

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 5 (302) Май 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 5 (302) 2020

Published in cooperation with and under the patronage
of the Tbilisi State Medical University

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

GMN: Georgian Medical News is peer-reviewed, published monthly journal committed to promoting the science and art of medicine and the betterment of public health, published by the GMN Editorial Board and The International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (U.S.A.) since 1994. **GMN** carries original scientific articles on medicine, biology and pharmacy, which are of experimental, theoretical and practical character; publishes original research, reviews, commentaries, editorials, essays, medical news, and correspondence in English and Russian.

GMN is indexed in MEDLINE, SCOPUS, PubMed and VINITI Russian Academy of Sciences. The full text content is available through EBSCO databases.

GMN: Медицинские новости Грузии - ежемесячный рецензируемый научный журнал, издаётся Редакционной коллегией и Международной академией наук, образования, искусств и естествознания (IASEIA) США с 1994 года на русском и английском языках в целях поддержки медицинской науки и улучшения здравоохранения. В журнале публикуются оригинальные научные статьи в области медицины, биологии и фармации, статьи обзорного характера, научные сообщения, новости медицины и здравоохранения.

Журнал индексируется в MEDLINE, отражён в базе данных SCOPUS, PubMed и ВИНТИ РАН. Полнотекстовые статьи журнала доступны через БД EBSCO.

GMN: Georgian Medical News – საქართველოს სამედიცინო სიახლენი – არის ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო რეცენზირებადი ჟურნალი, გამოიცემა 1994 წლიდან, წარმოადგენს სარედაქციო კოლეგიისა და აშშ-ის მეცნიერების, განათლების, ინდუსტრიის, ხელოვნებისა და ბუნებისმეტყველების საერთაშორისო აკადემიის ერთობლივ გამოცემას. GMN-ში რუსულ და ინგლისურ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული, თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოხილვითი ხასიათის სტატიები.

ჟურნალი ინდექსირებულია MEDLINE-ის საერთაშორისო სისტემაში, ასახულია SCOPUS-ის, PubMed-ის და ВИНТИ РАН-ის მონაცემთა ბაზებში. სტატიების სრული ტექსტი ხელმისაწვდომია EBSCO-ს მონაცემთა ბაზებში.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

Ежемесячный совместный грузино-американский научный электронно-печатный журнал
Агентства медицинской информации Ассоциации деловой прессы Грузии,
Академии медицинских наук Грузии, Международной академии наук, индустрии,
образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

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

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

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

Website:

www.geomednews.org

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

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

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

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

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

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

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

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

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

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; Georgian Academy of Medical Sciences; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).

Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

EDITOR IN CHIEF

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),

Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA),

Konstantin Kipiani (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),

Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tamara Mikaberidze (Georgia), Tengiz Riznis (USA),

Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,

Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria, Kakhaber Chelidze,

Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava,

Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili, Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner,

Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Irina Kvachadze, Nana Kvirkvelia,

Teymuraz Lezhava, Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava,

Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili,

Ramaz Shengelia, Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

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

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

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

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

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.org

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

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

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

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

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

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაეიცვათ შემდეგი წესები:

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

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

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

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

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

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრამების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალებების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

7. სამამულო ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალების თანდართვით, უცხოურისა – უცხოური ტრანსკრიპციით.

8. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით). ანბანური წყობით წარმოდგენილ ბიბლიოგრაფიულ სიაში მიუთითეთ ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში კვადრატულ ფხიხლებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით. მიზანშეწონილია, რომ ციტირებული წყაროების უმეტესი ნაწილი იყოს 5-6 წლის სიღრმის.

9. სტატიას თან უნდა ახლდეს: ა) დაწესებულების ან სამეცნიერო ხელმძღვანელის წარდგინება, დამოწმებული ხელმოწერითა და ბეჭდით; ბ) დარგის სპეციალისტის დამოწმებული რეცენზია, რომელშიც მითითებული იქნება საკითხის აქტუალობა, მასალის საკმაობა, მეთოდის სანდოობა, შედეგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობა.

10. სტატიის ბოლოს საჭიროა ყველა ავტორის ხელმოწერა, რომელთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-ს.

11. რედაქცია იტოვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.

12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც დასაბეჭდად წარდგენილი იყო სხვა რედაქციაში ან გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემებში.

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

| | |
|--|----|
| Shkvarkovskiy I., Moskaliuk O., Bryndak I., Grebeniuk V., Kozlovska I. EVALUATION OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF THE PANCREATOBILIARY SYSTEM DISORDERS | 7 |
| Filipstova K. BIOCHEMICAL PROPERTIES OF CARBOXYPEPTIDASE A OF THE UNTRANSFERRED TISSUE AND MALIGNANT NEOPLASM OF THE MAMMARY GLAND..... | 12 |
| Demchenko V., Shchukin D., Strakhovetskiy V., Slobodyanyuk Ye., Safonov R. RECONSTRUCTION OF THE UPPER THIRD OF THE URETER WITH A TUBULARIZED PELVIS FLAP IN DIFFICULT CLINICAL SITUATIONS | 18 |
| Borisenko A., Antonenko M., Zelinsky N., Stolyar V., Popov R. EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN DENTAL IMPLANT PATIENTS..... | 23 |
| Orjonikidze A., Mgebrishvili S., Orjonikidze M., Barbakadze I., Kipiani N.V., Sanikidze T. NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF PERIIMPLANTITIS (REVIEW) | 28 |
| Akhalkatsi V., Matiashvili M., Maskhulia L., Obgaidze G., Kakhabrishvili Z. ASSESSMENT OF RISKS OF DEVELOPMENT OF ARTHROFIBROSIS AND PREVENTION OF KNEE EXTENSION DEFICIT SUBSEQUENT TO AN ANTERIOR CRUciate LIGAMENT RECONSTRUCTION..... | 34 |
| Nanava N., Betaneli M., Giorgobiani G., Chikovani T., Janikashvili N. COMPLETE BLOOD COUNT DERIVED INFLAMMATORY BIOMARKERS IN PATIENTS WITH HEMATOLOGIC MALIGNANCIES..... | 39 |
| Metreveli S., Kvachadze I., Kikodze N., Chikovani T., Janikashvili N. PERIPHERAL BLOOD BIOMARKERS IN PATIENTS WITH REFRACTORY IMMUNE THROMBOCYTOPENIA | 45 |
| Ruzhitska O., Kucher A., Vovk V., Vovk Y., Pohranychna Kh. CLINICAL SONOGRAPHIC ANALYSIS OF BIOMETRIC INDICATORS OF BUCCAL THICKNESS AND BUCCAL FAT PAD IN PATIENTS WITH DIFFERENT FACIAL TYPES | 49 |
| Vyshnevskaya I., Kopytsya M., Hilova Ya., Protsenko E., Petyunina O. BIOMARKER sST2 AS AN EARLY PREDICTOR OF ACUTE RENAL INJURY IN PATIENTS WITH ST-SEGMENT ELEVATION ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION | 53 |
| Бакытжанулы А.Б., Абдрахманов А.С., Смагулова А.К. ВЫСОКПЛОТНОЕ КАРТИРОВАНИЕ АТИПИЧНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КАТЕТЕРА PENTARAY | 58 |
| Павлова Л.И., Кулес В.Г., Ших Е.В., Бадридина Л.Ю., Цветков Д.Н., Беречкидзе И.А. ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ОБЗОР)..... | 63 |
| Астапова А.В., Скрипченко Е.Ю., Скрипченко Н.В., Вильниц А.А., Горелик Е.Ю., Карев В.Е. СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА И ГЕМОФАГОЦИТАРНОГО ЛИМФОГИСТИОЦИТОЗА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)..... | 69 |
| Gogunskaya I., Zaikov S., Bogomolov A. DIAGNOSTIC PARAMETERS OF IN VIVO (SKIN PRICK) AND IN VITRO (ELISA) TESTS FOR DETERMINATION OF EPIDERMAL CAT AND DOG ALLERGENS SENSITIZATION IN PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS AND ATOPIC ASTHMA..... | 76 |
| Myronchenko S., Zvyagintseva T., Ashukina N. THE EFFECT OF ULTRAVIOLET RADIATION ON THE ORGANIZATION AND STRUCTURE OF COLLAGEN FIBERS OF DERMIS | 82 |
| Mruh O., Rymsha S., Mruh V. EVALUATION OF THE EFFICACY OF ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC DRUGS AND PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA BASED ON THE DURATION OF REMISSION | 86 |

| | |
|--|-----|
| Ratiani L., Machavariani K., Shoshiashvili V. SEPSIS: IMPORTANCE OF ETHNIC PROPERTIES AND PHENOTYPES (REVIEW)..... | 92 |
| Nechytailo D., Nechytailo Yu., Mikheeva T., Kovtyuk N., Ponyuk V. VALUE OF AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING IN THE VERIFICATION OF ARTERIAL HYPERTENSION IN SCHOOL AGE CHILDREN..... | 96 |
| Чолокава Н.Н., Геладзе Н.М., Убери Н.П., Бахтадзе С.З., Хачапуридзе Н.С., Капанадзе Н.Б. ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВЫЙ ОБМЕН И ФОРМИРОВАНИЕ МАТРИКСА КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ФОНЕ D-АВИТАМИНОЗА (ОБЗОР)..... | 101 |
| Чочия А.Т., Геладзе Н.М., Гогберашвили К.Я., Хачапуридзе Н.С., Бахтадзе С.З. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР)..... | 105 |
| Овчаренко Л.С., Дмитриева С.Н., Вертегел А.А., Кряжев А.В., Шелудько Д.Н. СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА И МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РЕКУРРЕНТНЫМИ БРОНХИТАМИ | 109 |
| Дайронас Ж.В., Евсеева С.Б., Сысуев Б.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА МИКРОСКОПИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОДЛИННОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ ГРЯЗЕЙ | 113 |
| Semenenko S., Semenenko A., Malik S., Semenenko N., Malik L. EVALUATION OF THE EFFECT OF ADEMOL ON THE DYNAMICS OF NEURON-SPECIFIC ENOLASE IN TRAUMATIC BRAIN INJURY IN RATS | 123 |
| Tazhibayeva D., Kabdualieva N., Aitbayeva Zh., Sengaliy M., Niyazbekova K. THE DYNAMICS OF LIPOPEROXIDATION PROCESSES IN THE EARLY PERIOD AFTER COMBINED EFFECTS OF A HIGH DOSE GAMMA RADIATION AND IMMOBILIZATION STRESS (EXPERIMENTAL RESEARCH) | 127 |
| Джафарова Г.К. ДИНАМИКА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ КРЫС, ПОДВЕРГНУТЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ ГИПОКСИИ В ПЕРИОД ПРЕНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ | 132 |
| Yaremii I., Kushnir O., Vepriuk Yu., Palamar A., Skrynychuk O. EFFECT OF MELATONIN INJECTIONS ON THE GLUTATHIONE SYSTEM IN THE HEART TISSUE OF RATS UNDER EXPERIMENTAL DIABETES..... | 136 |
| Kaminska M., Dihtiar V., Dedukh N., Nikolchenko O. REACTIVE-ADJUSTABLE RESTRUCTURING OF STERNUM IN RATS AFTER MODELING OF MECHANICAL LOADING IN THE BIOMECHANICAL SYSTEM “STERNUM-RIBS-SPINE” | 140 |
| Chorna V., Makhniuk V., Gumeniuk N., Khliestova S., Tomashevskiy A. COMPARATIVE ANALYSIS OF MORBIDITY INDICATORS AMONG THE POPULATION OF THE EU AND UKRAINE UNDER CONDITIONS OF STRESSED LOAD OF THE ANTI-TERRORIST OPERATIONS AND PSYCHOPROPHYLAXIC MEASURES..... | 147 |
| Койков В.В., Умбетжанова А.Т., Дербисалина Г.А., Байгожина З.А., Бекбергенова Ж.Б. РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ КАК ИНСТРУМЕНТ СТИМУЛИРОВАНИЯ ВХОЖДЕНИЯ В ГЛОБАЛЬНЫЕ РЕЙТИНГИ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ..... | 154 |
| Teremetskyi V., Dmytrenko E., Pletnov O., Grynenko S., Kovalenko Ye. HEALTH CARE SECTOR’S FINANCIAL, CIVIL, CRIMINAL AND ADMINISTRATIVE LIABILITY IN EU MEMBER STATES AND UKRAINE: RESULTS OF COMPARATIVE RESEARCH | 160 |
| Адамян Г.К. ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК МЕТОД ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОТРУДНИКОВ ПОЛИЦИИ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ..... | 167 |
| Стасевич Н.Ю., Златкина Н.Е., Старцев Д.А., Козлов С.И. ОСОБЕННОСТИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА | 173 |
| Taghiyeva S. OBTAINING OF BACTERIOCINES FROM BACTERIA <i>BACILLUS SUBTILIS</i> ATCC 6633 STRAIN BY ORIGINAL METHODS..... | 178 |

HAYKA

EVALUATION OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF THE PANCREATOBILIARY SYSTEM DISORDERS

Shkvarkovskiy I., Moskaliuk O., Bryndak I., Grebeniuk V., Kozlovska I.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivrsi, Ukraine

Diseases of the pancreatobiliary system are the most common in abdominal surgery, and their frequency reaches 30% among adults, and this indicator increases with age [1,2 4]. For the diagnosis and treatment of such patients direct contrast of biliary or pancreatic duct systems and instrumental access to these systems are needed. Most scientists prefer endoscopic methods of restoring the patency of the biliary or pancreatic tract in the treatment of this category of patients [2,4].

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is becoming more widespread in the treatment of diseases of the bile ducts and pancreas. Studying the therapeutic and diagnostic capabilities of the ERCP and the complications accompanying this method made it possible to reconsider the indications and contraindications for its use, the main of which is the removal of concretions from the bile ducts and the stenting in the case of duct obstruction with neoplasms both in the ducts themselves and in the surrounding tissues [2,6,8].

Another large section of the paper includes chronic pancreatitis, which are accompanied by the formation of pancreatic cysts and strictures of the Wirsung's duct that occur as a result of pancreatic necrosis. Sphincter of Oddi dysfunction (SOD) is a separate nosological unit, whose treatment was in the sight of therapists for a long time, but today SOD attracts more and more attention of the endoscopic surgeons. At the same time, the performance of a mere diagnostic ERCP is less justifiable due to the seriousness of the complications accompanying this method and a high diagnostic value of non-invasive methods such as magnetic resonance computed tomography and endoscopic ultrasound examination [10,12].

The criteria for the quality of the ERCP are clear selection of indications for intervention, the percentage of successful cannulations of the desired duct and the low level of complications [4,8,11].

It must be emphasized that for successful implementation of ERCP it is necessary to achieve selective cannulation of choledoch or pancreatic duct. According to the literature, this can be done in 85-90% of all cases. However, the difficulties of endoscopic treatment of patients with diseases of the pancreatobiliary system may occur at the initial stage of ERCP – in the cannulation of biliary or pancreatic tract [5,7,8].

The complications of ERCP include bleeding, perforation of the duodenum or the common bile duct, acute pancreatitis, cholangitis. According to the literature, their incidence is from 4,2 to 9,8% and depends, to a large extent, on the experience of the endoscopic surgeon, technical support, the course of the disease and features of the anatomical structure. The mortality varies within the range of 3,2-6,1% [9-11].

The purpose of the paper is to evaluate the effectiveness and safety of endoscopic methods of treating pancreatobiliary pathology.

Material and methods. The Center for Endoscopic Surgery of the Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University" began its work in January 2016. All surgical interventions were performed by one team using the OLYMPUS EVIS EXERA II endoscopic video system.

On the whole, in a group of 412 patients, there were 232 women that made up 56,31% and 180 men. The average age of patients was 63,3±5,34 years and ranged from 22 to 91 years. Since that time, 412 surgical interventions have been performed, of which in nine cases the cannulation attempt was unsuccessful – 2,18%, due to severe papillostenosis or the deformation of a duodenal bulb because of a tumor lesion. In 23 patients (5,58%) surgical intervention was performed in two stages. At the first stage, after an unsuccessful cannulation, the endoscopic needle sphincterotomy was performed, and after three days of anti-inflammatory and antibiotic therapy, the patients were operated for the second time and the intervention was performed in the required volume.

The main method of access to the common bile duct was its cannulation using a standard papillotome and the introduction of a guidewire, which proved to be effective in 284 patients (68,93%).

In case of complications with cannulation, we used supra-papillary choledochoduodenostomy with the needle papillotomy, which allowed access to the common bile duct in 59 patients, that is 14%. Antibiotic prophylaxis was carried out by means of cephalosporins of the 4th generation intramuscularly 2 grams. Further necessity of antibiotic therapy was determined depending on the specific clinical situation. Intravenous administration of hyoscine butyl bromide was used in order to suppress peristalsis and relax the sphincters of the digestive canal during the procedure. After the surgery all patients were in hospital for at least 24 hours. The average length of staying in the hospital was 1,8±0,13 days. Primary surgical interventions were performed in 319 patients, that is 77,43%, in 93 (22,57%) of them they were repeated.

Results and discussion. The cannulation of the desired duct by means of a guidewire was achieved in 284 patients 68,93%, the typical endoscopic papillosphincterotomy using a pull-type papillotome was performed in 258 (62,62%) patients, in other 74 – 17,96% the access to the desired duct was obtained using the needle-knife-type papillotome.

The most common indication for endoscopic interventions was mechanical jaundice caused by concretions in the common bile duct in combination with calculous cholecystitis 209 patients (50,72%), recurrent choledocholithiasis was observed in 26 patients (6,31%) (Table 1), neoplasms in the hepatopancreatoduodenal zone were found in 130 patients (31,55%). Thorough examination allowed us to differentiate the diseases of the pancreas in 89 patients (21,6%), neoplasm of extrahepatic biliary tract occurred in 29 (7,05%) and p. Vaters tumor lesion was verified in 12 patients (2,91%).

The volume of the intervention was determined by an established intraoperative diagnosis based on these additional examination methods in the preoperative period. Extraction of concretions from extrahepatic bile ducts was carried out in 235 patients (57,03%). In our 18 observations, there was a concretion wedged into p. Vaters. In the cases when the ERCP found concretions choledoch sized more than 12 mm, we carried out

papillosphincterotomy followed by a dilation of the ampullary region using a balloon up to 10-13-15 mm, which was determined intraoperatively individually in each case and was used by us in 92 (22,33%) of patients (Fig. 1). Concretions from the biliary tract were removed by a balloon lithoextractor in 194 cases, the Dormia basket proved to be effective in 59 cases.

In the case of verification of concretes larger than the dilation balloons, we have performed a mechanical lithotripsy followed by a removal of fragments of a concrement.

Endobiliary stenting was performed in 158 (38,34%) patients in 122 (29,61%) of them due to pancreatic tumors and extrahepatic biliary tract. In 9 patients a "pig tail" stent was placed when there was a functioning biliary fistula caused by previous cholecystectomy and leaving large concretions in the common bile duct. In 12 patients stenting was performed in a case of papillary tumors, and in 17 patients stenting was performed because of metastases of hepatodeodenal ligament.

The vast majority of stents were polypropylene – 156, three patients had a uncovered self-expandable stent. The stent was replaced in 43 (10,43%) patients. A pancreatic stent was placed in a 11 (2,66%) patients with a stricture of the Wirsung's duct and a formed pancreatic cyst (Fig. 2).

In 14 patients (3,39%), the ERCP allowed the correct diagnosis to be made, this applies to those patients whose parapapil-

lary contrast diverticulum was considered as some neoplasm in the pancreas. In other cases (7 patients, 1,94%), the mistaken diagnosis of choledocholithiasis was changed to the bile duct tumors.

In determining the degree of severity of endoscopic intervention, we were based on the degree of stenosis of p. Vategy, 57 of our patients (13,83%) suffered from, on the choledoch diameter ranging from 5 to 25 mm and averaged $13,6 \pm 2,61$ mm, and on the size of the concretions varying between 3 and 25 mm in our study, the average size was $8,7 \pm 3,47$ mm, however, there were no statistically significant figures obtained.

ERCP is a highly effective method for treating biliary fistulas, which identifies the location of leakage of bile, and restoring of bile flowing to the duodenum helps to heal the fistula (Fig. 3).

The reason of the formation of bile fistula was biliary hypertension in case of choledocholithiasis in 9 (2,18%) patients. Endoscopic papillosphincterectomy was performed to restore the free passage of bile into the duodenum. Lithoextraction with balloon was carried out in 7 patients, and in 2 patients was used litoextraction with basket. Endobiliary drainage was performed in 3 patients. Conducting decompression of bile ducts in all cases of fistulas resulted in the cessation of bile fistula the day after surgery.

Table 1. Indications for the ERCP

| Indications | n | % |
|---|-----|-------|
| Choledocholithiasis combined with calculous cholecystitis | 209 | 50,72 |
| Recurrent Choledocholithiasis | 26 | 6,31 |
| Neoplasm in the pancreas | 89 | 21,6 |
| Neoplasm in the bile ducts | 29 | 7,03 |
| Neoplasm of p. Vategy | 12 | 2,91 |
| Acute biliary pancreatitis | 29 | 7,03 |
| Chronic pancreatitis | 40 | 9,70 |
| Compression of bile ducts by metastases | 17 | 4,12 |
| Sphincter of Oddi dysfunction | 4 | 0,97 |
| The presence of biliary fistulas | 9 | 2,18 |

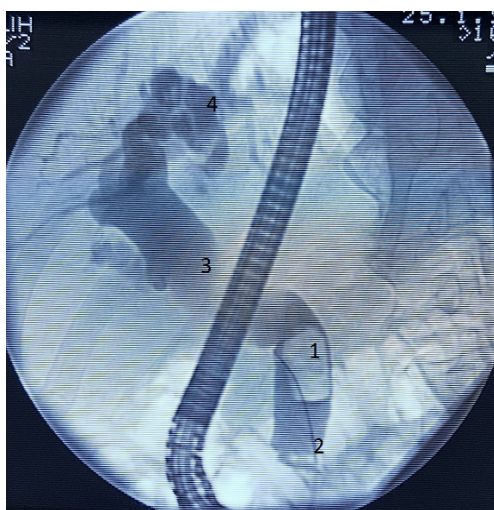


Fig. 1. Choledocholithiasis. 1 – a big concrement of choledoch, 2 – guidewire, 3 – dilated choledoch, 4 – dilated intrahepatic ducts

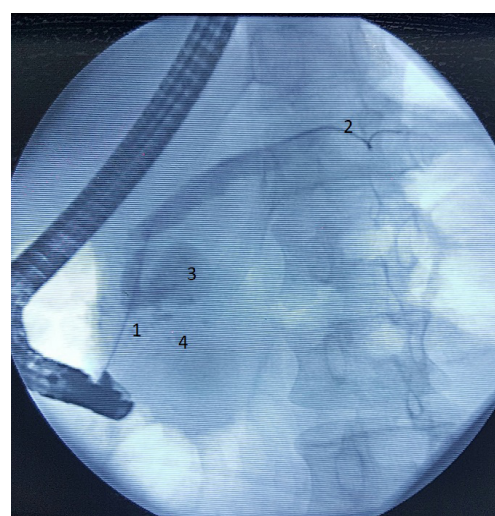


Fig. 2. Stenting of the Wirsung's duct. 1 – stricture of the Wirsung duct, 2 – guidewire, 3 – cyst of head pancreas, 4 – calcification of head pancreas

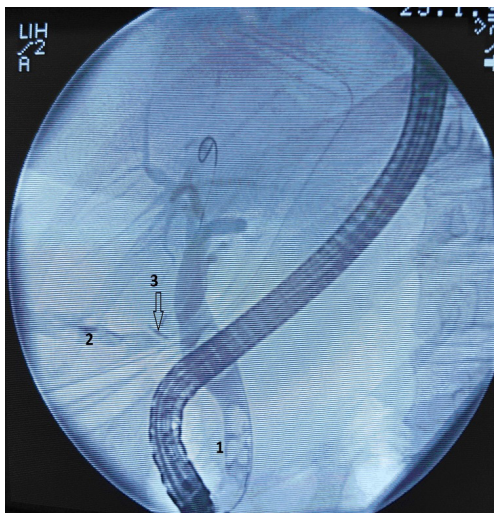


Fig. 3. Bile fistula. 1 – stones into common bile duct, 2 – leakage of bile, 3 – failure of the cystic duct stump after cholecystectomy

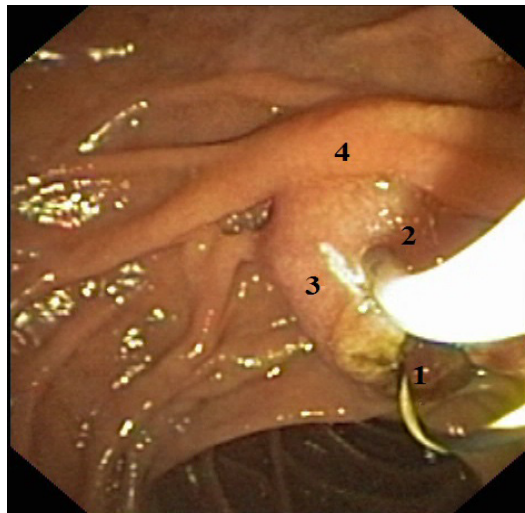


Fig. 4. Method of selective cannulation of choledoch. 1 – the guidewire which is introduced into the main pancreatic duct, 2 – needle-knife-type papillotome, 3 – large duodenal papilla, 4 – marginal fold

Table 2. Complications associated with ERCP

| | Intraoperation | % | After operation | % |
|----------------------|----------------|------|-----------------|------|
| Bleeding | 10 | 2,43 | | |
| Pancreatitis | | | 8 | 1,94 |
| Duodenum perforation | 2 | 0,48 | | |
| Cholangitis | | | 5 | 1,22 |
| Stent dislocation | | | 2 | 0,48 |
| Total | 12 | 2.91 | 15 | 3.64 |

The use of needle suprapapillary choledochoduodenotomy allowed us to get an access to the choledoch in 59 patients (14,32%) in cases of tough cannulations and to complete required volume of intervention.

As the access to choledoch was difficult, 23 patients were operated in two stages (5,58%), after performing the first stage of needle papillosphincterotomy, we conducted an anti-inflammatory antibiotic therapy lasting from 3 to 5 days, after which 19 patients achieved the second stage – drainage of choledoch, in other 4 patients the second attempt failed.

We have proposed a “Method of selective cannulation of choledoch” (patent of Ukraine 117568UA), which aims to improve the results of needle papillotomy. We used this method when it was impossible to cannulate choledoch or after several accidental cannulations of the main pancreatic duct [3]. The purpose of the method is to reduce the risk of specific complications, in particular perforation of the duodenum and post-ERCP pancreatitis due to the achievement of selective cannulation of the desired duct in fewer attempts. When performing the proposed method after unsuccessful attempts of selective cannulation of choledoch and accidental contact of the guidewire in the main pancreatic duct, the latter is not removed. The position of the guidewire is evaluated radiographically and by means of an aspiration test. We inserted the needle-knife-type papillotome in the working channel of the duodenoscope after making sure that the guidewire is located into the main pancreatic duct (Fig. 4). After that, needle papillosphincterotomy is performed, determining the depth and direction of incision along the guidewire which was left. The guidewire, which is left in the main pancreatic duct,

serves as a guide to prevent perforation of the duodenum and injury of the main pancreatic duct. We performed the surgery in this way in 17 (4,12%) patients. Postoperative complications were not observed in this group of patients.

Analysing 412 clinical cases made it possible to detect the development of complications that could be divided into complications that arose right during the surgery and those that developed in the postoperative period (Table 2). The first group – 12 observations (2,91%) included bleeding from the periamapular zone 10 cases and 2 perforation of the duodenum. In our cases bleeding occurred due to the balloon dilation of the choledoch and were stopped by electrocoagulation and the intravenous administration of 500 mg of tranexamic acid on the operating table.

The perforation of the duodenum beyond retroperitoneum was verified during the operation in 2 patients (0,48%). The conservative treatment complex made it possible to avoid laparotomy and ended with the recovery of the patients due to the timely recognition of the complications.

The second group of complications consisted of the conditions that arose in the postoperative period in 15 patients (3,64%), including of 8 pancreatitis, which in our opinion had been caused by the contrast in the Wirsung’s duct. The course of two of them led to the development of pancreatic necrosis. 5 of the operated patients developed purulent cholangitis, which required intensive treatment and ended with recovery. Other two patients undergoing endobiliary drainage in the first 5-7 days were diagnosed with stent dislocation which required a re-intervention. 2 patients died due to the development of pancreatic necrosis on the background of severe concomitant cardiac pathology. When analyzing the number of

complications, it should be noted that their number does not differ from those indicated in the literature [5,7,9,11].

Conclusions. Comprehensive use of endoscopic interventions has shown its high diagnostic and therapeutic potential in patients with diseases of the pancreatobiliary system. The analysis of our data confirmed that ERCP is highly effective diagnostic and treatment method that do not require general anesthesia, do not cause significant surgical trauma, avoiding open surgery and improving the immediate and long-term outcomes of treatment. Application of the developed method allows to increase the number of effective and safe selective cannulations and reduces the duration and cost of surgery.

REFERENCES

1. Насташенко И.Л. Транспапиллярные вмешательства у больных с неопухоловой билиарной обструкцией. Хирургия України. 2016. № 2. С. 56-60.
2. Подолужный В.И. Осложнения желчнокаменной болезни. Фундаментальная и клиническая медицина. 2017. №1. С.102-114.
3. Шкварковский И.В., Москалюк О.П., Бриндак И.А. Спосіб селективної канюляції холедоха. Патент України на корисну модель № UA 117568, заявник та патентовласник ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» – № заяви 201701314 від 13.02.2017; опубл. 26.06.2017, бюл №12.
4. Юсиф-Заде К.Р. К диагностике и лечению заболеваний билиарной системы методом эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Российский медицинский журнал. 2015. №4. С. 36-38.
5. Bekkali N., Thomas N., Keane M., Murray S. Preventing Post-ERCP Pancreatitis: The Role of Prophylactic Pancreatic Duct Stenting in the Rectal NSAID Era. JOP. J Pancreas. 2017; 18(4): 316-319.
6. Cooper J., Desai S., Scaife S., Gonczy C., Mellinger J. Volume, specialty background, practice pattern, and outcomes in endoscopic retrograde cholangiopancreatography: an analysis of the national inpatient sample. Surg Endosc. 2017 Jul;31(7):2953-2958. doi: 10.1007/s00464-016-5312-0.
7. Devani K., Radadiya D., Brahmabhatt B. Pancreatic stent is the best tool to prevent post-ERCP pancreatitis in high-risk patients: Is the result from recent network meta-analysis valid? Endoscopy International Open. 2020 Jun; 8(6): E722-E723. doi: 10.1055/a-1135-8883.
8. Katsinelos P., Lazaraki G., Chatzimavroudis G., Gkagkalis S. Risk factors for therapeutic ERCP-related complications: an analysis of 2,715 cases performed by a single endoscopist. Ann Gastroenterol Q Publ Hell Soc Gastroenterol. 2014; (27): 65-72.
9. Kumbhari V., Sinha A., Reddy A., Afghani E. Algorithm for the management of ERCP-related perforations. Gastrointest Endosc. 2016; (83): 934-943.
10. Saito H., Kakuma T., Kadono Y., Urata A., Kamikawa K., Imamura H., Tada S. Increased risk and severity of ERCP-related complications associated with asymptomatic common bile duct stones. Endosc Int Open. 2017 Sep;5(9):E809-E817. doi: 10.1055/s-0043-107615.
11. Tse F., Yuan Y., Bukhari M., Leontiadis G. Pancreatic duct guidewire placement for biliary cannulation for the prevention of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) pancreatitis. Cochrane Database Syst Rev. 2016 May 16;(5):CD010571. doi: 10.1002/14651858.
12. Ze-Hui Lv, Kou D., Guo S. Three-hour post-ERCP amylase level: a useful indicator for early prediction of post-ERCP

pancreatitis. BMC Gastroenterol 20, 118 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01254-7>.

SUMMARY

EVALUATION OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF THE PANCREATOBILIARY SYSTEM DISORDERS

Shkvarkovskiy I., Moskaliuk O., Bryndak I., Grebeniuk V., Kozlovska I.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivrsi, Ukraine

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is becoming more widespread in the treatment of diseases of the bile ducts and pancreas. Studying the therapeutic and diagnostic capabilities of the ERCP and the complications accompanying this method made it possible to reconsider the indications and contraindications for its use, the main of which is the removal of concretions from the bile ducts and the stenting in the case of duct obturation with neoplasms. The purpose of the paper is to study the effectiveness and safety of endoscopic methods of treating pancreatobiliary pathology.

The results of the endoscopic treatment of 412 patients with diseases of the pancreatobiliary system who were on the treatment at the center of endoscopic surgery are presented in this research paper. Primary surgical interventions were performed in 319 patients (77.43%). The cannulation of the desired duct with guidewire was achieved in 284 patients (68.93%). The most common indication for endoscopic interventions was mechanical jaundice caused by concretions in the common bile duct in combination with calculous cholecystitis 209 patients (50,72%), recurrent choledocholithiasis was observed in 26 patients (6,31%), neoplasms in the hepatopancreatoduodenal zone were found in 130 patients (31,55%).

Extraction of concretions from extrahepatic bile ducts was carried out in 235 patients (57,03%). Endobiliary stenting was performed in 158 (38,34%) patients in 122 (29,61%) of them due to pancreatic tumors and extrahepatic biliary tract. The frequency of occurrence of postoperative complications does not exceed 7,8%.

Thus, ERCP is highly effective diagnostic and treatment method that do not require general anesthesia, do not cause significant surgical trauma, avoiding open surgery and improving the immediate and long-term outcomes of treatment.

Keywords: ERCP, mechanical jaundice, choledocholithiasis.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Шкварковский И.В., Москалюк А.П., Бриндак И.А., Гребенюк В.И., Козловская И.М.

Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) - наиболее распространенный метод лечения

заболеваний желчных протоков и поджелудочной железы. Изучение терапевтических и диагностических возможностей ЭРХПГ и осложнений, сопровождающих этот метод, позволило пересмотреть показания и противопоказания к его применению, основным из которых является удаление конкрементов из желчных протоков и стентирование при обтурации протоков новообразованиями.

Целью исследования явилось оценка эффективности и безопасности эндоскопических методов лечения панкреато-билиарной патологии.

В статье представлены результаты эндоскопического лечения 412 пациентов с заболеваниями панкреато-билиарной системы. Больные находились на лечении в Центре эндоскопической хирургии. Первичные хирургические вмешательства выполнены 319 (77,43%) пациентам. Канюляция желаемого протока с помощью проводника достигнута у 284 (68,93%) пациентов. Наиболее распространенным показанием для эндоскопических вмешательств была механиче-

ская желтуха, вызванная конкрементами в общем желчном протоке в сочетании с калькулезным холециститом у 209 (50,72%) пациентов, рецидив холедохолитиаза наблюдался у 26 (6,31%) пациентов, новообразования в гепатопанкреатодуоденальной области были обнаружены у 130 (31,55%) пациентов.

Извлечение конкрементов из внепеченочных желчных протоков проведено у 235 (57,03%) пациентов. Эндобилиарное стентирование было выполнено у 158 (38,34%) пациентов, у 122 (29,61%) из них – опухоли поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. Частота возникновения послеоперационных осложнений не превышает 7,8%.

Таким образом, ЭРХПГ является высокоэффективным методом диагностики и лечения, который не требует общей анестезии, не вызывает значительной хирургической травмы, позволяет избежать открытых операций, улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения.

რეზიუმე

პანკრეასულ-ბილიარული სისტემის დაავადებების ენდოსკოპიური მკურნალობის ანალიზი

ი.შკვარცოვსკი, ა.მოსკალიუკი, ი.ბრინდაკი, ვ.გრებენიუკი, ი.კოზლოვსკაია

ბუკოვინის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ჩერნოვცი, უკრაინა

ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიო-პანკრეატოგრაფია სულ უფრო ფართოდ გამოიყენება სანადღვე გზების და პანკრეასის დაავადებათა მკურნალობაში. ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიოპანკრეატოგრაფიის მეთოდის თანმხლები თერაპიული და დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების და გართულებების შესწავლამ შესაძლებელი გახადა მისი გამოყენების ჩვენებების და უკუჩვენებების გადახედვა, რომელთაგან ძირითადია კონკრემენტების მოცილება სანადღვე გზებიდან და სტენტირება სადინრების ახალწარმონაქმნებით ობტურაციის დროს.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა პანკრეასულ-ბილიარული სისტემის პათოლოგიის ენდოსკოპიური მეთოდებით მკურნალობის ეფექტურობის და უსაფრთხოების შეფასება.

წინამდებარე ნაშრომში წარმოდგენილია ენდოსკოპიური ქირურგიის ცენტრში პანკრეასულ-ბილიარული სისტემის დაავადებით 412 პაციენტის ენდოსკოპიური მკურნალობის შედეგები. პირველადი ქირურგიული ჩარევა განხორციელდა 319 (77,43%) პაციენტის შემთხვევაში. სასურველი არხის კანულაცია

გამტარის საშუალებით მიღწეულ იქნა 284 (68,93%) პაციენტის შემთხვევაში. ყველაზე გავრცელებულ ჩვენებას ენდოსკოპიური ჩარევისათვის წარმოადგენდა მექანიკური სივითლე, გამოწვეული კონკრემენტებით ღვიძლის საერთო სადინარში კალკულოზურ ქოლეცისტიტთან ერთად (209; 50,72%), ქოლელოქოლითიზის რეციდივი (26; 6,31%), ახალწარმონაქმნები ჰეპატოპანკრეასულ-დუოდენურ მიდამოში (130; 31,55%).

კონკრემენტების მოცილება ღვიძლის გარეთა სანადღვე გზებიდან განხორციელდა 235 (57,03%) პაციენტის შემთხვევაში, ენდობილიარული სტენტირება - 158 (38,34%) პაციენტთან, მათგან 122 (29,61%) შემთხვევაში პანკრეასის და ღვიძლის გარეთა სანადღვე გზების სიმსივნის გამო. პოსტოპერაციული გართულებების სიხშირე არ აღემატებოდა 7,8%-ს.

ამრიგად, ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგიო-პანკრეატოგრაფია წარმოადგენს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მაღალეფექტურ მეთოდს, რომელიც არ საჭიროებს ზოგად ანესთეზიას, არ იწვევს მნიშვნელოვან ქირურგიულ ტრავმებს, წარმოადგენს ღია ოპერაციის თავიდან აცილების საშუალებას, აუმჯობესებს მკურნალობის მოკლე და გრძელვადიან შედეგებს.