

АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

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

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

www.idpluton.ru

Выпуск №70

Кемерово 2020

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

06 июля 2020 г.
ISSN 2500-378X

УДК 378.001

Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тахирова Рохатой Норматовна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамудиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтук Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницкая Евгения Александровна - ассистент федры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail: admin@idpluton.ru

Подписано в печать 06.07.2020 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	4
Козьмин-Соколов Н.Б., Ключева И.А.	
2. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ	13
Джуманиязов С.С.	
3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА БЛЮД ИЗ МЯСА БАРАНИНЫ.....	16
Муминов Н.Н., Худайбердиев А.Ю., Мамарасулов З.Э., Уролов Ш.А.	
4. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЕМЬЕ.....	19
Кобелева И.А.	
5. СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ИНДУСТРИЯ В ФОКУСЕ БИОПОЛИТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	19
Буряк В.В.	
6. ФЕНОМЕН «ЗДОРОВЬЯ» В ФОКУСЕ ФИЛОСОФИИ МЕДИЦИНЫ.....	26
Буряк В.В.	
7. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.....	29
Амичба М.М., Новомлинская М.Н.	
8. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА.....	32
Амичба М.М., Новомлинская М.Н.	

Козьмин-Соколов Николай Борисович
Kozmin-Sokolov Nikolay Borisovich

к.м.н., преподаватель отделения дополнительного образования
СПб ГБПОУ «Медицинский колледж №2»
E-mail: super.kit62@yandex.ru

Клюева Инга Александровна
Klyueva Inga Aleksandrovna

Заведующая отделением дополнительного образования
СПб ГБПОУ «Медицинский колледж №2»

УДК 616.12-008.331.1

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(обзор литературы-лекция)**ARTERIAL HYPERTENSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**
(literature review-lecture)

Аннотация. В обзоре обсуждаются актуальные вопросы диагностики и лечения артериальной гипертензии в детском возрасте.

Abstract. The review discusses current issues in the diagnosis and treatment of arterial hypertension in childhood.

Ключевые слова: артериальная гипертензия; дети; подростки.

Key words: arterial hypertension; children; teenagers.

Артериальная гипертензия (АГ) является широко распространенным состоянием у взрослых и одним из ведущих факторов риска инфарктов миокарда и инсультов. В то же время со второй половины 20 века в кардиологической литературе возникло предположение, что предпосылки развития гипертонической болезни (ГБ) лежат в подростковом или даже детском возрасте, в связи с чем измерение и оценка артериального давления (АД) у детей представлялись весьма важной процедурой. Однако, длительное время выявление педиатром повышенного АД у ребенка в большинстве случаев ограничивалось констатацией данного факта, часто с использованием неопределенного диагноза «нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу»; в лучшем случае – рекомендациями по здоровому образу жизни. Ситуация кардинально изменилась к концу 20 века, когда в широкую клиническую практику лечения ГБ у взрослых вошли новые гипотензивные препараты (ГП), доказана их эффективность и безопасность, а также показана возможность использования многих ГП для лечения АГ в детском возрасте. Количество научных публикаций, посвященных АГ у детей, возрастает в геометрической прогрессии. С другой стороны, в последние десятилетия появились новые, сравнительно несложные методы диагностики, нацеленные на выявление вторичных форм АГ, которые могут быть применимы как у взрослых, так и у детей. Всё это обуславливает важность своевременной диагностики АГ у детей.

АД в норме является весьма лабильным показателем – АД увеличивается во время физической нагрузки и психоэмоционального стресса, снижается во время сна, зависит от температуры окружающей среды, контакта между медицинским работником и пациентом. Это положение применимо как для взрослых, так и для детей, причем в детском возрасте лабильность АД выражена нередко в большей степени. В связи с этим для оценки АД необходимо стандартизация условий измерения АД – АД измеряется сидя, в спокойной обстановке, после 5-15 минутного отдыха. У детей < 3 лет АД обычно измеряется в положении лежа. Для измерения АД у детей < 14 лет необходимо использовать специальные манжеты, имеющие меньшую ширину и длину [3]. АД, измеренное по такой стандартной методике, принято обозначать как «офисное АД» или «АД покоя» и показателями такого АД обычно оперируют, когда речь идет о нормативах АД у детей и взрослых. Следует отметить, что АГ у детей (а также у некоторых взрослых) часто носит транзиторный, ситуационный характер. В связи с этим для правильной постановки диагноза АГ (особенно когда уровень АД незначительно превышает норму) следует основываться на измерении АД при нескольких визитах - 2 [35] или 3 [3].

У взрослых (18 лет и старше) за нормальное АД принято считать АД менее 140/90 мм рт.ст., причем эта величина не зависит от пола и возраста взрослого человека. С возрастом у здоровых

взрослых АД имеет тенденцию к некоторому увеличению, однако при оптимальных условиях АД должно быть меньше отмеченной выше величины. Выбор данной величины нормального АД основывался на многочисленных эпидемиологических исследованиях, перспективных наблюдениях за взрослыми с различными уровнями офисного АД, а также своего рода на консенсусе между кардиологами. Недавнее предложение американских кардиологов снизить границу нормального АД у взрослых до 130/80 мм рт.ст. [23], не получило поддержку у европейских и российских кардиологов [2, 45], а также у ряда медицинских специалистов в самих США [40, 46].

Нормальные показатели АД в детском возрасте зависят от возраста ребенка (увеличиваются с возрастом), показателей физического развития (увеличиваются с увеличением роста) и пола (в большинстве возрастных групп АД у девочек несколько ниже, чем у мальчиков). В связи с этим в настоящее время принято оценивать АД у детей на основании процентильных (центильных) таблиц, разработанных на анализе кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, роста и пола ребенка. Наибольшее распространение получили таблицы, разработанные в США в 2004 г. [44]. Впоследствии они были заимствованы во многих других рекомендациях по АГ у детей [3, 10, 27, 35, 36]. Китайские педиатры, сохранив в целом американские подходы к оценке АД у детей, разработали собственные процентильные таблицы АД для детей 7-17 лет [28,29], предложив их использование в странах Азии.

Согласно американским рекомендациям 2004 г. , которые положены в основу действующих в настоящее время российских рекомендаций [3] за нормальное АД принимают такой уровень, при котором АД ≥ 10 -го и < 90 -го перцентиля. При АД ≥ 90 -го и < 95 -го перцентиля, а также все случаи, когда АД $\geq 120/80$ (даже, если оно ниже 90-го перцентиля) – устанавливается состояние, обозначаемое как «высокое нормальное АД». Если уровень АД ≥ 95 -го перцентиля, но менее величины равной уровню АД, соответствующему 99-й перцентиль + 5 мм рт.ст., диагностируется 1 степень АГ. В тех случаях, когда уровень АД превышает 99-й перцентиль на 5 мм рт.ст. и более, устанавливается 2 степень АГ. Сложность такой оценки очевидна. Ряд авторов советует принимать за АГ 1 степени те случаи, когда уровень АД колеблется в интервале 90-95 перцентиля, а превышение 95 перцентиля – как АГ 2 степени [5, 12].

В 2016 г. европейские педиатры, сохранив американские процентильные таблицы 2004 года и критерии оценки АД у детей в целом, рекомендовали для подростков 16-17 лет использовать ту же классификацию АГ, которая используется у взрослых [35].

В 2017 г. Американская педиатрическая академия опубликовала новые процентильные таблицы и новые рекомендации по оценке АД у детей [30]. Согласно этим рекомендациям критерии высокого нормального АД изменены не были. АГ 1 степени диагностировалась при уровне АД ≥ 95 -го перцентиля , но менее величины 95-й перцентиль + 12 мм рт. ст., АГ 2 степени устанавливалась при АД ≥ 95 -й перцентиль + 12 мм рт. ст. Для подростков ≥ 13 лет независимо от пола, возраста и роста рекомендованы следующие критерии АГ: для 1 степени – 130/80 – 139/89 мм рт. ст.; для 2 степени - $\geq 140/90$ мм рт. ст. Эти таблицы стали более удобными для практических врачей, т.к. в них были включены показатели роста ребенка, (что не требовало предварительного обращения к таблицам по оценке физического развития), исключена строка об уровне АД, соответствующего 99-ому перцентилю, а также предложен единый подход к диагностике АГ у подростков ≥ 13 лет. Последнее положение, по нашему мнению, спорно. Подростковый возраст характеризуется бурным развитием и окончательным формированием различных систем и органов и продолжающимся физиологическим увеличением АД. Так, согласно данным рекомендациям средний уровень систолического АД (САД) у юношей в возрасте 13 лет составляет 108 мм рт. ст., а возрасте 17 лет – 117 мм рт. ст. Аналогично, но менее выражено меняется диастолическое АД (ДАД), а также изменяется АД у девушек. С другой стороны, единая величина в 12 мм рт.ст., добавляемая к величине 95-ого перцентиля САД и ДАД, для разграничения 1 и 2 степеней АГ, выбрана в определенной степени условно. ДАД в норме примерно на 1/3 меньше чем САД, в связи с чем, на наш взгляд, логичнее было бы ввести различные величины, которые необходимо добавлять к 95-ому перцентилю САД и ДАД.

В связи с этим хотелось бы напомнить простые формулы для ориентировочной оценки АД, предложенные профессором И.М.Воронцовым, согласно которым нормальное АД у ребенка может быть рассчитано по следующим формулам: САД $< 100 + 2 \cdot \text{Возраст (годы)}$, ДАД $< 70 + \text{Возраст}$ (для школьников 7 лет и старше) или $< 65 + \text{Возраст}$ (для дошкольников младше 7 лет). Эти формулы стирают незначительные различия между уровнем АД у мальчиков и девочек, а также незначительную зависимость АД у детей от роста, хотя эти различия и данная корреляция статистически достоверны. Следует однако отметить, что в печатную версию данных формул все

таки были внесены корректирующие коэффициенты для оценки АД у мальчиков и девочек [15]. Гендерные различия в уровне АД наблюдаются и у здоровых взрослых – у женщин средние показатели САД и ДАД статистически достоверно ниже, чем у мужчин [7], однако этот факт не повлиял на определение уровня, принимаемого за верхнюю границу нормы АД у взрослых.

Для высоких детей (опережающих свой возраст) к полученным по данным формулам цифрам следует добавить 1 мм рт.ст., для низких – из полученной величины отнять 1 мм рт.ст. Данные формулы значительно упрощают оценку АД у ребенка и могут использоваться в клинической практике для ориентировочной оценки АД у ребенка. На наш взгляд, эти формулы должны быть распространены и на молодых людей 18-19 лет, т.к. верхний предел нормального АД, по нашему мнению, для них несколько завышен.

Простой метод оценки АД у детей и подростков важен для ранней диагностики АГ и проведения комплекса лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий. С другой стороны, надо признать, что АГ не является ведущей проблемой в педиатрии. Поскольку определение АГ у детей согласно американским рекомендациям основано на значениях АД выше 95-го перцентиля распространенность АГ у детей должна составлять около 5%; реальная же распространенность АГ среди детей (основанная на измерениях АД при повторных визитах) составляет 2,2 – 3.5% [30]. В то же время распространенность АГ среди взрослых составляет около 30% [45], и ГБ является одной из важных проблем кардиологии взрослых. АГ у взрослых нередко приводит к ухудшению самочувствия, тяжелым осложнениям и нередко смерти пациента. АГ у детей обычно не приводит к ухудшению самочувствия (за исключением случаев сочетания АГ и вегетососудистой дистонии (ВСД), которая может наблюдаться и при нормальном АД), серьезным осложнениям и, тем более, смерти пациента. Формирование ГБ в большинстве случаев происходит в зрелом возрасте вследствие длительного воздействия известных факторов риска, хотя, вероятно, у определенной части взрослых пациентов с первичной АГ дебют заболевания наблюдается в детском или подростковом возрасте [24]. Кроме того, контроль АД важен в домашних условиях как у взрослых, так и у детей. В настоящее время это стало вполне возможным в связи с доступностью тонометров, в которых используется осциллометрический метод измерения АД. Большинство моделей современных тонометров может быть использовано как у взрослых, так и детей (при условии использования соответствующих манжет). В связи с этим быстрая оценка уровня АД у ребенка, проводимая родителями, представляется весьма актуальной. Калькуляторы оценки АД у ребенка, имеющиеся в интернете [47], сравнительно сложны для человека, не связанного с медициной. Как отмечал И.М.Воронцов, если процентильные таблицы физического развития ребенка имеют важнейшее значение и являются повседневным рабочим инструментом врача-педиатра, то процентильные таблицы АД в виду их относительной сложности и сравнительно нечастой встречаемости АГ у детей имеют относительное, скорее уточняющее значение. На основании анализа АД у ленинградских школьников 10-17 лет под руководством И.М.Воронцова были разработаны процентильные таблицы АД для детей и подростков соответствующего возраста [16], однако они не получили широкого распространения.

Клинические проявления АГ у детей нередко полностью отсутствуют так же, как и у взрослых на начальной стадии ГБ. У части детей с АГ могут наблюдаться головные боли, астенический синдром, эмоциональная лабильность, носовые кровотечения [3, 18].

Обследование детей с АГ направлено на выявление возможного поражения органов-мишеней (протекающих бессимптомно), выяснения характера АГ (первичная или вторичная АГ), а также определения факторов риска сосудистых осложнений АГ и наличия сопутствующих заболеваний. К классическим проявлениям поражения органов-мишеней при ГБ относят развитие ГЛЖ и гипертонической ангиопатии сосудов сетчатки. ГЛЖ закономерно возникает при длительно нелеченной АГ как следствие увеличения постнагрузки на миокард левого желудочка. ГЛЖ обычно диагностируется на основании данных ЭКГ и эхокардиографии. ЭКГ признаки выраженной ГЛЖ при АГ в настоящее время редко обнаруживаются у взрослых, а у детей практически не обнаруживаются. В связи с этим, в рекомендациях по АГ как у взрослых, так и у детей для выявления начальной ГЛЖ рекомендуется расчет ряда электрокардиографических показателей – индекса Соколова-Лайона (ИСЛ), Корнельского коэффициента и некоторых других. Однако, даже при использовании данных коэффициентов, как справедливо отмечают американские педиатры [30], ценность электрокардиографии для выявления начальной ГЛЖ у детей чрезвычайно низка. В то же время нельзя согласиться с мнением американских авторов, что «клиницистам не следует проводить электрокардиографию у детей и подростков с АГ, у которых проводится обследование на ГЛЖ (сильная рекомендация)». В РФ [3, 10] рекомендуется обязательное выполнение ЭКГ всем детям с

АГ, что позволяет не только заподозрить ГЛЖ, но и выявить другие отклонения на ЭКГ. При отсутствии явных признаков ГЛЖ, предлагается использовать ИСЛ - $[S(V1)+R(V5 \text{ или } V6)] > 38\text{мм}$. Следует отметить, что у детей показатели ЭКГ в определенной степени зависят от возраста, пола и физического развития. По нашим данным [11], ИСЛ у здоровых юношей 13,5-18,5 лет существенно больше чем у девушек того же возраста – у юношей он составляет $(M \pm m) 29,5 \pm 0,6$ мм, у девушек - $22,8 \pm 0,6$ мм ($p < 0,001$), причем у юношей «нормальная» (или «должная») величина ИСЛ может быть рассчитана по формуле: $\text{ИСЛ} = [(0,2 * V - 1,0) * P] / B$, где B – вес, кг; P – рост, см. У здоровых девушек данной зависимости не наблюдалось. Однако, в настоящее время отсутствуют четко разработанные и общепринятые нормативы ИСЛ в зависимости от возраста, пола и физического развития ребенка [20], в связи с чем использование верхнего предела ИСЛ в 38 мм для детей любого возраста и пола вполне закономерно. Очевидна целесообразно применять и другие количественные критерии, используемые для диагностики ГЛЖ у детей [6, 13], хотя вероятность ложноположительных и ложноотрицательных ЭКГ заключений достаточна высока.

При эхокардиографическом обследовании при АГ могут обнаруживаться утолщение миокарда задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, а также увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), рассчитанной на основании различных формул, причем в научных публикациях обычно рассматривается ММЛЖ, а в практической эхокардиографии – толщина миокарда. ММЛЖ в норме увеличивается с ростом и весом, в связи с этим как для взрослых, так и для детей предложены индексы ММЛЖ, нивелирующие влияние антропометрических данных, причем у взрослых обычно используется отношение ММЛЖ к поверхности тела, а в педиатрической практике отношение ММЛЖ к росту (в метрах), возведенному в степень 2,7, что позволяет исключить влияние избыточного веса. Согласно российским рекомендациям [3, 10] ГЛЖ диагностируется, если индекс $\text{ММЛЖ} \geq 47,58$ (у мальчиков) или $\geq 44,38 \text{ г/м}^{2,7}$ (у девочек), что соответствует 99-ому перцентилю кривой популяционного распределения данного индекса. Согласно американским и европейским рекомендациями [35, 44] точка отсечения, которая определяет наличие ГЛЖ у детей составляет $51 \text{ г/м}^{2,7}$. Американские рекомендации 2017 г. [30], сохранив данный параметр для детей старше 8 лет, предлагают в педиатрической практике применять также индекс ММЛЖ, используемый для взрослых – отношение ММЛЖ к поверхности тела - ГЛЖ следует диагностировать, если это отношение > 115 (для мальчиков) или > 95 (для девочек). Авторы отмечают, что значения этих индексов значительно выше 95-го перцентиля для распределений ММЛЖ у детей, но, по их мнению, клиническая значимость значений между 95-м перцентилем и этими порогами является неопределенной. Величина ММЛЖ зависит от метода расчета - при линейных измерениях (М-режим) ММЛЖ несколько больше, чем при измерениях в В-режиме [33]. До недавнего времени большая часть методов расчета ММЛЖ (в том числе и у детей [44]) основывалось на линейных измерениях. Величины, предложенные американскими рекомендациями 2017 г. базируются из расчета ММЛЖ в В-режиме, как это предусматривается современными подходами в эхокардиографии [37]. В настоящее время вопрос соотношения ММЛЖ к площади поверхности тела, росту и весу остается дискуссионным, в связи с чем традиционно проводимое в РФ измерение толщины миокарда задней стенки и межжелудочковой перегородки и сравнение полученного результата с возрастом ребенка представляется нам вполне адекватным для определения наличия ГЛЖ при АГ [9].

Оценка состояния сосудистого русла обычно оценивается при исследовании глазного дна, причем в настоящее время используются различные методики офтальмоскопии глазного дна, отличающиеся по технике проведения и информативности, однако информативность офтальмоскопии при осмотре с узким зрачком снижается в 2 и более раза [21]. Использование фоторегистрации офтальмоскопической картины позволяет объективизировать оценку полученных данных. Флуоресцентная ангиография глазного дна у детей с АГ в повседневной практике обычно не рекомендуется [35]. Традиционно типичным признаком гипертонической ангиопатии является уменьшение отношения ретинальных артерий к венам – в норме оно составляет 2:3. Сужение артериол подтверждается и у детей с АГ [38]. Могут быть обнаружены, в том числе и у детей, другие признаки гипертонической ангиопатии - более темная окраска и увеличение диаметра вен, общее изменение вида сосудистого дерева, изменение рефлекса от вен и артерий, феномен артериовенозного перекреста Салюса- Гунна [26]. При длительно существующей и/или высокой АГ могут обнаруживаться изменения не только в ретинальных сосудах, но и непосредственно в сетчатке глаза – кровоизлияния, экссудаты, отек диска зрительного нерва (гипертоническая ангиоретинопатия), которые иногда обнаруживаются у детей с АГ и свидетельствуют о неудовлетворительной диагностике и лечении АГ в детском возрасте и чаще о вторичном характере

АГ [34]. Частота обнаружения ангиопатии и ангиоретинопатии у детей с АГ, приводимая разными авторами, существенно отличается: 0% [17], 8,6% [31], 51% [26], 8,8-58,6% [8]. что связано как с методикой проведения офтальмологического исследования, так и с характером обследуемых пациентов. Следует также отметить, что оценка изменений на глазном дне, особенно при проведении обычной (прямой или зеркальной) офтальмоскопии, во многом субъективна, и зависит от квалификации специалиста. В американских рекомендациях 2017 г. вопрос об офтальмоскопии глазного дна у детей не обсуждается, европейские рекомендации 2016 г. предлагают проводить офтальмоскопию только детям со злокачественным течением АГ и при сочетании АГ с энцефалопатией. Российские рекомендации [3] предусматривают обязательное проведение исследования глазного дна всем детям с АГ, что очевидно, более целесообразно.

Подробно не останавливаясь на других инструментальных и лабораторных методах обследования детей с АГ, следует отметить необходимость исключения вторичного характера АГ. Ранее считалось, что АГ у детей обычно имеет вторичный генез, что, вероятно, было обусловлено более жесткими критериями АГ у детей [19]. В настоящее время эссенциальная АГ рассматривается как важная форма АГ в детском и особенно подростковом возрасте, причем чем выше уровень АД и чем меньше возраст ребенка тем вероятнее вторичный характер АГ [6]. Для исключения почечного генеза АГ всем детям с АГ показано выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) почек. Большинство ультразвуковых аппаратов, применяемых в настоящее время, позволяют проводить также дуплексное исследование сосудов, в связи с чем целесообразно проводить одномоментное исследование почек и дуплексное сканирование почечных артерий с цветовым доплеровским картированием, которое позволяет выявить стенозы почечных артерий, особенно локализованные в устье сосуда. Обычно в В-режиме удаётся визуализировать только почечную артерию в месте отхождения её от брюшной аорты. Разветвления почечной артерии (сегментарные, междольевые и дуговые артерии) в В-режиме четко не визуализируются, и обычно об их состоянии судят по кровотоку, причем при стенозах увеличивается пиковая скорость кровотока в соответствующем отделе почечной артерии. Дополнительным признаком, который может указывать на вазоренальный характер АГ, является разница в размере почек, превышающая 1,5 см, однако этот признак появляется достаточно поздно. В целом чувствительность и специфичность дуплексного сканирования почечных артерий не очень высока, зависит от опыта специалиста, наличия ожирения у пациента и модели используемого аппарата. Однако, ультразвуковая диагностика быстро развивается, и вероятно, вскоре будут разработаны более совершенные приборы. Согласно американским рекомендациям [30] доплерографию почечных сосудов следует проводить детям старше 8 лет без ожирения и при подозрении на реноваскулярный характер АГ, хотя, как отмечают сами американские педиатры, четких клинических проявлений такого характера АГ нет. Кроме того, на наш взгляд, одновременно целесообразно выполнять УЗИ надпочечников. Информативность этой процедуры также не высока в связи с тем, что визуализация надпочечников у взрослых и детей старше 7 дней часто затруднена из-за сходности эхогенности надпочечников и забрюшинного жира. Кроме того, необходимо учитывать наличие ожирения у пациента, качество оборудования и опыт специалиста. С другой стороны, патология надпочечников встречается редко [25]. Рекомендации по АГ у детей [3, 30, 35] не предусматривают проведение УЗИ надпочечников. Однако, по нашему мнению, следует согласиться с мнением ряда авторов, что каждое УЗИ брюшной полости у ребенка или взрослого должно сопровождаться оценкой области надпочечников [41]. Таким образом, УЗИ почек с доплерографией почечных сосудов в положении стоя и лежа [4] и УЗИ надпочечников может рассматриваться в качестве скринингового обследования всех детей с АГ на догоспитальном этапе. Более сложные инструментальные методы обследования (компьютерная или магниторезонансная томография и другие), а также гормональные исследования, очевидно, следует проводить в специализированных стационарах, которые не только располагают соответствующим оборудованием, но и имеют специальные возможности для лечения заболеваний, вызвавших развитие вторичной АГ [43]. Предусмотренное российскими рекомендациями обследование всех детей с АГ на ряд гормонов или их метаболитов (ренина, альдостерона, ванилилминдальной кислоты и других), очевидно, полезно, но затруднительно в повседневной клинической практике. Вместе с тем, на наш взгляд, все подростки старше 14 лет с АГ помимо обычных лабораторных исследований должны пройти исследование мочи на содержание психоактивных препаратов.

В основе лечения первичной АГ у детей лежат мероприятия направленные на устранение факторов риска ГБ и атеросклероза – нормализацию веса тела, достаточную физическую активность, уменьшение приема поваренной соли, устранение при возможности психотравмирующих ситуаций, соблюдение режима труда и отдыха, нормализацию сна, отказ от курения и приема алкоголя.

Употребление кофе и кофеин-содержащих продуктов (в частности энергетических напитков) может привести к краткосрочному подъему АД, особенно у пациентов уже имеющих АГ, однако кофеин не имеет долгосрочного эффекта на АД, или этот эффект минимален [39]. Подросткам склонным к АГ следует ограничить прием кофе и исключить употребление кофеин-содержащих энергетических напитков. Популяризируемая в США диета, способствующая нормализации АД (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) и ориентируемая на достаточное употребление овощей, фруктов, цельнозерновых продуктов, постного мяса, растительного масла, систематическое употребление рыбы и морепродуктов, ограничение употребления легкоусвояемых углеводов и трансжиров (маргарина), может быть применима и в педиатрической практике [30]. По мнению европейских педиатров, клиницистам не стоит предпринимать чрезмерных усилий, направленных на выявление поражения органов-мишеней и исключение вторичного характера АГ у детей с АГ и ожирением, а сконцентрироваться на нормализации веса ребенка. В то же время у детей с ожирением, очевидно, целесообразно исключить гипотиреоз и болезнь (синдром) Иценко-Кушинга.

К некорректируемым факторам риска АГ относят, в первую очередь, наследственную предрасположенность к ГБ, а также преждевременные роды и низкий вес при рождении от других причин [23, 30].

Важным аспектом работы врача-педиатра и подросткового терапевта является медицинское консультирование подростков в плане выбора дальнейшей профессии. Учитывая, что АГ у детей нередко эволюционирует в ГБ во взрослом периоде, подросткам с АГ не следует рекомендовать подземные, подводные работы, работы, связанные с ликвидацией чрезвычайных ситуаций, в том числе работу пожарником, а также работы, связанные с воздействием шума и вибрации. Кроме того, очевидно, нецелесообразны работы с высоким уровнем психоэмоционального напряжения, хотя определить круг таких работ достаточно проблематично. По мнению некоторых авторов [22] управление автотранспортом, особенно крупногабаритным, может способствовать развитию ГБ. В связи с этим для подростков с АГ работа водителем в будущем представляется не вполне оптимальной, хотя решение в этих случаях необходимо принимать индивидуально.

ГП при АГ у детей применяются сравнительно нечасто, в связи с чем первичное их назначение предпочтительно осуществлять в условиях стационара. Во всех случаях назначение ГП проводится в сочетании с вышеуказанными общеоздоровительными мероприятиями. Целесообразно предварительно или параллельно проводить коррекцию явлений ВСД [3,10,18]. Другие методы немедикаментозного снижения АД, такие как акупунктура, медитация, психологический тренинг, определенные методики лечебной физкультуры также могут обсуждаться в каждом конкретном случае (обычно у подростков), однако их эффективность проблематична [30,42]. К настоящему времени имеется около 30 рандомизированных исследований по применению ГП у детей [14], что позволило внести достаточно широкий круг ГП, традиционно применяемых у взрослых, в рекомендации по лечению АГ у детей. ГП детьми обычно хорошо переносятся, способствуют улучшению самочувствия и обратному развитию поражений органов-мишеней. Побочные явления ГП регистрируются примерно у 3% детей. Однако, в большинстве исследований ГП оценивалась у детей старше 6 лет и время наблюдения не превышала 3-5 лет. Вместе с тем иногда неблагоприятные эффекты ГП могут выявляться только через десятилетия после начала их приема. В литературе имеется одно когортное исследование взрослых, в котором показано, что длительное применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента по сравнению с приемом блокаторов рецепторов к ангиотензину II незначительно, но статистически достоверно увеличивало риск развития рака легких [32] и два исследования, свидетельствующих о более высоком риске развития немеланомного рака кожи у взрослых, принимающих гидрохлортиазид (гипотиазид) более 10 лет [1]. Однако авторы этих исследований отмечают, что потенциальная польза от приема этих препаратов у взрослых существенно выше чем возможный вред, а влияние других факторов риска злокачественных новообразований на порядок выше, чем при приеме этих ГП. В связи с этим акцент на модификацию образа жизни при АГ принимает еще большее значение, особенно у детей. Согласно российским рекомендациям [3] показаниями к назначению ГП (одновременно с модификацией образа жизни) в детском возрасте является АГ 2 степени и АГ 1 степени с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний или при неэффективности немедикаментозного лечения. Высокий риск определяется при наличии поражения органов-мишеней и/или наличии 3 и более факторов риска и/или наличии сопутствующего диабета. Американские педиатры рекомендуют применение ГП у детей, у которых сохраняется АГ, несмотря на изменение в образе жизни; у детей, имеющих клинические симптомы АГ; при АГ 2 степени без явно модифицируемого фактора риска (например, ожирения), а также при любой степени АГ, сочетающейся с хронической болезнью почек (ХБП) или диабетом. Терапию

следует начинать с одного препарата с минимальной дозы, которая может увеличиваться каждые 2-4 недели до тех пор, пока АД не нормализуется и будет < 95 перцентиля [44]. Согласно последним американским рекомендациям [30] АД следует снижать < 90 перцентиля для детей < 13 лет, а для подростков ≥ 13 лет до уровня < 130/80 мм рт.ст. Подробно не рассматривая лечение АГ при диабете и ХБП, следует отметить, что при этих состояниях рекомендуется более строгий контроль АД – целевой уровень должен быть ниже 90 перцентиля [14].

Отмена ГП у взрослых при ГБ обычно не возможна. У детей при адекватно подобранной терапии после 3 месяцев непрерывного лечения можно рассмотреть вопрос о постепенном снижении дозы препарата вплоть до полной его отмены с продолжением немедикаментозного лечения при стабильно нормальном АД.

Таким образом, ежегодный контроль АД у ребенка (по крайней мере, с 3 лет [30]), правильная оценка АД и своевременная терапия АГ представляется весьма важной задачей. Это в определенной степени может способствовать уменьшению распространенности ГБ среди взрослого населения и снижению осложнений ГБ.

Библиографический список:

1. Анализ административных решений зарубежных регуляторных органов //Безопасность и риск фармакотерапии. – 2019. – Т.7. - №3. – С. 152–158. Режим доступа: <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2019-7-3-152-158>.
2. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации (утверждены Минздравом России) 2020. Режим доступа: <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 10.06.2020).
3. Артериальная гипертензия у детей. Клинические рекомендации (утверждены Минздравом России) 2016. Режим доступа: <http://www.consultant.ru>. (дата обращения: 10.06.2020).
4. Базаев В.В., Носков А.В., Шибаев А. Н., и др. Гемодинамические изменения в почечной артерии как критерий выбора тактики лечения нефроптоза //Анналы хирургии. – 2015. - №1. - С. 37-40. Режим доступа: <http://www.cyberleninka.ru/article/view/gemodinamicheskie-izmeneniya-v-pochечной-arterии-как-критерий-выбора-тактики-лечения-нефроптоза>. (дата обращения: 10.06.2020).
5. Бекезин В.В. Артериальная гипертензия у детей и подростков //Смоленский медицинский альманах. – 2016. - №3. – С. 192-208. Режим доступа: <http://www.cyberleninka.ru> (дата обращения: 10.06.2020).
6. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. М.: МЕДпресс-информ; 2004.
7. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13. - №4. - С.4-14. Режим доступа: <http://www.cardiovascular.elpub.ru/jour/article/view> (дата обращения: 10.06.2020).
8. Бугун О.В. Клинико-функциональные варианты эссенциальной артериальной гипертензии у детей и подростков. Автореф. дис. ... докт. мед. наук.; Иркутск, 2008.
9. Воробьев А.С., Бугаев Т.Д. Клиническая эхокардиография у детей и подростков: руководство. СПб.: Спец. Литература; 1999.
10. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т.8. - №4: приложение 1. – С. 253-288.
11. Козьмин-Соколов Н.Б. Нормальная электрокардиограмма и основные клинико-электрокардиографические синдромы у подростков. Автореф. дис. ... канд. мед. наук.; Л., 1989.
12. Котова Ю.В., Римарчук Г.В., Бокова Т.А., и др. Артериальная гипертензия у детей. Современные принципы диагностики и лечения : учебное пособие. М., 2014
13. Кубергер М.Б. Руководство по клинической электрокардиографии детского возраста. Л.: Медицина, 1983.
14. Леонтьева И.В. Лечение артериальной гипертензии у детей и подростков // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. – Т. 64. - №1. - С. 15-24. Режим доступа: <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-1-15-24> (дата обращения: 10.06.2020).
15. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. М.: Медицина; 1986.
16. Медведев В.П. Охрана здоровья и медицинская помощь подросткам. В кн.: Общая врачебная практика. Т.1. СПб: СПб МАПО и Лига; 1996: 477-95
17. Савина Ю.Н., Жукова С.И., Щуко А.Г., Юрьева Т.Н. Офтальмологические проявления эссенциальной артериальной гипертензии у детей и подростков // Вестник ОГУ. - 2013 – Т. 153. - №4. - С. 217-20. Режим доступа: <http://www.cyberleninka.ru/article/view/oftalmologicheskie-proyavle...> (дата обращения: 10.06.2020).

18. Сухорукова О.В. Распространенность, диагностика и профилактика артериальной гипертензии у детей школьного возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук.; Смоленск, 2008.
19. Цыгин А.Н. Артериальная гипертензия у детей //РМЖ. – 1998. - №9. – С.5-12. Режим доступа: <http://www.rmj> (дата обращения: 10.06.2020).
20. Школьников М.А., Миклашевич И.М., Калинин Л.А., ред. Нормативные параметры ЭКГ у детей и подростков. М.: Ассоциация детских кардиологов России; 2010
21. Шуко А.Г., Акуленко М.В. Офтальмоскопия в диагностике заболеваний глазного дна. В кн.: Лазерная хирургия сосудистой патологии глазного дна. Иркутск: Офтальмология; 2014: 18-39.
22. Эльгаров А.А., Арамисова Р.М. Гипертоническая болезнь у водителей автотранспорта. Нальчик: Эльбрус; 2001.
23. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. Available at: <http://www.healthmetrics.heart.org/wp-content/uploads/2017/11>(дата обращения: 10.06.2020).
24. Chen X, Wang Y. Tracking of blood pressure from childhood to adulthood: a systematic review and meta-regression analysis. *Circulation*. 2008; 117(25): 3171-80. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.730366> (дата обращения: 10.06.2020).
25. Ciftci A.O., Tanyel F.C., Senocak M.E., Büyükramakçı N. Pheochromocytoma in children. *J Pediatr Surg*. 2001; 36(3): 447-52. <https://doi.org/10.1053/jpsu.2001.21612> (дата обращения: 10.06.2020).
26. Daniels S.R., Lipman M.J., Burke M.J., Loggie J.M. The prevalence of retinal vascular abnormalities in children and adolescents with essential hypertension. *Am J Ophthalmol*. 1991; 111 (2): 205-8. [https://doi.org/10.1016/s0002-9394\(14\)72260-3](https://doi.org/10.1016/s0002-9394(14)72260-3) (дата обращения: 10.06.2020).
27. Dionne J.M., Harris K.C., Benoit G., et al Guidelines hypertension Canada's 2017 guidelines for the diagnosis, assessment, prevention, and treatment of pediatric hypertension. *Can J Cardiol*. 2017; 33 (5): 577-85. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.03.007>. (дата обращения: 10.06.2020).
28. Dong Y., Ma J., Song Y., et al National blood pressure reference for chinese han children and adolescents aged 7 to 17 years. *Hypertension*. 2017; 70(5): 897-906. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09983> (дата обращения: 10.06.2020).
29. Dong Y., Song Yi., Zou Z., et al Updates to pediatric hypertension guidelines: influence on classification of high blood pressure in children and adolescents. *J Hypertens*. 2019; 37(2): 297-306. <https://doi.org/10.1097/HJH0000000000001903> (дата обращения: 10.06.2020).
30. Flynn J.T., Kaelber D.C., Baker-Smith C.M., et al Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2017; 140(3): e20171904. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1904> (дата обращения: 10.06.2020).
31. Foster B.J., Ali H., Mamber S., et al Prevalence and severity of hypertensive retinopathy in children. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009; 48(9): 926–30 <https://doi.org/10.1177/0009922809339385> (дата обращения: 10.06.2020).
32. Hicks B.M., Filion K.B., Yin H., et al Angiotensin converting enzyme inhibitors and risk of lung cancer: population based cohort study. *BMJ* 2018; 363: k4209. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4209> (дата обращения: 10.06.2020).
33. Lang R.M., Bandano L., Mor-Avi V., et al Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: an update from the American society of echocardiography and the European association of cardiovascular imaging. *J Am Soc Echocardiogr* . 2015; 28(1): 1–39.e14. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2014.10.003> (дата обращения: 10.06.2020).
34. Leaviti J.A., Pruthi S., Morgenstein B.Z. Hypertensive retinopathy mimicking neuroretinitis in 12-year-old girl. *Surv Ophthalmol* 1997; 41(6): 477-80. [https://doi.org/10.1016/s0039-6257\(97\)00016-7](https://doi.org/10.1016/s0039-6257(97)00016-7) (дата обращения: 10.06.2020).
35. Lurbe E., Agabiti-Rosei E., Cruickshank J. K., et al 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. Consensus document. *J Hypertens*. 2016; 34 (1): 1-34. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001039> (дата обращения: 10.06.2020).
36. Lurbe E., Cifkova R., Cruickshank J. K., et al Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension. *J of Hypertens*. 2009; 27(9):1719–42. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32832f4f6b> (дата обращения: 10.06.2020).
37. Lopez L, Colan S.D., Frommelt P.C., et al Recommendations for quantification methods during the performance of a pediatric echocardiogram: a report from the pediatric measurements writing group of the American society of echocardiography pediatric and congenital heart disease council. *J Am Soc Echocardiogr*. 2010; 23(5): 465–95, quiz 576–77. <https://doi.org/10.1016/j.echo.2010.03.019> (дата

обращения: 10.06.2020).

38. Mitchell P., Cheung N., de Haseth K., et al Blood pressure and retinal arteriolar narrowing in children. *Hypertension*. 2007; 49(5): 1156–62. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.106.085910> (дата обращения: 10.06.2020).

39. Noordzij M., Uiterwaal C., Arends L. et al Blood pressure response to chronic intake of coffee and caffeine: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens*. 2005; 23(5): 921-28. <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000166828.94699.1d> (дата обращения: 10.06.2020).

40. Phend C. ACP criticizes new blood pressure guideline. *MedPage Today*, January 22, 2018. Available at: <http://www.medpagetoday.com>. (дата обращения: 10.06.2020).

41. Słapa R.Z., Jakubowski W.S., Dobruch-Sobczak K., Kasperlik-Zaluska A.A. Standards of ultrasound imaging of the adrenal glands. *J Ultrason*. 2015; 15(63): 377–87. <https://doi.org/10.15557/JoU.2015.0035> (дата обращения: 10.06.2020).

42. Scheider R.H., Fields J.Z., Brook R.D. The ACC/AHA hypertension guidelines: should they have included proven nonpharmacological blood pressure-lowering strategies such as transcendental meditation? *J Clin. Hypertension*. 2019; 21(3): 434. <https://doi.org/10.1111/jch.13488> (дата обращения: 10.06.2020).

43. Spagnolo A., Giussani M., Ambrozzi A.M., et al Focus on prevention, diagnosis and treatment of hypertension in children and adolescents. *Ital J Pediatr*. 2013; 39(20). <https://doi.org/10.1186/1824-7288-39-20> (дата обращения: 10.06.2020).

44. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004; 114(2 Suppl 4th Report): 555-76. Available at: <http://www.nhlbi.nih.gov> (дата обращения: 10.06.2020).

45. Williams B., Mancia G., Spiering W., et al 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: task force for the management of arterial hypertension of the European society of cardiology (ESC) and the European society of hypertension (ESH). *Europ Heart J*. 2018; 39(33): 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339> (дата обращения: 10.06.2020).

46. AAFP decides to not endorse AHA/ACC hypertension. December 12, 2017. Available at: <http://www.aafp.org>. (дата обращения: 10.06.2020).

47. AAP Pediatric hypertension guidelines – MDCalc. Available at: <http://www.mdcalc.com>. (дата обращения: 10.06.2020).

Джуманиязов Сарварбек Сардорбекович
Djumaniyazov Sarvarbek Sardorbekovich

Студент 504 Б группы Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии

УДК 616

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ ВПЧ-ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ

IMPROVEMENT OF TREATMENT AND DIAGNOSTIC APPROACHES IN HPV GENITAL INFECTIONS

Аннотация. Папилломавирусная инфекция является одной из наиболее распространенных инфекций с преимущественно контактным путём передачи в мире. Вирус папилломы человека (ВПЧ) относится к инфекционным агентам с достоверно доказанной ролью в возникновении специфических злокачественных новообразований. Исследования в этом направлении позволят разработать алгоритмы обследования и ведения женщин с патологическими процессами шейки матки, ассоциированными с ПВИ, а также индивидуально прогнозировать развитие цервикальных неоплазий.

Abstract. Papillomavirus infection is one of the most common infections with a predominantly contact route of transmission in the world. Human papillomavirus (HPV) refers to infectious agents with a proven role in the occurrence of specific malignant neoplasms. Research in this direction will allow the development of algorithms for the examination and management of women with pathological processes of the cervix associated with PVI, as well as individually predict the development of cervical neoplasia.

Ключевые слова: папилломавирусная инфекция, рак шейки матки, интраэпителиальная неоплазия.

Key words: papillomavirus infection, cervical cancer, intraepithelial neoplasia.

Среди заболеваний, передающихся половым путем, особое значение имеет папилломавирусная инфекция (ПВИ) гениталий, возбудителем которой является вирус папилломы человека (ВПЧ). Это связано с высокой частотой распространения инфекции и ее онкогенным потенциалом [1,3]. В целом, по оценкам ученых, около 85% женщин в течение жизни имеют риск заражения ПВИ. ВПЧ является этиологическим фактором развития рака шейки матки — одной из ведущих причин смерти женщин от онкологических заболеваний. Специфических препаратов против ВПЧ не создано. Высокая вероятность перехода ВПЧ индуцированных поражений при инфицировании высокоонкогенными типами вируса в CIN (цервикальную интраэпителиальную неоплазию) и рак шейки матки (РШМ), а также отсутствие в практике врача надежных прогностических маркеров заставляет искать новые пути лечения и профилактики [3, 6]. Продолжается исследование роли ВПЧ-тестов в скрининговых программах и клинической практике. Вместе с тем имеется ряд проблем с внедрением новых классификаций, что отражается на преимуществах ведения пациенток с ПВ. Другим способом терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний являются иммунопрепараты, однако в 50% случаев даже длительное назначение малоэффективно. Показано, что их эффективность напрямую связана с уровнем онкобелка E7, который нейтрализует противовирусную и противоопухолевую активность иммунопрепаратов за счёт способности избирательно блокировать большинство генов, индуцируемых интерфероном [4].

Благоприятный фон для развития- диспластического процесса шейки матки создает хроническое воспаление [2] вследствие взаимосвязанных нарушений местного, системного иммунитета, кровоснабжения подлежащей стромы и клеточного обновления эпителиального пласта [8]. В связи с чем, изучение иммунологических особенностей течения хронического цервицита, ассоциированного с ПВИ, как звена цепи последовательных событий -мультистадийного процесса канцерогенеза, представляет значительный интерес [5,7].

В некоторых работах была показана прямая взаимосвязь между концентрацией высокоонкогенных типов ВПЧ и риском развития цервикальных неоплазий. Персистенция вируса с высокой нагрузкой может способствовать быстрой прогрессии цитологически нормальных клеток шейки матки в диспластически измененные и даже опухолевые [8]. Однако роль количественной нагрузки ВПЧ в прогнозе развития цервикальных неоплазий окончательно не определена. Наряду с этим, остается открытым вопрос о взаимосвязи между количеством вирусной ДНК и показателями иммунитета, что может иметь определяющее значение в понимании механизмов иммунного ответа

при ВПЧ-инфекции.

Разработка и внедрение в практику вакцин для профилактики инфекции, вызванной ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов, позволили создать реальные предпосылки для снижения заболеваемости папилломавирусной инфекцией и в перспективе РШМ [5, 6]. Многие страны мира включили вакцинацию против этой инфекции в национальные календари профилактических прививок, в некоторых странах (Австралия) отмечено существенное снижение заболеваемости кондиломатозом наружных половых органов [1,4].

В Узбекистане вакцины для профилактики папилломавирусной инфекции разрешены к применению, но не включены в настоящее время в национальный календарь профилактических прививок. В связи с этим показатели охвата иммунизацией на большинстве территорий находятся на низком уровне, что диктует необходимость изучения распространенности ВПЧ ВКР, цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) и РШМ для обоснования социально-экономической значимости проблемы, развития системы эпидемиологического надзора и оценки эффективности вакцинации.

Имеется ряд работ о положительных результатах комплексного применения в схемах лечения отечественного иммуномодулятора Полиоксидоний, в основе механизма которого лежит прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования. Показано, что Полиоксидоний восстанавливает иммунные реакции при вторичных иммунодефицитных состояниях, вызванных возбудителями бактериальных, вирусных, грибковых инфекций, вследствие старения, осложнений хирургических операций, травм, что делает обоснованным исследование эффективности совместного применения индол-3-карбинола и Полиоксидония [3].

РШМ является объектом для попыток химиопрофилактического воздействия благодаря тому, что предраковая, неинвазивная, его стадия, так же как и многоступенчатая прогрессия к инвазивной стадии, тщательно и всесторонне изучены, а его клиническое хирургическое лечение разработано [1,3].

Другим способом терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний являются иммунопрепараты, однако в 50% случаев даже длительное назначение малоэффективно. Показано, что их эффективность напрямую связана с уровнем онкобелка E7, который нейтрализует противовирусную и противоопухолевую активность иммунопрепаратов за счёт способности избирательно блокировать большинство генов, индуцируемых интерфероном [4,7].

Имеется ряд работ о положительных результатах комплексного применения в схемах лечения отечественного иммуномодулятора Полиоксидоний, в основе механизма которого лежит прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования [2, 3]. Показано, что Полиоксидоний восстанавливает иммунные реакции при вторичных иммунодефицитных состояниях, вызванных возбудителями бактериальных, вирусных, грибковых инфекций, вследствие старения, осложнений хирургических операций, травм, что делает обоснованным исследование эффективности совместного применения индол-3-карбинола и Полиоксидония.

Все вышеизложенное определяет актуальность исследований, направленных на поиск молекулярно-биологических и иммунологических маркеров неопластической трансформации, что позволит усовершенствовать алгоритмы обследования и ведения женщин с патологическими процессами шейки матки, ассоциированными с ПВИ, а также индивидуально прогнозировать развитие цервикальных неоплазий.

Библиографический список:

1. Агикова Л.А. Рациональная иммунокорректирующая терапия гликопином больных с папилломавирусной инфекцией шейки матки: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 1996.
2. Александрова Ю.Н., Лыщев А.А., Сафронникова Н.Р. ПВИ у здоровых женщин С-Петербурга // Вопр. Онкол. 2000. - т.6. - №2. - с. 175-179.
3. Анкирская А.С. Вагинальные инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами (бактерии, грибы, микоплазмы): критерии диагностики // Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИППП и других урогенитальных инфекций. 1999. - с. 67.
4. Антонова Л.В., Ершов Ф.И. и др. Новое поколение иммунопрепаратов для лечения ассоциированных с вирусами заболеваний половых органов у женщин. // "Человек и лекарство". III Российский национальный конгресс Тез. докл. Москва, 1999: 67.

5. Аполихина И.А., Денисова Е.Д., Ибинаева И.С. Эффективность и безопасность лечения заболеваний шейки матки с помощью СОГ-лазера // Материалы 2-го регионального научного форума "Мать и дитя". Сочи, 2008.-С. 121-122.
6. Арипджанова Д.С. Новый подход к лечению ПВИ гениталий у женщин. // Материалы первого регионального научного форума "Мать и дитя". Казань, 2009. С. 201.
7. Yugawa, T. Molecular mechanisms of cervical carcinogenesis by high-risk human papillomaviruses: novel functions of E6 and E7 oncoproteins [Text] / T. Yugawa, T. Kiyono // Rev Med Virol. - 2009. - Vol. 19, N 2. - P. 97-113.
8. S. Zhang, J. Thomas, J. Thibodeaux et al. // Cytojournal. - 2011. - Vol. 8. - P. 9. 244.

Муминов Нажмиддин Нурмуродович
Muminov Nazhmiddin Nurmurodovich
доцент СамИВМ

Худайбердиев Абдумалик Юсупович
Khudaiberdiev Abdumalik Yusupovich
доцент СамИВМ

Мамарасулов Закиржон Эркинович
Mamarasulov Zakirzhon Erkinovich
ассистент СамИЭС

Уролов Шохрух Аскаралевич
Urolov Shokhrukh Askaralevich
студент СамИЭС

УДК 613.28

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА БЛЮД ИЗ МЯСА БАРАНИНЫ

IMPROVEMENT OF TECHNOLOGY AND RESEARCH OF SOME INDICATORS OF CHEMICAL COMPOSITION DISHES FROM LAMB MEAT

Аннотация: В работе усовершенствована технология приготовления блюда рагу из баранины, определена оптимальная температура жаренья порционных полуфабрикатов из баранины и исследован химический состав этих блюд.

Abstract: The work has improved the technology for preparing mutton stew dishes, determined the optimal temperature for frying portioned mutton semi-finished products, and investigated the chemical composition of these dishes.

Ключевые слова: рациональное питание, жизнедеятельность организма, незаменимые аминокислоты, сбалансированное питание, пищевая ценность, биологическая ценность.

Key words: rational nutrition, vital functions of the body, essential amino acids, balanced nutrition, nutritional value, biological value.

В настоящее время большую актуальность приобретает проблема обеспечения населения рациональным питанием. В основу рационального питания положена теория сбалансированного питания, согласно которой для нормальной жизнедеятельности организма его необходимо снабжать адекватным количеством пищевых продуктов и энергии при условии соблюдения достаточно строгих соотношений между незаменимыми факторами питания, так как каждому из них принадлежит специфическая роль в обмене веществ.

При разработке рационов питания особое внимание должно быть обращено на содержание в них полноценных белков, поскольку они являются основным пластическим материалом для построения новых тканей растущего организма и снабжает организм незаменимыми аминокислотами, не синтезирующиеся в нем. Для усвоения белков большое значение имеет количественное содержание и определенное соотношение незаменимых аминокислот. Лучшее усвоение белков происходит при сбалансированном аминокислотном составе не только в суточном рационе, но и в отдельных приемах пищи.

В решении этих вопросов большое значение имеет повышение качества готовой продукции за счет совершенствования технологии; интенсивности производства путем применения новых способов обработки; нахождения лучших вариантов обработки.

В настоящее время считается, что перевариваемость и биологическая ценность белков ряда продуктов животного происхождения при нормальном режиме тепловой обработки практически не снижается. Удлинение срока тепловой обработки может вызвать заметное снижение питательной ценности мясных продуктов.

На основании литературных данных установлено, что при тепловой обработке мяса в результате денатурации и последующей коагуляции белков наблюдается выпресовывание мясного сока с белковыми, минеральными и другими экстрактивными веществами. Потери питательных

веществ с соком не зависят от исходного образца, причем основная доля их приходится на азотистые.

Мясо баранины представляет собой сложный комплекс тканей, которые содержат различные пищевые вещества очень высокой биологической ценности. Пищевая ценность мяса зависит от соотношения компонентов различных тканей, входящих в его состав, среды которых наиболее ценными мышечная и жировая ткани.

В процессе тепловой обработки продуктов в них происходят различные химические и физические процессы, т.е. образование новых веществ, набухание, размягчение, переход в растворимое состояние, изменение окраски, образование корочки на поверхности обрабатываемого продукта и т.п.

Глубина этих изменений зависит от продолжительности и температуры теплового воздействия.

Изучение таблицы химического состава пищевых продуктов и других источников показало, что пищевой ценность тушеных и жареных блюд, мясных полуфабрикатов и готовых блюд из баранины исследовано не достаточно. Из мяса баранины в предприятиях общественного питания готовят разнообразные полуфабрикаты и блюда (рагу из баранины, шницель, котлеты натуральные, котлеты отбивные и ряд других).

В связи с этим мы задались целью изучить пищевую ценность некоторых блюд из баранины до и после тепловой обработки.

Для приготовления мясных блюд использовали баранье мясо I категории.

В соответствии с поставленной целью работа велась в следующих направлениях:

- исследование некоторых физико-химических показателей блюд рагу из баранины, шницеля, котлет отбивных и натуральных;
- изучение влияния режима тепловой обработки на пищевую ценность готового блюда;
- практические рекомендации по совершенствованию и оптимизации технологии приготовления рагу из баранины.

Анализ технологической схемы приготовления рагу из баранины показывает, что вначале кусочки мяса обжаривают до образования корочки. При традиционном способе на это требуется 10-15 мин, для тушения – 1 час.

Из литературных источников известно, что сокращение времени воздействия тепловой обработки на продукты позволяет получить готовую продукцию высокого качества.

Исходя из этого, нами усовершенствована технология приготовления рагу, сводящую к сокращению времени тепловой обработки этого блюда.

Новизна заключалась в том, что для получения колера на поверхности кусочков мяса достаточно погружать их во фритюр на 3-5 мин. Обжаренные кусочки мяса подвергались тушению в красном соусе, вначале 25 мин без гарнира, затем 15 мин после добавления гарнира. Общая время которое потребовалось для приготовления рагу составляло 45 мин, вместо 1 час 15 минут.

Готовое блюдо измельчали и из средней пробы отобрали образцы для исследования.

В технологии рекомендуются два способа приготовления рагу: первый – кусочки мяса тушатся вместе с гарниром; второй – гарнир для рагу готовится и подается отдельно.

Из литературных источников известно, что кроме температуры и продолжительности тепловой обработки на сохранность аминокислот в готовых блюдах оказывает влияние использование овощей при приготовлении мясных блюд. Это высказывание подтверждено нашими предыдущими исследованиями.

Мы приготовим рагу из баранины тремя способами:

1. Кусочки мяса обжаривали в течении 15 мин обычным способом, затем тушили вместе с овощами (традиционный способ).
2. Кусочки мяса тушили в отдельности от овощей, затем соединили.
3. Кусочки мяса обжаривали в течении 5 мин во фритюре, затем тушили с овощами в скороварке.

Затем из всех образцов приготовили среднюю пробу и исследовали их аминокислотный состав.

В результате анализа данных было выявлено, что аминокислот значительно больше содержится в рагу, приготовленном традиционным способом, чем в рагу, тушенное без овощей. В последнем случае наблюдается разрушение аминокислот, в пределах от 3,8% (метионин) до 33,3% (лизин) от первоначальной величины (% к традиционному способу).

Было выявлено, что рагу приготовленное в скороварке сокращает продолжительность тепловой обработки, что позволяет лучше сохранять аминокислотный состав готового блюда.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что приготовленный рагу из баранины в скороварке обладает лучшими сенсорными показателями и имеет высокую пищевую ценность.

Нами было исследовано оптимальный температурный режим для жаренья порционных полуфабрикатов.

При жаренья порционных полуфабрикатов из мяса баранины температуру в жарочном шкафу поддерживали 150, 160, 170, 180⁰С и доводили полуфабрикаты до готовности.

Анализ данных показывает, что при обжаривании порционных полуфабрикатов приемлема температура 160⁰С. Потери составляют для шницеля – 27,8%, котлет натуральных – 28,2%, для отбивных – 27,9%.

Жареные полуфабрикаты при указанных температурных режимах получили хорошую органолептическую оценку, обладают хорошими вкусовыми качествами, сочность и нежность готового продукта на достаточно высоком уровне.

Нами также было исследовано содержание белков, жиров, золы, сухих веществ в рагу из баранины, порционных полуфабрикатах и готовых блюдах. Результаты исследования сводим в таблицу 1 (в %).

Таблица 1

Результаты исследования

Показатели	Рагу из баранины		Шницель		Котлеты отбивные		Котлеты натуральные	
	полуфабрикат	готовое блюдо	полуфабрикат	готовое блюдо	полуфабрикат	готовое блюдо	полуфабрикат	готовое блюдо
Сухие вещества	39,5	42,0	38,2	45,1	35,3	53,3	40,4	49,9
Белок	13,7	13,2	14,2	13,5	11,4	10,5	12,8	11,9
Жир	23,1	24,8	32,2	24,4	12,3	15,5	13,9	16,8
Зола	4,0	4,8	1,2	1,9	1,2	1,9	1,2	1,9

Данные таблицы показывает, что содержание золы в рагу из баранины больше, чем в других полуфабрикатах и готовых блюдах. Это обусловлено тем, что в рецептуре рагу кроме мяса входят разнообразные овощи.

На основании выше изложенного можно сделать следующие выводы:

- при обжаривании порционных полуфабрикатов приемлема температура 160⁰С. Потери составляют для шницеля – 27,8%, котлет натуральных – 28,2%, для отбивных 27,9%.

- жареные полуфабрикаты при указанных температурных режимах получили высокую органолептическую оценку, обладают хорошими вкусовыми качествами, сочность и нежность готового продукта на достаточно высоком уровне;

- совершенствовано технология приготовления рагу из баранины, сводящую к сокращению времени тепловой обработки. Для приготовления рагу потребовалось 45 мин вместо 1 час 15 мин.

- исследовано содержание белков, жиров, золы, сухих веществ в рагу из баранины, порционных полуфабрикатах и готовых блюдах.

Библиографический список:

1.Т.Худайшукуров, Н.Мухамадиев, Н.мо у. Минов, И.Шукуров. Основы производства пищевых продуктов. Учебник.- Т.: "ЭКОНОМИКА-ФИНАНСЫ", 2009.-354 б.

2.Д.Асланова, Т.Худайшукуров, Н.мо он Минов. особенности питания народов мира. Учебное пособие.- С.: "Зарафшон", 2007.-112 б.

3.Д.Асланова, Т.Худайшукуров, Н.мо особенности питания народов мира учебник. - Т.: "Экономика-Финансы", 2011.-3336 б.

Кобелева Ирина Алексеевна
Kobeleva Irina Alekseevna

Студентка Иркутского государственного медицинского университета, лечебный факультет.

УДК 316.35

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЕМЬЕ

GENDER CHARACTERISTICS OF THE CONCEPT OF THE FAMILY

Аннотация: в работе рассмотрены такие понятия как семья, гендер; выделены и проанализированы гендерные особенности и различия по отношению к семье, как малой социальной группе; рассмотрено влияние гендерных особенностей на функции и роли в семье.

Abstract: the work considers such concepts as family, gender; Gender and family differences as small social groups are identified and analyzed; consideration of the impact of gender on functions and roles in the family.

Ключевые слова: семья, гендер, гендерные особенности, роль

Keywords: family, gender, gender characteristics, role.

С давних времен считалось, что семья - это базовая ячейка общества, которая построена на кровном родстве или браке.

В науке нет единого обозначения слову «семья». Это мы можем наблюдать в противоречиях у представителей разных наук, рассматривающих человека и человеческое общество. Так, на современном этапе становления психологии семейных взаимоотношений существует множество определений слову «семья». Но в основном выделяют такое: семья-это группа людей, связанных близкородственными отношениями и, обычно, проживающих вместе.

Проблема исследования отношения современного общества к семье как к ценности связана с ролью молодого поколения в смене уходящих поколений. Ухудшение социального и психологического состояния молодежи в целом, происходит из-за того, что уже несколько лет наблюдается ранее психофизиологическое становление молодого поколения. Так, например, на протяжении многих лет, исследователи гендерных особенностей, подтверждают некую закономерность раннего вступления девушек в брачные отношения.

Семья - это система, состоящая из двух или нескольких взрослых людей и детей, базовая функция которой поддерживать друг друга эмоционально и физически. Семья, состоящая из нескольких поколений, является самым распространенным типом семьи. В этой семье кроме родителей и детей есть еще бабушки и дедушки. Но в современном обществе дети чаще всего живут отдельно, сохраняя родственные отношения со всей семьей. Существует несколько вариантов состава или же структуры семьи:

- ✓ Семья, которая состоит из супругов (муж и жена) и их детей - нуклеарная семья;
- ✓ Семья, в которая кроме супружеской пары и их детей включает еще бабушек, дедушек, дядь и тетя, живущих вместе и составляющих структуру семьи, называется пополненная семья;
- ✓ Семья, которая образовалась в результате развода родителей - это смешанная семья. Она включает неродных родителей и неродных детей (их еще называют сводными);
- ✓ Существует семья, в которой хозяйством управляет только один из родителей - она называется «семья родителя - одиночки». Она образуется из-за развода родителей, ухода или смерти одного из супругов, либо из-за того, что брак никогда и не был заключен.

Итак, для полного понимая определения «семьи» и её функционирования, необходимо рассмотреть данное понятие через структуру (то, каким образом строятся отношения между членами семьи). Так, выделяют несколько видов родственных связей: кровное родство (братья и сестры), порождение (родители - дети) и брачные отношения (муж - жена, супруги). Таким образом, семья - это малая социальная группа, основанная на союзе мужчины и женщины, родственных связях и являющаяся важной формой организации личного быта. Кроме того, в некоторых источниках отмечается, что семья - это некая система, каждое звено которой имеет значительное влияние на другие звенья, в том числе и в формировании различных представлений. Основными механизмами конструирования социальных представлений в семье являются идентификация и разотождествление.

Идентификация - это процесс отождествления семьи с объектами, идеями, представлениями на основе значимых для нее признаков. Идентификация позволяет членам семьи ощущать свое единство и близость внутри этой группы. В индивидуальном смысле, идентификация - это процесс

подражания одного человека другому человеку или группе людей. Идентификация лежит в основе попыток одного человека стать похожим на другого, перенять значимые черты.

Разотождествление - это процесс, обратный процессу идентификации. Он позволяет убрать «неподходящие» или «устаревшие» объекты идентификации. Например, после того, как ребенок вырос, он покидает семью. При этом он должен оставить часть своих семейных идентификаций, чтобы образовать новую идентичность и собственную модель семьи.

Таким образом, в результате идентификации у молодых людей возникает гендерная идентичность (девочки подражают маме в семейных делах, а мальчики – папе). В результате разотождествления, которое происходит из-за какого-то негативного опыта, особенности гендерной идентичности могут измениться (например, если ребенок разочаровался в отце, это может сказаться как на особенностях гендерной идентичности ребенка, так и на формировании представлений о собственной семье).

Гендерная идентичность - это внутреннее самоощущения человека, осознание себя как представителя одного из гендеров.

Гендер – это социальный пол, который характеризует представления общества о мужественности и женственности.

Часто понятия «гендер» и «пол» относят к синонимам. Но существует разграничение этих терминов. «Гендер» затрагивает социальные, психологические и моральные различия человека, а «пол» - физиологические.

В психологическом плане быть мужчиной или женщиной означает обладать специфическими личностными и поведенческими характеристиками, которые соответствуют данному полу и формируются в результате общения и взаимодействия с другими людьми на разных этапах развития.

Уже в три года дети начинают замечать, что мужчины и женщины ведут себя по-разному: стараются по-разному выглядеть, занимаются разной деятельностью и интересуются разными вещами. К семи годам, дети достигают гендерной постоянности. В это время ребенок начинает замечать различия, существующие между мужчинами и женщинами. Он начинает проявлять повышенное внимание к человеку, обладающему тем же полом, что и он сам. В ходе этого процесса мальчики обычно подражают поведению мужчин, а девочки – поведению женщин. Этот процесс называется дифференциальным подражанием, т.е. человек в процессе социализации выбирает ролевую модель и начинает ей подражать.

Гендерные особенности проявляются как знания о том, какую роль должны выполнять мужчина и женщина в обществе, в конкретных социальных условиях.

В данной статье мы рассмотрим гендерные особенности по отношению к семье, которые формируются на разных этапах развития человека (младшие школьники, подростки и студенты). Чтобы рассмотреть гендерные и возрастные особенности возьмем 3 главные ценности семьи: счастливая семья, материальное богатство и воспитание детей.

Младший школьник считает, что счастливая семья наиболее значимая ценность по отношению с другими. Но мальчики ставят эту ценность выше по сравнению с девочками. Но с возрастом ценность «счастливая семья» теряет свою значимость, и для девушек она становится более значимой, чем для юношей.

Для подростков такая ценность, как материальное благополучие, более значима, чем для младшего возраста. Стоит отметить, что юноши ставят эту ценность выше, чем девушки. Ценность «воспитание детей», в отличие от предыдущих ценностей, более значима для представительниц женского пола, как в младшем возрасте, так и в подростковом возрасте.

Для студентов семья уже становится чем-то более осмысленным. На примере гендерных особенностей представлений о семье у студентов, мы можем наблюдать различие самих гендеров.

Если рассматривать социальную активность супругов, то девушки, кроме того, что хотят иметь общественно и профессионально активного супруга, сами стремятся быть социально активными. Для мужчин важнее, чтобы именно они были профессионально активны.

Девушки стараются выглядеть привлекательно и того же ожидают от супруга. Мужчины хотят видеть свою супругу стильной и привлекательной, но только если это не будет занимать много времени. Также просматривается тенденция, что и юноши стараются уделять время своему внешнему виду, что очень радует их супруг.

Если рассматривать семейные роли более обобщенно, то в традиционно женских сферах (например, родительско-воспитательная) мужчины представляют себя выразительнее, чем девушки. В этом случае девушки представляют себя в роли жены, социально активной и ориентированной на профессиональную деятельность.

Обобщая все вышесказанное, мы можем говорить о том, что гендерные различия имеют место быть в представлениях о функциях, ролях и ожиданиях у девушек и юношей от будущих супругов и семь в целом. Кроме того, стоит отметить, что представления о ролях супругов, сестер и братьев и т.д. имеют свою специфику. Например, неполная семья способствует образованию не полностью сформированной возрастной и половой специфики представлений об отношениях в семье.

Библиографический список:

1) Гендерные особенности представления о семье у молодежи г. Ташкента: [Электронный ресурс]//Allbest. URL: https://revolution.allbest.ru/psychology/00556001_0.html (Дата обращения: 24.06.2020).

2) Исследовательская работа «Влияние возрастных и гендерных особенностей на представления о семье у детей»: [Электронный ресурс]//Intewiki. URL: https://wiki.iteach.ru/images/5/53/O_семье.pdf (Дата обращения: 23.04.2020).

3) Гендерные психологические особенности: [Электронный ресурс]//Справочник. URL: https://spravochnick.ru/psihologiya/gendernye_psihologicheskie_osobennosti/ (Дата обращения: 24.06.2020).

4) Гендерные особенности представления о семье и семейных взаимоотношениях у старших подростков: [Электронный ресурс]//Библиотека студента. URL: <https://uchebnik-online.net/book/329-dalevskie-chteniya-sbornik/72-gendernye-osobennosti-predstavleniya-o-seme-i-semejnyx-vzaimootnosheniyax-u-starshix-podrostkov.html> (Дата обращения: 25.06.2020).

Буряк Виктор Владимирович**Buryak Victor Vladimirovich**

кандидат философских наук, доцент кафедры

ФЕНП философского факультета Таврической академии, ФГАОУ ВО

«Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского», г. Симферополь

УДК 658

**СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ИНДУСТРИЯ В ФОКУСЕ
БИОПОЛИТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ****MODERN PHARMACEUTICAL INDUSTRY IN THE FOCUS OF BIOPOLITICAL STUDIES**

Аннотация. Современная система здравоохранения и медицинские исследования становятся всё более комплексными отраслями. Профессиональные качества врачей и медицинская этика (деонтология) совершенствуются. Тем не менее, в результате медицинских ошибок, либо изначально неверной диагностики и неправильного лечения миллионы пациентов во всём мире ежегодно умирают. Избыточная диагностика, тотальная медикализация населения являются элементами осуществления практической биополитики. Основными акторами и выгодополучателями оказываются владельцы медико-индустриального комплекса, финансисты и политики высших эшелонов власти (проводники биополитических стратегий).

Annotation. The modern healthcare system and medical research are becoming increasingly complex industries. The professional qualities of doctors and medical ethics (deontology) are being improved. Nevertheless, as a result of medical errors, or initially incorrect diagnosis and incorrect treatment, millions of patients worldwide die every year. Excessive diagnostics, total medicalization of the population are elements of the implementation of practical biopolitics. The main actors and beneficiaries are the owners of the medical-industrial complex, financiers and politicians of the highest echelons of power (conductors of biopolitical strategies).

Ключевые слова: современная фармацевтическая индустрия, практическая биополитика, биополитические исследования

Keywords: modern pharmaceutical industry, practical biopolitics, biopolitical research

Биополитические практики адаптируются к меняющейся биомедицинской ситуации. Противоречивость осуществления режима пандемии *COVID-19*, для разных стран и регионов, показывает асинхронные стратегии биовласти в современном мире. Вирусы, бактерии, травмы и другие неприятности побуждали врачей искать надёжные средства с целью минимизации ущерба для здоровья людей. Антибиотики и вакцины, спасли жизни сотен миллионов людей, - это исторически достоверный факт. Разнообразные лекарства являются одними из величайших достижений в истории человечества. Современная диагностика и фармацевтика, в отличие от прежних методов знахарства и «врачевания», высокотехнологична. Однако, к сожалению, вслед за успехами научно-технологического прогресса, появляются и факты злоупотребления доверием пациентов. Нелинейная история фармацевтической индустрии показывает комплексную и противоречивую природу современной медицины. Очевидно, что биомедицина и биотехнологии стремительно развиваются.

Эпоха мега-фармацевтики (*age of mega pharmaceuticals*) характеризуется тем, что неясно, кто кого информирует контролирует: врачи – политиков, или политики – врачей. Обычно, после верифицированной всесторонней диагностики, врач назначает лечение, которое состоит из правильной диеты, здорового стиля жизни, лечебных процедур и, конечно же, лекарственных препаратов. Следовательно, фармацевтические препараты объективно необходимы для лечения многих опасных болезней. Продолжительность жизни граждан во всех странах мира неуклонно растёт. А потребителями лекарственных препаратов являются в основном, именно люди преклонного возраста. Неудивительно, что массовый спрос на лечебные препараты и медицинские услуги со стороны постоянно увеличивающейся, отнюдь не бедной социальной группы «серебряного поколения», существенно стимулирует развитие фармацевтической промышленности и, неизбежно, рост цен. Однако, в последние десятилетия мы наблюдаем острый фармакологический кризис, который обусловлен многими, в том числе идеологическими, экономическими и социальными причинами.

Современная медицина / медицинское обслуживание становится всё дороже. Квалификация врачей возрастает. Тем не менее, ежегодно, миллионы пациентов во всём мире умирают от

медицинских ошибок, либо в результате неверной диагностики, либо неправильного лечения. Шеннон Браунли попытался разрушить некоторые из стереотипов (мифов) относительно «чудодейственной» американской медицины – одной из лучших в мире. Браунли анализирует функционирование, казалось бы безупречного, медико-индустриального комплекса (*medical-industrial complex*), эксплицируя острые дебаты относительно реформы здравоохранения с целью радикального улучшения качества американской медицины. [1]

Главный смысловой посыл книги Шеннона Браунли – предупреждение об опасностях иррациональной веры пациентов в абсолютную компетентность врачей и «всесилие медицины». Существуют очевидные (и менее очевидные) риски, связанные с избыточным вниманием лечащих врачей (*overtreatment*). Комплексная совокупность эмпирических и процессуальных факторов породила такой феномен как гипердиагностика (*overdiagnosed*). Новейшие медицинские приборы и высокотехнологичные методы анализа позволяют на ранних стадиях заболеваний ставить более точные диагнозы. Однако, экономические факторы (повышение стоимости анализов), делают врачей заложниками квазимедицинских маркетинговых стратегий.

Коррупцированные и невежественные журналисты, зачастую сами страдающие от различных фобий, раздувают инфопанику, расширяя «опцию мегастраха» перед неопасными для жизни инфекционными болезнями (фактически, ситуативными недомоганиями) и, тем самым, поддерживают миф о том, что превентивное агрессивное дорогостоящее медикаментозное лечение лучше, чем практическое ожидание немедикаментозного выздоровления. Фармакологическими корпорациями, при активной (и, видимо, небескорыстной) поддержке ВОЗ, «беспощадно» продвигается тема всеобщей вакцинации. В тщетной попытке избежать судебных разбирательств, врачи-инфекционисты, постарались не отвергнуть ни одного теста, отклоняющегося от «нормы», диверсифицировать / «распилить» сверхприбыли от использования не верифицированных медицинских тестов и сомнительных лечебных процедур (непроверенных фармацевтических препаратов).

Анализируя социальные, медицинские и экономические последствия функционирующей системы здравоохранения, которая некритически использует методы гипердиагностики (*overdiagnosed*) - избыточного выявления болезней у фактически здоровых пациентов, Гилберт Уэлч, профессор Дартмутской медицинской школы и эксперт по вопросам связанным с эффективным медицинским тестированием, а также его соавторы, призывают к прозрачности и финансовому мониторингу процедур диагностирования. Это, по их мнению, позволит существенно минимизировать индивидуальные и коллективные фобии, связанные с необходимой (медицински обоснованной) вакцинацией населения и значительно уменьшит социально-экономические последствия глобального коллапса, по крайней мере, в сфере здравоохранения. [2]

Поскольку, качество продуктов (лекарств) современной фармацевтической индустрии напрямую зависит от высокотехнологичной составляющей, медицинских экспериментов и специализированных исследований (в области химии, молекулярной биологии и биохимии), то целесообразно, в качестве примера, иллюстрации, рассмотреть некий нарратив (историческое повествование, основанное на фактах). В этом случае медицинская проблематика (которая имеет сюжетную линию и совокупность «жизненных историй»), будет понятна широкому кругу неспециалистов. Фактически, всю историю (*big picture*) «взрывной скорости» фармацевтической промышленности США со времени окончания Второй мировой войны (1950-е и 1960-е годы), можно рассмотреть посредством скрупулёзного анализа деятельности семьи Саклер (*Sackler*). Подробно описывая «историю успеха» семейства Саклер, анализируя «звёздную» карьеру эффективного менеджера от фарминдустрии, Артура Саклера (*Arthur Sackler*), Дж. Познер указывает на фундаментальные причины опиоидного кризиса (*marketing of OxyContin*), охватившего сельскую Америку, разоблачая резонансную аферу с производством антибиотиков *Pfizer* и транквилизаторов *Roche*.

Книга "*Pharma*" была издана в начале марта 2020 года (следовательно, написана значительно раньше) и, поэтому, ситуация с пандемией *COVID-19* (апрель - июнь 2020), естественно, не была известна автору. Тем не менее, Познер провидчески описал стереотипную ситуацию, как фармацевтические компании используют многоходовые (зачастую, коррупционные) схемы, чтобы уклониться от налогов, нагло нарушая правила общественной безопасности и, при этом, всегда многократно завышают цены на лекарства и медицинские услуги. [3]

В 51-й главе, которая называется «Предстоящая пандемия», Джеральд Познер (*Posner, Gerald*) указал на некоторые уже проявившиеся в текущем режиме *COVID-19* пандемии негативные феномены, а именно: усиление медикаментозного и, опосредованно - политического контроля

поведения граждан, колоссальные прибыли от продаж (гражданам и «государству») бесполезных масок, перчаток, сомнительных (по крайней мере, не верифицированных) тестов, противовирусных препаратов и вакцин (которые, впрочем, еще предстоит произвести и протестировать).

Познер использует метафору *PHARMA* (*Big Pharma, pharma industry*), с тем, чтобы указать на весь комплекс фарминдустрии, коррумпированных государственных чиновников, частных фирм здравоохранения и лоббирующих их деятельность политиков. Джеральд Познер изучил и проанализировал огромное количество верифицируемых документов. После чего он пришёл к неутешительному выводу одна из самых влиятельных отраслей в современной Америке – фармацевтическая индустрия (*Big Pharma, PHARMA*) использует авторитет академической медицины, колоссальные финансы, связи с коррумпированными политиками и журналистами, с тем, чтобы усилить свою власть в государственных органах. При этом, «жрецы» *Big Pharma*, беззастенчиво используют циничный дискурс заведомой лжи, коррупционные схемы и безнравственную жадность. [3]

Несомненные успехи западной научной медицины сформировали абсолютное доверие к медицинскому сектору экономики США и других постиндустриальных государств к концу Второй мировой войны. Так начиналась, эпоха «радикальной трансформации западной медицины». Затем в рамках продолжающегося маркетингового глобализованного процесса, называемого медиализацией, юрисдикция медицины (обусловленная материальными бонусами) стала постепенно расширяться, во имя сверхприбылей игнорируя биоэтические сегменты социума, которые прежде были непосредственно связаны с моральными, социальными или же юридическими проблемными сферами (такими как наркомания, алкоголизм, избыточный вес и другими).

Авторы отмечают, что с середины 1980-х годов академические и технонаучные изменения в организации и практиках современной биомедицины интегрировались в тренд «биомедиализации». В этой связи, настаивают авторы коллективной монографии, необходим углубленный анализ и специализированные тематические исследования, которых будет уточнена теория биомедицилизации современного социума.

В течение двух десятилетий, проведенных в Медицинском журнале Новой Внимательно наблюдая за развитием глобализованного сегмента фармацевтической индустрии (фармацевтических корпораций) Марсия Энджелл [5] отметила, что задекларированная ими цель – массовое производство недорогих, но эффективных лекарственных препаратов, постоянно игнорируется. Фармкорпорации уже давно трансформировались в мегамаркетинговые машины интегрированные с банками, частными исследовательскими клиниками и коррумпированными политиками.

Только в 2004 году, американские граждане потратили более 200 миллиардов долларов на лекарства. Фармацевтические корпорации оправдывают политику явно завышенных цен на лекарства тем, что сверхприбыли якобы необходимы для финансирования высокотехнологичных уникальных исследований. Однако, как убедительно доказывает Энджелл, это вовсе не так, поскольку «львиную долю» сверхприбылей, фармкорпорации тратят на рекламу и маркетинговое продвижение сомнительных по качеству лекарств. [5]

Очевидно, что система финансирования государственной медицины (бюджетное здравоохранение) – превращается в регулярный бизнес с «откатами». Пафос Томаса Шаса (Szasz, Thomas (2007), направлен против огосударствлённой маркетингованной «фармации» (то есть корыстного союза медицинских корпораций, чиновников и финансистов, близких к колоссальным ресурсам государственного бюджета). По его мнению, необходимо внимательно рассмотреть, определить и возможно, переопределить сложившуюся нормативную границу между повседневной медицинской практикой и биополитическими манипуляциями - тотальной медиализацией повседневной жизни. Маркером для этой нормативной демаркационной линии предостаточно: правовое поле, в котором обитают биограждане, набор необходимых инструментов неотложной медицинской помощи, наличие недорогих, доступных любому гражданину эффективных лекарственных препаратов (Szasz, Thomas (2007) . [6]

Таким образом, демаркация между необходимой и достаточной медицинской помощью и практической биополитикой должна быть подвергнута критической рациональной рефлексии, чтобы избежать манипуляций посредством биомедиализации повседневной жизни.

Выводы. Система здравоохранения и медицинские науки становятся всё более зависимыми от коммерческих проектов. Одновременно, профессиональные качества врачей и медицинские исследования совершенствуются. Однако, в результате случайных медицинских ошибок, неверной диагностики либо неправильного лечения, множество пациентов во всём мире погибают. Таким

образом, можно констатировать, что избыточная коммерциализированная диагностика и манипулятивная медикализация являются этапами реализации биополитических стратегий. В этой ситуации, выгодополучателями становятся политики из высших эшелонов власти, бизнесмены (владельцы фармкорпораций) финансисты.

Библиографияческий список:

1. Brownlee, Shannon (2008) *Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer.* – Publisher: Bloomsbury USA; - 368 p.
2. Welch, H. Gilbert; Schwartz, Lisa; Woloshin, Steve (2012) *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health.* - Publisher: Beacon Press; - 248 p.
3. Posner, Gerald (2020) *Pharma: Greed, Lies, and the Poisoning of America* – Publisher: Avid Reader Press / Simon & Schuster. - 816 p.
4. Clarke, Adele E. (2010) (Eds.) *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* - Publisher: Duke University Press Books; - 512 p.
5. Angell, Marcia (2005) *The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It.* - Publisher: Random House Trade Paperbacks; - 319 p.
6. Szasz, Thomas (2007) *Medicalization of Everyday Life: Selected Essays* – Publisher: Syracuse University Press; - 232 p.

Буряк Виктор Владимирович
Victor Vladimirovich Buryak

кандидат философских наук, доцент кафедры
ФЕНП философского факультета Таврической академии, ФГАОУ ВО
«Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского», г. Симферополь

УДК 658

ФЕНОМЕН «ЗДОРОВЬЯ» В ФОКУСЕ ФИЛОСОФИИ МЕДИЦИНЫ**THE PHENOMENON OF “HEALTH” IN THE FOCUS OF THE PHILOSOPHY OF MEDICINE**

Аннотация. Актуальность исследования темы «здоровье» очевидна в контексте развёртывания режима пандемии COVID-19. Многие качественные психосоматические характеристики, и, в частности - «здоровье», администраторами и чиновниками отвечающими за оптимальные показатели в сфере здравоохранения, стали рассматриваться сугубо в медицинских терминах. Как некая культурно-историческая ценность «здоровье» рассматриваться в аспекте измеримого «объективного факта», но также как субъективное психофизиологическое состояние личности. Медицинскими работниками, к сожалению, зачастую игнорируется психоэмоциональное состояние людей (в гендерном, религиозном, этническом, географическом, климатическом, культурно-историческом и других аспектах).

Annotation. The relevance of the study of the topic «health» is evident in the context of the deployment of the COVID-19 pandemic. Many qualitative psychosomatic characteristics, and in particular «health», by administrators and officials who are responsible for optimal performance in the healthcare sector, have been considered purely in medical terms. As a kind of cultural and historical value, «health» is considered in the aspect of a measurable «objective fact», but also as a subjective psychophysiological state of a person. Unfortunately, medical workers often ignore the psycho-emotional state of people (in gender, religious, ethnic, geographical, climatic, cultural-historical and other aspects).

Ключевые слова: здоровье, пандемия COVID-19, философия медицины

Keywords: health, COVID-19 pandemic, philosophy of medicine

Необходимо различать феномен «здоровья» как некую культурно-историческую «ценность» (в аксиологии), как измеримую «объективную данность» (предмет естествознания) и как субъективное психофизиологическое состояние (экзистенциал). В контексте пандемии COVID-19, «здоровье» рассматривается сугубо в медицинских терминах, как наличие, либо отсутствие в теле человека короновируса, как наличие либо отсутствие высокой температуры организма. При этом, абсолютно игнорируется психоэмоциональное состояние людей в гендерном, религиозном, этническом, географическом, климатическом, культурно-историческом и других аспектах бытия современного человека. Фактически, ВОЗ, министерства здравоохранения и чиновники рассматривают «тушки», а не людей как объект приложения административной власти. Получается, что граждане, это просто «энергетические юниты», «батарейки», которые можно и нужно использовать для своих личных нужд коррумпированным должностным лицам. Как предмет философии медицины, «здоровье» рассматривается не исключительно в биологических терминах, как сугубо «психо-физиологический» объект, «животное» – *dzoön* (у Аристотеля - *dzoön politikon* гр. ζῷον πολιτικόν – «социально-политическое животное»), но скорее как *anthropos*, предмет философской антропологии. Если принять рациональную аксиому – человек существо многомерное, то в исследовании феномена «здоровья», как важного атрибута человеческого бытия, необходим междисциплинарный подход (методологические ресурсы естествознания, биологии, медицины, философской антропологии).

Одним из первых мыслителей, указавшим на междисциплинарную оптику необходимую для адекватного изучения человека, как многомерного существа, был французский врач, методолог науки (специализировавшийся в сегменте междисциплинарной эпистемологии, а именно, в истории биологии) Жорж Кангилем (*Georges Canguilhem*). В течении своей долгой научной деятельности, он последовательно критиковал эпистемологические основания витализма, а также показал, что методологический редукционизм, рассматривает функционирование живых организмов в качестве механических аппаратов. Кангилем убедительно доказал, что методология витализма трансформирует биологию в субдисциплину физики.

Жорж Кангилем (*Georges Canguilhem* 1904 – 1995 г.г.) - выдающийся французский учёный. В

1924 году Кангилем поступил в Высшую Школу (*Ecole Normale Supérieure*). После окончания университета, преподавал в различных учебных заведениях (лицеях) Франции. Затем, в 1941 году - профессор в Страсбургском университете (Клермон-Ферран). В 1943 году получил степень доктора медицины. Во время Второй мировой войны участвовал во французском Сопротивлении. В 1955 году – профессор университета в Сорбонне. В 1987 году получил *Médaille d'or*, (Национальный научный центр (CNRS)).

Наиболее известные работы Жоржа Кангилама: *Le Normal u le pathologique*, (1943) и *La Connaissance de la vie* (1952). Междисциплинарное исследование *Le Normal et la pathologique* [1] – представляет собой академический текст о методологии определения норм в медицине и биологии институционализации медицинских знаний. Другая, не мене важная работа Кангилама, *La Connaissance de la vie* (1952) – является междисциплинарным исследованием эволюции биологической науки в историко-культурном контексте. [1]

Как и прежде, Жорж Кангилем подвергнул критике специфическую методологию витализма XVIII - го и XIX-го веков/ Методологический редукционизм, по его убеждению, отягощён упрощёнными представлениями относительно детерминант биологической эволюции, и потому, не в состоянии объяснить специфику жизни. Кангилем был одним из философов XX-го века, работавшим в области исследования институциональных особенностей и становления медицинского образования. Наиболее оригинальные концепты Кангилама, относящиеся к этой сфере, - термины «норма / нормальный» и «патология / патологический». Помимо этого, он изучал историческую генеалогию термина «рефлекс». Ученик Жоржа Кангилама, Мишель Фуко, продолжил исследование специфики формирования институциональных характеристик западно-европейской нормативной медицины. Наряду с методами и темами, обозначенными ранее Кангилемом, Фуко использовал, в качестве методологической основы, авторский биополитический инструментарий. [2]; [3]; [4]; [5]; [6]

Гуманитарная экспертиза медикаментозных методов особенно актуальна в эпоху «медицинских баз данных», ускоренной маркетинга сферы здравоохранения и верификации / калькуляции функций человеческого тела-объекта. Нарастает угроза планетарной медиализации и консюмеризации медицинской сферы. В контексте биополитических исследований, консюмеристский вектор и мировоззрение сциентизма, наносят существенный вред здоровью каждого человека. Откровенная маркетинга системы всемирного здравоохранения в условиях неолиберальной экономики, продолжает генерировать многочисленные этические проблемы. [7]

Научное мировоззрение, сформировавшееся в XX – м веке и беспрецедентные достижения медицины, по мнению, Ханса-Георга Гадамера, фундаментально трансформировали самосознание современного человека. Особое внимание он уделяет гуманитарной / этической проблематике, новейшим клиническим практикам, а также исследует детерминанты и последствия технологических успехов человечества. [8]

Для Гадамера медицина (*idea of medicine*) – это не только и не столько, «наука о здоровье» (*science of health*), но, в большей степени, специфическое «искусство» (*art*) в смысле греческого понятия *techne* и латинского концепта *ars*. Отсюда, - эмпатия, глубинная / герменевтическая интерпретация симптомов и личностная вовлеченность врача в процесс оздоровления. Сугубо технический подход к диагностике и лечению, ведёт к медицинскому формализму. Гадамер понимает лечение болезни как специфическую «медитацию на здоровье», как «искусство исцеления» (*art of healing*). Ханс-Георг Гадамер рассматривает феномен здоровья, скорее, в качестве культурно-исторической ценности, как особый «экзистенциал», для которого характерны уникальные психофизиологические состояния.

Технократическое мышление тем более опасно, чем быстрее развиваются наука и технологии. Немезида – греческая богиня, которая символизирует возмездие. Именно эту метафору использует историк, теолог, философ Иван Иллич, с тем, чтобы предупредить современное человечество об угрозе техногенной катастрофы. Экспоненциальная индустриализация нашего общества, новейшие технологизированные институциональные формы, постиндустриальные ценности и дигитализированные процессы. Эти и иные симптомы отчуждения техногенной цивилизации, анализирует Иван Ильич в своей обличающей, полемической работе *Medical nemesis: The expropriation of health*.

Иллич рассматривает медицину как мощный социальный институт, производящий и распределяющий небезопасные для населения лекарства (*dangerous, all-pervasive and insatiably expanding medicine*). Он далёк от демонизации системы здравоохранения и, собственно, врачей, поскольку все граждане, в разной степени, одновременно, и активные потребители лекарственных препаратов, и пассивные рабы неолиберальной экономики, а, следовательно, добровольные

участники собственной дегуманизации. Медицина - это лишь один сегмент постиндустриального «Титаника».

Вывод. Показана актуальность исследования темы «здоровье» в контексте пандемии COVID-19. Поскольку, ключевые психосоматические характеристики, стали чиновниками рассматриваться исключительно в медицинских терминах, то необходимо феномен «здоровье» разместить в аксиологических координатах культурно-исторического времени. Также определено, что здоровье это не сугубо измеримый материально-телесный феномен («объективный факт»), но особое уникальное психофизиологическое состояние личности.

Библиографический список:

1. Canguilhem, Georges (1991) *The Normal and the Pathological*. - Publisher: Zone Books; - 336 p.
2. Foucault, Michel (2007) *Abnormal: Lectures at the Collège de France, 1974-1975* (Michel Foucault Lectures at the Collège de France Book 4). - Publisher: Picador; - 400 p.
3. Foucault, Michel (2009) *Security, Territory, Population (Lectures at the Collège de France)*. - Publisher: Picador; - 464 p.
4. Foucault, Michel (2010) *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978--1979* (Lectures at the College de France). - Publisher: Picador; - 368 p.
5. Foucault, Michel (2012) *The Birth of the Clinic (Routledge Classics)*. - Publisher: Routledge; 290 p.
6. Foucault, Michel (2013) *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. - Publisher: Vintage; 306 p.
7. Буряк В.В. (2020) Пандемия covid-19, инфопаника и пост-вирусная экономика / «Бенефициар» №77, Кемерово. 35 – 39
8. Режим доступа: <https://idpluton.ru/vypusk-76-nauchnogo-zhurnala-benefitsiar-2/>
9. Gadamer, Hans-Georg (1996) *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. - Publisher: Stanford University Press; - 192 p.
10. Illich, Ivan (2020) *Medical nemesis: The expropriation of health*. - Publisher: KKIEN Publ. Int. - 282 p.

Амичба Марта Мурмановна
Amichba Marta Murmanovna

студентка 6 курса Медицинского института
НИУ «БелГУ», г.Белгород

Новомлинская Марина Николаевна
Novomlinskaya Marina Nikolaevna

студентка 6 курса Медицинского института
НИУ «БелГУ», г.Белгород

УДК 616-06

АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ANKYLOSING SPONDYLITIS: ETIOLOGY, CLINICAL PATTERN

Аннотация: в данной статье представлены этиология и клиническая картина анкилозирующего спондилита для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

Annotation: this article presents the etiology and clinical picture of ankylosing spondylitis for differential diagnosis with other diseases.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, искривление позвоночника, диагностика, клиника.

Key words: ankylosing spondylitis, curvature of the spine, diagnosis, clinic.

Актуальность

Болезнь Бехтерева (ББ, анкилозирующий спондилоартрит, болезнь Бехтерева-Штрюмпель-Мари) встречается достаточно часто среди ревматологических заболеваний. В разных странах, в том числе, в России ББ составляет 0,5-2%. На 60 больных ревматологического отделения приходится, примерно, 3 больных с ББ, что составляет, примерно, 5 % от общего числа больных. Чаще болеют мужчины. Соотношение заболевших мужчин и женщин равно 9:1. Пик данного заболевания приходится на возраст 15-30 лет. Данная возрастная категория захватывает детскую часть населения, а так же является самой работоспособной.

Этиология

Этиология заболевания до сих пор остаётся неясной. В происхождении ББ большое значение придаётся генетическим факторам, в частности антигену гистосовместимости HLA-B27, который встречается у 90-95% больных, примерно у 20-30% их родственников первой степени родства и лишь 7-8% в общей популяции.

Идиопатический анкилозирующий спондилоартрит (АС)-

Хроническое системное заболевание, характеризующееся воспалительным поражением суставов позвоночника, околопозвоночных тканей и крестцово-подвздошных сочленений с анкилозированием межпозвоночных суставов и развитием кальцификации спинальных связок.

Впервые термин “анкилозирующий спондилоартрит” для обозначения этого заболевания был предложен в 1904 году.

Этим термином определяется ББ по классификации ревматических болезней. В настоящее время АС входит в группу заболеваний, объединённых под названием “серонегативные спондилоартриты”.

Клиническая картина

ББ обычно начинается постепенно, в подростковом или молодом возрасте (15-30 лет). Заболеванию могут предшествовать недомогание, потеря аппетита, снижение веса, лихорадка, слабость и утомляемость.

Кардинальным симптомом является сакроилеит – двустороннее воспаление крестцово-подвздошных суставов. Для него характерны жалобы на боли воспалительного характера в крестце, ягодицах, по задней поверхности бёдер, напоминающие пояснично-крестцовый радикулит. Боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника при ББ двусторонняя, носит постоянный характер, усиливаясь во вторую половину ночи. Нередко отмечается атрофия ягодичных мышц, их напряжение.

Вторым по значению ранним симптомом ББ является боль и скованность в пояснице. Боль усиливается к утру, но уменьшается после физических упражнений и горячего душа. Появляется

тугоподвижность в поясничном отделе. Выявляются сглаженность или полное исчезновение поясничного лордоза.

Позже воспалительный процесс распространяется вверх по позвоночнику. Поражение грудного отдела характеризуется болями, часто иррадирующими по ходу рёбер. За счёт образования анкилозов грудинно-рёберных сочленений резко уменьшается экскурсия грудной клетки.

При поражении шейного отдела основной жалобой является резкое ограничение движений вплоть до полной неподвижности, а также боли при движении головой. Больной не может достать подбородком грудину.

При прогрессировании болезни исчезают физиологические изгибы позвоночника, формируется характерная поза просителя – выраженный кифоз грудного отдела позвоночника и гиперлордоз шейного отдела. При сдавливании позвоночных артерий выявляется синдром вертебро-базиллярной недостаточности, характеризующийся головной болью, головокружением, тошнотой, колебаниями артериального давления.

Как реакция на воспалительный процесс в области позвоночника, возникает рефлекторное напряжение прямых мышц спины. При этом выявляется симптом «тетевы» - отсутствие расслабления прямых мышц спины на стороне сгибания при наклоне туловища во фронтальной плоскости.

Часто у больных в процесс вовлекаются периферические суставы. Особенностью такой формы ББ является то, что периферический артрит может быть временным проявлением заболевания и исчезать в процессе его течения.

Характерным является поражение корневых суставов – тазобедренных и плечевых. Поражение этих суставов носит симметричный характер, начинается постепенно, часто заканчивается анкилозированием. Вовлечение других периферических суставов в воспалительный процесс возникает реже (10-15%).

Ярким клиническим проявлением ББ являются энтезопатии – места прикрепления к пяточной кости пяточного сухожилия и подошвенного апоневроза.

При ББ наблюдаются висцеральные поражения. Так, по данным разных авторов, у 10-30% больных ББ имеется поражение глаз в виде переднего увеита, ирита, иридоциклита. Поражение глаз может быть первым проявлением заболевания, предшествуя симптомам сакроилеита и нередко носит рецидивирующий характер.

Поражение сердечно-сосудистой системы встречается в 20-22% всех случаев ББ. Больные жалуются на одышку, сердцебиение, боли в области сердца. Причинами этих жалоб являются аортит, миокардит, перикардит и миокардиодистрофия. У больных могут выявляться нарушения ритма, систолический шум над аортой или на верхушке сердца, глухие сердечные тоны. Описаны случаи тяжёлого перикардита с прогрессирующей недостаточностью кровообращения, полная атрио-вентрикулярная блокада. При длительном течении ББ с высокой клинико-лабораторной активностью может формироваться недостаточность аортального клапана. Это является отличительной особенностью поражения сердца при ББ.

При исследовании органов дыхания выявляется ограничение дыхательной экскурсии лёгких. Постепенно формируется эмфизема лёгких, развивающаяся в результате кифоза и поражения рёберно-позвоночных суставов. Специфичным поражением лёгких при ББ считается развитие апикального пневмофиброза, который встречается нечасто (3-4%) и требует проведения дифференциальной диагностики с туберкулёзными изменениями.

Поражение почек при ББ развивается у 5-31% больных. Отёки, гипертензия, анемический синдром и почечная недостаточность появляются на поздних стадиях заболевания на фоне присоединения амилоидоза почек, который является самым частым вариантом почечной патологии при ББ. Причинами амилоидоза почек являются высокая активность воспалительного процесса и тяжёлое прогрессирующее течение заболевания. Иногда причинами мочевого синдрома, проявляющегося протеинурией и микрогематурией, может стать длительный приём НПВС с развитием лекарственной нефропатии.

У некоторых больных ББ выявляются признаки поражения периферической нервной системы, обусловленные вторичным шейно-грудным или пояснично-крестцовым радикулитом. В связи с выраженным остеопорозом, после незначительной травмы могут развиваться переломы шейных позвонков с развитием квадрплегий.

Библиографический список:

1. Antie D. Neuralgia and the diseases that resemble it. London: Borenstein, 1885.

2. Dejerine J. with the collaboration of Mrs Dejerine-Klumpke, Anatomie des centres nerveux. 2 vol. Paris: Rueff, 1890—1901;720 p.
3. Клионер И.Л. Старческие и дегенеративные изменения в суставах и позвоночнике. М.: Медгиз, 1962;151 с.
4. Попелянский Я.Ю. Вертебральные синдромы поясничного остеохондроза. Т. 1. Казань: изд-во Казан. Ун-та, 1974;282 с.
5. Федин А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика). Атмосфера. Нерв бол 2002;2:2-8.

Амичба Марта Мурмановна
Amichba Marta Murmanovna

студентка 6 курса Медицинского института
НИУ «БелГУ», г. Белгород

Новомлинская Марина Николаевна
Novomlinskaya Marina Nikolaevna

студентка 6 курса Медицинского института
НИУ «БелГУ», г. Белгород

УДК 616-06

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА

DIAGNOSTIC DATA OF BEKHTEREV'S DISEASE

Аннотация: в данной статье представлена диагностика Болезни Бехтерева. ББ несёт большой процент потери трудоспособности и инвалидизации, что и указывает на несомненную актуальность данного заболевания, и разработку мероприятий по его выявлению и постановке на диспансерный учёт, лечению, реабилитации.

Annotation: this article presents the diagnosis of Bekhterev's Disease. It carries a large percentage of disability and disability, which indicates the undoubted relevance of this disease, and the development of measures for its detection and registration at the dispensary, treatment, rehabilitation.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, искривление позвоночника, диагностика, клиника.

Key words: ankylosing spondylitis, curvature of the spine, diagnosis, clinic.

Клинические, функциональные пробы для выявления сакроилеита:

1) Симптом Кушелевского (I): больной лежит на спине на твёрдом основании. Врач кладёт руки на гребешки подвздошных костей спереди и резко надавливает на них. При наличии воспаления в КПС возникает боль в области крестца.

2) Симптом Кушелевского (II): больной лежит на боку, врач кладёт руки на область подвздошной кости и рывком надавливает на неё. Больной при этом ощущает боль в крестце.

3) Симптом Кушелевского (III): больной лежит на спине, одна нога согнута в коленном суставе и отведена в сторону. Врач одной рукой упирается на этот коленный сустав, а другой рукой надавливает на противоположную подвздошную кость. Больной при этом ощущает боль в области КПС. Затем проверяется наличие болезненности в области другого КПС.

4) Симптом Макарова (I): характеризуется возникновением боли при поколачивании диагностическим молоточком в области КПС.

5) Симптом Макарова (II): больной лежит на спине, врач обхватывает его ноги выше ГСС, заставляя расслабить мышцы ног, а затем рывком раздвигает и сближает ноги. Появляются боли в крестцово-подвздошной области.

Диагностические пробы для выявления болевого синдрома и ограничения подвижности позвоночника.

1) Определение болезненности по ходу остистых отростков позвоночника и в паравerteбральных точках.

2) Симптом Зацепина: болезненность при надавливании у места прикрепления к позвонкам X-XII рёбер в связи с воспалением в рёберно-позвоноковых сочленениях.

3) Симптом Форестье: для определения формы осанки. Больной стоит спиной к стенке, прикасаясь к ним пятками, туловищем, головой. У больных анкилозирующим спондилоартритом, болезнью Форестье вследствие развития кифоза не будет соприкосновения со стеной в какой-либо точке.

4) Определение подвижности в шейном отделе позвоночника: от VII шейного позвонка отмеряют вверх 8 см и делают отметку. Затем просят больного наклонить голову максимально вниз и снова измеряют это расстояние. У здоровых лиц оно увеличивается на 3 см. При поражении шейного отдела позвоночника это расстояние увеличивается незначительно или вообще не меняется. У больных с АС, с короткой шеей проба не информативна.

5) Проба подбородок-грудина: здоровый человек свободно дотрагивается подбородком до

грудины, при поражении шейного отдела позвоночника остаётся расстояние между подбородком и грудиной при максимальном наклоне головы вперёд.

6) **Проба Отта:** для определения подвижности в грудном отделе позвоночника. От VII шейного позвонка вниз отмеряют 30 см и делают отметку. Затем расстояние между указанными точками измеряют повторно при максимальном наклоне обследуемого вперёд. У здоровых людей это расстояние увеличивается на 4-5 см, а у больного с ББ практически не меняется.

7) **Определение ограничения дыхательной экскурсии грудной клетки:** измерение производится сантиметром на уровне IV ребра. В норме разница окружности грудной клетки между максимальным вдохом и выдохом составляет 6-8 см. При развитии анкилоза рёберно-позвоночных суставов эта разница уменьшается до 1-2 см. При наличии эмфиземы лёгких проба не информативна.

8) **Проба Шобера:** для выявления ограничения подвижности в поясничном отделе позвоночника. От V поясничного позвонка откладывают вверх 10 см и делают отметку. При максимальном наклоне вперёд у здоровых лиц это расстояние увеличивается на 4-5 см, а при АС практически не меняется (зависит от тяжести поражения позвоночника).

9) **Проба Томайера:** для оценки общей подвижности позвоночника. Определяется путём измерения в сантиметрах расстояния от среднего пальца вытянутых рук до пола при максимальном наклоне вперёд. Это расстояние в норме равно «0» и увеличивается при ограничении сгибания позвоночника.

10) **Позвоночный индекс (ПИ).** Для его определения складываются величины (в см): расстояние от подбородка до ярёмной вырезки грудины при максимальном отклонении головы назад + проба Отта + проба Шобера + дыхательная экскурсия грудной клетки. Из этой суммы вычитают показатель пробы Томайера (в см). Величина ПИ в норме составляет в среднем 27-30 см (индивидуально) и оценивается в динамике. Снижение ПИ свидетельствует о прогрессировании ограничения подвижности позвоночника.

Рентгенологическая диагностика

Наиболее ранние изменения определяются крестцово-подвздошных сочленениях, где выявляются признаки сакроилеита. Выделяют стадии сакроилеита:

I стадия – нечёткость контуров сочленений, расширение суставной щели, умеренный субхондральный склероз;

II стадия – сужение суставной щели, выраженный субхондральный склероз, единичные эрозии;

III стадия – частичный анкилоз крестцово-подвздошных сочленений;

IV стадия – полный анкилоз крестцово-подвздошных сочленений. Ранним признаком поражения позвоночника является передний спондилит, характеризующийся наличием эрозий в зоне верхних и нижних передних углов тел позвонков с зоной остеосклероза вокруг них, оссификацией передней продольной связки с исчезновением нормальной вогнутости позвонков – симптом «квадратизации». Прогрессирование заболевания ведёт к образованию синдесмофитов. Позвоночник приобретает вид бамбуковой палки.

Данные лабораторных исследований.

1. ОАК: увеличение СОЭ до 30-60 мм/ч, но на поздних стадиях болезни может быть стойко нормальной. Гипохромная анемия.

2. БАК: повышение СРБ, сиаловых кислот, фибриногена, альфа-1, альфа-2, гамма-глобулинов, серомукоида.

3. Ревматоидный фактор – отрицателен.

4. Определение антигена HLA-B27 – определяется у 81-97% больных.

5. При высокой степени активности процесса отмечается повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов, увеличение содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов класса M и G.

6. Сцинтиграфия крестцово-подвздошных сочленений (технеция пирофосфата) – повышенное его накопление отмечается даже при начальном сакроилеите со слабо выраженными воспалительными явлениями, ещё до развития рентгенологических изменений.

Библиографический список:

1. Dejerine J. with the collaboration of Mrs Dejerine-Klu mpke, Anatomie des centres nerveux. 2 vol. Paris: Rueff, 1890 —1901;720 p.

2. Попелянский Я.Ю. Вертебральные синдромы поясничного остеохондроза. Т. 1. Казань: изд-во Казан. Ун-та, 1974;282 с.

3. Бехтерев В.М. Одервенелость позвоночника с искривлением его как особая форма заболевания. Врач 1892;36:899-903.

4. Александрова Е.Н., Новиков А.А. Лабораторные биомаркеры анкилозирующего спондилита. Научно-практическая ревматология. 2017;55(1):96-103. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2017-96-103>

5. Aleksandrova E.N., Novikov A.A. LABORATORY BIOMARKERS FOR ANKYLOSING SPONDYLITIS. Rheumatology Science and Practice. 2017;55(1):96-103. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2017-96-103>

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X