

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 10 (319) Октябрь 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლე

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 10 (319) 2021

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

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

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

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

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

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

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

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

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

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

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

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

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

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

Website:

www.geomednews.org

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

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

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

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

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

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

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

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

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

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).
Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

EDITOR IN CHIEF

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),
Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA),
Konstantin Kipiani (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),
Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tengiz Riznis (USA), Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,
Giorgi Asatiani, Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria,
Kakhaber Chelidze, Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Tamar Doliashvili,
Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili,
Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani,
Guram Kiknadze, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze, Nana 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.com

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

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

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

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

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

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Abdul Basith Sh., Makinyan L., Wessam A., Airapetov G., Aude F., Shindiev K. SUBJECTIVE AND CLINICAL OUTCOMES OF SURGERY FOR CORRECTION OF RHEUMATOID FOREFOOT DEFORMITIES	7
Кравченко В.И., Беридзе М.М., Лазоришинец В.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПАТОЛОГИИ ДУГИ, ВОСХОДЯЩЕЙ И НИСХОДЯЩЕЙ ГРУДНОЙ АОРТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ ГИБРИДНОГО «ХОБОТА СЛОНА»	13
Gatserelia Z. QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER AFTER ORGAN-PRESERVING TREATMENT	17
Borysenko A., Timokhina T., Kononova O. COMBINED CARIES AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE	22
Khabadze Z., Ahmad W., Nazarova D., Shilyaeva E., Kotelnikova A. TREATMENT OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS: IN A SINGLE OR MULTIPLE VISITS? (REVIEW)	28
Узденова З.Х., Залиханова З.М., Гагагажева З.М., Шаваева Ф.В., Маршенкулова З.З. ФИЗИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ В ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РОДИЛЬНИЦ С РАНАМИ ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА	31
Багацкая Н.В., Дынник В.А., Гавенко А.А., Верхошанова О.Г. АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И СРЕДОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА	36
Gorina L., Krylova N., Rakovskaya I., Goncharova S., Barkhatova O. APPLICATION OF A COMPREHENSIVE APPROACH FOR EVALUATION OF TREATMENT EFFECTIVENESS OF MYCOPLASMA INFECTION IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA	41
Алдибекова Г.И., Абдрахманова С.Т., Лим Л.В., Панавиене В., Старосветова Е.Н. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 50 ЛЕТ	45
Чочия А.Т., Геладзе Н.М., Гогберашвили К.Я., Хачапуридзе Н.С., Бахтадзе С.З., Капанадзе Н.Б. МЕНТАЛЬНОЕ И РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕГИОНАХ ГРУЗИИ	52
Lominadze Z., Chelidze K., Chelidze L., Lominadze E. COMPARISON OF THE OSCILLOMETRICALLY MEASURED AORTIC PULSE WAVE VELOCITY, AUGMENTATION INDEX AND CENTRAL SYSTOLIC BLOOD PRESSURE BETWEEN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AND CHRONIC CORONARY SYNDROME	58
Masik N., Matviichuk M., Masik O. BONE FORMATION MARKERS (N-TERMINAL PROPEPTIDE TYPE I ROCOLLAGEN, OSTEOCALCIN AND VITAMIN D) AS EARLY PREDICTORS OF OSTEOPOROSIS IN PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE	64
Kekenadze M., Kvirkvelia N., Beridze M., Vashadze Sh., Kvaratskhelia E. CLINICAL CHARACTERISTICS OF ALS IN GEORGIAN PATIENTS	71
Хелемендик А.Б., Рябокоть Е.В., Рябокоть Ю.Ю. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ, УРОВНЕМ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ И СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНИ ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ НЕИНВАЗИВНЫХ ТЕСТОВ У НВeAg-НЕГАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В.....	76
Гусейналиева В.Н. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРВИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЗВЕНЕ ГОРОДА И СЕЛА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ	81

Mialovytska O., Nebor Y. ANALYSIS OF RELATIONSHIP BETWEEN POLYMORPHISM OF MTHFR (C677T), MTHFR (A1298C), MTR (A2756G) GENES IN THE DEVELOPMENT OF ISCHEMIC STROKE IN YOUNG PATIENTS.....	87
Гасюк Н.В., Мазур И.П., Попович И.Ю., Радчук В.Б.0 КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 – ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ СТОМАТОЛОГУ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ?	93
Türk S.M., Öztürk Z., Karataş D., Gönüllü E. INACTIVATED COVID-19 VACCINE CAN INDUCE REACTIVE POLYARTHRITIS IN OLDER PATIENTS: REPORT OF TWO CASES	100
Al-Omary Obadeh M., Bondar S.A. ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND PATHOGENETIC PHENOTYPES OF LOCALIZED SCLERODERMA	102
Cengiz H., Varim C., Demirci T., Cetin S., Karacaer C., Koçer H. THE FAMILIAL HYPOCALCIURIC HYPERCALCEMIA PRESENTED WITH ADVANCED HYPERCALCEMIA AND EXTREMELY HIGH PARATHORMON LEVELS (CASE REPORT)	108
Фалёва Е.Е., Маркова М.В., Харций Е.Н., Панфилова Г.Б., Чачибая Н.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	112
Мурадян А.Е., Мардяян М.А., Мкртчян С.А., Секоян Е.С. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НЕКОТОРЫМИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АРМЕНИИ	118
Dzhoraieva S., Zapolsky M., Shcherbakova Y., Goncharenko V., Sobol N. INCREASING THE EFFICIENCY OF BACTERIOLOGICAL DIAGNOSIS OF UREGENITAL TRICHOMONIASIS USING THE IMPROVED NUTRIENT MEDIUM.....	124
Tuziuk N., Kramar S., Nebesna Z., Zaporozhan S. EFFECT OF XENOGRAFTS SATURATED WITH SILVERNANOCRYSTALS ON HISTOLOGICAL STRUCTURE OF THE SKIN IN THE DYNAMICS OF EXPERIMENTAL THERMAL INJURY.....	128
Осипенко С.Б., Хромагина Л.Н., Ходаков И.В., Макаренко О.А. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПАСТЫ ЧЕРНИКИ LIQBERRY® ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 2.....	133
Metreveli M., Kodanovi L., Jokhadze M., Bakuridze A., Berashvili D., Meskhidze A STUDY OF THE BIOACTIVE COMPOUNDS CONTENT IN THE FLOWERS OF <i>Polianthes tuberosa</i> L. INTRODUCED BY GREEN TECHNOLOGIES	138
Кикалишвили Б.Ю., Сулаквелидзе Ц.П., Малания М.А., Турабелидзе Д.Г. СОДЕРЖАНИЕ ЛИПИДОВ И СОПУТСТВУЮЩИХ ИМ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РАСТЕНИЯХ, ПРОИЗРАСТАЮЩИХ В ГРУЗИИ.....	143
Yachmin A., Yeroshenko G., Shevchenko K., Perederii N., Ryabushko O. MONOSODIUM GLUTAMATE (E621) AND ITS EFFECT ON THE GASTROINTESTINAL ORGANS (REVIEW)	147
Кравчук О.В., Налуцишин В.В., Балан М.В., Осмолян В.А., Домбровская Е.Н. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЭКСПЕРТА-ПСИХИАТРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	152
Deshko L., Lotiuk O., Sinkevych O., Kravtsova Z., Kudriavtseva O., Cherniak I. THE HUMAN RIGHT TO QUALITY MEDICAL CARE: CHANGING THE PARADIGM OF INTERNATIONAL COOPERATION BETWEEN STATES AND INTERACTION OF PUBLIC AUTHORITIES AND LOCAL SELF-GOVERNMENT IN FOREIGN COUNTRIES.....	160
Lomidze N., Pochkhidze N., Japaridze N., Zhvania M. FINE ARCHITECTURE OF THE HIPPOCAMPUS IN ADOLESCENT, ADULT AND AGED RATS. ELECTRON MICROSCOPIC STUDY	165

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

¹Фалёва Е.Е., ²Маркова М.В., ¹Харций Е.Н., ³Панфилова Г.Б., ⁴Чачибая Н.В.

¹Украинская инженерно-педагогическая академия, Харьков; ²Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины; ³Университет таможенного дела и финансов, Днепр, Украина; ⁴Национальный институт эндокринологии, Тбилиси, Грузия

Проблема сохранения здоровья, качества жизни является ведущей в медицине, психологии, социологии. Растущий уровень требований, предъявляемых современной жизнью человеку, культурные, экономические и социальные трансформации требуют от него чрезвычайной мобилизации когнитивных, эмоциональных и личностных ресурсов, постоянной готовности решать возникающие жизненные проблемы.

Хроническое перенапряжение, агрессивность, конфликтность стали повседневностью современного человека, который испытывает на себе постоянное давление со стороны социальных и экономических институтов [10].

Проблема нарушений опорно-двигательного аппарата в последнее время приобрела признаки пандемии [3,5,7]. Заболевания опорно-двигательного аппарата значительно ухудшают качество жизни из-за постоянных болей, нарушения активности, потери свободы перемещения, могут инициировать нарушения в системе регуляции болевого ощущения, вызывать состояние дезадаптации, тревожные, депрессивные реакции, нарушения психоэмоциональной, личностной сфер, влияя на степень их выраженности [15-18]. Вышеизложенное является причиной повышения числа заболеваний, этиология которых тесно связана с особенностями психологической сферы. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, от 38% до 42% пациентов, посещающих кабинеты врачей, относятся к группе психосоматических больных. Существующие психологические проблемы, в свою очередь, провоцируют психосоматические дисфункции.

Ф. Александер [1] отмечает, что прямая взаимосвязь между психологическим портретом (характером) личности и предрасположенностью к тем или иным заболеваниям не всегда раскрывает реальную цепь причинно-следственных связей. Автор предполагает, что это вызвано специфическим образом жизни.

Психосоматические расстройства находятся в центре внимания медицинской психологии. Исследователи отмечают, что попытки целостного решения проблемы представлены в системно-теоретических концепциях, социопсихосоматических моделях. Анализ литературы [9,11-14], посвященной проблемам психосоматических расстройств, позволяет выделить два основных подхода: в рамках первого каждому заболеванию соответствует свой собственный тип психологических особенностей, свой паттерн эмоциональных проявлений. В рамках второго подхода большее внимание уделяется изучению психологических факторов, влияющих на все без исключения психосоматические расстройства.

В последнее время особенно актуальной стала необходимость исследования проблем, связанных с нарушением опорно-двигательного аппарата. В развитых странах мира остеохондроз и воспаление суставов составляют весомую часть от других заболеваний, приводящих к потере трудоспособности. Так в Швеции, при населении в 8400000, каждый год инвалидами на почве остеохондроза позвоночника становятся 13 тысяч, в Украине около 80% лиц зрелого возраста популяции на протяжении жизни переносят приступы

поясничных болей, однако, именно это психосоматическое нарушение, менее чем другие, рассматривается в связи с психологическими факторами его развития [6].

Больные с расстройствами опорно-двигательного аппарата могут демонстрировать амбициозность, настойчивость, упрямство, агрессивность и при этом на подсознательном уровне жаждут любви, заботы, внимания. Интрапсихический конфликт вызывает патологический стереотип реакций на стрессовые события, и таким образом, является предпосылкой расстройств опорно-двигательного аппарата [8].

Психосоматические расстройства определяются как соматическое страдание, в возникновении которого центральная роль принадлежит психологическим факторам, прежде всего, нереализованным эмоциональным переживаниям разной модальности [2]. Гиппократ и Гален отмечали [4], что сильные эмоциональные переживания, особенно гнев и страх, могут приводить к расстройствам функций тела и рассматривали болезнь как ненормальную физическую реакцию на стрессовые эмоции.

Актуальность исследования вызвана необходимостью более детального определения психологических особенностей лиц зрелого возраста с проблемами опорно-двигательного аппарата, раскрытия психологических механизмов заболевания для выбора адекватных форм лечения и профилактики.

Цель исследования — идентификация психологических особенностей больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата для выявления в дальнейшем мишеней медико-психологического вмешательства в комплексном лечении данного контингента.

Материал и методы. Для включения в основную группу исследования определены следующие критерии: 1. Информированное согласие на участие в исследовании; 2. Возраст от 30 до 55 лет; 3. Отсутствие других тяжелых соматических заболеваний; 4. Отсутствие в анамнезе психических и поведенческих расстройств.

Исследование проводилось на базе медицинского центра «Лота» в г.е Харьков. В исследовании приняли участие 30 респондентов основной группы (ОГ) в возрасте от 35 до 55 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА): дистрофически-дегенеративными нарушениями позвоночного столба, грыжами и протрузиями шейного и поясничного отдела, воспалением и ущемлением седалищного нерва. Группу сравнения (ГС) составили 30 респондентов, сопоставимых с группой пациентов по полу и возрасту, не имеющих заболеваний со стороны опорно-двигательного аппарата. После получения согласия на проведение обследования осуществлен анализ социально-демографических характеристик обследованных, их семейного анамнеза, жалоб, что проводилось с целью выяснения психологических, соматических, а также тех проблем, которые отражают осложнения, фоновые и сопутствующие заболевания, характерные для данной группы обследованных. Кроме того, уточнялось, с какого времени респонденты выявили наличие у них определенных проблем, как начиналось заболевание, с чем свя-

зывают обследуемые его возникновение, были ли обращения за медицинской или психологической помощью, какое лечение проводилось и какова его эффективность.

Продолжительность соматического нарушения опорно-двигательного аппарата у обследованных составила от полугода до 15 лет. У обследуемых обеих групп наблюдались нарушения артериального давления (ОГ - 83,3%, ГС - 76,7%), желудочные расстройства (ОГ - 53,3%, ГС - 36,7%) и сердечно-сосудистые нарушения (ОГ - 60%, ГС - 53,3%). Подавляющее большинство испытуемых (83,3%) имели высшее образование, 10% - среднее или незаконченное высшее образование, 6,7% являются сотрудниками торговых организаций и служащими госструктур. Больные с диагностированными нарушениями опорно-двигательного аппарата средней тяжести ведут, в основном, сидячий образ жизни (учителя, программисты, офисные работники). Все пациенты получали базисную терапию согласно международным и национальным рекомендациям по ведению больных соответствующей патологией.

Для проведения экспериментальной части исследования составлен набор методик, адекватных цели исследования. С пациентами, имеющими проблемы с ОДА, и условно здоровыми лицами зрелого возраста проведено психодиагностическое обследование с помощью следующих тестовых методик: опросник SF-36 - короткая форма неспецифического опросника для определения качества жизни (The 36-Item Short Form Health Survey), опросник копинг-поведения в стрессовых ситуациях (CISS, С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер, адаптированный вариант Т.А. Крюковой), тест агрессивности А. Басса, А. Дарки (адаптация А.К. Осницкого), тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена, Г. Виллиансона. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ Statistica 12.0. Описательная статистика проводилась способом проверки медиан (критерий Манна-Уитни). Использовался метод корреляционного анализа данных коэффициента Спирмена, определение уровня значимости различий проводилось при помощи шкалы Чеддока.

Результаты и обсуждение. Научные исследования, проведенные в последние годы, свидетельствуют, что анализ состояния здоровья основывается на данных об уровне и степени гармоничности физического развития, физической подготовленности и работоспособности, индивидуальных особенностей реагирования организма на воздействие факторов окружающей среды и социальных условий жизни.

Анализ должен учитывать отдаленные результаты социальной и профессиональной адаптации и данные субъективного скринингового исследования, наличие признаков соматического и психического благополучия, качества жизни. Особого внимания заслуживает понятие качества жизни, которое используют для комплексной характеристики объективных и субъективных условий, а также уровня жизни населения и определения физического, ментального, социально-культурного развития человека, группы или сообщества людей [2]. Шкалы опросника качества жизни представляют собой характеристики здоровья, включают функцию и дисфункцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные оценки, позитивные и негативные самооценки общего состояния здоровья. Анализ результатов исследования показал наличие существенных различий по показателям качества жизни обследуемых ОГ и ГС (таблица 1).

Невысокие показатели ОГ по шкале РФ свидетельствуют о недоверии к собственному телу, обесценивании физического ресурса организма, и обусловлены, прежде всего, тяжестью заболевания, перспективой длительной реабилитации. Особенно низкие показатели наблюдались у пациентов с ипохондрическим отношением к жизни, в результате чего происходит фиксация на болезненных симптомах, болезнь становится фактором фрустрации. Такие лица низко оценивают свои возможности в выполнении повседневных обязанностей (шкала RP), считают, что их повседневная деятельность значительно ограничена болезнью. Пациенты зрелого возраста субъективно оценивают интенсивность боли (BP), определяя ее как такую, которая мешает выполнять повседневную деятельность, ограничивает активность. Более позитивно оценивают свое состояние, и прежде всего болевые ощущения, больные с надеждой на выздоровление.

Анализ результатов обследования по шкале GH выявил, что в группе ОГ преобладает неверие в перспективу выздоровления, негативное отношение к лечению и обесценивание позитивной динамики в процессе реабилитации. Результаты по шкале VT позволяют судить о наличии страха за свое будущее перед долговременным процессом реабилитации и перед жизнью в целом. Анализ результатов исследования по шкале SF показал, что обследуемые ОГ считают болезнь, свое физическое и эмоциональное состояние факторами, значительно ограничивающими их социальную активность, способствующими уменьшению количества контактов, ухудшению качества общения. Низкие показатели

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей качества жизни пациентов с проблемами опорно-двигательного аппарата и группы сравнения

Шкалы качества жизни	ОГ (n=30)	ГС (n=30)
Физическое функционирование (PF)	49,16±20	92,66±21
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	30,00±20	91,66±20
Интенсивность боли (BP)	48,40±22	94,66±13
Общее состояние здоровья (GH)	39,40±16	69,03±21
Жизненная активность (VT)	38,00±17	68,83±15
Социальное функционирование (SF)	59,00±21	92,50±17
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	45,66±25	79,99±21
Психическое здоровье (MH)	51,80±24	69,73±16

по шкале RE демонстрируют субъективное ощущение потери контроля над жизнью, такие пациенты эмоционально уязвимы, большинство из них отмечает значимость семьи и поддержки родных. Невысокие показатели по шкале MH свидетельствуют о наличии тревожных настроений, об отрицательном эмоциональном фоне.

Таким образом, по субъективным оценкам у пациентов ОГ качество жизни достаточно низкое, они отмечают, что заболевание сказалось на всех сферах их жизни. Обследуемые этой группы испытывают проблемы с физическим функционированием, имеющие объективные причины, однако следует отметить, что сознание исследуемых этой категории фокусируется на болезни, больше, чем на здоровье, они обесценивают свою социальную роль, отказываются от социальной жизни, у них снижена жизненная активность. Такие результаты в совокупности показывают деструктивную картину внутреннего здоровья человека.

Анализ результатов ГС показал, наличие более высоких показателей, чем у обследуемых ОГ, по всем шкалам, они чувствуют свое благополучие в большинстве сфер реализации, положительно относятся к собственной жизненной и социальной активности. Анализ отношения обследуемых ГС к ролевому функционированию, обусловленного эмоциональным состоянием, показал наличие высоких показателей с большим разбросом значений по шкале. Причиной этого может быть неоднозначное отношение к социальной активности и перепады эмоционального состояния. Отметим, что для обследуемых ГС характерно позитивное отношение к болезни, однако проблемы, связанные с физическим функционированием, с физическим нездоровьем могут игнорироваться или восприниматься как вызов: такие люди считают, что возможно преодолеть симптом волевыми усилиями, без вмешательства врачей.

Для определения уровня статистической значимости выявленных различий между выборками обследуемых ОГ и

ГС использовался критерий Манна-Уитни (U). Для качественных показателей параметры описательной статистики приведены в виде медианы и квартилей, Me (Q1; Q3). Таким образом, результаты проверки, выявленных в результате применения частотного распределения данных различий между исследуемыми выборками ГС и ОГ, показал статистически значимую разницу по всем шкалам (таблица 2).

Задачей нашего исследования было также исследование агрессии людей зрелого возраста ОГ и ГС при помощи теста А. Басса - А. Дарки. Анализ результатов исследования ОГ показал следующее: по показателю физической агрессии у 67% обследуемых выявлен низкий уровень, у 27% — средний и у 6% — повышенный уровень агрессии; по шкале вербальной агрессии преобладает повышенный уровень (47%). Количество обследуемых с высоким и очень высоким уровнем составляет по 14%, низким — 25% от общего количества людей в группе. Таким образом, около половины пациентов склонны выражать негативные чувства при помощи ссор, крика, визга или через содержание словесных обращений к другим лицам (угрозы, проклятия, ругань).

Исследование выявило 50% обследуемых с повышенным и высоким уровнем косвенной агрессии, что характеризует их как личности, которые могут распространять сплетни, отпускать шутки, иногда проявлять ненаправленные, неупорядоченные взрывы ярости (крик, топание ногами).

По показателям негативизма обследуемые ОГ распределились следующим образом: 36% с высоким, 30% с повышенным, 27% со средним уровнем. У 7% выявлен очень высокий уровень негативизма, что указывает на оппозиционную форму поведения, направленную обычно против авторитета и руководства, которая может нарастать от пассивного сопротивления к активным действиям против требований, правил, законов.

Анализ результатов по шкале раздражения показал нали-

Таблица 2. Сравнение групп по показателям качества жизни

Показатель	группа	n	Медиана (Me)	Нижний квартиль (Q ₁)	Верхний квартиль (Q ₃)	Значимость(<0,05)
PF	ГС	30	95	91,25	96,25	0,001
	ОГ	30	40	20	82,5	
RP	ГС	30	100	75	100	0,001
	ОГ	30	25	0	50	
BP	ГС	30	100	84	100	0,001
	ОГ	30	62	22	62	
GH	ГС	30	67	61,5	80	0,001
	ОГ	30	35	25	40	
VT	ГС	30	67,5	65	75	0,001
	ОГ	30	35	25	50	
SF	ГС	30	87,5	87,5	100	0,001
	ОГ	30	75	37,5	75	
RE	ГС	30	83,33	66,66	100	0,003
	ОГ	30	33,33	0	100	
MH	ГС	30	68	64	76	0,001
	ОГ	30	48	36	60	

Таблица 3. Сравнение групп по показателям индексов агрессии и враждебности

Показатель	Группа	n	Медиана	Нижний квартиль (Q ₁)	Верхний квартиль (Q ₃)	Значимость (<0,05)
			(Me)			
Индекс агрессии	ГС	30	19	18	20	0,001
	ОГ	30	22,5	19	24	
Индекс враждебности	ГС	30	8	7	9	0,001
	ОГ	30	10,5	8	11,25	

чие исследуемых ОГ с повышенным (39%), средним (38%) и высоким (23%) уровнем, что характеризует их как личностей, готовых при возбуждении быть резкими и грубыми.

Исследуемые ОГ имеют преимущественно средний уровень подозрительности (47%), это характеризует их как личностей, которые склонны к недоверию и осторожному отношению к людям, они убеждены, что окружающие намерены причинить вред. 35% имеют повышенный и 16% высокий уровень по этой шкале. Средний уровень обиды характерен для 40%, повышенный — для 37% обследуемых ОГ. Такие личности иногда проявляют зависть и ненависть к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то или всем миром за действительные или мнимые страдания. 23% показали низкий уровень обиды.

Анализ результатов исследования шкалы «Чувство вины» показал, что обследуемые ОГ преимущественно имеют повышенный уровень (45%). Для 3% характерен очень высокий, для 7% — высокий, для 21% — средний уровни чувства вины. Такие пациенты часто чувствуют себя недостаточно хорошими людьми, которые способны на плохие, недостойные поступки. У 24% выявлен низкий уровень по показателям этой шкалы.

На данном этапе мы исследовали показатели агрессии в группе сравнения. Анализ результатов показал следующее. Физическая агрессия: низкий уровень — 70%, средний — 30%; вербальная агрессия: повышенный уровень — 40%, высокий — 53%, очень высокий — 7%; косвенная агрессия: повышенный уровень — 77%, высокий — 16%, средний — 7%; негативизм: высокий уровень — 60%, повышенный — 23%, средний — 17%; раздражение: повышенный — 53%, средний — 47%; подозрительность: средний уровень — 83%, повышенный — 17%; обида: средний — 59%, высокий — 16%, низкий — 25%; чувство вины: повышенный — 78%, высокий — 16%, средний — 6%.

Сравнительный анализ показателей двух групп за двумя общими индексами: агрессии и враждебности показал статистически значимую разницу (таблица 3).

Анализ результатов исследования уровня стрессоустойчивости обследуемых ОГ и ГС показал статистически значимую разницу ($p < 0,001$). 80% пациентов ОГ показали низкий и 20% — очень низкий уровень, в группе сравнения 70% обследуемых имеют удовлетворительный и 30% низкий уровень. Нужно отметить, что по результатам теста в обеих группах отсутствуют особы с высоким и очень высоким уровнем.

На данном этапе было также проведено исследование с помощью методики «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS».

Анализ результатов исследования показал, что в обеих группах преобладают копинг-стратегии, ориентированные на решение задачи в стрессовой ситуации: 54% обследуемых ОГ и 55,8% — группы сравнения. 45% пациентов ОГ и 34% ГС выбрали копинги, ориентированные на регулирование эмоционального состояния в стрессовой ситуации, 42,3% обследуемых ОГ и 39,5% ГС предпочитают избегать стрессоров. Срав-

нительный анализ показал статистически значимую разницу по шкале эмоционально ориентированного копинга ($p < 0,001$).

Проведенный корреляционный анализ выявил взаимосвязь показателей качества жизни обследуемых с критериями (шкалами) агрессивности:

- существует умеренная обратная связь между индексом агрессии и физическим здоровьем ($r = -0,396$, при $p < 0,05$), физическим функционированием ($r = -0,413$, при $p < 0,05$), ролевым функционированием ($r = -0,399$, при $p < 0,05$), болью ($r = -0,444$, при $p < 0,05$). Индекс агрессии характеризуется через умеренную прямую взаимосвязь с показателем уровня стрессоустойчивости ($r = 387$, при $p < 0,05$);

- индекс враждебности имеет умеренную обратную взаимосвязь с физическим функционированием ($r = -0,369$, при $p < 0,05$), ролевым функционированием ($r = -0,416$, при $p < 0,05$), болью ($r = -0,364$, при $p < 0,05$). Он также характеризуется через умеренную прямую связь с уровнем стрессоустойчивости ($r = 322$, при $p < 0,05$).

У пациентов ОГ возникает чувство обиды, по их мнению, близкие люди недостаточно проявляют любви, внимания и поддержки. При этом, осознавая ограничения, которые накладывают нарушения ОДА, люди испытывают чувство вины за безответственное отношение к своему здоровью, которое привело к болезни.

Корреляционный анализ выявил тесную и достоверную взаимосвязь между показателями качества жизни и изучаемых качеств. Значимые показатели имеют растущую ($r > 0$, при $p < 0,05$) и обратную ($r < 0$, при $p < 0,05$) корреляцию. Выявлено: - средняя прямая взаимосвязь между показателями физического здоровья и психического здоровья ($r = 0,516$, при $p < 0,05$),

- высокая прямая связь между показателями физического здоровья и физического функционирования ($r = 0,819$, при $p < 0,05$),

- высокая обратная взаимосвязь между показателями самооценки стрессоустойчивости и физическим здоровьем ($r = 0,718$, при $p < 0,05$),

- очень высокая прямая зависимость (почти функциональная зависимость) между показателями боли и физическим функционированием ($r = 0,904$, при $p < 0,05$).

Сравнительная характеристика внутренней картины здоровья обследованных ОГ и ГС выглядит следующим образом (таблица 4).

Переосмысление имеющихся подходов к анализу понятия «внутренняя картина здоровья» в отношении людей с нарушением опорно-двигательного аппарата позволили определить, что оно включает в себя не только знание своих возможностей, умение пользоваться истинными и скрытыми резервами, но и осознание и принятие ограничений, которые накладывает заболевание в настоящем и будущем. Сохранение и восстановление здоровья зависит от адекватной и конгруэнтной внутренней картины здоровья, где отношение к болезни (внутренняя картина болезни) является только одним из ее элементов.

Таблица 4. Сравнительная характеристика внутренней картины здоровья ОГ и ГС

ГС	ОГ
Сенситивный компонент	
Ощущение бодрости, способность к активности, отсутствие чувства дискомфорта или боли.	Угнетение, тревожность, апатия, проблемы с аппетитом, недоверие к телу, дискомфорт, чувствительность к боли.
Эмоциональный компонент	
Наслаждение здоровьем и чувством наличия энергетического резерва, динамический/оптимальный уровень тревоги за свое здоровье, адекватная самооценка здоровья.	Заниженная самооценка, неверие в быстрое или полное выздоровление, агрессия по отношению к самому себе, родным, здоровым сверстникам, обида на весь мир, неадекватная оценка собственного здоровья (заниженная или завышенная), чувство вины перед родными.
Когнитивный компонент	
Недостаточная осведомленность и компетентность в сфере здравоохранения, равнодушие к знаниям о критериях здоровья и «здоровом поведении».	Высокая степень осведомленности и компетентности в сфере болезни. Страх перед усилиями для выздоровления, низкая мотивация на выздоровление, нежелание поддерживать «здоровое поведение» из жалости к себе, преувеличение значения роли здоровья для собственной социальной жизни, обесценивание или преувеличение значения своих достижений.
Ценностно-мотивационный компонент	
Приоритетность ценности активности, независимости, построения социальных контактов со сверстниками, мотивация к здоровому образу жизни зависит от окружения, установки на активное отношение к здоровью в стадии формирования. Внимание на настоящем и безоценочная вера в будущее.	Здоровье как сверхценность, желание выздоровления, не принятие реальной ситуации, смещение локуса контроля на здоровье и жизнь в целом. Амбивалентные отношения с родными. Страх перед новыми контактами со сверстниками. Мифологичность мышления. Смещение внимания в прошлое, обесценивание настоящего, страх перед будущим.
Поведенческий компонент	
Высокая социальная активность. Поведение направлено на усвоение социального опыта и реализацию собственных качеств, возможностей. Участие в различных сферах жизни. Поведение может угрожать здоровью.	Несамостоятельность, проявление агрессии, зависимость от родных, заниженная активность, безынициативность в поведении, направленного на восстановления здоровья. Избегание любой активности, страх перед возможным риском.

Таким образом, анализ результатов показал тесную связь внутренней картины здоровья обследуемых с возрастными особенностями, психологическими характеристиками болезни, субъективной оценкой состояния своего здоровья, позволил выявить мишени медико-психологической коррекции в комплексном лечении данного контингента и подтвердил необходимость создания программы психологической коррекции когнитивной, поведенческой и эмоциональной сфер лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата. Выявление мишеней медико-психологической коррекции позволит разработать программу профилактики, реабилитации людей зрелого возраста с нарушением ОДА с учетом факторов влияния и привлечения соответствующих специалистов с сохранением индивидуального подхода.

ЛИТЕРАТУРА

- Александр, Ф. Психосоматическая медицина. 2009: 47-91.
- Гасюк М. Б., Нестерук Р. В. Внутрішня картина здоров'я хворих, що перенесли ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда: емпіричне дослідження. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія психологічні науки. 2018; 2: 149-155.
- Гузій О. Pain Control – 2017: мистецтво контролювати біль. Український медичний часопис. 2017; 5 (121). IX/X: 39-42. Клиническая психология. 2010: 861.
- Коростій В. І., Кожина Г. М., Шикова В. В. Сучасний підхід до терапії тривожно-депресивних розладів у хворих з психосоматичними захворюваннями. Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики. Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції. Дніпропетровськ. 2014: 64-65.
- Коцан І.Я., Ложкін Г.В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. 2011: 316.
- Маркова М.В., Мухаровська І.Р., Піонтковська О.В. Інтеграція медичної психології в систему надання медичної допомоги пацієнтам із тяжкими соматичними захворюваннями як необхідна умова оптимізації лікувального процесу. Медична психологія. 2014; Т. 9, № 3: 3-6.
- Маркова М.В., Ходаківський Ю.С. Особливості афективної сфери у хворих з хронічним больовим синдромом. Georgian Medical News No 10 (319) 2021 © GMN 121 mom спіни. Psychological journal. 2019; Volume 5 Issue 6: 174-183.
- Ребров Б. А., Благинина И. И., Реброва О.А. К вопросу о связи хронического болевого синдрома и тревожно-депресивных расстройств у больных терапевтического профиля. Боль. Суставы. Позвоночник. 2011; № 2: 7-9.
- Фальова О. Є., Гущина С.В. Взаємозв'язок психологічних особливостей та типів розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку. Науково-методичне забезпечення якості освіти та його психологічний супровід: Матеріали наук. -

практ. конференції, 2012: 292-302.

11. Фусу М. Н. Психосоматические расстройства: теории и концепции. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2012; №4: 43-55.

12. Ходаківський Ю.С. Психологічні особливості при хронічному больовому синдромі внаслідок захворювань опорно-рухового апарату. Медична психологія. 2019; 2: 41-46.

13. Чабан О.С., Хаустова О.О., Авраменко О. М. Хронічний біль в психосоматичній медицині: монографія. 2016: 118.

14. Якупов Э.З., Якупова С.П., Муслимова Е.А. Мультивекторный характер купирования острой и хронической боли и необходимость использования копинг-стратегий ее преодоления. Журнал неврологии и психиатрии. 2015; № 12: 98-103.

15. De la Coba P., Bruehl S., Galvez-Sánchez C. M., Reyes Del Paso G. A. Slowly Repeated Evoked Pain as a Marker of Central sensitization in fibromyalgia: diagnostic accuracy and reliability compared to temporal summation of pain. Psychosom Med. 2018; 80(6): 573-580.

16. Galvez- Sánchez C. M. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. Psychol Res Behav Manag. 2019; 12: 117-127.

17. Gatchel R. J. Comorbidity of chronic pain and mental health Disorders. Psychol. Biopsychosocial Perspective. American Psychologist. 2004; 59(8): 795-805.

18. Khaustova O., Smashna O. Clinical comorbidity of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury in participants of military actions in eastern Ukraine. European Neuropsychopharmacology. 2016; 2 (26): 628-629.

SUMMARY

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PATIENTS WITH DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

¹Falova E., ²Markova M., ¹Khartsiy E., ³Panfilova G., ⁴Chachibaia N.

¹Ukrainian Engineering Pedagogics Academy; ²Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health Protection of Ukraine; ³University of Customs and Finance, Dnipro, Ukraine; ⁴National Institutur of Endocrinology, Tbilisi, Georgia

The purpose of the study was to identify the psychological peculiarities of patients with disorders of the musculoskeletal system in order to identify in the future the targets of medical and psychological intervention, correction and complex treatment of this contingent.

The study methods: Inventory form SF-36 — short form of the nonspecific Inventory for determination of a life quality (The 36-Item Short Form Health Survey, Coping Inventory for Stressful Situations, CISS), S. Norman, D. F. Ender, D. A. James, M. I. Parker, adopted by T. L. Kryukova, A. Buss and A. Durkee Hostility Inventory, BDHI, adopted by A. L. Osnitsky), Test of self-assessment of stress resistance of S. Kouhen and G. Williamson

The study showed a significant difference ($p < 0,05$) in the quality of life of the examined main group and comparison group. In the course of the study it was confirmed that the significant reasons for the decrease in the quality of life of the patient are age-related, individual-psychological differences and social ones. Correlation analysis revealed the relationship of aggression with indicators of the quality of life of the subjects, a direct relationship between indicators of “physical health” and “physi-

cal functioning” and between indicators of “pain” and “physical functioning”, an inverse relationship between indicators of stress resistance and “physical health”.

Identification of the targets of medical and psychological correction will make it possible to develop a program of prevention, rehabilitation of people of mature age with disorders of the musculoskeletal system, taking into account the factors of influence and the involvement of relevant specialists while maintaining an individual approach.

Keywords: musculoskeletal system, psychosomatics, psychological peculiarities, quality of life, internal picture of health.

РЕЗЮМЕ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

¹Фалёва Е.Е., ²Маркова М.В., ¹Харций Е.Н., ³Панфилова Г.Б., ⁴Чачибая Н.В.

¹Украинская инженерно-педагогическая академия, Харьков; ²Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины; ³Университет таможенного дела и финансов, Днепр, Украина; ⁴Национальный институт эндокринологии, Тбилиси, Грузия

Целью исследования явилась идентификация психологических особенностей больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата для выявления в дальнейшем мишеней медико-психологического вмешательства, коррекции и комплексного лечения данного контингента.

Исследование проводилось на базе медицинского центра «Лота» в городе Харьков. В исследовании приняли участие 30 респондентов основной группы (ОГ) в возрасте от 35 до 55 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА). Группу сравнения (ГС) составили 30 респондентов, сопоставимых с группой пациентов по полу и возрасту, не имеющих заболеваний со стороны ОДА.

Методики исследования: опросник SF-36 - короткая форма неспецифического опросника для определения качества жизни (The 36-Item Short Form Health Survey), опросник копинг-поведения в стрессовых ситуациях (CISS, С. Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер, адаптированный вариант Т.А. Крюковой), тест агрессивности А. Басса, А. Дарки (адаптация А. К. Осницкого), тест самооценки стрессоустойчивости С. Коухена, Г. Виллиансона.

Исследование выявило значительное различие ($p < 0,05$) качества жизни обследованных ОГ и ГС. В ходе исследования подтверждено, что весомыми причинами снижения качества жизни больных являются возрастные, индивидуально-психологические и социальные различия. Корреляционный анализ выявил взаимосвязь агрессии с показателями качества жизни испытуемых, прямую зависимость между показателями «физического здоровья» и «физического функционирования» и между показателями «боли» и «физического функционирования», обратную зависимость между показателями стрессоустойчивости и «физического здоровья».

Выявление мишеней медико-психологической коррекции позволит разработать программу профилактики, реабилитации лиц зрелого возраста с нарушениями ОДА с учетом факторов влияния и привлечения соответствующих специалистов с сохранением индивидуального подхода.

რეზიუმე

საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დარღვევების მქონე პაციენტების ფსიქოლოგიური თავისებურებები

¹ე.ფალიოვა, ²მ.მარკოვა, ¹ე.ხარცი, ³გ.პანფილოვა, ნ.ნაჩიბაია

¹უკრაინის საინჟინრო-პედაგოგიური აკადემია, ხარკოვი; ²ხარკოვის დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების აკადემია; ³საბაჟო საქმის და ფინანსების უნივერსიტეტი, დნეპრი, უკრაინა; ენდოკრინოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტი, თბილისი, საქართველო

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დარღვევების მქონე პაციენტების ფსიქოლოგიური თავისებურებების იდენტიფიკაცია მომავალში ამ კონტინგენტში სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ჩარევის სამიზნეების გამოვლენის, კორექციისა და კომპლექსური მეურნალობის მიზნით.

კვლევა ჩატარდა ქსარკოვში, სამედიცინო ცენტრის “ლოტა” ბაზაზე. კვლევაში მონაწილეობდა 30 რესპოდენტი ძირითადი ჯგუფიდან, 35-55 წლის ასაკის, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დარღვევებით. შედარების ჯგუფი შეადგინა 30 რესპოდენტმა, რომლებიც თავსებადი იყო ასაკით და სქესით ძირითად ჯგუფთან, არ აღენიშნებოდათ საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაავადებები.

კვლევის მეთოდები: კითხვარი SF-36 – არასპეციფიკური კითხვარის მოკლე ფორმა სიცოცხ-

ლის ხარისხის განსაზღვრისათვის (The 36-Item Short Form Health Survey), კომპიუტერული კითხვარი სტრესულ სიტუაციებში (CISS, ს.ნორმანი, დ.ენდლერი, დ.ჯეიმსი, მ.პარკერი, ტ.კრიუკოვას ადაპტირებული ვარიანტი), აბასის და ა.დარკის აგრესიულობის კითხვარი (ა.ოსნიცკის ადაპტაცია), ს.კოუსენის და გ.ვილლიანსონის ტესტი სტრესმედველობის თვითშეფასებისათვის.

კვლევით გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება ($p<0,05$) ძირითადი და შედარების ჯგუფის წევრების სიცოცხლის ხარისხის მაჩვენებლებს შორის, ასევე, დადასტურებულია, რომ პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის შემცირების წონად მიზეზს წარმოადგენს ასაკობრივი, ინდივიდუალურ-ფსიქოლოგიური და სოციალური განსხვავებანი.

კორელაციური ანალიზით გამოვლინდა აგრესიის ურთიერთკავშირი გამოკვლეულ პირთა სიცოცხლის ხარისხის მაჩვენებლებთან, პირდაპირი კავშირი “ფიზიკური ჯანმრთელობის” და “ფიზიკური ფუნქციონირების” მაჩვენებლებს, ასევე “ტკივილის” და “ფიზიკური ფუნქციონირების” მაჩვენებლებს შორის, უკუდასტურებულია სტრესმედველობის და “ფიზიკური ჯანმრთელობის” მაჩვენებლებს შორის.

სამედიცინო-ფსიქოლოგიური კორექციის სამიზნეების გამოვლენა იძლევა პროგრამის შემუშავების საშუალებას საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დარღვევების მქონე ზრდასრული პირების პროფილაქტიკისა და რეაბილიტაციისათვის გაკვლენის ფაქტორების გათვალისწინებით, შესაბამისი სპეციალისტების ჩართვით და ინდივიდუალური მიდგომის შენარჩუნებით.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ НЕКОТОРЫМИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АРМЕНИИ

¹Мурадян А.Е., ²Мардяня М.А., ³Мкртчян С.А., ⁴Секоян Е.С.

¹Армянский государственный институт физической культуры и спорта, кафедра физической реабилитации; ²Ереванский государственный медицинский университет, ³кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения, ⁴кафедра ЛОР-болезней; ⁴кафедра реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины, Армения

“Здоровье населения” - термин с широким содержанием, изучающий значимые факторы здоровья [2]. В целях обеспечения высокого качества медицинской помощи при сохранении доступности систем здравоохранения многие страны к переходят к демографическому подходу [25]. Популяционный подход к здравоохранению выходит за рамки традиционной биомедицинской модели и учитывает значимость межсекторального сотрудничества в укреплении здоровья общин [23]. Суть определения физического здоровья не так проста, фраза состоит из двух имеющих важное семантическое значение слов, “здоровье” является обобщенной характеристикой, а “физическое” связано с физическими возможностями человека [7]. Согласно заявлению

представителей Фонда общественного здоровья (The Group Health Community Foundation) “некоторые наблюдатели рассматривают здоровье населения как новый термин, который подчеркивает влияние социальных и экономических сил в сочетании с биологическими и экологическими факторами, которые формируют здоровье всего населения, а другие интерпретируют здоровье населения в первую очередь как цель достижения измеримых улучшений в здоровье определенного населения.” [12].

Использование стандартизированных инструментов измерения состояния здоровья в учреждениях первичной медико-санитарной помощи может улучшить профилактические услуги, результаты в области поведенческого здоровья