

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 Гогешашвили,
Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Манана Жвания, Тamar 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 Kvirvelia, Teymuraz Lezhava, Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti,

Kharaman Pagava, Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili,

Ramaz Shengelia, Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board

7 Asatiani Street, 4th Floor

Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91

995 (32) 253-70-58

Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.

3 PINE DRIVE SOUTH

ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

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. Корректур авторам не высылаются, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

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
Нанешвили Н.Б., Силагадзе Т.Г. 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., Солодка 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

აღწერილი კლინიკური შემთხვევა გვიჩვენებს სვიდ-ის უჩვეულო მანიფესტაციას მოზრდილ პაციენტში, უჯრედული იმუნიტეტის დარღვევებთან და იმუნოგლობულინ A-ს დეფიციტთან ერთად. ქკივის და მისი ოლქის მაცხოვრებლებში დიაგნოსტირებული პირველადი იმუნოდეფიციტების სტრუქტურაში პრევალირებს სვიდ და მემკვიდრული პიპო- და აგა-

მაგლობულინემიები, რაზეც მიუთითებს კლინიკური გამოვლინებების სიმძიმე. ავტორებს მიზანშეწონილად მიიჩნიათ იმუნოგლობულინებით ჩანაცვლებითი თერაპიის ჩატარების აუცილებლობა. სვიდ-ის და ანტიხეულების პროდუცირების სხვა დეფექტების აღრეულ პროგნოზულ მარკერად შეიძლება ჩაითვალოს იმუნოგლობულინ E-ს დეფიციტი.

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ

Марута Н.А., Панько Т.В., Каленская Г.Ю., Семикина Е.Е., Денисенко М.М.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», Харьков, Украина

В 2014 году Украина столкнулась с проблемой внутренне перемещенных лиц (ВПЛ): в результате войны и оккупации украинцы стали покидать родные города. Согласно официальной статистике, на конец декабря 2019 года в Украине (по данным Единой информационной базы данных о внутренне перемещенных лицах) на учет взято 1432290 переселенцев из временно оккупированных территорий Донецкой и Луганской областей и АР Крым [5]. Несмотря на тот факт, что ВПЛ покинули свои дома более 5 лет назад, они продолжают сталкиваться с рядом проблем, которые остаются нерешенными: проблемы выплаты дотаций и пенсий, отсутствие жилья и работы, социальная изоляция, неудовлетворительное состояние здоровья, как общего, так и психического. По данным отчета Международной организации миграции по состоянию на июнь 2018 г., только 42% ВПЛ были трудоустроены, 51% ощущали отсутствие или недостаточность вакансий, 14% ВПЛ столкнулись с дискриминацией при приеме на работу [1]. Военный конфликт в Украине и, как следствие, вынужденная миграция населения, относятся к проблемам, которые инициируют развитие нарушений на уровне психосоматического, психологического здоровья, ухудшают социальную адаптацию и качество жизни [2,4,7]. По данным эпидемиологических исследований у 32% ВПЛ отмечались симптомы посттравматического расстройства (ПТСР), у 22% - симптомы депрессии и у 17% - симптомы тревожности [12]. Исследований в Украине, посвященных изучению состояния психического здоровья ВПЛ, наличия у них тех или иных психических расстройств, особенностей их адаптации и взаимодействия, личностной, социальной и семейной реализации, крайне мало. Недостаточно изученными остаются вопросы о структурных нарушениях психического здоровья лиц, вынужденных покинуть свои место жительства, и способов их восстановления [8,10]. Приведенные выше данные убедительно показывают необходимость своевременной диагностики, профилактики, фармакологической, психотерапевтической и психосоциальной помощи данного контингента лиц. Факт пережитой вынужденной миграции является фактором риска формирования у ВПЛ психической патологии в виде отдельных симптомов или сформированных психических расстройств. Высокий уровень риска формирования психических расстройств, тенденция к их хронификации и рецидивы имеющихся психопатологических нарушений у ВПЛ обуславливают настоятельную потребность в прицельном

внимании к вопросам психического здоровья ВПЛ, разработке и проведении скрининговых и психообразовательных мероприятий, направленных на своевременное выявление и профилактику формирования или обострение психопатологических нарушений. Одним из важных направлений решения этого вопроса является необходимость разработки и внедрения психообразовательных программ (ПП) по вопросам психического здоровья, маркеров опасности и самопомощи для ВПЛ.

Цель исследования - разработать и оценить эффективность психообразовательной программы, направленной на своевременное выявление, профилактику формирования и предотвращения хронификации психических нарушений у внутренне перемещенных лиц.

Материал и методы. Для оценки эффективности предложенной психообразовательной программы по профилактике психического здоровья у ВПЛ использовался комплекс клинико-психопатологических, психометрических (анкетирование и шкала безнадежности Бека (BHS), тест «Качество жизни» (J. Mezzich et al.), психодиагностических (шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина и шкала психологического стресса PSM-25) и статистических методов (точный метод Фишера, t-критерий Стьюдента) исследования [3,6,9,11].

В исследовании приняло участие 414 внутренне перемещенных лиц. В результате обследования были выделены 3 группы: I группа (n=223) - 53,86% из общей популяции, у которых не выявлено психических расстройств и отдельных психических симптомов; II группа (n=83) - 20,05%, у которых определены отдельные психические симптомы, не достигающие клинического уровня и III группа (n=108) - 26,09%, имеющие психические расстройства и проходившие курс лечения в ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины».

Результаты и их обсуждение. По социально-демографическим показателям, среди обследованных ВПЛ, было 58 (53,70±3,42%) женщин и 50 (46,30±3,17%) мужчин. По семейному статусу 33,33% ВПЛ были не женаты, 35,19% лиц имели семью и 24,07% ВПЛ были разведены. Среди обследуемых преобладали лица, имевшие детей (66,67±3,60)%. У ВПЛ были зафиксированы нерешенные проблемы в жилищной сфере: 42,59% лиц имели социальное жилье, 24,07% ВПЛ проживали в общежитиях, 12,96% лиц снимали жилье, 7,41% ВПЛ имели государственное жилье или проживали

в семьях близких, лишь 5,56% имели собственное жилье. Большинство из обследованных имели среднее специальное (44,44±3,10)% и среднее образование (24,07±1,96)%. Характеризуя профессиональную занятость среди ВПЛ, следует отметить, что только часть из них подтвердила наличие работы (55,56±3,46)%, а 44,44% ВПЛ не были трудоустроены. Важным является тот факт, что у лиц, которые имели работу, трудоустроены по специальности были только (38,89±2,84)%. Оценка изменений в жизни, произошедших при вынужденном перемещении, позволило зафиксировать, что у 66,67% лиц изменился привычный образ жизни: переезд из сельской местности в город и у 62,96% ВПЛ снизился уровень благосостояния со среднего до низкого.

Анализ клинико-психопатологических проявлений позволил установить спектр диагностических расстройств, представленных в таблице 1.

При обследовании были установлены следующие диагнозы: органическое аффективное (депрессивное) расстройство (F06.3) (7,41±0,67)%; органическое тревожное расстройство (F06.4) (12,96±1,13)%; умеренный депрессивный эпизод (F32.1) (15,74±1,35)%; рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1) (4,63±0,42)%; посттравматическое стрессовое расстройство (F43.2) (17,59±1,49)%; пролонгированная депрессивная реакция (F43.2) (27,78±2,21)%; расстройство адаптации (F43.1) (13,89±1,20)% и смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F43.2) (3,70±0,34)%.

Таблица 1. Диагнозы по МКБ-10 у ВПЛ, обратившихся за медицинской помощью

Диагноз	Внутренне перемещенные лица (n = 108)	
	Абс. к-во	%±m%
Органическое аффективное (депрессивное) расстройство	4	7,41±0,67
Органическое тревожное расстройство	14	12,96±1,13
Умеренный депрессивный эпизод	17	15,74±1,35
Рекуррентное депрессивное расстройство	5	4,63±0,42
Расстройства адаптации	15	13,89±1,20
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	4	3,70±0,34
Посттравматическое стрессовое расстройство	19	17,59±1,49
Пролонгированная депрессивная реакция	30	27,78±2,21

Таблица 2. Характеристика факторов психической травматизации у ВПЛ

Наименование показателей		Физиологические факторы		Психо-эмоциональные факторы		Социально психологические факторы		Информационные факторы	
		n	%±m%	n	%±m%	n	%±m%	n	%±m%
Во время нахождения в зоне АТО	Мужчины	42	84,00±6,86	18	36,00±5,88	40	80,00±7,30	44	88,00±6,22
	Женщины	52	89,66±5,06	50	86,21±5,62	28	48,28±6,09	20	34,48±4,90
Спустя 12 месяцев	Мужчины	4	8,00±1,57	6	12,00±2,30	26	52,00±7,35	28	56,00±7,58
	Женщины	6	10,34±1,72	20	34,48±4,90	16	27,59±4,12	14	24,14±3,69
Спустя 24 месяца	Мужчины	2	4,00±0,80	28	56,00±7,58	6	12,00±2,30	10	20,00±3,65
	Женщины	6	10,34±1,72	14	24,14±3,69	28	48,28±6,09	8	13,79±2,25
Во время обследования	Мужчины	2	4,00±0,80	26	52,00±7,35	4	8,00±1,57	12	24,00±4,27
	Женщины	4	6,90±1,17	8	13,79±2,25	36	62,07±6,71	6	10,34±1,72

У всех обследованных была проведена оценка факторов психической травматизации (ФПТ) в динамическом аспекте (ретроспективно во время пребывания в зоне АТО, спустя 12 и 24 месяцев после переезда из зоны АТО и во время обследования). Среди всех ФПТ мы выделяли физиологические, психоэмоциональные, социально-психологические и информационные факторы. К физиологическим ФПТ, которые отмечались преимущественно во время пребывания в зоне военных действий, пациенты относили звуки стрельбы, взрывов, свист пуль и осколков снарядов, звуки разрушения домов, постоянное напряжение с готовностью бежать в укрытие, недостаточный сон, отсутствие полноценного режима еды и питья, отсутствие привычных условий жизни (перебои со светом, подачей газа, воды). Психоэмоциональные ФПТ характеризовались ощущением реальной угрозы для собственной жизни и жизни близких, страх получить ранения или травмы, страх и тревога во время проживания каждый час жизни в зоне военных действий, гибель окружающих (военных и гражданских лиц), страх, что все это может повториться. Структура социально-психологических ФПТ характеризовалась непониманием происходящего, непониманием причин боевых действий, отсутствием контактов с родственниками, которые проживали в других районах боевых действий, потерей социального статуса, работы, жилья, растерянность и невозможность изменить то, что происходит. В качестве информационных ФПТ па-

циенты отмечали отсутствие информации, ее противоречивость. Характеристика ФПТ у ВПЛ представлена в таблице 2. Анализ особенностей ФПТ проводился отдельно в группах мужчин и женщин, поскольку известно, что реакция на психотравмирующие факторы имеет гендерную специфику. Оценка ФПТ отражала наличие физиологических, психоэмоциональных, социально-психологических, информационных ФПТ у ВПЛ, которые пациенты связывали с перенесенной сильной стрессовой ситуацией, к которой никто из них не был готов.

Ретроспективная оценка ФПТ во время пребывания обследованных в зоне АТО свидетельствует, что у 84,00% мужчин и 89,66% женщин преобладали физиологические факторы. Психоэмоциональные факторы чаще определялись у женщин (86,21±5,62)%, у мужчин они наблюдались у 36,00% случаев. Социально-психологические факторы преобладали у мужчин (80,00±7,30)% и наблюдались у 48,28% женщин. Информационные факторы также чаще регистрировались у мужчин (88,00±6,22)%, у женщин они имели место в 34,48% случаев. Через 12 месяцев у женщин достоверно чаще регистрировались психоэмоциональные (34,48±4,90)%, социально-психологические (27,59±4,12)% и информационные (24,14±3,69)% ФПТ; у мужчин преобладали информационные ФПТ (56,00±7,58)% и социально-психологические (52,00±7,35)% ФПТ. Через 24 месяцев у женщин чаще отмечались социально-психологические (48,28±6,09)% и психоэмоциональные (24,14±3,69)% ФПТ, у мужчин - психоэмоциональные (56,00±7,58)% и информационные (20,00±3,65)% ФПТ. На момент обследования у женщин чаще отмечались социально-психологические (62,07±6,71)%, а у мужчин - психоэмоциональные ФПТ (52,00±7,35)%. Общая оценка ФПТ свидетельствует, что у обследованных ВПЛ, как правило, отмечалось сочетание различных ФПТ одновременно. Кроме того, сохранялась значимость психотравмирующих переживаний, несмотря на давность основного психотравмирующего момента.

Полученные клиничко-психопатологические и патофизиологические данные свидетельствуют, что психическое состояние ВПЛ характеризуется наличием широкого спектра различных по выраженности нарушений - от психологически понятных эмоциональных реакций до четко очерченных психопатологических симптомов и состояний различной интенсивности, подтверждающих необходимость создания и проведения ПП для ВПЛ.

Для своевременного выявления, профилактики формирования и предотвращения хронификации психических нарушений у ВПЛ была разработана ПП, которая включала следующие задачи (направления):

Информирование - объяснение и донесение необходимой информации о психическом здоровье; возможных вариантах психических расстройств, их причинах, проявлениях и последствиях; способов и вариантов помощи.

Обеспечение психосоциальной поддержки - предоставление возможности в безопасных условиях поделиться собственным психотравмирующим опытом, получить взаимопонимание и поддержку.

Анализ и освоение адаптивных навыков поведения в стрессовых ситуациях, а также ситуациях межличностного общения.

Овладение навыками эмоциональной регуляции, способов самопомощи и анализа собственного психоэмоционального состояния (практики «майндфулнес», чувствительности, заботы о себе).

Расширение межличностной чувствительности в вопросах психического реагирования в межличностном взаимодействии (снижение уровня стресса в общении).

Выявление внутренних ресурсов для преодоления переживаемых событий и трудностей.

Предложенная ПП предполагает групповой формат проведения, в котором встречи (занятия) организуются по принципу тематического семинара с элементами социально-психологического тренинга. Рекомендуется закрытый тип группы в количестве 10-15 участников с фиксированной датой начала и окончания курса. Периодичность проведения занятий - 1-2 раза в неделю, продолжительностью 1,5 часа. Группу ведут врач-психиатр и психолог. Психообразовательная группа проводится в стиле групповой психотерапии, участники располагаются по кругу, лицом друг к другу. В качестве материалов для проведения данного курса необходимы: стулья в достаточном количестве, демонстрационная доска с набором маркеров, листы различных форматов и слайд-проектор с экраном. Формирование групп осуществляется по принципу обязательного присутствия лиц с различными вариантами психической адаптации, то есть без проявлений психических расстройств (как минимум один человек), с различными вариантами психических нарушений и представителей группы-риска имеющимся единичными симптомами, позволяющих представить в группе разные модели обращения с обязательным примером адаптивного поведения. Содержание каждого занятия предусматривает определенную тему, которая обсуждается в группе, психо-социальные упражнения, мониторинг и анализ поведения участников. Используется модель интерактивного обучения, когда усвоение информации происходит при обсуждении и общении между участниками.

ПП включает 5 следующих тематических сессий (занятий), которые в содержательном плане охватывают следующие темы:

Особенности функционирования психики в стрессовых условиях (нейробиология стресса, варианты психической дезадаптации, модель диатез-стресс-уязвимости в формировании и обострении психических расстройств)

Симптомы наиболее распространенных психических расстройств ВПЛ (ПТСР, тревожные и депрессивные расстройства): характеристики, маркеры опасности (у себя и окружающих), последствия, возможности преодоления и лечения (методы лечения и учреждения оказания помощи). Особое внимание уделяется анализу, так называемых, «красных флажков» - маркеров опасности.

Регуляторное поведение: профилактика психических нарушений (как предотвратить их формирование). Способы самопомощи и анализа собственного психоэмоционального состояния (практики «майндфулнес», чувствительности, заботы о себе, режим сна, физическая нагрузка). Прорабатываются возможные варианты, составляется план их реализации.

Снижение уровня стресса в отношениях. Забота об окружающих (как действовать при наличии психического расстройства у близкого человека). Обсуждаются возникающие трудности (удаление и отгороженность, неспособность или неадекватность проявлений эмоций, их чрезмерная интенсивность) и необходимость отождествить эти проявления с психическим расстройством, а не лично с собой и отношением к себе. Отработка навыков Я-сообщений. Избегание осуждения и акцент на описание фактов. Практики «благодарности». Семейные ритуалы и традиции.

Ресурсы преодоления. Поиск ресурсов, позволяющих преодолеть психические расстройства, является заключительным этапом ПП. Это могут быть отношения, духовность, воспоминания, мечты, спорт, медитация, творчество. С этой целью используются ресурсные упражнения - это позитивное воображение, разговор с наставником, поиск безопасного места, ресурсные истории, воплощение ресурса в символ, который можно взять с собой, так называемые, обереги.

Кроме содержательной (тематической) части занятий особое внимание уделяется психосоциальной поддержке. В группе создается атмосфера взаимопонимания и поддержки, позволяющая раскрыться, проявить и проработать собственные травматические воспоминания, опасения, агрессивные чувства.

Предложенная программа обеспечивает комплексное воздействие на когнитивную, эмоциональную, психофизиологическую, поведенческую и социальную сферы функционирования личности. Реализация программы обеспечивает формирование осведомленности, информированности и понимания характера и особенностей психопатологических расстройств, позволяет сформировать навыки самоанализа и самоконтроля собственного психоэмоционального состояния, понимание и распознавание опасности в психологическом состоянии членов своей семьи и окружающих, предоставляет ресурсы по изменению личностного и семейного функционирования для профилактики психопатологических нарушений.

Все пациенты получали комплексную терапию: фармако- и психотерапию. С учетом преобладания в клинической картине жалоб тревожно-депрессивного характера пациентам назначались антидепрессанты (СИОЗС и СИОЗСН) в терапевтических дозах. Проводилась когнитивно-поведенческая терапия – 10 занятий. Пациенты были разделены на 2 группы: первая группа (группа сравнения) получала только фармако- и психотерапию (50 человек), вторая (основная группа) – дополнительно получала разработанную психобразовательную программу (54 пациента). 4 пациента из 108 обследованных отказались от стационарного лечения и были направлены в психоневрологический диспансер по месту жительства с терапевтическими рекомендациями.

В качестве критериев для оценки эффективности предложенной программы были выбраны: показатель психического напряжения (уровень стресса); уровень реактивной тревожности; выраженность негативного восприятия будущего; показатель качества жизни.

Оценка проводилась дважды: до лечения проводился скрининговый анализ показателей психического напряжения, качества жизни, уровня ситуативной тревожности, особенностей функционирования психических процессов и восприятия будущего и после прохождения ПП (в основной группе) после окончания лечения (в группе сравнения).

Было установлено, что до прохождения ПП у большинства ВПЛ основной группы наблюдался умеренный уровень психического напряжения ($66,67 \pm 7,26$ %), у 24,07% лиц определялся высокий уровень психического напряжения и у 9,26% ВПЛ был зафиксирован низкий уровень психического напряжения (Рис.1). В группе сравнения до лечения у большинства пациентов определялся умеренный уровень психического напряжения ($68,00 \pm 7,85$ %), у 26,00% лиц - высокий уровень и у 6,00% ВПЛ определялся низкий уровень психического напряжения.

После проведения ПП в основной группе определялась положительная динамика, проявляющаяся в снижении

психического напряжения: у 51,85% ВПЛ был установлен низкий уровень, у 33,33% - умеренный и у 14,81% ВПЛ - высокий уровень психического напряжения. Статистический анализ результатов показал достоверное уменьшение умеренного уровня психического напряжения (ДК=3,01, МИ=0,50, $p < 0,0003$) и увеличение количества ВПЛ с низким уровнем психического напряжения (ДК=7,48, МИ=1,59, $p < 0,0001$).

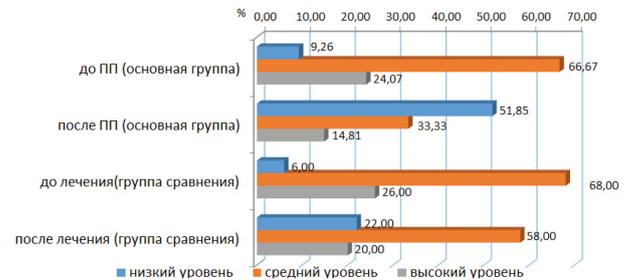


Рис. 1. Динамика показателей психического напряжения (по шкале PSM-25)

После проведения курса лечения в группе сравнения определялась положительная динамика, проявляющаяся в снижении уровня психического напряжения: у 58,00% ВПЛ был установлен умеренный уровень, у 22,00% - низкий и у 20,00% - высокий уровень психического напряжения. Статистический анализ результатов показал достоверное увеличение количества ВПЛ с низким уровнем психического напряжения (ДК=5,64, МИ=0,45, $p < 0,0165$).

Сравнение динамики психического напряжения между группами показало, что после прохождения ПП в основной группе стало больше лиц с низким уровнем психического напряжения (ДК=3,72, МИ=0,56, $p < 0,0011$), в то время как в группе сравнения преобладали ВПЛ с умеренным уровнем психического напряжения (ДК=2,41, МИ=0,30, $p < 0,0066$).

Оценка негативного восприятия будущего продемонстрировала, что до ПП в основной группе у 20,37% ВПЛ определялся низкий уровень безнадежности, у 48,15% ВПЛ - умеренный уровень и у 31,48% ВПЛ уровень безнадежности и негативного восприятия будущего был высоким (рис. 2). В группе сравнения до лечения наблюдалась схожая тенденция: у 40,00% ВПЛ был зафиксирован умеренный уровень, у 38,00% - высокий уровень и у 22,00% - низкий уровень безнадежности.

После ПП в основной группе были отмечены изменения в восприятии будущего: у большинства ВПЛ фиксировался низкий уровень безнадежности ($44,44 \pm 6,25$ %), у 38,89% ВПЛ был установлен умеренный уровень безнадежности и у 16,67% ВПЛ уровень безнадежности и пессимистического отношения к будущему оставался высоким. Статистический анализ результатов показал достоверное снижение высокого уровня безнадежности после ПП (ДК = 2,76, МИ = 0,20, $p < 0,0363$) и увеличение ВПЛ с низким уровнем безнадежности (ДК = 3,39, МИ = 0,41, $p < 0,0047$). В группе сравнения также после курса лечения наблюдалась снижение уровня безнадежности, но эти изменения не достигали статистически значимых показателей.

При сравнении двух групп между собой было установлено, что после прохождения терапии и ПП среди ВПЛ основной группы преобладали лица с низким уровнем безнадежности (ДК = 3,47, МИ = 0,42, $p < 0,0049$), в то время как пациентов с умеренным уровнем безнадежности было больше в группе сравнения (ДК=1,43, МИ=0,11, $p < 0,0481$).



Рис. 2. Динамика выраженности безнадежности (по шкале Бека)

Исследование уровня реактивной тревожности у ВПЛ представлено на рис. 3.

Исследование уровня реактивной тревожности у ВПЛ продемонстрировало, что у большинства ВПЛ основной группы до ПП была установлена высокая реактивная тревожность (66,67±7,26)%, у 22,22% ВПЛ наблюдался умеренный уровень реактивной тревожности и лишь у 11,11% ВПЛ был зафиксирован низкий уровень ситуативной тревожности (Рис.3). До лечения у большинства пациентов группы сравнения был установлен высокий уровень ситуативной тревожности (64,00±7,84)%, у 28,00% лиц - умеренный уровень и у 8% ВПЛ - низкий уровень реактивной тревожности.

После проведения ПП в основной группе наблюдалась положительная динамика ситуативной тревожности: у 27,78% ВПЛ был установлен низкий уровень реактивной тревожности, у 42,59% ВПЛ был зафиксирован умеренный уровень и у 29,63% ВПЛ - высокий уровень реактивной тревожности. Статистический анализ подтвердил выраженную положительную динамику, которая заключалась в повышении количества ВПЛ с низким (ДК=3,98, МИ=0,33, $p<0,0182$) и умеренным (ДК=2,83, МИ=0,29, $p<0,0129$) уровнями ситуативной тревожности и в снижении высокого уровня реактивной тревожности (ДК=3,52, МИ=0,65, $p<0,0001$).



Рис. 3. Динамика показателей реактивной тревожности (по тесту Спилбергера-Ханина)

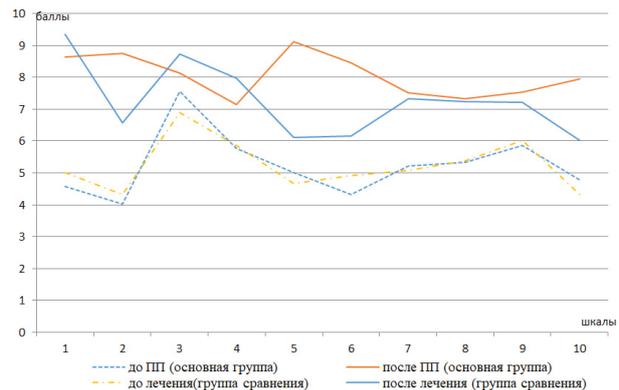
В группе сравнения после лечения отмечалась положительная динамика, которая заключалась в уменьшении лиц с высоким уровнем ситуативной тревожности (ДК=2,04, МИ=0,24, $p<0,0091$).

Оценка показателя качества жизни использовалась нами в качестве показателя суммарной эффективности разработанной ПП (Рис. 4).

До прохождения ПП пациенты основной группы наиболее высоко оценивали показатели самообслуживания и независимости в действиях (7,55±1,34 баллов), трудо-

способность (5,76±1,09 баллов) и показатели духовной реализации (5,87±1,22 баллов) (Рис.4). Наименьшие оценки были получены по показателям физического (4,57±1,46 баллов) и психологического (4,02±1,09 баллов) благополучия, социо-эмоциональной поддержки (4,33±1,08 баллов) и общей оценки качества жизни (4,78±1,12 баллов).

В группе сравнения до прохождения лечения пациенты отмечали неудовлетворенность физическим (5,01±1,88 баллов) и психологическим благополучием (4,33±1,48 баллов), общим показателем качества жизни (4,32±1,18 баллов), межличностным взаимодействием (4,67±1,07 баллов) и социо-эмоциональной поддержкой (4,91±1,22 баллов).



Условные обозначения: 1 — физическое благополучие; 2 — психологическое и эмоциональное благополучие; 3 — самообслуживание и независимость в действиях; 4 — трудоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социо-эмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная поддержка; 8 — самореализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни.

Рис. 4. Динамика качества жизни (по данным теста Mezzich J.)

После прохождения ПП в основной группе отмечалась достоверное улучшение показателей удовлетворенности физическим и психологическим благополучием ($p=0,0016$ и $p=0,0001$ соответственно), межличностным взаимодействием ($p=0,0023$), наличием социо-эмоциональной и общественной поддержки ($p=0,0001$ и $p=0,0345$ соответственно), а также увеличение удовлетворенности общим качеством жизни ($p=0,0218$). В группе сравнения была зафиксирована позитивная динамика показателей физического и психологического благополучия ($p=0,0001$ и $p=0,0445$ соответственно), улучшение трудоспособности ($p=0,0311$) и ощущения общественной поддержки ($p=0,0259$).

Сравнительный анализ двух групп продемонстрировал наличие более выраженных позитивных изменений в основной группе по показателям психологического благополучия ($p=0,0254$), межличностного взаимодействия ($p=0,0138$), социально-эмоциональной поддержки ($p=0,0213$) и повышения общего показателя качества жизни ($p=0,0361$).

Выводы. Группа ВПО неоднородна и среди них выделено 3 категории лиц: I группа ВПЛ, не имеющие признаков психических нарушений (условно здоровые) (53,86%), II группа ВПЛ, имеющие отдельные симптомы психических нарушений (группа риска) (20,05%) и III группа ВПЛ, имеющих установленные психические расстройства (26,09%).

У обследованных ВПЛ III группы установлены рас-

стройства психического круга преимущественно тревожно-депрессивного спектра: органическое аффективное (депрессивное) расстройство (F06.3) - 7,41%; органическое тревожное расстройство (F06.4) - 12,96%; умеренный депрессивный эпизод (F32.1) - 15,74%; рекуррентное депрессивное расстройство (33.1) - 4,63%; посттравматическое стрессовое расстройство (F43.2) - 17,59%; пролонгированная депрессивная реакция (F43.2) - 27,78%; расстройство адаптации 13,89% и смешанное тревожно-депрессивное расстройство 3,70%.

С целью своевременного выявления и профилактики психопатологических нарушений у ВПЛ разработана ПП, направленная на формирование осведомленности относительно клинических проявлений (симптомов-маркеров) психических расстройств, возможностей по предотвращению их формирования и вариантов действий в условиях обострения психического состояния. Предложенная ПП предполагает групповой формат встреч, организуемых по принципу тематического семинара с элементами социально-психологического тренинга. Реализация программы обеспечивает комплексное воздействие на когнитивную, эмоциональную, психофизиологическую, поведенческую и социальную сферы функционирования личности и позволяет сформировать навыки самоанализа и самоконтроля собственного психоэмоционального состояния, понимание и распознавание опасности в психологическом состоянии членов своей семьи и окружающих, предоставляет ресурсы по изменению личностного и семейного функционирования для профилактики психопатологических нарушений.

Доказана эффективность предложенной программы, которая заключается в снижении показателей психического напряжения (ДК=3,72, $p<0,0011$), уровня реактивной тревожности (ДК=3,98, $p<0,0182$), выраженности негативного восприятия будущего (ДК=3,47, $p<0,0049$) и повышения показателей качества жизни (психологического благополучия ($p=0,0254$), межличностного взаимодействия ($p=0,0138$), социально-эмоциональной поддержки ($p=0,0213$) и общего показателя качества жизни ($p=0,0361$)) у ВПЛ после прохождения ПП. Таким образом, полученные данные следует учитывать при создании и использовании психообразовательных и психокоррекционных мероприятий для ВПЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Интерфакс Украина. Информ. агентство. от 15.08.18. Электронный ресурс. <https://interfax.com.ua/news/general/524809.html>
2. Марута НО, Каленська ГЮ, Явдак Ю. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб. Український вісник психоневрології. 2018; 26; 2 (95): 68-71.
3. Марута Н.О., Череднякова О.С., Панько Т.В. Психоосвіта у профілактиці психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб // Медична психологія - 2019; 4:27-30.
4. Мокрецова ОГ Актуальные вопросы адаптации трудовых мигрантов. Вестник Южно-Уральского государственного университета Серия: Психология. 2015; 8(2): 112-116.
5. Офіційний сайт Міністерства соціальної політики. Електронний ресурс. <https://www.msp.gov.ua/news/18074.html>
6. Психодиагностика стресса: практикум/ сост. Р.В.Куприянов, Ю.М.Кузьмина; М-во образ. и науки РФ, Казан. гос. технол.ун-т. Казань: КНИТУ. 2012:212.

7. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України: посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л.А. та ін.; за ред. Волинець Л.С. – К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015:72.

8. Робертс Б, Махашвили Н, Джавахишвили Д. Скрытые последствия конфликта. Проблемы психического здоровья внутренне перемещенных лиц и доступность психологической помощи в Украине. 2017:32.

9. Сидоренко ЕВ Методы математической обработки в психологии. СПб.: ООО «Речь», 2003: 350.

10. Тищенко НІ, Піроцький БЮ Внутрішньо переміщені особи в Україні як проблема сьогодення. Молодий вчений. 2014;10(13): 124-125.

11. Mezzi JH, Cohen N, Liu J, Ruiperez M, Yoon G, Igbal S, Perez C. Validation of an efficient quality of life index. Psychiatry on New Thresholds: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry. Hamburg, 1999: 427-428.

12. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M Migration and health: a framework for 21st century policy-making, Plops medicine. 2011; 8(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>.

SUMMARY

PSYCHO-EDUCATIONAL PROGRAM IN PREVENTION OF MENTAL HEALTH OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS

Maruta N., Panko T., Kalenskaya G., Semikina E., Denisenko M.

State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

The goal is to develop and evaluate the effectiveness of a psychoeducational program (PP) aimed at timely detection, prevention of the formation and prevention of chronicity of mental disorders in internally displaced persons (IDPs).

414 IDPs took part in the research. A complex of clinical-psychopathological, psychometric, psychodiagnostic and statistical methods were used.

It was found that the group of IDPs is heterogeneous and includes 3 categories of persons: group I - IDPs without signs of mental disorders (conditionally healthy) (53,86%), group II - IDPs with individual symptoms of mental disorders (risk group) (20,05%) and group III - IDPs with established mental disorders (26,09%). The examined IDPs of the III group were found mental disorders, predominantly of the anxiety-depressive spectrum. Factors of psychic traumatization (FPT) were assessed in a dynamic aspect: retrospectively (during of staying in the anti-terrorist operation (ATO) zone), 12 and 24 months after leaving the ATO zone and during of examination. The dynamics of FPT and their significance in time and with regard to gender specificity were shown. In order to timely identify and prevent the formation of mental disorders in IDPs and increase their adaptive capabilities, it is proposed to use PP, which had a group structured work format. The results of its approbation were presented and it were proved that the using of PP could significantly increase the level of psychological adaptation of IDPs by reducing the level of mental stress, reactive anxiety and the severity of negative perception of the future and improving the quality of life.

Keywords: internally displaced persons, mental health, psychoeducation, prevention.

РЕЗЮМЕ

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ

Марута Н.А., Панько Т.В., Каленская Г.Ю., Семикина Е.Е., Денисенко М.М.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», Харьков, Украина

Цель исследования - разработка психообразовательной программы, направленной на своевременное выявление, профилактику формирования и предотвращение хронификации психических нарушений у внутренне перемещенных лиц и оценка ее эффективности.

В исследовании приняло участие 414 внутренне перемещенных лиц (ВПЛ). В результате обследования выделены 3 группы: I группа - 223 (53,86%) ВПЛ без психических расстройств и отдельных психических симптомов; II группа - 83 (20,05%) ВПЛ, у которых определены отдельные психические симптомы, не достигающие клинического уровня и III группа - 108 (26,09%) ВПЛ с установленными психическими расстройствами преимущественно тревожно-депрессивного спектра.

Проведена оценка факторов психической травматизации

(ФПТ) в динамическом аспекте: ретроспективно - на момент пребывания в зоне антитеррористической операции (АТО), спустя 12 и 24 месяцев после выезда из зоны АТО, и на момент обследования. Показана динамика ФПТ и их значимость во времени и с учетом гендерной специфики.

С целью своевременного выявления и профилактики формирования психических расстройств у ВПЛ и повышения адаптационных возможностей предложено использование психообразовательной программы (ПП), т.е. групповой структурированный формат работы. Приведены результаты ее апробации и доказано, что применение ПП позволяет значительно повысить уровень психологической адаптации ВПЛ за счет снижения уровня психического напряжения, реактивной тревожности и выраженности негативного восприятия будущего и повышения показателей качества жизни.

რეზიუმე

ფსიქოსაგანმანათლებლო პროგრამა ქვეყნის შიგნით გადაადგილებულ პირთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფილაქტიკისათვის

ნ.მარუტა, ტ.პანკო, გ.კალენსკაია, ე.სემიკინა, მ.დენისენკო

უკრაინის ნევროლოგიის, ფსიქიატრიის და ნარკოლოგიის ინსტიტუტი, ხარკოვი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ფსიქიკური დარღვევების დროულ გამოვლინებაზე, მათი ფორმირების პროფილაქტიკასა და ქრონიზაციის თავიდან აცილებაზე მიმართული ფსიქოსაგანმანათლებლო პროგრამის შემუშავება ქვეყნის შიგნით გადაადგილებული პირებისათვის და ამ პროგრამის ეფექტურობის შეფასება.

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო ქვეყნის შიგნით გადაადგილებულმა 414 პირმა. კვლევის შედეგად გამოიყო სამი ჯგუფი: I - ქვეყნის შიგნით გადაადგილებული 223 (53,86%) პირი ფსიქიკური დარღვევების და ცალკეული ფსიქიკური სიმპტომების გარეშე; II - ქვეყნის შიგნით გადაადგილებული 83 (20,05%) პირი, რომლებსაც განესაზღვრა ცალკეული ფსიქიკური სიმპტომი, კლინიკური დონის მიღწევის გარეშე; III - ქვეყნის შიგნით გადაადგილებული 108 (26,09%) პირი დადგენილი ფსიქიკური დარღვევებით, ძირითადად, შფოთვით-დეპრესიული ხასიათის. შეფასებულია ფსიქიკური ტრავმატიზების ფაქტორები დინამიკურ ასპექტში: რეტროსპექტულად - ანტიტერორისტული

ოპერაციის ზონაში ყოფნის დროს, ზონიდან გამოსვლის 12 და 24 თვის შემდეგ, ასევე, საკუთრივ გამოკვლევის მომენტში. ნაჩვენებია ფსიქიკური ტრავმატიზების ფაქტორები დინამიკაში, მათი მნიშვნელობა დროის თვალსაზრისით და გენდერული სპეციფიკის გათვალისწინებით. ქვეყნის შიგნით გადაადგილებულ პირებში ფსიქიკური დარღვევების დროული გამოვლინების, მათი განვითარების პროფილაქტიკისა და ადაპტაციური შესაძლებლობების ამაღლებისათვის შემოთავაზებულია ფსიქოსაგანმანათლებლო პროგრამის გამოყენება, ე.ი. მუშაობის ჯგუფური სტრუქტურული ფორმატი. წარმოდგენილია მისი აპრობაციის შედეგები და დამტკიცებულია, რომ ფსიქოსაგანმანათლებლო პროგრამის გამოყენება იძლევა ქვეყნის შიგნით გადაადგილებულ პირთა ფსიქოლოგიური ადაპტაციის მნიშვნელოვნად ამაღლების საშუალებას ფსიქიკური დაძაბულობის, რეაქტიული შფოთვის და მომავლის ნეგატიური აღქმის გამოხატულების შემცირების, ასევე, სიცოცხლის ხარისხის მაჩვენებლების ამაღლების ხარჯზე.

MANAGEMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING SURGICAL TREATMENT OF PROXIMAL FEMORAL FRACTURES

Babalian V., Pastukh V., Sykal O., Pavlov O., Rudenko T., Ryndenko V.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

Proximal femoral fractures are a common disease with high actuality. This problem is especially significant for elderly patients. Number of elderly patients with such fractures increases annually, and they are at high risk of receiving such fractures [1]. According to various authors, proximal femoral fractures make 9.00%–45.00% of all skeletal fractures in older patients [2]. High rates of prevalence, disability and mortality due to proximal femoral fractures cause significant economic costs and define the subject of these fractures as an important medical and socio-economic problem [3].

Epidemiological data indicate a progressive increase in such fractures with an increase in age characteristics, and in patients after 50 years, it almost doubles in every 10 years. In countries around the world (USA, Sweden, Norway, Italy, Spain, Great Britain, Canada, Finland, Asia and others), a constant increase in the frequency of such fractures is recorded due to the general aging of the world population and an increase in the prevalence of osteoporosis among the population [4, 5]. According to the latest data from the British National Hip Fracture Database (NHFD), 91.60% of such fractures are recorded in patients older than 70 years, most of which (72.00%) are women [6]. All over the world, the prevalence of such fractures in the female population compared with male is noted [7, 8]. The ratio of men to women is approximately 1: 3 with slight fluctuations in different countries [9].

According to prognosis, the number of proximal femoral fractures cases will progressively grow [10] and will reach 4.5 million cases annually [11] or even 6.26 million [12] by 2050. According to the National Osteoporosis Fund, by 2040 more than 500,000 acute hip fractures will be recorded annually. It is stated that government expenditures will constantly increase due to this problem as a result of increased life expectancy [13]. Currently, socio-economic costs constitute about 0.10% of all diseases worldwide and 1.40% in developed countries [14-16].

For patients themselves, hip fracture is a potentially catastrophic problem due to a significant percentage of negative consequences. According to research, approximately 30.00% of these patients will die within the first year after injury [17], and among those who survive, the vast majority will have long-term medical and social problems that significantly reduce their levels of active lifestyle [18].

In response to the magnitude and significant severity of the problem of treating proximal femoral fractures, many countries have developed national treatment algorithms based on practical results and supported by systematic literature reviews [19-21]. These recommendations point to the need for coordinated multidisciplinary efforts for the effective treatment of hip fractures. Modern models of treatment for such patients (the “Hip Fracture Program” in the UK, the “Orthogeriatric Medical Assistance Model” in Australia and others) fully recognize the necessity and importance of interdisciplinary care in the treatment of such patients [22] to optimize their care [23]. The developed recommendations confirm that effective management of hip fracture treatment must necessarily take into account a coordinated and integrated approach to the patient throughout the entire period of his treatment and rehabilitation.

In addition to the need for a multidisciplinary approach, the effectiveness of treatment depends on the presence of a concomitant pathology and its timely correction. During aging, the human body undergoes significant structural and functional changes in almost all organs and systems: significant metabolic disorders, a decrease in the protective reactions of the body systems and many functional disorders, which leads to the appearance of various concomitant diseases and the development of possible complications of the surgical treatment of hip fractures in the elderly. Polymorbidity (comorbidity) of diseases in elderly patients and their chronicity leads to the development of possible significant complications of surgical treatment [24]. Most often, patients with a hip fracture note the presence of diseases such as diabetes, movement disorders, cardiovascular and other diseases; and in 40.00%, patients report the presence of cognitive impairment [25-27]. The results of systematic reviews indicate a significant possibility of the negative impact of cognitive impairment, emotional disturbances, and dementia on the results of the treatment of hip fractures [28-33].

Most of the studies indicate the actuality of the problem of mental disorders of various origins. This subject is especially relevant for elderly, since in this age group manifestations of a neuropsychiatric nature are significantly increased, and they are at a risk for various mental disorders. This is due to physiological processes intrinsic to the elderly organism [34-36]. In the general population among individuals aged 65, the frequency of dementia is 3.00–7.70%; and for persons over 85 years old - 20.00–45.00% [37-39]. A significant part of cognitive disorders in the elderly age manifests itself with emotional disturbances of the anxiety-depressive spectrum. Often there are cases of a development of a vivid picture of “masked” emotional disturbances provoked by external factors (sudden significant psycho-emotional stressful overload). These “stress-strokes” can be a sudden loss of loved ones, an abrupt change in the familiar environment, the detection of a severe somatic disease, physical injury, the need for long-term treatment or surgery (which is typical for the treatment of a hip fracture) and etc. Such situations can cause significant psychoemotional experiences and sudden anxiety-depressive “bursts”.

In connection with the above, we set the goal of the study: to identify key aspects of the management of emotional disorders in the practice of operative treatment of proximal femoral fractures in elderly patients.

Objectives of the study are:

- to establish the levels of emerging emotional disorders of the anxiety-depressive spectrum in elderly patients undergoing operative treatment of proximal femoral fractures and mechanisms for their correction;

- to analyse the results of drug treatment of emotional disorders, that occur during operative treatment of proximal femoral fractures in elderly patients.

Material and methods. 24 patients who needed surgical treatment of proximal femoral fracture and were at risk for the development of psycho-emotional disorders due to the presence of emotional disorders of an anxiety-depressive nature were examined. The presence of such disorders was recorded at the time of admission, before and after surgical treatment using specialized psychodiagnostic techniques. Mini Mental State Examina-