

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

1`2024

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
“Читинская государственная медицинская академия”
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Главный редактор:
Ларева Н.В.

Заместители главного редактора:
Горбунов В.В.
Серкин Д.М.

Редакционная коллегия:

Белокриницкая Т.Е., Байке Е.Е.,
Богомолова И.К., Говорин Н.В.,
Говорин А.В., Дударева В.А.,
Емельянова А.Н., Евстафьева Ю.В.,
Кибалина И.В., Лобанов С.Л.,
Мироманов А.М., Мироманова Н.А.,
Мочалова М.Н., Пинелис И.С.,
Пинелис Ю.И., Писаревский Ю.Л.,
Романова Е.Н., Сахаров А.В.,
Серебрякова О.В., Солпов А.В.,
Цепелев В.Л., Цыбиков Н.Н.,
Шаповалов К.Г., Щербак В.А.

Ответственный секретарь – Макеева Л.Н.
Технический редактор – Никифорова Э.О.
Корректор – Тришкина А.Н.

Подписано в печать 27.04.2024

Бумага офсетная
Формат 60x84/8
Усл. изд. л. 6,3
Тираж 100

Адрес редакции:

672000, г. Чита,
ул. Горького, 39-а, к. 117
Тел.: (3022)32-00-85
Факс: (3022)32-30-58
E-mail: chgmazabmed@mail.ru

Ежеквартальное
научно-практическое
издание



© ЧГМА, 2024



СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ларионова О.С., Димитрякова Ю.В., Потапова Н.Л., Конух А.С., Рабольт М.А., Кареева Т.Ф.
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ БРОНХОФОНОГРАФИИ ПРИ ОСТРЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ.....4

Мочалова М.Н., Ерофеева Л.Г., Соболева А.О.
АБОРТ ГЛАЗАМИ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН. КТО ПРАВ?.....6

Сахаров А.В., Ступина О.П., Аксенова Е.В., Филатова О.А.
СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ
МОНИТОРИНГА.....11

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

Гончарова Е.В.
ВТОРИЧНЫЕ КАРДИОМИОПАТИИ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ЧАСТЬ I.....13

Фролова Н.И., Белокриницкая Т.Е.
ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ЖЕНСКОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ.....22

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бобровиц В.В., Евстафьева Ю.В.
ПРОБЛЕМЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ И ВОЗМОЖНОСТИ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕССОВ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....30

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Емельянова А.Н., Епифанцева Н.В., Васильева А.В., Калинина Э.Н., Костромина Н.А.,
Пономарева А.А., Чупрова Г.А.
ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И
ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ ЦЕННОСТЕЙ.....32

Левченко Н.В., Каргина И.Г., Панова М.С., Лопатина Н.В.
ПРЕПОДАВАНИЕ МОДУЛЯ ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ ПРОПЕДЕВТИЧЕСКИХ
НАВЫКОВ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОМОЩНИК ВРАЧА-ПЕДИАТРА». ВЗГЛЯД СТУДЕНТА.....35

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Митин Н.А. Федорова Л.В., Пахольчук П.П., Черепанов В.М., Николаева Н.Ю., Туруло Е.А.
Суркова В.Н., Знаменщикова С.Ю., Зверева М.В.
ВНУТРИПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМА НА ФОНЕ ТЯЖЕЛЫХ
КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ КЛАСС В, ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНИ) КАК ТРУДНО ДИАГНОСТИРУЕМАЯ ПРИЖИЗНЕННО ПРОБЛЕМА В
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....37

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Аранина Е.Г., Емельянова А.Н., Емельянов А.С., Костромина Н.А., Епифанцева Н.В.
ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА.....42

Батаева Е.П., Замешаев М.С., Родионова Н.А., Чернигов С.Ю., Максимова О.Г., Петрухина И.И.,
Ли А.А., Макарова М.И.
ФЕОХРОМОЦИТОМА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....46

Игнатъева А.В., Федосеева А.А., Казанцева А.Н., Молчанова Т.С. ОРФАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У РЕБѢНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	49
Михайличенко М.И., Пинаев Д.А., Ханина Ю.С., Кузнецов М.С. ОСЛОЖНЕННАЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	53
Мочалова М.Н., Ахметова Е.С., Кузьмина Л.А., Мудров В.А., Новопашина Г.Н., Ерофеева Л.Г. ПОДВЫВИХ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ У БЕРЕМЕННОЙ С НЕТИПИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ.....	55
Сормолотова И.Н., Деревцова О.В., Раднаева Д.Б., Позднякова Е.М. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПИГМЕНТНОЙ ПУРПУРЫ ДУКАСА-КАПЕТАНАКИСА И БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ.....	57
ЮБИЛЕИ	
К юбилею к.м.н., доцента, и.о. заведующей кафедры терапевтической стоматологии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний, врача-стоматолога высшей квалификационной категории Сандаковой Долгорцырен Цырендоржиевны.....	60
Юбилей доцента Бурановой Капитолины Васильевны.....	62
К 95-летию со дня рождения инфекциониста, эпидемиолога, кандидата медицинских наук Выборова Георгия Прокопьевича (1929-2008 гг.).....	64
НЕКРОЛОГ	
Памяти Домбровской Эльвиры Викторовны.....	67
ИНФОРМАЦИЯ	
X юбилейная Конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием «Клинические протоколы и контраверсии в акушерстве, гинекологии, репродуктологии».....	69

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИСЛЕДОВАНИЯ

¹Ларионова О.С., ¹Димитрякова Ю.В.,
²Потапова Н.Л., ²Конух А.С., ²Рабольт М.А.,
²Карпова Т.Ф.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ БРОНХОФОНОГРАФИИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

¹ГУЗ «ДКМЦ г. Чита» (главный врач – Нардина И.В.)
²ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения РФ
(и.о. ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларева)

Цель: изучить респираторный цикл у детей с острыми респираторными вирусными инфекциями.

Материалы и методы. Обследовано 28 пациентов в возрасте от 5 до 12 лет с диагнозом острый фарингит/тонзиллофарингит на фоне острых респираторных вирусных инфекций, получающих лечение в условиях ДПО № 5 (ГУЗ «ДКМЦ г. Чита», главный врач И.В. Нардина). Респираторный цикл оценивался при первичном обращении методом компьютерной бронхофонографии. Статистическая обработка проводилась в программах Microsoft Excel 2010 и Statistica 7.0, значимость различий определяли с помощью критерия Манна – Уитни.

Результаты. При проведении бронхофонографии установлено увеличение акустической работы дыхания в низкочастотном диапазоне в группе детей с ОРВИ в 1,5 раза в сравнении с показателями здоровых детей, что может свидетельствовать об ограничении воздушного потока, возможно, за счет отека или других нарушений структур верхних дыхательных путей.

Ключевые слова: компьютерная бронхофонография, дети, острая респираторная вирусная инфекция.

Введение. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) представляют из себя группу заболеваний, объединенных по этиологическому критерию – вирусы, но зачастую имеющие различные клинические проявления, длительность и исходы.

В ряде случаев течение вирусных инфекций сопровождается поражением как верхних, так и нижних дыхательных путей и может протекать

с обструктивными нарушениями. В детском возрасте изменения обструктивного характера могут быть связаны не только с бронхоспазмом, но и с инспираторными механизмами (например, отек подвязочного пространства гортани, выраженная гиперплазия носоглоточной или небных миндалин, назальная обструкция). Подобные проявления способствуют затяжному течению заболеваний и затрудняют подбор эффективной терапии.

Метод компьютерной бронхофонографии является простой, доступной, но в то же время уникальной неинвазивной методикой оценки респираторного цикла у детей любого возраста [2, 5]. Оценка проходимости дыхательных путей при помощи компьютерной бронхофонографии позволяет регистрировать минимальные изменения, не определяющиеся при рутинной аускультации [1, 3, 4, 6, 7].

Цель: изучить респираторный цикл у детей с ОРВИ.

Материалы и методы. Обследовано 28 пациентов в возрасте от 5 до 12 лет с диагнозом «Острый фарингит» на фоне острых респираторных вирусных инфекций, получающих лечение в условиях первичной медико-санитарной помощи (ГУЗ «ДКМЦ г. Чита», ДПО № 5). Средний возраст обследованных составил $8,3 \pm 1,2$ г.

Критерии включения в исследование:

- 1) согласие участвовать в исследовании;
- 2) диагноз – Острый фарингит/тонзиллофарингит вирусной этиологии;
- 3) 1-3 день заболевания.

Критерии исключения из исследования:

- 1) отказ от участия в исследовании;
- 2) острый фарингит/тонзиллофарингит бактериальной этиологии;
- 3) длительность заболевания более 3 дней;
- 4) наличие сопутствующих острых или хронических заболеваний в стадии декомпенсации или способных повлиять на результаты исследования (например, аллергический ринит, обструктивный бронхит, острый или хронический бронхолит, бронхиальная астма, полипозный риносинусит, полипы гортани и т. д.).

Респираторный цикл оценивался при первичном обращении (1–3 день заболевания) методом компьютерной бронхофонографии. Основной показатель, оцениваемый в ходе бронхофонографии – акустическая

работа дыхания (АРД). АРД – параметр, характеризующий работу, совершаемую дыхательной системой для продвижения воздуха по бронхам разного калибра. При возникновении разных препятствий (мокрота, сужение бронхов, гипертрофия небных миндалин и т. п.) величина затрачиваемой работы увеличивается. Анализ акустической работы дыхания проводится в 3 диапазонах в зависимости от уровня бронхиального дерева: в АРД1 – 0,2–1,2 кГц (низкочастотный диапазон - отражает состояние верхних дыхательных путей); АРД2 – 1,2–5,0 кГц (среднечастотный диапазон – состояние гортани, трахеи и крупных бронхов); АРД3 – 5,0–12,6 кГц (высокочастотный, диапазон состояние нижних дыхательных путей, вплоть до мелких бронхиол). В качестве контрольных значений акустической работы дыхания использованы референсные значения сопоставимой по возрасту группы практически здоровых детей [8]. Статистическая обработка проводилась в программах Microsoft Excel 2010 и Statistica 7.0, U – критерий.

Результаты и обсуждение. Клинически у пациентов, включенных в исследование, регистрировались признаки острой респираторной инфекции без поражения нижних дыхательных путей: гиперемия зева, субфебрильная лихорадка. В ходе исследования выявлено, что дети с признаками ОРВИ имели заметную тенденцию к более высоким значениям акустической работы дыхания на уровне верхних дыхательных путей – АРД1 превышал значение здоровых детей в 1,5 раза ($p > 0,05$). Осцилляции в среднечастотном и высокочастотном диапазонах отличались от показателей здоровых детей незначительно и не имели статистической разницы (табл. 1).

Таблица 1
Сравнительная характеристика дыхательных шумов при бронхографии

Показатели	Дети с ОРВИ n=28	Контроль n=165
АРД1	28,5 (24,4-36,3)*	19,2 (14,5-24,0)
АРД2	10,2 (8,2-14,5)	6,1 (5,1-11,8)
АРД3	2,7 (1,8-3,4)	2,3 (1,6-2,4)

* $p > 0,05$ – по критерию Манна – Уитни

Причиной увеличения акустической работы дыхания на уровне верхних дыхательных путей мог быть отек слизистых оболочек,

гипертрофированных миндалин. Учитывая, что регистрация АРД проводилась в первые дни заболевания, мы можем сказать, что полученные данные свидетельствуют о необходимости учета выявленных изменений при назначении терапии. Так, например, пациентам с выраженными нарушениями акустической работы дыхания могут быть рекомендованы фитопрепараты, уменьшающие отек слизистых и оказывающие противовоспалительное действие или рекомендованы схемы реабилитации для пациентов с гиперплазией структур лимфоузлов.

Заключение. Таким образом, изменения верхних дыхательных путей в процессе респираторной вирусной инфекции являются достаточно значимыми и способны менять респираторный цикл.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анализ возможностей применения электронно-цифровой аускультации при бронхиальной астме в специализированном отделении детского санатория / Н.А. Мокина, Л.И. Мазур, А.В. Яшков, Л.А. Захарченко [и др.] // Детская и подростковая реабилитация. – 2018. – № 1. – С.17-21.
2. Компьютерная бронхофонография респираторного цикла / Под ред. Геппе Н.А., Малышева В.С. – М.: Медиа Сфера, 2016. – 108 с.
3. Опыт использования компьютерной бронхофонографии в педиатрической практике / В.С. Малышев, И.М. Мельникова, Ю.Л. Мизерницкий, Н.Л. Доровская [и др.] // Медицинский совет. – 2019. – № 2. – С. 188-193. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-2-188-193.
4. Попова И.В. Компьютерная бронхофонография в комплексе ранней диагностики бронхиальной астмы у детей / И.В. Попова, Н.А. Леушина, Н.А. Гришковец, Е.Г. Кирсанова // Тезисы XX Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» с международным участием. – Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – 66 (4). – С. 296-297. DOI:10.21508/1027-4065-congress-2021.

5. Регистратор респираторных звуков – продолжение инноваций / Л.С. Старостина, Н.А. Геппе, В.С. Малышев, С.И. Валиева [и др.] // Педиатрия. Consilium Medicum. – 2021. – № 2. – С. 146-151. doi: 10.26442/26586630.2021.2.201017.
6. Регистратор респираторных звуков для компьютерного анализа паттерна дыхания у детей / Е.В. Асеева, Н.А. Геппе, В.С. Малышев, Д.Г. Бухаров [и др.] // Доктор.Ру. – 2023. – 22 (3). – С. 45–50. DOI: 10.31550/1727-2378-2023-22-3-45-50.
7. Удальцова Е.В. Оценка акустических параметров дыхания у детей с кашлем различного генеза / Е.В. Удальцова, И.М. Мельникова, Ю.Л. Мизерницкий // Тезисы XV Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – 61 (4). – С. 249-250.
8. Functional analysis and evaluation of respiratory cilia in healthy Chinese children / SL Lee, C.O'Callaghan, YL Lau, CD.Lee // Respir Res. – 2020. – 21 (1). – С. 259. DOI: 10.1186/s12931-020-01506-w.

Мочалова М.Н., Ерофеева Л.Г., Соболева А.О.
**АБОРТ ГЛАЗАМИ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН.
 КТО ПРАВ?**

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора – д.м.н., профессор.Н.В. Ларева)

Введение. Сохранение здоровья женщин, обеспечение безопасного материнства, повышение рождаемости и укрепление семейных отношений – основная задача современной репродуктивной медицины. Искусственное прерывание беременности в РФ является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин, снижение рождаемости, повышение показателя репродуктивных потерь, материнской смертности, гинекологической заболеваемости, наносит экономический ущерб, создавая угрозу национальной безопасности, усугубляет сложную демографическую ситуацию [1, 4, 5, 6, 19]. На протяжении длительного времени численность населения страны ежегодно уменьшается, и одним из

факторов влияния на это является искусственное прерывание беременности – аборт. Аборт в России продолжает сохранять ведущее место в регуляции рождаемости, обуславливает серьезные нарушения репродуктивного здоровья женщин, в том числе угрожающие их жизни, и наносит, по оценке специалистов, экономический ущерб, составляющий не менее 50% от общего бюджета здравоохранения [9, 15, 16]. В настоящее время аборт в РФ разрешен официально. Согласно Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023), ст. 56, аборт осуществляется на сроке до 12 недель по желанию женщины, позднее – на сроке до 22 недель – по социальным показаниям, к которым, в том числе, относится изнасилование, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока беременности. 75% женщин подвергают себя риску нежелательной беременности и используют различные методы прерывания беременности, не всегда безопасные. По мнению ученых, аборт – это небезопасная процедура, следствием которой являются множество осложнений. Одним из приоритетных направлений государственной политики в области народонаселения является улучшение состояния здоровья населения, стабилизация рождаемости и укрепление семейных отношений [14, 21]. Это закреплено в концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года, утвержденной Правительством РФ в 2021 году. В настоящее время в России существует модель сниженного воспроизводства населения, характеризующаяся наличием роста отрицательного естественного прироста на протяжении последних 5 лет с 2016 г. по 2020 г. (от 0,01‰ до 4,8‰) и низкой рождаемости (с 12,9‰ до 9,8‰). Кроме того, за тот же период времени в стране отмечено увеличение возраста вступления женщины в брак (с 27,2 до 27,9 лет) и возраста появления первого ребенка (с 28,2 до 28,8 лет). При относительной стабильности численности женщин репродуктивного возраста за последние 5 лет имеет место снижение суммарного коэффициента рождаемости с 1,77 до 1,50 ребенка на 1 женщину и доли повторных рождений – с 49% до 41%. Основной метод регулирования рождаемости в нашей стране – это аборт по желанию женщины. По данным ВОЗ, ежегодное количество хирургических

абортов превышает 55 млн, на каждые 1 000 рождений приходится 300–500 абортов [21]. Около 70 тыс. женщин умирают от осложнений после аборта, а каждая четвертая, прерывая беременность, становится бесплодной [2]. В России около 70% беременностей прерывается [10, 20]. В 2022 году россиянки избавились от 1 миллиона 795 тысяч нерожденных детей [13]. При этом количество самопроизвольных абортов в России увеличилось на 34,6%, что является неблагоприятным прогнозом в отношении следующих лет для репродуктивного здоровья женщин в России [4]. По данным официального сайта, в 2021 году в Российской Федерации было проведено 517 737 абортов (на долю Забайкальского края пришлось 5 772 аборта) [23]. Ежегодно в России прерывают беременность 40 тыс. девушек в возрасте до 17 лет, что составляет 15–19% всех искусственных абортов [11, 15]. Дети юных (до 18 лет) матерей составляют 2,3–5,2% общего числа родившихся [8, 9]. Кроме того, эксперты оценивают экономический ущерб от абортов, который составляет не менее 50% от общего бюджета здравоохранения [19]. Данные официальной статистики свидетельствуют о снижении в 1,9 раза за период с 2010 г. по 2020 г. числа абортов на 1 000 женщин в возрасте 15–49 с 31,7 до 16,1 аборта [23]. В то же время часть проведенных абортов не учитывается в Федеральной службе государственной статистики, поскольку частные медицинские организации не информируют о проведенных абортах (из общего числа 38,9% абортов производится в частных медицинских организациях). Кроме того, среди женщин, госпитализированных с кровотечением, у каждой третьей женщины оно обусловлено самопроизвольным прерыванием беременности. В связи с указанным, достоверной и точной статистической информации по абортам, а также характеристикам женщин, прибегнувших к искусственному прерыванию беременности, в РФ, в том числе и Забайкальском крае, нет [2, 13]. Доказано, что наличие абортов в анамнезе приводит к осложнениям течения беременности у 33,8% женщин, в родах – у 25–32% женщин, в послеродовом периоде – в 12% случаев бесплодия, аборты являются причиной у 10–20% женщин, невынашиванию беременности – у 12,3% женщин, закончившихся родами, что свидетельствует о росте его в популяции как основного маркера повреждения репродуктивного здоровья женщин» [12].

Отмечено, что в структуре материнской смертности на долю аборта приходится от 18,8 до 25,2% [8]. Среди матерей, имевших аборты в анамнезе, у каждого пятого новорожденного выявлено ухудшение здоровья и нормального развития [19]. В результате аборта происходит срыв адаптации организма к беременности, возникает «гормональный стресс», последствием является увеличение канцерогенного метаболита эстрогена 16 α -гидроксиэстрогена – агониста эстрогенов, стимулирующего пролиферативные процессы в эндометрии [9]. При повторных абортах нарушение деятельности системы иммунитета, синтез гормонов обуславливает эстрогендоминирование, гипопрогестагемию, нарушение процесса деления клеток и их дифференцировки, угнетение апоптоза. Сочетание факторов может привести к развитию эндометриоза и опухолей матки. Последствием прерывания беременности является негативное влияние на ткани молочных желез, гормональные сдвиги вследствие аборта могут способствовать развитию дисгормональных опухолей молочной железы [9]. Исследованиями показано, что возможное осложнение аборта – хронический эндометрит приводит к резистентности рецепторов к прогестерону, эндометриальному фактору рецидивирующей неудачи имплантации после ЭКО и привычному невынашиванию беременности [3]. В этом случае прерывание беременности на ранних стадиях происходит вследствие десинхронизации дифференцировки, проявляющейся мозаичностью строения слизистой оболочки матки с чередованием фиброза, атрофии с фокусной гиперплазией за счет экспрессии эстрогеновых рецепторов и сопутствующего снижения экспрессии прогестероновых рецепторов [4]. Изучение состояния здоровья подростков после первого аборта показывает, что практически здоровыми остаются только 1/4 из них [8]. Отмечаются нарушение репродуктивной функции (36%), невынашивание (13,7%), нарушение менструального цикла (12%), воспалительные заболевания (10%). Аборты у подростков характеризуются более высоким уровнем смертности, чем у женщин других возрастных групп [12].

Цель работы: составить медико-социальный портрет женщины, делающей аборт, а также выявить факторы у женщин и мужчин, ограничивающие рождение детей.

Материалы и методы. Проведено медико-

социологическое обследование методом анкетирования в сервисе «Google Forms» трех групп населения г. Чита. Основную (1) группу составили 470 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, не делавших аборт. В группу сравнения (2) вошли 75 женщин, сделавших в прошлом 1 и более аборт, в возрасте от 15 до 46 лет. 3 группа – 137 мужчин в возрасте от 17 до 49 лет. Статистический анализ проведен с помощью рекомендаций «Статистический анализ и методы в публикуемой литературе» (SAMPL). Статистическая значимость (p) оценивалась из значений 95% доверительного интервала. При $p < 0,05$ значения считали статистически значимыми.

Результаты и их обсуждение. На вопрос: «Ваше отношение к прерыванию беременности?» в 1 группе 94 женщины (20%) ответили положительно, 128 (27,2%) – негативно. Во 2 группе респонденток проведение аборта считают «нормой» 19 (25,3%), не хотят прибегать к аборту 13 (17,3%) ($p > 0,05$). В 3 группе среди мужчин 31 (22,6%) разделяет положительное мнение по аборту, 44 (32,1%) отрицательно относятся к аборту. На вопрос о прерывании беременности в будущем 60 женщин (12,7%) из 1 группы и 11 (14,6%) из 2 группы выразили предпочтение прервать беременность ($p > 0,05$). Среди видов контрацепции до прерывания беременности наиболее надежным сочли барьерный метод во 2 группе 34 (45,3%) женщины и 54 (39,3%) в 3 группе мужчин. При оценке информированности осложнений после аборта 411 (87,4%) женщин 1 группы считают аборт «вредным», 59 (12,6%) не знают о неблагоприятных последствиях аборта. Во 2 группе доля информированных об осложнениях составила 94,7% (71 пациентка) ($p < 0,05$), не знали об осложнениях аборта 4 (5,3%) женщины ($p < 0,05$). В 3 группе 116 (84,7%) мужчин информированы об осложнениях аборта. На вопрос предпочтительного метода прерывания во 2 группе 30 (40%) женщин предпочли медикаментозный, как наиболее безопасный, 27 (36%) выбрали хирургический, как более «быстрый» вовремя, аспирационный – 18 (24%) женщин. Не удовлетворены проведением процедуры 38 пациенток (50,6%), из них у 16 (21,3%) возникли осложнения после аборта. В преабортном периоде во 2 группе 51 женщине предоставлена «неделя тишины» для принятия окончательного решения, что не повлияло на исход – женщины не изменили свои

репродуктивные планы. В пользу прерывания беременности лидировали факторы: нежелание иметь ребенка («отсроченная беременность») во 2 группе – в 36 (48%) случаях; в 3 группе в 11 (8%) у мужчин; недостаточное материальное обеспечение во 2 группе – у 13 (17,3%) женщин; в 3 группе – у 2 (1,4%) мужчин; сложная жизненная ситуация во 2 группе – в 17 (22,6%); в 3 группе – в 3 (2,1%); плохие жилищные условия во 2 группе – в 5 (6,7%) случаях; в 3 группе – в 1 (0,7%); решение мужа – в 4 (2,9%) случаях. Сторонниками субкультуры «Childfree» (отказ от рождения детей) в 1 группе являются 37 (7,8%) женщины, во 2 группе – 6 (8%) и в 3 группе – 6 (4,4%) мужчин.

Искусственное прерывание беременности в Забайкальском крае является одним из наиболее значимых медико-социальных факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Аборты в молодом возрасте особенно неблагоприятны, помимо серьезных осложнений в здоровье, аборты создают большое количество проблем морального, социального и психологического плана. Аборт влияет на психическое и соматическое здоровье женщины, способствуя возникновению комплекса психических расстройств, так называемого «постабортного синдрома»: эмоциональный стресс, чувство вины и депрессия. Аборт, по желанию женщины или по медицинским показаниям, является одним из наиболее противоречивых видов медицинской помощи, вызывает множество эмоциональных, этических и социальных вопросов, которые обсуждаются в различных странах и культурах. Медицинское и правовое регулирование по вопросу абортов варьирует в разных странах. Даже в странах, где аборт законен, возникают различные дебаты по поводу сроков, условий, и этических аспектов – религиозных или моральных убеждений этой процедуры [7, 15, 16]. Одними из путей сохранения здоровья женщин является профилактика незапланированной беременности, просвещение населения. Реальными путями снижения уровня абортов являются приоритеты образования – просвещение подростков – безальтернативный путь снижения числа абортов в России. Снижение частоты абортов – задача общегосударственная, и значительная роль в ее решении принадлежит общественным организациям, средствам массовой информации, которые формируют

общественное мнение, созданию центров медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Важная работа по охране репродуктивного здоровья населения должна осуществляться при взаимодействии медицинских организаций с учреждениями социальной защиты и образования, молодежными и общественными организациями, по профилактике аборт, особенно – с подростками – по предупреждению нежелательной беременности, ранней половой жизни, случайных связей, подростковой беременности, проведению доабортного консультирования беременных женщин с предоставлением «периодов тишины» [17, 18, 19]. Изменение отношения общества к вопросу аборта также является частью решения проблемы: проведение публичных обсуждений, уважение разнообразных взглядов и учет интересов разных сторон, чтобы найти баланс между поддержкой женщин и соблюдением социальных норм – защиты жизни и здоровья.

Основные пути снижения частоты абортов:

1. Повышение репродуктивной культуры всего населения с одновременной целевой работой в группах организованных и неорганизованных подростков.
2. Расширение процесса информированности населения по предупреждению нежелательной беременности, особенно среди женщин групп риска: подростки, женщины после абортов.
3. Государственная поддержка ответственных добровольных решений о деторождении, методах регуляции фертильности по личному выбору, проводимая в отношении социально-экономического положения женщины и семьи в стране [14].

Выводы: 1. Основными факторами, ограничивающими рождение детей, являются: нежелание иметь детей в настоящее время («отсроченная беременность»), сложная жизненная ситуация, недостаточное материальное обеспечение, появление сторонников субкультуры «Childfree».

2. Предоставление перед аборт «периода тишины» женщинам не оказало влияния на пересмотр репродуктивных планов.

3. С целью профилактики абортов, особенно у подростков, необходимо формирование репродуктивной культуры, расширение информированности по предупреждению

абортов и их последствий, государственная поддержка решений о деторождении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аборт как медико-социальная проблема / С.В. Леженина, Т.Г. Денисова, В.В. Пикушкин [и др.]. – DOI 10.25589/GIDUV.2021.16.81.009 // Здравоохранение Чувашии. – 2021. – № 2. – С. 49–60.
2. Аборт: особенности статистики в федеральных округах России / О.С. Филиппов, З.З. Токова, А.С. Гата [и др.] // Гинекология. – 2016. – № 1. – С. 92–96.
3. Аборт: репродуктивный выбор или потеря репродукции? / Л.В. Ткаченко, И.А. Гриценко, К.Ю. Тихаева [и др.]. – DOI 10.33667/2078-5631-2021-8-44-48 // Медицинский алфавит. – 2021. – № 8. – С. 44–48.
4. Бантьева М.Н. Медико-социальная значимость проблемы абортов в Российской Федерации / М.Н. Бантьева, Е.М. Маношкина, Т.А. Соколовская // Академия медицины и спорта. – 2020. – Т. 1, № 1. – С. 5–9.
5. Березина Д.К. Прерывание беременности как медико-социальная проблема женщин репродуктивного возраста / Д.К. Березина, К.В. Трофимова, С.Н. Иванова // Молодой ученый. – 2019. – № 49 (287). – С. 240–242.
6. Болькина Ю.С. Современные медико-социальные аспекты аборта / Ю.С. Болькина, С.Б. Радынова // Дневник науки. – 2021. – № 7 (55).
7. Брынза Н.С. Социально-гигиеническая характеристика женщин, принявших решение о завершении беременности посредством аборта / Н.С. Брынза, А.М. Сульдин, А.Д. Иванова // Медицинская наука и образование Урала. – 2019. – Т. 20, № 1 (97). – С. 117–122.
8. Варганова М.Л. Аборты среди несовершеннолетних как медико-социальная проблема / М.Л. Варганова – DOI 10.32687/0869-866X-2022-30-4-580-586 // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 4. – С. 580–586.

9. Влияние искусственного прерывания беременности на репродуктивные возможности женщин / А.Г. Алехина, Ю.А. Петров, А.Е. Блесманович, Е.М. Галущенко // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2019. – Т. 21, № 1. – С. 15–19.
10. Здравоохранение в России. 2021: статистический сборник/Росстат / под ред. П.А. Смелов [и др.]. – Москва, 2021. – 171 с.
11. Косарева А.А. Современные аспекты искусственного прерывания беременности / А.А. Косарева, З.В. Охременко // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2022. – № 2 – С. 288–289.
12. Петров А.Ю. Ближайшие и отдаленные последствия артифициального прерывания беременности / А.Ю. Петров, Л.Д. Узбекова, Е.В. Серeda. – DOI 10.23670/IRJ.2022.120.6.055 // Международный научно-исследовательский журнал. – 2022. – № 6–2 (120). – С. 131–134.
13. Российская государственная статистическая служба (Росстат): официальный сайт. – Москва, 2022. – URL: https://rosstat.gov.ru/search?q=прерывание+беременности+в+зabayкальском+крае&date_from=01.01.2017&content=on&date_to=30.11.2023&search_by=all&sort=relevance
14. Савченко Н.А. Отношение к искусственному аборту в России: XX – начало XXI в / Н.А. Савченко // Модернизация российского общества и образования: новые экономические ориентиры, стратегии управления, вопросы правоприменения и подготовки кадров: материалы XXII национальной научной конференции (с международным участием), Таганрог, 17 апреля 2021 года. – Таганрог: Таганрогский институт управления и экономики, 2021. – С. 404–408.
15. Сакевич В.И. Репродуктивное здоровье населения и проблема абортов в России: новейшие тенденции / В.И. Сакевич, Б.П. Денисов // Социологические исследования. – 2019. – № 11. – С. 140–151.
16. Семья и дети в России. 2021 / под ред. С.С. Галкина [и др.]. – Москва: Перо, 2022. – 120 с. – ISBN 978-5-00204-632-4.
17. Скобелина Н.А. Факторы, оказывающие влияние на практику искусственного прерывания беременности / Н.А. Скобелина, М.В. Шелест. – DOI 10.25136/2409-7144.2022.3.37037 // Социодинамика. – 2022. – № 3. – С. 22–32.
18. Солодухина Д.П. Аборт как медико-социальная проблема в представлениях студентов-медиков / Д.П. Солодухина, Л.О. Машошина // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2023. – Т. 25, № 5. – С. 31–35.
19. Спириденко Г.Ю. Искусственное прерывание беременности - злободневная проблема медицины и общества / Г.Ю. Спириденко, Ю.А. Петров, Н.В. Палиева. – DOI 10.26787/nudha-2686-6838-2021-23-12-28-34 // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 12. – С. 28–34.
20. Статистика абортов // Мужчина и женщина. – URL: <http://www.aboutmanwoman.com/Abort/Statistics%20of%20abortions.htm>.
21. Стратегия в области репродуктивного здоровья. – Женева, 2004. – С. 3–31. – URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/4/WHO_RHR_04.8_rus.pdf (дата обращения: 10.03.2024).
22. Хамер Г.В. Проблема абортов в контексте демографии / Г.В. Хамер, А.А. Садковкин, Ю.Д. Степанова // Economy and Business: Theory and Practice. – 2023. – Vol. 7 (101). – P. 198–203.
23. Число прерываний беременности // Росстат: сайт. – URL: https://rosstat.gov.ru/search?q=прерывание+беременности+в+зabayкальском+крае&date_from=01.01.2017&content=on&date_to=30.11.2023&search_by=all&sort=relevance.

УДК 616.89-008.441.44

¹ Сахаров А.В., ^{1,2} Ступина О.П.,^{1,2} Аксенова Е.В., ² Филатова О.А.**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
НАСЕЛЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ:
РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА**¹ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора – д.м.н., профессор.Н.В. Ларева)²ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского»

Введение. В последние два десятилетия в России наблюдается положительная динамика в снижении смертности населения по причине самоубийств, при этом сохраняются серьезные региональные различия по величине данного показателя, достигающие нескольких сотен раз [1]. В то же время суициды по числу уносимых жизней занимают одно из лидирующих мест в структуре насильственной смертности в нашей стране. В этой связи по-прежнему актуальными являются вопросы организации национального мониторинга суицидального поведения и дифференцированных подходов к организации оказания кризисной помощи населению Российской Федерации [2].

Цель исследования: оценить показатели суицидального поведения у населения Забайкальского края на основе внедренной на региональном уровне системы мониторинга.

Материал и методы. Научная работа представляет собой одномоментное обсервационное исследование описательного типа. Результаты получены при анализе статистических данных отчетных форм

«Центра мониторинга актов самоповреждения в Забайкальском крае», созданного на базе кризисной службы ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». Исследование не связано с людьми в качестве субъектов исследования, поэтому не требовалось его рассмотрение в локальном этическом комитете.

Результаты и обсуждение. Исторически Забайкальский край (ранее – Читинская область) отличался высокими показателями смертности населения по причине самоубийств: в 80-90-е годы прошлого века они составляли около 40,0 на 100 тыс. человек населения, а с 1993 года – более 60,0 на 100 тыс. (максимум был зарегистрирован в 2002 году – 93,4 на 100 тыс. населения). Минимальной смертность от суицидов была только в период антиалкогольной кампании. Начиная с 1993 года, в течение 20 лет, Забайкальский край входил в группу субъектов Российской Федерации со сверхвысокой смертностью населения по причине самоубийств (показатель превышал 60,0 на 100 тыс. населения) [1]. В последние два десятилетия регистрируется снижение смертности от суицидов среди населения Забайкалья. Так, если в 2000 году показатель самоубийств составлял 81,7 на 100 тыс. населения, то в 2023 году – 21,9 на 100 тыс. населения (уменьшение в 3,7 раза). На сегодняшний день регион входит в группу субъектов РФ со средней смертностью населения по причине самоубийств. Динамика показателей суицидальной смертности в Забайкальском крае и Российской Федерации представлена на рисунке 1.

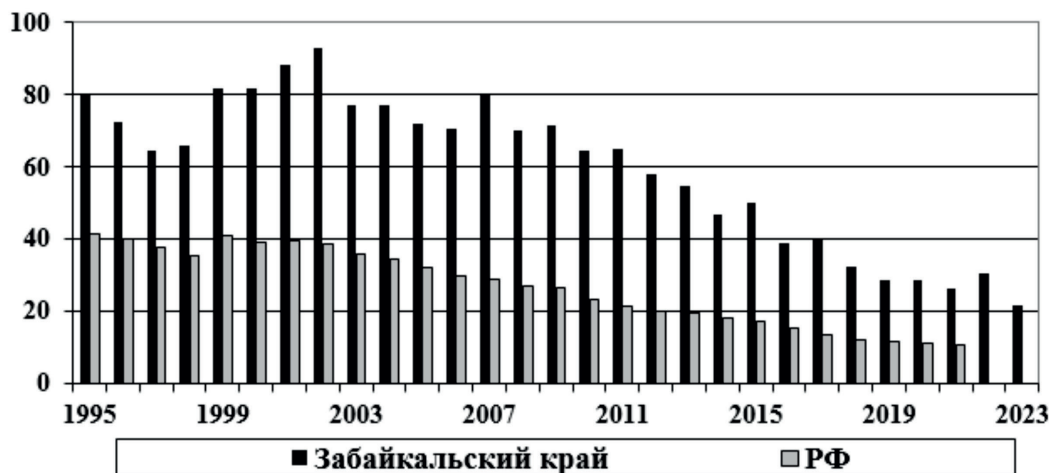


Рис. 1. Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае и Российской Федерации (на 100 тыс. человек населения)

Несмотря на положительную динамику, частота завершённых суицидов в Забайкальском крае в 2,5 раза выше среднероссийской и существенно выше, чем в Дальневосточном федеральном округе (рис. 2).



Рис. 2. Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае и Дальневосточном федеральном округе (на 100 тыс. человек населения)

Среди субъектов ДФО по этому показателю наш регион занимает вторую ранговую позицию. Наиболее высокий показатель смертности от самоубийств среди населения округа в 2022 году наблюдался в Республике Бурятия, наиболее низкий – зарегистрирован на протяжении 3-х лет в Сахалинской области и в Хабаровском крае (табл. 1).

Таблица 1

Смертность по причине самоубийств в субъектах Дальневосточного федерального округа (на 100 тыс. человек населения)

Субъекты ДФО	2020	2021	2022	Темпы прироста (в %)
Амурская область	28,9	27,2	28,2	-2,4
Еврейская автономная область	21	28,4	31,6	50,5
Магаданская область	12,8	6,5	12,3	-3,9
Сахалинская область	0,8	0,8	0,6	-25
Забайкальский край	28,9	26,4	31,7	9,7
Камчатский край	5,1	3,2	3,2	-37,2
Приморский край	16,4	13,1	12,2	-25,6
Хабаровский край	0,4	1,1	1,3	225
Республика Бурятия	33,8	32,6	34,8	3
Республика Саха (Якутия)	20,5	19,8	16,5	-19,5
Чукотский автономный округ	24	30,1	25,1	4,6

Другой важной составляющей суицидального поведения являются суицидальные попытки. Динамика показателей зарегистрированных суицидальных попыток в Забайкальском крае (по данным обращений в медицинские организации) представлена на рисунке 3.

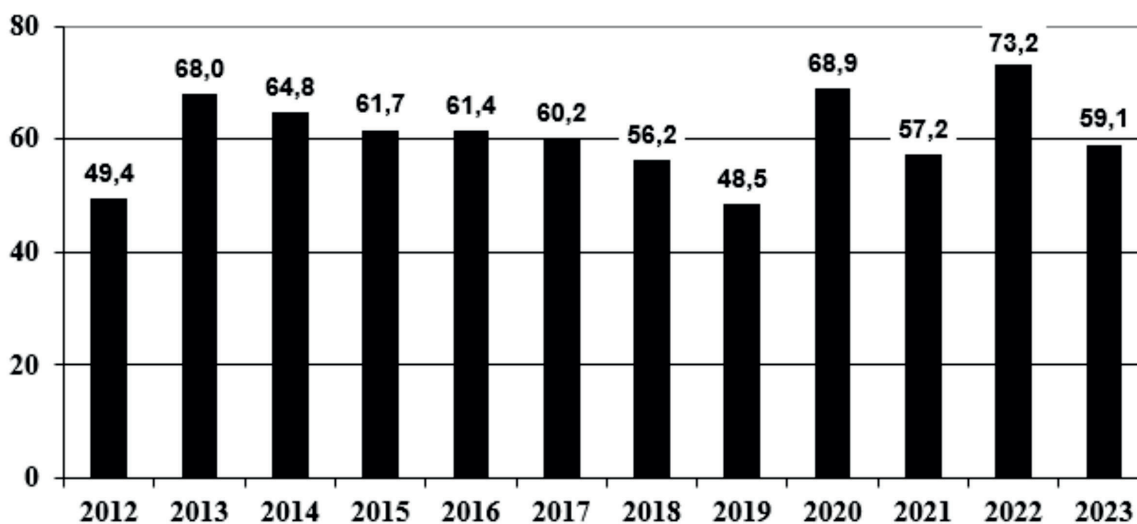


Рис. 3. Регистрируемые суицидальные попытки в Забайкальском крае (на 100 тыс. человек населения)

Как видно из рисунка, показатель зарегистрированных парасуицидов за последнее десятилетие остается стабильным с некоторым подъемом в 2020 и 2022 гг., что можно объяснить началом в эти годы сложных для населения нашей страны событий.

Заключение. В последнее десятилетие в Забайкальском крае наблюдается стойкая положительная динамика в снижении числа самоубийств, благодаря чему регион перешел из группы субъектов с высокой суицидальной смертностью в группу субъектов со средней смертностью населения по данной причине. Несмотря на положительную динамику по снижению смертности от самоубийств, показатель завершенных суицидов в Забайкальском крае остается выше показателей по РФ и Дальневосточному федеральному округу. Реализуемый с 2012 года в нашем регионе мониторинг актов самоповреждения на основе данных, предоставляемых медицинскими организациями по факту обращения за медицинской помощью лица, совершившего парасуицид, в настоящее время отражает высокий уровень регистрации суицидальных попыток. Данный вид суицидального поведения в Забайкальском крае в последнее десятилетие характеризуется стабильными показателями.

ЛИТЕРАТУРА:

- Сахаров А.В., Ступина О.П., Пасютина М.С. Суицидальное поведение в Забайкальском крае: эпидемиологические характеристики, влияние пандемии COVID-19 и внедрение инструмента ВОЗ для улучшения системы мониторинга // Суицидология. 2022. № 13 (2). С. 3–17.
- Положий Б.С. Современные подходы к превентивной суицидологии // Суицидология. 2021. № 1 (42). С. 73–79.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

УДК: 616.12-008.46 : 616.155

Гончарова Е.В.

ВТОРИЧНЫЕ КАРДИОМИОПАТИИ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ЧАСТЬ I.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларева)

В практике врача терапевта, кардиолога часто присутствует патология со стороны сердечно-сосудистой системы, не связанная с самостоятельным заболеванием сердца, а обусловленная каким-либо другим соматическим недугом. Такое вторичное поражение миокарда при различной патологии принято называть вторичными кардиомиопатиями. Число заболеваний и состояний, при которых развивается вторичная (метаболическая) кардиомиопатия велико. В настоящей лекции мы остановимся на поражении сердца при некоторых наиболее распространенных заболеваниях гематологического профиля.

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что за маской клинической картины основной болезни крови зачастую скрываются тревожные проявления вторичной кардиомиопатии. Такие симптомы поздно диагностируются, своевременно не подвергаются лечению, поскольку распознаются лишь на стадии декомпенсации, либо при наступлении серьезных кардиальных осложнений. При этом в современной медицине имеется огромный арсенал инструментальных и лабораторных методов диагностики вторичных кардиомиопатий, в том числе на самых ранних стадиях их развития.

Анемическая кардиомиопатия

Наиболее распространенным гематологическим заболеванием является железодефицитная анемия. В настоящее время эксперты ВОЗ считают, что анемиями страдает каждый третий житель Земли, особенно в странах «третьего мира». Задаваясь вопросом, что же лежит в основе развития и становления кардиогемодинамических нарушений в указанной когорте больных, было установлено, что большую роль играет активация процессов перекисного окисления липидов при одновременном угнетении мощности систем антирадикальной защиты, иммунологическая

активация с повышением концентрации в крови интерлейкина-1 β , интерлейкина-6 и фактора некроза опухолей- α , развитие энергетического дефицита в виде снижения уровня АТФ в эритроцитах крови и увеличения концентраций АДФ, АМФ, дефицит селена, а также нарушения жирнокислотного состава липидов сыворотки крови и клеточных мембран [2].

Клиническая картина анемической кардиомиопатии складывается из следующих основных синдромов [10].

Синдром ремоделирования миокарда: по данным эхокардиографического исследования, у пациентов с ЖДА, по сравнению со здоровыми лицами, развиваются структурные нарушения миокарда: увеличиваются размеры (конечно-систолический и конечно-диастолический) правого желудочка, левого предсердия у пациентов с тяжелой степенью анемии, объемы (конечно-систолический и конечно-диастолический) левого желудочка (ЛЖ) у больных со среднетяжелой и тяжелой анемией; развивается гипертрофия левого желудочка, преимущественно межжелудочковой перегородки (незначительная), нарастает масса миокарда и индекс массы миокарда левого желудочка при среднетяжелой и тяжелой анемии [8, 9]. При этом гипертрофия того или иного отдела ЛЖ выявляется у 41,5% пациентов: изолированное утолщение межжелудочковой перегородки (МЖП) – в 18,3% случаев, задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) – у 13,4% больных и сочетание гипертрофии МЖП и ЗСЛЖ – у 9,8% пациентов.

Развивается ремоделирование миокарда. Так, по частоте встречаемости различных геометрических моделей левого желудочка у пациентов с ЖДА обнаруживается следующее распределение: у 58,5% пациентов геометрия левого желудочка не страдает, т. е. нормальная геометрия левого желудочка (НГЛЖ), пятая часть больных имеет эксцентрическую гипертрофию левого желудочка (ЭГЛЖ) (19,5%), у 13,4% пациентов встречается концентрическая гипертрофия левого желудочка (КГЛЖ), а у 8,5% пациентов выявляется концентрическое ремоделирование левого желудочка (КРЛЖ).

Синдром нарушений ритма сердца и электрокардиографических изменений: при ЖДА легкой степени тяжести по ЭКГ диагностируются диффузные неспецифические дистрофические нарушения в миокарде, проявляющиеся снижением вольтажа зубца QRS,

в основном в стандартных отведениях (11,6%), снижением вольтажа зубца Т в $V_{1-3, 5-6}$ более чем на 2,5 мм (7,0%), а также нарушения функции проводимости по правой ножке пучка Гиса и/или атриовентрикулярная блокада I степени (7,0%) [10]. Нарушения функции автоматизма в виде синусовой тахикардии регистрируются в 9,3% случаев.

При ЖДА средней степени тяжести по ЭКГ также диагностируются снижение вольтажа зубца QRS в стандартных отведениях (9,3%), горизонтальная депрессия ST в сочетании со снижением вольтажа зубца Т в $V_{1-3, 5-6}$ более чем на 2,5 мм либо с его инверсией – в 33,0% случаев. В 11,3% случаев имеются нарушения функции и проводимости по правой ножке пучка Гиса и/или атриовентрикулярная блокада I степени. Нарушения функции автоматизма в виде синусовой тахикардии обнаруживаются у 44,3% пациентов. Предсердные и желудочковые экстрасистолы регистрируются в 7,2% случаев.

У больных с тяжелой ЖДА с длительным стажем заболевания по ЭКГ в 13% случаев выявляется снижение вольтажа зубцов QRS в стандартных отведениях, а у 38% больных – горизонтальная депрессия ST в сочетании со снижением вольтажа зубца Т в $V_{1-3, 5-6}$ более чем на 2,5 мм либо с двухфазным зубцом Т, либо с его инверсией. У 16% пациентов регистрируются нарушения функции и проводимости по правой ножке пучка Гиса и/или атриовентрикулярная блокада I степени. Синусовая тахикардия развивается у 57% больных. Предсердные и желудочковые экстрасистолы – у 14% пациентов.

Синдром метаболических нарушений: при хронической железодефицитной анемии в первую очередь страдает энергетический обмен: жирнокислотный метаболизм и макроэргический [5, 6]. Так, у пациентов данной категории происходит активация липолиза и нарушение утилизации жирных кислот миокардом, что проявляется увеличением уровня неэстерифицированных жирных кислот сыворотки крови и повышением коэффициента НЭЖК/глицерин – так называемый синдром нарушения утилизации жирных кислот [5]. Изменения фракционного состава жирных кислот липидов мембран эритроцитов крови характеризуются увеличением суммы насыщенных жирных кислот за счет пальмитиновой и снижением суммы ненасыщенных жирных кислот за счет арахидоновой. При развитии

вторичной кардиомиопатии, наряду с указанными изменениями, повышается относительное содержание миристиновой и пентадекановой кислот и уменьшается содержание ω 3-полиненасыщенных жирных кислот: α -линоленовой, эйкозапентаеновой и докозапентаеновой. В кардиомиоцитах происходит избыточное накопление жирных кислот, обладающих выраженным кардиотоксическим и аритмогенным действием, что в дальнейшем приводит к функциональным нарушениям в миокарде.

Наряду с нарушениями обмена жирных кислот, при хронической железодефицитной анемии уже на ранней стадии заболевания развиваются нарушения в обмене макроэргов, характеризующиеся снижением уровня АТФ в эритроцитах крови и повышением содержания АДФ и АМФ, а также уменьшением коэффициента АТФ/АДФ и увеличением коэффициентов НЭЖК/АТФ и АДФ \times АМФ/АТФ [6]. Наиболее выраженные изменения отмечаются у пациентов с вторичной анемической кардиомиопатией.

У больных железодефицитной анемией происходит значительная активация процессов перекисного окисления липидов на фоне снижения активности антиоксидантных ферментов в эритроцитах крови (каталазы, глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и супероксиддисмутазы) [3]. При этом наибольшие изменения показателей ПОЛ и активности ферментов каталазы и супероксиддисмутазы, а также снижение содержания селена крови наблюдаются у больных тяжелой анемией, осложненной кардиомиопатией [11].

При железодефицитной анемии увеличивается продукция некоторых провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1 β , интерлейкина-6 и фактора некроза опухоли- α , при этом наибольший уровень интерлейкина-1 β и фактора некроза опухоли- α в сыворотке крови отмечается у пациентов с тяжелой анемией, осложненной кардиомиопатией [7].

Синдром сердечной недостаточности: по классификации NYHA, у больных анемической кардиомиопатией сердечная недостаточность I ФК клинически диагностируется в 45,8% случаев, II ФК – в 25,4% и недостаточность III ФК – в 6,7% случаев [4, 8]. В отличие от гемодинамической сердечной недостаточности, для недостаточности сердца у больных ЖДА

характерно медленное её развитие в течение ряда лет. Глобальная диастолическая функция миокарда у больных ЖДА страдает уже на ранних стадиях заболевания, когда показатели структуры миокарда ещё не нарушены. При этом изменения диастолы нарастают по мере увеличения тяжести анемии. Изменения диастолических свойств касаются обоих желудочков, однако нарушения расслабления больше выражены в миокарде ЛЖ. Кроме изменений пиковых скоростей наполнения желудочков и увеличения времени изоволюметрического расслабления косвенными признаками нарушения диастолической функции ЛЖ и нагрузки на левое предсердие служат выявленное увеличение размера левого предсердия и рост предсердно-желудочкового отношения. Кроме того, у больных хронической ЖДА имеются нарушения сегментарной диастолической функции ЛЖ (выявляется методом тканевой доплерографии): изменения диастолических свойств встречаются практически во всех сегментах ЛЖ, независимо от степени тяжести анемии. Изменения диастолического профиля проявляются в виде уменьшения скорости пика ранней диастолической волны, увеличении скорости пика поздней диастолической волны и, как следствие, снижении показателя отношения пиковых скоростей, а также увеличении времени изоволюметрического расслабления в сегментах ЛЖ. При этом нарушения сегментарной диастолической функции ЛЖ формируются на самых ранних этапах развития анемического сердца, когда глобальная диастолическая функция ЛЖ ещё не нарушена [4]. Поэтому исследование сегментарной диастолической функции ЛЖ методом тканевого доплера может быть использовано у больных ЖДА для ранней диагностики нарушений диастолической функции и, следовательно, кардиомиопатии. Возможно, что изменения локальной диастолы отдельных сегментов позднее вносят свой вклад в формирование глобальной диастолической дисфункции ЛЖ, которая, в свою очередь, лежит в основе развития кардиомиопатии и сердечной недостаточности у больных ЖДА.

Необходимо отметить, что при среднетяжелой и тяжелой анемии изменения диастолы ЛЖ выражены в большей степени и в большем количестве сегментов ЛЖ, чем при легкой анемии. Возможно, это связано с наличием более тяжелых нарушений

обмена веществ в клетках миокарда у пациентов с более продолжительным стажем железодефицита и анемии. Не выявлено четкой связи нарушений диастолы с локализацией сегментов. Среди сегментов с измененной функцией обнаруживаются сегменты с нормальными диастолическими свойствами. Такое неравнозначное поражение сегментов ЛЖ соответствует патоморфологической картине «тигрового» сердца, при котором изменения по типу жировой дистрофии носят мозаичный характер.

Таким образом, у больных хронической железодефицитной анемией достаточно часто (в 89,3% случаев) развивается кардиомиопатия, характеризующаяся на ранней стадии заболевания развитием сегментарной диастолической дисфункции в большинстве сегментов левого желудочка и гиперкинетическим типом центральной гемодинамики, с последующим формированием глобальной диастолической дисфункции обоих желудочков и развитием гипертрофии левого желудочка, в основном за счет межжелудочковой перегородки [2].

Клиническая картина у пациентов ЖДА, осложненной кардиомиопатией I стадии представлена кардиалгиями (27,3%), синусовой тахикардией на ЭКГ (46,4%), повышенной утомляемостью (90,9%). При II стадии кардиомиопатии (период компенсации) в клинике преобладают такие симптомы как одышка (41,0%), кардиалгии (80,3%), изменения конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ (29,5%), синусовая тахикардия (49,2%). У всех пациентов ЖДА с кардиомиопатией II стадии (период декомпенсации) клиническая картина представлена кардиалгиями, одышкой, нарушениями ритма сердца (синусовая тахикардия и/или предсердная, либо желудочковая экстрасистолия), отеками на нижних конечностях, гепатомегалией, изменениями конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ, в том числе и отрицательным зубцом Т в грудных отведениях.

Указанные клинико-инструментальные симптомы, наряду с изменениями эхокардиографических показателей (выявление эксцентрической, концентрической гипертрофии или концентрического ремоделирования миокарда ЛЖ, признаков сегментарной диастолической дисфункции ЛЖ, глобальной диастолической дисфункции

обоих желудочков) могут быть использованы для диагностики кардиомиопатии у пациентов хронической железодефицитной анемией.

Диагностические критерии анемической кардиомиопатии

а) клинические: кардиалгии, симптомы сердечной недостаточности (одышка, отеки на нижних конечностях, гепатомегалия), перебои в работе сердца [2, 10];

б) инструментальные: нарушения сегментарной диастолической функции ЛЖ (снижение показателя $V_e/V_a < 1,0$ в нескольких сегментах ЛЖ, увеличение $ivrt > 80$ мс в большинстве сегментов ЛЖ), доплер-эхокардиографические признаки диастолической дисфункции левого и/или правого желудочка ($E/A < 1,0$; $IVRT > 80$ мс; $DTe > 220$ мс), признаки ремоделирования миокарда ЛЖ (формирование эксцентрической или концентрической гипертрофии, либо концентрического ремоделирования), дистрофические изменения на ЭКГ (отрицательный зубец Т в грудных отведениях), нарушения ритма сердца и проводимости;

в) лабораторные: увеличение коэффициентов $HЭЖК/АТФ > 600$ усл.ед, $HЭЖК/глицерин > 1700$ усл.ед., $АДФ \times АМФ/АТФ > 1,0$ ед. и отношение содержания пальмитиновой кислоты к арахидоновой $C16:0 / C20:4\omega6 > 4,7$ усл.ед. [5, 10].

Лечение анемической кардиомиопатии

Принципы лечения анемической кардиомиопатии складываются из терапии основного заболевания, лежащего в основе вторичного поражения миокарда – ферротерапии, и применения патогенетически обоснованных препаратов, улучшающих метаболизм кардиомиоцитов, диастолическую функцию сердца [2].

- Применяют железосодержащие препараты (сульфат железа, железа (III) гидроксид полимальтозат, железа карбоксимальтозат и др.).
- Мельдоний (триметилгидразиния пропионата дигидрат) в дозе 1 000 мг в сутки, минимальный курс – 4 недели.
- Препарат, содержащий органический селен Триовит – комплексный антиоксидантный препарат, содержащий в своем составе бета-каротин, токоферола ацетат, аскорбиновую кислоту, органический селен. Применяют в дозе 1 капсула 2 раза в сутки, минимальный курс – 4 недели (до 2 месяцев).

- Препарат, содержащий неорганический селен (селенит натрия) в дозе 300 мкг/сутки per os в течение месяца.
- Препараты, стимулирующие синтез белка в тканях, в том числе в миокарде (Рибоксин).
- Улучшающие процессы тканевого дыхания (Цитохром С).
- Увеличивающие образование энергии в миокарде (Неотон).
- Коферменты (пиридоксальфосфат, кокарбоксилаза, кобамамид, никотинамид, липоевая кислота); фосфаден, натрия аденозинтрифосфат, калия оротат.
- Витамины группы В, Е, А, С, РР.
- Препараты, улучшающие переносимость гипоксии — антигипоксанты (мексидол, убинон).
- Препараты для лечения сердечной недостаточности.

Поражение сердца при В12-дефицитной анемии

Тяжелый дефицит В12 в результате недостаточности желудочной или подвздошной фазы физиологического всасывания витамина В12 приводит к пернициозной анемии. Неспособность диагностировать дефицит В12 может иметь последствия для здоровья в целом от легкой до тяжелой степени, включая многообразные системы и функции организма, в том числе сердечно-сосудистую систему [17]. Дефицит витамина В12 приводит к гипергомоцистеинемии, а повышенный уровень гомоцистеина связан с артериальной эндотелиальной дисфункцией и считается независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [19]. Этот риск следует рассматривать как континуум: чем выше концентрация, тем выше риск. В исследованиях показано увеличение риска каротидного стеноза при концентрациях гомоцистеина 9,1–11,3 мкмоль/л у мужчин и 11,4–14,3 мкмоль/л у женщин [21]. В метаанализе, выполненном группой Homocysteine Studies Collaboration, оценено влияние гомоцистеина на развитие ишемической болезни сердца ИБС и инсульта на основе 30 проспективных и ретроспективных исследований [19]. Еще одна категория людей, для которых характерны высокая распространенность дефицита витамина В12 и подверженность сердечно-сосудистому риску – вегетарианцы. Предполагается, что дефицит этого витамина связан с различными атерогенными процессами, которые в

основном, но не исключительно, связаны с гипергомоцистеинемией, вызванной дефицитом витамина В12. Среди вегетарианцев отмечена средняя концентрация гомоцистеина >10 мкмоль/л. Макроцитоз, связанный с дефицитом витамина В12, также связан с фатальной и нефатальной коронарной болезнью, инфарктом миокарда, инсультом и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями [22].

Клиническая картина вторичного поражения сердца при В12-дефицитной анемии складывается из следующих основных синдромов:

- кардиальный синдром: одышка, сердцебиение, боли в области сердца, миокардиодистрофия. При аускультации сердца выслушивается функциональный анемический шум. На ЭКГ определяется снижение ST, расширение желудочкового комплекса;
- отечный синдром: периферические отеки, как результат недостаточности кровообращения;
- увеличение печени, селезенки.

В доступной литературе практически отсутствуют данные по инструментальной диагностике анемической кардиомиопатии при В12-дефицитной анемии. В иностранных работах опубликованы лишь сведения о диагностике диастолической дисфункции левого желудочка методом тканевой доплер-эхокардиографии у пациентов с бета-талассемией (врожденная гемолитическая анемия), серповидноклеточной анемией, анемией на фоне ХПН [18, 20]. Эта научная ниша, на наш взгляд, остается свободной для потенциальных исследователей.

Лечение. Включает парентеральное введение витамина В12 или гидрооксикобаламина (метаболит цианкобаламина) в дозах, обеспечивающих удовлетворение дневной потребности и удвоение запасов депо. Витамин В12 вводят по 1 000 мкг внутримышечно ежедневно в течение двух недель, затем один раз в неделю до нормализации уровня гемоглобина, после чего переходят на введение 1 раз в месяц в течение всей жизни.

- При наличии неврологической симптоматики необходимо введение препарата в дозе 1 000 мкг каждые две недели в течение шести месяцев.
- В отдельных случаях назначаются

массивные дозы цианкобаламина по 1 000 мкг ежедневно в течение 7–10 дней, далее – два раза в неделю до исчезновения неврологических признаков.

- Трансфузии эритроцитарной массы показаны для срочной ликвидации симптомов гипоксии.
- После терапии кобаламином может наблюдаться нехватка в организме калия, поэтому в процессе лечения витамином В12 необходимо тщательно контролировать содержание калия в крови и при необходимости проводить заместительную терапию.

Достигнув коррекции уровня витамина В12 в крови, пациентам проводят кардиометаболическую терапию и патогенетически обоснованное лечение симптомов сердечной недостаточности.

Истинная полицитемия

Истинная полицитемия (болезнь Вакеза) – хроническое миелопролиферативное новообразование, характеризующееся поражением стволовой клетки, сопровождающееся соматической мутацией в гене янускиназы (*JAK2*) рецепторов цитокинов и проявляющееся пролиферацией миелоидного ростка кроветворения с возможным развитием экстрамедуллярного кроветворения, тромботическими осложнениями и исходом в постполицитемический миелофиброз или бластную трансформацию [1]. Механизм действия полицитемии на сердце носит многофакторный характер. Абсолютный эритроцитоз приводит к нарушению реологических и свертывающих свойств крови. Повышение уровня гемоглобина ведет к возрастанию вязкости крови, что обуславливает плеторический синдром, склонность к сосудистым тромбозам, гипоксическому повреждению тканей и повышению кровенаполнения внутренних органов, существенно повышает риск развития артериальной гипертензии (АГ), нарушений ритма сердца, инфаркта миокарда, мозгового инсульта, сердечной недостаточности и внезапной смерти [15]. Кроме того, нарушается микроциркуляция, развивается эндотелиальная дисфункция, формируется эритроцитарная инфильтрация миокарда [16].

Клиническая картина полицитемического сердца (вторичной кардиомиопатии у пациентов с истинной полицитемией) складывается из

нижеперечисленных основных синдромов [12–14]:

Синдром нарушений ритма сердца и электрофизиологических изменений: у больных истинной полицитемией в 95,2% случаев имеются суправентрикулярные и желудочковые нарушения ритма, количество которых прогрессивно нарастает по мере увеличения стадии болезни [13]. Частые желудочковые экстрасистолы преобладают у больных со ПА и ПБ стадиями истинной полицитемии, полиморфные и парные мономорфные желудочковые экстрасистолы встречаются лишь при ПБ стадии. Электрофизиологические маркеры электрической нестабильности миокарда: продолжительность корригированного интервала QT, поздние потенциалы желудочков и показатели variability ритма сердца прогрессивно ухудшаются у больных истинной полицитемией с увеличением стадии болезни.

Синдром артериальной гипертензии: в 47,6% случаев у больных с истинной полицитемией диагностируется артериальная гипертензия, при этом у пациентов с I стадией болезни АГ практически не регистрируется, при ПА стадии АГ устанавливается в 73,9% случаев, при ПБ стадии – в 100% случаев [14]. На основании среднесуточных САД и ДАД, индексов времени гипертензии САД и ДАД у больных со ПА и ПБ стадиями полицитемии регистрируется лабильная систолическая АГ в дневное время и преимущественно лабильная систоло-диастолическая АГ в ночное время с высокой скоростью утреннего подъема САД и ДАД. У 69,8% больных полицитемией выявляются патологические типы суточного профиля АД: овер-дипперы и нон-дипперы. Методом проведенного ROC-анализа установлено, что индексы времени САД в дневное время и ДАД в ночное время, минимальные за сутки САД и ДАД и степень ночного снижения ДАД оказались наиболее тесно связаны с риском развития вторичной кардиомиопатии у больных истинной полицитемией.

Синдром морфофункциональных нарушений миокарда: при истинной полицитемии развиваются процессы ремоделирования сердца, которые заключаются в увеличении размеров камер сердца, развитии гипертрофии левого желудочка (у 20,6%) и диастолической дисфункции левого желудочка (у 84,1%), а также формировании легочной

гипертензии (у 39,7%) [12]. Указанные изменения сопровождаются клиническими проявлениями сердечной недостаточности и нарастают по мере увеличения стадии истинной полицитемии. С помощью высокоинформативного функционального метода тканевой доплер-эхокардиографии установлены признаки диастолической и систолической дисфункции фиброзных колец митрального и трикуспидального клапанов сердца у пациентов с истинной полицитемией, возникающие в начальную стадию заболевания и нарастающие по мере прогрессирования болезни. Выявленные нарушения предшествуют изменениям глобальной диастолической функции желудочков, что может быть использовано для ранней диагностики доклинической стадии вторичной кардиомиопатии.

Синдром сердечной недостаточности: у пациентов с истинной полицитемией выявлено прогрессирующее снижение параметров глобальной продольной и циркулярной деформации левого желудочка, начиная с I стадии заболевания, когда фракция выброса ЛЖ не нарушена, что свидетельствует о ранних нарушениях его сократительной функции и начальных проявлениях ишемии миокарда [12].

Таким образом, наряду с клиническими проявлениями вторичной кардиомиопатии, такими как кардиалгии, перебои в работе сердца, тахикардия, одышка смешанного характера, отеки на нижних конечностях, слабость, снижение толерантности к физической нагрузке, увеличение печени у больных истинной полицитемией установлены нарушения структурно-функциональных показателей миокарда. На основании инструментальных параметров (электрофизиологических и эхокардиографических показателей, параметров СМАД), претерпевающих статистически значимые сдвиги уже в начальную стадию болезни, сформулированы **критерии ранней диагностики вторичной кардиомиопатии** у больных истинной полицитемией:

Электрофизиологические:

- увеличение общего количества суправентрикулярных экстрасистол за сутки > 350;
- увеличение общего количества желудочковых экстрасистол за сутки > 300;
- наличие частых, полиморфных, парных

мономорфных желудочковых экстрасистол (II-IVA класс по Лауну-Вольфу);

- увеличение продолжительности среднего скорректированного интервала QT > 430 мс;
- увеличение продолжительности максимального скорректированного интервала QT > 470 мс;
- снижение SDNN < 100 мс;
- снижение SDNNi < 40 мс;
- увеличение LF > 740 мс²;
- снижение HF < 490 мс²;
- увеличение LF/HF > 2,0;
- снижение PNN50 < 15%;
- снижение результатов вегетативных проб (с дыханием, ортостатической);
- выявление поздних потенциалов желудочков при ХМ ЭКГ.

По данным СМАД:

- увеличение САД ср (сут.) > 130 мм рт. ст.;
- увеличение ДАД ср (сут.) > 78 мм рт. ст.;
- увеличение индекса времени гипертензии САД в дневное время > 25%;
- увеличение индекса времени гипертензии САД в ночное время > 25%;
- увеличение индекса времени гипертензии ДАД в дневное время > 25%;
- увеличение индекса времени гипертензии ДАД в ночное время > 25%.

Эхокардиографические:

- увеличение ИОЛП > 25,9 мл/м²;
- увеличение объема левого предсердия > 40 мл;
- увеличение объема правого предсердия > 38 мл;
- увеличение базально-поперечного размера ПЖ > 30,2 мм;
- увеличение КДО ЛЖ > 55,5 мл/м²;
- увеличение толщины МЖП > 11,4 мм;
- увеличение толщины ЗСЛЖ > 11,3 мм;
- увеличение ОТС ЛЖ > 0,45 ед;
- увеличение толщины МЖП > 11,4 мм;
- увеличение ММЛЖ > 180 г;
- увеличение ИММЛЖ > 115 г/м²;
- увеличение скорости трикуспидальной регургитации > 250 см/сек.;
- увеличение диаметра легочной артерии > 25 мм;
- снижение E/A митрального (трикуспидального) клапана < 0,95 ед.;
- увеличение IVRT > 106 мс;
- увеличение DTE > 220 мс;
- снижение Em митрального (трикуспидального) клапана < 8,3 см/с;

- снижение Em/Am митрального (трикуспидального) клапана < 0,8 ед.;
- снижение Sm митрального (трикуспидального) клапана < 7,3 см/с;
- наличие ДДЛЖ, ДДПЖ, легочной гипертензии;
- снижение параметров продольной деформации ЛЖ в 4LS, 2LS, 3LS, GLS < 18%;
- снижение параметров циркулярной деформации ЛЖ в SAX базальный, SAX средний, SAX апикальный, SAX общий < 20%.

Лечение полицитемического сердца

Принципы терапии вторичной кардиомиопатии у больных истинной полицитемией складываются из лечения основного заболевания, лежащего в основе вторичного поражения миокарда – гемоксфузии (кровопускания) и/или сеансы аппаратного эритроцитафереза при обострении заболевания, химиотерапия, дезагрегантная терапия и применение патогенетически обоснованных препаратов, направленных на профилактику и лечение АГ, диастолической дисфункции, улучшающих метаболизм кардиомиоцитов.

- Наиболее распространенной методикой проведения гемоксфузии является следующая: на фоне приема антиагрегантных препаратов непосредственно перед кровопусканием вводится 400 мл раствора реополиглюкина или физиологического раствора, также 5 000 Ед гепарина внутривенно, после этого производится удаление до 500 мл (250 мл во время первой процедуры) крови. Проводится 2-3 сеанса в неделю. Целевым уровнем снижения гематокрита является его нормальный (ниже 45% для мужчин и 42% для женщин) уровень. В случаях применения эритроцитафереза придерживаются тех же правил.
- Антиагрегантные препараты (ингибитор каскада арахидоновой кислоты – нестероидный противовоспалительный препарат ацетилсалициловой кислоты в малых дозах 75 или 100 мг в сутки. Либо Клопидогрел в дозе 75 мг в сутки при непереносимости ацетилсалициловой кислоты.
- Циторедуктивная терапия по показаниям назначается гематологом.
- Антигипертензивная терапия бета-

адреноблокаторами (метопролол), антагонистами кальция (амлодипин) и блокаторами ангиотензиновых рецепторов II (вальсартан, кандесартан, телмисартан). При необходимости – двухкомпонентная терапия вышеуказанными препаратами.

- Кардиомиетаболиты (см. раздел "Анемическая кардиомиопатия").
Во II части лекции будут рассмотрены вопросы поражения сердца при хронических гемобластозах, в том числе при лечении цитостатиками.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Войцеховский В.В., Ландышев Ю.С., Гоборов Н.Д. Гипоксические эритроцитозы. Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2016. 61. 107–119.
2. Гончарова Е.В., Говорин А.В. Анемическая кардиомиопатия: патогенетические механизмы, критерии диагностики. Российские медицинские вести. 2012. 1. 91–97.
3. Гончарова Е.В., Говорин А.В. Динамика показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты крови у больных железодефицитной анемией на фоне лечения препаратами железа и селена. Забайкальский медицинский вестник. 2014. 2. 64–68.
4. Гончарова Е.В., Говорин А.В. Динамика показателей сегментарной диастолической функции левого желудочка у больных железодефицитной анемией на фоне лечения Сорбифером и Триовитом. Клиническая медицина. 2008. 2. 26–30.
5. Гончарова Е.В., Говорин А.В. Изменения содержания жирных кислот в эритроцитах крови больных железодефицитной анемией на фоне лечения Сорбифером и Милдронатом. Терапевтический архив. 2008. 6. 65–68.
6. Гончарова Е.В., Говорин А.В. Коррекция нарушений обмена адениловых нуклеотидов у больных с анемической миокардиодистрофией. Вестник НГУ. 2007. 5 (2). 3–7.
7. Гончарова Е.В., Говорин А.В. Содержание цитокинов в сыворотке крови больных хронической железодефицитной анемией. Дальневосточный медицинский журнал. 2008. 1. 30–32.

8. Гончарова Е.В., Говорин А.В., Кузьмин А.Г. Показатели кардиогемодинамики у больных хронической железодефицитной анемией. Сердечная недостаточность. 2007. 8 (6). 289-293.
9. Гончарова Е.В., Говорин А.В., Кузьмин А.Г., Баркан В.С., Филев А.П. Структурно-функциональные показатели миокарда у больных хронической железодефицитной анемией. Кардиология. 2008. 5. 46–50.
10. Гончарова Е.В., Говорин А.В., Чистякова М.В. Особенности формирования анемической кардиомиопатии у пациентов с хронической железодефицитной анемией в условиях Забайкальского края. Дальневосточный медицинский журнал. 2014. 1. 10–15.
11. Гончарова Е.В., Говорин А.В., Чистякова М.В., Щербакова О.А. Динамика показателей селена, глутатиона и антиоксидантной защиты крови у больных анемической кардиомиопатией на фоне лечения препаратами железа и селена. Клиническая лабораторная диагностика. 2015. 2. 23–26.
12. Горский П.О., Гончарова Е.В. Кардиогемодинамические показатели миокарда у пациентов с истинной полицитемией. Сибирское медицинское обозрение. 2022. 4. 46–53. <https://doi.org/10.20333/25000136-2022-4-46-53>.
13. Горский П.О., Гончарова Е.В. Нарушения ритма и электрофизиологические параметры сердца у пациентов с истинной полицитемией. Забайкальский медицинский вестник. 2022. 1. 94–103. <https://doi:10.52485/19986173-2022-1-94>.
14. Горский П.О., Гончарова Е.В. Параметры суточного мониторирования артериального давления у пациентов с истинной полицитемией. Тихоокеанский медицинский журнал. 2022. 4. 76-82. <https://doi.org/10.34215/1609-1175-2022-4-76-82>.
15. Давыдкин И.Л., Ройтман Е.В., Козлова Н.С., Золотовская И.А., Колесникова М.В. Истинная полицитемия в сочетании с артериальной гипертензией: риск развития тромботических осложнений. Тромбоз, гемостаз и реология. 2017. 2 (70). 23–30. <https://doi.org/10.25555/THR.2017.2.0780>.
16. Козлова Н.С., Бакшеев М.Г., Давыдкин И.Л. Особенности нарушений микроциркуляции у больных истинной полицитемией в сочетании с артериальной гипертензией. Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2015. 17. 2 (2). 319–322.
17. Саргсян В.Д. Связь между недостаточностью витамина В12, желудочно-кишечным трактом и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Профилактическая медицина. 2022. 25 (11). 124–128.
18. Akpınar O., Acartürk E., Kanadaşı M., Unsal C., Başlamışlı F. Tissue Doppler imaging and NT-proBNP levels show the early impairment of ventricular function in patients with beta-thalassaemia major. Acta Cardiol. 2007. 62 (3). 225–231. <https://doi.org/10.2143/ac.62.3.2020809>.
19. Homocysteine Studies Collaboration. Homocysteine and risk of ischemic heart disease and stroke. A metaanalysis. Journal of the American Medical Association. 2002. 288 (16). 2015–2022. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.2015>.
20. Sachdev V., Machado R., Shizukuda Y. et al. Diastolic dysfunction is an independent risk factor for death in patients with sickle cell disease. J Am Coll Cardiol. 2007. 30. 49 (4). 472–479. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.09.038>.
21. Selhub J. The many facets of hyperhomocysteinemia: studies from the Framingham cohort. Journal of Nutrition. 2006. 136 (6). 1726–1730. <https://doi.org/10.1093/jn/136.6.1726S>.
22. Pawlak R. Is vitamin B12 deficiency a risk factor for cardiovascular disease in vegetarians? American Journal of Preventive Medicine. 2015. 48 (6). 11–26. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.009>.

УДК 616.98-036.22 - 618.17

Фролова Н.И., Белокрыницкая Т.Е.

**ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И
ЖЕНСКОЕ РЕПРОДУКТИВНОЕ
ЗДОРОВЬЕ**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ
(и.о. ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларева)

Вирус папилломы человека (ВПЧ) относится к числу наиболее распространенных инфекций среди сексуально активных женщин и мужчин [1]. Основные пути заражения – контактный и половой.

В настоящее время доказана роль ВПЧ-ВКР как этиологического фактора рака шейки матки (РШМ), который несмотря на предпринимаемые глобальные усилия, по-прежнему, во всем мире остается значимой медицинской и социальной проблемой и имеет высокие показатели заболеваемости и смертности. Число женщин, ежегодно погибающих от цервикального рака, также возросло: около 266 000 в 2016 г. и 341 831 в 2020 г. [2, 3].

В настоящее время идентифицированы более 200 генотипов ВПЧ, которые в зависимости их онкогенного потенциала подразделяются на высокого (ВПЧ-ВКР) и низкого (ВПЧ-НКР) канцерогенного риска. К ВПЧ-ВКР относятся 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82 типы, способные вызывать неопластические процессы и являющиеся причиной возникновения РШМ. К ВПЧ с низким онкогенным потенциалом относятся 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81 типы, персистенция которых приводит к доброкачественным изменениям, возникновению аногенитальных бородавок.

Эпидемиология. Риск инфицирования ВПЧ для сексуально активной женщины в течение жизни составляет от 50 до 80%. При отсутствии факторов риска ВПЧ в последующем в большинстве случаев элиминируется, не вызывая цервикальных неоплазий. Опасность персистенции ВПЧ у пациенток старше 30–35 лет возрастает в 10 раз [4].

Факторы риска инфицирования ВПЧ

По данным экспертов ВОЗ, факторами, способствующими развитию рака, связанного с ВПЧ-инфекцией, которые имеют высокий уровень доказательности, являются:

- 1) **курение** – при курении образуются и попадают в организм вредные химические вещества (бензпирен, никотин, формальдегиды и др.), которые выделяются

с секретом цервикальных желез, повреждая ДНК клеток шейки матки, инициируя канцерогенез [5];

- 2) **высокий паритет** – 3 и более родов при доношенной беременности повышает риск инвазивного рака шейки матки [6];
- 3) **анамнез половой жизни:** раннее коитархе (моложе 18 лет), большое количество сексуальных партнеров или наличие одного партнера из группы высокого риска (с ВПЧ-инфекцией, имеющего много сексуальных партнеров);
- 4) **иммунодефицитные состояния** (ВИЧ-инфекция, прием лекарств с иммуносупрессивным действием);
- 5) **длительное применение гормональных оральных контрацептивов** – риск развития рака шейки матки возрастает по мере увеличения длительности приема;
- 6) **генитальные инфекции** – хламидиоз, ВПГ, часто рецидивирующий кандидоз, бактериальный вагиноз [7], при которых происходит аalterация влагиалищного эпителия, изменение локального иммунной защиты и метаболизма, что предрасполагает к ВПЧ-инфицированию [8].
Патогенез ВПЧ-инфекции.
После инфицирования под действием ВПЧ усиливаются процессы пролиферации, в результате чего клетки эпителия разрастаются (продуктивная стадия), что может в дальнейшем привести к возникновению неоплазий. Для развития интраэпителиальной неоплазии и запуска процесса канцерогенеза важную роль играет форма существования вируса в клетки: эписомальная или интегрированная. Эписомальная форма обеспечивает существование вириона, а интегрированная определяет экспрессию онкогенных белков Е6 и Е7. Гиперэкспрессия Е6 и Е7 нарушает нормальное созревание эпителиоцитов: инфицированные клетки не вступают на путь терминальной дифференцировки, проскакивая «контрольную» точку клеточного цикла G1-S, необходимую для устранения генетически нестабильных клеток, что приводит к их неконтролируемой пролиферации. Кроме этого, онкогены вызывают деградацию белка p53, регулирующего метаболизм, апоптоз, рост опухолей [9].

ВПЧ-инфекция и женская репродуктивная система

ВПЧ 16 и 18 типов является основной причиной развития плоскоклеточных интраэпителиальных поражений низкой и высокой степени (LSIL, HSIL) и РШМ. По данным литературы, частота выявления ВПЧ у больных РШМ составляет 80-100% [1, 10, 11, 12]. У женщин с ВПЧ-инфекцией повышен риск невынашивания и недонашивания беременности [13]; внематочной беременности [14].

Клинические проявления ВПЧ-инфекции

ВПЧ-ассоциированные заболевания репродуктивных органов проявляется самыми разнообразными формами. Клиническая классификация ВПЧ-ассоциированных поражений нижнего отдела гениталий включает [15]:

- Клинические формы (видимые невооруженным глазом):
 - экзофитные кондиломы.
- Субклинические формы (невидимые невооруженным глазом, бессимптомные, выявляемые только при кольпоскопии и/или цитологическом, гистологическом исследовании):
 - плоские кондиломы (типичная структура с множественными койлоцитами);
 - малые формы (различные изменения многослойного плоского и метапластического эпителия с единичными койлоцитами);
 - инвертированные кондиломы с локализацией в криптах;
 - кондиломатозный цервицит и вагинит.
- Латентные формы (обнаружение ДНК ВПЧ молекулярными методами без морфологических признаков папилломавирусной инфекции).
- Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) и РШМ.
- Интраэпителиальная неоплазия и рак другой локализации.

Клиническое течение папилломавирусной инфекции (ПВИ) может быть транзиторным, латентным или персистирующим, что напрямую зависит от состояния иммунной системы пациента.

Транзиторное течение инфекции (70–80% случаев, чаще у молодых женщин с нормальным состоянием иммунной системы) чаще имеет благоприятный исход, т.к. происходит спонтанная элиминация ВПЧ.

Латентное течение характеризуется

выявлением ДНК вируса и отсутствием клинических признаков и морфологических изменений. Однако при таком варианте течения ВПЧ-инфекции необходимо динамическое наблюдение за пациенткой с визуальным, кольпоскопическим, цитологическим контролем состояния эпителия шейки матки, влагалища и вульвы. Убедительно показано, что длительная персистенция ВПЧ в нижнем отделе генитального тракта женщины является триггером предраковых и раковых процессов: риск развития CIN, РШМ, VIN, рака вульвы значительно повышается при персистенции ВПЧ-ВКР в течение 2 лет и более [3, 16] при этом 70% случаев РШМ ассоциировано с 16 и 18-м типами ВПЧ, а 20% – с 31, 33, 45, 52, 58-м [17].

Методы выявления ВПЧ

Для получения материала для ВПЧ-теста мазок-соскоб забирают из зоны трансформации с переходной зоной и крипт цервикального канала специальными щеточками. Вращательными движениями сначала обрабатывается часть эктоцервикса, затем щеточку вводят в нижнюю треть канала шейки матки, где производится 3-5 оборотов. Щеточку помещают в специальный контейнер с консервантом и производят маркировку приготовленного образца (имя женщины, номер амбулаторной карты или истории болезни, дата забора).

Приготовить образец для ВПЧ-теста можно методом самостоятельного забора вагинальных выделений при помощи специальных устройств. После забора материала самой женщиной отделяющийся рабочий наконечник инструмента погружается в промаркированную пробирку и отправляется по почте в централизованную лабораторию с заполненной анкетой с указанием обратной связи – электронной почты или мобильного телефона. При получении положительного результата больная направляется к врачу акушеру-гинекологу для клинического обследования с целью выявления ВПЧ-ассоциированных заболеваний. Эффективность ВПЧ-тестов при самостоятельном заборе вагинальных выделений достаточно высока, большинство пациенток (особенно до 30 лет), проявляют приверженность к данному методу [18, 19], поэтому данный способ следует рассматривать как достойную альтернативу исследованию образцов на ВПЧ ВКР, забранных специалистами. Тест для самозабора экономически менее затратен, чем визит

к врачу [20, 21], и при условии хорошей информированности женщин может иметь широкое применение и тем самым, повысить численность населения, участвующих в программах скрининга на рак шейки матки [22, 23].

Идентификация ВПЧ на сегодняшний день возможна несколькими методами [24]:

1. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) – многократное копирование определенного участка вирусной ДНК типоспецифическими и видоспецифическими праймерами – качественное определение ВПЧ ВКР с типированием вируса.

2. RT (real-time) PCR – ПЦР в реальном времени – оценивается вирусная нагрузка в логарифмах, дифференцируются клинически значимые количества ВПЧ с рисками присутствия неоплазии от малозначимых, соответствующих транзитной и разрешившейся ВПЧ-инфекции. Ранжирование ВПЧ-нагрузки: высокая ВПЧ нагрузка – от 10^7 копий /мл и более (риск рака шейки матки); умеренная – 10^5 - 10^7 копий/мл (наличие CIN); клинически малозначимое количество ВПЧ – менее 10^5 копий/мл.

3. Качественные ДНК ПЦР-тесты на 14 типов ВПЧ ВКР с частичным генотипированием особо «опасных» типов ВПЧ (16 и 18 типов и остальных). Разработаны и применяются тест системы, которые позволяют выполнить идентификацию генов ВПЧ 16, 18, 31, 45, 51, 52 и 59 типов, остальные типы ВПЧ ВКР определяются в двух группах: 33, 56, 58, 66 и 35, 39, 68.

4. Тест двойного гибридного захвата (Hybrid Capture II – HC2) – ВПЧ Digene-тест. Тест основан на гибридизации участков ДНК ВПЧ ВКР с РНК-зондами, улавливаемых антителами с флуоресцентной меткой. При позитивном результате указывается клинически значимая концентрация 13 типов ВПЧ ВКР, в копиях ДНК ВПЧ на 1 мл образца. Отрицательный результат теста практически исключает присутствие CIN2-3.

5. Тесты на основе обнаружения РНК ВПЧ: PreTect HPV-Proof (амплификация мРНК E6/E7 пяти типов ВПЧ высокого риска (16, 18, 31, 33 и 45)) и Aptima (Gen-Probe) основан на целевом захвате и гибридизации мРНК E7 для выявления экспрессии мРНК 14 типов ВПЧ-ВКР с частичным генотипированием.

Алгоритм диагностики ВПЧ-ассоциированных заболеваний

1. Жалобы и анамнез. Оценивают субъективные симптомы: наличие одиночных или множественных образований в виде папул, папиллом, пятен на кожных покровах и слизистых оболочках половых органов, возможен умеренный зуд и парестезии в области поражения; болезненность во время половых контактов (диспареуния); при локализации высыпаний в области уретры – зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); при обширных поражениях в области уретры – затрудненное мочеиспускание, гематоспермия (примесь крови в сперме); болезненные трещины и кровоточивость кожных покровов и слизистых оболочек в местах поражения.

2. Физикальное обследование. Клинический осмотр включает обследование половых органов, паховых складок, перианальной области, наружного отверстия мочеиспускательного канала; у женщин дополнительно осмотр слизистых оболочек влагалища и видимой части шейки матки с помощью влагалищных зеркал.

Объективными клиническими проявлениями ПВИ являются: остроконечные кондиломы – пальцеобразные выпячивания на поверхности кожных покровов и слизистых оболочек, имеющие типичный «пестрый» и/или петлеобразный рисунок и локализующиеся в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, малых половых губ, входа во влагалище, влагалища, шейки матки, паховой области, промежности и анальной области. ВПЧ-инфекция может провоцировать появление бородавок в виде папулезных высыпаний без пальцеобразных выпячиваний, которые локализуются на кератинизированном эпителии латеральной области вульвы, лобка, промежности и перианальной области. Другими клиническими проявлениями ПВИ могут быть поражения в виде серовато-белых, розовато-красных или красновато-коричневых пятен на коже и/или слизистой оболочке половых органов; папулы и пятна с гладкой или бархатистой поверхностью (бовеноидный папулез и болезнь Боуэна), при этом цвет элементов в местах поражения слизистой оболочки бурый или оранжево-красный, а поражений на коже – пепельно-серый или коричневатый-черный. При затруднительной оценке клинических проявлений с целью лучшей

визуализации аногенитальных бородавок и уточнения границы поражения рекомендуется проводить пробу с 5% раствором уксусной кислоты. Если мелкие папилломы сливаются между собой и образуют очаг поражения с широким основанием формируется гигантская кондилома Бушке-Левенштейна [25].

3. Кольпоскопия. Показанием к исследованию являются выявление ВПЧ-ВКР, аномальные результаты цитологического исследования, наличие подозрительных визуальных аномалий.

Расширенная кольпоскопия – осмотр с помощью кольпоскопа при 5-8-ми и 15-ти и 20-30-кратном увеличении влажной части шейки матки и влажной части влагалища с последующей последовательной обработкой 3-5% водным раствором уксусной кислоты и 3% водным раствором Люголя, с целью оценки состояния эпителиального покрова, выявления показаний и выбора места для проведения биопсии с последующим гистологическим исследованием тканей шейки матки [15].

Варианты аномальных кольпоскопических картин

Слабовыраженные изменения (I степень тяжести, LSIL): тонкий ацетобелый эпителий, неплотный (иногда полупрозрачный – «нежный»), который медленно реагирует на обработку уксусной кислотой, реакция побеления быстро проходит. Зона ацетобелого эпителия ограничена неровными нечеткими краями, может иметь нежную пунктацию и/или мозаику. Очаг с данной степенью поражения, как правило, неравномерно прокрашивается при пробе Шиллера (апликация водного раствора Люголя).

Выраженные изменения (II степень тяжести, HSIL): быстрое и длительное побеление эпителия при уксусной пробе. Ацетобелый эпителий при данной степени поражения толстый и плотный, имеет четкие контуры, включая места вокруг открытых желез и внутри зоны трансформации; нередко бугристый, с грубой мозаикой и пунктацией. Эти поражения всегда йод-негативны.

Неспецифические аномальные картины: лейкоплакия (кератоз, гиперкератоз), истинная эрозия шейки матки, любые ослабления окраски эпителия при обработке растворами йода (водный раствор Люголя).

Подозрение на инвазивные формы злокачественного поражения: атипичские и ломкие сосуды, бугристая поверхность, экзофитные образования, очаги некроза и некротические язвы.

4. Цитологическое исследование – проводится обязательно при выявлении патологических кольпоскопических картин. Образцы биологического материала забирают с экто- и из эндоцервикса с использованием различных девайсов (цитощеточки, эндобраши и др.). Собственно исследование производят с использованием различных методов окраски или методом жидкостной цитологии, который является альтернативой традиционному мазку и заключается в размещении материала с шейки матки не на стекле, а вместе со щеткой в транспортной жидкости, что предупреждает утрату части материала [24].

5. Биопсия с последующим гистологическим исследованием – биопсийное/операционное взятие тканей из участков с наиболее выраженными изменениями с последующим патоморфологическим исследованием. По мнению экспертов, наиболее информативные с точки зрения постановки диагноза биоптаты получают при использовании петлевых электродов электрорадиохирургических и радиоволновых аппаратов. Для верификации диагноза в случае необходимости проводится иммуногистохимическое исследование [10, 15, 24, 25].

При цитологически выявленных CIN II-III/CIS дополнительно производится выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки. Целесообразно выскабливание остатка цервикального канала после петлевой эксцизии зоны трансформации или конизации шейки матки для исключения распространения неоплазии выше изъятых конуса [10, 15, 24].

Показания к выполнению биопсии [15, 24]:

- аномальные цитологические результаты мазков;
- выраженные изменения при расширенной кольпоскопии;
- аномальные кольпоскопические картины;
- расхождение результатов цитологического метода исследования и расширенной кольпоскопии.

Важно помнить, что взятие биопсии противопоказано при вагините, цервиците,

наличии ИППП [15, 24].

Тестирование на ВПЧ-ВКР в программах скрининга на РШМ

Благодаря планомерной работе скрининговых программ и своевременному выявлению предраковых поражений и начальных стадий злокачественного заболевания во многих развитых странах за последние годы отмечено снижение показателей заболеваемости и смертности женщин от РШМ [2].

В настоящее время тестирование на ВПЧ-ВКР включено в программы цервикального скрининга во многих странах мира [24, 26, 27].

При нежелании пациенток участвовать в скрининге по ряду субъективных причин возможен самозабор вагинального секрета для последующего ВПЧ-тестирования. Опыт показывает, что большинство женщин комплаентны к данному методу, что в целом может увеличить общий охват участвующих в программах скрининга РШМ [28, 29].

В России ВПЧ тестирование наряду с цитологическим исследованием мазков с шейки матки являются скринингом здоровых женщин в возрасте 30-65 лет для раннего выявления предраковых заболеваний и рака шейки матки (РШМ). Частота проведения ВПЧ тестирования среди здоровой популяции составляет 1 раз в 5 лет. Метод диагностики – ПЦР (полимеразная цепная реакция) [24].

Принципы терапии ПВИ

В настоящее время в мире и в России нет единого стандарта лечения пациентов с ВПЧ-ассоциированной инфекцией. Основное лечение ВПЧ-ассоциированных заболеваний представлено деструктивными методиками, такими как применение цитотоксических препаратов (подофиллин, подофиллотоксин, 5-фторурацил и др.); химическая деструкция (трихлоруксусная кислота, Солкодерм и др.); физическая деструкция с применением различных энергий (крио-, электродеструкция, СО₂-лазерная вапоризация, радиоволновая хирургия, аргоноплазменная абляция, фотодинамическая терапия) [30].

Деструктивные методики при всей своей эффективности являются достаточно травматичными, особенно при обширных поражениях, и могут вызывать нарушения анатомии и функций шейки матки, что приводит к репродуктивным нарушениям (невынашивание беременности, истмико-цервикальная недостаточность, осложнения в родах и др.).

Данные методы лечения могут сопровождаться рецидивами заболевания с прогрессированием патологического процесса [31].

Известно, что при хронических заболеваниях с длительной персистенцией вирусов-патогенов закономерно развиваются иммунодефицитные состояния. Аналогичные закономерности выявлены при длительном течении ВПЧ-инфекции и при ассоциированных с ним заболеваниях, что создает предпосылку к реинфицированию и дальнейшей длительной персистенции ВПЧ. На основании исследований, раскрывших молекулярные механизмы инфицирования, персистенции и размножения ВПЧ в эпителиальных клетках человека, было научно обосновано применение иммунотерапии в качестве патогенетического лечения пациентов с клинически манифестной генитальной ВПЧ-инфекцией [4].

Согласно клиническим рекомендациям Российского общества акушеров-гинекологов, утвержденных Минздравом России, лечение иммуномодуляторами (по АТХ – Иммуностимуляторы) продуктивного компонента ВПЧ-инфекции, инициирующей и поддерживающей прогрессию CIN, патогенетически оправдано лишь в дополнение к эксцизии [24]. В исследованиях с низким уровнем доказательности показан ряд положительных результатов в отношении суппозиториев на основе гистидил-глицил-валил-серил-глицил-гистидил-глицил-глутаминил-гистидил-глицил-валил-гистидил-глицина, дииндолилметана, инозина пранобекса и некоторых других препаратов [10, 15, 24].

Профилактика ВПЧ-инфекции

Соблюдение мер безопасности сексуальных контактов:

- исключение случайных половых контактов;
- использование средств барьерной контрацепции;
- обследование и лечение половых партнеров.

Вакцинация

Одним из общепризнанных и доказанных методов специфической первичной профилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний является вакцинация против вирусов папилломы человека различных генотипов. Для этой цели в Российской Федерации зарегистрированы вакцины: вакцина против вируса папилломы человека рекомбинантная, адсорбированная, содержащая адъювант AS04 (двухвалентная, содержащая антигены ВПЧ 16

и 18 типа), и вакцина против вируса папилломы человека квадριвалентная, рекомбинантная (типов 6, 11, 16, 18) (содержащая антигены ВПЧ 6,11,16,18 типов) [32].

Следует отметить, что данные виды вакцин не обладают лечебным эффектом и применяются исключительно с профилактической целью. Они предохраняют не от всех генотипов ВПЧ-ВКР, хотя и обладают перекрестным эффектом в отношении высокоонкогенных ВПЧ 31, 33, 45 типов. Клинические наблюдения показали, что среди неинфицированных ВПЧ людей квадριвалентная рекомбинантная вакцина против вируса папилломы человека обеспечивает почти 100% защиту от анальных бородавок, ассоциированных с 6 и 11 типами ВПЧ, и действует протективно в 83% в отношении всех аногенитальных бородавок [25].

Вакцинация против вируса папилломы человека, ориентированная в России на девочек в возрасте 9-13 лет и до начала половой жизни, является действенной мерой первичной профилактики РШМ и включена в Глобальную стратегию ВОЗ по ускорению элиминации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения на период 2020–2030 гг., принятую 3 августа 2020 года на 73 Сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения [33].

В декабре 2022 года была опубликована обновленная позиция ВОЗ по применению вакцины против вируса папилломы человека. Согласно приведенной в документе информации, вакцинация одной дозой (именуется альтернативным графиком однодозовой вакцинации по незарегистрированным показаниям) может обеспечивать эффективность и долгосрочность защиты, сопоставимую с вакцинацией двумя дозами. Рекомендация по применению альтернативного графика однодозовой вакцинации была первоначально вынесена независимой консультативной группой экспертов ВОЗ в апреле 2022 г. Данный подход был оценен лидерами мнений как очень своевременный, поскольку во всем мире отмечено снижение охвата вакцинацией против ВПЧ. Эксперты считают, что оптимизация графика вакцинации против ВПЧ улучшит доступ к вакцине и даст странам возможность увеличить число девочек, которые могут быть вакцинированы, что облегчит бремя часто сложной и дорогостоящей последующей вакцинации для завершения графика. Крайне

важно, чтобы страны активнее реализовали свои национальные программы вакцинации против ВПЧ.

В настоящее время ВОЗ рекомендует разные графики вакцинации для пациенток различных возрастных групп:

- одно- или двухдозовую вакцинацию для девочек в возрасте от 9 до 14 лет;
- одно- или двухдозовую вакцинацию для девочек и женщин в возрасте от 15 до 20 лет;
- двухдозовую вакцинацию с интервалом в 6 месяцев для женщин в возрасте старше 21 года.

В обновленном документе с изложением позиции ВОЗ подчеркивается важность приоритетной вакцинации людей с ослабленным иммунитетом или больных ВИЧ-инфекцией. Лица с ослабленным иммунитетом должны получать как минимум две дозы, а когда это возможно — три дозы. Первичной группой для вакцинации являются девочки в возрасте от 9 до 14 лет, т. е. до начала половой жизни. Вакцинация вторичных групп, таких как мальчики и более взрослые женщины, рекомендована в тех случаях, когда она возможна и экономически доступна.

В настоящее время ведутся активные исследования и дискуссии относительно необходимости и эффективности ревакцинации в более позднем возрасте. Получены данные, что вакцинация подростков сохраняет защитный эффект от инфицирования ВПЧ-ВКР на протяжении 9,4 лет для двухвалентной вакцины и более 8 лет для четырехвалентной вакцины. Однако конкретных и основанных на сведениях доказательной медицины рекомендаций по проведению ревакцинации пока в мире нет [34, 35].

Санитарно-просветительная и информационная работа

В качестве мер сохранения здоровья и профилактики рака шейки матки ВОЗ предлагает шире информировать подростков и взрослое население о роли табакокурения в цервикальном канцерогенезе, воспитывать культуру сексуальных отношений с учетом возраста и культуры, продвигать и даже предоставлять презервативы, особенно в группах риска.

Следует информировать женщин, что вакцинация не защищает от всех заболеваний, вызванных разными типами ВПЧ, и ни в коей мере не отменяет необходимость проведения регулярных гинекологических осмотров и

участия в программах скрининга на рак шейки матки [24, 33].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Globocan Cancer today : website. <https://gco.iarc.fr/today/en> (date of the application: 22.03.2024).
2. HPV Information Centre. <https://hpvcentre.net/datastatistics.php> (date of the application: 22.03.2024).
3. Bruni L., Albero G., Serrano B., et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). INDICATOR GUIDELINES 20 October 2021. https://hpvcentre.net/link_media/methodologies.pdf
4. Сухих Г.Т., Прилепская В.Н. Профилактика рака шейки матки: руководство для врачей. Изд. 3-е. М.: МЕДпресс-информ, 2012.
5. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition> (date of the application: 22.03.2024).
6. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, DVD Edition. Available at: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/fertility/wfd2017.asp>.
7. Santella B., Schettino M.T., Franci G., et al. Microbiota and HPV: the role of viral infection on vaginal microbiota. *J Med Virol.* 2022;94:4478-4484. doi:10.1002/jmv.27837
8. Kairys N., Carlson K., Garg M. Gardnerella Vaginalis. 2023 Nov 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan – PMID: 29083684.
9. Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р. Современные возможности диагностики и лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний гениталий. *Медицинский совет.* 2020; 3: 107–113. doi: 10.21518/2079-701X-2020-3-107-113.
10. Короленкова Л.И. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии и ранние формы рака шейки матки: клинико-морфологическая концепция цервикального канцерогенеза. М., 2017. 300 с.
11. Туранова О.В., Белокриницкая Т.Е., Белозерцева Е.П., Авраченко А.В. ВПЧ-инфекция: проспективное наблюдение элиминации и оценка факторов риска персистенции. *Доктор.Ру.* 2019; 159:31–35.
12. Нагурная В.В., Зульфиаева Ж.А. Заболеваемость женщин ВПЧ в Бурятии по данным поликлиники РКБ им. Н.А Семашко. *STUDNET.* 2021; 8:11.
13. Бебнева Т.Н., Дикке Г.Б. Риск невынашивания и недонашивания беременности у женщин с ВПЧ-инфекцией и рецидивирующими нарушениями биоценоза влагалища. *Акушерство и гинекология.* 2019; 2:135-142.
14. Hsu L.-C., Tu T.-Y., Chen H.-Y., et al. Female Human Papillomavirus Infection Associated with Increased Risk of Ectopic Pregnancy: Early Evidence from Taiwan Population-Based Cohort Study. *J. Pers. Med.* 2022, 12, 172. <https://doi.org/10.3390/jpm12020172>
15. Шейка матки, влагалище, вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей / под ред. С.И. Роговской, Е.В. Липовой. М.: Редакция журнала Status Praesens, 2014. 832 с.
16. Xiao T., Ou C.Q., Yang J., et al. The Risk Factors for Cervical Cytological Abnormalities Among Women Infected With Non-16/18 High-Risk Human Papillomavirus: Cross-sectional Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2022 Dec 8;8(12):e38628. doi: 10.2196/38628.
17. Lowy D.R. HPV vaccination to prevent cervical cancer and other HPV-associated disease: from basic science to effective interventions. *J Clin Invest* 2016; 126 (1):5–11.
18. Артымук Н.В., Марочко К.В. Эффективность выявления вируса папилломы человека при помощи устройства для самостоятельного забора вагинального отделяемого. *Акушерство и гинекология.* 2016; 3:85-91.
19. Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Туранова О.В., Шемякина К.Н., Плетнева В.А., Самбуева Н.Б., Мальцева Е.Е. Результативность и приемлемость обследования на вирус папилломы человека при самостоятельном и врачебном заборе вагинального отделяемого. *Акушерство и гинекология.* 2017; 2:97-105.

20. aguenoer K., Sengchanh S., Gaudy-Graffin C., et al. Vaginal self-sampling is a cost-effective way to increase participation in a cervical cancer screening programme: a randomised trial. *Br J Cancer*. 2014 Nov 25;111 (11):2187-96. doi: 10.1038/bjc.2014.510.
21. Bansil P., Wittet S., Lim J.L., et al. Acceptability of self-collection sampling for HPV-DNA testing in low-resource settings: a mixed methods approach. *BMC Public Health*. 2014;14:596.
22. Arbyn M., Verdoodt F., Snijders P.J., et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2014 Feb;15 (2):172-83. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70570-9.
23. Sultana F., Mullins R., English D.R., et al. Women's experience with home-based self-sampling for human papillomavirus testing. *BMC Cancer*. 2015; 15:849.
24. Адамян Л.В., Аполихина И.А., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. и др. Клинические рекомендации. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки. ID: КР597. Год утверждения: 2020. 59 с.
25. Аногенитальные (венерические) бородавки. Клинические рекомендации. ID:204. Год утверждения: 2021. 26 с.
26. Koh W.J., Abu-Rustum N.R., Bean S., et al. Cervical Cancer, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019 Jan;17(1):64-84. doi: 10.6004/jnccn.2019.0001.
27. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition (electronic version). World Health Organization 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>
28. Del Mistro A., Frayle H., Ferro A., et al. Efficacy of self-sampling in promoting participation to cervical cancer screening also in subsequent round. *Prev Med Rep*. 2016 Dec 23;5:166-68. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.12.017. eCollection 2017. Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Туранова О.В., Плетнёва В.А., Пальцева Т.В., Низелькаева Л.Ю. Самостоятельный vs врачебный забор материала для ВПЧ-теста: результативность и приемлемость у пациенток разных возрастных групп. *Доктор.Ру*. 2017; 7 (136): 8–14.
29. Абакарова П.Р., Прилепская В.Н. ВПЧ-ассоциированные заболевания шейки матки. Возможности комплексной терапии. *Гинекология*. 2017; 19 (5): 4–9. doi: 10.26442/2079-5696_19.5.4-9
30. Костава М.Н., Прилепская В.Н. Возможности терапии папилло-мавирусной инфекции. *Рус. мед. журн*. 2009; 17 (1): 9–16.
31. Вакцины против папилломавирусной инфекции человека: документ по позиции ВОЗ, октябрь 2014; N 43; 89, 465-492. URL: <http://www.who.int/wer>.
32. WHA73.2 Глобальная стратегия по ускорению элиминации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения и установленные в ней цели и задачи на период 2020–2030 гг. 3 августа 2020 г. 4 с. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R2-ru.pdf.
33. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Таточенко В.К., Вишнева Е.А., Федосеенко М.В. Вакцинопрофилактика заболеваний, вызванных вирусом папилломы человека: позиции доказательной медицины. Обзор клинических рекомендаций. *Вопросы современной педиатрии*. 2017; 2:107–117.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бобрович В.В., Евстафьева Ю.В.
**ПРОБЛЕМЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ И ВОЗМОЖНОСТИ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕССОВ
В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Организация работы приемного отделения при оказании медицинской помощи как в плановой, так и в экстренной форме, важна для любого стационара вне зависимости от размеров и уровня медицинской организации. От своевременности, эффективности, безопасности помощи, оказанной в ближайшее время после поступления или обращения больного в медицинскую организацию, во многом зависит конечный результат [1].

Положением об организации оказания специализированной медицинской помощи установлено, что в экстренной форме время от момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи в медицинскую организацию или от момента самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию до установления предварительного диагноза не должно превышать 1 час [2]. Медицинские организации локальным актом самостоятельно устанавливают нормативное время нахождения пациента в приемном отделении с целью обеспечения логистики госпитализации, выполнения полного объема необходимых исследований, оформления медицинской документации. Как правило, это время составляет до двух часов, однако на практике пациент находится в приемном отделении гораздо дольше. При этом большую часть времени пациент проводит в ожидании консультации специалиста, диагностических обследований, поиске необходимых кабинетов [3, 4].

В исследованиях различных авторов установлено, что процесс госпитализации пациента может достигать трех и более часов, при средней длительности госпитализации 160 минут [3, 4, 5]. Причинами этого являются: отсутствие навигации в помещениях приемного отделения и, как следствие, затраты

времени на поиск необходимых кабинетов; большое количество этапов оказания медицинской помощи в приемном отделении с необходимостью для пациента несколько раз перемещаться в обратном направлении чтобы получить консультацию/обследование следующего специалиста; отсутствие в «бегунке для пациента» номеров кабинетов; очереди пациентов у кабинетов; длительное ожидание врача в смотровом кабинете; длительное ожидание результатов анализов пациента; ожидание согласований, решений, заключений [4].

В исследовании С.Н. Ильина «Повышение эффективности деятельности стационаров с использованием технологий бережливого производства» описан типовой поток стационарного пациента от момента обращения в поликлинику до выписки из стационара. Наиболее значимыми проблемами определены такие, как избыточный документооборот – 84 документа, до 20 IT-систем в потоке, время на оформление документации – 413 минут. При госпитализации пациента в приемном отделении стационара очередь в регистратуру составила восемь человек, среднее время ожидания консультации врача – 34 минуты, средняя длительность госпитализации – 160 минут [5].

В работе И.С. Стилиди и соавторов «Оптимизация работы приемного отделения в условиях работы Национального исследовательского Онкологического центра с применением бережливых технологий» выделены следующие группы проблем:

1. Нерациональная логистика движения пациентов: неразделенные, смешанные потоки пациентов; большие очереди у кабинетов врачей и у регистратуры – более 20 минут; отсутствие в направлении на госпитализацию «дорожной карты госпитализации» для пациентов; отсутствие настенной и напольной иллюстративной навигации для пациентов.

2. Отсутствие координированной работы приемного отделения и профильных отделений: отсутствие единого электронного пространства; отсутствие электронной записи пациентов на госпитализацию в то или иное отделение; неосведомленность сотрудников профильных отделений о порядке госпитализации пациентов и прохождении через приемное отделение.

3. Чрезмерная загрузка персонала приемного отделения: недостаточное количество врачей, ведущих прием; бумажный документооборот;

недостаточное техническое оснащение кабинетов врачей и регистраторов; чрезмерная загрузка старшего и среднего медицинского персонала побочными вопросами во время госпитализации [6].

В работе С.В. Евстигнеева и соавторов «Совершенствование работы приемного отделения крупной многопрофильной больницы в современных условиях» выявлены схожие с другими исследованиями проблемы, среди которых можно выделить: нерациональную логистику движения пациентов, отсутствие комфортной зоны для ожидания электронной очереди госпитализации (пациентов и сопровождающих), нескоординированную работу приемного отделения и профильных отделений, сроки пребывания пациентов на этапе госпитализации, превышающие нормативные значения [7].

Для выявления проблем с последующим их решением, совершенствования медицинских процессов в приемных отделениях используются технологии бережливого производства. Применяются следующие инструменты: хронометраж, картирование процессов с построением карт текущего и целевого состояния, диаграмма спагетти. Задача данного этапа – получить понимание конкретных временных затрат на протекание процесса и его подпроцессов, определить виды потерь, установить их причины.

Совершенствование медицинских процессов в рамках бережливого производства делает работу строго стандартизированной, с определением и соблюдением точных временных промежутков, затрачиваемых на то или иное действие, а также с четко выверенной логистикой. Изменение рабочего процесса в рамках данной системы подразумевает получение максимальной эффективности путем детального анализа и перестройки процесса в «проблемных местах» при минимальных и только необходимых дополнительных инвестициях.

В рамках совершенствования процессов в медицинских организациях выполняется перепланировка приемных отделений, что дает возможность разделить потоки пациентов, сократить количество их пересечений, корректируется система навигации, вводится система цветовой маркировки зон ожидания, регистратуры и зоны кабинетов врачебного осмотра. В целях устранения временных потерь

внедряются маршрутные листы пациента в приемном отделении, предполагающие не только перечень лабораторных и инструментальных диагностических исследований, но и последовательность их выполнения. Для координации взаимодействия приемного отделения и профильных отделений стационара вводится электронная запись на госпитализацию в профильные отделения.

В проведенных авторами исследованиях также представлены измеримые результаты совершенствования процессов в приемных отделениях многопрофильных стационаров. По результатам внедренных улучшений время госпитализации пациента в разных исследованиях сократилось от 60 до 110 минут, очередь в регистратуру с 8 до 3 человек, среднее время ожидания осмотра пациента специалистом с 34 до 9 минут.

Обзор выполненных исследований позволяет сделать вывод об эффективности применения системы бережливого производства при организации оказания специализированной медицинской помощи в многопрофильных стационарах. Данный опыт может быть использован для улучшения работы приемных отделений медицинских организаций.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). Вторая версия" (утв. ФГБУ "Национальный институт качества" Росздравнадзора 01.03.2022) Документ предоставлен КонсультантПлюс www.consultant.ru
2. Приказ Минздрава России от 02.12.2014 N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи" Документ предоставлен КонсультантПлюс www.consultant.ru
3. Суслин С.А. Программа тайм-менеджмента приемного отделения городской больницы / С.А. Суслин, А.В. Вавилов, Р.И. Гинятулина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № S5. – С. 168–169. – EDN QWOPET.

4. Исакова А.П. Поиск проблем инструментами бережливого производства при госпитализации пациента в приемное отделение многопрофильного стационара при самообращении / А.П. Исакова, П.В. Койдан // Медицина завтрашнего дня : Материалы XXII научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, Чита, 18–21 апреля 2023 года. – Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2023. – С. 281–282. – EDN ZZCBEQ.
5. Ильин С.Н. Повышение эффективности деятельности стационаров с использованием технологий бережливого производства : презентация PDF / С.Н. Ильин, 2020. – 16 с.
6. Оптимизация работы приёмного отделения в условиях работы национального исследовательского онкологического центра с применением бережливых технологий / И.С. Стилиди, И.А. Дорошев, Е.А. Быкова [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 7. – С. 17–22. – EDN ZDKVZL.
7. Совершенствование работы приемного отделения крупной многопрофильной больницы в современных условиях / С.В. Евстигнеев, А.В. Никишин, И.В. Фролова, В.В. Васильев // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций : II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, Саратов, 23–24 сентября 2021 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, 2021. – С. 108–112. – EDN OMLSXZ.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

УДК 378.661.18(571.55)

Емельянова А.Н., Епифанцева Н.В.,
Васильева А.В., Калинина Э.Н.,
Костромина Н.А., Пономарева А.А.,
Чупрова Г.А.

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА НА КАФЕДРЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ СИСТЕМЫ ЦЕННОСТЕЙ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Воспитание – сложный, многоплановый и многоуровневый процесс, в котором положительный результат достигается путем расширения социального партнерства, развития согласованного взаимодействия студента, педагога-воспитателя, коллектива вуза в целом. На современном этапе, согласно требованиям нового Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, требуется уделять больше внимания воспитательной работе в медицинских вузах [1]. Морально-нравственное воспитание, привитие норм этики и деонтологии, повышение самодисциплины, укоренение ценностей человеческой жизни, здоровья, семьи – все это в полной мере должно сопровождать ежедневный процесс обучения студента-медика как на фундаментальных, так и на клинических кафедрах [3, 4].

Формирование мотивации к соблюдению правил и реализации принципов здорового образа жизни, стремлению к управлению собственным здоровьем, отчуждение от моделей поведения, неприемлемых обществом, готовность к получению информации – одна из основных задач обучения студентов [5], в том числе и медицинских вузов.

В своей работе мы представляем одну из форм воспитательной работы со студентами, проводимую на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО ЧГМА, целью, задачей и направлением которой является создание условий для становления профессиональной и социально-компетентной личности студента. Все эти требования успешно реализуются не только через профессиональное обучение, но

и через широкий воспитательный процесс, проводимый как в рамках учебных занятий и лекционного цикла, так и во внеучебное время. Для этого на кафедре в 2016 г. по инициативе заведующей организован дискуссионный клуб «Здоровье» [2]. 29.11.2023 года состоялось очередное его заседание, приуроченное к Всемирному дню борьбы со СПИДом (1 декабря), в формате семинара-тренинга «Остановим распространение ВИЧ-инфекции вместе». Основная цель данного мероприятия – повышение уровня информированности по проблемам, связанным с ВИЧ/СПИД, выработка и развитие навыков предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией. Для достижения цели необходимо было решить такие задачи, как выяснение уровня информированности студентов младших курсов медицинского вуза по проблеме и предоставление достоверной информации о путях передачи ВИЧ, об особенностях обследования на ВИЧ, о безопасном поведении, о возможностях предотвращения инфицирования; формирование навыков предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией; проверка уровня усвоения информации.

На первом этапе в качестве тренеров выступили ординаторы первого года обучения кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии, которые немного рассказали о себе, о начале своей профессиональной деятельности, личных ожиданиях и о пожеланиях относительно предстоящей работы, благодаря чему была создана демократическая, располагающая атмосфера.

На втором – этапе знакомства – представлены друг другу все гости заседания: А. Коробков – заведующий отделом профилактики обособленного подразделения центра профилактики и борьбы со СПИД «ГУЗ Краевая клиническая инфекционная больница» (главный врач, к.м.н., доцент Лукьянов С.А.), сотрудники и клинические ординаторы кафедры, студенты 1 курса лечебного и 2 курса педиатрического факультетов.

3 этап – «Этап ожидания участников», перед которым стояла задача, выяснить ожидания студентов от проводимого мероприятия с помощью вопросов в аудиторию («Что вы хотите получить?», «Что вы хотите узнать на этом семинаре-тренинге?»). После того, как участники клуба поделились своими мыслями, ведущие-тренеры более детально познакомили

их с базовой информацией о ВИЧ/СПИД и других инфекциях, передающихся половым путем, при этом особое внимание обратили на пути инфицирования вирусом иммунодефицита человека и принципы защиты от него, кроме того – помогли выработать поведенческие мотивации к сохранению своего здоровья и толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным. Для актуализации проблемы зав. отделом профилактики обособленного подразделения «Центр профилактики и борьбы со СПИД» рассказал ситуации с распространением ВИЧ-инфекции в стране, прокомментировал ситуацию по заболеваемости в Забайкальском крае.

Студенты медики узнали о том, что первый ВИЧ-инфицированный был зарегистрирован в Забайкальском крае (тогда Читинской области) в теперь уже далеком 1996 году (за год было выявлено всего 18 случаев). Несколько шокирующей для студенческой аудитории был сравнительный анализ, в результате которого узнали, что сейчас регистрируется в год до четырехсот человек только выявленных подтвержденных случаев. До студентов также была доведена информация о том, что ВИЧ-инфицированными могут быть разные слои населения, что нет и возрастного барьера. Студентам младших курсов небезынтересным оказался факт, что в регионе, в котором они проживают, в 2001 г. была объявлена эпидемия ВИЧ, при этом ситуация остается серьезной и сегодня.

На 4 этапе для закрепления полученной информации выполнено практическое упражнение "Пути передачи ВИЧ". Согласно условиям, из участников заседания клуба были созданы две команды, каждой из которых представлен 1/2 листа ватмана и набор карточек, а также инструкция по выполнению задания: прикрепить их на листе ватмана:

– 1 команде – карточки, демонстрирующие пути, которыми ВИЧ не может попасть в организм человека;

– 2 команде – карточки с представленными путями, которыми ВИЧ попадает в организм человека. Кроме того, при выполнении этого задания перед участниками была поставлена дополнительная задача – проранжировать карточки, определив степень риска в той или иной ситуации – расположить карточку на плакат в соответствии с уровнем риска заражения ВИЧ-инфекцией (высокий риск/средний риск/нет риска).

По истечении времени капитаны команд представили результаты проделанной работы. Тренер-ведущий исправил ошибки и акцентировал внимание на тех путях заражения и передачи ВИЧ, которые не были выделены участниками.

5 этап – групповая дискуссия «Спорные утверждения», которая, кроме информирования, дала возможность каждому участнику высказать свои взгляды на проблему ВИЧ/СПИД, сделать их менее дискриминационными. В ходе этого этапа ведущий зачитывал по одному несколько спорных утверждений, связанных с проблемой ВИЧ/СПИД (принудительное обследование на ВИЧ – единственный способ сдержать распространение инфекции; ВИЧ-инфицированная женщина не должна рожать детей; все ВИЧ-инфицированные должны быть изолированы; ВИЧ-инфекция – это наказание за гомосексуализм, наркоманию, сексуальную распущенность; ВИЧ-инфицированные дети не должны посещать спортивные секции; это несправедливо, что на пенсии старикам у государства денег не хватает, а огромные суммы на лечение ВИЧ-инфицированных находятся; сексуальное воспитание должно пропагандировать безопасный секс; наркоман может умереть от СПИДа; государство должно наложить запрет на брак для ВИЧ-инфицированных граждан). После того как утверждение было произнесено, участникам, согласным с ним, было предложено поднять руку. Кроме того, в ходе обсуждения решались такие проблемы: какие чувства возникли у вас, когда вы размышляли над этими вопросами; легко ли было высказывать свою точку зрения перед всеми участниками, особенно, когда вы оказывались в меньшинстве; легко ли было изменить свою точку зрения? Выслушав разные точки зрения, подводились итоги.

6 этап заключительный – рефлексия, завершение работы.

Все пришли к единому мнению, что главная роль в предупреждении распространения ВИЧ как в стране, так и в крае отводится духовно-нравственному воспитанию, что в наибольшей степени факторами, влияющими на распространение ВИЧ, являются утрата ценностных ориентиров, размывание традиционных моральных устоев, что в студенческой среде с первых дней обучения особое внимание следует уделить повышению семейных ценностей и традиций, ответственного

отношения между полами, неприемлемости рискованного поведения, в том числе употребления наркотиков и синтетических веществ.

Все студенты согласились с мнением А. Коробкова, который отметил: «Основная причина – легкомысленное отношение к собственному здоровью. ВИЧ-инфекция – не миф, она продолжает активно распространяться, в том числе в нашем регионе. Каждый из нас – хозяин своей жизни и здоровья».

В завершении семинара-тренинга ведущий просит участников сказать, какие чувства у них вызвало данное занятие.

При подведении окончательных итогов наиболее активные участники отмечены сладкими сувенирами, всем остальным предоставлены папки с информационными материалами по проблемам ВИЧ/СПИД.

Таким образом, организованный на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии дискуссионный клуб «Здоровье», являясь одним из форм внеурочной воспитательной работы, стал для участников не просто площадкой интеллектуального взаимодействия, творческого поиска ответов на непростые исторические, культурные, профессиональные вопросы, но и, способствуя формированию у обучающихся системы общечеловеческих ценностей, таких как жизнь, здоровье, семья, которые будут иметь важное значение в будущей профессиональной деятельности по пропаганде здорового образа жизни и профилактике социально значимых заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, является одним из методов воспитательной работы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Еремушкина Я.М. Концепция развития воспитательной работы на кафедре инфекционных болезней и эпидемиологии // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2017. № 3 (20).
2. Клуб «Здоровье» как форма воспитательной работы кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии / Г.А. Чупрова, А.Н. Емельянова, Н.В. Епифанцева [и др.] // Актуальные проблемы образовательного процесса в высшей медицинской школе: от теории к практике : сборник материалов I межрегиональной научно-практической конференции, 1 января-31 декабря 2019 г. / отв. ред. Д.В. Чупрова, Н.Н. Волнина, К.А. Стародубцева. – Чита : РИЦ ЧГМА,

2019. – С. 158–160.
3. Кувшинова А.Ю. Формирование системы ценностей и профилактика ВИЧ-инфекции в студенческой среде медицинского вуза // Вестник СМУС74. – 2017. – № 1 (16). – С. 66–68.
 4. Лукьянова З.В. Формирование системы профессиональных ценностей личности будущего медицинского работника // Вестник Башкирского университета. – 2007. – № 4 (12) – С. 216–218.
 5. Чудинова Л.Е. Формирование мотивации на здоровый образ жизни // Образование. Карьера. Общество. – 2013. – № 3 (39). – С. 35–36.

УДК 616-053.2:378.661:303.62

Левченко Н.В., Каргина И.Г., Панова М.С., Лопатина Н.В.

ПРЕПОДАВАНИЕ МОДУЛЯ ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ ПРОПЕДЕВТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОМОЩНИК ВРАЧА-ПЕДИАТРА. ВЗГЛЯД СТУДЕНТА

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

***Аннотация.** В статье представлены сведения о преподавании дисциплины «Помощник врача-педиатра. Модуль по получению первичных пропедевтических навыков в ЦПН», введенной в учебный процесс в 2023-2024 учебном году. С помощью анкетирования студентов педиатрического факультета проведен анализ степени освоения практических навыков за период обучения в 5 семестре.*

***Ключевые слова:** помощник врача-педиатра, практические навыки, анкетирование, студенты.*

Введение. Последние годы внесли корректировку в процесс образования в медицинских вузах. В 2020 г. на конференции, посвященной методологии преподавания пропедевтики детских болезней, было озвучено, что классическое изучение практических навыков «у постели больного» затруднено в силу эпидемиологических и юридических причин. Невозможность организовать процесс совмещения лечебной и педагогической деятельности в лечебных учреждениях во

время пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 подталкивала к разработке и внедрению инновационных подходов в преподавании [3, 7]. Современное медицинское образование ориентировано, с одной стороны, на профессиональные стандарты, с другой – регламентировано Законом РФ «Об образовании» по Федеральным государственным стандартам. Требования к качественной подготовке врача-педиатра предусматривают формирование базы не только теоретических знаний, но и практических навыков [1, 4, 5]. Благодаря открытию центров практических навыков в медицинских вузах появилась возможность многократного повторения мануального навыка на манекене или симуляторе без риска для пациента [6].

Преподавание дисциплины «Помощник врача-педиатра. Модуль по получению первичных пропедевтических навыков в ЦПН» в Читинской государственной медицинской академии осуществляется на кафедре пропедевтики детских болезней с 2023-2024 учебного года у студентов 3 курса в 5 и 6 семестрах. Базой для проведения занятий является аккредитационно-симуляционный центр ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ. Рабочая программа составлена в соответствии с ФГОС3++ по направлению подготовки 31.05.02 «Педиатрия». Изучение программы направлено на формирование профессиональной компетенции ПК-5. На освоение дисциплины выделено 72 часа, состоящих из 16 практических 3-часовых занятий и 24 часов самостоятельной работы. Разделы и темы дисциплины «Помощник врача-педиатра. Модуль по получению первичных пропедевтических навыков в ЦПН» представлены во взаимосвязи с дисциплиной «Пропедевтика детских болезней».

Аудитория для проведения занятия оснащена манекенами с анатомическими характеристиками ребенка, с возможностью имитации аускультативной картины легких и сердца, для проведения пальпации живота. На каждое практическое занятие имеется методическая разработка для преподавателя и студента. Для подготовки к занятию студентам предлагается изучить теоретический материал по теме с помощью учебников и учебно-методического пособия «Методика исследования ребенка», изданного кафедрой, ознакомиться с видеофильмом «Методика

исследования здорового ребенка», решить тестовые задания. На занятии преподаватель сначала демонстрирует практический навык, давая возможность понять алгоритм проведения осмотра пациента, затем студенты приступают к его отработке под контролем преподавателя. Оценка освоения навыков осуществляется с помощью чек-листов. В конце изучения дисциплины предусмотрен зачет.

Цель исследования: изучить мнение студентов 3 курса педиатрического факультета о степени освоения ими практических навыков по дисциплине «Помощник врача-педиатра. Модуль по получению первичных пропедевтических навыков в ЦПН» в 5 семестре.

Материалы и методы. В анонимном анкетировании приняли участие 104 студента 3 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия». Анализ и статистическая обработка выполнены с помощью программы Microsoft Excel 2010 г.

Результаты и обсуждение. Большинство опрошенных (97,1%) считает, что важным этапом подготовки будущего врача является качественное освоение студентом практических навыков. Появление уверенности после отработки практических навыков в аккредитационно-симуляционном центре при дальнейшей работе с пациентами отмечают 88,5% студентов. Довольны своей самоподготовкой оказались лишь 44,2% учащихся, частично довольны – 55,8%. При подготовке к занятию студенты одновременно пользовались разными методами: подавляющее большинство изучали чек-листы (97,1%), просматривали учебный фильм «Методика исследования здорового ребенка» (64,4%), читали учебную литературу (54,8%).

Все респонденты считают, что объяснение и демонстрация навыков преподавателем необходимы, контроль со стороны которого удовлетворяет 93,3%. По итогам 5 семестра практически все студенты (98,1%) довольны освоением практических навыков, при этом треть опрошенных (31,7%) сталкивались со сложностями в процессе обучения. Основной причиной проблем явилась высокая учебная нагрузка (74%), на втором месте – отсутствие мотивации получения знаний (17,3%).

Наибольшее затруднение вызывали навыки по темам: «Методика исследования дыхательной системы у детей: аускультация»,

«Методика исследования костно-суставной системы у детей», «Методика исследования лимфатических узлов у детей» (табл. 1).

Таблица 1

Количество студентов, имевших сложности в освоении тем занятий

Темы практических занятий	Количество студентов, %
Методика исследования кожи у детей	12,5
Методика исследования подкожно-жировой клетчатки у детей	3,8
Методика исследования лимфатических узлов у детей	19,2
Методика исследования мышечной системы у детей	14,4
Методика исследования костно-суставной системы у детей	34,6
Методика исследования дыхательной системы у детей: осмотр, пальпация	6,7
Методика исследования дыхательной системы у детей: перкуссия	17,3
Методика исследования дыхательной системы у детей: аускультация	42,3

Наиболее тяжелыми в освоении оказались такие практические навыки, как перкуссия (46,2%) и аускультация (52,9%). С похожими трудностями сталкиваются студенты не только ЧГМА, но и других медицинских вузов [2].

По мнению опрошенных, помочь закреплению практических навыков, полученных в аккредитационно-симуляционном центре, может практика у постели больного и на здоровых добровольцах (73,1%), а также выполнение заданий в виде ролевых игр (42,3%).

Заключение. Большинство студентов удовлетворены своим уровнем освоения практических навыков на базе аккредитационно-симуляционного центра ФГБОУ ВО ЧГМА. Обучение с использованием манекенов формирует чувство уверенности при последующей работе с пациентами. Слабой стороной является самоподготовка к практическим занятиям.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонов О.В. Современные требования к подготовке участкового врача через предметы «Пропедевтика детских болезней» и «Поликлиническая педиатрия». Опыт профильной кафедры Омской медицинской академии // Вестник СурГУ. Медицина. 2012. № 13. С. 34–40.

2. Арутюнов Г.П., Рылова А.К., Поляков Д.В., Сигунова Д.А., Иванова М.А. Методики практических навыков. Базовые трудности, взгляд студента. *www.j-chr.com*. 2021. № 2 (27). С. 52–65.
3. Гринько Е.Н. Подготовка врачей-педиатров в современных условиях // *Педиатрическая фармакология*. 2019. № 16 (2). С. 111–115.
4. Киселев А.А. Педагогика и психология как науки формирования потенциала современного общества: монография / А.А. Киселев, Л.П. Самойлов, С.Л. Данильченко [и др.] // Чебоксары: ИД «Среда». 2023. 216 с.
5. Лагно О.В., Завьялова А.Н. Пропедевтические знания – в помощь начинающему врачу-педиатру. *Медицинское образование*. 2021. № 1. Т.6. С. 45–54.
6. Левин П.В., Шашель В.А., Щеголева Н.Н., Фирсова В.Н. Использование центра практических навыков для формирования профессиональных компетенций у студентов педиатрического факультета // *Международный журнал экспериментального образования*. 2014. № 4. С. 154–156.
7. Симаходский А.С. Методологические подходы к преподаванию отдельных разделов педиатрии с целью качественной подготовки врачей педиатров / А.С. Симаходский, В.Ю. Альбицкий, А.В. Каган [и др.]. СПб: Свое издательство. 2020. 219 с.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

УДК: 616.3:616-006.8

¹Митин Н.А., ²Федорова Л.В.,
²Пахольчук П.П., ²Черепанов В.М.,
²Николаева Н.Ю., ²Туруло Е.А. ²Суркова В.Н.,
²Знаменщикова С.Ю., ²Зверева М.В.

ВНУТРИПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМА НА ФОНЕ ТЯЖЕЛЫХ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ КЛАСС В, ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ) КАК ТРУДНО ДИАГНОСТИРУЕМАЯ ПРИЖИЗНЕННО ПРОБЛЕМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)
 ГУЗ «Краевая клиническая больница Забайкальского края»
 г. Чита Россия (главный врач – В.В. Корнев)

Введение. Внутривенная холангиокарцинома (ВПХ) является одним из наиболее агрессивных злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, на долю которого приходится 10–15% всех первичных опухолей печени. Среди факторов риска ВПХ в странах Европы и России основное значение имеют заболевания, сопровождающиеся образованием конкрементов во внутривенных желчных протоках, к числу которых относят желчнокаменную болезнь (ЖКБ). В статье представлено клиническое наблюдение ВПХ, развившейся на фоне ЖКБ и цирроза печени, проведен обзор литературы.

Желчнокаменная болезнь является распространенным заболеванием органов пищеварения по всему миру, с частотой встречаемости в разных странах от 10 до 15%, в России – 3–12%, с существенными возрастными и гендерными различиями [1]. ЖКБ протекает преимущественно в виде острого или хронического холецистита. Холангиолитиаз является редким проявлением ЖКБ, характеризующимся наличием конкрементов в долевых и сегментарных желчных протоках. В европейских странах и в России встречается достаточно редко (не превышает 1%) и в подавляющем большинстве случаев (95–97%) является вторичным – связан с миграцией конкрементов из желчного

пузыря [2]. В странах Восточной Азии частота холангиолитиаза достигает 45% вследствие хронического холестаза, вызванного трематодами *Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis viverrini*. Первичное образование конкрементов во внутрипеченочных желчных протоках связано с общими нарушениями пигментного обмена и замедлением оттока желчи вследствие паразитарной инвазии (*C. sinensis*), стриктур внутрипеченочных протоков, склерозирующего холангита и холангиоэктазии при болезни Кароли [3]. Холангиоцеллюлярный рак, или холангиокарцинома (ХК), по частоте развития является второй после гепатоцеллюлярного рака первичной злокачественной опухолью печени. Около 50–70% от всех ХК развивается в области ворот печени, 20–30% – в дистальных отделах общего желчного протока и 5–15% – внутрипеченочного [4]. В настоящее время установлена этиопатогенетическая связь внутрипеченочной холангиокарциномы (ВПХ) с холангиолитиазом: частота холангиоцеллюлярного рака достигает 85 случаев на 100 тыс. населения в азиатских странах, в то же время в Европе она не превышает один случай на 100 тыс. населения [5].

Развитие аденокарциномы из эпителия желчных протоков – многоступенчатый процесс, включающий гиперплазию эпителия, дисплазию, аденокарциному *in situ* и инвазивную аденокарциному. Первичная ВПХ развивается из холангиоцитов каналов Геринга, гепатоцитов, междольковых желчных протоков, стволовых клеток печени, незрелых и зрелых междольковых холангиоцитов [6]. В канцерогенезе ВПХ ведущую роль играют хронический рецидивирующий холангит и пролиферация перибиллиарных желез. По морфологическому критерию ВПХ наиболее часто представлена тубулярной аденокарциномой, более редкие варианты могут иметь плоскоклеточную, аденосквамозную, перстневидноклеточную дифференцировку и др. [7, 8].

Клинические проявления ВПХ неспецифичны, возможны ощущение дискомфорта в области печени и потеря веса, желтуха, как правило, отсутствует [1]. На ранних стадиях заболевание протекает без проявления симптомов. В дальнейшем основными признаками холангиокарциномы становятся желтуха (пожелтение кожи, иктеричность склер, потемнение мочи, обесцвечивание кала)

и развивающийся на её фоне зуд. Данные проявления встречаются в 90% случаев.

Другими симптомами холангиокарциномы являются:

- усталость;
- тошнота;
- потеря веса;
- дискомфорт и боли в правом подреберье;
- увеличение объёма живота (за счёт опухоли, которую можно прощупать, или асцита – скопления жидкости в брюшной полости);
- боли в костях (при метастазах).

Точные причины развития холангиокарциномы неизвестны. Риск её образования повышается при наличии следующих заболеваний:

- первично склерозирующий холангит – хроническое заболевание печени неизвестного происхождения, характеризуется воспалением, склерозом внутри- и внепечёночных желчных протоков, чаще проявляется желтухой;
- язвенный колит – хроническое воспаление толстой кишки с образованием язв;
- кисты холедоха – мешковидные расширения желчного протока, чаще всего проявляется болями в животе и желтухой;
- болезнь Кароли – врождённое заболевание, при котором образуются множественные внутрипечёночные желчевыводящие кисты;
- аденомы – различные доброкачественные опухоли;
- множественный папилломатоз гепатикохоледоха – доброкачественное образование желчного протока, обычно проявляется желтухой;
- билиодигестивные анастомозы – соединения между желчным протоком и кишкой, возникшие после операции;
- поражение печени паразитами – сосальщиками *Opisthorchis viverrini* (вызывают описторхоз) и *Clonorchis sinensis* (вызывают клонорхоз);
- синдром Линча – наследственная патология, которая способствует развитию рака толстой кишки;
- болезнь Крона – тяжёлая хроническая патология, связанная с поражением слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта;
- курение, алкоголь;
- цирроз печени;
- воздействие рентгеноконтрастного вещества

- торогаста;
- дефицит белка печени альфа-1-антитрипсина;
- гепатит В, С;
- ВИЧ-инфекция;
- сахарный диабет;
- гепатоз печени.

Диагностика и лечение холангиолитиаза и холангиокарциномы. Холангиолитиаз и ВПХ выявляются преимущественно с помощью визуализирующих методов диагностики и часто являются случайной находкой при полном отсутствии клинических проявлений заболевания. В случаях клинически манифестного холангиолитиаза у пациентов наблюдаются гипертермия, немотивированная утомляемость, болевой синдром в правом верхнем квадранте живота, развитие желтухи. При лабораторном обследовании могут выявляться нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение скорости оседания эритроцитов, холестатический и цитолитический синдромы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) позволяют визуализировать дилатацию желчных протоков, наличие внутривнутрипротоковых конкрементов и образований печени, а также паренхиматозные изменения. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография позволяет получить достоверное изображение внутри- и внепеченочных желчных протоков, оценить наличие стриктур, а также выявить изменения перидуктальных тканей и паренхимы печени [9]. Позитронно-эмиссионная томография может быть полезна в диагностике ВПХ, но чувствительность метода варьирует в зависимости от морфологической структуры опухоли, при узловом типе ВПХ чувствительность может достигать 85%, тогда как при инфильтративном – не более 18% [10]. Биомаркер СА 19-9 при наличии ВПХ может быть как в пределах референтных значений, так и повышенным, при этом высокие значения СА 19-9 встречаются и при некоторых неопухолевых заболеваниях, например бактериальном холангите [11]. К инвазивным методам диагностики относятся ретроградная и чреспеченочная холангиография и холангиоскопия. Стратегия лечения холангиолитиаза в целом основана на достижении максимально полного удаления конкрементов желчных протоков и профилактике холангита и развития билиарных

стриктур, предупреждении прогрессирования заболевания с переходом в цирроз либо развития ХК. К нехирургическим методам относят методы эндоскопического и чрескожного удаления конкрементов, литотрипсию, а к хирургическим – резекцию печени и гепатэктомии. Развитие билиарных стриктур во время лечения всегда требует внимательного скрининга в отношении ХК. В сравнительном исследовании Н.К. Kim и соавт. (2015) установили, что ВПХ должна быть заподозрена у пациентов с длительным анамнезом холангиолитиаза (более 10 лет), снижением на этом фоне массы тела, высокими уровнями щелочной фосфатазы, ракового эмбрионального антигена (РЭА), СА 19-9, наличием конкрементов в протоках обеих долей печени и/или выявлением билиарных стриктур [8]. В случае выявленной ВПХ на первой-второй стадиях хирургическое лечение должно рассматриваться как основное. Операция остается единственным радикальным методом, способным излечить пациента с опухолью билиарного тракта. Цель хирургического лечения – достижение резекции, что ассоциируется с наилучшими отдаленными результатами (пятилетняя выживаемость – 20–43%, медиана выживаемости – 27–36 месяцев). При ВПХ рутинно не выполняется трансплантация печени из-за часто возникающего раннего рецидива опухоли, однако опыт отдельных центров трансплантации показывает хорошие результаты у небольших групп пациентов. В среднем не более 15% пациентов подлежат радикальному лечению на момент выявления заболевания. При более поздних стадиях ВПХ возможными вариантами лечения являются системная химиотерапия (ХТ), химиолучевая терапия (ХЛТ), а также методы локального контроля опухоли, такие как абляция, эмболизация, локорегионарная химиотерапия и фотодинамическая терапия. При погранично-резектабельном процессе начало лечения возможно с системной ХТ с повторной оценкой резектабельности после 4–6 курсов и принятием решения о хирургическом лечении, однако надо учитывать, что существующая системная химиотерапия приводит к уменьшению размеров первичной опухоли и переходу в резектабельное состояние в достаточно редких случаях. При однозначной нерезектабельности локализованного поражения после завершения системной ХТ первой линии (гемцитабин + цисплатин или гемцитабин + оксалиплатин)

может проводиться ХЛТ со фторпиримидинами либо самостоятельная стереотаксическая лучевая терапия. Эффект локального контроля над опухолью может достигаться при подключении локорегионарных методов лечения – трансартериальной химио(радио)эмболизации опухоли, радиочастотной или микроволновой абляции. Комбинация гемцитабина с цисплатином определена стандартной схемой лечения в первой линии терапии нерезектабельного, рецидивирующего или метастатического рака желчевыводящих путей с медианой продолжительности 11,7 месяца по сравнению с 8,1 месяца при применении гемцитабина в монорежиме. В качестве терапии второй линии могут применяться также фторпиримидины в монорежиме, комбинация оксалиплатина с капецитабином или иринотекана с фторурацилом. При длительном периоде (более 6 месяцев) без прогрессирования после эффективной первой линии лечения возможно повторное использование гемцитабина с препаратом платины. Для пациентов, у которых по данным молекулярно-генетического исследования выявляется MSI-H / dMMR, есть вероятность получения эффекта от применения пембролизумаба [4, 10].

Цель нашего сообщения – привлечь внимание к достаточно редкой патологии встречающейся как в практике терапевта, так и в абдоминальной хирургии, которая может скрываться под маской одного из наиболее часто встречающихся заболеваний, а также к особенностям терапевтической тактики.

Клиническое наблюдение. Случай, демонстрирующий трудности диагностики холангиокарциномы, наблюдался нами в мае – июне 2023 г. в ККБ. Женщина 37 лет с жалобами на боли в правом подреберье и иктеричность склер находилась на лечении в отделении гастроэнтерологии. Со слов пациентки, отмечался зуд кожных покровов с 37 недель беременности, лечения по данному поводу не получала. В течение двух недель до родоразрешения ежедневный прием нуروفена (по поводу болей в области правого яичника) оперативные роды 22.04.2023 года на сроке 38–39 недель в ЗК ПЦ. Беременность третья, роды вторые, первая беременность – выкидыш на сроке 5–6 недель, вторая беременность – оперативные роды в 2007 году. Желтуха появилась, со слов, 19.04.2023 года, после родов

желтуха усилилась, была переведена в ККБ, в гинекологическое отделение. Вирусный гепатит в анамнезе отсутствует. Вредные привычки – курит, алкоголь употребляла ранее. Хронические заболевания: хронический гастрит. С 22.04.2023–05.05.2023 получала стационарное лечение в отделении гинекологии, консультирована гастроэнтерологом, получала лечение (ремаксол, гептрал). При эндоскопическом исследовании в мае 2023 г. выявлено: Варикозное расширение вен пищевода I ст. Недостаточность кардии. Поверхностный гастрит. Дуоденит. В этот же период было выполнено МСКТ органов брюшной полости: впервые были выявлены КТ-признаки холангиокарциномы. Не исключалось образование в левой доле печени, вероятно вторичного генеза. КТ-признаки цирроза печени. КТ-признаки желчнокаменной болезни. Спленомегалия. Образование правого надпочечника. Увеличение размеров матки. Локальный фиброз легких. Склеротический очаг крыла левой подвздошной кости. Полисегментарная пневмония. В связи с нарастанием желтухи (билирубин увеличился до 600 ммоль/л) пациентка была переведена в хирургическое отделение, где ей 25.05.2023 г. было проведено дренирование левого печеночного протока, после чего гипербилирубинемия в динамике снизилась до 100 ммоль г/л. Пациентка с диагнозом: **Основное заболевание.** Макронодулярный цирроз печени токсической этиологии, класс В по Чайлд-Пью, субкомпенсация. Синдром портальной гипертензии (асцит, варикозно-расширенные вены пищевода, гепатоспленомегалия). Печеночноклеточная недостаточность. Холангиокарцинома?

Осложнения основного заболевания. Гипербилирубинемия. Смешанная желтуха. Холестатический гепатит. Дренирование общего желчного протока 25.05.2023 г.

Сопутствующие заболевания. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Анемия хронических заболеваний легкой степени. Оперативные роды на доношенном сроке была выписана под наблюдение хирурга, гастроэнтеролога по месту жительства. Рекомендован гигиенический уход за холангиостомой, гастродуоденальным зондом. Следить за фиксирующей нитью. Возврат желчи через зонд во время приема пищи. Продолжить прием гепатопротекторов, диуретиков. При

болях – дротаверин 40 мг по 1 т. 3 раза в день – 3 дня. Соблюдение диеты. Контроль анализов (ОАК, ОАМ, билирубин, АЛТ, мочевины, креатинин крови) в динамике. Госпитализация в ГУЗ ККБ в отделение хирургии на 21.06.2023г. Однако в связи с ухудшением общего состояния, проявившимся усилением болей опоясывающего характера, нарастанием желтушности кожных покровов, кожного зуда, выраженной слабости, больная госпитализирована в отделение общей хирургии, где была проведена дезинтоксикационная терапия, коррекция дренажа, состояние продолжало прогрессивно ухудшаться, и при нарастающей полиорганной недостаточности 01.07.2023 в 14:40 наступила остановка сердечной, дыхательной деятельности, реанимационные мероприятия оказались неэффективны, констатирована смерть больной. Тело умершей направлено на патологоанатомическое исследование с диагнозом заключительным клиническим: **Основное заболевание:** Рак внутрипеченочного желчного протока. **Основной:** Внутрипротокооля. **Второй основной:** Макронодулярный цирроз печени токсической этиологии, класс В по Чайльд Пью, субкомпенсация. Синдром портальной гипертензии (асцит, варикозно-расширенные вены пищевода, гепатоспленомегалия) ЧЧДХ от 25.05. 2023г. **Осложнения основного заболевания:** Гипербилирубинемия, смешанная желтуха, печеночно-клеточная недостаточность тяжелой степени, холестатический гепатит, острое повреждение почек 3 стадии, вторичное поражение легких, метастазы. **Сопутствующие заболевания:** желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, обострение. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести. Оперативные роды на доношенном срок. При патологоанатомическом исследовании имело место совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов, гистологически подтверждена внутрипеченочная холангиокарцинома.

Заключение. Таким образом, внутрипеченочная холангиокарцинома (ВПХ) является одним из наиболее агрессивных злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, на долю которого приходится 10–15% всех первичных опухолей печени. Прижизненная диагностика крайне

трудна, и трудности диагностики отражены в наблюдаемом случае, поэтому для раннего выявления внутрипеченочной ХК на операбельной стадии, необходима высокая онкологическая настороженность на этапе первичной медико-санитарной помощи, хорошее знание возможностей современных методов лучевой и эндоскопической диагностики и тщательный, кропотливый дифференциально-диагностический поиск причин.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гришечкина И.А., Викторова И.А., Трухан Д.И., Кондратьева Н.А. Актуальные аспекты диагностики внутрипеченочной холангиокарциномы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11–1. – С. 61–65;
2. Грицкевич А.А. Холангиоканцерогенез и таргетная терапия холангиокарциномы / А.А. Грицкевич [и др.] // МС. – 2021. – № 20. – С. 101–109.
3. Никитин И.Г., Карабиненко А.А., Никитин А.Э. и др. Болезнь Кароли (клиническое наблюдение)// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018. Т. 28. № 6. С. 77–83.
4. Иванус С.Я. Локорегионарные методы лечения больных с холангиокарциномой внепеченочных желчных протоков (обзор литературы) / С.Я. Иванус [и др.] // Вестник хирургии. – 2021. – № 5. – С. 111–117.
5. Dilek O.N., Atasever A., Acar N. et al. Hepatolithiasis: clinical series, review and current management strategy // Turk. J. Surg. 2020. Vol. 36. № 4. P. 382–392.
6. Бойко В.В. Холангиокарцинома: результаты хирургического лечения / В.В. Бойко [и др.] // Наука и здравоохранение. – 2016. – № 6. – С. 50–61.
7. Алиева С.Б. Рак желчевыводящей системы / С.Б. Алиева [и др.] // Клинические рекомендации. – 2022. – С. 6–26.
8. Скрепцова Н.С. Современная ультразвуковая диагностика холангиокарциномы / Н.С. Скрепцова [и др.] // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – № 7. – С. 38–42.
9. Лукьянченко А.Б. Внутрипеченочная холангиокарцинома / А.Б. Лукьянченко [и др.] // ВРР. – 2015. – № 1. – С. 52–63.

10. Францев Д.Ю. Лечение глиусной холангиокарциномы / Д.Ю. Францев [и др.] // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – № 1. – С. 103–115.
11. Гришечкина И.А. Бессимптомное течение внутрипеченочной холангиокарциномы / И.А. Гришечкина [и др.] // ЭиКГ. – 2016. – № 7. – С. 135–137.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.914-054

Аранина Е.Г., Емельянова А.Н., Емельянов А.С., Костромина Н.А., Епифанцева Н.В.

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Введение. Проблема природноочаговых трансмиссивных клещевых инфекций в Российской Федерации на современном этапе остается актуальной. По данным Роспотребнадзора, эндемичными по клещевому энцефалиту (КЭ) являются 48 из 85 субъектов РФ, где риску заражения подвержены около 64 миллионов человек [1]. Ежегодно в России регистрируется около 1 000–2 000 случаев КЭ, значимость которого определяется тяжестью клинического течения, осложнениями, риском возникновения неблагоприятных вариантов исхода, способностью возбудителей к длительной персистенции в макроорганизме, что ведет к развитию хронических форм [1]. В Дальневосточном федеральном округе КЭ распространен на территории многих регионов и представляет собой важную проблему здравоохранения. В список эндемичных регионов входят 24 из 32 районов Забайкальского края: Акшинский, Могогутуйский, Александрово-Заводский, Дульгургинский, Балейский, Агинский, Борзинский, Шилкинский, Газимуро-Заводский, Шелопугинский, Калганский, Читинский, Карымский, Чернышевский, Красночикоийский, Хилокский, Могочинский, Улетовский, Нерчинский, Тунгокоченский, Оловянинский, Сретенский, Петровск-Забайкальский, также – г. Чита. Особенность эндемичной по КЭ территории Забайкальского края заключается в том, что клещи могут быть переносчиками сразу трех видов энцефалита – «Европейского», «Сибирского» и «Дальневосточного», что объясняет частоту встречаемости тяжелых форм и показатели летальности в регионе.

Цель работы: анализ случая тяжелого течения энцефало-полиомиелитической формы КЭ.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ медицинской

документации законченного случая течения энцефало-полиомиелитической формы клещевого энцефалита.

Клинический случай.

Молодая женщина, 30.12.1986 г. р., жительница одного из эндемичных по клещевому энцефалиту районов Забайкальского края, в течение суток отмечала выраженное головокружение, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38 °С, общую слабость. 22.06.22 г. в 08:20 на второй день заболевания обратилась за медицинской помощью по месту жительства.

Anamnesis vitae: в анамнезе наличие рассеянного склероза.

При обращении в ЛПУ осмотрена врачом-неврологом. В эпидемиологическом анамнезе зафиксирован факт присасывания клеща 06.06.22 г. Госпитализирована в терапевтическое отделение с диагнозом: Рассеянный склероз, вторично-прогредиентное течение, активная форма. Осложнение: Выраженный вестибулярно-атактический синдром. Конкурирующий диагноз: Клещевой энцефалит, неуточненный?

При поступлении состояние расценено как средней степени тяжести. При осмотре: кожные покровы бледно-розового цвета, сыпи нет. Дыхание везикулярное. ЧДД – 19 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 90 в 1 мин. АД – 110/80 мм рт. ст. Со стороны ЖКТ – без патологии. Неврологический статус – выраженный горизонтальный мелко размашистый нистагм. Речь замедленная. Мышечная гипотония, более выраженная в ногах. Глоточный рефлекс высокий. Глотание не нарушено.

План лечения представлен такими препаратами, как Cytoflavin®, Magnesium sulfate, Acetazolamide, Betahistine, Asparcam, Интерферон бета-1b. Назначено обследование: общий анализ крови и мочи, некоторые показатели биохимического профиля, ЭКГ, взят носоглоточный мазок на выявление РНК коронавируса SARS-CoV-2 методом ПЦР.

23.06.22 г. в 11:30, на вторые сутки пребывания в стационаре, произведен осмотр врачом-терапевтом: констатированы жалобы на боли в горле, сохраняющуюся лихорадку до 38,5 °С, слабость, головные боли, тошноту. При осмотре: ЧДД – 18 в мин., АД – 100/60 мм рт. ст., сатурация – 97%. В ротоглотке – гиперемия, увеличение миндалин до 1 ст. После оценки

состояния диагностирован острый катаральный тонзиллит, неуточненный, средней степени тяжести, с учетом чего проведена коррекция лечения (противовирусные и антибактериальные препараты, симптоматическая терапия, направленная на купирование лихорадки и синдрома тонзиллита). Несмотря на комплекс проводимых мероприятий, состояние продолжает ухудшаться.

24.06.22 г. 10:00: лихорадка до 38,9 °С, появляется трудность при глотании, выраженная слабость в ногах и руках. Пациентка самостоятельно не может встать с кровати. При объективном осмотре: ригидность затылочных мышц 2 см, сухожильные рефлексы снижены. Высказывается предположение о течении клещевого энцефалита (?). Состояние расценивается как тяжелое. Учитывая отрицательную динамику, тяжесть состояния, пациентка переводится в ПИТ (24.06.22 г. 10:00). Повторно консультирована неврологом. Продолжается начатая терапия, осуществляется введение дексаметазона.

24.06.22 г. в 20:00 при повторном осмотре терапевтом детализированы данные эпидемиологического анамнеза: выясняется факт присасывания клеща 11.06.22 г. Уточнено, что в тот момент за медицинской помощью не обращалась, клеща удалила самостоятельно (членистоногий паукообразный на возбудителей инфекционных заболеваний не исследован). Факт введения противоклещевого иммуноглобулина и проведения неспецифической профилактики противовирусными препаратами, а также в анамнезе плановую вакцинацию от клещевого энцефалита пациентка отрицала. После уточнения эпидемиологического анамнеза с учетом ухудшения состояния, появления менингеальных знаков 24.06.22 г. проводится диагностическая спинномозговая пункция. При исследовании спинномозговой жидкости: цвет бесцветный, цитоз – 3, эритроциты единичные, белок – 1,32%.

24.06.22 г. консультирована в онлайн-режиме неврологами краевого стационара: учитывая выраженность и характер клинических проявлений, тяжесть состояния, отрицательную динамику на фоне проводимой терапии, данные эпидемиологического анамнеза выставлен диагноз: «Клещевой энцефалит, энцефало-полиомиелитическая форма, тяжелое течение». Проведена коррекция лечения: дополнительно

назначен Sol. Meglumine acridonacetate в/в, Панавир® в/в, отменён дексаметазон. При этом, ввиду наличия бульбарного синдрома, введение противоклещевого иммуноглобулина не рекомендовано. Решается вопрос о переводе в ГУЗ «Краевая клиническая больница».

С 05:00 25.06.22 г. – прогрессирование отрицательной динамики.

Учитывая тяжесть пациентки, лечение продолжается в условиях ЦРБ с учетом рекомендаций специалистов ГУЗ ККБ.

06:05 ч. 25.06.22 г. – перевод на ИВЛ.

В течение последующих дней находилась на ИВЛ в режиме активной вентиляции. Очаговая симптоматика и гемодинамические расстройства прогрессивно нарастали. Спонтанное дыхание, кашлевой рефлекс, болевая и тактильная чувствительность отсутствовали. Прогрессивно усиливались спастический тетрапарез, атония, арефлексия с последующим развитием выраженного полиневритического синдрома. Дополнительно назначено обследование на клещевые инфекции методом ИФА (30.06.22 г.).

Результаты исследования на ВКЭ от 01.07.22 г.: антитела класса IgM +/-, КП – 14,2.

04.07.22 г. при повторном рентгенологическом исследовании органов грудной клетки диагностирована полисегментарная абсцедирующая пневмония, с учетом чего проведена коррекция антибактериальной терапии. Назначено обследование носоглоточных мазков методом ПЦР на грипп и ОРВИ.

На фоне проводимой терапии прогрессировала отрицательная динамика за счет усиления повреждения мозга, углубления комы. Продолжалось аппаратное дыхание. Атония, арефлексия, полиневритический синдром с атрофией мышц постепенно нарастали, появились признаки прогрессирующей центральной гипертензии, тахикардии, гипертермии, нарушение функции тазовых органов.

06.07.22 г. зафиксирована клиническая смерть, реанимационные мероприятия – без эффекта.

Заключительный клинический диагноз:

Основной: Клещевой энцефалит, энцефалополиомиелитическая форма, тяжелое течение.

Сопутствующий: Рассеянный склероз. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени. Хронический пиелонефрит, обострение.

Конкурирующий: Внутрибольничная полисегментарная абсцедирующая левосторонняя пневмония, тяжелое течение.

Патологоанатомический диагноз:

Основной: Клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма. Осложнение: Отек головного мозга с дислокацией ствола. Двусторонняя, преимущественно нижнедолевая пневмония. Плеврит слева. Тромбоз сосудов лёгочных артерий.

Обсуждение. В 2022 г. исполнилось 85 лет с начала изучения российскими учёными на Дальнем Востоке ранее неизвестной нейроинфекции – клещевого энцефалита. Однако, несмотря на то, что изучение КЭ ведется более восьми десятилетий, часть вопросов по-прежнему остаются нерешенными. На современном этапе исследователи уделяют внимание региональным особенностям заболеваемости и течению различных клинических форм. Описаны особенности КЭ на эндемичных территориях, обусловленные различиями генотипов вирусов, циркулирующих на отдельных территориях [2-3]. Кроме того, работами показано, что клиническая картина заболевания на эндемичных территориях претерпела ряд изменений [4-7]. В последние годы наблюдается патоморфоз, изменение тяжести заболевания, в том числе появление необычных геморрагических форм, особо тяжёлых очаговых форм с многоуровневым поражением центральной нервной системы [8-10]. Многоуровневое поражение структур головного мозга, ствола и спинного мозга, в отличие от одноуровневых, сопровождается сочетанным поражением ЦНС на церебральном, стволовом, спинальном уровнях. Наиболее тяжелые очаговые формы КЭ с летальным исходом регистрируются на Дальнем Востоке, в Сибири, на Урале, в Центральном и Северо-Западном регионах России [10].

В связи с выраженным клиническим полиморфизмом заболевания заключительный диагноз КЭ должен быть подтверждён специфическими методами лабораторной диагностики – серологическими, молекулярно-генетическими, а также инструментальными методами исследования.

Серологические исследования проводятся согласно общепринятой методике, при этом отбор второй порции крови осуществляют через 10–14 календарных дней после взятия первой пробы. С учетом Клинических рекомендаций 2014 г.,

лабораторными критериями, подтверждающими диагноз, являются [11]:

- 1) нарастание титра антител IgG в парных сыворотках крови, повышение уровня антител IgG и IgM;
- 2) выявление РНК вируса КЭ в крови и/или в спинномозговой жидкости (СМЖ);
- 3) обнаружение антигена вируса в крови и/или в СМЖ.

Установлено, что антитела IgM к вирусу КЭ появляются на третий–четвертый день от начала заболевания, а антитела IgG – на 10–14 день [11].

Определенные сложности при лабораторном подтверждении диагноза, основанном на выявлении специфических IgM и динамическом изменении титра IgG в парных сыворотках крови, возникают в случае заболевания вакцинированных лиц. Ранее установлено, что в данной популяции IgM после вакцинации могут выявляться в течение нескольких месяцев [1]. Сложности данной ситуации обусловлены тем, что на современном этапе критерии постановки диагноза у вакцинированных по-прежнему не разработаны [1]. В реальной клинической практике при диагностике учитывается нарастание титра IgG (так называемая сероконверсия) [1, 5].

Последними работами доказано наличие по IgG трёх вариантов динамики гуморального иммунитета как у вакцинированных, так и у невакцинированных пациентов с КЭ, которые должны учитываться при постановке диагноза: сероконверсия, стабильные титры и обратная динамика. Диагноз КЭ может быть подтвержден выявлением антигена вируса КЭ в крови и СМЖ [1, 12]. Решающее значение в случае стабильных титров антител IgG при отсутствии IgM играет обнаружение РНК вируса КЭ методом ПЦР в сыворотках крови и СМЖ [1, 5].

Обращает на себя внимание тот факт, что частота выявления антигена вируса КЭ колеблется в зависимости от клинической формы от 57,4 до 88,2%; антител IgM – от 66,6 до 100%; диагностическая чувствительность ПЦР при исследовании сывороток крови – от 44,7 до 70%, СМЖ – от 60 до 100% [5]. При этом установлено, что ПЦР позволяет выявить РНК вируса в самом начале заболевания, когда специфические антитела к вирусу КЭ ещё не успели выработаться. Соответственно, это объясняет возможную неэффективность определения антител Ig методом ИФА в

раннем периоде заболевания [5]. Поэтому в реальной клинической практике должны быть применены как взаимодополняющие оба метода: серологические (ИФА) и молекулярно-биологические методы (ПЦР), а также обязательно учтены эпидемиологические критерии диагностики КЭ.

Заключение.

1. Анализ данного клинического случая подтверждает значение детализированного эпидемиологического анамнеза; свидетельствует об отсутствии эпидемиологической настороженности врачей в отношении клещевого энцефалита в эндемичном регионе, что не позволило своевременно начать специфическую и неспецифическую этиотропную терапию; о недостаточном акценте врачей на наличие полиморфизма клинических проявлений заболевания, разнообразии и неспецифичности начальных симптомов заболевания. Развитие инфекционного процесса проходило по прогрессивному варианту с развитием грубых изменений в ЦНС, которые оказались несовместимы с жизнью.

2. Появление тяжелых очаговых форм КЭ в Забайкальском крае заставляет более глубоко задуматься о проблеме современных клещевых инфекций. Кроме того, сложившаяся ситуация подтверждает необходимость, с одной стороны, усиления профилактической работы среди населения с акцентом на вопросы вакцинопрофилактики КЭ, с другой – проведения обучающих семинаров, круглых столов, тематических циклов с привлечением врачей различных специальностей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Колясникова Н.М. Совершенствование эпидемиологического надзора за клещевым энцефалитом и бактериальными инфекциями, передающимися иксодовыми клещами: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям 3.2.2. Эпидемиология, 1.5.10. Вирусология. М., 2023. 48 с.
2. Насырова Р.Ф., Рязанцева Н.В., Жукова Н.Г. и соавт. Молекулярные и клеточные основы патогенеза клещевого энцефалита. Бюллетень сибирской медицины. 2006. 5 (S1). 42–51.

3. Крамарь Л.В., Алюшин А.М., Арова А.А. Летальный случай клещевого энцефалита у ребенка в Волгограде. Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. 2010. 1 (25). 56–59.
4. Колясникова Н.М., Ишмухаметов А.А., Акимкин В.Г. Современное состояние проблемы клещевого энцефалита в России и мире. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2023. 22 (1). 104–123. DOI: 10.31631/2073-3046-2023-22-1-104-12
5. Погодина В.В., Ишмухаметов А.А. Сибирский подтип клещевого энцефалита: летальные исходы. Эволюция клещевого энцефалита (с момента открытия возбудителя по настоящее время) : монография. Тверь: ООО «ТФП», 2021. 229–236.
6. Борисов В.А., Ющук Н.Д., Малов И.В. и соавт. Особенности клещевого энцефалита в различных регионах. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2000. 1. 43–47.
7. Аитов К.А., Малов И.В., Борисов В.А. и соавт. Клиническая характеристика клещевого энцефалита в Иркутской области. Вестник Уральской государственной медицинской академии. 2010. 21. 27–32.
8. Колясникова Н.М., Алешо Н.А., Политова Н.Г. Клещевой энцефалит : учебное пособие. М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2022. 138 с. ISBN 978-5-72493276-9
9. Любезнова О.Н., Бондаренко А.Л. Клинико-эпидемиологические аспекты клещевого энцефалита в эндемичном регионе европейской части России. Журнал инфектологии. 2016. 8 (2). 32–39.
10. Борисов В.А., Ющук Н.Д., Малов И.В. и соавт. Особенности течения клещевого энцефалита в зависимости от генотипа вируса. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2001. 27 (3). 46–51.
11. Клещевой вирусный энцефалит у взрослых [Электронный ресурс] : клинические рекомендации : утверждены решением Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30.10.2014 / Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов».

Режим доступа: https://edu.nmrc.ru/wp-content/uploads/2019/12/kr_kleschevoy_encefalit.pdf?ysclid=lrq9m4tv37476360871 (дата обращения: 20.01.2024).

12. Погодина В.В., Щербинина М.С., Семенов В.А. и соавт. Особенности клещевого энцефалита у вакцинированных пациентов, критерии специфической лабораторной диагностики. Инфекционные болезни. 2020. 18 (4). 94–104. DOI: 10.20953/1729-9225-2020-4-94-104

УДК 616.611-053.36-056.7

¹Батаева Е.П., ²Замешаев М.С.,

²Родионова Н.А., ²Чернигов С.Ю.,

¹Максимова О.Г., ¹Петрухина И.И.,

²Ли А.А., ²Макарова М.И.

ФЕОХРОМОЦИТОМА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

²ГУЗ Краевая детская клиническая больница (главный врач – В.В. Комаров), г. Чита

Проблема своевременной диагностики надпочечниковых образований в детской практике связана с небольшой частотой встречаемости, недостаточной настороженностью педиатров относительно данной патологии, неспецифичностью клинических симптомов, а также низким охватом детского населения рутинной тонометрией.

Феохромоцитомы – это нейроэндокринные опухоли из хромоаффинных клеток мозгового вещества надпочечника или симпатических паравертебральных ганглиев (параганглиома), сопровождающиеся гиперсекрецией катехоламинов со всеми закономерными клиническими проявлениями. Встречаются феохромоцитомы с частотой 2:1 000 000 населения, в детском и подростковом возрасте всего в 10% случаев, причем 60% заболевших составляют мальчики [3]. Среди детей с артериальной гипертензией частота подтвержденных хирургическим способом феохромоцитом колеблется в пределах 0,8–1,7%. [4].

Этиология заболевания неясна, и у детей, как правило, в 40% случаев прослеживается четкая генетическая

предрасположенность к возникновению феохромоцитомы со склонностью к двухстороннему поражению медуллярной части надпочечников или внеорганной локализации. Морфологически феохромоцитомы могут быть доброкачественными (90%) и злокачественными (10%). Почти в 90% случаев они являются надпочечниковыми – локализируются непосредственно в ткани надпочечника (одно-, двусторонний процесс), но и иногда развиваются вне органа – чаще в паравертебральных симпатических ганглиях (вненадпочечниковые).

Клинически феохромоцитомы может иметь бессимптомный (около 10%) и персистирующий (более 90%) варианты течения, последний характеризуется неспецифичностью и непредсказуемостью проявлений и чаще всего определяется результатом избыточной продукции катехоламинов – адреналина, норадреналина, дофамина. Нередко цефалгии сопровождаются болями за грудиной, в животе или пояснице, гипергидроз, тахикардия. В отдельную группу выделена гипотоническая форма, как наиболее редкий (атипичный) вариант заболевания, при этом отмечается бледность кожных покровов, ортостатическая гипотензия, запор, психические расстройства, затуманенное зрение, снижение веса, полиурия, полидипсия, гипергликемия и дилатационная кардиомиопатия [4]. Феохромоцитомный криз может сопровождаться повышением основного обмена и температуры тела до 38–40 °С. Триггерами клинического дебюта нередко выступают травма, эмоциональная, физическая нагрузки [1].

Дополнительная диагностика феохромоцитомы основывается на определении содержания катехоламинов и их метаболитов в крови и моче, УЗИ, КТ и МРТ, скинтиграфия надпочечников, селективная ангиография. У детей актуально молекулярно-генетическое исследование. У пациентов младше 5 лет феохромоцитому необходимо дифференцировать с нейробластомой, опухолью Вильямса, в более старшем возрасте необходимо исключить лимфому, саркому, герменативные опухоли, а также нейробластому. Лечение феохромоцитомы заключается в выполнении адреналэктомии после соответствующей медикаментозной подготовки, направленной на снятие симптомов криза, уменьшение тяжести проявлений заболевания [3; 4; 5].

Приводим пример клинического

наблюдения мальчика М., 12 лет, поступившего в отделение чистой хирургии ГУЗ Краевой детской клинической больницы г. Читы 16.05.22 г. с жалобами на частые головные боли, слабость, усиленную потливость, повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст. Известно, что цефалгии беспокоили в течение 3 лет до момента поступления, в связи с чем с целью обезболивания мама регулярно самостоятельно применяла ребенку нестероидные противовоспалительные препараты. За медицинской помощью обратились летом 2021 года, тогда по назначению невролога выполнены электроэнцефалография, эхоэнцефалография, по результатам исследований патологических изменений не обнаружено. В лечении назначены каптоприл, магнеВ6, в результате применения которых, со слов ребенка, частота и интенсивность головных болей уменьшились. В октябре 2021 года при эхографическом исследовании впервые обнаружено образование левого надпочечника, и с данным заключением семья к специалистам некоторое время не обращалась. В апреле 2022 года педиатром направлены на КТ почек, подтверждено образование левого надпочечника размерами 38×23×30 мм, обнаружены признаки вторичного поражения правого надпочечника и параортальных лимфатических узлов. Дополнительно проведено исследование на онкомаркеры – результат отрицательный, и 11.05.22 г. мальчик консультирован детским онкологом Забайкальского краевого онкологического диспансера, который, в свою очередь, направил ребенка в хирургический стационар с целью проведения оперативного лечения.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 3 нормально протекавшей беременности, 3 срочных родов через естественные родовые пути (два старших брата здоровы). Вес при рождении 3 840 гр, длина – 54 см, рос и развивался по возрасту, в раннем детстве перенес ветряную оспу, от момента поступления в ДДУ в течение полутора лет часто болел респираторными инфекциями. Родители и близкие родственники, со слов законных представителей, здоровы. Бабушка по линии мамы в анамнезе несколько лет назад перенесла инфаркт миокарда.

При поступлении в отделение чистой хирургии состояние средней степени тяжести за счет синдромов цефалгии, артериальной гипертонии – артериальное давление составило

135/80 мм рт. ст., в процессе нахождения в стационаре цифры АД повышались до 180/95 мм рт. ст. При осмотре выявлены гипергидроз, одышка до 24 в минуту, тахикардия до 110 уд/мин. В общеклинических лабораторных тестах крови и мочи патологических изменений не определено.

По данным инструментальных исследований: ЭКГ – синусовый ритм, выраженные нарушения процессов реполяризации в миокарде, ЧСС – 90-80 в мин. При ультразвуковом исследовании, помимо образования в проекции левого надпочечника неоднородной структуры за счет нитевидных включений величиной 29×12 мм, выявлено увеличение внутрибрюшных лимфатических узлов, реактивные изменения сосудов печени, селезенки, паренхимы поджелудочной железы, перегиб, утолщение стенок желчного пузыря. Также обнаружены диффузное уплотнение паренхимы почек, билатеральное увеличение лоханок в сочетании со снижением показателей кровотока в режиме ЦДК, снижение скоростных показателей кровотока на всех уровнях почечного русла в сочетании со снижением резистивных показателей на всех уровнях почечного русла. По данным ЭхоКГ, обнаружена умеренная равномерная гипертрофия миокарда левого желудочка, при сохраненной сократительной функции.

Выставлен клинический диагноз: Образование левого надпочечника. Симптоматическая артериальная гипертензия средней степени тяжести, персистирующее течение. Получал гипотензивную терапию, при этом стойкого положительного эффекта удалось достигнуть при помощи комбинации препаратов: доксазалин 4 мг, по 1/2 таблетке 1 раз в сутки внутрь, нифедипин 10 мг 3 раза в сутки внутрь, амлодипин 5 мг однократно в сутки внутрь в течение 8 дней до оперативного вмешательства, состоявшегося 24.05.22 г., и к моменту операции артериальное давление пациента составило 125/75 мм рт. ст.

При лапароскопии у верхнего полюса левой почки в проекции левого надпочечника выявлено образование округлой формы, прилежащее к селезенке, размерами 4,0×3,5 см, на котором визуализирована ткань надпочечника, расположенная на периферии ближе к левой почке, при неизменной внешне структуре окружающих тканей. При отделении образования острым и тупым способами,

надпочечниковые вена и артерии коагулированы биполярной коагуляцией, после гемостаза образование извлечено из брюшной полости через расширенный разрез в пупке.

При исследовании операционного материала (4 фрагмента ткани в виде тяжелой и пластин) изучен препарат надпочечника с образованием массой 20 граммов, 5,5×3,5×2,7 см, при этом поверхность фрагмента бугристая, желто-коричневого цвета, на отдельных участках четко прослеживается корковое и мозговое вещество, местами граница между ними не дифференцируется, имеются очаговые кровоизлияния и размягчение в центре. Образование имеет капсулу толщиной до 0,1 см белесовато-желтого цвета, в нем найдены один крупный узел и два маленьких – по 1 и 0,8 см. Микроскопическое описание: иммуногистохимические и морфологические данные за хромоаффинную феохромоцитому.

После операции в течение нескольких дней ребенок находился в отделении реанимации и интенсивной терапии, цифры артериального давления при этом колебались в пределах допустимых параметров, самочувствие, со слов мальчика, страдало только за счет умеренных болевых ощущений в области вмешательства.

При контрольном обследовании 27.05.22 г. на КТ органов брюшной полости с контрастированием выявлено образование правого надпочечника, параортальных лимфатических узлов вторичного генеза. По ЭКГ отмечена положительная динамика в виде снижения патологических нарушений процессов реполяризации в миокарде.

В анамнезе спустя год, со слов мамы при телефонном разговоре выяснено, что мальчика ничего не беспокоит, при регулярной тонометрии артериальное давление в пределах возрастных норм. По данным дополнительных методов исследования – УЗИ, КТ почек надпочечников, ЭКГ – патологии не выявлено.

Заключение. Поскольку на прогноз и течение описываемого заболевания значимое влияние оказывают закономерно возникающие осложнения, особенно опасные в молодом возрасте: нарушения сердечного ритма, мозгового кровообращения, ишемический колит, катехоламиновый криз, шок и др., своевременная диагностика феохромоцитомы имеет жизненно важное значение. Несмотря на то, что одним из самых первых, простых и одновременно надежных методов, позволяющих заподозрить

феохромоцитому, является измерение артериального давления на плечевой артерии, у детей, в отличие от взрослых, исследование может иметь определенные технические сложности, а именно: частое двигательное и эмоциональное беспокойство в силу возрастных особенностей, реакция на «белый халат», физиологический либо патологический гипертонус конечностей у новорожденных, отсутствие в некоторых лечебных учреждениях необходимого полноценного набора манжет для тонометра различных размеров, и, как следствие, недостаточная информативность результатов. В связи с этим, а также фактом отсутствия возможности предъявлять и тем более детализировать жалобы детьми большинства возрастных групп, еще раз подчеркивается необходимость строгого следования плану проведения эхографических исследований внутренних органов в декретированные сроки, а в случае выявления патологических изменений настоятельные рекомендации выполнения дополнительных исследований.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дайльнев В.И., Прилепа С.А., Карапыш Т.В., Турулина Е.С. Феохромоцитома в реальной практике эндокринолога (клинический случай) // Вестник новых медицинских технологий. 2019.– №1. – С. 33–37.
2. Румянцев П.О., Языкова Д.Р., Слэшук К.Ю. и др. Персонализированная диагностика хромаффинных опухолей (феохромоцитома, параганглиома) в онкоэндокринологии. // Эндокринная хирургия. – 2018. – Т. 12. – № 1. – С. 19–39.
3. Смирнов В.В., Баронина Н.С. Феохромоцитома/параганглиома у детей и подростков: причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение // Лечащий врач. – 2018. – № 1.– С 26–30.
4. Смирнов В.В., Баронина Н.С. Феохромоцитома/параганглиома у детей и подростков: причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение // Лечащий врач. – 2018. № 3. – С 6–8.
5. Феохромоцитома: патофизиология, клиника, современные подходы к диагностике и лечению : учебно-методическое пособие / Е. Г. Мохорт [и др.]. – Минск : БГМУ, 2018. – 22 с.

УДК- 616-056.7

¹Игнатъева А.В., ¹Федосеева А.А.,

²Казанцева А.Н., ²Молчанова Т.С.

ОРФАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

²ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» МЗ РФ (главный врач – В.В. Комаров)

На сегодняшний день существует более бтысяч синдромов с наследственным механизмом передачи. Известно, что генетические дефекты возникают, когда генетический материал человека (ДНК или геном) изменяется случайным образом. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению частоты возникновения наследственных болезней у детей во всем мире [5].

В последнее время возрос интерес к орфанным генетическим заболеваниям, как правило, сложно диагностируемым на первом году жизни. Одним из данных заболеваний является лиссэнцефалия-9, описанная в литературе как результат неадекватного кодирования белка геном MАСF1. Ген MАСF1 исправном состоянии отвечает за кодирование крупного белка коркового вещества головного мозга, обеспечивающего взаимодействие актина с микротрубочками на периферии клетки и соединяющего сеть микротрубочек с клеточными соединениями [9].

Лиссэнцефалия-9 со сложным пороком развития ствола головного мозга (LIS9) является аутосомно-доминантным орфанным неврологическим заболеванием, которое характеризуется глобальной задержкой развития с младенчества, нарушением интеллектуального развития с плохой или отсутствующей речью, а иногда аномальными или непроизвольными движениями. Основными проявлениями лиссэнцефалии являются мышечная слабость, выявляемая уже при рождении, частые расстройства глотания и сосания, судорожные припадки, значительное отставание в физическом и умственном развитии [7].

В 2014 году доктор медицинских наук Высшей медицинской школы Осаки университета Японии Каори Ирахара в работе «Порог развития позвоночника, недекуссированные пирамидные пути и регионарная полимикрогирия: новый синдром»

впервые представил клиническое наблюдение 5-летней девочки со сложным генетическим синдромом, не известным ранее. У пациентки наблюдалась глобальная задержка нервно-психического развития, плохая речь, отсутствие социальных жестов и стереотипных движений. Несколькими годами позже (2018 год) правительство Соединённых Штатов сообщило о 9 детях, включая ранее описанную японскую девочку, с явными дефектами развития и схожими фенотипическими чертами: спастичность, непроизвольные движения, дисфагия, косоглазие и нарушение кортикального зрения. У каждого из пациентов были асимметричные движения лица, ограниченное приведение глаз, гипоплазия зрительного нерва, изменения головного мозга на КТ, нейросонографии [3].

Немаловажная роль в развитии центральной нервной системы принадлежит правильной последовательности аминокислот на хромосомах. Так, например, замена одной аминокислоты аргинина на гистидин на 729 участке белка (p.Arg729His.) может быть причиной нарушения интеллектуального развития с аномалиями глаз и характерными чертами лица (OMIM: 620086). В научной литературе описаны 5 пациентов в мире из неродственных семей возраста от 14 месяцев до 42 лет с умственной отсталостью и характерными чертами лица: направленные вверх глазные щели, битемпоральное сужение лба, дугообразные брови и эпикантальные складки. Недавний поиск вероятных причин мутации, проведённый Хьюго Белленом, исследователем Института неврологических исследований Яна и Дэна Дункан (NRI) при детской больнице Техаса и заслуженным профессором Медицинского колледжа Бейлора, обнаружил, что спонтанная мутация в гене MTSS2 на 15 экзоне является основной причиной новой синдромной умственной отсталости, гетерозиготные варианты в данном гене описаны при нарушении интеллектуального развития с аномалиями глаз и характерными чертами лица (OMIM: 620086) с аутосомно-доминантным типом наследования [12].

Клинически умственную отсталость принято классифицировать по степени тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая степень и глубокая. [4] Классификация по этиологическому принципу позволяет выявить 6 типов причин умственной отсталости: генетические нарушения, пороки

развития центральной нервной системы или синдромы множественных пороков развития неизвестного происхождения, внешние факторы воздействия в пренатальном периоде, перинатальные расстройства, постнатально приобретенные нарушения. Ученые выделяют так же идиопатическую умственную отсталость [10]. Многие авторы отмечают, что почти в половине всех случаев причины возникновения умственной отсталости установить не удается [11, 8], а среди установленных причин лидирует систематический приём алкоголя матерью непосредственно во время беременности и незадолго до предстоящей беременности [6].

Генетически обусловленная умственная отсталость встречается при трех группах заболеваний: хромосомные; моногенные; многофакторные. К группе хромосомных болезней относятся все случаи умственной отсталости с доказанными хромосомными aberrациями, включая трисомии по хромосомам 21, 18, 13 и другие микроделеционные синдромы. К группе моногенных заболеваний относят случаи умственной отсталости, сопровождающей болезни, вызванные генными мутациями. Тип наследования при этом может быть аутосомно-доминантным, аутосомно-рецессивным, X-сцепленным и митохондриальным. К группе многофакторных заболеваний относят случаи умственной отсталости с семейной интеллектуальной инвалидностью и дефектами нервной трубки. Умственная отсталость при этом развивается в результате гипоксии и травм в неонатальном периоде при наличии предрасположенности, оценить которую в настоящее время невозможно, так как формирование головного мозга обусловлено многими генами, а полиморфизмы в них имеют различные популяционные частоты и разную функциональную роль [2].

Представляется клинический случай девочки Ш., 9 месяцев, которая находилась на лечении в отделении раннего возраста (заведующая отделением – Казанцева А.Н.) государственного учреждения здравоохранения «Краевая детская клиническая больница» (ГУЗ КДКБ) города Читы (главный врач – Комаров В.В.). Ребёнок родился от 7 беременности, 6 родов естественным путём на 37+1 неделе гестации весом 3 333 г. длиной тела 48 см с оценкой по шкале Апгар 8-8 баллов. Беременность протекала на фоне синдрома зависимости от алкоголя матери, хронического

эндометрита, женщина в женской консультации не наблюдалась. С рождения ребёнок заслуживал внимания за счёт неврологической симптоматики в виде снижения оральных и спинальных автоматизмов, мышечной гипотонии. Обращали на себя внимание множественные стигмы дизэмбриогенеза (низко посажены ушные раковины, атипичной формы, уплощённая переносица, близко расположенные глаза, косоглазие, выступающие лобные бугры при битемпоральном сужении лба, гипоплазия грудной клетки, визуально большой живот, множество младенческих кожных складок) и аномалии развития конечностей (короткие конечности, хондродисплазия, полидактилия левой кисти – дополнительный пятый палец). К концу первых суток жизни у ребенка возникли дыхательные нарушения в виде экспираторной одышки и втяжения уступчивых мест грудной клетки с нарастанием синдрома дыхательной недостаточности и развитием пневмонии. На 2 сутки жизни отмечены нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (эпизоды умеренной брадикардии). Девочке проводилась этиотропная и симптоматическая терапия с положительным эффектом. На 22 день жизни отмечена отрицательная динамика за счёт появления абдоминального синдрома (отказ от еды, беспокойство, метеоризм, напряжение мышц передней брюшной стенки при пальпации, мелена). По результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости диагностировано утолщение кишечной стенки. После консультации хирурга выявлено течение некротизирующего энтероколита 2а степени (НЭК 2а), в связи с чем ребёнок переведён в палату интенсивной терапии (ПИТ), где получал консервативное лечение. На 5 день пребывания в ПИТ в клинике появилась мочевого синдром (в общем анализе мочи отмечались микрогематурия, цилиндрурия, незначительная лейкоцитурия), наблюдались задержки мочеиспускания – заподозрена неонатальная инфекция мочевыделительной системы. Также обращал на себя внимание и синдром желтухи (желтушное окрашивание кожи и склер глаз до 2 зоны по Крамеру), гепатоспленомегалия (печень выступает на 4 см из-под края рёберной дуги, селезёнка – на 3,5 см из-под рёберного края), нарастание билирубина за счёт прямой фракции, повышение уровня трансаминаз, повышение СРБ и прокальцитонина. В общем анализе крови: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом формулы

влево. В связи с появлением новых клинических симптомов и лабораторных изменений, предположен основной диагноз: Врождённая внутриутробная инфекция, неуточнённая (цитомегаловирусная инфекция?) с поражением желудочно-кишечного тракта – НЭК 2а степени, печени (неуточнённый гепатит), почек, центральной нервной системы. Проведены уточняющие методы исследования, по результатам которых диагноз был отменён. После стабилизации состояния, ребёнок переведен в отделение раннего возраста. При поступлении тяжесть состояния определялась синдромом желтухи с холестазом, неврологической симптоматикой. В возрасте 1 месяц 26 дней отмечалась отрицательная динамика за счёт дыхательной недостаточности. Проведенные лабораторно-инструментальные исследования диагностировали метапневмовирусную двухстороннюю пневмонию, ребенок в экстренном порядке переведён в ОРИТ, интубирован. Ввиду тяжести состояния и течения полиорганной недостаточности на фоне пневмонии неоднократно переливался свежзамороженная плазма, форменные элементы крови. После эрадикации метапневмовируса и стабилизации состояния ребёнок для дальнейшего обследования и лечения переведён в отделение раннего возраста с дотацией кислорода через неплотную маску. В дальнейшем проводился ряд обследований, по результатам которых дополнительно выявлено при ультразвуковом исследовании: поликистоз почек, пиелоектазия справа, фиброз печени, диффузный пневмофиброз, миокардиодистрофия, по нейросонографии – умеренные диффузные изменения паренхимы головного мозга, расширение третьего и боковых желудочков на уровне передних рогов, уменьшение мозолистого тела в размерах, кисты сосудистых сплетений. Предположено течение генетического заболевания, а именно – синдрома Поттера 1.

Как известно, синдром Поттера – редкое врожденное заболевание, характеризующееся гипоплазией легких, тяжелыми пороками развития почек и аномалиями строения скелета. Частота возникновения данной патологии составляет 1 на каждые 2 000–5 000 живых новорожденных, чаще болеют мальчики. На сегодняшний день в научной литературе описано 6 фенотипических типов развития данного генетического заболевания, один из которых

тип 1 – почечно-лицевой. Почечно-лицевой тип – это аутосомно-рецессивное, наследственное заболевание, которое поражает почки и характеризуется появлением многочисленных кист небольшого размера и характерными чертами лица: гипертелоризм, выступающий лобный бугор, уплощение и расширение корня носа, большие, глубоко расположенные диспластические ушные раковины, микрогнатия, иногда старческое выражение лица новорождённого (лицо Potter), различные пороки развития конечностей и позвоночника, гипоплазия или агенезия частей лёгких, разные anomalies развития головного мозга [1].

Для уточнения диагноза проведено генетическое медицинское исследование с полногеномным секвенированием ДНК венозной крови, направленное на поиск патогенных и вероятно патогенных вариантов. Выявлены патологические изменения в двух генах, кодирующих информацию ДНК. В гене MAF1, обнаружен ранее не описанный в литературе гетерозиготный вариант HG38, похожие варианты данного гена описаны при лиссэнцефалии-9, со сложным пороком развития ствола мозга с аутосомно-доминантным типом наследования. В гене MTSS2 в 15 экзоне, где также обнаружен ранее не описанный в литературе вариант, который в гетерозиготном состоянии приводит к замене аминокислоты (p.Arg729His).

В настоящий момент ребёнок Ш. продолжает лечение в ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» в отделении раннего возраста. Состояние пациентки средней степени тяжести. В конечностях сохраняется выраженная гипотония, отсутствует сосательный рефлекс. Физическое развитие ниже среднего. Нервно-психическое развитие соответствует 1 месяцу. Лечение корректируется в зависимости от результатов лабораторных и инструментальных методов обследования.

Данное клиническое наблюдение показывает сложность диагностического поиска и генетически обусловленных заболеваний, в связи с многообразием и схожестью клинических и фенотипических проявлений, а также указывает на важность полногеномного секвенирования ДНК венозной крови пациента, для точной постановки диагноза и определения вероятного прогноза для жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Ренальное маловодие и Поттер-последовательность при кистозных заболеваниях почек. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021; 66:(1): 47–51. 10.04.2023. <https://www.ped-perinatology.ru/jour/article/viewFile/1337/1047>.
2. Генетика умственной отсталости/ А.В. Лавров, А.В. Банников, А.И. Чаушева, Е.Л. Дадали //ФГБНУ «Медико-генетический научный центр», Москва; ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия. Электронный ресурс – <file:///C:/Users/Семепка/Desktop/genetika-umstvennoy-otstalosti.pdf>.
3. Каори Ирахара, Есиаки Сайто, Кенджи Сугаи и соавторы / Порок развития позвоночника, недекуссированные пирамидные пути и регионарная полимикрогирия: новый синдром / Электронный ресурс – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24507697>.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. ВОЗ, Женева. М.: Медицина, 1995; 1: 373–375. (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. WHO, Geneva. Moscow: Meditsina, 1995; 1: 373–375. (in Russ.)). Электронный ресурс – <https://iris.who.int/handle/10665/87721>.
5. Щедрина Е.А. Генетические заболевания. 2021. Электронный ресурс – <https://antiage-expert.com/ru/glossary/geneticheskie-zabolevaniya/>.
6. Armatas V. Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnosis. J Sport Health Res 2009; 1: 2: 112–122. Электронный ресурс – <https://www.semanticscholar.org/paper/Mental-retardation%3A-definitions%2C-etiology%2C-and-Armatas/19d96cda725356a6a9ca809a0e00e9a643408>.
7. Cassandra L. Kniffin. LISSENCEPHALY 9 WITH COMPLEX BRAINSTEM MALFORMATION; LIS9. 2021. Электронный ресурс – <https://omim.org/entry/618325>.

8. Curry C.J., Stevenson R.E., Aughton D. et al. Evaluation of mental retardation: recommendations of a Consensus Conference: American College of Medical Genetics. *AmJMedGenet* 1997; 72: 468–477. Электронный ресурс – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9375733/>.
9. MACF1 microtubule actin crosslinking factor 1 [Homo sapiens (human)]. Электронный ресурс – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/23499>.
10. Komor A.C., Kim Y.B., Packer M.S. et al. Programmable editing of a target base in genomic DNA without double-stranded DNA cleavage. *Nature* 2016; 61: 5985–5991. Электронный ресурс – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27096365/>.
11. Schaefer G.B., Bodensteiner J.B. Evaluation of the child with idiopathic mental retardation. *PediatrClin North Am* 1992; 39: 929–943. Электронный ресурс – <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1635812/>.
12. Texas Children's Hospital. Disruption of MTSS2 function causes a new syndromic intellectual disability. 2022г. Электронный ресурс – <https://www.sciencedaily.com/releases/2022/10/221003200153.htm>.

УДК: 616.346.2-089.87

¹Михайличенко М.И., ²Пинаев Д.А.,
¹Ханина Ю.С., ¹Кузнецов М.С.

ОСЛОЖНЕННАЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

²ГУЗ «Нерчинская центральная районная больница» (главный врач – А.А. Вечканова)

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остается одной из важнейших проблем современного здравоохранения [2, 3]. Заболеванием страдают преимущественно люди трудоспособного возраста, что выводит указанную нозологию в социально и экономически значимую проблему. При этом в современной научной литературе появляются единичные сообщения о манифесте заболевания в детском возрасте [1, 2]. Последствия выявленной патологии, вне всякого сомнения, катастрофичны для формирующегося организма.

Одним из грозных осложнений

гастродуоденальных язв является перфорация язвенного дефекта с формированием перитонита различной распространенности [2, 3]. По данным некоторых авторов, частота встречаемости достигает 35% [3]. На долю перфоративных язв гастродуоденальной зоны приходится до 3% от всей хирургической патологии. А процент неблагоприятных исходов после перфорации достигает 12–15%, по данным ряда хирургов [2, 3]. Последствия это грозного осложнения прободных язв в виде прогрессирующего перитонита и спаечной болезни брюшины с кишечной непроходимостью в разные сроки очень хорошо известны всем практикующим специалистам.

Необходимо отметить, что и по сей день существуют определенные сложности в диагностике перфораций. Пневмоперитонеум часто отсутствует у пациентов с осложненными язвами, а боль и симптомы раздражения брюшины, ввиду формирующегося перитонита различной распространенности, являются индивидуальными и не всегда указывают на катастрофу в животе указанной ранее этиологии. Особый контингент в этом плане – это пациенты детского возраста. Боязнь «белых халатов», гиперреактивность и относительно низкий процент детской ургентности в базе экстренной абдоминальной хирургии – еще одна составляющая сложной диагностики перфоративных язв.

Клинический случай

Вашему вниманию представляется клинический случай перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки у пациента 8 лет с нетипичной клинической дооперационной картиной.

Пациент Н., 2015 г. р. обратился за медицинской помощью в январе 2024 г. в ГУЗ «Нерчинская центральная районная больница» через 12 часов с момента начала заболевания с жалобами на постоянные выраженные боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при пальпации. Со слов мамы, резкие боли появились накануне в эпигастральной области, после сместились в правую подвздошную область. Хронические заболевания, со слов мамы, отсутствуют, ребенок растет и развивается согласно возрасту. Привит согласно календарю, регулярно профилактически наблюдается у педиатра поликлиники. С чем-либо заболевание связать не удалось.

При осмотре – состояние средней

степени тяжести, t тела – 37,7. Пациент нормостенического телосложения. Язык сухой, обложен налетом. Кожные покровы обычного цвета, сухие; ЧДД – 22 в мин., ЧСС – 99 ударов в мин., АД – 100 и 60 мм рт. ст. Живот симметричный, незначительно подвздут, участвует в дыхательных движениях, глубокой пальпации недоступен ввиду болевого синдрома преимущественно в правых отделах, положительные перитонеальные знаки определяются в правой подвздошной и правой боковой областях. Поясничная область не изменена, безболезненна. Мочеиспускание безболезненное, самостоятельное.

В ходе клинического лабораторного обследования в общем анализе крови: Нб – 140 г/л, лейкоциты – $15,8 \cdot 10^9/\text{л}$ (с. 60, п. 17, м. 10, л. 13); биохимический анализ крови и общий анализ мочи – без патологии. Выполнено УЗИ абдоминальное, в ходе которого обнаружено небольшое количество жидкости в правой подвздошной области. На рентгенограмме органов брюшной полости патологии не выявлено.

Выявленные объективные данные и анамнез частично укладывались в клинику острого аппендицита. И вновь инструментальные обследования не позволили в полном объеме заподозрить либо установить верный дооперационный клинический диагноз и потребовали от хирурга решения вопроса по тактике и диагнозу в операционной [4], в которой в данной ситуации оказался шестилетний ребенок.

Пациент Н. госпитализирован в отделение хирургии ГУЗ «Нерчинская центральная районная больница» с предварительным диагнозом: «Острый аппендицит» для проведения экстренного оперативного вмешательства. Из приемного отделения пациент доставлен в операционную для проведения аппендэктомии из доступа Волковича-Дьяконова.

В операционной в правой подвздошной области обнаружили скудное количество мутного выпота с хлопьями фибрина с эвакуацией и взятием на бактериологический посев и общий анализ последнего. В рану выведен купол слепой кишки с аппендиксом. Последний незначительно утолщен с инъекцией сосудов серозной оболочки отростка. Оператор заподозрил несоответствие изменений в

отростке, наличия гнойного выпота и признаков разлитого воспаления брюшины. После аппендэктомии по поводу вторичного аппендицита решено произвести среднесрединную лапаротомию для полноценной ревизии всех отделов брюшной полости и выявлением причины перитонита. После выполнения последней и дальнейшей ревизии на передней стенке двенадцатиперстной кишки обнаружена перфорация 0,2 см на 0,3 см, прикрытая прядью большого сальника (рис. 1).

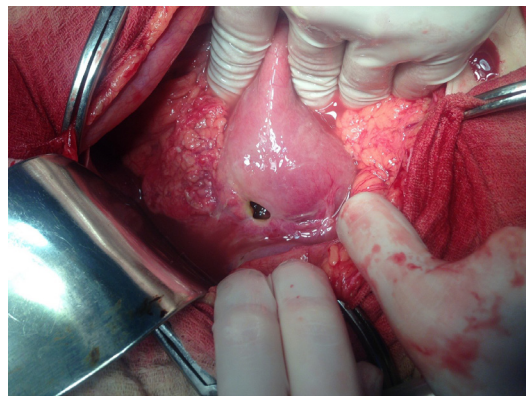


Рис. 1. Перфоративная язва у ребенка 8 лет.

Периперфорационный инфильтрат составлял чуть больше 5 мм. Интраоперационно установлен диагноз: «Язвенная болезнь. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Перфорация язвы. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит». Дефект в стенке кишки ушит однорядным серозно-мышечным швом синтетическим рассасывающимся шовным материалом с дополнительной перитонизацией прядью большого сальника. Другой патологии в животе не обнаружено. Операция закончена санацией и дренированием брюшной полости.

Послеоперационный период протекал благоприятно. Функция тонкой кишки восстановлена на 2 сутки послеоперационного периода. На 9 сутки динамического наблюдения и инструментального подтверждения восстановления функции желудочно-кишечного тракта маленький пациент выписан из стационара для дальнейшего наблюдения амбулаторно. Активный поликлинический патронаж не выявил каких-либо изменений.

Очередной ургентный случай выявил атипичную клинику перфоративной язвы у «атипичного» пациента (мальчик 8 лет) в одном из районов Забайкальского края. Описанный пациентом и его мамой симптом Кохера до

операции в послеоперационном осмыслении ситуации интерпретирован как миграция кишечного содержимого из перфорационного отверстия по правому боковому каналу с концентрацией последнего в правой подвздошной ямке, а также прикрывшейся прободной язвой и купированием выраженной боли в верхних отделах живота. Квалификация, клиническое мышление и опыт позволили специалисту разобраться в проблеме и принять единственно правильное решение. К великому сожалению, подобным образом происходит не всегда. Процент тактических ошибок не уменьшается, что влечет за собой крайне негативные как ранние, так и поздние последствия, особенно у детей [1, 3]. Известно, что тактика в urgentной детской хирургии в ряде случаев кардинально отличается от «взрослой» хирургии [2, 3].

Соответственно, вопрос подготовки хирургических кадров, особенно для дальнейшей работы специалистов в условиях центральных районных больниц с их бесконечным многообразием клинических случаев, продолжает оставаться острейшим и основным, ибо наличие пробелов в знаниях, слабость мануальных навыков и невозможность принимать самостоятельно единственное правильное решение в ночной операционной могут оборвать чью-то, только что начавшуюся жизнь.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Григорьев К.И. Язвенная болезнь — историческая динамика взглядов на этиопатогенез и лечение с позиции педиатров / К.И. Григорьев, А.М. Запруднов, Л.А. Харитонова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2019. — № 161 (1). С. 155–165.
2. Мерзликин Н.В. Хирургические болезни / Н.В. Мерзликин. — Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2023. — 840 с.
3. Хирургические болезни : учебник / Кузин М.И., Кузин Н.М., Кубышкин В.А. — Москва : ГЭОТАР-МЕДИА, 2022. — 1024 с.
4. Михайличенко М.И., Пинаев Д.А., Ханина Ю.С. Клинический случай дивертикулита Меккеля, осложненного абсцедирующим амфотитом / М.И. Михайличенко, Д.А. Пинаев, Ю.С. Ханина // Забайкальский медицинский журнал. — 2023. — № 4. — С.47–49.

¹Мочалова М.Н., ¹Ахметова Е.С.,

²Кузьмина Л.А., ¹Мудров В.А.,

¹Новопашина Г.Н., ¹Ерофеева Л.Г.

ПОДВЫВИХ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ У БЕРЕМЕННОЙ С НЕТИПИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о ректора — д.м.н., профессор Н.В. Ларёва);

²Перинатальный центр ГУЗ «Краевая клиническая больница», г. Чита.

Введение. Известно, что одной из причин развития дисфункции лонного сочленения во время беременности является избыточная выработка релаксина, под действием которого происходят структурные изменения в межкостном фиброзном диске и резорбция краев симфиза. В совокупности это приводит к увеличению диастаза между лонными костями, нарушению стабильности костного кольца и возникновению болевого синдрома. В клинической практике данное состояние расценивают как подвывих лонного сочленения. К возможным предрасполагающим факторам относятся также дисфункция лонного сочленения в анамнезе и тазовая нестабильность, вызванная асимметрией таза, остеохондрозом или выраженным лордозом. Среди биохимических механизмов значимую роль в развитии данной патологии играет повышение уровня гиалуронидазы, уменьшение синтеза коллагена, уменьшение содержания кальция и витамина D. Помимо этого подвывих лонного сочленения может быть вызван травматическими причинами: оперативными влагалищными родами, применением приемов Кристеллера, McRoberts в родах и т. д. [1].

Клиническая картина может быть представлена синдромами поясничной боли или тазовой опоясывающей боли, а также их сочетанием — пояснично-тазовой болью, которые появляются во II и III триместрах беременности, в родах или в первые 24–48 часов послеродового периода. Болевой синдром вынуждает пациенток уменьшать двигательную активность, что приводит к значительному снижению качества жизни, становится причиной временной нетрудоспособности беременных, повышает риск развития тромботических осложнений, а в последующем значительно затрудняет процесс ухода матери за ребенком [2].

Для диагностики подвывиха лонного сочленения проводят различные

провокационные тесты, из которых наибольшей чувствительностью и специфичностью обладают боль при пальпации лонного сочленения, тесты Р4, Патрика, модифицированный тест Тренделенбурга, тест Менела [3]. Из инструментальных методов диагностики применяют эхографию и рентгенографию лонного сочленения. Степень диастаза лонного сочленения определяют в зависимости от ширины лонного симфиза: 0,5–0,9 см соответствует I степени, 1,0–1,9 см – II степени, более 2,0 см – III степени [4].

Описание клинического случая.

Пациентка Ж., 30 лет, в течение всей беременности регулярно посещала женскую консультацию г. Чита. В детстве развивалась соответственно возрасту, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала. Травм и операций не переносила. Из хронических заболеваний отмечены хроническая железодефицитная анемия и нейроциркуляторная дистония по смешанному типу. В 2018 году у пациентки была выявлена интерстициально-субсерозная миома матки.

Данная беременность четвертая, желанная. Первая беременность закончилась в 2008 году неосложненными влагалищными родами в срок. Родилась доношенная девочка весом 3 616 г. Со слов пациентки, в послеродовом периоде испытывала дискомфорт в проекции лонного сочленения при активных движениях, который полностью исчез через месяц после родов. В 2013 году произошли самостоятельные роды двойней в срок. Родились доношенные мальчик весом 2 700 г и девочка весом 2 100 г. Роды и послеродовой период протекали без осложнений. В 2018 году была третья беременность, прерванная по желанию женщины на сроке 5 недель, без осложнений. В 2019 году наступила настоящая беременность, которая протекала на фоне обострения хронической железодефицитной анемии с максимальным снижением гемоглобина до 85 г/л, по поводу чего получала пероральные препараты железа.

С 24-й недели гестации пациентку стали беспокоить периодические ноющие боли в поясничной области, иррадиирующие по задней поверхности правого бедра. По мере прогрессирования беременности боль усиливалась, но пациентка не обследовалась, у невролога не наблюдалась. На сроке 39–40 недель беременности поступила на дородовую госпитализацию в отделение патологии

беременности перинатального центра ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы. На момент поступления активно жалобы не предъявляла. При проведении первичного осмотра беременной и общеклинического обследования особенностей не выявлено. Учитывая периодические боли в поясничной области, пациентка была консультирована неврологом. В ходе осмотра выявлено умеренное напряжение паравертебральных мышц поясничного отдела позвоночника, что было расценено как проявление поясничного остеохондроза, умеренного мышечно-тонического синдрома. Было запланировано консервативное ведение родов.

На четвертые сутки после госпитализации пациентка пожаловалась на выраженные боли в левой подвздошной области, появляющиеся преимущественно в положении на левом боку и при смене положения тела. При осмотре состояние женщины удовлетворительное, изменений показателей гемодинамики не выявлено. Симптомы раздражения брюшины в левой подвздошной области слабopоложительные. Пальпация лона незначительно болезненная. Матка в нормотонусе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 в минуту. Степень зрелости шейки матки по Bishop 2 балла – незрелая. С целью дифференциальной диагностики заболеваний группы «острого живота» и подвывиха лонного сочленения было назначено клиническое дообследование. В лабораторных показателях изменений не выявлено. Проведена консультация хирурга: отмечены слабopоложительные симптомы раздражения брюшины в проекции левой подвздошной области, явные данные за острую хирургическую патологию не получены.

По данным УЗИ органов брюшной полости, почек и надпочечников изменения отсутствовали. По акушерскому УЗИ: размеры плода соответствуют 38–39 неделям гестации; предполагаемая масса плода составляет $3\,076 \pm 200$ г, индекс амниотической жидкости = 122 мм, плацента располагалась по передней стенке матки на 8 см выше внутреннего зева, данных за преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты нет. Ближе к правому углу матки определяется гипoэxогенное образование размером 27×10 мм, с четкими, ровными контурами. При проведении УЗИ лонного сочленения

обнаружено расширение до 8,9 мм, смещение контура лонных костей относительно сагиттальной плоскости на 2 мм. Контур симфиза прерывистый, структура неоднородная за счет гипозоженных включений, общая площадь структурных изменений = 50%.

В связи с чем проведены провокационные тесты. Тесты Р4, Патрика, модифицированный тест Тренделенбурга и тест Менела были положительные. Выставлен диагноз: Подвывих лонного сочленения II степени. С учетом выраженного болевого синдрома, положительных провокационных тестов травматолог сделал заключение о наличии высокого риска разрыва лонного сочленения в родах, поэтому было принято решение о выполнении планового оперативного родоразрешения. Пациентке рекомендовано использование эластического ортопедического бандажа на область таза, постельный режим, ограничение двигательной активности. На фоне соблюдения полученных рекомендаций женщина самостоятельно уснула, утром отмечала снижение выраженности болевого синдрома. После получения добровольного информированного согласия на следующий день выполнена лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Операция протекала без технических сложностей. Извлечена живая доношенная девочка массой 3 320г с оценкой по шкале Апгар 9 и 9 баллов.

Женщина выписана из стационара под наблюдение врача женской консультации и травматолога по месту жительства в удовлетворительном состоянии на 5 сутки послеродового периода с ребенком. На момент выписки жалобы на боли в проекции левой подвздошной области и лонного сочленения не предъявляла.

Выводы. Данный случай иллюстрирует разнообразие клинической картины подвывиха лонного сочленения, что определяет сложность его диагностики во время беременности. С патогенетической точки зрения, нетипичная клиническая картина подвывиха лонного сочленения в этом случае объясняется анатомо-топографическими особенностями данной области. Подвывих лонного сочленения с небольшим смещением по сагиттальной плоскости у данной пациентки привел к растяжению не только глубоких слоев передней связки, но и поверхностных, что вызвало

напряжение прямых и косых мышц живота и сопровождалось значительным болевым синдромом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ананьев Е.В. Оптимизация диагностики, тактики ведения беременности и родов при дисфункции лонного сочленения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 24 с.
2. Vrbanić TS. [Low back pain from definition to diagnosis. (In Croatian)]. Reumatizam. 2011;58 (2):105–107.
3. Черкасова Н.Ю. Прогнозирование риска материнского травматизма у беременных с патологией лонного симфиза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2016. – 24 с.
4. Клипфель И.В., Калыгина Н.А., Емельянова Н.Б. Возможности ультразвукового исследования в диагностике дисфункции лонного сочленения // Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2016. – No 1. – С. 64–66.

УДК 616.5-003.214-004.1

¹Сормолотова И.Н., ²Деревцова О.В.,

¹Раднаева Д.Б., ¹Позднякова Е.М.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПИГМЕНТНОЙ ПУРПУРЫ ДУКАСА-КАПЕТАНАКИСА И БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о ректора – д.м.н., профессор Н.В. Ларёва);

²ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер» Минздрав Забайкальского края (главный врач – к.м.н. Е.А. Шипулина)

Введение. Хроническая пигментная пурпура (пигментный пурпурный дерматоз) относится к васкулитам, ограниченным кожей. В зависимости от клинических особенностей выделяют несколько эпонимических подтипов. Наиболее распространенной является болезнь Шамберга – стойкая прогрессирующая пигментная пурпура. Также выделяют телеангиэктатическую пурпуру Майокки, экзематоидную пурпуру Дукаса-Капетанакиса и еще несколько редко встречающихся форм [1, 4, 5].

Шамберг в 1901 году впервые описал у 15-летнего мальчика высыпания в виде красновато-коричневых пятен неправильной

формы с точками похожими на зерна кайенского перца. Дукас и Капетанакис в 1953 г. описали процесс с пурпурой, эритематозными пятнами бляшками с умеренным шелушением и лихенификацией. Для этого подтипа характерен зуд в период обострения [4, 6]. В настоящее время существует мнение, что различные разновидности хронической пигментной пурпуры являются продолжением болезни Шамберга у некоторых пациентов [1, 4, 5].

Пурпура – относительно редкое заболевание, чаще встречается у взрослых. Этиология неизвестна, но предполагается множество провоцирующих факторов: системные заболевания, прием лекарственных препаратов, инфекции, травмы, венозная недостаточность и действие факторов окружающей среды [1, 4, 5].

В патогенезе пигментной пурпуры играют роль патология или слабость кожных капилляров, гуморальный и клеточный иммунный ответ. Экстравазация эритроцитов приводит к пурпуре, а насыщенные гемосидерином макрофаги придают красно-коричневый вид более старым поражениям [4, 5].

У всех разновидностей на начальном этапе похожая клиническая картина с плоскими петехиями или экхимозами, папулами красно-коричневого цвета, локализующимися на нижних конечностях преимущественно симметрично. Течение длительное, рецидивирующее, со слабым ответом на терапию [4, 5].

Локализованная склеродермия относится к хроническим заболеваниям соединительной ткани и ограничивается поражением кожи. Чаще выявляется бляшечная склеродермия [2, 3]. Этиология заболевания до конца не выяснена. Предполагается генетическая предрасположенность. К провоцирующим факторам относят: травмы, инфекции, прием лекарственных препаратов, переохлаждение и механическое сдавливание одеждой [2, 3].

Локализованная склеродермия считается трехсторонним заболеванием, связанным с аутоиммунными, фибробластными и эндотелиальными нарушениями. Отмечается сосудистая дисрегуляция, дисбаланс Th 1 /Th 2, приводящий к высвобождению цитокинов и активации профибротических путей, которые приводят к избыточной выработке коллагена [2, 3].

Клинически характеризуется эритематозными отечными бляшками.

В дальнейшем появляется уплотнение, склерозирование с блестящей поверхностью цвета слоновой кости. Как правило, через несколько месяцев очаги поражения становятся атрофическими [2, 3].

Цель работы. Анализ случая сочетания пигментной пурпуры Дукаса-Капетанакиса и бляшечной склеродермии.

Клинический случай. Вашему вниманию представлен клинический случай пациентки Л., 53 года, военный пенсионер. Обратилась в ГУЗ «ККВД» с жалобами на уплотненные очаги на левом предплечье и пояснично-крестцовой области, высыпания на коже голеней, стоп с сильным зудом.

Из истории заболевания известно, что считает себя больной с 2016 г., когда впервые появились очаги в области предплечья, спины. В военной поликлинике г. Хабаровска выставлен диагноз: Локализованная склеродермия. Признаки системного поражения соединительной ткани отсутствовали. Получала курсы лечения 1-2 раза в год с умеренным терапевтическим эффектом. В 2018 г. появилась красная стойкая сыпь в области голеней и стоп. В течение нескольких недель высыпания приобрели красно-коричневый цвет. Проконсультирована в ВМА им. Кирова МО РФ. На основании гистологического исследования (выявлены лимфоцитарный инфильтрат, экстравазация эритроцитов, отложение гемосидерина) выставлен диагноз: Болезнь Шамберга. В последние два года периодически отмечает покраснение, шелушение и сильный зуд в области очагов на стопах и голенях. Элементы на пояснице и предплечье без существенной динамики. Госпитализирована в стационар «ГУЗ ККВД».

Из истории жизни. Наследственность не отягощена. Хронические заболевания: гастрит, киста правой почки. В 2020 г. перенесла COVID-19.

Объективное состояние на момент поступления без особенностей. Локальный статус: кожный процесс носит распространенный характер. На коже пояснично-крестцовой области представлен очагом гиперпигментации размером 12*17 см. Очаг с четкими границами, плотноватой консистенции с гладкой блестящей поверхностью. В центре явления атрофии. В области левого предплечья – очаг с аналогичными характеристиками

размером 8*15 см (Рис. 1).



Рис. 1. Поражение кожи в области левого предплечья

На коже нижних конечностей в области голени, голеностопных суставов, тыльной и боковой поверхностях стоп буро-коричневые и коричневые пятна с неровными очертаниями, очаги эритематозно-сквамозного характера с геморрагическими корочками на поверхности (Рис. 2).



Рис. 2. Поражение кожи в области голени, стоп

Результаты обследования: анализы крови и мочи без патологии. Основные биохимические показатели в пределах нормы. Исследование маркеров гепатитов В и С, ВИЧ, Lues: антитела не обнаружены.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины выставлен диагноз: Локализованная склеродермия, фаза атрофии. Сопутствующий: Пигментная экзематозная пурпура Дукаса-Капетанакиса.

Проведена терапия: р-р. никотиновой кислоты 1% 1,0 в/м 1 раз в сутки, р-р гиалуронидазы 32 ЕД 1 раз в сутки в/м, р-р дексаметазона 8 мг в/м и затем 4 мг 1 раз в сутки. Наружно: мазь «Гиоксизон» 2 раза в сутки, раствор «Фукурцин» 2% 2 раза в сутки. На фоне

лечения отмечена положительная динамика.

Заключение. В представленном клиническом случае провоцирующими факторами, возможно, явились ношение форменной одежды, периодические переохлаждения. В патогенезе двух данных нозологий общим моментом выступают иммунные и эндотелиальные нарушения. Причиной перехода болезни Шамберга в пурпуру Дукаса-Капетанакиса с большой долей вероятности явилась перенесенная пациенткой коронавирусная инфекция.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Chayed Z, Mose KF, Bygum A. Pigmented purpuric dermatoses. *Ugeskr Laeger*. 2020; 18;182 (21): V12190682. Danish.
2. Li ZM, Li TH, Li ZJ, Wang LQ, Long X, Huang JZ. Global research status of localised scleroderma reported over the period 1993-2022: A 30-year bibliometric analysis. *Int Wound J*. 2024; 21 (1): e14559. doi: 10.1111/iwj.14559.
3. Papara C, De Luca DA, Bieber K, Vorobyev A, Ludwig RJ. Morphea: The 2023 update. *Front Med (Lausanne)*. 2023;13;10:1108623. doi: 10.3389/fmed.2023.1108623.
4. Spigariolo CB, Giacalone S, Nazzaro G. Pigmented Purpuric Dermatoses: A Complete Narrative Review. *J Clin Med*. 2021; 25; 10 (11):2283. doi: 10.3390/jcm10112283.
5. Sharma L, Gupta S. Clinicoepidemiological study of pigmented purpuric dermatoses. *Indian Dermatol Online J*. 2012; 3 (1): 17–20. doi: 10.4103/2229-5178.93486.
6. Tchernev G, Temelkova I. Drug-induced eczematid-like purpura of Doucas-Kapetanakis. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2019; 33 (4): 1241–1242.

ЮБИЛЕИ

К юбилею к.м.н., доцента, и. о. заведующей кафедры терапевтической стоматологии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний, врача-стоматолога высшей квалификационной категории

Сандаковой Долгорцырен Цырендоржиевны

Сущность человека лучше всего, благороднее и совершеннее всего выражается через его деяния, через его труд и творчество
Л.Л. Фадеев



Долгорцырен Цырендоржиевна родилась 20 ноября 1963 г. в селе Чиндалей, Дульдургинского района. В 1980 году окончила Дульдургинскую среднюю общеобразовательную школу и выбрала профессиональную дорогу в медицину. В 1982 г. поступила в Улан-Удэнское медицинское училище на зубоучебное отделение. С 1985 по 1987 гг. работала зубным врачом в Дульдургинской районной больнице. С 1987 по 1988 гг. работала в стоматологическом отделении детской больницы г. Читы. В 1988 г. поступила в Читинский государственный медицинский институт на стоматологический факультет. В 1993 г. обучалась в интернатуре ЧГМА, а затем с 1996 по 1998 гг. обучалась в клинической ординатуре на кафедре терапевтической стоматологии. В 1999 г. назначена на должность ассистента кафедры терапевтической стоматологии.

В 2004 г. под научным руководством профессора Е.Н. Ивановой на заседании

Диссертационного совета Иркутского государственного медицинского университета Долгорцырен Цырендоржиевна успешно защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Анализ распространенности, качества лечения и исходов осложненного кариеса зубов как основа программы профилактики в стоматологии».

С 2005 г. по 2023 г. работала в должности доцента кафедры терапевтической стоматологии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний. С сентября 2023 года исполняет обязанности заведующей кафедрой терапевтической стоматологии с курсом ПСЗ.

В 2007 г. ей присвоена высшая квалификационная категория врача стоматолога-терапевта. В 2008 г. Приказом Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки присвоено ученое звание доцента по кафедре терапевтической стоматологии.

С 2016 г. по 2021 г. работала помощником декана стоматологического факультета ЧГМА по воспитательной работе. Проводила большую работу по профилактике правонарушений среди студентов, психологической адаптации студентов младших курсов к обучению в академии и проживанию в общежитиях. В период COVID-19 организовала помощь студентам стоматологического факультета с привлечением спонсоров в лице предпринимателей, закупала продукты питания и доставляла каждые 2-3 суток в стационары города, где проходили лечение будущие врачи.

Глубокой признательности заслуживает многолетняя наставническая работа по поддержке и воспитанию молодых врачей. Долгорцырен Цырендоржиевна курирует лечебную работу ординаторов, обучая их современным методам лечения в эндодонтии, реставрационной стоматологии, дерматостоматологии и пародонтологии. Лекции, доклады, практические занятия всегда проходят интересно и отвечают современному научному уровню медицинского образования. Ею подготовлено большое количество специалистов в сфере практического здравоохранения не только нашего края, но и других регионов страны.

Долгорцырен Цырендоржиевна как высококвалифицированный специалист, владеющий современными инновационными методами лечения в области стоматологии, ведет прием пациентов, оказывает помощь больным с заболеваниями пародонта, слизистой оболочки

полости рта, кариесом и его осложнениями. Совместно со студентами проводит ежегодные медицинские осмотры по профилактике и раннему выявлению предраковых заболеваний полости рта. Результаты своих клинических исследований регулярно представляет на Всероссийских, межрегиональных и внутривузовских научных конференциях.

Учебную, методическую и научную работу Долгорцырен Цырендоржиевна умело сочетает с общественной деятельностью. Под её руководством, с целью патриотического воспитания молодёжи, воспитания нравственно-ориентированной, духовно богатой личности, уважающей культуру и традиции своего и других народов, в 2006 г. на базе стоматологического факультета был создан волонтерский отряд «Буян». В начале своей деятельности работа волонтеров была направлена на помощь буддийским храмам, расположенным на территории города Читы. В настоящее время связь с Духовенством только укрепилась, волонтеры в своих планах имеют обязательным пунктом помощь Читинскому Дацану «Дамба Брайбунлинг» и Представительству Агинского Дацана в городе Чите. Есть и обратная связь, которая тщательно продумана мудростью педагога и так необходима в условиях сегодняшних реалий – после субботников настоятели Дацанов обязательно проводят беседы, мини-лекции, наставления, для формирования правильного и здорового образа жизни будущих врачей.

В 2012 г. отряд принял участие в проекте «Серебряный ручей», который проходил в Национальном парке «Алханай». Была проведена огромная работа по проложению тропы в непройденных лесных массивах национального парка, изготовление из сподручных средств скамеек, указательных знаков, перекладин для приёма ванн, уборки данной местности и много других работ, которые закончились обхождением туристов в кемпинговых, палаточных городках, знакомством и приглашением на нововозведённую тропу. Не было безразличных к пению народных песен, играм на гитаре, шуткам студентов под вечерний костёр. Самым радостным моментом явилось то, что на следующий день тропа приняла первых туристов.

В 2013 г. отряд «Буян» в рамках Гражданского форума Забайкальского края выигрывает грант на проведение

проекта «Здоровое поколение – социально-психологическая помощь школьникам». Площадкой для осуществления проекта была выбрана общеобразовательная школа № 32 города Чита, где обучались дети разных национальностей и существовала проблема межнациональных отношений. Своими силами, студенты со своим руководителем провели ремонт, закупили стулья, столы, приобрели материалы, другие необходимые средства, оборудовали кабинет и перешли к реализации своего плана. И оправдался ожидаемый отличный результат!

Много труда вложено и вкладывается в работу во внеучебное время, выходные дни, когда проводятся различные акции социального и медицинского направления, где оказывается помощь больным онкологического диспансера, социальным приютам Забайкальского края, детским домам, отделению отказников Краевой детской клинической больницы № 2.

В целях ранней профориентации и формирования правильной жизненной и гражданской позиции 6 марта 2023 года по инициативе Долгорцырен Цырендоржиевны и под курацией отряда «Буян» из числа учащихся 5 класса организован волонтерский отряд «Добротворец» в школе № 27. Началось активное обучение школьников планированию своей работы, осознанию важности и нужности данного движения. При содействии спонсоров волонтеры «Буян» и «Добротворец» организовали сбор посылок в зону СВО. К празднику Великой Победы отряды совместно приняли участие в создании видеоролика, к которому они подошли с большим трепетом и любовью. Много планов у учителя и учеников в данном направлении: намечена работа для оказания помощи ветеранам-учителям школы № 27 и ветеранам-преподавателям медицинской академии. Долгорцырен Цырендоржиевна всегда со своим отрядом, в любое время года, на любом мероприятии. Без личного примера невозможно повести за собой молодёжь, считает она.

Является членом Ассоциации Стоматологов Забайкальского края, с 2023 г. – членом Забайкальской региональной общественной организации бурят. Автор более 100 научных работ, учебно-методических пособий, а также научный руководитель ежегодных студенческих работ по актуальным вопросам стоматологии.

В 2011 г. заняла III место в номинации

«За вклад в развитие студенческого самоуправления» в конкурсе «Лучший преподаватель вуза». В 2021 г. стала лидером в читательском голосовании видеопроекта «Человек дела» на сайте «Чита.ру».

Долгорцырен Цырендоржиевна победитель ежегодной профессиональной премии «Профессия = жизнь» в номинации «Мой наставник» (2014 г.), в номинации «Кто, если не мы!» (2021 г.).

За свою насыщенную, интересную, творческую жизнь она благодарит своих родителей, учителей и говорит, что она росла в условиях доброты, уважения и любви. Есть у Долгорцырен Цырендоржиевны хобби о котором она готова говорить без устали. Прекрасные строки, говорящие об огромной любви к окружающему, раскрывающие тонкие струны души автора позволяют прикоснуться к чему-то духовному и возвышенному.

Её многолетняя научная и педагогическая деятельность неоднократно отмечалась государственными наградами. За добросовестный труд награждена грамотами и благодарственными письмами ректората ЧГМА, благодарственным письмом Министра здравоохранения РФ, почетной грамотой Министерства здравоохранения Забайкальского края, Почетной грамотой Министерства здравоохранения РФ.

За большой личный вклад в развитие добровольческой деятельности награждена многочисленными грамотами и благодарственными письмами разного уровня.

Долгорцырен Цырендоржиевна – наглядный пример истинного, беззаветного служения избранной профессии и науке, её многолетняя плодотворная деятельность способствует сохранению и преумножению научного и образовательного потенциала.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бей В.Д. К юбилею Сандаковой Долгорцырен Цырендоржиевны / В.Д. Бей, У.О. Матафонова ; научный руководитель Н.В. Пляскина // Медицина завтрашнего дня: материалы XXII научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, 18-21 апреля 2023 года, г. Чита : сборник научных трудов. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2023. – С. 391–392. – 1 электрон.опт. диск (CD-ROM). – ISBN 978-5-904934-54-5.

2. Кафедра терапевтической стоматологии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний // Читинская государственная медицинская академия: 70 лет. – Чита, 2023. – С. 224–225.

*Капустина Н.В., заведующая
информационно-библиографическим отделом
НБ ФГБОУ ВО ЧГМА*

*Пляскина Н.В., к.м.н., доцент кафедры
терапевтической стоматологии с курсом
пропедевтики стоматологических
заболеваний*

ЮБИЛЕЙ ДОЦЕНТА БУРАНОВОЙ КАПИТОЛИНЫ ВАСИЛЬЕВНЫ



Капитолина Васильевна Буранова родилась 2 февраля 1929 г. на станции Мысовая Кабанского района Бурятской АССР в семье рабочего.

Учеба в школе совпала с Отечественной войной. В тяжелые военные годы приходилось учиться и работать. В 1948 г. после окончания школы она поступила в Иркутский государственный медицинский стоматологический институт, так как мечтала стать челюстно-лицевым хирургом. После окончания в 1952 году ИГМИ Капитолина Васильева была направлена в Читинскую область. Первым местом ее работы в качестве врача-стоматолога смешанного приема

стало поликлиническое отделение городской больницы г. Читы.

В 1954 г., после прохождения специализации по челюстно-лицевой хирургии в Ленинградском институте усовершенствования врачей, К.В. Буранова была переведена в хирургическое отделение городской больницы. В эти годы она освоила лечение больных с травмами и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, детей с врожденными заболеваниями – расщелинами верхней губы и неба и др.

В 1957 году, учитывая способности и накопленный опыт, К.В. Буранову пригласили наряду с основной работой вести практические занятия по стоматологии со студентами 5 курса лечебного факультета организованного в то время Читинского медицинского института. Условия для преподавания были достаточно сложные, не хватало помещений, оборудования. Практические занятия вначале проводились в стоматологическом кабинете поликлиники Центрального района, а затем в Общевоинском госпитале. Большую помощь и поддержку в организации учебного процесса и постижении педагогического опыта оказывал заведующий кафедрой госпитальной хирургии профессор Р.П. Постников, под руководством которого составлен план занятий. Он помог Капитолине Васильевне освоить технику не только некоторых челюстно-лицевых, но и общехирургических операций.

В связи с переменой места жительства К.В. Буранова с октября 1960 г. по июль 1961 г. работала врачом хирургом-стоматологом в 1 хирургическом отделении больницы № 7 г. Сталинграда и одновременно вела практические занятия со студентами стоматологического факультета Сталинградского медицинского института.

В 1961 г. Капитолина Васильевна возвратилась в Читы на должность ассистента кафедры хирургической стоматологии ЧГМИ. Вместе с зав. кафедрой хирургической стоматологии В.З. Любарским она принимала активное участие в организации и становлении кафедры.

Капитолина Васильевна была первой из стоматологов направлена на обучение в целевую аспирантуру в Московский медицинский институт. Под руководством основоположника хирургической стоматологии, профессора Г.А. Васильева ею была выполнена

и защищена кандидатская диссертация на тему «Клиника и лечение воспалительных изменений верхне-челюстной пазухи при перфорации её дна». Ссылка на её исследования имеется в «Практическом руководстве по хирургической стоматологии», по которому долгие годы учились хирурги-стоматологи нашей страны.

В 1969 г. К.В. Буранова назначена на должность доцента и по совместительству выполняла обязанности заместителя декана стоматологического факультета Читинского медицинского института. В 1972 г. ей присвоено ученое звание доцента.

В Читинском медицинском институте К.В. Буранова проработала 36 лет. И в какой бы должности она не находилась постоянно повышала свой педагогический и врачебный уровень, несколько раз была на специализации и усовершенствовании. Диапазон ее теоретической и практической работы весьма широк и охватывал все разделы челюстно-лицевой хирургии. Особенно много внимания она уделяла профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний челюстно-лицевой области. Она одна из первых в Забайкалье освоила и внедрила оперативные методы лечения и химиотерапию у онкостоматологических больных. Ею собран и проанализирован большой статистический материал по онкологии головы и шеи по Читинской области и Бурятии. Результаты научных исследований были доложены на научно-практических конференциях различного уровня, семинарах, написаны статьи, разработаны методические указания по разным разделам хирургической стоматологии для студентов стоматологического и лечебного факультетов.

К.В. Буранова прекрасный педагог и лектор, прививала студентам любовь к хирургической стоматологии, развивала их клиническое мышление, мануальные навыки, учила выхаживать послеоперационных больных. Много лет руководила производственной практикой, занималась научной работой со студентами. Была председателем ГЭК на стоматологических факультетах Хабаровска, Иркутска, Кемерово.

Она часто выезжала в районы Читинской области для оказания лечебной помощи больным с травмами челюстно-лицевой области, консультировала и оперировала больных в Окружном пограничном госпитале, городской и железнодорожной больницах.

К.В. Буранова уделяла много внимания общественной и идеологической работе. Была председателем профкома городской больницы, руководила художественной самодеятельностью, была депутатом Читинского городского совета, закончила университет Марксизма-Ленинизма Читинского горкома КПСС, проводили политзанятия со средним и младшим медперсоналом, занималась санитарно-просветительной работой.

Капитолина Васильевна и на сегодняшний день пользуется заслуженным авторитетом и не только среди врачей старшего поколения. Студенты, врачи, пациенты и товарищи по работе уважают её как хорошего, требовательного педагога и опытного хирурга, доброго и внимательного человека. Все научные работы, выполненные К.В. Бурановой, и на сегодняшний день имеют большое теоретическое и практическое значение. Она внесла весомый вклад в развитие челюстно-лицевой хирургии в г. Чите и Читинской области.

Труд К.В. Бурановой отмечен медалями «За труд в тылу во время ВОВ» и «За труд в мирное время», благодарностями и грамотами.

Уйдя на заслуженный отдых, Капитолина Васильевна работала в лицензионно-аккредитационной комиссии по разделу «Стоматология», народным заседателем Центрального суда г. Читы. Сегодня она остается добрым помощником для всех кто обращается к ней за советами и помощью.

Ректорат, сотрудники стоматологического факультета, Клиники ЧГМА, стоматологическая общественность Забайкальского края с особой благодарностью отзываются о доценте Капитолине Васильевне Бурановой – Учителе и высококвалифицированном враче, и желают крепкого здоровья на долгие годы.

***Профессор кафедры хирургической
стоматологии ФГБОУ ВО ЧГМА,
Заслуженный врач РФ,
профессор Пинелис И.С.***

**К 95-летию со дня рождения инфекциониста,
эпидемиолога, кандидата медицинских наук
Выборова Георгия Прокопьевича
(1929-2008 гг.)**



Выборов Георгий Прокопьевич родился 20 февраля 1929 года в деревне Куприяновка Иркутской области в крестьянской многодетной семье, проживавшей вблизи железнодорожной станции Тыреть. Наблюдая за проходившими по сибирской магистрали поездами, он мечтал об инженерной профессии и работе в вагоноремонтном депо. Отец, трудившийся многие годы путейцем, поддержал выбор сына, и после окончания 7 класса, как и другие сверстники, Георгий Прокопьевич поехал поступать в Иркутский железнодорожный техникум. Но, несмотря на успешные результаты приемных экзаменов, документы ему вернули. В полнейшем отчаянии он возвращается в родительский дом и, под воздействием матери, направляется учиться в медучилище г. Зима.

После окончания медучилища Георгий Прокопьевич получает назначение в больницу северного района Иркутской области. Поддержка директора А.Я. Зайцева, который с большой симпатией относился к любознательному студенту, учившемуся с отличием и легко сдавшему выпускные экзамены, поспособствовала поступлению в Иркутский медицинский институт.

В 1947 году, по положению о правилах приема в вузы, только 5% выпускников, отлично окончивших средние медицинские образовательные учреждения, имели право на зачисление в мединститут без экзаменов.

Абитуриенту Выборову Г.П. пришлось сдавать материал в объеме средней школы, так как в медучилище приоритеты подготовки отдавались профессиональным навыкам. Успешно написав сочинение и пройдя вступительные испытания, Георгий Прокопьевич был вызван на собеседование к декану санитарно-гигиенического факультета Т.А. Ларионовой, после чего был зачислен в Иркутский медицинский институт.

6 лет учебы сформировали личность Георгия Прокопьевича не только как врача, пополнив его отличные знания по анатомии и физиологии, полученные в училище, но и как ученого-исследователя. Во многом этому способствовали лекции известных профессоров: Б.Г. Ходоса, Г.И. Феоктистова, Я.М. Грушко и др.

Ответственность за других с юности была в приоритете у будущего врача. Студент-отличник Выборов Г.П. получал повышенную стипендию, но, несмотря на это, в течении последних лет обучения успешно совмещал учебу в вузе и работу медбратом в Окружном военном госпитале. По окончании Иркутского медицинского института в 1953 году он получает направление в противочумную станцию г. Хабаровск, где и проходит специализацию по особо опасным инфекциям и занимает должность младшего научного сотрудника бруцеллезной лаборатории противочумного института.

Появление Г.П. Выборова в лаборатории было обусловлено организацией производства холерной вакцины в этом медучреждении и переводом туда же его супруги – врач-микробиолога.

Увеличивалось количество больных бруцеллезом, и Георгий Прокопьевич начинает обследование населения, проведение вакцинации с определением реактогенности и эффективности видов вакцин, анализ которых впоследствии повлиял на тему научной работы.

Он активно продолжает исследовать инфекционные болезни и бактериологически подтверждать существование инфекции среди крупного рогатого скота, свиней, оленей. При выделении видовых особенностей бруцелл в зависимости от семейств животных, выявлении бациллы сибирской язвы во время массового заболевания в Амурской области, ему предоставлялись уникальные возможности изучения их эпидемиологических характеристик. Материалы исследований сформировались в ряд успешных докладов

на заседаниях обществ эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов.

С 1962 по 1964 гг. Георгий Прокопьевич обучался в клинической ординатуре по инфекционным болезням в клинике С.Е. Шапиро, продолжая научную работу по обследованию инфицированных. Именно в этот период им разработан щадящий метод терапии бруцеллеза, одобренный коллегами из Благовещенского научного общества. Во время учебы в ординатуре Г.П. Выборов освоил навыки реаниматолога при лечении паралитических форм полиомиелита. Совместно с основателем центра Е.Г. Тощенко Георгий Прокопьевич более 10 лет оказывал квалифицированную реаниматологическую помощь больным с параличами дыхательной мускулатуры, ботулизмом и клещевым энцефалитом, по результатам и описаниям эффективности которой ими был опубликован цикл научно-исследовательских работ.

К 1967 г. Георгий Прокопьевич завершает работу над кандидатской диссертацией «Материалы эпидемиологического и клинко-лабораторного изучения бруцеллеза в Хабаровском крае» в составе кафедры инфекционных болезней Хабаровского медицинского института. После успешной защиты начинается новый этап его жизни и совмещение научно-исследовательской и педагогической деятельности. Своих студентов Георгий Прокопьевич всегда воспитывал в академическом духе, прививая любовь к профессии, высочайшую ответственность за здоровье и жизнь пациентов. Интеллигентный, энергичный и мудрый наставник вызывал уважение у будущих инфекционистов, поражая их своими знаниями, эрудицией, тактичностью и солидностью.

В октябре 1975 г. Г.П. Выборов с семьей переезжает в Читу и активно продолжает свой научный и врачебный путь, работая на кафедре инфекционных болезней ЧГМИ. Ему было поручено организовать и оснастить учебную базу кафедры в инфекционном отделении Отделенческой больницы станции Чита-1, где он долгое время возглавлял организационно-методическую, лечебно-консультативную работу. В отделении сосредоточилась вся страсть Георгия Прокопьевича к науке. Он продолжал учиться сам, проверяя все, что ему давали – как книги, так и задачи, которые зарождались, вырабатывались и в несметном

количестве накапливались в его постоянно работавшем сознании. Само же отделение, как непосредственное наблюдение больных, процесс их лечения и реабилитации, беспрестанно наталкивало его на новые вопросы и выводы, служившие целям его эпидемиологического самообразования.

Занятия со студентами, организация лечебного процесса, систематическая консультативная помощь и ведение врачей-интернов. Все это происходило у Георгия Прокопьевича параллельно с научными исследованиями по инфекционной патологии в Читинской области. Глубочайшие знания отечественной и зарубежной медицинской практики, умение четко видеть цель и задачи исследования – все это позволяло не только успешно и оперативно разрабатывать проблемы псевдотуберкулеза и иерсиниоза, лептоспироза и вирусного гепатита, но и одним из первых в Чите организовывать исследования по этим актуальным патологиям на основании диагностики Владивостокского НИИЭМ.

Более 20 лет он посвятил изучению закономерностей возникновения и распространения инфекционных болезней среди населения и разработал методы их профилактики, лечения и ликвидации. Его глубинные знания и практический опыт позволяли плодотворно заниматься научно-исследовательской деятельностью, результаты которой отражены в материалах 50 научных работ, в том числе, и в соавторстве с практикующими специалистами. Труды Г.П. Выборова отличаются широчайшим диапазоном проблем, актуальностью, тесной связью с практическим здравоохранением.

Г.П. Выборову удалось скрупулезно и методично собрать материал о 35 случаях ботулизма в регионе, показать преимущественное значение рыбной продукции и роль различных продуктов в рационе жителей различных территорий Союза. Его лекции по инфекционной патологии, вопросам интенсивной терапии при ряде инфекционных заболеваний, по военной эпидемиологии отличались глубоким содержанием, широким привлечением собственного клинического опыта и современных научных данных. Научно-педагогическая деятельность Георгия Прокопьевича способствовала приобретению студентами базисных знаний и практических умений использования

принципов доказательности в принятии обоснованных решений при осуществлении эпидемиологического надзора, организации и проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий при инфекционных болезнях.

«Как грамотный врач-инфекционист, уникальный эпидемиолог, Георгий Прокопьевич щедро делился практическим опытом постановки клинических диагнозов, оказывал помощь коллегам в осуществлении дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний и разрешении вопросов профилактики, подсказывая алгоритмы проведения противоэпидемических мероприятий при инфекционных заболеваниях. Никто детальнее его не изучал нозологические формы – бруцеллез, кишечный иерсиниоз и псевдотуберкулез. Он очень любил свое преподавательское дело – в чтении лекций видел не простое исполнение своего долга – для него они составляли живую, неодолимую потребность его натуры делиться собственными обширными знаниями и прививать молодым формирующимся умам ту же веру в медицину как точную науку, которая одушевляла его самого», – вспоминает доцент кафедры инфекционных болезней ЧГМА, кандидат медицинских наук Эльвира Николаевна Калинина, проработавшая с Г.П. Выборовым долгое время. Коллеги по кафедре отмечали, что Георгий Прокопьевич умел находить пути воспитания клинического мышления у студентов, учил их самостоятельности в работе, находя простые и понятные методические приемы.

Завершив работу на кафедре, с 1996 года Георгий Прокопьевич переводится на должность госпитального эпидемиолога, продолжает научную деятельность, осуществляет консультативно-экспертную работу и выступает с докладами. В 2002 г. Аттестационная комиссия врачебно-санитарной службы Забайкальской железной дороги подтверждает его компетентность и профессиональный уровень, присваивая Г.П. Выборову высшую категорию по специальности «Эпидемиология».

Умер Георгий Прокопьевич 2 мая 2008 г. Бесценный опыт в вопросах эпидемиологии инфекционных болезней, уникальные результаты научно-исследовательских работ снискали бесконечное уважение и высокий авторитет среди коллег и студентов, руководства

и множества пациентов Георгия Прокопьевича, в памяти которых он остался не только как талантливый ученый и врач, принципиальный руководитель, неутомимый исследователь, но и как творческая личность, человек с горящим сердцем и доброй душой, труды которого приносят неоценимую пользу человечеству.

О.И. Илюхина
сотрудник научной библиотеки
ФГБОУ ВО ЧГМА

НЕКРОЛОГ

ПАМЯТИ ДОМБРОВСКОЙ ЭЛЬВИРЫ ВИКТОРОВНЫ



Ушла из жизни Заслуженный врач Бурятии, старший преподаватель кафедры стоматологии детского возраста Домбровская Эльвира Викторовна.

Быть преподавателем в медицинском вузе – значит быть личностью, которая оказывает влияние на профессиональную адаптацию и становление студентов-медиков. Именно такой была Эльвира Викторовна. Одна из выдающихся врачей стоматологов-хирургов, которая всю свою жизнь посвятила медицине и внесла огромный вклад в обучение студентов и развитие челюстно-лицевой хирургии в Забайкальском крае.

Мастерство хирурга оценивают не только по его «рукодействию», но и по его вкладу в развитие медицинской науки, умению подготовить и повести за собой профессионалов-единомышленников.

Домбровская Эльвира Викторовна родилась 3 мая 1935 г. в г. Улан-Удэ Бурятской АССР. По окончании в 1953 году школы поступила в Иркутский государственный медицинский институт на стоматологический факультет. За годы обучения принимала активное участие в жизни института: занималась волейболом, гимнастикой, входила в состав танцевального ансамбля стоматологического факультета. С 3 курса занималась в хирургическом кружке по стоматологическому профилю, написала научную работу «Хирургическое лечение

радикулярных кист».

Закончив институт, в 1958 г. Эльвира Викторовна получила распределение в Бичурский район. Спустя 9 месяцев работы, Министерством Здравоохранения республики Бурятия было поручено впервые организовать стоматологический кабинет на стеклозаводе в г. Улан-Удэ. На протяжении 5 лет Эльвира Викторовна работала в Республиканской больнице в качестве стоматолога-хирурга.

Она с любовью осваивала специальность и была направлена в клиническую ординатуру по специальности «Челюстно-лицевая хирургия» в ГБУЗ «Челюстно-лицевая госпиталь для ветеранов войн» города Москвы, в которой обучалась с 1963 по 1965 гг. Обучение в ординатуре стало для нее не только источником теоретических знаний, но и хорошей школой практических навыков.

Отработав после ординатуры 2 года стоматологом-хирургом в Республиканской больнице Министерства Здравоохранения республики Бурятия, врач Домбровская Эльвира Викторовна в 1967 году приезжает в Забайкалье на кафедру хирургической стоматологии Читинского государственного медицинского института.

Энергичный, волевой, грамотный ассистент – она легко завоевала уважение сотрудников кафедры и ее руководителя Владимира Александровича Любарского. Под его руководством Эльвира Викторовна начинает заниматься научными изысканиями в области методики закрытия дефектов твердого неба.

Разработанные совместно с доцентом В.А. Любарским методики уранопластики быстро получили применение в практическом здравоохранении, давая прекрасные результаты.

Исторической вехой в развитии Здравоохранения Читинской области стало открытие Областной детской клинической больницы в январе 1983 года.

Эльвира Викторовна была непосредственным организатором челюстно-лицевого отделения в ОДКБ, а затем и руководителем Центра реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. На базе этого отделения ею была подготовлена целая плеяда детских челюстно-лицевых хирургов, которые успешно трудятся в данном учреждении и сегодня.

Являясь ассистентом кафедры стоматологии детского возраста, на которой

Эльвира Викторовна проработала в течение 30 лет, она все силы и знания отдавала студентам. По-матерински внимательная, добрая, но справедливая она пользовалась любовью и уважением среди студентов и сотрудников [1].

Эльвира Викторовна являлась организатором лечебно-учебной базы по детской хирургической стоматологии, создателем уникальных методических и наглядных пособий. Она многие годы возглавляла центр по врожденной челюстно-лицевой патологии, совершенствовала методики хирургического лечения не сращений неба и альвеолярных отростков у детей, проводила научные исследования по проблеме расщелин твердого и мягкого неба. Автор 11 рационализаторских предложений по новым методам лечения, внедренным в практическое здравоохранение, в частности, метода уранопластики и реабилитации детей с пороками развития лица и челюстей. Эльвира Викторовна создала уникальный альбом «Патологии челюстно-лицевой области».

За активную лечебно-профилактическую работу и подготовку кадров для республики Бурятия в 1990 году Эльвире Викторовне присвоено звание «Заслуженный врач Бурятии», она награждена знаком «Отличник здравоохранения» в 1988 году и дважды является лауреатом премии им. В.А. Коханского по разработке новых методов лечения расщелин лица и челюстей (1992, 1996).

Домбровская Эльвира Викторовна внесла огромный вклад в развитие стоматологического факультета и стоматологии в Забайкальском крае. Благодаря трудолюбию, ответственности, любви к своей профессии она давала студентам глубокие и хорошие знания, навыки практической работы. Именно эти качества помогли добиться уважения коллег и стали основополагающим принципом формирования профессиональной компетенции студентов.

В любом уголке Читинской области и за ее пределами можно встретить ее выпускников, которые сохранили теплоту и благодарность к этому прекрасному человеку.

Умерла Домбровская Эльвира Викторовна 13 апреля 2024 года.

Ректорат Читинской государственной медицинской академии, сотрудники стоматологического факультета и клиники ЧГМА, коллектив кафедры стоматологии детского возраста выражают искренние

соболезнования родным и близким, а память об Эльвире Викторовне навсегда останется в наших сердцах.

ЛИТЕРАТУРА:

1. К юбилею ассистента кафедры стоматологии детского возраста, Заслуженного врача Республики Бурятия Эльвиры Викторовны Домбровской //Забайкальский медицинский вестник. 2005. № 2. С. 74.

*Пинелис И.С., Петрова А.М.,
Малежик М.С., Пронин М.Ю., Шнитова И.В.
ФГБОУ ВО «Читинская государственная
медицинская академия», МЗ России, Чита
(Россия)*

ИНФОРМАЦИЯ

X юбилейная Конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием

«Клинические протоколы и контрарверсии в акушерстве, гинекологии, репродуктологии»
13-14 марта 2024 года состоялась конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием «Клинические протоколы и контрарверсии в акушерстве, гинекологии, репродуктологии», организаторами которой явились Читинская государственная медицинская академия, Краевая общественная организация «Забайкальское общество акушеров-гинекологов (ЗООАГ)», Ассоциация медиков «Забайкальская медицинская палата», Министерство Здравоохранения Забайкальского края. Конференция проходила в очном формате с видеотрансляцией и включала лекции и мастер-классы профессорско-преподавательского состава медицинских вузов России, главных специалистов Минздрава России по акушерству, гинекологии и репродуктивному здоровью женщин в ДФО и СФО, организаторов здравоохранения Забайкальского края, специалистов по пренатальной диагностике, юристов, практических врачей.

Основной задачей данного образовательного мероприятия было формирование междисциплинарного и межрегионального взаимодействия с целью повышения качества оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология».

За два дня конференции в ней приняли участие 229 человек: 139 – в очной форме и 90 – в формате он-лайн. Это были врачи акушеры-гинекологи и организаторы здравоохранения г. Читы, Забайкальского края, г. Москвы, г. Новосибирска, г. Иркутска и Иркутской области, г. Кемерово, г. Красноярска, г. Улан-Удэ, преподаватели и клинические ординаторы Читинской медицинской академии.



Открыл конференцию Первый проректор ЧГМА профессор Миromanов Александр Михайлович. В своей приветственной речи он тепло поприветствовал участников конференции и озвучил, что Президентом и Правительством Российской Федерации перед службой охраны материнства и детства в объявленный 2024-й год Семьи и на ближайшее будущее поставлены сложные и ответственные задачи, решение которых чрезвычайно важно в современных демографических и политических условиях страны.

Заседание 1. Акушерско-гинекологическая служба в эпоху перемен – вызовы современности. Пленарный доклад главного внештатного специалиста Минздрава России по акушерству, гинекологии и репродуктивному здоровью женщин в Дальневосточном федеральном округе, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета и факультета ДПО, профессора Белокриницкой Т.Е. (Чита) «Материнская смертность в ДФО и РФ: структура и резервы снижения» включал анализ статистических показателей за 5 лет, продемонстрировал, что кроется за цифрами отчетов, осветил проблемы службы и возможности менеджмента для снижения числа критических акушерских состояний.



Главный внештатный специалист Минздрава Забайкальского края по акушерству и гинекологии Брум Ольга Юрьевна (Чита) представила доклад «Анализ деятельности акушерско-гинекологической службы Забайкальского края за 2023 г.», в котором детально охарактеризовала кадровый состав и инфраструктуру службы охраны материнства и детства, дала глубокий анализ основных показателей работы, четко сформулировав первоочередные задачи для решения основных региональных проблем в свете поставленных Правительством РФ целей.

Актуальные проблемы клинической практики, влияющие на исходы беременности для матери и потомства, были освещены в докладах доцента Ахметовой Е.С. (Чита) «Эмболия околоплодными водами в современной клинической практике», доцента Волкова Р.В. (Новосибирск) «Преждевременные роды: снижаем неснижаемое», «Врожденные пороки развития: алгоритмы ведения», доцента Мочаловой М.Н. (Чита) «ИЦН. Цервикальный серкляж: кому и когда?».



Заседание 2. Актуальные проблемы репродуктивной медицины и гинекологической практики. Образовательная программа включала лекции профессора Белокриницкой Т.Е. (Чита) «Репродуктивное здоровье современной женщины: риски и возможности управления», профессора Макаренко Т.А. (Красноярск) «Комбинированная оральная контрацепция: уроки здравого смысла», «Современные возможности диагностики и лечения глубокого эндометриоза в соответствии с классификацией ENZIAN», «Инновационная

микродозная гормонотерапия в лечении генитоуринарного синдрома», доцента Волкова Р.В. (Новосибирск) «Офисная гистероскопия в репродуктивной медицине», к.м.н. Борисовой Е.А. (Красноярск) «Предоперационное ультразвуковое картирование эндометриоза, используя классификацию ENZIAN», главного врача клиники «МРТ-Лидер» Молгачева А.А. (Красноярск) «Наружный эндометриоз глазами лучевого диагноста. ENZIAN – мост между радиологом и клиницистом». Финальная дискуссия после докладов стала очень серьезным и конструктивным междисциплинарным диалогом, в котором приняли участие акушеры-гинекологи, репродуктологи, хирурги-эндоскописты, специалисты лучевой диагностики.



Заседание 3. Современные алгоритмы менеджмента в нестандартных клинических ситуациях: между протоколами и персонифицированным подходом. Открыл заседание пленарный доклад заместителя Министра Здравоохранения Забайкальского края по вопросам охраны материнства и детства Якименко С.Е. (Чита) «Репродуктивный потенциал Забайкалья: проблемы и пути решения». Были заслушаны и активно обсуждены доклады «ВТЭО как фактор риска в акушерстве и гинекологии: современные клинические практики» (доцент Мочалова М.Н., Чита), «Холестаз беременных: особенности дифференциальной диагностики с другими гестационными осложнениями» (доцент Ахметова Е.С., Чита), «Послеродовые инфекционные осложнения» (доцент Мудров В.А., Чита), «Кавитационная терапия при послеродовых гнойно-септических заболеваниях» (профессор

Базина М.И., Красноярск), «Дистанционное и телеметрическое кардиотокографическое мониторингирование с автоматическим анализом данных» (к.б.н. Трубецкая В.В., Москва). Все доклады сопровождались активными дискуссиями и ответами на многочисленные вопросы, которые поступали от врачей.

Большой интерес и резонанс вызвал «Юридический коучинг для врача акушера-гинеколога», который провел адвокат НО «Артымук, Шемет и партнеры» (Кемерово) Артымук В.А., имеющий успешную практику по защите медицинских работников.

Во второй день конференции на базе Забайкальского краевого перинатального центра прошли мастер-классы с трансляцией из операционной по эндоскопическим методам лечения глубоких инфильтративных форм эндометриоза (хирург, профессор Макаренко Т.А., Красноярск) и ультразвуковому исследованию при подозрении на генитальный и экстрагенитальный эндометриоз (к.м.н. Борисова Е.А., Красноярск). Врачи имели уникальную возможность непосредственно участвовать в уникальной операции и пройти обучение методике ультразвуковой диагностики у пациенток со сложнейшими формами эндометриоза. После мастер-классов состоялся дебрифинг и активная дискуссия, в ходе которых было единодушно выражено пожелание дальнейшего всестороннего сотрудничества.

При подведении итогов конференции участники мероприятия поблагодарили организаторов конференции и спикеров за очень полезную междисциплинарную тематическую направленность докладов, отметив, насколько важна для современного врача командная работа и расширение профессиональных контактов. Иногородние докладчики и участники конференции подчеркнули высокий профессиональный уровень врачей Забайкалья их компетентность в современных знаниях и практиках в акушерстве, гинекологии и репродуктологии.

Фотоотчет прилагается

*Президент ЗОАГ, профессор
Белокриницкая Т.Е.,
Член ЗОАГ, член оргкомитета конференции,
д.м.н., доцент Фролова Н.И.,
Секретарь ЗОАГ, член оргкомитета
конференции Смольянова О.Н.*

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Уважаемые коллеги!

Редакционная коллегия ежеквартального научно-практического журнала «Забайкальский медицинский журнал» принимает материалы для публикации по следующим рубрикам:

- вопросы организации здравоохранения;
- клинические лекции;
- новые медицинские технологии;
- в помощь практическому врачу;
- случаи из практики;
- краткие сообщения.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Редакция «Забайкальского медицинского журнала» просит внимательно ознакомиться с нижеследующими положениями по изданию журнальных публикаций

Статья должна быть представлена в печатном виде и на электронном носителе в формате MS Word (любой версии).

Бумажный вариант статьи должен быть напечатан на одной стороне листа А4 через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, кегль – 14. Размеры полей: левое – 30 мм, правое – 10 мм, верхнее и нижнее – каждое не менее 20 мм.

Объем публикаций по вопросам организации здравоохранения не должен превышать 5-7 страниц, лекций – 12-15 страниц, случаев из практики – 2-4 страниц, кратких сообщений – 2-3 страниц.

Структура оригинальной статьи.

Титульная часть статьи должна содержать: название статьи, фамилию и инициалы автора(ов), наименование организации.

Основной текст статьи должен структурно строиться в следующем порядке: введение; цель исследования; методы и материалы; результаты и обсуждение; заключение; список литературы.

Единицы измерения, характеристики и показатели изучаемых явлений должны быть представлены в единицах единой метрической системы.

Таблицы, диаграммы и рисунки помещаются в тексте по ходу изложения. Иллюстративный материал должен быть пронумерован и снабжен подписями.

Цитируемая литература приводится в алфавитном порядке (русские, затем иностранные источники) в соответствии с действующим ГОСТом. В тексте статьи литературные источники проставляются цифрами в квадратных скобках, соответственно списку.

Вся ответственность за достоверность представленных данных возлагается на автора(ов) статьи.

Статьи, не соответствующие указанным требованиям, к опубликованию не принимаются.

Правила направления статьи

1. Файл статьи (в формате MS Word) отправляется по электронной почте на адрес: chgmazabmed@mail.ru.
2. В распечатанном виде (с визой члена редколлегии на первой странице) материалы для опубликования сдаются в редакцию по адресу:

672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а, ЧГМА, каб. 231.