

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-08-02>

Особенности течения Hr-ассоциированного хронического гастродуоденита у детей с учетом типа конституции

В. Сапожников, доктор медицинский наук,
О. Балко
Тулский государственный университет
E-mail: Helga010616@yandex.ru

В исследовании, включавшем 90 детей, находившихся на стационарном лечении по поводу хронического гастродуоденита, изучены некоторые особенности клинического течения заболевания в зависимости от типа конституции. Отмечено, что дети с астенией подвержены заболеваниям эзофагогастральной зоны в большей степени, чем при нормо- и гиперстении.

Ключевые слова: гастроэнтерология, типы конституции, хронический гастродуоденит, *Helicobacter pylori*, эндоскопическая ультрасонография, фиброгастродуоденоскопия.

Для цитирования: Сапожников В., Балко О. Особенности течения Hr-ассоциированного хронического гастродуоденита у детей с учетом типа конституции // Врач. – 2019; 30 (8): 9–13. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-08-02>

Впервые понятие о конституции появилось в трудах Гиппократов [1], а дальнейшие исследования подтвердили конституционную обусловленность параметров жизнедеятельности на разных уровнях [1, 2].

В развитии хронического гастродуоденита (ХГД) наследственно-конституциональный фактор занимает одно из первых мест. В настоящее время существует множество оценок, трактовок и определений конституции, что связано с многообразием подходов, сложившихся в ходе развития конституциологии [3–5]. Так, по мнению Э.Г. Мартиросова, конституция – это совокупность наиболее существенных индивидуальных особенностей и свойств. Б.А. Никитюк считал, что внутренним содержанием конституции человека является реактивность его организма [4, 5].

Идея о тропности определенного спектра заболеваний к тому или иному конституциональному типу, регистрируемому по особенностям телосложения, принадлежит немецкой конституциональной школе. В отечественной школе первые шаги в этом направлении сделал М.В. Черноруцкий [5], который на основе классификации американского антрополога Брайант

предложил свою классификацию типов телосложения человека, включающую 3 компонента: астенический (гипостеник), нормостенический и гиперстенический [5]. Современная конституциология основной упор делает на изучении причин, механизмов, клинических различий, вариантов течения патологических процессов в дифференцированных по конституциональным характеристикам группах [2–5].

Так, можно отметить, что астеники чаще подвергаются заболеваниям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), у них выше риск заболеть язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, вегетососудистой дистонией. Среди гиперстеников, по наблюдениям М.В. Чернолучского, чаще встречаются люди с сахарным диабетом, болезнями желчного пузыря, у гипостеников же можно отметить расстройства вегетативной нервной системы (ВНС) [4].

Следует отметить, что конституциональная норма реакции, маркируемая определенным соматотипом, не изменяет сущности самой болезни с присущими ей характерными клиническими признаками, закономерностями развития и исхода, но позволяет выяснить конституционально-зависимые признаки болезни, придающие патологическому процессу индивидуальное выражение [5].

Как известно, пищеварительная система, непосредственно контактирующая с внешней средой, является составной частью единой гомеостатической системы организма [6]. В основном к 14–15 годам ее развитие завершается; ее конституциональные особенности можно подтвердить при применении инструментальных методик (рентгенологический метод, УЗИ, фиброгастроуденоскопия – ФГДС). Рентгенологическое исследование желудка весьма показательно в оценке конституциональных особенностей пищеварительной системы. При данном обследовании можно четко выделить 3 формы желудка, соответствующие 3 типам конституции: форма рога – при гиперстении, форма чулка – при астении, форма крючка – при нормостении [6–8]. УЗИ органов брюшной полости в стандартном исполнении не дает необходимой информации о конституциональных особенностях пищеварительного тракта, однако В.Г. Сапожниковым [5, 9] разработаны и внедрены в практику метод акустического контрастирования ЖКТ 5% раствором глюкозы и определение эвакуаторной функции желудка у детей эхографическим способом. Датчик эхокамеры устанавливаются вдоль вертикальной оси (параллельно позвоночному столбу) сначала в эпигастральной, околопупочной областях, затем последовательно смещают в эпигастральной области слева направо (от кардиального к антральному отделу желудка). У детей-астеников преимущественно с вертикальным расположением желудка данный эхографический доступ наиболее информативен. У детей с гиперстенией желудок расположен горизонтально, поэтому максимальный эхографи-

ческий его срез можно получить при установке датчика эхокамеры перпендикулярно позвоночному столбу в эпигастральной области (горизонтальный срез). При нормостении у детей отмечается косо расположенное желудка; максимальный эхографический срез достигается при установке датчика косо, под углом 45° по отношению к проекции на переднюю брюшную стенку позвоночного столба [9]. Косвенные данные можно получить и при выполнении ФГДС. Величина угла кардиальной вырезки именуется углом Гиса и может колебаться в зависимости от типа телосложения от 10 до 180°, что можно оценить при осмотре в положении ретрофлексии во время выполнения ФГДС. Так, в частности, Л.М. Нисневич отмечал, что у астеников угол Гиса является острым, а у гиперстеников – тупым; аналогичны заключения И.Е. Зиновьевой [10, 11] по поводу половых и конституциональных особенностей угла Гиса.

Основываясь на данных конституциональных особенностях строения пищеварительной системы у детей, можно с уверенностью судить о конституциональных различиях в патогенезе ХГД.

Из всего многообразия факторов возникновения хронических воспалительных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта ведущее место занимает инфекционный [12, 13]. Открытие *Helicobacter pylori* (*Hp*) австралийскими гастроэнтерологами В. Marshall и R. Warren предопределило переворот в гастроэнтерологии [14–16]. В последнее время большое внимание уделяется не только особенностям жизнедеятельности бактерии как таковой, но и непосредственно процессу взаимодействия *Hp* с макроорганизмом. Так, выявлены взаимосвязи между частной конституцией системно-органного уровня (форма живота) и частотой выявляемости *Hp*. По результатам исследования [16] отмечены некоторые конституциональные особенности обсемененности *Hp*: заболевание, ассоциированное с *Hp*-инфекцией, чаще выявляется у людей, имеющих форму живота, расширяющуюся книзу, реже – овоидную и расширяющуюся вверх.

Однако кроме наличия *Hp*, есть и другие особенности этиологии и патогенеза ХГД [14, 15]. Так, в патогенезе ведущую роль по-прежнему занимает нарушение баланса между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [17–19]. Сохранение этого равновесия у детей с различными конституциональными типами происходит по-разному, что обусловлено разницей в концентрации биологически активных веществ, определяемых в сыворотке крови у людей того или иного конституционального типа. При нормостении выявляется более высокая концентрация гастрина, кальцитонина, α -, γ -глобулинов, амилазы. При гиперстении установлено высокое содержание паратгормона, триглицеридов, холестерина, при этом концентрация соматотропного гормона, напротив, самая низкая. Для

астеников характерно высокое содержание циклического гуанозинмонофосфата [8, 16].

В детском возрасте в генезе моторных и секреторных нарушений большое значение придается морфофункциональной незрелости ВНС и поражению центральной нервной системы (ЦНС) [7, 19, 20]. Следует отметить, что 3 основным соматотипам соответствуют 3 варианта психической конституции человека, определяющие тип реагирования на болезнь [5, 15, 19]:

- 1) эндоморфу (гиперстенику) соответствуют расслабленность в осанке и движениях, замедленные реакции, социализация пищевой потребности, социофилия;
- 2) мезоморфу (нормостенику) соответствуют уверенность в осанке и движениях, любовь к физическим нагрузкам и приключениям, энергичность, потребность в движениях;
- 3) эктоморфу (астенику) соответствуют сдержанность манер и движений, чрезмерная физиологическая активность, тревожность, склонность к умственному напряжению, скрытность чувств, эмоциональная сдержанность.

Целями проведенного исследования явились изучение особенностей течения ХГД у детей в зависимости от типа конституции, а также оценка клинико-морфологических особенностей ХГД у детей с различными типами конституции и их влияние на течение и прогноз заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проведено у 90 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу ХГД в детском терапевтическом отделении ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина» с сентября 2018 г. по январь 2019 г. Все родители/опекуны, являющиеся официальными представителями пациентов, подписывали информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Оценивали возрастной, гендерный состав, а также особенности течения заболевания в зависимости

от типа конституции. Распределение по конституциональным группам осуществлялось на основании индекса Пинье, вычисляемого по формуле: $L - (P + T)$, где L – длина тела, см, P – масса тела, г, T – окружность грудной клетки, см.

Всем детям проводили объективное обследование, а также комплекс лабораторно-инструментальных методов, включая дыхательный тест на *Нр* при поступлении (исследование проводилось с помощью индикатора компьютеризированного ХЕЛИК®-аппарата), а также контрольное исследование через 1,5 мес после проведения терапии.

Дети были разделены на возрастные группы в соответствии с классификацией Н.П. Гундобина в модификации профессора В.М. Смирнова: дошкольный период (3–7 лет), младший школьный период (7–11 лет), старший школьный период (11–17–18 лет).

Оценка данных осуществлялась на базе пакета анализа Microsoft Excel 7.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованы пациенты в возрасте от 4 до 17 лет (рис. 1), средний возраст – $11,64 \pm 3,2$ года (девочки составили 59% обследованных, мальчики – 41%). Возраст большинства детей, страдающих ХГД, относился к старшему школьному: 11 (12,2%) – 13 лет и 16 (17,7%) – 15 лет.

Конституциональное распределение подтвердило данные о склонности детей с астенией к развитию заболеваний ЖКТ: в эту группу вошли 49 пациентов из 90 обследованных, что составило 54,4% (рис. 2).

Основным триггером ухудшения состояния у обследованных детей были погрешности в питании – у 60 (66,7%) пациентов, у 20 (22,2%) обследованных провокатором выступали стрессовые факторы. В структуре жалоб преобладали такие симптомы, как боли в эпигастрии и околопупочной области в сочетании с тошнотой, рвотой, снижением аппетита. Пальпаторно болевой синдром локализовался преимущественно в эпигастральной и околопупочной области (табл. 1).

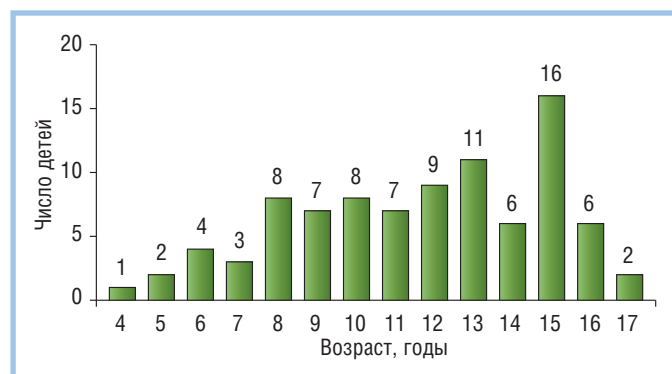


Рис. 1. Распределение пациентов с ХГД по возрасту

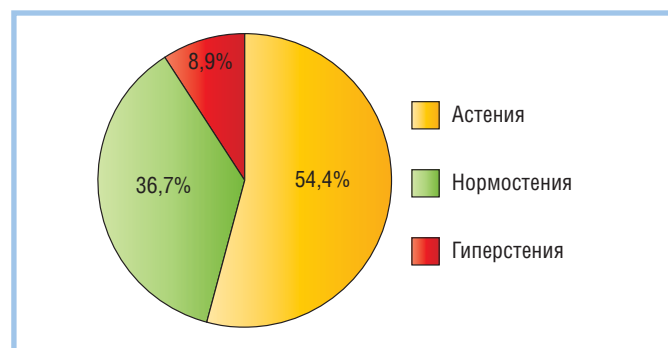


Рис. 2. Распределение детей с ХГД в зависимости от типа конституции, %

«Золотым стандартом» диагностики ХГД по-прежнему является ФГДС (выполнялась гастроскопом Olympus GIF P30), при проведении которой у большинства пациентов (75,6%) был диагностирован поверхностный гастродуоденит (табл. 2). Для диагностики и терапии сопутствующих заболеваний ЖКТ выполнялось УЗИ органов брюшной полости.

Таблица 1

Результаты физикального обследования детей с *Hp*-ассоцированным ХГД с учетом типа конституции; n (%)

Жалобы	Астения (n=49)	Нормостения (n=33)	Гиперстения (n=8)
<i>Субъективное ощущение локализации боли</i>			
Боли в эпигастрии	26 (28,9)	21 (23,3)	5 (5,6)
Боли в околопупочной области	17 (18,8)	19 (21,1)	3 (3,3)
Боли без четкой локализации	11 (12,2)	3 (3,3)	2 (2,2)
Без болевого синдрома	4 (4,4)	1 (1,1)	0
Прочая локализация	9 (10)	2 (2,2)	2 (2,2)
<i>Диспептические явления</i>			
Тошнота	33 (36,7)	19 (21,1)	10 (11,1)
Изжога	7 (7,8)	2 (2,2)	3 (3,3)
Отрыжка	3 (3,3)	1 (1,1)	0
Рвота	23 (25,6)	13 (14,4)	8 (8,9)
Снижение аппетита	15 (16,7)	6 (6,6)	8 (8,9)
Нет проявлений	29 (32,2)	19 (21,1)	8 (8,9)
<i>Локализация болевого синдрома при пальпации</i>			
Эпигастральная и околопупочная области	65 (72,2)	35 (38,9)	23 (25,6)
Все отделы	9 (10)	5 (5,6)	4 (4,4)
Другие отделы	22 (24,4)	7 (7,8)	10 (11,1)
Нет болезненности	9 (10)	6 (6,7)	2 (2,2)

Таблица 2

Эндоскопическая картина *Hp*-ассоцированного ХГД у обследованных; n (%)

Изменения	Астения (n=49)	Нормостения (n=33)	Гиперстения (n=8)
ХГД:			
поверхностный	42 (46,7)	19 (21,1)	7 (7,8)
гипертрофический	3 (3,3)	7 (7,8)	0
эрозивный	4 (4,4)	8 (8,9)	1 (1,1)
Дуоденогастральный рефлюкс	9 (10)	4 (4,4)	0
Гастрозофагеальный рефлюкс	10 (11,1)	1 (1,1)	3 (3,3)
Эзофагит	6 (6,7)	1 (1,1)	0
Недостаточность кардии	3 (3,3)	0	0

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. Средний возраст детей, страдающих ХГД, составляет $11,64 \pm 3,2$ года, при этом девочки болеют чаще мальчиков (соответственно 59 и 41%).
2. Среди пациентов с *Hp*-ассоциированным ХГД преобладают дети с астенией (54,4%).
3. Боли в эпигастральной области наиболее часто встречались у детей с астенией (28,9%), реже – при нормостении (23,3%) и гиперстении (5,6%).
4. В стадии обострения *Hp*-ассоциированного ХГД жалобы на тошноту у детей с астенией встречались в 1,7 раза чаще, чем при нормостении (соответственно 36,7 и 21,1%) и в 3,3 раза чаще, чем при гиперстении (34,9%). Рвота также была более выраженной при астении (25,6%), чем нормостении (14,4%) и гиперстенией (8,9%).
5. Болезненность при пальпации в эпигастральной и околопупочной областях в стадии обострения *Hp*-ассоциированного ХГД встречалась чаще у детей-астеников (72,2%), чем при нормостении (соответственно 25,6 и 38,9%).
6. В стадии обострения *Hp*-ассоциированного ХГД, по результатам эндоскопического исследования, гастроэзофагеальный рефлюкс у детей с астенией встречался в 3 раза чаще, чем при гиперстении (соответственно 11,1 и 3,3%), и почти в 10 раз чаще, чем при нормостении (1,1%). Дуоденогастральный рефлюкс у детей с астенией выявлялся более чем в 2 раза чаще, чем при нормостении (10 и 4,4%) и не встречался при гиперстении. Недостаточность кардии отмечалась только у детей с астенией (3,3%), что свидетельствует о большей подверженности таких детей функциональным нарушениям эзофагогастральной зоны.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Литература/Reference

1. Шорова Т.В. Конституция человека и хронические заболевания внутренних органов / М.: Издательство Московского университета, 1989; с. 109–25. [Shorova T.V. Konstitutsiya cheloveka i khronicheskie zabolevaniya vnutrennikh organov / M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1989; s. 109–25 (in Russ.).]
2. Юхименко Ж.В. Конституциональные особенности течения заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта и их профилактика у детей 5–9 лет. Дис. ... канд. мед. Наук. Иваново, 2010; 187 с. [Yukhimenko Zh.V. Konstitutsional'nye osobennosti techeniya zabolevaniy verkhnikh otdelov pishchevaritel'nogo trakta i ikh profilaktika u detei 5–9 let. Dis. ... kand. med. nauk. Ivanovo, 2010; 187 s. (in Russ.).]
3. Ковешников В.Г. Медицинская антропология / Киев: Здоровья, 1992; 200 с. [Koveshnikov V.G. Meditsinskaya antropologiya / Kiev: Zdorov'ya, 1992; 200 s. (in Russ.).]
4. Николаев В.Г. Изменчивость морфофункционального статуса человека в отечественной биомедицинской антропологии (сообщение 1) // Сибирское медицинское обозрение. – 2008; 3: 49–53 [Nikolaev V.G. Izmenchivost' morfofunktsional'nogo statusa cheloveka v otechestvennoi biomeditsinskoi antropologii (soobshchenie 1) // Sibirskoe meditsinskoe obozrenie. – 2008; 3: 49–53 (in Russ.).]

5. Балко О.А., Сапожников В.Г. О зависимости течения хронического гастроудоденита у детей от типа конституции // Вестник Смоленской Государственной медицинской академии. – 2018; 17 (4): 125–30 [Balko O.A., Sapozhnikov V.G. On dependence of the course of chronic gastroduodenitis on the somatotype in children // Vestnik Smolenskoi Gosudarstvennoi meditsinskoi akademii. – 2018; 17 (4): 125–30 (in Russ.).]

6. Кильдиярова Р.Р., Берестова Ю.В., Русанова Н.П. Факторы риска развития хронических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей. Сб. мат-лов 5-го Конгресса педиатров России / М., 1999; с. 200 [Kil'diyarova R.R., Berestova Yu.V., Rusanova N.P. Faktory riska razvitiya khronicheskikh zabolevanii verkhnikh otdelov pishchevaritel'nogo trakta u detei. Sb. mat-lov 5-go Kongressa pediatrov Rossii / M., 1999; s. 200 (in Russ.).]

7. Жданова Л.А. Системная деятельность организма ребенка при адаптации к школьному обучению. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1990; 41 с. [Zhdanova L.A. Sistemnaya deyatel'nost' organizma rebenka pri adaptatsii k shkol'nomu obucheniyu. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 1990; 41 s. (in Russ.).]

8. Лунева Е.В. Особенности питания и некоторые показатели обмена белков и жиров у студентов разных типов телосложения. Автореф. дис. ... канд. биол. наук. Челябинск, 2007; 22 с. [Luneva E.V. Osobennosti pitaniya i nekotorye pokazateli obmena belkov i zhиров u studentov raznykh tipov teloslozheniya. Avtoref. dis. ... kand. biol. nauk. Chelyabinsk, 2007; 22 s. (in Russ.).]

9. Сапожников В.Г. Эхография желудка и двенадцатиперстной кишки у детей (обзор литературы, краткий) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2013; 1: 169 [Sapozhnikov V.G. Echography of the stomach and duodenum at children (review of the literature, short) // Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii. Elektronnoe izdanie. – 2013; 1: 169 (in Russ.).]

10. Максименков А.Н. Хирургическая анатомия живота / М.: Рипол Классик, 1998; 688 с. [Maksimenzov A.N. Khirurgicheskaya anatomiya zhivota / M.: Ripol Klassik, 1998; 688 s. (in Russ.).]

11. Чередников Е.Ф., Малеев Ю.В., Черных А.В. и др. Современные взгляды на диагностику, лечение и профилактику разрывно-геморрагического синдрома (синдрома Меллори–Вейсса) // Вестник новых медицинских технологий. – 2016; 4: 161–72 [Cherednikov E.F., Maleev Yu.V., Chernykh A.V. et al. Modern views on diagnosis, treatment and prevention discontinuous-hemorrhagic syndrome (syndrome Mallory-Weiss) // Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii. – 2016; 4: 161–72 (in Russ.).]

12. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонов Л.А. и др. Проблемы и перспективы современной детской гастроэнтерологии // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2016; 6 (95): 10–8 [Zaprudnov A.M., Grigor'ev K.I., Kharitonova L.A. et al. Problems and perspectives of modern pediatric gastroenterology // Pediatriya. Zhurnal im. G.N.Speranskogo. – 2016; 6 (95): 10–8 (in Russ.).]

13. Янушевич О.О., Маев И.В., Самсонов А.А. и др. Дыхательные тесты в диагностике *Helicobacter pylori* // Здоровье и образование в XXI веке. – 2013; 1–4: 253–8 [Yanushevich O.O., Maev I.V., Samsonov A.A. et al. Breathe tests in the diagnosis of *Helicobacter pylori* // Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. – 2013; 1–4: 253–8 (in Russ.).]

14. Исаева Г.Ш. Проблемы совершенствования диагностики *Helicobacter pylori* инфекции // Казанский мед. журн. – 2011; 2: 257–61 [Isaeva G.Sh. Problems and perspectives of diagnosis *Helicobacter pylori* infection // Kazanskiy med. zhurn. – 2011; 2: 257–61 (in Russ.).]

15. Шамсутдинова Р.А., Чепурных А.Я., Савиных Е.А. и др. Инфицирование *Helicobacter pylori*: методы диагностики // Вятский медицинский вестник. – 2012; 4: 61–8 [Shamsutdinova R.A., Chepurnykh A.Ya., Savinykh E.A. et al. *Helicobacter pylori* infection: methods of dignosis // Vyatskii meditsinskii vestnik. – 2012; 4: 61–8 (in Russ.).]

16. Горбунов Н.С., Цуканов В.В., Токарев А.В. Конституциональные особенности взаимодействия *Helicobacter pylori* и организма человека // Сибирское медицинское обозрение. – 2002; 4: 21–6 [Gorbunov N.S., Tsukanov V.V., Tokarev A.V. Konstitutsional'nye osobennosti vzaimodeistviya *Helicobacter pylori* i organizma cheloveka // Sibirskoe meditsinskoe obozrenie. – 2002; 4: 21–6 (in Russ.).]

17. Григорович М.А. Секреторная функция и морфологические особенности слизистой оболочки желудка у людей разных типов телосложения. Автореф. дис. ... канд. биол. наук. Челябинск, 2003; 23 с. [Grigorovich M.A. Sekretornaya funktsiya i morfologicheskie osobennosti slizистой obolochki zheludka u lyudei raznykh tipov teloslozheniya. Avtoref. dis. ... kand. biol. nauk. Chelyabinsk, 2003; 23 s. (in Russ.).]

18. Шишко В.И., Петрулевич Ю.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: анатомо-физиологические особенности пищевода, факторы риска и механизмы развития (обзор литературы, часть 1) // Журнал ГрГМУ. – 2015; 1 (49): 19–25 [Shyshko V.I., Petrulovich Yu.Ya. Gastroesophageal reflux disease: anatomy and physiology of esophagus, risk factors and mechanisms of development (literature review, part 1) // Zhurnal GrGMU. – 2015; 1 (49): 19–25 (in Russ.).]

19. Григорович О.А. Индивидуально-типологические особенности желудочной и панкреатической секреции // Вестник СамГУ. – 1999; 4: 143–50 [Grigorovich O.A. Individual'no-tipologicheskie osobennosti zheludochnoy i pankreaticheskoi sekretsii // Vestnik SamGU. – 1999; 4: 143–50 (in Russ.).]

20. Домбаян С.Х., Панова И.В. Особенности изменения уровня нейронспецифической енолазы у детей I–II группы здоровья в зависимости от показателей физического развития и пола // Врач-аспирант. – 2016; 2.2 (75): 273–8 [Dombayan S.H., Panova I.V. Special aspects of change of neural-specific enolase among children with I–II health group depending on somatic growth indices and gender // Vrach-aspirant. – 2016; 2.2 (75): 273–8 (in Russ.).]

SPECIFIC FEATURES OF THE COURSE OF HELICOBACTER PYLORI-ASSOCIATED CHRONIC GASTRODUODENITIS IN CHILDREN ACCORDING TO THE SOMATOTYPE

Professor V. Sapozhnikov, MD; O. Balko
Tula State University

Some clinical features of the disease were studied according to the somatotype, in the investigation including 90 children who were treated in a hospital for chronic gastroduodenitis. Children with asthenia were noted to be prone to esophagogastric diseases to a greater extent than normostenic and hypersthenic individuals.

Key words: gastroenterology, somatotypes, chronic gastroduodenitis, *Helicobacter pylori*, endoscopic ultrasonography, fibrogastroduodenoscopy.

For citation: Sapozhnikov V., Balko O. Specific features of the course of *Helicobacter pylori*-associated chronic gastroduodenitis in children according to the somatotype // Vrach. – 2019; 30 (8): 9–13. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-08-02>