

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 10 (319) Октябрь 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

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 Kvirvelia, Teymuraz Lezhava,
Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava,
Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili, Ramaz Shengelia,
Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

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

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

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

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

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.com

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

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

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

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

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

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

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

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER AFTER ORGAN-PRESERVING TREATMENT

Gatserelia Z.

Kyiv City Clinical Oncology Center, Ukraine

The treatment choice (transurethral resection of the bladder, open resections or cystectomies) for muscle invasive bladder cancer (MIBC) is still controversial. According to the supporters of radical cystectomy (RC), the bladder removal in MIBC is a priority [9] due to the high probability of recurrence (50-90%) after organ-preserving treatment of MIBC. At the same time, supporters of organ-preserving surgeries for MIBC point out the extremely low quality of life of patients after cystectomy, despite various types of urinary derivation [1]. Besides, the high injury rate and technical difficulties make RC unacceptable for some patients [2]. The advantage of organ-preserving complex MIBC treatment is the high quality of life figures, including social, physical, sexual, cognitive well-being as compared to patients who underwent RC.

The aim of the study was to analyze the quality of life of MIBC patients' life after RC with orthotopic ileal neobladder, after partial cystectomy (PC) with adjuvant radiotherapy (RT) and after PC with adjuvant chemotherapy (CT).

Material and methods. We observed 120 MIBC patients who were treated at the Kyiv city clinical oncological center which is the base of SI "Institute of Urology of NAMS of Ukraine" during the period from 2008 to 2019. The patients were divided into 3 groups depending on the intervention extent. The 1st one included patients after RC with orthotopic ileal neobladder (42), group 2 consisted the patients after PC and adjuvant RT with a total dose to the bladder and pelvic lymph nodes 45 to 64 Gy and the single dose of 2 Gy for 6.5 weeks (using a linear accelerator (41)), group 3 consisted the patients after PC and adjuvant CT – 2-4 courses on the scheme of cisplatin 70 mg/m² on day 1 + gemcitabine 1000 mg/m² on days 1, 8, 15 (37). The mean age of the 1st patients' group was 62 years, in the 2nd group 63 years, in the 3rd group 58 years. According to the TNM classification, the distribution of patients was as follows: T2a-T2b – 72 (60%), T3a-T3b – 43 (35.8%), T4a-T4b – 5 (4.2%). Diagnosis was established in the all cases by US, CT or MRI data, transurethral biopsy (TUB) of bladder tumors in order to verify the diagnosis and determine the depth of neoplastic process invasion. Urothelial carcinoma of various tumor differentiation degrees was morphologically confirmed in all patients. According to the degree of tumor differentiation the patients were distributed as follows: high degree (G1) – 2 (1.6%), a moderate degree (G2) – 46 (38.3%), low degree (G3) – 72 (60.1%). As for localization, in the 1st group 70% of tumors were located in the cervix, in the remaining 30% – on the lateral bladder walls. In 2nd and 3rd groups 80% of the tumors were on the lateral walls, and 20% were on the lateral walls with transition to the bladder neck. Cardiovascular diseases prevailed among comorbidities: in 1st group – 54%, in 2nd group – 56% and in 3rd group – 55%.

The patients' quality of life has been studied using three questionnaires. The first one is a modern version of the EORTC quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30) officially approved by the EORTC Quality of Life Study Group and approved for use in scientific studies [18]. The second questionnaire is the Sexual Health Questionnaire (EORTC SHQ-C22) which was

recently developed by the European Organization for Research and Treatment of Cancer to assess the sexual health of cancer patients [5]. A third tool, the International Consultation on Incontinence Questionnaire–Urinary Incontinence (ICIQ-UI) is a questionnaire to assess the frequency, severity and impact on quality of life (QoL) of urinary incontinence in men and women in research and clinical practice worldwide [6]. All 120 patients participated in the study answered three questionnaires. The hypothesis of the difference between the groups was verified using the nonparametric Kruskal-Wallis H-test.

Results and discussion. In a retrospective study of 120 case histories of MIBC patients after RC with orthotopic ileal neobladder, PC with pelvic lymphadenectomy, and adjuvant RT or CT, a 5-year overall survival (OS) rate was achieved in 50%; 53%; 68% of patients, respectively. Cancer-specific survival were 56%; 54%; 66%, respectively. Relapse-free survival (RFS) was 60%; 36%; 38% of patients, respectively.

EORTC QLQ-30 questionnaire. The results of the study of MIBC patients after surgical treatment using the EORTC QLQ-30 questionnaire confirm their better quality of life after PC with adjuvant CT, especially with regard to physical condition, patients' adaptation in society (social scale), money expenditure, gastrointestinal tract functioning (according to symptoms of vomiting, nausea and diarrhea).

Comparison between the three patient groups on the EORTC QLQ-30 and ICIQ, processing and analysis of the obtained results were conducted through the software *Statistica for Windows, v12.0*. The Mann-Whitney U-test, a nonparametric statistical criterion for assessing the difference between two independent samples by the level of the sound clinical data, was used to compare the efficiency of treatment methods. Descriptive Statistics was also performed where the mean, median, minimum and maximum values, upper and lower quantiles, standard deviation, and standard error of the mean were indicated. Table 1 shows the level of significance P where P_{1-2} was obtained when comparing groups 1 and 2, P_{1-3} when comparing groups 1 and 3, and respectively P_{2-3} when comparing groups 2 and 3. Quality of life figures were lower after RC as compared to those after PC. The only scale for which the scores in group 1 were better than in groups 2 and 3 was the Fatigue scale which may be associated with a longer follow-up period in the presence of repeated surgeries for MIBC relapses among group 2 and 3 patients, therefore the patients were forced to stay in the hospital (Table 1).

When assessing the overall scale Quality of Life, the median scores were equal in groups 2 and 3. However this scale is not the integral one, so when interpreting the data one should take into account the values obtained in all scales of the questionnaire. When analyzing the graph, the maximum deviation towards the 25th percentile (towards the worst indicators) was found in group 1, and the maximum deviation towards the 75th percentile (towards the best indicators) in groups 2 and 3 (Table 1). It was found for patients after open resection of the bladder to be higher quality of life [17]. When comparing the average indices according to the role scale, the indices in the 2nd group were worse than those in the 3rd group, but during detailed analysis the

maximum deviations towards the worse indices were revealed in the 1st group. According to the emotional scale the medians of groups 2 and 3 are equal; however a detailed evaluation of all deviations revealed that group 2 has patients with less pronounced emotional deviations, and group 1 has a rather high level of psycho-emotional disorders. The Pain median scores on the symptom scale were equal in groups 2 and 3, but the scores deviation to the worse side was greater among group 1 patients, indicating a greater pain severity in patients in this group. No statistically significant differences were found among patients in all groups on the cognitive scale (whose questions concerned interest in books and TV watching).

According to the EORTC QLQ-30 questionnaire, a higher level of quality of life was found among group 3 patients. Low level of quality of life was confirmed in patients after RC (group 1). At the same time, intermediate results were obtained in group 2 after RC with LT, and these results was associated with

a smaller surgery extent than in group 1, preservation of the own bladder, the long follow-up period, and an older age composition of patients as compared to group 3 (Table 1).

As shown in Table 2, the group of patients with PC and CT, cystectomy, and RT had better sexual health indices according to the EORTC SHQ-C22 questionnaire, as compared to the group of patients after RC and ICNP. These findings are further evidence of the better quality of life in patients after earlier cystectomies with CT and RT. Sexual dysfunction is characterized by impaired libido and psychophysiological changes related to the sexual response cycle in men and women, or pain during sexual intercourse [19]. The World Health Organization (WHO) defines sexual health as a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality, and it is not simply the absence of disease, dysfunction or drawbacks. So, sexual health must be assessed holistically through the complex interplay between biological, psychological, interpersonal, and so-

Table 1. Assessment of the patient life quality according to the EORTC QLQ-30 questionnaire

Scale of the questionnaire	Radical cystectomy with orthotopic ileal neobladder	Partial cystectomy with adjuvant radiation therapy M±SE	Partial cystectomy with adjuvant chemotherapy
	1	2	3
General scale of life quality	63.88±1.90 p _{1,2} =0.000	81.04±1.84 p _{2,3} =0.560	80.64±1.74 p _{1,3} =0.000
Functional scale			
Physical scale	77.76±1.92 p _{1,2} =0.409	79.00±1.73 p _{2,3} =0.087	76.36±1.49 p _{1,3} =0.969
Role scale	72.44±2.38 p _{1,2} =0.193	68.40±1.80 p _{2,3} =0.001	60.36±1.31 p _{1,3} =0.000
Emotional scale	79.20±1.40 p _{1,2} =0.000	60.80±2.07 p _{2,3} =0.478	62.16±2.14 p _{1,3} =0.000
Cognitive scale	88.72±2.09 p _{1,2} =0.915	89.32±1.95 p _{2,3} =0.001	81.56±2.12 p _{1,3} =0.010
Social scale	85.48±2.31 p _{1,2} =0.001	76.44±2.12 p _{2,3} =0.534	78.4±2.04 p _{1,3} =0.005
Symptomatic scale			
Tiredness	27.92±2.85 p _{1,2} =0.554	29.60±2.34 p _{2,3} =0.003	44.56±3.44 p _{1,3} =0.002
Nausea/vomiting	63.08±2.64 p _{1,2} =0.000	22.96±1.10 p _{2,3} =0.000	31.76±1.08 p _{1,3} =0.000
Pain	38.36±2.34 p _{1,2} =0.000	23.08±1.35 p _{2,3} =0.502	21.48±1.23 p _{1,3} =0.000
Dyspnea	0.00±0.00 p _{1,2} =0.000	2.60±0.44 p _{2,3} =0.017	4.52±0.70 p _{1,3} =0.000
Loss of appetite	7.40±0.86 p _{1,2} =0.003	4.24±0.46 p _{2,3} =0.814	4.32±0.63 p _{1,3} =0.007
Sleep disturbance	23.64±1.45 p _{1,2} =0.000	15.52±1.16 p _{2,3} =0.004	10.68±0.97 p _{1,3} =0.000
Constipation	10.36±0.57 p _{1,2} =0.000	4.36±0.80 p _{2,3} =0.976	3.84±0.43 p _{1,3} =0.000
Diarrhea	4.00±0.41 p _{1,2} =0.000	10.64±0.79 p _{2,3} =0.000	5.56±0.42 p _{1,3} =0.011

a) High median on the other scales means the higher intensity of dysfunction;

b) High median on the Quality of Life scale means a high living standard

Table 2. Estimates of the sexual health of cancer patients

Sex		Radical cystectomy with orthotopic ileal neobladder	Partial cystectomy + chemotherapy	Partial cystectomy + radiation therapy
Men	Erection	25.2	12.1	14.1
	Hardness	3.1	1.2	2.5
	Desire	5.1	2.7	3.2
	Ejaculation	13.3	3.4	5.3
Women	Lubrication / Dryness	10.1	4.2	3.2
	Desire	11.6	3.4	4.2
	Orgasm	13.7	2.8	4.5
	Dyspareunia	11.4	3.3	3.1

* - a higher indicator means a higher severity of dysfunction;
ICIQ-UI SF [7] questionnaire

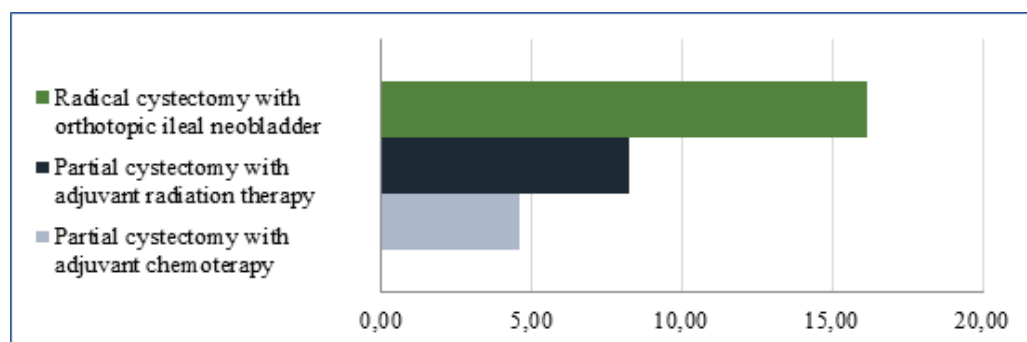


Fig. 1. Assessment of patients' quality of life according to the ICIQ-UI questionnaire
*A higher index means a higher severity of dysfunction

cial/cultural factors since all of these factors can affect sexual function and well-being. Although the European Association of Urology (EAU 2019) and National Comprehensive Cancer Network (NCCN guidelines, 2020) recommend that the standard treatment for MIBC is RC with pelvic lymph node dissection, our retrospective analysis shows a quality-of-life advantage of organ-preserving comprehensive treatment for MIBC (Table 2).

The ICIQ-UI is used to assess the incidence, severity and impact on quality of life (QoL) associated with urinary incontinence in men and women in research and clinical practice worldwide. The data from this questionnaire make it possible to assess the cause, severity and influence of urinary incontinence on patients' quality of life after treatment. According to a given questionnaire scale, 0 points correspond to the absence of urinary incontinence, while 21 points correspond to the maximum impairment.

Functional outcome – urinary incontinence after RC with orthotopic ileal neobladder is one of the main problems affecting the long-term quality of life [3]. Published continence figures in large series range from 90 to 92% for daytime continence, and 80% for nocturnal continence. The high incidence rate of urinary incontinence after cystectomy was associated with the technical aspects of surgery, namely the need to remove the prostate and neurovascular complex to ensure better decision of cancer problems. The worst indicators of urinary incontinence in the group of radiation therapy were due to the phenomena of radiation cystitis and formation of microcysts.

According to Fig. 1, the best outcomes with a lower incontinence rate were in patients after PC, and the worst ones after RC with orthotopic ileal neobladder. These data serve as further evidence of the benefits of PC with adjuvant therapy.

Historical data on the PC published in the 1970s, reported high rates of local recurrence and poor oncologic outcomes [8,14-16]. However, PC has been considered as the least traumatic and oncologically effective treatment [4, 7,10-13, 19]. Unsatisfactory cystectomy results may be due to surgical intervention resulted in erectile dysfunction and urinary incontinence. Our data based on the questionnaire usage suggest that organ-preserving complex MIBC treatment is an alternative to radical cystectomy for the selected patients. Over the last decade the efficiency of organ-preserving complex MIBC treatment was confirmed in literature, this approach not only allows to achieve similar oncological results as in case of RC, but also gives an opportunity to improve patients' long-term quality of life [10]. Our study is limited by its retrospective nature and small sample size. However, we confirmed that PC can provide adequate control of MIBC in the individual cases and showed that it offers patients a good chance of long-term bladder preservation providing satisfactory overall postoperative health and living quality. It is our belief that the patient's age, psycho-emotional status, and the spread of the tumor process are important for achievement the better quality of life outcomes in terms of erectile function and urination quality. However, it is important to inform patients that organ-preserving treatment allows to achieve better quality of life outcomes, the treatment process may be longer than after RC with MIBC.

Conclusion. To date there is no universal questionnaire that covers all aspects of quality of life of MIBC patients after surgical treatment, particularly urination and sexual function. When choosing the MIBC treatment a critical approach should be taken in the indications for cystectomy or open resections. Ac-

cording to our study data the quality of patients' life after organ-preserving treatment is high. However, the oncological aspect should be a priority when choosing a treatment method, and therefore, the randomized studies should be conducted.

REFERENCES

1. Деривация мочи у больных пожилого возраста после цистэктомии /И. В. Семенякин, М. И. Васильченко, Е. А. Яшин, Д. А. Зеленин //Клиническая геронтология. 2014. N 3-4. С. 13-15.
2. Старцев В.Ю. Современные возможности органосохраняющего лечения больных мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря / В.Ю. Старцев, И. Н. Диленок, Т. Р. Джемилев // Урологический вестник. 2019. №1. Спецвыпуск.
3. A systematic review and meta-analysis of quality of life outcomes after radical cystectomy for bladder cancer/ L.S.Yang, B. L. Shan, L. L. Shan, P. Chin, S. Murray [et al.]// Surg. Oncol. 2016. Vol. 25, N3. P. 281–297. DOI: 10.1016/j.suronc.2016.05.027.
4. Bladder preservation in muscle-invasive bladder cancer: a comprehensive review/J. Hamad, H. McCloskey, M. Milowsky, T. Royce, A. Smith// Int Braz J Urol. 2020. Vol. 46,N2. P.169-184. DOI: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.99.01.
5. EORTC Quality of Life Group.Phase 1-3 of the cross-cultural development of an EORTC questionnaire for the assessment of sexual health in cancer patients: the EORTC SHQ-22/A. S. Oberguggenberger, E. Nagele, E. C. Inwald, K. Tomaszewski, A. Lanceley, A. Nordin [et al.]// Cancer Med. 2018.Vol. 7,N.3. P.635-645. doi: 10.1002/cam4.1338.
6. Hajebrahimi S. International Consultation on Incontinence Questionnaire short form: comparison of physician versus patient completion and immediate and delayed self-administration. Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF)/ S. Hajebrahimi, J. Corcos, M.C. Lemieux//Urology. 2004. Vol. 63,N6.P.1076-1078. DOI: 10.1016/j.urology.2004.01.005.
7. Knoedler J. Organ-sparing surgery in urology: partial cystectomy. Review/ J. Knoedler, I. Frank // Curr Opin Urol. 2015. Vol.25(2). P.111-115. Doi:10.1097/ MOU.000000000000145.
8. Novick A. C. Partial cystectomy in the treatment of primary and secondary carcinoma of the bladder/ A. C. Novick, B. H. Stewart// J. Urol. 1976. Vol.116,N5. P. 570–574. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)58915-6.
9. Oncological outcomes, quality of life outcomes and complications of partial cystectomy for selected cases of muscle-invasive bladder cancer/ J. Ebbing, R. C. Heckmann, J. W. Collins, K. Miller, B. Erber [et al.]//Nature. Scientific Reports 8. 2018. 8. Article number: 8360.
- 10.Organ-sparing surgery in urology: partial cystectomy/ J. Knoedler, I. Frank //Curr. Opin. Urol. 2015. Vol. 25,N2. P. 111–115. doi: 0.1097/MOU.000000000000145.
11. Partial cystectomy does not undermine cancer control in appropriately selected patients with urothelial carcinoma of the bladder: a population-based matched analysis/ U. Capitanio, H. Isbarn, Sh. F. Shariat, K. Jeldres, L. Zini [et al.]// Urology. 2009. Vol.74,N4. P. 858–864.DOI: 10.1016/j.urology.2009.03.052.
12. Partial cystectomy for muscle invasive urothelial carcinoma of the bladder: a contemporary review of the M. D. Anderson Cancer Center experience/ W. Kassouf, D. Swanson, A. M. Kamat, D. Leibovici, A. Siefker-Radtke [et al.]// J. Urol. 2006. Vol.175,N.6. P. 2058-2062. doi: 10.1016/S0022-5347(06)00322-3.
13. Peak T. C. Partial cystectomy for muscle-invasive bladder cancer: a review of the literature/ T.C. Peak, A. Hemal// Transl Androl Urol. 2020. Vol.9,N.6. P.2938-2945. Doi: 10.21037/

tau.2020.03.04.

14. Resnick, M. I. Segmental resection for carcinoma of the bladder: review of 102 patients/ M. I. Resnick, V. J. Jr. O'Conor// J. Urol. 1973. Vol.109, N6. P.1007–1010. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)60608-6.
15. Rivera I. Bladder – Sparing Treatment of Invasive Bladder Cancer / I. Rivera, L. Wajzman //Cancer Control. 2000. Vol. 7, No.4. P. 340-346.
- 16.Schoborg T. W. Carcinoma of the bladder treated by segmental resection /T. W. Schoborg, J. L. Sapolsky, C. W. Lewis// J. Urol.1979. Vol.122, N.4. P. 473–475. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)56469-1.
17. Svekline T.A. Quality of life in patients with muscle-invasive bladder cancer stages T2B AND T3A after surgical treatment/ T. A. Svekline, V. N. Krupin // Cancer Urology. 2012.Vol.8, N3. P. 55-59. https://doi.org/10.17650/1726-9776-2012-8-3-55-59.
- 18.The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology/ N. K. Aaronson, S. Ahmedzai, B. Bergman, M. Bullinger, A. Cull [et al.]// J. Natl. Cancer Inst. 1993.Vol. 85, N5. P.365–376.
- 19.Unmet needs in sexual health in bladder cancer patients: a systematic review of the evidence/ A. Bessa A., R. Martin, C. Häggström, S. Amery [et al.] // BMC Urology. 2020. Vol. 20, N64. https://doi.org/10.1186/s12894-020-00634-1.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER AFTER ORGAN-PRESERVING TREATMENT

Gatslerelia Z.

Kyiv City Clinical Oncology Center, Ukraine

The aim of the study was to analyze the quality of life of MIBC 120 patients life after RC with ileocystoneoplasty (ICNP) – 42 patients, after partial cystectomy (PC) with adjuvant radiotherapy (RT) – 41 patients and after PC with adjuvant chemotherapy (CT) – 37 patients. The age of the patients ranged 58 to 62 years.

All patients had morphologically confirmed urothelial carcinoma of various differentiation degree. The patients' quality of life has been studied using three questionnaires. The first one is a modern version of the EORTC quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30). The second questionnaire is the Sexual Health Questionnaire (EORTC SHQ-C22) which was developed by the European Organization for Research and Treatment of Cancer to assess the sexual health of cancer patients. A third questionnaire ICIQ-UI is a tool to assess the frequency, severity and impact on quality of life (QoL) of urinary incontinence in men and women in research and clinical practice worldwide. The hypothesis of the difference between the groups has been verified using the nonparametric Kruskal-Wallis H-test. Performed studies have confirmed that PC can provide adequate control of the MIBC in selected cases and have shown that PC offers the patients a good chance of long-term bladder preservation providing a satisfactory post-operative health status overall and a high quality of life.

Keywords: muscle-invasive bladder cancer, radical and partial cystectomy, adjuvant radio- and chemotherapy, quality of life.

РЕЗЮМЕ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Гацерелия З.В.

Киевский городской клинический онкологический центр, Украина

Целью исследования явился анализ качества жизни 120 пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря после радикальной цистэктомии (РЦ) с илеоцистонеопластикой (ИЦНП) – 42 пациента, после парциальной цистэктомии (ПЦ) с адьювантной лучевой терапией (ЛТ) – 41 пациент и после ПЦ с химиотерапией (ХТ) – 37 пациентов. Возраст пациентов варьировал в пределах от 58 до 62 лет. У всех пациентов морфологически подтверждена уротелиальная карцинома различной степени дифференцировки опухоли. Изучение качества жизни пациентов проводили с помощью трех опросников. Первый - современная версия опросника Европейской организации и лечения рака EORTC QLQ-30 (European Organisation for Research and Treatment Cancer). Второй опросник - EORTC SHQ-C22,

разработанный Европейской организацией лечения рака для оценки сексуального здоровья больных раком. Третий опросник - ICIQ-UI - для оценки частоты, тяжести и влияния на качество жизни (QoL) недержания мочи у мужчин и женщин в исследовательской и клинической практике во всем мире. Проверку гипотезы о разнице между группами проводили с помощью непараметрического критерия Краскела-Уоллиса. Проведенные исследования подтвердили, что ПЦ может обеспечить адекватный контроль мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря в отдельных случаях и обеспечивает пациентам долговременное сохранение мочевого пузыря, удовлетворительное послеоперационное состояние здоровья в целом и высокий уровень качества жизни.

რეზიუმე

შარდის ბუშტის კუნთოვან-ინვაზიური კიბოს მქონე პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი ორგანო-შენარჩუნებითი მკურნალობის შემდეგ

ზ.გაწერელია

კიევის საქალაქო კლინიკური ონკოლოგიური ცენტრი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა შარდის ბუშტის კუნთოვან-ინვაზიური კიბოთი დაავადებული 120 პაციენტის ცხოვრების ხარისხის ანალიზი რადიკალური ცისტექტომიის ილეოციტონეოპლასტიკასთან ერთად (იცი) - 42 პაციენტი, პარციალური ცისტექტომიის (პცი) და ადიუვანტური სხივური თერაპიის (ასთ) შემდეგ - 41 პაციენტი, 37 პაციენტი პარციალური ცისტექტომიით (პცი) და ქიმიოთერაპიით (ქთ). პაციენტების ასაკი მერყეობდა 58-დან 62 წლამდე. ყველა პაციენტს მორფოლოგიურად დაუდასტურდა სიმსივნის სხვადასხვა ხარისხის უროთელური კარცინომა. პაციენტების ცხოვრების ხარისხი შესწავლილი იყო სამი კითხვარის გამოყენებით: EORTC ცხოვრების ხარისხის კითხვარის თანამედროვე ვერსია (EORTC QLQ-C30); სექსუალური ჯანმრთელობის კითხვარი (EORTC SHQ-C22), რომელიც შემუშავებულია კიბოს

კვლევისა და მკურნალობის ევროპული ორგანიზაციის მიერ. მესამე კითხვარი - ICIQ-UI - მამაკაცებში და ქალებში შარდის შეუკავებლობის, სისხირის და სიმძიმის შესაფასებლად, რომელიც გამოიყენება კვლევის და კლინიკურ პრაქტიკაში მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. ჯგუფებს შორის განსხვავების ჰიპოთეზა დადასტურდა კრასკელ-უოლისის არაპარამეტრიული კრიტერიუმის ტესტის გამოყენებით. კვლევებმა დაადასტურა, რომ პარციალური ცისტექტომიას შეუძლია შარდის ბუშტის კუნთოვან-ინვაზიური კიბოს ადეკვატური კონტროლის უზრუნველყოფა. კვლევებმა გამოავლინა, რომ პარციალური ცისტექტომია პაციენტებს აძლევს შარდის ბუშტის ხანგრძლივად შენარჩუნების კარგ შანსებს, რაც ოპერაციის შემდგომ დასაკმაყოფილებელ ჯანმრთელობის მდგომარეობას და ცხოვრების მაღალ ხარისხს უზრუნველყოფს.