

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 10 (319) Октябрь 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლე

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. Корректурa авторам не высылается, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

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

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

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

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

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

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

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

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. 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:

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

პაციენტების სისხლის შრატში TNF- α შემცველობა, ღვიძლში მორფოლოგიური ცვლილებების გამოხატულების ხარისხის მიუხედავად, უფრო მაღალია და IFN- γ შემცველობა სტატისტიკურად არ განსხვავდება ჯანმრთელ პირთა მაჩვენებლებისაგან.

ქრონიკული B ჰეპატიტით HBeAg-უარყოფით პაციენტებში HBeAg/ანტი-HBe სეროკონვერსიის გამოვლენის მაჩვენებელი სარწმუნოდ უფრო მაღალია F 0-1 ფიბროზის დროს. HBV-DNA >20000 IU/მლ-ზე დონეზე მაღალი ვირუსული დატვირთვა ურთიერთკავშირში

არის ნეკროზ-ანთებით აქტივობასთან და სარწმუნოდ უფრო მაღალია A2-3 დროს. TNF- α შემცველობა უფრო მაღალია, ვიდრე ჯანმრთელ პირებში ($p < 0.05$) და მას არ გააჩნია დადასტურებული კავშირი ღვიძლში მორფოლოგიური ცვლილებების გამოხატულების ხარისხთან არაინვაზიური ტესტების მიხედვით. ქრონიკული B ჰეპატიტის მქონე HBeAg-უარყოფით პაციენტების სისხლის შრატში IFN- γ შემცველობა სტატისტიკურად არ განსხვავდება ჯანმრთელ პირთა მაჩვენებლებისაგან.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРВИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЗВЕНЕ ГОРОДА И СЕЛА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Гусейналиева В.Н.

*Азербайджанский научно-исследовательский институт легочных заболеваний,
Противотуберкулезный диспансер №1, Баку, Азербайджан*

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в мире остается напряженной. Поэтому в сентябре 2018 г. в ассамблее ООН проведена дискуссия с участием руководителей здравоохранения и подготовлен план мероприятий на 5 лет (2018-2022 гг.). Одной из основных причин обострения эпидемиологической ситуации является повышение уровня множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) и широко-лекарственно-устойчивых форм (ШЛУ) туберкулеза. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), эти формы наблюдаются в 30 странах мира, в том числе в 18 регионах Восточной Европы, одним из которых является Азербайджан [3-8]. Основным направлением в реализации противоэпидемических мероприятий являются своевременное выявление, эффективное лечение и профилактика туберкулеза [9,11,16]. ВОЗ рекомендует пассивные и активные способы выявления туберкулеза. Пассивное обнаружение основано на исследованиях, выполняемых для обнаружения кислотоустойчивых микобактерий (КУМ). Современный алгоритм выявления предлагает обнаружение КУМ и ДНК КУМ [1-3,12,13,19-25]. В активном выявлении должны участвовать лица с высоким риском развития туберкулеза, контингент, нуждающийся в активном выявлении и лица с формами инфекционной аллергии (ИА) [10,14-16,18,26]. Основной метод обследования при активном обнаружении - лучевая диагностика.

Цель исследования - усовершенствовать методы раннего выявления, лечения и профилактики туберкулеза в городских и сельских учреждениях первичного медицинского звена, определить влияние туберкулеза на клинико-эпидемиологические показатели.

Задачи исследования:

1. На основе ретроспективного анализа медицинских документов первичных больных, выявленных среди населения, обслуживаемого Ясамал-Насиминским и Гобустан-

ским учреждениями первичного медицинского звена (ПМЗ) за последние 5 лет (2011-2015 гг.), оценка эпидемиологической ситуации, выявление групп риска, которые играют значимую роль в возникновении заболевания. Проведение аналогичного анализа в 2016 году для уточнения частоты встречаемости групп высокого риска развития туберкулеза и принять результаты как показатель контрольной группы;

2. Наряду с применением санитарной профилактики среди медперсонала и населения, проведение активных и пассивных методов выявления туберкулеза среди групп риска в Ясамал-Насиминском и Гобустанском районах, выявленных в результате целевых обследований под строгим контролем регистра, организованного в 2017-2019 гг. Оценка эффективности лечения первичных чувствительных, моно-полирезистентных больных и сравнительный анализ полученных результатов с показателями 2016 г.;

3. Разработка алгоритма выявления, лечения и наблюдения за туберкулезом в ПМЗ на уровне диспансеров и кабинетов в городских и сельских районах в условиях эпидемиологической напряженности.

Материал и методы. В целях уточнения уровня противо-туберкулезных мероприятий в городских и сельских ПМЗ за последние 5 лет (2011-2015 гг.), на основании утвержденной Госкомстатом статистической формы №8 «О туберкулезе» ретроспективно проанализированы медицинские карты 523 первичных туберкулезных больных, зарегистрированных в Ясамал-Насиминском районах г. Баку и 96 в сельском Гобустанском районе. Анализ проведен с учетом возраста, пола, профессии, частоты клинических форм, способа выявления больных, выделения КУМ, частоты встречаемости первичной лекарственной устойчивости, сопутствующих заболеваний, интенсивного и экстенсивного уровня заболеваемости, эффективности лечения. Исследовались пути выявления первичных больных: обращение в ПМЗ, про-

филактический, обращение за лечением в соматические больницы, обследование трупа (оптимальный уровень для каждого из вариантов: 40-45%, 40-45%, 15-17%, 1-1,5% соответственно). Определялись группы высокого риска: в городе - домохозяйки, пенсионеры, мигранты, бывшие заключенные нелеченные от туберкулеза в тюрьмах и лица в возрасте 19-24 ИЛИ 29 лет; в селе - все вышеперечисленные, кроме мигрантов, и животноводы. На основании результатов в 2017-2019 гг. приняты меры по выявлению, лечению и профилактике туберкулеза в вышеприведенных географических регионах. Среди медицинских работников и населения внедрены санитарно-профилактические мероприятия против туберкулеза, утвержден регистр групп риска, эти группы в 2017-2019 гг. были привлечены к целевым обследованиям под строгим контролем. На основании полученных результатов разработан алгоритм выявления, лечения, наблюдения и профилактики туберкулеза в городской и сельской местностях.

Коэффициент достоверности между результатами определялся методами вариационной статистики с применением критерия Стьюдента [15].

Результаты и обсуждение. Ретроспективный анализ показал, что в 2011-2015 годах самая высокая заболеваемость в обоих регионах наблюдалась в возрастной группе 19-29 ИЛИ 24 лет, причем в городской местности среди мужчин в 2.5-2.8 раза больше, а в сельской местности - в 1.7-2 раза больше, чем среди женщин. Анализ показал, что высокая заболеваемость наблюдалась также среди пенсионеров, составляя 7.3%, выделение КУМ, первичная моно-полирезистентность, МЛУ составила 84.2%, 34.4%, 31.3%, соответственно. Соответствующие показатели для домохозяек составили: 17.2%, 76.7%, 26.1% и 15.9% соответственно; для мигрантов внутри страны - 19.3%, 47.5%, 4.2%, 2.1; для лиц, нелеченных от туберкулеза в тюрьме - 3.6%, 47.4%, 11.1%, 66.6%. В сельских ПМЗ уровень заболеваемости, выделение КУМ, первичная монополирезистентность среди пенсионеров составили 12.8%, 58.3% и 14.3%, соответственно; среди домохозяек - 15.9%, 58.3% и 12.5%, среди животноводов - 39.3%, 40.5% и 6.7%, лиц, освобожденных от тюремного заключения и нелеченных от туберкулеза в тюрьмах - 9.6%, 44.4% и 25%, соответственно ($p \leq 0.05$). Сахарный диабет, как сопутствующее заболевание в городской и сельской местности превалировал над другими заболеваниями. Проведенное 523 больным активным туберкулезом, зарегистрированным в городе за последние 5 лет, лечение удачным оказалось в 67.9%, вне наблюдения оказались 10.1%, результаты лечения не оценены у 7.1%, переведены в другие учреждения 2.3%, неудачное лечение - в 8.2%, летальность составила 1.4%. Среди 96 больных активным туберкулезом в Гобустанском районе аналогичные показатели составили 59.4%, 20.8%, 4.2%, 10.4%, 5.2% соответственно ($p \leq 0.01$). Вышеприведенные показатели позволяют судить о недостатках в организации лечения больных в обоих регионах. В указанном периоде активный контингент (болезненность) в городской и сельской местности уменьшился на 8% и 39.4%, соответственно, а среди детей и подростков повысился на 4% и 70.6%, соответственно.

Эпидемиологический анализ проведен также для уточнения статуса групп риска, выявленных в 2016 году. Анализ показал, что 140804 обследования на туберкулез проведены в городской местности и 4748 - в сельской местности. В городе 20.7% населения прошли лучевую диагностику, что в 2.4 раза меньше оптимального уровня. При бактериологи-

ческом исследовании в ПМЗ выявлений не наблюдалось; а в противотуберкулезных учреждениях, из 6504 обследований выявлено всего 75 случаев. В сельском Гобустанском районе вовлеченность населения в лучевую диагностику составила 1%. В противотуберкулезном учреждении выявлено 9 больных, выделяющих КУМ, которые были выявлены при 103 бактериологических исследованиях.

В 2016 году зарегистрировано 152 случая туберкулеза в городе (97 местные и 55 мигранты) и 20 - в сельской местности. Уровень заболеваемости составил 21.0 в городе среди местного населения и 30.4 среди общего населения, а в сельской местности - 44.0. Недостатки в методах выявления туберкулеза, наблюдаемые в течение 5 лет по сей день повторяются. В городских районах 0.9% больных выявляются профилактически, 38.3% выявляются в ПМЗ, 31.1% - при обращении за лечением в соматические больницы, 29.7% при обращении непосредственно в противотуберкулезные учреждения, сельской местности - 20% при обращении за лечением в соматические больницы, 80% - при обращении в противотуберкулезные учреждения.

Анализ больных по возрастным группам показал, что чаще среди заболевших встречаются мужчины в возрасте 19-24 г. Выделены группы риска среди детей, подростков и молодежи, которые прошли иммунодиагностику с Манту 2 ТЕ. Охват групп риска туберкулиновой диагностикой составил 66.5% в городской местности и 60.5% - в сельской местности. В результате обследования по количеству туберкулина выявлены следующие формы ИА: «повышение результатов в сравнении с прошлым годом, вираж и гиперергия» в городе составили 19.9%, 2.9% и 4.6%, соответственно, и в 2.9, 2.9, 4.6 раза были выше соответствующих показателей села ($p \leq 0.01$). Соответствующие показатели ИА по положительным результатам туберкулинодиагностики в городе составили 46.3%, 7.2%, 11.3% и превысили таковые в сельской местности в 1.3, 1.4, 2.1 раза. С латентной туберкулезной инфекцией выявлено 76.9% в городской местности и 66% в сельской местности.

Анализ показал, что интенсивный уровень заболеваемости, выделение КУМ, первичная моно-полирезистентность и МЛУ в 2016 г. среди пенсионеров составили 16.4%, 68%, 52.9% и 11.8%, соответственно; среди домохозяек - 23.7%, 58.3%, 28.6%, 19.0%; среди мигрантов - 36.2%, 43.6%, 20.8%, 16.7%; среди бывших заключенных, нелеченных от туберкулеза в тюрьмах - 2.0%, 66.7% и 50.0%, у одного больного диагностирован МЛУ. В целом, в городе среди групп с высоким риском заболевания больные, выделяющие КУМ, составили 46.7%, первичная моно-полирезистентность выявлена у 26.7%, МЛУ - 14.1%. Среди первичных больных в сельском ПМЗ пенсионеры составили 30%, среди них выделяющие КУМ - 50%; домохозяйки составили 75%, среди них выделяющие КУМ - 25%; животноводы - 40%, с выделением КУМ - 5%, нелеченный от туберкулеза в тюрьме бывший заключенный был с выделением КУМ. Среди пенсионеров, домохозяек и животноводов выявлен 1 случай с моно-полиустойчивостью, у 1 больного, освобожденного от тюремного заключения, и нелеченного от туберкулеза в тюрьме выявлена МЛУ. В целом доля больных с первичной моно-полирезистентной устойчивостью и МЛУ в городской местности составила 26.7% и 14.1%, соответственно, в сельской местности - 27.3% и 9.1%. Больные сахарным диабетом оценены как значимая группа риска в обоих регионах ($p \leq 0.05$).

Анализ показал, что в 2016 г. среди выявленных больных

туберкулезом легких в городе у 10.1% отмечался очаговый туберкулез, у 89.9% - инфильтративный, у 58.7% - распад в легких, у 63.3% - выделение КУМ; в сельской местности вышеуказанные клинические формы встречались, соответственно, у 12.5%, 87.5%, 43.8%, 68.7%. Удачный исход лечения первичных чувствительных, моно-полирезистентных больных в городе составил 83.8%, оставшихся без врачебного наблюдения – 5.6%, исход лечения не оценен в 4.9%, неудачное лечение – в 4.2%, летальность - 1.5%; в сельской местности удачное лечение – в 68.4%, без врачебного наблюдения – 15.7%, исход лечения не оценен – в 5.3%, перевод в другое учреждение - 5.3%, неудачное лечение – в 5.3%. Результаты проведенных анализов повторяют недостатки последних пяти лет. К этим недостаткам в городских и сельских местностях относятся низкий уровень санитарного просвещения медицинских работников и населения, а также серьезные проблемы стигмы. Диагностические возможности медицинских учреждений, в частности кадровые ресурсы для бактериологических исследований весьма низкие. Не имеется дорожной карты для дальнейшего лечения больных. Отсутствие выбора групп риска по туберкулезу в ПМЗ и привлечения к целевым обследованиям под строгим контролем увеличивают риск суперинфекции. С этой точки зрения уровень заражения туберкулезом увеличивается в результате неконтролируемых больных, мигрирующих внутри страны. Ухудшается клиническая структура первичных больных и снижается эффективность лечения. С учетом вышеизложенного, результаты 2016 г. приняты за показатели контрольной группы, и в 2017-2019 гг. для групп повышенного риска заболевания организован регистр и проведены целевые обследования под его строгим контролем.

В 2017 году по городу проведено 141634 обследования, в 2018 году - 148007, в 2019 году - 147512, в селе за 2017-2019 гг. - 3935, 14507 и 16559 обследований, соответственно. В обеих регионах преобладала лучевая диагностика. Впервые ускоренный молекулярно-генетический метод (УМГМ) использован при микробиологических исследованиях. Иммунодиагностика Манту 2ТЕ применялась среди групп риска у детей, подростков и молодежи. Удельный вес форм ИА «увеличение результатов в сравнении с прошлым годом, вираж и гиперергия» сравнительно проанализирован по количеству туберкулина и положительных результатов туберкулинодиагностики в 2017-2019 гг. Выявлено, что удельный

вес проведенной иммунодиагностики отдельных групп риска среди детей, подростков и молодежи в городской и сельской местностях в 2019 г. в сравнении с 2016 г. увеличился на 42.4% и 70.5%, соответственно. По количеству использованного туберкулина все три формы ИА в 2017 г. составили 22.3%, 3.6% и 5.6%, соответственно, и превышали соответствующие показатели села в 1.8, 2.8 и 2.9 раза. Соответствующие показатели сохранили разницу и в 2018 г. Аналогичные показатели понизились до оптимального уровня в 2019 г. и составили 4.8%, 0.4% и 0.9%, а в сельской местности снизились ниже оптимального уровня - 1.4%, 0.1%, 0.2%. По положительным результатам туберкулинодиагностики все три формы ИА по городу в 2017 г. составили 44.8%, 7.2% и 11.3%, соответственно, превышали соответствующие показатели села в 1.5, 2.3 и 2.5 раза. В 2019 году формы ИА «повышение результатов в сравнении с прошлым годом, вираж и гиперергия» достигнув оптимального уровня, составили 11.2%, 1.0% и 2.1%, соответственно, и в 1.6, 1.4 и 2.3 раза превышали соответствующие показатели села, а в селе понизились ниже оптимального уровня - 5-10%; 0.5%; 1%.

В 2016 г. охват всех трех форм ИА химической профилактикой составил 76.9% в городской местности и 66% в сельской местности, тогда как соответствующий уровень составил 89.8% и 93.5% в 2017 году, 95.8% и 99.2% в 2018 году, а в 2019 году - 100% для всех трех форм.

В 2017-2019 гг. к целевым обследованиям под строгим контролем привлечены 94.9% пенсионеров и 95% домохозяйек, 95% мигрантов и 100% освобожденных от тюремного заключения и нелеченных от туберкулеза в тюрьме; в селе - 97.9%, пенсионеров, 94.8%, домохозяйек, 91.7% - животноводов. Целевые обследования под строгим контролем в ПМЗ положительно повлияли на показатели выявления заболевания (график).

Согласно графику, выявление больных в городском ПМЗ в 2017-2019 гг. находилось на оптимальном уровне в сравнении с 2016 г. Соответствующий показатель в селе составил 41% в 2019 году. Профилактическая выявляемость в городе увеличилась с 0.9% в 2016 г. до 38% в 2019 г., достигнув оптимального уровня. В сельской местности соответствующего показателя в 2016 г. не наблюдалось, в 2019 г. он составил 34%, что в 1.9 раза больше, чем в 2017 году. Если в 2016 г. выявление заболеваемости туберкулезом в соматических больницах составило 31.1% в городской местности

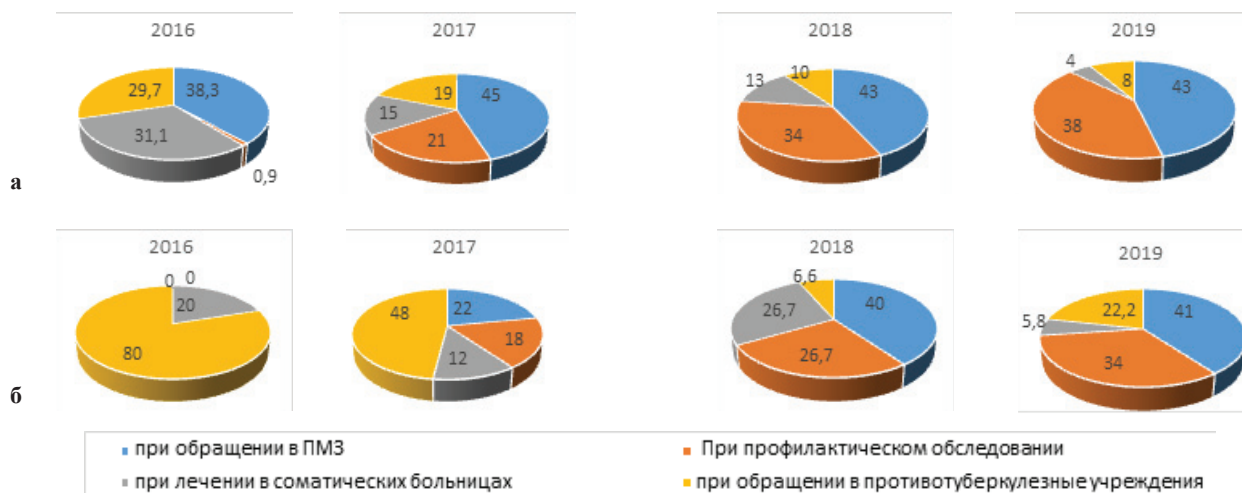


График. Пути выявления первичных случаев туберкулеза в городской (а) и сельской (б) местностях в 2016-2019 гг.

и 20% в сельской местности, то в 2019 г. соответствующий показатель понизился в 3.9 и 3.4 раза, соответственно, ниже оптимального уровня и составил 4% и 5.8%.

Из графика явствует, что выявление заболеваемости туберкулезом в отдельных противотуберкулезных учреждениях в 2016 г. в городской местности составило 29.7% и 80% в сельской местности; соответствующий показатель снизился в 3.7 и 3.6 раза в 2019 г. и составил 8% и 22.2%, соответственно.

В результате целевых обследований, проводимых на основании регистра под строгим контролем, уровень заболеваемости среди местного населения в городе в 2017 г. увеличился на 21.9% в сравнении с 2016 г., а среди общего населения на 9.3% и составил 26.9 и 33.5, соответственно. Соответствующий показатель в 2018 г. составил 30.0 и 52 среди местного и общего населения, что на 30% и 41.5% больше в сравнении с 2016 г. В результате в 2019 г. показатель заболеваемости среди местного населения понизился до первоначального уровня (21.1 в 2016 г.), а среди общего населения составил 29.5, что на 3% ниже, чем в 2016 г. Аналогичным образом увеличение охвата целевыми обследованиями в сельской местности повысило уровень заболеваемости на 18.9% в 2017 г. в сравнении с 2016 г., который достиг 47.7, в 2018 г. - 32.5, а в 2019 г. составил 34.2.

Удельный вес очагового туберкулеза среди больных туберкулезом легких в городе увеличился в 2019 г. в сравнении с 2016 г. в 3.3 раза, выявление на стадии распада понизилось в 1.5 раза, а выявление КУМ увеличилось в 1.2 раза. Среди первичных больных первичная моно-полирезистентность и МЛУ в сравнении с 2016 г. в 2019 году снизились в 3 и 12.8 раза, соответственно. Тяжелые клинические формы не наблюдались. В Гобустанском районе удельный вес очагового туберкулеза в 2019 г. увеличился в 1.7 раза в сравнении с 2016 г., выявление на стадии распада снизилось в 1.5 раза, а первичная моно-полирезистентность снизилась в 1.6 раза, МЛУ - в 9.1 раза. Впервые применение УМГМ выявления в ПМЗ повысило уровень микробиологического подтверждения больных в городской и сельской местности на 16.5% и 33.3%, соответственно. Обосновано, что при лечении больных с выделением КУМ в стационарных условиях до конверсии инфицированность среди их контактов становится в 3.3-4.2 раза меньше, чем среди контактов больных, лечащихся в амбулаторных условиях. Несомненно, лечение под строгим контролем значительно повысило эффективность. Так, в 2016 г. во время лечения больные, оставшиеся вне регулярного медицинского наблюдения, и результаты лечения которых не оценивались, составили 5.6% и 4.9% в городской местности и 15.7% и 5.3% в сельской местности, соответственно. В результате показатель положительных результатов лечения в городской и сельской местности в 2019 г. повысился на 10.7% и 24.7% в сравнении с 2016 г., составив 93,8% и 93,7%, соответственно ($p \leq 0.05$).

Выводы:

1. В результате ретроспективного анализа медицинских документов больных, выявленных в городских и сельских ПМЗ в 2011-2016 гг., определены группы населения с высоким риском заболевания туберкулезом: в городе - лица в возрасте 19-24 г, пенсионеры, домохозяйки, мигранты внутри страны, освобожденные от тюремного заключения и нелеченные от туберкулеза в тюрьме, в селе - наряду с вышеперечисленными группами населения, лица, занимающиеся животноводством, за исключением мигрантов внутри страны.
2. Вовлечение групп повышенного риска в целевые обследования под строгим контролем в течение трех лет повыша-

ет уровень заболеваемости в первые 2 года среди местного населения в городе на 21.9% и 30%, среди общего населения на 9.3% и 41.5%, а на третий год - снижает до первоначального уровня среди местного населения, среди общего - на 3.0%, в сельской местности в первый год - повышает на 18.9%, а на второй и третий годы снижает на 26.1% и 22.3%, соответственно.

3. Мигрирующие больные, проживающие в основном в городской местности, повышают инфицированность туберкулезом среди детей и подростков. Результаты проведенной иммунодиагностики среди этих групп населения показывают, что количество трех форм ИА-«повышение результатов по сравнению с прошлым годом, вираж и гиперергия» в 3,4, 4,0 и 4,5 раза соответственно, выше соответствующих показателей села. Проведение профилактических мероприятий под строгим контролем в течение 3 лет среди инфицированных лиц позволяет всем трем формам ИА достичь оптимальных уровней (5-10%; 0,5%; 1%) как в городе, так и в селе.

4. Привлечение групп высокого риска к целевым обследованиям под строгим контролем в течение трехлетнего периода улучшает клиническую структуру первичных больных, увеличивает удельный вес очагового туберкулеза в городе в 3.3 раза, снижает выявление в фазе распада в 1.5 раза и первичную моно-полирезистентность в 3 раза, МЛУ - в 12.8 раза. В сельской местности проведенные мероприятия повышают показатели удельного веса очагового туберкулеза в 1.7 раза, выявление в фазе распада снижают в 1.5 раза, первичную моно-полирезистентность - в 1.6 раза, МЛУ - в 9.1 раз. Результаты удачного лечения в городских и сельских местностях увеличиваются на 10.7% и 24.7% и достигают до 93.8% и 93.7%, соответственно.

5. Применение УМГМ исследования увеличивает эффективность микробиологических обследований в сельской местности в 2 раза в сравнении с городской и составляет 33.3%. Среди контактов больных, выделяющих КУМ, особенно тех, условия проживания которых не соответствуют санитарно-гигиеническим нормам, лечение в стационаре до конверсии КУМ, снижает формы ИА «вираж и гиперергия» среди их контактов в 3.3-4.2 раза, чем среди контактов таких больных, лечащихся амбулаторно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Əliyev C.Q. Vərəm meninqoensefalomielitinin risk amilləri // Azərbaycan tibb jurnalı, 2013, №4, səh.124-129
2. Fərcova S.Ə., Həmzəyeva R.İ. Dərmanlara qarşı geniş davamlı vərəm- XXI əsrin problemi // Azərbaycan tibb jurnalı, 2017, №3, səh.127-132
3. Qədimova Z.Ş., Məmmədbəyov E.N., Axundova İ.M. Uşaq və yeniyetmələr arasında vərəm infeksiyasının skriningində diaskintestin tətbiqi //Azərbaycan tibb jurnalı, 2016, №1, səh.141-150
4. Qədirova H.Ə. və b. “Vərəmin diaqnostikasında sürətli mikrobioloji üsulların rolu” Əzəm Təyyar oğlu Ağayevin anadan olmasının 75 illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları. Bakı-2019, səh. 211-215
5. Şıxlinskaya M.A. “Mikobakteriya ifraz edən, spesifik dərmanlara davamlı vərəm xəstələrinin aşkarı və müalicəsinin təşkilinin təkmilləşdirilməsi”. t.ü.f.d. alimlik dərəcəsi almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın avtoreferatı. Bakı 2012
6. Şıxəliyev Y.Ş. “Vərəm xəstəliyinin epidemioloji göstəriciləri”. Vərəmli xəstələrin erkən aşkarı, müalicəsi və müşahidəsi. Dərs

- vəsaiti, Bakı. "Elm və təhsil" nəşriyyatı, 2015, səh. 490-516
7. Şıxəliyev Y.Ş. və b. "Şəhər ilkin tibbi yardım mərhələsində vərəmin aşkarlanmasının təşkili" Əzəm Təyyar oğlu Ağayevin anadan olmasının 75 illiyinə həsr edilmiş elmi konfransın materialları// Bakı-2019, səh. 309-314
8. Şıxəliyev Y.Ş. və b. "Vərəm xəstəliyinin erkən aşkarlanmasının uşaq, yeniyetmə və gənclər arasında vərəmə yoluxmaya təsiri"// Azərbaycan təbabətinin müsir nailiyyətləri (elmi-praktik jurnal)/ Bakı, 2019, №4, səh. 233-240
9. Аксенова В.А. с соавт. «Очаг туберкулезной инфекции и его значение в развитии туберкулеза у детей»//Туберкулез и болезни легких/2015, №1, ст.19-24
10. Баронова О.Д., Аксенова В.А., Клевно Н.И., Одинец В.С. «Латентная туберкулезная инфекция среди студентов, обучающихся в высших учебных заведениях» //Туберкулез и болезни легких/2020, №3, ст. 27-31
11. Васильева И.А., с соавт. «Глобальные отчеты всемирной организации здравоохранения по туберкулезу: формирование и интерпретация»//Туберкулез и болезни легких/2017, №5, 7-16.
12. Кадымова З.Ш. «Некоторые особенности выявления латентной туберкулезной инфекции» //Azərbaycan təbabətinin müsir nailiyyətləri (elmi-praktik jurnal) Bakı, 2019, № 4, 24-28
13. Корниенко С.В. с соавт. «Эффективность ежегодного проверочного флюорографического обследования населения Воронежской области» //Туберкулез и болезни легких / 2017, №2, ст.40-44
14. Козлов Д.А., Серогодский В.В., Финков М.В., Excel 2019: Полное руководство. М.: Наука и техника, 416с.
15. Лакин Г.Ф. Параметрические критерии (т-критерий Стьюдента); критерия хи-квадрат (χ^2 -квадрат распределение). В. кн. Биометрия. Москва, 1990, ст. 113-145
16. Лапшина И. С., Салихов Б. У., Мязишева Т. В., Костромцов С. В., Парамонов А. В., Андреев В. А. «Факторы, влияющие на эффективность лечения больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью» // Туберкулез и болезни легких /2020, №10, ст. 28-32
17. Марк Данзон «Эпидемиология ТБ в Европейском регионе» В кн: План «Остановить ТБ в наиболее Европейском регионе» ВОЗ 2007-2015, Женева, 2008, ст. 2-4
18. Мамедбеков Э. Н. с соавт. «Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Азербайджанской республике за 2011-2015 гг» Журнал //Туберкулез и болезни легких /2016, №11, ст. 17-20
19. Нечаев О. Б. «Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России» //Туберкулез и болезни легких /2018, №8, ст. 15-24
20. Петрова Л. В с соавт. «Влияние применения в диагностическом алгоритме метода ПЦР в реальном времени на эффективность лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя» //Туберкулез и болезни легких/ 2019 №9, ст.40-44
21. Равильоне М. К., Коробицин А. А. «Ликвидация туберкулеза-новая стратегия ВОЗ в эру целей устойчивого развития, вклад Российской Федерации» // Туберкулез и болезни легких. 2016, № 11, ст. 7-15
22. Севастьянова Э.В. с соавт. «Современные алгоритмы микробиологической диагностики туберкулеза» // Туберкулез и болезни легких/ 2018, №7, ст. 11-17
23. Шихлинская М.А «Пути повышения пассивного выявления туберкулеза легких» //Туберкулез и болезни легких /2012, №11, ст. 13-17
24. Шилова Е.П. с соавт. «Проявления туберкулезной инфекции у детей при положительной пробе с аллергеном

- туберкулезным рекомбинантным» //Туберкулез и болезни легких /2019, №8, ст. 32-36
25. Ahmad R.A. et al. How to optimize tuberculosis case finding: explorations for Indonesia with a health system model. BMC Infect Dis. 2009 Jun 8; 9(1):87
26. Morrison J. et al. Tuberculosis and latent tuberculosis infection in close contacts of people with pulmonary tuberculosis in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect. Dis. 2008 Jun; 8(6): 359-68.

SUMMARY

IMPROVEMENT OF ANTI-TUBERCULOSIS WORK OF FIRST AID MEDICAL ORGANIZATIONS AND ITS IMPACT ON CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS

Huseynaliyeva V.

Azerbaijan Scientific research lung diseases Institute; Tuberculosis dispensary #1, Baku, Azerbaijan

The retrospective analysis of the medical documents of 523 and 96 active tuberculosis patients in Yasamal-Nasimi districts of Baku and Gobustan during the 2011-2015 years indicates that high risk groups in the cities are people aged 19-24, pensioners, home women, prisoners which have not got treated from the tuberculosis and have been released, internal migrants, breeders in villages. Same investigations have been in 2016 and the results were confirmed. Those groups have been invite for examination in 2017-2019 years. The results were compare with the results from 2016 year. It was detected as an result of investigations that the number of diseases in city have been increased for a 21,9% and 30% among the local people accordingly during the 1-st 2 years of observations, 9,3% and 41,5% increased among the all people, the previous results were lower among the local people and 3% decreased among in all people in 3rd year. It was detected 18.9 % increasing in 1st year 26,1% and 22,3% decreasing in 2nd-3rd years in village. The special weight of focal tuberculosis in city have been increased for a 3,3 time among the 1st time detected tuberculosis patients, the destructive stage has been decreased for 1,5 time, the detection of tuberculosis mycobacteria was increased for a 1,2 time. First mono-poli resistant and multi drug resistant have been decreased accordingly for 3-12,8 time. The focal tuberculosis was increased for a 1,7 time in village, the detection in destructive stage and MDR was decreased for 1,6 time and for 9,1 time accordingly. Applying express molecular-genetic method of examination caused to microbiological efficiency to increased for 16,5%-33,3% in city and village. Applying immunodiagnosics among the children, teenager and young people, prevention works during the 3 years caused getting the optimal level of infection allergy in city and village. Holding the intense stage of treatment in hospital causes decreasing the turn and hiperergic forms of contact cases for a 3,3 and 4,2 times. The successful treatment under strong control examination and detection was increased for 10,7 and 24,7% compared with 2016 year and got 93,8% and 93,7% in 2019 year.

Keywords: sanitary-preventive, risk groups, register applying, infection allergy, clinic forms of diseases, express molecular-genetic method, drugs first mono-poli and MDR, successful treatment, contact infection, first aid medical organizations, asid resistant tuberculosis mycobacteria.

РЕЗЮМЕ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПЕРВИЧНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЗВЕНЕ ГОРОДА И СЕЛА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Гусейналиева В.Н.

Азербайджанский научно-исследовательский институт легочных заболеваний; Противотуберкулезный диспансер №1, Баку, Азербайджан

Ретроспективный анализ медицинских карт активных туберкулезных больных, выявленных в Ясамал-Насиминском районе г. Баку (n=523) и в Гобустанском районе (n=96) за 5 лет (2011-2015 гг.) показал, что в городе среди заболевших чаще встречаются лица в возрасте 19-24 г., пенсионеры, домохозяйки, бывшие заключенные, нелеченные в тюрьмах, мигранты внутри страны, а в селе - кроме последних, все вышеперечисленные группы населения, в том числе животноводы.

Вышеприведенные группы населения в 2017-2019 гг. были обследованы под строгим контролем регистра. Полученные данные сопоставлены с результатами 2016 г. Проведенные исследования показали, что в городе в первые 2 года уровень заболеваемости среди местного населения повысился на 21,9% и 30%, а среди общего - на 9,3% и 41,5%, в 2019 г. среди местного населения - снизился до первоначального уровня, а среди общего - на 3%. В сельской местности в 2017 году уровень заболеваемости повысился на 18,9%, а затем снизился на 26,1-22,3%. Среди первичного легочного туберкулеза удельный вес очагового туберкулеза в городе увеличился в 3,3 раза, в фазе распада - снизился в 1,5 раза, выявление кислотоустойчивых микобактерий (КУМ) повысилось в 1,2 раза.

Первичная моно-полиустойчивость и множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) снизились, соответственно, в 3 и 12,8 раза. В селе очаговый туберкулез увеличился в 1,7 раз, в фазе распада - снизился в 1,6, а МЛУ - в 9,1 раз. Применение ускоренного молекулярно-генетического метода исследования в городе и селе повысило эффективность микробиологических исследований на 16,5% и 33,3%, соответственно. Проведение иммунодиагностики и химической профилактики, соответственно полученным результатам иммунодиагностики, среди детей, подростков и молодежи в течение 3 лет, способствовало снижению уровня инфекционной аллергии (ИА) - «повышение результатов в сравнении с прошлым годом, выража и гиперергии» в городе и селе до оптимального уровня (5-10%; 0,5%; 1%). Нахождение больных, выделяющих КУМ, в стационарах в течении интенсивной фазы лечения до конверсии в мокроте КУМ, способствовало снижению ИА - выража и гиперергии, соответственно, в 3,3 и 4,2 раза. Эффективный результат лечения под строгим контролем больных в городе и селе повысился, соответственно, на 10,7% и 24,7% в сравнении с 2016 г. и в 2019 году составил 93,8% и 93,7%.

რეზიუმე

ანტიტუბერკულოზური ღონისძიებების სრულყოფა ქალაქის და სოფლის პირველად სამედიცინო რგოლებში და მათი გავლენა კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიურ მაჩვენებლებზე

გუსეინალიევა

აზერბაიჯანის ფილტვის დაავადებების სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი; ანტიტუბერკულოზური დისპანსერი №1, ბაკო, აზერბაიჯანი

ქბაქოს იასამალ-ნასიმინსკის (n=523) და გობუსტანის (n=96) რაიონებში 5 წლის (2011-2015 წწ.) განმავლობაში აქტიური ტუბერკულოზით დაავადებული ავადმყოფების სამედიცინო ბარათების რეტროსპექტული ანალიზით ნაჩვენებია, რომ დაავადებულთა შორის ქალაქში უფრო ხშირია 19-24 წლის ასაკის პირები, პენსიონერები, დიასახლისები, ციხეში არანამკურნალები ყოფილი მსჯავრდებულები, შიდა მიგრანტები, ხოლო სოფელში - ამ უკანასკნელთა გარდა, ყველა ზემოაღნიშნული და, ასევე, მეცხოველეები. მოსახლეობის ზემოაღნიშნული ჯგუფები 2017-2019 წწ. გამოკვლეული იყო რეგისტრის მკაცრი კონტროლის ქვეშ. მიღებული მონაცემები შედარდა 2016 წლის შედეგებს. ჩატარებული კვლევით გამოვლინდა, რომ ქალაქში პირველი ორი წლის განმავლობაში ადგილობრივი მოსახლეობის ავადობის დონე გაიზარდა 21,9%- და 30%-ით, ხოლო საერთო მოსახლეობისა - 9,3%- და 41,5%-ით. მესამე წელს ადგილობრივ მოსახლეობაში ავადობის დონე შემცირდა საწყის დონემდე, ხოლო საერთო მოსახლეობაში - 3%-ით. სოფლებში 2017 წ. ავადობის დონე გაიზარდა 18,9%-ით, ხოლო შემდეგ შემცირდა 26,1%- და 22,3%-ით. ფილტვის პირველადი ტუბერკულოზის შემთხვევათა შორის კეროვანი ტუბერკულოზის ხვედრითი წილი ქალაქში გაიზარდა 3,3-ჯერ, დაშლის ფაზაში - შემცირდა 1,5-ჯერ, მჟავაგამძლე მიკობაქტერიების გამოვლენა გაიზარდა 1,2-ჯერ. პირველადი მონო-პოლიმდგარდობა და მრავლობითი მედიკამენტური მდგარდობა შემცირდა, შესაბამისად, 3-ჯერ და 12,8-ჯერ. სოფელში კეროვანი ტუბერკულოზის მანვენებელი გაიზარდა 1,7-ჯერ, დაშლის ფაზაში - შემცირდა 1,6-ჯერ. კვლევის დანქარებული მოლეკულურ-გენეტიკური მეთოდის გამოყენებამ ქალაქსა და სოფელში გაზარდა მიკრობიოლოგიური კვლევის ეფექტურობა, შესაბამისად, 16,5%-ით და 33,3%-ით. იმუნოდიაგნოსტიკის და ქიმიური პროფილაქტიკის ჩატარებამ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში სამი წლის განმავლობაში, იმუნოდიაგნოსტიკით მიღებული შედეგების მიხედვით, ხელი შეუწყო ინფექციური ალერგიის დონის შემცირებას ქალაქსა და სოფელში ოპტიმალურ დონემდე (5-10%; 0,5%; 1%). მჟავაგამძლე მიკობაქტერიების გამომყოფი პაციენტების ყოფნა სტაციონარებში მკურნალობის ინტენსიური ფაზის განმავლობაში, ნახველში მჟავაგამძლე მიკობაქტერიების კონვერსიამდე, ხელს უწყობს ინფექციური ალერგიის - ვირაუსისა და ჰიპერერგიის - შემცირებას, შესაბამისად, 3,3-ჯერ და 4,2-ჯერ. პაციენტების მკაცრი კონტროლის ქვეშ მკურნალობის ეფექტურობამ ქალაქსა და სოფელში, 2016 წელთან შედარებით, მოიმატა, შესაბამისად, 10,7%-ით და 24,7%-ით და 2019 წელს შეადგინა 93,8% და 93,7%.