

ISSN 2409-563X

MEDICUS

International medical scientific journal

№ 3 (27), 2019

Founder and publisher:
Publishing House «Scientific survey»

The journal is founded in 2015 (January)

Volgograd, 2019

UDC 61
LBC 72

MEDICUS

International medical scientific journal, № 3 (27), 2019

The journal is founded in 2015 (January)
ISSN 2409-563X

The journal is issued 6 times a year

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Communications, Information Technology and Mass Communications.

Registration Certificate: III № ФС 77 – 59575, 08 October 2014

EDITORIAL STAFF:

Head editor: Musienko Sergey Aleksandrovich
Executive editor: Malysheva Zhanna Alexandrovna

Ivanova Olga Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences
Abdikarimov Serikkali Zholdasbaevich, Candidate of Medical Sciences
Komarovskikh Elena Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences
Lazareva Natalya Vladimirovna, Doctor of Medical Sciences

Authors have responsibility for credibility of information set out in the articles.
Editorial opinion can be out of phase with opinion of the authors.

Address: Russia, Volgograd, Angarskaya St., 17 "G"
E-mail: scimedicus@mail.ru
Website: <http://scimedicus.ru/>

Founder and publisher: Publishing House «Scientific survey»

УДК 61
ББК 72

MEDICUS

Международный медицинский научный журнал, № 3 (27), 2019

Журнал основан в 2015 г. (январь)
ISSN 2409-563X

Журнал выходит 6 раз в год

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

**Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС 77 – 59575 от 08 октября 2014 г.**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор: Мусиенко Сергей Александрович
Ответственный редактор: Малышева Жанна Александровна

Иванова Ольга Николаевна, доктор медицинских наук
Абдикаримов Сериккали Жолдасбаевич, кандидат медицинских наук
Комаровских Елена Николаевна, доктор медицинских наук
Лазарева Наталья Владимировна, доктор медицинских наук

За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

Адрес редакции: Россия, г. Волгоград, ул. Ангарская, 17 «Г»
E-mail: scimedicus@mail.ru
Website: <http://scimedicus.ru/>

Учредитель и издатель: Издательство «Научное обозрение»

CONTENTS

Maieutics

- Vinogradova O.P., Biryuchkova O.A.*
THE INDICES OF THE PHYSIOLOGICAL NORM
FOR WOMEN OF THE REPRODUCTIVE AGE LIVING IN PENZA CITY 8

Immunology

- Masharipova M.S., Nuraliyeva Kh.O., Fayzullayeva N.Ya.*
STUDY AND EVALUATION OF THE IMMUNE
STATUS IN CHILDREN WITH CHRONIC BRONCHITIS 12

Infectious diseases

- Protasenyay I.I., Sapega Ye.Yu., Butakova L.V.*
ENTEROVIRUS INFECTION IN CHILDREN OF KHABAROVSK REGION IN 2017-2018 19

History of medicine

- Mearago Sh.L.*
DOCTORS OF I.A. GONCHAROV 21
- Mearago Sh.L.*
DOCTORS OF A.N. OSTROVSKY 24

Haemato-oncology

- Galkina A.V., Kiyatkina M.N., Teplova M.S., Furashova Ye.D.*
COMORBID PATHOLOGY IN PATIENTS WITH CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA 28

Pediatrics

- Sadikova R.R.*
ASPECTS OF THE SYNDROME OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA OF HEART 31
- Khodzhayeva I.A.*
PATHOLOGY OF THE RESPIRATORY SYSTEM IN THE ASPECT OF PEDIATRICS 34

Social medicine and public health organization

- Khalyapina A.B., Yarygin N.V., Nakhayev V.I.*
DIGITAL MEDICINE: FROM INTERDISCIPLINARY
PRACTICE TO INDEPENDENT DISCIPLINE 37

Odontology

- Bakayev Zh.N.*
THE INTERRELATION OF DISEASES OF THE MUCOUS MEMBRANE
OF THE ORAL CAVITY WITH SOMATIC PATHOLOGY: A LITERATURE REVIEW 39
- Saidov A.A., Olimov S.Sh., Gaffarov S.A.*
EVALUATION OF MARKERS OF CONNECTIVE TISSUE
IN THE DEVELOPMENT OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT PATHOLOGY IN CHILDREN 44
- Snigur G.L., Yefimova Ye.Yu., Kavalerova D.A., Kriventsov A.Ye.*
THE DEPTH VARIABILITY OF BASAL ARCS OF THE LOWER JAW 47

Legal medicine

- Dolgova O.B., Grekhov I.A., Khalturina K.E.*
ADEQUACY OF THE LEVEL OF FORENSIC-CHEMICAL STUDIES
IN CASES OF SUSPECTED POISONING FUNCTIONAL POISONS
IN THE FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF CORPSES 50

Traumatology

- Irismetov M.E., Safarov N.B., Usmonov F.M.*
CLINICAL AND DIAGNOSTIC ALGORITHM
FOR ARTHROSCOPIC TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS OF KNEE 54

Surgery

- Aliyev M.M., Terebayev B.A., Mazhidov T.Kh.*
THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT
OF POSTOPERATIVE ANAL INCONTINENCE IN CHILDREN 61
- Slavkova T.K.*
THE PARTICIPATION OF HEALTHCARE PROFESSIONAL
IN THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS
AND PREVENTION IN PATIENTS WITH DEEP VENOUS THROMBOSIS 68

СОДЕРЖАНИЕ

Акушерство

Виноградова О.П., Бирючкова О.А.
ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ ПЕНЗА 8

Иммунология

Машарипова М.С., Нуралиева Х.О., Файзуллаева Н.Я.
ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА
У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ БРОНХИТАМИ 12

Инфекционные болезни

Протасеня И.И., Сапега Е.Ю., Бутакова Л.В.
ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ В 2017-2018 ГОДАХ..... 19

История медицины

Меараго Ш.Л.
ВРАЧИ ВОКРУГ И.А. ГОНЧАРОВА..... 21

Меараго Ш.Л.
ВРАЧИ ВОКРУГ А.Н. ОСТРОВСКОГО..... 24

Онкогематология

Галкина А.В., Кияткина М.Н., Теплова М.С., Фурашова Е.Д.
КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ 28

Педиатрия

Садикова Р.Р.
АСПЕКТЫ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА..... 31

Ходжаева И.А.
ПАТОЛОГИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В АСПЕКТЕ ПЕДИАТРИИ 34

Социальная медицина и организация здравоохранения

Халытина А.Б., Ярыгин Н.В., Нахаев В.И.
ЦИФРОВАЯ МЕДИЦИНА: ОТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ
ПРАКТИКИ ДО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ..... 37

Стоматология

Бакаев Ж.Н.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ..... 39

Саидов А.А., Олимов С.Ш., Гаффаров С.А.

ОЦЕНКА МАРКЕРОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ
ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ..... 44

Снигур Г.Л., Ефимова Е.Ю., Кавалерова Д.А., Кривенцев А.Е.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛУБИНЫ БАЗАЛЬНЫХ ДУГ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ..... 47

Судебная медицина

Долгова О.Б., Грехов И.А., Халтурина К.Э.

ОБОСНОВАННОСТЬ ОБЪЁМА СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОТРАВЛЕНИЯ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЯДАМИ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПОВ 50

Травматология

Ирисметов М.Э., Сафаров Н.Б., Усмонов Ф.М.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ
ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА 54

Хирургия

Алиев М.М., Теребаев Б.А., Мажидов Т.Х.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ 61

Славкова Т.К.

УЧАСТИЕ СПЕЦИАЛИСТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ И ПРОФИЛАКЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБИННЫМ ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЗОМ 68

UDC 618.17

**THE INDICES OF THE PHYSIOLOGICAL NORM FOR WOMEN
OF THE REPRODUCTIVE AGE LIVING IN PENZA CITY**

O.P. Vinogradova¹, O.A. Biryuchkova²

¹ Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of Obstetrics and Gynecology Department,

² Candidate of Medical Sciences, Obstetrics and Gynecology Doctor

¹ Penza Postgraduate Doctors' Training Institute
of Health Department of Russian Federation,

² Penza Regional Clinical Hospital Name of N.N. Burdenko, Russia

Abstract. *Under any pathological process there begin the regulation disorder of the activity and functioning of structures where it occurred. However, these dysfunctions are transient, and they disappear together with or after the elimination of the pathological process and they do not represent disregulatory pathology in its full sense of this notion. For the estimation of pathological condition it is necessary to take into consideration the physiological norm, therefore, for the disregulatory abnormalities examining we have made a note of the applicability of normal dimension of organism homeostasis distinction. In our scientific work, we have held the examining of the group of female donors in the reproductive age who live in Penza. Analyzing the results of the data in the investigated group, we may point out that the indices of the examined women do not differ from the values established in the medical resources for the healthy people.*

Keywords: *disregulatory pathology, hemostasis system, the physiological norm, the immune response, systemic inflammatory process.*

Disregulatory pathology emerges as a result of the function and structures' activity derangement. These abnormalities are an endogenic reason of the emergence of disregulatory pathology. In a complicated and highly developed organism, there can emerge disregulatory changes on every anatomical-functional level, from molecular to superior systematic one [3].

Under any pathological process there begin the regulation disorder of the activity and functioning of structures where it occurred. However, these dysfunctions are transient, and they disappear together with or after the elimination of the pathological process and they do not represent disregulatory pathology in its full sense of this notion. For the estimation of pathologic condition it is necessary to take into consideration the physiological norm, therefore, for the disregulatory abnormalities examining we have made a note of the applicability of normal dimension of organism homeostasis distinction [2], [1].

In our scientific work, we have held the examining of the group of female donors in the reproductive age who live in Penza. There was created a special group of 80 people. The group was represented by the women whose average age was 29.4 ± 6.24 years old.

Examining the control group and taking into consideration the random sampling among healthy women, we judged about the average circulating immune complex (CIC), C-reactive protein (CRP) and the indices of the humoral immune link (the level of circulating immune complexes, the level of immunoglobulin IgA, IgM, IgG and IL -4 and 8 (interleukin), with respect to the laboratory norms.

The obligatory condition for the formation of the group was the omission of taking vitamin-mineral complexes and other biologically active supplements containing the mentioned above microelements.

Analyzing the results of the data in the investigated group, we may point out that the indices of the examined women do not differ from the values established in the medical resources for the healthy people.

Analyzing the results of the research, we can point out that the values of the immune system of the examined women do not differ from the values stated in the medical literature for healthy women.

The investigation results of the cell factor of immune system in the control group showed that the index of leucocyte number in peripheral blood is $5.0 \pm 0.41 \cdot 10^9/l$.

The indices of the leucoformula were the following: band neutrophils 2.55 ± 0.78 %, segmentonuclear neutrophils 57.5 ± 2.22 %, eosinophils 0.875 ± 0.21 %, basophils 0.87 ± 0.22 %, monocytes 5.25 ± 0.85 %, lymphocytes 32.97 ± 2.37 %.

Table 1

**The indices of ingestion rate and killer activity of phagocytes
in donor groups in comparison with the laboratory norm**

Indices	Investigated group, n = 80	Laboratory norm (interval)
Leucocytes, 10 ⁹ /l	5.01 ± 0.41	4-9
Band neutrophils, %	2.55 ± 0.78	1-6
Segmentonuclear neutrophils, %	57.5 ± 0.22	47-72
Eosinophiles, %	0.87 ± 0.22	0.02-0.6
Monocytes, %	5.25 ± 0.85	3-11
Tumour necrosis factor, pg/ml	24.6 ± 2.03	0-250

The humoral factor defining the connection of dysregulation with the immune response of the organism and comprising the indices of the humoral link of non-specific resistance (Circulating immune complex (CIC) and C-reactive protein (CRP)) and the indices of the humoral immune link (the level of circulating immune complexes, the level of immunoglobulin IgA, IgM, IgG and IL -4 and 8 (interleukin)).

Table 2

The indices of the humoral link of non-specific resistance in the donor group

Dimension entitlement	Investigated group, n = 80	Laboratory norm (interval)
CIC, c.u.	39.8 ± 5.04	30-90
CRP, mg/l	4.45 ± 0.74	0.20-6.10

Table 3

The indices of the humoral immune link

Dimension entitlement	Investigated group, n = 80	Laboratory norm (interval)
Immunoglobulin A, g/l	1.97 ± 0.09	0.6-4.5
Immunoglobulin M, g/l	11.6 ± 0.49	8-17
Immunoglobulin G, g/l	1.28 ± 0.048	0.6-2.8
IL-4 pg/ml	16.19 ± 1.1	0-20
IL-8 pg/ml	32.35 ± 1.83	0-62

The indices of the cell immune link were analyzed in terms of the lymphocytes number, of the gamma interferon and neopterin levels; we also estimated the integral indices such as the index of A.M. Zemskij (index of the immune deficiency IImD), the estimation of the leucocytes index of intoxication (LII) in accord with the formula of A.V. Ostrovskij 1983, and the infection index (II) or the lymphocytes index.

Table 4

The indices of ingestion rate and killer activity of phagocytes in donor group

Indices entitlement	Investigated group, n = 80	Laboratory norm (interval)
Index of Ostrovskij, c.u.	1.55 ± 0.15	0.6-1.5
Index of Zemskij, c.u.	0	0
Infection index, c.u.	0.55 ± 0.06	0.57 ± 0.05
Neopterin, nM/l	7.46 ± 0.67	<10
Lymphocytes, %	32.9 ± 0.27	19-37
gamma- interferon, pg/ml	21.58 ± 1.96	0-25

Integral indices of the cell immune system.

- Index of Zemskij (index of immune deficiency- IImD) 0 – is taken as a norm.

$$IImD = \left(\frac{\text{index of the sick}}{\text{index of the healthy}} - 1 \right) * 100 \%$$

If the value is negative, a patient has immunodeficiency.

If the value is positive, a patient has immune hyperfunction.

I – when the calculated value belongs to the interval from 1-33 %, this case represents transient dysfunction and does not need intervention;

II – the range of fluctuation is 34-66 %; this case can be estimated as disregulatory pathology and it needs immunocorrection;

III –the calculated value exceeds 66 %, this case can be estimated as a disregulatory disease, i.e. if disregulatory pathology grows encircling new processes and adopting the nosological characteristic, it becomes a disregulatory disease and it needs the prescription of some immunocorrectors and immunomodulators.

– the calculation of the leucocyte intoxication index (LII) was held with respect to the formula of A.V. Ostrovskij 1983. In physiological conditions, the LII does not exceed 1.5

$$LII = \frac{\text{Plasma cells} + \text{myelocytes} + \text{metamyelocytes} + \text{band neutrophils} + \text{segmentonuclear neutrophils}}{\text{Lymphocytes} + \text{monocytes} + \text{eosinophils} + \text{basophils}} = 0,6-1,5$$

- infection index (II) or lymphocyte index; the II in physiological conditions is 0.57 ± 0.05 , if this value is lower, it means the infection of the organism:

$$II = \frac{\text{Lymphocytes}}{\text{myelocytes} + \text{metamyelocytes} + \text{band neutrophils} + \text{segmentonuclear neutrophils}}$$

The level of cytokine profile was analyzed in terms of the following dimensions – IL- 416.19 \pm 1.1pg/ml, alfa-interferon 7.58 \pm 0.9 pg/ml, gamma-interferon 21.58 \pm 1.96 pg/ml.

Table 5

The cytokine profile in the donor group

Dimension entitlement	Investigated group, n = 80	Laboratory norm (interval)
IL-4,pg/ml	16.19 \pm 1.1	0-20
alfa-interferon, pg/ml	7.58 \pm 0.9	<10
gamma-interferon, pg/ml	21.58 \pm 1.96	0-25

Also in our work we estimated the intensity of lipid peroxidation and we defined the following indices: malondialdehyde, the establishing of thiobarbituric acid active products, the common oxidative activity of blood serum and the glutathione peroxidase activity.

Table 6

The indices of the intensity of lipid peroxidation

Investigated dimension in blood serum	Investigated group, n = 80	Laboratory norm (interval)
Malondialdehyde (MDA), nM/l	2.99 \pm 0.33	< 10
Common oxidative activity(COA), mM/l	1.5 \pm 0.11	1.3-1.8
Plasma glutathione peroxidase activity, mcmol of glutathione /min	151.45 \pm 6.94	No data

The intensity of the disorder was analyzed in terms of the specific dimension of estimation-the level of average molecular peptides AM₂₅₄ (wave length is 254nm) and AM₂₈₀ (wave length is 280nm), as well as the level of integral dimension of the average molecular index which represents the ratio of AM₂₈₀ to AM₂₅₄ and C-reactive protein.

In the donor group the level of average molecules reached AM₂₅₄ 0.206 \pm 0.12 c.u. and AM₂₈₀ 0.295 \pm 0.013 c.u. The value of one of the markers of endogenic intoxication CRP was 4.4 \pm 0.74 mg/l.

Table 7

The indices of intensity of the syndrome of systemic inflammatory process in the donor group

Dimension entitlement	Investigated group, n = 80	Laboratory norm (interval)
AM ₂₅₄ , c.u.	0.21 \pm 0.02	0. 22-0.26
AM ₂₈₀ , c.u.	0.295 \pm 0.01	0. 22-0.26
IN AM, c.u.	1.45 \pm 0.12	1.4-1.5
CRP, mg/l	4.45 \pm 0.74	0.20-6.10

Table 8

The indices of hemostasis system in the donor group

Dimension entitlement	Investigated group, n = 40	Laboratory norm (interval)
Fibrinogen, g/l	2,6 \pm 0,26	2,34-2,86
APTT, sec	27,5 \pm 1,58	25,92-29,08

Conclusion of table 8

Dimension entitlement	Investigated group, n = 40	Laboratory norm (interval)
Fibrin monomers soluble complex, g/100ml	3,44 ± 0,08	3,36-3,52
Protein C, mg/l	0,94 ± 0,06	0,88-1,0
Procalcitonin ng/ml	0,15 ± 0,04	0,11-0,19
CRP Ultra, mg/l	0,7 ± 0,12	0,58-0,8
D-dimer test, mkg/ml	66,5 ± 15,26	51,24-81,76

Analyzing the results of the data in the investigated group, we may point out that the indices of the examined women do not differ from the values established in the medical resources for the healthy people.

REFERENCES

1. Biochimica et Biophysica Acta (BBA) – General Subjects Volume 1840, Issue 2, February 2014, Pages 809–817.
2. Environmental toxicants and the developing immune system: A missing link in the global battle against infectious disease? Review Article Reproductive Toxicology, Volume 31, Issue 3, April 2011, Pages 327-336 Bethany Winans, Michael C. Humble, B. Paige Lawrence.
3. Goldberg, E.D., G.N. Krishanovsky Дизрегуляционная патология системы крови. Издательство: медицинское информационное агентство. ISBN 978-5-8948-1724-8; 2009.

Материал поступил в редакцию 01.05.19

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ ПЕНЗА

О.П. Виноградова¹, О.А. Бирючкова²

¹ доктор медицинских наук, доцент кафедры «Акушерство и гинекология»,

² кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог

¹ Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

² «Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко», Россия

Аннотация. При любом патологическом процессе начинаются нарушения регуляции деятельности и функции структур, в которых он возник. Однако эти нарушения транзиторны, они исчезают вместе или после ликвидации патологического процесса и не являются дизрегуляторной патологией в собственном смысле этого понятия. Для оценки патологического состояния необходимо знание физиологической нормы, поэтому для проведения оценки дизрегуляторных расстройств, мы отметили актуальность определения нормальных параметров гомеостаза организма. В своей работе мы провели обследование группы женщин-доноров репродуктивного возраста, проживающих в городе Пенза. Анализируя полученные результаты, мы можем отметить, что показатели у исследуемых женщин достоверно не отличаются от величин, которые в литературе указаны для здоровых женщин.

Ключевые слова: дизрегуляторные расстройства, система гемостаза, физиологические нормы, иммунный ответ, системный воспалительный процесс.

УДК 616.2-616.233-002

ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ БРОНХИТАМИ

М.С. Машарипова¹, Х.О. Нуралиева², Н.Я. Файзуллаева³

¹ самостоятельный научный соискатель,

² доктор медицинских наук, доцент кафедры,

³ кандидат медицинских наук, доцент кафедры

^{1,2} Ташкентский фармацевтический институт,

³ Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Узбекистан

Аннотация. Статья содержит информацию о результатах изучения и оценка иммунного статуса у детей больных хроническими бронхитами. Установлено, что у больных детей хроническими бронхитами развивается Т-иммунодефицит в котором, на основе лежало снижение CD4+-клеток. У данной категории больных детей был выявлен повышенный уровень CD20+- и CD23+-клеток по отношению к контролю. Уровень IgG и IgA в сыворотки крови было достоверно ниже показателей контроля, но IgM не отличался от данных здоровых детей. Уровень провоспалительных и противовоспалительных цитокинов были повышенными у больных детей по отношению к здоровым 1,5-2,5 раза. При этом наблюдали достоверное снижение содержания IFN γ в 1,3 раза у больных детей по отношению к здоровым детям.

Ключевые слова: хронический бронхит у детей, иммунный статус, цитокиновый статус, здоровые дети, сравнительная характеристика.

Известно, что бронхиты являются заболеванием, которое протекает воспалением бронхов [3, 4].

Многочисленные исследования были посвящены особенностям течения, дифференциальной диагностике, принципам лечения острых и хронических бронхитов у детей различных возрастов. Описаны отличия между данными нозологическими единицами по результатам клинико-лабораторных, инструментальных исследований, а также доказаны исходы и прогноз данных патологических процессов [1, 5, 6].

Однако исследования по сравнительной оценке параметров иммунной системы организма детей хроническими бронхитами, а также о месте иммунной системы в развитии заболевания, изменений показателей иммунного статуса в процессе течения в динамике редки и разрозненны [2, 6].

В связи с этим проведение исследований по оценке иммунного статуса у детей хроническими бронхитами в сравнительном аспекте является актуальной.

Целью исследования было изучение и оценка иммунного статуса у детей больных хроническими бронхитами.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели были изучены 59 детей, постоянно проживающих в городе Ташкенте и Бухарской области Узбекистана. Из них 29 детей 3-7 лет с хроническими бронхитами составили основную группу, а 30 практически здоровых детей того же возраста были включены в контрольную группу. Обе группы были репрезентативны между собой по половозрастным признакам, по месту жительства, уровню жизни и методике проведения исследований.

Оценка иммунного статуса подразумевает изучение иммунной системы, включающее тестирование ее функциональных звеньев. Это определение клеточных, гуморальных звеньев иммунитета, неспецифических факторов защиты и уровня цитокинов. Оценку состояния иммунной системы проводили по экспрессии CD-дифференцированных и активационных антигенов. Определяли следующие маркеры иммунокомпетентных клеток: CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD20+-, CD23+-, CD16+-, CD25+-, CD95+/-клеток. Экспрессию рецепторов CD проводили в реакции розеткообразования с помощью моноклональных антител серии LT производства ООО «Сорбент» (РФ) по методу Гариба Ф.Ю. и соавт. (1995).

Определение концентрации в сыворотке крови иммуноглобулинов основных классов А, М и G проводили по методу радиальной иммунодиффузии по Манчини (1963). Определение С3 компонента комплемента в сыворотке крови проводили с помощью ИФА с использованием тест-системы «Цитокин» (РФ). Определение содержания С-реактивного белка в сыворотке крови проводили методом реакции агглютинации латекса. Определение уровня лактоферрина также проводили с помощью ИФА с использованием тест-системы «Вектор Бест» (РФ). Определение цитокинового статуса проводили с помощью ИФА с использованием тест-системы

«Протеиновый контур» (для определения ИЛ-2) и тест-система «Цитокин» (для других цитокинов) производства РФ.

Статистическая обработка материала проведена традиционным методом вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ для медико-биологических исследований.

Результаты исследований и обсуждение. Полученные результаты показывают (табл. 1), что по параметрам состояния Т-клеточного звена иммунной системы имеются достоверные отличия между сравниваемыми группами ($P < 0,05$). Отмечается достоверное снижение относительного показателя Т-лимфоцитов (CD3+-клетки) у представителей основной группы по отношению к данным контрольной группы в 1,2 раза ($P < 0,05$). Снижение данного параметра идёт в основном за счет 1,2-кратного дефицита CD4+-клеток ($P < 0,05$).

Таблица 1

**Сравнительные параметры Т-звена иммунной системы
у здоровых и больных детей хроническими бронхитами, $M \pm m$**

Параметры	Контрольная группа, n = 30	Основная группа, n = 29
Лейкоциты, абс. (10^9 /л)	6200 ± 73	9875 ± 248* ↑
Лимфоциты, %	32,6 ± 0,9	28,3 ± 2,6 ↔
Лимфоциты, абс. (10^9 /л)	2021 ± 53	2794 ± 112* ↑
CD3+-клетки, %	54,8 ± 1,2	46,5 ± 1,7* ↓
CD3+-клетки, абс. (10^9 /л)	1108 ± 29	1273 ± 81* ↑
CD4+-клетки, %	32,3 ± 0,8	26,8 ± 1,9* ↓
CD4+-клетки, абс. (10^9 /л)	653 ± 21	749 ± 58* ↑
CD8+-клетки, %	22,1 ± 0,6	21,6 ± 1,8 ↔
CD8+-клетки, абс. (10^9 /л)	447 ± 12	603 ± 49* ↑

Примечание: * – показатель достоверности по отношению к контролю; ↑ или ↓ – повышение или понижение параметра по отношению к контролю; ↔ – отсутствие достоверных отличий между группами.

При этом относительные параметры CD8+-клеток достоверно не отличались между собой ($P > 0,05$). Абсолютные показатели Т-лимфоцитов и их субпопуляций были выше параметров контроля. Но это не является истинным повышением параметров, так как данное увеличение идёт за счет 1,6-кратного увеличения количества лейкоцитов (лейкоцитоз в крови) у больных детей хроническими бронхитами, что характеризует развитие воспалительного патологического очага.

Другим важным показателем сравнительного изучения иммунного статуса у больных является иммунорегуляторный индекс, который характеризует соотношение хелперной активности (CD4+-клетки) к супрессорной активности (CD8+-клетки). Установлено, что у больных детей хроническими бронхитами иммунорегуляторный индекс был достоверно снижен в 1,2 раза по отношению к контролю (рис. 1).

Таким образом, у больных детей хроническими бронхитами отмечается достоверное снижение относительного показателя Т-лимфоцитов (CD3+-клетки) по отношению к данным здоровых детей, что характеризует развитие у данных детей развитие вторичного иммунодефицита. В основу данного иммунодефицита лежит истинное снижение Т-хелперов/индукторов (CD4+-клетки). Нужно подчеркнуть, что относительные показатели Т-супрессоров (CD8+-клетки) в обеих сравниваемых группах достоверно между собой не отличались. Достоверные отличия между основной и контрольными группами отмечали и по параметру иммунорегуляторного индекса, что еще раз доказывает снижение деятельности Т-звена иммунной системы у больных детей хроническими бронхитами.



Рис. 1. Сравнительные параметры иммунорегуляторного индекса у здоровых и больных хроническими бронхитами детей, ед.

При изучении количественного числа лимфоцитов с активационными маркерами (табл. 2) было выявлено, что при хроническом бронхите у детей наблюдался повышенный уровень лимфоцитов (CD25+-клетки) с рецептором к интерлейкину-2 (IL-2) по отношению к данным контроля ($P < 0,05$).

Таблица 2

Сравнительные показатели лимфоцитов с активационными маркерами у здоровых и больных хроническими бронхитами детей, $M \pm m$

Параметры	Контрольная группа, n = 30	Основная группа, n = 29
CD25+-клетки, %	17,3 ± 0,5	23,8 ± 1,5* ↑
CD95+-клетки, %	27,6 ± 0,8	32,9 ± 2,7* ↑

Примечание: * – показатель достоверности по отношению к контролю; ↑ – повышение параметра по отношению к контролю.

Практически такую же тенденцию к повышению параметров наблюдали и по уровню лимфоцитов с рецептором к апоптозу (CD95+-клетки), где увеличение было 1,2-кратным ($P < 0,05$).

Таким образом, у детей хроническими бронхитами установлено достоверное увеличение количества лимфоцитов с активационными маркерами с рецептором к IL-2 (CD25+-клетки) и с рецептором к апоптозу (CD95+-клетки) по отношению к данным здоровых детей, что характеризует наличие напряжения в иммунной системе больных детей.

В отличие от Т-звена иммунной системы нами было отмечено некоторое повышение параметров В-звена иммунитета (рис. 2). У больных детей хроническими бронхитами был выявлен повышенный уровень В-лимфоцитов (CD20+-клетки) по отношению к показателям контрольной группы в 1,4 раза ($P < 0,05$). Кроме того, установлено, что уровень лимфоцитов в крови с растворимой формой молекулы (CD23+-клетки) у больных детей хроническими бронхитами также было достоверно повышено в 1,8 раза по отношению к параметрам здоровых детей ($P < 0,05$). Были изучены показатели основных классов иммуноглобулинов сыворотки крови у обследованных здоровых и больных хроническими бронхитами детей.

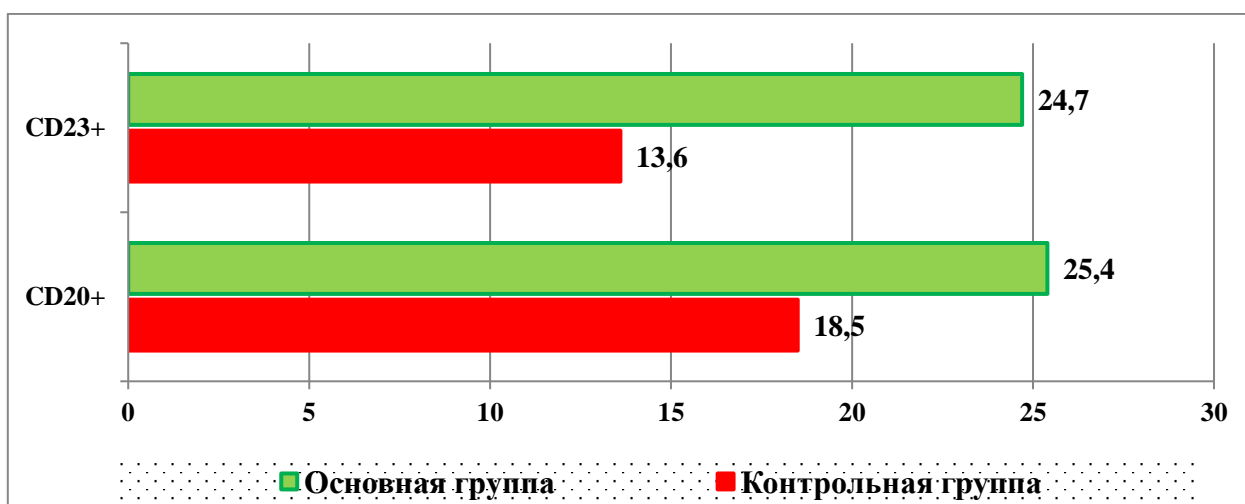


Рис. 2. Сравнительные показатели В-звена иммунной системы у здоровых и больных хроническими бронхитами детей, %

Изучение концентрации иммуноглобулинов в сыворотке крови детей с изучаемой патологией показало, что уровень IgG в сыворотке крови было в 1,4 раза достоверно ниже значений контрольной группы (рис. 3).

Такая же тенденция наблюдалась и по другим классам иммуноглобулинов, так концентрация IgA в сыворотке крови при хронических бронхитах у детей было в 1,5 раза достоверно ниже показателей контрольной группы ($P < 0,05$). Но в отличие от IgG и IgA концентрации IgM практически не отличался от данных контроля ($P > 0,05$).

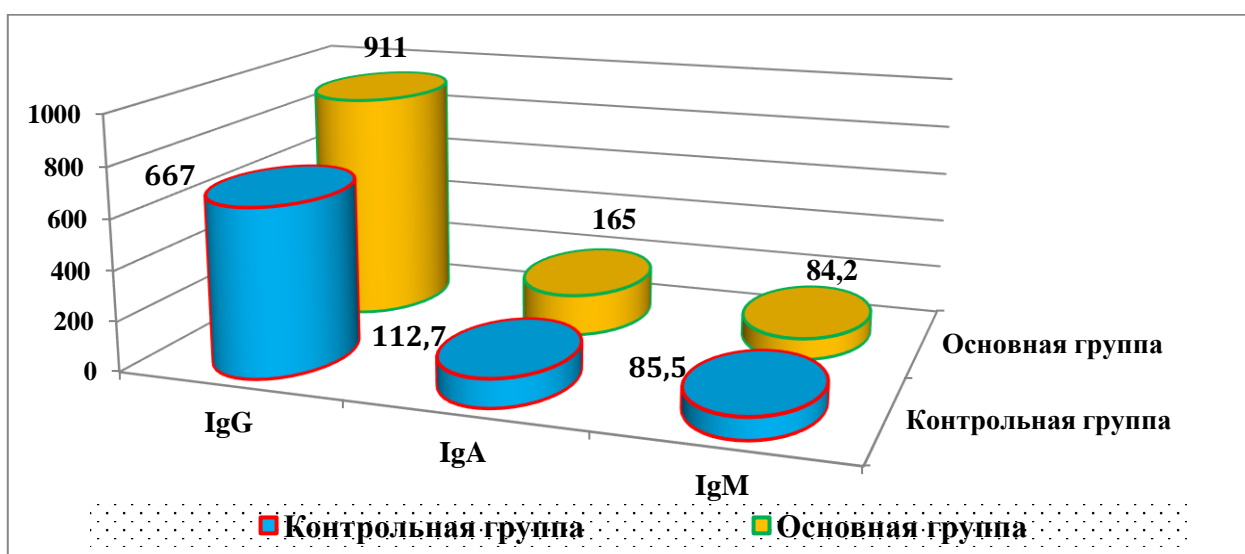


Рис. 3. Параметры содержания иммуноглобулинов G, A и M в сыворотке крови у обследованных детей в сравнительном аспекте, мг/%

Таким образом, в отличие от Т-звена иммунной системы у больных детей хроническими бронхитами был выявлен повышенный уровень В-лимфоцитов (CD20+-клетки) по отношению к показателям контрольной группы в 1,4 раза и лимфоцитов с растворимой формой молекулы (CD23+-клетки) в 1,8 раза. Уровень IgG в сыворотке крови было в 1,4 раза, концентрация IgA в 1,5 раза было достоверно ниже показателей контрольной группы. Но концентрация IgM достоверно не отличался от данных контроля. Следовательно, несмотря на повышенный уровень В-лимфоцитов, синтез некоторых иммуноглобулинов (IgG, IgA) достоверно снижен, а некоторых (IgM) не отличался от нормы. Повышенный уровень В-лимфоцитов объясняется компенсацией Т-иммунодефицита, а разнонаправленность изменений иммуноглобулинов сыворотки крови указывает на развитие воспалительного патологического процесса с неблагоприятным прогнозом.

Следующим этапом наших исследований было сравнительное изучение неспецифических факторов иммунной системы у больных детей хроническими бронхитами в сравнении с показателями здоровых детей.

Полученные результаты приведены в табл. 3.

Таблица 3

Сравнительные показатели неспецифических факторов иммунной системы здоровых и больных детей хроническими бронхитами

Параметры	Контрольная группа, n = 30	Основная группа, n = 29
CD16+-клетки, %	12,7 ± 0,5	18,1 ± 0,7* ↑
С3 компонент комплемента, мг/мл	34,6 ± 1,2	51,3 ± 1,4* ↑
СРБ, мг/л	3,8 ± 0,2	6,7 ± 0,3* ↑
Лактоферрин, нг/мл	561,8 ± 48,6	439 ± 36,9* ↓

Примечание: * – показатель достоверности по отношению к контролю; ↑ или ↓ – повышение или понижение параметра по отношению к контролю; СРБ – С-реактивный белок.

Как видно из таблицы 3 уровень киллерной активности или параметры Т-киллеров (CD16+-клетки) при хронических бронхитах достоверно выше, чем в контрольной группе ($P < 0,01$). Синтез белков острой фазы – С3 компонент комплемента и С-реактивный белок (СРБ) сохранили такую же направленность у больных детей ($P < 0,05$), повышение было соответственно в 1,5 и 1,8 раза по отношению к данным контрольной группы ($P < 0,001$).

В отличие от других параметров неспецифической защиты организма уровень лактоферрина в сыворотке крови больных детей с хроническими бронхитами было ниже по сравнению с данными здоровых детей ($P < 0,05$).

Таким образом, сравнительное изучение неспецифических факторов защиты больных детей хроническими бронхитами в сравнении с показателями здоровых детей показали, что уровень киллерной активности было достоверно больше, чем в контрольной группе. Другие представители неспецифической резистентности организма (С3 компонент комплемента, СРБ, лактоферрин) показали разнонаправленные изменения, если содержание С3 компонента комплемента и СРБ были выше соответственно в 1,5 и 1,8 раза по отношению к данным контрольной группы, то параметры лактоферрина, наоборот были ниже в 1,3 раза по отношению к контролю.

На следующем этапе исследований была проведена оценка цитокинового статуса представителей обеих групп исследования.

При изучении и оценке цитокинового статуса было проведено определение уровня провоспалительных (IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF α) и противовоспалительных цитокинов (IL-4) в сыворотке крови здоровых и больных хроническими бронхитами детей (табл. 4).

Полученные результаты показывают, что уровень провоспалительных цитокинов у больных детей был достоверно больше, чем у здоровых детей, включённых в контрольную группу ($P < 0,001$). Так содержание IL-1 β было в 2,5 раза достоверно больше у больных детей по сравнению со здоровыми детьми ($P < 0,001$). Близкий результат был получен и по IL-6, где у больных детей хроническими бронхитами увеличение было 1,6-кратным ($P < 0,001$).

Таблица 4

Параметры цитокинового статуса у здоровых и больных хроническими бронхитами детей в сравнительном аспекте

Цитокины	Контрольная группа, n = 30	Основная группа, n = 29
IL-1 β , пкг/мл	22,7 ± 3,7	56,2 ± 2,3* ↑
IL-6, пкг/мл	18,6 ± 2,1	30,5 ± 2,2* ↑
IL-8, пкг/мл	17,4 ± 1,6	28,7 ± 1,9* ↑
TNF α , пкг/мл	23,7 ± 1,9	38,6 ± 2,1* ↑
IFN γ , пкг/мл	28,5 ± 2,2	22,3 ± 1,7* ↓
IL-4, пкг/мл	5,8 ± 0,9	8,5 ± 1,2* ↑

Примечание: * – показатель достоверности по отношению к контролю; ↑ или ↓ – повышение или понижение параметра по отношению к контролю.

Практически такую же картину наблюдали и по IL-8 и TNF α , где превосходство параметров больных детей в количественном отношении над показателями здоровых детей было 1,6-кратным.

Обращает на себя внимание то, что наряду с провоспалительными цитокинами увеличение содержания в сыворотке крови больных детей отмечали у изученного нами противовоспалительного цитокина – IL-4. Результаты показали, что повышение у больных детей хроническими бронхитами составило 1,5 раз по отношению к параметрам контрольной группы ($P < 0,001$). При этом наблюдали достоверное сниженное содержание IFN γ в 1,3 раза у больных детей по отношению к здоровым ($P < 0,05$).

Таким образом, изучение содержания провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови здоровых и больных хроническими бронхитами детей показало, что уровень всех изученных

провоспалительных (IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF α) и противовоспалительных (IL-4) цитокинов были статистически значимо повышенными у больных детей по отношению к практически здоровым детям от 1,5 до 2,5 раза. При этом наблюдали достоверное сниженное содержание IFN γ в 1,3 раза у больных детей по отношению к здоровым детям.

Проведенные исследования по изучению специфической и неспецифической резистентности, а также цитокинового статуса у детей с хроническим бронхитом выявили направленность иммунных сдвигов, их выраженность и достоверность, что указывает на важную патогенетическую роль иммунных механизмов в развитии и прогрессировании изменений в иммунной системе организма детей с хроническими бронхитами.

Выводы.

1. У больных детей хроническими бронхитами отмечается достоверное снижение CD3+-клеток по отношению к данным здоровых детей. В основу Т-иммунодефицита лежало снижение CD4+-клеток. Показатели CD8+-клеток в обеих группах достоверно не отличались между собой. Достоверные отличия отмечали и по иммунорегуляторному индексу, что еще раз доказывает снижение деятельности Т-звена иммунной системы у больных детей с хроническими бронхитами.

2. У детей с хроническими бронхитами установлено статистически значимое увеличение лимфоцитов с активационными маркерами – CD25+- и CD95+-клетки – по отношению к данным здоровых детей, что характеризует наличие напряжения в иммунной системе больных детей.

3. У данной категории больных детей был выявлен повышенный уровень CD20+-клеток по отношению к контролю в 1,4 раза и CD23+-клеток в 1,8 раза. Уровень IgG в сыворотки крови было в 1,4 раза, IgA в 1,5 раза было достоверно ниже показателей контроля, но IgM не отличался от данных здоровых детей. У больных детей уровень киллерной активности было достоверно больше, чем в контрольной группе. Если содержание С3 компонента комплемента и С-реактивный белок были выше контроля соответственно в 1,5 и 1,8 раза, то лактоферрин, наоборот был достоверно ниже в 1,3 раза.

4. Уровень всех изученных провоспалительных (IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF α) и противовоспалительных (IL-4) цитокинов был статистически значимо повышенным у больных детей по отношению к здоровым 1,5-2,5 раза. При этом наблюдали достоверное снижение содержания IFN γ в 1,3 раза у больных детей по отношению к здоровым детям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Козлов, Р.С. Резистентность основных возбудителей инфекций дыхательных путей и препараты, её преодолевающие: Материалы 4 Евро-Азиатского респираторного общества Симпозиум: Внебольничные пневмонии, 7 мая, 2008.
2. Мавлянова, Д.А. Выявление бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста и тактика ведения на уровне первичного звена // Актуальные проблемы заболеваний органов дыхания у детей: Сб. тез. / Д.А. Мавлянова, Г.Г. Махамова, М.С. Эсанбаева. – Ташкент, 2005. – С. 93–94.
3. Петреня, Н.Н. Содержание сывороточного иммуноглобулина Е и физиологическая значимость реактивного механизма иммунной защиты у детей и взрослых на Севере Европейской территории России: автореферат диссертации канд. биол. наук / Н.Н. Петреня. – Архангельск, 2005. – 17 с.
4. Cao H., Yang T., Li X.F., et al. Read ministration of helper-dependent adenoviral vectors to mouse airway mediated via transient immunosuppression. *Gene Ther* 2011;18:173–181
5. Gleeson M., Bishop N.C., Stensel D.J., Lindley M.R., Mastana S.S., Nimmo M.A. The anti-inflammatory effects of exercise: mechanisms and implications for the prevention and treatment of disease. *Nat Rev Immunol.* 2011;11(9):607–615. doi: 10.1038/nri3041.
6. Sim Y.J., Yu S., Yoon K.J., Loiacono C.M., Kohut M.L. Chronic exercise reduces illness severity, decreases viral load, and results in greater anti-inflammatory effects than acute exercise during influenza infection. *J Infect Dis.* 2009;200(9):1434–1442.

Материал поступил в редакцию 17.04.19

**STUDY AND EVALUATION OF THE IMMUNE STATUS
IN CHILDREN WITH CHRONIC BRONCHITIS**

M.S. Masharipova¹, Kh.O. Nuraliyeva², N.Ya. Fayzullayeva³

¹Independent Scientific Applicant,

²Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,

³Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,

^{1, 2}Tashkent Pharmaceutical Institute,

³Institute of Immunology and Human Genomics of the Academy of Sciences of Uzbekistan, Uzbekistan

Abstract. *The article contains information about the results of the study and evaluation of the immune status in children with chronic bronchitis. It was found that in children with chronic bronchitis develops T-immunodeficiency in which, based on the reduction of CD4⁺-cells. In this category of patients, children were found to have elevated levels of CD20⁺- and CD23⁺-cells relative to the control. IgG and IgA levels were significantly lower than controls, but IgM did not differ from those in healthy children. The level of proinflammatory and antiinflammatory cytokines was increased in sick children in relation to healthy 1.5-2.5 times. At the same time, there was a significant decrease in the content of IFN γ by 1.3 times in sick children in relation to healthy children.*

Keywords: *chronic bronchitis in children, immune status, cytokine status, healthy children, comparative characteristics.*

Infectious diseases

Инфекционные болезни

УДК 616.988.578.835.1-053.2 (571.620)

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ В 2017-2018 ГОДАХ**И.И. Протасеня¹, Е.Ю. Сапега², Л.В. Бутакова³**¹ доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической педиатрии с курсом детских инфекционных болезней,² кандидат медицинских наук, руководитель Дальневосточного научно-методического центра по изучению энтеровирусных инфекций,³ младший научный сотрудник¹ ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Хабаровск),³ ФБУН «Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии» Роспотребнадзора, Россия

Аннотация. В работе представлены данные, характеризующие особенности эпидемического процесса, клиники энтеровирусной инфекции у детей, основанные на анализе статистической заболеваемости, за 2017-2018 годы. Представлена возрастная структура заболевших, клинических вариантов болезни. Выявлена взаимосвязь клинических форм заболевания и возраста больных.

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, дети, эпидемиология, клиника.

Актуальность проблемы энтеровирусной инфекции (ЭВИ) и ее эпидемиологическая значимость определяются высокой контагиозностью, многообразием серотипов энтеровирусов и широким распространением их в окружающей среде, возникновением вспышечной заболеваемости, выраженным полиморфизмом клинических проявлений, отсутствием средств специфической терапии и профилактики [1, 2].

Длительный период наблюдения свидетельствует о том, что на территории Хабаровского края ежегодно регистрировались случаи различных клинических форм ЭВИ. В крае реально существуют условия для широкой циркуляции энтеровирусов и реализации путей распространения инфекции. К этим условиям следует отнести и резко-континентальные климатические условия, сопровождающиеся высокими температурами воздуха и высокой влажностью в летний период времени; и наличие фекального загрязнения реки Амур; и недостаточную эффективность очистки сточных вод; и отсутствие альтернативных источников водозабора, и высокий уровень миграционных процессов и другие [3, 4].

Нами проведен анализ и эпидемических и клинических особенностей энтеровирусной инфекции у детей в Хабаровском крае за последние два года, основанный на данных официальной статистики.

Результаты и обсуждение.

В течение 2017-2018 гг. в Хабаровском крае было зарегистрировано 882 случая ЭВИ, что составило 29,1 % из числа случаев ЭВИ в Дальневосточном Федеральном округе.

В круглогодичной заболеваемости ЭВИ прослеживается четко выраженная летне-осенняя сезонность с началом эпидемического подъема в июне и пиком в августе-сентябре (около половины заболеваний).

Случаи ЭВИ регистрировались во всех возрастных группах детей. Доля детей грудного возраста составила 6,0 % в общей структуре больных ЭВИ детей, причем в 2018 году удельный вес детей грудного возраста увеличился в два раза, и в среднем заболеваемость детей до года составила 145,8 случаев на 100 тысяч населения соответствующего возраста.

Значительно чаще (в 4,6 раза) ЭВИ отмечалась среди детей раннего возраста (27,6 %). Наибольший удельный вес в структуре возрастной заболеваемости наблюдался у детей возрастной группы 3-6 лет (46,0 %), что составляет 303,4 случая на 100 тысяч детского населения.

Удельный вес детей школьного возраста в среднем составлял 20,4 %.

Для ЭВИ свойственен полиморфизм клинических проявлений. Наиболее манифестными клиническими формами ЭВИ являются неврологические формы. Ведущей формой ЭВИ, ее основным маркером, следует считать серозный менингит (СВМ) [3]. К маркерам ЭВИ относят также герпангину, имеющую свою особую клиническую картину [4].

В течение последних двух лет СВМ не являлся ведущей клинической формой ЭВИ, его удельный вес составил лишь 13,1 % в структуре клинических вариантов.

При этом преобладали другие клинические варианты ЭВИ, протекающие без поражения нервной

системы. Ведущей формой оказалась герпангина (58,9 %). Эпидемическая экзантема была зарегистрирована у 11,6 % больных. Недифференцированная форма, так называемая «малая болезнь» встречалась в 5,9 % случаев. Такие клинические формы как кишечная (4,9 %), и другие (эпидемическая миалгия, респираторная), редко диагностируются как клинические варианты ЭВИ (5,6 %).

При сопоставлении возрастного состава заболевших с клиническими формами ЭВИ, нами выявлено, что СВМ редко встречался у детей до года (2,3 %) и раннего возраста (10,1 %). Этот вариант ЭВИ преимущественно регистрировался в возрастной группе от 3 до 12 лет (76,0 %). Относительно редко СВМ наблюдался у детей старше 12 лет.

Герпангина явилась ведущей клинической формой у детей грудного (64,1 % к общему числу больных данного возраста) и раннего возраста (72,0 %).

«Малая болезнь» наиболее часто регистрируется у детей школьного возраста (20,6 %), в 2 раза реже – у детей дошкольного возраста, практически одинаково в группе детей грудного (11,3 %) раннего (10,3 %) возрастов.

Следует отметить, что в группе детей грудного и раннего возраста 81,6 % случаев ЭВИ протекало в формах без поражения нервной системы. Возможно, что это соотношение связано с более частой госпитализацией детей раннего возраста по сравнению с детьми других возрастных групп, вместе с тем, можно предположить, что эпидемический процесс в группах детей грудного и раннего возрастов происходит менее манифестно с преобладанием клинических проявлений ЭВИ без поражения ЦНС.

Следует отметить, что СВМ чаще встречается у мальчиков (91,2 %), а формы ЭВИ без поражения ЦНС регистрируется среди мальчиков и девочек примерно одинаково (48,2 % и 51,8 % соответственно).

Особенностью эпидемического подъема ЭВИ в Хабаровском крае в 2017 году стала активизация циркуляции вирусов Коксаки А10, Коксаки А6, ЭВ-71. В 2018 году доминирующими вирусами явились ЕСНО6 и Коксаки А6.

Таким образом, ЭВИ характерны полиморфизм клинических проявлений и вовлечение в эпидемический процесс всех возрастных групп детей, начиная с детей грудного возраста. Более половины случаев ЭВИ (66,4 %) приходится на детей в возрасте от 3 до 14 лет.

Структура клинических вариантов ЭВИ имеет зависимость от возраста больных. СВМ, как основной маркер ЭВИ, являлся доминирующим клиническим вариантом в группе детей 3-12 лет.

У детей грудного и раннего возрастов преобладали формы ЭВИ, протекающие без поражения нервной системы, (ведущая – герпангина), что следует учитывать при проведении своевременной диагностики ЭВИ в период сезонного подъема заболеваемости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохин, В.А. Эпидемические инфекции: современные особенности / В.А. Анохин, А.М. Сабитова, И.Э. Кравченко и др. // Практическая медицина. – 2014. – № 9 (85). – С. 52–59.
2. Мартынова, Г.П. Эпидемическая (неполио) инфекция у детей / Г.П. Мартынова // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 3 (87). – С. 100–106.
3. Протасеня, И.И. Эпидемическая инфекция у детей: от прошлого к настоящему / И.И. Протасеня, В.П. Молочный, О.Е. Троценко и др. – Хабаровск, 2010. – 292 с.
4. Протасеня, И.И. Эпидемическая инфекция у детей / И.И. Протасеня. – LAP Lambert Academic Publishing. – Германия, 2015. – 274 с.

Материал поступил в редакцию 29.04.19

ENTEROVIRUS INFECTION IN CHILDREN OF KHABAROVSK REGION IN 2017-2018

I.I. Protaseny¹, Ye.Yu. Sapega², L.V. Butakova³

¹ Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Polyclinic Pediatrics with a course of Children's Infectious Diseases,

² Candidate of Medical Sciences, Head of the Far Eastern Scientific and Methodological Center for the Study of Enterovirus Infections, ³ Research Assistant

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Far-Eastern State Medical University" of The Ministry of Health of the Russian Federation (Khabarovsk),

³ Khabarovsk Research Institute of Epidemiology and Microbiology, Russia

Abstract. The paper presents data characterizing the features of the epidemic process, the clinic of enterovirus infection in children, based on the analysis of statistical morbidity for 2017-2018. The age structure of patients and clinical variants of the disease are presented. The interrelation of clinical forms of disease and age of patients is revealed.

Keywords: enterovirus infection, children, epidemiology, clinic.

History of medicine
История медицины

УДК 61

ВРАЧИ ВОКРУГ И.А. ГОНЧАРОВА**Ш.Л. Меараго**, доцент, заведующий

кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург), Россия

***Аннотация.** В статье рассматриваются проблемы со здоровьем, которые были у писателя Гончарова. Дана информация о врачах, к которым обращался Гончаров в России и за границей. Указаны методы лечения и препараты, рекомендованные Гончарову.*

***Ключевые слова:** писатель И.А. Гончаров, проблемы со здоровьем, лечение в России и за границей.*

Полтора века тому назад в тогдашний Мариенбад (сейчас Марианске-Лазне), что на западе Чехии, приехал «на воды» русский писатель Иван Гончаров. Приехал угрюмый, нездоровый, с черновыми набросками романа о помещике-лежебоке. Персонаже, который ему никак не давался почти десять лет.

Через полтора месяца в Россию через Европу возвращался совсем другой Гончаров: помолодевший, окрепший, повеселевший. Он вёз с собой почти готовую рукопись «Обломова», книги, которая принесёт ему мировую известность. В истории литературы этот невероятный случай носит название «мариенбадского чуда» [7].

Гончарову нравилось в этом городе, и он впоследствии побывал здесь 9 раз, абсолютный рекорд среди русских писателей.

Здесь его лечили разные врачи, например, местный доктор Франкл. Лечение было вполне традиционным: минеральная вода, грязь и диета, а по сути – скудное питание: несколько ложек супа, маленькая котлета, половина цыплёнка, «сильно тощего, как будто и он пил мариенбадскую воду», по саркастичному выражению Гончарова. Однако писатель полюбил заграничный комфорт и вежливое обхождение и стал ездить в Мариенбад регулярно, но потом сменил его на Киссинген. Тут его лечит местная знаменитость – доктор Дюруфа (Дируфа). Сначала доктор очаровал Гончарова, и он писал М.М. Стасюлевичу¹, что Дюруфа его «подробно обследовал, аускультировал и сказал, что... все обстоит благополучно, и обещал, что нервы... поправятся» [3].

На самом деле беспокоили Гончарова не только «нервы». Уже тогда появлялись эпизоды головокружения, одышка, беспокоил избыточный вес. «Элегантный курортный врач» скоро перестал нравиться Гончарову, и для этого были основания. Сохранилась и такая характеристика доктора Дюруфы: «Я болен больше, нежели думают те, которые при встрече, видя, что я все толст, шагаю твёрдо, не шатаюсь, ем, говорят: „да вы здоровы“, не подозревая, что я иногда готов в это время упасть от боли. Я вчера послал Дюруфу золотой и уволил его, потому что мне не нужно его вовсе для того, чтобы знать, сколько стаканов пить, во сколько градусов ванну брать – я это давно знаю, потому что воды здешние и Мариенбадские – одни и те же с небольшими оттенками. А мне нужно два полчаса в неделю поговорить с ним наедине о том, как успокоить нервы, как укрепить их. Поговорить тоже о катаре слизистой оболочки, которая мучает меня, о скрытом геморрое и т.д. Для этого нужно, чтоб он хоть раз в неделю, хоть два заглянул ко мне. А он наотрез объявил, что он посещает больных дам, что у него много больных на руках, все знатные лица. Я простился с ним и, если встретится надобность, возьму Вельша, которого хвалят и который, как все медики в Мариенбаде, посещает всех больных, полагая, вероятно, что для доктора учтивость и любезность перед дамами заменяется одинаково-равным долгом в отношении к больным обоего пола. Дюруфа же сказал, что я могу видеть его у источника, где его рвут на части и лезут к нему, как к доктору..., торгующему средствами привлечь любовь или отворотиться от неё, или же дома, где надо терять полчаса и $\frac{3}{4}$, ожидая очереди среди чающих движения воды. Но как я не располагаю долго оставаться здесь, то и постараюсь обойтись без доктора». Как видно, ни о каком особом уважении к доктору Дюруфе, о котором говорит В.Д. Розенберг (2009), речь не идёт. Впрочем, это не помешало ему передать свой успешный бизнес сыну. В последний раз Гончаров ездил на европейский курорт в 1872 году [3].

Прежде всего, необходимо отметить, что Гончаров в течение всей своей жизни отличался сильной восприимчивостью к простуде. Простудные болезни не давали ему покоя в Петербурге, климат которого благоприятствовал их развитию. Однако тут он провёл большую часть жизни, уезжая только на летнее время. Но и летом за границей он также не был гарантирован от простуд и их последствий. В Петербурге же он постоянно жаловался на простуды, кашель, катар слизистой оболочки, бронхит, грипп, вообще на болезни дыхательных

путей. «Петербургский ветер „прохватывал“ его иногда так, что он целыми днями маялся “в лихорадке, валялся в забытьи по диванам и морил себя голодом, питаюсь одним аконитом”, принимая хинин; флюсы он считал “свойственными” своей натуре как “слабой, лимфатической”. Холодная сырая погода, столь частая в Петербурге, обуславливала у него, вместе с флюсами, зубную боль, а также боль в висках. “Жестокие припадки” последней он называет то невралгией, то ревматизмом, то ревматическим „мигренем“, то тиком... своё “сырое, лимфатическое сложение” он считал источником приливов крови в голову и к желудку и подагрических припадков». Любопытно, что Гончаров долгое время не бросал курить, предпочитая сигары.

Обилие и разнообразие жалоб писателя заставляет вспомнить о состоянии, которое старые врачи называли ипохондрией. Ее остроумное описание оставил младший современник Гончарова: «Она под действием врачебного ухода беспрестанно видоизменяется, облекаясь в самые странные, самые грозные формы: то это ястреб желудочной язвы, то змей воспаления почек; то она внезапно явит жёлтый лик разлития желчи» [3].

Мало того, Гончаров страдал еще и метеозависимостью. «Колебания барометра, – рассказывал его племянник, – оказывали на него огромное влияние: поднимался ли ветер, собирался ли дождь, он начинал брюзжать и жаловаться». «В эту погоду, – писал Гончаров знакомой, – я не живой человек: не ем, не сплю, одержим опасною свирепостью и всех ненавижу”. В сырую, ветреную, очень холодную или, напротив, слишком жаркую погоду не только обострялись его соматические болезни (подагра, ревматизм и т.д.), но и «обнаруживались симптомы психической неуравновешенности, и он терял способность к литературному творчеству, что еще более удручало его, так как высший смысл своего существования он видел только в этом последнем: раз он не писал, он считал себя бесполезным человеком» [6].

Помимо вышеуказанных болезней у Гончарова были проблемы и со зрением.

На слабость своего зрения Гончаров начал жаловаться с 50-летнего возраста. Из письма к брату в 1867 году: “...теперь почти ничего и ни к кому не пишу: глаза слабеют”. В конце 70-х годов для него делается по этой причине уже очень трудным литературный труд: посылая Краевскому заметку для “Голоса”, он замечает: “Все святые видели с небес, что это мне стоило царапать с слепыми глазами” [6].

В начале 1880-х годов общая слабость зрения осложнилась специальной болезнью правого глаза. В конце 1882 года он “одним глазом совсем перестал видеть, в другом почувствовал боль” [1].

Далее болезнь правого глаза постоянно прогрессировала. Притом, насколько можно видеть из известной нам переписки писателя, пользовавшие его врачи не всегда сходились если не в определении, то в методах лечения его болезни. В Петербурге лечили его Магавли и Тихомиров, а в Риге (летом 1883 и 1884 гг.) Мандельштам. “В Риге, – как сообщает он в неизданном письме к другу от 14 июня 1883 года, – окулист сказал мне, что напрасно я не дал сделать операцию, что глаз мой теперь уже испорчен, зрачок прирос, и велел бросить всякие капли и промывать глаза тёплой водой!”. Опасность угрожала и левому глазу, который гноился и который также приходилось лечить. Ровно через 9 месяцев (14 марта 1884 г.) он пишет Л.И. Стасюлевич: “Я утром кое-как (с помощью няньки) добрался до своего окулиста – и он обрёл меня на бульваре и вечернее затворничество, что и исполняю. О другом глазе сегодня окулист дружески предложил мне вынуть его совсем (чтоб не болел никогда), а другой немного сократить, подрезав, дабы не гноился! Я взял среднее: не делать ни того, ни другого!” [2].

Но такое индифферентное отношение его продолжалось недолго. Правый глаз продолжал давать себя чувствовать. Проживая в Дуббельне близ Риги, в июне того же 1884 года он ушиб его, ударив по зрачку (пуговицей во время одевания). Хотя затем ушиб прошёл без следа, но вскоре глаз этот заболел острым воспалением. Этот период болезни, окончившийся совершенною потерей глаза, описан им в письме к М.М. Стасюлевичу от 6 июля 1884 года: “Собственно у меня даже нет глаза: это какая-то масса кровавого цвета, покрытая слоем нагноения, – словом нарыв на роговице, как будто кто-то жирно нахаркал! Это бы ничего, – но мне больно, больно, так что я ночи не сплю, часто просыпаюсь, иногда вскрикиваю от боли, отдающейся во лбу и в затылке. Рижский окулист, доктор Мандельштам, говорил, что это нарывание может продолжаться недели три, а потом глаз уменьшится, т.е. истратит жизненные соки, когда нарыв прорвётся, и завянет, как цветок; тогда и боли будто бы никогда не будет: негде-де ей быть”.

Известный окулист Магавли предлагал Гончарову в Петербурге, *enucleatio bulbi*, т.е. вылушение глазного яблока. Это вполне согласно с вышеприведенным свидетельством самого Гончарова, который тогда на это не согласился [5]. Мандельштам нашёл у него *panophthalmitis*, т.е. общее воспаление всех тканей глазного яблока, но не был мнения, что только оперативным путем возможно было помочь больному, и предложил ему продолжать лечение выжидательным способом. Гончаров радостно согласился на это, и дело кончилось тем, что получилась *atrophia bulbi*, т.е. атрофия глазного яблока, без всяких последствий для здорового глаза.

Весной 87-го года он пишет А.Ф. Кони: «Около меня ходит удар: то в ухо хлестнёт, то приходится па улице опереться на стенку, чтоб от головокружения не упасть, – не то так ноги окоченеют.

Я не боюсь собственно удара, т.е. решительного, наповал, но я боюсь его хвоста, боюсь ударов по частям, что может затянуться».

Да, жизнь – это борьба. Но не только и не столько она борьба – так он это понимает, – сколько нечто большее. Тому же Анатолию Фёдоровичу: «Боритесь и помните, что жизнь есть – терпение и что спасается и выходит победителем только «претерпевший до конца».

Сколько ему самому еще терпеть? В 1888 году опасение подтвердилось: подкараулил его второй апоплексический удар, именно такой, какого опасался, – «хвостатый».

Но он встал на ноги и после этого.

Дети, дети – вот кто не даёт ему умирать. Саня скоро окончит своё педагогическое училище. Леночка незаметно добралась уже до высшего класса гимназии. Снова надо думать о даче на лето. Далеко ездить он уже не может. Дуббельн отменяется. Нарва, Павловск, Старый Петергоф – вот это ему еще по силам.

На восьмидесятом году жизни, осенью 1891 года, он слег от воспаления легких, и перемочь эту болезнь оказалось ему уже не по силам. «Я посетил его за день до его смерти, – сообщает Л.Ф. Кони, – и при выражении мною надежды, что он еще поправится, он посмотрел на меня уцелевшим глазом, в котором еще мерцала и вспыхивала жизнь, и сказал твёрдым голосом: Нет, я умру! Сегодня ночью я видел Христа, и он меня простил...» [4]

Примечание

¹ М.М. Стасюлевич – историк и профессор Петербургского университета, публицист, близкий друг И.А. Гончарова.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.А. Краевскому 27 декабря/8 января 1883 г. и 14 января 1883 г. – Там же. – С. 82.
2. А.Ф. Кони 14 июня 1883 г. // Наст. том: Гончаров – Кони, п. 43.
3. Ларинский, Н. ...я не знаю, что писать, я не умею писать, я не знаю, о чём хочу писать... [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.uzrf.ru/publications/istoriya_i_bolezni/goncharov
4. Лощиц, Ю.М. Гончаров / Ю.М. Лощиц. – М.: Молодая гвардия, 1977. – С. 343, 345.
5. С.М. Шпицер ошибочно утверждал, что в 1880 г. операция эта была уже произведена (примеч. Суперанского). – Шпицер С.М. Забытый классик // ВЕ. – 1911. – № 11. – С. 682.
6. Суперанский, М.Ф. Болезнь Гончарова: Неизданная статья [1923] / Предисл. В.А. Недзвецкого; Публ. и коммент. М.И. Трепалиной // И.А. Гончаров. Новые материалы и исследования / М.Ф. Суперанский. – М.: ИМЛИ РАН; Наследие, 2000. – С. 574–634.
7. Фозикош А. Мариенбадское чудо [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.subscribe.ru

Материал поступил в редакцию 08.04.19

DOCTORS OF I.A. GONCHAROV

Sh.L. Mearago, Associate Professor,

Head of Department of Healthcare Mobilization Training and Disaster Medicine

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Saint-Petersburg), Russia

Abstract. *The article deals with the health problems that the writer Goncharov had. Information about the doctors who were asked by Goncharov in Russia and abroad is given. Treatments and drugs recommended by Goncharov were stated.*

Keywords: *writer I.A. Goncharov, health problems, treatment in Russia and abroad.*

УДК 61

ВРАЧИ ВОКРУГ А.Н. ОСТРОВСКОГО

Ш.Л. Меараго, доцент, заведующий
кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург), Россия

Аннотация. В статье рассматриваются проблемы со здоровьем, которые были у драматурга А.Н. Островского. Дана информация о врачах, к которым обращался Островский, в частности, профессор А.А. Остроумов. Указаны рекомендации, которые давали доктора Островскому.

Ключевые слова: драматург А.Н. Островский, проблемы со здоровьем, профессор А.А. Остроумов.

Он не блистал в высшем обществе, не дрался на дуэли, не проигрывал в карты, не совершал кругосветных путешествий, не делал научных открытий, не был душой компании, не производил особого впечатления на женщин.

Его детство прошло среди дьячков, просвирен, пономарей – ближайших родственников по отцу и матери. Он рано остался сиротой – от тяжелых девятих родов умерла его мать и в дом вошла мачеха, у которой один за другим рождались свои дети. Отец, судебный стряпчий по коммерческим делам достаточно быстро разбогател и хотел, чтобы старший сын пошёл по его стопам. Но студента юридического факультета Московского университет совсем не привлекала юриспруденция. Когда, проучившись чуть более года, на экзамене по истории римского права он получил единицу, то, не раздумывая, подал прошение об отчислении.

Зато он посвятил себя литературе. Написал более четырех десятков пьес. И в России нет ни одного театра, в котором не ставились его блистательные произведения, практически все пьесы были экранизированы. Его имя известно во всём мире – это великий русский драматург Александр Николаевич Островский.

Когда Островскому исполнилось 26 лет он пробует себя на литературном поприще и в № 7 «Московского городского листка» печатается сцена из его комедии «Несостоятельный должник». В этот же период отец Островского получает поместье Щельково в Кинешемском уезде Костромской губернии, которое станет любимыми пенатами драматурга.

В молодости Островский обладал богатырским здоровьем. Но годы напряжённого творческого труда, а еще более тяжёлые взаимоотношения с театральной дирекцией, с цензурой, наконец постоянные материальные недостатки не прошли для него бесследно.

В конце 60-х и в начале 70-х годов он все чаще и чаще жалуется на нездоровье. Его мучают расстройство нервов, головные боли, ревматические и сердечные приступы [6].

Н.Е. Вильде вспоминает, что жалобы на стеснение в груди, на припадки сердца и т.п. ему и другим приходилось слышать от драматурга еще с начала 60-х годов, но «никто этим жалобам не верил, они даже возбуждали смех, и все мы были убеждены, что Александр Николаевич просто – мнимый больной» [2].

Островский был и на самом деле человеком мнительным. Но в эти годы его болезни были уже не мними, а действительными.

В начале декабря 1860 года он сообщал Бурдину: «Я опять болен, расстройство нервов дошло до крайней степени, более двух недель я совсем не сплю» [5].

Прошло три месяца, и он снова пишет тому же адресату: «Нервы мои дошли до крайней степени раздражения, и стали являться видения. Как это смешно со стороны, и как это страшно, когда испытываешь сам» [5].

10 февраля 1874 года, заметив, что пришедший к нему Н.А. Дубровский лишился переднего зуба, Александр Николаевич с сокрушением сказал: «Разрушаемся мы с тобой, Миколушко, вот и у меня почти все повыпали, жевать нечем. Что, друг, делать, было времячко, да прошло» [4].

Слабей физически, драматург тем не менее усиливал свою трудовую деятельность.

«Занят каторжным образом», «сiju работаю, почти не разгибаясь», «не совсем здоров, но работаю усердно», «у меня нет ни одной минуты свободной», «упадок всех сил... а работать нужно, чтобы хоть летом без работы пожить и поправиться», «так работаю, что не разгибаю спины и не вижу, что вокруг меня делается», «безвыходно сiju день и ночь за работой» – таков лейтмотив сообщений драматурга о своём основном времяпровождении в 70-е годы.

Островский написал сорок семь оригинальных пьес и имел рекордное для великого русского писателя количество детей (десять; четверо, от Агафьи Ивановны, рано умерли). Исключительная и опять-таки универсальная плодовитость. «Вы наш богатырь», – напишет Островскому Некрасов [3]. Ни на одного своего современника Островский не производил впечатления хилого, болезненного, слабого здоровьем человека (исключая два-три последних года жизни). «Фигура русского, плотно, хорошо сколоченного боярина» (М. Семевский) [1]; «крупная, мужественная фигура» (Т. Склифосовская) [1]; «кажется человеком коренастым и здоровым»

(А. Урусов); до конца жизни Островский не прекращал разнообразную деятельность, упражнял лингвистические способности, не потерял ни грана памяти (замечательной, необыкновенной и колоссальной, по отзывам современников).

Жаловаться на нездоровье Островский начал смолоду. Дальше дело пошло по нарастающей: начиная с 1860-х годов, со времён своей семейной драмы, драматург заявляет о плохом, ужасном, катастрофическом состоянии организма, пишет об этом почти в каждом письме к другу или близкому приятелю.

Но болел же он и действительно. Знакомство с родимой природой во время волжской экспедиции ему довольно дорого обошлось – Островский «сломал ногу, один раз тонул, несколько раз сильно простужался». Он часто переутомлялся, простужался, болел сердцем и умер ведь в шестьдесят три, не в девяносто [1].

Надо признать, что к своему здоровью Островский относился весьма пренебрежительно и даже безответственно, несмотря на то, что он был главой большого семейства. Зато, когда кто-либо из детей заболел, Александр Николаевич бросал работу и превращался в бессменную сиделку.

В начале марта 1870 года он сообщил Бурдину: «В январе захворала Маша и теперь едва только начинает оправляться и понемножку учится ходить. В продолжение трех недель я не отходил от неё и не спал ни одной ночи, и от отчаяния и бессонных ночей дошёл до того, что был на волос от помешательства» [5].

Островского лечили несколько известных докторов. Это, прежде всего, профессор Остроумов Алексей Александрович.

Остроумов неоднократно посещал Островского и давал ему медицинские рекомендации. Вот как прошло одно из таких посещений уже незадолго до смерти драматурга.

21 мая 1856 г., в среду, своего болящего пациента Островского навещил профессор А.А. Остроумов, прописавший Александру Николаевичу, кажется, кофеиновые пилюли. Лекарство это ожидаемой пользы, однако, не принесло: хотя и в меньшей мере, припадки повторялись ежедневно. При плохом сне и полном отсутствии аппетита желудок не работал, что усугубляло болезнь при поднимавшихся ломотах в груди и руках.

Бывало, после припадков Островский находился в забытьи или засыпал, сидя в кресле. Сон был непродолжителен и чуток.

Иной раз после припадка он спросит:

- Бледен я?

Конечно, я успокаивал его. Сам же он избегал смотреться в простеночное зеркало, стоявшее между окнами.

Я замечал, что на расшатанный организм Островского, при общем расстройстве всей нервной системы, губительно влиял беспощадно истреблявшийся им табак. К тому же у него все курили беспрепятственно; поэтому номер его был насквозь пропитан никотином, так что и воздух, при часто открываемых поочередно окнами, не мог выгнать табачного запаха. Однажды, войдя к нему, я не выдержал и громко заявил свой протест:

- Простите, Александр Николаевич, здесь дышать невозможно! Кажется, и стены насквозь пропитаны табаком.

- Откройте вон то окно и дверь настежь, пускай просквозит; я покуда постою там, – сказал Александр Николаевич, и сам скрылся в спальню.

Дверь и окно были открыты. Потянуло сквозняком.

- Довольно, – проговорил он нетерпеливо, – закройте окно: воздух проникает сюда.

Так как моих увещаний бросить курить табак Островский во внимание не принимал, я нажаловался на него в его же присутствии посетившему его доктору С.В. Доброву, шепнув ему об этом на ухо. Совет Сергея Васильевича на вопрос «разве вредно курить?» оказался убедительным. С тех пор я не видал Александра Николаевича курящим; но это, к сожалению, случилось незадолго до его кончины.

Несмотря на то, что день ото дня Островский угасал, как догорающий светильник, ум его бодрствовал; духом он не падал и, если физические силы позволяли, работал не покладая рук.

Островский был в дружеских отношениях с актрисой Александрой Ивановной Шуберт, которая много играла в провинции, в Московском Малом театре и в Александринском в Петербурге и охотно помогал ей в подготовке ролей.

Впоследствии Шуберт написала свои воспоминания: «Я вышла замуж за действительного статского советника (соответствует генеральскому чину) Степана Дмитриевича Яновского. Свадьба была утром, а вечером я играла внезапно, по болезни Читау, Любовь Гордеевну в «Бедность не порок». Тут в первый раз увидел меня Островский, бывший в Петербурге проездом, и выразил своё неудовольствие. «С какой стати в эту пьесу выпустили барышню из пансиона». Мне тотчас же это передали. Замечание верное, купчихой я была невозможна ни в молодости, ни в старости.

Кстати, Островский был хорошо знаком и с мужем Шуберт известным доктором С.Д. Яновским. Яновский был завзятым любителем литературы, к тому он состоял в самых тёплых и дружеских отношениях с Ф.М. Достоевским – лечил самого писателя и всю его семью.

Интересно получилось, что в одной семье муж и жена написали воспоминания о двух великих русских писателях Островском и Достоевском.

В самый последний год своей жизни Островский получил большое нравственное удовлетворение. Ему доверен был московский театр и устройство театральной школы на предполагаемых им основаниях. Он сделался,

наконец, хозяином русского театра; он мог осуществить все свои заветные мечты: любимое дело было в его собственных руках; ничто не мешало ему поставить это дело на надлежащую высоту: он устроит рассадник юных талантов, очистит русскую сцену от плевел и поднимет вкус публики!..

В 1886 году семья драматурга, кроме сыновей Михаила и Сергея, жила в Щелькове с 18 мая.

Зная болезненное состояние Александра Николаевича, дети и Мария Васильевна с возрастающим нетерпением ждали его приезда в усадьбу. Все надеялись, что хорошее, весёлое лето восстановит ослабшие силы Александра Николаевича и укрепит его здоровье, так необходимое ему теперь, когда осуществилась его долгожданная мечта и он стал художественным руководителем московских театров.

А между тем здоровье драматурга не улучшалось, а явно ухудшалось.

Перед выездом из Москвы в Щельково он чувствовал себя очень плохо. Все чаще и чаще им испытывались приступы неотвратимо развивавшейся болезни. Участились припадки удушья и сердечные боли, спазмы.

Он пишет Марии Васильевне: «Здоровье моё очень расстроилось, в субботу и вчера не ел ничего и обе ночи не спал, так и не раздевался, начались боли рук и дурноты, вчера посылали за Добровым... Он нашёл очень сильное расстройство всей нервной системы».

Бурдин вспоминал: «С грустью, каждый день я убеждался, что он не только не работник, но и не жилец на белом свете. К довершению несчастья, перед своим отъездом в деревню он простудился; ревматические боли усилились в крайней степени: по целым часам он не мог пошевелинуться, перенося ужасные страдания. Доктор объявил, что нет более никакой надежды...».

Когда Островский 28 мая 1886 года сел в вагон поезда, отходящего в Кинешму, для провожавших его было ясно, что дни драматурга сочтены.

2 июня Александр Николаевич встал довольно бодрим. Но это состояние было бодростью духа в окончательно угасавшем теле. Физически он чувствовал себя настолько слабым, что не был в состоянии обуться и одеться сам. При обувании его ноги «сгибались как плети».

Время от времени драматург перекидывался словами с присутствующей в его кабинете дочерью.

А затем, сидя за работой, он вдруг вскрикнул: «Ах, как мне дурно», «дайте воды». Это было около половины десятого часа. «Я побежала, – рассказывает Мария Александровна, – за водой и только что вышла в гостиную, как услышала, что он упал». Михаил Александрович добавляет: «и ударился щекой и виском» о пол.

На зов испуганной дочери бежали находившиеся в доме сыновья писателя, Михаил и Александр, сестра Надежда Николаевна, а также гостивший у них студент С.И. Шанин, прислуга.

Они немедленно подняли драматурга и посадили в кресло. По словам Михаила Александровича, «он прохрипел раза три, всхлипывал несколько секунд и затих». Это было в одиннадцатом часу утра.

При падении на пол у Александра Николаевича оказались «разбиты щека и висок». Бросились за обычным лекарством – горячую водой растирать сердце, лили на голову воду, давали нюхать возбуждающие средства, а больной только всхлипывал... Послали за доктором, которого, однако, не оказалось, а приехавшая из земской больницы фельдшерница смогла только констатировать смерть».

Земская больница находилась в Адищеве, в семи верстах от Щелькова.

Воскрешая предсмертные минуты драматурга, его сестра, Надежда Николаевна Островская, вспоминала: «Мучился он, когда умирал. Я ему и глаза закрыла...».

По мнению профессора Остроумова, смерть Островского последовала от усилившихся припадков удушья, которые были вызваны «хроническим поражением кровеносных сосудов (атероматозное перерождение) и увеличением сердца».

Островский умер трудясь, как часовой на посту. Творческое горение мыслей и чувств великого труженика прервала лишь беспощадная смерть. Поэт С. Фруг сказал об этом проникновенными словами:

Закрылись и твои пыгующие очи,
Порвалась вещей дум сверкающая нить...
Со взором, как звезда, горевшею во мраке ночи,
С рукой простертою, чтобы творить,
С поднятой высоко и гордо головою,
С приветом светлому грядущему труду, -
Ты пал, как падает боец, грядущий к бою,
Как падает орёл, сражённый на лету.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.Н. Островский в воспоминаниях современников. – М., Художественная литература, 1966. – С. 158, 302, 321, 357.
2. Вильде, Н. Из моих записок / Н. Вильде // Московский листок. – 1888. – № 318. – 14 ноября.
3. Вильчинский, Н.А. Н.А. Некрасов и А.Н. Островский в их переписке / Некрасовский сборник. – МШ / Н.А. Вильчинский. – Л., 1978. – С. 59.
4. Дубровский, Н.А. Мой служебный дневник. – 1874. – Л. 77. – Ф. 04. – картон 2. ед. хр. 27. Рукописный отдел Всесоюзной государственной библиотеки имени В.И. Ленина.
5. Островский, А.Н. Полное собрание сочинений / А.Н. Островский. – Т. XIV. – С. 181.
6. Ревднин А.И. Москва в жизни и творчестве А.Н. Островского / А.И. Ревднин. – Московский рабочий, 1962. – Т. 2. – С. 4.

Материал поступил в редакцию 08.04.19

DOCTORS OF A.N. OSTROVSKY

Sh.L. Mearago, Associate Professor,
Head of Department of Healthcare Mobilization Training and Disaster Medicine
I.I. Mechnikov North-Western State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Saint-Petersburg), Russia

***Abstract.** The article deals with the health problems that the playwright A.N. Ostrovsky had. Information on doctors to whom Ostrovsky addressed, in particular, professor A.A. Ostroumov is given. Recommendations that doctors gave to Ostrovsky are provided.*

***Keywords:** playwright A.N. Ostrovsky, health problems, professor A.A. Ostroumov.*

УДК 616-006.441

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

А.В. Галкина¹, М.Н. Кияткина², М.С. Теплова³, Е.Д. Фурашова⁴

¹⁻⁴ студент медицинского факультета им. Г.З. Биктимирова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ульяновский государственный университет», Россия

Аннотация. Большинство пациентов с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ) имеют множественные сопутствующие заболевания. Тяжесть и количество этих заболеваний определяют течение и исходы ХЛЛ. Также они во многом определяют выбор терапевтической тактики. Целью нашего исследования было изучить спектр коморбидной патологии у пациентов на момент постановки диагноза и выявить необходимость возможно более полного обследования некоторых систем органов перед назначением химиотерапии. В результате мы получили данные, свидетельствующие о потребности более детального обследования сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а у женщин также и функции почек.

Ключевые слова: хронический лимфолейкоз, коморбидность, сопутствующая патология, собственное исследование.

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ)/лимфома из малых лимфоцитов – лимфопролиферативное заболевание, морфологическим субстратом которого являются опухолевые клональные лимфоидные клетки, имеющие размеры и морфологию зрелого лимфоцита и иммунофенотип, соответствующий В-лимфоцитам поздних стадий дифференцировки.

В странах Европы и Северной Америки ХЛЛ наиболее распространённый вид лейкоза. В этих странах на его долю приходится около 30 % от всех лейкозов. Ежегодная заболеваемость составляет 3–3,5 на 100000 населения, увеличиваясь до 20 на 100000 после 70 лет.

Чаще ХЛЛ встречается у мужчин, соотношение заболевших мужчин и женщин составляет 2:1, средний возраст 72 года. Почти 70 % больных – старше 65 лет, большинство из них к этому времени имеют несколько сопутствующих заболеваний. Это особенно важно учитывать, когда, после химиотерапии, развиваются многочисленные осложнения, обостряются хронические заболевания. Медиана возраста больных, умерших от ХЛЛ, составляет 79 лет. [1]

Сопутствующие заболевания очень распространены на момент постановки диагноза ХЛЛ, при этом ревматологические заболевания, гипертония и дислипидемия наблюдается у 40 % и более пациентов (рис. 1). [2]

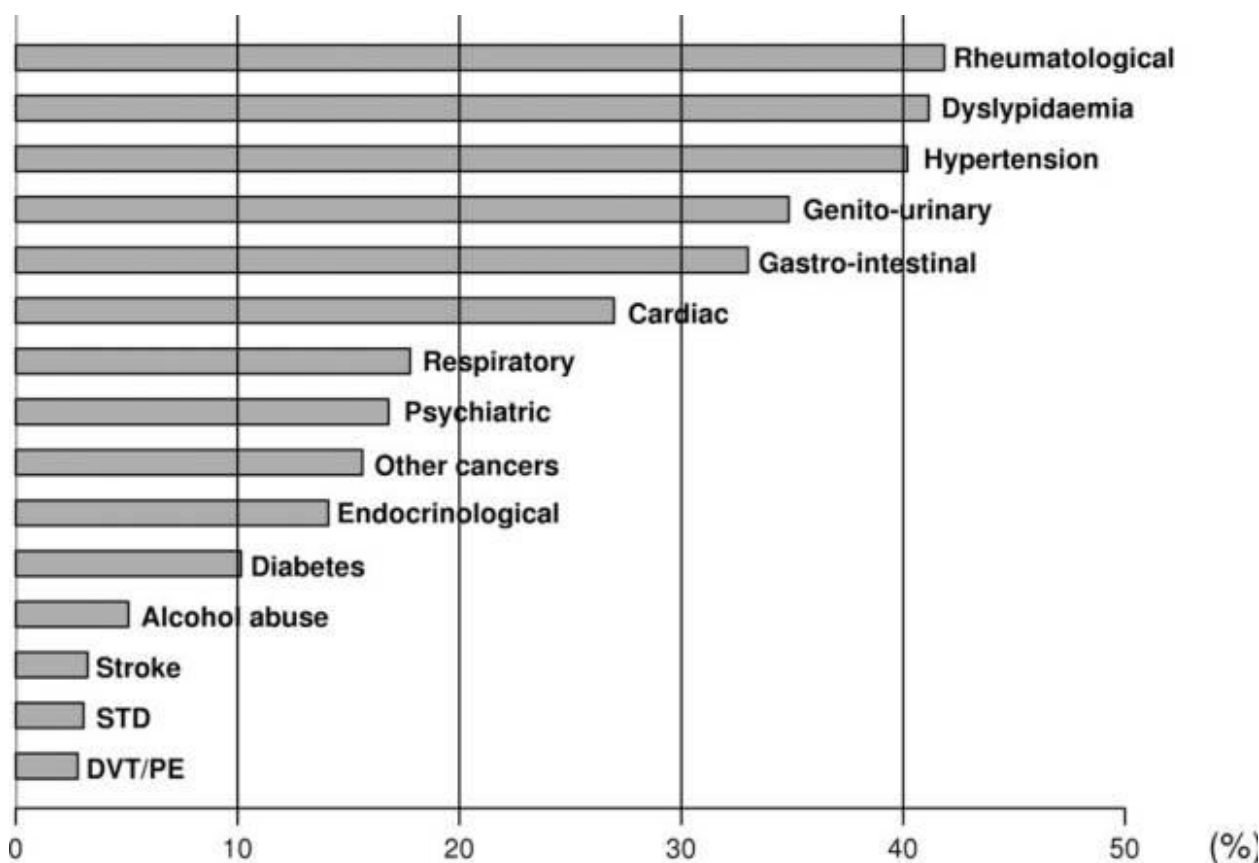


Рисунок 1

Цель исследования: Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – часто встречающееся заболевание у лиц пожилого возраста с частотой 3–3,5 на 100000 населения, увеличиваясь до 20 на 100000 после 70 лет. [1]. В связи с этим целью было – изучить характер коморбидной патологии у пациентов с ХЛЛ на момент постановки диагноза и отследить возможные половые различия в ее структуре.

Материалы и методы: Обследовано 100 пациентов с ХЛЛ на момент постановки диагноза (63 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 42 до 80 лет.

Все пациенты проходили стандартное обследование с дополнительным расчётом индекса коморбидности (ИК) Charlson и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. В исследование не включались пациенты с иными онкологическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией. Для статистической оценки полученных данных вычисляли среднее значение показателя и его стандартное отклонение. Для сравнения групп применялся t-критерий Стьюдента. Корреляционный анализ проводился по Пирсону. Достоверным считался уровень значимости при $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациентов при постановке диагноза ХЛЛ составил $66,0 \pm 10,8$ лет. Значение ИК Charlson определялось на уровне $6,3 \pm 1,7$. Структура коморбидной патологии включила в себя наличие хронической сердечной недостаточности (52,2 %), артериальной гипертензии (26 %), хронических неспецифических заболеваний легких (19,5 %), сахарный диабет (10,8 %), язвенная болезнь желудка и ДПК (5,4 %), заболевания почек и мочевыводящих путей (4,4 %), нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (4,5 %), ПИКС (4,5 %) злокачественные новообразования (4,3 %), ОНМК (3,2 %).

Уровень СКФ по MDRD в группе обследуемых составил $67,3 \pm 15,8$ мл/мин/1,73м². Следует отметить, что значение этого параметра значимо различалось у мужчин и женщин ($71,3 \pm 15$ мл/мин/1,73м² против $62,4 \pm 15,2$ мл/мин/1,73м²) ($p < 0,05$). Одновременно с этим в группе женщин получена обратная корреляционная связь средней степени между показателем ИК Charlson и СКФ ($r = 0,58$, $p = 0,02$).

Полученные результаты свидетельствуют о богатой коморбидной патологии, имеющейся у пациентов с ХЛЛ на момент постановки диагноза. По ИК Charlson в группе исследования в среднем диагностировали низкую общую 10-летнюю выживаемость (15 %). Среди женщин с ХЛЛ получено более высокое снижение СКФ. Данный факт мы связываем с часто встречающейся патологией почек и мочевыводящих путей в женской популяции. Полученные данные могут свидетельствовать о необходимости более внимательного изучения СКФ у пациентов с ХЛЛ при назначении химиолечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бахтина, В.И. Хронический лимфолейкоз [Электронный ресурс] / В.И. Бахтина, И.В. Демко, С.К. Кравченко и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 3. – Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=24706> (Дата обращения: 29.04.2019).
2. Strati P, Parikh SA, Chaffee KG, et al. Relationship between co-morbidities at diagnosis, survival and ultimate cause of death in patients with chronic lymphocytic leukaemia (CLL): a prospective cohort study. *Br J Haematol.* 2017;178(3):394–402 [Электронный ресурс]. – Mode of access: <https://doi.org/10.1111/bjh.14785> (Дата обращения: 29.04.2019).

Материал поступил в редакцию 29.04.19

COMORBID PATHOLOGY IN PATIENTS WITH CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA

A.V. Galkina¹, M.N. Kiyatkina², M.S. Teplova³, Ye.D. Furashova⁴

¹⁻⁴ Student of the Medical Faculty named after T.Z. Biktimirov

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education

“Ulyanovsk State University”, Russia

Abstract. *Most patients with chronic lymphatic leukemia (CLL) have multiple comorbidities. The severity and number of these diseases determine the course and outcomes of CLL. They also largely determine the choice of therapeutic tactics. The aim of our study was to study the range of comorbid pathology in patients at the time of diagnosis and to identify the need for the most complete examination of some organ systems before the appointment of chemotherapy. As a result, we have obtained data indicating the need for a more detailed examination of the cardiovascular and respiratory systems, and in women as well as renal function.*

Keywords: *chronic lymphatic leukemia, comorbidity, own research.*

УДК 61

АСПЕКТЫ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Р.Р. Садикова, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней, гематологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

***Аннотация.** На основании анализа литературных данных делается обзор синдрома дисплазии соединительной ткани у детей. Дается общее представление о его основных клинических проявлениях.*

***Ключевые слова:** дисплазия соединительной ткани сердца, аспекты, патологии, малые пороки.*

Соединительная ткань (СТ) является одной из четырех основных типов тканей, наряду с эпителиальной, мышечной и нервной тканями. Развивается она из мезодермы. Соединительная ткань находится между другими тканями в организме, включая нервную систему. СТ поддерживают и защищают организм. Вся соединительная ткань состоит из трех основных компонентов: волокон (эластичных и коллагеновых), основного вещества и клеток.

Как отмечают авторы литературных источников, что СТ имеет широкий спектр функций, которые зависят от типа клеток и различных классов вовлеченных волокон. Рыхлая и плотная волокнистая СТ, образованная в основном фибробластами и коллагеновыми волокнами и участвует в обеспечении среды для диффузии кислорода и питательных веществ из капилляров в клетки, а также углекислого газа и отработанных веществ для диффузии из клеток обратно в кровоток. Они также позволяют органам противостоять растяжению и разрыву. Плотная упорядоченная СТ образует организованные структуры, которые являются основным функциональным компонентом сухожилий, связок и апоневрозов, а также обнаруживается в высокоспециализированных органах, таких как роговица.

А также эластичные волокна, сделанные из эластина и фибриллина, также обеспечивают сопротивление растягивающим силам. Они обнаруживаются в стенках крупных кровеносных сосудов и в некоторых связках. В кровеносных и лимфатических тканях ретикулярные волокна, образованные ретикулярными клетками, образуют строму – структурную опору для паренхимы или функциональной части органа.

Мезенхима является типом соединительной ткани, обнаруживаемой в развивающихся органах эмбрионов, которая способна дифференцироваться во все типы зрелой соединительной ткани. Мезенхима происходит из среднего зародышевого листка — мезодермы, но в ее формировании принимают участие экто- и энтодерма.

Специалистами было установлено, что на сегодняшний день известно 19 типов коллагена, включающего более чем 30 видов полипептидных цепей. Изоформы коллагена различаются по аминокислотному составу, иммунологическим свойствам, макромолекулярной организации и распространенности в тканях. Гены, отвечающие за их синтез, распределены на 12 хромосомах. Эластические волокна представлены лентовидными структурами, состоящими в основном из белка эластина и обладающими способностью к растяжению и сокращению. Ретикулярные волокна более тонкие, чем коллагеновые, и состоят в основном из коллагена III типа.

Также авторами отмечено, что молекулярные дефекты вызывают изменения коллагеновых и эластических фибрилл, гликопротеидов, протеогликанов, фибробластов и других компонентов СТ. Структурные трансформации фибрилл ведут к нарушениям на уровне ткани и органов. Проявления этих изменений полиморфны и задействуют многие органы. Выявляется большое число аномалий и заболеваний, имеющих определенный тип наследования и возникающих под воздействием экзогенных мультифакториальных причин в фетальном периоде (экодепрессивное влияние среды, неадекватное питание, стрессы). Подобный симптомокомплекс обозначается как соединительно-тканная дисплазия (СТД).

Анализ литературы показал, что соединительно-тканная дисплазия является врожденной аномалией СТ, затрагивает все органы и системы организма и реализующаяся в снижении содержания отдельных видов коллагена и/или в нарушении их соотношения, что приводит к снижению прочности СТ многих органов и систем. Выделяют дифференцированные дисплазии соединительной ткани (ДДСТ) и недифференцированные (НДСТ).

Дальнейший анализ литературы показал, что ДДСТ имеет определенный тип наследования и клиническую картину. В эту группу входят синдромы Марфана, Элерса-Данлоса, Холта-Орама, Стиклера, Альпорта, несовершенный остеогенез, эластическая псевдокантома. Эти заболевания относятся к наследственным болезням коллагена — коллагенопатиям. НДСТ – синдром СТД определяется как нозологически самостоятельный

синдром полигенно-мультифакториальной природы, проявляющийся внешними фенотипическими признаками в сочетании с диспластическими изменениями и клинически значимой дисфункцией одного или нескольких органов. Клиническая картина, как правило, не укладывается ни в один из известных дифференцированных генетически обусловленных синдромов.

Клиницистами был отмечен тот факт, что в процессе клинического анализа установлена тесная взаимосвязь между уровнем стигматизации, диспластическими изменениями со стороны опорно-двигательного аппарата, кожи и т.н. «внутренними» стигмами — изменениями каркаса внутренних органов. Наиболее часто встречающиеся фенотипические признаки синдрома СТД: плоскостопие; расширение вен; готическое нёбо; гипермобильность суставов; нарушение со стороны органа зрения; деформация позвоночника и грудной клетки; длинные и тонкие пальцы; увеличение растяжимости и дряблости кожи. Ко второстепенным признакам СТД относятся: аномалии ушных раковин; аномалии зубов; преходящие суставные боли; вывихи и подвывихи суставов; птеригодактилия.

Учитывая наличие и характер стигм-признаков, определяется степень тяжести соединительно-тканной дисплазии: I степень — определяется при наличии 2 главных признаков; II степень — 3 главных и 2-3 второстепенных, III степень — 5 главных и 3 второстепенных.

А также специалистами отмечено, что особенностью субъективного статуса пациентов с СТД является наличие жалоб астенического характера: быстрая истощаемость, утомляемость, снижение работоспособности, нарушение сна. В клинической картине у пациентов с синдромом СТД выявляется астеническая конституция, долихостеномелия, длинные тонкие пальцы, сколиозы, лордозы позвоночника, деформация грудной клетки, плоскостопие, снижение объёма мышечной массы. У больных часты артралгии, провоцируемые простудными заболеваниями, изменениями метеоусловий. Отмечается гипермобильность суставов, склонность к подвывихам, реже вывихам. Обычно поражаются коленные, голеностопные, лучезапястные и межфаланговые суставы.

Часты случаи гиперэластичности кожи, склонности к легкой травматизации, геморрагическим проявлениям и образованию келоидных рубцов.

Авторами отмечено, что длины глазного яблока увеличивается, роговица уплощается, склера приобретает голубоватый оттенок, появляется миопия. Проявления дисплазии в бронхолёгочной системе сопровождаются трахеобронхиальной дискинезией — сужением просвета трахеи и крупных бронхов во время выдоха вследствие пролабирования их стенок. Морфологические изменения приводят к нарушению «жёсткости» мышечно-хрящевого каркаса бронхиального дерева и альвеолярной ткани, формируется трахеомегалия, трахеобронхомаляция, бронхоэктазии. Формируется хроническая патология. Известно, что при бронхиальной астме синдром СТД встречается почти в 70 % случаев.

Чаще всего у детей выявляется синдром СТД сердечно-сосудистой системы. Изменения, обнаруживаемые при такой патологии, обозначаются как малые аномалии развития сердца (МАРС).

МАРС включают аномалии развития предсердий и межпредсердной перегородки (увеличенный Евстахийев клапан > 1 см, пролабирующий Евстахийев клапан > 1 см, аневризма межпредсердной перегородки, гребенчатые мышцы в правом предсердии, незаращение овального окна), трикуспидального клапана (смещение септальной створки в правый желудочек до 10 мм, дилатация правого атриовентрикулярного отверстия), левого желудочка (трабекулы, эктопическое крепление хорд передней и задней створок митрального клапана, пролапс митрального клапана, дополнительные группы папиллярных мышц) и т.д.

Анализ литературы также базировался на том, что в последние годы аномально расположенные хорды (АРХ) рассматривались как проявление «синдрома СТД сердца». В отличие от настоящих хорд, АРХ прикрепляются не к клапанам, а к стенкам желудочков и составляют производную от внутреннего мышечного слоя примитивного сердца, которое возникает в эмбриональном периоде при «разобщении» папиллярных мышц. Гистологическое исследование показало, что АРХ имеют фиброзную или смешанную фиброзную мышечную структуру. В 95 % случаев АРХ располагается в левой полости и в 5 % в правом желудочке. В зависимости от расположения в полости сердца выделяют диагональные, поперечные и продольные АРХ. У детей АРХ чаще встречается с диагональным (22,1 %), затем с продольным (7,5 %) и, наконец, поперечным (4,6 %) расположением.

Пролапс митрального клапана (ПМК) — аномалия клапанного аппарата, при которой одна или обе створки митрального клапана прогибаются во время систолы желудочков в левое предсердие. Пролапс митрального клапана является синдромом, что объясняется разнообразием механизмов формирования митрального пролабирования. ПМК делится на первичный (относится к НДСТ) и вторичный, возникающий на фоне воспалительных, травматических, коронарогенных поражений сердца, в частности нарушений сократимости миокарда левого желудочка и дисфункции папиллярных мышц.

Клиницистами отмечено, что главные принципы лечения больных с СТД включают немедикаментозную терапию (адекватный режим дня, отдыха и бодрствования, лечебной физкультуры, физиотерапевтические методы); диетотерапию (рацион питания, обогащённый белками, витаминами, микроэлементами, индивидуальный подбор аминокислотных, липидных и др. биодобавок); медикаментозную терапию, которая направлена на стимуляцию коллагенообразования (витамины С, РР, В₁, В₆, В₂ препараты меди, цинка, магния, левокарнитин), коррекцию нарушений обмена и энергодифицита (милдронат, рибоксин, коэнзим Q, лецитин, фосфаден, препараты янтарной кислоты), коррекцию биоэнергетического синтеза и катаболизма гликозаминогликанов (хондроитинсульфат, витамин D, препараты кальция, остеогенон), стабилизацию минерального состояния организма.

Таким образом, подводя итог литературного анализа можно сказать, что генетически детерминированные дефекты соединительной ткани вызывают нарушение нормального функционирования практически всех органов и систем организма и диктуют необходимость длительного лечения и реабилитации пациентов с синдромом соединительно-тканной дисплазией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гнусаев, С.Ф. Клиническое значение малых аномалий сердца у детей / С.Ф. Гнусаев, Ю.М. Белозеров, А.Ф. Виноградов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 4. – С. 20–25.
2. Мартынов, А.И. Новые подходы к лечению больных с идиопатическим пролабированием митрального клапана / А.И. Мартынов, О.Б. Степура, А.Б. Шехтер и др. // Тер. арх. – 2000. – Т. 72. – № 9. – С. 67–70.
3. Bobkowski, W. Electrolyte abnormalities and ventricular arrhythmias in children with mitral valve prolapse / W. Bobkowski, A. Siwinska, J. Zachwieja, et al. // Pol Merkuriusz Lek. – 2001. – V. 11. – № 62. – P. 125–128.
4. Kitlinski, M. Evaluation of magnesium cation levels in serum of patients with mitral valve prolapse syndrome / M. Kitlinski, E. Konduracka, Piwowarska // Folia Med Cracov. – 2000. – V. 41. – № 3–4. – P. 17–24.
5. Pedersen, H. Mitral valve prolapse in the dog: a model of mitral valve prolapse in man / H. Pedersen, J. Haggstrom // Cardiovasc Res. – 2000. – V. 47. – № 2. – P. 234–243.
6. Puljevic, D. Current management of patients with ventricular tachycardia / D. Puljevic, B. Buljevic, D. Milicic // LijecVjesn. – 2001. – V. 23. – № 7–8. – P. 191–200.
7. Wroblewska-Kaluzewska, M. Arrhythmia and repolarization in children with mitral valve prolapse / M. Wroblewska-Kaluzewska, A. Piorecka-Makula, A. Tomik // Wiad. Lek. – 2000. – V. 53. – № 9–10. – P. 513–517.

Материал поступил в редакцию 01.05.19

ASPECTS OF THE SYNDROME OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA OF HEART

R.R. Sadikova, Assistant of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases, Hematology
Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

***Abstract.** Based on the analysis of the literature data, a review of the syndrome of connective tissue dysplasia in children is made. A general idea of its main clinical manifestations is given.*

***Keywords:** connective tissue dysplasia of the heart, aspects, pathology, small defects.*

УДК 61

ПАТОЛОГИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В АСПЕКТЕ ПЕДИАТРИИ

И.А. Ходжаева, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней, гематологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Аннотация. В приведённом литературном обзоре рассмотрены последние данные по лечению внебольничных пневмоний у детей.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, дети, педиатрия, лечение, диагностика.

Внебольничная пневмония (ВП) является серьёзной инфекцией у детей и часто приводит к госпитализации.

Как отмечают клиницисты, что диагноз ставится на основе анамнеза и результатах физикального обследования у детей, включая проявления респираторных признаков и симптомов ВП. Рентгенография грудной клетки и быстрое вирусное тестирование могут быть полезны, когда диагноз неясен. Наиболее вероятная этиология зависит от возраста ребёнка. Вирусы и *Streptococcus pneumoniae* чаще всего встречаются у детей дошкольного возраста, тогда как *Mycoplasma pneumoniae* чаще у детей старшего возраста. Решение о назначении антибиотиков является сложным, особенно в связи с растущей распространённостью вирусных и бактериальных коинфекций. Так, дети дошкольного возраста с неосложнённой бактериальной пневмонией обычно лечат амоксициллином. Макролиды – препараты первой линии у детей старшего возраста. Также важна иммунизация 13-валентной пневмококковой конъюгированной вакциной для снижения тяжести детских пневмококковых инфекций.

В литературе отмечено, что вирусы вызывают большой процент ВП, особенно у детей младше 2 лет. Респираторно-синцитиальный вирус, грипп А и парагрипп типа 1–3 являются наиболее общими вирусными агентами. Другие вирусные патогены включают аденовирус, риновирус, грипп В и энтеровирусы. Одной из частых причин ВП также является человеческий. Спектр заболеваний, вызванных метапневмовирусом, аналогичен спектру респираторно-синцитиального вируса. На смешанные вирусные и бактериальные инфекции приходится 30-50 % ВП у детей. Распространённость вирусной пневмонии уменьшается с возрастом. Так, у детей старше 5 лет основными патогенами, вызывающими ВП являются *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, а также риновирус, аденовирус и грипп А и В.

Авторами отмечено также, что гипоксемия, связанная с пневмонией, приводит к увеличению риска смерти у детей с пневмонией в 3–4 раза. Кокрановский обзор показал, что систематический скрининг на гипоксемию с помощью пульсоксиметрии и соответствующего снабжения кислородом эффективен для предотвращения смерти от пневмонии у детей. Большое имитационное исследование показало, что систематическая пульсовая оксиметрия может в глобальном масштабе предотвращать почти 150000 смертей от пневмонии ежегодно. Однако микробиологические агенты, связанные с гипоксической пневмонией, плохо изучены. Идентификация таких этиологических агентов будет способствовать более целенаправленным профилактическим (вакцинация) и лечебным мерам (антибиотики и противовирусные препараты).

Пульсоксиметрия все еще редко доступна в медицинских учреждениях развивающихся стран. В отсутствие оксиметра гипоксемия может быть обнаружена по клиническим признакам или симптомам, включая цианоз и учащённое дыхание. Однако ни один из них не является достаточно чувствительным и специфичным для надёжного выявления гипоксемии.

Анализ литературы показал, что факторы риска смерти среди детей с ВП в развивающихся странах включают недоношенность, недоедание, низкий социально-экономический статус, воздействие табачного дыма и недостаточный уход за детьми. Оценка клинических, параклинических и микробиологических предикторов смерти была бы полезна для определения приоритетности кампаний общественного здравоохранения. Идентификация микробиологических агентов, связанных со смертью и/или гипоксемией, была бы полезна для лучшей концентрации терапевтических мер. Действительно, гипоксическая пневмония может лечиться кислородом в сочетании с другими мерами, в то время как негипоксическая пневмония с плохим прогнозом состояния может потребовать других схем, таких как антибиотики, противовирусные препараты или интенсивная терапия.

Общие физикальные проявления включают лихорадку, тахипноэ, учащённое дыхание, хрипы, хрипы и хрипы. Состояние гидратации, уровень активности и насыщение кислородом также важны и могут указывать на необходимость госпитализации. [5]. Цианоз (губы, слизистая оболочка полости рта, ногти) или SpO₂ <90 %, расширение крыльев носа, сонливость ребёнка, тяжёлое пробуждение, отказ от кормления, еды или питья, недоедание, иногда стридор – одни из признаков пневмонии. Также к ним можно отнести отставание поражённой стороны грудной клетки в акте дыхания,

Тахипноэ, по-видимому, является наиболее значимым клиническим признаком. Так, у лихорадящих детей отсутствие тахипноэ имеет высокую отрицательную прогностическую ценность (97,4 %) для пневмонии. [1, 4, 20]. И наоборот, наличие тахипноэ у лихорадящих детей имеет низкую положительную прогностическую

ценность (20,1 %). [4]. ВОЗ использует тахипноэ при наличии кашля в качестве диагностического критерия пневмонии в развивающихся странах, где рентгенография грудной клетки недоступна [9, 15]. ВОЗ установила пороговые значения тахипноэ для диагностики пневмонии у детей при наличии кашля: для детей до 1 месяца – 60, в возрасте от 2 до 12 месяцев – 50 дыхательных движений в минуту (в норме 25-40), а от 1 года до 5 лет – 40 (в норме 20-30).

Специалистами было отмечено, что первоначальное лечение ВП антибиотиками является эмпирическим, поскольку возбудитель редко известен на момент постановки диагноза. Выбор эмпирических антибиотиков должен основываться на возрасте пациента и степени его тяжести, а также на местных моделях устойчивости к распространенным патогенам. В нескольких крупных рандомизированных контролируемых исследованиях сравнивались антибиотики при лечении ВП у детей, но несколько организаций опубликовали руководства по лечению. Пероральное введение антибиотиков является предпочтительным, за исключением случаев, когда пациент не может переносить пероральную терапию или имеет тяжёлую ВП. [5, 19].

Авторами отмечен тот факт, что для детей от 2 месяцев до 5 лет первой линией лечения являются: цефтриаксон в/м или медленно в/в по 50мг/кг 1 раз в день или ампициллин в/в или в/М 50мг/кг каждые 6 часов + гентамицин 6мг/кг 1 раз в день. Ампициллин предпочтительно вводить в 4 приёма. Лечение проводится парентерально в течение по крайней мере 3 дней, затем, если клиническое состояние улучшилось, амоксициллин можно давать *per os*: 30 мг/кг 3 раза в день для завершения 10 дней лечения.

Если состояние ребёнка ухудшается или не улучшается после 48 часов правильного введения, добавляют клосациллин в/в: от 25 до 50 мг/кг каждые 6 часов. После клинического улучшения и 3 дней без лихорадки, переключаются на амоксициллин *per os* для завершения 10-14 дней лечения.

Вспомогательная терапия включает приём парацетамола при лихорадке, согревание, полусидящее положение с приподнятой головой, очищение дыхательных путей.

Лёгкая ВП детям от 2 месяцев до 5 лет лечатся амбулаторно: амоксициллин энтерально: 30 мг/кг 3 раза в день в течение 5 дней. Если состояние улучшается, продолжать лечение тем же антибиотиком до завершения лечения. Если после 3 дней лечения улучшения не наступает, то добавляют азитромицин. В случае ухудшения – госпитализация.

Таким образом, подводя итог литературного обзора можно сказать о целесообразности изучения этой проблемы в педиатрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дементьева, Г.М. Выживание глубоко недоношенных детей: современное состояние проблемы / Г.М. Дементьева, И.И. Рюмина, М.И. Фролова // Педиатрия. – 2004. – № 3. – С. 60–66.
2. Дементьева, Т.М. Этиология, клиника и современные методы лечения госпитальных пневмоний у новорождённых детей: пособие для врачей / Т.М. Дементьева, М.В. Кушнарева, Х.М. Мархулия. – М.: Медицина, 2005. – 24 с.
3. Мархулия, Х.М. Этиологическая характеристика нозокомиальных пневмоний у недоношенных детей и стратегия антимикробной терапии: автореф. дис. канд. мед. наук / Х.М. Мархулия. – М., 2005. – 24 с.
4. Ballard H.O., Bernard P., Whitehead V., et al. Determining the incidence of *Ureaplasma* spp. and its role in development of bronchopulmonary dysplasia. Pediatric Academic Societies Meeting 2009. Baltimore, MD. May 3, 2009. aps-spr.org
5. Barnett E.D., Klein J.O. Bacterial infections of the respiratory tract. Remington J.S., Klein J.O., eds. *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders Co; 2006. 297-317.
6. Boggs W. Point-of-Care Ultrasound Diagnoses Pneumonia in Children. Medscape Medical News. December 10, 2012. Available at <http://www.medscape.com/viewarticle/775961>. Accessed: January 9, 2013.
7. Bone R.C., Grodzin C.J., Balk R.A. Sepsis: a new hypothesis for pathogenesis of the disease process. *Chest*. 1997 Jul. 112(1):235-43.
8. Heggie A.D., Bar-Shain D., Boxerbaum B., Fanaroff A.A., O'Riordan M.A., Robertson J.A. Identification and quantification of ureaplasmas colonizing the respiratory tract and assessment of their role in the development of chronic lung disease in preterm infants. *Pediatr Infect Dis J*. 2001 Sep. 20(9):854-9.
9. Juvé T., Mertsola J., Waris M., Leinonen M., Meurman O., Roivainen M., et al. Etiology of community-acquired pneumonia in 254 hospitalized children. *Pediatr Infect Dis J*. 2000 Apr. 19(4):293-8.
10. Katz B., Patel P., Duffy L., Schelonka R.L., Dimmitt R.A., Waites K.B. Characterization of ureaplasmas isolated from preterm infants with and without bronchopulmonary dysplasia. *J Clin Microbiol*. 2005 Sep. 43(9):4852-4.
11. Kotecha S., Hodge R., Schaber J.A., Miralles R., Silverman M., Grant W.D. Pulmonary *Ureaplasma urealyticum* is associated with the development of acute lung inflammation and chronic lung disease in preterm infants. *Pediatr Res*. 2004 Jan. 55(1):61-8.
12. Metinko A.P. Neonatal pulmonary host defense mechanisms. Polin R.A., Fox W.W., eds. *Fetal and Neonatal Physiology*. Third ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 2004. 1620-73.
13. Michelow I.C., Olsen K., Lozano J., Rollins N.K., Duffy L.B., Ziegler T., et al. Epidemiology and clinical characteristics of community-acquired pneumonia in hospitalized children. *Pediatrics*. 2004 Apr. 113(4):701-7.
14. Mishan A.M., Mason E.O. Jr, Martinez-Aguilar G., Hammerman W., Propst J.J., Lupski J.R., et al. Emergence of a predominant clone of community-acquired *Staphylococcus aureus* among children in Houston, Texas. *Pediatr Infect Dis J*. 2005 Mar. 24(3):201-6.
15. Nascimento-Carvalho C.M., Ribeiro C.T., Cardoso M.R., Barral A., Araújo-Neto C.A., Oliveira J.R., et al. The role of respiratory viral infections among children hospitalized for community-acquired pneumonia in a developing country. *Pediatr Infect Dis J*. 2008 Oct. 27(10):939-41.

16. Shah V.P., Tunik M.G., Tsung J.W. Prospective Evaluation of Point-of-Care Ultrasonography for the Diagnosis of Pneumonia in Children and Young Adults. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012 Dec 10. 1-7.
17. Stoll B.J., Hansen N.I., Higgins R.D., Fanaroff A.A., Duara S., Goldberg R., et al. Very low birth weight preterm infants with early onset neonatal sepsis: the predominance of gram-negative infections continues in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, 2002-2003. *Pediatr Infect Dis J.* 2005 Jul. 24(7):635-9.
18. Tajima T., Nakayama E., Kondo Y., Hirai F., Ito H., Iitsuka T., et al. Etiology and clinical study of community-acquired pneumonia in 157 hospitalized children. *J Infect Chemother.* 2006 Dec. 12(6):372-9.
19. Thomson J., Hall M., Ambroggio L., Stone B., Srivastava R., Shah S.S., et al. Aspiration and Non-Aspiration Pneumonia in Hospitalized Children With Neurologic Impairment. *Pediatrics.* 2016 Feb. 137 (2):1-10.
20. Tsolia M.N., Psarras S., Bossios A., Audi H., Paldanius M., Gourgiotis D., et al. Etiology of community-acquired pneumonia in hospitalized school-age children: evidence for high prevalence of viral infections. *Clin Infect Dis.* 2004 Sep 1. 39(5):681-6.

Материал поступил в редакцию 01.05.19

PATHOLOGY OF THE RESPIRATORY SYSTEM IN THE ASPECT OF PEDIATRICS

I.A. Khodzhayeva, Assistant of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases, Hematology
Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

***Abstract.** In this literature review, we consider the latest data on the treatment of community-acquired pneumonia in children.*

***Keywords:** community-acquired pneumonia, children, pediatrics, treatment, diagnosis.*

УДК 61

ЦИФРОВАЯ МЕДИЦИНА: ОТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПРАКТИКИ ДО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

А.Б. Халяпина¹, Н.В. Ярыгин², В.И. Нахаев³

¹ кандидат медицинских наук, ассистент кафедры, врач травматолог-ортопед,

² доктор медицинских наук, профессор кафедры, член-корреспондент РАМН

^{1, 2} Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Россия

***Аннотация.** В данной статье рассматривается аспект цифровой медицины, которая служит для улучшения диагностики и лечения с использованием новых и современных цифровых технологий.*

***Ключевые слова:** цифровая медицина, диагностика, лечение, цифровые технологии.*

Цифровые технологии оптимизировали перспективы современной медицины.

Цифровые технологии, особенно сетевые технологии, оказали большое влияние на рабочий процесс и даже на поведение и перспективы людей. Широкое применение цифровых технологий в медицине значительно улучшило клиническую диагностику и лечение. В настоящее время мы стараемся использовать современную диагностику для всех заболеваний. Например, переход от двумерных к трёхмерным (3D) и четырёхмерным изображениям рентгеновского, КТ и МРТ значительно улучшили точность диагностической визуализации. В хирургии – навигационная технология [1, 5] и компьютерная конструкция персонализированной хирургии значительно улучшили результаты.

Цифровая медицина – это научная область, которая направлена на объяснение патофизиологических явлений, решение медицинских проблем и изучение новых терапевтических процедур с использованием современных цифровых технологий с целью улучшения качества жизни людей. В качестве нового междисциплинарного феномена цифровая медицина сочетает в себе современные технологии медицины с новыми и передовыми цифровыми технологиями: медицина – в качестве ядра, включает компьютерную науку и прикладную математику. В результате: обновлённые методы в области получения и обработки физиологического сигнала в виде изображений.

Основной целью цифровой медицины является улучшение клинической диагностики и лечения с использованием новых и современных цифровых технологий.

Основной смысл цифровой медицины заключается в следующем: клиницисты, занимающие ведущую роль, работают вместе с учеными во многих областях, включая фундаментальные и прикладные науки.

Изначально, цифровая медицина считалась наиболее представительной и, следовательно, наиболее динамичной с точки зрения инноваций в теории, знаниях, технологиях и методологии. Но и по-прежнему цифровая медицина реализует новейшие парадигмы и методы использования компьютерной науки [1, 4, 5], и в качестве последних методов: – визуализация и роботизированная хирургия. Например: функциональная визуализация оценивает метаболическое состояние и генетический контекст, а хирургические роботы обеспечивают дистанционное управление.

Задачи. С развитием клинической практики и фундаментальных научных исследований цифровая медицина превратилась в новую дисциплину, которая возникла из пересечения нескольких областей от медицинской науки до информатики и прикладной математики и стала движущей силой для быстрого развития медицины [3]. Цифровая медицина включает в себя новые революционные алгоритмы и технологии. Например, трёхмерная анатомическая и функциональная визуализация, компьютерная навигация хирургических инструментов, минимизирующая повреждение тканей, а искусственные органы способствуют развитию эффективной клинической практике.

Цифровая медицина может быть определена как в узком, так и в широком смысле: в ее узком смысле цифровая медицина включает в себя всю теорию, знания, технологии и методологию, которые участвуют в решении медицинских проблем с использованием современных цифровых технологий в фундаментальной науке, клинической медицине, профилактической медицине и т. д., чтобы расширить наше понимание феноменов жизни и природы болезни. [2] В широком смысле цифровая медицина включает в себя разработку и применение цифровых устройств и средств для реабилитации и медицинского обслуживания.

Цифровая медицина в своём узком смысле означает клиническую практику с цифровой поддержкой, то есть использование компьютерных инструментов и технологий в клинической диагностике и лечении. Например: в настоящее время это дополнение к 3D-виртуальной эндоскопии, и в частности, дыхательного и пищеварительного трактов, а также в помощь к хирургическим вмешательствам, особенно в нейрохирургии: например, наматывание церебральных аневризм. Используя современные цифровые подходы, в том числе КТ и МРТ, хирурги могут собирать точную информацию от пациентов для выявления нарушений во время операций, без необходимости резки для внутренних анатомических структур.

Цифровая медицина в широком смысле включает в себя разработку и применение устройств и оборудования для медицинской диагностики и лечения, реабилитации и здравоохранения [1, 2], а также строительство цифровых больниц региональных медицинских сетей, дистанционных методов диагностики и лечения с использованием современных информационных технологий.

Цифровая медицина в самом широком смысле включает в себя цифровые информационные и коммуникационные технологии, которые используются в различных дисциплинах в биомедицине. Кроме того, цифровая медицина играет все более важную роль в различных исследовательских, медицинских и учебных заведениях и участвует во многих отраслях.

Вывод.

Цифровизация способствует более точному, более персонализированному клиническому опыту.

Профессор Zhiqiang Huang, ведущий гепатобилиарный хирург, однажды предсказал будущее медицины, сказав: «когда цифровая медицина развивается до определённой фазы, врачи и медсестры, которые используются как в теории, так и в клинической практике, если не готовы учиться и принимать новые знания и методы цифровой медицины, не смогут нормально обслуживать своих пациентов и, следовательно, станут некавалифицированными; «Его слова предсказывают быстрое развитие и светлое будущее цифровой медицины». [2, 3]

В последующие годы цифровая медицина, используя преимущества создания ISDM, обязательно войдёт в новый этап быстрого развития, включающий новые и прикладные исследования, а результат будет направлен на улучшение ухода за пациентами и клинических исходов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдрахманова, Г.И. Информационное общество: тенденции развития в субъектах Российской Федерации. Вып.2: стат.сб. / Нац. Исслед. Ун-т «Высшая школа экономики» / Г.И. Абдрахманова, Л.М. Гохберг, Г.Г. Ковалева. – М.: НИУ ВШЭ, 2015. – 160 с.
2. Дуданов И.П., Романов Ф.А., Гусев А.В. Информационная система в организации работы учреждений здравоохранения: Практическое руководство / И.П. Дуданов, Ф.А. Романов, А.В. Гусев. – ПетрГУ – Петрозаводск, Издательство ПетрГУ, 2005. – 238 с
3. Назаренко, Г.И. Медицинские информационные системы и искусственный интеллект. Вып. 3: Науч. пособ. / Г.И. Назаренко, Г.С. Осипов. – М.: Медицина XXI, 2003. – 320 с.
4. Teng L., He B., Wang J., Tan K. 4DGenome: A comprehensive database of chromatin interactions. *Bioinformatics* 2015;31:2560-4.
5. Zhong S.Z., Ouyang J. Overview of Chinese digital medicine. *Zhonghua Shao Shang Za Zhi* 2016;32:3-5.

Материал поступил в редакцию 30.03.19

DIGITAL MEDICINE: FROM INTERDISCIPLINARY PRACTICE TO INDEPENDENT DISCIPLINE

A.B. Khalyapina¹, N.V. Yarygin², V.I. Nakhayev³

¹ Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department, Traumatologist-Orthopedist,

² Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department, Corresponding Member of RAMS

^{1, 2} The Department of Traumatology, Orthopedics and Disaster Medicine
Moscow State University of Medicine and Dentistry, Russia

Abstract. *This article discusses the aspect of digital medicine, which serves to improve diagnosis and treatment using new and modern digital technologies.*

Keywords: *digital medicine, diagnostics, treatment, digital technologies.*

УДК 616.311-056.43-06:616.1/9-053.2

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**Ж.Н. Бакаев**, самостоятельный научный соискатель
Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

***Аннотация.** В статье приводится анализ литературы последних лет по основным патологическим аспектам, основам профилактики заболеваний слизистой оболочки полости рта у больных, местам микробиологических и иммунологических механизмов в развитии данной патологии среди населения.*

***Ключевые слова:** заболевания слизистой оболочки полости рта, распространённость, взаимосвязь с соматическими заболеваниями.*

Наиболее распространёнными поражениями человеческого организма являются стоматологические заболевания. Особое место среди них занимают болезни слизистой оболочки полости рта (СОПР). Они остаются одной из актуальных проблем терапевтической стоматологии [7].

Известно, что исходя из своих анатомо-физиологических особенностей, СОПР выполняет ряд функций [5], которые имеют большое значение для всего организма в целом: защитная – непроницаемость слизистой для патогенных и условно-патогенных микроорганизмов; пластическая – высокая регенеративная способность эпителия; чувствительная – осуществляется тепловыми, болевыми, тактильными, вкусовыми рецепторами; всасывательная – введение лекарственных веществ через СОПР; буферная – на поверхности СОПР при участии слюнных желёз происходит быстрое восстановление pH среды полости рта.

В настоящее время используется следующая классификация болезней СОПР [22]: травматические поражения (травматическая эритема, эрозия, язва, лейкоплакия, никотиновый лейкокератоз, актинический хейлит, лучевые и химические повреждения); инфекционные заболевания (вирусные – герпетический стоматит, опоясывающий лишай, ящур, бородавки, грипп, ВИЧ-инфекция; бактериальные инфекции – стрептококковый стоматит, пиогенная гранулема, шанкриформная пиодермия, туберкулёз; болезни, передаваемые половым путем – сифилис, гонорейный стоматит; микозы – кандидоз, актиномикоз); аллергические заболевания (отёк Квинке, аллергический стоматит, медикаментозный стоматит, многоформная экссудативная эритема, рецидивирующий афтозный стоматит); изменения СОПР при экзогенных интоксикациях; изменения СОПР при системных заболеваниях, болезнях обмена (гипо- и авитаминозы, болезни эндокринные, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, системы крови, нервной системы, ревматические болезни); изменения СОПР при дерматозах (пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга, красный плоский лишай); аномалии и самостоятельные заболевания языка (складчатый язык, чёрный «волосатый» язык, ромбовидный, десквамативный глоссит); хейлиты (гландулярный, эксфолиативный, метеорологический, актинический, атопический, экзематозный, контактный, макрохейлит); язвенно-некротический стоматит Венсана; предраковые заболевания и опухоли.

В последнее время отмечается рост числа воспалительных заболеваний СОПР. Это связано с увеличением количества неблагоприятных факторов, влияющих на организм [28].

Тяжесть заболеваний СОПР обусловлено природой этиологического фактора и интенсивностью агрессии. Несмотря на разнообразие этиологических факторов, в развитии патологического процесса имеются общие закономерности. Выделяют 4 стадии развития патологического процесса в СОПР:

- 1-стадия – усиление перекисного окисления липидов;
- 2-стадия – повреждение биомембран;
- 3-стадия – дезорганизация метаболизма;
- 4-стадия – патофизиологический синдром воспаления, исходом которого является некробиоз и некроз слизистой [13].

Муминова Г.Г. и соавт. [17] считают, что заболевания СОПР отличаются большой распространённостью в связи с большим диапазоном клинической симптоматики. По их мнению, следует учитывать взаимосвязанные сочетанные ее изменения, обусловленные соматическими нарушениями, проявлениями вирусных, грибковых, специфических инфекций, алиментарных, лекарственных и других аллергий, дерматозов, трофических расстройств, а также токсические и аллергические реакции при влиянии на слизистую оболочку различных конструкций протезов и стоматологических материалов. Нужно учесть и обратную связь, когда заболевания

СОПР могут отрицательно влиять на функции некоторых органов и систем организма.

По данным разных авторов, распространённость заболеваний слизистой оболочки полости рта составляет от 3 до 20 % [7, 27, 32].

В исследовании 1573 жителей Южного Китая в двух возрастных группах (35-44 года и 65-74 года), употребляющих табак и алкоголь, заболеваемость СОПР оказалась выше среди мужчин, проживающих в сельской местности по сравнению с городскими жителями в обеих возрастных группах. В ходе бразильского эпидемиологического исследования установлено, что среди 335 пациентов старше 60 лет, выявлено 646 заболеваний на СОПР [16].

Близкие результаты с вышеуказанными материалами были получены и при анализе распространённости заболеваний СОПР среди жителей Российской Федерации, в частности Волгоградской области [16], населения Свердловской области [25], среди 12-летних детей Краснодарского края [12], а также у детей Хабаровского края [2].

Турьянской М.В. и соавт. [24] установлено, что за последние годы стоматологическая заболеваемость у детей, проживающих в г. Краснодаре и Краснодарском крае, значительно возросла. Выявлено, что лечение детей раннего возраста имеющих соматическую патологию и врождённые пороки развития челюстно-лицевой области составляет большую проблему для стоматологов. Учитывая стоматофобию среди детей, авторы предлагают санацию полости рта у детей под общим обезболиванием.

Анализ сопряжённости стоматологических и соматических заболеваний показал, что распространённость стоматологических заболеваний зависит от наличия сопутствующих заболеваний, их тяжести и длительности [18].

Взаимосвязь между общесоматическими заболеваниями и состоянием органов полости рта осуществляется посредством различных видов гомеостаза, в первую очередь иммунологического, нарушения в котором приводят к заболеваниям, как всего организма, так и СОПР. У пациентов с респираторными аллергиями имело место единый иммунно-воспалительный механизм, затрагивающий как органы полости рта, так и дыхательные пути. Ведущую роль в местном иммунитете полости рта играли цитокины и система лизоцима [9].

Проявления патологии в полости рта при аллергических заболеваниях различны. Распространённость кариеса зубов среди детей больных атопическим дерматитом была высокой и составила 87,5 %. У детей, страдающих сочетанной аллергической патологией, распространённость кариеса зубов составляла 92,0 % (у здоровых 76,0 %), петехии СОПР у 70 %, сухость губ у 53,2-55 % детей. Распространённость воспалительных заболеваний пародонта выявлялись в 82,1-100 % случаев по сравнению со здоровыми детьми (48,0 %). Кровоточивость дёсен выявлена у 57,2-67,9 % детей с бронхиальной астмой (у здоровых 39,1-40 %), зубной камень у 15,1-15,2 % (у здоровых 8-9,38 %). Большая часть пациентов с бронхиальной астмой имели различные формы гингивита (катаральный – 68,7-75 %, гипертрофический – 7,3-17,9 %, язвенно-некротический – 1,95-7,1 %). При этом чаще выявлялся генерализованный гингивит (47,3 %), реже локальный (21,4 %). У больных ревматическими заболеваниями стоматологическая патология встречалась в 98-100 % случаях [1].

Характеристику аллергических поражений и изменений СОПР при различных заболеваниях органов и систем у детей давали в своей работе и Бабий И.Л., Калашникова У.А. [3]. Рассмотрели симптоматику и принципы лечения этих заболеваний в педиатрической практике.

С целью повышения эффективности лечения заболеваний СОПР изучены особенности стоматологического статуса детей, страдающих парциальными и генерализованными формами эпилепсии. Установлена высокая распространённость кариеса и его осложнений, хронического катарального гингивита, зубочелюстных аномалий и неудовлетворительная гигиена полости рта у этой категории детей [4].

СОПР является местом ранних проявлений клинических признаков при патологии желудочно-кишечного тракта, значительное место в структуре которых занимает заболевание, протекающее со снижением ферментативной функции поджелудочной железы – хронический панкреатит. Автор установила, что широкая распространённость хронического панкреатита, его неразрывная связь с поражениями слизистой полости рта свидетельствует об актуальности проблемы изучения особенностей возникновения, течения, своевременной диагностики, дифференцированного лечения и профилактики рецидивов заболеваний СОПР [13].

Гаврилова О.А. [6] изучала состояние СОПР и микроэкологию полости рта, доказала ее роль в этиопатогенезе стоматологических заболеваний у детей с хроническим гастродуоденитом, предложила принципы комплексного лечения и профилактики.

Маслак Е.Е., Наумова В.Н. [15] изучала и чётко изложила позицию терапевтов по вопросам взаимодействия со стоматологами при лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с проявлениями заболеваний СОПР.

Сумкина О.Б. и соавт. [20] также доказали, что разные формы органной патологии проявляются в полости рта определённой симптоматикой, что помогает поставить правильный диагноз основного заболевания.

Если раньше считалось, что заболевания СОПР являются местным процессом и подход к их лечению и профилактике осуществлялся только с локальной точки зрения, то сейчас их рассматривают в неразрывной связи с организмом в целом [13].

Одним из критериев эффективности лечения является качество жизни, которая является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного,

основанная на субъективном восприятии своего здоровья. Этим методом широко пользуются для оценки состояния здоровья больных в кардиологии, онкологии, гематологии, ревматологии, гастроэнтерологии, хирургии, неврологии, трансплантологии. В последние годы неизменно возрастает интерес к проблеме роли стоматологического здоровья в обеспечении качества жизни людей. Зубочелюстно-лицевая система как уникальное сосредоточие важнейших функциональных элементов различных органов выполняет большую роль в комплексе физических, эмоциональных, интеллектуальных характеристик пациентов [19].

Снижение уровня sIgA у детей с ревматическими заболеваниями является фактором риска развития множественного кариеса зубов, а также развития воспалительных заболеваний тканей пародонта и СОПР. При ювенильном ревматоидном артрите нарушается функционирование местного иммунитета полости рта, что является фактором развития кариеса зубов, множественной очаговой деминерализации эмали, а также развития воспалительных заболеваний тканей пародонта и СОПР [11, 33].

СОПР при инфекционных заболеваниях человека бывает вовлечена в патологический процесс. Характер изменений зависит от вирулентности возбудителя, стадии развития заболевания, индивидуальных особенностей организма. Установлено, что вовлечение СОПР в общий патологический процесс в большинстве случаев отягощает и осложняет течение основного заболевания [10, 14].

Острый герпетический стоматит у детей – инфекционное вирусное заболевание, обусловленное первичным контактом с вирусом простого герпеса, характеризующееся воспалением слизистой оболочки полости рта. Установлено, что инфицированность детей вирусом простого герпеса в возрасте от 6 месяцев до 5 лет составляет 60 %, а к 15 годам 90 %. Аналогичная ситуация в последние годы характерна и для стоматологии, так как с каждым годом увеличивается заболеваемость детей острым герпетическим стоматитом [23].

На острый герпетический стоматит приходится более 80 % всех случаев заболевания СОПР у детей. Исследование состояния местного иммунитета у детей, больных острым герпетическим стоматитом, выявило, что он тесно связан с характером течения патологического процесса. Патогенетически обосновано назначение иммуномодулирующей терапии. Смесь лизатов бактерий оказывало лечебное действие, а также, повышая активность иммунной системы, обеспечивал профилактику рецидивов [8].

У детей с гематологическими, онкологическими и иммунологическими заболеваниями на фоне лечения с применением химио- и лучевой терапии часто возникают осложнения, связанные с поражением полости рта. Одним из способов снижения числа подобных осложнений являются индивидуальная гигиена полости рта и оптимальный подбор средств. Было показано, что у пациентов, получавших лечение по поводу онкогематологических заболеваний, отмечается повышенный риск воспалительных изменений с потерей зубов. Авторы считают, что адекватно подобранные средства индивидуальной гигиены полости рта, соблюдение режима ухода за ротовой полостью значительно улучшают состояние СОПР и зубов, способствуют профилактике потери зубов [25].

Авторы представили наиболее характерные поражения полости рта у ВИЧ-инфицированных пациентов детского возраста. К ним относили заболевания СОПР, слюнных желёз, а также поражения твердых тканей зубов. Степень их проявления напрямую зависела от состояния иммунитета, вирусной нагрузки в крови. Также показано влияние антиретровирусной терапии на состояние полости рта у детей с ВИЧ-инфекцией [21].

Состояние гигиены полости рта, показатели кариеса и иммунитета изучались у 163 детей коренного и русского населения Хабаровского края. Особенности кариеса у коренного населения являются превышение показателя интенсивности в 1,5-2 раза. Гигиена полости рта хуже, а показатели sIgA и лизоцима ниже у детей-аборигенов по сравнению с русскими детьми. Выявленные корреляционные связи подтверждают зависимость показателей кариеса и гигиены с иммунологическими характеристиками детского населения [1].

Проведен анализ особенностей местных иммунологических факторов полости рта при протезировании ортопедическими конструкциями. Установлено, что местный иммунитет имеет значение для выяснения сложных механизмов влияния протезов и протезных материалов на состояние тканей полости рта. Динамика этих показателей может служить одним из критериев качества проведённого ортопедического лечения [7].

Актуальность профилактики заболеваний СОПР обусловлена высокой распространённостью данной патологии. В настоящее время существуют различия в моделях организации профилактической помощи населению, что проявляется не только на национальном, но и региональном уровне во многих государствах.

Выделяют первичную и вторичную профилактику. Под первичной профилактикой понимают комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний и устранение факторов риска. Вторичная профилактика – это лечение возникших патологических процессов полости рта. Профилактика заболеваний СОПР требует активных мер, направленных на человека и среду обитания. Предупреждение развития патологии СОПР необходимо начинать еще в детском возрасте.

По данным существующих исследований, даже в развитых странах более 1/3 детей до 11 лет никогда не были у стоматолога [31].

В связи с этим задача распространения профилактических мероприятий на более широкие слои населения может быть решена путем изменения модели организации профилактической помощи как в США [30] и Канаде [29], что позволит, с одной стороны, удешевить доступ к программам профилактики, а с другой снимет со стоматологов нагрузку по оказанию соответствующих услуг.

В программы подготовки стоматологов-гигиенистов должны быть включены занятия, направленные

на овладение навыками теорий социально-психологического анализа для формирования более эффективного плана профилактических мероприятий и повышения уровня мотивации пациентов в деле улучшения состояния гигиены полости рта и поддержания его на высоком уровне. К подобного рода теориям могут быть отнесены [32]:

- социально-когнитивная теория (анализ трех групп факторов, определяющих ответственность пациента: личностные характеристики, способность анализировать поведение, склонность к наблюдению за другими; окружение: семья, друзья, посещаемые места, доступность товаров; поведенческие особенности: склонность к определенным действиям в конкретной ситуации);
- теория обоснованного действия (поведение, в том числе в области гигиены полости рта, определяется личным отношением к проблеме, субъективными особенностями и осуществляемым контролем в различной форме со стороны членов семьи, друзей, коллег, общества);
- теория «подстраивания» (построение плана общения/лечения в соответствии с психологическими особенностями пациента).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аветисян, Л.А. Распространенность основных стоматологических заболеваний у детей с сочетанной общесоматической патологией / Л.А. Аветисян, Н.А. Мартынова, Л.С. Михайлова и др. // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Том 4. – № 12. – С. 1363–1364.
2. Антонова, А.А. Показатели иммунитета полости рта у детей Хабаровского края / А.А. Антонова, Н.В. Стрельникова // Вісник проблем біології і медицини. – Полтава, 2016 – Вип. 4. – Том 1 (133). – С. 351–354.
3. Бабий, И.Л. Аллергические поражения и изменения слизистой оболочки полости рта при различных заболеваниях органов и систем у детей. Часть III / И.Л. Бабий, У.А. Калашникова // Здоровье ребёнка. – 2010. – № 2 (23). – С. 97–99.
4. Богданова-Гайдукова, Е.В. Характеристика стоматологических нарушений у детей с эпилепсиями / Е.В. Богданова-Гайдукова, В.М. Елизарова, А.И. Крапивкин и др. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – Москва. – 2008. – № 6. – С. 53–56.
5. Волкова, М.Н. Заболевания слизистой оболочки рта: учебно-методическое пособие / М.Н. Волкова, Ю.П. Чернявский, Н.А. Сахарук и др. – Витебск: ВГМУ, 2016. – 236 с.
6. Гаврилова, О.А. Микробиология полости рта и ее роль в этиопатогенезе стоматологических заболеваний у детей с хроническим гастроэнтеритом: принципы комплексного лечения и профилактики: Диссертация ... на соискание ученой степени д.м.н. / О.А. Гаврилова – Тверь, 2010. – 316 с.
7. Данилевський, М.Ф. Терапевтична стоматологія. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко. – Киев, 2010. – 640 с.
8. Дроботько, Л.Н. Острые стоматиты у детей / Л.Н. Дроботько, С.Ю. Страхова // Вопросы современной педиатрии. – 2010. – Том 9. – № 2. – С. 146–149.
9. Исамулаева, А.З. Патогенетические механизмы повышения эффективности лечения заболеваний полости рта у детей с бронхиальной астмой: автореферат дисс. ... на соискание ученой степени к.м.н. / А.З. Исамулаева – Воронеж, 2011. – 20 с.
10. Казакова, Р.В. Полость рта при инфекционных заболеваниях / Р.В. Казакова, Г.Б. Матейко, В.Я. Скиба и др. – Ужгород, «ГалДент», 2012. – 200 с.
11. Козлитина, Ю.А. Особенности местного иммунитета полости рта у детей с ревматическими заболеваниями / Ю.А. Козлитина, У.Ю. Чугаева, О.И. Адмакин // Саратовский научно-медицинский журнал. – Саратов, 2011. – Т. 7. – № 1. – (приложение). – С. 300–301.
12. Кузьмина, Э.М. Динамика стоматологической заболеваемости 12-летних детей Краснодарского края за 10 лет / Э.М. Кузьмина, М.В. Турьянская // Dental. forum. – 2011. – № 1 (37). – С. 33–36.
13. Лавровская, Я.А. Особенности течения заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне хронического панкреатита (обзор литературы) / Я.А. Лавровская // Журнал Гродненского медицинского университета. – 2015. – № 3. – С. 18–21.
14. Луцкая, И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 2-е изд., дополненное / И.К. Луцкая. – Москва, Медицинская литература, 2014. – 325 с.
15. Маслак, Е.Е. Позиция врачей-терапевтов по вопросам взаимодействия с врачами-стоматологами при лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е.Е. Маслак, В.Н. Наумова // Социология медицины. – 2015. – Т. 14. – № 2. – С. 62–64.
16. Михальченко, А.В. Особенности структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта у жителей Волгограда и Волгоградской области / А.В. Михальченко, Е.А. Медведева, Д.В. Михальченко // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 1. – С. 3–7.
17. Муминова, Г.Г. Актуальные вопросы заболеваний слизистой полости рта и их лечение / Г.Г. Муминова, Г.Э. Худойбердиев, Ш.А. Фаттахов // Stomatologiya. – Ташкент, 2010. – № 1-2. – С. 66–68.
18. Наумова, В.Н. Взаимосвязь стоматологических и соматических заболеваний: обзор литературы / В.Н. Наумова, С.В. Туркина, Е.Е. Маслак // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 2 (50). – С. 25–27.
19. Новожилова, Т.П. Качество жизни у детей с заболеваниями органов полости рта, ассоциированными с дисбиозом кишечника / Т.П. Новожилова, Л.А. Мозговая // Пермский медицинский журнал. – 2009. – Том XXVI. – № 5. – С. 137–141.
20. Сумкина, О.Б. Анализ изменений в полости рта при различных заболеваниях внутренних органов / О.Б. Сумкина, Ф.А. Биджиева, Н.В. Гетман и др. // Альманах современной науки и образования. – Тамбов, 2008. – № 11 (18). – С. 121–123.

21. Сундукова, К.А. Проявление ВИЧ-инфекции в полости рта у детей / К.А. Сундукова, Л.П. Кисельникова, М.М. Гаджикулиева // Российский медицинский журнал. – 2016. – № 22 (6). – С. 329–331.
22. Супатаева, Т.У. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Часть 1: учебное пособие / Т.У. Супатаева, З.У. Токтосунова, Н.Р. Нигматулина. – Бишкек: КРСУ. – 2014. – 174 с.
23. Тидген, К.В. Острый герпетический стоматит у детей / К.В. Тидген, Р.З. Уразова, Р.М. Сафина // Практическая медицина. – 2013. – № 4 (72). – С. 28–33.
24. Турьянская, М.В. Опыт санации полости рта у детей под общим обезболиванием / М.В. Турьянская, М.Н. Митропанова, Ю.Г. Пейсахович // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 6 (141). – С. 181–183.
25. Тюшевская, А.В. Повышение эффективности индивидуальной гигиены полости рта у детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями / А.В. Тюшевская, Г.Н. Гаспарян, М.А. Ковальчук // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2018. – Том 5. – № 2. – С. 19–24.
26. Харитонов, М.П. Особенности структуры заболеваемости слизистой оболочки полости рта у жителей Свердловской области / М.П. Харитонов, Е.В. Халилаева, Л.И. Юрьева // Маэстро стоматологии. – 2012. – № 2 (46). – С. 44–47.
27. Цветкова-Аксамит, Л.А. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / Л.А. Цветкова-Аксамит, С.Д. Арутюнов, Л.В. Петрова. – Москва: МЕДпресс информ, 2009. – 208 с.
28. Bilal Abdul Qayum Mirza. Bidirectional relationship between diabetes and periodontal disease: Review of Evidence / Bilal Abdul Qayum Mirza, Ayma Syed, Faisal Izhar, et al. // J. Pak. Med. Assoc. – 2010. – Vol. 60 (9). – P. 766–769.
29. Damianova, D. Improvement of Oral Hygiene Status in Children Influenced by Motivation Programs / D. Damianova, V. Panov, S. Angelova // Journal of IMAB. – 2015. – Vol. 21. – Issue 3.
30. Dental Hygiene at a Crossroads: Knowledge Creation and Capacity Building in 21st Century / A Report on research in the field of Dental Hygiene in Canada // CDHA. 10 June 2009.
31. Mertz, E. Alternative Practice Dental Hygiene in California: Past, Present, and Future / E. Mertz, P. Glassman // J. Calif Dent Assoc. – 2011. – Vol. 39 (1). – P. 37–46.
32. Oral Health Surveys. Basic Methods. 5th ed. World Health Organization. – 2013.
33. Willershausen, B. Oral hygiene prophylaxis and therapy in patients with inflammatory rheumatic diseases / B. Willershausen, A. Kasaj // J. Rheumatol. – 2010. – No. 2. – P. 117–123.

Материал поступил в редакцию 17.04.19

THE INTERRELATION OF DISEASES OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY WITH SOMATIC PATHOLOGY: A LITERATURE REVIEW

Zh.N. Bakayev, Independent Scientific Applicant
Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

Abstract. *The article provides an analysis of the literature of recent years on the main pathological aspects, the basics of prevention of diseases of the oral mucosa in patients, the place of microbiological and immunological mechanisms in the development of this pathology among the population.*

Keywords: *diseases of the oral mucosa, prevalence, relationship with somatic diseases.*

УДК 616.31-002-07:616.716.4-053.2

ОЦЕНКА МАРКЕРОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

А.А. Саидов¹, С.Ш. Олимов², С.А. Гаффаров³

¹ кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии,

² кандидат медицинских наук, доцент, докторант,

³ доктор медицинских наук, профессор

¹ Бухарский государственный медицинский институт,

^{2,3} Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Аннотация. В статье приводится анализ современной концепции этиологии, особенности клинического течения и диагностики патологии височно-нижнечелюстного сустава у детей. Обсуждены стандарты и механизмы диагностики данной патологии. Описаны диагностические возможности и эффективности определения маркеров соединительной ткани при патологиях височно-нижнечелюстного сустава у детей.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, диагностика, СРБ, биомаркеры, у детей.

Научная литература подтверждает, что реактивность макроорганизма в значительной мере определяется состоянием зубочелюстной системы (ЗЧС) и ее взаимодействиями с экосистемами [2, 9]. Проведенные в странах Европы эпидемиологические исследования также указывают на высокую распространённость патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) среди детей [1, 3, 6]. Поэтому за последние годы опубликовано множество работ о проблеме ВНЧС и факторах, влияющих на их развитие особенно среди детей [5, 6].

Патологии ВНЧС составляют довольно большую часть патологий челюстно-лицевой области, при этом у данной группы людей отмечают кариозный индекс выше, чем у детей без патологии ВНЧС [7, 8]. Помимо кариозной болезни, у детей с патологией ВНЧС чаще встречаются пародонтологические заболевания [10, 12]. Эффективность проведения профилактических мероприятий среди детей с патологией ВНЧС значительно ниже, что объясняется использованием стандартных методов профилактики, которые не учитывают особенности стоматологического статуса пациента.

При приёме детей с патологией ВНЧС, как правило, врачи сталкиваются с конечными результатами процессов, начавшихся еще в период эмбрионального развития или в раннем возрасте. При формировании патологии ВНЧС действуют устойчивые патогенетические механизмы, которые удерживают стабильно высокий уровень распространённости и связаны с факторами генетического характера, ухудшением здоровья женщин во время беременности и детей [4, 11]. Большую роль в развитии патологии ВНЧС играют эндокринопатии, нарушение формирования костной и соединительной ткани, а также нервных волокон во внутриутробном периоде [3, 6, 11]. Приобретённые заболевания ВНЧС чаще развиваются на фоне внешних воздействий, воспалительных заболеваний и травм, действующих в различные возрастные периоды [3, 8, 12].

Исследования по распространённости заболеваний ВНЧС среди детей, а также по установлению их этиопатогенеза продолжаются, так как до сих пор нет единого мнения о причине все возрастающего числа данной патологии. Исходя из этого, поставленная перед нами проблема является актуальной. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей некоторых маркеров соединительной ткани в развитии патологии ВНЧС у детей.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах обследования 78 детей в возрасте от 6 до 13 лет с патологией ВНЧС. У 43 пациентов определялось затруднённое носовое дыхание, обусловленное наличием аденоидов. В группу наблюдения вошли 45 (57,3 %) девочек и 33 (42,7 %) мальчика. Обследование пациентов проводилось по схеме, включающей клинические методы: сбор анамнеза, осмотр, морфометрические методы – биометрическое изучение контрольно-диагностических моделей челюстей, анализ фотографий лица и окклюзии зубных рядов, рентгенологические методы, дентальная компьютерная томография. В специально разработанной для каждого большого карте фиксировались данные анамнеза и результаты осмотра органов и тканей полости рта. Клинические наблюдения за детьми с заболеванием ВНЧС и синдромом затруднённого носового дыхания вследствие аденоидов показало, что наиболее распространённой патологией у этих детей является дистальная окклюзия зубных рядов, характеризующаяся антепозицией верхней челюсти, ретропозицией нижней челюсти, тенденцией к вертикальному типу роста челюстей, бипротрузией резцов, сагиттальным несоответствием челюстей, сужением верхней челюсти в области точек Пона на премолярах и молярах. На основании полученных результатов исследований, для дифференцированного подхода к планированию комплексной реабилитации детей с заболеванием ВНЧС мы сочли целесообразным проведение дополнительных лабораторных исследований. Концентрация С-РБ в сыворотке определялась методом иммуноферментного анализа с помощью диагностического набора фирмы «HUMAN». Используемый твердофазный метод иммуноанализа основан на принципе «сэндвича». Степень окраски была пропорциональна концентрации С-РБ

в анализируемом образце. Результаты ИФА регистрировать с помощью спектрофотометра, измеряя оптическую плотность в двухволновом режиме: основной фильтр – 450 н/м, референс-фильтр – в диапазоне 620-655 н/м. После измерения величины оптической плотности раствора в лунках на основании калибровочного графика определяли концентрацию С-РБ в анализируемых образцах. В качестве реактивов использовались: 94 % этанол, 5 % трихлоруксусная кислота (ТХУ), концентрированная серная кислота, 0,2 % раствор карбазола в 94 % этаноле, стандартные растворы с 5, 20 и 50 мкг глюкокуроновой кислоты в 1 мл воды. В центрифужную пробирку набирали 0,5 мл исследуемой жидкости и 2 мл охлаждённого (в воде со льдом) этанола. Перемешивали 5-6 мин, центрифугировали при 3000 об/мин 10 мин. Осадок эмульгировали в 3 мл 5 % ТХУ, полученную смесь гидролизировали в кипящей водяной бане 30 мин, с каплеуловителем. Затем охлаждали при комнатной температуре и повторно центрифугировали (3000 об/мин, 10 мин.). В надосадке определяли содержание ГК. В 2 пробирки (1 – контроль) при охлаждении в воде со льдом и перемешивании приливали по 1 мл полученного надосадка и 5 мл реактива 3. Нагревали 10 мин в кипящей водяной бане и охлаждали до комнатной температуры. В опытную пробирку добавляли 0,1 мл реактива 4, в контроль добавляли 0,1 мл этанола. Содержимое перемешивали, нагревали 10 минут при 65-70 °С. Появлялось фиолетово-розовое окрашивание. Через 10 мин пробы фотометрировали при 530 н/м (светло-зелёный светофильтр) в кюветках с толщиной слоя 1 см. Находили разности величин опытной и контрольной проб, определяли концентрации с помощью калибровочного графика. Норма концентрации ГАГ в сыворотке крови в среднем до 41.3 ± 2.3 мкмоль/л.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Количественные показатели проверялись на соответствие нормальному распределению с помощью t-критерия Стьюдента. Для сравнения выборок с распределением, приближенным к нормальному, использовался критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Как известно, системный метаболизм соединительной ткани у пациентов ДСТ характеризуется высвобождением гликопротеинов, снижением сульфатированных гликозоамингликанов (ГАГ). Кроме того, они определяют реологические свойства крови, что служит объяснением возникновения типичных нарушений гемостаза при ЗЧА, влияющей на тромбофилию вызванным системным воспалительным ответом, что объясняет преобладание деструкции ГАГ над их синтезом. В таблице 1 показано динамика маркеров воспалительного процесса у детей с заболеванием ВНЧС.

Таблица 1

Динамика показателей ГАГ, С-РБ и СОЭ у больных детей с заболеванием ВНЧС

Группы	Уровень сывороточного ГАГ, мкмоль/л	Скорость оседания эритроцитов мм/ час	С-РБ высокочувствительный, нг/мл
Дети с заболеванием ВНЧС n = 48	$53,65 \pm 21,5^*$	$16,34 \pm 3,51^*$	$35,39 \pm 4,42^*$
Здоровые дети n = 15	$24,15 \pm 1,79$	$7,08 \pm 0,53$	$9,73 \pm 0,18$

Примечание: * – достоверность различий $P < 0,05$ при сравнении с контролем.

Как видно из представленных результатов исследований, у детей с заболеванием ВНЧС отмечено достоверное повышение уровня гликозоамингликана в сыворотке крови в среднем в 2,2 раза при сравнении группой здоровых детей. Полученные результаты исследований, свидетельствует о том, что дегенеративные процессы в веществе соединительной ткани связаны с нарушением строения или функции ГАГ и их вовлеченности в патологический процесс. Кроме того, динамика ГАГ в сыворотке крови у обследуемых детей указывает на высокую специфичность его, которая свидетельствует о поражении хряща и говорит о развитии дисплазии соединительной ткани.

Всем обследованным женщинам проведено исследование основных показателей воспаления путем определения С-РБ и СОЭ с помощью стандартной методики. Результаты представлены в таблице 1. При оценке уровня воспаления показатель СОЭ в группах детей с патологией ВНЧС был повышен относительно контрольной группы. При определении сывороточных концентраций С-РБ методом высокочувствительного ИФА-анализа отмечалось последовательное увеличение результатов от группы контроля к группе с патологией ВНЧС. Высокие концентрациям С-РБ у обследуемых детей с ВНЧС свидетельствует о роли воспаления в повреждении соединительной ткани зубочелюстной системы.

Как правило, ГАГ продукты деградации коллагена и межклеточного вещества, которые представляют обширную гетерогенную группу веществ, формирующих межклеточный матрикс соединительной ткани. Роль сывороточных концентраций ГАГ как биохимического маркера у больных ЗЧА исследовалась преимущественно отечественными учеными. У больных детей с патологией ВНЧС по сравнению со здоровыми детьми отмечается повышенный уровень ГАГ в крови. Поэтому, на наш взгляд, исследование концентрации ГАГ и его фракционного спектра может быть использовано в качестве дополнительных тестов в диагностике активности патологического процесса, степени его выраженности, характера течения, эффективности лечения ВНЧС.

В последние годы отмечается увеличение значимости воспаления в патогенезе ЗЧА. Чувствительные маркеры позволяют выявить воспалительные изменения. Наиболее чувствительными маркерами воспаления считаются уровни С-РБ и интерлейкина-6 (ИЛ-6). При исследовании детей с ВНЧС нами было выявлено повышение уровней С-РБ.

Последнее указывает на наличие воспаления и иммунные нарушения, которые ассоциируются с увеличением скорости прогрессирования поражения ДСТ.

Иранские учёные испытывали лечебное питание с большим содержанием кунжутного семени для снижения воспалительных процессов у пациентов ДСТ. Однако получили снижение только уровней ИЛ-6, в то время как показатели С-РБ и общей антиоксидантной активности сыворотки не изменились за 2 месяца лечения 40 граммом кунжутного семени [Haghighianetal, 2013], что указывает на высокую чувствительность С-РБ при не только при высоких значениях воспаления, но также об дегенеративном процессе соединительной ткани.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексенко, Е.Ю. Особенности клинических проявлений дисплазий соединительной ткани у больных остеоартрозом / Е.Ю. Алексенко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 6 (111).
2. Богомолова, И.К. Дисплазия соединительной ткани / И.К. Богомолова // Забайкальский медицинский вестник. – 2010. – № 2. – С. 46–50.
3. Вьюшкова, Н.В. Дисплазия соединительной ткани как фоновое состояние при пиелонефрите / Н.В. Вьюшкова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 6. – С. 27–30.
4. Корж, И.В. Биохимические маркеры метаболизма соединительно ткани у больных остеоартрозом с артериальной гипертензией и ожирением / И.В. Корж // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2013. – Т. 22. – № 11. – С. 9–13.
5. Наследственные нарушения соединительной ткани. Российские рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов // Российский кардиологический журнал. – 2012. – № 4 (96): прил. 1.
6. Нечаева Г.И. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г.И. Нечаева, В.М. Яковлев, В.П. Конев // Лечащий врач. – 2008. – № 2. – С. 76–80.
7. Онуфрийчук, Ю.О. Дисплазия соединительной ткани: распространённость и спектры фенотипических проявлений в различных климатических поясах / Ю.О. Онуфрийчук, О.Н. Рагозин, И.В. Радыш и др. // Экология человека. – 2009. – № 1. – С. 29–33.
8. Семенов, М.Г. Дисплазия соединительной ткани у детей с аномалиями развития и приобретёнными деформациями челюстно-лицевой области / М.Г. Семенов // Институт стоматологии. – 2009. – Т. 4. – № 45. – С. 46–48.
9. Ухов, Ю.И. Гистологическая интерпретация степени тяжести дисплазии соединительной ткани в клинической практике / Ю.И. Ухов, И.С. Собенников, А.А. Черенков // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2014. – № 4. – С. 29–34.
10. Чемоданов, В.В. Соединительнотканная дисплазия: на пути к решению проблемы / В.В. Чемоданов // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2009. – Т. 14. – № 2. – С. 5–9.
11. Эверт, Л.С. Диагностика ДСТ с использованием биомаркеров // Журнал Сибирского федерального университета. Химия. – 2009. – № 2. – С. 385–390.
12. Beavers, K.M. Effects of total and regional fat loss on plasma CRP and IL-6 in overweight and obese, older adults with knee osteoarthritis / K.M. Beavers, et al. // Osteoarthritis Cartilage. – 2015. – Vol. 23. – № 2. – P. 249–256.

Материал поступил в редакцию 17.04.19

EVALUATION OF MARKERS OF CONNECTIVE TISSUE IN THE DEVELOPMENT OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT PATHOLOGY IN CHILDREN

A.A. Saidov¹, S.Sh. Olimov², S.A. Gaffarov³

¹Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Orthopaedic Dentistry,

²Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Doctoral Student,

³Doctor of Medical Sciences, Professor

¹Bukhara State Medical Institute,

^{2,3}Tashkent Institute for Advanced Medical Training, Uzbekistan

Abstract. The article analyzes the modern concept of etiology, clinical features and diagnosis of temporomandibular joint pathology in children. The standards and mechanisms of diagnosis of this pathology are discussed. The diagnostic capabilities and effectiveness of connective tissue markers determination in temporomandibular joint pathologies in children are described.

Keywords: temporomandibular joint, diagnosis, CRP, biomarkers, in children.

УДК 611.716.4+572.71

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛУБИНЫ БАЗАЛЬНЫХ ДУГ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИГ.Л. Снигур¹, Е.Ю. Ефимова², Д.А. Кавалерова³, А.Е. Кривенцев⁴¹ доктор медицинских наук, доцент, ² кандидат медицинских наук, доцент,³ старший преподаватель, ⁴ студент 2-го курса^{1, 3, 4} Центр молодёжного инновационного творчества «Биомедицина» (Волгоград),² ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет, Россия

Аннотация. Исследованы морфометрические показатели глубины базальных дуг нижней челюсти при брахикранном типе черепа с учетом полового диморфизма. Работа выполнена на 64 препаратах черепов людей обоего пола первого и второго периодов зрелого возраста с физиологической окклюзией зубов. В результате исследования установлен диапазон минимальных и максимальных границ глубины базальных дуг нижней челюсти при брахикранном типе черепа.

Ключевые слова: глубина базальных дуг, краниофациальный комплекс, краниотип, морфометрия.

Современные методы диагностики и лечения пациентов с различными зубочелюстными аномалиями предъявляют к морфологическим исследованиям высокие требования [6]. Наряду с этим приобретает большое значение характеристика диапазона индивидуальной изменчивости костных структур, чтобы не принять эти изменения за патологию [1, 7, 8]. Вместе с тем в литературе встречаются единичные работы, касающиеся параметров базальных дуг [4, 5]. При этом исследования, как правило, выполнены на гипсовых моделях челюстей, а сведения, содержащиеся в них, характеризуют параметры дуг с позиций средних величин. Отмечается, что морфометрические показатели, полученные при обследовании пациентов, не всегда соответствуют аналогичным данным, полученным при исследовании анатомических препаратов [2], что определяет актуальность проводимого исследования.

Цель исследования: изучить изменчивость глубины базальных дуг нижней челюсти при брахикранном типе строения черепа.

Материал и методы исследования. Исследовано 64 паспортизированных препаратов черепов людей зрелого возраста с физиологической окклюзией зубов, взятые из архива областного бюро судебно-медицинской экспертизы г. Волгограда и архива кафедры анатомии человека ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет». 36 препаратов принадлежало мужчинам, 28 препаратов – женщинам. Черепной индекс определяли, как соотношение поперечного размера мозгового отдела черепа к его продольному размеру (брахикранный тип – черепной индекс $\geq 80,0$). Все измерения на черепе проводились цифровым штангенциркулем с миллиметровой шкалой с ценой деления 0,1 мм.

Измерения глубины базальных дуг осуществляли на костных препаратах нижних челюстей и их 3D моделях. Сканирование препаратов проводилось на базе Центра молодёжного инновационного творчества «Биомедицина» (г. Волгоград), с использованием 3D сканера Einscan SE. При этом глубину дуг измеряли от наиболее выступающих точек между медиальными резами с вестибулярной и язычной сторон нижней челюсти до точки пересечения с линией, соединяющей дистальные поверхности коронок клыков, премоляров и моляров.

Статистическая обработка полученных данных проводилась непосредственно из общей матрицы данных «EXCEL 10.0» с привлечением возможностей программы «STATISTICA 6». Группировка вариационных рядов и их обработка проводились в соответствии с рекомендациями В.М. Зайцева и соавт. (2003). Вариационно-статистический включал определение следующих вариационно-статистических элементов: M – средняя арифметическая, m – ошибка средней арифметической, C_v – коэффициент вариации. Варьирование показателей считали слабым, если C_v не превосходил 10 %, средним, когда C_v составлял 11-25 % и значительным при $C_v > 25$ %. При $C_v > 50$ % распределение считали асимметричным. Оценка статистически значимых различий между средними величинами и линейного коэффициента корреляции проверялась на основе t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования выявлено увеличение показателей глубины базальных дуг нижней челюсти с вестибулярной стороны относительно уровня клыков: на препаратах мужского пола на уровне первых премоляров 2,5 мм и 2,9 мм, вторых премоляров 5,6 мм и 5,9 мм, первых моляров 27,5 мм и 28,8 мм, вторых моляров 31,0 мм и 32,0 мм. На препаратах женского пола увеличение вариант составило: 3,8 мм и 3,9 мм, 5,6 мм и 5,9 мм, 26,5 мм и 28,1 мм и 31,8 мм и 32,1 мм соответственно (табл. 1).

Амплитуда колебаний вариант на препаратах обоего пола была сходной на уровне клыков по 12,0 мм, первых премоляров 12,4 мм и 12,1 мм, вторых премоляров по 12,3 мм, первых моляров 13,3 мм и 13,6 мм. На уровне вторых моляров амплитуда колебаний вариант у мужчин составляла 13,0 мм, у женщин – 12,3 мм. Среднестатистические показатели глубины базальных дуг на препаратах мужского и женского пола на каждом уровне измерения не имели между собой статистически значимых отличий ($p > 0,05$; табл. 1).

Таблица 1

Вариационно-статистические показатели глубины базальных дуг нижней челюсти со стороны вестибулярной поверхности (Min-max мм; M ± m мм; Cv %)

Уровень измерения	Пол	Вариационно-статистические показатели				
		Min-max	M ± m	σ	Cv	p
Клыки	Муж.	8,7-20,7	14,53 ± 0,67	2,17	14,93	> 0,05
	Жен.	8,7-20,7	14,93 ± 0,82	2,12	14,71	
Первые премоляры	Муж.	11,2-23,6	18,89 ± 0,66	2,73	14,52	> 0,05
	Жен.	12,5-24,6	19,35 ± 0,82	3,24	16,74	
Вторые премоляры	Муж.	14,3-26,6	21,96 ± 0,65	3,22	14,66	> 0,05
	Жен.	14,3-26,6	21,38 ± 0,83	3,51	16,42	
Первые моляры	Муж.	36,2-49,5	40,91 ± 0,72	4,69	11,46	> 0,05
	Жен.	35,2-48,8	41,53 ± 0,95	5,02	12,09	
Вторые моляры	Муж.	39,7-52,7	44,24 ± 0,72	4,34	9,81	> 0,05
	Жен.	40,5-52,8	44,82 ± 0,84	4,45	9,93	

Установлено, что увеличение показателей глубины базальной дуги со стороны язычной поверхности относительно уровня клыков: на препаратах мужского пола на уровне первых премоляров 3,8 мм и 10,2 мм, вторых премоляров 6,0 мм и 12,3 мм, первых моляров 23,8 мм и 30,2 мм, вторых моляров 27,3 мм и 34,4 мм, на препаратах женского пола увеличение вариант на уровне первых премоляров (2,5 мм и 2,9 мм), вторых премоляров (4,7 мм и 5,0 мм) и первых моляров (22,5 мм и 22,9 мм) было сходным, на уровне вторых моляров оно составило 26,0 мм. Амплитуда колебаний вариант на препаратах обоего пола имела сходное значение на уровне первых премоляров 12,4 мм, вторых премоляров 12,3 мм, первых моляров 12,4 мм и вторых моляров 13,1 мм. На уровне клыков на препаратах женского пола (12,0 мм) амплитуда колебаний вариант в 2 раза превышала аналогичный показатель препаратов мужского пола (6,0 мм; табл. 2).

Таблица 2

Вариационно-статистические показатели глубины базальных дуг нижней челюсти со стороны язычной поверхности (Min-max мм; M ± m мм; Cv %)

Уровень измерения	Пол	Вариационно-статистические показатели				
		Min-max	M ± m	σ	Cv	p
Клыки	Муж.	7,4-13,4	10,41 ± 0,57	1,25	12,33	< 0,001
	Жен.	8,7-20,7	14,93 ± 0,82	2,12	14,71	
Первые премоляры	Муж.	11,2-23,6	16,93 ± 0,71	1,95	11,52	> 0,05
	Жен.	11,2-23,6	16,67 ± 0,83	2,16	12,96	
Вторые премоляры	Муж.	13,4-25,7	18,98 ± 0,71	3,21	16,91	> 0,05
	Жен.	13,4-25,7	18,69 ± 0,82	3,12	16,69	
Первые моляры	Муж.	31,2-43,6	35,79 ± 0,66	3,96	11,07	> 0,05
	Жен.	31,2-43,6	36,63 ± 0,83	4,41	12,04	
Вторые моляры	Муж.	34,7-47,8	39,12 ± 0,71	4,39	11,22	> 0,05
	Жен.	34,7-47,8	40,08 ± 0,89	4,68	11,68	

Среднестатистические показатели глубины базальных дуг на препаратах обоего пола не имели между собой статистически значимых отличий на уровне премоляров и моляров ($p > 0,05$). На уровне клыков показатель у женщин ($14,93 \pm 0,82$ мм) превосходил показатель у мужчин ($10,41 \pm 0,57$ мм; $p < 0,001$; табл. 2).

Таким образом, в результате проведенного исследования установлен диапазон минимальных и максимальных границ глубины базальных дуг нижней челюсти при брахиранном типе черепа в зависимости от пола. Полученные новые данные дополняют и расширяют имеющиеся в литературе сведения об индивидуальной и возрастной изменчивости зубных дуг, что актуально как с теоретической, так и практической точек зрения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доменюк, Д.А. Морфометрические показатели зубных дуг при гипербрахигнатии / Д.А. Доменюк, Б.Н. Давыдов, Э.Г. Ведешина и др. // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2017. – Т. 2. – № 11 (308). – С. 45–47.
2. Ефимова, Е.Ю. Размерные характеристики фронтального отдела нижней челюсти / Е.Ю. Ефимова, А.И. Краюшкин, Ю.В. Ефимов и др. // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 45–46.
3. Зайцев, В.М. Прикладная медицинская статистика / В.М. Зайцев, И.Г. Лифляндский, В.И. Маринкин. – СПб: ООО «Изд-во Фолиант», 2003. – 432 с.
4. Михеева, М.В. Корреляционные связи морфометрических параметров нижней челюсти мужчин с ортогнатическим прикусом / М.В. Михеева, Л.В. Музурова, О.В. Попова и др. // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Том 4. – № 3. – С. 187.
5. Музурова, Л.В. Изменчивость параметров зубной дуги нижней челюсти у женщин с различными формами лица / Л.В. Музурова, М.В. Михеева, В.В. Коннов и др. // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Том 4. – № 6. – С. 937–939.
6. Смирнов, В.Г. Клиническая анатомия челюстей / В.Г. Смирнов, О.О. Янушевич, В.А. Митронин. – М.: 2014. – 231 с.
7. Omar, H. Dental arch dimensions, form and tooth size ratio among a Saudi sample / H. Omar, M. Alhajrasi, N. Felemban, et al. // Saudi Medical Journal. – 2018. – № 39 (1). – P. 86–91.
8. Shahid, F. Maxillary and mandibular anterior crown width/height ratio and its relation to various arch perimeters, arch length, and arch width groups / F. Shahid, M.K. Alam, M.F. Khamis // European Journal of Dentistry. – 2015. – Vol. 9 (14). – P. 490–499.

Материал поступил в редакцию 25.03.19

THE DEPTH VARIABILITY OF BASAL ARCS OF THE LOWER JAW

G.L. Snigur¹, Ye.Yu. Yefimova², D.A. Kavalerova³, A.Ye. Kriventsov⁴

¹ Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, ² Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,

³ Senior Lecturer, ⁴ the 2nd year Student

^{1,3,4} Center of Youth Innovative Creativity “Biomedicine” (Volgograd),

² Volgograd State Medical University, Russia

Abstract. *The morphometric parameters of the basal arches depth of the lower jaw in the brachycran type of skull, taking into account sexual dimorphism, were investigated. The work was performed on 64 preparations of skulls of people of both sexes of the first and second periods of adulthood with physiological occlusion of teeth. As a result of the study, the range of the minimum and maximum boundaries of the basal arches depth of the lower jaw in the brachycran type of skull was established.*

Keyword: *depth of basal arches, craniofacial complex, cryotip, morphometry.*

УДК 616-099

**ОБОСНОВАННОСТЬ ОБЪЁМА СУДЕБНО-ХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОТРАВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЯДАМИ
ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУПОВ****О.Б. Долгова¹, И.А. Грехов², К.Э. Халтурина³**¹ кандидат медицинских наук, доцент кафедры, ^{2,3} ординатор кафедры¹⁻³ Кафедра патологической анатомии и судебной медицины

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ (Екатеринбург), Россия

***Аннотация.** Цель – установление факторов, определяющих объем судебно-химического исследования для определения полного спектра функциональных ядов при подозрении на смерть от отравления. Метод – анализ данных 100 актов судебно-медицинского исследования трупов, 100 актов судебно-химического и 100 актов судебно-гистологического исследования по случаям смертельных отравлений функциональными ядами. Статистическая обработка данных выполнена программе MedCalc версии 18.9.1. Результаты: в 52 % случаях определена исключительно концентрация спиртов в крови и моче; определение наркотических веществ и спиртов в биологических тканях трупа произведено в 48 % исследований, при этом в большинстве случаев имелись данные об употреблении наркотиков, либо трупы были обнаружены в подъезде, лифте и аналогичных нежилых помещениях. Выводы: определяющими критериями для назначения развёрнутого судебно-химического исследования для выявления наркотических веществ являются обстоятельства обнаружения трупа и данные анамнеза наркопотребления, употребления алкоголя; расширение объёма развёрнутых судебно-химических исследований позволит эффективнее выявлять наличие наркотических и/или психотропных веществ в биологических тканях и способствовать борьбе с наркопотреблением.*

***Ключевые слова:** судебно-медицинская экспертиза трупа, отравления, судебно-химическое исследование, наркотические вещества.*

Введение. Необходимый объем судебно-химического исследования при подозрении на отравления различными ядами определён пунктом 73.3 Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» [1]. Однако действие функциональных ядов, в том числе наркотических и/или психотропных веществ, не имеет специфических морфологических признаков, позволяющих у секционного стола при исследовании трупа выполнить дифференциальную диагностику нозологических единиц и сделать вывод об основной причине смерти [2], что позволило бы судебно-медицинскому эксперту однозначно и стандартно подойти к определению объёма лабораторного судебно-химического, гистологического, биохимического исследования биологического материала для подтверждения суждения о причине смерти. Отсутствие единого подхода к диагностике отравлений функциональными ядами может приводить к необоснованному отказу от проведения судебно-химического исследования, что в последующем затрудняет установление судебно-медицинского диагноза, эффективный статистический учёт случаев смерти от отравлений наркотиками, работу органов дознания и следствия по выявлению наркопотребителей и противодействию распространения наркотических и/или психотропных веществ [3].

Цель исследования – оценить обоснованность проведения развёрнутого судебно-химического исследования в случаях смерти от отравлений функциональными ядами и определить необходимость разработки единого подхода к объёму судебно-химического исследования трупного материала при подозрении на отравление наркотическими веществами.

Материалы и методы. Анализ данных 100 актов судебно-медицинского исследования трупов в ГБУЗ Свердловской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» по случаям отравления функциональными ядами, 100 актов судебно-химического и 100 актов судебно-гистологического исследования по представленным случаям. Статистическая обработка данных проводилась в программе MedCalc версии 18.9.1.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования определено, что судебно-химическое исследование для определения наркотических веществ и концентрации этанола в биологических тканях трупа был

произведён в 48 %, в 52 % назначено судебно-химическое исследование исключительно для определения концентрации этанола в крови и моче трупа.

В вышеуказанных 52 случаях установлен диагноз «Острое отравление этиловым спиртом» на основании морфологической картины смерти с коротким агональным периодом и концентрации алкоголя в крови от 2,7 промилле до 7,2 промилле.

В 48 случаях выполнения судебно-химического исследования для определения наркотических веществ и концентрации этанола, установлены нижеперечисленные причины смерти:

- 2 случая – острое отравление этиловым спиртом;
- 5 случаев – отравление неизвестным ядом;
- 12 случаев – отравление наркотическим веществом (морфином, кодеином, дилтиаземом и т.д.);
- 29 случаев – сочетанное отравление функциональными ядами, в том числе в 17 случаях определено сочетанное отравление наркотическим веществом и алкоголем.

С целью установления критериев, определивших для судебно-медицинского эксперта необходимость назначения развёрнутого судебно-химического исследования, проанализированы данные о возрасте пострадавших, обстоятельствах обнаружения трупа, анамнезе наркопотребления и употребления алкоголя, особенности макроскопической и микроскопической картины внутренних органов.

При изучении возрастного распределение в выборке и морфологических особенностей внутренних органов не установлено критериев, являющихся определяющими для назначения судебно-медицинским экспертом развёрнутого судебно-химического исследования с целью выявления наркотических и/или психотропных веществ: обнаруженные морфологические изменения сердца, печени, почек, селезёнки, головного мозга носят неспецифический характер и не имеют достоверных отличий в исследуемых случаях. Макроскопически в большинстве случаев определены признаки остро наступившей смерти в сочетании с гипертрофией сердца (81 % случаев); дряблостью миокарда (45 %); увеличением размеров, изменением консистенции и формированием закруглённого нижнего края печени (72 %), сглаженностью борозд и уплощённостью извилин головного мозга (71 %). Наиболее часто встречающимися микроскопическими изменениями стали острое венозное полнокровие внутренних органов (92 %); дистрофия кардиомиоцитов (51 %); паренхиматозная белково-жировая дистрофия печени (74 %).

В ходе исследования определено решающее значение для врача судебно-медицинского эксперта обстоятельств обнаружения трупа, данных анамнеза наркопотребления и употребления алкоголя для назначения расширенного судебно-химического исследования (Рис. 1, 2).

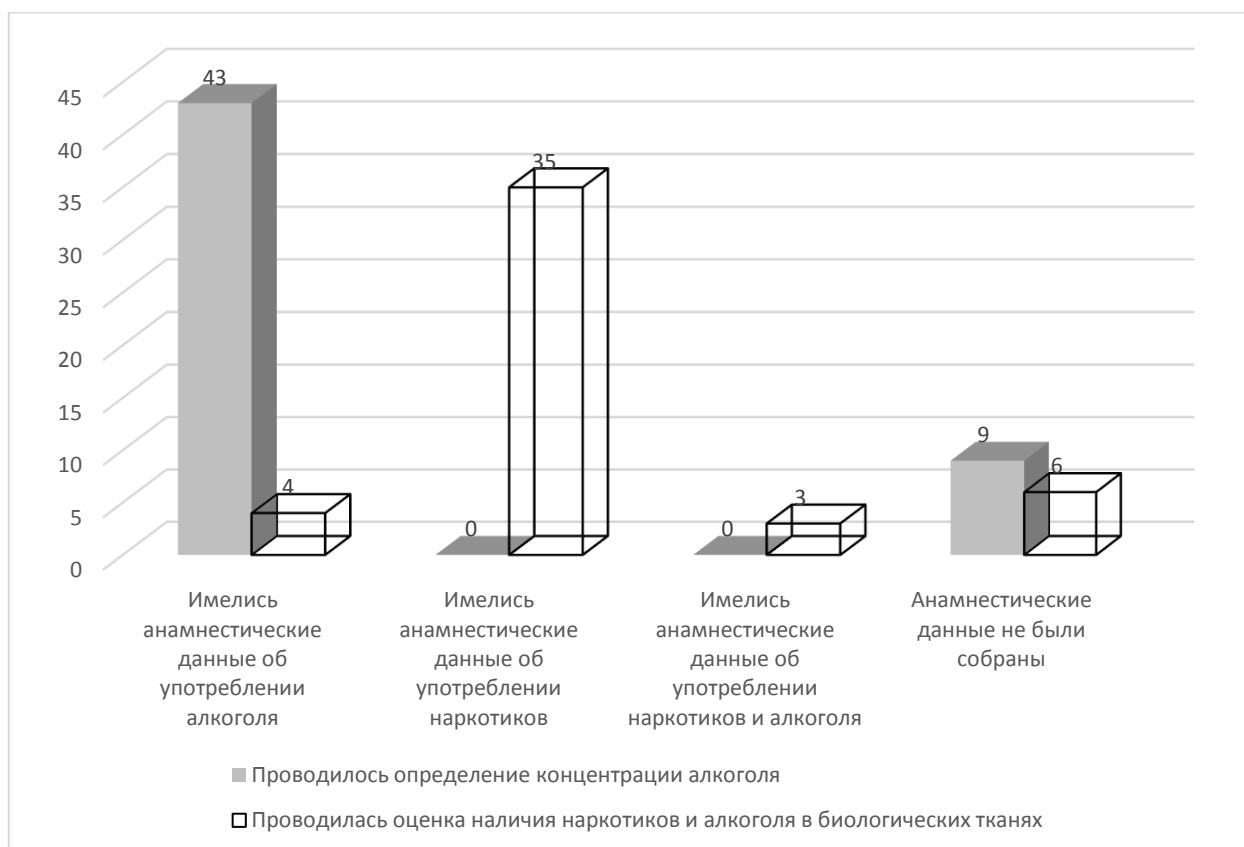


Рисунок 1. Результаты сравнения анамнестических данных о наркопотреблении и употреблении алкоголя в группах случаев с определением спиртов в крови трупа, с определением наркотических веществ и спиртов в биологических тканях

Определение наркотических и/или психотропных веществ в биологических тканях трупа проводилось преимущественно при наличии анамнестических данных об употреблении наркотиков – 35 исследований, 100 %; в единичных случаях – при наличии в анамнезе данных о сочетанном употреблении алкоголя и наркотиков – 3 случая, 100 %, и при отсутствии анамнестических данных о «привычных» интоксикациях – 6 случаев (из 15), 40 %.

Сведения об употреблении алкоголя при жизни пострадавшего в большом количестве наблюдений – 43 случая (из 47), 91 % – стали решающими для отказа от расширенного судебно-химического исследования с целью определения психоактивных веществ. Установление концентрации спиртов в крови трупа проводилось во всех исследуемых случаях.

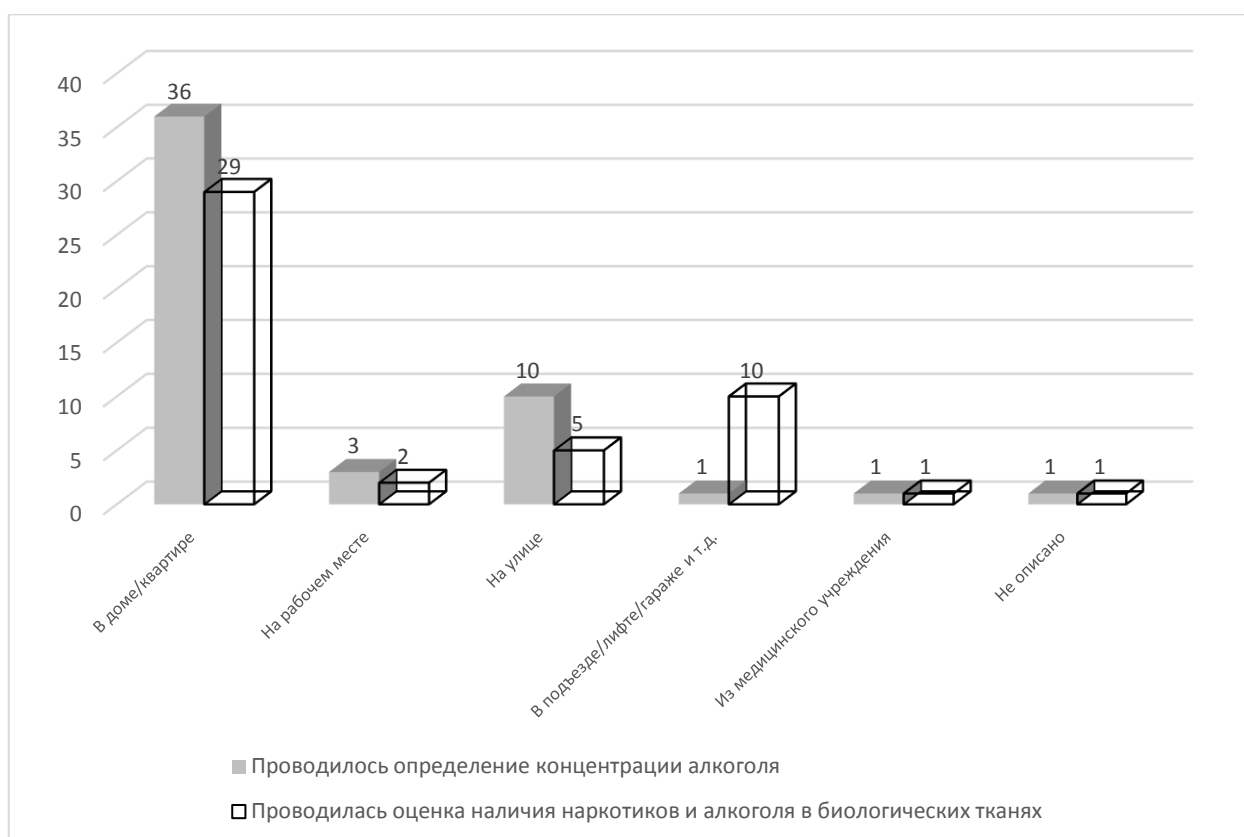


Рисунок 2. Результаты сравнения данных о направлении тканей на судебно-химическое исследование для определения спиртов в крови трупа, наркотических веществ и спиртов в биологических тканях в зависимости от места обнаружения трупа

Определение наличия наркотических и/или психотропных веществ в биологических тканях трупа проводилось, преимущественно, при обнаружении трупа в подъезде, лифте и других нежилых помещениях – 10 (из 11) случаев, 90,1 %; в случаях обнаружения трупа в квартире или в жилом доме – 29 (из 65) случаев, 45 %; на рабочем месте – 2 случая (из 5), 40 %; на улице – 5 случаев (из 15), 33 % объем судебно-химического исследования не зависел от места обнаружения трупа.

В случаях проведения судебно-химического исследования для определения наличия наркотических веществ в биологических тканях, данные вещества были обнаружены в 85,4 % случаев (41 случаев), при этом сочетание действия этилового спирта и наркотических веществ на организм отмечалось в 35 % случаев (17 случаев).

Выводы:

1. Основными критериями для назначения расширенного судебно-химического исследования для определения наркотических и/или психотропных веществ в исследуемых случаях были анализ обстоятельств обнаружения трупа и данных анамнеза наркопотребления, употребления алкоголя.

2. Расширение объема развёрнутых судебно-химических исследований позволит эффективнее выявлять наличие наркотических и/или психотропных веществ в биологических тканях, в том числе выполнять оценку случаев сочетанного действия на организм алкоголя и других функциональных ядов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 г. N 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
2. Протасевич, П.П. «Дизайнерские наркотики» – проблема XXI века? / П.П. Протасевич, В.К. Сергиенко, С.А. Голешев и др. // Актуальные проблемы медицины. – 2017; 7: 805.
3. Шевырин, В.А. Идентификация и аналитические характеристики новых «дизайнерских наркотиков» – структурных аналогов психотропного вещества пировалерон / В.А. Шевырин, В.П. Мелкозеров // Вестник судебной медицины. 2015; 2: 43–45.

Материал поступил в редакцию 30.04.19

ADEQUACY OF THE LEVEL OF FORENSIC-CHEMICAL STUDIES IN CASES OF SUSPECTED POISONING FUNCTIONAL POISONS IN THE FORENSIC MEDICAL EXAMINATION OF CORPSES

O.B. Dolgova¹, I.A. Grekhov², K.E. Khalturina³

¹ Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department,

^{2,3} Resident of the Department

¹⁻³ The Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education

“Ural State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation (Yekaterinburg), Russia

Abstract. *The aim of the study was to establish the factors that determine the volume of forensic chemical research in cases of suspected death from poisoning by functional poisons. Method. Analysis of data of 100 acts of forensic medical examination of corpses, 100 acts of forensic chemical and 100 acts of forensic histological examination in cases of fatal poisoning by functional poisons. Statistical data processing using MedCalc version 18.9.1. it was done. Result. In 52 % of cases a concentration of alcohols in blood and urine was determined exclusively. Drugs and alcohols in the biological tissues of the corpse were detected in 48 % of studies. In most cases, there were data on drug use, corpses in the entrance, elevator and similar non-residential premises were found. Summary. The main criteria for the appointment of a full forensic chemical study to identify drugs are the circumstances of the discovery of the corpse, the history of drug use and alcohol consumption. Increased forensic chemical research will make it possible to better detect the presence of narcotic and/or psychotropic substances in biological tissues and to contribute to the fight against drug use.*

Keywords: *forensic medical examination of the corpse, poisoning, forensic chemical research, drugs.*

УДК 616.728.3+616.72-002.77;616,72-007.24-07/08

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

М.Э. Ирисметов¹, Н.Б. Сафаров², Ф.М. Усмонов³

¹ заведующей отделением спортивной травмы,

² базовый докторант, ³ врач-ординатор

^{1,3} Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии (Ташкент),

² Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Аннотация. В статье приводится анализ результатов артроскопического лечения пациентов с остеоартритом коленного сустава, путем внедрения комплексного клиничко-диагностического алгоритма. Артроскопическое лечение с использованием клиничко-диагностического алгоритма позволяет повысить долю положительных результатов, активировать больных и начать ранних реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: остеоартрит коленного сустава, артроскопия, клиничко-диагностический алгоритм.

Актуальность. Остеоартрит (ОА) – заболевание гетерогенной природы, при котором в патологический процесс вовлекается суставная хрящ, субхондральная кость, связки, капсула, синовиальная оболочка и периартикулярные мышцы. Такие терминологические определения как «остеоартроз», «артроз», «остеоартрит», «деформирующий артроз» представлены как синонимы в X Международной классификации болезней (МКБ 10) (Артрозы: M15-M19) [3]

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов являются одной из наиболее часто встречающихся патологий у лиц пожилого возраста. В поражённых суставах ухудшается смазывание суставных хрящей, нарушается их скольжение и должное функционирование. Дегенеративные изменения суставных тканей приводят к дефектам хрящевого покрытия, особенно в нагружаемых участках суставных поверхностей [8].

Остеоартрит встречается у 54,5 % больных с дегенеративно-дистрофическими поражениями суставов. ОА является одной из главных причин нетрудоспособности, которые в 6,5 % случаев приводят к инвалидности [1, 5]

Характерными чертами данного заболевания являются постоянная боль, изменения в суставной функции, снижение качества жизни. Заболеваемость ОА чётко коррелирует с возрастом и достигает 50 % у лиц старше 65 лет [4, 6, 7, 9]

Последние десятилетия характеризуются внедрением артроскопических методов в хирургию коленного сустава, что значительно расширило возможности диагностики и лечения остеоартрит [2]

В настоящее время важность артроскопии в лечении остеоартрита коленного сустава возрастает. До сих пор не существует комплексного клиничко-диагностического алгоритма, который имел бы показания и противопоказания при лечении остеоартритов коленного сустава.

Целью данного исследования явилось улучшение результатов артроскопического лечения пациентов с остеоартритом коленного сустава, путем внедрения комплексного клиничко-диагностического алгоритма.

Материалы и методы. Нами велось наблюдение 218 пациентов, находившихся на лечении в отделении спортивной травматологии РСНПМЦ Травматологии и Ортопедии в 2014–2018 годах. Артроскопическое лечение проводили у больных с остеоартритом коленного сустава на различных степенях.

Возраст пациентов колебался от 40 до 80 лет, из них женщины составили 71,6 ± 3,61 % (n = 156), мужчины 28,4 ± 5,72 % (n = 62). При диагностике остеоартритов коленного сустава проводились клиничческие, рентгенологические, гониометрические, МРТ и рентген – денситометрические исследования. Клиничческие исследования заключались: в выяснении жалоб, сборе анамнеза, осмотре, пальпации повреждённой области, определении объёма движений в суставе. Были использованы классификации Kellgren и Lawrence для определения степени остеоартрит [7]. В этой классификации имеется 5 степеней от 0 до IV степени. 0 и IV степени не были включены в наше исследование. Установлено, что при IV-степени остеоартрита артроскопия неэффективна, а при 0 степени остеоартрита, где структурные изменения не определяются, проводится консервативное лечение.

В наших исследованиях у больных были определены следующие степени остеоартрита: I степень у 8,7 ± 2,8 % (n = 19), II степень – у 47,7 ± 4,9 % (n = 104), III степень у 43,6 ± 5,08 % (n = 95).

У 72,4 ± 4,47 % (n = 158) пациентов остеоартрит сопровождался синовитом.

У всех пациентов артроскопия была проведена одновременно с целью диагностики и лечения. Артроскопия коленного сустава выполнялась артроскопом «KARL STORZ» (Германия). В качестве операционной среды использовался 0,9 % физиологический раствор. Операции проводились под общей и спинномозговой анестезией. Артроскопию проводили стандартным антротомедальным и антротлатеральным доступами, при необходимости использовали дополнительные доступы. В процессе артроскопического вмешательства исследовались крестообразные связки, целостность и толщина капсулы, состояние гиалинового хряща, менисков на наличие повреждений, дегенеративно-дистрофические изменения, наличие и количество свободной жидкости в полости сустава, ее характер, состояние синовиальных складок.

При синовите, когда синовиальная оболочка гипертрофирована, выполняли дебридмент. Если в камере коленного сустава выявлен свободный остеохондральный фрагмент, то с помощью специального артроскопического зажима он извлекался из сустава. При ограничении движений в суставе надколенник мобилизует с помощью артроскопических ножниц. Повреждённый или дегенеративно-изменённый задний рог медиального мениска удаляли, края мениска выравнивали шейверованием. Очаги хондромалиции в суставах таким обрабатывали шейверованием. Дрелью с помощью $\varnothing = 2$ мм спицами туннелировали хондромалиционный очаг бедренной или большеберцовой кости через суставные поверхности по направлению к костномозговому каналу. Причем, перфорацию туннелей на бедренной и большеберцовой костях выполняли на расстоянии не менее 5 мм друг от друга.

На основании клинических жалоб, гониометрического, рентгенологического, МРТ, рентген денситометрического анализа нами разработан клинико-диагностический алгоритм при лечении ОА коленного сустава (таблица 1) Нами проведены 5 видов артроскопических операции у 218 больных с ОА коленного сустава.

Первый вид операции – локальный дебридмент с менискэктомией – был проведен в 1- и 5- случаях по таблице у $16 \pm 2,48$ % (n = 35) больных; второй вид операции – локальный дебридмент с субхондральной туннелизацией – был проведен в 2-, 6-, 7- и 10- случаях по таблице у $18,8 \pm 2,64$ % (n = 41) больных; третий вид операции – частичный дебридмент стандарт субхондральной туннелизации был проведен в 2-, 3-, 6-, 7-, 9- и 10- случаях по таблице у $26,6 \pm 2,99$ % (n = 58) больных, четвёртый вид операции полный дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией приведён по таблице в 3-, 4-, 7-, 8- и 11- случаях, у $25,2 \pm 2,94$ % (n = 53) больных; пятый вид операции – полный дебридмент с глубокой субхондральной туннелизацией. приведён в таблицах в 4-, 7-, 8-, 11- и 12- случаях у $13,4 \pm 2,3$ % (n = 31) больных.

Данные операции позволяют решить одновременно несколько задач, в том числе, улучшить питание и ремоделирование хрящевой ткани и уменьшает давление в субхондральной зоне, повышает плотность костных тканей, улучшает артро-кинматику надколеннико-бедренной и бедренно-большеберцового сустава, нормализует регуляции образования синовиальной жидкости.

Таблица 1

Клинико–диагностический алгоритм при артроскопическом лечении остеоартритов коленного сустава

№	Клинический осмотр		Рентгенология	МРТ	Рентген денситометрия		Артроскопический локальный дебридмент	Артроскопический локальный дебридмент с субхондрал. туннелизацией		Частичный артроскопический дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент с глубокой субхондральной туннелизацией							
	Жалобы	Гониометрия			Денситометрические показатели T – Score:	Количество туннелей		Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Артроскопический локальный дебридмент с субхондрал. туннелизацией		Частичный артроскопический дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент с глубокой субхондральной туннелизацией				
											Движения коленного сустава °	Амплитуда движения	Остеопения, Остеопороз	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше
1	Бол в коленном суставе	Движения коленного сустава 180-0-50	130°	ГОН АРТР ОЗ I ст.	Хондромалиция -0 Менископатия с повреждением	> 0.9		+	-	-	-	-	-	-	-						

Продолжение таблицы 1

№	Клинический осмотр		Рентгенология	МРТ	Рентген денситометрия		Артроскопический локальный дебридмент	Артроскопический локальный дебридмент с субхондрал. туннелизацией		Частичный артроскопический дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент с глубокой субхондральной туннелизацией					
	Жалобы	Гониометрия			Денситометрические показатели T – Score:			Количество туннелей	Количество туннелей		Количество туннелей	Количество туннелей		Количество туннелей	Количество туннелей				
		Движения коленного сустава °			Амплитуда движения	Норме			Остеопения, Остеопороз	до 3		до 3			до 3		до 3		
										5 и больше		5 и больше			5 и больше		5 и больше		
							+	-	-	-	-	-	-	-	-				
2	Локальные боли в коленном суставе	Движения коленного сустава 175-0-65	110°	ГОН АРТР ОЗ I ст.	Хондромалация I – II ст. Менискоз, Менископатия с повреждением	> 0.9		-	-	+	-	+	-	-	-				
							От -1, до -2,4 - 2,5 >	-	+	-	+	-	-	-	-	-			
3	Распространённые диффузные боли в коленном суставе	Движения коленного сустава 175-0-65	130° – 110°	ГОН АРТР ОЗ I ст.	Хондромалация II – III ст. Менископатия с повреждением, синовит	> 0.9		-	-	-	-	+	-	+	-				
							От -1, до -2,4 - 2,5 >	-	-	-	+	-	+	-	-	-			
4	Широко распространённые диффузные боли в коленном суставе	Движения коленного сустава 170-0-65	130° – 105°	ГОН АРТР ОЗ I ст.	Хондромалация III IV ст. Менископатия с повреждением, синовит, киста Беккера	> 0.9		-	-	-	-	-	+	-	+				
							От -1, до -2,4 - 2,5 >	-	-	-	-	+	-	+	-				
5	Локальные боли в коленном суставе	Движения коленного сустава 170-0-70	130° – 100°	ГОН АРТР ОЗ II ст.	Хондромалация 0 Менископатия с повреждением	> 0.9		+	-	-	-	-	-	-	-				

Продолжение таблицы 1

№	Клинический осмотр		Рентгенология	МРТ	Рентген денситометрия		Артроскопический локальный дебридмент	Артроскопический локальный дебридмент с субхондрал. туннелизацией		Частичный артроскопический дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент с глубокой субхондральной туннелизацией														
	Жалобы	Гониометрия			Движения коленного сустава °	Амплитуда движения		Денситометрические показатели T – Score:	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей										
																			Норме	Остеопения, Остеопороз	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше
6	Распространённые локальные боли в коленном суставе	Движения коленного сустава 170-0-70	130° – 100°	ГОН АРТР ОЗ II ст.	Хондромалиция I – II ст. Менископатия с повреждением, синовит	> 0.9	От -1, до -2,4 - 2,5 >	+	-	-	+	-	+	-	-	-												
7	Распространённые боли в коленном суставе	Движения коленного сустава 165-0-80	130° – 85°	ГОН АРТР ОЗ II ст.	Хондромалиция II – III ст. Менископатия с повреждением, синовит	> 0.9	От -1, до -2,4 - 2,5 >	-	-	+	-	+	-	+	-	+												
8	Широко распространённые диффузные боли и отёк в коленном суставе	Движения коленного сустава 165-0-80	130° – 85°	ГОН АРТР ОЗ II ст.	Хондромалиция III – IV ст. Менископатия с повреждением, синовит, киста Беккера	> 0.9		-	-	-	-	-	-	+	-	+												

Продолжение таблицы 1

№	Клинический осмотр		Рентгенология	МРТ	Рентген денситометрия		Артроскопический локальный дебридмент	Артроскопический локальный дебридмент с субхондрал. туннелизацией		Частичный артроскопический дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент с глубокой субхондральной туннелизацией														
	Жалобы	Гониометрия			Движения коленного сустава °	Амплитуда движения		Денситометрические показатели T – Score:	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей										
																			Норме	Остеопения, Остеопороз	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше
9	Распространённые локальные боли в коленном суставе	Движения коленного сустава 165-0-95	130° - 70°	ГОН АРТР ОЗ III ст.	Хондромалиция -0 Менископатия синовиит	> 0.9 От -1, до -2,4 - 2,5 >	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-												
10	Распространённые диффузные боли и отёк в коленном суставе	Движения коленного сустава 165-0-95	130° - 70°	ГОН АРТР ОЗ III ст.	Хондромалиция I – II ст. Менископатия с повреждением синовиит	> 0.9 От -1, до -2,4 - 2,5 >	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-												
11	Широко распространённые диффузные боли и отёк в коленном суставе	Движения коленного сустава 160-0-100	130° - 60°	ГОН АРТР ОЗ III ст.	Хондромалиция II – III ст Менископатия, синовиит, киста Беккера	> 0.9	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+												

Окончание таблицы 1

№	Клинический осмотр		Рентгенология	МРТ	Рентген денситометрия		Артроскопический локальный дебридмент				Артроскопический локальный дебридмент с субхондрал. туннелизацией		Частичный артроскопический дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент со стандартной субхондральной туннелизацией		Полный дебридмент с глубокой субхондральной туннелизацией												
	Жалобы	Гониометрия			Движения коленного сустава °	Амплитуда движения	Денситометрические показатели T – Score:	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей	Количество туннелей										
																				Норме	Остеопения, Остеопороз	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше	до 3	5 и больше
12	Широко распространённые диффузные боли и отёк в коленном суставе	Движения коленного сустава 160-0-100	130° – 60°	ГОН АРТРОЗ III ст.	Хондромалиция III IV ст. Менископатия с повреждением, синовит, киста Беккера	> 0.9	От -1, до -2,4 - 2,5 >	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-										

Результаты и их обсуждение. В исследование были включены пациенты с остеоартритом коленного сустава на разных степенях. Во всех проведённых нами 5 типах операций был достигнут отличные и положительные результаты. После операции на следующий день у больных при покое боль исчезла.

Больным со следующего дня назначали дозовую нагрузку на оперированную ногу, с последующей постепенно возрастающей нагрузкой. После операции на 3-5 день начата разработка в суставе. Через 10 дней разрешали полную нагрузку на оперированные конечности, полное сгибание разрешали через 2 недели.

У всех пациентов функция коленного сустава была восстановлена, амплитуда движения увеличилась, дискомфорт в суставе уменьшился и исчез. У всех пациентов после операции соматических изменений не наблюдали.

Ближайшие (от 3 до 6 месяцев) и отдалённые (от 6 месяцев до 1 года) результаты были проанализированы у всех пациентов. У 194 больных в покое боли в коленном суставе исчезали полностью, у 24 больных осталась боль при нагрузке. После операции у 4 пациентов наблюдался синовит с гональгиями до 6 месяцев. Состояние этих пациентов улучшилось после проведённого консервативного лечения с активными лечебными упражнениями, т.е. лечебной физической культурой.

У 191 пациента были получены эффективные результаты в течение 3-6 месяцев, при этом 214 пациентов получили хорошие результаты от 6 месяцев до 1 года. Это основано на долгой продолжительности лечения у некоторых пациентов.

В период восстановительного лечения рекомендовали ходьбу с ортопедической разгрузкой сустава и последующей, постепенно возрастающей нагрузкой на ногу. Кроме того, послеоперационном периоде пациентам рекомендованы медикаменты, ранняя реабилитация и физиотерапия.

По нашим данным, был достигнут 96,5 % эффект от одновременно проведённой артроскопической техники локальной, частичной, расширенной дебридмент, стандартного и глубокого субхондрального туннелирования с остеоартритом коленного сустава на разных стадиях.

Выводы Внедрение предложенного нами клинико-диагностического алгоритма при артроскопическом

лечении остеоартритов коленного сустава позволило получить достоверные, высокие, отличные, хорошие результаты за счет избирательного вмешательства.

Артроскопическое лечение с использованием клинико-диагностического алгоритма позволяет активировать больных и начать ранние реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Букина, И.Е. Возможности артросонографии для диагностики субклинического синовита у больных гонартрозом на ранних стадиях / И.Е. Букина // Научно-практическая ревматология. – 2002. – № 2. – С. 10–13.
2. Грицюк, А.А. Тактика лечения начальных проявлений деформирующего артроза коленного сустава / А.А. Грицюк // Гений Ортопедии. – 2004. – № 2. – С. 94.
3. Макушин, В.Д. Оперативное лечение гетерогенного деформирующего артроза коленного сустава / В.Д. Макушин // Гений Ортопедии. – 2001. – № 1. – С. 18–24.
4. Родионова, С.С. Рациональный выбор лечения начальных стадий гонартроза у пациентов, страдающих системным остеопорозом / С.С. Родионова // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2014. – № 2. – С. 52–56.
5. Стогов, М.В. Лабораторные тесты в доклинической диагностике остеоартроза аналитический обзор / М.В. Стогов // Гений Ортопедии. – 2016. – № 1. – С. 96–103.
6. Тарасенко, Л.Л. МРТ-картина коленного сустава в отдаленном периоде после лечебной артроскопии при патологии суставного хряща / Л.Л. Тарасенко // Гений Ортопедии. – 2008. – № 4. – С. 96–103.
7. Татаренков, В.И. Ближайшие результаты клинического применения артротомического шунтирования при дегенеративно – дистрофических заболеваниях коленного сустава / В.И. Татаренков // Вестник травматологии и ортопедии. – 2015. – № 4. – С. 32–38
8. Ingrid Möller, Myriam Gharbi, Helena Martinez Serrano, Marta Herrero Barbero, Josep Verges Milano and Yves Henrotin. Effect of chondroitin sulfate on soluble biomarkers of osteoarthritis: a method to analyze and interpret the results from an open-label trial in unilateral knee osteoarthritis patients // BMC Musculoskeletal Disorders. – 2016. – № 17. – P. 416.
9. Ray Marks. Depressive Symptoms among Community-Dwelling Older Adults with Mild to Moderate Knee Osteoarthritis: Extent, Interrelationships, and Predictors // American Journal of Medicine Studies. – 2013. – Vol. 1. – № 3.

Материал поступил в редакцию 17.04.19

CLINICAL AND DIAGNOSTIC ALGORITHM FOR ARTHROSCOPIC TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS OF KNEE

M.E. Irismetov¹, N.B. Safarov², F.M. Usmonov³

¹ Head of the Department of Sports Injuries,

² Basic Doctoral Student, ³ Assistant

^{1,3} Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center
of Traumatology and Orthopedics (Tashkent),

² Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

Abstract. The article provides an analysis of the results of arthroscopic treatment of patients with osteoarthritis of the knee, through the introduction of a comprehensive clinical diagnostic algorithm. Arthroscopic treatment using clinical diagnostic algorithm allows to increase the proportion of positive results, activate patients and start early rehabilitation measures in the postoperative period.

Keywords: osteoarthritis of the knee, arthroscopy, clinical and diagnostic algorithm.

УДК 61

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙМ.М. Алиев¹, Б.А. Теребаев², Т.Х. Мажидов³¹ доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой,² кандидат медицинских наук, доцент кафедры,³ врач-ординатор отделения экстренной хирургии клиники^{1,2} Кафедра факультетской детской хирургии

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Аннотация. В статье отмечены результаты лечения послеоперационной анальной инконтиненции у детей.

Ключевые слова: анальная инконтиненция, хирургическое лечение, дети, болезни.

Анальная инконтиненция (АИ) не угрожает жизни больного, однако является серьёзной проблемой для детей и их родителей, затрудняет развитие личности и ограничивает контакты пациента с внешним миром в значительно большей степени, чем другие болезни. Анальное недержание у детей до настоящего времени остаётся актуальной проблемой, которая является не только медицинской, но и социальной, значительно ухудшающей качество жизни. Наиболее тяжёлую группу составляют дети после коррекции аноректальных пороков и пороков развития толстой кишки, болезни Гиршпрунга, при нейрогенных дисфункциях тазового дна [1, 2, 5, 8].

Несмотря на колоссальный опыт проведения проктопластик, удельный вес неудовлетворительных результатов первичных радикальных хирургических вмешательств в различных клиниках и странах мира остаётся достаточно высоким и составляет от 10 до 60 % [1, 6, 7, 9, 10, 12].

Необходимо отметить, что, прежде всего, неудачи проведённых операций возникают вследствие диагностических и тактических ошибок, а также гнойно-воспалительных осложнений или сопутствующих регионарных аномалий. Однако в большинстве случаев, осложнения радикальных операций приводят к функциональным нарушениям запирающего аппарата прямой кишки, которые отмечаются у 30-60 % пациентов, что в дальнейшем сопровождается недержанием кишечного содержимого [3, 4, 5, 6, 11, 13].

Проблема диагностики и терапии недержания кала остаётся актуальной до настоящего времени, так как не полностью выяснены причины энкопреза и выбора способа лечения. Недостаточно широко, особенно на местах, используются современные технологии: метод адаптационного биоуправления, компьютерные системы. Разработка стандартов диагностики, протоколов лечения и реабилитационной программы позволят значительно улучшить сократительную способность запирающего аппарата, сократить инвалидизацию детей и повысить качества жизни ребёнка.

Цель. Улучшение результатов лечения послеоперационной анальной инконтиненции у детей.

Материал и методы. За 2017-2018 год в клинике ТашПМИ у 37 больных в возрасте от 3 до 11 лет с диагнозом послеоперационная анальная инконтиненция проведено операция для восстановления удерживающей функции запирающего аппарата прямой кишки. Всем больным проводилось обследование согласно разработанному стандарту: локальный осмотр, УЗИ сканирование мышц наружного анального сфинктера, баллонопроктография для определения функциональной состоятельности пуборектальной мышцы, аноректальный угол, с целью определения анатомической целостности мышц малого таза МСКТ. Основываясь, на разработанный алгоритм выбора тактики лечения АИ индивидуально каждому больному определялся метод лечения.

13 больным произведена гелевая пластика анального канала с полиакриламидной гелью (пример № 1), у 11 больных иссечение выстояний слизистой прямой кишки, у 7 случаях иссечение рубцового стеноза анального отверстия. А также у 6 детей провели восстановление передней порции наружного анального сфинктера с предварительным стомированием толстой кишки (пример № 2). Приводим примеры собственных наблюдений.

Клинический пример № 1: больная X, 11 лет, (14.08.2007 года рождения). История болезни № 163/330.

Клинический диагноз: Выстояние слизистой прямой кишки. Недержание кала 2 степени. Состояние после операции брюшно-промежностная проктопластика (БППП) по Ромуальди.

Из анамнеза: в 2009 году проведена операция наложение колостомы по поводу высокой формы атрезии. В 2010 году произведена БППП по Ромуальди.

В нашу клинику больной поступил с жалобами на недержание кала и газа. При локальном осмотре анальное отверстие зияет, по циферблату от 7 до 12 часов проба Россалимо плохо вызывается, от 1 до 4 часов имеется выстояние слизистой прямой кишки на 1,5 см. Сделано баллонопроктография (Рис. 1) для определения ректоанального угла, дефекография (Рис. 2) для уточнения функции пуборектальной мышцы и МСКТ малого таза для уточнения анатомической целостности мышц запирающего аппарата (Рис. 3).

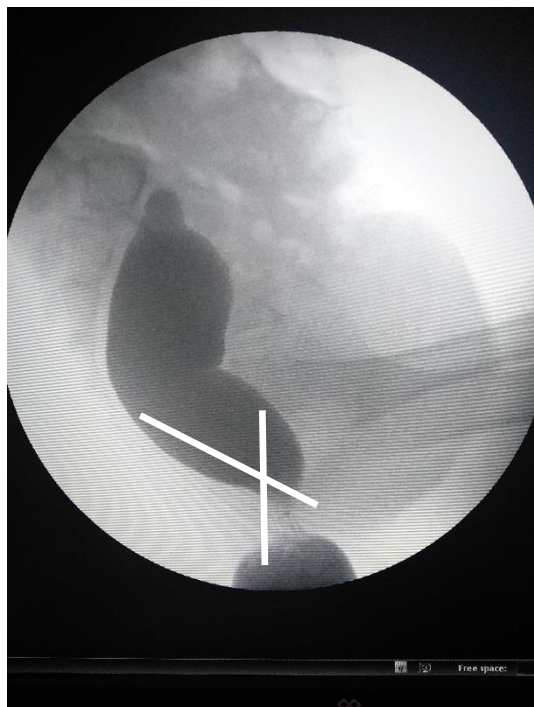


Рис. 1. Баллонопроктография. Ректоанальный угол при натуживании 120°

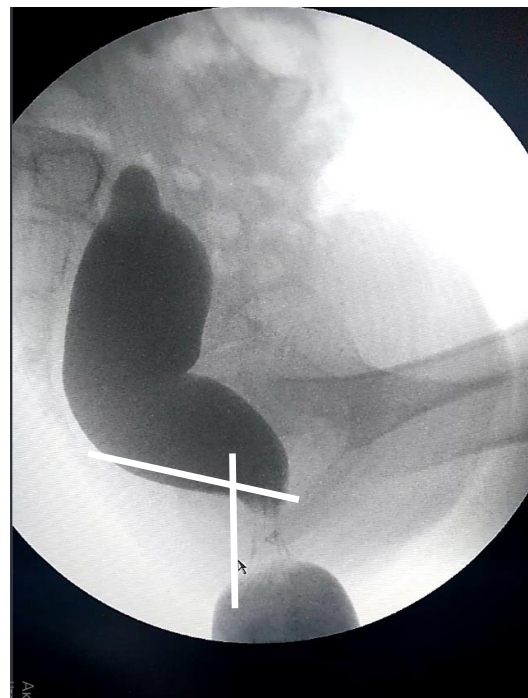


Рис. 2. Дефекография. Состояние пуборектальной мышцы удовлетворительное. Ректоанальный угол при покое 93°



А



Б

Рис. 3. МСКТ малого таза. А-пуборектальная мышца слабо выражена. Б-цветной режим

Проведена иссечение выстояние слизистой прямой кишки, одновременно сделано гелевая пластика анального канала, по циферблату 7 и 11 часов введено подслизистый слой в глубину 2,0 см полиакриламидный гель «ДАМ+» в объеме 7,5 мл. После введения анальное отверстие сомкнулась (Рис. 4, 5, 6).



Рис. 4. Анальное отверстие зияет до процедуры



Рис. 5. Момент введение полиакриламидного геля



Рис. 6. Анальное отверстие сомкнуто. После процедуры

Клинический пример №2: больной А, 10 лет, (10.04.2008 года рождения). История болезни №142/151.
Клинический диагноз: Недержание кала 2 степени. Состояние после операции БППП по Ромуальди, состояние после многократных брюшно-промежностных проктопластик (Рис. 7).



Рис. 7. Больной А. 10 лет. Рубцовое деформация анального канала

Из анамнеза: в 2008 году ребенок в 3-месячном возрасте перенёс операцию наложение колостомы. Двукратно произведена БППП по Ромуальди и один раз промежностная проктопластика (ППП) в клиниках по месту жительства.

В нашу клинику больной поступил с жалобами на запоры и недержание кала. При локальном осмотре выяснилось рубцовое деформация анального канала (Рис. 7), стеноз анального отверстия, которое не пропускает кончик указательного пальца (стеноз диаметром 6 Ch). Больному в клинике проведен обследование по стандартам. Сделано пневмоирригография для определения состоянии оставшегося толстой кишки (Рис. 8).



Рис. 8. Больной А. Пневмоирригография. Длинный стеноз анальном канале и расширение приводящих отделов толстой кишки

Больному в течение двух недель сделано сифонная клизма и очищение толстой кишки от каловых масс. После чего произведена операция «Брюшно-промежностная проктопластика по Ромуальди». В момент операции при деваскуляризации толстой кишки по а. media colica кровоснабжение нижних отделов толстой кишки нарушилась, учитывая последнего, пришлось низведение восходящего отдела толстой кишки с разворотом на 180°. До низведение толстой кишки, деформирующий рубец анального канала иссечена, и анальный канал разбужировано. Оставлена свободно висячая культя кишки. Наложена превентивная илеостома с целью отключения пассажа кала по прямой кишке, что обеспечивает более выгодные условия для асептического заживления раны и предупреждения нагноения. После 15 дней произвели второй этап операции «Иссечение культи с формированием мышечного валика в проекции внутреннего анального сфинктера» (Рис. 9-10).

Циркулярным разрезом вокруг заднего прохода, отступя от края его на 1,5-2,0 см, снизу-вверх циркулярное выделение мышечного слоя стенки кишки и анального канала (рис. 11). Нижний край выделенного мышечного слоя заворачивают вверх и фиксируют отдельными швами, создавая двойную мышечную муфту (рис. 12). Края кожной раны подшивают к нижнему краю мышечной муфты и сверху подшивают слизистый кишки (Рис. 13).

Данное хирургическое операция направлена на коррекцию недостаточности анального сфинктера, так как формируется гладкомышечный внутренний сфинктер.



Рис. 9. Выведенная культя через 15 дней после БППП

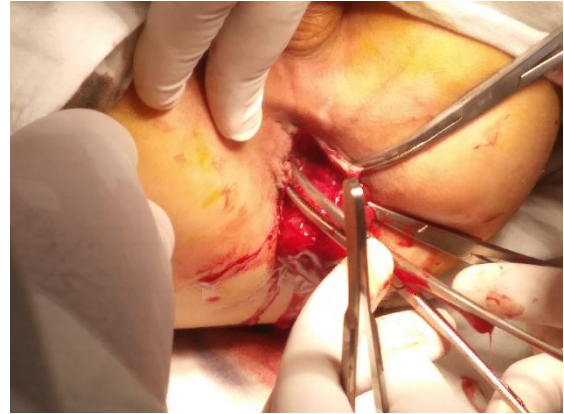
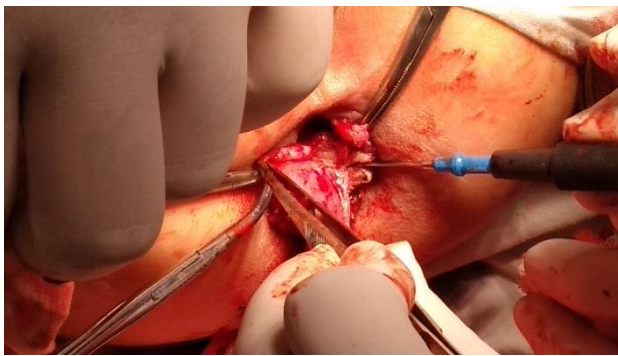


Рис. 10. Дифференциация передних леваторов

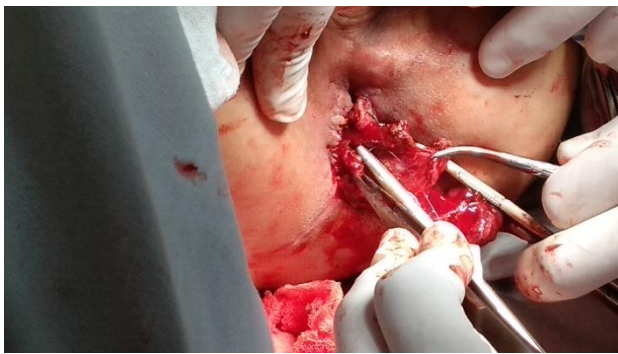


А

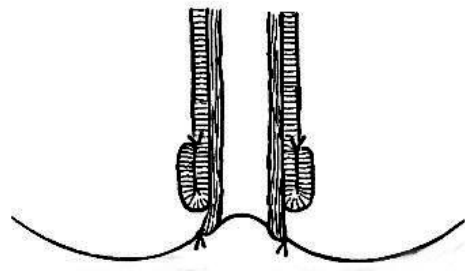


Б

Рис. 11 (А) Циркулярное выделение мышечного слоя стенки кишки и анального канала. (Б) схематическое изображение



А



Б

Рис. 12. (А) Нижний край выделенного мышечного слоя заворачивают вверх и фиксируют отдельными швами, создавая двойную мышечную муфту. (Б) схематическое изображение



Рис. 13. Края кожной раны подшивают к нижнему краю мышечной муфты и сверху подшивают слизистый кишки. С восстановлением передних леваторов

Результаты и обсуждение. Из 13 пациентов 9 выполнено один сеанс гелевой пластики полиакриламидным гелем. 4 пациентам в ранний послеоперационном периоде потребовались дополнительные сеансы лечения. При этом в двух случаях повторное введение оказалось эффективным, в одном случае гелевая пластика была дополнена операцией Тирша. Через 3 месяца клиническое улучшение сохранялось у всех пациентов. При контрольных обследованиях давление в анальном канале в покое повысилось в 2–3 раза и в среднем составляло более 65 % от возрастной нормы. Сохранение размеров гелевого импланта в подслизистом слое в отдалённые периоды наблюдения способствовало смыканию стенок анального канала. Это в свою очередь способствует сохранению достаточно высокого внутриканального давления и уменьшению анального недержания, т.е. происходила имитация работы внутреннего сфинктера заднего прохода. Необходимо отметить, что мы не наблюдали ни в одном случае инфицирования геля или каких-либо других осложнений.

Таким образом, манипуляция гелевой пластики анального канала целесообразно и эффективно в тех случаях, когда частичной неполноценности пуборектальной мышцы. Преимуществом этого метода являются его простота и доступность.

У 6 детей отмечено рубцовое деформация анального канала, поражение наружного и части внутреннего сфинктера прямой кишки. Учитывая такое состояние у этой категории больных, мы предпочли предварительно наложение превентивной стомы, для предотвращения инфицирование промежностной раны и благополучное первичное заживление. Во всех случаях восстановлено анатомическая целостность запирающего аппарата прямой кишки. Из них у 3 восстановлено передняя порция наружного анального сфинктера, у 2 формировали гладкомышечный внутренний сфинктер и у одного восстановление передних леваторов прямой кишки.

У 11 больных с выстоянием слизистой и без значительного повреждения сфинктерного аппарата было выполнено иссечение выстоявшей части слизистой кишки. После операции всем эти больные на 7 дней получили УФО в область послеоперационной раны, для первичного заживления швов. Первичное заживление раны во многом зависит и от правильно выбранной нити. Мы своих операциях, использовали 3/0, 4/0 рассасывающие нити фирмы «jonson-jonson». После проведённой комплексной реабилитационной лечение хороший результат отмечена у 9 (72,7 %), удовлетворительные – у 2 (18,2 %) и неудовлетворительные – у 1 (0,9 %) больного.

У 7 больных с рубцовым стенозом анального отверстие, в основном отмечено у 5 больных после операции ППП и у 2 после БППП. Этим больным первичное бужирование не помогло, связи, с чем пришлось иссечение стенозирующего рубца и произвести промежностную проктопластику.

Таким образом, манипуляция гелевой пластики анального канала целесообразно и эффективно в тех случаях, когда частичной неполноценности пуборектальной мышцы. Преимуществом этого метода являются его простота и доступность. Операции сфинктеропластика и формирование гладкомышечного внутреннего сфинктера, целесообразно выполнять с предварительным превентивным стомированием толстой кишки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиев, М.М. Диагностика анальной инконтиненции у детей: учебно-методическое пособие / М.М. Алиев, Б.А. Теребаев, Т.Т. Нарбаев и др. – Ташкент, 2018. – 77 бет.
2. Алиев, М.М. Особенности защитной колостомии у детей с аноректальной мальформацией / М.М. Алиев, Н.Н. Тураева, Т.Т. Нарбаев // Журнал «Педиатрия». – Ташкент. – 2011. – № 3-4. – С. 34–36.
3. Комиссаров, И.А. Повторные оперативные вмешательства при анальном недержании у детей (лекция) / И.А. Комиссаров, Н.Г. Колесникова, В.А. Глушкова // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – № 4. – Т. 3. – С. 92–97
4. Комиссаров, И.А. Современные заместительные хирургические технологии при лечении недостаточности сфинктерного аппарата у детей / И.А. Комиссаров, Н.Г. Колесников, А.А. Денисов и др. // Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии: материалы съезда детских хирургов России. – 2015. – С. 80–81.
5. Лёнюшкин, А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста / А.И. Лёнюшкин. – М.: Медицина, 1999. – 366 с.
6. Хамраев, А.Ж. Болалар хирургик колопроктологияси / А.Ж. Хамраев, Ж.А. Атакулов, А.И. Ленюшкин. – Ташкент, 2005. – 394 с.
7. Шамсиев, А.М. Аноректальные аномалии развития у детей: метод. Рекомендация / А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов. – Ташкент, 1990. – 13 с.
8. Эргашев, Н.Ш. Хирургическая коррекция ректовагинальных форм аноректальных мальформаций / Н.Ш. Эргашев, Ф.А. Отамурадов // Детская хирургия. – 2017. – Т. 21. – № 1. – С. 28–31.
9. Catto-Smith A.G., Trajanovska M., Taylor R. Long Term Outcome After Surgery for Anorectal Malformation, Fecal Incontinence. Causes, Management and Outcome, 2014 DOI:
10. Cushing C.C., Bruno M.-L., Bischoff A., Hall J., Helmrich M., Hsi Dickie B., et al. Health related quality of life and prental stress in children with fecal incontinence: A normative comparison. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2016;63(6):633–6.
11. Holschneider A.M. (Ed) Anorectal Malformations in Children: Embryology, Diagnosis, Surgical Treatment, Follow-Up, 2006.
12. Xu X., Menees S.B., Zochowski M.K., et al. Economic cost of fecal incontinence. Dis. Colon Rectum 2012;55(5):586–98.
13. Wexner S.D., Baig M.K. Factors predictive of outcome after surgery for faecal incontinence. Br. J. Surg. 2000, v. 87, p. 1316-1330.

Материал поступил в редакцию 01.05.19

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE ANAL INCONTINENCE IN CHILDREN

М.М. Aliyev¹, В.А. Terebayev², Т.Кх. Mazhidov³

¹ Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department,

² Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department,

³ Junior Doctor of the Emergency Surgery Department of the Clinic

^{1, 2}The Department of Faculty Pediatric Surgery
Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

Abstract. *The article describes the results of treatment of postoperative anal incontinence in children.*

Keywords: *anal incontinence, surgical treatment, children, diseases.*

УДК 61

УЧАСТИЕ СПЕЦИАЛИСТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ И ПРОФИЛАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБИННЫМ ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЗОМ

Т.К. Славкова, кандидат медицинских наук, аспирант кафедры здравоохранения
Факультет общественного здравоохранения
Медицинский университет – София, Болгария

***Аннотация.** Введение:* Отрицательный процесс старения последних десятилетий привёл к постоянному увеличению числа пациентов с преобладающими сердечно-сосудистыми или онкологическими заболеваниями. Они подвергаются сложным терапевтическим или хирургическим вмешательствам, требующим частого длительного пребывания в стационаре и продолжалась обездвиживание кровати. Все это увеличивает риск развития тромбоза глубоких вен. Важную роль в лечебно-диагностическом процессе и профилактике заболеваний играют работники здравоохранения. Качественные и профессиональные навыки зависят от ранней диагностики, профилактики и эффективности профилактики. *Цель:* Целью настоящей работы является рассмотрение участия специалиста здравоохранения в лечебно-диагностическом процессе и профилактике пациентов с тяжёлым венозным тромбозом в контексте повышения качества и эффективности медицинских услуг. *Материалы и методы.* Предметом исследования являются медицинские специалисты и пациенты с тяжёлым венозным тромбозом, которые прошли курс лечения в больнице «Доктор Стамен Илиев», Монтана. Основным методом исследования является социологический, основанный на непосредственном индивидуальном опросе и обсуждении. *Результаты и обсуждение.* Анализ данных основан на комплексном изучении различных факторов: организации труда, мотивации и привлечения медицинских работников, удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи. Полученные результаты подтверждают важность медицинских работников для эффективности лечебно-диагностического процесса и профилактики заболеваний, а также их роль в качестве медицинской помощи как условия устойчивого развития медицинского учреждения.

Ключевые слова: тромбоз, здравоохранение, пациенты, диагностика, профилактика.

Введение

Отрицательный процесс старения последних десятилетий привёл к устойчивому увеличению числа пациентов с преобладающими сердечно-сосудистыми или онкологическими заболеваниями. Они подвергаются сложным терапевтическим или хирургическим вмешательствам, требующим частого длительного пребывания в стационаре и длительной иммобилизации постели. Все это увеличивает риск развития тромбоза глубоких вен. Это заболевание, при котором в венозном просвете глубокой вены образуется тромб. Это вызывает вторичную воспалительную реакцию, которая постепенно покрывает тромб, венозную стенку и перивазальные ткани [4, 5]. Основными факторами риска развития тромбоза глубоких вен являются: пожилой возраст, перенесённый тромбоз, сердечная недостаточность, травма, злокачественная опухоль, ожирение, тяжёлые и длительные операции вмешательства, заболевания крови и нарушения гемостаза, использование женских контрацептивов, беременность, роды, аборт [4, 5, 7].

Заболевание имеет большое социальное значение, характеризуется отёком конечностей, напряжением тканей, дискомфортом, тяжестью в конечностях и тулыми болями. На его долю приходится около 2 % женщин, около 6 % у беременных женщин и около 1,5 % мужчин. Часто заболевание осложняется тромбозом лёгочной артерии, при этом смертность у пациентов, не получающих лечение, является значительной [4, 5, 7].

Важную роль в лечебно-диагностическом процессе и профилактике заболеваний играют работники здравоохранения. Качественные и профессиональные навыки зависят от ранней диагностики, профилактики и эффективности профилактики, что, в свою очередь, важно для профилактики и лечения флеботромбоза.

Основная деятельность медицинских работников заключается в контроле и обучении пациентов строго придерживаться назначений врача и формировать здоровые привычки [1, 2], что повышает их мотивацию и активность в процессе заживления. Также медсестра помогает пациентам вести полноценный образ жизни как дома, так и в социальной среде [6]. Все это во многом определяет удовлетворённость пациентов организацией и качеством медицинской помощи, что принципиально важно для конкурентной позиции рынка в рыночной экономике и свободного выбора пациентов.

Целью настоящей работы является рассмотрение участия специалиста здравоохранения в лечебно-диагностическом процессе и профилактике у пациентов с тяжёлым венозным тромбозом в контексте повышения качества и эффективности медицинских услуг.

Материалы и методы

Предметом исследования являются специалисты в области здравоохранения и пациенты с тяжёлым

венозным тромбозом, которые получали лечение в больнице «Доктор Стамен Илиев», Монтана. Респондентам от 26 до 57 лет и профессиональному опыту от 4 до 37 лет. Возраст пациентов от 30 до 70 лет, соотношение женщин и мужчин составляет примерно 60-40 %.

Основным методом исследования является социологический, основанный на непосредственном индивидуальном опросе и обсуждении. Опрос проводился в 2016 и 2017 годах и охватил 50 медицинских работников и 120 пациентов.

Результаты и обсуждение

Анализ данных основан на комплексном изучении различных факторов в двух основных аспектах. В отношении медицинских работников – организация работы, компетенции, мотивация и участие в лечебно-диагностическом процессе, а также с точки зрения пациента – осведомлённость, общение с персоналом и удовлетворённость качеством медицинской помощи.

Медицинские работники обеспечивают постоянный мониторинг и уход за пациентами. Их главная задача – правильно понять медицинские и социальные проблемы пациентов, что требует постоянного и полного общения. В качестве основных трудностей в этом отношении опрошенные медицинские работники отмечают, прежде всего, что 50,00 %

возраст пациентов (рис. 1). Почти относительная доля (44,40 %) медицинских работников объясняет недостаточную коммуникацию отсутствием времени, а 5,60 % указывают на недостаточную отзывчивость и желание связаться с пациентами (Рисунок 1). Если снижение эффективности общения с пожилыми людьми можно считать естественным объективным процессом [3], недостаток времени как фактор, препятствующий полному общению с пациентами, является показателем, подчёркивающим нехватку достаточных квалифицированных медицинских работников, что является основным препятствием для улучшения качества здравоохранения.



Рисунок 1. Основные трудности для медицинских работников в общении с пациентами, страдающими флеботромбозом

На рисунке 2 представлены результаты самооценки исследования уровня теоретической и практической подготовки медицинских работников для работы с пациентами, страдающими тромбозом глубоких вен. Менее трети респондентов (28,20 %) считают себя очень хорошо подготовленными, чуть более половины (52,00 %) хорошо подготовленными, 18,40 % считают свою подготовку удовлетворительной, а 1,40 % заявляют, что не готовы решать такие проблемы.

Эти результаты в значительной степени согласуются с данными о необходимости специализированной подготовки медицинских работников для работы с пациентами, страдающими тромбозом глубоких вен, представленными на рисунке 3. 22,65 % считают такое обучение обязательным, 44,89 % считают его целесообразным только в случае необходимости административный или личный, 27,05 % не могут судить, а 5,41 % не считают, что необходима специальная подготовка.

Создание условий для повышения квалификации медицинских работников является необходимым условием повышения качества медицинской помощи и отвечает.

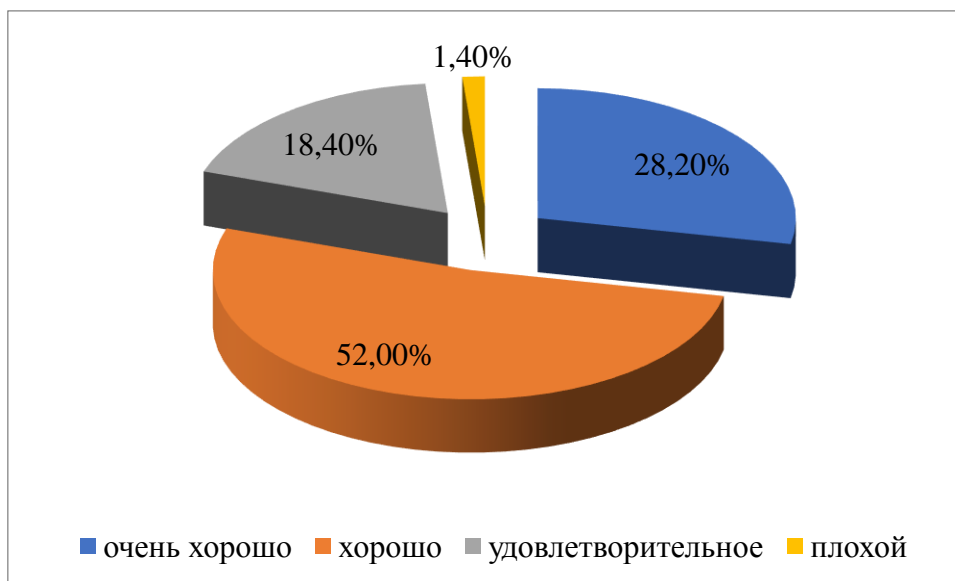


Рисунок 2. Уровень теоретической и практической подготовки медицинских работников для работы с пациентами с диагнозом тромбоз глубоких вен

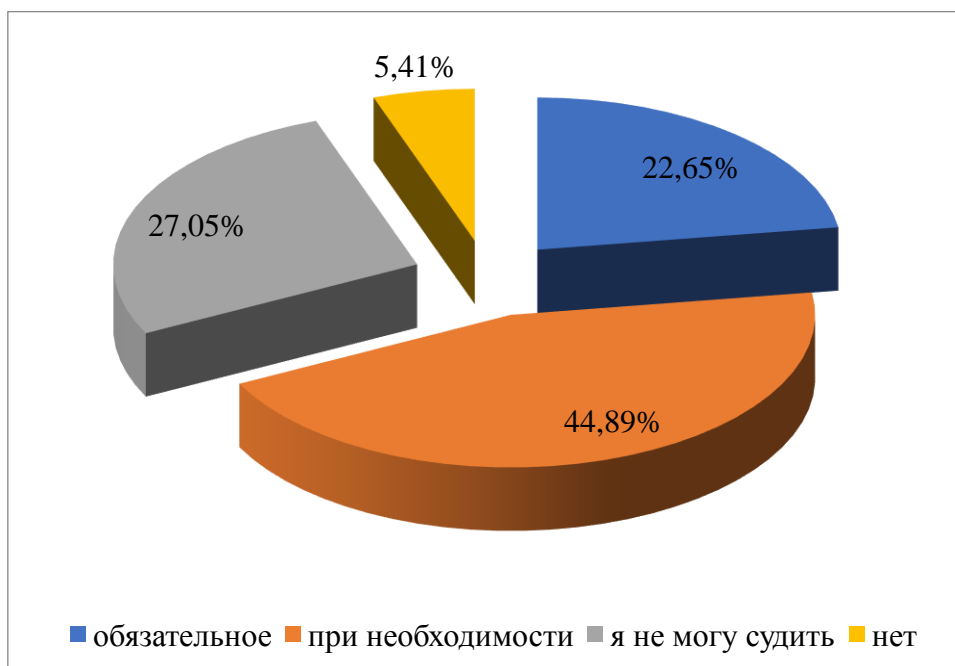


Рисунок 3. Необходимость специализированной подготовки медицинских работников для работы с пациентами, страдающими тромбозом глубоких вен

В этом отношении мотивация персонала играет важную роль. В данном случае Рисунок 4 представляет данные о мотивации медицинских работников работать с пациентами с диагнозом флеботромбоз. Менее половины респондентов (44,40 %) заявляют, что они полностью мотивированы, 50,00 % выражают резервы, определяя свою мотивацию «в нескольких градусах», и 5,60 % мотивации к мотивации работы. (Рисунок 4).

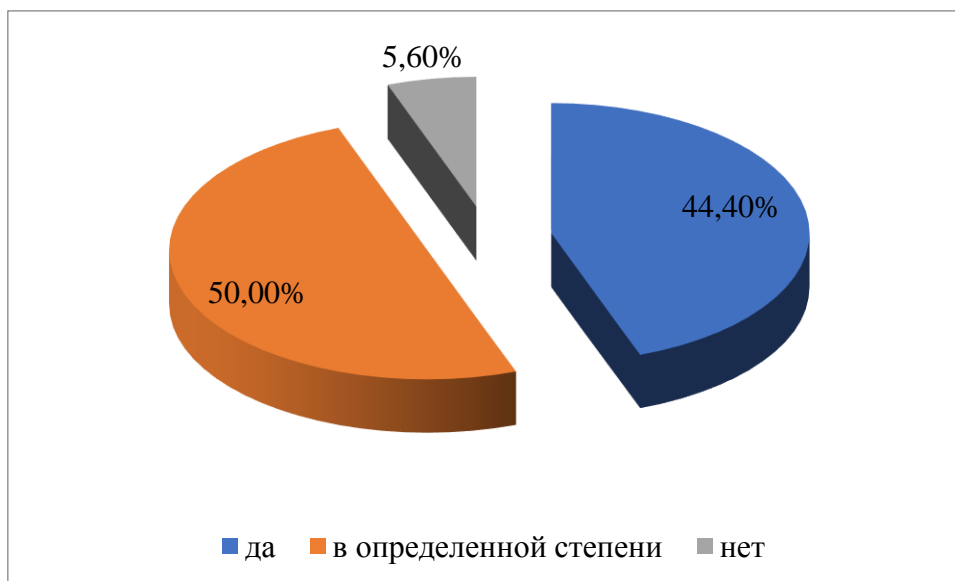


Рисунок 4. Мотивация медицинских работников к работе с пациентами с диагнозом флеботромбоз

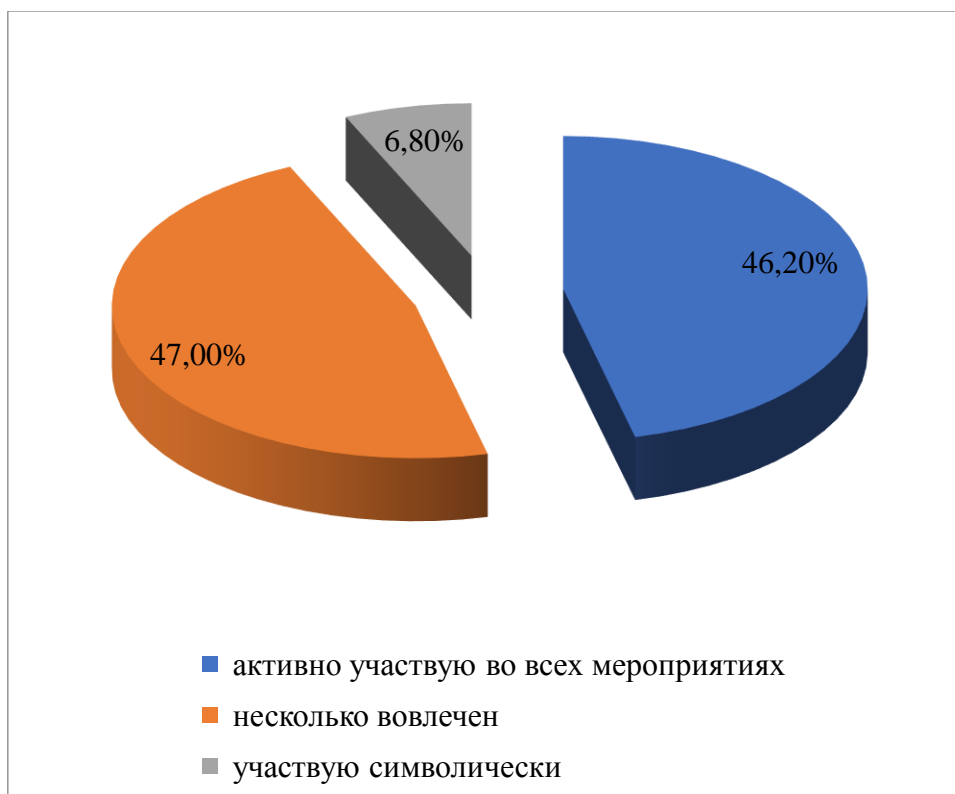


Рисунок 5. Участие медицинских работников в лечебно-диагностическом процессе и профилактике

Мотивация медицинских работников важна с точки зрения качества медицинской помощи. Несмотря на важность социально-экономических условий для развития общества, руководители здравоохранения сталкиваются с проблемой обеспечения эффективной организации труда, условий для повышения квалификации и возможностей для карьерного роста, что в конечном итоге наряду с достойной оплатой труда, мотивация медицинских работников. На рисунке 5 представлены результаты исследования по вовлечению медицинских работников в лечебно-диагностический процесс и профилактику пациентов с флеботромбозом. Примерно равной является доля респондентов, которые считают, что они активно участвуют во всех видах деятельности или участвуют лишь в определённой степени – 46,20 % и 47,00 % соответственно, тогда как 6,80 % определяют своё участие как символическое. Эти данные показывают некоторые из руководящих принципов для повышения эффективности здравоохранения в соответствии с мировой практикой по оптимальному использованию человеческих ресурсов в соответствии с компетенциями медицинских работников.

Сестринская деятельность в современном здравоохранении включает не только техническую реализацию назначений врачей, но также сбор и анализ информации и принятие решений в пределах своей компетенции [2, 6]. Соответственно, требования к ее профессиональной квалификации, которые имеют важное значение для ранней диагностики. Медицинские работники должны информировать, контролировать и просвещать пациентов и их родственников о точном соблюдении врачебных назначений и формировании здоровых привычек для предотвращения заболевания. Подтверждением этого являются результаты, представленные на рисунке 6.

Данные показывают, что большинство пациентов не были проинформированы о природе и особенностях заболевания до начала лечения. Только одна треть (33,00 %) респондентов указали, что они были хорошо информированы, 46,20 % имели только общее представление, а 20,80 % у них нет информации (Рисунок 6).

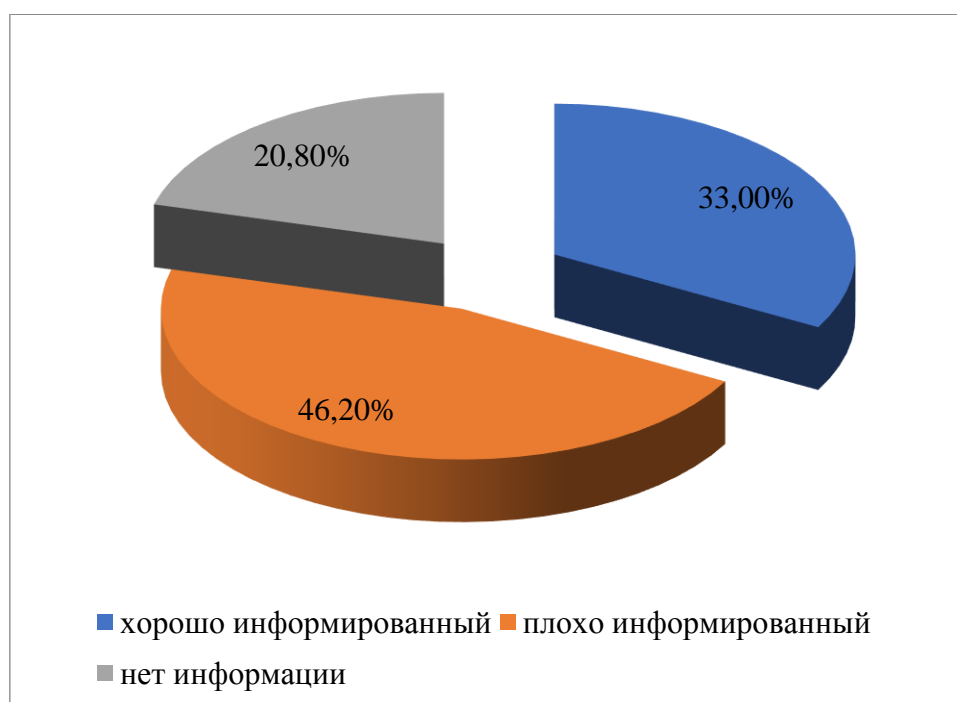


Рисунок 6. Распределение пациентов по степени осведомлённости о заболевании до лечения

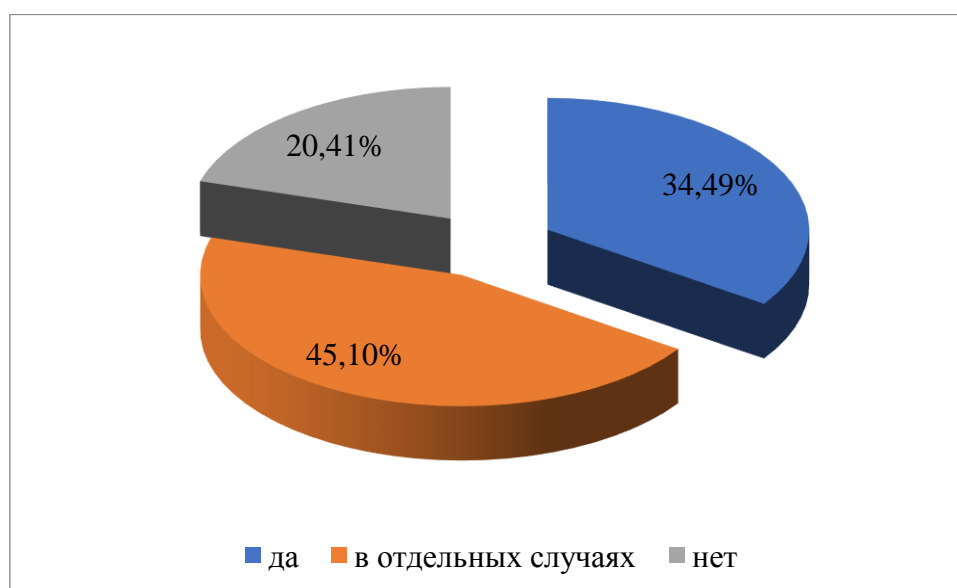


Рисунок 7. Распределение пациентов по степени их удовлетворённости возможностями общения с работниками здравоохранения

Эффективная реализация основных направлений деятельности медицинских работников зависит от возможностей общения с пациентами, что также важно для их удовлетворённости качеством медицинской

помощи. Данные опроса этого показателя представлены на Рисунке 7. По мнению 35,80 % опрошенных пациентов, медицинские работники проводят с ними достаточно времени, в то время как большинство пациентов считают, что это происходит лишь изредка – 44,20 %. что работники здравоохранения не успевают общаться – 20,00 %. Эти результаты аналогичны данным, представленным на рис. 1 и рис. 6, и чётко указывают на некоторые аспекты улучшения качества здравоохранения, связанные с обеспечением достаточного количества медицинских работников необходимой квалификацией и мотивацией для работы.

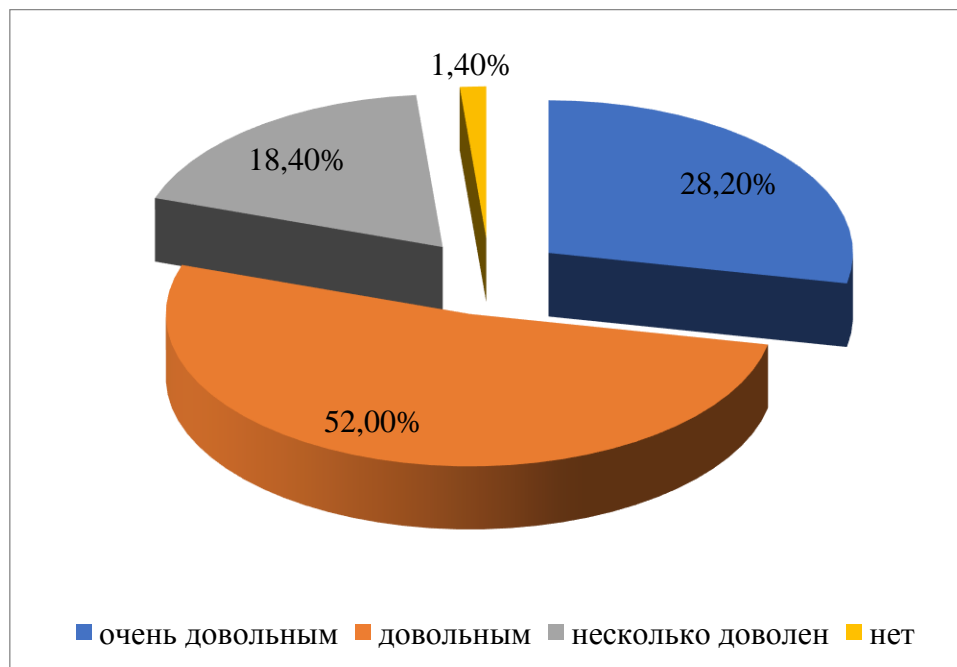


Рисунок 8. Распределение пациентов к их удовлетворённости обработками и процедурами

Другим важным показателем участия медицинских работников в лечебно-диагностическом процессе и профилактике является оценка пациентов для манипуляций и процедур, которая является ключевым фактором их удовлетворённости качеством медицинской помощи и напрямую зависит от профессиональной квалификации и навыков медицинских работников. Результаты, представленные на рисунке 8, показывают, что более половины опрошенных пациентов – 52,00 % – удовлетворены процедурами и процедурами и 28,20 % очень довольны. Относительная доля пациентов, которые удовлетворены лишь частично, составляет 18,40 %, а 1,40 % недовольны. Эти данные можно рассматривать как положительный показатель организации работы и профессиональных навыков работников здравоохранения, одновременно подчёркивая необходимость постоянного повышения квалификации персонала и качества медицинской помощи.

Это требует постоянной оптимизации управления в соответствии с современными концепциями непрерывного образования и долгосрочной квалификации для развития человеческих ресурсов, как необходимого условия для улучшения качества медицинской помощи и устойчивого управления учреждениями здравоохранения.

Выводы

Квалификация, профессиональные навыки и мотивация к работе имеют решающее значение для участия медицинских работников в лечебно-диагностическом процессе и профилактике у пациентов с тромбозом глубоких вен.

Эффективное выполнение обязанностей медицинских работников и плохая информированность пациентов требуют интенсивного и содержательного общения, которому часто мешает нехватка времени. Это свидетельствует о недостаточном количестве квалифицированных медицинских работников, что является серьёзным препятствием для повышения качества. Удовлетворённость большинства пациентов выполненными процедурами и процедурами является положительным показателем организации работы и профессиональных навыков работников здравоохранения.

Постоянно растущие критерии качества здравоохранения в соответствии с европейскими стандартами требуют постоянного повышения квалификации медицинских работников. Это определяет необходимость эффективного управления и предоставления возможностей для непрерывного обучения и повышения квалификации персонала для развития человеческих ресурсов как основы высокой конкурентоспособности учреждения здравоохранения в условиях рыночной экономики. качества медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Благоева Д., Н. Васильева, К. Богданова. 2014. Потребности в здравоохранении – природа, факторы, задачи и приоритеты. Тридцать четвертая научно-техническая сессия – София. «Междисциплинарная идея в действии». – Р. 104–110.
2. Богданова К., Д. Благоева, П. Кантерева, С. Георгиева. 2014. Роль медсестры в профилактике остеопороза, Третья научная сессия медицинского колледжа – Варна. Варненский медицинский форум. Том 3, Приложение 4, с. 11.
3. Васильева Н., Благоева Д., Богданова К. 2014. Снижение эффективности общения с пожилыми людьми в условиях стационара. Тридцать четвертая научно-техническая сессия – София. «Междисциплинарная идея в действии». – Р. 111–115.
4. Дойчинов, А. 1990. Заболевания венозной системы. Клиническая ангиология. Под заказ. А. Дойчинова, Медицина и физическое воспитание, София, с. 256–274.
5. Топалов, Дж. 1990. Тромбофлебит. С: сосудистая хирургия. К. Тодоров, П. Левичаров. Медицина и физкультура, София, с. 210–230.
6. Чанева Г., Стамболова И. Качество здравоохранения. Протокол здравоохранения. С: Управление здравоохранением. Под заказ. С. Попова, Филвест, София, с. 15–21.
7. Strandness, D.E. 2002. Острый венозный тромбоз. В кн.: Дуплексное сканирование при сосудистых нарушениях. Липпинкотт Уильямс и Уилкинс. Филадельфия. США, 27. – 15.

Материал поступил в редакцию 14.04.19

**THE PARTICIPATION OF HEALTHCARE PROFESSIONAL
IN THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT PROCESS AND PREVENTION
IN PATIENTS WITH DEEP VEIN THROMBOSIS**

T.K. Slavkova, Candidate of Medical Sciences,
Postgraduate Student of the Department of Health
The Faculty of Public Health
Medical University – Sofia, Bulgaria

Abstract. *Introduction: The negative aging process of recent decades has led to a constant increase in the number of patients with predominant cardiovascular diseases or cancer. They are subjected to complex therapeutic or surgical interventions that require frequent long-term hospital stay and continued immobilization of the bed. All this increases the risk of deep vein thrombosis. Health workers play an important role in the diagnostic and treatment process and disease prevention. Quality and professional skills depend on early diagnosis, prevention and prevention effectiveness. Purpose: The purpose of this work is to consider the participation of a health professional in the diagnostic and treatment process and prevention of patients with severe venous thrombosis in the context of improving the quality and effectiveness of medical services. Materials and methods. The subject of the study are medical specialists and patients with severe venous thrombosis who underwent treatment at the hospital "Dr. Stamen Iliev", Montana. The main method of research is sociological method, based on direct individual survey and discussion. Results and discussion. The data analysis is based on a comprehensive study of various factors: the organization of labor, motivation and involvement of medical workers, patient satisfaction with the quality of medical care. The results confirm the importance of health workers for the effectiveness of the diagnostic and treatment process and disease prevention, as well as their role as medical care as a condition for sustainable development of medical institutions.*

Keywords: *thrombosis, health care, patients, diagnosis, prevention.*

Для заметок

MEDICUS

Международный медицинский научный журнал

№ 3 (27), май / 2019

Адрес редакции:
Россия, 400081, г. Волгоград, ул. Ангарская, 17 «Г», оф. 312.
E-mail: scimedicus@mail.ru
<http://scimedicus.ru/>

Изготовлено в типографии ООО «Сфера»
Адрес типографии:
Россия, 400105, г. Волгоград, ул. Богунская, 8, оф. 528.

Учредитель: ООО Издательство «Научное обозрение»

ISSN 2409-563X

Редакционная коллегия:
Главный редактор: Мусиенко Сергей Александрович
Ответственный редактор: Малышева Жанна Александровна

Иванова Ольга Николаевна, доктор медицинских наук
Абдикаримов Сериккали Жолдасбаевич, кандидат медицинских наук
Комаровских Елена Николаевна, доктор медицинских наук
Лазарева Наталья Владимировна, доктор медицинских наук

Подписано в печать 16.05.2019 г. Формат 60x84/8. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Заказ № 51.