

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 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

პერიოდონტიტის მკურნალობის ეფექტურობა ერთ ვიზიტში მრავალჯერად ვიზიტთან შედარებით.

2011 და 2021 წწ. PubMed, Google Scholar, Research Gate და Science Direct-ის ელექტრონულ ბაზებში მოთავსებული მასალების მიმოხილვის შედეგად შეიქმნა 21 სტატია.

ლიტერატურის მიმოხილვის მიზანი იყო ქრონიკული აპიკალური პერიოდონტიტის მკურნალობის ეფექტურობის შედარება ერთი ან რამოდენიმე ვიზიტში.

ქრონიკული აპიკალური პერიოდონტიტის აღმოფ-

ხერა შესაძლებელია ერთ ვიზიტში, თუ მკურნალობა წარიმართება პროტოკოლის მიხედვით, სწორი ფორმის შექმნით, დეზინფექციისა და ფესვის არხის სათანადო ჰერმეტიკული ობტურაციით.

ეფექტურობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი გამოავლინა ბიოკერამიკულმა სილერებმა, 3-5.25% ნატრიუმის ჰიდროქლორიდმა და 17% ეთილენდია-მინტეტრამმარმეჯამ, ასევე ფოტოდინამიკურმა თერაპიამ და ულტრაბგერით გააქტიურებულმა მორწყვამ.

ФИЗИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ В ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РОДИЛЬНИЦ С РАНАМИ ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

¹Узденова З.Х., ¹Залиханова З.М., ²Гатагажева З.М., ¹Шаваева Ф.В., ¹Маршенкулова З.З.

¹ФГБОУ ВО Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик;

²ФГБОУ ВО Ингушский государственный университет, Назрань, Россия

Одной из основных задач, стоящих перед современным акушерством, является обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для матери и новорожденного [1]. Последние годы характеризуются стремлением врачей акушеров-гинекологов заменить любую влагилищную родоразрешающую операцию или пособие на кесарево сечение, частота которого в России в 2017 г. достигла 25%, в Кабардино-Балкарской республике – 29,8% [12,13].

Гнойно-септические осложнения после родоразрешающих операций обусловлены сниженной иммунореактивностью родовых путей при наличии у беременной воспалительных заболеваний репродуктивного тракта, экстрагенитальной патологии, постоянным инфицированием кожи промежности микробной флорой влагилища и прямой кишки, наличием во время беременности акушерских осложнений, физиологического иммунодефицита родильниц и других факторов [10,12]. У женщин с высоким инфекционным индексом риск нагноения раны промежности и отягощенное течение её заживления достигает 85%, а при сочетании нескольких инфекционных факторов – 91%. При наложении вакуум-экстрактора частота рассечения промежности в сочетании с разрывами ее во время родов составляет 12-40%.

В целом, высокая частота травм промежности у родильниц после операции вакуум-экстракции плода (ВЭП) послужили основанием к разработке новых методик их медицинской реабилитации с включением физических лечебных факторов. В числе нетрадиционных поливалентно действующих методов лечения всё более

пристальное внимание привлекает использование низкоинтенсивного магнитолазерного излучения (НМЛТ) и электромагнитной стимуляции (ЭМС) [5,9,16]. Существенный противовоспалительный и обезболивающий эффекты НМЛТ при подостром и хроническом сальнигоофорите, при спаечном процессе с болевым синдромом в своих исследованиях показали М.В. Ипатова и соавт. (2015) [4]. Данные ряда исследователей свидетельствуют, что и магнитному полю, и лазерному излучению присущи одинаковые лечебные эффекты (репаративно-регенеративный, противовоспалительный, анальгезирующий, противоотечный, иммуномодулирующий, антиспастический и антигипоксический), что предполагает их синергизм при одновременном использовании [3,8,14,15]. Согласно проведенному исследованию Ю.В. Кубицкой и Р.Г. Шамакова [6], НМЛТ обеспечивает анальгезирующее действие на область ран промежности у родильниц в более ранние сроки, чем при традиционном лечении.

В настоящее время разработана система экстракорпоральной магнитной стимуляции нервно-мышечного аппарата тазового дна – это высокоэффективный неинвазивный метод лечения целого ряда заболеваний органов малого таза у мужчин и женщин. В основе медицинского применения ЭМС, как считают А.Г. Куликов и Д.Д. Воронина, Д.Ю. Пушкарь и соавт. положено свойство магнитной стимуляции оказывать влияние на нервные волокна, что, в свою очередь, вызывает сокращения мышечных волокон, обуславливая их «укрепление» или «стабилизацию» [7,11]. При проведении

процедур ЭМС нервно-мышечного аппарата тазового дна происходит не только стимуляция и тренировка мышечных структур, но и стимуляции нервных структур сегментарного аппарата спинного мозга. Применение ЭМС было обосновано у женщин со стрессовым недержанием мочи И.А. Аполихиной и А.С. Саидовой, доказавшими, что данная методика существенно улучшает их КЖ [2].

Научный интерес представляет применение вышеуказанных лечебных физических факторов в восстановления нормального анатомического строения женских наружных половых органов.

Цель исследования - оценить роль физических лечебных факторов в этапной медицинской реабилитации рожениц с ранами промежности после вакуум-экстракции плода.

Материал и методы. Клинические исследования и сбор материала проведены в 2012-2020 гг. в родильном отделении ГБУЗ «Перинатальный центр» филиал №2. В соответствии с поставленными задачами был проведен сравнительный анализ послеродового периода у 154 рожениц, родоразрешенных путем вакуум-экстракции плода, с травмами промежности. Критерии включения в исследование: роженицы с травмами промежности (эпизиотомия, перинеотомия, разрывы промежности) после применения операции вакуум-экстракции плода; возраст 21-36 лет; информированное добровольное согласие; согласие на обработку персональных данных. Критерии исключения из исследования: общие противопоказания к проведению физиотерапии; наличие тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологии; опухолевые образования органов малого таза.

В зависимости от проводимой терапии роженицы методом простой рандомизации были разделены на 3 группы. Первая основная группа пациенток (ОГ; n=49) получала этапное реабилитационное лечение, включающее: на стационарном этапе – стандартную медикаментозную терапию (нестероидные противовоспалительные препараты – диклофенак натрия (ООО «Хемофарм», (Россия) по 1 свече ректально, 1 раз в день, в течение 3 дней); обработку раны промежности 3% раствором перекиси водорода и наложение повязки с левомеколем, ежедневно; с 1 суток после родоразрешения проводили НМЛТ аппаратом «РИКТА-ЭСМИЛ(1А)» производства закрытого акционерного общества «МИЛТА-ПКП ГИТ» (Россия) на рану промежности после обработки раны 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата через двухслойную марлевую салфетку, при этом сканирование послеоперационного шва проводили от периферии к центру с захватом краев на 2-3 см, излучатель держали на дистанции 0,5-1 см от поверхности раны, переменной частотой из расчета 2 мин на 10 см², ежедневно, 5 процедур на курс лечения; на амбулаторном этапе – с 15 суток после оперативного родоразрешения проводили ЭМС нервно-мышечного аппарата тазового дна аппаратом «Авантрон» производства научно-производственной фирмы «Реабилитационные технологии» (Россия), положение пациентки – сидя на середине электромагнитного кресла, частота воздействия 10 Гц – первые 10 мин, 50 Гц – вторые 10 мин; 3 процедуры в неделю, 7-8 процедур на курс лечения. Пациенткам группы сравнения (ГС; n=51) реабилитационное лечение проводилось только на стационарном этапе, и им назначались стандартная медикаментозная терапия и НМЛТ по той же схеме, что и в ОГ. Пациенткам третьей контрольной

группы (КГ; n=54) назначалось только стандартное лечение на стационарном этапе.

Материал собран с соблюдением правил биоэтики и подписанием протоколов информированного согласия и обработки персональных данных.

Исследования проводили в день родов, при выписке из акушерского стационара, спустя 1; 6 и 12 месяцев после оперативного родоразрешения. По визуальной аналоговой шкале (ВАШ) проводилась оценка болевого и астеноневротического синдромов в баллах: от 0 до 10 баллов – от отсутствия до крайней выраженности клинических проявлений. Оценку силы мышц тазового дна проводили при пальцевом исследовании по шкале Оксфорда от 0 (отсутствие сокращений мышц тазового дна) до 5 баллов (очень сильно мышечной силы сокращения и при динамометрии мышц тазового дна с использованием тренажера «Vagiton pneumo» (Россия). Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ Microsoft EXCEL 2010 (Microsoft Corp., США) и R version 3.3.2 (2016-10-31). Сравнение выборок по количественному признаку проводилось с использованием критерия Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Проведенный в сравнительном аспекте анализ клинической симптоматики показал целесообразность включения НМЛТ на рану промежности с 1 суток после родоразрешения. Как видно из таблицы 1, у рожениц ОГ и ГС снижение интенсивности болевого синдрома произошло достоверно значимо – на 38,0% (p<0,01) и 34,4% (p<0,01), соответственно. Уменьшение проявлений астеноневротического синдрома произошло в обеих группах с одинаковой достоверностью (p<0,01). У пациенток КГ, которые получали только стандартное лечение, снижение выраженности проявлений болевого и астеноневротического синдромов было статистически значимо менее выражено, но достоверно значимо по отношению к данным до лечения: на 19,5% (p<0,05) и 28,8% (p<0,05), соответственно.

При анализе течения послеродового периода также отмечено, что у пациенток ОГ и ГС не было температурной реакции в восстановительный период после родоразрешения. В КГ, где применялось только стандартное лечение, субфебрильная температурная реакция отмечалась до 3 суток в 16,7% случаев. При этом достоверно значимых различий по уровню снижения температуры тела между группами не отмечено.

Проведена оценка состояния раны промежности: наличие гиперемии, отека швов, степень формирования грануляционной ткани. У пациенток ОГ и ГС заживление раны произошло первичным натяжением в 98% случаев и только у 1 (2,0%) роженицы ОГ и 1 (1,9%) ГС наблюдалось частичное расхождение швов на промежности. 33 (67,3%) рожениц ОГ и 35 (68,6%) ГС отметили отсутствие болей в области раны промежности в покое и при ходьбе, свободное, безболезненное мочеиспускание и дефекацию после 1-2 сеансов НМЛТ, остальные женщины указывали на незначительную болезненность, которая купировалась после 3-4 сеанса НМЛТ. В КГ у 5 (9,3%) рожениц отмечено нагноение раны промежности с расхождением швов, а у 21 (38,9%) – отечность швов промежности. 41 (75,9%) рожениц КГ отмечали умеренную болезненность в области швов на промежности, 10 (18,5%) – выраженную боль и дискомфорт при ходьбе на 4-5 сутки после родов. Особого

Таблица 1. Динамика клинических показателей у рожениц после ВЭП

Показатели	Период	ОГ (n=49) M±m	ГС (n=51) M±m	КГ (n=54) M±m
Болевой синдром (баллы)	1 сутки	1,71±0,07	1,63±0,03	1,69±0,05
	5 сутки	1,06±0,04***	1,07±0,02***	1,36±0,07*
	29-30 сутки	0,58±0,05***	0,72±0,04**	0,94±0,06**
Астеноневротический синдром (баллы)	1 сутки	1,61±0,04	1,58±0,06	1,63±0,08
	5 сутки	0,94±0,02***	0,93±0,05***	1,16±0,07*
	29-30 сутки	0,45±0,03***	0,68±0,04***	0,99±0,03**

примечание: * и ** – статистически значимое различие показателей с данными до лечения $p < 0,05$ и $p < 0,01$, соответственно; « – статистически значимое различие показателей с данными КГ – $p < 0,05$

Таблица 2. Динамика показателей состояния мышц тазового дна

Показатели	Период	ОГ (n=30)	ГС (n=30)	КГ (n=30)
Сила сокращений мышц тазового дна F (мм рт. ст.)	1 сутки	40,8±2,63	42,4±2,51	41,8±2,36
	29-30 сутки	57,1±2,72**	51,5±2,27*	48,3±2,18
Шкала Оксфорда (баллы)	1 сутки	1,16±0,19	1,24±0,11	1,27±0,14
	29-30 сутки	3,56±0,21**	2,74±0,32*	1,96±0,33*

примечание: * и ** – статистически значимое различие показателей с данными до лечения $p < 0,05$ и $p < 0,01$, соответственно; « – статистически значимое различие показателей с данными КГ – $p < 0,05$

внимания заслуживают сроки редукции клинической симптоматики. Так, назначение НМЛТ способствовало более гладкому течению раневого процесса: у пациенток ОГ и ГС отмечено нивелирование болевого синдрома, значительное уменьшение отечности и гиперемии раны промежности уже на 2-3-и сутки после родов, тогда как в КГ – на 3-4-е сутки.

На 29-30-е сутки после проведения амбулаторного этапа реабилитации интенсивность болевого синдрома у рожениц ОГ снизилась на 66,0% ($p < 0,01$), астеноневротического – на 72,0% ($p < 0,01$), в ГС – на 55,8% ($p < 0,01$) и 56,9% ($p < 0,01$), а в КГ – на 44,4% ($p < 0,01$) и 39,3% ($p < 0,01$), соответственно (таблица 1). Следует отметить, что именно выраженные обезболивающий, противовоспалительный, регенерирующий эффекты НМЛТ обусловили статистически значимое различие в динамике данных клинических показателей в сравнении с КГ [16].

Применение поэтапной физиотерапии существенно отразилось на состоянии раны промежности в силу того, что воздействие ЭМС, основанной на электрической стимуляции мышечной ткани, обуславливает «тренировку» мышц тазового дна, приводя к их укреплению [2,7]. Стимуляция мышечной ткани, а также усиление кровоснабжения периретральной области обеспечивает стимуляцию эпителизации раны и формирование эластичной и прочной соединительной ткани. При оценке состояния раны промежности после амбулаторного этапа реабилитации у пациенток ОГ заживление раны отмечалось в 100% случаев. Применение поэтапной физиотерапии обеспечило существенный обезболивающий эффект – все роженицы ОГ отметили отсутствие болей в области раны промежности в покое и при ходьбе, свободное, безболезненное мочеиспускание и дефекацию, что способствовало улучшению их психоэмоционального статуса ($r = +0,64$; $p < 0,001$). В группе сравнения – у

2 (3,92%) отмечалась умеренно выраженная отечность швов промежности, а боли в области раны промежности, в основном при ходьбе, сохранялись на 29-30-е сутки у 5 (9,80%) рожениц. В КГ у 8 (14,81%) пациенток, в основном у тех, у которых на 5-6-е сутки отмечалось нагноение раны промежности с расхождением швов, также отмечалась умеренно выраженная отечность швов промежности. При этом у 4 рожениц с нагноением ран заживление произошло только через 12,2±0,56 дней лечения. У 15 (27,8%) рожениц сохранялась умеренная болезненность в области швов на промежности, боль и дискомфорт при ходьбе.

Наиболее наглядно преимущество поэтапной физиотерапии с применением НМЛТ и ЭМС продемонстрировала динамика показателей состояния тонуса мышц тазового дна на 29-30-е сутки (таблица 2). Так, в ОГ в сравнении с исходными данными при комплексной поэтапной физиотерапии сила мышц тазового дна при пальцевом исследовании увеличилась на 28,5% ($p < 0,01$), в ГС при применении только стандартной терапии и НМЛТ – на 17,7% ($p < 0,05$), тогда как в КГ при применении только стандартной терапии отмечалась только тенденция к повышению тонуса мышц тазового дна. Проведение динамометрии мышц тазового дна показало, что сила мышечных сокращений в ОГ увеличилась на 67,4% ($p < 0,01$), в ГС – на 54,7% ($p < 0,01$) и в КГ – на 35,2% ($p < 0,05$). Проведенный матричный корреляционный анализ показал, что статистически значимое улучшение состояния мышц тазового дна с высокой степенью достоверности коррелирует с улучшением КЖ ($r = +0,66$; $p < 0,001$).

Наименьшая частота послеоперационных осложнений спустя 6 и 12 мес отмечалась у пациенток ОГ, получавших в программе медицинской реабилитации поэтапную физиотерапию: спустя 6 мес – 13 (43,3%), а к концу года – всего у 2 (6,67%) пациенток. В ГС спустя 6 мес частота состави-

ла 23 (76,7%), а спустя 12 мес – 5 (16,67%); в КГ спустя 6 мес – 29 (96,7%) и спустя 12 мес – 11 (36,7%) пациенток, что еще раз подтверждает, что применение ЭМС, основанной на электрической стимуляции мышечной ткани, обуславливает восстановление нормального анатомического строения женских наружных половых органов, способствуя нивелированию осложнений [2,5,7,12].

В настоящем исследовании показано, что разработанная нами технология обладает высокой терапевтической эффективностью, достигаемой за счет синергизма лечебных эффектов НМЛТ и ЭМС: репаративно-регенеративный, противовоспалительный, анальгезирующий, лечебные эффекты НМЛТ и положительное влияние ЭМС на тонус мышц тазового дна обеспечивают более быстрое восстановление нормального анатомического строения женских наружных половых органов.

Таким образом, разработанная нами программа медицинской реабилитации родильниц с ранами промежности после родоразрешающих операций с применением поэтапной физиотерапии (НМЛТ с последующей ЭМС) обеспечивает статистически значимое улучшение клинико-функциональных показателей в сравнении с применением только стандартного лечения и его сочетания с НМЛТ.

Выводы

1. Включение НМЛТ в стандартный комплекс медицинской реабилитации родильниц с травмами промежности после операции вакуум-экстракции плода статистически значимо повышает эффективность реабилитационных мероприятий, что проявляется в снижении интенсивности болевого синдрома в среднем на 36,2% ($p < 0,01$), астеноневротического – на 41,4% ($p < 0,01$), санации раны промежности в 98% случаев. Это приводит к нивелированию болевого синдрома и уменьшению отека и гиперемии раны промежности на 2-3-и сутки после родов и обеспечивает сокращение сроков пребывания в родильном доме на 1,5 суток в сравнении с использованием стандартного лечения.

2. Использование поэтапной физиотерапии – НМЛТ с последующим назначением ЭМС на фоне стандартной терапии у родильниц с травмами промежности после вакуум-экстракции плода способствует повышению значений силы мышц тазового дна на 47,9% ($p < 0,01$), при применении только стандартной терапии и магнитолазерного воздействия – на 36,2% ($p < 0,01$), при применении только стандартной терапии – на 24,4% ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: Национальное руководство / Под редакцией Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1080.
2. Аполихина И.А., Саидова А.С. Стрессовое недержание мочи // Акушерство и гинекология. - 2019. - № S3. - С. 20-25.
3. Габинский Я.Л., Пирогов Н.С., Федоров А.А., Яковлева А.В. Изменение показателей коагуляционного и агрегационного гемостаза в сыворотке крови *in vitro* у больных с нестабильной стенокардией под воздействием лазерного излучения синего диапазона // Курортная медицина. - 2019. - № 1. - С. 67-70.
4. Ипагова М.В., Маланова Т.Б., Сенча А.Н., Белоусов Д.М., Павлович С.В. Экстракорпоральная магнитная стимуляция в репродуктивной гинекологии – М.: Издательство «Перо», 2020. – 52 с.

5. Кайсинова А.С., Гербекова Д.Ю., Морозова Т.И., Гусова Б.А. Новые методики магнитотерапии в санаторно-курортном лечении больных очаговым туберкулезом легких // Физиотерапевт. - 2020. - № 2. - С. 44-51.
6. Кубицкая Ю.В., Шамаков Р.Г. Акушерский стационар. Болеутоляющий эффект магнитолазеротерапии у родильниц со швами на промежности // Сборник научных трудов II Международного конгресса «Физиотерапия. Лечебная физкультура. Реабилитация. Спортивная медицина». - Москва, 2016. - С. 50.
7. Куликов А.Г., Воронина Д.Д. Современные аспекты применения магнитной стимуляции в клинической практике // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. - 2016. - № 3. - С. 155-159.
8. Никифорова А.А., Гусова Б.А., Коротких С.А., Федоров А.А., Кайсинова А.С. Научное обоснование применения электролостимуляции шейных симпатических ганглиев у пациентов с компьютерным зрительным синдромом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2020. - Т. 97. - № 4. - С. 17-25.
9. Никулина Г.П., Сиволапова М.С. Магнитолазерная терапия в современной медицине // Вестник молодого ученого. - 2017. - № 3. - С. 45-50.
10. Оранский И.Е., Федоров А.А., Гуляев В.Ю., Кочергин Ю.В. Циркадные ритмы и суточная оптимизация физиотерапии больных хроническим панкреатитом // Курортная медицина. - 2018. - № 3. - С. 94-97.
11. Петрухин В.А., Гридчик А.Л., Логутова Л.С., Чечнева М.А., Аксенов А.Н., Дуб Н.В., Мельников А.П. Модернизация родовспоможения - резерв снижения перинатальной и младенческой смертности // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2021. - Т. 21. - № 3. - С. 5-10.
12. Пушкарь Д.Ю., Вишневский Д.А., Касян Г.Р., Акуленко Л.В., Шарова Е.И., Тупикина Н.В. Роль коллагенопатий в развитии пролапса гениталий и недержания мочи у женщин // Экспериментальная и клиническая урология. - 2018. - № 2. - С. 113-117.
13. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2017. - 872 с.
14. Узденова З.Х., Ачабаева А.Б., Залиханова З.М., Гатагажева З.М., Шаваева Ф.Р., Иосипчук К.О. Оценка эффективности магнитолазерной терапии при гнойно-воспалительных осложнениях ран промежности после родоразрешающих операций // Курортная медицина. - 2017. - № 4. - С. 109-112.
15. Уйба В.В., Казаков В.Ф., Ефименко Н.В., Кайсинова А.С., Колбахова С.Н., Глухов А.Н. Перспективы технологий медицинской реабилитации на санаторно-курортном этапе // Курортная медицина. - 2017. - № 4. - С. 4-9.
16. Федоров А.А., Оранский И.Е., Кайсинова А.С., Ефименко Н.В. Сохранение здоровья работающего населения / Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий, Уральский государственный медицинский университет. - Екатеринбург-Ессентуки, 2019. - 117 с.
17. Федоров А.А., Рябко Е.В. Влияние магнитолазерной терапии в комплексе с йодобромными хлоридными натриевыми ваннами на показатели ремоделирования костной и хрящевой ткани при остеоартрозе у рабочих криолитового производства // Курортная медицина. - 2015. - № 4. - С. 73-77.
18. Абусева Г.Р., Антипенко П.В., Арьков В.В., Бадтиева В.А., Барановский А.Ю., Батурина Л.А., Богачева Е.Л., Болотова Н.В., Буланьков Ю.И., Быкова О.В., Ва-

хова Е.Л., Волошина Н.И., Герасимова Г.В., Демченко Е.А., Дидур М.Д., Дракон А.К., Ежов В.В., Епифанов В.А., Ефименко Н.В., Жеваго Н.А. и др. Физическая и реабилитационная медицина: Национальное руководство. // Межрегиональное научное общество физической и реабилитационной медицины. Ассоциация медицинских обществ по качеству. - Москва, 2020. - 688 с.

19. Цаллагова Л.В., Амерханова Х.С., Кабулова И.В. Ре-

абилитация репродуктивной функции пациенток с трубно-перитонеальной формой бесплодия // Эффективная фармакотерапия. - 2021. - Т. 17. - № 9. - С. 22-24.

20. Цаллагова Л.В., Амерханова Х.С., Кабулова И.В. Магнито-ИК-свето-лазерная и озонотерапия в комплексном лечении трубно-перитонеальной формы бесплодия // Вестник новых медицинских технологий. - 2019. - Т. 26. - № 4. - С.58-61.

SUMMARY

PHYSICAL THERAPEUTIC FACTORS IN STAGE MEDICAL REHABILITATION OF PUERPERAS WITH PERINEAL WOUNDS AFTER FETAL VACUUM EXTRACTION

¹Uzdenova Z., ¹Zalikhanova Z., ²Gatagazheva Z., ¹Shavaeva F., ¹Marshenkulova Z.

¹FSBEI HE Kh.M. Berbekov Kabardino-Balkarian State University, Nalchik; ²FSBEI HE Ingush State University, Nazran, Russia

Objective - to assess the role of physical therapeutic factors in the staged medical rehabilitation of puerperas with perineal wounds after fetal vacuum extraction.

A comparative analysis of the postpartum period was carried out in 154 puerperas with perineal injuries after fetal vacuum extraction. Three groups were formed by simple randomization: patients in the control group (54 women) received standard treatment only; the experimental group (51 women) received standard treatment and low-intensity magnetic laser therapy (LLLT); the main group (49 women) underwent additional extracorporeal magnetic stimulation.

Staged physiotherapy provided an increase in the strength of

the pelvic floor muscles in patients of the main group by 47.9% ($p < 0.01$), experimental group - by 36.2% ($p < 0.01$), and control - by 24.4% ($p < 0.05$); a decrease in the number of postoperative complications was by 6.5, 4.6, and 2.63 times, respectively.

The use of staged physiotherapy in puerperas with perineal wounds after delivery operations provides a statistically significant improvement in clinical and functional parameters in comparison with the use of only standard treatment and its combination with NMLT.

Keywords: low-intensity magnetic laser radiation, extracorporeal magnetic stimulation, postpartum women, perineal wounds, fetal vacuum extraction.

РЕЗЮМЕ

ФИЗИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ В ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РОДИЛЬНИЦ С РАНАМИ ПРОМЕЖНОСТИ ПОСЛЕ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

¹Узденова З.Х., ¹Залиханова З.М., ²Гатагажева З.М., ¹Шаваева Ф.В., ¹Маршенкулова З.З.

¹ФГБОУ ВО Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик;

²ФГБОУ ВО Ингушский государственный университет, Назрань, Россия

Цель исследования - оценить роль физических лечебных факторов в этапной медицинской реабилитации родильниц с ранами промежности после вакуум-экстракции плода.

Проведен сравнительный анализ послеродового периода 154 родильниц, родоразрешенных путем вакуум-экстракции плода, с травмами промежности. Методом простой рандомизации сформировано 3 группы: контрольная (n=54) - пациентки получали только стандартное лечение; группа сравнения (n=51) - пациентки получали стандартную терапию и низкоинтенсивную магнитолазеротерапию (НМЛТ), основная группа (n=49) - пациентки дополнительно получали экстракорпоральную магнитную стимуляцию.

Проведение поэтапной физиотерапии обеспечило повышение показателей силы мышц тазового дна у пациенток основной группы на 47,9% ($p < 0,01$), у пациенток группы сравнения - на 36,2% ($p < 0,01$), группы контроля - на 24,4% ($p < 0,05$); снижение количества послеоперационных осложнений - в 6,5 раза, 4,6 раза и в 2,63 раза, соответственно.

Применение поэтапной физиотерапии у родильниц с ранами промежности после родоразрешающих операций обеспечивает статистически значимое улучшение клинико-функциональных показателей в сравнении с применением только стандартного лечения и его сочетания с НМЛТ.

რეზიუმე

ფიზიკური სამკურნალო ფაქტორები ნაყოფის ვაკუუმ-ექსტრაქციის შემდეგ შორისის ჭრილობების მქონე მელოგინეთა ეტაპობრივ სამედიცინო რეაბილიტაციაში

¹ზ.უზდენოვა, ¹ზ.ზალიხანოვა, ²ზ.გატაგაჯევა, ¹ფ.შავაევა, ¹ზ.მარშენკულოვა

¹ყაბარდო-ბალკარეთის სტატუსის მქონე სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ნალჩიკი;

²ინგუშეთის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ნაზრანი, რუსეთი

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ფიზიკური ფაქტორების როლის შეფასება ნაყოფის ვაკუუმ-ექსტრაქციის

ობიექტის შემდეგ შორისის ჭრილობების მქონე მელოგინეთა ეტაპობრივ სამედიცინო რეაბილიტაციაში.

ჩატარებულია 154 მელოგინის მშობიარობის შემდგომი პერიოდის შედარებითი ანალიზი. მელოგინები ნამშობიარები იყვნენ ნაყოფის ვაკუუმ-ექსტრაქციის საშუალებით და ჰქონდათ შორისის ტრავმები. მარტივი რანდომიზაციის მეთოდით გამოიყო სამი ჯგუფი: საკონტროლო (n=54, პაციენტები იღებდნენ მხოლოდ სტანდარტულ მკურნალობას), შედარების ჯგუფი (n=51, პაციენტები იღებდნენ სტანდარტულ მკურნალობას და დაბალინტენსიურ მაგნიტოლახეროთერაპიას), ძირითადი ჯგუფი (n=49, პაციენტები დამატებით იღებდნენ ექსტრაკორპორულ მაგნიტურ სტიმულაციას).

ეტაპობრივი ფიზიოთერაპიის ჩატარებამ პაციენტების ძირითად ჯგუფში უზრუნველყო მენჯის ფუძის კუნთების ძალის მანევრებლების მატება 47,9%-ით ($p<0,01$), შედარების ჯგუფში - 36,2%-ით ($p<0,01$), საკონტროლო ჯგუფში - 24,4% -ით ($p<0,05$), ასევე, ოპერაციის შემდგომი გართულებების შემცირება 6,5-ჯერ, 4,6-ჯერ და 2.63-ჯერ, შესაბამისად.

ეტაპობრივი ფიზიოთერაპიის გამოყენება მელოგინებში შორისის ჭრილობებით სამშობიარო ოპერაციების შემდეგ უზრუნველყოფს კლინიკურ-ფუნქციური მანევრებლების სტატისტიკურად სარწმუნო გაუმჯობესებას, სტანდარტული მკურნალობის და მისი დაბალინტენსიურ მაგნიტოლახეროთერაპიასთან კომბინაციის გამოყენებასთან შედარებით.

ეტაპობრივი ფიზიოთერაპიის გამოყენება მელოგინებში შორისის ჭრილობებით სამშობიარო ოპერაციების შემდეგ უზრუნველყოფს კლინიკურ-ფუნქციური მანევრებლების სტატისტიკურად სარწმუნო გაუმჯობესებას, სტანდარტული მკურნალობის და მისი დაბალინტენსიურ მაგნიტოლახეროთერაპიასთან კომბინაციის გამოყენებასთან შედარებით.

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ: НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И СРЕДОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

¹Багацкая Н.В., ¹Дынник В.А., ¹Гавенко А.А., ¹Верхошанова О.Г.

¹Государственное учреждение «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины», Харьков; ²Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, Украина

Проблема патологии женской половой системы в настоящее время является чрезвычайно актуальной, что связано с возрастанием частоты различных нарушений менструальной функции у женщин во всех странах мира, особенно в молодом возрасте [1]. Особое место среди нарушений менструальной функции принадлежит аномальным маточным кровотечениям пубертатного периода (АМКПП). Согласно МКБ-10, АМКПП имеют шифр 92.2. Аномальные маточные кровотечения являются отклонением менструального цикла от нормы, включают изменение регулярности и частоты менструаций, длительность кровотечений или количество потерянной крови [2,7,15]. Эти нарушения являются частой гинекологической проблемой, имеющей различные клинические проявления и множественные причины [13]. Возникновение АМК обусловлено возрастной нестойкостью регуляторных механизмов эндокринной системы и ее высокой чувствительностью к неблагоприятным воздействиям в период полового созревания. Частота АМК в структуре гинекологических заболеваний в детском и подростковом возрасте колеблется в пределах от 20 до 37% [9]. Среди факторов, способствующих возникновению АМК у девочек в пубертатном возрасте, выделяют генитальные и экстрагенитальные заболевания матери, патологическое течение антенатального периода, инфекционные и хронические мультифакторные заболевания девочки, стресс, различные эндокринопатии [5]. Возникновение нарушений менструальной функции у девочек может зависеть от характера воздействия неблагоприятных внешних факторов на организм беременной матери [6]. Одним из факторов, оказывающих негативное влияние на возникновение нарушений женской половой системы у девочек в период беременности матери, является пренатальный стресс. Длительные изменения системы репродукции после перенесенного пренатального стресса проявляются в нарушениях дифференциации по-

ведения и нейроэндокринного контроля функции половых желез. Установлено значительное число расстройств репродуктивной системы, обусловленных нейроэндокринными нарушениями, которые могут быть длительными последствиями пренатального стресса [10]. Этиологическими факторами перинатального периода онтогенеза, которые нарушают нормальный гомеостаз и служат потенциальной угрозой нейроэндокринной регуляции репродукции, могут быть стресс и его медиаторы (кортикостероиды, нейромедиаторы, нейропептиды), препараты природных и синтетических глюкокортикоидов, прогестинов, половых гормонов (андрогены, эстрогены), ксенобиотики, некоторые наркотические вещества. Эти вещества влияют непосредственно на органы репродукции или реализуют свое патогенетическое влияние через изменения в нейрохимических системах мозга – на уровне гормональных рецепторов, нейромедиаторов, нейрогормонов, специфических белков (синтез фосфорилирования) [11]. Т.е. сочетанное влияние факторов среды (социально-экономические, экологические условия, конфликты в семье и учебном заведении, несбалансированное питание, моральный и психический груз) на организм человека, который имеет наследственную предрасположенность к мультифакторному заболеванию, может способствовать возникновению различных нарушений, в том числе и репродуктивных.

Цель исследования - определение прогностических факторов среды и наследственности в семьях девочек с аномальными маточными кровотечениями пубертатного периода.

Материал и методы. Клинико-генеалогический анализ проведен в семьях 70 девочек с АМКПП. Диагноз установлен в отделении детской гинекологии института согласно Приказу МЗ Украины от 13.04.2016 г. №353 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних