენდომეტრიუმში. ყველა პაციენტს ჩაუტარდა ჰისტეროსკოპია და CD138 მარკერის იმუნოჰისტოქიმიური კვლევა.

გამოვლინდა, რომ პაციენტებს ორსულობის ჩვეული მიუტანლობით, პირველადი უნაყოფობით, ასევე, ორსულობის დაგეგმვით და პოლიპებით ენდომეტრიუმში აღენიშნათ ბაქტერიული ვაგინოზის და რეპროდუქციული სისტემის ქვედა განყოფილებების მორეციდივე ანთებითი დაავადებების მაღალი სიხშირე ($p>0,01$).

ქალების ყველა ჯგუფში რეპროდუქციული სისტემის ქვედა განყოფილებების ინფექციური დაავადებების გამომწვევების კვლევით გამოვლინდა ურეოპლაზმური და არასპეციფიკური ინფექციების პათოლოგიური მატება (*Enterococcus faecalis*, *Esherichia coli*, *Proteus sp*, *Klebsiella sp*, *S. aureus*, *agactactia*, $p>0,05$). ენდომეტრიუმის პათოლოგიის ჰისტეროსკოპიური ცვლილებები ქალებში ორსულობის ბოლომდე მიუტანლობით და პირველადი უნაყოფობით აღინიშნა 57%-ში ($p>0,05$). ენდომეტრიუმის იმუნოჰისტოქიმიური კვლევით ქრონიკული ენდომეტრიტი დაუდგინდა 24 (80%) პაციენტს ორსულობის ბოლომდე მიუტანლობით, 26 (55%) პაციენტს პირველადი უნაყოფობით და 22 (61%) ქალს ორსულობის დაგეგმვით და პოლიპებით ენდომეტრიუმში ($p>0,01$).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ СУПРАГИОИДНОЙ И СУПРАОМОГИОИДНОЙ ШЕЙНОЙ ДИСЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Центило В.Г., Удод А.А.

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Ежегодно в Украине регистрируется более 2400 новых случаев диагностированного рака слизистой оболочки полости рта, причем заболеваемость раком этой локализации постоянно растет и за последние 25 лет увеличилась в 4,5 раза у мужчин и в 2 раза у женщин [2,4].

Значимым фактором в определении тактики лечения и исхода у больных с выявленным раком слизистой оболочки полости рта, а также со злокачественными опухолями головы и шеи является состояние шейных лимфатических узлов. Метастазирование в лимфатические узлы ухудшает общую и безрецидивную выживаемость, около 40% пациентов погибают на первом году после установления диагноза [5]. В комплексной терапии больных раком челюстно-лицевой области (ЧЛО) лечение регионарных метастазов определяет прогноз эффективности всех лечебных мероприятий, при этом ведущим в лечении является оперативное вмешательство [9,17].

Регионарные рецидивы после выполнения супрагиоидной и супраомогиоидной шейной диссекции по традиционным методикам даже у больных с непальпируемыми лимфатическими узлами отмечены в диапазоне от 4,5% до 9% [13,15], а у больных с подвижными лимфатическими узлами – от 13,3% до 43% случаев [3,11].

В работах ряда авторов содержатся указания на то, что для метастазирования злокачественных опухолей ЧЛО регионарными являются лимфатические узлы надподъязычной области, верхние и средние узлы яремной цепи [1,16]. Что касается лимфатических узлов нижней яремной цепи, то в них реализуются отдаленные метастазы через яремный ствол или грудной лимфатический проток.

Такой подход позволяет ставить вопрос о возможности применения супрагиоидной и супраомогиоидной шейной диссекции для оперативного лечения регионарных метаста-

зов всех первичных опухолей ЧЛО. Усовершенствование операций указанного плана представляется осуществимым на основе анатомических исследований, результаты которых доказали возможность формирования блоков тканей, содержащих лимфатические узлы с лимфатическими сосудами и окружающей их клетчаткой, для удаления их в неповрежденных фасциальных футлярах.

Цель исследования – оптимизация результатов оперативных методов лечения регионарных метастазов рака челюстно-лицевой области путем усовершенствования технологии операций супрагиоидной и супраомогиоидной шейной диссекции с ее вариантами и обоснование возможности их применения у больных злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

Материал и методы. За 2003-2014 гг. в клинике кафедры стоматологии факультета интернатуры и последипломного образования Донецкого национального медицинского университета проведено оперативное лечение 104 пациентов в возрасте от 7 до 86 лет с различной локализацией первичной злокачественной опухоли в ЧЛО с применением усовершенствованных методов шейной диссекции. Операции усовершенствованной шейной диссекции проведены одновременно с иссечением злокачественных опухолей слюнных желез или в качестве второго этапа лечения в случае удаления первичной опухоли слизистой оболочки полости рта или нижней губы. Среди прооперированных больных было 75 (72,1%) мужчин и 29 (27,9%) женщин. Опухоли чаще наблюдались у лиц в возрасте от 41 до 70 лет, таких больных было 88 (84,6%). У самого юного пациента диагностирован рак околоушной слюнной железы и прооперирован в возрасте 7 лет, самому пожилому больному, у которого был выявлен рак языка, было 86 лет.

Первичные опухоли локализовались в области слизистой оболочки полости рта у 68 (65,4%) пациентов, опухоли слюнных желез диагностированы у 21 (20,2%) больного, опухоли нижней губы – у 15 (14,4%) пациентов.

У обследованных больных пальпаторно выявлено 187 увеличенных лимфатических узлов, в том числе 91 (48,7%) поднижнечелюстной узел, 53 (28,3%) средних яремных узла, 23 (12,3%) верхних яремных узла, 12 (6,4%) подподбородочных, 6 (3,2%) узлов около добавочного нерва и 2 (1,1%) околоушных узла.

Основными критериями, определяющими выбор метода усовершенствованной шейной диссекции, являлись локализация и характер изменений регионарных лимфатических узлов. В зоне прямого воздействия усовершенствованной шейной диссекции с ее вариантами находились все увеличенные лимфатические узлы.

Разработанное нами усовершенствование супрагиоидной и супраомогиоидной шейной диссекции заключается в иссечении блока тканей переднего треугольника шеи в замкнутом фасциальном футляре выше верхнего брюшка лопаточно-подъязычной мышцы в очерченных границах [7], а в случае расширенной супраомогиоидной шейной диссекции указанный блок тканей удалялся вместе с клетчаткой заднего треугольника шеи вокруг добавочного нерва [8].

Операции усовершенствованной шейной диссекции выполняли после проведенного больным курса лучевой терапии на зону первичной опухоли и регионарных метастазов.

От больных получено информированное согласие на участие в исследовании в соответствии с принципами Хельсинкской декларации, принятой Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (1997-2000 гг.), и Кон-

венции Совета Европы о правах человека и биомедицине (1997 г.) и в соответствии с нормативными положениями ВОЗ, Международного совета медицинских научных обществ, Международного кодекса медицинской этики и законодательства Украины, что полностью исключает ограничение интересов больного и нанесение вреда его здоровью.

Анализ результатов исследования проводили с использованием пакетов «Medstat» и «2MedCalc 15.6» [6]. Для качественных признаков рассчитывалась частота встречаемости либо 95% доверительный интервал (95% ДИ). При оценке отдаленных результатов применяли метод построения кривых выживаемости, сравнение которых проводили с использованием лорангового критерия. Влияние факторов риска на выживаемость больных выявляли с помощью построения моделей пропорциональных интенсивностей Кокса, степень влияния оценивали по показателю отношения рисков (ОР) и его 95% ДИ. В качестве критерия для сравнения полученных результатов с литературными данными использовали показатель снижения абсолютного риска (САР) и его 95% ДИ. Для обобщения в случае гомогенности результатов применяли модель «с фиксированными эффектами», в случае гетерогенности – модель «со случайными эффектами».

Результаты и обсуждение. После резекции нижней губы, которая проведена по поводу рака у 15 больных (14,4% от общего количества обследованных), у 14 из них (92,8% от числа пациентов с раком данной локализации), несмотря на применение предоперационной лучевой терапии, выявлены клетки первичной опухоли. При изучении блока удаленных тканей после проведенной усовершенствованной супрагиоидной шейной диссекции регионарные метастазы отмечены у 7 (46,6%) больных. В сроки наблюдения от 1 до 10 лет выживаемость составила 80% (12 больных из 15). Причины смерти 3 (20%) больных не связаны с регионарными рецидивами.

За указанный период у 7 (46,7%) больных, у которых гистологически обнаружены метастазы, регионарные рецидивы не выявлены. Полученные результаты сопоставлены с результатами, которые приведены в работах других исследователей [10,18], и представлены в виде форест-диаграммы показателя снижения риска (рис. 1).

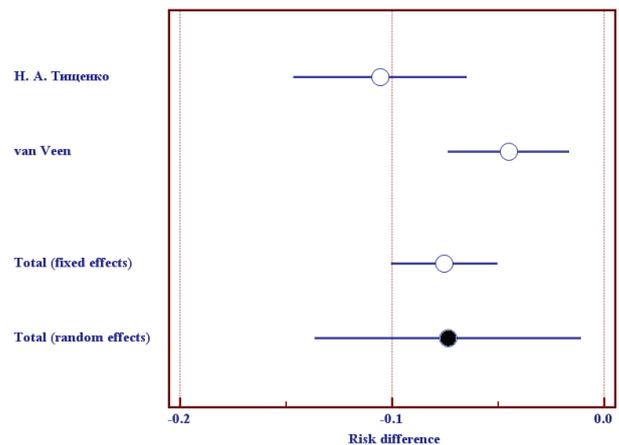


Рис. 1. Форест-диаграмма сравнения риска регионарных рецидивов у больных раком нижней губы по литературным данным и полученным результатам (приведено значение САР и 95% ДИ)

Проверка гомогенности результатов по литературным источникам показала статистически значимое их различие ($p=0,01$), в связи с чем, для проведения оценки использо-

вали результат, полученный для случайного эффекта. Выявлено, что риск регионарных рецидивов, установленный в исследовании, статистически значимо ($p=0,02$) ниже показателей, указанных в литературе, $SAP=7,4\%$ (95% ДИ 1,1%-13,7%). Влияние наличия регионарных метастазов на риск смерти от регионарных рецидивов не установлено ($p>0,05$).

Из 68 прооперированных больных (65,4% от всего количества обследованных пациентов) с различной локализацией рака слизистой оболочки полости рта первичная опухоль обнаружена у 63 (92,6% от числа больных с данной патологией), при этом перед оперативным вмешательством больным проведена лучевая и химиолучевая терапия. Регионарные метастазы в блоках удаленных тканей верифицированы у 27 (39,7%) пациентов, в том числе экстранодальное распространение регионарных метастазов отмечено у 12 (17,6%) больных, внутрисуставное их нахождение – у 2 (3%).

За период наблюдения от 1 до 7 лет после операции усовершенствованной супраомогионидной шейной диссекции умерли 16 (23,5%) больных, из них у 8 (11,8%) в блоках удаленных тканей верифицированы регионарные метастазы, у 8 (11,8%) пациентов метастазы не верифицированы. Причины смерти у всех 16 больных не связаны с регионарными рецидивами. Результат лечения 1 (1,5%) больного проследить не удалось. Остальные больные, в частности, 51 (75%) пациент были живы в сроки наблюдения до 7 лет.

В процессе анализа результатов на первом его этапе изучена общая выживаемость пациентов, прооперированных по поводу рака слизистой оболочки полости рта, после выполненной усовершенствованной супраомогионидной шейной диссекции. Установлены причины смерти: продолжение роста первичной опухоли, сопутствующие заболевания, регионарный рецидив, проведение операции не в полном

объеме, отдаленные метастазы. По результатам анализа построены кумулятивные кривые выживаемости для больных, у которых выявлен рак слизистой оболочки полости рта, при отсутствии и при наличии регионарных метастазов (рис. 2).

Общая выживаемость больных с указанной локализацией рака после проведенного оперативного вмешательства при наличии регионарных метастазов была статистически значимо ($p=0,02$, логранговский критерий) ниже, чем выживаемость больных при их отсутствии, что вполне объяснимо. Медиана общей выживаемости больных с регионарными метастазами составила 36 месяцев (95% ДИ 16-36 месяцев), у пациентов без метастазов медиана выживаемости за период наблюдения не достигнута. Общая однолетняя выживаемость пациентов при наличии у них регионарных метастазов составила $69,4\pm 9,0\%$, трехлетняя выживаемость – $48,6\pm 11,0\%$. У пациентов без выявленных метастазов, в противоположность приведенным данным, общая однолетняя выживаемость была значительно выше и составила $87,8\pm 5,1\%$, трехлетняя выживаемость – $81,5\pm 6,4\%$.

Для определения факторов, влияющих на риск смерти больных с выявленным раком слизистой оболочки полости рта, построена модель пропорциональных интенсивностей Кокса. В этой модели в качестве факторных признаков использованы такие показатели, как возраст и пол пациента, объем проведенной операции, наличие регионарных метастазов. Построенная модель адекватна ($p=0,04$ по критерию Хи-квадрат), на ее основе проведена оценка значений соответствующих коэффициентов (таблица).

В ходе оценки установлено, что для больных раком слизистой оболочки полости рта общий риск смерти связан ($p=0,01$) с наличием регионарных метастазов, в то же время, связь общего риска смерти с возрастом и полом пациента, а

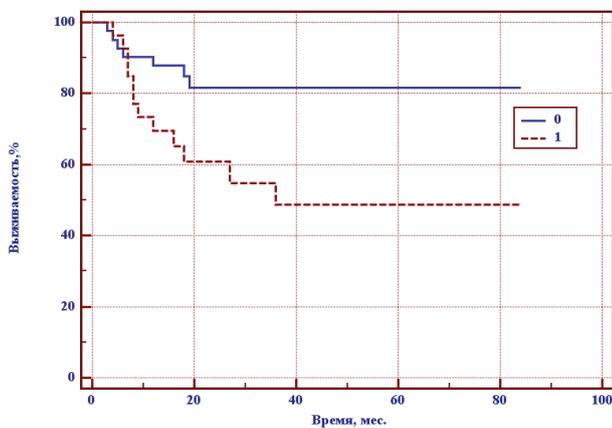


Рис. 2. Кумулятивные кривые общей выживаемости больных раком слизистой оболочки полости рта: 0 – при отсутствии регионарных метастазов; 1 – при наличии регионарных метастазов

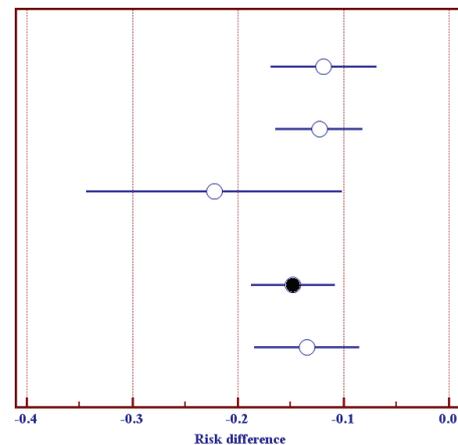


Рис. 3. Форест-диаграмма сравнения регионарных рецидивов у больных раком слизистой оболочки полости рта по литературным данным и полученным результатам (приведено значение SAP и 95% ДИ)

Таблица. Оценка значений коэффициентов четырехфакторной модели пропорциональных интенсивностей Кокса для прогнозирования выживаемости пациентов с выявленным раком слизистой оболочки полости рта

Факторный признак	Значение коэффициента, $b\pm m$	Уровень значимости отклонения коэффициента от 0	ОР (95% ДИ)
Возраст больного	0,011 \pm 0,017	0,52	–
Пол больного	-0,14 \pm 0,48	0,76	–
Объем операции	-0,59 \pm 0,54	0,27	–
Наличие регионарных метастазов	1,14 \pm 0,45	0,01*	3,1 (1,3-7,5)

также с объемом оперативного вмешательства не выявлена. Необходимо отметить, что при наличии у пациента регионарных метастазов общий риск смерти статистически значимо ($p=0,01$) повышается, ОР=3,1 (95% ДИ 1,3-7,5).

На втором этапе анализа результатов изучен риск смерти больных с диагностированным раком слизистой оболочки полости рта от регионарного рецидива. Однако за весь период наблюдения регионарные рецидивы не были ни у больных без регионарных метастазов (95% ДИ 0% – 4,6%), ни с их наличием (95% ДИ 0% – 6,8%), различие не является статистически значимым ($p>0,05$). Это позволяет судить, что при применении усовершенствованной супраомогионной шейной диссекции в комплексном лечении больных с выявленным раком слизистой оболочки полости рта риск смерти от регионарного рецидива не связан ($p>0,05$) с наличием регионарных метастазов.

Результаты наблюдения за весь период показали, что у 27 (39,7%) прооперированных по поводу рака слизистой оболочки полости рта больных, у которых гистологически обнаружены метастазы, регионарные рецидивы ни в одном случае не выявлены. Полученные данные сопоставлены с результатами, представленными Brugère J.M. с соавт. [12], Leemans C.R. с соавт. [14] и Wanebo H. с соавт. [19], и приведены в виде форест-диаграммы показателя снижения риска (рис. 3).

Проверка гомогенности литературных данных статистически значимого различия не выявила ($p=0,13$), поэтому для оценки использовали результат, полученный для фиксированного эффекта (fixed effects). Установлено, что риск регионарных рецидивов, полученный по результатам исследования, статистически значимо ($p<0,001$) ниже показателей, приведенных в литературных источниках, САР=14,8% (95% ДИ 10,8-18,8%).

Операции усовершенствованной супраомогионной и расширенной супраомогионной шейной диссекции в блоке с околоушной или поднижнечелюстной слюнными железами выполнены у 21 (20,2%) больного злокачественными опухолями слюнных желез после полученного курса телегамматерапии с включением в дозное поле первичной опухоли и регионарно зависимых лимфатических узлов.

Из 10 больных раком околоушной слюнной железы (47,6% от числа больных опухолями слюнных желез) первичная опухоль верифицирована в 9 (90%) случаях, регионарные метастазы – в 6 (60%). После оперативного вмешательства 2 (20%) пациента умерли - один спустя 1,5 года от продолженного роста первичной опухоли, второй - без регионарных метастазов, спустя 2,5 года от инфаркта миокарда; 8 (80%) больных без рецидивов первичной опухоли и регионарных рецидивов были живы от 1 года до 6 лет.

У 11 больных раком поднижнечелюстной слюнной железы (52,4% от числа пациентов с опухолями слюнных желез) первичная опухоль верифицирована в 6 (54,5%) случаях, регионарные метастазы – в 3 (27,3%). 1 (9,1%) больной без признаков рецидива первичной опухоли и регионарных метастазов умер спустя 1,5 года после операции от инфаркта миокарда, 10 (90,9%) больных выжили в сроки от 1 до 8 лет без регионарных рецидивов.

На первом этапе анализа результатов данного фрагмента изучена общая выживаемость больных с выявленным раком слюнных желез после усовершенствованной и расширенной супраомогионной шейной диссекции, для чего были построены кумулятивные кривые выживаемости при отсутствии и наличии регионарных метастазов (рис. 4).

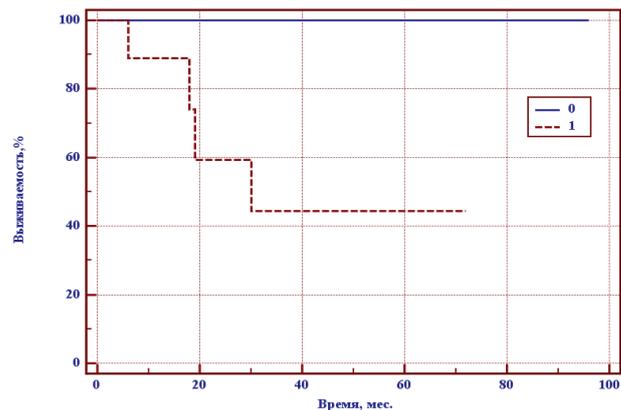


Рис. 4. Кумулятивные кривые общей выживаемости больных раком слюнных желез: 0 – при отсутствии регионарных метастазов; 1 – при наличии регионарных метастазов

Сравнение выявило, что общая выживаемость больных с диагностированным раком слюнных желез при наличии у них регионарных метастазов была статистически значимо ($p=0,01$, логранговый критерий) ниже, чем у пациентов без метастазов. Так, при их наличии медиана общей выживаемости составила 30 месяцев (95% ДИ 18!36 месяцев), а в случае отсутствия регионарных метастазов за время наблюдения медиана выживаемости не достигнута. Общая однолетняя выживаемость у больных с регионарными метастазами составила $88,9\pm 10,5\%$, трехлетняя выживаемость – $44,4\pm 18,9\%$.

В ходе дальнейшего анализа на втором этапе изучен риск смерти у прооперированных по поводу рака слюнных желез больных от регионарного рецидива. У больных без регионарных метастазов рецидивов не наблюдалось (95% ДИ 0-13,6%), также как и у пациентов с наличием регионарных метастазов, прооперированных в полном объеме (95% ДИ 0% – 24,3%), различие не является статистически значимым ($p>0,05$).

Таким образом, при использовании в комплексном лечении больных с выявленным раком слюнных желез усовершенствованной и расширенной супраомогионной шейной диссекции риск смерти от регионарного рецидива не связан с наличием регионарных метастазов.

Известно, что больные раком любой локализации с регионарными метастазами живут, как правило, меньше, чем пациенты с первичными опухолями аналогичной локализации без регионарных метастазов, причем вне зависимости от проводимого лечения. У прооперированных и наблюдавшихся длительное время больных с регионарными метастазами выявлены также тяжелые заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, печени и почек, которые представляли собой определенный патофизиологический фон, отягощенный, в свою очередь, раковой интоксикацией, чем следует объяснить меньшую продолжительность жизни больных с регионарными метастазами и больший общий риск смерти.

Выводы.

1. Усовершенствованная супраомогионная шейная диссекция является эффективным способом оперативного лечения регионарных метастазов рака нижней губы, который позволяет статистически значимо ($p=0,02$) снизить риск регионарных рецидивов.

2. Применение усовершенствованной супраомогионной шейной диссекции, гарантированно включающей в блок

удаляемых тканей коллекторные и интегральные лимфатические узлы шеи, показано при лечении регионарных метастазов рака слизистой оболочки полости рта, поскольку после выполненных операций риск регионарных рецидивов статистически значимо ($p < 0,001$) снижается.

3. Предложенная усовершенствованная супраомогиоидная шейная диссекция и ее расширенный вариант высокоэффективны также для лечения регионарных метастазов у больных, соответственно, раком поднижнечелюстной слюнной железы и раком околоушной слюнной железы.

4. У прооперированных с помощью усовершенствованной супрагиоидной и супраомогиоидной шейной диссекции больных связь риска регионарных рецидивов с наличием регионарных метастазов не установлена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алымов Е. Ю. К вопросу о селективных шейных лимфодиссекциях в терапии рака слизистой оболочки полости рта / Е. Ю. Алымов, С. О. Подвизников., А. М. Мудунов // Современная онкология. – 2016. №1, Том 18. – С. 75-79.
2. Децик О. З. Аналіз захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень губи і ротової порожнини в Україні та Івано-Франківській області за 2007–2016 рр. / О. З. Децик, І. В. Рудко // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 3. - С. 95-100.
3. Карпенко А. В. Онкологические результаты эффективности хирургического лечения рака ротовой полости I и II стадий / А. В. Карпенко, Р. П. Сибгатуллин, А. А. Бойко, Н. С. Чуманихина, М. Г. Костова, О. М. Николаева, Л. Д. Роман // Опухоли головы и шеи. – 2017. - №2, Том 7, вып. 7. – С. 30-36.
4. Керецман А. О. Особливості епідеміології злоякісних новоутворень органів травлення населення Закарпатської області та України за статтю та окремими нозологіями в динаміці за 2009-2014 рр. / А. О. Керецман, Н. О. Рингач // Український журнал медицини, біології та спорту 2015; 2(12): 99–105.
5. Козлов В. А. Проблема реабилитации больных раком органов полости рта / В. А. Козлов, А. А. Матчин // Институт стоматологии. – 2014. – № 1 (62). – С. 34-36.
6. Лях Ю. Е., Гурьянов В. Г., Хоменко В. Н. и др. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. – Д.: Папакица Е. К., 2006. – 214 с.
7. Пат. 41425 Україна, МПК (2009) А61В 17/00. Спосіб виконання супрагіоїдної та супраомогиоїдної шийної дисекції / Центіло В. Г., Крайнікова Е. В.; заявник та володар патенту Донецький мед. ун-т. - у 200813818; заявл. 01.12.08, опубл. 25.05.2009 р. Бюл. №10.
8. Пат. 51325 Україна, МПК (2009) А61В 17/00. Спосіб виконання розширеної супраомогиоїдної шийної дисекції / Центіло В. Г., Крайнікова Е. В.; заявник та володар патенту Донецький мед. ун-т. - у 2010 00796; заявл. 27.01.10, опубл. 12.07.2010 р. Бюл. № 13.
9. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи: клиническое руководство / А. И. Пачес. М.: Практическая медицина, 2013; 278 с.
10. Раков А. И., Вагнер Р. И. Радикальные операции на шее при метастазах рака. – Л., 1969 -191 с.
11. Agulnik M. Head and neck cancer. A Multidisciplinary Approach, third ediction, section II: site-specific principles of management of head and neck cancer. Chapter 30. Systemic Targeted for Recurrent and Metastatic Head and Neck Cancer. 2012: 834-850.
12. Brugyere J.M., Mosseri V.F., Mamelle G. et al. Nodal fail-

ures in patients with NO N+ oral squamous cell carcinoma without capsular rupture. // Head Neck. 1996; 18 (2): 133–137.

13. Carvalho A.L., Kowalski L.P., Borges J.A. Ipsilateral neck cancer recurrences after elective supraomohyoid neck dissection. // Arch. Otolaryngol. Head Neck. 2000; 126 (3): 410-412.
14. Leemans C.R., Tiwari R., Nauta J.J. Recurrence of the primary site in head and neck cancer and the significance of neck lymph node metastases as a prognostic factor // Cancer. 1994; 73 (1): 187–190.
15. Peng K., Chu A., Lai C. et al. Is there a role for neck dissection in T1 oral tongue squamous cell carcinoma? The UCLA experience. Am J Otolaryngol. 2014; 35(6):741–6. DOI: 10.1016/j.amjoto.2014.06.019. PMID: 25091179.
16. Rodrigo J.P, Grilli G, Shah J.P. et al. Selective neck dissection in surgically treated head and neck squamous cell carcinoma patients with a clinically positive neck: Systematic review. // Eur J Surg Oncol. 2018 Apr; 44(4):395-403. doi: 10.1016/j.ejso.2018.01.003. Epub 2018 Jan 11.
17. Shanti R.M., O'Malley B.W. Surgical Management of Oral Cancer. // Jr Dent Clin North Am. 2018 Jan; 62(1):77-86. doi: 10.1016/j.cden.2017.08.005. Epub 2017 Oct 16.
18. Veen A., Roodenburg J., Nauta J. The Elective Supra-Omohyoid NeckDissection in the Treatment of Patients with Oral and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. 14th International Conference on Oral and Maxillofacial Surgery (Washington DC, USA 24-29 April 1999) // International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 1999; 28 (1): 118.
19. Wanebo H., Chougule P., Ready N. Surgical Resection Is Necessary To Maximize Tumor Control in Function-Preserving, Aggressive Chemoradiation Protocols for Advanced Squamous Cancer of the Head and Neck (Stage III and IV) // Annals of Surgical Oncology. 2001; 8 (8): 644-650.

SUMMARY

THE RESULTS OF APPLICATION OF THE ADVANCED SUPRAGIOID AND SUPRAOMOGIOID NECK DISSECTION IN THE TREATMENT OF REGIONAL METASTASES OF MAXILLOFACIAL AREA CANCER

Tsentilo V., Udod A.

Donetsk National Medical University, Ukraine

The goal of research is to optimize the results of surgical treatment of the regional metastases of the maxillofacial area cancer by improving the technique of supragioid and supraomogioid neck dissection with its variants and substantiate the possibility of their application to the patients with malignant tumors of the maxillofacial area.

104 patients aged 7 to 86 years with malignant tumors of the maxillofacial area were examined, including cancer of the lower lip, oral mucosa, and salivary glands. The patients revealed 187 enlarged regional lymph nodes, which were removed in the course of surgery using advanced methods of supragioid and supraomogioid neck dissection. The proposed advanced neck dissection demonstrated high efficiency against regional metastases. In patients who have undergone surgery, the connection of the risk of regional recurrences with the presence of regional metastases has not been established.

Keywords: maxillofacial area cancer, regional metastases, advanced supragioid and supraomogioid neck dissection.

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ СУПРАГИОИДНОЙ И СУПРАОМОГИОИДНОЙ ШЕЙНОЙ ДИСЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Центило В.Г., Удод А.А.

Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – оптимизация результатов оперативных методов лечения регионарных метастазов рака челюстно-лицевой области путем усовершенствования технологии операций супрагиоидной и супраомогиоидной шейной диссекции с ее вариантами и обоснование возможности их применения у больных злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

Обследованы 104 пациента в возрасте от 7 до 86 лет со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области, в том числе раком нижней губы, слизистой оболочки полости рта и слюнных желез. У больных выявлено 187 увеличенных регионарных лимфатических узлов, которые были удалены в ходе оперативного вмешательства с применением усовершенствованных методов супрагиоидной и супраомогиоидной шейной диссекции. Предложенная усовершенствованная шейная диссекция показала высокую эффективность в отношении регионарных метастазов. У прооперированных больных связь риска регионарных рецидивов с наличием регионарных метастазов не установлена.

რეზიუმე

კისრის სუპრაჰიოიდური და სუპრაომოჰიოიდური დისექციის სრულყოფილი მეთოდის გამოყენების ეფექტურობა ყბა-სახის მიდამოს კიბოს რეგიონული მეტასტაზების მკურნალობაში

ვ.ცენტილო, ა.უდოდი

დონეცკის ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ყბა-სახის მიდამოს კიბოს რეგიონული მეტასტაზების მკურნალობის ოპერაციული მეთოდების შედეგების ოპტიმიზება კისრის სუპრაჰიოიდური და სუპრაომოჰიოიდური დისექციის ოპერაციული ტექნოლოგიის სრულყოფის გზით და მათი გამოყენების შესაძლებლობის დასაბუთება პაციენტებში ყბა-სახის მიდამოს კიბოთი.

გამოკვლეულია 7-86 წლის 104 პაციენტი ყბა-სახის მიდამოს აეთვისებიანი სიმსივნეებით, მათ შორის – ქვედა ტუჩის, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის და სანერწყვე ჯირკვლების. პაციენტებში გამოვლინდა 187 გადიდებული ლიმფური კვანძი, რომელიც მოცილებული იყო ოპერაციულად სუპრაჰიოიდური და სუპრაომოჰიოიდური დისექციის სრულყოფილი მეთოდების გამოყენებით. კისრის დისექციის შემოთავაზებულმა მეთოდმა გამოავლინა მაღალი ეფექტურობა რეგიონულ მეტასტაზებთან მიმართებით. ნაოპერაციებ პაციენტებში რეგიონული რეციდივების რისკის კავშირი რეგიონული მეტასტაზების არსებობასთან დადგენილი არ იქნა.

PARAMETERS OF FIBRINOLYTIC AND ANTIFIBRINOLYTIC ACTIVITY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC LIVER CIRRHOSIS ASSOCIATED WITH ADIPOSITY

Virstiuk N., Matkovska N.

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

The urgency of the problem of liver cirrhosis (LC) is caused by the increase in morbidity, prevalence, life-threatening complications, disability and increasing mortality of able-bodied population [1,2,3,24]. The frequency of detection of this pathology in the world is 11.0%, including Europe and the USA – from 3.0 to 8.0% [6,7,10]. According to various authors, 0.1% of the European population suffer from LC; 14-30 new cases of LC for 100 thousand people and about 170 thousand fatal cases are registered every year [9,12,13,26]. Annually, about 2 million people die due to complications of LC – this is 71.0% of all digestive organs diseases [28].

Among patients with LC there are a lot of people who abuse alcohol [11]. The so called dose relationship between the amount of alcohol risk of alcoholic liver disease (ALD) was established. About 60.0% of people suffer from alcoholic steatosis, they drink >60.0 g of alcohol per day; those who daily

consume more than 120.0 grams of alcohol are at highest risk of LC [15,16,18,19,32]. In recent years, the frequency of development of LC against the background of adiposity [5,17,20] and non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) has increased [25]. Obesity has been shown to increase the risk of fatty liver, cirrhosis and liver cancer [23].

The nature of hemostasis in patients with LC is difficult and often unpredictable; it concerns all stages of hemostasis – vascular-thrombocytic, coagulative, and fibrinolysis [11,15,27,29]. Recently, a number of researchers have studied the state of hypercoagulation in LC, which is the cause of intra-and extrahepatic thrombogenic states [14,21,23,29]. Standard coagulation tests, such as (INR), (PT), activated partial thromboplastin time (aPTT) are not sufficient in prediction of bleeding or thrombotic complications of LC [4,32].