



**НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК
ОМСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА**

**Том 2
Выпуск 4 (8)**

**Омский государственный
медицинский университет**

**«Научный вестник Омского
государственного медицинского
университета»** - научно-

практический рецензируемый
медицинский журнал.

Сетевое издание.

Выходит 4 раза в год.

Основан в 2020 году.

Адрес редакции:

644099, Омская область,

г. Омск, ул. Ленина, 12, каб. 237

med@omgtu.ru

+7 (3812) 21-11-30

Зав. редакцией: Н.А. Николаев

Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. К публикации принимаются только статьи, подготовленные в соответствии с правилами для авторов. Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: www.science-med.ru Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя.

Компьютерный набор и верстка:

К.А. Андреев

Литературный редактор:

И.Л. Шарапова

ISSN (Online) 2782-3024

Свидетельство о регистрации

СМИ ЭЛ № ФС 77 - 79095

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Н.А. НИКОЛАЕВ, д.м.н., доц.(Омск)

Редакционный совет

М.А. ЛИВЗАН, член-корр. РАН, д.м.н. (Омск) – председатель

О.В. КОРПАЧЕВА, д.м.н., доц. (Омск) – зам. председателя

Д.С. БОРДИН, д.м.н., проф. (Москва)

В.Д. ВАГНЕР, д.м.н., проф. (Москва)

О.М. ДРАПКИНА, д.м.н., проф., академик РАН (Москва)

В.П. КОНЕВ, д.м.н., проф. (Омск)

А.В. КОНОНОВ, д.м.н., проф. (Омск)

Т. ЛЮКЕ, проф. (Бохум, Германия)

И.В. МАЕВ, д.м.н., проф., академик РАН (Москва)

А.И. МАРТЫНОВ, д.м.н., проф., академик РАН (Москва)

Г.И. НЕЧАЕВА, д.м.н., профессор (Омск)

О.Б. ОСПАНОВ, д.м.н., проф. (Астана)

Т. ШЕФЕР, проф. (Бохум, Германия)

Научные редакторы

Клиническая медицина: С.В. БАРИНОВ д.м.н., проф. (Омск), Г.И. НЕЧАЕВА, д.м.н., проф. (Омск), Е.Б. ПАВЛИНОВА, д.м.н., доц. (Омск)

Фундаментальная медицина: О.В. КОРПАЧЕВА, д.м.н., доц. (Омск)

Фармация и фармакология: Е.А. ЛУКША, к.фарм.н., доц. (Омск)

Микробиология: Н.В. РУДАКОВ, д.м.н., проф. (Омск)

Науки о здоровье и профилактическая медицина: В.Л. СТАСЕНКО, д.м.н., проф. (Омск)

Медицинская и биологическая статистика: Д.В. ТУРЧАНИНОВ, д.м.н., проф. (Омск)

Философские, гуманитарные и социальные науки: Л.А. МАКСМЕНКО, д.фил.н., доц. (Омск)

Работы молодых ученых и студентов: Т.П. ХРАМЫХ, д.м.н., доц. (Омск)

Члены редколлегии

Баринов С.В. (Омск), д.м.н., проф., Кравченко Е.Н. (Омск), д.м.н., проф., Савельева И.В. (Омск), д.м.н., доц., Викторова И.А. (Омск), д.м.н., проф., Друк И.В., (Омск) д.м.н., доц., Кореннова О.Ю. (Омск), д.м.н., проф., Морова Н.А. (Омск), д.м.н., проф., Овсянников Н.В. (Омск), д.м.н., доц., Гудинова Ж.В. (Омск), д.м.н., проф., Никитин Ю.Б. (Омск), к.ф.м.н., доц., Пасечник О.А. (Омск), д.м.н., доц., Плотникова О.В. (Омск), д.м.н., доц., Турчанинов Д.В. (Омск), д.м.н., проф., Ашвиц И.В. (Омск), д.м.н., доц., Говорова Н.В. (Омск), д.м.н., проф., Мордык А.В. (Омск), д.м.н., проф., Пузырева Л.В. (Омск), к.м.н., Рудаков Н.В. (Омск), д.м.н., проф., Стасенко В.Л. (Омск), д.м.н., проф., Ахмедов В.А.(Омск), д.м.н., проф., Шредер А.Ю. (Омск), к.п.н., доц., Акулинин В.А. (Омск), д.м.н., доц., Московский С.Н. (Омск), к.м.н., доц., Путалова И.Н. (Омск), д.м.н., проф., Русаков В.В. (Омск), д.м.н., доц., Храмых Т.П. (Омск), д.м.н., доц., Вьюшков Д.М. (Омск), к.м.н., Игнатъев Ю.Т. (Омск), д.м.н., проф., Хомутова Е.Ю. (Омск), д.м.н., доц., Кротов Ю.А. (Омск), д.м.н., проф., Ларькин В.И., (Омск), д.м.н., проф., Лебедев О.И. (Омск), д.м.н., проф., Антонов О.А. (Омск), д.м.н., доц., Белан Ю.Б. (Омск), д.м.н., проф., Павлинова Е.Б. (Омск), д.м.н., проф., Пискалов А.В. (Омск), д.м.н., проф., Котенко Е.Н. (Омск), к.п.н., доц., Максименко Л.А. (Омск), д.ф.н., доц., Мусохранова М.Б. (Омск), д.ф.н., к.п.н., доц., Усов Г.М. (Омск), д.м.н., доц., Григорович Э.Ш. (Омск), д.м.н., доц., Ломиашвили Л.М. (Омск), д.м.н., проф., Скрипкина Г.И. (Омск), д.м.н., доц., Стафеев А.А. (Омск), д.м.н., проф., Сулимов А.Ф. (Омск), д.м.н., проф., Худорошков Ю.Г. (Омск), к.м.н., доц., Василевская Е.С. (Омск), к.м.н., доц., Ефременко Е.С. (Омск), к.м.н., доц., Индутный А.В. (Омск), д.м.н., доц., Лукша Е.А. (Омск), к.ф.н., доц., Орлянская Т.Я. (Омск), д.б.н., доц., Степанова И.П. (Омск), д.б.н., проф., Фоминых С.Г. (Омск), д.м.н., доц., Деговцов Е.Н. (Омск), д.м.н., доц., Дзюба Г.Г. (Омск), д.м.н., доц., Новиков Ю.А. (Омск) д.м.н., доц., Полуэктов В.Л. (Омск), д.м.н., проф., Цуканов А.Ю. (Омск), д.м.н., проф., Черненко С.В. (Омск) к.м.н., доц.

Оглавление

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	2
Н.А. Николаев.МЕДИЦИНА И ТРИНИТАРНЫЙ ПОДХОД.....	4
Мартиросян К.А., Друк И.В. СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС У ПАЦИЕНТА С КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	10
С.С. Тодоров (мл.), С.С. Тодоров КЛЕТОЧНО-МЕЖКЛЕТОЧНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В АДЕНОКАРЦИНОМЕ ТОНКОЙ КИШКИ С НЕЙРОЭНДОКРИННЫМ КОМПОНЕНТОМ.....	19
Костин Н.В, Матненко Т.Ю, Красногорова Е.Н ДИРОФИЛЯРИОЗ ЧЕЛОВЕКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	24
Ахтичанова Г.О., Мордык А.В. ТУБЕРКУЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ.....	31
Гайдомак К.И., Екимов Е.В.ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.....	40
МАТЕРИАЛЫ ФИЛОСОФСКОЙ АССАМБЛЕИИ - 2022	
Кущ Е. Н., Кущ Е.Ю., Порошина А.М. НАШ БЫТ В РАСЦВЕТ ВСЕМИНОЙ ПАУТИНЫ	49
Минеева А.А. ПРОСТРАНСТВО ПРОИЗВЕДЕНИЯ ИСКУССТВА (ПЕРЕЧИТЫВАЯ М. ХАЙДЕГГЕРА)	53
Абдулхалыгова Л.А. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ОПЫТ КАК ОСНОВА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО БЫТИЯ.....	56
Шишканова А.С.ИММАНУИЛ КАНТ О ВОЛЕ, МАКСИМЕ И НРАВСТВЕННОСТИ.....	59
Хархарова О.С. ОТ КАРТИНЫ МИРА - К МИРУ ЦИФРОВОМУ	62
ПЕРСОНАЛИИ	
К 85-ЛЕТИЮ А.И. МАРТЫНОВА.....	65

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



Уважаемые читатели!

Четвёртый выпуск второго тома журнала «Научный вестник ОмГМУ» открывает проблемно-теоретическая статья «Медицина и тринитарный подход», в которой рассматривается возможность переноса сформированных в XX веке понятий «тринитарность» и «триангуляция» в медицину, для решения теоретических и прикладных задач. Предполагается, что ведение в бинарную модель в качестве третьего компонента контролируемой индивидуализации, в первую очередь – на основе учета приверженности, способно обеспечить лучшее управление эффективностью и качеством предоставляемой медицинской помощи, особенно когда пациент является не только получателем медицинской помощи, но одновременно её полноправным регулятором и соучастником.

В статье «Спонтанный пневмоторакс у пациента с коронавирусной пневмонией: клинический случай» К.А. Мартиросян и И.В. Друк (г. Омск) авторами представлено описание достаточно редкого осложнения коронавирусной пневмонии, частота которого в последнее время стала нарастать у пациентов при отсутствии респираторной поддержки. Анализируя конкретную клиническую ситуацию, авторы выдвигают

предположение, что у таких пациентов главной причиной спонтанных пневмомедиастинума и пневмоторакса, вероятно, является тяжелое альвеолярное повреждение, что делает необходимым дальнейшие исследования потенциальных маркеров развития ПТ при коронавирусной пневмонии, а также определение механизмов развития данного осложнения. С.С. Тодоров (мл.) и С.С. Тодоров (г. Ростов-на-Дону) в работе «Клеточно-межклеточные взаимоотношения в аденокарциноме тонкой кишки с нейроэндокринным компонентом» привлекают внимание читателя к крайне редко встречающимся неоплазиям тонкого кишечника.

Выполненное морфоиммуногистохимическое исследование опухоли выявило тубулярную аденокарциному с нейроэндокринным компонентом (хромогранин А+, NSE+, альциан+) с инвазией в субсерозную основу. Основываясь на этом, авторы полагают, что прижизненная патологоанатомическая диагностика опухоли кишечника должна включать морфологическое, гистохимическое, иммуногистохимическое исследования с выявлением нейроэндокринных клеток опухоли и оценки злокачественного потенциала.

В статье «Дирофиляриоз человека: клинический случай», Н.В. Костин, Т.Ю. Матненко и Е.Н. Красногорова (г. Омск) указывают, что заболеваемость дирофиляриозом растет. На клиническом примере авторами рассмотрены особенности этиологии, эпидемиологии, клиники и диагностики возбудителя дирофиляриоза человека, взаимодействие офтальмолога, инфекциониста и челюстно-лицевого хирурга. Авторы отмечают, что диагностика дирофиляриоза у человека затруднительна вследствие отсутствия специфических лабораторных и инструментальных методов диагностики. Консервативная терапия, по большей степени, не эффективна при лечении дирофиляриоза человека.

В обзорной статье «Туберкулез у подростков» Г.О. Ахтичанова и А.В. Мордык (г. Омск) акцентируют внимание читателя на проблеме, что в России заболеваемость туберкулезом подростков лишь немного уступает заболеваемости взрослых, при этом среди заболевших туберкулезом подростков основную часть составляют жители Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Авторы обзора

выделяют основные факторы риска и особенности подросткового туберкулеза, указывают на сложности лечения. Выделяют анатомо-физиологические и поведенческие особенности подросткового возраста – гормональные изменения, психологические и социальные факторы, влияющие на выявление, течение и диагностику заболевания. Авторы отмечают, что среди подростков растет доля лиц с МЛУ-туберкулезом, в результате повышается необходимость использования в лечении препаратов II ряда.

К.И. Гайдомак и Е.В. Екимов (Омск) в обзорной статье «Особенности лечения и адаптации детей с аутистическими расстройствами на стоматологическом приеме» призывают к особому дифференцированному подходу врачей-стоматологов к детям с аутистическими расстройствами, поскольку эти состояния ведут к неудовлетворительной гигиене полости рта. Высокие показатели стоматологических заболеваний у таких пациентов требуют изыскание наиболее эффективных методов лечения и профилактики. Несмотря на то, что созданы различные эффективные программы для поэтапного введения детей в комфортную среду стоматологического приема, не все дети могут освоиться к проведению стоматологических манипуляций и стоматологу приходится прибегнуть к использованию седации или общей анестезии. Приводимые авторами исследования показывают, что проведение анестезии детям с аутизмом улучшают качество приема и снижают психоэмоциональную возбудимость, как следствие улучшают адаптацию пациентов и вероятность обострения заболевания становится меньше.

В разделе «Материалы философской ассамблеи 2022» Е.Н. Куц, Е.Ю. Куц и А.М. Порошина анализируют и актуализируют проблемы одиночества среди современной молодежи, и негативность влияния виртуальной реальности на общественный менталитет и повседневную жизнь. Авторами представлены способы преодоления одиночества на примере принятия активной социальной позиции. В работе А.А. Минеева (г. Омск) оценивается мнение, что произведение искусства способно осуществлять крушение привычного мироощущения потому, что в

нем сокрыта истина. Вовлекаясь в мир, создаваемый художественным творением, мы уже не можем вернуться к себе прежнему и должны предпринять все усилия для обретения себя другого, полагает автор. Л.А. Абдулхалыгова (г. Омск) в работе «Экзистенциальный опыт как основа человеческого бытия» отмечает, что середина XX столетия была временем наибольшего влияния мыслителей, относящихся к такому направлению в философии как экзистенциализм. Заслуга этих философов в том, что они обратили внимание на принципиально важные темы философии, которые в силу различных причин либо искажались, либо замалчивались. А.С. Шишканова (г. Омск) анализирует различия понятий «нравы» и «нравственность» у И. Канта. В работе «Иммануил Кант о воле, максиме и нравственности» автор оценивает позицию И. Канта о нравах человека, как о подверженных всяческой порче, а о нравственности, как о законе, который внутри нас, присутствие которого мы ощущаем в виде веления долга. В статье О.Р. Хараровой (г. Омск) «От картины мира – к миру цифровому» рассматривается проблема качественного изменения мировоззрения в современном мире. Показано, как исторически менялся смысл понимания картины мира и места человека в нём. В итоге автор демонстрирует, как происходит отказ от картинного понимания мира и переход к цифровому миру, что в корне меняет человека и его бытие в мире. Завершает настоящий выпуск поздравление с юбилейным днём рождения члена Редакционного совета нашего журнала, академика РАН профессора, Президента Российского научного медицинского общества терапевтов А.И. Мартынова.

С пожеланиями полезного чтения,
главный редактор, д.м.н., доцент
Николай Анатольевич Николаев

МЕДИЦИНА И ТРИНИТАРНЫЙ ПОДХОД

Н.А. Николаев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Николаев Николай Анатольевич, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12. niknik.67@mail.ru

Тринитарные представления, сформированные в начале XX века теологами и философами, впоследствии обрели научное обоснование. В настоящее время тринитарный подход и тринитарный анализ применяются в философии, политологии, лингвистике, логике, онтологии и других науках. Триангуляция, являясь смысловым синонимом тринитарности, может быть рассмотрена как применение тринитарной системы для решения теоретических или технических задач. Ключевые свойства тринитарных систем позволяют рассмотреть возможность их применения в медицине. В медицине ведение в бинарную модель в качестве третьего компонента контролируемой индивидуализации способно обеспечить управление эффективностью и качеством предоставляемой медицинской помощи. К ведущим факторам контролируемой индивидуализации в тринитарной модели следует отнести приверженность лечению, как пациента, так и поставщика медицинских услуг. Наибольшее значение управление лечением на основе приверженности приобретает в случаях, когда пациент является не только получателем медицинской помощи, но одновременно её полноправным регулятором и соучастником.

Ключевые слова: тринитарный подход, тринитарность, триангуляция, тринитарная медицина, контролируемая индивидуализация.

MEDICINE AND THE TRINITARY APPROACH

N.A. Nikolayev

Omsk State Medical University

Trinitarian ideas, formed at the beginning of the 20th century by theologians and philosophers, subsequently gained scientific justification. At present, the trinitarian approach and trinitarian analysis are used in philosophy, political science, linguistics, logic, ontology and other sciences. Triangulation, being a semantic synonym for trinity, can be considered as the application of the trinitarian system to solve theoretical or technical problems. The key properties of trinitarian systems make it possible to consider the possibility of their application in medicine. Introduction to the binary model of medical care as the third component of controlled individualization can provide management of the effectiveness and quality of medical care provided. The leading factors of controlled individualization in the trinitarian model include adherence to treatment, both by the patient and the healthcare provider. Treatment management based on adherence acquires

the greatest importance in cases where the patient is not only a recipient of medical care, but at the same time its full regulator and accomplice.

Key words: trinitarian approach, trinity, triangulation, trinitarian medicine, controlled individualization.

В формировании тринитарных представлений приоритет следует отдать российскому религиозному и политическому философу и социологу XIX-XX в. Н.А. Бердяеву, впервые сформулировавшему «тринитаризм» как понятие, в классическом (теологическом) звучании [1]. Его идеи в последствии были критически (но – также с теологических позиций) рассмотрены и развиты другим религиозным философом, богословом, православным священником и экономистом С.Н. Булгаковым [2]. Вполне естественно, что понятие «тринитарность» долгое время было отдано «на откуп» религиозным мыслителям и обсуждалось преимущественно в рамках схоластических прений вокруг догмата «о единосущем в трех ипостасях Боге» [3].

В 90-е годы XX в. интерес к тринитарности стал возникать у представителей уже не теологической, а классической науки, философии и культурологии. При этом научный подход в первую очередь касался анализа особенностей и сравнения бинарных и тринитарных моделей.

В 1990-1991 гг. советский и российский физик-механик академик РАН Б.В. Раушенбах в серии статей в журнале «Вопросы философии», предложил рассмотреть тринитарность с позиции формальной логики в рамках классических математических моделей, охарактеризовав ее как «простейшую совокупность, обладающую свойствами триединности, единосущности, неслиянности и нераздельности».

Для обоснования такого подхода, была предложена простая, но наглядная модель: введя в трехмерном пространстве ортогональную декартову

систему координат и обозначив оси этой системы как X, Y и Z, он выделил произвольный конечный вектор, идущий из начала координат, которому соответствуют три его составляющие, расположенные на введенных осях.

По мнению Б.В. Раушенбаха, в такой модели сам вектор, с одной стороны, и совокупность его трех составляющих, с другой, являются одним и тем же, таким образом, они обладают триединостью. Одновременно эта модель демонстрирует и единосущность компонентов, поскольку составляющие вектора, в свою очередь, сами являются векторами. Для того, чтобы подтвердить, что составляющие этой модели обладают свойством неслиянности, он предложил рассмотреть введенный вектор в качестве силы, способной смещать некоторую материальную точку, находящуюся в начале координат. Для смещения материальной точки в направлении оси X необходима составляющая на этой оси (направленная вдоль оси X), при этом две других составляющих, лежащих на осях Y и Z, не способны сместить точку вдоль оси X, поскольку они направлены перпендикулярно ей. То же самое можно сказать и о составляющих, направленных вдоль осей Y и Z – каждая способна «сдвинуть» материальную точку только вдоль «своего» направления. Таким образом, три составляющих вектора принципиально не способны заменять друг друга, что подтверждает свойство неслиянности (как следствие ортогональной системы координат). При этом, поскольку составляющие вектора связаны с ним абсолютно (так как являются его проекциями на оси), они также связаны и друг с другом, что определяет еще одно свойство тринитарной системы – нераздельность [4]. Таким образом, предложенная Б.В.

Раушенбахом модель продемонстрировала логически безупречный пример объекта, обладающего совокупностью базовых тринитарных свойств (триединости, единосущности, неслиянности и нераздельности).

Указанную работу следует рассматривать в качестве определяющей, поскольку она, продемонстрировав возможность и механизм трансляции понятия «тринитарность» из сугубо религиозной области в научную, показала, что может быть использована как ключ к дальнейшему рассмотрению тринитарных систем в различных сферах фундаментальной и прикладной науки.

Это важно еще и потому, что в естественных науках системный подход в большинстве случаев пока базируется на бинарных, а не на тринитарных моделях, поскольку основное дихтомической противоречие бинарной модели традиционно рассматривается и как источник стабильности, и как источник развития такой системы. При этом, по мнению Ю.Г. Нигматуллиной, представление о продуктивности тринитарного мышления не должно означать отрицания роли бинарных систем и в научно-технической, и в социокультурной областях. Принцип бинарности, как парного взаимодействия противоположных элементов, предполагает возможность существования разного типа связей между такими элементами, включая наиболее жёсткий вариант логико-семантической или логико-аксиологической оппозиции, основанный на дихотомии (да – нет, или – или и др). Однако следует учитывать, что в подобного рода бинарных структурах один из её элементов часто преобладает, искажая систему, что обосновывает критическое отношение к таким структурам сторонников тринитарного мышления [5].

В создании современного тринитарного подхода ведущая роль в России принадлежит Р.Г. Баранцеву,

выдвинувшему и обосновавшему необходимость создания открытой методологии, базирующейся на принципах нелинейность-когерентность-открытость, и сформировавшему представление о системной триаде – как простейшей структурной ячейке естественного синтеза в различных отраслях науки [6]. Опираясь на данные, представленные С.А. Куджем и С.Я. Цветковым [7], можно отметить, что в настоящее время тринитарный подход и тринитарный анализ как метод познания востребованы в различных научных направлениях – философии, политологии, лингвистике, логике, управлении (включая управление сложностью), педагогике, онтологии (изучение познавательных аспектов тринитарных систем). Триангуляция, исходно являясь смысловым синонимом тринитарности, в прикладных вопросах развивает тринитарный подход и может быть рассмотрена как инструмент тринитарной системы, используемый для решения теоретических или технических задач. Триангуляционный подход сегодня применяется в математике, науках о Земле, информационной безопасности, искусственном интеллекте и многих других областях знания.

Всё более широкое распространение получает тринитарный системный анализ, реализующийся в двух направлениях – для фрагментации сложных систем на совокупности простых тринитарных модулей, и, альтернативно – для формирования сложных систем из компонентов простых тринитарных систем. При этом в общем случае тринитарную систему можно рассматривать как информационную конструкцию, приобретающую различный смысл и содержание в зависимости от связей между вершинами тринитарного комплекса [8]. Топологическую модель тринитарной системы легко представить в виде мультиграфа, в котором две вершины

могут быть соединены более чем одним ребром, что существенно отличает эту систему от обычного треугольника и обычного графа, представляющих лишь её частные случаи [9, 10].

Простейшая тринитарная система чаще всего представляет собой три сущности (категории, фактора), между которыми возникают взаимности (отношения, связи, процессы, потоки, взаимодействия, соответствия). Устанавливая отношения между объектами, не зависящие от внутренней структуры таких объектов, тринитарная система тем самым отвечает требованиям модели, установленной теорией категорий, а значит, может служить средством категориального анализа. Поскольку параметры тринитарной системы могут принадлежать как к одной, так и к разным категориям, это дает основание формировать различные типы тринитарных систем по категориальным признакам [11].

Если рассматривать тринитарную систему как отражение потоков взаимодействий, может быть выделено еще одно качество модели – цикличность, поэтому в топологии и системах управления тринитарную систему часто применяют для отображения цикла. Причем возникающая в таких тринитарных моделях обратная связь может быть, как «положительной», так и «отрицательной», приводя либо к усилению потока, либо к ослаблению его, что обеспечивает возможность деградации или развития системы. Кроме того, обратная связь, создавая возможность бифуркации, способна приводить к синергетическому эффекту [7].

В социальных науках тринитарная система часто применяется в исследованиях, когда два или более метода используют для проверки результатов одного и того же исследования. Она востребована как в валидизированных количественных, так

и в качественных исследованиях [12]. Концепция триангуляции, как тринитарной системы, соответствует методам установления доказательности и статистической значимости при качественных рассуждениях, и применяется для повышения надежности и достоверности результатов [13].

В 2006 г. американский социолог Norman K. Denzin выделил и опубликовал четыре основных типа триангуляционных (тринитарных) систем: триангуляция данных (время, пространство, человек); триангуляция следования (возможные или существующие направления исследований); триангуляция теорий (использование более чем одной теоретической схемы в интерпретации явления); триангуляция методологии (использование более одного метода сбора данных или анализа, таких, как интервью, наблюдения, вопросники и документы) [14]. Отметим, что созданный нами и достаточно широко применяемый в настоящее время опросник приверженности лечению КОП-25 [15], разрабатывался в циркулярном исследовании, базирующемся, в том числе, на триангуляционной методологии.

Опираясь на сформированную к настоящему времени методологию тринитарности, в настоящее время можно выделить ключевые свойства, характерные для большинства систем, являющихся предпочтительными с точки зрения тринитарного подхода:

- системы, представляющие собой динамически (в том числе прогрессивно) развивающиеся процессы, в которых компоненты таких систем находятся в постоянном взаимодействии, при этом результат их взаимодействия не зависит от внутренней структуры включенных в эти системы компонентов, но зависит от процесса их взаимодействия;
- системы, в процессе существования которых непрерывно формируется

результат, параметры которого постоянно изменяются под влиянием взаимодействия компонентов триады в каждый момент существования системы, при этом полученный результат может быть оценен (и измерен) в любой произвольной точке времени своего существования;

- системы, в которых синергичный эффект при взаимодействии компонентов системы, может быть увеличен при воздействии на каждый компонент такой системы в отдельности, в том числе если такое воздействие осуществляется смежными компонентами системы.

Опираясь на перечисленные свойства, не сложно прийти к заключению, что они могут быть успешно транслированы на многие процессы, существующие в медицине, в первую очередь – при оказании медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями.

В этом случае сложившаяся классическая бинарная модель взаимодействий «поставщик / получатель медицинской помощи» может быть дополнена третьим звеном – «контролируемая индивидуализация», являющаяся тем компонентом, теперь уже не диады, а триады, который, формируя прямые и обратные связи, обеспечивает управление эффективностью и управление качеством предоставляемой медицинской помощи, и тогда, характеризуя специфику медицинской помощи, основанной на таком подходе, можно описать новый термин – «тринитарная медицина».

В медицине к ведущим факторам контролируемой индивидуализации в тринитарной модели следует отнести приверженность лечению, причем как пациента, так и поставщика медицинских услуг. Наибольшее значение управление лечением на основе приверженности приобретает в случаях, когда компонентом контролируемой индивидуализации выступает личность пациента, но не только в качестве

получателя медицинской помощи, а как её одновременного полноправного регулятора и соучастника. В первую очередь это касается тех состояний и заболеваний, когда пациент, основываясь на предложенных врачом моделях действий, самостоятельно регулирует особенности приема лекарственных препаратов, лабораторного контроля своего состояния, обследований, медицинских визитов и т.д. В этом случае тринитарная модель выводит на принципиально новый уровень реализации и значительно расширяет смысловое содержание обсуждаемого, но до сих пор почти не применяемого в России понятия «ответственное самолечение» [16].

При этом на пути тринитарной медицины существуют и очевидные препятствия, важнейшим из которых является необходимость смены традиционной профессиональной медицинской парадигмы в отношении лечения: от приоритизации значения стандарта – к приоритизации значения индивидуальных особенностей пациента, и прежде всего от приоритизации адаптации пациента к необходимой терапии, к приоритизации приспособления терапии к индивидуальным особенностям пациента. Указанный переход неминуемо повлечет за собой необходимость реформирования систем медицинской стандартизации (прежде всего – на уровне протоколов лечения и клинических рекомендаций) контроля качества медицинской помощи и многих других областей медицинской науки и практики. Но если в качестве приоритета ставить возможность улучшения показателей качественной жизни пациента, то силами профессионального медицинского сообщества, общества и государства такие препятствия могут быть успешно преодолены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердяев Н.А. Истина православия // Вестник Русского западно-европейского Патриаршего экзархата, 1952. №11. С. 4–11.
2. Булгаков С.Н. Труды о Троичности. М.: О.Г.И., 2001, 330 с. ISBN 5-94282-005-8
3. Опрятная О.Н. Противоречия современной практики социального управления и тринитарный подход к их интерпретации // Образование и общество, 2004. №2(25). С. 69–74.
4. Раушенбах Б.В. О логике триединности // Вопросы философии, 1990. №11. С. 166–169.
5. Нигматуллина Ю.Г. «Срединная культура»: диалог бинарного и тринитарного мышления // Ученые записки Казанского университета. Серия гуманитарные науки, 2017. Т.159. Кн.1. С. 26–42.
6. Опрятная О.Н. Тринитарный подход как методологическое основание управления сложностью // Социология: методология, методы, математическое моделирование, 2005. Т.10. №21. С. 29–50.
7. Кудж С.А., Цветков В.Я. Тринитарные системы. Российский технологический журнал, 2019. Т.7(6) С. 151–167. <https://doi.org/10.32362/2500-316X-2019-7-6-151-167>.
8. Цветков В.Я. Тринитарные системы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2016. №11(3). С. 556–556. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10539> (дата обращения: 12.11.2022).
9. Vizing VG, Toft B. The coloring of incidentors and vertices of an undirected multigraph // Discretn. Anal. Issled. Oper., 2001. Ser.1. №8(3). P. 3–14.
10. Kuznetsov A.M. Network multigraph mathematical model and class hierarchy // J. Scientific Research Publications, 2013. №1. P. 87–93.
11. Маклейн С. Категории для работающего математика. М.: Физматлит, 2004. 351 с. ISBN 5-9221-0400-4.
12. Rothbauer P.M. Triangulation. In: Given L.M. (Ed.) The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods // Sage Publications, 2008. P. 892–894. <http://dx.doi.org/10.4135/9781412963909.n468>.
13. Кудж С.А., Цветков В.Я. Качественные рассуждения: Монография. М.: МАКС Пресс, 2017. 112 с. ISBN 978-5-317-05681-0.
14. Denzin N.K. Sociological Methods: A Sourcebook. (5th Edn). Aldine Transaction, 2006. 600 p. ISBN 978-0-202-30840-1
15. Николаев Н.А., Скирденко Ю.П. Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) // Клиническая фармакология и терапия, 2018. №27(1). С. 74–78.
16. Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Концевая А.В., Драпкина О.М. Ответственное самолечение – основополагающие принципы и место в современной системе здравоохранения // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2018. №14(1). С. 101–110

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС У ПАЦИЕНТА С КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мартirosян К.А., Друк И.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Мартirosян Кристина Андраниковна, студентка 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12. christinamarrrrr@gmail.com.

Спонтанный пневмоторакс (ПТ) - редкое осложнение коронавирусной пневмонии. В недавних публикациях предполагалось, что возникновение и пневмоторакса на фоне коронавирусной пневмонии связано с частым использованием инвазивной вентиляции легких (ИВЛ) и неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ). В это же время растет количество сообщений о развитии этого патологического состояния у пациентов при отсутствии респираторной поддержки.

Цель клинического наблюдения - изучить потенциальные предрасполагающие к развитию ПТ факторы, а также определить связь с изменением лабораторных данных и клинических проявлений.

Материалы и методы. Проанализирован один случай развития спонтанного пневмоторакса у пациента на фоне коронавирусной пневмонии, не находившегося на ИВЛ. Проведен анализ клинических, лабораторных и рентгенологических данных.

Результаты. Появление ПТ у пациента сопровождалось усугублением симптомов дыхательной недостаточности и ухудшением общего состояния, также выявлена взаимосвязь между возникновением данного осложнения с пиком ЛДГ.

Заключение. Главной причиной спонтанных пневмомедиастинума и пневмоторакса, вероятно, является тяжелое альвеолярное повреждение. Необходимы дальнейшие исследования потенциальных маркеров развития ПТ при коронавирусной пневмонии, а также определение механизмов развития данного осложнения.

Ключевые слова: коронавирусная пневмония, коронавирусная инфекция, COVID-19; ОРДС; спонтанный пневмоторакс, ЛДГ.

CLINICAL CASE OF SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX IN A PATIENT WITH CORONAVIRUS PNEUMONIA

Martirosyan K.A., Druk I.V.

Omsk State Medical University

Spontaneous pneumothorax (PT) is a rare complication of coronavirus pneumonia. Recent publications suggested that the occurrence and pneumothorax in coronavirus pneumonia is associated with the frequent use of invasive ventilation (IVV) and noninvasive ventilation

(NIVV). At the same time, there are an increasing number of reports on the development of this pathological condition in patients in the absence of respiratory support.

The purpose of clinical observation was to study potential predisposing factors to PT, as well as to determine the association with changes in laboratory data and clinical manifestations. Materials and methods. We analyzed one case of spontaneous pneumothorax in a patient against the background of coronavirus pneumonia, who was not on artificial ventilation. Clinical, laboratory and radiological data were analyzed.

Results. PT appearance in a patient was accompanied by the worsening of respiratory failure symptoms and general state deterioration; also we revealed the interrelation between the development of this complication and LDH peak.

Conclusion. The main cause of spontaneous pneumomediastinum and pneumothorax is probably severe alveolar damage. Further studies of potential markers of PT development in coronavirus pneumonia, as well as determination of mechanisms of this complication development are necessary

Key words: coronavirus pneumonia, coronavirus infection, COVID-19; ARDS; spontaneous pneumothorax, LDH

Введение

Существует множество осложнений пневмонии, ассоциированной с SARS-CoV-2, включающих острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) - серьезное, а иногда и смертельное осложнение, наблюдаемое у 41% госпитализированных пациентов. Острая почечная недостаточность, кардиомиопатия и тромбоэмболические явления также наблюдались у пациентов с коронавирусной инфекцией в разной степени тяжести [6]. Пневмоторакс (ПТ) является известным осложнением искусственной вентиляции легких и проявлением баротравмы. Баротравма легких – это разрыв тканей легких или бронхов в ходе ИВЛ с последующим поступлением альвеолярного газа в ткань легкого, средостения, подкожную клетчатку груди с развитием пневмоторакса, пневмомедиастинума, интерстициальной эмфиземы, пневмоперикарда, пневмоперитонеума. Наиболее часто при ИВЛ баротравма происходит в зонах, где альвеолы прилежат к бронхосудистому ложу. Факторы риска баротравмы легких включают курение, уже существующие заболевания паренхимы легких и дыхательных путей, по некоторым данным, мужской пол [3, 10, 14]. Сообщается о баротравме легких среди

пациентов с COVID-19, которым требовалась инвазивная ИВЛ, неинвазивная вентиляция с положительным давлением (НИВЛ) и другие формы респираторной поддержки, начиная от дополнительной оксигенации через носовую канюлю, и заканчивая высокопоточной назальной оксигенацией. Баротравма, связанная с COVID-19, коррелирует с:

- более тяжелым течением заболевания,
- длительной госпитализацией,
- более длительным пребыванием в отделении интенсивной терапии
- более высокой смертностью

По данным McGuinness G. С соавт. (2020), баротравма, являясь независимым фактором риска, повышает вероятность смерти при COVID-19 в 2 раза (OR=2,2, p=0,03) [11].

Все большее число исследований сообщают об увеличении частоты спонтанной «баротравмы» легких, такой как пневмоторакс, пневмомедиастинум и подкожная эмфизема у пациентов с COVID-19. Накопленные данные

(клинические случаи, серии наблюдений) свидетельствуют о том, что ПТ и ПМ могут возникать при пневмонии COVID-19, даже при

отсутствии баротравмы, связанной с искусственной вентиляцией легких [10, 14].

Спонтанный пневмоторакс (СП) – состояние, характеризующееся скоплением воздуха в плевральной полости при возникновении ее патологического сообщения с воздухоносными путями и не связанное с травмой или лечебными манипуляциями [1].

Чаще всего пациенты жалуются на одышку, кашель и/или боль в груди или шее. Физические признаки могут включать тахикардию, тахипноэ, гипотензию и подкожную эмфизему. ПТ может обнаруживаться на обычной рентгенограмме органов грудной клетки; однако, если объем воздуха незначительный, его можно диагностировать только с помощью компьютерной томографии (КТ) грудной клетки [10].

Спонтанный ПТ, не связанный с инвазивной вентиляцией легких, является недавно описанным

осложнением коронавирусной пневмонии, также данное осложнение характерно для ОРДС, других вирусных инфекций, в частности для гриппа и пневмонии, вызванной атипичными возбудителями [6].

Пневмоторакс - состояние, являющееся показанием для выполнения дренирования плевральной полости или проведения видеотораскопического вмешательства [2]. Следует отметить, что в некоторых случаях спонтанный ПТ может привести к ухудшению течения заболевания, а в ряде случаев к летальному исходу [9, 10]. Спонтанный пневмоторакс/пневмомедиастинум у пациентов с инфекцией SARS-CoV-2 увеличивает вероятность смерти почти в четыре раза у пациентов того же возраста, пола, статуса курения и инфекции: OR = 3,758, 95% ДИ (1,443–9,792) Каждый дополнительный год возраста увеличивал риск смертности на 9,4%: OR = 1,09, 95% ДИ (1,054–1,135) [7].



Рисунок 1. МСКТ органов грудной клетки – признаки двусторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии (объем поражения 20%, КТ-1).

Клинический случай.

Пациент (мужчина) 55 лет поступил в стационар с жалобами на сухой кашель, нарушения обоняния и вкуса, одышку при нагрузке, ощущение тяжести в грудной клетке, слабость, боли в мышцах и повышение температуры тела до 38°С. Больной обратился за медицинской помощью на 5 сутки после появления симптомов ОРЗ в связи с неэффективностью самостоятельного лечения и появлением одышки. При поступлении по данным МСКТ легких – признаки двусторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии с объемом изменений в пределах 20%, КТ-1 (рис.1). Коронавирусная инфекция была подтверждена результатами ПЦР. При поступлении состояние было расценено как средне-тяжелое.

Рост пациента - 173 см, масса тела - 101 кг, ИМТ - 33,7 кг/м². Температура тела - 37°С, частота дыхательных движений (ЧДД) - 23 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст., пульс - 72 уд/мин, SpO₂ - 94%. В нижних отделах легких выслушивались крепитирующие хрипы, баллы по шкале NEWS - 4. Имевшаяся сопутствующая

патология включала ИБС, постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда 2001, 2016 гг.), артериальную гипертензию, ХСН IIa, ФК II, атеросклероз, антифосфолипидный синдром, подтвержденный волчаночным антикоагулянтом, ожирение I степени. Пациент не имел хронических заболеваний бронхолегочной системы, никогда не курил. Анализы при поступлении: Д-димер 37,6 нг/мл, лактат 2,49 ммоль/л, СРБ 20 мг/л; в общем анализе крови снижение лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов (2,76x10⁹/л (5,00-10,5 x10⁹/л); 1,63 x10⁹/л (2,0-7,5 x10⁹/л), 0,81 x10⁹/л (1,3-4,0 x10⁹/л), соответственно). Начальная терапия включала фавипиравир, парацетамол, витамин С, фраксипарин, дексаметазон, гипотензивные и гиполипидемические средства (периндоприл, бисопролол, розувастатин, фенофибрат), УДХК, омепразол, спиронолактон, эластичное бинтование ног, инсуффляцию кислорода. Рекомендованную проницаемость пациент соблюдал неохотно.

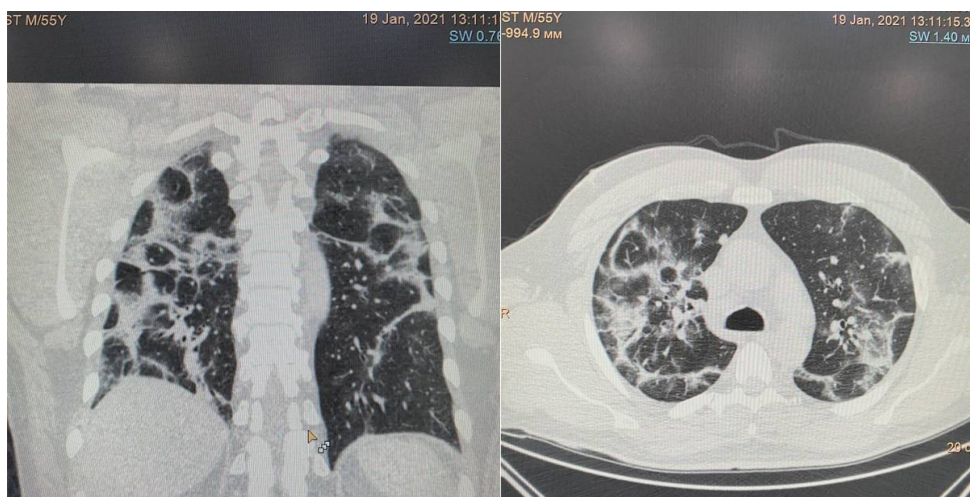


Рисунок 2. МСКТ органов грудной клетки – признаки двусторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии (объем поражения 40%, КТ-2)

На 4-е сутки госпитализации выявлено ухудшение клинического статуса (снижение SpO₂ до 93%, температура тела более 38 °С), отрицательная динамика по МСКТ (объем поражения 28%, КТ-2, в связи с чем к лечению добавлен олокизумаб однократно, без отчетливого клинического эффекта. На 7-е сутки госпитализации МСКТ выявила дальнейшее прогрессирование поражения легких (объем поражения 40%, КТ-2 (рис.2) на фоне сохранения умеренно выраженного кашля (со скудной мокротой), нарастания дыхательной недостаточности (SpO₂ 85-88% без инсуффляции кислорода). Больной переведен в отделение анестезиологии и реанимации, где

находился в течение 3 суток, лечение включало преднизолон 480 мг/сут (начальная доза), противокашлевый препарат центрального действия (бутамират), проведен плазмоферез (аппарат Fenwal; инфузия плазмы - 2440 мл, эксфузия плазмы - 1430 мл) с введением антиковидной плазмы (270 мл).

В связи со стабилизацией состояния на 3-е сутки проводимой терапии пациент переведен в отделение для лечения пациентов с COVID-19, не нуждающихся в проведении ИВЛ. Следует отметить, что кашель был купирован, сохранялись жалобы на одышку, общую слабость.

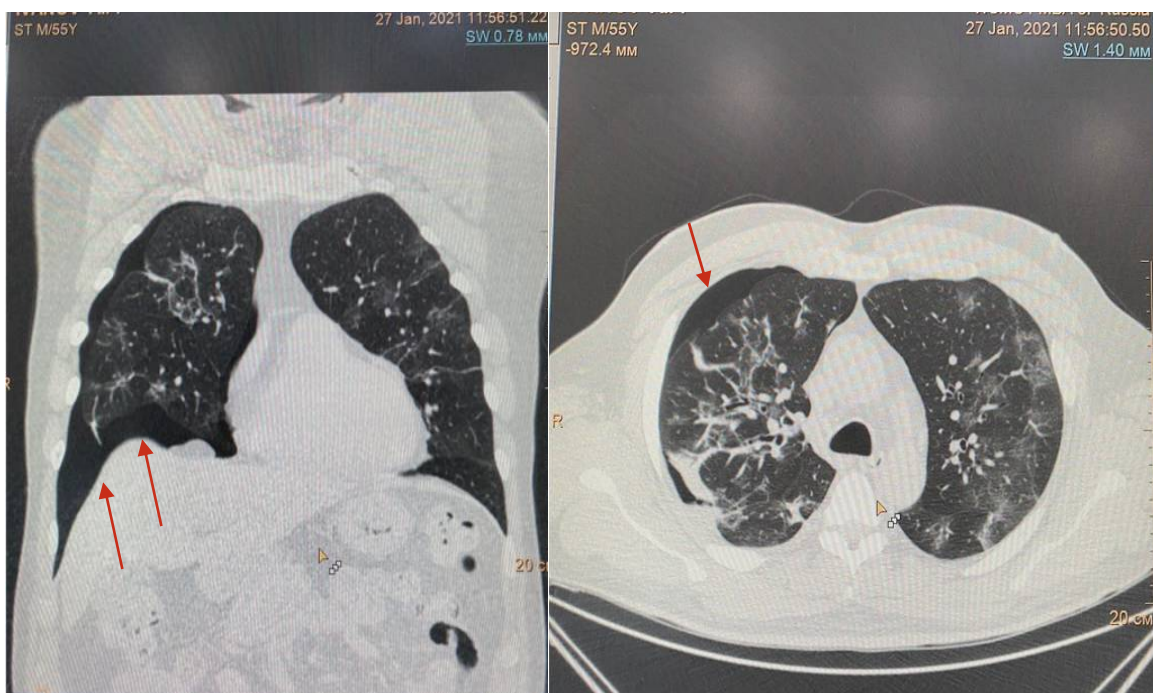


Рисунок 3. МСКТ органов грудной клетки – признаки двусторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии (объем поражения 30%, КТ-2). Средний правосторонний пневмоторакс (красные стрелки).

Рисунок 4. Динамика уровня лактатдегидрогеназы, ед/л

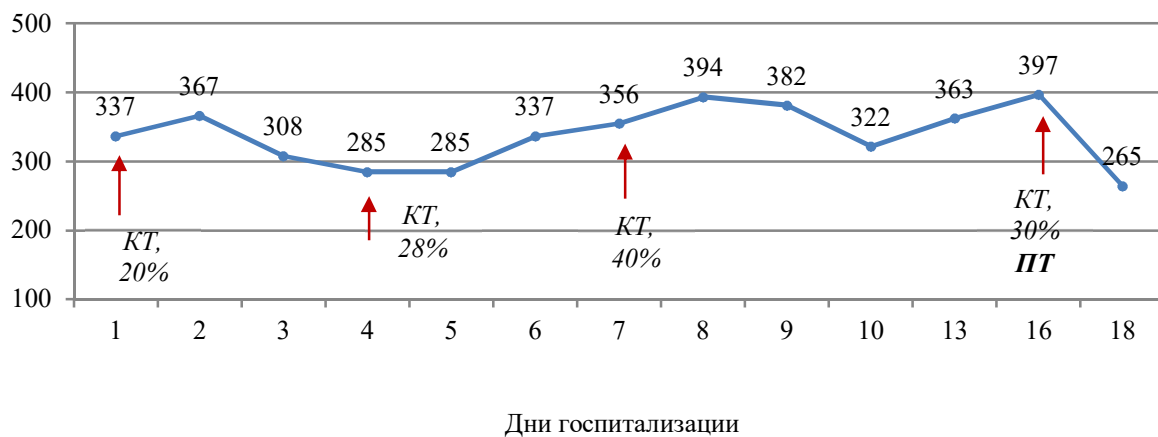
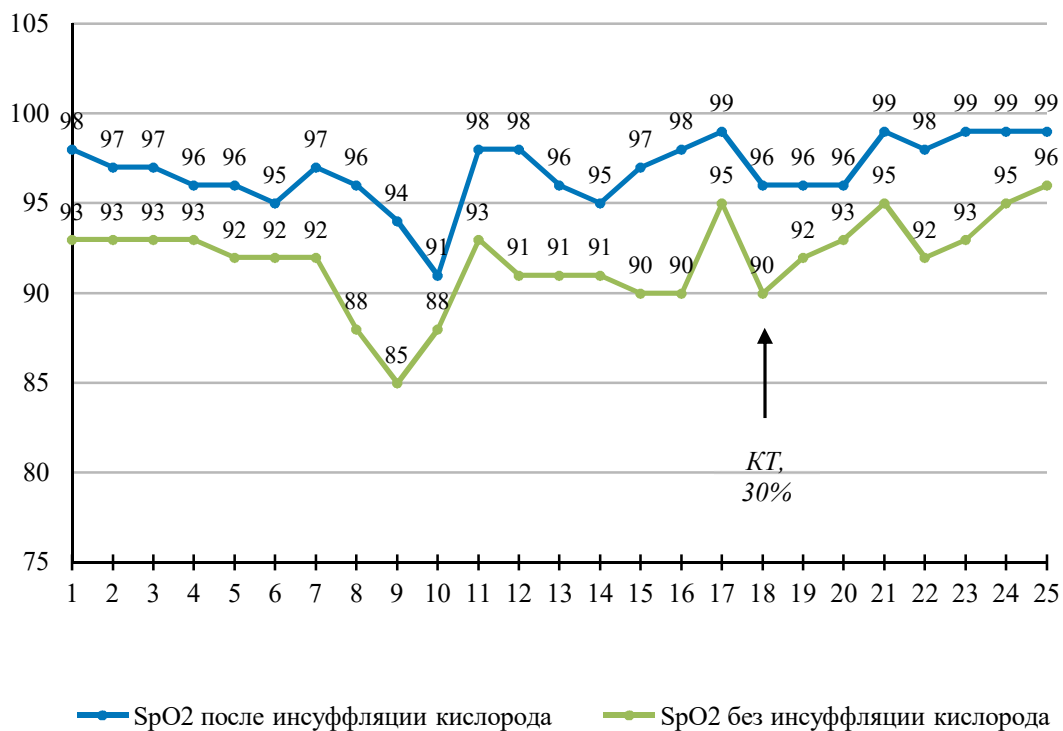


Рисунок 5. Динамика показателей SpO₂, %



На 16 сутки госпитализации пациент начал жаловаться на резкое усиление одышки даже в покое, невозможность находиться в прон-позиции. МСКТ органов грудной клетки обнаружила уменьшение объема поражения легких до 30%, также был впервые выявлен спонтанный средний правосторонний пневмоторакс (рис. 3). Появлению данного осложнения не предшествовали какие-либо инвазивные манипуляции в области дыхательных путей, пищевода, пациент не находился ИВЛ. Однако возникновение ПТ коррелирует усугублением дыхательной недостаточности, снижением SpO₂ (рис. 4) с пиком ЛДГ (до 397 ед/л), уровень

которого прогрессивно возрастал на протяжении всего лечения (рис. 5). Проведено дренирование плевральной полости справа по Бюлау. В результате отмечена отчетливая положительная динамика в виде устранения одышки, повышения SpO₂. Через 3-е суток при контрольной рентгенографии органов грудной клетки выявлен верхушечный пневмоторакс справа (рис. 6), проведена пункция плевральной полости, дренирование продолжено. На фоне устойчивой положительной динамики в дальнейшем, на 23-е сутки терапии пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

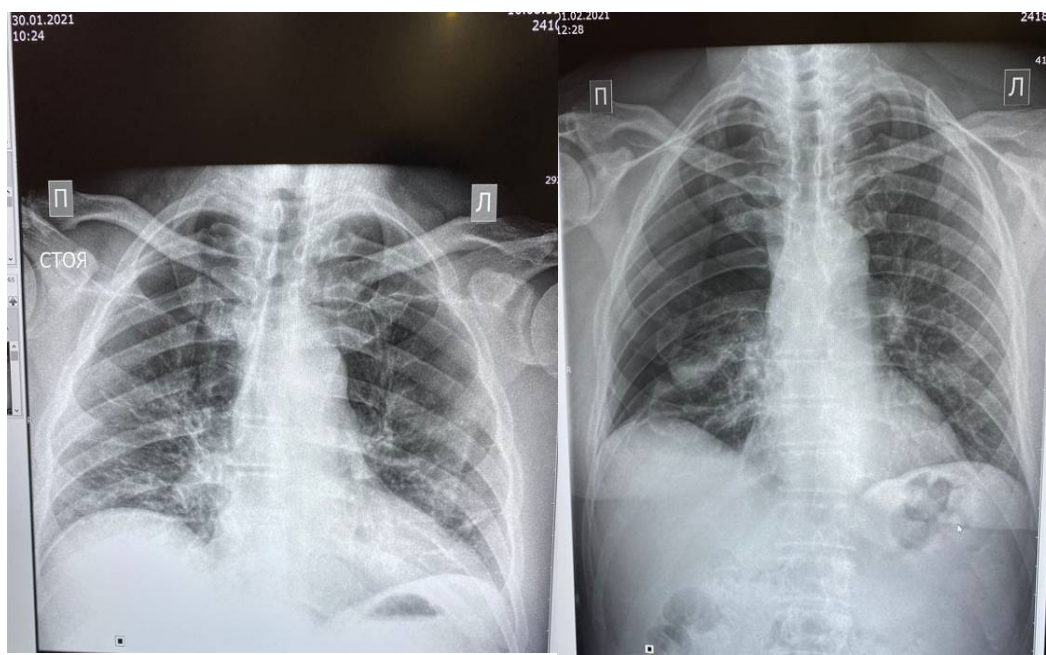


Рисунок 6. Рентгенограмма органов грудной клетки – признаки двусторонней полисегментарной интерстициальной пневмонии (объем поражения 30%, КТ-2). Верхушечный правосторонний пневмоторакс

Обсуждение.

Точный патогенез ПТ у невентилируемых пациентов остается неизвестным, предполагается, что в его развитии имеет место эффект Маклина: вследствие тяжелого течения вирусной пневмонии и тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) происходит диффузное воспалительное повреждение альвеол, в сочетании с повышением внутриальвеолярного давления (из-за интенсивного кашля) приводит к образованию и последующему разрыву булл легких и распространению воздуха через бронховаскулярные оболочки в средостение [5, 8, 10, 12, 13].

Факторы риска, предрасполагающие к развитию ПТ, представленные в литературе, требуют уточнения и включают хронические заболевания легких в анамнезе, выраженные кашель или рвоту, провоцирующие повышение внутриальвеолярного давления, и разрыв альвеол, применение глюкокортикостероидов, повреждение легочного интерстиция, ожирение, инвазивные процедуры на органах грудной клетки [10, 13].

В приведенном клиническом случае пневмоторакс развился на фоне оксигенотерапии через носовые канюли. До появления ПТ у пациента не было инвазивных процедур на органах дыхательной системы и пищеводе, выраженного кашля и других предрасполагающих факторов, провоцирующих повышение внутригрудного давления, в том числе ИВЛ. Медикаментозная терапия, которую получал больной на протяжении всего лечения, не отличалась от применяемой терапии у других пациентов отделения.

На данный момент нет достоверных данных о корреляции определенных лабораторных показателей с частотой развития ПТ. Стоит отметить, что существуют сообщения в отношении уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ) - маркера повреждения тканей и разрушения клеток, максимальное значение которого сопровождало возникновение спонтанного пневмоторакса/пневмомедиастинума, у пациентов с низким уровнем ЛДГ данное осложнение отсутствовало [4, 6]. Появление ПТ у данного пациента сопровождалось усугублением симптомов дыхательной недостаточности, снижением SpO₂, ухудшением общего состояния, повышением уровня ЛДГ. Тем не менее, маркеры и механизмы развития ПТ требуют дальнейшего уточнения.

Заключение.

Спонтанный пневмоторакс - редкое, но серьезное осложнение коронавирусной пневмонии, которое может послужить фактором неблагоприятного прогноза и предиктором тяжелого течения заболевания. Причиной спонтанного пневмоторакса, вероятно, является тяжелое альвеолярное повреждение вследствие ТОРС, что само по себе ассоциируется с высокой летальностью. Проанализированный клинический случай доказывает возможность возникновения ПТ при коронавирусной пневмонии у пациента, не получающего инвазивную респираторную поддержку. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения факторов риска и лабораторных данных, являющимися маркерами, определяющими развитие ПТ при пневмонии COVID-19, а также определения механизмов развития данного осложнения

ЛИТЕРАТУРА

1. Vershinina M.V., Grinberg L.M., Nechaeva G.I., Govorova S.E., Gershevich V.M., Neretin A.V., Filatova A.S. Spontaneous pneumothorax and connective tissue dysplasia: phenotypic features of patients. *Pul'monologiya*. 2011;(6):43-47. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2011-0-6-43-47> //Вершинина М.В., Гринберг Л.М., Нечаева Г.И., Говорова С.Е., Гершевич В.М., Неретин А.В., Филатова А.С. Спонтанный пневмоторакс и дисплазия соединительной ткани: фенотипические особенности пациентов. *Пульмонология*. 2011;(6):43-47. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2011-0-6-43-47>
2. Hadzhibaev A. M., SHukurov B. I., Rahmanov R. O., SHaumarov Z. F., Isakov SH. SH. Modern approaches to the treatment of spontaneous pneumothorax. *Vestnik ekstretnoj mediciny*. 2011;(1)13-16 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-lecheniyu-spontannogo-pnevmotoraksa> (date of the application: 17.03.2022). // Хаджибаев А. М., Шукуров Б. И., Рахманов Р. О., Шаумаров З. Ф., Исаков Ш. Ш. Современные подходы к лечению спонтанного пневмоторакса. *Вестник экстренной медицины*. 2011;(1)13-16 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-lecheniyu-spontannogo-pnevmotoraksa> (дата обращения: 17.03.2022).
3. Saceres M, Ali SZ, Braud R, Weiman D, Garrett HE Jr. Spontaneous pneumomediastinum: a comparative study and review of the literature. *Ann Thorac Surg*. 2008 Sep;86(3):962-6. doi: 10.1016/j.athoracsur.2008.04.067. PMID: 18721592.
4. Chu C. M., Leung Y. Y., Hui J. Y. et al. Spontaneous pneumomediastinum in patients with severe acute respiratory syndrome // *Eur. Respir. J.* – 2004. – Vol. 23, No 6. – P. 802–804. doi: 10.1183/09031936.04.0009640.
5. Connors JM, Levy JH. COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. *Blood*. 2020 Jun 4;135(23):2033-2040. doi: 10.1182/blood.2020006000. PMID: 32339221; PMCID: PMC7273827.
6. Hazariwala V, Hadid H, Kirsch D, Big C. Spontaneous pneumomediastinum, pneumopericardium, pneumothorax and subcutaneous emphysema in patients with COVID-19 pneumonia, a case report. *J Cardiothorac Surg*. 2020 Oct 7;15(1):301. doi: 10.1186/s13019-020-01308-7. PMID: 33028398; PMCID: PMC7538537
7. Kahn MR, Watson RL, Thetford JT, Wong JI, Kamangar N. High Incidence of Barotrauma in Patients With Severe Coronavirus Disease 2019. *J Intensive Care Med*. 2021 Jun;36(6):646-654. doi: 10.1177/0885066621989959. Epub 2021 Mar 15. PMID: 33722090; PMCID: PMC7967021.
8. Kong M, Yang H, Li X, Shen J, Xu X, Lv D. Evolution of chest CT manifestations of COVID-19: a longitudinal study. *J Thorac Dis*. 2020;12(9):4892-4907. doi:10.21037/jtd-20-1363
9. Martinelli AW, Ingle T, Newman J, et al. COVID-19 and pneumothorax: a multicentre retrospective case series. *Eur Respir J*. 2020 Nov 19;56(5):2002697. doi: 10.1183/13993003.02697-2020. PMID: 32907891; PMCID: PMC7487269.
10. Marza AM, Petrica A, Lungeanu D, Sutoi D, Mocanu A, Petrache I, Mederle OA. Risk Factors, Characteristics, and Outcome in Non-Ventilated Patients with Spontaneous Pneumothorax or Pneumomediastinum Associated with SARS-CoV-2 Infection. *Int J Gen Med*. 2022;15:489-500 <https://doi.org/10.2147/IJGM.S347178>
11. McGuinness G, Zhan C, Rosenberg N, Azour L, Wickstrom M, Mason DM, Thomas KM, Moore WH. Increased Incidence of Barotrauma in Patients with COVID-19 on Invasive Mechanical Ventilation. *Radiology*. 2020 Nov;297(2):E252-E262. doi: 10.1148/radiol.2020202352. Epub 2020 Jul 2. PMID: 32614258; PMCID: PMC7336751.
12. Palumbo D, Zangrillo A, Belletti A, Guazzarotti G, Calvi MR, Guzzo F, Pennella R, Monti G, Gritti C, Marmiere M, Rocchi M, Colombo S, Valsecchi D, Scandroglio AM, Dagna L, Rovere-Querini P, Tresoldi M, Landoni G, De Cobelli F; COVID-BioB Study Group. A radiological predictor for pneumomediastinum/pneumothorax in COVID-19 ARDS patients. *J Crit Care*. 2021 Dec;66:14-19. doi: 10.1016/j.jcrc.2021.07.022. Epub 2021 Aug 12. PMID: 34392131; PMCID: PMC8357628.
13. Sun R, Liu H, Wang X. Mediastinal Emphysema, Giant Bulla, and Pneumothorax Developed during the Course of COVID-19 Pneumonia. *Korean J Radiol*. 2020 May;21(5):541-544. doi: 10.3348/kjr.2020.0180. Epub 2020 Mar 20. PMID: 32207255; PMCID: PMC7183834.
14. Shrestha DB, Sedhai YR, Budhathoki P, et al. Pulmonary barotrauma in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;73:103221. doi:10.1016/j.amsu.2021.103221

КЛЕТОЧНО-МЕЖКЛЕТОЧНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В АДЕНОКАРЦИНОМЕ ТОНКОЙ КИШКИ С НЕЙРОЭНДОКРИННЫМ КОМПОНЕНТОМ

С.С. Тодоров (мл.), С.С. Тодоров

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Тодоров Сергей Сергеевич, д.м.н., заведующий кафедрой патологической анатомии, руководитель морфологического отдела клиники ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, кафедра патологической анатомии, todorov_1970@mail.ru

Неоплазии тонкого кишечника встречаются крайне редко. Морфоиммуногистохимическое исследование опухоли выявило тубулярную аденокарциному с нейроэндокринным компонентом (хромогранин А+, NSE+, альциан+) с инвазией в субсерозную основу. Прижизненная патологоанатомическая диагностика опухоли кишечника должна включать морфологическое, гистохимическое, иммуногистохимическое исследования с выявлением нейроэндокринных клеток опухоли и оценки злокачественного потенциала.

Ключевые слова: тонкий кишечник, карцинома с нейроэндокринным компонентом, гистохимия, иммуногистохимия.

CELL-INTERCELL INTERACTIONS IN ADENOCARCINOMA OF THE SMALL INTESTINE WITH NEUROENDOCRINE COMPONENT

S.S. Todorov (jr.), S.S. Todorov

Rostov State Medical University

Neoplasia of the small intestine is extremely rare. Morphoimmunohistochemical examination of the tumor revealed tubular adenocarcinoma with a neuroendocrine component (chromogranin A+, NSE+, alcian+) with invasion into the subserous base. In vivo pathoanatomical diagnosis of an intestinal tumor should include morphological, histochemical, immunohistochemical studies with the detection of tumor neuroendocrine cells and assessment of malignant potential.

Key words: small intestine, carcinoma with neuroendocrine component, histochemistry, immunohistochemistry.

Неоплазии тонкого кишечника встречаются крайне редко и составляют не более 1,2 случая на 100 тыс. населения. Карциномы данной локализации могут быть представлены тубулярной аденокарциномой, нейроэндокринной и нейроэндокринно-нечерноочной опухолью. Тубулярные аденокарциномы с нейроэндокринным компонентом тонкого кишечника занимают особое место в связи с особенностями клинического течения и прогноза заболевания [1-4]. Особый интерес заслуживает формирование особенности структурной клеточно-межклеточной перестройки в карциномах тонкого кишечника с нейроэндокринным компонентом [5-8].

Цель работы.

Оценить клеточно-межклеточные взаимоотношения в аденокарциноме тонкой кишки с нейроэндокринным компонентом.

Методика исследования.

Для работы была изучена история болезни и операционный материал больного с опухолью тонкого кишечника. Из истории болезни установлено, что мужчина 61 года обратился с жалобами на частые спазмообразные боли в левых отделах живота, усиливающихся после приема пищи, иногда изжогу, нарушение стула в виде чередования запоров с диареей, вздутие и урчание в животе, выраженную общую слабость, потерю массы тела на 7 кг за последние 6 месяцев.

Из анамнеза известно, что заболевание началось 4 года назад, когда появилась тяжесть в животе, сопровождающаяся тошнотой, нарушением стула. За медицинской помощью пациент не обращался, самостоятельно принимал спазмолитики, ферментные,

антисекреторные препараты. В декабре 2020 года в связи с усилением абдоминального болевого синдрома, частым возникновением запоров и диареи, больной обратился за помощью к гастроэнтерологу в клинику РостГМУ. Больному в клинике было выполнено диагностическое рентгенологическое обследование органов брюшной полости, которое выявило признаки частичной тонкокишечной непроходимости, дивертикула Меккеля. В этой связи после врачебного консилиума хирургами было принято решение о выполнении операции в объеме лапаротомии, висцеролиза, резекции тощей кишки с анастомозом бок в бок, дренированием брюшной полости, удалением дивертикула Меккеля.

Операционный материал был отправлен в морфологический отдел клиники РостГМУ. Доставленный материал был представлен резецированным участком тонкой кишки длиной 14 см, периметром 6 см. На расстоянии 8 см от одного из краев резекции имелся язвенный дефект диаметром 0,6 см с утолщением стенки кишки в области язвы до 1 см, белесовато-желтоватого цвета, хрящевидной консистенции. Просвет кишки в области опухоли был резко сужен до 1 см в диаметре по типу «песочных часов». Морфологическое исследование операционного материала тонкой кишки было выполнено в два этапа – с выполнением стандартного гистологического исследования с использованием окраски гематоксилином-эозином, PAS-реакции и иммуногистохимического исследования молекулярно-биологического профиля опухоли (антитела к виментину, хромогранину А, синаптофизину).

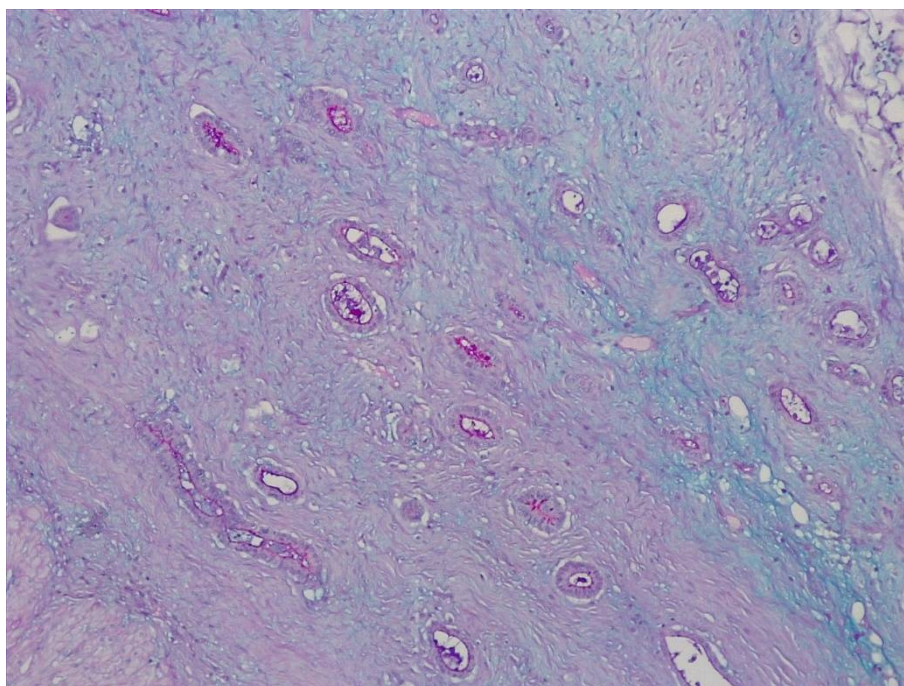


Рис.1. В просветах тубулярных структур аденокарциномы хорошо видны скопления PAS+ слизи. PAS-реакция с докраской альциановым синим. Увеличение $\times 100$.

Результаты исследования и заключение.

Результаты исследования и обсуждение. При гистологическом исследовании опухоль тонкого кишечника была представлена тубулярными структурами, построенными из атипичных клеток эпителия, расположенных в один ряд. Многие железистые структуры опухоли содержали муцин (PAS+), проникали в подслизистую, мышечную, серозную оболочки стенки кишки. Обращало внимание развитие десмопластической реакции стромы вокруг опухолевых желез аденокарциномы, представленной миксоматозной рыхлой волокнистой соединительной тканью, содержащей PAS+ вещества.

Для уточнения нейроэндокринного профайла карциномы были использованы антитела к хромогранину А и синаптофизину, которые выявили наличие нейроэндокринных гранул в цитоплазме части опухолевых клеток (рис.2).

Строма вокруг опухоли была представлена рыхлой волокнистой соединительной тканью с признаками миксоматоза, с немногочисленными тонкими коллагеновыми волокнами, с экспрессией виментина (рис.3).

Заключение. Приведенный клинический случай тубулярной аденокарциномы тонкого кишечника с нейроэндокринным компонентом у мужчины 61 года представляет собой редкую патологию и имеет клинические и морфо-иммуногистохимические особенности. В клиническом течении заболевания у больного обращает внимание прогрессирующее нарушение стула в виде чередования запоров и диареи, астенизация, потеря массы тела, развитие частичной тонкокишечной непроходимости. Морфологическое исследование выявило признаки инвазивного роста карциномы с прорастанием всех слоев стенки тонкой кишки, наличием выраженной десмопластической перестройкой стромы.

Гистохимическое и иммуногистохимическое исследование опухоли тонкой кишки выявило среди железистых структур неравномерное скопление эндокринных клеток, экспрессирующих хромогранин А, синаптофизин наряду со слизеобразованием [9-10].

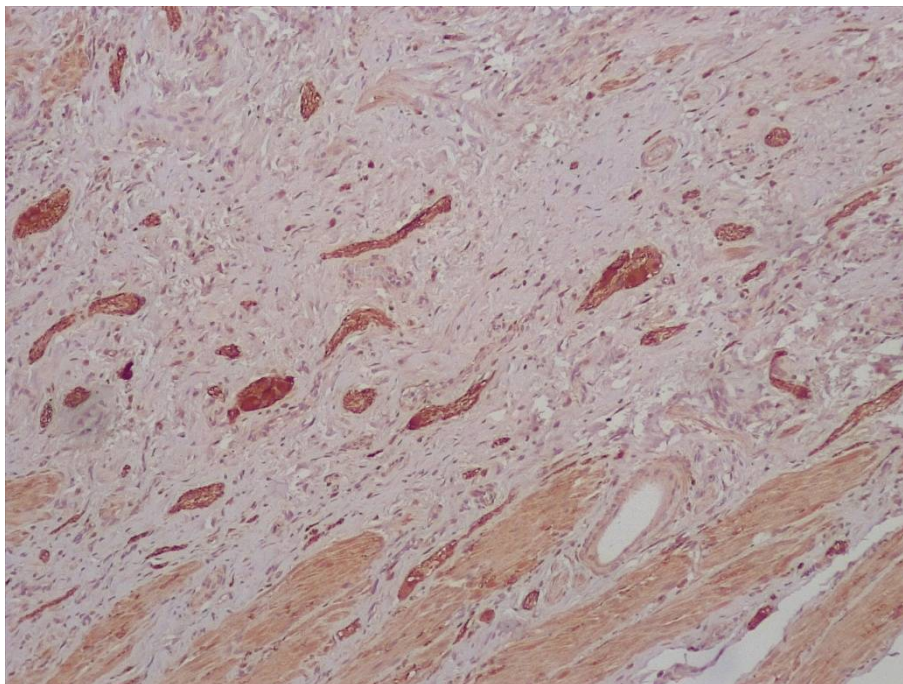


Рис.2. Яркая экспрессия нейрон-специфической энлазы в цитоплазме опухолевых клеток тубулярной аденокарциномы. Иммуногистохимическое исследование с антителами к синаптофизину. Увеличение X200.

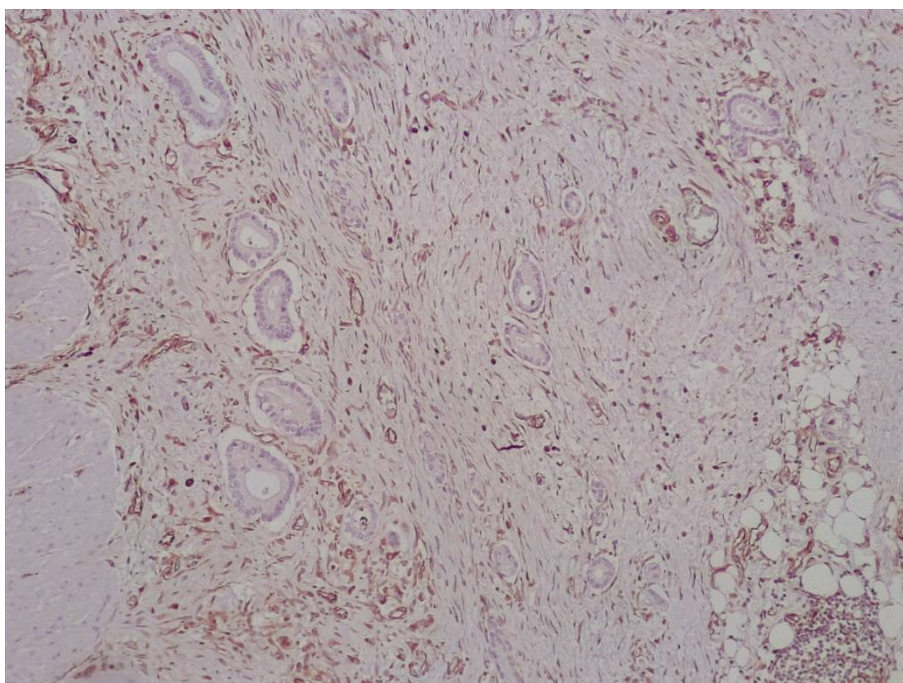


Рис.3. Строма аденокарциномы тонкой кишки с нейроэндокринным компонентом представлена немногочисленными тонкими коллагеновыми волокнами. Иммуногистохимическое исследование с антителами к виментину. Увеличение X200.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пинский С.Б., Белобородов В.А., Батороев Ю.К., Дворниченко В.В. Нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта (сообщение 4) нейроэндокринные опухоли тонкой кишки. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2015. – 133(2). – С. 10-16.
2. Shan B, Zhang Q, Li Y, Han F. Synchronous multiple carcinoma with small intestine and pulmonary neuroendocrine involvement: A case report. // *Medicine (Baltimore)*.-2017.- Nov.96(45):e8623. doi: 10.1097/MD.00000000000008623. PMID: 29137096; PMCID: PMC5690789.
3. Oktay E, Yalcin GD, Ekmekci S, Kahraman DS, Yalcin A, Degirmenci M, Dirican A, Altin Z, Ozdemir O, Surmeli Z, Diniz G, Ayhan S, Bulut G, Erdogan A, Uslu R. Programmed cell death ligand-1 expression in gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors. // *J BUON*.- 2019.- Mar-Apr:24(2).-P.779-790. PMID: 31128036.
4. Remes SM, Leijon H, Vesterinen T, Louhimo J, Pulkkinen V, Ezer S, Kere J, Haglund C, Arola J. PCSK2 expression in neuroendocrine tumors points to a midgut, pulmonary, or pheochromocytoma-paraganglioma origin. // *APMIS*. - 2020 Nov: 128(11).- P.563-572. doi: 10.1111/apm.13071. Epub 2020 Sep 28. PMID: 32794589; PMCID: PMC7702075.
5. Huang Z, Xiao WD, Li Y, Huang S, Cai J, Ao J. Mixed adenoneuroendocrine carcinoma of the ampulla: two case reports. // *World J. Gastroenterol.* – 2015.-21(7).-P.2254-9. doi: 10.3748/wjg.v21.i7.2254. PMID: 25717267; PMCID: PMC4326169.
6. Ginori A, Lo Bello G, Vassallo L, Tripodi SA. Amphicrine carcinoma of the ampullary region. // *Tumori*. – 2015.- 101(2): e70-2. doi: 10.5301/tj.5000254. PMID: 25702653.
7. Kanada S, Sugita A, Mikami T, Ohashi K, Hayashi H. Microcarcinoid arising in patients with long-standing ulcerative colitis: histological analysis. // *Hum Pathol*. – 2017.- P. 6428-36. doi: 10.1016/j.humpath.2017.04.001. Epub 2017 Apr 17. PMID: 28428105.
8. Rao P, Sikora SS, Narayanaswamy S, Ghosal N, Kini D. Ampullary carcinosarcoma with osteosarcomatous, small cell neuroendocrine carcinoma and conventional adenocarcinoma components; First report. // *Pathol Res Pract*. – 2016. – Nov: 212(11).-P.1071-1075. doi: 10.1016/j.prp.2016.08.007. Epub 2016 Sep 1. PMID: 27640104.
9. Mia-Jan K, Munkhdelger J, Lee MR, Ji SY, Kang TY, Choi E, Cho MY. Expression of CD133 in neuroendocrine neoplasms of the digestive tract: a detailed immunohistochemical analysis. *Tohoku J. Exp. Med.*- 2013.- Apr;229(4).-P.301-9. doi: 10.1620/tjem.229.301. PMID: 23615455.
10. Тодоров С.С. Микросателлитная нестабильность колоректального рака в детском возрасте (клиническое наблюдение) // *Онкологическая колопроктология*. – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 69-71. doi: 10.17650/2220-3478-2017-7-1-69-71.

ДИРОФИЛЯРИОЗ ЧЕЛОВЕКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Костин Н.В¹, Матненко Т.Ю¹, Красногорова Е.Н²

1 – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

2 – Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Городская поликлиника №9"

Автор, ответственный за переписку:

Костин Николай Васильевич, студент ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России
kostinnv27@yandex.ru

Статья посвящена дирофиляриозу человека. Заболеваемость дирофиляриозом растет в последние годы. В России расширяются эндемичные районы от Краснодарского края, Ростовской области до Красноярского края, Хабаровска и Камчатки. Цель работы: проанализировать эффективность консервативной и хирургической терапии дирофиляриоза человека. Материал и методы: клинический случай наиболее интересен тем, что дирофиляриоз человека достаточно редкое явление, поэтому не существует общепринятой схемы диагностики и лечения данного заболевания. Дирофиляриоз человека имеет разнообразные клинические проявления, что затрудняет диагностику и выбор тактики ведения пациента. Большинство случаев дирофиляриоза приходится на долю глазного дирофиляриоза с поражением органа зрения, его придаточного аппарата и орбиты. На клиническом примере рассмотрены особенности этиологии, эпидемиологии, клиники и диагностики возбудителя дирофиляриоза человека - *Dirofilaria repens*, взаимодействие офтальмолога, инфекциониста, челюстно-лицевого хирурга, возможные схемы консервативной терапии: меглумин акридоацетат, албендазол, диэтилкарбамазин, лидокаин. Результаты: выяснилось, что диагностика дирофиляриоза у человека затруднительна вследствие отсутствия специфических лабораторных и инструментальных методов диагностики. Консервативная терапия, по большей степени, не эффективна при лечении дирофиляриоза человека. Заключение: Необходимо повышать осведомленность практикующих врачей об особенностях диагностики, клиники и лечения дирофиляриоза человека. При обнаружении участка кожи или слизистой, подозрительных на локализацию дирофилярии способом обездвиживания паразита может быть поверхностная анестезия тампоном с 2% лидокаином. Лучшим способом лечения дирофиляриоза человека является хирургическое извлечение.

Ключевые слова: Дирофиляриоз, *Dirofilaria*, Албендазол

CLINICAL CASE OF HUMAN DIROFILARIOSIS

Kostin N.V¹, Matnenko T.Yu¹, Krasnogorova E.N²

1 – Omsk State Medical University

2 – Omsk City Polyclinic No. 9

The article is devoted to human dirofilariosis. The incidence of dirofilariosis has been increasing in recent years. Endemic areas in Russia are expanding from Krasnodar region, Rostov region to Krasnoyarsk region, Khabarovsk and Kamchatka. Objective: to analyze the efficacy of conservative and surgical treatment of human dirofilariosis. Material and

methods: the clinical case is the most interesting, because human dirofilariasis is a rare enough phenomenon, so there is no generally accepted scheme of diagnostics and treatment of this disease. Human dirofilariasis has a variety of clinical manifestations, which makes it difficult to diagnose and choose the tactics of patient management. Most cases of dirofilariasis are ocular dirofilariasis with lesions of the visual organ, its appendages and orbital cavity. There were studied the peculiarities of etiology, epidemiology, clinic and diagnostics of human dirofilariasis pathogen - *Dirofilaria repens*, the interaction of ophthalmologist, infectious disease doctor, maxillofacial surgeon, possible schemes of conservative therapy: meglumine acridonacetate, albendazole, diethylcarbamazine, lidocaine. Results: it was found that the diagnosis of dirofilariasis in humans is difficult due to the lack of specific laboratory and instrumental diagnostic methods. Conservative therapy, for the most part, is not effective in the treatment of human dirofilariasis. Conclusion: It is necessary to raise the awareness of practicing physicians about the peculiarities of diagnosis, clinic and treatment of human dirofilariasis. If an area of skin or mucosa suspicious for localization of dirofilariasis is found the way to immobilize the parasite can be superficial anesthesia with a tampon with 2% lidocaine. The best way to treat human dirofilariasis is surgical extraction.

Keywords: Dirofilariasis, *Dirofilaria*, Albendazole

Дирофиляриоз - это трансмиссивное зоонозное паразитарное заболевание, вызываемое филярией рода *Dirofilaria*. Чаще всего у человека отмечается паразитирование двух видов дирофилярий - *D. repens* и *D. immitis*, в России официальных данных по выявлению дирофиляриоза вызванного *D.immitis* нет [4]. Распространенность заболевания: *D. repens* характеризуется очаговым распространением в Азии и в Южной Европе. В странах СНГ дирофиляриоз чаще всего выявляется у жителей Казахстана, России, Узбекистана, Белоруссии, Украины. Важно отметить, что в России в последние годы происходит расширение ареала обитания из зоны эндемичных районов юга России (Краснодарский край, Ростовская область и т.д.) в северные районы (Камчатский, Красноярский края, Ямало - ненецкий автономный округ) [2,3]. Причины расширения ареала обитания: изменение климатических условий; отсутствие мероприятий по деларвазии водоемов, дегельминтизации инвазированных собак и кошек; миграция населения вместе со своими домашними животными [2].

Этиология: *Dirofilaria repens* относится к типу круглые черви. Дирофилярии имеют нитевидную форму с зауженными концами, половозрелая особь может достигать длины до 30 см и диаметра 1-1.5 мм, ее тело окрашено в белый цвет, покрыто кутикулой, которая имеет поперечную исчерченность [1,4]. Дирофилярии являются раздельнополыми гельминтами, самка рождает в кровь личинки (микрофилярии). Длина личинок 0,2-0,3 мм, ширина примерно равняется диаметру эритроцита [4]. Эпидемиология: источником инфекции является облигатный хозяин - собака или кошка. В организме облигатного хозяина половозрелые особи находятся в полости правого предсердия, бронхах легких, крупных сосудах. Самки рожают в кровь тысячи личинок, которые разносятся по всему организму. Промежуточным хозяином дирофилярий являются комары рода *Aedes*, *Culex*, *Anopheles*. При укусе комара инвазированного животного вместе с кровью комар всасывает микрофилярии. Около двух недель личинки находятся в кишечнике комара, далее они мигрируют в хоботок и при укусе человека попадают в кровоток.

Человек является тупиковым хозяином, при попадании микрофилярий в кровь человека они гибнут, но тем не менее возможно сохранение жизнеспособности одной особи. Чаще всего паразит остается в месте укуса комара - в коже или подкожной жировой клетчатке, где развивается до взрослой неполовозрелой особи. В различных источниках время развития гельминта до взрослой особи указывается по-разному, но в среднем оно составляет от 6 до 9 месяцев. В последующее время паразит либо может свободно мигрировать по подкожной клетчатке в другие части тела, либо остается в месте укуса комара и вокруг него образуется соединительно-тканная капсула, заполненная серозной жидкостью. [1-4]. Клиника: Клиническая картина при дирофиляриозе в первую очередь зависит от формы заболевания. Различают следующие формы: капсульная и бескапсульная. Большинство случаев дирофиляриоза человека приходится на долю глазного дирофиляриоза с поражением органа зрения, его придаточного аппарата и орбиты. При капсульной форме вокруг паразита образуется соединительно-тканная капсула. Содержимое этой капсулы может быть серозным или серозно-гнойным. Капсула образуется вследствие реактивной деятельности иммунитета, таким образом, организм пытается локализовать чужеродный агент. После образования капсулы гельминт не мигрирует и может сохранять жизнеспособность годами. При этом пациент отмечает в месте поражения болезненное или безболезненное опухолевидное образование, также пациент может указывать на ощущение шевеления внутри опухоли. В случае обострения процесса образование может зудеть, появляется отечность и гиперемия в данной области. В практике врача офтальмолога инкапсулированный паразит чаще всего встречается в мягких тканях орбиты. При этом возникает воспаление ретробульбарной клетчатки,

наружных мышц глаза. Дирофиляриоз в этом случае протекает с экзофтальмом, пациент жалуется на ограничение подвижности глазного яблока и двоение в глазах. Данный хронический процесс может протекать длительное время, его исходом является гибель паразита и формирование абсцесса. При бескапсульной форме заболевания гельминт ничем не ограничен и способен свободно перемещаться в подкожной жировой клетчатке, при этом скорость его перемещения доходит до 30 см в сутки. При подкожном расположении паразита визуализируются его четкие извилистые контуры, пациент жалуется на ощущение шевеления и ползания под кожей. Чаще всего в практике врача офтальмолога при бескапсульной форме дирофиляриоза паразит поражает конъюнктиву век, при этом пациент отмечает чувство инородного тела в глазу, гиперемия и пастозность кожи век, слезотечение. Все симптомы бесследно исчезают после того, как гельминт мигрирует в другую часть тела, или его удалят хирургическим путем [1,3,4]. Диагностика: диагноз ставится на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждается при морфологическом исследовании извлечённого гельминта. Инкапсулированный дирофиляриоз необходимо дифференцировать с различными опухолевидными образованиями, например кистой, атеромой, фибромой. Важно отметить, что при общем исследовании крови для дирофиляриоза не характерна эозинофилия, как при других паразитарных инвазиях. Из методов инструментальной диагностики может помочь ультразвуковое исследование опухолевидного образования, при этом будет определяться гипоэхогенное объемное образование без кровотока с подвижными включениями средней эхогенности [1-4]. Лечение: Наиболее эффективный метод лечения - хирургическое удаление гельминта [4]. Меры профилактики: дегельминтизация

инвазированных животных, деларвация водоемов, истребление комаров [2-4].
Материал и методы. К офтальмологу обратилась пациентка с жалобами на плотное опухолевидное образование в области верхнего века левого глаза. Пациентка считает себя больной с января 2022 года, когда в надбровной области обнаружила болезненное уплотнение округлой формы, на следующий день инфильтрат исчез, но появился в надбровной области с другой стороны. Известно, что в последний год пациентка не покидала территорию Омска и Омской области. Через полтора месяца, в начале марта над верхним веком справа под кожей появилось извитое болезненное образование. На следующий день - над переносицей, затем исчезло. Через несколько дней появилось опухолевидное образование в области верхнего века левого глаза (фото №1), пациентка обратилась к офтальмологу. На приеме у врача выяснилось, что данное образование зудит. Были даны рекомендации - антигистаминный препарат. После приема препарата зуд прошел, а опухолевидное образование исчезло. 14.03.2022 на шее появилось подкожное, извитое образование, имеющее четкий контур (фото №2). Температура не повышалась, но беспокоил озноб и плохой сон. Пациентка обратилась к инфекционисту. Инфекционист назначил лечение: меглумина акридонатацетат 2,0 мл в/м 1 раз в день 3 дня подряд, далее через день, всего 10 инъекций; албендазол 400 мг - 1 таблетка 1 раз в день после еды на 14

дней; эссенциале форте Н - 2 капсулы 3 раза в день после еды. Через несколько дней образование исчезло в области шеи, но, не смотря на проведенное лечение, пациентка отмечала чувство шевеления и ползания в нижней челюсти, в связи с этим решила повторно обратиться к инфекционисту. Инфекционист дополнительно назначил следующее лечение: диэтилкарбамазин 50 мг по 2 таблетки 3 раза в день на 10 дней. 26.03.2022 года у пациентки опухла верхняя губа, и в подслизистом слое появилось четкое извитое образование. Поскольку клиническая картина образования на шее дала основания предполагать диروفилариоз, офтальмологом были даны рекомендации при появлении образования вновь обработать подозрительное место тампоном с лидокаином, что пациентка и выполнила самостоятельно, затем незамедлительно обратилась в приемное отделение челюстно-лицевой хирургии. Хирург осмотрел верхнюю губу и принял решение об оперативном вмешательстве. Был выполнен надрез в области верхней губы, после чего в просвете раны показалась часть гельминта, по виду похожая на белую нить. В ходе непродолжительного оперативного вмешательства из операционной раны был извлечен гельминт (фото № 3). Гельминта отправили в лабораторию для морфологической диагностики, где определилось, что данный паразит - *Dirofilaria repens*.



Фото 1. Дирофилярия в области верхнего века левого глаза



Фото 2. Гельминт в области шеи.

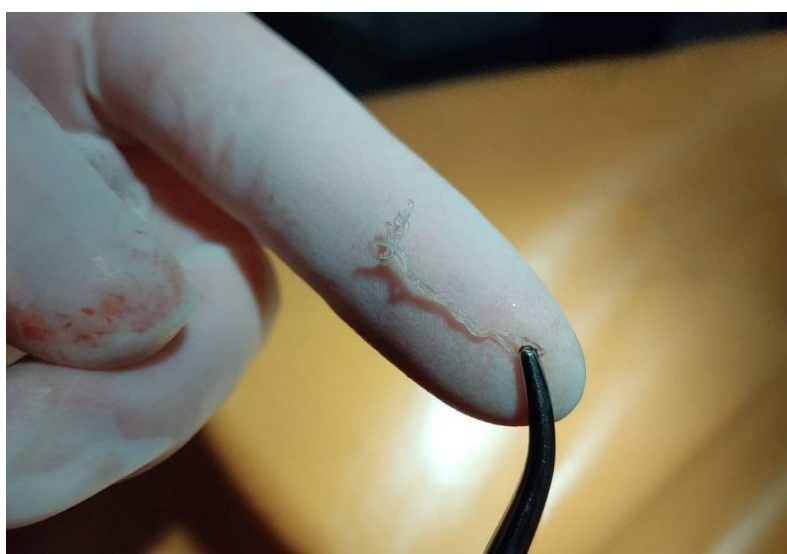


Фото 3. Извлеченный гельминт

Обсуждение. Проблема дирофиляриоза обусловлена широкой циркуляцией возбудителя в окружающей среде. Важно обратить внимание на низкую эффективность методов профилактики данного заболевания, а именно - отсутствие надлежащих работ по выявлению и дегельминтизации зараженных животных. Вызывает озабоченность увеличение ареала обитания данного паразита, так как вследствие этого возможно увеличение заболеваемости дирофиляриозом. Также, существует сложность в диагностике данного заболевания, так как не распространены специфические методы лабораторной и инструментальной диагностики. Определенную роль в неэффективной диагностике данного гельминтоза играет низкая осведомленность врачей о данном заболевании. На данном клиническом примере мы видим отсутствие эффективного консервативного лечения. Возникает вопрос о целесообразности назначения меглумина акридонацетата, так как в инструкции по применению данного препарата отсутствуют данные о губительном эффекте в отношении гельминтов, в том числе *Dirofilaria repens*. Следующий препарат, который назначил инфекционист является албендазол. Албендазол обладает антигельминтным эффектом, но в показаниях к применению отсутствует информации о воздействии данного препарата на *Dirofilaria repens*. Стоит отметить, что в зарубежной литературе есть информация об успешном применении албендазола в лечении дирофиляриоза человека в России. У 24 больных дирофиляриозом в России невозможно было провести хирургическое вмешательство, так как паразит постоянно мигрировал, и в этих случаях была назначена следующая схема лечения - албендазол 800 мг в сутки на 5 дней и доксициклин 200 мг в сутки на 5 дней. У 22 пациентов из 24 отмечался положительный эффект от данной консервативной терапии [5].

Вероятно, в данном случае албендазол оказался не эффективен при лечении вследствие его низкой дозы и отсутствия комбинации с препаратом доксициклина. Также, стоит отметить, что албендазол обладает в определенной мере гепатотоксическим эффектом, поэтому применение гепатопротекторов оправдано. Вызывают сомнения и назначение препарата диэтилкарбамазина, так как в зарубежной литературе описаны 2 случая применения данного препарата при дирофиляриозе, но в обоих случаях он принимался как профилактика рецидивов после хирургического удаления паразита [6,7]. В России данный лекарственный препарат не зарегистрирован. Кроме того, если консервативная терапия окажется эффективной и гельминт погибнет, высока вероятность нагноения места гибели паразита с образование абсцесса или флегмоны. В таком случае все равно необходимо проведение хирургического вмешательства. Таким образом, наиболее оптимальным методом лечения дирофиляриоза является хирургическое удаление гельминта. Но возникает следующая трудность - при мигрирующей форме дирофиляриоза паразит может уйти в глубь тканей, где извлечь его будет невозможно. В зарубежной литературе отмечается 2 случая успешного использования раствора 1% лидокаина с адреналином в разведении 1: 100 000. Механизм действия данных препаратов на гельминта не известен, но тем не менее в результате их применения червь был обездвижен. Для более успешного воздействия препарата на гельминта необходимо использовать следующую тактику: приготовленный раствор набрать в шприц, затем обколоть очаг с паразитом по периферии, чтобы создать фармакологический барьер, через который червь не сможет мигрировать, а затем ввести раствор непосредственно в очаг с гельминтом, тем самым обездвижить его [8]. В клиническом

примере был использован тампон с лидокаином для поверхностной анестезии и обездвиживания гельминта. Данный способ оказался эффективным и легко выполнимым самой пациенткой, что может быть рекомендовано в клинической практике.

Заключение: Частота встречаемости дирофиляриоза растет в последние годы, расширяется ареал паразита. Необходимо повышать осведомленность

практикующих врачей об особенностях диагностики, клиники и лечения дирофиляриоза человека. При обнаружении участка кожи или слизистой, подозрительных на локализацию дирофилярии способом обездвиживания паразита может быть поверхностная анестезия тампоном с 2% лидокаином. Лучшим способом лечения дирофиляриоза человека является хирургическое извлечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гущина М.Б., Терещенко А.В., Южакова Н.С. Клинические формы глазного дирофиляриоза. ВЕСТНИК ОФТАЛЬМОЛОГИИ 4, 2019. Gushchina M.B., Tereshchenko A.V., Yuzhakova N.S. Clinical forms of eye dirofilariasis. BULLETIN OF OPHTHALMOLOGY 4, 2019
2. Морозова Л.Ф., Тихонова Е.О., Зотова М.А. и другие. Дирофиляриозы: клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2018. Т. 7, № 4. С. 90–96. doi: 10.24411/2305-3496-2018-14014. Morozova L.F., Tikhonova E.O., Zotova M.A. other. Dirofilariasis: clinical picture, diagnosis, treatment, prevention. Infectious diseases: news, opinions, training. 2018. V. 7, No. 4. S. 90–96. doi: 10.24411/2305-3496-2018-14014
3. Сейдулаева Л.Б., Ергалиева А.А., Шокалакова А.К., Садыкова А.М., Утежанова Г.Д. Дирофиляриоз. Вестник КазНМУ, №2-2015. Seydulaeva L.B., Ergaliev A.A., Shokalakova A.K., Sadykova A.M., Utezhanova G.D. Dirofilariasis. Bulletin of KazNMU, №2-2015
4. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Инфекционные болезни : национальное руководство. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 1104 с. — (Серия «Национальные руководства»). ISBN 978-5-9704-4912-7. Infectious diseases: national guidelines / ed. N. D. Yushchuk, YU. YA. Vengerova. - 2nd ed., revised. and additional - M. : GEOTAR-Media, 2019. - 1104 p. - (Series "National Guidelines"). ISBN 978-5-9704-4912-7
5. Jong-Yil Chai, Bong-Kwang Jung, Sung-Jong Hong. Albendazole and Mebendazole as Anti-Parasitic and Anti-Cancer Agents: an Update. Korean J Parasitol. 2021 Jun; 59(3): 189–225. doi: 10.3347/kjp.2021.59.3.189
6. Mamta Agarwal, Jyotirmay Biswas. Live intraocular dirofilaria causing multifocal choroiditis. Retin Cases Brief Rep. Spring 2009;3(2):228-9. doi: 10.1097/ICB.0b013e31815e93f5.
7. MIRCEA-IONUȚ GHEORGHITĂ, MIRCEA-CĂTĂLIN FORȚOFOIU, CRISTIANA IULIA DUMITRESCU, DANIELA DUMITRESCU, ADRIAN CAMEN, CLAUDIU MĂRGĂRITESCU. Intramuscular human Dirofilaria repens infection of the temporal region – case report and review of the literature. Rom J Morphol Embryol 2017, 58(2):585–592
8. Tse B. C., Siatkowski R., Tse D. T. (2010). A Technique for Capturing Migratory Periocular Worms: A Case Series and Review of Literature. Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery, 26(5), 323–326. doi:10.1097/iop.0b013e3181c563e9

ТУБЕРКУЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ

Ахтичанова Г.О., Мордык А.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования “Омский государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Ахтичанова Галина Олеговна, ординатор 1 года обучения кафедры фтизиатрии, пульмонологии и инфекционных болезней ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, 644060, г. Омск, ул. Химиков, 8а. aht-gal@mail.ru

Проблема туберкулеза, не смотря на снижение заболеваемости и смертности, не теряет своей актуальности. При этом, доля подростков среди заболевших туберкулезом в мире составляет 5%, а их заболеваемость в округах нашей страны с высокой распространенностью туберкулеза достигает 30 случаев на 100 тысяч подросткового населения, лишь немного уступая заболеваемости взрослых. Среди заболевших туберкулезом подростков основную часть составляют жители Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Цель настоящего обзора: выделить основные факторы риска и особенности подросткового туберкулеза, сложности их лечения. Установлено, что подростковый возраст в силу анатомо-физиологических и поведенческих особенностей предрасполагает к развитию туберкулеза. Гормональные изменения, психологические и социальные факторы влияют на выявление, течение и диагностику заболевания. В клинической практике наиболее часто встречается туберкулез органов дыхания, инфильтративная форма. У подростков также отмечаются и другие вторичные формы, выявление которых свидетельствует о несвоевременной диагностике. В России детям с 1 года до 17 лет включительно проводится иммунодиагностика, а для лиц в возрасте 15-17 лет применяют флюорографию. В связи с повышенным риском заболевания, подростки должны обследоваться на туберкулез 2 раза в год: методом иммунодиагностики (проведения пробы с АТР) и флюорографии. При наличии противопоказаний к постановке кожных иммунологических тестов возможно использование альтернативных методов обследования, к которым относятся квантифероновый тест и T-SPOT.TB. Высока заболеваемость подростков, проживающих в очагах туберкулезной инфекции. Среди подростков растет доля лиц с МЛУ-туберкулезом, что непосредственно связано с заражением резистентным штаммом из-за тесного контакта с зараженным носителем в семье. В результате повышается необходимость использования в лечении препаратов II ряда. Используют такие препараты, как моксифлоксацин/ левофлоксацин, линезолид, бедаквилин. При назначении лечения у подростков необходим тщательный контролем за переносимостью этих препаратов.

Ключевые слова: туберкулез, подростки, заболеваемость, диагностика, факторы риска, лечение

TUBERCULOSIS IN ADOLESCENTS

Akhtichanova G.O., Mordyk A.V.

Omsk State Medical University

The problem of tuberculosis, despite the decrease in morbidity and mortality, is still relevant. At the same time, the share of adolescents among TB patients in the world is 5%, and their incidence rate in districts of our country with high prevalence of TB reaches 30 cases per 100 thousand teenagers, yielding only slightly to the incidence rate of adults. Residents of Siberian and Far Eastern Federal Districts account for the bulk of adolescents who fall ill with tuberculosis. The aim of this review is to highlight the main risk factors and peculiarities of adolescent tuberculosis and their treatment difficulties. It has been established that adolescence predisposes to the development of tuberculosis due to anatomical, physiological and behavioral peculiarities. Hormonal changes, psychological and social factors influence the detection, course and diagnosis of the disease. In clinical practice, respiratory tuberculosis, infiltrative form, is the most common. In adolescents, other secondary forms are also noted, the detection of which is indicative of untimely diagnosis. In Russia immunodiagnosics is performed in children from 1 to 17 years old, and fluorography is used for people aged 15-17 years old. Because of increased risk of the disease, teenagers should be examined for TB twice a year: by immunodiagnosics (ATR test) and fluorography. If skin immunological tests are contraindicated, alternative methods of examination may be used, including the Quantiferon test and T-SPOT.TB. The incidence among adolescents living in foci of tuberculosis infection is high. The proportion of persons with MDR-TB is increasing among adolescents, which is directly related to infection with the resistant strain due to close contact with an infected carrier in the family. As a result, the need to use second-line drugs in treatment increases. Drugs such as moxifloxacin/levofloxacin, linezolid, bedaquiline are used. When prescribing treatment in adolescents, careful monitoring of tolerance of these drugs is necessary.

Keywords: tuberculosis, adolescents, morbidity, diagnosis, risk factors, treatment

Актуальность проблемы и эпидемиология туберкулеза у подростков. Проблема детского и подросткового туберкулеза на протяжении многих лет сохраняет свою актуальность. Однако, стоит отметить, что понимание серьезности проблемы детского туберкулеза не всегда было приоритетным. Исторически сложилось, что пристальному вниманию подвергались наиболее опасные с эпидемической точки зрения случаи [35,40]. Только в последние годы проблема детского и подросткового туберкулеза нашла отражение в глобальных программах общественного здравоохранения [36].

Исходя из официально представленных статистических данных, 10 миллионов людей в 2019 году заболело туберкулезом. Около полумиллиона детей подросткового возраста (15-17 лет) ежегодно заболевают туберкулезом [45]. Всемирная организация здравоохранения в ежегодных отчетах

докладывает об устойчивом снижении динамики заболеваемости туберкулезом во всем мире примерно на 2 % в год. Но с момента появления новой коронавирусной инфекции мировая общественность обеспокоена резким повышением смертности от туберкулеза за последние 10 лет стабилизации заболеваемости. Ответственность за ухудшение обстановки непосредственно связана с новой пандемией.

За период с 2016 по 2020 год в Российской Федерации темпы улучшения показателей заболеваемости не только достигли запланированных (25%), но и превысили их (43%) [32]. Показатель смертности от туберкулеза в России на 2019 год составил 5,1 случая на 100 тысяч населения, всего зафиксировано 7536 умерших. Доля заболевших детей в возрасте от 15 до 17 лет по имеющимся статистическим данным на 2019 год составила 717 человек, что меньше, чем за 2018 год, когда заболело туберкулезом 765 лиц

подросткового возраста. Таким образом, показатель заболеваемости туберкулезом подростков в период с 2018-2019 года снизился на 8,8%.

Среди заболевших туберкулезом детей в возрастной группе от 15 до 17 лет наибольшую долю составляют жители Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, где заболеваемость подростков составляет 31 случай на 100 тысяч подросткового населения и достигает 4,6% и 3,2%, соответственно, от общего количества заболевших в данном регионе. Омская область занимает 72 ранговое место по заболеваемости, при этом заболеваемость подростков в регионе 29,4 случая на 100 тысяч детей подросткового возраста [17].

На сегодняшний день в России динамика общей заболеваемости туберкулезом, как старших возрастных групп, так и младших, стабильно идет на понижение [19]. Это, в свою очередь, говорит о правильно выбранной и стабильной стратегии политики здравоохранения.

Факторы риска развития туберкулеза

Потенциальная возможность заболевания туберкулезом ребенка в подростковом возрасте обусловлена рядом особенностей, как самого организма пациента, так и внешними факторами. Исходя из специфичности данного заболевания, в качестве предпосылок заражения туберкулезом принято акцентировать внимание на физиологических, психологических и социальных особенностях рассматриваемой возрастной группы. С одной стороны, попадание в группу риска по туберкулезу обусловлено гормональными изменениями, которые, в свою очередь, способны сформировать патологические процессы, обуславливающие клиническое течение заболевания. С другой стороны, гормональные изменения, психологические и социальные особенности влияют на выявление и диагностику заболевания, поэтому можно говорить о самостоятельности

проблемы подросткового туберкулеза [30].

Большинство ученых приходит к выводу, что основной предпосылкой, создающей угрозу заражения, является контакт с больным. Так, частота заболеваемости выше не менее чем в 30 раз в бациллярных очагах, чем общие показатели этой возрастной группы [4]. Из этого положения вытекает наблюдение о совпадении устойчивости микобактерий туберкулеза у заразившегося и у источника в 70% случаев, что свидетельствует о необходимости стабилизации показателей взрослых, для предотвращения и улучшения эпидемиологических показателей подростковой группы пациентов [22,23,29].

Рассматривая медико-психологические особенности больных туберкулезом подростков, стоит отметить их отличие от здоровых сверстников. Зачастую такие дети характеризуются как эмоционально неустойчивые, с низкой эмоциональной приспособленностью, необоснованно подозрительные к окружающим и т.д. Подобные состояния способствуют формированию длительного нервного напряжения, что проецирует снижения устойчивости организма к заболеваниям [11,12,13].

Социальная сторона семей, окружения и непосредственно заболевших подростков зачастую имеет неблагоприятную характеристику. В большей степени дети подросткового возраста проживают в неблагополучных семьях, в которых встречаются люди, страдающие алкоголизмом, безработные, большие семьи, для которых характерна скученность проживания [15,16].

Отдельным аспектом отмечается нерегулярность питания (15%), отсутствие режима (около 70%), отсутствие гигиенических привычек, формирование асоциального образа жизни, с которым тесно связано пристрастие к вредным привычкам.

Таким образом, физиологические, психологические и социальные особенности детей подросткового возраста в совокупности способствуют развитию туберкулеза [8,24,25]. Знание психологического портрета пациента подросткового возраста, особенностей его состояния в той или иной степени позволяет определить направления фармакологического вмешательства и психологических мер воздействия на него [21].

Клинические особенности туберкулеза у подростков

В клинической структуре у подростков преобладает туберкулез органов дыхания. За период с 2005 по 2019 г. доля поражения легких по отношению к туберкулезу других органов увеличилась с 80,8 до 89,1% [18]. В возрастной группе 15-17 лет на первое место выходят вторичные формы заболевания, которые сопровождаются определенными рентгенологическими изменениями [2]. Среди вторичных форм встречаются инфильтративная, очаговая, диссеминированная, фиброзно-кавернозная, туберкулема, эмпиема плевры. Выявление данных форм позволяет говорить о позднем выявлении туберкулеза, что свидетельствует о проблемах в своевременной диагностике [20]. Но все же наиболее часто встречающаяся клиническая форма туберкулеза у подростков - инфильтративный туберкулез, что отмечено в исследовании Н. А. Барминой [7].

Диагностика туберкулеза

В Российской Федерации массовое обследование на туберкулезную инфекцию проводится ежегодно: лицам в возрасте 1 года-17 лет включительно проводится иммунодиагностика, а для лиц 15-17 лет используется флюорография. В случае наличия факторов риска исследование проводится 2 раза в год [6].

Основным способом выявления туберкулезной инфекции в возрастной группе 15-17 лет является плановое

прохождение флюорографии, при которой выявляется более 50 % случаев [10,24]. По мнению Аксеновой В.А., опыт использования туберкулинодиагностики позволяет выявить не более одной четверти заболеваний [5,24]. При использовании внутрикожной туберкулиновой пробы (Манту) положительную реакцию на туберкулин не всегда следует интерпретировать как истинный показатель заболевания. Безусловно, такой расклад затрудняет постановку диагноза и зачастую приводит не только к дополнительной диагностике, но и к назначению неоправданной превентивной противотуберкулезной терапии (ППТТ) [3,14].

Для установления точного диагноза, а также снижения расходов бюджетных средств за счет исключения необоснованного лечения, в практику выявления туберкулеза у детей и подростков введен кожный тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, который позволяет различать инфицирование туберкулезной инфекцией от поствакциной аллергии. По итогам проводимых исследований о роли Диаскинтеста в выявлении туберкулеза среди детей и подростков, было установлено, что случаи с отрицательной реакцией на Диаскинтест свидетельствовали об отсутствии заболевания, так как в течение длительного периода наблюдения за такими детьми, ни у одного не возникло признаков туберкулеза. У более чем 20% лиц с положительной пробой выявлен туберкулез, а у оставшихся 70-80% положительная реакция была расценена как латентная туберкулезная инфекция. Таким образом, своевременный отбор действительно нуждающихся в лечении пациентов возможен благодаря результатам проб с аллергеном туберкулезным рекомбинантным [26]. Этот вывод также подтверждается рядом подобных исследований, одним из которых занимался Нижегородский

областной клинический противотуберкулезный диспансер. Врачи пришли к выводу, что Диаскинтест в подростковых группах на 75 % чаще выявляет активную форму туберкулеза, чем проба Манту. Поэтому использование аллергена туберкулезного рекомбинантного для массового обследования детей и подростков способствует стабилизации картины выявления и своевременного лечения [28].

Но нужно учитывать, что существуют противопоказания к использованию внутрикожных методов диагностики. В таком случае используются альтернативные методы, к которым относятся T-SPOT.TB и квантифероновый тест. Были проведены исследования, целью которых было выяснение эффективности данных тестов в диагностике туберкулеза у лиц с наличием медицинских отводов от внутрикожных проб. Лицам, имеющим положительный результат T-SPOT.TB, проводили компьютерную томографию органов грудной клетки, и в результате, у 31% отмечались микрокальцинаты в легких, у 4% – кальцинаты во внутригрудных лимфатических узлах, а в 65% случаев – органы грудной клетки без патологии. Таким образом, тест T-SPOT.TB имеет место в определении наличия туберкулезной инфекции у детей и подростков, которые в силу сопутствующей патологии не имеют возможности проведения кожных иммунологических проб [27].

При этом стоит отметить, что практикой вырабатываются наиболее эффективные способы диагностики пациентов. Так, Санкт – Петербургский противотуберкулезный диспансер № 4 применяет в своей практике рекомендованный городским противотуберкулезным отделом алгоритм обследования детей и подростков. Высокий уровень инфицированности подростков, по мнению исследователей, обусловлен высоким уровнем бациллярного ядра в

районе проживания. Минимальный алгоритм составляет обязательный осмотр врачом пациента и проведение иммунодиагностики. В случае, если по пробе Манту наблюдаются признаки поствакциной аллергии и отрицательный Диаскинтест, и при этом отсутствуют проявления туберкулеза,отягощающие факторы, то врачом может быть выдано заключение о том, что ребенок может посещать образовательные учреждения. Если имеются клинические проявления туберкулезной инфекции и (или) известно об отягощающих факторах, то в таком случае предусмотрено дополнительное исследование в виде сдачи клинического анализа мочи и крови, лучевая диагностика (если есть показания), результаты флюорографического обследования взрослого окружения. В случае сомнительных или положительных результатов иммунодиагностики, такие пациенты подлежат обследованию в полном объеме в соответствии с нормами законодательства. При этом необходимо понимать, что врач вправе самостоятельно изменять объем исследования, исходя из располагающей им информации. Разработка и практическое применение новых способов обследования детей и подростков врачом-фтизиатром способствует улучшению работы по выявлению туберкулеза у детей и подростков на более ранних этапах [31].

Риск развития МЛУ

Своевременная диагностика и выявление инфицированности играет серьезную роль в лечении туберкулеза. Однако, выявление туберкулеза является не единственной проблемой в этой области. Уже в рамках процедуры лечения серьезную проблему представляет выявление лекарственной устойчивости туберкулеза, которая не обходит стороной детей и подростков. На сегодняшний день лекарственно-устойчивый туберкулез признан глобальной проблемой [37,43,44]. Как

отмечает в своей работе Горбач Л.А., наиболее высокие показатели устойчивого к препаратам туберкулеза отмечаются в странах бывшего Советского Союза. Так, в Беларуси за 2017 год среди детей и подростков зарегистрировано более 50 % заражений лекарственно-устойчивым туберкулезом [9].

Лишь у 5 % детей диагностируется МЛУ – ТБ [39]. Такая устойчивость к препаратам непосредственно связана с заражением резистентным штаммом в результате контакта с зараженным носителем [42,46]. Мировая статистика свидетельствует о достаточно низком уровне, менее 50 %, успешного лечения с диагнозом МЛУ – ТБ [34]. Однако динамика лечения МЛУ – ТБ у детей и подростков, порядка 90 %, свидетельствует о положительной перспективе [33,38]. Количество заболевших детей и подростков МЛУ – ТБ демонстрирует пробелы в лечении и сигнализирует о необходимости обратить внимание на проблему [41].

В целях сравнения заболевших подростков лекарственно-устойчивым и лекарственно-чувствительным туберкулезом, было проведено исследование. Для анализа было представлено две группы подростков, идентичных по среднему возрасту и половому составу. В результате исследования факторов риска туберкулезной инфекции, частоте встречаемости контакта с зараженными, а также метода диагностирования заболевания различий не было выявлено. Однако, в группе подростков с лекарственно-устойчивым туберкулезом (37 %) по сравнению с подростками с лекарственно-чувствительным туберкулезом (7%) встречаются чаще случаи смерти в семье от туберкулеза [9]. Особенности лечения

По рекомендации Всемирной организации здравоохранения изменилась тактика лечения туберкулеза с МЛУ МБТ: с 2018 г. в первую очередь

используют такие препараты, как моксифлоксацин/левофлоксацин, линезолид и бедаквилин. Были описаны клинические случаи применения бедаквилина у подростков с лекарственно-устойчивым туберкулезом, в которых была продемонстрирована эффективность данного препарата. У детей и подростков допускается его применение с возраста 6 лет. Но нужно помнить, что назначение лечения в данной возрастной группе должно быть обоснованным, необходим тщательный контроль побочных реакций и осложнений терапии. Включение в план лечения бедаквилина приводит к более быстрому улучшению состояния пациентов и прекращению бактериовыделения. В результате отмечается, что применение новых препаратов способствует продвижению в проблеме терапии лекарственно-устойчивого туберкулеза [1].

Заключение

Таким образом, сохраняется важность проблемы туберкулеза у подростков. Наиболее высокая заболеваемость туберкулезом подростков отмечается в Сибирском и Дальневосточном федеральном округах. Подростковый возраст в силу анатомо-физиологических и поведенческих особенностей предрасполагает к развитию туберкулеза. В связи с повышенным риском заболевания, дети 15-17 лет должны обследоваться на туберкулез 2 раза в год: методом иммунодиагностики (проведения пробы с АТР) и флюорографии, вместо кожных иммунологических тестов возможно использование альтернативных методов обследования (квантифероновый тест и T-SPOT.TB). Высока заболеваемость подростков, проживающих в очагах туберкулезной инфекции. Среди подростков растет доля лиц с МЛУ-туберкулезом, повышается необходимость использования в лечении препаратов II ряда, с тщательным контролем за их переносимостью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акжигитова А.А., Игнатова Т.Н., Конратов А.К., Тен М.Б. Опыт использования препарата бедаквилин в лечении туберкулеза у детей с широкой лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза: клинические случаи. Кубанский научный медицинский вестник 2022;29(2):79-92. (Akzhigitova A.A., Ignatova T.N., Konratov A.K., Ten M.B. Experience of using the drug bedaquilin in the treatment of tuberculosis in children with widespread drug resistance of mycobacterium tuberculosis: clinical cases. Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik 2022;29(2):79-92).
2. Аксенова В.А., Гордина А.В. Вопросы туберкулеза у детей и подростков в Российской Федерации. Тихоокеанский медицинский журнал 2021;1(83):80-84. (Aksenova V.A., Gordina A.V. Issues of tuberculosis in children and adolescents in the Russian Federation. Tihookeanskij medicinskij zhurnal 2021;1(83):80-84).
3. Аксенова В.А., Леви Д.Т., Клевно Н.И. и др. Выявление туберкулеза и тактика диспансерного наблюдения за лицами из групп риска по заболеванию туберкулезом с использованием препарата "Диаскинтест" (Аллерген туберкулезный рекомбинантный). Туберкулез и болезни легких 2010;2:13-19. (Aksenova V.A., Levi D.T., Klevno N.I. et al. Detection of tuberculosis and tactics of dispensary monitoring of persons at risk for tuberculosis with the use of the drug "Diaskintest" (Tuberculosis recombinant allergen). Tuberkulez i bolezni legkih 2010;2:13-19).
4. Аксенова В.А., Леви Д.Т. Туберкулез у детей и подростков. Биопрепараты. Профилактика. Диагностика. Лечение 2012;44(1):22-27. (Aksenova V.A., Levi D.T. Tuberculosis in children and adolescents. Biopreparaty. Profilaktika. Diagnostika. Lechenie 2012;44(1):22-27).
5. Аксенова В.А. Туберкулез у детей в России. Туберкулез и социально-значимые заболевания 2014;5:6-14. (Aksenova V.A. Tuberculosis in children in Russia. Tuberkulez i social'no-znachimye zabolevaniya 2014;5:6-14).
6. Барканова О.Н., Гагарина С.Г., Калуженина А.А. Своевременная диагностика туберкулеза у детей и подростков. Лекарственный вестник 2021;15:57-60. (Barkanova O.N., Gagarina S.G., Kaluzhenina A.A. Timely diagnosis of tuberculosis in children and adolescents. Lekarstvennyj vestnik 2021;15:57-60).
7. Бармина Н.А. Организация работы с детьми и подростками в очагах туберкулезной инфекции. Тихоокеанский медицинский журнал 2021;2(84):80-83. (Barmina N.A. Organization of work with children and adolescents in the foci of tuberculosis infection. Tihookeanskij medicinskij zhurnal 2021;2(84):80-83).
8. Белобородова Н.Г., Чугаев Ю.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика туберкулеза у детей старшего школьного возраста и подростков. Проблемы туберкулеза и болезней легких 2003;6:6-9. (Beloborodova N.G., Chugaev Yu.P. Clinical and epidemiological characteristics of tuberculosis in children of high school age and adolescents. Problemy tuberkuleza i boleznej legkih 2003;6:6-9).
9. Горбач Л.А. Лекарственноустойчивый и лекарственочувствительный туберкулез у подростков. Медицина: теория и практика 2019;4:154-155. (Gorbach L.A. Drug-resistant and drug-sensitive tuberculosis in adolescents. Medicina: teorija i praktika 2019;4:154-155).
10. Губкина М.Ф., Овсянкина Е.С. Основные методы выявления туберкулеза у детей и подростков. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum 2008;2:112-5. (Gubkina M.F., Ovsyankina E.S. The main methods of detecting tuberculosis in children and adolescents. Pediatrija. Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum 2008;2:112-5).
11. Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Стрельцов В.В., Баранова Г.В. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: изучение патогенетически значимых психологических механизмов. Сибирский психологический журнал 2015;57:129-40. (Zolotova N.V., Akhtyamova A.A., Streltsov V.V., Baranova G.V. Tuberculosis of the respiratory organs in children and adolescents: the study of pathogenetically significant psychological mechanisms. Sibirskij psihologicheskij zhurnal 2015;57:129-40).
12. Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Стрельцов В.В. и др. Личностные характеристики детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания, при наличии или отсутствии контакта с источником инфекции. Туберкулез и болезни легких 2017;3:41-7. (Zolotova N.V., Akhtyamova A.A., Streltsov V.V. et al. Personal characteristics of children and adolescents with tuberculosis of the respiratory system, in the presence or absence of contact with the source of infection. Tuberkulez i bolezni legkih 2017;3:41-7).
13. Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Стрельцов В.В. и др. Оценка психологических характеристик детей, больных туберкулезом органов дыхания, на фоне специфической терапии. Туберкулез и болезни легких 2015;9:13-8. (Zolotova N.V., Akhtyamova A.A., Streltsov V.V. et al. Assessment of psychological characteristics of children with tuberculosis of the respiratory system, against the background of specific therapy. Tuberkulez i bolezni legkih 2015;9:13-8).
14. Лебедева Л.В., Грачева С.Г. Чувствительность к туберкулину и инфицированность микобактериями туберкулеза детей. Проблемы туберкулеза и болезней легких 2007;1:5-9. (Lebedeva L.V., Gracheva S.G. Sensitivity to tuberculin and infection with mycobacterium

- tuberculosis in children. Problemy tuberkuleza i boleznej legkih 2007;1:5-9).
15. Моисеева О.В. Медико-социальная характеристика детей и источников инфекции из различных видов очагов туберкулеза. Пермский медицинский журнал 2006;23(3):119-26. (Moiseeva O.V. Medical and social characteristics of children and sources of infection from various types of tuberculosis foci. Permskij medicinskij zhurnal 2006;23(3):119-26).
16. Мордык А.В., Плеханова М.А., Подкопаева Т.Г. Медико-социальная характеристика источников туберкулезной инфекции и оценка ее влияния на риск заболевания детей в очагах туберкулеза. Вестник современной клинической медицины 2011;4(2):19-22. (Mordyk A.V., Plekhanova M.A., Podkopaeva T.G. Medical and social characteristics of sources of tuberculosis infection and assessment of its impact on the risk of disease of children in tuberculosis foci. Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny 2011;4(2):19-22).
17. Нечаева О.Б. Туберкулез в России. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу 2019. (Nechaeva O.B. Tuberculosis in Russia. The epidemiological situation of tuberculosis 2019).
18. Нечаева О.Б. Туберкулез у детей России. Туберкулез и болезни легких 2020;98(11):12-20. (Nechaeva O.B. Tuberculosis in children of Russia. Tuberkulez i bolezni legkih 2020;98(11):12-20).
19. Нечаева О.Б. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России. Туберкулез и болезни легких 2018;96(8):15-24. (Nechaeva O.B. The epidemic situation of tuberculosis in Russia. Tuberkulez i bolezni legkih 2018;96(8):15-24).
20. Овсянкина Е.С., Панова Л.В., Полуэктова Ф.А. и др. Актуальные проблемы туберкулеза у подростков из очагов туберкулезной инфекции. Туберкулез и болезни легких 2018;96(6):17-21. (Ovsyankina E.S., Panova L.V., Poluektova F.A., etc. Actual problems of tuberculosis in adolescents from foci of tuberculosis infection. Tuberkulez i bolezni legkih 2018;96(6):17-21).
21. Овсянкина Е.С., Панова Л.В., Полуэктова Ф.Г. и др. Туберкулез у подростков: медико-социальный портрет с учетом эпидемиологического фактора риска развития заболевания. Вопросы практической педиатрии 2018; 13(2): 32-38. (Ovsyankina E.S., Panova L.V., Poluektova F.G., etc. Tuberculosis in adolescents: a medical and social portrait taking into account the epidemic risk factor for the development of the disease. Voprosy prakticheskoy pediatrii 2018; 13(2): 32-38).
22. Овсянкина Е.С., Стахеева Л.Б. Туберкулез у подростков в Москве: эпидемиологическая ситуация и проблемы. Проблемы туберкулеза и болезней легких 2007;10:29-31. (Ovsyankina E.S., Stakheeva L.B. Tuberculosis in adolescents in Moscow: epidemic situation and problems. Problemy tuberkuleza i boleznej legkih 2007;10:29-31).
23. Павленок И.В., Ревакина О.В., Алексеева Т.В. Оценка организации противотуберкулезной помощи детям и подросткам в Сибирском Федеральном округе в 2010-2012 гг. Туберкулез и болезни легких 2014;5:36-41. (Pavlenok I.V., Revyakina O.V., Alekseeva T.V. Assessment of the organization of tuberculosis care for children and adolescents in the Siberian Federal District in 2010-2012. Tuberkulez i bolezni legkih 2014;5:36-41).
24. Павлова М.В., Старшинова А.А., Сапожникова Н.В. и др. Диагностика и клинорентгенологическая характеристика туберкулеза органов дыхания у подростков. Туберкулез и болезни легких 2015;1:10-14. (Pavlova M.V., Starshinova A.A., Sapozhnikova N.V., etc. Diagnostics and clinical and radiological characteristics of tuberculosis of the respiratory organs in adolescents. Tuberkulez i bolezni legkih 2015;1:10-14).
25. Плеханова М.А., Мордык А.В., Подкопаева Т.Г. и др. Оценка санитарной грамотности подростков по вопросам туберкулеза. Сибирское медицинское обозрение 2012;73(1):55-7. (Plekhanova M.A., Mordyk A.V., Podkopaeva T.G., etc. Assessment of adolescent health literacy on tuberculosis. Sibirskoe medicinskoe obozrenie 2012;73(1):55-7).
26. Романова А.И., Русских О.Е., Сысоев П.Г. Диагностика туберкулезной инфекции у детей. Труды Ижевской государственной медицинской академии 2017;55:136-137. (Romanova A.I., Russian O.E., Sysoev P.G. Diagnosis of tuberculosis infection in children. Trudy Izhevskoj gosudarstvennoj medicinskoy akademii 2017;55:136-137).
27. Сергеичева Е.Г. Применение теста T-SPOT в диагностике туберкулезной инфекции у детей и подростков с сопутствующей инфекционной патологией. Молодежный инновационный вестник 2022;11:608-610. (Sergeicheva E.G. Application of the T-SPOT test in the diagnosis of tuberculosis infection in children and adolescents with concomitant infectious pathology. Molodezhnyj innovacionnyj vestnik 2022;11:608-610).
28. Сотнева И.Б. Опыт применения аллерегена туберкулезного рекомбинантного для массового обследования на туберкулез детей и подростков в Нижегородской области. Вопросы практической педиатрии 2017;12(4):43-48. (Sotneva I.B. Experience of using tuberculosis recombinant allergen for mass examination for tuberculosis of children and adolescents in the Nizhny Novgorod region. Voprosy prakticheskoy pediatrii 2017;12(4):43-48).
29. Сухов В.М., Сухова Е.В. Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких. Проблемы туберкулеза и болезней легких 2003;4:29-30. (Sukhov V.M., Sukhova E.V. Some features of the quality of life of patients with pulmonary tuberculosis. Problemy tuberkuleza i boleznej legkih 2003;4:29-30).
30. Тарасов Д.О., Тюлькова Т.Е., Лебедев И.А. и др. Клинико-психопатологические изменения у

- подростков, страдающих туберкулезом. Уральский медицинский журнал 2019;13(181):109-112. (Tarasov D.O., Tyulkova T.E., Lebedev I.A., etc. Clinical and psychopathological changes in adolescents suffering from tuberculosis. Ural'skij medicinskij zhurnal 2019;13(181):109-112).
31. Токарева Е.В., Бучкина Н.Н., Смирнова С.А. Опыт обследования на туберкулез детей и подростков в диспансере Колпинского района. Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи 2018;336-343. (Tokareva E.V., Buchkina N.N., Smirnova S.A. Experience of examination for tuberculosis of children and adolescents in the dispensary of the Kolpinsky district. Sovremennye problemy podrostkovoј mediciny i reproductivnogo zdorov'ja molodezhi 2018;336-343).
32. Цыбикова Э.Б. Динамика заболеваемости туберкулезом в России в первом двадцатилетии XXI века. Социальные аспекты здоровья населения 2021;67(6). (Tsybikova E.B. Dynamics of tuberculosis incidence in Russia in the first twenty-first century. Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija 2021;67(6)).
33. Ettehad D, Schaaf HS, Seddon JA et al. Treatment outcomes for children with multidrug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2012;12:449-56. doi:10.1016/S1473-3099(12)70033-6.
34. Global Tuberculosis Report. Geneva: World Health Organization; 2018.
35. Graham SM, Grzemska M, Brands A, et al. Regional initiatives to address the challenges of tuberculosis in children: perspectives from the Asia-Pacific region. Int J Infect Dis. 2015;32:166-9. doi:10.1016/j.ijid.2014.12.013.
36. Groschel MI, van den Boom M, Migliori GB, Dara M. Prioritising children and adolescents in the tuberculosis response of the WHO European Region. EurRespir Rev. 2019;28(151):180106. doi:10.1183/16000617.0106-2018.
37. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. Geneva, World Health Organization; 2014.
38. Harausz EP, Garcia-Prats AJ, Law S et al. Treatment and outcomes in children with multidrug-resistant tuberculosis: A systematic review and individual patient data meta-analysis. PLoS Med. 2018;15. doi:10.1371/journal.pmed.1002591.
39. Jenkins HE, Yuen CM. The burden of multidrug-resistant tuberculosis in children. IntJTubercLungDis. 2018;22(5):3-6. doi:10.5588/ijtld.17.0357.
40. Marais BJ, Schaaf HS, Graham SM. Child health and tuberculosis. Lancet Respir Med. 2014;2:254-6. doi:10.1016/S2213-2600(14)70009-8.
41. Marais BJ, Tadolini M, Zignol M, Migliori GB. Paediatric tuberculosis in Europe: lessons from Denmark and inclusive strategies to consider. EurRespir J. 2014;43:678-84. doi:10.1183/09031936.00133613.
42. Newton SM, Brent AJ, Anderson S et al. Paediatric tuberculosis. Lancet Infect Dis. 2008;8(8):498-510. doi:10.1016/S1473-3099(08)70182-8.
43. Roadmap for childhood tuberculosis: towards zero deaths. Geneva: World Health Organization; 2013.
44. Roadmap towards ending TB in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018.
45. Snow KJ, Sismanidis C, Denholm J et al. The incidence of tuberculosis among adolescents and young adults: a global estimate. EurRespir J. 2018;51(2). doi:10.1183/13993003.02352-2017.
46. Soeters M, de VriesAM, Kimpfen JLL et al. Clinical features and outcome in children admitted to a TB hospital in the Western Cape – the influence of HIV infection and drug resistance. S Afr Med J. 2005;95(8):602-6.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Гайдомак К.И., Екимов Е.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Гайдомак Кристина Игоревна, студент 4 курса, 468 группы стоматологического факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, kristina.i.g@mail.ru

Актуальной проблемой современной медицины является особый дифференцированный подход к детям с аутистическими расстройствами. Расстройство аутистического спектра (РАС) - это особое заболевание психического развития, которое характеризуется нарушениями стереотипного поведения и проблемами социального взаимодействия с другими людьми. Навыки самообслуживания у детей с данным заболеванием слабо развиты, дети зависимы от сладкой пищи, также присутствует нарушение сенсорной интеграции. Все это ведет к неудовлетворительной гигиене полости рта. Высокие показатели стоматологических заболеваний у таких пациентов требуют изыскание наиболее эффективных методов лечения и профилактики. Для детей, страдающих аутистическим расстройством, разработаны специальные программы, основанные на клинических проявлениях и модификации поведения, для адаптации к стоматологическому приему и обучению гигиене полости рта. Помимо традиционного обучения навыкам гигиены, в настоящее время все чаще стали вводить современные методики, предполагающие использование электронных устройств. Детский врач стоматолог в свою очередь должен обучать пациентов с РАС гигиене полости рта, для предупреждения развития кариеса зубов и заболеваний пародонта, применяя новые технологии и устройства виртуальной реальности. При этом к каждому ребенку нужно найти индивидуальный подход, поэтому важно обратить внимание на адаптацию детей с заболеванием РАС. Созданы различные эффективные программы для поэтапного введения детей в комфортную среду стоматологического приема. Но к сожалению, не все дети могут освоиться к проведению стоматологических манипуляций и стоматологу приходится прибегнуть к использованию седации или общей анестезии. Исследования показывают, что проведение анестезии детям с аутизмом улучшают качество приема и снижают психоэмоциональную возбудимость, как следствие улучшают адаптацию пациентов и вероятность обострения заболевания становится меньше. В связи с вышесказанным, целью данного литературного обзора является представление актуальных сведений о методах адаптации детей к стоматологическому приему, профилактики и лечения заболеваний полости рта.

Ключевые слова: лечение и профилактика заболеваний, дети с РАС, адаптация, обучение гигиене.

FEATURES OF TREATMENT AND ADAPTATION OF CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDERS AT DENTAL PRACTICES

Gaidomak K.I., Ekimov E.V.

Omsk State Medical University

An important problem in modern medicine is a special differentiated approach to children with autism spectrum disorders. Autism spectrum disorder (ASD) is a special mental development disorder characterized by impaired stereotypical behavior and problems with social interaction with other people. Self-care skills in children with this disorder are poorly developed, children are dependent on sugary foods, and there is also impaired sensory integration. All this leads to poor oral hygiene. The high rates of dental disease in these patients require finding the most effective methods of treatment and prevention. Special programs based on clinical manifestations and behavior modification have been developed for children with ASD to adapt to dental appointments and oral hygiene education. In addition to traditional hygiene education, modern techniques involving the use of electronic devices are increasingly being introduced. The pediatric dentist must teach oral hygiene to patients with ASD to prevent dental caries and periodontal disease, using new technology and virtual reality devices. At the same time it is necessary to find an individual approach to each child, so it is important to pay attention to the adaptation of children with ASD. Various effective programs have been created to gradually introduce children into the comfortable environment of dental appointments. Unfortunately, not all children can get accustomed to the dental procedures and the dentist has to resort to the use of sedation or general anesthesia. Studies show that anesthesia in children with autism improves the quality of reception and reduces psycho-emotional excitability, therefore improving the adaptation of patients and the likelihood of exacerbation of the disease is less.

In connection with the above, the purpose of this literature review is to present current information about methods of children's adaptation to dental appointments, prevention and treatment of oral diseases.

Keywords: treatment and prevention of diseases, children with ASD, adaptation, hygiene training.

Введение

Среди большого числа проблем современного общества, актуальность имеет практический вопрос стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра (РАС). Маленькие дети с РАС нуждаются в более частом приеме стоматолога из-за большей распространенности кариеса и других стоматологических заболеваний [2,6,9,14,30].

Внимание к этой проблеме в нашей стране растет с каждым годом. В настоящее время Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) оценивают, что каждый 59-й ребенок болен РАС. У большинства детей диагноз

впервые выявляется в возрасте до 3 лет, а 39% детей не проходят обследование в первые 4 года жизни [38]. Согласно данным Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2021 год, в России аутизм диагностирован более чем у 36 тысяч детей. Это соответствует примерно 0,1% детского населения страны [16]. По этим данным можно сделать вывод, что значительное количество детей страдает данной группой расстройств. Стоматолог в свою очередь должен быть готов к приему детей с РАС. Так, большинство британских стоматологов сообщают, что осуществляли прием хотя бы одного пациента с патологией РАС [31].

РАС – это гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции (синдром Аспергера, синдром Каннера, детский аутизм, атипичный аутизм, детское дезинтегративное расстройство, а также множество хромосомных и генетических синдромов), характеризующихся триадой нарушений социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения. Включают при отдельных формах «неспецифические проблемы»: страхи, нарушения сна и приема пищи, возбуждение, заторможенность, раздражительность и другие поведенческие нарушения [18]. После проведения исследования о состоянии полости рта у 483 детей с РАС, пришли к определенным выводам, что у детей с аутизмом снижен мышечный тонус, гиперсаливация, атаксия [29]. Чаще такие дети питаются мягкой и сладкой пищей, из-за нарушенной координации языка им довольно трудно сразу проглотить пищу, поэтому они долго держат ее во рту. К тому же у детей с РАС очень часто нарушен прикус из-за пагубных привычек: сосут пальцы, грызут ногти и различные посторонние предметы [22]. Все это приводит к таким заболеваниям полости рта как кариес, гингивит, пародонтит и т.д. Соответственно таким детям необходимо чаще обращаться к врачу стоматологу [6,11].

Особенности адаптации до лечения детей с аутизмом.

Посещение врача стоматолога - это большой стресс для детей с РАС [5]. Повышенная реакция возбудимости у детей может возникнуть на смену обстановки, в данном случае приход в незнакомую стоматологическую клинику, на появление новых лиц в числе стоматолога и ассистента, на запах лекарств, на соприкосновения с металлическими инструментами, на резкий и яркий свет лампы, шум установки и наконечника. Так же крайне важно для детей с РАС видеть лицо и

губы врача, но негативно влияет медицинская маска. Все эти предпосылки могут усилить стресс, а ребенок в свою очередь потеряет контроль над ситуацией.

Лучший вариант перед лечением ребенка - это медленная адаптация для начала в домашних условиях. Перед основным приемом детей с РАС родители могут прийти к стоматологу с первичной консультацией без ребенка, сделать обзорные фотографии или видео клиники, кабинета и специалиста, который будет непосредственно контактировать ребенком. Благодаря этому этапу ребенку будет легче погрузиться в новую для него атмосферу. Изначально задачей родителей является дистанционно познакомить ребенка с лечащим врачом [4]. Доктор при визите оценивает состояние полости ребенка по результатам «Анкеты для определения уровня стоматологического комплаенса у детей». Это поможет спланировать уровень визитов для адаптации [4,17,21]. Специалисты рекомендуют перед первым посещением к стоматологу начать пользоваться электрической зубной щеткой, что поможет ребенку адаптироваться к вращающимся инструментам в полости рта. Это доказывает исследование Л.П. Кисельниковой (д.м.н., профессор, зав. кафедрой детской стоматологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова), основанное на использовании электрической зубной щетки с мобильным приложением. Спустя месяц в результате сравнения детей основной группы, применяющих электрические зубные щетки, и группы сравнения, использующих мануальную щетку. У последних было зарегистрировано, что при проведении профессиональной гигиены полости рта чувствительность вибрации стоматологического наконечника была выше, по сравнению с детьми, использующими электрическую зубную щетку [12].

Дату и время приема ребенка необходимо подобрать таким образом,

чтобы время ожидания было максимально коротким, а других пациентов по возможности меньше. Лучше выбрать время перед окончанием рабочей смены. Весь персонал клиники должен быть извещен, что на прием придет ребенок с РАС и проинструктирован [4,21].

Диалог с ребенком нужно строить простыми словосочетаниями и спокойным тембром голоса и делать паузы для того, чтобы ребенку было проще сконцентрироваться. Разговор необходимо строить по принципу «расскажи-покажи-сделай» [3,4].

Можно отвлекать внимание ребенка просмотром мультфильмов, прослушиванием знакомой музыки. Ребенок может взять с собой игрушку, с которой ему спокойно [3]. Проведено сравнительное исследование Фахруддины К.С. и Эль Батави Х.Й. и соавт. (кафедра профилактической и восстановительной стоматологии, Колледж стоматологической медицины, университет Шарджи, Шарджа, Объединенные Арабские Эмираты) в 2017 году с использованием видео-очков, участие в котором приняли 28 детей с диагнозом РАС в возрасте 5-10 лет. Результат показал, что наблюдалась значительная разница ($P < 0,02$) в средней частоте сердечных сокращений во время стоматологического обследования верхней и нижней челюстей с видео очками и без них. В последующих сеансах лечения наблюдалось снижение средней частоты сердечных сокращений. Отвлечение видеоиграми, оказалось, эффективным инструментом в лечении детей с расстройствами аутистического спектра при проведении неинвазивных профилактических стоматологических процедур [32].

Значимо при адаптации ребенка создать комплексное лечение с участием так же врачей других специальностей: ортодонт, логопед, стоматолог-хирург, педиатр и тд. Самое главное при адаптации ребенка с РАС сформировать командный подход к

стоматологическому лечению. В свою очередь врач должен донести родителям о необходимости правильной индивидуальной гигиены для их ребенка, а также важности систематично посещать стоматолога в целях профилактических осмотров [17]. В исследовании, проведенном на основе анализа мнения родителей, которое проводилось Кай Дж. И Хабиб Д (резиденты отделения стоматологии отделения детской хирургии Монреальской детской больницы.) в мае 2022 года, показано, что улучшилось качество стоматологической помощи у детей с РАС, поскольку повторение посещений стоматолога позволило им освоиться в клинических условиях, снизить стресс и беспокойство и, следовательно, принять лечение [26].

Особенности обучения гигиене полости рта у детей с аутизмом.

Обучение гигиене полости рта детей с аутистическими расстройствами длительный и сложный процесс, который требует терпения. Поэтому профилактика кариеса зубов и заболеваний полости рта, а также мотивация к гигиене полости рта выходят на первое место в борьбе с патологиями полости рта у детей с аутизмом. Специально разработаны методы обучения гигиене полости рта, на основе клинических проявлений и поведения детей с РАС [3,8,11,21]. Большое значение имеет просвещение родителей, обучение их навыкам гигиены полости рта для использования их в повседневной жизни ребенка [23]. В настоящее время информационных технологий этот вопрос остался не равнодушным. Часто стали использовать электронные устройства для обучения гигиене полости рта. Доцент кафедры детской стоматологии медицинского университета Серена Лопес Каза (г. Нанта, Франция) для проработки методов гигиены полости рта у детей с РАС использовала iPad [11]. Она создала поэтапную программу в виде ярких изображений, благодаря которой детям

было легче запомнить верную последовательность чистки зубов зубной щеткой и пастой. Результаты исследования показали, что гигиена полости рта стала лучше, и дети стали проявлять больший интерес к чистке зубов.

На дальнем востоке (г. Уссурийск, г. Владивосток) проводили исследование с детьми больными РАС и детьми без психической патологии, которым было предложено пройти программу профилактики стоматологических заболеваний, включающую: обучение детей гигиене в игровой форме со слайд шоу, показ фильма, обучение родителей и проведение профессиональной гигиены полости рта. Эффективность демонстрирует положительная динамика при повторном обследовании детей с РАС [1].

В последнее время встречаются исследования с помощью дополнительных методов коммуникации – видеомоделинга, которые посвящены обучению детей с РАС чистке зубов [25]. Одно из таких исследований Nilchian (2017), на видео в картинках ребенку показывали, как правильно чистить зубы. Через 18 месяцев результаты исследования показали, что гигиена у детей с РАС стала более качественная. Как итог можем сказать, что метод данной педагогики эффективен для обучения гигиене полости рта для детей с РАС [37].

Также известно исследование за рубежом Ваджават М. и соавт. (больница общего профиля стоматологического колледжа Джодхпур, Джодхпур, Раджастан, Индия) в 2015 году, которое посвящено увеличению интереса к гигиене с помощью электрической зубной щетки у детей с РАС. По клинкоморфологическим результатам, можем сказать, что чистка зубов электрической зубной щеткой улучшает качество гигиены полости рта с уменьшением данных гигиенических индексов [41].

Л.П. Кисельниковой (д.м.н., профессор, зав. кафедрой детской стоматологии

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова) было проведено исследование, где кроме электронных устройств и приложений, использовалась и жетонная система при обучении гигиене полости рта детей с РАС. Жетонная система - это система поощрений, предоставление положительного подкрепления ребенку за проявление желаемого поведения или выполнения задания (монетка, наклейка, магнитик и т.д.) [8]. Мобильное приложение служит визуальной подсказкой, благодаря которой дети могут без помощи, регулярно проводить чистку зубов. Анализ полученных данных показал, что по сравнению с детьми, которые пользовались мануальной щеткой, у детей пользовавшихся электрической щеткой более низкое значение индексов гигиены [12].

Ввиду выше сказанного, мы можем сделать вывод, что к каждому ребенку с расстройством аутистического спектра можно подобрать индивидуальный подход используя различные методы обучения. Если с работать с детьми, имеющих РАС начиная с малого возраста, систематически и комплексно, будет наблюдаться значительный прогресс в навыках гигиены полости рта [42].

Лечение пациентов с аутистическим расстройством

Не всегда можно наладить нужный контакт с пациентом, имеющим расстройство аутистического спектра, и психологически подготовить к стоматологическому вмешательству [28]. Тогда врач стоматолог должен прибегнуть к использованию общей анестезии или седации без выключения сознания, так как расстройства аутистического спектра являются абсолютным показанием к проведению данной манипуляции [13,21].

Седация – состояние организма, которое характеризуется повышением психоэмоционального торможения, созданное искусственно с использованием седативных средств [19].

Седация с сохраненным сознанием нужна для снижения чувств страха, тревоги. У детей происходит спад возбудимости и активности, они становятся безэмоциональными, сонливыми, вялыми. В поддержание жизненно важных центров нет необходимости. При этом все равно требуется местная анестезия, потому что седация не создает эффект обезболивания [10].

Было проведено исследование на кафедре детской терапевтической стоматологии МГМСУ (2012г.) с целью определения эффективности санации полости рта с проведением седации без выключения сознания на фоне медикаментозной седации мидазоламом [10]. Мидазолам — это анксиолитик бензодиазепинового ряда. Он не образует в организме активных метаболитов, превращается в водорастворимые соединения и быстро выводится из организма. Положительное качество заключается в отсутствии нежелательных эффектов в виде сонливости вялости и снижения внимания. Результаты: благодаря данному методу создаются благоприятные условия для санации полости рта, благодаря которым дети чувствуют себя комфортно, за одно посещение можно выполнить больший объем стоматологических манипуляций. В последнее время, для осуществления седации используют ингаляционный анестетик севофлуран, в том числе у детей с РАС, он имеет преимущества по сравнению с общей анестезией или седацией с использованием других препаратов [13]. Анестезиологом Ю-Хэн Ма (второй артиллерийский госпиталь НОАК, Пекин, КНР) 2015 году исследована безопасность использования севофлурана в комбинации с этиomidатом и пропофолом для проведения седации пациентам с РАС. Эффективность и побочные эффекты этих двух анестетиков были сравнительно изучены у 60 детей с аутизмом во время трансплантации

стволовых клеток. Результаты показали, что комбинация севофлурана-этомидат обеспечивает более стабильный гемодинамический ответ и приводит к меньшему количеству побочных эффектов по сравнению с комбинацией севофлурана-пропофола. Таким образом, комбинация севофлуран-этомидат больше подходит для индукции кратковременной анестезии у детей с аутизмом [35].

Другой опыт посвящен успешному и безопасному применению дексмедетомидина и пропофола у детей с аутизмом в качестве седативных препаратов. Все пациенты успешно завершили процедуру. Время восстановления и выписки было значительно ниже в группе пропофола, в то время как в группе дексмедетомидина гемодинамика сохранялась более стабильной. Как пропофол, так и дексмедетомидин оказались адекватными и безопасными препаратами для седации детей с аутизмом, проходящих МРТ [24].

Общее обезболивание проводится детям с РАС, которые не способны выполнять просьбы врача в силу тяжести заболевания или наличия страха [27]. Доказано, что проведение процедур, требующих общей анестезии, не влияет на возрастание степени тяжести РАС [34]. Важно обратить внимание не только на проведение анестезии и стоматологическое вмешательство, а также и предоперационный и послеоперационный период. Знание особенностей заболевания каждого пациента и принятие мер для снятия стресса имеет первостепенное значение для более легкого послеоперационного периода. Исследование Джо С. Шварца (кафедра анестезии и периоперационной медицины Университета Манитобы, Виннипег, Манитоба, Канада.), проведенное в 2017 году, об индивидуальной подготовке пациентов показывает, что знание степени тяжести расстройства и личностные особенности определяют уровень анестезии и ее

необходимость. Это способствует благоприятному послеоперационному периоду [39].

Проведен ретроспективный анализ (с января 2013 г. по февраль 2018 г.) анестезиологом Юань Тианом (отделение анестезиологии больница PUMC, CAMS и PUMC, город Пекин, страна Китай) клинических данных двух групп: 10 пациентов с РАС и 10 пациентов без психических патологий, которым проводили общую анестезию. Результаты показали, что пациенты с РАС, имеют более продолжительное время пробуждения и позднее включение жизненно важных показателей [40], что важно учитывать при проведении общей анестезии.

Исследован клинический случай ребенка с РАС, которому проведено стоматологическое лечение с применением анестезии ксенон в клинике ООО «Дентал Форте Элит», (г. Набережные Челны, Республика Татарстан, 2019 г.). Зарегистрировано благоприятное влияние на психический статус пациента после проводимой анестезии [15].

О положительных нейропротективных свойствах ксенона отзываются британские ученые, которые провели неонатальные исследования лечения новорожденного с гипоксией [33, 36]. Выбор ксенона как анестетика у детей с аутизмом объясняется возможностью показать положительные неврологические, психические изменения после проведенного наркоза, а также быстротой засыпания и пробуждения, безопасностью, быстрым восстановлением ребенка и, соответственно, минимальным временем пребывания в клинике.

Можно отметить, что при проведении общей анестезии у детей с РАС показывает снижение психоэмоциональной нагрузки во время лечения. Проведен анализ протекания наркоза у 200 детей, которым проводилась стоматологическая санация с марта 2007 по март 2010 г., Г.М.

Солонько в «Клинике Заблоцкого» и «Центре стоматологической имплантации и протезирования «ММ» (г. Львов, Украина). Результаты: ни у одного пациента не наблюдалось посленаркозной рвоты, тошноты или гипертермии. У двух пациентов наблюдалось посленаркозное возбуждение. Все пациенты в сознании были отпущены домой [20]. Санация ротовой полости под наркозом дает возможность избежать стрессовых ситуаций, надежно защищает ЦНС ребенка на время лечения, предупреждает отказ от лечения в будущем.

Подводя итоги, мы можем сказать, что комплексный подход к лечению, заболеваний полости рта, детей страдающих РАС в условиях общей анестезии и седации, дает возможность нам достигнуть отличных результатов с оптимальным комфортом как для пациента, так и для детского стоматолога. Преимущество данных методов заключается в том, что за один прием врач сможет выполнить больший объем лечебных и профилактических мероприятий.

Выводы.

1. Дети с расстройствами аутистического спектра имеют более высокую распространенность стоматологических заболеваний, в связи клинических проявлений и плохой гигиены полости рта из-за отсутствия навыков чистки.
2. Дети с аутизмом нуждаются в профилактике стоматологических заболеваний. Необходимо адаптировать имеющиеся программы профилактики с учетом особенностей их заболевания и личностных характеристик, используя различные методы обучения гигиене.
3. Лечение заболеваний полости рта у детей с РАС в условиях поликлиники без использования общей анестезии и седации требует формирования полной адаптации к стоматологическому приему, доверительного контакта между стоматологом и пациентом.

4. Санация полости рта у детей с расстройством аутистического спектра в условиях общего обезболивания и седации с сохранением сознания повышает качество стоматологической помощи, способствует увеличению

объема лечения в одно посещение. Применение данных методов снижает психоэмоциональную нагрузку ребенка во время лечения и снижает риск обострения заболевания

ЛИТЕРАТУРА

1. Alekseeva, E. O., Kovalevskii A. M. Effektivnost' programmy profilaktiki stomatologicheskikh zabolevanii u detei s autizmom. Institut stomatologii 2019;3(84): 62-63. (Алексеева, Е. О., Ковалевский А. М. Эффективность программы профилактики стоматологических заболеваний у детей с аутизмом. Институт стоматологии 2019;3(84): 62-63.)
2. Antonova A. A., Chirikova E. L. Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika stomatologicheskikh zabolevanii. Materialy VI nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodnym uchastiem 2010; 9 (Антонова А. А., Чирикова Е. Л. Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний. Материалы VI науч.-практ. конф. с международным участием 2010; 9)
3. Borodina L.G. Pis'mennaia Meditsinskie aspekty soprovozhdeniia detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra. Autizm i narusheniia razvitiia 2017;3: 3–8. (Бородина Л.Г. Письменная Медицинские аспекты сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра. Аутизм и нарушения развития 2017;3: 3–8.)
4. Vasianina A. A. Lechenie zubov u detei s negativnym otnosheniem k stomatologicheskim manipuliatsiiam. Avtoref. dis.. kand. med. nauk 2008. (Васянина А. А. Лечение зубов у детей с негативным отношением к стоматологическим манипуляциям. Автореф. дис.. канд. мед. наук 2008.)
5. Volobuev V.V., Alekseenko S.N., Gulenko O.V. Reglament «Multistep» stomatologicheskoi pomoshchi detiam s psikhonevrologicheskimi rasstroistvami. Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik 2017; 1: 21-28. (Волобуев В.В., Алексеенко С.Н., Гуленко О.В. Регламент «Multistep» стоматологической помощи детям с психоневрологическими расстройствами. Кубанский научный медицинский вестник 2017; 1: 21-28.)
6. Gzhva S.I., Belousova E.IU., Kniashchuk E.A., Kulikov A.S. Osobennosti stomatologicheskogo statusa u detei s rasstroistvami auticheskogo spektra. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia 2018; 3. (Гажва С.И., Белоусова Е.Ю., Княшчук Е.А., Куликов А.С. Особенности стоматологического статуса у детей с расстройствами аутистического спектра. Современные проблемы науки и образования 2018; 3.)
7. Gileva AG, redaktor. Al'ternativnaia i dopolnitel'naia kommunikatsiia: sbornik metodicheskikh materialov seminarov v ramkakh obrazovatel'nogo foruma "Sovremennye podkhody i tekhnologii soprovozhdeniia detei s osobymi obrazovatel'nymi potrebnoostiami". Perm': PGTPU, 2018;7. (Гилева АГ, редактор. Альтернативная и дополнительная коммуникация: сборник методических материалов семинара в рамках образовательного форума "Современные подходы и технологии сопровождения детей с особыми образовательными потребностями". Пермь: ПГТПУ, 2018;7.)
8. Kirshin PA. Opyt primeneniia sistemy zhetonov pri korrektsii povedeniia detei "nadomnikov". SHkol'nye tekhnologii. 2015;(4):135-138. (Киршин П.А. Опыт применения системы жетонов при коррекции поведения детей "надомников". Школьные технологии. 2015;(4):135-138.)
9. Kisel'nikova L. P., Zueva T. E., Kruzhalova O. A. i dr. Det. stomatol. i profilaktika 2007; 2: 19-22. (Кисельникова Л. П., Зуева Т. Е., Кружалова О. А. и др. Дет. стоматол. и профилактика 2007; 2: 19-22.)
10. Kisel'nikova L.P., Zolotusskii A. G., Fadeeva E. N., Karaseva R. V. Osobennosti sanatsii polosti rta detei mladshogo vozrasta v usloviakh sedatsii s sokhranennym soznaniem. Rossiiskii meditsinskii zhurnal 2012; 4: 30-32. (Кисельникова Л.П., Золотусский А. Г., Фадеева Е. Н., Карасева Р. В. Особенности санации полости рта детей младшего возраста в условиях седации с сохраненным сознанием. Российский медицинский журнал 2012; 4: 30-32.)
11. Kisel'nikova, L. P., Drobot'ko L. N., Miloserdova K. B. Okazanie stomatologicheskoi pomoshchi detiam s rasstroistvami autisticheskogo spektra. Autizm i narusheniia razvitiia 2017; 3(56):9-15. (Кисельникова, Л. П., Дробот'ко Л. Н., Милосердова К. Б. Оказание стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра. Аутизм и нарушения развития 2017; 3(56):9-15.)
12. Kisel'nikova, L. P., Liantseva M. P., Sirota N. A. Ispol'zovanie elektricheskoi zubnoi shchetki s mobil'nym prilozheniem dlia adaptatsii detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra k stomatologicheskomu lecheniiu. Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika 2022; 1(81): 4-11. (Кисельникова, Л. П., Лямцева М. П., Сирота Н. А. Использование электрической зубной щетки с мобильным приложением для адаптации детей с расстройствами аутистического спектра к

- стоматологическому лечению. Стоматология детского возраста и профилактика 2022; 1(81): 4-11)
13. Kolesnikov, A. N., Alekseenko A. A. Osnovnye aspekty provedeniia anesteziï v detskoï stomatologii. Universitetskaïa klinika 2020; 2(35): 107-113. (Колесников, А. Н., Алексеенко А. А. Основные аспекты проведения анестезии в детской стоматологии. Университетская клиника 2020; 2(35): 107-113.)
14. Korchagina V. V. Dostizhenie maksimal'nogo stomatologicheskogo zdorov'ia detei ranнего stomatologicheskogo zdorov'ia detei раннего возраста внедрением новых технологий: Автореф. дис.. д-ра мед. наук 2008. (Корчагина В. В. Достижение максимального стоматологического здоровья детей раннего возраста внедрением новых технологий: Автореф. дис.. д-ра мед. наук 2008.)
15. Lazarev V. V., KHaliullin D. M., Gabdrafirov R. R. i soavt. Anesteziia ksenonom u rebenka s autizmom pri stomatologicheskom lechenii (klinicheskii sluchai). Pediatricheskii vestnik IZhnogo Urala 2019; 1: 66-72. (Лазарев В. В., Халиуллин Д. М., Габдрафиков Р. Р. и соавт. Анестезия ксеноном у ребенка с аутизмом при стоматологическом лечении (клинический случай). Педиатрический вестник Южного Урала 2019; 1: 66-72.)
16. Ministerstvo zdravookhraneniia Rossiiskoi Federatsii. Pis'mo 15-3/407 ot 15 marta 2021. (Министерство здравоохранения Российской Федерации. Письмо 15-3/407 от 15 марта 2021.)
17. Nasretdinova N.IU., Vorozhtsova L.I., Mandra IU.V., Mandra E.V., Dimitrova IU.V., Sorokoumova D.V., ZHegalina N.M. Osobennosti sovremennykh metodov profilaktiki stomatologicheskikh zabolovaniï u detei s rasstroïstvami autisticheskogo spektra v ural'skom federal'nom okruge. Problemy stomatologii 2019;4: 155-161. (Насретдинова Н.Ю., Ворожцова Л.И., Мандра Ю.В., Мандра Е.В., Димитрова Ю.В., Сорокумова Д.В., Жегалина Н.М. Особенности современных методов профилактики стоматологических заболеваний у детей с расстройствами аутистического спектра в уральском федеральном округе. Проблемы стоматологии 2019;4: 155-161.)
18. Obshchestvennoï organizatsii «Rossiiskoe obshchestvo psikhiatrov». Klinicheskie rekomendatsii: «Rasstroïstva autisticheskogo spektra v detskom vozraste: diagnostika, terapiia, profilaktika, reabilitatsiia», 2020. (Общественной организации «Российское общество психиатров». Клинические рекомендации: «Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация», 2020.)
19. Svetlov, V. A., Zaitsev A. IU., Kozlov S. P. Psikhoeemotsional'nye komfort - spetsial'nyi komponent anesteziï? Anesteziologiia i reanimatologiia 2008;5:88-91 (Светлов, В. А., Зайцев А. Ю., Козлов С. П. Психоэмоциональные комфорт - специальный компонент анестезии? Анестезиология и реаниматология 2008;5:88-91)
20. Solon'ko G. M., Paikush V. A., Zablotskii IA. V., Ugrin M. M. Osobennosti provedeniia obshchego obezbolivaniia dlia stomatologicheskoi sanatsii detei v ambulatornykh usloviiakh. Klinicheskaiia stomatologiia 2010; 3(55): 52-54 (Солонько Г. М., Пайкуш В. А., Заблоцкий Я. В., Угрин М. М. Особенности проведения общего обезболивания для стоматологической санации детей в амбулаторных условиях. Клиническая стоматология 2010; 3(55): 52-54)
21. Suetenkov D. E., Firsova I. V., Saiutina L. V. I soavt. Osobennosti okazaniia stomatologicheskoi pomoshchi detiam s rasstroïstvami autisticheskogo spektra. Tikhookeanskii meditsinskii zhurnal 2020; 2(80): 19-24. (Суетенков Д. Е., Фирсова И. В., Саютина Л. В. И соавт. Особенности оказания стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра. Тихоокеанский медицинский журнал 2020; 2(80): 19-24.)
22. Fond «Vykhod». Kak proiavliaiutsia simptomy rasstroïstv autisticheskogo spektra (RAS) u detei раннего возраста. Posobie dlia roditelei, sem'i i druzei. Moskva 2019. (Фонд «Выход». Как проявляются симптомы расстройств аутистического спектра (РАС) у детей раннего возраста. Пособие для родителей, семьи и друзей. Москва 2019.)
23. Iakubova I.I., Krupnik N.M. Uroven' sanitarno-gigienicheskikh znaniï i kachestvo giigieny polosti rta u detei shkol'nogo vozrasta. Vestnik stomatologii 2003; 3:53-57. (Якубова И.И., Крупник Н.М. Уровень санитарно-гигиенических знаний и качество гигиены полости рта у детей школьного возраста. Вестник стоматологии 2003; 3:53-57.)

МАТЕРИАЛЫ ФИЛОСОФСКОЙ АССАМБЛЕИ – 2022

НАШ БЫТ В РАСЦВЕТ ВСЕМИНОЙ ПАУТИНЫ

Кущ Е. Н.¹, Кущ Е.Ю.², Порошина А.М.¹

¹ – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

² – Муниципальное бюджетное образовательное учреждение дополнительного образования «Центр развития творчества детей и юношества «Радуга» с. Коелга»

Автор, ответственный за переписку:

Кущ Екатерина Николаевна – студентка второго курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России 644099, г. Омск, ул. Ленина 12, kushch.yekaterina@inbox.ru

Данная статья посвящена анализу и актуализации проблемы одиночества среди современной молодежи, а также выявлению негативных влияний виртуальной реальности на общественный менталитет и повседневную жизнь. Представлены способы преодоления одиночества на примере принятия активной социальной позиции.

Ключевые слова: одиночество, интернет, виртуальная жизнь, безграмотность, эмоциональная черствость, скопление одиночества.

За последнее десятилетие интернет прочно вошел в нашу жизнь, стал ее весомой и значимой частью, без которой невозможно представить даже один день современного человека. Безусловно, всемирная сеть имеет массу преимуществ: это и мгновенная доступность абсолютно любой информации, накопленной человечеством за всю историю своего существования; это возможность дистанционной работы или обучения (что особенно актуально в наше время); это выгодное приобретение различных товаров, и, конечно же, общение в социальных сетях. Интернет, с одной стороны, экономит нам массу времени, а с другой – невероятно поглощает его. Согласно исследованиям британской компании We Are Social (доклад о потреблении интернета во всем мире) большая часть человечества проводит «онлайн» почти семь часов в день.

Довольно много, не правда ли? Каждый из нас понимает, что в действительности рациональное распределение времени могло бы принести конкретную пользу, однако, погружаясь в виртуальный мир, человек забывает о реальной жизни, о своих ежедневных обязанностях. И даже о том, что его внимание и забота кому-то очень нужны.

Почему современная молодежь, априори энергичная, обладающая жизненными силами, предпочитает виртуальное общение? Я считаю, прежде всего по тому, что оно никого не обременяет, и ни к чему не обязывает. Поскольку вы не видите лиц своих собеседников, не смотрите им в глаза, а ведь тем самым пренебрегаете обратной связью – наиважнейшим компонентом любой беседы. Можно в любое время выйти из группы или покинуть чат. Можно говорить все, что хочешь, ведь в сети у вас даже нет настоящего имени, все анонимно – и это автоматически снимает

с вас всю ответственность за сказанное. Свобода – именно она выступает у Ж.-П. Сартра в качестве единого обоснования человеческого одиночества [6]. Обратной стороной медали является непонимание сверстников, неуверенность в себе, желание скрыть свои недостатки и слабости. В этом случае социальные сети играют роль спасательного жилета, ведь именно здесь можно получить то, чего так недостает в реальной жизни: признание, ощущение собственной важности, любовь, поддержку и утешение. Однако прошу вас, очнитесь! Виртуальная жизнь в большинстве случаев искусственна и фальшива. В ней каждый стремится создать лишь видимость, иллюзию успеха, размещая лучшие фото на стене в ожидании заслуженных лайков. Помимо этого, человек неосознанно сравнивает собственную жизнь с тем «эталоном», который неумышленно навязывается в социальных сетях. Сбой в системе «ожидание – реальность», сопровождающийся осознанием безысходности изменить себя и свою жизнь, зависть и даже ненависть – все это постепенно приводит к развитию комплекса собственной неполноценности.

Мы уже говорили о том, что на просторах интернета создается только видимость «живого» общения. Польский автор книги «Одиночество в сети» Я.Л. Вишневский на этот счет писал следующее: «Интернет, ведь он не сближает. Это скопление одиночества. Мы вроде вместе, но каждый один. Иллюзия общения, иллюзия дружбы, иллюзия жизни» [1]. И об этом просто невозможно молчать. «Одиночество относится к числу вечных философских проблем, его изучение начинается со времен античности у Платона, Аристотеля, Сенеки и Марка Аврелия; в средние века им наследует Августин позже – Б. Паскаль, Р. Декарт, Г. Лейбниц, М. Монтень, Ж.-Ж. Руссо, Ф. Ницше, А. Шопенгауэр и др. Экзистенциализм придавал проблеме

одиночества особое значение; ему посвящены размышления С. Кьеркегора, Н. Бердяева, М. Бубера, А. Камю» [2, с. 290].

Автором самого полного определения понятия «одиночество» является Л. Симеонова: «Одиночество – это не просто сложившаяся ситуация, когда ты проводишь время один. Это – чувство, что у тебя нет близкого человека, который смог бы тебя понять... это ощущение, что в твоих социальных связях что-то разрушилось или никогда не существовало» [3, с. 109]. И с этим нельзя не согласиться, где будут виртуальные друзья, когда вы окажетесь в беде и понадобится реальная, конкретная помощь? Что они смогут сделать, находясь от вас за тысячу километров или еще дальше? И должны ли? Из этого становится очевидным, что «одиночество – состояние души и оно не зависит от того, какое количество людей находится вокруг человека» [7, с. 87].

«Одиночество относится к тем проблемам, которые преследуют человека на протяжении всей его истории. С недавних пор одиночество стали называть социальным бедствием. В настоящее время – это опасная болезнь, болезнь многоликая и коварная, вызывающая одновременно сострадание и протест» [5, с. 47]. Существует ли способ решить эту проблему? Думаю, самым важным критерием при ответе является самостоятельная работа над собой, причем требующая ежечасного, каждодневного и терпеливого труда души. Это следует понимать как «постоянное участие в разных мероприятиях, взаимодействие со сверстниками для изучения учебных дисциплин, активная социальная позиция – все это может помочь потерявшему себя молодому человеку. Отсутствие свободного времени и постоянная занятость являются лучшим лекарством» [7, с. 89].

Огромный поток информации, который ежедневно обрушивается на пользователей интернета, постепенно

формирует в нас эмоциональную черствость, невосприимчивость к чужой беде. Человек просто не в состоянии глубоко вникнуть в содержание той или иной проблемы, проанализировать полученную информацию, ведь ее так много! Листая новостную ленту, все чаще и чаще мы ставим лишь смайлик или ограничивается мемом, иногда сопроводив его кратким комментарием. Мы постепенно отучаемся красиво говорить, употребляем все больше междометий. А ведь русский язык так бесконечно богат и прекрасен. Упадок постоянного упражнения в русском литературном языке, его обеднение, а также снижение уровня владения в устной и письменной речи объясняется нарастающим регрессом речевой культуры в средствах массовой информации, к которым мы ежедневно обращаемся на работе, в общественном транспорте, сидя на диване и т.д. Исследование Хаптеева Н.Б. и Гаирбекова Х.Б. заключалось в проведении социального опроса в высшем учебном заведении – ДГТУ, факультет «Медиакоммуникации и мультимедийные технологии». Всего в опросе участвовало 50 респондентов. Отвечая на вопрос об наиболее достоверном источнике СМИ – 39% ответили «телевидение», а 61% – «интернет» [8, с. 450]. Разве это не свидетельствует о распространяющейся безграмотности? Ведь бессознательно поглощая некачественную информацию как в содержательном, так и в грамматическом виде, мы сами становимся

неграмотными. К тому же сама достоверность информации СМИ нередко вызывает сомнение. Мораль статистики проста – читайте больше книг.

Таким образом, эмоциональная черствость делает нас равнодушными, обедняет речь, сводит на нет живое общение. Человек, погруженный в виртуальную реальность, перестает интересоваться окружающим. Для него вся жизнь сводится к экрану гаджета, где всего можно достигнуть лишь легким нажатием пальца. Согласно утверждению Ф. Перлза «Ни один индивид не самодостаточен. Индивид может существовать только в среде, вместе с которой он в каждый момент составляет единое целостное поле» [4]. А это доказывает, что интернет никогда не заменит всю прелесть живого человеческого общения. Как вариант, юноша и девушка могут общаться в сети, но разве эта сухая переписка способна заменить время, проведенное вместе на берегу реки, в чудесном весеннем, летнем или зимнем парке, на катке или в лесу у костра? Разве можно виртуально прикоснуться друг к другу, вместе полюбоваться на закат или рассвет? Ведь так важно получать положительные эмоции от общения друг с другом, уметь слушать и слышать своего собеседника, открывать в нем новые и новые грани. Аристотель говорил: «Наслаждаться общением – главный признак дружбы», а я призываю каждого следовать этому мудрому совету.

ЛИТЕРАТУРА

1. Vishnevsky Ya.L. Loneliness on the net. М.: AST Publishing House; 2020. p. 480. Russian (Вишневский Я.Л. Одиночество в сети. М.: Издательство АСТ; 2020. с. 480).
2. Krivospitskaya A.I. The phenomenon of loneliness in the works of Jean-Paul Sartre. Collection of scientific papers of the IX International Scientific and Practical Conference. Ideological foundations of the culture of modern Russia (May 10-12, 2018). Moscow: Publishing House Magnitogorsk State Technical University named after G.I. Nosov; 2018. pp. 290-292. Russian (Кривоспицкая А.И.

Феномен одиночества в творчестве Жана-Поля Сартра. Сборник научных трудов IX международной научно-практической конференции. Мировоззренческие основания культуры современной России (10-12 мая 2018). М.: Издательство Магнитогорский государственный технический университет имени Г.И. Носова; 2018. с. 290-292).

3. MFA M. Loneliness, independence and interrelation in the context of culture. Moscow: Labyrinths of Loneliness; 1989. pp.107-112. Russian (Мид М. Одиночество, самостоятельность и

- взаимосвязь в контексте культуры. М.: Лабиринты одиночества; 1989. с. 107-112).
4. Library of Gumer – psychology. Perls F. Gestalt approach https://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/Article/perlz_gesht.php. Дата последнего обновления: April 8. Дата последнего доступа: April 8.
5. Puzanova Zh.V. Philosophy of loneliness and loneliness of a philosopher. М.: Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia; 2003. pp. 47-58. Russian (Пузанова Ж.В. Философия одиночества и одиночество философа. М.: Вестник Российского университета дружбы народов; 2003. с. 47-58).
6. Sartre J.-P. Nausea. М.: AST Publishing House; 2014. p. 320. Russian (Сартр Ж.-П. Тошнота. М.: Издательство АСТ; 2014. с. 320).
7. Utsieva Z.D., Harmush D.U. The problem of loneliness among modern youth. М.: News of the Chechen State University. 2019. pp. 86-91. Russian (Уциева З.Д., Хармуш Д.У. Проблема одиночества среди современной молодежи. М.: Известия Чеченского государственного университета. 2019. с. 86-91).
8. Khateeva N.V., Gairbekova H.B. Degradation of the Russian language on the example of the Russian media. М.: Topical issues of modern science and education. 2019. pp. 449-456. Russian (Хатеева Н.В., Гаирбекова Х.Б. Деградация русского языка на примере Российских СМИ. М.: Актуальные вопросы современной науки и образования. 2019. с. 449-456).

ПРОСТРАНСТВО ПРОИЗВЕДЕНИЯ ИСКУССТВА (ПЕРЕЧИТЫВАЯ М. ХАЙДЕГГЕРА)

Минеева А.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Минеева Алина Андреевна, студентка 4-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. 644099, г. Омск, ул. Ленина 12, alminal4466@gmail.com

Произведение искусства способно трогать нас и, вместе с тем, осуществлять сотрясение и крушение привычного мироощущения и все потому, что в нем сокрыта истина. Вовлекаясь в мир, создаваемый художественным творением, мы уже не можем вернуться к себе прежнему и должны предпринять все усилия для обретения себя другого.

Ключевые слова: произведение искусства, истина, автор, человек, бытие, М. Хайдеггер.

Что делает произведение искусства – произведением искусства? И что нам, зрителям, до него? В.В. Бибихин писал о доверительной интимности произведения искусства, какую оно способно трогать нас и, вместе с тем, каким-то загадочным образом осуществлять сотрясение и крушение привычного. «Оно не только открывает, среди радостного и грозного ужаса старую истину это ты, — оно еще и говорит нам: Ты должен изменить свою жизнь!» [1, с. 170]. Что такого есть в произведении искусства, что, вовлекаясь в мир, создаваемый художественным творением, мы уже не можем вернуться к себе прежнему и должны предпринять все усилия для обретения себя другого? Или, для начала, в чем сущность произведения искусства?

Попробуем ответить на поставленные вопросы, обращаясь к одной из центральных работ Мартина Хайдеггера «Исток художественного творения». В ней мы, с неизбежностью, обнаружим ряд суждений, внимательное прочтение которых способно проложить путь к занимающим нас вопросам. Произведение искусства, по мысли

философа, в отличие от любого сущего, является не просто носителем бытия. Но, как раз особое отношение к бытию является определяющим в самом творении. А потому оно способно проявить и проявляет бытие, разверзает мир, делая возможной попытку уловить отголоски бытия человеком. При этом художественное творение и хранит бытие. Гадамер так поясняет мысль Хайдеггера о том, что в художественном творении совершается одновременно и распаивание (как раскрытие мира), и замыкание (как сокрытие – в этом случае Хайдеггер использует противоположное «миру» понятие – понятие «земли»). Мир открывает, земля скрывает): «... в художественном творении, в котором «восходит» мир, не только совершается и становится доступен опыту мир (распаивание), не только совершается и становится доступен опыту не познанный прежде смысл (замыкание), но вступает в бытие, вместе с появлением произведения искусства, нечто новое» [2, с. 111]. Иначе, теперь вслед за Хайдеггером повторим, что истинное хранение произведения (то, что оно хранит), как веденье (то, что знает) есть

свершающаяся в произведении истина. Полагание истины внутрь произведения искусства происходит в результате творения [3, с. 70]. Творением сущность внедряется в камень, превращаясь в древнегреческий храм, суть которого воплощение связи с богами. Сущность не создается, не воспроизводится, как может показаться на первый взгляд, она приводится вовнутрь и удерживается в творении и вместе с этим в произведение «врастает» истина. Автор произведения является неким проводником истины, тем, кто приоткрывает закрытое, просветляет то, что покоится в себе самом. Так сущее обретает свой наличный облик и становится доступным для познания при внимательном рассмотрении. Не автор исток творения, он тот, кому приоткрылось бытие, и это озарение автор смог поместить внутрь творения. Художника узнают по его работе, то есть творение определяет суть автора, оно позволяет ему быть. В то же время, автор стремится освободить свое произведение от связи с ним, как с чем-то внешним, и оставить творение покоиться в «чистом самостоянии». Созидание сопровождается «смертью автора» (Р. Барт, М. Хайдеггер), делая творение независимым, предоставленным самому себе. Художник «погибает» в творении, но благодаря этому сохраняет себя, свою сущность. Автор может существовать до творения, но даже тогда это скорее не существование, а умирание, то есть созидание – это процесс постепенного отказа от авторства, от своего бытия как художника определенного произведения. Тогда и попытка объяснения произведений искусства посредством биографии автора является ненужной, ни к чему не приводящей. Жизнь автора, вероятно, влияет на то, каким образом художник смог «услышать» бытие и как услышанное он смог передать творению, но этот контекст имеет значение только для фигуры автора. Эпоха, особенности автора, условия его жизни учитываются, когда

мы обращаем внимание на самого автора, на его биографию, но не на творение, объяснение которого заключено в нем самом и только. Завершенное творение, разрывая связи со всем иным, что не есть оно само, обретает самодостаточность, внеконтекстность, когда условия его создания становятся неважными. Автор не затмевает произведение искусства, не затмевает истину, «выгляды» бытия, которые постоянно ускользают от человека. Конечно, от любых внешних связей творение угасает и человеку становится сложнее попасть в это озаряемое светом пространство истины, которое ею и порождается. Вероятно, это обусловлено опредмечиванием произведений искусства – храм становится достопримечательностью, и тогда на первое место выходит его принадлежность городу, а не истине. Картины продаются, со статуи стирают пыль, как с домашнего комода, и творению от этого не спрятаться, так как ему необходимо пребывать здесь. Несмотря на свою самодостаточность, оно тяготеет к миру вне его, оно блестит, а значит, суть его если и не открывается полностью, то хотя бы «выглядывает». Когда творение затмевается чем-то внешним, когда появляется кажущееся чувство, что творение принадлежит чему-то или кому-то, тогда оно «уходит» в себя. Уходит вместе с ним и разворачиваемый творением мир. Творение в каком-то смысле теряет себя, от внешних воздействий оно как будто тускнеет, погружается в тень, и голоса мира и земли становятся тише. Но сущее, внимающее «зову бытия» способно уловить шепот мира и земли, их спор. Конечно, мы понимаем, что здесь речь идет о человеке, способном к восприятию произведения искусства. По слову Бибикина, мы открыты истине, мы способны ее принять, в этом и состоит наше понимание. В открытости миру, истине человек находит себя и себя, как другого, прежде неявного, но

обнаруженного благодаря встрече с произведением искусства.

Мы тянемся к истине, а как следствие, к искусству, при встрече с которым все бывалое становится несущественным, рушится, и человек предстает перед собой тем, кто он есть («это ты»). На этом путь к себе не заканчивается, и вряд ли вообще он может когда-либо завершиться – человек не знает, не понимает себя, он – тайна. От этого мы отдаем самих себя со всей нашей бездонностью – понимаю и от этого не утихает в нас голос, твердящий о необходимости нашего изменения. Что это за голос? Этот голос подобен оракулу, который твердит, что ты не можешь больше оставаться тем, кем был. Он слышим, когда мы вступили в пространство творения, когда на нас пал его свет – это «говорит» бытие, истина, говорит с «доверительной интимностью». Внимая бытию, человек расстается с собой и узнает себя иного. Голос не принадлежит человеку, но мы слышим его как свой, в творении мы узнаем себя. «Узнай себя! Не думай, что то, что тебе будет показано, тебя не касается; самое, казалось бы, на тебя непохожее – это ты и есть» [1, с. 171]. Почему? Когда человек внемлет творению, человеческое бытие вглядывается в бытие вообще. Он чувствует свою причастность к бытию, что позволяет существу быть сущим и

вообще быть, что удерживает собой фундаментальное единство мира и человека. Потрясение от столкновения с такой огромностью разрывает связь человека с привычным, а ощущение собственной вовлеченности в эту необъятность окончательно разрушает все, что прежде казалось надежным. Возможность нахождения человека в пространстве творения укрывается в нем самом, при этом покой произведения не нарушается нашим вовлечением в его мир. Это пребывание в мире произведения, которое происходит при его созерцании, не ограничивается простым переживанием, охранение заключается не в этом. Не в том, чтобы разъединить людей в их субъективном восприятии и ограничить их определенным кругом переживаний или вкусом, свойственных отдельному человеку. Привычное восприятие и разборчивый вкус отдаляют нас от истины. Творение объединяет людей общей принадлежностью к истине, которая заключена в произведении искусства. Настойчивое стремление, а затем пребывание внутри этой громадности и есть охранение. В своем обращении к искусству, которое не кажется жизненно необходимым, человек пытается сохранить себя в своей подлинности, а значит пребывать в постоянном свершении себя как человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барт Р. Избранные работы: Семиотика. Поэтика. – М.: Прогресс, 1989. – 616 с.
2. Бибахин В.В. Язык философии. – СПб.: Наука, 2007. – 389 с.
3. Гадамер Г.-Г. Актуальность прекрасного. – М.: «Искусство», 1991. – 367 с.
4. Хайдеггер М. Исток художественного творения / М. Хайдеггер. Работы и размышления разных лет. – М.: Издательство «Гнозис», 1993. – 464 с.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ОПЫТ КАК ОСНОВА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО БЫТИЯ

Абдулхалыгова Л.А.

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Абдулхалыгова Лейла Аловсет кызы, студентка 3-го курса фармацевтического факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, cirkin.cirkin@mail.ru

Середина XX столетия – время наибольшего влияния мыслителей, относящихся к такому направлению в философии как экзистенциализм. Заслуга этих философов была в том, что они обратили внимание на принципиально важные темы философии, которые в силу различных причин либо искажались, либо замалчивались. Речь идет об исходном опыте-переживании человека, как существа безосновного, опыте, в котором человек впервые встречается с самим собой собственным. Этот опыт не предопределен, он случается и способен оживить то знание, без которого нет человека в качестве человека как такового.

Ключевые слова: событие-потрясение, бытийный (внутренний) опыт, экзистенция, самость, чувство жизни, Татьяна Толстая.

Как мы уже заметили, одним из самых влиятельных философских течений в прошедшем веке, безусловно, был экзистенциализм. Что отличает философию экзистенциализма? Интерес к внутреннему опыту человека. Чем для нас является внутренний опыт и что, собственно, он такое? Внутренний опыт, с точки зрения философов этого направления, - есть «подлинная очевидность», «живая конкретность» и потому он не может не вызывать к себе искреннего интереса. Попробуем прояснить его, обращаясь к рассказу Т. Толстой «Смотри на обороте» [2]. Почему именно к художественному произведению? Потому, что это позволяет по-новому взглянуть на проблему человеческого существования, главную проблему экзистенциальной философии. Экзистенция (существование) – основное понятие, которым оперируют философы этого направления. Их мысль сосредоточена не на прояснении сущности мира, а на пребывании в мире человека, той единственной реальности, которую

невозможно выразить в понятиях, на которую невозможно посмотреть со стороны, человека, утратившего ясность существования. Единственной возможностью вернуть ее себе становится внутренний опыт, как бытийный, то есть такой, в котором человеку открывается вся бездна его существования как «несуществование». Опыт этот не предопределен, его невозможно вызвать желанием – он случается [1, с. 19]. В нем, по слову Ж.-П. Сартра, происходит метафизическое освобождение человека, такое, когда он обнаруживает свою несвязанность повседневным существованием, когда он остается наедине с самим собой и ему открывается истина собственного существования как конечного и, одновременно, бесценного. Рассказ Т. Толстой «Смотри на обороте» - это попытка интерпретации внутреннего опыта, ставшего событием в жизни героини повествования. Кто она, героиня рассказа? Мы застаем ее в Равенне, в городе, из которого когда-то ее отец отправил открытку с изображением

мозаики мавзолея Галлы Плацидии. На обратной стороне открытки он оставил восторженную запись о том впечатлении, которое произвело на него мастерство неизвестного автора. Но дочери никак не удается оживить эти отцовские впечатления, обнаружить их в себе самой. Ей скучно, Равенна ее раздражает, она никак не может понять, что могло в Равенне так восхищать ее отца. Она любила его, доверяла ему, была им оберегаема, но его не стало, и она с какой-то неизбежной горечью восклицает: «Но он умер, умер и не шлет мне больше открыток!». Рассказ ведется от первого лица и наша героиня, понимая историческое и культурное значение прекрасного старинного итальянского города, бывшего когда-то столицей империи, тем не менее не испытывает никакой радости от пребывания в нем. Боль утраты того, кто своей любовью хранил ее, не была ею пережита. Обида заглушила знакомое когда-то чувство благоговения перед жизнью. Жизнь ушла из жизни и все, что окружает нашу рассказчицу, представляется ей мертвым. Ее мысль все время вертится вокруг одного и того же впечатления – могила Галлы Плацидии, могила Теодориха, могила Данте, могила отца...Все умерло. И все же, чувство жизни, чувство, когда-то знакомое и ей, это чувство не было окончательно похоронено. Оно покоилось где-то на глубине души и дало о себе знать, когда случайно найденная открытка, которую героиня рассказа использовала как закладку для книг, вновь напомнила о том восторге перед жизнью, которым с ней делился отец. Почему же тогда путешествуя по миру, бывая в тех местах, где бывал ее отец, она никак не может пережить того знакомого чувства, которое позвало ее в дорогу? Почему мир представляется ей чем-то безжизненным, мертвым? Все потому, то ей хочется посмотреть на мир глазами отца. Ее отец всегда видел во всем только хорошее, он был жизнерадостным человеком. Героиня рассказа Т. Толстой

все время пребывает в состоянии неопределенности, ей никак не удается связать воедино впечатления своего отца со своими собственными впечатлениями, не удается внутри себя отыскать то ощущение мира, которое ей было знакомо пока отец был жив и согревал ее своей любовью. Сможет ли она вернуть утраченное чувство жизни и что ей необходимо для этого, если попытка следовать путем отца оказывается безуспешной? Она все время находится во власти своих мыслей, но ей не удается связать их с действительностью и только случайное событие-потрясение возвращает ей веру в жизнь, которая хотя и была подавлена, но никуда не исчезала. Таким событием стала встреча со слепым человеком. Он лишен физического зрения, но обладает зрением духовным. Он помогает духовно прозреть и окружающим, дарит им свет, веру и “великое утешение красотой”, той красотой, которую он никогда не увидит, о которой ему, как умеет, расскажет его спутница. В этот момент, момент встречи со слепым путешественником, заявляет о себе живая активность внутреннего я нашей героини для того, чтобы осознать ценность жизни. В этом опыте-потрясении к ней с новой силой приходит осознание, что наша жизнь не вечна, благодаря ему (внутреннему опыту как экзистенции) происходит встреча героини с собственной самостью. Это то самое событие, тот единственный случай (а мы не можем не понимать, что событие случилось), которые обнаружили собою бытие человека таким, каково оно есть. В нем (событии как экзистенциальном опыте) раскрылась вся глубина человеческого бытия как ценного. Жизнь не бесконечна и нельзя откладывать ее на потом, к ней нельзя относиться безразлично и равнодушно. В противном случае можно просто потерять и себя, и ее. Такое понимание мы способны обрести благодаря внутреннему опыту как экзистенции, опыту, в котором мы осуществляем

движение себе навстречу и это всегда усилие-сопротивление, живое состояние, то непосредственное переживание себя, но не как данности, а как возможности. Возможности быть живым. Однажды пережитый опыт и знание, добытое в этом опыте, никогда не даются человеку раз и навсегда – этот опыт не житейский. Он нечто иное, имеющее отношение к

глубинам внутреннего мира, а потому способен произвести реальные изменения в нем [1, с. 25]. Ценность этого опыта в том, что, оставив след в нашей душе, он будет побуждать нас к работе всякий раз, здесь и сейчас, освобождая от всяческих предпочтений, оправданий, освобождая нас для жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьмина Т.А. Экзистенциальный опыт и философия / Т.А. Кузьмина // Вопросы философии. – 2007. - №7. – С. 16-27.

2. Толстая Т. Смотри на обороте. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.litres.ru>chitat-onlayn>

ИММАНУИЛ КАНТ О ВОЛЕ, МАКСИМЕ И ПРАВДЕ

Шишканова А.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Шишканова Анастасия Сергеевна, студентка 5-го курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. shishina@bk.ru

Им. Кант различает нравы и нравственность. О нравах человека он пишет, как о подверженных всяческой порче, а о нравственности, как о законе, который внутри нас, присутствие которого мы ощущаем в виде веления долга. Долг - это не чувственное влечение, он выше всего чувственного, ибо чувственное влечение только советует, а долг повелевает и в следовании чистому долгу, мы сохраняем верность собственному достоинству, как существу, наделенному разумом, а значит способному подняться над себялюбием.

Ключевые слова: этика, Им. Кант, долг, практический разум, свобода воли, категорический императив.

Предметом наших размышлений станет известное суждение Им. Канта: «Поступай так, чтобы максима твоей воли могла в то же время иметь силу принципа всеобщего законодательства» [3]. Суждение это имеет отношение к этическому учению философа и при всей его (учения) оригинальности, оно все-таки возникло не на пустом месте. Да и сам Кант как-то заметил, что сказать что-то новое в этике сложно, если вообще возможно. Позволим себе не согласиться с ним – ему удалось философски обосновать принцип, определяющий человека как существо нравственное.

Прежде чем мы приступим к работе над выбранным суждением, выясним, что мы будем понимать под этикой. Это необходимо. Широко распространенное определение этики – это определение ее, как науки о морали. Однако, это определение, по мысли А.А. Гусейнова, уязвимо [2, с. 3]. Почему? Оно тавтологично. Термин «этика» - древнегреческого происхождения. Он берет начало от слова «этнос» (ethos), которое со временем приобретает смысл нрава, внутренней природы, то есть того,

что образует особые качества, относящиеся к характеру человека и позволяющие судить о нем, как о добродетельном существе. Позже Аристотель, автор трех этик, будет писать об этических добродетелях, как отличающихся от природных свойств человека, а об этике, как о той области философского знания, которая изучает добродетели. Термин «мораль» - латинский аналог «этики». В латинском языке слово «mos» (нрав, обычай, устойчивый порядок) по смыслу созвучно греческому «этнос», так что упрек в адрес определения этики, как науки о морали вполне правомерен. Есть еще одно слово в этом ряду, которое чаще встречается у русских философов – это слово «нравственность» (от древнерусского - нравъ). Этимология слов «этика», «мораль», «нравственность» позволяет нам рассматривать их как однотипные. А для Канта они однотипны? Или, не смотря на кажущуюся однотипность, они наполнены разным содержанием? Кант полагал, что нравы могут различаться, но нравственность должна быть

универсальной, общечеловеческой, неким внутренним законом, который осуществляется в поступке как моральном. Старинный предмет этики – это добродетельное поведение человека. Добродетельное – то есть нравственное. А как можно обосновать возможность нравственного поведения, если тот, кого Кант выбрал в интеллектуальные противники (Д. Юм) утверждал, что действовать нас побуждают наши желания, что наш практический разум – раб аффектов и служит им? Как и в теории познания, Кант стремится преодолеть юмовский скептицизм. Он ставит перед собой задачу строгого логического обоснования принципов нравственности, понимая, что существует множество мотивов поведения и они ведут борьбу между собою. Как поступить? Человек свободен и волен принимать свободные решения. Но какое решение будет свободным? То, что будет на стороне желания или на стороне разума? Чему стоит отдать предпочтение и почему? Чему «волесть»? Кант различает волю и склонности, желания человека. Он полагает, что желания всегда эгоистичны, в то время как воля есть способность мыслящего существа определять себя по отношению к совершаемому поступку, причем определять так, чтобы это не противоречило представлению о нравственном законе.

Кант исходит из понимания человека именно как существа мыслящего, то есть способного выходить в полосу свободы, понимаемой как ответственное отношение к себе и к другому. Люди разумные существа. Разум – вот наше достояние и нет никакого достоинства в том, чтобы подчинить наш разум нашим же аффектам. Подчинение наших желаний нашему разуму есть ответственный акт. Если мы совершаем добрые поступки для чего-либо, например, чтобы создать о себе хорошее мнение (в нас «говорит» желание нравиться!), то этот поступок нельзя назвать моральным. Только следование

чистому долгу может быть оправдано в качестве морального поступка.

Следовать чистому долгу значит – не определять свой выбор склонностями, желаниями. Совершая выбор, принимая то или иное решение стоит представить, что было бы, если бы все руководствовались такими же принципами, как и ты сам. Хотел бы ты жить в обществе, где люди поступают так же, как и ты? Иначе, может ли максима твоей воли иметь силу всеобщего закона, стать правилом поведения для всех? Таков Кант и, как мы уже замечали, он полагает, что это возможно, хотя прекрасно понимает, что максимы и закон различаются. Закон не что иное, как императив, повеление, а максимы людей, как существ природных определяются еще и «способностью желания». А чего хочет человек? Он хочет счастья. Для нас ведь естественно стремиться жить лучше. Но не вступает ли тогда в противоречие наше желание счастья с волением поступать по совести? В действительности нам удастся следовать нравственному закону, который внутри нас? Конечно нет. И это могло бы огорчить Канта, будь он нашим современником, поскольку философ полагал – человек и может, и должен жить не по принципу себялюбия (эгоизма чрезмерного), а в соответствии с категорическим императивом – уметь видеть в любом человеке абсолютную ценность и никогда не использовать его в качестве средства для достижения собственных целей. Он был убежден в том, что моральные законы должны иметь силу для каждого разумного существа.

Главным для Канта было прояснение принципов, определяющих поведение человека, его поступки. Многие его современники, моралисты полагали, что моральное поведение человека определяется внешними по отношению к нему принципами – волей Бога, установлениями общества, требованием врожденного чувства. Некоторые из них настаивали на том, что представления о

доброе и зло – производны от целей, поставленных человеком, к достижению которых он прилагает все свои усилия и от ожидаемых последствий, которые вытекают из его поведения [1, с.71]. Совершенно новым словом в этике стало утверждение Кантом принципиальной самостоятельности и самооценности нравственных принципов. Исходным понятием его этического учения

становится автономия свободной воли, воли не пассивной, но побуждающей ее носителя к поступку. Для него, как мы уже замечали, только тот поступок морален, в котором человек не стремится достичь никакой цели, который ценен сам по себе. И повторим еще раз, когда прочной основой этого поступка выступает долг. Непростая позиция. Кант ей был верен всегда

ЛИТЕРАТУРА

1. Гулыга А.В. Немецкая классическая философия. – М.: Рольф, 2001. – 416 с.
2. Гусейнов А.А. Великие моралисты. – М.: Республика, 1995. – 351 с.

3. Кант И. Критика практического разума. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.litres.ru>>onlayn

ОТ КАРТИНЫ МИРА - К МИРУ ЦИФРОВОМУ

Хархарова О.С.

Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего Образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор, ответственный за переписку:

Хархарова Ольга Сергеевна, студентка 2 курса педиатрического факультета, 234 группы ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, 644099, г Омск, ул. Ленина, 12 olgakharkhar@mail.ru

В статье рассматривается проблема качественного изменения мировоззрения в современном мире. Показано, как исторически менялся смысл понимания картины мира и места человека в нём. В итоге показывается, как происходит отказ от картинного понимания мира и переход к цифровому миру, что в корне меняет человека и его бытие в мире.

Ключевые слова: человек, действительность, виртуальность, симулякр, бытие, картина мира

Человек –это существо, способное охватить своим умственным взглядом весь мир. Способность к рациональному осмыслению мира позволила человеку иметь мировоззрение, превращающее мир в картину мира. Ясперс пишет: «Вместо бесконечной суммы сущих вещей и многочисленных «Я», мыслится некое целое, отнесённое на само себя, как космос. Человек появляется тогда, когда он осознаёт бытие в целом, самого себя и свои границы». [5]

В философии принято под картиной мира понимать сформированную мировоззрением некоторой эпохи систему знаний о мире, его причинах, организации, порядке взаимодействия образующих его составляющих, мнения на сущность человека, его положение во всеобщей организации мироустройства. [4] Мир здесь выступает как обозначение «сущего в целом». Мир как картина, означает то, что существует некая целостность, которой присуща определённая логика в виде сюжета и композиции, благодаря чему человек,

пусть не явно, является её персонажем. Если мир –это картина, то в ней человек всегда может обозначить своё место.

Каждая картина по-своему встраивает человека в мир. В этой связи М. Хайдеггер задаёт вопрос о том, присуща ли каждой эпохе своя картина мира, и в чём заключается специфика той или иной картины? Античная картина мира – это мир, собранный в космос – порядок, созданный Богами. Человек в этом мире лишь – «кукла Богов» и в то же время – герой, способный как Прометей преобразовать этот мир. Где человек отважился на собственных мыслительных основаниях понять этот космос, выразить его на философском языке и определить своё место в нём.

В средневековой картине мира человек вписан Богом в этот мир, будучи сотворенным и человек, и мир соразмерны друг другу. Можно сказать, что мир сделан для человека. Несмотря на грехопадение человека, мир остаётся единственным домом для него. Если мир – это картина, то это картина Бога, особенно это выражено у мыслителей эпохи Возрождения. «В самом деле,

человек есть Бог, но не во всех отношениях, так как он существует как человек, он — Бог человечества. Человек есть ещё и мир, но не именно все вещи, так как он остаётся мирским созданием; он — микрокосм» - Николай Кузанский. Неслучайно, что Бог понимается как совершенный художник, создавший всю панораму мира, в которой пребывает человек. Человек своими действиями способен испортить эту картину, но и дописать её, демонстрируя своим творчеством творение Бога (Пико делла Мирандола). С развитием наук картина мира превращается в некую модель мира, где образы сменяются элементами, а композиция превращается в математически выверенную схему.

*«...Недоволен стою и тих,
Я, создатель миров моих, –
Где искусственны небеса
И хрустальная спит роса.»
(Осип Манделштам)*

Пытаясь понять мир, человек создаёт всё более и более не похожие на мир, который мы видим, ощущаем, образы. Если мир и остаётся картиной, то уж больно абстрактной, не имеющей никакого сходства с реальностью. «Человек в этом мире в итоге теряет свою человечность, субъектность, авторство, ему даже не позволительна роль скриптора, разве что быть в качестве нарратива в тексте».[2]

Сегодня человек шагнул к цифровому миру. Произошёл кардинальный пересмотр мира как картины: бытующее ранее описание картинности мира с употреблением философских понятий пространственности, материи мира уже не отвечает реалиям современной эпохи, а изучение «информации» как новой категории привело к тому, что вся панорама мира подверглась принципиальной перемене: за основу человеческой реальности взята информация, а не материя, как было принято ранее. [3]

Огромное количество информации представляет собой некую «матрицу», где события, вещи, люди - всего лишь

нули и единицы, заданные в определённой последовательности, и, от перемены мест которых, в сущности, ничего не меняется. Стирается грань между виртуальным миром и действительностью. Всё действительное – виртуально, всё виртуальное действительно! Главным действующим лицом становится симулякр. Симулякр – это «псевдовещь», нечто не настоящее, не имеющее отношение к действительности, но выдающая себя за действительность, замещающую реальность посредством симуляции. В таком мире стираются различия между реальным и воображаемым, живым и мёртвым, высоким и низким. Симулякр не подразумевает какого - либо присутствия объекта или явления, но при этом он способен порождать вполне реальные последствия. Симулякры – это знаки, которые создают искусственную среду, благодаря которой небытие обретает вполне реальный вид.[1] Последняя эра – это время, когда всё больше утрачивается возможность различать знак и означаемое, действительность и иллюзорность, когда разрушается связь человека и мира. Мир, превратившийся в знаковую или цифровую матрицу, так же лишается времени, а оно всегда было важным для человека. Неслучайно М. Хайдеггер связывает два понятия: бытие и время, говоря, что человеческая жизнь протекает во времени. Осознание времени важно для человеческой жизни, понимание конечности своего бытия открывает перед человеком возможность осознания смысла своего существования. Цифровой мир лишает конечности человеческое бытие, наоборот: бесконечная череда сменяющихся друг друга нулей и единиц, где теряется любое место для придания смысла. Появляется абсолютная неопределённость и свобода, где все события лишены подлинности, а значит и смысла. Жизнь воспринимается как компьютерная игра. В ней неверный ход можно либо сразу исправить, либо игроку дают новую жизнь, в которой

можно избежать прежних переживаний и трагедий. В целом, человеческие отношения уходят на задний план, уступая пространство симулятивным моделям, которые претендуют на то, чтобы быть полноценными заменителями живого общения. В цифровом мире человек становится одиноким, заикленным на себе индивидом, одной из бесконечного множества моделей сочетания нулей и единиц

Подводя итог, можно сделать вывод, что произошёл обмен образа на цифру, мир оказался, с одной стороны, бесконечно ёмким в плане возможных сочетаний нулей и единиц, при этом не гарантированная истинность и действительность такого мира снимает с каждого участника любую ответственность. Мир вседозволенности и равнодушия, так как в этом мире отменяются все контрасты: от сильных эмоций до утверждающих себя объективных логик. Человек теряет себя в этом мире, вопрос о его подлинности перестаёт существовать, при этом отсутствие глубины человеческого бытия вполне компенсируется поверхностью, где остаётся только скользить по бесконечным вариациям цифровых континуумов. Что можно ожидать от такого мира? Нельзя не учитывать, что «поле нашего внимания» определяется

не нами самими. Соответствующую задачу берёт на себя некий алгоритм или искусственный интеллект. Нам уже не приходится выбирать между разными вариантами и точками зрения, так как за нас уже решили, что нам интересно, а что не интересно. Тем самым открыт широкий простор для манипуляции сознанием, создан параллельный мир, в котором мы живём и который воспринимаем в качестве подлинного. Так как в цифровой действительности представления внутреннего мироустройства становятся практически идентичными реальному миропорядку, тогда к какому миру – внешнему или внутреннему – принадлежит образ, человек не сможет догадаться, где произошло событие – в мире, вызванном виртуальной реальностью, или в действительной реальности. При этом категория отражения не показывает в полной мере действительных связей между виртуальной реальностью и бытием, так как виртуальная картина мира является неотделимой частью человеческой действительности. Не только отражает, но и влияет на бытие. Человечество сегодня всё больше становится похожим на героиню из книги Льюиса Кэрролла «Алиса в Зазеркалье», которая уже даже не пытается отыскать дорогу домой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Jean Baudrillard *l'echange symbolique et la mort* nrf. GALLIMARD 1976; 352 pp (Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть / пер. с фр. М.: Добросвет, 2000; 387 с)
2. Zenets N.G. The subject of philosophizing: the experience of understanding the being of philosophy: monograph/Publishing House of the OSMU 2012.- pp 268, p 104 (Зенец Н.Г. Субъект философствования: опыт осмысления бытия философии: монография/Изд-во Ом. Гос. Ун-та 2012.-268с Стр. 104)
3. Medvedev N.V. Modern problems of the information society // Actual problems of sociology of culture, education, youth and management: materials of the All-Russian scientific and practical conference with international participation. Yekaterinburg: Publishing House. un ta, 2016. pp. 656-662. (Медведев Н.В. Современные проблемы информационного общества // Актуальные проблемы социологии культуры,

- образования, молодежи и управления: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Екатеринбург: Изд-во Урал. унта, 2016. С. 656-662).
4. Heidegger M. (1977) *Die Zeit des Weltbildes*. In: Heidegger M. Gesamtausgabe. I. Abteilung: Veröffentlichte Schriften 1914–1970. Bd. 5: Holzwege (pp. 75–113). Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann (in German). (Хайдеггер М. (1977) *Время картины мира*. Общее издание. Опубликованные труды 1914-1970; С 75-113)
5. Jaspers K. *The origins of history and its goals* // Jaspers K. *The meaning and meaning of history*. М., 1991. pp. 32-33. (Ясперс К. *Истоки истории и её цели* // Ясперс К. *Смысл и назначение истории*. М., 1991. С. 32-33)

ПЕРСОНАЛИИ



22 октября 2022 г. исполнилось 85 лет члену Редакционного совета нашего журнала Анатолию Ивановичу Мартынову – академику РАН, доктору медицинских наук, профессору, Заслуженному деятелю науки Российской Федерации, Заслуженному врачу РСФСР, лауреату премии Совета Министров СССР, президенту Российского научного медицинского общества терапевтов

А.И. Мартынов в 1964 г. с отличием окончил Второй московский государственный медицинский институт, после чего обучался там же в ординатуре и аспирантуре на кафедре госпитальной терапии лечебного факультета. В 1969-1980 гг. - ассистент, а с 1971 г. – доцент этой кафедры. В 1980-1996 гг. заведовал отделением кардиологии Объединенной специализированной больницы с поликлиникой Четвертого Главного управления при Минздраве СССР, после чего работал главным врачом Центральной клинической больницы, а затем

руководил Медицинским центром Управления делами Президента РФ. В 1995-2001 гг. являлся вице-президентом Российской академии медицинских наук. С 2006 г. работал заместителем генерального директора по науке и новым технологиям, в 2013-2014 гг. - генеральным директором медицинского центра Управления делами Правительства г. Москвы. Всё это время А.И. Мартынов продолжал активно заниматься лечебной, преподавательской и научной деятельностью в Московском государственном стоматологическом институте, с 2002 г. возглавив кафедру госпитальной терапии № 1 лечебного факультета МГМСУ.

Кандидатская диссертация А.И. Мартынова была выполнена на стыке кардиологии и неврологии, и посвящена изучению мозгового кровотока у больных инфарктом миокарда. В его докторской диссертации была оценена физическая трудоспособность больных гипертонической болезнью. Научный интерес к гипертонической болезни и возможностям ее ранней диагностики и лечения отражен в большом количестве последующих публикаций. За время работы Анатолием Ивановичем была сформирована клиническая школа. Под его руководством защищено 11 докторских и более 30 кандидатских диссертаций. Двухтомник «Внутренние болезни», подготовленный академиком А.И. Мартыновым совместно с академиками Н.А. Мухиным и В.С. Моисеевым, признан лучшим учебником по терапии для медицинских вузов и неоднократно переиздавался. Анатолий Иванович является автором множества публикаций и монографий, научных и клинических руководств, книг, учебников, справочников, методических рекомендаций и учебных пособий. С 2012 г. А.И. Мартынов бесменно возглавляет Российское научное общество терапевтов (РНМОТ), получившее под руководством А.И. Мартынова международное признание, войдя во Всемирное

общество внутренних болезней (ISIM) и Европейскую федерацию внутренних болезней (EFIM).

Друзья, коллеги и ученики в эти дни сердечно поздравляют Анатолия Ивановича с юбилеем и желают ему здоровья, долгих лет жизни и новых

творческих успехов на благо медицинской науки и здравоохранения. Редакция журнала «Научный вестник ОмГМУ» присоединяется к этим поздравлениям, и желает Анатолию Ивановичу крепкого здоровья, неукротимой энергии и личного счастья!