

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 10 (319) Октябрь 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 10 (319) 2021

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

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

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

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

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

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

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

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

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

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

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

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

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

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

Website:

www.geomednews.org

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

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

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

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

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

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

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

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

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

GEORGIAN MEDICAL NEWS

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

EDITOR IN CHIEF

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

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

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,
Giorgi Asatiani, Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria,
Kakhaber Chelidze, Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Tamar Doliashvili,
Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili,
Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani,
Guram Kiknadze, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze, Nana Kvirkvelia, Teymuraz Lezhava,
Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava,
Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili, Ramaz Shengelia,
Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

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

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

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

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

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.com

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

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

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

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

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

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

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

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

COMBINED CARIES AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Borysenko A., Timokhina T., Kononova O.

Bohomolets National Medical University, Department of Therapeutic Stomatology, Kyiv, Ukraine

The prevalence of hard tooth tissue diseases (dental caries) is very high (up to 96,0%) among young people in former Soviet Union, especially in Ukraine. Diseases of the digestive system have same prevalence.

It should be noted that advertising for medical help for these diseases does not always occur on time. This is due to the reluctance of treatment to the doctor (dentist), and practice of avoiding treatment generally that begins in adolescence. Survey shows that about 63,0% of young men and 87,0% of young women take drugs for the treatment of gastrointestinal disorders and pain symptoms in dental diseases without the recommendations of a doctor (dentists) focusing solely on commercial advertising [1,2,8].

Today is clearly proven the relationship between diseases of the digestive tract and pathological processes that occur in the oral cavity [8,19,21]. It was found that oral diseases have a direct influence on the condition of the digestive system. It was proved that receptors which are located in the oral mucosa, affecting the motility and secretory activity of the digestive system. Along with this, it was found that "pathological" reflexes of internal organs have a negative influence on the oral cavity [3-5,9,15]. Caries and its complications take the leading role in the development of gastrointestinal diseases in young people. The organism of young people is influenced by constant microbial invasion and sensitization when diseases of the digestive system are combined with carious teeth [10].

However, quite often various changes can be determined in the tissues and organs of the oral cavity on the early stages of systemic diseases. This is due to the fact that in the etiology and pathogenesis of dental caries, periodontal and oral mucosa diseases play main local and systemic immunity reactions.

In the organism, there is a close relationship between the main systems, including the endocrine, nervous, hematopoietic, as well as digestive. In different investigations were found likely to increase prevalence and intensity of hard tooth tissue diseases, oral mucosa diseases in adolescents and young people with various diseases of the digestive tract [12-14,20].

A number of researchers found a higher prevalence of caries, oral mucosa diseases, periodontal diseases in children and adults with inflammatory and destructive diseases of the stomach and intestines.

Different researches shown that caries of permanent teeth in children with gastrointestinal pathology was revealed in 78.4% versus 70.6% in children without digestive diseases. Children with gastroduodenitis have higher prevalence and intensity of dental caries, hyposalivation and decrease calcium level in saliva, and acidosis of saliva. It was shown the influence of the stomach and duodenum contents with reflux on the homeostasis of the oral cavity, basic salivation, and also the activation of the demineralizing properties of saliva [22,23].

Investigating of digestive tract diseases influence on the status of the oral cavity in adult patients, researchers pay attention to the intensity of caries, the status of periodontal tissues, the hygienic state of the oral cavity, indicators of local immunity, and some indicators of saliva. Many authors note the high intensity of caries in presence of gastritis and peptic ulcer (PU) up to 22. Such high level of dental lesion in patients with PU is ex-

plained by the gastroesophageal reflux in patients of this group. It contributes to the throwing of gastric juice into the oral cavity, which promotes the development of caries and non-carious diseases, in particular dental erosion [18].

Gastroesophageal reflux disease is one of the most common diseases of the digestive tract [18]. Some authors believe that principal causes of developing pathologies of periodontal tissues lead to gastroesophageal reflux [4,10]. According to published data, a large number of cases of erosive and ulcerative lesions of the stomach and duodenum are accompanied by reflux disease. According to several authors [1,7], the fact of deterioration of the hygienic state of the oral cavity in people with pathology of the digestive system can change the biochemical composition of the saliva and, in particular, affect tooth decay with caries. However, the role of saliva is currently undeniable in supporting the physiological and development of pathological processes of hard and soft tissues of the oral cavity.

It was found that patients with peptic ulcer (PU) in 98% have combined immune system deficiency. It is not known what is the primary factor of internal organs diseases with subsequent damage to the oral cavity or vice versa. Authors associate indications of immunological deviations with the localization of the ulcer, the nature and period of the course of the PU, as well as with the clinical signs of periodontitis. An important role among the components of the immune defense of the oral cavity belongs to non-specific humoral factors [6,17] produced by various cells. These include the so-called factors of natural resistance: lysozyme, lactoferrin, lactoperoxidase, mucin, interferon, some components of complement, etc. All these factors are present in saliva in significant quantities and directly involved in the destruction or suppression of the vital activity of microorganisms. These components act in a complex manner, duplicate each other, which increases the final effect of protection. However, describing the properties of saliva, researchers adhere mainly to their changes in various types of dental pathology, not taking into account the general condition of the body.

Material and methods. In total were examined 33 patients with dental caries in age from 18 to 25 years (average age - 20,4±0,9 years), 21 (63.7%) of them were men and 12 (36.4%) were women. The main group consisted of 17 patients who had a combined dental pathology (caries) and gastroesophageal reflux disease. The comparison group consisted of 16 people who had dental caries without the other systemic diseases. The groups were randomized by age and sex.

All patients who were included in the study evaluated the dental status, immunological analysis of blood and saliva, gastroesophageal reflux disease assessment by questionnaire.

All patients were investigated for dental status with registration of the prevalence and intensity of dental caries (DMF + dm, DMF).

All patients were investigated for dental status with registration of the prevalence and intensity of dental caries. Were determined the intensity and prevalence of dental caries (DMF + dm, DMF). The structural resistance of dental hard tissues was determined by using ERT test [16]. Hygienic status of the oral cavity was determined by using the Green-Vermillion (1964) [24] and Silness-Loe (1964) Index [28]. Papillary-marginal alveolar index (PMA) was used to determine the intensity of periodontal

inflammation [27]. The intensity of gingival bleeding was evaluated by index SBI (H.P. Muhlemann, S. Son (1971) [26].

Also were conducted a questionnaire survey of 33 patients, body mass index (BMI = 22.8±2.07 kg / m²), who complained of heartburn and had endoscopic signs of gastroesophageal reflux disease (non-erosive form). Questionnaire survey was carried out by using a special questionnaire to identify the clinical symptoms of gastroesophageal reflux disease, risk factors for heartburn and the course of the disease, the nature and prevalence of esophageal manifestations.

Immunological screening was carried out on 1st -2nd day from the first date of application and after 6 months and includes conducting tests of I and II levels according to the requirements of World Health Organization (WHO) Memorandum. Quantify major populations and subpopulations of lymphocytes to determine their functional activity of serum immunoglobulins, the concentration of circulating immune complexes of different molecular size, the phagocytic activity of neutrophils and cytokine status.

Defining phenotype lymphoid cells conducted indirect immunofluorescent method using monoclonal antibodies produced by "Sor-bent service" (Moscow, Russia) against CD 3 lymphocyte antigens, CD 4, CD 8, CD 16, CD 22, with a final count on the fluorescent microscope "LUMAM I3" 200 of each cell phenotype.

Using this method were defined the following lymphocyte subsets - CD3+ lymphocytes (T-cells) CD4 + lymphocytes (T-helper) CD8 + lymphocytes (T-cytotoxic lymphocytes / suppressor) CD16 + cells (NK-cells), CD22 + lymphocytes (B -cell).

The functional activity of T-lymphocytes was studied morphological method by determining the proliferative activity of lymphocytes in lymphocyte blast transformation reaction (LBTR) with mitogen phytohemagglutinin (PHA) from «Boroughs Welcome».

The phagocytic activity of neutrophils was assessed by the degree of absorption of latex particles with calculation Hamburg phagocytic index and phagocytic number Wright.

The study of the functional state of B-lymphocytes was carried out by determining the level of the main classes of serum immunoglobulins Ig G, Ig A, Ig M by simple radial immunodiffusion in a gel according to G., Mancini et al., 1965 [25].

The concentration of circulating immune complexes (CICs) in the serum was determined by precipitation in polyethylene

glycol solution (PEG-6000) on microspectrophotometry «Specol-21» (Germany) at a length wave 450 nm. At the same time, based on the differentiated precipitation in a 2.5%, 3.5% and 7.0% PEG-6000 solution, CICs fractions with different molecular weights - large-molecular (> 19S), medium- (11-19S) and small-molecular (<11S) CICs, with the last two fractions of the CICs showed high pathogenic properties.

The obtained results were processed by statistical methods using personal computers [11].

Results and discussion. As seen from the data presented in Table 1, in patients with concomitant gastroesophageal reflux disease the prevalence of caries was significantly higher than in healthy individuals without pathology of the digestive system. Indicator of dental caries intensity (DMF) in the main group was also in 1.7 higher (p <0,05). The results of the stability values of hard tissue to the effects of cariogenic factors had a high positive correlation with the intensity of dental caries lesions (r=0,68). This confirms the presence of interconnections of manifestations of somatic pathology with the development of dental caries, especially against the background of a decrease in caries resistance.

An objective dental examination during the initial examination was also established that in the main group were significantly higher hygienic index of Green-Vermillion and Silness-Loe in 1.6 and 2.1 times, accordingly. PMA index was 21.35±1.96%, that indicating the presence of mild gingivitis and bleeding index was 1.53±0.03 points (Table 2).

A study was also conducted of the main manifestations of gastroesophageal reflux disease in the examined individuals. Analyzing the survey data in 77.4% (13 people) of respondents, the appearance of heartburn caused significant physical exertion (including physical education classes) and the adoption of fatty foods. Overeating has led to the emergence of heartburn in 52.9% of the respondents, smoking - at 29.4%, alcohol - in 23.5%, coffee - in 29.4% of the respondents.

Survey results also indicate a high incidence of flatulence among respondents that confirm previous studies on the negative impact of bloating in the onset and progression of gastroesophageal reflux disease. Thus, 12 (70.59%) patients are periodically disturbed distension.

The assessment of indicators of the immune status in patients with caries and gastrointestinal pathology was made.

Table 1. The prevalence rate of dental caries and tooth enamel resistance cariogenic factors in the examined persons (M±m)

Indicators	Patient groups		Probability of difference indicators
	Main group (n=17)	Comparison group (n=16)	
Caries prevalence (%)	72, 2	54, 4	
Dental caries intensity (DMF)	4,31±0,21	2,53±0,14	p <0,05
Enamel resistance	41,8±2,1	42,7±2,3	p <0,05

Table 2. Oral hygiene and periodontal tissue status indices in the examined individuals (M±m)

Indicators	Patient groups		Probability of difference indicators
	Main group (n=17)	Comparison group (n=16)	
Green-Vermillion index	1,95±0,07	1,32±0,06	P<0,05
Silness-Loe index	0,72±0,08	0,36±0,05	P<0,05
PMA, %	21,35±3,21	9,31±1,02	P<0,05
SBI index	1,53±0,05	0,62±0,04	P<0,05

Table 3. Cellular immunity status in patients with caries and gastroesophageal reflux disease ($M\pm m$)

Immunological indicators	Main group (n=17)	Comparison group (n=16)	Probability of difference indicators
Leukocytes, $\cdot 10^9/l$	6,15 \pm 0,27	5,87 \pm 0,32	P>0,05
Lymphocytes, %	30,20 \pm 1,65	32,30 \pm 1,31	P>0,05
CD3 ⁺ lymphocytes, %	56,12 \pm 1,17	57,16 \pm 1,21	P>0,05
CD4 ⁺ lymphocytes, %	40,98 \pm 1,49	36,40 \pm 1,63	P>0,05
CD8 ⁺ lymphocytes, %	16,70 \pm 0,94	24,60 \pm 1,19	P<0,05
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	2,42 \pm 0,09	1,32 \pm 0,07	P<0,05
CD22 ⁺ lymphocytes, %	42,40 \pm 1,47	34,96 \pm 1,23	P<0,05
CD16 ⁺ lymphocytes, %	16,80 \pm 0,83	16,29 \pm 0,87	P>0,05

Table 4. The functional activity of T-lymphocytes and neutrophils in patients with caries and gastroesophageal reflux disease ($M\pm m$)

Immunological indicators	Main group (n=17)	Comparison group (n=16)	Probability of difference indicators
LBTR with PHA, %	78,30 \pm 2,39	79,80 \pm 2,13	P>0,05
Spontaneous LBTR, %	4,98 \pm 0,18	3,96 \pm 0,15	P<0,05
Phagocytic index, %	84,33 \pm 0,97	75,85 \pm 1,29	P<0,05
Phagocytic number	15,28 \pm 0,23	9,63 \pm 0,19	P<0,05

Table 5. Humoral immunity status in patients with gastroesophageal reflux disease, coupled with caries ($M\pm m$)

Immunological indicators	Main group (n=17)	Comparison group (n=16)	Probability of difference indicators
Ig G, g/L	12,95 \pm 0,45	13,52 \pm 0,71	P>0,05
Ig A, g/L	1,86 \pm 0,09	1,92 \pm 0,06	P>0,05
Ig M, g/L	1,21 \pm 0,07	1,26 \pm 0,05	P>0,05
CICs large (>19 S), c.u.	34,35 \pm 1,09	43,20 \pm 0,83	P<0,05
CICs medium (11-19 S), c.u.	44,26 \pm 1,16	36,12 \pm 2,53	P<0,05
CICs small (<11 S), c.u.	18,42 \pm 0,13	12,55 \pm 0,19	P<0,05

The relative populations of CD3⁺ lymphocytes were not significantly different in the groups of patients, the total number of leukocytes and lymphocytes also had no significant differences.

The relative number of CD4⁺ lymphocytes/helper-inductors in the main group and comparison group had no significant differences.

The relative number of subpopulations of CD8⁺ lymphocytes in the main group was significantly lower by 32.12% ($p < 0.05$) relative to the comparison group. As a result, was revealed an increase of the immunoregulatory index, which indicates an imbalance of immunoregulatory subpopulations associated with the development of autoimmune disorders in gastroesophageal reflux disease.

The level of B-lymphocyte population in patients with gastroesophageal reflux disease with caries significantly exceeded the data of the comparison group by 21.5% ($p < 0.05$).

The number of natural killer cells does not differ from the standard values of both and examined between the groups.

By analyzing the above data, it should be noted that the reason for the activation of T- and B-lymphocytes of peripheral blood is gastroesophageal reflux disease when it is combined with caries

promotes activation of immune system cells due to the appearance in blood of autoantigens.

The high number of activated lymphocytes can also be due to a significant content of proinflammatory cytokines - TNF- α and IL-1 β , the level of which is elevated in patients with gastroesophageal reflux disease and caries.

Based on the detected changes in the quantitative composition of the main lymphocyte subpopulations were studied functional activity of immune cells in patients with gastroesophageal reflux disease and dental caries (Table 4).

As studies have shown, the proliferative activity of T-lymphocytes in patients with gastroesophageal reflux disease and dental caries was normal and had no significant difference between the examined groups. The presence of gastroesophageal reflux disease in patients with tooth decay is the spontaneous activation of lymphocytes proliferation by 25.8%, which may be a manifestation of how autosensibilization to own tissues, and indicate the presence of circulating self antigens, which stimulate cell proliferation, and is a feature inherent in subclinical inflammation in the immune gastroesophageal reflux disease.

Table 6. Local immunity status in the oral fluid of patients with gastroesophageal reflux disease, coupled with caries ($M \pm m$)

Immunological indicators	Main group (n=17)	Comparison group (n=16)	Probability of difference indicators
Ig G, g/L	3,83±0,21	2,82±0,34	P<0,05
SIg A, g/L	0,16 ±0,01	0,31±0,02	P<0,05
CICs large (>19 S), c.u.	28,43±1,21	35,61±1,46	P<0,05
CICs medium (11-19 S), c.u.	55,46±2,31	43,36± 1,84	P<0,05
CICs small (<11 S), c.u.	35,72±2,06	22,16±1,74	P<0,05
TNF- α , pg/mL	74,6 ±3,7	53,9±3,1	P<0,05

In both groups surveyed were found an increase in phagocytic activity of neutrophils, significantly higher rates of phagocytic and phagocytic index due to a prevalence and intensity of caries process.

Despite the presence of B-lymphocytosis in patients with gastroesophageal reflux disease and dental caries concentration of serum Ig G, Ig A, of Ig M in both groups surveyed did not have significant differences.

In the body of patients with gastroesophageal reflux disease caries was found increased content of the medium and small molecular CICs that had pathogenic properties (Table 5). Increasing concentrations of pathogenic CICs in patients with gastroesophageal reflux disease, coupled with caries, accompanied by increased activation of autologous peripheral blood lymphocytes, an increase of spontaneous proliferative activity of lymphocytes, is a consequence of the development of gastroesophageal reflux disease.

Thus, as a result of studies, patients with gastroesophageal reflux disease when it is combined with caries observed changes in the immune system, which are features of subclinical immune inflammation.

Also, a study was conducted of local immunity of the oral fluid of persons surveyed (Table 6).

As can be seen from the data presented in Table 6, individuals with caries and pathology of the digestive tract due to the constant chemical (acid or alkali) irritation of the oral mucosa is observed significantly higher levels of proinflammatory cytokines - tumor necrosis factor- α (TNF- α), increased IgG concentration as a result of antigen challenge and also significantly lower concentration of secretory IgA (SIg A).

Reduced concentration of the latter, in an apparent, and is one of the reasons for the large intensity and prevalence of caries in patients with gastroesophageal reflux disease.

Because of the aforementioned disorders revealed CICs imbalance in oral liquid of main examined group.

Conclusions. The study revealed a higher intensity of the carious process in patients with gastroesophageal reflux disease. It is connected with a permanent lesion mucous membrane of the oral cavity acid.

Furthermore, it was found violation in terms of concentration with increasing local immunity oral liquid proinflammatory factors and a reduced concentration of secretory IgA namely with concomitant pathologies of the gastroesophageal reflux disease (GERD).

REFERENCES

1. Бавыкина Т.Ю., Ефремова О.А. Полость рта – зеркало заболеваний внутренних органов. Научные ведомости Белго-

родского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2011; 14 (10): 236–238.

2. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Мед-пресс. Москва: 2001. - 320 с.

3. Виноградова Т.Г. Неприятный запах изо рта – галитоз, причины и возможности лечения. Вестник ВГМУ. 2014; 2:129–131.

4. Голубчиков М. В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення. Сучасна гастроентерологія та гематологія. 2000; 1: 17-20.

5. Гонтарев С.Н., Гонтарева И.С., Замулин Д.О., Мишенин М.О. Многомерный математический анализ связи хронического пародонтита у детей. Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ. 2016: 47–51.

6. Еремин О.В., Лепилин А.В., Козлова И.В., Каргин Д.В. Коморбидность болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта. Саратовский научно-медицинский журнал. 2009; 3:45-48.

7. Есаян З.В. Клиническая характеристика состояния тканей пародонта у больных с хроническим неспецифическим язвенным колитом. Український стоматологічний альманах. 2012; 1: 53-58.

8. Кирсанов А.И., Горбачева И.А., Шабак-Спаский П.С. Стоматология и внутренние болезни. Пародонтология. 2000; 4: 23–25.

9. Кобозев М.И., Романенко И.В., Манвелян А.С., Булгаков В.С. Изменения слизистой оболочки языка при некоторых системных заболеваниях организма человека. Вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2006; 8: 364–365.

10. Луцкая И.К. Проявления на слизистой оболочке полости рта заболеваний внутренних органов и СПИДа. Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2013; 6 (6): 32–53.

11. Мінцер О.П., Вороненко Ю.В., Власов В.В. Обробка клінічних та експериментальних даних у медицині. Київ: Вища школа, 2003. – 350 с.

12. Мосеева М.В., Попова О.П., Гасников К.В., Садилова П.Ю. Влияние контролируемой гигиены полости рта на агрессивно-протективный потенциал интрагастральной среды у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта. Медицинский альманах. 2011; 4: 131–133.

13. Мосеева М.В., Хохлачева Н.А. Влияние стоматологических профилактических мероприятий на агрессивно-протективный потенциал желудка при эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной зоны. Практическая медицина. 2013. 4 (72): 70–74.

14. Мосеева М.В. Отдельные аспекты организации профилактической работы врача-стоматолога с пациентами гастроэнтерологического профиля. Практическая медицина. 2009; 33: 73–75.

15. Назарян Р.С., Карнаух Е.В. Внутриворотные проявления гастроэзофагаль-норефлюксной болезни у детей. Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2011; 22 (117): 244–248.
16. Окушко В. Р., Косарева Л. И. Методика выделения диспансерных групп школьников на основе донозологической диагностики кариеса зубов // Стоматология. 1983; 6: 8-10.
17. Оскольский Г.И., Непомнящих Л.М., Юркевич А.В., Лушникова Е.Л., Юркевич Н.В. Взаимосвязь патологических проявлений в слизистой оболочке полости рта (СОПР) и заболеваний желудочно-кишечного тракта. Дальневосточный медицинский журнал. 2010; 3: 130–133.
18. Рябоконт Е.Н., Олейничук В.В., Соколова И.И. Стоматологические аспекты эрадикации *Helicobacter pylori*. Вісник проблем біології і медицини. 2013; 1: 285–289.
19. Соколова О.А., Аванесов А.М. Изменения слизистой оболочки полости рта при патологии желудочно-кишечного тракта. Вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2009; 5: 216–217.
20. Тарасенко Л.М., Скрипник І. М., Непорада К. С. Патогенетичні механізми кореляції стресорного пошкодження пародонта та шлунка. Фізіологічний журнал. 2000; 46 (4): 76–79.
21. Трухан Д.И., Голошубина В.В., Трухан Л.Ю. Изменения со стороны органов и тканей полости рта при гастроэнтерологических заболеваниях. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015; 3 (115): 90–93.
22. Уразова Р.З., Шамсутдинов Н.Ш., Казанцева Т.Ю. Состояние слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта у детей с гастродуоденальной патологией, ассоциированной с *Helicobacter Pylori*. Стоматология. 2001; 1: 72-76.
23. Хайкин М.Б., Дмитриенко С.В., Осадчук М.А. Клинические и морфофункциональные особенности течения воспалительных заболеваний пародонта у больных с гастродуоденальными язвами. Вестник СамГУ. 2006; 6 (2): 153–158.
24. Green J. C., Vermillion J.R. The simplified oral hygiene index. J. Am. Dent. Assoc., 1964; 68: 7-10.
25. Mancini G., Carbonare A., Heremans J. Immunochemical quantitation of antigens by single radial diffusion // Immunology.- 1965.-2.- P.235.
26. Mühlemann H.R. Gingival sulcus bleeding – a leading symptom in initial gingivitis. Helv. Odontol. Acta, 1971; 15: 107–110.
27. Parma C. Parodontopathien. Leipzig: Barth; 1960. 203 p.
28. Silness J., Løe H. Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. Acta Odontol. Scand. 1964; 22: 121-135.

SUMMARY

COMBINED CARIES AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Borysenko A., Timokhina T., Kononova O.

Bohomolets National Medical University, Department of Therapeutic Stomatology, Kyiv, Ukraine

Caries and its complications take the leading role in the development of gastrointestinal diseases in young people. Gastroesophageal reflux disease is one of the most common diseases of the digestive tract. An important role among the components of the immune defense of the oral cavity belongs to non-specific humoral factors produced by various cells that act in a complex, which increases the final effect of protection.

Aim of the study - to determine the indices of local immunity in patients who had combined dental pathology (caries) and gastroesophageal reflux disease.

In total were examined 33 patients with dental caries in age from 18 to 25 years, including 21 men and 12 women. The main group consisted of 17 patients who had a combined dental pathology (caries) and gastroesophageal reflux disease. The comparison group consisted of 16 people who had dental caries without other systemic diseases.

All patients, who were included in the study was carried out the following researches: a study of the dental status, an immunological study for all patients with the determination of a quantitative assessment of the main populations and subpopulations of lymphocytes, determination of their functional activity, determination of level of serum immunoglobulins, determination of the concentration of circulating immune complexes of various molecular sizes, phagocytic activity of neutrophils and cytokine status in serum and oral fluid, as well as assessment of the course of gastroesophageal reflux disease with questionnaires.

The results of the values of the resistance of hard tissues to the effects of cariogenic factors had a high positive correlation with the intensity of dental caries lesions. That confirms the presence of a relationship between manifestations of systemic diseases together with the development of dental caries, especially against the background of a decrease in caries resistance. In the presence of gastroesophageal reflux disease in patients dental caries detected spontaneous activation of lymphocyte proliferation by 25.8%, an increasing of the phagocytic activity of neutrophils, detected significantly higher indicators of the phagocytic number and phagocytic index, increased content of medium and small molecular circulating immune complexes with pathogenic properties. Detected significantly higher content of pro-inflammatory cytokines - tumor necrosis factor- α , an increased concentration of IgG as a result of antigenic stimulation, and also a significantly lower concentration of secretory IgA. It has been established that in patients with gastroesophageal reflux disease combined with dental caries observing changes in the immune system, which bear the features of subclinical immune inflammation.

The study revealed a higher intensity of the carious process in patients with gastroesophageal reflux disease, which is associated with permanent acid damage of the oral mucosa. Furthermore, it was found violation in terms of concentration with increasing local immunity oral liquid proinflammatory factors and a reduced concentration of secretory IgA namely with concomitant pathologies of the gastroesophageal reflux disease.

Keywords: caries, gastroesophageal reflux disease, local immunity, cytokines, secretory immunoglobulin A, circulating immune complexes, blood serum, oral fluid.

РЕЗЮМЕ

СОЧЕТАНИЕ КАРИЕСА И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Борисенко А.В., Тимохина Т.А., Кононова О.В.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра терапевтической стоматологии, Киев, Украина

Цель исследования - определить показатели местного иммунитета у больных стоматологическими заболеваниями

(კარიეს), სოცეტანნი მის გასტროზოფაგეალური რეფლუქსური ბოლენი.

ობლედოვანი 33 ბოლნი კარიესო მ ვოზრასე ატ 18 დო 25 ლე, აზ ნიხ 21 მუჯინა ა 12 ჟენჯინ. ოსოვნური გრუპი სოვასილი 17 პაციენტი ს კარიესო მ სოცეტანი ს გასტროზოფაგეალური რეფლუქსური ბოლენი, გრუპი სრავნიანი - 16 ბოლნი კარიესო მ დრუგი ობესომატიკური ბოლენი. ო ვსეხ პაციენტი ობლედოვანი სტომატოლოგიკური სტაუსი, პროვედენი იმუნოლოგიკური ისლედოვანი ს კოლიკური ობლენი ოსოვნი პოპულიანი ს სუბპოპულიანი ლიმფოციტი, ობლედენი იხ ფუნქციონალური აქტივნი, ოვნი სავოროტური იმუნოგლობულინი, კონცენტრაციი სირკულირუიანი იმუნური კომპლექსი რალიკური მოლეკულიანი რაზერი, ფაგოციტარი აქტივნი ნეიტროფილი ს ციოკინოვიანი სტაუსი ს სავოროტოვანი კრუვი ს როვოვი ჟიკოტი, ა თაკე ობლენი ტენიანი გასტროზოფაგეალური რეფლუქსური ბოლენი ს ისლედოვანი ობლენი ობლენი.

რეზულტატი ვანიანი რეზისტენტი ტრედი ტრენი ჟოვ კ ვოდეივნი კარიესოვანი ფაქტორი იმეი ვოკოვი პოლიკური კორელიციონური სავი ს ინტენსივნი პოლიკური ჟოვ კარიესო მ, ჟო პოტრედიკური ნაღი ვაივოსავი პროვანი სომატიკური ბოლენი ს რავიანი კარიესო ჟოვ, ოსოვნი ნა ფონე პოლიკური კარიესოვანი რეზისტენტი. პრი ნაღი გასტროზოფაგეალური

რეფლუქსური ბოლენი ო ბოლნი კარიესო მ ვივანი აქტივანი სპონტანი პროლიფერაციი ლიმფოციტი ნა 25,8%, პოლიკური ფაგოციტარი აქტივნი ნეიტროფილი, დოტრენი ბოლენი ვოკიანი პოლიკური ფაგოციტარი კოლი ს ფაგოციტარი ინდეკსი, პოლიკური სოდეანი სრენე-ნი სოლიკური სირკულირუიანი იმუნური კომპლექსი ს პოლიკური სოდეანი. ვივანი დოტრენი ბოლენი ვოკიანი პროვოსპალიტერიანი ციოკინოვი - ფაქტორი ნეკროზი ოპოლიანი- α , პოლიკური კონცენტრაციი IgG, კაკ სრენი ანტიგენური სტიმულიანი, ა თაკე დოტრენი ლიკური კონცენტრაციი სერეტორი IgA. ოსოვანი, ჟო ო ბოლნი გასტროზოფაგეალური რეფლუქსური ბოლენი პრი იე სოცეტანი ს კარიესო მ ნაბლედოვანი ისლენიანი სოდეანი სოდეანი, კოტრე ნოიკური სუბკლინიკური იმუნური ვოსპალიანი.

პროვედენი ისლედოვანი ვივანი დოტრენი ბოლენი ვოკოვი ინტენსივნი კარიესოვანი პროცესი ო პაციენტი ს გასტროზოფაგეალური რეფლუქსური ბოლენი, ვივანი პოლიკური კოლიკური პოლიკური სლიკური ობოლიკური პოლიკური რა. პრი სოპოტრედიკური ბოლენიანი ორანი პოლიკური (გასტროზოფაგეალური რეფლუქსური ბოლენი) ოსოვანი ნარუნიანი სოდეანი სოდეანი როვოვი ჟიკოტი, პროვანიკური სოდეანი კონცენტრაციი პროვოსპალიტერიანი ფაქტორი ს პოლიკური კონცენტრაციი სერეტორი IgA.

რეზიუმე

კარიესის და გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადების კომორბიდობა

ა.ბორისენკო, ტ.ტიმოხინა, ო.კონონოვა

აბოგომოლეციის სახ. ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი,
თერაპიული სტომატოლოგიის კათედრა, კიევი, უკრაინა

კელევის მიზანი წარმოადგენდა ადგილობრივი იმუნოციტის მანევენტების შეფასება სტომატოლოგიური დაავადების (კარიესი) და გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადების მქონე კომორბიდულ პაციენტებში.

გამოკვლეულია კარიესის მქონე 18-25 წლის ასაკის 33 პაციენტი (21 - მამაკაცი, 12 - ქალი). ძირითადი ჯგუფი შეადგინა 17 პაციენტმა კარიესით და მასთან შერწყმული გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადებით, შედარების ჯგუფი - 16 პაციენტმა კარიესით, სხვა ზოგადი სომატური დაავადების გარეშე. ყველა პაციენტს განესაზღვრა სტომატოლოგიური სტატუსი, ჩატარდა იმუნოლოგიური კვლევა ლიმფოციტების ძირითადი პოპულაციების და სუბპოპულაციების რაოდენობრივი შეფასებით, განსაზღვრულია მათი ფუნქციური აქტივობა, შრატის იმუნოგლობულინების დონე, სხვადასხვა მოლეკულური ზომის მოციტოკულინი იმუნური კომპლექსების კონცენტრაცია, ნეიტროფილების ფაგოციტური აქტივობა, სისხლის შრატის და პირის ღრუს სითხის ციტოკინური სტატუსი, ასევე, გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადების მიმდინარეობის შეფასება კითხვარების გამოყენებით.

კბილების მაგარი ქსოვილების რეზისტენტობის მნიშვნელობებს კარიესოვანი ფაქტორების მოქმედების მიმართ ჰქონდათ მაღალი კორელაციური კავშირი კბილების კარიესული დაზიანების ინტენსივობასთან, რაც ადასტურებს ურთიერთდამოკიდებულების არსებობას სომატური დაავადების გამოვლინებასა და კარიესის განვითარებას შორის, განსაკუთრებით - დაქვეითებული კარიესრეზისტენტობის ფონზე. გას-

ტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადების არსებობის შემთხვევაში კარიესის მქონე პაციენტებში გამოვლინდა ლიმფოციტების სოლიკური პროლიფერაციის აქტივაცია 25,8%-ით, ნეიტროფილების ფაგოციტური აქტივობის მომატება, ფაგოციტური ინდექსის სარწმუნოდ უფრო მაღალი მანევენტები, პათოგენური თვისებების მქონე საშუალო- და დაბალმოლეკულური მოციტოკულინი იმუნური კომპლექსების შემცველობის ზრდა.

გამოვლინდა პროანთებითი ციტოკინების სარწმუნოდ უფრო მაღალი შემცველობა - სიმისინის ნეკროზის ფაქტორი α -სი, IgG-ს კონცენტრაციის მომატება - როგორც ანტიგენური სტიმულაციის შედეგი, ასევე, სეკრეციული IgA-ს სარწმუნოდ დაბალი კონცენტრაცია.

დადგენილია, რომ გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადებით პაციენტებს, ამ დაავადების კარიესთან შერწყმისას, აღენიშნება სუბკლინიკური იმუნური ანთების ნიშნების მქონე ცვლილებები იმუნურ სისტემაში.

ჩატარებული კვლევით გამოვლინდა კარიესული პროცესის სარწმუნოდ უფრო მაღალი ინტენსივობა პაციენტებში გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადებით, რაც გამოწვეულია პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მუდმივი ჰეპური დაზიანებით.

საჭმლის მომწეველი სისტემის ორგანოების თანხლები დაავადების დროს (გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადება) დადგენილია პირის ღრუს ადგილობრივი იმუნოციტის დარღვევები, გამოვლინდა პროანთებითი ფაქტორების კონცენტრაციის მომატებით, ხოლო სეკრეციული IgA-ს კონცენტრაციის დაქვეითებით.