

INNOVA

ELECTRONIC SCIENTIFIC JOURNAL

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



2021, № 2 (23)



INNOVA

Учредитель: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Главный редактор:

Виктор Анатольевич Лазаренко - доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ.

Заместитель главного редактора:

Вячеслав Александрович Липатов - доктор медицинских наук.

Ответственный секретарь:

Ирина Леонидовна Привалова - доктор биологических наук.

Технический секретарь:

Артём Александрович Денисов.

Редакционный совет:

Анатолий Николаевич Лызиков - доктор медицинских наук, Гомель, Беларусь.

Виорел Евгеньевич Наку - доктор наук, Кишинёв, Молдова.

Владимир Петрович Иванов - доктор биологических наук, Курск, Россия.

Дарья Львовна Алонцева - доктор физико-математических наук, Усть-Каменогорск, Казахстан.

Дэвид Вайсман - доктор наук, Даллас, США.

Ирина Игоревна Фришман - доктор педагогических наук, Москва, Россия.

Карл-Йозеф Гундерманн - доктор наук, Щецин, Польша.

Константин Енкоян - доктор медицинских и биологических наук, Ереван, Армения.

Лью Хуньвень - доктор наук, Харбин, Китай.

Марина Николаевна Белогубова - доктор социологических наук, Москва, Россия.

Сисакян Хмаяк - доктор медицинских наук, Ереван, Армения.

Редакционная коллегия:

Александр Васильевич Кониченко - доктор технических наук, Курск, Россия.

Алексей Леонидович Локтионов - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Василий Петрович Гаврилюк - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Виталий Владимирович Зотов - доктор социологических наук, Курск, Россия.

Галина Сергеевна Маль - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Елена Вячеславовна Будко - доктор фармацевтических наук, Курск, Россия.

Елена Сергеевна Кравцова - доктор исторических наук, Курск, Россия.

Ирина Леонидовна Привалова - доктор биологических наук, Курск, Россия.

Ирина Федотовна Шамара - кандидат филологических наук, Курск, Россия.

Максим Александрович Шаталов - кандидат экономических наук, Воронеж, Россия.

Мария Андреевна Солодилова - доктор биологических наук, Курск, Россия.

Сергей Владимирович Поветкин - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Сергей Павлович Щавелёв - доктор философских наук, доктор исторических наук, Курск, Россия.

Татьяна Дмитриевна Василенко - доктор психологических наук, Курск, Россия.

В Научном электронном журнале «Innova» публикуются результаты оригинальных исследований, научные обзоры, лекции и общетеоретические статьи, а также другие виды научных работ (по согласованию с редакцией). **Публикация в журнале для авторов бесплатна.**

Все статьи подвергаются рецензированию. Всем статьям присваивается индивидуальный код DOI (Crossref (DOI prefix: 10.21626). Номера журнала размещаются в **РИНЦ** (договор 1543-05/2015К).

Сетевое издание Innova зарегистрировано в качестве средства массовой информации.

Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС77 - 66290 от 01.07.2016 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

ISSN: 2500-2937

РИНЦ: 1543-05/2015K

DOI: dx.doi.org/10.21626/innova/

Адрес в сети Интернет: <http://innova-journal.ru/>

Почтовый адрес редакции: 305041 Курская обл., г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3

Адрес электронной почты редакции: main@innova-journal.ru

Телефон редакции: +7 (4712) 588-137



INNOVA

Founder: Kursk State Medical University.

Chair of Editorial Board:

Victor Lazarenko - Doctor of Medical Sciences, Honoured Doctor of Russian Federation.

Vice-Editor:

Viacheslav Lipatov - Doctor of Medical Sciences.

Editor-in-Chief:

Irina Privalova - Doctor of Biological Sciences.

Technical Secretary:

Artyom Denisov.

Editorial Board:

Anatolii Lyzikov - Doctor of Medical Sciences, Gomel, Belarus.

Daria Alontceva - Doctor of Physical and Mathematical Sciences, Ust-Kamenogorsk, Kazakhstan.

David Wiseman - Philosophy Doctor, Dallas, USA.

Irina Frishman - Doctor of Pedagogical Sciences, Moscow, Russia.

Karl-Iosef Gundermann - Doctor of Sciences, Shetcin, Poland.

Khmaia Sisakian - Doctor of Medical Sciences, Erevan, Armenia.

Konstantin Enkoyan - Doctor of Medical and Biological Sciences, Erevan, Armenia.

Liu Hungwen - Philosophy Doctor, Harbin, China.

Marina Belogubova - Doctor of Sociological Sciences, Moscow, Russia.

Viorel Naku - Doctor of Science, Kishinev, Moldova.

Vladimir Ivanov - Doctor of Biological Sciences, Kursk, Russia.

Editorial team:

Alexander Konichenko - Doctor of Technical Sciences, Kursk, Russia.

Alexey Loktionov - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Elena Budko - Doctor of Pharmacy, Kursk, Russia.

Elena Kravtsova - Doctor of Historical Sciences, Kursk, Russia.

Galina Mal - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Irina Privalova - Doctor of Biological Sciences, Kursk, Russia.

Irina Shamara - Candidate of Philological Sciences, Kursk, Russia.

Maksim Shatalov - Candidate of Economic Sciences, Voronezh, Russia.

Maria Solodilova - Doctor of Biological Sciences, Kursk, Russia.

Sergey Povetkin - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Sergey Schaveliyov - Doctor of Philosophy, Doctor of Historical Sciences. Kursk, Russia.

Tatiana Vasilenko - Doctor of Psychology, Kursk, Russia.

Vasiliy Gavriyuk - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Vitaliy Zotov - Doctor of Social Sciences, Kursk, Russia.

Electronic scientific journal Innova accepts for publication results of original researches, scientific surveys, lectures and general-theoretical articles and also other types of scientific papers (by agreement with the Editorial Board). **Publication are free of charge for all authors.** All articles are reviewed. All articles are assigned an individual DOI code (Crossref (DOI prefix: 10.21626). The journal numbers are placed in the RISC (contract 1543-05 / 2015K).

Mass-media registration: Эл №ФС77-66290

ISSN: 2500-2937

RISC: 1543-05/2015K

DOI: dx.doi.org/10.21626/innova/

WEB site: <http://innova-journal.ru/>

Post address: 305041, Russia, Kursk region, Kursk city, Karl Marks st., 3

E-mail: main@innova-journal.ru

Phone: +7 (4712) 588-137

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ГИГАНТСКОЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ
ЯИЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОЕ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

**Бахтияров К.Р., Аничков Е.В., Балашова М.В., Кандакова М.М.,
Новикова А.И., Полякова Н.Ю.**

6

ОЦЕНКА ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Бибичева Т.В., Ушаков Н.А.

11

РОЛЬ АНДРЕНАЛОВЫХ ВЛИЯНИЙ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА В РАЗВИТИИ
СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Ничипоренко М.С., Хуцишвили О.С.

14

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Пантюхин Д.В., Мошкин А.С.

18

ИНДУЦИРОВАННОЕ БРЕДОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Смоляков С.В., Бирюкова П.С., Левченко Е.В.

21

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ЖЕЛУДКА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (ТРИХОБЕЗОАР)

Закутаева Л.Ю., Северинов Д.А., Костина И.С., Гаврилюк В.П.

25

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ
НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID-19 С ИСХОДОМ В АТРОФИЮ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Лобан Д.С., Ильина Д.В., Дравица Л.В., Садовская О.П.

28

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА «РИГИДНОГО ПОЗВОНОЧНИКА»

Проняева Т.В., Распопов С.А., Сережкина А.В., Жизневская И.И.

34

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНОЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ
ГИГАНТСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Волкова А.Е., Кунаков Д.В., Пашков В.М.

39

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО САРКОИДОЗА

Жердев Я.А., Черников А.Ю.

45

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19
У ПАЦИЕНТА С ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫМ СЕРДЦЕМ

Лукьянченко А.Ю., Кисилева В.В.

49

ОПЫТ ПОДХОДА К СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПАЦИЕНТА С КРАЙНЕ НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ
ВЫБРОСА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ВНЕСЕРДЕЧНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Костина Н.Л., Лысоволенко Н.Л., Алексеев И.Э.

53

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Винникова Л.А., Левченко Е.В.

58

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Сосновская А.А., Кононов С.И., Замяткина О.В.

61

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ,
НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННЫХ

Шкурат Е.А., Кабанова С.А., Тимошилов В.И.

65

CONTENTS	P.
RAPIDLY PROGRESSIVE GIANT MALIGNANT OVARIAN NEOPLASM, COMPLICATED BY PURULENT PERITONITIS Bakhtiyarov K.R., Anichkov E.V., Balashova M.V., Kandakova M.M., Novikova A.I., Polyakova N.Yu.	6
EVALUATION OF PHARMACO-ECONOMIC EFFICIENCY OF COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH PSORIASIS Bibicheva T.V., Ushakov N.A.	11
ROLE OF ANDRENAL INFLUENCES OF THE PRE-PERIOD IN THE DEVELOPMENT OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME Nichiporenko M.S., Khutsishvili O.S.	14
FEATURES OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE UROGENITAL SYSTEM Pantyukhin D.V., Moshkin A.S.	18
INDUCED DELUSIONAL DISORDER Smolyakov S.V., Biryukova P.S., Levchenko E.V.	21
LARGE ALIEN OBJECT OF STOMACH (TRICHOBESOAR) Zakutaeva L.Yu., Severinov D.A., Kostina I.S., Gavriluk V.P.	25
ACUTE DISORDER OF BLOOD CIRCULATION IN THE CENTRAL ARTERY OF THE RETINAL IN THE BACKGROUND OF COVID-19 DISEASE WITH OUTCOME TO THE ATROPHY OF THE OPTICAL NERVE Loban D.S., Ilyina D.V., Dravitsa L.V., Sadovskaya O.P.	28
CLINICAL FEATURES OF RIGID SPINE SYNDROME Pronyaeva T.V., Raspopov S.A., Serezhkina A.V., Zhiznevskaya I.I.	34
A CASE OF SUCCESSFUL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ATYPICAL PERFORATIVE GIANT DUODENAL ULCER Volkova A.E., Kunakov D.V., Pashkov V.M.	39
CLINICAL CASE OF GENERALIZED SARCOIDOSIS Zherdev Ya.A., Chernikov A.Yu.	45
CLINICAL CASE OF NEW CORONAVIRAL COVID-19 INFECTION IN A PATIENT WITH A TRANSPLANTED HEART Lukyanchenko A.Yu., Kisileva V.V.	49
EXPERIENCE OF APPROACH TO RISK STRATIFICATION OF A PATIENT WITH AN EXTREMELY LOW EMISSION FRACTION BEFORE PERFORMING EXTRACARDIAL SURGICAL INTERVENTION IN THE CONDITIONS OF ONCOLOGICAL PROFILE CLINIC Kostina N.L., Lysovolenko N.L., Alekseev I.E.	53
NERVOUS ANOREXIA AS A CLINICAL CASE Vinnikova L.A., Levchenko E.V.	58
FEATURES OF THE COURSE OF NEW CORONAVIRAL INFECTION IN YOUNG PATIENTS Sosnovskaya A.A., Kononov S.I., Zamyatkina O.V.	61
EFFECT OF SEXUALLY TRANSMITTED BACTERIAL INFECTIONS ON THE EARLY NEONATAL PERIOD OF NEWBORNS Shkurat E.A., Kabanova S.A., Timoshilov V.I.	65

БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ГИГАНТСКОЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ЯИЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОЕ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

RAPIDLY PROGRESSIVE GIANT MALIGNANT OVARIAN NEOPLASM, COMPLICATED BY PURULENT PERITONITIS

■ Бахтияров К.Р.

доктор медицинских наук

■ Аничков Е.В.

■ Балашова М.В.

■ Кандакова М.М.

■ Новикова А.И.

■ Полякова Н.Ю.

■ Bakhtiyarov K.R.

Doctor of Medical Sciences

■ Anichkov E.V.

■ Balashova M.V.

■ Kandakova M.M.

■ A.I. Novikova

■ Polyakova N.Yu.

■ Первый московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова

■ First Moscow State Medical University named
after I.M. Sechenov

■ Российский национальный
исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова

■ Russian National Research Medical University
named after N.I. Pirogov

Резюме

Рак яичников – наиболее частая причина смерти среди женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы. Из-за отсутствия выраженной клинической симптоматики в 70% случаев диагноз удается поставить только на поздних стадиях течения заболевания.

В данной работе приводится описание клинического случая гигантской опухоли правого яичника, осложненной пластическим перитонитом

и двусторонней компрессией мочеточников с нарушением пассажа мочи

у женщины в возрасте 51 года. На протяжении нескольких месяцев пациентку беспокоили боли в правой подвздошной области, увеличение живота, снижение массы тела, слабость, нарушение мочеиспускания и акта дефекации.

На основании жалоб и данных обследования пациентке был поставлен диагноз рак правого яичника и рекомендована комбинированная циторедуктивная операция, в ходе которой было произведено удаление кистозной опухоли, правых и левых придатков, большого сальника и проведена биопсия брыжеечных лимфатических узлов и париетальной брюшины.

Ключевые слова: рак, яичник, опухоль, перитонит, циторедуктивная операция.

Summary

Ovarian cancer is the most common cause of death among women with malignant tumors of the reproductive system. Due to the absence of pronounced clinical symptoms, in 70% of cases the disease is not diagnosed until it has progressed to advanced stage. This article describes a clinical case of a giant tumor of the right ovary complicated by plastic peritonitis and bilateral compression of the ureters with impaired passage of urine in a 51-year-old woman. For several months, the patient was disturbed by pain in the right iliac region, enlargement of the abdomen, weight loss, weakness, impaired urination and defecation. Based on complaints and examination data, the patient was diagnosed with cancer of the right ovary and a combined cytoreductive surgery was recommended, during which the cystic tumor, right and left fallopian tubes and ovaries, the greater omentum was removed, and a biopsy of the mesenteric lymphatic catches and parietal peritoneum was performed.

Key words: cancer, ovary, tumor, peritonitis, cytoreductive surgery.

Библиографическая ссылка на статью

Бахтияров К.Р., Аничков Е.В., Балашова М.В., Кандакова М.М., Новикова А.И., Полякова Н.Ю.

Быстропрогрессирующее гигантское злокачественное новообразование яичника, осложненное гнойным перитонитом // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 6-10.

References to the article

Bakhtiyarov K.R., Anichkov E.V., Balashova M.V., Kandakova M.M., Novikova A.I., Polyakova N.Yu. Rapidly progressing giant malignant neoplasm of the ovary, complicated by purulent peritonitis // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 6-10.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/01](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/01)

Введение. Понятие «рак яичников» включает в себя несколько различных гистологических форм этого заболевания, отличающихся эпидемиологией, прогнозом выживаемости и эффективностью проводимого лечения, но имеющих сходную клиническую картину [1]. Наиболее часто встречаемым является эпителиальный рак яичников (РЯ) и составляет 85% среди всех гистологических типов [2]. За последнее десятилетие в России отмечается рост заболеваемости раком яичников на 10,1% в год. Несмотря на развитие методов диагностики и лечения смертность от рака яичников остается высокой (7,6 тысяч женщин умерли от рака яичников в 2017 году). Основной причиной сохранения высокого показателя смертности является стертость и неспецифичность клинической картины РЯ на ранних этапах, и на I-II стадии заболевание диагностируется только у 39,4% пациенток [1].

Трудность диагностики обуславливается не только отсутствием патогномичных симптомов и поздним обращением к врачу, но и отсутствием высокочувствительных и высокоспецифичных скрининговых исследований для рака яичников. Определение уровня СА-125 нельзя считать скрининговым методом, так как причиной его повышения могут быть не только злокачественные образования яичников, но и другие заболевания. Кроме того, в 50% случаев на ранних стадиях рака яичников уровень СА-125 оставался в пределах нормы. Ультразвуковое исследование хоть и обладает высокой диагностической ценностью относительно образований органов малого таза, но опять же не является специфичным для РЯ. Тем не менее, сочетание сонографии с определением СА-125 и HE-4 может быть эффективным скринингом некоторых видов злокачественных образований яичников. Помимо этого, ведется активная разработка скрининга РЯ, включающего генетические тестирования [3, 4].

Большая часть женщин впервые обращаются к гинекологу с III стадией РЯ. Это обусловлено тем, что такие клинические симптомы как вздутие живота, нарушения акта дефекации, дизурия, появляются уже на поздних стадиях заболевания. Болевой синдром, как правило, достигает выраженной интенсивности тоже на III-IV стадии и обусловлен сдавлением соседних органов [5].

Несмотря на развитие и положительные результаты химиотерапии, оперативное лечение является наиболее предпочтительным и обязательным методом, при отсутствии противопоказаний [6]. Хирургическое лечение на поздних стадиях РЯ заключается в циторедуктивной операции в оптимальном объеме, с учетом объемов инфильтративного роста опухоли и общего состояния пациентки [3].

Цель исследования – обратить внимание на быстро прогрессирующий характер новообразований яичников, ещё раз подтвердить важность своевременного обращения к врачу-специалисту при появлении жалоб и опасность отсрочки необходимого оперативного лечения новообразований яичника ввиду высокого риска быстрого прогрессирования рака яичников

Клинический случай. Пациентка А., 51 год, обратилась в клинику на прием к гинекологу 01.03.2021 в связи с жалобами на постоянные боли в правой подвздошной области, выраженное увеличение живота, нарушение мочеиспускания и акта дефекации, выраженную нехватку воздуха, одышку, слабость, быструю потерю массы тела (до 10 кг) за последние несколько месяцев.

Впервые отметила появление боли в правой подвздошной области при физических нагрузках в июне 2020 года, однако к врачу не обратилась в связи с пандемией коронавирусной инфекции. К концу лета, в августе 2020 года, начала отмечать увеличение живота, сохранение болей внизу живота справа, в связи с чем обратилась к гинекологу. Врач заподозрил объемное образование яичника и после проведения ультразвукового исследования органов малого таза был поставлен диагноз: «гигантская киста правого яичника», после чего пациентка к врачам не обращалась. В ноябре 2020 года в диагностический центр было проведено МРТ органов малого таза с контрастом и дано заключение: «МР-картина объемного образования правого яичника с жидкостным компонентом (до 200 мл). Интрамуральная и субсерозная миома матки. Забрюшинная и тазовая лимфоденопатия, вероятно, вторичного генеза. Свободная жидкость в брюшной полости и полости малого таза. Подозрение на рак яичников». В начале марта 2021 года обратилась в нашу клинику для консультации у врача-гинеколога для проведения оперативного лечения.

Бытовой и профессиональный анамнез не отягощен. Из вредных привычек – курение в течение 11 лет. Соматические заболевания отрицает. Наследственность: у мамы – сахарный диабет и гипертоническая болезнь.

Аллергический анамнез: не отягощён.

Данные объективного обследования: Общее состояние средней тяжести, стабильное. Сознание ясное, положение активное. Рост – 160 см. Вес – 43 кг. ИМТ – 16,8 кг/м². Телосложение правильное. Конституция астеническая, пониженного питания, мышцы гипотрофичны. Развитие подкожного жирового слоя резко снижено. Кожа бледная, обычной влажности на момент осмотра. Выраженное увеличение живота за счет объемного образования, верхний полюс образования пальпируется под

мечевидным отростком.

Дыхание затруднено за счет выраженного увеличения объема живота, одышка смешанного типа. При аускультации: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. При исследовании сердечно-сосудистой системы тахикардия, склонность к гипотонии: ЧСС – 102 уд/мин. АД на обеих руках 100/65 мм рт. ст.

При пальпации живот плотный, напряженный, умеренно болезненный, значительно увеличен в размерах. Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено.

Перкуссия живота: выявлен асцит, наблюдается тупой перкуторный звук.

Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет плотного объемного образования. Симптом Пастернацкого – отрицательный. Выявлено нарушение мочеиспускания за счет образования.

Данные гинекологического анамнеза: Менструации: с 14 лет, по 5 дней, через 21-28 дней, умеренно болезненные, необильные. На данный момент постменопауза в течение последних 2-х лет. Половая жизнь с 16 лет. Беременности: 2. Роды: 1990 г., своевременные самопроизвольные роды, без осложнений. Аборты: 1992 г., медикаментозный аборт на малом сроке, без осложнений. В анамнезе: гигантская киста яичника.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы – развиты правильно. Влагалище – рожавшей. Шейка матки – цилиндрической формы, не гипертрофирована. Тело матки не пальпируется за счёт образования. Придатки справа – не определяются, не пальпируются за счет образования. Придатки слева – не определяются, не пальпируются за счет образования. Выделения из половых путей – светлые, слизистые.

Согласно данным опроса и осмотра был поставлен предварительный диагноз: «Гигантская киста правого яичника с подозрением на малигнизацию. Синдром хронической тазовой боли. Анемия средней степени. Дефицит массы тела. Миома матки». Было рекомендовано пройти дообследование для решения вопроса об оперативном лечении совместно с врачом-онкологом.

По данным лабораторного и инструментального исследования перед операцией:

Группа крови (01.03.2021): A (II), вторая, Rh (+), положительная, Kell – отрицательно.

Госпитальный комплекс (01.03.2021): Гепатит B HbsAg; гепатит C anti-HCV общие – не обнаружено; ВИЧ -1/2 (СПИД) – не обнаружено; антитела к *Treponema pallidum* (IgG и IgM) –

отрицательно.

Клинический анализ крови (01.03.2021): гемоглобин – 81 г/л; эритроциты – $3,11 \times 10^{12}$ /л; гематокрит – 25,90%; лейкоциты – $46,33 \times 10^9$ /л; тромбоциты 1072×10^9 /л; лимфоциты – $5,1 \times 10^9$ /л; СОЭ – 20 мм/ч; цветовой показатель крови – 0,781.

Биохимический анализ крови (01.03.2021): глюкоза – 3,68 ммоль/л; АЛТ – 9,20 Ед/л; АСТ – 8,16 Ед/л; билирубин общий – 6,81 мкмоль/л; мочевины – 7,65 мкмоль/л; общий белок – 72,23 г/л; щелочная фосфатаза - 225,25 Ед/л; креатинин – 112 мкмоль/л; калий – 4,7 мкмоль/л; натрий – 136,3 ммоль/л.

Коагуляционное звено гемостаза (01.03.2021): АЧТВ – 37,5 сек.

Общий анализ мочи (01.03.2021): цвет – светло-жёлтый; прозрачность – прозрачная; плотность – 1015; pH – 5,5; глюкоза – отрицательно; белок – отрицательно; кетоновые тела – отрицательно; билирубин – отрицательно.

Онкомаркеры (01.03.2021): CA-125 – 9,34 Ед/мл; HE4 – 103,28 пмоль/л.

Цитологическое исследование стандартное жидкостное (29.08.2020): цитогрессия может иметь место при умеренно выраженном цервиците. Плоскоклеточная метаплазия. Паракератоз. Клетки с признаками интраэпителиальных изменений и злокачественности в пределах доставленного материала не обнаружены (NILM). Классификация The Bethesda System (TBS) 2014 – NILM. Классификация по Папаниколау – 2 класс (доброкачественные изменения, связанные с воспалением).

Гинекологический мазок влагалища (01.03.2021): лейкоциты 1-3 клетки в п/зр. Эпителий плоский – умеренно. Флора – смешанная умеренно.

УЗИ вен нижних конечностей (04.03.2021): проходимость подкожных и глубоких вен сохранена. Косвенные признаки нарушения реологии в бедренных венах.

Эзофагогастродуоденоскопия (04.03.2021): кандидозный эзофагит IV ст. Недостаточность кардии. Эрозивный гастрит. Косвенные признаки анемии верхних отделов ЖКТ. Аденома БСДК?

Колоноскопия (04.03.2021): внутренний геморрой, вне воспаления. Пациентка к исследованию не готова. Фрагментарный осмотр.

КТ с контрастированием (11.03.2021): КТ-признаки эпителиальной опухоли яичников с признаками злокачественности. Изменения паранефральной клетчатки фасции, вероятно, метастатической природы. Двусторонняя уретеропиелокаликозктазия на фоне сдавления мочеточников опухолью. Асцит. Гемангиома печени.

Консультация терапевта (04.03.2021): абсолютных противопоказаний к оперативному

лечению не выявлено.

ЭКГ (01.03.2021): синусовая тахикардия. ЧСС – 129 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Патологии не выявлено.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (01.03.2021): патологии не выявлено.

Пациентка поступила в стационар 15.03.2021 года. Состояние тяжёлое, кахексия, выраженная слабость, бледность кожных покровов, одышка, выраженное увеличение размера живота, чувство сдавления и боли в животе.

Подготовлена к операции с диагнозом: Рак правого яичника. Пластический перитонит. Двусторонняя компрессия мочеточников. Миома матки. Анемия средней степени. Дефицит массы тела. Кандидозный эзофагит IV степени.

Пациентке планируется: Широкая срединная лапаротомия. Комбинированная циторедуктивная операция. Пангистерэктомия с придатками. Установка перитонеального порт-катетера. Дренаж полости малого таза. Плановая операция (рис. 1).



Рисунок 1. Вид операционного поля до операции

Выполнена широкая срединная лапаротомия. Обнаружено: выпот брюшной полости. Практически всю брюшную полость занимает опухолевидное образование размерами 209x170x300 мм, включенное в малый таз, исходящее из правого яичника. Кистозное образование интимно связано с брыжейкой мезоколона и сигмовидной кишки, прорастает в клетчатку малого таза, инфильтрирует наружные подвздошные сосуды справа, с двусторонним сдавлением мочеточников в нижней трети, деформирует мочевой пузырь, врастает в паравезикулярное пространство.

Тело матки плотное, розового цвета, малоподвижное за счет включения в опухолевый конгломерат, в дне тела матки обнаружен миоматозный узел, до 2 см в диаметре. Выраженный спаечный процесс с висцеральной и париетальной брюшиной. С целью мобилизации содержимое кистозной опухоли эвакуировано, аспирировано 5 литров гнойного содержимого.

При дальнейшей ревизии обнаружено подрастание опухоли к нижним брыжеечным сосудам, к срединным сосудам. При выделении

кистозной опухоли магистральные сосуды удалось сохранить. В зоне врастания в клетчатку малого таза в проекции наружных подвздошных сосудов оставлена часть капсулы с целью избежания их повреждения.

Учитывая выраженность опухолевого инфильтрата в малом тазу, высокого риска интраоперационных осложнений, чрезмерного объема вмешательства для данной пациентки, решено ограничиться комбинированной циторедуктивной операцией в объеме удаления кистозной опухоли, правых и левых придатков, большого сальника, биопсией брыжеечных лимфатических лимфатических узлов и париетальной брюшины. Контроль гемостаза. Выполнена оментэктомия. На правой реберной дуге имплантирован перитонеальный порт-катетер, заведён по правому боковому каналу в малый таз. Дренаж в малый таз через контрапертуру слева. Послойный шов раны наглухо. На кожу – скрепки. Спирт. Асептическая наклейка. Кровопотеря с препаратом. Макропрепараты: кистозное образование правого яичника (рис. 2), большой сальник, левый яичник, верхний брыжеечный лимфатический узел, брюшина латерального канала слева.



Рисунок 2. Макропрепарат кистозного образования правого яичника

В послеоперационном периоде состояние пациентки стабильное, соответствует объёму перенесенной операции. Полученные в процессе операции препараты отправлены на гистологическое исследование в экспертный центр.

Заключение. Рак яичников, к сожалению, в последнее время всё чаще встречающееся заболевание, причем не имеющее строгих патогномичных симптомов и быстро прогрессирующее. Выявление объёмного образования яичника в пери- и особенно в постменопаузе – показание для незамедлительного хирургического лечения. Отказ от операции на начальных этапах развития новообразования, промедление в процессе диагностического поиска может привести к быстрому росту опухоли, её прорастанию в близлежащие органы, метастазированию, что значительно ухудшает прогноз. В данном клиническом случае при условии обращения к врачу в дебюте заболевания и проведения своевременного оперативного лечения, можно было бы рассчитывать на полное выздоровление. Таким образом, необходимо помнить, что легче прервать патологический процесс в начале, чем лечить впоследствии его осложнения.

Литература

1. Онкогинекология / Под редакцией академика РАН А.Д.Каприна, академика РАН Л.А. Ашрафяна, члена-корреспондента РАН И.С. Стилиди. – «ГОЭТАР-медиа». – 2019 г.
2. Ефимова, О.А. Эпидемиология рака яичников на ранних стадиях / О.А. Ефимова, М.А. Сафронова/ Actamedica Eurasica. – 2018. – № 4. – С. 9-18.
3. Stewart, C. Ovarian Cancer: An Integrated Review / C. Stewart, C. Ralyea, S. Lockwood // Seminars in Oncology Nursing. – 2019. – V. 35 (2). – P. 151-156.
4. Henderson, J.T. Screening for ovarian cancer updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA / J.T. Henderson, E.M. Webber, G.F. Sawaya // Journal of the American Medical Association. – 2018 – V. 319, № 6 – P. 595-606.
5. Orr, B. Diagnosis and Treatment of Ovarian Cancer. Hematology / B. Orr, R.P. Edwards // Oncology Clinics of North America. – 2018 – V.32, № 6. – P. 943-964.
6. David, M.D. Regional, Ovarian Cancer Treatment – Are We Getting Warmer/ D.R. Spriggs, O. Zivanovic // New England Journal of Medicine. – 2018 – V. 378, № 3 – P.291-293.

ОЦЕНКА ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

EVALUATION OF PHARMACO-ECONOMIC EFFICIENCY OF COMPLEX THERAPY OF PATIENTS WITH PSORIASIS

Бибичева Т.В.

кандидат медицинских наук

Ушаков Н.А.

Курский государственный медицинский
университет

Bibicheva T.V.

Candidate of Medical Sciences

Ushakov N.A.

Kursk State Medical University

Резюме

В статье авторы приводят результат фармако-экономического анализа (по расчету показателя CER- коэффициента эффективности затрат) комплексной терапии больных псориазом, включающей кортексин, демонстрирующей преимущество над стандартной терапией по времени купирования клинических симптомов прогрессирующей стадии псориаза и количеству следующих рецидивов.

Ключевые слова: фармакоэкономика, коэффициент эффективности затрат, кортексин, псориаз.

Summary

In the article, the authors present the result of a pharmacoeconomic analysis (based on the calculation of the CER indicator of cost-effectiveness ratio) of complex therapy for psoriasis patients, including corticosteroids, which demonstrates the advantage of standard therapy in terms of stopping the clinical symptoms of the progressive stage of psoriasis and the number of subsequent relapses.

Key words: pharmacoeconomics, cost-effectiveness ratio, corticosteroids, psoriasis.

Библиографическая ссылка на статью

Бибичева Т.В., Ушаков Н.А. Оценка фармако-экономической эффективности комплексной терапии пациентов с псориазом // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 11-13.

References to the article

Bibicheva T.V., Ushakov N.A. Assessment of the pharmacoeconomic efficiency of complex therapy for patients with psoriasis // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 11-13.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/02](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/02)

Пациенты с псориазом (200 человек) в возрасте от 18 до 60 лет, находившиеся в прогрессирующей стадии заболевания, были разбиты на две группы: первая, -получавшие стандартную комплексную терапию, вторая, - стандартную комплексную терапию и препарат «Кортексин» по 0,01г внутримышечно ежедневно в течение 10 дней и повторный курс и повторный курс инъекций кортексина по той же схеме через три месяца.

Группы пациентов были сравнимы по полу, возрасту, давности заболевания и тяжести клинических проявлений.

Эффективность проводимой терапии оценивалась по следующим четырем критериям:

1. Купирование симптомов рецидива

заболевания с сохранением только «дежурных бляшек».

2. Наступление стационарной стадии или стадии регресса: прекращение появления новых высыпаний, стойкая тенденция к разрешению псориатических элементов (уменьшение инфильтрации папул и бляшек, отрицательные симптомы Пильнова и Кебнера, «распадение бляшек» на отдельные папулы, появление пигментации/депигментации).

3. Сохраняющаяся клиническая картина псориаза (как на момент поступления в стационар).

4. Полное отсутствие положительной динамики к регрессу прогрессирующей стадии.

Доля пациентов, соответствующая

указанным критериям, подлежала учету и сравнивалась с результатами другой группы (критерий z с поправкой Йейтса, $p < 0,05$).

Средний срок наблюдения за состоянием пациентов после окончания терапии составлял, как минимум, один год.

Фармако-экономический индекс CER (затраты/эффективность) для каждой из групп исчислялся следующим образом:

$CER = C / Ef$ (C- стоимость всех медицинских услуг, включая затраты на обследование и лечение одного пациента с псориазом; Ef – эффективность лечения (вероятность достижения эффекта в соответствие с выбранным критерием эффективности). Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Доминантным был метод терапии, коэффициент CER которого был меньше [1,2].

Для определения более экономически выгодной схемы терапии, проводился расчет числа пациентов, у которых клинические симптомы прогрессирующей стадии псориаза купировались к моменту выписки из стационара - критерий 1, по нашему мнению наиболее значимый (по времени – однократный курс кортексина) – CER_1 .

В течение периода наблюдения (после повторного курса инъекций кортексина) фиксировались рецидивы псориаза в обеих группах, и доля уменьшения их числа была выбрана для расчета CER_2 .

Нами были рассчитаны прямые и дополнительные медицинские затраты на одного

пациента из каждой группы, касающиеся только диагноза «псориаз», и произведен перерасчет их на всю группу в целом за указанный период наблюдения [1,3].

Согласно постановлению администрации Курской области от 30.12.2016 г. № 1040-ПА «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в курской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019» сумма на оказание медицинской помощи в условиях стационара пациентам с псориазом составила для 2017 года 20310,2 рублей. В соответствии с аналогичным постановлением от 2014 года, соответственно 17839,31 рублей и 18920,1 рублей в 2015 и 2016 гг. Таким образом, средняя сумма затрат на один случай госпитализации пациента с псориазом, получавших только стандартную терапию, составляла 19020,2 рублей (суммарно по первой группе – 1902020 рублей).

Средняя цена кортексина и шприцев для инъекций в аптечных сетях г. Курска, необходимых для 10 инъекций препарата (согласно данным пяти аптечных пунктов), составила 683,4 рубля.

Соответственно, стоимость затрат на одного пациента второй группы в стационаре составляла 19703,4 рублей, по всей группе, после одного курса кортексина – 1970340 рублей, а после второго, - 20386,3 рублей и 2038630 рублей соответственно. Данные для расчета показателей CER и их значения приведены в таблице.

Таблица.

Показатели	Группа 1	Группа 2
Затраты на пребывание пациента в стационаре, рубли	19020,2	19703,4
Эффективность лечения	52%	63%*
CER_1	365,8	312,8*
Затраты на полный курс терапии пациента, рубли	19020,2	20386,3
Доля сокращения числа рецидивов за период наблюдения	6,1%	18,03%*
CER_2	3118,1	1130,7*

Примечание: «*» - достоверность различий, $p < 0,05$.

Полученные данные свидетельствуют о том, что сочетание комплексной стандартной терапии с кортексином позволяет достичь разрешения клинических проявлений псориаза (при сохранении «дежурных бляшек») в 63% случаев и сократить число рецидивов заболевания в течение года (на 18,03%) в достоверно большем проценте случаев и экономически более выгодно ($312,8 < 365,8$ и $1130,7 < 3118,1$).

Таким образом, комплексная терапия

пациентов с псориазом, включающая кортексин, наряду с хорошей клинической эффективностью демонстрирует и значимое доминирование фармако-экономической результативности.

Литература.

1. Фармакоэкономика: зачем, где и как проводить фармако-экономические исследования?/Д.Ю. Белоусов, А.Ю. Куликов, А.С. Колбин и др.// Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.- 2010г.- Т.3, №2, С.19-21.

2. Бибичева, Т.В. Фармако-экономическая эффективность терапии пациентов с папилломавирусной инфекцией в сочетании с урогенитальным трихомониазом/ Т.В. Бибичева, Л.В. Силина, А.А. Зикеева// Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация.- 2014.- №11-1(182).- С.54-56.

3. Зикеева, А.А. Клиническая и фармако-экономическая эффективность терапии папилломавирусно-трихомонадной инфекции с применением препарата «Иммуномакс»: методические рекомендации для врачей-дерматовенерологов, клинических ординаторов, интернов и курсантов факультета последипломного образования/ А.А. Зикеева, Т.В. Бибичева, Л.В. Силина.- Курск.: Изд-во КГМУ, 2012.- 44с.

РОЛЬ АНДРЕНАЛОВЫХ ВЛИЯНИЙ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

ROLE OF ANDRENAL INFLUENCES OF THE PRE- PERIOD IN THE DEVELOPMENT OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME

Ничипоренко М.С.

Хуцишвили О.С.

кандидат медицинских наук

Nichiporenko M.S.

Khutsishvili O.S.

Candidate of Medical Sciences

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

Резюме

Описан клинический случай развития вторичного синдрома поликистозных яичников на фоне усиленных адrenaловых влияний коры надпочечников у пациентки 19 лет, проходившей профилактический осмотр в частной клинике. У пациентки отмечалось позднее наступление менархе, аменорея в течение 18 месяцев, позднее развитие вторичных половых признаков, но раннее развитие подмышечного и лобкового оволосения, сниженный ИМТ в препубертатный период. После первого клинико-лабораторного обследования по поводу аменореи был выставлен диагноз СПКЯ и назначено лечение комбинированным оральными контрацептивами «Ярина». Из данных анамнеза жизни и истории развития заболевания был сделан вывод

о неправильно протекавшем препубертатном периоде с преждевременным наступлением адренархе, что подтвердилось результатами клинико-лабораторной и инструментальной диагностики. Наличие избыточных адrenaловых влияний, возникших в периоде становления репродуктивной функции, привело к формированию порочного круга и развитию синдрома поликистозных яичников. Случай демонстрирует роль других составляющих эндокринной системы, не связанных с основной гипоталамо-гипофизарно-яичниковой осью в становлении репродуктивной функции девочек.

Ключевые слова: препубертатный период, синдром поликистозных яичников, преждевременное адренархе, избыточные адrenaловые влияния.

Summary

This article describes the case of development of secondary polycystic ovary syndrome with high activity of adrenal cortex. Young woman (19 years old) had preventive examination in private clinic. The patient revealed late menarche, 18-month amenorrhea, late development of secondary sex characteristics, but also early development of pubic and axillary hair growth and low BMI in pre-puberty years. After the first medical examination on amenorrhea patient was diagnosed with polycystic ovary syndrome. She was prescribed the combined oral contraceptive pill "Yarina". The data of the anamnesis (both vitae and morbi) and diagnostics results led to the conclusion of abnormal pre-puberty development with early thelarche. Excess adrenal activity that occurred in the period of reproductive maturing have formed the vicious circle which led to the polycystic ovary syndrome development. This case demonstrates role of non-associated with hypothalamic-hypophyseal-ovarian axis endocrine activity in female reproductive function maturation.

Key words: pre-puberty, polycystic ovary syndrome, premature thelarche, excess adrenal activity.

Библиографическая ссылка на статью

Ничипоренко М.С., Хуцишвили О.С. Роль адrenaловых влияний препубертатного периода в развитии синдрома поликистозных яичников // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 14-17.

References to the article

Nichiporenko M.S., Khutsishvili O.S. The role of adrenal influences of the prepubescent period in the development of polycystic ovary syndrome // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 14-17.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/03](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/03)

Введение. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из самых распространенных нозологий в гинекологической практике. Особенностью данного заболевания является его гетерогенность и полиэтиологичность. Пациентки с СПКЯ как

правило имеют нарушения гормональной регуляции в цепи гипоталамус-гипофиз-яичники, как следствие, нарушения менструальной и репродуктивной функции [1, 2]. Характерно развитие хронической ановуляции, гиперандрогении, инсулинорезистентности,

кистозных образований яичников и с увеличением их размеров и разрастанием соединительной ткани в их строме [1, 3]. Патогенез развития СПКЯ сопряжен с множественными механизмами, которые, как правило, тесно связаны друг с другом. В пубертатном периоде появление мультифолликулярных яичников отождествляют с нарушением центральных звеньев регуляции менструального цикла на уровне продукции гонадолиберина (ГнРГ) [4, 5]. Во время периода полового созревания, являющегося критическим в жизни девушки, многие факторы окружающей среды, наследственности могут способствовать нарушению циркального ритма секреции ГнРГ [3, 5]. При этом важная роль принадлежит стрессовым влияниям, в особенности хроническому стрессу, при котором повышается синтез опиоидов (β -эндорфина) и нарушается нейроэндокринный контроль регуляции ГнРГ и, как следствие, гонадотропинов [5]. При этом базальный уровень секреции ЛГ растет на фоне относительного снижения продукции ФСГ. Повышенная стимуляция ЛГ нарушает процесс фолликулогенеза: в яичниках формируется кистозная атрезия фолликулов с гиперплазией тека-клеток, стромы и увеличением синтеза андрогенов.

На фоне недостатка ФСГ происходит накопление андрогенов и дефицит эстрадиола. Последнее стимулирует синтез ЛГ, повышая его базальный уровень. Возникающая ГА также способствует атрезии фолликулов, гиперплазии стромы тека-клеток и белочной оболочки. Кроме того, известно, что степень ГА положительно коррелирует с уровнем ингибина В, который подавляет секрецию ФСГ [5].

Увеличение секреции ГнРГ может быть вторичным, как реакция на гиперпродукцию андрогенов, вызванную чрезмерной активацией симпатoadреналовой системы коры надпочечников [3,5]. Причиной вышеуказанной гиперандрогении могут быть неклассическая форма врожденной гиперплазии коры надпочечников (ВГКН), истинное преждевременное половое созревание, гормонпродуцирующие опухоли надпочечников и яичников. При исключении органических причин можно говорить о преждевременной гиперандрогении (ПА). Такой процесс зачастую развивается у девушек, активно занимающихся спортом с избыточными физическими нагрузками в период становления менструальной функции [1,5].

Препубертатный период, как одна из критических точек, весьма подвержен влиянию

различных факторов как внешней, так и внутренней среды. У девочек в возрасте 5-7 лет наступает фаза усиления секреции андрогенов корой надпочечников (адренархе) [4]. При этом в указанное время функция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси находится на низком уровне активности, что свидетельствует о независимости адренархе от функции гонад и гонадотропинов [1,2].

Преждевременная адренархе (ПА) может быть спровоцирована чрезмерным увеличением функции коры надпочечников в препубертатном периоде, что приводит к развитию гиперандрогении, увеличению секреции АКТГ, повышению уровня 17-ОПГ и ДГЭА [3]. Возникающая дисрегуляция опосредованно по принципу обратной связи действует на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую, в частности на становление ритма секреции ГнРГ [4]. Следствием такого нарушения является овulatoryная дисфункция, развитие вторичного синдрома поликистозных яичников [5].

Цель исследования – изучение роли преждевременных адреналовых влияний в развитии синдрома поликистозных яичников

Клинический случай. Пациентка 19 лет, обратилась в частную клинику «МЕДАССИСТ» для профилактического осмотра. Анамнез жизни: родилась вторым ребенком от третьей беременности, роды в возрасте 42 лет. Менструация с 16 лет, по 5-6 дней через 28-43 дня трижды, проходили безболезненно, выделения умеренные. Затем 18 месяцев аменорея. Со слов пациентки, в период становления пубертата отставала от ровесников в развитии вторичных половых признаков, ИМТ=15,6. Отмечает раннее появление подмышечного и лобкового оволосения. Адренархе в 7-8 лет, телархе 12-14 лет, менархе 16 лет. С детства занимается хореографией, бегом на короткие дистанции. Когда училась в младшей школе, тренировалась 4 раза в неделю, часто участвовала в соревнованиях. Последняя менструация 23.02.21. Половую жизнь не ведет. Впервые обратилась в лечебное учреждение в 2019 году по поводу аменореи в течение полутора лет. Без клинико-лабораторного обследования были назначены комбинированные оральные контрацептивы третьего поколения «Ярина». В течение шести месяцев во время приема препарата наблюдалась менструальноподобная реакция. После отмены менструация не пришла. В связи с этим вновь обратилась в частную клинику, где было проведено исследование гормонального профиля, УЗИ

ОМТ. В результате клинико-лабораторного обследования выявлено незначительное повышение уровня тестостерона (3,300 мкгЕ/мл), увеличение соотношения ФСГ/ЛГ

(1:3). Было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза, по данным которого выявлено поликистозное состояние яичников (рис. 1).

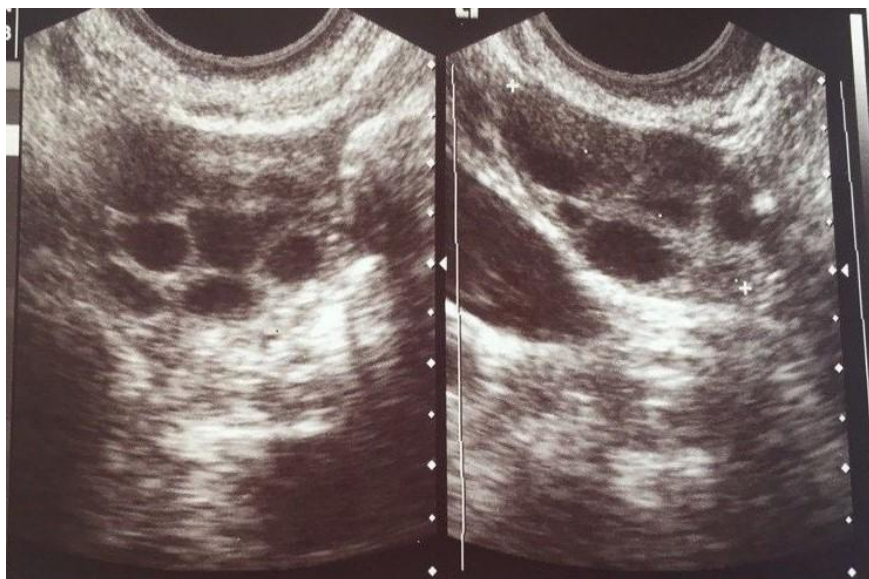


Рисунок 1. УЗИ ОМТ. Поликистозная структура яичников (указана стрелкой)

Учитывая показатели М-эхо (5 мм) и данные об объеме яичников (14,5 см³), назначено повторное лечение комбинированными оральными контрацептивами «Ярина+». Однако препарат привел к появлению кровянистых выделений на протяжении всего приема (1 месяц), что вероятно связано с изначально малой толщиной М-эхо. Самостоятельно прекратила прием и перешла на «Ярину». Закончила принимать в декабре 2020, после чего менструальный цикл восстановился. По данным гормонального исследования в указанный период регистрируется незначительное повышение тестостерона, повышение фракции надпочечниковых андрогенов 17-ОПГ (2,49 нг/мл), увеличение соотношения ФСГ/ЛГ (1:4), АМГ – 6,1 нг/мл. По данным УЗИ ОМТ на 14 день цикла М-эхо 5 мм, яичники увеличены (13,3 см³), признаки СПКЯ. УЗИ надпочечников и забрюшинного пространства без патологии. В настоящее время предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, плохой сон (4-6 часов), стресс, тревожность. Объективно пациентка женского фенотипа, нормостенической конституции. Мышечная масса преобладает над жировой. Рост – 172 см, – 71 кг, ИМТ=24,8. Оценка полового развития по Таннеру: Ма4, Р5, А4, Ме3, гирсутое число по шкале Ферримана-Голлвея – 12. Дерматологические признаки не выражены. Наружные половые органы без особенностей.

На основе полученных данных анамнеза и лабораторно инструментальных методов исследования был выставлен клинический диагноз: СПКЯ, фенотип D. Гиперандрогения. Пациентке назначено лечение в виде комбинированных оральных контрацептивов третьего поколения «Ярина» в течении 6 месяцев для нормализации менструальной функции, Элтаксин 1 т. 3 р/сут, в течении трех недель для профилактики хронического перенапряжения, Аквадетрим по 15 капель 1 р/д, 3 месяца. Адаптол 500 мг 2 р/сут, 2 месяца.

Заключение. По данным эпидемиологических исследований, распространенность ПА вследствие ВГКН составляет в среднем 3-6%. Нарушения активности других ферментов стероидогенеза (3 β-гидроксистероиддегидрогеназы и 11 β-гидроксилазы) встречаются крайне редко [2,3]. На долю ПА не связанной с врожденной дисфункцией коры надпочечников и опухолевым процессом приходится более 50% [1].

В приведенном клиническом случае ПА не имеет взаимосвязи с органической врожденной патологией коры надпочечников. Патогенетически развитие ПА и вторичного СПКЯ объясняется неправильным течением препубертатного периода, в ходе которого была нарушена очередность формирования вторичных половых признаков [5]. Вероятно, пусковым механизмом развития гиперандрогении и раннего

андренархе послужила избыточная активация симпатoadреналовой системы коры надпочечников, связанная с повышенными физическими нагрузками (занималась танцами, бегом на короткие дистанции), хроническим стрессом. Указанные факторы

в сочетании с низким ИМТ (15,6) и преобладанием мышечной массы тела над жировой в препубертатном периоде привели к задержке развития вторичных половых признаков. Предрасполагающим фактором мог послужить отягощенный акушерский анамнез у матери (патологические сложные роды в 42 года) [4]. Таким образом, развитию СПКЯ способствовало повышение адреналовых влияний коры надпочечников в препубертате, которое привело к нарушению фолликулогенеза, овуляторной дисфункции и формированию порочного круга с последующей яичниковой гиперандрогенией.

Данный клинический случай демонстрирует значение правильного течения препубертатного периода, а также роль факторов внешней среды, оказывающих прямое воздействие на указанный период жизни девушки. В клинической практике важен учет подобных факторов в целях сохранения

репродуктивного здоровья пациенток и их грамотного профилактического консультирования.

Литература.

1. Барашева, О.В. Преждевременное андренархе у девочек / О.В. Барашева, Е.В. Плотникова, Л.В. Тыртова // Педиатрия. – 2018. – № 1. – С. 151-153.
2. Лагно, О.В. К вопросу о преждевременном андренархе у девочек / О.В. Лагно, Е.В. Плотникова, Н.П. Шабалов // Педиатрия. – 2019. – № 5. – С. 66-73.
3. Мамедалиева, Н.М. Современные аспекты синдрома поликистозных яичников / Н.М. Мамедалиева, В.Е. Грушевский, М.К. Апселенова // Вестник КазНМУ. – 2017. – № 2. – С. 23-25.
4. Романов, Н. С-М. Особенности менструальной функции и полового развития у девочек разных обследуемых групп / Н. С-М. Романов, М.А. Рамазанова // Вестник новых медицинских технологий. – 2019. – № 2. – С. 90-91.
5. Чагай, Н.Б. Функция коры надпочечников при синдроме поликистозных яичников / Н.Б. Чагай, М.А. Геворкян // Проблемы репродукции. – 2017. – № 4. – С. 35-39.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

FEATURES OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE UROGENITAL SYSTEM

Пантюхин Д.В.

Мошкин А.С.

кандидат медицинских наук

Pantuyukhin D.V.

Moshkin A.S.

Candidate of Medical Sciences

Орловский государственный университет
имени И.С. Тургенева

Oryol State University named after I.S. Turgenev

Резюме

В данном клиническом случае описаны патологии развития мочеполовой системы, в контексте особенности ведения беременности, клинический вариант одной из сочетанных аномалий развития мочевыделительной и половой системы у женщин. Также продемонстрирован пример успешного клинического ведения пациента с сочетанием аномалии развития в акушерской практике.

Ключевые слова: мочеполовая система, акушерство, беременные, женская половая система.

Summary

In this clinical case, the pathology of the development of the genitourinary system is described, in the context of the peculiarities of pregnancy management, the clinical variant of one of the combined anomalies in the development of the urinary and reproductive system in women. It also demonstrated an example of successful clinical management of a patient with a combination of developmental anomalies in obstetric practice.

Key words: genitourinary system, obstetrics, pregnant women, female reproductive system.

Библиографическая ссылка на статью

Пантюхин Д.В., Мошкин А.С. Особенности ведения пациентов с патологией мочеполовой системы // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 18-20.

References to the article

Pantuyukhin D.V., Moshkin A.S. Features of the management of patients with pathology of the genitourinary system // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 18-20.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/04](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/04)

Введение. Особое значение в медицинской практике имеют различные патологии развития половой и мочевыводящей систем. Данные проблемы у пациентов требуют повышенного внимания профильных специалистов: акушеров-гинекологов и урологов, а также при необходимости их комплексного взаимодействия при ведении пациентов и тактики лечения [4]. Аплазия почки – достаточно редко встречающаяся аномалия развития мочевыделительной системы, но, как правило, такая патология может сочетаться с другими дефектами половой системы человека [2].

Цель исследования – описание клинического случая с патологией развития мочеполовой системы.

Клинический случай. В представленном случае с согласия пациентки продемонстрирован

результат клинического обследования при ведении беременности с последующим родоразрешением. Приводятся данные анамнеза, объективного обследования, лабораторных и инструментальных методов обследования.

В городскую больницу имени С.П. Боткина г. Орла в акушерско-гинекологическое отделение госпитализирована пациентка В., с диагнозом по МКБ: «О20.0» (Угрожающий аборт). При госпитализации пациентка жаловалась на тянущие боли в надлобковой области, а также на крупные вязкие кровянистые выделения из наружных половых путей. При опросе больной был установлен возраст первой менструации – 14 лет, менструальный цикл стабилен и продолжается 28 дней, длительность менструации составляет 5 дней, менструация безболезненная, обильное кровотечение при

этом отсутствует. Последняя менструация была в период 08.06.2019 года по 13.06.2019 года, отмечалась продолжительными болевыми ощущениями. Следующая менструация должна была наступить 4.07.2019, но пациентка ее не наблюдала и на следующий день, 5.07.2019 года сделала тест на беременность в домашних условиях, который дал положительный результат. Через две недели с момента теста появились тянущие боли в надлобковой области, уже 26.07.2019 года боли стали продолжительными и из половых путей стали появляться кровяные сгустки. До момента наступления беременности жалоб и хронических заболеваний по профилю «Акушерство и гинекология»

не обращалась, беременностей не имела. 27.07.2019 девушка вызвала бригаду скорой помощи и была госпитализирована в больницу.

При осмотре наружных половых органов патологии не выявлено, шейка матки имеет коническую форму, зев закрыт, а слизистые цианичного оттенка, наблюдаются редкие выделения темно-коричневой окраски. При влагалищном исследовании пациентки чувствуется размягчение шейки матки длиной 3 см. Бимануальное исследование позволило установить, что увеличение матки в норме для срока беременности 7 недель. Половой орган неправильной формы, справа при пальпации чувствуется неопознанное новообразование, спаянное с шейкой матки. Пальпация придатков невозможна безболезненно.

Лабораторно-инструментальные методы позволили получить следующие результаты: общий клинический анализ крови и мочи, а также обязательные биохимические показатели продемонстрировали результаты варианта нормы без признаков патологических отклонений. При оценке в крови β -субъединицы хорионического гонадотропина человек получен результат – 60 000 МЕ/л. При ультразвуковом исследовании органов малого таза были выявлены аномалии развития матки в виде нефункционирующего, рудиментарного рога справа, беременность малого срока, около 6 недель. В результате выполнения ультразвукового исследования почек у пациентки не удалось визуализировать орган слева, при этом справа определялась единственная правая почка с признаками викарной гиперплазии [3].

С целью пролонгации беременности были назначены дидрогестерон 40 мг однократно, в последующем двукратно по 10 мг с интервалом 8 часов, транексамовая кислота 250

мг в течении 5 суток, дротаверин 40 мг 2 раза в день в течении 2 дней. В дальнейшем беременность завершилась преждевременными родами на сроке 34 недели.

Заключение. Приведенный пример служит наглядной демонстрацией роли аномального развития органов женской половой системы и их влияния на репродуктивную функцию у женщин. Зачастую аномалии развития органов половой системы бывают связаны с изменениями в структуре мочевыделительной системы [5]. Подобные изменения могут сопровождаться нарушениями развития матки, но и влагалища, почек, фаллопиевых труб. В некоторых случаях они сочетаются с нарушениями менструального цикла, способны служить угрозой прерывания беременности, увеличивать риск аномалий родовой деятельности или быть одной из причин женского бесплодия [1].

Большинство аномалий развития внутренних органов не влияют на качество жизни пациентов и выявляются во время проведения обследований врачом акушером-гинекологом или ультразвукового исследования женских половых органов или скринингового обследования беременной женщины [6].

Выводы. Патологические состояния органов мочевыводящего аппарата и репродуктивной системы являются фундаментом для исследований различных клинических ситуаций и морфологий в анатомии среди специалистов по данному профилю. Необходимо отметить высокую квалификацию и современность теоретических знаний для своевременной постановки точного клинического диагноза. Особенно важно своевременное диагностирование патологий в утробном периоде и первых дней жизни. Пациенты с аномалией развития почки и матки могут жить полноценной жизнью, но с определенными ограничениями в разных состояниях. Также они нуждаются в медицинской помощи и индивидуальном виде лечения при возникновении острой стадии.

Литература.

1. Тактика врача акушера-гинеколога: практическое руководство / под ред. Академика РАН Г.Т. Сухих, академика РАН В.Н. Серова. – Москва: ГЗОТАР-Медиа, 2020. – 504 с.
2. Осипова, В.Н. Диагностический справочник уролога / В.Н. Осипова. – Москва: Астрель, АСТ. – 2018. – 740 с.
3. Мошкин, А.С. Ультразвуковая анатомия артерий нижних конечностей: учебно-методическое пособие / А.С. Мошкин. – Орел: ОГУ, 2016. – 53 с.

4. Краснобаева, Е.Н. Аномалии развития матки и аплазия почки в аспекте комплексного взаимодействия врачей акушеров-гинекологов и урологов / Е.Н. Краснобаева, Д.В. Пантюхин, А.С. Мошкин // Наука России: Цели и задачи: сб. науч. трудов по материалам XVIII международной научно-практической конференции (10 декабря 2019 г.). – Часть 1 изд. НИЦ «Л-Журнал», 2019. – 84 с.

5. Преждевременные роды: изменения к лучшему / И.В. Фомина, И.И.Кукарская, В.А. Полякова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. – С. 167-167.

6. Блют, Э. Ультразвуковая диагностика. Практич. решение клинических проблем Т. 3 УЗИ в акушерстве / Э. Блют. – Москва: Медицинская литература, 2014. – 192 с.

ИНДУЦИРОВАННОЕ БРЕДОВОЕ РАССТРОЙСТВО

INDUCED DELUSIONAL DISORDER

Смоляков С.В.
Бирюкова П.С.
Левченко Е.В.

кандидат медицинских наук

Smolyakov S.V.
Biryukova P.S.
Levchenko E.V.

Candidate of Medical Sciences

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

Резюме

В современном мире все чаще уделяется внимание патологиям, связанным с психикой человека. Формирование понимания причин и механизмов развития психических заболеваний позволит наиболее эффективно искать способы лечения и проводить терапию. Именно в этом свете редкие случаи психиатрической практики позволяют наиболее полноценно сформировать представление об условиях развития и течении болезни. В данной работе рассматривается клинический случай индуцированного бредового расстройства у членов одной семьи, которые являются супружеской парой.

Ключевые слова: индуцированное бредовое расстройство, индукция, донор, реципиент, психика.

Summary

In the modern world, more and more attention is paid to pathologies related to the human psyche. The formation of an understanding of the causes and mechanisms of the development of mental diseases will allow the most effective search for treatment methods and conduct therapy. It is in this light that rare cases of psychiatric practice allow us to form the most complete picture of the conditions of development and the course of the disease. In this paper, we consider a clinical case of induced delusional disorder in members of the same family who are a married couple.

Key words: induced delusional disorder, induction, donor, recipient, psyche.

Библиографическая ссылка на статью

Смоляков С.В., Бирюкова П.С., Левченко Е.В.
Индукционное бредовое расстройство // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 21-24.

References to the article

Smolyakov S.V., Biryukova P.S., Levchenko E.V. Induced delusional disorder // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 21-24.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/05](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/05)

Введение. Индуцированное бредовое расстройство является редким психическим расстройством. Первые определения были приведены Ласегом и Фалькре в 1877 году: два человека, живущие в тесной связи, в закрытой и изолированной среде, разделяют бредовые идеи на ту же тему. Проблема индуцированных психических расстройств считается одной из наиболее интересных и малоизученных в психиатрии. Эта проблема является многовекторной не только для психиатрии, но и медицинской, социальной психологии. Подобные состояния рассматриваются в современной клинической литературе как наблюдаемые синдромы, у двух или более больных, примерно одинаковой структуры и содержания. Причем сначала психическое расстройство развивается у одного из них (индуктора), а затем, в результате его патологического психического влияния, у других лиц (реципиентов). Общий признак индукции – передача симптоматики, которая как бы перенимается, повторяется, отражается в

психическом состоянии индуцированных больных (реципиентов). Сегодня нет единого клинко-психологического понимания индукции. Выдвигаются множество версий и теорий об этиологии и развитии индуцированных психических расстройств. В 40% случаев индукция встречается у родителей и детей, среди братьев и сестер, в старых супружеских парах, особенно при социальной изоляции. Также возможны массовые индукции в социальных группах. Наиболее характерным примером формирования индуцированного психоза служит тактика втягивания в секты и деструктивные культы [1, 2, 3].

Цель исследования – ретроспективно проанализировать развитие и течение клинических случаев семейного индуцированного психоза.

Клинический случай. Больной К., 56 лет. Объективных данных о наследственности нет. Раннее психомоторное развитие без особенностей. Из перенесенных заболеваний

отмечает простудные, детские инфекции. По характеру был замкнутым, необщительным, «держал все в себе». В школу пошел вовремя. Учился удовлетворительно. С людьми сходилась с трудом. Окончил 8 классов, ПТУ по специальности каменщик. Работал каменщиком, грузчиком. В последнее время охранником в сетевом супермаркете. Женат. Есть взрослый сын, проживает отдельно. Психическое состояние значительно изменилось незадолго до настоящего поступления: практически перестал спать, разговаривал сам с собой, не отвечал на вопросы жены, пытался найти себе место в сарае, в подвале, закрывал уши руками, высказывал мысли: «Началось, сейчас все решаю я, провода шумят». На рабочем месте в супермаркете неожиданно лег на пол, катался из стороны в сторону, говорил, что управляет системой энергетики. На замечания и увещевания не реагировал, после был доставлен в психиатрическую больницу бригадой СМП. В отделении вел себя упорядоченно. Сознание не нарушено, полностью ориентирован. Настроение снижено, тревожен, напряжен, разговаривает тихим, монотонным голосом, не глядя на собеседника: «Если посмотрю в глаза, могу причинить вред». Говорит: «многое вам не понять». Уверен, что обладает особыми способностями управлять энергией проводов, которые появились у него много лет назад, периодически, то усиливаясь, то ослабевая. По его мысленному приказу могли возникнуть перебои с электричеством во всем городе. Чувствовал энергию проводов во всем теле в виде жжения в мозгу, шума в ушах. Сразу рассказал об этом жене, которая приняла это как дар, отнеслась с пониманием и помогала пережить дни, когда от электричества «шатало и болела голова». После проведенного лечения (аминазин, галоперидол, общеукрепляющие, витаминотерапия), состояние заметно улучшилось. Стал спокойным, упорядоченным, бредовых идей открыто не высказывает, однако при расспросе продолжает верить, что он «избран», но на время госпитализации «там поставили заглушки» и «пока что проводов не слышно, и с ними нет связи». Критика снижена. Соматический и неврологический статус без особенностей.

При экспериментально-психологическом исследовании обнаружены нарушения мышления в виде соскальзываний, резонерства. А также уплощение эмоционального аффекта и снижение критических способностей.

Диагноз: F20.01. Шизофрения, параноидная форма, приступообразно-

прогредиентное течение.

Супруга пациента госпитализирована на следующий день в геронтологическое отделение.

Больная К., 77 лет. Родилась 8-м ребенком в религиозной крестьянской семье. По характеру росла подвижной, активной, любила быть в центре внимания. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные. В возрасте 14 лет получила травму головы (упала с крыши во время игры со сверстниками). Всегда была впечатлительной, иногда теряла сознания от испуга, во время церковных песнопений, при получении важных известий. Иногда словно бы видела себя со стороны. Эти состояния были кратковременны, быстро проходили. Образование 8 классов, подрабатывала в церкви, разнорабочей на торговом складе. Замуж вышла поздно. В 41 год родила сына. С тех пор не работает, занимается домашним хозяйством. После появления первых симптомов у мужа сразу поверила в его избранность, и в моменты «управления электричеством» ощущала особо волнение, дурноту и тоже слышала шум проводов. Об этом никому не рассказывала по просьбе мужа. После госпитализации мужа почувствовала себя плохо. «Стало крутить, корежить», поняла, что муж был во всем прав, про него узнали «там» и забрали. Пришла в церковь, требовала священника установить, что произошло. В связи с выраженной агитацией была госпитализирована в психиатрический стационар. После проведенного лечения психотическая симптоматика была купирована. При осмотре: ориентирована в месте, времени, собственной личности. Держится уверенно несколько демонстративно, на вопросы отвечает по существу. Фон настроения ровный. Называет мужа «мой хозяин». Свою госпитализацию объясняет тем, что у нее был «бред и страхи», а теперь их нет. Уверена, что психической болезни у нее нет, а есть воздействие тех людей, что «раскрыли связь хозяина и электричества»

В отделении активна, общительна, общается с сохранными больными, беседует с ними на религиозные темы. Критика к своему состоянию, положению снижена.

Диагноз: F06.5. Органическое диссоциативное расстройство.

Больная Д., 45 лет. Отец умер рано, злоупотреблял алкоголем, был вспыльчивым, раздражительным. Мать по характеру тихая, застенчивая, болеет аутоиммунным тиреоидитом. Ранние годы без особенностей. В школу пошла вовремя, училась на отлично. Со сверстниками общалась нечасто, увлекалась

точными науками. В дальнейшем окончила институт ядерной физики в Москве, вышла замуж за однокурсника, работала в лаборатории. Родила дочь, практически сразу вышла на работу. Занималась фундаментальными исследованиями, начала писать диссертацию. Семейная жизнь складывалась неудачно. Нарастало непонимание, участились скандалы, завершившиеся разводом. Примерно через год после развода поняла, что бывший муж на почве неприязненных отношений начал воздействовать на нее гамма-излучением. Подбросил радиоактивный грунт в горшки с цветами, от чего здоровье стало стремительно ухудшаться. Стала кружиться голова, нарушилась память, появилось ощущение стянутости кожи, муж прослушивал мысли и хотел отобрать дочь. Дочери исполнилось 14 лет, и она тоже стала чувствовать усталость, стянутость кожи. По просьбе матери перестала общаться с отцом, через месяц прекратила посещать школу, разделяя мысли матери о том, что на них открыта травля. Больная Д. написала руководству лаборатории жалобу с просьбами оградить ее от преступных действий мужа, в качестве доказательства принесла на спектральный анализ цветочный горшок. Руководство оставило просьбы пациентки без должного внимания. В отчаянии пациентка с дочерью переехала в Курскую область, к матери. Запретила ей и дочери выходить на улицу. Запас продуктов быстро истощился. Скорую помощь вызвали наблюдательные соседи. Доставлена в психиатрический стационар. При поступлении и первое время в отделении была чрезвычайно активной, требовала выпустить ее, считала, что врачи находятся в сговоре с бывшим мужем, просила защитить дочь. Испытывала вялость, слабость, быструю истощаемость, особенно выраженные в утренние часы, плохо понимала связь между явлениями, переживала свое бессилие. Возникли боли в голове, затем какие-то «посторонние мысли». Ощущала покалывание, пощипывание. Была возбуждена, тревожна.

После проведенного лечения (аминазин, галоперидол, общеукрепляющие, витаминотерапия) состояние заметно улучшилось. Стала спокойной, упорядоченной, бредовые идеи дезактуализировались. Критическая оценка своего состояния недостаточная. Соглашается, что возможно «перестраховалась и уехала из Москвы», но сохраняет убеждение, что грунт в цветке был радиоактивным. Соглашается, что дочери необходимо посещать школу.

Соматический и неврологический статус без особенностей.

Диагноз: F20.01. Шизофрения, параноидная форма, приступообразно-прогредиентное течение.

Закключение. Клиническая картина в приведенном наблюдении у пациента К. характеризуется синдромом Кандинского-Клерамбо на фоне нерезко выраженной депрессии с астеническим компонентом. Представленные в ней ассоциативный и сенестопатический автоматизмы трансформируются в бред величия с элементами парафрении. У пациентки К. изучение клинической картины показало, что присутствуют диссоциативные расстройства истерического круга на органически неполноценной почве. Больная примитивна, суеверна, психические расстройства у нее возникли на фоне мощного психогенного воздействия, обусловленного бредовыми переживаниями мужа. Анализируемый случай представляет собой классический пример внутрисемейного психоза. Индуктор (больной К.) являлся авторитетной фигурой для супруги, которая поддалась его суггестии. Бред развивался у супруги, которая находилась в близкой связи с человеком, уже имеющим психическое отклонение, переход развивался по типу «донор-реципиент». По структуре и содержанию бреда сходно с таковой у донора.

Клиника пациентки Д. характеризуется остро развивающимся синдромом Кандинского-Клерамбо с ярким ассоциативным и сенестопатическим автоматизмом и с бредом воздействия и преследования. У дочери пациентки наблюдалась сходная по структуре и содержанию бредовых переживаний симптоматика, по причине которой она перестала общаться с отцом и оставила школу. При разобщении с индуктором (больная Д.) симптомы редуцировались, полностью восстановилась критика. Таким образом, пациент с первичным расстройством обычно играет социально доминирующую роль в отношениях (в нашем случае мать) и навязывает бредовые идеи или убеждает в них пациента со вторичным расстройством (дочь). Важно определить, у кого в отношениях основной психоз, потому что человек со вторичным расстройством, как правило, не сохраняет бредовые убеждения вне контакта с человеком с первичным расстройством.

Литература.

1. Гиленко, М.В. Случай внутрисемейного индуцированного психоза / М.В.

Гиленко, А.С. Шаманаев // В сборнике: Практика судебно-психиатрической экспертизы. – 2012. – С. 22-35.

2. Дмитриев, М.Н. Ноотропно-индуцированный психоз при терапии СДВГ / М.Н. Дмитриев, Ю.С. Худина, Н.С. Дмитриева. // Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков. – 2018. – С. 130-132.

3. Кавинова, И.П. Психическая эпидемия как социальный феномен / И.П. Кавинова // Гуманитарный вестник. – 2018. – № 9. – С. 6.

4. Рожкова, М.Н. К вопросу об индуцированных психозах (клинический случай) / М.Н. Рожкова, Ю.В. Богушевская // Молодежь – практическому здравоохранению. – 2019. – С. 372-377.

5. Криворучко, Ю.Д. Шизотипическое расстройство личности как патологическая почва для развития индуцированного психоза / Ю.Д.Криворучко, Е.В. Клембовская, И.В. Густов // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – Москва, 2004. – С. 76-88.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ЖЕЛУДКА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ (ТРИХОБЕЗОАР)

LARGE ALIEN OBJECT OF STOMACH (TRICHOBESOAR)

Закутаева Л.Ю.
Северинов Д.А.
Костина И.С.
Гаврилюк В.П.

доктор медицинских наук

Zakutaeva L.Yu.
Severinov D.A.
Kostina I.S.
Gavrilyuk V.P.

Doctor of Medical Sciences

Курский государственный медицинский университет

Kursk State Medical University

Резюме

Наиболее часто в детской практике среди случаев обращения детей с инородными телами ЖКТ встречаются трихобезоары, которые могут быть образованы волосами животного, волосами пациента, шерстью одежды или одеяла, волосами кукол и других игрушек. В данной работе представлен клинический случай, наглядно демонстрирующий сложности диагностики и тяжесть состояния таких пациентов.

Ключевые слова: дети, трихобезоар, кишечная непроходимость, желудок.

Summary

Most often in children's practice, among cases of children handling foreign GI bodies, there are trichobezoars, which can be formed by animal hair, patient hair, wool of clothes or blankets, hair of dolls and other toys. This paper presents a clinical case that clearly demonstrates the complexities of diagnosis and the severity of the condition of such patients.

Key words: children, trichobezoar, intestinal obstruction, stomach.

Библиографическая ссылка на статью

Закутаева Л.Ю., Северинов Д.А., Костина И.С., Гаврилюк В.П.
Инородное тело желудка больших размеров (трихобезоар) // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 25-27.

References to the article

Zakutaeva L.Yu., Severinov D.A., Kostina I.S., Gavrilyuk V.P.
Large alien object of stomach (trichobezoar) // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 25-27.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/06](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/06)

Введение. Безоар – это инородное тело желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), образующееся из проглоченных не перевариваемых веществ, частиц пищи и слизи. Впервые в отечественной литературе трихобезоар желудка описан в работах В.В. Мыш, который столкнулся с «волосяной опухолью» весом 2800 г.

По классификации Ш.А. Гулордавы и А.С. Кофкина (1969 г.) безоары желудка и кишечника можно разделить на группы [4]: трихобезоары, или волосяные шары: образуются в результате заглатывания волос, встречаются чаще у женщин и девочек, имеющих привычку жевать волосы, особенно у лиц с неполноценной психикой [5], фитобезоары, или безоары растительного происхождения (их основа – растительная клетчатка): формируются в желудке в результате употребления в пищу

больших количеств хурмы, дикой груши, кедровых орехов [1], стиб(себо)безоары – безоары животного происхождения: возникают в желудке под воздействием холодной воды после принятого

в большом количестве говяжьего или бараньего жира [3], безоары органического происхождения: образуются в желудке при заглатывании некоторых лекарственных веществ, столярной политуры, при минерализации сгустка крови в просвете желудка, безоары эмбрионального происхождения: формируются из дермоидной кисты желудка (в том числе и мекониевые камни), полибезоары – безоары смешанного происхождения.

Наиболее частов детской практике встречается – трихобезоар, который может быть образован волосами животного, волосами пациента, шерстью одежды или одеяла,

волосами кукол и других игрушек. В результате в желудке ребенка образуется «волосая псевдоопухоль», состоящая из склеенных и переплетенных волос с пищевыми массами и слизью. К факторам риска образования трихобезоара можно отнести аномалию строения ЖКТ, что способствует замедлению пассажа пищевых масс [2].

Диагностика трихобезоара крайне затруднена, диагноз устанавливается на основании совокупности данных: жалоб и анамнеза заболевания (потеря в весе, рвота), физикальных данных (пальпируемое в эригастральной области опухолевидное образование, признаки частичной непроходимости на уровне желудка или двенадцатиперстной кишки), ультразвукового, эндоскопического и рентгеноскопического исследований (визуализируется объемное образование, признаки непроходимости ЖКТ). Дооперационная диагностика крайне тяжела, обычно в качестве предварительного диагноза выставляется кишечная непроходимость или острый аппендицит. К осложнениям относится – кишечная непроходимость, флегмона, изъязвления, пролежень слизистой, перфорация кишечной стенки, перитонит. Удаление трихобезоаров проводится хирургическим или эндоскопическим способами в зависимости от локализации и его размеров [1, 5].

Клинический случай. Ребенок Ж., 4 года, доставлен в Курскую областную детскую больницу № 2 бригадой скорой медицинской помощи в детское хирургическое отделение в тяжелом состоянии с диагнозом: Объемное образование брюшной полости. Асцит. Из анамнеза заболевания: со слов мамы около 2-х месяцев до обращения ребенка начали беспокоить боли в животе. Обратились в поликлинику по месту жительства, осмотрена педиатром, выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при котором патологии не обнаружено. В динамике боли в животе сохранялись с нарастанием в динамике, появилась бледность кожных покровов. По тяжести состояния девочка госпитализирована в отделение реанимации. Состояние ребенка при поступлении очень тяжелое. Обращает на себя внимание вялость, адинамия. Кожные покровы бледные, чистые, отмечается мраморность. Выражены явления гипотрофии – подкожная жировая клетчатка практически отсутствует. Дыхание в легких проводится во все отделы, хрипов не слышно, самостоятельное, без кислородной поддержки. Частота дыхательных движений – 52 в мин. Тоны

сердца приглушены, частота сердечных сокращений – 91-123 в мин., артериальное давление – 107/71 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счет плотного образования в проекции желудка и двенадцатиперстной кишки. При обследовании выявлено образование брюшной полости больших размеров и анемия тяжелой степени (гемоглобин 25 г/л, эритроциты $1,1 \times 10^{12}$ /л). Для восполнения объема циркулирующих эритроцитов дважды проведена трансфузия эритроцитарной массы.

Ребенку проведено обследование: ультразвуковое сканирование органов брюшной полости: печень увеличена: правая доля 100 мм, левая доля 40 мм, периваскулярная реакция. Поджелудочная железа не визуализируется. Селезенка отдалена, 79 мм × 27 мм, нерезко увеличена, периваскулярная реакция. Почки правая 74 мм × 33 мм, левая – 80 мм × 34 мм, контуры ровные и четкие, чашечно-лоханочная система не расширена, кортико-медуллярная дифференциация четкая, экзогенность обеих почек повышена. Выпот в малом тазу до 40 мм и по боковым каналам толщиной до 10 мм. В брюшной полости, преимущественно слева, предположительно в проекции желудка определяется массивное образование (достоверно определить размеры не представляется возможным), распространяется от левого подреберья и эпигастрия до малого таза. Размеры более 60 мм × 140 мм × 100 мм, костной плотности. Вдоль контура образования прослеживается стенка полого органа, предположительно желудка. Тонкий кишечник смещен вправо, активно перистальтирует.

Рентгенография брюшной полости: свободного газа не выявлено, пневматизация повышена в верхнем и среднем этажах брюшной полости. Слева определяются мелкие единичные уровни жидкости. В нижних отделах пневматизация кишечника резко снижена.

Фиброгастродуоденоскопия: трихобезоар желудка больших размеров.

Компьютерная томограмма брюшной полости: визуализирован трихобезоар желудка больших размеров.

Ребенок консультирован онкологом: данных за онкологическую патологию выявлено не было.

Учитывая жалобы, анамнез, клинические, лабораторные и инструментальные данные, поставлен предварительный диагноз: Объемное образование брюшной полости? Трихобезоар желудка больших размеров? Высокая кишечная непроходимость? Анемия тяжелой степени

смешанного генеза. Белково-энергетическая недостаточность.

Ребенку показано срочное оперативное вмешательство – поперечная лапаротомия, гастротомия, извлечение инородного тела, ушивание дефекта поперечно-ободочной кишки, аппендэктомия. Под эндотрахеальным наркозом после обработки операционного поля стандартным способом выполнена поперечная лапаротомия слева. При вскрытии брюшной полости в рану выделилось около 100 мл серозного выпота, осушен. В стенке поперечной кишки отмечается полнослойный дефект по типу пролежня размерами 1,0 см × 0,7 см. Выполнено ушивание дефекта двурядным узловым швом. Желудок больших размеров, в просвете определяется инородное тело высокой плотности больших размеров (до 10 см × 25 см), занимающее весь его просвет и распространяющееся в двенадцатиперстную кишку. Произведена поперечная гастротомия по передней стенке желудка длиной до 8,0 см, стенки желудка выражено отечны, утолщены до 7,0-8,0 мм. С техническими сложностями произведено извлечение инородного тела. Последнее представляет собой трихобезоар размерами примерно 10,0 см × 12,0 см. В желудок установлен зонд Ch 14. Рана желудка ушита двурядным узловым швом. При дальнейшей ревизии обращает на себя внимание червеобразный отросток, стенки его резко инъецированы сосудами, напряжены. Произведена типичная аппендэктомия. Послойное ушивание раны. Для продолжения интенсивной терапии ребенок переведен в отделение реанимации.

Диагноз после операции: Трихобезоар желудка больших размеров. Высокая кишечная непроходимость. Вторичный аппендицит. Анемия смешанного генеза тяжелой степени. Белково-энергетическая недостаточность.

Послеоперационный период протекал благоприятно. Энтеральное кормление с 6-х

суток. На 9-е сутки ребенок в удовлетворительном состоянии выписан, рана зажила первичным натяжением.

Заключение. Трихобезоар у детей проявляются со временем в связи с незаметным увеличением объема инородного тела в желудке, клинически проявляется диспептическими расстройствами, симптомами высокой желудочно-дуоденальной или тонкокишечной непроходимости, пальпируемого опухолевидного образования в эпигастральной области. Для диагностики необходимости использовать ультразвуковое исследование органов брюшной полости, для подтверждения диагноза обязательно выполнение фиброгастродуоденоскопии. При выполнении операции по удалению трахобезоаров обязательно тщательный осмотр желудка и тонкой кишки на всем протяжении.

Литература.

1. Бебуришвили, А.Г. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: учебно-методическое пособие для врачей интернов, клинических ординаторов, хирургов и эндоскопистов / А.Г. Бебуришвили, В.В. Мандриков, А.Н. Акинчиц. – Волгоград: ВолГМУ, 2007. – 33 с.
2. Безоар желудка у ребенка / А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, А.Х. Одилов [и др.] // Детская хирургия. – 2004. – № 3. – С. 51-52.
3. Возможности диагностики безоаров у детей / В.Г. Сапожников, В.А. Куликов, В.А. Шабалин, В.П. Белозеров // Рос. пед. журнал. – 2001. – № 4. – С. 51-53.
4. Гулордава, Ш.А. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: монография / Ш.А. Гулордава, А.С. Кофкин. – Таллин: Валгус, 1969. – 168 с.
5. Курыгина, А. Безоары желудка и их осложнения / А. Курыгина, Ю. Стойко, С. Багненко. – URL: <http://www.medactiv.ru/ysurg/gastro-060009.shtml> (Дата обращения 16.01.2015).

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID-19 С ИСХОДОМ В АТРОФИЮ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

ACUTE DISORDER OF BLOOD CIRCULATION IN THE CENTRAL ARTERY OF THE RETINAL IN THE BACKGROUND OF COVID-19 DISEASE WITH OUTCOME TO THE ATROPHY OF THE OPTICAL NERVE

Лобан Д.С.
Ильина Д.В.
Дравица Л.В.
Кандидат медицинских наук
Садовская О.П.

Гомельский государственный медицинский университет

Loban D.S.
Ilyina D.V.
Dravitsa L.V.
Candidate of Medical Sciences
Sadovskaya O.P.

Gomel State Medical University

Резюме

На сегодняшний день имеется большое количество публикаций по теме инфекции COVID-19, посвященных поражению легких, реже – неврологическим и гастроинтестинальным расстройствам. Поражению органа зрения уделено значительно меньше внимания. Рассматривая механизм патогенеза коронавирусной инфекции, глаз определяют как входные ворота инфекции. Однако анатомические и иммунологические характеристики глаза позволяют говорить о поражении органа зрения в том числе и как органа-мишени. Для проникновения в клетки SARS-CoV-2 использует рецептор ангиотензинпревращающего фермента 2, который экспрессируется в том числе и в сетчатке. В данной работе представлен анализ современных источников литературы по данной тематике и приведен клинический пример острого нарушения кровообращения в центральной артерии сетчатки на фоне COVID-19 с исходом в атрофию зрительного нерва.

Ключевые слова: частичная атрофия зрительного нерва, ретиальная патология, COVID-19, SARS-CoV-2, офтальмология.

Summary

There are for today a large number of publications on the topic of COVID-19 infection, dedicated to lung damage, less often neurological and gastrointestinal disorders. Much less attention is paid to the lesion of the visual organ. Considering the mechanism of pathogenesis of coronavirus infection, the eye is defined as the entrance gate of infection. However, the anatomical and immunological characteristics of the eye allow us to talk about the defeat of the visual organ in particular as a target organ. To enter cells, SARS-CoV-2 uses the angiotensin converting enzyme 2 receptor, which is also expressed in the retina. This paper presents an analysis of modern sources of literature on this topic and provides a clinical example of an acute circulatory disorder in the central retinal artery on the background of COVID-19 with an outcome in optic nerve atrophy.

Key words: partial atrophy of the optic nerve, retinal pathology, COVID-19, SARS-CoV-2, ophthalmology.

Библиографическая ссылка на статью

Лобан Д.С., Ильина Д.В., Дравица Л.В., Садовская О.П. Острое нарушение кровообращения в центральной артерии сетчатки на фоне заболевания Covid-19 с исходом в атрофию зрительного нерва // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 28-33.

DOI:

References to the article

Loban D.S., Ilyina D.V., Dravitsa L.V., Sadovskaya O.P. Acute circulatory disorders in the central retinal artery against the background of Covid-19 disease with outcome in optic nerve atrophy // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 28-33.

[10.21626/innova/2021.2/07](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/07)

Введение. Острые нарушения кровообращения в сетчатке и зрительном нерве – неотложные состояния, в основе которых лежит спазм, тромбоз или эмболия основного

сосуда или его ветвей. Оклюзия центральной артерии сетчатки относится к числу наиболее тяжелых форм патологии глаза, приводящих к частичной, а иногда и полной потере зрения,

требуемая по жизненным показаниям безотлагательной терапии [7]. Ветви центральной артерии сетчатки, также как и вены не сообщаются друг с другом посредством анастомозов. Такое строение ведет к тому, что всякое нарушение проходимости этих сосудов вызывает расстройство питания, которое не может быть устранено коллатеральным кровообращением [9]. Вследствие чего острое нарушение кровообращения в центральной артерии сетчатки и зрительном нерве может привести к такой тяжелой инвалидизирующей патологии как атрофия зрительного нерва.

Атрофия зрительного нерва – патология, при которой происходит полное или частичное разрушение волокон зрительного нерва с замещением их соединительной тканью. При поражении не всего поперечника зрительного нерва, а лишь его части развивается частичная атрофия. Часть нервных волокон претерпевает обратимые патологические изменения. Атрофия зрительного нерва как причина слепоты и слабовидения, занимает 3-е место (17,6%) в нозологической структуре заболеваний органа зрения после глаукомы (34,3%) и дегенеративной близорукости (18,3%) [5]. Атрофия зрительного нерва различного генеза относится к тяжелым заболеваниям, и определяется вовлечением всех отделов зрительного анализатора с развитием вертикального характера дегенеративных процессов от места повреждения нервных волокон, как в сторону ганглиозных клеток сетчатки, так и в сторону центрального нейрона.

В настоящее время распространенность новой коронавирусной инфекции COVID-19 имеет всемирный масштаб. Основными проявлениями инфицирования SARS-CoV-2 являются острые респираторные заболевания, интерстициальная пневмония, гастроэнтерит, а также развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания с полиорганной патологией [8]. Нейротропность вируса выражается в появлении неврологической симптоматики у пациентов с SARS-CoV-2, потери обоняния и вкуса [1]. Теоретически существует вероятность поражения и заднего отрезка глазного яблока. В пользу этого свидетельствует тот факт, что для проникновения в клетки SARS-CoV-2 использует рецептор ангиотензинпревращающего фермента 2, который экспрессируется во многих органах, включая центральную нервную систему и сетчатку [1, 4, 8]. При инфекции SARS-CoV-2 поражение органа зрения может включать

поражение зрительного нерва на хиазмальном уровне с развитием изолированной битемпоральной гемианопсии. Данное состояние может быть следствием как неспецифического вирусного неврита, так и микротромботических изменений, в целом характерных для данной инфекции [3].

Изменения сетчатки могут также возникать в результате лечения COVID-19 ретинотоксичными препаратами хлорохина и гидроксихлорохина и проявляться снижением контрастной и цветовой чувствительности, вплоть до появления абсолютных скотом в поле зрения [10]. В настоящее время по данным ряда авторов глаз является не только входными воротами инфекции, но и органом мишенью [1, 3, 4, 6, 8, 10]. Об этом свидетельствуют описанный случай изолированной битемпоральной гемианопсии у пациента с COVID-19 [3] и случай развития папиллофлебита, основной причиной развития которого, с точки зрения исследователей, стала гиперкоагуляция, вызванная инфекцией SARS-CoV-2 [4].

Цель исследования – анализ клинического случая острого нарушения кровообращения в центральной артерии сетчатки на фоне заболевания COVID-19.

Клинический случай. На прием к офтальмологу в профессорско-консультативный центр УО «ГомГМУ» в декабре 2020 года обратилась пациентка К., 1961 года рождения с жалобами на резкое снижение зрения на правый глаз, возникшее в ноябре 2020 года на фоне заболевания COVID-19. При осмотре острота зрения OD – движение руки у лица эксцентрично. Внутриглазное давление (ВГД) OD – 15 мм рт. ст.;

OD – Придаточный аппарат и передний отрезок глаз в норме. Зрачок круглый в центре. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно OD: диск зрительного нерва бледный, атрофичный, артерии узкие, участки с запустевшими артериальными сосудами 2-3 порядка. Вены не изменены, очаговых изменений на сетчатке не выявлено.

OS – 0,8 Sph+1,0 cyl ax=1,0; ВГД OS – 14 мм рт. ст.; глазное дно левого глаза без патологии.

Из анамнеза: До ноября 2020 года пациентка к офтальмологу не обращалась. 11 ноября 2020 года на фоне клинических проявлений COVID-19 и нахождения на амбулаторном лечении по поводу данной инфекции пациентка почувствовала резкое снижение зрения на OD. В связи с положительным анализом ПЦР на COVID-19 (Ig-

G+; Ig-M+) и необходимостью выполнения карантинных мероприятий обратилась к офтальмологу экстренного офтальмологического кабинета ГОСКБ только 24.11.2020 г. При осмотре острота зрения OD – движение руки у лица эксцентрично с височной стороны. На глазном дне признаки острого нарушения кровообращения в центральной артерии сетчатки. Назначена сосудистая терапия. 27.11.2020 г. осмотрена офтальмологом консультативной поликлиники ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

Объективно на момент осмотра 27.11.2020 г.

VISOD – движение руки у лица не корр. P0 OD14 мм рт. ст.

VISOS– 0,8 Sph+1,0 cyl ax=1,0. P0OS14 мм рт. ст.

ARKM–ODSph+1,00 cyl+0,25 ax 127

ARKM–OSSph+1,25 cyl+0,00

OU: положение глаз в орбите правильное, отделяемого нет, веки, ресничный край, конъюнктива век, слёзные органы, склера, роговица, передняя камера, радужка без особенностей, хрусталик и стекловидное тело прозрачны, зрачок круглый в центре, реакция зрачков на свет сохранена (рис. 1). Глазное дно OD: частичная деколорация зрительного нерва, сужение артерий с участками запустевания перипапиллярно и в заднем полюсе, вены полнокровны; симптом «вишнёвой косточки», истончение фовеальной сетчатки, средняя и крайняя периферии сетчатки без особенностей. OS диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы четкие; артерии умеренно сужены, вены полнокровны; макула в норме, средняя и крайняя периферии сетчатки без особенностей.

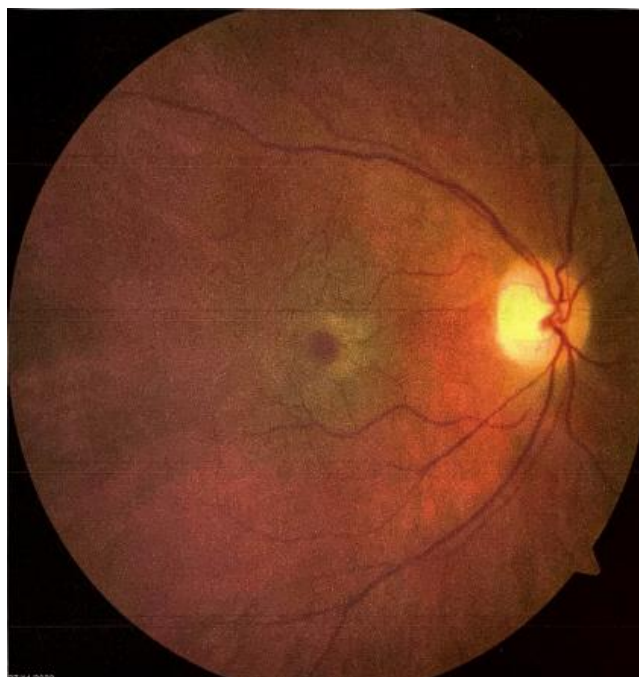


Рисунок 1. Офтальмоскопия глазного дна OD (от 27.11.2020 г.)

Фоторегистрацию изображений глазного дна проводили с помощью аппарата Visucamlait фирмы Carl Zeiss.

Проведена оптическая когерентная томография (ОКТ) макулы и диска зрительного нерва (ДЗН) с использованием аппарата CIRUS 600 фирмы Carl Zeiss.

Результаты: OD – сетчатка истончена во всех отделах. Профиль фовеа сглажен. Архитектоника сетчатки слабо прослеживается. Толщина слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) снижена в верхнем и нижнем секторе (рис. 2).

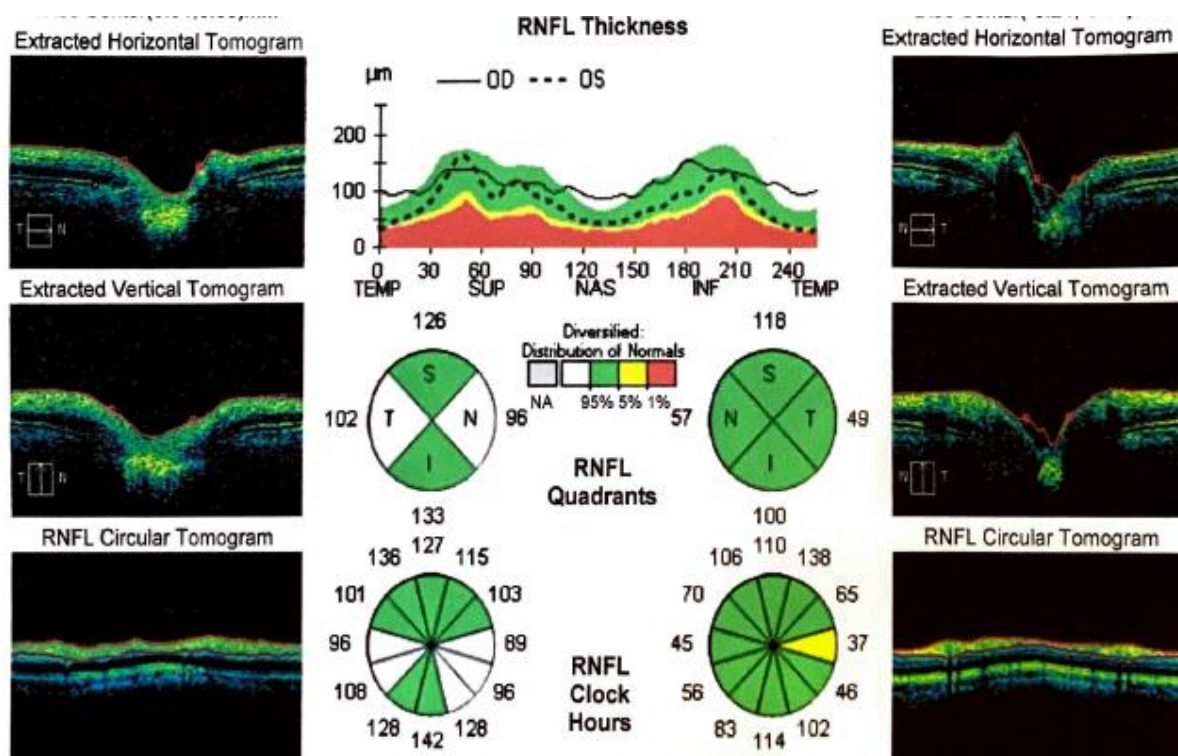


Рисунок 2. OCT диска зрительного нерва OD (от 27.11.2020 г.)

Ультразвуковое исследование (УЗИ) глазных яблок проведено на ультразвуковом В – сканере SCANMATE-B. УЗИ глазных яблок начальная деструкция стекловидного тела; сетчатка плотная, прилежит во всех отделах; ретробульбарная область без особенностей; толщина хориоидеи OD 1,22 мм.; OS 0,89 мм.; каналы зрительных нервов OD 5,91 мм.; OS 5,83 мм.

Выполнены стандартные лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, БАК, Rg ГК, иммунограмма крови, исследование на TORCH-инфекции – показатели были в пределах референтных значений. Патологии со стороны сердечно-сосудистой и кровеносной системы пациентки не выявлено. Для исключения наличия новообразований головного мозга пациентке была назначена магнитно-резонансная томография (МРТ) с МРТ программой ранней диагностики инсультов (30.11.2020 г.). В результате проведенного исследования у пациентки обнаружена киста прозрачной перегородки. По имеющимся данным выявленные изменения не оказывали существенного влияния на течение основного заболевания.

В результате проведенного УЗИ брахиоцефальных артерий (БЦА) установлены эхопризнаки атеросклероза БЦА: атеросклеротическая бляшка общей сонной артерии с обеих сторон; стеноз менее 50% подключичной артерии справа.

На основании полученных результатов исследования был выставлен клинический диагноз «OD – ЧАЗН сосудистого генеза (исход острого нарушения кровообращения в ветвях ЦАС); OS – гиперметропия слабой степени; OU – фоновая ангиопатия сетчатки».

Параллельно с проводимыми диагностическими исследованиями пациентка продолжала получать ранее назначенную консервативную терапию: Ксарелто (10 мг. – 1 р/сут), Эмоксипин (0,5% – 100 мл. в/в и местно 1% – 1 капля 3 р/сут). К назначенному лечению дополнительно был рекомендован приём следующих лекарственных препаратов: Актовегин (4% – 10 мл.), Эмоксипин (3% – 5 мл.), Кортесин (10 мг. в/м), Трентал (100 мг. по 1 таб. 3 р/сут), Ницерголин (10 мг. по 1 таб. 3 р/сут), курсы сосудистой терапии 2 раза/год, курсы препаратов лютеина (6-10 мг.) 2 р/год. Дополнительно к сосудистой терапии назначена электростимуляция зрительных нервов, после проведения которой получено улучшение остроты зрения до 0,08. На глазном дне отмечено некоторое расширение сосудов сетчатки.

Пациентка осмотрена 18.03.2021 г. Констатирована прогрессирующая атрофия зрительного нерва. Острота зрения OD – неуверенное светоощущение с височной стороны. На глазном дне диск зрительного нерва бледный, атрофичный, границы четкие, сосуды сужены (рис. 3). OCT картина соответствует

атрофии зрительного нерва (рис. 4)



Рисунок 3. Офтальмоскопия глазного дна OD (от 18.03.2021 г.)

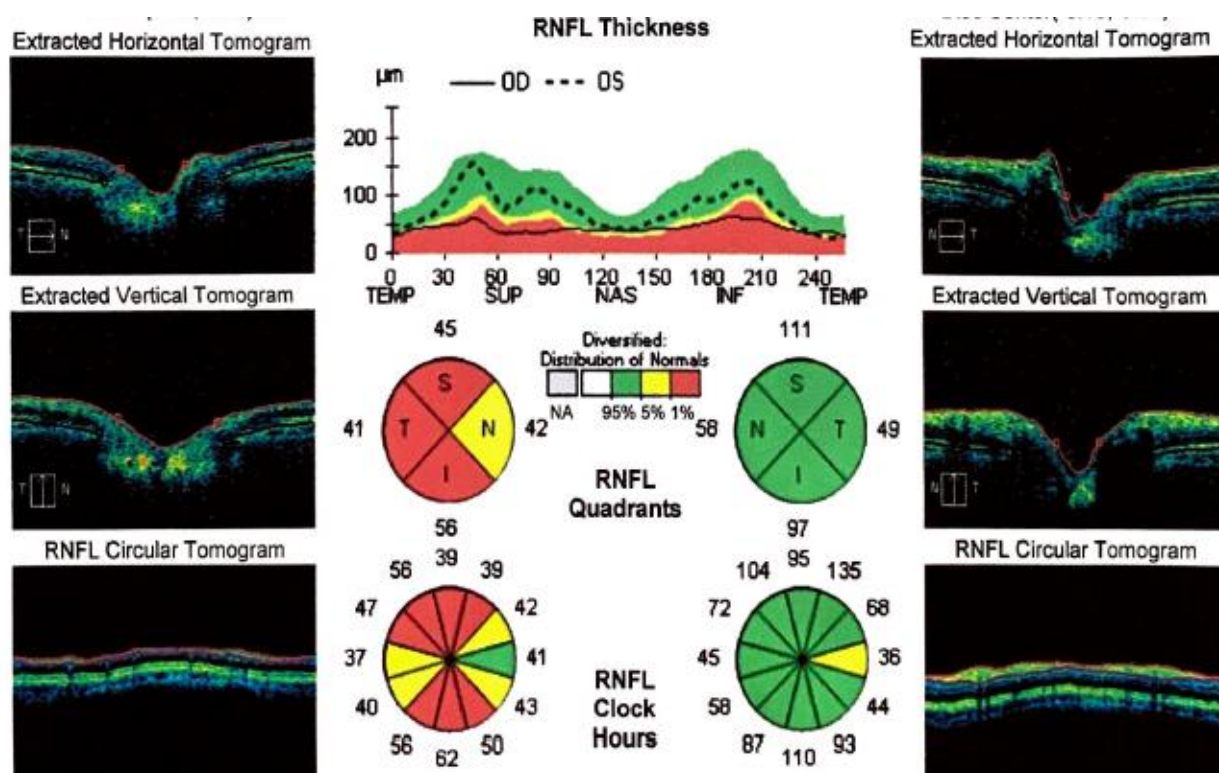


Рисунок 4. OCT диска зрительного нерва OD (от 18.03.2021 г.)

Толщина слоя нервных волокон по сравнению с первичным осмотром (114 мк.) уменьшилась

до 46 микрон. Произошла атрофия зрительного нерва (табл. 1).

Таблица 1 – Динамика толщины слоя нервных волокон ОД

Дата	27.11.2020	23.12.2020	18.03.2021
RNFL	114 мк.	74 мк.	46 мк.

Заключение. Атрофия зрительного нерва правого глаза стала результатом острого нарушения кровообращения в системе центральной артерии сетчатки. Учитывая установленный факт заболевания COVID-19 у пациентки, не исключается вероятность, что в данном конкретном случае офтальмонейропатические изменения вызваны вирусом SARS-CoV-2. Анализ данного клинического случая подтверждает потребность усовершенствования своевременной офтальмологической диагностики пациентам с выявленной инфекцией COVID-19, в том числе находящихся в условиях отделений интенсивной терапии.

Литература.

1. Коронавирусная инфекция и офтальмология / Р.Ф. Ахметшин, А.А. Ризванов, С.Н. Булгар [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2020. – № 101. – С. 371-380.
2. Распространенность конъюнктивитов у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и меры профилактики / И.Р. Газизова, Ю.А. Дешева, Т.В. Гаврилова, В.А. Черешнев // Клиническая офтальмология. – 2020.
3. Изолированная битемпоральная гемианопсия у пациента с инфекцией COVID-19 / Жаркова М.С., И.Н. Тихонов, И.В. Ефремова [и др.] // Сеченовский вестник. – 2020. – № 11. – С. 92-98.
4. Частота ретинальных изменений у пациентов, перенесших заболевание COVID-19: наблюдательное исследование / А.Р. Илларионова, О.М. Потапова, О.А. Косарева, Ю.Р. Кузнецова // Сеченовский вестник. – 2020. – № 11. – С. 40-49.
5. Либман, Е.С. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России / Е.С. Либман, Е.В. Шахова // Съезд офтальмологов России. – 2000. – Т.2. – С. 209-214.
6. Глаз при инфекции COVID-19: ворота инфекции или один из органов-мишеней? / А.В. Мишустин, М.Б. Мельникова, Н.И. Пономарева [и др.] // Педиатрия. – 2020. – Т. 2. – С. 26-28. – DOI: 10.26442/26586630.2020.2.200248.
7. Современная фармакотерапия острой непроходимости сосудов сетчатки и зрительного нерва / Л.К. Мошетова, О.Ю. Яценко, А.П. Мизгирева [и др.] // Вестник Оренбургского государственного университета. – Оренбург, 2004. – 13 с.
8. Нероев, В.В. COVID-19 и проблемы офтальмологии / В.В. Нероев, Г.И. Кричевская, Н.В. Балацкая // Российский офтальмологический журнал. – 2020. – № 13. – С. 99-104. – URL: <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2020-13-4-99-104>.
9. Передерий, В.А. Глазные болезни. Полный справочник / В.А. Передерий. – Москва.: Эксмо, 2008. – 704 с.
10. Состояние органа зрения у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию. / А.А. Рябцева, Е.Е. Гришина, О.М. Андрухина [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2020. – Т.48, № 1. – С. 6-20. – DOI: 10.18786/2072-0505-2020-48-032.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА «РИГИДНОГО ПОЗВОНОЧНИКА»

CLINICAL FEATURES OF RIGID SPINE SYNDROME

Проняева Т.В.
Распопов С.А.
Сережкина А.В.
Жизневская И.И.

Кандидат медицинских наук

Pronyaeva T.V.
Raspopov S.A.
Serezhkina A.V.
Zhiznevskaya I.I.

Candidate of Medical Sciences

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

Резюме

Синдром «ригидного позвоночника» – редко встречающееся заболевание неврологического генеза, этиология и патогенез которого до конца еще не изучены. Синдром «ригидного позвоночника» у детей сопровождается негрубыми нарушениями позы, напоминающие «позу сгибателей» у пациентов, больных паркинсонизмом. В результате патологического влияния у пациента резко уменьшается двигательная активность. Для подтверждения окончательного диагноза у ребенка врачи проводят исследование имеющейся клинической картины и результаты электрофизиологических методов исследования. Приведенный нами клинический случай наглядно демонстрирует важность персонализированной медицины для установления таких сложных диагнозов, как синдром ригидного позвоночника.

Ключевые слова: ригидный позвоночник, генетическое исследование, болевой синдром, марфаноподобный синдром, соединительная ткань.

Summary

The "rigid spine" syndrome is a rare disease of neurological origin, the etiology and pathogenesis of which have not yet been fully studied. The "rigid spine" syndrome in children is accompanied by non-rough postural disorders that resemble the "flexor pose" in patients with parkinsonism. As a result of the pathological influence, the patient's motor activity sharply decreases. To confirm the final diagnosis of the child, doctors conduct a study of the existing clinical picture and the results of electrophysiological research methods. The clinical case presented by us clearly demonstrates the importance of personalized medicine for establishing such complex diagnoses as rigid spine syndrome.

Key words: rigid spine, genetic study, pain syndrome, marfan-like syndrome, connective tissue.

Библиографическая ссылка на статью

Проняева Т.В., Распопов С.А., Сережкина А.В., Жизневская И.И. Клинические особенности синдрома «ригидного позвоночника» // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 34-38.

References to the article

Pronyaeva T.V., Raspopov S.A., Serezhkina A.V., Zhiznevskaya I.I. Clinical features of the "rigid spine" syndrome // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 34-38.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/08](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/08)

Введение. Синдром «ригидного позвоночника» – редко встречающееся заболевание неврологического генеза, этиология и патогенез которого до конца еще не изучены. Данная аномалия клинически проявляется постоянным ощущением напряжения в мышцах и выраженным болевым синдромом в определенных анатомических областях [2]. В результате патологического влияния у пациента резко уменьшается двигательная активность. Для подтверждения окончательного диагноза у ребенка врачи проводят исследование имеющейся клинической картины и результаты электрофизиологических методов исследования [1].

Синдром «ригидного позвоночника» у детей сопровождается негрубыми нарушениями позы, напоминающими «позу сгибателей» у пациентов, больных паркинсонизмом. Заболевание начинается, как правило, в детском возрасте (до 7 лет) и клинически проявляется нарушением подвижности и сгибательной контрактурой шейного, поясничного и других отделов позвоночника, а также нарушением осанки, умеренными контрактурами в суставах [1, 2].

Цель исследования – изучение особенностей развития синдрома «ригидного позвоночника» на примере клинического случая данной патологии у ребенка 13 лет,

находящегося на лечении в отделении эндокринологии РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России (г. Москва).

Клинический случай. Материалом данной работы послужили клинические данные из историй болезни ребенка 13 лет, находившегося на стационарном лечении в РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Из анамнеза жизни известно, что ребенок рожден от II беременности (I – выкидыш на 8 нед.), протекавшей на фоне патологической прибавки веса, угрозы прерывания во II-м триместре (терапия в условиях стационара), многоводия, 1-х срочных самопроизвольных родов (безводный период 7 часов, зеленые воды, обвитие пуповины вокруг шеи, в родах стимуляция). Масса при рождении 3900 г, длина 59 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

В возрасте 12 дней госпитализирован в отделение патологии новорожденных ДКБ, где находился с 2.11.04 по 19.11.2004 с диагнозом: Сочетанное ишемически-геморрагическое поражение ЦНС средней тяжести. Синдром нервно-рефлекторной возбудимости. Подвывих С1-С2 кпереди. Внутриутробная хламидийная инфекция. Гнойный конъюнктивит. Тимомегалия.

С 3 лет отмечается минимальная динамика веса. В 2009 г (4,5 г.) проведен анализ

на ТСХ – отрицательно. В 2014 г. (10 л) проведена МРТ головного мозга – церебеллярные арахноидальные кисты мозжечка. В 2015 г. при ФГДС – явления хронического гастродуоденита. Консультирован генетиком по месту жительства: MASS – Марфаноподобный синдром соединительной ткани. В апреле 2018г. проведен курс хорионического гонадотропина 500 ЕД№ 10 по рекомендации эндокринолога по месту жительства.

В июне 2018 г. проконсультирован заведующим отделением Кармановым М.Е. – энергетическая недостаточность. Кахексия. Задержка полового развития. Госпитализация в отделение эндокринологии РДКБ впервые для уточнения дальнейшего ведения 10.06.2018. При осмотре: вес 23,5 кг, ИМТ 10.2, менее 3%; рост 150 см. 10%. Андроидный морфотип с элементами марфаноидных пропорций. Сигмы дисэмбриогенеза в пределах семейно-конституциональных особенностей. Кожа с минимальными следами загара, отмечается сухость кожи конечностей. Участки гиперпигментации по типу «брызг грязи». Дистальное оволосение – гипотрихоз (рис. 1).



Рисунок 1. Деформация грудной клетки, участки гиперпигментации по типу «брызг грязи»

Подкожно-жировой слой резко снижен, практически отсутствует, распределен равномерно. Отмечается диффузная мышечная гипотрофия, мышечный тонус – гипотония. Сколиоз грудного отдела позвоночника,

деформация грудной клетки. (рис. 2) Признаки соединительно-тканной дисплазии. Отмечается ограничение подвижности, преимущественно шейного отдела позвоночника. Зубы – частичная смена. Ринолалия.



Рисунок 2. Сколиоз грудного отдела позвоночника.

ЧСС 104-139 уд. мин., систолический шум вдоль левого края грудины. АД 92-124/62-95 мм рт. ст. Стул регулярный, диурез в норме. Щитовидная железа 0 по ВОЗ, клинически эутиреоз. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, правильно. V0 PIGIIAx пот F0 Ma 0. Тестикулы в мошонке, D=S=8 см³. Penis 7.0

УЗИ органов малого таза: почки не увеличены, расположены обычно. Правая 93×38 (14) мм, левая 100×37 (14) мм. Контуры ровные, паренхима дифференцирована, ЧЛС – не расширена, лоханка слева экстраренальная с просветом 7 мм. Область надпочечников не изменена.

УЗИ щитовидной железы: правая доля 11×8×22 мм (0,9 мл), левая доля 9×7×24 мм (0,7

мл), перешеек 1,8 мм. Общий объем 1,6 мл. Контуры – ровные, паренхима обычной эхогенности и структуры, васкуляризация незначительно повышена.

ЭКГ от 5.10.2018: ЭОС отклонена влево. Синусовый ритм 113-128 уд/мин. Вероятно бифасцикулярная блокада правой ножки пучка Гиса (правая+переднелевая). Изменения предсердного компонента за счет левого.

ЭКГ от 19.10.2018: синусовая тахикардия с ЧСС 128-135 уд/мин. Неопределенная ЭОС с ротацией «сог». ПЖ кпереди. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Возможно повышение электрической активности на миокарде ПЖ. После физической нагрузки синусовая тахикардия до 150 уд/мин. В остальном без изменений.

ЭХО-КГ: ЛЖ КДР 40 мм, КСР 20 мм, EF 83% (Тейхольц), ПЖ (ВОПЖ) 16 мм, АсСт 115 мс, ЕТ (ВОПЖ) 222 мс, ЛП (передне-задний) 13 мм во всех доступах выглядит очень уплощенным за счет корня, четкая оценка размеров невозможна ПП 31х30 мм, МЖП 7 мм, ЗСЛЖ 6 мм, АО фк 18 мм, корень 29 мм, с-т соедин. 19, восх 19, V max 86 см/с, PG 3 мм рт. ст., ЛА фк 21 мм. Ср. давл. В ЛА менее 9,5 мм рт. ст. МК фк 21 мм. Vmax 80 см/с. PG 2,6 мм рт.ст. Расширен корень аорты. МКБ обеих створок МК (PLAX) 2,3 мм. Дисбаланс в пропорциях папиллярных мышц: основная заднемедиальная, рядом с ней значительно меньше дополнительная головка, переднелатеральная головка тоже очень незначительных размеров. Регургитация на кл. ЛА I, МК0, ТК I, на кл. АО 0.

Консультация кардиолога от 9.10.2018: Бифасцикулярная блокада пучка Гиса. Идиопатическая дилатация корня аорты. ПМК.

Консультация невролога: ригидность мышц затылка, не может привести подбородок к груди, при пальпации области шеи отмечается уплотнение мышц. Нистагм среднеразмашистый установочный.

Консультация заведующего отделением медицинской генетики: заболевание из группы нервно-мышечных заболеваний, сопровождающихся ригидным позвоночником.

Консультация в ФГБНУ МГНЦ: синдром ригидного позвоночника, обусловленного мутациями в гене SEPN1. Проводится ДНК анализ для уточнения диагноза.

ЭНМГ от 18.10.2018: первично-миогенные изменения, без признаков активной денервации мышечных волокон, показатели амплитуд М-ответов, ПД и СРВ по периферическим нервам в пределах нормальных возрастных величин.

ОАК: Hb 133 г/л, Эр 4,48, Тр 209, Л 7,50, п/я 2, с/я 65, э 2, б 0, л 21, м 10, СОЭ 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л (n 60-80), альбумин – 44,4 г/л (n 35-55), мочевины – 2,8 ммоль/л (n 2,5-6,4), креатинин – 27,50 мкмоль/л (n 19-88), холестерин общий – 4,59 ммоль/л (n 2-13,7), железо – 11,2 мкмоль/л (n 9-22), фосфор неорганический – 1,82 ммоль/л (n 0,95-1,8), АлТ – 15,0 МЕ/л (n 10-45), АсТ 33,0 – МЕ/л (n 10-42), щелочная фосфатаза – 189,0 МЕ/л (n 50-400), КФК – 289 МЕ/л, ЛДГ общая – 191,0 Е/л (n 100-320), глюкоза – 4,90 ммоль/л (n 3,5-5,8), K⁺ – 4,3 ммоль/л (n 3,4-4,5), Na⁺ – 143, 8 ммоль/л (n 135-146), Са – общий 2,44 ммоль/л (n 2,1-2,6), Са⁺⁺ – 1,07 ммоль/л (n 0,8-1,2), магний – 0,76 ммоль/л (n 0,74-1,2), гамма-ГТП – 10 Е/л (n 2-49), ЛПНП – 2,9 ммоль/л (n 0-2), ЛПВП – 1,77 ммоль/л (n 0,75-2,3)

Поиск мутаций в гене SEPN1: методом прямого секвенирования по Сенгеру проведено исследование всей кодирующей последовательности и прилежащих экзон – интронных областей гена SELENON (SEPN1), ответственного за развитие синдрома ригидного позвоночника.

Заключение: В экзонах 5 и 11 выявлены патогенные варианты с. 713dupA (p.Asn238Lysfs) и с. 1397G>A (p.Arg466Gln) соответственно. Диагноз «синдром ригидного позвоночника». Диагноз подтвержден при проведении молекулярно-генетического анализа. Обнаружены две мутации в гене SEPN1 в компаунд гетерозиготном состоянии. Заболевание наследуется аутосомно-рецессивно. Оба родителя пробанда являются здоровыми гетерозиготными носителями мутаций в гене. Риск рождения ребенка с данным заболеванием составлял у них 25% высокий генетический риск.

Дифференциальная диагностика данного заболевания проводится со следующими патологиями: стрии-негральная дегенерация, синдром Шая-Джейджера, ОПЦА (спорадическая форма), юношеская форма хореи Гентингтона, сенильная энцефалопатия, болезни накопления, атрофические процессы в головном мозге, спино-церебральные дегенерации. Примерно в 80% случаев данные заболевания сопровождаются синдромом паркинсонизма. Знание современных критериев диагностики данного синдрома обеспечивает более раннюю и точную постановку диагноза. Диагностические критерии синдрома паркинсонизма включают следующие этапы: выявление симптомов, поиск исключаящих симптомов, поиск подтверждающих данную патологию симптомов. На основании преобладания той или иной симптоматики делается вывод о клинической постановке диагноза синдрома паркинсонизма в рамках синдрома «ригидного позвоночника».

Заключение. Синдром ригидного позвоночника наследуется аутосомно-рецессивно. Оба родителя пробанда являются здоровыми гетерозиготными носителями мутаций в гене. Риск рождения ребенка с данным заболеванием составлял у них 25% (высокий генетический риск.). Приведенный нами клинический случай наглядно демонстрирует важность персонализированной медицины для установления таких сложных диагнозов, как синдром ригидного позвоночника. Трудность постановки правильного диагноза и адекватного обследования состоит в том, что данная патология встречается редко, и при

дифференциальной диагностике необходимо исключать большое количество факторов, которые могут влиять на возникновение мутаций в генах, кодирующих эту патологию. Врачи выполняют различные исследования нервно-мышечной системы, в частности, электромиографию с последующей биопсией, чтобы выявить аномальные участки мышечной ткани. Диагностическая проблема данного заболевания находится на стыке многих медицинских специальностей, начиная от врачей первичного звена и заканчивая узкопрофильными специалистами, так как часто это заболевание сопровождается и другими нарушениями со стороны разных систем:

гипотериозом, сахарным диабетом 1 типа, витилиго, сердечно-сосудистыми нарушениями.

Литература.

1. Руденская, Г.Е. Врожденная мышечная дистрофия с ригидностью позвоночника, связанная с геном SEPN1 / Г.Е. Руденская, В.А. Кадникова, А.В. Поляков. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – № 5. – С. 70-74.
2. Новый аллельный вариант синдрома ригидного позвоночника / Е.Л. Дадали, В.А. Кадникова, И.В. Шаркова, А.В. Поляков // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2013. – Т.7, № 2. – С. 51-54.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНОЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГИГАНТСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

A CASE OF SUCCESSFUL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ATYPICAL PERFORATIVE GIANT DUODENAL ULCER

Волкова А.Е.
Кунаков Д.В.
Пашков В.М.

Кандидат медицинских наук

Volkova A.E.
Kunakov D.V.
Pashkov V.M.

Candidate of Medical Sciences

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

Резюме

Описан клинический случай успешной диагностики и лечения перфоративной гигантской дуоденальной язвы у больного 88 лет, находившегося в хирургическом стационаре в течение 3 суток с закрытым переломом шейки правого бедра. У пациента отмечался слабо выраженный абдоминальный болевой синдром, но отсутствовали язвенный анамнез, перкуторные признаки свободного газа в брюшной полости, выраженное напряжение мышц живота, признаки раздражения брюшины. Диагностика затруднялась наличием сенильных наслоений и ряда сопутствующих соматических заболеваний сердца, сосудов, обмена веществ. Перфорация полого органа была диагностирована обзорной рентгенографией в положении больного полусидя и в латеропозиции. На операции обнаружена перфорация гигантской язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки с пилорoduodenальным стенозом. Несмотря на максимально высокую степень операционного риска ввиду невозможности ушивания (иссечения) перфорации, была выполнена резекция 2/3 желудка по Бальфуру. Случай демонстрирует необходимость персонализированного подхода к выбору хирургической тактики в сложных экстренных клинических ситуациях, выходящих за стандартные рамки клинических рекомендаций и инструкций.

Ключевые слова: атипичная перфоративная гигантская дуоденальная язва, диагностика, выбор хирургической тактики.

Summary

A clinical case of successful diagnosis and treating of a perforated giant duodenal ulcer of 88-year-old patient who was staying in a surgical hospital for 3 days with a closed fracture of the right femoral neck is described. The patient had a mild abdominal pain syndrome, but there was no ulcerative history, percussion signs of free gas in the abdominal cavity, pronounced tension of the abdominal muscles, signs of irritation of the peritoneum. Diagnostics was hampered by the presence of senile layers and a number of concomitant somatic diseases of the heart, blood vessels, and metabolism. Hollow organ perforation was diagnosed by plain radiography in the patient's half-sitting position and in lateroposition. The operation revealed perforation of a giant ulcer of the anterior wall of the duodenum with pyloroduodenal stenosis. Despite the maximally high degree of operational risk, due to the impossibility of suturing (excising) the perforation, 2/3 of the stomach was resected according to Balfour. The case demonstrates the need for a personalized approach to the choice of surgical tactics in complex emergency clinical situations that go beyond the standard scope of clinical guidelines and instructions.

Key words: atypical perforated giant duodenal ulcer, diagnosis, choice of surgical tactics.

Библиографическая ссылка на статью

Волкова А.Е., Кунаков Д.В., Пашков В.М. Случай успешной диагностики и лечения атипичной перфоративной гигантской дуоденальной язвы // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 39-44.

References to the article

Volkova A.E., Kunakov D.V., Pashkov V.M. A case of successful diagnosis and treatment of atypical perforated giant duodenal ulcer // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 39-44.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/09](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/09)

Введение. Несмотря на успехи в ранней диагностике и лекарственной терапии язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), частота осложнений этой патологии в нашей стране не имеет тенденции к сокращению. В структуре этих осложнений лидируют язвенные желудочно-кишечные

кровотечения и перфоративные язвы [1, 4].

Актуальность проблемы перфоративных язв желудка и ДПК определяется их значительной частотой, сложностью диагностики и дифференциальной диагностики в ряде случаев (преимущественно при прикрытых перфорациях, у пациентов старческого возраста,

на фоне тяжелой сопутствующей соматической патологии), несвоевременным обращением части пациентов за медицинской помощью, необходимостью оказания экстренной хирургической помощи, довольно высокой летальностью, инвалидизацией и склонностью к рецидивированию ЯБ и ее осложнений [1-4].

Типичная клиника перфоративной язвы желудка и/или ДПК давно и очень хорошо описана в хирургической литературе. Она включает классическую триаду Мондора («кинжальная боль», «доскообразный» живот и язвенный анамнез), а также обнаружение свободного газа в брюшной полости (перкуторно, при обзорной рентгеноскопии и рентгенографии органов брюшной полости, ультрасонографическом исследовании), брадикардию в течение короткого промежутка времени после перфорации, сменяющуюся тахикардией, гипотонию, наличие быстро нарастающих манифестных признаков перитонизма (пальпаторно, перкуторно, аускультативно). Такая клиника встречается у большинства больных (до 90%) с этим осложнением ЯБ [1, 4, 5].

Однако примерно у 10% пациентов при наличии перфорации в желудке или ДПК болевой синдром может быть не таким ярким, вплоть до полного отсутствия, напряжение мышц передней брюшной стенки может быть сглаженным, газ в брюшной полости может не определяться при использовании физикальных и описанных выше инструментальных методов диагностики, проявления перитонизма также могут быть завуалированными. Такие перфорации называют «атипичными» [1-5].

Это может быть при прикрытии перфоративного отверстия чаще снаружи (приклеивание к стенке желудка или ДПК участка большого сальника, стенки соседнего органа: печени, желчного пузыря, тонкой или толстой кишки, передней брюшной стенки) или, реже, изнутри (кусочком непереваренной пищи), а также при перфорации язвы в большой или малый сальник, сальниковую сумку, перфорации язвы ДПК забрюшинно. Серьезные затруднения в диагностике встречаются также в связи со старческим возрастом (снижение порога болевой чувствительности, атрофия мышц живота, сенильные изменения психики) и при наличии тяжелых сопутствующих соматических заболеваний, маскирующих абдоминальную катастрофу [1-5].

В таких случаях следует прибегать к дополнительным методам уточняющей и дифференциальной диагностики. Для этого

используют пневмогастрографию (введение воздуха в желудок через зонд и повторное рентгенологическое исследование), фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), сочетание ФГДС с последующим рентгенологическим исследованием. Точность такой комплексной диагностики приближается к 100%. В особо затруднительных случаях, при неэффективности перечисленных выше методов инструментальной диагностики, прибегают к компьютерной томографии, методике «шарящего катетера» и лапароскопии. Иногда окончательный диагноз перфорации органа ставится после диагностической лапаротомии [1, 3, 4].

Цель исследования – описание клинического случая успешной своевременной диагностики и хирургического лечения перфорации гигантской язвы ДПК, протекающей атипично, в старческом возрасте при наличии тяжелой сопутствующей патологии.

Клинический случай. Данный случай был любезно предоставлен нам заведующим хирургическим отделением ОБУЗ «Касторенская ЦРБ» Курской области, хирургом высшей квалификационной категории Олегом Александровичем Ващуком.

27 февраля 2021 года в 21 чв ОБУЗ «Касторенская ЦРБ» был экстренно доставлен больной Г., 88 лет, с типичной клиникой закрытого перелома шейки правого бедра (история болезни № 90). Больной получил травму в быту, упав 6 ч тому назад, поскользнувшись возле своего дома. Он почувствовал резкую боль в области правого тазобедренного сустава, отсутствие функции в этом суставе. Пациент не мог самостоятельно сесть, встать на ноги. Родственники больного вызвали на дом скорую медицинскую помощь и доставили пострадавшего в приемное отделение ЦРБ, где после осмотра больного хирургом и травматологом-ортопедом, рентгенологического обследования, был поставлен диагноз: «Закрытый медиальный вколоченный перелом шейки правого бедра». Пациент был госпитализирован, введены парентерально анальгетики, начата стандартная тромбопрофилактика, наложена деротационная шина. Больной осмотрен терапевтом, отмечены сопутствующие заболевания: ИБС, фибрилляция предсердий, гипертоническая болезнь, дисциркуляторная энцефалопатия. Больной получал анальгетики, профилактику венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (бинтование нижних конечностей, гепарин по 5 тыс. ЕД 3 раза в сутки подкожно), биспролол 2,5 мг/сут. внутрь, мексидол 2 мл/сут. внутривенно.

1 марта, около 16 ч, через 2 ч после приема пищи, пациент впервые пожаловался на умеренные боли в правом подреберье, была однократная рвота съеденной пищей, стула не было с момента поступления, газы отходят.

Хирург при объективном обследовании отметил следующее. Подробный расспрос больного затруднен из-за возраста, снижения слуха. Общее состояние средней тяжести. Пациент в сознании, ориентирован, но не осознает полностью тяжесть своего заболевания (энцефалопатия). Температура тела нормальная. Пульс 60, аритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 140/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот слегка вздут, симметричный, участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье, перкуторно отмечается тимпанит в верхних отделах. Перистальтика ослаблена, но выслушивается. Признаков раздражения брюшины нет. Ректальному осмотру активно сопротивляется. Дополнительно при расспросе удалось выяснить, что несколько лет назад на ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаруживали камни в желчном пузыре. УЗИ, выполненное через 30-40 мин. после появления

болей в животе в палате переносным аппаратом – малоинформативно из-за выраженного пневматоза, достоверно определено отсутствие гидроперитонеума. Больному были введены спазмолитики и ненаркотические анальгетики, назначена инфузионная терапия в объеме 1,5 л, проведено лабораторное исследование крови. В общем анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, ускорение СОЭ, анемии не было. В биохимических анализах крови существенной патологии не обнаружено.

Через 2 ч после появления болей в животе болевой абдоминальный синдром сохранялся, при повторном физикальном обследовании отмечено, что живот умеренно вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастрии и больше в правом подреберье, перкуторно – выраженный тимпанит по всему животу, но симптомов раздражения брюшины нет. Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости передвижным рентгеновским аппаратом в положении полусидя и влатеропозиции – обнаружено большое количество свободного газа в брюшной полости (рис. 1, 2).

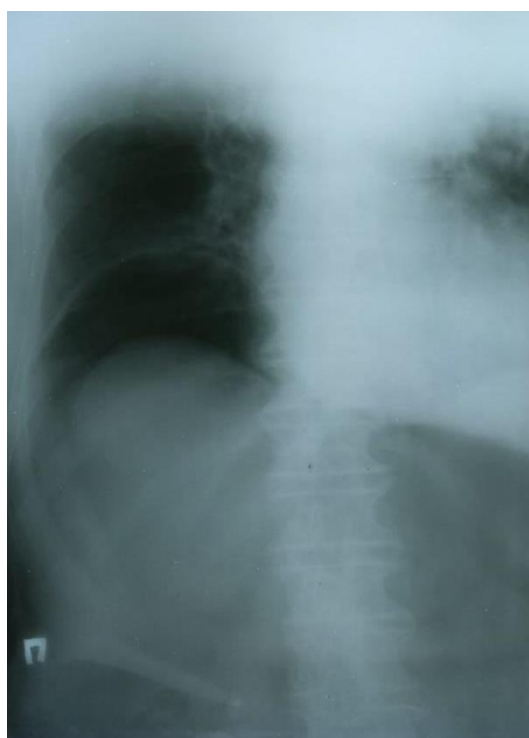


Рисунок 1. Рентгенограмма пациента Г. в положении полусидя. Свободный газ под правым куполом диафрагмы



Рисунок 2. Рентгенограмма того же пациента в латеропозиции. Свободный газ в верхних отделах брюшной полости

При дополнительном расспросе никаких сведений о язвенной болезни в анамнезе у больного и его родственников не выявлено. С учетом обнаруженных изменений на рентгенограмме, был поставлен диагноз: перфорация полого органа, принято решение об экстренной операции. В связи с отсутствием в ЦРБ анестезиолога-реаниматолога, был вызван соответствующий специалист из Курской областной клинической больницы, до приезда которого проводилась предоперационная подготовка (растворы Рингера, глюкозы, реополиглюкина, свежезамороженной плазмы, омез внутривенно). За время предоперационной подготовки у больного развился смешанный (сенильный и соматический) психоз, и он категорически отказался от операции. Проведен консилиум, принято коллегиальное решение о необходимости выполнения операции по жизненным показаниям ввиду неспособности больного оценивать свои поступки.

Вечером 1 марта было выполнено экстренное оперативное вмешательство (хирурги: О.А. Ващук, М.О. Филимонов). При лапаротомии и в брюшной полости обнаружено до 700 мл светлого выпота с примесью желчи и тонкими пленками фибрина во всех отделах брюшной полости. Кишечник не вздут. В области выходного отдела пилорoduоденального отдела обнаружен язвенный инфильтрат с перфорацией передней стенки ДПК диаметром до 2 см, выраженный перивисцерит. При вскрытии сальниковой сумки и разделении спаек обнаружено, что язва пенетрирует в головку поджелудочной железы и малый сальник, практически полностью отсутствует верхняя полуокружность ДПК, имеется «мостик» ткани по

задней стенке ДПК не более 2 см, стеноз – диаметр луковицы ДПК дистальнее язвы не более 1,2 см. С учетом выявленных изменений ушить перфорацию или иссечь язву с пилорoduоденопластикой было невозможно.

Несмотря на наличие распространенного серозно-фибринозного перитонита, старческий возраст и сопутствующие тяжелые соматические заболевания, выполнена типичная резекция 2/3 желудка по Бильрот-2 с впередиободочнымгастроэнтероанастомозом на длинной петле и Брауновским соустьем (по Бальфуру), санация и дренирование брюшной полости тремя дренажами. В тощую кишку за Брауновский анастомоз проведен зонд для питания, от постановки второго зонда в культю желудка решено воздержаться ввиду высокого риска дыхательной недостаточности в данном конкретном случае, с учетом возраста и пр.

В послеоперационном периоде больной получал анальгетики, сердечные и гипотензивные препараты, антибиотики, инфузионную терапию до 4,0 л/сут. Через 12 ч после операции начато порционное введение жидкости (воды, а со вторых суток – смеси «Нутрилонг» для парентерального питания). При увеличении объема энтерального питания постепенно уменьшался объем инфузионной терапии. С конца вторых суток отмечено отхождение газов, на третьи сутки был стул. Дренажи из брюшной полости удалены на 4-е сутки. Периодически проводился УЗ – мониторинг органов брюшной полости – гидроперитонеума не было. С 5-х суток разрешен прием прозрачной жидкости через рот, с 6-х суток прекращена инфузионная терапия. Энтеральное зондовое питание доведено до 700

мл в сутки. На 8-е сутки состояние больного средней тяжести, но отмечаются периодические нарушения сердечного ритма, требующие медикаментозной коррекции, умеренная дыхательная недостаточность, осложнений со

стороны брюшной полости не отмечено. На 10-е сутки сняты швы с лапаротомной раны. Продолжено лечение перелома шейки бедра. Краткое изложение динамики лечебного процесса представлено на рисунке 3.

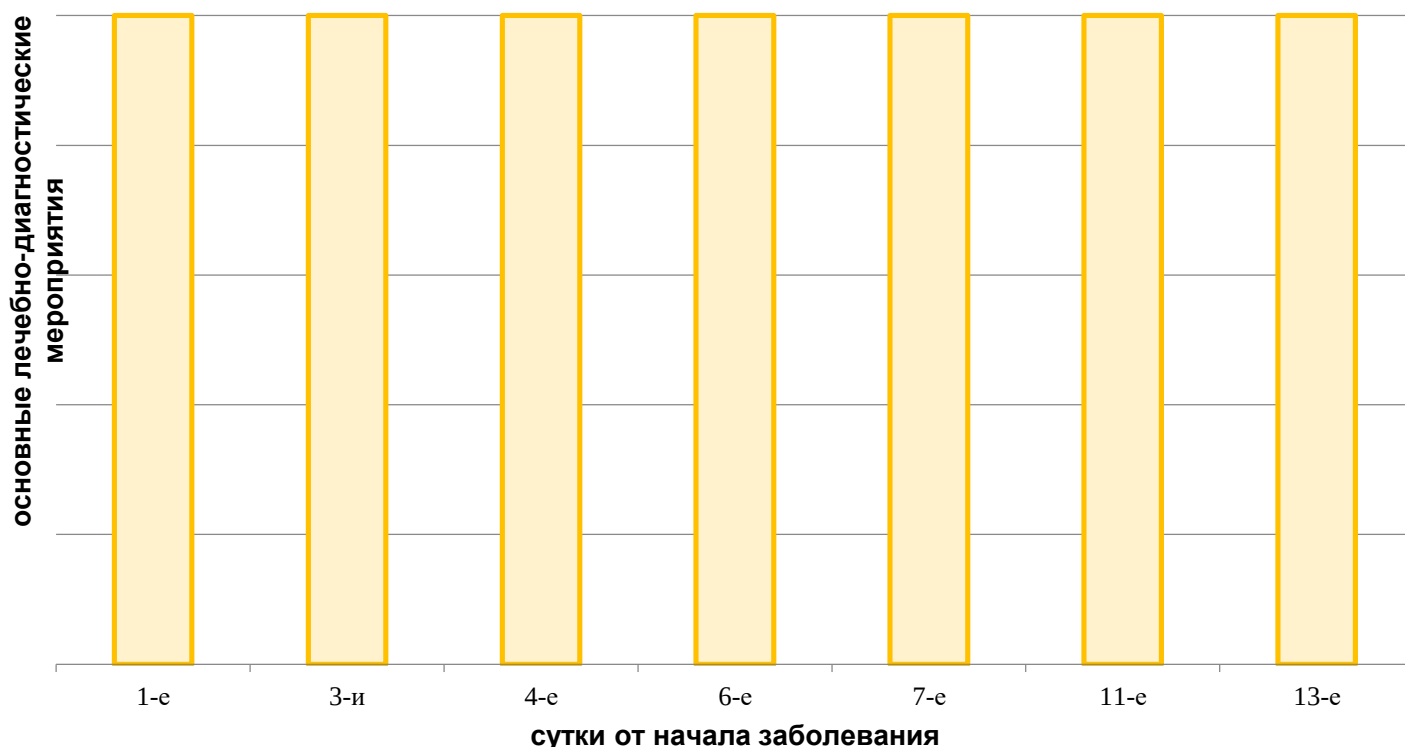


Рисунок 3. Динамика лечебного процесса у больного Г.

В соответствии с существующими хирургическими правилами и инструктивно-методическими указаниями при перфорации язв желудка и ДПК у подавляющего большинства больных (до 80-90%) выполняется ушивание перфорации (или иссечение язвы с последующим ушиванием). Эта операция является относительно простой, быстрой и достаточной для спасения пациента [1, 4, 5].

При наличии больших (более 1 см) язв с плотными краями, когда простое ушивание затруднено или невозможно, прибегают к способу ушивания перфорации по Оппелю-Поликарпову, когда язву закрывают прядью большого сальника на питающей ножке и ушивают дефект в стенке, захватывая в швы края перфорации и ткань сальника [1, 3, 4].

Но в данном случае, даже при использовании этого способа, обеспечить герметизм ушивания было невозможно. Кроме того, это с большой вероятностью могло

привести к увеличению уже имеющегося стеноза в месте этого ушивания.

Риск радикальной операции – резекции 2/3 желудка был в данном случае очень высоким, учитывая перечисленные выше факторы этого риска. Но альтернативы хирургической тактики в данном случае не было.

По данным литературы, показаниями для резекции желудка при перфоративных язвах являются следующие.

1. Невозможность ушивания (в том числе, по Оппелю-Поликарпову) и иссечения язвы.
2. Хронические каллезные язвы желудка, подозрительные на малигнизацию.
3. Перфоративная язва пилорoduodenального отдела с декомпенсированным стенозом [1, 4, 5].

Таким образом, первое показание в этом перечне явилось главным для выбора тактики у описываемого больного.

Кроме показаний, для выполнения такой

сложной и травматичной операции как резекция желудка, должны иметься следующие условия.

1. Отсутствие распространенного перитонита.
2. Возраст (менее 60-65 лет).
3. Отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний.
4. Достаточная квалификация хирургов.
5. Наличие условий для проведения этой технически сложной операции [1, 2, 4, 5].

Таким образом, в данном конкретном случае хирурги были вынуждены «пренебречь» первым, вторым и третьим условиями, что характеризует оперировавшего больного хирурга как высокопрофессионального, соответствующего имеющейся квалификационной категории.

В литературе давно и хорошо определены противопоказания к выполнению резекции желудка при перфоративных язвах; в этих случаях необходимо выполнять ушивание (или иссечение с последующим ушиванием) перфорации.

Они следующие: выраженный распространенный перитонит, высокая степень операционного риска (старческий возраст, тяжелые сопутствующие заболевания), молодой возраст (когда речь идет обычно об острых, ювенильных язвах), перфорация стрессовых симптоматических язв [1, 2, 4, 5].

Таким образом, в данном случае хирурги рискнули выполнить резекцию желудка, несмотря на наличие трех противопоказаний к этой операции.

Заключение. Описанный клинический случай, несомненно, представляет профессиональный интерес, особенно для студентов и начинающих хирургов. Он поучителен, во-первых, точки зрения наличия объективных трудностей для уверенной диагностики перфоративной язвы до лапаротомии. У данного пациента отсутствовал язвенный анамнез, как отдаленный, так и ближайший.

Объективная физикальная симптоматика была скудной и противоречивой, что весьма затрудняло формирование четкого и однозначного алгоритма диагностики и требовало проведения дифференциальной диагностики с целым рядом терапевтических и хирургических заболеваний. Наличие перелома шейки бедра затрудняло проведение полноценной рентгенологической диагностики (больной не мог ни сидеть, ни стоять).

Решающая роль в своевременной диагностике в данном случае принадлежала

классической рентгенографии органов брюшной полости. Это свидетельствует о том, что метод, который часто называют «рутинным», до настоящего времени не потерял своего клинического значения при перфорациях полого органа.

Интраоперационная ситуация, исключающая возможность ушивания (иссечения) перфоративной дуоденальной язвы гигантских размеров, а также наличие предшествующего перфорации пилородуоденального стеноза и пенетрации язвы вынудили хирургов прибегнуть к травматичной радикальной операции – резекции желудка, несмотря на отсутствие описанных в литературе условий (возраст менее 60-65 лет, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний и распространенного перитонита) и наличие противопоказаний (высокая степень операционно-анестезиологического риска, наличие распространенного серозно-фибринозного перитонита).

Данный клинический случай иллюстрирует необходимость индивидуального (персонифицированного) подхода к выбору хирургической тактики в сложных экстренных клинических ситуациях, выходящих за рамки существующих инструкций и клинических рекомендаций. Этот случай демонстрирует большие технические возможности районных хирургов, несмотря на существующие объективные трудности.

Литература.

1. Клиническая хирургия: учебное пособие для клинических ординаторов и врачей / под ред. профессор В.А. Лазаренко. – Курск: КГМУ, 2017. – 924 с.
2. Ковалев, А.И. Школа неотложной хирургической практики: учебное пособие / А.И. Ковалев, Ю.Т. Цуканов. – Москва: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. – 743 с.
3. Никитин, В.Н. Лечение перфоративных гигантских пенетрирующих язв луковицы двенадцатиперстной кишки / В.Н. Никитин, С.Г. Клипач // Рос.мед. журнал. – 2017. – № 8. – С. 539-542.
4. Прободная язва. Национальные клинические рекомендации / В.П. Сажин, П.Г. Бронштейн, О.В. Зайцев / Матер. XII съезда хирургов России «Актуальные вопросы хирургии». – Ростов-на-Дону, 2015. – С. 7-9.
5. Частная хирургия: учебник для медицинских вузов / под ред. профессор Ю.Л. Шевченко. 3-е изд., испр. и доп. – Москва: РАЕН, 2017. – 808 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО САРКОИДОЗА

CLINICAL CASE OF GENERALIZED SARCOIDOSIS

Жердев Я.А.

Черников А.Ю.

Доктор медицинских наук

Zherdev Ya.A.

Chernikov A.Yu.

Doctor of Medical Sciences

Курский государственный медицинский университет

Kursk State Medical University

Резюме

Саркоидоз в настоящее время перестал быть редкой патологией. Заболеваемость может достигать девяти на десять тысяч населения. Отсутствие патогномичных клинических проявлений саркоидоза затрудняет диагностику заболевания и приводит к проведению биопсии легкого. Генерализованный саркоидоз встречается реже, чем локальные формы, но может стать источником диагностических ошибок. Он характеризуется распространенностью клинических симптомов и возможным наличием биомаркеров заболевания. Генерализованный саркоидоз может представлять значительную диагностическую проблему, так как при дифференциальной диагностике приходится исключать заболевания неопластической, паразитарной, инфекционной этиологии. Особенностью приведенного в статье клинического случая является наличие диффузных подкожных узелковых образований. На примере клинического случая в данной публикации продемонстрированы особенности клинической симптоматики и выявлены биомаркеры генерализованного саркоидоза.

Ключевые слова: саркоидоз, легкие, лимфоузлы, биомаркеры, томография.

Summary

Sarcoidosis has now ceased to be a rare pathology. The incidence can reach nine per ten thousand people. The absence of pathognomonic clinical manifestations of sarcoidosis makes it difficult to diagnose the disease and leads to a lung biopsy. Generalized sarcoidosis is less common than local forms, but can become a source of diagnostic errors. It is characterized by the prevalence of clinical symptoms and the possible presence of biomarkers of the disease. Generalized sarcoidosis can pose a significant diagnostic problem, since differential diagnosis has to exclude diseases of neoplastic, parasitic, infectious etiology. A feature of the clinical case given in the article is the presence of diffuse subcutaneous nodular formations. On the example of a clinical case, this publication demonstrated the features of clinical symptoms and identified biomarkers of generalized sarcoidosis.

Key words: sarcoidosis, lungs, lymph nodes, biomarkers, tomography..

Библиографическая ссылка на статью

Жердев Я.А., Черников А.Ю. Клинический случай генерализованного саркоидоза // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 45-48.

References to the article

Zherdev Ya.A., Chernikov A.Yu. A clinical case of generalized sarcoidosis // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 45-48.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/10](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/10)

Введение. Саркоидоз в настоящее время перестал быть редкой патологией. Заболеваемость может достигать 9 на 100000 населения [2]. Отсутствие патогномичных клинических проявлений саркоидоза затрудняет диагностику заболевания и приводит к проведению биопсии легкого [3]. Генерализованный саркоидоз встречается реже, чем локальные формы, но может стать источником диагностических ошибок [1]. Он характеризуется распространенностью клинических симптомов и возможным наличием биомаркеров заболевания [4, 5].

Цель исследования – на примере клинического случая продемонстрировать особенности клинической симптоматики и

выявить биомаркеры генерализованного саркоидоза.

Клинический случай. Пациент С., 1982 г. р., впервые выявлен в 2020 году. Жалобы на общую слабость, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты в дневное время суток, боль в горле при глотании. Отмечает ухудшение самочувствие в виде постепенного нарастания слабости и кашля после смерти брата. В начале обратился к отоларингологу, после исключения патологии ЛОР-органов была произведена флюорография органов грудной клетки и выявлены изменения в легких и во внутригрудных лимфоузлах (ВГЛУ). Пациент был направлен к пульмонологу. На приеме уточнено, что хронических заболеваний не имеет, но

страдает алиментарным ожирением III степени. Туберкулёз, сифилис, гепатиты у себя отрицает. Не употребляет наркотические вещества. Курит, индекс курения 10 пачки/лет. Алкоголь принимает только в праздничные дни. Работает служащим, женат, имеет двух детей.

При объективном осмотре выявлены следующие патологические факторы:

1) увеличенные периферические лимфоузлы шейной и паховой групп, не спаяны с кожей, безболезненные, мягко-эластической консистенции, размером с зерно гороха, подвижные;

2) избыточная масса тела 120 кг (индекс массы тела 41);

3) под кожей спины, тыльной поверхности предплечий, бедер, голеней, живота пальпировались подкожные узелковые образования, размером с зерно чечевицы или гороха, плотные, смещаемые, болезненные при пальпации;

4) жесткое дыхание, отсутствие хрипов;

5) увеличение размеров печени и селезенки.

Общий анализ крови: гемоглобин – 185 г/л, эритроциты – 6,12, ЦП – 0,9, тромбоциты – 281, лейкоциты – 8,53, палочкоядерные – 5, сегментоядерные – 42, эозинофилы – 9, лимфоциты – 26, моноциты – 18, СОЭ – 18 мм/час. Общий анализ мочи: показатели в пределах нормальных значений.

Микроскопия мокроты: КУМ не обнаружено. Посев мокроты на жидких и твердых средах: не высеяна тубкультура. ПЦР мокроты: ДНК МБТ не обнаружено. Диаскинтест: отрицательный.

Кровь на маркеры инфекций: МР отрицательная, ВИЧ-антитела не обнаружены, антитела к гепатитам В и С не обнаружены.

Биохимия крови: общий белок – 68,4 г/л (референсные значения (р.з.) 64-83); мочевины – 3,69 ммоль/л (р.з. 2,99-9,16); креатинин – 87,06 ммоль/л (р.з. 61,9-114,9); глюкоза – 5,38 ммоль/л (р.з. 4,1-6,0); инсулин – 13,9 мкЕД/л (р.з. 2,7-10,4); индекс инсулинорезистентности – 3,5 (р.з. <2,7); АСТ – 24,7 ЕД/л (р.з. <40); АЛТ – 31,8 ЕД/л (р.з. <41); билирубин – 15,59 ммоль/л (р.з. <21); триглицериды – 2,74 ммоль/л (р.з. <1,7); холестерин – 6,69 ммоль/л (р.з. <5,0); холестерин-ЛПВП – 0,75 (р.з. >1); холестерин-ЛПНП – 4,69

(р.з. <3); холестерин-ЛПОНП – 1,25 (р.з. <0,8); холестерин-не ЛПВП – 5,94 (р.з. <1,38); коэффициент атерогенности 7,9 – (р.з. 2-3); ТТГ – 1,51 мЕД/л (р.з. 0,4-4,0); аполипопротеин А1 – 1,14 г/л (р.з. >1,25); аполипопротеин В – 1,72 г/л (р.з. <1,0); АпоВ/АпоА1 – 1,5 (р.з. <0,9); липопротеин – 0,52 г/л (р.з. <0,5); СРБ<6мг/л (р.з. <5).

Активность ангиотензин-превращающего фермента (АПФ): 218,2 Ед АПФ (р.з. 20-70).

Кальций в суточной моче: 2,39 ммоль/сут (р.з. 2,5-7,5).

Иммуноглобулины: IgA – 3,33 г/л (р.з. 0,7-4,0), IgG – 10,29 г/л (р.з. 5,4-18,22), IgM – 0,55 г/л (р.з. 0,22-2,4), Ig к COVID-19 – 3,8 Ое/мл (р.з. <12)

ЭКГ: без патологии. ФВД: ЖЕЛ – 62,1%, ФЖЕЛ – 82%, ОФВ1 – 63%, индекс Тиффно – 77%, ПОС – 37%, МОС – 25 38%, МОС – 50 39%, МОС – 75 59%, СОС – 25-75 45%. Нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу I степени. Окулист: Астигматизм.

Обзорная рентгенограмма: слева на уровне 2 ребра очаговая тень средней интенсивности 8×5 мм; справа – без особенностей; легочный рисунок усилен за счет интерстициального компонента; корни значительно расширены за счет увеличенных лимфоузлов; тень сердца расширена влево.

УЗИ брюшной полости: гепатоспленомегалия, диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы по типу стеатоза. УЗИ периферических лимфоузлов: увеличены периферические лимфоузлы более 1 см подчелюстной, шейной, подмышечной, паховой области; имеют ровный контур, утолщенный корковый слой, в паховой и подмышечной области с признаками жировой инволюции.

Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки (рис. 1): обширная симметричная лимфаденопатия в нескольких участках средостения с размером лимфоузлов до 3 см; утолщение междолевых перегородок в верхних долях легких; плотные узлы и узлы по типу «матового стекла» до 1 см в верхних долях; небольшие подкожные узелки в верхнем отделе спины. ПЭТ/КТ: участки гиперфиксации 18-ФДГ во внутригрудных лимфоузлах средостения и в подкожных узелках.



Рисунок 1. КТ и ПЭТ/КТ больного С.

УЗИ мягких тканей (рис. 2): множественные объемные образования подкожной клетчатки до 32 мм в диаметре в проекции коленных и правого локтевого сустава

по типу локальных участков массивного лимфостаза с утолщением подкожной клетчатки и кожи и формированием кальцинатов до 3 мм в клетчатке коленных суставов.

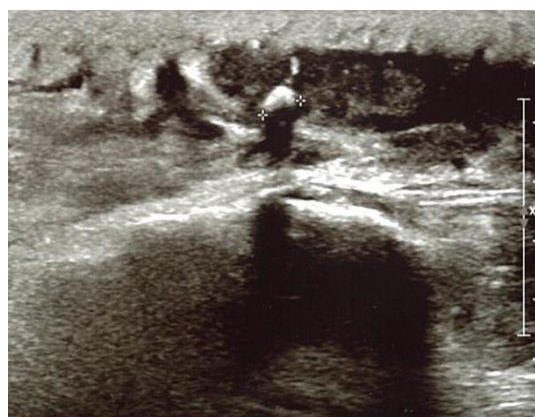


Рисунок 2. УЗИ подкожной клетчатки правого и левого коленных суставов больного С.

Дифференциально-диагностический ряд при указанной патологии включал в себя несколько заболеваний: саркоидоз, туберкулёз, карциноматоз, коллагеноз, филяриоз. В связи с отсутствием надежных клинических критериев было принято решение о биопсии. Гистологическое заключение по результатам биопсии кожи и подкожной клетчатки в области ягодицы и правого коленного сустава: ткань подкожно-жировой с наличием множественных однотипных гранул без казеозного некроза. Гранулемы представлены макрофагами и эпителиоидными клетками. Гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Ланганса и клеток инородных тел не обнаружено. По периферии гранул определяются фибробласты и фиброциты.

Клинический диагноз: D 86.0 Генерализованный саркоидоз: Саркоидоз ВГЛУ и легких, II стадия, активная фаза. Саркоидоз

подкожной клетчатки, активная фаза. Саркоидоз периферических лимфоузлов, активная фаза. Саркоидоз селезенки, активная фаза.

Хронический обструктивный бронхит, фаза ремиссии. ДН0. Ожирение III степени. Жировой гепатоз. Хронический панкреатит, фаза ремиссии. Астигматизм.

Лечение: диета с резким ограничением животных жиров и легкоусвояемых углеводов; преднизолон в первоначальной дозе 30 мг; токоферол ацетат 0,1 по 1 капсуле 2 раза в день; омега-3 0,02 по 1 капсуле 1 раз в день.

В динамике через 2 месяца отмечается исчезновение жалоб; уменьшение размеров печени, селезенки, периферических лимфоузлов; полное исчезновение подкожных узелков; положительная рентгенологическая динамика в виде исчезновения легочного компонента поражения и значительного уменьшения ВГЛУ (рис. 3).

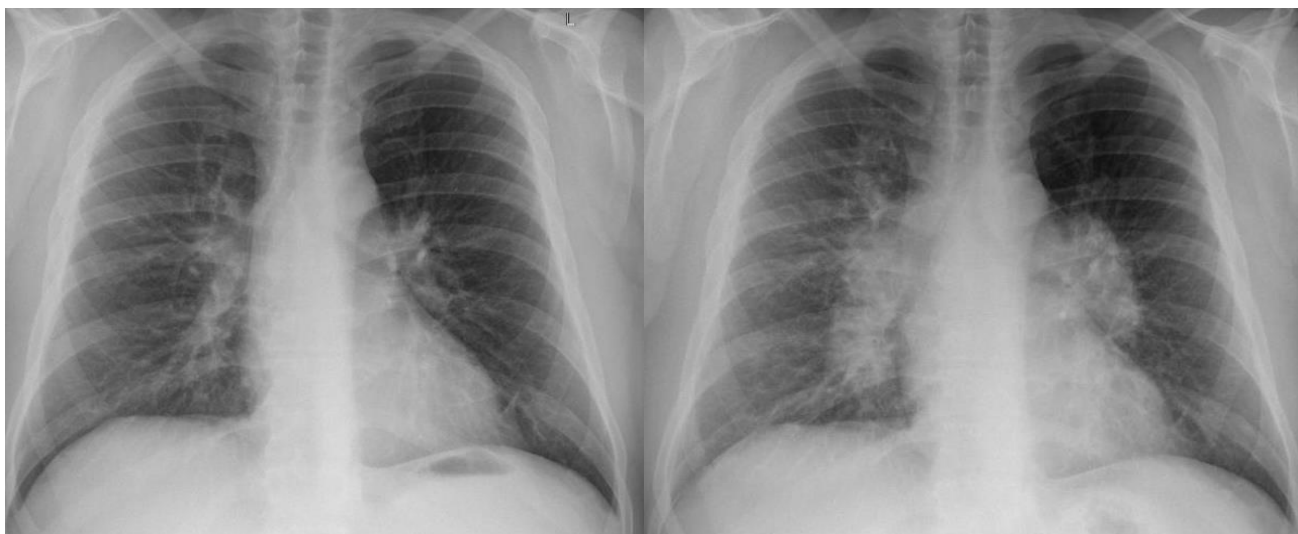


Рисунок 3. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больного С. до и после 2 месяцев лечения.

Общий анализ крови: гемоглобин – 185 г/л, эритроциты – 6,08, ЦП – 0,9, тромбоциты – 266, лейкоциты – 7,1, палочкоядерные – 3, сегментоядерные – 43, эозинофилы – 8, лимфоциты – 31, моноциты – 15, СОЭ – 14 мм/час. Общий анализ мочи: показатели в пределах нормальных значений.

Биохимия крови: мочевины – 4,94 ммоль/л (р.з. 2,99-9,16); креатинин – 73,49 ммоль/л (р.з. 61,9-114,9); глюкоза – 5,38 ммоль/л (р.з. 4,1-6,0); АСТ – 38,2 ЕД/л (р.з. <40); АЛТ – 32,1 ЕД/л (р.з. <41); билирубин – 16,2 ммоль/л (р.з. <21).

Обзорная рентгенограмма: легкие без очаговых и инфильтративных изменений; легочный рисунок не изменен; корни не увеличены, структурны; тень сердца расширена влево

Генерализованный саркоидоз может представлять значительную диагностическую проблему, так как при дифференциальной диагностике приходится исключать заболевания неопластической, паразитарной, инфекционной этиологии. Наличие поражений подкожной клетчатки или периферических лимфоузлов способствует проведению биопсии в легкодоступных местах. Однако, как видно из приведенного клинического примера, маркером активного саркоидоза может выступать комплекс маркеров АПФ и СРБ. Клиническое использование данного комплекса поможет

избежать проведения хирургической диагностики. Особенностью приведенного клинического случая является наличие диффузных подкожных узелковых образований, так как обычно подкожные саркоиды Дарье-Руоси расположены локально, например, на локтевых сгибах.

Литература.

1. Визель, И.Ю. Состояние больных саркоидозом исходно и 10 лет спустя при различной тактике их ведения (мультицентровый анализ) / И.Ю. Визель, Е.И. Шмелёв, О.П. Баранова [и др.] // Пульмонология. – 2012. – № 4. – С. 10-12.
2. Хоменко, А.Г. Саркоидоз как системный гранулематоз / А.Г. Хоменко. – Москва: Медицина, 2019. – 45 с.
3. Черников, А.Ю. Эффективность диспансеризации больных саркоидозом в условиях общей лечебной сети / А.Ю. Черников, Б.И. Дауров // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. – 2017. – № 8. – С. 3-5.
4. Transforming growth factor β gene polymorphisms in different phenotypes of sarcoidosis / S. Pabst, T. Fränken, J. Schönau [et al.] // Eur. Respir. J. – 2011. – № 38. – pp. 169.
5. Factor analysis of sarcoidosis phenotypes at two referral centers in Brazil / S. Rodrigues, N. Rocha, M. Lima [et al.] // Sarcoidosis Vasc. DiffuseLungDis. – 2011. – № 28. – P. 34-43.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ПАЦИЕНТА С ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫМ СЕРДЦЕМ

CLINICAL CASE OF NEW CORONAVIRAL COVID- 19 INFECTION IN A PATIENT WITH A TRANSPLANTED HEART

Лукьянченко А.Ю.
Кисилева В.В.

Кандидат медицинских наук

Lukyanchiko A.Yu.
Kisileva V.V.

Candidate of Medical Sciences

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

Резюме

Наличие трансплантированного сердца в сочетании с иммуносупрессивной терапией и присоединением острой респираторной вирусной инфекции обуславливает сложность ведения пациента. В случае с COVID-19 ситуация осложняется неизвестностью патогенетических путей развития инфекции, в том числе её влияния на кровь и систему свёртывания крови, на ткань лёгких. Представлен случай пациента 60 лет, у которого инфицирование новым коронавирусом произошло в ближайшем послеоперационном периоде после трансплантации сердца.

Ключевые слова: SARS-CoV-2, 2019-nCoV, COVID-19, коронавирус, атипичная пневмония, сердечная недостаточность, трансплантированное сердце, баллонная вазодилатация.

Summary

History of heart transplantation in combination with immunosuppressive therapy and acute viral respiratory infection overlay makes the patient difficult to manage. In case of COVID-19, the setting is complicated by unknown pathogenesis, including its effect on blood, coagulation system, and lung tissue. Current case report discusses the 60-year-old patient with a COVID-19 infection occurred in the immediate postoperative period after heart transplantation.

Key words: SARS-CoV-2, 2019-nCoV, coronavirus, atypical pneumonia, heart failure, heart transplant, balloon vasodilation.

Библиографическая ссылка на статью

Лукьянченко А.Ю., Кисилева В.В. Клинический случай новой
коронавирусной инфекции covid-19 у пациента с
трансплантированным сердцем // Innova. - 2021. - № 2 (23). -
С. 49-52.

References to the article

Lukyanchenko A.Yu., Kiseleva V.V. Clinical case of new
coronavirus infection covid-19 in a patient with a heart transplant
// Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 49-52.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/11](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/11)

Введение. Инфекционное заболевание COVID-19, вызванное коронавирусом 2-го типа с развитием острого респираторного синдрома (Several acute respiratory syndrome Coronavirus 2, SARS-CoV-2), продолжает распространяться, влияя на здоровье и судьбы миллионов людей по всему миру [1]. В связи с высокой клинической и социальной значимостью этого заболевания многие ведущие журналы незамедлительно публикуют информацию о COVID-19, приводя данные об особенностях течения заболевания у пациентов с коморбидной патологией, сложностях диагностики и лечения, выборе

алгоритмов помощи таким пациентам.

Будучи респираторной вирусной инфекцией с пока не изученным патогенезом, COVID-19 особенно опасна для пациентов со сниженным или подавленным иммунитетом. К таким пациентам, безусловно, относятся люди с трансплантированными органами.

Пациент с трансплантированным сердцем поступил в ОБУЗ «Областная клиническая инфекционная больница имени Н.А. Семашко» (далее – ОКИБ им. Н.А. Семашко) г. Курска, которая была перепрофилирована под специализированный стационар для оказания

медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Цель исследования – проследить динамику состояния пациента с диагнозом «Новая коронавирусная инфекция COVID-19», осложненной наличием трансплантированного сердца.

Клинический случай. Больной О., 60 лет, поступил 27.10.2020 года в инфекционное отделение для больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, не нуждающихся в ИВЛ № 1 ОКИБ им. Н.А. Семашко. На момент осмотра врачом в приемном отделении предъявлял жалобы на субфебрильную температуру, малопродуктивный кашель, общую слабость, снижение аппетита. Жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы не предъявлял.

Считает себя больным с 15.10.2020 г., когда начала подниматься температура до 37,5°C. 23.10.2021 г. обратился за медицинской помощью в приемное отделение центральной районной больницы по месту жительства. В тот же день была проведена рентгенография органов грудной клетки, по данным которого было выявлено двустороннее поражение легких, и взят мазок из зева и носа для обследования на наличие вируса COVID-19 (результат позже пришел отрицательный). Больной был направлен на амбулаторное лечение. По назначению врача принимал арбидол и парацетамол, после которых улучшения состояния не наблюдалось. По согласованию с дистанционным консультативным центром Курской области по вопросам оказания медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 направлен на стационарное лечение в ОКИБ им. Н.А. Семашко.

Анамнез жизни: из перенесенных инфекционных заболеваний – ОРВИ, бронхит, пневмония. Вакцинация согласно национальному календарю прививок. Из вредных привычек курение в течение 15 лет, с 2002 года не курит; алкоголем не злоупотребляет. Из хронических заболеваний – артериальная гипертензия, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хронический гастродуоденит, дивертикулез сигмовидной кишки, полип толстой кишки, ишемическая болезнь сердца.

29.06.2016 года была выполнена ортотопическая трансплантация сердца. В раннем послеоперационном периоде отмечалась острая почечная и умеренная миокардиальная недостаточность, проводились сеансы постоянной вено-венозной гемофильтрации. По результатам эндомикардиальной биопсии данных за острое отторжение не получено. По

данным коронароангиографии стенотического поражения коронарных артерий не выявлено. По результатам планового обследования в июне 2017 года выявлено стенотическое поражение коронарных артерий. 20.07.2017 года выполнена баллонная вазодилатация со стенированием ВТК. Также 07.06.2018 года выполнена баллонная вазодилатация ПКА (2 стента) с положительным ангиографическим эффектом. 13.06.2018 года выполнена баллонная ПМЖВ (1 стент) с положительным ангиографическим эффектом. В мае 2019 года проходил лечение в кардиологическом отделении ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» (далее – НМИЦ ТИО им. ак.В.И. Шумакова), в ходе которого была выполнена еще одна баллонная вазодилатация со стенированием ПМЖВ (1 стент). Наблюдается в НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова каждые 6 месяца. Последний раз находился на стационарном лечении в данном центре с 22.07.2020 года по 29.07.2020 года с целью выполнения контрольной диагностической коронарографии и эндомикардиальной биопсии.

Эпидемиологический анамнез: контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. За рубеж и прочие эпидемиологически опасные очаги за последние 2 месяца не выезжал. От COVID-19 не прививался.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение тела активное. Телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита хорошо. Лимфатические узлы не увеличены. Мышцы, кости, суставы не изменены. Периферических отеков нет. Температура тела 37,2°C. ЧДД 22 в мин. Грудная клетка правильной формы, симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный звук легочный. При аускультации везикулярное дыхание. Имеются хрипы с двух сторон грудной клетки. SpO₂ 97% без дотации кислорода. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 94 в мин. АД 130/85 мм рт. ст. Патологические шумы не выслушиваются. Пульс 94 уд./мин. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул, диурез в норме.

Результаты лабораторных исследований от 28.10.2020 года:

Общий анализ крови: гемоглобин – 144 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$, ЦП – 0,98, тромбоциты – 199×10^9 , лейкоциты – 2×10^9 , палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 67%,

лимфоциты – 31%, моноциты – 1%.

Биохимический анализ крови: билирубин – 12,3 мкмоль/л, общий белок – 64,2 г/л, АЛТ – 13 ед/л, АСТ – 28 ед/л, С-реактивный белок – 55 мг/л, глюкоза – 10,1 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 73 ммоль/л, натрий 137 – ммоль/л, калий – 3,8 ммоль/л.

Прочие лабораторные анализы: ферритин 295 – нмоль/л, D-димер – 480 нг/мл, ИЛ-6 – 1,73 пг/мл.

Анализ мазка из зева и носа на COVID-19 методом ПЦР от 28.10.2020 г. – результат «положительный».

Анализ мокроты: лейкоциты – 2-3 в п/з, эпителиальные клетки – 4-5 в п/з.

По данным КТ органов грудной клетки от 27.10.2020 имеется двустороннее поражение легких по типу «матового стекла», КТ 1.

Эхокардиография: нарушений глобальной сократимости миокарда не выявлено; отмечается асимметрия при сокращении межжелудочковой перегородки, дилатация левого желудочка и левого предсердия, уплотнение стенок и кальциноз митрального клапана и аортального кольца, регургитация митрального клапана и аортального кольца I-II степени, регургитация легочной артерии I степени.

По результатам эхокардиографии, ЭКГ, данных анамнеза и объективного осмотра врачом-кардиологом был поставлен следующий диагноз: «Наличие трансплантированного сердца от 29.05.2016 г. ИБС: болезнь коронарных артерий пересаженного сердца, баллонная вазодилатация со стенированием КА от 2017 г., 07.06.2018 г., 13.06.2018 г., 24.07.2019 г. ХСН I, ФК II. Артериальная гипертензия III ст., ГМЛЖ, риск 4»

На основании жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра и наблюдения врача-инфекциониста и врача-кардиолога был выставлен следующий диагноз:

U07.1. Новая коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (лабораторно подтвержден методом ПЦР от 28.10.2020 г.), среднетяжелое течение.

Осложнение основного диагноза: J18. Внебольничная двусторонняя пневмония, среднетяжелое течение. ДН 0 ст.

Сопутствующий диагноз:

Z94.1. Наличие трансплантированного сердца от 29.05.2016 г.

E13.9. Посттрансплантационный сахарный диабет в стадии компенсации.

I25.1. ИБС: болезнь коронарных артерий пересаженного сердца, баллонная

вазодилатация со стенированием КА от 2017 г., 07.06.2018 г., 13.06.2018 г., 24.07.2019 г.

I50.1. ХСН I, ФК II.

I11.9. Артериальная гипертензия III ст., ГМЛЖ, риск 4.

Q40.1. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

K29.9. Хронический гастродуоденит, стадия ремиссии.

K57.3. Дивертикулез сигмовидной кишки.

D12.5. Полип толстой кишки.

Больному было назначено следующее лечение: арбидол 200 мг 4 раза в день, амброксол 1 таблетка 3 раза в день, цефтриаксон 2 г 2 раза в день внутримышечно, левофлоксацин 500 мг 2 раза в день внутримышечно, флуконазол 150 мг 1 раз в день, свечи виферон 1 свеча 2 раза в день, иммуносупрессивная терапия (такролимус 3,5 мг 2 раза в сутки, микофеноловая кислота 720 мг 2 раза в сутки), дезагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота 50 мг 1 раз в сутки, клопидогрел 75 мг утром после еды), инсулинотерапия (инсулин Левемир 8 часов – 16 ед., 21 час – 10 ед., инсулин Новорапид 6 часов – 2 ед., 8 часов – 4 ед., 14 часов – 4 ед., 18 часов – 4 ед.).

После назначенного лечения наблюдалось улучшения состояния больного. Анализ мазка из зева и носа на COVID-19 методом ПЦР от 02.11.2020 г. и 05.11.2020 показал отрицательный результат. На контрольном КТ органов грудной клетки перед выпиской больного наблюдалось разрешение воспалительных процессов в легких.

Результаты лабораторных исследований от 08.11.2020 г.:

Общий анализ крови: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$, ЦП – 0,98, тромбоциты – 299×10^9 , лейкоциты – $6,4 \times 10^9$, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 69%, лимфоциты – 25%, моноциты – 3%.

Биохимический анализ крови – билирубин – 11,8 мкмоль/л, общий белок – 62,8 г/л, АЛТ – 19 ед/л, АСТ – 18 ед/л, С-реактивный белок – 44 мг/л, глюкоза – 6,5 ммоль/л, мочевины – 3,8 ммоль/л, креатинин – 77 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л.

Прочие лабораторные анализы: D-димер – 670 нг/мл, ИЛ-6 – 2,31 пг/мл.

Больной О. был выписан из ОКИБ им. Н.А. Семашко 10.11.2020 г. с положительной динамикой на амбулаторное долечивание у врача-терапевта по месту жительства.

Заключение. У данного больного имеется несколько коморбидных заболеваний,

которые, по сути, ухудшают течение коронавирусной инфекции. Но также у пациента в приведенном клиническом случае наблюдается повышенный тромботический и тромбоэмболический риск, что видно по уровню тромбоцитов в общем анализе крови, а также по уровню D-димера, который за время стационарного лечения только вырос. Данный факт следует взять под особый контроль в целях недопущения новых осложнений и летальных исходов. Повышенный тромботический и тромбоэмболический риск хоть и не единственный момент, на который стоит обратить внимание при ведении данных больных, но один из важнейших.

Вывод. Таким образом, пациенты с коморбидной патологией, получающие иммуносупрессивную терапию, нуждаются в более тщательном внимании.

Литература.

1. Больной с COVID-19 на фоне недавней трансплантации сердца / В.И. Вечорко, И.Г. Гордеев [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – № 25 (5). – С. 89-94.
2. Коморбидные заболевания и прогнозирование исхода COVID-19: результаты

наблюдения 13 583' больных, находившихся на стационарном лечении в больницах Московской области / А.В. Молочков, Д.Е. Каратеев, Е.Ю. Огнева [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2020. – № 48. – С. 1-10.

3. Новая коронавирусная болезнь (COVID-19) и сердечно-сосудистые заболевания / О.Л. Барбараш, В.Н. Каретникова, В.В. Кашталап [и др.] // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2020. – № 9 (2). – С. 17-28.

4. Прогностическое значение D-димера в развитии тромбоэмболических осложнений при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) / И.С. Сабиров, И.Т. Муркамилов, В.В. Фомин, А.И. Сабирова // The Scientific Heritage. – 2021. – № 60. – С. 38-46.

5. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19): временные методические рекомендации / Версия 10 (08.02.2021): Сайт. – URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/054/662/original/Временные_MP_COVID-19_%28v.10%29.pdf (Дата обращения: 18.03.2021)

ОПЫТ ПОДХОДА К СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПАЦИЕНТА С КРАЙНЕ НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ВНЕСЕРДЕЧНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

EXPERIENCE OF APPROACH TO RISK STRATIFICATION OF A PATIENT WITH AN EXTREMELY LOW EMISSION FRACTION BEFORE PERFORMING EXTRACARDIAL SURGICAL INTERVENTION IN THE CONDITIONS OF ONCOLOGICAL PROFILE CLINIC

Костина Н.Л.

Кандидат медицинских наук

Лысоволенко Н.Л.

Алексеев И.Э.

Курский государственный медицинский университет

Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова

Kostina N.L.

Candidate of Medical Sciences

Lysovolenko N.L.

Alekseev I.E.

Kursk State Medical University

Kursk Cancer Research and Clinical Center named after G.E. Ostroverkhov

Резюме

Онкологические заболевания наряду с сердечно-сосудистой патологией являются ведущими причинами заболеваемости и смертности населения России. Оперативное лечение пациентов с тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями требует тщательной оценки сердечно-сосудистого риска. В статье описан опыт стратификации риска пациента с тяжелой сердечной недостаточностью. Тщательная оценка функционального статуса больного показала, что, несмотря на крайне низкий уровень фракции сердечного выброса, хроническая сердечная недостаточность пациента находится в стадии компенсации, а, следовательно, проведение хирургического лечения возможно. Дальнейшее наблюдение подтвердило предварительно оцененные риски. Пациент благополучно перенес три хирургические операции, что позволило достичь ремиссии онкологического заболевания.

Ключевые слова: кардиоонкология, хроническая сердечная недостаточность, периоперационный риск, стресс-эхокардиография, Speckle-tracking эхокардиография.

Summary

Oncological and cardiovascular diseases are the leading causes of morbidity and mortality in the Russian population. Surgical treatment of patients with severe cardiovascular diseases requires a thorough assessment of cardiovascular risk. The article describes the experience of risk stratification in a patient with severe heart failure. A thorough assessment of the functional status of the patient showed that, despite the extremely low level of the cardiac output fraction, the patient's chronic heart failure is at the stage of compensation, and, therefore, surgical treatment is possible. Further observation confirmed the previously assessed risks. The patient successfully underwent three surgical operations, which allowed him to achieve remission of cancer.

Key words: cardioncology, chronic heart failure, perioperative risk, stress echocardiography, Speckle-tracking echocardiography

Библиографическая ссылка на статью

Лукьянченко А.Ю., Киселева В.В. Клинический случай новой коронавирусной инфекции covid-19 у пациента с трансплантированным сердцем // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 53-57.

References to the article

Lukyanchenko A.Yu., Kiseleva V.V. Clinical case of new coronavirus infection covid-19 in a patient with a heart transplant // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 53-57.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/12](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/12)

Введение. Одной из ключевых задач врача – кардиолога в составе мультидисциплинарной врачебной команды клиники онкологического профиля является стратификация риска пациента перед хирургической операцией. Успех предстоящего вмешательства во многом определяется типом хирургического лечения, тщательностью оценки соматического статуса больного, а также возможностью его коррекции. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) ассоциируется с крайне высоким риском периоперационной смертности. Так, в исследовании van Diepen (2011) с участием более 38 тыс. пациентов летальный исход в течение 30 суток после операции составил 9,3% в группе больных с ишемической сердечной недостаточностью, и 9,2% с неишемической, что значительно превышало показатели смертности в группе больных ИБС и фибрилляцией предсердий (6,4% и 2,9%, соответственно) [10]. В своих работах Halm и соавт. показали, что снижение фракции выброса (ФВ) ниже 40% ассоциируется с дополнительным повышением риска послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений, в том числе декомпенсации ХСН, желудочковой тахикардии [6].

Согласно действующим клиническим рекомендациям [1, 2, 3], у пациентов с ХСН III – IV функционального класса (NYHA) плановые операции должны быть отложены до стабилизации состояния пациента. По возможности следует оптимизировать лечение таким образом, чтобы клинические признаки заболевания не были выражены более чем в пределах I-II функционального класса (ФК). К сожалению, для больных с крайне низким уровнем ФВ, определенным методом трансторакального УЗИ, достижение высокого класса сердечной недостаточности затруднительно, в связи с чем таким пациентам зачастую отказывают в проведении полостных операций во избежание фатальных осложнений.

Клинический случай. Больной Г., 61 г., находился на лечении в ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр имени Г.Е. Островерхова» с диагнозом: Рак мочевого пузыря, II стадия, cT2acN0M0, КГ II. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1998, 2000 гг.). Ишемическая

кардиомиопатия. Гипертоническая болезнь III стадия. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Риск 4. ХСН IIA со сниженной ФВ 19%.

При поступлении в стационар больной предъявлял жалобы на периодические тянущие ощущения над лоном, учащенное мочеиспускание, эпизодически – примеси крови в моче, общую слабость. Каких-либо специфических кардиологических жалоб, включая одышку, выявлено не было.

Из анамнеза известно, что больной перенес инфаркт миокарда в 1998 и 2000 г. С тех пор к врачам не обращался, препаратов не принимал. Направлен на консультацию к кардиологу для определения возможности проведения оперативного лечения. Предполагаемый объем операции включал чрескожную пункционную нефростомию с обеих сторон и трансуретральную резекцию мочевого пузыря, что соответствует хирургическому вмешательству промежуточного риска (инфаркт миокарда или смерть от сердечных причин развиваются в 1-5% случаев) [5].

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Умеренный акроцианоз. Масса тела 66 кг, рост 172 см. Отеков нижних конечностей не определяется. Одышки в покое нет. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижне-боковых отделах, хрипов нет. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Аускультативно ритм сердца правильный, тоны приглушены, акцент II тона над аортой. ЧСС – 88 в 1 мин. АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Лабораторно-инструментальные данные: общий анализ крови и мочи без патологии. Отмечается умеренная дислипидемия (общий холестерин – 5,18 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности – 3,8 ммоль/л), билирубин общий – 17,1 мкмоль/л, билирубин прямой – 13,5 мкмоль/л; общий белок – 82 г/л, креатинин – 108 мкмоль/л, АСТ – 26 Е/л, АЛТ – 16 Е/л, глюкоза – 3,86 ммоль/л.

На ЭКГ синусовый ритм, тахисистолия. Признаки перенесенного Q-инфаркта миокарда передневерхушечной локализации. Гипертрофия миокарда левого желудочка (рис. 1).



Рисунок 1. Электрокардиограмма больного

На эхокардиографии выявлено уплотнение стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов. Дилатация всех камер сердца, недостаточность легочного клапана I степени, митрального и трикуспидального клапанов II степени. Обращает на себя внимание диффузный гипокинез левого желудочка со

снижением фракции сердечного выброса по Симпсону до 19%.

При оценке функции миокарда с помощью Speckle-tracking эхокардиографии глобальный продольный стрейн составил – 5,2% (норма – $20,4 \pm 3,4\%$) (рис. 2) [9].

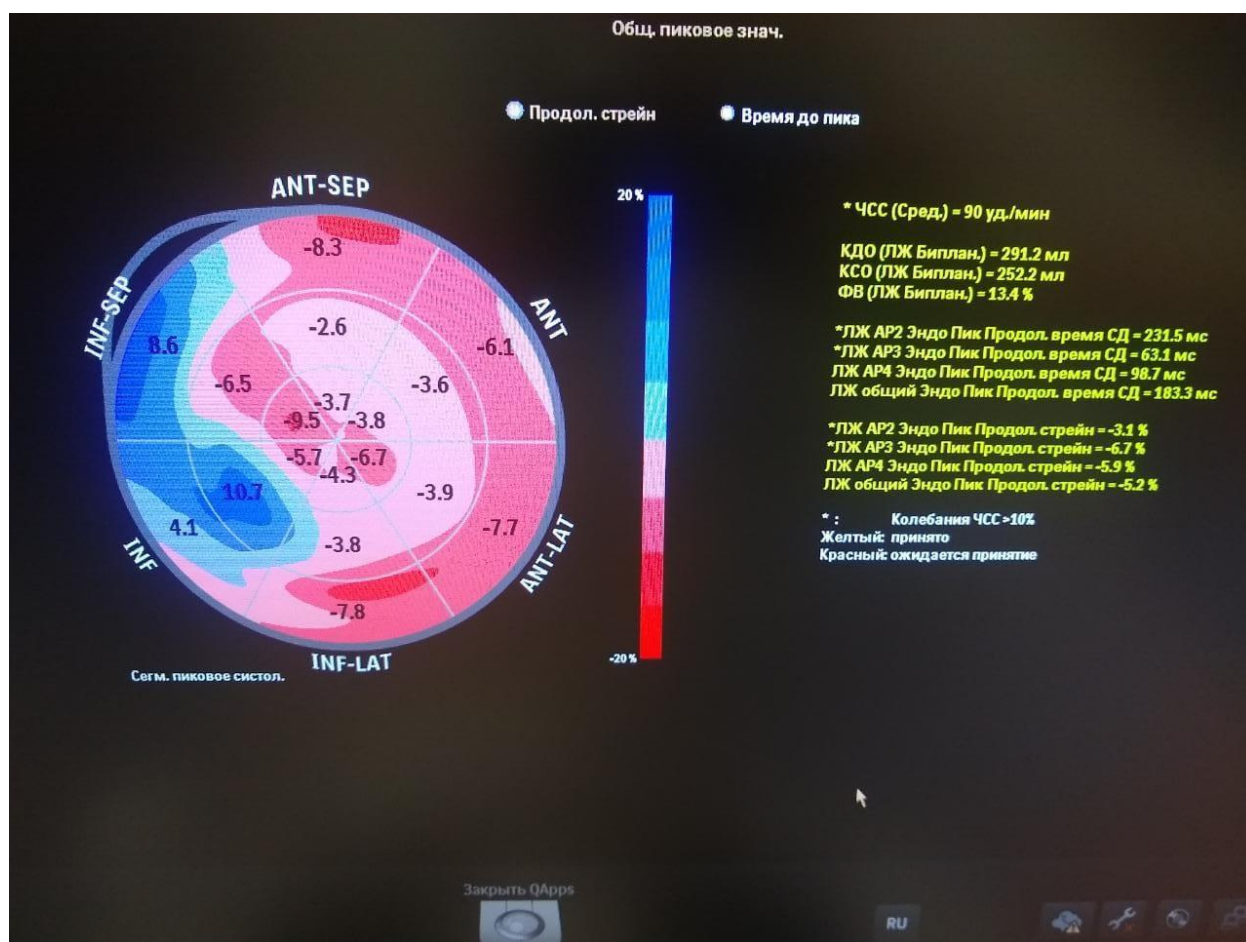


Рисунок 2. Глобальный продольный стрейн больного

УЗИ почек: Правая почка: расположение типичное; паренхима: 1,6 см, чашечки расширены до 8 мм, лоханка расширена до 19 мм. Левая почка: расположение типичное, паренхима 1,2 см, чашечки расширены до 11 мм, лоханка расширена до 23 мм. Заключение. Правосторонний гидронефроз II степени. Левосторонний гидронефроз III степени.

Компьютерная томография органов грудной клетки: Легочные поля без инфильтративных изменений. Справа и слева определяются кальцинаты. С обеих сторон в периферических отделах определяется снижение прозрачности за счет фиброзных изменений. Просветы главных и долевых бронхов свободны.

Свободной жидкости в плевральных полостях не определяется. Органные и сосудистые структуры средостения не изменены. Костных деструктивных изменений не определяется.

Заключение: Полученные данные могут соответствовать фиброзно-очаговым изменениям легких.

Компьютерная томография органов брюшной полости: полученные данные могут соответствовать инфильтративным изменениям

стенок мочевого пузыря (больше данных за рак) с инфильтрацией устья левого мочеточника и с возможной инфильтрацией предстательной железы; диффузным изменениям паренхимы печени, дополнительной дольке селезенки, очаговому изменению тела правой подвздошной кости.

Данные гистологического исследования: в биоптате фрагменты стенки мочевого пузыря с наличием опухолевого роста, имеющего строение переходного клеточного рака, G1, преимущественно с экзофитным характером роста.

Консультация кардиолога. Диагноз: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1998, 2000 гг.). Ишемическая кардиомиопатия. Гипертоническая болезнь III стадия. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Риск 4. ХСН IIA со сниженной ФВ 19%.

Рекомендованная терапия включала ингибиторы АПФ (периндоприл 2 мг), бета-адреноблокаторы (метопролол сульфат 25 мг), диуретики (спиронолактон 25 мг), антиагреганты (аспирин 75 мг), статины (розувастатин 40 мг).

На основании полученных результатов были рассчитаны индексы кардиального риска. Согласно шкале LeelIndex [4, 7, 8] у обследуемого больного определяется 2 балла (инфаркт миокарда в анамнезе, ХСН). Таким образом, прогнозируемая частота развития кардиальных осложнений составляет 7%. Проведение плановой операции промежуточного риска у таких больных возможно только после достижения клинической стабилизации ХСН на уровне I-II ФК (NYHA). Однако, с учетом крайне низкой фракции выброса, тяжести анамнеза, плохой переносимости лечения (низкие цифры АД), возможность такой стабилизации казалась весьма сомнительной, а видимый риск операции превышал потенциальную пользу. Несмотря на это была проведена оценка функционального состояния больного.

С этой целью была проведена стресс-эхокардиография. Проба показала удовлетворительный результат и была прекращена по достижении больным порогового уровня в 4,6 МЕТ.

Таким образом, после проведения тщательной оценки функционального статуса больного, было принято решение о возможности проведения оперативного вмешательства. С октября по ноябрь 2020 г. пациенту было успешно проведено 3 операции, что позволило достигнуть клинической ремиссии онкологического заболевания.

Выводы. Онкопатология наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями является одной из ведущих причин инвалидизации и смерти населения в России. Несмотря на очевидные успехи, достигнутые в разработке комплексного противоопухолевого лечения, сердечно-сосудистые заболевания зачастую являются ограничивающим фактором. Наличие тяжелой кардиологической патологии не позволяет проводить оперативное лечение, химио- и лучевую терапию.

В задачи онко-кардиолога входит тщательное исследование и коррекция функционального статуса больного, что позволяет расширить группу пациентов, подлежащих специфическому лечению, а, следовательно, улучшить прогноз в этой категории больных.

Литература.

1. Щукин, Ю.В. Прогнозирование и профилактика кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств / Ю.В. Щукин, С.М. Хохлунов, Е.А. Суркова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Т.10, № 6. – С. 1-28.

2. Poldermans, D. Рекомендации по оценке сердечно-сосудистого риска перед операциями и ведению пациентов при некардиальных операциях / D. Poldermans // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – № 6. – С. 391-412.

3. Poldermans, D. Рекомендации по оценке сердечно-сосудистого риска перед операциями и ведению пациентов при некардиальных операциях / D. Poldermans // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – № 6. – С. 578-598.

4. Perioperative cardiovascular mortality in noncardiac surgery: validation of the Lee cardiac risk index / E. Boersma, M.D. Kertai, O. Schouten [et al.] // The American journal of medicine. – 2005. – V. 118. – P. 1134-1141.

5. Guidelines for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery: report of the American College of Cardiology / K.A. Eagle, B.H. Brundage, B.R. Chaitman [et al.] // American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). Circulation. – 1996. – V. 93. – P. 1278-1317.

6. Echocardiography for assessing cardiac risk in patients having noncardiac surgery. Study of Perioperative Ischemia Research Group / E.A. Halm, W.S. Browner, J.F. Tubau [et al.] // Annals of internal medicine. – 1996. – V. 125. – P. 433-441.

7. Optimizing the prediction of perioperative mortality in vascular surgery by using a customized probability model / Kertai M.D., Boersma E., Klein J. [et al.] // Archives of internal medicine. – 2005. – V. 165, № 8. – P. 898-904

8. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery / T.H. Lee, E.R. Marcantonio, C.M. Mangione [et al.] // Circulation. – 1999. – V. 100, № 10. – P. 1043-1049.

9. Sun, J.P. Quantification of Left Ventricular Regional Myocardial Function Using Two – Dimensional Speckle Tracking Echocardiography in Healthy Volunteers – A Multi-Center Study / J.P. Sun, A. Pui-Wai Lee, C. Wu // Int.J.Cardiol. – 2013. – V.167, № 2. – P. 495-501. – DOI:10.1016/j.ijcard.2012.01.071.

10. Mortality and Readmission of Patients With Heart Failure, Atrial Fibrillation, or Coronary Artery Disease Undergoing Noncardiac Surgery An Analysis of 38 047 Patients / S. Van Diepen, J.A. Bakal, F.A. McAlister [et al.] // Circulation. – 2011. – V. 124. – P. 289-296.

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

NERVOUS ANOREXIA AS A CLINICAL CASE

Винникова Л.А.

Левченко Е.В.

Кандидат медицинских наук

Vinnikova L.A.

Levchenko E.V.

Candidate of Medical Sciences

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

Резюме

Психические расстройства, связанные с нарушением пищевого поведения, в наше время становятся очень распространены, но вопросы диагностики и лечения таких болезней все еще остаются открытыми. Данная статья посвящена глобальной проблеме общества 21 века – нервной анорексии. Здесь эта патология рассматривается с учетом современных знаний и клинических рекомендаций относительно нервной анорексии.

В статье приведены современные данные статистики, критерии факторов риска и диагностики, а также актуальные методы лечения. Был проанализирован клинический случай у больной М.

Ключевые слова: Нервная анорексия, психические расстройства, распространенность, факторы риска.

Summary

Mental disorders associated with eating disorders are becoming very common these days, but questions of diagnosis and treatment of such diseases are still open. This article is devoted to the global problem of 21st century society - anorexia nervosa. Here, this pathology is considered taking into account current knowledge and clinical guidelines for anorexia nervosa. The article presents modern statistical data, criteria for risk factors and diagnostics, as well as current methods of treatment. A clinical case was analyzed in patient M.

Key words: Anorexia nervosa, mental disorders, prevalence, risk factors.

Библиографическая ссылка на статью

Винникова Л.А., Левченко Е.В. Нервная анорексия на примере клинического случая // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 58-60.

References to the article

Vinnikova L.A., Levchenko E.V. Anorexia nervosa on the example of a clinical case // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 58-60.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/13](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/13)

Введение. От античности до настоящего времени наука, постепенно развиваясь и накапливая знания, затрагивала, конечно, и вопрос о нарушениях пищевого поведения. Проблематика расстройств пищевого поведения остается актуальной и в прогрессивной медицине, социологии и, разумеется, психиатрии, занимая значительное место также и из-за ежегодного быстрого подъема количества больных. Можно абсолютно назвать данную проблему однородной по полу, так как большей частью страдают молодые девушки в возрасте от 13 до 23 лет – 95%, остальная статистика приходится на мужчин. Обозначенный процент «поражения» представляет высокий показатель значения, что указывает на колоссальную масштабность данной проблемы.

Цель исследования – анализ клинического случая больной М.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования будет проанализирован

определенный клинический случай нервной анорексии, что позволит на конкретном примере рассмотреть данную патологию.

Пищевое поведение – основная модель поведения индивида (человека), которая покрывает базовые потребности для выживания и существования людей в мире. Проблематика расстройств пищевого поведения актуальна в прогрессивной медицине, социологии и, разумеется, психиатрии, занимая значительное место также и из-за ежегодного быстрого подъема количества больных [3].

Нервная анорексия – психическое расстройство, характеризующееся неприятием больным собственного телесного образа и акцентированным стремлением к его коррективке при помощи ограничений в еде, создания барьеров для ее усвоения или же стимулирования обмена веществ [1]. Соответственно, такое отношение к собственному «Я» приводит к другим

психическим расстройствам и мешает нормальной жизни, а также может быть причиной необратимых последствий как со стороны соматической патологии, так и со стороны психической. Нервная анорексия не возникает из ниоткуда, данная болезнь является достаточно серьезной нозологией и имеет свою этиологию и факторы риска. Так, к факторам риска данного расстройства относят генетическую предрасположенность, биологические факторы (дисфункция нейромедиаторов, регулирующих пищевое поведение – серотонин, дофамин), семейные факторы и личностные факторы (сниженная самооценка и неуверенность в себе) [4].

Клиническая картина нервной анорексии складывается из осознанного отказа от приема пищи в связи с патологическими убеждениями в чрезмерной полноте, повышенной двигательной активности, более или менее быстрого похудения и ряда дополнительных соматических изменений [2]. К сожалению, это расстройство не так просто распознать по его проявлениям, как, к примеру, соматическое заболевание, но все же есть определенный ряд критериев, по которым есть шанс заметить данную нозологию. Например, масса тела менее 17,5 или ниже, урезание приемов пищи пациентом, искажение образа своего тела, а также замедление роста и полового созревания у подростков, возможное появление вторичной аменореи у женщин [1]. И все же, чрезмерное похудание пациента является самым распространенным критерием для постановки диагноза и выбора метода коррекции.

Клинический случай. Пациентка М., 18 лет, впервые была госпитализирована в курскую психиатрическую больницу по направлению врача-психиатра частного медицинского центра с жалобами на бессонницу, раздражительность, внезапные вспышки агрессии к матери, ночные крики, с установленным снижением веса на 20% за прошедшие полгода от изначального, избегающим пищевым поведением с отказами от еды, вызыванием рвоты, очистительными клизмами.

Анамнез жизни. Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в срок, от первой беременности, росла и развивалась нормально. Отец ушел из семьи, когда пациентке было 14 лет. Проживает с матерью. Мать работает бухгалтером. Учится в 11 классе, идет на золотую медаль, планирует поступать в университет в Санкт-Петербурге.

Анамнез болезни: заболевание началось несколько месяцев назад, когда, рассматривая

себя в зеркале увидела «огромные жирные щеки», стала замечать улыбки одноклассников парней. Решила взяться за себя и ограничить в еде. Подсчитывала калории, пила воду, изнуряла себя физическими нагрузками (бег по школьному двору), в дальнейшем на бег не осталось сил. Вес снизился, появилось стойкое чувство голода, стала принимать солевые слабительные и старалась вызвать рвоту после еды. Была убеждена, что заботится о здоровье и красоте для будущей учебы.

Психический статус при поступлении: Сознание ясное, в местности ориентирована. Отвечает в плане беседы, по существу. Держится с некоторым вызовом. Эмоции незрелые, инфантильные. Мышление последовательное. Бреда, расстройств восприятия, иной психопатологической симптоматики на момент осмотра не обнаружено. На лечение согласна.

Неврологический статус без грубых органических знаков.

Соматический статус: Правильного телосложения, значительно пониженного питания. Дефицит массы тела – ИМТ 13, 5, рост – 182 см, вес – 42 кг. Кожные покровы сухие, чистые, тургор и эластичность снижены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ритм сердечных сокращений правильный, АД – 80/50 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный, стул – запоры. Диурез в норме. Аменорея вторичная 6 мес.

После всех проведенных обследований был выставлен клинический диагноз: F50.0 Нервная анорексия. Дефицит массы тела. Вторичная аменорея.

Также, для данной пациентки было назначено и проведено лечение, заключающееся в назначении медикаментозной терапии (флюанксол, rispoleпт), психотерапия, физиотерапия. По завершению лечения состояние пациентки улучшилось, нормализовался сон, стала мягче, уменьшился контроль к еде. Рекомендовано продолжить лечение амбулаторно. Наблюдение гинеколога и эндокринолога.

Заключение. Диагностика данного заболевания требует более тщательного сбора анамнеза, который включает в себя подробный анамнез жизни и болезни, психиатрический, неврологический и соматические статусы. Такой вид диагностики помогает быстрее выявить симптомы развития нервной анорексии.

Прогноз лечения нервной анорексии напрямую зависит от ранней диагностики, назначения адекватного и

персонифицированного лечения, а также мотивирования больного к выздоровлению.

Литература.

1. Бобров, А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии / А.Е. Бобров // Альманах клинической медицины. – 2015. – № S1. – С. 13-23.

2. Данелия, И.В. К проблеме ранней диагностики нервной анорексии / И.В. Данелия, А.В. Погосов // Университетская наука: взгляд в будущее. – 2016. – С. 219-222.

3. Илич, М.А. Обзор статистических значений больных девушек с диагнозом нервная анорексия / М.А. Илич // Приоритетные направления науки и образования. Сборник статей VII Международной научно-практической конференции: в 2 ч. – 2019. – С. 203-207.

4. Солодовник, Е.М. Влияние факторов риска развития анорексии среди молодежи / Е.М. Солодовник, В.Н. Кремнева // Вопросы педагогики. – 2020. – № 3-1. – С. 193-199.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

FEATURES OF THE COURSE OF NEW CORONAVIRAL INFECTION IN YOUNG PATIENTS

Сосновская А.А.

Кононов С.И.

Кандидат медицинских наук

Замяткина О.В.

Кандидат медицинских наук

Курский государственный медицинский
университет

Sosnovskaya A.A.

Kononov S.I.

Candidate of Medical Sciences

Zamyatkina O. V.

Candidate of Medical Sciences

Kursk State Medical University

Резюме

В статье представлены результаты исследований особенности течения новой коронавирусной инфекции у лиц молодого возраста. Согласно полученным данным, у пациентов молодого возраста течение новой коронавирусной инфекции чаще встречается в легкой форме. Вредные привычки, наличие сопутствующих заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем негативно сказываются на течении COVID-19. Лица молодого возраста чаще всего сталкиваются с такими симптомами новой коронавирусной инфекции, как снижение обоняния и вкуса, повышенная температура тела в пределах 37-38,5 °C, ощущение заложенности в груди, заложенность носа, боль в горле, сухой кашель, одышка, утомляемость.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция, пациенты молодого возраста, симптомы COVID-19 у лиц молодого возраста.

Summary

The article presents the results of studies of the features of the course of a new coronavirus infection in young people. According to the data obtained, in young patients, the course of a new coronavirus infection is more often mild. Bad habits, the presence of concomitant diseases of the respiratory and cardiovascular systems negatively affect the course of COVID-19. Young people are most often faced with such symptoms of a new coronavirus infection as a decrease in smell and taste, an increased body temperature within 37-38.5 °C, a feeling of chest congestion, nasal congestion, sore throat, dry cough, shortness of breath, fatigue.

Key words: new coronavirus infection, young patients, symptoms of COVID-19 in young people.

Библиографическая ссылка на статью

Сосновская А.А., Кононов С.И., Замяткина О.В. Особенности течения новой коронавирусной инфекции у пациентов молодого возраста // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 61-64.

DOI:

References to the article

Sosnovskaya A.A., Kononov S.I., Zamyatkina O.V. Features of the course of a new coronavirus infection in young patients // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 61-64.

[10.21626/innova/2021.2/14](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/14)

Современный мир столкнулся с глобальной проблемой: пандемией новой коронавирусной инфекцией COVID-19, которую вызывает вирус SARS-CoV-2. По последним данным оперативного штаба Российской Федерации по борьбе с вирусом в мире насчитывается 184 608 074 случаев заболеваний в мире всего, из них 3 991 602 человек умерли, 157 854 614 человек выздоровели [1]. Данные цифры и новизна этого заболевания определяют его актуальность.

Известными симптомами новой коронавирусной инфекции являются потеря обоняния, снижение вкуса, сухой кашель,

признаки дыхательной недостаточности и интоксикации, повышенная утомляемость, в определенной частоте встречается пониженная температура тела, головные боли, тошнота, рвота. Тяжесть заболевания варьирует от легкой до крайне тяжелой степени. Наблюдается зависимость тяжести течения заболевания от возраста [2]. Высказывается мнение о том, что на течение COVID-19 оказывает прямое влияние наличие хронических заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, эндокринные нарушения [3].

В отношении молодых пациентов с коронавирусной инфекцией известно, что

тяжесть течения заболевания встречается в большем проценте случаев в легкой форме. Отмечается относительно равномерное распределение заболеваемости COVID-19 среди женщин и мужчин в целом (женщины-49,1%, мужчины – 50,9%). Тем не менее, объем информации относительно особенностей течения коронавирусной инфекции у молодых пациентов по данным литературы [4] невысок, в связи с чем, данная работа актуальна.

Цель работы – изучить особенности течения новой коронавирусной инфекции у пациентов молодого возраста.

Материал и методы исследования. В исследование включались 25 пациентов в возрасте от 18 до 22 лет, которые являлись студентами ВУЗов центрально-черноземного округа обоего пола, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Для анкетирования использовался сервис «Яндекс Формы». Тяжесть

течения новой коронавирусной инфекции определялась согласно временным методическим рекомендациям «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 9», а также по данным анамнеза заболевания. Согласно полученным ответам, лица женского пола составили 44% от общего числа опрошенных, мужского – 56%. Средний возраст составил $19,1 \pm 0,12$ лет.

Результаты. При ответе на вопрос о наличии хронических заболеваний, были получены следующие результаты: артериальная гипертензия – 33% (при среднетяжелом течении); бронхиальная астма – 5% (при легком течении); хронический бронхит – 5% (при легком течении); сахарный диабет I типа – 5% (при легком течении). Перенесенные заболевания: пневмония – 5% (при легком течении) (рис.1).

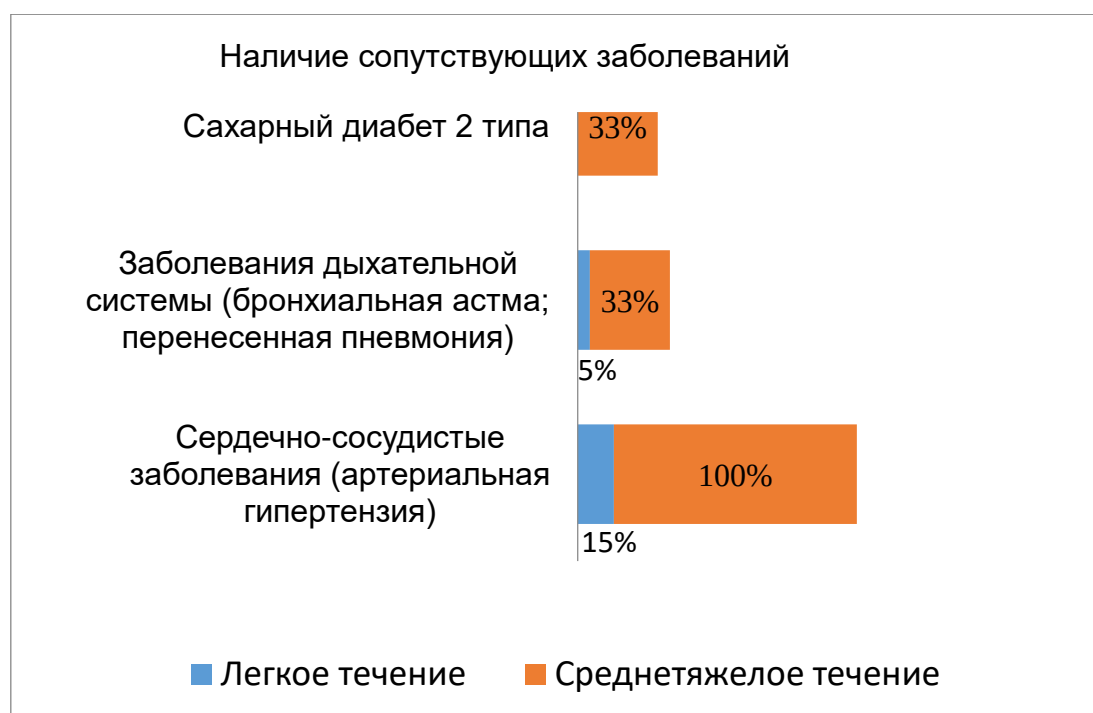


Рисунок 1. Ответы респондентов о наличии сопутствующих заболеваний.

В ходе опроса было выявлено, что среднетяжелое течение заболевания у лиц молодого возраста встречалось в 12% случаев, в связи с чем, процентное соотношение в сравнении с легкой степенью тяжести выше.

Вредные привычки, а именно курение, при легком течении наблюдалось у 31% респондентов, при среднетяжелом у 69% (рис.2).

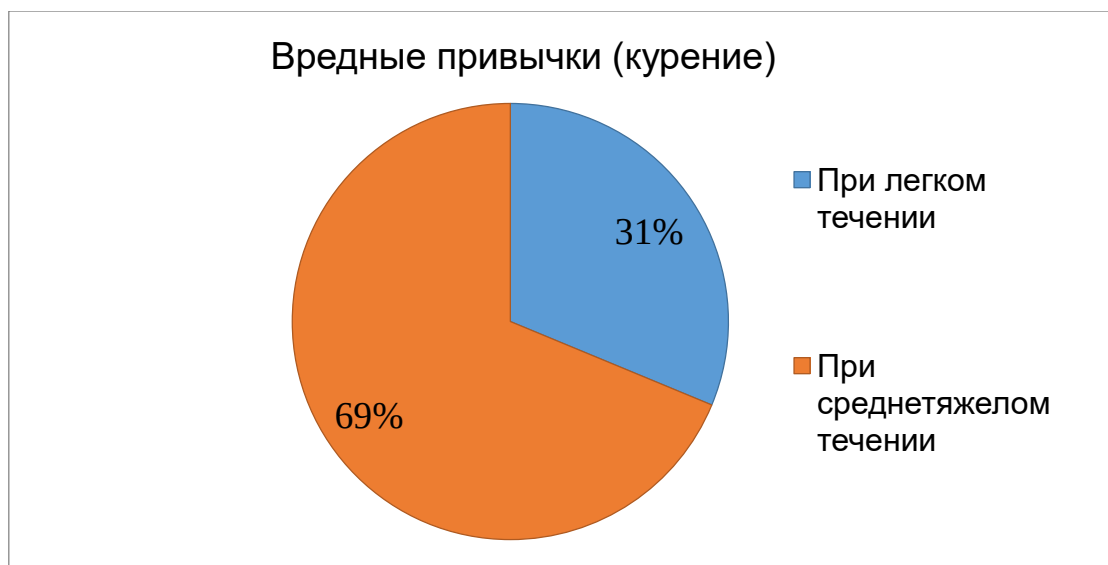


Рисунок 2. Ответы анкетированных о наличии вредных привычек (курении).

В анкету также был включен вопрос о наличии хронических заболеваний в семейном анамнезе. В результате было получено, что сахарный диабет 2 типа встречался в 33% случаев при среднетяжелом течении, заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, перенесенная пневмония) – 5% при легком течении и 33% при среднетяжелом, артериальная гипертензия – 15 % при легком течении и в 100% случаев при среднетяжелом. Наиболее часто встречающиеся симптомы новой коронавирусной инфекции у лиц молодого возраста – это ощущение заложенности в груди

(25% при легком течении, 33% при среднетяжелом течении); заложенность носа (45% при легком течении, 66% при среднетяжелом); боль в горле (50% при легком течении и 66% при среднетяжелом); снижение обоняния и вкуса (82% при легком течении и 33% при среднетяжелом); одышка (27% при легком течении и 66% при среднетяжелом); сухой кашель (48% при легком течении и 66% при среднетяжелом); утомляемость (55% при легком течении, 100% при среднетяжелом); повышенная температура тела (до 38,5°C) – 78% при легком течении и 100% при среднетяжелом (рис.3).

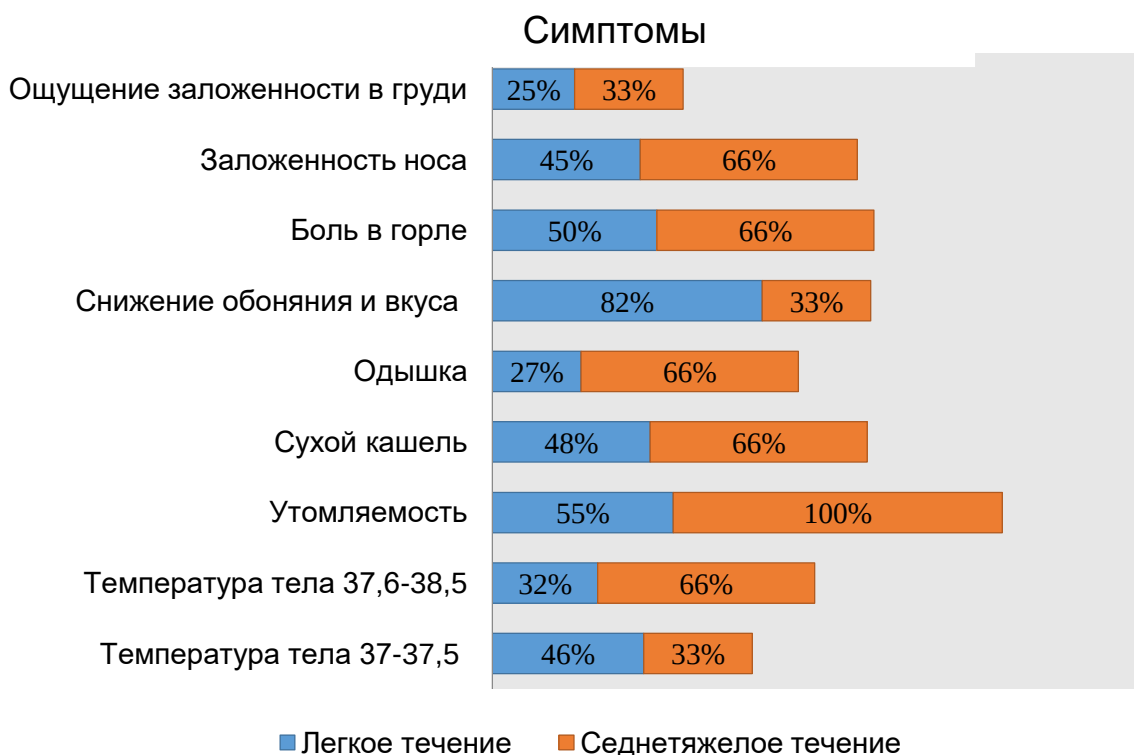


Рисунок 3. Ответы респондентов на вопрос о том, какие симптомы их беспокоили в период болезни.

Выводы: 1) среди лиц молодого возраста чаще встречается легкое течение новой коронавирусной инфекции;

2) наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем, вредные привычки отягощают течение новой коронавирусной инфекции;

3) у лиц молодого возраста частыми симптомами заболеваниями являются ощущение заложенности в груди, заложенность носа, боль в горле, снижение обоняния и вкуса, сухой кашель, одышка, утомляемость, повышенная температура тела в пределах 37-38,5 °С;

4) летальные исходы новой коронавирусной инфекции встречаются крайне редко среди лиц молодого возраста.

Литература.

1. Коронавирус. Карта распространения коронавируса [Электронный ресурс] – 2021. –

Режим доступа: <https://coronavirus-monitor.ru/> (дата обращения 05.07.2021).

2. Как переносят коронавирус дети, молодые и взрослые [Электронный ресурс]. . – 2020. – Режим доступа: <https://www.sechenov.ru/pressroom/news/kak-perenosyat-koronavirus-deti-molodye-lyudi-i-vzroslye/> (дата обращения: 05.07.2021).

3. Клиническая картина и факторы, ассоциированные с неблагоприятными исходами у госпитализированных пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 / С.А.Бойцов, Н.В. Погосова, Ф.Н. Палеев и др. // Кардиология. – 2021. – 61(2). – С. 4-14.

4. Клиническая картина и факторы, ассоциированные с неблагоприятными исходами у госпитализированных пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 / С.А.Бойцов, Н.В. Погосова, Ф.Н. Палеев и др. // Кардиология. – 2021. – 61(2). – С. 4-14.

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННЫХ

EFFECT OF SEXUALLY TRANSMITTED BACTERIAL INFECTIONS ON THE EARLY NEONATAL PERIOD OF NEWBORNS

Шкурат Е.А.
Кабанова С.А.
Тимошилов В.И.

Кандидат медицинских наук

Shkurat E.A.
Kabanova S.A.
Timoshilov V.I.

Candidate of Medical Sciences

Курский государственный медицинский
университет

Kursk State Medical University

Резюме

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) являются наиболее важной проблемой в современном мире. Их негативное влияние на течение беременности, а также на развитие врожденных заболеваний и пороков плода доказано уже давно. Однако данная проблема не утратила свою актуальность, несмотря на все попытки проведения просветительных работ среди разных слоев населения по поводу профилактики ИППП. Целью данного исследования является установление взаимосвязи между наличием у женщин инфекций, передающихся половым путем, как в анамнезе, так и перенесенных во время беременности, и осложнениями раннего неонатального периода.

Ключевые слова: беременность, инфекция, патология, ранний неонатальный период, новорожденные, ИППП.

Summary

Sexually transmitted infections (STIs) are the most important problem in the modern world. Their negative influence on the course of pregnancy, as well as on the development of congenital diseases and fetal malformations has been proven for a long time. However, this problem has not lost its relevance, despite all attempts to conduct educational work among different segments of the population about the prevention of STIs. The aim of this study is to establish the relationship between the presence of sexually transmitted infections in women, both in history and those transferred during pregnancy, and complications of the early neonatal period.

Key words: pregnancy, infection, pathology, early neonatal period, newborns, STIs.

Библиографическая ссылка на статью

Шкурат Е.А., Кabanова С.А., Тимошилов В.И. Влияние
бактериальных инфекций, передающихся половым путем, на
течение раннего неонатального периода новорожденных //
Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 65-68.

References to the article

Shkurat E.A., Kabanova S.A., Timoshilov V.I. The effect of
bacterial sexually transmitted infections on the early neonatal
period of newborns // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 65-68.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/15](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/15)

Введение. Беременность является физиологическим процессом, в ходе которого происходят такие перестройки женского организма, благодаря которым становится возможно развитие плода без патологического воздействия на состояние женщины. При этом любой инфекционный процесс, который, в связи со снижением общей резистентности организма беременной, затрагивает как и женщину, так и её плод. Такой процесс называется внутриутробным инфицированием.

Внутриутробное инфицирование плода

является наиболее частой причиной развития патологий раннего неонатального периода новорожденных. Дело в том, что инфекция, проникая через плацентарный барьер, поражает плод. Однако патологические процессы могут не затронуть его в первое время, что связано с той защитой, которая достается ему от матери. При родоразрешении собственная иммунная система новорожденного еще не сформирована, потому инфекция, поразившая ребёнка ещё внутриутробно, может быть реализована в любой системе органов, что невозможно предугадать

[2].

Заболевания, передающиеся половым путем, являются одними из наиболее прогностических опасными для плода. При этом не только инфицирование матери во время беременности, но и до неё, оказывает определенное влияние на состояние будущего ребёнка [4]. Как известно из множества проведенных ранее исследований, бактериальные инфекции, передающиеся половым путем, такие как сифилис, хламидиоз, гонорея, уреаплазмоз и многие другие, вызывают инфицирование плода, которые часто приводят к его гибели [3;5;6]. Чем больше времени с момента проведенного полноценного лечения прошло, тем больше шанс рождения ребёнка без патологий, угрожающих его жизни. Однако следует помнить о том, что даже спустя несколько лет сохраняется шанс негативного воздействия на плод от перенесенной ИППП [1].

Таким образом, инфекции, передающиеся половым путем, любой этиологии оказывают негативное влияние как на организм женщины, так и на её плод. Именно поэтому следует обращать внимание не только на лечение уже инфицированных людей, но и на профилактику среди не болевших. Это связано с тем, что последствия после перенесенного ИППП имеют тенденцию к реализации в долгосрочном периоде.

Материалы и методы. В качестве материалов в данном исследовании были использованы 435 историй родов, которые

проходили в ОБУЗ ОПЦ Курской области за 2020 год. Среди них были отобраны те истории, где беременность протекала на фоне бактериальной инфекции, передающихся половым путем (13 случаев), а также истории с аналогичной патологией, приобретённой до беременности (31 случай). Также в качестве материалов были использованы 435 историй болезней новорожденных, среди которых отобраны рожденные от инфицированных матерей. Все новорожденные были разделены на группы в соответствии с ИППП, которые были диагностированы у их матерей. коронавирусная инфекция. Анализируя другие работы, посвященные бактериальным заболеваниям, передающимся половым путем, мы выдвинули следующую гипотезу – бактериальные ИППП оказывают отрицательное воздействие на плод, которое может быть реализовано как врожденный порок развития, внутриутробное инфицирование или преждевременные роды маловесными детьми.

Для оценки взаимосвязи между ЗППП бактериальной этиологии и рождением детей с патологиями раннего неонатального периода производился расчет относительного риска с 95% достоверным интервалом.

Результаты и обсуждения. Результаты проведенного исследования взаимосвязи сифилиса и развитием осложнений в раннем неонатальном периоде новорожденных представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Влияние сифилиса, перенесенного до беременности, на течение раннего неонатального периода новорожденных.

Осложнение раннего неонатального периода	Относительный риск	Достоверность
Маловесные дети	1,343	0,593-3,040
Врожденные пороки развития (ВПР)	3,644	1,988-4,296
Врожденная пневмония новорожденных	0,921	0,644-1,723
Респираторный дистресс синдром (РДС)	2,104	1,711-3,057
Ранний неонатальный сепсис	0,688	0,433-1,212
Геморрагическая болезнь новорожденных	0,433	0,166-1,044

Таким образом, в ходе анализа полученных данных, можно сделать вывод о том, что между перенесённым до беременности сифилисом у женщин и рождением детей с пороками развития существует прямая достоверная связь (RR-3,644, $p<0,05$). При этом стоит отметить, что врожденные пороки развития у детей данной группы затронули все системы органов. Это и пороки сердца, и пороки бронхо-легочной системы, и пороки мочеполовой системы. Предоставленные данные говорят о

том, что сифилис в анамнезе женщины может оказывать негативное влияние на совершенно любые системы органов плода. Прямая достоверная связь отмечается также между сифилисом и респираторным дистресс синдромом (RR-2,104, $p<0,05$). Рождение маловесных детей и сифилис в анамнезе матери имеет тенденцию к становлению фактором риска при определенных условиях (RR-1,343, $p<0,05$). Для врожденной пневмонии, раннего неонатального сепсиса и геморрагической

болезни новорожденных сифилис не является фактором риска.

Результаты проведенного исследования касательно взаимосвязи между гонореей в

анамнезе матери и осложнениями раннего неонатального периода представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Влияние гонореи, перенесенной до беременности, на течение раннего неонатального периода новорожденных.

Осложнение раннего неонатального периода	Относительный риск	Достоверность
Маловесные дети	0,998	0,420-2,369
Врожденные пороки развития (ВПР)	0,547	0,367-1,155
Врожденная пневмония новорожденных	1,223	1,017-2,195
Респираторный дистресс синдром (РДС)	1,325	1,011-3,107
Ранний неонатальный сепсис	0,438	0,277-1,435
Геморрагическая болезнь новорожденных	0,891	0,763-1,396

Таким образом, в результате проведенного исследования, мы получили данные за наличие прямой достоверной связи между гонореей в анамнезе матерей и рождением детей с врожденной пневмонией (RR-1,223, $p<0,05$). Аналогичная связь наблюдалась и для РДС (RR-1,325, $p<0,05$). То есть шанс реализация инфекции после перенесенной гонореи наибольший для бронхо-легочной

системы. Гонорея в анамнезе матери не является фактором риска для врожденных пороков развития, рождения детей с малой массой тела, раннего неонатального сепсиса и геморрагической болезни новорожденных.

В таблице 3 представлены данные о наличии взаимосвязи между гонореей, перенесенной во время беременности, и осложнениями раннего неонатального периода.

Таблица 3 - Влияние гонореи, перенесенной во время беременности, на течение раннего неонатального периода новорожденных.

Осложнение раннего неонатального периода	Относительный риск	Достоверность
Маловесные дети	2,194	1,918-4,046
Врожденные пороки развития (ВПР)	1,144	0,917-1,861
Врожденная пневмония новорожденных	2,367	1,907-2,568
Респираторный дистресс синдром (РДС)	1,894	1,663-3,348
Ранний неонатальный сепсис	1,218	1,073-5,245

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что гонорея, диагностированная во время беременности, является фактором риска для рождения детей с малой для срока гестации массой тела (RR-2,194, $p<0,05$), врожденной пневмонии новорожденных (RR-1,144, $p<0,05$), РДС (RR-1,894, $p<0,05$) и раннего неонатального сепсиса (RR-1,218, $p<0,05$). Таким образом, гонорея, перенесенная во время беременности, оказывает значительно более негативное воздействие на организм ребёнка, чем гонорея в анамнезе матерей. Это связано, в первую

очередь, с активным инфекционным процессом в организме матери, который оказывает воздействие и на плод. В связи с чем инфекция реализуется как внутриутробно с формированием пороков развития, так и в ранний неонатальный период. Для врожденных пороков развития гонорея, диагностированная во время беременности, имеет тенденцию к становлению фактором риска (RR-1,144, $p<0,05$).

Влияние бактериальных инфекций на ранний неонатальный период новорожденных в целом представлено в таблице 4.

Таблица 4 - Влияние бактериальных инфекций, передающихся половым путем, в анамнезе матери на течение раннего неонатального периода новорожденных.

Осложнение раннего неонатального периода	Относительный риск	Достоверность
Маловесные дети	1,419	0,791-2,546
Врожденные пороки развития (ВПР)	1,721	1,115-2,023

Врожденная пневмония новорожденных	1,045	0,743-2,573
Респираторный дистресс синдром (РДС)	1,891	1,711-5,832
Ранний неонатальный сепсис	1,421	0,914-1,893
Геморрагическая болезнь новорожденных	0,679	0,456-1,054

Для бактериальных ИППП в анамнезе матери существует прямая достоверная связь с врожденными пороками развития у новорожденных (RR-1,721, $p<0,05$), РДС (RR-1,891, $p<0,05$). Имеет тенденцию к становлению фактора риска для рождения детей с малой массой телу к сроку гестации (RR-1,144, $p<0,05$), врожденной пневмонии новорожденных (RR-1,419, $p<0,05$) и ранним неонатальным сепсисом (RR-1,421, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о том, что наша гипотеза подтвердилась и бактериальные инфекции, передающиеся половым путем, действительно оказывают негативное влияние на ранний неонатальный период новорожденных. Для каждого отдельного заболевания существует своя достоверная прямая связь с определенными патологиями у новорожденных, однако в целом наблюдается четкая взаимосвязь между бактериальными ИППП и врожденными пороками развития, а также РДС. При этом наибольшее негативное влияние на плод оказывает инфекция, которая была диагностирована во время беременности (I триместр). Однако следует учесть и тот факт, то даже бактериальные ИППП в анамнезе матери являются факторами риска для осложнения раннего неонатального периода. Данное исследование еще раз подчеркивает важность профилактики ИППП среди всех слоев населения, так как негативное влияние от данных патологий весьма долгосрочное.

Литература.

1. Беликова, Е. В., Авдеева, Н. А. Инфекции, передающиеся половым путем и беременность //Научный медицинский вестник. – 2016. – №. 3. – С. 32-35.
2. Гладин Д. П., Козлова Н. С., Запаско Н. Д. Инфицированность беременных возбудителями инфекций, передающихся половым путем //Здоровье-основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2017. – Т. 12. – №. 2. – С. 621-622.
3. Иванова М. А., Соколовская Т. А., Фриго Н. В. Беременность и сифилис //Клиническая дерматология и венерология. – 2019. – Т. 18. – №. 5. – С. 556-561.
4. Замулинская Е. С., Коробов И. А. Заболевания, передающиеся половым путём, в молодёжной сфере //Вестник науки. – 2019. – Т. 1. – №. 3. – С. 15-17.
5. Рахматулина, М. Р., Шашкова, А. А. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков //Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – №. 4. – С. 30-37.
6. Целкович Л. С. и др. Особенности течения настоящей беременности у женщин с перенесённой в анамнезе гонореей нижнего отдела половых путей //Актуальные вопросы последипломного образования и здравоохранения. – 2008. – С. 154-155.



КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ул. К. Маркса, 3, г. Курск 305041 Тел.: (4712) 58-81-32; факс.: (4712) 56-73-99; 58-81-37
Интернет-адрес: www.kurskmed.com Электронная почта kurskmed@mail.ru

Медицина – дело на все времена!



Hippocrates Avicenna

Малое инновационное
предприятие при Курском
государственном медицинском
университете ООО
«МедТестИнфо» приглашает
принять участие в мероприятиях,
присоединиться к проектам в
области медицины и фармации,
высшего образования, а также
опубликовать результаты
исследований на страницах
сборников конференций и
научных журналов!



ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ, ФАРМАЦИИ, БИОТЕХНОЛОГИИ И ВЫСШЕМ ОБРАЗОВАНИИ



Цены | Мы в соцсетях | Наши партнеры | Контакты | Реквизиты

Главное меню

Главная
О нас
Документы
Вакансии

Сферы деятельности

Исследования
Конференции
Издательство
Проекты
Обучение
Программы
Лечение

Главная

Последние новости

- [\[АВСТРИЯ\] ЦЕНТР «АСПАХ РЕВИТАЛ» И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ОТЕЛЬ «ВИЛЛА ВИТАЛИС»](#)
- [\[АВСТРИЯ\] МЕДИЦИНСКИЙ ХОЛДИНГ SANLAS КЛИНИКА ЛЕЕХ](#)
- [\[АВСТРИЯ\] ARMONA MEDICAL ALPIN RESORT](#)
- [\[АВСТРИЯ\] КЛИНИКИ КОМПАНИИ «PREMIQAMED»](#)
- [\[ГЕРМАНИЯ\] ЦЕНТР ПО ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ КИНДКРВУНШ ЦЕНТРУМ МЮНХЕНА](#)

Популярное

- [Прейскурант цен](#)
- [МОЛОДЕЖНАЯ НАУКА И СОВРЕМЕННОСТЬ](#)
- [Медицинские импланты](#)
- [МедТестИнфо и КГМУ приглашают представителей бизнеса к сотрудничеству](#)
- [X Юбилейная Международная научно-практическая конференция молодых ученых-медиков](#)

Официальный сайт малого инновационного предприятия при Курском государственном медицинском университете

<http://medtestinfo.ru/>

АКТУАЛЬНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Фармакология сердца

Научно-практическая конференция
«Павловские чтения»

Студенческая научно-
исследовательская лаборатория:
итоги и перспективы

Фармакология
нейроцитопротекторов

ИНОМед - 2017

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
НАУЧНЫХ, ПРАКТИЧЕСКИХ И
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
КОНФЕРЕНЦИЙ

ConferencInnova.ru
КОНФЕРЕНЦИИ ИННОВАЦИИ

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КУРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ В 2017 и 2018 ГОДАХ

[Скачать план мероприятий в формате pdf >>>](#)

Название мероприятия	Дата проведения	Организаторы мероприятия, ответственные за проведение мероприятия	Форма проведения
----------------------	-----------------	--	------------------

Участвуйте в наших конференциях:
<http://conferencinnova.ru/>

INNOVA

Электронный научный
журнал

[Главная страница](#)

[Редакционный совет](#)

[Редакционная коллегия](#)

[Редакционная политика](#)

[Для авторов](#)

[Рецензентам](#)

[Контакты](#)

[Архив номеров](#)

[Выпуски журнала](#)

Редакционный совет

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: ректор Курского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой хирургии ФПО, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Виктор Анатольевич Лазаренко

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: проректор по научной работе и инновационному развитию Курского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой нормальной физиологии, доктор медицинских наук, доцент Павел Владимирович Ткаченко

ЧЛЕНЫ СОВЕТА

Дарья Львовна Алонцева – доктор физико-математических наук, Усть-Каменогорск, Казахстан.

Марина Николаевна Белогубова – доктор социологических наук, Москва, Россия.

Дэвид Вайсман – доктор наук, Даллас, США.

Карл-Йозеф Гундерманн – доктор наук, Шешин, Польша.

Константин Енкоян – доктор медицинских и биологических наук, Ереван, Армения.

Владимир Петрович Иванов – доктор биологических наук, Курск, Россия.

Анатолий Николаевич Лызинов – доктор медицинских наук, Гомель, Беларусь.

Виктор Евгеньевич Наку – доктор наук, Кишинёв, Молдова.

Леонид Георгиевич Прокопенко – доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Ирина Игоревна Фришман – доктор педагогических наук, Москва, Россия.

Сисакян Хмаяк – доктор медицинских наук Ереван, Армения.

Лю Хуньвень – доктор наук, Харбин, Китай.

Активация Windows

Используйте Windows

Публикуйте результаты своих исследований
на страницах нашего журнала:
<http://conferencinnova.ru/>