

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 №80

Кемерово 2021

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

01 марта 2021 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 01.03.2021 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. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ КИБЕРКОММУНИКАТИВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ.....	4
Стреков С.Р.	
2. ХЕЛМЕНТЫ И ИХ ПОВРЕЖДЕНИЕ У НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНЫХ РЕГИОНОВ УЗБЕКИСТАНА..	10
Шарипова Ф.С., Мисирова М.Ш.	
3. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.....	12
Хасанов У.С., Вохидов У.Н., Хамидов Б.Х.	
4. ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ.....	17
Вохидов У.Н., Мамасаидов Ф.Ф	

Стреков Савва Романович
Strekov Savva Romanovich

Обучающейся Малой медицинской академии, Алтайский государственный медицинский университет.

УДК 616.89-008:613.955

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ КИБЕРКОММУНИКАТИВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

STUDY OF THE IMPACT OF CYBERCOMMUNICATIVE DEPENDENCE ON THE HEALTH OF SCHOOL CHILDREN

Аннотация: в работе рассматривается понятие «киберкоммуникативная зависимость». Определены социализационные риски и коморбидности интернет-зависимости. Представлены результаты анализа анкетирования по диагностики киберкоммуникативной зависимости. Выявлено влияние киберкоммуникативной зависимости на здоровье школьников. Рекомендованы методы профилактики киберкоммуникативной зависимости.

Abstract: The work deals with the concept of «cybercommunicative addiction». The socialization risks and comorbidity of Internet addiction have been determined. The results of the analysis of the questionnaire on the diagnosis of cybercommunicative addiction are presented. The influence of cybercommunicative addiction on the health of schoolchildren was revealed. Methods for preventing cybercommunication addiction are recommended.

Ключевые слова: интернет-зависимость, киберкоммуникативная зависимость, социальные сети, онлайн-общение, социализационные риски, коморбидность, профилактика.

Keywords: Internet addiction, cybercommunicative addiction, social networks, online communication, socialization risks, comorbidity, prevention.

Современные российские и зарубежные исследования подтверждают возрастающий интерес молодых людей к ресурсам глобальной сети Интернет. В частности, установлено, что в 2020 году аудитория интернета насчитывает 4,54 миллиарда человек, что на 298 миллионов (7%) больше, чем в январе 2019 года [6].

При этом один из наиболее востребованных сервисов среди пользователей подросткового и юношеского возраста - это социальные сети. Сегодня из 100 самых посещаемых сайтов в мире 20 - это классические социальные сети и еще 60 - в той или иной степени социализированы.

По времени, проводимому школьниками в социальных сетях, существует следующая статистика: 44% школьников проводят в социальной сети от 1 до 3 часов в день, т.е. от 7 до 21 часа в неделю, 21% школьников используют социальные ресурсы от 3 до 5 часов в день, т.е. от 21 до 35 часов в неделю, 16% сидят в социальных сетях менее 1 часа, т.е. около 7 часов в неделю [5].

Психологи пришли к выводу, что социальные сети заставляют пользователей создавать идеальный образ самого себя. Человек желает выглядеть в лучшем свете, хочет подать себя наиболее выгодной стороны. Социальные сети помогают ему в этом. Созданная в виртуальном мире личность, начинает влиять на реального человека. Это объясняется тем, что в Интернете пользователи могут видеть только «виртуальную» сторону личности и начинают реагировать на нее [11].

С целью анализа степени зависимости от социальных интернет-сетей, а также выявлением уровней влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье школьников, было проведено исследование.

Гипотеза, выдвигаемая в процессе исследования: киберкоммуникативная зависимость влияет на здоровье школьников.

На пути к цели был поставлен комплекс задач, а именно:

1. дана характеристика понятию «киберкоммуникативная зависимость»;
2. рассмотрены виды социализационных рисков и факторы, оказывающие влияние на коморбидность интернет-аддикции;
3. проведено исследование по выявлению киберкоммуникативной зависимости у школьников;

4. выявлены уровни влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье школьников;

5. разработаны рекомендации по снижению уровня влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье школьников.

Методами исследования в работе являются: анализ и синтез информации, индукция и дедукция, анкетирование и статистический анализ.

В качестве инструмента исследования была апробирована анкета-опросник. Вопросы анкеты составлены на основе признаков интернет – аддикции И. Голдберга, методики измерения уровня Интернет-аддикции К. Янга [12], диагностики киберкоммуникативной зависимости А.В. Тончевой [7], а также авторской концепции вопросов по выявлению влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье школьников. Анкетирование проводилось в период с 28.01 2021 по 4.02.2021 г. Выборка составила 100 анкет. В качестве респондентов выступали 30 учащихся 5 класса, 32 учащихся 7 класса и 38 учащихся 10 класса МБОУ СОШ №113 им. С.Семёнова г. Барнаул. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью электронных таблиц Microsoft Excel, все полученные данные являются достоверными ($p < 0,01$).

Термин «Интернет-зависимость» был предложен американским психиатром и психофармакологом И. Голдбергом в 1996 году для описания неоправданно долгого, возможно патологического, пребывания в Интернете. И. Голдберг считает, что «интернет-зависимость в подростковом возрасте наиболее часто проявляется как зависимость от общения в интернете в различных социальных сетях, специфика которого определяется преимущественным отсутствием невербальных процессов, что существенно затрудняет усвоение всей полноты информации о содержании и эмоциональной составляющей речи и поведения собеседника» [1].

Близкими по смыслу к понятию «интернет-зависимость» являются «кибераддикция», «компьютерная аддикция» или «компьютерная зависимость». Под последней понимается - «патологическое пристрастие к занятиям, связанным с использованием компьютера, приводящее к резкому сокращению всех остальных видов деятельности, ограничению общения с другими людьми» [1]. Отметим, что киберзависимость - это условное название для обозначения зависимости от разного рода высокотехнологических средств.

Таким образом, киберкоммуникативную зависимость можно определить, как зависимость от процесса общения (коммуникаций) в интернет-пространстве. Состояние аддикта характеризуется неспособностью сопротивляться влечению провести за компьютером как можно больше времени, внутренним напряжением, если сделать это по тем или иным причинам невозможно и, наконец, это чувство облегчения, если цель все же достигнута, а возможность погрузиться в виртуальный мир все же удалась.

К медико-биологическим факторам, предрасполагающим к возникновению Интернет-зависимости относят функциональную межполушарную асимметрию, наличие минимальной мозговой дисфункции, повышенную нервно-психическую истощаемость, слабость функций активного внимания, нарушение манипулятивно-игровой деятельности и др. [2].

Среди психологических факторов выделяют чувство одиночества, застенчивость, эмоциональную напряженность, замкнутость, приводящую к проблемам в непосредственном межличностном общении [10]. Как правило, аддикты характеризуются заниженной самооценкой, повышенной тревожностью, неприятием своего физического облика, наличием фрустрированных потребностей.

Среди социальных причин кибер-зависимости можно выделить неблагополучие семейных отношений, внутрисемейные конфликты, недостаток общения со сверстниками, проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом.

Таким образом, причины использования данных сетей у интернет-зависимых определяются преимущественно коммуникативным характером и обладают значительными рисками.

Использование социальных интернет-сетей для общения и обмена информацией активно изучается с 90-х гг. XX века. В частности, зарубежные ученые Р. Джанко, П. Киршер и А. Карпински в своих трудах рассматривают проблему негативного влияния социальных сетей на успеваемость школьников, обосновывают факт снижения стандартов грамотности вследствие использования социальных интернет-сетей [1]. Так же социальные сети, как угрозу общественным ценностям рассматривают М. Баурлейн, М. Кардоне-Дивале и Р. Ших. Профессор информатики и лингвистики С. Херринг рассматривает киберкоммуникативную зависимость в качестве фактора способствующего развитию социального аутизма, и как следствие не умение или полный отказ аддикта от тех социальных ролей, которые выполняют люди в реальном социальном пространстве

[8]. По мнению Н. А. Цой, студенты, имеющие проблемы в эмоционально-поведенческой сфере, которые являются составляющими синдрома дефицита внимания и гиперактивности, входят в группу риска по зависимости от интернета. [9]

Анализ работ по проблеме коморбидности киберкоммуникативной зависимости позволил выделить ряд направлений, являющихся наиболее актуальными в вопросе рассмотрения зависимости от социальных интернет-сетей и её влиянию на социализацию и здоровье школьников.

Исследования коморбидности интернет-зависимости у подростков, проводимые в таких странах как, Италия Турция, Греция, Южная Корея, Китай, Гонконг и Тайвань показали следующие коморбидные клинические диагнозы: гипертимное, шизоидное, обсессивно-компульсивное, пограничное расстройство личности; тревожное расстройство личности; алекситимия; конверсионные/диссоциативные нарушения; импульсная дисрегуляция; диссоциативные нарушения; расстройство поведения и гиперактивность; инсомния; депрессия и социальные фобии.

В то же время отечественными исследователями неоднократно высказывалась мысль, что все состояния, в клинической картине которых есть элементы зависимого поведения, должны быть заведомо коморбидны друг другу, поскольку имеют единый патогенетический механизм [3]. Если этот факт будет подтвержден в рамках клинического исследования применительно к нехимическим зависимостям, спектр коморбидных им психических расстройств составят совсем другие, чем рассматриваемые зарубежными авторами [7].

Однако, несмотря на исследования по проблеме коморбидности интернет-зависимости ситуация осложняется тем, что для нехимических зависимостей, включая зависимости от интернета не сформулированы критерии диагностики а также нет соответствующих диагностических рубрик в МКБ-10 (и в проекте МКБ-11) и DSM-V (за исключением патологического влечения к азартным играм F63 0).

Киберкоммуникативная зависимость способствует развитию социального аутизма, и как следствие не умение или полный отказ от тех социальных ролей, которые выполняют люди в реальном социальном пространстве. Но, несмотря на исследования по проблеме высокой коморбидности интернет-аддикции с различными психическими расстройствами, не сформулированы критерии диагностики, а также нет соответствующих диагностических рубрик в МКБ-10. Что, в свою очередь, является мотивационным фактором в проведении исследования по диагностике киберкоммуникативной зависимости и её влиянию на здоровье.

Первый этап исследования был направлен на выявление степени зависимости от социальных сетей среди школьников. Критерии определения наличия киберкоммуникативной зависимости, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Ключ к анкете по определению степени наличия киберкоммуникативной зависимости.

Критерии	Начальная степень зависимости	Средняя степень зависимости	Глубокая степень зависимости
Частота посещения социальных сетей	Через день	До 6 дней в неделю	Ежедневно
Сколько социальные сети отнимают времени	3-4 часа в сутки	4-7 часов в сутки	Более 7 часов в сутки
Частота контактов с друзьями в реальной жизни	3-6 раз в месяц	2-4 раза в месяц	От 1 раза в месяц и реже
Возможность отказаться от соц.сетей	Затрудняюсь ответить	Затрудняюсь ответить	Нет
Личное мнение о зависимости от соц.сетей	Затрудняюсь ответить	Затрудняюсь ответить	Да

Анализ ответов на вопросы анкеты, относящиеся к степени киберкоммуникативной зависимости учащихся, показал, что у учащихся:

а) 5-х классов было выявлено снижение числа зависимых со средней степенью (24%) относительно начальной (27%) на 3%, далее число зависимых с глубокой степенью (18%) также ниже относительно средней степени (с 24 %) на 6%;

б) 7-х классов наблюдался рост числа зависимых от начальной степени (с 29%) к средней степени (38%) на 9%, далее идет сокращение числа учащихся с глубокой степенью зависимости (с 38%), относительно средней степени (22%) на 16%;

с) 10-х классов прослеживался рост в процентном соотношении от начальной степени зависимости (19%) к средней (45%) на 26%, далее наблюдалось снижение глубокой степени зависимости (34%) относительно средней (45%) на 11%.

Графически результаты исследования по выявлению степени киберкоммуникативной зависимости среди школьников 5-10 классов представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты анализа ответов на вопросы анкеты по выявлению степени киберкоммуникативной зависимости учащихся.

Мы полагаем, что положительную динамику показателей количества учащихся 5-х и 7-х классов в рамках средней и глубокой степени киберкоммуникативной зависимости можно объяснить контролем со стороны родных, семьи и школы, а также отсутствием у большинства современных смартфонов, айфонов и планшетов снабженных возможностью выхода в интернет.

Ситуация с киберкоммуникативной зависимостью в 10 классе усугубляется по причине

Класс	Начальная степень (чел./%)	Средняя степень (чел./%)	Глубокая степень (чел./%)	(- <; + >) %		
				Начал./сред.	Сред./глубокая.	Начал./глубокая
5	9 чел./27%	8/24%	6/18%	< - 3%	< - 6%	< - 9%
7	9 чел./29%	12/38%	7/22%	> + 9%	< - 16%	< - 7%
10	5 чел./19%	12/45%	9/34%	> + 26%	< - 11%	> + 15%

снижения внимания со стороны родных, семьи. Предоставляется бесконтрольная самостоятельность в выборе досуга, а так же неконтролируемый доступ к Интернету.

На втором этапе исследования были выявлены уровни влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье школьников. Критерии определения уровня влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье школьников представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Ключ к анкете по определению уровня влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье школьников

Критерии	Начальный уровень	Высокий уровень
Невозможность совершить вход в соц.сеть.	Раздражительность и беспокойство	Тревожное состояние, гнев
При общении в социальных сетях	Улучшается настроение	Меня покидает чувство тревоги.
Когда собеседник игнорирует	Апатию, непонимание, легкую обиду.	Агрессию и раздражение
Общение с людьми в реальной жизни	Затруднение и дискомфорт.	Отвращение.
Общение в социальных сетях влияет на самочувствие	Затрудняюсь ответить	Да
При долгом общении в социальных сетях	Недомогание, усталость	Болевые ощущения (в спине, шеи, конечностях)

Анализ ответов учащихся на вопросы относительно влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье, показал, что у учащихся:

а) 5-х классов наблюдалась стагнация в уровнях влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровья: начальный уровень - 6%, высокий - 6%. Стабильное состояние;

б) 7-х классов было выявлено, что начальный уровень влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровья - 16%, высокий уровень - 7%. Снижение на 9%;

с) 10-х классов начальный уровень составлял 27%, далее наблюдалось снижение влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровья – 8% . Снижение - 19%.

Графически результаты исследования по выявлению уровня влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты анализа ответов на вопросы анкеты по выявлению уровня влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье.

Клас с	Начальный уровень зависимости (чел./%)	Высокий уровень зависимости (чел./%)
5	2 чел./6%	2/6%
7	5 чел./16%	2/7%
10	7 чел./27%	3/8%

Исходя из представленных в таб. 4. показателей, наблюдается стабильный рост числа участников анкетирования с высоким уровнем влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье, что, в свою очередь, является доказательством гипотезы - киберкоммуникативная зависимость влияет на здоровье.

Таким образом, в результате исследования влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье школьников, было установлено:

1) из 100 учеников принимавших участие в исследование и ответивших на вопросы анкеты относительно влияния зависимости от социальных сетей на здоровье:

- на начальном уровне влияния находиться – 49 учащихся;
- на высоком уровне находиться – 21 ученик;
- отрицающих влияние зависимости от общения в социальных сетях на здоровья – 30 учащихся.

2) выявлен стабильный рост числа участников анкетирования с высоким уровнем влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье:

- 5 класс - 6%;
- 7 класс - 7 %;
- 10 класс - 8 %.

Мы полагаем, что справиться с интернет-зависимостью подростку могут помочь родители, поскольку именно они способны оценить насколько подросток нуждается в помощи и в какой именно. Важно создавать с детьми доверительные отношения, больше проводить времени за совместным семейным досугом и чаще интересоваться жизнью ребенка.

Одной из наиболее эффективных форм работы по профилактике интернет-зависимости среди подростков является психолого-педагогические тренинги, проводимые в школах школьным психологом. Психолого-педагогический тренинг позволяет эффективно формировать и развивать коммуникативные навыки, помогает подросткам лучше в себе разобраться, получить опыт рефлексии.

С технической стороны решения по минимизации зависимости от общения в социальных интернет-сетях, по нашему мнению, может являться рекомендации администраторам приложений социальных сетей для смартфонов и других интернет-гаджетов: установить утилиты по лимитированию текстовых сообщений в соц. сетях, а сверх лимита сделать платными; голосовые сообщения сделать безлимитными и бесплатными.

Эффективность предложенных мероприятий можно обосновать тем, что интернет-общение будет под контролем, как со стороны родителей, оплачивающих услуги интернет провайдера так и со стороны самого «любителя» пообщаться в социальных сетях. Возникает выбор говорить или промолчать, если это не важное сообщение. Так же появится потребность контролировать свои мысли, предназначенные для передачи собеседнику. По средствам более частого голосового обмена информацией будет развиваться речевая функция передачи своих мыслей, что в свою очередь приведет к сокращению страдающих алекситимией.

Проведенное исследование открывает перспективы дальнейшей разработки и изучения проблемы выявления влияния киберкоммуникативной зависимости на здоровье подростков, а полученные в результате исследования данные и разработанные профилактические мероприятия будут полезны специалистам в области образования, психологии, психогигиены, медицины, психофизиологии.

Библиографический список:

1. Алексеев, О. Г. Личностные особенности подростков, склонных к интернет-аддикции [Текст] / О. Г. Алексеев // Вестник Бурятского государственного университета. – 2011. – № 5. – С. 185-189.

2. Болдакова, И. А. Основные риски киберсоциализации молодежи // Научнометодический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т 37. – С. 151-155. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://e-koncept.ru/2015/95653.htm>
3. Дроздикова-Зарипова, А. Р. Педагогическая коррекция компьютерной зависимости у подростков группы риска: теория, практика. Казань: Отечество, 2012. – 178 с.
4. Королева, Д. О. Использование социальных сетей в образовании и социализации подростка: аналитический обзор эмпирических исследований (международный опыт) [Текст] / Д. О. Королева // Психологическая наука и образование. – 2015. – Т. 20. – № 1. – С. 28-37.
5. Семенов, Н. Все о социальных сетях. Влияние на человека. Проблема социальных сетей [Электронный ресурс]. URL: <http://www.seonews.ru/columns/detail/122951.php>
6. Сергеева, Ю. Вся статистика Интернета на 2020 год - в мире и в России [Электронный ресурс]. URL: <https://www.web-canape.ru/business/vsya-statistika-interneta-na-2020-god-v-mire-i-v-rossii/>
7. Тончева, А. В. Диагностика киберкоммуникативной зависимости // Интернет-журнал «Науковедение». – 2012. – № 4. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/ /diagnostika-kiberkommunikativnoy-zavisimosti>.
8. Herring, S. C. Questioning the Generational Divide: Technological Exoticism in Adult Construction of online youth identity [Text] / S. C. Herring // Youth, Identity, and Digital Media. Cambridge: MIT Press. 2007. P 70-92.
9. Цой, Н. А. Индивидуальные особенности формирования интернет-зависимости [Текст] / Н. А. Цой // Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. – 2011. – №3. – С. 78-81.
10. Чернобровкина, Т. В. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) [Текст] / Т. В. Чернобровкина // Наркология. – 2006. – № 12 (60). – С. 47-74.
11. Шубина, М. М. Социальные сети как инструмент формирования зависимости молодежи от иллюзорного общения [Текст] / М. М Шубина // Современные научные исследования и разработки. – 2017. – № 7 (15). – С. 371-374.
12. Янг, К. С. Диагноз - Интернет-зависимость [Текст] / К. С. Янг // Мир Интернет. – 2000. – № 2. – С. 24-29.

Шарипова Фарида Салимжановна
Преподаватель, Термезский филиал Ташкентской Медицинской Академии
Мисирова Маржона Шермат кизи
Студент, Термезский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Sharipova Farida Salimjanovna
Lecturer, Termez branch of the Tashkent Medical Academy
Misirova Marjona Shermat kizi
Student, Termez branch of the Tashkent Medical Academy

УДК 616.995.1

ХЕЛМЕНТЫ И ИХ ПОВРЕЖДЕНИЕ У НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНЫХ РЕГИОНОВ УЗБЕКИСТАНА

HELMENTS AND THEIR DAMAGE IN THE POPULATION OF THE SOUTHERN REGIONS OF UZBEKISTAN

Аннотация. Маленькие черви, обитающие на органах и тканях человека и животных, являются глистами (гельминтами), а вызываемые ими заболевания называются гельминтозами.

Annotation. Small worms that live on organs and tissues of humans and animals are worms (helminths), and the diseases they cause are called helminthiasis.

Ключевые слова: хелмент, животные, человек, паразит

Key words: helments, animals, man, parasite

Человеческие паразиты известны с древних времен и составляют 90% всех паразитарных заболеваний. Источник заболевания - больной человек и животные, зараженные рвотой. По типу возбудителя, пути передачи и факторам заражения гельминтозы делятся на три типа: Биогельминтоз

Этот тип болезни требует наличия промежуточного хозяина, живого организма - биологической среды - для того, чтобы личинки червя достигли стадии инвазии.

Геогельминтоз

При этом виде гельминтоза процесс созревания личинок до стадии заражения происходит в почве.

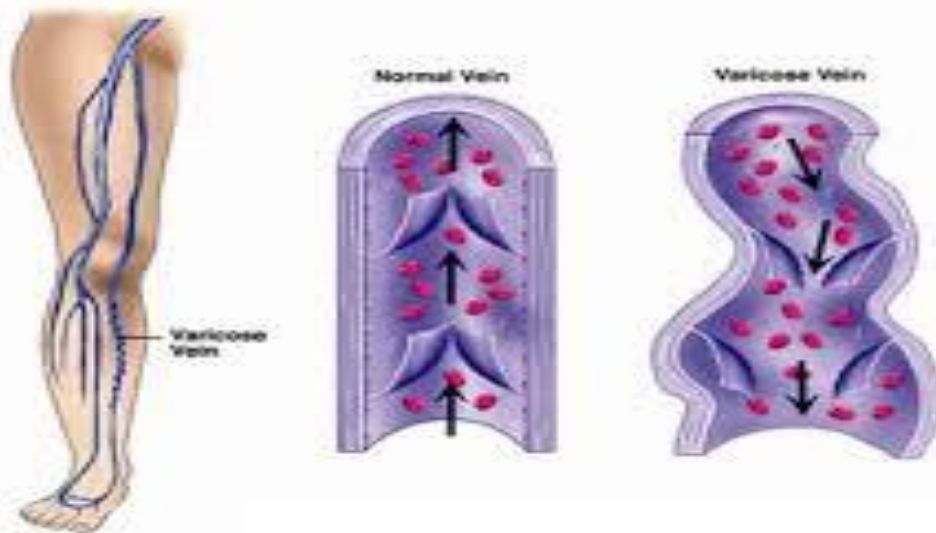
Контагиозный

Контактный гельминтоз - это разновидность гельминтов, которая передается от человека к человеку через грязные руки, нижнее белье, постельное белье, стирку и предметы домашнего обихода. К инфекционным червям относятся энтеробиоз и гименолепидоз. Эти виды заболеваний распространены в основном среди детей. Они заражают внешнюю среду яйцами глистов через фекалии. Использование нестерилизованных фекалий в качестве удобрения на полях и сельскохозяйственных культурах, а также орошение ягод и овощей зараженной водой также способствуют распространению болезни. Кроме того, овощи, ягоды и зелень, выращенные зараженными глистами собаками, бродящими по полям, заражены яйцами червей. Люди получают яйца глистов, употребляя в пищу невымытые овощи, ягоды и зелень. Именно через овощи, ягоды и зелень вызываются глистные заболевания, такие как аскаридоз, трихоцефалия, анкилостомоз, стронгилоидоз и эхинококкоз. Рвота токсична для человека. Также они вызывают аллергические реакции. Также он снижает способность организма бороться с различными инфекционными заболеваниями. Вызывает механическое повреждение тканей и стенок сосудов. Поглощает витамины и минералы из организма человека. Также они негативно влияют на нервную систему. У пациентов с глистной болезнью наблюдаются такие клинические признаки, как слабость, быстрая утомляемость, головная боль, боль в животе, тошнота, нервозность, аллергическая сыпь и различные пятна на коже. Если его не лечить, это может привести к серьезным осложнениям, таким как физическая и умственная отсталость и эпилептические припадки у маленьких детей. Из этого можно сделать вывод, что гельминтоз - серьезное заболевание не только отдельных органов, но и всего организма, и при появлении его симптомов необходимо своевременно обращаться к врачу.

Способы предотвращения болезни

Профилактика важнее лечения. Необходимо строго соблюдать правила личной гигиены во

избежание гельминтозов. У каждого должны быть свои средства личной гигиены.



Тщательно мойте руки с мылом перед едой, ходите туда-сюда в туалете, держитесь за дверные ручки, работая с грязью и когда дети выходят играть на улице. Также необходимо, чтобы ногти были короткими. Не закрывайте рот рукой при работе в саду. Вредные привычки, например, засовывать руку в рот, особенно распространены среди маленьких детей. Яйца глистов следует тщательно промывать под проточной водой, чтобы не допустить заражения фруктами и овощами. Рекомендуется сначала замочить травы в соленой воде, затем тщательно промыть под проточной водой, а затем съесть. Дома и в дошкольных учреждениях всегда следует следить за тем, чтобы предметы и игрушки, используемые в уходе за детьми, содержались в чистоте. Детские горшки, стулья, игрушки, дверцы туалетов и полы необходимо ежедневно тщательно мыть дезинфицирующим средством или кипятком. Чтобы яйца глистов не попали в организм через ротовую полость и дыхательные пути вместе с пылью в воздухе, желательнее проводить регулярную влажную уборку помещений и опрыскивать двор водой.

Маленькие черви, обитающие на органах и тканях человека и животных, являются глистами (гельминтами), а вызываемые ими заболевания называются гельминтозами. Источник заболевания - больной человек и животные, зараженные рвотой. Черви - это черви, паразитирующие на людях. Возраст здесь не играет роли - и взрослые, и дети могут заболеть одним и тем же заболеванием. Заболевание варьируется в зависимости от вида, количества червей и в каком органе они паразитируют. «Человек, зараженный паразитом, теряет вес, у него появляются боли в животе, тошнота, диарея или головокружение, тошнота», - говорит Саодат Темирова, врач-инфекционист, которая разговаривала с нами. Если глист в кишечнике - запор или диарея, тошнота, рвота. В печени желтеют белки глаз и тела, возникают отеки, на теле могут появляться различные пятна. В легких может возникать жар и кашель. Это также снижает трудоспособность человека, задержку развития у детей, плохой рост, потерю памяти и нарушения сна. Местом расположения этих паразитов является толстая кишка, а иногда они могут располагаться в нижнем отделе тонкой кишки. Страус размножается вокруг кожи заднего прохода. Ночью самка страуса идет по складкам кожи, чтобы отложить яйца, а у девочек часто идет к губам влагилица. Эти гельминты живут 1-1,5 месяца. Самоповреждение может с годами вызвать у ребенка беспокойство. Паразита также можно увидеть в кале невооруженным глазом. Попадание устриц в желудок и кишечник означает, что организм заражен паразитом. Яйца устриц попадают во внешнюю среду с зараженными фекалиями. Внешняя оболочка яиц устойчива к неблагоприятным условиям окружающей среды и имеет очень маленькие размеры. Ребенок все держит в руках и берет в рот, чтобы изучить окружающую среду, узнать вкус и состав предметов. Таким образом, яйца страуса попадают в тело своего «будущего маленького хозяина». Размер устриц бывает от 20 см до 40 см. Живет 21 день. Самый простой способ лечить страусов - уделять внимание чистоте.

Библиографический список:

1. Матжонов Н. М., Азимов Ю. А., Гехтин В. И., Невидимые враги человека и животных, Т., 1977;
2. Пармонов М., Сайидкулов Б., Пармонов Ю., Эпизоотология, Т., 1996.
3. УзНЭ, Ташкент, 2000

**Хасанов У.С., Вохидов У.Н., Хамидов Б.Х.
Khasanov U.S., Vohidov U.N., Khamidov B.Kh.**

Ташкентская медицинская академия
Ташкентский государственный стоматологический институт

УДК 616.322-002

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

CURRENT ISSUES OF SURGICAL INTERVENTION AND POSTOPERATIVE ADMINISTRATION OF PATIENTS WITH NASAL SEPTAL CURVATURE

Аннотация. Целью данного обзора явилось изучение различных методов лечения и послеоперационного ведения больных с искривлением носовой перегородки. Материалом данного обзора составил послеоперационного ведения больных с искривлением носовой перегородки в многопрофильной клинике ТМА. Таким образом, следует вывод, что выбор объёма хирургического вмешательства и послеоперационного ведения больных с искривлением носовой перегородки должен быть индивидуальным.

Abstract. The purpose of this review was to study various methods of treatment and postoperative management of patients with curvature of the nasal septum. The material for this review was the postoperative management of patients with curvature of the nasal septum in the TMA multidisciplinary clinic. Thus, it follows that the choice of the volume of surgical intervention and postoperative management of patients with deviated nasal septum should be individual.

Ключевые слова: искривление носовой перегородки, диагностика, хирургическое вмешательство, послеоперационное ведение.

Key words: curvature of the nasal septum, diagnostics, surgery, postoperative management.

К большинству органов человеческого организма применимо высказывание Mies van der Rohe «форма следует за функцией» (2), однако в отношении полости носа можно сказать, что там функция почти всегда зависит от формы (4). Основной функцией перегородки носа (ПН) является создание парного органа — двух половин носа, что обеспечивает цикличность деятельности полости носа и всех его функций (2,3). Деформации ПН вызывают затруднение носового дыхания, что может привести к различным нарушениям вследствие недостаточной аэрации полости носа (околоносовых пазух и среднего уха) и опосредованных патологических рефлекторных влияний. При этом увеличивается частота синуситов на стороне деформации, развивается компенсаторная гипертрофия носовых раковин с противоположной стороны, может ухудшиться слух в связи с нарушением проходимости слуховой трубы, из-за чего возникает средний отит. Давление шипов и гребней на слизистую оболочку латеральной стенки полости носа может способствовать развитию вазомоторного ринита и даже - бронхиальной астмы, других рефлекторных расстройств, например, стойкой мигрени (2,3,4).

Острые септальные деформации (назо-септальные переломы) развиваются в результате повреждений костей лица. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа травм в оториноларингологии (7,9) и первое место среди всех травматических повреждений ЛОР-органов занимают травмы носа и околоносовых пазух (6), которые составляют, по данным (5), 79-84%. Первое место среди всех травм лицевого скелета занимает перелом костей носа (КН) (7,8).

Целью данного обзора явилось изучение различных методов лечения и послеоперационного ведения больных с искривлением носовой перегородки.

Материалом данного обзора составил послеоперационного ведения больных с искривлением носовой перегородки в многопрофильной клинике ТМА.

Результаты и их обсуждения. Травматические повреждения носа вообще и назо-септальные переломы, в частности, чаще встречаются у лиц мужского пола; возраст пострадавших, как правило, молодой (1,3,6,8).

Вид и тяжесть травмы зависит от силы, направления и механизма повреждения (5). Наиболее часто травмы бывают сочетанными, изолированные переломы КН составляют лишь 7-8% (9).

Чаще данная патология наблюдается у мужчин, преимущественно у лиц молодого возраста

(3,9). Причинами искривления ПН являются диспропорциональный рост перегородки и костей лицевого черепа, травма носа в анамнезе, наследственная предрасположенность, общие заболевания (8). По данным 2% искривлений ПН приобретается в неонатальном периоде, во время поворота головы плода в родовом канале. И действительно, частота искривлений ПН в случаях кесарева сечения - меньше, чем при рождении через естественные пути. Как указывает зарубежные авторы одной из главных причин различных форм деформаций ПН является то обстоятельство, что составляющие ее части построены из различных тканей (кость, хрящ, соединительная ткань), отличающихся по своим биологическим особенностям: эластичности, сопротивлению, способности к росту, регенерации после травмы. Форма ПН изменяется под воздействием различных факторов: давление симфиза матери на теменную кость в период утробного развития; деформация наружного носа и перегородки в момент рождения; влияние различных общих заболеваний, а также заболеваний полости носа, околоносовых пазух, носоглотки на процессы оссификации решетчатой кости и клиновидной пазухи в период роста, травматические повреждения.

Что касается классификации деформаций ПН, то их существует большое количество, однако общим для них является то, что в основу их положено пространственное расположение частей и самой ПН в целом. Такой подход, в принципе, оправдан, т.к. является существенным подспорьем для хирурга при планировании операции. В то же время большое число выделяемых форм делает такого рода классификации громоздкими и снижает их практическое значение (1,5).

Таким образом, в генезе искривления ПН можно выделить следующие факторы: диспропорциональный рост перегородки и костей лицевого черепа, травма носа, наследственная предрасположенность, общие заболевания. Тенденция к росту данного вида патологии определяется увеличением частоты общего травматизма и, в частности, ЛОР-органов. Многообразии видов ИМП определяет сложности в систематизации, что и определяет большое количество классификаций.

Показаниями к септопластике являются: сложные посттравматические деформации, деформации со смещением каудального края ПН, S и S-образные девиации (5,6).

Таким образом, у каждого метода — и у септопластики в различных модификациях, и у подслизистой резекции имеются свои положительные и отрицательные моменты, существует своя область применения, т.е. все они имеют право на применение.

В связи с широким внедрением в практику микро- и эндоскопической техники определенное распространение получила техника микрохирургии и эндоскопической ринохирургии, что позволяет более успешно реализовать принцип минимально инвазивной хирургии (4,5).

Наиболее распространенным в повседневной оториноларингологической практике является метод передней тампонады полости носа с использованием марлевых тампонов. Данный метод, несмотря на простоту выполнения и распространенность, не является безразличным для пациентов (2). Во-первых, obturация полости носа и выключение носового дыхания тягостно переносится пациентами (6), а именно, вызывает ухудшение общего состояния больного, неприятные ощущения в носу, сухость в глотке, головную боль, а иногда и повышение температуры тела; также существует вероятность развития патологических изменений в околоносовых пазухах и среднем ухе. Во-вторых, тампон, находясь в полости носа, оказывает механическое раздражение слизистой оболочки, с возникновением патологических рефлексов (7,9). Так, влияние марлевой тампонады полости носа у пациентов с носовыми кровотечениями на вегетативную регуляцию сердечно-сосудистой системы. Авторами было показано, что в 77,8% имеют место значительные нарушения вегетативной регуляции; у всех пациентов было диагностировано двустороннее нарушение церебральной гемодинамики с их преобладанием на стороне тампонады, при этом после удаления тампонов отмечалось исчезновение, либо уменьшение степени асимметричности описанных нарушений, а также нормализация или тенденция к нормализации показателей церебральной гемодинамики. В-третьих, недостатком данного метода является развитие патофизиологических процессов, возникающих в слизистой оболочке полости носа в ответ на введение марли. На участке соприкосновения тампона с окружающими тканями, особенно поврежденными, откладывается фибрин с последующим формированием рыхлых спаек и фиксацией тампона к окружающим тканям. Поэтому удаление тампона из полости носа, обычно проводимое через 2 суток, сопряжено с выраженным болевым эффектом и приводит к разрушению нежных, рыхлых спаек и лейкоцитарно-некротического слоя, что, по мнению авторов, приводит к травматизации слизистой оболочки полости носа и неполноценной и длительной регенерации в послеоперационном периоде. На фоне тампонады в первые дни после операции у 63% больных в слизистой оболочке полости носа развивается выраженный воспалительный процесс. Во время удаления марлевого тампона возможно кровотечение и смещение элементов реставрированной перегородки носа (1,5,9). Также происходят

нарушения циркуляции венозной крови и лимфы (6), выраженные, а порой необратимые повреждения мерцательного эпителия (10).

На данный момент нет четких рекомендаций по продолжительности интраназальной тампонады, указанное в литературе время тампонирования колеблется от нескольких часов до 8 суток (2). Оптимальное же время фиксации восстановленных структур, с учетом развития репаративных процессов, составляет 4-5 суток, так как в течение первых 72 ч осуществляется выработка растворимого коллагена, фибронектина и гиалуроновой кислоты, а формирование и депонирование волокон коллагена I типа происходит на четвертый день раневого процесса (2,4). Однако длительное стояние тампона обуславливает пропитывание его раневым отделяемым, и, тем самым, создание оптимальных условий для развития микрофлоры (1,4,7). Пропитывание тампона при удалении из полости носа физиологическим или иным раствором в целях безболезненного и бескровного его удаления, как правило, не приносит желаемого успеха, поэтому некоторые авторы предлагают поэтапное удаление тампона по мере его ослизнения, происходящего на 5-6 сутки, как реакция организма на отторжение инородного тела. Но, как было указано выше, это может приводить к развитию патогенной микрофлоры, поэтому с целью профилактики туботимпанитов, синуситов и других бактериальных осложнений за время нахождения тампона в полости носа больной должен получать профилактические дозы антибиотиков.

В качестве альтернативного варианта марлевой тампонады в современной оториноларингологии широкое применение находит тампонада носа с помощью синтетического материала поролона, так называемая эластическая тампонада. Метод фиксации с использованием эластических тампонов (сигарных), изготовленных из перчаточной резины с использованием в качестве наполнителя поролона, удобен и прост в применении, но обладает ограниченной способностью адаптации к узким пространствам полости носа. Его применение также сопряжено с такими недостатками, как полная obturация полости носа, возможность развития бактериальной инфекции в околоносовых пазухах и среднем ухе, трудоемкость установки без смещения реставрированных частей ПН и, соответственно, возможным развитием в связи с этим осложнений.

Также в качестве альтернативы марлевой тампонады были предложены альгинатные пленки, аэрозоли, заполняющие полость носа, пены, гидрогели и гемостатическая вискоза (6). Так, в некоторых работах указывается на применение полимерных пленок на основе поливинилпирролидона для тампонады полости носа (7,10). Полимерная пленка обладает такими свойствами, как способность к набуханию, обусловленную гидрофильностью полимера; пластичность; способность моделировать любую форму; легкость использования при выполнении тампонады; атравматичность при удалении; возможность введения в состав пленки лекарственных препаратов; пленка нетоксична в отношении окружающих тканей и организма в целом. К недостаткам использования пленок можно отнести трудность надежной фиксации в момент тампонирования, возможность скольжения и смещения слоев пленки в носоглотку или выпадение из носа при чихании, дыхании через нос.

Многие авторы, пытаясь найти альтернативу обычной тампонаде, накладывали на перегородку сквозные матрацные швы для предотвращения субперихондральной гематомы, использовали различные клеевые основы (4,8), в том числе - на основе фибрина, тромбина, плазмы крови (3,9). Многие авторы подчеркивают, что фибриновые клеи предпочтительнее, чем обычная тампонада (9); они не только обеспечивают хороший гемостаз после операций на ПН, но и хорошую фиксацию вновь смоделированной перегородки носа (1,3,9).

Большой интерес представляет использование стентов, или интраназальных шин. Прообразом современных стентов, изготавливаемых в промышленных условиях. Как указывалось выше, авторы использовали рентгеновскую пленку, обернутую ксенобрюшиной, которую устанавливали в полость носа П-образно. Однако авторы не указывают сроки удаления пленок из полости носа. Видимо, они удалялись сразу после извлечения марлевых тампонов и служили для предотвращения «слипания» слизистой оболочки полости носа и марли.

Современные интраназальные шины представляют собой овальные пластины, изготовленные из различных материалов, например, из силикона, фторопласта, полипропилена (4). После хирургического вмешательства на внутриносовых структурах стенты вводятся в обе половины носа и устанавливаются вдоль ПН; также стенты можно фиксировать с помощью наложения швов. Интраназальные шины выполняют различные функции. Во-первых, сплинты вследствие своей жесткости удерживают перегородку в заданном положении. Во-вторых, наличие септальных стентов в полости носа облегчает уход за полостью носа в послеоперационном периоде, т.е. слизистая оболочка перегородки защищена от повреждения во время туалета полости носа, что, несомненно,

позволяет ускорять заживление. Так, G. Piatti et al. (2004) изучали мукоцилиарный клиренс у пациентов после операции на ПН при использовании интраназальных сплинтов. Авторами было показано, что после удаления сплинтов мукоцилиарный клиренс был близок к таковому до хирургического вмешательства. Таким образом, была доказана безопасность и хорошая переносимость шинирования ПН. В-третьих, сплинт экранирует раневые поверхности друг от друга при сочетанном вмешательстве на ПН и внутриносовых структурах, что препятствует образованию синехий (3,8). Также важным достоинством септальных стентов является то, что после удаления тампонов они могут при необходимости находиться в полости носа до 10 суток, не затрудняя при этом носовое дыхание пациента. Таким образом, интраназальные шины относятся к безобструктивным способам фиксации ПН, которые позволяют уменьшить риск развития послеоперационных осложнений. Однако применение сплинтов имеет не только преимущества. Септальные стенты изготавливаются из различных полимерных материалов и представляют собой пластины заданной овальной форма или пластины-заготовки, из которых предлагается хирургу моделировать внутриносовые шины необходимой конфигурации. Но сложность и трудоемкость в вычислении размеров искомой формы внутриносовой шины приводят к ограниченному применению данного метода, или же к неудачным результатам проводимого лечения. Авторы указывают, что пациентов с интраназальными шинами чаще беспокоил дискомфорт в послеоперационном периоде по сравнению с пациентами, которым производилась тампонада носа (60% и 22% соответственно). Возможно, это связано с тем, что в цитируемом исследовании дыхательный канал шины осуществлял давление на латеральную стенку полости носа. Также было отмечено, что у пациентов со стентами чаще наблюдаются деформации после операции, однако эти различия были недостоверны. Другие авторы, наоборот, указывают, что использование интраназальных сплинтов в сравнении с обычной тампонадой приносят пациентам меньший дискомфорт (3). Авторы указывают, что благодаря использованию стентов реже наблюдаются синехии полости носа после операции. Однако эти авторы также указывают на то, что этого можно добиться без использования стентов - при тщательном туалете полости носа; тем более, что у пациентов данной группы достоверно чаще наблюдаются болевые ощущения в послеоперационном периоде.

Таким образом, деформация ПН как патология встречается почти у 2/3 взрослого населения. Данная патология является причиной нарушения дыхательной функции носа, приводит к развитию различных заболеваний (например, отиты, синуситы) и нарушает качество жизни пациентов. Лечение деформаций ПН только хирургическое. В настоящее время существует большое количество видов хирургического вмешательства при деформациях ПН, которые преследуют как повышение функциональных результатов, так и улучшение процесса адаптации пациента к проведенной операции. Учитывая анатомические особенности, проблемы фиксации восстановленных структур полости носа и осуществления надежного гемостаза неотъемлемо связаны с внутриносовой тампонадой, которая не лишена недостатков и во многом определяет тяжесть послеоперационного периода. Таким образом, оправдано стремление ринохирургов к бестампонному ведению пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на ПН. В этой связи идет непрерывный поиск альтернативных методов достижения гемостаза и способов фиксации внутриносовых структур в ринохирургии. Одним из наиболее перспективным направлением в фиксации реставрированной ПН является метод септального шинирования, так как сплинты позволяют длительно удерживать остов ПН в заданном положении, экранируя слизистую оболочку от физического и химического воздействия. Но результаты использования интраназальных шин также весьма противоречивы. На данный момент нет четких данных о сроках шинирования ПН как при изолированном вмешательстве на ПН, так и при одновременной хирургической коррекции патологии латеральной стенки полости носа. Следовательно, поиск новых и совершенствование уже имеющихся способов фиксации ПН является весьма актуальной проблемой в клинической оториноларингологии. Установление сроков шинирования восстановленной ПН определит тактику послеоперационного ведения пациентов, перенесших септопластику. Усовершенствование метода шинирования ПН позволит значительно улучшить функциональные результаты хирургического вмешательства. Сочетание данного метода с малоинвазивным хирургическим воздействием на структурах латеральной стенки полости носа позволит при определенных условиях отказаться от внутриносовой тампонады, что значительно улучшит качество жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, следует вывод, что выбор объема хирургического вмешательства и послеоперационного ведения больных с искривлением носовой перегородки должен быть индивидуальным.

Библиографический список:

1. Kim S. A., Jang Y. J. Caudal septal division and interposition batten graft: a novel technique to correct caudal septal deviation in septoplasty //Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology. – 2019. – Т. 128. – №. 12. – С. 1158-1164.
2. Yazici D. The analysis of computed tomography of paranasal sinuses in nasal septal deviation //Journal of Craniofacial Surgery. – 2019. – Т. 30. – №. 2. – С. e143-e147.
3. Server E. A. et al. Impact of high septal deviation in the success of frontal sinus surgery //B-ENT. – 2019. – Т. 15. – №. 4. – С. 319-24.
4. Dikici O., Ulutas H. G. Relationship Between Primary Acquired Nasolacrimal Duct Obstruction, Paranasal Abnormalities and Nasal Septal Deviation //Journal of Craniofacial Surgery. – 2020. – Т. 31. – №. 3. – С. 782-786.
5. Avsever H. et al. Incidental findings on cone-beam computed tomographic images: paranasal sinus findings and nasal septum variations //Oral radiology. – 2018. – Т. 34. – №. 1. – С. 40-48.
6. Sahin M. M. et al. The Relationship Between Nasal Septal Deviation and Paranasal Pneumatization //Journal of Craniofacial Surgery. – 2020. – Т. 31. – №. 3. – С. e285-e288.
7. Pınarbaşı M. Ö., Çaklı H., Rhee C. S. Surgical Management of the Nasal Septum //All Around the Nose. – Springer, Cham, 2020. – С. 441-453.
8. Rajashree F. A. A., Deepthi P., Viswanatha B. Impact of concha bullosa on osteomeatal complex drainage and septal deviation //Res Otolaryngol. – 2018. – Т. 7. – №. 1. – С. 1-4.
9. Resuli A. S., Oktem F., Ataus S. The role of the depressor nasi septi muscle in nasal air flow //Aesthetic plastic surgery. – 2020. – Т. 44. – №. 5. – С. 1766-1775.
10. Sogono P. G., Songco C. G. Prevalence of nasal septal deviation, concha bullosa, and infundibular size and their association with maxillary sinusitis by computed tomography in filipinos with paranasal sinus disease //Journal of Otorhinolaryngology and Facial Plastic Surgery. – 2019. – Т. 5. – №. 1. – С. 1-6.

Вохидов У.Н., Мамасаидов Ф.Ф.
Vohidov U.N., Mamasaidov F.F.

Ташкентский государственный стоматологический институт

УДК 616.322-002

ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

QUESTIONS OF COMPREHENSIVE TREATMENT FOR CHRONIC TONZILLITIS

Аннотация. Целью данного обзора явилось сравнительная оценка различных методов лечения хронического тонзиллита. Материалом данного обзора составил 25 статей по лечению хронического тонзиллита, опубликованных в последние 10 лет в базе PubMed и Scopus. Таким образом, следует вывод, что при лечении хронического тонзиллита необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и результаты исследований. Правильный выбор тактики лечения будет способствовать быстрому выздоровлению пациента и повышению качества жизни больных с хроническим тонзиллитом.

Abstract. The aim of this review was to compare different treatments for chronic tonsillitis. The material for this review was 25 articles on the treatment of chronic tonsillitis, published in the last 10 years in the PubMed and Scopus databases. Thus, it follows that in the treatment of chronic tonsillitis, it is necessary to take into account the individual characteristics of each patient and the research results. The correct choice of treatment tactics will contribute to the rapid recovery of the patient and improve the quality of life of patients with chronic tonsillitis.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, диагностика, лечение, микробиологическое исследование.

Key words: chronic tonsillitis, diagnosis, treatment, microbiological research.

Хронический тонзиллит - полиэтиологическое заболевание с разнообразными клиническими проявлениями. В структуре общей заболеваемости взрослого населения хронический тонзиллит составляет 5-10% [1, 5, 9]. Но некоторые авторы отмечают, что доля хронического тонзиллита значительно больше и достигает 40% [5].

Распространенность хронического тонзиллита у детей также колеблется от 8% до 25% и зависит от возраста, формы заболевания, пола и места проживания [2,4,7].

Небные миндалины в норме принимают непосредственное участие в обеспечении естественной резистентности организма с помощью клеточных и гуморальных систем. Это участие определяется особенностями строения тонзилл и выполняемыми ими физиологическими функциями [3,5,8]

Первым барьером для микробов, их токсинов и продуктов метаболизма при хроническом тонзиллите является выстилающая лакуны слизистая оболочка, которая формирует лимфоэпителиальный барьер и носит название лимфоэпителиального симбиоза [4,6,9]. Иммунный ответ организма формируется в морфо-функциональной единице небной миндалины - криптолимфоне, которая включает в себя просвет крипты, лимфоретикулярную ткань между криптой и вторичным узелком, вторичный лимфотический узелок с лимфоцитарной мантией. Лимфоциты посредством трансэпителиального диапедеза поступают в полость крипты [5,8,10]. Имеющаяся в небных миндалинах патогенная микрофлора способствует постоянной активации работы миндалины, вследствие чего, увеличиваются фолликулы небных миндалин. На определенном этапе наступает истощение небных миндалин, а увеличенные фолликулы в свою очередь приводят к уменьшению просвета лакун и крипт, а также к нарушению дренажной функции небных миндалин [2,5,11].

Нарушения защитно-приспособительных механизмов ткани небных миндалин приводят к снижению их устойчивости к инфекции, постоянно находящейся в миндалинах [5,7,9,10]. Всасывание микробных ферментов и токсинов, а также продуктов нарушения метаболизма воспаленной ткани миндалин может оказывать токсическое воздействие, вызывать интоксикацию организма.

Трудность клинической диагностики хронического тонзиллита состоит в том, что при фарингоскопии невозможно достоверно определить функциональное состояние небных миндалин. Это связано с тем, что используемые при клинической диагностике хронического тонзиллита

критерии, такие как гиперемия и отек передних небных дужек, наличие спаек, рубцов, сопутствующие заболевания, не характеризуют иммунологическую функцию миндалин и не могут свидетельствовать о компенсации или декомпенсации этой функции [2,6,8,10]. Кроме того, важную роль в обострениях хронического тонзиллита имеет не только количественный, но и качественный состав микрофлоры лакун небных миндалин. Ведущая роль в патогенезе хронического тонзиллита признается за *Streptococcus pyogenes*, значительную роль имеет так же *Staphylococcus aureus* [3,7,9,11]. Для решения проблемы клинической диагностики хронического тонзиллита предложены методы иммунологического, бактериологического и функционального исследования небных миндалин, которые достоверны лишь в комплексе.

Целью данного обзора явилось сравнительная оценка различных методов лечения хронического тонзиллита.

Материалом данного обзора составил 25 статей по лечению хронического тонзиллита, опубликованных в последние 10 лет в базе PubMed и Scopus.

Результаты и их обсуждения. В разное время для оценки иммунофункционального состояния небных миндалин использовались следующие показатели: определение интенсивности миграции лейкоцитов на поверхность слизистой ротоглотки [1,3,8,9], оценка цитограмм «локальных» смывов со слизистой оболочки глотки [3], мазков-отпечатков, полученных различными способами [2], мазков-перепечатков с зевной поверхности небных миндалин [5], мазков-отпечатков со слизистой оболочки лакун (92), цитограмм содержимого крипт и ткани небных миндалин [8]. Однако все методы имели существенный недостаток: материал для исследования был загрязнен клетками и микроорганизмами из полости глотки. В 1982г. некоторыми учёными [6] была разработана оригинальная методика, позволяющая прижизненно оценить внешнюю иммунологическую функцию небных миндалин, которая заключается в цитологическом и микробиологическом исследовании содержимого лакун небных миндалин, полученном в «чистом» виде, то есть без примеси клеток и микроорганизмов полости рта. Эта методика достаточно объективна, но требует специального оборудования и высокой квалификации специалиста.

С целью выявления скрытого воспалительного процесса в небных миндалинах в настоящее время широко применяется преднизолоновая проба [1,5]. Применение преднизолона увеличивает миграцию форменных элементов из ткани миндалин в просветы лакун и крипт, что позволяет оценить скрытый функциональный резерв небных миндалин. Кроме того, преднизолоновая проба существенно повышает информационную ценность.

В литературе описаны методы изучения барьерной функции лакунарного аппарата путем введения флюоресцентного препарата непосредственно в ткань миндалин [3], или внутрилакунарно у кроликов [6]. В последнее время сорбционная способность изучена *in vitro* путем внутрилакунарного введения люминесцентного геля флюорената натрия в норме и при различных формах хронического тонзиллита [5]. Метод несет высокую информационную нагрузку, но трудоемок, требует специального оборудования, что затрудняет его применение врачами-клиницистами.

В патогенезе хронического тонзиллита важную роль играет состояние микроциркуляторного русла миндалин. Для оценки микроциркуляции применяют лазерную доплеровскую флоуметрию [7], позволяющую уточнять стадии ишемии и компенсаторные возможности микроциркуляции в области лакунарного аппарата. Особенно это важно для так называемых "ущемленных" миндалин, у которых лимфоидная ткань находится на пределе своих возможностей [7, 9].

Оценка малоисследованного звена в работе лакунарного аппарата - сорбционной способности, корреляция этой способности с дренажной способностью лакун и уровнем микроциркуляции позволит более четко представить барьерные свойства лакунарного аппарата при различных формах хронического тонзиллита.

Современные знания относительно морфофункциональной организации небных миндалин как лимфоэпителиального органа позволяют рассматривать их как региональные центры с иммунорегуляторными функциями по отношению к слизистым оболочкам, что заключается в создании и поддержании на адекватном уровне системы местного иммунитета. Оценка роли местного и общего иммунитета при хроническом тонзиллите является одной из актуальных проблем, учитывая иммунопатологические механизмы развития заболевания.

Анализ литературы показывает, что результаты оценки- части показателей общего иммунитета часто оказываются малоинформативными. Например, при хроническом тонзиллите в стадии ремиссии численность Т- и В-лимфоцитов, уровни сывороточных иммуноглобулинов, гемолитическая активность комплемента и т.д., как правило, оказываются в границах

физиологической нормы и не дают представлений ни о характере патологического процесса, ни о его прогнозе. В последние годы наметился переход к изучению показателей местного иммунитета при тонзиллите. Рядом авторов [7, 9, 11] доказаны достоверные изменения в показателях местного иммунитета и отсутствие достоверных изменений в показателях общего иммунитета при хроническом тонзиллите.

Однако, ряд авторов [4,7] указывают на то, что иммунодефицитные состояния организма человека, возникшие по различным причинам, могут приводить к развитию хронического тонзиллита. Различные причины (генетические, токсические, химические, радиационные и другие) приводят к активации процесса апоптоза, важного в созревании и дифференцировке лимфоцитов в тимусе, а следовательно и к развитию иммунодефицитного состояния [10].

Российские учёные [4] считают, что небные миндалины, как место образования лимфоцитов, должны быть отнесены к центральным органам иммунитета, но в этой связи никто ранее не рассматривал уровень апоптоза лимфоцитов в небных миндалинах, что представляется немаловажным. При этом следует отметить, что предположение является небесспорным, ибо для классификации миндалин как центрального органа иммунитета совершенно необходимым условием является не только пролиферация лимфоцитов в этих лимфо-эпителиальных структурах, но и прохождение ими всех этапов дифференцировки от стволовой клетки крови до зрелого CD4+ или CD8+ Т-лимфоцита, либо до В-лимфоцита. Это предположение, которое действительно могло бы объяснить некоторые моменты патогенеза хронического тонзиллита, к сожалению, пока не подтверждено экспериментальными данными.

Между тем апоптоз являет собой универсальный общебиологический процесс, сущность которого заключается в опосредованных механизмах самоуничтожения клетки с сохранением структурной целостности биологических мембран (цитоплазматической мембраны и мембран органелл)

Как правило, уровень апоптоза оценивается морфологическими методами [отмечается сморщивание клетки в состоянии апоптоза], тинкториальными методами (отмечается ослабление окрашиваемости ДНК-тропными красителями в ядре клетки в состоянии апоптоза), цитофлюориметрическими методами [выявляется гиподиплоидность, уменьшение размеров клетки в состоянии апоптоза], а также электрофоретическими методами [наблюдается формирование дискретных фракций – “лесенки” при электрофорезе ДНК] [8, 11].

Апоптоз иммунокомпетентных клеток вовлечен во все фундаментальные процессы в иммунной системе, такие как механизм иммунного ответа, формирование иммунологической памяти, иммунологической толерантности и др. [1, 5]. Интересным представляется изучение и возможность регулирования апоптоза лимфоцитов при лечении хронического тонзиллита.

В связи с важной ролью небных миндалин в иммуногенезе и местной защите слизистых оболочек верхних дыхательных путей, наиболее целесообразным представляется щадящий подход к выбору терапии, с широким использованием консервативных методов лечения.

С начала XX века предложено множество способов лечения хронического тонзиллита. Еще зарубежный учёный предложил вводить в паренхиму небных миндалин растворы азотнокислого серебра, после него в данном направлении работали ученые до 60-х годов и разработали введение различных склерозирующих препаратов, как альтернативу тонзиллэктомии. На сегодняшний день этот метод не используется, так как органосохраняющее направление в лечении хронического тонзиллита является приоритетным [2, 5].

С целью эрадикации возбудителя широкое применение получил метод промывания лакун, введенный в практику [10]. В качестве промывных растворов используются, как правило, антисептики: хлоргексидин, мирамистин, диоксидин, эктерицид [8].

Некоторыми учёными [7] был предложен метод внутрилакунарного введения антисептических паст на парафино-бальзамической основе. Изучение дренажной и сорбционной функций небных миндалин указывает на нецелесообразность применения затвердевающих паст в лечении хронического тонзиллита, так как они препятствуют естественной работе миндалин. Однако применение готовых мазей имеет место в современной терапии хронического тонзиллита. Чаще всего используются такие мази: гиоксизон, пропоцеум, клотримазол, флуцинар, интерферон на мазевой основе [8].

Метод низкочастотной ультразвуковой терапии занимает важное место в арсенале средств, используемых в лечении хронического тонзиллита [9, 10, 11]. Метод низкочастотной ультразвуковой терапии направлен на восстановление дренажной функции лакун, защитной способности лакунарного эпителия и паренхимы миндалин. [10]. В коллективном ученых разработан

метод лечения больных хроническим тонзиллитом на аппарате Тонзиллор [11], который заключается в вакуум-экстракции содержимого лакун миндалин и промывания их антисептиком под действием низкочастотного ультразвука, оказывающего стимулирующее, бактерицидное и противовоспалительное действия на лимфоидную ткань миндалин. При озвучивании миндалин в растворе антисептика достигаются полная очистка и восстановление дренажной функции лакун, после чего с помощью низкочастотного ультразвука специальным волноводом осуществляется введение лекарственных препаратов в тонзиллярную ткань (фонофорез).

Начиная с 60-х годов прошлого столетия широко применяется ультрафиолетовое облучение небных миндалин (УФО), токи ультравысокой частоты, инфракрасное излучение и др. (9,10), обладающие бактерицидными, стимулирующими, противовоспалительными, десенсебилизирующими свойствами. УФО, в том числе, является индуктором апоптоза [8].

Одной из эффективных методик лечения хронического тонзиллита является сочетание традиционных санационных мероприятий с магнитотерапией или лазеротерапией. Магнитное поле увеличивает синтез иммуноглобулинов, улучшает трофику тканей миндалин и нормализует нарушенные обменные процессы [1, 8]. Лазерное излучение способствует очищению лакун от детрита, уменьшает воспалительную реакцию в миндалинах, нормализует гематологические показатели. К тому же, лазеротерапия может потенцировать другие терапевтические и физические методы воздействия на миндалины [7,9].

Кроме того, учитывая выраженные локальные изменения в местном иммунитете небных миндалин при хроническом тонзиллите, и нередко наличие нарушений общего иммунного статуса, появились основания для применения различных иммуномодуляторов. Нуклеинат натрия [5], левамизол (синтетический аналог гуморального фактора тимуса) [8, 11] используют для промывания лакун небных миндалин. Иммуномодуляторы растительного происхождения: *Tonsillacompositum* [3], активированный настой чистотела [10], Тонзилгон Н [9, 10, 11], Тонзилал [7] также широко используются в лечении хронического тонзиллита [11].

Большой интерес представляют топические бактериальные иммунокорректоры на уровне системы местного иммунитета, к которым относится имудон (SolvayPharma, Франция). Активным действующим компонентом препарата имудон является поливалентный антигенный комплекс, состав которого соответствует возбудителям, наиболее часто вызывающим воспалительные заболевания в полости рта и глотке — *Streptococcus pyogenes* (2 типа), *Str. faecum*, *Str. faecalis*, *Str. sanguis*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*, *Fusiformis fusiformis*, *Candida albicans*, и несколько видов *Lactobacillus*. Препарат способствует увеличению иммунокомпетентных клеток, активирует фагоцитоз, повышает содержание секреторного иммуноглобулина А и лизоцима в слюне [8, 11].

Принимая во внимание возможную роль вирусной инфекции как триггерных механизмов обострения большинства хронических заболеваний, иммунокоррекция с использованием интерферонов - циклоферон [8] занимает не последнее место в списке препаратов, используемых для лечения хронического тонзиллита.

На сегодняшний день разработано множество методов консервативного лечения хронического тонзиллита. Отмечается включение в комплексную терапию большого количества лекарственных препаратов, однако, проблема хронического тонзиллита остается актуальной [8, 9, 11].

Большое количество различных новых методов диагностики хронического тонзиллита, разработанных в последнее время, требуют адаптации их для клинического применения.

Учитывая многофакторный характер патогенеза хронического тонзиллита, однозначного решения вопроса терапии последнего нет. Новые разработанные комплексы лечения хронического тонзиллита разнообразны, но не охватывают своим воздействием все звенья патогенеза. Кроме того, кратковременность эффекта, в большинстве случаев, вынуждает повторять курсы терапии каждые два - три месяца. Разные методики лечения показывают свою эффективность и неэффективность в определенных условиях, что не отменяет новых путей поиска консервативного лечения хронического тонзиллита, в связи с важностью сохранения данного органа.

Таким образом, следует вывод, что при лечении хронического тонзиллита необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и результаты исследований. Правильный выбор тактики лечения будет способствовать быстрому выздоровлению пациента и повышению качества жизни больных с хроническим тонзиллитом.

Библиографический список:

1. Alasmari N. S. H. et al. Causes and treatment of tonsillitis //The Egyptian Journal of Hospital Medicine. – 2017. – Т. 69. – №. 8. – С. 2975-2980.

2. Allen H. B. et al. Psoriasis, chronic tonsillitis, and biofilms: Tonsillar pathologic findings supporting a microbial hypothesis //Ear, Nose & Throat Journal. – 2018. – Т. 97. – №. 3. – С. 79-82.
3. Altintas M. Prevalence of atopy in children with hypertrophic tonsil and recurrent/chronic tonsillitis //International Medical Journal. – 2019. – Т. 8. – №. 3. – С. 732.
4. Bakar M. A. et al. Chronic tonsillitis and biofilms: a brief overview of treatment modalities //Journal of inflammation research. – 2018. – Т. 11. – С. 329.
5. Chethana R., Devan P. P., Sushmitha K. The Role of Oxidants and Antioxidants in Chronic Tonsillitis //Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. – 2020. – С. 1-6.
6. Choi K. Y. et al. Assessment of volatile sulfur compounds in adult and pediatric chronic tonsillitis patients receiving tonsillectomy //Clinical and experimental otorhinolaryngology. – 2018. – Т. 11. – №. 3. – С. 210.
7. Dickinson A. et al. Tonsillar surface swab bacterial culture results differ from those of the tonsillar core in recurrent tonsillitis //The Laryngoscope. – 2020. – Т. 130. – №. 12. – С. E791-E794.
8. Foki E. et al. The effect of tonsillotomy on chronic recurrent tonsillitis in children //Acta otolaryngologica. – 2017. – Т. 137. – №. 9. – С. 992-996.
9. Haidara A. W. et al. Tonsillitis and Their Complications: Epidemiological, Clinical and Therapeutic Profiles //International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. – 2019. – Т. 8. – №. 3. – С. 98-105.
10. Kalaiarasi R. et al. Microbiological profile of chronic tonsillitis in the pediatric age group //Cureus. – 2018. – Т. 10. – №. 9.
11. Pal'chun V. T., Gurov A. V., Guseva O. A. The specific pathogenetic features of the development of chronic tonsillar pathology //Vestnik otorinolaringologii. – 2018. – Т. 83. – №. 2. – С. 30-33.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2021