

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Чувашии



№ 2
2023



СОДЕРЖАНИЕ

ЮБИЛЕЙ

Барсукова Е.В., Павлов П.И., Сергеева М.В. Республиканской клинической больницы 75 лет: прошлое, настоящее и будущее (по материалам статьи В.Н. Саперова)..... 5

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Васильева Н.В., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Особенности психической адаптации пациентов с рассеянным склерозом 14

Ворончихин В.В., Оленин В.В., Олигер А.А., Катайкин А.Н., Васюков А.А. Развитие гепатопанкреатобилиарной хирургии в Чувашской Республике на базе хирургического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии 21

Жучкова С.М., Барсукова Е.В., Солёнова Е.А., Крыцова А.Н. Активность и осведомленность врачей БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии в вопросах фармаконадзора 34

Мадянов И.В., Ильина А.А., Диарова А.А. Оптимизация сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом 2-го типа с очень высоким сердечно-сосудистым риском. Фокус на глифлозины 44

Эристов А.Н., Щукина Т.В., Федоров В.Н., Углев О.И., Кадиков И.В., Иванов В.Л., Григорьев А.В. Анализ хирургического лечения с применением открытого доступа в зависимости от длительности заболеваний и сопутствующих нозологий 52

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Барсукова Е.В., Диомидова В.Н., Архипова А.В., Журавлева Н.В., Смирнова Т.Л., Винокур Т.Ю. Применение генно-инженерных биологических препаратов в лечении аутоиммунных заболеваний на примере ревматоидного артрита 63

Макарьевская А.В., Фомина Р.В., Сыбатова Р.А., Воробьева Л.В., Орлов И.О. Миксома сердца. От диагностики до лечения 76

Фомина Р.В., Орлов И.О., Фомина Н.Р. Холецистокардиальный синдром: проблемы дифференциальной диагностики 83

Хлевчук Н.Э., Комелягина Н.А., Албутова Л.В., Егорова Е.Н., Чеботарева И.Л. Открытое овальное окно как источник парадоксальной эмболии сосудов головного мозга 90

Чепурная О.П., Арсентьева Т.А., Ерохина А.В., Григорьева И.М. Паранеопластический нефротический синдром – первичное проявление злокачественного новообразования кишечника 97

ПАМЯТЬ

Фомина Р.В., Фомина Н.Р., Орлов И.О. Преданность врачебному долгу 105



CONTENTS

JUBILEA

- Barsukova E.V., Pavlov P.I., Sergeeva M.V.** Republican clinical hospital is 75 years old: its past, present and future (based on the article by V.N. Saperov) 5

ORIGINAL ARTICLES

- Vasilyeva N.V., Nikolaev E.L., Lazareva e.Yu.** Features of psychic adaptation of patients with multiple sclerosis 14
- Voronchikhin V.V., Olenin V.V., Oliger A.A., Kataykin A.N., Vasyukov A.A.** Development of hepato-pancreato-biliary surgery in the chuvash republic on the basis of the surgical department at the BI «Republican clinical hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia..... 21
- Zhuchkova S.M., Barsukova E.V., Solenova E.A., Krytsova A.N.** Activity and awareness of doctors at the BI «Republican clinical hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia in matters of pharmacovigilance 34
- Madyanov I.V., Ilyina A.A., Diarova A.A.** Optimization of hypoglycemic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus with a very high cardiovascular risk. Focus on glyphlozines 44
- Eristov A.N., Shchukina T.V., Fedorov V.N., Uglev O.I., Kadikov I.V., Ivanov V.L., Grigoriev A.V.** Analysis of open-access surgical treatment depending on the duration of diseases and concomitant nosologies..... 52

CLINICAL CASES

- Barsukova E.V., Diomidova V.N., Arkhipova A.V., Zhuravleva N.V., Smirnova T.L., Vinokur T.Yu.** The use of genetically engineered biological drugs in the treatment of autoimmune diseases on the example of rheumatoid arthritis..... 63
- Makaryevskaya A.V., Fomina R.V., Sybatova R.A., Vorobyova L.V., Orlov I.O.** Cardiac myxoma. From diagnosis to treatment 76
- Fomina R.V., Orlov I.O., Fomina N.R.** Cholecystocardial syndrome: problems of differential diagnosis 83
- Khlevchuk N.E., Komelyagina N.A., Albutova L.V., Egorova E.N., Chebotareva I.L.** An open oval window as a source of paradoxical embolism of cerebral vessels 90
- Chepurnaya O.P., Arsentieva T.A., Erokhina A.V., Grigorieva I.M.** Paraneoplastic nephrotic syndrome as the primary manifestation of an intestinal malignant neoplasm 97

MEMORY

- Fomina R.V., Fomina N.R., Orlov I.O.** Dedication to duty of care 105



УВАЖАЕМЫЕ СОТРУДНИКИ И ВЕТЕРАНЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ!

*Сердечно поздравляю вас с замечательным юбилеем –
75-летием со дня основания!*



За это время у коллектива появилась своя история, были достигнуты значительные профессиональные успехи, а благодаря самоотверженному труду, профессионализму и трудолюбию ваших специалистов сегодня больница является ведущим современным многопрофильным лечебным учреждением. В его стенах оказывают высококвалифицированную специализированную помощь с применением самых современных российских и мировых технологий. Здесь ведется большая научная работа, осваиваются новые методы лечения самых тяжелых заболеваний. Врачами уникальных для Чувашской Республики центров, созданных внутри больницы, ведётся координирующая деятельность по всей республике.

Желаю вам и впредь всегда и во всем быть первыми, шагать в ногу со временем, не изменяя традициям, делая всё возможное и невозможное для спасения людей. Спасибо за ваше неравнодушие, за умелые руки, за сердца, полные любви и сострадания к пациентам!

*Заместитель Председателя Кабинета Министров
Чувашской Республики – министр здравоохранения
Владимир Степанов*



DOI 10.25589/GIDUV.2023.10.96.006

УДК 614.21(470.344-25)

© Барсукова Е.В., Павлов П.И., Сергеева М.В., 2023

Поступила 01.06.2023 г.

**Е.В. БАРСУКОВА^{1,2,3},
П.И. ПАВЛОВ^{1,2}, М.В. СЕРГЕЕВА¹**

**РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ 75 ЛЕТ:
ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ**

(по материалам статьи В.Н. Саперова)

¹Республиканская клиническая больница,

²Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,

³Ассоциация «Союз медицинских работников Чувашской Республики, Чебоксары

Барсукова Елена Владимировна

главный врач БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», председатель Совета Ассоциации «Союз медицинских работников Чувашской Республики», кандидат медицинских наук, доцент. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8441-939>

Павлов Петр Иванович

заместитель главного врача по медицинской части БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, и.о. заведующего пульмонологическим отделением, врач-пульмонолог БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, ассистент кафедры факультетской и госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

Сергеева Марина Владиславовна

заместитель главного врача по организационно-методической работе БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Адрес для переписки:

428018, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Московский пр., д. 9

Тел.: +7 (8352) 58-16-11

E-mail: e.barsukova88@yandex.ru



*E.V. BARSUKOVA^{1,2,3},
P.I. PAVLOV^{1,2}, M.V. SERGEEVA¹*

**REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL IS 75 YEARS OLD:
ITS PAST, PRESENT AND FUTURE**

(based on the article by V.N. Saperov)

¹*Republican Clinical Hospital,*
²*I.N. Ulianov Chuvash State University,*
³*Association «Union of Medical Workers of the Chuvash Republic», Cheboksary*

Barsukova Elena Vladimirovna

Chief Medical Officer at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, Associate Professor of Faculty and Hospital Therapy Department at the FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», President of the Council of the Association «Union of Medical Workers of the Chuvash Republic», PhD in Medical Sciences, Associate Professor. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8441-939>

Pavlov Pyotr Ivanovich

Deputy Chief Medical Officer for medical affairs of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, Acting Head of the Pulmonology Department, Pulmonologist of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, assistant of the Faculty and Hospital Therapy Department at the FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University»

Sergeeva Marina Vladislavovna

Deputy Chief Physician for organizational and methodological work at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Address for correspondence:

428018, 9, Moskovsky Pr., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: +7 (8352) 58-16-11

E-mail: e.barsukova88@yandex.ru

В статье представлена 75-летняя история БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии с акцентом на современных возможностях оказания помощи в указанной больнице, кратко описаны перспективы развития.

Ключевые слова: *Республиканская клиническая больница, Чувашия, Чебоксары, высокотехнологичная помощь, многопрофильная клиника, уникальные центры, хирургия, терапия.*

The article presents the 75-years long history of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia with an emphasis on modern opportunities in providing care in this hospital, it briefly describes the prospects for development.

Keywords: *Republican Clinical Hospital, Chuvashia, Cheboksary, high-tech care, multidisciplinary clinic, unique centers, surgery, therapy.*

Цель: представить основные вехи истории БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, рассмотреть основные достижения современности и перспективы развития.

В 2023 г. БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, ведущая медицинская организация республики, отметила свой 75-летний юбилей.



Республиканская клиническая больница

История Республиканской клинической больницы началась с 24 января 1948 г., когда Совет Министров Чувашской АССР преобразовал Чебоксарскую городскую больницу (ныне городскую больницу №1 имени П.Н. Осипова, тогда единственную в городе) в Республиканскую больницу. С этого момента, помимо оказания лечебной медицинской помощи, коллектив больницы начал выполнять функции медучреждения республиканского уровня.

В 1949 г. Республиканская больница была объединена с городской поликлиникой в одно лечебно-профилактическое учреждение с фондом 255 коек. В соответствии со своим статусом больница начала осуществлять организационно-методическое руководство лечебно-профилактическими учреждениями республики, оказывать экстренную и плановую (выездную) медицинскую помощь средствами санитарной авиации и наземного транспорта.

Республиканская больница была оснащена медицинской аппаратурой и оборудованием, которых не было в районных и городских больницах, проводились обследование и лечение больных с труднодиагностируемой, сложной патологией, оказывалась высококвалифицированная медицинская помощь по некоторым узким специальностям.



1 августа 1956 г. стал знаменательным днем в истории Республиканской больницы – она начала функционировать на Московском проспекте. Первоначально вступил в строй лишь терапевтический корпус, в котором были открыты 2 терапевтических отделения (мужское и женское), неврологическое, оториноларингологическое, так называемое спецотделение (для отдельных категорий граждан), консультативная поликлиника, а также рентгенологическое и физиотерапевтическое отделения, станция санитарной авиации, аптека, клиничко-биохимическая лаборатория, кабинет ЭКГ, который вскоре был преобразован в отделение функциональной диагностики. Уже через год в этом корпусе было открыто кардиоревматологическое отделение [1-3].

Первым главным врачом Республиканской больницы был известный хирург Игнатий Максимович Кузнецов, затем эту должность занимали Иван Васильевич Сиднев и Исидор Александрович Клейман. Новым главным врачом больницы на Московском проспекте некоторое время была Валентина Васильевна Бедренцева (Игнатьева), ее сменил организатор здравоохранения, подполковник в отставке Петр Лаврентьевич Еремин и проработал на этой должности шесть лет.

Можно сказать, что организатором и руководителем терапевтической службы Республиканской больницы в течение многих лет был заслуженный врач РСФСР, кандидат медицинских наук Петр Николаевич Осипов. В новом терапевтическом корпусе он был заведующим одного из 2 терапевтических отделений и одновременно главным терапевтом Минздрава ЧАССР, другим отделением заведовала Аида Петровна Золотова. П.Н. Осипов являлся научным руководителем и главным консультантом. Он уделял много внимания подбору врачебных кадров, внедрению новых методов диагностики и лечения, организации научно-практических конференций, контролю за выполнением методической работы в прикрепленных районах и повышению квалификации врачей.

В 1956 г. главным врачом был назначен Петр Лаврентьевич Еремин. В том же году, по завершении строительства терапевтического корпуса, был открыт ряд новых отделений, в том числе два терапевтических, неврологическое, физиотерапевтическое отделения, клиническая лаборатория, поликлиника. В 1957 г. был сдан в эксплуатацию детский корпус больницы, в котором разместили два отделения – детское соматическое и грудничковое. На педиатрическую службу были возложены организационно-методическая работа с детскими лечебно-профилактическими учреждениями республики, организация экстренных и плановых консультативных выездов в районы, а также повышение квалификации педиатров и медицинских сестер. У истоков развития педиатрической службы Республиканской больницы стояли главный педиатр Минздрава ЧАССР, заслуженный врач РСФСР, кандидат медицинских наук Анастасия Фадеевна Фадеева и заслуженный врач РСФСР Клавдия Александровна



Арзамасова. В 1958 г. был введен в эксплуатацию хирургический корпус, в котором развернули отделения чистой и гнойной хирургии, травматологическое, гинекологическое, нейрохирургическое, глазное и из терапевтического корпуса сюда было переведено оториноларингологическое отделение.

С завершением строительства хирургического корпуса в больнице было развернуто 500 коек. В 1962-1972 гг. главным врачом работал Иван Федорович Луньков, в это десятилетие были открыты поликлинический и административный корпуса.

Основателем, а в дальнейшем и руководителем хирургической службы Республиканской больницы был заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук Игнатий Максимович Кузнецов, одновременно (с 1948 г, после введения во всех областях и республиках института главных специалистов) являлся главным хирургом Минздрава ЧАССР.

И.М. Кузнецов был первоклассным хирургом, в совершенстве владел технологиями операций на органах грудной и брюшной полостей, успешно проводил операции на эндокринных органах, органах мочеотделения, костях, суставах и периферических сосудах. Практически все городские и районные хирурги того времени были учениками И.М. Кузнецова или учениками его учеников. Заслуженной славой пользовались и первые заведующие гинекологическим и отоларингологическим отделениями на Московском проспекте – Иван Николаевич Николаев и Валентина Васильевна Бедренцева (Игнатьева). С ними врачи больницы оперативно решали диагностические и лечебные задачи у постели больных.

С открытием медицинского факультета Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова на базе Республиканской больницы были организованы кафедры факультетской терапии и факультетской хирургии, курсы нервных болезней, урологии, лучевой диагностики и терапии, болезней уха, горла и носа, хирургической стоматологии. В связи с этим в 1973 г. Республиканской больнице был присвоен статус клинической больницы. В это время главным врачом работал Максим Савельевич Савельев. С 1978 г. начал функционировать новый семиэтажный хирургический корпус на 300 коек. В нем разместились отделения хирургического профиля.

В отделениях терапевтического профиля были выделены узкоспециализированные отделения: гематологическое, нефрологическое, пульмонологическое и гастроэнтерологическое. Также в 1978 г. было открыто ожоговое отделение на 30 коек, благодаря чему стала возможной госпитализация пациентов с термическими поражениями.

В 1982 г. главным врачом больницы стал Федор Сергеевич Петров, он проработал на этой должности 12 лет. В 1984 г. в республике открылись новые лечебно-профилактические учреждения республиканского значения – Республиканский кардиологический диспансер и Республиканская детская больница. В связи с этим кардиоревматологическое отделение бы-



ло перепрофилировано в ревматологическое, а детские отделения переданы Республиканской детской больнице. На освободившихся площадях открылись новые отделения: хирургии печени и желчевыводящих путей, микрохирургии кисти, анестезиологии и реанимации, грудной хирургии, иглорефлексотерапии, гипербарической оксигенации, гравитационной хирургии крови, радиоизотопная лаборатория.

В 1997 г. введен в эксплуатацию пристрой к хирургическому (главному) корпусу, в котором было открыто отделение гемодиализа и трансплантации почки, расширено приемное отделение. К этому моменту уже три года Республиканской больницей руководил Геннадий Петрович Арсюттов. С открытием отделения гемодиализа квалифицированная помощь больным с тяжелыми почечными заболеваниями стала более доступной. В этом отделении проводятся не только гемодиализ и гемофильтрация (для удаления лишнего объема жидкости и токсинов) с помощью самой современной аппаратуры, но и подбор родственных доноров для трансплантации почки больным с хронической почечной недостаточностью, находящимся на программном гемодиализе.

В 2001 г. на территории больничного городка было завершено строительство нового здания, в связи с чем роддом был передан в состав Республиканского перинатального центра. Отдельного внимания заслуживает работа созданных в составе Республиканской клинической больницы центров. С 2005 г. функционирует центр по рассеянному склерозу. Своевременно начатое лечение рассеянного склероза значительно улучшает прогноз при этом заболевании. В 2006 г. начал функционировать Республиканский гастроэнтерологический центр, который координирует соответствующую работу в медорганизациях республики. В 2010 г. был образован фониатрический центр.

В 2007 г. (главный врач – Ирина Петровна Ефимова) произошло объединение Республиканского диагностического центра с Республиканской клинической больницей, что позволило значительно укрепить диагностический блок Республиканской клинической больницы мощным потенциалом диагностического центра и поднять на новый уровень объемы и качество медицинской помощи населению республики.

Особенно большое практическое значение для республики имело создание в 2008 г. Регионального сосудистого центра на базе Республиканской клинической больницы и трех дополнительных первичных сосудистых отделений в Канашской и Новочебоксарской горбольницах и на базе Шумерлинской центральной районной больницы. Открытие этих центров позволило оказывать медицинскую помощь в раннем периоде на самом современном уровне больным с острым коронарным синдромом, инфарктом миокарда и острыми нарушениями мозгового кровообращения. Сегодня благодаря взаимодействию специалистов Регионального сосудистого центра с коллегами уже семи первичных сосудистых отделений городских и



районных больниц Чувашской Республики, четко отработанной маршрутизации выстроена надежная система оказания помощи пациентам с острыми сосудистыми катастрофами. Данная медицинская помощь в республике соответствует современным мировым стандартам и доступна для любого жителя Чувашии.

В 2012 г. больницу возглавила Венера Петровна Муллина. В это время значительное развитие получило оказание высокотехнологичной медицинской помощи: внедрялись новые профили, увеличивалось количество высокотехнологичных вмешательств. Так, если в 2010 г. было проведено 80 высокотехнологичных операций по 1 профилю, то в 2015 г. – уже 617 вмешательств по 9 профилям.

Важными направлениями работы стали разработка и внедрение стандартов в рамках системы менеджмента качества ISO 9001:2015, включающих в себя процессный подход («планируй – делай – проверяй – действуй»). Система внедрялась с целью обеспечения стабильного качества оказываемых услуг, роста доверия со стороны пациентов, упорядочения работы отделений и процессов.

На сегодня в 16 стационарных отделениях терапевтического и хирургического профиля Республиканской клинической больницы работают свыше 600 круглосуточных и дневных коек. Здесь ежегодно получают медицинскую помощь более 19 тыс. пациентов, сложных в диагностическом и лечебном плане. При этом ожоговое отделение, отделение гематологии и химиотерапии являются единственными в республике.

Специалисты ведущей медицинской организации Чувашии активно развивают лучшие российские и мировые высокотехнологичные методы диагностики и лечения. Сформирована база, позволяющая обеспечить население Чувашии высококачественными медицинскими услугами на основе сплава науки и практики.

В специализированных стационарных отделениях терапевтического профиля больницы предоставляется высококвалифицированная, зачастую уникальная для нашей республики консультативная и лечебная помощь.

Новым вектором развития стал персонализированный подход к оказанию медицинской помощи пациентам. Ежегодно более 9 тыс. человек получают консультации от врачей федеральных специализированных центров и медицинских организаций Чувашии с помощью телемедицины.

Республиканская клиническая больница является центром специализированной, высокотехнологичной хирургии. Практически круглосуточно в больнице работают 14 операционных залов, 7 из них оснащены современными видеоэндоскопическими стойками. Ежедневно опытнейшие хирурги делают более 30 операций на органах брюшной полости, головном и



спинном мозге, органах грудной клетки и средостениях, костях и суставах, сердце и сосудах. За год проводится около 9 тыс. операций.

Приоритетное хирургическое направление – малоинвазивные вмешательства, включающие манипуляции и операции из мини-доступа под видеондоскопическим, рентгенологическим и ультразвуковым контролем. Это позволяет свести к минимуму операционные травмы, обеспечивает точность, безопасность и высокое качество лечения. Удельный вес таких подходов в структуре операций ежегодно растет.

Сегодня пациентам не нужно ехать в столичные центры – в Республиканской клинической больнице оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь по 13 профилям: «гастроэнтерология», «комбустиология», «нейрохирургия», «онкогематология», «оториноларингология», «сердечно-сосудистая хирургия», «ревматология», «торакальная хирургия», «травматология и ортопедия», «урология», «хирургия», «челюстно-лицевая хирургия», «эндокринология». Ежегодно выполняется около 2,5 тыс. вмешательств по линии высокотехнологичной медицинской помощи.

В Республиканской клинической больнице работают 2 ведущих специализированных центра – Региональный сосудистый центр и Республиканский центр по рассеянному склерозу и экстрапирамидной недостаточности, а также – на функциональной основе – ожоговый центр. Здесь врачи используют технологии 21 века по восстановлению здоровья и спасению жизней пациентов, увеличению продолжительности их жизни. В 2022 г. на базе больницы был организован Республиканский центр по диагностике и лечению воспалительных заболеваний кишечника, направленный на повышение качества и доступности профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

Почти 25 лет действует отделение диализа. Здесь осуществляется протезирование утраченной функции почек и печени у пациентов с полиорганной недостаточностью. Ежегодно проводится по 10 тыс. сеансов гемодиализа.

Современное оборудование централизованной клиничко-диагностической лаборатории Республиканской клинической больницы позволяет проводить около 3 млн исследований в год. Ежегодно проводится более 200 тыс. диагностических исследований – рентгенологических, функциональных, ультразвуковых, эндоскопических. За год в отделениях Консультативно-диагностического центра на 550 посещений в смену специалисты принимают более 100 тыс. пациентов.

Осуществляя функции головного лечебно-профилактического учреждения 3-го уровня, Республиканская клиническая больница является организационно-методическим центром, оказывает экстренную и плановую медицинскую помощь средствами санитарной авиации и наземного транспорта почти 3 тыс. пациентам в год.



Наличие высокопрофессиональных специалистов позволяет оказывать качественную помощь пациентам с сочетанной патологией. В Республиканской клинической больнице работает слаженная команда опытных профессионалов, среди которых 2 доктора и 12 кандидатов медицинских наук, более 50% врачей имеют высшую квалификационную категорию.

Республиканская клиническая больница является ведущей клинической базой для медицинского факультета Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова. Здесь для студентов организованы учебные комнаты и имеются стационарно-поликлинические возможности для обучения будущих врачей на 5 профильных кафедрах.

Коллектив Республиканской клинической больницы стремится соответствовать высоким стандартам российской и мировой медицины, постоянно совершенствуя свои знания и профессиональные навыки, что позволило вывести её в число лучших не только в регионе, но и далеко за его пределами.

В 2020 г. было принято решение Главы Чувашии Олега Николаева при поддержке Президента Российской Федерации о строительстве нового многофункционального комплекса Республиканской клинической больницы. Это позволит значительно повысить качество оказываемой помощи жителям Чувашской Республики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арсюттов Г.П. Наш золотой юбилей. *Медицинская газета*. 1998;14:7.
2. Летопись государственного учреждения здравоохранения «Республиканская клиническая больница». Чебоксары, 1998.
3. Муллина В.П., Саперов В.Н. Республиканская клиническая больница – прошлое, настоящее и будущее. *Медицинский вестник*. 2013;1(306):4-5.

REFERENCES

1. Arsjutov G.P. (1998). [Our Golden Jubilee] in *Medicinskaja gazeta* [Medical Newspaper], № 14, p. 7. (in Russ.)
2. Chronicle of the State Health Institution «Republican Clinical Hospital». Cheboksary, 1998.
3. Mullina V.P., Saperov V.N. (2013). [Republican Clinical Hospital – the Past, the Present and the Future] in *Medicinskij vestnik* [Medical Bulletin],1(306), pp. 4-5. (in Russ.)



DOI 10.25589/GIDUV.2023.66.95.008

УДК 616.832-004.2

© Васильева Н.В., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю., 2023

Поступила 16.05.2023 г.

*Н.В. ВАСИЛЬЕВА¹,
Е.Л. НИКОЛАЕВ², Е.Ю. ЛАЗАРЕВА²*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

¹Республиканская клиническая больница,

²Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары

Васильева Надежда Валентиновна

врач-психотерапевт неврологического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, кандидат медицинских наук

Николаев Евгений Львович

заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», доктор медицинских наук, профессор

Лазарева Елена Юрьевна

доцент кафедры социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», кандидат психологических наук

Адрес для переписки:

428018, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Московский пр., д. 9

Тел.: 89176629494

E-mail: nadezhda1973vas@mail.ru

*N.V. VASILYEVA¹,
E.L. NIKOLAEV², E.Yu. LAZAREVA²*

FEATURES OF PSYCHIC ADAPTATION OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

¹Republican Clinical Hospital,

²I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary

Vasilyeva Nadezhda Valentinovna

Psychotherapist of the Neurological Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, PhD in Medical Sciences

Nikolaev Evgeny Lvovich

Head of Social and Clinical Psychology Department at FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», Dr.Habil. in Medical Sciences, Professor

Lazareva Elena Yurevna

Associate Professor at Social and Clinical Psychology Department at FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», PhD in Psychological Sciences

**Address for correspondence:**

428018, 9, Moskovsky Pr., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: 89176629494

E-mail: nadezhda1973vas@mail.ru

Рассеянный склероз (РС) – хроническое нейродегенеративное заболевание, сопровождающееся постепенной утратой трудоспособности и стойкими ограничениями жизнедеятельности больного. Ранний выход больного из трудовой деятельности, продолжительное течение заболевания и высокая стоимость медицинской помощи, снижение продолжительности жизни и повышение смертности в связи с заболеванием несут негативные социально-экономические последствия для больного и общества в целом. Заболеваемость психическими расстройствами у больных РС выше, чем в общей популяции. В связи с этим актуальным становится разработка медико-психологических мероприятий по сопровождению пациентов с РС в процессе лечения и реабилитации для повышения адаптационных возможностей и качества жизни пациентов. Исследование клинико-психологической специфики адаптации пациентов с РС необходимо для оптимизации лечения и реабилитации пациентов. Обследованы 104 пациента с РС (25 мужчин и 79 женщин) в возрасте от 19 до 64 лет. Средняя длительность заболевания пациентов составила $9,22 \pm 7,60$ года. В исследовании использованы метод оценки неврологических поражений при РС (шкала EDSS), опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90, социокультурная анкета и методы математической статистики. В соответствии с представленными результатами психологическое состояние пациентов с РС характеризуется выраженным уровнем психического дистресса. Психическая сфера пациентов характеризуется как адаптивными, так и дезадаптивными факторами. К дезорганизирующим факторам могут быть отнесены неадекватные ожидания пациентов от лечения, наличие психических нарушений широкого спектра, возможное магическое представление о причинах болезни. Среди ресурсных факторов выделяются положительная оценка пациентами своего здоровья, возможность получения медицинской помощи и поддержки от близких и знакомых. Результаты исследования дают возможность специалистам разработать медико-психологические мероприятия по сопровождению пациентов с РС в процессе лечения и реабилитации для повышения адаптационных возможностей и качества жизни пациентов.

Ключевые слова: *пациенты с рассеянным склерозом, психосоциальные факторы, медико-психологическое сопровождение пациентов, психическая адаптация пациентов.*

Multiple sclerosis (MS) is a chronic neurodegenerative disease accompanied by gradually developing disability and persistent limitations of the patient's vital activity. The patient's early retirement from work, prolonged course of the disease and the high cost of medical care, a decrease in life expectancy and an increase in mortality due to the disease have negative socio-economic consequences for the patient and the entire society. The incidence of mental disorders in MS patients is higher than in the general population. In this regard, it becomes relevant to develop medical and psychological measures to support patients with MS during treatment and rehabilitation to improve their adaptive capabilities and quality of life. The study of clinical and psychological specifics in adaptation of MS patients to optimize their treatment and rehabilitation. 104 patients with MS (25 men and 79 women) aged from 19 to 64 years were examined. The average duration of the disease in patients was $9,22 \pm 7,60$ years. The study used the method of assessing neurological damage in multiple sclerosis (EDSS scale), the questionnaire of psychopathological symptoms severity SCL-90, socio-cultural questionnaire and methods of mathematical statistics. In accordance with



the presented results, the psychological state of MS patients is characterized by a pronounced level of mental distress. The mental sphere of patients is characterized by both adaptive and maladaptive factors. Inadequate expectations of patients from treatment, the presence of a wide range of mental disorders, a possible magical idea of the disease causes can be attributed to disorganizing factors. Among the resource factors, patients' positive assessment of their health, the possibility of receiving medical care and support from relatives and acquaintances are notable. The results of the study enable specialists to develop medical and psychological measures to support MS patients during treatment and rehabilitation to improve their adaptive capabilities and quality of life.

Keywords: *patients with multiple sclerosis, psychosocial factors, medical and psychological support of patients, psychic adaptation of patients.*

Введение. РС является основной причиной ограничений физической активности у лиц трудоспособного возраста [1, 2]. РС имеет хроническое течение, развивается постепенно и протекает продолжительное время, обуславливая раннюю инвалидизацию больных, что связано с большими материальными и социальными потерями как для самого больного, так и для социума в целом [3, 4].

Многими исследователями отмечается развитие психических нарушений, которые сопровождают неврологические нарушения у пациентов с РС. Наиболее распространенными являются когнитивные [5, 6] и тревожно-депрессивные нарушения [7, 8]. Исследования показывают эффективность психологической коррекции для стабилизации психического состояния и повышения качества жизни пациента с РС [9-12].

В связи с этим актуальной становится разработка медико-психологических мероприятий по сопровождению пациентов с РС в процессе лечения и реабилитации для повышения адаптационных возможностей и качества жизни пациентов.

Цель: исследование клинико-психологической специфики адаптации пациентов с РС для оптимизации лечения и реабилитации пациентов.

Материалы и методы. Обследованы 104 пациента с РС (25 мужчин и 79 женщин) в возрасте от 19 до 64 лет, проходивших лечение в неврологическом отделении БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии. Первая группа включала 73 пациента (70,19%) с ремиттирующим типом течения РС. Состав второй группы был сформирован из 31 пациента со вторично-прогрессирующим течением РС (29,81%). Средняя длительность заболевания у пациентов составила $9,22 \pm 7,60$ года. В группу исследования были включены пациенты с длительностью заболевания от 6 месяцев до 31 года.

В исследовании были использованы шкала EDSS (метод оценки неврологических поражений при РС, предложенный Дж. Куртцке), симптоматический опросник SCL-90 [13, 14] и социокультурная анкета [15], методы математической статистики для исследования достоверности различий, t-критерий Стьюдента, z-критерий.



Результаты и их обсуждение. Исследование специфики соматического и психического неблагополучия, которое испытывают пациенты с РС, показало, что чаще всего пациенты предъявляют жалобы на шаткость походки (80,77%) и непереносимость физических нагрузок (76,92%). Больше половины пациентов сталкиваются с ощущением слабости в ногах и руках (69,23%), головокружением и головными болями (64,42%), нарушением равновесия (57,69%). Другие жалобы касались ощущений онемения, «стягивания», «гусиной кожи», дрожи в конечностях (48,08%), нарушений функций тазовых органов (48,08%), проблем со зрительным восприятием (35,58%) и речевых нарушений (23,08%). Нарушения психического состояния у пациентов проявлялись выраженной астенизацией (76,92%), плохим настроением (37,50%), снижением внимания и ухудшением памяти (34,62%), нарушением сна (18,27%) и сонливостью (5,77%), нервозностью (18,27%), слезливостью (11,54%), беспокойством (6,73%) и опасениями (2,88%).

У многих выявлялись признаки пралогических защит, когда пациенты были уверены в существовании порчи (44,23%), а также не исключали такой возможности (37,5%). Отсутствие данных убеждений было только у 18,27%. В трудных и неразрешимых ситуациях 38,46% будут искать помощи у родственников, 36,54% будут справляться с проблемами самостоятельно. Лишь 17,31% пациентов будут искать помощь у соответствующего специалиста. Большинство склонны недооценивать тяжесть своего состояния. Пациенты либо не придают значение своему заболеванию (39,42%), либо считают себя относительно здоровыми (3,85%), а проблемы со здоровьем редкими (6,73%) или временными (19,23%), и только лишь 17,31% пациентов считают себя серьезно больными.

Большинство пациентов убеждены, что им необходимо получать квалифицированную медицинскую помощь (89,42%). Небольшая доля пациентов надеялась на собственные силы организма (2,88%), народную медицину (2,88%), религию (2,88%) и магию (1,92%). Наиболее часто у пациентов встречались нереалистические убеждения по поводу проводимого лечения. 47,12% пациентов верили, что лечение приведет к постепенному выздоровлению, 2,88% были уверены в быстром выздоровлении. Другие ожидали от лечения временного облегчения состояния (28,85%) и лишь незначительного улучшения состояния (16,35%), в бесполезности лечения были уверены 4,81% пациентов.

Стандартизированное исследование количественной оценки тяжести состояния данных пациентов при помощи шкалы (EDSS) выявило, что заболевание у пациентов с вторично-прогрессирующим течением РС протекает тяжелее, чем у пациентов с ремиттирующим типом течения ($p < 0,001$). Наиболее часто у пациентов определялись астенический (31,73%) или астеноневротический синдромы (34,62%), а также когнитивные нарушения (25%). У небольшого числа пациентов были обнаружены признаки депрессивного (9,62%) и тревожного син-



дрома (4,81%). Астенический синдром преобладал у пациентов мужского пола (16,00%), у женщин доминировали астеноневротические нарушения (17,72%). У пациентов второй группы распространенность астеноневротических проявлений была достоверно выше ($p < 0,01$), чем у пациентов первой группы.

Обследование психических нарушений у пациентов с РС при помощи симптоматического опросника SCL-90R выявило, что показатели по всем шкалам, кроме шкалы враждебности, достоверно превышали значения здоровых ($p < 0,001$).

Общий показатель выраженности психопатологических нарушений GSI у пациентов с РС продемонстрировал значительный уровень психического дистресса по сравнению со здоровыми ($p < 0,05$). Различия в выраженности данных нарушений в зависимости от пола пациентов не выявлены ($p > 0,05$).

В соответствии с представленными результатами психологическое состояние пациентов с РС характеризуется выраженным уровнем психического дистресса. Психическая сфера пациентов характеризуется как адаптивными, так и дезадаптивными факторами. К дезорганизирующим факторам могут быть отнесены неадекватные ожидания пациентов от лечения, наличие психических нарушений широкого спектра, возможное магическое представление о причинах болезни. Среди ресурсных факторов выделяются положительная оценка пациентами своего здоровья, возможность получения медицинской помощи и поддержки от близких и знакомых.

Заключение. Клиническая картина неврологических нарушений у пациентов с РС дополняется сочетанием психосоциальных факторов адаптивного и дезадаптивного характера. Результаты исследования дают возможность специалистам разработать медико-психологические мероприятия по сопровождению пациентов с РС в процессе лечения и реабилитации для повышения адаптационных возможностей и качества жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Adelman G, Rane G, Villa KF. The cost burden of multiple sclerosis in the United States: a systematic review of the literature. *J. Med. Econ.* 2013;16(5):639-47. <https://DOI.org/10.3111/13696998.2013.778268>
2. Pugliatti M, Rosati G, Carton H, Riise T, Drulovic J, Vécsei L, Milanov I. The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. *European Journal of Neurology.* 2006; 13:700-722. <https://DOI.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01342.x>
3. Гусев Е.И., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: достижения десятилетия. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2007;107(S4):4-13.
4. Gyllensten H, Wiberg M, Alexanderson K, Friberg E. Comparing costs of illness of multiple sclerosis in three different years: a population-based study *Mult. Scler.* 2017; Mar 1. <https://DOI.org/10.1177/1352458517702549>



5. Kargarfard M, Eetemadifar M, Mehrabi M, Maghzi AH, Hayatbakhs MR. Fatigue, depression, and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *European journal of neurology*. 2012;19(3):431-437. <https://DOI.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03535.x>
6. Sarisoy G, Terzi M, Gümüş K, Pazvantoglu O. Psychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. *General hospital psychiatry*. 2012; 35(2):134-140. <https://DOI.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.10.011>
7. Prokopova B, Hlavacova N, Vlcek M, Penesova A, Grunnerova L, Garafova A, Turcani P, Kollar B, Jezova D. Early cognitive impairment along with decreased stress-induced BDNF in male and female patients with newly diagnosed multiple sclerosis. *J. Neuroimmunol*. 2017 Jan 15;302:34-40. <https://DOI.org/10.1016/j.jneuroim.2016.11.007>
8. Lewis VM, Williams K, KoKo C, Woolmore CJ, Jones C, Powell T. Disability, depression and suicide ideation in people with multiple sclerosis. *J. Affect Disord*. 2017 Jan 15;208:662-669. <https://DOI.org/10.1016/j.jad.2016.08.038>
9. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Селиверстова Н.А., Хоменко Ю.Г. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2007;107(7):36-42.
10. Субботин А.В., Семёнов В.А., Гетманенко И.М. и др. Использование психодиагностических методов при психокоррекционной работе с больными рассеянным склерозом. *Бюллетень сибирской медицины*. 2009;1:120-125.
11. Матвеева Т.В., Менделевич В.Д., Речаник Д.П. Структура психических расстройств у больных рассеянным склерозом. *Неврологический вестник*. 2002;34(1-2):69-73.
12. Dayaroglu N, Tan M. Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis. *J. Altern. Complement. Med*. 2012;18:983-987. <https://DOI.org/10.1089/acm.2011.0390>
13. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacol. Bull*. 1973;1:13-27.
14. Тарабрина Н.В. *Практикум по психологии посттравматического стресса*. СПб.: Питер, 2001:272.
15. Николаев Е.Л. *Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры*. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006:135.

REFERENCES

1. Adelman G, Rane G, Villa KF. The cost burden of multiple sclerosis in the United States: a systematic review of the literature. *J. Med. Econ*. 2013;16(5):639-47. <https://DOI.org/10.3111/13696998.2013.778268>
2. Pugliatti M, Rosati G, Carton H, Riise T, Drulovic J, Vécsei L, Milanov I. The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. *European Journal of Neurology*. 2006; 13:700-722. <https://DOI.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01342.x>
3. Gusev E.I., Boiko A.N. (2007). [Multiple Sclerosis: Achievements of the Decade] in *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov], №107(S4), pp. 4-13. (in Russ.)
4. Gyllensten H, Wiberg M, Alexanderson K, Friberg E. Comparing costs of illness of multiple sclerosis in three different years: a population-based study *Mult. Scler*. 2017; Mar 1. <https://DOI.org/10.1177/1352458517702549>
5. Kargarfard M, Eetemadifar M, Mehrabi M, Maghzi AH, Hayatbakhs MR. Fatigue, depression, and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis in Isfahan, Iran *European journal of neurology*. 2012;19(3):431-437. <https://DOI.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03535.x>



6. Sarısoy G, Terzi M, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Psychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. *General hospital psychiatry*. 2012; 35(2):134-140. <https://DOI.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.10.011>
7. Prokopova B, Hlavacova N, Vlcek M, Penesova A, Grunnerova L, Garafova A, Turcani P, Kollar B, Jezova D. Early cognitive impairment along with decreased stress-induced BDNF in male and female patients with newly diagnosed multiple sclerosis. *J. Neuroimmunol.* 2017 Jan 15;302:34-40. <https://DOI.org/10.1016/j.jneuroim.2016.11.007>
8. Lewis VM, Williams K, KoKo C, Woolmore CJ, Jones C, Powell T. Disability, depression and suicide ideation in people with multiple sclerosis. *J. Affect Disord.* 2017 Jan 15;208:662-669. <https://DOI.org/10.1016/j.jad.2016.08.038>
9. Reznikova T.N., Terent'eva I.Yu., Seliverstova N.A., Khomenko Yu.G. (2007). [Psychological Study of Patients with Multiple Sclerosis] in *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry], №107(7), pp. 36-42. (in Russ.)
10. Subbotin A.V., Semenov V.A., Getmanenko I.M. et al. (2009). [The use of Psychodiagnostic Methods in Psychocorrectional Work with Patients with Multiple Sclerosis] in *Byulleten' sibirskoi meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine]; №1, pp. 120-125. (in Russ.)
11. Matveeva T.V., Mendelevich V.D., Rechanik D.P. (2002). [The Structure of Mental Disorders in Patients with Multiple Sclerosis] in *Nevrologicheskii vestnik* [Neurological Bulletin], № 34(1-2), pp. 69-73. (in Russ.)
12. Dayapoğlu N, Tan M. Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis. *J. Altern. Complement. Med.* 2012;18:983-987. <https://DOI.org/10.1089/acm.2011.0390>
13. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacol. Bull.* 1973;1:13-27.
14. Tarabrina N.V. (2001). *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Practicum on the Psychology of Post-Traumatic Stress]. St. Petersburg, Piter Publ., 272 p. (in Russ.)
15. Nikolaev E.L. (2006). *Pogranichnye rasstroistva kak fenomen psikhologii i kul'tury* [Borderline Disorders as a Phenomenon of Psychology and Culture]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 135 p. (in Russ.)



DOI 10.25589/GIDUV.2023.90.42.011

УДК 616.36-089(470.344)

© Коллектив авторов, 2023

Поступила 22.05.2023 г.

**В.В. ВОРОНЧИХИН^{1,2}, В.В. ОЛЕНИН¹,
А.А. ОЛИГЕР^{1,3}, А.Н. КАТАЙКИН¹,
А.А. ВАСЮКОВ¹**

**РАЗВИТИЕ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ
В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА БАЗЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ БУ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА» МИНЗДРАВА ЧУВАШИИ**

¹Республиканская клиническая больница,

²Институт усовершенствования врачей,

³Министерство здравоохранения Чувашской Республики, Чебоксары

Ворончихин Валентин Владимирович

заведующий хирургическим отделением БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, заведующий кафедрой хирургии ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, кандидат медицинских наук, доцент

Оленин Вячеслав Викторович

заведующий операционным блоком, врач хирургического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Олигер Антон Алексеевич

главный внештатный специалист хирург и эндоскопист Министерства здравоохранения Чувашской Республики, врач хирургического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Катайкин Александр Николаевич

врач хирургического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Васюков Александр Александрович

врач хирургического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Адрес для переписки:

428018, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Сеспеля, д. 27

Тел.: +7 (8352) 70-92-42

E-mail: vorondoctor@yandex.ru



V.V. VORONCHIKHIN^{1,2}, V.V. OLENIN¹,
A.A. OLIGER^{1,3}, A.N. KATAYKIN¹,
A.A. VASYUKOV¹

**DEVELOPMENT OF HEPATO-PANCREATO-BILIARY SURGERY
IN THE CHUVASH REPUBLIC ON THE BASIS OF THE
SURGICAL DEPARTMENT AT THE BI «REPUBLICAN CLINICAL
HOSPITAL» UNDER THE PUBLIC HEALTH MINISTRY OF CHUVASHIA**

¹*Republican Clinical Hospital,*
²*Postgraduate Doctors' Training Institute,*
³*Public Health Ministry of Chuvashia, Cheboksary*

Voronchikhin Valentin Vladimirovich

Head of Surgical Department of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, Head of the Surgery Department at the SAI of SPE «Postgraduate Doctors' Training Institute» under the Public Health Ministry of Chuvashia, PhD in Medical Sciences, Associate Professor

Olenin Vyacheslav Viktorovich

Head of the surgery block, physician of the Surgical Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Oliger Anton Alekseevich

Chief External Expert Surgeon and Endoscopist of the Public Health Ministry of the Chuvash Republic, Physician at the Surgical Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of the Chuvashia

Kataykin Alexander Nikolayevich

Doctor of the Surgical Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of the Chuvashia

Vasyukov Alexander Aleksandrovich

Doctor of the Surgical Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of the Chuvashia

Address for correspondence:

428018, 27, M. Sespel Str., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: +7(8352) 70-92-42

E-mail: vorondoctor@yandex.ru

Гепатопанкреатобилиарная хирургия – бурно развивающийся раздел хирургии с мультидисциплинарным направлением, где тесно переплетаются такие специальности, как онкология, сосудистая хирургия, трансплантационные технологии, эндовидеохирургия, эндоскопия, рентгенохирургия, малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем, гастроэнтерология, эндокринология. Хирургическое отделение БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, приоритетным направлением которого является хирургия



печени, поджелудочной железы, открыто 36 лет назад. За это время отделение достигло больших результатов и занимает достойное место в Международной ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (президент профессор В.А. Вишневский). Результаты работы отделения неоднократно были доложены и оценены на международных конгрессах и пленумах правления Международной ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ.

Ключевые слова: гепатопанкреатобилиарная хирургия, хирургия печени, поджелудочная железа, резекция печени, заболевания печени, заболевания поджелудочной железы.

Hepato-pancreato-biliary surgery is a rapidly developing branch of surgery with a multidisciplinary direction, where such specialties as oncology, vascular surgery, transplantation technologies, endovideosurgery, endoscopy, X-ray surgery, minimally invasive interventions under ultrasound control, gastroenterology, endocrinology are closely intertwined. The Surgical Department of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, whose priority is the surgery of the liver, pancreas, was opened 36 years ago. During this time, the department has achieved great results and occupies a worthy place in the International Association of Hepato-pancreato-biliary Surgeons of the CIS countries (its President is Professor V.A. Vishnevsky). The results of the department's work have been repeatedly reported and evaluated at international congresses and plenums of the International Board of the Association of Hepato-pancreato-biliary Surgeons of the CIS countries.

Keywords: *hepato-pancreato-biliary surgery, surgery of the liver, pancreas, liver resection, liver diseases, pancreas diseases.*

В 1987 году приказом министра здравоохранения ЧАССР Н.Г. Григорьева на базе Республиканской клинической больницы было открыто отделение хирургии печени, желчных путей на 30 коек. Первый состав: заведующий отделением В.В. Оленин, хирурги А.Г. Дербенев, В.В. Ворончихин. Большую помощь в работе отделения оказывала кафедра факультетской хирургии Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова: А.Н. Волков, Н.Ф. Федоров, С.А. Градовский, С.С. Соколов.

В 2000 году отделение переименовано в «хирургическое отделение». Отделение оказывает плановую оперативную и консультативную помощь больным с абдоминальной хирургической патологией. В соответствии с порядком оказания медицинской помощи определен профиль – хирургия. Приоритетные направления отделения: гепатопанкреатобилиарная хирургия, абдоминальная эндовидеохирургия.

В отделении в полном объеме согласно стандартам оказания специализированной медицинской помощи проводятся все виды исследования гепатопанкреатобилиарной системы, желудочно-кишечного тракта, забрюшинного пространства. Выполняются высокотехнологичные операции на печени, желчевыводящих протоках, поджелудочной железе, желудке, двенадцатиперстной кишке, тонком кишечнике, селезенке, неорганных новообразованиях

забрюшинного пространства, надпочечниках при воспалительных и паразитарных заболеваниях, очаговых новообразованиях, реконструктивные и восстановительные операции [1-3].

В арсенале правосторонняя гемигепатэктомия (\pm ISg), правосторонняя трисекционэктомия (расширенная правосторонняя гемигепатэктомия IV-VIII Sg \pm ISg), левосторонняя гемигепатэктомия (\pm ISg), левосторонняя трисекционэктомия (расширенная левосторонняя гемигепатэктомия II, III, IV, V, VIII Sg \pm ISg), левая латеральная секционэктомия (бисегментэктомия II,III Sg), бисегментэктомия V,VI Sg, правая передняя секционэктомия (бисегментэктомия V,VIII Sg), правая задняя секционэктомия (бисегментэктомия VI,VII Sg), левая медиальная секционэктомия (сегментэктомия IV), сегментэктомии с I по VIII Sg (фото 1, 2).

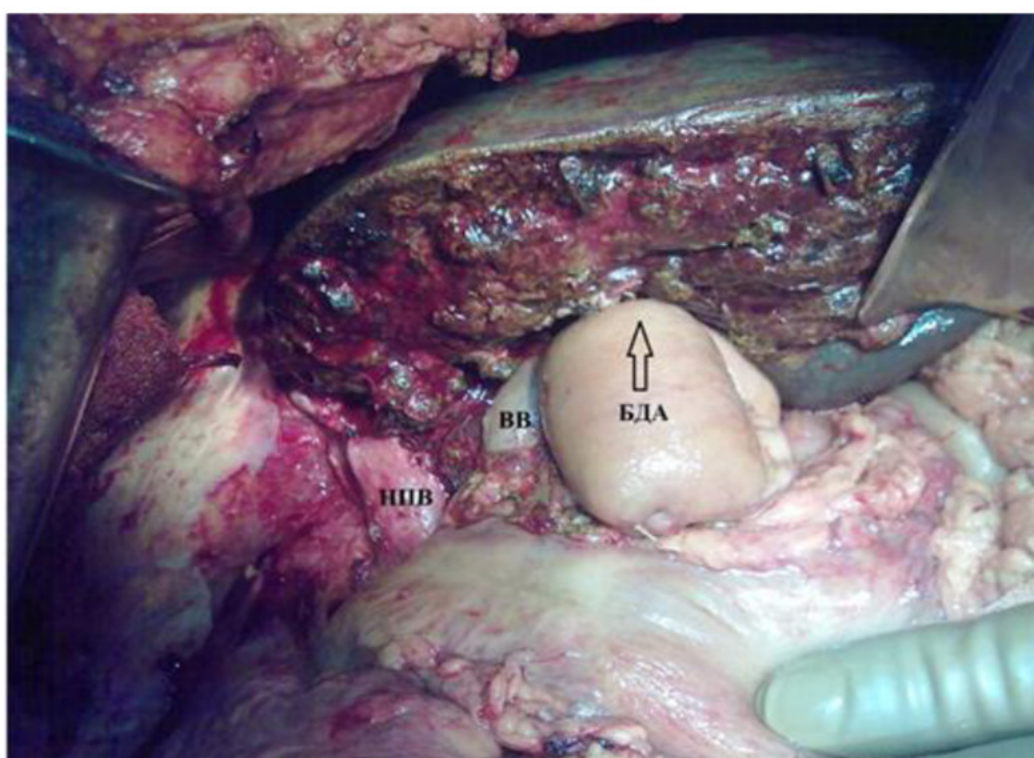


Фото 1. Правосторонняя гемигепатэктомия по поводу опухоли Клатскина, IIIA тип по Bismuth – Corlette

В отделении впервые в Чувашской Республике внедрены современные высокотехнологические хирургические технологии, включая трансплантационные технологии в резекционной хирургии печени: обширная анатомическая резекция печени с циркулярной резекцией и протезированием нижней полой вены, обширные анатомические резекции печени с резекцией магистральных желчных протоков и наложением реконструктивных прецизионных билиодигестивных анастомозов, лапароскопические резекции печени [4-6].

Внедрен весь сектор резекционных и дренирующих операций на поджелудочной железе (гастропанкреатодуоденальная резекция, панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника, дуоденумсохраняющие резекции поджелудочной железы, срединная резекция под-

желудочной железы, дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией, дистальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки, корпорокаудальная резекция поджелудочной железы, тотальная панкреатэктомия, операция Puestow 2) (фото 3-5).

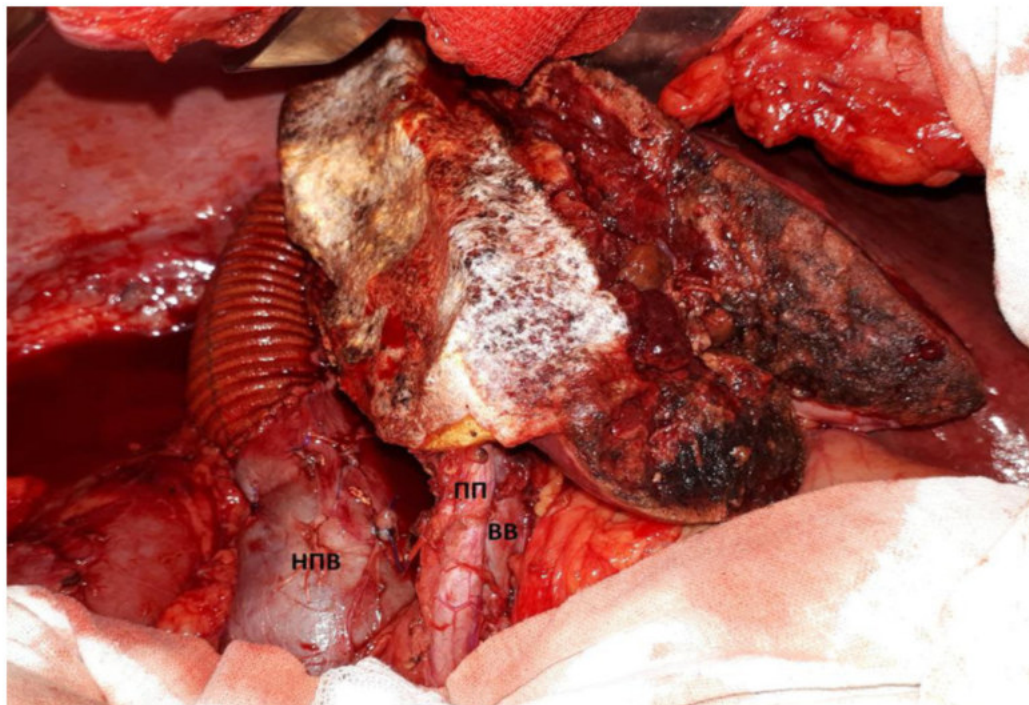


Фото 2. Правосторонняя гемигепатэктомия при альвеококкозе печени с инвазией в нижнюю полую вену, с циркулярной резекцией и протезированием супраренального сегмента нижней полой вены (от уровня выше впадения почечной вены до уровня ниже впадения печеночных вен по классификации И.С. Стилиди, 2011)

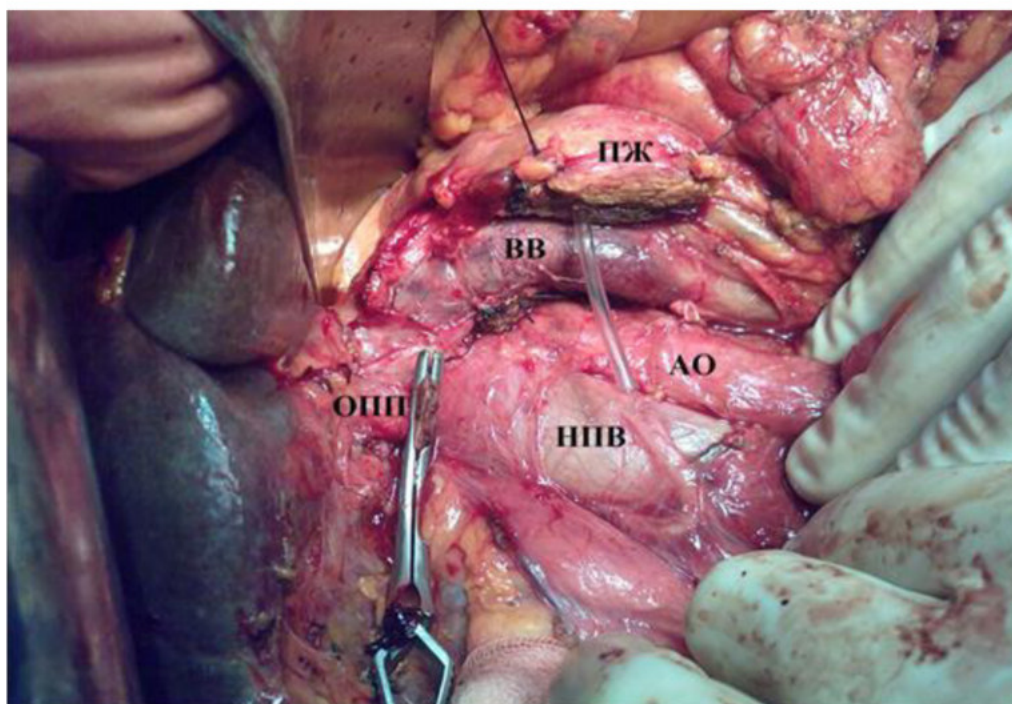


Фото. 3. Панкреатодуоденальная резекция

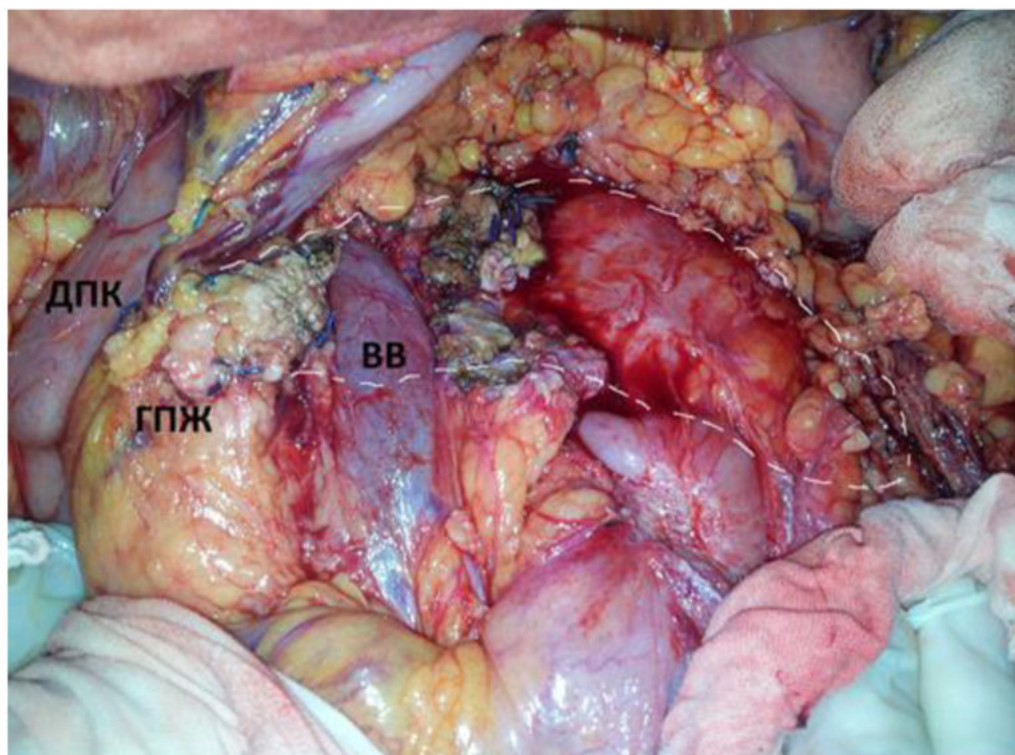


Фото 4. Корпорокаудальная резекция поджелудочной железы

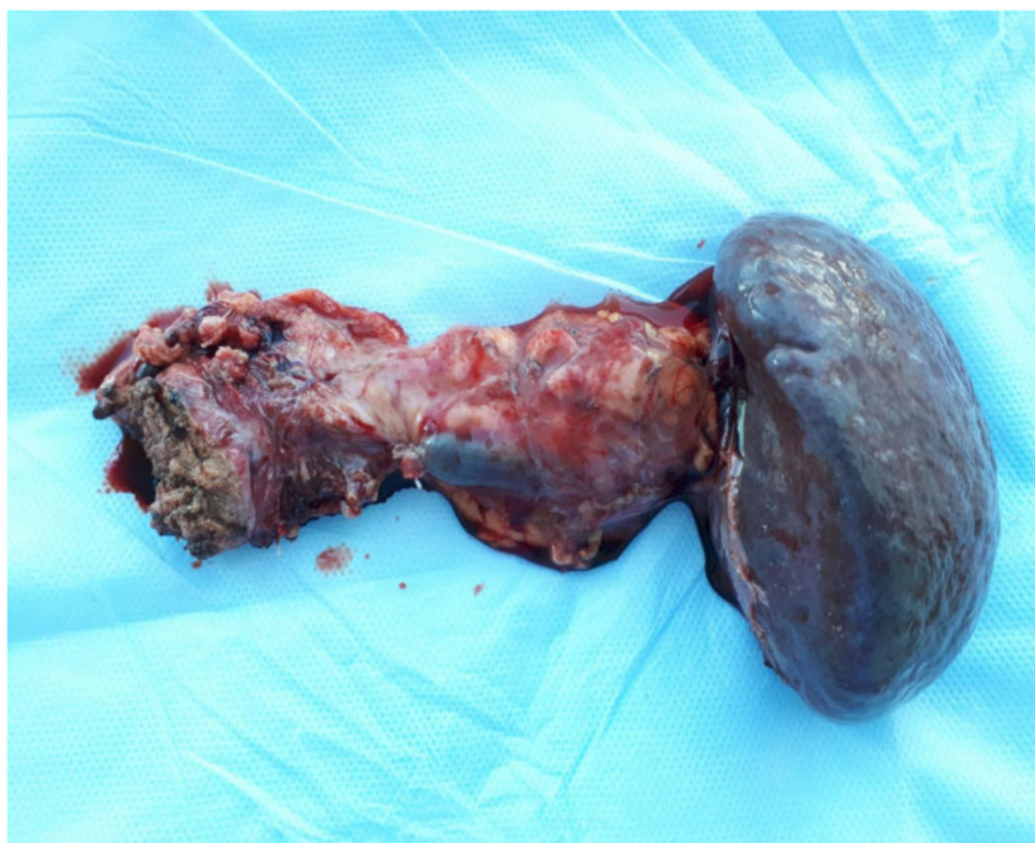


Фото 5. Корпорокаудальная резекция поджелудочной железы. Макропрепарат

Выполняются реконструктивные и восстановительные операции при рубцовых стриктурах, новообразованиях и повреждениях желчных протоков (фото 6).

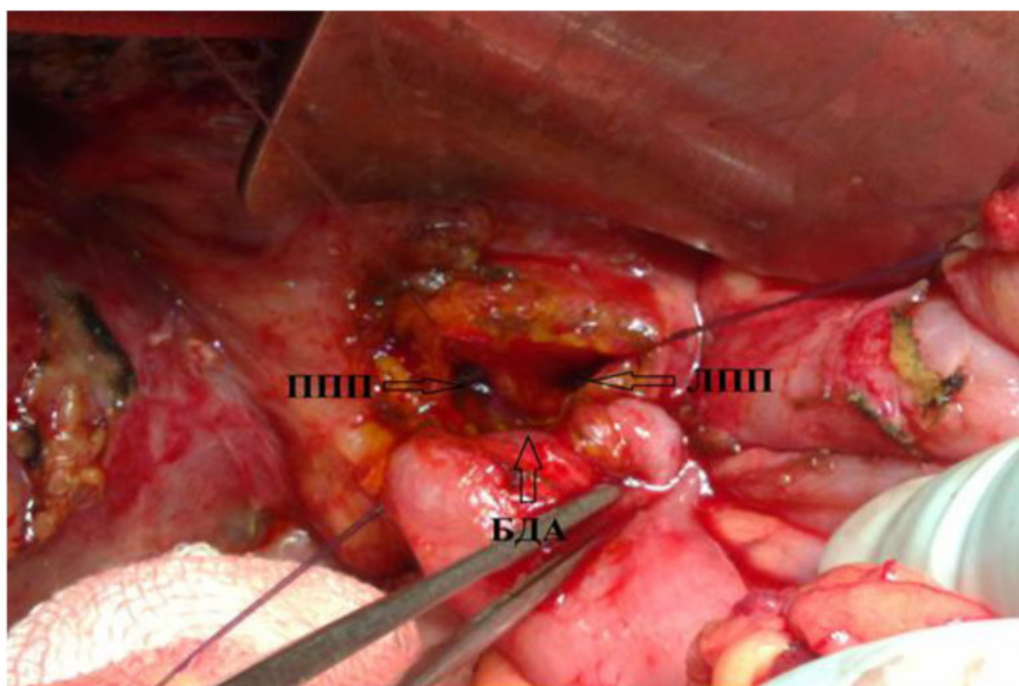


Фото 6. Реконструктивная операция при высокой рубцовой стриктуре желчных протоков («-1» трансбифуркационная – сохранена проксимальная стенка бифуркации по классификации Э.И. Гальперина, 2002)

В отделении оказывают консультативную и практическую помощь всем районным, городским учреждениям Министерства здравоохранения Чувашской Республики, принимают участие в постдипломном повышении квалификации врачей-хирургов, клинических ординаторов. В настоящее время отделением заведует В.В. Ворончихин (с 2011 года), хирургами работают А.А. Олигер, А.Н. Катайкин, А.А. Васюков.

Сотрудники отделения постоянно занимаются анализом своей практической и научной деятельности, поиском новых методов диагностики и лечения больных, повышают квалификацию.

В 2006 году – учеба в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования на кафедре хирургии имени Н.Д. Монастырского – «Эндовидеохирургия органов брюшной полости и забрюшинного пространства» (профессор А.Е. Борисов).

В 2008 году – учеба в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, отдел хирургии печени – «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» (профессор Э.И. Гальперин) (фото 7).

В 2010 году – учеба в ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» – «Клиническая трансплантология» (академик С.В. Готье).

В 2016 году – стажировка в Центре повышения квалификации врачей по гепатопанкреатобилиарной хирургии в Вениш Рейтц (Германия) (фото 8).



Фото 7. Профессор Г.Г. Ахаладзе, профессор Э.И. Гальперин, доцент В.В. Ворончихин



Фото 8. Стажировка в центре повышения квалификации врачей по гепатопанкреатобилиарной хирургии (Вениш Рейтц, Германия)



В 2016 году – учеба в ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» – «Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем при заболеваниях органов брюшной полости, забрюшинного пространства».

В 2022 году – учеба в Московском клиническом научном центре имени А.С. Логинова – «Гепатопанкреатобилиарная хирургия» (академик РАН И.Е. Хатьков) (фото 9).



Фото 9. В Московском клиническом научном центре имени А.С. Логинова. В.В. Ворончихин; главный научный сотрудник Московского клинического научного центра имени А.С. Логинова, профессор В.В. Цвиркун; А.А. Олигер

Все врачи хирургического отделения являются действительными членами Российского общества хирургов (президент – академик РАН А.В. Шабунин), действительными членами Международной ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (президент – профессор В.А. Вишневский).

Выездная проверка качества оказания медицинской помощи по профилю «Хирургия» в Чувашской Республике, в частности в хирургическом отделении БУ «Республиканская кли-



ническая больница» Минздрава Чувашии сотрудниками ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России (д.м.н., профессор В.Е. Оловянный), 25 июня 2019 года показала, что «низкая госпитальная летальность, высокая хирургическая активность характеризуют работу хирургического отделения РКБ исключительно положительно», «... хирургическое отделение РКБ по квалификации хирургов, спектру выполняемых операций, по оснащению может претендовать на статус межрегионального центра хирургии печени и поджелудочной железы», «... качество оказания специализированной хирургической помощи в Чувашской Республике по основным показателям не уступает большинству регионов страны, а по таким направлениям, как хирургия печени и поджелудочной железы, превосходит многие».

Ведется научная работа. В.В. Ворончихин с 2008 года является доцентом, заведующим кафедрой хирургии в ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, председателем научного общества хирургов Чувашской Республики. В соавторстве опубликовано 105 научных работ по актуальным вопросам клинической хирургии в международной, центральной российской и местной печати.

Сотрудники отделения постоянные участники международных пленумов и конгрессов ассоциации хирургов-гепатологов, всероссийских конференций хирургов, выступают с докладами, участвуют в дискуссиях (фото 10, 11).



Фото 10. Пленум правления Международной ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Участие в дискуссиях



Фото 11. Доклад на Пленуме правления Международной ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

25-27 ноября 2022 года в г. Москве прошел Национальный хирургический конгресс с международным участием (фото 12).



Фото 12. В.В. Ворончихин, А.А. Олигер на Национальном хирургическом конгрессе с международным участием. Москва, 2022 год



Главный хирург Минздрава России, академик РАН А.Ш. Ревешвили сделал доклад «Состояние хирургической помощи в Российской Федерации в 2021-2022 годах». В разделе «Региональные центры – лидеры по числу резекционных операций на печени (2021)» указана Чувашская Республика, БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии заняла 3-е место по России. В разделе «Региональные центры – лидеры по числу операций на внепеченочных желчных протоках (2021)» – Чувашская Республика, у БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии – 6-е место по России [7].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ворончихин В.В. Хронический панкреатит. Хирургическое лечение. Современное состояние проблемы. Наш опыт. *Здравоохранение Чувашии*. 2015;4:51-62.
2. Ворончихин В.В. Высокотехнологические операции на печени и поджелудочной железе в хирургическом отделении БУ «РКБ». *Достижения клинической медицины – в практику здравоохранения*. Сборник научно-практических работ, посвященный 65-летию БУ «РКБ» МЗ СР ЧР. Чебоксары, 2013:176-178.
3. Тарасова Л.В. Моделирование взаимодействия гастроэнтерологов, эндоскопистов и хирургов как настоящее и будущее высокотехнологичной гастроэнтерологии Чувашии. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2013;4:70-74.
4. Ворончихин В.В. Современные технологии в хирургии распространенного альвеококкоза печени. *Материалы Пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ*. Новосибирск, 2017:8-9.
5. Ворончихин В.В. Повреждение желчных протоков при лапароскопических операциях. *Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневого*. (Материалы XIII съезда хирургов России с международным участием. Москва, 2021). 2021;1:247.
6. Ворончихин В.В. Сегментарные резекции печени. *Материалы XXVIII Международного конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии»*. 2021:64-65.
7. Ревешвили А.Ш. Состояние хирургической помощи в Российской Федерации в 2021-2022 годах. *Альманах института хирургии имени А.В. Вишневого*. 2022;1. (Материалы Национального хирургического конгресса 2022 с международным участием. Москва, 25-27 ноября 2022 г.). Режим доступа: <http://book.surgeons.ru/xiv-sezd-hirurgov>

REFERENCES

1. Voronchikhin V.V. (2015). [Chronic pancreatitis. Surgical treatment. The current state of the problem. Our experience] in *Zdravookhranenie Chuvashii* [Healthcare of Chuvashia], №4, pp. 51-62. (in Russ., abstract in Eng.)
2. Voronchikhin V.V. (2013). [High-Tech Operations on the Liver and Pancreas in the Surgical Department of the BI «RCH»] in *Dostizheniya klinicheskoi meditsiny – v praktiku zdravookhraneniya* [Advances in Clinical Medicine in Healthcare Practice], collection of scientific and practical works dedicated to the 65th anniversary of the BI «RCH» under the Public Health Ministry of the Chuvash Republic, Cheboksary. pp. 176-178. (in Russ.)



3. Tarasova L.V. (2013). [Modeling the Interaction of Gastroenterologists, Endoscopists and Surgeons as the Present and Future of High-Tech Gastroenterology in Chuvashia] in *Ekspperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya* [Experimental and Clinical Gastroenterology], №4, pp.70-74. (in Russ., abstract in Eng.)
4. Voronchikhin V.V. (2017). [Modern Technologies in the Surgery of Widespread Alveococcosis of the Liver] in *Materialy Plenuma pravleniya Assotsiatsii gepatopankreatobiliarnykh khirurgov stran SNG* [Materials of the Plenum of the Board of the Association of Hepatopancreatobiliary Surgeons of the CIS countries], Novosibirsk, pp. 8-9. (in Russ.)
5. Voronchikhin V.V. (2021). [Damage to the Bile Ducts during Laparoscopic Operations] in *Al'manakh instituta khirurgii imeni A.V. Vishnevskogo* [Almanac of the Institute of Surgery named after A.V. Vishnevsky Proceedings of the XIII Congress of Surgeons of Russia with International Participation. Moscow, № 1, pp. 247. (in Russ., abstract in Eng.)
6. Voronchikhin V.V. (2021). [Segmental liver resections] in «Aktual'nye problemy gepatopankreatobiliarnoi khirurgii» [Actual Problems of Hepatopancreatobiliary Surgery], Proceedings of the XXVIII International Congress of the Association of Hepatopancreatobiliary Surgeons of the CIS countries, pp. 64-65. (in Russ., abstract in Eng.)
7. Revishvili A.Sh. (2022). [The State of Surgical Care in the Russian Federation in 2021-2022] in *Al'manakh instituta khirurgii imeni A.V. Vishnevskogo* [Almanac of the Institute of Surgery named after A.V. Vishnevsky], №1. Proceedings of the National Congress of Surgery 2022 with international participation. Moscow, November 25-27, 2022 Access mode: <http://book.surgeons.ru/xiv-sezd-hirurgov> (in Russ.)



DOI 10.25589/GIDUV.2023.84.27.009

УДК 615.065:614.256

© Коллектив авторов, 2023

Поступила 19.05.2023 г.

**С.М. ЖУЧКОВА^{1,2,3}, Е.В. БАРСУКОВА^{1,4,5},
Е.А. СОЛЁНОВА⁴, А.Н. КРЫЦОВА⁴**

**АКТИВНОСТЬ И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ
БУ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
МИНЗДРАВА ЧУВАШИИ В ВОПРОСАХ ФАРМАКОНАДЗОРА**

¹Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,

²Чувашский региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств,

³Городская клиническая больница №1,

⁴Республиканская клиническая больница,

⁵Ассоциация «Союз медицинских работников Чувашской Республики», Чебоксары

Жучкова Светлана Михайловна

доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», руководитель Чувашского регионального центра мониторинга безопасности лекарственных средств, врач-клинический фармаколог БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии, кандидат медицинских наук, доцент

Барсукова Елена Владимировна

главный врач БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», председатель Совета Ассоциации «Союз медицинских работников Чувашской Республики», кандидат медицинских наук, доцент. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8441-939>

Солёнова Елена Александровна

врач клинический фармаколог БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, кандидат медицинских наук

Крыцова Анастасия Николаевна

врач приемного отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Адрес для переписки:

428028, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Тракторостроителей, д. 46

Тел.: +7(8352)64-87-01

E-mail: crista007@mail.ru



S.M. ZHUCHKOVA^{1,2,3}, E.V. BARSUKOVA^{1,4,5},
E.A. SOLENOVA⁴, A.N. KRYTSOVA⁴

**ACTIVITY AND AWARENESS OF DOCTORS AT THE BI
«REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL» UNDER THE PUBLIC
HEALTH MINISTRY OF CHUVASHIA IN MATTERS OF PHARMACOVIGILANCE**

¹*I.N. Ulianov Chuvash State University,*

²*Chuvash Regional Center for Monitoring the Safety of Medicines,*

³*Municipal Clinical Hospital № 1,*

⁴*Republican Clinical Hospital,*

⁵*Association «Union of Medical Workers of the Chuvash Republic», Cheboksary*

Zhuchkova Svetlana Mikhailovna

Associate Professor of Faculty and Hospital Therapy Department at the FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», Head of the Chuvash Regional Center for Monitoring the Safety of Medicines, Clinical Pharmacologist at the BI «Municipal Clinical Hospital №1» under the Public Health Ministry of Chuvashia, PhD in Medical Sciences, Associate Professor

Barsukova Elena Vladimirovna

Chief Medical Officer at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, Associate Professor of Faculty and Hospital Therapy Department at the FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», President of the Council of the Association «Union of Medical Workers of the Chuvash Republic», PhD in Medical Sciences, Associate Professor. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8441-939>

Solenova Elena Aleksandrovna

Clinical Pharmacologist at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, PhD in Medical Sciences

Krytsova Anastasia Nikolaevna

Doctor of the Emergency Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of the Chuvashia

Address for correspondence:

428028, 46, Traktorostroiteley Pr., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: +7(8352)64-87-01

E-mail: crista007@mail.ru

В статье приведены данные анализа активности и информированности врачей БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии (РКБ) о порядке фармаконадзора за период 2009-2022 гг. Ретроспективно осуществлена выборка извещений о нежелательных реакциях (НР) лекарственных препаратов (ЛП) от РКБ в автоматизированной информационной системе «Фармаконадзор» и «Фармаконадзор 2,0» по Чувашской Республике за последние 13 лет. Методом анонимного анкетирования проведен опрос врачей различных специальностей стационара и поликлиники медицинской организации на предмет информированности о порядке мониторинга безопасности и эффективности ЛП и выявляемости НР при их применении. Установлено, что за анализируемый период активность врачей в подаче извещений о НР ЛП остается невысокой, однако отмечается тенденция к росту количества карт. Наибольшее количество НР и случаев терапевтической неэффективности зарегистрировано при применении ЛП для лечения нервной системы (42,05%). По характеру НР преобладали аллергические реакции. Основной причиной незаполнения извещений о НР среди врачей РКБ явился большой объем работы с медицинской документацией.



Ключевые слова: фармаконадзор, нежелательные реакции, аллергические реакции, эффективность и безопасность лекарств.

The article presents data on the analysis of activity and awareness of doctors of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of the Chuvashia (RCH) on the procedure of pharmacovigilance for the period 2009-2022. Retrospectively, sampling of notifications about adverse reactions (AR) of pharmaceutical products (PP) from the RCH in the automated Information System «Pharmacovigilance» and «Pharmacovigilance 2,0» in the Chuvash Republic over the past 13 years was carried out. A survey of doctors of various specialties of the in-patient department and polyclinic of the medical organization was conducted by the method of anonymous questioning for awareness on the procedure for monitoring the safety and effectiveness of PP and the detectability of AR when using them. During the analyzed period, the activity of doctors in filing notifications about AR of PP was found to remain low, but there is a tendency to an increase in the number of cards. The largest number of AR and cases of therapeutic inefficiency were registered when using PP for the treatment of the nervous system (42,05%). By the nature of AR, allergic reactions prevailed. The main reason for the non-filing AR notices among RCH doctors was a large amount of work with medical documentation.

Keywords: pharmacovigilance, adverse reactions, allergic reactions, efficacy and safety of drugs.

Введение. При выборе ЛП врачу необходимо оценивать не только его эффективность, но и безопасность. С целью сбора и систематизации таких данных в мировой практике, в том числе и в Российской Федерации, функционирует система фармаконадзора [1], в рамках которой обеспечение безопасности фармакотерапии является приоритетным направлением в политике здравоохранения [2]. Среди пассивных методов контроля безопасности и эффективности ЛП в пострегистрационном периоде является аналитика опыта их использования – система регистрации и анализа спонтанных сообщений [3]. На основе нее формируется более полное представление о фармакотерапевтическом профиле ЛП, что отражается изменениями в инструкциях по его применению. Однако качественное выявление, сбор и оценка информации о НР ЛП возможны только при активном участии всех субъектов обращения лекарственных средств (производителей ЛП, медицинских и фармацевтических специалистов, пациентов и т.д.), в особенности врачей.

Ранее нами установлено, что в ряде медицинских организаций, расположенных на территории Чувашской Республики, отмечена низкая вовлеченность врачей в реализацию программы фармаконадзора [4-7]. Вследствие недостаточного объема информации о фармакотерапевтическом опыте применения лекарств на территории региона не представляется возможной объективная оценка эффективности и безопасности применения ряда ЛП у пациентов медицинских организаций Чувашии [8].

РКБ – ведущее медицинское многопрофильное учреждение Чувашской Республики, в котором ежегодно около 20 тыс. человек получают медицинскую помощь.

Цель: проанализировать активность и осведомленность врачей РКБ в сфере фармаконадзора.

Материалы и методы. Объектами исследования явились заполненные формы опроса врачей РКБ (n=31), а также спонтанные сообщения о НР ЛП (n=3167). Опрос врачей РКБ проводился методом анонимного анкетирования с помощью электронного ресурса «Google Формы» (рис. 1). Анкета включала в себя три блока вопросов: 1 – сведения о враче (стаж работы, специальность, место работы – поликлиника или стационар), 2 – информация о НР, 3 – вопросы о системе мониторинга безопасности ЛС. Оценка спонтанных сообщений НР ЛП, поступивших за период 01.01.2009 по 31.12.2022 г. в Чувашский региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств и зарегистрированных согласно Порядку осуществления фармаконадзора [1] с исключением из выборки повторных и невалидных сообщений, анализировалась ретроспективным методом.

При обработке полученных результатов в качестве контроля использовали соотношение «300 поданных извещений о НР / год на 1 млн жителей региона» [6]. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты. За период 2009-2022 гг. врачами РКБ оформлено 214 извещений о развитии НР / терапевтической неэффективности ЛП, что составило 6,8% от общего числа всех зарегистрированных извещений (рис. 1). Примечательно, что активность докторов в разные годы была различной. В целом отмечается тенденция к росту числа регистрации и качества спонтанных сообщений.

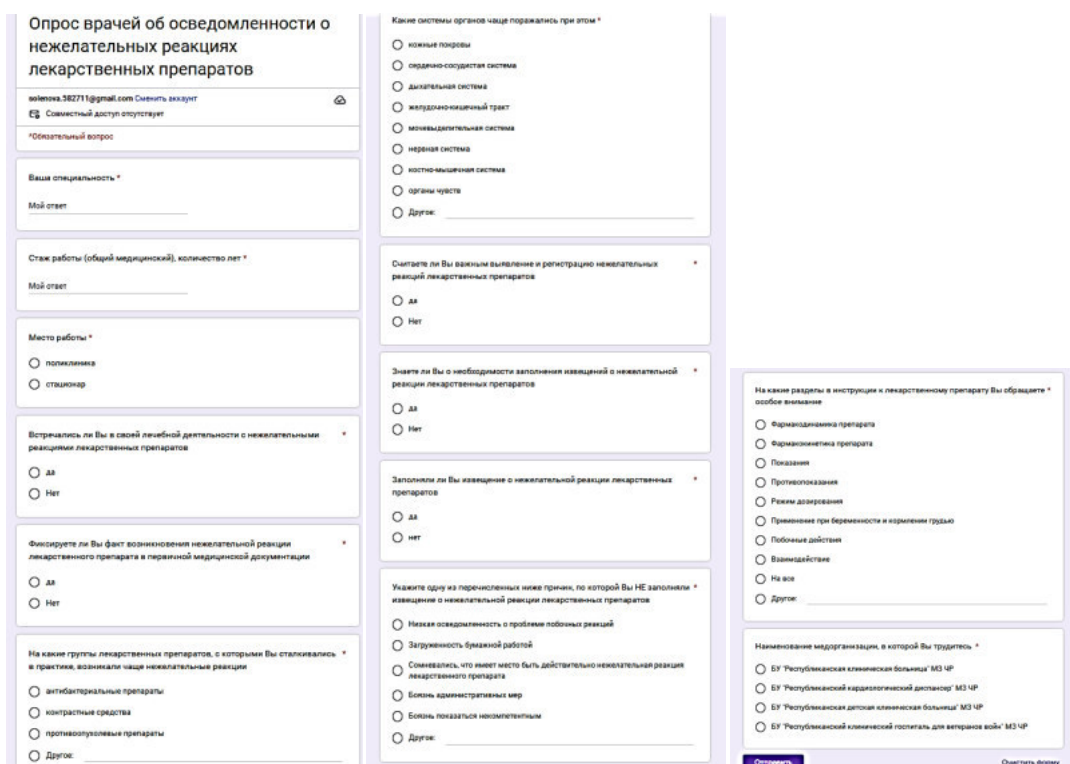


Рис. 1. Форма анкеты опроса врачей об осведомленности о НР ЛП

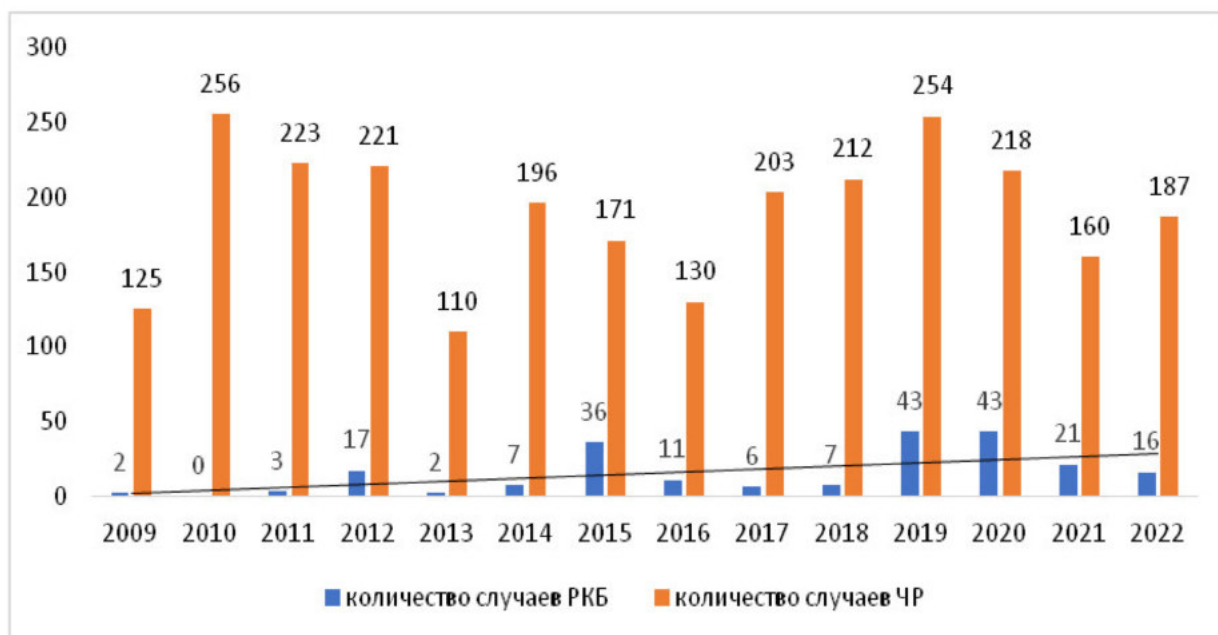


Рис. 2. Активность врачей РКБ по подаче извещений о НР или об отсутствии терапевтического эффекта ЛП

Для выявления причин низкой активности врачей РКБ по подаче извещений о НР ЛП проанализированы результаты анкетирования (рис. 2).

В опросе об осведомленности врачей о проблемах НПР принял участие 31 человек, что составило 10,9% от всего врачебного состава медицинской организации.

Сведения по профилям специальностей, месту и стажу трудовой деятельности представлены на рис. 3.

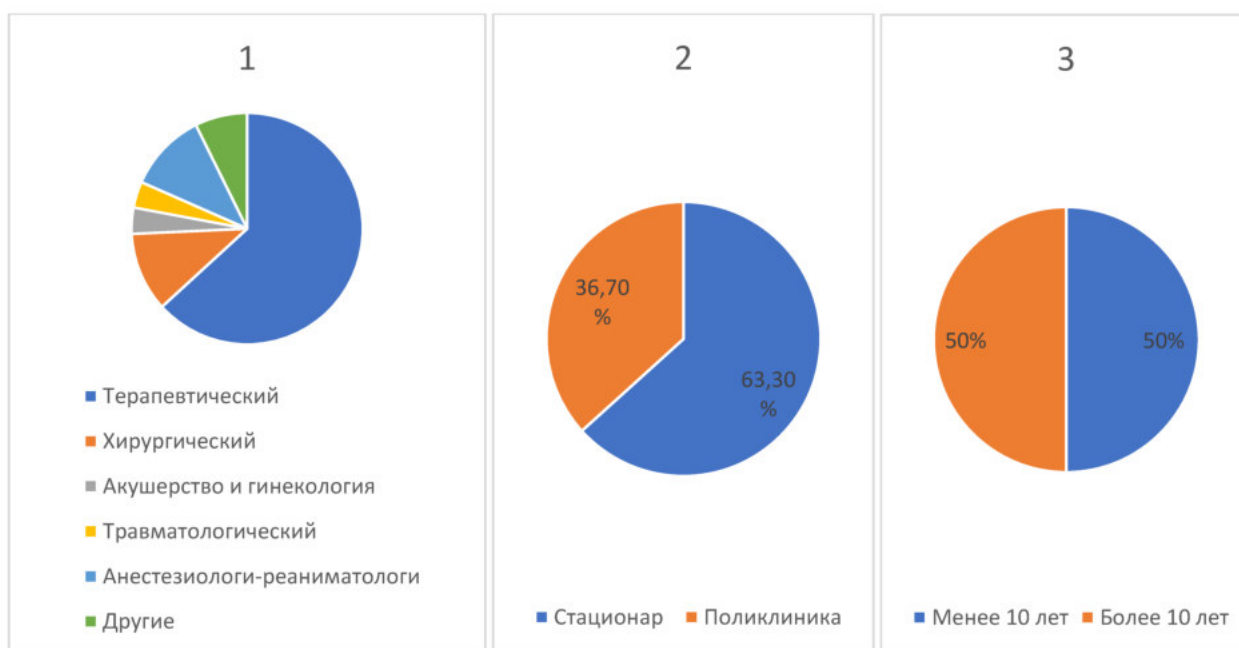


Рис. 3. Структура профилей (1) врачей РКБ, принявших участие в опросе, и места работы (2), их стажа (3)



Установлено, что 93,5% опрошенных сталкивались в практической деятельности с НР ЛП вне зависимости от стажа и трудовой специальности.

Почти три четверти опрошенных (70,9%), выявивших НР, фиксировали данный факт в первичной медицинской документации согласно требованиям законодательства по фармаконадзору.

Респонденты сходятся во мнении, что в практической деятельности приходится чаще сталкиваться с побочными действиями антибактериальных препаратов (61,2%), средств, влияющих на нервную систему (13,3%), или комбинаций ЛП разных фармакологических групп (6,7%).

Среди проявлений НР ЛП врачи чаще встречались с поражением кожных покровов (66,7%), желудочно-кишечного тракта (16,7%). С анафилактическим шоком столкнулся один врач терапевтического профиля.

О необходимости регистрации и заполнения извещений о подозреваемых НР осведомлены 93,5% респондентов. При этом все опрошенные отмечают важность выявления и регистрации НР в медицинской документации, но самостоятельно заполняли извещение лишь 40% врачей.

Ведущей причиной низкой активности по заполнению извещений о НР в медицинской организации врачи назвали «загруженность бумажной работой» (43,3%), сомнения в достоверном наличии НР у пациента (23,3%), делегирование полномочий на заполнение извещения на заведующего отделением / клинического фармаколога / специалиста первичного звена (13,3%). Отметим, что ни одним из респондентов не выбраны такие причины, как недостаточная информированность о проблеме НР, боязнь административных мер и страх показаться некомпетентным.

При выборе ЛП 83,3% опрошенных обращают внимание на все разделы инструкции по его применению, 13,3% ознакамливаются лишь с противопоказаниями, 3,4% – только с показаниями. В отдельности раздел «Побочное действие» доктора не оценивают.

Обсуждение. Проанализированные спонтанные сообщения охватывают значительный временной интервал (2009-2022), т.е. с момента становления и активного развития службы клинической фармакологии в Чувашской Республике. Это отражает динамику активности врачей РКБ в структуре активности всех медицинских организаций региона [4-7].

По рейтингу активности медицинских организаций региона за всю историю фармаконадзора РКБ входит в тройку лидеров наряду с БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии и БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии [7].



Несмотря на то, что в РКБ нет прикрепленного населения, в сравнении с контрольным показателем активность врачей РКБ, как и врачей других медицинских организаций Чувашской Республики, в подаче извещений о НР ЛП недостаточная. Согласно результатам опроса, можно предположить, что низкая активность врачей коррелирует с наличием большого объема работы с медицинской документацией. Средний стаж респондентов составил 17 ± 13 лет, что, возможно, влияет на оптимизацию работы по заполнению извещений о НР ЛП с использованием электронных форм. Это требует дальнейшего изучения данной гипотезы. Вместе с тем следует отметить, что небольшое количество поданных извещений о НР ЛП предположительно зависит и от формы организации фармаконадзора в РКБ, где функция заполнения извещений возложена на врачей. Существует опыт других медицинских организаций, в которых заполнение извещений о НР ЛП осуществляет врач-клинический фармаколог. Однако такая форма организации фармаконадзора вносит большую долю субъективности в данные о НР, так как врач-клинический фармаколог, не наблюдающий пациента столь регулярно, как это осуществляет лечащий врач, не обладает полной информацией о НР для максимально объективного ее описания. Из чего следует, что для оптимизации системы фармаконадзора в медицинском учреждении необходимо активное сотрудничество между лечащим врачом и врачом-клиническим фармакологом.

Еще одним из путей преодоления низкой активности РКБ в подаче извещений о НР ЛП является внедрение активного метода – анализа триггеров НР ЛП (факты назначения антигистаминных ЛП, ЛП-«антидотов», повышение МНО более 6, активности АлТ, АсТ более 2 норм верхней границы и т.д.) [9].

Несмотря на то, что ни одним из респондентов среди причин незаполнения извещений не указаны недостаточная информированность о проблеме НР, боязнь административных мер и страх показаться некомпетентным, в литературе описано, что регулярное участие врачей в образовательных мероприятиях по фармаконадзору при поддержке администрации способствует повышению вовлеченности специалистов в процесс фармаконадзора [10]. Отметим важность активной консультационной работы врача-клинического фармаколога и методов персонального консультирования специалистов, проведения обучающих кустовых и общебольничных семинаров с последующим контролем навыков заполнения НР ЛП. Однако для реализации вышеописанных мер в РКБ необходимы достаточные кадровая и штатная обеспеченность данными специалистами с выделением отдельного структурного подразделения – отделения клинической фармакологии [11], а также внедрение функции поиска триггеров в медицинской информационной системе [9].

Основным законодательным документом, регламентирующим применение ЛП, является инструкция по его применению. Как показали результаты опроса, при назначении ЛП врачи



РКБ активно пользуются полной инструкцией по их применению, в меньшей степени обращают внимание исключительно на отдельные ее разделы, такие как «Противопоказания» и «Показания». Стоит отметить, что при назначении ЛП необходимо обращать внимание на все разделы инструкции, а не на отдельные разделы выборочно, так как наличие неполной информации о ЛП может способствовать развитию НР вследствие недооценки особенностей фармакокинетики, фармакодинамики и взаимодействия ЛП.

Заключение. Таким образом, нами установлено, что в период с 2009 по 2022 г. активность врачей РКБ по заполнению извещений о НР была невысока, что обусловлено различными факторами (врачебным, кадровым, организационным), однако в настоящее время имеет тенденцию к росту. Для дальнейшего совершенствования фармаконадзора в организации необходимо вести постоянную работу по повышению мотивации врачей на своевременное выявление НР при назначении ЛП, их регистрацию в медицинской документации и подачу извещения, дальнейшее внедрение системы триггеров НР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Росздравнадзора от 15.02.2017 № 1071 (ред. от 16.07.2020) «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.03.2017 № 46039. Дата обращения 06.05.2023. <https://rg.ru/2017/03/23/roszdravnadzor-prikaz1071-site-dok.html>
2. Крашенинников А.Е., Матвеев А.В., Марченко С.Д. Организация российской системы фармаконадзора: результаты опроса уполномоченных лиц по фармаконадзору. *Безопасность и риск фармакотерапии*. 2021;9(3):154-160.
3. Матвеев А.В., Крашенинников А.Е., Егорова Е.А. Сравнительный анализ карт-извещений о нежелательных лекарственных реакциях. *Вестник Росздравнадзора*. 2018;3:59-67.
4. Тарасова Л.В., Жучкова С.М., Бусалаева Е.И. Информированность врачей Чувашской Республики о проблеме неблагоприятных побочных реакций лекарственных средств. *Медицинский альманах*. 2017;1:91-94.
5. Жучкова С.М., Дубов В.В., Бусалаева Е.И., Иванова А.Л., Дубинина М.В., Галкина Н.А. Осведомленность врачей Чувашской Республики о проблеме неблагоприятных побочных реакций лекарственных средств. *Сборник трудов конференции «Спешите делать добро»*. Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти заведующего кафедрой госпитальной терапии №1, д.м.н., проф. В.Н. Саперова. 2016;59-61.
6. Жучкова С.М., Дубов В.В., Белова Н.В. Безопасность лекарственных средств. Опыт работы Чувашского регионального центра мониторинга безопасности лекарственных средств. *Здравоохранение Чувашии*. 2012;4:52-57.
7. Жучкова С.М., Бусалаева Е.И., Дубова А.В., Семенова В.А. Активность врачей БУ «Городская клиническая больница №1» в сфере фармаконадзора. *Совершенствование медицинской помощи: современные технологии лечения и реабилитации в практике врачей различных специальностей*. Материалы научно-практической конференции, посвящен-



- ной 55-летию Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова и 45-летию Городской клинической больницы № 1. Чебоксары. 2022:85-88.
8. Литвиненко Т.С., Полинская Т.А., Шишов М.А., Сафроненко А.В., Гандгорн Е.В. Фармаконадзор: фокус на анализ спонтанных сообщений. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2023;4(1):46-52.
 9. Сычев Д.А. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения: учебное пособие. 2016:249.
 10. Афанасьева Т.Г., Стародубцева И.О. Оценка информированности фармацевтических работников о их компетенции в вопросах фармаконадзора. *Евразийский союз ученых*. 2019;2(2):37-39.
 11. Приказ Минздрава России от 02.11.2012 № 575н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «клиническая фармакология» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.12.2012 № 26215).

REFERENCES

1. Order of Roszdravnadzor dated 15.02.2017 № 1071 (ed. dated 16.07.2020) «On approval of the Pharmacovigilance Procedure» (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation 20.03.2017 № 46039. accessed on 06.05.2023. <https://rg.ru/2017/03/23/roszdravnadzor-prikaz1071-site-dok.html> (in Russ.))
2. Krashennikov A.E., Matveev A.V., Marchenko S.D. (2021). [Organization of the Russian Pharmacovigilance System: Results of a Survey of Authorized Persons for Pharmacovigilance] in *Bezopasnost' i risk farmakoterapii* [Safety and Risk of Pharmacotherapy], № 9(3), pp 154-160. (in Russ., abstract in Eng.)
3. Matveev A.V., Krashennikov A.E., Egorova E.A. (2018). [Comparative Analysis of Notification Cards about Adverse Drug Reactions] in *Vestnik Roszdravnadzora* [Bulletin of Roszdravnadzor], № 3, pp. 59-67. (in Russ., abstract in Eng.)
4. Tarasova L.V., Zhuchkova S.M., Busalaeva E.I. (2017). [Awareness of Doctors of the Chuvash Republic about the Problem of Adverse Side Reactions of Medicines] in *Meditinskii al'manakh* [Medical Almanac], №1, pp. 91-94. (in Russ., abstract in Eng.)
5. Zhuchkova S.M., Dubov V.V., Busalaeva E.I., Ivanova A.L., Dubinina M.V., Galkina N.A. (2016). [Awareness of Doctors of the Chuvash Republic about the Problem of Adverse Side Reactions of Medicines]. «*Speshite delat' dobro*». *Mezhregional'naya nauchno-prakticheskaya konferentsiya, posvyashchennaya pamyati zaveduyushchego kafedroi gospital'noi terapii №1 d.m.n., prof. V.N. Saperova* [«Hurry up to do good». Interregional scientific and practical conference dedicated to the memory of the head of the of Hospital Therapy Department № 1, Doctor of Medical Sciences, Prof. V.N. Saperov. Proc. Sci. And Pract. Conf.], pp. 59-61. (in Russ.).
6. Zhuchkova S.M., Dubov V.V., Belova N.V. (2012). [Safety of Medicines. Experience of the Chuvash Regional Center for Monitoring the Safety of Medicines] in *Zdravookhranenie Chuvashii* [Healthcare of Chuvashia], № 4, pp. 52-57. (in Russ.)
7. Zhuchkova S.M., Busalaeva E.I., Dubova A.V., Semenova V.A. (2022). [The activity of Doctors of the Municipal Clinical Hospital № 1 in the Field of Pharmacovigilance]. *Sovershenstvovanie meditsinskoi pomoshchi: sovremennye tekhnologii lecheniya i reabilitatsii v praktike vrachei razlichnykh spetsial'nostei. Nauchno-prakticheskaya konferentsiya, posvyashchennaya 55-letiyu Chuvashskogo gosudarstvennogo universiteta imeni I.N. Ul'yanova i 45-letiyu Gorodskoi klinicheskoi bol'nitsy № 1*. [Improvement of Medical Care: Modern Technologies of Treatment and Rehabilitation in the Practice of Doctors of Vari-



- ous Specialties. Proc. of the scientific and practical conference dedicated to the 55th anniversary of I. N. Ulianov Chuvash State University and the 45th anniversary of the Municipal Clinical Hospital № 1], Cheboksary, pp. 85-88. (in Russ., abstract in Eng.)
8. Litvinenko T.S., Polinskaya T.A., Shishov M.A., Safronenko A.V., Gantsgorn E.V. (2023). [Pharmacovigilance: Focus on the Analysis of Spontaneous Reports] in *Yuzhno-Rossiiskii zhurnal terapevticheskoi praktiki* [South-Russian Journal of Therapeutic Practice], № 4(1), pp. 46-52. (in Russ., abstract in Eng.)
 9. Sychev D.A. (2016). *Polipragmazija v klinicheskoi praktike: problema i reshenija: uchebnoe posobie* [Polypharmacy in Clinical Practice: Problem and Solutions: A Textbook], 249 p. (in Russ.)
 10. Afanas'eva T.G., Starodubceva I.O. (2019). [Assessment of the Awareness of Pharmaceutical Workers about their Competence in Pharmacovigilance] in *Evrazijskij sojuz uchenyh* [Eurasian Union of Scientists], № 2(2), pp. 37-39. (in Russ., abstract in Eng.)
 11. Order of the Health Ministry of Russia dated 02.11.2012 № 575n «On Approval of the Procedure for the Provision of Medical Care in the Profile «Clinical Pharmacology» (Registered with the Ministry of Justice of Russia on 20.12.2012 № 26215). (in Russ.)



DOI 10.25589/GIDUV.2023.11.53.010

УДК 616.379-008.64-085

© Мадянов И.В., Ильина А.А., Диарова А.А., 2023

Поступила 22.05.2023 г.

**И.В. МАДЯНОВ^{1,2}, А.А. ИЛЬИНА¹,
А.А. ДИАРОВА¹**

**ОПТИМИЗАЦИЯ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ. ФОКУС НА ГЛИФЛОЗИНЫ**

¹Республиканская клиническая больница,
²Институт усовершенствования врачей, Чебоксары

Мадянов Игорь Вячеславович

заведующий эндокринологическим отделением БУ «Республиканская клиническая больница», заведующий курсом эндокринологии ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, доктор медицинских наук, профессор

Ильина Анастасия Александровна

врач отделения эндокринологии БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Диарова Антонина Алексеевна

врач отделения эндокринологии БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Адрес для переписки:

428018, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Сеспеля, д. 27

Тел.: +7(8352) 70-92-42

E-mail: igo-madyanov@yandex.ru

**I.V. MADYANOV^{1,2}, A.A. ILYINA¹,
A.A. DIAROVA¹**

**OPTIMIZATION OF HYPOGLYCEMIC THERAPY
IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH A VERY HIGH
CARDIOVASCULAR RISK. FOCUS ON GLYPHLOZINES**

¹Republican Clinical Hospital,
²Postgraduate Doctors' Training Institute, Cheboksary

Madyanov Igor Vyacheslavovich

Head of the Endocrinology Department of the BI «Republican Clinical Hospital», head of the endocrinology course at the SAI of SPE «Postgraduate Doctors' Training Institute» under the Public Health Ministry of Chuvashia, Dr. Habil. in Medical Sciences, Professor

**Цыина Anastasia Aleksandrovna**

Doctor of Endocrinology Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Diarova Antonina Alekseevna

Doctor of Endocrinology Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Address for correspondence:

429018, 27, M. Sospel Str., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: +7(8352) 70-92-42

E-mail: igo-madyanov@yandex.ru

В работе проведен ретроспективный анализ эффективности сахароснижающих препаратов у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа с очень высоким сердечно-сосудистым риском (ОВССР) в процессе стационарного лечения. Установлено, что достижению оптимальных результатов лечения в этой группе больных препятствуют более старший возраст, длительный стаж заболевания, выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации в почках, высокая коморбидность и низкая приверженность к лечению со стороны больных. Показано, что оптимизация лечения у больных СД 2-го типа с ОВССР достоверно связана со снижением частоты назначения секретогогов и более частым использованием в терапии глифлозинов (ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа). Делается вывод о целесообразности активного применения глифлозинов у больных с СД 2-го типа с ОВССР.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, сердечно-сосудистый риск, глифлозины, ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа.

The paper presents a retrospective analysis of hypoglycemic drugs effectiveness in patients with type 2 diabetes mellitus (DM) with a very high cardiovascular risk (VHCVR) during inpatient treatment. Achievement of optimal treatment results in this group of patients was found to be hindered by older age, a long history of the disease, a marked decrease in the glomerular filtration rate in the kidneys, high comorbidity and low adherence to treatment on the part of patients. Optimization of treatment in patients with type 2 DM with VHCVR was shown to be significantly associated with a decrease in the frequency of secretagogues prescribing and a more frequent use of gliflozines (type 2 sodium-glucose co-transporter inhibitors) in therapy. The conclusion is made about the expediency of active using gliflozines in patients with type 2 DM with VHCVR.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, cardiovascular risk, glyflosines, type 2 sodium-glucose co-transporter inhibitors.

Во всем мире происходит увеличение распространенности СД, среди которого доминирует СД 2-го типа [1]. В последние годы утвердилось мнение, согласно которому наличие у пациента СД 2-го типа практически в обязательном порядке предполагает наличие у него и сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) [2].

В реализации сердечно-сосудистых поражений при СД 2-го типа задействовано множество факторов, включая возраст, генетические, клинические, гормонально-метаболические и



поведенческие факторы [3, 4], которые, в свою очередь, необходимо учитывать при курации этой категории больных. Сложность лечения больных СД 2-го типа заключается в соблюдении баланса между нормализацией (снижением) гликемии до оптимальных значений и минимизацией потенциальных кардиоваскулярных рисков, связанных с данным лечением. В связи этим уместно отметить, что многочисленные научные исследования, накопленный клинический опыт с применением различных групп сахароснижающих препаратов при СД 2-го типа позволили в последние годы выработать подходы к оптимизации терапии этого заболевания с учетом его органичной связи с сердечно-сосудистой патологией. В результате этих подходов кардиоваскулярная безопасность ставится во главу угла при определении тактики и стратегии сахароснижающей терапии у любого больного СД 2-го типа, не говоря уже о пациентах с высоким или очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Целью работы явился ретроспективный анализ эффективности различных групп сахароснижающих препаратов в плане достижения оптимизации лечения больных СД 2-го типа с очень высоким сердечно-сосудистым риском на этапе стационарного лечения.

Материалы и методы. В открытое неконтролируемое нерандомизированное одномоментное исследование включены 162 пациента с СД 2-го типа, проходивших стационарное лечение в отделении эндокринологии БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии с января по апрель 2020 года.

Возраст пациентов находился в диапазоне от 33 до 80 лет (средний возраст – 62,2, медиана – 63 года), длительность заболевания варьировала 2 до 23 лет (средняя длительность – 11,3 года, медиана – 10 лет). Мужчин было 58, женщин – 104.

Критериями включения в исследование явились: СД 2-го типа с продолжительностью заболевания не менее 2 лет, возраст пациентов – от 30 до 80 лет, предшествующее медикаментозное лечение сахароснижающими препаратами не менее года. Критериями исключения явились СД 1-го типа, острые гнойно-воспалительные заболевания, urgentные состояния, психические расстройства.

Клиническое обследование включало оценку жалоб, сбор анамнеза, физикальное обследование с оценкой антропометрических данных (рост, масса тела, индекс массы тела), измерение параметров артериального давления. При необходимости больным назначали консультацию кардиолога, офтальмолога, невропатолога и других специалистов. Из данных анамнеза учитывали перенесенные сердечно-сосудистые события и наличествующие ССЗ. На основании опросного метода (тест Мориски-Грина – MMAS-4) оценивали приверженность больных к лечению [5], по совокупности клинико-anamnestических данных вычисляли индекс коморбидности Charlson et al. [6].



Наряду со стандартными общеклиническими исследованиями у всех пациентов в плазме крови определяли показатели липидного (общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеинов высокой и низкой плотности), углеводного (глюкоза крови в составе гликемического профиля, гликированный гемоглобин) обменов, уровень мочевой кислоты, креатинина. На основании последнего рассчитывали скорость клубочковой фильтрации по общеизвестной формуле СКДЕРІ (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration).

В соответствии с рекомендациями ESC/EASD по СД, предиабету и ССЗ 2019 года [2] всех больных СД 2-го типа ранжировали по группам умеренного, высокого и ОВССР. Среди больных СД 2-го типа выделяли 2 группы: с ОВССР и без ОВССР. Данное сообщение посвящено ретроспективному анализу эффективности лечения больных с ОВССР.

В зависимости от результатов показателей гликемического профиля (определения не менее 4 значений гликемии в течение суток) на момент поступления и выписки из стационара выделяли группу пациентов с достигнутой оптимизацией лечения и группу больных, у которых оптимизации лечения достигнуть не удалось. При этом руководствовались требованиями к выбору препарата и оценке его эффективности с учетом индивидуальных целей контроля и доминирующей клинической проблемы у больного СД 2-го типа, изложенными в современных рекомендациях по оказанию специализированной медицинской помощи больным СД [7].

Для статистической обработки данных использовали программу Statistica 12.0. В качестве порогового уровня статистической значимости принимали значение $p=0,05$.

Результаты и обсуждение. За период наблюдения, охваченный анализом, в отделении эндокринологии в качестве сахароснижающих препаратов использовались инсулины, бигуаниды (метформин), секретогоги (производные сульфонилмочевины и глиниды), ингибиторы дипептидилпептидазы 4 (иДПП-4) (глиптины) и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ-2) (глифлозины) и агонисты рецепторов глюкагонподобного пептида 1 (ГПП-1). Из существующих на сегодняшний день сахароснижающих препаратов не применялись группы ингибиторов альфа-глюкозидазы и тиазолидиндионы (глитазоны). Набор используемых в нашем исследовании сахароснижающих средств является традиционным при лечении подавляющего числа больных СД 2-го типа как в Чувашской Республике, так и в большинстве регионов Российской Федерации.

Из 162 больных СД 2-го типа, охваченных исследованием, ОВССР имели 82, что составило $50,6 \pm 3,9\%$. В ходе стационарного этапа лечения, как показал динамический анализ показателей гликемического профиля, у 52 пациентов с ОВССР (63,4%) удалось добиться оптимизации лечения, а у 30 больных (36,4%) приемлемых показателей достичь не удалось.



Как следует из данных, представленных в табл. 1, достижению оптимизации лечения у больных СД 2-го типа с ОВССР препятствуют более старший возраст, длительный стаж заболевания, выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации, высокая коморбидность и низкая приверженность к лечению со стороны больных.

Таблица 1

Достоверные различия клинико-лабораторных показателей у больных СД 2-го типа с ОВССР в зависимости от результатов коррекции сахароснижающей терапии, $M \pm m$

Показатель, ед. изм.	Оптимизация сахароснижающей терапии		Уровень значимости различий
	достигнута (n=52)	не достигнута (n=30)	
Возраст, годы	61,9±8,8	69,1±5,7	P=0,0001 (T=4,0)
Длительность СД 2-го типа, годы	12,6±5,7	16,9±6,8	P=0,0033 (T=3,0)
СКФ, мл/мин	72,2±18,4	62,8±19,7	P=0,023 (T=2,3)
Индекс коморбидности Charlson, баллы	5,41±1,41	6,27±1,11	P=0,006 (T=2,82)
Приверженность к лечению, баллы	2,85±0,8	2,23±0,86	P=0,0017 (T=3,25)

В соответствии с основной целью исследования проведен ретроспективный анализ эффективности различных групп сахароснижающих препаратов в плане достижения оптимизации лечения больных СД 2-го типа с ОВССР в процесс стационарного этапа лечения. Для этого изучали частоту назначения сахароснижающих препаратов на момент поступления и выписки из стационара в 2 подгруппах больных с ОВССР: с достигнутой оптимизацией терапии и без таковой.

Как видно из данных, представленных в табл. 2, в группе больных СД 2-го типа, в которой удалось оптимизировать сахароснижающую терапию, позитивные изменения в лечении достигались в основном за счет уменьшения частоты назначения секретогогов и значительно более частого включения в терапию глифлозинов, тогда как в группе больных СД 2-го типа с ОВССР, у которых не удалось оптимизировать сахароснижающую терапию, изменения в лечении статистически не улавливались.

Таблица 2

*Изменения частоты назначения
сахароснижающих препаратов у больных СД 2-го типа с ОВССР
в зависимости от достигнутых результатов лечения*

Группы сахароснижающих препаратов	При поступлении	При выписке	Достоверность различий
Больные СД 2-го типа с ОВССР и достигнутой оптимизацией терапии (n=52)			
1. Инсулины	38,5% (n=20)	44,2% (n=23)	$\chi^2=0,36$, p=0,55
2. Метформин	82,7% (n=43)	94,2% (n=49)	$\chi^2=3,4$, p=0,066
3. Секретагоги	65,4% (n=34)	40,4 (n=21)	$\chi^2=6,5$, p=0,011
4. иДПП-4	19,2% (n=10)	23,1% (n=12)	$\chi^2=0,23$, p=0,61
5. Глифлозины	25% (n=13)	57,7 (n=30)	$\chi^2=11,5$, p=0,0007
6. Агонисты рецепторов ГПП-1	0% (n=0)	3,8% (n=2)	$\chi^2=2,0$ p=0,15
Больные СД 2-го типа с ОВССР без достигнутой оптимизации терапии (n=30)			
1. Инсулины	63,3% (n=19)	70,0% (n=21)	$\chi^2=0,58$, p=0,3
2. Метформин	76,7% (n=23)	90% (n=27)	$\chi^2=1,92$, p=0,17
3. Секретагоги	40% (n=12)	36,7% (n=11)	$\chi^2=0,07$, p=0,8
4. иДПП-4	20% (n=6)	23,3% (n=7)	$\chi^2=0,1$, p=0,75
5. Глиифлозины	6,7% (n=2)	3,3% (n=1)	$\chi^2=0,35$, p=0,55
6. Агонисты рецепторов ГПП-1	(n=0)	(n=0)	–

Таким образом, результаты наших исследований подтверждают справедливость многочисленных данных литературы последних лет [7] о целесообразности более широкого применения глифлозинов у больных СД 2-го типа, в том числе с учетом их кардиоваскулярной безопасности, кардиопротективных свойств, благоприятного влияния на углеводный и другие обмены. Особенно ценно то, что глифлозины могут рассматриваться в качестве эффективных сахароснижающих средств у такой уязвимой категории больных, как пациенты с очень высоким кардиоваскулярным риском.

**Выводы:**

1. У больных СД 2-го типа с ОВССР достижению оптимального контроля за течением заболевания препятствуют более старший возраст, длительный стаж заболевания, выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации в почках, высокая коморбидность и низкая приверженность к лечению со стороны больных.
2. Оптимизация лечения у больных СД 2-го типа с ОВССР достоверно связана со снижением частоты назначения секретогогов и более частым использованием в терапии глифлозинов.
3. Глифлозины – препараты выбора у больных СД 2-го типа с очень высоким кардиоваскулярным риском.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета на 01.01.2021. *Сахарный диабет*. 2021; 24 (3): 204-221. DOI: <https://DOI.org/10.14341/DM12759>
2. 2019 Рекомендации ESC/EASD по сахарному диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(4):3839. DOI:10.15829/1560-4071-2020-3839
3. Вербовой А.Ф., Вербовая Н.И., Долгих Ю.А. Симбиоз кардиологии и эндокринологии. *Медицинский совет*. 2020;(14):80-89. DOI: 10.21518/2079-701X-2020-14-80-89.
4. Miloserdova OV, Slominsky PA, Madyanov IV, Markov DS, Balabolkin MI, Limborska SA. Association between the Insertion/Deletion Polymorphism of the Angiotensin-Converting Enzyme Gene and Angiopathy in Patients with Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus in Chuvash Republic. *Russian Journal of Genetics*. 2001;1:112-116.
5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care*. 1986;24:67-73. DOI:10.1097/00005650-198601000-00007.
6. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373-383.
7. Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю., Мокрышева Н.Г. и др. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 10-й выпуск. *Сахарный диабет*. 2021;24(1S):1-148. <https://DOI.org/10.14341/DM12802>

REFERENCES

1. Dedov I.I., Shestakova M.V., Vikulova O.K., Zheleznyakova A.V., Isakov M.A. (2021). [Epidemiological Characteristics of Diabetes Mellitus in the Russian Federation: Clinical and Statistical Analysis According to the Federal Register of Diabetes Mellitus as of 01.01.2021] in *Saharnyj diabet* [Diabetes mellitus], № 24 (3), pp. 204-221. DOI: <https://DOI.org/10.14341/DM12759> (in Russ., abstract in Eng.)



2. 2019 ESC/EASD Guidelines on Diabetes Mellitus, Prediabetes and Cardiovascular Diseases. *Rossijskij kardiologičeskij zhurnal* [Russia Cardiological Journal], № 25 (4), pp. 3839. DOI:10.15829/1560-4071-2020-3839 (in Russ.)
3. Verbovoj A.F., Verbovaja N.I., Dolgih Ju.A. (2020). [Symbiosis of Cardiology and Endocrinology] in *Medicinskij sovet* [Medical Advice], №14, pp. 80-89. DOI: 10.21518/2079-701X-2020-14-80-89. (in Russ., abstract in Eng.)
4. Miloserdova O.V., Slominsky P.A., Madyanov I.V., Markov D.S., Balabolkin M.I., Limborska S.A. (2001). [Association between the Insertion/Deletion Polymorphism of the Angiotensin-Converting Enzyme Gene and Angiopathy in Patients with Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus in Chuvash Republic] in *Rossijskij genetičeskij zhurnal* [Russian Journal of Genetics], № 1, pp. 112-116. (in Russ., abstract in Eng.)
5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care*. 1986;24:67-73. DOI:10.1097/00005650-198601000-00007.
6. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373-383.
7. Dedov I.I., Shestakova M.V., Majorov A.Ju., Mokrysheva N.G. et al. (2021). [Algorithms of Specialized Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. 10th edition] in *Saharnyj diabet* [Diabetes mellitus], № 24(1S), pp. 1-148. <https://DOI.org/10.14341/DM12802> (in Russ., abstract in Eng.)



DOI 10.25589/GIDUV.2023.53.44.003

УДК 616.85:616.727.4

© Коллектив авторов, 2023

Поступила 03.05.2023 г.

**А.Н. ЭРИСТОВ¹, Т.В. ЩУКИНА², В.Н. ФЕДОРОВ¹,
О.И. УГЛЕВ¹, И.В. КАДИКОВ¹, В.Л. ИВАНОВ¹,
А.В. ГРИГОРЬЕВ¹**

**АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОТКРЫТОГО
ДОСТУПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
И СОПУТСТВУЮЩИХ НОЗОЛОГИЙ**

¹Республиканская клиническая больница,

²Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары

Эристов Алексей Николаевич

врач травматолог-ортопед отделения травматологии и ортопедии БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Щукина Татьяна Владимировна

ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

Федоров Владимир Николаевич

врач травматолог-ортопед отделения травматологии и ортопедии БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Углев Олег Иванович

заведующий отделением травматологии и ортопедии БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Кадиков Иван Васильевич

врач травматолог-ортопед отделения травматологии и ортопедии БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Иванов Виктор Леонидович

врач травматолог-ортопед отделения травматологии и ортопедии БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Григорьев Андрей Валерьевич

врач травматолог-ортопед отделения травматологии и ортопедии БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Адрес для переписки:

428018, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Московский пр., д. 9

Тел.: 89088468846

E-mail: alik767@mail.ru



A.N. ERISTOV¹, T.V. SHCHUKINA², V.N. FEDOROV¹,
O.I. UGLEV¹, I.V. KADIKOV¹, V.L. IVANOV¹,
A.V. GRIGORIEV¹

**ANALYSIS OF OPEN-ACCESS SURGICAL TREATMENT
DEPENDING ON THE DURATION OF DISEASES AND
CONCOMITANT NOSOLOGIES**

¹Republican Clinical Hospital,
²I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary

Eristov Alexey Nikolaevich

Traumatologist-orthopedist of Traumatology and Orthopedics Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Shchukina Tatiana Vladimirovna

Assistant of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology Department at FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University»

Fedorov Vladimir Nikolaevich

Traumatologist-orthopedist of Traumatology and Orthopedics Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Uglev Oleg Ivanovich

Head of Traumatology and Orthopedics Department of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Kadikov Ivan Vasilyevich

Traumatologist-orthopedist of Traumatology and Orthopedics Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Ivanov Viktor Leonidovich

Traumatologist-orthopedist of Traumatology and Orthopedics Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Grigoriev Andrey Valerievich

Traumatologist-orthopedist of Traumatology and Orthopedics Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Address for correspondence:

428018, 9, Moskovsky Pr., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: 79088468846

E-mail: alik767@mail.ru

Проведен проспективный анализ хирургического лечения открытым доступом синдрома запястного канала у больных с различным стажем заболевания в возрасте от 18 до 70 лет. Среди всех больных, включенных в исследование (n=221), у 11,31 % пациентов (n=25) имелся остеохондроз шейного отдела позвоночника, сахарный диабет наблюдался у 8,14 % (n=18), перелом дистального эпиметафиза лучевой кости в анамнезе – у 3,62 % (n=8). Длительность заболевания до 5 лет составила 36,65 % (n=81), более 5 лет – 63,35 % (n=140). Для



субъективной оценки неврологического дефицита использовалась шкала функциональных нарушений. Мы оценивали эффективность хирургического лечения до оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде, по степени регресса болевого синдрома, парестезий и субъективного клинического улучшения по показателям шкалы функциональных нарушений. По результатам нашего исследования, больные сахарным диабетом имеют менее благоприятный реабилитационный прогноз после проведенного хирургического лечения. Тем не менее открытая декомпрессия срединного нерва при синдроме запястного канала остается приоритетной тактикой лечения и приводит к практически полному регрессу болевого синдрома и значительному клинико-функциональному улучшению.

Ключевые слова: синдром (запястного) карпального канала, сахарный диабет, шкала функциональных нарушений, микрохирургия кисти.

A prospective analysis of open-access surgical treatment of carpal tunnel syndrome in patients with different disease experience aged 18 to 70 years was carried out. Among all patients included in the study (n=221), 11,31% of patients (n=25) had osteochondrosis of the cervical spine, diabetes mellitus was observed in 8,14% (n=18), 3,62% (n=8) had distal radius fracture in their medical history. The duration of the disease of up to 5 years was 36,65% (n=81), more than 5 years – 63,35% (n=140). A scale of functional disorders was used to subjectively assess neurological deficits. We evaluated the effectiveness of surgical treatment before the surgical intervention and in the early postoperative period by the degree of pain syndrome regression, paraesthesia and subjective clinical improvement according to the indicators of the functional disorders scale. According to the results of our study, patients with diabetes mellitus have a less favorable rehabilitation prognosis after surgical treatment. Nevertheless, open decompression of the median nerve in carpal tunnel syndrome remains a priority treatment tactic and leads to almost complete regression of the pain syndrome and significant clinical and functional improvement.

Keywords: carpal tunnel syndrome, diabetes mellitus, scale of functional disorders, microsurgery of the hand.

Введение. Синдром (запястного) карпального канала (СКК) – это компрессионная ишемическая нейропатия срединного нерва на уровне карпальной связки. Этот самый распространенный вариант туннельных нейропатий встречается у 3,8 % людей в общей популяции, практически в любом возрасте, пика достигает в возрасте от 45 до 65 лет. В основном диагностируется у женщин (соотношение 5:1) [1]. Первое упоминание о компрессионно-ишемической нейропатии срединного нерва приходится на 1870 г., когда Paget описал комплекс симптомов данного заболевания после перелома дистального эпиметафиза лучевой кости [1, 2]. Первая операция по расщеплению карпальной связки была произведена 1924 г. врачом Н. Gallowey [3]. В большинстве случаев не удастся выявить конкретную причину СКК, но существуют факторы риска развития карпального туннельного синдрома. Основными из них можно назвать острую (растяжения связок, переломы с развитием реактивного отека мягких тканей) и хроническую (длительная экспозиция кисти в процессе сгибания и разгибания, перенапряжение мышц-сгибателей кисти и пальцев, вибрация) травму, системные заболевания, вызывающие изменения костно-суставных структур (ревматоидный артрит, подагра, системная склеродермия и др.), нарушения водно-минерального обмена (заболевания почек, беременность и др.), остеохондроз шейного отдела



позвоночника, метаболические расстройства, например, сахарный диабет, гипотиреоз, ожирение [2, 4, 5]. Известно, что при сахарном диабете происходят накопление сорбитола в периферических нервах, их демиелинизация, аксональная дегенерация. Это создает благоприятную среду для развития СКК [1].

Хроническая микротравматизация срединного нерва приводит к эндоневральному отеку, венозному застою с развитием вторичного сдавливания артерий самого нерва [6]. В результате повышается тканевое давление внутри запястного канала на фоне постишемического отека срединного нерва. При длительном процессе возникает местная демиелинизация, иногда дегенеративная аксонопатия с формированием неврологического дефицита различной степени выраженности [1-3, 8].

Ввиду того, что срединный нерв является смешанным по строению, в клинической картине СКК могут фигурировать чувствительные (боли и парестезии), моторные (атрофия мышц возвышения I пальца, парезы I, II, III пальцев), вегетативные (отек кисти, трофические изменения кожи и ногтей) нарушения [1].

Диагностика, как правило, клиническая. Она включает в себя объективный осмотр, использование многочисленных опросников, провокационных тестов. Золотым стандартом в диагностике СКК является электронейромиография верхних конечностей. В дифференциальной диагностике могут применяться магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование мягких тканей с оценкой морфологической структуры срединного нерва и др.

Лечение СКК бывает консервативным и хирургическим. Консервативная терапия включает в себя коррекцию факторов риска, медикаментозное лечение, ортезирование, лечебные блокады. На сегодняшний день существуют следующие способы хирургической декомпрессии нерва: открытый, эндоскопический [9, 10].

Операция открытого рассечения карпальной связки, традиционная процедура, используемая для лечения, состоит в том, чтобы сделать разрез до 5 см в запястье, а затем рассечь карпальную связку, чтобы увеличить запястный канал. Процедура обычно проводится под местной анестезией.

Эндоскопическая операция, в отличие от традиционной с открытым сечением, может позволить несколько ускорить функциональное восстановление и уменьшить послеоперационную реабилитацию, но она также может иметь более высокий риск осложнений и необходимость дополнительной хирургии. Врач делает один или два разреза (около 1 см каждый) в запястье и ладони, вставляет камеру, прикрепленную к трубке, наблюдает за нервом, связкой и сухожилиями на мониторе и разрезает карпальную связку (ткань, которая удерживает суставы вместе) небольшим ножом, который вставляется через трубку. После операции с регенерацией связки происходит ее увеличение в размерах.



Хотя симптомы могут быть менее выраженными сразу после операции, полное восстановление после операции карпального канала может занять месяцы. У некоторых людей могут быть инфекции, повреждения нервов, скованность и боль в области рубцов. Почти всегда наблюдается снижение хватательной функции, которое со временем улучшается. Большинству пациентов необходимо изменить рабочую активность в течение нескольких недель после операции, а некоторым может потребоваться скорректировать должностные обязанности или даже сменить работу после восстановления после операции [11].

Материалы и методы исследования. Мы провели проспективный анализ случаев хирургического лечения больных с СКК в БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии с 1 января 2018 по 31 декабря 2020 г. В исследование вошел 221 пациент с различным стажем заболевания. Всем больным проводилась декомпрессия срединного нерва с использованием открытого доступа. Мы оценивали эффективность оперативного лечения по степени регресса парестезий и купирования ночных болей на момент выписки больных из стационара, а также вычисляли зависимость конечного результата хирургического лечения от длительности заболевания по шкале функциональных нарушений (ШФН) и сопутствующих нозологий, таких как сахарный диабет, остеохондроз шейного отдела позвоночника и перелом дистального эпиметафиза лучевой кости в анамнезе. ШФН использовалась для субъективной оценки неврологического дефицита (табл. 1).

Таблица 1

ШФН для субъективной оценки нефрологического дефицита

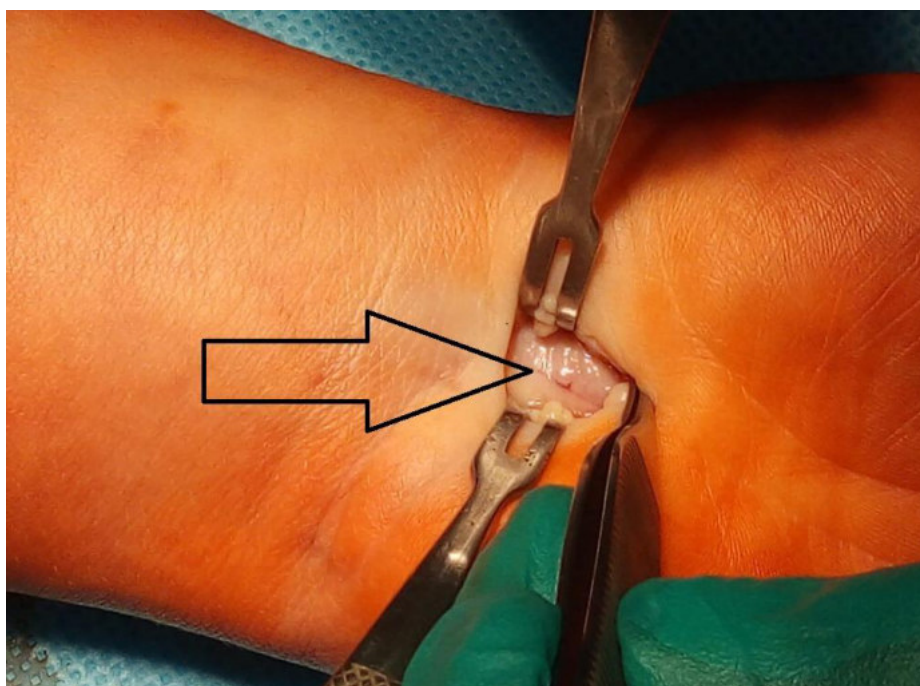
<i>Были ли у вас затруднения при выполнении нижеперечисленных действий из-за проблем с кистями рук или запястьями в течение двух недель? Пожалуйста, обведите в каждой строке одно число, которое обозначает вашу способность осуществлять действие.</i>					
<i>Действие</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Письмо</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Застегивание пуговиц на одежде</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Удерживание книги при чтении</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Удерживание трубки телефона</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Открывание бутылки</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Работа по дому</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Перенос сумок с продуктами</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Купание и надевание одежды</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

Методом исследования являлась статистическая обработка данных при помощи программного пакета «Microsoft Excel 2013», вычисляли среднюю арифметическую и стандартное отклонение (M+SD). Анализ статистически значимых показателей проводился с помощью расчета критерия согласия Пирсона и достоверности p-value, а также t-критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Критерии исключения из исследования:

- возраст менее 18 и более 70 лет;
- длительность заболевания менее 1 года;
- хроническая болезнь почек 3б-5 стадии;
- системные заболевания соединительной ткани (ревматоидный артрит, склеродермия и др.);
- профессиональные заболевания (вибрационная болезнь, полинейропатии);
- метаболические нарушения (подагра, морбидное ожирение);
- беременность.

Протокол операции. Под местной анестезией после обработки операционного поля антисептиком под пневматической манжетой на плече через небольшой разрез 1-1,5 см нижней трети правого предплечья с переходом на кисть с помощью желобоватого защитника выделена и извилисто рассечена карпальная связка, сдавливающая срединный нерв. Невролиз срединного нерва на протяжении. В эпиневрй 3 мл анестетика. Гемостаз. Швы на раны. Асептическая повязка. Холод на послеоперационную рану (фото).



Срединный нерв (морфологически измененный: гипотрофичный, желтоватый) после рассечения карпальной связки



Результаты. В исследуемой группе (n=221) оказалось 14,48 % мужчин (n=32) в возрасте от 45 до 70 лет и 85,52 % женщин (n=189) в возрасте от 24 до 70 лет. Средний возраст больных составил $57,61 \pm 8,68$. Среди них 44,3 % горожан (n=98) и 55,7% сельских жителей (n=123), 27,1 % работающих (n=60) и 72,9 % нетрудоустроенных больных (n=161). У 11,31 % пациентов (n=25) имелся остеохондроз шейного отдела позвоночника, сахарный диабет наблюдался у 8,14 % (n=18), перелом дистального эпиметафиза лучевой кости в анамнезе выявлен у 3,62 % (n=8) (табл. 2).

До оперативного лечения ночные боли наблюдались у 85,52 % (n=189), парестезии – у всех больных (n=221). Средний стаж заболевания составил $5,32 \pm 1,46$ года. Длительность заболевания до 5 лет определена у 36,65 % (n=81), более 5 лет – у 63,35 % (n=140).

Таблица 2

Количественная характеристика ночных болей и парестезий у больных с сопутствующими заболеваниями до операции и в раннем послеоперационном периоде

Критерии		Остеохондроз шейного отдела позвоночника		Сахарный диабет		Перелом дистального эпиметафиза лучевой кости	
		n	%	n	%	n	%
Ночные боли	До операции	22	88	14	77,8	8	100
	После операции	4	16	6	33,3	0	0
Парестезии	До операции	25	100	18	100	8	100
	После операции	2	8	7	38,89	2	25
Всего		25	100	18	100	8	100

Средний показатель ШФН при поступлении в стационар составил $33,16 \pm 11,48$, а при выписке – $22,17 \pm 9,44$ балла (рисунок).

В раннем послеоперационном периоде наблюдалось купирование ночных болей у 83% больных, в то время как полный регресс парестезий зафиксирован лишь у 13% ($\chi^2=77,121$; $p < 0,001$).

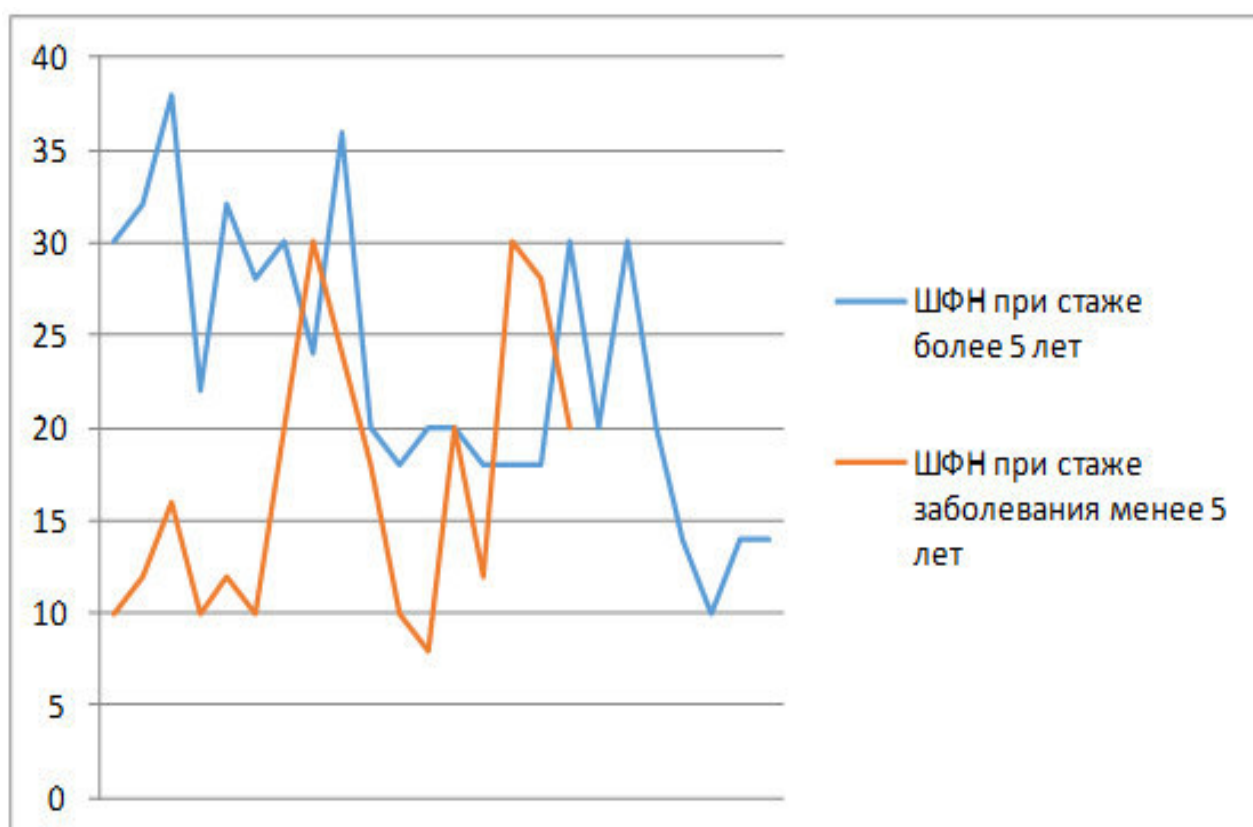
Мы не нашли каких-либо статистически значимых достоверностей клинической картины заболевания и степени ее инволюции после декомпрессии нерва в зависимости от наличия у пациентов таких нозологий, как остеохондроз шейного отдела позвоночника и перелом лучевой кости в типичном месте в анамнезе.

Но, исходя из табл. 3, табл. 4 следует, что у больных сахарным диабетом на фоне хирургического лечения наблюдается относительно скудный регресс неврологического дефицита ($p < 0,05$).

Таблица 3

Количественная характеристика ночных болей и парестезий у больных без сопутствующих заболеваний до операции и в раннем послеоперационном периоде

Критерии		Количество, n	Доля, %	
Ночные боли	До операции	147	85,96	
	После операции	24	14,04	
Парестезии	До операции	171	100	
	После операции	С положительной динамикой	158	92,4
		Без изменений	13	7,6



Показатель ШФН в раннем послеоперационном периоде в зависимости от длительности заболевания

У больных со стажем заболевания до 5 лет показатель ШФН составил $17,06 \pm 7,23$, свыше 5 – $23,17 \pm 7,46$ ($p=0,0001$). Это объясняет связь клинико-функционального дефицита срединного нерва от длительности и запущенности его компрессии.



Таблица 4

Статистическая зависимость клинического улучшения после оперативного лечения у больных сахарным диабетом, остеохондрозом шейного отдела позвоночника и без сопутствующих нозологий, до/после операции

Критерии	Остеохондроз шейного отдела позвоночника	Сахарный диабет	Без сопутствующих заболеваний	χ^2	P-value
Парестезии, n	25/2	18/7	171/13	3,846	P<0,05
Ночные боли, %	88/16	77/33	86/14	35,802	P<0,001
ШФН, баллы	27,81±5,31/ 20,66±3,19	30,86±6,34/ 27,13±8,36	21,15±4,68/ 17,31±3,74	9,78	P<0,001

Выводы и обсуждения. Известно, что максимальное клиническое улучшение после декомпрессии срединного нерва у пациентов с СКК отмечается через 6-12 месяцев, но регресс болевого синдрома наблюдается уже через месяц [12]. Эта закономерность прослеживается в нашей работе. Но особенностью данного исследования является то, что мы сравнивали результаты до хирургического вмешательства и в раннем послеоперационном периоде и у нас не было возможности наблюдать за реабилитационным процессом больных после выписки из стационара. Тем не менее микрохирургия кисти является приоритетным выбором в лечении СКК, так как приводит к практически полному регрессу болевого синдрома, улучшению общефункционального состояния и повышению качества жизни больного уже в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, открытая декомпрессия срединного нерва позволяет добиться существенного клинического улучшения, особенно при оперативном вмешательстве в течение первых 5 лет с дебюта заболевания и отсутствии сопутствующих заболеваний. Наличие сахарного диабета в анамнезе является неблагоприятным фактором, замедляющим процесс регенерации нерва после ее открытой декомпрессии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Самарцев И.Н., Рашидов Н.А., Живолупов С.А., Воробьева М.Н. Современная стратегия дифференциальной диагностики и лечения компрессионно-ишемической невропатии срединного нерва на уровне карпального канала (клиническое исследование). *Consilium Medicum*. 2017;2-2.
2. Гильвег А.С., Парфенов В.А., Евзиков Г.Ю. Ближайшие и отдаленные результаты декомпрессии срединного нерва при синдроме запястного канала. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;3.



3. Березуцкий В.И. Компьютерная мышь, клавиатура и синдром запястного канала. *Медичні перспективи*. 2018;3-1.
4. Томова Ф.М., Долгова И.Н., Карпов С.М. Синдром запястного канала. *МНИЖ*. 2013;12-3(19).
5. Пизова Н.В. Туннельные синдромы запястного и кубитального каналов как наиболее распространенные варианты компрессионных невропатий верхних конечностей. *МС*. 2020;19.
6. Семенкин О.М., Измалков С.Н., Братийчук А.Н., Солопихина Э.Б., Балаклеец С.В., Богданова М.А., Князев Н.А. Результаты оперативного лечения пациентов с синдромом запястного канала в зависимости от степени выраженности заболевания. *Гений ортопедии*. 2021;1.
7. Богов А.А. (Мл.), Масгутов Р.Ф., Ханнанова И.Г., Галлямов А.Р., Муллин Р.И., Топыркин В.Г., Ахтямов И.Ф., Богов А.А. Синдром запястного (карпального) канала. *ПМ*. 2014;4(80).
8. Заболотских Н.В., Брилёва Е.С., Курзанов А.Н., Костина Ю.В., Ниненко Е.Н., Базоян В.К. Современные методы диагностики синдрома запястного канала. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2015;5.
9. Гильвег А.С., Парфенов В.А., Евзиков Г.Ю. Ближайшие и отдаленные результаты декомпрессии срединного нерва при синдроме запястного канала. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2018;3.
10. Юсупова Д.Г., Супонева Н.А., Зимин А.А., Зайцев А.Б., Белова Н.В., Чечеткин А.О., Гуца А.О., Гатина Г.А., Полехина Н.В., Бундхун П., Ашрафов В.М. Валидация Бостонского опросника по оценке карпального туннельного синдрома (Boston carpal tunnel Questionnaire) в России. *Нервно-мышечные болезни*. 2018;1.
11. Becker SJ, Makanji HS, Ring D. Changes in treatment plan for carpal tunnel syndrome based on electrodiagnostic test results. *J Hand Surg Eur Vol* 2014;39:187-193.
12. Яриков А.В., Туткин А.В., Бояршинов А.А., Фраерман А.П., Перльмуттер О.А. Карпальный туннельный синдром: клиника, диагностика и современные подходы к лечению (краткий обзор). *Медицинский альманах*. 2020;3(64).

REFERENCES

1. Samartsev I.N., Rashidov N.A., Zhivolupov S.A., Vorob'eva M.N. (2017). [Modern Strategy of Differential Diagnosis and treatment of Compression-Ischemic Neuropathy of the Median Nerve at the level of the Carpal Canal (Clinical Study)] in *Consilium Medicum*, № 2, p.2. (in Russ., abstract in Eng.)
2. Gil'veg A.S., Parfenov V.A., Evzikov G.Yu. (2018). [Immediate and Long-Term Results of Median Nerve Decompression in Carpal Tunnel Syndrome] in *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics], № 3. (in Russ., abstract in Eng.)
3. Berezutskii V.I. (2018). [Computer Mouse, Keyboard and Carpal Tunnel Syndrome] in *Medichni perspektivi* [Medical Perspectives], № 3, p.1. (in Russ.)
4. Tomova F.M., Dolgova I.N., Karpov S.M. (2013). [Carpal Tunnel Syndrome] in *MNIZH* [International research Journal], №.12, p. 3(19). (in Russ., abstract in Eng.)
5. Pizova N.V. (2020). [Carpal tunnel and Cubital Tunnel Syndromes as the Most Common Variants of Compression Neuropathies of the Upper Extremities] in *МС* [Medical Council], № 19. (in Russ., abstract in Eng.)
6. Semenkin O.M., Izmalkov S.N., Bratiichuk A.N., Solopikhina E.B., Balakleets S.V., Bogdanova M.A., Knyazev N.A. (2021). [The Results of Surgical Treatment of Patients with



- Carpal Tunnel Syndrome, Depending on the Severity of the Disease] in *Genii ortopedii* [Genius of Orthopedics], №1. (in Russ., abstract in Eng.)
7. Bogov A.A. (Jr.), Masgutov R.F., Khannanova I.G., Gallyamov A.R., Mullin R.I., Topyrkin V.G., Akhtyamov I.F., Bogov A.A. (2014). [Carpal Tunnel Syndrome] in *PM* [Practical Medicine], № 4, p. 80. (in Russ., abstract in Eng.)
 8. Zabolotskikh N.V., Brileva E.S., Kurzanov A.N., Kostina Yu.V., Ninenko E.N., Bazoyan V.K. (2015). [Modern Methods for Diagnosing Carpal Tunnel Syndrome] in *Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik* [Kuban Scientific Medical Bulletin], №5. (in Russ.)
 9. Gil'veg A.S., Parfenov V.A., Evzikov G.Yu. (2018). [Immediate and Long-Term Results of Median Nerve Decompression in Carpal Tunnel Syndrome] in *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics], № 3. (in Russ., abstract in Eng.)
 10. Yusupova D.G., Suponeva N.A., Zimin A.A., Zaitsev A.B., Belova N.V., Chechetkin A.O., Gushcha A.O., Gatina G.A., Polekhina N.V., Bundkhun P., Ashrafov V.M. (2018). [Validation of the Boston carpal tunnel syndrome questionnaire in Russia] in *Nervno-myshechnye bolezni* [Neuromuscular Diseases], №1. (in Russ., abstract in Eng.)
 11. Becker SJ, Makanji HS, Ring D. Changes in treatment plan for carpal tunnel syndrome based on electrodiagnostic test results. *J Hand Surg Eur Vol* 2014;39:187-193.
 12. Yarikov A.V., Tutkin A.V., Boyarshinov A.A., Fraerman A.P., Perl'mutter O.A. (2020). [Carpal Tunnel Syndrome: Clinic, Diagnosis and Modern Approaches to Treatment (brief review)] in *Meditsinskii al'manakh* [Medical Almanac], № 3(64). (in Russ., abstract in Eng.)



DOI 10.25589/GIDUV.2023.10.11.007

УДК 616.72-002.772-085

© Коллектив авторов, 2023

Поступила 16.05.2023 г.

**Е.В. БАРСУКОВА^{1,2,4}, В.Н. ДИОМИДОВА², А.В. АРХИПОВА^{1,3},
Н.В. ЖУРАВЛЕВА², Т.Л. СМЕРНОВА², Т.Ю. ВИНОКУР²**

**ПРИМЕНЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
В ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

¹Республиканская клиническая больница,

²Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,

³Министерство здравоохранения Чувашской Республики,

⁴Ассоциация «Союз медицинских работников Чувашской Республики», Чебоксары

Барсукова Елена Владимировна

главный врач БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», председатель Совета Ассоциации «Союз медицинских работников Чувашской Республики», кандидат медицинских наук, доцент. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8441-9391>

Диомидова Валентина Николаевна

декан медицинского факультета ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», доктор медицинских наук. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3627-7971>

Архипова Анастасия Владимировна

главный внештатный ревматолог Министерства здравоохранения Чувашской Республики, врач БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0553-3135>

Журавлева Надежда Владимировна

доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», кандидат медицинских наук. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6470-7724>

Смирнова Татьяна Львовна

доцент кафедры акушерства и гинекологии имени Г.М. Воронцовой ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», кандидат медицинских наук. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8224-1515>

Винокур Татьяна Юрьевна

доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», кандидат медицинских наук

Адрес для переписки:

428034, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Московский проспект, д. 45

Тел.: +7(8352) 45-26-97

E-mail: tlsmr@mail.ru



*E.V. BARSUKOVA^{1,2,4}, V.N. DIOMIDOVA², A.V. ARKHIPOVA^{1,3},
N.V. ZHURAVLEVA², T.L. SMIRNOVA², T.Yu. VINOKUR²*

**THE USE OF GENETICALLY ENGINEERED BIOLOGICAL DRUGS
IN THE TREATMENT OF AUTOIMMUNE DISEASES ON THE EXAMPLE
OF RHEUMATOID ARTHRITIS**

¹*Republican Clinical Hospital,*

²*I.N. Ulianov Chuvash State University,*

³*Public Health Ministry of Chuvashia,*

⁴*Association «Union of Medical Workers of the Chuvash Republic», Cheboksary*

Barsukova Elena Vladimirovna

Chief Medical Officer at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, Associate Professor of Faculty and Hospital Therapy Department at the FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», President of the Council of the Association «Union of Medical Workers of the Chuvash Republic», PhD in Medical Sciences, Associate Professor. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8441-939>

Diomidova Valentina Nikolaevna

Dean of the Medical Faculty at the FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», Dr. Habil. in Medical Sciences ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3627-7971>

Arkhipova Anastasia Vladimirovna

Chief External Expert Rheumatologist of the Public Health Ministry of Chuvashia, doctor of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of the Chuvashia. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0553-3135>

Zhuravleva Nadezhda Vladimirovna

Associate Professor at the Internal Diseases Department at the FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», PhD in Medical Sciences. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6470-7724>

Smirnova Tatyana Lvovna

Associate Professor at Obstetrics and Gynecology Department at the FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», PhD in Medical Sciences. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8224-1515>

Vinokur Tatiana Yurievna

Associate Professor of Faculty and Hospital Therapy Department at the FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», PhD in Medical Sciences

Address for correspondence:

428034, 45, Moskovsky Pr., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel: +7 (8352) 45-26-97

E-mail: tlsmr@mail.ru

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторные показатели у пациентки с ревматоидным артритом (РА) на фоне фармакологической терапии с использованием генно-инженерных биологических препаратов.

Материал и методы исследования. Проведен проспективный анализ течения РА у пациентки 38 лет. Нами проведены обследования с применением лабораторных и инструмен-



тальных методов до и после терапии генно-инженерным биологическим препаратом (ГИБП) ритуксимабом.

В 2007 г. верифицирован диагноз «Серопозитивный РА». Лабораторное исследование включало общий и биохимический анализы крови, определение сывороточного железа, ревматоидного фактора, С-реактивного белка (СРБ), титра антител к цитруллинированному пептиду (АЦЦП). Пациентке проведены ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, рентгенография кистей, фиброгастроэзофагодуоденоскопия, фиброколоноскопия с биопсией слизистой оболочки прямой кишки.

Результаты. При обследовании у пациентки выявлен РА II рентгенологической стадии. Была назначена терапия метотрексатом и метипредом. В последующем, в связи с сохранением активности РА, произведена замена метотрексата на лефлуномид. В связи с неэффективностью терапии в 2010 г. пациентка госпитализирована в Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой (НИИР имени В.А. Насоновой). В анализах крови СОЭ 53 мм/час, АЦЦП >520 Ед/мл, СРБ 45 мг/л, РФ 125,7 МЕ/мл. Больной было иницировано введение ритуксимаба. В 2011 г. при очередной госпитализации в НИИР имени В.А. Насоновой установлена отрицательная рентгенологическая картина РА. Кроме того, выявлены вторичный амилоидоз и анемия хронического воспаления. Продолжены введение ритуксимаба по схеме и прием лефлуномида внутрь. В настоящее время на фоне проводимой терапии достигнута минимальная активность РА по индексу DAS 28=2,95-3,12 балла, отсутствуют анемия хронического воспаления, амилоидоз.

Заключение. На фоне терапии ритуксимабом у пациентки достигнута «модификация болезни».

Ключевые слова: ритуксимаб, амилоидоз, ревматоидный артрит, генно-инженерные биологические препараты, остеопороз, небологические (синтетические) болезнь-модифицирующие антиревматические препараты, биологические болезнь-модифицирующие антиревматические препараты, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

The purpose of the study. To evaluate clinical and laboratory parameters in a patient with rheumatoid arthritis (RA) against the background of pharmacological therapy using genetically engineered biological drugs.

Research material and methods. A prospective analysis of RA course in a 38-year-old patient was performed. We conducted examinations using laboratory and instrumental methods before and after therapy with the genetically engineered biological drug (GIBP) Rituximab.

In 2007, the diagnosis of «Seropositive RA» was verified. The laboratory study included complete blood cell count and biochemical blood tests, determination of serum iron, rheumatoid factor, C-reactive protein (CRP), antibody titre to citrullinated peptide (AB-CCP). The patient underwent ultrasound examination of the abdominal organs and kidneys, X-ray of the hands, fibrogastroesophago duodenoscopy, fibrocolonoscopy with biopsy of the rectal mucosa.

Results. During the examination, the patient revealed RA of the II radiological stage. Therapy with Methotrexate and Metipred was prescribed. Subsequently, due to the continued RA activity, Methotrexate was replaced with Leflunomide. Due to ineffectiveness of the therapy in 2010, the patient was hospitalized at the Rheumatology Research Institute named after V.A. Nasonova (RRI named after V.A. Nasonova). Blood tests showed the ESR 53 mm /hour, AB-CCP >520 units /ml, CRP 45 mg/l, RF 125,7 IU/ml. Administration of Rituximab was initiated for the patient. In 2011, during the next hospitalization at the RRI named after V.A. Nasonova a negative X-ray RA presentation was established, in addition, secondary amyloidosis and anemia of chronic inflammation were found. Intravenous infusion of Rituximab according to the scheme and taking Leflunomide were continued. Currently, against the background of ongoing therapy, minimal RA activity has been achieved according to the DAS 28 index = 2,95-3,12 points, there is no anemia of chronic inflammation, amyloidosis.



Conclusion. *Against the background of Rituximab therapy, the patient achieved «disease modification».*

Keywords: *Rituximab, amyloidosis, rheumatoid arthritis, genetically engineered biological drugs, osteoporosis, nonbiological (synthetic) disease-modifying antirheumatic drugs, biological disease-modifying antirheumatic drugs, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID).*

Введение. За последние десятилетия парадигмы лечения РА сместились от первоначального лечения НПВП к назначению синтетических и биологических болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов (nonbiologic disease modifying antirheumatic drugs – nDMARDs; biologic disease modifying antirheumatic drugs – bDMARDs) сразу после постановки диагноза «РА».

В рекомендациях EULAR от 2019 г. [1] по лечению РА нефармакологические методы лечения рассматриваются как вспомогательные методы для обеспечения наилучших результатов. Решение о назначении фармакотерапии должно приниматься с учетом активности заболевания, безопасности лечения, наличия сопутствующих заболеваний и динамики прогрессирования структурных повреждений. Понятие «модификация болезни» включает облегчение признаков и симптомов болезни, улучшение физических функций, качества жизни, работоспособности и, что наиболее важно, торможение возникновения и/или прогрессирования структурных повреждений хряща и кости [2-4].

Внедрение биологических методов лечения, нацеленных на специфические медиаторы воспаления, произвело революцию в лечении РА. Воздействие на ключевые компоненты иммунной системы позволяет эффективно подавлять патологический воспалительный каскад, приводящий к симптомам РА и последующему разрушению суставов.

В настоящее время известны пять молекулярных семейств-мишеней (фактор некроза опухоли (TNF), интерлейкин-6 (IL-6), CD80/86, CD20 и янус-киназы (JAK) и разработаны лекарственные препараты для каждой из этих молекул. Лечение с применением ГИБП у пациентов необходимо пересматривать и корректировать через каждые 3 месяца. Применение ГИБП позволяет достичь ремиссии заболевания. Однако 50% пациентов, которым назначается новый базисный препарат, вынуждены прекратить его прием через 12-18 месяцев из-за недостаточной эффективности или нежелательных явлений [5-8].

Значительное число пациентов с РА (20-30%) рефрактерны ко всем существующим вариантам лечения, поэтому возникает необходимость в разработке новых методов лечения. Установлено, что РА отличается гетерогенностью клинического течения. Поэтому специалисты назначают препараты с различными механизмами действия, используют несколько последовательных схем лечения на протяжении всей жизни пациентов.



Пациенты с РА с плохо контролируемым, длительным течением заболевания и внесуставными проявлениями находятся в группе риска развития различных осложнений заболевания, таких как амилоидоз, остеопороз. У пациентов ухудшается качество жизни, возникают признаки инвалидности, социальной дисфункции уже в трудоспособном возрасте [9-12].

Остеопороз – хроническое заболевание, характеризующееся повышенным риском переломов. Пациенты, страдающие ревматическими заболеваниями, подвергаются большему риску развития остеопороза.

Амилоидоз – это нарушение свертывания белков, при котором образуются токсичные нерастворимые агрегаты фибриллярных белков β , постепенно нарушающих структуру и функцию тканей. Амилоидоз может быть приобретенным (вторичным) или наследственным; заболевание может быть локализованным или системным.

Частота амилоидоза у больных РА варьирует от 11 до 29% в зависимости от популяции и диагностической стратегии [13-16]. Необходимо проводить скрининг на амилоидоз при системных заболеваниях соединительной ткани. В развитии заболевания выделяют латентную, протеинурическую, нефротическую, азотемическую стадии. Диагностика амилоидоза основывается на результатах морфологического исследования. Для этого проводят биопсию слизистого и подслизистого слоев прямой кишки, что позволяет более чем в 70% случаях выявить амилоид. Биопсийный материал окрашивают конго красным с последующей микроскопией в поляризованном свете для выявления способности к двойному лучепреломлению. При исследовании определяют тип амилоида [17, 18]. Вторичный АА-амилоидоз является поздним и серьезным осложнением плохо контролируемых хронических воспалительных заболеваний, с избыточным синтезом острофазного сывороточного амилоидного белка А. Амилоидные фибриллы АА состоят из белка АА, N-концевого фрагмента сывороточного амилоидного белка, который является субстратом для образования амилоида АА. Установлено, что большая часть сывороточного амилоидного белка в плазме продуцируется гепатоцитами при транскрипционной регуляции цитокинами, особенно интерлейкином-1 (IL-1), интерлейкином-6 (IL-6) и фактором некроза опухоли. Циркулирующая концентрация фактора некроза опухоли может подниматься от нормальных уровней при остром воспалении и оставаться стабильно высокой при хроническом воспалении [19-21].

Серопозитивный РА с плохо контролируемым, длительным течением заболевания и внесуставными проявлениями находятся в группе риска развития АА-амилоидоза [17, 18]. Предлагаемое лечение АА-амилоидоза, вторичного по отношению к хроническим



воспалительным заболеваниями, заключается в подавлении активности основного заболевания.

В последнее время были продемонстрированы терапевтические подходы, ориентированные на терапию ингибиторами фактора некроза опухоли α адалимумабом или рекомбинантным моноклональным антителом тоцилизумабом, применение которых позволяет достигнуть значительного клинического улучшения и частичного разрушения отложений амилоида А у больных РА [22-24].

В клиническую практику внедрен ГИБП ритуксимаб, являющийся анти-CD20 моноклональным антителом и эффективным средством для лечения пациентов с тяжелым активным РА, у которых наблюдался неадекватный ответ на модифицирующие болезнь препараты (DMARDs) и ингибиторы фактора некроза опухоли α . В настоящее время в рандомизированных контролируемых исследованиях было доказано клиническое улучшение при назначении ритуксимаба при вторичном амилоидозе у пациентов с РА [25, 26].

Цель исследования – оценить клинико-лабораторные показатели у пациентки с РА на фоне фармакологической терапии с применением ГИБП.

Материал и методы исследования. Проведен проспективный анализ течения РА у пациентки 38 лет. Ей проведены обследования с применением лабораторных и инструментальных методов до назначения и после терапии ГИБП ритуксимабом. В 2007 г. верифицирован диагноз «Серопозитивный РА». Лабораторное исследование включало общий и биохимический анализы крови, определение сывороточного железа, ревматоидного фактора, СРБ, титра антител к АЦЦП. Пациентке проведены ЭКГ, рентгенография органов грудной полости и кисти, фиброгастроэзофагодуоденоскопия, ректороманоскопия с биопсией слизистой оболочки прямой кишки.

Результаты исследования. В сентябре 2007 г. пациентка М. 38 лет (1969 г.р.) была госпитализирована в ревматологическое отделение БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии (БУ «РКБ» Минздрава Чувашии) с жалобами на боли в оценке по шкале ВАШ 6 баллов и припухлость в лучезапястных суставах, пястно-фаланговых суставах (ПФС), проксимальных межфаланговых суставах кистей (ПМФС), выраженную скованность в суставах по утрам, сохранение скованности суставов в течение всего дня, снижение качества жизни.

Верифицирован диагноз «Серопозитивный РА». Назначен прием метотрексата внутрь по 10 мг в неделю, а с учетом высокой активности – преднизолон в таблетках по 8 мг в сутки.

В августе 2009 г. пришла на прием к ревматологу в связи с возобновлением болей в оценке по шкале ВАШ 5-6 баллов и припухлостью в ПФС, ПМФС кистей, невозможностью



плотного сжатия кисти в кулак. Госпитализирована повторно в ревматологическое отделение БУ «РКБ» Минздрава Чувашии с ухудшением состояния, была выявлена высокая лабораторная активность заболевания: СОЭ 55 мм/час, СРБ 42 мг/л. При рентгенографии кистей с захватом лучезапястных суставов данные за РА, I-II рентгенологическую стадию. Проведена пульстерапия дексаметазоном по 12 мг ежедневно № 5 с последующим переходом на прием преднизолона в таблетках в дозе 15 мг в сутки внутрь и лефлюнамида по 20 мг в сутки внутрь.

После выписки из стационара на фоне базисной терапии у пациентки сохранялись боли в суставах кистей в оценке по шкале ВАШ 5-6 баллов, нарастала функциональная недостаточность суставов, рентгенологическая картина кистей соответствовала II стадии РА.

Для коррекции лечения в мае 2010 г. больная была госпитализирована в НИИР РАМН имени В.А. Насоновой (г. Москва). В анализах крови: СОЭ 53 мм/час, АЦЦП >520 Ед/мл, СРБ 45 мг/л, РФ 125,7 МЕ/мл. В результате обследований пациентке выставлен клинический диагноз «РА, серопозитивный, активность 3-й степени по индексу DAS 28 – 6,77 балла, поздняя стадия, неэрозивный (рентгенологическая стадия II), АЦЦП (+), ФНС III».

Пациентка проконсультирована фтизиатром с целью исключения туберкулеза легких, после чего инициировано введение ГИБП ритуксимаба. В последующем на фоне введения данного препарата рекомендована консультация фтизиатра, рентгенографическое исследование органов грудной полости, постановка диаскин-теста каждые 6 месяцев.

В течение 2010 г. пациентка несколько раз госпитализировалась в НИИР РАМН имени В.А. Насоновой для введения ритуксимаба, переносимость которого была удовлетворительная, что позволило к концу 2010 г. отменить преднизолон в таблетках.

В связи повышением активности заболевания в апреле 2011 г. больная была госпитализирована в НИИР РАМН имени В.А. Насоновой для коррекции терапии. У нее определялась выраженная клиническая активность РА: болезненность и припухлость ПФС, ПМФС, гипотрофия межкостных мышц и ульнарная девиация, положительный симптом поперечного сжатия кистей с обеих сторон.

Лабораторные показатели подтверждали активность заболевания: гемоглобин 92 г/л, снижение показателей сывороточного железа до 13,7 мкмоль/л, повышение уровня СОЭ до 50 мм/час, СРБ – 27 мг/л, ревматоидный фактор – 144 МЕ/мл и АЦЦП – 255 Ед/мл. При рентгенографии была установлена отрицательная рентгенологическая картина РА – рентгенологическая стадия III.

В общем анализе мочи обнаружены снижение относительной плотности 1005, микроальбуминурия.



При ФГДС выявлена картина поверхностного антрального гастрита. При ректороманоскопии с биопсией слизистой прямой кишки и гистологическим исследованием биоптата слизистой прямой кишки обнаружены минимальные массы амилоида.

При УЗИ органов брюшной полости определены диффузные изменения печени. При УЗИ почек обнаружено типичное расположение, контуры ровные, правая 113×54 мм при норме 120×60 мм, левая 97×48 мм при норме 120×60 мм, паренхима почек в норме – справа 21 мм, слева 18,5 мм, структура не изменена, лоханки не расширены, чашечки расширены справа до 7 мм, конкременты не определяются, обнаружены единичные микролиты.

На основании результатов исследования выставлен диагноз «Серопозитивный РА, поздняя стадия, активность 3 по индексу DAS 28 – 5,8 балла, эрозивный (рентгенологическая стадия III), с АЦЦП (+). Осложнения: ФК III. Вторичный амилоидоз, латентная стадия. Анемия хронического воспаления».

С учетом высокой активности РА назначена пульс-терапия Солу-Медролом по 250 мг №3, продолжены базисная терапия лефлуномидом, введение ритуксимаба и кальция D3.

Базисная терапия позволила достигнуть снижения активности РА по индексу активности DAS 28 до 3,5 балла и более в суставах по ВАШ до 3 баллов, уменьшения скованности в суставах.

У пациентки сформировалась высокая приверженность к лечению. Больной продолжено введение ритуксимаба по схеме на базе центра генно-инженерной биологической терапии БУ «РКБ» Минздрава Чувашии, прием лефлуномида по 20 мг в сутки под контролем анализов крови с определением билирубина, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, креатинина, общего анализа крови, общего анализа мочи с периодичностью 1 раз в 3 месяца, а также ситуационный прием НПВП на фоне антисекреторных препаратов внутрь.

В результате рациональной фармакотерапии с 2012 г. у больной данных за высокую активность РА не зарегистрировано. На фоне базисной терапии у нее наблюдалась положительная динамика в терапии воспалительного процесса: оценка активности РА по индексу DAS 28=2,95-3,12 балла, отсутствует анемия хронического воспаления, на рентгенограммах кистей сохраняются признаки РА III стадии.

Больной проведена биопсия слизистой прямой кишки, по результатам гистологического исследования биоптата слизистой прямой кишки амилоида не выявлено.

В настоящее время пациентка находится под клиническим наблюдением ревматолога, продолжает лечение ритуксимабом. Общее состояние пациентки удовлетворительное, кожные покровы чистые, теплые, нормальной окраски, влажности и эластичности, симптом



поперечного бокового сжатия кистей отрицательный с обеих сторон, больная кисть плотно сжимается в кулак. У пациентки сохраняются деформация ПМФС и гипотрофия межкостных мышц кистей.

Обсуждение. В представленном клиническом наблюдении назначение базисной терапии, в том числе и биологической терапии ритуксимабом [27-29], способствовало оптимизации лечения РА и позволило отменить прием глюкокортикостероидов.

Достигнута не только низкая активность заболевания, но и минимизированы риски развития таких осложнений, как амилоидоз внутренних органов (при проведении последующих биопсий слизистой прямой кишки наличие амилоида не подтверждено).

Ритуксимаб оказался эффективным препаратом у пациентки с тяжелым течением РА, у которой ранее наблюдался неадекватный ответ на назначение модифицирующих болезнь лекарственных препаратов. Необходимо проводить скрининг на амилоидоз всем пациентам с РА с высокой активностью заболевания в тех случаях, когда отсутствует эффект от проводимой базисной терапии, с целью выявления латентного амилоидоза.

Использование рекомендации EULAR по лечению РА позволяет врачам практического здравоохранения оптимизировать и улучшать исходы лечения, качество жизни пациентов с РА.

Заключение. На фоне терапии ритуксимабом у пациентки достигнута «модификация болезни».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, Burmester GR, Dougados M, Kerschbaumer A. et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Annals of the rheumatic diseases*. 2020;79(6):685-699. DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-216655.
2. Muilu P, Rantalaiho V, Kautiainen H, Virta LJ, Eriksson JG, Puolakka K. First-year drug therapy of new-onset rheumatoid and undifferentiated arthritis: a nationwide register-based study. *BMC rheumatology*. 2020;4:34. DOI: 10.1186/s41927-020-00127-6.
3. Al-Ani N, Gorial F, Yasiry D, Al Derwabee F, Abbas Humadi Y, Sunna N. et al. Clinical Outcomes in Iraqi Patients with Rheumatoid Arthritis Following Earlier or Later Treatment with Etanercept. *Open access rheumatol*. 2021;13:57-62. DOI: 10.2147/OARRR.S300838.
4. Feldman DE, Bernatsky S, Houde M, Beauchamp ME, Abrahamowicz M. Early consultation with a rheumatologist for RA: does it reduce subsequent use of orthopaedic surgery? *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52,3:452-459. DOI: 10.1093/rheumatology/kes231.
5. Zhang L, Chen F, Geng S, Wang X, Gu L, Lang Y. et al. Methotrexate (MTX) Plus Hydroxychloroquine versus MTX Plus Leflunomide in Patients with MTX-Resistant Active Rheumatoid Arthritis: A 2-Year Cohort Study in Real World. *Journal of inflammation research*. 2020;13:1141-1150. DOI: 10.2147/JIR.S28224.
6. Frisell T, Dehlin M, Di Giuseppe D, Feltelius N, Turesson C, Askling.; ARTIS Study Group. Comparative effectiveness of abatacept, rituximab, tocilizumab and TNFi biologics in RA:



- results from the nationwide Swedish register. *Rheumatology (Oxford)*. 2019. DOI: 10.1093/rheumatology/key433.
7. Журавлева Н.В., Комелягина Н.А., Ухтерова Н.Д., Юркин А.Ю., Пушкина Н.С., Самакина Е.С., Архипова А.В., Маркелова Л.Л. Особенности суточного профиля артериального давления у пациентов с ревматоидным артритом. *Медицинская наука и практика: междисциплинарный диалог: сборник статей Международной научно-практической конференции, посвященной 55-летию Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова*. Чебоксары, 2022. С. 235-238.
 8. Kudryashov SI, Karzakova LM, Sidorov IA, Zhuravleva NV. Features of immunological manifestations of common variable immunodeficiency combined with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2022;81(1):1145.
 9. Журавлева Н.В., Гурьянова Е.А., Диомидова В.Н. Пациенты с хронической болью во время пандемии COVID-19. *Российский журнал боли*. 2022;20(S):121.
 10. Журавлева Н.В., Шарапова О.В., Герасимова Л.И., Смирнова Т.Л., Диомидова В.Н., Архипова А.В. Аспекты безопасности лечения глюкокортикоидами при ревматоидном артрите. *Вестник Медицинского института непрерывного образования*. 2022;1:50-55.
 11. Rossini M, Adami G, Adami S, Viapiana O, Gatti D. Safety issues and adverse reactions with osteoporosis management. *Expert opinion on drug safety*. 2016;15(3):321-332. DOI: 10.1517/14740338.2016.1136287.
 12. Zhuravleva N.V., Karzakova L.M., Kudryashov S.I., Petrova E.S. Evaluation of the effectiveness of laser therapy in the treatment of rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2021;80(S1):1388.
 13. Chen X, Zhang M, Wang T, Li Y, Wei M. Influence factors of extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Open medicine (Warsaw)*. 2020;15(1):787-795. DOI: 10.1515/med-2020-0217.
 14. Papa R, Lachmann HJ. Secondary, AA, Amyloidosis. *Rheumatic diseases clinics of North America*. 2018;44(4):585-603. DOI: 10.1016/j.rdc.2018.06.004.
 15. Fukuda M, Sawa N, Hoshino J, Ohashi K, Motoaki M, Ubara Y. Tocilizumab preserves renal function in rheumatoid arthritis with AA amyloidosis and end-stage kidney disease: Two case reports. *Clinical nephrology*. 2021;95(1):54-61. DOI: 10.5414/CN109971.
 16. Yakupova EI, Bobyleva LG, Vikhlyantsev IM, Bobylev AG. Congo Red and amyloids: history and relationship. *Bioscience reports*. 2019;39(1):BSR20181415. DOI: 10.1042/BSR20181415.
 17. Sorić Hosman I, Kos I, Lamot L. Serum Amyloid A in Inflammatory Rheumatic Diseases: A Compendious Review of a Renowned Biomarker. *Frontiers in immunology*. 2021;11:631299. DOI: 10.3389/fimmu.2020.631299.
 18. Stojanovic KS, Georjin-Lavialle S, Grateau G. AA amyloidosis. *Nephrology and therapeutique*. 2017;13(4):258-264. DOI: 10.1016/j.nephro.2017.03.001.
 19. Bullock J, Rizvi SAA, Saleh AM, Ahmed SS, Do DP, Ansari RA. et al. Rheumatoid Arthritis: A Brief Overview of the Treatment. *Medical principles and practice*. 2018;27(6):501-507. DOI: 10.1159/000493390.
 20. Humby F, Durez P, Buch MH, Lewis MJ, Rizvi H, Rivellese F. et al. Rituximab versus tocilizumab in anti-TNF inadequate responder patients with rheumatoid arthritis (R4RA): 16-week outcomes of a stratified, biopsy-driven, multicentre, open-label, phase 4 randomised controlled trial. *Lancet*. 2021;397(10271):305-317. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32341-2.
 21. Rubbert-Roth A, Szabó MZ, Kedves M, Nagy G, Atzeni F, Sarzi-Puttini P. Failure of anti-TNF treatment in patients with rheumatoid arthritis: The pros and cons of the early use of alternative biological agents. *Autoimmunity reviews*. 2019;18(12):102398. DOI: 10.1016/j.autrev.2019.102398.
 22. Pamuk ÖN, Donmez S, Pamuk GE, Puyan FO, Keystone EC. Turkish experience in rheumatoid arthritis patients with clinical apparent amyloid deposition. *Amyloid*. 2013;20(4):245-250. DOI: 10.3109/13506129.2013.840576.



23. Vinicki JP, De Rosa G, Laborde HA. Renal amyloidosis secondary to rheumatoid arthritis: remission of proteinuria and renal function improvement with tocilizumab. *Journal of clinical rheumatology*. 2013;19(4):211-213. DOI: 10.1097/RHU.0b013e318293793c.
24. Courties A, Grateau G, Philippe P, Flipo RM, Astudillo L, Aubry-Rozier B. et al. Club Rhumatismes Inflammation and the REGATE Registry. AA amyloidosis treated with tocilizumab: case series and updated literature review. *Amyloid*. 2015;22(2):84-92. DOI: 10.3109/13506129.2014.1002031.
25. Dönmez S, Pamuk ÖN, Pamuk GE, Aydoğdu E, Inman R. Secondary amyloidosis in ankylosing spondylitis. *Rheumatology international*. 2013;33(7):1725-9. DOI: 10.1007/s00296-012-2646-3.
26. Vinicki JP, De Rosa G, Laborde HA. Renal amyloidosis secondary to rheumatoid arthritis: remission of proteinuria and renal function improvement with tocilizumab. *Journal of clinical rheumatology*. 2013;19(4):211-213. DOI: 10.1097/RHU.0b013e318293793c.
27. Burkart J, Benson D M.Jr. When first line therapy for AA-amyloidosis secondary to rheumatoid arthritis fails: a correspondence. *Joint bone spine*. 2013;80:229-230. DOI: 10.1016/j.jbspin.2012.08.008.
28. Pamuk ÖN, Kalyoncu U, Aksu K, Omma A, Pehlivan Y, Çağatay Y. et al. A multicenter report of biologic agents for the treatment of secondary amyloidosis in Turkish rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis patients. *Rheumatology international*. 2016;36(7):945-53. DOI: 10.1007/s00296-016-3500-9.
29. Kaegi C, Wuest B, Schreiner J, Steiner UC, Vultaggio A, Matucci A et al. Systematic Review of Safety and Efficacy of Rituximab in Treating Immune-Mediated Disorders. *Frontiers in immunology*. 2019;10:1990. DOI: 10.3389/fimmu.2019.01990.

REFERENCES

1. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, Burmester GR, Dougados M, Kerschbaumer A. et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Annals of the rheumatic diseases*. 2020;79(6):685-699. DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-216655.
2. Muilu P, Rantalaiho V, Kautiainen H, Virta LJ, Eriksson JG, Puolakka K. First-year drug therapy of new-onset rheumatoid and undifferentiated arthritis: a nationwide register-based study. *BMC rheumatology*. 2020;4:34. DOI: 10.1186/s41927-020-00127-6.
3. Al-Ani N, Gorial F, Yasiry D, Al Derwabee F, Abbas Humadi Y, Sunna N. et al. Clinical Outcomes in Iraqi Patients with Rheumatoid Arthritis Following Earlier or Later Treatment with Etanercept. *Open access rheumatol*. 2021;13:57-62. DOI: 10.2147/OARRR.S300838.
4. Feldman DE, Bernatsky S, Houde M, Beauchamp ME, Abrahamowicz M. Early consultation with a rheumatologist for RA: does it reduce subsequent use of orthopaedic surgery? *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52,3:452-459. DOI: 10.1093/rheumatology/kes231.
5. Zhang L, Chen F, Geng S, Wang X, Gu L, Lang Y. et al. Methotrexate (MTX) Plus Hydroxychloroquine versus MTX Plus Leflunomide in Patients with MTX-Resistant Active Rheumatoid Arthritis: A 2-Year Cohort Study in Real World. *Journal of inflammation research*. 2020;13:1141-1150. DOI: 10.2147/JIR.S28224.
6. Frisell T, Dehlin M, Di Giuseppe D, Feltelius N, Turesson C, Askling .; ARTIS Study Group. Comparative effectiveness of abatacept, rituximab, tocilizumab and TNFi biologics in RA: results from the nationwide Swedish register. *Rheumatology (Oxford)*. 2019. DOI: 10.1093/rheumatology/key433.
7. Zhuravleva N.V., Komelyagina N.A., Ukhterova N.D., Yurkin A.Yu., Pushkina N.S., Samakina E.S., Arkhipova A.V., Markelova L.L. (2022). [Features of the Daily Blood Pressure Profile in Patients with Rheumatoid Arthritis]. *Meditinskaya nauka i praktika*:



- mezhdistsiplinarnyi dialog: Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, posvyashchennoi 55-letiyu Chuvashskogo gosudarstvennogo universiteta imeni I.N. Ul'yanova* [Medical Science and Practice: Interdisciplinary Dialogue: Collection of Articles of the International Scientific and Practical Conference Dedicated to the 55th Anniversary of I.N. Ulianov Chuvash State University], Cheboksary, pp. 235-238. (in Russ., abstract in Eng.)
8. Kudryashov S.I., Karzakova L.M., Sidorov I.A., Zhuravleva N.V. [Features of Immunological Manifestations of Common Variable Immunodeficiency Combined with Rheumatoid Arthritis]. *Annaly revmaticheskikh zabolevanii* [Annals of the Rheumatic Diseases], № 81(1), pp. 1145. (in Russ., abstract in Eng.)
 9. Zhuravleva N.V., Gur'yanova E.A., Diomidova V.N. (2022). [Patients with Chronic Pain during the COVID-19 Pandemic] in *Rossiiskii zhurnal boli* [Russian Journal of Pain], №20(S), p. 121. (in Russ., abstract in Eng.)
 10. Zhuravleva N.V., Sharapova O.V., Gerasimova L.I., Smirnova T.L., Diomidova V.N., Arkhipova A.V. (2022). [Safety Aspects of Glucocorticoid Treatment in Rheumatoid Arthritis] in *Vestnik Meditsinskogo instituta nepreryvnogo obrazovaniya* [Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education], № 1, pp. 50-55. (in Russ., abstract in Eng.)
 11. Rossini M, Adami G, Adami S, Viapiana O, Gatti D. Safety issues and adverse reactions with osteoporosis management. *Expert opinion on drug safety*. 2016;15(3):321-332. DOI: 10.1517/14740338.2016.1136287.
 12. Zhuravleva N.V., Karzakova L.M., Kudryashov S.I., Petrova E.S. (2021). [Evaluation of the Effectiveness of Laser Therapy in the Treatment of Rheumatoid Arthritis]. *Annaly revmaticheskikh zabolevanii* [Annals of the Rheumatic Diseases], № 80(S1), pp. 1388. (in Russ., abstract in Eng.)
 13. Chen X, Zhang M, Wang T, Li Y, Wei M. Influence factors of extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Open medicine (Warsaw)*. 2020;15(1):787-795. DOI: 10.1515/med-2020-0217.
 14. Papa R, Lachmann HJ. Secondary, AA, Amyloidosis. *Rheumatic diseases clinics of North America*. 2018;44(4):585-603. DOI: 10.1016/j.rdc.2018.06.004.
 15. Fukuda M, Sawa N, Hoshino J, Ohashi K, Motoaki M, Ubara Y. Tocilizumab preserves renal function in rheumatoid arthritis with AA amyloidosis and end-stage kidney disease: Two case reports. *Clinical nephrology*. 2021;95(1):54-61. DOI: 10.5414/CN109971.
 16. Yakupova E.I., Bobyleva L.G., Vikhlyantsev I.M., Bobylev A.G. (2019). [Congo Red and Amyloids: History and Relationship]. *Bioscience reports*. №39(1):BSR20181415. DOI: 10.1042/BSR20181415. (in Eng.)
 17. Sorić Hosman I, Kos I, Lamot L. Serum Amyloid A in Inflammatory Rheumatic Diseases: A Compendious Review of a Renowned Biomarker. *Frontiers in immunology*. 2021;11:631299. DOI: 10.3389/fimmu.2020.631299.
 18. Stojanovic KS, Georgin-Lavialle S, Grateau G. AA amyloidosis. *Nephrology and therapeutique*. 2017;13(4):258-264. DOI: 10.1016/j.nephro.2017.03.001.
 19. Bullock J, Rizvi SAA, Saleh AM, Ahmed SS, Do DP, Ansari RA. et al. Rheumatoid Arthritis: A Brief Overview of the Treatment. *Medical principles and practice*. 2018;27(6):501-507. DOI: 10.1159/000493390.
 20. Humby F, Durez P, Buch MH, Lewis MJ, Rizvi H, Rivellese F. et al. Rituximab versus tocilizumab in anti-TNF inadequate responder patients with rheumatoid arthritis (R4RA): 16-week outcomes of a stratified, biopsy-driven, multicentre, open-label, phase 4 randomised controlled trial. *Lancet*. 2021;397(10271):305-317. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32341-2.
 21. Rubbert-Roth A, Szabó MZ, Kedves M, Nagy G, Atzeni F, Sarzi-Puttini P. Failure of anti-TNF treatment in patients with rheumatoid arthritis: The pros and cons of the early use of alternative



- biological agents. *Autoimmunity reviews*. 2019;18(12):102398. DOI: 10.1016/j.autrev.2019.102398.
22. Pamuk ÖN, Donmez S, Pamuk GE, Puyan FO, Keystone EC. Turkish experience in rheumatoid arthritis patients with clinical apparent amyloid deposition. *Amyloid*. 2013;20(4):245-250. DOI: 10.3109/13506129.2013.840576.
23. Vinicki JP, De Rosa G, Laborde HA. Renal amyloidosis secondary to rheumatoid arthritis: remission of proteinuria and renal function improvement with tocilizumab. *Journal of clinical rheumatology*. 2013;19(4):211-213. DOI: 10.1097/RHU.0b013e318293793c.
24. Courties A, Grateau G, Philippe P, Flipo RM, Astudillo L, Aubry-Rozier B. et al. Club Rhumatismes Inflammation and the REGATE Registry. AA amyloidosis treated with tocilizumab: case series and updated literature review. *Amyloid*. 2015;22(2):84-92. DOI: 10.3109/13506129.2014.1002031.
25. Dönmez S, Pamuk ÖN, Pamuk GE, Aydoğdu E, Inman R. Secondary amyloidosis in ankylosing spondylitis. *Rheumatology international*. 2013;33(7):1725-9. DOI: 10.1007/s00296-012-2646-3.
26. Vinicki JP, De Rosa G, Laborde HA. Renal amyloidosis secondary to rheumatoid arthritis: remission of proteinuria and renal function improvement with tocilizumab. *Journal of clinical rheumatology*. 2013;19(4):211-213. DOI: 10.1097/RHU.0b013e318293793c.
27. Burkart J, Benson D M.Jr. When first line therapy for AA-amyloidosis secondary to rheumatoid arthritis fails: a correspondence. *Joint bone spine*. 2013;80:229-230. DOI: 10.1016/j.jbspin.2012.08.008.
28. Pamuk ÖN, Kalyoncu U, Aksu K, Omma A, Pehlivan Y, Çağatay Y. et al. A multicenter report of biologic agents for the treatment of secondary amyloidosis in Turkish rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis patients. *Rheumatology international*. 2016;36(7):945-53. DOI: 10.1007/s00296-016-3500-9.
29. Kaegi C, Wuest B, Schreiner J, Steiner UC, Vultaggio A, Matucci A et al. Systematic Review of Safety and Efficacy of Rituximab in Treating Immune-Mediated Disorders. *Frontiers in immunology*. 2019;10:1990. DOI: 10.3389/fimmu.2019.01990.



DOI 10.25589/GIDUV.2023.21.79.004

УДК 616.12-006.325

© Коллектив авторов, 2023

Поступила 11.05.2023 г.

**А.В. МАКАРЬЕВСКАЯ¹, Р.В. ФОМИНА^{1,2},
Р.А. СЫБАТОВА¹, Л.В. ВОРОБЬЕВА¹, И.О. ОРЛОВ³**

**МИКСОМА СЕРДЦА.
ОТ ДИАГНОСТИКИ ДО ЛЕЧЕНИЯ**

¹Республиканская клиническая больница,

²Институт усовершенствования врачей,

³Городская детская клиническая больница, Чебоксары

Макарьевская Альбина Владиславовна

заведующая кардиологическим отделением для больных инфарктом миокарда
БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Фомина Роза Владимировна

врач-кардиолог БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, ас-
систент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГАУ ДПО «Институт усовер-
шенствования врачей» Минздрава Чувашии

Сыбатова Роза Александровна

врач-кардиолог БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Воробьева Людмила Вячеславовна

врач-кардиолог БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Орлов Иван Олегович

врач-педиатр БУ «Городская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Адрес для переписки:

428018, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Сеспеля, д. 27

Тел.: 89093004160

E-mail: roza.fomina2012@yandex.ru

**A.V. MAKARYEVSKAYA¹, R.V. FOMINA^{1,2},
R.A. SYBATOVA¹, L.V. VOROBYOVA¹, I.O. ORLOV³**

**CARDIAC MYXOMA.
FROM DIAGNOSIS TO TREATMENT**

¹Republican Clinical Hospital,

²Postgraduate Doctors' Training Institute

³Municipal Children's Clinical Hospital, Cheboksary

Makaryevskaya Albina Vladislavovna

Head of the Cardiology Department for patients with myocardial infarction at the BI «Republi-
can Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

**Fomina Roza Vladimirovna**

Cardiologist of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, Assistant of the Public Health and Public Health Service Department at the SAI of SPE «Postgraduate Doctors' Training Institute» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Sybatova Rosa Aleksandrovna

Cardiologist of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Vorobyova Lyudmila Vyacheslavovna

Cardiologist of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Orlov Ivan Olegovich

Pediatrician at the BI «Municipal Children's Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Address for correspondence:

428018, 27, M. Sespel Str., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: 89093004160

E-mail: roza.fomina2012@yandex.ru

Опухоли сердца, относящиеся к чрезвычайно редкой патологии с полиморфной картиной, в течение длительного времени выявляли преимущественно на аутопсиях и лишь случайно – при кардиохирургических операциях. Миксома сердца – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль сердца. Миксома может находиться в любой камере сердца, но наиболее часто локализуется в левом предсердии. Миксомы, имеющие ножку, пролабируют через митральный клапан, затрудняя опорожнение левого предсердия и заполнение желудочка во время диастолы. Клиническая картина миксом сердца крайне многообразна, что затрудняет их прижизненную диагностику, несмотря на внедрение новых диагностических методов. Единственный метод лечения больных с миксомами сердца – удаление опухолей в условиях искусственного кровообращения. В данной статье описан клинический случай, в котором миксома сердца была больших размеров и занимала практически всю полость левого предсердия, создавая обструкцию митрального клапана при значительных клинических проявлениях. Плановое эхокардиографическое исследование позволило своевременно поставить диагноз и провести необходимое лечение. Рассматривая данный случай, мы хотели бы акцентировать внимание на важности своевременной диагностики миксомы и необходимости слаженной работы кардиологов и кардиохирургов для оказания адекватной помощи.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, миксома, опухоль сердца, сердце, клинический случай.

Cardiac tumors belonging to an extremely rare pathology with a polymorphic presentation were detected for a long time mainly during autopsies and only accidentally during cardiac surgery. Cardiac myxoma is the most common benign tumor of the heart. Myxoma can be located in any chamber of the heart, but it is most often localized in the left atrium. Myxomas with a pedicle prolapse through the mitral valve, making it difficult to empty the left atrium and to fill the ventricle during diastole. The clinical presentation of cardiac myxomas is extremely diverse, which complicates their lifetime diagnosis, despite the introduction of new diagnostic methods. The only method of treating patients with cardiac myxomas is the tumor resection in conditions of artificial circulation. This article describes a clinical case in which the cardiac myxoma was large and occupied almost the entire cavity of the left atrium, creating an obstruction for the mitral valve with signifi-



cant clinical manifestations. Routine echocardiographic examination made it possible to make a timely diagnosis and provide necessary treatment. Considering this case, we would like to focus on the importance of myxoma's timely diagnosis and the need for coordinated work of cardiologists and cardiac surgeons to provide adequate care.

Keywords: *cardiovascular system, myxoma, cardiac tumor, heart, clinical case.*

Введение. Первичные опухоли сердца у пациентов кардиологического профиля – явление довольно редкое [1]. По данным литературы, частота их встречаемости составляет порядка 0,0017-0,28% [2]. Около 75% опухолей сердца являются доброкачественными, наиболее распространены среди них миксомы [3]. Миксома сердца – внутрисердечная опухоль, составляет до 50% всех первичных новообразований сердца [1, 4]. В 75% случаев она поражает левое предсердие (ЛП), в 20% – правое, в остальных случаях располагается в желудочках сердца, иногда поражая клапанный аппарат [2, 5].

Клиническая картина миксом сердца крайне многообразна, что затрудняет их прижизненную диагностику, несмотря на внедрение новых диагностических методов [3, 6]. Основными проявлениями миксомы являются эмболии, обструктивные нарушения внутрисердечной гемодинамики и конституциональные признаки (общие реакции организма на опухоль). Необходимо помнить, что до момента клинических проявлений миксомы могут развиваться не одно десятилетие, поэтому нередко они являются случайной диагностической находкой. Реакция организма на опухоль сердца может проявиться в виде лихорадки, субфебрильной температуры, снижения массы тела, анемии, повышения скорости оседания эритроцитов в анализах. Единственный метод успешного лечения этого контингента больных – хирургический, который при условии своевременного и радикального удаления новообразования нередко приводит к излечению. В настоящее время в связи с улучшением качества диагностики частота выявляемости новообразований сердца ежегодно растёт [1-3].

Цель – описание клинических проявлений и особенностей миксомы сердца у пациента БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии.

Материалы и методы исследования. Клиническое обследование состояло из детального сбора анамнеза болезни, включая давность заболевания, характер от начала болезни, дифференциальную диагностику, эффективность проводимой терапии. Далее после общего осмотра пациент подвергся подробному физикальному обследованию. После клинического углубленного обследования больному проводились лабораторные и инструментальные исследования: определение кардиоспецифического тропонина I, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (Эхо-КГ).

Результаты исследования и обсуждение. Представляем клинический случай успешного хирургического лечения миксомы левого предсердия у пациента в возрасте 53 лет. Пациент Е., 53 года, поступил в кардиологическое отделение Регионального сосудистого центра с

жалобами на незначительные ноющие боли и дискомфорт слева от грудины, возникающие при умеренных физических нагрузках, психоэмоциональном напряжении, длительностью до 2-3 минут. Боли проходили в покое, возникали до 2-3 раз в сутки.

Из анамнеза: ранее повышение артериального давления не отмечалось. Диагноз «Ишемическая болезнь сердца» не выставлялся, физические нагрузки переносил хорошо. Впервые вышеперечисленные жалобы начали беспокоить в последние две недели.

При госпитализации по данным ЭКГ регистрировался синусовый ритм, частая наджелудочковая экстрасистолия. Тропонин I – отрицательный, 4,33 нг/л (норма 0-29 нг/л). По данным Эхо-КГ впервые было выявлено в полости левого предсердия гиперэхогенное образование овальной формы с креплением ножки к нижней трети межпредсердной перегородки (МПП), размером 3,8×4,3 см, пролабирующее в полость левого желудочка (ЛЖ) и создающее незначительный митральный стеноз с максимальным градиентом на митральном клапане (МК) 9,8 мм рт. ст., митральная регургитация 1-й степени (рис. 1). Размер левого предсердия (ЛП) по Эхо-КГ 4,8 × 5,50 см, объем ЛП 72,0 мл. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ зарегистрированы наджелудочковые экстрасистолы - 226 в сутки, временами по типу бигемении, тригемении, парные наджелудочковые экстрасистолы - 2. По данным коронароангиографии гемодинамически значимых стенозов коронарного русла не выявлено, стеноз правой коронарной артерии 35%.



Рис. 1. Эхо-КГ больного Е. Апикальная четырехкамерная позиция. Миксома левого предсердия, пролабирует во время диастолы через отверстие МК в ЛЖ

Данные объективного обследования пациента: рост 173 см, вес 75 кг, индекс массы тела 25,1 кг/м². Артериальное давление 130/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 79 уд./мин, частота дыхательных движений 17 в мин. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 1-2 экстрасистолы в мин, диастолический шум на верхушке, V точке. Верхушечный толчок локализован, ограниченный. Сердечный толчок не пальпируется.

Была проведена телемедицинская консультация с врачами БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии (БУ «РКД» Минздрава Чувашии) для решения вопроса об оперативном лечении миксомы, пациент на 11-й день после госпитализации переведен в кардиохирургическое отделение №2 БУ «РКД» Минздрава Чувашии для дальнейшего оперативного лечения.

В условиях БУ «РКД» Минздрава Чувашии выполнена чреспищеводная Эхо-КГ – в полости ЛП лоцируется гипермобильная, предположительно, миксома, крепящаяся на тонкой ножке в области нижней трети МПП, пролабирующая в полость ЛЖ. Прорастание миксомы в структуры МК не выявлено. Тромботические образования в полостях и ушках предсердий не выявлены. На 4-й день после перевода выполнена операция – удаление миксомы ЛП в условиях искусственного кровообращения. Выделена миксома железистой консистенции, в капсуле, жёлтая, размером около 5×5 см, прикрепляющаяся широким основанием (около 1 см) к средней части овальной ямки (рис. 2). Миксома удалена с частью МПП, к которой она крепится (в пределах здоровых тканей).



Рис. 2. Вид удаленной миксомы ЛП



На фоне лечения наблюдалась положительная динамика, послеоперационный период протекал без осложнений, послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы были сняты в стандартные сроки. По данным ЭКГ в послеоперационном периоде нарушения ритма и проводимости не регистрировались. После оперативного лечения эхокардиографически увеличение полости ЛП I степени, увеличение верхненижнего размера ЛП до 5,05 см, митральная регургитация 1-й степени, митральный клапан без стенозирования. Гемодинамический эффект оперативного лечения миксомы ЛП хороший. На 15-й день после операции пациент выписан с улучшением в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового врача.

Заключение и выводы. Миксома ЛП – это патология, которая может привести к серьезным осложнениям и даже к гибели пациентов. С развитием диагностики (Эхо-КГ, КТ и МРТ сердца) данное заболевание стало выявляться намного чаще. Отмечается хороший эффект хирургического лечения, часто приводящего к полному выздоровлению пациентов. Наиболее доступный и распространенный метод обследования – Эхо-КГ, который способен определить локализацию, размеры и наличие обструкции атриовентрикулярного отверстия. В нашей республике успешно проводят оперативное удаление миксом в БУ «РКД» Минздрава Чувашии. Данный клинический случай демонстрирует возможности диагностики и хирургического лечения миксомы сердца в Чувашской Республике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кравченко Н.И., Шиленко А.Н., Бродский А.Г., Тильтаева Л.А., Бачинская И.Н. Успешное хирургическое лечение миксомы левого желудочка. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2017;4:46-48.
2. Желтовский Ю.В., Батеха В.И., Подкаменный В.А. Диагностика и лечение миксом сердца. *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(6):21-26.
3. Фурсов А.А., Гордеев В.В., Демко И.В., Гордеева Н.В. Миксома сердца – сложности диагностики. *Российский кардиологический журнал*. 2016;11:87-89.
4. Агарков Н.М., Голощапов-Аксенов Р.С., Фомина Р.В., Аксенов В.В., Корнеева С.И. Инвазивная и медикаментозная терапия у гериатрических пациентов с инфарктом миокарда. Белгород, 2021.
5. Агарков Н.М., Голощапов-Аксёнов Р.С., Фомина Р.В., Аксенов В.В. *Неотложные состояния в кардиологии и терапии*. Белгород, 2021.
6. Журавлева Н.В., Бабокин В.Е., Барсукова Е.В., Карзакова Л.М., Фомина Р.В., Комелягина Н.А., Смирнова Т.Л., Платонова К.И., Ухтерова Н.Д., Луткова Т.С., Маркелова Л.Л. Влияние COVID-19 на повреждение миокарда: клинический случай. *Acta Medica Eurasica*. 2022;2:31-39.

REFERENCES

1. Kravchenko N.I., Shilenko A.N., Brodskii A.G., L.A. Til'taeva L.A., Bachinskaya I.N.(2017). [Successful Surgical Treatment of Left Ventricular Myxoma] in *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya* [Cardiology and Cardiovascular Surgery], №4, pp. 46-48. (in Russ., abstract in Eng.)



2. Zheltovskii Yu.V., Batekha V.I., Podkamennyi V.A. (2017). [Diagnosis and Treatment of Cardiac Myxomas] in *Acta Biomedica Scientifica*, № 2(6), pp. 21-26. (in Russ., abstract in Eng.)
3. Fursov A.A., Gordeev V.V., Demko I.V., Gordeeva N.V. (2016). [Cardiac Myxoma - Difficulties in Diagnosis] in *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal* [Russian Cardiological Journal], № 11, pp. 87-89. (in Russ.)
4. Agarkov N.M., Goloshchapov-Aksenov R.S., Fomina R.V., Aksenov V.V., Korneeva S.I. (2021). Invazivnaya i medikamentoznaya terapiya u geriatricheskikh patsientov s infarktom miokarda [Invasive and Drug Therapy in Geriatric Patients with Myocardial Infarction], Belgorod. (in Russ.)
5. Agarkov N.M., Goloshchapov-Aksenov R.S., Fomina R.V., Aksenov V.V. (2021). Neotlozhnye sostoyaniya v kardiologii i terapii [Emergency Conditions in Cardiology and Therapy], Belgorod. (in Russ.)
6. Zhuravleva N.V., Babokin V.E., Barsukova E.V., Karzakova L.M., Fomina R.V., Komelyagina N.A., Smirnova T.L., Platonova K.I., Ukhterova N.D., Lutkova T.S., Markelova L.L. [The Effect of COVID-19 on Myocardial Damage: a Clinical Case] in *Acta Medica Eurasica*, №2, pp. 31-39. (in Russ., abstract in Eng.)



DOI 10.25589/GIDUV.2023.39.72.002

УДК 616.366-003.7

© Фомина Р.В., Орлов И.О., Фомина Н.Р., 2023

Поступила 28.04.2023 г.

Р.В. ФОМИНА^{1,2}, И.О. ОРЛОВ³, Н.Р. ФОМИНА⁴

**ХОЛЕЦИСТОКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ:
ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

¹Институт усовершенствования врачей,

²Республиканская клиническая больница,

³Городская детская клиническая больница, Чебоксары,

⁴Козловская центральная районная больница имени И.Е. Виноградова, Козловка

Фомина Роза Владимировна

ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, врач-кардиолог БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Орлов Иван Олегович

врач-педиатр БУ «Городская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Фомина Нурия Раисовна

врач-дерматовенеролог БУ «Козловская центральная районная больница имени И.Е. Виноградова» Минздрава Чувашии

Адрес для переписки:

428018, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Сеселя, д. 27

Тел.: 89093004160

E-mail: roza.fomina2012@yandex.ru

R.V. FOMINA^{1,2}, I.O. ORLOV³, N.R. FOMINA⁴

**CHOLECYSTOCARDIAL SYNDROME:
PROBLEMS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS**

¹The Postgraduate Doctors' Training Institute,

²Republican Clinical Hospital,

³Municipal Children's Clinical Hospital, Cheboksary,

⁴Kozlovka Central District Hospital named after I.E. Vinogradov, Kozlovka

Fomina Roza Vladimirovna

Assistant of the Public Health and Public Health Service Department at the SAI of SPE «Post-graduate Doctors' Training Institute» under the Public Health Ministry of Chuvashia, Cardiologist of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia



Orlov Ivan Olegovich

Pediatrician at the BI «Municipal Children's Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Fomina Nuria Raisovna

Dermatovenerologist at the BI «Kozlovskaya Central District Hospital named after I.E. Vinogradova» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Address for correspondence:

428018, 27, M. Sespel Str., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: 89093004160

E-mail: roza.fomina2012@yandex.ru

В статье приведены данные о распространенности, клинических проявлениях холецистокардиального синдрома [1]. Отмечена связь патологии желчевыводящих путей с изменениями деятельности сердечно-сосудистой системы. Описаны клинический случай холецистокардиального синдрома, дифференциальная диагностика и тактика ведения больного с данной патологией. В реальной клинической практике холецистокардиальный синдром является актуальным синдромом, представляющим интерес для терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов и хирургов [2].

Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, холецистокардиальный синдром, желчнокаменная болезнь, коморбидность, диагностика, дифференциальный диагноз.

The article presents data on the prevalence and clinical manifestations of cholecystocardial syndrome [1]. The connection of the biliary tract pathology with changes in the activity of the cardiovascular system was noted. A clinical case of cholecystocardial syndrome, differential diagnosis and management tactics of a patient with this pathology are described. In real clinical practice, cholecystocardial syndrome is an actual syndrome which represents an interest to therapists, cardiologists, gastroenterologists and surgeons [2].

Keywords: cardiovascular system, cholecystocardial syndrome, gallstone disease, comorbidity, diagnosis, differential diagnosis.

Введение. Холецистокардиальный синдром (ХКС) – сложный симптомокомплекс, проявляющийся различными нарушениями в работе сердца, развитию которых способствует наличие у больного желчнокаменной болезни (ЖКБ) и других заболеваний билиарного тракта [1, 3]. Клиницисты всего мира в течение многих лет изучают связь острых и хронических заболеваний билиарного тракта и сердечно-сосудистой системы. Правильная диагностическая трактовка синдрома боли в грудной клетке является одной из наиболее сложных междисциплинарных проблем в клинике внутренних болезней, поскольку боль в грудной клетке может быть проявлением не только заболеваний сердечно-сосудистой системы, но и центральной и периферической нервной системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, костно-мышечно-суставной системы [1, 2].



С появлением и внедрением в широкую практику ультразвукового исследования (УЗИ) диагностика ЖКБ значительно упростилась, поэтому ХКС встречается в последнее время все реже [3, 4]. В исследованиях различных авторов отмечается, что ХКС может наблюдаться у 15% пациентов с ЖКБ, у каждого 2-4-го больного с хроническим бескаменным холециститом [1, 5]. Если рассматривать ХКС шире, как комплекс клинических симптомов, указывающих на возможность изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, в сочетании с лабораторным и инструментальным подтверждением у пациентов с диагностированной патологией билиарного тракта, то его встречаемость достаточно высока. Так, в метаанализе литературных данных отмечается, что изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при диагностированных заболеваниях билиарного тракта выявляются у 40-94% больных, при этом ведущий симптом ХКС – кардиалгия – отмечается у 21,6-77% [2, 6].

Цель – изучение клинических проявлений и особенностей ХКС у пациента БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии (БУ «РКБ» Минздрава Чувашии).

Материалы и методики исследования. Клиническое обследование состояло из детального сбора анамнеза болезни, включая давность заболевания, характер от начала болезни, дифференциальную диагностику, эффективность терапии. После углубленного обследования больному проводились лабораторные и инструментальные исследования: кардиоспецифического тропонина I, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (Эхо-КГ), КТ-ангиография грудного отдела аорты, УЗИ органов брюшной полости (ОБП), эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).

Результаты исследования и обсуждение. Нами исследовался клинический случай пациента С.О.Г. 1963 г.р. (59 лет). Из анамнеза жизни известно, что пациент у кардиолога и гастроэнтеролога ранее не наблюдался.

Гипертонический анамнез составляет более 5 лет, максимальное артериальное давление (АД) до 215 мм рт. ст., адаптирован к АД 140/80 мм рт. ст. Постоянного контроля АД нет, нерегулярно принимал эналаприл, амлодипин, кардиомагнил.

Диагноз «Ишемическая болезнь сердца» ранее не выставлялся, острого инфаркт миокарда не было. Ранее физическую нагрузку пациент переносил удовлетворительно. Нагрузочные пробы не проводились.

В августе 2021 г. на фоне повышения систолического АД до 200 мм рт. ст. у пациента был эпизод давящей боли за грудиной в левой половине грудной клетки, с иррадиацией в подлопаточную область слева, сопровождавшийся тошнотой, рвотой. Пациент вызвал «03», был проконсультирован кардиологом Регионального сосудистого центра (РСЦ) БУ «РКБ» Минздрава Чувашии. Затем была проведена КТ-ангиография грудного отдела аорты с целью



исключения расслаивания аневризмы аорты: убедительных КТ-признаков расслаивания и дефектов наполнения не выявлено. Двухконтурность восходящего отдела аорты (вероятно, вследствие пульсации). Легочный ствол до 24 мм. В «легочном» режиме очагово-инфильтративных изменений не выявлено. Гипостатическое снижение пневматизации задних отделов обеих легких. Данное заключение было подтверждено в условиях БУ «Республиканский кардиологический диспансер» Минздрава Чувашии.

Настоящее ухудшение отмечено примерно с 00 час 30 мин 12.10.2022 г., когда вновь на фоне кризового повышения АД стала беспокоить колюще-ноюще-давящая боль в груди, иррадирующая под левую лопатку. Больной самостоятельно принял валидол, нитроглицерин (НГ) 2 табл. – без эффекта. Вызвал «03». После оказания помощи был оставлен дома. Со слов пациента, ночью практически не спал вследствие остаточного дискомфорта в груди. К утру боль за грудиной стихла. Стал работать по дому, после чего давящая боль возобновилась и стала интенсивнее прежней. Выпил НГ – без эффекта, вызвал «03». Измерил АД – 210/110 мм рт. ст. Бригадой «03» оказана помощь: внутрь моксонидин 0,4 мг, НГ 1 табл. Болевой синдром не купирован. Доставлен в приемный покой РСЦ.

В приемном покое РСЦ АД – 212/114 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 88 уд./мин. С гипотензивной целью: каптоприл – 25 мг сублингвально, урапидил – в/в струйно, инфузия электролитов, с антиангинальной целью – анальгин с димедролом – в/в струйно.

12.10.2022 г. проведена эзофагогастродуоденоскопия – очаговый гастродуоденит.

Тропонин I 1,04->2,47 нг/л.

На ЭКГ – синусовая тахикардия с ЧСС 87 уд./мин, депрессия сегмента ST до 0,5 мм в III, низкая амплитуда зубца r в III, avF, высокий зубец R в V2.

12.10.2022 г. пациент был госпитализирован в кардиологическое отделение БУ «РКБ» Минздрава Чувашии.

При лабораторно-инструментальном обследовании: в общем анализе крови от 12.10.2022 г. лейкоцитоз до $10,81 \times 10^9$ /л, палочкоядерные (п/я) нейтрофилы в пределах нормы. В биохимическом анализе крови от 12.10.2022 г.: общий билирубин, аланинаминотрансфераза (АлАТ) и аспартатаминотрансфераза (АсАТ) в пределах нормы.

Эхо-КГ от 13.10.2022 г.: фракция выброса – 57%. Зоны гипокинезии на момент осмотра не выявлены. Стенки аорты уплотнены. Уплотнение фиброзного кольца митрального клапана с регургитацией 1-й степени. Увеличение полости левого предсердия 1-й степени. Регургитации на трикуспидальном клапане и клапане легочной артерии 1 степени. Легочная гипертензия 1-й степени.



На фоне лечения и ограничения физической нагрузки боли в груди и одышка не беспокоили, явления сердечной недостаточности не нарастали, АД в пределах 100/60-120/70 мм рт. ст., ЧСС 62-68 уд./мин.

С 15.10.2022 г. стали беспокоить интенсивные боли в левой половине грудной клетки. На ЭКГ – без существенных изменений. Тропонин I – отрицательный. С целью купирования болевого синдрома ввели наркотический анальгетик – без положительного эффекта, болевой приступ за грудиной сохранялся. Было решено выполнить экстренную коронарографию (КАГ) с возможным проведением чрескожного коронарного вмешательства.

КАГ от 15.10.2022 г. – гемодинамически значимого поражения коронарного русла нет.

С дифференциальной диагностикой была проведена КТ с контрастированием аорты 16.10.2022 г. – признаков расслоения аорты не выявлено.

Затем с 16.10.2022 г. наблюдалась иррадиация интенсивных болей в правую подреберную и эпигастральную области. Пациент был проконсультирован дежурным хирургом.

В общем анализе крови от 16.10.2022 г.: лейкоцитоз до $12,6 \times 10^9$ /л, увеличение п/я нейтрофилов до 8%, СОЭ до 17 мм/час. В биохимическом анализе крови – повышение общего билирубина до 28,6 мкмоль/л, альфа-амилазы до 37 кЕд/л, АлАТ и АсАТ до 57 и 62 МЕ/л соответственно.

Проведено УЗИ ОБП 16.10.2022 г., выявлены признаки острого калькулезного холецистита, жировой гепатоз, фибролипоматоз, хронический панкреатит.

УЗИ ОБП от 17.10.2022 г. в динамике: Диффузные изменения печени (жировой гепатоз). Хронический калькулезный холецистит, обострение. Диффузные изменения поджелудочной железы (фибролипоматоз, хронический панкреатит).

Для дальнейшего оперативного лечения пациент был переведен в хирургическое отделение БУ «РКБ» Минздрава Чувашии.

Заключение. В реальной клинической практике проблема ХКС сохраняет актуальность в рамках междисциплинарного взаимодействия между интернистом и хирургом. С позиций сегодняшнего дня они выглядят следующим образом: дифференциальная диагностика ишемической болезни сердца и ХКС. При этом устранение кардиальной симптоматики после хирургического лечения, подтвержденной клинически и инструментально, позволяет достоверно судить о наличии у больного ХКС.

Проведенный нами обзор по проблеме ХКС в реальной клинической практике позволяет рассматривать его в качестве не только диагностического синдрома при проведении дифференциальной диагностики синдрома боли в грудной клетке, но и синдрома, отражающего коморбидность патологии сердечно-сосудистой системы и билиарного тракта.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оганезова И.А., Егорова С.В., Скворцова Т.Э., Медведева О.И. Холецистокардиальный синдром: проблемы дифференциальной диагностики. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2018;150(2): 110-114.
2. Трухан Д.И., Деговцов Е.Н., Давыдов Е.Л. Холецистокардиальный синдром в реальной клинической практике. *Медицинский совет*. 2021;(4):212-219.
3. Архипова А.В., Барсукова Е.В., Фомина Р.В., Лохова А.В., Гусева М.В., Стрункова Ю.В. Дислипидемия у пациентов с суставным синдромом как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. *Совершенствование медицинской помощи: современные технологии лечения и реабилитации в практике врачей различных специальностей*. Материалы научно-практической конференции, посвященной 55-летию Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова и 45-летию Городской клинической больницы № 1. Чебоксары, 2022:31-33.
4. Фомина Р.В., Шарапова О.В., Герасимова Л.И., Орлов О.И. и др. Картографический анализ федеральных округов Российской Федерации и административных территорий Чувашской Республики по уровням заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения: конспект лекции. Чебоксары: ГАУ ДПО «ИУВ», 2022:44.
5. Шарапова О.В., Герасимова Л.И., Фомина Р.В., Антонова И.В., Орлов И.О. Картографический анализ заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения на региональном уровне (на примере Чувашской Республики). *Вестник Росздрава*. 2022;5:16-24.
6. Шарапова О.В., Кича Д.И., Герасимова Л.И., Рукодачный О.В., Фомина Р.В., Евзерихина А.В., Барсукова Е.В. Картографический анализ показателей заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения населения Российской Федерации (2010-2019 гг.). *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2022;11(1):56-68.

REFERENCES

1. Oganezova I.A., Egorova S.V., Skvortsova T.E., Medvedeva O.I. (2018). [Cholecystocardial Syndrome: Problems of Differential Diagnosis] in *Ekspperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya* [Experimental and Clinical Gastroenterology], № 150(2), pp. 110-114. (in Russ., abstract in Eng.)
2. Trukhan D.I., Degovtsov E.N., Davydov E.L. (2021). [Cholecystocardial Syndrome in Real Clinical Practice] in *Meditsinskii sovet* [Medical Advice], № 4, pp. 212-219. (in Russ., abstract in Eng.)
3. Arkhipova A.V., Barsukova E.V., Fomina R.V., Lokhova A.V., Guseva M.V., Strunkova Yu.V. (2022). [Dyslipidemia in Patients with Articular Syndrome as a Risk Factor for Cardiovascular Disease] in *Sovershenstvovanie meditsinskoi pomoshchi: sovremennye tekhnologii lecheniya i rehabilitatsii v praktike vrachei razlichnykh spetsial'nostei* [Improvement of Medical Care: Modern Technologies of Treatment and Rehabilitation in the Practice of Doctors of Various Specialties], Materials of the scientific and practical conference dedicated to the 55th anniversary of the Chuvash State University named after I.N. Ulianov and the 45th anniversary of the City Clinical Hospital № 1. Cheboksary, pp. 31-33. (in Russ., abstract in Eng.)
4. Fomina R.V., Sharapova O.V., Gerasimova L.I., Orlov O.I. et al. (2022). *Kartograficheskii analiz federal'nykh okrugov Rossiiskoi Federatsii i administrativnykh territorii Chuvashskoi Respubliki po urovnyam zaboлеваemosti i smertnosti ot boleznei sistemy krovoobrashcheniya*:



konspekt leksii [Cartographic analysis of the Federal Districts of the Russian Federation and Administrative Territories of the Chuvash Republic by Morbidity and Mortality From Diseases of the Circulatory System: Lecture Notes]. Cheboksary, SAI of SPE «PDTI» Publ., 44 p. (in Russ.)

5. Sharapova O.V., Gerasimova L.I., Fomina R.V., Antonova I.V., Orlov I.O. (2022). [Cartographic Analysis of Morbidity and Mortality from Diseases of the Circulatory System at the Regional Level (on the Example of the Chuvash Republic)] in *Vestnik Roszdravnadzora* [Bulletin of Roszdravnadzor], № 5, pp. 16-24. (in Russ., abstract in Eng.)
6. Sharapova O.V., Kicha D.I., Gerasimova L.I., Rukodainyi O.V., Fomina R.V., Evzerikhina A.V., Barsukova E.V. (2022). [Cartographic Analysis of Morbidity and Mortality from Circulatory Diseases among the Population of the Russian Federation (2010-2019)] in *Kompleksnye problemy serdechno-sosudistykh zabolevanii* [Complex Problems of Cardiovascular Diseases], №11(1), pp. 56-68. (in Russ., abstract in Eng.)



DOI 10.25589/GIDUV.2023.61.13.005

УДК 616.125.6: 616.831-005.7

© Коллектив авторов, 2023

Поступила 14.05.2023 г.

**Н.Э. ХЛЕВЧУК^{1,2}, Н.А. КОМЕЛЯГИНА^{2,3},
Л.В. АЛБУТОВА¹, Е.Н. ЕГОРОВА¹,
И.Л. ЧЕБОТАРЕВА⁴**

ОТКРЫТОЕ ОВАЛЬНОЕ ОКНО КАК ИСТОЧНИК ПАРАДОКСАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

¹Республиканская клиническая больница,

²Центральная городская больница,

³Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,

⁴Городская клиническая больница, Чебоксары

Хлевчук Наталья Эдуардовна

врач-кардиолог отделения анестезиологии и реанимации для больных острым инфарктом миокарда БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, кардиологического отделения БУ «Центральная городская больница» Минздрава Чувашии

Комелягина Надежда Анатольевна

доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», врач-кардиолог БУ «Центральная городская больница» Минздрава Чувашии

Албутова Лариса Валериановна

врач-кардиолог, заведующая отделением анестезиологии и реанимации для больных острым инфарктом миокарда БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Егорова Елена Николаевна

врач-кардиолог отделения анестезиологии и реанимации для больных острым инфарктом миокарда БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Чеботарева Ирина Львовна

врач-невролог первичного сосудистого отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения БУ «Городская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Адрес для переписки:

428000, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр. Ленина, д. 47

Тел.: 89370111562

E-mail: natasha-khlevchuk@yandex.ru



*N.E. KHLEVCHUK^{1,2}, N.A. KOMELYAGINA^{2,3},
L.V. ALBUTOVA¹, E.N. EGOROVA¹,
I.L. CHEBOTAREVA⁴*

AN OPEN OVAL WINDOW AS A SOURCE OF PARADOXICAL EMBOLISM OF CEREBRAL VESSELS

¹*Republican Clinical Hospital,*
²*Central Municipal Hospital,*
³*I.N. Ulianov Chuvash State University,*
⁴*Municipal Clinical Hospital, Cheboksary*

Khlevchuk Natalia Eduardovna

Cardiologist of Anesthesiology and Intensive Care Department for patients with acute myocardial infarction at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, Cardiology Department of the BI «Central Municipal Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Komelyagina Nadezhda Anatolyevna

Associate Professor of Internal Diseases Department at FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», Cardiologist of the BI «Central Municipal Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Albutova Larisa Valerianovna

Cardiologist, Head of Anesthesiology and Intensive Care Department for patients with acute myocardial infarction at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Egorova Elena Nikolaevna

Cardiologist of Anesthesiology and Intensive Care Department for patients with acute myocardial infarction at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Chebotareva Irina Lvovna

Neurologist of the Primary Vascular Department for patients with acute cerebrovascular accident at the BI «Municipal Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Address for correspondence:

428000, 47, Lenin Pr., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: 89370111562

E-mail: natasha-khlevchuk@yandex.ru

В данной статье приведен клинический случай, в котором рассматривается одна из возможных причин криптогенных инсультов – открытое овальное окно. Проведен анализ литературных данных, выявлены показания и оценка эффективности эндоваскулярного вмешательства. Представленный случай оперативного вмешательства выполнен на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ключевые слова: *эхокардиография, открытое овальное окно, криптогенный инсульт, эндоваскулярное закрытие, окклюдер.*



This article presents a clinical case in which one of the possible causes of cryptogenic strokes – an open oval window – is considered. The analysis of the literature data was carried out, indications and evaluation of the endovascular intervention effectiveness were identified. The presented case of surgical intervention was performed on the basis of the FSBI National Medical Research Center of Cardiology Named After Academician E.I. Chazov under the Public Health Ministry of the Russian Federation.

Keywords: *echocardiography, open oval window, cryptogenic stroke, endovascular closure, occluder.*

Инсульт занимает одно из первых мест среди самых частых причин смертности и является одной из наиболее важных причин инвалидизации. Примерно у трети пациентов этиология инсульта остается неясной, несмотря на их всестороннее обследование; в таких случаях используется термин «криптогенный инсульт» (КИ). По современной номенклатуре ESUS (Embolic Stroke of Undertermined Source) КИ – это эмболический инсульт из неопределенного источника [1].

Впервые этот термин применил итальянский хирург Леонардо Боталли в 1564 г. [2]. В нынешнем столетии благодаря ультразвуковым технологиям выявление открытого овального окна (ООО) стало наблюдаться значительно чаще. Для этого могут быть использованы чреспищеводная, трансторакальная эхокардиография (Эхо-КГ). Чреспищеводная Эхо-КГ является «золотым стандартом» диагностики ООО и обладает почти 100% чувствительностью и специфичностью [3].

ООО во время внутриутробного периода обеспечивает приток насыщенной кислородом крови из правого в левое предсердие. После рождения у большинства людей в возрасте 5-7 мес. вторичная и первичная предсердные перегородки начинают срастаться, образуя постоянную межпредсердную перегородку. При нарушении данного процесса шунтирующий кровотоки между предсердиями сохраняется через незарощенное ООО. В норме оно закрывается к первому году жизни, но может оставаться открытым до 5-6 лет. В 20-34% случаев происходит неполное смыкание перегородок и между предсердиями остается постоянное или персистирующее сообщение. Тромбы, которые образуются в венозной системе, могут проходить через ООО в левые отделы сердца, становясь причиной окклюзии артерий большого круга кровообращения, такая эмболия называется парадоксальной [3].

В последние годы было проведено большое количество исследований для решения вопроса о когорте пациентов, которым необходимо эндоваскулярное закрытие ООО для вторичной профилактики КИ. В рамках исследования REDUSE меньшая частота повторных инсультов определена в группе эндоваскулярного лечения [1].

Описание клинического случая. Мужчина, 55 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на давящие, временами жгучие боли за грудиной как при физических на-



грузках, так и в покое, частично купируемые нитроглицерин, одышку при подъеме в гору или ходьбе на расстояния до 100 м, периодическое головокружение, головную боль, шум в голове, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: пациент имеет длительный гипертонический стаж. С 20-летнего возраста регистрируется повышение артериального давления (АД) до максимальных значений – более 200/100 мм рт. ст. Оптимальным для себя считает 120-130/80 мм рт. ст. Перенес транзиторную ишемическую атаку в 2015, 2016, дважды в 2018, 2019 гг. В январе 2017 г. острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в правой средней мозговой артерии, получал лечение в неврологическом отделении. Ишемический анамнез прослеживается с 2014 г. в виде периодических сжимающих болей за грудиной при физической нагрузке, в частности при ходьбе на расстояния до 300-500 м, купирующихся самостоятельно в покое через 10-15 минут. В 2015 г. проведена коронароангиография (КАГ): выявлен стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) – 60%, 1 диагональной ветви (ДВ) – 50-60%, огибающей артерии – 40%, правая коронарная артерия гипоплазирована. Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) не проводилось. Болевой синдром в грудной клетке прогрессировал при физической нагрузке. Пациент принимал до 10 раз нитраты и ограничивал себя в физической активности. Периодически ввиду болевого синдрома доставлялся в Региональный сосудистый центр. В 2019 г. в экстренном порядке был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии с затяжным болевым синдромом. Проведены КАГ, выявлены стенозы ПМЖВ в устье 45%, в среднем – 40%, в среднем бифуркационный с 2 ДВ, 2 ДВ до 45% со спастическим компонентом «мышечный мостик» с сужением до 35-40%. ЧКВ и ангиопластика не проводились. Стресс-Эхо-КГ на выявление коронарной недостаточности – отрицательная. Аритмический анамнез пациент отрицает, на суточном мониторинге ЭКГ в 2019 г. – максимальная частота сердечных сокращений (ЧСС) 125 уд. в мин, минимальная – 50 уд. в мин, одиночные наджелудочковые экстрасистолы – 22, одиночные желудочковые экстрасистолы – 3, изменения сегмента ST – 1 эпизод ишемической депрессии сегмента ST в отведениях, характеризующих потенциалы передней стенки, боковой стенки левого желудочка, сопровождаемый в описательной части одышкой и болью в сердце, продолжительностью до 18 минут, при пороговой ЧСС 115 уд./мин. Иные нарушения ритма документально не подтверждены, субъективно не ощущает. Из принимаемых препаратов называет аспирин 100 мг, небиволол 2,5 мг, зофеноприл 2,5 мг, аторвастатин 40 мг, омега-3.

Объективный осмотр. АД – 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 56 уд. в мин, частота дыхательных движений – 16. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, влажные. Сознание ясное. Неврологический статус без отрицательной динамики.



Признаков дизартрии, парезов и параличей нет. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот не увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Из проведенных обследований обращает внимание липидограмма: холестерин 5,7 ммоль/л, триглицериды – 1,31, холестерин-ЛПОНП – 0,6 ммоль/л, холестерин -ЛПНП – 3,91 ммоль/л, ЛПВП – 1,19 ммоль/л, коэффициент атерогенности – 3,8. Биохимический анализ крови: АЛТ – 21 МЕ/л, АСТ – 20 МЕ/л, креатинин – 118 мкмоль/л, сахар – 8,76 ммоль/л, в динамике 4,58 ммоль/л, общий белок – 70 г/л, коагулограмма: АПТВ – 26,2 с, протромбиновое время – 13 с, МНО – 1,08, фибриноген – 2,88 г/л, протромбиновый индекс – 92%, общий анализ крови: лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л, эритроциты – $4,86 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 148 г/л, количество тромбоцитов – 198×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, эритроциты – 2%, лимфоциты – 24%, моноциты – 7%, скорость оседания эритроцитов – 6 мм в час. Из инструментальных обследований: ЭКГ – ритм синусовый, с ЧСС 78 уд. в мин, вертикальное положение ЭОС. Элевация сегмента ST до 0,5-1,0 мм с переходом в положительный зубец Т в отведении I II AVF V4-V6, вероятно, связанная с синдромом ранней реполяризации желудочков. Эхо-КГ: аорта на уровне синуса Вальсальвы – 40 мм, восходящий отдел – 37 мм, левое предсердие – 43×51 мм, правое предсердие – 40×50 мм, межжелудочковая перегородка – 11 мм, конечно-диастолический размер левого желудочка – 50 мм, конечно-систолический размер – 33 мм, конечно-диастолический объем – 119 мл, масса миокарда – 207 г, фракция выброса (ФВ) – 63%, зоны гипокинезии и акинезии не выявлены, сократительная способность сохранена. Межпредсердная перегородка – гипермобильность средней трети межпредсердной перегородки на протяжении 12 мм, при цветном доплеровском картировании сброс справа шириной до 0,33 см. Аортальный клапан – створки уплотнены, митральный клапан – частичный кальциноз фиброзного кольца митрального клапана, трикуспидальный клапан без особенностей, систолическое давление в легочной артерии 32,0 мм рт. ст., митральная регургитация 1-2 ст, трикуспидальная регургитация 1 ст., полость перикарда без особенностей. Заключение: признаки атеросклероза аорты, расширение аорты на уровне синуса Вальсальвы и восходящего отдела. Частичный кальциноз фиброзного кольца митрального клапана с регургитацией 1-2 степени. Нарушение диастолической функции левого желудочка, увеличение полостей левого и правого предсердий 1 ст. Регургитация на трикуспидальном клапане и клапане легочной артерии 1 ст. Признаки легочной гипертензии 1 ст. Функционирующее овальное окно.

Холтеровское мониторирование ЭКГ в 2019 г.: наблюдался синусовый ритм со средней ЧСС 70 уд. в мин (максимальная – 121 уд. в мин, минимальная – 51 уд. в мин). Динамика



ЧСС – без особенностей. На фоне данного ритма, продолжавшегося в течение всего времени наблюдения, зарегистрированы следующие типы аритмий: одиночная наджелудочковая экстрасистолия – 4, интервалы QT на минимальной ЧСС – 400 мсек. Изменение ST-T: наблюдались эпизоды ишемической депрессии сегмента ST-T в отведениях, характеризующих потенциалы передней стенки, боковой стенки левого желудочка, безболевые, продолжительностью 1 мин, возникающие при физической нагрузке при пороговой ЧСС (121 уд. в мин). Всего эпизодов – 1. Ультразвуковая диагностика брахиоцефальных артерий: стеноз бифуркации общих сонных артерий (ОСА) – 30%, устья правой внутренней сонной артерии – 30%, стеноз бифуркации левой ОСА – 30%. Эзофагогастродуоденоскопия: недостаточность кардии 1 ст., очаговый хронический гастрит.

С учетом выявленной патологии проконсультирован в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени акад. Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. На основе оценки предоставленной медицинской документации решен вопрос о необходимости оперативного лечения с закрытием ООС.

Протокол закрытия дефекта межпредсердной перегородки: в правую общую бедренную вену установлен интродьюсер 6 Fr. Под контролем рентгеноскопии и Эхо-КГ диагностический катетер MP1 заведен в левое предсердие через ООС. Далее в устье легочной вены заведен проводник AmplatSuperStiff и выполнена замена интродьюсера 6F на систему доставки OcclutechDeliverySet 9F. Затем через шлюз системы доставки в месте дефекта межпредсердной перегородки (ООС) имплантирован окклюдер FigullaFlex II PFO диаметром 25/27 мм. При контрольных Эхо-КГ и рентгенографии отмечено, что устройство плотно зафиксировано, рефлюкс по периметру устройства отсутствует.

В последующем при плановом наблюдении пациента в течение трех лет отмечено, что неврологической симптоматики не возникало. Ежегодная оценка Эхо-КГ показывает отсутствие сброса и перегрузки правых отделов сердца.

Выводы:

1. У пациентов с КИ без очевидной причины для исключения возможной эмболизации сосудов головного мозга рекомендуется проведение трансторакальной или чреспищеводной Эхо-КГ.
2. За период наблюдения за пациентом в течение трех лет отмечено отсутствие развития ишемических событий, что доказывает эффективность закрытия ООС окклюдером.
3. Необходимость взаимодействия с врачами-неврологами для своевременного выявления ООС и предупреждения повторных ишемических событий, оценки пациентов в каждом случае и возможного проведения оперативного вмешательства.



Нами планируется дальнейшее изучение данной патологии, внедрение новых методов диагностики ООО в Чувашской Республике (bubble test), возможность закрытия ООО в профильных больницах города и продолжение сотрудничества с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени акад. Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Огнерубов Д.В., Терещенко А.С., Самко А.Н., Арутюнян Г.К., Сивакова О.А., Певзнер Д.В., Макеев М.И., Балахонова Т.В., Белопасова А.В., Максимова М.Ю., Чуприна С.Е., Ходяковая Е.П., Кулеш А.А., Мехряков С.А., Щекочихин Д.Ю., Богданова А.А., Меркулов Е.В. Безопасность и эффективность эндоваскулярного закрытия открытого овального окна: первые результаты российского многоцентрового исследования. *Оригинальные исследования и методики. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(6):26-32.
2. Пшеничная Е.В., Бордюгова Е.В., Иофе Е.И., Конов В.Г., Науменко Ю.В. Открытое овальное окно: междисциплинарный подход. *Вестник неотложной и восстановительной хирургии*. 2019;4(1).
3. Кулеш А.А., Шестаков В.В. Открытое овальное окно и эмболический криптогенный инсульт. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(2):2-11.

REFERENCES

1. Ognerubov D.V., Tereshchenko A.S., Samko A.N., Arutyunyan G.K., Sivakova O.A., Pevzner D.V., Makeev M.I., Balakhonova T.V., Belopasova A.V., Maksimova M.Yu., Chuprina S.E., Khodyakovaya E.P., Kulesh A.A., Mekhryakov S.A., Shchekochikhin D.Yu., Bogdanova A.A., Merkulov E.V. (2020). [Safety and Efficacy of Endovascular Closure of the Open Oval Window: the First Results of a Russian Multicenter Study] in *Original'nye issledovaniya i metodiki. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Original Research and Methodologies. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics], № 12(6), pp. 26-32. (in Russ., abstract in Eng.)
2. Pshenichnaya E.V., Bordyugova E.V., Iofe E.I., Konov V.G., Naumenko Yu.V. (2019). [The Open Oval Window: the Interdisciplinary Approach] in *Vestnik neotlozhnoi i vosstanovitel'noi khirurgii* [Bulletin of Emergency and Reconstructive Surgery], № 4(1). (in Russ., abstract in Eng.)
3. Kulesh A.A., Shestakov V.V. (2019). [Open Oval Window and Embolic Cryptogenic Stroke] in *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics], № 11(2), pp. 2-11. (in Russ., abstract in Eng.)



DOI 10.25589/GIDUV.2023.89.15.012

УДК 616.61-008.6:616.34-006

© Коллектив авторов, 2023

Поступила 24.05.2023 г.

*О.П. ЧЕПУРНАЯ¹, Т.А. АРСЕНТЬЕВА²,
А.В. ЕРОХИНА^{1,2}, И.М. ГРИГОРЬЕВА²*

**ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ –
ПЕРВИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО
НОВООБРАЗОВАНИЯ КИШЕЧНИКА**

¹Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,

²Республиканская клиническая больница, Чебоксары

Чепурная Оксана Павловна

доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», кандидат медицинских наук

Арсентьева Тамара Алексеевна

заведующая нефрологическим отделением БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Ерохина Анна Вячеславовна

врач нефрологического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, старший преподаватель кафедры факультетской и госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

Григорьева Ирина Михайловна

врач нефрологического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Адрес для переписки:

428018, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Московский пр., д. 11

Тел.: 89050292747

E-mail: Chepurnaya.oxana@yandex.ru

*O.P. CHEPURNAYA¹, T.A. ARSENTIEVA²,
A.V. EROKHINA^{1,2}, I.M. GRIGORIEVA²*

**PARANEOPLASTIC NEPHROTIC SYNDROME
AS THE PRIMARY MANIFESTATION OF AN INTESTINAL
MALIGNANT NEOPLASM**

¹I.N. Ulianov Chuvash State University,

²Republican Clinical Hospital, Cheboksary

Chepurnaya Oksana Pavlovna

Associate Professor of Faculty and Hospital Therapy Department at FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University», PhD in Medical Sciences



Arsentieva Tamara Alekseevna

Head of the Nephrological Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Erokhina Anna Vyacheslavovna

Physician of the Nephrological Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia, senior lecturer of Faculty and Hospital Therapy Department at the FSBEI of HE «I.N. Ulianov Chuvash State University»

Grigorieva Irina Mikhailovna

Physician of the Nephrological Department at the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Address for correspondence:

428018, 11, Moskovsky Pr., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: 89050292747

E-mail: Chepurnaya.oxana@yandex.ru

Приведено описание клинического случая выявления злокачественного новообразования кишечника у пациента с впервые возникшим нефротическим синдромом. Паранеопластический синдром может проявиться различными нефрологическими синдромами и предшествовать специфическому клиническому проявлению неоплазмы. Существуют критерии, помогающие отнести поражение почек к паранеопластической нефропатии, знание которых помогает в своевременном установлении диагноза.

Ключевые слова: нефротический синдром, паранеопластический синдром, паранеопластическая нефропатия, злокачественное новообразование.

The paper describes a clinical case of detecting an intestinal malignant neoplasm in a patient with the new onset of the nephrotic syndrome. Paraneoplastic syndrome can manifest itself in various nephrological syndromes and precede a specific clinical manifestation of a neoplasm. There are criteria that help to attribute kidney damage to paraneoplastic nephropathy, the knowledge of which helps to make timely diagnosis.

Keywords: nephrotic syndrome, paraneoplastic syndrome, paraneoplastic nephropathy, malignant neoplasm.

Введение. В последние годы наблюдается неуклонный рост злокачественных новообразований, и паранеопластический синдром может предшествовать клиническому проявлению специфической картины опухолевого процесса.

Поражение почек при злокачественных новообразованиях можно разделить на 4 группы [1]:

- 1) связанные с механическим воздействием опухоли или ее метастазов на почку и мочевыводящие пути;
- 2) возникшие в результате лекарственной терапии опухоли;
- 3) неспецифические паранеопластические реакции, проявляющиеся раньше специфических признаков новообразования. Нередким проявлением поражения почек при этом варианте является нефротический синдром (НС);



4) поражения почек, связанные с метаболическими нарушениями, приводящие к острому повреждению почек. Паранеопластическая нефропатия развивается в результате иммунных нарушений, возникающих при злокачественных новообразованиях [2-4].

Выделяют критерии, позволяющие отнести поражение почек к паранеопластической нефропатии [5]:

1. Возникновение клинико-гистологической ремиссии после хирургического удаления опухоли или полной ремиссии вследствие химиотерапии.
2. Рецидив опухоли сопровождается возобновлением дисфункции почек [6].
3. Наличие доказательств, свидетельствующих о взаимосвязи между нефропатией и раковым процессом.

Паранеопластическая нефропатия может иметь различные нарушения функции почек, и одним, из наиболее встречаемых, является НС. Распространенность рака у больных с НС составляет 11-13%; он выше у пациентов в возрасте > 50 лет и у мужчин [7].

НС – это клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся массивной потерей белка с мочой более 3,5 г/сутки, гипоальбуминемией менее 30 г/л, гипопротейнемией менее 60 г/л и отеками. Частыми факультативными компонентами НС, но не обязательными, являются гиперхолестеринемия, дислиппротеинемия, активация факторов коагуляции, нарушение фосфорно-кальциевого обмена (гипокальциемия, гипокальциурия, остеопороз), иммунодепрессия.

НС при паранеопластической нефропатии чаще всего проявляется в результате гломерулярного поражения (мембранозный гломерулонефрит и липоидный нефроз) или амилоидоза почек. Опухоли, связанные с паранеопластическим НС, представляют собой карциномы, в основном легочные, желудочно-кишечные и гематопозитического происхождения.

Целью описания клинического случая явилась демонстрация возможности развития нефропатии до проявления симптомов опухолевого процесса.

Описание клинического случая. Пациент Ш., 56 лет, в 2021 г. поступил в нефрологическое отделение БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии с жалобами на отеки нижних конечностей до паховой области, области живота, кистей, периорбитальной зоны, на повышение артериального давления (АД) до 200/110 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью, слабостью, тошнотой, купирующееся приемом каптоприла, на выраженную общую слабость, вздутие живота, снижение аппетита, одышку при физической нагрузке (при подъеме на 3 этаж).

Анамнез. Отмечает повышение АД, максимальные цифры – 200/110 мм рт. ст., длится в течение 10 лет. Постоянной антигипертензивной терапии не было. С 2018 г. периодически



появлялись отеки на ногах, протеинурия в диапазоне от 2 до 0,7 г/л, эритроцитурия. За 3 месяца до госпитализации отеки увеличились. При амбулаторном обращении за медицинской помощью к терапевту и кардиологу исключена кардиогенная причина отеков. В июле 2021 г. протеинурия увеличилась до 10 г/л ++++ (анализатор лаборатории, проводящий исследование общего анализа мочи, не позволяет количественно оценить показатели), креатинин в крови 131 мкмоль/л, мочевины 12 ммоль/л. Направлен на консультацию к нефрологу, с последующей госпитализацией в нефрологическое отделение.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Питание нормальное. Телосложение нормальное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Отеки нижних конечностей, наружных половых органов, обеих кистей рук, передней брюшной стенки. Лимфатические узлы не увеличены. Мышечная система: развита умеренно. Костно-суставная система: без деформаций. Органы дыхания: обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 18 в минуту. При перкуссии ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 150/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 76 в мин, пульс 76 в мин. Органы пищеварения: язык чистый, розовый, влажный. Живот симметричный, мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, обычного цвета, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Диурез не нарушен.

При обследовании: общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,52 \times 10^{12}$ /л, гематокрит – 38,4%, тромбоциты – 408×10^9 /л, лейкоциты – $7,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, эозинофилы – 3%, базофилы – 1%, лимфоциты – 25%, моноциты – 10%, СОЭ – 50 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1016, протеинурия – 4,22 г/л, лейкоциты – 7-8 в п/зр, эритроциты в большом количестве, цилиндры: гиалиновые – 0-1-2, зернистые – 0-1-2, восковидные – 0-1-2 в п/зр. Протеинограмма мочи: общий белок – 4,29 г/л, альбумины – 80%, глобулины – 20%, суточный диурез – 1150 мл. В период госпитализации уровень протеинурии определялся в диапазоне 4,5-9,5 г/л. Белковые фракции сыворотки крови: общий белок – 35 г/л, альбумин – 54% (18,9 г/л), глобулины: α_1 – 4,2%, α_2 – 23,1%, β_1 – 5,2%, β_2 – 8,1%, γ – 5,4%. При исследовании биохимических показателей крови отмечалось повышение уровня мочевины до 10,6 ммоль/л и креатинина до 147 мкмоль/л, остальные показатели определялись в пределах нормальных значений. Липидограмма крови: холестерин – 14,33 ммоль/л, триглицериды – 3,94 ммоль/л, ХС-ЛПОНП – 1,79 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 11,13 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 2,32 ммоль/л. Коэффициент атерогенности – 5,20. Тест состояния сыворотки – прозрачная.



Коагулограмма: антитромбин III – 65,6%, АПТВ – 26,70 с, МНО – 0,91, ПТИ – 114,4%, фибриноген А – 5,16 г/л, тромбиновое время – 22,00 с. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) почек выявлены признаки умеренных диффузных изменений почек с небольшими кистами слева. Двухсторонний плевральный выпот.

Нефробиопсия не была проведена по техническим причинам. Учитывая возможность развития нефротического синдрома в рамках вторичных гломерулопатий, пациенту проведены исследования крови на гепатиты В, С – реакция на HBSAg отрицательная, на антитела к HCV – отрицательная; на антитела к антигенам ядра клетки и ДНК (иммуноблот): DsDNA (системная красная волчанка (СКВ)), нуклеосома (СКВ), SS-A (синдром Шергрена, СКВ, неонатальная волчанка), SS-B (синдром Шергрена, СКВ), Sm (СКВ), RNP/Sm (СКВ), Scl-70 (склеродермия), Jo-1 (полимиозит/дерматомиозит), центромера В (системная склеродермия (CREST) – реакции отрицательные. Для исключения паранеопластической нефропатии и амилоидоза проведены эзофагогастроуденоскопия и колоноскопия. В антральном отделе желудка по задней стенке выявлены два язвенных дефекта диаметром 0,8 см, с отечным валом, глубиной до 0,4 см, на дне фибрин (биопсия), в области ректосигмоидного отдела визуализирована полиповидная неоплазия на тонкой ножке, диаметр до 0,9 см по Парижской классификации Oip. В средней трети восходящей кишки имеется полиповидная неоплазия больших размеров высотой до 2,5-3,0 см, в диаметре до 2,0 см в виде цветной капусты, выполнена биопсия, основание визуализировать не удалось. Заключение прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного материала: гиперпластический полип кишечника, фрагменты тубуловорсинчатых аденом кишечника с очаговой дисплазией I-II эпителия желез, при окраске сириусом красным на амилоид фрагмента слизистой 12-перстной кишки реакция отрицательная. Исследована кровь на онкомаркеры: простатспецифический антиген (ПСА): 1,32 нг/мл (референтные значения 0-4), простатспецифический антиген свободный (ПСА св): 0,6 нг/мл. Проведено УЗИ органов брюшной полости и почек. Заключение: Выявлены небольшие кисты печени. Хронический калькулезный холецистит (в просвете множественные подвижные конкременты до 1,0 см с акустическими тенями). Диффузные изменения поджелудочной железы. Диффузные изменения паренхимы обеих почек (утолщение и повышение эхогенности, единичные кисты с обеих сторон). Хронический пиелонефрит. Конкремент (5 мм) в верхней чашечке правой почки.

Во время госпитализации пациенту начата иммуносупрессивная терапия: пульс-терапия метилпреднизолоном 1 г №3 с последующим переводом на пероральный прием в дозе 48 мг в сутки в течение 1 месяца, под прикрытием ингибитора протонной помпы. По рекомендации трансфузиолога воздержались от трансфузии свежемороженой плазмы в связи с воз-



никшей реакцией на предыдущее ее переливание, дефицит белков восполнялся альбумином. С целью коррекции АД и нефропротекции назначены блокаторы рецепторов АТ II, для снижения риска развития тромботических осложнений – низкомолекулярный гепарин.

Пациент выписан из отделения с диагнозом «Нефропатия, вероятнее всего, паранеопластического генеза. НС от 05.2021 г. Хроническая болезнь почки, стадия 3А (pСКФ 45 мл/мин/1,73м² по СКD-EPI), А4. Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь, II стадия, достигнутая степень АГ 1, гипертрофия левого желудочка. Выраженная гиперлипидемия (вторичная). Риск 4. Целевое АД – 130-139/80 мм рт. ст. Атеросклероз аорты, аортального клапана. Дислипидемия II b типа. Язвенная болезнь: коллезные язвы желудка, активная фаза без положительной клинико-лабораторной динамики».

После выписки направлен на консультацию к врачу-онкологу в БУ «Республиканский онкологический диспансер» Минздрава Чувашии. Госпитализирован в приемно-диагностическое отделение для дообследования и уточнения диагноза. Проведено исследование на гормоны и онкомаркеры: α -фетопротеин – 4,6 МЕ/мл (референтные значения 0,0-5,8), ПСА общий – 2,34 нг/мл (референтные значения 0,000-4,0), раковый эмбриональный антиген – 1,56 нг/мл (референтные значения для некурящих 0-4,7, курящих 0-10,0), СА 19-9-33,41 Ед/мл (референтные значения 0,00-9,00). Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 09.2021: КТ-признаки кист в печени. Простые кисты почек (Bosniak 1), осложненная киста левой почки (Bosniak 2). Конкременты в чашечно-лоханочной системе почек. Холецистолитиаз. КТ органов грудной полости от 09.2021: единичные очаги в нижней доле левого легкого, требующие динамического наблюдения. Колоноскопия от 09.2021: неоплазии сигмовидной ободочной и прямой кишки. Малигнизация. Проведена эндоскопическая электроэксцизия неоплазий сигмовидной ободочной и прямой кишки. Гистологическое заключение от 09.2021 прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала: 1) ворсинчатая аденома с участками роста высокодифференцированной аденокарциномы; 2) фрагменты ворсинчатой аденомы с дисплазией эпителия 2-3 ст. При эзофагогастродуоденоскопии выявлены эрозивно-язвенный гастрит, рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки. Гистологически – хронический атрофический гастрит с очаговой дисплазией эпителия желез 0-1 ст., участком эрозии слизистой оболочки желудка. На основании анамнестических, клинико-функциональных, патоморфологических (патоцитологических) исследований выставлен клинический диагноз: Сancer нижней трети сигмовидной кишки на фоне ворсинчатой аденомы. T1N0M0 ст. 1 кл. гр. 3. Полип прямой кишки. Эндоскопическая электроэксцизия неоплазий сигмовидной ободочной и прямой кишки.



После полипэктомии у пациента общее состояние улучшилось, купировался отечный синдром, уровень протеинурии снизился. Хочется отметить, что в последующем у пациента неоднократно возникало нарушение функции почек на фоне рецидива опухолевого процесса, купировавшееся после радикального удаления вновь возникших неоплазий. Дальнейшее наблюдение пациента осуществляется совместно с врачами-онкологами.

Данное клиническое наблюдение напоминает, что при возникновении НС синдрома необходимо проводить тщательный дифференциально-диагностический поиск. Отсутствие возможности нефробиопсии не является поводом для установления диагноза «Первичный гломерулонефрит». Необходимо исключить вторичные гломерулопатии, развивающиеся в составе системных заболеваний, хронические вирусные антропонозные инфекции, паранеопластические нефропатии, развивающиеся при опухолевых заболеваниях, таких как карцинома желудочно-кишечного тракта и легких, для установления которых требуется провести доступные на сегодняшний день диагностические исследования. Отсутствие положительного эффекта на иммуносупрессивную терапию и ремиссия НС синдрома, наступившая после удаления опухоли, подтверждают этиологическую роль опухоли в развитии нефропатии у демонстрируемого пациента.

Выводы. Дифференциальная диагностика НС требует более внимательного подхода в связи с тем, что поражение почек может явиться первичным проявлением опухолевого процесса и иметь большое значение для осуществления дальнейшего тщательного онкологического поиска.

Пациенты с паранеопластическим синдромом, в том числе с паранеопластической нефропатией, должны быть обследованы и направлены к онкологу для своевременного выявления ранних стадий злокачественного процесса.

Проведение специфической терапии злокачественного новообразования приводит к регрессу НС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Колина И., Бобкова И. Поражение почек, ассоциированное с опухолями. *Врач.* 2013 6:30-36.
2. Yu X, Fan Z, Chen W, Wang Z. Lung cancer with nephrotic syndrome as a paraneoplastic syndrome: A case report. *Mol Clin Oncol.* 2020;13(6):86. DOI:10.3892/mco.2020.2156.
3. Zafar-Mohtashami A, Bakhtiari A, Hadian B, Obeidavi Z. Nephrotic syndrome associated with carcinoma of unknown primary treated with chemotherapy: A rare case report. *Eurasian Chemical Communications.* 2020;2(2):196-201. DOI: 10.33945/SAMI/ECC.2020.2.5.
4. Zhang X, Paul AK. *Paraneoplastic glomerulo-nephropathies associated with solid tumor: A review of published literature.* 2020. DOI:10.1158/1538-7445.
5. Козловская Л.В., Туганбекова С.К., Сейсембеков Т.З. и др. Паранеопластическое поражение почек при солидных опухолях. *Нефрология и диализ.* 2002;2:4:76-82.



6. Kajiwara N, Wada N, Kusumoto T et al. Case report: Gastric cancer-associated membranous nephropathy that recurred after complete remission and formation of peritoneal dissemination. *Clin Case Rep.* 2019;7(3):515-519. Published 2019 Feb 6. DOI:10.1002/ccr3.2002.
7. Cambier J.-F., Ronco P. Onco-nephrology: Glomerular diseases with cancer. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2012;7(10):1701-1712.

REFERENCES

1. Kolina I., Bobkova I. (2013). [Kidney Damage Associated with tumors] in *Vrach* [Physician], № 6, pp. 30-36. (in Russ.)
2. Yu X, Fan Z, Chen W, Wang Z. Lung cancer with nephrotic syndrome as a paraneoplastic syndrome: A case repor. *Mol Clin Oncol.* 2020;13(6):86. DOI:10.3892/mco.2020.2156.
3. Zafar-Mohtashami A, Bakhtiari A, Hadian B, Obeidavi Z. Nephrotic syndrome associated with carcinoma of unknown primary treated with chemotherapy: A rare case report. *Eurasian Chemical Communica-tions.* 2020;2(2):196-201. DOI: 10.33945/SAMI/ECC.2020.2.5.
4. Zhang X, Paul AK. *Paraneoplastic glomerulo-nephropathies associated with solid tumor: A review of published literature.* 2020. DOI:10.1158/1538-7445.
5. Kozlovskaya L.V., Tuganbekova S.K., Seisembekov T.Z., et al. (2002). [Paraneoplastic Kidney Damage in Solid Tumors] in *Nefrologiya i dializ* [Nephrology and Dialysis], № 2:4, pp. 76-82. (in Russ.)
6. Kajiwara N, Wada N, Kusumoto T et al. Case report: Gastric cancer-associated membranous nephropathy that recurred after complete remission and formation of peritoneal dissemination. *Clin Case Rep.* 2019;7(3):515-519. Published 2019 Feb 6. DOI:10.1002/ccr3.2002.
7. Cambier J.-F., Ronco P. Onco-nephrology: Glomerular diseases with cancer. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2012;7(10):1701-1712.



DOI 10.25589/GIDUV.2023.81.18.001

УДК 617(092)

© Фомина Р.В., Фомина Н.Р., Орлов И.О., 2023

Поступила 17.04.2023 г.

Р.В. ФОМИНА^{1,2}, Н.Р. ФОМИНА³, И.О. ОРЛОВ⁴

ПРЕДАННОСТЬ ВРАЧЕБНОМУ ДОЛГУ

¹Институт усовершенствования врачей,
²Республиканская клиническая больница, Чебоксары,
³Козловская ЦРБ им. И.Е. Виноградова, Козловка,
⁴Городская детская клиническая больница, Чебоксары

Фомина Роза Владимировна

ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии, врач-кардиолог БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Фомина Нурия Раисовна

врач-дерматовенеролог БУ «Козловская ЦРБ им. И.Е. Виноградова» Минздрава Чувашии

Орлов Иван Олегович

врач-педиатр БУ «Городская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Адрес для переписки:

428018, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. М. Сеспеля, д. 27

Тел.: 89093004160

E-mail: roza.fomina2012@yandex.ru

R.V. FOMINA^{1,2}, N.R. FOMINA³, I.O. ORLOV⁴

DEDICATION TO DUTY OF CARE

¹Postgraduate Doctors' Training Institute,
²Republican Clinical Hospital, Cheboksary,
³Kozlovskaya CRH named after I.E. Vinogradov, Kozlovka
⁴Municipal Children's Clinical Hospital, Cheboksary

Fomina Roza Vladimirovna

Assistant of the Public Health and Public Health Service Department at the SAI of SPE «Post-graduate Doctors' Training Institute» under the Public Health Ministry of Chuvashia, Cardiologist of the BI «Republican Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia



Fomina Nuria Raisovna

Dermatovenerologist at the BI «Kozlovskaya CRH named after I.E. Vinogradov» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Orlov Ivan Olegovich

Pediatrician at the BI «Municipal Children's Clinical Hospital» under the Public Health Ministry of Chuvashia

Address for correspondence:

429018, 27, M. Sospel Str., Cheboksary, the Chuvash Republic

Tel.: 89093004160

E-mail: roza.fomina2012@yandex.ru

Статья посвящена памяти заслуженного врача Российской Федерации и Чувашской Республики, врача-хирурга Владимира Николаевича Фомина. Владимир Николаевич внес большой вклад в развитие экстренной хирургии, повышение квалификации хирургов, врачей общей лечебной сети и среднего медицинского персонала, снижение послеоперационной летальности при экстренных хирургических вмешательствах, расширение и укрепление материально-технической базы центральной районной больницы.

Ключевые слова: биография, врач-хирург, экстренная хирургия, Российская Федерация, Чувашская Республика.

The article is dedicated to the memory of the Honored Doctor of the Russian Federation and the Chuvash Republic, surgeon, Fomin Vladimir Nikolaevich. Vladimir Nikolaevich made a great contribution to the development of emergency surgery, to the advanced training of surgeons, doctors of the general medical network and the nursing staff, to reducing postoperative mortality in emergency surgical interventions, to expanding and strengthening the material and technical base of the central district hospital.

Keywords: biography, surgeon, emergency surgery, the Russian Federation, the Chuvash Republic.



Владимир Николаевич Фомин родился 26 июня 1957 года в д. Еметкино Козловского района Чувашской АССР в семье рабочего. В 1972 году окончил Еметкинскую восьмилетнюю школу, а в 1974 году – Карачевскую среднюю школу Козловского района. Все годы учился хорошо, был активен в общественной жизни школ: председатель совета дружины, секретарь комсомольской организации, постоянный участник олимпиад и спортивных мероприятий в школе и районе [1].

Владимир Николаевич не сразу выбрал профессию врача. Еще в школе он был влюблен в журналистику, выпускал стенные газеты, активно изучал английский язык, а родите-



лям говорил, что хочет поступить на факультет журналистики и стать хорошим журналистом или переводчиком. В семье не было медицинских работников. Но в четырнадцать лет Владимир перенес тяжелую операцию по поводу спаечной кишечной непроходимости. В хирургическом отделении Беловолжской районной больницы чуть ли не каждый день его осматривал худощавый высокий мужчина. По словам матери, ухаживающей за сыном весь послеоперационный период, это был знаменитый в Козловском районе и в Чувашии хирург Иван Ефимович Виноградов. Из воспоминаний Владимира Николаевича: «Много добрых слов о нем я услышал от больных, их родственников и проходящих к ним посетителей. Встреча с этим знаменитым хирургом и длительное мое нахождение в стационаре, знакомство с персоналом хирургического отделения районной больницы и, наконец, напутствие моей матери после больницы во многом изменили мои планы на будущее. С этого момента я по-настоящему полюбил профессию врача-хирурга. Перед собой я поставил цель – готовить себя к поступлению в медицинский институт в городе Казани» [1].

После окончания средней школы Владимир подал заявление в Казанский медицинский институт на лечебный факультет, но не прошел по конкурсу. Но не стал отчаиваться, устроился в совхоз рабочим и продолжил усердно готовиться к поступлению в высшее учебное заведение. Через год, в 1975 году, Владимир решил поступить на медицинский факультет Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова. Его мечта сбылась: успешно сдав все вступительные экзамены, он стал студентом Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова [2].

После третьего курса Владимир Николаевич активно начал заниматься хирургией. В 1978 году устроился на работу медбратом в детское хирургическое отделение Республиканской больницы, где работал вместе с опытными детскими хирургами Станиславом Николаевичем Николаевым, Владимиром Григорьевичем Борисовым и Юрием Васильевичем Васильевым. Несмотря на то, что совмещать работу с учебой было тяжело, Владимир Николаевич работал в этом отделении почти до выпускных экзаменов. Параллельно активно посещал дежурства по экстренной хирургии в медсанчасти хлопчатобумажного комбината и хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи, ассистировал хирургам при экстренных операциях. К концу шестого курса Владимир Николаевич свободно мог оперировать: выполнять аппендэктомии, грыжесечения, лапаротомии [1, 2].

После окончания учебы в 1981 году Владимир Николаевич начал свою трудовую деятельность врачом-хирургом в Козловской центральной районной больнице. Уже в первый год работы оперировал самостоятельно. Пройдя интернатуру и проработав в больнице хирургом в течение семи лет, в 1988 году поступил в клиническую ординатуру по хирургии на кафедру общей хирургии медицинского факультета Чувашского государственного универси-



тета им. И.Н. Ульянова на базе хирургического отделения медсанчасти хлопчатобумажного комбината (ныне Вторая городская больница) под руководством профессора В.С. Семенова. «Годы учебы в таком крупном многопрофильном хирургическом отделении явились для меня большой хирургической школой. Могу признаться, что мое становление как хирурга произошло именно в этой больнице под руководством профессора Валерия Семеновича Семенова и заведующего отделением Валерия Семеновича Алексева» [1].

В 1990 году, окончив клиническую ординатуру по хирургии, Владимир Николаевич вернулся в Козловскую центральную районную больницу и продолжил работу в хирургическом отделении.

С 1997 года – хирург высшей квалификационной категории.

На должности заведующего хирургическим отделением с 1992 года им была проведена определенная работа по организации экстренной хирургии, повышению квалификации хирургов, врачей общей лечебной сети, среднего медицинского персонала и фельдшеров района. Улучшились показатели хирургической помощи населению района. Владимир Николаевич активно участвовал в заседаниях республиканского общества хирургов.

В эти же годы судьба свела его с еще одним очень опытным хирургом, профессором Евгением Степановичем Катановым, работающим заведующим кафедрой общей хирургии медицинского факультета Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова. С момента этой встречи у Владимира Николаевича началась активная научная работа в области хирургии, истории медицины района и республики. По его рекомендации он приступил к изучению биографии знаменитого хирурга республики Ивана Ефимовича Виноградова и в 1999 году выпустил книгу под названием «Сельский хирург И.Е. Виноградов». Параллельно Владимир Николаевич публиковал научные статьи по хирургии в медицинских журналах, в том числе в центральных журналах, например, в «Вестнике хирургии имени И.И. Грекова».

В 2005 году Владимира Николаевича назначили главным врачом районной больницы. Работая на этой должности, он укрепил материально-техническую базу здравоохранения Козловского района. Под его руководством было реконструировано здание инфекционного отделения (2005), построены отделения общей врачебной практики в д. Тюрлема (2006) и Янгильдино (2006), 2 отделения общей врачебной практики в г. Козловка при поликлинике (2006); получены новые автомобили скорой помощи; в поликлинике построен типовой флюорографический кабинет и установлен новый цифровой флюорографический аппарат. Все это было сделано в рамках национального проекта «Здоровье» [2, 3].

В.Н. Фомин много сделал для увековечения памяти И.Е. Виноградова, знаменитого хирурга, заслуженного врача РСФСР и Чувашской АССР: в 1999 году больнице присвоено имя



знаменитого хирурга, в музее Н.И. Лобачевского в г. Козловка открыт уголок доктора Виноградова, возрожден парк на территории больницы [3].

В.Н. Фомин активно участвовал в общественной жизни больницы и района. В 1985-1988 годах работал председателем профкома центральной районной больницы, избран депутатом Государственного Совета Чувашской Республики второго созыва (1998-2002), депутатом районного Собрания депутатов Козловского района последних четырех созывов (2000-2020). Им опубликовано более 70 научных трудов по хирургии, организации здравоохранения и истории медицины, издано 10 научно-популярных книг и сборников научных трудов.

Владимир Николаевич был высококвалифицированным, постоянно совершенствующим свои знания и мастерство врачом-хирургом, клиницистом, обладал хорошей хирургической техникой, позволяющей ему проводить самые сложные оперативные вмешательства. Много работал над внедрением современных научных достижений в практическое здравоохранение. Наряду с собственными наблюдениями в своих научных трудах он с достаточной полнотой излагал взгляды современных ученых-хирургов, широко пользовался современной научной медицинской литературой. Им внедрен метод временного восстановления кровоснабжения конечностей при повреждениях магистральных сосудов путем использования полихлорвиниловых трубок, его описание в 2008 году опубликовано в центральном хирургическом журнале «Вестник хирургии имени И.И. Грекова». Его опыт активно внедряется среди хирургов района и республики.

Регулярно печатался на страницах районной газеты «Знамя», журналов «Медицинский вестник» и «Здравоохранение Чувашии» по вопросам профилактики хирургических заболеваний и организации здравоохранения, истории медицины.

Владимир Николаевич – с 2007 года был членом Союза журналистов Чувашии и России. В 2011 году за добросовестный труд в средствах массовой информации, активную творческую деятельность и в связи с 80-летием со дня выхода первого номера газеты «Ялав» («Знамя») Владимир Николаевич был награжден Почетной грамотой Союза журналистов Чувашской Республики.

Его заслуги в области здравоохранения отмечены почетными грамотами министерств здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Чувашской Республики, благодарностью министра здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, Почетной грамотой Государственного Совета Чувашской Республики, почетными грамотами газеты «Республика» и районной газеты «Ялав», начальника штаба Приволжско-Уральского военного округа (2005), Чувашского национального конгресса (2014), дипломами первой степени в Республиканском творческом конкурсе «Верность профессии» (2005) и «Познавая Госсовет» (2014), грамотами администрации Козловского района и центральной районной больницы.



30 мая 2011 года на республиканском конкурсе «Лучший по профессии» в номинации «Лучший врач хирургического профиля» Владимиру Николаевичу было присуждено первое место.

В 2001 году за заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд ему было присвоено почетное звание «Заслуженный врач Чувашской Республики». В 2014 году был награжден памятной медалью «20 лет Государственному Совету Чувашской Республики».

Владимир Николаевич был известен в республике широкой эрудицией в хирургии и организаторскими способностями в лечебном процессе. За время хирургической практики выполнил более 8 тысяч больших операций и столько же малых при очень низких показателях послеоперационных осложнений и летальности. Пользовался заслуженным авторитетом и уважением среди коллег и жителей района. Он всегда бескорыстно и с полной самоотдачей приходил на помощь людям, спас множество человеческих жизней и еще большему количеству людей вернул здоровье и счастье полноценной жизни. Об успехах В.Н. Фомина постоянно рассказывала районная газета «Ялав».

Указом Президента Российской Федерации В.В. Путина от 14 августа 2014 года врачу-хирургу, заведующему хирургическим отделением бюджетного учреждения Чувашской Республики «Козловская центральная районная больница им. И.Е. Виноградова» Минздравсоцразвития Чувашии Владимиру Николаевичу Фомину было присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации» за заслуги в области здравоохранения, внедрение достижений медицинской науки в лечебную практику, организацию здравоохранения и медицинского обслуживания населения и за активное участие в общественной жизни района.

Указом Главы Чувашской Республики от 30 марта 2021 года № 133-РГ за весомый вклад в социально-экономическое развитие Чувашской Республики, духовно-нравственное и патриотическое воспитание ее населения и иные заслуги перед Чувашской Республикой Владимир Николаевич был награжден памятной медалью «100-летие образования Чувашской автономной области». Ветеран труда Чувашской Республики и Российской Федерации.

Его дочь Роза Владимировна выбрала медицину, в настоящее время работает врачом-кардиологом в БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, активно занимается научно-исследовательской работой. Супруга Нурия Раисовна работает врачом-дерматовенерологом в Козловской центральной районной больнице.

Светлая память о Владимире Николаевиче, внесшем весомый вклад в развитие организации хирургической помощи в Козловском районе и Чувашской Республике, навсегда останется в наших сердцах.



Хирург В.Н. Фомин (в середине) с коллегами на научно-практической конференции, посвященной памяти профессора Е.С. Катанова



Хирург В.Н. Фомин с дочерью Розой Владимировной, врачом-кардиологом БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии на презентации новой книги «Медицина – это наука, труд и вдохновение»



Хирург В.Н. Фомин на открытии здания поликлиники после капитального ремонта



Награждение хирурга В.Н. Фомина званием
«Почетный гражданин Козловского района Чувашской Республики»



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фомина Р.В., Герасимова Л.И., Матвеев Р.С., Фомин В.Н. Преданность врачебному долгу. Чебоксары, 2021.
2. Фомин В.Н., Фомина Р.В. Медицина – это наука, труд и вдохновение. Чебоксары: «Новое время», 2017:298.
3. Фомина Р.В., Шарапова О.В., Герасимова Л.И., Матвеев Р.С., Орлов И.О. Вдохновенное служение. *Здравоохранение Чувашии*. 2022;3;96-109.

REFERENCES

1. Fomina R.V., Gerasimova L.I., Matveev R.S., Fomin V.N. (2021). *Predannost' vrachebnomu dolgu* [Devotion to Medical Duty], Cheboksary. (in Russ.)
2. Fomin V.N., Fomina R.V. (2017). *Medicina – jeto nauka, trud i vdohnovenie* [Medicine is a Science, Work and Inspiration], Cheboksary, Novoe Vremja Publ., 298 p. (in Russ.)
3. Fomina R.V., Sharapova O.V., Gerasimova L.I., Matveev R.S., Orlov I.O. (2022). [Inspired Ministry] in *Zdravoohranenie Chuvashii* [Healthcare of Chuvashia], № 3, pp 96-109. (in Russ., abstract in Eng.)