АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X Издательский дом "Плутон" www.idpluton.ru

Выпуск №22

КЕМЕРОВО 2018

13 августа 2018 г.
ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431
ISSN 2500-378X
УДК 378.001
Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru
За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:
Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.
Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.
Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.
Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.
Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .
Абдуллаева Асият Мухтаровна - кандидат биологических наук, доцент ФГБОУ ВО МГУПП.
Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.
Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.
Федотова Елена Владимировнадоцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".
Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".
Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.
Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал **«Авиценна»**, входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.
Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 13.08.2018 г.
Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.
Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).
Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.
Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.
Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.
При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ.....4
Чупрова А.А., Федотова Е.В., Чупров В.А.
2. НАРУШЕНИЯ МИКРОЭКОЛОГИИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....10
Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х.
3. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СРАЩЕНИЯ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ У ДЕВОЧЕК ПЕРИОДА РАННЕГО ДЕТСТВА.....16
Абдулазизова Ф.А., Мардонова С.М.
4. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА И БИОЭТИКИ В УЗБЕКИСТАН.....23
Мухамедова З.М.
5. РОЛЬ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОГО НАСЛЕДИЯ МУСУЛЬМАНСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРАКТИКАХ КУРСА БИОЭТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ.....28
Мухамедова З.М.
6. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. 32
Юсупова З.К.
7. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СТРУКТУРА И СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ОКТЯБРЬСКОМ РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2016 гг.....39
Храмцов Д.А., Рыжаева В.Н.
8. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ДОРСАЛГИЙ У РАБОТНИКОВ ГАЗОРАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНЫХ СТАНЦИЙ.....43
Вагапова Д.М., Гирфанова Л.В., Хафизова А.С., Чурмантаева С.Х.

Чупрова Анастасия Андреевна
Chuprova Anastasya Andreevna
Врач-хирург, колопроктолог ГБУЗ АО «Северодвинская городская клиническая больница №2 СМП» E-mail: puzdr@yandex.ru

Федотова Елена Владимировна
Fedotova Elena Vladimirovna
Врач-хирург, доцент, к.м.н. профессор Российской Академии Естествознания

Чупров Владимир Афанасьевич
Chuprov Vladimir Afanasievich
Врач-хирург ГБУЗ АО «Северодвинская городская клиническая больница №2 СМП»

УДК 616.351

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

FOREIGN BODIES OF THE RECTUM

Аннотация: В последние годы количество больных с инородными телами прямой кишки неуклонно растет. И, если диагностика, как правило, не вызывает затруднений, то извлечение инородных тел в некоторых случаях может представлять довольно сложную задачу, особенно для врачей, не обладающих достаточным опытом в данном вопросе. Учитывая рост числа больных данная проблема требует внимания не только специалистов-колопроктологов, но и общих хирургов, оказывающих экстренную помощь в стационарах и амбулаториях.

Нами проведен анализ типичных случаев инородных тел прямой кишки. Во всех случаях оперативное лечение не применялось, осложнения отсутствовали.

Annotation: In recent years, the number of patients with foreign bodies of the rectum has been growing steadily. And, if diagnostics, as a rule, does not cause difficulties, the extraction of foreign bodies in some cases can be a rather difficult task, especially for doctors who do not have sufficient experience in this matter. Taking into account the increase in the number of patients, this problem requires attention not only to specialists in coloproctology, but also to general surgeons who provide emergency care in hospitals and outpatient clinics.

We analyzed the typical cases of foreign bodies of the rectum. In all cases, surgical treatment was not applied, complications were absent.

Ключевые слова: инородные тела, прямая кишка, извлечение инородного тела.

Key words: foreign bodies, rectum, extraction of foreign body

Введение

Первое упоминание в литературе об инородном теле прямой кишки относится к XVI веку. В отечественной литературе можно найти немного публикаций, посвященных данной проблеме

Одним из первых отечественных авторов эту проблему описал А.М. Аминев в 1965 г, проанализировав 63 наблюдения и представив классификацию инородных тел прямой кишки [1,2].

К.А. Бохан в 2000 г опубликовал обзор отечественной литературы с 1870 г по 1992 г в котором упоминается о 605 пациентах с этой проблемой [3]. Большинство же работ представляют собой разбор отдельных клинических случаев [9].

Обстоятельства, при которых инородные тела попадали в прямую кишку, достаточно многообразны: инородные тела могут быть введены в прямую кишку с терапевтической целью (наконечник клизмы при запорах, колпачок от мази при лечении заболеваний анального канала и прямой кишки), быть следствием действий криминального характера, в результате действий сексуального характера как следствие потери контроля во время эротических манипуляций.

Больные с инородными телами прямой кишки, как правило, обращаются за медицинской помощью поздно, при возникновении осложнений или при симптомах непроходимости, при боли или дискомфорте в области ануса или, если, несмотря на длительные усилия, им не удается извлечь инородное тело самостоятельно [1,2,3,4,5,6].

Нежелание пациента, чаще всего обусловленное чувством стыда, обращаться за медицинской

помощью и представлять подробную информацию об инциденте может затруднять диагностику.

Прямая кишка/анус действуют по типу ловушки, затрудняющей извлечение инородного тела, поскольку:

- мышца сфинктера образует зону высокого давления позади введенного предмета
- крестцовый и пуборектальный изгибы прямой кишки приводят к изменению направления оси
- клапан Хаустона формирует дополнительное препятствие [3]

Так же не последнюю роль играет форма и размер инородного тела, которые могут оказаться чрезвычайно многообразными, анатомия пациента, травмы, причиненные инородным телом (особенно при длительных и безуспешных попытках извлечь его самостоятельно), наличие сопутствующих заболеваний у пациентов.

Все это часто представляет серьезную проблему для врача.

Инородные тела обычно располагаются в ампуле прямой кишки, поэтому в большинстве случаев их можно определить при с помощью пальцевого исследования. Иногда инородные тела расположены настолько высоко, что приходится прибегать к дополнительным методам обследования таким как ректороманоскопия, рентгенологическим методам обследований [5,6].

Существует несколько классификаций инородных тел прямой кишки, однако общепринятой классификации на настоящее время нет. Наиболее информативна и полноценна, на наш взгляд, классификация, предложенная Ким С. Д., Коплатадзе А. М., Шмаков В (2008) [7,8].

А. Проглоченные инородные тела.

1. По причинам введения:

а) самовведение при психических расстройствах;

б) предметы анальной мастурбации;

в) ятрогенные;

г) преступно сокрытые предметы;

2. По характеру и свойствам материала:

а) металлические;

б) плотные неметаллические (пластмассовые, деревянные и др.);

в) хрупкие (стеклянные).

3. По величине:

а) крупные - поперечным размером более 5 см или длиной более 15 см;

б) средние- поперечным размером от 2 до 6 см при длине менее 15 см;

в) мелкие – поперечным размером менее 2 см.

4. По степени повреждений прямой кишки:

а) без повреждений;

б) с непроникающими повреждениями;

в) с проникающими повреждениями

В. Инородные тела, попавшие в ЖКТ травматическим путём:

1. После ранений:

а) первичные (пули, осколки снарядов)

б) вторичные (частицы металла, одежды и др.).

2. Оставленные во время операций:

а) преднамеренно (не рассасывающиеся лигатуры, скрытые дренажи и др.);

б) случайно.

Г. Инородные тела, образовавшиеся в организме:

1. Безоары

2. Кишечные камни:

а) истинные (энтеролиты);

б) ложные (копролиты).

3. Желчные камни в кишечнике.

4. Мочевые камни, мигрировавшие в ЖКТ.

Д. Живые инородные тела ЖКТ:

1. Паразиты (аскариды, широкий лентец и некоторые другие).

2. Прочие (змеи, пиявки и др.).

1. По количеству:

а) единичные;

б) множественные.

3. По рентгенологической характеристике:

а) рентгеноконтрастные;

б) малоконтрастные;

в) рентгенонегативные. [8].

В диагностике инородных тел прямой кишки мы придерживались следующей последовательности:

- тщательный сбор анамнеза (обстоятельства попадания инородного тела, его характеристика, давность введения и пр.);
- пальпаторное исследование передней брюшной стенки, пальцевое исследование анального канала и дистальной части прямой кишки;
- необходимые диагностические исследования: общий анализ крови, обзорная рентгенограмма брюшной полости, компьютерная томография, ректороманоскопия.

После получения достаточной информации о количестве, расположении, размере и форме инородного тела и при отсутствии признаков осложнений следовала попытка его ручного удаления, что при отсутствии достаточной релаксации, была не всегда успешной (положительный результат был в 2 случаях).

Удаление инородного тела производилось в гинекологическом кресле.

При невозможности извлечь инородное тело при первичном ректальном осмотре извлечение его производилось в перевязочной после девульсии сфинктера с применением общего обезболивания. Для девульсии сфинктера обычно использовались ректальные зеркала. Извлечение производилось под визуальным контролем, предмет захватывался хирургическим инструментом (зажим или корнцанг). Выбор инструмента зависел от формы инородного тела и материала из которого он изготовлен. При значительном размере инородного тела прибегали к ручной компрессии брюшной стенки в проекции сигмовидной кишки.

Лапаротомия не применялась ни к одному из пациентов.

После трансанального удаления инородного тела производилось эндоскопическое исследование (ректороманоскопия) целью которого была оценка слизистой кишки, отсутствие или наличие иной патологии.

Клинические примеры. Мы приводим несколько клинических случаев, представляющих, на наш взгляд, интерес с точки зрения их «типичности». Мы намеренно исключили случаи, связанные с действием криминального характера. В одном из клинических наблюдений больной так и не мог пояснить, как инородное тело оказалось в прямой кишке.

Пациент К. 45 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи из дома. Из анамнеза: инородное тело в прямой кишке в течение 8 дней. Со слов больного инородное тело ввел друг (цель введения не пояснил).

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Удовлетворительного питания. Кожа, слизистые чистые, влажные. АД 130/80 мм РТ ст Пульс 82 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Стула не было с 11.04, газы отходили ректально: тонус сфинктера снижен, на высоте пальца пальпируются стенки металлического стакана, стенка кишки отечна, осмотр болезненен. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа не выявлено, признаков кишечной непроходимости не выявлено

Решено выполнить извлечение инородного тела под внутривенным наркозом. Под СМА выполнена девульсия ануса. Осмотр ректальным зеркалом. В ампуле прямой кишки обнаружено инородное тело (стакан из серого металла) длиной около 8 см, диаметром до 7 см, свободным карем обращен к анальному отверстию. Стенки прямой кишки отечные, синюшно-багрового цвета. Отделяемое из прямой кишки слизисто-геморрагрическое без гнилостного запаха. Перианальная область не изменена. С техническими трудностями мануально и при помощи зажимов извлечено инородное тело (фото № 1). При ревизии прямой кишки на 6 см разрыв слизистой 3.0 х 1.0 см, с умеренным подкравливанием. На высоте пальца по передней и левой боковой стенке пальпаторно определяется дефект слизистой 3.0 х 1.0 см с умеренным подкравливанием. Данных за перфорацию стенки прямой кишки нет. Полость кишки обильно обработана Бетадином. Подведена турунда с Левосином, газоотводная трубка.

Получал лечение: цефотаксим, метрогил, кетонал, фраксипарин, феназепам.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписан на 5 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. От проведения ректороманоскопии категорически отказался.

РСКТ органов малого таза: Срез – 0.5 мм, шаг = спираль 0.5 мм.

Мочевой пузырь нормальных размеров, стенка не утолщена, содержимое обычной плотности. Предстательная железа не увеличена, границы ровные, нечеткие, структура неоднородная за счет включений кальцинатов. Кости таза без признаков деструкции. Контуры прямой кишки размыты, нечеткие, окружающая клетчатка отечна, инфильтрирована. Лобково-прямокишечная мышца слева с жидкостным компонентом 48 х 15 мм, плотностью +16+21

Фото№1 Извлеченное инородное тело - металлический стакан

Пациент К, 53 г обратился самостоятельно с жалобами на инородное тело в прямой кишке. Накануне употреблял алкоголь проснулся утром с ощущением инородного тела в прямой кишке. Обстоятельств травмы не помнит.

В анамнезе злоупотребляет алкоголем, запои, СГМ 5 раз

При осмотре: состояние относительно удовлетворительно ЧСС 74 в мин. АД 150/70 мм Стула не было. Перианальная область не изменена, сфинктер тоничен, на высоте 6 см определяется инородное тело с неровными контурами.

Рентген брюшной полости: на обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа не определяется. Признков кишечной непроходимости нет.

Под СМА девульсия ануса. Инородное тело на расстоянии 10 см от ануса инородное тело зеленого цвета. Выполнено мануальное пособие – извлечено инородное тело – огурец длиной 25 см диаметром 7 см. Повреждений слизистой прямой кишки нет.

Ретороманоскопия на 2 сутки после извлечения инородного тела: ректоскоп введен до 27 см от ануса, далее изгиб прямой кишки слизистая розовая. Гладкая, блестящая, складки обычные, сосудистый рисунок не изменен, уплотнений стенки кишки нет. На 5 см от ануса на передней стенке имеется поверхностное осаднение. В анальном канале патологических изменений нет.

Выписан в удовлетвоительном состоянии – 6 к/дней

Пациент З., 61 год. Обратился в приемное отделение самостоятельно спустя 7 час от получения травмы

Инородное тело ввел самостоятельно с целью самоудовлетворения, извлечь инородное тело не представилось возможным.

При осмотре: состояние удовлетворительное, кожа, слизистые – без особенностей Пульс 80 в мин. Живот не вздут, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах.

Ректально: сфинктер тоничен, на глубине 5 см пальпируется инородное тело, извлечь не удается.

Под СМА произведена девульсия ануса. Произведено инородное тело – морковь диаметр 3.5 см и длиной 17 см. Повреждений прямой кишки не выявлено.

Ректороманоскопия на 2 сутки после извлечения инородного тела: анус тоничен Осмотрено 20 см прямой кишки, на расстоянии около 14 см имеется участок гиперемии слизистой и поверхностные осаднение. На остальных участках слизистая розовая, гладкая, блестящая.

Послеоперационный период протекал без особенностей.

Выписан в удовлетворительном состоянии – 9 к/дней

Пациентка А. 81 год. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на наличие инородного тела прямой кишки. Больная с выраженной энцефалопатией. Обстоятельства и давность травмы пояснить не может.

Состояние средней степени тяжести, пониженного питания. Кожа, слизистые без особенностей. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Тонус сфинктера снижен. При пальцевом исследовании определяется инородное тело на расстоянии 4 см – наконечник от клизмы. При попытке удаления инородного тела выраженный болевой синдром, извлечь инородное тело не удалось.

Ректороманоскопия данному пациенту производилась при поступлении с целью оценки состояния прямой кишки и отсутствия повреждений ее (т.к. давность введения инородного тела выяснить не удалось) и попыткой извлечения инородного тела без применения общей анестезии (учитывая возраст и сопутствующую патологию пациента): при осмотре ануса имеются отечные наружные геморроидальные узлы. Анус в гипертонусе, пальпация болезненна. В прямой кишке на высоте 7-8 см пальпируется наконечник от клизмы, подвижный, располагается вдоль по оси кишки. В прямую кишку введен ректоскоп. В просвете большое количество кала. Извлечь инородное тело не удалось

Под кратковременным в/в наркозом больная осмотрена в зеркалах, произведено извлечение инородного тела из прямой кишки – наконечник от клизмы. Повреждений кишки не выявлено.

Выписана в удовлетворительном состоянии – 8 к/дней

Пациент Р., 81 год поступил спустя 24 часа после начала заболевания, обратился самостоятельно с жалобами на наличие инородного тела прямой кишки. Утром самостоятельно делал себе клизму, после извлечения клизмы наконечник ее остался в прямой кишке.

При осмотре: перианальная область не изменена, сфинктер резко спазмирован, наконечник клизмы расположен поперек оси прямой кишки – низведен, из ануса умеренное количество крови и слизи, извлечение наконечника клизмы невозможно из-за резкого спазма сфинктера.

При осмотре в зеркалах – девульсия ануса – произведено извлечение инородного тела прямой кишки, повреждений прямой кишки не выявлено.

В данном случае анестезиологическое пособие не производилось, спазм сфинктера купирован в/м введением спазмолитика.

Выписан в удовлетворительном состоянии (отказ больного от лечения) 1 к/день

Пациентка А., 22 года обратилась в приемное отделение самостоятельно спустя 1 час после того как при действиях сексуального характера было введено в прямую кишку инородное тело. Попытки самостоятельного его удаление оказалось не эффективно.

При осмотре: состояние удовлетворительное, Пульс 67 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перианальная область не изменена, тонус сфинктера несколько повышен, в ампуле прямой кишки на глубине около 4 см определяется инородное тело с гладкими контурами, подвижное. Исследование умеренно болезненное.

От дополнительных методов исследования больная категорически отказалась.

После внутримышечного введения спазмолитика произведено извлечение инородного тела прямой кишки - анальная пробка (фото №2).

От госпитализации больная категорически отказалась.

Фото №2. Инородное тело, извлеченное из прямой кишки

Заключение.

Проанализировав случаи лечения пациентов с инородными телами прямой кишки мы пришли к выводу, что выбор тактики лечения зависит как от размеров инородного тела, его конфигурации, подвижности и наличии или отсутствии осложнений, а также времени с момента введения инородного тела в прямую кишку до обращения пациента за медицинской помощью.

Правильно выбранная последовательность диагностических мероприятий, а также правильность тактики ведения больных с данной патологией исключает диагностические ошибки и улучшает результаты оказанной помощи, сокращая сроки госпитализации пациентов.

Библиографический список:

1. Аминев А.М. Многотомное руководство по проктологии. Куйбышев. 1965.
2. Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология Москва 2003
3. Андреас М. Кайзер. Колоректальная хирургия. Москва 2011 с 204 – 208.
4. Бохан К.Л. Инородные тела прямой кишки Хирургия. 2000;6:63- 66.
5. Волков О.В., Бирюков Ю.В., Ан В.К. и соавт. Лечение больных с инородными телами прямой кишки. Хирургия. 2000;7:41-43.
6. Давидов М.И., Субботин В.М., Рылов Ю.Л., и соавт. Инородные тела прямой кишки. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2000;
7. Захаренко А.А. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при инородном теле в пищеварительном тракте. 2014 г Казань.
8. Ким С. Д., Коплатадзе А. М., Шмаков В. А. Неотложная помощь при инородных телах прямой кишки // Колопроктология. 2008. № 1. С. 23-26.
9. Хубезов Д.А., Трушин С.Н., Пучков К.В. и соавт. Тактика лечения пациентов с инородными телами прямой кишки/ Хирургия 9, 2016 г. с 57- 63

Камилов Хайдар Пазылович
доктор медицинских наук, профессор- заведующий кафедрой Госпитальной терапевтической стоматологии
Ташкентский
Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан, г. Ташкент

KamilovHaydarPazylovich
Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Hospital Therapeutic Stomatology
Tashkent
State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan

Ибрагимова Малика Худайбергановна
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры Госпитальной терапевтической стоматологии
Ташкентский
Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан, г. Ташкент

IbragimovaMalikaKhudaiberganovna
Candidate of Medical Sciences,
associate professor of the Department of Hospital Therapeutic Dentistry of the Tashkent State Dental Institute,
Uzbekistan, Tashkent;

УДК 616.31

НАРУШЕНИЯ МИКРОЭКОЛОГИИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

INFRINGEMENTS OF MICROECOLOGY OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH HEPATOBILIARY PATHOLOGY

Аннотация: В статье представлены изученные количественные и качественные показатели микрофлоры ротовой жидкости у больных с гепатобилиарной патологией, страдающих хроническим холециститом. Выявили, что общее количество факультативной группы микробов превышает количество анаэробных микробов. Среди грамположительных кокков доминирующее положение занимают стафилококки. Достоверно увеличилось количество грамотрицательных микробов, относящихся к роду эшерихии и протей. Среди анаэробной группы микробов почти в 2 раза снизилось количество лактобактерий. При определении колонизационной резистентности микробов в различных биотопах полости рта у больных хроническим холециститом произошли достоверные сдвиги, по сравнению со здоровыми лицами, удалось установить достоверное возрастание колонизации по всем биотопам грамотрицательной флоры и грибов рода Кандида.

Annotation: The article presents quantitative and qualitative indices of oral fluid microflora in patients with hepatobiliary pathology suffering from chronic cholecystitis. It was found that the total number of the facultative group of microbes exceeds the amount of anaerobic microbes. Among gram-positive cocci, staphylococci predominate. The number of gram-negative microbes belonging to the genus Escherichia and Proteus has significantly increased. Among the anaerobic group of microbes, the number of lactobacilli decreased almost 2 times. In determining the colonization resistance of microbes in various biotopes of the oral cavity in patients with chronic cholecystitis, significant changes occurred, compared to healthy individuals, it was possible to establish a reliable increase in colonization in all biotopes of gram-negative flora and fungi of the genus Candida.

Ключевые слова: патология гепатобилиарной системы, хронический холецистит, микробиологические исследования, ротовая жидкость, биотопы полости рта, микробиота защитной биопленки полости рта, транслокация микробов и токсинов во внутреннюю среду организма, серийные разведения, питательные среды, тесты для определения ротовой принадлежности стафилококков и микрококков.

Keywords: pathology of the hepatobiliary system, chronic cholecystitis, microbiological research,

oral fluid, oral biotopes, microbiota of the protective biofilm of the oral cavity, translocation of microbes and toxins into the internal environment of the organism, serial dilutions, nutrient media, tests for determining the generic affiliation of staphylococci and micrococci.

В последние десятилетия увеличились заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей, которые составляют более 11% от общего числа заболеваний органов пищеварения[8,9,10]. Так, дискинезия желчного пузыря обособлено встречается в 6% случаев. Частота дискинезии составляет 170 на 1000 населения. Заболевание характеризуется моторно-тоническими нарушениями сфинктеров желчевыводящих путей и нарушением состава желчи, в основном, изменяется содержание холестерина, фосфолипидов и лецитина[5,6,7,12].

Известно, что очень часто дискинезия желчного пузыря переходит в хронический холецистит, когда воспалительный процесс развивается в самом желчном пузыре. Доказано, что в патогенезе этого заболевания играют роль инфекция и застой желчи, действующие одновременно. Считают, что основными причинами развития заболевания являются колибациллярная и кокковая инфекция [1,2,11].

Все вышесказанное позволяет полагать, что нарушение поступления желчи в кишечник оказывает выраженное влияние на процессы моторики и всасывания, что в свою очередь, влияет на состояние микрофлоры кишечника. Кроме того, в силу анатомический близости и функциональной сопряженности патология, протекающая в одном из органов гастродуоденальной зоны, несомненно, вызывает сдвиги со стороны других органов этой зоны [4,5,13,15]. Это обстоятельство указывает на необходимость рассмотрения проблемы заболеваний желчевыводящих путей с позиции целостности гастродуоденального комплекса.

Интересно отметить, о взаимосвязи ротовой полости и желудочно–кишечного тракта т.к., это является предрасполагающим фактором развития заболевания.Так, установлено, что у больных с гастроэзофагальной болезнью, хроническим панкреатитом, язвенной болезнью желудка развитие болезни полости рта достоверно возрастает, по сравнению со здоровыми лицами. Кроме того, современные исследователи доказали, что после курса лечения дисбактериоза у больных генерализованным пародонтитом наблюдается положительная динамика местных иммунологических показателей, что является еще одним подтверждением наличия тесной связи между заболеваниями полости рта и желудочно кишечного тракта [2,7,11,15,17]

Состояние здоровья тканей и органов полости рта губ, зубов, языка, щек, неба и др. определяют уровень здоровья человека в рамках интегративной концепции. В этой связи привлекает идея И.И. Мечникова о ведущей роли полости рта в подержании здоровья человека с современных мировоззренческих позиций.

Микрофлора полости рта представляет собой высокочувствительную индикаторную систему микробиоты, реагирующую как качественными, так и количественными сдвигами в ответ на патологические изменения в органах и системах организма человека.В ходе эволюции, при постоянном взаимодействии организма человека с многочисленными популяциями микроорганизмов окружающей среды, происходила адаптация, сопровождающаяся совершенствованием симбиоза организма человека, а также селекция микроорганизмов, способных к адгезии и колонизации биотопа полости рта микробиотой. В результате образовалась стойкие, симбиотические ассоциации микроорганизмов, а также своеобразные экологические ниши микробиоты в естественных углублениях коронковых частей зубов, в фиссурах, зубодесневых бороздкахи на спинке языка[14,16,17]**.**

Согласно последним литературным данным, общая площадь кожного покрова и слизистых оболочек взрослого человека достигает 500 м^2, из этой площади 80,5% приходится на поверхность толстого кишечника, 16% - на слизистую оболочку легких, 0,5%(2,5м^2) - на поверхность кожного покрова и лишь 0,01% (0,05м^2) – на слизистую оболочку полости рта.

Известно, что плод человека имеет стерильные биотопы полости рта и носоглотки. Однако, проходя через родовые пути матери при рождении, полость рта и носоглотка заселяется микробными ассоциациями биоценоза, задающего, в свою очередь, алгоритм развития микробиоты организма и иммунитета. В естественных условиях микробиота защитной биопленки полости рта в первую очередь, выполняет функцию противомикробного фильтра, предотвращающего колонизацию биотопа патогенными микроорганизмами, транслокацию и проникновение токсинов во внутреннюю среду организма, прежде всего в дыхательную и пищеварительную.

Доказано, что посредством микробиоты биопленки организм человека регулирует иммунные

ответы местного и системного уровней. Защитная биопленка –это активный сорбент, выводящий из организма токсины. Она поддерживает энергетический и трофический обмен веществ, выполняет роль специфического регулятора, поддерживающего гармонию взаимоотношений организма с собственной, индигенной микрофлоройполости рта, биотопа транслоцировавщимися в биотоп во время приема пищи и дыхания, а также с микроорганизмами.

Цель нашей работы: изучить количественные и качественные сдвиги в микроэкологии у лиц с патологией гепатобилиарной системы, именно, хроническим холециститом.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели, нами проведены микробиологические исследования у 52 людей из которых 10 человек были здоровые лица, а42 из них составлялибольные, страдающие хроническим холециститом.

У всех пациентов собирали ротовую жидкость методом смыва со слизистой оболочки полости рта (путем полоскания), для этого предварительно были подготовлены пробирки с 9 мл стерильного физиологического раствора [3].

Полученный этим способом материал, считали как первое разведение (10^1) . Из этого материала в лаборатории готовили ряд серийных разведений, в последующем, из них проводили посев секторальным способом на поверхность высоко - селективных питательных сред. Для этого намибыли использованы питательные среды производства индийской фирмы «HeiMedia», такие как: средаЭндо, молочно - солевой агар, Сабуроагар, MPC-4, Блаурокка и др.

Посевы на кровяномагаре,Эндо, молочно- солевом агаре и средеСабуро культивировали в обычных условиях18-24 часа при температуре 37^0С, а культивирование посевов для выделения анаэробовосуществляли в анаэростатепутем использования газогенераторных патронов в термостатных условиях в течении 3-5 суток. По истечении указанных сроков, все засеянные чашки Петри вынимали из термостата, производили подсчет выросших колоний, определяли групповую и видовую принадлежность изолированных колоний микробов на основе данных микроскопии мазков, окрашенных по Грамму, характера роста на высоко-селективных питательных средах.

Родовую принадлежность стафилококков и микрококков определяли следующими тестами: наличие пигмента, данные микроскопии, ферментации глюкозы в анаэробных условиях. Для дифференциации всех видов стафилококков использовали их способность вырабатывать гемолизин, плазмокоагулазу, лецитиназу, ферментировать маннит в анаэробных условиях. При наличии всех этих свойств, изучаемые культуры были отнесены к золотистым стафилококкам. Эпидермальные стафилококки не обладали такими свойствами[8,9].

К стрептококком группы Д мы относили штаммы, ферментирующие маннит, дающие рост в 40%желчи, 6,5%хлорида Na, редуцирующие в молоке 1%синьку.При работе по модифицированной методике результат учитывали по последнему разведению, в котором получен рост бактерий, количество микробов подсчитывали по следующей формуле К=А*Р/КОЕ /мл/,количества микробов каждого вида выражали LgКОЕ /мл.

Результаты исследования

У всех обследованных больных, страдающих хроническим холециститом, нами проведено изучение количественных и качественных исследований микрофлоры ротовой жидкости. Полученные данные при этих исследованиях, представлены в таблице №1.

Таблица №1

Характеристика микрофлоры ротовой жидкости у больных хроническим холициститом Eg M± m КОЕ / мл

№	Группы микробов	Норма	Количество микробов в 1 мл слюны
			У больных
1	Общее количество анэробов	**6,30±0,5**	**4,60±0,2**
2	Лактобактерии	**5,70±0,4**	**3,10±0,4**
3	Пептострептококки	**4,85±0,3**	**5,0±0,3**
4	Общее количество аэробов	**4,60±0,2**	**6,30±0,5**
5	Стафилококк золотистый	**0**	**5,60±0,3**
6	Стафилококк эпидермальный	**3,40±0,2**	**6,10±0,4**
7	Стрептококк саливариус	**3,70±0,3**	**4,15±0,3**

8	Стрептококк мутанс	**2, 0±0,2**	**5,10±0,4**
9	Стрептококк митис	**2,10±0,1**	**4,60±0,3**
10	Эшерихии ЛП	**1,30±0,1**	**2,30±0,2**
11	Эшерихии ЛН	**0**	**3,10±0,2**
12	Протей	**1,10±0,1**	**4,10±0,2**
13	Грибы рода Кандида	**2,0±0,1**	**3,15±0,1**

Как видно из таблицы, у здоровых людей микрофлора ротовой жидкости довольно разнообразна и характеризуется следующими особенностями: количественные показатели анаэробных микробов достоверно выше аэробных;преобладающей флорой полости рта являются грамположительные кокки, среди которых паритетпринадлежит стрептококкам. Грамотрицательная флора, как правило незначительна. Среди анаэробных микробов основную массу составляют лактобактерии.

В то же время, при изучении количественных показателей флоры ротовой жидкости у больных, страдающих хроническим холециститом, мы видим совершенно иную картину. Так, общее количество факультативной группы микробов превышает количество анаэробных микробов. Среди грамположительных кокков доминирующее положение занимают стафилококки.Достоверно увеличилось количество грамотрицательных микробов, относящихся к роду эшерихии и протей. Среди анаэробной группы микробов почти в 2 раза снизилось количество лактобактерий.

Естественно, возникает вопрос, с чем связаны микробиологические изменения, выявленные нами у больных, страдающих хроническим холециститом. По-видимому, и это вполне очевидно, что снижение поступления желчи в 12 перстную кишку оказывает косвенное воздействие на осуществление процессов транслокации микробов из кишечника в полость рта, это в свою очередь влияет на состояние местных факторов защиты полости рта. Кроме того, известно что сама по себе желчь является антибактериальным веществом т.е она разрушает и лизирует многие микробы.Вполне очевидно, все это вызывают синдром избыточного роста микробов в полости рта, которая характеризуется развитием дисбиоза.

Интересные данные получены намипри изучении колонизационной резистентности микробов в биотопах полости рта: десна, поверхность языка, щеки и небо у больных, страдающем хроническим холециститом.

Материалы этих исследований представлены в таблице № 2, как видно, из таблицы, у здоровых людей показатели колонизационной резистентности зависят от топографии этиологической ниши.Отмечено, что наибольшее ее значение отмечено на десне и языке, минимальное значение определяется на слизистой оболочке неба.

При этом, преобладающей по численности и видовому составу в биоценозе была грамположительная флора, которая колонизировала 100% обследуемых биотопов. Паритет принадлежит во всех вопросах микробам, относящимся к различным видам стрептококков. Хотя нельзя не отметить, что среди грамположительной кокковой флоры значительное место в колонизации занимают стафилококки, их количество преобладает на поверхности языка и десны. Среди других изучаемых групп микробов в вопросах колонизации полости рта этим свойством очень слабо обладали грамотрицательные палочки-эшерихии и клебсиеллы, а грибы рода Кандидаобладают способностью колонизировать только слизистые оболочки десны и языка.

Таблица №2

Показатели колонизационной резистентности микробов биотопов полости рта у здоровых людей

M± m КОЕ / см^2

№	**Группы микробов**	**Биотопы полости рта**			
		Десна	**язык**	**щека**	**неба**
	Лактобактерии	**3,15±0,3**	**2,30±0,1**	**1,30±0,1**	**1,0±0,1**
	Стреп.саливар	**4,30±0,3**	**3,75±0,3**	**1,45±0,1**	**1,0±0,1**

	Стреп.мутанс	**2,70±0,2**	**3,10±0,2**	**1,10±0,1**	**1,10±0,1**
	Стреп.митис	**3,45±0,2**	**3,30±0,2**	**1,30±0,1**	**1,20±0,1**
	Стафилококк	**3,0±0,2**	**3, 0±0,2**	**1,0±0,1**	**1,0±0,1**
	Эшерихии	**0**	**0**	**0**	**0**
	Клебсиеллы	**1,10±0,1**	**0**	**0**	**0**
	Грибы гр.Кандида	**1,30±0,1**	**2,15±0,1**	**0**	**0**

Вполне очевидно, что изучение способности микробов к колонизации различных биотопов полости рта позволяет понять дисбиотические процессы, которые происходят в полости рта,которые несомненно, связаны с состоянием ph ротовой жидкости, а также от наличия специфических рецепторов в клетках.

Основную группу наших исследований по изучению колонизационной резистентности микробов в различных биотопах полости рта составили больные, страдающие хроническим холециститом. Полученные данные в этих исследованиях представлены в таблице №3.

Таблица №3

Характеристика колонизационной резистентности биотопов полости рта больныххроническим холициститом М± m КОЕ / см^2

№	Группы микробов	Биотопы полости рта			
		Десна	**язык**	**щека**	**неба**
	Лактобактерии	**2,0±0,1**	**1,30±0, 1**	**2,10±0, 1**	**0**
	Стреп.саливар	**3,0±0,2**	**3,10±0,2**	**1,30±0,1**	**1,0±0,1**
	Стреп.мутанс	**2,10±0,1**	**3,0±0,2**	**1,30±0,1**	**1,10±0,1**
	Стреп.митис	**2,0±0,2**	**2,10±0,1**	**1,15±0,1**	**1, 0±0,1**
	Стафилококки	**3,60±0,2**	**4,0±0,3**	**3,0±0,2**	**2,60±0,1**
	Эшерихии	**2,0±0,1**	**2,30±0,1**	**2,10±0,1**	**1,60±0,1**
	Клебсиеллы	**1,60±0,1**	**2,0±0,1**	**2,0±0,1**	**1,30±0,1**
	Грибы гр.Кандида	**3,15±0,3**	**4,10±0,3**	**4,0±0,3**	**3,10±0,3**

Из таблицы видно, что у больных хроническим холециститом произошли достоверные сдвиги в вопросах колонизации почти во всех биотопах. При этом интересно отметить, что почти по всем биотопам происходит следующие изменения:

Во-первых, достоверно отмечается снижение лактобактерий, в колонизации по биотопам, а в биотопе неба они вообще элиминировали;

Во-вторых, отмечается снижение способности колонизировать биотопы микробов, относящихся к стрептококком;

В-третьих, отмечается достоверное возрастание к колонизации, почти всех биотопов полости рта грамотрицательными микробами, такими как эшерихии и клебсиеллы. Такую же тенденцию имеют и грибы рода Кандида.

Таким образом, на основании проведенных микробиологических исследовании ротовой жидкости у больных, страдающих хроническим холециститом можно сделать следующие выводы:

1. Микробиологические исследования ротовой жидкости у больных хроническим холециститом показали, что в полости рта у них отмечается дисбиоз, характерной особенностью которой является достоверное возрастание количества стафилококков на фоне снижение стрептококков.

2. Изучение колонизационной резистентности микробов в различных биотопах полости рта, таких как десна, язык, щека и небо у больных хроническим холециститом, позволило установить достоверное снижение лактобактерий, стрептококков, однако наблюдалось возрастание колонизации по всем биотопам грамотрицательной флоры и грибов рода Кандида.

Библиографический список:

1.Добреньков, Д.С. Характеристика биоценотических отношений бактериальных сообществ полости рта и микробиологическое обоснование принципов биокоррекции: дисс.... канд. мед.наук: 03.02.03 /Добреньков, Д.С.–Волгоград, 2014. –146 с.

2.Доменюк, Д.А. Оценка кариесогенной ситуации у детей с зубочелюстными аномалиями по микробиологическим и биофизическим показателям ротовой жидкости / Д.А. Доменюк [и др.] //

Кубанский научный медицинский
вестник. -2014.-No 5. -С.36-46.
3.Ефимович О.И. Способ забора материалов из полости рта. М.,2002, 15 с.
4.Зеленова, Е.Г. Микрофлора полости рта: норма и патология: учеб.пособие / Е.Г. Зеленова [и др.]. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2004. –С. 158.
5. Лавровская Я.А., Романенко И.Г.Изучение показателей микробной обсемененности антимикробной защиты слизистой оболочки полости рта у больных хроническим панкреатитом // Таврический медико-биологический вестник. 2014. Т. 17. № 2 (66). С. 87-89
6. Лабис В. В. Бактериальный фактор как участник инфекционно-воспалительного процесса в полости рта : научное издание / В. В. Лабис, Э. А. Базикян, И. Г. Козлов // Российский стоматологический журнал. - М., 2013. - N4. - С. 19-21.
7. Маев И.В. Изучение микрофлоры полости рта у больных с кислотно-зависимыми заболеваниями. М., 2008, №2, с.14-18.
8. Мухамедов И.М. и др. Микроэкология важнейших биотопов тела человека. Монография, Ташкент, 2007.
9. Мухамедов И.М. и др. Стоматологияда клиник микробиология. Учебное пособие. Ташкент, 2016.
10.Ногаллер А.М.,1999. Заболевания желчного пузыря и желчных путях.М., Медицина, 1999, 375 с.
11. Проходная В.А. Динамика распространенностей заболеваний твердых тканей зубов. М., 2012. №12, с.346
12.Тец В. В. Неизвестные возбудители заболеваний в микрофлоре ротовой полости человека, актуальные для отоларингологии: научное издание / В. В. Тец, Г. В. Тец [и др.] // Вестник оториноларингологии. - М., 2014. - N1. - С. 33-36.
13.Brignardello-Petersen R. Insufficient evidence about benefits of antimicrobial photodynamic therapy as an adjunct to mechanic curettage in smokers withperi-implant mucositis. J Am Dent Assoc. 2017 Aug; 148(8):e114.
14. LevinsonU. Медицинская микробиология и иммунология. Учебник, 2015. США. Калифорния.
15. Sujatha S, Jalihal U, Devi Y, Rakesh N, Chauhan P, Sharma S. Oral pH in gastroesophageal reflux disease. Indian J Gastroenterol. 2016 May; 35(3):186-9.
16.Tan CX, Brand HS, de Boer NK, Forouzanfar T. Gastrointestinal diseases and their oro-dental manifestations: Part 2: Ulcerative colitis. Br Dent J. 2017 Jan 13; 222(1):53-57.
17. Shibaeva AV, Ayvazova RA, Rebrikov DV, Trubnikova EV, Kudykina YK, Belyakova AV, Zaripova RS, Shevelev AB. Use of the real-time pcr for study of the periodontal microbiome in patients with combined pathology of gastroduodenal zone and chronic periodontitis. Mol Gen MikrobiolVirusol. 2016; 34(1):26-30.

Абдулазизова Фарида Абдурахимовна
аспирант Государственного Учреждения «Научно- исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ.
Мардонова Саломат Махмудмурадовна
к.м.н. Заместитель директора по лечебной части Государственного Учреждения «Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ и СЗН РТ.

Abdulazizova Farida Abdurahimovna
post-graduate student of the State Institution of the Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health and of the Republic of Tajikistan.
Mardonova Salomat Mahmudmuradovna,
candidate of medical sciences. Deputy director of the medical unit State Institution of the Scientific Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology of the Ministry of Health and of the Republic of Tajikistan.

УДК 618.163

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СРАЩЕНИЯ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ У ДЕВОЧЕК ПЕРИОДА РАННЕГО ДЕТСТВА

THE ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF ROTATION OF SMALL HUMAN LIPS IN GIRLS OF EARLY CHILDHOOD PERIOD

Аннотация: Этиология и патогенез сращений малых половых губ до настоящего времени остаются невыясненными. Это заболевание является многофакторным. К факторам риска возникновения синехий относят аллергические заболевания (атопический дерматит), наличие воспалительного процесса в половых органах, низкий уровень эстрогенов, физическими и химическими характеристиками (физические характеристики включают в себя различные гистологические свойства и анатомическую близость от влагалища, мочеиспускательного канала, ануса и бартолиновых желез, а химические свойства обеспечиваются составом и количеством влагалищного секрета, мочи и фекалий), широким использованием подгузников.

Annotation: The etiology and pathogenesis of the fusions of the labia minora to this day remain unexplained. This disease is multifactorial. The risk factors for sineshia include allergic diseases (atopic dermatitis), the presence of an inflammatory process in the genitals, a low level of estrogens, physical and chemical characteristics (physical characteristics include various histological properties and anatomical proximity to the vagina, urethra, anus and bartholin glands , and the chemical properties are provided by the composition and amount of vaginal secretion, urine and feces), wide use of diapers.

Ключевые слова: сращение малых половых губ, физиология наружных половых органов у девочек, факторы риска.

Key words: fusion of small labia, physiology of external genital organs in girls, risk factors.

Синехии малых половых губ (МПГ) - одна из распространенных проблем детского возраста. По данным различных авторов, их частота в популяции девочек составляет 0,6-38,9% [1,2]. Наиболее частый возраст выявления синехий МПГ 3 мес-6 лет [3-5].

Синехии малых половых губ – это их сращение посредством образования соединительнотканной мембраны, частично или полностью закрывающей преддверия влагалища.

Этиология и патогенез сращений малых половых губ до настоящего времени остаются невыясненными. Многие исследователи указывают на полиэтиологичность заболевания. Низкий уровень эстрогенов, наличие воспалительного процесса в половых органах, дерматологические заболевания (атопический дерматит) относят к факторам риска возникновения синехий [6-8]. В большенстве случаях заболевание протекает практически бессимптомно, в последующем у ребенка появляются жалобы на дискомфорт в области наружных половых органов, боль и затруднение при мочеиспускании.

По данным Уваровой Е. В.(2012), кожа вульвы в период раннего детства тонкая и легкоранимая, большие половые губы имеют рыхлую структуру и развиты недостаточно, поэтому неполностью прикрывают малые [9]. Вульвовагиниты, атопический дерматит, применение средств, не

приспособленных для интимной гигиены маленьких девочек, приводят к десквамации эпителия малых половых губ, плотное соприкосновение которых в процессе заживления ведет к формированию соединительнотканной мембраны [10].

Чаще всего сращение малых половых губ, по данным Миннигуловой Г.М.(2009), выявляется при активных профилактических осмотрах (64,3%), реже обнаруживается самими родителями. Истинный патогенез развития и рецидива сращения малых половых губ остаётся невыясненным, что влечёт за собой возникновение различных предположений. По мнению Миннигуловой Г.М., неблагоприятное течение антенатального периода, ранний перевод детей на смешанное и искусственное вскармливание в период новорождённости, кишечный дисбактериоз, частые ОРЗ, а также сопутствующая патология мочевых путей могут играть некоторую роль [11].

В работе С. В. Субботиной (2000) показано, что у девочек с синехиями малых половых губ была выявлена хламидийная (56,9%), уреаплазменная (22,4%) и трихомонадная (8,6%) инфекция [12]. Существуют сообщения о развитии синехий у девочек, перенесших герпетическое поражение [13].

Некоторые авторы отмечают на особенности анатомического строения кожи вульвы в периоде раннего детства, большие половые губы имеют рыхлую структуру и развиты недостаточно, поэтому неполностью прикрывают малые [14,15].

Другие авторы указывают на то, что синехии могут возникать на фоне прогрессирования склероатрофического лихена, при котором сращение малых половых губ значительно плотнее, труднее поддается лечению и может существовать до пубертатного и даже репродуктивного периода. Формируясь в области крайней плоти клитора на фоне трофических нарушений и склероза, сращение малых половых губ может вызвать компрессию нервно-сосудистых пучков и боль [16].

Некоторые специалисты придерживаются мнения об обусловленности возникновения синехий малых половых губ у младенцев широким использованием подгузников. Однако клинических исследований, подтверждающих или опровергающих данное предположение, нет.

Другие специалисты указывают на участие в развитии соединительнотканных спаек, сходных со сращением, формирующимся в области вульвы, возможных нарушений коллагеногенеза. Продукты распада экзогенного коллагена оказывают стимулирующее влияние на регенерацию соединительной ткани за счет усиления макрофагальной активности, стимуляции пролиферации фибробластов, синтеза коллагена в фибробластах и внеклеточного фибриллогенеза. Продукты разрушения коллагена действуют как стимуляторы регенерации волокнистой части соеденительной ткани, т.е. фиброгенеза, на первом этапе местной ауторегуляции роста соединительной ткани [17]. Таким образом, возможно предположить наличие иммунных нарушений у таких детей. Однако в отличие от системы специфического иммунитета факторы неспецифической защиты у новорождённых выражены хорошо. Они формируются раньше специфических и берут на себя основную функцию защиты организма плода и новорождённого. В околоплодных водах и в крови плода отмечается высокая активность лизоцима, которая сохраняется до рождения ребёнка, а затем снижается [18].

Противоинфекционная защита осуществляется сложной деятельностью центральных и периферических органов иммунной системы, основными действующими клетками которой являются Т- и В- лимфоциты, макрофаги, гранулоциты.

В связи с тем, что симбиоз макро - и микроорганизма, а именно его сбалансированное сосуществование, является одной из залоговых причин здоровья, нарушение хрупких взаимосвязей микроценоза и иммунной системы в области генитального тракта на начальных этапах может проявляться признаками воспалительных заболеваний кожных покровов и слизистых вульвы и влагалища, составляя зачастую более 80% в структуре гинекологической заболеваемости среди девочек [19]. Патологический процесс, как правило, стартует в области наружных половых органов, затрагивая кожу лобка, больших и малых половых губ, клитора, иногда слизистую преддверия влагалища-вульвит. Зачастую воспалительные поражения генитальной области носят аллергический характер. Это объясняется увеличением распространенности аллергических заболеваний за последние десятилетия во всем мире. По данным ВОЗ, почти 40% населения высокоразвитых стран страдает аллергией. Рост аллергических заболеваний, особенно атопического дерматита, заметен среди детей. Распространенность атопического дерматита (АтД) за последние три десятилетия в развитых странах, по мнению разных авторов, возросла от 10–15% у детей в возрасте до 5 лет 15–20% у школьников[20]. Широкому распространению аллергических заболеваний способствуют многие факторы: развитие химической промышленности, производство синтетических материалов,

использование разнообразных бытовых и косметических средств для ухода за ребенком, содержащих всевозможные раздражающие кожные покровы и слизистые оболочки химические соединения.

Также нужно подчеркнуть ,что относительная рыхлость эпидермиса, сочетающаяся с тонкостью рогового слоя (лёгкая ранимость и склонность кожи к раздражению при контакте с физическими и химическими ирритантами), нестабильная связь между эпидермисом и дермой (вследствие слабости базальной мембраны и сглаженности сосочков дермы), а также относительно низкое содержание влаги , несовершенное кровоснабжение, слабый уровень развития и функционирования потовых желез, неадекватный уровень функционирования сальных желез и относительно высокий уровень испарения влаги через истончённый роговой слой кожи вместе с отсутствием в первые недели-месяцы жизни защиты кожного покрова от внешних патогенных микроорганизмов естественной кислой средой (у новорожденных pH кожи составляет порядка 6,0–7,0) делает кожу младенцев и детей раннего возраста особо чувствительной к воздействию различных раздражающих веществ [21,22].

Crone A.M. (2000) изучавший анамнез пациентов с дерматитом вульвы, указывает, что 97% из них имели атопический фон и/или себорейный дерматит, у 20% кроме этого, отмечался дефицит железа. Автор показал, что основным этиологическим фактором дерматита вульвы является эндогенная предрасположенность. Дефицит железа может также способствовать развитию дерматита, при контакте с раздражителями и аллергенами, усложняя и усугубляя картину. Следует отметить, что распространенность железодефицитной анемии у детей в России и развитых европейских странах составляет около 50 % у детей младшего возраста и 20 % у детей старшего возраста [23,24].

Основной жалобой ребенка, страдающего дерматитом вульвы является зуд. Эритематозные высыпания зачастую затрагивают перианальную область и могут распространяться на паховые складки и ягодицы однако, могут и отсутствовать. При осмотре большие половые губы гиперемированы, чешуйчатые и часто морщинистые из-за лихенизации.

По данным Батыровой З.К. (2016) вовлечение малых половых губ в процесс может характеризоваться увеличением эритемы и шелушения, которое ведет к появлению слизисто-мутных выделений с развитием вульвовагинитов[25]. Вульвиты и вульвовагиниты, в свою очередь, по мнению некоторых специалистов, способствуют десквамации эпителия малых половых губ, приводя к развитию сращения малых половых губ, что характеризуется формированием соединительнотканной структуры между ними [26,27] .

Многие авторы придерживаются мнения, что важную роль в защите кожи и слизистых оболочек от возбудителей инфекции играет нормальная микрофлора. Вульва, влагалище и шейка матки являются первым барьером на пути развития воспалительного процесса гениталий [28,29].

Садолина И.В.(2000), утверждает, что у девочек дошкольного возраста защитные функции слизистой оболочки, особенно ее бактерицидная способность, снижены. Механизмы местного иммунитета (секреторные иммуноглобулины, лизоцим, система комплемента, фагоцитоз) недостаточно сформированы, неустойчивы и не могут обеспечить полноценную колонизационную резистентность влагалища. В связи с этим, любое снижение иммунологической реактивности организма может привести к нарушению равновесия хрупкой вагинальной микрофлоры, с последующей активацией условно-патогенной микрофлоры. [30]. В последнее время появляются эпидемиологические и клинические данные, поддерживающие так называемую «микробную» гипотезу о том, что изменения желудочно-кишечной микробиоты, например, за счет применения антибиотиков и смены пищевых предпочтений в индустриальных странах нарушают нормальный микробно-медиаторный механизм иммунологической толерантности слизистых, увеличивая тем самым развитие аллергических заболеваний . Это явление подтвердил Noverr M.C. (2005) на примере лабораторных мышей, которые развивали аллергические реакции верхних дыхательных путей на аллергены при нарушении эндогенной микробиоты при первичном контакте с аллергеном. Автор косвенно доказал, что «сбалансированная» микробиота играет важную роль в поддержании толерантности иммунной системы в течение длительного постнатального развития [31].

Brown C.J. et al. (2007) в своей работе характеризуют кожные покровы вульвы как многокомпонентный биотоп, что определяется ее физическими и химическими характеристиками. Физические характеристики включают в себя различные гистологические свойства и анатомическую близость от влагалища, мочеиспускательного канала, ануса и бартолиновых желез. Химические свойства обеспечиваются составом и количеством влагалищного секрета, мочи и фекалий. В результате таких особенностей микробиота вульвы многообразна и уникальна [32].

Shiraishi T. (2011), детально изучивший микрофлору области вульвы с использованием культуральных методов, показали лидирующие позиции таких микроорганизмов, как микрококки, α и β - гемолитические стрептококки, липофильные и нелипофильные дифтероиды, лактобацилы, грам-положительные и грам-отрицательные палочки, а также коагулазо-негативные стафилококки (КОС) [33].

По данным Трачук Т.Ю. (1999), сразу после рождения влагалище стерильно в 100% случаев. Первые колонизирующие микроорганизмы появляются спустя 12- 24 часа, в их структуре доминируют Staphylococcus epidermidis-73,7%, E.coli-34,2%, Corynebacterium spp.- 15,8%, Lactobacillus spp.-10,5% 26 Монокультуры и ассоциации указанных микроорганизмов выявляются с одинаковой частотой. На 3 сутки автор обнаружила штаммы Lactobacillus spp., как в виде монокультур, так и в ассоциации со Staphylococcus epidermidis, а на 5 сутки - незначительное снижение удельного веса лактобацилл [34].

MatytsinL.A.(2010) установил, что особенности микробных взаимоотношений во влагалище новорожденных девочек напрямую коррелирует с закономерными изменениями уровней гормонов маточно-плацентарного происхождения и гипофизарных гормонов. За счет краткосрочного воздействия гормонов клетки слизистой оболочки влагалища, состоящие из нескольких слоев плоского эпителия промежуточного типа, начинают продуцировать гликоген, тем самым поддерживая жизнеспособность ацидофильных лактобактерии (Lactobacillis spp.), большинство из которых (85%) представлено перекись- образующими лактобациллами. Небольшую часть составляют бифидобациллы (Bifidobacillus spp.) – до 10% и пептострептококки (Peptostreptococcus) – до 5%.[35]. Подобную смесь микроорганизмов влагалища у взрослых женщин обозначают флорой Додерлейна. Помимо образования молочной кислоты, палочки Додерлейна защищают слизистую оболочку влагалища от воздействия патогенных, условно-патогенных микроорганизмов и их токсинов, препятствуя распаду секреторного иммуноглобулина (IgA), стимулируя интерферонообразование, выработку лизоцима, фагоцитарную активность нейтрофилов и макрофагов [36]. К 2-4 месяцам жизни младенца секреция гонадотропных гормонов возвращается к уровню, имеющемуся у плода накануне родов, а содержание эстрогенов становится минимальным. Эпителиальные клетки влагалища теряют способность к пролиферации и синтезу гликогена, поэтому тонкий и легкоранимый влагалищный эпителий оказывается представленным только базальными и парабазальными клетками. Уменьшение питательного субстрата обусловливает снижение количества лактобактерий и органических кислот, которые продуцируются этими бактериями, pH вагинальной среды становится слабощелочным (7,0) и в микрофлоре начинают доминировать строго анаэробные бактерии.

Исследования проведенные Анкирской А.С.(2000), указывают, что в формировании колонизационной резистентности влагалища у детей периода детства лидирующую роль берут на себя бифидобактерии. Для жизнедеятельности этих микроорганизмов оптимален pH 6,0-7,0, ниже 4,5 и выше 8,5 рост прекращается. Бифидобактерии активно синтезируют витамины группы В, аскорбиновую кислоту, витамин К, образуя из неорганических соединений азота некоторые незаменимые аминокислоты (например, аланин, валин, аспарагин) [37]. Не только бифидобактерии но и факультативные анаэробы-кокки (Staphylococcus spp., Streptococcus, Enterococcus spp), коринобактерии, псевдомонады, реже протеи создают колонизационную резистентность половых путей девочек периода детства[38].

Существуют сведения, что Gardnerella vaginalis может быть частью индигенной микрофлоры у здоровых женщин (с частотой от 47% до 68%) и девочек в возрасте от 2 месяцев до 15 лет при отсутствии каких-либо клинических проявлений. В связи с этим, некоторые исследователи предлагают рассматривать Gardnerella vaginalis в качестве одного из нормальных обитателей влагалища, однако этот вопрос остается дискутабельным.

В свою очередь, по данным исследования Myhre A.K., проведенного в 2002 году у девочек периода детства, Gardnerella vaginalis не характерна для резидентной микрофлоры влагалища. Исследователь указал на редкую возможность ее обнаружения в составе кишечной микрофлоры [39]. В 1970 году Hammerschlag M.L. с соавторами, изучая материал, полученный от 100 здоровых девочек, указал на возможность контаминации влагалища грибами рода Candida albicans и генитальными микоплазмами.

До настоящего времени вопрос о критериях оценки состояния микроценоза девочек является предметом изучения. Согласно данным Уваровой Е.В.(2008), у девочек в периоде детства при микробиологическом и бактериологическом исследовании во влагалище определяются более 20

видов микроорганизмов при низкой общей микробной обсемененности 103 –105 КОЕ/мл. При этом микроорганизмы сосуществуют ассоциациями из 4–5 видов. В составе микроорганизмов доминируют бифидобактерии (84,2%), при низком содержании других строгих анаэробов (26,3% бактероидов и пептострептококков). Среди факультативных анаэробов превалируют коагулазоотрицательные стафилококки (78,9%), стрептококки (78,9%) и коринебактерии (63,2%), содержание энтерококков, кишечной палочки и гарднерелл не превышает 10,5%, микоплазм 5,3% [40].

По данным Садолиной И.В. (2000), изучившей микроценоз влагалища у здоровых девочек 5–8 лет, наиболее часто в качестве представителей аэробной и факультативно-анаэробной микрофлоры встречались эпидермальный и сапрофитный стафилококки, реже – кишечная палочка и энтеробактерии, в единичных случаях бифидо- и лактобактерии. В состав индигенной микрофлоры влагалища у 70% здоровых девочек входили бактерии с гемолитическими свойствами. Общее микробное число колебалось от 102 КОЕ/мл до 105 КОЕ /мл.

В 1990 году Коршуновым М.Л. предложено различать 3 типа вагинального микроценоза у детей до 12 лет: нормоценоз (микрофлора представлена незначительным количеством грамположительных коккобактерий), переходный тип (обнаруживается смешанная, кокковая и палочковая микрофлора в сочетании с незначительным количеством дегенеративно-измененных клеток) и вульвовагинит (смешанная, кокковая и палочковая микрофлора в сочетании со значительным количеством дегенеративно-измененных клеток, либо при обнаружении возбудителей ИППП) [41].

Несмотря на широкое разнообразие мнений, общепринято считать значимым в развитии сращений малых половых губ низкий уровень эстрогенов [42,43], что продолжает оставаться ключевым критерием при определении дальнейшей тактики лечения. Однако Papagianni M. (2003) был отмечен случай сочетания у 2-х летней девочки изолированного телархе и сращения малых половых губ при лабораторно подтвержденном повышении уровня эстрадиола крови [44]. Данное клиническое наблюдение послужило причиной изучения уровня эстрадиола у девочек с синехиями и у здоровых детей. Результатом явилось отсутствие статистически значимых различий в изученных группах. Это дало повод заключить, что уровень эстрогенов не играет ведущей роли в развитии сращения малых половых губ [45,46].

Таким образом, этиология и патогенез сращений малых половых губ до настоящего времени остаются невыясненными. Это заболевание является многофакторным. К факторам риска возникновения синехий относят аллергические заболевания (атопический дерматит), наличие воспалительного процесса в половых органах, низкий уровень эстрогенов, физическими и химическими характеристиками (физические характеристики включают в себя различные гистологические свойства и анатомическую близость от влагалища, мочеиспускательного канала, ануса и бартолиновых желез, а химические свойства обеспечиваются составом и количеством влагалищного секрета, мочи и фекалий), широким использованием подгузников.

Библиографический список:

1. Bacon, J. L. Prepubertal labial adhesions: Evaluation of a referral population / J. L. Bacon // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 187. – P. 327.

2. Betamethasone Cream in Pre-Pubertal Labial Adhesions / J.B. Myers [et al.] // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2006. – Vol. 19. – P. 407-411

3. Caglar, M. K. Serum estradiol levels in infants with and without labial adhesions: the role of estrogen in the etiology and treatment / M. K. Caglar // Pediatr. Dermatol. – 2012. – Vol. 24. – P. 373-375.

4. Fischer G. O. Vulval disease in pre-pubertal girls / G. O. Fischer // Aust. J. Dermatol. – 2001. – Vol. 42. – P. 225–236.

5. Ridley’s the vulva / Ed. S. Neill, F. Lewis. – 3rd ed. – Oxford : Wiley-Blackwell, 2009. – 272 p.

6. Батырова З.К., Уварова Е.В. Сращения малых половых губ у девочек периода раннего детства: тактика детского гинеколога. Вопросы современной педиатрии 2012 том 11 №2 с.118-121.

7. Батырова З.К., Уварова Е.В., Намазова-Баранова Л.С., Латыпова Н.Х., Киселева И.А., Кругляк Д.А . Клинико-анамнестические особенности девочек с рецидивом сращения малых половых губ: факторы риска // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2014. - №2. - С. 20-27.

8. Гриневич Е. В. Характеристика микробиоценозов влагалища, кишечника и мочевыводящих путей при вульвовагинитах у девочек раннего возраста в зависимости от различных факторов риска: автореф. дис. … канд. мед. наук / Е. В. Гриневич. – Смоленск, 2005. – 20 с.

9. Уварова Е.В., Батырова З.К. Физиология и патология наружных половых органов у девочек

в периоде детства / Е.В. Уварова, З.К. Батырова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2012. - №4. - С. 35-50.

10. Казакова А. В. , Уварова Е.В., Спиридонова Н. В., Александра О.О. Роль гигиенических навыков в формировании микробиоценоза влагалища у девочек с учетом стадии полового развития/ Репродукт. здоровье детей и подростков. 2017. № 1. С. 79-95.

11. Миннигулова Г. М. Медико-социальные аспекты возникновения синехий вульвы у девочек «нейтрального периода» : автореф. дис. … канд. мед. наук / Г. М. Миннигулова. – Самара, 2009. – 23 с.

12. Субботина С. В. Клинико-иммунологические особенности вульвовагинитов у девочек : автореф. дис. … канд. мед. наук / С. В. Субботина. – Челябинск, 2000. – 21 с.

13. Уварова Е. В. Неспецифические вагиниты у детей и подростков Недетские детские проблемы / Е. В. Уварова, Ф. Ш. Султанова // Consilium Provisorum. – 2013. – Т. 3, № 5. – С. 24-26.

14. Лапченко М. Л. Гинекологические заболевания у девочек и девушек / М. Л. Лапченко. – М. : Триада-Фарм, 2004. – С. 146-148.

15. Прищепа И. М. Возрастная анатомия и физиология : учеб. пособие / И. М. Прищепа. – Минск : Новое знание, 2006. – 416 с.

16. Чупрова Т.В. Особенности течения склероатрофического лихена вульвы у детей [Текст] / Т. В. Чупрова [и др.] //Журнал Лечащий врач : медицинский научно-практический журнал. - 2012. - **N** 1. - С. 13-15

17. Муслимов, С. А. Морфологические аспекты регенеративной хирургии : монография / С. А. Муслимов. – Уфа : Башкортостан, 2000. – С. 18-21.

18. Прищепа, И. М. Возрастная анатомия и физиология : учеб. пособие / И. М. Прищепа. – Минск : Новое знание, 2006. – 416 с.

19. Stricker, T. Vulvovaginitis in prepubertal girls / T. Stricker, F. Navratil, F. H. Sennhauser // Arch. Dis. Child. – 2003. – Vol. 88. – P. 324–326.

20. Consensus Conference on Pediatric Atopic Dermatitis // J. Am. Acad. Dermatol. – 2003. –Vol. 49. – P. 1088–1095.

21. Уварова Е.В., Намазова-Баранова Л.С., Батырова З.К. Клинико-анамнестические аспекты синехий малых половых губ у девочек периода раннего детства / Е.В. Уварова, Л.С. Намазова-Баранова, З.К. Батырова // Здоровье столицы: материалы XI Московской ассамблеи. - М., 2012.-С.148

22. Уварова Е.В., Батырова З.К. Гигиена девочек: путь в три шага от новорожденности до самостоятельности. Гигиенический уход в период раннего детства / Е. В. Уварова, З. К. Батырова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2013. - N 4. - С. 146-152

23. Crone A. M. Aetiological factors in vulvar dermatitis / A. M. Crone // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2000. – Vol. 14. – P. 181–186.

24. Папаян А. В. Анемии у детей : руководство для врачей / А. В. Папаян. – СПб. : Питер, 2001. – 384 с.

25. Батырова З.К, Уварова Е.В. Намазова-Баранова Н.Х., Донников А.Е. Клинико – анамнестические особенности сращения малых половых губ на фоне аллергического вульвита. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2016. - № 3. – С.59 – 68.

26. Cuadros J. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis / J. Cuadros // Eur. J. Pediatr. – 2004. –Vol. 163. – P. 105–107.

27. Heller D. S. Lower genital tract disease in children and adolescents / D. S. Heller // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2005. – Vol. 18. – P. 75–83.

28. Denney, J. M. Bacterial vaginosis: A problematic infection from both a perinatal and neonatal perspective / J. M. Denney // Semin. Fetal Neonat. Med. – 2009. – P. 14200–14203.

29. Jasper J. M. Vulvovaginitis in the prepubertal child / J. M. Jasper // Clin. Pediat. Emerg. Med. – 2009. . – P. 10-13.

30. Садолина И. В. Клинико-иммунологические критерии оценки полового и физического развития девочек : дис. … канд. мед. наук / И. В. Садолина. – М., 2000. – 147 с.

31.Noverr, M. C. The ‘microflora hypothesis’ of allergic diseases / M. C. Noverr, G. B. Huffnagle // Clin. Exp. Allergy. – 2005. – Vol. 35. – P. 1511– 1520.

32. Brown, C. J. Preliminary characterization of the normal microbiota of the human vulva using cultivation-independent methods / C. J. Brown, M. Wong // J. Med. Microbiol. – 2007. – Vol. 56. –P. 271–276.

33. Shiraishi, T. Influence of menstruation on the microbiota of healthy women's labia minora as analyzed using a 16S rRNA gene-based clone library method / T. Shiraishi, K. Fukuda // Jpn. J. Infect. Dis. – 2011. – Vol. 64. – P. 76- 80.

34. Трачук Т. Ю. Особенности формирования биоценоза влагалища новорожденных и его роль в снижении детской гинекологической заболеваемости : автореф. дис. … канд. мед. наук / Т. Ю. Трачук. – Кемерово, 1999. –21 с.

35. Matytsin L. A. Vaginal microbiocoenosis and cytology of prepubertal and adolescent girls: their role in health and disease / L. A. Matytsin // World J. Pediatr. – 2010. – Vol. 6, № 1. – P. 32-37.

36. Yamamoto, T. Bacterial Populations in the Vaginas of Healthy Adolescent Women / T. Yamamoto // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2009. – Vol. 22. – P. 11-18.

37.Анкирская, А. С. Видовой состав и некоторые биологические свойства лактобацилл при различных состояниях микроэкологии влагалища / А. С. Анкирская, В. В. Муравьева // Акушерство и гинекология. – 2000. – №3. – С. 26–28.

38. Forsum, U. Bacterial vaginosis – a microbiological and immunological enigma / U. Forsum // Acta Pathol. Microbiol. Immunol. Scand. – 2005. – Vol. 113, № 2. – P. 81–90.

39. Myhre A. K. Anogenital bacteriology in non-abused preschool children: a descriptive study of the aerobic genital flora and the isolation of anogenital Gardnerella vaginalis / A. K. Myhre // Acta Paediatr. – 2002. – Vol. 91. – P. 885-891.

40. Уварова Е. В. Результаты применения Лактогина для устранения дисбиотических состояний кишечника и влагалища у девочек с хроническим вульвовагинитом / Е. В. Уварова, Н. Х. Латыпова, З. А. Плиева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – № 4. – С. 71-82.

41. Коршунов М. Л. Бактериальный вульвовагинит у девочек, страдающих воспалительными заболеваниями почек и мочевыводящих путей : дис. … канд. мед. наук / М. Л. Коршунов. – Л., 1990. – 158 с.

42. Leung, A. K. Treatment of labial fusion with topical estrogen therapy / A. K. Leung, W. L. Robson, C. P. Kao // Clin. Pediatrics. – 2015. – Vol. 44. – P. 245-247.

43. Ridley's the vulva / Ed. S. Neill, F. Lewis. – 3rd ed. – Oxford : Wiley-Blackwell, 2009. – 272 p.

44. Papagianni M. Labial Adhesions in a Girl with Isolated Premature Thelarche : The importance of Estrogenisation / M. Papagianni // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2003. – Vol. 16. – P. 31-32.

45. Caglar M. K. Serum estradiol levels in infants with and without labial adhesions: the role of estrogen in the etiology and treatment / M. K. Caglar // Pediatr. Dermatol. – 2014. – Vol. 24. – P. 373-375.

46. Labial agglutinations in a prepubertal girl : Effect of topical oestrogen / M. Hjerrild [et al.] // J. Acta Vener. – 2009. – Vol. 89. – P. 198-199.

Мухамедова Замира Мухамеджановна
доктор филос. наук, проф. кафедры социально-гуманитарных наук, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан, г. Ташкент
Mukhamedov Zamira Mukhamedzhanovna
Doctor of philosophical science, Professor, Department of social and human sciences, TSDI,Uzbekistan, Tashkent**.**

УДК 34:61(05)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА И БИОЭТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ

ACTUAL PROBLEMS OF FORMATION OF MEDICAL LAW AND BIOETHICS IN UZBEKISTAN

Аннотация: В настоящее время перед медициной Узбекистана и ее образовательными учреждениями стоят две взаимосвязанные проблемы: структуризации медицинского права и процесс становления и институализации биоэтики — научной дисциплины и сферы практической деятельности по неформальной регуляции отношений в области медицинского обслуживания.

Annotation: Currently, Uzbekistan has two interrelated problems facing the medicine of Uzbekistan and its educational institutions: the structuring of medical law and the process of the formation and institutionalization of bioethics - a scientific discipline and sphere of practical activity on the informal regulation of relations in the field of medical services.

Ключевые слова: медицинское право, биоэтика, здравоохранение, права потребителей медицинских услуг, права пациентов, закон о правах пациентов

Keywords: medical law, bioethics, health, consumer rights of health services, patients' rights, patient rights law

Одной из главных целей деятельности всей системы здравоохранения РУ является обеспечение конституционных прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи. Ее достижение требует совершенствования действующей законодательной базы здравоохранения и качественного изменения правовых механизмов, регулирующих обеспечение и защиту потребителей медицинских услуг. Для реализации данной стратегии необходимо не только кардинальное изменение приоритетов государственной социальной политики в области охраны общественного здоровья, но и создание такой системы защиты прав граждан, которая позволила бы максимально эффективно использовать ограниченные ресурсы здравоохранения для наиболее полного удовлетворения потребностей населения в медицинской помощи. Проблема обеспечения и защиты конституционного права граждан на медицинскую помощь имеет сложный многоплановый характер, решение которой требует интегрированного межотраслевого подхода. Вместе с тем, попытки ее комплексного изучения до сих пор предпринимались в основном судебными медиками. Так, в Узбекистане для студентов юридических вузов издавались учебники «Судебная медицина», в 2008 году профессор А.И. Искандаров с соавторами, а в 2012 году профессор З.И. Гиясов выпустили учебники для студентов медицинских вузов под названием «Правовые основы врачебной деятельности». Авторы учебника отмечают преемственность обучения предметам «Судебная медицина» и «Правовые основы врачебной деятельности», подчеркивая, что «Правовые основы врачебной деятельности» – это наука и правовая регламентация деятельности медицинских работников в Республике Узбекистан, изучаемая студентами 7 курса на кафедре судебной медицины. В учебниках освещены вопросы основ законодательства в сфере здравоохранения Республики Узбекистан, особенности различных правовых взаимоотношений при оказании медицинской помощи, а также профессиональные правонарушения медицинских работников. Знание и чёткое соблюдение правовых норм позволяет повышать качества оказания медицинской помощи населению и предупреждать профессиональные правонарушения медицинских работников. Неправильные действия врачей и другого медперсонала нередко могут быть основанием не только для нравственного осуждения, но и для привлечения врачей к различным видам юридической ответственности, вплоть до уголовной.

В 2017 г коллективом авторов кафедры организации, экономики и управления

здравоохранением Ташкентского института усовершенствования врачей и Ташкентского Государственного Юридического института выпущен учебник «Медицинское Право». Отметим, что это первый опыт создания подобного учебника, несмотря на то, что подготовки необходимых рычагов научного, учебно-методического и прикладного направлений по развитию медицинского права как отрасли права, законодательства, науки и учебной дисциплины в Узбекистане не было. В республике действует закон о правах потребителей медицинских услуг, но нет закона о правах пациентов, медицинское право представлено фрагментарно в постановлениях, законах, касающихся здравоохранении и медицины. Если обратиться к принятому в 1996 году Закону Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» он требует пересмотра, дополнения в контексте соответствия вызовам времени и выполнения задач, поставленных «Стратегией действий»[1] перед медициной и здравоохранением Республики. Биоэтика как источник права имеет свои отличия от морали вообще и от этики, в частности. Она больше нуждается в правовом оформлении своих принципов и по содержанию и механизму нормативной регуляции ближе к позитивному праву, чем другие области этики. Кроме того, биоэтика, по определению, является единством теоретической и практической составляющих, в то время как этика и мораль четко различаются как теория и практика. Официально взаимоотношения биоэтики и права не оформлены в законодательстве. Назрела практическая необходимость продуманного, взвешенного перевода ряда наиболее острых, социально значимых биоэтических проблем в русло медицинского права. В действующем законе «Об охране здоровья граждан» (1996г) не предусмотрены проблемы, связанные с развитием биомедицинских технологий, таких как трансплантация органов и тканей, репродуктивных технологий и т.д.

Институциональный диалог медицинского права и биоэтики нашел свое практическое осуществление в ряде вузов России: на юридических факультетах ведется предмет «Уголовное право и биоэтика». Но, несмотря на актуальность, сам термин «медицинское право» подвергается сомнению. Так, Ю.Д. Сергеев отмечает: «Представляется, что термин «медицинское право», имеющий огромное значение в становлении и развитии новой отрасли правовой науки, в недалеком будущем действительно необходимо будет трансформировать и привести в соответствие с объемом проблем регулирования и запросами времени. Считаю, что уже сегодня мы доказательно можем говорить о «медицинском праве будущего», новых концепциях и новом, более широком и адекватном термине: «биомедицинское право». [2]

Медицинское право как отрасль науки связана с исследованиями системных и отдельных вопросов юридического регулирования медицинской деятельности. Исходя из представлений о междисциплинарном характере медицинского права (научными разработками в рамках которого занимаются медики, юристы, философы, социологи, специалисты по биомедицинской этике и т.д.) можно определить науку медицинского права как совокупность правовых, медицинских и других взглядов, представлений и идей, раскрывающих основные положения и суть медицинского права, предопределяют развитие в области права в будущем. Медицинское право – это право, представляющее собой совокупность юридических норм, установленных, санкционированных государством, международными организациями, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности. Стремительный рост числа деклараций и документов этического характера, принимаемых национальными и международными профессиональными медицинскими ассоциациями, сопровождается формированием медицинского законодательства, что, в свою очередь, определяет рост востребованности в новом направлении юридической науки – медицинском праве. Согласно закону, любое право может быть ограничено только законом, но в условиях активного развития медицины и биотехнологий, оказалось, что права на защиту здоровья с помощью новых средств диагностики и лечения изменяют и ограничивают другие права вокруг достоинства и неприкосновенности личности. Биоэтика — это совокупность этических норм в области охраны здоровья человека, которая работает до закона.

В настоящее время перед медициной Узбекистана и ее образовательными учреждениями стоят две взаимосвязанные проблемы: структуризации медицинского права и процесс становления и институализации биоэтики — научной дисциплины и сферы практической деятельности по неформальной регуляции отношений в области медицинского обслуживания. Очевидно, что рассматривать эти процессы изолированно нельзя. Предметом биоэтики является нравственное отношение ко всему живому. Приоритетной ценностью биоэтики является отношение к человеку как живому существу. Это и объясняет причины ее возникновения как науки именно в последней трети XX в. Но, эти же причины обусловливают и выделение медицинского права в особую отрасль права.

Ключевые проблемы медицинского права соотносятся с основными вопросами биоэтики. К ним относятся эксперименты над людьми, защита прав пациентов, проблема абортов, различные аспекты лечения бесплодия, проблема эвтаназии, проблема использования геномодифицированных продуктов, проблемы трансплантологии. Многие общественные отношения в сфере медицинских услуг и здравоохранения в Узбекистане еще не урегулированы правом. Так, в сфере медицинских услуг действует закон о правах потребителей медицинских услуг. Уяснение статуса потребителя медицинских услуг невозможно без определения правового понятия «медицинская услуга». Нам представляется вполне обоснованной позиция, которая предлагает определять медицинские услуги как комплекс мер, направленных на поддержание здоровья пациента. Таким образом, такое понятие включает не только услуги по лечению, в области ортопедии и зубопротезные, но и услуги в области диагностики, профилактики, а также восстановительно-реабилитационные. Нормативными правовыми актами могут быть предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг. Следует отметить, что на современном этапе международная система здравоохранения предусматривает две основные модели оказания медицинской помощи:

1. патерналистская модель медицины (от «патер» – отец), которая применяется в государствах – участниках СНГ, в том числе в Республике Узбекистан;
2. партнерская модель медицины, которая широко применяется в Европе, США и других развитых странах (модель биоэтики).

Особенность патерналистской модели медицины в том, что во взаимоотношениях между учреждением здравоохранения и пациентом порядок лечения определяет исключительно врач. Данная модель обусловлена отсутствием сильной правовой базы, регулирующей данные отношения. Истоки этой модели берут свое начало в законодательстве СССР, когда Министерство здравоохранения под жестким контролем партийного руководства принимало обязательные регламенты и нормативы для медицинского персонала, но вопрос о защите прав врача и пациента не рассматривался.

В 1972 г. Американская ассоциация больниц одобрила Билль о правах пациентов, в котором среди основополагающих прав было закреплено право пациента на информацию.[3] На смену принципу патернализма пришел принцип сотрудничества (партнерская модель), который предполагал информирование пациента обо всех этапах лечения и получение от него согласия на проведение лечебных процедур. Данный документ полностью изменил характер оказания медицинских услуг, однако необходимо отметить, что полноценное функционирование партнерской модели медицины возможно только в случае развитой правовой базы и только платного оказания услуг.

Общемировая тенденция к дифференциации прав отдельных социальных групп находит свое выражение и в возрастающем внимании к вопросам соблюдения и защиты прав пациента. Особое психофизиологическое состояние, зависимость больного человека от лечащего врача, которому он доверяет самое дорогое — свое здоровье, обусловливают важнейшее значение правовых механизмов своевременного, четкого и последовательного соблюдения врачом прав пациента.

Необходимость особой правовой охраны интересов пациента зафиксирована в целом ряде деклараций и конвенций, принятых международными медицинскими ассоциациями. Среди них — документы Всемирной организации здравоохранения (Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе 1994 г., Копенгагенская декларация 1994 г. и др.), документы Всемирной медицинской ассоциации (Токийская декларация 1975 г., Лиссабонская декларация о правах пациента 1981 г., Декларация об эвтаназии 1987 г., Декларация о трансплантации человеческих органов 1987 г., Хельсинкская декларация 1989 г. и др.).

Так, Лиссабонская декларация о правах пациента предусматривает право пациента на свободный выбор врача, получение медицинской помощи, право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от такого вмешательства, право на конфиденциальность медицинской и личной информации, доверенной врачу, право пользоваться духовной и моральной поддержкой. Принятая ВОЗ в марте 1994 г. в г. Амстердаме (Нидерланды) Декларация «О политике в области обеспечения прав пациентов в Европе» в основах концепции прав пациента в Европе формулирует стратегические принципы политики в области охраны здоровья, которые предусматривают равную доступность медицинской помощи для всех жителей страны или географического региона, устранение финансовых, географических, культурных, социальных, психологических и иных барьеров. Приоритет интересов отдельного человека над интересами общества и науки провозглашает принятая в ноябре 1996 г. Советом Европы в Страсбурге Конвенция

о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины. Как указано в статьях 5–9 Конвенции, каждый пациент имеет право на равноправное участие в лечебном процессе, а также право на информированное добровольное согласие на любое медицинское вмешательство. Пациент – это физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Медицинская деятельность и образование давно заслуживают самостоятельного отраслевого регулирования в Республике. При этом, аспекты правового регулирования в системе медицины и здравоохранения нуждаются в уточнении, конкретизации. Органы и ткани человека, предназначенные для пересадки, в условиях рыночный отношений фактически имеют правовой режим вещей, ограниченных в обороте, права собственности, которые принадлежат гражданину, у которого они изъяты или его наследникам. Организация медицинской помощи (стационарная и амбулаторно-поликлиническая) должны быть детально регламентированы. В Узбекистане принят закон (с 1 января 2018г) о близкородственной трансплантации.

Особой регламентации правом требует организация психиатрической помощи гражданам, ее классификация, виды основания ее оказания[4] Медицинское право имеет свои специфические институты права: институт сертификации медицинской деятельности, институт медицинского страхования и др. Известные исследователи медицинского права считают, что «медицинское право - это система нормативных норм, регулирующих общественные отношения, возникающие по поводу охраны здоровья граждан и медицинской деятельности, а равно общественные отношения в процессе функционирования и развития сферы здравоохранения». [5]

Таким образом, обзор специальной литературы по рассматриваемой проблеме позволяет выделить следующие аргументы в пользу идентификации в области гражданского права отдельной отрасли – медицинского права:

Особенность предмета и метода правового регулирования, которые в настоящее время в области здравоохранения являются формализованными и мешают развитию науки об отраслях права.

Наличие особых субъектов права, методов правового регулирования, принципов, санкций, функций, самостоятельные виды юридической ответственности, которые могут быть факультативными критериями классификации норм права на отрасли и институты.

Широта общественных отношений в сфере медицинской деятельности

Наличие специальных понятий и категорий.

Выделение весьма актуальной, в условиях развивающихся биомедицинских технологиях, отрасли права – медицинского права, структура предмета которого включает такие объекты как жизнь и здоровье человека, позволит разработать классификацию биологических объектов человека и животных и определить степень их ограничения в гражданском обороте.

Подводя итог, следует отметить, что к определению самостоятельной отрасли права следует подходить очень осторожно и нельзя при этом руководствоваться конъюнктурными соображениями. Зачастую при разработке тех или иных элементов системы права представители юридической науки пытаются вывести «новые» отрасли права, что порождает лишь волну критики и девальвирует общее понятие. Эти соображения относятся и к определению «медицинского права». Действительно, особенностью медицинского права как учебной дисциплины является ее универсальный характер, поскольку она одновременно логично встраивается в структуру как юридического, так и медицинского образования. В то же время нельзя не сказать о неравномерности развития этой учебной дисциплины в медицине и юриспруденции. На практике медицинское право интенсивнее развивалось представителями медицинского сообщества. Это связано с возникновением именно у медиков проблем правового характера в сфере здравоохранения. Можно сказать, что сама жизнь обусловила возникновение интереса к юридическим вопросам охраны здоровья граждан специалистами системы здравоохранения и медицины. В последнее время стало очевидным, что традиционное восприятие профессии врача как искусства, а не как ремесла, стало меняться. Развитие законодательства, контроль качества медицинской помощи, отрицательные результаты медицинского вмешательства - вот далеко не полный перечень обстоятельств, способствующих повышению "юридизации" медицинской профессии. Реальные условия медицинской практики со всей очевидностью продемонстрировали, что врач, который не знает своих прав и обязанностей и той черте, за которой наступает ответственность, не может быть допущен к профессиональной практики.

Система юридического образования стала воспринимать медицинское право как возможную

составляющую часть учебных планов по подготовке юристов также сравнительно недавно. Речь шла о специальных курсах, специальные семинары по медицинскому праву. Особенность такого положения заключалась в факультативности этому предмету для студентов, в отнесении медицинского права в статус учебных дисциплин по выбору студента. В связи с этим, в тех юридических вузов, где были квалифицированные специалисты, медицинское право преподавалось, в то же время учебные заведения, в составе которых не было таких преподавателей, были лишены возможности введения в учебные планы дисциплины "медицинское право".

Задача науки медицинского права определяются значением науки в развитии государственно-правовых явлений и вкладом в совершенствование отечественной юриспруденции и здравоохранения.

Библиографический список:

1.Указ Президента Республики Узбекистан о стратегии действий по дальнейшему развитию республики Узбекистан http://old.lex.uz/pages/getpage.aspx?lact_id=3107042

2. Сергеев Ю.Д. Биомедицинское право России // Медицинское право. 2006. № 4. С. 3.

3. The Patient's Bill of Rights AHA: The University of Minnesota Duluth [Electronicresource].URL:http://www.d.umn.edu/~jfitzake/Lectures/MedSchool/GIMWeb2003/CML/ Patients%20Bill%20of%20Rights.pdf

4.Тихомиров А.В. Медицинское право. М.1998.

5. Романовский Г.Б. Проблемы становления медицинского права. https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-stanovleniya-meditsinskogo-prava

Мухамедова Замира Мухамеджановна
доктор филос. наук, проф. кафедры социально-гуманитарных наук, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, Узбекистан, г. Ташкент
Mukhamedov Zamira Mukhamedzhanovna
Doctor of philosophical science, Professor, Department of social and human sciences, TSDI,Uzbekistan, Tashkent.

УДК 39:1(091)

РОЛЬ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОГО НАСЛЕДИЯ МУСУЛЬМАНСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРАКТИКАХ КУРСА БИОЭТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ

THE ROLE OF THE SPIRITUAL AND MORAL HERITAGE OF ANCIENT MUSLIM MEDICINE IN THE EDUCATIONAL PRACTICES OF THE BIOETHICS COURSE IN UZBEKISTAN

Аннотация : В статье дается историко-философский взгляд на актуальность вклада древних мусульманских врачей в формирование этического компонента в медицину, в современную глобальную биоэтику. Узбекская модель биоэтики в своих источниках опирается на этот бесценный базис, интегрируя учение Исхак ибн Ал-Рухави, Ар-Рази, Ибн-Сина, Маймонида и других, эксплицируя его в практических заключениях.

Annotation: The article gives a historical and philosophical view on the relevance of the contribution of ancient Muslim doctors in the formation of the ethical component in medicine, in modern global bioethics. The Uzbek model of bioethics in its sources rests on this invaluable basis, integrating the teachings of Iskhak ibn Al-Rukhavi, Ar-Razi, Ibn Sina, Maimonides and others, explicating it in practical conclusions.

Ключевые слова: адабнома, комил инсон, медицинская этика, биоэтика, модель мусульманской медицинской этики, мусульманская медицина.

Key words: adabnoma, comil inson, medical ethics, bioethics, model of Muslim medical ethics, Muslim medicine.

Стремительный рост проблем, связанный с прогрессом биомедицинских технологий на Западе привел к появлению биоэтики. Истоки биоэтических учений Западной философии несомненно имеют большое значение в формировании и развитии мусульманской биоэтики, связанной со многими ее понятиями. Однако, последние 27 лет, в течение которых развивается мусульманская биоэтика, показали ее особенности и приоритеты. Они касаются не только религиозного сознания, но и социо-культурных, философских, правовых и других аспектов. Синкретичность восточной традиции философствования породила термин, не имеющий аналогов в европейской культуре - «адаб», учение о должном поведении воспитанного человека - «адабнома». Оно объединяет общую образованность, теорию морали и правила поведения, которые упрощенно можно свести к воспитанности, с формированием идеала совершенного человека на Востоке-«комил инсон». К фундаментальным методологическим источникам узбекской модели биоэтики можно отнести: Среднеазиатские кодексы поведения «Кобуснома» Кайковуса, трактат «Об этике» Ибн Сина, «Четыре беседы» Арузи Самарканди, «Кодекс приличий на Востоке» Садыка Кашгари и множество других.

Отличительной чертой мусульманской медицины была ее этика. Мусульманские больницы служили людям, независимо от вероисповедания, цвета кожи или происхождения. Сотрудники больниц относились одинаково ко всем верующим- будь то христиане, евреи или другие верующие. Мусульманского врача называли «хаким», что с арабского переводится как «мудрый». Мусульманские врачи были глубоко верующими, они практиковали с именем Бога. Вдохновленные античным наследием Гиппократа в области медицинской этики Исхак ибн Ал-Рухави, Ар-Рази, Ибн-Сина, Маймонид создали открытую систему моральных ценностей Адаб ал-Табиб. В отличии от европейского неогиппократизма система ценностей Адаб ал-Табиб гибка и многофункциональна. Она может адаптировать древнее знание и к биоэтике XXI века. Еще в 9-м веке, врач Исхак бин Ал-Рухави написал первый трактат по медицинской этике - Адаб ал-Табиб.

В этом трактате, Рухави обращается к врачам как «хранителям души и тела», здесь он наблюдает и анализирует поступки и действия мусульманского врача. Ал-Рухави, в своей работе много сделал для «гуманизации» медицины, принимая во внимание проблемы взаимоотношения с пациентами. Он считает, что цель врача нести добро и благо человеческому роду, родственникам,

друзьям и даже нашим врагам. Бог наложил на врачей клятву не изобретать ядов.. Ал-Рухави цитирует Аристотеля, Сократа, Галена, Гиппократа и поддерживает их идеалы, но Адаб ал-Табиб, в первую очередь, является текстом, построенным на мусульманских традициях, верованиях. Adab al-Tabib - не только руководство к профессиональной этике, но содержит важную информацию о персональной гигиене, терпеливом докторе, дает разъяснение по отношениям между профессией и обществом. Адаб ал-Табиб состоит из 20 глав, которые разделены на 3 категории: 1) поведение врача, 2) поведение пациента, 3) отношение широкой общественности к медицинской профессии и к пациентам. Содержание Адаб ал-Табиб охватывает личные убеждения и практику врача, придает большое значение его вере в Бога, личному здоровью и гигиене, а также его манере отношений к коллегам и пациентам. Ал-Рухави подчеркивает значение и роль авторитета и уважения пациентов, даже с учетом того, что врачу приходится отменять пожелания пациента, когда это необходимо для его здоровья. Он говорит, что врачи должны занимать высокое положение в социальной иерархии, их труд должен быть хорошо оплачен, чтобы врач не искал какую-то другую работу, но врачи не должны выставлять напоказ свое богатство. Ал-Рухави говорит, что расходы, взимаемые с богатых пациентов, должны быть достаточными чтобы покрывать затраты на бедных пациентов, которые не могут платить за себя, а медицинская помощь должна быть одинаково хорошей и для богатых и для бедных.

В Адаб ал-Табиб Ал-Рухави говорит о законодательной практике и наказаниях за ложь и некомпетентность врачей. Вдохновляясь работами Галена, он выступает за практику медицинских экзаменов и лицензий. Он призывает врачей вести учет симптомов, лечения и выздоровления пациента. Ал-Рухави признает, что выживаемость больных не всегда управляема, и если ситуация складывается таким образом, что пациент обречен, то и в этом случае он должен умереть под опекой врача. Ал-Рухави предполагает экстремальные наказания для врачей, которые позволяют пациентам умереть из-за своей халатности, некомпетентности вплоть до смертной казни. [1]

Другой величайший врач, философ, ученый энциклопедист исламской цивилизации, Абу Бакра Мухаммад ибн Закария ал Рази (865-925)., написал более 200 книг по различным наукам. В истории ислама, Рази, считают единственным врачом, которого можно сравнить с Абу Али ибн Сина. Рази был терапевтом, но и в хирургии также имел большой опыт. Рази написал книгу «Хавасс ут-таламиз», в которой объяснял задачи студентов-медиков. Самая известная книга в истории ислама по медицине «Ал Хави», которая включает различные опыты и клинические наблюдения Рази в Багдаде и Рее. Произведения Рази «Ал Хави» и «Ал-Мансури» многие авторитеты в области медицины считают самой большой и древней книгой-учебником. Рази написал книгу для всеобщего пользования «Человек, который не может вызвать врача» («Ман лайузарух ут-табиб»)-это общий курс медицины. В основе философской концепции Ар-Рази, лежит учение о пяти вечных началах: «творце», «душе», «материи», «времени», «пространстве». Атомизм Ар-Рази близок атомизму Демокрита Он написал книгу «Корь и оспа»(признаки, симптомы, объяснил необходимую профилактику этих болезней). Здесь впервые рассказал об инфекционных болезнях и описал куринную слепоту. Рассказывают, что Рази был приветливым и щедрым врачом. Он не отпускал больных, пока не определял болезнь, В отношении бедных был очень доброжелательным и обеспечивал их бесплатными лекарствами и питанием. Он мог накопить огромное состояние, но не стремился к этому и всегда был поглощен изучением наук. Самой известной книгой Рази является «Ал-Хави», которая включает в себя полный курс медицины с начала и до его времени. По каждому вопросу он высказывает свою точку зрения. Эта книга, прославилась как самая известная книга по медицине в истории ислама, которая включает в себя различные опыты и клинические наблюдения. В его книге Ахлак ал-Табиб представлена модель мусульманской медицинской этики. Для врача важно не только быть профессионалом в своей области, но и быть примером во всех отношениях. Его идеи в медицинской этике были подразделены на следующие понятия: ответственность врача перед пациентом, ответственность пациента перед самими собой, а также ответственность пациента перед врачом. Согласно Ал-Рази, врач, практикуя, должен продолжить заниматься своим образованием, стремиться к получению новых знаний. Он рекомендует, чтобы врачи были добродетельными, скромными, стремились заслужить уважение своих пациентов. Врач имеет обязательства перед пациентами. В первую очередь, проявляя сострадание, должен быть внимательным, любезным. Вслед за Клятвой Гиппократа Ал-Рази, считал, что вторая обязанность врача- держать в секрете, то, что он узнал в процессе лечения своих пациентов. Другая обязанность врача всячески морально и психологически поддерживать пациента, внушать ему надежду на выздоровление, даже если надежды нет. Врач обязан, считает Ал-Рази,

обращаться со всеми пациентами одинаково, независимо от их богатства. Целью врача должны быть не деньги, но само лечение и здоровье пациента. Врачи должны проявлять внимание к лечению бедных и бездомных. С другой стороны, пациент имеет также обязанности перед врачом. Итак, работа Ал- Рухави Адаб ал Табиб - великолепная иллюстрация проблем профессиональной ответственности и этических дилемм, которые и сегодня актуальны в медицине. Ахлак ал Табиб Абу Бакра Мухаммад ибн Закария ал Рази, получившего звание Галена Арабов - несомненно одно из наиболее выдающихся достижений в медицине. [2]

Указанные выше источники являются классическими образцами медицинской этики, духовным базисом исламского медицинского кодекса и глобальной биоэтики. Произведение, написанное в эпоху Восточного Возрождения, при углубленном прочтении могут дать ориентиры не только для обогащения теории биоэтики, но и служить руководством к действию, работать как механизм гуманизации современной медицины и здравоохранения. Заложенная в них биоэтическая основа, в которой медицина и достойный образ жизни составляют единую философию здоровья сегодня, не только не потеряли своей актуальности, но во многом опережают наши представления об этике врача.

Следует отметить огромную роль мусульманской биоэтики в развитии глобальной биоэтики: речь идет о значении в этом процессе великого научного, медицинского и философского наследия, которое оставили арабо-язычные ученые Востока и Средней Азии. Несомненным признанием этого исторического факта является учреждение Исполнительным Советом ЮНЕСКО в 2004г. премии Авиценны за исследования в области этики науки, а также провозглашение в 2007 г. Международной исламской организацией по вопросам образования, науки и культуры (ISESCO) города Ташкента одним из центров исламской культуры. Министры культуры государств-членов Организации исламского сотрудничества признали Бухару столицей исламской культуры 2020 года. Тот факт, что город был признан столицей исламской культуры, вновь подтверждает выдающийся вклад этого города и его ученых в развитие исламской цивилизации. Наряду с Бухарой столицами исламской культуры 2020 года утвердили Каир (Египет) и Бамако (Мали).

Образцы классики древних источников биоэтики ислама в анналах медицинской этики: «Канон врачебной науки» Авиценны, «Adab Al-Tabib»- практическая этика врача Ал-Рухави, «Духовная медицина», «Ахлак Ал-Табиб» Ар-Рази и многие другие продолжают составлять духовный базис в исламском медицинском кодексе, биоэтике, экологической и биомедицинской этике. [3] Вооружая врача знаниями о законах и принципах трансформации духовного начала в человеке, Ар-Рази и Ибн Сина создают философскую основу для поведенческих стандартов как врача, так и умирающего больного.

В отличии от христианства, ислам регулирует все сферы жизни, определяет не только культурные, социальные, правовые вопросы, но проникает в межличностные отношения членов мусульманской общины. [4]

Имеются различия не только внешние, с основными Западными философскими теориями, перспективами по вопросам медицинской этики, но и внутренние, обусловленные различными направлениями в самом исламе.

Исследование ключевых проблем биоэтики в контексте учения Корана, Шариата, Хадисов, (с привлечением большого исторического опыта в области медицины, достигнутого в эпоху мусульманского ренессанса арабскими и Среднеазиатскими учеными), начало трансформироваться в конце XX столетия применительно к деликатным и сложным медико-биологическим проблемам в кодексе исламской медицинской этики и биоэтике. В истории развития исламской биоэтики, как новой формы научного знания в XX века, большое значение имеет создание исламской организации медицинской науки IOMS и проведение первой (1981, Кувейт) и второй конференции исламской организации медицинских наук в Кувейте (1982г), где был принят кодекс мусульманской медицинской этики1. Принятие в 1982г на второй международной конференции исламской организации медицинской науки кодекса стало отправной точкой в развитии мусульманской биоэтики. Кодекс состоит из тринадцати частей, в которых соединились древнейшие и современные этические учения, традиции Восточной медицины, ислама, философии. В кодексе даны определение медицинской профессии, присяга врача, регламентированы отношения врач-врач, отношения врач-пациент, отношения врач- общество, врач и биотехнологический прогресс, врачебная тайна, обязанности и ответственность врача в военное время. Особое внимание уделено святости человеческой жизни, медицинскому образованию, актуальным проблемам мусульманской медицины.

Библиографический список:

1. B.A.Zikria. Medical Ethics of Medieval Islam with Special Reference to Al-Ruhawi's Practical Ethicsof the Physician", Vol. 57, Part 3,1967 translated by Martin Levey ; Hassan Chamsi-Pasha, FRCP (Glasg), FACC, Mohammed A. Albar, MD, FRCP. Islamic medical ethics a thousand years ago www. smj.org.sa Saudi Med J 2013; Vol. 34 (7) P 673-675; Aksoy S.The religious tradition of Ishaq ibn Ali al-Ruhawi: the author of the first medical ethics book in Islamic medicine. JISHIM 2004;3:9-11

2. Karaman H. Abu Bakr Al Razi (Rhazes) and Medical Ethics. Ondokuz Mayis University Review of the Faculty of Divinity 2011; 30: 77-87. ; Al-Razi A.B, Akhlaq al-Tabib. Medical Ethics. Al-Abd AL, editor. Cairo (Egypt): Dar Al-Turath; 2001. p. 130-133

3. The Islamic code of medical ethics. *World Med J* 1982., Kuwait Document, Islamic Code of Medical Ethics, International Organization of Islamic Medicine, 1981. Proposed Medical Research Projects, edited by: Abdul Jawad M. As Sawai, Commission on Scientific Signs of Qur'an and Sunnah, 1992.

4. Мухамедова З.М.Проблемы и противоречия биоэтики в исламской перспективе XXI века. Антропологические основания биоэтики. Материалы Всероссийской научной конф.с межд.участием.(Томск11-14 окт.2006)С.-131-140.

5. 17. Мухамедова З.М. Биоэтика в контексте развития философии медицины. Биоэтика в Узбекистане. Клинические, философские, правовые аспекты Т 2006С.-142 – 158.

6. 18. Mukhamedova Z.M.Issues and contradictions in bioethics of 21st century: Islamic prospects. Abstract book First Sub-Regional Expert Meeting on Ethics Education in Science and Technology.Iran,Tehran. 28-29 October 2006 P.- 27

Юсупова Зумрад Кадамбоевна
Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан,
г. Урген, E-mail: izumrud_asal5555@mail.ru

Yusupova.Z.K.
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, republic of Uzbekistan, Urgench.

УДК 618.1

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF GYNECOLOGICAL DISEASES IN ELDERLY AND SENIOR AGE WITH ACCOMPANYING DISEASES

Аннотация. В последние годы отмечается тенденция к увеличению больных, нуждающихся в оперативном лечении, при котором возникают трудности из-за наличия клинически выраженных сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, обуславливающих высокую степень риска анестезиологического пособия и возникновения тяжелых послеоперационных осложнений. Исследование проведено у 108 женщин с сопутствующими заболеваниями с подозрением на внутриматочную патологию в возрасте от 53 до 71 лет. При исследовании оценивалось особенностей клинических проявлений гинекологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте, и была разработано оптимальной тактики ведения пациенток с данным видом патологии.

Abstract. In recent years, there has been a trend towards an increase in patients who need surgical treatment, which is difficult due to the presence of clinically pronounced accompanying extragenital diseases, which cause a high risk of anesthesia and the occurrence of severe postoperative complications. The study was conducted in 108 women with concomitant diseases with suspected intrauterine pathology aged 53 to 71 years. The study assessed the features of clinical manifestations of gynecological diseases in the elderly and senile age, and the optimal tactics for managing patients with this type of pathology was developed.

Ключевые слова: экстрагенитальные заболевании, внутриматочная патология, пожилой и старческий возраст.

Key words: extragenital disease, intrauterine pathology, elderly and senile age.

Введение. По данным мировой статистики одной из стойких демографических тенденций является увеличение средней продолжительности жизни населения планеты и рост удельного веса лиц пожилого возраста. Это, следовательно, отразилось и на возрастном составе больных, нуждающихся в оперативном лечении, при котором возникают трудности из-за наличия клинически выраженных сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, обуславливающих высокую степень риска анестезиологического пособия и возникновения тяжелых послеоперационных осложнений. В связи с этим, в последние годы вопросы лечения доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ) и гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ) в гериатрическом возрасте становятся все более актуальными. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что гинекологическая заболеваемость в постменопаузе не имеет тенденции к снижению, а частота неопластических процессов гениталий неуклонно растет, занимая второе место после рака молочной железы [9,10].

Очевидна актуальность изучения особенностей патологических процессов постменопаузального периода жизни женщины. Постменопауза представляет собой закономерное физиологическое состояние, сопровождающееся гормональными сдвигами, которые, в свою очередь, часто являются предвестниками различных проблем со здоровьем и могут влиять не только на качество жизни, но и на ее продолжительность [12]. В структуре гинекологической заболеваемости женщин пожилого и старческого возраста наиболее часто встречается патология эндометрия [11,13]. Проблема внутриматочной патологии и маточных кровотечений остается актуальной из-за роста гиперпластических процессов и рака эндометрия, с одной стороны, и увеличения частоты инволютивно-атрофических изменений в постменопаузальном периоде, с другой [2,17,19].

У 92% больных пожилого и старческого возраста, госпитализированных в гинекологический стационар, на фоне основного имеются и сопутствующие экстрагенитальные заболевания, причем у

70% - множественные, обусловливающие высокую степень риска возникновения тяжелых послеоперационных осложнений [38]. Увеличение хронических заболеваний на фоне возрастных изменений органов и систем сопровождается изменением адаптивных возможностей человека. Это относится, в первую очередь, к больным, страдающим сердечнососудистыми и опухолевыми заболеваниями [7].

По различным данным одно или несколько хронических заболеваний встречаются у 80% лиц 60 лет и старше и у 98% лиц в возрасте 70 лет и старше. С возрастом кратность заболеваний растет, так в 50-59 лет наибольший процент больных имеет 2-3 заболевания, а после 75 лет - уже более 5 [1,3,5].

Наличие клинически выраженных сопутствующих заболеваний создает трудности в хирургическом лечении больных пожилого и старческого возраста [6,9,15]. В связи с этим в последние годы становятся все более актуальными вопросы гериатрической хирургии, несомненно, имеющей свои особенности. Первая особенность состоит в повышенном операционном риске как из-за наличия сопутствующих заболеваний, так и снижения общих адаптационных механизмов у лиц этой возрастной категории. В то же время с операцией у пожилых людей помимо физического излечения, связывается и решение психологических аспектов, таких как независимости, возможности обслуживать себя [4,14,16].

Отсутствует концепция системного и комплексного подхода к лечению возрастных соматически отягощенных пациенток с сочетанной гинекологической патологией, основанная на рациональном применении разных методов малоинвазивной хирургии.

Анестезиологические осложнения обусловлены возрастом пациенток и наличием у них широкого спектра экстрагенитальной патологии. Комплекс сопутствующей предоперационной патологии означает повышенный риск осложнений тем больший, чем старше возраст и градация физического состояния пациента в соответствии с классификацией Американского общества анестезиологов - American society of anesthesiologists (ASA).

У данной группы больных отмечается изменение основного обмена, снижение компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также функции печени и почек. Изменяется фармакокинетика препаратов: снижается метаболизм, повышается чувствительность к опиоидам, гипнотикам, ингаляционным анестетикам и мышечным релаксантам, замедляется выведение препаратов из организма. Таким образом, необходимо крайне осторожно титровать внутривенные гипнотики при «малых» гинекологических операциях до получения необходимого эффекта [8].

Процессы старения в организме женщины характеризуются атрофическими изменениями органов генитального тракта. Матка уменьшается в размерах, истончаются ее мышечный слой и эндометрий, ткани теряют эластичность. Наиболее частой проблемой, с которой сталкиваются гинекологи при лечении возрастных пациенток, является частичная или полная атрезия цервикального канала. Наличие всех этих факторов влечет за собой увеличение риска хирургических осложнений, таких как перфорация матки, «ложный ход», кровотечения [16,18].

Цель исследования. Оценка особенностей клинических проявлений гинекологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте и разработка оптимальной тактики ведения пациенток с данным видом патологии.

Материал исследования включал 108 женщин в периоде стойкой постменопаузы, поступивших в гинекологическое отделение 1-Клинику Самаркандского государственного медицинского института с подозрением на внутриматочную патологию.

Все пациентки, поступившие в гинекологическое отделение с подозрением на внутриматочную патологию в плановом порядке, были полностью обследованы в стационарных условиях. Учитывая наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, пациенткам проводились консультации профильных специалистов.

Ультразвуковое сканирование проводили с использованием аппаратом Aloka ECHO CAMARA ssd-630 с трансабдоминальным (3,5 МГц) и трансвагинальным (6,5 МГц) датчиками. Данное исследование выполняли как с целью диагностики внутриматочной патологии, так и динамического наблюдения за результатами проведенного лечения.

Результаты исследования. Возраст пациенток составил 53-71 лет (средний - 57,6±3,6 лет) и соответствовал пожилому и старческому возрастным периодам по классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Возраст наступления менопаузы варьировал от 41 до 56 лет (в среднем – 44,9±6,8 лет). При изучении социального статуса было установлено, что около половины обследованного контингента больных в постменопаузе являются служащими (51 пациенток, 47,22%), остальные (57 пациентки, 52,72%) – неработающими пенсионерами. Таким образом, очевидна важность обследования и лечения пациенток с внутриматочной патологией в постменопаузальном периоде, как с медицинских, так и с социально-экономических позиций. Изучение анамнестических данных основывалось на анализе особенностей менструальной и репродуктивной функций (сроки наступления менархе и постменопаузы, начало половой жизни, число беременностей и их исход) перенесенных и сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний в различные периоды жизни.

При анализе репродуктивной функции обследованных больных были получены следующие данные: беременность не наступала у 8 пациенток, живущих половой жизнью, остальные (100 пациенток) имели однократные роды –20 женщин, двое родов – 46, трое – 18, четверо – 16 пациентки. Наиболее часто в анамнезе встречались миома матки (26,53%), патология эндометрия (16,42%), псевдоэрозия шейки матки (18,67%) с последующей диатермокоагуляцией ввиду неэффективности консервативной терапии, а также воспалительные заболевания гениталий (36,67%). Реже диагностировались в прошлом кисты яичников (2,43%), полип цервикального канала (1,05%), неполное выпадение матки (2,78%) и эктопическая беременность (4,17%). У многих пациенток отмечалось сочетание различных гинекологических заболеваний.

При анализе сопутствующих заболеваний было отмечено, что наиболее часто встречается патология сердечно-сосудистой системы – у 66 пациенток (61,11%), представленная ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью в сочетании с другими заболеваниями или изолированно.

Варикозное расширение вен нижних конечной, в том числе с оперативным лечением, встретилось в 18,52% случаев, патология щитовидной железы – в 3,13%, мочекаменная болезнь – в 5,48%, патология молочных желез, в том числе рак молочной железы – в 3,99%. Патология органов дыхания была представлена бронхиальной астмой (8,13%) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в стадии ремиссии (6,43%). У многих пациенток имелись эндокринные нарушения: ожирение 2-4 степени у 16,95%, сахарный диабет 2 типа – у 13,07% больных. Патология желудочно-кишечного тракта отмечена у 11,46% обследованных пациенток (рис. 1).

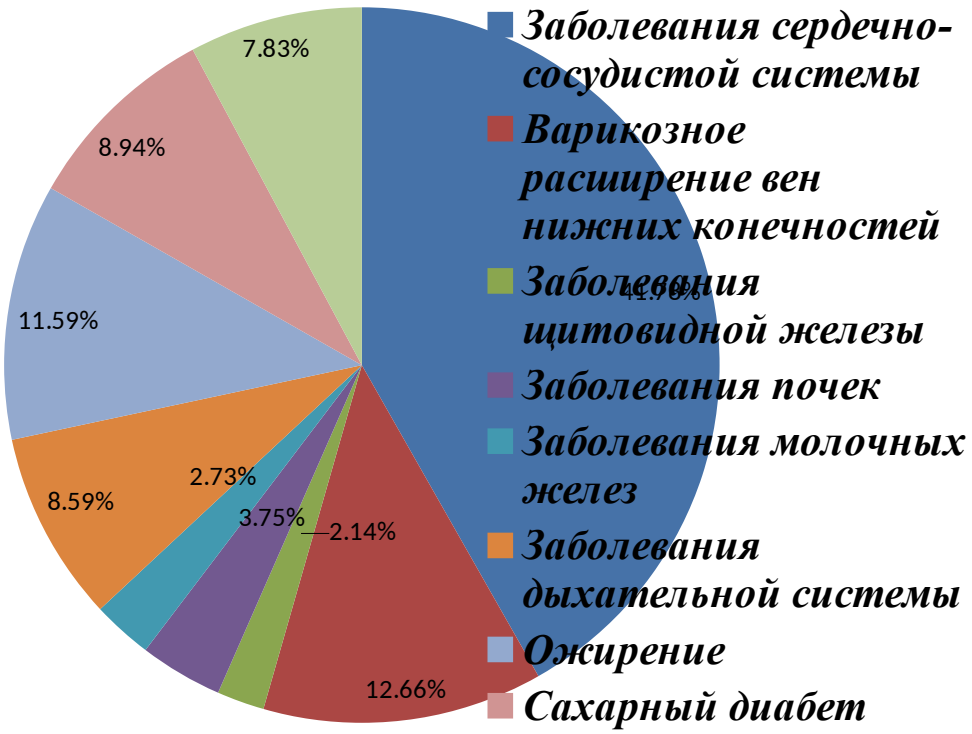

Рис. 1. Частота экстрагенитальной патологии у пациенток пожилого и старческого возраста

Не подлежит сомнению тот факт, что пожилому и старческому возрасту свойственна компелляция хронических заболеваний. У большинства больных отмечалось сочетание различной экстрагенитальной патологии. У многих больных в анамнезе были оперативные вмешательства по

поводу различных заболеваний.

93% пациенток были госпитализированы в плановом порядке и только 7% - в экстренном. Экстренность госпитализации зависела от наличия жалоб у пациенток с внутриматочной патологией. Из общего числа исследованных, 85 пациентки (78,7%) жалоб со стороны органов малого таза не предъявляли, а внутриматочная патология была выявлена при ультразвуковом исследовании (УЗИ) - скрининге во время профилактических осмотров. Остальные обращались в поликлинику со следующими жалобами: кровяные выделения из половых путей отмечались у 13 пациенток (12%) на фоне стойкой постменопаузы, периодические боли внизу живота беспокоили 9 пациенток (8,3%), и одна (0,9%) жаловалась на обильные бели, что явилось поводом для визита к гинекологу (рис. 2).

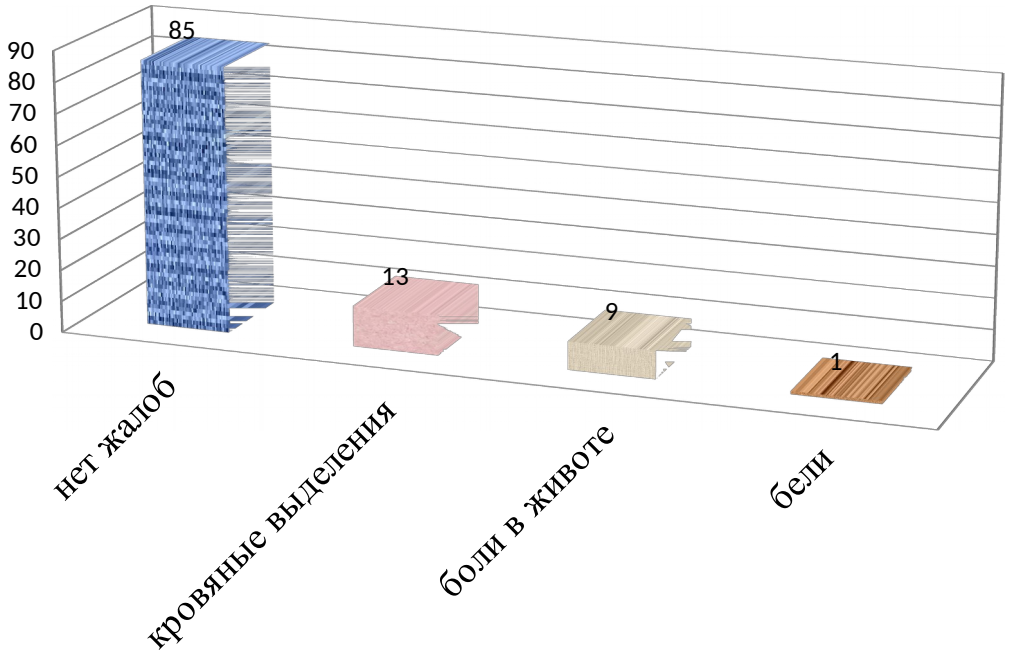

Рис. 2. Структура жалоб у госпитализированных женщин пожилого и старческого возраста с подозрением на внутриматочную патологию

Всем пациенткам (n=108), поступившим в гинекологическое отделение с подозрением на внутриматочную патологию в пожилом и старческом возрасте, выполнено раздельное диагностическое выскабливание матки под контролем гистероскопии с последующим патоморфологическим исследованием полученного материала.

У 38 пациенток при гинекологическом осмотре отмечалась атрезия наружного зева, еще у 23 – атрезия внутреннего зева, выявленная при зондировании матки во время оперативного вмешательства. Таким образом, затруднения при расширении цервикального канала были отмечены у 61 пациентки (56,5%). С целью прохождения цервикального канала и определения длины полости матки выполняли форсированное зондирование по предполагаемому ходу цервикального канала, исходя из результатов гинекологического осмотра и ультразвукового сканирования. Также применяли водную диссекцию при цервикоскопии. В 17 случаях (15,7%) при невозможности прохождения цервикального канала зондом расширение проводили эндоскопическими щипцами или ножницами под гистероскопическим контролем. У одной пациентки инструментально не удалось пройти цервикальный канал. У двух пациенток сделан «ложный ход» (диагностика этого осложнения основана на данных гистероскопии и УЗИ малого таза). В 3-х описанных случаях вмешательство прекращено ввиду высокого риска перфорации матки. Пациентки выписаны из стационара под наблюдение гинеколога поликлиники с динамическим ультразвуковым скринингом. При отрицательной динамике планировалась повторная госпитализация в стационар.

30 пациенткам выполнено раздельное диагностическое выскабливание с предварительной диагностической гистероскопией. Гистероскопическая картина полости матки характеризовалась наличием полипов различной величины и локализации, неоднородным локальным утолщением эндометрия, наличием субмукозных или интерстициально-субмукозных узлов миомы, синехий в полости матки, признаков атрофии эндометрия и хронического эндометрита. Затем, при необходимости, была выполнена оперативная гистероскопия с использованием эндоскопических

щипцов и ножниц (18) – в том числе для удаления небольших полипов из трубных углов, гистерорезектоскопия (10) –удаление миоматозных узлов, а также аблация эндометрия (2). Заметим, что дополнительную деструкцию эндометрия проводили пациенткам, у которых в анамнезе были указания на внутриматочные вмешательства в период постменопаузы.

Таким образом, наиболее частая патология эндометрия у пациенток пожилого и старческого возраста – железисто-фиброзные полипы (92%). Обращает на себя внимание высокий процент атрофических процессов эндометрия, что обусловлено постменопаузальными изменениями, а также высокая частота злокачественных новообразований эндометрия в пожилом и старческом возрасте. Представляет интерес и отсутствие гиперплазии эндометрия в изученной группе наблюдений.

Интраоперационно, а также в ранний и поздний послеоперационный периоды маточных кровотечений не отмечалось. Перфорации матки не было ни у одной пациентки из наблюдаемой группы.

32 пациенткам (29,6%) отложено оперативное лечение ввиду повышенных цифр артериального давления, выявленных при осмотре анестезиологом. Эта группа пациенток консультирована кардиологом, проведена коррекция гипотензивной терапии, к лечению добавлены седативные препараты. Через 1-2 суток у 28 пациенток цифры артериального давления не превышали 140/90 мм рт. ст., им было выполнено оперативное лечение под внутривенным наркозом.

14 пациенткам потребовался перевод в кардиологическое отделение для детального до обследования и подбора гипотензивных препаратов, после чего больные возвращались снова в гинекологическое отделение на оперативное лечение без выписки из стационара.

Особое внимание при ведении пациенток пожилого и старческого возраста с различной внутриматочной патологией уделялось анестезиологическому пособию при «малых» гинекологических операциях.

Для внутривенной анестезии использовали комбинацию препаратов пропофол + кетамин в сочетании 4:1 (Пропофол 200 мг + Кетамин 50 мг).

Индукция в/в анестезии методом титрования по 3 мл смеси до исчезновения ресничных рефлексов при сохранении спонтанного дыхания. На фоне ингаляции увлажненного кислорода через носовой катетер, сатурация кислорода не опускалась ниже 90%.

Во время проведения анестезии регургитация выявлена в 43 случаях (18,9%), аспирации не отмечалось ни у одной пациентки. Данное осложнение связано как со скоплением желудочного сока при длительном ожидании операции, так и несоблюдением режима голода пациентками.

Более половины наблюдаемых пациенток (57,6%) страдали гипертонической болезнью, что объясняет высокие цифры артериального давления перед анестезией, обусловленные волнением (32 пациенткам отложено оперативное лечение ввиду необходимости медикаментозной коррекции), а также отмечались низкие цифры АД после индукции анестезии.

Интраоперационное снижение артериального давления у лиц, страдающих гипертонической болезнью, связано с сочетанным применением препаратов для внутривенного наркоза и постоянного приема гипотензивных препаратов.

В течение раннего послеоперационного периода следует отметить замедленный выход из анестезии по сравнению с пациентками более ранних возрастов, а также в 5% случаев наличие кратковременной спутанности сознания, как индивидуальной реакции на применение кетамина.

В позднем послеоперационном периоде осложнений, связанных с наркозом, не наблюдали.

Особенности хирургических вмешательств и анестезиологического пособия у пациенток пожилого и старческого возраста по результатам исследования представлены на рис. 3.

Все пациентки в послеоперационном периоде получали антибактериальную терапию с целью профилактики воспалительных осложнений: ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в день, метронидазол 500 мг 3 раза в день. Курс лечения составлял 5-7 дней, зачастую пациентки начинали прием препаратов в гинекологическом отделении и продолжали в амбулаторных условиях после выписки из стационара. Также больным проводили физиотерапевтические процедуры в противовоспалительном и сокращающем режимах (магнитотерапия, электрофорез с йодидом калия и антибиотиками). Тепловые факторы лечения не использовали до получения результатов гистологического исследования ввиду онконастороженности.

Результаты патоморфологического исследования материала, полученного при выскабливании цервикального канала и полости матки, направляли в поликлинику с целью коррекции дальнейшей тактики ведения пациенток.

Так как все пациентки, поступившие в плановом порядке в гинекологическое отделение из поликлиник для раздельного диагностического выскабливания матки и гистероскопии, предоперационный период был непродолжительным: сроки оперативного лечения составили от 1 до 5 суток, в среднем 1,64±0,67 суток. Средний койко-день пребывания пациенток в стационаре составил 3,45±1,62. Данная система преемственности амбулаторного и стационарного звена позволяет значительно снизить медико-экономические затраты и повысить эффективность лечения пациенток с внутриматочной патологией.

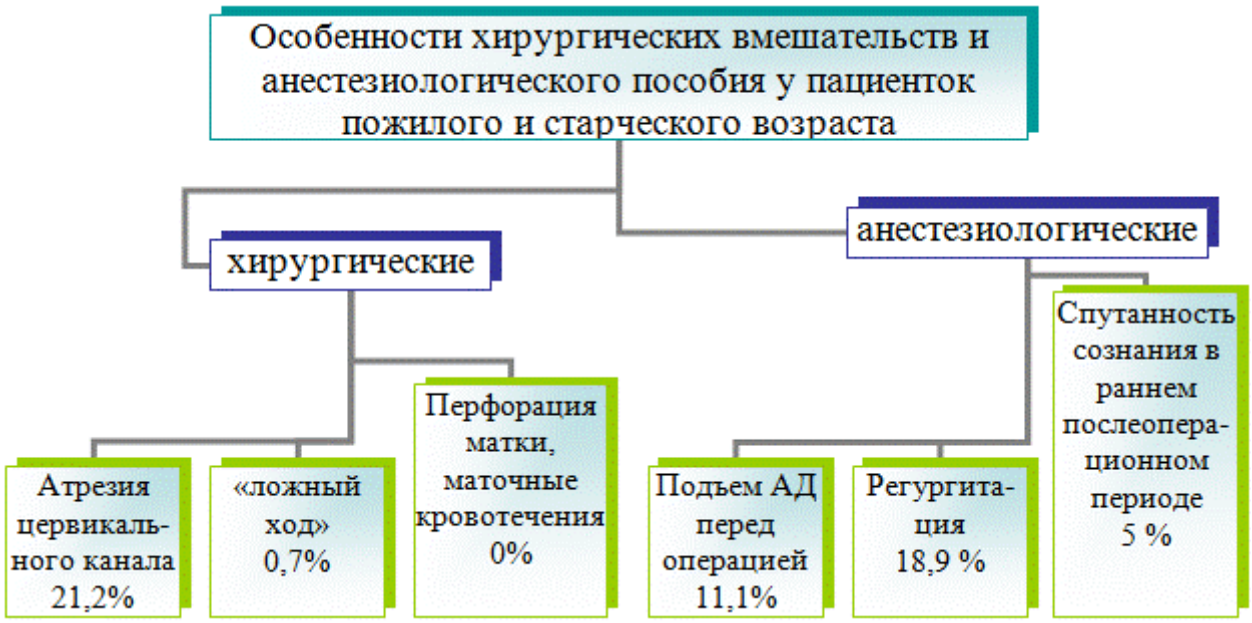

Рис. 3. Особенности хирургических вмешательств и анестезиологического пособия у пациенток пожилого и старческого возраста

Выводы. Особенностью внутриматочных патологических процессов у больных пожилого и старческого возраста является их преимущественно бессимптомное течение, и диагноз может быть поставлен на основании ультразвукового скрининга.

Анатомическими особенностями матки у больных пожилого и старческого возраста, создающими сложности при операции, являются ее малые размеры, атрофические изменения тканей и частичная или полная атрезия цервикального канала.

Наиболее частой патологией эндометрия у женщин пожилого и старческого возраста являются железисто-фиброзные полипы эндометрия, повышена частота эндометриальных аденокарцином.

Учитывая возрастные изменения органов малого таза, наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии, часто выраженную эмоциональную лабильность, высокий риск осложнений, целесообразно

1. Тщательно корректировать сопутствующую патологию на до госпитальном этапе.
2. Для исключения аспирации желудочного содержимого более ответственно отслеживать соблюдение пищевого режима.
3. Проводить операцию с применением седативной премедикации для исключения повышения артериального давления.
4. В связи с высоким риском перфорации матки операция должна выполняться только высококвалифицированным хирургом.
5. Для снижения риска травматизации шейки матки использовать гистероскопические щипцы и ножницы для расширения цервикального канала при полных и частичных атрезиях последнего.
6. Крайне важная роль для поддержания здоровья женщин должна быть отведена преемственной работе системы поликлиника-стационар, а также диспансерному обследованию наблюдаемого контингента.

Библиографический список:

1. Ашрафян Л.А., Киселев В.И. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). – М.: Компания «Димитрейд График Групп», 2008. –216 с.

2. Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Каппушева Л.М., Шилина Е.А., Климова И.В. Внутриматочная патология в постменопаузе: диагностика и лечение// Акушерство и гинекология. – 2003. – № 2. – С. 36-40.

3. Горных О.А., Самойленко В.В., Биштави А.Х., Каниболоцкий А.А., Манухин И.Б., Табакман Ю.Ю. Гиперплазия и предрак эндометрия// Опухоли женской репродуктивной системы. –2011. –№4. –С. 59-63.

4. Девятовская А.Г. Применение трехмерной эхографии в мониторинге лечения гиперпластических процессов эндометрия: Дис. … канд. мед. наук.- М., 2009, 117 с.

5. Демидов В.Н., Гус А.И. Патология полости матки и эндометрия. ВМК. Эхография органов малого таза у женщин. Практическое пособие. – М., 2001. – 138 с.

6. Доброхотова Ю.Э., Венедиктова М.Г., Сапрыкина Л.В. Эндохирургические методы лечения предраковых состояний эндометрия/ Лечебное дело: периодическое учебное издание РГМУ. - 2010. - N 2. - С. 66-69.

7. Журавлева Т.П. Основы гериатрии: учебное пособие. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2007. – 288 с.

8. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: Учебное пособие/ Под ред. В.Д. Малышева. – М.: Медицина. - 2000. - 464 с.

9. Мартиросян К.А. Пролиферативные процессы эндометрия у пациенток старше 60 лет. Современные технологии в диагностике и хирургическом лечении: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2012. – 26 с.

10. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Мишиева О.И., Ивановская Т.Н. Гиперпластические процессы эндометрия в пре- и постменопаузе. Методы терапии// Онкогинекология. –2012. -№1. –С. 43-46.

11. Стрижова Н.В., Сухих Г.Т., Соболева Г.М., Холодова Ж.Л., Рейснер Е.А. Сравнение сывороточной активности матриксной металлопротеиназы-2 у больных с железистой и железисто-кистозной гиперплазиями эндометрия в перименопаузе// Проблемы репродукции. – Спец. выпуск. – 2008. –С. 312-313.

12. Сухих Г.Т., Адамян Л.В. Репродуктивное здоровье семьи// Проблемы репродукции. –2008. – Спец. выпуск. –С. 5-10.

13. Торчинов А.М., Умаханова М.М., Фидарова Т.В., Габараева М.Р. Пролиферативная активность железистого эпителия полипов эндометрия в период пери- и постменопаузы// Матер. IX Всеросс. науч. форума «Мать и дитя». – 2007. – С. 540-541.

14. Хитрых О.В. Отдаленные результаты и оптимизация тактики лечения полипов эндометрия в постменопаузе: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2009. – 18 с.

15. Щеглова Е.А. Ультразвуковая диагностика гиперпластических процессов эндометрия у женщин различных возрастных периодов: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2009. – 26 с.

16. Brand A.H. The woman with postmenopausal bleeding// Aust. Fam. Physician. 2007; 36 (3): 116-20.

17. Dreisler E., Sorensen S.S., Ibsen PH. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years// ultrasound Obstet Gynecol. 2009; 33 (1): 102-108.

18. Hefler L.L. The intraoperative complication rate of nonobstetrics dilation and curettage// Obstetrics & Gynecology 2009; 113 (6): 1268-71.

19. Mossa B., Torcia F., Avenoso F. Occurrence of malignancy in endometrial polyps during postmenopause// Eur J Gynaecol Oncol. 2010; 31 (2): 165-8.

Храмцов Даниил Андреевич
Chramtsov Daniil Andreevich
студент 1 курса лечебного факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет», г. Курск. E-mail: bkp_99@bk.ru

Рыжаева Валентина Николаевна
Ryzhayeva Valentina Nikolaevna
доцент, кандидат биологических наук, кафедра биологии, медицинской генетики и экологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет»,
г. Курск

УДК 61.616.3-008.1

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СТРУКТУРА И СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ОКТЯБРЬСКОМ РАЙОНЕ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2016 гг.

PREVALENCE, STRUCTURE AND MORTALITY FROM DISEASES OF DIGESTIVE ORGANS IN OCTOBER REGION OF THE KURSK REGION FOR 2009-2016.

Аннотация. Болезни органов пищеварения занимают 7 место среди причин смертности населения в России. Основная доля патологии – это язва желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни печени и поджелудочной железы. В результате проведенного исследования, получен вывод о том, что в Октябрьском районе Курской области заболеваемость органов пищеварения ниже, чем в стране и регионе.

Annotation. Diseases of the digestive system occupy the 7th place among the causes of mortality in Russia. The major part of the pathology is a stomach ulcer and duodenal ulcer, liver and pancreas diseases. As a result of the study, a conclusion was drawn that in the Oktyabrsky District of the Kursk Region the incidence of digestive organs is lower than in the country and the region.

Ключевые слова: Болезни органов пищеварения, население, Октябрьский район, Курская область, динамика, наблюдение.

Key words: Diseases of the digestive system, population, Oktyabrsky district, Kursk region, dynamics, observation.

Введение: Пищеварительная система человека осуществляет переваривание пищи (путём её физической и химической обработки), всасывание продуктов расщепления через слизистую оболочку в кровь и лимфу, выведение непереваренных остатков. Болезни органов пищеварения отличаются разнообразием клинических и морфологических проявлений, что обусловлено структурой стенок желудка и кишечника, возрастными особенностями и разнообразными факторами. Среди этиологических факторов выделяются: химические и физические агенты; образ жизни (питание, сон); привычки; возраст. В развитии заболеваний пищеварительной системы важная роль принадлежит наследственным факторам.

Болезни органов пищеварения занимают лидирующие позиции, как в общей структуре заболеваемости населения, так и среди причин летальных исходов. Ежегодно в стране умирают 30 тыс. человек от болезней органов пищеварения. Основным контингентом заболевших является население трудоспособного возраста. В области профилактики и лечения тяжелых заболеваний (гастрит, панкреатит, язвы и т.д.) имеются положительные перспективы для снижения уровня заболеваемости населения.

Цель исследования: изучение заболеваний органов пищеварения населения Октябрьского района Курской области за 2009-2016 гг..

Материалы: отчеты Октябрьской больницы, медицинские карты взрослого населения, материалы Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение в России».

Методы исследования: анкетирование, статистический метод.

Результаты исследования: Пищеварительная система человека состоит из органов желудочно-кишечного тракта и вспомогательных органов (слюнные железы, печень,

поджелудочная железа, желчный пузырь и др.) [1]. Условно выделяют три отдела пищеварительной системы. Передний отдел включает органы ротовой полости, глотку и пищевод. Здесь осуществляется, в основном, механическая переработка пищи. Средний отдел состоит из желудка, тонкой и толстой кишки, печени и поджелудочной железы, в этом отделе осуществляется преимущественно химическая обработка пищи, всасывание нутриентов и формирование каловых масс. Задний отдел представлен каудальной частью прямой кишки и обеспечивает выведение кала из организма.

Гастроэнтерология — раздел медицины, изучающий желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) человека, его строение и функционирование, его заболевания и методы их лечения [2]. Основные причины развития болезней органов пищеварения населения – это стресс и волнение; нарушение режима питания; сухоядение; прием вредных продуктов питания [1].

Население европейских государств чаще остальных страдает от патологий органов пищеварения [3].

В Октябрьском районе Курской области отмечается благоприятная ситуация, в сравнении с городом Курском (административный центр) и в стране в целом (рисунок 1).

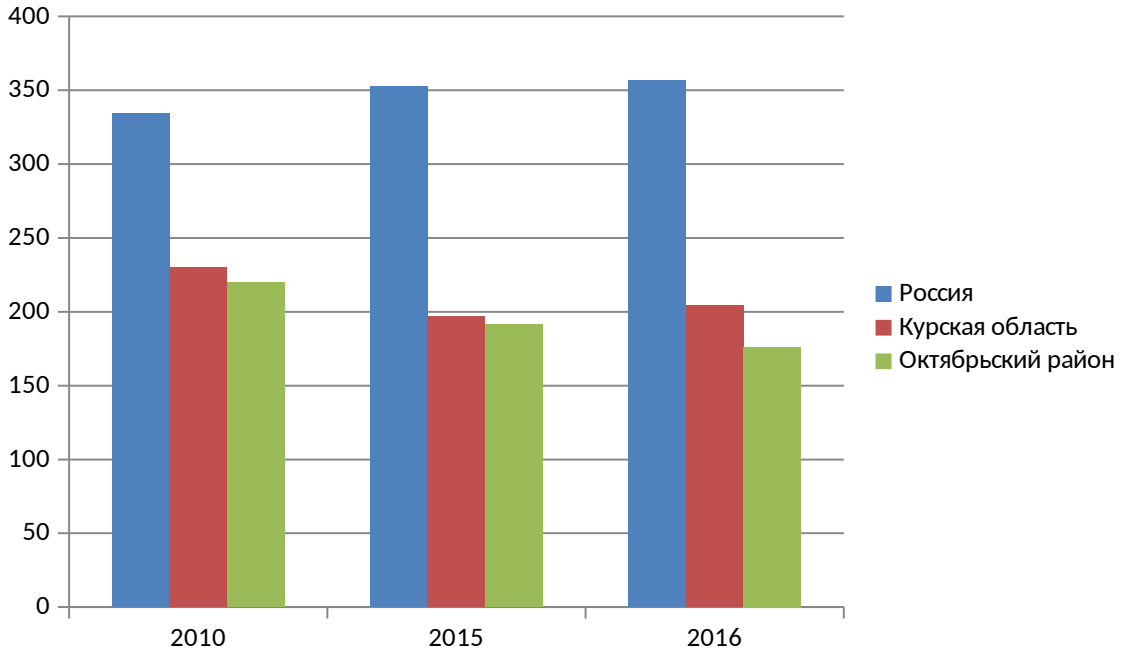

Рисунок 1. Заболеваемость органов пищеварения населения (на 10 000 человек)

Причинами низкой заболеваемости населения в исследуемой области является преобладание сельской местности, экологическое состояние района. Также оказывает свое влияние и питание, так как местные жители имеют собственные аграрные хозяйства, ведут скотоводство, предпочитают продукты питания собственного производства, вследствие чего они менее подвержены влиянию продуктов, содержащих ГМО. Таким образом заболеваемость Октябрьского района снижена на фоне государства и области.

У населения Октябрьского района чаще регистрируются случаи заболеваний поджелудочной железы, по сравнению с остальными патологиями (рис. 2). В 2013-2015 годах наблюдается увеличение заболеваемости населения панкреатитом, что возможно обусловлено большим развитием села и приобретением городских черт, желанием не отставать от города и соответствовать, например, возможность употребления «модных» продуктов питания. Также в период с 2013 года по 2015 год происходит увеличение заболеваемости всеми нозологическими формами, что свидетельствует об отсутствии культуры питания населения. В период с 2009 года по 2010 год наблюдается резкое увеличение заболеваемости населения панкреатитом, по сравнению с другими нозологическими формами. Возможно, это обусловлено тем, что население не в полной мере придерживается норм питания и советов терапевтов при составлении ежедневного рациона питания.

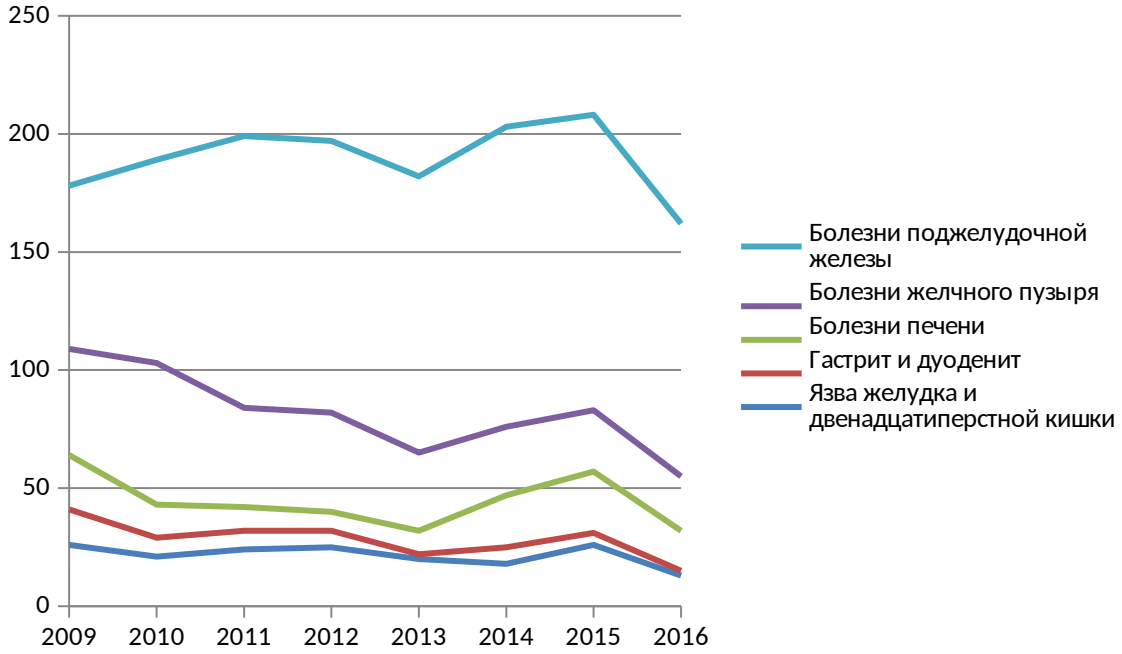

Рисунок 2. Динамика заболеваемости органов пищеварения в Октябрьском районе.

Патологии пищеварительной системы опасны и ежегодно уносят жизни людей разных возрастов. В 2013 году в Октябрьском районе наблюдается увеличение смертности (рис. 3), что связано с увеличением заболеваемости населения в этот же период от различных патологий. В 2016 году отмечается снижение смертности, что свидетельствует о повышении медицинской помощи населению и о повышении интереса граждан к собственному здоровью.

Изучая динамику смертности населения Октябрьского района, отмечается большая подверженность взрослого населения. Зачастую лица трудоспособного и старше трудоспособного возраста реже обращаются за медицинской помощью, назначая себе лечение самостоятельно. Это приводит к осложнениям, которые могут приводить к снижению уровня здоровья и в последствии к смерти.

Тем не менее, прогноз заболеваемости органов пищеварения населения Октябрьского района Курской области носит положительный характер. Наблюдается снижение общей заболеваемости за последние 2 года. Показатель заболеваемости органов пищеварения Курского региона и Октябрьского района относительно Российской Федерации ниже.

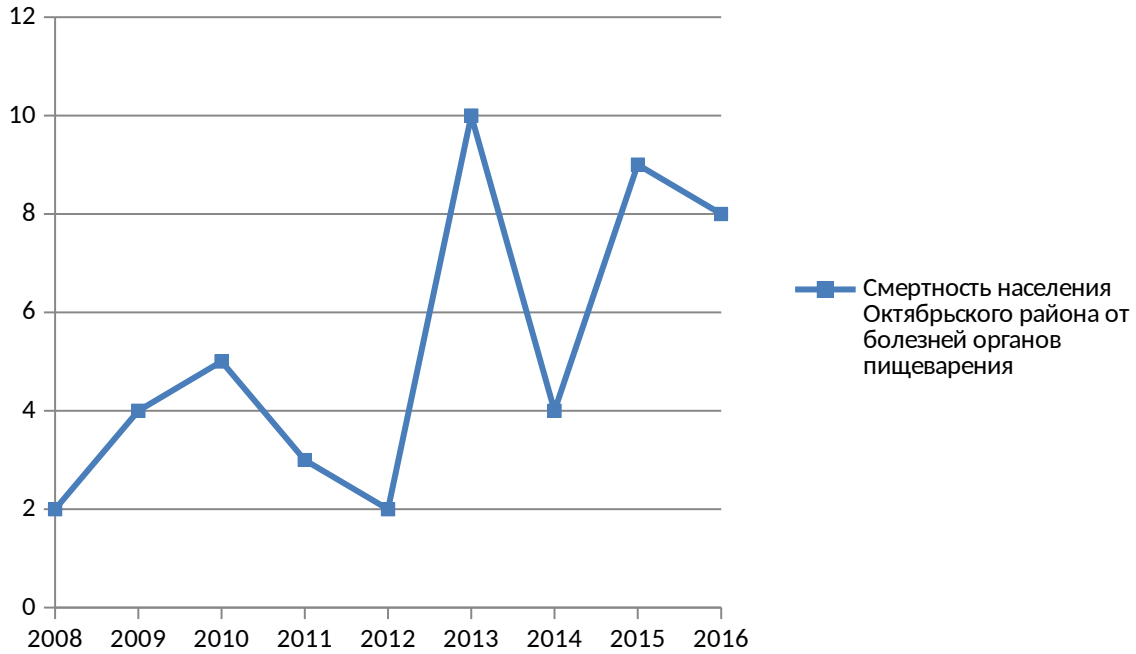

Рисунок 3. Смертность от заболеваний органов пищеварения в Октябрьском районе за 2008-2016 гг.

Выводы: В Курской области наблюдается снижение общей заболеваемости за последние несколько лет. Показатель заболеваемости нашего региона и Октябрьского района относительно ниже аналогичного в Российской Федерации. Показатель смертности характеризуется снижением.

Библиографический список:

1. Голубев Н.Н., Маев И.В., Мотузова Е.В., Самсонов А.А., Трухманов А.С. Русский Медицинский Журнал. Болезни органов пищеварения.- 2008.- Том 10,№ 2.

2.Казанцева Л.К., Тагаева Т.О. Факторы, влияющие на общественное здоровье населения российских регионов //Регион: Экономика и Социология. -2008.- № 4.- С. 102-118.

3. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology. - 2006. -Vol.130. - P. 1466-1479

Вагапова Динара Маратовна
Vagapova Dinara Maratovna
врач – невролог консультативно – поликлинического отделения ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», г. Уфа, Россия. E-mail: dinarav77@mail.ru

Гирфанова Людмила Вильевна
Girfanova Ludmila Vilevna
врач - терапевт консультативно – поликлинического отделения ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», г. Уфа, Россия.

Хафизова Алсу Спартаковна
Khafizova Alsu Spartakovna
заведующая консультативно – поликлиническим отделением ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», г. Уфа, Россия.

Чурмантаева Светлана Хамитовна
Churmantayeva Svetlana Khamitovna
кандидат медицинских наук, врач - профпатолог консультативно – поликлинического отделения ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», г. Уфа, Россия.

УДК 613.65:616.711:661.99

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ДОРСАЛГИЙ У РАБОТНИКОВ ГАЗОРАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНЫХ СТАНЦИЙ

CLINICAL FEATURES OF VERTEBROGENIC DORSALGIA EMPLOYEES OF GAS DISTRIBUTION STATIONS

Аннотация. В статье рассмотрены особенности вертеброгенных дорсалгий у работников газораспределительных станций Республики Башкортостан. Выявлена стадийность в течении заболеваний. Особенности труда слесарей-ремонтников газового оборудования, включающие региональные нагрузки с участием мышц плечевого пояса, необходимость пребывания в вынужденной позе, периодические подъемы и перемещения груза, наклоны корпуса, являются фактором риска для развития вертеброгенной патологии.

Abstract. The article deals with the features of vertebrogenic dorsalgia among employees of gas distribution stations of the Republic of Bashkortostan. The identified stages in course of diseases. Features of work of mechanics-repairmen of the gas equipment including regional loadings with participation of muscles of a shoulder girdle, need of stay in a compelled pose, periodic rises and movements of the load, body slopes are a risk factor for development of vertebrogenic pathology.

Ключевые слова: вертеброгенные дорсалгии, условия труда, слесари – ремонтники газового оборудования.

Key words: vertebrogenic dorsalgia, working conditions, mechanics-repairmen of the gas equipment.

Здоровье работающего населения является важнейшим индикатором социально-экономического состояния общества, определяющим качество трудовых ресурсов, демографическую ситуацию в стране, производительность труда. Существенную роль в этом играют неблагоприятные условия труда, которые являются источниками постоянной опасности нарушения здоровья работников различных профессий [1,3].

Вертеброгенные дорсалгии – достаточно распространенная патология, характеризующаяся рецидивирующим течением, сопровождающаяся выраженным болевым синдромом, требующим активной терапии. По данным экспертов ВОЗ, в развитых странах боль в спине по масштабам сравнима с пандемией и является серьезной медицинской и социально – экономической проблемой. Боль в спине является второй по частоте после респираторных заболеваний причиной обращения к врачам и третьей – по частоте госпитализации. Часто боль в поясничной области является одной из ведущих жалоб жителей индустриальных стран, в течение жизни ее испытывают 84 % населения. Распространенность хронической боли в спине и шее среди взрослого населения РФ составляет 42,4

– 56,7%. Боль занимает первое место в структуре обращаемости за медицинской помощью.

Среди различных причин, способствующих развитию болевого синдрома, помимо нарушений обмена веществ, инфекций, генетической предрасположенности, травм, все большее значение придается неблагоприятным факторам труда. Большинство исследователей придают основное значение в развитии вертеброгенного заболевания постоянному значительному напряжению мышц поясницы или внезапной чрезмерной нагрузке, вынужденному положению туловища, повышенной вибрации, низкой температуре окружающей среды[2].

Цель работы: выявление клинических особенностей вертеброгенных дорсалгий у работников ПАО «Газпром газораспределение Уфа».

Материалы и методы: обследованы 80 работников газораспределительных станций г.Уфы в условиях консультативно-поликлинического отделения клиники ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека». По профессиональному критерию пациенты были представлены слесарями аварийно-восстановительных работ, слесарями по эксплуатации и ремонту газового оборудования, слесарями по эксплуатации и ремонту подземных газопроводов.

Проведены общепринятые клинические и лабораторные методы обследования: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови (холестерин, глюкоза), электрокардиография, по показаниям - электронейромиография рук и ног, а также рентгенография шейного и поясничного - крестцового отделов позвоночника. Пациенты осмотрены врачами терапевтом, неврологом, окулистом, ЛОР - врачом. Для определения выраженности болевого синдрома была использована визуальная аналоговая шкала (ВАШ).

Основной контингент работающих составили мужчины в возрасте от 26 до 56 лет; средний возраст 38,7± 6,3. Стаж работы от 10 до 29 лет, средний стаж работы 11,5±2,3.

Результаты и обсуждение:

Обследуемые были заняты на работах, связанных с применением легковоспламеняющих и взрывчатых материалов, во взрыво- и пожароопасных производствах, работах на высоте, работах по обслуживанию подъемных сооружений. Труд слесарей - газовиков характеризовался региональными нагрузками с участием мышц плечевого пояса, необходимостью длительного пребывания в вынужденной позе (более 25% рабочего времени), периодическими подъемами и перемещением груза, наклонами корпуса более 30 градусов (110-300 раз в смену). При ремонте оборудования на открытых площадках в холодный период года на рабочих местах слесарей ремонтников отмечались неблагоприятные метеорологические условия. Тяжесть труда обследованных соответствовала классу 3.1 согласно Руководству Р 2.2.2006 – 05. (Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса)

Работники на основании проведенного медицинского осмотра распределены по трем группам здоровья. Наиболее многочисленной оказалась третья группа, включающая пациентов, имеющих хронические неинфекционные заболевания (40,0%). Во вторую группу здоровья вошли 35,0% рабочих, имеющих риск развития хронических заболеваний. Практически здоровые лица, входящие в l группу здоровья, составили всего 17,5% работников.

Обследованные предъявляли жалобы на периодические боли в шейном, поясничном отделах позвоночника, иногда с иррадиацией в руку, ногу, онемение рук, ног, ограничение движения в шейном, поясничном отделах позвоночника. По шкале ВАШ выраженность боли распределилась следующим образом: 5-6 баллов у 48,4% пациентов, 3-4 балла у 42,4%, и более 7 баллов у 24,2% обследованных.

При анализе амбулаторных карт с места жительства и сборе анамнеза выяснилось, что сначала появлялись симптомы цервикаго и люмбаго. Сильный спазм мышц затруднял трудовую активность работников, вынуждая обратиться к специалистам. В дальнейшем, появлялись признаки вертеброгенной цервикалгии и люмбалгии. Заболевание протекало в течение нескольких лет, имея обострения частотой 1-2 раза в год. Потом патологический процесс прогрессировал, присоединялись другие клинические симптомы и синдромы: цервикобрахиалгии с нейроваскулярными и нейродистрофическими феноменами, люмбоишиалгии с мышечно – тоническими проявлениями и ограничением стато- локомоторных функций.

При объективном неврологическом обследовании выявлялся легкий дефанс шейных и поясничных мышц у 65,0% пациентов, пальпаторная болезненность паравертебральных точек и точек Валле у 68,8%, ограничение активных движений в шейном и пояснично-крестцовом отделе позвоночника с нарушением функции 0-l степени у 77,5%. Снижение сухожильных и периостальных

рефлексов с рук выявлено у 17,5% обследованных, коленных у 20,0%, ахилловых у 26,2%.

На рентгенограммах шейного, пояснично-крестцового отделов позвоночника определялось снижение высоты межпозвоночных дисков в 57,5% случаев, склероз замыкательных пластин в 30,0%, спондилоартроз у 12,5% обследованных.

По проведенной по показаниям электронейромиографии конечностей признаки дисфункции проведения нервного импульса выявлены в 56,2% случаев и признаки поражения корешков нервов указанных уровней в 26,2%.

Выводы. 1)Проведенное обследование показало, что характерные для труда слесарей-ремонтников газового оборудования региональные нагрузки с участием мышц плечевого пояса, необходимость пребывания в вынужденной позе, периодические подъемы и перемещения груза, наклоны корпуса являются фактором риска для развития вертеброгенной патологии.

2) Вертеброгенные заболевания у пациентов имеют хроническое прогрессирующие течение с нарастанием клинической симптоматики.

С целью охраны здоровья работников газораспределительных станций необходим комплекс мер по первичной профилактике, включающий оптимизацию трудового процесса, проведение медико-биологических мер по повышению устойчивости организма, тщательный профессиональный отбор, квалифицированный медицинский контроль и внедрение оздоровительных мероприятий.

Библиографический список:

1) Измеров Н.Ф. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008 – 2017 г.г.: пути и перспективы реализации/ Н.Ф. Измеров// Медицина труда и промышленная экология. – 2008. №6. – С. 1-9.

2) Профессиональная патология. Национальное руководство/Под ред. Н.Ф. Измерова, - М.: Гоэтар – Медиа, 2011. – 777 с.

3) Структура и динамика профессиональной заболеваемости в Республике Башкортостан/ А.Б. Бакиров, Э.Р. Шайхлисламова, Э.Т. Валеева, Г.Г. Гимранова, Р.Р. Галимова, Н.А. Бейгул, Д.М. Вагапова// Медицина труда и промышленная экология. – 2016. №4. – С. 40-44.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2018