

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

№ 6 (315) Июнь 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 6 (315) 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 Kvirvelia, Teymuraz Lezhava,
Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava,
Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili, Ramaz Shengelia,
Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

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

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

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

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

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. რენტგენოგრაფიების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალების შედეგის ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

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

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

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

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

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

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

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Wollina U., Schönlebe J., Goldman A. PIGMENTED NODULAR CYSTIC HIDRADENOMA OF THE ANKLE.....	7
Iaroseski J., Harada G., Ramos R., Mottin C., Grossi J. OPEN RYGB LONG-TERM COMPLICATIONS: VENTRAL HERNIA - REPORT ON A 10-YEAR SINGLE-CENTER EXPERIENCE.....	9
Дузенко А.А. КОМОРБИДНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ И РИСК ТРОМБОГЕМОМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	14
Дроботун О.В., Стефанов Н.К., Колотилов Н.Н., Заирный И.М. ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КАК ПРЕДИКТОР ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА	20
Maghlaperidze Z., Kapetivadze V., Tabukashvili R., Lazashvili T., Kuparadze M., Gratiashvili E. THE ROLE OF INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 AND INSULIN IN DEVELOPMENT OF COLORECTAL CANCER.....	26
Venger O., Zhulkevych I., Mysula Yu. PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH SKIN CANCER	29
Лазко М.Ф., Маглаперидзе И.Г., Лазко Ф.Л., Призов А.П., Беляк Е.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУБАКРОМИАЛЬНОГО БАЛЛОНА INSPACE В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И МАССИВНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА.....	33
Sariyeva E. ANALYSIS OF MORTALITY AMONG PREGNANT WOMEN INFECTED WITH VIRAL HEPATITIS.....	39
Иванюшко Т.П., Поляков К.А., Аразашвили Л.Д., Симонова А.В. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ ПУТЕМ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОТЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ	45
Semenov E., Schneider S., Sennikov O., Khrystova M., Nikolaieva G. COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE STATUS OF PERI-IMPLANT AND PARODONTAL TISSUES	50
Janjalashvili T., Iverieli M. FREQUENCY OF PRESENCE OF PERIODONTOPATHOGENIC BACTERIA IN THE PERIODONTAL POCKETS	56
Мочалов Ю.А., Кеян Д.Н., Пасичник М.А., Кравцов Р.В. ПОКАЗАТЕЛИ СТЕПЕНИ АДГЕЗИИ К ТВЕРДЫМ ТКАНЯМ НЕВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ФОТОКОМПОЗИТНЫХ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В КОМБИНАЦИИ С РАЗЛИЧНЫМИ АДГЕЗИВНЫМИ СИСТЕМАМИ	61
Скрипченко Н.В., Егорова Е.С., Вильниц А.А., Скрипченко Е.Ю. ТЯЖЕЛОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ КРИТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	66
Vorobeva E., Suvorova M., Nesterova S., Gerasimova T., Emelin I. ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL, SOCIAL, AND LEGAL MEDICAL ASPECTS IN EVALUATING THE QUALITY OF PEDIATRIC ASSISTANCE.....	73
Heyken M., Horstmann H., Kerling A., Albrecht K., Kedia G., Kück M., Tegtbur U., Hanke AA. COMPARISON OF WEARABLES FOR SELF-MONITORING OF HEART RATE IN CORONARY REHABILITATION PATIENTS	78
Карустник Ю., Lutsenko R., Sydorenko A. COMBINED PHARMACOLOGICAL THERAPY INCLUDING SEVERAL ANTIARRHYTHMIC AGENTS FOR TREATMENT OF DIFFERENT DISORDERS OF CARDIAC RHYTHM.....	85

Gulatava N., Tabagari N., Tabagari S. BIOELECTRICAL IMPEDANCE ANALYSIS OF BODY COMPOSITION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE	94
Avagimyan A., Sukiasyan L., Sahakyan K., Gevorgyan T., Aznauryan A. THE MOLECULAR MECHANISM OF DIABETES MELLITUS - RELATED IMPAIRMENT OF CARDIOVASCULAR HOMEOSTASIS (REVIEW)	99
Kletskova O., Rusanov A., Rusanova O., Riziq Allah Mustafa Gaowgzeh, Nikanorov A. PHYSICAL THERAPY PROGRAM IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS WITH OBESITY	103
Varim C., Celik F., Sunu C., Kalpakci Y., Cengiz H., Öztop K., Karacer C., Yaylaci S., Gonullu E. INFLAMMATORY CELL RATIOS IN THE PATIENTS WITH FIBROMYALGIA.....	108
Maruta N., Kolyadko S., Fedchenko V., Yavdak I., Linska K. CLINICAL, GENEALOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL RISK MARKERS OF RECURRENT DEPRESSION	113
Ярославцев С.А., Опря Е.В., Каленская Г.Ю., Панько Т.В., Денисенко М.М. ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ	119
Шарашенидзе Г.З., Цимакурдзе М.П., Чхиквишвили И.Д., Габуния Т.Т., Гогия Н.Н., Ормоцадзе Г.Л. БАЙЕСОВСКИЙ АНАЛИЗ СМЕСЕЙ ВЕРОЯТНОСТНЫХ РАСПРЕДЕЛЕНИЙ ОБЩЕЙ АНТИРАДИКАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КРОВИ В ПОПУЛЯЦИЯХ СЕЛ САЧХЕРСКОГО РАЙОНА ГРУЗИИ.....	125
Линник Н.И., Гуменюк Н.И., Лискина И.В., Гуменюк Г.Л., Игнатъева В.И., Тарасенко Е.Р. ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ COVID-19 ПНЕВМОНИИ.....	129
Мерник А.М., Ярошенко О.Н., Иншин Н.И., Лукьянов Д.В., Гиляка О.С. ВАКЦИНАЦИЯ: ПРАВО ЧЕЛОВЕКА ИЛИ ОБЯЗАННОСТЬ	135
Gorgiladze N., Sachaleli N. COVID-19 VACCINATION: CHALLENGES AND OUTCOMES OF GEORGIAN HEALTHCARE SYSTEM.....	141
Nikolaishvili N., Chichua G., Muzashvili T., Burkadze G. MICROENVIRONMENT ALTERATIONS IN CONJUNCTIVAL NEOPLASTIC LESIONS WITH DIFFERENT PROLIFERATION-APOPTOTIC CHARACTERISTICS	152
Lytvynenko M., Narbutova T., Vasylyev V., Bondarenko A., Gargin V. MORPHO-FUNCTIONAL CHANGES IN ENDOMETRIUM UNDER THE INFLUENCE OF CHRONIC ALCOHOLISM.....	160
Museridze N., Tutisani A., Chabradze G., Beridze N., Muzashvili T. TUMOR INFILTRATING LYMPHOCYTES PECULIARITIES IN DIFFERENT HISTOPATHOLOGICAL AND MOLECULAR SUBTYPES OF GASTRIC CARCINOMA.....	165
Belenichev I., Gorbachova S., Pavlov S., Bukhtiyarova N., Puzyrenko A., Brek O. NEUROCHEMICAL STATUS OF NITRIC OXIDE IN THE SETTINGS OF THE NORM, ISHEMIC EVENT OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM, AND PHARMACOLOGICAL BN INTERVENTION	169
Яремчук О.З., Лисничук Н.Е., Небесная З.М., Крамар С.Б., Кулицкая М.И., Шанайда М.И., Делибашвили Д.Г. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ МЫШЕЙ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ МОДУЛЯТОРОВ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА	177
Japharidze S., Kvachadze I., Tsimakuridze Mar., Tsimakuridze M., Arabidze M. HYGIENIC ASSESSMENT OF WORKPLACE ENVIRONMENTAL AIR POLLUTION OF TBILISI CITY MUNICIPAL TRANSPORT AND THEIR SERVICES	181
Korinteli T., Gorgaslidze N., Nadirashvili L., Erkomaishvili G. CHEMICAL MODIFICATION OF BROMELAIN WITH DEXTRAN ALDEHYDE AND ITS POTENTIAL MEDICAL APPLICATION	185
Dinets A., Nykytiuk O., Gorobeiko M., Barabanchyk O., Khrol N. MILESTONES AND PITFALLS IN STRATEGIC PLANNING OF HEALTHCARE IN CAPITAL CITY IN TRANSITION.....	189

ბლები იყო სტატისტიკურად უფრო მაღალი ($p<0,001$), ხოლო LMR-ისა (2,73 vs 3,85) - სტატისტიკურად უფრო დაბალი ($p<0,001$).
კვლევა დადგენილია, რომ NLR-ის, PLR-ის და LMR-ის

მაჩვენებლები შესაძლოა გამოყენებულ იქნას ფიბრომიალგიის დიაგნოსტიკაში, სისტემური ანთება კი, შესაძლოა, გარკვეულ როლს ასრულებს ფიბრომიალგიის განვითარებაში.

CLINICAL, GENEALOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL RISK MARKERS OF RECURRENT DEPRESSION

Maruta N., Kolyadko S., Fedchenko V., Yavdak I., Linska K.

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" Kharkov, Ukraine

Resurgence of depressive disorders is one of the pressing psychiatric problems, which are recognized as one of the most common forms of mental pathology. According to WHO, about 350 million people suffer from depression, and the incidence has increased by more than 18% from 2005 to 2015. However, the level of depressive disorders detection remains low, while about 25% of patients who consult with general practitioners suffer from depression, but twice as many people do not report their condition at all (due to the lack of its morbidity understanding, poor awareness, fear of psychiatric diagnosis) [1,2].

It is known that depression has a complex multifactorial nature; according to scientific validation, not only environmental but also genetic factors are involved in its pathogenesis, influencing various neurobiological mechanisms that determine the propensity in disease developing and lead to clinical heterogeneity of depression [3,4].

It should also be noted that there is a number of works devoted to describing the clinical depressive states course features in patients with a family history of depression. For example, scientists have concluded that a patient's medical file depression should be considered as an additional diagnostic criterion, since the formation of multiple phenotype of depression is based on genetic variability and various environmental factors that affect the individual. The genotype-environment interaction (GxE) is that external factors affect

individuals with diverse genotype differently. Research often indicates that there is a genetically determined vulnerability to common environmental exposures [5-8].

Considering the difficulties and diagnosis deliberation, the search for new and reliable methods of verification and evaluation of prognosis of depressive disorders is of great importance.

The goal was to determine clinical and genealogical and pathophysiological markers of the risk recurrent depression development risk.

Material and methods. Clinical and psychopathological, genealogical, psychometric (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - MADRS), "Psychological Autobiography" method (Burlachuk L.F., Korzhova E.Yu., 1998), methods of mathematical statistics [9,10,11].

There has been conducted a survey of 108 patients with recurrent depression (ICH10, F33.0-33.2), who were included into the main group and have undergone stationary treatment at the Department of Borderline Psychiatry, Department of Psychiatry, National Academy of Medical Sciences of Ukraine, 46 people were from the constitutional population, without mental disorders, and were included to the comparison group.

Results and discussion. The average age of those examined in the main group made 46.79 years. The comparison group was 43.2 years old. The comparison group did not differ significantly from the main group in terms of age, marital status, and social employment indicators

Table 1 Indicators of overcoming recurrent depressive disorders in the situation of the main group

Evaluated indicator	Absolute Quotient, (n=108)	%±m %
The number of episodes in the anamnesis, taking into account the current one:		
- 2	28	25,92±4,21
- from 3 to 5	41	37,96±4,66
- more than 5	39	36,11±4,62
the in-flow episode duration :		
- from 2 weeks to 6 months	83	76,85±4,05*
- 6 – 12 months	19	17,59±3,66
- more than 12 months	7	6,48±2,36
the preliminary remedy duration:		
- from 6 to 12 months	36	33,33±4,53
- 12 – 24 months	43	38,88±4,71
- more than 24 months	30	27,77±4,3

The main results are as follows: * - differences are significant at $p\leq 0.001$

During the study there has a thorough analysis of recurrent depression patients' medical history been carried out. Thus, the mean age of onset in this category of patients was 36.32 ± 10.97 years, and the mean duration of illness was 12.5 ± 9.04 years. Table 1 presents recurrent depressive disorders indicators course. Thus, the majority of the examined patients had a history of 3 to 5 depressive episodes, taking into account current ones (37.96% of the patients). In 36.11% of patients there were more than 5 depressive episodes during the course of the illness. In 25.92% of this category of patients, 2 current episodes were observed.

The current depressive episode in the patients examined runtime was 2 weeks to 6 months in most cases (76.85% of persons), $p \leq 0.001$. In 17.59% of those examined, the duration of the episode ranged from 6 to 12 months.

The episode with the duration for more than 12 months was observed in 6.48% of the patients.

The duration of the prior treatment has continued 12 to 24 months in 38.88% of patients with recurrent depressive disorders, in 27.77% of patients - more than 24 months, and in 33.33% of patients - from 6 to 12 months.

To evaluate the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) there was used the clinical structure and the severity of the current episodes in the examined patients. A detailed analysis of the average scores on the MADRS scale items is shown in Fig. 1.

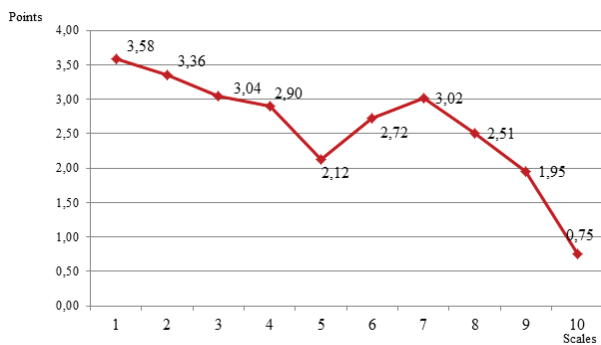


Fig. 1. MADRS scale scores in patients with recurrent depressive disorders

The definitions of the scales are as follows:

1 - Frustration that is being experienced; 2 - Sadness that is being expressed; 3 - Intrinsic tension; 4 - Sleeping disorders; 5 - Eating disorder; 6 - Shorter attention; 7 - Torture; 8 - Inability to experience sensations; 9 - Sympathetic thoughts; 10 - Suicidal thoughts

Fig. 1 shows that the highest scores in patients with recurrent depressive disorders were recorded due to the following items: 1 - "Sadness that spoors" (3.58 ± 1.02 points), 2 - "Sadness that spokes" (3.36 ± 1.18 points), 3 - "Intrinsic Tension" (3.04 ± 1.23 points), 7 - "Torture" (3.02 ± 1.13 points).

The data obtained has indicated that the patients' external deprivation corresponded to their internal feeling of indifference, which was often accompanied by a feeling of tension and anxiety, as well as by fatigue and difficulty in starting active activities.

As a result of the clinical and psychopathological examination and personal assessment of the current episode clinical structure using the MADRS psychometric scale, the leading symptom complexes in patients with recurrent depressive disorders were identified: depressive (100.00±0.00% of the patients), authentic

(37.96±4.66% of the patients), apathetic (28.70±4.35% of the patients), anxiety-phobic (37.96±5.36% of the patients), somato-vegetative (28.70±4.35% of the patients), hypochondriac (25.0±4.16% of the patients) (Fig. 2).

One of the research issues was to study the level of adverse depression burden in patients with recurrent depressive disorders and in the general population without mental disorders, alcohol dependence, self-aggression as well as determining the role of adverse tension in the formation of depressive disorders in the patients of the main group. A genealogical questionnaire was administered to 108 patients with recurrent depressive disorders (the main group) and 46 patients in the general population without mental disorders (the comparison group).

Fig. 2. Common Symptom Complexes in Patients with Recurrent Depressive Disorder

A clinical and genealogical study was carried out to fulfill the assigned task. Medical information was collected about 394 parents, 195 of whom were descendants of their mother's lineage, 185 were descendants of their father's lineage, and 14 cases were their brothers and sisters' descendants. As a comparative analysis, the information was taken about 314 parents of the individuals who were in the comparison group, 167 of whom were maternal lineage parents, 136 - maternal lineage parents, in 11 cases - siblings.

The parental accumulation of psychological disorders in the main group of the patients parents was investigated by comparing the rates of disorders in the parents and in the patients parents of the comparison group. All members of the birthing groups male and female parents and separately were included in the comparison. The results are presented in Table 2.

A statistically significant increase in the number of patients' parents with psychiatric disorders. The number of patients on psychiatric registry (18%, DI: 14,5-22,1) was 15 times higher than in the comparison group ($p < 0,05$), of those with depression (33%, DI: 28,5-37,8 28,5-37,8) - 7,3 times higher ($p < 0,05$), suicides (7.9%, DI: 5,6-11,0) - 4,2 times higher ($p < 0,05$), incidents of alcohol dependence (25.6%, DI: 21,6-30,2) - 1,8 times higher ($p < 0,05$).

Thus, genealogical analysis showed a significant familial accumulation of psychiatric disorders in the patients' lineages with recurrent depression, is evidence of an important genetic component in the occurrence of clinical forms of this disorder.

When examining the familial accumulation of mental disorders by different types of relatives, the following findings were obtained:

-The percentage of relatives on psychiatric registry and/or with depression was significantly higher in the pedigrees of the main group in all generations, among maternal and paternal relatives ($p < 0.001$). This indicates a high role of the genetic component in the development of recurrent depression;

Table 2. Frequency of relatives who may be mentally disturbed in both groups

Disorder	Reference group, (n=314)			Basic group, (n=394)			p
	n	%	DI	n	%	DI	
Psychiatric supervision	8	2,5	1,2-5,0	71	18,0	14,5-22,1	0,001
Depression	14	4,5	2,6-7,4	130	33,0	28,5-37,8	0,001
Suicidal behavior	6	1,9	0,8-4,2	31	7,9	5,6-11,0	0,004
Alcohol dependence	45	14,3	10,9-18,7	101	25,6	21,6-30,2	0,0002
Drug dependence	3	1,0	0,2-2,9	6	1,5	0,6-3,4	0,5090
Psychological immaturity	17	5,4	3,4-8,6	16	4,1	2,5-6,5	0,3974

notes: n - number of patients in the group, N - number of patients with knowledge, p - significance level, CI - 95% confidence interval. The difference between the ratios in the control group and the patient group was evaluated using F-criterion. The difference is statistically significant if $p < 0.05$

- The percentage of suicides in the pedigrees of the main group exceeded the same percentage in the comparison group lineages among almost all types of relatives. Statistically significant differences were shown for children ($p=0.004$), siblings ($p=0.03$), and aunts and uncles from the parental line ($p=0.005$);
- Statistically significant differences for alcohol dependence were detected for the older age cohort - parents ($p=0.03$), maternal and paternal line sibs and grandparents in the main group ($p=0.001$; $p=0.03$).

Thus, the clinical and genealogical study carried out allowed to establish a high level of family burdening with depression, by all levels and grades of relationship in the pedigrees of patients with recurrent depressive disorder and the presence of high rates of psychiatric observation, the presence of alcohol addiction in patients mostly of I degree of relationship (mothers, parents), ($p < 0,001$).

The significant familial accumulation of depressive disorders in the pedigrees of the main group indicates a high role of genetic factors in the occurrence of clinical of the clinical forms of this disorder.

The severity of recurrent depression manifestations in patients is not generally determined by the percentage of relatives with mental disorders, but there is a tendency for the symptoms of recurrent depression to increase with the number of suicides in the family tree.

Besides objective clinic-psychopathological analysis, special attention also demands studying of specificity of subjective perception, or subjective interpretation of perception of significant life situations, by patients with recurrent depressions, which determine personality reactions to certain circumstances. To analyze the presence and character of life events in the subjective space of a personality and the peculiarities of their perception, we used the projective-bibliographic technique "Psychological autobiography" (Fig. 3).

As significant life events, the examinees of both groups identified events related to close social contacts and social changes in the following spheres: interpersonal relations, children and marriage, everything that concerns family relations and close interpersonal contacts most often. In addition to these spheres, health-related events were represented with high frequency in the structure of events in the psychological autobiography of patients with recurrent depression. While in the comparison group, events related to relationships or changes in the parental family were also included in the structure of events with a high frequency in the above spheres.

Statistical differences between comparison groups were obtained for events determining the sphere of parental family, health, and interpersonal relations.

Thus, recurrent depressive patients were significantly less likely to identify parental family-related events in their biographies (0.50 ± 0.15) compared to comparison group individuals (1.15 ± 0.21), at $p \leq 0.01$, while indicating Predominantly negative. Depressed individuals were also significantly more likely to report negative health events in their autobiographies (0.88 ± 0.18), compared to subjects in the comparison group (0.28 ± 0.11), at $p \leq 0.05$.

Negatively colored events (1.25 ± 0.20) prevailed in the structure of events related to interpersonal relationships in patients with recurrent depression, whose prevalence was also significantly higher than in the comparison group (0.72 ± 0.17), with $p \leq 0.05$. Thus, the findings indicate that the subjective space of representations about important and influential life events in depressive disorder patients was narrower in terms of the number of events represented (less eventful).

In the structure of subjective representations about their own life path for depressed patients, events related to the spheres of family and interpersonal relations, as well as to health (their own and their loved ones') prevailed in the nature of the influence on life. At the same time, the sphere of parental family in the structure of autobiographical events was less represented in depressed patients and predominantly included also negative events, as compared to individuals of the comparison group, in which events from the spheres of relations, including those associated with the parental family, were represented significantly more often. The data obtained determine the centrality of depressive disorder patients on negative life experiences and narrowing of their subjective perceptions of their own life path.

For definition of diagnostic value and informativity of the allocated signs and possibility of their use as predictors (risk factors/anti-risk factors) of formation of depressive disorders the procedure of the sequential statistical analysis A. Wald modified by E.V. Gubler was applied. Diagnostic coefficients (DC) and measures of informativity (MI) for the selected signs were calculated according to the results of frequency analysis

The results obtained are shown in Table 3, where only statistically significant features are available, the frequencies of which were significantly different in the comparison groups ($p \leq 0.05$).

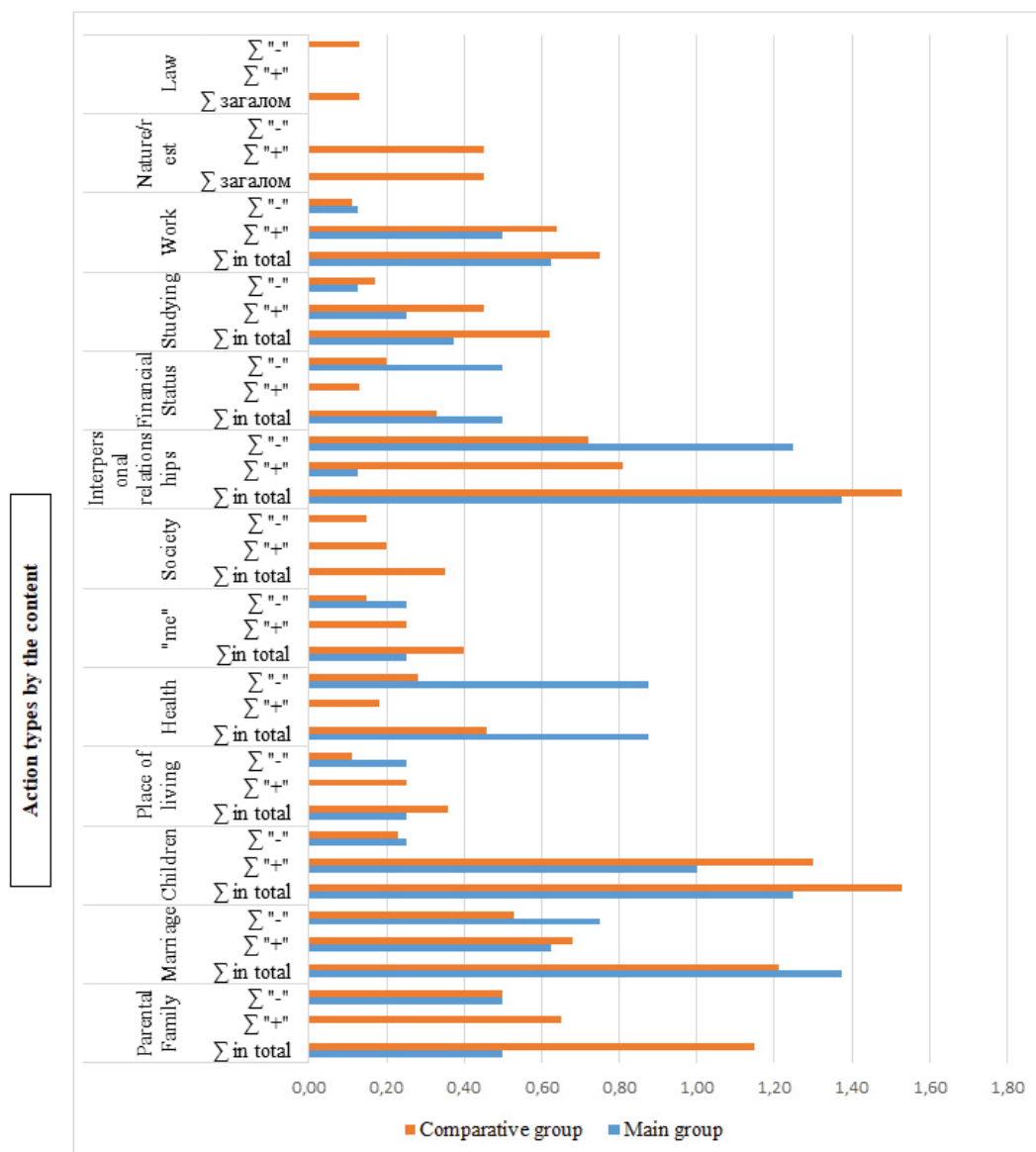


Fig. 3. Distribution of Life Events by Life Spheres Categories in Comparison Groups (based on the Psychological Autobiography Methodology)
note: * - significant differences between comparison groups

Table 3. Predictors (risk/risk) of recurrent depressive disorder

Index	Main group	Group of comparison	p	K	MI
Hereditary factors:					
Observation by a psychiatrist of the proband's relatives	18	2,5	0,0001	-5,78	1,40
Depression	33,0	4,5	0,0001	-8,69	1,24
suicidal behavior	7,9	1,9	0,0004	-6,15	0,18
alcohol addiction	25,6	14,3	0,0002	-2,53	0,14
Peculiarities of the psychological condition					
The predominance of negative events in the subjective perception of the path of life	58,33	28,26	0,003	-3,15	0,47
The presence of events related to the parental family in the subjective perception of the life path	17,59	34,78	0,01	2,96	0,25
The presence of negative health-related events in the subjective perception of the life path	33,33	17,4	0,02	-2,83	0,23

According to the procedure of sequential statistical analysis, the sign of the diagnostic coefficient of DC (+ or -) depends on the ratio of individuals who are carriers of the corresponding features in the comparison groups. In the table the positive CR values indicate the prevalence of a particular trait in the comparison group, and the negative CR values indicate its prevalence in patients with recurrent depressive disorders, allowing to consider the traits with a positive CR as antirisk factors, and the traits with a negative CR as risk factors for depressive disorders. The results of the count determined that both hereditary and sociopsychological factors are predictors of depression, which together cause an increased likelihood of risk or antirisk of developing depression. A single possible risk/anti-risk criterion according to the data was not defined (with a $DC \geq 13$), which indicates the need for the combined presence of signs for a reliable prognosis.

Among the hereditary factors determining the risk of forming recurrent depressions, the presence of heredity for psychopathological conditions was determined. The "seeing a psychiatrist in the pro band's relatives" ($DC = -5.78$, $MI = 1.40$), as well as the presence of depression in the pro band's family tree ($DC = -8.69$, $MI = 1.24$), were informative risk factors for depression. Suicidal behavior among the pro band's relatives ($DC = -6.15$, $MI = 0.18$) and alcohol dependence ($DC = -2.53$, $MI = 0.14$) were also significant prognostic hereditary traits.

As anti-risk factors for the development of depression, no hereditary factors were found to be aggravated among the hereditary factors.

Highly informative certain data also among the features of psychological states, characterizing the peculiarities of the subjective perception of the personality.

Thus, the most informative signs of the risk of depression among the features of psychological states revealed a high level in the subjective perception of the life course of negative events related to health (own or loved ones) ($DC = -2.83$, $MI = 0.23$).

Factors of antirisk of depressions among features of a psychological condition, presence in subjective perception of a vital way of the events connected with parental family ($DC = 2.96$, $MI = 0.25$), that defines semantic value of related communications.

Conclusion Thus, the received results on the allocated prognostic factors of risk/anti-risk of recurrent depressions allow to designate the following - formation and development of depressive pathology are caused by the combined influence of hereditary factors with negative features of the psychological condition of the patient (high level in subjective perception of a vital way of the negative events connected with health (own or close)).

REFERENCES

1. Шафранський, В. В., Дудник, С. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення. // Україна. Здоров'я нації. 2016. № 3. С. 12–18
2. Марута, Н. О., Жупанова, Д. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція). // Український вісник психоневрології. 2016. № 24, вип. 1. С. 5–11
3. Ромасенко, Л. В. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике. // Терапевтический архив. 2006. №78: 5–8.
4. Rice, F., Sellers, R., Hammerton, G., et al. Antecedents of new-onset major depressive disorder in children and adolescents at high familial risk. // JAMA Psychiatry. 2017. Vol. 74, No. 2. P. 153-160.
5. Kendler, K. S., Aggen, S. H., Neale, M. C. Evidence for multiple genetic factors underlying DSM-IV criteria for major depression. // JAMA Psychiatry. 2013. Vol. 70, No. 6. P. 599-607.
6. Александров, А. А. Психогенетика: Учебное пособие: СПб.: Питер, 2008. 192с. (
7. Касьянов, Е. Д., Мазо, Г. Э., Кибитов, А. О. В поисках "наследственных" форм депрессии: Клинические, генетические и биологические подходы. // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28, № 1. С. 74–82
8. Краснов, В. Н. Проблемы современной диагностики депрессии. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2012. Т. 112, №. 11. С. 3–10.
9. Тетушкин Е. Я. Генетическая генеалогия: история и методология / Е. Я. Тетушкин // Генетика. – 2011. – Т. 47, №5: 581–596.
10. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях: М: Медицинское информационное агентство, 2003. 209 с.
11. Бурлачук, Л. Ф., Коржова, Е. Ю. Психология жизненных ситуаций: Учебное пособие: М.: Российское педагогическое агентство, 1998. 263 с.

SUMMARY

CLINICAL, GENEALOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL RISK MARKERS OF RECURRENT DEPRESSION

Maruta N., Kolyadko S., Fedchenko V., Yavdak I., Linska K.

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

The goal was to determine clinical and genealogical and pathophysiological markers of the risk recurrent depression development risk.

Clinical and psychopathological, genealogical, psychometric (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - MADRS), "Psychological Autobiography" method (Burlachuk L.F., Korzhova E.Yu., 1998), methods of mathematical statistics.

A survey of 108 patients with recurrent depression (ICD10, F33.0-33.2) compared with 46 individuals in the general population, found a high level of family burden of depression, at all degrees and levels of relatedness with recurrent depressive disorder in the patients' parentage. Thus, it is shown that the patients' percentage that has been placed on a psychiatric register (18%, CI: 14.5-22.1) was 15 times higher than in the comparison group ($p < 0.05$), patients with depression (33%, CI: 28.5-37.8) - 7.3 times higher ($p < 0.05$), suicide (7.9%, CI: 5.6-11.0) - in 4.2 times higher ($p < 0.05$), cases of alcohol dependence (25.6%, CI: 21.6-30.2) - 1.8 times higher ($p < 0.05$). According to the results of the statistical analysis, it has been determined that both hereditary and sociopsychological factors act as predictors of depression, which increase the probability of depression's developing risk or anti-risk. The most informative signs of the arising depression risk were: observation by a psychiatrist ($DC = -5.78$, $MI = 1.40$), the presence of depression ($DC = -8.69$, $MI = 1.24$), suicidal behavior ($DC = -6.15$), $MI = 0.18$) and alcohol dependence ($DC = -2.53$, $MI = 0.14$) in the probands' parentage, the presence of a high level in the subjective life negative events' perception path related to health (their or relatives) ($DC = -2.83$, $MI = 0.23$) in patients.

The data obtained indicate the following - the formation and development of depressive pathology due to the hereditary factors influence combined with patient's psychological state negative features (high level in the subjective perception of the life path negative health events (own or loved ones).

Keywords: recurrent depression, genealogical markers, pathophysiological markers.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕКУРРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ

Марута Н.А., Колядко С.П., Федченко В.Ю., Явдак И.А., Линская Е.И.

Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» Харьков, Украина

Цель исследования - определение клинико-генеалогических и патофизиологических маркеров риска развития рекуррентных депрессий.

Использован комплекс методов исследования: клинико-психопатологический, генеалогический, психометрический (шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберга), метод Бурлачука Л.Ф., Коржовой Е.Ю. «Психологическая автобиография», методы математической статистики.

В результате обследования 108 больных рекуррентными депрессиями (МКХ10, F33.0-33.2) установлен высокий уровень семейной отягощенности депрессиями по всем степеням и уровням родства в родословных больных в сравнении с 46 лицами общей популяции. Показано, что процент лиц, стоящих на психиатрическом учете среди родственников больных (18%, ДИ: 14,5-22,1) был в 1,5 раз выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$), лиц с депрессией (33%, ДИ: 28,5-37,8) - в 7,3 раза выше ($p < 0,05$), суицидов (7,9%, ДИ: 5,6-11,0) - в 4,2 раза выше ($p < 0,05$), случаев алкогольной зависимости (25,6%, ДИ: 21,6-30,2) - в 1,8 раза больше ($p < 0,05$). По результатам проведенного статистического анализа определено, что в качестве предикторов депрессии выступают как наследственные, так и социально-психологические факторы, которые в своей совокупности обуславливают увеличение вероятности риска или антириска развития депрессий. Наиболее информативными признакам риска депрессии являлись: наблюдение у психиатра (ДК=- 5,78, МИ=1,40), наличие депрессии (ДК=-8,69, МИ=1,24), суицидальное поведение (ДК=-6,15, МИ=0,18) и алкогольная зависимость (ДК=-2,53, МИ=0,14) в родословной пробанда; наличие высокого уровня в субъективном восприятии жизненного пути негативных событий, связанных со здоровьем (своим или близких) (ДК=-2,83, МИ=0,23) у больных рекуррентными депрессиями. Полученные данные позволяют сделать следующий вывод - формирование и развитие депрессивной патологии обусловлены сочетанным влиянием наследственных факторов с негативными особенностями психологического состояния больного (высокий уровень в субъективном восприятии жизненного пути негативных событий, связанных со здоровьем своим или близких).

რეზიუმე

რეკურენტული დეპრესიის განვითარების კლინიკურ-გენეალოგიური და პათოფსიქოლოგიური რისკის მარკერები

ნ.მარუტა, ს.კოლიადკო, ვ.ფედჩენკო, ი.იავდაკი, ე.ლინსკაია

უკრაინის სამედიცინო მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის ნევროლოგიის, ფსიქიატრიისა და ნარკოლოგიის ინსტიტუტე, ხარკოვი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა რეკურენტული დეპრესიების განვითარების კლინიკურ-გენეალოგიური და პათოფსიქოლოგიური რისკის მარკერების განსაზღვრა.

გამოყენებულია კვლევის მეთოდების კომპლექსი: კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური, გენეალოგიური, ფსიქომეტრიული (დეპრესიის შეფასების მონტგომერი-ასბერგის სკალა), ლ.ბურლაჩუკის მეთოდი, ეკორჟოვას "ფსიქოლოგიური ავტობიოგრაფია", მათემატიკური სტატისტიკის მეთოდი.

გამოკვლეულია 108 პაციენტი რეკურენტული დეპრესიებით (МКХ10, F33.0-33.2) საერთო პოპულაციის 46 პირთან შედარებით. პაციენტთა წინაპრების ისტორიაში ნათესაობის ყველა ხარისხსა და დონეზე დადგენილია დეპრესიებით ოჯახური დატვირთულობის მაღალი დონე. ნაჩვენებია, რომ პაციენტთა ნათესაეებს შორის ფსიქიატრიულ აღრიცხვაზე მყოფ პირთა რაოდენობა (%) იყო 15-ჯერ მეტი (18%; სარწმუნოების ინდექსი: 14,5-22,1), ვიდრე შედარების ჯგუფში ($p < 0,05$), დეპრესიის მქონე პირთა რაოდენობა (33%; სანდობის ინტერვალი: 28,5-37,8) - 7,3-ჯერ მეტი ($p < 0,05$), სუიციდებისა (7,9%; სანდობის ინტერვალი: 5,6-11,0) - 4,2-ჯერ მეტი ($p < 0,05$), ალკოჰოლური დამოკიდებულებისა (25,6%; სანდობის ინტერვალი: 21,6-30,2) - 1,8-ჯერ მეტი ($p < 0,05$).

ჩატარებული სტატისტიკური ანალიზის შედეგების მიხედვით განსაზღვრულია, რომ დეპრესიის პრედიქტორებს წარმოადგენს როგორც მემკვიდრეობითი, ასევე, სოციალურ-ფსიქოლოგიური ფაქტორები, რომელიც მთლიანობაში განაპირობებს დეპრესიის განვითარების რისკის და ანტირისკის აღბათობას.

დეპრესიის რისკის ყველაზე ინფორმაციულ ნიშნებს წარმოადგენს: პრობანდის წინაპრებს შორის დაკვირვება ფსიქიატრთან (ДК=-5,78, МИ=1,40), დეპრესიის არსებობა (ДК=-8,69, МИ=1,24), სუიციდური ქცევა (ДК=-6,15, МИ=0,18) და ალკოჰოლური დამოკიდებულება (ДК=-2,53, МИ=0,14); საკუთარი (ან ახლობლების) ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უარყოფითი მოვლენების სუბიექტური აღქმის მაღალი დონის არსებობა (ДК=-2,83, МИ=0,23) პაციენტებში რეკურენტული დეპრესიებით.

მიღებული მონაცემები იძლევა საფუძველს დასკვნისათვის, რომ დეპრესიული პათოლოგიის ფორმირება და განვითარება განპირობებულია მემკვიდრეობითი ფაქტორების და პაციენტის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის ნეგატიური თავისებურებების (საკუთარი, ან ახლობლების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უარყოფითი მოვლენების სუბიექტური აღქმის მაღალი დონე) ერთობლივი გავლენით.