

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 9 (318) Сентябрь 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 9 (318) 2021

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

Website:

www.geomednews.org

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

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

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

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

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

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

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

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

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

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; 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,
Giorgi Asatiani, Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria,
Kakhaber Chelidze, Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Tamar Doliashvili,
Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili,
Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani,
Guram Kiknadze, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze, Nana Kvirvelia, 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.com

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

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

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

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

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

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

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

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

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

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

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

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრამების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალების შედეგის 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:

Дубченко В.С., Макаренко А.Н., Крячкова Л.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ НИЖНЕЙ И СРЕДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕТОДИКАМИ «SUBLAY» И «TAPP»	7
Balytsky V., Zakharash M., Kuryk O. THE RESULTS OF SURGICAL TRATMENT OF COMBINED ANORECTAL DISEASES USING RADIO-FREQUENCY AND HIGH-FREQUENCY ELECTROSURGICAL DEVICES	13
Agdgomelashvili I., Mosidze B., Merabishvili G., Demetrashvili Z. COMPARISON OF THE PATIENT-CONTROLLED EPIDURAL AND INTRAVENOUS ANALGESIA AFTER OPEN COLORECTAL SURGERY: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.....	19
Филип С.С., Русин В.В., Гаджега И.И. ТРАНСФАЦИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ В БАССЕЙНЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ.....	24
Gurgenidze M., Magalashvili D., Akhmeteli L., Nemsadze G., Lomidze N. MANAGEMENT OF ESOPHAGEAL PERFORATION: A CASE REPORT.....	28
Javrishvili V., Aleksidze A., Shurgaia A., Todria M. ROLE OF DIACARAB (ACETAZOLAMIDE) AND TIMOLOL PREMEDICATION IN PREVENTION OF CATARACT PHASOEMULSIFICATION COMPLICATIONS	35
Помпий А.А., Борисенко Е.Н., Керимова Т.Н., Помпий Э.С. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЯМОЙ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ РАЗЛИЧНЫМИ ФОТОКОМПОЗИТНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ	38
Гуйгер О.С., Олейников А.А., Мжаванадзе Н.Д., Калиновский С.И. ПРИМЕНЕНИЕ ОКРАШИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ СКРЫТЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА С ПОМОЩЬЮ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОВ	43
Slabkovskaya A., Divnich A., Abramova M., Slabkovsky R., Alimova A., Lukina G. CLINICAL AND RADIOGRAPHIC CHANGES FOLLOWING ORTHODONTIC INTRUSION OF OVERERUPTED MAXILLARY MOLARS WITH TWO MINI-IMPLANTS	50
Zrazhevskaya A., Savonik S. CORRECTION OF DENTAL ARCHES DIMENSIONS IN CHILDREN WITH DENTITION DEFECTS IN THE PERIOD OF MIXED OCCLUSION USING NON-REMOVABLE ORTHODONTIC PROSTHESIS APPLIANCE.....	56
Horlenko O., Lenchenko A., Pushkarenko O., Kossey G., Tomey A. IMPAIRMENT OF PEROXISOME BIOGENESIS IN THE SPECTRUM OF ZELLWEGER SYNDROME (CLINICAL CASE).....	60
Pryvalova N., Shatillo A., Tantsura L., Pylypets O., Tretiakov D. APPLICATION OF SERIAL MOTOR REACTION INDICATORS AS MARKERS OF FUNCTIONAL CONDITION DYNAMICS IN CHILDREN WITH EPILEPSY.....	67
Patsia L., Lartsuliani K., Intskirveli N., Ratiani L. LIPOMATOUS HYPERTROPHY OF THE INTERATRIAL SEPTUM – A BENIGN HEART ANOMALY CAUSING UNEXPECTED PROBLEM IN ELECTROPHYSIOLOGY (CASE REPORT).....	72
Netyazhenko V., Bazhenova N. THE INFLUENCE OF HYPERCHOLESTEROLEMIA AND CONCOMITANT STATIN THERAPY ON THE STATE OF PLATELET-PLASMA HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE	75
Asanov E., Duzhak G., Golubova Y., Dyba I., Asanova S. APPLICATION OF HYPOXIC TRAINING IN ELDERLY PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: IMPACT ON THE STATE OF MICROCIRCULATION	81
Dzhun Ya., Mankovsky G., Rudenko N., Mankovsky B., Marushko Ye. THE EFFECT OF INCREASED ADHERENCE TO GLYCEMIC CONTROL ON CORONARY HEART DISEASE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CONCOMITANT IMPAIRED GLUCOSE METABOLISM	86

Kolov G., Grytsay M., Tsokalo V., Fishchuk L., Rossokha Z. VARIANTS OF IL1 (C3954T, RS1143634), PON1 (C108T, RS705379) GENES AS PROGNOSTIC MARKERS OF OSTEOMYELITIS RISK AND ITS COMPLICATIONS	93
Iaremenko O., Mykytenko G. ACHIEVEMENT OF CLINICAL REMISSION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON THE ACCP- AND RF-SEROLOGICAL STATUS	99
Bochorishvili E., Abramidze T., Gotua M. EVALUATION OF ANTINUCLEAR ANTIBODIES IN GEORGIAN ALLERGIC PATIENTS POLYSENSITIZED WITH CROSS REACTIVE ALLERGENS	105
Кайсинова А.С., Ачабаева А.Б., Старокожко Л.Е., Гайдамака И.И., Кайсинова Е.К., Казаков В.Ф. ПРИРОДНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	110
Panchulidze M., Grdzelidze T., Kvanchakhadze R. INFLUENCE OF VARIOUS FACTORS ON THE VITAMIN D LEVELS IN MENOPAUSAL WOMEN LIVING IN KVEMO KARTLI	114
Jgarkava M., Pantsulaia I., Rukhadze R., Karanadze N., Chikovani T. ASSOCIATION OF IL-10 AND RESISTIN IN APPARENTLY HEALTHY ELDERLY POPULATION	119
Oberkanins C., Pagava K., Babikyan D., Korinteli I.A., Phagava H., Hayrapetian H., Kriegshäuser G., Sarkisian T. ALPHA- AND BETA-GLOBIN GENE MUTATIONS IN GEORGIA AND ARMENIA.....	124
Botchorishvili N., Mikeladze N., Dzagnidze A., Mikava N., Janelidze M. EVALUATION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS USING GEORGIAN LANGUAGE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT	128
Волошина Н.П., Василовский В.В., Негреба Т.В., Сухоруков В.В., Киржнер В.М. КЛИНИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ХАРАКТЕРОМ ПРОГНОЗА И ОСОБЕННОСТЯМИ ДЕБЮТОВ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	132
Dolidze T., Makharadze M., Uchaneishvili S., Nioradze N., Laliashvili L. NEW ASPECTS OF THE INTERACTION OF COPPER (II) WITH SERUM ALBUMIN: VOLTAMMETRIC AND MICROCALORIMETRIC STUDIES	139
Semenenko S., Semenenko A., Khrebtii H., Bodnar R., Semenenko N. THE EFFECT OF ADEMOL ON THE DNA FRAGMENTATION OF CEREBRAL CORTEX CELLS IN RATS WITH EXPERIMENTAL TRAUMATIC BRAIN INJURY	143
Tavdishvili E., Modebadze I., Bakuradze E., Rusishvili L., Berulava M., Dzidziguri D. ISOLATION AND COMPERATIVE STUDY OF THE GROWTH INHIBITING THERMOSTABLE PROTEIN COMPLEX FROM THE BONE MARROW OF THE ADULT MICE.....	147
Jaliashvili Z., Medoidze T., Melikishvili Z., Chanishvili A., Petriashvili G., Lomidze L. LASER INDUCED FLUORESCENCE OF SKIN: SUPERPOSITION OF SPECTRAL INTENSITIES.....	151
Nadiradze I., Chigogidze N. “AMPHICEZINE”: NEW APPROACHES TO FIGHTING CANCER PRELIMINARY THEORETICAL AND EXPERIMENTAL (IN VITRO) MESSAGE	156
Найдушок I. SUPPORTIVE PHARMACOTHERAPY FOR SYSTEMIC AUTOIMMUNE DISEASES WITH HYPERIMMUNOCOMPLEX SYNDROME (EXPERIMENTAL RESEARCH).....	159
Кравченко И.Г., Рудык Ю.С., Меденцева Е.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НОВОГО КЛАССА ИНОТРОПНЫХ СРЕДСТВ - ПРЯМОГО АКТИВАТОРА МИОЗИНА КАРДИОМИОЦИТОВ ОМЕКАМТИВ МЕКАРБИЛА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	165
Корчева Т.В., Невельская-Гордеева Е.П. ПРАВОВЫЕ И МОРАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ	172

ТРАНСФАСЦИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ В БАССЕЙНЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Филипп С.С., Русин В.В., Гаджега И.И.

Высшее государственное учебное заведение Украины «Ужгородский национальный университет», Украина

Одним из самых частых осложнений варикозной болезни является острый поверхностный тромбоз. В 39,2-95,9% наблюдений поверхностный тромбоз развивается в системе большой подкожной вены (БПВ), в 1,6-20% – в бассейне малой подкожной вены (МПВ), одновременное поражение БПВ и МПВ – в 1,0-1,8% случаев [1,3-5,9,11]. У 4,1-29,3% пациентов тромботический процесс при варикотромбозе достигает устья БПВ, у 13,2-66,7% – устья МПВ [6,9]. Часто наблюдаются распространение тромботического процесса у пациентов с варикотромбозом (ВТФ) через сафено-фemorальное (3,6-13,5%) или сафено-поплитеальное соустье (2,2-28%), несостоятельные перфорантные вены (4,3-55%), мышечные венозные синусы голени (2,1-18%) на глубокую венозную систему [1,4,12,6]. Именно с ним связывают угрозу развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоза легочной артерии (ТЭЛА). По мнению некоторых авторов [7], тромб может нарастать в сутки до 20-35 см, где верхний предел тромботического поражения на 10-20 см выше клинических проявлений, а момент перехода тромботического процесса на глубокие вены скрытый и клинически не проявляется. Таким образом, частота выявления ТГВ при ВТФ находится на уровне 6,7-40% [3,4,10,11], при этом в 4,2-31,6% наблюдений окклюзионный варикотромбоз имеет эмбологенные свойства [7,11], а у 0,5-49% пациентов с ВТФ диагностируют симптомы ТЭЛА [3,7], хотя по данным сцинтиграфии асимптомное течение ТЭЛА мелких ветвей при варикотромбозе диагностируют у 33,3% пациентов [4,8]. Летальность от ТЭЛА при ВТФ достигает 0,4-5% [7,11].

В таких случаях, согласно междисциплинарным клиническим рекомендациям (2013), выделяют понятие трансфасциальный тромбоз, т.е. распространение тромботического процесса с большой или малой подкожной вены на глубокие вены [2]. Чаще это происходит в месте впадения стволов подкожных вен в бедренную или подколенную вену, реже – тромбы распространяются через несостоятельные перфорантные вены.

В то же время смертность в остром периоде от ТЭЛА, несмотря на широкое применение антикоагулянтной терапии, остается крайне высокой, а при сохранении жизни резко возрастает риск возникновения хронической постемболической легочной гипертензии, которая резко ухудшает качество жизни и часто приводит к инвалидизации пациентов.

Цель исследования - оценка эффективности хирургического лечения варикотромбоза, осложненного трансфасциальным тромбозом.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и ургентного хирургического лечения 45 пациентов с трансфасциальным тромбозом в бассейне БПВ, направленного на ликвидацию угрозы ТЭЛА. Из них мужчин было 17 (37,8%) пациентов и 28 (62,2%) женщин. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 78 лет, средний возраст – 51±2,4 лет.

Для обследования больных использовали общеклинические, лабораторные методы исследования, ультразвуковую доплерографию и ультразвуковое дуплексное сканирование («ULTIMA PRO-30, z.one Ultra», ZONARE Medical

Systems Inc., США), которые выполняли в динамике пребывания больного в стационаре.

Результаты и обсуждение. Основным методом диагностики ВТФ являются ультразвуковые методы обследования, в частности доплерография и дуплексное сканирование, которые выполнялись у каждого пациента непосредственно после поступления в стационар. Ультразвуковое обследование проводили в горизонтальном положении больного на спине с использованием компрессионных проб, в положении сидя и стоя, а также с использованием пробы Вальсальвы. Последовательно оценивали состояние поверхностной, глубокой и перфорантной венозных систем. При наличии ВТФ тщательно осматривали глубокую венозную систему: бедренные, подколенную и берцовую вены, икроножные вены. Для осмотра малой подкожной и подколенной вен больного укладывали на живот. Обязательно проводили исследования контралатеральной нижней конечности.

При обнаружении ВТФ оценивали локализацию, протяженность, границы тромботической окклюзии, уровень проксимальной и дистальной границ тромботической окклюзии, характер тромботических масс, наличие флотации верхушки тромботических масс, наличие вертикального и горизонтального рефлюксов (рис. 1).

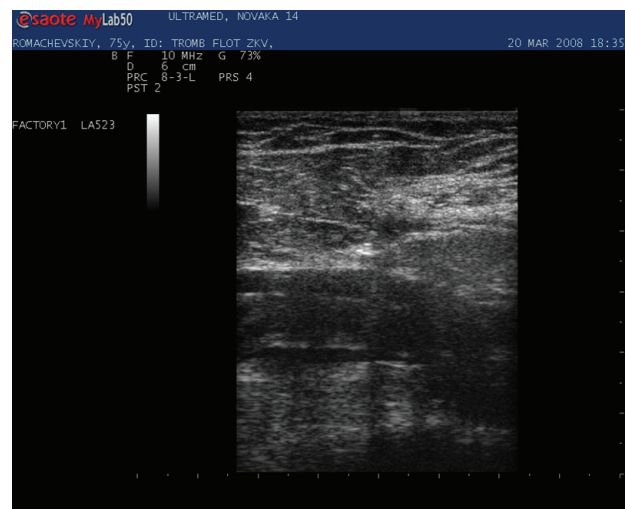


Рис. 1. Ультразвуковое дуплексное сканирование: флотирующий тромб в устье большой подкожной вены

Особое значение следует уделять выявлению признаков перехода тромботического процесса на глубокую венозную систему. При обнаружении тромботической окклюзии соустья проводили более детальное обследование подколенной, бедренной и подвздошных вен с целью определения проксимальной границы тромбоза. При наличии флотации верхушки тромба оценивали его длину, определяли экзогенность, влияние на него венозного рефлюкса, характер внешнего контура, степень подвижности тромботических масс, соотношение диаметра поперечного сечения тромба с диаметром вены в положении стоя.

При переходе тромботического процесса на глубокую венозную систему наблюдали флотацию верхушки тромботи-

ческих масс. Локализация верхушки тромботических масс при трансфасциальном тромбозе была следующей:

- уровень сафенофemorального соустья – у 28 (62,2%) пациента, при этом протяженность тромботического поражения от голени диагностировали у 5 пациентов, от нижней трети бедра – у 21 и тотальный (на голени и бедре) – у 2 больных;

- уровень общей бедренной вены – у 11 (24,4%) пациентов, при этом протяженность тромботического поражения от голени диагностировали у 3 пациентов, от нижней трети бедра – у 4 и тотальный (на голени и бедре) – у 4 больных;

- уровень наружной подвздошной вены – у 3 (6,7%) больных при этом протяженность тромботического поражения от голени диагностировали у 1 пациентов, от нижней трети бедра – у 2 пациентов;

- несостоятельные перфорантные вены голени – у 3 (6,7%) пациентов.

Все операционные вмешательства по поводу трансфасциального тромбоза выполняли в срочном порядке в день поступления пациента. Основной задачей операционного вмешательства при ВТФ большой подкожной вены, осложненном трансфасциальным тромбозом являлась ликвидация угрозы тромбоза глубоких вен и профилактика ТЭЛА. Учитывая необходимость проведения полуоткрытой тромбэктомии на пробе Вальсальвы из сафенофemorального соустья,

общей бедренной вены, объем операционного вмешательства состоял в тромбэктомии, кроссэктомии, продольном ушивании устья большой подкожной вены, коротком стрипинге на бедре (рис. 2). При длине тромба более 3 см или частичной фиксации флотирующей верхушки к передней стенке общей бедренной вены, а также при флотации в наружной подвздошной вене, тромбэктомия через венозный разрез большой подкожной вены опасна интраоперационной тромбоэмболией легочной артерии при тракции тромботических масс через сафенофemorальное соустье, вследствие фрагментации тромба и миграции последнего в легочное сосудистое русло. В таких случаях следует выполнять тромбэктомию через венотомный разрез общей бедренной вены. Необходимым условием выполнения венотомии общей бедренной вены является широкая мобилизация и выделение на держалках бедренных вен и их притоков. После выполнения тромбэктомии и визуальной оценки отсутствия пристеночных наложений на стенках общей бедренной вены устье большой подкожной вены следует отсечь, а венотомный разрез ушить непрерывным швом ниткой 5/0 «Пролен» (рис. 3). Перед выполнением венотомии обязательно внутривенно вводят 5000 ед. гепарина. В стандарт оперативного лечения обязательно входят кроссэктомия и короткий стрипинг большой подкожной вены на бедре.

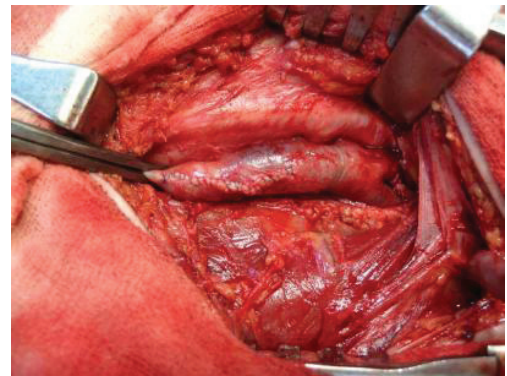
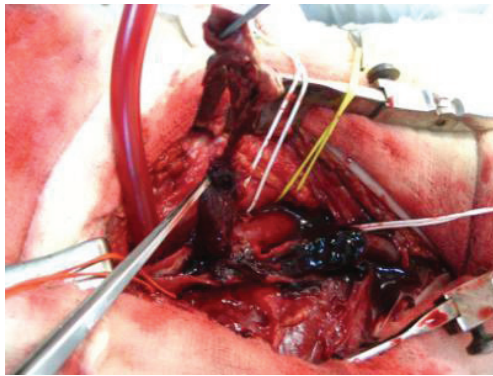


Рис. 2. Интраоперационное фото: тромбэктомия с общей бедренной вены (а) с последующим ушиванием венотомного разреза (б)

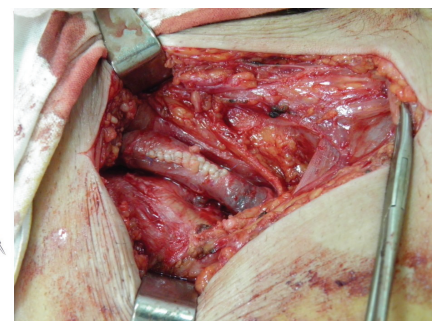
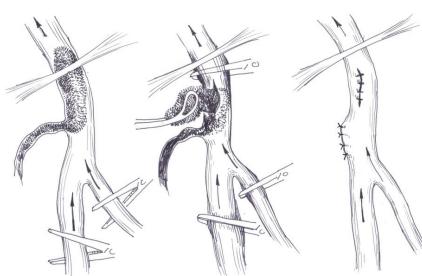
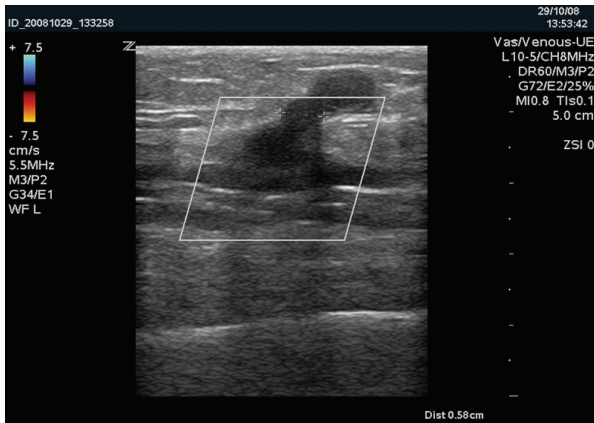


Рис. 3. Тромбэктомия с наружной подвздошной вены – интраоперационное фото (а) и схематическое изображение (б), с последующим ушиванием венотомного разреза общей бедренной вены (в)



а



б

Рис. 4. Тромбированный перфорант Коккета: ультразвуковая картина (а) и интраоперационное фото (б)

Таблица. Оперативные вмешательства, выполненные пациентам с трансфасциальным тромбозом

№	Оперативные вмешательства	Количество
1.	Открытая тромбэктомия из устья большой подкожной вены, кроссэктомия, флебэктомия	28
2.	Полуоткрытая тромбэктомия из общей бедренной вены, кроссэктомия, флебэктомия	7
3.	Открытая тромбэктомия из общей бедренной вены (с венотомией общей бедренной вены), кроссэктомия, флебэктомия	4
4.	Открытая тромбэктомия из наружной подвздошной вены (с венотомией общей бедренной вены), кроссэктомия, флебэктомия	3
4.	Открытая тромбэктомия из перфорантных вен, кроссэктомия, флебэктомия	3
Всего		45

При тромботической окклюзии несостоятельной перфорантной вены на голени выполняли открытую тромбэктомию до получения удовлетворительного ретроградного кровотока с последующей субфасциальной перевязкой последней (рис. 4), которую при наличии тотального вертикального рефлюкса дополняли кроссэктомией и коротким стрипингом.

Оперативные вмешательства у пациентов с ВТФ большой подкожной вены, осложненным трансфасциальным тромбозом, представлены в таблице.

Всем пациентам с ВТФ большой подкожной вены, осложненным трансфасциальным тромбозом, в до- и послеоперационном периоде назначали консервативное лечение согласно протоколам лечения тромбозов глубоких вен.

На фоне проводимого лечения ни у одного пациента в раннем послеоперационном периоде не наблюдали признаков тромбоэмболии легочной артерии. В отдаленном послеоперационном периоде у всех пациентов рецидив варикозной болезни в течении года не отмечен.

Таким образом, хирургическое лечение варикотромбофлебита в бассейне большой подкожной вены, осложненного трансфасциальным тромбозом, позволяет предупредить тромбоз глубоких вен и провести профилактику тромбоэмболии легочной артерии, ликвидировать восходящие формы варикотромбофлебита.

Перспективы дальнейших исследований. Остаются не решенными следующие вопросы:

1. Следует ли заканчивать тромбэктомию не перевязкой культи большой подкожной вены, а её отсечением и продольным ушиванием общей бедренной вены?

2. Что делать с варикозно расширенным стволом большой подкожной вены на голени, который остается после кроссэктомии и короткого стрипинга?

3. Следует ли при тотальном варикотромбофлебите заканчивать операцию флебоцентезом во избежание проталкивания тромботических масс в глубокие вены при венэкстракции зондом?

4. Достаточно ли ограничиться кроссэктомией и коротким стрипингом при варикотромбофлебите на голени?

5. Если варикотромбофлебит возник на бедре, то достаточно ли кроссэктомии и короткого стрипинга на бедре?

Выводы.

1. При варикотромбофлебите, осложненном трансфасциальным тромбозом, основным стандартом лечения следует считать тромбэктомию с дальнейшей профилактикой рецидива заболевания и тромбоэмболии легочной артерии.

2. При тромбозах перфорантных вен следует выполнять субфасциальную тромбэктомию с последующей перевязкой перфоранта.

3. Всем пациентам с трансфасциальным тромбозом независимо от объема оперативного вмешательства следует назначить лечение как при тромбозе глубоких вен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Дженина О.В., Лобанов В.Н. Тромбофлебит (тромбоз поверхностных вен): современные стандарты диагностики и лечения. *Амбулаторная хирургия* 2016; (3-4): 16–23

2. Венозный тромбоэмболизм: диагностика, лечение, про-

филактика. Междисциплинарные клинические рекомендации. Киев; 2013: 63 с.

3. Посеряев А. В., Гумеров И. И., Кривошеков Е. П., Ельшин Е. Б. Диагностическая и лечебная тактика у больных варикозной болезнью, осложненной острым варикотромбофлебитом. Norwegian Journal of Development of the International Science. 2019; 26-2: 62-65.

4. Русин В. И., Корсак В. В., Попович Я. М., Левчак Ю. А., Головацкий А. С. Профілактика венозних тромбоемболічних ускладнень при трансфасціальному тромбозі нижніх кінцівок. Галицький лікарський вісник. 2016; 23 (2): 42-45.

5. Русин В.И., Корсак В. В., Попович Я. М. Трансфасциальный тромбоз в системе нижней полой вены. Сучасні медичні технології. 2015; 2 – 3 (25): 180 – 182.

6. Русин В.И., Корсак В.В., Попович Я.М. Хирургическое лечение тромбозов нижней полой вены: монография. Ужгород: Карпати. 2017; 360 с. + 76 с. вкл.

7. Тамм Г.И., Решетняк О.М. Хирургическое лечение варикозной болезни, осложненной варикотромбофлебитом, в сочетании с трофическими язвами. Клінічна хірургія. 2015. 6 (874): 38 – 40.

8. Царев О.А., Анисимов А.Ю., Прокин Ф.Г., Захаров Н.Н., Лобанов А.В., Сенин А.А. Острый варикотромбофлебит: современное состояние проблемы (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2018; 14 (1): 87–94.

9. Czys A., Szeetal L.H. Superficialis thrombophlebitis. StatPearls Publishing, 2020. [PubMed]

10. Di Minno M. N. D., Ambrosino P., Ambrosini F., Tremoli E., Di Minno G., Dentali F. Prevalence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism in patients with superficial vein thrombosis: a systematic review and meta-analysis. Journal of thrombosis and haemostasis. 2016; 14(5): 964-972.

11. De Almeida, M. J., Guillaumon, A. T., Miquelin, D., Joviliano, E. E., Hafner, L., Sobreira, M. L., Yoshida, W. B. Guidelines for superficial venous thrombosis. Jornal vascular brasileiro. 2019; 18. doi: 10.1590/1677-5449.180105

12. Vashist M. G., Kumar S., Verma M., Chaudhary P., Kaushik A. K., Sachdeva K. Incidence of Deep Venous Thrombosis after Varicose Vein Surgery-A Prospective Study. International Journal of Science and Research. 2018; DOI: 10.21275/SR20206110739

SUMMARY

TRANSFASCIAL THROMBOSIS IN THE GREAT SAPHENOUS VEIN BASIN

Filip S., Rusyn V., Hadzheha I.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Objective - to evaluate the effectiveness of surgical treatment of varicothrombophlebitis complicated by transfascial thrombosis.

The results of examination and treatment of 45 patients with varicothrombophlebitis of the great saphenous vein complicated by transfascial thrombosis.

The indications for surgical prophylaxis of pulmonary embolism in transfascial thrombosis in the basin of the great saphenous vein have been substantiated. In the postoperative period, all patients with transfascial thrombosis, regardless of the radical nature of the surgical intervention, were offered to prescribe

treatment as in deep vein thrombosis. The introduction of active surgical tactics in transfascial thrombosis allows for effective prevention of pulmonary embolism.

In varicothrombophlebitis complicated by transfascial thrombosis, thrombectomy with further prevention of recurrence of the disease and pulmonary embolism should be considered the main standard of treatment. For perforating vein thrombosis, subfascial thrombectomy followed by perforating ligation should be performed. All patients with transfascial thrombosis, regardless of the volume of surgery, should be treated as for deep vein thrombosis.

Keywords: varicothrombophlebitis, transfascial thrombosis, pulmonary embolism, pulmonary embolism, thrombectomy.

РЕЗЮМЕ

ТРАНСФАСЦИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ В БАССЕЙНЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Филип С.С., Русин В.В., Гаджега И.И.

Высшее государственное учебное заведение Украины "Ужгородский национальный университет", Украина

Цель исследования - оценка эффективности хирургического лечения варикотромбофлебита, осложненного трансфасциальным тромбозом.

Проведен анализ результатов обследования и лечения 45 больных варикотромбофлебитом большой подкожной вены, осложненным трансфасциальным тромбозом.

Обоснованы показания к хирургической профилактике тромбозов легочной артерии при трансфасциальных тромбозах в бассейне большой подкожной вены. В послеоперационном периоде всем пациентам с трансфасциальным тромбозом независимо от радикальности оперативного вмешательства назначается лечение как при тромбозе глубоких вен. Внедрение активной хирургической тактики при трансфасциальном тромбозе позволяет проводить эффективную профилактику тромбозов легочной артерии.

При варикотромбофлебите, осложненном трансфасциальным тромбозом, основным стандартом лечения следует считать тромбэктомию с дальнейшей профилактикой рецидива заболевания и тромбозов легочной артерии. При тромбозах перфорантных вен следует выполнять субфасциальную тромбэктомию с последующей перевязкой перфоранта. Всем пациентам с трансфасциальным тромбозом независимо от объема оперативного вмешательства следует назначать лечение как при тромбозе глубоких вен.

რეზიუმე

ტრანსფასციური თრომბოზი დიდი კანკვეშა ვენის აუზში

ს.ფილიპი, ვ.რუსინი, ი.გადჯეგა

უკოროდის ეროვნული უნივერსიტეტი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ტრანსფასციური თრომბოზით გართულებული ვარიკოთრომბოფლებიტის ქირურგიული მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება.

განაღიზებულია დიდი კანკვეშა ვენის ვარიკოთრომბოფლებიტით 45 პაციენტის გამოკვლე-

ვის და მკურნალობის შედეგები. დასაბუთებულია ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის ქირურგიული პროფილაქტიკის ჩვენებები ტრანსფასციური თრომბოზების დროს დიდი კანკეშა ვენის აუზში. პოსტოპერაციულ პერიოდში ყველა პაციენტს ტრანსფასციური თრომბოზით, ქირურგიული მკურნალობის რადიკალურობისაგან დამოუკიდებლად, მკურნალობა ენიშნება ისევე, როგორც ღრმა ვენების თრომბოზის დროს. აქტიური ქირურგიული ტაქტიკის ჩართვა ტრანსფასციური თრომბოზის დროს იძლევა ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის ეფექტური პროფილაქტიკის საშუალებას.

ტრანსფასციური თრომბოზით გართულებული ვარიკოთრომბოფლებიტის დროს მკურნალობის ძირითად სტანდარტად უნდა ჩაითვალოს თრომბექტომია, დაავადების რეციდივის და ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის შემდგომი პროფილაქტიკით. პერფორანტი ვენების თრომბოზის დროს რეკომენდებულია სუბფასციური თრომბექტომიის ჩატარება პერფორანტის შემდგომი გადაკვანძვით. ყველა პაციენტს ტრანსფასციური თრომბოზით, მიუხედავად ოპერაციული ჩარევის მოცულობისა, უნდა ჩატარდეს ისეთივე მკურნალობა, როგორც ღრმა ვენების თრომბოზის დროს.

MANAGEMENT OF ESOPHAGEAL PERFORATION: A CASE REPORT

¹Gurgenidze M., ¹Magalashvili D., ¹Akhmeteli L., ²Nemsadze G., ¹Lomidze N.

¹The First University Clinic of Tbilisi State Medical University, Department of General Surgery; Department of Surgery №2;
²Department of Radiology, Georgia

Esophageal perforation (EP) is a devastating condition. In modern times it is still associated with substantial morbidity and mortality. [3]. Injuries to the esophagus represent a rare but potentially lethal clinical condition. Emergency management is a challenge and mortality remains high [13]. Spontaneous perforation, referred to as Boerhaave's syndrome, accounts for only 15% of cases of esophageal perforation, foreign bodies for 14%, and trauma for 10% [11]. The common denominator of all these heterogeneous conditions is the contamination of surrounding spaces with digestive contents and the evolution to severe sepsis and death in the absence of timely diagnosis and appropriate treatment. Mortality of esophageal perforation ranges between 10% and 20% and the delay in treatment is the most important survival predictor [8, 10].

Case Report. 62-year-old male patient came to Surgical Department of the First University Clinic of Tbilisi State Medical University on 17.10.2018 15:00. The patient complained of pain in the chest cavity, especially after eating, shortness of breath, fever, chills, weakness. The patient felt pain in the chest cavity

after eating 4 days before hospitalization. Despite this, the next day, he took alcohol in large quantities. Last night he felt a sharp pain in the chest cavity. In the ER department, the patient underwent a clinical examination. Laboratory tests were carried out. Computed tomography of the thoracic cavity enhanced by per os contrast was performed. CT scan revealed pneumomediastinum, extravasation of contrast medium at the level of the 8th thoracic vertebra. The size of the defect was 2.1 cm. Contrast agent spread partly paraesophageally, partly in the preaortic space. It did not spread into the abdominal cavity. Found infiltration in the basal segments of the lungs on both sides. A small amount of fluid was detected in both pleural cavities (Fig. 1,2). Esophagogastroduodenoscopy revealed a defect in the esophagus at the level of 32 cm from the incisors. Dimensions of defect were 2.0 - 3.0 cm. Patient was hemodynamically stable, $spO_2 - 91\%$, $t - 38,4^\circ C$, cor - rhythmic tones, muffled, pulmo - auscultatory marked weakened breathing on both sides in the lower lobes and crepitus. Diagnosis - perforation of the lower third of the thoracic part of esophagus, acute mediastinitis.

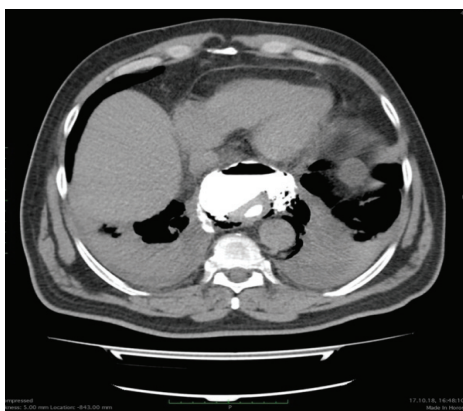


Fig. 1. Axial section. Mediastinal window. Contrast agent introduced per os was noted in the esophagus and spread outside its lumen – extravasation. Paraesophageal emphysema

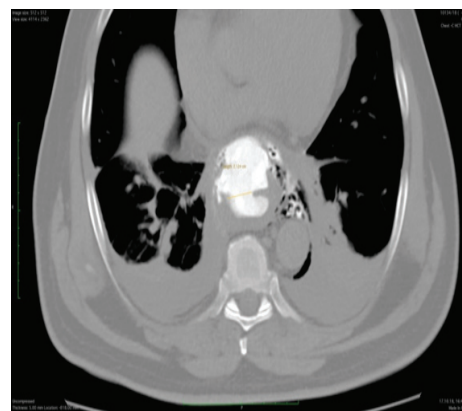


Fig. 2. Axial section. Bone window. Contrast agent introduced per os was noted in the esophagus and spread outside its lumen – extravasation. A defect with a diameter of 2.1 cm was noted on the anterior wall of the esophagus. Accumulation of large amounts of contrast agent was noted ventrally of the esophagus. Paraesophageal emphysema