

© Коллектив авторов, 2025
УДК 616-091
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20057>
ISSN – 2073-8137

Палеопатологическое исследование скелета из Аловской I курганный группы

О. А. Калмина, Д. С. Иконников, О. В. Калмин, О. О. Илюнина

Пензенский государственный университет, Российская Федерация

Paleopathological study of the skeleton from the Alovskaya I burial barrow group

Kalmina O. A., Ikonnikov D. S., Kalmin O. V., Ilyunina O. O.

Penza State University, Russian Federation

Изложены результаты палеопатологического исследования скелета человека из погребения под курганом № 1 Аловской I курганный группы бронзового века. Археологический памятник находится на территории Республики Мордовии и относится к срубной археологической культуре. Антропологические материалы из погребения были представлены неполным скелетом человека со следами множественных патологических изменений. Кости были исследованы в соответствии со стандартной краниометрической и остеометрической методикой Р. Мартина в адаптации В. П. Алексеева и Г. Ф. Дебеца. Исследование костей методом конусно-лучевой компьютерной томографии было проведено на аппарате VATECH PAX 1 3D с программным обеспечением Ez3D-i64. Визуализация результатов томографирования осуществлялась с помощью программы GALILEOS Viewer. Кости из погребения принадлежали мужчине 20–30 лет. Длина тела индивида составляла приблизительно 175,9 см. На скелете обнаружены: синостоз левого крестцово-подвздошного сустава, следы воспалительного процесса в области таза, проявления остеоартроза обоих коленных и левого голеностопного суставов. Не ранее чем за год до наступления смерти индивиду была сделана операция по удалению левого нижнего третьего моляра с резекцией язычной стенки зубной альвеолы.

Ключевые слова: Аловская I курганный группа, палеопатология, хирургическое вмешательство, остеоартроз, болезнь Бехтерева

This article presents the results of the study of the human skeleton from the burial under barrow No 1 of the Alovskaya I barrow group of the Bronze Age. The archaeological site is located on the territory of the Republic of Mordovia and belongs to the Srubnaya archaeological culture. Anthropological materials from the burial were represented by an incomplete human skeleton with traces of multiple pathological changes. The bones were studied in accordance with the standard craniometric and osteometric method of R. Martin as adapted by V. P. Alekseev and G. F. Debets. The research of bone using the cone beam computed tomography method was performed on a VATECH PAX 1 3D device with Ez3D-i64 software. The tomography results were visualized using the GALILEOS Viewer program. The bones from the burial belonged to the man aged 20–30 years old. The individual's body length was approximately 175.9 cm. The synostosis of the left sacroiliac joint, the traces of an inflammatory process in the pelvic area and osteoarthritis of both hip joints, knee joints and one ankle joint were found at the skeleton. No earlier than one year before the onset of death, the individual underwent surgery to remove the left lower third molar with resection of the lingual wall of the dental alveolus.

Keywords: Alovskaya I burial barrow group, paleopathology, surgical intervention, osteoarthritis, Bechterev's disease

Для цитирования: Калмина О. А., Иконников Д. С., Калмин О. В., Илюнина О. О. Палеопатологическое исследование скелета из Аловской I курганный группы. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2025;20(3):260-266. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20057>

For citation: Kalmina O. A., Ikonnikov D. S., Kalmin O. V., Ilyunina O. O. Paleopathological study of the skeleton from the Alovskaya I burial barrow group. *Medical News of North Caucasus*. 2025;20(3):260-266. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20057> (In Russ.)

Палеопатология позволяет проследить развитие многих заболеваний на поздних стадиях развития в условиях минимальной медицинской помощи. При работе с живыми пациентами получение такой информации невозможно. Благодаря палеопатологическим исследованиям можно получить дополнительные сведения о факторах, влияющих на течение некоторых заболева-

ний, что весьма важно при организации их профилактики.

В данной работе охарактеризованы множественные патологические изменения на скелете индивида, жившего в бронзовом веке. Постоянное место хранения антропологических материалов – фонды Мордовского республиканского объединённого краеведческого музея им. И. Д. Воронина. Авторы выражают

благодарность администрации и сотрудникам музея за возможность работы с их материалами.

Исследуемый скелет был обнаружен в единственном погребении под курганом № 1 Аловской I курганной группы (Атяшевский район Республики Мордовия) в Среднем Посурье. В 1981 году археологический памятник был исследован экспедицией под руководством В. Н. Шитова [1]. Антропологические материалы располагались в погребении не в анатомическом порядке, на разной глубине. Предположительно, такая разрозненность была результатом деятельности грызунов. О том, что антропологические материалы представляли собой элементы одного скелета, говорит то, что: 1) среди антропологических материалов не было выявлено «сверхкомплектных» костей; 2) все кости имели сходные цвет и степень сохранности и явно принадлежали индивиду, отличавшемуся сравнительно высоким ростом; 3) на многих костях прослеживались следы патологий, некоторые из которых имели комплексный характер.

В заполнении погребальной ямы были также найдены фрагменты двух керамических сосудов и шесть ребер лошади (предположительно, остатки заупокойной пищи) [2]. Памятник относился к срубной археологической культуре. Захоронение под центральной частью курганной насыпи говорило о сравнительно высоком социальном статусе погребённого. Наиболее вероятная датировка памятника – XVII–XVI вв. до н. э. [2]. Основой хозяйства срубной культуры принято считать придомное пойменное животноводство при вспомогательной роли охоты и рыболовства. Земледелие возникало только локально [3] и на северной периферии культуры едва ли могло играть существенную роль.

Цель исследования состояла в изучении следов патологических процессов на костях индивида, жившего в бронзовом веке в лесостепной полосе Восточной Европы.

Материал и методы.

Антропологические материалы представлены нижней челюстью и костями скелета туловища и нижних конечностей. *Нижняя челюсть* сохранилась практически полностью, за исключением посмертной утраты некоторых зубов. На *крестце* разрушены верхушка, левое крыло и левая латеральная часть, справа утрачена нижняя половина латеральной части. На *правой тазовой кости* посмертно разрушены нижняя ветвь и большая часть верхней ветви лобковой кости, повреждена внутренняя поверхность верхней и нижней задних подвздошной остей. На *левой тазовой кости* разрушены лобковая кость и большая часть ветви седалищной кости. *Правая бедренная кость* и *левая большеберцовая*

кость сохранились практически полностью, за исключением небольших повреждений.

Измерение костей осуществлялось в соответствии с общепринятой методикой Р. Мартина [4], адаптированной и уточнённой Г. Ф. Дебецем и В. П. Алексеевым [5, 6]. Исследование патологических изменений осуществлялось визуально и методом конусно-лучевой томографии (на аппарате VATECH PAX 1 3D с программным обеспечением Ez3D-i64). Визуализация результатов томографирования осуществлялась с помощью программы GALILEOS Viewer.

Результаты и обсуждение. Под курганом № 1 был захоронен мужчина в возрасте от 20 до 30 лет, отличавшийся высоким ростом – около 175,9 см (для определения прижизненной длины тела использовались способы А. Телькя, С. Дюпертюи и Д. Хэддена, М. Троттер и Г. Глезер и Д. Лорке, Х. Мюнцнера и Е. Вальтера, дающие наиболее адекватные результаты при исследовании серий с относительно высоким средним ростом [6]).

Нижняя челюсть имела сравнительно крупные размеры. Жевательная бугристость в области угла справа была выражена сильнее, чем слева. Левая ветвь была ориентирована более вертикально. Очевидно, слева жевательная нагрузка была снижена. На нижней челюсти наблюдались следы прижизненного хирургического удаления левого третьего моляра. Наружная стенка его альвеолы имела сглаженную внутреннюю поверхность с большим количеством питательных отверстий (рис. 1а, 1б). Внутренняя стенка альвеолы была резецирована. В дистальной части линии резекции край ровный, мезиально имелись следы выламывания кнутри. Зуб был удалён не позднее чем за полгода-год до смерти. Следов остеоми-

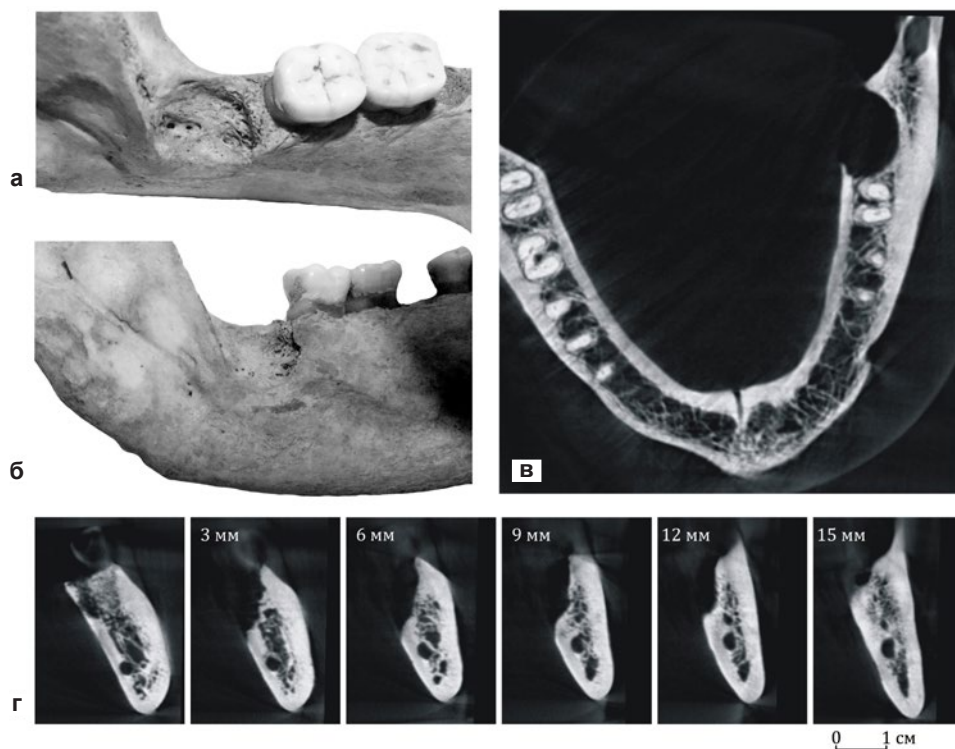


Рис. 1. След прижизненного удаления третьего левого моляра нижней челюсти с резекцией язычной стенки зубной альвеолы: а – вид сверху; б – вид справа; в – распил тела нижней челюсти на конусно-лучевой томограмме в горизонтальной плоскости на 6 мм ниже верхнего края альвеолы удалённого зуба; г – серия распилов на конусно-лучевой томограмме нижней челюсти в районе удалённого моляра (распили осуществлены перпендикулярно оси тела с шагом 3 мм, начиная от межальвеолярной перегородки второго и третьего моляров)

елита на томограмме не обнаружено (рис. 1в, 1г), но на внутренней поверхности тела нижней челюсти близки угла имела шероховатость костной ткани, свидетельствующая о воспалительном процессе в области дна полости рта. Операция имела благоприятный исход. Края удалённой стенки полностью зажили.

Крестец был образован пятью полностью сросшимися крестцовыми позвонками. Сагиттальный изгиб крестца был сильно выражен. Заметные костные разрастания наблюдались по боковым краям верхней поверхности тела I крестцового позвонка и по краям суставных поверхностей суставных отростков крестца. Суставная поверхность левого суставного отростка отличалась характерной шероховатостью. Срединный крестцовый гребень был прижизненно деформирован (рис. 2а). На уровне I–II крестцовых позвонков его бугорки слились воедино. Дорсальный край образования ровный, с краевыми трансверзальными разрастаниями, из-за которых сечение гребня имело Т-образную форму. На уровне III крестцового позвонка срединный гребень не прослеживался. На уровне IV крестцового позвонка бугорок срединного крестцового гребня был смещён вправо и приплюснут. Крестцовая щель была сравнительно глубокой на уровне IV–V крестцовых позвонков. Рога крестца имели уплощённую форму. При жизни был полностью синостозирован левый крестцово-подвздошный сустав (рис. 2б, 2в). Начало подобного процесса прослеживалось и справа. Наблюдалась повышенная порозность губчатого вещества крестца. Исследование кости методом конусно-лучевой томографии не проводилось из-за посмертных разрушений.

Тазовые кости имели крупные размеры. Справа и слева была сильно выражена подвздошная бугристость, места прикрепления мышц в области подвздошного гребня и подвздошного бугорка и край правой ушковидной поверхности подчеркнуты, что говорило о сильном развитии мышц брюшного пресса. Была хорошо заметна задняя ягодичная линия. Верхняя и передняя ягодичные линии выражены умереннее. Подчеркнуты также место прикрепления прямой мышцы живота и бугристость седалищного бугра, особенно в области начала полуперепончатой мышцы и двуглавой мышцы бедра. Значительные физические нагрузки, которые испытывал индивид, вероятнее всего, были связаны с выпрямлением тела или поддержанием его в выпрямленном положении.

На поверхности правой и левой подвздошных костей наблюдались участки с сильно выраженной порозностью в виде многочисленных дополнительных питательных отверстий, некоторые из которых достигали очень большой величины. На наружной поверхности правой кости порозность сильнее всего была выражена

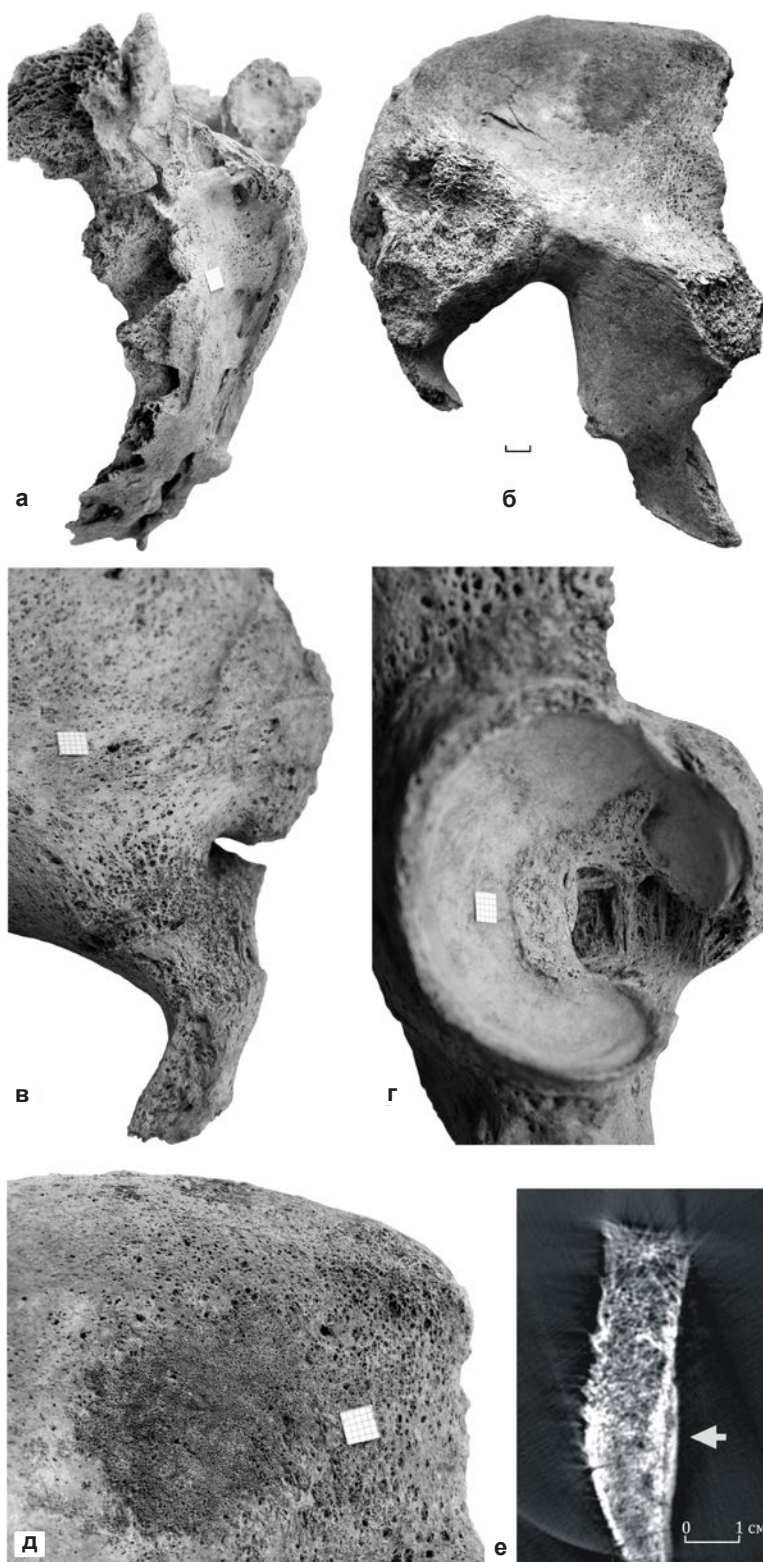


Рис. 2. Следы патологических изменений на крестце и тазовых костях: а – дорсальная поверхность крестца, срединный крестцовый гребень: вид слева и сзади; б – внутренняя поверхность левой тазовой кости и фрагмент крестца с синостозированным крестцово-подвздошным суставом; в – наружная поверхность задней части крыла левой подвздошной кости с фрагментом крестца: выраженная порозность; г – правая вертлужная впадина: грубая трабекулярная структура вертлужной вырезки; д – внутренняя поверхность подвздошной ямки левой тазовой кости: участок «моховидного» гиперостоза как след оссифицирующего периостита; е – распил крыла левой подвздошной кости в вертикальной плоскости перпендикулярно оси крыла на томограмме (стрелкой показан «моховидный» гиперостоз)

на теле подвздошной кости, поверхности передней нижней подвздошной ости, книзу от наружной губы подвздошного гребня и на задней части крыла, а на внутренней поверхности – кпереди от ушковидной поверхности. На левой тазовой кости выраженная порозность установлена практически на всей поверхности крыла подвздошной кости.

На поверхности подвздошной ямки справа и, особенно, слева наблюдались очаговые зоны нежных остеофитов в виде «моховидных» разрастаний компактного слоя кости (рис. 2б, 2д). На правой кости разрастания прослеживались кпереди от ушковидной поверхности, в зоне прикрепления передних крестцово-подвздошных связок. На левой тазовой кости «моховидные» разрастания отличались мелкоячеистым строением и образовывали компактный очаг овальной формы размерами 45×35 мм кзади от передней верхней подвздошной ости. На томограмме фрагмента левой подвздошной кости (рис. 2е) видно, что строение компактного слоя практически не нарушено. Над компактой прослеживался уча-

сток оссифицированной ткани толщиной около 2,0–2,8 мм, поверхностные слои которого по плотности были сопоставимы с компактой, а более глубокие – имели сравнительно разреженную структуру. Вертлужные впадины обеих костей имели заметные напластования костной ткани в области вертлужной ямки и дефекты в области вертлужных вырезок с участками грубой трабекулярной структуры (рис. 2г).

Правая бедренная кость характеризовалась грибовидной формой головки с подчеркнутым краем суставной поверхности и с костными разрастаниями сзади (рис. 3а). Ямка головки бедра отсутствовала. В месте прикрепления связки головки бедра имелись напластования костной ткани. На задней поверхности головки бедра обнаружен участок 18×15 мм неправильной округлой формы со сглаженной поверхностью и умеренной порозностью, пересеченный зоной посмертного разрушения. Наблюдалось большое число питательных отверстий в месте прикрепления капсулы тазобедренного сустава.

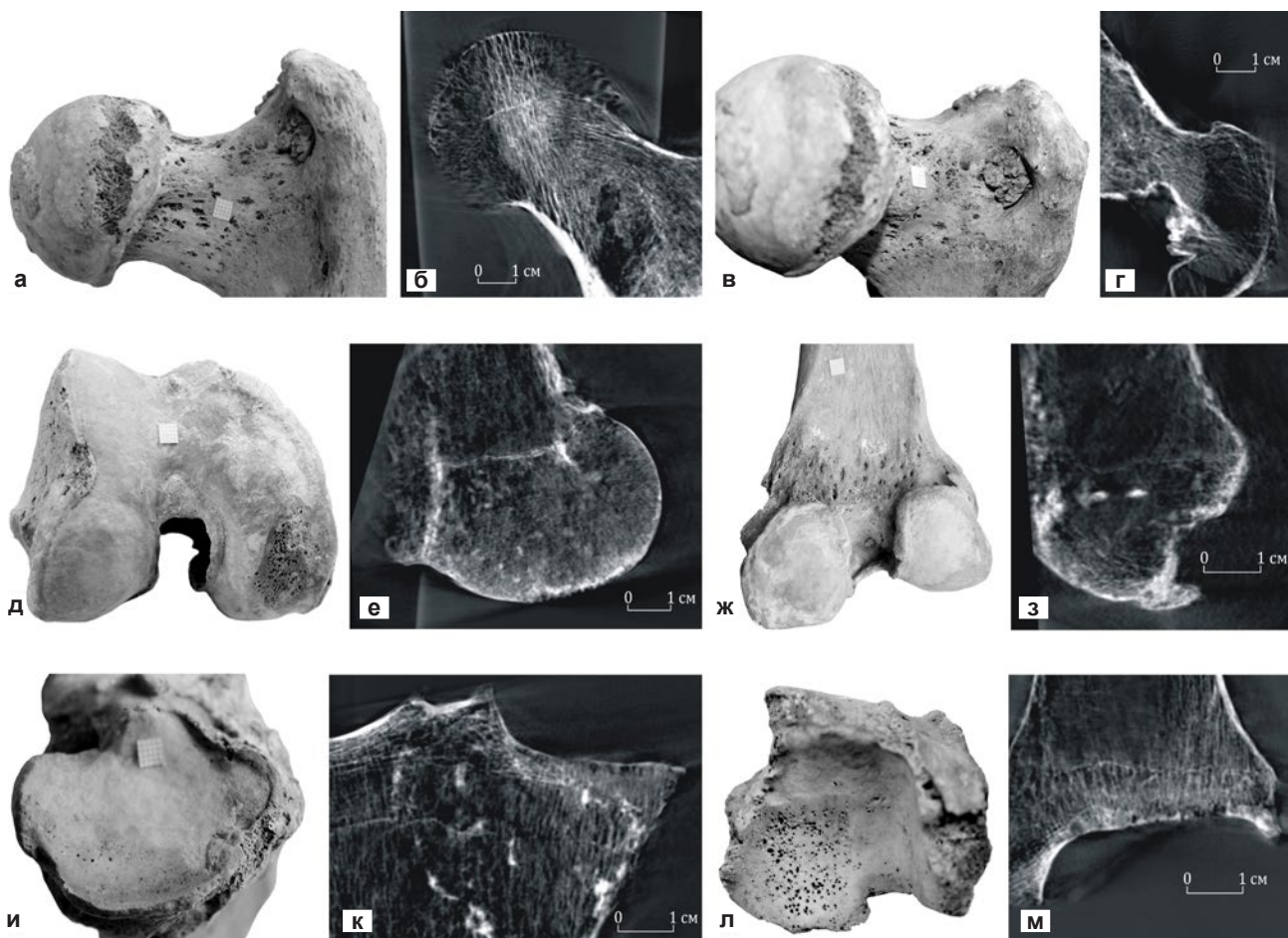


Рис. 3. Следы патологических изменений на костях нижних конечностей:

а – проксимальный эпифиз правой бедренной кости: вид сзади; б – распил шейки и головки правой бедренной кости в вертикальной плоскости параллельно оси шейки на томограмме; в – вертлужная ямка правой бедренной кости: костные разрастания в месте прикрепления грушевидной мышцы; г – распил большого вертела в горизонтальной плоскости на уровне середины вертлужной ямки на томограмме; д – поверхность мыщелков правой бедренной кости со следами деформирующего артроза (остеоартрита); е – распил медиального мыщелка правой бедренной кости в вертикальной плоскости, делящей мыщелок пополам на томограмме; ж – подколенная поверхность правой бедренной кости: разрастание костной ткани по краям мыщелков как проявление деформирующего остеоартроза (остеоартрита); з – сагиттальный распил дистальной части правой бедренной кости через середину межмыщелковой ямки; и – костный шлиф на поверхности медиального мыщелка левой большеберцовой кости как проявление деформирующего остеоартроза (остеоартрита); к – трансверсальный распил проксимального эпифиза левой большеберцовой кости на уровне середины мыщелка на томограмме; л – костный шлиф на таранной поверхности левой большеберцовой кости как проявление деформирующего остеоартроза (остеоартрита); м – распил дистального эпифиза левой большеберцовой кости в плоскости, делящей эпифиз пополам на томограмме

На продольном распиле шейки и головки, кроме пучка спонгиозных пластинок, веерообразно расходящегося от внутреннего кортикального слоя диафиза к верхней части головки (рис. 3б), был также замечен пучок, идущий от медиального кортикального слоя к головке. Развитые формы последнего образования, как правило, сочетаются с выраженной ягодичной бугристостью и наличием третьего вертела [7], тогда как у исследуемого индивида третий вертел не был сформирован. Для человека из Аловской I курганный группы были характерны значительное развитие большой, средней и малой ягодичных мышц. В области вертельной ямки, в месте прикрепления наружной запирательной мышцы, было видно шиповатое разрастание костной ткани (рис. 3в) с плотной структурой поверхностных слоёв 1,25–2,80 мм, глубже которых находилась губчатая кость. На распиле большого вертела наблюдался пучок спонгиозных пластинок, начинавшийся от шиповидного разрастания и направленный к компактному слою латеральной стенки большого вертела (рис. 3г). Очевидно, образование указывало на большое физическое напряжение в процессе супинации бедра.

На медиальном мыщелке прослеживался участок (25×15 мм) стирания суставной поверхности с полированной площадкой компакты и обнажением губчатого слоя овальной формы (рис. 3д), свидетельствовавший о разрушении суставного хряща и медиального мениска и формировании тяжелого остеоартроза коленного сустава. На распиле мыщелка отмечено разрушение компактного слоя и уплотнение кости глубже участка разрушения (рис. 3е). Хорошо заметна была также частично окостеневшая задняя крестцовая связка (рис. 3ж, 3з).

На *левой большеберцовой кости* были выражены участки прикрепления полуперепончатой и камбаловидной мышц, подчеркнут рельеф суставных поверхностей и мест прикрепления капсулы коленного сустава. На поверхности медиального мыщелка прослеживался участок (45×25 мм) полированной поверхности неправильной формы вогнутого характера, вытянутый в переднезаднем направлении, со следами полосовидного истирания (рис. 3и). На томограмме видно, что здесь наблюдалось локальное истончение компактного слоя (рис. 3к) местами до 0,4 мм (на неповреждённых участках – 0,7–0,8 мм).

Передние две трети нижней суставной поверхности и передние две трети суставной поверхности медиальной лодыжки занимал участок с полированной поверхностью с полосовидными следами воздействия (рис. 3л). Участок наиболее глубокой «сточенности», с обнажением губчатого слоя, локализовался рядом с малоберцовой вырезкой. На томограмме в этом месте наблюдалось практически полное исчезновение компактного слоя (рис. 3м). На других участках «сточенности» он был истончён.

Таким образом, у индивида с большой долей вероятности имело место проблемное прорезывание третьего левого моляра нижней челюсти, что привело к необходимости хирургического удаления зуба не ранее чем за год до наступления смерти. Практика удаления зубов (с ритуальными и медицинскими целями) имеет большую древность [8, 9]. Однако случаи удаления третьих моляров (в силу их труднодоступности) на палеоантропологических материалах встречаются крайне редко. В отечественной научной литературе имеется описание двух слу-

чаев такой операции на нижней челюсти: на черепе мужчины из краниологической серии XV–XVI вв. из крепости Пукара-де-Тилкара на территории современной Аргентины [10] и на черепе женщины из погребения № 142 позднемезолитического могильника онежской культуры на Южном Оленьем острове [11]. Обращает на себя внимание почти детальное совпадение хирургической техники удаления зуба у индивидов из Оленеостровского могильника и Аловской I курганный группы. Большая часть различий связана со степенью заживления: по оценке специалистов первый прожил после операции около двух месяцев [11], второй – не менее полугода.

По особенностям рельефа и следам патологий на костях нижних конечностей можно судить о характере жизнедеятельности индивида. Сравнительно сильное развитие большой ягодичной мышцы и приводящих мышц бедра считается одним из маркеров верховой езды, хотя «комплекс всадника» включает и другие признаки [12, 13]. В свете предположения, что индивид ездил верхом, большой интерес представляет форма крестца с деформированным срединным крестцовым гребнем, сильно изогнутым сагиттально.

Обнаруженный синостоз левого крестцово-подвздошного сустава свидетельствует о раннем начале воспалительного процесса, распространившегося в дальнейшем на крупные суставы нижних конечностей с развитием остеоартроза обоих тазобедренных суставов, обоих коленных и как минимум левого голеностопного сустава.

Случаи деформации суставной поверхности костей нижней конечности в виде «полированной сточенности» как признака тяжелого остеоартроза наблюдались на палеоантропологических материалах различных исторических эпох. Чаще всего патология формировалась на суставных поверхностях костей, образующих коленный сустав, и прослеживалась только с одной стороны. Её формирование, как правило, было связано с хромотой на одну ногу [14–16]. На скелете из Аловской I курганный группы наблюдается с двух сторон. Подобная патология коленного сустава была также обнаружена у индивида, погребённого в соседней курганный группе, также оставленной носителями срубной археологической культуры [17]. Это указывает на то, что остеоартроз был нередким явлением у срубников Среднего Посурья.

Следы патологических изменений в области таза, вероятнее всего, представляя собой результат длительного хронического воспалительного процесса, вовлекшего подвздошные мышцы с очевидно первичным левосторонним сакроилеитом. Формирование сакроилеита может быть связано как с развитием анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева), так и диффузно-идиопатического скелетного гиперостоза. Анкилозирующий спондилит имеет давнюю историю: он был зафиксирован у египетских мумий II тыс. до н.э., а Гиппократ (около 460 – около 370 гг. до н.э.) оставил описание симптомов, напоминающих это заболевание [18]. В научной литературе имеются многочисленные указания на следы данной патологии на палеоантропологических материалах [19, 20]. Описаний случаев диффузно-идиопатического скелетного гиперостоза несколько меньше [21]. Примечательно, что умеренно левосторонний коксит, наблюдавшийся у индивида, является одним из наиболее распространённых проявлений анкилозирующего спондилита [22].

Сочетание сакроилеита с очень сильно выраженной порозностью костей таза (включая характерные «моховидные» разрастания в области подвздошной ямки справа и слева) является специфической чертой скелета из Аловской I курганной группы. Очевидно, порозность является результатом выраженной периостальной реакции, распространившейся на обе подвздошные кости и крестец. Этиология этого процесса не вполне ясна. Данное образование, на наш взгляд, можно расценить как реактивные изменения в виде оссифицирующего тендопериостита. Нельзя также полностью исключить посттравматический характер патологических изменений. Однако этот вариант представляется менее вероятным.

Литература/References

1. Крамарев А. И. История изучения погребальных памятников срубной культуры Южного Средневожья. *Вопросы археологии Поволжья*. 2006;4:349-358. [Kramarev A. I. History of the study of burial sites of the sрубnaya culture of the Southern Middle Volga region. *Voprosy archeology Povolzh'ya*. – *Questions of archeology of the Volga region*. 2006;4:349-358. (In Russ.)].
2. Шитов В. Н., Ямашкин А. А., Ставицкий В. В., Королев А. И., Гришаков В. В. Археология Мордовского края. Каменный век, эпоха бронзы: монография. Саранск, 2008. [Shitov V. N., Yamashkin A. A., Stavitsky V. V., Korolev A. I., Grishakov V. V. Archaeology of the Mordovian region. Stone Age, Bronze Age: monograph. Saransk, 2008. (In Russ.)].
3. Горбунев В. С. Срубная общность Восточной Европы. Уфа, 2006. [Gorbunov V. S. Sрубnaya cultural association of Eastern Europe. Ufa, 2006. (In Russ.)].
4. Martin R. Lehrbuch der Anthropologie in systematischer Darstellung mit besonderer Berücksichtigung der anthropologischen Methoden. B. 2. Kraniaologie, Osteologie. Jena, 1928. [Martin R. Textbook of anthropology in systematic presentation with special emphasis on anthropological methods. Vol. 2. Craniology, Osteology. Jena, 1928. (In Dutch)].
5. Алексеев В. П., Дебес Г. Ф. Краниология. Методика антропологических исследований. М., 1964. [Alekseev V. P., Debets G. F. Craniology. Methods of anthropological research. Moscow, 1964. (In Russ.)].
6. Алексеев В. П. Остеометрия. Методика антропологических исследований. М., 1966. [Alekseev V. P. Osteometry. Methods of anthropological research. Moscow, 1966. (In Russ.)].
7. Рохлин Д. Г. Болезни древних людей (кости людей различных эпох – нормальные, и патологически измененные). М.-Л.: Наука, 1965. [Rokhlin D. G. Diseases of ancient people (bones of people of different eras – normal and pathologically changed). Moscow-Leningrad, 1965. (In Russ.)].
8. Koutroumbas D. Chr., Lioumi E., Vougiouklakis G. Tooth Extraction in Antiquity. *Journal of the History of Dentistry*. 2020;3(68):127-144.
9. Kabiru A. W. The practice of tooth extraction. *Kenya Past and Present*. 2009;38:25-32.
10. Зубова А. В., Пихур О. Л., Ободовский А. В., Малютин А. А., Дмитриенко Л. М. [и др.]. Случай хирургического удаления нижних третьих моляров в краниологической серии из крепости Пукара-де-Тилкара (провинция Жужуй, Аргентина). *Археология, этнография и антропология Евразии*. 2020;2(48):149-156. [Zubova A. V., Pikhur O. L., Obodovskiy A. V., Malyutina A. A., Dmitriyenko L. M. [et al.]. *Arkheologiya, etnografiya i antropologiya Yevrazii*. – *Archaeology, Ethnography and Anthropology of Eurasia*. 2020;2(48):149-156. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17746/1563-0102.2020.48.2.149-156>
11. Зубова А. В., Пихур О. Л., Моисеев В. Г., Малютин А. А., Ободовский А. В., Калмина О. А. Случай хирургического лечения нижних моляров в мезолитической серии из могильника на Южном Оленьем острове (Карелия, Россия). *Археология, этнография и антропология Евразии*. 2023;51(4):135-141. [Zubova A. V., Pikhur O. L., Moiseev V. G., Malyutina A. A., Obodovskiy A. V., Kalmi-
- na O. A. A case of surgical treatment of lower molars in the Mesolithic series from the burial ground on South Oleny Island (Karelia, Russia). *Arkheologiya, etnografiya i antropologiya Yevrazii*. – *Archaeology, Ethnography and Anthropology of Eurasia*. 2023;51(4):135-141. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17746/1563-0102.2023.51.4.135-141>
12. Ражев Д. И. Комплекс остеологических признаков всадников. *Новое в археологии Южного Урала*. 1996:251-258. [Razhev D. I. Complex of osteological features of horsemen. *Novoye v arkheologii Yuzhnogo Urala*. – *New in the archeology of the Southern Urals*. 1996:251-258. (In Russ.)].
13. Ражев Д. И. Биоантропология населения саргатской общности. Екатеринбург, 2009. [Razhev D. I. Bioanthropology of the population of the Sargat community. Ekaterinburg, 2009. (In Russ.)].
14. Lovell N. C. Tiptoeing through the rest of his life: A functional adaptation to a leg shortened by femoral neck fracture. *International Journal of Paleopathology*. 2016;13:91-95. <https://doi.org/10.1016/j.ijpp.2016.03.001>
15. Plomp K. A., Roberts C. A., Viðarsdóttir U. S. Morphological characteristics of healthy and osteoarthritic joint surfaces in archaeological skeletons. *International journal of osteoarchaeology*. 2015;25(4):515-527. <https://doi.org/10.1002/oa.2319>
16. Curto A., Fernandes T. Clubfoot and its implications for the locomotion of a medieval skeleton from Estremoz, Portugal. *International Journal of Paleopathology*. 2022;38:13-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijpp.2022.05.004>
17. Калмина О. А., Иконников Д. С., Калмин О. В., Головин Р. Е. Антропологические материалы из Аловской II курганной группы // Актуальные проблемы медицинской науки и образования (АПМНО-2023): сборник статей по материалам IX Международной научной конференции, г. Пенза, 28–29 сентября 2023. Пенза: ПГУ, 2023. Режим доступа: <https://cloud.mail.ru/public/Ge41/4KLxhx8Gt>. Ссылка активна на 24.12.2024. [Kalmi-na O. A., Ikonnikov D. S., Kalmin O. V., Golovin R. Ye. Antropologicheskiye materialy iz Alovskoy II kurgannoy gruppy // Aktual'nyye problemy meditsinskoy nauki i obrazovaniya (APMNO-2023): sbornik statey po materialam IX Mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii, g. Penza, 28–29 sentyabrya 2023. Penza: PGU, 2023. Available at: <https://cloud.mail.ru/public/Ge41/4KLxhx8Gt>. Accessed 24.12.2024 (In Russ.)].
18. Murphy S. N., Nguyen B. A., Singh R., Brown N. J., Shahrestani S. [et al.]. A brief human history of ankylosing spondylitis: A scoping review of pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Surgical Neurology International*. 2022;297(13):1-9. <https://doi.org/10.25259/SNI.294.2022>
19. Gafová J., Tökölyová S., Petrejčiková E., Tajkov P., Chmelík M. [et al.]. Ankylosing spondylitis on unidentified individual from early modern times found in reformed church (Silická Brezová, Slovakia): a case – based review. *Rheumatology International*. 2022;42:1873-1881. <https://doi.org/10.1007/s00296-022-05155-8>
20. Калмина О. А., Калмин О. В., Кокшин Д. В., Иконников Д. С. Рентгенографическое исследование следов патологических изменений в костях населения Пензенского края XVII–XVIII вв. *Вестник Пензенского государственного университета*. 2018;21(1):60-64.

- [Kalmina O. A., Kalmin O. V., Kokshin D. V., Ikonnikov D. S. *Vestnik Penzenskogo gosudarstvennogo universiteta*. – *Bulletin of the Penza State University*. 2018;21(1):60-64. (In Russ.)].
21. Кухтерин В. В., Карапетян М. К. К дифференциальной диагностике анкилозов позвонков на палеоантропологическом материале: на примере случая эпохи раннего железа Прикамья. *Вестник археологии, антропологии и этнографии*. 2020;50(3):120-132. [Kufte-
- rin V. V., Karapetyan M. K. *Vestnik arkheologii, antropologii i etnografii*. – *Bulletin of Archaeology, Anthropology and Ethnography*. 2020;50(3):120-132. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20874/2071-0437-2020-50-3-10>
22. Agafonova E. M., Dubinina T. V., Rumyantseva D. G., Demina A. B., Smirnov A. V., Erdes Sh. Coxitis in early axial spondyloarthritis. *Sovremennaya Revmatologiya*. – *Modern Rheumatology Journal*. 2019;13(4):41-47. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2019-4-41-47>

Поступила 30.01.2025

Сведения об авторах:

Калмина Ольга Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры анатомии человека; тел.: +79272866087; e-mail: okalmina@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1083-2508>

Иконников Дмитрий Сергеевич, кандидат исторических наук, заведующий антропологической лабораторией кафедры; тел.: +79648666897; e-mail: ikonnikof-ds@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0221-2520>

Калмин Олег Витальевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; тел.: +79875150570; e-mail: ovkalmin@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-4084-967X>

Илюнина Ольга Олеговна, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры стоматологии; тел.: +79603288247; e-mail: olya.ilunina@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9936-6018>

© Коллектив авторов, 2025

УДК 616.155.194.74

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20058>

ISSN – 2073-8137

Клинический случай анемии Даймонда – Блекфена у ребенка**Н. А. Белых¹, П. О. Котова¹, И. В. Пизнюр¹, В. В. Гаврилова²**¹ Рязанский государственный медицинский университет, Российская Федерация² Городская детская поликлиника № 3, Рязань, Российская Федерация**A clinical case of Diamond – Blackfen anemia in a child****Belykh N. A.¹, Kotova P. O.¹, Piznyur I. V.¹, Gavrilova V. V.²**¹ Ryazan State Medical University, Russian Federation² City children's polyclinic № 3, Ryazan, Russian Federation

Анемия Даймонда – Блекфена (DBA) является редким генетическим заболеванием, влияющим на способность костного мозга вырабатывать эритроциты, что приводит, помимо тяжелой анемии, к различным аномалиям развития. Единственным методом лечения анемии DBA на сегодняшний день является трансплантация костного мозга. В статье приведены сведения в отношении эпидемиологии, клинической картины, диагностики и лечения DBA, а также собственное клиническое наблюдение. Представленный клинический случай интересен первоначальной резистентностью пациента с DBA к глюкокортикостероидной терапии, а также развитием трансфузионной зависимости, потребовавшей трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

Ключевые слова: эритроидная аплазия, анемия, рибосомопатия, клинический случай, дети

Diamond – Blackfen anemia (DBA) is a rare genetic disease that affects the bone marrow's ability to produce red blood cells, leading to severe anemia and various developmental abnormalities. The only treatment for DBA today is bone marrow transplantation. The article provides information on the epidemiology, clinical picture, diagnosis and treatment of DBA, as well as our own clinical observation. The presented clinical case is interesting for the initial resistance of a patient with DBA to glucocorticosteroid therapy, as well as the development of transfusion dependence, which required hematopoietic stem cell transplantation.

Keywords: erythroid aplasia, anemia, ribosomopathy, clinical case, children

Для цитирования: Белых Н. А., Котова П. О., Пизнюр И. В., Гаврилова В. В. Клинический случай анемии Даймонда – Блекфена у ребенка. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2025;20(3):266-268.

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20058>

For citation: Belykh N. A., Kotova P. O., Piznyur I. V., Gavrilova V. V. A clinical case of Diamond – Blackfen anemia in a child. *Medical News of North Caucasus*. 2025;20(3):266-268. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20058> (In Russ.)