

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 2 (311) Февраль 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 2 (311) 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, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогебашвили,
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,
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 Kvirkvelia, Teymuraz Lezhava, Nodar Lomidze, Marina
Mamaladze, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava, Mamuka Pirtskhalaishvili,
Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili, Ramaz Shengelia, Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

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

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

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

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

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.org

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

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

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

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

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

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა 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:

Tanskyi V., Ostrovsky Yu., Valentyukevich A., Shestakova L., Kolyadko M. SURGICAL METHODS OF TREATMENT OF END-STAGE HEART FAILURE.....	7
Agdgomelashvili I., Mosidze B., Merabishvili G., Demetrashvili Z. ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY VS TRADITIONAL CARE IN ELECTIVE COLORECTAL SURGERY: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY.....	17
Kanadashvili O., Belykh E., Soborov M., Alekseev V., Stolyarchuk E., Atayan A. NECROTIC FASCIITIS AS A COMPLICATION OF ACUTE DESTRUCTIVE APPENDICITIS.....	21
Kakabadze Z., Janelidze M., Chakhunashvili D., Kandashvili T., Paresishvili T., Chakhunashvili D.G. EVALUATION OF NOVEL PORCINE PERICARDIAL BIOMATERIAL FOR VENTRAL AND INGUINAL HERNIA REPAIR. THE RESULTS OF A NON-RANDOMIZED CLINICAL TRIAL.....	27
Podobed A. INTRAVASCULAR LIPOMA OF THE RIGHT BRACHIOCEPHALIC VEIN AND SUPERIOR VENA CAVA: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW	33
Кушта А.А., Шувалов С.М. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОНТРОЛИРУЕМАЯ АНАЛГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ	36
Malinina O., Chaika H., Taran O. FEATURES OF ANTHROPOMETRIC PARAMETERS IN WOMEN OF DIFFERENT MORPHOTYPES WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME	41
Hruzevskiy O., Kozishkurt O., Nazarenko O., Platonova Ye., Minukhin V. COMPREHENSIVE BACTERIOLOGICAL STUDY OF THE VAGINAL DISCHARGE DURING BACTERIAL VAGINOSIS	46
Kvaratskhelia S., Nemsadze T., Puturidze S., Gogiberidze M., Jorbenadze T. MORPHOLOGICAL CHANGES IN PERIODONTAL TISSUE DURING PERIODONTITIS	50
Akimov V.V., Kuzmina D., Fedoskina A., Vlasova T., Dvaladze L., Ryzhkov V., Akimov V.P. ASSESSMENT OF LASER AND ANTIOXIDANT THERAPY EFFICACY IN TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS.....	54
Drobyshev A., Klipa I., Drobysheva N., Hina N., Zhmyrko I. SURGICALLY ASSISTED RAPID MAXILLARY EXPANSION: RETROSPECTIVE ANALYSIS OF COMPLICATIONS 2012-2017	58
Savchuk O., Krasnov V. WAYS TO IMPROVE THE EFFICACY OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE EXCESSIVE TOOTH WEAR.....	63
Popov K., Bykova N., Shvets O., Kochkonian T., Bykov I., Sulashvili N. PECULIARITIES OF EVALUATION OF THE ORAL FLUID ANTIOXIDANT ACTIVITY IN PATIENTS WITH LOCAL OR SYSTEMIC DISEASES.....	68
Bondarenko I., Privalova E., Shumina Y. SONOGRAPHY OF THE FACE AND NECK REGION SOFT TISSUES IN ASSESSMENT OF THE COMPLICATIONS CAUSES AFTER FACIAL CONTOURING.....	74
Kajaia T., Maskhulia L., Chelidze K., Akhalkatsi V., Kakhabrishvili Z. ASSESSMENT OF EFFECTS OF NON-FUNCTIONAL OVERREACHING AND OVERTRAINING ON RESPONSES OF SKELETAL MUSCLE AND CARDIAC BIOMARKERS FOR MONITORING OF OVERTRAINING SYNDROME IN ATHLETES.....	79
Sanikidze Q., Mamacashvili I., Petriashvili Sh. PREVALENCE OF HYPERURICEMIA IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE	85

Lobzhanidze K., Sulaqvelidze M., Tabukashvili R. FACTORS ASSOCIATED WITH DECLINE OF FEV1 IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	89
Данилов Р.С., Карнаушкина М.А., Бабак С.Л., Горбунова М.В. ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ КАТИОННЫЙ ПРОТЕИН КАК ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ БИОМАРКЕР ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ПРЕДИКТОР ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ ...	92
Александров Ю.К., Семиков В.И., Шулутко А.М., Гогохия Т.Р., Горбачева А.В., Мансурова Г.Т. ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ И COVID-19 (ОБЗОР).....	98
Tsyhanyk L., Abrahamovych U., Abrahamovych O., Chemes V., Guta S. BONE MINERAL DENSITY AND THE PREVALENCE OF ITS DISORDERS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND SYNTROPIC COMORBID LESIONS.....	103
Sannikova O., Melenchuk N., Sannikov A. ADVENTUROUSNESS OF PERSONALITY: CONSTRUCT AND DIAGNOSTICS.....	109
Prytula V., Kurtash O. RECONSTRUCTIVE FUNCTIONAL RESERVOIRS IN TREATMENT OF CHILDREN WITH AGANGLIONOSIS AFTER TOTAL COLECTOMY	115
Vorobiova N., Usachova E. INFLUENCE OF CARBOHYDRATE MALABSORPTION SYNDROME ON THE CLINICAL COURSE OF ROTAVIRUS INFECTION IN CHILDREN AT AN EARLY AGE	120
Asieieva Y. PSYCHO-EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF CYBER-ADDICTION IN YOUNGSTER ADOLESCENTS	125
Tugelbayeva A., Ivanova R., Goremykina M., Rymbayeva T., Toktabayeva B. REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN (REVIEW).....	130
Chakhunashvili D.G., Kakabadze A., Karalashvili L., Lomidze N., Kandashvili T., Paresishvili T. RECONSTRUCTION OF THE ABDOMINAL WALL DEFECTS USING GELATIN-COATED DECELLULARIZED AND LYOPHILIZED HUMAN AMNIOTIC MEMBRANE	136
Kachanov D., Atangulov G., Usov S., Borodin A., Gadzhiibragimova Z. THYROID STATUS: IS IT POSSIBLE TO RESTORE MYELIN?	143
Pkhakadze G., Bokhua Z., Asatiani T., Muzashvili T., Burkadze G. LOSS OF CAS3 AND INCREASE OF BAX EXPRESSION ASSOCIATED WITH PROGRESSION OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA	147
Bobyр V., Stechenko L., Shyrobokov V., Nazarchuk O., Faustova M. MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SMALL INTESTINE MUCOSA IN DYSBIOSIS AND AFTER ITS CORRECTION BY PROBIOTICS AND ENTEROSORBENTS	151
Роговый Ю.Е., Цитрин В.Я., Архипова Л.Г., Белоцкий В.В., Колесник О.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОГО ВОДОРОДА В КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА NO-REFLOW НА ПОЛИУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ СУЛЕМОВОЙ НЕФРОПАТИИ.....	156
Косырева Т.Ф., Абакелия К.Г., Катбех Имад, Тутуров Н.С., Хасан А.М. ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВЫХ ЖИДКОСТЕЙ НА ЗУБОЧЕЛЮСТНУЮ СИСТЕМУ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	163
Шарашенидзе Т.Г., Мамамтавршвили Н.Н., Енукидзе М.Г., Мачавариани М.Г., Габуния Т.Т., Саникидзе Т.В. ЭФФЕКТ ПРОПРАНОЛОЛА НА ПРОФИЛЬ ЦИТОКИНОВ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ Т-ЛИМФОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА (КЛЕТКИ JURKAT) IN VITRO	169
Ebralidze L., Tsertsvadze A., Bakuridze L., Berashvili D., Bakuridze A. BIOPHARMACEUTICAL UNDERSTANDING OF FORMULATION PREPARATION VARIABILITY OF PLGA NANOPARTICLES LOADED WITH ERYSIMUM EXTRACT	173
Zaborovskyy V., Fridmansky R., Manzyuk V., Vashkovich V., Stoika A. THE BOUNDARIES OF GENDER TOLERANCE IN THE MODERN SOCIETY AND LEGAL STATE (REVIEW).....	178

რეზიუმე

მარჯვენა ბრაქიოცეფალური და ზედა ღრუ ვენის სისხლძარღვშიდა ლიპომა: კლინიკური შემთხვევა და ლიტერატურის მიმოხილვა

ა. პოდობედი

ნ. ალექსანდროვის სახ. ონკოლოგიისა და სამედიცინო რადიოლოგიის რესპუბლიკური სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი, მინსკი, რესპუბლიკა ბელორუსი

მაგისტრალური ვენების ლიპომები იშვიათი სიმსივნეებია, რომელთა უმრავლესობა აღწერილია ქვედა ღრუ ვენაში და 0.5%-ში აღმოჩენილია შემთხვევით კომპიუტერული ტომოგრაფიის დროს. ბრაქიოცეფალური და ზედა ღრუ ვენის სისხლძარღვშიდა ლიპომა განსაკუთრებით იშვიათი სიმსივნეა. სამედიცინო ლიტერატურაში დღემდე მხოლოდ 16 შემთხვევაა აღწერილი.

სტატიაში მოტანილია შემთხვევის აღწერა: 53 წლის ქალმა, ანამნეზში გულმკერდის ღრუს ტრავმით, კლინი-

კას მიმართა ჩივილებით სახის და მარჯვენა ხელის შეშუპებაზე. კომპიუტერული ტომოგრაფიით გამოვლინდა ცხიმოვანი სიმკვრივის სიმსივნე მარჯვენა ღრუ ვენის სანათურში. განხორციელდა ქირურგიული ჩარევა სიმსივნის ამოკვეთით. ამოკვეთილი ახალწარმონაქმნის ჰისტოლოგიური კვლევით დადასტურდა სისხლძარღვშიდა ლიპომის დიაგნოზი.

სისხლძარღვშიდა ლიპომა შეიძლება მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ, ან იწვევდეს ვენური ობსტრუქციის სიმპტომებს. ქირურგიული მკურნალობა, ავთვისებიანი სიმსივნის გამორიცხვის, თრომბოემბოლიური გართულებების, ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქციის, მარჯვენა წინა-გულზე გავრცელების გამორიცხვის მიზნით, ნაჩვენებია კლინიკური სურათის არარსებობის დროსაც კი.

სისხლძარღვშიდა ლიპომა შეიძლება უსაფრთხოდ იქნეს მოცილებული ქირურგიული მეთოდით. ნაწილობრივ სტერნოტომია ლავიწზედა მიდგომასთან კომბინაციით უზრუნველყოფს გულმკერდის ღრუს მაგისტრალური ვენების საიმედო კონტროლს და იძლევა ფილტვის ემბოლიის თავიდან აცილების, ოპერაციის შემდგომი სისხლის დანაკარგის მინიმუმების და სიმსივნის მონობლოკურად მოცილების შესაძლებლობას.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОНТРОЛИРУЕМАЯ АНАЛГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Кушта А.А., Шувалов С.М.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. Пирогова, Украина

Эффективность обезболивания в послеоперационном периоде по сей день является серьезной проблемой в хирургии. Послеоперационная боль не всегда поддается купированию, а иногда переходит в хроническую форму [5]. От выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 40 до 75% пациентов, среди них до 50% жалуются на боль средней и высокой интенсивности [5,9].

На сегодня существует множество препаратов для обезболивания, однако адекватность послеоперационной аналгезии по субъективным оценкам пациентов не превышает 50% [5,7]. Поэтому, наиболее успешное послеоперационное обезболивание может быть достигнуто методами проводникового обезболивания, непосредственно вблизи операционной раны [8]. В основе данной идеи лежат патофизиологические механизмы острого болевого синдрома. Принято считать, что вокруг послеоперационной раны развивается зона гипералгезии, т.е. область повышенной болевой чувствительности. Выделяют два вида гипералгезии: первичную и вторичную. Первичная связана с повышенной чувствительностью ноцицепторов и развивается непосредственно в зоне повреждения, т.е. в области операционного поля. Немного позже формируется вторичная гипералгезия вне зоны повреждения. Она развивается при включении центральных механизмов сенситизации ноцицептивных нейронов, которые размещены в задних рогах спинного мозга. В следующие 12-18 часов после операции происхо-

дит «разширение» зоны болевой чувствительности вокруг операционной раны и, тем самым, развивается усиление интенсивности послеоперационных болевых ощущений, примерно, ко вторым суткам после операции [9]. Поэтому, попытки блокировать острую боль вблизи раны всегда присутствуют в разных областях хирургии.

В области головы и шеи известно несколько методов, однако они не получили широкого распространения ввиду сложности методик и неохотно воспринимаются врачами, использующими обезболивающие препараты.

Так, известный метод блокады нижнечелюстного нерва Г. Брауна (1905), где точка укола лежит под серединой скуловой дуги, игла продвигается в косом направлении к крыловидному отростку клиновидной кости. После чего отмечается глубинау продвижения иглы, дальше выдвигается до подкожной клетчатки и возвращается под небольшим углом кзади и вводится на отмеченную глубину [12]. Недостатком является неточность места укола и сложность манипуляции, а также однократность введения анестетика.

Позже, Ж. Берше (1922) предложил блокировать двигательные ветви нижнечелюстного нерва при рефлекторной контрактуры жевательной мышцы со стороны вырезки нижней челюсти. В. М. Уваров (1929), применяя элементы обезболивания по Берше, сочетая ее с методикой Г. Брауна, предложил погружать иглу на глубину 4-4,5 см, что позволяло осуществление блокады нижнечелюстного нерва [1].

Известно, что методы обезболивания точки вкола по середине скуловой дуги (Г. Браун, 1909) и по середине трагоорбитальной линии (С.Н.Вайсблат, 1961) не являются точными [2] и не обеспечивают длительного послеоперационного обезболивания.

Известен также способ М.Д. Дубова и В.А. Дунаевского [3], который предусматривает комбинированное проведение блокады нижнечелюстного нерва у овального отверстия основания черепа (подскуловой путь) и инфильтрационной анестезии в поднижнечелюстной области с подведением анестетика к заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы для выключения поверхностных ветвей шейного сплетения. Недостатком данной методики является, что блокировка анестетиком языкоглоточного нерва не производится и обезболивание рассчитано только для проведения оперативного вмешательства, без учета послеоперационного периода.

Столяренко П.Ю. предложил метод длительной проводниковой блокады ветвей тройничного нерва подскуловым методом [13]. Метод используется для послеоперационного обезболивания ветвей тройничного нерва и используется методика по Берше-Дубову, где за основу взята метрическая методика определения данной точки, не учитывающая индивидуальных анатомических особенностей пациентов. Недостатком также является то, что не производится блокировка анестетиком языкоглоточного нерва и анастомозов шейного нервного сплетения с ветвями лицевого и тройничного нервов для полного обезболивания нижней трети лица.

Существует несколько способов обезболивания – это предупредительная, сбалансированная аналгезия и контролируемая пациентом. Контролируемая пациентом аналгезия дает возможность больному получать обезболивание по требованию. Соответственно можно определить дозы медикаментов в зависимости от реальной потребности пациента, руководясь субъективными восприятиями болевых ощущений [3].

Целью исследования явилось создание оптимального комплекса проводниковой послеоперационной обезболивания с учетом патофизиологии острой боли и особенностей послеоперационных дефектов у пациентов с патологией челюстно-лицевой области.

Материал и методы. На базе отделения опухолей головы и шеи Подольского Регионального центра онкологии у 14 больных с диагнозом - рак боковой поверхности языка, корня языка, передней небной дужки, слизистой дна полости рта, альвеолярного отростка использована предложенная нами методика длительного проводниковой обезболивания в послеоперационном периоде у 4 женщин и 10 мужчин. Средний возраст пациентов составил $45,94 \pm 1,74$ года.

Разработанная нами методика длительного послеоперационного проводниковой обезболивания включала в себя блокады: центральная анестезия п. mandibularis, ангилярный языкоглоточного нерва и шейного сплетения (пат. Украины № 143135).

В качестве контроля обезболивания использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). ВАШ имеет 7 видов интенсивности боли и 10 баллов: 0 - нет боли; 1 - едва заметная боль; 2-3 - слабая; 4-5 - умеренная; 6-7 - сильная; 8-9 - очень сильная; 10 - невыносимая боль. Наблюдали за особенностями клиники затрудненного приема пищи и возможностями питания, что включало степень ксеростомии

(сухость полости рта), сложность глотка (баллы), объем глотка, консистенция еды и эмоции во время еды.

Определяли степень ксеростомии, в которой выделяют три степени: первая (легкая), при которой сохранена функция подчелюстной и околоушной слюнной железы, поэтому слюна поступает в нормальном количестве. При осмотре полости рта слюна слегка пенистая, а сама слизистая оболочка влажная. При второй (умеренной) степени слюнные железы работают частично, сухость в полости рта постоянная, речь затруднена. Прием сухой пищи становится невозможным, ее приходится все время запивать водой. Слизистая оболочка слабо увлажнена и имеет бледно-розовый цвет, что хорошо видно при осмотре. И третья степень (тяжелая), при которой пациенты ощущают сильную сухость в полости рта и днем, и ночью, присутствует боль во время разговора и приема пищи. Слизистая оболочка сухая и бледная, иногда с очагами поражения [11].

Сложность глотка оценивали по предложенной нами шкале в баллах, где 0 - свободное проглатывание, 1- проглатывание с усилием, 2 – проглатывание с поперхиванием, 3 – невозможность проглотить. Оценивали также возможность объема глотка от 5 мл до 15 мл и эмоции, которые возникали у пациента во время проглатывания (без напряжения, незначительное напряжение, сильное напряжение).

В динамике определяли консистенцию еды, которую пациент употреблял на протяжении лечения.

Результаты и обсуждение. Для блокады нижнечелюстного нерва нами модифицирована точка укола при центральной анестезии у овального отверстия. Во время наркоза под скуловой дугой в проекции *incisurae mandibulae* пальпируется задний край поверхностного слоя *m. masseter*, а дальше будто соскальзывая с него попадаем в ямку, дном которой является глубокий слой этой мышцы. При определении данного участка и легком нажатии на нее пальцем ощущается небольшое углубление, которое находится под скуловым отростком височной кости, т.е. «подвисочное». Точкой укола является наиболее глубокая часть (дно) в центре углубления (рис. 1).



Рис. 1. Определение углубления под скуловой дугой

Свободное прохождение иглы по указанным ориентирам, на наш взгляд, следует объяснить небольшой толщиной мышечно-сухожильного слоя в данной области, которая проецируется на нижнечелюстную вырезку. Вкол иглы производится перпендикулярно к поверхности кожи, а кончик иглы направлен непосредственно к овальному отверстию, не требующего дополнительных изменений направления иглы. На глубине 4,0-4,5 см устанавливаем катетер (рис. 2).



Рис. 2. Подскуловой путь введения катетера к овальному отверстию

Далее проводим обезболивание языкоглоточного нерва, где точка укола находится на расстоянии 2-2,5 см книзу от угла нижней челюсти. Иглу продвигаем в направлении нижнелатерального угла глазницы и направляем под углом 45° к ветви нижней челюсти (рис. 3) продвигая к корню языка на глубину 4,0-4,5 см, где устанавливаем катетер (рис. 4).

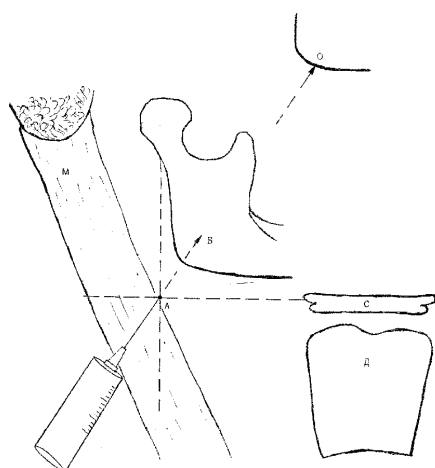


Рис. 3. Точка укола и направление при ангулярной анестезии языкоглоточного нерва



Рис. 4. Ангулярный метод блокады языкоглоточного нерва

Учитывая данные литературы и клинический опыт, нами усовершенствован способ блокады поверхностного шейного сплетения. При этом следует иметь в виду, что *n. transversus colli* проходит под *m. platysma*, поэтому при выполнении инъекции необходимо в этом месте кожу и фасцию взять в складку. Точка вкола для блокады и катетризации шейного сплетения может быть определена двумя способами: первый ориентирован на пересечение наружной яремной вены с задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы (рис. 5). Для визуализации наружной яремной вены необходимо задержать дыхание. При невыраженности наружной яремной вены необходимо определить точку вкола по месту пересечения линии проведенной от угла нижней челюсти до середины ключицы и задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы, где и устанавливается катетер (рис. 6).



Рис. 5. Определение точки укола при блокаде поверхностного шейного сплетения. Кончик пальца указывает на место пересечения наружной яремной вены и заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы



Рис. 6. Подведение катетера к поверхностному шейному сплетению

Во всех трех целевых пунктах устанавливали тонкий пластиковый катетер (G18, G20) через который вводили 1-2 мл анестетика. Использование методики длительного послеоперационного проводникового обезболивания у оперированных больных приводит к обезболиванию в среднем через 15-20 мин.

Адекватность обезболивания оценивали: в послеоперационном периоде до первого приема пищи (до первых признаков появления боли), после блокад, во время перевязки операционной раны и при приеме пищи по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Это измерение пациент проводил самостоятельно и под контролем врача.

До введения местного анестетика интенсивность боли составляла $7,07 \pm 0,83$ баллов, после введения, спустя 20 минут – $0,28 \pm 0,46$. Признаки анальгезии сохранялись $152,86 \pm 24,94$

мин, т.е. около 3 часов. В это время пациент производил прием пищи, параллельно, оценивалась сложность глотка до блокады и после нее - $1,71 \pm 0,82$ баллов было до, $0,28 \pm 0,46$ - после глотка. Объем глотка в динамике также увеличивался с 5 мл до 15-20 мл свободного прохождения. После анестезии у пациентов, которые отмечали сильное напряжение во время еды, эмоции менялись от легкого напряжения до полного отсутствия напряжения.

Проводили также комплекс проводникового послеоперационного обезболивания перед перевязками в результате чего, во время манипуляций пациенты отмечали отсутствие боли (0 баллов по ВАШ).

Степень ксеростомии определяли во время госпитализации (до лечения) и спустя на первый, третий, пятый, седьмой и десятый дни после лечения. До лечения 6 пациентов составили группу со второй степенью ксеростомии, на первый и третий день после операции у пациентов отмечалась ксеростомия третьей степени, нормальная саливация была у одного пациента и то только в первые сутки. На пятые сутки после операции основную группу составили пациенты со второй степенью, а на седьмой день увеличилась группа с первой степенью ксеростомии. На десятый день отмечается положительная динамика – пациенты с третьей степенью ксеростомии не выявлены, со второй степенью – 3, с первой – 7, у четырех пациентов полностью отсутствуют признаки ксеростомии (рис. 7).

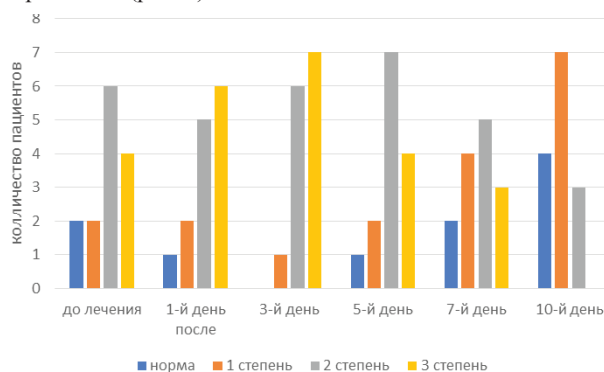


Рис. 7. Динамика выраженности ксеростомии у пациентов

Данная методика обезбоживания позволяет безболезненно и в полном объеме проводить перевязки и значительно улучшает возможность глотания, даже при наличии зонда. Положительно влияет на состояние увлажненности полости рта и общее состояние пациента, что весьма значимо для положительной реабилитации.

Эффект полного обезбоживания разработанной нами методики, прежде всего, связан с дополнительной блокадой языкоглоточного нерва и ветвей шейного сплетения. По всей вероятности, происходит обезбоживание анастомозов данных нервов с ветвями блуждающего и подъязычного. Таким образом, проводниковое обезбоживание способствует осуществлению блокады нервно-мышечных блоков сформированных из тканей I-II жаберных дуг, которые являются двумя первыми этапами формирования пищевого комка в полости рта и продвижения его в ротоглотке. Этот этап приема пищи у онкопациентов является наиболее сложным и болезненным. Разработанный нами метод эффективно решает эту проблему.

Выводы:

1. Разработанная система проводниковых блокад позволяет обезболить нейромышечный комплекс рта и ротоглотки,

тем самым блокировать зону первичной гипералгезии и предупредить развитие вторичной зоны.

2. Методика длительного послеоперационного проводникового обезбоживания значительно улучшает обезбоживание послеоперационных дефектов на протяжении $152,86 \pm 24,94$ мин. и обеспечивает безболезненное глотание (0 баллов по ВАШ).

3. Применение данной методики послеоперационного обезбоживания позволило значительно снизить проявления ксеростомии на 7-й день, сократить заживление ран на 3-4 дня и ускорить восстановление общего состояния пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Браун Г. Местная анестезия, ее научное обоснование и практическое применение. Питер: СПб.; 1990. 290 с.
2. Вайсблат С.Н. Местное обезбоживание при операциях на лице, челюстях и зубах. Седьмое изд. Киев: Госмедиздат УССР; 1962. 470 с.
3. Дмитрієв Д.В. Синдром гіпералгезії в ранній післяопераційний період. Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. 2015. 3;30-40.
4. Дубов М. Д. Местное обезбоживание в стоматологической практике. Ленинград: Медицина; 1969. 105 с.
5. Лесной И.И., Белка Е.Ю., Кучин Ю.Л. Острая послеоперационная боль, проблемы и пути решения. Біль, знеболювання, та інтенсивна терапія. 2011; 1:22-30
6. Лимберг А.А., Львов П.П. Учебник хирургической стоматологии. Львов: Госмедиздат СССР; 1939. 448 с.
7. Малаховська А.О., Шувалов С.М. Порівняльна характеристика післяопераційного больового синдрому та побічних ефектів при застосуванні різних схем знеболення. Вісник стоматології. 2012; 1:39-42.
8. Малаховська А. О. Особливості провідникового знеболення нижньої третини обличчя та верхньої третини шиї. Вісник стоматології. 2010; 1:41-45.
9. Овечкин А.М., Ефременко И.В. Фармакотерапия острой послеоперационной боли, основанная на применении препаратов, воздействующих на NMDA-рецепторный комплекс. Анестезиология и реаниматология. 2013; 3:63-69.91
10. Павлова МЛ. Дифференциальная диагностика различных форм ксеростомии. Варианты лечения. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 2001.
11. Подвизников С.О. Краткий взгляд на проблему ксеростомии. Опухоли головы и шеи. 2015;5(1):42-44.
12. Столяренко, П.Ю. История обезбоживания в стоматологии (от древности до современности). Самара. 2001.172 с.
13. Столяренко П.Ю., Байриков И. М., Солтанов А. Д. Пролонгированная региональная блокада третьей ветви тройничного нерва при лечении. Danish Scientific Journal (DSJ). 2019;45-49.

SUMMARY

POSTOPERATIVE CONTROLLED ANALGESIA IN PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER

Kushta A., Shuvalov S.

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Acute postoperative pain is still an urgent problem in surgery. Today there are many drugs for pain relief, but at the same time, the adequacy of postoperative analgesia for the subjective as-

assessments of patients does not exceed 50%. Therefore, taking into account the pathophysiology of acute pain syndrome, it is necessary to inject an anesthetic directly near the operating field, which can be achieved by long-term conduction anesthesia. So, in the area of the head and neck, there are several techniques (G. Brown, J. Bershet, V. M. Uvarov, J. S. Vaisblat, V. A. Dubov and V. D. Dunaevsky, P. Yu. Stolyarenko), but all of them have a metric definition of the point at the near and do not take into account the individual anatomical characteristics of patients, as well as anastomoses of the nerves.

Therefore, the goal of our work was to create an optimal complex of conductive postoperative pain relief taking into account the pathophysiology of acute pain and the characteristics of postoperative defects in patients with pathology of the maxillofacial region.

We have proposed a combination of three blockades: central anesthesia at the foramen ovale, angular glossopharyngeal nerve block and superficial cervical plexus block with prolonged catheterization. This technique of anesthesia allows you to carry out dressings painlessly and in full. It also significantly improves the ability to swallow, even with a probe. It has a positive effect on the state of moisture in the oral cavity.

Keywords: conduction postoperative anesthesia, pain, swallowing.

РЕЗЮМЕ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОНТРОЛИРУЕМАЯ АНАЛГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Кушта А.А., Шувалов С.М.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. Пирогова, Украина

Острая послеоперационная боль по сей день является актуальной проблемой в хирургии. Существует множество препаратов для обезболивания, однако адекватность послеоперационной анальгезии по субъективным оценкам пациентов не превышает 50%. Учитывая патофизиологию острого болевого синдрома необходимо вводить анестетик непосредственно вблизи операционного поля, что достигается длительным проводниковым обезболиванием. Так, в области головы и шеи существует несколько методик обезболивания (Г. Браун, Ж. Берше, В.М. Уваров, Й.С. Вайсблат, В.А. Дубов и В.Д. Дунаевский, П.Ю.Столяренко), все они имеют метрическое определение точки вкола и не учитывают индивидуальных анатомических особенностей пациентов и анастомозов нервов.

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явилось создание оптимального комплекса проводникового послеоперационного обезболивания с учетом патофизиологии острой боли и особенностей послеоперационных дефектов у пациентов с патологией челюстно-лицевой области.

Авторами предложена комбинация трех блокад: центральная анестезия у овального отверстия, ангулярная блокада языкоглоточного нерва и блокада поверхностно-го шейного сплетения с длительной катетеризацией.

Данная методика обезболивания позволяет безболезненно и в полном объеме проводить перевязки, значительно улучшает возможность глотания даже при наличии зонда. Положительно влияет на состояние увлажненности полости рта.

რეზიუმე

ოპერაციის შემდგომი კონტროლირებადი ანალგეზია თავისა და კისრის კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში

ა.კუშტა, ს.შუვალოვი

ვინიციის ნ.პიროგოვის სახ. ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი, უკრაინა

მწვავე პოსტოპერაციული ტკივილი სადღეისოდ წარმოადგენს გადაუდებელ პრობლემას. ტკივილის შესამსუბუქებლად არსებობს მრავალი პრეპარატი, მიუხედავად ამისა, პოსტოპერაციული ანალგეზიის ადეკვატურობა პაციენტების სუბიექტური შეფასებით არ აღემატება 50%-ს.

მწვავე ტკივილის სინდრომის პათოფიზიოლოგიის გათვალისწინებით აუცილებელია საანესთეზიო ინექცია განხორციელდეს უშუალოდ ოპერაციულ ველთან, რის მიღწევაც შესაძლებელია ხანგრძლივი გამტარი ანესთეზიით. თავისა და კისრის მიდამოში არსებობს ანესთეზიის რამოდენიმე მეთოდიკა (გ. ბრაუნი, ჯ. ბერშეტი, ვ.უვაროვი, ვ.ვაისბლატი, ვ.დუბოვი და ვ.დუნაევსკი, პ.სტოლიარენკო), მათ ყველას გააჩნია ახლომდებარე წერტილის მეტრული განსაზღვრა და არ ითვალისწინებენ პაციენტების ინდივიდუალურ ანატომიურ მახასიათებლებს, ისევე როგორც ნერვების ანასტომოზებს.

კვლევის მიზანს წარმოადგენა გამტარ პოსტოპერაციული ანალგეზიის ოპტიმალური კომპლექსის შექმნა მწვავე ტკივილის პათოფიზიოლოგიისა და ოპერაციის შემდგომი დეფექტების მახასიათებლების გათვალისწინებით პაციენტებში ყბა-სახის რეგიონის პათოლოგიით.

ავტორების მიერ შემოთავაზებულია სამი ბლოკადის კომბინაცია: ცენტრალური ანესთეზია ოვალურ ხერველთან, გლოსოფარინგეალური ნერვის ანგულარული ბლოკადა და ყელის ზედაპირული წნულის ბლოკადა ხანგრძლივი კათეტერიზაციით.

ანესთეზიის ზემოაღნიშნული მეთოდიკა საშუალებას იძლევა უმტკივნეულოდ ჩატარდეს შეხვევები, მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ყლაპვის უნარს, თუნდაც ზონდით და დადებითად მოქმედებს პირის ღრუს ტენიანობის მდგომარეობაზე.