

ВЕСТНИК

Дагестанской государственной медицинской АКАДЕМИИ



ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ОСНОВАНА В 1932 ГОДУ.

2022 № 3(44)

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ**

Журнал «Вестник Дагестанской государственной медицинской академии» включен в Перечень российских рецензируемых научных журналов, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук (<https://vak.minobrnauki.gov.ru>)

Издается с 2011 года
ежеквартально

Территория распространения:
Российская Федерация
Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информтехнологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР) ПИ № ФС 77-67724 от 10.11.2016 г., в НЭБ (Научной электронной библиотеке) на сайте www.elibrary.ru, в базе данных РИНЦ (Российского индекса научного цитирования) на основании лицензионного договора № 50-02/2012 от 27.02.2012 г. ISSN 2226-4396

Ответственный секретарь:
Д.А. Шихнебиев, д.м.н., проф.
Зав. редакцией: Н.Т. Рагимова
Научный редактор:
И.Г. Ахмедов, д.м.н., доцент
Ответственный редактор:
С.А. Магомедова, к.м.н., доцент
Перевод: С.Ш. Заирбекова
Технические редакторы:
З.И. Гусейнова, У.С. Алибекова,
З.У. Мусаева

Цена свободная
Тираж: 2000 экз.
Дата выхода в свет: 26.09.2022 г.
Подписной индекс
по каталогу российской прессы
«Почта России»: 51399
Адрес редакции и издательства:
367000, Россия, г. Махачкала,
пл. Ленина, 1, ДГМУ
Телефоны: 8(8722) 68-20-87;
8(8722) 67-49-03
Факс: 8(8722) 67-49-03
Отдел рекламы: 8(8722) 68-20-87
Редакция не несет
ответственности
за содержание рекламных
материалов, правильность
адресных данных.
Перепечатка текстов и
фотографий запрещена
без письменного разрешения
редакции.

E-mail: vestnikdigma@yandex.ru
Web-page: vestnikdigma.ru

**ВЕСТНИК
ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ, № 3 (44), 2022**

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР – д.м.н., проф. Д.Р. АХМЕДОВ

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА – д.м.н., проф. Н.У. ЧАМСУТДИНОВ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А.-Г.Д. АЛИЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	Л.Я. ПЛАХТИЙ, д.м.н., проф. (Владикавказ, Россия)
А.М. АЛИСКАНДИЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	И.М.-К. РАСУЛОВ, д.м.н., доцент (Махачкала, Россия)
Г.Р. АСКЕРХАНОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	М.З. САИДОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
А.Р. АТАЕВ, д.м.н., доцент (Махачкала, Россия)	А.А. СПАССКИЙ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Н.И. БРИКО, д.м.н., проф., акад. РАН (Москва, Россия)	Ш.Х. СУЛТОНОВ, д.м.н., проф. (Душанбе, Таджикистан)
С.А. БУЛГАКОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)	А.А. ХАДАРЦЕВ, д.м.н., проф. (Тула, Россия)
Р.М. ГАЗИЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	М.А. ХАМИДОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
В.Н. ГОРОДИН, д.м.н., доцент (Краснодар, Россия)	А.Э. ЭСЕДОВА, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
К.Г. ГУРЕВИЧ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)	

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

М.Д. ДИБИРОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)	С.И. АБАКАРОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)
О.М. ДРАПКИНА, д.м.н., проф. чл.-корр. РАН (Москва, Россия)	А.А. АБДУЛЛАЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
З.М. ЗАЙНУДИНОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)	З.А. АБУСУЕВА, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
М.Р. ИВАНОВА, д.м.н., проф. (Нальчик, Россия)	А.В. АВЕРЬЯНОВ, д.м.н., проф., чл.-корр. РАН (Москва, Россия)
А.М. ИДАРМАЧЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	Р.М. АГАЕВ, д.м.н., проф. (Баку, Азербайджан)
Д.Г. ИОСЕЛИАНИ, д.м.н., проф., акад. РАН (Москва, Россия)	Б.Г. АЛЕКЯН, д.м.н., проф., акад. РАН (Москва, Россия)
М.И. ИСМАИЛОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	П.М. АЛИЕВА, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
С.М. КАРПОВ, д.м.н., проф. (Ставрополь, Россия)	Э.Ш. АЛЫМБАЕВ, д.м.н., проф. (Бишкек, Кыргызстан)
Н.А. КАСУМОВ, д.м.н., проф. (Баку, Азербайджан)	Ю.М. АМБАЛОВ, д.м.н., проф. (Ростов-на-Дону, Россия)
В.И. КОЗЛОВСКИЙ, д.м.н., проф. (Витебск, Беларусь)	С.Д. АРУТЮНОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)
И.В. МАЕВ, д.м.н., проф., акад. РАН (Москва, Россия)	Г.Д. АХМЕДОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)
С.М. МАМАТОВ, д.м.н., проф. (Бишкек, Кыргызстан)	С.Ш. АХМЕДХАНОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
С.Н. МАММАЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	С.М. БЕЗРОДНОВА, д.м.н., проф. (Ставрополь, Россия)
А.Т. МАНШАРИПОВА, д.м.н., проф. (Алматы, Казахстан)	С.А. ВАРЗИН, д.м.н., проф. (С.-Петербург, Россия)
К.А. МАСУЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	Р.С. ГАДЖИЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
Н.Р. МОЛЛАЕВА, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	Н.Ф. ГЕРАСИМЕНКО, д.м.н., проф., акад. РАН (Москва, Россия)
М.С. МУСУРАЛИЕВ, д.м.н., проф. (Бишкек, Кыргызстан)	Г.К. ГУСЕЙНОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
Н.С.-М. ОМАРОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	С.И. ЕМЕЛЬЯНОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)
Т.О. ОМУРБЕКОВ, д.м.н., проф. (Бишкек, Кыргызстан)	Я.З. ЗАЙДИЕВА, д.м.н., проф. (Москва, Россия)
А.О. ОСМАНОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)	М.Т. КУДАЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
	М.М. МАГОМЕДОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)
	А.Г. МАГОМЕДОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
	М.Ю. МАРЖОХОВА, д.м.н., проф. (Нальчик, Россия)
	О.А.-М. МАХАЧЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
	М.Н. МЕДЖИДОВ, д.м.н., доцент (Махачкала, Россия)
	Р.Т. МЕДЖИДОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
	Д.Г. САИДБЕКОВ, д.м.н., проф. (Рим, Италия)
	В.Н. ЦАРЕВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)
	А.М. ХАДЖИБАЕВ, д.м.н., проф. (Ташкент, Узбекистан)
	М.Ф. ЧЕРКАСОВ, д.м.н., проф. (Ростов-на-Дону, Россия)
	М.Ш. ШАМХАЛОВА, д.м.н., проф. (Москва, Россия)
	Э.М. ЭСЕДОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)
	А.А. ЭЮБОВА, д.м.н., проф. (Баку, Азербайджан)
	Н.Д. ЮЩУК, д.м.н., проф., акад. РАН (Москва, Россия)

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ

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

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	
Дагестанскому государственному медицинскому университету – 90 лет!.....	5
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	
Распространенность и особенности табакокурения у пациенток отделений терапевтического профиля с хроническими заболеваниями органов дыхания Ф.Т. Малыхин	10
ХИРУРГИЯ	
Лечебно-диагностическая тактика при хроническом панкреатите, осложнённом холестаазом Р.Т. Меджидов, С.М. Магомедова, И.А. Мирзоев, А.З. Абдуллаева, З.Р. Хабибулаева.....	15
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ	
Самопомощь при неконтролируемой артериальной гипертензии В.В. Руксин, О.В. Гришин, Т.П. Булач, А.А. Абусуев.....	22
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	
Некоторые диагностические и терапевтические аспекты бесплодия у женщин с эндометриозом С.Р. Ахмедова, Н.С.-М. Омаров, А.Э. Эседова, Т.С. Магомедова.....	30
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	
Случай энцефалопатии Вернике с тяжелой рвотой беременных С.Ш. Какваева, З.А. Абусуева, С.С. Сайпулаева, С.М. Мамаева, М.И. Омарпашаева, Л.А. Юзбекова... COVID-ассоциированный артериальный тромбоз (клиническое наблюдение) Х.З. Омарова, М.М. Исрапилов, З.В. Курбанова, С.А. Магомедова, М.Г. Курбанисмаилова, С.Г. Багаудинова, Ф.А. Толдиева, Г.М. Далгатов.....	36
Синдром Денди-Уокера М.И. Израилов, Б.М. Махачев, Э.Р. Османова, М.Т. Абдулмуслимов, З.А. Алискандиева, М.Р. Махмудова.....	46
Дивертикул Коммереля как редкая причина дисфагии у новорожденного В.И. Петрова, А.В. Дмитриев, Е. М. Бегеза, Н.В. Федина, Р.А. Гудков, В.В. Лучков.....	50
Меланома кожи, осложненная канцероматозом органов брюшной полости и распространенным перитонитом М.К. Абдулжалилов, М.А. Хамидов, М.Р. Иманалиев, А.-К.Г. Гусейнов, Г.А.Абдулмеджидов.....	54
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
Возможности пелоидотерапии в коррекции репродуктивной дисфункции, ассоциированной с хроническим эндометритом О.В. Ремнёва, О.А. Бельницкая, А.Е. Чернова, Н.И. Фадеева, С.Д. Яворская, В.В. Чуханова.....	58
Нарушение мезентериального кровообращения у больных в условиях COVID-19 А.И. Чернооков, М.Р. Кузнецов, Э.О. Хачатрян, А.А. Атаян, А.Э. Кандауров, А.М. Николаев, А.А. Рамазанов	65
Взаимосвязь гастроэзофагеального рефлюкса и кашля у детей А.В. Бурлуцкая, О.Г. Коробкина, Ю.В. Писоцкая	71
ХРОНИКА	
Первый ректор и народный комиссар: памяти М.Ю.Нахибашева Л.С. Агаларова, Л.А. Алиева, Ф.М. Османова, Л.Г. Гасанова.....	80
СООБЩЕНИЯ	
Садулла Абакаров: член-корреспондент РАН.....	83
ЮБИЛЕИ	
К 80-летию профессора кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Каллаева Нажмудина Омаркадиевича.....	84
К 75-летию профессора Ахмедова Джалалутдина Расуловича.....	85
К 65-летию профессора Атаева Алевдина Рашитхановича.....	86
К 55-летию профессора Моллаевой Наиды Раджабовны.....	87
ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ	89

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

The journal "Bulletin of the Dagestan State Medical Academy" included in the List of Russian peer-reviewed scientific journals recommended by Higher Attestation Commission (HAC) of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation for publication of basic scientific results of dissertations on competition of scientific degrees of doctor and candidate of sciences (<https://vak.minobrnauki.gov.ru>)

Published quarterly since 2011

Territory distribution:

Russian Federation

Registered with the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology and Mass Communications

PI № FS 77-67724 from 10.11.2016, in SEL (Scientific Electronic Library) on site: www.elibrary.ru in our database RISC (Russian Index of Scientific Citation) № 50-02/2012, from 27.02.2012, ISSN 2226-4396

Executive Secretary:

D. A. Chikhnebiev, MD, prof.

Head of Editorial: N.T. Ragimova

Scientific editor.: I.G. Akhmedov, assoc.

Executic editor: S.A. Magomedova, assoc.

Responsible for advertising:

S.Z. Osmanov

Translation: S.Sh. Zairbekova

Technical Editors:

Z.I. Guseinova, U.S. Alibekova,

Z.U. Musaeva

Price: free

Circulation: 2,000 cop.

Date of publication: 26.09.2022

Index Catalog of Russian press

"Mail of Russia": 51399

"The Russian Press": 70144

«Rosprint»: 70825

Editorial office and publisher address:

Lenin sq., 1

367000, Russia, Makhachkala, DSMU

Phone: 8(8722) 68-20-87;

8(8722) 67-49-03

Fax: 8(8722) 67-49-03

Advertising department: 8(8722) 68-20-87

We take no responsibility for the content of

advertising material, correct address data.

Reprints of texts and images prohibited

without written permission edition.

E-mail: vestnikdigma@yandex.ru

Web-page: vestnikdigma.ru

**BULLETIN
OF DAGESTAN STATE MEDICAL ACADEMY,
№ 3 (44), 2022**

EDITOR-IN-CHIEF – PROFESSOR D.R. Akhmedov

DEPUTY EDITOR – PROFESSOR N.U. Chamsutdinov

EDITORIAL BOARD

A.-G. Aliyev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
A.M. Aliskandiev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
G.R. Askerkhanov, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
A.R. Ataev, MD, ass. Prof.
(Makhachkala, Russia)
N.I. Brico, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
S.A. Bulgakov, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
M.D. Dibirov, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
O.M. Drapkina, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
A.E. Esedova, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
R.M. Gaziyeu, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
V.N. Gorodin, MD, ass. Prof.
(Krasnodar, Russia)
K.G. Gurevich, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
A.M. Idarmachev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
D.G. Ioseliani, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
M.I. Ismailov, MD Prof.
(Makhachkala, Russia)
M.R. Ivanova, MD, Prof.
(Nalchik, Russia)
S.M. Karpov, MD, Prof.
(Stavropol, Russia)
N. A.-O. Kasumov, MD, Prof.
(Baku, Azerbaijan)
A.A. Khadartsev, MD, Prof.
(Tula, Russia)
M.A. Khamidov, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
V.I. Kozlovsky, MD, Prof.
(Vitebsk, Belarus)
S.M. Mamatov, MD, Prof.
(Bishkek, Kyrgyzstan)
S.N. Mammaev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
A.T. Mansharipova MD, Prof.
(Almaty, Kazakhstan)
K.A. Masuev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
I.V. Mayev, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
N.R. Mollayeva, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
M.S. Musuraliev, MD, Prof.
(Kyrgyzstan, Bishkek)

N.S.-M. Omarov, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
T.O. Omurbekov, MD, Prof.
(Bishkek, Kyrgyzstan)
A.O. Osmanov, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
L.Ya. Plahty, MD, Prof.
(Vkadikavkaz, Russia)
I.M. Rasulov, MD, ass. Prof.
(Makhachkala, Russia)
M.Z. Saidov, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
A.A. Spassky, MD, Prof.
(Moscow, Russia)
Sh.R. Sultonov, MD, Prof.
(Tajikistan, Dushanbe)
Z.M. Zainudinov, MD, Prof.
(Moscow, Russia)

EDITORIAL COUNCIL

S.I. Abakarov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
A.A. Abdullayev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
Z.A. Abusuyeva, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
R.M.-O. Agayev, MD, Prof. (Baku, Azerbaijan)
S.Sh. Akhmedkhanov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
G.D. Akhmedov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
B.G. Alekyan, MD, Prof. (Moscow, Russia)
P.M. Aliyeva, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
E.Sh. Alymbaev, MD, Prof. (Bishkek, Kyrgyzstan)
Yu.M. Ambalov, MD, Prof. (Rostov-on-Don, Russia)
S.D. Arutyunov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
A.V. Averyanov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
S.M. Bezrodnova, MD, Prof. (Stavropol, Russia)
M.F. Cherkasov, MD, Prof. (Rostov-on-Don, Russia)
S.I. Emelyanov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
E.M. Esedov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
A.A. Eyubova, MD, Prof. (Baku, Azerbaijan)
R.S. Gadzhiyev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
N.F. Gerasimenko, MD, Prof. (Moscow, Russia)
G.K. Guseynov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
A.M. Khadzibayev, MD, Prof. (Tashkent, Uzbekistan)
M.T. Kudaev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
M.M. Magomedov, MD, Prof. (Moscow, Russia)
A.G. Magomedov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
O.A. Makhachev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
M.Yu. Marzhokhova, MD, Prof. (Nalchik, Russia)
M.N. Medzhidov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
R.T. Medzhidov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
D.G. Saidbegov, MD, Prof. (Rome, Italy)
M.Sh. Shamkhalova, MD, Prof. (Moscow, Russia)
V.N. Tsarev, MD, Prof. (Moscow, Russia)
S.A. Varzin, MD, Prof. (St. Petersburg, Russia)
N.D. Yushchuk, MD, Prof. (Moscow, Russia)
Ya.Z. Zaidieva, MD, Prof. (Moscow, Russia)

FOUNDER AND PUBLISHER

© Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Dagestan State Medical University"
Ministry of Health of the Russian Federation

Contents

EDITOR'S NOTE	
Dagestan State Medical University is 90 years old!.....	5
INTERNAL MEDICINE	
Prevalence and features of tobacco smoking in patients of the departments of the therapeutic profile with chronic respiratory diseases F.T. Malykhin.....	10
SURGERY	
Therapeutic and diagnostic tactics in chronic pancreatitis complicated with cholestasis R.T. Medzhidov, S.M. Magomedova, I.A. Mirzoev, A.Z. Abdullaeva, Z.R. Khabibulaeva	15
ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE	
Self-help for uncontrolled hypertension V.V. Ruksin, O.V. Grishin, T.P. Bulach, A.A. Abusuev.....	22
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY	
Some diagnostic and therapeutic aspects of infertility in women with endometriosis S.R. Akhmedova, N.S.-M. Omarov, A.E. Esedova, T.S. Magomedov.....	30
CASE STUDY	
A case of Wernicke's encephalopathy with severe vomiting of pregnancy S.Sh. Kakvaeva, Z.A. Abusueva, S.S. Sajpulaeva, S.M. Mamaeva, M.I. Omarpashaeva, L.A. Yuzbekova....	36
COVID – associated arterial thrombosis: diagnosis, treatment, complications. the clinical case Kh.Z. Omarova, M.M. Israpilov, Z.V. Kurbanova, S.A. Magomedova, M.G. Kurbanismailova, S.G. Bagaudinova, F.A. Toldieva, G.M. Dalgatov.....	41
The Dandy-Walker syndrome M.I. Izrailov, B.M. Mahachev, E.R. Osmanova, M.T. Abdulmuslimov, Z.A. Aliskandieva, M.R. Makhmudova.....	46
Kommerel's diverticulum as a rare cause of dysphagia in a newborn V.I. Petrova, A.V. Dmitriev, E.M. Begeza, N.V. Fedina, R.A. Gudkov, V.V. Luchkov.....	50
Skin melanoma complicated by carcinomatosis of the abdominal organs and widespread peritonitis M.K. Abdulzhalilov, M.A. Khamidov, M.R. Imanaliev, A.-K.G. Guseynov, G.A. Abdulmedzhidov.....	54
LITERATURE REVIEW	
The possibilities of peloidotherapy in the correction of reproductive dysfunction, associated with chronic endometritis O.V. Remneva, O.A. Belnitskaya, A.E. Chernova, N.I. Fadeeva, S.D. Yavorskaya, V.V. Chukhanova.....	58
Impaired mesenteric circulation in patients with COVID-19 A.I. Chernookov, M.R. Kuznetsov, E.O. Khachatryan, A.A. Atayan, A.E. Kandaurov, A.M. Nikolaev, A.A. Ramazanov.....	65
Relationship of gastroesophageal reflux and cough in children A.V. Burlutskaya, O.G. Korobkina, Yu.V. Pisotskaya.....	71
CHRONICLE	
First rector and people's commissar: in memory of Muslim Yusupovich Nakhibashev..... L.S. Agalarova, L.A. Aliyeva, F.M. Osmanova, L.G. Gasanova.....	80
MESSAGES	
Sadulla Abakarov: Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences.....	83
JUBILEE	
To the 80th anniversary of the professor of the Department of Traumatology, Orthopedics and Military Surgery Kallaev Nazhmudin Omarkadievich.....	84
To the 75th anniversary of Professor Akhmedov Dzhahalutdin Rasulovich.....	85
To the 65th anniversary of Professor Ataev Alevdin Rashitkhanovich.....	86
To the 55th anniversary of Professor Mollaeva Naida Radzhabovna.....	87
INSTRUCTIONS FOR AUTHORS	89

Дагестанскому государственному медицинскому университету – 90 лет!

Дагестанскому государственному медицинскому университету исполнилось 90 лет. Это возраст зрелости и мудрости, осмысления пройденного пути и дальнейшего движения вперед.

22 апреля 1932 года Совет народных комиссаров ДАССР принял судьбоносное для республик Северного Кавказа Постановление за №94 об организации Дагестанского государственного медицинского института в целях подготовки врачебных кадров для Дагестана и республик Северного Кавказа. На первый курс в том году был принят 161 абитуриент. Занятия начались 15 октября, а торжественное открытие медицинского института состоялось 7 ноября 1932 года.

Первым директором Дагестанского медицинского института был назначен Муслим Юсупович Нахибашев – человек, который прошел путь от рядового фельдшера до наркома здравоохранения Дагестана. Заместителем директора по научной и учебной части стал профессор Омар Алиевич Байрашевский, приглашенный из Азербайджана. Для нового вуза были выделены помещения в Доме кадров и Доме горца (ныне территория Дагсельхозуниверситета) в г.Махачкале.

Если в год своего основания – в 1932г. Дагестанский государственный медицинский институт имел три собственные кафедры, то к 1936 году в институте уже функционировали 17 новых клинических и теоретических кафедр. Поначалу Дагестанский государственный медицинский институт имел один лечебный факультет. На первый курс ежегодно принималось примерно 150 человек. Кафедры в основном возглавлялись кандидатами наук. Базой для них в основном стали построенные к этому времени Республиканская клиническая больница и городской роддом. Были выделены земельные участки под строительство биофизиологического корпуса и общежития для студентов. В 1937 г. состоялся первый выпуск молодых врачей. Из 161 поступившего были допущены к экзаменам 86 человек, закончили 83. Трое не сдали экзаменов, а остальные по разным причинам выбыли из института.

Судьбу университета в разное время вершили люди долга, творчески увлеченные, преданные своему делу, необыкновенно порядочные и высоко нравственные. В его историю вписаны имена ученых, чей безукоризненный, непрерываемый человеческий и профессиональный авторитет способствовал становлению и развитию вуза, превращению его в крупный учебный, научный и лечебный центр на Северном Кавказе. Наибольший вклад в организацию и становление института в начальный период его деятельности внесли профессоры О.А.Байрашевский, И.Н. Пикуль, Г.П. Руднев, Х.О. Булач, А.В. Россов, М.С. Доброхотов, В.Г. Божовский, С.С.Касабян, Н.Ф. Мордвинкин, А.Г.Подварко, В.А. Чудносоветов, В.А.Глазов, Н.И. Курдюмов, П.Ф. Маклецов, С.И. Ризваши и др.

Кроме подготовки врачебных кадров, ученые института решали и наиболее сложные проблемы практического здравоохранения. Профессор И.Н. Пикуль возглавил борьбу с малярией, в результате которой эта болезнь в Дагестане была полностью ликвидирована. Под руководством и при личном участии профессора Х.О. Булача в республике была ликвидирована трахома. Профессора Г.П. Руднев, А.Г. Подварко и доцент Е.А. Шимановская вели активную борьбу с бруцеллезом. Профессор А.В.Россов и доцент С.Ю. Алибеков возглавили борьбу с кожными и венерическими болезнями.

Дальнейшее развитие институт получил в послевоенные годы, и в этом немалая заслуга профессоров и преподавателей института, среди которых и его выпускники: член-корреспонденты АМН СССР профессора Р.П. Аскерханов и С.-М. А. Омаров; профессора Х.Э. Гаджиев, Е.К. Шот, М.М. Максудов, Н.Ц. Цахаев, А.М. Масуев, М.С. Михайловский, М.О. Махачев, М.А. Белогорский, С.И. Алкадарский, А.А. Ибрагимов, М.Г. Кишов, Ф.М. Супоницкая, Д.М. Далгат, Я.И. Голин, И.-Х.М. Халилов, С.Д. Атаев, Г.Г. Мусалов, Г.А. Гаджимирзаев, Д.Г. Хачиров, И.А. Шамо, Ю.А. Шамо, А.Ш. Хасаев, С.А. Абусуев, Г.К. Гусейнов, Д.Р. Ахмедов, А.М. Шахназаров, Э.М. Эседов; доценты А.Д. Ткачев, В.А. Никитин, Ф.Г. Рзаева, З.А. Смирнова, Ш.А. Шамхалов и другие.

За долгие годы своей деятельности наш вуз испытал тяготы и лишения периода становления, эпидемическое неблагополучие, голод и разруху, которые принесла Великая Отечественная война, тяжелые годы послевоенного восстановления, нелегкое перестроечное время и не только выстоял, но и все это время работал с необыкновенной отдачей, укреплял свои позиции и приумножал славу вуза.

В разные годы ректорами были: Муслим Юсупович Нахибашев (1932-1934), Михаил Григорьевич Кумаритов (1934-1936), Феодосий Романович Бородулин (1936-1937). Омар Алиевич Байрашевский (1937-1939), Иван Иванович Шаров (1939-1943), Могуч Сергей Яникиан (1943-1947), Серажутдин Юсупович Алибеков (1947-1954), Михаил Тимофеевич Нагорный (1954-1959).

В декабре 1959 года ректором мединститута назначается Магомед Магомедович Максудов. Четверть века он возглавлял один из самых престижных вузов республики и одновременно заведовал кафедрой стоматологии (1967-1973), затем кафедрой хирургической стоматологии (1973 - 1989). За 25 лет на посту ректора мединститута сделано было многое. В 1959 году с пл. Ленина в здании биофизиологического корпуса были переведены кафедры нормальной анатомии, физиологии, микробиологии, общей биологии, физики, фармакологии, гигиены с курсом организации здравоохранения, патанатомии, патфизиологии и оперативной хирур-

гии. В главном учебном корпусе на пл. Ленина улучшили свои условия оставшиеся кафедры, кроме того, туда были переведены ректорат, учебная и хозяйственная части, бухгалтерия. Материально-техническая база института продолжала расширяться: построены 3 студенческих общежития на 1400 мест, морфологический корпус, спортивный комплекс, студенческое кафе «Айболит», завершено строительство биокорпуса, начато строительство учебно-лабораторных корпусов на проспекте им. Калинина.

В институте открываются новые отделения и факультеты: в 1964 году – вечернее отделение лечебного факультета, в 1965 году – стоматологический факультет, в 1969-м – педиатрический факультет, в 1974-м – подготовительное отделение, в 1983 году – факультет усовершенствования врачей. Практически все кафедры возглавили доктора наук, профессора – в преобладающем большинстве выпускники института. В 1976 году институт стал вузом первой категории.

В 1984 году ректором мединститута был назначен Аркадий Михайлович Голубев, проработавший в этой должности до 1998 года. В республику он приехал уже известным в стране ученым-патологоанатомом. Мединститут на тот момент имел богатый кадровый потенциал – более 50 докторов наук, профессоров и более 250 кандидатов наук. В институте открылись подготовительный факультет для иностранных граждан (1986) и факультет по работе с иностранными гражданами (1987).

В 80-е годы завершается строительство учебно-лабораторного корпуса на проспекте им. Калинина, расширяется клиническая база института. Благодаря поддержке Министерства здравоохранения РФ и руководства республики в короткие сроки были построены 80-квартирный и 50-квартирный дома для сотрудников вуза, а для иностранных студентов – новый корпус общежития квартирного типа на 500 мест.

Открытие Центральной научно-исследовательской лаборатории (1991), создание Дагестанского научного центра Российской академии медицинских наук (1993) и специализированного совета по защите докторских и кандидатских диссертаций (1994) способствовали активизации научно-исследовательской работы института. По результатам рейтинговой оценки медицинских вузов РФ в 1995 году Дагестанский государственный медицинский институт был переименован в академию.

В 1998 году ректором Дагестанской государственной медицинской академии избирают Абдурахмана Османовича Османова. Уже через год (1999) после вступления в должность А.О. Османова в академии открываются три новых факультета: медико-профилактический, фармацевтический и высшего сестринского образования. Это позволило расширить объем образовательных услуг в вузе с учетом потребностей практического здравоохранения. С приходом молодого ректора связано и внедрение новых информационных технологий: центра технического обеспечения, информационно-вычислительного центра, аналитического отдела. С

2011 г. издается научно-практический рецензируемый журнал «Вестник Дагестанской государственной медицинской академии».

С 2013 по 2016 год исполнял обязанности ректора Джалалутдин Расулович Ахмедов. За период работы Д.Р. Ахмедова были открыты кафедры сердечно-сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии, геронтологии и гериатрии, скорой медицинской помощи ФПК и ППС, фармации; запущены в эксплуатации 3 двухэтажных корпуса, в которых были размещены кафедры терапевтической стоматологии, ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста; начаты работы по созданию научно-образовательного инновационного и аккредитационно-симуляционного центра. При Д.Р. Ахмедове в 2015 году журнал «Вестник ДГМА» был включен в Перечень журналов, рекомендуемых ВАК МОН РФ для публикации результатов исследований на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и доктора медицинских наук. Это позволило активизировать научную деятельность и публикационную активность сотрудников вуза.

С 2016 по 2021 год ректором ДГМУ работал Сулейман Нураттинович Маммаев. За этот период проведена значительная работа по улучшению образовательной, научной, лечебной, международной и финансово-хозяйственной деятельности вуза. В университете был открыт симуляционно-аккредитационный центр, оснащенный новейшим фантомным оборудованием для проверки уровня усвоения практических навыков студентами и врачами.

За высокие показатели в учебной и научной работе приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 415 от 23 июня 2016 г. ГБОУ ДГМА переименована в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ.

Важным аспектом деятельности университета является оказание лечебно-консультативной помощи населению республики. Ежегодно на клинических базах получают лечение более 12 000 больных, консультативную помощь – около 83 000 пациентов. В клиниках университета выполняется около 3000 высокотехнологических оперативных вмешательств.

Большое внимание в университете уделяется развитию инновационной деятельности, особенно участию в ней молодых ученых и студентов. Важным направлением инновационной деятельности является патентно-лицензионная деятельность. За последние 5 лет получено 127 патентов на изобретения и полезные модели.

В ДГМУ сформирован высококвалифицированный профессорско-преподавательский состав, который поддерживает и развивает традиции, заложенные учеными – ветеранами вуза. В университете работают 650 преподавателей, среди них: 95 – доктора наук, 53 – в звании профессора, 406 – кандидаты наук, 200 – в звании доцента, 21 – заслуженные деятели науки РД, 12 – заслуженные врачи РФ, 100 – заслуженные врачи РД, 5 – народ-

ные врачи РД, 4 – заслуженные работники высшей школы РФ, 14 – заслуженные изобретатели и рационализаторы РД.

За прошедшие 90 лет Дагестанский государственный медицинский университет вырос в настоящую школу врачебного искусства. Им выпущено около 37000 врачей, которые трудятся во всех уголках нашей страны и за рубежом, занимают государственные посты. Выпускники вуза достойно выполняют свой врачебный долг, свои знания и свое умение отдают укреплению здоровья людей, постоянно совершенствуют свое мастерство, хранят благодарность своим учителям.

В настоящее время в вузе обучаются 6925 студентов по 5 специальностям (лечебное дело, педиатрия, стоматология, медико-профилактическое дело, фармация), среди них около 400 иностранных граждан из 35 стран. Ежегодно на факультете усовершенствования повышают свою квалификацию около 3000 врачей.

В настоящее время Дагестанский государственный медицинский университет – крупный учебный, научный и лечебный центр, в структуру которого входят 6 факультетов (лечебный, педиатрический, стоматологический, медико-профилактический, фармацевтический и факультет подготовки кадров высшей квалификации (аспирантура, ординатура); достаточно крупная собственная база для фундаментальных и параклинических дисциплин; широкая сеть клинических баз всех профилей (более 50); 77 кафедр, возглавляемых докторами наук, профессорами; НИИ экологической медицины; институт дополнительного профессионального образования; медицинский колледж; управление информационно-вычислительного и технического обеспечения; научная медицинская библиотека; спортивный комплекс; издательско-

полиграфический центр; мультипрофильный аккредитационно-симуляционный центр; институт электронного медицинского образования; управление международных связей.

Осмысливая происходящие перемены, коллектив университета понимает, что стоит на пороге новой эпохи, в которой его ожидают новые реальности, новые испытания, и что его главная обязанность перед будущим – оставить после себя образованное поколение специалистов, сильные научные школы, стремящиеся к творчеству и познанию. И поэтому сегодня коллектив университета видит свою задачу не только в подготовке высококвалифицированных кадров, но и активном участии в реформировании государственной системы здравоохранения, во внедрении инновационных технологий в образовательный, лечебный и научный процессы.

Дагестанский государственный медицинский университет отмечает свое 90-летие как признанный центр инновационного образования, науки и культуры региона, сохраняя лучшие отечественные традиции и обогащая их новым опытом мирового образовательного и научного пространства.

От имени ректората, руководства вуза и от себя лично поздравляю всех сотрудников и студентов Дагестанского государственного медицинского университета со славным юбилеем – 90-летием со дня образования нашей alma-mater. Желаю всем успехов и новых достижений в вашей деятельности на благо нашей Родины и здоровья людей.

**В.Ю. Ханалиев,
и.о. ректора ДГМУ, профессор**

Editor's Note

Dagestan State Medical University is 90 years old!

Dagestan State Medical University is 90 years old. This is the age of maturity and wisdom, understanding the path traveled and moving forward.

On April 22, 1932, the Council of People's Commissars of the DASSR adopted Decree No. 94, fateful for the republics of the North Caucasus, on the formation of the Dagestan State Medical Institute in order to train medical personnel for Dagestan and the republics of the North Caucasus. 161 applicants were admitted to the first course that year. Classes began on October 15, and the inauguration of the medical institute took place on November 7, 1932.

The first director of the Dagestan Medical Institute was Muslim Yusupovich Nakhbashev, a man who went from an ordinary paramedic to the People's Commissar of Health of Dagestan. Professor Omar Alievich Bayrashevsky, who was invited from Azerbaijan, became the Deputy Director for Scientific and Educational Affairs. For the new university, premises were allocated in the House of Personnel and the

House of the Highlander (now the territory of Dagestan State Agricultural University) in Makhachkala.

If in the year of its foundation - in 1932. The Dagestan State Medical Institute had three departments of its own; by 1936, 17 new clinical and theoretical departments were already functioning at the institute. Initially, the Dagestan State Medical Institute had one medical faculty. Approximately 150 people were admitted to the first course annually. The departments were mainly headed by candidates of sciences. The basis for them was mainly the Republican Clinical Hospital and the city maternity hospital built by that time. Land plots were allocated for the construction of a biophysiological building and a hostel for students. In 1937, the first graduation of young doctors took place. Of the 161 applicants, 86 people were admitted to the exams, 83 graduated. Three did not pass the exams, and the rest dropped out of the institute for various reasons.

The fate of the university at different times was decided by people of duty, creatively enthusiastic, devoted to their work, unusually decent and highly moral.

The names of scientists are inscribed in its history, whose impeccable, indisputable human and professional authority contributed to the formation and development of the university, turning it into a major educational, scientific and medical center in the North Caucasus. The greatest contribution to the organization and formation of the institute in the initial period of its activity was made by professors O.A. Bayrashevsky, I.N. Pikul, G.P. Rudnev, Kh.O. Bulach, A.V. Rossov, M.S. Dobrokhotov, V.G. Bozhovsky, S.S. Kasabyan, N.F. Mordvinkin, A.G. Podvarko, V.A. Chudnosovetov, V.A. Glazov, N.I. Kurdyumov, P.F. Makletsov, S.I. Rizvash and others.

In addition to training medical personnel, the scientists of the institute also solved the most complex problems of practical healthcare. Professor I.N. Pikul led the fight against malaria, as a result of which this disease was completely eliminated in Dagestan. Under the guidance and with the personal participation of Professor Kh.O. Bulach in the republic, trachoma was eliminated. Professors G.P. Rudnev, A.G. Podvarko and associate professor E.A. Shimanovskaya were actively fighting brucellosis. Professor A.V. Rossov and Associate Professor S.Yu. Alibekov led the fight against skin and venereal diseases.

The institute received further development in the post-war years, and this is a considerable merit of the professors and teachers of the institute, among which are its graduates: corresponding members of the USSR Academy of Medical Sciences, professors R.P. Askerkhanov and S.-M. A. Omarov; professor Kh.E. Gadzhiev, E.K. Shot, M.M. Maksudov, N.Ts. Tsakhayev, A.M. Masuev, M.S. Mikhailovsky, M.O. Makhachev, M.A. Belogorsky, S.I. Alkadarsky, A.A. Ibragimova, M.G. Kishov, F.M. Suponitskaya, D.M. Dalgat, Ya.I. Golin, I.-Kh.M. Khalilov, S.D. Ataev, G.G. Musalov, G.A. Gadzhimirzaev, D.G. Khachirov, I.A. Shamov, Yu.A. Shamov, A.Sh. Khasaev, S.A. Abusuev, G.K. Guseynov, D.R. Akhmedov, A.M. Shakhnazarov, E.M. Esedov; associate professors A.D. Tkachev, V.A. Nikitina, F.G. Rzaeva, Z.A. Smirnova, Sh.A. Shamkhalov and others.

Over the long years of its activity, our university has experienced the hardships and hardships of the formation period, epidemic troubles, famine and devastation that the Great Patriotic War brought, the difficult years of post-war reconstruction, the difficult time of perestroika, and not only withstood, but all this time worked with extraordinary dedication, strengthened its position and increased the glory of the university.

Over the years, the rectors were: Muslim Yusupovich Nakhbashev (1932-1934), Mikhail Grigoryevich Kumaritov (1934-1936), Feodosy Romanovich Borodulin (1936-1937). Omar Alievich Bayrashevsky (1937-1939), Ivan Ivanovich Sharov (1939-1943), Moguch Sergeevich Yanikian (1943-1947), Serazhutdin Yusupovich Alibekov (1947-1954), Mikhail Timofeevich Nagorny (1954-1959).

In December 1959, Magomed Magomedovich Maksudov was appointed rector of the medical institute. For a quarter of a century he headed one of the most prestigious universities of the republic and at the same time headed the Department of Dentistry (1967-1973), then the Department of Surgical Dentistry (1973 - 1989).

For 25 years as the rector of the medical institute, a lot has been done. In 1959, from the square. Lenin, the departments of normal anatomy, physiology, microbiology, general biology, physics, pharmacology, hygiene with a course in healthcare organization, pathology, pathophysiology and operative surgery were transferred to the building of the biophysiological building. In the main educational building on the square. Lenin, the remaining departments improved their conditions, in addition, the rector's office, the educational and economic parts, and accounting were transferred there. The material and technical base of the institute continued to expand: 3 student dormitories for 1400 people, a morphological building, a sports complex, a student cafe "Aibolit" were built, the construction of a biological building was completed, the construction of educational and laboratory buildings on avenue by M. Kalinin.

New departments and faculties were opened at the Institute: in 1964 - the evening department of the Faculty of Medicine, in 1965 - the Faculty of Dentistry, in 1969 - the Faculty of Pediatrics, in 1974 - the Preparatory Department, in 1983 - the Faculty of Postgraduate Medical Education. Almost all the departments were headed by doctors of sciences, professors - in the overwhelming majority, graduates of the institute. In 1976, the institute became a higher education institution of the first category.

In 1984, Arkady Mikhailovich Golubev was appointed rector of the medical institute, who worked in this position until 1998. He arrived in the republic as a well-known pathologist in the country. The Medical Institute at that time had a rich personnel potential - more than 50 doctors of sciences, professors and more than 250 candidates of sciences. The institute opened a preparatory faculty for foreign citizens (1986) and a faculty for working with foreign citizens (1987).

In the 80s, the construction of an educational and laboratory building on avenue by M. Kalinin, the clinical base of the institute is expanding. Thanks to the support of the Ministry of Health of the Russian Federation and the leadership of the republic, 80-apartment and 50-apartment buildings for university employees were built in a short time, and for foreign students - a new apartment-type dormitory building for 500 people.

The opening of the Central Research Laboratory (1991), the creation of the Dagestan Scientific Center of the Russian Academy of Medical Sciences (1993) and the specialized council for the defense of doctoral and master's theses (1994) contributed to the intensification of the institute's research work. According to the results of the rating assessment of medical universities in the Russian Federation in 1995, the Dagestan State Medical Institute was renamed into an academy.

In 1998, Abdurakhman Osmanovich Osmanov was elected rector of the Dagestan State Medical Academy. A year later (1999) after taking office A.O. Osmanov, three new faculties are opening at the academy: medical and preventive, pharmaceutical and higher nursing education. This made it possible to expand the volume of educational services at the university, taking into account the needs of practical healthcare. With the arrival of the young rector, the introduction of new information technologies is also connected: the technical support center, the infor-

mation and computing center, and the analytical department. Since 2011, the scientific and practical peer-reviewed journal "Bulletin of the Dagestan State Medical Academy" has been published.

From 2013 to 2016, he served as Rector Dzhalalutdin Rasulovich Akhmedov. During the period of work of D.R. Akhmedov, the departments of cardiovascular and endovascular surgery, gerontology and geriatrics, emergency medical care of the Faculty of Advanced Training and teaching staff, pharmacy were opened; 3 two-story buildings were put into operation, in which the departments of therapeutic dentistry, orthopedic dentistry and pediatric dentistry were located; work has begun on the creation of a scientific and educational innovation and accreditation and simulation center. Under D.R. Akhmedov in 2015, the journal "Bulletin of the DSMA" was included in the List of journals recommended by the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation for publishing research results for the degree of candidate of medical sciences and doctor of medical sciences. This made it possible to intensify the scientific activity and publication activity of the university staff.

From 2016 to 2021, Suleiman Nurattinovich Mammaev was the rector of the DSMU. During this period, significant work has been done to improve the educational, scientific, medical, international, financial and economic activities of the university. A simulation and accreditation center was opened at the university.

For high performance in educational and scientific work, by order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 415 dated June 23, 2016, SBEI DSMA was renamed the federal state budgetary educational institution of higher education "Dagestan State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation.

An important aspect of the university's activities is the provision of medical and advisory assistance to the population of the republic. Every year, more than 12,000 patients receive treatment at clinical sites, and about 83,000 patients receive advisory assistance. About 3,000 high-tech surgical interventions are performed in the university clinics.

Much attention at the university is paid to the development of innovation, especially the participation of young scientists and students in it. An important area of innovation activity is patent and licensing activity. Over the past 5 years, 127 patents for inventions and utility models have been received.

A highly qualified teaching staff has been formed at DSMU, which maintains and develops the traditions laid down by scientists - veterans of the university.

650 teachers work at the university, among them: 95 are doctors of science, 53 as professors, 406 are candidates of science, 200 - in the rank of associate professor, 21 are honored scientists of the Republic of Dagestan, 12 are honored doctors of the Russian Federation, 100 are honored doctors of the Republic of Dagestan, 5 are people's doctors of the Republic of Dagestan, 4 - Honored Workers of the Higher School

of the Russian Federation, 14 - Honored Inventors and Innovators of the RD.

Over the past 90 years, the Dagestan State Medical University has grown into a real school of medical art. He graduated about 37,000 doctors who work in all corners of our country and abroad, occupy government posts. Graduates of the university adequately fulfill their medical duty, give their knowledge and skills to the improvement of people's health, constantly improve their skills, and remain grateful to their teachers.

Currently, 6925 students are studying at the university in 5 specialties (General Medicine, Pediatrics, Dentistry, Preventive Medicine, Pharmacy), among them about 400 foreign citizens from 35 countries. Every year, about 3,000 doctors improve their qualifications at the Faculty of Improvement.

At present, the Dagestan State Medical University is a large educational, scientific and medical center, the structure of which includes 6 faculties (medical, pediatric, dental, medical and preventive, pharmaceutical and the faculty of training highly qualified personnel (postgraduate study, residency); a fairly large own base for fundamental and paraclinical disciplines; a wide network of clinical bases of all profiles (more than 50); 77 departments headed by doctors of sciences, professors; Scientific Research Institute of Ecological Medicine; Institute of Additional Professional Education; Medical College; Department of Information, Computing and Technical Support; Scientific Medical Library; sports complex, publishing and printing center, multi-profile accreditation and simulation center, institute of electronic medical education, department of international relations.

Comprehending the ongoing changes, the university staff understands that it is on the threshold of a new era, in which new realities, new challenges await it, and that its main obligation to the future is to leave behind an educated generation of specialists, strong scientific schools striving for creativity and knowledge. And therefore, today the university staff sees its task not only in the training of highly qualified personnel, but also in active participation in the reform of the state healthcare system, in the introduction of innovative technologies in educational, medical and scientific processes.

Dagestan State Medical University celebrates its 90th anniversary as a recognized center of innovative education, science and culture of the region, preserving the best domestic traditions and enriching them with new experience of the world educational and scientific space.

On behalf of the university administration, the university administration and on my own behalf, I congratulate all the staff and students of the Dagestan State Medical University on the glorious anniversary - the 90th anniversary of the formation of our alma-mater. I wish you all success and new achievements in your activities for the benefit of our Motherland and people's health.

V.Yu. Khanaliev
acting rector of DSMU, professor

УДК 613.84-036:616.24-002.2

Распространенность и особенности табакокурения у пациенток отделений терапевтического профиля с хроническими заболеваниями органов дыхания

Ф.Т. Мальных

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ставрополь

Резюме

Курение табака и связанные с ним заболевания относятся к числу основных проблем общественного здравоохранения. Нами изучены распространенность и особенности табакокурения у пациенток терапевтических стационаров в возрасте до 59 лет включительно и от 60 лет – с хронической легочной и коморбидной сердечной патологией. Использован адаптированный вариант «Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака». Распространенность активного курения табака оказалась на относительно низком уровне (22,5%). Около половины опрошенных регулярно подвергались пассивному курению дома и более 90% – в общественных местах, а около половины некурящих ранее страдали никотиновой зависимостью. Большинству курящих не удавалось расстаться с привычной интоксикацией, несмотря на попытки использования фармацевтических заместительных препаратов. Респондентки с хронической патологией органов дыхания по отношению к употреблению табачных изделий объединены в неоднородные группы по образовательному цензу, получению информации о вреде курения от медиков, применению фармацевтических и никотинзамещающих препаратов.

Ключевые слова: табакокурение, пациентки пожилого и старческого возраста, особенности.

Prevalence and features of tobacco smoking in patients of the departments of the therapeutic profile with chronic respiratory diseases

F.T. Malykhin

FSBEI HE "Stavropol State Medical University" MH RF, Stavropol

Summary

Tobacco smoking and related diseases are among the major public health problems. We have studied the prevalence and characteristics of smoking in patients of therapeutic hospitals aged up to 59 years inclusive and from 60 years of age with chronic pulmonary and comorbid cardiac pathology. An adapted version of the Global Adult Tobacco Survey was used. The prevalence of active tobacco smoking was at a relatively low level (22.5%). About half of the respondents were regularly exposed to secondhand smoke at home and more than 90% in public places, and about half of non-smokers had previously suffered from nicotine addiction. The majority of smokers have not managed to part with their habitual intoxication, despite attempts to use pharmaceutical replacement drugs. Respondents with chronic pathology of the respiratory organs in relation to the use of tobacco products are united in heterogeneous groups in terms of educational qualifications, obtaining information about the dangers of smoking from physicians, and the use of pharmaceutical and nicotine replacement drugs.

Key words: smoking, elderly and senile patients, features.

Введение

Обоснование важности задачи обеспечения здоровой окружающей среды как для проведения экологической политики государства в целом, так и для деятельности органов и учреждений здравоохранения в частности, является принципиально важным условием для успешного решения проблемы борьбы с курением табака в России [14]. Известно, что никотиновой зависимости подвержены 43,9 млн россиян (более 30% населения страны). При этом уровень курения среди мужского населения РФ – один из самых высоких в мире – 60,2%. В последние десятилетия отмечен стреми-

тельный рост распространенности табакокурения среди россиян, он колеблется на уровне от 15% до 29,6%, а по данным репрезентативного эпидемиологического исследования «Глобальный опрос о потреблении табака среди взрослого населения в Российской Федерации» (GATS, 2009) – 21,7% [4, 11]. При этом, кроме высокой распространенности активного и пассивного курения, имеется значительная его интенсивность (около 50% курящих женщин имели высокую и очень высокую степени никотиновой зависимости, препятствующих возможности отказа от курения) [2, 11]. По результатам GATS, пассивному курению в России в различных ситуациях подвержены от 23,4% до 33% представителей различных категорий женщин [4, 11].

В РФ вследствие воздействия такого антропогенного экологического фактора, как курение, ежегодно умирает от 270 до 330 тыс. человек (17% от общей смертности), что более чем в два раза превышает глобальные оценки. Получены данные об увеличении риска общей смертности среди куря-

Для корреспонденции:

Мальных Федор Тимофеевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: fmalykhin@yandex.ru

Тел.: (8652)714835

Статья поступила 13.07.2022 г., принята к печати 5.09.2022 г.

щего населения: в 1,93 раза среди мужчин, в 1,99 раза среди женщин [5].

Пассивное курение является столь же опасным, как активное. Это обусловлено тем, что боковой поток табачного дыма, поглощаемый окружающими курильщика людьми, образуется при меньшей температуре горения сигареты и, вследствие этого, концентрация канцерогенных веществ в нем примерно в четыре раза превышает содержание их в дыме, вдыхаемом самим никотиноманом. По этой причине у некурящих жен курящих мужей риск развития рака легких повышается в полтора-два раза по сравнению с женщинами, имеющими некурящих мужей [6]. Не секрет, что большинство людей в нашей стране являются вынужденными пассивными курильщиками: работники офисов и многих производств – на рабочих местах, во вспомогательных помещениях, жители многоквартирных домов – в парадных, нередко пассажиры – в общественном транспорте. Вместе с тем доказано, что у взрослых пассивное курение приводит к увеличению риска возникновения заболеваний органов дыхания (хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), рака легких, рака носоглотки), ишемической болезни сердца, инсультов и др. [13, 17, 15]. По официальным данным, в нашей стране зарегистрировано более 2,5 млн больных ХОБЛ, оценочные цифры эпидемиологов доходят до 16 млн человек [16]. В связи с этим табачный дым и в России и за ее пределами признан наиболее распространенным и токсичным фактором загрязнения окружающей человека среды [1, 3]. Следует отметить, что табак является единственным продуктом, оказывающим при применении его по прямому назначению, даже в малых дозах, отрицательное воздействие на здоровье [9]. Продолжительность жизни потребителей табака при этом уменьшается в среднем на 15 лет. Вместе с тем это уменьшение продолжительности жизни потребителей не сопровождается повышением ее качества. Напротив, оно снижается даже при незначительном стаже курения [7, 10]. Следует учитывать, что здоровые люди пенсионного возраста не только зачастую работоспособны, но и могут вносить важнейший вклад в производство таких нематериальных ценностей, как уход за внуками и их воспитание (как правило, женщины) [8, 18].

Цель исследования: изучить распространенность и особенности использования табачных изделий преимущественно среди пациенток старшей возрастной группы с заболеваниями органов дыхания.

Материал и методы

Исследование табакокурения проведено с помощью адаптированного варианта «Индивидуальной анкеты» опросного листа «Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака» (GATS) [11]. Помимо биографических характеристик, опросный лист содержит вопросы о курении табака или употреблении бездымного табака, прекращении употребления табака, пассивном курении, экономических аспектах применения табачных изделий, о

средствах массовой информации, об осведомленности, позиции и мнении респондента [11]. Исследование проводилось на базе отделений терапевтического профиля городского (г. Ставрополь) и сельского районного (на момент исследования, а ныне г. Нефтекумск – административный центр Нефтекумского городского округа Ставропольского края) стационаров, с участием волонтеров.

Критериями включения в исследуемую группу служили: наличие информированного согласия пациента, женский пол, старшая возрастная группа (возраст старше 50 лет), наличие хронических заболеваний органов дыхания (ХОБЛ и/или бронхиальная астма (БА)). Диагноз ХОБЛ установлен согласно критериям GOLD, диагноз БА – согласно критериям GINA [15, 16]. Критерии исключения из исследования: отсутствие информированного согласия пациента, хирургические вмешательства с уменьшением объема легких в анамнезе, аутоиммунные заболевания, рак легкого или злокачественное новообразование другой локализации.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием методов параметрической и непараметрической статистики. Для оценки межгрупповых различий значений признаков, имеющих непрерывное распределение, применяли t-критерий Стьюдента, а при сравнении частотных величин – χ^2 -критерий Пирсона. Статистическая обработка материала была выполнена с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 6.0). Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали равным 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании приняли участие 160 пациенток отделений терапевтического профиля городских стационаров, в том числе 35 больных среднего (до 59 лет включительно, 21,9%), 84 пожилого (60-74 года, 52,5%), 41 старческого (75 лет и старше, 25,6%) возрастов. Средний возраст опрашиваемых из группы больных пожилого и старческого возрастов составил $70,6 \pm 2,4$ года, среднего – $55,3 \pm 4,2$ года, всех опрошенных – $65,3 \pm 5,1$ года. В г. Ставрополе в опросе участвовали 127 пациенток, в г. Нефтекумске – 33.

В г. Ставрополе преобладали респондентки славянских национальностей (94,5%), православного вероисповедания (95,3%), что существенно превышает их преобладающую долю в национальном и конфессиональном составе населения города (около 88%). По уровню образования опрошенные распределились следующим образом: высшее образование имели 45,7% пациенток, среднее специальное – 39,4%, среднее – 14,2%, не было формального образования у 0,7% больных.

У всех прошедших анкетирование в г. Ставрополе больных имелись хронические заболевания органов дыхания (преобладала ХОБЛ средней тяжести). Средний возраст опрошенных в г. Ставрополе составил $66,1 \pm 3,9$ г. В г. Ставрополе у части

пациенток (59,9%) пульмонологическая патология сочеталась с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения, функциональный класс II–III; постинфарктный кардиосклероз; нарушения ритма сердца и проводимости – в сумме 27,6%), гипертонической болезнью II–III стадии (52,8%), миокардиодистрофиями/кардиомиопатиями (2,4%).

Средний возраст опрошенных в Нефтекумской ЦРБ составил $65,4 \pm 10,1$ г. Более половины из них (57,5%) составили респондентки славянских национальностей/христианского вероисповедания. Далее следовали женщины ногайской (18,2%) и других национальностей, проживающих преимущественно на территории, прилегающей к району Республики Дагестан (даргинской, аварской, кумыкской, в сумме 15,2%), туркменской (9,1%), преимущественно мусульманского вероисповедания. Образовательный ценз респонденток: 36,4% с высшим образованием, 42,4% со средним специальным, остальные – со средним образованием. У опрошенных в г. Нефтекумске больных имелась хроническая патология органов дыхания (ХОБЛ и/или БА), преобладали пациентки с ХОБЛ легкого течения. У части больных пульмонологические заболевания сочетались с патологией сердечно-сосудистой системы – ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения, функциональный класс II–III; постинфарктный кардиосклероз; нарушения ритма; 15,2%), гипертонической болезнью II–III стадии (в сумме 48,5% больных). Симптомы хронического легочного сердца отмечались у 6,1% пациенток.

Распространенность активного табакокурения среди опрошенных в г. Ставрополе больных оказалась на относительно низком уровне (22,5%), возраст начала ежедневного курения – $25 \pm 3,2$ г.

В г. Нефтекумске активных курильщиц на момент опроса было 23,5% ($p > 0,05$), возраст начала ежедневного курения – $26 \pm 4,3$ г. ($p > 0,05$). Возраст начала ежедневного курения у всех опрошенных $25 \pm 3,7$ года.

Среди курящих пациенток в г. Ставрополе было 45,7% активных курильщиц с высшим и 32,9% со средним специальным образованием. Среди курящих респонденток в г. Нефтекумске соответственно – 36,4% и 42,4%. Кроме того, сопоставимое количество опрошенных – это женщины со средним образованием – сами никогда не курили, но являлись пассивными курильщицами (22,1% в Ставрополе и 21,2% в Нефтекумске, $p > 0,05$).

Из некурящих на момент проведения опроса пациенток ранее курили 46,9% респонденток в Ставрополе и 47,8% ($p > 0,05$) опрошенных женщин в Нефтекумске, но были вынуждены отказаться от привычной интоксикации, как правило, в связи с развитием хронических заболеваний легких и/или сердца.

Из числа курящих респондентов 76,1% указали на то, что на их решение начать курить повлиял просмотр кинофильмов, а остальные (23,9%) переняли вредную привычку у родителей или у близких родственников. Вредную привычку в Ставрополе, по утверждению опрошенных, за собой повлекли: в

44,4% случаев – стрессовые факторы, в 27% – неприятности на работе, в 15,9% – проблемы в семье, в 12,7% – психологическое «давление» друзей. В г. Нефтекумске распределение по тем же пунктам составило соответственно: 40% случаев ($p > 0,05$), 20% ($p > 0,05$), 30% ($p < 0,05$) и 10% ($p > 0,05$). Из числа курящих более половины (53,4%) утверждали, что курение помогает им успокоиться или находили его привлекательным. Информация о вреде табакокурения от медицинских работников для зависимых от никотина женщин была несколько более доступна в краевом центре: только 27,2% опрошенных в г. Нефтекумске, по их словам, получали информацию о вреде табакокурения от медиков, против 34,6% в г. Ставрополе ($p > 0,05$).

Большинство курящих по ряду причин, в том числе по советам медицинских работников, пытались расстаться с зависимостью от табакокурения. При применении различных вариантов никотинзамещающей терапии они пользовались никотиновым пластырем (50,6%), никотинсодержащей жевательной резинкой (32,9%), назальным спреем (16,5%). Применение никотинзамещающих средств отмечалось в г. Ставрополе вдвое чаще (44,4%), чем в г. Нефтекумске (20,0%, $p < 0,05$). В попытках бросить курить в г. Ставрополе несколько большее количество больных (20,6%) пользовались препаратами алкалоидов никотиновой группы (такими, как цитизин, табекс, лобелин, гамибазин) по сравнению с пациентками в Нефтекумске (15,2%, $p > 0,05$). Отсутствие желаемого эффекта от лечения никотиновой зависимостью пациентки отмечали с сопоставимой частотой – в 40,3% случаев в г. Ставрополе и в 40% ($p > 0,05$) в г. Нефтекумске.

Среди некурящих 89,7% респондентов в той или иной степени регулярно пассивно подвергались действию табачного дыма в общественных местах (в том числе в/у парадных жилых домов, в автотранспорте, остановках общественного транспорта, зданиях организаций/офисах, пунктах питания). Опрошенные женщины со средним образованием и в группе 60 лет и старше чаще являлись пассивными курильщицами. Связано это преимущественно с тем, что у 26,8% из опрошенных существует традиция курения дома, при этом хотя бы один из членов семьи курит в квартире.

До 60% респонденток обращали внимание на маркетинговые ходы, касающиеся продвижения табачных изделий. Практически все опрошенные (97,5%) в том или ином объеме знали о вреде табакокурения и о различных видах тяжелой патологии, возникающей в связи с ним (инфаркт, инсульт, рак легких, хронический бронхит/ХОБЛ, заболевания желудка). К предостерегающим надписям о вреде здоровью на упаковках табачных изделий, фотографиям и другим проявлениям антитабачных рекламных кампаний респондентки в большинстве случаев (90%) относились «философски»: замечали и проявляли формальное согласие с их сутью, в сочетании с анонсируемой ими неспособностью отказа от привычной интоксикации в связи с давностью ее развития, хотя у каждой третьей (33,1%) опрошенной пациентки периодически появлялось такое желание. Аналогичное отношение наблюда-

лось к законам, запрещающим курение в определенных местах: курение продолжали в формально «неконтролируемых» общественных местах. К увеличению налогообложения табачных изделий, приводящему к росту цен на них, имелось однозначно негативное отношение курящих респондентов, как причине увеличения их потенциальных финансовых потерь. К запрещению рекламы табачных изделий преобладало положительное отношение опрошенных (78,1%).

Среди опрошенных женщин предпочтение чаще отдавалось наиболее распространенным маркам сигарет среднего ценового диапазона, количество одномоментно покупаемых изделий, как правило, ограничивалось 1-2 пачками, покупки осуществляли преимущественно в магазинах шаговой доступности, имеющим право реализации табачных изделий. Количество выкуриваемых сигарет в большинстве случаев составляло 10-12 в сутки (у лиц со средним образованием менее 10, средним специальным до 20, высшим до 25).

Заключение

Таким образом, в изученной группе пациенток с хронической патологией органов дыхания, зачастую сочетающейся с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы, распространенность активного курения табачных изделий оказалась на время проведения опроса на относительно низком уровне. В то же время, около половины опрошенных регулярно подвергались фактору пассивного курения дома и более 70% – в общественных местах, а около половины некурящих на момент опроса ранее страдали никотиновой зависимостью. Большинству курящих высокая степень зависимости от никотина создала препятствия в попытках расстаться с привычной интоксикацией, несмотря на использование заместительной терапии. В изученных группах образовательный ценз респондентов был более высоким в г. Ставрополе. Информация о вреде табакокурения от медицинских работников для зависимых от никотина была также более доступна в краевом центре. Установлено, что пациентки с хронической патологией органов дыхания по отношению к употреблению табачных изделий являются неоднородной популяцией: у больных в возрасте до 59 лет преобладает активное табакокурение, в группе 60 лет и старше – пассивное.

Активное табакокурение преимущественно распространено у женщин с высшим и средним профессиональным образованием, а опрошенные женщины со средним образованием чаще являлись пассивными курильщиками.

Литература

1. Баран О.И., Григорьев Ю.А. Налоги на табак в решении задач укрепления здоровья населения // Медицина в Кузбассе. 2017. Т. 16(3). URL: [https:// med-nauki.ru/index.php/MK/article/view/130/256](https://med-nauki.ru/index.php/MK/article/view/130/256) [дата обращения: 03.07.2022].
2. Воронов Н.В., Сапунов В.Б. Курение как фактор ухудшения качества окружающей среды // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2018. Т.13 (2). С. 767-775. URL: [https:// elibrary.ru/](https://elibrary.ru/)Другие новости?id=36774300 [дата обращения: 03.07.2022].
3. Гамбарян М.Г., Драпкина О.М. Хроническая обструктивная болезнь легких и курение табака: принципы и пути профилактики (обзор) // Профилактическая медицина. 2017. Т. 20 (5). С. 74-82.
4. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Российская Федерация // Страновой отчет. 2009. 171 с. URL: [https:// gov.cap.ru/home/52/GATS.pdf](https://gov.cap.ru/home/52/GATS.pdf). [дата обращения: 03.07.2022].
5. Иванова А.Ю., Долгалев И.В. Формирование риска смерти в зависимости от поведенческих факторов (курение, потребление алкоголя) по результатам 27-летнего проспективного исследования // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. Т. 16(5). С. 40-45. URL: <https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/viewFile/503> [дата обращения: 03.07.2022].
6. Куликов В.А. Пассивное курение и его последствия // Вестник фармации. 2017. № 2 (76). С. 98-102. URL: [https:// vestnik-pharm.vsmu.by/...vestnik-farmatsii-2-76-2017](https://vestnik-pharm.vsmu.by/...vestnik-farmatsii-2-76-2017) [дата обращения: 03.07.2022].
7. Малыхин Ф.Т. Особенности этиологии, патогенеза и патологической морфологии хронической обструктивной болезни легких у женщин и мужчин // Пульмонология. 2021. Т. 31(4). С. 530-536.
8. Малыхин Ф.Т. Сравнительное исследование преобладающих фенотипов хронической обструктивной болезни легких в зависимости от половозрастных характеристик пациентов // Клиническая геронтология. 2021. Т. 28 (1-2). С. 24-27. URL: <https://doi.org/10.26347/1607-2499202101-02024-027>
9. Махов М.А., Надеждин А.В. Клинические особенности табачной зависимости у больных алкоголизмом // Наркология. 2016. Т. 15 (1/169). С. 39-50. URL: [https:// elibrary.ru/](https://elibrary.ru/) Другие новости?id=25482231 [дата обращения: 03.07.2022].
10. Ниворожкина Л. И. Риски нового пенсионного возраста: возрастет ли бедность и незанятость? // Интеллект. Инновации. Инвестиции. 2019. № 5. 10-19.
11. Русин С.Н. Какой быть «Стратегии экологической безопасности Российской Федерации?» // Журнал российского права. 2014. № 7(211). С. 32-40.
12. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Табакокурение и репродуктивная функция женщин // РМЖ. Мать и дитя. 2013. № 1. С. 12-20. URL: [https:// rmj.ru/](https://rmj.ru/) «Гинекология» Табакокурение и репродуктивная функция женщин [дата обращения: 03.07.2022].
13. Таютина Т.В., Багмет А.Д., Лысенко А.В. [и др.] Клинико-функциональные особенности хронической обструктивной болезни легких у больных пожилого возраста в Ростовской области // Успехи геронтологии. 2021. Т. 34 (1). С. 84-89.
14. Цветкова О.А. Место ингибиторозащищенных пенициллинов в лечении инфекции нижних дыхательных путей // Медицинский Совет. 2015. (16). С. 50-55. URL: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2015-16-50-55>
15. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Available at [http:// goldcopd.org...](http://goldcopd.org...) [Accessed July 03, 2022].
16. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA). Available at [http:// ginasthma.org/gina-reports/](http://ginasthma.org/gina-reports/) [Accessed July 03, 2022].
17. Malykhin F.T., Baturin V.A. Compliance Indicators in Geriatric Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Dis-

- ease // Health Care: Current Reviews. 2018. № 6 (232). C. 1-4.
18. Tobacco and its environmental impact: an overview. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: https://www.researchgate.net/publication/317267405_Tobacco_and_its_environmental_impact_An_overview
- ## References
1. Baran O.I., Grigor'yev Yu.A. Nalogi na tabak v reshenii zadach ukrepleniya zdorov'ya naseleniya [Tobacco taxes in solving problems of public health promotion] // Meditsina v Kuzbasse. 2017. T. 16(3). URL: <https://mednauki.ru/index.php/MK/article/view/130/256> [data obrashcheniya: 03.07.2022].
 2. Voronov N.V., Sapunov V.B. Kurennye kak faktor ukhudsheniya kachestva okruzhayushchey sredy [Smoking as a factor in the deterioration of the quality of the environment] // Zdorov'ye - osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ikh resheniya. 2018. T.13 (2). S. 767-775. URL: https://elibrary.ru/Drugie_novosti?id=36774300 [data obrashcheniya: 03.07.2022].
 3. Gambaryan M.G., Drapkina O.M. Khronicheskaya obstruktivnaya bolezni' legkikh i kurennye tabaka: printsipy i puti profilaktiki (obzor) [Chronic obstructive pulmonary disease and tobacco smoking: principles and ways of prevention (review)] // Profilakticheskaya meditsina. 2017. T. 20 (5). S. 74-82.
 4. Global'nyy opros vzroslogo naseleniya o potreblenii tabaka. Rossiyskaya Federatsiya [Global Adult Tobacco Survey. Russian Federation] // Stranovoy otchet. 2009. 171 s. URL: <https://gov.cap.ru/home/52/GATS.pdf>. [data obrashcheniya: 03.07.2022].
 5. Ivanova A.Yu., Dolgalev I.V. Formirovaniye riska smertnosti v zavisimosti ot povedencheskikh faktorov (kurennye, potrebleniye alkogolya) po rezul'tatam 27-letnego prospektivnogo issledovaniya [Mortality risk formation depending on behavioral factors (smoking, alcohol consumption) based on the results of a 27-year prospective study] // Kardiologiya i profilaktika. 2017. T. 16(5). S. 40-45. URL: <https://cardiovascular.elpub.ru/jour/article/viewFile/503> [data obrashcheniya: 03.07.2022].
 6. Kulikov V.A. Passivnoye kurennye i yego posledstviya [Passive smoking and its consequences] // Vestnik farmatsii. 2017. № 2 (76). S. 98-102. URL: https://vestnik-pharm.vsmu.by/..._vestnik-farmatsii-2-76-2017 [data obrashcheniya: 03.07.2022].
 7. Malykhin F.T. Osobennosti etiologii, patogeneza i patologicheskoy morfologii khronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkikh u zhenshchin i muzhchin [Features of the etiology, pathogenesis and pathological morphology of chronic obstructive pulmonary disease in women and men] // Pul'monologiya. 2021. T. 31(4). S. 530-536.
 8. Malykhin F.T. Sravnitel'noye issledovaniye preobladayushchikh fenotipov khronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkikh v zavisimosti ot polovozrastnykh kharakteristik patsiyentov [Comparative study of the prevailing phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease depending on the gender and age characteristics of patient] // Klinicheskaya gerontologiya. 2021. T. 28 (1-2). S. 24-27. URL: <https://doi.org/10.26347/1607-2499202101-02024-027>
 9. Makhov M.A., Nadezhdin A.V. Klinicheskiye osobennosti tabachnoy zavisimosti u bol'nykh alkogolizmom [Clinical features of tobacco dependence in patients with alcoholism] // Narkologiya. 2016. T. 15 (1/169). S. 39-50. URL: https://elibrary.ru/Drugie_novosti?id=25482231 [data obrashcheniya: 03.07.2022].
 10. Nivorozhkina L.I. Riski novogo pensionnogo vozrasta: vozrastet li bednost' i nezanyatost'? [Risks of a new retirement age: will poverty and unemployment increase?] // Intellect. Innovatsii. Investitsii. 2019. № 5. 10-19.
 11. Rusin S.N. Kakoy byt' «Strategii ekologicheskoy bezopasnosti Rossiyskoy Federatsii?» // Zhurnal rossiyskogo prava. 2014. № 7(211). S. 32-40.
 12. Sakharova G.M., Antonov N. S. Tabakokurennye i reproduktivnaya funktsiya zhenshchin [Tobacco smoking and reproductive function of women] // RMZH. Mat' i ditya. 2013. № 1. S. 12-20. URL: https://rmj.ru/«Ginekologiya»_Tabakokurennye_i_reproduktivnaya_funktsiya_zhen-shchin [data obrashcheniya: 03.07.2022].
 13. Tayutina T.V., Bagmet A.D., Lysenko A. V. [i dr.] Kliniko-funksional'nyye osobennosti khronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkikh u bol'nykh pozhilogo vozrasta v Rostovskoy oblasti [Clinical and functional features of chronic obstructive pulmonary disease in elderly patients in the Rostov region] // Uspekhi gerontologii. 2021. T. 34 (1). S. 84-89.
 14. Tsvetkova O.A. Mesto ingibitorozashchishchennykh penitsillinov v lechenii infektsii nizhnikh dykhatel'nykh putey [The place of inhibitor-protected penicillins in the treatment of lower respiratory tract infections] // Meditsinskiy Sovet. 2015. (16). S. 50-55. URL: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2015-16-50-55>
 15. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Available at <http://goldcopd.org...> [Accessed July 03, 2022].
 16. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA). Available at <http://ginasthma.org/gina-reports/> [Accessed July 03, 2022].
 17. Malykhin F.T., Baturin V.A. Compliance Indicators in Geriatric Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease // Health Care: Current Reviews. 2018. № 6 (232). C. 1-4.
 18. Tobacco and its environmental impact: an overview. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: https://www.researchgate.net/publication/317267405_Tobacco_and_its_environmental_impact_An_overview

УДК 616.361-06:616.37-002.2-06-071-089

Лечебно-диагностическая тактика при хроническом панкреатите, осложнённом холестаазом**Р.Т. Меджидов, С.М. Магомедова, И.А. Мирзоев, А.З. Абдуллаева, З.Р. Хабибулаева**

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

Анализируются результаты диагностики и лечения 38 пациентов с хроническим панкреатитом (ХП), осложнённым холестаазом. Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена в 16 наблюдениях: РХПГ, ЭПСТ, стентирование холедоха – в 4; лапаротомия, гепатикохоледохоэюностомия по Ру – в 12; РХПГ, ЭПСТ, вирсунготомия, стентирование панкреатического протока – в 4 и гастропанкреатодуоденальная резекция – в 2 случаях. Определена лечебно-диагностическая тактика, направленная на улучшение ближайших и отдалённых результатов при ХП, осложнённом холестаазом, путём применения малоинвазивных и высокотехнологических методов диагностики и лечения. Отмечено, что при морфологическом типе ХП с холестаазом эндоскопические вмешательства у 66,7% пациентов являются окончательным видом хирургического пособия. Оперативные вмешательства из широкой лапаротомии показаны при технической невозможности выполнения эндоскопических процедур и должны быть двухэтапными. Успех оперативного вмешательства зависит от обоснованности его выбора у каждого конкретного пациента.

Ключевые слова: хронический панкреатит, морфологический тип, холестаз, стриктура терминального отдела холедоха, Вирсунгов проток, ретроградная холангиопанкреатография, папиллосфинктеротомия, вирсунготомия, стентирование, гепатикохоледохоэюноанастомоз, панкреатодуоденальная резекция, качество жизни пациента.

Therapeutic and diagnostic tactics in chronic pancreatitis complicated with cholestasis**R.T. Medzhidov, S.M. Magomedova, I.A. Mirzoev, A.Z. Abdullaeva, Z.R. Khabibulaeva**

FSBEI HE "Dagestan State Medical University" MH RF, Makhachkala

Summary

The results of diagnosis and treatment of 38 patients with chronic pancreatitis (CP) complicated by cholestasis were analyzed. Retrograde cholangiopancreatography (ERCP), endoscopic papillosphincterotomy (EPST) was performed in 16 cases: ERCP, EPST, choledochal stenting - in 4; laparotomy, Roux-en-Y hepatic choledochojejunostomy - at 12; ERCP, EPST, wirsungotomy, stenting of the pancreatic duct - in 4 cases and gastropancreatoduodenal resection - in 2 cases. The therapeutic and diagnostic tactics aimed at improving the immediate and long-term results in CP complicated by cholestasis were determined through the use of minimally invasive and high-tech diagnostic and treatment methods. It was noted that in the morphological type of CP with cholestasis, endoscopic interventions in 66.7% of patients are the final type of surgical intervention. Surgical interventions from a wide laparotomy are indicated when it is technically impossible to perform endoscopic procedures and should be two-stage. The success of surgical intervention depends on the validity of its choice in each individual patient.

Key words: chronic pancreatitis, morphological type, cholestasis, stricture of the terminal part of the common bile duct, Wirsung's duct, retrograde cholangiopancreatography, papillosphincterotomy, wirsungotomy, stenting, hepaticocholedochoejunoanastomosis, pancreatoduodenal resection, patient's quality of life.

Введение

Вследствие многообразия клинических вариантов и морфологических типов хронического панкреатита (ХП) лечебно-диагностическую тактику при них целесообразно рассматривать в зависимости от преобладающего вида осложнения ХП [2, 36, 8, 9, 13, 18, 20]. В структуре морфологических типов удельный вес стриктур дистального отдела холедоха и вирсунгова протока составляет примерно 9-11% [1, 3, 7, 10, 11, 13].

Причинами развития стриктуры дистального отдела холедоха являются вовлечение его в воспа-

лительный процесс, сдавление псевдотуморозным либо кистозным образованием головки поджелудочной железы (ПЖ) и крючковидного отростка. У небольшого числа пациентов причиной развития стриктуры терминального отдела холедоха является дуоденальная дистрофия [3, 5, 14, 15, 16, 17, 19]. Стриктуры дистального отдела холедоха, развившиеся в связи с ХП, характеризуются значительно большей протяжённостью по сравнению со стенозами в зоне большого дуоденального соска (БДС) другой этиологии (3см и более), что ограничивает возможности использования малоинвазивных эндоскопических технологий для их лечения [2, 7, 11, 14]. Однако К.Г. Глебов и соавт. (2014), E.L.Fogel et al. (2007) полагают, что с совершенствованием как самих стентов, так и средств их доставки, расширяются возможности эндоскопических технологий при лечении данной патологии. Авторы допускают, что стентирование при стриктуре дистального отдела общего желчного протока может являться терапией

Для корреспонденции:

Магомедова Саадат Магомедовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: saadat_leon@mail.ru

Тел.: 89289506854

Статья поступила 19.07.2022 г., принята к печати 7.09.2022 г.

первой линии, что позволит снизить операционно-анестезиологический риск.

Цель исследования: определить лечебно-диагностическую тактику, направленную на улучшение ближайших и отдалённых результатов при хроническом панкреатите, осложнённом холестазом, путём применения малоинвазивных и высокотехнологичных методик диагностики и лечения.

Материал и методы

Среди пациентов с ХП холестаза, как основное осложнение, был выявлен у 38 пациентов. Все пациенты ранее перенесли острый деструктивный панкреатит. Минимальный срок после развития острого панкреатита был 3,5 года. Холецистэктомия в анамнезе имела у 16 пациентов. Рентгенография лёгких, ЭКГ, УЗИ, ФГДС выполнены всем пациентам. Обзорная рентгенография живота – в 16,8% случаев, лапароскопия – в 13,4%, эндоУЗИ – в 9,7%, ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) – в 50,2%, интраоперационная холангиография – в 2,1% интраоперационная холангиоскопия – в 7,8%, рентгеноскопия пищевода и желудка – в 23,5%, исследование функции внешнего дыхания – 35,3%, эхокардиография – в 24%, МСКТ – в 37,3%, МР-холангиопанкреатография – в 100% случаях.

Инструментальные исследования начинали с ультрасонографии. Маркерами механического генеза желтухи и хронической билиарной гипертен-

зии являлись расширение внепечёночных желчных протоков (более 8 мм), внутрипечёночных протоков (более 6 мм).

Выполнение фиброгастроскопии являлось обязательным. Устранение механической желтухи осуществляется посредством восстановления пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку посредством эндоскопических вмешательств либо отведением желчи наружу путём формирования наружных билиарных стом малоинвазивными доступами.

РХПГ, папиллосфинктеротомия (ПСТ) выполнены в 16 наблюдениях; РХПГ, ПСТ, стентирование холедоха – в 4; лапаротомия, гепатикохоледохоюностомия по Ру – в 12; РХПГ, ПСТ, вирсунготомия, стентирование панкреатического протока – в 4 и гастропанкреатодуоденальная резекция – в 2 случаях.

Статистический анализ полученных данных осуществлён с помощью компьютерной программы «Statistica» 5.5. Для создания матрицы данных использовали программу Excel 7.0. Для оценки интегрального показателя качества жизни использовали методику анализа результатов различных способов лечения пациентов с хроническим панкреатитом (Багненко С.Ф. и соавт., 2009).

Результаты исследования и их обсуждение

Клинические проявления при ХП, осложнённом холестазом, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Клиническая симптоматика пациентов с хроническим панкреатитом, осложнённом холестазом (n=38)

Клинические проявления	Число пациентов, абс. (%)
1. Боль	22 (57,8%)
2. Отрыжка	14 (34,2%)
3. Рвота	8 (21,0%)
4. Чувство тяжести в животе	5 (13,1%)
5. Неустойчивый стул	15 (39,3%)
6. Обесцвеченный стул	38 (100%)
7. Потемнение мочи	38 (100%)
8. Похудение	38 (100%)
9. Периодическая слабость	19 (50,0%)
10. Иктеричность покровных тканей	38 (100%)
11. Кожный зуд	12 (31,5%)
12. Нарушение углеводного обмена	10 (26,3%)
13. Депрессивные состояния	24 (63,1%)

Иктеричность кожных покровов, похудение, обесцвеченный стул наблюдались у каждого пациента. Эпизоды желтухи в анамнезе были в 22 наблюдениях, по поводу чего пациенты проводили лечение в разные периоды в хирургических стационарах. У 18 пациентов желтуха была выявлена впервые на момент госпитализации в клинику.

Причинами возникновения механической желтухи явились тубулярная структура ретродуоденальной части холедоха – у 11 (28,9%) пациентов, сдавление дистального холедоха при «головчатом» панкреатите – в 14 (37,04%) наблюдениях и конкременты в терминальном отделе холедоха на фоне ХП – у 13 (34,2%) пациентов. Снижение мас-

сы тела с момента развития острого панкреатита до последней госпитализации в клинику составляло 10%-27% от исходной массы тела до заболевания панкреатитом. Боли в верхних отделах живота отмечали у 55,6% пациентов. В большинстве случаев боли носили перемежающийся характер, связанный с нарушением диеты, чаще всего с употреблением острой пищи и спиртного. При этом характерный внезапный интенсивный болевой синдром, наблюдающийся при печёночной колике, был отмечен только у 6 пациентов. В 9 случаях, при длительности анамнеза ХП более 5 лет, интенсивность болевого синдрома была значительно снижена. В то же время у этих пациентов наблюдалось

прогрессирующее нарушение эндо- и экзокринной функции ПЖ. У 2 пациентов боли носили упорный характер, мало зависели от характера пищи, принуждая их принимать обезболивающие и спазмолитические препараты в больших количествах. Однако интенсивный болевой приступ ни в одном случае не отмечался непосредственно перед визуальным обнаружением желтухи.

У 39,3% пациентов наблюдался неустойчивый стул в виде обильных поносов от 4 до 10 раз в сутки. Упорные запоры отмечали в 5 случаях. Депрессивные состояния в виде постоянной тревоги или психологического дискомфорта отмечались у 63,1% пациентов. Выраженность подобных состояний у трети пациентов этой группы была чрезвычайно высокой и иногда требовала привлечения психолога.

Нарушение углеводного обмена было выявлено у 26,3% пациентов. При исследовании лабораторных показателей повышение содержания уровня лейкоцитов в клиническом анализе крови более $8 \times 10^9/\text{л}$ отмечено в 80 (26,3%) случаях, снижение количества эритроцитов менее $3 \times 10^9/\text{л}$ наблюдали у 13 (34,2%) пациентов. В 7 наблюдениях с лейкоцитозом наблюдались ознобы, которые, наряду с механической желтухой, свидетельствовали о наличии холангита. Анемия со снижением гемоглобина ниже 110 г/л выявлена у 12 (31,5%) пациентов. Повышенная СОЭ более чем 20 мм оказалась у всех пациентов. При определении биохимических параметров повышение уровня амилазы в сыворотке крови выявлено у 8 (21,0%), липазы – у 6 (15,7%) пациентов. Изучение функций печени установило, что в той или иной степени они были нарушены у 23 (60,5%) пациентов. Так, снижение уровня общего белка в сыворотке крови менее 50 г/л наблюдали в 16 (42,1%) случаях, альбумина менее 30 г/л – у 21 (55,2%) пациента; повышение уровня АЛТ более 60 ед. – у 11 (28,9%) пациентов.

Изменения параметров свёртывающей системы в сторону гипокоагуляции выявлено у 13 пациентов. Уровень протромбинового индекса ниже 60% обнаружен в 7,61-70% – в 9 наблюдениях. Минимальное значение МНО составило 2,9, максимальное – 1,6. Уровень билирубина был повышен у всех пациентов. Эти данные представлены в таблице 2.

Таблица 2
Концентрация билирубина в крови (n=38)

Уровень билирубина	Количество пациентов (%)	
До 60 мкмоль/л	2	5,2 %
61-100	6	15,8%
101-200	11	28,9%
201-300	9	23,6%
Более 300	10	26,5%

Стабильно высокий уровень билирубина был только у 7 пациентов, у 21 он нарастал даже на фоне проводимой терапии с элементами форсированного диуреза. Таким образом, анализ биохими-

ческих параметров выявил значительное снижение функциональных резервов печени. Копрологическое исследование было проведено в 9 наблюдениях. У 9 (47,2%) из них была выявлена стеаторея. При выполнении РАВА-теста снижение уровня парааминобензойной кислоты более 50% определено у 88,9% пациентов.

Первично высокий уровень глюкозы натощак (более 5,8 ммоль) выявлен у 9 (23,6%) пациентов. Проба с нагрузкой глюкозы выполнена в 14 наблюдениях – во всех диагностирована гипергликемия (более 7,8 ммоль) через 3 часа после приёма сахара, что свидетельствовало о наличии эндокринной недостаточности ПЖ.

При УЗИ гипертензия в желчных протоках выявлена у 100% пациентов, её причиной, в основном, являлось сдавление дистальных отделов желчного протока головкой ПЖ, либо его рубцовой стриктурой. Во время транспиллярных вмешательств под эндоскопической навигацией расширение БДС протяжённостью 4/2 нами была осуществлена в 5 наблюдениях, 4/3 – в 10 и 4/4 – в 9 случаях.

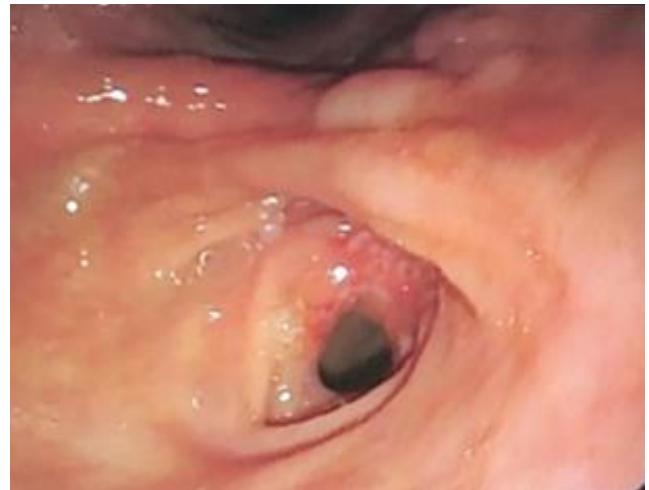


Рис. 1. Холангиоскопия

С целью контроля полной санации протоков холангиоскопия (рис.1) во время эндоскопического вмешательства была осуществлена в 3 (7,8%) наблюдениях. При этом конкременты из холедоха были удалены у 2 пациентов. Эндо-УЗИ расширения внепечёночных желчных протоков (8 мм и более) выявлены почти у всех пациентов, конкременты в холедохе выявлены в 9,5% случаев, увеличение размеров головки ПЖ – в 88,1%, уплотнение ткани ПЖ – в 92,9%, расширение Вирсунгова протока (7-10 мм) – в 10,5%, стриктура фатерова сосочка – в 19,1% наблюдениях. Данные МСКТ у пациентов с ХП, осложнённом холестазом, указывали на повышение денсимметрической жёсткости ПЖ, увеличение размеров её головки, расширение Вирсунгова протока в 4 наблюдениях. Наиболее чувствительным и специфичным методом диагностики данного морфологического типа ХП является МРТ (99,3% и 98,4% соответственно). Расширение диаметра холедоха, деформация и стриктура дистального его отдела диагностирована во всех случаях.

Расширение Вирсунгова протока более 11 мм, его отрыв и формирование псевдокисты в дистальном отделе выявлены у 4 (10,5%) пациентов (рис. 2).



Рис. 2. Магнитно-резонансная холангиопанкреатограмма. Определяется резко расширенный билиарный тракт; расширенный Вирсунгов проток с отрывом и псевдокисты в дистальном отделе поджелудочной железы

После эндоскопической папиллосфинктеротомии снижение уровня билирубина и регресс симптомов печёночной недостаточности и ХП наблюдали в течение 6-14 суток у 8 пациентов. В обоих случаях выполнено стентирование холедоха с хорошим непосредственным результатом. РХПГ и ЭПСТ были выполнены 24 пациентам. ЭПСТ посредством прямой канюляции БДС удалось выполнить в 12 наблюдениях; в 4 случаях ЭПСТ проведено методом предрассечения торцевым папиллотомом и ещё 5 – методом Рандеву.

Выполнение эндоскопических манипуляций на большом дуоденальном сосочке в условиях печёночной недостаточности и гипокоагуляции иногда чревато развитием тяжёлых трудноконтролируемых кровотечений. Кроме того, при протяжённом тубулярном стенозе дистального отдела холедоха не удаётся выполнить безопасную и эффективную папиллосфинктеротомию, способную адекватно восстановить ток желчи. Поэтому в таких случаях целесообразно выполнять холецисто- или холедохостому лапароскопическим доступом или под УЗИ-навигацией.

Противопоказанием для эндоскопических манипуляций считали снижение протромбинового индекса ниже 70%, МНО – выше 1,5, а также протяжённый (более 2,5 см) тубулярный стеноз дистального отдела холедоха. В этих случаях выполняли наружное дренирование. У 2 пациентов выполнена холецистостомия под местной анестезией, у 6 – холецистостомия по Керу в условиях мини-доступа и у 4 – лапароскопическая холедохостомия по Керу.

Прежде чем выполнить холецистостомию необходимо убедиться в проходимости пузырного протока, для чего выполняется холецистохолангиография. При выборе между холедохостомией или холецистостомией следует учесть воз-

можные анатомические варианты слияния пузырного протока и гепатикохоледоха. В 12 случаях, при отсутствии внутривнутрипротоковой гипертензии ПЖ и тубулярном стенозе внутривнутрипанкреатического отдела ПЖ протяжённостью более 2,5 см, была выполнена традиционная операция-лапаротомия, холедохоеюностомия на выключенной петле по Ру. Транзиторное повышение ферментов ПЖ после эндоскопических манипуляций, без клинических явлений обострения панкреатита было выявлено у 4 пациентов. Летальность исходов в этой группе больных не отмечена.

Сравнительная оценка параметров качества жизни у пациентов с ХП и синдромом холестаза представлена в таблице 3.

Таблица 3

Качество жизни пациентов с хроническим панкреатитом и синдромом холестаза (n=38)

Параметры	При госпитализации	Через 6 месяцев
Физическая работоспособность	37,4±2,8	71,1± 4,2
Психологическое состояние	34,2± 3,4	78,3± 3,9
Социальная адаптация	40,2± 2,2	62,5± 4,2
Болевой синдром	13,4± 3,3	75,7± 3,1
Уровень диспепсии	42,4± 2,9	71,2± 3,2

Как следует из данных таблицы, общий уровень качества жизни у пациентов с ХП, осложнённом холестазом, был довольно низким, что было обусловлено как проявлениями панкреатита, так и синдромом холестаза с характерными ему клиническими проявлениями. При госпитализации у всех пациентов был выраженный болевой синдром, причём у 14 пациентов боли отмечались при отсутствии нарушения диеты. Больные были в подавленном состоянии, с характерными признаками депрессии. Из-за болевого синдрома, низкого уровня социальной адаптации ни один из этих больных не работал.

Оформленный однократный стул отмечался только у 3 пациентов. У 11 пациентов обильный стул отмечался от 2 до 4 раз в сутки. Ещё у четверых пациентов стул был более 5 раз в сутки. Дефицит массы тела до 8 кг был у 5 пациентов, до 9-12 кг – у 10 и более 13 кг – у 3 больных.

Через 6 месяцев удалось обследовать 16 (88,8%) пациентов (2 не откликнулись на приглашение). Практически у всех 16 пациентов отмечено улучшение качества жизни. Так, повышение физической работоспособности почти в 2 раза, по сравнению с исходным, отмечено у 15 больных, улучшение психического состояния и социальной адаптации в 1,5-2 раза – у 16 больных. Значительно снизился уровень болевого синдрома у всех пациентов (с 13,4 до 75,7), хотя больные не изменили привычек (5 пациентов продолжали злоупотреблять алкоголем). При оценке уровня диспепсии, снижение частоты стула до 1-2 раз в сутки отмечено у 12 больных; у 4 пациентов стул отмечался от 2

до 4 раз в сутки. Все 4 пациента не проводили заместительной терапии ферментами поджелудочной железы. Дефицит массы тела до 6 кг сохранился только у 3 пациентов, у остальных масса тела в пределах нормы. Результаты лечения признаны хорошими у 13 (81,3%), удовлетворительными – у 2 (12,5%) и неудовлетворительными – у 1 (6,3%).

В настоящее время под термином ХП большинство авторов объединяют несколько хронических заболеваний ПЖ различной этиологии, преимущественно воспалительной природы, с фазово-прогрессирующими очаговыми, сегментарными или диффузными дегенеративными, или деструктивными изменениями её органа, атрофией панкреоцитов и замещением их фиброзной тканью, изменениями в протоковой системе ПЖ с образованием кист, конкрементов в желчных и панкреатических протоках, обструкцией либо сдавлением дистального отдела холедоха, дилатацией билиарного тракта и развитием механической желтухи.

Клиническая практика морфологического типа ХП с желчной гипертензией складывается из ряда симптомокомплексов, обусловленных окклюзией либо сдавлением увеличенной головкой, либо кистой головки терминального отдела холедоха, холестазом и связанной с ним печёночной недостаточностью, экзокринной и эндокринной недостаточностью ПЖ, алиментарными и трофическими расстройствами, синдромом воспалительной и ферментативной интоксикации, изменением психического статуса. При данном морфологическом типе ХП доминирующими симптомами являются: боль, желтуха, внешнесекреторная недостаточность.

Инструментальные методы диагностики морфологического типа ХП, осложнённого холестазом, мы полагаем, необходимо начинать с менее инвазивных исследований, таких как УЗИ или эндо-УЗИ. МСКТ и МРТ – холангиопанкреатография существенно расширили возможности уточнения морфологического типа ХП. Чувствительность данного метода довольно высокая.

Лечение пациентов с ХП и синдромом желтухи в первую очередь предполагает восстановление пассажа желчи. Эту задачу можно решить посредством эндоскопических, эндовидеохирургических и традиционных хирургических вмешательств или при их сочетанном применении. Следует согласиться с мнением некоторых авторов [3, 14, 15], что при выборе того или иного способа желчеотводящих вмешательств нужно исходить из длительности сроков и причин желтухи, уровня билирубина, наличия признаков печёночной недостаточности, нарушений свёртывающей системы крови, степени операционно-анестезиологического риска, конкретных анатомических особенностей. Мы полагаем, что приоритетными способами разрешения желтухи должны быть эндоскопические (ЭПСТ, стентирование протоков). Однако при протяжённой стриктуре дистального отдела холедоха (более 25 мм), либо желтухе длительностью более 2 недель, высоким уровне билирубина (более 200 мкмоль/л), МНО более 1,7 выполнение этих процедур становится технически невозможным или они могут

спровоцировать развитие тяжёлых осложнений. Выполнение одномоментных традиционных операций, без разрешения механической желтухи, сопровождается большим количеством осложнений и нередко приводит к гибели пациента. В таких ситуациях целесообразны двухэтапные вмешательства, первый этап которых предусматривает выполнение наружного дренирования желчного протока. По мере разрешения желтухи и полноценного обследования пациентов удаётся определить оптимальную тактику лечения пациентов. Эндоскопические вмешательства удалось выполнить у 14 больных, в том числе у 2 – методом встречных технологий. Ещё у двух пациентов выполнены вирсунготомия и стентирование Вирсунгова протока. Мы полностью согласны с мнением некоторых авторов [4, 7], что появление на рынке различных стентов в настоящее время позволяет решать многие задачи при патологии протоковой системы печени и поджелудочной железы. Только у 12 пациентов не удалось выполнить малотравматичные вмешательства и им были выполнены различные билиодигестивные операции из широкой лапаротомии. При этом, как совершенно справедливо отмечается в литературе [8, 9], наиболее часто неудовлетворительные результаты, вследствие развития рефлюкс-холангита и стриктур анастомоза, наблюдаются при холедоходуоденальных соустьях. Более предпочтительна холедохоюностомия на выключенной петле по Ру. Длина выключенной петли тощей кишки, во избежание развития рефлюкс-холангита, должна быть не менее 70 см.

В структуре морфологических типов ХП, требующих хирургического лечения, удельный вес пациентов с синдромом холестаза составляет 9,8%.

Заключение

При морфологическом типе хронического панкреатита с синдромом холестаза эндоскопические вмешательства у 66,7% пациентов являются окончательным видом хирургического пособия. Оперативные вмешательства из широкой лапаротомии показаны при технической невозможности выполнения эндоскопических процедур и должны быть двухэтапными. На первом этапе выполняются дренирующие операции, направленные на наружное отведение желчи. Подобная тактика позволяет снизить тяжесть хирургической агрессии, частоту осложнений и летальность. Успех оперативного вмешательства зависит от обоснованности его выбора у каждого конкретного пациента, что налагает на хирурга определённую долю ответственности. Трагичность ситуации усугубляется и тем, что более 90% пациентов являются людьми трудоспособного возраста. Реабилитация пациентов с ХП является трудной задачей как в плане диагностики, так и при выборе тактики лечения.

Литература

1. Барванян Г.М. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите, осложнённом обструкцией желч-

- ных путей и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2016. № 11. С. 33-37.
2. Воронцов О.Ф., Натрошвили И.Г., Михин И.В., Грэм К. Хирургическое лечение хронического панкреатита: показания, сроки, методы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2022. № 2. С. 82-88.
 3. Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Вижинис Е.И., Орловский Ю.Н. Есть ли будущее у дренирующих операций при хроническом панкреатите? Систематический критический обзор литературы // Анналы хирургической гепатологии. 2016. Т. 21, № 4. С. 70-83.
 4. Глебов К.Г., Котовский А.Е., Дюжева Т.Г. Критерии выбора конструкции эндопротеза для эндоскопического стентирования желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии, 2014. Т. 19, № 2. С. 55-64.
 5. Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Шершень Д.П. и др. Показатели качества жизни больных хроническим билиарным панкреатитом после различных вариантов хирургического лечения // Военно-медицинский журнал. 2017. Т. 338, № 4. С. 21-27.
 6. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация // Фарматека. 2007. № 2. С. 53-56
 7. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Дюжева Т.Г., Сюмарева Т.А., Магомедова Б.М. Ретроградное эндопротезирование желчных протоков при доброкачественных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Анналы хирургической гепатологии. 2019. Т. 24(1). С. 61-70.
 8. Кригер А.Г., Будзинский С.А., Захарова М.А., Горин Д.С. Комплексное лечение больного хроническим панкреатитом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018. № 11. С. 68-70.
 9. Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Козлов И.А., Чжао А.В. Хирургическое лечение хронического панкреатита и его осложнений // Анналы хирургической гепатологии. 2012. Т. 17, №4. С. 24-25
 10. Benzing C., Hau H.M., Atanasov G. et al. Surgical therapy of chronic pancreatitis: clinical results and health-related quality of life // Z. Gastroenterol. 2018. V. 56 (11). P. 1354-1364.
 11. Dumonceau J.M., Delhayе M., Tringali A. et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Updated August 2018 // Endoscopy, 2019. V. 51 (2). P. 179-193.
 12. Fogel E.L., Toth T.G., Lehman G.A. et al. Does endoscopic therapy favorably affect the outcome of patients who have recurrent acute pancreatitis and pancreas divisum? // Pancreas. 2007. V. 34 (1). P. 21-45.
 13. Gardner T.B., Adler D.G., Forsmark C.E., Sauer B.G., Taylor J.R., Whitcomb D.C. ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis // Am. J. Gastroenterol. 2020. V. 115 (3). P. 322-339.
 14. Issa Y., Kempeneers M.A., Bruno M.J. et al. Effect of Early Surgery vs Endoscopy-First Approach on Pain in Patients With Chronic Pancreatitis: The ESCAPE Randomized Clinical Trial // JAMA. 2020. V. 323 (3). P. 237-247.
 15. Kwon C.I., Cho J.H., Choi S.H. et al. Recent advances in the diagnosis and management of chronic pancreatitis // Korean J. Intern. Med. 2019. V. 34(2). P. 242-260.
 16. Muller – Debus C.F., Wellner U.F. et al. 32. Müller-Debus CF, Wellner UF, et al. Operationsindikationen bei der chronischen Pankreatitis. (Indications for surgical therapy in chronic pancreatitis) // Zentralbl Chir. 2020. V. 145 (4). P. 383-389.
 17. Patel V., Willingham F. The management of chronic pancreatitis // Med. Clin. North. Am. 2019. V. 103 (1). P. 153-162.
 18. Petrov M., Yadav D. Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis // Nat. Rev. Gastroenterol Hepatol. 2018. V. 16 (3). P. 175-184.

References

1. Barvanyan G.M. Khirurgicheskaya taktika pri khronicheskom pankreatite, oslozhnonnom obstruktsiyey zhelchnykh putey i dvenadtsatiperstnoy kishki [Surgical tactics in chronic pancreatitis complicated by obstruction of the biliary tract and duodenum] // Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2016. № 11. S. 33-37.
2. Vorontsov O.F., Natroshvili I.G., Mikhin I.V., Greb K. Khirurgicheskoye lecheniye khronicheskogo pankreatita: pokazaniya, sroki, metody [Surgical treatment of chronic pancreatitis: indications, terms, methods] // Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2022. № 2. S. 82-88.
3. Vorobey A.V., Shuleyko A.Ch., Vizhinis Ye.I., Orlovskiy Yu.N. Yest' li budushcheye u dreniruyushchikh operatsiy pri khronicheskom pankreatite? Sistematischeskiy kriticheskiy obzor literatury [Is there a future for drainage operations in chronic pancreatitis? Systematic critical literature review] // Annaly khirurgicheskoy gepatologii. 2016. T. 21, № 4. S. 70-83.
4. Glebov K.G., Kotovskiy A.Ye., Dyuzheva T.G. Kriterii vybora konstruksii endoproteza dlya endoskopicheskogo stentirovaniya zhelchnykh protokov [Criteria for choosing the design of an endoprosthesis for endoscopic stenting of the bile ducts] // Annaly khirurgicheskoy gepatologii, 2014. T. 19, № 2. S. 55-64.
5. Ivanusa S.YA., Lazutkin M.V., Shershen' D.P. i dr. Pokazateli kachestva zhizni bol'nykh khronicheskim biliarnym pankreatitom posle razlichnykh variantov khirurgicheskogo lecheniya [Indicators of the quality of life of patients with chronic biliary pancreatitis after various options for surgical treatment] // Voyenno-meditsinskiy zhurnal. 2017. T. 338, № 4. S. 21-27.
6. Minushkin O.N. Khronicheskiy pankreatit: epidemio-logiya, etiologiya, klassifikatsiya [Chronic pancreatitis: epidemiology, etiology, classification] // Farmateka. 2007. № 2. S. 53-56
7. Kotovskiy A.Ye., Glebov K.G., Dyuzheva T.G., Syumareva T.A., Magomedova B.M. Retrogradnoye endoprotezirovaniye zhelchnykh protokov pri dobrokachestvennykh zabollevaniyakh organov gepatopankreatoduodenal'noy zony [Retrograde endoprosthetics of the bile ducts in benign diseases of the organs of the hepatopancreatoduodenal zone] // Annaly khirurgicheskoy gepatologii. 2019. T. 24(1). S. 61-70.
8. Kriger A.G., Budzinskiy S.A., Zakharova M.A., Gorin D.S. Kompleksnoye lecheniye bol'nogo khronicheskim pankreatitom [Complex treatment of a patient with chronic pancreatitis] // Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2018. № 11. S. 68-70.
9. Kubyshekin V.A., Kriger A.G., Kozlov I.A., Chzhao A.V. Khirurgicheskoye lecheniye khronicheskogo pankreatita i yego oslozhneniy [Surgical treatment of chronic pancreatitis and its complications] // Annaly khirurgicheskoy gepatologii. 2012. T. 17, №4. S. 24-25
10. Benzing C., Hau H.M., Atanasov G. et al. Surgical therapy of chronic pancreatitis: clinical results and health-related quality of life // Z. Gastroenterol. 2018. V. 56 (11). P. 1354-1364.
11. Dumonceau J.M., Delhayе M., Tringali A. et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Updated August 2018 // Endoscopy, 2019. V. 51 (2). P. 179-193.
12. Fogel E.L., Toth T.G., Lehman G.A. et al. Does endoscopic therapy favorably affect the outcome of patients

- who have recurrent acute pancreatitis and pancreas divisum? // *Pancreas*. 2007. V. 34 (1). P. 21-45.
13. Gardner T.B., Adler D.G., Forsmark C.E., Sauer B.G., Taylor J.R., Whitcomb D.C. ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis // *Am. J. Gastroenterol.* 2020. V. 115 (3). P. 322-339.
 14. Issa Y., Kempeneers M.A., Bruno M.J. et al. Effect of Early Surgery vs Endoscopy-First Approach on Pain in Patients With Chronic Pancreatitis: The ESCAPE Randomized Clinical Trial // *JAMA*. 2020. V. 323 (3). P. 237-247.
 15. Kwon C.I., Cho J.H., Choi S. H. et al. Recent advances in the diagnosis and management of chronic pancreatitis// *Korean. J. Intern. Med.* 2019. V. 34(2). P. 242-260.
 16. Muller – Debus C.F., Wellner U.F. et al. 32. Müller-Debus CF, Wellner UF, et al. Operationsindikationen bei der chronischen Pankreatitis. (Indications for surgical therapy in chronic pancreatitis) // *Zentralbl Chir.* 2020. V. 145 (4). P. 383-389.
 17. Patel V., Willingham F. The management of chronic pancreatitis // *Med. Clin. North. Am.* 2019. V. 103 (1). P.153-162.
 18. Petrov M., Yadav D. Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis // *Nat. Rev. Gastroenterol Hepatol.* 2018. V. 16 (3). P. 175-184.

Сведения о соавторах:

Меджидов Расул Тенчаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: okhirurgiya@bk.ru.

Тел.: 89667475758

Мирзоев Имам Абулфетович – соискатель кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Тел.: 89288398383

Абдуллаева Асли Зурлукаловна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: doct.asli@mail.ru

Тел.:89637911317

Хабидулаева Заза Рабадановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: khabibulava@bk.ru

Тел.: 89285601545

УДК 616.12-008.331.1-082.3

Самопомощь при неконтролируемой артериальной гипертензии**В.В. Руксин¹, О.В. Гришин¹, Т.П. Булач¹, А.А. Абусев²**¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург;²ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ России, Махачкала**Резюме**

С целью улучшения контроля и управления артериальным давлением (АД) у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ) при повышенном АД изучено влияние самопомощи. Исследование структуры вызовов в двух смежных отделениях скорой медицинской помощи (СМП) г. Санкт-Петербурга в течение 3 лет (2012-2014 г.) выявило рост обращаемости по поводу АГ на 15,7% и 19,3% соответственно. Это было обусловлено увеличением многократных обращений (23,5% и 26,4% соответственно) к одним и тем же пациентам. Рандомизированное контролируемое исследование (2015-2017 г.) показало, что индивидуально подобранная самопомощь двухкомпонентными сочетаниями антигипертензивных средств ассоциируется с уменьшением обращаемости за СМП на 18,2%.

Ключевые слова: неконтролируемая артериальная гипертензия, антигипертензивные средства, самопомощь.

Self-help for uncontrolled hypertensionV.V. Ruksin¹, O.V. Grishin¹, T.P. Bulach¹, A.A. Abusuev²¹ FSBEI HE "North-Western State Medical University by I. I. Mechnikov, MH RF, St. Petersburg;² FSBEI HE "Dagestan State Medical University" MH RF, Makhachkala**Summary**

In order to improve the control and management of blood pressure (BP) in patients with uncontrolled arterial hypertension (AH) with elevated BP, the effect of self-help was studied. A study of the structure of calls in two adjacent emergency departments (EMS) in St. Petersburg for 3 years (2012-2014) revealed an increase in the number of patients seeking hypertension by 15.7% and 19.3%, respectively. This was due to an increase in multiple visits (23.5% and 26.4%, respectively) to the same patients. A randomized controlled trial (2015-2017) showed that individually selected self-help with two-component combinations of antihypertensive drugs is associated with an 18.2% decrease in EMS visits.

Key words: uncontrolled arterial hypertension, antihypertensive drugs, self-help.

Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой наиболее распространенное сердечно-сосудистое заболевание (ССЗ) в мире (1,13 миллиарда человек). По оценкам ВОЗ, число людей, страдающих артериальной гипертензией, к 2025 году увеличится на 15-20%, достигнув почти 1,5 миллиарда [15]. В Европе артериальная гипертензия имеет более высокую распространенность (60%) по сравнению с США (46%) и Канадой (32-46%) [14]. В России заболеваемость артериальной гипертензией составляет около 40%. [9]. Признано, что АГ является причиной развития примерно 25% случаев инфаркта миокарда и 42% ежегодных смертей в Европе [17].

В России на обращения за неотложной медицинской помощью (НМП) в связи с повышением артериального давления (АД) приходится около 25% всех вызовов [2], количество их продолжает

увеличиваться [1]. Основная причина этому неконтролируемая артериальная гипертензия, которая является значительной медицинской, социальной и экономической проблемой во всем мире. Так, по оценкам исследователей в США, 53,5 % пациентов с АГ не контролировали свое артериальное давление, а высокое АД ежегодно обходится примерно в 47,5 млрд долларов США [13]. Пациенты с неконтролируемой АГ зачастую воспринимают повышенное АД как состояние, которое может быть устранено только в условиях скорой медицинской помощи, и полагаются на эту службу в качестве единственного источника такой помощи. Оказание помощи на дому или направление больных в отделение неотложной помощи не улучшают результаты и прогноз больных с АГ, но увеличивает потребление ресурсов здравоохранения [16].

Хотя врачи назначают антигипертензивные препараты, важным компонентом эффективного контроля АД является сам человек. В одном исследовании осведомленность, знания и отношение больного были более важны, чем затраты на лекарства, для достижения контроля АД и его коррекции [11]. Мотивация и чувство приоритета для пациентов в выполнении действий по контролю за

Для корреспонденции:

Руксин Виктор Викторович – доктор медицинских наук, профессор кафедры скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ.

E-mail.: ruksin@mail.ru

Тел.: 8(911)2479354

Статья поступила 29.07.2022 г., принята к печати 2.09.2022 г.

АД, следование инструкциям врача неотложной помощи также могут играть важную роль в контроле АД [12].

Реально изменить ситуацию можно с помощью обучения пациентов систематическому контролю АД и применению при повышении АД рекомендуемых антигипертензивных препаратов неотложной помощи, далее «самопомощи». Попытки внедрения самопомощи [4] при повышении АД предпринимались и ранее, но не получили широкого распространения.

Поэтому важно, изучив структуру, динамику обращений, выявив наиболее часто встречающиеся неотложные состояния, связанные с повышением АД, найти возможность изменить сложившуюся ситуацию.

В настоящее время обращения по поводу повышения АД отнесены к неотложным и могут быть обслужены «в течение не более 2 часов» (приказ МЗ РФ от 20 июня 2013 г. № 388н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи» и приказ 543н Минздрав соцразвития РФ от 15.05.2012 г. (в ред. 3 декабря 2019 г.) «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению») [5,6]. События последних лет, связанные с пандемией коронавирусной инфекции, когда служба СМП была перегружена и временные интервалы «доезда» до пациента выходили за рамки нормы, в таких ситуациях обучение методу «самопомощи» пациентов с повышенным АД становится особенно актуальным.

Цель исследования: изучить влияние самопомощи у больных с неконтролируемой артериальной гипертензией при повышенном артериальном давлении на структуру вызовов бригад скорой медицинской помощи, как косвенного подтверждения улучшения контроля и управления артериальным давлением пациентами.

Материал и методы

Работа проведена на базе отделений СМП, поликлиник № 8 и № 17 Санкт-Петербурга – клинической базе кафедры скорой медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова (СЗГМУ имени И.И. Мечникова).

В Санкт-Петербурге неотложную медицинскую помощь при повышении АД оказывают отделения СМП при городских поликлиниках, и охват данных пациентов максимальный. Дополнительно, помимо анализа баз обращений, перепроверили карты вызовов бригад СМП, что позволило максимально уточнить структуру и динамику обращений больных в связи с повышением АД.

Для изучения распространенности и динамики обращений за СМП в связи с повышением АД с помощью встроенных инструментов в формате Microsoft Access сформировали базу данных, включающую все обращения за СМП с поводами: «высокое артериальное давление», «гипертонический криз». Полученные данные выгрузили в MS Office 2007 и с помощью подпрограмм, созданных под наши задачи, провели многократную дополнительную фильтрацию. Данные отфильтровали несколько раз: по поводу вызова, по диагнозу врача (фельдшера), по фамилии имени и отчеству пациентов, по адресу вызова. Все расхождения между результатами фильтрации просмотрели и исправили вручную, что позволило максимально возможно уточнить полученные сведения. В контрольную группу вошли 30 547 обращений за НМП в связи с повышением АД, поступивших в отделение СМП поликлиники № 8 Невского района (населением 262356–264266 человек) за 3 года (2012–2014 гг.).

В основную группу включены 16 259 обращений за НМП в связи с повышением АД, поступивших в отделение СМП поликлиники № 17 Красногвардейского района (населением 130600–133900 человек) за 3 года (2012–2014 гг.).

Для изучения структуры и динамики из общего количества обращений за СМП по поводу повышения АД выделили вызовы свыше одного раза в год (многократные), которые не соответствовали определению повторных, и обращения пациентов, которые вызывали бригаду СМП впервые. При изучении возрастной структуры обращений пациенты были разделены по возрасту в соответствии с классификацией ВОЗ (1992) [3], согласно которой возраст 45–59 определяется как средний, 60–74 – пожилой, 75–89 – старческий.

По общепринятым критериям выделили случаи повышения АД: гипертонические кризы (ГК), прямо угрожающие жизни; вызовы с неконтролируемым повышением АД [8]. Все случаи с угрожающими жизни ГК из исследования исключили.

При изучении распространенности, динамики обращений за СМП особое внимание уделяли причинам увеличения обращений и возрастному контингенту вызывавших в связи с неконтролируемой АД.

В исследовании, проведенном нами ранее, была показана высокая антигипертензивная активность и безопасность 2-компонентных сочетаний антигипертензивных средств таких, как каптоприл с фуросемидом, моксонидин с фуросемидом, моксонидин с нифедипином [7].

С 2015 г. пациентам основной группы (подписавшим информированное согласие) стали назначать для оказания СМП одно из 2-компонентных сочетаний антигипертензивных средств в соответствии с базовой терапией, данными ЭКГ, характером АД. Эти препараты, которые показали свою эффективность и безопасность при применении у

данного пациента сразу после оказания СМП, рекомендовали в качестве индивидуальной самопомощи при условии, что больной может оценить свое состояние, может выполнить программу самопомощи. Сразу после применения 2-компонентных сочетаний антигипертензивных средств для уточнения эффективности и безопасности устанавливали аппарат контроля АД на 24 часа (врачом СМП или участковым терапевтом). Это позволило обеспечить объективный контроль за временем наступления и продолжительностью сохранения терапевтического эффекта, а также оценить среднее АД, ВАД в течение суток, частоту чрезмерного снижения АД при оказании скорой медицинской помощи.

Назначенная индивидуальная самопомощь позволяет пациенту оказать себе помощь самостоятельно, не дожидаясь приезда бригады, но ни в одном случае речь не шла об отказе в приеме вызова с поводом «повышение АД».

Контролировать назначенную самопомощь на догоспитальном этапе сложно и в большинстве случаев невозможно. Для уточнения влияния назначенной самопомощи на обращаемость в связи с неконтролируемой АГ, провели сравнительное исследование в двух смежных районах мегаполиса (контрольная и основная группы) на протяжении последующих 3 лет (2015–2017 гг.).

Оценили все обращения СМП (20 954) в связи с неконтролируемым повышением АД, поступившие в отделение СМП, в контрольной (20 954) и в основной (13 206) группах.

Безопасность оценили по электронным базам отделений СМП и поликлиник оценили: изменение общей летальности; количество острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) на протяжении 3-х лет.

В ходе статистического анализа использовались стандартные методики, освещенные в литературе [10]. Статистическую обработку полученных

результатов проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows 8.0.550. Все результаты, полученные для расчетов, обезличили. В качестве порогового уровня статистической значимости принимали $p < 0,05$. Оценка статистической значимости различий относительных величин выполнена с помощью t-критерия Стьюдента с использованием метода преобразования Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

В контрольную группу вошли 29077 обслуженных вызовов по поводу неконтролируемой АД – 95,2% от общего числа обращений в связи с повышением АД за период 2012–2014 гг.

Основная группа включала выполненные 15504 вызова в связи с неконтролируемой АГ – 95,4% от общего числа обращений по поводу повышенного АД за тот же период времени.

Таким образом, отделениями СМП при поликлиниках Невского и Красногвардейского районов было выполнено только 4,6 и 4,8% вызовов в связи с повышенным АД, осложненным ГК, угрожающим жизни, которые из дальнейшего исследования исключили. Всего в исследование (контрольная и основная группы) вошло 28884 пациентов в возрасте от 30 до 103 лет, которым было выполнено 44581 вызов. Средний возраст составил $69,3 \pm 0,05$.

На рисунке 1 представлено распределение по возрасту всех обратившихся пациентов по двум районам Санкт-Петербурга за период 2012-2014 гг. с неконтролируемой АГ. Женщины составили большинство – 22726 (78,7%).

Из включенных в исследование пациентов: 24488 (84,8%) страдали АГ II или III степени; 19778 (68,5%) – ИБС; 1730 (6%) перенесли ОИМ или ОНМК.

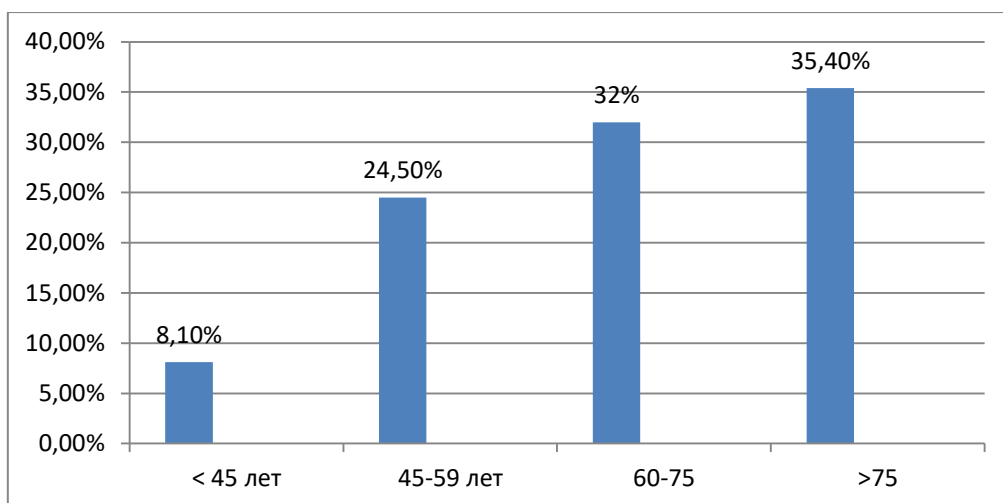


Рис. 1. Распределение по возрасту пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией, обратившихся за помощью в отделение скорой медицинской помощи по двум районам Санкт-Петербурга за период 2012-2014 гг.

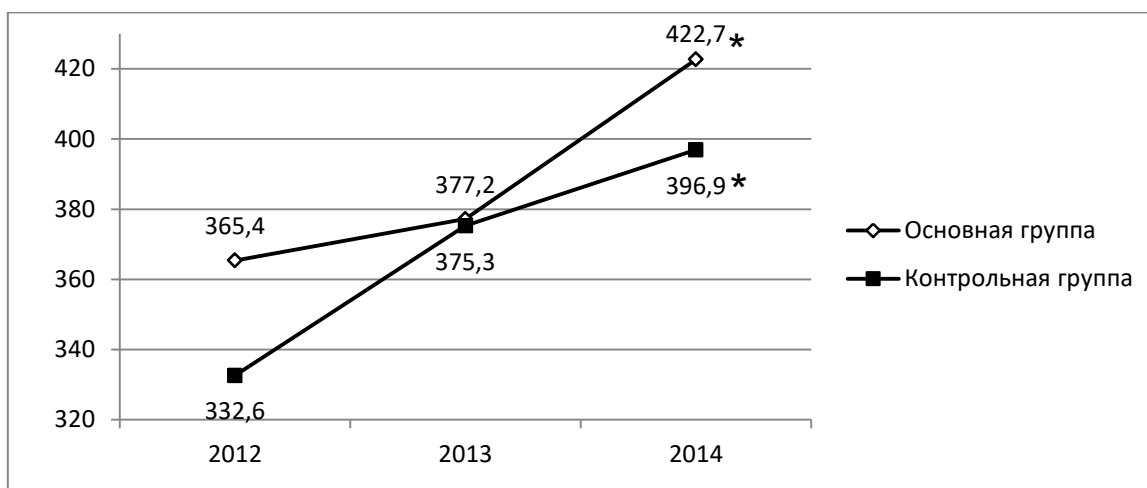


Рис. 2. Изменения обращаемости в связи с неконтролируемой артериальной гипертензией за период 2012-2014 гг., на 10 000 населения в год.

Примечание: * – достоверность различий между показателями 2014 и 2012 гг. в контрольной и основной группах, $p < 0,05$.

Динамика изменения обращаемости за СМП в связи с неконтролируемой АГ из расчета на 10000 жителей, представленная на рисунке 2, демонстрирует отсутствие достоверных различий по годам между отделениями СМП (контрольной и ос-

новной групп). Однако имеется достоверный рост вызовов в обеих группах с 2012 г. по 2014 г. на 19,3% и 15,7% соответственно в контрольной и основной группах ($p < 0,05$).

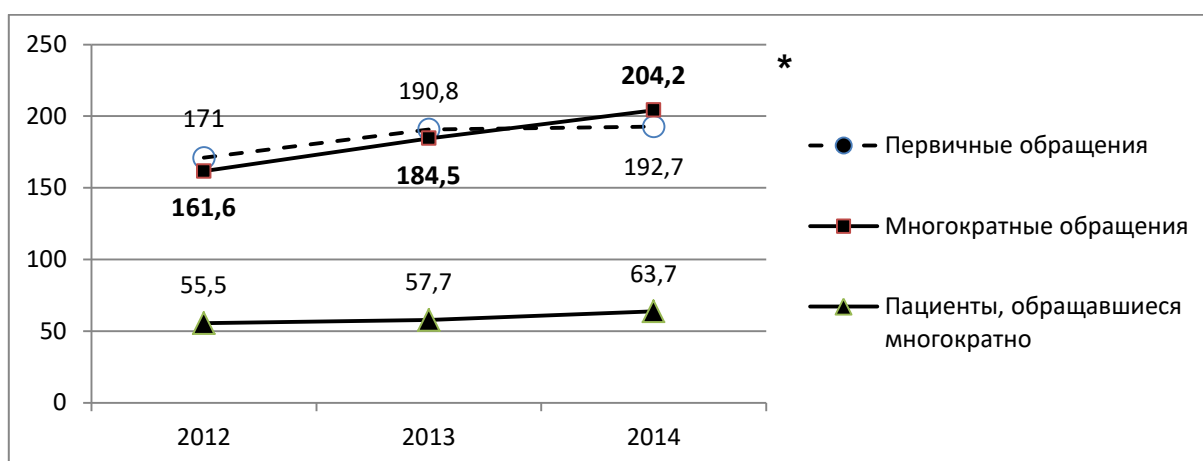


Рис. 3. Первичная, многократная обращаемость и количество пациентов, обращавшихся в отделение скорой медицинской помощи многократно на 10.000 жителей в контрольной группе

Примечание: * – достоверность различий между показателями многократного обращения в 2014 и 2012 гг., $p < 0,05$.

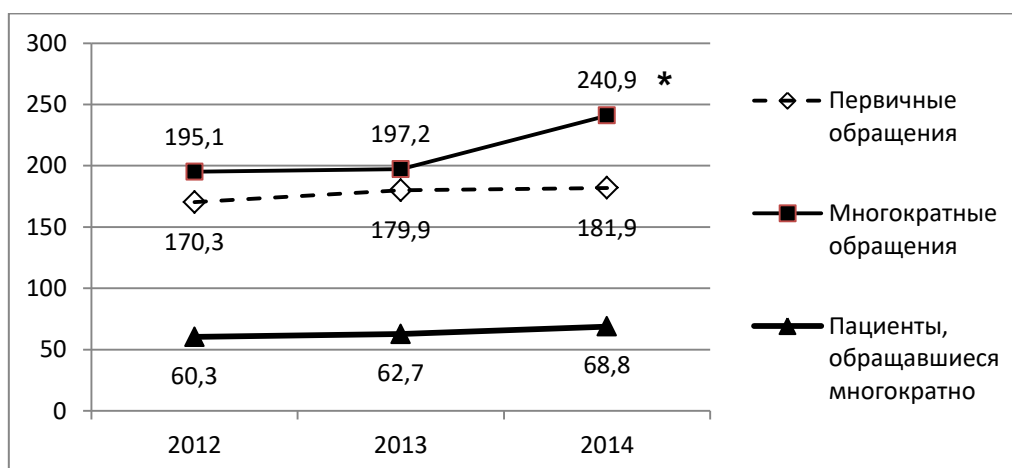


Рис. 4. Первичная, многократная обращаемость и количество пациентов, обращавшихся в отделение скорой медицинской помощи многократно на 10.000 населения в основной группе.

Примечание: * – достоверность различий между показателями многократного обращения в 2014 и 2012 гг., $p < 0,05$.

Как видно из рисунков 3 и 4, на пациента, многократно обращавшегося в отделения СМП в связи с неконтролируемой АГ, в среднем приходилось 3 вызова в год. Достоверных различий в количестве пациентов, обращавшихся многократно, в контрольной и основной группах не выявлено ($p>0,05$). Также не было достоверных различий между впервые обратившимися пациентами за СМП по годам и между группами (контрольной и основной). В то же время число многократных обращений в обеих группах имело тенденцию к повышению. В начале исследования в 2012 г. многократные обращения в связи с неконтролируемой АГ в отделение СМП среди контрольной группы составляло 161,6 на 10 000 населения в год, в конце исследования в 2014 г. – 204,2 на 10 000 населения в год, т. е. увеличение составило 26,4% ($p<0,05$).

Из рисунка 4 видно, что в начале исследования в 2012 г. многократные обращения в связи с

неконтролируемой АГ в отделение СМП среди основной группы составляло 195,1 на 10 000 населения в год, в конце исследования в 2014 г. – 240,9 на 10 000 населения в год, т. е. увеличение составило 23,5% ($p<0,05$).

Таким образом, обращаемость за СМП в связи с неконтролируемым повышением АД увеличилась за счет многократных обращений одних и тех же пациентов старше 60 лет с коморбидной патологией (78,4% в контрольной группе; 84,2% – в основной).

В последующем 3-летнем (2015-2017 гг.) ретроспективном исследовании в двух смежных (контрольном и основном) отделениях СМП оценили влияние назначенной самопомощи на обращаемость за СМП в связи с неконтролируемой АГ. На рисунке 5 представлены результаты сравнительного анализа обращаемости в этот период времени.

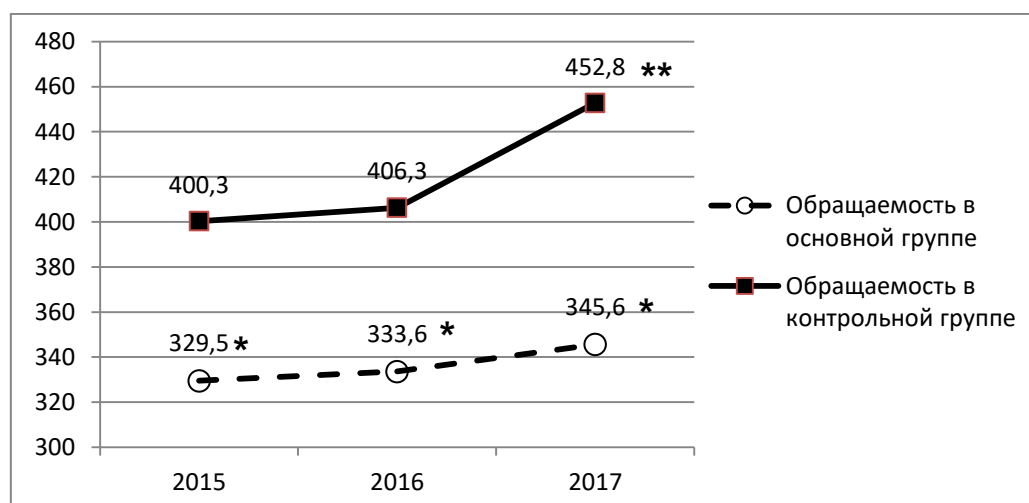


Рис. 5. Обращаемость за скорой медицинской помощью в связи с неконтролируемой АГ (на 10 000 населения в год) в период 2015-2017 гг.

Примечание: * – достоверность различий между показателями контрольной и основной групп по годам, $p<0,05$.

** – достоверность различий между показателем обращаемости в контрольной группе в 2015 и 2017 гг., $p<0,05$.

Анализ вызовов и обращений в отделение СМП поликлиник по поводу неконтролируемой АГ выявил достоверные различия между контрольной и основной группами. Начиная с 2015 г. в основной группе частота вызовов относительно контрольной группы достоверно снижалась. В 2015 г. составляла 400,3 на 10 000 населения в год в контрольной группе, а в основной – 329,5 на 10 000 населения в год, т. е. разница составила 17,7% ($p<0,05$). В 2016

и 2017 гг. эта разница соответственно составила 16,7% и 23,7% ($p<0,05$). В среднем снижение в основной группе составило 19,6%.

В контрольной группе в 2015 г. обращения за СМП, связанные с неконтролируемой АГ, составили 400,3 на 10 000 населения в год, в конце исследования в 2017 г. – 452,8 на 10 000 населения в год, т. е. увеличение составило 13,1% ($p<0,05$).

Таблица

Встречаемость острых нарушений мозгового кровообращения, острых инфарктов миокарда, общей летальности на 10 000 населения в год

Показатель	Год						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
	1	2	3	4	5	6	
ОНМК, основная группа	9,1	8,9	10,9	9	10	9	$p>0,05$
ОНМК, контрольная группа	14,2	11,8	10,8	10,4	10,6	9,9	$p>0,05$
ОИМ, основная группа	3,5	2,6	3,7	3,4	3,6	3,9	$p>0,05$
ОИМ, контрольная группа	3	3,4	2,8	3,2	3,1	2,9	$p>0,05$
Летальность, основная группа	43,3	44,6	44,8	44,9	43,1	38,7	$p>0,05$
Летальность, контрольная группа	39,3	36,9	32,8	31,1	29,9	29,3	$p>0,05$

Исследование встречаемости ОНМК, ОИМ и общей летальности показало, как видно из таблицы, что в двух смежных отделениях СМП за весь период наблюдения с 2012 по 2017 год эти показатели достоверно не изменились, что лишний раз подтверждает безопасность использования индивидуальной самопомощи.

Таким образом, наше исследование показало, что до назначения самопомощи пациентам обращаемость в течение первых трех лет по поводу неконтролируемой АГ, как в основной, так и контрольной группе, увеличилась на 15,7% и 19,3% соответственно и достоверно не различалась между собой. Увеличение обращаемости за СМП в связи с неконтролируемой АГ было связано с ростом многократных обращений одних и тех же пациентов пожилого и старческого возраста с коморбидной патологией, которое не требовало проведения интенсивной терапии и/или экстренной госпитализации. Пациенты, обращавшиеся многократно, более чем 3 раза в год, составили от основного числа 23,5% и 26,4% соответственно в основной и контрольной группах.

В последующем рандомизированном исследовании (2015-2017 гг.) в двух смежных районах (контрольном, основном) оценили влияние назначенной самопомощи сразу после оказания СМП пациентам основной группы, обратившихся с однотипным типичным неконтролируемым повышением АД, без клинических проявлений, не требующих проведения интенсивной терапии и/или экстренной госпитализации. Назначенная самопомощь ассоциировалась с уменьшением обращаемости за СМП на 19,6%, без увеличения количества ОИМ, ОНМК и общей летальности. В то время как в контрольной группе продолжилось увеличение (11,6%) обращений в связи с неконтролируемой АГ.

Доказанная эффективность и безопасность позволяют рекомендовать сочетания антигипертензивных средств (каптоприл с фуросемидом, моксонидин с фуросемидом, моксонидин с нифедипином) как для оказания скорой медицинской помощи, так и для назначения самопомощи пациентам с неконтролируемой АГ.

По результатам проведенного исследования сформулировали правила назначения индивидуальной самопомощи, которые представлены ниже.

Основные показания, противопоказания и методика назначения персонализированной самопомощи:

- только для применения при типичном для пациента ухудшении состояния без появления новых, ранее не наблюдаемых симптомов;

- сразу после оказания скорой медицинской помощи, когда врач, а самое главное пациент убедились не только в эффективности, но и в безопасности, хорошей переносимости используемого 2-компонентного сочетания антигипертензивных средств;

- рекомендовать следует именно то 2-компонентное сочетание антигипертензивных средств, которое было использовано при оказании скорой медицинской помощи;

- дополнительно убедиться в том, что пациент правильно понял содержание самопомощи и способен ее выполнить. Рекомендации по самопомощи должны назначаться письменно;

- самопомощь не должна подменять плановую терапию. О назначенной пациенту самопомощи должен быть проинформирован участковый врач.

Показания к немедленному вызову скорой медицинской помощи: если после приема рекомендованных пациенту препаратов самочувствие и состояние не улучшается или ухудшается, и если у пациента повышение артериального давления сопровождается симптомами ранее неизвестными. В этих случаях необходимо, не теряя времени, вызывать скорую медицинскую помощь.

Заключение

Обращаемость за скорой медицинской помощью в связи с неконтролируемой АГ, не требующей проведения интенсивной терапии и/или экстренной госпитализации, составляет 90% от всех вызовов по поводу повышения АД и увеличивается с годами за счет роста многократных обращений одних и тех же пациентов. Назначение индивидуальной самопомощи пациентам с неконтролируемой артериальной гипертензией показало достоверное снижение обращаемости за скорой медицинской помощью.

Иновация нашего проекта заключается в том, что он использует отделения неотложной и скорой медицинской помощи не только в качестве выполнения его основной задачи – скорой помощи, но и для медицинского просвещения, направленного на повышение самоконтроля АД и при необходимости самопомощи. Ожидается, что результаты этого исследования могут быть использованы поликлиническими отделениями СМП с последующим наблюдением за пациентами с гипертонией в учреждениях первичной медицинской помощи.

Литература

1. Гапонова Н.И., Плавунин Н.Ф., Терещенко С.Н. и др. Клинико-статистический анализ артериальной гипертензии, осложненной гипертоническим кризом, в Москве за 2005–2009 гг. // Кардиология. 2011. Т. 51 (2). С. 40–44.
2. Голиков А.П., Лукьянов М.М., Полумисков В.Ю., Голиков П.П., Давыдов Б.В., Руднев Д.В. Новые возможности лечения и профилактики гипертонических кризов у больных с сочетанием гипертонической болезни и ишемической болезни сердца // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005. № 4 (3-1). С.10–16.
3. Здоровье пожилых: Доклад комитета экспертов ВОЗ // ВОЗ: Женева, 1992. С. 7, 10–12, 13, 16, 33, 34, 37, 40–42.
4. Лилеева Е.Г., Хохлова, А.Л. Фармакоэпидемиологическое исследование лечения гипертонического криза на догоспитальном этапе у пожилых пациентов // Клиническая геронтология. 2006. №10. С. 43–47.
5. Приказ МЗ России от 20.06.2013 № 388н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (Зарегист-

- стрировано в Минюсте России 16.08.2013 N 29422). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_151082/.
- Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 N 24726). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_132071/.
 - Руксин В.В., Гришин О.В., Сямтомов А.С. Скорая медицинская помощь при повышении артериального давления: возможности и перспективы // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2018. № 2. С.19–23.
 - Терещенко С.Н., Арутюнов Г.П., Галявич А.С. И. др. Неотложная помощь при внезапном выраженном индивидуально-значимом повышении артериального давления без клинически явного поражения органов-мишеней. Место каптоприла. Заключение Совета экспертов // Российский кардиологический журнал. 2020. Т. 25 (2). С. 103–110.
 - Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. От имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии // Системная гипертензия. 2019. Т. 16 (1). С. 6–31.
 - Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / 3-е изд., доп. Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия, 2011. 320 с.
 - Egan B.M., Lackland D.T., Cutler N.E. Awareness, knowledge, and attitudes of older Americans about high blood pressure: Implications for health care policy, education, and research // Arch. Intern. Med. 2003. Т. 163 (6). P. 681–687.
 - Gleason-Comstock J., Streater A., Ager J., Goodman A., Brody A., Kivell L., Paranjpe A., Vickers J., Mango L., Dawood R., Levy P. Patient education and follow-up as an intervention for hypertensive patients discharged from an emergency department: a randomized control trial study protocol // BMC Emerg Med. 2015. V.15. P. 38.
 - Heidenreich P.A., Trogon J.G., Khavjou O.bA. Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States: A Policy Statement From the American Heart Association. Circulation. 2011. V. 123(8). P. 933–944.
 - Iancu M.A., Mateiciuc I-Ioana, Stanescu A-M.A., Matei D., Diaconu C.C. Therapeutic Compliance of Patients with Arterial Hypertension in Primary Care // Medicina (Kauanas). 2020. V. 56(11). P. 631-640.
 - Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton P.K., He J. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data // Lancet. 2005. V. 365(9455). P. 217–223.
 - Patel K.K, Young L., Howell E. H., Hu B., Rutecki G., Thomas G., Rothberg M.B. Characteristics and Outcomes of Patients Presenting With Hypertensive Urgency in the Office // JAMA Intern Med. 2016. V. 176(7). P. 981-988.
 - Yusufali A., Hawken S., Ôunpuu S., Dans T., Avezum A., Lanas F., McQueen M.B., Budaj A., Pais P., Varigos J. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study // Lancet. 2004. V. 364 (9438). P. 937–952.
 - cow for 2005–2009] // Kardiologiya. 2011. Т. 51 (2). S. 40–44.
 - Golikov A.P., Luk'yanov M.M., Polumiskov V.Yu., Golikov P.P., Davydov B.V., Rudnev D.V. Novyye voz-mozhnosti lecheniya i profilaktiki gipertonicheskikh krizov u bol'nykh s sochetaniyem giper tonicheskoy bolezni i ishemicheskoy bolezni serdtsa [New possibilities for the treatment and prevention of hypertensive crises in patients with a combination of hypertension and coronary heart disease] // Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya. 2005. № 4 (3-1). S.10–16.
 - Zdorov'ye pozhilykh: Doklad komiteta ekspertov VOZ [Health of the Elderly: Report of the WHO Expert Committee] // VOZ: Zheneva, 1992. S. 7, 10–12, 13, 16, 33, 34, 37, 40–42.
 - Lileeva Ye. G., Khokhlova, A.L. Farmakoepidemiologicheskoye issledovaniye lecheniya gipertonicheskogo kriza na dogospital'nom etape u pozhilykh patsiyentov [Pharmacoepidemiological study of the treatment of hypertensive crisis at the prehospital stage in elderly patients] // Klinicheskaya gerontologiya. 2006. №10. S. 43–47.
 - Prikaz MZ Rossii ot 20.06.2013 № 388 n [Order of the Ministry of Health of Russia dated June 20, 2013 No. 388n] (red. ot 21.02.2020) «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya skoroy, v tom chisle skoroy spetsializirovannoy, meditsinskoy pomoshchi» (Zaregistrovano v Minyuste Rossii 16.08.2013 N 29422). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_151082/.
 - Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossii ot 15.05.2012 № 543 n [Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated May 15, 2012 No. 543] (red. ot 21.02.2020) «Ob utverzhdenii Polozheniya ob organizatsii okazaniya pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi vzrosloму naseleniyu» (Zaregi-strirovano v Minyuste Rossii 27.06.2012 N 24726). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_132071/.
 - Ruksin V.V., Grishin O.V., Syamtomov A.S. Skoraya meditsinskaya pomoshch' pri povyshenii arterial'nogo davleniya: vozmozhnosti i perspektivy [Ambulance with increased blood pressure: opportunities and prospects] // Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya. 2018. № 2. S.19–23.
 - Tereshchenko S.N., Arutyunov G.P., Galyavich A.S. I. dr. Neotlozhnaya pomoshch' pri vnezapnom vyrazhennom individual'noznachimom povyshenii arterial'nogo davleniya bez klinicheskoy yavnogo porazheniya organov-misheney. Mesto kaptopri-la. Zaklyucheniye Soveta ekspertov [Emergency care for sudden, pronounced, individually significant increase in blood pressure without clinically obvious damage to target organs. Place of captopril. Conclusion of the Council of Experts] // Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal. 2020. Т. 25 (2). S. 103–110.
 - Chazova I.Ye., Zhernakova YU.V. Ot imeni ekspertov. Klinicheskiye rekomendatsii. Diagnostika i lecheniye arterial'noy gipertenzii [On behalf of the experts. Clinical guidelines. Diagnosis and treatment of arterial hypertension] // Sistemnaya gipertenziya. 2019. T.16 (1). S. 6–31.
 - Yunkеров V.I. Grigor'yev S.G., Rezvantsev M.V. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannykh meditsinskikh issledovaniy [Mathematical-statistical processing of medical research data.] / 3-ye izd., dop. Sankt-Peterburg: Voenno-meditsinskaya akademiya, 2011. 320 s.
 - Egan B.M., Lackland D.T., Cutler N.E. Awareness, knowledge, and attitudes of older Americans about high blood pressure: Implications for health care policy, education, and research // Arch. Intern. Med. 2003. Т. 163 (6). R. 681–687.

References

- Gaponova N.I., Plavunov N.F., Tereshchenko S.N. i dr. Kliniko-statisticheskii analiz arterial'noy gipertenzii, oslozhnennoy gipertonicheskimi krizami, v Moskve za 2005–2009 gg. [Clinical and statistical analysis of arterial hypertension complicated by hypertensive crisis in Mos-

12. Gleason-Comstock J., Streater A., Ager J., Goodman A., Brody A., Kivell L., Paranjpe A., Vickers J., Mango L., Dawood R., Levy P. Patient education and follow-up as an intervention for hypertensive patients discharged from an emergency department: a randomized control trial study protocol // BMC Emerg Med. 2015. V.15. R. 38.
13. Heidenreich P.A., Trogon J.G., Khavjou O.bA. Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States: A Policy Statement From the American Heart Association. Circulation. 2011. V. 123(8). R. 933–944.
14. Iancu M.A., Mateiciuc I-Ioana, Stanescu A-M.A., Matei D., Diaconu C. C. Therapeutic Compliance of Patients with Arterial Hypertension in Primary Care // Medicina (Kaunas). 2020. V. 56(11). R. 631-640.
15. Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton P.K., He J. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data // Lancet. 2005. V. 365(9455). P. 217–223.
16. Patel K.K, Young L., Howell E.H., Hu B., Rutecki G., Thomas G., Rothberg M.B. Characteristics and Outcomes of Patients Presenting With Hypertensive Urgency in the Office // JAMA Intern. Med. 2016. V. 176(7). P. 981-988.
17. Yusufali A., Hawken S., Ôunpuu S., Dans T., Avezum A., Lanans F., McQueen M.B., Budaj A., Pais P., Varigos J. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associat-ed

with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study // Lancet. 2004. V. 364 (9438). P. 937–952.

Сведения о соавторах:

Гришин Олег Валерьевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ.

E-mail.: oleg_grishin68@mail.ru

Тел.: 8(921)9214706

Булач Тамара Петровна – доктор медицинских наук, доцент кафедры скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ.

E-mail: mtp007@yandex.ru

Тел.: 89522889131

Абусуев Анвар Абусуевич – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: geli_respect@mail.ru

Тел.: 8(988)2913650

УДК 618.177-055.2-071-085

Некоторые диагностические и терапевтические аспекты бесплодия у женщин с эндометриозом**С.Р. Ахмедова, Н.С.-М. Омаров, А.Э. Эседова, Т.С. Магомедова**

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

Целью работы явилось восстановление репродуктивной функции у пациенток генитальным эндометриозом. Проведено обследование 100 женщин с генитальным эндометриозом, разделенных на 2 группы в зависимости от вида лечения. Группу сравнения составили 50 пациенток после лапароскопии с сохранением резерва овариальной ткани, которым проводилось стандартное лечение. Основную группу (вторая группа) составили 50 пациенток, в лечение которых включены витамин D и диеногест. В работе использованы общеклинические лабораторные и инструментальные методы исследования. Фазы эндометриоза оценены по классификации Американского общества (r-AFS, 1996 г). В крови изучалось содержание витамина D, интерлейкинов (1, 6, 4), фактора некроза опухоли-альфа, антимюллерова и фолликулостимулирующего гормона. У изучаемых женщин с генитальным эндометриозом основная форма бесплодия была первичной (у 80%) с длительностью $5,9 \pm 0,58$ лет. Все обследованные пациентки с генитальным эндометриозом имели низкий уровень 25-гидроксикальциферола в плазме крови, при этом недостаточный уровень диагностирован у 50 (50%), дефицитный – у 35 (35%), выраженный дефицит – у 15 (15%). Включение в терапию витамина D и диеногеста привело к уменьшению количества макрофагов, лейкоцитов, провоспалительных цитокинов и общей клеточной насыщенности как в сыворотке крови, так и в перитонеальной жидкости. Доказана обратная сопряженность количества наступлений беременности с уменьшением уровня показателей ангиогенеза, которая была более выражена в группе с комплексной терапией с применением витамина D и диеногеста. Применение комплексной схемы лечения пациенток с бесплодием и генитальным эндометриозом достоверно повышало уровень фолликулостимулирующего и антимюллерова гормона в 1,2 и 1,4 раза ($p=0,01$). Комплексная терапия с включением витамина D и диеногеста, применяемая в лечении бесплодия у женщин с эндометриозом, способствует сохранению овариального резерва и вынашиванию беременности.

Ключевые слова: бесплодие, эндометриоз, витамин D, диеногест, беременность.

Some diagnostic and therapeutic aspects of infertility in women with endometriosis**S.R. Akhmedova, N.S.-M. Omarov, A.E. Esedova, T.S. Magomedov**

FSBEI HE "Dagestan State Medical University" MH RF, Makhachkala

Summary

The aim of the work was to restore reproductive function in patients with genital endometriosis. A survey of 100 women with genital endometriosis was conducted, divided into 2 groups depending on the type of treatment. The comparison group consisted of 50 patients after laparoscopy with preservation of the reserve of ovarian tissue, who underwent standard treatment. The main group (second group) consisted of 50 patients whose treatment included vitamin D and dienogest. The work used general clinical laboratory and instrumental research methods. The phases of endometriosis are graded according to the American Society classification (r-AFS, 1996). The content of vitamin D, interleukins (1, 6, 4), tumor necrosis factor-alpha, anti-Müllerian and follicle-stimulating hormone were studied in the blood. In the studied women with genital endometriosis, the main form of infertility was primary (in 80%) with a duration of 5.9 ± 0.58 years. All examined patients with genital endometriosis had a low level of 25-hydroxycalciferol in blood plasma, while an insufficient level was diagnosed in 50 (50%), deficient in 35 (35%), severe deficiency in 15 (15%). The inclusion of vitamin D and dienogest in therapy led to a decrease in the number of macrophages, leukocytes, pro-inflammatory cytokines and total cellular saturation in both serum and peritoneal fluid. An inverse relationship between the number of pregnancy and a decrease in the level of angiogenesis indicators was proved, which was more pronounced in the group with complex therapy using vitamin D and dienogest. The use of a complex treatment regimen for patients with infertility and genital endometriosis significantly increased the level of follicle-stimulating and anti-Müllerian hormone by 1.2 and 1.4 times ($p=0.01$). Complex therapy with the inclusion of vitamin D and dienogest, used in the treatment of infertility in women with endometriosis, helps to maintain the ovarian reserve and carry the pregnancy.

Key words: infertility, endometriosis, vitamin D, dienogest, pregnancy.

Введение

Генитальный эндометриоз (ГЭ) в гинекологической практике является одной из ведущих остросоциальных патологий, который нарушает

репродуктивное состояние, способствует формированию бесплодия и уменьшению качества жизни женщин и их трудоспособности [6]. По данным эпидемиологических источников, распространенность эндометриоза в среднем составляет 4,8–10,3% женщин репродуктивного возраста [9]. Однако его частота при выполнении лапароскопических, диагностических операций увеличивается до 55% [8].

В настоящее время основных диагностических показателей терапевтической эффективности применяемого метода лечения бесплодия в условиях генитального эндометриоза пока не существует [2]. Сведения исследований, изучающих функциональные состояния яичников до оперативной терапии и

Для корреспонденции:

Ахмедова Саида Рафиковна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: saida.ahmedova2017@yandex.ru

Тел.: 89282188880

Статья поступила 20.06.2022 г., принята к печати 6.09.2022 г.

послеоперационных осложнений, многочисленные и противоречивые. Некоторые утверждают, что в большинстве случаев бесплодия, связанного с эндометриозом яичников, применяется хирургическое лечение для восстановления фертильности. При этом преобладающими способами являются каутеризация и вапоризация стенки кисты, что может сыграть важнейшую роль в исключении повторной операции и сохранении овариального резерва [3]. На данный момент широко используется комбинированная терапия, в состав которой входят гормонотерапия и хирургическое лечение, которые способствуют вынашиванию беременности. Многие ученые считают, что для лечения пациенток с эндометриозом необходим план с долговременным диспансерным обследованием, в котором максимально применяются фармакологические препараты и устраняются повторные операции [7].

Показано, что применение диеногеста оказывает высокую терапевтическую эффективность в восстановлении репродуктивного потенциала, особенно при наличии эндометриоза, причем с минимальными побочными эффектами [1].

Ряд исследований выявили колоссальное воздействие витамина D на состояние большинства систем организма, в том числе и на репродуктивные органы. Во всех клетках органов имеются особые рецепторы (Vitamin D receptors (VDR)), которые дают вероятность предположить, что данный витамин оказывает гормоноподобное влияние на системы организма. Обнаружено, что он способен преобразовывать биологические процессы в клетках. Показано также, что витамин D оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное и антипролиферативное воздействие. Поэтому его влияние на эндометрий реализует его потенцированный эффект на фертильность. С другой стороны, возможно, что уменьшение его содержания в организме сопровождается возрастанием риска репродуктивных нарушений [4]. Повреждение нервных волокон обнаружено у больных с эндометриозом с сильным болевым синдромом. Имеется много исследований, подтверждающих, что болевое ощущение у больных с эндометриозом коррелирует с нейрональной гипертрофией и повышенной инвазией нервных волокон [6]. Ранее подтверждено, что плотность нервных волокон при перитонеальном эндометриозе в эктопическом эндометриозе выше, чем в брюшине у женщин без эндометриоза [9]. Наиболее высокая плотность нервных волокон наблюдалась при глубоко инфильтративных формах с участием кишечника [8]. Учитывая дисбаланс симпатической и сенсорной иннервации при эндометриозе, можно предположить, что нарушения нейрогенеза симпатических и сенсорных нервов могут способствовать прогрессированию эндометриоза и особенно генерации невропатической боли [2]. Тем не менее точный механизм возникновения инвазии нервных волокон при эндометриозе не известен. К числу кандидатов следует отнести взаимодействие макрофагов, нервных волокон, нейропептидов и проинфламаторный процесс. Каждый из перечисленных факторов вносит свой вклад в развитие патологического процесса, но совместно они могут приводить к проявлению инвазии нервных волокон при эндометриозе. Повреждение нервных волокон обнаружено у

больных с эндометриозом с сильным болевым синдромом.

Высокая заболеваемость эндометриозом у женщин репродуктивного возраста, сложность подбора схемы терапии, высокий риск рецидивирующего течения делают довольно актуальным поиск действенных, низкочастотных и доступных способов восстановления фертильности и сохранения овариального резерва у женщин с эндометриозом, особенно с риском использования оперативного лечения [5].

Цель исследования: восстановить репродуктивную функцию у пациенток с генитальным эндометриозом.

Материал и методы

Обследовано 100 женщин с генитальным эндометриозом. Исследование проводилось на базе ГБУ РД РКБ в отделении гинекологии и на кафедре акушерства и гинекологии ФПК и ППС.

Обследуемые разделены на 2 группы в зависимости от вида лечения. Группа сравнения (первая, n=50) – пациентки после лапароскопии с сохранением резерва овариальной ткани, получавшие стандартное лечение. Основная (вторая, n=50) группа получала витамин D и диеногест.

Критерии включения в исследование: согласие на участие в исследовании; возраст – 25 – 35 лет; проведение операции (лапаротомия или лапароскопия) по причине опухолевого процесса доброкачественного гинекологического характера; гистологически обоснованные эндометриоз и кисты яичников.

Критерии исключения: отказ от исследования; психические патологии; беременность; злокачественные, эндокринные и инфекционные болезни; возраст моложе 25 и старше 35 лет; нарушение протокола исследования; тяжелые сопутствующие заболевания (острые воспалительные процессы малого таза).

В работе применены общеклинические лабораторные и инструментальные методы исследования. Фазы эндометриоза оценены по классификации Американского общества (r-AFS, 1996 г). Определены содержание витамина D, интерлейкинов (1, 6, 4), фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α), антимюллерова (АМГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Для сравнения с референсными данными обследованы условно здоровые женщины.

Женщинам второй группы до операции на протяжении 4-6 недель проводилось лечение колкальциферолом (7000 МЕ в сутки), а после хирургического вмешательства применялся диеногест (2 мг, 3-6 месяцев).

Срок наблюдения: непосредственные сутки (до выписки из клиники), спустя 2, 5, 12 месяцев после операции.

Статистическая обработка результатов выполнена программным пакетом Statistica 6.1 (StatSoft) и Microsoft Excel с использованием критериев U, Манна-Уитни, t и Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе данных исследования установлено, что у изучаемых женщин с ГЭ и бесплодием

регистрировался значительный низкий уровень витамина D при первичном визите. При этом у 50 (50%) пациенток (48% – первой группы, 52% – второй) диагностирована недостаточность, у 35 (35%)

пациенток (36% – первой группы, 34% – второй) – дефицитный уровень и у 15 (12%) пациенток (48% – первой группы, 18% – второй) отмечен выраженный дефицит (рис. 1).

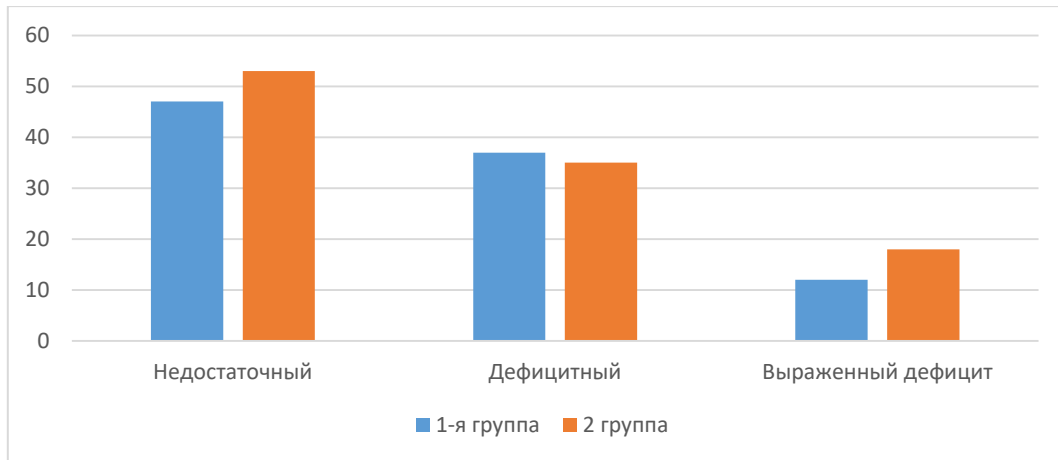


Рис. 1. Уровень концентрации витамина D (%)

Показано, что факторами дефицита витамина D представляются возраст (40%), недостаточная инсоляция (40%), неправильная диета (50%), прием лекарственных препаратов (35%). В исследовании не обнаружены различия уровня витамина D в зависимости от региона, сезонности, социально-бытовых условий, возраста, менталитета.

При изучении истории заболевания отмечено, что все группы были сопоставимы по сопутствующей соматической патологии. Регистрированы обильные менструации у 50 (50%) пациенток (24% – в группе сравнения, 26% – в основной), опсоме-норея – у 20 (20%) (12% – в первой группе, 8% – во второй), дисменорея у 70 (70%) (33% – в 1-й группе, 37% – во 2-й).

При определении интенсивности болевого синдрома выявлено, у 50 (50%) пациенток (24% – первой группы, 25% – второй) диагностировалась боль средней интенсивности во второй фазе менструального цикла.

Гинекологический анамнез показал, что у пациенток есть хронический аднексит (у 21% 1-й группы и 19% – 2-й группы), инфекции, передающиеся половым путем (у 30% и 33% соответственно), метроэндометрит (у 18% и 20% соответственно), гиперплазия эндометрия (у 22% и 25% соответственно).

При анализе сопутствующих соматических болезней выявлено, что у пациенток диагностированы фиброзно-кистозная мастопатия (у 60% 1-й группы и 65% – 2-й группы), железодефицитная анемия (у 45% и 50% соответственно), хронический гастрит (у 20% и 18% соответственно), холецистит (у 10% и 14% соответственно), язвенная болезнь желудка (у 8% и 6% соответственно), хронический панкреатит (у 12% и 14% соответственно).

Итак, установлено, что в группах исследования женщины имеют высокую частоту соматической и гинекологической патологии, в том числе и нарушения менструального цикла, которые могут быть

провоцирующим предиктором формирования дефицита витамина D.

При хирургическом лечении выполнялся односторонний сальпингоовариолизис у 40% пациенток первой группы ($p>0,05$) и 50% – второй группы ($p>0,05$). Двухсторонний сальпингоовариолизис выполнялся у 30% группы сравнения ($p<0,05$) и 25% – основной группы ($p<0,05$). Цистэктомия проводилась при 100% случаев обнаружении кист яичников. При этом левосторонняя выполнялась у 20% и 18% соответственно, правосторонняя – у 14% и 16% соответственно.

Следует отметить, что включение колекальциферола с целью нормализации уровня витамина D позволило эффективно и быстро достичь нормальных параметров 25(OH)D в плазме крови. Через 2 месяца после его назначения установлено, что содержание 25(OH)D у пациенток группы сравнения составило $16,9\pm 4,8$ нг/мл ($p=0,01$), в основной группе – $34,9\pm 3,7$ нг/мл ($p=0,01$). Причем во второй группе уровень 25-гидроксивитамина D превышал 50 нг/мл у 20,0% ($p=0,01$).

При исследовании перитонеальной жидкости (ПЖ) отмечено, что количество макрофагов у пациенток первой группы было выше по сравнению с второй группой в 1,1-1,2 раза ($p=0,01$) (рис. 2).

Уровень провоспалительных цитокинов и ФНО- α в ПЖ в группе сравнения был достоверно выше, чем в основной, в 1,4-1,3 раза ($p=0,01$) (рис. 3).

Дефицит витамина D оказал негативное влияние на активность иммунной системы, поэтому патологические изменения прогрессируют патологический процесс и ингибируют степень фертилизации.

Выявлено, что содержание интерлейкинов 1 и 6 и ФНО- α в плазме крови у пациенток первой группы было достоверно повышено в 1,5-1,3 раза ($p=0,01$) при сравнении с основной группой. Это свидетельствует о развитии системного воспалительного синдрома, вызывающего изменения си-

стемы гомеостаза, в том числе оказывает неблагоприятное воздействие на качество и активность сперматозоидов (рис. 4).

Нормализация уровня витамина D сопровождается восстановлением цитокинового соотношения (рис. 4).

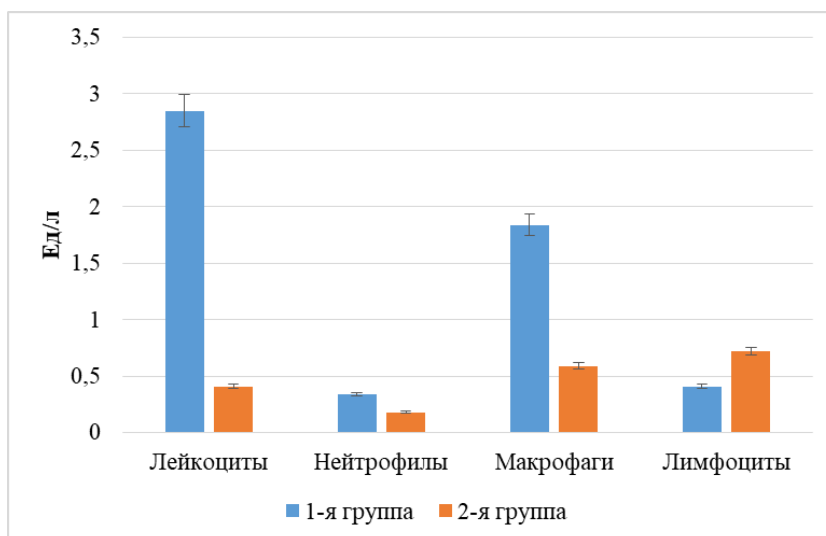


Рис. 2. Уровень лейкоцитов в перитонеальной жидкости

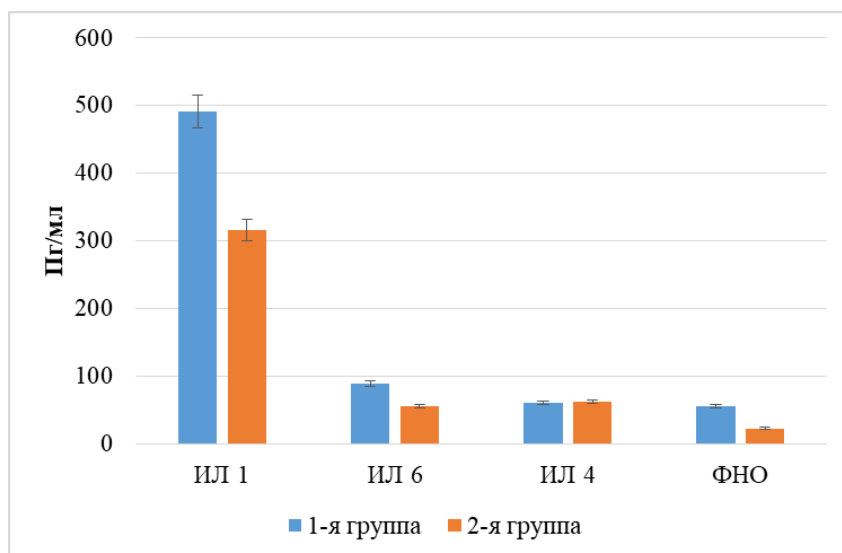


Рис. 3. Уровень цитокинов в перитонеальной жидкости

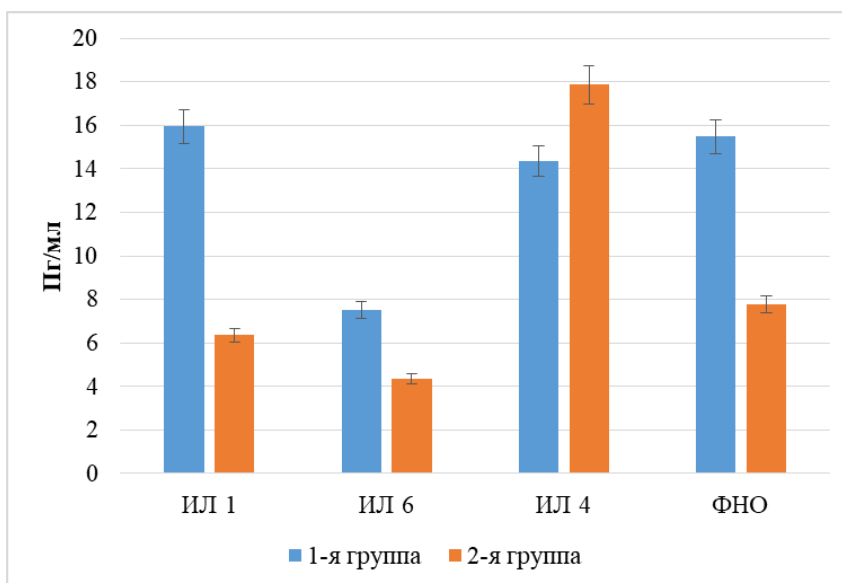


Рис. 4. Уровень цитокинов в плазме крови

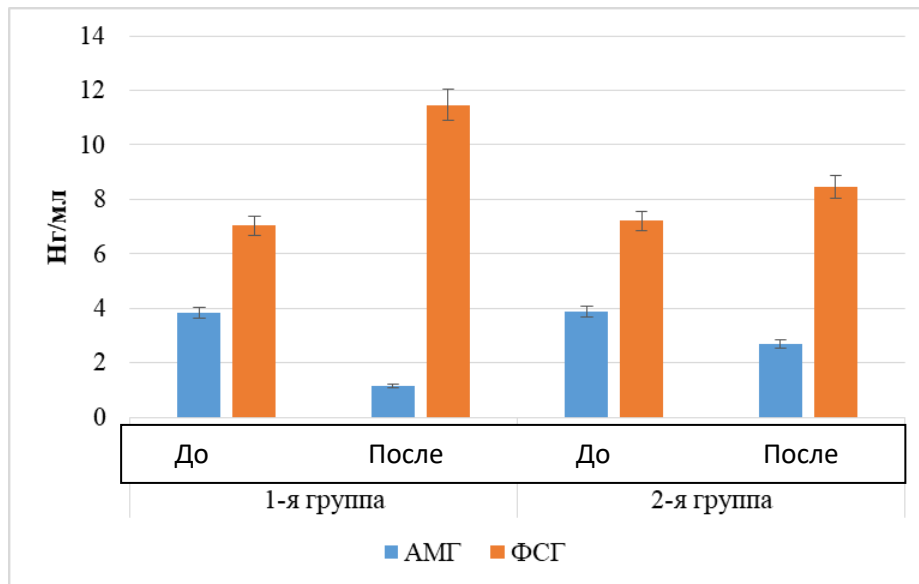


Рис. 5. Оценка овариального резерва до и после хирургического вмешательства

Основной задачей было оценить степень воздействия витамина D на состояние фертильности при наличии ГЭ. Установлено, что уровень АМГ и ФСГ до хирургического вмешательства и после него был выше в группе сравнения в 1,2 и 1,4 раза соответственно ($p=0,01$) (рис. 5).

Спустя полгода выявлено, что у пациентов первой группы количество осложнений (рецидив болевого синдрома, нарушения менструального цикла) было выше в основной группе в 1,3 и 1,6 раза ($p=0,01$).

Частота наступления беременности спустя 3 – 6 месяцев после хирургического лечения также была разной. В группе сравнения она наступила у 20% ($p=0,01$), во второй – у 55,0% ($p=0,01$).

Выводы

1. У изучаемых женщин с генитальным эндометриозом основная форма бесплодия была первичной у 80% с длительностью $5,9 \pm 0,58$ лет.
2. Все обследованные пациентки с генитальным эндометриозом имели низкий уровень 25-гидроксикальциферола в плазме крови, при этом недостаточный уровень диагностирован у 50 (50%), дефицитный – у 35 (35%), выраженный дефицит – у 15 (15%) пациенток.
3. Включение дифференцированной терапии в лечение бесплодия с наличием эндометриоза привело к уменьшению количества макрофагов, лейкоцитов, провоспалительных цитокинов и общей клеточной насыщенности как в сыворотке крови, так и в перитонеальной жидкости.
4. Доказана обратная сопряженность количества наступлений беременности с уменьшением уровня показателей ангиогенеза, которая была более выражена в группе с комплексной терапией.
5. Применение комплексной схемы лечения пациенток с бесплодием и генитальным эндометриозом достоверно повышало уровень фолликулостимулирующего и антимюллера гормона в 1,2 и 1,4 раза ($p=0,01$).

6. Комплексная терапия, применяемая в лечении бесплодия у женщин с эндометриозом, способствует сохранению овариального резерва и вынашиванию беременности.

Литература

1. Агаркова Т.А., Кублинский К.С., Наследникова И.О., Евтушенко И.Д., Агаркова Л.А., Новицкий В.В. Роль полиморфных генов цитокинов при бесплодии, сочетанном с эндометриозом // Врач-аспирант. 2014. Т. 65, № 4-3. С. 405-411.
2. Вандеева Е.Н., Протасова А.Э., Кузьмина Н.С. Сочетанная гинекологическая патология при эндометриоз-ассоциированном бесплодии // Журнал акушерства и женских болезней. 2016. Т. 65, № 5. С. 40.
3. Вандеева Е.Н., Протасова А.Э., Солнцева И.А. Комплексная диагностика доброкачественных заболеваний молочной железы при эндометриоз-ассоциированном бесплодии // Злокачественные опухоли. 2017. Т. 7, № 3S1. С. 79.
4. Волкова С. В., Абитова М. З., Михалева Л. М., Хамошина М. Б., Оразов М. Р. Причины бесплодия при эндометриозе: версии и контраверсии XXI в. // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. 2020. Т. 8, № 3 (29). С. 110-114.
5. Данилова Л. Н., Артымук Н.В. Факторы риска эндометриоз-ассоциированного бесплодия и компьютерная программа дооперационной диагностики эндометриоза при инфертильности // Мать и дитя в Кузбассе. 2020. № 3 (82). С. 61-66.
6. Задорожный Ю.Н., Котловский В.И., Ахметова Ж.С., Ибаева Р.А., Слета Г.В. Исходы лечения при трубно-перитонеальном факторе бесплодия при эндометриозе // Научно-практическая конференция, посвященная 60-летию ЗКГМУ им. Марата Оспанова «Интеграция, партнерство, инновации в медицинском образовании и науке». Актюбе, 2017. С. 358-361.
7. Коршикова Р.Л., Камлюк А.М. Факторы риска развития бесплодия при эндометриозе // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2012. № 5 (23). С. 113-115.
8. Радзинский В.Е., Алтухова О.Б. Молекулярно-генетические детерминанты бесплодия при генитальном эндометриозе // Научные результаты биомедицинских исследований. 2018. Т. 4, № 3. С. 28-37.
9. Щербак Л.Н., Кочурина Д.А., Бугеренко А.Е., Панина О.Б. Эффективность программы ЭКО при бес-

плодии, обусловленном наружным генитальным эндометриозом // Проблемы репродукции. 2019. Т. 25, № 4. С. 77-83.

References

1. Agarkova T.A., Kublinskiy K.S., Naslednikova I.O., Yevtushenko I.D., Agarkova L.A., Novitskiy V.V. Rol' polimorfnykh genov tsitokinov pri besplodii, sochetannom s endometriozom [The role of polymorphic cytokine genes in infertility associated with endometriosis] // Vrach-aspirant. 2014. Т. 65, № 4-3. С. 405-411.
2. Vandeyeva Ye.N., Protasova A.E., Kuz'mina N.S. Sochetannaya ginekologicheskaya patologiya pri endometrioz-assotsirovannom besplodii [Combined gynecological pathology in endometriosis-associated infertility] // Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2016. Т. 65, № S. S. 40.
3. Vandeyeva Ye.N., Protasova A.E., Solntseva I.A. Kompleksnaya diagnostika dobrokachestvennykh zabollevaniy molochnoy zhelezy pri endometrioz-assotsirovannom besplodii [Complex diagnostics of benign breast diseases in endometriosis-associated infertility] // Zlokachestvennyye opukholi. 2017. Т. 7, № 3S1. С. 79.
4. Volkova S. V., Abitova M. Z., Mikhaleva L. M., Khamoshina M. B., Orazov M. R. Prichiny besplodiya pri endometrioze: versii i kontraversii XXI v. [Causes of infertility in endometriosis: versions and contraversions of the 21st century] // Akusherstvo i ginekologiya. Novosti. Mneniya. Obucheniye. 2020. Т. 8, № 3 (29). С. 110-114.
5. Danilova L. N., Artymuk N.V. Faktory riska endo-metrio-z-assotsirovannogo besplodiya i komp'yuternaya programma dooperatsionnoy diagnostiki endometrioz-a pri infertil'nosti [Risk factors for endometriosis-associated infertility and a computer program for preoperative diagnosis of endometriosis in infertility] // Mat' i ditya v Kuzbasse. 2020. № 3 (82). С. 61-66.
6. Zadorozhnyy Yu.N., Kotlobovskiy V.I., Akhmetova Zh.S., Ibayeva R.A., Sleta G.V. Iskhody lecheniya pri trubno-peritoneal'nom faktore besplodiya pri endometrioze [Outcomes of treatment for tubal-peritoneal factor of infertility in endometriosis] // Nauchno-prakticheskaya konferentsiya, posvyashchennaya 60-letiyu ZKGMU im. Marata Ospanova «Integratsiya, partnerstvo, innovatsii v meditsinskom obrazovanii i nauke». Akto-be, 2017. С. 358-361.
7. Korshikova R.L., Kamlyuk A.M. Faktory riska razvitiya besplodiya pri endometrioze [Risk factors for infertility in endometriosis] // Reproaktivnoye zdorov'ye. Vostochnaya Yevropa. 2012. № 5 (23). С. 113-115.
8. Radzinskiy V.Ye., Altukhova O.B. Molekulyarno-geneticheskiye determinanty besplodiya pri genital'nom endometrioze [Molecular genetic determinants of infertility in genital endometriosis] // Nauchnyye rezultaty biomeditsinskikh issledovaniy. 2018. Т. 4, № 3. С. 28-37.
9. Shcherbakova L.N., Kochurina D.A., Bugerenko A.Ye., Panina O.B. Effektivnost' programmy EKO pri besplodii, obuslovlennom naruzhnym genital'nym endometriozom [The effectiveness of the IVF program in infertility caused by external genital endometriosis] // Problemy reproduktsii. 2019. Т. 25, № 4. С. 77-83.

Сведения о соавторах:

Омаров Наби Султан-Мурадович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС с курсом репродуктивной эндоскопии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: dnc_ramn@mail.ru

Тел: +79894855170

Эседова Асият Эседовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: muminat.idrisova@mail.ru

Тел: +79282974192

Магомедова Тейли Султановна – ассистент кафедры неврологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: mteyli@mail.ru

Тел: +79282974192

УДК 618.2-055.25-06:616.831.9-002.2

Случай энцефалопатии Вернике с тяжелой рвотой беременных**С.Ш. Какваева, З.А. Абусуева, С.С. Сайпулаева, С.М. Мамаева, М.И. Омарпашаева, Л.А. Юзбекова**

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала

Резюме

В статье представлено клиническое наблюдение случая энцефалопатии Вернике – одного из редких, но тяжелых осложнений рвоты беременных, плохо известных и поздно диагностируемых врачами-акушерами. Авторами подробно описано появление, клиническое течение, порядок наступления и регресса симптомов. Поздняя постановка диагноза, отсутствие неотложной терапии тиаминем сразу после появления первых симптомов привели к необратимым неврологическим нарушениям у пациентки и, возможно, к потере беременности.

Ключевые слова: беременность, клинический случай, тяжелая рвота беременных, энцефалопатия Вернике.

A case of Wernicke's encephalopathy with severe vomiting of pregnancy**S.Sh.Kakvaeva, Z.A. Abusueva, S.S. Sajpulaeva, S.M. Mamaeva, M. I. Omarpashaeva, L.A.Yuzbekova**

FSBEI HE "Dagestan State Medical University" MH RF, Makhachkala

Summary

The article presents a clinical observation of a case of Wernicke's encephalopathy, one of the rare but severe complications of vomiting of pregnant women, poorly known and late diagnosed by obstetricians. The authors describe in detail the appearance, clinical course, the order of onset and regression of symptoms. The late diagnosis, the lack of emergency thiamine therapy immediately after the onset of the first symptoms, led to irreversible neurological damage in the patient and possibly to loss of pregnancy.

Keywords: pregnancy, clinical case, severe vomiting of pregnant women, Wernicke's encephalopathy

Бытует мнение, что ранний токсикоз является легкой патологией беременности, встречающейся довольно часто и не приносящей серьезного вреда женщине. Однако она может носить достаточно тяжелый характер, и порой приходится прерывать беременность по жизненным показаниям. Одним из редких, но тяжелых осложнений рвоты беременных является плохо известная врачам-акушерам, а оттого и поздно диагностируемая энцефалопатия Вернике (ЭВ). Еще одним немаловажным фактором, затрудняющим диагностику данного осложнения, является неспецифичность симптомов. Порой этот диагноз выставляется после развития необратимых изменений, а иногда и посмертно.

Цель описания и анализа данного клинического случая заключается в ознакомлении практикующих врачей-гинекологов с редким, но тяжелым и иногда необратимым осложнением рвоты беременных – энцефалопатией Вернике.

Энцефалопатия Вернике впервые описана немецким психиатром Вернике в 1881 г. Классической триадой симптомов считается: нистагм, нарушение сознания и атаксия [11].

Обычно синдрому Вернике предшествует продромальный период, продолжительностью от нескольких недель до месяцев. При этом могут наблюдаться анорексия с отвращением к некоторым блюдам, астения, абдоминалгии, нестабильность стула (запоры, чередующиеся с диареей), тошнота и рвота, нарушение сна, головокружение, судороги в пальцах конечностей и икроножных мышцах, снижение зрения.

Основной причиной данного заболевания считается алкогольная интоксикация, но также оно может вызываться длительным голоданием, неукротимой рвотой, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, СПИДом, онкологическими заболеваниями, приводящими к истощению, и другими состояниями, вызывающими дефицит тиамина. Тиамин не синтезируется в организме. Запасы эндогенного тиамина составляют 25-30 мг. Суточная потребность тиамина равна 1-2 мг, и любые состояния, приводящие к снижению его поступления и длящиеся более месяца, могут спровоцировать тотальный дефицит витаминного запаса. Тяжелые осложнения необратимой энцефалопатии у беременных с выраженной рвотой должны вызывать настороженность у врачей [5]. Своевременно начатое парентеральное введение тиамина является безопасным и эффективным лечением, способным предотвратить необратимое повреждение мозговых структур мозга и инвалидизацию пациенток.

Для корреспонденции:

Какваева Сурая Шипаутиновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: kakvaeva2506@yandex.ru

Тел.: 89288766221.

Статья поступила 15.06.2022 г., принята к печати 5.09.2022 г.

У беременных ЭВ развивается, как правило, после 12-14 недель беременности, как следствие голодания в течение 3-4 недель. При этом присутствуют признаки токсикоза: тошнота, рвота, слюнотечение, потеря массы тела до 10 кг и более, отвращение к пище и др. Частым осложнением при этом являются невынашивание беременности, внутриутробная задержка роста плода. Своевременно выставленный диагноз и адекватная терапия могут завершиться рождением здорового ребенка. Однако запоздалая диагностика и лечение ЭВ сопряжено с высоким риском развития необратимых неврологических нарушений и смерти пациентки. По данным литературы, развитие ЭВ при неукротимой рвоте беременных приводит к материнской смертности в 15-20% случаев [9,10].

Пусковым фактором этой энцефалопатии является дефицит витамина В1. Тиамин является кофактором ряда ферментов, таких как альфа-кетоглутаратдегидрогеназы, транскетолазы и пируватдегидрогеназы. При дефиците витамина В1 снижается усвоение глюкозы нейронами и повреждаются митохондрии. Вследствие этого уменьшается число нейронов. Преимущественно поражаются области медиального гипоталамуса, что приводит к амнезии, повреждению червя мозжечка, сосцевидных тел и ядер III, VI и VIII черепных нервов [8].

ЭВ является по существу клиническим диагнозом, а определение уровня тиамина в крови и активности транскетолазы не является принципиальными для вынесения диагноза. Поэтому диагноз ЭВ устанавливается на основании данных анамнеза, жалоб пациента, клинической картины и эффекта от проводимой терапии тиамином. При физикальном осмотре обращают внимание на признаки нарушения питания (потеря массы тела, сухость и снижение эластичности кожи, деформация ногтей и т.п.). В неврологическом статусе наблюдаются расстройство сознания, офтальмоплегия, атаксия, полиневропатия, признаки вегетативной дисфункции (артериальная гипотония, тахикардия, ортостатический коллапс). Основным исследованием при диагностике ЭВ является МРТ. На МРТ-снимках у таких пациенток наиболее часто выявляются двусторонние симметричные гиперинтенсивные патологические очаги, локализующиеся преимущественно в области сосцевидных тел, таламуса, пластинки четверохолмия и периакведуктальной зоны.

В сентябре 2015 г. на страницах журнала «Obstetrics & Gynecology» вышли новые рекомендации Американской коллегии акушеров и гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG), касающиеся ведения беременности, осложненной тошнотой и рвотой, где подчеркивается необходимость обращать внимание на коррекцию дефицита витаминов.

К сожалению, на сегодняшний день отсутствуют согласованные рекомендации по использованию тиамина у беременных. К примеру, эксперты

Европейского общества неврологов считают, что препарат должен использоваться в дозировке 200 мг трижды в день внутривенно до начала исчезновения симптомов [6]. S. K. Ismail и соавт. (2007) предлагают пероральное назначение витамина В1 до 1,5–2,0 мг в сутки и внутривенное введение 100 мг в 100 мл раствора каждые 30 минут [7]. Часть исследователей рекомендует внутривенное введение тиамина в дозе 500 мг дважды в сутки [3]. В случае же использования невысоких суточных доз (50–100 мг), по данным большинства источников, у 84% больных сохраняются необратимые изменения в рамках Корсаковского синдрома [2, 11].

Приводим клиническое наблюдение. Беременная А., 36 лет, поступила в отделение консервативной гинекологии роддома №2 г. Махачкалы 31.08.2021 г. с жалобами на слюнотечение, тошноту, рвоту до 5-7 раз в сутки, общую слабость, отсутствие аппетита, потерю веса за 2 месяца на 23 кг.

Из анамнеза: последняя менструация – 24.05.2021 г. Менархе – в 13 лет. Месячный цикл – 28 дней, регулярный. Менструации – 5 дней, безболезненные. Настоящая беременность шестая (родов – 2, замершие беременности – 3).

Соматический анамнез не отягощен.

По поводу рвоты беременных госпитализируется в третий раз.

Состояние при первом осмотре средней тяжести. Нормостенического телосложения, умеренного питания (рост 1,65 м, вес 68 кг). Тургор кожных покровов недостаточный. Температура – 36,6°C. Дыхание везикулярное. ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. АД – 105/62 мм рт. ст.

УЗИ от 1.09.2021 г.: в матке 1 плод, размеры соответствуют 14-15 неделям. Сердцебиение – 144 уд/мин. По органам и системам без патологии. Количество вод – в норме. Плацента по передней стенке, 0 степени зрелости, толщина – 15 мм. Нижний край на 2,5 см выше внутреннего зева.

УЗИ печени: левая доля – 62 мм, правая доля – 137 мм. Желчный пузырь – 74*32мм, содержимое густое с гиперэхогенной взвесью. В полости неполная перегородка. Толщина стенок – 2,5 мм. Vp – 8 мм.

УЗИ почек: правая почка – 116*60 мм. Паренхима – 20 мм. ЧЛС расширена до 13 мм. Левая почка – 118*59 мм. Паренхима – 20 мм. ЧЛС расширена до 11мм.

Лабораторные данные: общий анализ крови – без существенных изменений, коагулограмма – незначительное повышение. ПВ – 20,5 сек, ПТИ – 44,2%, МНО - 1,68. В биохимическом анализе отмечается высокий уровень ферритина (486 мг/л, при норме – 10-160), ЩФ – 326 Ед/л (норма до 258), АЛТ и АСТ – 34,9 и 34,0 Ед/л соответственно. Динамические показатели биохимии крови представлены в таблице 1.

Таблица 1

Биохимические показатели крови

Дата	АЛТ Ед/л	АСТ Ед/л	Бил. общий мкм/л	А-амилаза, л.	ЩФ Ед/л	О/б г/л	Альбумин, г/л	Креатинин, мкм/л	Мочевина, ммоль/л	Глюкоза, ммоль/л	Холестерин, ммоль/л	С-реакт. белок
1.09	34,9	34,0	18,24	101,4	326,4	75,3	40,3	69,6	0,53	6,26	3,78	
4.09	22,1	18,9	13,62	71,7	246,1	62,4	33,4	63,1	2,21	6,47	3,96	
9.09	17,1	25,9	13,72	72,6	263,3	64,2	34,1	62,4	1,22	8,07	4,1	
13.09	25,9	49,9	14,49	60,7	224,2	55,3	30,7	56,1	1,54	7,06	3,32	
14.09	30,4	62,9	17,71	60,1	216,4	53,9	28,7	60,4	0,23	8,08	2,28	55,38
15.09	36,2	76,2	22,78	51,4	202,3	56,9	32,6	56	0,28	8,72	2,79	86,62
16.09	15,9	18,1	9,72	213,7	115	63,5	37	101,5	5,21	6,11	2,2	350
17.09	47	104	16,18	30,4	219,1	54,0	28,1	59,1	0,5	6,64	2,32	92,95
18.09	36,4	74,4	14,06	29,0	181	50,3	29,5	56,5	4,05	6,69	1,25	98,7
19.09	38,3	79,5	9,27	38,2	196,5	52,5	30,0	55,8	2,4	5,39	2,86	96,9
20.09	44,2	97,1	6,79	43,3	189,3	51,9	29,7	56	2,1	5,63	3,36	63,79
21.09	40,7	84,0	6,52	59,3	179,1	59,7	34,9	58,1	3,14	5,98	3,88	48,08

Выставлен диагноз: беременность, 14-15 недель. Тяжелая рвота беременных. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Назначены: инфузионная, противорвотная терапия, гепатопротектор (самеликс).

7.09.2021 г., ввиду отсутствия эффекта от проводимой терапии, ставится вопрос о прерывании беременности, от которого больная категорически отказалась. При этом обращают на себя внимание нарастающая мышечная слабость, ухудшение памяти на текущие события, рвота до 3-4 раз в сутки, кетоны в моче ++++.

10.09.2021 г. к вышеперечисленным жалобам присоединяются боли в ногах.

13.09.2021 г. решением врачебного консилиума беременная переведена для дальнейшего ведения в ОАРИТ.

Диагноз: беременность 15-16 недель. Тяжелая рвота беременных. Привычное невынашивание. Гипокалиемия (уровень калия в крови – 1,5 ммоль/л, при норме 3,5-5,1 ммоль/л).

Назначаются препараты калия в/в, с целью коррекции нарастающей гипопропротеинемии – альбумин и аминовен. Динамика изменения уровня калия в крови представлена в таблице 2.

Таблица 2

Другие показатели крови

Дата	Са (1,03–1,23 ммоль/л)	На (136,0 – 145,0 ммоль/л)	К (3,5 – 5,1 ммоль/л)	Лас (0,5 - 2,2 ммоль/л)
13.09 (18 ч)	1,11	137	1,6	3,9
13.09 (6 ч)	1,08	136	1,5	2,6
14.09 (18 ч)	1,08	140	1,9	4,6
14.09 (6 ч)	1,08	138	1,6	2,1
15.09 (18 ч)	1,14	140	2,5	5,4
15.09 (6 ч)	1,06	139	2,0	2,6
16.09 (18 ч)	1,19	142	2,6	3,6
16.09 (6 ч)	1,18	145	2,8	3,7
17.09 (18 ч)	1,13	142	3,8	1,8
17.09 (6 ч)	1,12	144	3,0	2,1
18.09	1,13	141	4,1	2,2
19.09	1,14	140	3,5	2,0
20.09	1,17	141	3,6	1,3
21.09	1,13	137	3,8	1,3

Ввиду появления жалоб на головокружение и нарастающую слабость (не ходит, с трудом садится в постели), ухудшение памяти, к пациентке приглашен невролог. Отмечаются снижение сухожильных рефлексов, выраженная слабость, замедление мышления. При этом больная адекватна. Заключение: данных за острую неврологическую патологию нет. Состояние больной связано с перенесенными электролитными изменениями (гипокалиемия 1,5-1,6 ммоль/л).

16.09.2021 г. проведено МРТ головного мозга: признаки умеренного расширения внутренних и наружных ликворных пространств, вероятнее всего дисциркуляторного характера.

При повторном осмотре невролога от 16.09.2021 г. отмечается ухудшение состояния больной: сознание заторможено, нарушена ориентация во времени, сухожильные рефлексы не вызываются с ног, а с рук – снижены. Симптомы полинейропатии, вызванные дефицитом тиамина, у

пациентки сочетались с гипокалиемическим параличом, развившимся при уровне калия 1,5-1,6 ммоль/л.

На МРТ головного мозга – признаки энцефалопатии Гайа-Вернике (тиаминадефицит). Рекомендовано подключить к лечению тиамин в дозе 100 мг 2 раза день в/в капельно.

17.09.2021 г. отмечается улучшение состояния больной: уменьшение мышечных болей и заторможенности. Однако на УЗИ беременности от 17.09.2021 г. отмечается отсутствие сердцебиения плода – и в этот же день производится инструментальное прерывание беременности.

Со дня подключения к терапии тиамина отмечается положительная динамика в неврологическом состоянии пациентки – усилились сухожильные рефлексы с рук, но с ног не восстановились.

21.09.2021 г. больная переводится в отделение неврологии Республиканской клинической больницы МЗ РД. Полного выздоровления добиться не удалось, больная передвигается при помощи ходунков. Возможно, это связано с неправильной дозировкой витамина В1 или с несвоевременностью начатой терапии.

Большинство врачей-акушеров не знакомы с таким осложнением тяжелой рвоты, как ЭВ. Беременным женщинам с тяжелой рвотой беременных и «нехарактерными» неврологическими симптомами нужно уделять особое внимание, привлекать к ведению этих пациенток врачей-неврологов и своевременно направлять в специализированные медицинские учреждения. Нет четких рекомендаций при подборе дозы витамина В1, являющегося препаратом первой линии при лечении энцефалопатии Вернике, и, как следствие, допускаются ошибки в лечении беременных с данной патологией.

Литература

1. Емельянова Э.А., Асекритова А.С., Семенова Т.И., Николаева К. М. Энцефалопатия Вернике: наблюдения из практики // Современные проблемы науки и образования. 2019. № 6. С. 34-39.
2. Мравян С.Р., Петрухин В.А. Терапевтический «нигилизм», патогенез и исходы рвоты беременных // Русский мед. журнал. 2016. Т. 15. С. 966–970.
3. Berdai M.A., Labib S., Harandou M. Wernicke's Encephalopathy Complicating Hyperemesis during Pregnancy // Case Rep Crit Care. 2016. N2. P. 1-3.
4. Day G.S., del Campo C.M. Wernicke encephalopathy: a medical emergency // CMAJ. 2014. V. 186. P. 295.
5. Flynn A., Macaluso M., D'Empaire I., Troutman M. M. Wernicke's. Encephalopathy: Increasing Clinician Awareness of This Serious, Enigmatic, Yet Treatable Disease // Prim Care Companion CNS Disord. 2015. V. 17 (3). P. 10.
6. Galvin R., Bräthen G., Ivashynka A., Hillbom M., Tănăsescu R., Leone M. A. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy // Europ. J. of Neurol. 2010. V. 17. P. 1408–1418.
7. Ismail S.K., Kenny L. Review on hyperemesis gravidarum // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2007. V. 21. P. 755–769.

8. Kattah J.C. The Spectrum of Vestibular and Ocular Motor Abnormalities in Thiamine Deficiency // Curr. Neurol. Neurosci. Rep. 2017. V. 17. P. 40.
9. Netravathi M., Sinha S., Taly A.B., Bindu P.S., Bhattacharya R.D. Hyperemesis-gravidarum-induced Wernicke's encephalopathy: serial clinical, electrophysiological and MR imaging observations // J. Neurol. Sci. 2009. V. 284. P. 214–216.
10. Wedisinghe L., Jayakody K., Arambage K. Wernicke's encephalopathy: a preventable cause of maternal death // Br. J. Hosp. Med. (Lond.). 2011. V. 72. P. 31–34.
11. Wernicke C. Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Ärzte und Studieren. Kassel: Theodore Fischer. 1881. V. 2-3. P. 229.

References

1. Yemel'yanova E.A., Asekritova A.S., Semenova T.I., Nikolayeva K. M. Entsefalopatiya Vernike: nablyudeniya iz praktiki [Wernicke's encephalopathy: observations from practice] // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2019. № 6. С. 34-39.
2. Mravyan S.R., Petrukhin V.A. Terapevticheskiy «nigilizm», patogenez i iskhody rvoty beremennykh [Therapeutic nihilism", pathogenesis and outcomes of vomiting in pregnant women] // Russkiy med. zhurnal. 2016. T. 15. S. 966–970.
3. Berdai M.A., Labib S., Harandou M. Wernicke's Encephalopathy Complicating Hyperemesis during Pregnancy // Case Rep Crit Care. 2016. N2. P. 1-3.
4. Day G.S., del Campo C.M. Wernicke encephalopathy: a medical emergency // CMAJ. 2014. V. 186. P. 295.
5. Flynn A., Macaluso M., D'Empaire I., Troutman M. M. Wernicke's. Encephalopathy: Increasing Clinician Awareness of This Serious, Enigmatic, Yet Treatable Disease // Prim Care Companion CNS Disord. 2015. V. 17 (3). P. 10.
6. Galvin R., Bräthen G., Ivashynka A., Hillbom M., Tănăsescu R., Leone M. A. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy // Europ. J. of Neurol. 2010. V. 17. P. 1408–1418.
7. Ismail S.K., Kenny L. Review on hyperemesis gravidarum // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2007. V. 21. P. 755–769.
8. Kattah J.C. The Spectrum of Vestibular and Ocular Motor Abnormalities in Thiamine Deficiency // Curr. Neurol. Neurosci. Rep. 2017. V. 17. P. 40.
9. Netravathi M., Sinha S., Taly A.B., Bindu P.S., Bhattacharya R.D. Hyperemesis-gravidarum-induced Wernicke's encephalopathy: serial clinical, electrophysiological and MR imaging observations // J. Neurol. Sci. 2009. V. 284. P. 214–216.
10. Wedisinghe L., Jayakody K., Arambage K. Wernicke's encephalopathy: a preventable cause of maternal death // Br. J. Hosp. Med. (Lond.). 2011. V. 72. P. 31–34.
11. Wernicke C. Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Ärzte und Studieren. Kassel: Theodore Fischer. 1881. V. 2-3. P. 229.

Сведения о соавторах:

Абусуева Зухра Абусуевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Email: zuhraabusueva@mail.ru
Тел.: 89882915134

Сайпулаева Сурия Саидбековна – студентка 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Тел.: 89667457767

Мамаева Салидат Магдиевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Email: mamaevasalidst@mail.ru

Тел.: 89604209900

Омарпашаева Мадина Исаевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Email: madinka141414@gmail.com

Тел.: 89640243415

Юзбекова Лейла Артуровна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Email: Yuzbekova0508@mail.ru

Тел.: 89251166777.

УДК 616.151.5-07-085:616.98:578.834.1

COVID-ассоциированный артериальный тромбоз (клиническое наблюдение)**Х.З. Омарова¹, М.М. Исрапилов¹, З.В. Курбанова¹, С.А. Магомедова¹, М.Г. Курбанисмаилова¹, С.Г. Багаудинова¹, Ф.А. Толдиева², Г.М. Далгатов¹**¹ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала;²ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет», Магас**Резюме**

Описано клиническое наблюдение острого эмбологического тромбоза артерий правой нижней конечности на фоне тяжелого течения COVID-19 с полной несостоятельностью культи нижней конечности после ее ампутации. Лечение несостоятельности культи в авторской методике позволило сократить сроки лечения.

Ключевые слова: артериальный тромбоз, COVID-19, SARS-CoV-2, эпидемиология, диагностика, антикоагулянтная терапия, тромбэктомия.

COVID – associated arterial thrombosis: diagnosis, treatment, complications. the clinical case**Kh.Z. Omarova¹, M.M. Israpilov¹, Z.V. Kurbanova¹, S.A. Magomedova¹, M.G. Kurbanismailova¹, S.G. Bagaudinova¹, F.A. Toldieva², G.M. Dalgatov¹**¹FSBEI HE "Dagestan State Medical University" MH RF, Makhachkala;²FSBEI HE "Ingush State University", Magas**Summary**

A clinical observation of acute embologenic thrombosis of the arteries of the right lower limb against the background of a severe course of COVID-19 with complete failure of the stump of the lower limb after its amputation is described. Treatment of stump failure in the author's technique allowed to reduce the treatment time.

Key words: arterial thrombosis, COVID-19, SARS-CoV-2, epidemiology, diagnostics, anticoagulant therapy, thrombectomy.

COVID-19 остается глобальной проблемой с растущими показателями смертности и заболеваемости. Анализ большинства литературных данных демонстрирует высокую ассоциацию артериальных тромбозов со значимыми сердечно-сосудистыми (фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия), хроническими почечными и легочными (хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхиальная астма) заболеваниями, сахарным диабетом, онкопатологией и метаболическим синдромом. Зависимость развития артериального тромбоза от степени тяжести COVID-19 остаётся предметом дискуссии. Тромботические поражения чаще развиваются при средней и тяжёлой формах коронавирусной инфекции [1, 8, 3, 7, 16]. Согласно исследованиям Helms S. et al. (2020), 31% пациентов с COVID-19, находившихся в отделениях реанимации, больше подвержены развитию тромботических осложнений [8, 3, 6, 4, 7, 14, 15]. Течение синдрома респираторных нарушений при коронавирусной инфекции (SARS-CoV-2) сочетается с артериальными и венозными тромботическими осложнениями. По данным реестра пациентов с коронавирусной инфекцией (США), тромботические осложнения возникали у 2,6 % из 229 госпитализи-

рованных пациентов в некритическом для жизни состоянии и у 35,3 % из 170 госпитализированных пациентов в критическом состоянии [1].

Предполагается, что патофизиология тромбоземболии при COVID-19 в большей степени зависит от активности тромбоцитов и связана с воспалением в эндотелии (как следствие вирусной инвазии), в отличие от других заболеваний, приводящих к этой патологии. Помимо этого, тромбоземболия при COVID-19 является следствием гиперкоагуляции, связанной с повышенными концентрациями факторов свертывания, воздействием антифосфолипидных антител и сниженной концентрацией эндогенных белков-антикоагулянтов. Высокая частота тромбоземболических осложнений при COVID-19 может быть объяснена не непосредственным воздействием вируса, а скорее общей тяжестью заболевания и развитием осложнений. Точный риск тромбоза при коронавирусе определить сложно, многое зависит от состояния человека. Прямые и косвенные патологические последствия COVID-19, такие как тяжелая гипоксия, ранее существовавшие сопутствующие заболевания и связанная с ними органная дисфункция, могут предрасполагать к нарушениям гемостаза. Гипоксия может предрасполагать к тромбозу за счёт увеличения вязкости крови. Эндотелиальная дисфункция относится к системному состоянию, при котором эндотелий утрачивает некоторые свои физиологические свойства, такие как стимулирование вазодилатации, фибринолиза и антиагрегации. Вирус индуцирует повреждение эндотелия путем прямого проникновения в эндотелиальные клетки, которые обладают ключевыми рецепторами для SARS-CoV-2 (ангиотензин-

Для корреспонденции:

Омарова Хадиджат Загирбеговна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: Махачкала, пл. Ленина, 1.

E-mail: mica72@rambler.ru

Тел.: 89882028260

Статья поступила 27.06.2022 г., принята к печати 6.09.2022 г.

превращающий фермент-II), воздействия цитокинов на эндотелий и высвобождения фактора фон Виллебранда эндотелиальными клетками. Облитерация и тромбоз сосудов малого и среднего калибра являются распространенными находками при легочном микротромбозе, вторичными по отношению к COVID-19 [8]. У 16-30% госпитализированных пациентов врачи диагностируют тромбы в артериях или венах. Это касается людей, входящих в группу риска по тромбозу нижних конечностей. На них влияет несколько факторов: ожирение, возраст старше 65 лет, курение, тромбофилия, малоподвижный образ жизни, онкологические заболевания, перенесенный тромбоз глубоких вен или эмболия легких, инфаркт миокарда.

Несмотря на то, что в настоящее время проводятся многочисленные исследования, посвященные профилактике тромботических осложнений при COVID-19, текущие клинические рекомендации основаны на более ранних исследованиях по профилактике при острых состояниях, не связанных с COVID-19. Пациенты с COVID-19, у которых диагностирован артериальный или венозный тромбоз, должны лечиться в соответствии с рекомендациями, принимая в расчет практические преимущества низкомолекулярных гепаринов в стационарных условиях и пероральных антикоагулянтов в амбулаторных условиях [3]. Так, Azouz E et al. (2020), наблюдавшие 56-летнего пациента, поступившего с острым ишемическим инсультом на почве окклюзии правой средней мозговой артерии, отметили, что после госпитализации и интенсивного лечения на следующий день у больного имела место картина тромбоза верхней брыжеечной артерии. В клиническом плане также представляет интерес описанный Del Castillo-García S et al. (2020) случай сочетанного множественного артериального и венозного тромбоза у 70-летней женщины. Авторы отмечают, что на фоне тяжелой двусторонней ковидной пневмонии у больной развилась тромбоземболия лёгочной артерии, острый тромбоз брюшной аорты и острая тромботическая окклюзия правой общей подвздошной артерии. Выполненная экстренная тромбэктомия и антикоагулянтная терапия не увенчались успехом, и пациентке была выполнена ампутация правой нижней конечности, в итоге она выздоровела [5].

Диагностика артериальных тромбозов, по данным большинства исследователей, проводилась с помощью клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования [12]. Вместе с тем в некоторых научных исследованиях лучевые методы диагностики применялись реже как из-за ограниченной их доступности, так и в связи с риском распространения инфекции, заражения медперсонала, тяжёлым состоянием пациентов.

Приводим клиническое наблюдение.

Пациент М., 1941 г.р., госпитализирован в ГБУ РД «РЦИБ и СПИД» 19.05.2020 г. с диагнозом: коронавирусная инфекция COVID-19, подтвержденная обнаружением РНК SARS-CoV-2 при ПЦР; двусторонняя полисегментарная пневмония вирусно-бактериальной этиологии, тяжелой степени; тяжелый острый респираторный синдром. Жалобы при поступлении – на выраженную слабость, частый су-

хой кашель, периодически приступообразный, температуру до 39°C, одышку, сухость во рту, боли за грудиной. Из анамнеза болезни: заболел остро, когда появился непродуктивный кашель и повысилась температура, появились боли за грудиной, одышка смешанного характера. В связи с ухудшением состояния госпитализирован 18.05.2020 г., проведено КТ-исследование органов грудной клетки – диагностирована двусторонняя полисегментарная пневмония.

Пациент переведен в реанимационное отделение 27.05.2020 г., в связи с ухудшением состояния. Состояние крайне тяжелое, дыхание с респираторной одышкой в режиме NCPAP. Сатурация 86%, АД 150/90 мм рт.ст., Ps=ЧДД=100.

На ЭКГ – ритм синусовый, снижение вольтажа, признаки перегрузки правого предсердия. На КТ органов грудной клетки от 19.05.2020 г. – двусторонняя полисегментарная пневмония. При УЗИ легких и плевральных полостей от 19.05.2020 г. – в нижних и средних отделах по передней и латеральной линиям неровности и утолщения плевры. Скольжение (+). Слева по передним подмышечным линиям в нижних отделах линия плевры неровная, утолщена. Субплеврально на протяжении визуализируется участок консолидации. Выпота нет. Скольжение ограничено, щадящее. В-линии слившиеся. На фоне проводимой терапии – антикоагулянтной (фраксипарин), антибактериальной (азитромицин, зивокс) – состояние ухудшилось, появились боли в правой нижней конечности, психомоторное возбуждение, одышка при покое.

Состояние пациента ухудшилось 28.05.2020 г., появились цианоз, мраморность правой стопы и голени, при пальпации болезненность, конечность холодная, пульсация на артериях стопы не определяется (рис.1).



Рис. 1. Правая нижняя конечность. Артериальный тромбоз подколенной артерии: цианоз и мраморность кожных покровов, момент определения болезненности, местной температуры и пульсации

В связи с подозрением на артериальный тромбоз пациент 28.05.2020 г. переведен в профильный стационар в ГБУ ГКБ №1. Состояние при поступлении тяжелое, переведен в ОАиР. Жалобы на выраженную одышку, сатурация – 45% (подключена НИВЛ + кислород). В клинических анализах: НВ – 117 г/л, СОЭ – 53 мм/ч; СРБ – 110; Д-димер – 2359; коагулограмма – тромботест 4 ст., фибриноген – 6,2, АЧТВ – 23, ПТИ – 100%, МНО – 1,0; мазок на SARS-CoV-2 положителен.

При ультразвуковом исследовании от 28.05.2020 г. – острый тромбоз подколенной артерии справа на фоне выраженного склеротического поражения артерий нижних конечностей с отсутствием дистального кровотока справа на уровне голени и стопы. Слева коллатеральное заполнение подколенной артерии, артерий голени и стопы. Консультативное заключение сосудистого хирурга: острый эмбологенный тромбоз бедренно-подколенного сегмента справа.

В экстренном порядке 28.05.2020 г. произведена тромбэктомия из правой подколенной артерии. УЗИ сосудов нижней конечности от 8.06.2020 г. – рыхлый тромб по задней стенке подколенной арте-

рии справа, пристеночный кровоток по передней стенке.

Далее имело место прогрессирование тромбоза ПКА и некротические изменения в правой стопе, в связи с чем 9.06.2020 г. произведена ампутация нижней конечности на уровне 1/3 голени. В послеоперационном периоде в клинических анализах: НВ – 86 г/л, СРБ – 17,7, общий белок – 36,8 г/л, АЛТ – 57,2, АСТ – 53,4. Проведена инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная, кислородотерапия.

В объективном статусе отмечена положительная динамика: регрессировали одышка и кашель. Однако клиническая картина раны культи определялась целым рядом обстоятельств, среди которых важную роль играли причины развития необратимой ишемии конечности, состояние кровообращения культи, резервные возможности организма больного на фоне перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19. Рана в области культи правой нижней конечности объективно с признаками воспаления, несостоятельности и прорезывания швов, нарушением трофики (рис.2.). Произведено снятие швов, широкое раскрытие и дренирование раны.



Рис. 2. Культи нижней конечности на 10-е сутки после ампутации – стадия воспаления – гиперемия, отек, нарушение трофики

В последующем лечебные мероприятия были направлены на создание и поддержание сбалансированной влажной раневой среды, удаление избыточного экссудата (раневого отделяемого), защиту раны от вторичного инфицирования, поддержание постоянства раневой среды, защиту раны от механического и химического раздражения, атравматичности (низкая адгезия к раневой поверхности). Для этого, в зависимости от стадии раневого процесса, по разработанной собственной методике были использованы интерактивные повязки фирмы «HARTMANN» с направленным действием на раневую процесс. На стадии пролиферации (рис.3) мы использовали гидросорб-гель, чередуя с гидроклином, в сочетании с левомеколем и бетадином. Указанное сочетание позволило поддержать аутолитическое очищение раны, ингибировать рост бактерий и усилить грануляцию за счет устранения избытка матриксных металлопротеаз.

Для визуальной картины раны (рис.4) культи нижней конечности на 23 день было характерно уменьшение размеров раны, отсутствие отека,



Рис. 3. Культи нижней конечности на 15 й день после ампутации - стадия пролиферации – уменьшение раневого отделяемого, появление грануляционной ткани с формированием краев раны

очистение ее от гнойного секрета, появление краевой рубцовой ткани.



Рис. 4. Культи нижней конечности на 23 день после ампутации – стадия перехода от пролиферации к грануляции – характерно уменьшение размеров раны, отсутствие отека, очищение от гнойного секрета и появление рубцовой ткани

На данной переходной стадии от пролиферации к рубцеванию мы использовали повязки бранолинд с гидросорб-гелем и пемафоном, которые поглощали секрет раны, одновременно создавая сбалансированную влажную среду, что стимулировало заживление раны.

На 53 день после ампутации отмечено полное заживление раны культи (рис.5,6) с формированием плотного рубца. Клинически: отсутствуют жалобы и фантомные боли. Пациент направлен в специализированное учреждение для протезирования нижней конечности; в последующем работоспособность восстановлена.



Рис. 5. Культи нижней конечности в динамике на 53 день после ампутации – стадия рубцевания – полное формирование плотного рубца



Рис. 6. Пациент через 2 месяца после перенесенной ампутации правой нижней конечности – протезирование

В описанном клиническом случае предложенная авторская методика позволила сократить сроки полного заживления раны и улучшить качество жизни пациента.

Литература

1. Ackermann M., Verleden S.E., Kuehnel M. et al. Pulmonary vascular endothelialitis, thrombosis, and angiogenesis in Covid-19 // *N. Engl. J. Med.* 2020. V. 383 (2). P. 120-128.
2. Azouz, Sisi Yang, Laurence Monnier-Cholley, Lionel Arrivé. Systemic arterial thrombosis and acute mesenteric ischemia in a patient with COVID-19 // *Intensive Care Medicine.* 2020. V. 46 (7). P. 1464-1465.
3. Bilaloglu S., Aphinyanaphongs Y., Jones S., Iturrate E., Hochman J., Berger J. S. Thrombosis in hospitalized patients with COVID-19 in a New York City Health System // *JAMA.* 2020. V. 324 (8). P. 799-801.
4. Bikdeli B., Madhavan M.V., Jimenez D., Chuich T., Dreyfus I. et al. COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: Implications for prevention, antithrombotic therapy, and follow-up: JACC state-of-the-art review // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2020. V. 75 (23). P. 2950-2973.
5. Cantador E., Núñez A., Sobrino P., Espejo V., Fabia L. et al. Incidence and consequences of systemic arterial thrombotic events in COVID-19 patients // *J. Thromb Thrombolysis.* 2020. V. 50 (3). P. 543-547.
6. Del Castillo-García S., Minguito-Carazo C., Echarte J. C., Rodríguez-Santamarta M., González T. B. et al. A case report of arterial and venous thromboembolism in a patient with severe COVID-19 pneumonia // *Eur. Heart. J. Case Rep.* 2020. V. 4 (6). P. 1-6.
7. de Barry, Ahmed Mekki, Caroline Diffre, Martin Seror, Mostafa E.I. et al. Arterial and venous abdominal thrombosis in a 79 year –old women with COVID-19 pneumonia. // *Radiology Case Reports.* 2020. V. 15(7).
8. Fox S. E., Akmatbekov A., Harbert J. L., Li G., Quincy Brown J. et al. Pulmonary and cardiac pathology in African American patients with COVID-19: an autopsy series from New Orleans // *Lancet Respir. Med.* 2020. V. 8 (7). P. 681-686.
9. Gomez-Arbelaez D., Ibarra-Sanchez G., Garcia-Gutierrez A., Comanges-Yeboles A., Ansuategui-Vicente M. et al. COVID-19-related aortic thrombosis: A report of four cases // *Ann. Vasc. Surg.* 2020. V. 67. P. 10-13.
10. Helms J., Tacquard C., Severac F., Leonard-Lorant I., Ohana M. et al. High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: A multicenter prospective cohort study // *Intensive Care Med.* 2020. V. 46 (6). P.1089-1098.
11. Kashi M., Jacquin A., Dakhil B., Zaimi R., Mahé E. et al. Severe arterial thrombosis associated with COVID-19 infection // *Thromb Res.* 2020. V. 192. P. 75-77.
12. McBane R. D. Arterial thrombosis and coronavirus disease 2019 // *Mayo Clin. Proc.* 2021. V. 96 (2). P. 274-276.
13. Pillai P., Joseph J.P., Fadzillah NH.M., Mahmud M. COVID-19 and major organ thromboembolism: Manifestations in neurovascular and cardiovascular systems // *J. Stroke Cerebrovasc Dis.* 2021. V. 30 (1). P. 105427.
14. Spyropoulos A.C., Levy J. H., Ageno W. et al; Subcommittee on Perioperative, Critical Care Thrombosis, Haemostasis of the Scientific, Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Scientific and Standardization Committee communication: Clinical guidance on the diagnosis, prevention, and treatment of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19 // *J. Thromb. Haemost.* 2020. V. 18(8). P. 1859-1865.
15. Zhang Y., Cao W., Jiang W. et al. Profile of natural anticoagulant, coagulant factor and anti-phospholipid antibody in critically ill COVID-19 patients // *J. Thromb Thrombolysis.* 2020. V. 50 (3). P. 580-586.

Сведения о соавторах:

Исрапилов Магомед Мухтаридинович – ассистент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Дагестан-

ский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: Махачкала, пл. Ленина, 1.
E-mail: doctorisrapilov82@gmail.com
Тел.: 89298742161

Курбанова Зарема Вахаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: Махачкала, пл. Ленина, 1.
E-mail: kurbanova-zarema@gmail.com
Тел.: 89898822253

Магомедова Саният Ахмедгаджиевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: Махачкала, пл. Ленина, 1.
E-mail: saniyat-magomedova@yandex.ru
Тел.: 89634174554

Курбанисмаилова Мерен Гаджиевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: Махачкала, пл. Ленина, 1.

E-mail: meren.1967@mail.ru
Тел.: 89282977247

Багаудинова Саида Гаджимагомедовна – ассистент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: Махачкала, пл. Ленина, 1.
E-mail: Bagaudinova86@list.ru
Тел.: 89882131515

Далгатов Гаджимурад Магомедович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: Махачкала, пл. Ленина, 1.
E-mail: hadqi05@rambler.ru
Тел.: 89887780055

Толдиева Фариза Амировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии медицинского факультета ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет» МН и ВО РФ.

Адрес: Магас, пр. Зязикова, 7.
E-mail: farizon@mail.ru
Тел.: 89280930830

УДК 616.831-007.61-053.3

Синдром Денди-Уокера**М.И. Израйлов¹, Б.М. Махачев^{1,2}, Э.Р. Османова¹, М.Т. Абдулмуслимов¹, З.А. Алискандиева¹, М.Р. Махмудова²**¹ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала;²ГБУ МЗ РД «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева», Махачкала**Резюме**

Представлено клиническое наблюдение пациента с тяжелым течением синдрома Денди-Уокера.

Ключевые слова: синдром Денди-Уокера, врожденные пороки развития, головной мозг, новорожденные, педиатрия, неонатология.**The Dandy-Walker syndrome****M.I. Izrailov¹, B.M. Mahachev^{1,2}, E.R. Osmanova¹, M.T. Abdulmuslimov¹, Z.A. Aliskandieva¹, M.R. Makhmudova²**¹FSBEI HE "Dagestan State Medical University" MH RF, Makhachkala;²SBI MH RD "Children's Republican Clinical Hospital by N.M. Kuraev", Makhachkala**Summary**

A clinical observation of a patient with severe Dandy-Walker syndrome is presented.

Key words: Dandy-Walker syndrome, congenital malformations, brain, newborns, pediatrics, neonatology.

В последнее десятилетие наблюдается увеличение количества больных с врожденными аномалиями головного мозга. Одной из самых тяжелых является синдром Денди-Уокера. Данный синдром был впервые описан американским нейрохирургом Уолтером Денди в 1914 году в статье, посвященной изучению разных форм гидроцефалии, а в 1921 году вышла работа, в которой он анализировал методы диагностики и лечения этого порока. Эрл Уокер в 1944 году предложил вариант хирургической коррекции данного дефекта [1].

Синдром Денди-Уокера – это порок развития головного мозга, для которого характерна триада симптомов: гипотрофия червя мозжечка и/или полушарий мозжечка, кисты задней черепной ямки, гидроцефалия различной степени. Данный синдром по МКБ-10 кодируется в разделе аномалий развития как Q03.1 – атрезия отверстий Мажанди и Люшка [1]. Частота встречаемости этого недуга составляет 1 случай на 25000 живорожденных детей [1]. Считается, что в возникновении данного синдрома принимают участие наследственные (хромосомные и генные) и экзогенные (тератогенные) факторы, а также вирусная инфекция (цитомегаловирус, краснуха), прием алкоголя, воздействие производственных факторов, экстрагенитальные заболевания. Среди основных гипотез возникнове-

ния синдрома Денди-Уокера можно выделить следующие: остановку эмбрионального развития в процессе формирования ромбовидного мозга, атрезии выходного отверстия из IV желудочка при отсроченном открытии отверстия Мажанди [1, 2]

Выделяют полную и неполную, а также открытую и закрытую формы синдрома Денди-Уокера. Полная форма характеризуется агенезией червя мозжечка и наличием явной коммуникации между IV желудочком и кистой в области большой цистерны. Неполная форма – это частичная агенезия нижней части червя мозжечка, в связи с чем коммуникация IV желудочка с кистой большой цистерны прослеживается не на всем протяжении червя. Открытая и закрытая формы различаются наличием или отсутствием окклюзии отверстий Люшка и Мажанди и сообщением желудочка с подпаутинным пространством [1, 4].

Клинические проявления различны: повышение внутричерепного давления, нарушение функций мозжечка (атаксия, дизартрия, спонтанный нистагм), элементы бульбарного синдрома (дисфагия, дисфония). Характерны нарушения координации, походки, статики. У некоторых больных развиваются эпилептические приступы, примерно у половины снижен интеллект. Синдром Денди-Уокера может сочетаться и с другими аномалиями головного мозга (примерно в 70% случаев): агенезией мозолистого тела (в 20% случаев), дизрафией мозжечка, энцефалоцеле, полимикригией, агирией, нейрошизисом, гетеротопией серого вещества, spina bifida, а также с поражениями других органов и систем (полидактилией, синдактилией, врожденными пороками сердца, коарктацией аорты, поликистозом почек, расщелиной неба и др.).

Для корреспонденции:*Израйлов Магомед Исрапилович* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой педиатрии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 367000, г. Махачкала, пл. Ленина, 1.

E-mail: izrailov74@mail.ru

Тел.: +7(928)9228941

Статья поступила 1.04.2022 г., принята к печати 8.09.2022 г.

Клинические симптомы синдрома Денди-Уокера объединены в синдромы: синдром Меккеля (аутосомно-рецессивный путь – микроцефалия, полидактилия, поликистоз почек, глазные аномалии – микрофтальм, гипоплазия зрительного нерва, ВПС, крипторхизм, затылочная спинномозговая грыжа), Меккеля–Грубера (синдром Меккеля + энцефалоцеле) [1, 3].

Стандартом диагностики синдрома Денди-Уокера является МРТ. Чрезвычайно важной является пренатальная диагностика синдрома Денди-Уокера, которая обычно проводится после 18-й недели беременности. В некоторых случаях диагностика синдрома Денди-Уокера возможна в 12-14 недель беременности [4].

Лечение данного заболевания симптоматическое. При наличии признаков нарастающей внутричерепной гипертензии проводят шунтирующие операции. Производят иссечение стенок кисты и арахноидальных спаек с созданием сообщения с большой затылочной цистерной. Возможна установка местного стента. Альтернативой является эндоскопическая вентрикулостомия III желудочка для уменьшения давления ЦСЖ. При нарушении резорбции ликвора операцию дополняют вентрикуллоперитонеостомией. Раннее начало лечения положительно влияет на прогноз заболевания [4].

Постнатальный прогноз при синдроме Денди-Уокера различен: от практически нормального развития до тяжелой инвалидности и даже гибели ребенка. Прогноз во многом зависит от глубины по-

ражения ЦНС, а также от наличия сочетанных аномалий, которые сопровождают данный синдром, и срока диагностики [4]. Летальный исход при синдроме Денди-Уокера нередкий и в 90% случаев наблюдается в первые годы жизни ребенка.

Приводим клиническое наблюдение новорожденного с тяжелым течением синдрома Денди-Уокера и неблагоприятным прогнозом.

Доношенный новорожденный мальчик, родившийся от IV беременности и IV срочных родов на 39 неделе естественным путем на фоне железодефицитной анемии I степени, Rh-отрицательной крови, преэклампсии тяжелой степени тяжести. Околоплодные воды светлые. Оценка по Апгар – 6-7 баллов. Вес при рождении 3270 г, рост 51 см, окружность головы 37 см, окружность груди 36 см. При пренатальном УЗИ выявлен синдром Денди-Уокера: мальформация, вентрикуломегалия справа, червь мозжечка не контурируется. Профилактические прививки не получил.

При рождении состояние тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью и выраженной неврологической симптоматикой. Ребенок получил увлажненный кислород и санацию дыхательных путей от слизи. На 3 сутки жизни ребенка перевели из родильного дома в отделение патологии новорожденных Детской республиканской клинической больницы им. Н.М. Кураева (Махачкала) с диагнозом «Врожденный порок развития головного мозга: синдром Денди-Уокера; полидактилия; неонатальная желтуха».



Рисунок. Полидактилия обеих стоп новорожденного

Состояние ребенка на момент поступления тяжелое. Питание не усваивает, срыгивает. Крик громкий, раздражительный, пронзительный. Рефлексы новорожденных вызываются, но ослаблены. Мышечный тонус резко повышен. Выраженный тремор подбородка, рук и ног. Отмечаются судороги тонического характера с кратковременным апноэ, судорожным дыханием, глазной симптоматикой в виде замирания. Полидактилия обеих стоп (рисунок). Форма головы брахицефалическая. Большой родничок, размером 1,5x1,4 см, не напряжен. Кости черепа заходят друг на друга. Кожные покровы желтушные, цианоз носогубного треугольника. Дыхание неритмичное, поверхностное, учащенное до 62 в минуту. Аускультативно дыхание ослаблено, проводится с 2-х сторон по всем легочным полям. Хрипы не выслушиваются. ЧСС 156 в минуту. Живот мягкий. Печень на 1,0 см выступает из-под реберной дуги. Стул кашицеобразный, желтый.

В анализах крови Hb – 226 г/л, эритроциты – 5,75. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 207.1 ммоль/л; прямой – 9.9 ммоль/л. АЛТ – 0.5, АСТ – 0.8. Гипербилирубинемия за счет не прямой фракции.

УЗИ головного мозга: передние рога боковых желудочков: левый – 3 мм, правый – 6 мм. Тела боковых желудочков: левый – 2 мм, правый – 6 мм. Затылочные рога: левый – 18 мм, правый – 20 мм. Височные рога: правый – 5 мм. IV желудочек – 10 мм. Червь мозжечка гипоплазирован. В задне-черепной ямке киста 30x40x19 мм.

МСКТ: на серии томограмм швы черепа и родничок открыты. Желудочковая система несколько расширена, боковые желудочки асимметричные, D<S, справа передние рога – 8 мм, тела – 9 мм, задние рога – 11 мм; слева передние рога – 4 мм, тела – 6 мм, задние рога – 7 мм; III желудочек – 3 мм, IV желудочек – по срединной линии. Плотность вещества мозга в перивентрикулярных и субкортикальных отделах неравномерно диффузно снижена. Конвекситальные борозды визуализируются удовлетворительно, слегка углублены. Структуры задней черепной ямки без особенностей, миндалины мозжечка находятся выше уровня линии Чемберлена, слегка гипоплазированы миндалины и червь мозжечка. Определяется кистозно расширенная большая затылочная цистерна размерами 10x24x31 мм. Заключение: КТ – признаки последствий перенесенного перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС. Перивентрикулярная и субкортикальная лейкомаляция. Асимметричная дилатация боковых желудочков. Невыраженная гипоплазия мозжечка.

После консультации со специалистами выставлен диагноз: врожденный порок развития ЦНС – синдром Денди-Уокера, перинатально-гипоксическое поражение ЦНС. Судорожный синдром. Полидактилия обеих стоп.

Проводилось симптоматическое лечение, включая феназепам, паглюферал, 10% раствор

глюкозы, 25% магния сульфат, витамин В6, мексидол, максцеф, мотилиум.

В связи с тяжелым состоянием ребенок был переведен в ОРИТН с температурой тела 36,6 °С, сатурацией 92%, АД 66/35/48 мм рт.ст. Переведен на ИВЛ. Отмечаются тонико-клонические судороги, которые купированы введением феназепама – 0,4 мм. Рефлексы новорожденных угнетены. Выраженный «мраморный» рисунок кожи, акроцианоз. Тургор тканей снижен. Дыхание спонтанное, учащенное, поверхностное. Кормится через зонд, питание усваивает.

Консилиум врачей с участием нейрохирурга, невролога и генетика сочли прогноз болезни неблагоприятным. Ребенок нуждался в постоянной подаче кислорода, отмечались рецидивы судорог, которые ненадолго купировались феназепамом. Другие противосудорожные препараты эффекта не давали. Несмотря на проводимую терапию устойчивого положительного эффекта не наблюдалось.

Литература

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. Москва: Триада-Х, 2001. С. 181-232.
2. Бочков Н.П. Наследственные болезни. Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. С. 128-145.
3. Геппе Н.А. Детские болезни. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
4. Гусев Е.И. Неврология. Т.1. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5. Нельсон К.М., Клигман Р. Основы педиатрии по Нельсону. Т. 3. 8-е изд. Москва: Эксмо, 2021.

References

1. Barashnev Yu. I. Perinatal'naya nevrologiya [Perinatal neurology]. Moskva: Triada-X, 2001. S. 181-232.
2. Bochkov N. P. Nasledstvennyye bolezni. Natsional'noye rukovodstvo [Hereditary diseases. National guidelines]. Moskva: GEOTAR-Media, 2012. S. 128-145.
3. Geppe N. A. Detskiye bolezni [Childhood diseases]. Moskva: GEOTAR-Media, 2018.
4. Gusev Ye. I. Nevrologiya [Neurology]. T.1. Moskva: GEOTAR-Media, 2017.
5. Nel'son K. M., Kligman R. Osnovy pediatrii po Nel'sonu [Fundamentals of Pediatrics by Nelson]. T. 3. 8-ye izd. Moskva: Eksmo, 2021.

Сведения о соавторах:

Махачев Башир Магомедович – доктор медицинских наук, главный врач ДРКБ им. Н.М. Кураева, доцент кафедры детской хирургии, главный внештатный детский хирург СКФО.

Адрес: 367027, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, 2 «а».

Тел.: +7(960)4150888

Алискандиева Зулейха Алаудиновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 367000, г. Махачкала, пл. Ленина, 1.

E-mail: Aliskandieva@mail.ru

Тел.: +7(906)4486683

Абдулмуслимов Мурад Тагирович – ассистент кафедры факультетской и госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 367000, г. Махачкала, пл. Ленина, 1.

E-mail: abdulmuslimov91@inbox.ru

Тел.: +7(989)4428776

Махмудова Мальвина Рашидовна – врач отделения патологии новорожденных и педиатрии недоношенных детей ДРКБ им. Н. М. Кураева МЗ РД.

Адрес: 367027, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, 2 «а».

E-mail: mmr211290@gmail.com

Османова Эльмира Раджабовна – клинический ординатор кафедры педиатрии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 367000, г. Махачкала, пл. Ленина, 1.

E-mail: 6914289@bk.ru

Тел.: +7(988)6914289

УДК 616.132-007-053.2

Дивертикул Коммереля как редкая причина дисфагии у новорожденного**В.И. Петрова¹, А.В. Дмитриев¹, Е. М. Бегеза², Н.В. Федина¹, Р.А. Гудков¹, В.В. Лучков¹**¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ;²ГБУ РО «Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой», Рязань**Резюме**

Примером редкой причины эзофагеальной дисфагии в периоде новорожденности является лузорическая дисфагия, встречающаяся у пациентов с дивертикулом Коммереля. Данная аномалия представляет собой коническое расширение проксимальной части aberrантной подключичной артерии вблизи ее отхождения от аорты. Проявляется дисфагическими и респираторными расстройствами, что требует исключения других причин и патологических состояний, в том числе связанных с диэнцефальным синдромом различной этиологии, пороками развития желудочно-кишечного тракта и легких. Основными методами диагностики является компьютерная томография и магнитно-резонансная ангиография. Выбор хирургической тактики зависит от анатомических особенностей патологии у конкретного пациента.

Ключевые слова: эзофагеальная дисфагия, аномалия аорты, дивертикул Коммереля, новорожденный.

Kommerel's diverticulum as a rare cause of dysphagia in a newborn**V.I. Petrova¹, A.V. Dmitriev¹, E. M. Begeza², N.V. Fedina¹, R.A. Gudkov¹, V.V. Luchkov¹**¹FSBEI HE «Ryazan State Medical University by acad. I.P. Pavlov» MH RF;²SBI RR "Regional Children's Clinical Hospital by N.V. Dmitrieva, Ryazan**Summary**

An example of a rare cause of esophageal dysphagia in the neonatal period is lusoric dysphagia, which occurs in patients with Kommerel's diverticulum. This anomaly is a conical expansion of the proximal part of the aberrant subclavian artery near its origin from the aorta. It is manifested by dysphagic and respiratory disorders, which requires the exclusion of other causes and pathological conditions, including those associated with diencephalic syndrome of various etiologies, malformations of the gastrointestinal tract and lungs. The main diagnostic methods are computed tomography and magnetic resonance angiography. The choice of surgical tactics depends on the anatomical features of the pathology in a particular patient.

Key words: esophageal dysphagia, aortic anomaly, Kommerel's diverticulum, newborn.

Введение

Дисфагия – клинический симптом нарушения функции глотания, при котором отмечаются трудности проглатывания пищи или дискомфорт при продвижении пищевого комка от ротовой полости до желудка. Одним из таких видов дисфагии является эзофагеальная дисфагия, которая представляет собой затрудненный пассаж пищи по пищеводу. Она является результатом либо механической обструкции, либо нарушения моторики. Примером редкой причины эзофагеальной дисфагии у новорожденных является лузорическая дисфагия, встречающаяся у пациентов с дивертикулом Коммереля [11, 12]. Дивертикул представляет собой коническое расширение проксимальной части aberrантной подключичной артерии вблизи ее отхождения от аорты. В литературе он известен как «lusoria diverticulum», или «корень lusoria». Дивертикул впервые был описан Б.Ф. Коммерелем в 1936

году [5, 9, 10, 12]. При этом типе аномалии аорты первой ветвью, отходящей от ее дуги, является левая общая сонная артерия, за которой следуют правая общая сонная, правая подключичная и левая подключичная артерии. Аберрантная левая подключичная артерия отходит от дивертикула Коммереля, расположенного позади трахеи и пищевода. При этом у половины пациентов данная патология сочетается с праворасположенной дугой аорты и формирует сосудистое кольцо. Правая дуга аорты обнаруживается в 0,05-0,1% случаев при радиологических исследованиях и в 0,04-0,1% аутопсий [2, 4, 5]. Неполное сосудистое кольцо может образовываться и при левой дуге аорты и aberrантной правой подключичной артерии, которая встречается в 0,5% аутопсий [2, 4, 5]. В таком случае aberrантная правая подключичная артерия отходит от левой стороны дуги аорты, начинаясь иногда от дивертикула Коммереля, огибает по задней поверхности пищевод в 80% случаев, проходит между трахеей и пищеводом – в 15% случаев, впереди трахеи – в 5% случаев [5]. Клинически формирующееся за счет описанной сосудистой аномалии кольцо может проявляться не только дисфагией, но и другими диспепсическими расстройствами (срыгивание и рвота), респираторными нарушениями (одышка, стридорозное дыхание, кашель, приступы удушья, рецидивизирующие пневмонии). Дородовая диагностика врожденных пороков разви-

Для корреспонденции:

Петрова Валерия Игоревна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней с курсом госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» МЗ РФ.

Адрес: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9.

E-mail: gtpf17@gmail.com.

Тел.: 89105053098

Статья поступила 11.06.2022 г., принята к печати 2.09.2022 г.

тия плода, в том числе и врожденных пороков сердца и сосудов (ВПС), является приоритетной задачей современной медицины. Однако в настоящее время количество аномалий сердца и сосудов, диагностированных у плодов пренатально, не превышает 18-55% [1, 3, 5, 7, 8]. Верификация такой редкой патологии дуги аорты, как дивертикул Коммереля в сочетании с aberrантной подключичной артерией, в настоящее время возможна лишь постнатально. На текущий момент времени основным методом диагностики является компьютерная томография (КТ). Для уточнения архитектоники сосудов применяется магнитно-резонансная ангиография [5, 9]. Существует несколько подходов хирургического лечения данной патологии. С наилучшей стороны зарекомендовал себя гибридный метод хирургического лечения. Первым этапом выполняется подключично-сонное переключение: сонно-подключичное шунтирование с использованием синтетического кондуита или имплантация aberrантной левой подключичной артерии в левую общую сонную артерию. Второй этап – эндоваскулярный, который предполагает эндопротезирование дистального отдела дуги аорты. Наиболее радикальной методикой коррекции порока развития является трансторакальная резекция дивертикула Коммереля с протезированием сегмента дуги аорты в условиях искусственного кровообращения и имплантацией aberrантной левой подключичной артерии в левую общую сонную артерию [5, 9]. Выбор хирургической тактики в отношении пациентов с сочетанными врожденными аномалиями дуги аорты и ее ветвей должен основываться на всестороннем обследовании и зависеть от анатомических особенностей патологии у конкретного пациента.

Ниже приводится клинический случай.

Мальчик Б., рожденный от 1-й беременности, протекавшей с явлениями вирусной инфекции в первом триместре. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода на сроке гестации 19 недель заподозрен врожденный порок сердца (ВПС): транспозиция магистральных сосудов. Повторно обследование проведено в условиях ГБУ РО «ОК ПЦ» на сроке 21-22 недели гестации и в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России) в возрасте 31-32 недели гестации. Динамическое наблюдение плода позволило исключить грубый врожденный порок сердца, но выявило правую дугу аорты с формированием сосудистого кольца.

Роды 1 срочные, путем кесарева сечения, по поводу начавшейся острой внутриутробной гипоксии плода в условиях ГБУ РО «ОК ПЦ». Родился доношенный мальчик (с весом 2160 грамм, длиной тела 50 см). На первой минуте жизни состояние ребенка расценено как тяжелое за счет респираторных нарушений: дыхание нерегулярное с втяжением уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, цианоз лица, акроцианоз, SpO₂

56%. Оценка по шкале Апгар 5/6/8 баллов. Согласно протоколу оказания базовой медицинской помощи новорожденным в родильном зале, состояние ребенка стабилизировано: дыхание самостоятельное, регулярное, SpO₂ 92% без дотации кислорода. За время пребывания ребенка в лечебном учреждении респираторные расстройства не нарастали, по газовому составу крови компенсирован. Однако самостоятельно сосал пустышку вяло, глотание затруднено, при попытке кормления ребенок срыгивал, нутритивное сосание невозможно. Налажено зондовое кормление. В ходе обследования на рентгенограмме органов грудной полости выявлены признаки двусторонней пневмонии. По данным нейросонографии (НСГ), ультразвукового исследования органов брюшной полости и эхокардиографии (Эхо-КГ), патологии не выявлено. Ребенок получал лечение врожденной пневмонии согласно клиническим рекомендациям. На фоне терапии у мальчика сохранялись акроцианоз и багрово-цианотичная окраска лица, его пастозность при достаточном диурезе, самостоятельное сосание не эффективно, глотание затруднено, кормление зондовое.

В возрасте 7 дней в состоянии средней тяжести для продолжения лечения и дополнительного обследования новорожденный поступил в ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В.Дмитриевой». При контрольном обследовании данных за воспалительный процесс в легких и патологию головного мозга не выявлено. В капиллярной крови обнаружены умеренная гипоксия, умеренный респираторный ацидоз, в связи с чем налажена подача кислорода со скоростью 0,3 л/мин. Самостоятельное сосание оставалось не эффективным, пролонгировано зондовое вскармливание. Для исключения врожденных пороков желудочно-кишечного тракта и уточнения анатомо-физиологических особенностей ребенку проведена фиброгастроуденоскопия. Выявлена картина умеренной деформации пищевода в средней трети без сужения просвета. На КТ органов грудной полости с контрастным усилением диагностирована праворасположенная дуга аорты, дивертикул Коммереля с отходящей от него левой aberrантной подключичной артерией. После проведения телемедицинской консультации в возрасте 28 дней в состоянии средней тяжести, с весом 2900 грамм, при сохраняющейся кислородозависимости и зондовом вскармливании, для дальнейшего лечения ребенок переведен в ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России. Проведенное оперативное вмешательство по разобщению сосудистых колец позволило выписать мальчика домой в возрасте 38 дней в удовлетворительном состоянии, без признаков нарушения гемодинамики, на самостоятельном энтеральном питании, с прибавкой в весе. Рекомендовано наблюдение в условиях ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России для динамического контроля. В настоящее время ребенку 18 месяцев, он переведен на общий стол, дисфагия отсутствует. Физическое развитие мальчика среднее (ИМТ 14,88), неврологического дефицита нет, признаки нарушения кровообращения не определяются.

Нарушение сосания и глотания у новорожденного является крайне неблагоприятным патологическим симптомом. Наиболее часто причинами являются гипоксически-ишемическое или инфекционное поражение центральной нервной системы, ее незрелость или врожденный порок развития. Реже к дисфагии приводят аномалии строения челюстно-лицевого аппарата, желудочно-кишечного тракта или сердца. Одной из таких редких причин нарушения глотания и является аномалия дуги аорты с формированием дивертикула Коммереля. Современные методы диагностики позволяют выявить врожденные пороки развития пренатально, но их в последующем верифицировать возможно только после рождения. Тактика ведения и лечения пациента с аномалией строения дуги аорты и формированием дивертикула Коммереля зависит от индивидуальных анатомо-физиологических особенностей ребенка. На сегодняшний день операцией выбора является разобщение сосудистого кольца, путем рассечения артериальной связки с резекцией аортального дивертикула с анастомозом грудной аорты конец в конец и реимплантацией aberrантной левой подключичной артерии. Приведенный клинический случай демонстрирует возможности пре- и постнатальной диагностики, а также эффективность современных методов хирургического лечения у новорожденных с редкой аномалией дуги аорты и лузорической дисфагией.

Литература

1. Гудлетт Т., Твердохлеб И.В. Трехмерный компьютерный анализ камер сердца у плодов человека // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2014. № 2. С. 43-50.
2. Жакота Д.А., Корчагина Н.С., Ворожбиева Т.Э., Туманова Е.Л., Мнихович М.В., Нечаев Л.В., Галлямова А.Р. Обзор посмертных инвазивных и не инвазивных методов исследования патологии магистральных сосудов у плодов и новорожденных // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2016. Т. 24, № 3. С. 133-140.
3. Мысяков В.Б., Чижова О.В., Рязанова О.А., Коновалов О.Е. Медико-социальные аспекты распространенности врожденных пороков развития // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2010. Т. 18, № 2. С. 57-62.
4. Перевозникова И.А. Аномалия развития дуги аорты: правосторонняя дуга аорты, ретроэзофагеальная левая подключичная артерия, аортальный дивертикул Коммереля. Аневризма дуги аорты // Лучевая диагностика и терапия. 2011. № 4 (2). С. 84-87.
5. Сыромятников Д.Д., Гидаспов Н.А., Аракелян В.С. Врожденная аномалия развития подключичных артерий – диагностика и показания к оперативному лечению: история и современные подходы // Детские болезни сердца и сосудов. 2016. Т. 13 (3). С. 129-132.
6. Шарыкин А.С. Врожденные пороки сердца: проблемы плода и новорожденного ребенка // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2012. № 3. С. 54-58.
7. Шевченко Е.А. Ранняя пренатальная диагностика врожденных пороков сердца у плодов с расширенным воротниковым пространством // Вопросы современной педиатрии. 2008. № 7(5). С.105-109.
8. Achiron R., Rotstein Z., Heggesh J. Anomalies of the fetal aortic arch: a novel sonographic approach to in-utero diagnosis // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2002. V. 20. P. 553-557.
9. Akiko Tanaka, Ross Milner, Takeyoshi Ota. Kommerell's diverticulum in the current era: a comprehensive review // Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2015. V. 63 (5). С. 245-259.
10. Cina C.S., Althani H., Pasenau J., Abouzahr L. Kommerell's diverticulum and right-sided aortic arch: a cohort study and review of the literature // J. Vasc. Surg. 2004. V. 39. P. 131-139.
11. Epperson M.V., Howell R. Dysphagia lusoria: problem or incidentaloma? // Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2019. V. 27 (6). P. 448-452.
12. Jacques A.M. van Son, Igor E. Konstantinov. Burckhard F. Kommerell and Kommerell's Diverticulum // Tex. Heart Inst. J. 2002. V. 29 (10). P. 9-12.

References

1. Gudlett T., Tverdokhle I.V. Trekhmernyy komp'yuternyy analiz kamer serdtsa u plodov cheloveka [Three-dimensional computer analysis of heart chambers in human fetuses] // Nauka molodykh (Eruditio Juvenium). 2014. № 2. S. 43-50.
2. Zhakota D.A., Korchagina N.S., Vorozhbiyeva T.E., Tumanova Ye. L., Mnikhovich M.V., Nechayev L.V., Gallyamova A. R. Obzor posmertnykh invazivnykh i ne invazivnykh metodov issledovaniya patologii magistral'nykh sosudov u plodov i novorozhdennykh [Review of post-mortem invasive and non-invasive of invasive methods for studying the pathology of the main vessels in fetuses and newborns] // Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. 2016. T. 24, № 3. С. 133-140.
3. Mysyakov V.B., Chizhova O.V., Ryazanova O.A., Konovalov O.Ye. Mediko-sotsial'nyye aspekty rasprostranennosti vrozhdennykh porokov razvitiya [Medico-social aspects of the prevalence of congenital malformations] // Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. 2010. T. 18, № 2. S. 57-62.
4. Perevoznikova I.A. Anomaliya razvitiya dugi aorty: pravostoronnyaya duga aorty, retroezofageal'naya levaya pod-klyuchichnaya arteriya, aortal'nyy divertikul Kommerelya. Anevrizma dugi aorty [Abnormal development of the aortic arch: right-sided aortic arch, retroesophageal left subclavian artery, Kommerel's aortic diverticulum. Aortic arch aneurysm] // Luchevaya diagnostika i terapiya. 2011. № 4 (2). S. 84-87.
5. Syromyatnikov D.D., Gidasпов N.A., Arakelyan V.S. Vrozhden'naya anomaliya razvitiya podklyuchichnykh arteriy – diagnostika i pokazaniya k operativnomu lecheniyu: istoriya i sovremennyye podkhody [Congenital malformation of the subclavian arteries - diagnosis and indications for surgical treatment: history and modern approaches] // Detskiye bolezni serdtsa i sosudov. 2016. T. 13 (3). S. 129-132.
6. Sharykin A.S. Vrozhdennyye poroki serdtsa: problemy ploda i novorozhdennogo rebenka [Congenital malformation of the subclavian arteries - diagnosis and indications for surgical treatment: history and modern approaches] // Pediatriya. Prilozheniye k zhurnalу // Consilium Medicum. 2012. № 3. S. 54-58.
7. Shevchenko Ye. A Rannyyaya prenatal'naya diagnostika vrozhdennykh porokov serdtsa u plodov s rasshirenym vorotnikovym prostranstvom [Early prenatal diagnosis of congenital heart defects in fetuses with an enlarged collar space] // Voprosy sovremennoy pediatrii. 2008. № 7(5). S.105-109.
8. Achiron R., Rotstein Z., Heggesh J. Anomalies of the fetal aortic arch: a novel sonographic approach to in-utero diagnosis // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2002. V. 20. P. 553-557.

9. Akiko Tanaka, Ross Milner, Takeyoshi Ota. Kommerell's diverticulum in the current era: a comprehensive review // Gen. Thorac Cardiovasc Surg. 2015. V. 63(5). С. 245-259.
10. Cina C. S., Althani H., Pasenau J., Abouzahr L. Kommerell's diverticulum and right-sided aortic arch: a cohort study and review of the literature // J. Vasc. Surg. 2004. V. 39. P. 131-139.
11. Epperson M. V., Howell R. Dysphagia lusoria: problem or incidentaloma? // Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2019. V. 27(6). P. 448-452.
12. Jacques A.M. van Son, Igor E. Konstantinov, Burckhard F. Kommerell and Kommerell's Diverticulum // Tex. Heart Inst. J. 2002. V. 29 (10). P. 9-12.

Сведения о соавторах:

Дмитриев Андрей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней с курсом госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» МЗ РФ.

Адрес: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9.

E-mail: aakavd@yandex.ru.

Тел.: 89105052050

Федина Наталья Васильевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней с курсом госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государствен-

ный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» МЗ РФ.

Адрес: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9.

E-mail: k2ataka@mail.ru

Тел.: 89537426836

Гудков Роман Анатольевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней с курсом госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» МЗ РФ.

Адрес: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9.

E-mail: comancherro@mail.ru

Тел.: 89051873749

Бегеза Елена Михайловна – врач-неонатолог ГБУ РО «Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой».

Адрес: 390039, г. Рязань, ул. Интернациональная, д.1 «3».

E-mail: elena.beqeza@yandex.ru

Лучков Василий Вячеславович – студент 5 курса 4 группы педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» МЗ РФ.

Адрес: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д.9.

E-mail: ABsa1998@yandex.ru

Тел.: 89537376915

УДК 616.5-006.81-06:616.381-002-08

Меланома кожи, осложненная канцероматозом органов брюшной полости и распространенным перитонитом**М.К. Абдулжалилов¹, М.А. Хамидов¹, М.Р. Иманалиев¹, А.-К.Г. Гусейнов¹, Г.А. Абдулмеджидов²**¹ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала;²ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи», Махачкала**Резюме**

В сообщении описано клиническое наблюдение меланомы кожи поясничной области, осложненной канцероматозом органов брюшной полости и распространенным перитонитом после самолечения. У пациента в анамнезе была меланома кожи поясничной области, которую пациент прижигал чесночным соком. Через 10 дней состояние пациента ухудшилось, развилась клиника кишечной непроходимости и перитонита, которые сопровождались кахексией. В экстренном порядке выполнена операция – лапаротомия, биопсия, санация брюшной полости с формированием лапаростомы. После программированной санации через 48 часов лапаротомная рана ушита. Результат гистоисследования: эпителиоидно-клеточная пигментная меланома. Пациент после выписки направлен для дальнейшего лечения в Республиканский онкологический центр.

Ключевые слова: меланома, кишечная непроходимость, перитонит, кахексия, канцероматоз.

Skin melanoma complicated by carcinomatosis of the abdominal organs and widespread peritonitis**M.K. Abdulzhailov, M.A. Khamidov, M.R. Imanaliev, A.-K.G. Guseynov, G.A. Abdulmedzhidov**¹FSBEI HE "Dagestan State Medical University", MH RF, Makhachkala;²SBI RD "Republican Clinical Emergency Hospital", Makhachkala**Summary**

The report describes a clinical observation of melanoma of the skin of the lumbar region, complicated by carcinomatosis of the abdominal organs and widespread peritonitis after self-treatment. The patient had a history of melanoma of the skin of the lumbar region, which the patient cauterized with garlic juice. After 10 days, the patient's condition worsened, developed a clinic of intestinal obstruction and peritonitis, which were accompanied by cachexia. An emergency operation was performed - laparotomy, biopsy, sanitation of the abdominal cavity with the formation of a laparostomy. After programmed sanitation after 48 hours, the laparotomy wound was sutured. The result of histostudy: epithelioid cell pigmentary melanoma. After discharge, the patient was sent for further treatment to the Republican Cancer Center.

Key words: melanoma, intestinal obstruction, peritonitis, cachexia, carcinomatosis

Меланома кожи занимает первое место среди всех злокачественных новообразований в мире с ежегодным приростом 4-6% среди светлокожих людей. Заболеваемость меланомой в Швеции в 7 раз выше мировых показателей. Несмотря на это, в результате применения системных методов лечения показатели летальности остались на прежнем уровне. При меланоме кожи первичные опухоли чаще всего обнаруживаются на нижних конечностях у женщин и на туловище у мужчин. При появлении метастазов меланома может распространяться в любое место и орган тела. Меланома с отдаленными метастазами классифицируется как M1, с подклассами M1a (отдаленные кожные, подкожные или узловые метастазы), M1b (метастазы в легкие), M1c (висцеральные метастазы) и M1d (метастазы в мозг). Метастазы в желудочно-кишечном тракте обнаруживаются примерно у 20% пациентов в IV стадии заболевания, но распространенность по данным патологоанатомов может достигать и до

58%. Наиболее чаще метастазы встречаются в тонкой кишке, затем – в толстой кишке и желудке. Выполнение хирургического вмешательства эффективно как в плановом порядке, так и в экстренных случаях. Исследователи отмечают, что эффективность лечения метастатической меланомы значительно повысилась после начала периода применения иммунотерапии с использованием антител СТЛА-4 и PD-1 и таргетной терапии с использованием ингибиторов BRAF / MEK [1].

Приводим клиническое наблюдение метастазирования меланомы кожи поясничной области в органы брюшной полости с развитием канцероматоза.

Пациент М., доставлен «самотеком» в хирургическое отделение №1 ГБУ РД «РКБ СМП» из Шамильского района в 13 ч 10 мин 04.09.2022 г. с жалобами на сухость во рту, слабость, постоянные боли и вздутие живота, отсутствие аппетита, потерю веса. Из анамнеза: у пациента в поясничной области с рождения была «бородавка» синего цвета (рис. 1), которую он по рекомендациям из интернета «лечил» самостоятельно прижиганиями чесночным соком.

Для корреспонденции:

Абдулжалилов Магомед Курбанович – доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургии ИПДО ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Тел.: 89094863200

Статья поступила 12.09.2022 г., принята к печати 16.09.2022 г.

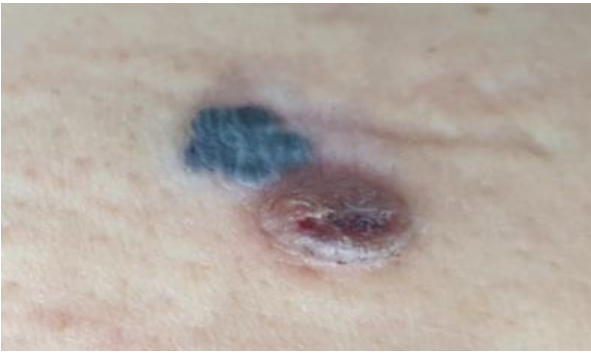


Рис. 1. Меланома поясничной области с изменениями после начала «лечения»

Больным себя считает около 10 суток, когда стал отмечать периодическое вздутие живота. 31.08.2022 г. обратился в ГБУ РД «Шамильская ЦРБ». Осмотрен хирургом, который рекомендовал выполнить УЗИ органов брюшной полости, при котором диагностировано наличие 60 см³ выпота и сгустка крови. Районный хирург рекомендовал выполнить колоноскопию и фиброгастродуоденоскопию (ФГДС). При колоноскопии патология не выявлена, а при ЭФГДС диагностированы гастрит и бульбит. За период обследования пациент стал отмечать боли по всему животу, снижение массы тела и прогрессивное ухудшение общего состояния. В анамнезе ничем не болел, аллергии не отмечал. При объективном осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. На коже поясничной области определяется меланома размерами 7х6 мм в виде цветка сине-голубого цвета. Язык суховат, слегка обложен белым налетом. А/Д – 120/75 мм рт.ст., пульс – 82 уд. в мин. Мочеиспускание свободное, стула после колоноскопии не было. Локальный статус: при объективном осмотре живот умеренно вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. При УЗИ органов брюшной полости: КВР печени до 200 мм (N-150мм). Контур печени ровный, четкий. Эхогенность: средняя. Эхоструктура: очагово-неоднородная, в III сегменте, а также в правой доле рассеянные очаги гиперэхогенных очаговых образований с ровным четким контуром, максимальным диаметром до 14 мм, при ЦДК аваскулярны. Сосудистый рисунок сохранен. Портальная вена в норме (до 13 мм), нижняя полая в норме (до 20-25 мм). Внутрипеченочные желчные протоки и холедох не расширены. Желчный пузырь: с перегибом в проекции дна, размерами 90х28 мм, толщина стенки до 2 мм, содержимое с мелкодисперсной взвесью. Конкременты не определяются. Панкреас не визуализируется (экранирована газом). Селезенка не увеличена, селезеночная вена в воротах в норме (N-5мм). Толстая кишка пневматизирована, не исключается наличие «свободного газа» в брюшной полости. В брюшной полости большой объем «свободной жидкости» с эховзвесью (густая) и нитями фибрина, не менее 2-х литров. Заключение: Гепатомегалия. Множественные очаговые образования по типу капиллярных гемангиом, жидкость в брюшной полости. «Свободный газ» в брюшной полости? На обзорной рентгенографии брюшной полости в вертикальном положении данные за «свободный газ» отсутствуют.

Осмотрен врачом кардиологом: аускультативно над легкими везикулярное дыхание, ЧДД – 17/ мин, А/Д – 120/80 мм рт.ст., пульс – 98 уд./мин, ритм синусовый, правильный с ЧСС – 100 уд. в мин, данных за острую коронарную патологию нет. В общем анализе крови от 04.09.2022 г.: НВ – 119 г/л, СОЭ – 35 мм/час, цветной показатель – 0,9, лейкоцитоз – 16,9х10⁹ г/л, палочкоядерных нейтрофилов – 8%, сегментоядерных – 72%, лимфоцитов – 14%, моноцитов – 6%, тромбоцитов = 232,0х10⁹/л; В биохимическом анализе крови: общий белок – 54 г/л (норма – 66-88 г/л) АлТ – 23 Ед/л (норма – 5,0-35,0), мочевины – 17,7 ммоль/л (норма – 53,0-108,0 ммоль/л), глюкоза крови – 6,0 ммоль/л (норма 4,0-6,2 ммоль/л), амилаза – 13 Ед/л, АсТ – 46 Ед/л, креатинини – 109 мкмоль/л. Билирубин общий – 14,0 ммоль/л, билирубин прямой – отрицательный, электролиты: калий – 3,4 ммоль/л, натрий – 120 ммоль/л, фибриноген – 7,7 г/л (норма – 2-4 г/л), фибриноген В отрицательный, этаноловая проба – отрицательная, тромботест в норме, время рекальцификации – 1 мин 30 сек (норма 1-2 мин), толерантность плазмы к гепарину – 8 мин 40 сек (норма 7-11 мин). Общий анализ мочи от 04.09.2022г.: белок отсутствует, лейкоцитов – 2-3 в п/зр., свежих эритроцитов – 8-10-12 в п/зр. Показаниями к операции явились: перфорация полого органа?, перитонит.

04.09.2022г. 17ч 30 – 19 ч 00 мин выполнена операция: диагностическая лапароскопия, конверсия, лаваж и дренирование брюшной полости. Лапаростома. Под эндотрахеальным наркозом над пупком введен 10 мм лапаропорт. При обзорной лапароскопии во всех отделах брюшной полости мутный выпот с фибрином, с частичной облитерацией брюшной полости. На поверхности париетальной брюшины, большого сальника, брыжейки тонкой и толстой кишки, печени и на стенках тонкой и толстой кишок высыпания разной градации, местами сливающиеся между собой, образуя большие скопления темно-вишневого цвета. Выполнена конверсия. Средне-срединная лапаротомия. Аспирировано до 3500 мл мутного выпота, который направлен на цитологию. Петли тонкой кишки гиперемированы, инфильтрированы, умеренно расширены, с вялой перистальтикой (рис.2). Толстая кишка пневматизирована.



Рис.2. Макропрепарат: петли тонкой кишки гиперемированы, инфильтрированы. На стенке и брыжейке тонкой кишки множественные темно-вишневого цвета сосудистые опухоли различных размеров

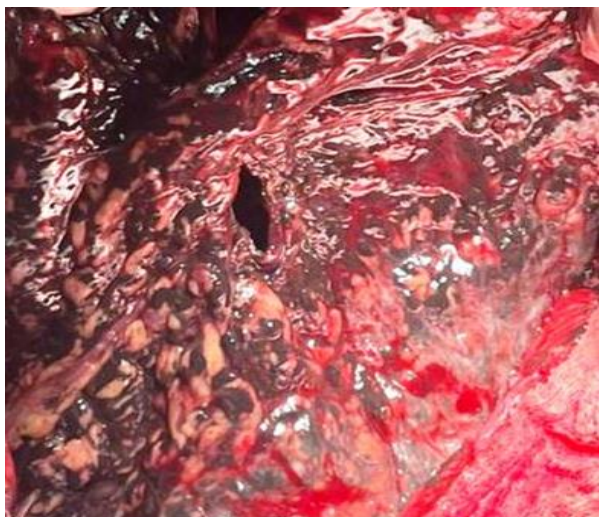


Рис. 3. Макропрепарат: брыжейка тонкой кишки после послойного горизонтального рассечения. По ходу сосудов брыжейки определяются расширенные венозные сосуды в виде опухолевидных образований

Интраоперационную находку консилиум специалистов расценил как канцероматоз. Выполнена санация брюшной полости, биопсия большого сальника, дренирование малого таза. Операция завершена лапаротомией. Предполагается программированная санация брюшной полости через 48 часов.

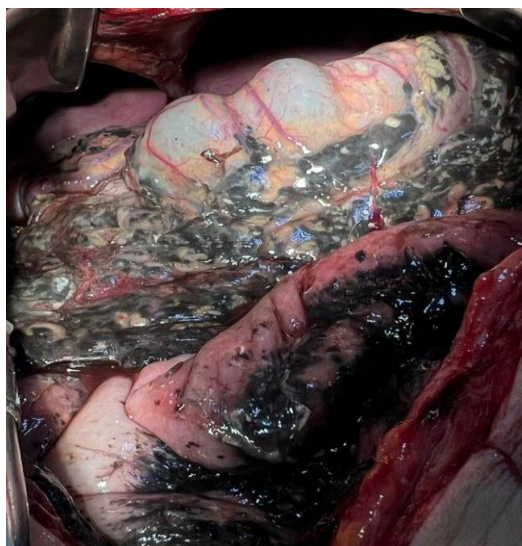
Для дальнейшего лечения пациент переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Результат гистологического исследования большого сальника: метастаз эпителиоидно-

клеточной меланомы. Рекомендовано провести генетическое исследование материала.

07.09.2022 г. Состояние пациента остается тяжелым, пациент на ИВЛ, гемодинамика стабильная, десатурация отсутствует. Живот умеренно вздут, аускультативно прослушиваются вялые перистальтические шумы. По НГЗ эвакуировано 500 мл желудочного содержимого, по дренажу – до 400,0 мл серозно-геморрагического выпота. В общем анализе крови: Нв – 109 г/л, СОЭ – 40 мм/час, ЦП – 0,9, лейкоцитов – $6,6 \times 10^9$ /л, эозинофилов – 8,0%, палочкоядерных нейтрофилов – 4%, сегментоядерных – 54%, лимфоцитов – 30,0% и моноцитов – 4,0%. Результаты биохимического исследования крови: общий белок – 45 г/л, АлТ – 26 Ед/л, мочевины – 7,9 ммоль/л, глюкоза – 6,2 ммоль/л, амилаза – 32 Ед/л, АсТ – 96 Ед/л, креатинин – 63 ммоль/л, билирубин общий – 8,0 мкмоль/л, калий – 4,7 ммоль/л, натрий – 147,0 ммоль/л.

07.09.2022 г. в 13 ч 05 мин операция: лаваж и дренирование брюшной полости, ушивание лапаротомной раны. Под ЭТН выполнена ревизия брюшной полости. При этом отмечено купирование перитонита. Петли тонкой кишки не раздуты, слабо перистальтируют. Фибрин отсутствует. На поверхности кишечных петель и большого сальника сохраняются темно-вишневого цвета опухолевидные образования разной величины (рис.4 а,б) Выполнена программированная санация брюшной полости 5 л раствора фурацилина до «чистых вод» и ушивание лапаротомной раны.



а



б

Рис.4 (а,б). Явления перитонита купировались. Опухолевидные образования темного вишневого цвета на большом сальнике, петлях кишечника и брыжейке без динамики

09.09.2022 г. пациент переведен на самостоятельное дыхание, в сознании, адекватен, на вопросы отвечает по существу. Беспокоят слабость и тошнота. Получает интенсивную терапию и энтеральное питание. Состояние пациента тяжелое с положительной динамикой. Пульс – 92 уд./мин. С подачей 2% кислорода через маску сатурация – 92%. А/Д – 130/80 мм рт. ст. Диурез суточный – 1700 мл. В общем анализе крови: Нв – 102 г/л, ЦП – 0,9, СОЭ – 30 мм/час, лейкоцитов – $12,6 \times 10^9$ /л, Нт – 3,0%, палочкоядерных нейтрофилов – 3,0%, сегмен-

тоядерных – 73,0%, лимфоцитов – 21,0%, моноцитов – 3,0%. Тромбоцитов – 586×10^9 /л. Общий белок – 41 г/л, АлТ – 43 Ед/л, мочевины – 9,4 ммоль/л, глюкоза – 11,8 ммоль/л, амилаза – 74 Ед/л, АсТ – 129 Ед/л, креатинин – 41,0 мкмоль/л, билирубин – 9,0 ммоль/л, калий – 4,3, натрий – 159 ммоль/л.

10.09.22г. пациент для дальнейшего лечения переведен в хирургическое отделение №1. Выписан с рекомендацией обратиться в Республиканский онкологический центр.

Литература

1. Карл Я. Х., Г. Алван [и др.]. Хирургия желудочно-кишечных метастазов злокачественной меланомы – ретроспективное исследование // Всемирный журнал хирургической онкологии. 2019. Т.17, № 123.

References

1.Karl Ya.Kh, G. Alvan [et al.]. Khirurgiya zheludochno-kishechnykh metastazov zloкаче-stvennoy melanomy – retrospektivnoye issledovaniye [Gastrointestinal metastasis surgery for malignant melanoma a retrospective exploratory study] // Vsemirnyy zhurnal khirurgicheskoy onkologii. 2019. T.17, № 123.

Сведения о соавторах:

Хамидов Магомед Ахмедович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
E-mail: khamidov67@mail.ru.

Тел.: 89640202153.

Иманалиев Магомед Расулович – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
E-mail: imanaliev@mail.ru.
Тел.: 89168443234.

Гусейнов Абдулкамал Гусейнович – доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
E-mail: Guseinovk@mail.ru
Тел.: 89282437078

Абдулмеджидов Гамид Абдулмеджидович – ординатор хирургического отделения №1 ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи».
E-mail: gamid.373@mail.ru
Тел.: 89288347684.

УДК 618.145-002-085:615.83

Возможности пелоидотерапии в коррекции репродуктивной дисфункции, ассоциированной с хроническим эндометритом**О.В. Ремнёва, О.А. Бельницкая, А.Е. Чернова, Н.И. Фадеева, С.Д. Яворская, В.В. Чуханова**

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул

Резюме

В обзоре литературы систематизированы современные сведения о возможностях грязелечения в коррекции эндометриальной и репродуктивной дисфункции в санаторно-курортных условиях на территории Российской Федерации.

Ключевые слова: хронический эндометрит, репродуктивная дисфункция, пелоидотерапия

The possibilities of peloidotherapy in the correction of reproductive dysfunction, associated with chronic endometritis**O.V. Remneva, O.A. Belnitskaya, A.E. Chernova, N.I. Fadeeva, S.D. Yavorskaya, V.V. Chukhanova**

FSBEI HE "Altai State Medical University" MH RF, Barnaul

Summary

The literature review systematizes current information on the possibilities of mud therapy in the correction of endometrial and reproductive dysfunction in sanatorium-resort conditions on the territory of the Russian Federation.

Key words: chronic endometritis, reproductive dysfunction, peloidotherapy

В структуре причин женской инфертильности одно из ведущих мест в последние годы занимают морфофункциональные нарушения эндометрия, зачастую вызванные наличием хронического воспалительного процесса [21, 24, 33].

Хронический вялотекущий воспалительный процесс в эндометрии является одномоментно и медицинской, и социально значимой проблемой, поскольку служит одной из этиопатогенетических основ хронической тазовой боли, нарушений менструального цикла, нарушения репродуктивной функции и неудач в циклах вспомогательных репродуктивных технологий, невынашивания беременности, осложнений гестации и родов.

Распространенность хронического эндометрита (ХЭ) среди пациенток с привычным невынашиванием составляет до 50%, бесплодия – до 23%, безуспешных попыток применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) – до 60% [21, 31, 32, 35].

Хронический эндометрит – это клинко-морфологический синдром, характеризующийся морфофункциональными изменениями эндометрия, в основе которого лежит персистирующее повреждение рецепторного аппарата различными инфекционными агентами.

Это нарушает процесс циклической трансформации слизистой оболочки и приводит к неполноценной инвазии трофобласта [1, 25, 29]. Тонкая организация процессов, обеспечивающих полноценную имплантацию плодного яйца, требует соблюдения определенных условий: синхронизации функциональной трансформации, рецептивности и клеточной структуры эндометрия при адекватном гормональном, анатомическом статусе и функциональной активности гамет [1]. Физиологические процессы имплантации плодного яйца и последующей плацентации в эндометрии нарушают следующие факторы: отсутствие пика образования пиноподий к моменту максимальной рецептивности эндометрия – нарушение формирования «окна имплантации», наличие цитокин-продуцирующих клеток, снижение экспрессии лейкоингибирующего фактора (LIF) и активация апоптоза функционального слоя эндометрия [21].

Постинфекционный синдром играет решающую роль в патогенезе хронического эндометрита. К его проявлениям относятся повышение уровня аутоантител к белкам эндометрия и провоспалительных цитокинов, инфильтрация эндометрия цитотоксическими лимфоцитами типа натуральных киллеров (NK) с фенотипами CD16+, CD56+, B- лимфоцитами и активированными лимфоцитами HLA-DR+, нарушение рецепции половых стероидов. При гистологическом исследовании выявляется периваскулярный фиброз стенок спиральных артерий и базального слоя эндометрия, что приводит к нарушению микроциркуляции и, как

Для корреспонденции:

Ремнева Ольга Васильевна – доктор медицинских наук, профессор, врач акушер-гинеколог высшей категории, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Фомина, д. 154.

E-mail: rolmed@yandex.ru

Тел.: +7 (3852)566946

Статья поступила 16.06.2022 г., принята к печати 5.09.2022 г.

следствие, к ишемии, гиперкоагуляции и тромбозам [21, 32].

Развитие хронического эндометрита ассоциировано, как правило, с условно патогенной микрофлорой, активность которой повышается в состоянии иммуносупрессии. Многие микроорганизмы-оппортунисты оказывают иммуносупрессивный эффект, что поддерживает латентную персистенцию возбудителя [27, 28]. Спектр генитальной инфекции у пациенток с ХЭ включает: уреоплазмы – в 37,8%, генитальный герпес – в 33,6%, ЦМВ – в 18,9%, хламидии – в 14,9%, микоплазмы – в 11,6% случаев [21]. Несмотря на применение современных методов диагностики, у пациенток с хроническим эндометритом в 30% случаев выявляются отрицательные посевы эндометрия, что подчеркивает значимость вирусной инфекции в его этиологии [7].

Известно, что главной причиной хронизации процесса и репродуктивных неудач выступает нерациональная терапия, приводящая к частичной реконвалесценции воспаления и эндометриальной дисфункции [2, 6, 21]. Широкое и порой бесконтрольное применение антибактериальных препаратов приводит к малосимптомному течению заболевания, диагностика которого затруднена и требует поиска дополнительных методов его уточнения [23, 34]. Отсутствие единого представления об этиологии и патогенезе ХЭ приводит к отсутствию четкой тактики по коррекции репродуктивной дисфункции у пациенток с ХЭ и, как следствие, большого разнообразия методов терапии [2, 19, 22, 26, 30].

К важным дефектам оказания помощи в практике врачей акушеров-гинекологов стоит отнести игнорирование необходимости полноценной реабилитационной терапии после манипуляций, приводящих к травматическому повреждению эндометрия (при производстве

аборта, гистероскопии, биопсии эндометрия, введении внутриматочного контрацептива и др.). По данным официальной статистики, после прерывания беременности только 5% женщин в России проходят реабилитационные мероприятия [21].

В современной клинической практике большинством авторов предлагается двухэтапная система лечения ХЭ. После подтверждения диагноза первым этапом проводится курс антибактериальной и противовоспалительной терапии. Часто врачи-гинекологи сочетают ее с противовирусной и иммуномодулирующей терапией. Следующим этапом проводится коррекция иммунологических нарушений с последующим курсом реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение микроциркуляции, нормализацию клеточной структуры, рецептивного статуса ткани эндометрия [2, 6].

В восстановительной медицине и реабилитологии нет единых схем лечения и алгоритмов оказания помощи по восстановлению репродуктивной функции женщин с ХЭ. Подходы к прегравидарной подготовке данной категории пациенток многокомпонентны [5, 13, 16, 19]. Одна из основных задач при реабилитации ХЭ – подавление фиброобразования. Отечественными авторами в санаторно-курортных условиях в группе лечебных физических факторов успешно используются природные факторы – климато-, бальнео- и грязелечебные [3, 4, 9, 20]. Практикуется в комплексе и фитотерапия [15, 16]. Многие авторы считают важным дифференцированный подход к реабилитационным мероприятиям на этапе планирования последующей беременности [5, 13, 16, 19, 20]. В соотношении лечение/реабилитация преобладающая доля должна принадлежать второму этапу (рис.).

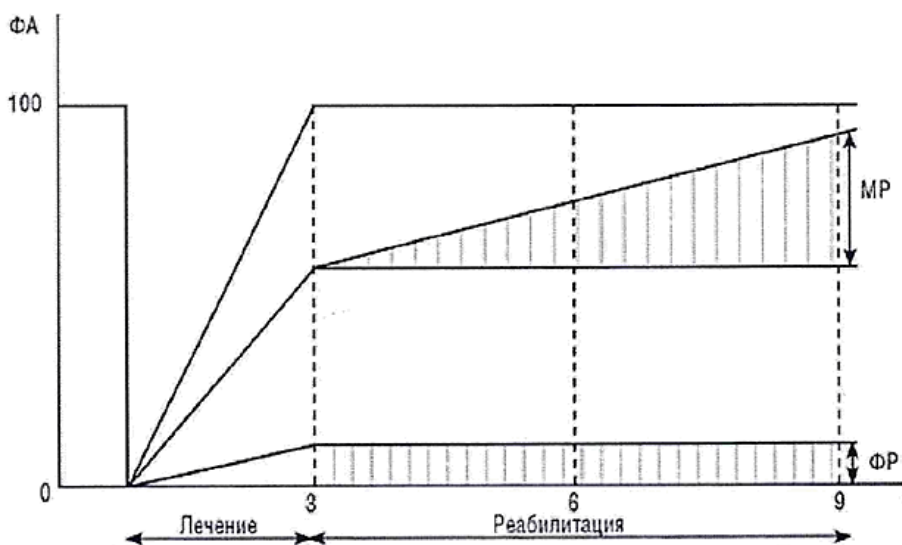


Рис. Взаимосвязь лечения и медицинской реабилитации/

Примечание: ФА – функциональная активность, ФР – физическая реабилитация, МР – медицинская реабилитация

Одним из наиболее эффективных физических природных факторов лечения гинекологических заболеваний и коррекции репродуктивной дисфункции является пелоидотерапия [3, 9, 20]. Чаще применяется интравагинальный путь в сочетании с бальнеотерапией в виде ванн и местных орошений, либо грязевые аппликации. При интравагинальном использовании пелоидов реализуется их гиалуронидазная, антиоксидантная и противовоспалительная способность, происходит лизис, уменьшение спаечного процесса. Кроме усиления тока крови и лимфы, лечебное воздействие пелоидов на организм обусловлено антимикробным, противовоспалительным, обезболивающим и фибролитическим действием. Тепловой эффект пелоидотерапии также является одним из лечебных механизмов за счет ускорения метаболизма в тканях и увеличения трансапиллярного обмена. В результате теплового воздействия в зоне грязевых аппликаций отмечаются явления гиперемии, указывающие на усиление микроциркуляции [3, 13]. Эти эффекты обусловлены тем, что химические компоненты грязи (органические кислоты, микроэлементы, биогенные стимуляторы, минералы) воздействуют на кожные покровы и подлежащие структуры, вызывая как локальные, так и общие реакции. Грязелечение, воздействуя на нейроэндокринную репродуктивную систему, повышает чувствительность клеток к гормональным сигналам, обладает противовоспалительным и обезболивающим эффектом, способствует улучшению внутриклеточного метаболизма, активирует защитные системы организма. Пелоиды блокируют антилизоцимный, антилактоферриновый и антикомплементарный факторы персистенции микробов. Назначение лекарственных средств на фоне грязелечения приводит к усилению их лечебных эффектов [3, 13]. Рядом авторов доказано положительное влияние пелоидов на биоценоз половых путей, состояние фолликулярного аппарата яичников [3, 9, 13]. Кроме классического грязелечения, в реабилитации пациенток с репродуктивной дисфункцией широко используют сочетанные грязелечебные процедуры: диадинамо-, гальвано-, амплипульс-грязелечение, пелофонотерапию [9, 13, 20]. Основной методикой грязелечения при воспалительных заболеваниях органов малого

таза, в том числе хроническом эндометрите, являются грязевые аппликации в форме «трусиков» на области малого таза и верхней части бедер. Возможно сочетанное применение методики грязевых аппликаций с грязевыми вагинальными и ректальными тампонами. Благоприятнее для пациенток курс пелоидотерапии проходит при наличии интервалов около 2-3-х часов между процедурами и приемами пищи. Оптимальнее лечебные процедуры проводить длительностью не более 15 минут в утренние часы через 2-3 часа после завтрака. Курс терапии составляет, как правило, от 12 до 15 процедур, при этом грязевые аппликации проводятся через день, либо два дня подряд с последующим однодневным перерывом. Грязевые тампоны назначаются в ежедневном режиме либо через день длительностью от 30 до 60 минут [12].

В настоящее время в России изучено и широко используется в практическом здравоохранении большое количество месторождений лечебных грязей. Озера Алтайского края содержат иловые сульфидные грязи различной минерализации, наибольшее прикладное значение имеют высокоминерализованные грязи с минерализацией грязевого раствора 35-150 г/л из двух соленых озер Алтайского края: озеро Горькое (Завьяловский район) и озеро Горькое (Егорьевский район) [8] (таб.). В городе-курорте Балокуриха Алтайского края запатентован и нашел широкое практическое применение способ восстановительного лечения женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза, в том числе и с хроническим эндометритом, включающий в составе комплексной восстановительной терапии и пелоидотерапию. Грязевые аппликации на нижние отделы живота и сакральную область проводятся аппликационным способом температурой 38-40 градусов, через 2 часа после гидродинамического подводного массажа, курсом 12-14 процедур через день. Используются лечебные грязи озера Мармышанское Романовского района Алтайского края – природная соленасыщенная среднесульфидная иловая грязь. Методика повышает эффективность терапии воспалительных заболеваний органов малого таза за счет купирования болевого и астеноневротического синдромов и улучшения микроциркуляции органов малого таза в результате нормализации кровотоков в маточных и яичниковых артериях [18].

Таблица

Катионо-анионный состав лечебных грязей соленых озер Алтайского края по [8]

Катионы, мг/кг				
Наименование	Калий	Натрий	Магний	Кальций
Оз. Горькое (Завьяловский р-н)	127±8,3	6534,1±10,8	193,2±7,4	144,5±6,8
Оз. Горькое (Егорьевский р-н)	31,9±2,7	957,8 ±9,2	23,7±1,9	119,8±6,6
Анионы, мг/кг				
Наименование	Сульфаты		Хлориды	
Оз. Горькое (Завьяловский р-н)	982,3±9,7		109,5±5,2	
Оз. Горькое (Егорьевский р-н)	725,4±8,9		81,2±4,1	

Исследование клинической эффективности пелоидотерапии проводилось в условиях курорта «Озера Карачи» Новосибирской области у

пациенток с гистологической картиной хронического эндометрита, при наличии клинических проявлений нарушения

репродуктивной функции. Специалистами НГОУ ВПО НГМУ проведено исследование с участием 73 пациенток с длительной неэффективной терапией хронического эндометрита в анамнезе. Пациентки первой опытной группы получали терапию на основе применения высококонцентрированного природного солевого раствора – рапы и пелоидотерапии в санаторно-курортных условиях «Озера Карачи». Пациентки второй опытной группы получали монотерапию с применением рапы. Пациентки третьей опытной группы получали традиционные методы терапии хронического эндометрита. В результате проведенного исследования выявлено, что за счет реализации противовоспалительного и анальгезирующего эффектов пелоидотерапии отмечается уменьшение клинических проявлений хронического воспаления, улучшение кровоснабжения органов малого таза по данным доплерометрии, снижение частоты рецидивов и продление периода ремиссии до 10-12-ти месяцев, улучшение прогнозов в отношении реализации репродуктивной функции.

Горько-соленое озеро Карачи богато запасами высококонцентрированного природного раствора солей – рапы и илово-сульфидной грязи, а также является источником высококачественной минеральной воды «Карачинская». Рапа озера высококонцентрированная, с диапазоном колебания солей от 90 до 214 г/л. Грязь озера Карачи по физическим свойствам гомогенная, пластичная, с высокой теплоемкостью, содержит большее количество сероводорода. По химическому составу грязь озера Карачи содержит около 56 % рапы, гидросернистых соединений – 45–60 мг/л, отжима грязи и общего сероводорода до 0,17 %. В грязи данного происхождения содержится значительное количество органических веществ (до 2,5 %), которые являются источником жизнедеятельности для сульфат-редуцирующих бактерий [17].

Корректирующие способности при воспалительных заболеваниях органов малого таза (ВЗОМТ) торфяно-иловых грязей оценивались также на основе месторождения «Варзи-Ятчи», расположенного в Алнашском районе Удмуртской Республики. По комплексу физико-химических показателей торф Южного участка месторождения Варзи-Ятчи, в соответствии с классификацией минеральных вод и лечебных грязей, характеризуется как минерализованный слабосульфидный. Сотрудниками ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» проводился курс терапии пациенток со ВЗОМТ по следующей методике: общие грязи или грязевые аппликации («брюки», «труссы») при t 38°C по 10–12–15 минут через день, грязевые вагинальные тампоны при t 40°C. После чего в течение 2–3 часов проводились спринцевания сульфатно-кальциевой минеральной водой. Ректальные тампоны назначались отдельно либо вместе с вагинальными от 30 минут до 1,5 часов ежедневно или через день. Курс лечения составлял 6-8 процедур. В результате анализа влияния торфяно-иловых грязей в комплексной

терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза выявлено, что включение в лечебный комплекс торфяно-иловых грязей оказывает благоприятное влияние не только на течение воспалительного процесса, но и на гормональный статус у больных с недостаточностью лютеиновой фазы цикла [17].

Таким образом, важным этапом сохранения репродуктивного потенциала у пациенток с репродуктивной дисфункцией является восстановительная терапия природными физическими факторами, оптимально сочетающая применение доступных, экономичных и эффективных методов на санаторно-курортном этапе. Одним из наиболее реализованных в практической работе методов восстановительного лечения при репродуктивных нарушениях является пелоидотерапия, благодаря многокомпонентности терапевтических эффектов и широкой доступности в санаторно-курортных зонах. Сложность патогенеза ХЭ, недостаточная эффективность применяемых реабилитационных программ по восстановлению рецептивности и функции эндометрия создают предпосылки для поиска новых инновационных технологий реабилитации женщин, страдающих репродуктивной дисфункцией на фоне хронического эндометрита.

Литература

1. Абу-Абдаллах М., Артымук Н.В., Сурина М.Н. Рецептивность эндометрия. Маркеры имплантации // *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2018. Т. 3 (3). С. 71-77.
2. Баранов И.И., Кукарская И.И., Карахалис Л.Ю. и др. Комплексный подход к лечению больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2018. № 4 (22). С. 65–71.
3. Болдырева О.А. Грязелечение в практике врача акушера-гинеколога // *Вестник физиотерапии и курортологии*. 2018. Т. 24 (3). С. 117-120.
4. Герасименко М.Ю., Астахов П.В., Бадалов Н.Г. и др. Климатотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах (клинические рекомендации) // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2017. Т.16 (3). С. 154-159.
5. Ипатова М.В., Маланова Т.Б., Медведева И.М. Санаторно-курортный этап в подготовке пациенток к программе вспомогательных репродуктивных технологий // *Акушерство и гинекология*. 2020. № 4. С. 95-96.
6. Калинина Н.С., Петров Ю.А. Хронический эндометрит: современные принципы лечения, направленные на снижение репродуктивных потерь // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2019. № 9. С. 51-55.
7. Колмык В.А., Кутушева Г.Ф., Насыров Р.А. Гистологическая и иммуногистохимическая верификация хронического эндометрита у пациенток с отягощенным акушерским анамнезом // *Клиническая и экспериментальная морфология*. 2017. № 3 (23). С. 29-32.
8. Макарова О.Г., Мазко О.Н., Голубенко Ю.В. и др. Лечебные грязи как биоресурсы Алтайского края // *Бюллетень медицинской науки*. 2018. № 2 (10). С. 16-19.
9. Минкина А.Н., Прянишникова Т.В., Фазулзянова Т.Р. Методы долечивания хронического эндометрита в

- санаторно-курортных условиях Республики Татарстан. Forcipe. 2020. № 3(S). С. 61-62.
10. Патент № 2458670 РФ, МПК А61Н 33/00 (2006.01) А61Н 35/00 (2006.01) А61М 21/00 (2006.01) А61М 35/00 (2006.01) А61К 35/08 (2006.01) А61К 35/10 (2006.01) А61Р 25/00 (2006.01). Способ восстановительного лечения женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза на курортном этапе / Анисимов Б.Н.; заявитель и патентообладатель (и) Анисимов Борис Николаевич (RU), Карбышева Нина Валентиновна (RU), Кузьмина Ольга Михайловна (RU), Брильков Денис Владимирович (RU), Выговская Людмила Саввична (RU). № 2011133276/14; заявл. 09.08.2011; опубл. 20.08.2012 Бюл. № 23. URL: <https://patenton.ru/patent/RU2458670C1> (дата: обращения 15.02.2022).
 11. Патент №2440087 РФ, МПК А61Н 33/00, А61Н 33/10. Способ лечения женского бесплодия на основе растительных средств / Федоровский И. А.; заявитель и патентообладатель ООО Санаторий «Изумрудный». № 2010133394/14; заявл. 09.08.10; опубл. 20.01.12. URL: <http://allpatents.ru/patent/2440087.html> (дата: обращения 31.01.2022).
 12. Полунина Ю.А. Водо- и грязелечение при воспалительных заболеваниях женских половых органов // Молодой ученый. 2016. № 22.1 (126.1). С. 28-31. URL: <https://moluch.ru/archive/126/35082/> (дата обращения: 13.02.2022).
 13. Пономаренко Г.Н. Физическая и реабилитационная терапия: национальное руководство. Москва : ГЭОТАР-Медиа 2016. 680 с.
 14. Разумов А.Н., Пурига А.О., Юрова О.В. Современные возможности радонотерапии в медицинской реабилитации пациентов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2015. № 4. С. 54-60.
 15. Скоропадская О.А., Таранина Т.С., Мазко О.Н. и др. Фитотерапия экспериментального эндометрита: подбор дозы экстракта ортисии однобокой (*Orthilia secunda* (L.) House) // Бюллетень медицинской науки. 2018. № 1(9). С. 86-89.
 16. Скоропадская О.А., Ремнева О.В., Яворская С.Д. и др. Прегавидарная подготовка пациенток с хроническим эндометритом: оценка эффективности фито-и физиотерапии // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2018. Т. 95 (4). С. 41-47.
 17. Тетелютина Ф.К., Копьева О.В. Торфяно-иловые грязи в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза // Медицинский альманах. 2014. № 5. С. 94-97.
 18. Трунченко Н.В., Макаров К.Ю., Соколова Т.М. Клинико-морфологические особенности течения хронического эндометрита в стадии ремиссии и возможности коррекции применением пелоидотерапии // Journal of Siberian Medical Sciences. 2014. № 2.
 19. Цаллагова Л. В., Кабулова И. В., Золоева Д. К. и др. Терапия хронического эндометрита у женщин с нарушением репродуктивной функции // Лечение и профилактика. 2016. № 2 (18). С. 15-20.
 20. Фесюн А. Д., Кульчицкая Д. Б., Котенко Н. В. и др. Разработка комплексных программ санаторно-курортного лечения женщин с диагнозом хронический эндометрит // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2021. С. 98 (3-2). С. 201-202.
 21. Яковчук Е.К., Сулима А.Н., Рыбалка А.Н. и др. Хронический эндометрит: современное состояние проблемы, основные аспекты патогенеза, влияние на репродуктивную функцию // Российский вестник акушера-гинеколога. 2016. Т. 16 (5). С. 37-41.
 22. Chen Y., Liu L., Luo Y. et al. Prevalence and Impact of Chronic Endometritis in Patients with Intrauterine Adhesions: A Prospective Cohort Study // Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2017. V. 24(1). P. 74–79.
 23. Gkrozou F., Tsonis O., Dimitriou E. et al. In women with chronic or subclinical endometritis, is hysteroscopy suitable for setting the diagnosis? A systematic review // Journal of Obstetric and Gynecologic Research. 2020. V. 46 (9). P. 1639-1650.
 24. Kitaya K., Takeuchi T., Mizuta S. et al. Endometritis: new time, new concepts // Fertility and Sterility. 2018. 110 (3). P. 344-350.
 25. Kitaya K., Matsubayashi H., Yamaguchi K. et al. Chronic Endometritis: Potential Cause of Infertility and Obstetric and Neonatal Complications // American Journal of Reproductive Immunology. 2016. V. 75 (1). P. 13-22.
 26. Li X., Luan T., Zhao C. et al. Effect of sildenafil citrate on treatment of infertility in women with a thin endometrium: a systematic review and meta-analysis // Journal of International Medical Research. 2020. V. 48 (11).
 27. Moreno I., Cicinelli E., Garsia-Grau I. et al. The diagnosis of chronic endometritis in infertile asymptomatic women: a comparative study of histology, microbial cultures, hysteroscopy, and molecular microbiology // American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2018. V. 218 (6). P. 602.-616.
 28. Moreno I., Garcia-Grau I., Perez-Villaroya D. et al. Endometrial microbiota composition is associated with reproductive outcome in infertile patients // Microbiome. 2022. V. 10 (1). P.1.
 29. Puente E., Alonso L., Lagana A. S. et al. Chronic Endometritis: Old Problem, Novel Insights and Future Challenges // Fertility and Sterility. 2020. V. 13 (4). P. 250-256.
 30. Sarvi F., Arabahmadi M., Alleyassin M. et al. Effect of increased endometrial thickness and implantation rate by granulocyte colony-stimulating factor on unresponsive thin endometrium in fresh in vitro fertilization cycles: A randomized clinical trial. International // Journal of Gynecology and Obstetrics. 2017. P. 359–379.
 31. Vitagliano A., Saccardi C., Litta P.S. et al. Chronic endometritis: Really so relevant in repeated IVF failure? // American Journal of Reproductive Immunology. 2017. V. 78 (6).
 32. Vitagliano A., Noventa M., Gizzo S. Autoimmunity, systemic inflammation, and their correlation with repeated implantation failure and recurrent miscarriage: Is chronic endometritis the missing piece of the jigsaw? // American Journal of Reproductive Immunology. 2017. V. 77 (1). P. 116-121.
 33. Wu D., Kimura F., Zheng L. et al. Chronic endometritis modifies decidualization in human endometrial stromal cells // Reproductive Biology and Endocrinology. 2017. V. 15(1). P. 16.
 34. Zargar M., Gafourian M., Nikbakht R. et al. Evaluating Chronic Endometritis in Women with Recurrent Implantation Failure and Recurrent Pregnancy Loss by Hysteroscopy and Immunohistochemistry // Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2020. V. 27 (1). P. 116-121.
 35. Zhang J., Li J., Yan J. Introduction of Female Reproductive Processes and Reproductive Diseases // Advances in Experimental Medicine and Biology. 2021. 1300. P. 23-38.

References

1. Abu-Abdallah M., Artymuk N. V., Surina M. N. Retseptivnost' endometriya. Markery implantatsi

- [Endometrial receptivity. Implantation markers] // *Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina*. 2018. № 3(3). S. 71-77.
2. Baranov I. I., Kukarskaya I. I., Karakhalis L. Yu. i dr. Kompleksnyy podkhod k lecheniyu bol'nykh s vospalitel'nymi zabolevaniyami organov malogo taza [An integrated approach to the treatment of patients with inflammatory diseases of the pelvic organs] // *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obucheniye*. 2018. № 4(22). S. 65–71.
 3. Boldyreva O. A. Gryazelecheniye v praktike vracha akushera-ginekologa [Mud therapy in the practice of an obstetrician-gynecologist] // *Vestnik fizioterapii i kurortologii*. 2018. T. 24(3). S. 117-120.
 4. Gerasimenko M. Yu., Astakhov P.V., Badalov N. G. i dr. Klimatoterapiya v lechenno-reabilitatsionnykh i profilakticheskikh programmakh (klinicheskoye rekomendatsii) [Climatotherapy in treatment, rehabilitation and preventive programs (clinical recommendations)] // *Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya*. 2017. T. 16(3). S.154-159.
 5. Ipatova M. V., Malanova T. B., Medvedeva I. M. Sanatorno-kurortnyy etap v podgotovke patsiyentok k programme vspomogatel'nykh reproduktivnykh tekhnologiy [Sanatorium-resort stage in the preparation of patients for the program of assisted reproductive technologies] // *Akusherstvo i ginekologiya*. 2020. № 4. S. 95-96.
 6. Kalinina N.S., Petrov Yu.A. Khronicheskiy endometrit: sovremennyye printsipy lecheniya, napravlenyye na snizheniye reproduktivnykh poter' [Chronic endometritis: modern principles of treatment aimed at reducing reproductive losses] // *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2019. № 9. S. 51-55.
 7. Kolmyk V. A., Kutusheva G. F., Nasyrov R. A. Gistologicheskaya i immunogistokhimicheskaya verifikatsiya khronicheskogo endometrita u patsiyentok s otyagoshchennym akusherskim anamnezom [Histological and immunohistochemical verification of chronic endometritis in patients with aggravated obstetric anamnesis] // *Klinicheskaya i eksperimental'naya morfologiya*. 2017. № 3(23). S. 29-32.
 8. Makarova O.G., Mazko O.N., Golubenko Yu.V. i dr. Lechebnyye gryazi kak bioresursy Altayskogo kraya [Therapeutic muds as bioresources of the Altai Territory] // *Byulleten' meditsinskoy nauki*. 2018. № 2 (10). S. 16-19.
 9. Minkina A. N., Pryanishnikova T. V., Fazulzyanova T. R. Metody dolechivaniya khronicheskogo endometrita v sanatorno-kurortnykh usloviyakh respubliki Tatarstan [Methods of post-treatment of chronic endometritis in the sanatorium-resort conditions of the Republic of Tatarstan] // *Forcipe*. 2020. № 3(S). S. 61-62.
 10. Patent № 2458670 RF, MPK A61H 33/00 (2006.01) A61H 35/00 (2006.01) A61M 21/00 (2006.01) A61M 35/00 (2006.01) A61K 35/08 (2006.01) A61K 35/10 (2006.01) A61P 25/00 (2006.01). Sposob vosstanovitel'nogo lecheniya zhenshchin s vospalitel'nymi zabolevaniyami organov malogo taza na kurortnom etape [The method of restorative treatment of women with inflammatory diseases of the pelvic organs at the resort stage] / Anisimov B. N.; zayavitel' i patentoobladatel' (i) Anisimov B. N.(RU), Karbysheva N. V. (RU), Kuz'mina O.M. (RU), Bril'kov D. V (RU), Vygovskaya L. S. (RU). - № 2011133276/14; zayavl. 09.08.2011; opubl. 20.08.2012. Byul. № 23. URL: <https://patent.ru/patent/RU2458670C1> (data obrashcheniya: 15.02.2022).
 11. Patent № 2440087 RF, MPK A61H 33/00, A61H 33/10. Sposob lecheniya zhenskogo besplodiya na osnove rastitel'nykh sredstv [A method for the treatment of female infertility based on herbal remedies] / I.A Fedorovskiy; zayavitel' i patentoobladatel' OOO Sanatoriy «Izumrudnyy». № 2010133394/14; zayavl. 09.08.10; opubl. 20.01.12. URL: <http://allpatents.ru/patent/2440087.html> (data obrashcheniya: 31.01.2022).
 12. Polunina Yu. A. Vodo- i gryazelecheniye pri vospalitel'nykh zabolevaniyakh zhenskikh polovykh organov [Water and mud therapy for inflammatory diseases of the female genital organs] // *Molodoy uchenyy*. 2016. № 22.1 (126.1). S. 28-31. URL: <https://moluch.ru/archive/126/35082/> (data obrashcheniya: 13.02.2022).
 13. Ponomarenko G. N. (red.). Fizicheskaya i reabilitatsionnaya terapiya: natsional'noye rukovodstvo [Physical and Rehabilitation Therapy: A National Guide]. Moskva: GEOTAR-Media, 2016. 680 s.
 14. Razumov A. N., Puriga A. O., Yurova O. V. Sovremennyye vozmozhnosti radonoterapii v meditsinskoy reabilitatsii patsiyentov [Modern possibilities of radon therapy in the medical rehabilitation of patients] // *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury*. 2015. № 4. S. 54-60.
 15. Skoropatskaya O. A., Tarantina T. S., Mazko O. N. i dr. Fitoterapiya eksperimental'nogo endometrita: podbor dozy ekstrakta ortilii odnobokoy (Orthilia secunda (L.) House) [Phytotherapy of experimental endometritis: dose selection of Orthilia secunda (L.) House extract] // *Byulleten' meditsinskoy nauki*. 2018. № 1(9). S. 86-89.
 16. Skoropatskaya O. A., Remneva O. V., Yavorskaya S. D. i dr. Pregravidnaya podgotovka patsiyentok s khronicheskim endometritom: otsenka effektivnosti fito- i fizioterapii [Pregravid preparation of patients with chronic endometritis: evaluation of the effectiveness of phyto- and physiotherapy] // *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury*. 2018; T. 95(4). S. 41-47.
 17. Tetelyutina F. K., Kop'yeva O. V. Torfyano-ilovyye gryazi v kompleksnom lechenii khronicheskikh vospalitel'nykh zabolevaniy organov malogo taza [Peat-silt mud in the complex treatment of chronic inflammatory diseases of the pelvic organs] // *Meditsinskiy al'manakh*. 2014. № 5. S. 94-97.
 18. Trunchenko N. V., Makarov K. YU., Sokolova T. M. Kliniko-morfologicheskiye osobennosti techeniya khronicheskogo endometrita v stadii remissii i vozmozhnosti korrektsii primeneniym peloidoterapii [Clinical and morphological features of the course of chronic endometritis in remission and the possibility of correction using pelotherapy] // *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2014. № 2.
 19. Tsallagova L. V., Kabulova I. V., Zoloyeva D. K. i dr. Terapiya khronicheskogo endometrita u zhenshchin s narusheniym reproduktivnoy funktsii [Therapy of chronic endometritis in women with impaired reproductive function] // *Lecheniye i profilaktika*. 2016. № 2 (18). S. 15-20.
 20. Fesyun A. D., Kul'chitskaya D. B., Kotenko N. V. i dr. Razrabotka kompleksnykh programm sanatorno-kurortnogo lecheniya zhenshchin s diafnozom khronicheskoy endometrit [Development of comprehensive programs for the sanatorium treatment of women diagnosed with chronic endometritis] // *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury*. 2021. T. 98(3-2). S. 201-202.
 21. Yakovchuk Ye. K., Sulima A. N., Rybalka A. N. i dr. Khronicheskiy endometrit: sovremennoye sostoyaniye problemy, osnovnyye aspekty patogeneza, vliyaniye na reproduktivnyuyu funktsiyu [Chronic endometritis: current state of the problem, main aspects of pathogenesis,

- impact on reproductive function] // Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2016. T. 16(5). S. 37-41.
22. Chen Y., Liu L., Luo Y. et al. Prevalence and Impact of Chronic Endometritis in Patients with Intrauterine Adhesions: A Prospective Cohort Study // Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2017. V. 24(1). P. 74–79.
 23. Gkrozou F., Tsonis O., Dimitriou E. et al. In women with chronic or subclinical endometritis, is hysteroscopy suitable for setting the diagnosis? A systematic review // Journal of Obstetric and Gynecologic Research. 2020. V. 46. (9). P. 1639-1650.
 24. Kitaya K., Takeuchi T., Mizuta S. et al. Endometritis: new time, new concepts // Fertility and Sterility. 2018. V. 110(3). P. 344-350.
 25. Kitaya K., Matsubayashi H., Yamaguchi K. et al. Chronic Endometritis: Potential Cause of Infertility and Obstetric and Neonatal Complications // American Journal of Reproductive Immunology. 2016. V. 75(1). P. 13-22.
 26. Li X., Luan T., Zhao C. et al. Effect of sildenafil citrate on treatment of infertility in women with a thin endometrium: a systematic review and meta-analysis // Journal of International Medical Research. 2020. V. 48(11).
 27. Moreno I., Cicinelli E., Garsia-Grau I. et al. The diagnosis of chronic endometritis in infertile asymptomatic women: a comparative study of histology, microbial cultures, hysteroscopy, and molecular microbiology // American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2018. V. 218(6). P. 602.e1-602.e16.
 28. Moreno I., Garcia-Grau I., Perez-Villaroya D. et al. Endometrial microbiota composition is associated with reproductive outcome in infertile patients // Microbiome. 2022. V. 10(1). P.1.
 29. Puente E., Alonso L., Lagana A. S. et al. Chronic Endometritis: Old Problem, Novel Insights and Future Challenges // Fertility and Sterility. 2020. V. 13(4). P. 250-256.
 30. Sarvi F., Arabahmadi M., Alleyassin M. et al. Effect of increased endometrial thickness and implantation rate by granulocyte colony-stimulating factor on unresponsive thin endometrium in fresh in vitro fertilization cycles: A randomized clinical trial. International // Journal of Gynecology and Obstetrics. 2017; 2017. P. 359–379.
 31. Vitagliano A., Saccardi C., Litta P. S. et al. Chronic endometritis: Really so relevant in repeated IVF failure? // American Journal of Reproductive Immunology. 2017. V. 78(6)..
 32. Vitagliano A., Noventa M., Gizzo S. Autoimmunity, systemic inflammation, and their correlation with repeated implantation failure and recurrent miscarriage: Is chronic endometritis the missing piece of the jigsaw? // American Journal of Reproductive Immunology. 2017. V. 77(1). P. 116-121.
 33. Wu D., Kimura F., Zheng L. et al. Chronic endometritis modifies decidualization in human endometrial stromal cells // Reproductive Biology and Endocrinology. 2017. V. 15(1). P.16.
 34. Zargar M., Gafourian M., Nikbakht R. et al. Evaluating Chronic Endometritis in Women with Recurrent Implantation Failure and Recurrent Pregnancy Loss by Hysteroscopy and Immunohistochemistry // Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2020. V. 27(1). P. 116-121.
 35. Zhang J., Li J., Yan J. Introduction of Female Reproductive Processes and Reproductive Diseases. Advances in Experimental // Medicine and Biology. 2021. V. 1300. P. 23-38.
- Сведения о соавторах:**
- Бельницкая Ольга Александровна* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.
Адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Фомина, д. 154.
E-mail: belnickaya@yandex.ru
Тел.: +7 (3852)566946
- Чернова Анастасия Евгеньевна* – аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, врач акушер-гинеколог.
Адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Молодёжная, д. 9.
E-mail: anastasiya.chernova.1993@mail.ru
Тел.: +79050807807
- Фадеева Наталья Ильинична* – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, заслуженный врач РФ.
Адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Молодёжная, д. 9.
E-mail: nat2fad@hotmail.com
Тел.: +7 (3852)566888
- Яворская Светлана Дмитриевна* – доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, врач акушер-гинеколог высшей категории.
Адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Молодёжная, д. 9.
E-mail: l2001@bk.ru
Тел.: +7 (3852) 566888
- Чуханова Виктория Викторовна* – студентка 501-ой группы института клинической медицины ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ленина, д. 40.
E-mail: wikulya1201@mail.ru
Тел.: +79619949330

УДК 616.98:578.834-06:616.33/.34-005.6

Нарушение мезентериального кровообращения у больных в условиях COVID-19**А.И. Чернооков¹, М.Р. Кузнецов², Э.О. Хачатрян¹, А.А. Атаян², А.Э. Кандауров³, А.М. Николаев², Рамазанов А.А.⁴**¹ МИНО ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств»;² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский Университет);³ ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.С.Юдина Департамента здравоохранения города Москвы»;⁴ ГАУЗ МО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», Москва**Резюме**

Одной из внелегочных мишеней поражения SARS-CoV-2 является желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). В данном обзоре обобщены современные литературные данные о клинических особенностях и возможных патогенетических механизмах, приводящих к повреждению желудочно-кишечного тракта при COVID-19 [2].

Ключевые слова: COVID-19, желудочно-кишечный тракт, тромбоз

Impaired mesenteric circulation in patients with COVID-19**A.I. Chernookov¹, M.R. Kuznetsov², E.O. Khachatryan¹, A.A. Atayan², A.E. Kandaurov³, A.M. Nikolaev², A.A. Ramazanov⁴**¹ MICE FSBEI HE "Moscow State University of Food Production", Moscow;² FSAEI HE "First Moscow State Medical University by I.M. Sechenov, MH RF (Sechenov University), Moscow;³ SBHCL "City Clinical Hospital byr S.S. Yudin of the Department of Health Care of Moscow";⁴ SAIHC MR "Clinical Center for Restorative Medicine and Rehabilitation", Moscow**Summary**

One of the extrapulmonary targets of injury SARS-CoV-2 is the gastrointestinal tract (GIT). According this purpose, it is necessary qualitatively and comprehensively come to this category of patients. This review summarizes current data on clinical features and possible pathogenetic mechanisms leading to gastrointestinal injury in COVID-19.

Key words: COVID-19, gastrointestinal tract, thrombosis.

Всемирная организация здравоохранения объявила новое коронавирусное заболевание 2019 года (COVID-19) глобальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения [4].

Пандемия COVID-19 – это быстро развивающаяся ситуация, поэтому сообщения об уникальных аспектах этой инфекции имеют важное значение для помощи клиницистам в ведении инфицированных пациентов [4]. COVID-19, вызванный SARS-CoV-2 (тяжелый острый респираторный синдром, коронавирус 2), привел к глобальному кризису в области здравоохранения. Первоначально считающийся патогеном дыхательных путей, вирус может вызывать полиорганную дисфункцию. COVID-19 сопровождается множеством осложнений. Для оптимального ведения этих пациентов жизненно важно понимание различных системных проявлений и осложнений SARS-Cov-2. Хотя при COVID-19 преобладают респираторные симптомы, также было описано, что он предрасполагает к венозной и артериальной тромбозам [5].

Описанные тромботические осложнения, связанные с COVID-19, в основном включают венозные тромбозомболические повреждения. Сообщалось об артериальном тромбозе, но его распространенность не известна. К настоящему времени зарегистрированные артериальные тромбозы включают инсульт, инфаркты почек, острую ишемию брыжейки и острый коронарный синдром [5, 14, 18, 22]. Описаны многочисленные случаи острой ишемии конечностей, указывающие на гиперкоагуляционную природу этого заболевания [4]. Помимо тромбоза глубоких вен и тромбозомболии легочной артерии (ТЭЛА), у пациентов с тяжелой формой COVID-19 наблюдалась острая мезентериальная ишемия (ОМИ) [6, 20].

Тромбозомболические явления, связанные с COVID-19, продолжают вызывать значительную смертность и заболеваемость, поэтому всем госпитализированным пациентам с COVID-19 следует настоятельно рекомендовать фармакологическую тромбопрофилактику [9].

Хотя респираторные симптомы преобладают при COVID-19 [4], новые эпидемиологические данные о COVID-19 предполагают, что желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) может быть альтернативным или дополнительным путем передачи вируса и клинической манифестации. Это связано с тем, что рецептор к ангиотензинпревращающему ферменту второго типа (АПФ2) в большом количестве экспрессируется в энтероцитах [2]. Присутствие белка

Для корреспонденции:

Чернооков Александр Иванович – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии повреждений МИНО ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств».

Адрес: 125080, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11.

E-mail: chernookov01@rambler.ru

Статья поступила 16.06.2022 г., принята к печати 6.09.2022 г.

ангиотензинпревращающего фермента, который, как было доказано, является клеточным рецептором для SARS-CoV-2, было продемонстрировано иммунофлуоресценцией в эпителии ЖКТ [17].

Клинические исследования на пациентах с COVID-19 показали, что такие симптомы, как анорексия, тошнота, рвота, боль в животе и диарея, предшествуют или следуют за легочными симптомами, причем частота их возникновения колеблется примерно от 10 до 60% [2]. В большинстве случаев эти симптомы легкие и проходят самостоятельно. Однако всегда следует поддерживать высокий уровень подозрения относительно ишемии кишечника (особенно при атипичном болевом синдроме), поскольку это осложнение может привести к увеличению риска летального исхода [17].

Исследование Lorenzo Norsa et al. (2020) демонстрирует повышенный уровень смертности у пациентов с ишемией кишечника в период COVID-19 по сравнению с пациентами, отрицательными по SARS-CoV-2 [17]. Также в статье Lamia Sabrina Khesrani et al. (2020) описан первый случай сочетания COVID-19 с ишемией кишечника у детей [15]. Летальность при острой мезентериальной ишемии может достигать 97% [1].

Повреждение ЖКТ у пациентов с COVID-19 имеет несколько этиологических факторов. Патологически это повреждение можно разделить на два этапа: первичное повреждение ЖКТ, при котором SARS-CoV-2 передается в ЖКТ, проходя через пищеварительную систему, и вторичное повреждение ЖКТ, связанное с легочной инфекцией SARS-CoV-2, при котором вирус передается, проходя через дыхательную систему. Первичное повреждение ЖКТ вызвано прямым цитотоксическим повреждением, нарушением регуляции ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) или мальабсорбцией триптофана в эпителии кишечника. Вторичное повреждение ЖКТ вызвано повреждением эндотелия и тромбовоспалением в кровеносных сосудах или нарушением регуляции иммунной системы при системном кровообращении [2].

Коагулопатия является одним из возможных предикторов неблагоприятных исходов у пациентов с COVID-19. Как лучший единственный маркер гиперкоагуляции у пациентов с COVID-19, а также как отрицательный прогностический маркер, был предложен количественный D-димер [17]. Повышение уровня D-димера не только требует немедленного профилактического применения антикоагулянтов, но также при наличии у пациента подозрительных симптомов со стороны ЖКТ является сигналом к проведению компьютерной томографии (КТ) или КТ-ангиосканированию брюшной полости для выявления сосудистых повреждений с целью назначения соответствующего лечения (иммуноглобулины, кортикостероиды) и для исключения мезентериальной ишемии [3, 15, 17].

Наиболее часто регистрируемыми наблюдениями при проведении КТ является ишемия кишечника, включая тромбоз или эмболию сосудов в тонком кишечнике и/или толстой кишке и ишемический колит [2].

Точный патологический механизм, лежащий в основе осложнения ОМИ при COVID-19, в настоящее время не известен. Предположительно, четыре механизма, по отдельности или в различных комбинациях, могут объяснить это молниеносное осложнение тяжелой формы COVID-19. Во-первых, нарушение свертывания крови (гиперкоагуляция), вызванное системным воспалительным состоянием, активацией эндотелия, гипоксией и иммобилизацией, может привести к тромбозу мезентериальных сосудов [20].

Гиперкоагуляция, связанная с COVID-19, вероятно, является многофакторной прямой вирусной инфекцией эндотелиальных клеток, приводящей к диффузному эндотелиальному воспалению, увеличению прокоагулянтных факторов, таких как фактор VIII, фактор фон Виллебранда, фибриноген, и высокому воспалительному состоянию, связанному с цитокиновым штормом, ведущим к коагуляции и активации фибринолиза [2, 24]. Дополнительным объяснением гиперкоагуляции может быть наличие большого количества протромботических циркулирующих микровезикул, которые представляют собой цитоплазматические микрочастицы, происходящие из тромбоцитов или моноцитов, и внеклеточные ловушки нейтрофилов, высвобождаемые из активированных нейтрофилов, которые представляют собой смесь нуклеиновой ДНК, гистонов и нуклеосом [19]. Другой возможный механизм включает прямое повреждение кишечника новым бета-коронавирусом с учетом экспрессии ангиотензинпревращающего фермента 2 в энтероцитах тонкой кишки, рецептора-мишени для SARS-CoV-2 [20].

Имеющиеся в настоящее время доказательства не позволяют однозначно продемонстрировать тромбоз крупных брыжеечных сосудов (артериальных или венозных). Предварительные патологические данные показали некроз кишечника с тромбозом мелких сосудов с вовлечением подслизистых артериол, что указывает на тромбоз мелких брыжеечных сосудов in-situ, а не на эмболию [20].

Во-вторых, при тяжелой форме COVID-19 наблюдаются повышенные уровни фактора фон Виллебранда. Фактор фон Виллебранда высвобождается из тел Weibel Palade в ответ на повреждение эндотелия. Эндотелий сосудов экспрессирует ангиотензинпревращающий фермент 2, рецептор-мишень для тяжелого острого респираторного синдрома 2 (SARS-CoV-2), что, возможно, объясняет тропизм SARS-CoV-2 к эндотелиальным клеткам и последующую дисфункцию или повреждение эндотелия с развитием тромбоза сосудов [8].

Тромбообразование при COVID-19 можно объяснить прямым и косвенным цитотоксическим действием вируса SARS-CoV-2 на эндотелий сосудов из-за сродства коронавируса к рецептору ACE-2 на эндотелиальных поверхностях. Это приводит к прямой вирусной токсичности, эндотелиальной дисфункции с тромбовоспалением и нарушению регуляции ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Сочетание повреждения эндотелия, состояния гиперкоагуляции и застоя крови из-за не-

подвижности вносит свой вклад в классическую триаду тромбоза Вирхова [9].

В-третьих, экспрессия ангиотензинпревращающего фермента 2 на энтероцитах тонкой кишки, рецептора-мишени для SAR-CoV-2, может привести к кишечному тропизму и прямому повреждению кишечника. Наконец, шок или нарушение гемодинамики, которые обычно связаны с тяжелой пневмонией COVID-19, могут привести к неокклюзионной мезентериальной ишемии [20].

Гистологическое исследование удаленной тонкой кишки показывает полный ишемический некроз слизистой оболочки и острое перивисцеральное воспаление; брыжеечный сосуд характеризовался недавним полным тромбозом и воспалительной инфильтрацией эндотелия. Эти гистологические данные, в частности тяжелое эндотелиальное воспаление, не были тем, что можно было бы ожидать при истинном инфаркте кишечника [16].

У пациентов с тяжелой формой COVID-19, осложненной ОМИ, могут наблюдаться боли в животе, тошнота / рвота, диарея, вздутие живота или ухудшение системного статуса (сепсис). У пациентов с COVID-19 должны регулярно наблюдаться показатели свертывания крови, такие как протромбиновое время (ПВ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), уровни тромбоцитов и D-димера, чтобы контролировать прогрессирование заболевания, а также для своевременного вмешательства и для корректировки тромболитической дозировки [18].

Анализ крови могут выявить повышенный уровень лактата и продукты распада фибрина (D-димер). Однако оба эти теста неспецифичны и могут быть повышены при тяжелой форме COVID-19 без ОМИ [20]. Пациенты с COVID-19 могут иметь повышенный D-димер, при этом более высокие уровни прогнозируют более высокий уровень стационарной смертности и ухудшение клинического течения. Хотя повышенный уровень D-димера неспецифичен и может повышаться при заболеваниях печени, диссеминированной внутрисосудистой коагулопатии, злокачественных новообразованиях, травмах и беременности. Наличие необъяснимого повышенного уровня D-димера вместе с повышенным уровнем лактата в сыворотке и острыми абдоминальными симптомами должно вызывать высокий индекс подозрения на ОМИ. Если это клинически оправдано, следует проводить тщательный клинический мониторинг вместе с компьютерной томографией брюшной полости [9].

Визуализация играет жизненно важную роль в своевременном обнаружении ОМИ и является основой диагностики. Хотя рентгенограммы брюшной полости легко доступны, они не обладают чувствительностью и специфичностью. Ультразвук позволяет избежать использования ионизирующего излучения, но он также неспецифичен. Компьютерная томографическая ангиография (КТА) является предпочтительным методом визуализации для диагностики ОМИ. КТА обычно выполняется для выявления ТЭЛА у пациентов с тяжелой формой COVID-19. Однако можно охватить и брюшную по-

лость за счет более высокой дозы облучения, но, учитывая серьезность ОМИ, компромисс того стоит [20].

На компьютерной томограмме толстостенный, отечный и расширенный кишечник (> 3 см) должен вызывать подозрение на ОМИ. Наличие кишечного пневматоза или газов в воротной вене предполагает ишемию кишечника. Но наличие пневматоза следует интерпретировать с осторожностью, поскольку оно может быть вторичным по сравнению с механической вентиляцией легких у пациентов с тяжелой формой COVID-19 [11].

Радиологи и клиницисты должны знать, что ОМИ при COVID-19 может проявляться остро или подостро без классических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний или наличия значительного артериосклеротического заболевания в анамнезе. Парри и др. [20] признали коагулопатию, связанную с COVID-19, одним из ключевых факторов тромбоза мезентериальных сосудов; тем не менее они упомянули, что тогда отсутствовали как рентгенологические, так и гистологические доказательства тромбоза крупных артериальных и венозных брыжеечных сосудов. В последнее время появились сообщения о случаях COVID-19, подтвержденных с помощью полимеразной цепной реакции SARS-CoV-2 (ПЦР) с острым тромбозом брыжеечной вены или артерии. Fan et al. [10] описывают 30-летнего мужчину с тромбозом верхней брыжеечной вены. Cheung et al. [7] сообщают о том, что у 55-летнего мужчины с «отсутствием основных предрасполагающих факторов к тромбозам» развился тромбоз верхней брыжеечной артерии. Оба случая осложнились ОМИ, что потребовало хирургической резекции некротизированной тонкой кишки и антикоагулянтной терапии [9].

Эмболия тромбов аорты выше брыжеечных сосудов – еще одна заметная причина ОМИ, связанного с COVID-19, когда свободно плавающий тромб дуги аорты был связан с окклюзией верхней брыжеечной артерии. Norsa et al. [16] описали 62-летнего мужчину с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, у которого был отрицательный результат ПЦР SARS-CoV-2 при носоглоточном и бронхоальвеолярном лаваже и у которого была обнаружена тромбоземболия в нижней полой вене и верхней брыжеечной вене, что привело к развитию мезентериальной ишемии, потребовавшей резекции тонкой кишки. Гистологическое исследование и гибридная ПНК in situ выявило SARS-CoV-2 в слизистой оболочке кишечника и тяжелый эндотелиит. Последнее позволяет предположить, что тромбоз верхних брыжеечных вен с ОМИ может присутствовать в подострой фазе заболевания COVID-19 [9].

Хотя случаев ОМИ в фазе выздоровления от COVID-19 еще не описано, радиологам и клиницистам следует помнить о потенциальном развитии ОМИ даже в популяции пациентов с COVID-19 после выздоровления. Описаны случаи тромбоземболии во время фазы выздоровления от инфекции COVID-19, когда у пациентов были отрицательные мазки из носоглотки на ПЦР на SARS-CoV-2, но

положительные результаты теста на SARS-CoV-2 IgG [9].

Диагностика острого тромбоза необычной локализации у пациентов с COVID-19 без очевидных факторов риска также потребует исключения других известных тромбофильных этиологий, в частности антифосфолипидного синдрома, пароксизмальной ночной гемоглобинурии, миелопролиферативных новообразований, протеинов С, S и антитромбина. III, лейденская мутация фактора V и мутация G20210A в гене протромбина [9].

SARS-CoV-2 поражает не только легкие, но и другие органы тела. Он также вызывает коагулопатию, приводящую к венозному, а также артериальному тромбозу, особенно у пациентов с тяжелым заболеванием [14]. Хотя точный основной механизм тромбоза, связанной с COVID-19, неясен, триада Вирхова на сегодняшний день является наиболее распространенным и объяснимым механизмом тромбоза у пациентов с COVID-19 [18]. Одним из факторов, способствующих тромбозу, может быть снижение венозного кровотока из-за длительного постельного режима у пациентов с COVID-19 в критическом состоянии [21].

Точно так же SARS-CoV-2 может вызывать прямое повреждение стенки сосуда и последующую коагулопатию за счет связывания с рецепторами ACE-2, которые в большом количестве обнаруживаются на эндотелиальных клетках. Кроме того, некоторые исследования показывают, что значительно повышенный уровень ангиотензина 2 у пациентов с COVID-19 приводит к активации ренин-ангиотензина 2 и повсеместному повреждению эндотелия [12]. Другое возможное объяснение венозной тромбоза у пациентов с COVID-19 – это гипоксия, поскольку гипоксические состояния связаны с повышенным риском тромбоза [13].

Однако, как правило, каждому пациенту с COVID-19 следует назначать фармакологическую тромбопрофилактику, наиболее предпочтительно внутривенное введение нефракционированного гепарина или низкомолекулярного гепарина (НМГ), если нет противопоказаний [23].

В обзоре литературы Balraj Singh, Parminder Kaur (год) рассмотрены сообщения о случаях заболевания мезентериальным тромбозом, ассоциированным с COVID-19. Диагноз COVID-19 был поставлен с помощью ПЦР-анализа. Средний возраст пациента составлял 56 лет (диапазон 9–79 лет). В общей сложности 13 мужчин, 3 женщины и у 1 пациента пол не указан. ОМИ возникла как первичный признак или как позднее осложнение COVID-19 во время госпитализации (в среднем 7 дней). У 6 пациентов уже были сопутствующие заболевания, а у 7 пациентов не было. Сообщалось о ранее существовавших состояниях: гипертония, диабет, ожирение, обструктивное апноэ во сне, бессонница, идиопатическая аплазия мозгового вещества, хронический бронхит, эссенциальный тромбоцитоз и трансплантация сердца. Симптомами были тошнота, рвота, боль в животе, диарея, лихорадка, кашель, одышка, отрыжка, боль в горле и инсульт. Диагноз ОМИ был установлен с помощью компьютерной томографии с контрастным усилением. У 4

пациентов был сопутствующий тромбоз других локализаций, у 3 был инсульт, у 7 – тромбоз воротной и брыжеечной вены, у 8 – инфаркты селезенки и почек, у 11 – тромбоз верхней брыжеечной артерии и воротной вены. 10 пациентов перенесли операцию, 2 пациента получили консервативное лечение и 1 пациенту была начата антикоагулянтная терапия гепарином. Из 13 пациентов 4 пациента умерли [5].

Таким образом, острая мезентериальная ишемия при COVID-19 встречается редко, но сопряжена с тяжелыми осложнениями и высокой смертностью. Глубокое понимание механизмов повреждения ЖКТ при COVID-19 остается крайне важным. Своевременная диагностика требует высокого уровня подозрительности и ранней контрастной компьютерной томографии. Диагноз острой ишемии кишечника должен быть одним из главных дифференциальных диагнозов у пациентов в критическом состоянии [4].

Литература

1. Багдасарова Е.А., Багдасаров В.В., Атаян А.А., Гузоева Л.А., Васильев М.В. Программные реоперации при острой интестинальной ишемии в условиях перитонита // *Инфекции в хирургии*. 2012. Т. 10, № 4. С. 25-32.
2. Стяжкина С.Н., Климентов М.Н., Спиридонова А.К. и др. Мезентериальный тромбоз при COVID-19 (клиническое наблюдение) // *StudNet*. 2021. V. 4, N 1.
3. Чернооков А.И., Божедомов А.Ю., Атаян А.А., Белых Е.Н., Сильчук Е.С., Хачатрян Э.О. Современные биомаркеры острой интестинальной ишемии // *Новости хирургии*. 2018. Т. 26, № 3. С. 358-365.
4. Balraj Singh, Ashesha Mechineni, Parminder Kaur. Acute Intestinal Ischemia in a Patient with COVID-19 // *Korean J. Gastroenterol. Infection*. V. 76, N 3. P. 164-166
5. Balraj Singh, Parminder Kaur. COVID-19 and acute mesenteric ischemia: A review of literature // *Hematol transfus cell ther*. 2021. V. 43(1). P. 112–116.
6. Bhayana R., Som A., Li M. D. et al. Abdominal imaging findings in COVID-19: preliminary observations // *Radiology*. 2020. V.297(1). E.201-E.215.
7. Cheung S., Quiwa J. C., Pillai A. et al. Superior mesenteric artery thrombosis and acute intestinal ischemia as a consequence of COVID-19 infection // *Am. J. Case Rep*. 2020. V. 21. e925753.
8. Escher R., Breakey N., Lammle B. Severe COVID-19 infection associated with endothelial activation // *Thromb Res*. 2020. V.190. P.62.
9. Fan B.E. COVID-19-Associated Thromboembolic Events Causing Acute Mesenteric Ischaemia // *Academic Radiology*. 2020. V. 27, N12. P.1788-1789.
10. Fan B.E., Chang C.C.R., Teo C.H.Y., et al. COVID-19 coagulopathy with superior mesenteric vein thrombosis complicated by an ischaemic bowel // *Hamostaseologie*. 2020. V.10.
11. Fitzpatrick L.A., Rivers-Bowerman M.D., Thipphavong S. et al. Pearls, pitfalls, and conditions that mimic mesenteric ischemia at CT // *RadioGraphics*. 2020. V. 40. P. 545–561.
12. Guo J., Huang Z., Lin L., Lv J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and cardiovascular disease: a viewpoint on the potential influence of angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin receptor blockers on onset and severity of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection // *J. Am. Heart. Assoc*. 2020. V. 9.

13. Gupta N., Zhao Y.Y., Evans C.E. The stimulation of thrombosis by hypoxia // *Thromb Res.* 2019. V. 181. P. 77-83.
14. Helms J., Tacquard C., Severac F. et al. High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study // *Intensive Care Med.* 2020. V. 46. P. 1089-1098.
15. Lamia Sabrina Khesrani, karima Chana, Fatma Zohra Sadar. Intestinal ischemia secondary to Covid-19 // *Journal of Pediatric Surgery Case Reports.* 2020. V. 61. e.101604.
16. Lorenzo Norsa. Intestinal ischemia in the COVID-19 era // *Digestive Liver Disease.* 2020. V. 52, N 10. P.1090-1091.
17. Lorenzo Norsa, Pietro Andrea Bonaffini, Amedeo Indriolo. Poor Outcome of Intestinal Ischemic Manifestations of COVID-19 // *Gastroenterology.* 2020. V. 159. P.1595–1597.
18. Muhammad Hanif, Zeeshan Ahmad, Abdul Wali Khan. COVID-19-Induced Mesenteric Thrombosis // *Cureus.* 2021. V. 13 (1). e12953.
19. Panigada M., Bottino N., Tagliabue P. et al. Hypercoagulability of COVID-19 patients in intensive care unit: a report of thromboelastography findings and other parameters of hemostasis // *J. Thromb Haemost.* 2020. V. 18. P. 1738-1742.
20. Parry A.H., Wani A.H., Yaseen M. Acute mesenteric ischemia in severe coronavirus-19 (COVID-19): possible mechanisms and diagnostic pathway // *Acad. Radiol.* 2020. V. 27. P. 1190.
21. Phillippe H.M. Overview of venous thromboembolism // *Am. J. Manag. Care.* 2017. V. 23. P. 376-382.
22. Singh B., Kaur P., Ajdir N., Gupta S., Maroules M. Covid-19 Presenting as Acute Limb Ischemia // *Cureus.* 2020. V. 12(7). e. 9344.
23. Tang N., Li D., Wang X., Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia // *J. Thromb Haemost.* 2020. V. 18. P. 844-847.
24. Varga Z., Flammer A.J., Steiger P. et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19 // *Lancet* 2020. V. 395. P. 1417-1418.
8. Escher R., Breakey N., Lammle B. Severe COVID-19 infection associated with endothelial activation // *Thromb Res.* 2020. V.190. P.62.
9. Fan B.E. COVID-19-Associated Thromboembolic Events Causing Acute Mesenteric Ischaemia // *Academic Radiology.* 2020. V. 27, N12. P.1788-1789.
10. Fan B.E., Chang C.C.R, Teo C.H.Y, et al. COVID-19 coagulopathy with superior mesenteric vein thrombosis complicated by an ischaemic bowel // *Hamostaseologie.* 2020. V.10.
11. Fitzpatrick L.A., Rivers-Bowerman M.D., Thippavong S. et al. Pearls, pitfalls, and conditions that mimic mesenteric ischemia at CT // *RadioGraphics.* 2020. V. 40. P. 545–561.
12. Guo J., Huang Z., Lin L., Lv J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and cardiovascular disease: a viewpoint on the potential influence of angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin receptor blockers on onset and severity of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection // *J. Am. Heart. Assoc.* 2020. V. 9.
13. Gupta N., Zhao Y.Y., Evans C.E. The stimulation of thrombosis by hypoxia // *Thromb Res.* 2019. V. 181. P. 77-83.
14. Helms J., Tacquard C., Severac F. et al. High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study // *Intensive Care Med.* 2020. V. 46. P. 1089-1098.
15. Lamia Sabrina Khesrani, karima Chana, Fatma Zohra Sadar. Intestinal ischemia secondary to Covid-19 // *Journal of Pediatric Surgery Case Reports.* 2020. V. 61. E.101604.
16. Lorenzo Norsa. Intestinal ischemia in the COVID-19 era // *Digestive and Liver Disease.* 2020.
17. Lorenzo Norsa, Pietro Andrea Bonaffini, Amedeo Indriolo. Poor Outcome of Intestinal Ischemic Manifestations of COVID-19 // *Gastroenterology.* 2020. V. 159. P.1595–1597.
18. Muhammad Hanif, Zeeshan Ahmad, Abdul Wali Khan. COVID-19-Induced Mesenteric Thrombosis // *Cureus.* 2021. V. 13 (1). e12953.
19. Panigada M., Bottino N., Tagliabue P. et al. Hypercoagulability of COVID-19 patients in intensive care unit: a report of thromboelastography findings and other parameters of hemostasis // *J. Thromb Haemost.* 2020. V. 18. P. 1738-1742.
20. Parry A.H., Wani A.H., Yaseen M. Acute mesenteric ischemia in severe coronavirus-19 (COVID-19): possible mechanisms and diagnostic pathway // *Acad. Radiol.* 2020. V. 27. P. 1190.
21. Phillippe H.M. Overview of venous thromboembolism // *Am. J. Manag. Care.* 2017. V. 23. P. 376-382.
22. Singh B., Kaur P., Ajdir N., Gupta S., Maroules M. Covid-19 Presenting as Acute Limb Ischemia // *Cureus.* 2020. V. 12(7). e. 9344.
23. Tang N., Li D., Wang X., Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia // *J. Thromb Haemost.* 2020. V. 18. P. 844-847.
24. Varga Z., Flammer A.J., Steiger P. et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19 // *Lancet* 2020. V. 395. P. 1417-1418.

References

1. Bagdasarova Ye. A., Bagdasarov V. V., Atayan A. A., Guzoyeva L. A., Vasil'yev M. V. Programmnyye reoperatsii pri ostroy intestinal'noy ishemii v usloviyakh peritonita [Program reoperations in acute intestinal ischemia in conditions of peritonitis] // *Infektsii v khirurgii.* 2012. T. 10, № 4. S. 25-32.
2. Styazhkina S. N., Klimentov M. N., Spiridonova A. K. i dr. Mezenterial'nyy tromboz pri covid-19 (klinicheskoye nablyudeniye) [Mesenteric thrombosis in COVID-19 (clinical observation)] // *StudNet.* 2021. V. 4, N 1.
3. Chernookov A. I., Bozhedomov A.YU., Atayan A.A., Belykh Ye.N., Sil'chuk Ye.S., Khachatryan E.O. Sovremennyye biomarkery ostroy intestinal'noy ishemii [Modern biomarkers of acute intestinal ischemia. News of Surgery] // *Novosti khirurgii.* 2018. T. 26, № 3. S. 358-365.
4. Balraj Singh, Ashesha Mechineni, Parminder Kaur. Acute Intestinal Ischemia in a Patient with COVID-19 // *Korean J. Gastroenterol. Infection.* V. 76, N 3. P. 164-166
5. Balraj Singh, Parminder Kaur. COVID-19 and acute mesenteric ischemia: A review of literature // *Hematol transfus cell ther.* 2021. V. 43(1). P. 112–116.
6. Bhayana R., Som A., Li M. D. et al. Abdominal imaging findings in COVID-19: preliminary observations // *Radiology.* 2020. V.297(1). E.201-E.215.
7. Cheung S., Quiwa J. C., Pillai A. et al. Superior mesenteric artery thrombosis and acute intestinal ischemia as a consequence of COVID-19 infection // *Am. J. Case Rep.* 2020. V. 21. e925753.
20. Parry A.H., Wani A.H., Yaseen M. Acute mesenteric ischemia in severe coronavirus-19 (COVID-19): possible mechanisms and diagnostic pathway // *Acad. Radiol.* 2020. V. 27. P. 1190.
21. Phillippe H.M. Overview of venous thromboembolism // *Am. J. Manag. Care.* 2017. V. 23. P. 376-382.
22. Singh B., Kaur P., Ajdir N., Gupta S., Maroules M. Covid-19 Presenting as Acute Limb Ischemia // *Cureus.* 2020. V. 12(7). e. 9344.
23. Tang N., Li D., Wang X., Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia // *J. Thromb Haemost.* 2020. V. 18. P. 844-847.
24. Varga Z., Flammer A.J., Steiger P. et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19 // *Lancet* 2020. V. 395. P. 1417-1418.

Сведения о соавторах:

Кузнецов Максим Робертович – доктор медицинских наук, профессор института кластерной онкологии им. Л.Л. Левшина ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» МЗ РФ.
Адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.
E-mail: mrkuznetsov@mail.ru

Хачатрян Эдита Олеговна – ординатор кафедры хирургии поврежденных МИНО ФГБОУ ВО «Московского государственного университета пищевых производств».
Адрес: 125080, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11.
E-mail: edita95@list.ru

Атаян Андрей Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» МЗ РФ.
Адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.
E-mail: Andreyatayan@gmail.com

Кандауров Арсланхан Эльдарханович – кандидат медицинских наук, врач ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.С.Юдина Департамента здравоохранения города Москвы».

Адрес: Москва, ул. Ак.Миллионщикова, д.1.
E-mail: 55ars@mail.ru
Тел.: 89260019955

Николаев Андрей Михайлович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» МЗ РФ.
Адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.
E-mail: andrei_nik@mail.ru

Рамазанов Артур Александрович – врач-хирург ГАУЗ МО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации».
Адрес: 125414, г. Москва, ул. Клинская, д. 2.
E-mail: Arthurramakanov@gmail.com

УДК 616-053.2:[616.24-008.41:616.329-002]

Взаимосвязь гастроэзофагеального рефлюкса и кашля у детей**А.В. Бурлуцкая, О.Г. Коробкина, Ю.В. Писоцкая**

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Краснодар

Резюме

На протяжении многих десятилетий научное сообщество медицинских специалистов задавалось вопросом: существует ли взаимосвязь кашля с гастроэзофагеальным рефлюксом. Проблема актуальна для врачей различных специальностей. Важность данного вопроса обусловлена практическим применением, поскольку определяет тактику диагностики и лечения как при кашле, так и при гастроэзофагеальном рефлюксе. Цель обзора – осветить современные научные данные о взаимосвязи кашля и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей. В статье приведен анализ отечественных и зарубежных литературных данных. Методы исследования, использованные в процессе анализа: описательно-аналитический и контент-анализ. На основании имеющихся данных можно утверждать, что связь гастроэзофагеального рефлюкса (гастроэзофагеальной рефлюксной болезни) и кашля очевидна.

Ключевые слова: кашель, гастроэзофагеальный рефлюкс, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дети.

Relationship of gastroesophageal reflux and cough in children**A.V. Burlutskaya, O.G. Korobkina, Yu.V. Pisotskaya**

FSBEI HE "Kuban State Medical University" MH RF, Krasnodar

Summary

For many decades, the scientific community of medical professionals has wondered if there is a relationship between cough and gastroesophageal reflux. The problem is relevant for doctors of various specialties. The importance of this issue is due to practical application, since it determines the tactics of diagnosis and treatment both for cough and gastroesophageal reflux. The purpose of the review is to highlight current scientific data on the relationship between cough and gastroesophageal reflux disease in children. The article provides an analysis of domestic and foreign literature data. Research methods used in the analysis process: descriptive-analytical and content analysis. Based on the available data, it can be argued that the relationship between gastroesophageal reflux (gastroesophageal reflux disease) and cough is obvious.

Key words: cough, gastroesophageal reflux, gastroesophageal reflux disease, children.

Введение

Кашель является наиболее частой причиной обращений за медицинской помощью. Он рассматривается как основной симптом наследственных и врожденных, а также приобретенных острых и хронических заболеваний дыхательной системы инфекционного, воспалительного, аллергического генеза [29]. Так, по статистическим данным, примерно 80% детей с жалобой на затяжной кашель более 5 раз повторно обращаются к врачу амбулаторно до установления диагноза и назначения эффективного лечения [9].

Зачастую страдающие хроническим кашлем пациенты принимают различные лекарственные препараты в течение продолжительного времени, в большинстве случаев безрезультатно. При этом такое лечение влечет за собой значимые финансовые затраты. В итоге снижается качество жизни, нарушаются сон, физическая и ментальная активность. Индивидуальный подход с учётом особенностей конкретного больного, точная диагностика и

выявление причины – ключ к проведению дифференцированного лечения и залог успешного управления кашлем [8, 43].

В течение достаточно продолжительного времени научное сообщество интересовало, есть ли взаимосвязь кашля и гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР). Проблема актуальна для специалистов самого разного профиля: как врачей общей практики (педиатров, терапевтов), так и узких специалистов (гастроэнтерологов, оториноларингологов, пульмонологов, стоматологов) [5]. Важность данного вопроса обусловлена практическим применением, поскольку знание и представление тонких звеньев патогенеза обоих состояний определяет тактику диагностики и лечения как при кашле, так и при ГЭР [32].

Нами проведен анализ отечественных и зарубежных литературных данных в базах Elibrary, Web of Science, PubMed. Были использованы ключевые слова: «chronic cough», «child», «gastroesophageal reflux», «gastroesophageal reflux disease», «кашель», «дети», «гастроэзофагеальный рефлюкс». Включённые в обзор научные работы были опубликованы в последние 7 лет, отдельные источники взяты за период 2013-2014 гг.

В соответствии с современными представлениями, ГЭР – это непроизвольное забрасывание в пищевод несвойственного ему содержимого из желудка и/или кишечника. Рефлюкрат при длительном соприкосновении со слизистой оболочкой (СО)

Для корреспонденции:

Бурлуцкая Алла Владимировна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой педиатрии №2 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 350007, г. Краснодар, ул. Площадь Победы, д. 1.

E-mail: gped2@lenta.ru

Тел.: +7(918)6798244

Статья поступила 24.06.2022 г., принята к печати 7.09.2022 г.

пищевода способен вызвать ее физико-химическое повреждение [4]. Обратное поступление химуса из желудка в пищевод может наблюдаться и у здоровых людей. Если частота рефлюксов в ходе рН-метрии не превышает одного раза в час, заброс считается физиологическим. При этом в норме естественным путем сразу очищается СО пищевода. Определяется это тем, насколько быстро происходит «возвращение» агрессивного содержимого из пищевода в желудок. Имеющая в своём составе бикарбонаты слюна играет определенную роль в нейтрализации желудочного содержимого. Однако снижение рН <4,0 в просвете нижней трети пищевода наблюдается при нормальном по времени и выраженности ГЭР, но не более чем за 4,2% продолжительности. Если время рефлюкса постоянно увеличивается, стоит задуматься о патологическом ГЭР [8].

Причинами ГЭР считают как функциональные расстройства органов пищеварения, обусловленные нарушениями регуляции моторики, так и органические изменения пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), такие как аномалии развития, заболевания воспалительного генеза, эрозивные и язвенные изменения СО желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [4].

Кроме того, выделяют ряд предрасполагающих к развитию ГЭР факторов.

У детей раннего возраста к таковым относят: осложнения перинатального периода (поражения центральной нервной системы с нарушениями вегетативной нервной системы, родовая травма шейного отдела позвоночника как следствие снижения тонуса кардиального сфинктера), повышение тонуса пилорического жома (пилороспазм), нарушенная моторно-эвакуаторная функция желудка, подтвержденная гастроинтестинальная аллергия (особенно на белок коровьего молока), а также хронические расстройства питания (паратрофия) [2, 6]. У подростков способствуют ГЭР ожирение, патология ЖКТ органического характера (язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК), хронический гастродуоденит), расстройства вегетативной нервной системы. Вне зависимости от возраста длительное повышение внутрибрюшного давления при персистирующих запорах, метеоризме, тяжелых физических нагрузках создают условия для ГЭР [2, 7].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое заболевание, склонное к рецидивированию, которое развивается вследствие обратного заброса содержимого желудка и/или кишечника и характеризуется клиническими эзофагеальными и внепищеводными проявлениями и разнообразными морфофункциональными изменениями СО пищевода. Среди пациентов педиатрического профиля течение ГЭРБ может не сопровождаться поражениями СО пищевода, особенно на начальном этапе развития заболевания. Однако встречаются и изменения СО, что определяется рефлюкс-эзофагитом.

Примерно у 10% детей встречается ГЭР. По данным литературы, от 8 до 10% составляет частота ГЭРБ в структуре заболеваний пищевари-

тельной системы у детей. Рефлюкс-эзофагит у детей с патологией ЖКТ выявляется с вариабельной частотой и колеблется, по данным разных авторов, в диапазоне 8,7-17% [26].

Аксиальная или скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД) является одним из важнейших факторов, предрасполагающих к развитию ГЭРБ. СГПОД чаще выявляется у женского пола, частота, по данным эндоскопического исследования, составляет 16% у взрослых пациентов. СГПОД может быть как врожденной (у 1 на 1700 новорожденных встречаются врожденные диафрагмальные грыжи), так и приобретенной. У детей с эзофагеальными заболеваниями, согласно статистическим данным, частота СГПОД составляет от 4,5 до 7,2%. При этом расхождения между мальчиками и девочками незначительны. По показателям детских гастроэнтерологов СГПОД обнаруживается с частотой 6,5% у педиатрических пациентов с заболеваниями пищевода, а рефлюкс-эзофагит при установленной СГПОД выявляется, по различным данным, у половины, а иногда до 90% детей. Особенности строения, такие как общее аортально-пищеводное отверстие, а также укорочение диафрагмальных ножек, способствуют развитию СГПОД. В связи с этим органы абдоминальной полости, покрытые брюшиной (брюшная часть пищевода, желудок, кишечник, сальник), могут перемещаться в задний отдел медиастенума. В результате страдают функциональные возможности пищевода, развивается патологический процесс (например, эзофагит) [4].

Таким образом, к возникновению ГЭР часто приводит СГПОД. Это можно пояснить следующим:

- 1) увеличивается и исчезает угол Гиса вследствие перемещения желудка в грудную полость;
- 2) нарушается скоординированность работы и осуществление запирающей функции диафрагмальных ножек;
- 3) в брюшном отделе пищевода и желудке происходит выравнивание давления, снижается тонус нижнего пищеводного сфинктера (НПС).

Все вышеперечисленное приводит к нарушению замыкательной функции кардии.

Однако несмотря на это, теория связи СГПОД и рефлюкс-эзофагита остаётся спорной. С одной стороны, согласно данным статистики, только у 20–33% взрослых пациентов с выявленной СГПОД присутствует эндоскопическая картина рефлюкс-эзофагита, что противоречит теории. С другой стороны, пациенты с диагнозом рефлюкс-эзофагит имеют сопутствующую СГПОД в 25–50% случаев, при этом среди детей этот показатель составляет не менее 50%. Грыжа нередко течению рефлюкс-эзофагита, который, в свою очередь, способствует поддержанию СГПОД. В результате создаётся «порочный круг» [16].

Врождённые грыжи детерминированы аномалиями развития ЖКТ, возникающими как результат эмбриональных нарушений. Возможно формирование синдрома короткого пищевода. Другие причины врожденных СГПОД связаны с нарушением развития мышц и отверстий диафрагмы (например, при

врожденном расширении пищеводного отверстия диафрагмы), синдромом дисплазии соединительной ткани [4, 23, 40]. К приобретенным грыжам также предрасполагают анатомо-физиологические особенности. Постановка диагноза у детей происходит в основном в старшем возрасте.

Основными этиопатогенетическими факторами приобретенной СГПОД являются:

1) повышение интраабдоминального давления как результат длительных запоров, метеоризма, хронического кашля, ожирения, подъема тяжестей;

2) воспалительные и рубцовые изменения пищевода и зоны эзофагогастрального перехода;

3) снижение общего мышечного тонуса (например, при некоторых диффузных заболеваниях соединительной ткани, дефиците или избытке массы тела);

4) синдром дисплазии соединительной ткани.

Разграничение грыж по происхождению несколько условно. Генез как врожденных, так и приобретенных СГПОД одинаков. Безусловно, имеет значение возрастной аспект манифестации. При этом чем старше ребенок, тем с большей долей вероятности будет заподозрена у него приобретенная грыжа.

Степень сопутствующей недостаточности кардиального жома, выраженность ГЭР и поражение СО пищевода напрямую влияют на клиническую картину СГПОД. При этом свойственных только нефиксированной СГПОД симптомов не существует. Однако клинические признаки могут отличаться значимым разнообразием. Именно поэтому *S.W. Harrington* (1948) предложил метафору «маскарад верхнего отдела живота» в качестве характеристики данного состояния. СГПОД может иметь бессимптомное течение или манифестировать яркой симптоматикой у пациентов педиатрического профиля. В целом, именно размеры грыжевого мешка и степень эзофагеальной фиксации определяют полиморфизм клиники [46].

Существуют некоторые различия клинической картины СГПОД у детей в зависимости от возраста. Первым проявлением заболевания у детей младшего возраста могут быть рвота, срыгивания. Кроме того, могут наблюдаться отставание в физическом развитии, анемия, нарушения со стороны дыхания вплоть до развития апноэ и синдрома внезапной смерти. Напротив, дети старшего возраста предъявляют жалобы эзофагеального характера: отрыжка, изжога, боль в эпигастральной области, за грудиной с иррадиацией в спину, нижнюю челюсть, кардиалгия.

Для ГЭРБ характерны не только пищеводные, но и экстраэзофагеальные симптомы, вследствие поражения органов за пределами ЖКТ: респираторные, неврологические, кардиологические, стоматологические проявления, а также связанную с рефлюксом оториноларингологическую патологию (ЛОР-патологию) [42].

Со стороны сердечно-сосудистой системы при ГЭРБ возможны боль за грудиной, ощущения «перебоев в сердце», преходящие нарушения ритма и проводимости.

На приеме у стоматолога могут выявляться характерные изменения полости рта у пациентов с ГЭРБ [45]:

1) афты СО полости рта, изменения сосочков языка, жалобы на жжение языка;

2) заболевания пародонта воспалительного генеза (гингивиты, пародонтиты);

3) поражения твердых тканей зубов некариозной этиологии (эрозия эмали).

Считается, что ГЭР является причиной трети случаев хронической ЛОР-патологии. Именно такие пациенты, без должного гастроэнтерологического обследования, часто посещают оториноларинголога, получают длительную терапию без улучшения состояния [4].

ГЭРБ-ассоциированная ЛОР-патология достаточно разнообразна. Выделен термин «экстраэзофагеальный рефлюкс» (ЭЭР), который объединяет комплекс симптомов и заболеваний дыхательных путей и уха, связанных с ГЭРБ, либо ситуацию, когда такая ассоциация предполагается [17].

Выделяют два оториноларингологических варианта ЭЭР: ларингофарингеальный и назофарингеальный рефлюкс. Кроме того, при ГЭРБ не исключается поражение и нижних дыхательных путей. Предполагается причинно-следственная связь с рецидивирующими бронхоспазмами, увеличением приступов бронхиальной астмы (БА) в ночное время, частыми пневмониями у детей [30, 31]. В 2015 г. *G. Falk* и соавт. [20] представили сцинтиграфическую картину лёгких 34 пациентов с установленным диагнозом ГЭРБ. У половины обследованных подтвердилась аспирация радиоактивного технеция в нижние дыхательные пути.

Термины «ларингофарингеальный рефлюкс» и «назофарингеальный рефлюкс» не являются отражением истинной сущности патологического процесса. Однако в ряде отечественных и зарубежных публикаций они используются достаточно часто и считаются приемлемыми в описании совокупности симптомов состояний и заболеваний, являющихся внепищеводными проявлениями ГЭРБ.

Существуют некоторые гендерные различия в течении ларингофарингеального рефлюкса: мальчики страдают чаще, имеют более яркую клиническую картину болезни [13]. Интересно, что практически в половине случаев у детей без отклонения в результатах рН-мониторинга пищевода может диагностироваться ларингофарингеальный рефлюкс.

При забрасывании желудочного содержимого в гортань происходит раздражение СО органа, особенно задних отделов, что в последующем влечет к развитию хронического воспаления. У пациентов педиатрического профиля проявляется это в первую очередь расстройством тембра голоса: практически у всех детей с ЭЭР наблюдается охриплость, по данным литературы. Дисфония сочетается с дисфагией (у 74,2% детей), хроническим кашлем (56,4%), болью при глотании (51,6%), globus sensation (48,4%) – ощущением «кома в горле» или «застывания» пищи при глотании [14].

Наиболее часто при ларингоскопии у детей визуализируется гиперемия СО пирамидальных хрящей, а именно их внутренней поверхности. По дан-

ным авторов, у каждого ребенка с ЭЭР обнаруживается этот симптом. Выявляется отек задней трети *rića vocalis* (до 75,8% случаев), реже их разлитая отечность (50%), гипертрофия СО «задней комиссуры» (33,8%) – области между черпаловидными хрящами. Крайне редко встречается отек ниже голосовых складок (4,8%) [22, 27].

Согласно некоторым данным, ЭЭР рассматривается как одна из причин развития острых средних отитов у детей. В ходе исследований у пациентов с ГЭРБ установлена высокая концентрация пепсина и пепсиногена в секрете барабанной полости и цитоплазме эпителиоцитов СО среднего уха. В данный момент этот показатель рассматривается в качестве одного из ведущих диагностических критериев ЭЭР при экссудативных отитах у детей [10, 37, 49].

Кроме того, в подскладочном пространстве возможен стеноз гортани, выявляются язвы, гранулемы и полипы *rića vocalis*. Также пациенты могут предъявлять жалобы со стороны глотки: ощущение онемения, жжения, возникающие, как правило, после приема пищи. Преимущественно ночью, когда снижается тонус глоточно-пищеводного сфинктера, происходит соприкосновение рефлюктата с верхней третью пищевода, что обуславливает симптомы патологического процесса в глотке и гортани (постоянный сухой кашель; осиплость голоса по утрам, сочетающаяся с навязчивой потребностью «прочистить глотку» – дисфония). Как полагает ряд исследователей, длительный контакт с НСІ, пепсином и, возможно, дуоденальным содержимым с $pH > 7$ (в случае ретроградного заброса из ДПК в желудок) приводит к поражению СО, а впоследствии – к развитию гранулем, язв, полипов голосовых складок и карциномы гортани [50].

Кашель, в том числе постоянное покашливание из-за першения в горле, а также симптомы бронхообструкции считаются наиболее часто встречающимися проявлениями ГЭРБ со стороны органов дыхания в практике педиатров. Главная задача кашля, как сложного рефлекторного защитного механизма, заключается в очищении и восстановлении проходимости воздухоносных путей. Реализуется данная функция благодаря мукоцилиарному клиренсу, следствием которого являются возникающие примерно 10-15 раз в течение дня кашлевые толчки. Осуществляется этот рефлекторный акт с участием нескольких систем: дыхательной, иммунной, нервно-гуморальной. При этом, если возникает «поломка» в одной из них, непременно произойдет цепная реакция изменений, что впоследствии приведет к патологическому кашлю [18, 28, 48].

В патогенезе кашля при ГЭРБ различают 2 основных звена.

1. Рефлекторное: поскольку пищевод и бронхиальное дерево имеют общее эмбриональное происхождение, взаимную согласованность функций и соответственно общий источник иннервации – *n. vagus*, развивается бронхоспазм, опосредованный через блуждающий нерв, в результате раздражения СО пищевода кислым желудочным содержимым [33].

2. Непосредственная микро- или макроаспирация содержимым желудка оказывает раздражающее действие на рецепторы гортани, трахеи и бронхов, что приводит к неспецифической гиперреактивности бронхов и развитию воспалительного процесса в трахеобронхиальном дереве [34].

На протяжении длительного времени интерес исследователей обращен к изучению механизма микроаспирации. Известно, что закрытие *rića vocalis* во время акта глотания и координация глотательного рефлекса предотвращает развитие легочной аспирации. В основе микроаспирации при ГЭРБ лежит состояние кардиального жома в сочетании мышечными сокращениями пищевода. Бронхоспазм и гиперсекреция бронхиального дерева связаны с забрасыванием и длительной персистенцией содержимого желудка и, как следствие, повреждением СО дыхательных путей. А стимуляция кашля возникает при кратковременном действии на СО рефлюктата и раздражения рецепторов глотки [7].

Вследствие проведения интубации и седации, к микроаспирации содержимого желудка предрасполагает искусственная вентиляция легких (ИВЛ) [41].

В неонатальном периоде микроаспирация приводит к аспирационным пневмониям, бронхоспазмам, остановке дыхания и изменению его ритма. Эпителиальная ткань альвеол, а также вся СО дыхательных путей, значимо страдает как морфологически, так и функционально в результате микроаспирации. Кроме этого, повреждается микроциркуляторное русло легких, увеличивается проницаемость сосудов, отек интерстиция, альвеолы наполняются трансудатом. В результате нарушается газообменная функция дыхательной системы [24]. Это усугубляет течение бронхолегочной дисплазии (БЛД) недоношенных. Согласно статистическим данным, у детей с аспирацией рефлюктата в анамнезе БЛД регистрируется достоверно чаще. Полное нивелирование бронхолегочной патологии по достижении трехлетнего возраста значительно выше у педиатрических пациентов без ГЭР [21].

Рецидивирующий бронхообструктивный синдром, повторные пневмонии, ателектазы, развитие апноэ и синдрома внезапной смерти часто регистрируются у пациентов с ГЭРБ, а у более половины из них – БА. [15]. Возникновение кашля ассоциировано с употреблением пищи и/или изменением положения тела в пространстве. Поэтому он регистрируется в период сна и обычно сочетается с часто встречающимися проявлениями ГЭРБ (нередкие срыгивания, дефицит массы тела, дисфагия, изжога) [25].

Сочетание ГЭРБ и бронхиальной астмы

О «непростых взаимодействиях» кашля и ГЭРБ свидетельствуют некоторые исторические данные.

- Еще в XIII веке в трактате «Об астме» взаимосвязь между приемом пищи, горизонтальным положением и хрипами в легких упоминал *Моше бен Маймон*.

- В XVIII веке *Nils Rosén von Rosenstein* в сочинении о детских болезнях и их лечении «*Underrättelser om barns sjukdomar och deras*

botemedes» выделил понятие «желудочный кашель», возникающий преимущественно после переиздания.

• В 1802 г. в книге «*Commentaries on the history and cure of diseases*» Уильям Геберден отметил, что у многих людей после еды возникает затрудненное дыхание.

• Уильям Ослер в руководстве «*The Principles and Practice of Medicine*» дал диетические рекомендации для пациентов с БА и призывал не ложиться, «пока не переварится пища».

На сегодняшний день статистические сведения о встречаемости БА в сочетании с ГЭРБ весьма неоднозначны и противоречивы. ГЭРБ имеется у 50-72% детей и более, страдающих БА, по отечественным и зарубежным статистическим данным [47].

Выделить отдельной нозологической формой рефлюкс-зависимую астму неправильно. В настоящее время ГЭРБ и БА рассматриваются как два хронических заболевания, которые могут быть триггером обострения друг друга [11].

Следует помнить также о возможных побочных эффектах бронхолитиков и глюкокортикостероидов, широко используемых в лечении БА. Ксантины, β -адреномиметики и ипратропиум снижают тонус НПС, способствуя развитию ГЭРБ. Развитие приступа БА приводит к повышению внутрибрюшного давления, а лечение бронхолитическими препаратами снижает тонус НПС, что провоцирует развитие ГЭРБ. По сути, формируется порочный круг, связывающий ГЭРБ и бронхообструкцию [3].

С позиции практической медицины рутинное обследование пациента детского возраста с БА заключается в сборе анамнеза, объективном осмотре и проведении дополнительных исследований. Причем, как правило, жалобы и симптомы, которые отражают состояние дыхательной системы анализируются в первую очередь. Сами пациенты не обращают внимание на проявления со стороны других органов и систем, акцентируя внимание лишь на респираторных проявлениях. Безусловно, бронхообструктивные состояния имеют наиболее яркую клиническую картину на фоне других сопутствующих заболеваний. Однако зачастую это является причиной диагностических ошибок и приводит к длительному безуспешному лечению в связи с отсутствием ответа на традиционную терапию [1].

Полное нивелирование симптомов БА не произойдет вследствие излечения ГЭРБ, однако может способствовать более легкому течению и большему контролю над заболеванием. Экстраэзофагеальные проявления ГЭРБ могут сопровождаться гиперчувствительностью бронхов, рецидивирующими бронхообструктивными состояниями, тем самым «симулируя» клиническую картину истинной БА. В этой связи необходимо проводить комплексную дифференциальную диагностику этих состояний [39].

Диагностический поиск ГЭРБ

При подозрении на ГЭРБ необходимо провести комплекс диагностических мероприятий. Как

известно, грамотно собранный анамнез является ключом к постановке диагноза. Кроме того, следует выполнить полное объективное обследование пациента: пальпация, перкуссия и аускультация всех систем органов, в том числе и дыхательной; важно не только измерить антропометрические параметры, но и оценить физическое развитие ребенка. На наличие ГЭРБ могут указывать изменения зубочелюстной системы, галитоз. При проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) оценивается характер изменений СО пищевода, наличие эрозий и язв. Поскольку возможны другие причины эндоскопической картины эзофагита (отравления токсичными соединениями, рвота на фоне кишечной инфекции, воспаление аллергического генеза), диагностировать ГЭРБ только по данным ЭФГДС неправомерно. Поэтому обязательно должны сопоставляться клинические данные и заключение эндоскопического исследования [44].

В диагностике ГЭРБ суточная рН-метрия является «золотым стандартом». В ходе ее проведения оценивают такие показатели, как общее время, в течение которого $\text{pH} < 4$, суммарное число рефлюксов в течение суток, количество рефлюксов длительностью более 5 минут, временной интервал самого продолжительного рефлюкса. Диагностическими критериями ГЭРБ являются: общее количество эпизодов ГЭРБ в течение суток более 46, общая продолжительность снижения $\text{pH} \leq 4$ в пищеводе более одного часа. По некоторым данным, чувствительность этого метода составляет 88-95% [8].

Подтвердить СГПОД, стриктуры пищевода, диффузный эзофагоспазм возможно при рентгенконтрастном обследовании ЖКТ. По показаниям проводят дополнительные методы обследования (рентгенография органов грудной полости, холтеровское мониторирование ЭКГ, оценка функции внешнего дыхания, постановка кожно-скарификационных проб).

В некоторых ситуациях прибегают к пробной терапии ингибиторами протонной помпы с целью оценки влияния на симптомы ГЭРБ (эффект *ex juvantibus*).

При ГЭРБ ассоциированной ЛОР-патологии необходима консультация оториноларинголога, а иногда и проведение эндоскопического исследования гортани и трахеи. Для исключения травмы шейного отдела позвоночника, других органических поражений центральной нервной системы, которые могут протекать под «маской» ГЭРБ, требуется осмотр и заключение невролога.

Тактика ведения детей с ГЭРБ с респираторными проявлениями

При установлении диагноза ГЭРБ в сочетании с респираторными проявлениями требуется комплексный подход. Во-первых, проводят коррекцию рациона и режима питания. Применение специальных антирефлюксных смесей, в состав которых входят загустители (крахмал, камедь рожкового дерева), уменьшает количество рефлюксов у детей раннего возраста [19]. В подростковом возрасте важно выявить и исключить из рациона продукты, способные усилить ГЭРБ (наиболее частые из них –

газированные напитки, кофе, жиры, шоколад, томаты) [35].

Постуральная терапия

На занятиях физкультурой и спортом не применять тяжелые физические нагрузки, наклоны у школьников. На область живота не следует оказывать давление элементами одежды и предметов ухода (тугие пояса, ремни, резинки, памперсы). Альтернативой может выступать использование подтяжек. Тело грудного ребенка по отношению к матери в процессе кормления должно находиться под углом не более 90°, а после – следует некоторое время удерживать его в вертикальном положении. Коррекция режима питания школьников заключается в дробном питании малыми порциями с последним приемом пищи за 3-4 ч до сна. После еды не следует принимать горизонтальное положение. «Лечение положением» особенно важно не только в дневное, но и в ночное время. Связано это с тем, что в период сна уменьшается число перистальтических волн (вызванных актом глотания) и защитное действие слюны, в результате чего нарушается клиренс нижней трети пищевода от рефлюктата. Поэтому изголовье кровати больного должно быть приподнято на 20 см [12, 36].

При отсутствии эффекта от диеты и постуральной терапии назначается *медикаментозная коррекция ГЭРБ*.

1. Патогенетическое лечение. Повышение тонуса кардиального жома, стимуляция сокращений пищевода и желудка, улучшение пищеводного клиренса, антроподоенальной координации, противорвотного эффекта достигаются приемом прокинетиков. В основе действия данных препаратов лежит блокада D₂-рецепторов к дофамину. Некоторые представители этой группы имеют большой спектр побочных эффектов (в частности, экстапирамидные нарушения, системные аллергические реакции, агранулоцитоз), в связи с чем в настоящее время в педиатрической практике не применяются.

2. Проводится антисекреторная терапия, задача которой состоит в минимизировании действия HCl на СО пищевода. Широкое применение получили средства, блокирующие гистаминовые H₂-рецепторы, и ингибиторы протонного насоса. Данная группа препаратов имеет возрастные ограничения в связи со сложностью дозирования [38].

3. В качестве симптоматической терапии используют местные невсасывающиеся антациды. Они оказывают протективное действие на СО от агрессивного рефлюктата. Этот эффект достигается за счет нейтрализации HCl и образования противовоспалительного геля.

Таким образом, следует отметить, следующее.

- ГЭР играет важную роль в патогенезе хронического кашля по крайней мере в 1/3 случаев.

- В развитии кашля имеет значение раздражение рецепторов дистального отдела пищевода забрасываемым рефлюктатом, а у части детей – микроаспирация. Наиболее вероятным представляется формирование рефлекторной дуги с механорецепторов пищевода.

- Выраженность респираторных симптомов у детей с хроническим кашлем (включая БА) уменьшается на фоне лечения (медикаментозного или хирургического) ГЭР/ГЭРБ.

- Детям с хроническим кашлем, не отвечающим на базисную терапию, показано обследование с целью выявления возможного влияния ГЭР на формирование имеющейся симптоматики. Если проведение такого обследования по каким-либо причинам невозможно, рекомендуется эмпирическая терапия ГЭРБ.

- СГПОД – важный фактор развития ГЭРБ, одним из внепищеводных клинических проявлений которой является кашель. Выявление СГПОД в этой связи важно с целью определения тактики ведения больного и решения вопроса о хирургической ее коррекции.

- Больным ГЭРБ показано хотя бы минимальное обследование для уточнения состояния органов дыхания (например, пикфлоуметрия) даже при отсутствии очевидных респираторных симптомов.

Литература

1. Апенченко Ю. С., Гнусаев С. Ф., Розов Д. Н., Иванова И. И., Королюк Е. Г., Красненко В. Л., Березовский И. В. Течение бронхиальной астмы в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью у детей // Вестник новых медицинских технологий. 2018. Т. 25(3). С. 7-14.
2. Бельмер С. В., Волинец Г. В., Гурова М. М., Звягин А. А., Корниенко Е. А., Новикова В. П., Печуров Д. В., Приворотский В. Ф., Тяжева А. А., Файзуллина Р. А., Хавкин А. И., Эрдес С. И. Проект клинических рекомендаций российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов по диагностике и лечению функциональных расстройств органов пищеварения у детей // Вопросы детской диетологии. 2019. Т. 17 (6). С. 27–48.
3. Бельмер С. В., Хавкин А. И., Приворотский В. Ф. Кашель и гастроэзофагеальный рефлюкс: непростые взаимодействия (часть 2) // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2020. Т. 99 (6). С. 236–240.
4. Бельмер С. В., Хавкин А. И., Приворотский В. Ф. Кашель и гастроэзофагеальный рефлюкс: непростые взаимодействия (часть 1) // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2020. Т. 99 (5). С. 144–149.
5. Болезни пищевода у детей / С. В. Бельмер, А. Ю. Разумовский, В. Ф. Приворотский, А.И. Хавкин. 2-е изд. Москва: ИД «Медпрактика-М», 2020. 328 с.
6. Жихарева Н. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей // Медицинский совет. 2013. № 3. С. 34-41.
7. Закиров И. И., Сафина А. И. Респираторные проявления гастроэзофагеального рефлюкса у детей // Вестник современной клинической медицины. 2016. № 9 (2). С. 46–52.
8. Мельникова И. М., Удальцова Е.В., Мизерницкий Ю.Л. Алгоритмы дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся затяжным и хроническим кашлем у детей // Педиатрия. 2018. Т. 97 (2). С. 8-18.
9. Мизерницкий Ю. Л., Мельникова И. М. Затяжной и длительный кашель у детей: алгоритмы дифференциальной диагностики и дифференцированной терапии // Медицинский совет. 2019. (17). С. 58-75.
10. Abdel-aziz M. M., El-Fattah A. M., Abdalla A. F. Clinical evaluation of pepsin for laryngopharyngeal reflux in chil-

- dren with otitis media with effusion // *Int. J. Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013. V. 77 (10). P. 1765-1770.
11. Ansari S. F., Memon M., Kumar R., Rizwan A. Risk Factors Associated With Frequent Acute Exacerbations of Asthma // *Cureus.* 2020. V. 12 (10). e11090
 12. Barfield E., Parker M.W. Management of Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease // *JAMA Pediatr.* 2019. V. 173 (5). P. 485-486.
 13. Bau doin T., Kosec A., Cor I.S., Zaja O. Clinical features and diagnostic reliability in paediatric laryngopharyngeal reflux // *Int. J. Pediatr Otorhinolaryngol.* 2014. V. 78, N 7. P. 1101-1106.
 14. Bongiovanni A., Parisi G.F., Scuderi M.G., Licari A., Brambilla I., Marseglia G.L., Leonardi S. Gastroesophageal reflux and respiratory diseases: does a real link exist? // *Minerva Pediatr.* 2019. V. 71, N 6. P. 515-523.
 15. Cash H., Trosman S., Abelson T., Yellon R., Anne S. Chronic cough in children // *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015. V. 141, N 5. P.417-423.
 16. Chang A. B., Oppenheimer J. J., Kahlila's P. J., Kantar A., Rubin B.K., Weinberger M., Irwin R. S. CHEST Expert Cough Panel. Chronic Cough and Gastroesophageal Reflux in Children: CHEST Guideline and Expert Panel Report // *Chest.* 2019. V. 156, N 1. P.131-140.
 17. Ciorba A., Bianchini C., Zuolo M., Feo C.V. Upper aerodigestive tract disorders and gastroesophageal reflux disease // *World J. Clin. Cases.* 2015. V. 3, N 2. P.102-111.
 18. De Benedictis F. M., Bush A. Respiratory manifestations of gastro-oesophageal reflux in children // *Arch. Dis. Child.* 2018. V.103, N 3. P.292-296.
 19. Duncan D.R., Larson K., Rosen R.L. Clinical Aspects of Thickeners for Pediatric Gastroesophageal Reflux and Oropharyngeal Dysphagia // *Curr Gastroenterol Rep.* 2019. V. 21, N7. P.30.
 20. Falk G.L., Beattie J., Ing A., Falk S.E., Magee M., Burton L., Van der Wall H. Scintigraphy in laryngopharyngeal and gastroesophageal reflux disease: a definitive diagnostic test? // *World J. Gastroenterol.* 2015. V.21, N1 2. P. 3619-3627.
 21. Ferguson T.D. Gastroesophageal Reflux: Regurgitation in the Infant Population // *Crit. Care Nurs Clin. North. Am.* 2018. V.30, N 1. P.167-177.
 22. Galli J., Meucci D., Salonna G., Anzivino R., Giorgio V., Trozzi M., Settini S., Tropiano M.L., Paludetti G., Bottero S. Use Of NBI for the assessment of clinical signs of rhino-pharyngo-laryngeal reflux in pediatric age: Preliminary results // *Int J. Pediatr Otorhinolaryngol.* 2020. V.128. P. 109733.
 23. Garvey E.M., Ostlie D.J. Hiatal and paraesophageal hernia repair in pediatric patients // *Semin. Pediatr. Surg.* 2017. V.26, N 2. P. 61-66.
 24. Gulati I.K., Jadcherla S.R. Gastroesophageal Reflux Disease in the Neonatal Intensive Care Unit Infant: Who Needs to Be Treated and What Approach Is Beneficial? // *Pediatr Clin North Am.* 2019. V.66. N2. P.461-473.
 25. Gupta S., Lodha R., Kabra S. K. Asthma, GERD and Obesity: Triangle of Inflammation // *Indian. J. Pediatr.* 2018. V. 85, N 10. P.887-892.
 26. Hunt R., Armstrong D., Katelaris P.H., Afihene M., Bane A., Bhatia S., Chen M.H., Choi M.G., Melo A.C., Fock K.M. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease // *J. Clin. Gastroenterol.* 2017. V. 51, N 6. P. 467-478.
 27. Ida J. B., Thompson D. M. Questioning the Utility of Laryngoscopy in the Evaluation of Pediatric Gastroesophageal Reflux // *J. Pediatr.* 2017. V.183. P. 9-11.
 28. Irwin R. S., French C. L., Chang A. B., Altman K. W. CHEST Expert Cough Panel. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report // *Chest.* 2018. V.153, N 1. P. 196-209.
 29. Kantar A. Phenotypic presentation of chronic cough in children // *J. of Thoracic Disease.* 2017. N 9 (4). P. 907-913.
 30. Kelly E. A., Parakininkas D. E., Werlin S. L., Southern J. F., Johnston N., Kerschner J. E. Prevalence of pediatric aspiration-associated extraesophageal reflux disease // *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013. V139. N10. P.996-1001.
 31. Kilic M., Ozturk F., Kirmemis O., Atmaca S., Guner S.N., Caltepe G., Sancak R., Kalayci A.G. Impact of laryngopharyngeal and gastroesophageal reflux on asthma control in children // *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013. V.77, N 3. P. 341-345.
 32. Kim S. Y., Kim H. R., Min C., Oh D. J., Park B., Choi H.G. Bidirectional association between GERD and asthma in children: two longitudinal follow-up studies using a national sample cohort // *Pediatr. Res.* 2020. V. 88, N 2. P. 320-324.
 33. Kopka M., Matecka M., Stelmach I. Chronic cough as a symptom of laryngopharyngeal reflux--two case reports // *Pneumonol Alergol Pol.* 2016. V.84, N 1. P. 29-32.
 34. Lee A. S., Lee J. S., He Z., Ryu J. H. Reflux-Aspiration in Chronic Lung Disease // *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2020. V.17, N 2. P.155-164.
 35. Leung A. K., Hon K. L. Gastroesophageal reflux in children: an updated review // *Drugs Context.* 2019. N 8. P. 212591.
 36. Lopez R. N., Lemberg D. A. Gastro-oesophageal reflux disease in infancy: a review based on international guidelines // *Med. J. Aust.* 2020. V. 212, N1. P. 40-44.
 37. Luo H. N., Yang Q. M., Sheng Y., Wang Z. H., Zhang Q., Yan J., Hou J., Zhu K., Cheng Y., Wang B. T., Xu Y .L., Zhang X. H., Ren X. Y., Xu M. Role of pepsin and pepsinogen: linking laryngopharyngeal reflux with otitis media with effusion in children // *Laryngoscope.* 2014. V. 124, N 7. P. 294-300.
 38. Mattos A. Z., Marchese G. M., Fonseca B. B., Kupski C., Machado M. B. Antisecretory treatment for pediatric gastroesophageal reflux disease - a systematic review // *Arq Gastroenterol.* 2017. V. 4, N. 4. P. 271-280.
 39. Ozcan C., Erkoçoğlu M., Civelek E., Demirkan H., Kırşacıoğlu C. T., Tiryaki H. T., Giniş T., Kocabaş C. N. The relationship between gastro-oesophageal reflux disease and asthma during childhood // *Allergol Immunopathol (Madr).* 2014. V. 42, N 2. P.109-14.
 40. Pavić I., Čepin-Bogović J., Hojsak I. The Relationship Between Gastroesophageal Reflux and Chronic Unexplained Cough in Children // *Clin. Pediatr. (Phila).* 2016. V.55. N 7. P. 639-644.
 41. Pirogowicz I., Patyk M., Popecki P., Rudnicki J., Gojny L., Pokorski M. Lung function in patients with gastroesophageal reflux disease and respiratory symptoms // *Adv Exp Med Biol.* 2013. V. 788. P.161-166.
 42. Poddar U. Gastroesophageal reflux disease (GERD) in children // *Paediatr Int Child Health.* 2019. V.39(1). P.7-12.
 43. Rhee C. K., Jung J. Y., Lee S. W., Kim J. H., Park S. Y., Yoo K. H., Park D. A., Koo H. K., Kim Y. H., Jeong I., Kim J. H., Kim D. K., Kim S. K., Kim Y. H., Park J., Choi E. Y., Jung K. S., Kim H. J. The Korean Cough Guideline: Recommendation and Summary Statement // *Tuberc. Respir. Dis (Seoul).* 2016. V.79. N.1. P.14-21.
 44. Rosen R., Vandenplas Y., Singendonk M., Cabana M., DiLorenzo C., Gottrand F., Gupta S., Langendam M., Staiano A., Thapar N., Tipnis N., Tabbers M. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatolo-

- gy, and Nutrition // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2018. V. 66, N 3. P. 516-554.
45. Sarath Kumar K.S., Mungara J., Venumbaka N.R., Vijayakumar P., Karunakaran D. Oral manifestations of gastroesophageal reflux disease in children: A preliminary observational study // *J. Indian. Soc. Pedod. Prev. Dent.* 2018. V. 36, N 2. P. 125-129.
 46. Scarpato E., D'Armiendo M., Martinelli M., Mancusi V., Campione S., Alessandrella A., Staiano A., Miele E. Impact of hiatal hernia on pediatric dyspeptic symptoms // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2014. V. 59, N 6. P.795-798.
 47. Solidoro P., Patrucco F., Fagoonee S., Pellicano R.. Asthma and gastroesophageal reflux disease: a multidisciplinary point of view // *Minerva Med.* 2017. V.108, N 4. P. 350-356.
 48. Yüksel F., Doğan M., Weinberger M., Hurvitz M. Diagnosis and management of chronic cough: similarities and differences between children and adults // *F1000Res.* 2020. 9: F1000 Faculty Rev-757. F1000Res.
 49. Karataş D., Yüce S., Şentürk M., Külahlı I. Gastroesophageal reflux disease in children with chronic otitis media with effusion // *J. Craniofac Surg.* 2013. V. 24. N 2. P. 380-383.
 50. Zhang R., Li J., Nie Q., Zou S., Wu M. Clinical analysis of 46 cases of female laryngeal contact granuloma // *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2020. V.34, N 4. P.360-363.
- ### References
1. Apenchenko Yu. S., Gnusayev S. F., Rozov D. N., Ivanova I. I., Korolyuk Ye. G., Krasnenkov V. L., Berezovskiy I. V. Techeniye bronkhial'noy astmy v sochetanii s gastroezofageal'noy refluksnoy bolezn'yu u detey [The course of bronchial asthma in combination with gastroesophageal reflux disease in children] // *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy.* 2018. T. 25(3). S. 7-14.
 2. Bel'mer S. V., Volynets G. V., Gurova M. M., Zvyagin A. A., Korniyenko Ye. A., Novikova V. P., Pechkurov D. V., Privorotskiy V. F., Tyazheva A. A., Fayzullina R. A., Khavkin A. I., Erdes S. I. Proyekt klinicheskikh rekomendatsiy rossiyskogo obshchestva detskikh gastroenterologov, gepatologov i nutritsiologov po diagnostike i lecheniyu funktsional'nykh rasstroystv organov pishchevareniya u detey [Draft clinical guidelines of the Russian Society of Pediatric Gastroenterologists, Hepatologists and Nutritionists for the diagnosis and treatment of functional disorders of the digestive system in children] // *Vo prosy detskoy diyetologii.* 2019. T. 17 (6). S. 27-48.
 3. Bel'mer S. V., Khavkin A. I., Privorotskiy V. F. Kasha'li gastroezofageal'nyy refluks: neprostyye vzaimodeystviya (chast' 2) [Cough and gastroesophageal reflux: complex interactions (part 2)] // *Pediatriya im. G.N. Speranskogo.* 2020. T. 99 (6). S. 236-240.
 4. Bel'mer S. V., Khavkin A. I., Privorotskiy V. F. Kasha'li gastroezofageal'nyy refluks: neprostyye vzaimodeystviya (chast' 1) [Cough and gastroesophageal reflux: complex interactions (part 1)] // *Pediatriya im. G.N. Speranskogo.* 2020. T. 99 (5). S. 144-149.
 5. Bolezni pishchevoda u detey [Diseases of the esophagus in children] / S. V. Bel'mer, A. Yu. Razumovskiy, V. F. Privorotskiy, A.I. Khavkin. 2-ye izd. Moskva: ID «Medpraktika-M», 2020. 328 s.
 6. Zhikhareva N. S. Gastroezofageal'naya refluksnaya bolezn' u detey [Gastroesophageal reflux disease in children] // *Meditsinskiy sovet.* 2013. № 3. S. 3441.
 7. Zakirov I. I., Safina A. I. Respiratornyye proyavleniya gastroezofageal'nogo refluksa u detey [Respiratory manifestations of gastroesophageal reflux in children] // *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny.* 2016. № 9 (2). S. 46-52.
 8. Mel'nikova I. M., Udal'tsova Ye.V., Mizernitskiy YU.L. Algoritmy differentsial'noy diagnostiki zabolevaniy, soprovozhdayushchikhsya zatyazhnym i khronicheskim kashlem u detey [Algorithms for the differential diagnosis of diseases accompanied by prolonged and chronic cough in children] // *Pediatriya.* 2018. T. 97 (2). S. 8-18.
 9. Mizernitskiy Yu. L., Mel'nikova I. M. Zatyazhnoy i dlitel'nyy kasha'li u detey: algoritmy differentsial'noy diagnostiki i differentsirovannoy terapii [Protracted and prolonged cough in children: algorithms for differential diagnosis and differentiated therapy] // *Meditsinskiy sovet.* 2019. (17). S. 58-75.
 10. Abdel-aziz M. M., El-Fattah A. M., Abdalla A. F. Clinical evaluation of pepsin for laryngopharyngeal reflux in children with otitis media with effusion // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2013. V. 77 (10). P. 1765-1770.
 11. Ansari S. F., Memon M., Kumar R., Rizwan A. Risk Factors Associated With Frequent Acute Exacerbations of Asthma // *Cureus.* 2020. V. 12 (10). e11090
 12. Barfield E., Parker M.W. Management of Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease // *JAMA Pediatr.* 2019. V. 173 (5). P. 485-486.
 13. Bau doin T., Kosec A., Cor I.S., Zaja O. Clinical features and diagnostic reliability in paediatric laryngopharyngeal reflux // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2014. V. 78, N 7. P. 1101-1106.
 14. Bongiovanni A., Parisi G.F., Scuderi M.G., Licari A., Brambilla I., Marseglia G.L., Leonardi S. Gastroesophageal reflux and respiratory diseases: does a real link exist? // *Minerva Pediatr.* 2019. V. 71, N 6. P. 515-523.
 15. Cash H., Trosman S., Abelson T., Yellon R., Anne S. Chronic cough in children // *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015. V. 141, N 5. P.417-423.
 16. Chang A. B., Oppenheimer J. J., Kahlila's P. J., Kantar A., Rubin B.K., Weinberger M., Irwin R. S. CHEST Expert Cough Panel. Chronic Cough and Gastroesophageal Reflux in Children: CHEST Guideline and Expert Panel Report // *Chest.* 2019. V. 156, N 1. P.131-140.
 17. Ciorba A., Bianchini C., Zuolo M., Feo C.V. Upper aerodigestive tract disorders and gastroesophageal reflux disease // *World J. Clin. Cases.* 2015. V. 3, N 2. P.102-111.
 18. De Benedictis F. M., Bush A. Respiratory manifestations of gastro-oesophageal reflux in children // *Arch. Dis. Child.* 2018. V.103, N 3. P.292-296.
 19. Duncan D.R., Larson K., Rosen R.L. Clinical Aspects of Thickeners for Pediatric Gastroesophageal Reflux and Oropharyngeal Dysphagia // *Curr Gastroenterol Rep.* 2019. V. 21, N7. P.30.
 20. Falk G.L., Beattie J., Ing A., Falk S.E., Magee M., Burton L., Van der Wall H. Scintigraphy in laryngopharyngeal and gastroesophageal reflux disease: a definitive diagnostic test? // *World J. Gastroenterol.* 2015. V.21, N1 2. P. 3619-3627.
 21. Ferguson T.D. Gastroesophageal Reflux: Regurgitation in the Infant Population // *Crit. Care Nurs Clin. North. Am.* 2018. V.30, N 1. P.167-177.
 22. Galli J., Meucci D., Salonna G., Anzivino R., Giorgio V., Trozzi M., Settimi S., Tropiano M.L., Paludetti G., Bottero S. Use OF NBI for the assessment of clinical signs of rhinopharyngo-laryngeal reflux in pediatric age: Preliminary results // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2020. V.128. P. 109733.
 23. Garvey E.M., Ostlie D.J. Hiatal and paraesophageal hernia repair in pediatric patients // *Semin. Pediatr. Surg.* 2017. V.26, N 2. P. 61-66.
 24. Gulati I.K., Jadcherla S.R. Gastroesophageal Reflux Disease in the Neonatal Intensive Care Unit Infant: Who Needs to Be Treated and What Approach Is Beneficial? // *Pediatr Clin North Am.* 2019. V.66. N2. P.461-473.

25. Gupta S., Lodha R., Kabra S. K. Asthma, GERD and Obesity: Triangle of Inflammation // *Indian. J. Pediatr.* 2018. V. 85, N 10. P.887-892.
26. Hunt R., Armstrong D., Katelaris P.H., Afihene M., Bane A., Bhatia S., Chen M.H., Choi M.G., Melo A.C., Fock K.M. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease // *J. Clin. Gastroenterol.* 2017. V. 51, N 6. P. 467-478.
27. Ida J. B., Thompson D. M. Questioning the Utility of Laryngoscopy in the Evaluation of Pediatric Gastroesophageal Reflux // *J. Pediatr.* 2017. V.183. P. 9-11.
28. Irwin R. S., French C. L., Chang A. B., Altman K. W. CHEST Expert Cough Panel. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report // *Chest.* 2018. V.153, N 1. P. 196-209.
29. Kantar A. Phenotypic presentation of chronic cough in children // *J. of Thoracic Disease.* 2017. N 9 (4). P. 907-913.
30. Kelly E. A., Parakininkas D. E., Werlin S. L., Southern J. F., Johnston N., Kerschner J. E. Prevalence of pediatric aspiration-associated extraesophageal reflux disease // *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013. V139. N10. P.996-1001.
31. Kilic M., Ozturk F., Kirmemis O., Atmaca S., Guner S.N., Caltepe G., Sancak R., Kalayci A.G. Impact of laryngopharyngeal and gastroesophageal reflux on asthma control in children // *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013. V.77, N 3. P. 341-345.
32. Kim S. Y., Kim H. R., Min C., Oh D. J., Park B., Choi H.G. Bidirectional association between GERD and asthma in children: two longitudinal follow-up studies using a national sample cohort // *Pediatr. Res.* 2020. V. 88, N 2. P. 320-324.
33. Kopka M., Małecka M., Stelmach I. Chronic cough as a symptom of laryngopharyngeal reflux--two case reports // *Pneumonol Alergol Pol.* 2016. V.84, N 1. P. 29-32.
34. Lee A. S., Lee J. S., He Z., Ryu J. H. Reflux-Aspiration in Chronic Lung Disease // *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2020. V.17, N 2. P.155-164.
35. Leung A. K., Hon K. L. Gastroesophageal reflux in children: an updated review // *Drugs Context.* 2019. N 8. P. 212591.
36. Lopez R. N., Lemberg D. A. Gastro-oesophageal reflux disease in infancy: a review based on international guidelines // *Med. J. Aust.* 2020. V. 212, N1. P. 40-44.
37. Luo H. N., Yang Q. M., Sheng Y., Wang Z. H., Zhang Q., Yan J., Hou J., Zhu K., Cheng Y., Wang B. T., Xu Y. L., Zhang X. H., Ren X. Y., Xu M. Role of pepsin and pepsinogen: linking laryngopharyngeal reflux with otitis media with effusion in children // *Laryngoscope.* 2014. V. 124, N 7. P. 294-300.
38. Mattos A. Z., Marchese G. M., Fonseca B. B., Kupski C., Machado M. B. Antisecretory treatment for pediatric gastroesophageal reflux disease - a systematic review // *Arq Gastroenterol.* 2017. V. 4, N. 4. P. 271-280.
39. Ozcan C., Erkoçoğlu M., Civelek E., Demirkan H., Kırsacıoğlu C. T., Tiryaki H. T., Giniş T., Kocabaş C. N. The relationship between gastro-oesophageal reflux disease and asthma during childhood // *Allergol Immunopathol (Madr).* 2014. V. 42, N 2. P.109-14.
40. Pavić I., Čepin-Bogović J., Hojsak I. The Relationship Between Gastroesophageal Reflux and Chronic Unexplained Cough in Children // *Clin. Pediatr. (Phila).* 2016. V.55. N 7. P. 639-644.
41. Pirogowicz I., Patyk M., Popecki P., Rudnicki J., Gojny L., Pokorski M. Lung function in patients with gastroesophageal reflux disease and respiratory symptoms // *Adv Exp Med Biol.* 2013. V. 788. P.161-166.
42. Poddar U. Gastroesophageal reflux disease (GERD) in children // *Paediatr Int Child Health.* 2019. V.39(1). P.7-12.
43. Rhee C. K., Jung J. Y., Lee S. W., Kim J. H., Park S. Y., Yoo K. H., Park D. A., Koo H. K., Kim Y. H., Jeong I., Kim J. H., Kim D. K., Kim S. K., Kim Y. H., Park J., Choi E. Y., Jung K. S., Kim H. J. The Korean Cough Guideline: Recommendation and Summary Statement // *Tuberc. Respir. Dis (Seoul).* 2016. V.79. N.1. P.14-21.
44. Rosen R., Vandenplas Y., Singendonk M., Cabana M., DiLorenzo C., Gottrand F., Gupta S., Langendam M., Staiano A., Thapar N., Tipnis N., Tabbers M. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2018. V. 66, N 3. P. 516-554.
45. Sarath Kumar K.S., Mungara J., Venumbaka N.R., Vijayakumar P., Karunakaran D. Oral manifestations of gastroesophageal reflux disease in children: A preliminary observational study // *J. Indian. Soc. Pedod. Prev. Dent.* 2018. V. 36, N 2. P. 125-129.
46. Scarpato E., D'Armiento M., Martinelli M., Mancusi V., Campione S., Alessandrella A., Staiano A., Miele E. Impact of hiatal hernia on pediatric dyspeptic symptoms // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2014. V. 59, N 6. P.795-798.
47. Solidoro P., Patrucco F., Fagoonee S., Pellicano R.. Asthma and gastroesophageal reflux disease: a multidisciplinary point of view // *Minerva Med.* 2017. V.108, N 4. P. 350-356.
48. Yüksel F., Doğan M., Weinberger M., Hurvitz M. Diagnosis and management of chronic cough: similarities and differences between children and adults // *F1000Res.* 2020. 9: F1000 Faculty Rev-757. F1000Res.
49. Karataş D., Yüce S., Şentürk M., Külahlı I. Gastroesophageal reflux disease in children with chronic otitis media with effusion // *J. Craniofac Surg.* 2013. V. 24. N 2. P. 380-383.
50. Zhang R., Li J., Nie Q., Zou S., Wu M. Clinical analysis of 46 cases of female laryngeal contact granuloma // *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2020. V.34, N 4. P.360-363.

Сведения о соавторах:

Коробкина Ольга Геннадьевна – ординатор 2-го года обучения кафедры педиатрии №2 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Адрес: 350007, г. Краснодар, ул. Площадь Победы, д. 1.
E-mail: olga_k_17@mail.ru
Тел.: +7(918)9887198

Писоцкая Юлия Васильевна – ординатор 1-го года обучения кафедры педиатрии №2 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
E-mail: ms.pisotskaya2017@gmail.com
Тел.: 8(989)2800522.

Первый ректор и народный комиссар: памяти Муслима Юсуповича Нахибашева**Л.С.Агаларова, Л.А.Алиева, Ф.М.Османова, Л.Г.Гасанова***Гвозди бы делать из этих людей,
крепче бы не было в мире гвоздей.*

Николай Тихонов

В 2022 году Дагестанский медицинский университет отмечает свой 90-летний юбилей. Самое время вспомнить тех, кто стоял у истоков зарождения медицинского образования в республике. Яркий пример людей того поколения – Муслим Юсупович Нахибашев.

Родился он 6 июня 1886 г. в горном селе Чох. Воспитанием его занимался дед, так как отец рано умер. Дед определил его в школу в г. Порт-Петровске. Юноша рано стал работать, устроившись писцом в окружном управлении. Дальнейшее образование он получил в Тифлисе в фельдшерской школе. Годы учебы в Грузии (1901–1905 гг.) запомнились на всю жизнь. Он подружился с Серго Орджоникидзе. Проникся революционными идеями. Знакомство с революционерами Тифлиса привело к тому, что Муслим Нахибашев горячо воспринял их идеи и включился в революционную деятельность. Он распространял листовки, участвовал в сходках, собраниях и манифестациях прогрессивно настроенной Тифлисской молодежи. В свободное время посещал кинематограф, театр, ботанический сад. Не раз поднимался на священную гору Мта-Цминда, чтобы постоять у могилы Нины Чавчавадзе, жены А.С. Грибоедова, и других знаменитостей Грузии. В общем, время проходило интересно и с пользой. И все-таки Муслим Нахибашев ловил себя на том, что его безудержно тянет в Чох, милее которого, кажется, ничего на свете не было. Диплом фельдшера давал право работать врачом. По прибытии в Дагестан его направили в высокогорные села, где он как фельдшером. Т.к. он был единственным фельдшером на четыре горных района его назначили заведующим окружной больницей. Работа была тяжелой. Он был единственным фельдшером. Даже в наше время бездорожье и труднодоступность горных сел являются серьезным препятствием для оказания медицинской помощи. Верхом на лошади Муслим Юсупович добирался до своих больных. Мало того, была острая нехватка лекарств, перевязочного материала, инструментов. До самой Октябрьской революции М. Нахибашев проработал фельдшером в разных горных районах. Он занимался не только лечебной, но и профилактической работой. Обследовал население на выявление кожных и венерических заболеваний. Общество русских врачей имени Н.И.Пирогова выпустило пособие по профилактике венерических заболеваний. Нахибашев перевел его на аварский язык. Брошюру читали в мечетях во всех округах [3]. С 1917 по 1918 год Муслим Юсупович работал в продовольственной комиссии в Темир-Хан-Шуре. Затем на некоторое время вернулся в родное село и опять был направлен в Темир-Хан-Шуру, где он работал фельдшером в психиатри-

ческой больнице. Он был избран председателем профсоюзной организации, из членов которой и было сформировано позже почти все руководство здравоохранения республики.

Началась Гражданская война, М.Нахибашев возглавил санитарную службу партизанских отрядов. В 1919 г. на съезде горцев Дагестана в Левашах, которым руководил С.К. Орджоникидзе, М.Ю. Нахибашев получил от него записку: «Дорогой Муслим, узнал, что ты с нами, рад за тебя, другого от тебя я и не ждал. Твой Серго». Потомки М.Ю. Нахибашева бережно хранят эту реликвию уже много лет [3].

С 1920 по 1923 год М.Ю.Нахибашев работал в Гунибе заведующим окружной больницей и заведовал здравотделом. Осенью 1920 г. банды имама Гоцинского неоднократно нападали на укрепления Ведено, Гуниб, Хунзах, Ботлих. Свирепствовал брюшной и сыпной тиф. По воспоминаниям очевидца М. Мамаева, в период первой осады Гуниба исключительную заботу о раненых и больных защитниках крепости проявил заведующий больницей М. Нахибашев. Муслим Нахибашев со своей помощницей Б.И. Караевой не прятались за стенами больницы, а с санитарными сумками находились среди защитников, чтобы незамедлительно оказывать им первую медицинскую помощь.

В те годы Наркомздрав присваивал звание «Красный врач» опытным и грамотным фельдшерам. В числе прошедших аттестацию был и М.Ю. Нахибашев. В 1923 г. Нарком здравоохранения ДАССР направил его на учебу во второй Московский государственный университет. В 1927г. он вернулся в Дагестан и был назначен директором фельдшерско-акушерской школы. Это было первое медицинское учебное заведение республики. Затем М.Ю. Нахибашева назначили заведующим горздравотделом. В 1930 году он стал народным комиссаром здравоохранения Дагестана.

Учитывая острую необходимость в подготовке врачебных кадров из числа коренных национальностей Дагестана, по инициативе М. Нахибашева были приняты решительные меры по поддержке здравоохранения республики [3]. Во-первых, был удвоен бюджет лечебно-профилактических учреждений, а также существенно увеличены коечный фонд и число амбулаторно-поликлинических учреждений. В Дагестан были направлены отряды по борьбе с малярией, были развернуты малярийные станции. Стали функционировать Тропический институт, туберкулезный диспансер, туберкулезная больница и т.д.

В 1932 г. развернулась работа по ликвидации эпидемических заболеваний. Главное внимание при этом было уделено малярии, оспе, бытовому

сифилису. Оспопрививанием было охвачено все население Дагестана. К активному участию в работе по охране здоровья привлекалось и население. В этих целях зимой 1931–1932 гг. был проведен так называемый санкультштурм.

Необходимо отметить вклад выдающихся деятелей здравоохранения, таких как профессор И.Н. Пикуль, возглавивший борьбу с малярией, профессор Г.П. Руднев, А.Г. Подварко и доцент Е.А. Шимановская, внесшие большой вклад в борьбу с бруцеллезом. Под руководством профессора Х.О. Булача была ликвидирована трахома. Профессора А.В. Росссов и С.Ю. Алибеков занимались борьбой с кожно-венерологическими болезнями.

Но врачей все равно не хватало. В основном врачи были приезжие. Для решения острой нужды в местных кадрах руководством республики было решено учредить медицинский институт в Дагестане. Всю организационную работу взяли на себя профессор О.А. Байрашевский, доктор медицинских наук Х.О.Булач под руководством М.Ю.Нахибашева.

В «Дагестанской правде» 11 июля 1932 г. М.Ю. Нахибашев обратился с просьбой к советским, партийным организациям, к общественности, чтобы уделили приоритетное внимание подготовке медицинских кадров из местных национальностей. Просьба была одобрена и поддержана. Подбирали кадры не только на местах, но и приглашали со стороны, создавали материальную базу, принимали первых студентов, робко вступающих в аудиторию будущей для них alma-mater.

В июне был объявлен прием студентов на 1-й курс единственного тогда лечебно-профилактического факультета и организованы 3-месячные подготовительные курсы. После проведенных испытаний первый академический год начался 15 октября 1932 года, при наличии принятых на 1-й курс 161 студента. В следующем учебном году их было на 100 человек больше. С 1932 года М.Ю. Нахибашев возглавил Дагестанский медицинский институт. Всего пять профессоров, два доцента, восемь ассистентов и четыре лаборанта, плюс бухгалтер, кассир и заведующий библиотекой – это весь коллектив вуза. Трудно себе представить, как они справлялись с работой, ведь ситуация была довольно сложная.

В процессе набора абитуриентов в институте возникли трудности с отбором молодежи из числа местных национальностей, т.к. среди них было очень мало людей с полным средним образованием. Тогда существовал особый термин – «коренизация» учебных заведений, т.е. укомплектование вузов представителями народностей Дагестана и республик Северного Кавказа. Дирекция института разрешила и этот вопрос. Организируются подготовительные группы для коренных дагестанцев с обязательной первоочередностью их приема, вводятся дополнительные занятия по русскому языку (160 часов в год), а также включаются в учебный план часы по изучению родного языка. Под нужды института было выделено здание Дома кадров. Позже был предоставлен под учебный корпус и Дом горца. В архивных документах за-

седания оргбюро от 17 июня 1932 года говорится, что, несмотря на Постановление Совета народных комиссаров (СНК), Махачкалинский горсовет не выделил ни одной квартиры для приглашенного профессорско-преподавательского состава Дагестанского мединститута (ДМИ). Оргбюро поручает Нахибашеву еще раз поставить в Совнарком вопрос об обеспечении квартирой профессора О.А. Байрашевского не позже 10 июля, а остальных – к 1 августу 1932 года [1]. И Муслим Юсупович добился выделения под жилье профессорам института дома на улице Маркова – бывшего консульства Персии.

На плечи М.Ю. Нахибашева легло колоссальное бремя. Ситуация осложнялась тем, что за короткий период в городе открылись сразу три вуза. Город не располагал помещениями для учебных нужд, не имелось научного оборудования, и самая острая проблема – это местные кадры, вернее, их отсутствие. Учебники были редкостью. Студентам приходилось заниматься по очереди. Плохо обстояло дело с электричеством, с отоплением. Студенты на занятиях не снимали верхнюю одежду.

В этот период М.Ю.Нахибашев добивается включения финансирования ДМИ в баланс союзного бюджета – это была большая победа. Уже в марте 1933 года Постановлением № 200 СНК РСФСР Дагмединститут вошел в сеть медрес, финансируемых из госбюджета. Одновременно СНК ДАССР своим Постановлением №5 решает разместить кафедры и кабинеты мединститута в Доме горца, произвести в нем капитальный ремонт крыши, перекладку 12-ти печей, укладку водопровода и канализации. Наладилось также обеспечение вуза учебниками. В сентябре 1933 г. библиотечный фонд пополнился с 692 до 10000 экземпляров книг (учебников, общественно-политической, художественной и научной литературы).

Тогда же в подвале Дома горца была открыта собственная столовая для студентов ДМИ.

На посту директора Дагестанского медицинского института Муслим Юсупович проработал до 1934 г. В институте он вел такие дисциплины, как детские инфекционные болезни, латинский язык. Как врач М.Ю. Нахибашев часто выступал в печати по различным актуальным вопросам. Желая привлечь внимание общественности к курортным местностям Дагестана, он 23 марта 1937 г. в газете «Дагестанская правда» опубликовал статью «Гуниб – климатический курорт». Опираясь на анализ литературных данных, он отметил, что климатические факторы Гуниба благоприятны для лечения больных с туберкулезом легких, костей и суставов, для слабых и истощенных больных [2]. Считал, что этот район в ближайшее время должен быть превращен не только в местную, но и всесоюзную здравницу. На сегодняшний день так и случилось: Гуниб – одно из излюбленных мест туристов из ближнего и дальнего зарубежья.

В предвоенные годы М.Ю. Нахибашев работал начальником медсанчасти Дагсовнаркома, главным врачом курорта «Талги». В 1940 году М. Ю. Нахибашев в Москве окончил специальные курсы по вопросам военных госпиталей и получил звание майора медицинской службы. Видимо, поэтому, когда

началась Великая Отечественная война, ему доверили первый военный госпиталь в Дагестане, который был открыт в Дербенте. Поток раненых, беженцев и эвакуированных неуклонно нарастал. 1 января 1942 г. М.Ю. Нахибашев был переведен в Махачкалу начальником двух госпиталей, которые были расположены в 4-й и 5-й школах. В первой из них были раненые, а во второй – больные с военными и травматическими психозами [2].

1 июля 1943 г. М. Ю. Нахибашев был назначен заместителем наркома здравоохранения ДАССР, а 10 октября 1943 г. – вновь наркомом здравоохранения ДАССР [1]. Бывший нарком здравоохранения М.С. Яникиан стал директором мединститута. М. Ю. Нахибашев руководил народным комиссариатом здравоохранения до 16 января 1946 г., а затем вновь вернулся на должность начальника медсанчасти Дагсовнаркома. Под его руководством была проделана колоссальная работа по лечению и реабилитации раненых, находящихся в эвакогоспиталях Дагестана. Его заслуги были отмечены почетными званиями заслуженного врача Дагестана, РСФСР и рядом правительственных наград.

М.Ю. Нахибашев прожил 74 года. Годы его биографии совпали с переломными моментами в истории отечества. В 1960 году республика прощалась с

одним из первых народных комиссаров здравоохранения. Длинная процессия из земляков, членов правительства, врачей, работников ДМИ провожала заслуженного врача России и Дагестана Муслима Юсуповича Нахибашева в последний путь. Студенты на атласных подушечках несли ордена Красной Звезды, Трудового Красного Знамени и медали «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», «За оборону Кавказа».

На стене его дома в Чохе установлена мемориальная доска. Муслим Нахибашев – легендарная, незаурядная личность, он в полной мере реализовал свой громадный потенциал на поприще здравоохранения Дагестана.

Литература

1. Архив Дагестанского государственного медицинского университета (личное дело М.Ю. Нахибашева).
2. Гаджиев Р.С., Османова Ф.М. Дагестанской государственной медицинской академии – 75 лет. Махачкала: Лотос, 2007.
3. Халилов И.-Х.М. Чохцы. Махачкала: Лотос, 2007. 112 с.

Садулла Абакаров: член-корреспондент РАН

1-3 июня 2022 г. в Академии наук России (РАН) на общем собрании были выборы новых членов. Среди избранных был и наш славный выпускник, профессор С.И. Абакаров.

Краткая биографическая справка. После успешного окончания Дагестанского медицинского института в 1975 году и работы врачом-стоматологом в ЧИАССР Абакаров С.И. поступил в 1979 г. в ординатуру на кафедру ортопедической стоматологии Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУВ) – ныне Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО). Он прошел славный путь от ассистента до профессора и заведующего этой кафедры. Садулла Абакаров – автор 593 научных публикаций, в том числе 14 монографий и 48 патентов. Под его руководством защищены более 20 кандидатских и докторских диссертаций. Он заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, дважды лауреат премий Правительства РФ, лауреат Государственной премии РФ.

Уважаемый Садулла Ибрагимович! Искренне поздравляем Вас с избранием в Российскую Академию наук.

**В.Ю. Ханалиев,
и.о. ректора ДГМУ, профессор**

К 80-летию профессора кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Каллаева Нажмудина Омаркадиевича

Каллаев Нажмудин Омаркадиевич родился 13 августа 1942 года в с. Балхар Акушинского района ДАССР. Окончил Балхарскую среднюю школу.

В 1961 году поступил на лечебно-профилактический факультет Дагестанского государственного медицинского института. С 1962 по 1965 год – служба в рядах Советской Армии.

В 1970 году после завершения учёбы в Дагестанском государственном медицинском институте по распределению направлен на работу в Ульяновскую область.

С 1970 по 1972 год – главный врач Лесно-Матюнинской участковой больницы Кузоватовского района Ульяновской области.

В 1972–2004 гг. – врач-ординатор, зав. отделением, зам. главного врача Ульяновской клинической больницы скорой медицинской помощи по травматологии и ортопедии. Президент Ассоциации травматологов-ортопедов Ульяновской области.

С 1991 по 1995 год – по совместительству старший преподаватель кафедры анатомии, общей биологии и гистологии медицинского факультета филиала Московского государственного университета.

С 1995 по 2002 год – доцент кафедры госпитальной хирургии, травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, анестезиологии и реани-

матологии медицинского факультета Ульяновского государственного университета.

С 2002 по 2004 год – профессор кафедры госпитальной хирургии, травматологии, ортопедии, анестезиологии и реаниматологии института медицины, экологии Ульяновского государственного университета.

С 2004 по 2005 год – зав. курсом травматологии, ортопедии и ВПХ и профессор кафедры госпитальной хирургии, анестезиологии и реаниматологии Ульяновского государственного университета.

В 1984 году в Центральном научно-исследовательском институте им. Н.Н. Приорова (ЦИТО, Москва) защитил кандидатскую диссертацию на тему «Комплексное лечение инфицированных неогнестрельных повреждений голеностопного сустава и стопы», а в 2000 году – докторскую диссертацию на тему: «Компрессионный остеосинтез около- и внутрисуставных переломов».

Под руководством Н.О. Каллаева защищены 4 диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Им опубликовано более 280 научных работ в отечественных и зарубежных изданиях, в том числе две монографии, 16 учебно-методических работ. Является автором 11 изобретений и рационализаторских предложений.

За заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд удостоен званий «Отличник здравоохранения Российской Федерации», «Ветеран труда», «Заслуженный врач Российской Федерации».

Н.О. Каллаев является членом Европейской ортопедической исследовательской ассоциации (EORS). Член Ассоциации травматологов и ортопедов России (АТОР).

Научные разработки Н.О. Каллаева посвящены вопросам лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата, хирургическому и биомеханическому обоснованию применения аппаратов внешней фиксации в травматологии и ортопедии, вопросам раневой инфекции.

Результаты его исследований и разработанные им способы лечения нашли отражение в патентах и многочисленных выступлениях на республиканских, всероссийских и международных конференциях и форумах, в том числе в Греции, Испании, Чехии, Бельгии, Армении, Азербайджане, Казахстане и в Австралии.

Ректорат, редакция журнала «Вестник ДГМА», коллеги поздравляют Нажмудина Омаркадиевича Каллаева с юбилеем, желают здоровья, творческих успехов, дальнейших научных достижений.

К 75-летию профессора Ахмедова Джалалутдина Расуловича



20 июля исполнилось 75 лет выдающемуся ученому, талантливому педагогу, академику РАЕН, доктору медицинских наук, профессору, заслуженному врачу Российской Федерации и Республики Дагестан, лауреату Государственной премии Правительства России, заслуженному деятелю науки Республики Дагестан Ахмедову Джалалутдину Расуловичу.

Ахмедов Джалалутдин Расулович родился 20 июля 1947 года в с. Боташюрт Хасавюртовского района ДАССР. В 1970 году окончил лечебный факультет Дагестанского государственного медицинского института. В 1970-1971 годы – врач анестезиолог Республиканской клинической больницы г. Махачкалы. В 1971-1974 гг. – врач-терапевт городской поликлиники, заведующий кабинетом инфекционных заболеваний Центральной районной больницы г. Буйнакса. В 1974-1984 гг. – заведующий инфекционным отделением Центральной районной больницы г. Буйнакса. В 1979-1983 гг. – аспирант Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института, в 1984 году защитил кандидатскую диссертацию в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в г. Ленинграде. В 1984-1990 гг. – ассистент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией Дагестанского государственного медицинского института. В 1990-1991 гг. – слушатель курсов по подготовке специалистов резерва ВОЗ, РМАПО (Москва). В 1991-1994 гг. – докторант кафедры инфекционных болезней Московского медико-стоматологического института им. Н.А. Семашко. В 1994 году защитил докторскую диссертацию в ЦНИИЭ МЗ РФ (Москва) на тему: «Клинико-патогенетическое значение нарушений антиокси-

дантной системы, иммунного статуса и их коррекция у больных брюшным тифом и хронических брюшнотифозных бактерионосителей». С 1995 года по настоящее время заведует кафедрой инфекционных болезней им. акад. Г.П. Руднева Дагестанского государственного медицинского университета. В 1996 году ему присвоено звание профессора. Под его руководством защищены 18 кандидатских диссертаций и 1 докторская, выполняются 3 докторские и 4 кандидатские диссертационные работы. Ахмедов Д.Р. является автором более 400 научных работ, из них учебных пособий – 10, монографий – 2, учебников – 2, лекций по инфекционным болезням – 2, разделов национального руководства по инфекционным болезням – 4, межкафедральных программ – 1, патентов на изобретение – 4, рационализаторских предложений – 12. Он организовал и провел 29 всероссийских и республиканских научно-практических конференций по актуальным вопросам с изданием сборников трудов. 18 лет являлся деканом факультета внебюджетного обучения. В 2011 году назначен проректором по научной работе ДГМА. Д.Р. Ахмедов – лауреат премии имени проф. С.М. Рубашова (1982), государственной премии Правительства Российской Федерации (2012 года), академик РАЕН (2006). Государственные награды и звания: «Отличник здравоохранения СССР»; «Отличник изобретательства и рационализации СССР»; «Заслуженный врач Российской Федерации»; «Заслуженный врач Республики Дагестан»; «Заслуженный деятель науки Республики Дагестан»; серебряная медаль ВДНХ СССР, серебряная медаль имени И.П. Павлова, медаль «За заслуги перед ДГМА». Профессор Д.Р. Ахмедов является основателем и главным редактором научно-практического журнала «Вестник ДГМА», который включен в перечень российских рецензируемых научных журналов, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук. Он также является членом редакционного совета журналов «Инфекционные болезни», «Эпидемиология и инфекционные болезни». С 2013 г. по 2016 г. приказом министра здравоохранения РФ был назначен ректором ДГМА.

Джалалутдин Расулович снискал большой авторитет не только как талантливый ученый-инфекционист, организатор научной и врачебной деятельности в РФ и РД, замечательный педагог и наставник молодежи, но и как чуткий, отзывчивый человек, всегда готовый помочь людям. С 2016 года он – председатель Совета старейшин Советского района г. Махачкалы, член Совета старейшин при Главе РД, заместитель председателя диссертационного совета университета, член УМК МЗ РФ.

Ректорат, редакция журнала «Вестник ДГМА», коллеги поздравляют Джалалутдина Расуловича Ахмедова с юбилеем, желают здоровья, творческих успехов, дальнейших научных достижений.

К 65-летию профессора Атаева Алевдина Рашитхановича



8 июля 2022 года исполнилось 65 лет Атаеву Алевдину Рашитхановичу – доктору медицинских наук, заведующему кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главному внештатному травматологу-ортопеду МЗ РД, председателю Дагестанского регионального отделения Ассоциации травматологов-ортопедов России.

Алевдин Рашитханович окончил лечебный факультет Дагестанского государственного медицинского института в 1981 году и был направлен в Белгородскую область. Прошел интернатуру на базе Белгородской областной больницы и с 1982 года работал врачом хирургом, в 1983 г. прошел специализацию по травматологии на базе Харьковского НИИ травматологии и ортопедии, а с 1983 года по 1989 год заведовал хирургическим отделением Октябрьской районной больницы Белгородской области. В 1989 году прошел стажировку по работе с высокоэнергетическими лазерными установками на базе Научно-исследовательского института лазерной хирургии МЗ СССР. С 1989 по 1993 год – ассистент кафедр оперативной хирургии и топографической анатомии, общей хирургии Курского государственного медицинского института. В 1992 году защитил кандидатскую диссертацию по теме «Комплексное лечение гнойно-воспалительных заболеваний пальцев и кисти» под руководством профессора А.Д. Мясникова.

С 1993 года по настоящее время работает на кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ Дагестанского государственного медицинского университета. В 2002 году защитил докторскую диссертацию по теме «Патогенетические подходы к комплексному лечению гнойно-воспалительных забо-

леваний мягких тканей и огнестрельных ран конечностей». В 2013 году избран на должность заведующего кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ ДГМУ.

С 2002 по 2007 год и с 2009 по 2011 год находился в заграничной командировке по линии «Здравэкспорта» МЗ РФ в Республике Йемен, работал в должности ведущего специалиста по ортопедии и травматологии в Республиканском клиническом госпитале г. Сана. Лечебно-практическая деятельность включала консультативный прием и проведение оперативных вмешательств как в ургентном, так и в плановом порядке. Будучи членом общества травматологов-ортопедов Республики Йемен, выступал с докладами на научно-практических конференциях травматологов-ортопедов. Владеет арабским и английским языками.

Прошел специализацию по эндопротезированию крупных суставов на базе РНИИТО им. Р.Р. Вредена в 2011 году. Принимает активное участие в работе Международных и Всероссийских форумов по травматологии и ортопедии, где регулярно выступает с докладами. В 2021 году принял участие в работе Конгресса ортопедов-травматологов Республики Турция в г. Бодрум, где выступил с докладом. Ежегодно совместно с органами практического здравоохранения проводит Всероссийские конференции по актуальным вопросам травматологии и ортопедии с приглашением лекторов из ведущих НМИЦ ТО и вузов. Оказывает лечебно-консультативную помощь практическому здравоохранению. Внештатный травматолог-ортопед Республики Дагестан с 2017 года. Является членом Ассоциации травматологов и ортопедов России, возглавляет Дагестанское региональное отделение АТОР РФ.

Большой вклад вносит в процесс обучения студентов и подготовки врачей травматологов-ортопедов. Организовал и курирует работу студенческого научного кружка.

Он является членом Ученого совета ДГМУ, членом редколлегии рецензируемых научно-практических журналов «Вестник Дагестанской государственной медицинской академии», «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики» и «Современная медицина» (Республика Татарстан).

Основные научные направления: хирургия кисти, оптимизация остеосинтеза при огнестрельных и неогнестрельных переломах конечностей, коррекция посттравматических нарушений костной регенерации. Под его руководством выполняются 4 диссертационные работы.

Является автором более 300 публикаций, 17 патентов, 2 монографий.

Ректорат, редакция журнала «Вестник ДГМА», коллеги поздравляют Алевдина Рашитхановича Атаева с юбилеем, желают здоровья, творческих успехов, дальнейших научных достижений.

К 55-летию профессора Моллаевой Наиды Раджабовны



Моллаева Наида Раджабовна родилась 15 сентября 1967 года. Она доктор медицинских наук, профессор, и.о. проректора по научной работе, заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России.

После окончания вуза она стала работать врачом-психиатром. Прошла интернатуру, первичную специализацию, постепенно завоевала авторитет среди больных. В 2007 году на республиканском конкурсе Наида Моллаева получила звание «Лучший врач-психиатр республики». К этому времени у нее появилась тяга к науке, и она обратилась за помощью к учителям – проф. И.А. Шамову и специалисту в области кровообращения доц. М.А. Магомедову, которые посвятили молодого врача в тайны науки.

В своей докторской диссертации Н. Моллаева изучала распространенность психических расстройств у детей и подростков в эндемичной зоне. Она впервые разработала методику профилактики и реабилитации пограничных психических расстройств у детей и подростков при йододефицитных состояниях.

Наида Моллаева активно ведет учебную, научную и лечебную работу. Она избрана членом Ученого совета, членом Центрального координационного методического совета Дагестанского государственного медицинского университета.

Научная деятельность доктора медицинских наук Н.Р. Моллаевой многогранна и охватывает важнейшие проблемы практической психиатрии. Результатом научно-практической деятельности являются многочисленные публикации, что позво-

ляет практическим врачам использовать весь арсенал рекомендаций в своей повседневной работе.

Автор более 140 научных трудов, рецензируемых ВАК, Scopus и WoS.

В центральной печати изданы 69 научных работ, 35 из которых опубликованы за последние 5 лет, 7 монографий. Под руководством Наиды Моллаевой успешно защитились 2 кандидата медицинских наук и 1 доктор медицинских наук. В настоящее время является научным руководителем 5 аспирантов.

По инициативе Н.Р. Моллаевой организована ассоциация психиатров, наркологов и медицинских психологов РД, председателем которой она избрана, а также является членом правления Всероссийской ассоциации психиатров. Н.Р. Моллаева организует выездные циклы усовершенствования врачей с приглашением ведущих профессоров из Москвы и Санкт-Петербурга.

За вклад в развитие медицинской науки, оказание лечебно-профилактической помощи населению, за заслуги в деле подготовки врачебных кадров и многолетний стаж работы в 2013 г. Н. Р. Моллаевой присвоено почетное звание «Заслуженный врач Республики Дагестан».

В 2016 году Наида Моллаева назначена проректором по научной работе ДГМУ. Работа, проделанная в должности проректора, способствовала повышению публикационной активности вуза, так увеличилось количество статей в журналах WoS, Scopus, ВАК, в журналах 1 и 2 квартиля. Повысились наукометрические показатели вуза.

Проделана колоссальная работа по созданию диссертационного совета вуза. Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 декабря 2020 года ходатайством ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России и на основании рекомендации Высшей аттестационной комиссии при Минобрнауки РФ на базе Дагестанского государственного медицинского университета создан Совет по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук и доктора наук по научным специальностям – внутренние болезни и хирургия.

Являясь профессором кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии ДГМУ, Наида Раджабовна со вниманием и терпением передает свой опыт и знания молодым специалистам, читая лекции, проводя занятия со студентами и ординаторами. Постоянно участвует и сама является организатором семинаров и конференций, на которых выступает с докладами. Наида Моллаева – участник многочисленных научных международных, российских межрегиональных конгрессов, съездов и конференций (КНР, Хорватия, Италия и т.д.).

В рамках международного сотрудничества Дагестанского государственного медицинского университета с зарубежными вузами-партнерами Наида Моллаева читает лекции в режиме онлайн студентам и ординаторам Бухарского и Андижанского института (Узбекистан).

Наида Моллаева – член диссертационного совета ДГМУ, регулярно выступает рецензентом на

апробации кандидатских диссертаций. Является членом редакционных коллегий журналов «Вестник ДГМА», «Экологическая медицина», «Психическое здоровье».

Н.Р. Моллаева является победителем конкурса «Лучший врач года» и награждена медалью «Отличник здравоохранения РД». В связи с многолетней работой ей была присвоена высшая категория врача-психиатра, а в 2016 году Н.Р. Моллаеву,

как известного ученого, приняты действительным членом Международной академии наук. В 2022 году присвоено звание «Заслуженный деятель науки Республики Дагестан» и ученое звание профессора по специальности «Психиатрия и наркология».

Ректорат, редакция журнала «Вестник ДГМА», коллеги поздравляют Наиду Раджабовну Моллаеву с юбилеем, желают здоровья, творческих успехов, дальнейших научных достижений.

ПЕРЕЧЕНЬ ТРЕБОВАНИЙ К МАТЕРИАЛАМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛЕ «ВЕСТНИК ДГМА»

1. Правила публикации материалов в журнале

1.1. В журнале публикуются статьи научно-практического содержания, обзоры, лекции, клинические наблюдения, информационные материалы, рецензии, дискуссии, письма в редакцию, краткие сообщения, информация о научной, учебной и общественной жизни вуза, поздравления юбиляров. Материал, предлагаемый для публикации, должен являться оригинальным, не опубликованным ранее в других печатных изданиях. Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук по следующим научным специальностям: 3.1.4. – Акушерство и гинекология (медицинские науки), 3.1.18. – Внутренние болезни (медицинские науки), 3.1.21. – Педиатрия (медицинские науки), 3.1.22. – Инфекционные болезни (медицинские науки), 3.1.9. – Хирургия (медицинские науки).

1.2. Рекомендуемый объем статьи – 17000-34000 печатных знаков с пробелами (6-12 страниц). Авторы присылают материалы, оформленные в соответствии с правилами журнала, по электронной либо обычной почте или передают лично ответственному секретарю журнала. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редакционной коллегией журнала после ее рецензирования и обсуждения. Решение редколлегии фиксируется в протоколе заседания.

1.3. Все статьи, поступающие в редакцию журнала, проходят рецензирование в соответствии с требованиями ВАК МОН РФ к изданию научной литературы. Статьи рецензируются в порядке, определенном в Положении о рецензировании.

2. Форма представления авторских материалов

2.1. Обязательными элементами публикации являются:

- индекс Универсальной десятичной классификации (УДК) (печатать над названием статьи слева), достаточно подробно отражающий тематику статьи (основные правила индексирования по УДК описаны в сайте <http://www.naukapro.ru/metod.htm>);
- название статьи (заглавными буквами);
- инициалы и фамилия автора (соавторов);
- наименования города, учреждения, кафедры или отдела, где выполнена работа;
- основная часть (структура оригинальной статьи: введение, цель, материал и методы, результаты, заключение или обсуждение с выводами, литература);
- затекстовые библиографические ссылки;
- резюме на русском и английском языках (с переводом фамилии автора, соавторов, названия статьи и ключевых слов) объемом 8-10 строк с включением цели, методов, результа-

тов и выводов исследования;

- сведения об авторе (фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень, ученое звание, адрес учреждения с почтовым индексом) и контактная информация (телефоны, e-mail).

2.2. Общие правила оформления текста

Авторские материалы должны быть подготовлены с установками размера бумаги А4 (210x297 мм), с полуторным межстрочным интервалом. Цвет шрифта – черный, стандартный размер шрифта – 12 кегль. Размеры полей со всех сторон 25 мм. Для акцентирования элементов текста разрешается использовать курсив, полужирный курсив, полужирный прямой. Подчеркивание текста нежелательно.

Все текстовые авторские материалы принимаются в формате RTF (Reach Text Format) или doc. Файл статьи должен быть полностью идентичен напечатанному оригиналу, представленному редакции журнала, или содержать внесенную редакцией правку. Страницы публикации нумеруются, колонтитулы не создаются.

2.3. Иллюстрации

Все иллюстрации должны иметь наименование и, в случае необходимости, пояснительные данные (подрисовочный текст); на все иллюстрации должны быть даны ссылки в тексте статьи. Слово "Рис.", его порядковый номер, наименование и пояснительные данные располагают непосредственно под рисунком. Иллюстрации следует нумеровать арабскими цифрами сквозной нумерацией. Если рисунок один, он не нумеруется.

Чертежи, графики, диаграммы, схемы, иллюстрации, помещаемые в публикации, должны соответствовать требованиям государственных стандартов Единой системы конструкторской документации (ЕСКД)

(www.propro.ru/graphbook/eskd/eskd/gost/2_105.htm)

Электронные полутоновые иллюстрации (фотоснимки, репродукции) должны быть представлены в формате JPG или TIF, минимальный размер 100x100 мм, разрешение 300 dpi.

Штриховые иллюстрации (чертежи, графики, схемы, диаграммы) должны быть представлены в формате AI, EPS или CDR, в черно-белом исполнении. Текстовое оформление иллюстраций в электронных документах: шрифт Times New Roman или Symbol, 9 кегль, греческие символы – прямое начертание, латинские – курсивное.

2.4. Таблицы

Все таблицы должны иметь наименование и ссылки в тексте. Наименование должно отражать их содержание, быть точным, кратким, размещенным над таблицей.

Таблицу следует располагать непосредственно после абзаца, в котором она упоминается впервые. Таблицу с большим количеством строк допускается переносить на другую страницу.

Заголовки граф, как правило, записывают параллельно строкам таблицы; при необходимости

допускается перпендикулярное расположение заголовков граф.

Текстовое оформление таблиц в электронных документах: шрифт Times New Roman или Symbol, 9 кегль, греческие символы – прямое начертание, латинские – курсивное.

2.5. Библиографическое описание

2.5.1. **Основной список литературы** (Литература) оформляется как перечень библиографических записей согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008 (<http://dis.finansy.ru/ofr/gostr7-05-2008.htm>) и помещается после текста статьи. Нумерация литературы сквозная по всему тексту в алфавитном порядке (вначале русскоязычные, затем иностранные). Количество литературных источников не должно превышать 20 для оригинальной статьи, 50 – для обзора. Допускается (за исключением особых случаев) цитирование литературы последних 10 лет выпуска, рекомендуется цитировать авторефераты вместо диссертаций. Для связи с текстом документа порядковый номер библиографической записи в затекстовой ссылке набирают в квадратных скобках в строке с текстом документа.

2.5.2. **Второй список литературы** (References) является полным аналогом списка литературы с источниками на русском языке, в котором библиография на русском языке должна быть представлена латинскими буквами (транслитерация). Транслитерация имен авторов и названий журнала или книжного издания приводится на сайте <http://www.fotosav.ru/services/transliteration.aspx>.

2.6. Форма представления авторских материалов

2.6.1. Текст статьи, резюме (на русском и английском языках), сведения об авторах, распечатанные на принтере в 2 экземплярах, сопроводительное письмо с гербовой печатью учреждения.

2.6.2. Текст статьи, резюме и сведения об авторах в электронном виде на CD или DVD в отдельном файле в формате RTF или doc.

2.6.3. Сведения о каждом авторе: уровень научной подготовки (соискатель, аспирант, докторант, ученое звание, степень), должность, основное место работы, контактные реквизиты (телефон с указанием кода города, адрес электронной почты). Статьи, представляемые для опубликования, следует направлять по **адресу**: 367000, Россия, Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина, 1, в редакцию журнала «Вестник Дагестанской государственной медицинской академии», 4 этаж, кабинет 53, ответственному секретарю.

Тел.: 8(8722)68-20-87.

E-mail: vestnikdgma@yandex.ru.

Статьи, подготовленные без соблюдения вышеизложенных правил, возвращаются авторам без предварительного рассмотрения.

ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ РЕЗЮМЕ К СТАТЬЯМ

Резюме (summary) – один из видов сокращенной формы представления научного текста. Назначение резюме – привлечь внимание читателя, пробудить читательский интерес минимальными языковыми средствами: сообщением сути исследования и его новизны. И то и другое должно быть указано в

резюме, а не подразумеваться. Все научные статьи в журнале должны иметь авторские резюме.

Резюме – особый жанр научного изложения текста, определяющий структуру его содержания. Жанровое отличие резюме от статьи подразумевает отличие в форме изложения. Если в статье должна быть логика рассуждения и доказательства некоего тезиса, то в резюме – констатация итогов анализа и доказательства. Таким образом, формулировки в тексте резюме должны быть обобщенными, но информативными, т.е. построены по предикатам («что сказано»), а не по тематическим понятиям («о чем сказано»).

Существуют требования к объему резюме и структуре содержания. Для статей, публикуемых в журнале «Вестник ДГМА», оптимальный объем авторского резюме на русском и английском языках – 500-900 знаков с пробелами.

В мире принята практика отражать в авторских резюме краткое содержание статьи. Иногда в резюме сохраняется структура статьи – введение, цели и задачи, методы исследования, результаты, заключение (выводы).

Некачественные авторские резюме в статьях повторяют по содержанию название статьи, насыщены общими словами, не излагают сути исследования, недопустимо короткие.

Резюме всегда сопровождается ключевыми словами. Ключевое слово – это слово в тексте, способное в совокупности с другими ключевыми словами представлять текст. Ключевые слова используются главным образом для поиска. Набор ключевых слов публикации (поисковый образ статьи) близок к резюме. Тексты резюме с ключевыми словами должны быть представлены на русском и английском языках.

Качественное авторское резюме на английском языке позволяет:

- ознакомиться зарубежному ученому с содержанием статьи и определить интерес к ней, независимо от языка статьи и наличия возможности прочитать ее полный текст;
- преодолеть языковой барьер ученому, не знающему русский язык;
- повысить вероятность цитирования статьи зарубежными коллегами.

Авторское резюме на русском языке составляется для ученых, читающих на русском языке. Качественные авторские резюме – необходимость в условиях информационно перенасыщенной среды.

ПРАВИЛА И ПОРЯДОК РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ РУКОПИСЕЙ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Все научные статьи, поступившие в редакцию журнала «Вестник ДГМА», подлежат обязательно рецензированию.

Главный редактор, заместитель главного редактора и ответственный секретарь журнала определяют соответствие статьи профилю журнала, требованиям к оформлению и направляют ее на рецензирование специалисту, доктору наук, имеющему наиболее близкую к теме статьи научную специализацию.

Рецензенты уведомляются о том, что присланные им рукописи являются частной собственностью авторов и содержат сведения, не подлежащие разглашению. Рецензентам не разрешается делать копии статей, рецензирование проводится конфиденциально.

Сроки рецензирования определяются ответственным секретарем журнала.

В рецензии должно быть указано: а) соответствует ли содержание статьи ее названию; б) в какой мере статья соответствует современным достижениям в рассматриваемой области науки; в) какова форма подачи материала, соответствует ли она содержанию; г) целесообразно ли опубликование рецензируемой работы; д) каковы главные достоинства и недостатки статьи.

Рецензирование проводится анонимно. Автору статьи предоставляется возможность ознакомиться с текстом рецензии. Нарушение анонимности возможно лишь в случае заявления рецензента о плагиате или фальсификации материала, изложенного в статье.

Если рецензия содержит рекомендации по исправлению и доработке статьи, ответственный секретарь журнала направляет автору текст рецензии с предложением учесть рекомендации при подготовке нового варианта статьи или аргументированно их опровергнуть. Переработанная автором статья повторно направляется на рецензирование.

В случае, когда рецензент не рекомендует статью к публикации, редколлегия может направить статью на переработку с учетом сделанных замечаний, а также направить ее другому рецензенту. Текст отрицательной рецензии направляется автору. Окончательное решение о публикации статьи принимается редколлегией журнала и фиксируется в протоколе заседания редколлегии.

После принятия редколлегией журнала решения о допуске статьи к публикации ответственный секретарь журнала информирует об этом автора и указывает сроки публикации. Текст рецензии направляется автору.

Оригиналы рецензий хранятся в редакции журнала в течение 5 лет.

Подписано в печать 19.09.2022 г. Формат 60x84^{1/8}
Усл.п.л. 11,5. Тираж 2000 экз. Гарнитура "Arial".
Печать офсетная. Бумага мелованная. Заказ №1276.

Отпечатано в типографии ООО «Издательство «Лотос»,
367018, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-т Петра I, 61.
Тел.: 65-16-50, 65-18-58. E-mail: lotos-a1@yandex.ru