

ВЕСТНИК

Дагестанской государственной медицинской АКАДЕМИИ



2019

№ 4(33)

**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

Зав. редакцией: Н.Т.Рагимова

Научный редактор:

И.Г. Ахмедов, д.м.н., доцент

Ответственный редактор:

С.А. Магомедова, к.м.н., доцент

Ответственный за рекламу:

С.З. Османов

Перевод: С.Ш. Заирбекова

Технические редакторы:

З.И. Гусейнова, У.С. Алибекова,

З.У. Мусаева

Цена свободная

Тираж: 2000 экз.

Дата выхода в свет: 24.12.2019 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, № 4 (33), 2019

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

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

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ – д.м.н., проф. Д.А. ШИХНЕБИЕВ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А.-Г.Д. АЛИЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

А.М. АЛИСКАНДИЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Г.Р. АСКЕРХАНОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Н.И. БРИКО, д.м.н., проф., акад. РАН

(Москва, Россия)

С.А. БУЛГАКОВ, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

Р.М. ГАЗИЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Х.М. ГАЛИМЗЯНОВ, д.м.н., проф.

(Астрахань, Россия)

В.Н. ГОРОДИН, д.м.н., доцент

(Краснодар, Россия)

К.Г. ГУРЕВИЧ, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

М.Д. ДИБИРОВ, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

О.М. ДРАПКИНА, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

З.М. ЗАЙНУДИНОВ, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

М.Р. ИВАНОВА, д.м.н., проф.

(Нальчик, Россия)

А.М. ИДАРМАЧЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

М.И. ИСМАИЛОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Н.А. КАСУМОВ, д.м.н., проф.

(Баку, Азербайджан)

В.И. КОЗЛОВСКИЙ, д.м.н., проф.

(Витебск, Беларусь)

И.В. МАЕВ, д.м.н., проф., акад. РАН

(Москва, Россия)

С.М. МАМАТОВ, д.м.н., проф.

(Бишкек, Кыргызстан)

С.Н. МАММАЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

А.Т. МАНШАРИПОВА, д.м.н., проф.

(Алматы, Казахстан)

К.А. МАСУЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Н.Р. МОЛЛАЕВА, д.м.н., доцент

(Махачкала, Россия)

М.С. МУСУРАЛИЕВ, д.м.н., проф.

(Бишкек, Кыргызстан)

Н.С.-М. ОМАРОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Т.О. ОМУРБЕКОВ, д.м.н., проф.

(Бишкек, Кыргызстан)

А.О. ОСМАНОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Л.Я. ПЛАХТИЙ, д.м.н., проф.

(Владикавказ, Россия)

И.М.-К. РАСУЛОВ, д.м.н., доцент

(Махачкала, Россия)

М.З. САИДОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

А.А. СПАССКИЙ, д.м.н., проф.

(Москва, Россия)

Ш.Х. СУЛТОНОВ, д.м.н., проф.

(Душанбе, Таджикистан)

А.А. ХАДАРЦЕВ, д.м.н., проф.

(Тула, Россия)

М.А. ХАМИДОВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

А.Э. ЭСЕДОВА, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.А. АБАКАРОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

С.И. АБАКАРОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

А.А. АБДУЛЛАЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

З.А. АБУСУЕВА, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

А.В. АВЕРЬЯНОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

Р.М. АГАЕВ, д.м.н., проф. (Баку, Азербайджан)

Б.Г. АЛЕКЯН, д.м.н., проф., акад. РАН (Москва, Россия)

П.М. АЛИЕВА, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

Э.Ш. АЛЫМБАЕВ, д.м.н., проф. (Бишкек, Кыргызстан)

Ю.М. АМБАЛОВ, д.м.н., проф. (Ростов-на-Дону, Россия)

М.Г. АРБУЛИЕВ, д.м.н., проф. (Ставрополь, Россия)

С.Д. АРУТЮНОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

Г.Д. АХМЕДОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

С.Ш. АХМЕДХАНОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

С.М. БЕЗРОДНОВА, д.м.н., проф. (Ставрополь, Россия)

С.А. ВАРЗИН, д.м.н., проф. (С.-Петербург, Россия)

Р.С. ГАДЖИЕВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

Г.А. ГАДЖИМИРЗАЕВ, д.м.н., проф.

(Махачкала, Россия)

Н.Ф. ГЕРАСИМЕНКО, д.м.н., проф., акад. РАН

(Москва, Россия)

Г.К. ГУСЕЙНОВ, д.м.н., проф. (Махачкала, Россия)

С.И. ЕМЕЛЬЯНОВ, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

Я.З.ЗАЙДИЕВА, д.м.н., проф. (Москва, Россия)

Д.Г. ИОСЕЛИАНИ, д.м.н., проф., чл.-корр. РАН

(Москва, 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)

С.-М.А. ОМАРОВ, д.м.н., проф., чл.-корр. РАН

(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

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Возможность медикаментозной коррекции моделирования миокарда левого желудочка у пожилых пациентов с гипертонической болезнью

К.А. Масуев, Л.Х. Гаджиева, М.И. Ибрагимова, Н.У. Чамсутдинов..... 5

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Состояние заболеваемости гепатитом В с дельта-агентом в Республике Дагестан

С.А. Магомедова, В.В. Макашова, Е.А. Арбулиева, З.Г.Тагирова, Х.Г. Омарова..... 11

Рожистое воспаление в клинической практике врача-инфекциониста и хирурга

Х.Д. Перадзе, О.А. Петрова, Г.К. Церцвадзе, А.Г. Рыкачевская, С.Н. Тонян, Н.А. Гусаков..... 16

ХИРУРГИЯ

Тяжесть артериальной гипертензии и частота хронических заболеваний вен нижних конечностей у мужчин трудоспособного возраста

С.В. Летягина, Т.Ю. Агафонова, В.М. Баев..... 22

ОНКОЛОГИЯ

Клинико-морфологические ориентиры осуществления реконструкции груди после мастэктомии по поводу рака

Н.С. Романенков, К.Н. Мовчан, В.В. Хижа, Ю.М. Морозов, Б.С. Артюшин, Р.М. Гедгафов, О.И. Яковенко..... 26

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Исходы родов у беременных с преждевременным излитием околоплодных вод

И.И. Тошева, Н.Г. Ашурова..... 34

Оценка результатов внедрения жидкостной цитологии в Республике Дагестан как метода скрининга рака шейки матки

Н.Д. Сулейманова, С.М. Хархачаева, Р.Н. Шахсинова, А.Г.Хархаров, Г.В. Лёшкина, К.Р. Джаппарова.... 38

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Принцип мультимодальности в анестезии при опухолях головного мозга с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией

Н.Д. Даниялова, Р.М. Бабаев, А.А. Абусуев, С.Р. Рабаданова, А.Ш. Асельдерова, И.А. Магомедова... 44

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Саркоидоз верхних дыхательных путей с кожными проявлениями

Д.А. Шихнебиев, Ю.А. Джамалутдинов, Э.Д. Шихнабиева, П.Ю. Джамалутдинова..... 50

Клинический случай консервативного лечения пульпита постоянного зуба методом прямого покрытия

Н.Ю. Дмитриенко, Л.Р. Сарап, К.О. Кудрина..... 54

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Хронический эндометрит: патогенетические аспекты

Д.Х. Амриева, Ю.А. Петров..... 59

ДИСКУССИИ

Шкальные системы прогнозирования течения и исхода перитонита и абдоминального сепсиса

Ю.С. Остроумова, И.М. Батыршин, Н.Р. Насер, Д.С. Склизков, Е.П. Рязанова, М.А. Бородина, С.А. Шляпников..... 64

ЮБИЛЕЙ

К 85-летию профессора Сулаквелидзе Тамары Сергеевны 72

К 80-летию профессора Бакуева Максудина Маккидиновича 73

К 80-летию профессора Загидова Магомеда Загидовича 74

К 70-летию профессора Магомедова Мухумы Магомедовича 75

К 65-летию профессора Шихнебиева Даира Абдулкеримовича 76

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ..... 77

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 (<http://vak.ed.gov.ru/87>)

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

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: 24.12.2019

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, № 4 (33), 2019

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

**DEPUTY EDITOR –
PROFESSOR N.U. Chamsutdinov**

EXECUTIVE SECRETARY – D.A. Chikhnebiew

EDITORIAL BOARD

A.-G. Aliyev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
A.M. Aliskandiev, MD, Prof.
(Makhachkala, Russia)
G.R. Askerkhanov, MD, 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)
Kh.M. Galimzyanov, MD,
Prof. (Astrakhan, 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)
M.I. Ismailov, MD Prof.
(Makhachkala, Russia)
M.R. Ivanova, MD, Prof.
(Nalchik, 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, ass. Prof.
(Moscow, Russia)
Sh.R. Sultonov, MD, Prof.
(Tajikistan, Dushanbe)
Z.M. Zainudinov, MD, Prof.
(Moscow, Russia)

EDITORIAL COUNCIL

A.A. Abakarov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
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. Alekhanov, 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)
M.G. Arbuliev, MD, Prof. (Makhachkala, 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)
G.A. Gadzhimirzaev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
R.S. Gadzhiev, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
N.F. Gerasimenko, MD, Prof. (Moscow, Russia)
G.K. Guseynov, MD, Prof. (Makhachkala, Russia)
D.G. Ioseliani, MD, Prof. (Moscow, 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)
S.-M.A. Omarov, 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

INTERNAL MEDICINE

Possibility of medicinal correction of simulation of left ventricular myocardium in elderly patients with hypertension disease

K.A. Masuev, L.KH. Gadzhiyeva, M.I. Ibragimova, N.U. Chamsutdinov..... 5

INFECTIOUS DISEASES

Hepatitis morbidity state with delta agent in the Republic of Dagestan

S.A. Magomedova, V.V. Makashova, E.A. Arbulieva, Z.G. Tagirova, Kh.G. Omarova..... 11

Erysipelas in clinical practice of infectious disease physician and surgeon

Kh.D. Peradze, O.A. Petrova, G.K. Cercvadze..... 16

SURGERY

The severity of arterial hypertension and the frequency of chronic diseases of the veins of the lower limbs in men

S.V. Letyagina, T.Yu. Agafonova, V.M. Baev..... 22

ONCOLOGY

Clinical-morphological landmarks for breast reconstruction after mastectomy in cancer cases

N.S. Romanenkov, K.N. Movchan, V.V. Khizha, Yu.M. Morozov, B.S. Artyushin, R.M. Gedgafov, O.I. Yakovenko 26

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Results of rupture of membranes in preterm during pregnancy

I.I. Tosheva, N.G. Ashurova 34

Evaluation of the results of liquid cytology implementation in the Republic of Dagestan as a method of cervical cancer screening

N.D. Suleimanova, S.M. Kharkhachayeva, R.N. Shakhsinova, A.G. Kharkharov, G.V. Leshkina, K.R. Dzhapparova..... 38

ANESTHESIOLOGY AND RESUSCITATION

The principle of multimodality in anesthesia of brain tumors with accompanying pathology of the cardiovascular system

N.D. Daniyalova, R.M. Babaev, A.A. Abusuev, S.R. Rabadanova, A.Sh. Aselderova, I.A. Magomedova..... 44

CASE STUDY

Laryngeal sarcoidosis with cutaneous manifestations

D.A. Shikhnebiev, Yu.A. Dzhamalutdinov, E.D. Shikhnabieva, P.Yu. Dzhamalutdinova..... 50

Clinical case of conservative treatment of pulpitis by direct capping in a permanent tooth

N.Yu. Dmitrienko, L.R. Sarap, K.O. Kudrina 54

LITERATURE REVIEW

Chronic endometritis: pathogenetic aspects

D.Kh. Amrieva, Yu.A. Petrov..... 59

DISCUSSION

Scoring system for predicting the course and outcome of peritonitis and abdominal sepsis

Y.S. Ostroumova, I.M. Batyrshin., N.R. Naser, D.S. Sklizkov, E.P. Rayzanova, M.A. Borodina, S.A. Shlyapnikov..... 64

JUBILEE

On the 85th anniversary of Professor Sulakvelidze Tamara Sergeevna..... 72

On the 80th anniversary of Professor Bakuev Maksudin Makkidinovich..... 73

On the 80th anniversary of Professor Zagidov Magomed Zagidovich..... 74

On the 70th anniversary of Professor Magomedov Mukhuma Magomedovich..... 75

On the 65th anniversary of Professor Shikhnebiev Dair Abdulkherimovich..... 76

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS..... 77

УДК 616.12-008.311:616.127-002-053.9-085

Возможность медикаментозной коррекции моделирования миокарда левого желудочка у пожилых пациентов с гипертонической болезнью**К.А. Масуев¹, Л.Х. Гаджиева², М.И. Ибрагимова², Н.У. Чамсутдинов¹**¹ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала;²ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2», Махачкала**Резюме**

У 80 пациентов старше 60 лет (57 женщин и 23 мужчины, средний возраст $72,4 \pm 6,5$ лет), страдающих гипертонической болезнью II - III стадии, изучалось влияние антигипертензивной терапии на моделирование миокарда левого желудочка. Все пациенты прошли эхокардиографическое исследование, ЭКГ и холтеровское мониторирование ЭКГ. Преобладающим типом ремоделирования левого желудочка оказалась концентрическая гипертрофия, которая встречалась чаще, чем концентрическое ремоделирование и эксцентрическая гипертрофия левого желудочка. Через 24 недели комбинированной терапии препаратами экватор и нолипрел выявлена позитивная динамика ультразвуковых показателей сердца. Однако динамика исследованных эхокардиографических показателей в группе принимавших нолипрел оказалась статистически достоверно выше в сравнении с больными, принимавшими другие препараты. Полученные результаты позволяют утверждать, что у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих гипертонической болезнью высокого и очень высокого риска антигипертензивная терапия комбинированными препаратами позволяет достичь с высокой степенью достоверности обратной динамики ремоделирования левого желудочка.

Ключевые слова: ремоделирование левого желудочка, артериальная гипертензия, пациенты старше 60 лет, комбинированная антигипертензивная терапия.

Possibility of medicinal correction of simulation of left ventricular myocardium in elderly patients with hypertension disease**К.А. Masuev¹, L.KH. Gadzhiyeva², M.I. Ibragimova², N.U. Chamsutdinov¹**¹FSBEI HE «Dagestan State Medical University» MH RF, Makhachkala;²SBI RD «Republican Clinical Hospital № 2», Makhachkala**Summary**

In 80 patients older than 60 years (57 women and 23 men, average age 72.4 ± 6.5 years) suffering from stage II – III hypertension, the effect of antihypertensive therapy on the modeling of the left ventricle myocardium was studied. All patients underwent echocardiography, ECG and Holter ECG monitoring. The predominant type of left ventricular remodeling was concentric hypertrophy, which was more common than concentric remodeling and left ventricular eccentric hypertrophy. After 24 weeks of combination therapy with equator and noliprel, positive dynamics of ultrasound parameters of the heart revealed. However, the dynamics of the studied echocardiographic parameters in the group taking noliprel was statistically significantly higher in comparison with patients taking other drugs. The results obtained suggest that in elderly and senile patients suffering from high and very high-risk hypertensive disease, antihypertensive therapy with combined drugs allows the reverse dynamics of remodeling of the left ventricle to be achieved with a high degree of reliability.

Key words: left ventricular remodeling, arterial hypertension, patients older than 60 years, combined antihypertensive therapy.

Введение

В последние годы Правительством Российской Федерации и Минздравом России уделяется огромное внимание пациентам пожилого и старческого возраста. Приказом МЗ РФ за №38н от 29.01.2016 г. утверждены правила организации и оказания медицинской помощи этим пациентам, согласно которым основной целью проводимых мероприятий является предупреждение преждевременного старения, сохранение и восстановление способности пациентов к самообслуживанию,

функциональной активности, улучшение качества их жизни и снижение смертности.

Тем не менее у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, в том числе фатальных (инсульта, инфаркта, прогрессирование хронической сердечной недостаточности), значительно увеличивается с возрастом [7].

При АГ, независимо от возраста, развивается ремоделирование сердца, приводящее к нарушениям систолической и диастолической функций левого желудочка, являющихся предикторами развития острой и хронической сердечной недостаточности [5].

Известно 4 типа ремоделирования левого желудочка у пациентов с АГ [10]. При этом тип ремоделирования значительно влияет на прогноз сердечно-сосудистых событий, в том числе на прогрессирование хронической сердечной недоста-

Для корреспонденции:

Масуев Кубатай Аскандарович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Тел.: 89289616390

Статья поступила 7.10.2019 г., принята к печати 28.11.2019 г.

точности, развитие аритмий и показатели смертности [6, 12].

Цель исследования: определить особенности ремоделирования левого желудочка у пожилых пациентов с гипертонической болезнью II - III стадии в зависимости от возраста, гендерных особенностей, стажа заболевания, а также изучить характер аритмий при различных типах ремоделирования и возможности «деремоделирования» миокарда под влиянием антигипертензивной терапии.

Материал и методы

Объектом исследования послужили 80 пациентов с эссенциальной АГ II-III стадии в возрасте от 60 до 86 лет (57 женщин и 23 мужчины, средний возраст $72,4 \pm 6,5$ лет). Все пациенты относились к группам высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Критериями включения в исследование явились: наличие эссенциальной АГ II - III стадии и/или ишемической болезни сердца (ИБС) со стабильным I-III функциональным классом стенокардии; электрокардиографические (ЭКГ) и эхокардиографические (ЭхоКГ) признаков гипертрофии миокарда ЛЖ; нерегулярный прием антигипертензивных средств до начала исследования.

II степень АГ была установлена у 6 (7,5 %), III степень – у 72 (92,5 %) пациентов. У 60 пациентов (75%) имела коморбидность с ИБС, со стабильным I-III ФК стенокардии, у 2 (2,5 %) – с сахарным диабетом, у 16 (20%) – с ИБС, со стабильным I-III ФК стенокардии и сахарным диабетом. Изолированная систолическая гипертония была выявлена у 35 (44%) пациентов. Средняя длительность заболевания составила $19,6 \pm 6,8$ лет, индекс массы тела у мужчин – $28,1 \pm 2,17$ кг/м², у женщин – $28,1 \pm 3,54$ кг/м² ($p=0,92$). У всех обследованных пациентов

имелись ЭКГ и ЭхоКГ признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Пациенты до начала исследования принимали антигипертензивные лекарственные средства нерегулярно. Диагноз и степень тяжести АГ определяли согласно рекомендациям Российского медицинского общества по АГ и Всероссийского научного общества кардиологов [4].

ЭхоКГ исследование проводилось с помощью эхокардиографа "Vivid 7 Pro" (компания General Electric Medical Systems, Норвегия). ЭхоКГ показатели анализировались с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Холтеровское мониторирование ЭКГ проводилось на аппарате «Инкарт» (Санкт-Петербург).

Влияние комбинированной терапии (периндоприл/индапамид и лизиноприл/амлодипина) на процессы «деремоделирования» миокарда у обследованных пациентов оценивалось после 24 недель их применения.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного пакета Statistica-6.0, разработанного компанией StatSoft .Inc. 1984-2001.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным ЭхоКГ исследований, у 30 (37,5%) пациентов выявлено концентрическое ремоделирование левого желудочка, у 36 (45,0%) – концентрическая гипертрофия левого желудочка и у 14 (17,5%) – эксцентрическая гипертрофия левого желудочка, что согласуется с литературными данными [12].

Учитывая высокую частоту выявления всевозможных нарушений ритма у пожилых больных с АГ, представляла несомненный интерес оценка взаимосвязи аритмий в зависимости от типа ремоделирования левого желудочка (табл. 1).

Таблица 1

Виды аритмий у пациентов с различными типами ремоделирования левого желудочка

Виды аритмий	Тип ремоделирования		
	Эксцентрическая гипертрофия	Концентрическая гипертрофия	Концентрическое ремоделирование
Наджелудочковая экстрасистолия	10	5,1	20,1
Желудочковая экстрасистолия	1,6	3,2	2,4
Фибрилляция предсердий	1,6	6,5	2,9
Наджелудочковая экстрасистолия + желудочковая экстрасистолия	3,1	30,6	7,1

Как показывают результаты исследований, у пациентов с концентрической гипертрофией левого желудочка отмечалось наибольшее количество нарушений ритма сердца, в том числе прогностически неблагоприятных. Так, наджелудочковая экстрасистолия чаще определялась при эксцентрической гипертрофии левого желудочка (у 71,4% пациентов) и концентрическом ремоделировании левого желудочка (у 66,7% пациентов), реже – при концентрической гипертрофии левого желудочка (у 13,9% пациентов). Сочетание наджелудочковой и желу-

дочковой экстрасистолий чаще определялось при концентрической гипертрофии левого желудочка (у 86,1% пациентов), реже – при концентрическом ремоделировании левого желудочка (у 23,3% пациентов) и эксцентрической гипертрофии левого желудочка (у 21,4% пациентов).

По данным ЭхоКГ изучался характер ремоделирования левого желудочка в зависимости от возраста пациентов. При этом в первую группу вошли пациенты в возрасте от 60 до 74 лет, во вторую – от 75 лет и выше (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная оценка эхокардиографических критериев ремоделирования левого желудочка у обследованных групп пациентов (M±m)

Показатели	I группа (n=53)	II группа (n=27)	p
Левое предсердие, см	4,2±0,27	4,1±0,2	0,66
Конечный диастолический размер, см	4,9±0,5	4,8±0,46	0,27
Конечный систолический размер, см	3,0±0,6	2,9±0,36	0,52
Межжелудочковая перегородка, см	1,2±0,08	1,2±0,08	0,12
Задняя стенка левого желудочка, см	1,2±0,09	1,2±0,11	0,21
Масса миокарда левого желудочка, г	238,4±41,02	235,7±48,02	0,79
Индекс массы миокарда левого желудочка, г/см ²	118,9±19,02	118,8±14,75	0,98
Фракция выброса, %	68,9±9,05	68,8±5,62	0,99
Е/А	0,68±0,102	0,63±0,104	0,08

Примечание: Е/А - отношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения

Как видно из представленных данных, показатели эхокардиографии не имели значимых расхождений в исследованных группах пациентов ($p > 0,05$). В то же время у исследованных пациентов отмечалось увеличение левого предсердия, задней стенки левого желудочка, массы миокарда левого желудочка и его индекса. Проведенные исследования показывают, что тип ремоделирования

левого желудочка не зависит от возраста пациентов.

Нами установлена слабая, обратная корреляционная связь критериев ремоделирования и отношений максимальных скоростей раннего и позднего наполнений ($r = -0,31$). Корреляционная связь остальных критериев ремоделирования с возрастом пациентов отсутствовала (рисунок).

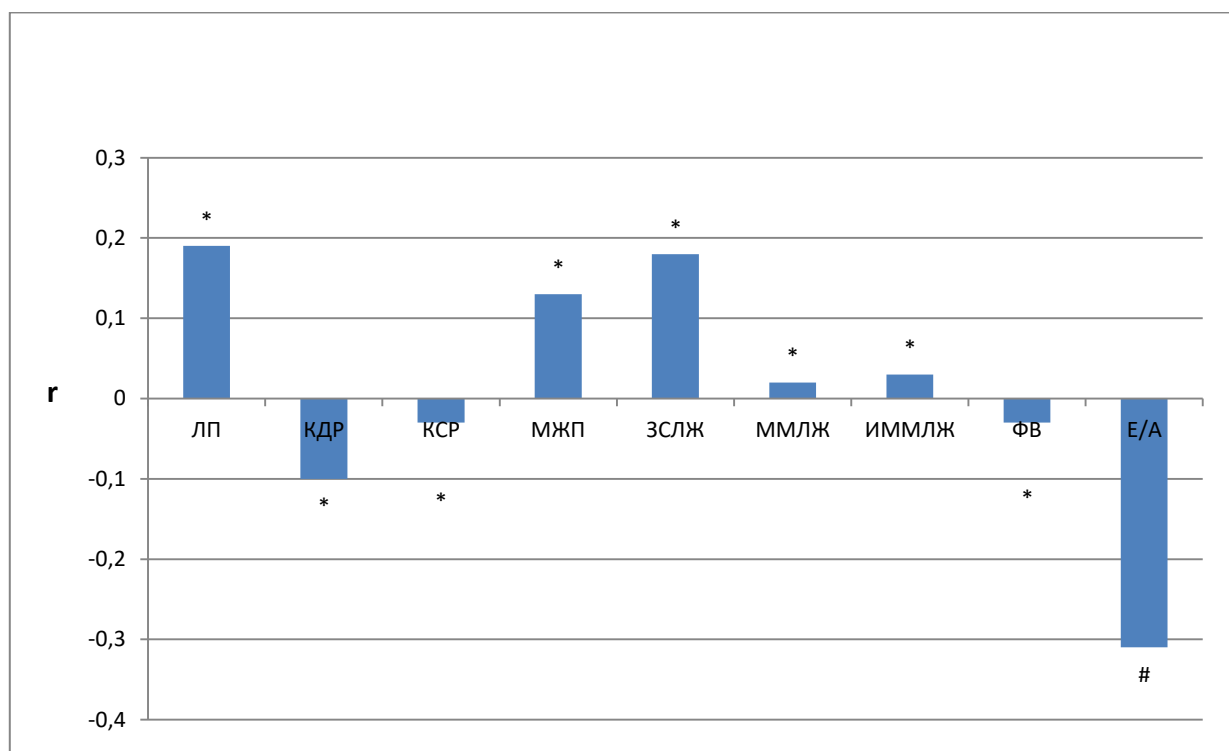


Рисунок. Коэффициент корреляции Пирсона между ЭхоКГ показателями и возрастом исследованных пациентов

Примечание: * - $p > 0,05$; # - $p < 0,05$

В лечении пожилых пациентов с АГ, помимо достижения целевого уровня АД, очень важно добиваться улучшения прогноза заболевания, защиты органов-мишеней и в конечном итоге снижения смертности [8, 9].

Для достижения этой цели, по данным ряда рандомизированных клинических исследований,

многим пациентам с АГ требовалось применение комбинированной терапии из двух и более препаратов. Согласно рекомендаций Американской ассоциации сердца и Американской Коллегии кардиологов (2011 г.), не следует назначать антигипертензивную терапию всем пациентам с АГ старше 80 лет. При назначении этим пациентам анти-

гипертензивной терапии врач должен учитывать общее состояние пациентов и переносимость проводимого лечения [11]. В то же время недостаточно проработаны вопросы возможности «деремоделирования» миокарда у пациентов пожилого возраста под влиянием антигипертензивной терапии [1, 9]. В связи с этим нами была предпринята попытка оценить влияние наиболее популярных комбинаций антигипертензивных препаратов на процессы ремоделирования левого желудочка. При этом представляет интерес изучение влияния на процессы ремоделирования левого желудочка у пациентов с АГ фиксированных лекарственных форм: нолипрела (комбинация ингибитора АПФ периндоприла А и тиазидного диуретика индапамида) и экватора (комбинация иАПФ лизиноприла с антагонистом кальция амлодипином) [13].

Исследованные пациенты были рандомизированы нами на 3 группы. Пациенты 1 группы получали нолипрел, 2 группы – экватор. 3 группа пациентов явилась группой контроля, которая получала терапию ингибиторами АПФ (диротон, или престариум, или знап) в сочетании с бета-блокатором бисопрололом. Результаты лечения оценивались через 24 недели.

Во всех сравниваемых группах до лечения характеристики ЭхоКГ показателей также достоверно не различались.

При анализе полученных результатов во всех группах обследованных динамика изменения ЭхоКГ показателей оказалась достоверной. При этом в 1 группе пациентов размеры левого предсердия, а также показатели конечно-диастолического размера и межжелудочковой перегородки оказались достоверно ниже, чем во 2 и 3 группах пациентов. Изменения конечно-систолического размера до и после лечения в контрольной группе, в отличие от пациентов 1- 2 групп, оказались статистически недостоверными ($P > 0,05$). Необходимо подчеркнуть, что во всех группах сравнения наблюдалось статистически значимое улучшение фракции выброса левого желудочка, но при этом в группе нолипрела этот показатель оказался лучше, чем в остальных группах.

Изменения в динамике индекса массы миокарда левого желудочка на фоне лечения были достоверны во всех группах больных, однако наибольшее его снижение было выявлено в 1-й группе пациентов. Так, показатели индекса массы миокарда левого желудочка в 1 группе пациентов снизились на 9% (от $121,6 \pm 16,42$ до $111,0 \pm 13,59$) ($p < 0,05$), во 2 группе – на 7% (от $122,9 \pm 12,69$ до $114,1 \pm 11,82$) ($p < 0,05$), в группе контроля – на 5% (от $124,2 \pm 15,83$ до $118,5 \pm 15,3$) ($p < 0,05$). Показатели массы миокарда левого желудочка также достоверно снизились через 24 недели от начала лечения во всех группах больных. Однако наибольшее его снижение было отмечено в 1 группе пациентов. Так, масса миокарда левого желудочка у пациентов 1 группы снизилась на 11% (от $229,2 \pm 47,91$ до $204,7 \pm 51,01$), во 2 группе – на 7% (от $244,1 \pm 43,79$ до $228,5 \pm 43,01$) ($p < 0,05$) и в 3 группе – на 6% (от $240,0 \pm 36,2$ до $227,3 \pm 35,44$) ($p < 0,05$). Также проведенное лечение отразилось и на диастолической функции, что вы-

ражалось в достоверном увеличении отношения максимальных скоростей раннего и позднего наполнения Е/А во всех группах исследования.

Заключение

Как показали проведенные исследования, у пациентов пожилого и старческого возраста с гипертонической болезнью II – III стадии преобладает концентрическая гипертрофия левого желудочка, что определяет высокий уровень сердечно-сосудистого риска у этих пациентов.

При анализе ЭхоКГ признаков ремоделирования ЛЖ, выявленных у больных пожилого и старческого возраста (увеличение размеров ЛП, утолщение стенок ЛЖ, увеличение ММЛЖ и ИММЛЖ), во всех возрастных группах различия не носили достоверный характер

Наибольшее количество нарушений ритма сердца, в том числе прогностически неблагоприятных, были обнаружены у пациентов с концентрической гипертрофией левого желудочка. В то же время проведение терапии фиксированной комбинацией иАПФ и диуретика (нолипрел) и иАПФ с антагонистом кальция (экватор) у данной категории больных оказывает благоприятное влияние на процессы ремоделирования левого желудочка. При этом наилучшим «деремоделированным» действием у пациентов пожилого и старческого возраста обладает комбинация иАПФ и диуретика (нолипрел).

Таким образом, в нашем исследовании удалось показать, что у больных гипертонической болезнью пожилого и старческого возраста адекватная терапия комбинированными гипотензивными препаратами способна подвергнуть обратному развитию процессы ремоделирования миокарда левого желудочка и улучшить его систолическую и диастолическую функции, что подтверждает мнение о необходимости адекватного контроля артериального давления у всех пациентов, независимо от возрастного состава и стажа заболевания [1, 2, 3].

Литература

1. Гаджиева Л.Х. Возможности деремоделирования сердца у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией на фоне комбинированной гипотензивной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Махачкала, 2014.
2. Гаджиева Л.Х., Масуев К.А., Ибрагимов М.И. Динамика эхокардиографических показателей у больных артериальной гипертонией пожилого и старческого возраста на фоне комбинированной гипотензивной терапии в зависимости от типа ремоделирования левого желудочка // Российский кардиологический журнал. 2013. N 5. P. 50-55.
3. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В., Арутюнов Г.П., Баранова Е.И., Барбараш О.Л., Виллевалде С.В., Галявич А.С., Глезер М.Г., Драпкина О.М., Котовская Ю.В., Либис Р.А., Лопатин Ю.В., Недошивин А.О., Остроумова О.Д., Ратова Л.Г., Ткачева О.Т., Чазова И.Е., Чумакова Г.А. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского общества кардиологов/Европейского общества по артериальной гипер-

- тензии по лечению артериальной гипертензии 2018 г. // Российский кардиологический журнал. 2018. Т. 23 (12). С. 131-142.
4. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Нибиеридзе Д.В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов // Системные гипертензии. 2010. № 3. С. 5-26.
 5. Albakri A. Hypertensive heart failure: A review of clinical status and meta-analyses of prognostic value of echocardiography and antihypertensive medication // Integr. Mol. Med. 2018. V. 5(6). P. 1-16.
 6. Aronow W.S. Hypertension and left ventricular hypertrophy // Ann. Transl. Med. 2017. V. 5 (15). P. 310.
 7. Chang W.T., Chen J.S., Tsai M.H., Tsai W.C., Juang J.N., Liu P.Y. Interplay of Aging and Hypertension in Cardiac Remodeling: A Mathematical Geometric Model // PLoS ONE. 2016. V. 11 (12). E 0168071.
 8. Liu P., Zheng J.-G. Blood Pressure Targets in the Hypertensive Elderly // Chin. Med. J. 2017. V. 130 (16). P. 1968–1972.
 9. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K., Redon J., Zanchetti A., Böhm M. ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. 2013. V. 34. P. 2159–219.
 10. Rodrigues J.C.L., Amadu A.M., Dastidar A.G., Szanthy G.V., Lyen S.M., Godsavage C., Ratcliffe L.E.K., Burchell A.E., Hart E.C., Hamilton M.C.K., Nightingale A.K., Paton J.F.R., Manghat N.E., Bucciarelli-Ducci C. Comprehensive characterisation of hypertensive heart disease left ventricular phenotypes // Heart. 2016. V. 102 (20). P. 1671–1679.
 11. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. 2007. V. 25. P. 1105-1187.
 12. Tomek J., Bub G. Hypertension-induced remodelling: on the interactions of cardiac risk factors // J. Physiol. 2017. V. 595 (12). P. 4027-4036.
 13. Williams B., Mancia G., Spiering W. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart. J. 2018. V. 39 (33). P. 3021-3104.
- References**
1. Gadzhiyeva L.Kh. Vozmozhnosti deremodirovaniya serdtsa u lits pozhilogo i starcheskogo voz-rasta s arterial'noy gipertoniyei na fone kombinirovannoy gipotenzivnoy terapii [Possibilities of heart remodeling in elderly and senile patients with arterial hypertension in combination with antihypertensive therapy]: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Makhachkala, 2014.
 2. Gadzhiyeva L.Kh., Masuyev K.A., Ibragimova M.I. Dinamika ekhokardiograficheskikh pokazateley u bol'nykh arterial'noy gipertoniyei pozhilogo i starcheskogo vozrasta na fone kombinirovannoy gipotenzivnoy terapii v zavisimosti ot tipa remodelirovaniya levogo zheludochka [Dynamics of echocardiographic parameters in elderly and senile arterial hypertension patients with combined antihypertensive therapy depending on the type of left ventricular remodeling] // Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal. 2013. N 5. P. 50-55.
 3. Kobalava Zh.D., Konradi A.O., Nedogoda S.V., Arutyunov G.P., Baranova Ye.I., Barbarash O.L., Villeval'deS.V., Galyavich A.S., Glezer M.G., Drapkina O.M., Kotovskaya Yu.V., Libis R.A., Lopatin Yu.V., Nedoroshivina A.O., Ostroumova O.D., Ratova L.G., Tkacheva O.T., Chazova I.Ye., Chumakova G.A. Memorandum ekspertov Rossiyskogo kardiologicheskogo obshchestva po rekomendatsiyam Yevropeyskogo obshchestva kardiologov/Yevropeyskogo obshchestva po arterial'noy gipertenzii po lecheniyu arterial'noy gipertenzii 2018 g. [Memorandum of Experts of the Russian Cardiology Society on the recommendations of the European Society of Cardiology / European Society for Arterial Hypertension for the treatment of arterial hypertension in 2018] // Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal. 2018. T. 23 (12). S. 131-142.
 4. Chazova I.Ye., Ratova L.G., Boytsov S.A., Nibiye-ridze D.V. Diagnostika i lecheniye arterial'noy gipertenzii. Rekomendatsii Rossiyskogo medi-tsinskogo obshchestva po arterial'noy gipertonii i Vserossiyskogo nauchnogo obshchestva kardiologov [Diagnosis and treatment of arterial hypertension. Recommendations of the Russian Medical Society for Arterial Hypertension and the All-Russian Scientific Society of Cardiology] // Sistemnyye gipertenzii. 2010. № 3. S. 5-26.
 5. Albakri A. Hypertensive heart failure: A review of clinical status and meta-analyses of prognostic value of echocardiography and antihypertensive medication // Integr. Mol. Med. 2018. V. 5(6). P. 1-16.
 6. Aronow W.S. Hypertension and left ventricular hypertrophy // Ann. Transl. Med. 2017. V. 5 (15). P. 310.
 7. Chang W.T., Chen J.S., Tsai M.H., Tsai W.C., Juang J.N., Liu P.Y. Interplay of Aging and Hypertension in Cardiac Remodeling: A Mathematical Geometric Model // PLoS ONE. 2016. V. 11 (12). E 0168071.
 8. Liu P., Zheng J.-G. Blood Pressure Targets in the Hypertensive Elderly // Chin. Med. J. 2017. V. 130 (16). P. 1968–1972.
 9. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K., Redon J., Zanchetti A., Böhm M. ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. 2013. V. 34. P. 2159–219.
 10. Rodrigues J.C.L., Amadu A.M., Dastidar A.G., Szanthy G.V., Lyen S.M., Godsavage C., Ratcliffe L.E.K., Burchell A.E., Hart E.C., Hamilton M.C.K., Nightingale A.K., Paton J.R., Manghat N.E., Bucciarelli-Ducci C. Comprehensive characterisation of hypertensive heart disease left ventricular phenotypes // Heart. 2016. V. 102 (20). P. 1671–1679.
 11. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. 2007. V. 25. P. 1105-1187.
 12. Tomek J., Bub G. Hypertension-induced remodeling: on the interactions of cardiac risk factors // J. Physiol. 2017. V. 595 (12). P. 4027-4036.
 13. Williams B., Mancia G., Spiering W. 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart. J. 2018. V. 39 (33). P. 3021-3104.
- Сведения о соавторах:**
Гаджиева Лайла Хидириевна – кандидат медицинских наук, заведующая отделением кардиологии ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2».
 E-mail: lailagadjieva@yandex.ru
 Тел.: 89604094362
- Ибрагимова Мадина Ибрагимовна* – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по лечебной работе ГБУ РД «Республиканская клиническая больница №2».
 Тел. 89094851140

Чамсутдинов Наби Умматович – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: nauchdoc60@mail.ru
Тел.: +79604094661.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

24 декабря 2019 г. в Научно-образовательном инновационном центре ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России по адресу: г. Махачкала, проспект И.Шамяля, 44 состоится Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы фармации, фармакологии и клинической фармакологии», посвященная 20- летию фармацевтического факультета ДГМУ.

Приглашаются профессора, доценты и ассистенты кафедр, аспиранты, клинические ординаторы, студенты старших курсов медицинских вузов и практикующие врачи

Оргкомитет

УДК 616.36-002.2-07(470.67)

Состояние заболеваемости гепатитом В с дельта-агентом в Республике Дагестан**С.А. Магомедова¹, В.В. Макашова², Е.А. Арбулиева¹, З.Г. Тагирова¹, Х.Г. Омарова²**¹ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала;²Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва**Резюме**

В статье проведен анализ динамики заболеваемости гепатитами В и D в Республике Дагестан за последние 10 лет. Рост заболеваемости гепатитами в республике обусловлен недостаточно эффективной вакцинацией против гепатита В. HDV-инфекция представляет собой одно из самых тяжелых и быстро прогрессирующих заболеваний печени с высоким риском развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Так, среди исследованных нами 145 больных цирроз развивался, в среднем, в течение 10-15 лет и был диагностирован в 50% случаев. Частота встречаемости гепатита D у лиц, инфицированных HBV в Республике Дагестан, составляет 5-15%, что позволяет отнести ее к регионам с умеренной эндемичностью.

Ключевые слова: гепатит, дельта-вирус, заболеваемость, Республика Дагестан, цирроз.

Hepatitis morbidity state with delta agent in the Republic of Dagestan**S.A. Magomedova¹, V.V. Makashova², E.A. Arbulieva¹, Z.G. Tagirova¹, Kh.G. Omarova²**¹ FSBEI HE "Dagestan State Medical University" MH RF, Makhachkala;² Central Research Institute of epidemiology of Russian Consumer Supervision, Moscow**Summary**

The article analyzes the dynamics of the incidence of hepatitis B and D in the Republic of Dagestan over the past 10 years. The increase in the incidence of hepatitis is associated with insufficiently effective vaccination against hepatitis B in the country. HDV infection is one of the most severe and rapidly progressive liver diseases with a high risk of developing cirrhosis and hepatocellular carcinoma. So among the patients studied by us, the stage of cirrhosis was diagnosed in 50% of cases, cirrhosis developed, on average, within 10-15 years. The incidence of hepatitis D in people infected with HBV in the Republic of Dagestan is 5-15%, which makes it possible to attribute it to regions with moderate endemicity.

Key words: hepatitis B, delta virus, incidence, Republic of Dagestan, cirrhosis.

Исследования последних 30 лет показали, что значительная часть заболеваний печени, ранее считавшихся результатом заражения вирусом гепатита В, на самом деле оказывается следствием одновременного инфицирования вирусами В и D [1].

Хроническая HDV-инфекция представляет собой одно из самых тяжелых и быстро прогрессирующих заболеваний печени с высоким риском развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [1, 2, 7]. Около 5% больных хроническим гепатитом В инфицированы HDV (приблизительно 15-20 миллионов) [2-4, 7]. Несмотря на одинаковые механизмы инфицирования и статус HDV как сателлитного вируса, зоны наибольшего распространения дельта-инфекции не повторяют в точности таковые HBV-инфекции. В настоящее время в мире выделяют регионы с низкой (0-5%), умеренной (6-20%), высокой (21-55%) и очень высокой (более 60%) частотой обнаружения марке-

ров HDV у лиц, инфицированных HBV. Так, дельта-инфекция высоко эндемична в странах Средиземноморья, на Ближнем Востоке, в Центральной Азии, в Центральной Африке и в северных частях Южной Америки [1, 2, 7].

Цель исследования: оценить состояние заболеваемости гепатитом В с дельта-агентом в Республике Дагестан и проанализировать собственный клинический материал в серии из 145 пациентов.

Материал и методы

Проведен анализ заболеваемости хроническим гепатитом В (ХГВ) и D в Республике Дагестан (РД) в динамике по материалам Республиканского центра инфекционных болезней им. С.-А.М. Магомедова (Махачкала).

Собственный клинический материал – 145 больных хроническим гепатитом В и D, наблюдающихся в динамике. Больные регулярно обследовались и лечились в Республиканском центре инфекционных болезней им. С.-А.М. Магомедова в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Больным, у которых не было противопоказаний, назначали противовирусную терапию интерферонами [2]. Больным с исходом в цирроз печени назначали аналоги нуклеозидов (нуклеотидов).

Для корреспонденции:

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

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

E-mail: saniyat-magomedova@yandex.ru

Тел.: 89634174554

Статья поступила 17.10.2019 г., принята к печати 26.11.2019 г.

Большинство из 145 пациентов с ХГВ с дельта-агентом были мужчинами трудоспособного воз-

раста (рис. 1).

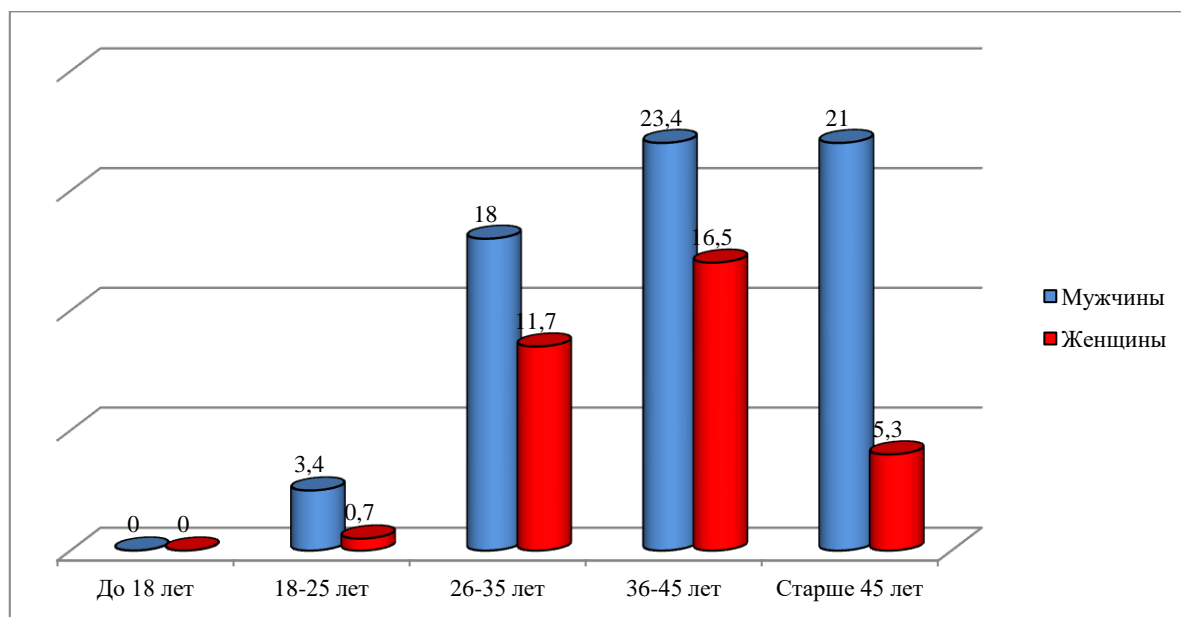


Рис. 1. Структура хронического гепатита В с дельта-агентом по возрастному и гендерному признакам (в %)

В части случаев (у 65 больных хроническим гепатитом В и Д) по показаниям для определения стадии фиброза печени проводили фиброэластометрию на аппарате FIBROSCAN 502 TOUCH.

Для определения генотипа вируса гепатита Д 59 больным проводилось исследование методом ПЦР, во всех случаях был выявлен генотип 1.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы "Биостат". Для описания количественных показателей использовались средняя арифметическая (М) и ее стандартное отклонение ($\pm s$). Использованный критерий для оценки статистической значимости различия указан по ходу изложения материала. Критическим считался уровень значимости $p=0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В Российской Федерации (РФ) HBV-инфекция, несмотря на повсеместную вакцинацию, закрепленную в прививочном календаре, по-прежнему сохраняет устойчивые позиции в общей структуре заболеваемости гепатитами.

В РД заболеваемость вирусным гепатитом В на протяжении многих лет остается ниже по сравнению со среднероссийскими показателями. Однако в РД последние два года имеется тенденция к повышению заболеваемости острым гепатитом В, в то время как в РФ, наоборот, отмечается снижение заболеваемости (рис. 2).

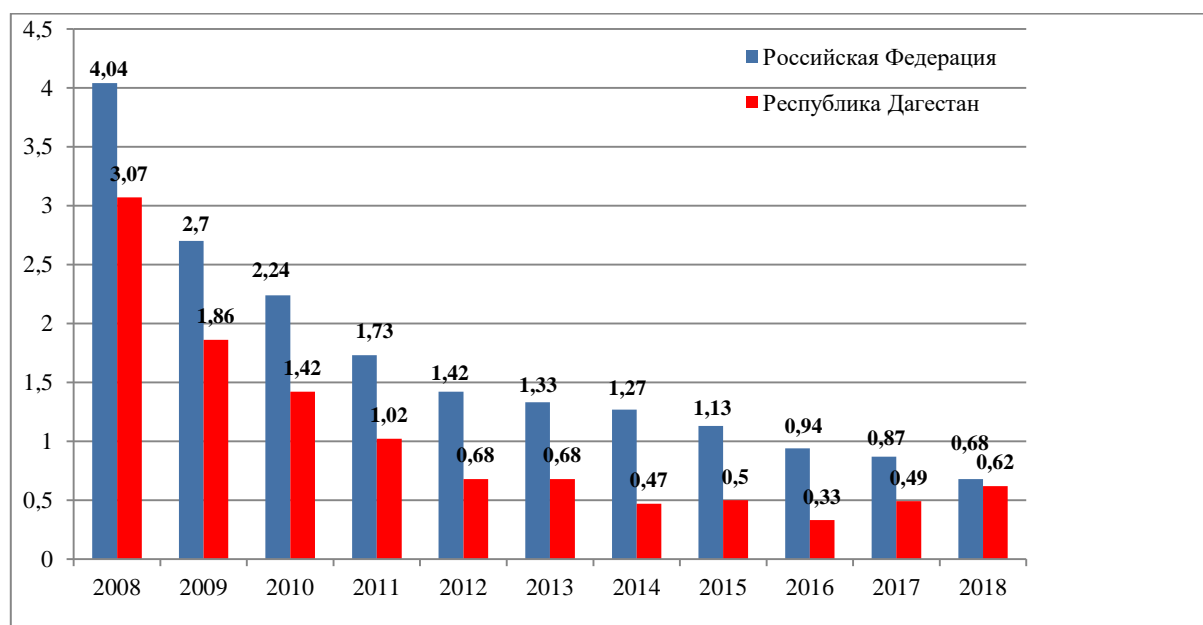


Рис. 2. Заболеваемость острым гепатитом В в Российской Федерации и Республике Дагестан в 2008-2018 гг. (на 100 тысяч населения)

На диспансерном учете в РД на 01.01.2019 г. по поводу хронического гепатита В состоит 2300 больных, в том числе 66 детей, показатель на 100

тысяч населения ниже в сравнении со среднероссийскими показателями (рис. 3).

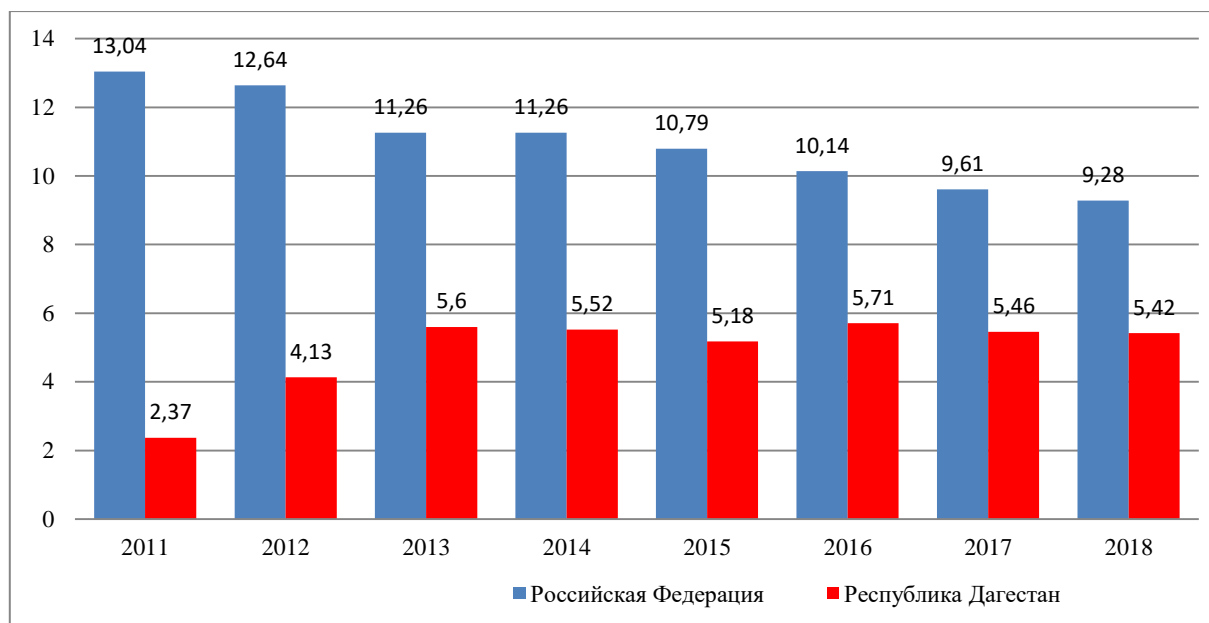


Рис. 3. Заболеваемость хроническим гепатитом В в Российской Федерации и Республике Дагестан в 2008-2018 гг. (на 100 тысяч населения)

Регионы РФ характеризуются неравномерной циркуляцией HDV, о чем свидетельствует различная частота обнаружения анти-HDV среди HBsAg-позитивных лиц. В Европейской части России антигена к HDV определяют у 1,3-5,5% HBsAg-позитивных лиц. Эндемичным по HDV-инфекции регионом признана Республика Саха (Якутия) и Республика Тыва – показатель пораженности в 2011 году составил 1502,5 на 100 тысяч населения. В общей популяции в Республике Тыва HbsAg выявлен у 8,2%. Наличие анти-HDV среди них составило 28,4%. В РД доля больных ХГВ, инфицированных вирусом гепатита Д, составила 6%, что позволяет отнести ее к зонам низкой эндемичности, но в отдельных районах республики (Кайтагский, Дербентский, Чародинский и Хасавюртовский) процент коинфицирования В и D достигает от 10 до 15%.

Отмечается факт увеличения заболеваемости ХГВ с дельта-агентом в последние годы, что связано

не только с новыми случаями инфицирования, но и с лучшей диагностикой. Заболеваемость также растет из-за увеличения отказов от вакцинации против гепатита В. Так, из 166 выявленных в 2018 году больных ХГВ прививочного возраста были 158 человек, из них привитыми оказались 39 человек, т.е. всего 24,7% были вакцинированы. В 2018 году были зарегистрированы 3 случая супер-инфекции дельта, в 1 случае с летальным исходом.

По данным литературы, процент выявления больных на поздних стадиях фиброза печени составляет более 50% [1]. По данным наших исследований, стадия фиброза 4 по шкале METAVIR была установлена у 25% больных, стадия цирроза класса А и В также у 25%, что в сумме дает 50%, то есть в будущем уже 50% больным может потребоваться трансплантация печени (рис. 4).

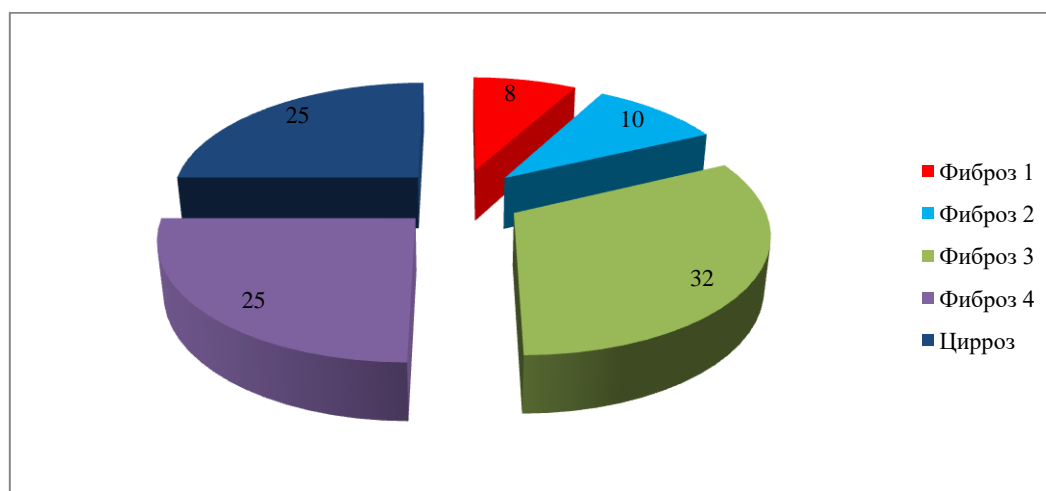


Рис. 4. Распределение больных хроническим гепатитом В с дельта-агентом по стадиям фиброза печени (%)

В настоящее время в трансплантации печени незамедлительно нуждается 21 больной, в 2019 году трансплантация печени была проведена 7 пациентам. Не дождалась трансплантации в 2018-2019 годах 8 больных, которые умерли.

Для РД характерно наличие семейных очагов, с количеством инфицированных от 2 до 5 человек. Течение болезни даже в одной семье протекает по-разному – от бессимптомного носительства до развития цирроза печени. Так, нами были обследованы и наблюдаются 4 семьи. В первой семье болеют две сестры в возрасте 49 и 54 лет, фиброз 3 и 4 стадии по шкале METAVIR. У младшей сестры супруг в возрасте 51 года умер в 2017 году – диагноз: цирроз печени в исходе хронического гепатита В и D, осложненный гепатокарциномой (ГЦК). Во второй семье больных 5 человек, возраст 13 лет – F2, 16 лет – F3, 20 лет – F3, 25 лет – F3, 38 лет – F3 стадия фиброза. В третьей семье больны три брата: 44 лет – F4, 45 лет – F1, 46 лет – F3. Их сестра умерла в 2011 году, причина смерти – кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. В четвертой семье болеют супруги, возраст 29 и 30 лет, в этой же семье наблюдается двоюродная сестра 31 год, у всех стадия цирроза печени, класс А по Чайлд-Пью.

Из 145 больных 15 больных получали терапию пегилированными интерферонами в течение 48 недель. Элиминация вируса не наблюдалась ни в одном случае, не было положительной динамики и по другим показателям. При этом также отмечались побочные явления, чаще всего снижение веса (93%), выпадение волос (80%), тромбоцитопения (100%), аутоиммунный тиреоидит (6,7%), сахарный диабет (6,7%), декомпенсация цирроза (13,3%).

У больных с исходом в цирроз печени, которым назначали аналоги нуклеозидов (нуклеотидов), элиминация HBV в сыворотке крови наблюдалась у всех, и ни в одном случае снижения вирусной нагрузки HDV не отмечали.

Заключение

Таким образом, в Республике Дагестан заболеваемость хроническим гепатитом В увеличилась более чем в 2 раза за последние 8 лет: в 2011г. – от 2,37 на 100 тыс. населения до 5,71 в 2016 году, 5,46 в 2017 году и 5,42 в 2018 году. Это, вероятно, обусловлено улучшением диагностики гепатита В, а также недостаточным охватом вакцинации против гепатита В всего населения и, в частности, младенцев. Процент коинфицирования В и D выше средне-федеральных цифр. В настоящее время количество больных хроническим гепатитом В с дельта-агентом составляет 5,3%, что позволяет отнести Республику Дагестан к региону с умеренной эндемичностью. Количество больных, по-видимому, будет увеличиваться из-за активной проводимой работы по его выявлению, так как пациенты, находившиеся на диспансерном учете как носители HbsAg, будут обследованы по алгоритму согласно приказу о маршрутизации. Заболеваемость также будет расти из-за отказов от вакцинации против гепатита В. Таким образом, проблемы, су-

ществующие на сегодняшний день, связаны не только с медицинской, но и социальной сферой.

Литература

1. Абдурахманов Д.Т., Есмембетов К.И., Никулкина Е.Н., Розина Т.П., Танащук Е.Л., Бурневич Э.З. Хронический гепатит Дельта: современное состояние проблемы и перспективы лечения // Клиническая фармакология и терапия. 2019. Т.28 (1). С. 26-33.
2. Абдурахманов Д.Т. Хронический гепатит В и Д. М: GEOTAR-Media, 2010.
3. Кожанова Т.В., Ильченко Л.Ю., Михайлов М.И. Гепатит дельта: этиология, клиника, диагностика, терапия (лекция для практических врачей) // Архив внутренней медицины. 2014. № 5 (19). С. 21-28.
4. Кожанова Т.В., Ильченко Л.Ю., Михайлов М.И. Вирусный гепатит Дельта. Существует ли в Российской Федерации проблема дельта-инфекции? // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014. № 12 (112). С. 4-12.
5. Магомедова С.А., Арбулиева Е.А., Улакаев И.М., Перадзе Х.Д., Цветкова О.А. Заболеваемость хроническим гепатитом В с дельта-агентом на отдельных территориях Российской Федерации. Материалы XIX научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционной патологии «Шамовские чтения». Махачкала, 29 сентября 2017.
6. Исаева О.В., Ильченко Л.Ю., Сарыглар А.А., Слепцова С.С., Карлсен А.А., Магомедова С.А., Ал-Шараби Шукри А.С., Кюрегян К.К., Михайлов М.И. Современные особенности эпидемиологии гепатита Дельта в Российской Федерации // Материалы XI ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням с международным участием «Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы». М., 2019. С. 72-73.
7. Gaeta G.B., Stroffolini T., Chiaramonte M. et al. Hepatitis delta in Europe: vanishing or refreshing? // Hepatology. 2007. V. 46(4). P. 12-13.

References

1. Abdurakhmanov D.T., Yesmembetov K.I., Nikulkina Ye.N., Rozina T.P., Tanashchuk Ye.L., Burnevich E.Z. Khronicheskiy gepatit Del'ta: sovremennoye sostoyaniye proble-my i perspektivy lecheniya [Chronic hepatitis delta: the current state of the problem and treatment prospects] // Klinicheskaya farmakologiya i terapiya. 2019. T.28 (1). S. 26-33.
2. Abdurakhmanov D.T. Khronicheskiy gepatit V i D [Chronic hepatitis V and D]. M: GEOTAR-Media, 2010.
3. Kozhanova T.V., Il'chenko L.YU., Mikhaylov M.I. Gepatit del'ta: etiologiya, klinika, diagnostika, terapiya (lektsiya dlya prakticheskikh vrachey) [Hepatitis delta: etiology, clinic, diagnosis, therapy (lecture for practitioners)] // Arkhiv vnutrenney meditsiny. 2014. № 5 (19). S. 21-28.
4. Kozhanova T.V., Il'chenko L.YU., Mikhaylov M.I. Virusnyy gepatit Del'ta. Sushchestvuyet li v Rossiyskoy Federatsii problema del'ta-infektsii? [Viral Hepatitis Delta. Does the Russian Federation have delta infection problems?] // Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2014. № 12 (112). S. 4-12.
5. Magomedova S.A., Arbulyeva Ye.A., Ulakayev I.M., Peradze KH.D., Tsvetkova O.A. Zaboilevayemost' khroniche-skim gepatitom V s del'ta-agentom na otdel'nykh territoriyakh Rossiyskoy Federatsii. Materialy XIX nauchno-prakticheskoy konferentsii «Aktual'nyye voprosy infektsionnoy patologii «Shamovskiy chteniye»

- [The incidence of chronic hepatitis B with a delta agent in certain areas of the Russian Federation.]. Makhachkala, 29 sentyabrya 2017.
6. Isayeva O.V., Il'chenko L.YU., Saryglar A.A., Sleptso-va S.S., Karlsen A.A., Magomedova S.A., Al-Sharabi Shukri A.S., Kyuregyan K.K., Mikhaylov M.I. Sovremennyye osobennosti epidemiologii gepatita Del'ta v Rossiyskoy Federatsii [Modern features of the epidemiology of hepatitis delta in the Russian Federation] // Materialy XI yezhegodnogo Vserossiyskogo kongressa po infektsionnym boleznyam s mezhdunarodnym uchastiyem «Infektsionnyye bolezni v sovremennom mire: evolyutsiya, tekushchiye i budushchiye ugrozy». M., 2019. S. 72-73.
 7. Gaeta G.B., Stroffolini T., Chiaramonte M. et al. Hepatitis delta in Europe: vanishing or refreshing?// Hepatology. 2007. V. 46(4). P. 12-13.

Сведения о соавторах:

Макашова Вера Васильевна – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора.
 Адрес: 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а
 Тел.: (495)365-0590
 E-mail: veramakashova@yandex.ru

Арбулиева Елена Анатольевна – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой инфекционных болезней ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
 Адрес: 367000, Махачкала, пл. Ленина, 1а.
 E-mail: arbulieva@mail.ru
 Тел.: 89094780966

Тагирова Зарема Гаджимирзоевна – доктор медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
 Адрес: 367000, Махачкала, пл. Ленина, 1а
 E-mail: tagirovaz05@mail.ru
 Тел.: 89064467899

Омарова Хадиджат Гаджиевна – кандидат медицинских наук, научный сотрудник ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
 Адрес: 111123, Москва, ул. Новогиреевская, 3а
 E-mail: omarova71@inbox.ru
 Тел.: +79262864266

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

31 января 2020 г. в Морфологическом корпусе ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России по адресу: г. Махачкала, ул. Абдулы Алиева, д.1 состоится Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Анатомия в медицинском вузе: история, современность и перспективы», посвященная открытию Анатомического музея имени профессора Н.А. Курдюмова
 Приглашаются профессора, доценты и ассистенты кафедр, аспиранты, клинические ординаторы и студенты старших курсов медицинских вузов

Оргкомитет

УДК 616-002.364.4:616.9-089

Рожистое воспаление в клинической практике врача-инфекциониста и хирурга**Х.Д. Перадзе¹, О.А. Петрова², Г.К. Церцвадзе³**¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ;² ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;³ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ**Резюме**

Целью данной работы стало изучение клинико-лабораторных особенностей течения рожистого воспаления среди взрослого населения г. Санкт-Петербурга. За период с 2015 по 2017 год в СПб ГБУЗ КИБ имени С.П. Боткина наблюдалось 52 пациента с рожистым воспалением в возрасте от 18 до 96 лет. У больных регистрировались различные клинические формы заболевания: эритематозная – у 76,9% пациентов, буллезно-некротическая – у 7,7%, буллезная – у 5,8%, буллезно-эритематозная – у 5,8%, буллезно-геморрагическая – у 1,9%, буллезно-флегмонозная – у 1,9%. Своевременно начатая антибактериальная терапия препаратами цефалоспоринов III поколения и фторхинолонов является эффективным методом лечения заболевания.

Ключевые слова: рожистое воспаление, стрептококковая инфекция, буллезные поражения.

Erysipelas in clinical practice of infectious disease physician and surgeon**Kh.D. Peradze¹, O.A. Petrova², G.K. Cercvadze³**¹ FSBEI HE «St. Petersburg State Pediatric Medical University» MH RF;² FBIS «St. Petersburg Research Institute of Epidemiology and Microbiology by L. Pasteur» of Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare;³ FSBEI HE «Pavlov First St. Petersburg State Medical University» MH RF**Summary**

The purpose of this work was to study the course of erysipelas among the population of St. Petersburg. From 2015 to 2017 in the St. Petersburg State Budget Institution of Health Care Clinic Infectious Hospital by S.P. Botkin had been observed 52 patients from 18 to 96 years old. Different clinical types of the disease were registered among the patients: erythematous in 76.9%, bullous-necrotic in 7.7%, bullous in 5.8%, bullous and erythematous jointly in 5.8%, bullous and hemorrhagic jointly in 1.9%, bullous and phlegmonous jointly in 1.9%. Timely started antibacterial therapy with Cephalosporins III and Fluoroquinolones is the effective method of treatment.

Key words: erysipelas, streptococcal infection, bullous lesions

Актуальность

Стрептококковые инфекции остаются одной из наиболее острых проблем здравоохранения во всех странах мира, что определяется широким распространением стрептококков и огромным социально-экономическим ущербом, наносимым данной патологией. В каждом разделе медицины встречаются заболевания, вызванные β -гемолитическим стрептококком группы А (β -ГСА) или условнопатогенными стрептококками [8, 11]. Основными патогенами для человека являются *S. pyogenes*, *S. agalactiae*, *S. pneumoniae* [2]. По данным ВОЗ, тяжелыми заболеваниями, вызванными β -ГСА, в мире страдают 18,1 млн человек. Ежегодно регистрируется около 1,8 млн новых случаев β -

ГСА-инфекции, при этом умирают более 500 000 человек [1, 7, 17]. Заболеваемость рожистым воспалением (РВ) в России колеблется от 140 до 250 на 100 тыс. населения в год [12].

В структуре инфекционной патологии такой клинический вариант течения стрептококковой инфекции, как рожа, находится среди актуальных проблем здравоохранения России и большинства стран мира [4, 5, 10, 13, 19]. Заболеваемость рожей представлена спорадическими случаями. Согласно некоторым данным, в настоящее время заболеваемость в европейской части России составляет 10–20 случаев на 10 000 населения. Клиническое течение рожи в современных условиях во многих регионах России характеризуется нарастанием количества тяжелых форм, в том числе геморрагических [3, 5, 6, 9].

Высокая распространенность рожи в популяции, тенденция к формированию рецидивирующего течения после первичного эпизода заболевания, появление трофических, долго незаживающих язв, развитие гнойно-воспалительных осложнений, слоновости, некрозов, абсцессов, а также ургентных состояний, таких как синдром стрептококкового токсического шока, способствуют последующей

Для корреспонденции:

Перадзе Хатуна Джемалиевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2.

E-mail: doct.peradze@mail.ru

Тел.: 89219490717

Статья поступила 22.10.2019 г., принята к печати 29.11.2019 г.

частичной или полной утрате трудоспособности, вследствие чего представляют актуальную клинико-экономическую проблему в мире и в России [18, 14]. В связи с этим ВОЗ провозгласила необходимость сконцентрировать усилия на борьбе со стрептококковой инфекцией и рассматривает ее как одну из приоритетных проблем мирового здравоохранения [20].

Цель исследования: изучить клинико-лабораторные особенности течения рожистого воспаления среди взрослого населения города Санкт-Петербурга.

Материал и методы

За период с 2015 по 2017 год в СПб ГБУЗ КИБ имени С.П. Боткина наблюдалось 52 пациента с рожистым воспалением в возрасте от 18 до 96 лет. Диагноз был в основном установлен на основании характерных клинических данных. Количество женщин и мужчин было приблизительно равным. Средний возраст пациентов составил 58 ± 18 лет (среди мужчин – 53 ± 17 лет, женщин – 62 ± 19 лет). Большинство из поступивших в стационар были социально адаптированы. Согласно данным эпидемиологического анамнеза, 90,3% пациентов являлись жителями Санкт-Петербурга, остальные 9,7% – Ленинградской области. Согласно структуре профессиональной деятельности пациентов, 44%

были пенсионерами, 30% – работниками умственного труда, 12% – работниками физического труда, 8% – безработными и 6% – студентами.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием лицензионных пакетов Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов, находившихся под нашим наблюдением, диагноз рожистого воспаления был заподозрен при поступлении на основании клинических данных лишь в 19% случаев. Всем пациентам с буллезной формой была проведена верификация диагноза по результатам бактериологического исследования содержимого булл. Были представлены следующие клинические формы заболевания: эритематозная – у 44 (76,9%) пациентов, буллезно-некротическая – у 4 (7,7%), буллезная – у 3 (5,8%), буллезно-эритематозная – у 5,8%, буллезно-геморрагическая – у 1 (1,9%), буллезно-флегмонозная – 1 (1,9%) (см. рис.1). У 2 (3,8%) пациентов с буллезно-геморрагической и буллезно-флегмонозной формами болезни течение заболевания осложнилось сепсисом. Результаты нашего исследования согласуются с зарубежными данными о частоте встречаемости форм рожистого воспаления [18, 19].

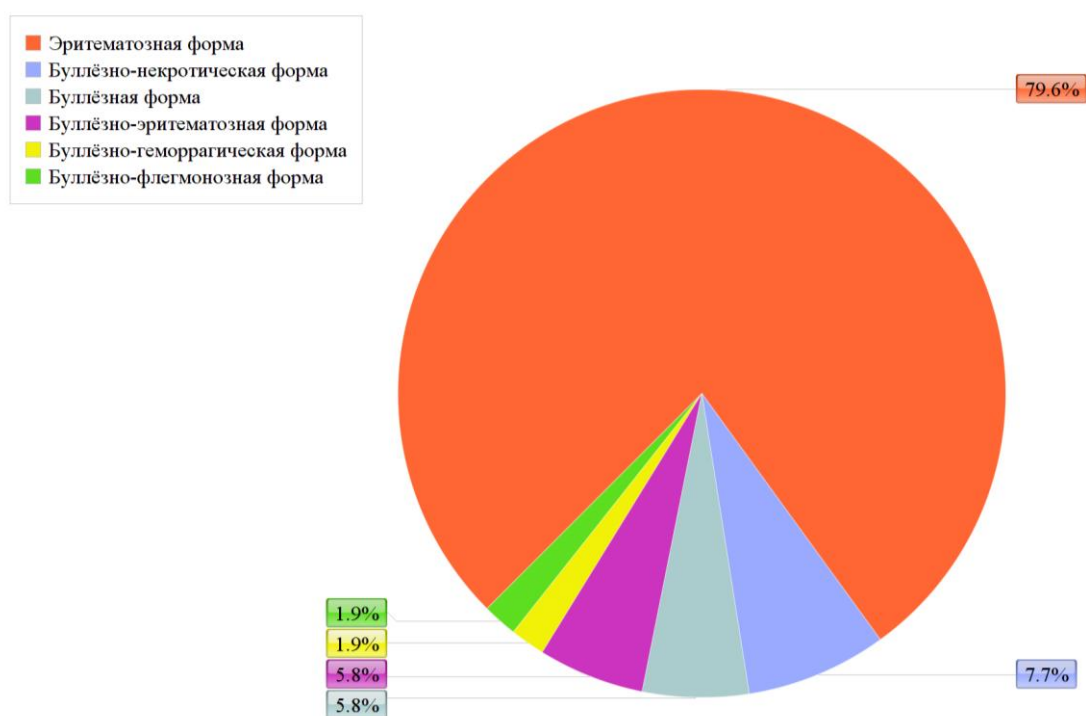


Рис. 1. Клинические формы рожистого воспаления у исследованных пациентов

В 90% случаев диагноз рожистого воспаления был установлен впервые, остальные случаи являлись рецидивами заболевания. Сопутствующая соматическая патология была представлена в основном заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) – у 54%, дыхательной системы (хроническая обструктивная болезнь лёгких, брон-

хиальная астма) – у 14%, эндокринной системы (сахарный диабет) – у 12% пациентов и у 10% пациентов был диагностирован хронический вирусный гепатит С.

Интоксикационный синдром наблюдался у 67%. При этом повышение температуры отмечали 26% пациентов, слабость – 14%, головную боль – 12%. Длительность лихорадочного периода в среднем со-

ставила 4 ± 3 суток. При этом средние максимальные значения температуры составили $38,8 \pm 0,6^\circ\text{C}$. Средняя продолжительность остальных симптомов интоксикации составила 3 ± 2 дня. Боль в области воспаления отмечалась у 24% пациентов, гиперемия и отёк в области рожистого воспаления – у 12%.

Синдром экзантемы у всех пациентов был выражен в виде отёка и гиперемии области рожистого воспаления. Буллёзное поражение было выявлено у 23,1% пациентов, из которых элементы некроза в очаге воспаления присутствовали у 7,7% пациентов, флегмоны – у 1,9%. У 67% пациентов рожистое воспаление было локализовано на нижних конечностях, у 25% – на лице, у 6% – на верхних конечностях, у 4% – на теле. Средняя продолжительность периода высыпаний составила $10 \pm 6,2$ дня.

В клиническом анализе крови у всех пациентов были выявлены лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Медиана уровня лейкоцитов составила $13,2 \pm 5,94 \cdot 10^9/\text{л}$ ($N = 4,0 - 9,0 \cdot 10^9/\text{л}$). СОЭ была повышена у 52% пациентов. Медиана уровня СОЭ составила $30,0 \pm 17,7$ мм/ч. В биохимическом анализе крови показатель С-реактивного белка (СРБ) превышал нормальные значения у 72% пациентов. Медиана уровня СРБ составила $69,9 \pm 72,3$ мг/л ($N = 0 - 5,0$ мг/л). Показатель антистрептолизина-О (АСЛ-О) был оценен у 6 пациентов, лишь у одного из них значение превысило норму: 291 МЕ/л ($N = 0 - 200$ МЕ/л).

Все пациенты получали этиотропную терапию, которая проводилась одним или двумя антибактериальными препаратами широкого спектра действия. Чаще применялись цефалоспорины III поко-

ления (цефтриаксон) и фторхинолоны (офлоксацин, левофлоксацин). Также применялись другие противомикробные препараты: ампициллин и метронидазол. В качестве патогенетической терапии проводились внутривенные инфузии гемодеза и реополиглобулина, применялись антигистаминные препараты (цитиризин) и глюкокортикостероиды (преднизолон). Всем пациентам проводились местные терапии в виде ежедневных перевязок с повидон-йодом. Согласно Clinical Resource Efficiency Support Team (2005), по мировым данным в качестве первой линии этиотропной терапии используются антибиотики широкого спектра действия: пенициллины (флуклоксациллин, амоксициллин+клавулановая кислота), при аллергии на пенициллины препаратами выбора являются макролиды (klarитромицин), линкозамы (клиндамицин), применяются варианты терапии несколькими антибактериальными препаратами [16].

Приводим описание клинического случая тяжелого течения буллёзной формы рожистого воспаления.

Пациентка Л., 53 года, жительница города Санкт-Петербурга, безработная. Была доставлена скорой помощью с диагнозом ОРВИ, хронический вирусный гепатит в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина». При поступлении жаловалась на повышение температуры до 40°C . Из анамнеза заболевания известно, что заболела накануне утром, когда появилась температура и озноб. Была госпитализирована. Лабораторные данные на момент поступления представлены в таблице.

Таблица

Динамика лабораторных показателей пациентки

Лабораторный показатель	При поступлении	На 2-е сутки болезни	На 4-е сутки болезни	На 10-е сутки болезни
WBC, $10^9/\text{л}$	4,2	2,9	4,0	4,5
RBC, $10^{12}/\text{л}$	3,1	3,0	3,2	3,5
HGB, г/л	81	78	85	87
PLT, $10^9/\text{л}$	45	48	50	60
D-димер, мкг/мл	5,69	-	-	-
РСТ, нг/мл	-	>10	-	-
АЛТ, ед/л	33	35	30	32
АСТ, ед/л	64	66	65	52
Креатинин, ммоль/л	-	125	-	-
Глюкоза, ммоль/л	3,9	3,3	4,2	4,0

Маркёры вирусных гепатитов: HBsAg – отр., HCV IgG – полож., HBsAg – полож., HAV IgM – отр.

Спустя 3 часа после поступления в стационар появились жалобы на гиперемию и боль в правой стопе. При осмотре обнаружен геморрагический резко болезненный при пальпации слитой элемент на тыле правой стопы. В клиническом анализе крови наблюдались нормальные значения лейкоцитов, но присутствовал нейтрофильный сдвиг влево (см. табл.). Дежурным хирургом было рекомендовано динамическое наблюдение.

Утром на 2-й день самочувствие пациентки значительно ухудшилось, появились жалобы на

резкую слабость. При объективном осмотре больная бездвигательна, вяло отвечает на вопросы, выявлена гипотония (артериальное давление 86/52 мм рт. ст.), тахикардия (112 уд/мин), показатель частоты дыхания сохранён в пределах нормы. Местно обнаружена резкая гиперемия кожи бедра, голени и стопы, пустулы до 8 см диаметром с геморрагическим содержимым, при пальпации резко болезненные. Состояние расценено как крайне тяжелое. Установлен клинический диагноз: Рожа правой нижней конечности, буллёзная форма, осложнённая септическим шоком. Сопутствующие заболевания: миома матки, кистама правого яичника, хронический панкреатит, хронический пиелоне-

фрит, хронический вирусный гепатит В+С (вне обострения).

Повторно была осмотрена хирургом, начата этиотропная терапия цефалоспорином III поколения и фторхинолоном, патогенетическая инфузионная терапия большим объёмом. В сложившейся ситуации для предоставления квалифицированной хирургической помощи было принято решение перевести больную в СПб ГБУЗ «Городская больница № 14», где расположен Центр сохранения конечностей. На 3-й день болезни в отделении реанимации и интенсивной терапии состояние пациентки крайне тяжелое, сознание оглушенное, кожные покровы бледные. Артериальное давление 82/50 мм рт. ст., тахикардия 118 уд/мин, частота дыхания 22 в минуту. На поражённой нижней конечности сохранялся выраженный отёк, гиперемия и уплотнение тканей, болезненность при пальпации. На стопе, голени и бедре присутствовали множественные

сливные буллы с геморрагическим компонентом размерами до 10x10 см (см. рис. 2). В клиническом анализе крови выявлена выраженная лейкопения (см. таб.). Пациентка расценена как крайне тяжелая. Тяжесть состояния обусловлена эндогенной интоксикацией, метаболическими нарушениями, сопутствующей патологией, почечной недостаточностью. По шкале SOFA диагностирован сепсис – 5 баллов (б.): тромбоциты $48 \cdot 10^9/\text{л}$ (3б.), билирубин 22 мкмоль/л (1б.), 14 баллов по шкале комы Глазго (1б.). Получала терапию: амоксициллин с клавулановой кислотой (в высоких дозах перорально и в/венно), преднизолон 75 мг, массивную инфузионную терапию. Была произведена хирургическая обработка булл (перевязки с бетадином), содержимое серозное с геморрагическим компонентом, очагов абсцедирования и флуктуации нет. Образец биологической жидкости направлен на бактериологическое исследование.



Рис. 2. Буллёзно-геморрагическое поражение нижней конечности

Далее в течение 3-х дней пациентка продолжала получать терапию в условиях ОРИТ. На 4-е сутки появилась положительная динамика: улучшение сознания до ясного, гемодинамика стабильная (АД 95/60 мм рт.ст., ЧСС 85 уд/мин), отек и гиперемия правой нижней конечности регрессировали, мелкие буллы размерами до 2x1 см в области нижней трети бедра с наружной стороны – вскрыты, содержимое серозное, прозрачное. Произошла нормализация лейкоцитарной формулы. Проводились перевязки с бетадином.

На 7-й день в ОРИТ клинических данных за сепсис не было обнаружено, пациентка находилась в ясном сознании, наблюдалась стабильная гемодинамика. Продолжалась антибактериальная терапия (амоксициллин+клавулановая кислота). Пациентка была переведена в хирургическое отделение, где продолжала лечение. При осмотре – отмечалась положительная динамика местных изменений до участков эпителизации. Пациентка была выписана на амбулаторное лечение. Про-

должительность стационарного лечения составила 10 койко-дней.

Выводы

1. У 76,9% пациентов Санкт-Петербурга и Ленинградской выявлялась эритематозная форма рожистого воспаления, у 7,7% – буллёзно-некротическая, у 5,8% – буллёзная, у 5,8% – буллёзно-эритематозная, у 1,9% – буллёзно-геморрагическая и у 1,9% – буллёзно-флегмонозная.
2. Клинически рожистое воспаление характеризуется выраженным лихорадочным и интоксикационным синдромами (имелись у 67% пациентов), а также наличием экзантемы чаще в виде эритемы, но также в сочетании с буллёзным, некротическим, флегмонозным и геморрагическим поражением кожных покровов.
3. У 3,8% пациентов рожистое воспаление осложнилось сепсисом. Это были пациенты с

буллезно-геморрагической и буллезно-флегмонозной формами заболевания.

4. Препаратами выбора для лечения рожистого воспаления являются антибиотики широкого спектра действия, преимущественно цефалоспорины III поколения и фторхинолоны.

Литература

1. Брико Н.И., Клейменов Д.А., Покровский В.И. Заболеваемость населения Российской Федерации ревматическими болезнями сердца // Тер. арх. 2007. №5. С. 69–72.
2. Брико Н.И., Филатов Н.Н., Журавлев М.В. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика стрептококковой (группы А) инфекции на современном этапе // Тер. арх. 2002. №11. С. 26–31.
3. Еровиченков А.А., Потеева С.А., Алленов М.Н. Диагностика, лечение и профилактика рожи в г. Москве: Метод. рекомендации № 17. Правительство Москвы. Департамент здравоохранения. М., 2008.
4. Еровиченков А.А. Рожа. Инфекционные болезни: Национальное руководство под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 441–453.
5. Жаров М.А. Рожа: клинико-эпидемиологическая характеристика, совершенствование методов лечения и прогнозирования течения болезни: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007.
6. Лебедев В.В. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика рожи (по данным исследований, проведенных в Майкопе) // Инфекционные болезни. 2007. № 2. С. 86–87.
7. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические болезни в России в начале XXI века // Научно-практическая ревматология. 2003. № 1. С. 6–10.
8. Покровский В.И., Брико Н.И., Клейменов Д.А. Распространенность и клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний, вызываемых стрептококком группы А в России // Терапевтический архив. 2009. № 11. С. 166–169.
9. Ратникова Л.И., Дубовикова Т.А., Шип С.А., Жамбурчинова А.Н. Гендерные особенности рожи // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2011. № 4. С. 36–40.
10. Ратникова Л.И., Жамбурчинова А.Н., Лаврентьева Н.Н. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика рожи // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2007. № 2. С. 16–21.
11. Тимченко В.Н., Павлова Е.Б., Субботина М.Д. и др. Актуальные вопросы детских инфекций. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций: справочник под ред. В.Н.Тимченко, В.В.Леванович, И.Б.Михайлова. 3-е изд., перераб. и доп. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. С. 237–245.
12. Шип С.А., Ратникова Л.И. Эпидемиология рожи как клинического варианта неинвазивного стрептококка // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2012. № 1. С. 34–37.
13. Bisno A.L., Stevens D.L. Streptococcus pyogenes // In: Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Chapter 198. London, 2009.
14. Dennis L. Stevens, Amy E. Bryant. Impetigo, Erysipelas and Cellulitis // Basic Biology to Clinical Manifestations. Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Center. 2016. N 10. PMID: 26866211.
15. Eron L., Lipsky B., Low D. Managing skin and soft tissue infections: expert panel recommendations on key decision points // J. Antimicrob. Chemother. 2013. V. 52.
16. Maxwell-Scott H., Kandil H. Diagnosis and management of cellulitis and erysipelas. // British Journal of Hospital Medicine. 2015. V. 76, N 8. P. 114–117.
17. Marwick C., Broomhall J., McCowan C. Severity assessment of skin and soft tissue infections: cohort study of management and outcomes for hospitalized patients // J. AntimicrobChemother. 2011. V. 66. P. 387–97.
18. Olsen R.J., Shelburne S.A., Musser J.M. Molecular mechanisms underlying group A streptococcal pathogenesis // Cell Microbiol. 2009. N 11. P. 11–12.
19. Wessels M.R. Streptococcal and enterococcal infections // Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. (Harrison'sOnline). Chapter 130. McGraw-HillCompanies., Inc., 2008.
20. World Health Organization. The current evidence for the burden of group A streptococcal diseases. Geneva: WHO, 2005.

References

1. Briko N.I., Klejmenov D.A., Pokrovskij V.I. Zabolevaemost' naseleniya Rossijskoj Federacii revmaticheskimi boleznyami serdca [Morbidity of the population of the Russian Federation by rheumatic heart diseases] // Ter. arh. 2007. № 5. S. 69–72.
2. Briko N.I., Filatov N.N., ZHuravlev M.V. i dr. Kliniko-epidemiologicheskaya harakteristika streptokokkovoj (gruppy A) infekcii na sovremennom etape [Clinical and epidemiological characteristics of streptococcal (group A) infection at the present stage] // Ter. arh. 2002. №11. S. 26–31.
3. Erovichenkov A.A., Potekaeva S.A., Allenov M.N. Diagnostika, lechenie i profilaktika rozhi v g. Moskve [Diagnosis, treatment and prevention of erysipelas in Moscow]: Metod. rekomendacii № 17. Pravitel'stvoMoskvy. Departamentzdravoohraneniya. M., 2008.
4. Erovichenkov A.A. Rozha. Infekcionnye bolezni [Erysipelas. Infectious Diseases]: Nacional'noe rukovodstvo pod red. N.D. Yushchuka, Yu.Ya. Vengerova. M.: GEOTAR-Media, 2009. S. 441–453.
5. Zharov M.A. Rozha: kliniko-epidemiologicheskaya harakteristika, sovshehstvovanie metodov lecheniya i prognozirovaniya techeniya bolezni [Erysipelas: clinical and epidemiological characteristics, improvement of treatment methods and prognosis of the course of the disease]: dis. ... d-ra med. nauk. M., 2007.
6. Lebedev V.V. Sovremennaya kliniko-epidemiologicheskaya harakteristika rozhi (po dannym issledovaniy, provedennyh v Majkope) [Modern clinical and epidemiological characteristics of erysipelas (according to studies conducted in Maykop)] // Infekc. Bol. 2007. № 2. S. 86–87.
7. Nasonova V.A., Folomeeva O.M., Erdes S.H.F. Revmaticheskie bolezni v Rossii v nachale XXI veka [Rheumatic diseases in Russia at the beginning of the XXI century] // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2003. №1. S. 6–10.
8. Pokrovskij V.I., Briko N.I., Klejmenov D.A. Rasprostranennost' i kliniko-epidemiologicheskaya harakteristika zabozevanij, vyzyvayemyh streptokokkom gruppy A v Rossii [The prevalence and clinical and epidemiological characteristics of diseases caused by group A streptococcus in Russia] // Ter. Arh. 2009. №11. S. 166–169.
9. Ratnikova L.I., Dubovikova T.A., Ship S.A., Zhamburchinova A.N. Gendernye osobennosti rozhi [Gender features of erysipelas] // Epidemiol. i infekc. Bol. 2011. № 4. S. 36–40.
10. Ratnikova L.I., Zhamburchinova A.N., Lavrent'eva N.N. Sovremennaya kliniko-epidemiologicheskaya harakter-

- istika rozhi [The modern clinical and epidemiological characterization of erysipelas] // Epidemiol. i infekc. Bol. 2007. № 2. S. 16–21.
11. Timchenko V.N., Pavlova E.B., Subbotina M.D. i dr. Aktual'nye voprosy detskih infekcij. Diagnostika, differencial'naya diagnostika i lechenie detskih infekcij [Diagnostics, differential diagnosis and treatment of childhood infections] : spravochnik pod red. V.N.Timchenko, V.V.Levanovich, I.B. Mihajlova 3-e izd., pererab. i dop. SPb.: ELBI-SPb, 2010. S. 237-245.
 12. Ship S.A., L.I. Ratnikova. Epidemiologiya rozhi kak klinicheskogo varianta neinvazivnogo streptokokkoza [Epidemiology of erysipelas as a clinical variant of non-invasive streptococcus] // Epidemiologiya i infekcionnye bolezni. Aktual'nye voprosy. 2012. № 1. S. 34-37.
 13. Bisno A.L., Stevens D.L. Streptococcus pyogenes // In: Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Chapter 198. London, 2009.
 14. Dennis L. Stevens, Amy E. Bryant. Impetigo, Erysipelas and Cellulitis. // Basic Biology to Clinical Manifestations. Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Center. 2016 Feb 10. PMID: 26866211.
 15. Eron L., Lipsky B., Low D. Managing skin and soft tissue infections: expert panel recommendations on key decision points // J. Antimicrob. Chemother. 2013. V. 52.
 16. Maxwell-Scott H., Kandil H. Diagnosis and management of cellulitis and erysipelas. // British Journal of Hospital Medicine. 2015. V. 76, N 8, P 114-117.
 17. Marwick C., Broomhall J., McCowan C. Severity assessment of skin and soft tissue infections: cohort study of management and outcomes for hospitalized patients // J. Antimicrob. Chemother. 2011. V 66. P 387–97.
 18. Olsen R.J., Shelburne S.A., Musser J.M. Molecular mechanisms underlying group A streptococcal pathogenesis // Cell Microbiol. 2009. N 11. P. 11–12.
 19. Wessels M.R. Streptococcal and enterococcal infections // Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. (Harrison's Online). Chapter 130. McGraw-Hill Companies, Inc., 2008.
 20. World Health Organization. The current evidence for the burden of group A streptococcal diseases. Geneva: WHO, 2005.

Сведения о соавторах:

Петрова Ольга Александровна – врач клинико-диагностической лаборатории ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера», ассистент кафедры иммунологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ.
 Адрес: 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14.
 E-mail: belka-mbf1988@mail.ru
 Тел.: 89218819932

Церцвадзе Грета Кахаберовна – клинический ординатор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» МЗ РФ.
 Адрес: 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8.
 E-mail: Doct.greta@gmail.com
 Тел.: 89216564171

УДК:616.12-008.331.1:616.147.3-007.64-053.8

Тяжесть артериальной гипертензии и частота хронических заболеваний вен нижних конечностей у мужчин трудоспособного возраста**С.В. Летягина, Т.Ю. Агафонова, В.М. Баев**

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ

Резюме

Целью исследования был поиск зависимости между тяжестью артериальной гипертензии (АГ) и частотой хронических заболеваний вен (ХЗВ). Выполнен сравнительный анализ частоты жалоб и объективных признаков ХЗВ между 34 пациентами с 1 степенью АГ и 40 пациентами с 2 и 3 степенью АГ. Результаты показали, что между изучаемыми группами частота жалоб и объективных признаков не отличались между собой, что указывает на отсутствие зависимости развития ХЗВ от степени АГ у мужчин трудоспособного возраста. Таким образом, у мужчин 30–50 лет не выявлено зависимости между тяжестью АГ и частотой ХЗВ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хронические заболевания вен, мужчины.

The severity of arterial hypertension and the frequency of chronic diseases of the veins of the lower limbs in men**S.V. Letyagina, T.Yu. Agafonova, V.M. Baev**

FSBEI HE "Perm State Medical University by acad. E.A. Vagner" MH RF

Summary

The aim of the study was to find a relationship between the severity of arterial hypertension (AH) and the incidence of chronic venous disease (CVD). A comparative analysis of the frequency of complaints and objective signs of CVD was performed between 34 patients with grade 1 AH and 40 patients with grade 2 and 3. The results showed that between the studied groups the frequency of complaints and objective signs did not differ among themselves, which indicates the absence of dependence of the development of CVD on the degree of hypertension in men of working age. Thus, in men 30–50 years of age, there was no relationship between the severity of hypertension and the incidence of CVD.

Key words: arterial hypertension, chronic venous diseases, men.

Введение

Наряду с большими успехами ученых в вопросах изучения артериальной гипертензии (АГ) и ее лечения [9], малоизученной остается проблема коморбидности АГ с другими заболеваниями, в частности, с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) нижних конечностей [6, 7]. Исследования последних лет показали, что частота встречаемости ХЗВ зависит от тонуа артериального русла и увеличивается как при артериальной гипотензии, так и при артериальной гипертензии [2, 3]. Однако механизмы коморбидности АГ и ХЗВ все еще изучаются и нуждаются в новых исследованиях.

Цель исследования: изучить связь между тяжестью артериальной гипертензии и частотой признаков хронических заболеваний вен.

Материал и методы

Объект исследования – мужчины с АГ. Объем исследования – 74 человека. Предмет исследова-

ния – субъективные и объективные проявления ХЗВ. Тип исследования – одномоментный. Критериями включения в исследование явились: пациенты мужского пола с АГ, подтвержденной медицинским наблюдением, в возрасте 30-55 лет. Критериями исключения явились: употребление наркотиков; онкологические заболевания; эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, патология надпочечников); острые и хронические заболевания дыхательной системы; перенесенные острые респираторно-вирусные инфекции в течение последних 2-х недель; острые инфекционные заболевания; острые и хронические заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит); дифференцированные дисплазии соединительной ткани; анемии; гепатиты; цирроз печени; панкреатиты; язва желудка и двенадцатиперстной кишки; переломы и операции на нижних конечностях; травмы позвоночника и головного мозга; органические заболевания центральной нервной системы и спинного мозга; хроническая сердечная недостаточность; занятия пациента профессиональным спортом. Критерии включения и исключения из исследования подтверждены результатами медицинского обследования в госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю».

Из числа пациентов тестовой группы 58 человек знали о наличии у них АГ, но только 17 (23%) пациентов принимали гипотензивную терапию постоянно. Медиана продолжительности АГ в данной группе (со слов пациентов) составила 5 (3-10 лет). У 16 (22%)

Для корреспонденции:

Баев Валерий Михайлович – доктор медицинских наук, профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ.

Адрес: 614990. Пермь, ул. Петропавловская, 26.

E-mail: vmbaev@hotmail.com.

Тел.: +7(912)8828388.

Статья поступила 21.10.2019 г., принята к печати 27.11.2019 г.

человек АГ диагностирована впервые. Основные характеристики пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика наблюдаемых пациентов (n=74)

Параметр	Me (Q ₁ -Q ₃)
Возраст, лет	41 (36-44)
Рост, см	176 (171-180)
Вес, кг	92 (84-100)
ЧСС, в мин.	74 (67-78)

Примечание: Me – медиана, Q₁ – 25 перцентиль, Q₃ – 75 перцентиль

АГ у мужчин диагностировали на основании критериев ESH/ESC [8] и Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (САД 140 мм рт.ст. и выше и/или ДАД 90 мм рт.ст. и выше) по результатам клинического (офисного) измерения АД [6]. Для выполнения цели исследования из числа наблюдаемых пациентов были сформированы две группы: 1 группа, состоящая из пациентов с 1 степенью АГ (40 человек), и 2 группа, состоящая из числа пациентов с 2 и 3 степенью (34 человека).

Исследование субъективных симптомов ХЗВ выполнено с помощью анкеты, разработанной на основе «Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронических заболеваний вен» [5], которая соответствовала классификации CEAP [2, 3, 10]. Изучение объективных признаков ХЗВ [15] проведено на основании результатов осмотра нижних конечностей в положении пациентов стоя [2]. Учитывали следующие признаки – телеангиэктазии, варикозно-измененные подкожные вены, отеки, трофические изменения кожи и подкожных тканей, зажившая венозная язва, открытая венозная язва.

Данное исследование проводилось на базе госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Пермскому краю» (начальник госпиталя М.Г. Нечаева). Период исследования – 2017-2019 годы. В обследовании приняли участие мужчины с АГ, проходящие стационарное лечение в терапевтическом отделении госпиталя по поводу неконтролируемой АГ, а также проходящие ежегодное диспансерное обследование в условиях госпиталя. Все участники исследования - сотрудники органов МВД.

Этическим комитетом ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России были утверждены: дизайн, протокол исследования и информированное согласие пациента на участие в исследовании (протокол №11 от 26.12.2018 г.). Все участники дали письменное информированное согласие на проведение обследования до начала исследования.

Статистический анализ выполнен в программе «Statistica 6.1» (серийный номер AXXR912E53722FA, StatSoft-Russia, 2009) с помощью непараметрической статистики, так как проверка основных изучаемых показателей на вероятность нормальности распределения с помощью критерия Н. Lilliefors подтвердила их асимметрию ($p < 0,05$). Результаты описательной статистики представлены как медианы (Me) со значениями первого (Q₁) и третьего (Q₃) квартилей. Сравнение долей выполнено при помощи критерия χ^2 . Различия статистически значимыми считали при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка частоты жалоб, ассоциированных с ХЗВ, не выявила значимых различий между изучаемыми группами пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа субъективных признаков хронических заболеваний вен у исследованных пациентов

Вопрос	Группа 1 (n=34)	Группа 2 (n=40)	χ^2	P
	Абс. ч.			
Имеются у Вас заболевания вен нижних конечностей?	8	8	0,01	0,93
У кровных родственников (мать, отец) есть заболевания вен нижних конечностей?	16	19	0,04	0,65
Отмечаете Вы у себя боли в ногах (особенно в положении стоя или сидя, ощущение тепла, жжения, зуда) к концу дня или под воздействием жаркой погоды или жарком помещении?	15	13	0,62	0,43
Отмечаете Вы у себя ощущение тяжести и распирания в ногах к концу дня, усиливающиеся под воздействием жаркой погоды или в жарком помещении?	17	16	0,39	0,52
Боли и тяжесть в ногах уменьшаются или вовсе исчезают после отдыха в горизонтальном положении или при использовании медицинских компрессионных изделий (чулки, бинты)?	25	25	0,57	0,45
Отмечаете Вы у себя быструю утомляемость, боли в ногах при ходьбе?	9	9	0,02	0,90
Отмечаете Вы у себя судорожные подергивания икроножных мышц ног по ночам, чаще в жаркую погоду?	5	11	1,10	0,29
Отмечаете Вы у себя отеки (увеличение конечности) на голени и стопах к концу дня?	15	10	2,21	0,14
Боли в ногах, судороги, отеки усиливаются при длительном стоянии?	12	14	0,05	0,63
Вы отмечаете у себя трофические кожные расстройства нижней части голени (сухость и изменение цвета кожных покровов голени, появление различной степени интенсивности коричневого оттенка, выпадение волос)?	1	5	1,15	0,26

Примечание: χ^2 - значения хи-квадрата; P – уровень значимости различия

Независимо от степени АГ, лишь около 20% пациентов с АГ информированы о наличии сопутствующего заболевания вен нижних конечностей.

Объективные признаки ХЗВ у наблюдаемых пациентов обеих групп были зарегистрированы с

различной частотой (табл. 3). Между группами не зафиксировано различий объективных проявлений ХЗВ.

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа частоты признаков хронических заболеваний вен при объективном осмотре нижних конечностей у исследованных пациентов

Объективный признак	Группа 1 (n=34)	Группа 2 (n=40)	χ^2	P
	Абс. ч.			
С0 – нет видимых или пальпируемых признаков ХЗВ	6	6	0,00	0,99
С1 – телеангиэктазии (венозные паучки) или ретикулярные вены	14	14	0,09	0,76
С2 – варикозно-измененные подкожные вены	5	10	0,02	0,38
С3 – отек	8	10	0,02	0,90
С4 – трофические изменения кожи и подкожных тканей (гиперпигментация и/или варикозная экзема, липодерматосклероз и/или белая атрофия кожи)	1	0	0,01	0,93

Примечание: χ^2 - значения хи-квадрата; P – уровень значимости различия.

Согласно объективным признакам ХЗВ, только у немногих больных АГ (примерно 10%), вне зависимости от степени АГ, коморбидность с ХЗВ отсутствует.

В 2008 году были опубликованы результаты научных исследований, которые выявили связь между АГ и развитием ХЗВ [12]. Последующие исследования показали, что АГ влияет на характер венозного кровотока, усугубляя нарушения системного кровообращения [11, 13, 14]. Предпринимались попытки выяснить общие патогенетические механизмы коморбидности АГ и ХЗВ, которые показали прямое влияние АГ на частоту субъективных и объективных признаков ХЗВ, в том числе и при ангиоскопии вен нижних конечностей [1, 3, 4]. Среди предполагаемых механизмов коморбидности необходимо рассматривать, прежде всего, роль уровня АД при АГ. Как показало наше исследование, зависимости между степенью АГ и частотой ХЗВ не выявлено, что, без сомнения, указывает на более сложные механизмы коморбидности АГ и ХЗВ. Таким образом, мы должны принять факт коморбидности АГ и ХЗВ без условия влияния степени АГ. Вполне вероятно, что использование большего числа изучаемых параметров АГ у пациентов с ХЗВ, например, сочетания степени АГ и категорий сердечно-сосудистого риска, их выраженности, позволит ученым решить существующую проблему. Решение данной проблемы поможет практическим врачам более эффективно лечить пациентов с наличием подобной коморбидности.

Заключение

Таким образом, у работающих мужчин 30-50 лет, по данным клинического (офисного) измерения АД, не выявлено зависимости между тяжестью АГ и частотой наследственной отягощенности ХЗВ, отдельных субъективных (боль и ее аналоги, трофические расстройства кожи нижней части голени) и объективных (телеангиэктазии, варикозно-измененные подкожные вены, отеки, трофические изменения кожи и подкожных тканей) признаков ХЗВ.

Литература

1. Баев В.М., Вагапов Т.Ф., Шмелева С.А. Выраженная парасимпатикотония у мужчин с артериальной гипертензией сопровождается увеличением частоты признаков хронических заболеваний вен // Российский кардиологический журнал. 2019. № 1. С. 52–55.
2. Баев В.М., Самсонова О.А., Агафонова Т.Ю., Дусякова Р.Ш. Клинические и гемодинамические особенности нарушений венозного кровообращения нижних конечностей при идиопатической артериальной гипотензии у молодых женщин // Российский кардиологический журнал. 2017. № 9. С. 50–54.
3. Вагапов Т.Ф., Баев В.М. Клинические особенности хронических заболеваний вен нижних конечностей у мужчин с артериальной гипертензией // Практическая медицина. 2018. № 6. С. 201–204.
4. Вагапов Т.Ф., Баев В.М., Летягина С.В. Особенности реакции венозного кровотока нижних конечностей на ортостатическую пробу у мужчин с артериальной гипертензией // Медицинский совет. 2019. № 5. С. 86–89.
5. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен // Флебология. 2018. № 3. С. 146–240.
6. Чазова И.Е. Артериальная гипертензия в свете современных рекомендаций // Терапевтический архив. 2018. № 9. С. 4–7.
7. Чесникова А.И., Батюшин М.М., Терентьев В.П. Артериальная гипертензия и коморбидность: современное состояние проблемы // Артериальная гипертензия. 2016. № 5. С. 432–440.
8. ESH/ESC (2013) Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. 2013. V. 34. P. 2159–2219.
9. ESC/ESH (2018) Guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart J. 2018. V. 39. P. 3021–3104.
10. Eklöf B., Rutherford R.B., Bergan J.J., Carpentier P.H., Gloviczki P., Kistner R.L., Meissner M.H., Moneta G.L., Myers K., Padberg F.T., Perrin M., Ruckley C.V., Smith P.C., Wakefield T.W. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement // Journal of Vascular Surgery. 2004. N 6. P. 1248–1252.
11. Gouloupoulou S., DeRuisseau K.C., Carhart R., Kanaley J.A. Limb venous compliance responses to lower body negative pressure in humans with high blood pressure //

- Journal of Human Hypertension. 2012. V. 26. P. 306–314.
12. Mäkivaara L.A., Ahti T.M., Luukkaala T., Hakama M., Laurikka J.O. Arterial disease but not hypertension predisposes to varicose veins: venous // *Phlebology*. 2008. N 3. P. 142–146.
 13. Matic B., Matic A., Djuran V., Gajinov Z., Prcic S., Golusin Z. Frequency of Peripheral Arterial Disease in Patients With Chronic Venous Insufficiency // *Iran Red. Crescent. Med. J.* 2016. V. 18 (1). P. e20781.
 14. Safar M.E. Arterial and Venous Systems in Essential Hypertension // Springer. 1987. V. 323. P. ISBN 978-94-009-3303-3.
 15. Wittens C., Davies A.H., Bækgaard N., Broholm R., Cavezzi A., Chastanet S., de Wolf M., Eggen C., Giannoukas A. et al. Editor's Choice - Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS) // *Eur. J. Vasc Endovasc Surg.* 2015. V. 49(6). P. 678–737.

References

1. Bayev V.M., Vagapov T.F., Shmeleva S.A. Vyrzheniya parasimpatikotoniya u muzhchin s arterial'noy gipertenziyey soprovozhdayetsya uvelicheniyem chastoty priznakov khronicheskikh zabolevaniy ven [Severe parasympathictonia in men with arterial hypertension is accompanied by an increase in the frequency of signs of chronic venous diseases] // *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2019. № 1. S. 52–55.
2. Bayev V.M., Samsonova O.A., Agafonova T.YU., Duskova R.SH. Klinicheskiye i gemodinamicheskiye osobennosti narusheniya venoznogo krovoobrashcheniya nizhnikh konechnostey pri idiopaticheskoy arterial'noy gipertenzii u molodykh zhenshchin [Clinical and hemodynamic features of impaired venous circulation of the lower extremities with idiopathic arterial hypotension in young women] // *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2017. № 9. S. 50–54.
3. Vagapov T.F., Bayev V.M. Klinicheskiye osobennosti khronicheskikh zabolevaniy ven nizhnikh konechnostey u muzhchin s arterial'noy gipertenziyey [Clinical features of chronic lower limb vein diseases in men with arterial hypertension] // *Prakticheskaya meditsina*. 2018. № 6. S. 201–204.
4. Vagapov T.F., Bayev V.M., Letyagina S.V. Osobennosti reaktsii venoznogo krovotoka nizhnikh konechnostey na ortostaticheskuyu probu u muzhchin s arterial'noy gipertenziyey [Features of the reaction of the venous blood flow of the lower extremities to an orthostatic test in men with arterial hypertension] // *Meditsinskiy sovet*. 2019. № 5. S. 86–89.
5. Rossiyskiye klinicheskiye rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu khronicheskikh zabolevaniy ven [Russian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of chronic venous diseases] // *Flebologiya*. 2018. № 3. S. 146–240.
6. Chazova I.Ye. Arterial'naya gipertoniya v svete sovremennykh rekomendatsiy [Arterial hypertension in the light

- of modern recommendations] // *Terapevticheskiy arkhiv*. 2018. № 9. S. 4–7.
7. Chesnikova A.I., Batyushin M.M., Terent'yev V.P. Arterial'naya gipertenziya i komorbidnost': sovremennoye sostoyaniye problemy [Arterial hypertension and comorbidity: the current state of the problem] // *Arterial'naya gipertenziya*. 2016. № 5. S. 432–440.
 8. ESH/ESC (2013) Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Heart J.* 2013. V. 34. P. 2159–2219.
 9. ESC/ESH (2018) Guidelines for the management of arterial hypertension // *Eur. Heart J.* 2018. V. 39. P. 3021–3104.
 10. Eklöf B., Rutherford R.B., Bergan J.J., Carpentier P.H., Gloviczki P. et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement // *Journal of Vascular Surgery*. 2004. N 6. P. 1248–1252.
 11. Goulopoulou S., DeRuisseau K.C., Carhart R., Kanaley J.A. Limb venous compliance responses to lower body negative pressure in humans with high blood pressure // *Journal of Human Hypertension*. 2012. V. 26. P. 306–314.
 12. Mäkivaara L.A., Ahti T.M., Luukkaala T., Hakama M., Laurikka J.O. Arterial disease but not hypertension predisposes to varicose veins: venous // *Phlebology*. 2008. N 3. P. 142–146.
 13. Matic B., Matic A., Djuran V., Gajinov Z., Prcic S., Golusin Z. Frequency of Peripheral Arterial Disease in Patients With Chronic Venous Insufficiency // *Iran Red. Crescent. Med. J.* 2016. V. 18 (1). P. e20781.
 14. Safar M.E. Arterial and Venous Systems in Essential Hypertension // Springer. 1987. V. 323. P. ISBN 978-94-009-3303-3.
 15. Wittens C., Davies A.H., Bækgaard N., Broholm R., Cavezzi A., Chastanet S., de Wolf M., Eggen C., Giannoukas A. et al. Editor's Choice - Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS) // *Eur. J. Vasc Endovasc Surg.* 2015. V. 49(6). P. 678–737.

Сведения о соавторах:

Летягина Светлана Витальевна – аспирант кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ.

Адрес: 614064. Пермь, ул. Героев Хасана, 47А.

E-mail: Sveet.L@yandex.ru.

Тел. 614990, +7(902)4711617.

Агафонова Татьяна Юрьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ.

Адрес: 614990. Пермь, ул. Петропавловская, 26.

E-mail: agaf74@mail.ru.

Тел.: +7(951)9361273.

УДК 618.19-006.6-07-089

Клинико-морфологические ориентиры осуществления реконструкции груди после мастэктомии по поводу рака**Н.С. Романенков, К.Н. Мовчан, В.В. Хижа, Ю.М. Морозов, Б.С. Артюшин, Р.М. Гедгафов, О.И. Яковенко**СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург;
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург**Резюме**

В ретроспективное исследование включены данные о 164 жительницах Санкт-Петербурга, перенесших в 2011-2017 гг. протезирование молочных желез после мастэктомии. Проведена оценка отдаленных результатов протезирования молочных желез после мастэктомии с учетом морфологических параметров опухолей, верифицированных у пациенток. Констатируется, что потребность в протезировании молочной железы после мастэктомии в большинстве наблюдений возникает при верификации интрапротоковой карциномы размерами менее 2,0 см в верхненаружном квадранте одной из желез при отсутствии поражения неопластическим процессом регионарных лимфатических узлов. Статистически значимых различий в показателях 5-летней выживаемости при одномоментном и отсроченном протезировании молочной железы не выявлено.

Ключевые слова: рак молочных желез, реконструкция груди, мастэктомия, морфологическая диагностика, злокачественные новообразования, опухоли молочных желез.

Clinical-morphological landmarks for breast reconstruction after mastectomy in cancer cases**N.S. Romanenkov, K.N. Movchan, V.V. Khizha, Yu.M. Morozov, B.S. Artyushin, R.M. Gedgafov, O.I. Yakovenko**SPb SBHI "Medical Information and Analytical Center", St. Petersburg;
FSBEI HE "North-West State Medical University by I.I. Mechnikov", St. Petersburg**Summary**

A retrospective study included data on 164 residents of St. Petersburg who suffered in 2011-2017 breast prosthetics after mastectomy. The long-term results of breast prosthetics after a mastectomy were evaluated taking into account the morphological parameters of tumors verified in patients. It has been ascertained that the need for breast prosthetics after mastectomy in most cases arises when verification of intraductal carcinoma with dimensions less than 2.0 cm in the upper outer quadrant of one of the glands in the absence of damage by the neoplastic process of the regional lymph nodes. There were no statistically significant differences in the 5-year survival rates for simultaneous and delayed breast prosthetics.

Key words: breast cancer, breast reconstruction, mastectomy, morphological diagnosis, malignant neoplasm, breast tumors.

Введение

Злокачественные новообразования (ЗНО) молочных желез (МолЖ) занимают лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости женщин не только в России, но и во всем мире [2-5, 7, 8, 13, 17]. Количество случаев проведения мастэктомии (МЭ) пациенткам по поводу рака молочных желез (РМолЖ) пока не имеет отчетливой тенденции к снижению [10-12]. Протезирование МолЖ пациенткам, подвергшимся МЭ по поводу рака, в настоящее время оказывается важным этапом реабилитации больных, значимо улучшающим их качество жизни после операции [6, 9, 14-16]. Поэтому сопоставление отдаленных результатов протези-

рования МолЖ после МЭ с морфологическими параметрами опухолей, верифицированных у пациенток, важно в плане не только онкологической безопасности, но и прогнозирования потенциальных исходов реконструктивных хирургических вмешательств на МолЖ.

Цель исследования: дать сравнительную оценку индикаторной значимости клинико-морфологических параметров при раке молочных желез для выбора различных вариантов реконструктивных операций после мастэктомии.

Материал и методы

Исследование ретроспективное. В базе данных СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» из 3139 жительниц Санкт-Петербурга, у которых в 2011-2012 гг. был верифицирован РМолЖ и осуществлена радикальная мастэктомия (МЭ), отобраны 164 (5,2%) пациентки, которым в 2011-2017 годах в формате оказания высокотехнологичной медицинской помощи было выполнено одномоментное или отсроченное протезирование МолЖ.

Для корреспонденции:

Романенков Николай Сергеевич – врач-эксперт, кандидат медицинских наук, СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

Адрес: 198095, г. Санкт-Петербург, ул. Шкапина, д. 30.

E-mail: nickrom@inbox.ru

Тел.: +7 (905)2534403

Статья поступила 14.10.2019 г., принята к печати 28.11.2019 г.

Критерии включения в выборку: женский пол, проживание в Санкт-Петербурге, верификация РМолЖ и осуществление радикальной мастэктомии (МЭ) в 2011-2012 гг., выполнение реконструктивного одномоментного или отсроченного протезирования МолЖ в 2011-2017 гг. в формате оказания высокотехнологических видов медицинской помощи (ВтВМП).

Из них одномоментное протезирование МолЖ выполнено 65 (39,6%) пациенткам (первая группа), отсроченное – 99 (60,4%) (вторая группа).

Одномоментное протезирование – проведение реконструктивного хирургического вмешательства в комплексе и одновременно с первичной онкологической операцией. Под отсроченным протезированием понимается проведение реконструктивных операций в отдаленные (после выписки из стационара) сроки, прошедшие со времени первичного онкологического вмешательства при отсутствии признаков рецидива рака.

При выполнении протезирующих операций женщинам, перенесшим мастэктомию по поводу рака, руководствовались стандартами предоперационного обследования больных онкологического профиля, действовавшими на момент осуществления лечения и послеоперационного наблюдения.

Статистический анализ полученных данных выполнен с использованием программы Statistica

12,0 для Windows. Распределение случаев по стадиям, параметры пятилетней выживаемости рассчитаны с помощью компьютерных программ «Популяционный раковый регистр» (ООО «Новел»). Нормальность распределения данных проверяли с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка (в тексте значения критериев не приведены). Для сравнения нормально распределенных количественных данных пользовались t-критерием Стьюдента. В иных случаях применяли критерий Манна-Уитни. Для сравнительного анализа категориальных данных применяли критерий χ^2 . Для выявления статистически значимых различий между параметрами 5-летней выживаемости в группах использован метод построения графиков, отражающих кумулятивную долю выживших пациентов, – кривых Каплана-Мейера. Различия в группах исследования считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В целом в 2011-2017 гг. количество случаев одномоментного и отсроченного протезирования МолЖ после МЭ в формате оказания высокотехнологической медицинской помощи больным РМолЖ увеличилось в 13,5 раз с 26 до 350 операций в год (рис. 1).

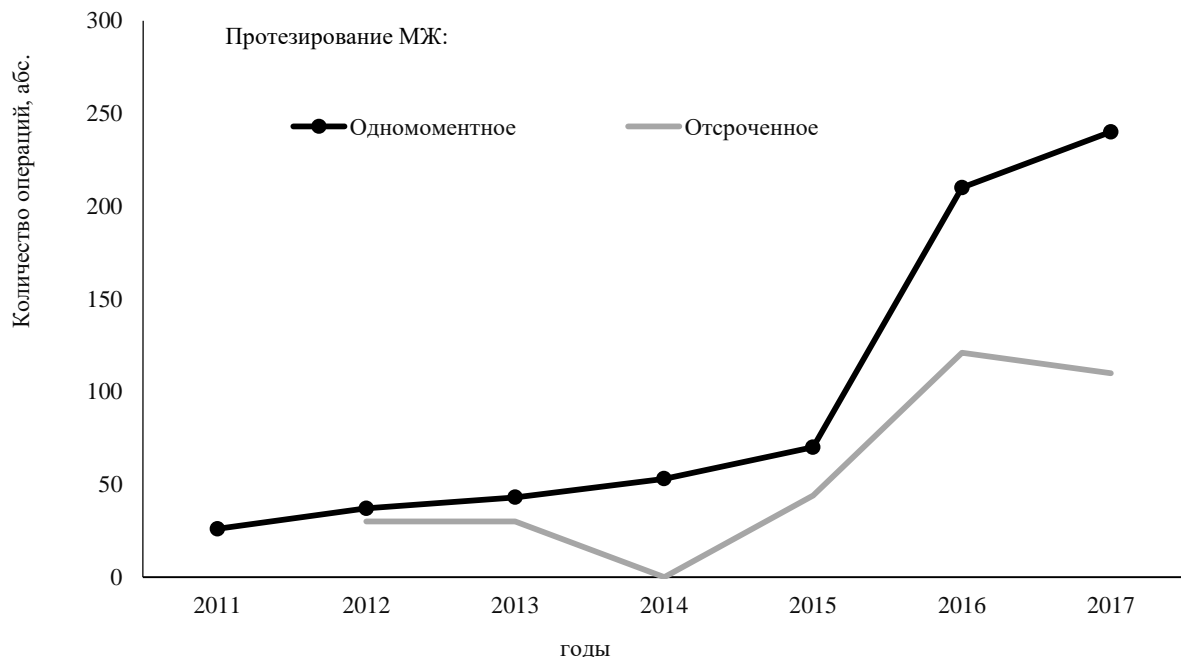


Рис. 1. Распределение случаев одномоментного и отсроченного протезирования МолЖ у жительниц Санкт-Петербурга, перенесших в 2011-2017 гг. МЭ по поводу РМолЖ ($p < 0,05$)

В работе использована классификация злокачественных опухолей молочной железы с критериями TNM 8-го издания [1].

Возраст больных, которым выполнено одномоментное протезирование МолЖ, варьировал от 25 до 80 лет, в среднем $M(\sigma) = 51(12,0)$ год (табл. 1). В одном случае пациентке 80 лет при первичной онкологической операции одномоментно выполне-

на пластика местными тканями дефекта передней поверхности грудной стенки, сформировавшегося после удаления МолЖ. В группе отсроченного протезирования МолЖ возраст женщин с РМолЖ, которым проведены реконструктивные операции, колебался от 27 до 65 лет, в среднем $M(\sigma) = 46(8,0)$ лет.

Таблица 1

Распределение пациенток с одномоментным и отсроченным протезированием МолЖ с учетом возраста (полных лет на момент выполнения МЭ)

Группа	Возраст и количество пациенток (%)						Всего
	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-80	
одномоментно	2 (3,1)	9 (13,8)	18 (27,7)	21 (32,3)	10 (15,4)	5 (7,7)	65 (100)
отсрочено	1 (1)	20 (20,2)	44 (44,4)	30 (30,3)	4 (4,1)	-	99 (100)

Представленные сведения позволяют заключить, что пациентки, которым протезирование МолЖ выполнялось отсроченно, в среднем на 5 лет моложе больных ЗНО МолЖ, перенесших реконструктивные вмешательства на МолЖ одномоментно ($t=3,1$; $p=0,0003$). Эти данные подтверждают существовавшую тенденцию выполнения реконструктивных операций пациенткам, подвергшимся МЭ отсроченно, не ранее трех лет после первичной онкологической операции. Такая тактика предпринималась для максимального снижения риска возобновления злокачественного неопластического процесса в месте удаления опухоли. Однако в настоящее время этот подход не может считаться единственно верным.

В 127 (77,4%) случаях протезирование МолЖ после МЭ по поводу рака осуществлено женщинам трудоспособного возраста. Трудоспособным пациенткам отсроченное протезирование МолЖ осуществлялось на 33% чаще, чем одномоментное, – 85,9% и 64,6% клинических наблюдений соответственно ($p=0,001$). В группе больных, перенесших одномоментное протезирование, первичная опухоль локализовалась в одной из желез в 59 (90,8%) клинических наблюдениях и в 6 (9,2%) случаях – билатерально. У пациенток, перенесших протезирование МолЖ отсроченно, соответственно у 94 (94,9%) и 5 (5,1%) пациенток.

В обеих группах первичная злокачественная опухоль у более чем 90% пациенток локализовалась в пределах верхненаружных квадрантов молочных желез (рис. 2).

Во всех случаях РМЖ подтвержден гистологически. В обеих группах в более чем 90% клинических наблюдений гистологически верифицирована протоковая карцинома ($p = 0,279$) (рис. 3).

Размеры первичной опухоли не превышали 5 см (T_1-T_2) в 83,1% (54/65) и 86,8% (86/99) клинических наблюдений, соответственно в первой и второй группах. Опухоли менее 2,0 см (T_1) в первой группе верифицировались на 10,1% чаще, а во второй – в 1,7 раза чаще наблюдалась опухоль размерами 2-5 см (T_2) ($p > 0,05$) (рис. 4).

В первой и второй группах метастазы в регионарных лимфоузлах отсутствовали в 72,3% и 58,6% клинических наблюдений соответственно (рис. 5). Однако одномоментные операции на 23% чаще выполнялись при отсутствии регионарных метастазов, в то время как отсроченные вмешательства выполнены в 41,4% при метастатическом поражении регионарных лимфоузлов.

Как в первой, так и во второй группах наблюдались I стадии неопластического процесса: 46,2% (30/65) и 35,4% (35/99) случаев соответственно (рис. 6).

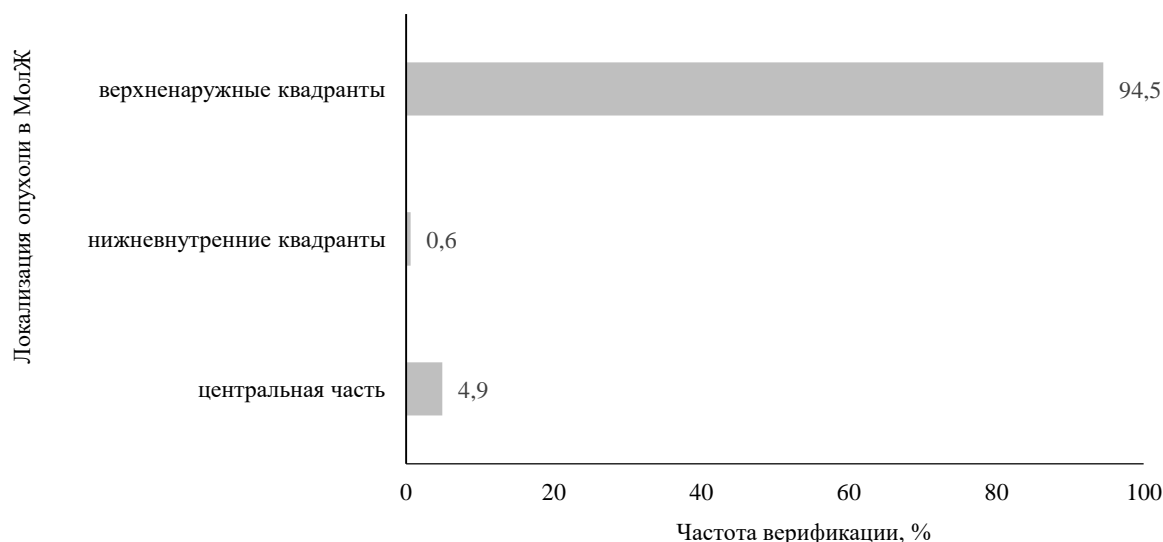


Рис. 2. Распределение случаев РМолЖ с учетом локализации опухоли



Рис. 3. Распределение случаев РМолЖ с учетом морфологического типа опухоли

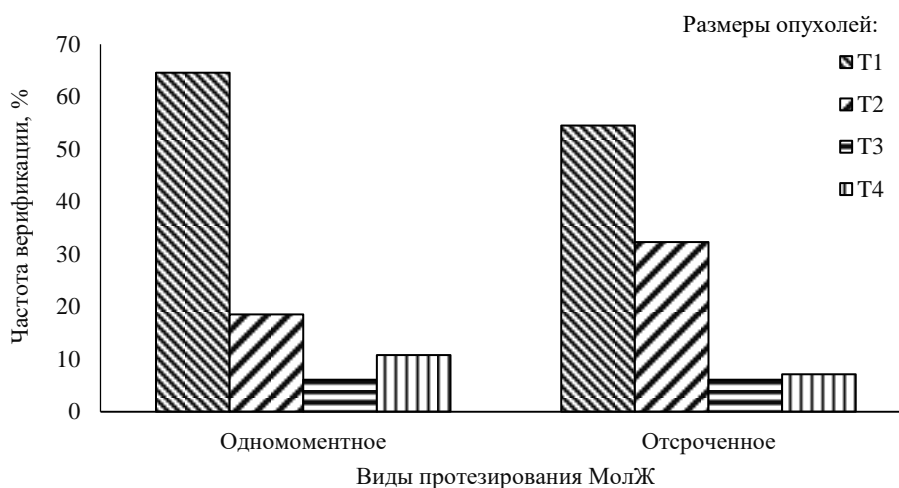


Рис. 4. Распределение случаев РМолЖ с учетом размера опухолей и вариантов реконструкции грудной стенки в зоне МЭ

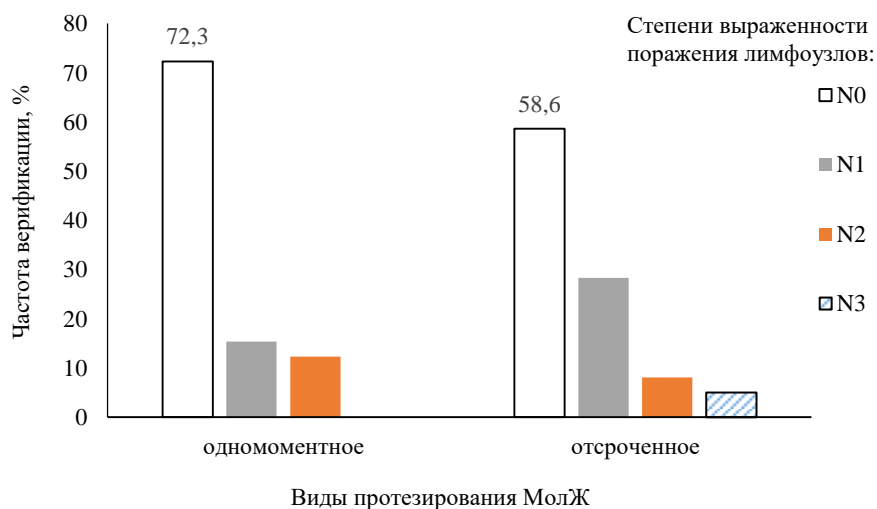


Рис. 5. Распределение случаев РМолЖ с учетом степени вовлечения в опухолевый процесс лимфатических коллекторов

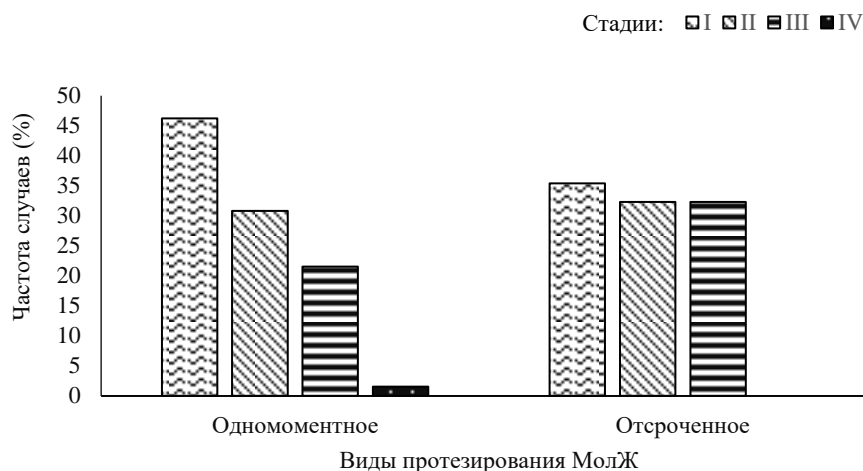


Рис. 6. Распределение случаев pMolJ в группах исследования с учетом стадии неопластического процесса

При анализе данных о выполнении реконструктивных операций на МолЖ после МЭ по поводу рака установлено, что всем пациенткам потребовалось проведение комбинированного лечения, которое удалось осуществить радикально.

Пятилетняя выживаемость больных, перенесших одномоментное и отсроченное протезирова-

ние МолЖ, составила соответственно 83,1 % и 81,8% ($p = 0,83$). Анализ Каплана-Мейера (рис. 7) также очевидно демонстрирует, что статистически значимые различия в отдаленных результатах после протезирования МЖ в обеих группах лечения отсутствуют ($p > 0,05$).

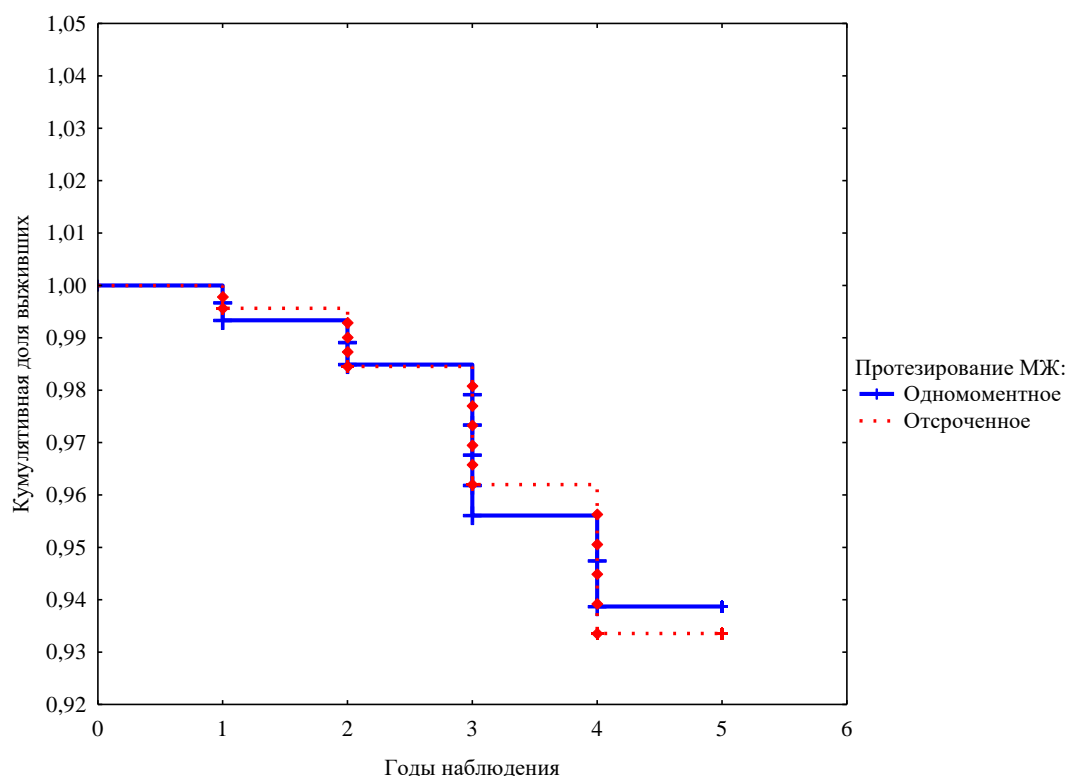


Рис. 7. Кумулятивная доля выживших (кривая Каплана-Мейера) больных pMolJ, данные о которых включены в исследование

Протоковая карцинома МолЖ – наиболее частая гистологическая форма ЗНО этого органа. При анализе данных о пациентках, включенных в исследование, этот морфологический тип pMolJ диагностирован более чем в 90% клинических наблюдений. На основании сведений, представленных на рис. 8, можно заключить, что при вери-

фикации у пациенток протоковой формы ЗНО МолЖ параметры 5-летней выживаемости оказываются сопоставимы в группах одномоментного и отсроченного протезирования МолЖ ($p > 0,05$). Снижение показателя выживаемости пациенток за 5-летний период наблюдения обусловлено тем, что в исследовании анализировались данные не только

о случаях так называемого «раннего» РМолЖ. В частности, наблюдения III и IV стадий неопластического процесса составили 23 и 32,5% в группах

одномоментного и отсроченного протезирования соответственно.

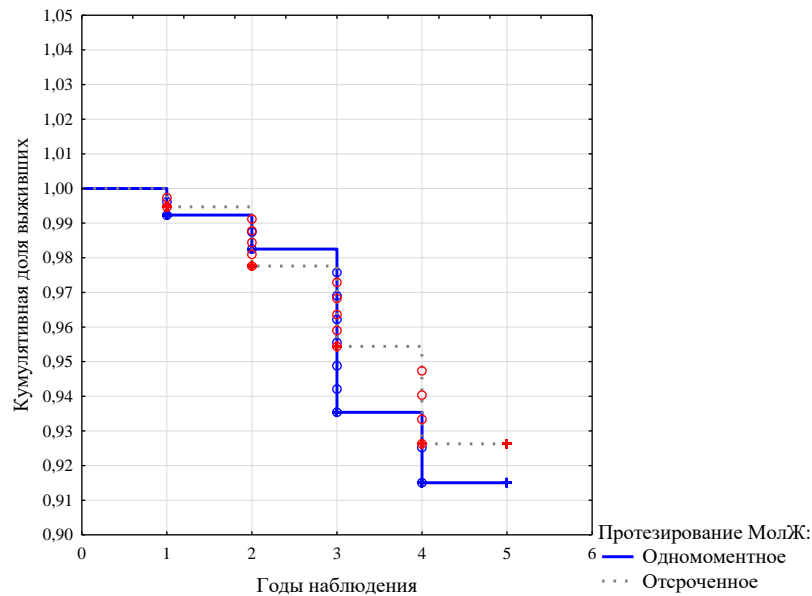


Рис. 8. Кумулятивная доля выживших (кривая Каплана-Мейера) больных с протоковой карциномой МолЖ с учетом вида операции

В целом данные проведенного исследования позволяют считать, что отсроченное протезирование МолЖ осуществлялось в 1,5 раза чаще, чем одномоментное ($p=0,0003$).

В обеих группах больных, данные о которых анализировались в ходе исследования, более чем в 90% клинических наблюдений гистологически опухоль идентифицирована в варианте протоковой карциномы ($p = 0,279$). Опухоли менее 2,0 см (T_1), удаленные у пациенток, подвергшихся одномоментному протезированию МолЖ, верифицировались на 10,1% чаще, а при отсроченном протезировании размер очага злокачественного роста в 1,7 раза чаще варьировал от 2 до 5 см (T_2).

В случаях как одномоментного, так и отсроченного протезирования молочных желез в большинстве наблюдений поражение опухолевым процессом лимфатических узлов отсутствовало – 72,3% и 58,6% клинических наблюдений соответственно. В группах исследования преобладали случаи I стадии неопластического процесса – 46,2% (30/65) и 35,4% (35/99) соответственно.

Заключение

Таким образом, планируя протезирование МолЖ пациенткам, подвергшимся МЭ по поводу рака, с клинико-морфологической точки зрения необходимо констатировать, что потребности в проведении подобных операций в большинстве случаев возникают при локализации опухоли размерами менее 2,0 см в верхненаружном квадранте одной из желез при отсутствии поражения неопластическим процессом регионарных лимфатических узлов. При этом, учитывая данные морфологического исследования, всем больным РМолЖ, данные о которых анализировались в ходе исследова-

ния, потребовалось проведение комбинированного/комплексного лечения по поводу ЗНО МолЖ.

Пятилетняя выживаемость пациенток, перенесших одномоментное и отсроченное протезирование молочной железы после радикальной мастэктомии по поводу рака молочной железы, составляет соответственно 83,1% и 81,8% ($p = 0,83$), что говорит о сравнимости методик по этому показателю. Очевидно, что выполнение реконструктивных операций на МолЖ после МЭ (как одномоментно, так и в отсроченном порядке) с учетом морфологических характеристик новообразований, верифицированных у пациенток, оказывается онкологически безопасным. Однако для получения более аргументированных данных, позволяющих оценить влияние морфологических форм опухолей МолЖ на отдаленные результаты одномоментного и отсроченного протезирования МолЖ после МЭ по поводу рака, необходимо проведение целенаправленных проспективных рандомизированных клинических исследований.

Литература

1. TNM: Классификация злокачественных опухолей / под ред. Дж.Д. Брайерли и др.; пер. с англ. и научн. ред. Е.А. Дубовой, К.А. Павлова. 2-е изд. М.: Логосфера, 2018. 344 с.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России. М., 2016. 250 с.
3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. М., 2018. 236 с.

4. Хижа Вал. Вас, Мовчан К.Н., Романенков Н.С., Русакевич К.И., Хижа Вит. Вал. Основные эпидемиологические данные о случаях злокачественных новообразований молочных желез у жительниц Санкт-Петербурга в 2011-2015 гг. // *Здоровье населения и среда обитания*. 2018. № 1(298). С. 20-23.
5. Шальнова С.А., Драпкина О.М. Тренды смертности от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований у российских мужчин и женщин в 2000-2016 гг. // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2019. Т.15, № 1. С. 77-83.
6. Albornoz C.R., Bach P.B., Mehrara B.J., Disa J.J., Pusic A.L., McCarthy C.M., Cordeiro P.G., Matros E. A paradigm shift in U.S. Breast reconstruction: increasing implant rates // *Plast. Reconstr. Surg.* 2013. T. 131 (1). C. 15-23.
7. Carioli G., Malvezzi M., Rodriguez T., Bertuccio P., Negri E., La Vecchia C. Trends and predictions to 2020 in breast cancer mortality in Europe // *Breast*. 2017. V. 36. P. 89-95.
8. Ghoncheh M., Pournamdar Z., Salehiniya H. Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World // *Asian. Pac. J. Cancer Prev.* 2016. V. 17 (S3). P. 43-46.
9. Ilonzo N., Tsang A., Tsantes S., Estabrook A., Thu Ma AM. Breast reconstruction after mastectomy: A ten-year analysis of trends and immediate postoperative outcomes // *Breast*. 2017. V. 32. P. 7-12.
10. Kummerow K.L., Du L., Penson D.F., Shyr Y., Hooks M.A. Nationwide trends in mastectomy for early-stage breast cancer // *JAMA Surg.* 2015. V. 150 (1). P. 9-16.
11. Lukong K.E., Ogunbolude Y., Kamdem J.P. Breast cancer in Africa: prevalence, treatment options, herbal medicines, and socioeconomic determinants // *Breast Cancer Res Treat.* 2017. V. 166 (2). P. 351-365.
12. Mamtani A, Morrow M. Why Are There So Many Mastectomies in the United States? // *Annu. Rev. Med.* 2017. V. 14 (68). P. 229-241.
13. Merino Bonilla J.A., Torres Tabanera M., Ros Mendoza L.H. Breast cancer in the 21st century: from early detection to new therapies // *Radiologia*. 2017. V. 59(5). P. 368-379. doi: 10.1016/j.rx.2017.06.003.
14. Nahabedian M.Y., Cocilovo C. Two-Stage Prosthetic Breast Reconstruction: A Comparison Between Prepectoral and Partial Subpectoral Techniques // *Plast. Reconstr. Surg.* 2017. V. 140 (6S Prepectoral Breast Reconstruction). P. 22S-30S. doi:10.1097/PRS.0000000000004047.
15. Olsen M.A., Nickel K.B., Fox I.K., Margenthaler J.A., Wallace A.E., Fraser V.J. Comparison of Wound Complications After Immediate, Delayed, and Secondary Breast Reconstruction Procedures // *JAMA Surg.* 2017. V. 152 (9). e172338. doi: 10.1001/jamasurg.2017.2338.
16. Sbitany H. Breast Reconstruction // *Surg. Clin. North. Am.* 2018. V. 98 (4). P. 845-857. doi: 10.1016/j.suc.2018.03.011.
17. Winters S., Martin C., Murphy D., Shokar N.K. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening // *Prog. Mol. Biol. Transl. Sci.* 2017. V. 151. P. 1-32. doi:10.1016/bs.pmbts.2017.07.002.
- P.A. Gertsena filial FGBU «FMITS im. P.A. Gertsena» Minzdrava Rossii. M., 2016. 250 s.
3. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2017 godu [The status of cancer care for the population of Russia in 2017]. M.: MNI OI im. P.A. Gertsena filial FGBU «NMITS radiologii» Minzdrava Rossii. M., 2018. 236 s.
4. Khizha Val. Vas, Movchan K.N., Romanenkov N.S., Rusakevich K.I., Khizha Vit. Val. Osnovnyye epidemiologicheskiye dannyye o sluchayakh zlokachestvennykh novoobrazovaniy molochnykh zhelez u zhitel'nits Sankt-Peterburga v 2011-2015 gg. [The main epidemiological data on cases of malignant neoplasms of the mammary glands in residents of St. Petersburg in 2011-2015] // *Zdorov'ye naseleniya i sreda obitaniya*. 2018. № 1(298). S. 20-23.
5. Shal'nova S.A., Drapkina O.M. Trendy smernosti ot bolezney sistemy krovoobrashcheniya i zlokachestvennykh novoobrazovaniy u rossiyskikh muzhchin i zhenshchin v 2000-2016 gg. [Trends in mortality from diseases of the circulatory system and malignant neoplasms in Russian men and women 2000-2016] // *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2019. T.15, № 1. S. 77-83.
6. Albornoz C.R., Bach P.B., Mehrara B.J., Disa J.J., Pusic A.L., McCarthy C.M., Cordeiro P.G., Matros E. A paradigm shift in U.S. Breast reconstruction: increasing implant rates // *Plast. Reconstr. Surg.* 2013. T. 131 (1). C. 15-23.
7. Carioli G., Malvezzi M., Rodriguez T., Bertuccio P., Negri E., La Vecchia C. Trends and predictions to 2020 in breast cancer mortality in Europe // *Breast*. 2017. V. 36. P. 89-95.
8. Ghoncheh M., Pournamdar Z., Salehiniya H. Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World // *Asian. Pac. J. Cancer Prev.* 2016. V. 17 (S3). P. 43-46.
9. Ilonzo N., Tsang A., Tsantes S., Estabrook A., Thu Ma AM. Breast reconstruction after mastectomy: A ten-year analysis of trends and immediate postoperative outcomes // *Breast*. 2017. V. 32. P. 7-12.
10. Kummerow K.L., Du L., Penson D.F., Shyr Y., Hooks M.A. Nationwide trends in mastectomy for early-stage breast cancer // *JAMA Surg.* 2015. V. 150 (1). P. 9-16.
11. Lukong K.E., Ogunbolude Y., Kamdem J.P. Breast cancer in Africa: prevalence, treatment options, herbal medicines, and socioeconomic determinants // *Breast Cancer Res Treat.* 2017. V. 166 (2). P. 351-365.
12. Mamtani A, Morrow M. Why Are There So Many Mastectomies in the United States? // *Annu. Rev. Med.* 2017. V. 14 (68). P. 229-241.
13. Merino Bonilla J.A., Torres Tabanera M., Ros Mendoza L.H. Breast cancer in the 21st century: from early detection to new therapies // *Radiologia*. 2017. V. 59(5). P. 368-379. doi: 10.1016/j.rx.2017.06.003.
14. Nahabedian M.Y., Cocilovo C. Two-Stage Prosthetic Breast Reconstruction: A Comparison Between Prepectoral and Partial Subpectoral Techniques // *Plast. Reconstr. Surg.* 2017. V. 140 (6S Prepectoral Breast Reconstruction). P. 22S-30S. doi:10.1097/PRS.0000000000004047.
15. Olsen M.A., Nickel K.B., Fox I.K., Margenthaler J.A., Wallace A.E., Fraser V.J. Comparison of Wound Complications After Immediate, Delayed, and Secondary Breast Reconstruction Procedures // *JAMA Surg.* 2017. V. 152 (9). e172338. doi: 10.1001/jamasurg.2017.2338.
16. Sbitany H. Breast Reconstruction // *Surg. Clin. North. Am.* 2018. V. 98 (4). P. 845-857. doi: 10.1016/j.suc.2018.03.011.

References

1. TNM: Klassifikatsiya zlokachestvennykh opukholey [TNM: Classification of malignant tumors] / pod red. Dzh.D. Brayyerli i dr.; per. s angl. i nauchn. red. Ye.A. Dubovoy, K.A. Pavlova. 2-ye izd. M.: Logosfera, 2018. 344 s.
2. Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2014 godu (zabolevayemost' i smertnost') [Malignant neoplasms in Russia in 2014 (morbidity and mortality)]. M.: MNI OI im.

17. Winters S., Martin C., Murphy D., Shokar N.K. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening // Prog. Mol. Biol. Transl. Sci. 2017. V. 151. P. 1-32. doi:10.1016/bs.pmbts.2017.07.002.

Сведения о соавторах:

Мовчан Константин Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий сектором организации экспертизы качества медицинской помощи СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», профессор кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова».

E-mail: movchank@spbmiac.ru.

Тел.: (812) 5762766

Хижа Валентин Васильевич – кандидат медицинских наук, заведующий отделом медицинской статистики опухолевых заболеваний СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

E-mail: Hiza_VV@spbmiac.ru.

Тел.: +7(921)2325221

Морозов Юрий Михайлович – доктор медицинских наук, врач-эксперт СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

E-mail: Morozov_UM@spbmiac.ru

Тел.: +7(921) 9422359

Артюшин Борис Сергеевич – кандидат медицинских наук, врач-эксперт, СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

E-mail: artyushin_boris@mail.ru

Тел.: +7 (965) 0606906

Гедгафов Рустам Мухамедович – врач-методист СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

E-mail: Gedgafov_RM@spbmiac.ru

Тел.: +7 (921) 7945706

Яковенко Ольга Игоревна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова».

E-mail: Yakovenko_OI@spbmiac.ru

Тел.: +7 (921) 7940106.

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

30 марта-1 апреля 2020 года в гостинице «Рэдиссон Славянская» по адресу: г. Москва, Площадь Европы, 2 состоится XII Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням с международным участием «Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы».

Полная информация о предстоящем конгрессе находится на сайте: <http://congress-infection.ru/ru/main>

УДК 618.5-08:618.346-008.8

Исходы родов у беременных с преждевременным излитием околоплодных вод**И.И. Тошева, Н.Г. Ашурова**

Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сина МЗ РУ

Резюме

В данной статье приведены результаты ретроспективного исследования 106 историй родов, осложнившихся преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО) в Бухарском областном перинатальном центре за период 2017-2019 гг., результаты свидетельствуют о значительной роли ПРПО в развитии акушерских осложнений, особенно у женщин с отягощённым соматическим и гинекологическим анамнезом.

Ключевые слова: хориоамнионит, амниотическая оболочка, преждевременный разрыв плодных оболочек, индукция родов.

Results of rupture of membranes in preterm during pregnancy**I.I. Tosheva, N.G. Ashurova**

Bukhara State Medical Institute by Abu Ali ibn Sina of MH of RU

Summary

This article presents the results of a retrospective study of the history of childbirth of 106 pregnant women in whom labor was complicated by premature rupture of the membranes, delivery in the Bukhara regional perinatal center for the period 2017-2019 years. The results show the significant role of premature rupture of the membranes in the development of obstetrics and perinatal complications, especially in women with a history of somatic and gynecological anamnesis

Key words: amniotic membrane, premature rupture of amniotic fluid, induction of labor, chorionamnionitis.

Одним из самых неблагоприятных осложнений, встречающихся при угрожающих преждевременных родах (ПР), является преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО). ПРПО при недоношенной беременности считается важнейшим фактором риска для плода и матери, так как определяет высокий уровень перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности [2, 5, 7]. Осложнение родов ПРПО является одним из важнейших проблем современного акушерства [2, 4]. ПРПО является причиной инициации родовой деятельности в 8-92% случаев в зависимости от срока беременности. Проблема ПР является лидирующей в структуре перинатальной заболеваемости и смертности [1, 3, 6].

ПРПО тесно связан с перинатальной инфекцией, повышая в 10 раз риск неонатального сепсиса, высокой перинатальной и младенческой смертностью, а также риском гнойно-септических осложнений у матери [1, 7]. Часто в анамнезе встречаются перенесенная вирусная инфекция; истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН); пороки развития матки; перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, макросомии плода; хирургические операции во время беременности, особенно на органах брюшной полости, или травмы. Отмечают также роль в генезе разрыва плод-

ных оболочек во II триместре беременности таких факторов, как расовая или этническая принадлежность, доступность медицинской помощи. Факторы, способствующие ПРПО в различные сроки беременности, остаются не до конца изученными.

Цель исследования: изучить причинные факторы, акушерские и перинатальные исходы родов у женщин с ПРПО и тактику ведения у них родов.

Материал и методы

Материалом исследования явились истории родов 106 беременных (средний возраст – 26,5 лет), у которых роды осложнились ПРПО в сроках от 22 до 36 недель гестации, родоразрешённых в Бухарском областном перинатальном центре за период 2017-2019 гг. Изучены анамнестические данные соматического, акушерско-гинекологического статуса всех родильниц. При сборе анамнеза тщательно изучены течение настоящей и предыдущих беременностей, родов и послеродового периода, анализированы лабораторные параметры, состояние вагинальной флоры, степень готовности родовых путей по шкале Бишоп по показаниям (кровотечение, врождённые пороки развития плода, антенатальная гибель плода, признаки хориоамнионита, неубедительное состояние плода). Проведено ультразвуковое исследование матки и плода.

Для корреспонденции:

Тошева Ирода Исроиловна – ассистент кафедры акушерства-гинекологии Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сина МЗ РУ.

E-mail: iroda.tosheva@mail.ru

Тел.: +998906378273

Статья поступила 18.09.2019 г., принята к печати 27.11.2019 г.

Статистический анализ проведен с определением долевых значений.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех женщин беременность протекала на фоне отягощенного анамнеза с сочетанием акушерских, гинекологических и соматических заболеваний. Среди пациенток с ПРПО 20,7% (22

женщины) имели низкое социально-экономическое положение; 11,3% (11 женщин) – вредные привычки (наркотическую и никотиновую зависимость), 20,7% (22 женщины) – профессиональные вредности и 30,2% (32 женщины) – отягощенную наследственность.

В большинстве случаев выявлены сочетания нескольких патологий. В таблице 1 приведены данные акушерского анамнеза.

Таблица 1

Акушерский анамнез обследованных женщин (n=106)			Всего в группах	Всего
Оценка паритета				
Первородящие	Первобеременные	26 (60,5%)	43 (40,6%)	106 (100%)
	Артифициальные аборты в анамнезе	6 (14%)		
	Самопроизвольный выкидыш	11 (25,6%)		
Повторнородящие	Повторнородящие	20 (31,7%)	63 (59,4%)	
	Роды + артифициальные аборты	18 (28,6%)		
	Роды + самопроизвольный выкидыш	25 (39,7%)		

Из таблицы видно, что по паритету преобладали повторнородящие (63 женщины), составившие 59,4%. Почти каждая третья повторнородящая женщина (28,6%) в анамнезе указывала на искусственный аборт. Репродуктивные потери, такие как неразвивающаяся беременность и самопроизвольные выкидыши, имели место в обеих группах. Беременность завершилась преждевременно у 81 женщины, что составило 76,4%. У 25 женщин беременность пролонгирована до доношенного срока (у 23,6%).

Изучение гинекологического анамнеза обследованных показало, что больше чем у половины – 76 (71,7%) беременных – имелся осложненный анамнез. 27 женщин (25,5%) указывали на перене-

сенные заболевания органов гениталия: преимущественно цервицит – у 26 (24,5%), хронические воспалительные заболевания придатков и влагалища – у 40 (37,7%). Инфекции, передающиеся половым путем (хламидийная, герпетическая, уреаплазменная), были диагностированы у 8 женщин (7,5%), ретенционные образования яичников (кисты) – у 3 женщин (2,8%). Диатермокоагуляция шейки матки по поводу эрозий произведена в 13,2% случаев (у 14 женщин). Различные оперативные вмешательства в органах гениталия в анамнезе были у 11 женщин, что составило 10,4% случаев.

Ниже приведены данные соматического статуса обследованных женщин (табл. 2).

Таблица 2

Соматический статус обследованных женщин (n=106)		
Нозология заболеваний	Абс. ч.	(%)
Анемия	82	77,4
Заболевания щитовидной железы	44	41,5
Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, панкреатит)	7	6,6
Заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертензия, гипотензия, варикозная болезнь)	13	12,3
Заболевания мочевыводящей системы (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, цистит)	31	29,2
Заболевания ЛОР-органов (тонзиллит, гайморит)	61	57,5
Инфекционные заболевания, перенесенные во время настоящей беременности (ОРИ, обострение синуситов)	28	26,4
Бронхолёгочные заболевания (бронхит, бронхиальная астма)	3	2,8
Миопия	17	16
Другие	11	10,4

У всех беременных с ПРПО был отягощенный соматический анамнез. В структуре экстрагенитальных заболеваний преобладали анемия, заболевания щитовидной железы, мочевыводящей системы, заболевания ЛОР-органов и инфекционные заболевания.

Результаты состояния микрофлоры влагалища и выявления присутствия патогенных микроорганизмов оценивалось путём анализа влагалищного секрета на флору. Забор мазка произведен со сли-

зистой влагалища, шейки матки или мочеиспускательного канала.

Вторая степень чистоты наблюдалась у 31 (29,2%) женщины, у которых содержимое влагалища имело кислую реакцию (рН=5,0-5,5) с влагалищными клетками, встречались палочки Дедерлейна в малом количестве, много бактерий типа commatariabill (анаэробная изогнутая в виде запятой палочка), эпителиальные клетки и единичные лейкоциты.

Третья степень чистоты встречалась у 58 (54,7%) женщин, у которых влагалищный секрет имел слабощелочную реакцию (рН 6,0-6,5), влагалищные палочки были в небольшом количестве, доминировали *сommatariabill*, анаэробный стрептококк и много кокков с наличием большого количества лейкоцитов.

У 17 (16%) женщин диагностирована 4 степень чистоты влагалищного мазка со слабой щелочной реакцией, с отсутствием влагалищных палочек, *сommatariabill* были в меньшинстве, преобладала пестрая бактериальная флора, анаэробные кокки, бациллы, встречались единично трихомонады или другие специфические возбудители инфекции, масса лейкоцитов.

По Национальному стандарту ведения больных с ПРПО после отхождения околоплодных вод всем роженицам начата антибактериальная терапия (эритромицин по 500 мг по 1 табл. через каждые 8 часов) с целью профилактики гнойно-септических осложнений у плода. С целью профилактики синдрома дыхательных расстройств назначен дексаметазон по 8 мг в/м через каждые 8 часов, № 3. При угрозе преждевременных родов назначена токолитическая терапия: нифедипин по 10 мг через каждые 15 минут до пяти таблеток.

При сроке беременности от 28 до 34 недель приоритетной считалась выжидательная активная тактика, целью которой было не допустить развития клинически и гистологически значимого хориоамнионита. 28 (26,4%) роженицам в динамике наблюдения от выжидательной тактики отказано, в связи с присоединением признаков хориоамнионита или жестким противопоказанием к пролонгированию беременности (кровотечения, врожденные пороки развития плода, антенатальная гибель плода, неубедительное состояние плода), что послужило показанием для начала родоиндукции.

Нижеследующие признаки считались параметрами увеличения риска развития хориоамнионита: рост лейкоцитоза более чем на 15–20% от исходного уровня, нейтрофилов и особенно С-реактивного белка, наличия отрицательной динамики в функциональном состоянии системы мать–плацента–плод (уменьшение индекса амниотической жидкости, уменьшение черепного индекса, отрицательная динамика при доплерометрии в среднемозговой артерии плода). Перед началом родоиндукции проведено влагалищное исследование с целью оценки зрелости шейки матки по шкале Бишоп.

Выявлено, что у 40,6% обследованных беременных параметры раскрытия, длины, консистенции, положения шейки матки и состояния предлежащей части плода имели баллы до 5, что оценивалось как «незрелая шейка». У 61,3% женщин родовые пути оценивались как «зрелая шейка». Соответственно, тактика дальнейшего ведения была выбрана согласно протоколу Областного перинатального центра. У беременных с «незрелой» шейкой в сочетании с акушерскими осложнениями по протоколу предложена индукция родов гландином Е2, 3 мг по 1 таблетке интравагинально после ин-

формированного согласия беременной и родственников. Проведена беседа о возможных осложнениях родовозбуждения. Во время индукции проводился мониторинг сердцебиений плода и маточной активности. Родовые пути переоценены через 8 часов для уточнения необходимости продолжения индукции. У беременных со «зрелой» шейкой роды велись выжидательной тактикой до разыгрывания регулярной родовой деятельности или консилиумом врачей решался вопрос о родостимуляции окситоцином. 67,8% беременных родоразрешены через естественные родовые пути. Тактика ведения беременности и выбора метода родоразрешения обсуждалась в каждом случае коллегиально консилиумом врачей. С началом разыгрывания регулярной родовой деятельности антибиотик заменён в инъекционный вид. С учетом высокой чувствительности к ампициллину бактерий влагалища и шейки матки, у женщин с преждевременным отхождением околоплодных вод предпочтительно применялся данный антибактериальный препарат.

Характер родовой деятельности контролировался на основании ведения партограмм. При ведении родов, осложненных ПРПО, велся контроль гемодинамических показателей, t° тела каждые 4 часа, лейкоцитоза крови 1 раз в сутки, коагулограммы, С-реактивного белка, лейкоцитарного интоксикационного индекса, анализа мочи, группы крови и Rh-принадлежности, анализа выделений из влагалища (мазок), УЗИ матки и плода, общего состояния роженицы.

При критических состояниях, угрожающих жизни женщины (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, тяжелая преэклампсия, эклампсия, несостоятельность рубца), тяжелой акушерской патологии, незрелости шейки матки с присоединением хориоамнионита, отсутствии условий для срочного родоразрешения консилиумом врачей решался вопрос об оперативных родоразрешениях.

Выводы

1. В процессе ретроспективного изучения историй родов обнаружено, что основными факторами, способствующими преждевременному разрыву плодных оболочек, являются отягощенный акушерский, гинекологический и соматический анамнез, что имело место во всех случаях исследования. Наиболее частой фоновой патологией явились: анемия, заболевания мочевыделительной системы и инфекции, перенесенные во время настоящей беременности.
2. Преждевременное излитие околоплодных вод, как следствие патологического роста условно патогенной цервико-вагинальной микрофлоры, в 26,4% случаев явилось причиной хориоамнионита, что способствовало значительному увеличению удельной частоты акушерских патологий.

Литература

1. Абрамченко В.В. Современные методы подготовки беременных к родам. Санкт-Петербург, 1991. 255 с.

2. Ашурова Н.Г., Тошева И.И., Кудратова Д. Состояние готовности родовых путей у рожениц с дородовым разрывом плодных оболочек // Репродуктивная медицина. 2018. № 2 (35). С. 32–34.
3. Баев О.Р., Румянцева В.П. Мифепристон в преиндукции и индукции родов // Фарматека. 2011. Т. 13. С. 75–79.
4. Бондаренко К.Р., Озолина Л.А., Бондаренко В.М. Патогенетические аспекты дисбиоза влагалища и современные возможности его коррекции // Акушерство и гинекология. 2014. № 8. С. 127–132.
5. Ихтиярова Г.А., Тошева И.И., Нарзуллоева Н.С. Причины возникновения синдрома потери плода при разных сроках гестации // Журнал азиатских научных исследований. 2017. № 3 (3). С. 13–24.
6. Миляева Н.М., Ковалев В.В., Лебедева Л.М. Оценка эффективности и безопасности применения мифепристона для преиндукции и индукции родов // Вопросы акушерства и перинатологии. 2007. Т. 6, № 2. С. 15–17.
7. Рахматуллаева М.М. Лечение бактериального вагиноза в ранние сроки беременности // Фарматека. 2017. № 12. С. 67–68.
- membranes] // Reproductive medicine. 2018. № 2 (35). С. 32–34.
3. Bayev O.R., Rumyantseva V.P. Mifepriston v preinduktsii i induktsii rodov [Mifepristone in pre-induction and induction of labor] // Farmateka. 2011. T. 13. S. 75-79.
4. Bondarenko K.R., Ozolina L.A., Bondarenko V.M. Patogeneticheskiye aspekty disbioza vlagalishcha i sovremennyye vozmozhnosti yego korrektsii [Pathogenetic aspects of vaginal dysbiosis and modern possibilities for its correction] // Akusherstvo i ginekologiya. 2014. № 8. S. 127–132.
5. Ikhtiyarova G.A., Tosheva I.I., Narzulloyeva N.S. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times // Asian Journal of Research. 2017. № 3 (3). S. 13-24.
6. Milyayeva N.M., Kovalev V.V., Lebedeva L.M. Otsenka effektivnosti i bezopasnosti primeneniya mifepristona dlya preinduktsii i induktsii rodov [The valuation of the effectiveness and safety of the use of Mifepristone for pre-induction and induction of labor] // Voprosy akusherstva i perinatologii. 2007. T. 6, № 2. S. 15-17.
7. Rakhmatullayeva M.M. Lecheniye bakterial'nogo vaginoza v ranniye sroki beremennosti [Treatment of bacterial vaginosis in the early stages of pregnancy] // Farmateka. 2017. № 12. S. 67-68.

References

1. Abramchenko V.V. Sovremennyye metody podgotovki beremennykh k rodam [Modern methods of preparing pregnant women for childbirth]. Sankt-Peterburg, 1991. 255 s.
2. Ashurova N.G., Tosheva I.I., Kudratova D. Sostoyaniye gotovnosti rodovykh putey u rozhenits s dородовым razryvom plodnykh obolochek [State of readiness of the birth canal in women in labor with prenatal rupture of the

Сведения о соавторе:

Ашурова Нигора Гафуровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Бухарского государственного медицинского института им. Абу Али ибн Сина МЗ РУ.

E-mail: ashurova_72@list.ru

Тел.: 90-512-03-24

УДК 618.146-006.6-076.5(470.67)

Оценка результатов внедрения жидкостной цитологии в Республике Дагестан как метода скрининга рака шейки матки**Н.Д. Сулейманова¹, С.М. Хархачаева², Р.Н. Шахсинова³, А.Г. Хархаров², Г.В. Лёшкина⁴, К.Р. Джаппарова²**¹ ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Махачкала;² ГБУ «Республиканский центр охраны здоровья семьи и репродукции» МЗ РД, Махачкала;³ Министерство здравоохранения Республики Дагестан, Махачкала;⁴ ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва**Резюме**

Рост заболеваемости раком шейки матки (РШМ) является актуальной проблемой в современной онкологии. При диагностировании на ранней стадии РШМ излечивается в более 90% случаев заболевания. В связи с этим на сегодняшний день особую актуальность приобретают внедрение и применение в практической медицине современных методов диагностики. К числу таких методов относится скрининг предраковых заболеваний и РШМ методом жидкостной цитологии (ЖЦ). Республика Дагестан (РД) стала первой республикой в Северо-Кавказском федеральном округе и 13-м регионом в Российской Федерации, внедрившим методику ЖЦ (в 2016 году). По итогам 3-х лет в РД проведено 23786 исследований ЖЦ шейки матки и 1712605 исследований – традиционным методом (ПАП-тестом). При проведении ЖЦ патология выявлена в 16,9% случаях, а при традиционном ПАП-тесте – в 5% случаев, что показывает эффективность скрининговой программы РШМ с применением ЖЦ для сохранения качества жизни и здоровья женщин.

Ключевые слова: рак шейки матки, цервикальная интраэпителиальная неоплазия, злокачественные новообразования, патология шейки матки, скрининг, жидкостная цитология, Республика Дагестан.

Evaluation of the results of liquid cytology implementation in the Republic of Dagestan as a method of cervical cancer screening**N.D. Suleimanova¹, S.M. Kharkhacheva², R.N. Shakhshinova¹, A.G. Kharkharov², G.V. Leshkina³, K.R. Dzhapparova².**¹ FSBEI HE "Dagestan State Medical University" MH RF, Makhachkala;² SBI «Republican Center for Protection of Family Health and Reproduction» MH RD;³ Ministry of Health of Dagestan Republic, Makhachkala;⁴ FBIS Central Research Institute of Epidemiology of Russian Consumer Supervision, Moscow**Summary**

The increase in the incidence of cervical cancer (cervical cancer) is an urgent problem in modern Oncology. When diagnosed at an early stage, RSM is cured in more than 90% of cases. In this regard, the introduction and application of modern diagnostic methods in practical medicine are of particular relevance today. Among these methods is the screening of pre-cancer and cervical cancer by liquid based Cytology (LC). The Republic of Dagestan (RD) became the first Republic in the North Caucasus Federal district and the 13th region in the Russian Federation to implement the LC methodology (in 2016). At the end of 3 years in RD conducted 23786 studies of the cervical LC and 1712605 studies-the traditional method (PAP test). During the LC, pathology was detected in 16.9% of cases, and in the traditional PAP test-in 5% of cases, which shows the effectiveness of the screening program of RSM with the use of LC to preserve the quality of life and health of women.

Key words: cervical cancer, cervical intraepithelial neoplasia, malignant neoplasms, cervical pathology, screening, liquid cytology, Republic of Dagestan.

Злокачественные новообразования во всех развитых и во многих развивающихся странах мира занимают второе место в структуре первичной заболеваемости, инвалидности и смертности. В структуре онкопатологии у женщин 17% составляют злокачественные опухоли половых органов [7]. Среди последних наиболее распространенным является

рак шейки матки (РШМ). В Российской Федерации (РФ) доля РШМ в 2017 году составила 4,9% среди всех выявленных злокачественных заболеваний [8]. При диагностировании на ранней стадии РШМ излечивается в более 90% случаев заболевания. В развитых странах мира 2/3 новообразований шейки матки выявляются в стадии *in situ*, в России этот показатель составляет 1/5 [8]. Что касается Республики Дагестан (РД), то в официальных отчетах за 2017 г. эта форма РШМ практически отсутствует (0,6) [8].

Важно отметить, что в рамках национальных проектов последних лет проводятся мероприятия, направленные на усиление роли первичного медико-санитарного звена для раннего выявления злокачественных новообразований. Диагностической концепцией раннего выявления РШМ является ши-

Для корреспонденции:

Сулейманова Наида Даировна – доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, заведующая отделением гинекологии медицинского центра «Family».

Адрес: 367003, г. Махачкала, ул. Батырая, 54.

E-mail: suleymanova.d@mail.ru

Тел.: 8 (903)4993334

Статья поступила 4.09.2019 г., принята к печати 20.11.2019 г.

рокое внедрение цитологического скрининга [2, 3, 5, 6].

Существенный компонент стратегии профилактики РШМ – цитологическое исследование цервикально-вагинальных мазков методом Джорджа Папаниколау – ПАП-тест (разработан в 1928 г.). В 1945 г. Американское онкологическое общество (American Cancer Society) утвердило использование вагинального мазка как эффективного теста для профилактики РШМ, а в 1957 г. одобрило использование мазков с шейки матки в цервикальных скрининговых программах [11]. В России цитологический метод исследования при массовых профилактических гинекологических осмотрах впервые был использован в 1964 г. [4]. Хотя ПАП-тест во всем мире был описан как «наиболее эффективный скрининговый тест на рак, который когда-либо разрабатывался», тем не менее при его проведении в 15-50% случаев отмечаются ложноотрицательные результаты, что является следствием того, что на предметное стекло наносится только малая часть материала, полученного у женщины, а большая часть остается на инструменте для взятия образца [9, 10, 13].

Современная медицина не стоит на одном месте, она постоянно развивается и совершенствуется. Все вышеуказанные недостатки были исключены в новой технологии выявления предрака и РШМ – жидкостной цитологии (ЖЦ) [1]. Суть метода заключается в том, что биоматериал, полученный с шейки матки, переносят не на стекло, а помещают в виау со стабилизирующим раствором, обеспечивающим полноценную фиксацию материала, защищающим его от бактериальной контаминации и сохраняющим морфологию и иммунологические свойства клеток. При доставке в лабораторию для удаления крови и излишка лейкоцитов клеточную суспензию центрифугируют и готовят стандартный цитологический препарат хорошего качества, в котором клетки располагаются на предметном стекле равномерным тонким слоем на небольшом участке, предназначенном для микроскопирования. В сравнении с традиционными ПАП-мазками, выполненными в тот же период времени, ЖЦ повышает частоту выявления LSIL (low grade squamous intraepithelial lesion – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение легкой степени) и HSIL (high grade squamous intraepithelial lesion – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени) на 47 и 116% соответственно [12].

Первой тест-системой для приготовления препаратов методом ЖЦ стал Thin Prep Pap Test (Hologic, США, 1996 г.) [15]. В 1999 г. была разработана и одобрена FDA вторая система для ЖЦ – Sure Path Pap Test (Becton, Dickinson and Company – BD, США) [14, 15]. В России жидкостную технологию цитологического исследования впервые начали применять в 2003 г. в рамках совместных научных работ кафедры акушерства и гинекологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова и кафедры клинической лабораторной диагностики Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования.

Минздравом РД был издан приказ №1209-Р от 28.12.2015 года «О внедрении скрининга по раннему выявлению рака шейки матки у женщин Республики Дагестан методом жидкостной цитологии» в целях ранней диагностики предраковых заболеваний и РШМ, улучшения качества диспансеризации женщин республики. В результате РД стала первой республикой в Северо-Кавказском федеральном округе и 13-м регионом в РФ, внедрившим методику ЖЦ (система Sure Path Pap Test) (2016 г.), которая проводится в три этапа [14, 15] (рис. 1). В соответствии с приказом №1209-Р на первом этапе государственные медицинские учреждения республики в рамках диспансеризации взрослого населения при проведении профилактических осмотров женщин в возрасте от 20 до 60 лет осуществляют у себя на месте забор мазков из цервикального канала и влагалищной порции шейки матки для направления материала в цитологическую лабораторию ГБУ «Республиканский центр охраны здоровья семьи и репродукции» (РЦОЗСиР) МЗ РД и последующего исследования ЖЦ цитологии BD Sure Path. При выявлении атипии врач кабинета патологии шейки матки рассылает электронные письма в медицинские организации о необходимости дообследования пациенток на месте, если имеется необходимое оборудование, при отсутствии такового – вызывает женщину в РЦОЗСиР. На втором этапе проводят сортировку пациенток по тактике ведения в кабинете патологии шейки матки (это либо наблюдение, либо лечение). На третьем этапе пациентки с гистологически верифицированным CIN III и РШМ направляются в онкологический центр.

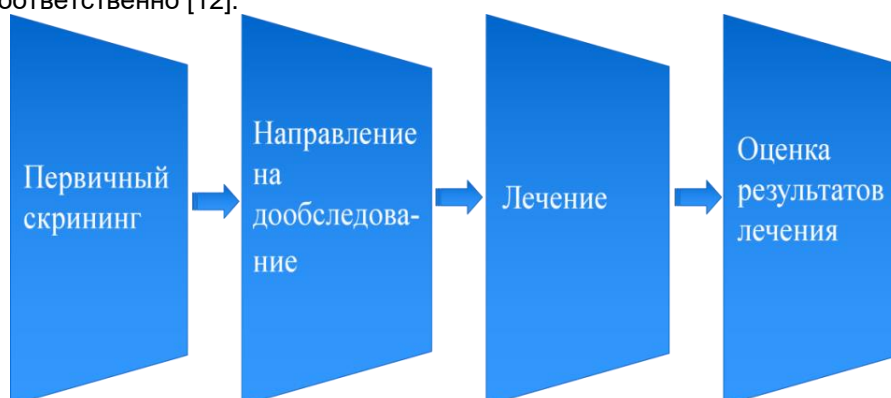


Рис. 1. Этапы диагностики и лечения

Для своевременного предупреждения РШМ метод рекомендуется применять с определенной регулярностью.

Цель исследования: оценка результатов внедрения жидкостной цитологии в Республике Дагестан как метода скрининга рака шейки матки в течение первых 3-х лет (2016-2018 гг.).

Материал и методы

За период с 2016 по 2018 год в Республике Дагестан проведено 23786 исследований методом ЖЦ (в цитологической лаборатории ГБУ «Республиканский центр охраны здоровья семьи и репродукции» – РЦОЗСиР МЗ РД), 1712605 исследований – традиционным методом (ПАП-тестом). Цервикальные образцы взяты у женщин в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст – $35,4 \pm 3,1$ лет). Приготовление и окраска цитологических препаратов проводились по методике BD Sure Path с автоматизированной системой просмотра цитологических препаратов BD Focal Point GS. Технология Sure Path создает наиболее репрезентативный образец из шейки матки для цитологического тестирования: стандартизи-

рует забор как эндоцервикальных, так и экзоцервикальных клеток с помощью одного собирающего устройства (Cervex-Brush), обеспечивает полный перенос собранных клеток в виалу, устраняет перебивающий материал (кровь, слизь, продукты воспаления). Интерпретация цитологической картины осуществлялась в соответствии с общепринятыми критериями оценки состояния эпителия по Bethesda System (1999 г.). При этом нами проводилась сравнительная оценка жидкостной и традиционной цитологии в ранней диагностике цервикальной патологии.

Результаты исследования были обработаны с помощью программы «Statistica 6.0» с определением долевых значений.

Результаты исследования и их обсуждение

Из общего количества исследований патология шейки матки разной степени путем традиционного ПАП-теста выявлена у 85866 (5%) из 1712605 пациенток, а методом ЖЦ – у 4013 (16,9%) из 23786 пациенток, т.е. в 3 с лишним раза больше, чем с использованием традиционного метода (рис.2).

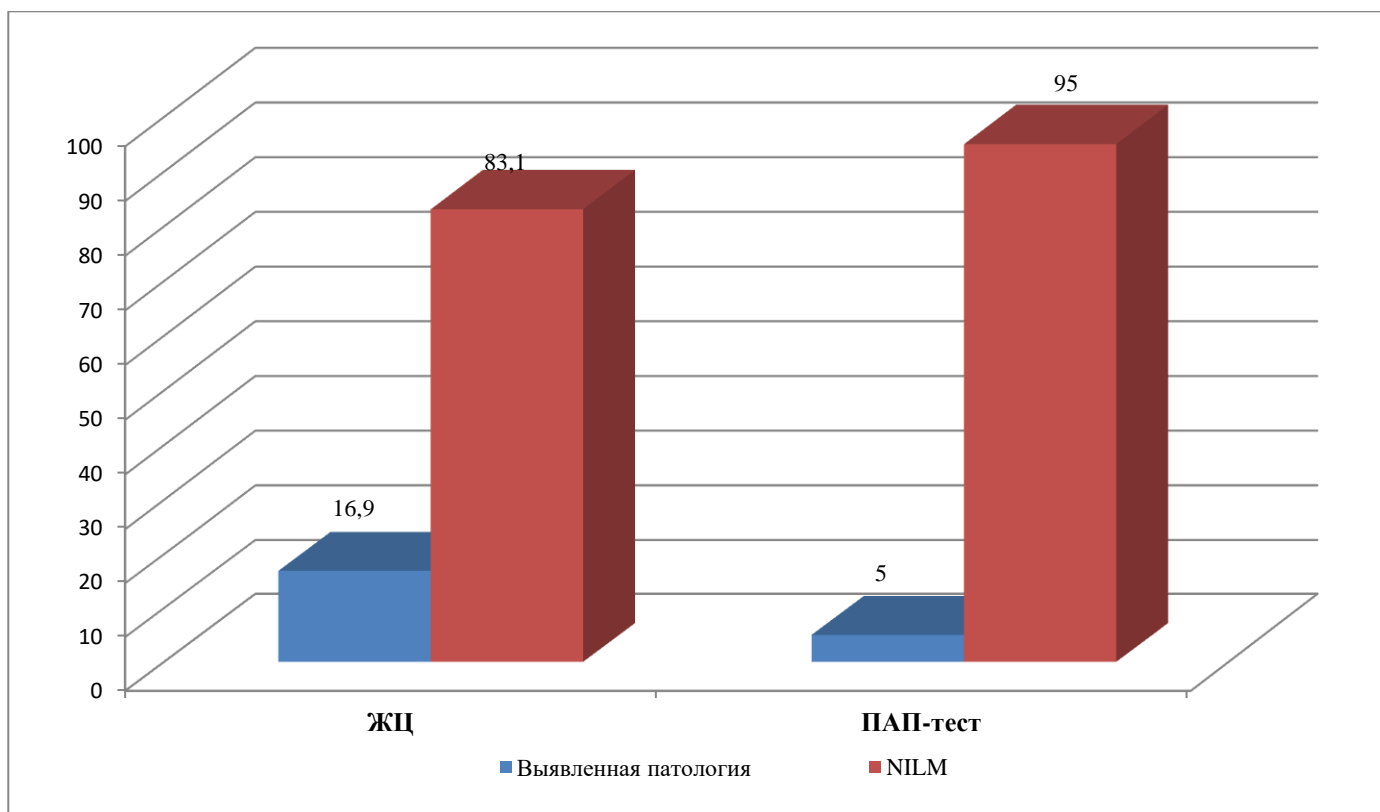


Рис. 2. Распределение результатов цитологического исследования по данным жидкостной цитологии и традиционной цитологии в Республике Дагестан за 2016-2018 гг.

Примечание: NILM (Negative for intraepithelial lesion or malignancy) – негативные в отношении интраэпителиального поражения или злокачественности.

При проведении ЖЦ структура патологии шейки матки (4013 случаев) распределилась следующим образом: 1113 (27,7%) – CIN I и ВПЧ эффект, 131 (3,3%) – CIN II, 2381 (59,3%) – ASC-US, 157 (3,9%) – ASC-H, 217 (5,4%) – AGC и 7 (0,3%) – Cancer (рис. 3).

Эти данные свидетельствуют о том, что метод ЖЦ в скрининге РШМ позволяет выявить патологические процессы на ранних этапах его развития и определяет своевременность применения правильной тактики лечения.

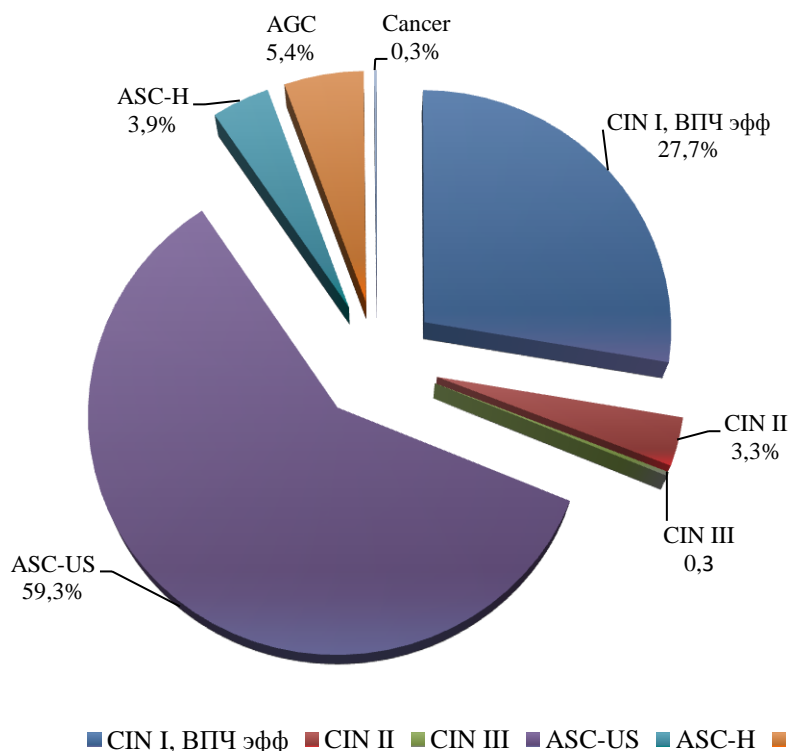


Рис. 3. Выявленная патология шейки матки в жидкостной цитологии за 2016-2018 гг.

Примечание: ASC-US – atypical squamous cells of undetermined significance – атипичные клетки плоского эпителия неопределенного значения; ASC-H – atypical squamous cells cannot exclude HSIL – атипичные клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить SIL высокой степени; AGC – atypical glandular cells – атипичные клетки железистого эпителия; CIN I – cervical intraepithelial neoplasia – дисплазия легкой степени; CIN II – moderate dysplasia – дисплазия средней степени; CIN III – severe dysplasia – тяжелая дисплазия

Количество исследований, проведенных с применением метода ЖЦ, по годам представлено на рисунке 4А, а выявленная патология – на рисунке 4Б. Из данных рисунка видно, что в 2016 году было проведено 6218, в 2017 году – 13263 и в 2018 году – 6128 исследований. При этом в 2016 году патология шейки матки выявлена у 25,2%, в 2017 году – у 11,4% и в 2018 году – у 13,7% обследованных пациентов. Более высокий показатель выявляемости

патологии в 2016 году связан с тем, что в первый год внедрения скрининга на обследование направляли женщин с ранее выявленной патологией шейки матки и стоявших на учете в кабинетах патологии шейки матки. В 2018 году отмечается резкое снижение показателей охвата скринингом из-за недостаточного, а в некоторых районах неудовлетворительного направления на исследование (рис. 4).

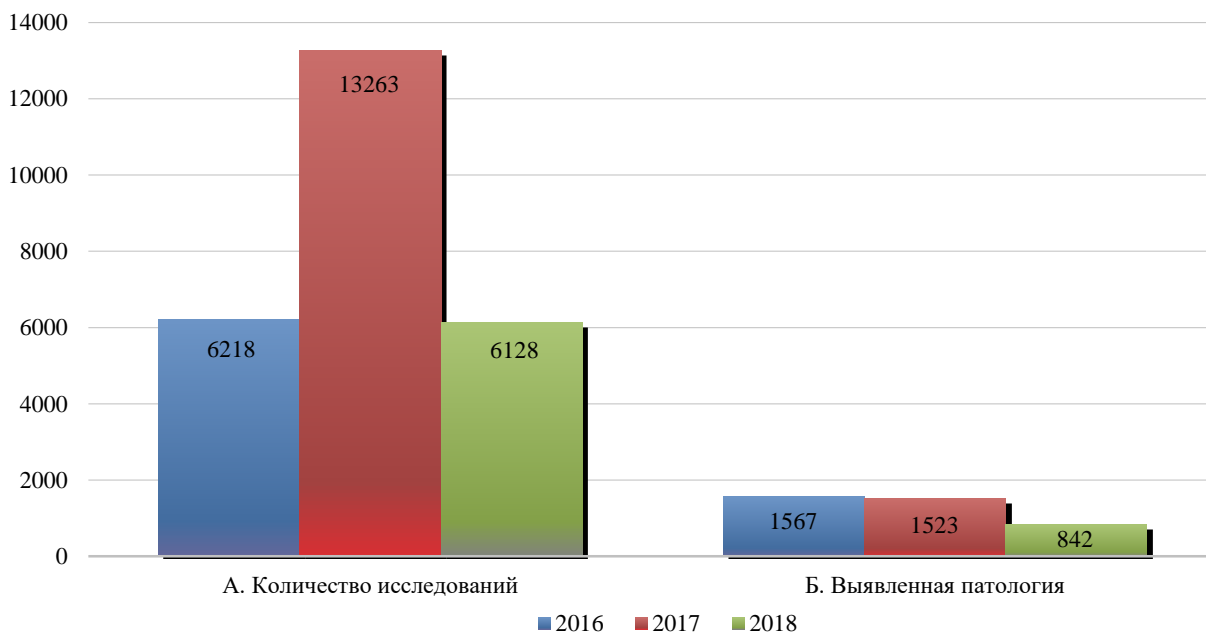


Рис. 4. Динамика проведенных исследований методом жидкостной цитологии за 2016-2018 гг.

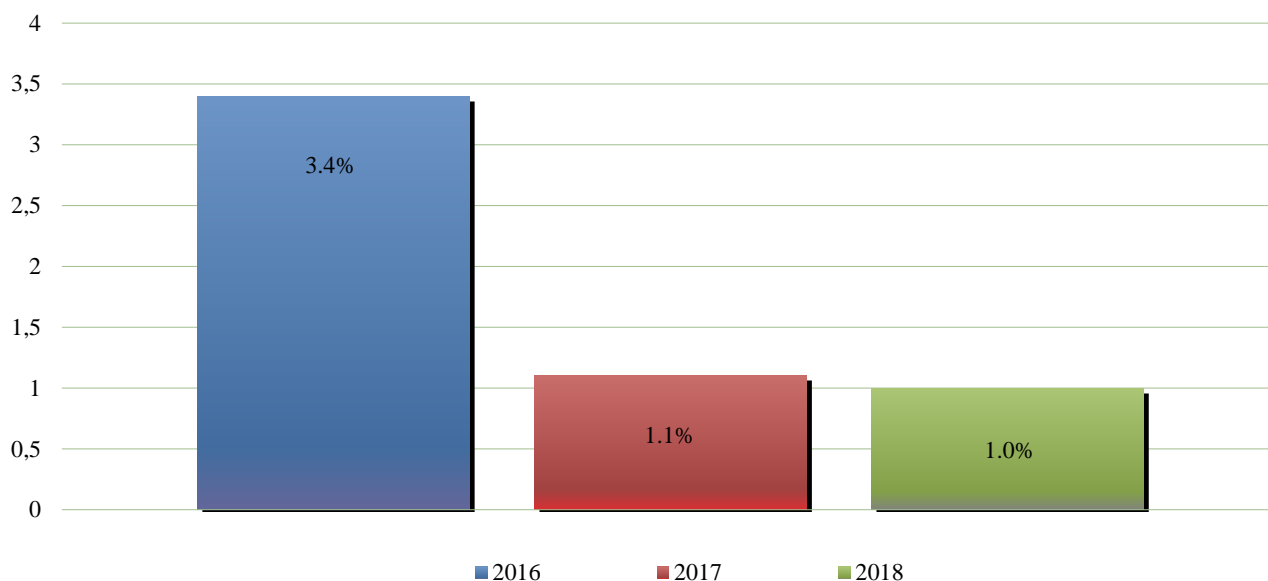


Рис. 5. Процент неадекватного материала (2016-2018 гг.)

Вместе с тем следует отметить улучшение качества забора биоматериала для ЖЦ за анализируемый промежуток времени, о чем свидетельствует снижение количества неадекватных мазков с 3,4% в 2016 году до 1% в 2018 году (рис. 5).

Заключение

По итогам 3-х лет (2016-2018 гг.) в РД проведено 23786 цитологических исследований методом жидкостной цитологии и 1712605 исследований – традиционным способом (ПАП-тестом). При этом суммарное количество патологий (ASCUS и выше), выявленных традиционным цитологическим методом, составляет 5%, а с применением метода жидкостной цитологии (BD Sure Path) – 16,9%. Следовательно, возможность выявления патологического процесса на ранних этапах его развития, проведения мониторинга опухолевого процесса методом жидкостной цитологии существенно выше по сравнению с традиционным методом, что позволяет использовать метод жидкостной цитологии как самостоятельный высокоинформативный скрининговый метод выявления заболеваний шейки матки.

Литература

1. Волченко Н.Н., Сушинская Т.В., Борисова О.В., Мельникова В.Ю. и др. Сравнительный анализ традиционной и жидкостной цитологии мазков из шейки матки // Исследования и практика в медицине. 2019. Т. 6, № 1. С. 83-90.
2. Диагностика в онкологии. Скрининг. Рак шейки матки: ГОСТ Р 57005-2016. М.: Изд-во «Стандартинформ», 2016. 28 с.
3. Каприн А.Д., Новикова Е.Г., Трушина О.И., Грецова О.П. Скрининг рака шейки матки – нерешенные проблемы // Исследования и практика в медицине. 2015. Т. 2, № 1. С. 36-41.
4. Новик В.И. Скрининг рака шейки матки // Практическая онкология. 2010. № 11 (2). С. 66-73.
5. Паяниди Ю.Г., Комарова Л.Г., Козаченко В.П., Кузнецов В.В. и др. Скрининг рака шейки матки. Взгляд клинициста // Онкогинекология. 2013. № 1. С. 35-42.
6. Полонская Н. Ю., Юрасова И.В., Егорова О.В. Профилактические осмотры и цитологический скрининг шейки матки: учебное пособие. М.: Издательский центр «Академия», 2008. 80 с.
7. Свирская С.В., Егорова А.Т. Современное состояние проблемы заболеваемости и инвалидности у женщин, больных раком шейки матки // Сибирское медицинское обозрение. 2011. № 3. С. 3-8.
8. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петрова. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. М., 2018. 236 с.
9. Cox T., Cuzick J. HPV DNA testing in cervical cancer screening: from evidence to policies // Gynecol Oncol. 2006. V. 103 (1). С. 8-11.
10. Dehn D., Torkko K.C., Shroyer KR. Human papillomavirus testing and molecular markers of cervical dysplasia and carcinoma // Cancer. 2007. V. 111 (1). P. 1-14.
11. Diamantis A., Magiorkinis E., Koutselini H. 50 years after the death of George Nicholas Papanicolaou (1883-1962): evaluation of his scientific work // Acta Med. Hist. Adriat. 2014. V. 12 (1). P. 181-188.
12. Gibb R.K., Martens M.G. The impact of liquidbased cytology in decreasing the incidence of cervical cancer // Rev Obstet Gynecol. 2011. N 4 (1). P. 2-11.
13. Hartmann K., Hall S.A., Nanda K. et al. Systematic Evidence Review Number 25: Screening for Cervical Cancer. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/cervcanser.pdf>. Accessed: 10.02.2011.
14. Sure Path Collection Multiwell Inserts. Confocal Analysis of Caco-2/bbe (C2) Cells using BD Falcon Cell Culture Inserts. [product insert] Franklin Lakes // N.J. Becton, Dickinson and Company // Blood. 2009. V. 106. P. 7227-7232.
15. Thin Prep 2000. Processor. Hologic, Inc., 2011. Marlborough, MA: Hologic. Inc., 2011.

References

1. Volchenko N.N., Sushinskaya T.V., Borisova O.V., Mel'nikova V.YU. i dr. Sravnitel'nyy analiz traditsionnoy i zhidkostnoy tsitologii mazkov iz sheyki matki [Comparative analysis of traditional and liquid cytology of cervical smears] // *Issledovaniya i praktika v meditsine*. 2019. T. 6, № 1. S. 83-90.
2. Diagnostika v onkologii. Skringing. Rak sheyki matki [Diagnostics in oncology. Screening. Cervical cancer]: GOST R 57005-2016. M.: Izd-vo «Standartinform», 2016. 28 s.
3. Kaprin A.D., Novikova Ye.G., Trushina O.I., Gretsova O.P. Skringing raka sheyki matki – nereshennyye problemy [Cervical Cancer Screening] // *Issledovaniya i praktika v meditsine*. 2015. T. 2, № 1. S. 36-41.
4. Novik V.I. Skringing raka sheyki matki [Screening for cervical cancer. Clinician's view] // *Prakticheskaya onkologiya*. 2010. № 11 (2). S. 66-73.
5. Payanidi YU.G., Komarova L.G., Kozachenko V.P., Kuznetsov V.V. i dr. Skringing raka sheyki matki. Vzglyad klinitsista [Routine examinations and cytological screening of the cervix uteri: a training manual] // *Onkoginekologiya*. 2013. № 1. S. 35-42.
6. Polonskaya N. YU., Yurasova I.V., Yegorova O.V. Profilakticheskiye osmotry i tsitologicheskoy skringing sheyki matki [The current state of the problem of morbidity and disability in women with cervical cancer]: *uchebnoye posobiye*. M.: Izdatel'skiy tsentr «Akademiya», 2008. 80 s.
7. Svirskaya S.V., Yegorova A.T. Sovremennoye sostoyaniye problemy zabolevayemosti i invalidnosti u zhenshchin, bol'nykh rakom sheyki matki [The current state of the problem of morbidity and disability in women with cervical cancer] // *Sibirskoye meditsinskoye obozreniye*. 2011. № 3. S. 3-8.
8. Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2017 godu [The status of cancer care for the population of Russia in 2017] / pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, G.V. Petrova. M.: MNIOL im. P.A. Gertsena – filial FGBU «NMITS radiologii» Minzdrava Rossii. M., 2018. 236 s.
9. Cox T., Cuzick J. HPV DNA testing in cervical cancer screening: from evidence to policies // *Gynecol Oncol*. 2006. V. 103 (1). C. 8-11.
10. Dehn D., Torkko K.C., Shroyer KR. Human papillomavirus testing and molecular markers of cervical dysplasia and carcinoma // *Cancer*. 2007. V. 111 (1). P. 1-14.
11. Diamantis A., Magiorkinis E., Koutselini H. 50 years after the death of George Nicholas Papanicolaou (1883-1962): evaluation of his scientific work // *Acta Med. Hist. Adriat*. 2014. V. 12 (1). P. 181-188.
12. Gibb R.K., Martens M.G. The impact of liquidbased cytology in decreasing the incidence of cervical cancer // *Rev Obstet Gynecol*. 2011. N 4 (1). P. 2-11.
13. Hartmann K., Hall S.A., Nanda K. et al. Systematic Evidence Review Number 25: Screening for Cervical Cancer. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/cervcancer.pdf>. Accessed: 10.02.2011.
14. Sure Path Collection Multiwell Inserts. Confocal Analysis of Caco-2/bbe (C2) Cells using BD Falcon Cell Culture Inserts. [product insert] Franklin Lakes // N.J. Becton, Dickinson and Company // *Blood*. 2009. V. 106. P. 7227-7232.
15. Thin Prep 2000. Processor. Hologic, Inc., 2011. Marlborough, MA: Hologic. Inc., 2011.

Сведения о соавторах:

Хархачаева Саидат Магомедзагидовна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Адрес: 367003, г. Махачкала, ул. Батырая, 54.
E-mail: mcsaida@mail.ru
Тел.: 8 (988) 276 93 86

Шахсинова Раиса Наримановна – кандидат медицинских наук, заместитель министра здравоохранения РД.
Адрес: 367000, г. Махачкала, ул. Абубакарова, 10.
E-mail: raisa25@list.ru
Тел.: 8 (906) 448 16 99

Хархаров Арсен Гаджиевич – главный врач ГБУ РД «Республиканский центр охраны здоровья семьи и репродукции».
Адрес: 367008, г. Махачкала, ул. Гоголя, 41.
E-mail: info@repro-dag.ru
Тел.: 8 (963) 402 22 29

Лёшкина Гульнара Витальевна – врач КЛД (цитолог) ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, член Международной Академии Цитологии (РМИАС).
Адрес: 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, 3А.
E-mail: glyoshkina@yandex.ru
Тел.: 8 (916) 222 6234

Джаппарова Камилла Рашидхановна – врач КЛД (цитолог) ГБУ РД «Республиканский центр охраны здоровья семьи и репродукции».
Адрес: 367008, г. Махачкала, ул. Гоголя, 41.
E-mail: kamilabatashева@yandex.ru
Тел.: 8 (903) 498 82 55

УДК 616.831-006.04-089.5-06:616.12-008.1

Принцип мультимодальности в анестезии при опухолях головного мозга с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией**Н.Д. Даниялова, Р.М. Бабаев, А.А. Абусуев, С.Р. Рабаданова, А.Ш. Асельдерова, И.А. Магомедова**

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

Резюме

Выбор метода анестезиологического обеспечения при нейрохирургических операциях с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией и сегодня остается актуальным. Методика мультимодальной анестезии (комбинация общей и локорегионарной) была применена у 30 больных. Результаты оценивались по данным мониторинга функций гемодинамики и дыхания, коры надпочечников, bispectral index, динамике невротатуса. Полученные результаты свидетельствуют о том, что данная методика характеризуется менее выраженными нарушениями гемодинамики, метаболизма и кислородного статуса.

Ключевые слова: многокомпонентная анестезия, локорегионарная анестезия, анестезиологическое обеспечение, нейрохирургия, биспектральный мониторинг.

The principle of multimodality in anesthesia of brain tumors with accompanying pathology of the cardiovascular system**N.D. Daniyalova, R.M. Babaev, A.A. Abusuev, S.R. Rabadanova, A.Sh. Aselderova, I.A. Magomedova**

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

Summary

The choice of anesthetic management method for neurosurgical operations with concomitant cardiovascular pathology remains relevant today. The technique of multimodal anesthesia (a combination of general and locoregional) applied in 30 patients. The results evaluated according to the monitoring of the functions of hemodynamics and respiration, the adrenal cortex, bispectral index, the dynamics of the neurostatus. The results suggest that this technique characterized by a less pronounced hemodynamic depression, metabolic disorders and oxygen status.

Key words: multicomponent anesthesia, locoregional anesthesia, anesthetic management, neurosurgery, bispectral index.

Введение

Исследования, оценивающие влияние анестезии на исходы в нейрохирургии, позволили проводить более сложные нейрохирургические вмешательства у больных, считавшихся ранее неоперабельными. Сегодня всему анестезиологическому сообществу очевидно, что необходимо расширить диапазон понятия многокомпонентности наркоза. По данным литературы, лишь единичные источники рассматривают вопросы микста местной (локорегионарной) и общей анестезии [3, 4]. Доля больных с супратенториальными объемными образованиями головного мозга в структуре нозологии нейрохирургической патологии составляет 55% [1]. В этой связи невозможно не учитывать все специфические факторы, определяющие проведение анестезии: стрессогенное воздействие на организм хирургической тактики (что немаловажно на фоне

разной степени выраженности гемодинамической компенсации), снижение метаболической активности мозга, поддержание адекватной мозговой перфузии, значительное воздействие на механизмы ауторегуляции мозгового кровообращения. Основные приоритеты в данном случае должны быть направлены на достижение легкоуправляемой анестезии, без негативного воздействия на гемодинамику [2, 6]. Принцип мультимодальности анестезии (применение медикаментов с гипнотическим, нейролептическим, анальгетическим, местноанестезирующим действием) должен способствовать снижению общей кардиотоксичности и обеспечить быстрое пробуждение и восстановление функций центральной нервной системы.

Цель исследования: разработать методику многокомпонентной анестезии с минимальным кардиотоксическим действием и обосновать рациональность применения локорегионарной анестезии (ЛРА) как компонента нейроанестезиологического пособия при опухолях головного мозга и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

Материал и методы

Основу ретроспективного исследования типа «случай-контроль» составляют данные клиниче-

Для корреспонденции:

Даниялова Надежда Данияловна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с УВ ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 367000, ул. Пирогова, 3.

Email: nadusha1@inbox.ru

Тел.: 89882220344

Статья поступила 16.09.2019 г., принята к печати 27.11.2019 г.

ских и лабораторных исследований, проведенных у 45 больных, прооперированных в отделении нейрохирургии РКБ ЦСЭМП г. Махачкала в период с 2013 по 2017 год. В нейрохирургической патологии преобладали опухоли задней и средней черепной ямки: невринома слухового нерва (28%), менингиома основания, опухоль средней черепной ямки (13%), петрокливальная менингиома (7%), ольфакторная менингиома (5%), нейрофиброма мосто-мозжечкового угла (20%) и невралгия тройничного нерва (20%). Доля опухолей передней черепной ямки была незначительна: менингиома крыльев основной кости (4%). В наше исследование прицельно отбирались пациенты с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией: гипертони-

ческая болезнь (87,3%), ишемическая болезнь сердца (44,8%), варикозная болезнь вен нижних конечностей (30%). Больные с сопутствующим сахарным диабетом из исследования исключались.

С учетом выполняемого анестезиологического пособия больные были распределены на две группы. В первую группу (контрольная) вошли 15 пациентов, которые получили только общее обезболивание. Вторая группа (основная) состояла из 30 пациентов, которым проводилось мультимодальное обезболивание в комплексе с локорегионарной анестезией наропином. Все больные в обеих группах были сопоставимы по полу, возрасту и объему оперативного вмешательства ($p>0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных в группах по полу, возрасту и объёму оперативного вмешательства

	Пол		Возраст, лет			Нозология						
	М	ж	18-40	41-60	>61	невринома слухового нерва	менингиома основания	петрокливальная менингиома	ольфакторная менингиома	менингиома крыльев основной кости	нейрофиброма мосто-мозжечкового угла	невралгия тройничного нерва
Контрольная группа (n=15)	9	6	0	13	2	4	2	1	1	1	3	3
%	60,0	40,0	0,0	86,7	13,3	26,7	13,3	6,7	6,7	6,7	20,0	20,0
Основная группа (n=30)	18	12	1	24	5	9	4	2	1	2	6	6
%	60,0	40,0	3,3	80,0	16,7	30,0	13,3	6,7	3,3	6,7	20,0	20,0
P*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: * - достоверность разницы частот по критерию Фишера после фи-преобразования.

Для физиологического мониторинга использовался стандартный комплект модальностей, а именно: ЭКГ в трех отведениях, неинвазивное измерение артериального давления, пульсовая оксиметрия, температура тела (наружная), капнография и мониторинг глубины анестезии (МГА) с помощью технологии BIS (Bispectral index). Осуществлялся также контроль функции коры надпочечников (кортизол), а также уровень глюкозы.

Мониторирование вышеуказанных показателей проводилось на **следующих этапах**: исходно, после индукции анестезии, через 40 минут после начала анестезии (болевой момент операции), через 60 минут после окончания операции.

С целью волемиической поддержки использовались сбалансированные электролитные растворы. Считаем, исследование глубины анестезии ис-

ключительно полезной модальностью, которое впервые было предложено P. Hans и соавт. в 2000 г. [7]. Мониторирование BIS-индекса значительно повышает качество выполнения анестезии и уровень безопасности, а также увеличивает процент объективности в контроле анестезии.

Методика общего обезболивания в контрольной и основной группах была стандартной и идентичной: премедикация, индукция (диприван в дозе 2,81+1,08 мг/кг/час), интубация трахеи с последующим переводом на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), поддержание анестезии (фентанил+дроперидол). В основной группе после индукции сразу выполнялась локорегионарная анестезия раствором наропина 0,2%. Раствор местного анестетика вводился в точки выхода основных нервов, иннервирующих скальп (рис. 1).

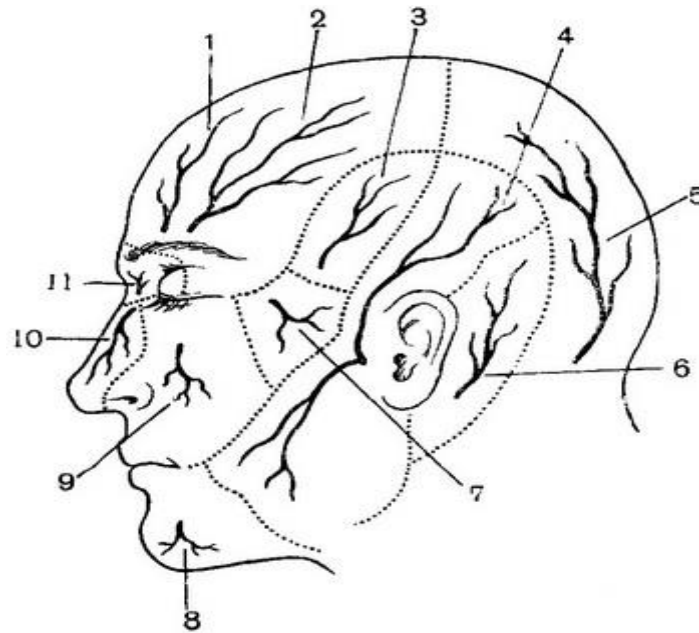


Рис. 1. Схема выхода чувствительных нервов, иннервирующих скальп (по В. И. Салалыкину). 1 - надблоковый нерв; 2 - надглазничный нерв; 3 - скулолицевой нерв; 4 - ушно-височный нерв; 5 - большой затылочный нерв; 6 - ушная ветвь блуждающего нерва

Методика ЛРА менялась в зависимости от оперативного доступа. Выполнялась блокада большого и малого затылочного нервов, надглазничного и ушно-височного нервов, инфильтрация линии кожного разреза (рис. 2). В зависимости от локализации патологического процесса в передней (ПЧЯ), средней (СЧЯ) или задней черепной ямке (ЗЧЯ) требовалось для получения блокады в среднем от 1,5 до 2,0 мг/кг раствора наропина.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы Excel фирмы Microsoft. Для описания количественных показателей использовались средняя арифметическая (М) и

ее стандартная ошибка ($\pm m$), качественные признаки представлены через их частоту наблюдений (в %). Различия между средними значениями в группах оценивали по критерию Манна-Уитни, разницу долей – по критерию Фишера после фи-преобразования. Критическим считался уровень значимости $p=0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Обе группы статистически значимо не отличались по представленным ниже исходным показателям (табл. 2).

Таблица 2

Исходные показатели гемодинамики, оксигенации, мониторинга глубины анестезии, метаболизма в группах

Показатель	1 группа (контрольная)	2 группа (основная)*
Систолическое артериальное давление (АД), мм рт.ст.	132±12	132±8
Диастолическое АД, мм рт.ст.	81±11	74±10
Среднее АД, мм рт.ст.	96	95
Частота сердечных сокращений в мин.	94±4	84±4
Bispectral index, ЕД	85±0,5	85±0,3
Сатурация кислорода, %	99	99
Концентрация CO _{2ex} в выдыхаемом воздухе, %	-	-
Глюкоза, ммоль/л	4,4±0,4	4,3±0,2
Кортизол, нмоль/л	288,1±17,4	288,2±12,2

Примечание: * статистическая значимость различия между группами $p>0,05$ по всем показателям (по критерию Манна – Уитни)

При проведении общей анестезии во время вводного наркоза у пациентов обеих групп отмечалось снижение среднего артериального давления (САД), что было обусловлено гипотензивным эффектом дипривана. САД в среднем в группах снижалось на 10 % относительно исходных показателей (табл. 3). Нами не зарегистрировано достоверных различий в глубине наркоза, а также ни одного

случая незапланированного восстановления сознания. После индукции анестезии в обеих группах BIS-потенциал значимо снижался относительно исходных показателей (100 ЕД) до 26-28 ЕД. Данный нейровегетативный блок был ожидаем и необходим для осуществления дальнейшей оперативной тактики.

Таблица 3

Показатели гемодинамики, оксигенации, мониторинга глубины анестезии, метаболизма в группах после индукции анестезии

Показатель	1 группа (контрольная)	2 группа (основная)	p*
Систолическое АД, мм рт.ст.	115±12	124±10	<0,05
Диастолическое АД, мм рт.ст.	72±6	70±4	<0,05
Среднее АД, мм рт.ст.	86	87	>0,05
Частота сердечных сокращений в мин.	105±2	94±6	>0,05
Bispectral index, ЕД	26±1,5	28±1,8	<0,05
Сатурация кислорода, %	97	98	>0,05
Концентрация CO _{2ex} в выдыхаемом воздухе, %	4,5±0,1	4,5±0,4	>0,05
Глюкоза, ммоль/л	4,5±0,3	4,3±0,3	>0,05
Кортизол, нмоль/л	312,4±8,6	306,1±9,3	>0,05

Примечание: * по критерию Манна-Уитни.

В дальнейшем течение анестезии отличалось стабильностью гемодинамики, что соответствует литературным данным [4, 7]. На данном этапе BIS-

индекс повышался и в основном находился в коридоре от 40 до 60 ЕД, что соответствовало достаточному уровню седации (табл. 4).

Таблица 4

Показатели гемодинамики, оксигенации, мониторинга глубины анестезии, метаболизма в группах в самый болезненный момент операции

Показатель	1 группа (контрольная)	2 группа (основная)	p*
Систолическое АД, мм рт.ст.	126±8	124±6	>0,05
Диастолическое АД, мм рт.ст.	84±4	76±6	>0,05
Среднее АД, мм рт.ст.	97	91	>0,05
Частота сердечных сокращений в мин.	82±4	84±4	>0,05
Bispectral index, ЕД	58±0,6	57±0,4	<0,05
Сатурация кислорода, %	100	100	>0,05
Концентрация CO _{2ex} в выдыхаемом воздухе, %	4,8±0,2	4,7±0,3	>0,05
Глюкоза, ммоль/л	5,4±0,2	4,4±0,3	<0,05
Кортизол, нмоль/л	668,5±12,4	348,3±17,8	<0,05

Примечание: * по критерию Манна – Уитни.

На последнем этапе исследования (через 1 час после окончания операции) в контрольной группе отмечался рост значений САД на 11% от

исходных, но в целом не выходящих за пределы нормального уровня (табл. 5).

Таблица 5

Показатели гемодинамики, оксигенации, мониторинга глубины анестезии, метаболизма в группах через 1 час после окончания операции

Показатель	1 группа (контрольная)	2 группа (основная)	p*
Систолическое АД, мм рт.ст.	148±12	124±8	<0,05
Диастолическое АД, мм рт.ст.	88±6	78±6	>0,05
Среднее АД, мм рт.ст.	107	92#	<0,05
Частота сердечных сокращений в мин.	96±4	78±6#	<0,05
Bispectral index, ЕД	90±2	94±0,2	>0,05
Сатурация кислорода, %	99	99	>0,05
Концентрация CO _{2ex} в выдыхаемом воздухе, %	-	-	
Глюкоза, ммоль/л	5,5±0,3	4,4±0,2#	<0,05
Кортизол, нмоль/л	406,6±14,4	315,2±12,3#	>0,05

Примечание: * по критерию Манна – Уитни.

За счет использования регионарной анестезии достоверно снижался расход внутривенных анестетиков и наркотических анальгетиков. Средняя потребность в фентаниле в контрольной группе составляла 0,22 мг/час, дроперидола – 3,5 мг/час, дипривана – 210 мг/час. Средняя потребность в

фентаниле в основной группе составляла 0,13 мг/час, дроперидола – 2,1 мг/час, дипривана – 125 мг/час. В среднем дозировки анестетиков и анальгетиков в группе, где применялась ЛРА, снижались на 40% относительно контрольной группы (рис. 2).



Рис. 2. Сравнение потребности компонентов анестезии в группах (мг/час)



Рис. 3. Динамика уровня кортизола плазмы в группах на этапах операции

Исходные значения кортизола (после премедикации) у больных обеих групп не выходили за пределы физиологической нормы, средние значения составили 288 нмоль/л (норма – от 230 до 750 нмоль/л). Также не отмечалось статистически достоверного повышения кортизола (относительно нормы) на всех этапах исследования в обеих группах. Во 2-й группе на 3-м и 4-м этапах исследования он составлял 346 нмоль/л и 315,2 нмоль/л соответственно, т.е. прирост составил 15% относительно исходных значений. У пациентов 1-й группы концентрация кортизола увеличивалась вдвое относительно исходных показателей (в среднем до 668,5 нмоль/л) и снижением к 3-му этапу до 406 нмоль/л. Повышенные значения кортизола свидетельствовали о сохранении физиологической реакции коры надпочечников на раздражители (рис. 3).

В результате анализа данных лабораторной диагностики, мониторинга параметров метаболизма и гемодинамики в обеих группах были вы-

явлены изменения той или иной степени выраженности. В 1-й группе (контрольной) на 3-м этапе исследования (травматичный момент операции) регистрировались достоверно более высокие показатели глюкозы и кортизола, свидетельствующие о более высоком уровне нейроэндокринной напряженности. Данная интенсификация метаболизма способствовала нарушению гемодинамики. В группе контроля на 4 этапе исследования (через 60 минут после окончания операции) отмечено повышение САД на 11% от исходных. Однако изменения этого показателя носили недостоверный характер ($p > 0,05$), свидетельствуя о более выраженном формировании стрессовой реакции у пациентов 1-й группы в послеоперационном периоде. Так, в основной группе ранний послеоперационный период характеризовался отсутствием нарушений гемодинамики, снижением интенсивности послеоперационных болей, а также уменьшением токсических проявлений анестезии.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало, что при многокомпонентной анестезии в сочетании с ЛРА угнетение функции коры надпочечников, депрессия гемодинамики, нарушения метаболизма и кислородного статуса были наименее выражены. Немаловажным аспектом явилось снижение кардиотоксичности при многокомпонентной общей анестезии в сочетании с ЛРА наротином. Данная методика, вероятно, может быть рекомендована к использованию в нейроанестезиологической практике опухолей головного мозга при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

Литература

1. Акимов Г. А. Дифференциальная диагностика нервных болезней: практическое руководство для врачей. СПб.: Гиппократ, 2001. 664 с.
 2. Гомон Н.Л., Шлапак И.П. Мультикомбинированная анестезия/анальгезия в комплексе лечения хирургических пациентов абдоминального профиля // Новости хирургии. 2014. Т. 22, № 6. С. 721-726.
 3. Горобец Е.С. Концепция мультикомбинированной анестезии и безопасность травматических операций // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2009. Т. III, № 1. С. 39-45.
 4. Добродеев А.С., Салалыкин В.И., Тенедиева В.Д., Воробьев Ю.В. Локорегионарная анестезия как компонент анестезиологического обеспечения нейрохирургических вмешательств на головном мозге // Анестезиология и реаниматология. 2005. № 3. С. 4-8.
 5. Лошаков В. А., Жуков В. Ю., Пронин И. Н. и др. Планирование хирургического доступа к внутримозговому опухоли больших полушарий мозга с использованием МРТ, нейронавигации и электрофизиологического мониторинга // Вопросы нейрохирургии. 2010. № 2. С. 9-14.
 6. Розенко Д.А., Ушакова Н.Д., Димитриади С.Н. Анестезиологическое обеспечение сочетанием многокомпонентной общей анестезии и эпидуральной анальгезии в онкологической практике // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6. С. 23-28.
 7. Hans P., Bonhomme V., Born J.D. et al. Target-controlled infusion of propofol and remifentanyl combined with bispectral index monitoring for awake craniotomy // Anaesthesia. 2000. V. 55. P. 255-259.
- References**
1. Akimov G. A. *Differentsial'naya diagnostika nervnykh bolezney: prakticheskoye rukovodstvo dlya vrachey* [Differential diagnosis of nervous diseases: a practical guide for doctors]. SPb.: Gippokrat, 2001. 664 s.
 2. Gomon N.L., Shlapak I.P. *Mul'timodal'naya kombinirovannaya anesteziya/anal'geziya v komplekse lecheniya khirurgicheskikh patsiyentov abdominal'nogo profilya* [Multimodal combined anesthesia / analgesia in the complex treatment of surgical patients with an abdominal profile] // *Novosti khirurgii*. 2014. T. 22, № 6. S. 721-726.
 3. Gorobets Ye.S. *Kontseptsiya mul'timodal'noy kombinirovannoy anesteziy i bezopasnost' travmatichnykh operatsiy* [The concept of multimodal combined anesthesia and the safety of traumatic operation] // *Regionarnaya anesteziya i lecheniye ostroy boli*. 2009. T. III, № 1. S. 39-45.
 4. Dobrodeyev A.S., Salalykin V.I., Tenediyeva V.D., Vorob'yev YU.V. *Lokoregionarnaya anesteziya kak komponent anesteziologicheskogo obespecheniya neyrokhirurgicheskikh vmeshatel'stv na golovnom mozge* [Locoregional anesthesia as a component of anesthetic management of neurosurgical interventions on the brain] // *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2005. № 3. S. 4-8.
 5. Loshakov V. A., Zhukov V. YU., Pronin I. N. i dr. *Planirovaniye khirurgicheskogo dostupa k vnutrimozgovym opukholyam bol'shikh polushariy mozga s ispol'zovaniyem MRT, neyronavigatsii i elektrofiziologicheskogo monitoringa* [Planning for surgical access to intracerebral tumors of the cerebral hemispheres using MRI, neuronavigation and electrophysiological monitoring] // *Voprosy neyrokhirurgii*. 2010. № 2. S. 9-14.
 6. Rozenko D.A., Ushakova N.D., Dimitriadi S.N. *Anesteziologicheskoye obespecheniye sochetaniyem mnogokomponentnoy obshchey anesteziy i epidural'noy analgezii v onkologicheskoy praktike* [Anesthetic management with a combination of multicomponent general anesthesia and epidural analgesia in oncological practice] // *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2016. № 6. S. 23-28.
 7. Hans P., Bonhomme V., Born J.D. et al. *Target-controlled infusion of propofol and remifentanyl combined with bispectral index monitoring for awake craniotomy* // *Anaesthesia*. 2000. V. 55. P. 255-259.
- Сведения о соавторах:**
- Бабаев Рамазан Магомедович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с УВ ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Email: reanimaciadgmu@mail.ru
Тел.: 89896502837
- Абусуев Анвар Абусуевич** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с УВ ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Email: reanimaciadgmu@mail.ru
Тел.: 89882913650
- Асельдерова Аида Шамсудиновна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с УВ ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Email: reanimaciadgmu@mail.ru
Тел.: 89882913475
- Рабаданова Сапият Рабадановна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Тел: 89288300925
- Магомедова Индира Абакаровна** – ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии с УВ ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
Email: Indi.m55@mail.ru
Тел.: 89298694975

УДК 616.2-002.1-06:616.5

Саркоидоз верхних дыхательных путей с кожными проявлениями**Д.А. Шихнебиев, Ю.А. Джамалутдинов, Э.Д. Шихнабиева, П.Ю. Джамалутдинова**

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

Резюме

Представлено клиническое наблюдение саркоидоза редкой локализации – верхних дыхательных путей в сочетании с поражением кожи. Саркоидоз (болезнь Бенье-Бека-Шаумана) – системное заболевание, характерной особенностью которого является образование в различных органах и тканях специфических гранулём, состоящих из эпителиоидных, гигантских клеток и лимфоцитов. Место локализации гранулём – чаще всего легкие и лимфатические узлы, реже – печень, селезенка, кожа, глаза, кости. Очень редко встречается саркоидоз верхних дыхательных путей (полости носа, гортаноглотки), полости рта и др. Приведенное в статье редкое клиническое наблюдение демонстрирует клинические особенности, трудности диагностики, важность гистологического исследования для диагностики саркоидоза верхних дыхательных путей, необходимость своевременного лечения для достижения положительного клинического эффекта.

Ключевые слова: саркоидоз, болезнь Бенье-Бека-Шаумана, Бека саркоид, саркоидоз гортани, саркоидоз ротовой полости, саркоидоз кожи, специфические гранулёмы, диагностика, лечение.

Laryngeal sarcoidosis with cutaneous manifestations**D.A. Shikhnebiev, Yu.A. Dzhamalutdinov, E.D. Shikhnabieva, P.Yu. Dzhamalutdinova**

FSBEI "Dagestan State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Makhachkala

Summary

A clinical case of sarcoidosis of rare localization-larynx-is presented. Sarcoidosis (Beignet-Beck-Shauman disease) - a systemic disease, a characteristic feature of which is the formation in various organs and tissues of specific granulomas, consisting of epithelioid, giant cells and lymphocytes. Location of granulomas - most often respiratory organs and lymph nodes, less often – liver, spleen, skin, eyes, bones. Very rare sarcoidosis ENT organs, tongue, mouth, etc.). The rare clinical case presented in the article demonstrates the clinical features, diagnostic difficulties, the importance of histological examination for the diagnosis of laryngeal sarcoidosis, the need for timely treatment to achieve a positive clinical effect.

Key words: sarcoidosis, Benier-Beck-Schaumann disease, Becka sarcoid, laryngeal sarcoidosis, oral sarcoidosis, sarcoidosis of the skin, specific granulomas, diagnosis, treatment.

Саркоидоз (болезнь Бенье-Бека-Шаумана) – системное заболевание, характерной особенностью которого является образование в различных органах и тканях специфических гранулём – ограниченных плотных участков воспаления, без казеоза [5].

Саркоидоз относится к числу самых распространенных гранулематозов и имеет тенденцию к росту. Особенно заметный рост заболеваемости отмечается в странах Северной Америки, Европы и расположенных у Балтийского и Северного морей [2]. Значительно реже саркоидоз встречается в южных странах с жарким климатом. В Российской Федерации заболевание встречается с частотой 3-4 случая на 100000 населения [1]. Основной контингент больных саркоидозом – лица молодого и среднего возраста (20-50 лет), женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины.

В основе заболевания лежит воспаление, при

котором лимфоциты продуцируют вещества, способствующие образованию гранулём в различных органах. Эти гранулемы опасны тем, что они могут сдавливать окружающие ткани с последующим развитием дистрофических, некротических, а при длительном течении – и фиброзных процессов.

Причины саркоидоза остаются неизвестными. На сегодняшний день известно, что заболевание от больного к больному не передается, в то же время отмечаются семейные случаи заболевания, что объясняется либо наследственностью, либо действием неблагоприятных факторов внешней среды [4].

Гранулемы при саркоидозе могут образоваться фактически во всех органах, кроме надпочечников. Чаще всего они образуются в легких и внутригрудных лимфатических узлах, реже – в печени, селезенке, коже, сердце, глазах, слюнных железах, костях, полости рта (язык, зубы), желудочно-кишечном тракте (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка, кишечник, поджелудочная железа) [1]. Нередко в патологический процесс одновременно могут быть вовлечены несколько органов, в частности легкие и внутригрудные лимфоузлы (в 65% случаев). В связи с этим заболевший человек первоначально может обращаться к врачам разных специальностей: фтизиатру, пульмонологу, дерма-

Для корреспонденции:

Шихнебиев Даир Абдулкеримович – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии №2 ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: dair1954@mail.ru

Тел.: 89034278383.

Статья поступила 17.09.2019 г., принята к печати 20.11.2019 г.

тологу, онкологу, окулисту, хирургу, стоматологу, ЛОР-врачу, невропатологу и др.

Характерной особенностью саркоидоза является наличие сходства с туберкулезом, и поэтому в течение многих лет больных с данной патологией наблюдали фтизиатры. Однако с 2003 года саркоидоз передан в ведение общей лечебной сети, врачи которой пока не имеют должных знаний и опыта по диагностике и лечению данной патологии. В связи с этим считаем, что о саркоидозе должны знать врачи большинства специальностей, в том числе оториноларингологи и стоматологи.

Редкой локализацией саркоидоза являются верхние дыхательные пути (полость носа, носовые пазухи, гортань). Поражение носа и параназальных синусов встречается в 1-4% случаев. Наиболее часто патологические изменения выявляются на слизистой оболочке носовой перегородки и верхней носовой раковины. Очень редко (в 0,56-8,3%) встречается саркоидоз гортани [3]. Чаще при этом поражаются надглоточная часть гортани и надгортанник. Крайне редко в патологический процесс вовлекаются глотка и подглоточная область.

Поражение полости носа не имеет специфических симптомов. Проявляется оно ринореей или заложенностью носа, носовыми кровотечениями, болью в носу, нарушениями обоняния, на слизистой носа могут образовываться корочки. Эндоскопически выявляется картина, характерная для хронического риносинусита с саркоидозными узлами, расположенными на перегородке носа и /или носовых раковинах, редко наблюдается деструкция носовой перегородки, синусов, небя.

Саркоидоз гортани, как и саркоидоз полости носа, также патогномоничных симптомов не имеет. Заболевание может проявляться такими клиническими симптомами, как дисфония, кашель, иногда затрудненное дыхание, возникающее из-за обструкции респираторных путей. Изменения, указывающие на саркоидоз, можно выявить при ларингоскопии (прямой и непрямой): ткани верхней части гортани бледные, отечные и похожи на ткань надгортанника; могут быть обнаружены эритема и отек слизистой, узлы и гранулемы.

В общем анализе крови при саркоидозе могут отмечаться лейкоцитоз и повышение СОЭ (до 25-30 мм/ч), моноцитоз, снижение количества лимфоцитов (хотя в некоторых случаях, напротив, лимфоцитоз). В биохимическом анализе крови в большинстве случаев повышаются уровни С-реактивного белка, сиаловой кислоты, свидетельствующие о воспалении.

Для дифференциальной диагностики с туберкулезом, из-за сходной симптоматики, рекомендуется выполнять туберкулиновую пробу или диаскин-тест, ПЦР-диагностику микобактерий туберкулеза.

Окончательный диагноз саркоидоза позволяет поставить гистологическое исследование гранулём. Для этого проводят пункцию или биопсию гранулём в зависимости от локализации и технических возможностей доступа с последующим морфологическим исследованием биопсийного материала. Биопсия позволяет верифицировать диагноз сар-

коидоза у 100% больных, у которых она осуществлялась. Тем не менее каждый случай саркоидоза требует особого, индивидуального дифференциально-диагностического подхода.

Лечение саркоидоза верхних дыхательных путей направлено на подавление воспаления и препятствие разрастанию фиброзной ткани. С этой целью изначально назначают ингаляционные и/или системные стероидные препараты. При саркоидозе гортани, в случае продолжения симптомов и/или возникновения проблем, связанных с нарушением проходимости верхних дыхательных путей, кортикостероиды вводят в область поражения. В тяжелых случаях применяют трахеотомию, низкодозную лучевую терапию, хирургическое иссечение.

Представляем собственное клиническое наблюдение этой редкой патологии, интересное тем, что у больной, у которой первоначально имел место саркоидоз полости носа и гортани, в последующем развились кожные проявления. Эта особенность развития болезни у этой пациентки говорит в пользу полиорганного системного характера патогенеза саркоидоза верхних отделов респираторного тракта.

Больная Т., 41 года, поступила в ЛОР-отделение Республиканской клинической больницы (Республика Дагестан) в мае 2019 года с жалобами на чувство першения и боли в горле, затруднение дыхания. Из анамнеза: больной себя считает с 2015 года, когда впервые появились корки в носу, спустя год появилась трещина в области преддверия носа слева. Обратилась к ЛОР-врачу, назначенное им лечение эффекта не дало. В последующем появились ощущения дискомфорта, боли при глотании в горле. Постепенно стала беспокоить изжога. Многократно обращалась к ЛОР-врачу, гастроэнтерологу и стоматологу. Анализ отделяемого носоглотки на микрофлору и микрофлоры на чувствительность к антибиотикам выявил *Streptococcus agalactiae* и *Staphylococcus aureus*, чувствительные к пенициллину, оксациллину, амоксициллину, цефазолину, цефуроксиму, гентамицину, ципрофлоксацину, офлоксацину, левофлоксацину, эритромицину, азитромицину, рокситромицину, джозамицину, клиндамицину. Проводилось лечение антисептиками, противогрибковыми и антигистаминными препаратами, витаминотерапией, но без эффекта.

Около 2-х месяцев назад появились першение в горле, редкий кашель, который проходил после глотка воды, затруднение дыхания и сыпь на груди справа. За последние 6 месяцев похудела на 10 кг.

Аллергоанамнез и наследственный анамнез не отягощены. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ. Травмы, операции отрицает. Гинекологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. Артериальное давление 120/75 мм рт. ст., пульс 74 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Физиологические отправления в норме.

Дерматологический процесс носит ограниченный характер, локализуется на коже груди справа

спереди под ключицей (рис. 1). Представлен эритематозными очагами, неправильной формы, размерами от 0,2 см до 0,5 см, с четкими границами, возвышающимися над ее поверхностью и склонными к шелушению на поверхности. Других патологических высыпаний на коже и видимых слизистых оболочках нет.



Рис. 1. Эритематозные очаги на коже груди пациентки

Осмотр полости носа: слизистая с тенденцией к истончению, местами покрыта высохшей слизью с кровянистыми сгустками.

При непрямой ларингоскопии от 18.02.2019 г. отмечаются инфильтрация надгортанника и ложных голосовых складок, неравномерное утолщение истинных голосовых складок и гранулезные изменения слизистой межчерпаловидной области с переходом на подскладочное пространство трахеи (рис. 2).

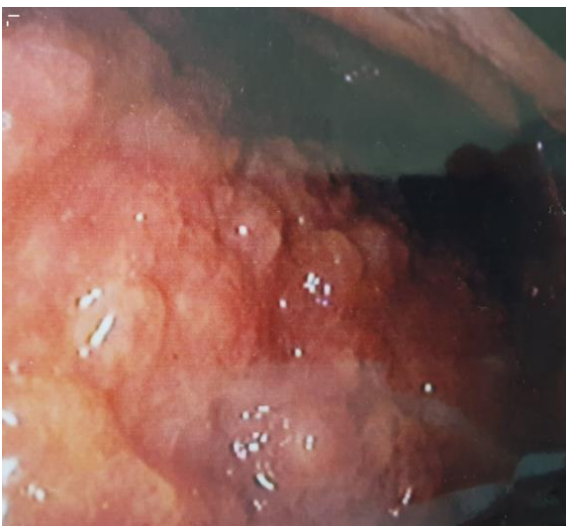


Рис. 2. Ларингоскопическая картина у пациентки

При фиброларинготрахеобронхоскопии от 19.02.2019 г. слизистая глотки гипертрофично изменена, рыхлая. По задней стенке глотки белесоватый налёт. Слизистая полости носа и носоглотки застойная, глоточная миндалина не изменена. Слизистая задней стенки глотки атрофичная, местами покрыта белесоватым налетом. Слизистая

гортани застойно гиперемирована, голосовые складки неравномерно утолщены, подвижность элементов гортани сохранены. В межчерпаловидной области слизистая бугристая, голосовая щель сужена за счет воспалительной инфильтрации слизистой подскладочного пространства трахеи.

Цитологическое исследование мазка из задней стенки глотки выявило единичные клетки плоского эпителия, элементы гриба *Candida*, эритроциты.

Гистологическое исследование грануляционной ткани из носоглотки и гортаноглотки обнаружило образование слизистой оболочки, состоящее из многослойного плоского эпителия с акантозом собственного слоя и массивной лимфоплазмацитарной инфильтрацией подлежащего собственного слоя, с наличием эпителиоидно-клеточных гранул с многоядерными единичными гигантскими клетками типа Лангханса. Гистозаключение: хронический ринофарингит с наличием саркоматозных гранул, а также папилломатозом покровного плоского эпителия.

Гистологическая картина ткани кожи: под неизменным эпидермисом определяются гранулёмы из эпителиоидных клеток с примесью зрелых лимфоцитов, где встречаются единичные многоядерные клетки типа Пирогова-Лангханса, элементов некроза нет, что характерно для гранулём при саркоидозе.

Данные лабораторных исследований от 19.02.2019 г. Общий анализ крови: гематокрит – 37,2%, Нв – 118 г/л, тромб. – 186×10^9 /л, лейкоц. – $7,6 \times 10^9$ /л, нейтр. – 57%, лимф. – 26%, мон. – 8%, эозин. – 1%, баз. – 5%, СОЭ – 14 мм/ч. Общий анализ мочи – в норме.

Биохимический анализ крови: общий белок – 70,2 г/л, альбум. – 44,36%, альфа1-глоб. – 4,12%, альфа2-глоб. – 9,61%, бета-глоб. – 11,36%, гамма-глоб. – 30,57%, креатинин – 72 мкмоль/л, общий билирубин – 8,8 мкмоль/л, АЛТ – 11,4, АСТ – 22,6. Кровь на волчаночные клетки: волчаночные клетки не обнаружены.

Тесты на ВИЧ и диаскин-тест – отрицательные.

На рентгенограмме органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не выявлены. Тень сердца обычной конфигурации. Синусы и куполы диафрагмы без особенностей. При УЗИ сердца патология не выявлена.

Заключение ЭФГДС: хронический гастроэзофагеальный рефлюкс.

Пациентка с диагнозом «саркоидоз гортани с кожными проявлениями» была переведена в отделение общей терапии, где ей проводилось следующее лечение: преднизолон 25 мг (из расчета 0,5 мг/кг) в сутки per os, витамин Е 200 мг в сутки. На фоне лечения отмечалось улучшение со стороны кожного процесса; першение в горле, кашель уменьшились, дыхание стало свободным. Больная выписана из стационара через 2 недели с рекомендацией продолжить лечение амбулаторно преднизолоном. Через 3 месяца больная осмотрена дерматологом амбулаторно: эритематозные очаги полностью разрешились, на месте высыпаний пятна бурого цвета, рубцовая атрофия в цен-

тре. При повторной ларингоскопии: слизистая бледно-розовая, осталась незначительная инфильтрация подсвязочной области, голосовая щель свободна, подвижность элементов гортани в полном объеме.

Больная продолжает находиться под наблюдением участкового врача и оториноларинголога, рекомендовано постепенное снижение дозы преднизолона на 2,5 мг 1 раз в 2 нед. в течение 2 мес.

Литература

1. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н., Пенкина Т.В., Данилин А.Г. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения саркоидоза // Медицинский вестник МВД. 2013. № 1. С. 20-23.
2. Респираторная медицина: руководство / под ред. А.Г.Чучалина. Т.2. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Баранова О.П., Борисов С.Е. и др. Диагностика и лечение саркоидоза (Федеральные согласительные клинические рекомендации). М., 2014. 45 с.
4. Iannuzzi MC. Advances in the genetics of sarcoidosis // Proc. Am. Thorac. Soc. 2007. V. 4 (5). P. 457-460.
5. Lee E.L., Feldman M. Gastritis and gastropathies. In: Feldman M., Friedman L.S., Brandt L.J., eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease // 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier. 2010. Ch. 51.

References

1. Mayev I.V., Dicheva D.T., Andreyev D.N., Penkina T.V., Danilin A.G. Sovremennyye aspekty kliniki, diagnostiki i

lecheniya sarkoidoza [Modern aspects of the clinic, diagnosis and treatment of sarcoidosis] // Meditsinskiy vestnik MVD. 2013. № 1. S. 20-23.

2. Respiratornaya meditsina [Respiratory medicine]: rukovodstvo / pod red. A.G.Chuchalina. T.2. M.: GEOTAR-Media, 2007.
3. Chuchalin A.G., Avdeyev S.N., Baranova O.P., Borisov S.Ye. i dr. Diagnostika i lecheniye sarkoidoza (Federal'nyye soglasitel'nyye klinicheskiye rekomendatsii) [Diagnosis and treatment of sarcoidosis (Federal conciliatory clinical recommendations)]. M., 2014. 45 s.
4. Iannuzzi MC. Advances in the genetics of sarcoidosis // Proc. Am. Thorac. Soc. 2007. V. 4 (5). P. 457-460.
5. Lee E.L., Feldman M. Gastritis and gastropathies. In: Feldman M., Friedman L.S., Brandt L.J., eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease // 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier. 2010. Ch. 51.

Сведения о соавторах:

Джамалудинов Юнускади Асхабалиевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры болезней уха, горла и носа ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Шихнабиева Эльмира Даировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Джамалудинова Патимат Юнускадиевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры болезней уха, горла и носа ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

УДК 616.314.18-089.818.5

Клинический случай консервативного лечения пульпита постоянного зуба методом прямого покрытия**Н.Ю. Дмитриенко, Л.Р. Сарап, К.О. Кудрина**

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

Резюме

В статье рассматриваются результаты динамического наблюдения в течение 2 лет клинического случая консервативного лечения зуба 3.6 с осложнением кариеса, вскрытой полостью зуба после некрэтомии (2 класс по Блэку) у пациентки в возрасте 14 лет. Для покрытия пульпы был применен материал «Biodentine». Клинически состояние зуба 3.6 оценивали в динамике через 48 часов после лечения, а затем через 3, 6, 12, 18, 24 месяцев после лечения. При клиническом осмотре зуба 3.6 наблюдалась положительная динамика: жалобы отсутствовали, перкуссия и температурные пробы оставались безболезненными. Рентгенологические исследования проводились в сроки через 12, 18, 24 месяцев после лечения и не выявили никаких признаков периапикальной патологии, при этом визуализировалось активное отложение заместительного дентина в проекции контакта материала «Biodentine» с тканью пульпы в области вскрытой точки.

Ключевые слова: биоактивные материалы, заместительный дентин, постоянные зубы, прямое покрытие пульпы, пульпа.

Clinical case of conservative treatment of pulpitis by direct capping in a permanent tooth**N.Yu. Dmitrienko, L.R. Sarap, K.O. Kudrina**

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

Summary

Conservative treatment of 3.6 tooth extensive caries with opened tooth cavity after necrotomy (Black 2 class) of 14 years old patient is described in that article. Biodentine, one from Portland cements group used for pulp cover. Clinical post-treatment condition tooth 3.6 dynamically estimated after 24 and 48 hours, then 3, 6, 12, 18 and 24 month. Positive dy detected during the inspection tooth 3.6: no complaint, percussion on the tooth or temperature test were painless. No apical periodontitis was detected on post-treatment radiograph after 12, 18, 24 month clinical monitoring. Wherein on tooth 3.6 radiograph an active deposition of reparative dentin in the projection of the contact of the "Biodentine" material with pulp tissue in the area of the opened tooth cavity was viewed.

Key words: bioactive materials, reparative dentin, permanent teeth, direct pulp capping, pulp.

На сегодняшний день зубы со вскрытием пульпы в большинстве случаев подвергают радикальному эндодонтическому лечению. Консервативные методы лечения осложнений кариеса показаны и наиболее успешно применяются у лиц молодого возраста при остром очаговом пульпите (гиперемии пульпы), обнажении пульпы при препарировании или травме, хроническом фиброзном пульпите, при отсутствии изменений со стороны периапикальных тканей [2].

Согласно классической методике [7], консервативные методы имеют много ограничений или противопоказаний, таких как молодой возраст до 30 лет, локализация кариозной полости – 1 класс по Блэку, отсутствие общесоматической патологии, хорошая гигиена полости рта, низкая интенсивность кариеса, несоблюдение которых приводит к осложнениям в лечении и обострениям, из-за чего большинство клиницистов предпочитают при вскрытии пульпы прибегать к радикальному экстрапационному методу [4].

При этом применение методов депульпирования зубов может иметь неблагоприятные последствия – хрупкость зуба, проявляющаяся в сколах твердых тканей и переломах коронки и корня, риск развития периапикальных осложнений, с формированием очага одонтогенной инфекции [5, 6].

В настоящее время с появлением большой группы материалов на основе портланд-цементов некоторые противопоказания становятся не актуальными, что позволяет лечить пульпу консервативно (без удаления) и сохранять ее витальность, тем самым обеспечивая функционирование зуба.

Применение биоактивных материалов при консервативных методах лечения в основном направлено на формирование дентинного мостика («dentine bridge») или заместительного дентина, высококальцифицированной ткани, образующейся в ответ на раздражение пульпы и отграничивающей пульпу от кариозной полости [12].

Нами был использован материал «Biodentine», представленный как биоактивный заменитель дентина, так как обладает сходными механическими свойствами. Его использование при проведении консервативных методов лечения пульпита обусловлено надежными герметизирующими свойствами, низким уровнем пористости, плотным запечатыванием дентинных канальцев, высокой адгезией к тканям зуба, стимуляцией клеточной

Для корреспонденции:

Дмитриенко Наталья Юрьевна – ассистент кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, проспект Ленина, д.40

E-mail: natadmitrienko@mail.ru

Тел.: (83852)368309

Статья поступила 21.10.2019 г., принята к печати 29.11.2019 г.

дифференциации, дентинной регенерации и минерализации, активацией образования заместительного дентина [8, 9, 10, 11, 14, 15].

Цель исследования: представить результаты динамического клинического и рентгенологического наблюдения клинического случая консервативного лечения пульпита постоянного зуба с сформированным корнем методом прямого покрытия пульпы материалом «Biodentine» у пациента 14 лет в течение 2 лет.

Клиническое наблюдение. Пациентка 14 лет обратилась в стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта. Соматический

анамнез неотягощен. Внешний осмотр без особенностей. КПУ=8, ИГ=1,3. Со слов пациентки зуб 3.6 был ранее лечен по неосложненному кариесу, пломба выпала около двух недель назад. При осмотре зуба 3.6 определяется глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином на апроксимально-медиальной поверхности. Зондирование болезненно по дну кариозной полости, перкуссия безболезненна, реакция на температурный раздражитель кратковременная, быстро проходящая (рис.1). На рентгенограмме признаков периапикальной патологии не выявлено (рис. 2).



Рис. 1. Вид зуба 3.6 до лечения



Рис.2. Рентгенограмма зуба 3.6 в день лечения

Проведена аппликационная анестезия (20% гелем бензокаина) и торусальная анестезия (4% раствором артикаина с эпинефрином 1:200 000). После полного удаления размягченного дентина оказалось, что полость зуба вскрыта в 1 точке, пульпа кровоточит (рис. 3). После антисептической обработки 0,05% раствором хлоргексидина кариозная полость просушена ватным тампоном, раневая поверхность пульпы и вся кариозная полость заполнена материалом «Biodentine».

Клинически состояние зуба 3.6 оценивали через 48 часов после лечения, а затем в динамике через 3, 6, 12, 18, 24 месяцев после лечения. При клиническом осмотре зуба 3.6 наблюдалась положительная динамика: жалобы отсутствовали, перкуссия и температурные пробы оставались безболезненными, что позволило через 3 месяца выполнить постоянную реставрацию зуба фотокомпозитным материалом. При этом «Biodentine» был удален до эмалево-дентинной границы и оставлен как прокладка, замещающая дентин.

Рентгенологические исследования проводились в сроки через 12, 18, 24 месяцев после лечения и не выявляли никаких признаков периапикальной патологии. При этом на рентгенограмме зуба 3.6 визуализировалось активное отложение

заместительного дентина в проекции контакта материала «Biodentine» с тканью пульпы в области вскрытой точки (рис. 4, 5).



Рис. 3. Зуб 3.6 после препарирования

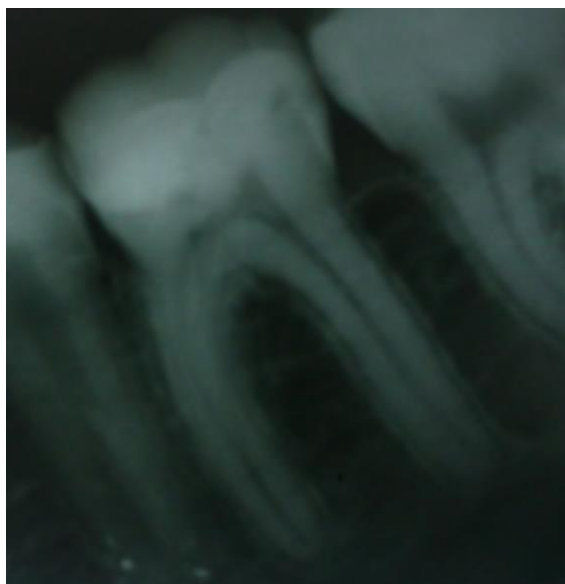


Рис. 4. Рентгенограмма зуба 3.6 через 12 месяцев после лечения



Рис. 5. Рентгенограмма зуба 3.6 через 18 месяцев после лечения

Через 24 месяца после лечения выполнена компьютерная томография сегмента челюсти в области зуба 3.6. На различных срезах томограммы зуба 3.6 в области коронковой пульпы визуализи-

руются массивные отложения дентина, заполняющие более половины объема коронковой полости (рис. 6, 7).



Рис. 6. Томограмма зуба 3.6 через 24 месяца после лечения

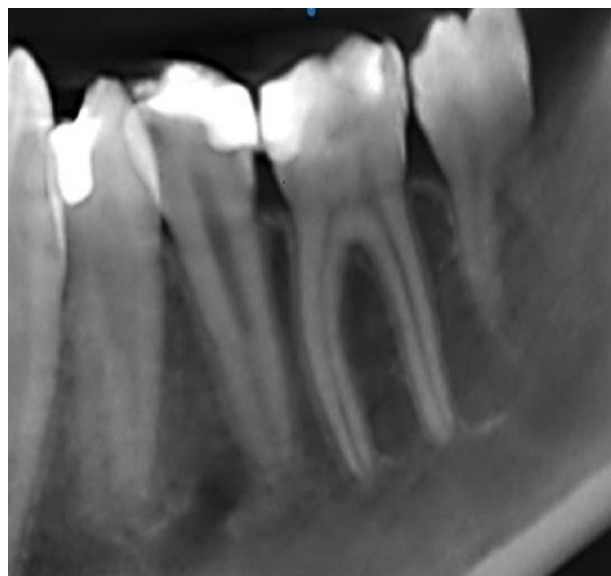


Рис. 7. Томограмма зуба 3.6 через 24 месяца после лечения

Заключение

Успех лечения обнаженной пульпы при осложнениях кариеса и травмах методом прямого покрытия биоактивными материалами зависит от правильно поставленного диагноза, используемого для покрытия материала, и обязательно герметичной реставрации [7]. В нашем клиническом случае успех достигнут, и мы можем его оценить в динамике через 2 года после первичного обращения.

Биоактивный материал, который мы применяли, позволяет надежно запаковать кариозную полость и находиться в полости рта до 6 месяцев, что, безусловно, является преимуществом перед другими материалами этой же группы [13].

Консервативные методики успешно применяются в детской стоматологии [3] и позволяют не только сохранить витальность пульпы, но и достигнуть апексогенеза при несформированном корне зуба.

Успешность лечения консервативными методами в настоящее время мы можем отследить и подтвердить не только клиническими наблюдениями, но и рентгенологическими методами, которые являются объективными и обязательными на этапах наблюдения после лечения, позволяют визуализировать образование дентинного моста («dentine bridge»), процесс апексогенеза

(«арехogenesis»), а также вовремя выявить возможные осложнения [1].

Литература

1. Алпатова В.Г., Кисельникова Л.П. Клинико-рентгенологическая оценка эффективности различных технологий эндодонтического лечения постоянных зубов у подростков и лиц молодого возраста // Эндодонтия Today. 2012. № 2. С. 4235-4242
2. Бердженхолц Г., Рейт К., Хорстед-Биндслев П. Эндодонтология. М.: Таркомм, 2013.
3. Дмитриенко Н.Ю., Сарап Л.Р., Жиленко О.Г., Подзорова Е.А. Клиническая и рентгенологическая оценка прямого покрытия пульпы в постоянных зубах с несформированными корнями с использованием материала «Biodentine» // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 5. С. 186-186.
4. Никольская И.А., Копецкий И.С. Методы лечения заболеваний пульпы. Современные аспекты применения в клинической практике // Эндодонтия Today. 2016. № 3. С. 37-39.
5. Рувинская Г.Р., Фазылова Ю.В. Современные принципы консервативного лечения пульпита. Современные проблемы науки и образования. 2012. № 5. С. 35-37.
6. Рувинская Г.Р., Фазылова Ю.В. Эффективность противомикробных препаратов в лечении обратимых пульпитов биологическим методом // Вестник современной клинической медицины. 2015. Т. 8 (1). С. 42–45.
7. Терехова Т.Н., Белик Л.П., Козловская Л.В. Лечение патологии пульпы у детей // Современная стоматология. 2011. № 1 (52). С. 13-21.
8. Atmeh A.R., Chong E.Z., Richard G. [et al.] Dentin-cement Interfacial Interaction Calcium Silicates and Polyalkenoates // Journal of Dental Research. 2012. V. 91 (5). P. 454-459.
9. Corral Nuñez C.M., Bosomworth H.J., Field C. [et al.] Biodentine and mineral trioxide aggregate induce similar cellular responses in a fibroblast cell line // J. Endod. 2014. V. 40 (3). P. 406-411.
10. Emerging trends in (bio) material researches. In: Goldberg M. [et al.] Biocompatibility or cytotoxic effects of dental composites. Oxford, UK. Coxmoor Publishing. 2009. P. 181-203.
11. Gandolfi M.G., Ciapetti G., Taddei P. [et al.] Apatite formation on bioactive calcium-silicate cements for dentistry affects surface topography and human marrow stromal cells proliferation // Dental Materials. 2010. V. 26 (10). P. 974-992.
12. Jefferies S.R. Bioactive and biomimetic restorative materials: a comprehensive review // Part I. J. Esthet Restor Dent. 2014. V. 26 (1). P. 14-26. DOI: 10.1111/jerd.12069.
13. Koubi G., Colon P., Franquin J.C. [et al.] Clinical evaluation of the performance and safety of a new dentine substitute, Biodentine, in the restoration of posterior teeth - a prospective study // Clin Oral Investig. 2013. V. 17 (1). P. 243-249.
14. Laurent P., Camps J., About I. Biodentine(TM) induces TGF-β1 release from human pulp cells and early dental pulp mineralization // Int. Endod. J. 2012. V. 45 (5). P. 439-448.
15. Peng W., Liu W., Zhai W. [et al.] Effect of tricalcium silicate on the proliferation and odontogenic differentiation of human dental pulp cells // J. Endod. 2011. V. 37(9). P. 1240-1246.

References

1. Alpatova V.G., Kisel'nikova L.P. Kliniko-röntgenologicheskaya otsenka effektivnosti razlichnykh tekhnologiy endodonticheskogo lecheniya postoyannykh zubov u podrostkov i lits molodogo vozrasta [Clinical and radiological evaluation of the effectiveness of various technologies of endodontic treatment of permanent teeth in adolescents and young adults] // Endodontiya Today. 2012. № 2. С. 4235-4242
2. Berdzhenskholts G., Reyt K., Khorsted-Bindslev P. Endodontologiya [Endodontology]. M.: Tarkomm, 2013.
3. Dmitriyenko N.Yu., Sarap L.R., Zhilenko O.G., Podzorova Ye.A. Klinicheskaya i rentgenologicheskaya otsenka pryamogo pokrytiya pul'py v postoyannykh zubakh s nesformirovannymi korniyami s ispol'zovaniyem materiala «Biodentine» [Clinical and radiological evaluation of direct pulp capping in immature permanent teeth using the "Biodentine"] // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2017. № 5. S. 186-186.
4. Nikol'skaya I.A., Kopetskiy I.S. Metody lecheniya za-bolevaniy pul'py. Sovremennyye aspekty primene-niya v klinicheskoy praktike [Methods for treatment of diseases of the pulp. Modern aspects of application in clinical practice] // Endodontiya Today. 2016. № 3. S. 37-39.
5. Ruvinskaya G.R., Fazylova Yu.V. Sovremennyye prin-tsipy konservativnogo lecheniya pul'pita [Modern principles of the conservative pulpitis treatments] // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2012. № 5. S. 35-37.
6. Ruvinskaya G.R., Fazylova Yu.V. Effektivnost' protivomikrobnyykh preparatov v lechenii obratimyykh pul'pitol' biologicheskim metodom [Efficiency of antimicrobial treatment in treatment of reversible pulpitis by the biological method] // Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny. 2015. T. 8 (1). S. 42–45.
7. Terekhova T.N., Belik L.P., Kozlovskaya L.V. Lecheniye patologii pul'py u detey [Treatment of pulp pathology in children] // Sovremennaya stomatologiya. 2011. № 1(52). S. 13-21.
8. Atmeh A.R., Chong E.Z., Richard G. [et al.] Dentin-cement Interfacial Interaction Calcium Silicates and Polyalkenoates // Journal of Dental Research. 2012. V. 91 (5). P. 454-459
9. Corral Nuñez C.M., Bosomworth H.J., Field C. [et al.] Biodentine and mineral trioxide aggregate induce similar cellular responses in a fibroblast cell line // J. Endod. 2014. V. 40 (3). P. 406-411.
10. Emerging trends in (bio) material researches. In: Goldberg M. [et al.] Biocompatibility or cytotoxic effects of dental composites. Oxford, UK. Coxmoor Publishing. 2009. P. 181-203.
11. Gandolfi M.G., Ciapetti G., Taddei P. [et al.] Apatite formation on bioactive calcium-silicate cements for dentistry affects surface topography and human marrow stromal cells proliferation // Dental Materials. 2010. V. 26(10). P. 974-992.
12. Jefferies S.R. Bioactive and biomimetic restorative materials: a comprehensive review // Part I. J. Esthet Restor Dent. 2014. V. 26(1). P. 14-26.
13. Koubi G., Colon P., Franquin J.C. [et al.] Clinical evaluation of the performance and safety of a new dentine substitute, Biodentine, in the restoration of posterior teeth - a prospective study // Clin Oral Investig. 2013. V. 17(1). P. 243-249.
14. Laurent P., Camps J., About I. Biodentine(TM) induces TGF-β1 release from human pulp cells and early dental pulp mineralization // Int. Endod. J. 2012. V. 45(5). P. 439-448.
15. Peng W., Liu W., Zhai W. [et al.] Effect of tricalcium silicate on the proliferation and odontogenic differentiation

of human dental pulp cells // J. Endod. 2011. V. 37(9). P. 1240-1246.

Сведения о соавторах:

Сарап Лариса Рудольфовна – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, проспект Ленина, д.40

E-mail: lsarap@gmail.com

Тел.: (83852)368309

Кудрина Кристина Олеговна – ассистент кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

Адрес: 656038, Алтайский край, г. Барнаул, проспект Ленина, д.40.

E-mail: tulen2009@mail.ru

Тел.: (83852)368309

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

20-22 марта 2020 года в г. Москве состоится

XXV Ежегодный Международный конгресс «Гепатология сегодня».

Вы имеете уникальную возможность представить свои научные достижения коллегам и международным экспертам.

Полная информация о предстоящем конгрессе находится на сайте: <https://www.rsls.ru/ru/>

УДК: 618.14-002-07-08

Хронический эндометрит: патогенетические аспекты**Д.Х. Амриева, Ю.А. Петров**

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Резюме

В данном обзоре приведены обобщенные данные, касающиеся патогенеза хронического эндометрита. В связи со сложностью диагностики, скудной клинической картиной и мультифакторностью хронического эндометрита, особенности его патогенеза до конца не изучены. Иммунные нарушения играют большую роль в поддержании воспалительного процесса в слизистой оболочке матки, на фоне персистенции условнопатогенных микроорганизмов. Установлено, что около 80% женщин с диагнозом «хронический эндометрит» страдают бесплодием. Развитие хронического эндометрита связано с нарушениями процессов пролиферации и апоптоза. Имеются сведения о роли инфекционного агента в нарушении процесса апоптоза. Цитокины поддерживают воспалительный процесс, нарушают рецепторную функцию эндометрия, приводят к патологическим изменениям микроциркуляции, увеличивают экссудацию, способствуют формированию спаек и отложению фибрина в строме. Безусловно, инфекционный агент играет большую роль в развитии хронического эндометрита. Однако многие авторы сошлись во мнении, что инфекционный агент является лишь начальным звеном, приводящим к развитию аутоиммунного процесса. Отсутствие единой точки зрения о патогенезе хронического эндометрита обосновывает актуальность данной проблемы и важность ее дальнейшего исследования.

Ключевые слова: хронический эндометрит, патогенез, инфекционный агент, аутоиммунный процесс, цитокины, апоптоз.

Chronic endometritis: pathogenetic aspects**D.Kh. Amrieva, Yu.A. Petrov**

FSBEI HE "Rostov State Medical University" MH RF

Summary

This review summarizes the pathogenesis of chronic endometritis. Due to the complexity of diagnosis, the meager clinical evidence and the multifactorial nature of chronic endometritis, the features of its pathogenesis are not fully understood. Immune disorders play a large role in maintaining the inflammatory process in the uterine mucosa, against the background of the persistence of opportunistic microorganisms. It has been established that about 80% of women diagnosed with chronic endometritis suffer from infertility. A major role in the development of chronic endometritis is given to violations of proliferation and apoptosis. There is evidence of the role of an infectious agent in disrupting the apoptosis process. Cytokines support the inflammatory process, disrupt the receptor function of the endometrium, lead to pathological changes in microcirculation, increase exudation, promote the formation of adhesions and the deposition of fibrin in the stroma. Of course, an infectious agent plays a large role in the development of chronic endometritis. However, many authors agreed that the infectious agent is the initial link leading to the development of the autoimmune process. The lack of a single point of view on the pathogenesis of chronic endometritis substantiates the relevance of this problem and the importance of its further research.

Key words: chronic endometritis, pathogenesis, infectious agent, autoimmune process, cytokines, apoptosis.

Процент женщин, больных хроническим эндометритом, составляет в среднем 15% [2]. Причем, данное число увеличивается с каждым годом, что можно связать со скудной клинической картиной и проблемами, возникающими при диагностике [13, 24]. Существует много предположений о патогенезе и факторах, способствующих развитию данного заболевания. Несмотря на это, патогенез хронического эндометрита нельзя назвать до конца изученным. Много вопросов, касающихся этого заболевания, остаются до сих пор открытыми и требуют тщательного анализа, так как эндометрий имеет

огромную функциональную значимость и его повреждение влечет за собой репродуктивные нарушения.

Хронический эндометрит – это клинко-морфологический синдром, при котором, вследствие длительного персистирования инфекционного агента и его повреждающего действия, возникают функциональные и морфологические изменения эндометрия [4]. Существует множество факторов риска, приводящих к развитию данной патологии, такие как [8]: инфекции органов малого таза, оперативные вмешательства на органах малого таза, дисбиоз влагалища, неправильная гигиена половых органов, инвазивные вмешательства (выскабливание, гистероскопия, экстракорпоральное оплодотворение и др.), инфекции мочевыводящих путей, внутриматочные контрацептивы [13].

Имеются сведения об осложнениях, возникающих из-за искусственного прерывания беремен-

Для корреспонденции:

Петров Юрий Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ.

E-mail: mr.doktorpetrov@mail.ru

Тел.: 88632797575

Статья поступила 16.10.2019 г., принята к печати 28.11.2019 г.

ности [8]. Данное оперативное вмешательство негативно сказывается на здоровье женщины в будущем, процент гинекологических заболеваний после данной процедуры достигает 58,7% [8]. Аборты являются проблемой не только медицинской, но и социальной, так как вызывают нарушение репродуктивной функции женщин и ухудшают демографическое состояние общества. Травматизация слизистой оболочки матки приводит к активации воспалительного процесса, атрофии функционального слоя, дистрофии и некрозу фиброзного слоя. Регенераторные способности при этом снижаются, что дает предпосылку к возникновению хронического процесса. Также хирургические аборты приводят к обострению хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. Доказательным фактом является то, что раневая поверхность эндометрия способствует росту условнопатогенных микроорганизмов, обладающих низкой иммуногенностью [8, 24].

В патогенезе хронического эндометрита большую роль играет инфекционный агент. Чаще всего инфицирование бывает первичным, развиваясь на фоне внедрения экзогенных микроорганизмов в эндометрий матки. В редких случаях микроорганизмы попадают в полость матки с током крови или лимфы [9]. Возбудителями могут быть бактерии (возбудители гонореи, туберкулеза, сифилиса), вирусы (вирус простого герпеса, цитомегаловирус, энтеровирусы), хламидии, паразиты. Хронический эндометрит может также быть неспецифическим, когда инфекционный агент не определен. Слизистая оболочка матки, по мнению большинства авторов [1], нестерильна, так как подвергается воздействию инфекционных агентов из нижних отделов полового тракта. Учитывая это, иммунитет у женщин направлен на препятствие распространения микробных агентов по организму. Именно состояние как местного, так и общего иммунитета определяет развитие воспалительного процесса в слизистой оболочке матки. Для выявления причины развития эндометрита необходимо исследовать микробный состав эндометрия, так как он значительно отличается от микробного состава во влагалище и в цервикальном канале. В большинстве зарубежных работ показано, что лишь в 33% случаев встречаются одинаковые микроорганизмы в шейке матки и в эндометрии [19, 22].

В одном исследовании [8, 9] было выявлено, что различные микроорганизмы попадают в полость матки на фоне персистенции условнопатогенной микрофлоры, нарушающей иммунный ответ. Это, в свою очередь, дает возможность назвать хронический эндометрит полимикробным заболеванием [10]. Все чаще встречаются случаи инфицирования эндометрия гонококками и хламидиями, несмотря на утверждения о том, что этиологическая значимость абсолютных патогенов в генезе данной патологии снижена [5].

Герпетическое поражение слизистой оболочки матки играет немалую роль в развитии хронического эндометрита. Вирус герпеса приводит к нарушению защитных функций эндометрия. Для выявления вируса в эндометрии необходимо проводить

лабораторные исследования, так как клинические признаки вирусного поражения при хроническом эндометрите отсутствуют.

Большинство авторов сходятся во мнении, что инфекционный агент является лишь начальным звеном в развитии хронического эндометрита [11]. Антигенная структура слизистой оболочки матки претерпевает значительные изменения в результате длительной персистенции микроорганизмов, развивается аутоиммунный процесс. Антигены организма хозяина имеют схожую структуру с антигенами условнопатогенных микроорганизмов. Перекрестные антигены способствуют развитию аутоиммунной реакции, которая приводит к вторичному иммунодефициту, а также к иммуносупрессии [10].

Об аутоиммунной теории развития хронического эндометрита свидетельствует довольно частая стерильность посевов эндометрия. На фоне этого идет вторичное повреждение слизистой оболочки матки, включая и здоровую ткань. В результате нарушения иммунного ответа организм не может адекватно ответить на инфекционный процесс, что приводит к колонизации эндометрия инфектами [16].

Доказано, что при гиперпластическом макротипе, на фоне снижения иммунного ответа, процент инфицирования эндометрия специфическими микроорганизмами достигал 84,5%. Специфические возбудители при смешанном макротипе обнаруживались у трети испытуемых (39,1%), при гипореактивном макротипе – у 21,7% [11].

Некоторые ученые [7] пишут о том, что инфекционные агенты вмешиваются в механизмы апоптоза клеток. Различные факторы апоптоза приводят к активации каспаз. Иницирующие каспазы на первом этапе приводят к обратимому апоптозу, но при активации эффекторных каспаз происходит переход в деградиционную стадию. Триггерами, активирующими апоптоз, могут быть не только адаптерные белки, но и клетки-киллеры, вирусы [7].

Было выявлено, что хламидийная инфекция способна стимулировать экспрессию антиапоптотических белков [18]. Снижение активности фермента каспазы-8 увеличивало блок апоптоза. На фоне нарушения физиологического процесса гибели клетки развивается гиперплазия слизистой оболочки матки. Дисбаланс между процессами пролиферации и апоптоза играет значительную роль в развитии хронического эндометрита [1, 18].

Уменьшение прогестероновых рецепторов, наблюдаемое при хроническом эндометрите, способствует снижению цитотоксичных лимфоцитов [5]. Прогестерониндуцированный блокирующий фактор на фоне этого значительно снижается, параллельно происходит увеличение NK клеток, индуцируя иммунный ответ, направленный на эмбрион. В дальнейшем данные процессы приводят к усилению воспаления, активации протромбиназы, значительному увеличению числа цитокинов. Все это может привести к плацентарной недостаточности или невынашиванию беременности [25].

При развитии хронического эндометрита происходит доминирование Т-хелперов, которые син-

тезируют высокие уровни цитокинов [13]. Поврежденный эндометрий приводит к активации макрофагов с повышенной фагоцитарной активностью, способствующих миграции мезотелиальных клеток к раневой поверхности. Функционирование макрофагов и эндотелиоцитов связано с рядом цитокинов, таких как ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-12, фактор некроза опухоли- α и др., являющихся регуляторами воспалительного процесса [2]. ИЛ-1 принимает участие в регуляции функций репродуктивной системы. ИЛ- β является преобладающей формой, он способствует увеличению кортикостероидов, которые при высоких уровнях способствуют иммуносупрессии.

При гиперплазии различного генеза было обнаружено увеличение ИЛ-1, ИЛ-2, ФНО- α [14]. Экспрессия ИЛ-6, ИЛ-1 β развивается при бактериальном эндометрите [8]. В менструальной крови у женщин с хроническим воспалением эндометрия и бесплодием обнаружено повышенное содержание ИЛ-6, ИЛ-1 β , ФНО- α . Для повышения эффективности диагностики хронического эндометрита рекомендовано определение коэффициента ИЛ-6/ФНО- α [2]. Важно обратить внимание на то, что на фоне увеличения цитокинов и гиперэкспрессии, при усиленной активации макрофагов, их цитотоксичность значительно снижается [14]. Данное явление отмечается в аутологичных эутопических клетках эндометрия как для перитонеальных макрофагов, так и для моноцитов к эктопическим клеткам, учитывая полную резистентность последних к макрофагам. Все эти процессы также являются важными в развитии прогрессирования эндометрита. Такое большое количество цитокинов приводит к нарушению имплантации, а также к самопроизвольным выкидышам, внутриутробной инфекции, приводящим в конечном счете к бесплодию [2, 14].

Цитокины поддерживают воспалительную реакцию. Они способствуют нарушению микроциркуляции, регуляции ангиогенеза, приводят к формированию спаек и отложению в эндометрии фибрина [23]. Очень важно учитывать, что в синтезе цитокинов участвуют такие факторы врожденного иммунитета, как лактоферин, альфа-2-глобулин, лизоцим и др. Лактоферин синтезируется нейтрофилами при развитии воспаления. Выявлена взаимосвязь между синтезом ИЛ-8 и лактоферином [6]. Лактоферин относится к компонентам мукозального иммунитета, его концентрация повышается при развитии как воспалительных реакций в организме, так и аутоиммунных [17]. Помимо этого, он снижает окислительный стресс, увеличивает фагоцитарную активность нейтрофилов, способствует секреции цитокинов, входя в состав иммунного гомеостаза. Роль лактоферина в патогенезе хронического эндометрита изучена недостаточно, несмотря на очевидность его участия в развитии данной патологии [6, 23].

В воспалительных реакциях важную роль играет альфа-2-макроглобулин, являющийся многофункциональным ингибитором протеиназ. Было доказано, что аутоиммунная патология связана с длительной циркуляцией комплексов альфа-2-макроглобулина [15]. Стромальные клетки эндо-

метрия способны синтезировать данный белок [12]. Помимо ингибирования протеиназ, альфа-2-макроглобулин участвует в транспорте липидов, гормонов, интерлейкинов, интерферонов, ФНО, принимает участие в воспалительных реакциях, оплодотворении. Доказано, что синтез цитокинов и альфа-2-макроглобулина непосредственно связаны между собой [3]. Это может указывать на роль белкового компонента иммунитета в развитии хронического эндометрита, но данный вопрос до конца не изучен [3, 15].

Цитокины активируют гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, через которую происходит взаимосвязь нейрогуморальной и иммунной системы при воспалении. Глюкокортикоиды являются иммуномодуляторами, способствуя ограничению воспаления, помимо этого они участвуют в апоптозе незрелых лимфоцитов. На синтез цитокинов глюкокортикоиды действуют избирательно. Имеются предположения о том, что глюкокортикоиды являются не только супрессорами иммунного ответа, но и модуляторами [19, 21].

Важную роль в развитии хронического эндометрита отдают процессам пролиферации. Патологическая регенерация вызывает гиперплазию и полипоз, не исключается также развитие атрофии с нарушением рецепторной функции эндометрия. Все изменения, происходящие в слизистой оболочке, приводят к нарушению репродуктивной функции. Важно помнить, что эндометрий является динамической тканью, в которой постоянно происходит смена пролиферации, дифференцировки и гибели клеток [17]. Во время беременности, органеллы эндотелия (пиноподии) выделяют ряд пептидов и белков. При развитии в эндометрии воспаления происходит дефект данных процессов, что приводит к нарушению имплантации [20, 22].

Сосудистые изменения, наблюдаемые при хроническом воспалении эндометрия, становятся причиной ишемии. На фоне ишемии развивается склероз стенок сосудов. В ответ на повреждение эндотелиоцитов активируется каскад реакций, меняющих коагуляционные свойства крови, что, в свою очередь, приводит к образованию тромбов [15, 20]. Помимо этого, нарушается конфигурация сосудов, вызывая повышенное сопротивление кровотока.

Венозная гиперемия приводит к кислородному голоданию и, как следствие, к нарушению обмена веществ в зоне поражения. Данные нарушения связаны также с нарушениями внутри клеток. Так, активация процессов окисления глюкозы способствует снижению pH. Повышается онкотическое и осмотическое давление, что можно связать с преобладанием катаболизма над анаболизмом, что приводит к увеличению мелких молекул. Повреждение соединительной ткани, окружающей сосуды, способствует еще большему нарушению кровоснабжения [15].

Заключение

Всё вышесказанное указывает на то, что аспектов в патогенезе хронического эндометрита

большое количество. Чаще всего причиной развития хронического эндометрита является инфекционный агент. Однако, учитывая имеющиеся данные о патогенезе данной патологии, очень важно при подозрении на хронический эндометрит провести тщательную диагностику для подбора эффективного лечения, так как это заболевание может привести к серьезным осложнениям, в том числе и к бесплодию.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1200 с.
2. Бочков В.В., Плеханов А.Н., Цыденова Ц.Б. Хронический неспецифический эндометрит: эпидемиология, этиология, патогенез, факторы риска, диагностика // Вестник Бурятского государственного университета. 2015. № 12. С. 30-38.
3. Гомболевская Н.А., Марченко Л.А. Патогенетическое обоснование терапии хронического эндометрита // Акушерство и гинекология. 2015. № 11. С. 78-85.
4. Зароченцева Н.В., Аршакян А.К., Меньшикова Н.С., Титченко Ю.П. Хронический эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение // Российский вестник акушера-гинеколога. 2013. № 5. С. 56-59.
5. Лихачов В.В., Зорина В.Н., Третьякова Я.Н., Баженова Л.Г., Ренге Л.В. Современные представления о патогенезе хронического эндометрита // Российский вестник акушера-гинеколога. 2017. № 4. С. 25-32.
6. Лызикова Ю.А. Хронический эндометрит как причина нарушения репродуктивной функции у женщин // Проблемы здоровья и экологии. 2015. № 3 (45). С. 9-16.
7. Носенко М.А. Патогенетические нюансы хронического эндометрита // Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 5-1. С. 63-66.
8. Петров Ю.А. Роль микробного фактора в генезе хронического эндометрита // Кубанский научный медицинский вестник. 2016. № 3 (158). С. 113-118.
9. Петров Ю.А. Микробиологические детерминанты хронического эндометрита // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. 2011. № 6 (166). С. 110-113.
10. Петров Ю.А. Аспекты микробиологической и иммунной диагностики хронического эндометрита // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 4. С. 9.
11. Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю. Современные представления о проблеме искусственного прерывания беременности (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 8-5. С. 727-731.
12. Петров Ю.А. Специфика репродуктивного и контрацептивного поведения студентов медицинского университета // Валеология. 2016. № 2. С. 31-34.
13. Радзинский В.Е., Петров Ю.А., Полина М.Л. Хронический эндометрит: современные аспекты // Кубанский научный медицинский вестник. 2017. Т. 24, № 5. С. 69-74.
14. Ренге Л.В., Зорина В.Н., Зорина Р.М., Баженова Л.Г., Чирикова Т.С. Иммунорегуляторные белки в околоплодных водах при моно- и микстносительстве возбудителей TORCH-инфекций и антител к ним // Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. Т. 15, № 6. С. 17-24.
15. Сидорова И. С., Макаров И. О., Унанян А. Л. Патогенез и патогенетически обоснованная терапия хронического эндометрита // Акушерство, гинекология и репродукция. 2010. № 3. С. 21-24.
16. Тапильская Н.И., Карпеев С.А., Кузнецова И.В. Хронический эндометрит – субклиническое воспалительное заболевание органов малого таза // Гинекология. 2014. № 1. С. 104-109.
17. Унанян А.Л., Сидорова И.С., Коган Е.А., Белогубова С.Ю., Демура Т.А., Елисаветская А.М., Сизова Н.М. Эндометриоз, аденомиоз, хронический эндометрит: клиничко-патогенетические взаимоотношения и репродуктивные неудачи // Акушерство и гинекология. 2018. № 10. С. 136-40.
18. Böhme L., M. Albrecht M., Riede O. Chlamydia trachomatis-infected host cells resist dsRNA-induced apoptosis // Cell Microbiol. 2010. N 12 (9). P. 1340-1351.
19. Cicinelli E., Trojano G., Mastromauro M., Vimercati A., Marinaccio M., Mitola P.C. Higher prevalence of chronic endometritis in women with endometriosis: a possible etiopathogenetic link // Fertil. Steril. 2017. N108 (2). P. 289-295.
20. Mc Queen D. B., Bernardi L. A., Stephenson M. D. Chronic endometritis in women with recurrent early pregnancy loss and/or fetal demise // Fertil Steril. 2014. V. 101, N 4. P. 1026-1030.
21. Pinto V., Matteo M., Tinelli R., Mitola P.C., De Ziegler D., Cicinelli E. Altered uterine contractility in women with chronic endometritis // Fertil. Steril. 2015. N 103 (4). P. 1049-1052.
22. Park H.J., Kim Y.S., Yoon T.K., Lee W.S. Chronic endometritis and infertility // Clin. Exp. Reprod. Med. 2016. N 4. P. 185-192.
23. Pinto V., Matteo M., Tinelli R. Altered uterine contractility in women with chronic endometritis // Fertil Steril. 2015. V. 103, N 4. P. 1049-1052.
24. Radzinsky V.E., Kostin I.N., Polina M.L., Petrov Y.A., Gasanova B.M. Diagnostic significance of chronic endometritis macrotypes differentiation among women with reproductive losses // Gynecological Endocrinology. 2017. V. 33 (sup1). P. 36-40.
25. Siemieniuch M.J., Szóstek A.Z., Gajos K., Kozdrowski R., Nowak M., Okuda K. Type of inflammation differentially affects expression of interleukin 1 β and 6, tumor necrosis factor- α and Toll-Like receptors in subclinical endometritis in mares // PLoS One. 2016. N 11. P. 5.

References

1. Akusherstvo [Obstetrics]. Natsional'noye rukovodstvo / pod red. E.K. Aylamazyan, V.N. Serova, V.Ye. Radzinskogo, G.M. Savel'yevoy. M.: GEOTAR-Media, 2015. 1200 s.
2. Bochkov V.V., Plekhanov A.N., Tsydenova TS.B. Khronicheskiy nespetsificheskiy endometrit: epidemiologiya, etiologiya, patogeneza, faktory riska, diagnostika [Chronic non-specific endometritis: epidemiology, etiology, pathogenesis, risk factors, diagnosis] // Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta. 2015. № 12. S. 30-38.
3. Gombolevskaya N.A., Marchenko L.A. Patogeneticheskoye obosnovaniye terapii khronicheskogo endometrita [Pathogenetic rationale for the treatment of chronic endometritis] // Akusherstvo i ginekologiya. 2015. № 11. S. 78-85.
4. Zarochentseva N.V., Arshakyan A.K., Men'shikova N.S., Titchenko Yu.P. Khronicheskiy endometrit: etiologiya, klinika, diagnostika, lecheniye [Chronic endometritis: etiology, clinic, diagnosis, treatment] // Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2013. № 5. S. 56-59.
5. Likhachov V.V., Zorina V.N., Tret'yakova YA.N., Bazhenova L.G., Renge L.V. Sovremennyye predstavleniya o patogeneze khronicheskogo endometrita [Modern views on the pathogenesis of chronic endometritis] // Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2017. № 4. S. 25-32.

6. Lyzikova Yu.A. Khronicheskiy endometrit kak prichina narusheniya reproduktivnoy funktsii u zhenshchin [Chronic endometritis as a cause of reproductive function dysfunction in women] // Problemy zdorov'ya i ekologii. 2015. № 3 (45). S. 9-16.
7. Nosenko M.A. Patogeneticheskiye nyuansy khronicheskogo endometrita [Pathogenetic nuances of chronic endometritis] // Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya. 2016. № 5-1. S. 63-66.
8. Petrov Yu.A. Rol' mikrobnogo faktora v geneze khronicheskogo endometrita // Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik. 2016. № 3 (158). S. 113-118.
9. Petrov Yu.A. Mikrobiologicheskiye determinanty khronicheskogo endometrita [Microbiological determinants of chronic endometritis] // Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Severo-Kavkazskiy region. Seriya: Yestestvennyye nauki. 2011. № 6 (166). S. 110-113.
10. Petrov Yu.A. Aspekty mikrobiologicheskoy i immunnoy diagnostiki khronicheskogo endometrita [Aspects of microbiological and immune diagnostics of chronic endometritis] // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2016. № 4. S. 9.
11. Petrov Yu.A., Baykulova T.Yu. Sovremennyye predstavleniya o probleme iskusstvennogo preryvaniya beremennosti (obzor literatury) [Modern views on the problem of artificial termination of pregnancy (literature review)] // Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy. 2016. № 8-5. S. 727-731.
12. Petrov Yu.A. Spetsifika reproduktivnogo i kontratseptivnogo povedeniya studentov meditsinskogo universiteta [The specifics of the reproductive and contraceptive behavior of students of a medical university] // Valeologiya. 2016. № 2. S. 31-34.
13. Radzinskiy V.Ye., Petrov YU.A., Polina M.L. Khronicheskiiy endometrit: sovremennyye aspekty // Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik. 2017. T. 24, № 5. S. 69-74.
14. Renge L.V., Zorina V.N., Zorina R.M., Bazhenova L.G., Chirikova T.S. Immunoregulyatornyye belki v okoloplodnykh vodakh pri mono- i mikstnositel'stve vzbuditelei TORCH- infektsii i antitel k nim // Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa [Immunoregulatory proteins in amniotic fluid during mono- and mixed carriage of pathogens of TORCH infections and antibodies to them]. 2015. T. 15, № 6. S. 17-24.
15. Sidorova I. S., Makarov I. O., Unanyan A. L. Patogeneza i patogeneticheskiy obosnovannaya terapiya khronicheskogo endometrita [Pathogenesis and pathogenetically substantiated therapy of chronic endometritis] // Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya. 2010. № 3. S. 21-24.
16. Tapil'skaya N.I., Karpeyev S.A., Kuznetsova I.V. Khronicheskiy endometrit – subklinicheskoye vospalitel'noye zabolevaniye organov malogo taza [] // Ginekologiya. 2014. № 1. S. 104-109.
17. Unanyan A.L., Sidorova I.S., Kogan Ye.A., Belogubova S.YU., Demura T.A., Yelisavetskaya A.M., Sizova N.M. Endometrioz, adenomioz, khronicheskiy endometrit: kliniko-patogeneticheskiye vzaimootnosheniya i reproduktivnyye neudachi [Endometriosis, adenomyosis, chronic endometritis: clinical and pathogenetic relationships and reproductive failures] // Akusherstvo i ginekologiya. 2018. № 10. S. 136-40.
18. Böhme L., M. Albrecht M., Riede O. Chlamydia trachomatis-infected host cells resist dsRNA-induced apoptosis // Cell Microbiol. 2010. N 12 (9). P. 1340-1351.
19. Cicinelli E., Trojano G., Mastromauro M., Vimercati A., Marinaccio M., Mitola P.C. Higher prevalence of chronic endometritis in women with endometriosis: a possible etiopathogenetic link // Fertil. Steril. 2017. N 108 (2). P. 289-295.
20. Mc Queen D. B., Bernardi L. A., Stephenson M. D. Chronic endometritis in women with recurrent early pregnancy loss and/or fetal demise. Fertil Steril. 2014. V. 101, N 4. P. 1026-1030.
21. Pinto V., Matteo M., Tinelli R., Mitola P.C., De Ziegler D., Cicinelli E. Altered uterine contractility in women with chronic endometritis. Fertil. Steril. 2015. N 103 (4). P. 1049-1052.
22. Park H.J., Kim Y.S., Yoon T.K., Lee W.S. Chronic endometritis and infertility // Clin. Exp. Reprod. Med. 2016. N 4. P. 185-192.
23. Pinto V., Matteo M., Tinelli R. Altered uterine contractility in women with chronic endometritis // Fertil Steril. 2015. V. 103, N 4. P. 1049-1052.
24. Radzinsky V.E., Kostin I.N., Polina M.L., Petrov Y.A., Gasanova B.M. Diagnostic significance of chronic endometritis macrotypes differentiation among women with reproductive losses // Gynecological Endocrinology. 2017. V. 33 (sup1). P. 36-40.
25. Siemieniuch M.J., Szóstek A.Z., Gajos K., Kozdrowski R., Nowak M., Okuda K. Type of inflammation differentially affects expression of interleukin 1 β and 6, tumor necrosis factor- α and Toll-Like receptors in subclinical endometritis in mares // PLoS One. 2016. N 11. P. 5.

Сведения о соавторе:

Амриева Джэнэт Хусеновна – ординатор кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
E-mail: jonabassa2@mail.ru

УДК 616.381-002.3-036.2-089

Шкальные системы прогнозирования течения и исхода перитонита и абдоминального сепсиса**Ю.С. Остроумова, И.М. Батыршин, Н.Р. Насер, Д.С. Склизков, Е.П. Рязанова, М.А. Бородина, С.А. Шляпников**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Резюме

В работе дискутируются прогностические особенности различных интегральных шкал оценки состояния больных с тяжелыми осложненными формами перитонита. В связи со стремительно развивающимся хирургическим прогрессом в ведении таких пациентов необходима доработка имеющихся шкал или выявление определенных критериев, позволяющих динамически наблюдать за течением заболевания, проводить своевременную оценку эффективности лечения, а также обеспечивать возможность прогнозирования риска повторных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: перитонит, прогноз, шкальные оценки тяжести, абдоминальный сепсис.

Scoring system for predicting the course and outcome of peritonitis and abdominal sepsis**Y.S Ostroumova, I.M. Batyrshin., N.R. Naser, D.S. Sklizkov, E.P. Rayzanova, M.A. Borodina, S.A. Shlyapnikov**

SBI "Saint-Petersburg Research Institute of Emergency Medicine by I.I. Dzhanelidze"

Summary

The established prognostic score system made a great contribution to predicting the treatment of patients with severe complicated forms of peritonitis. However, due to the rapidly developing surgical progress in the management of such patients, it is necessary to refine the existing score system or identify certain criteria that allow you to dynamically monitor the course of the disease, conduct a timely assessment of the effectiveness of treatment, and also ensure the ability to predict the risk of repeated surgical interventions.

Key words: peritonitis, predict, prognostic scoring system, abdominal system.

Перитонит остается одной из главных проблем в хирургии даже на современном этапе развития медицины. Несмотря на наличие усовершенствованных методов лабораторной и инструментальной диагностики, разработки антибактериальных препаратов широкого спектра действия и внедрения новых методов лечения, летальность от перитонита, особенно его тяжелых форм, осложненных развитием тяжелого сепсиса, остается на высоком уровне – от 20% до 70% [3, 4, 5]. Сложность постоянного объективного мониторинга состояния пациентов с тяжелыми формами перитонита, и тем более абдоминального сепсиса, приводит, в свою очередь, к невозможности своевременно реагировать на динамически меняющееся течение процесса заболевания, что негативно сказывается на результатах его лечения. Существует большое количество интегральных шкал оценки тяжести состояния пациентов с перитонитом, которые были разработаны для решения определенной проблемы с имеющимися в то время методами диагностики и лечения. Одни шкалы были созданы

для деления пациентов по степени тяжести, другие для динамического наблюдения, а также предпринимались попытки в прогнозировании повторных оперативных вмешательств [13]. Во всем мире это остается повсеместной проблемой. Одни шкалы используют практически только данные анамнеза, лабораторных анализов (MPI, APACHE, MOD, SOFA), другие описывают интраоперационную картину, совмещая с определенными лабораторными показателями (ПИР). Предпринимались попытки соединить все данные воедино (ИБП) и сформировать алгоритм для определения показаний к релапаротомии. Очевидно, что решение о хирургической тактике должно приниматься как с учетом интраоперационной картины, так и с учетом проявлений органной дисфункции. Поэтому необходим подробный разбор этих шкал.

Манхаймовский индекс перитонита (Mannheim Peritonitis Index, MPI). В 1987 году в Германии разработан ученым М. Линдером и применяется для прогнозирования исхода перитонита при поступлении пациента в медицинские учреждения на уровне отделения неотложной помощи и отделения интенсивной терапии. Он состоит из 8 параметров, каждый из которых оценивается в баллах (табл. 1). Далее полученные баллы суммируются, результат может варьировать от 0 до 47. Шкала MPI позволяет распределить пациентов на 3 группы, определяя наиболее прогностически тяжелую [1, 11].

Для корреспонденции:

Остроумова Юлия Сергеевна – врач-хирург 11-го хирургического отделения (в составе городского Центра по лечению тяжелого сепсиса), младший научный сотрудник отдела хирургических инфекций ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

Адрес: 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А.

E-mail: Yulia575091@yandex.ru.

Тел.: 89046006654

Статья поступила 15.10.2019 г., принята к печати 29.11.2019 г.

Таблица 1

Шкала MPI	
Фактор риска	Баллы
Возраст старше 50 лет	5
Женский пол	5
Наличие органной недостаточности	7
Наличие злокачественной опухоли	4
Продолжительность перитонита более 24 часов	4
Толстая кишка как источник перитонита	4
Перитонит диффузный	6
Экссудат:	
- прозрачный	0
- мутно-гнояный	6
- калово-гнилостный	12

За оценку органной дисфункции были выбраны следующие критерии (табл. 2).

Таблица 2

Оценка органной дисфункции	
Органная недостаточность	Критерий
Почки	Креатинин ≥ 177 mmol/L
	Мочевина $\geq 16,7$ mmol/L
	Олигурия < 20 mL/h
Легкие	PaO ₂ < 50 mmHg
	PaCO ₂ > 50 mmHg
Шок	Гиподинамический
	Гипердинамический
Непроходимость	Явления пареза >24 часов
	Полная непроходимость

При этом шкала MPI является самой специфичной и чувствительной шкалой для прогнозирования исхода перитонита по данным исследователей из JSS Medical college Hospital, где в течение 2 лет производилась оценка тяжести состояния пациентов с перитонитом и абдоминальным сепсисом. Они выявили среднее значение в баллах (меньше и больше 25) для шкалы, которая имела наиболее высокую чувствительность (72%) и специфичность (71%) прогнозирования смертности пациентов [9].

Также по результатам исследований в Sina Hospital пациентов с перитонитом в течение 3 лет MPI явилась наиболее прогностически значимой шкалой (> 21 баллов – чувствительность 100%, специфичность – 79%, <29 баллов – 79% и 96% соответственно) [10]. По результатам одного из исследований, проведенного в Индии в Government Medical College, были определены наиболее значимые факторы, влияющие на исход пациента: длительность перитонита более 24 часов, наличие органной недостаточности, женский пол и каловый характер содержимого. Чувствительность и специфичность при балльной оценке 27 и более составила 66,67% и 100% соответственно [12].

MPI считается одной из самых доступных и легко воспроизводимых шкал для подсчета в любом стационаре. Она основана на общедоступной информации, для которой не нужны дополнительные трудоемкие исследования. Начать прогнозирование можно уже в отделении неотложной помощи,

достаточно собрать анамнез заболевания, но окончательный подсчет возможен только после выполнения оперативного вмешательства.

Шкала APACHE (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) относится к шкалам общей оценки тяжести состояния у взрослых. Разработкой этой шкалы начинали заниматься еще в 1981 году. С активным развитием медицины и методов диагностики ее изменяли и дополняли и в конце концов пришли к окончательному варианту ее модернизации. Самыми используемыми в клинических исследованиях остались APACHE III (1991 г.) и APACHE II (1985 г.) [2].

APACHE III – одна из последних разработок, была исследована в нескольких центрах по всему миру на больших выборках пациентов. Она выявила, что в первые сутки заболевания прогностическая способность летального исхода составляет только 54,2%, а на третьи сутки всего 5%. Поэтому качество прогнозирования летальности у пациентов оставалось низким [6].

APACHE II – самая используемая и исследуемая шкала из всех ее модернизаций. Выполнено множество исследований для возможности использовать ее в клинической практике. В шкале было оставлено всего 12 параметров (табл. 3).

Таблица 3

Шкала APACHE	
Параметр	Диапазон показаний
Температура (°C)	$<29,9 - >41$
Среднее артериальное давление (мм.рт.ст.)	$<49 - >160$
ЧСС (уд. в мин.)	$<39 - >180$
ЧДД (дых. в мин.)	$<5 - >50$
PO ₂ при FiO ₂ $>0,5$ или PO ₂ FiO ₂ $<0,5$ (мм.рт.ст.)	$<55 - >500$
Натрий (ммоль/л)	$<110 - >180$
Калий (ммоль/л)	$<2,5 - >7$
Креатинин сыворотки (мг%)	$<0,6 - >3,5$
pH артериальной крови	$<7,15 - >7,7$
HCO ₃ (ммоль/л)	$<15 - >52$
Гематокрит (%)	$<20 - >60$
Число лейкоцитов (10 ⁹ /л)	$<1 - >40$

Полученным значениям присваиваются баллы от 0 до 4. Также добавляются баллы за возраст и за наличие хронических заболеваний. Суммарное количество баллов может составить от 0 до 71, что позволяет сопоставить степень тяжести пациента в баллах с развитием осложнений и летального исхода. Если пациент набирал менее 10 баллов, то процентное соотношение осложнений и смертности было 18,2% и 0%; 10-19 баллов: 24,6% и 15,8%; 20-29 баллов: 27,7% и 21,3%; более 30 баллов: 37,5% и 75% соответственно [5].

Основная цель этой шкалы – прогноз и оценка риска летального исхода. По данным многих исследований, прогностически значимый порог этой шкалы по времени – это первые 32 часа, хотя первоначально она была рассчитана на первые 7 суток лечения в ОРИТ. При этом APACHE II высоко специфична (90%) в отношении прогноза благоприятного исхода, но менее чувствительна (50-70%) относительно про-

гноза летального исхода. Более того, эта система приемлема для прогноза исхода и сравнительного анализа групп больных, а не для оценки отдельных пациентов. Также невозможно в ранние сроки на этапе обследования больного в условиях приемного покоя произвести полный подсчет баллов в связи с трудностью выполнения определенных анализов и их длительностью. В связи с большим объемом данных были спроектированы онлайн-калькуляторы, но даже они не смогли облегчить схему подсчета баллов. Именно поэтому она не рекомендована для прогностической оценки у конкретного больного и не может быть рутинной основой для принятия решения в клинической практике. Оценка этой интегральной шкалы позволяет стратифицировать пациентов для проведения научных исследований, но практически делает шкалу непригодной для принятия решения по тактике лечения конкретного больного. Однако при комбинации шкал APACHE II + MPI, по данным исследовательской группы Surgical Department of a University Hospital, была выявлена наивысшая чувствительность – 76% [5].

Постоянный мониторинг тяжести состояния пациента имеет более широкое практическое значе-

ние, чем прогнозирование вероятности летального исхода, с чем не смогла бы справиться вышеописанная интегральная система. Ежедневный мониторинг оценки тяжести состояния позволяет оценить эффективность проводимой терапии, дает возможность отбирать и сравнивать больных при проведении клинических исследований, а также оценивать тяжесть состояния больного в динамике.

Таким образом, шкала APACHE II позволяет оценивать состояние пациента в динамике, обладает высоким значением чувствительности и средним по специфичности, при этом объективно трудна в подсчете и оценке и практически не выполнима на уровне приемного покоя.

Шкала MODS (Multiple organ dysfunction score). Она разработана американским ученым J. C. Marshall, который в 1995 г. представил ее хирургическим сообществам как шкалу оценки органной дисфункции. Эта шкала была составлена на основе исследования большого количества пациентов в отделениях реанимации в различных стационарах мира. Ученые проводили оценку дисфункции 6 систем органов пациентов, которые находились в палатах интенсивной терапии более 1 суток (табл. 4).

Таблица 4

Система	Шкала MOD				
	Баллы				
	0	1	2	3	4
Дыхательная (PaO ₂ /FiO ₂)	>300	226-300	151-225	76-150	<75
Почечная (креатинин сыворотки)	<100	101-200	201-350	351-500	>500
Печеночная (билирубин сыворотки)	<20	21-60	61-120	121-240	>240
Сердечно-сосудистая (PAR)	<10	10,1-15	15,1-20	20,1-30	>30
Гематологическая (тромбоциты)	>120	81-120	51-80	21-50	<20
Неврологическая (шкала Глазго)	15	13-14	10-12	7-9	<6

Оценка производилась в баллах и могла составлять от 0 до 24. В ходе исследования выявлена прямая зависимость летального исхода от максимального количества баллов, а нарастание их в динамике имеет большее прогностическое значение, чем число баллов при поступлении. Шкала MOD является синдромальной шкалой и показывает ухудшение состояния пациента за счет прогрессирования полиорганной недостаточности.

Шкала SOFA (Sequential Sepsis Organ Failure Assessment). Идея разработки принадлежит рабочей

группе Европейского сообщества интенсивной терапии по проблемам сепсиса в 1994 году.

SOFA очень похожа на MODS, она также оценивает 6 систем органов (табл. 5), однако изменена оценка сердечно-сосудистой системы: вместо показателя PAR использовался вариант с применением вазопрессорных препаратов и изменения их дозировки. Максимальное количество баллов также оставалось 24 и оценивалась она 1 раз в 24 часа.

Таблица 5

Показатель	Шкала SOFA			
	1	2	3	4
Дыхание (PaO ₂ /FiO ₂)	399-300	299-200	199-100	<100
Коагуляция (тромбоциты)	<150	<100	<50	<20
Печень (билирубин)	20-30	33-101	102-204	>204
Сердечно-сосудистая (гипотензия)	АД ср. <70 мм.рт.ст	Допамин или добутамин, любая доза	Допамин >5, или адреналин >0,1, или норадреналин	Допамин >15, или адреналин >0,1, или норадреналин >0,1
ЦНС (шкала комы Глазго)	13-14	10-12	6-9	<6
Почки (креатинин или диурез)	0,11-0,17	0,171-0,299	0,3-0,44 или <500 мл/сут	>0,44 или <200 мл/сут

Наибольшее число баллов по шкале SOFA также коррелировало с летальностью и показало наилучшую разрешающую способность. В общем шкала SOFA показала низкую чувствительность и наивысшую специфичность. Анализ разных систем органов показал, что сердечно-сосудистая система в шкале SOFA имеет наивысший вклад, подтверждая тем самым, что шкала сердечно-сосудистой системы в SOFA лучше отражает прогноз, чем в системе MODS. Интегральные шкалы MODS и SOFA наиболее просты в использовании, позволяют проводить ежедневный мониторинг состояния тяжести пациента, обладают наивысшей специфичностью.

Индекс брюшной полости (ИБП) – шкала, разработанная российскими учеными в 1998 году под руководством В.С. Савельева в РНИМУ им. Н.И. Пирогова. В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и его команда в своей работе «Программируемые релапаротомии в лечении распространенного перитонита» выразили мнение, что эта шкала (табл. 6) будет оценивать не только тяжесть течения перитонита, но и прогнозировать этапные санации брюшной полости [7].

Таблица 6

Критерии ИБП	
Признак	Баллы
Распространенность перитонита:	
- местный	1
- распространенный	3
Характер экссудата:	
- серозный	1
- гнойный	3
- геморрагический	4
- каловый	4
Наложения фибрина:	
- в виде панциря	1
- в виде рыхлых масс	4
Состояние кишечника:	
- инфильтрация стенки	3
- отсутствие спонтанной и стимулированной перистальтики	3
- кишечный свищ или несостоятельность анастомоза	4
Нагноение или некроз операционной раны	3
Эвентрация	3
Неудаленные девитализированные ткани	3

В выполненном ретроспективном исследовании историй болезни за 20 лет было установлено, что значение более 13 баллов является фактором неблагоприятного прогноза и служит показанием для релапаротомии или этапной санации брюшной полости. Ученые установили, что ИБП позволяет не только детализировать степень поражения органов брюшной полости, но и прогнозировать исход заболевания, что дает возможность использовать

ее для уточнения показаний к выбору тактики лечения. Однако некоторые показатели, используемые в этой шкале, носят субъективный характер, поэтому ИБП может использоваться только как один из критериев прогнозирования (уровень доказательности В).

Согласно консенсусу хирургов Всемирного общества неотложной хирургии, проведенному в Дублине в 2016 г., наиболее предпочтительной методикой для временного закрытия брюшной полости в настоящее время является система терапии отрицательным давлением. Эволюция брюшной полости на фоне применения данной методики весьма закономерна и имеет в том числе абсолютно четкую визуальную тенденцию. Индекс брюшной полости при применении данного технического решения для временного закрытия брюшной полости не вполне объективен – правильно уложенная неадгезивная мембрана препятствует процессу слипания, зачастую отсутствует экссудат, что делает невозможным оценку инфекционного процесса в брюшной полости в контексте ИБП.

Прогностический индекс релапаротомии (ПИР) – простая и удобная в подсчете шкала (табл. 7), разработанная в 1993 году J. Pussajo для принятия решения о выполнении релапаротомии. Ученые совместили и оценили в этой шкале данные между инфекционными поражениями в области операции и объективными показателями органной дисфункции [7].

Таблица 7

Шкала ПИР	
Критерии	Баллы
Выполнение первой операции по экстренным показаниям	3
Дыхательная недостаточность	2
Почечная недостаточность	2
Парез кишечника (спустя 72 часа после операции)	4
Боль в животе (спустя 48 часов после операции)	5
Инфекционные осложнения в области операции	8
Нарушения сознания	2
Патологические симптомы, возникающие спустя 96 часов после операции	6

Она оценивается также в баллах: при ПИР менее 10 баллов риск повторных операций составляет 8,7%; при 11-12 баллах – 40%; 13-14 баллов и более 15 – 90% и 100% соответственно.

В соответствии со значениями ПИР в баллах, П.Я. Сандаков и А.И. Старикова в своей работе «Определение показаний к релапаротомии при распространенном перитоните» предлагают следующий тактический алгоритм (рисунок) [8]:



Рисунок. Алгоритм действий в зависимости от величины прогностического индекса релапаротомий [6]

Примечание: * - дополнительное обследование включает все методы лабораторной и инструментальной диагностики

Однако в ней имеются критерии, которые носят субъективный характер и могут быть расценены хирургами по-разному: за инфекционные осложнения в области послеоперационной раны могут быть приняты и аллергические реакции, и отек ПЖК; боль в животе у пациентов с нарушенным сознанием или на ИВЛ/ВВЛ оценить крайне трудно, а в некоторых случаях даже невозможно. Следует отметить, что ПИР позволяет определить показание к релапаротомии по требованию и, к сожалению, не позволяет определить хирургическую тактику при выполнении этапных санаций брюшной полости.

При рассмотрении всех этих шкал видно стремление ученых создать действенную шкалу, которая бы отвечала всем критериям для определения хирургической тактики лечения пациентов с тяжелыми формами перитонита и повсеместно применялась бы не только в больших городских стационарах, но и позволяла бы решать этот вопрос в малонаселенных районах и городах, где объем первичного обследования больного существенно сокращен. Это привело к доработке шкал, коррекции первичных целей и разработке новых направлений.

Шкалы MPI и APACHE II созданы для оценки риска летального исхода, но они не могут повлиять на прогнозирование повторных операций или контроль за пациентами в динамике. Шкалы полиорганной недостаточности SOFA и MODS отлично выполняют свою функцию и могут сигнализировать об изменении состояния пациента (ухудшение/улучшение), но никак не повлияют на прогноз и тактику лечения. В свою очередь ИБП оценивает состояние брюшной полости визуально, а ПИР прогнозирует только вариант выполнения релапаротомии, но не может использоваться для отслеживания динамики пациента, тем более на уровне приемного покоя при поступлении. Простота выполнения подсчета также играет важную роль. Чем больше подсчитываемых показателей, зависящих от других подразделений (отделение лабораторной и функциональной диагностики), тем сложнее оценка тяжести пациента, и, следовательно, длительность обследования может задержать выполнение оперативного вмешательства (табл. 8). Тем более отсутствуют объективные шкальные методики для этапного хирургического лечения – открытого ведения брюшной полости, которое в последнее время активно используется и имеет отличные результаты в лечении таких пациентов.

Таблица 8

Сравнительная характеристика шкал

	<i>MPI</i>	<i>APACHE II и III</i>	<i>MODS и SOFA</i>	ПИР	ИБП
Что оценивает?	Риск летального исхода	Риск летального исхода	Риск развития осложнений	Риск повторных операций	Риск повторных операций
Цель	Прогнозирование исхода	Прогнозирование исхода	Оценка в динамике	Выбор хирургической тактики лечения	Выбор хирургической тактики лечения + прогнозирование исхода
Простота использования	+	-	-	+	+
Возможность оценки конкретного пациента	-	-	+	+	+
Степень дисфункции организма	+	+	+	-	-
Кратность оценки	Однократно при поступлении	1 раз в день в течение 7 дней (доказана эффективность только в первые 32 часа)	1 раз в течение дня ежедневно	Перед выполнением релапаротомии	При выполнении оперативного вмешательства
Прогнозирование релапаротомии по требованию	-	-	-	+	+
Прогнозирование этапных санаций	-	-	-	-	+
Субъективная оценка брюшной полости	-	-	-	+	+

Заключение

Таким образом, в процессе создания оценочных шкал цели, поставленные учеными, были полностью реализованы и доказаны на больших выборках пациентов. Шкальные системы решали конкретные задачи и использовались в клинических наблюдениях во всем мире. Попытка экстраполировать их на хирургическую тактику показала свою несостоятельность. Вопросы, которые стоят перед клиницистом, столкнувшимся с разлитым перитонитом, осложненным тяжелым сепсисом или септическим шоком, иные: маршрутизация, объем и длительность предоперационной подготовки, объем оперативного вмешательства и определение показаний к релапаротомии. Методика оценки течения заболевания должна быть простой, поддаваться раннему и быстрому подсчету, обладать высокой специфичностью и чувствительностью. К сожалению, такая шкала, показатели которой не только бы прогнозировали риск летального исхода на начальных этапах при поступлении пациентов в приемный покой с осложненными интраабдоминальными инфекциями, но и позволяли бы выполнять маршрутизацию этих пациентов для улучшения качества предоперационной подготовки, динамически наблюдать за развитием заболевания, выбирать наиболее прогностически благоприятный объем оперативного пособия, проводить своевременную оценку эффективности лечения, а также обеспечивать возможность прогнозирования риска повторных оперативных вмешательств, еще не

разработана. Развитие современных методик временного закрытия брюшной полости выводит лапаростомию, как метод ведения брюшной полости, на совершенно иной уровень. Существует потребность в определении объективных показаний к этой методике, оценке ее эффективности на разных этапах. На данный момент решение вопроса о частоте санации, прекращении открытого ведения брюшной полости является прерогативой оперирующего хирурга, руководителя хирургической службы определенного стационара, диктуется личным опытом и не имеет объективных ориентиров.

Литература

1. Аксенова Н.Н., Ахмеров Ф.Р., Малеев М.В. Мангеймский перитонеальный индекс в прогнозировании послеоперационных осложнений у больных перитонитом // Общая реаниматология. 2009. Т.1. С. 32-36.
2. Гамзатов Х.А., Гуржий Д.В., Земляной В.П., Лернер А.А. Способ прогнозирования риска неблагоприятного исхода послеоперационного течения перитонита, осложненного абдоминальным сепсисом: Пат. № 2598743 С 1 (RU), № 20160906; заяв. 2015121976/15; опубл.: 27.09.2016, Бюл.№ 27.
3. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Проблема перитонита и абдоминального сепсиса // Consilium Medicum. 2005. № 6. С. 468-472.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия. М.: Литтера, 2006.
5. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р., Филимонов М. И. Перитонит: практическое руководство. М.: Литтера, 2006. 208 с.

6. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Подачин П.В., Сергеева Н.А. Критерии выбора эффективной тактики хирургического лечения распространенного перитонита // *Анналы хирургии*. 2013. № 2. С. 48-54.
7. Савельев В. С., Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р. и др. Программируемые релапаротомии в лечении распространенного перитонита // *Инфекции в хирургии*. 2009. Т. 7, № 4. С. 26–30
8. Сандаков П.Я., Старикова А.И. Определение показаний к релапаротомии при распространенном перитоните // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2014. № 4. С. 16-19.
9. Ali Yaghoobi Notash, Javad Salimi, Hosein Rahimian Evaluation of Mannheim peritonitis index and multiple organ failure score in patient with peritonitis // *Indian Journal of Gastroenterology*. 2005. V. 24.
10. Deb Sanjay Nag Assessing the risk: Scoring systems for outcome prediction in emergency laparotomies // *Bio Medicine*. 2015. V. 5, N. 4. P. 7-16.
11. Muralidhar V.A., Madhu C.P., Sudhir S. Efficacy of Mannheim Peritonitis Index (MPI) Score in Patients with Secondary Peritonitis // *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014. V. 8 (12). P. 132-138.
12. Sanjeev S., Sumitroj S., Nikhil M. Assessment of Severity of Peritonitis Using Mannheim Peritonitis Index // *Niger. J. Surg*. 2016. V. 22. P. 118-122.
13. Teleanu G., Iordache F., Beuran M. Prognostic scoring systems validation and their utility in patients with abdominal sepsis in colon peritonitis // *Journal of Medicine and life*. 2014. V. 7, Issue 1. 84-89.

References

1. Aksenova N.N., Akhmerov F.R., Maleyev M.V. Manngeym'skiy peritoneal'nyy indeks v prognozirovaniy posleoperatsionnykh oslozhneniy u bol'nykh peritonitom [Mann-game peritoneal index in predicting postoperative complications in patients with peritonitis] // *Obshchaya reanimatologiya*. 2009. T.1. S. 32-36.
2. Gamzatov KH.A., Gurzhii D.V., Zemlyanov V.P., Lerner A.A. Sposob prognozirovaniya riska neblagopriyatnogo iskhoda posleoperatsionnogo techeniya peritonita, oslozhnennogo abdominal'nym sepsisom [A method for predicting the risk of an adverse outcome of the postoperative course of peritonitis complicated by abdominal sepsis]: Pat. № 2598743 S 1 (RU), № 20160906; zayav. 2015121976/15; opubl.: 27.09.2016, Byul.№ 27.
3. Yeryukhin I.A., Shlyapnikov S.A. Problema peritonita i abdominal'nogo sepsisa [The problem of peritonitis and abdominal sepsis] // *Consilium Medicum*. 2005. № 6. S. 468-472.
4. Savelyev V.C., Gelfand B.R. Abdominal'naya khirurgicheskaya infektsiya: klinika, diagnostika, antimikrobnaya terapiya [Abdominal surgical infection: clinic, diagnosis, antimicrobial therapy]. M.: Littera, 2006.
5. Savelyev V. S., Gelfand B. R., Filimonov M. I. Peritonit: prakticheskoye rukovodstvo [Peritonitis: a practical guide.]. M.: Littera, 2006. 208 s.
6. Savelyev V.S., Gelfand B.R., Filimonov M.I., Podachin P.V., Sergeeva N.A. Kriterii vybora effektivnoy taktiki khirurgicheskogo lecheniya rasprostranennogo peritonita [Criteria for choosing effective tactics for surgical treatment of widespread peritonitis] // *Annaly khirurgii*. 2013. № 2. S. 48-54.
7. Savelyev V. S., Filimonov M. I., Gelfand B. R. i dr. Programmuyemye relaparotomii v lechenii rasprostranennogo peritonita [Programmable relaparotomy in

- the treatment of common peritonitis] // *Infektsii v khirurgii*. 2009. T. 7, № 4. S. 26–30
8. Sandakov P.YA., Starikova A.I. Opredeleniye pokazanii k relaparotomii pri rasprostranennom peritonite [Determination of indications for relaparotomy with common peritonitis] // *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2014. № 4. S. 16-19.
9. Ali Yaghoobi Notash, Javad Salimi, Hosein Rahimian Evaluation of Mannheim peritonitis index and multiple organ failure score in patient with peritonitis // *Indian Journal of Gastroenterology*. 2005. V. 24
10. Deb Sanjay Nag Assessing the risk: Scoring systems for outcome prediction in emergency laparotomies // *Bio Medicine*. 2015. V. 5, N. 4. P. 7-16.
11. Muralidhar V.A., Madhu C.P., Sudhir S. Efficacy of Mannheim Peritonitis Index (MPI) Score in Patients with Secondary Peritonitis // *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014. V. 8 (12). P. 132-138.
12. Sanjeev S., Sumitroj S., Nikhil M. Assessment of Severity of Peritonitis Using Mannheim Peritonitis Index // *Niger. J. Surg*. 2016. V. 22. P. 118-122.
13. Teleanu G., Iordache F., Beuran M. Prognostic scoring systems validation and their utility in patients with abdominal sepsis in colon peritonitis // *Journal of Medicine and life*. 2014. V. 7, Issue 1. 84-89.

Сведения о соавторах:

Батыршин Ильдар Муллаянович – кандидат медицинских наук, заведующий 11-м хирургическим отделением (отделение хирургических инфекций) ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

Адрес: 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А.

E-mail: onrush@mail.ru

Склизков Дмитрий Сергеевич – врач-хирург 11-го хирургического отделения (в составе городского Центра по лечению тяжелого сепсиса), младший научный сотрудник отдела хирургических инфекций ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

Адрес: 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А.

E-mail: dsklizkov90@mail.ru

Насер Надежда Рамезовна – доктор медицинских наук, доцент, клинический фармаколог, старший научный сотрудник отдела хирургических инфекций ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

Адрес: 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А,

E-mail: nadegda_nasser@mail.ru

Рязанова Евгения Павловна – врач-хирург 11-го хирургического отделения (в составе городского Центра по лечению тяжелого сепсиса), младший научный сотрудник отдела хирургических инфекций ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

Адрес: 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А.

E-mail: jenya198686@mail.ru

Бородина Марина Андреевна – врач-хирург 11-го хирургического отделения (в составе городского Центра по лечению тяжелого сепсиса), младший научный сотрудник

отдела хирургических инфекций ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

Адрес: 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А.

E-mail: borodinama86@mail.ru

Шляпников Сергей Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель городского Центра по лечению тяжелого сепсиса ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

Адрес: 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, литер А.

E-mail: shlyapnikov@gmail.com

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

15 мая 2020 г. в 10 ч. в Научно-образовательном инновационном центре ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России по адресу: г. Махачкала, проспект И.Шамиля, 44 ежегодная 25-я научно-практическая юбилейная конференция «Инфекционные болезни в клинике и эксперименте».

Приглашаются профессора, доценты и ассистенты кафедр, аспиранты, клинические ординаторы, врачи инфекционисты и студенты старших курсов медицинских вузов

Оргкомитет

К 85-летию профессора Сулаквелидзе Тамары Сергеевны



Сулаквелидзе Тамара Сергеевна родилась в 1934 г. в г. Камень-на-Оби Алтайского края. Училась в Северо-Осетинском государственном медицинском институте (СОГМИ) в г. Орджоникидзе (ныне Владикавказ). Была Ленинской стипендиаткой. Окончила СОГМИ в 1959 г. и стала ординатором кафедры факультетской терапии СОГМИ. В 1960-1962 гг. – аспирант кафедры нормальной физиологии, а с 1962 г. по 1968 г. – ассистент кафедры нормальной физиологии того же вуза.

В 1964 г. защитила кандидатскую диссертацию в Институте физиологии им. И.П. Павлова на тему «К вопросу о роли печени в водно-солевом обмене». Проработав в должности ассистента на кафедре физиологии в Северо-Осетинском медицинском институте, она в 1968 году прошла по конкурсу на место доцента ДГМИ, где совместно с заведующим Мусаловым Гусейном Гасановичем и коллективом кафедры создала лабораторию по физиологии почек. Это обеспечило выполнение сотрудниками ряда успешно защищенных кандидатских диссертаций. Результаты систематических творческих поисков Тамары Сергеевны обобщены в соавторстве в монографии «Регуляция водно-солевого обмена. Антидиуретический гормон» (Л., изд-во «Наука»). Ей удалось впервые не только в отечественной, но и зарубежной литературе описать (в соавт. с Мусаловым Г.Г.) новый для физиологии, важный в фундаментальном отношении механизм участия гормонов вазопрессина и окситоцина в регуляции обмена воды и электролитов в системной и ликворной циркуляции. Значение этого феномена было признано и на симпозиуме, посвященном 100-летию со дня рождения академика

Л.С. Штерн. Результаты ее исследования обобщены в докторской диссертации «Взаимосвязь антидиуретической и окситоциновой активностей плазмы крови и ликвора у интактных и спинальных собак», которую Тамара Сергеевна защитила в Институте ВНД и НФ АН СССР.

Значительное место в научных исканиях Тамары Сергеевны занимает работа по совершенствованию методик эксперимента, в частности биологического тестирования вазопрессина и окситоцина. Получено 13 удостоверений на рацпредложения, 4 патента на изобретения и карта инновации на научно-техническое достижение. Все это обеспечивает большую эффективность научно-исследовательского труда, способствует оптимизации и учебного процесса (9 актов внедрения в метод разработки лабораторных занятий), за что Тамара Сергеевна награждена знаком «Изобретатель СССР» и дипломами Республиканского отделения ВОИР.

В 90-е годы Тамара Сергеевна была включена в рабочую группу по разработке «Генеральной схемы развития координации научно-исследовательских работ в республике».

Всего научных работ – 270.

Основные научные труды:

1. Роль АДГ гипофиза в механизме нарушения водного обмена при патологии печени // Проблемы эндокринологии и гормонотерапии. 1965. №2. С. 76-79.
2. Влияние кортизона на обмен воды и электролитов у здоровых собак при экспериментальной патологии печени // Физиологический журнал СССР им. И.М. Сеченова. 1966. №5. С. 588-597.
3. Окситоциновая активность плазмы и ликвора собак при различных условиях гидратации (в соавторстве) // Проблемы эндокринологии. 1971. № 1. С. 114-117.
4. Физиологический анализ совместных эффектов окситоцина и антидиуретического гормона (соавт.) // Успехи физиологических наук. 1976. №3. С. 106-122.
5. Гормоны нейрогипофиза в ликворе при различных уровнях гидратации // Физиологический журнал СССР им. И.М. Сеченова. 1977. №9. С. 1326-1333.
6. Выделение гормонов нейрогипофиза в условиях частичного отключения периферических рефлекторных звеньев // Физиологический журнал СССР им. И.М. Сеченова. 1979. № 7. С. 959-966.
7. О физиологических эффектах вазопрессина и окситоцина, введенных в ликворную систему // Нейрохимия. 1989. №1. С. 147-148.
8. Уровни вазопрессина в плазме и ликворе в различных условиях гидратации. Сравнение результатов радиоиммуноисследования и биотестирования // Успехи физиологических наук. 1994. №4. С. 80.
9. Об инактивации окситоцина ликвором // Нефрология. 2001. №3. С. 113.
10. Вазопрессин и окситоцин как стрессорные гормоны-нейропептиды // Нефрология и диализ. 2003. №3. С. 243.

11. Кафедра нормальной физиологии (к 70-летию основания). Махачкала, 2005. 123 с.

12. Методы и средства измерения физиологических констант организма человека // Учебник, утвержденный УМО вузов РФ для студентов, обучающихся по направлению подготовки 201000: «Биотехнические системы и технологии». Махачкала, 2013. 250 с.

За плодотворную научную и педагогическую деятельность, подготовку научных и врачебных кадров проф. Т.С. Сулаквелидзе награждалась почетными грамотами Министерства высшего обра-

зования СССР, дипломами и благодарностями Министерства здравоохранения РФ. Ей присвоено почетное звание «Заслуженный работник образования РД», «Заслуженный деятель науки РД», награждена медалью им. Петра Великого, «Ветеран труда» и др.

Ректорат, профессорско-преподавательский состав, редакция журнала «Вестник ДГМА», коллеги поздравляют Сулаквелидзе Тамару Сергеевну с юбилеем, желают здоровья, дальнейших творческих успехов и научных достижений.

К 80-летию профессора Бакуева Максудина Маккидиновича



Бакуев Максудин Маккидинович родился 6 ноября 1939 г. в с. Хамаматюрт ДАССР. В 1958 г. окончил с отличием Хасавюртовское медицинское училище, в 1965 г. – с отличием ДГМИ. В 1965-1967 гг. работал врачом Хамаматюртовской участковой больницы. С 1968 г. по 1970 г. – аспирант кафедры гистологии Казанского государственного медицинского института. С 1971 г. по 1987 г. – ассистент кафедры гистологии ДГМИ, с 1988 г. – заведующий кафедрой гистологии этого же вуза.

Приоритетное научное направление в 1968-1973 гг. – гистохимия клеток крови чувствительных ганглиев периферической нервной системы. По

этой теме опубликовал 21 работу в центральной и республиканской печати.

Научное направление в 1974-1993 гг. – цито- и гистохимия клеток крови в норме и при патологии, опубликовал по этой теме 46 работ.

В 1973 г. защитил кандидатскую диссертацию по теме «Функциональная гистохимия лактатдегидрогеназы, холинэстеразы и эстераз чувствительных ганглиев». В 1993 г. – докторскую диссертацию: «Морфофункциональная характеристика пероксидазосодержащих гранул лейкоцитов в онтогенезе и при антигенной стимуляции». В 1994 г. ему присвоено звание профессора.

С 1994 г. по настоящее время занимается научными исследованиями по следующим направлениям: цитохимическое исследование клеток в норме при отравлениях и при патологии щитовидной железы; регенерация периферических нервов при повреждениях спинного мозга.

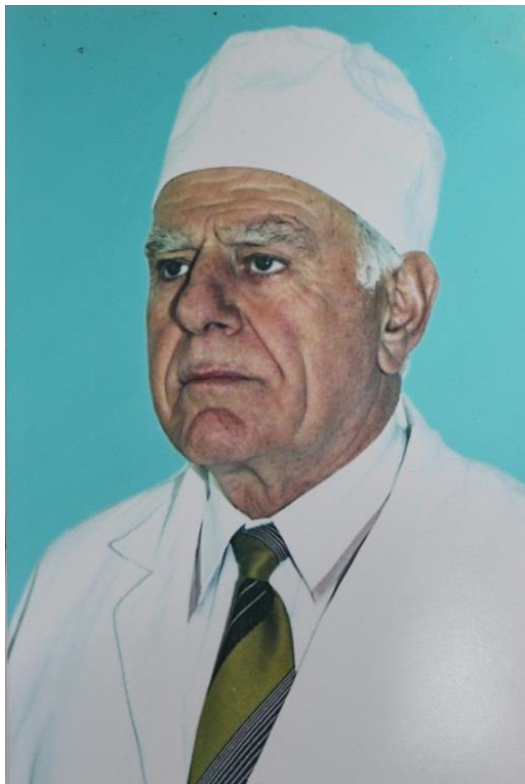
Под его руководством выполнены 6 кандидатских диссертаций.

Им получены 6 патентов на изобретения и 24 удостоверения на рацпредложения.

За последние годы им издано более 180 научных и 13 учебно-методических работ, из которых одна «Алгоритмы и ситуационные задачи для самоконтроля знаний студентов по гистологии» утверждена УМО МФОВР для студентов, обучающихся по специальностям: лечебное дело; педиатрия; медико-профилактическое дело; стоматология (2009).

Ректорат, профессорско-преподавательский состав, редакция журнала «Вестник ДГМА», коллеги поздравляют Бакуева Максудина Маккидиновича с юбилеем, желают здоровья, дальнейших творческих успехов и научных достижений.

К 80-летию профессора Загидова Магомеда Загидовича



Загидов Магомед Загидович родился 22 декабря 1939 г. в с. Гонох Хунзахского района. Поступил в Дагестанский медицинский институт в 1957 году, был активным студентом, спортсменом, входил в состав сборных команд по волейболу института и республики. Как отличный спортсмен награжден значком «Ветеран спорта РСФСР». В 1959 г. в составе студотряда Дагестана участвовал в освоении целинных земель Казахстана, где показал трудоспособность и смекалку. За высокие результаты труда был награжден похвальной грамотой и занесен в Почетную книгу Президиума Верховного Совета Казахстана.

После окончания лечебного факультета ДГМА Загидов Магомед работал ординатором хирургического отделения городской больницы № 1 г. Махачкалы. Спустя 5 лет после окончания института поступил в целевую аспирантуру кафедры факультетской хирургии под руководством член-корр. Академии медицинских наук СССР Рашида Пашаевича Аскерханова, где глубоко изучал особенности морфологии, содержание гистохимических компонентов в экспериментальном венозном тромбозе в различных условиях его течения в динамике. Кандидатская диссертация по этой теме была им защищена в г. Москве в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева. Результаты исследования дали возможность целенаправленно воздействовать на структуру тромба, что ускоряло реканализацию вен и восстановление кровотока.

Дальнейшая научная работа к.м.н. М.З. Загидова была связана с проблемой защиты брюшной полости от инфицирования при хирургическом лечении. Особое место в решении этой проблемы

занимает разработанный М.З. Загидовым способ транстуннельного дренирования гнойников висцеральной поверхности и левой доли печени.

До внедрения разработанного М.З. Загидовым метода транстуннельного дренирования считалось невозможным лечить больных с прорвавшимися в брюшную полость гнойниками висцеральной поверхности печени. По этому поводу проф. Де Беке (США) считал, что «попытки спасти больных с гнойниками висцеральной поверхности печени, прорвавшимися в брюшную полость, – утопия». Смертность от развившегося и прогрессирующего перитонита достигала 100% до разработки антибиотиков. Актуальность этой проблемы была особенно высока для эндемических регионов эхинококка и амебиаза, каковым является Республика Дагестан.

Помимо транстуннельного дренирования М.З. Загидов разработал многочисленные способы защиты брюшной полости, применением которых при своевременном обращении больных удается снизить смертность до 6 %. Параллельно с этим были разработаны различные схемы консервативного лечения амёбных и других гнойников печени, а также способы хирургического лечения при прорыве их в грудную полость и желчные протоки.

М.З. Загидовым разработаны классификации неосложненных и осложненных форм нагноений печени. Они опубликованы в центральных изданиях, журналах по хирургии и терапии и в его монографии «Лечение амёбных абсцессов печени».

М.З. Загидов является автором 250 научных работ, 5 изобретений и 1 рацпредложение. В том числе им изданы:

- Методические разработки по факультетской хирургии для студентов 4 курса (1980);
- Сборник ситуационных задач по хирургии (1988);
- Монография «Хирургия нагноения печени» (2000).

Имя М.З. Загидова занесено в книгу «XX век в лицах». Он – член Международной ассоциации хирургов-гепатологов (1990), академик Нью-Йоркской биологической академии США (1994), член международной ассоциации хирургов РФ (2003).

Доктор медицинских наук, врач высшей категории, профессор Загидов Магомед Загидович имеет следующие государственные награды и звания: «Заслуженный врач РД» (1995), Почетная грамота Президиума Верховного Совета КССР «За освоение целины» (1959); значок «Ветеран спорта РСФСР» (1976).

Ректорат, профессорско-преподавательский состав, редакция журнала «Вестник ДГМА», коллеги поздравляют Загидова Магомеда Загидовича с юбилеем, желают здоровья, дальнейших творческих успехов и научных достижений.

К 70-летию профессора Магомедова Мухумы Магомедовича

Магомедов Мухума Магомедович родился 27 октября 1949 г. в с. Цатаних Унцукульского района ДАССР. В 1977 г. окончил ДГМИ и был направлен в г. Грозный для прохождения интернатуры по хирургии.

Работал хирургом в 1-й городской больнице г. Грозный, зав. хирургическим отделением Надтеречной ЦРБ ЧИАССР. Вернувшись в Дагестан, с 1983 по 1985 год был зав. хирургическим отделением Унцукульской ЦРБ. С 1986 по 1992 год работал зам. главного врача Унцукульской ЦРБ.

Одновременно заочно обучался в аспирантуре Московского государственного медико-стоматологического института.

В 1990 г. после окончания аспирантуры защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Лечение острого тромбоза вен нижних конечностей эндолимфатическим введением лекарств».

С 1995 по 2013 год работал главным врачом в Республиканской межрайонной многопрофильной больнице.

В 1995 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Лимфотромбоз, тромболимфангит, диагностика и лечение».

В 1996 г. впервые в Дагестане провел реплантацию стопы 12-летнему мальчику.

С 1998 по 2012 год Мухума Магомедович – профессор кафедры госпитальной хирургии, а с 2013 г. – профессор кафедры хирургии ФПК и ППС с курсом эндоскопической хирургии ДГМА.

Всего микрохирургических операций им проведено в 15 различных областях.

С 1985 г. М.М. Магомедов занимается разработкой проблем клинической лимфологии, сосудистой и неотложной хирургии. По этим разделам им было выпущено 7 монографий.

Издано 380 научных работ, имеет 15 рацпредложений.

Под руководством М.М. Магомедова защищено 10 кандидатских диссертаций.

Основные научные труды:

1. Физиология и патология лимфообращения нижних конечностей. Махачкала, 1993. 98 с.
2. Клиническая трансфузиология. Пятигорск, 1999. 172 с.
3. Диагностика и лечение лимфотромбоза / соавт. И.В. Ярема. Махачкала, 2000. 140 с.
4. Справочник-пособие по клинической трансфузиологии. Махачкала, 2000. 56 с.
5. Острые гастроудоденальные кровотечения / соавт. К.И. Гаджиев. Махачкала: Лотос, 2007. 270 с.
6. Острая клиническая непроходимость / соавт. Д.М. Алигаджиев. Там же, 2007. 275 с.

Магомедов Мухума Магомедович заслуженный врач РД, Лауреат государственной премии РД 2013 г. (за разработки и внедрение эндокринологических операций).

Ректорат, профессорско-преподавательский состав, редакция журнала «Вестник ДГМА», коллеги поздравляют Магомедова Мухому Магомедовича с юбилеем, желают здоровья, дальнейших творческих успехов и научных достижений.

К 65-летию профессора Шихнебиева Даира Абдулкеримовича

Шихнебиев Даир Абдулкеримович окончив среднюю школу с золотой медалью, в 1971 году поступил в Дагестанский государственный медицинский институт, который успешно окончил в 1977 году. В 1977-1978 годах учился в интернатуре по терапии. В 1978-1982 годах работал в Каспийской городской и Сулейман-Стальской центральной районной больницах врачом-терапевтом и заместителем главного врача по организационно-методической работе. В 1982-1984 годах учился в клинической ординатуре на кафедре факультетской терапии Дагестанского государственного медицинского института, по окончании работал врачом Махачкалинской станции скорой медицинской помощи и врачом-ординатором в пульмонологиче-

ском отделении Республиканской клинической больницы. С 1985 г. Д.А. Шихнебиев работал в Дагестанском государственном медицинском институте на кафедрах внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов, факультетской терапии, а с 1998 года работает на кафедре госпитальной терапии №2. Прошел все ступени от старшего лаборанта до профессора кафедры.

Профессор Д.А. Шихнебиев в 2005-2007 гг. работал инспектором учебно-методического отдела, в 2007 г. – проректором по последипломному образованию Дагестанской государственной медицинской академии.

В 1991 году защитил кандидатскую диссертацию, а 2000 году – докторскую диссертацию: В 2001 г. ему присвоено звание профессора.

Начиная с 1985 г. по настоящее время занимается разработкой пульмонологической проблемы в Республике Дагестан. Является автором более 300 научных и учебно-методических работ, в том числе 4 монографий, 5 учебных пособий с грифом УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России для студентов медицинских вузов.

Многие годы являлся научным редактором журнала «Вестник ДГМА», а в последние годы является ответственным секретарем журнала. Является рецензентом и членом редколлегии рецензируемого научного журнала «Science»

Государственные награды и звания Д.А. Шихнебиева: «Благодарственная грамота РСФСР», медаль им. Петра Великого «За трудовую доблесть», «Заслуженный врач Республики Дагестан».

Ректорат, профессорско-преподавательский состав, редакция журнала «Вестник ДГМА», коллеги поздравляют Шихнебиева Даира Абдулкеримовича с юбилеем, желают здоровья, дальнейших творческих успехов и 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: 14.01.01 – Акушерство и гинекология (медицинские науки), 14.01.04 – Внутренние болезни (медицинские науки), 14.01.08 – Педиатрия (медицинские науки), 14.01.09 – Инфекционные болезни (медицинские науки), 14.01.17 – 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, результатов 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 (подрисуночный 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 полутонные 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, про-

будить 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 доказательство 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, имею-

щему 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 редколлекцией журнала и фиксируется в протоколе заседания редколлегии.

После принятия редколлекцией 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 20.12.2019 г. Формат 60x84^{1/8}
Усл.п.л. 10. Тираж 2000 экз. Гарнитура "Arial".
Печать офсетная. Бумага мелованная. Заказ №42

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-f1@yandex.ru