

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 7-8 (292-293) Июль-Август 2019

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 7-8 (292-293) 2019

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

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

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

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

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

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

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

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

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

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

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Лаури Манагадзе

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Нино Микаберидзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Николай Пирцхалаишвили

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, Елене Гиоргадзе, Лиана Гогиашвили,
Нодар Гогешаши, Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Манана Жвания, Ирина Квачадзе,
Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе, Палико Кинтраиа, 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

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, III этаж, комната 313

тел.: 995(32) 254 24 91, 995(32) 222 54 18, 995(32) 253 70 58

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

SCIENTIFIC EDITOR

Lauri Managadze

EDITOR IN CHIEF

Nino Mikaberidze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nicholas Pirtskhalaishvili

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, Otar Gerzmava, Elene Giorgadze,

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

Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Paliko Kintraia,

Irina Kvachadze, Nana Kvirkevelia, Teymuraz Lezhava, Nodar Lomidze, Marina Mamaladze,

Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava, Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili,

Maka Sologhashvili, Ramaz Shengelia, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board
7 Asatiani Street, 3th Floor
Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91
995 (32) 222-54-18
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:

Diuidun S., Gorbuntsov V., Diuidun A., Polion N., Polion M. UROGENITAL MALASSEZIOSIS IN MEN: FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND MANIFESTATIONS	7
Галушко А.А., Синицын М.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ В КОМПЛЕКСЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ТОРАКОТОМИИ И АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ	11
Vadachkoria O., Mamaladze M., Jalabadze N., Chumburidze T., Vadachkoria D. EVALUATION OF THREE OBTURATION TECHNIQUES IN THE APICAL PART OF ROOT CANAL.....	17
Puturidze S., Margvelashvili M., Bilder L., Kalandadze M., Margvelashvili V. CORRELATION OF ORAL HEALTH STATUS WITH GENERAL HEALTH IN ELDERLY LIVING AT RESIDENTIAL HOMES IN GEORGIA	21
Пентюк Н.А., Мостовой Ю.М., Моцюк В.Н., Демчук А.В., Некрут Д.А. УРОВЕНЬ NT-PROBNP У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ: СВЯЗЬ С ТЯЖЕСТЬЮ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	26
Talalayev K., Kozishkurt O., Golubyatnikov N. JUSTIFICATION OF THE NECESSITY OF INTEGRATED MEDICAL CARE FOR PATIENTS SUFFERING FROM SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES (BASED ON THE RESULTS OF THE TARGET GROUP SURVEY.....	32
Horlenko O., Prylypko L., Arhij E., Moskal O., Slyvka Ya. COMPLEX VISUAL ASSESSMENT OF STRUCTURAL CHANGES IN THE PANCREAS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS	39
Топчий И.И., Семеновых П.С., Гальчинская В.Ю., Якименко Ю.С., Щербань Т.Д. ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 23 С МАРКЕРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ И ФИБРОЗА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ	44
Кудабаева Х.И., Космуратова Р.Н., Саханова С.К., Базаргалиев Е.Ш. ПОВРЕЖДЕНИЯ ДНК И ИХ СВЯЗЬ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ (ОБЗОР).....	49
Gegelashvili M. AUTISM AND DEPRESSION (REVIEW)	54
Тагаева Р.К., Каримбаева Б.Ш., Жантикеев С.К., Акбаева Л.Х., Мусина А.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДИК В ПРОФИЛАКТИКЕ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ.....	57
Ratiani L., Nakashidze I., Machavariani K., Intskirveli N., Koptonashvili L., Khuchua E. MANAGEMENT OF MEDIASTINAL-ABSCESS-INDUCED SEPSIS AND SEPTIC SHOCK (CLINICAL CASE REPORT).....	65
Чергинцев В.И., Башкирова Н.С. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БРОНХОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И РЕСПИРАТОРНО-АСИМПТОМНЫХ ДЕТЕЙ	68
Korinteli I.G., Mchedlishvili I., Javakhadze M., Versporten A., Goossens H., Phagava N., Pagava K. THE GLOBAL POINT PREVALENCE SURVEY (PPS) OF ANTIMICROBIAL USE AND ANTIMICROBIAL RESISTANCE AMONG HOSPITALIZED CHILDREN IN GEORGIA	72
Рыкова Ю.А., Шупер С.В., Щербаковский М.Г., Кикинчук В.В., Пешенко А.Н. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕРМИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ.....	75

Bagaturiya G., Kurbanov R., Lebedev A., Gadzhimagomedova N., Lebedev V., Golenishcheva V., Glushakov R. PRO-INFLAMMATORY EFFECTS OF EXPERIMENTAL HYPERTHYROIDISM IN COLON OF MICE (IMMUNOHISTOCYTOCHEMICAL STUDY)	81
Sujashvili R., Ioramashvili I., Mazmishvili K., Tsitsilashvili S., Gamkrelidze M. MODERATION OF QUANTITATIVE CHANGES OF REGENERATING ERYTHROPOIETIC CELLS BY EXTRACELLULAR UBIQUITIN	87
Chikobava N., Doreuli N., Mitagvaria N. CHANGES IN ARTERIOLE REACTIVITY TO NORADRENALINE UNDER CONDITIONS OF HYPERHOMOCYSTEINEMIA	92
Makhniuk V., Mohylnyi S. REGULATORY-LEGISLATIVE AND ECOLOGICAL-HYGIENIC ISSUES ON THE LOCATION OF MODERN MOTOR VEHICLE FILLING STATIONS	95
Чебышев Н.В., Беречикдзе И.А., Филиппова А.В., Лазарева Ю.Б., Горожанина Е.С. ЗНАЧИМОСТЬ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА ПРИ ИЗУЧЕНИИ РЕАКЦИЙ ОБЩЕГО АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА	102
Ratsyborynska-Poliakova N., Mruh O. SPECIALIZED ASSISTANCE AS A SOCIAL PHENOMENON AND THE SYSTEM OF MEDICAL CARE (REVIEW)	108
Kutasevych Ya., Dzhoraeva S., Shcherbakova Yu., Bondarenko G., Sobol N. THE STUDY OF SKIN AUTOFLORA'S PATHOGENIC PROPERTIES IN PATIENTS DIAGNOSED WITH ATOPIC DERMATITIS	113
Synytsia V., Bieliaieva O., Myronyk O., Lysanets Yu., Slipchenko L., Havrylieva K. LINGUISTIC ANALYSIS OF BASIC GERONTOLOGICAL TERMS IN CLASSICAL LANGUAGES: STRUCTURAL AND SEMANTIC ASPECTS.....	118
Адамян Г.К. МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ПОЛИЦИИ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ.....	122
Дрозд В.Г., Руснак Ю.И., Олишевский А.В., Гапотий В.Д., Минкова О.Г. ПОЛУЧЕНИЕ ОБРАЗЦОВ ДЛЯ ЭКСПЕРТИЗЫ В УГОЛОВНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ: ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ И ПРАВОПРИМЕНЕНИЯ.....	129
Кныш С.В., Одерий А.В., Сарана С.В., Айрапетян А.С., Бова Э.Ю. СООТНОШЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ОБЩЕГО ИНТЕРЕСА В МЕДИЦИНСКИХ ПРАВООТНОШЕНИЯХ (ОБЗОР).....	134
Памяти акад. Л. Манагадзе. აკად. ლ. მანაგაძის ხსოვნას	140

COMPLEX VISUAL ASSESSMENT OF STRUCTURAL CHANGES IN THE PANCREAS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Horlenko O., Prylypko L., Arhij E., Moskal O., Slyvka Ya.

SHEI "Uzhhorod National University", Medical Faculty, Ukraine

Chronic inflammatory process of the pancreas, specifically chronic pancreatitis, is considered to be one of the most complex polyetiologic and multimorbid disorders. In different countries, the prevalence rate of this disease ranges in the area of 0,2%-0,7%, while, in patients with gastroenterological disorders, prevalence estimates range from 6,0 to 9,0% [3]. Physicians specializing in a variety of fields consider the pancreas to be quite a mysterious organ having both endocrine and exocrine functions. Patients with functional changes in the pancreas associate pancreatic diseases with extensive, though often non-informative, diagnostic tests as well as extended treatment interventions that often tend to be ineffective despite being quite costly [4,8].

Latest advances in health and medical practices are contributing to an expansion of a range of diagnostic procedures in the diagnosis of chronic pancreatitis; however, in spite of this, the instrumental method for the examination of patients with the pancreas diseases remains quite complicated when compared with diagnosis of disorders involving other organs of the gastrointestinal system. This can be attributed to the anatomical location of the pancreas, meteorism that often accompanies chronic pancreatitis and excessive subcutaneous adipose tissue in some patients. All of this decreases the diagnostic value of the most widely available and used diagnostic methods such as ultrasound examination and X-ray examination [2].

The least studied aspects of acute and chronic pancreatitis remain the ones involving combined pathology of pancreaticoduodenal organs. To get a deeper insight into the pathologic processes it is crucial to keep a record of intraorgan and inter-organ relationships within the pancreas and duodenum that form a well-integrated system which ensures the adaptation of the motor and secretory function of the digestive system to food quality and quantity [4].

In chronic pancreatitis, structural and morphological analysis of the main parts of the pancreas and duodenum can reveal a wide range of structural and functional changes and contribute to a better understanding of the essence of the multiple organ pathological process and compensatory reactions in the digestive system. This requires a multimodal approach with the use of the up-to-date imaging methods (in order to assess changes in pancreatic ducts).

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) has gained considerable ground as a diagnostic procedure. It is this diagnostic test that is used to detect changes in the pancreatic ducts. Based on the findings of ERCP, ultrasound examination or computer tomography, several classifications are used in order to identify the degree of severity of chronic pancreatitis. However, the Cambridge classification of chronic pancreatitis remains the most widely used one [6].

Apart from determining the degree of severity of chronic pancreatitis, findings of ERCP allow identifying two types of chronic pancreatitis [7]:

- type 1 is a "small duct" disease with the main pancreatic duct diameter ranging from 4 to 7 mm;
- type 2 is a "large duct" disease with the main pancreatic duct diameter being over 7 mm.

The aim of this study was to investigate and analyse structural

changes in the pancreas in chronic pancreatitis in the anamnestic and clinical dimensions.

Material and methods. In our study, 102 patients with chronic pancreatitis underwent a comprehensive examination. All the patients were found to experience hypertension II as a comorbid condition. The patients underwent in-hospital treatment in the department of internal medicine in Khust regional hospital during 2017-2018.

As far as gender distribution is concerned, it should be noted that female patients prevailed (55,9%) with the average age being 51,0±10,0 years. The duration of chronic pancreatitis was within a range of 7,0±3,0 years, whereas the hypertension duration range was 5,0±2,0 years. These patients underwent anamnestic and clinical examination.

All the patients underwent general physical and laboratory examination. The range of instrumental examinations included abdominal cavity ultrasound examination (ultrasound machine LOGIQ 7 (the USA, 2008 p.) with the use of sensor C (convex) 3-5 MHz), duodenal drainage, esophagogastroduodenoscopy (EGD, gastroscope PENTAX FG29W (Japan, 2008), electrocardiography (12 Channel ECG machine SCHILLER AT-2). In addition, ERCP was performed in order to study the structure and morphology of the pancreas. This method was used to examine 12 patients with a marked pain syndrome and low positive dynamics of treatment. The use of ultrasound examination failed to provide comprehensive and explicit imaging of the state of the pancreas, the pancreatic ducts in particular. In view of this, the use of such an invasive diagnostic technique as ERCP was proven to be appropriate. ERCP was performed with Olympus TJF-20 duodenoscope with a side view in Andriy Noval Transcarpathian Regional Clinical Hospital.

The catheter was inserted and located (over the ampulla of Vater) in the duodenum; then, the pancreatic ducts were filled with the contrast material (Triombrast) through the catheter. The contrast material was injected on a step-by-step basis under the visual 'online' control performed with Philips X-Ray Machine with an image amplifier until the proper image for verification was obtained. The results were interpreted according to the criteria of the Cambridge classification.

Results and their discussion. General physical and laboratory examination of the treatment group of patients was considered of prime importance. As far as their clinical characteristics are concerned, on their admission to hospital all the patients presented with pain dyspeptic syndrome and exocrine pancreatic insufficiency in different proportions. Each of the syndromes mentioned above was characterized by polymorphism of symptoms. The analysis of potential etiologic factors was conducted in order to identify the peculiar features of the clinical course depending on the causative factor. The findings were as follows: 20 (19,6%) patients were found to have alcohol consumption as the leading cause to the development and exacerbation of chronic pancreatitis; 14 (13,7%) patients had overeating of mainly smoked, fatty and fried food, as a causative factor; 29 (28,4%) patients reported the absence of any dietary regime; 1 (1,0%) patient had an abdominal trauma as a causative factor, 7 (6,9%) patients attributed the exacerbation of the disease to a stress-

ful professional environment; and 4 (3,9%) patients to physical exercise. For 37 (36,3%) patients it was impossible to clearly identify the cause which led to the exacerbation of chronic pancreatitis. In our opinion, it is also important to note that 38 (37,3%) patients were found to have been smoking for a long time, which has quite a significant effect on the development and progression of both chronic pancreatitis and hypertension.

In patients of the treatment group, chronic pancreatitis was not an isolated pathology; apart from hypertension a number of patients were found to have other morphological and functional disorders related to the endocrine system, the digestive system and cardiovascular system. Particular attention was paid to changes in the digestive tract, which were revealed by performing duodenal drainage and EGD. The former examination procedure was the leading one in the identification of the biliary disorders (sphincter of Oddi hypertension was found in 15 (14,7%) patients, hypotonia in 18 (17,7%) patients, duodenogastric reflux in 10 (9,8%) patients and microcholedocholithiasis in 25 (24,5%) patients. In addition, 10 (9,8%) patients had history of cholecystectomy because of calculous cholecystitis. The findings of the duodenal drainage examination of the biliary tract confirm the possibility of the influence of the biliary disorders on the development or relapse of inflammatory changes of the pancreas. The use of EGD revealed the following changes: erythematous gastropathy in 20 (19,6%) patients, erythematous gastroduodenopathy in 14 (13,7 %) patients, reflux esophagitis in 7 (6,9%) patients, stomach ulcer in 1 patient (1,0%) patient and congestive gastropathy in 4 patients (3,9 %). There are many theories that describe the mechanisms of the reciprocal influence of the development of chronic pancreatitis and esophago-gastroduodenopathies on the pathogenic mechanisms which have to be considered when selecting optimal treatment protocol.

While evaluating sonographic images of the pancreas in patients of the treatment group the following changes were revealed:

- enlargement of the pancreas in 29 (28,4%) patients;
- edge roughness in 24 (23,5%) patients;
- inhomogeneity of the parenchyma in 16 (15,7%) patients, density in 7 (6,9%) patients and large-scale granularity in 2 (1,96%) patients;
- hyperechogenicity of the parenchyma in 76 (74,5%) patients;
- calcification of the parenchyma in 10 (9,8%) patients;
- anechogenic cavities in the parenchyma (cystic lesions) in 3 (2,9%) patients;
- dilation of the duct of Wirsung (diameter > 2 mm) in 27 (26,5%) patients.

12 patients, who were experiencing durable pain syndrome with marked intensity on their admission to hospital, were selected for ERCP. Taking into account the patients' poor response to treatment over three weeks and perdurance of structural changes according to the follow-up sonographic test results, the decision was made to perform additional diagnostic examination (ERCP) to obtain verified information about the structural changes in the pancreatic ducts and parenchyma of the pancreas to adjust treatment.

In 7 (58,3%) patients the pain was located in the left hypochondrium, while in 5 (41,7%) patients the pain centred in the epigastric region. The pain was clearly localized only in 1 patient (8,4%), whereas in the rest patients the pain was observed to radiate both in a "left semibelt-like" fashion (n=7; 58,3%) and in a "complete belt-like" fashion (n=4; 33,3%). The character of pain was different: 6 (50,0%) patients complained of burning pain, 2 (16,7%) patients had stabbing pain and 4 (33,3%) pa-

tients were not able to clearly describe their pain, thus, identifying it as pain of a different nature. Due to the persistent character of pain, 5 patients (41,7%) suffered from sitophobia. Apart from this, the pain intensified when a patient's position was changed or in the supine position. The pain subsided insignificantly when the patients were sitting in a forward leaning position or lying with their legs placed close to the trunk. The use of medication to control or relieve pain (antispasmodic drugs, analgesics and enzyme drugs) had no apparent effect on this symptom, which worsened the patients' quality of life and led to compromised quality of treatment protocols.

When performing the ultrasound examination to identify the structural changes in the pancreas in the patients the following signs were revealed: 4 (33,3%) patients were found to have inhomogeneous parenchyma, hyperechogenicity of the parenchyma was observed in 8 (66,7%) patients; edge roughness in 7 (58,3%) patients, calcification of the parenchyma in 3 (25,0%) patients and anechogenic cavities in 2 (16,7%) patients. 5 (41,7%) patients were found to have the dilation of the major pancreatic duct.

According to the findings of ERCP, all the examined patients were diagnosed with the dilation of the duct of Wirsung. The mean diameter of the major pancreatic duct was $5,8 \pm 1,7$ mm. In what follows, there is a pancreatogram of a patient with the normal pancreatic duct of Wirsung (1,4 mm) (Fig. 1) and that of a patient with chronic pancreatitis and the dilated major pancreatic duct up to 5,2 mm (Fig. 2) for comparison. Figure 3 shows a similar case accompanied by the dilation of the small branches (Fig. 3).

According to the results of the pancreatograms, the difference from the data of sonographic examination is observed. Hence, the ultrasound examination failed to reveal the increase in the size of the duct of Wirsung in all the patients (n=5), whereas according to the findings of ERCP the dilation of the major pancreatic duct was observed in all the patients under examination (n=12).

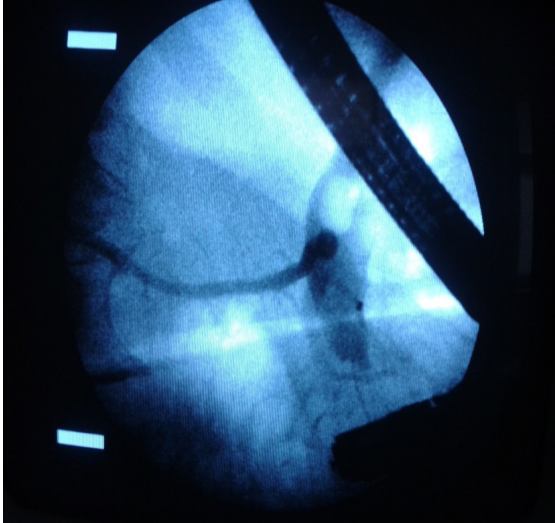
In addition to the changes in the diameter of the duct of Wirsung, the dilation of the small pancreatic ducts was detected in 2 (16,7%) patients (Fig. 3). In other words, these very patients were diagnosed with ductal form of chronic pancreatitis. Figure 4 shows the pancreatogram of the patient with calcification of the duct of Wirsung.

3 (25%) patients with chronic pancreatitis were diagnosed with lithiasis of Wirsung's duct. This result led to the identification of obstructive (calcified) chronic pancreatitis. In all the cases of calcification of the major pancreatic duct, the increase of its size was observed. Figure 5 shows a pancreatogram of the patient with the combination of calcinosis of the major pancreatic duct and a cystic lesion of the pancreas.

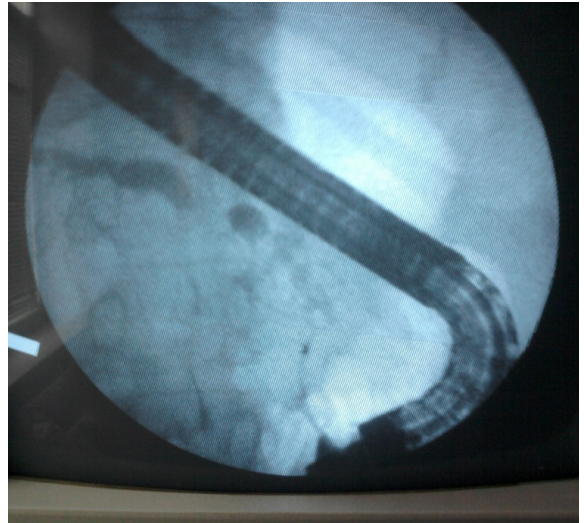
Patient L (8,4%), 55 years old, was diagnosed with the combination of cystic transformation and calcinosis of the major pancreatic duct. This finding is important since it shows that there is a link between the observed cavity and the duct of the pancreas.

We also detected cystic lesion of the head of the pancreas in combination with the dilation of the major pancreatic duct (Fig. 6).

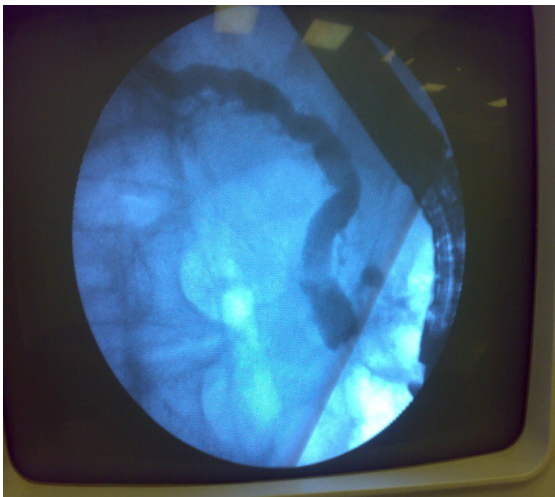
2 patients (16,7 %) were diagnosed with cystic transformation in combination with the dilation of the duct of Wirsung. The clinical picture of these patients was characterized by the marked exocrine pancreatic insufficiency, a severe course of chronic pancreatitis and frequent exacerbations (5-6 times a year). The X-ray findings were consistent with the fact of the deposition of contrast agent, in other words, the detection of a cystic lesion in the parenchyma of the pancreas.



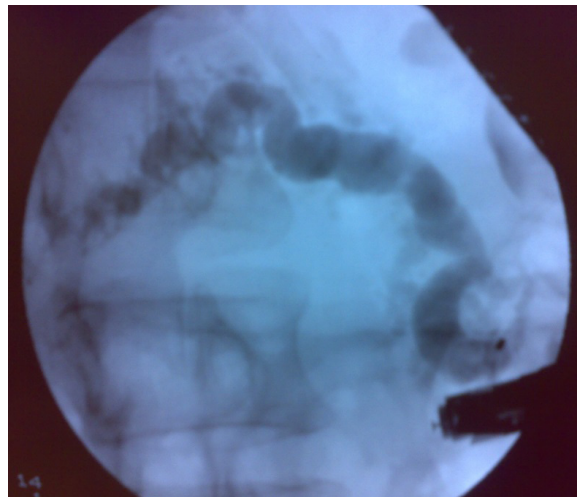
*Fig. 1 Pancreatogram of patient V. 52 years old.
(normal value)*



*Fig. 4. Calcification of the duct of Wirsung
(Patient O, 51 years old)*



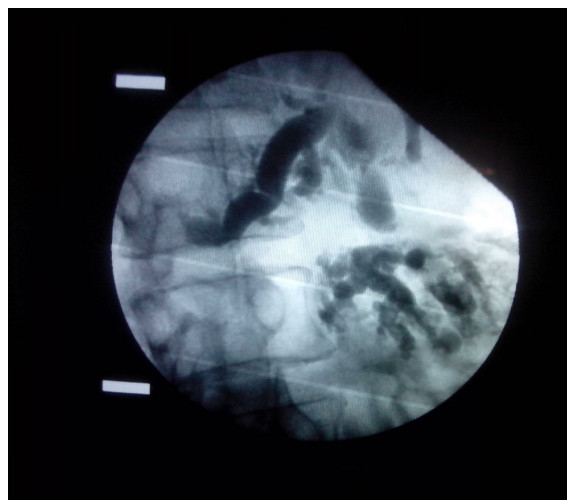
*Fig.2. Pancreatogram of Patient P., 49 years old.
(the dilation of the major pancreatic duct)*



*Fig. 5. Cystic lesion and calcinosis
(Patient L, 55 years old)*



*Fig. 3 The dilation of the major pancreatic duct and small
branches (Patient K, 50 years old)*



*Fig.6. Cystic lesion of the head of the pancreas in combina-
tion with the dilation of the major pancreatic duct (Patient B,
52 years old)*

Hence, our findings justify the use of additional diagnostic examination methods. For the ultrasound examination managed to detect the dilation of the major pancreatic duct only in a small proportion of the patients who underwent the ERCP procedure. On the contrary, it was ERCP that made it possible to identify the presence of this specific sign of chronic pancreatitis. Despite the invasive character of ERCP, there are cases when the effectiveness of a treatment protocol gets impaired without the use of this procedure.

The present research is very informative for clinical practice. A gastroenterologist often treats patients with chronic pancreatitis who present with a relapsing course of disease or torpid response to assigned therapy. Ultrasonographic examination fails to assess clinical manifestations and possibilities of their elimination in the proper way. It is desirable that such patients undergo the ERCP procedure which provides additional information about the structural changes both in the pancreatic ducts and in pancreatic parenchyma. More specifically, even a small number of the examined patients ($n=12$) were diagnosed with the dilation of the duct of Wirsung ($5,8 \pm 1,7$ mm). 3 (25 %) patients with chronic pancreatitis were found to have lithiasis of Wirsung's duct, which made it possible to identify obstructive (calcified) chronic pancreatitis. The dilation of small pancreatic ducts that was detected in 2 (16,7 %) patients also showed the combination of cystic transformation and calcinosis of the major pancreatic duct in 1 patient (8,4 %). The above-mentioned facts account for the unmotivated absence of a therapeutic benefit and provide a reason for changes in the treatment protocol used to provide clinical care to patients diagnosed with chronic pancreatitis.

Conclusions. The imaging of structural changes in the pancreas requires the combination of instrumental and diagnostic methods, in particular EGD and ultrasound examination, as well as ERCP in order to make accurate assessment of the pancreatic ducts and parenchymatous parameters of the pancreas in case of a relapsing course of disease.

1. The research findings about the structural changes in the pancreas contributed to the development of the specific features of clinical manifestations of the pathological condition in question in case of a relapsing course of disease. All the examined patients ($n=12$) were diagnosed with the dilation of the duct of Wirsung ($5,8 \pm 1,7$ mm). 3 (25%) patients with chronic pancreatitis were diagnosed with lithiasis of Wirsung's duct, which made it possible to identify obstructive (calcified) chronic pancreatitis. The dilation of small pancreatic ducts was found in 2 patients (16,7%), in addition, the combination of cystic transformation and calcinosis of the major pancreatic duct was detected in 1 patient (8,4%).

2. The analysis of the identified disorders of the pancreatic ducts and parenchyma makes it possible to adjust treatment protocols to provide proper clinical care to patients with chronic pancreatitis.

REFERENCES

1. Манжалій Е. Г. Проблемні питання діагностики та лікування хронічного панкреатиту / Е. Г. Манжалій // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – №1 (69). С. 122-128.
2. Пасієшвілі Л. М. Інструментальна діагностика захворювань підшлункової залози / Л. М. Пасієшвілі, А. А. Заздравнов // Мистецтво лікування. – 2006. – № 5(31).
3. Бабінець Л. С. Можливості комплексної реабілітації хворих на хронічний панкреатит на етапі первинної

медичної допомоги (огляд літератури) / Л. С. Бабінець, М. В. Палихата, Г. М. Сасик // Вестник клуба панкреатологов. – 2018. – май. – С. 4-11.

4. Губергриц Н. Б. Хронический панкреатит: работа над ошибками / Н. Б. Губергриц, Н. В. Беляева, А. Е. Клочков, П. Г. Фоменко // Сучасна гастроентерологія. – 2015. – № 3 (83). – С. 97-104.

5. Baron T. H. Quality indicators for endoscopic retrograde cholangiopancreatography / Т. Н. Baron, В. Т. Petersen, К. Mergener et al // Gastrointest. Endosc. – 2006. – 4 (63). – P. 29-34.

6. Харченко Н. В. Класифікації захворювань органів травлення / Н. В. Харченко // Київ: 2015, 54 ст (довідник).

7. Криворучко И. А. Дуоденосохраняющие резекции головки поджелудочной железы в лечении хронического панкреатита / И. а Криворучко // Сучасні медичні технології. – 2011. – № 3-4. – С. 190-194.

8. Horlenko O.M. Characteristic of the Pain syndrome in the patients with Chronic Pancreatitis (CP) with exocrine pancreatic insufficiency / O.M. Horlenko, O.M. Moskal, E.J. Arhij, L.B. Prylypko, B.M. Halay, O.A. Pushkarenko, G.B. Cossey // European Journal of Pediatrics. 2016.

SUMMARY

COMPLEX VISUAL ASSESSMENT OF STRUCTURAL CHANGES IN PANCREAS IN THE PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Horlenko O., Prylypko L., Arhij E., Moskal O., Slyvka Ya.

SHEI "Uzhhorod National University", Medical Faculty, Ukraine

Chronic pancreatitis is one of the leading gastroenterologic disorders which is characterised by polymorphism of clinical manifestations, polyetiologic course and, usually, polymorbidity. The presence of such a combination of signs makes both diagnosis and treatment more difficult. This is why nowadays it is necessary to use a range of clinical, laboratory and instrumental methods of a diagnostic endeavour in order to make a diagnosis and determine the state of the pancreas.

The aim of this study - to investigate and analyse structural changes in the pancreas in chronic pancreatitis in the anamnestic and clinical dimensions.

In the present study, in order to achieve our aim 102 patients with chronic pancreatitis underwent general physical and laboratory examination. All the patients experienced hypertension II as a comorbid condition. In the formed group, female patients prevailed (55,9%) with the average age being $51,0 \pm 10,0$ years. The duration of chronic pancreatitis was within a range of $7,0 \pm 3,0$ years, whereas the hypertension duration range was $5,0 \pm 2,0$ years. The following instrumental examination procedures were performed: sonographic examination of the abdominal cavity, esophagogastroduodenoscopy, duodenal drainage and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

Apart from hypertension, the patients with chronic pancreatitis belonging to the treatment group were diagnosed with other morphological and functional disorders related to the endocrine system, the digestive system and cardiovascular system which were revealed with the use of additional laboratory and instrumental methods.

When the clinical picture was assessed on admission to hospi-

tal, all the patients presented with pain dyspeptic syndrome and exocrine pancreatic insufficiency in different proportions. 12 patients with chronic pancreatitis, whose clinical picture showed a marked pain abdominal syndrome, the intensity of which did not subside during 3 weeks of background therapy, and the absence of dynamic changes according to the ultrasound examination of the pancreas, underwent the additional diagnostic procedure ERCP to identify structural changes of the pancreatic ducts and parenchymatous parameters of the pancreas.

The findings were as follows: the signs of the dilation of the major pancreatic duct were identified in all examined patients (100%), which did not coincide with the data provided by the ultrasound examination; the dilation of the small pancreatic ducts was found in 2 (16,7%) patients, lithiasis of Wirsung's duct in 3 (25,0%) patients; the combination of cystic transformation and calcinosis of the major pancreatic duct in 1 patient (8,4%); and cystic transformation in combination with the dilation of the duct of Wirsung in 2 (16,7%) patients.

The imaging of structural changes in the pancreas requires the combination of instrumental and diagnostic methods, in particular EGD and ultrasound examination, as well as ERCP in order to make accurate assessment of the pancreatic ducts and parenchymatous parameters of the pancreas in case of a relapsing course of disease. The analysis of the identified disorders of the pancreatic ducts and parenchyma makes it possible to adjust treatment protocols to provide proper clinical care to patients with chronic pancreatitis.

Keywords: chronic pancreatitis, instrumental methods of examination, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

РЕЗЮМЕ

КОМПЛЕКСНАЯ ВИЗУАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Горленко О.М., Прилипко Л.Б., Архий Э.Й.,
Москаль О.Н., Сливка Я.И.

ГВУЗ "Ужгородский национальный университет" медицинский факультет, Украина

Хронический панкреатит (ХП) является одной из ведущих гастроэнтерологических патологий, которая характеризуется полиморфизмом клинических проявлений, полиэтиологическим течением и полиморбидностью. Наличие такого комплекса признаков затрудняет диагностику и лечение. С целью установления диагноза и определения состояния поджелудочной железы (ПЖ) необходимо применение ряда клинико-лабораторно-инструментальных методов диагностического поиска.

Цель исследования - определить и проанализировать структурные изменения поджелудочной железы при хроническом панкреатите в клинико-anamnestическом ракурсе.

Для достижения поставленной цели выполнено общеклиническое и лабораторное обследование 102 больных ХП. Сопутствующей патологией для всех пациентов была гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии. В сложившейся группе преобладали больные женского пола (55,9%), средний возраст составил 51,0±10,0 лет. Продолжительность ХП колебалась в диапазоне 7,0±3,0 года, а ГБ – 5,0±2,0 года. Из инструментальных методов исследования осуществлено

сонографическое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), дуоденальное зондирование и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

У пациентов основной группы с ХП, кроме ГБ, обнаружены и другие морфо-функциональные расстройства на уровне эндокринной, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, которые диагностированы с помощью вспомогательных лабораторно-инструментальных методов. При оценке клинической картины на этапе поступления в стационар у всех пациентов установлены болевой, диспепсический синдромы и синдром экзокринной недостаточности в разных соотношениях. У 12 пациентов с ХП в клинической картине преобладавал выраженный болевой абдоминальный синдром, интенсивность которого не уменьшалась в течение 3 недель базовой терапии, динамические изменения при ультразвуковом обследовании (УЗИ) ПЖ отсутствовали. Поэтому именно этим больным дополнительно выполнено ЭРХПГ для определения структурных изменений протоковой системы и паренхиматозных параметров ПЖ. Получены следующие результаты: признаки расширения главного панкреатического протока обнаружены у всех обследованных (100%), что не совпадало с данными УЗИ; установлено расширение мелких панкреатических протоков у 2 (16,7%) больных, вирсунголитиаз – у 3 (25,0%) пациентов; у 1 (8,4%) обследованного – сочетание кистозной трансформации и кальциноза главного панкреатического протока; кистозная трансформация в сочетании с расширением Вирсунгова протока диагностирована у 2 (16,7%) пациентов.

Визуализация структурных изменений поджелудочной железы требует сочетания инструментально-диагностических методов, в частности ЭФГДС, УЗИ и при рецидивирующем течении, назначения ЭРХПГ для детальной оценки проточной системы ПЖ и паренхиматозных параметров. Анализ идентифицированных нарушений дает возможность адекватной коррекции лечебной тактики больных ХП.

რეზიუმე

ქრონიკული პანკრეატიტის მქონე პაციენტების პანკრეასის სტრუქტურული ცვლილებების კომპლექსური ვიზუალური შეფასება

ო.გორლენკო, ლ.პრილიპკო, ე.არხო, ო.მოსკალი, ია.სლივკა

უჯგოროდის ეროვნული უნივერსიტეტი, მედიცინის ფაკულტეტი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქრონიკული პანკრეატიტის მქონე პაციენტების კუჭკვეშა ჯირკველში განვითარებული სტრუქტურული ცვლილებების ანალიზი და შეფასება ანამნეზის რაკურსის გათვალისწინებით.

ჩატარებულია 102 ავადმყოფის საერთოკლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევა. თანმხლებ დაავადებას ყველა პაციენტში წარმოადგენდა ჰიპერტონიული დაავადება, II სტადია. გამოკვლეულთა ჯგუფში სტარობდა ქალები (55,9%), საშუალო ასაკი - 51,0±10,0 წელი. ქრონიკული პანკრეატიტის ხანდაზმულობა მერყეობდა 7,0±3,0 წლის ფარგლებში, ჰიპერტონიული დაავადებისა კი - 5,0±2,0 წელი. კვლევის ინსტრუმენტული მეთოდებიდან ჩატარებულია მუც-

ლის ღრუს ორგანოების სონოგრაფია, ეზოფაგოდუოდენოსკოპია, დუოდენური ზონდირება და ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლანგოპანკრეატოგრაფია. ძირითადი ჯგუფის ყველა პაციენტს, გარდა ჰიპერტონიული დაავადებისა, აღენიშნებოდა ენდოკრინული, საჭმლის მომწელებელი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემების დარღვევები, რომელიც დიაგნოსტიკა და დამატებითი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევებით. კლინიკური სურათის შეფასებისას სტაციონარში შემოსვლის ეტაპზე ყველა პაციენტს სხვადასხვა თანაფარდობით დაუდგინდა ტკივილითი, დისპეპსიური სინდრომები და ეგზოკრინული უკმარისობის სინდრომი. ქრონიკული პანკრეატიტის მქონე 12 პაციენტის კლინიკურ სურათში პრევალირებდა გამოხატული აბდომინური ტკივილის სინდრომი, რომელიც არ მცირდებოდა სამკვირიანი ძირითადი თერაპიის პერიოდში; პანკრეის ულტრაბგერითი კვლევით დინამიკური ცვლილებებიც არ აღინიშნებოდა. ამიტომ, სწორედ ამ ავადმყოფებს პანკრეის სადინარების სისტემის სტრუქტურული ცვლილებების და პარენქიმული პარამეტრების განსაზღვრისათვის დამატებით ნაუტარდათ ენდოსკოპიური რეტროგრადული ქოლან-

გიოპანკრეატოგრაფია. შედეგები აღმოჩნდა შემდეგი: ყველა გამოკვლეულში დადგინდა პანკრეის მთავარი სადინარის გაგანიერების ნიშნები, რაც არ შეესატყვისებოდა ულტრაბგერითი კვლევის მონაცემებს; 2 (16,7%) პაციენტში დადგინდა პანკრეისის მწვრილი სადინარების გაგანიერება, 3 (25,0%) პაციენტში - ვირსუნგოლითიაზი, 1 (8,4%) გამოკვლეულში - პანკრეისის მთავარი სადინარის კისტოზური ტრანსფორმაციისა და კალცინოზის შერწყმა, 2 (16,7%) პაციენტში დადგინდა ვირსუნგის სადინარის გაფართოება კისტოზურ ტრანსფორმაციასთან კომპლექსში.

კუჭკვეშა ჯირკვლის სტრუქტურული ცვლილებების ვიზუალიზაცია საჭიროებს ინსტრუმენტულ-სადიაგნოსტიკო მეთოდების შერწყმას, კერძოდ, ეზოფაგოდუოდენოსკოპიას, ულტრაბგერით კვლევას და მორეციდენტ მიმდინარეობის დროს ჯირკვლის სადინარების სისტემის და პარენქიმული პარამეტრების დეტალური შეფასებისათვის - ენდოსკოპიურ რეტროგრადულ ქოლანგოპანკრეატოგრაფიას. იდენტიფიცირებული დარღვევების ანალიზი იძლევა მკურნალობის ტაქტიკის ადეკვატური კორექციის საშუალებას პაციენტებში ქრონიკული პანკრეატიტით.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 23 С МАРКЕРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ И ФИБРОЗА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Топчий И.И., Семеновых П.С., Гальчинская В.Ю., Якименко Ю.С., Щербань Т.Д.

Государственное учреждение «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой Национальной академии медицинских наук Украины», отдел профилактики и лечения заболеваний почек при коморбидных состояниях, Харьков, Украина

Диабетическая нефропатия (ДН) - частое осложнение сахарного диабета, при котором специфически поражаются как клубочки почек, так и тубуло-интерстициальная ткань, что приводит к развитию терминальной почечной недостаточности. Заболеваемость ДН неуклонно растет во всем мире, являясь ключевой причиной инвалидизации и смертности больных диабетом [2].

Неизбежным следствием прогрессирования нефропатии является нарушение обмена фосфора и кальция. Согласно современным представлениям, регуляция фосфорно-кальциевого обмена осуществляется не только благодаря паратормону (ПТГ) и витамину D, но и с участием новых метаболически активных веществ, т.н. фосфатонинов - циркулирующих эндокринных регуляторов почечного метаболизма фосфатов и костной минерализации. К фосфатонинам относится фактор роста фибробластов FGF23 - новый эндокринный регулятор независимого от ПТГ механизма почечного метаболизма фосфора и кальция. Последние исследования показали, что FGF23 является наиболее ранним маркером прогрессирования минеральной костной болезни при хронической болезни почек (ХБП) [13,20].

FGF23 секретируется в костной ткани, а именно в остеокластах и остеобластах. В физиологических условиях этот эндокринный фактор роста контролирует выведение фосфатов почками путем блокады натрий-фосфатного ко-транспортера в эпителии проксимальных канальцев, влияет на витамин D благодаря ингибированию 1- α гидроксилазы

(CYP27), которая превращает 25(OH)D в активную форму - 1,25 (OH)2D.

В многочисленных исследованиях по изучению терминальной ХБП указывается на значительное увеличение концентраций FGF23 в крови диализных пациентов. Установлено, что летальность у больных на диализе прямо коррелирует с уровнем FGF23, независимо от концентрации фосфора в крови. Роль FGF23 доказана в формировании сердечно-сосудистых нарушений, таких как эндотелиальная дисфункция, атеросклероз и гипертрофия левого желудочка [1,3,7,19,20]. Недавние исследования показали более высокую прогностическую ценность FGF23 в отношении неблагоприятных исходов в сравнении с более изученными показателями минерального метаболизма, такими как фосфатемия и уровень ПТГ [6,9].

Взаимосвязь FGF23 с альбуминурией и снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) систематически не изучалась. А оценка FGF23 как фактора прогрессирования ХБП проводилась преимущественно в гетерогенных когортах. На сегодняшний день количество работ, посвященных изучению роли данного агента в развитии и прогрессировании диабетического поражения почек, весьма ограничено, а представленные результаты противоречивы. Открытым остается вопрос, касающийся непосредственного участия FGF23 в патогенезе ДН.

Известно, что развитие склероза и фиброза почечной ткани при ДН связано с увеличением продукции ангиотензина II,