

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 9 (306) Сентябрь 2020

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 9 (306) 2020

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

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

**ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК**

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

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

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

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

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

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

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

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

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, Тенгиз Асатиани,
Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили, Нодар Гогебашвили,
Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Манана Жвания, Тамар Зерекидзе, Ирина Квачадзе,
Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе, 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; Georgian Academy of Medical Sciences; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).

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

EDITOR IN CHIEF

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

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

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

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

Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tengiz Riznis (USA), Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

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

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

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

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

Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani, Guram Kiknadze, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze,

Nana Kvirkevelia, 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.

WEBSITE

www.geomednews.org

Phone: +1 (917) 327-7732

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. Корректурa авторам не высылается, 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:

Savchuk R., Kostyev F., Dekhtiar Y. URODYNAMIC PATTERNS OF ARTIFICIAL BLADDER.....	7
Тяжелов А.А., Карпинская Е.Д., Карпинский М.Ю., Браницкий А.Ю. ВЛИЯНИЕ КОНТРАКТУР ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА СИЛУ МЫШЦ БЕДРА.....	10
Тандилава И.И., Урушадзе О.П., Цецхладзе Д.Ш., Цецхладзе Г.Н., Путкарадзе М.Ш. РОЛЬ И МЕСТО ВИРТУАЛЬНОЙ КТ-КОЛОНОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	19
Dosbaev A., Dilmagambetov D., Ilyasov E., Tanzharykova G., Baisalbayev B. EFFECTIVENESS OF EARLY VIDEO-ASSISTED MINI-ACCESS SURGERY IN TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF TUBERCULOUS PLEURISY.....	23
Dvali M., Tsertsvadze O., Skhirtladze Sh. USE OF OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY IN DETECTION OF CYSTOID MACULAR EDEMA AFTER TREATMENT WITH NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS.....	28
Zabolotnyi D., Zabolotna D., Zinchenko D., Tsvirinko I., Kizim Y. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH SINONASAL INVERTED PAPILLOMA.....	31
Smolyar N., Lesitskiy M., Bezvushko E., Fur N., Hordon-Zhura H. ENAMEL RESISTANCE IN CHILDREN WITH MALOCCLUSIONS.....	37
Ivanyushko T., Polyakov K., Usatov D., Petruk P. THE CONTENT OF NK CELLS AND THEIR SUBTYPES IN THE CASE OF DRUG-INDUCED JAW OSTEONECROSIS.....	41
Antonenko M., Reshetnyk L., Zelinskaya N., Stolyar V., Revych V. DIVERSITY OF TREATMENT OF GENERALIZED PERIODONTAL DISEASES..... IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA	46
Косырева Т.Ф., Абакелия К.Г. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЛИЯНИИ ПИЩЕВЫХ ЖИДКОСТЕЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ (ОБЗОР).....	52
Sharashenidze M., Tkeshelashvili V., Nanobashvili K. DENTAL FLUOROSIS PREVALENCE, SEVERITY AND ASSOCIATED RISK FACTORS IN PRE-SCHOOL AGED CHILDREN RESIDING IN FLUORIDE DEFICIENT REGIONS OF GEORGIA.....	57
Горбатюк О.М., Солейко Д.С., Курило Г.В., Солейко Н.П., Новак В.В. УРГЕНТНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ.....	61
Беш Л.В., Слюзар З.Л., Маюра О.И. ОПТИМИЗАЦИЯ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ОСОБЕННОСТИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ И МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ.....	67
Tchkonka D., Vacharadze K., Mskhaladze T. THE EFFICACY OF ENDOBRONCHIAL VALVE THERAPY IN COMPLEX TREATMENT..... OF BRONCHO-PLEURAL FISTULAS	73
Gogichaishvili L., Lobjanidze G., Tsertsvadze T., Chkhartishvili N., Jangavadze M. DIRECT-ACTING ANTIVIRALS FOR HEPATITIS C DO NOT AFFECT THE RISK OF DEVELOPMENT OR THE OUTCOME OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA.....	76
Грек И.И., Рогожин А.В., Кушнир В.Б., Колесникова Е.Н., Кочуева М.Н. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ.....	81
Tsaryk V., Swidro O., Plakhotna D., Gumeniuk N., Udovenko N. COMMON VARIABLE IMMUNODEFICIENCY AMONG KYIV RESIDENTS: HETEROGENEITY OF MANIFESTATIONS (CLINICAL CASE REVIEW).....	88
Марута Н.А., Панько Т.В., Каленская Г.Ю., Семикина Е.Е., Денисенко М.М. ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ.....	92

Babalian V., Pastukh V., Sykal O., Pavlov O., Rudenko T., Ryndenko V. MANAGEMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING SURGICAL TREATMENT OF PROXIMAL FEMORAL FRACTURES	99
ნანეიშვილი ნ.ბ., სილაგაძე თ.გ. ОЦЕНКА НЕВЕРБАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, МАНИФЕСТИРОВАННОЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	107
Смагулов Б. СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДЕНТОВ ТЮРКСКИХ И СЛАВЯНСКИХ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ	113
Asatiani N., Todadze Kh. NEUROLOGICAL DISORDERS AMONG THE USERS OF HOMEMADE ARTISANAL EPHEDRONE PSYCHOSTIMULANTS AND INVESTIGATION OF THIOGAMMA EFFICACY IN THEIR TREATMENT	117
Фартушок Т.В. COVID-19: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИК ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ	122
Dondoladze Kh., Nikolaishvili M., Museliani T., Jikia G., Zurabashvili D. IMPACT OF HOUSEHOLD MICROWAVE OVEN NON-IONIZING RADIATION ON BLOOD PLASMA CORTISOL LEVELS IN RATS AND THEIR BEHAVIOR.....	132
Ivanov O., Haidash O., Voloshin V., Kondratov S., Smirnov A. INFLUENCE OF THE ACTING SUBSTANCE “SODIUM DICLOFENAC” ON BONE MARROW CELLS.....	137
Tuleubaev B., Saginova D., Saginov A., Tashmetov E., Koshanova A. HEAT TREATED BONE ALLOGRAFT AS AN ANTIBIOTIC CARRIER FOR LOCAL APPLICATION	142
Kakabadze M.Z., Paresishvili T., Kordzaia D., Karalashvili L., Chakhunashvili D., Kakabadze Z. RELATIONSHIP BETWEEN ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA AND IMPLANTS (REVIEW)	147
Удод А.А., Центило В.Г., Солодкая М.М. КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧЕЛОВЕКА	151
Удод А.А., Помпий А.А., Кришук Н.Г., Волошин В.А. ИССЛЕДОВАНИЕ НАПРЯЖЕННО-ДЕФОРМИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ АДГЕЗИВНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ	156
Дорофеева Л.М., Карабин Т.А., Менджул М.В., Хохлова И.В. ЭМБРИОН И ПЛОД ЧЕЛОВЕКА: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЫ	162
Корчева Т.В., Невельская-Гордеева Е.П., Войтенко Д.А. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА: МЕДИЦИНСКИЙ, УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЙ И ФИЛОСОФСКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТЫ ЕЁ РАЗГЛАШЕНИЯ (ОБЗОР)	166
Бортник С.Н., Калениченко Л.И., Слинько Д.В. ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ПРИМЕРЕ УКРАИНЫ, ГЕРМАНИИ, ФРАНЦИИ, США.....	171
Fyl S., Kulyk O., Fedotova H., Lelet S., Vashchuk N. MEDICAL MALPRACTICE AND LEGAL LIABILITY IN THE RENDERING OF HEALTHCARE SERVICES IN UKRAINE.....	178
Pavlov S., Nikitchenko Y., Tykhonovska M. THE IMPACT OF THE CHEMICAL AGENTS OF DIFFERENT PHARMACOLOGICAL GROUPS ON THE KLOTRO PROTEIN CONCENTRATION IN THE CARDIOMYOCYTE AND NEUROCYTE SUSPENSION IN 120 MINUTE HYPOXIA IN VITRO.....	184
Gorgiladze N., Zoidze E., Gerzmava O. IMPLEMENTATION OF QUALITY VALIDATION INDICATORS IN HEALTHCARE.....	188
Mikava N., Vasadze O. PROSPECTS IN MEDICAL TOURISM IN GEORGIA- CHALLENGES, AND BARRIERS IN HEALTHCARE SECTOR.....	194

URODYNAMIC PATTERNS OF ARTIFICIAL BLADDER

Savchuk R., Kostyev F., Dekhtiar Y.

Odessa National Medical University, Ukraine

The main treatment for muscle-invasive bladder cancer is radical cystectomy with lymph node dissection and various types of urinary diversion [1,2]. There are 3 variants of the many proposed operations methods for the derivation of urine, which have now found practical application: 1) external urine derivation (ureterocutaneostomy, intestinal plastic with the formation of "wet" growth); 2) internal derivation of urine into the continuous intestine (ureterosigmoidostomy) 3) the creation of intestinal reservoirs that perform the function of the bladder and provide the possibility of independent controlled urination (various options for constructing an artificial bladder from segments of the intestine). However, the creation of an artificial intestinal bladder with restoration of transurethral urination is recognized as the best method of urine derivation today [3].

Oncological results, first of all, are affected by the quality of radical cystectomy, and the quality of life depends on the type of urine derivation. Given that orthotopic ileocystoplasty is the preferred urinary derivative option for patients, it also causes more postoperative complications.

Urinary incontinence after the formation of an artificial bladder is one of the main complications of the postoperative period, and according to various authors, it can be up to 81% at night and up to 79% during the day [4,5]. According to Hautmann R.E., the patient does not retain urine due to insufficient afferent feedback and a decreased reflex of the urethral sphincter, when the formation of urine exceeds the capacity of the orthotopic bladder. The question of the low quality of life due to presence of urinary incontinence in patients with neobladder compared with incontinent types of urine derivation is still discussed in European countries [7,6].

Urodynamic indicators provide objective information about the function of the lower urinary tract by measuring various parameters of volume and pressure. Evaluation of urodynamics in patients with artificial bladder is not new, and many studies have been conducted to study long-term changes in urodynamic parameters [8].

In most sources, neobladder is described as a low-pressure reservoir with a sufficient volume prone to leukocyturia and bacteriuria [9,10]. The pressure in the bladder is formed due to the plastic tone of the detrusor and the influence of intra-abdominal pressure.

The detrusor must be removed during surgery and urination occurs due to an increase in intra-abdominal pressure, which, in turn, is formed by the tension of the muscles of the anterior abdominal wall and the pressure of the volume of urine on the external urethral sphincter [11].

The artificial bladder created from the detubularized segment of the ileum has innate differences from the original bladder in terms of sensory and motor functions.

An artificial reservoir coated with intestinal epithelium, designed to perform unnatural urodynamic tasks, is not able to provide a satisfactory urination quality.

Urinary incontinence depends on the neobladder formation, damage of the sphincter apparatus, and the neurovascular fibers of the pelvis. It should be noted that sometimes the processes of

chronic urinary retention prevail and patients require autocatheterization.

The assessment of the urodynamic parameters of the artificial bladder based on the above information will help to understand the pathogenetic features of the functioning of the neobladder and the possibility of pharmacological correction.

Aim - to study the urodynamic features of the artificial bladder.

Material and methods. The examination of all patients was consistent with the ethical principles of conducting scientific medical research with human participation, as defined in the declaration of the Helsinki World Medical Association (1964-2000). Voluntary written informed consent to participate in the examination was mandatory for all patients. The main study group consisted of 57 patients with invasive bladder cancer who underwent radical cystoprostatectomy with ileocystoplasty in several specialized centers.

Surgery was performed according to a standard technique with mobilization and extirpation of the bladder and prostate gland, lymph dissection, mobilization and disconnection of the ileum, the formation of a neobladder and several anastomoses. The age of patients averaged - (69.5±8.5) years (ranging from 38 to 72 years), all patients were men. The examination complex consisted of clinical, biochemical and instrumental methods of investigation, which included: ultrasound examination of the upper urinary tract, abdominal cavity and conduit, multispiral computed tomography of the kidneys and lungs, magnetic resonance imaging of the small pelvis with the introduction of a contrast medium.

The urodynamic assessment of urination was evaluated after 3 months (57 patients), 6 months (48 patients) and after 12 months (29 patients). The ambiguity of groups of patients is due to both the rejection of the study and the progression of the oncological process and death.

A combined urodynamic study (CUD) (enterocystotonometry of filling and emptying) was carried out by us on a urodynamic unit "Delphis KT" (Laborie, Canada) in accordance with the recommendations of the Standardization Committee of the International Society for Urinary Incontinence. The study was carried out by installing a 3-way 12Ch urethral drainage, filling the uncovered unit with 0.9% sodium chloride solution, which was injected at a rate of 50 ml / min. The system was checked previously for the absence of air bubbles. The cough breakdown determined the operation of all elements of the system, and then all the values were "reset".

Performing an urodynamic study, we studied: Basal pressure (BP) is the primary pressure in the coreless pressure vessel. The level of subjective sensitivity (LSS) is the minimum volume of fluid in the artificial bladder at which the patient determines the subjective sensation of filling the neocyst.

The level of the first urination (LFU) – is the minimum volume of fluid and pressure in the reservoir at which the patient felt the urge to urinate.

The level of imperative urination (LIU) is the volume and pressure in the neobladder, at which there was a hard-restrained, imperative urination.

One of the most important functional indicators is the elongation (compliance) of the non-holder, which states the relationship between the change in the volume of filling of the neobladder and the corresponding increase in detrusor pressure during QUD. In other words, the compliance of the neobladder is the ability of the neobladder to show stable intravesical pressure filling with fluid, reflecting the adaptive ability of the bladder to accumulate sufficient volumes of fluid, given that the neobladder is formed from the terminal part of the ileum, the results cannot correspond to the indicators of the bladder detrusor.

Statistical processing of the obtained results was carried out using descriptive and variation statistics methods using Student's criterion. The results were calculated on a personal computer using licensed programs Statistics for Windows and Microsoft Excel 7.0. The difference was determined as significant at $p \leq 0.05$.

Results and discussion. The first urodynamic indicator that can be assessed performing a comprehensive urodynamic study is basal pressure, the pressure that we register initially installing the registration system is shown in Fig.

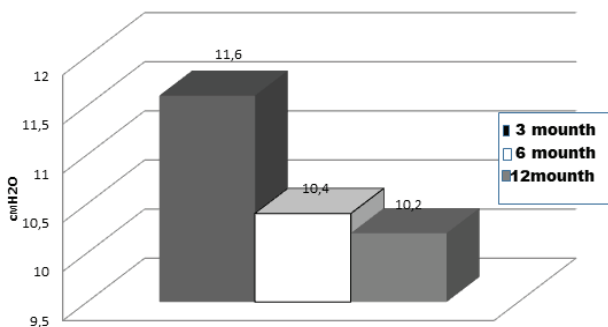


Fig. Indicators of basal pressure of the artificial bladder (cmH₂O)

The basal pressure in the neobladder was 11.6 ± 1.1 cmH₂O after three months, 10.4 ± 0.9 cmH₂O after 6 months, ($p \geq 0.05$), and 10.2 ± 1.4 cm. ($p \geq 0.05$) after 12 months. A statistically significant difference is not determined, although dynamic changes of this indicator are noted.

Dynamic indicators of enterocystomanometry are presented in Table. The level of subjective sensitivity (LFS) three months after the formation of the neobladder arose at a volume of 165.4 ± 56.2 ml, which corresponds to a pressure of 16.1 ± 3.2 cm. An UCh occurred when the neocyst was filled up to 184.8 ± 47.4 ml, during the follow-up study after 6 months, against the background of a pressure of 18.2 ± 4.1 cm ($p \geq 0.05$).

The dynamic component of the increase in volume and pressure before the occurrence of subjective sensitivity is noted, but these indicators are statistically unreliable with respect to the results obtained three months after ileocystoplasty. The volume of the artificial bladder, studying the UHF 12 months after reconstructive surgery, showed an increase to 195.7 ± 62.1 ml, against the background of an increase in pressure to 17.2 ± 2.4 cm. ($p \geq 0.05$). The indicators did not change significantly in comparison with the data obtained after three and six months. The level of the first urge to urinate (LFU) is an indicator that characterizes the volume of the artificial bladder at which the patient feels the urge and urine. LFU in patients three months after ileocystoplasty occurred with a neobladder volume of 285.6 ± 43 ml., pressure was 35.2 ± 3.3 cmH₂O. Indicators after six months dynamically increased to 342.2 ± 61 ml. and 18.2 ± 4.1 cmH₂O ($p \geq 0.05$), respectively, but were still statistically unreliable. The LFU values after 12 months changed and reached the neobladder volume to the level of 382.6 ± 51 ml. ($p \leq 0.05$), which is 33.96% more than the result of LFU obtained after three months.

The pressure level in the artificial bladder at the first urination was 26.1 ± 4.9 cmH₂O ($p \leq 0.05$), which is 25.85% less than the pressure obtained in patients three months after ileocystoplasty.

An imperative, difficult-to-urge urination (IDUU) three months after ileocystoplasty occurred when the volume of the neobladder was 455.6 ± 82.6 ml. The pressure corresponded to 40.2 ± 2.1 cmH₂O. The six months later, these indicators increased, but not statistically significant up to 564.3 ± 73.8 ml. and 37.4 ± 1.5 cmH₂O ($p \geq 0.05$).

The LFU was recorded with a volume of undercoating of 634.2 ± 44.2 ml. ($p \leq 0.05$) after 12 months, which is 39.2% more in comparison with the indicators after three months.

In turn, the pressure after 12 months at which an imperative urge arose was 30.7 ± 3.6 cmH₂O ($p \leq 0.05$), which is statistically significantly lower by 23.63% compared with the indicators after three months.

Compliance, an indicator of the detrusor's extensibility, in the conditions of an artificial bladder showed original results. Three months after the formation of the artificial bladder, the compliance was 11.33 ± 2.1 ml/cmH₂O and six months later, this indicator increased to 15.09 ± 2.6 ml/cmH₂O, ($p \geq 0.05$), but remained statistically unreliable.

The compliance after 12 months, was 20.66 ± 2.6 ml/cmH₂O, ($p \leq 0.05$), which is statistically significant and 82.35% more than the indicator recorded 3 months after ileocystoplasty.

Conclusions. In fact, it is possible to statistically reliably evaluate dynamic changes in urodynamic parameters only after 12 months, given the long period of adaptation of the neobladder to new operating conditions. The level of the first urge to urinate

Table. Dynamic indicators of enterocystomanometry

The studied parameters	3 months (n=57) M±m	6 months (n=48) M±m	12 months (n=29) M±m
Level of subjective sensitivity (LSS). V, ml P, cmH ₂ O	$165,4 \pm 56,2$ $16,1 \pm 3,2$	$184,8 \pm 47,4$ $18,2 \pm 4,1$	$195,7 \pm 62,1$ $17,2 \pm 2,4$
Level of first urination (LFU) V, ml; P, cmH ₂ O	$285,6 \pm 43$ $35,2 \pm 3,3$	$342,2 \pm 61$ $32,1 \pm 4,2$	$382,6 \pm 51^*$ $26,1 \pm 4,9^*$
Imperative urination rate (IUR) V, ml; P, cmH ₂ O	$455,6 \pm 82,6$ $40,2 \pm 2,1$	$564,3 \pm 73,8$ $37,4 \pm 1,5$	$634,2 \pm 44,2^*$ $30,7 \pm 3,6^*$
Compliance, ml/cmH ₂ O	$11,33 \pm 2,1$	$15,09 \pm 2,6$	$20,66 \pm 2,6^*$

after 12 months increased by 33.96% ($p \leq 0.05$), and the pressure decreased by 25.85% ($p \leq 0.05$), compared with 3 months later.

Compliance indices characterize the artificial bladder as a reservoir with complex possibilities for extensibility, but it is very promising in relation to potential adaptive properties, manifesting the latter 12 months after ileocystoplasty. So, compliance increased after 12 months by 82.35% ($p \leq 0.05$), in comparison with the results 3 months after the formation of the neobladder.

The bulk of patients with an artificial bladder showed a large volume and low pressure urinary reservoir, which is logical, given the anatomical features of the small intestine and detrusor. The formation of a neocyst involves dissecting the intestine along the mesenteric margin, crossing the Meissner and Auerbach plexus, which aggravates the already reduced tone of ileum.

The artificial bladder, formed from the terminal ileum, shows the original results of an urodynamic study, not similar to the data obtained with various pathologies of the bladder. Patients with severe atony of the neobladder were noted, which potentiated chronic mycotic insufficiency with elements of obstruction and required periodic catheterization. Some patients whose main complaint was urinary incontinence in the daytime and at night, according to the KUDI, demonstrated elements of the lack of overactivity, which can also be the cause of incontinence and requires further study of pathogenetic features and possible correction methods.

REFERENCES

1. Chang DT, Lawrentschuk N. Orthotopic neobladder reconstruction. // *Urol Ann.* 2015;7:1–7. doi:10.4103/0974-7796.148553.
2. Alfred Witjes J, Lebrecht T, Comperat EM, Cowan NC, De Santis M, Bruins HM, et al. Updated 2016 EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer // *Eur Urol.* 2017;71(3):462–75. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.06.020>.
3. Georgios Gakis, Arnulf Stenzl. Ileal Neobladder and Its Variants. // *European Urology Supplements* Volume 9, Issue 10, December 2010, Pages 745-753 doi.org/10.1016/j.eursup.2010.10.001
4. Aleksic P, Bancevic V, Milovic N, Kosevic B, Stamenkovic DM, Karanikolas M, et al. Short ileal segment for orthotopic neobladder: A feasibility study. // *Int J Urol.* 2010;17:768–73. doi: 10.4103/0974-7796.148553
5. Ahmadi H, Skinner EC, Simma-Chiang V, Miranda G, Cai J, Penson DF, et al. Urinary functional outcome following radical cystoprostatectomy and ileal neobladder reconstruction in male patients. // *J Urol.* 2013;189:1782–8. doi: 10.1016/j.juro.2012.11.078.
6. Ziouziou I, Irani J, Wei JT, Karmouni T, El Khader K et al. Ileal conduit vs orthotopic neobladder: Which one offers the best health-related quality of life in patients undergoing radical cystectomy? A systematic review of literature and meta-analysis. // *Prog Urol.* 2018 Apr;28(5):241-250. doi: 10.1016/j.purol.2018.02.001.
7. Crozier J, Hennessey D, Sengupta S, Bolton D, Lawrentschuk N. A Systematic Review of Ileal Conduit and Neobladder Outcomes in Primary Bladder Cancer. // *Urology.* 2016 Oct;96:74-79. doi: 10.1016/j.urology.2016.06.034. Epub 2016 Jun 29.
8. Kwang Hyun Kim, Hyun Suk Yoon, Wan Song et al. Cluster analysis identifies three urodynamic patterns in patients with orthotopic neobladder reconstruction. // *PLoS One.* 2017; 12(10): e0185255. Published online 2017 Oct 18.
9. Xu K, Liu C, Zheng S, Li H, Xu Y, Xu AB, et al. Orthotopic detaneal sigmoid neobladder after radical cystectomy: technical considerations, complications and functional outcomes. // *J Urol.* 2013;190: 928–934. doi: 10.1016/j.juro.2013.03.072
10. Vishwajeet Singh, Swarnendu Mandal, Sachin Patil, Rahul Janak Sinha, Dheeraj Kumar Gupta, and Satya Narayan Sankhwar Urodynamic and continence assessment of orthotopic neobladder reconstruction following radical cystectomy in bladder cancer; a prospective, blinded North Indian tertiary care experience // *South Asian J Cancer.* 2014 Oct-Dec; 3(4): 223–226. doi: 10.4103/2278-330X.142984
11. Dong Wang, Li-Jun Li, Jing Liu, Ming-Xing Qiu Long-term urodynamic evaluation of laparoscopic radical cystectomy with orthotopic ileal neobladder for bladder cancer // *ONCOLOGY LETTERS* 8: 1031-1034, 2014 <https://doi.org/10.3892/ol.2014.2281>

SUMMARY

URODYNAMIC PATTERNS OF ARTIFICIAL BLADDER

Savchuk R., Kostyev F., Dekhtiar Y.

Odessa National Medical University, Ukraine

The main treatment for muscle-invasive bladder cancer is radical cystectomy with creation of an artificial intestinal bladder with restoration of transurethral urination is recognized as the best method of urine derivation.

Aim – to study the urodynamic features of the artificial bladder.

The main study group consisted of 57 patients with invasive bladder cancer who underwent radical cystoprostatectomy with ileocystoplasty in several specialized centers.

The artificial bladder, formed from the terminal ileum, shows the original results of an urodynamic study, not similar to the data obtained with various pathologies of the bladder. Patients with severe atony of the neobladder were noted, which potentiated chronic mycotic insufficiency with elements of obstruction and required periodic catheterization. Some patients whose main complaint was urinary incontinence in the daytime and at night, according to the KUDI, demonstrated elements of the lack of overactivity, which can also be the cause of incontinence and requires further study of pathogenetic features and possible correction methods.

Keywords: urodynamic, artificial bladder, bladder cancer.

РЕЗЮМЕ

УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ АРТИФИЦИАЛЬНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Савчук Р.В., Костев Ф.И., Дехтярь Ю.Н.

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Основным методом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря является радикальная цистэктомия с созданием искусственного кишечного мочевого резервуара с восстановлением трансуретрального мочеиспускания, признанного лучшим методом деривации мочи.

Целью исследования явилось определение уродинамических особенностей искусственного мочевого пузыря.

Обследованы 57 пациентов с инвазивным раком мочевого пузыря, которым проведена радикальная цистостатэктомия с илеоцистопластикой в нескольких специализированных центрах. Средний возраст пациентов 69,5±8,5 лет (от 38

до 72 лет), все пациенты мужчины. Операция проводилась по стандартной методике с мобилизацией и экстирпацией мочевого пузыря и предстательной железы, лимфодиссекцией, мобилизацией и разъединением подвздошной кишки, формированием нового пузыря и нескольких анастомозов.

Уродинамическую оценку мочеиспускания проводили спустя 3 месяца у 57 пациентов, 6 месяцев – у 48 пациентов и спустя 12 месяцев – у 29 пациентов, остальные не явились на контрольное обследование.

Искусственный мочевой пузырь, сформированный из терминального отдела подвздошной кишки, демонстрирует оригинальные уродинамические результаты, не похожие на данные, полученные при различных патологиях мочевого пузыря.

რეზიუმე

ხელოვნური შარდის ბუშტის უროდინამიკური პატერნი

რ.საგნუკი, ფ.კოსტევი, ი.დვებციანი

ოდვისს ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი, უკრაინა

შარდის ბუშტის კუნთ-ინვაზიური კიბოს მკურნალობის ძირითად მეთოდს წარმოადგენს რადიკალუ-

რი ცისტექტომია შარდის ხელოვნური ნაწლავური რეზერვუარის შექმნით და შარდის ტრანსურეტრული გამოყოფის აღდგენით, რაც შარდის დერეგაციის საუკეთესო მეთოდადაა აღიარებული.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ხელოვნური შარდის ბუშტის უროდინამიკური თავისებურებების განსაზღვრა.

გამოკვლეულია 57 პაციენტი შარდის ბუშტის ინვაზიური კიბოთი, რომელთაც რამდენიმე სპეციალიზებულ ცენტრში ჩატარდა რადიკალური ცისტექტომია ილიოცეკალური პლასტიკით. პაციენტების საშუალო ასაკი - 69,5±8,5 წელი (38-72 წელი). ოპერაცია ჩატარდა სტანდარტული მეთოდით შარდის ბუშტის და წინამდებარე ჯირკვლის მობილიზაციით და ექსტირპაციით, ლიმფოდისექციით, თემოს ნაწლავის მობილიზაციით და დაცილებით, ახალი ბუშტის და რამდენიმე ანასტომოზის ფორმირებით.

შარდის გამოყოფის უროდინამიკური შეფასება 57 პაციენტთან ჩატარდა 3 თვის შემდეგ, 48 პაციენტთან – 6 თვის შემდეგ, 29 პაციენტთან – 12 თვის შემდეგ. თემოს ნაწლავის ტერმინალური ნაწილიდან ფორმირებულ ხელოვნურ შარდის ბუშტს აქვს ორიგინალური უროდინამიკური შედეგები, განსხვავებული შარდის ბუშტის სხვა პათოლოგიების დროს მიღებული შედეგებისაგან.

ВЛИЯНИЕ КОНТРАКТУР ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА СИЛУ МЫШЦ БЕДРА

¹Тяжелов А.А., ¹Карпинская Е.Д., ¹Карпинский М.Ю., ²Браницкий А.Ю.

¹ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им.проф. М.И. Ситенко НАМН Украины»;

²Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова МОЗ Украины

Длительное течение любого ортопедического заболевания приводит к запуску приспособительных механизмов движений – стояния, ходьбы, подъема и спуска с лестниц. Исключением не являются и дегенеративные заболевания тазобедренных суставов, которые изменяют сформированный в процессе взросления патерн ходьбы на патологический [4,12].

В процесс ходьбы вовлекаются все мышцы нижних конечностей, тазового пояса, спины и живота, для поддержания равновесия необходима согласованность в их работе, т.е. слаженность напряжения/расслабления мышца-антагонистов. Наличие дегенеративных процессов в тазобедренных суставах вынуждает человека уменьшать активность, а длительная гипомобильность приводит сначала к незначительной потере силы мышц, а с развитием дегенеративных разрушений – к развитию контрактур и дальнейшему нарушению работы мышц.

Постоянное напряжение приводящих мышц бедра и постепенное формирование приводящих контрактур приводят к изменению рычагов действия сил мышц всего тазового пояса, бедра и ягодиц, ответственных за стабилизацию таза. При длительном течении дегенеративного процесса в

тазобедренных суставах, сформированные приводящие контрактуры достаточно быстро осложняются сгибательными, т.е. переходят в сгибательно-приводящие. Учитывая, что равновесие таза при ходьбе поддерживается мышцами-антагонистами, которые находятся в балансе, нарушение любой группы мышц ведет к дестабилизации других.

В нормальном состоянии происходит сбалансированное напряжение/расслабление мышц [5], однако ограничение ротационных движений нарушает работу мышц-ротаторов, при наличии приводящей контрактуры приводящие мышцы бедра находятся в расслабленном состоянии, а отводящие – в напряженном, с формированием сгибательной контрактуры.

Цель исследования - определить влияние контрактур тазобедренного сустава на силу мышц бедра.

Материал и методы. Анализ походки проводили в программе OpenSim 4.0 [7]. В основу моделирования взята модель gait2394 [2,3,16], позволяющая изучить 76 мышц нижних конечностей и туловища. Немасштабированная модель представляет собой объект ростом 1,8 м, массой 75,16 кг. При моделировании ограничивали объем движений в тазобедренном суставе, достаточно для ходьбы, для моделиро-