

СПРАВОЧНИК ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ТЕМА НОМЕРА:
ПРОФИЛАКТИКА



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕГОДНЯ

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ГРАЖДАН
О ВОЗМОЖНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ
ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

ВТОРОЙ ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ПИЩИ
В РАЦИОНЕ СТРОИТЕЛЕЙ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ
ПЕЧЕНИ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ
У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ
ТРАВМОЙ, ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ
ГЕМАТОМАМИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ
ПАТОЛОГИЕЙ — НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ



*С международным
Женским днем!*

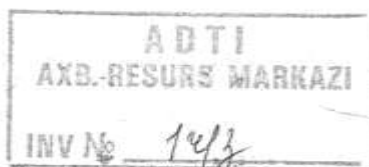


Дорогие друзья!

Третий в 2023 г. номер журнала «Справочник врача общей практики» посвящен проблемам профилактики в здравоохранении. В новом номере мы познакомим вас с оценкой осведомленности граждан о возможности вакцинации против ветряной оспы. Наши авторы расскажут вам о втором важном компоненте пищи в рационе стройнеющих. Вы сможете узнать о неалкогольной жировой болезни печени в работе врача общей практики. Мы расскажем об использовании антикоагулянтов у больных с черепно-мозговой травмой, внутричерепными гематомами с сопутствующей патологией — новой коронавирусной инфекцией. В рубрике «Клинический случай» мы подготовили описание случая тромбозмембранного осложнения инфекционного эндокардита. Кроме того, в разделе «Памятка пациенту» в этом номере вы узнаете о расстройствах приема пищи. В разделе «Трудовые и социальные аспекты» представлена информация об историко-медицинских аспектах становления и развития патологической анатомии. В одной из статей представлена информация о 17 апреля — Международном дне борьбы с гемофилией.

Дорогие читатели, обсуждайте наиболее актуальные проблемы современной медицины на страницах журнала «Справочник врача общей практики», анализируйте наши публикации, присылайте свои материалы, мы всегда рады помочь в вашем нелегком, но благородном деле спасения жизни человека. Приятного чтения и до встречи на страницах нашего журнала.

*С уважением,
главный редактор журнала
В.А. Климов*



«СПРАВОЧНИК ВРАЧА
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»

Научно-практический журнал

3 (224) 2023

ISSN 2074-9600

Входит в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук, в редакции от 2015 г. Зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охраны культурного наследия. Свидетельство о регистрации ПИ № 77-18241 от 30.08.2004

Генеральный директор ИД «Панорама» – Председатель Некоммерческого фонда содействия развитию национальной культуры и искусства **К. А. Москаленко**

Учредитель:

Некоммерческое партнерство
Издательский Дом «Просвещение»
117042, Москва, ул. Южнобутовская, 45
Издается под эгидой
Ассоциации врачей общей практики
(семейных врачей) России

Журнал распространяется через подписку.
Оформить подписку с любого месяца можно:

1. На нашем сайте panor.ru
2. Через нашу редакцию по тел. 8 (495) 274-2222 (многоканальный) или по заявке в произвольной форме на адрес: podpiska@panor.ru
3. По официальному каталогу Почты России «Подписные издания» (индекс — П7148)
4. По «Каталогу периодических изданий. Газеты и журналы» агентства «Урал-пресс» (индекс на полугодие — 46312).

Адрес редакции:
Москва, Бумажный проезд, д. 14, стр. 2
Почтовый адрес: 125040, Москва, а/я 1,
ИД «Панорама», журнал «СВОП»

**Главный редактор
издательства «Медиздат» ИД «Панорама»**
Голоикова Наталия Сергеевна, канд. мед. наук

E-mail: medizdat@panor.ru
Контакты редакции: <http://svop.panor.ru>

Главный редактор
Климов Владимир Анатольевич,
канд. мед. наук
Верстальщик
Королькова О.
Корректор
Кушнаренко Н.

Отдел рекламы: тел. 8 (495) 274-22-22
E-mail: reklama@panor.ru

ООО «Типография "Принт Формула"», 117437,
Москва, ул. Профсоюзная, д. 104

Установочный тираж 5000 экз.

Цена свободная

Подписано в печать 06.03.2023

Информационный партнер:

УВЕРЕННОСТЬ В КАЖДОМ РЕШЕНИИ.



СОДЕРЖАНИЕ № 3

**ТЕМА НОМЕРА: ПРОФИЛАКТИКА
КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА..... 1**

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕГОДНЯ

Позднеева М. А., Петрова Т. Е., Колпащикова К. В.

**Оценка осведомленности граждан о возможности
вакцинации против ветряной оспы..... 6**

В статье представлены результаты анкетирования, отражающие возраст, в котором респонденты переболели ветряной оспой, возникновение у них осложнений, вероятный источник заражения, их осведомленность о существовании вакцины, а также о непосредственной их вакцинации или планировании привиться в будущем.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Иванчихина О. В.

Второй важный компонент пищи в рационе стройнеющих..... 10

В процессе похудения или сброса веса ключевую роль играют не только физические тренировки, но и качество употребляемой пищи, так как именно от характера питания зависит состояние тела в целом. Многие спортсмены особенно тщательно следят за количеством такого нутриента, как белки. Но довольно частой ошибкой является то, что человек, который пытается сбросить вес, недостаточное внимание уделяет количеству употребляемых жиров, хотя данный нутриент является важным источником энергии. В статье будут приведены данные анализа о том, каким образом правильный процент содержания жиров в организме может способствовать такому процессу похудения, который не навредит состоянию организма в целом. Будут приведены оптимальные продукты с правильной дозировкой жирового компонента для худеющих.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Скворцов В. В., Кленкина А. С., Сапрыкина М. А.

Неалкогольная жировая болезнь печени в работе врача общей практики..... 15

Неалкогольный стеатогепатит — синдром, который развивается у пациентов, не злоупотребляющих алкоголем, при этом характер повреждения печени гистологически не отличим от алкогольного гепатита. Состояние возникает в результате чрезмерного накопления жиров (триглицеридов) в печени, определяемых по результатам инструментальных методов исследования или гистологии. В настоящее время неалкогольный стеатогепатит (неалкогольная жировая болезнь печени, НАЖБП) — самое частое хроническое заболевание билиарной системы в развитых странах и поражает от 25 до 30% взрослого населения. Общая распространенность в мире равна 25,24%. В РФ согласно последним исследованиям у пациентов амбулаторного профиля НАЖБП составила приблизительно 38,3%. НАЖБП тесно связана с ожирением, особенно абдоминальным, что значительно увеличивает кардиометаболический риск и отражается на заболеваемости, продолжительности жизни и прогнозе пациентов. У больных с ожирением распространенность различных форм неалкогольной жировой болезни печени значительно выше, чем у лиц, не имеющих ожирения.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Чербилло В. Ю., Канарский А. Д., Сосновски А. С., Курнухина М. Ю., Черниченко В. К.

**Использование антикоагулянтов у больных с черепно-мозговой травмой,
внутричерепными гематомами с сопутствующей патологией — новой коро-
навирусной инфекцией..... 23**

Черепно-мозговые травмы, по статистике, — самый распространенный

Журнал включен Высшей аттестационной комиссией Минобразования и науки РФ в Перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

вид травм и одна из основных причин инвалидизации в России. В группе риска — молодая трудоспособная часть населения в возрасте 21-45 лет, преимущественно мужчины. Диагностика и лечение различных видов черепно-мозговой травмы, внутримозговых гематом имеет особенности при их сочетании с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, о чем мы расскажем в представленной статье.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Сафеулин М. С.

Тромбозмембральные осложнения инфекционного эндокардита

36

Под тромбозмембральной легочной артерии понимают окклюзию легочного артериального русла тромбами. Это распространенная патология, однако судить об истинной частоте этого заболевания сложно. Связано это в первую очередь с бессимптомным течением болезни при поражении сегментарных легочных артерий, вторая причина — не диагностируемые случаи тромбозмембральной легочной артерии даже при массивном ее характере (у 40-70% больных) либо ошибочная трактовка клинических проявлений и обусловленная этим диагностика другой патологии. По уровню летальности тромбозмембральная легочная артерия занимает 3-е место среди причин внезапной смерти после инфаркта миокарда и инсульта.

ТРУДОВЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Каспрук Л. И.

Историко-медицинские аспекты становления и развития патологической анатомии

45

В январе (19) и марте (22) 2023 г. в России отмечается День патологоанатома. Именно патологическая анатомия является актуальным сегментом в формировании клинического мышления и определения патогенеза, несомненно, являясь познавательным, организующим и воспитательным звеном в подготовке врача. Несмотря на активное внедрение современных новейших методов диагностики, применение патолого-анатомического исследования сохраняет свою высокую значимость. Применение новых методов прижизненной диагностики некоторых заболеваний, таких как острые формы ишемической болезни сердца, не позволило значительно уменьшить количество диагностических врачебных ошибок. Констатируется усиление патолого-анатомического функционирования в диагностике прижизненной. Патолого-анатомическая служба имеет не только практическое, но и юридически аргументированное отношение к медицинской помощи и ее качеству. Патолого-анатомическая служба обеспечивает как диагностику, так и во многом профилактику заболеваний и представлена службой, определяющей содержание медицинской помощи. Историко-медицинский анализ становления патологической анатомии показал особенности формирования как клинической дисциплины мультидисциплинарного формата. Установлено ее историческое прикладное значение.

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ

Корнюшенко М. Б.

Расстройства приема пищи

53

Диетическое (лечебное) питание является одним из важнейших профилактических и лечебных средств, направ-

ленных на сохранение и укрепление здоровья населения. Слово «диета» в переводе с греческого означает «образ жизни, режим питания». Неправильное питание приводит к ослаблению организма, снижению работоспособности и устойчивости к различным внешним воздействиям, а позднее и к хроническим заболеваниям органов пищеварения. Гастриты, колиты, холециститы, язвенная болезнь желудка как его следствие — нередки и в молодом возрасте.

ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ, ЮБИЛЕИ

Фролова Е. В.

17 апреля — Международный день борьбы

с гемофилией

61

17 апреля, согласно международной инициативе ВОЗ и Международной федерации по борьбе с гемофилией, отмечается Всемирный день борьбы с гемофилией. Ежегодно в этот день к акции присоединяются многие страны. Сама дата, 17 апреля, приурочена ко дню рождения основателя WFH Фрэнка Шнайбеля и отмечается с 1989 г. В России Международный день гемофилии отмечается с 1996 г. По некоторым оценкам, сегодня количество больных гемофилией в мире составляет 400 тыс. человек (один из 10 тыс. мужчин) [4]. Целью выделения данного события является привлечение внимания международных организаций, политиков, общественности и работников системы здравоохранения к проблемам, которые выступают на первый план у больного с гемофилией, а также для повышения осведомленности и уровня знаний населения об этом хоть и не частом, но довольно тяжелом наследственном недуге.

ISSUE SUBJECT: PREVENTION

CHIEF EDITOR'S COLUMN

1

HEALTHCARE TODAY

Pozdneeva M. A., Petrova T. E., Kolpashchikova K. V.

Assessment of citizens' awareness of the possibility of vaccination against chickenpox

6

The article presents the results of the survey, reflecting the age at which the respondents had chickenpox, the occurrence of complications, the probable source of infection, their awareness of the existence of the vaccine, as well as their immediate vaccination or planning to get vaccinated in the future.

ORGANIZATION OF THE WORK OF A GENERAL PRACTITIONER

Ivanchikhina O. V.

The second important component of food in the diet of slimmers

10

In the process of losing weight or losing weight, not only physical training plays a key role, but also the quality of the food consumed, since the condition of the body as a whole depends on the nature of nutrition. Many athletes especially carefully monitor the amount of such a nutrient as proteins. But a fairly common mistake is that a person who is trying to lose weight does not pay enough attention to the amount of fat consumed, although this nutrient is an important source of energy. The article will provide analysis data on how the correct percentage of fat content in the body can contribute to such a weight loss process that will not harm the state of

the body as a whole. The optimal products with the correct dosage of the fat component for losing weight will be given.

DIAGNOSIS AND TREATMENT

Skvortsov V. V., Klenkina A. S., Saprykina M. A.

Non-alcoholic fatty liver disease in the work of a general practitioner 15

Non — alcoholic steatohepatitis is a syndrome that develops in patients who do not abuse alcohol, while the nature of liver damage is histologically indistinguishable from alcoholic hepatitis. The condition occurs as a result of excessive accumulation of fats (triglycerides) in the liver, determined by the results of instrumental research methods or histology. Currently, non — alcoholic steatohepatitis (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) is the most common chronic disease of the biliary system in developed countries and affects from 25 to 30% of the adult population. The total prevalence in the world is 25.24%. In the Russian Federation, according to recent studies in outpatient patients, NAFLD was approximately 38.3%. NAFLD is closely associated with obesity, especially abdominal, which significantly increases cardiometabolic risk and affects morbidity, life expectancy and prognosis of patients. In obese patients, the prevalence of various forms of non-alcoholic fatty liver disease is significantly higher than in non-obese individuals.

DRUG PROVISION

Cherebillo V. Yu., Kanarsky A. D., Sosnovsky A. S., Kurnukhina M. Yu., Chernichenko V. K.

The use of anticoagulants in patients with traumatic brain injury, intracranial hematomas with concomitant pathology — a new coronavirus infection 23

According to statistics, traumatic brain injuries are the most common type of injury and one of the main causes of disability in Of Russia. The risk group includes a young able — bodied part of the population aged 21-45 years, mainly men. Diagnosis and treatment of various types of traumatic brain injury, intracerebral hematomas has features when combined with the new coronavirus infection COVID-19, which we will discuss in this article.

CLINICAL CASE

Safeulin M. S.

Thromboembolic complications of infectious endocarditis 36

Pulmonary embolism is understood as occlusion of the pulmonary arterial bed by blood clots. This is a common pathology, but it is difficult to judge the true frequency of this disease. This is primarily due to the asymptomatic course of the disease when the segmental pulmonary arteries are affected, the second reason is undiagnosed cases of pulmonary embolism even with its massive nature (in 40-70% of patients) or an erroneous interpretation of clinical manifestations and the resulting diagnosis of another pathology. In terms of mortality, pulmonary embolism ranks 3rd among the causes of sudden death after myocardial infarction and stroke.

LABOR AND SOCIAL ASPECTS

Kaspruk L. I.

Historical and medical aspects of the formation and development of pathological anatomy 45

In January (19) and March (22) 2023, Pathologist's Day is celebrated in Russia. It is pathological anatomy that is an actual segment in the formation of clinical thinking and the definition of pathogenesis, undoubtedly being a cognitive, organizing and educational link in the training of a doctor. Despite the active introduction of modern new diagnostic methods, the use of pathologic-anatomical research remains of high importance. The use of new methods of lifetime diagnosis of certain diseases, such as acute forms of coronary heart disease, did not significantly reduce the number of diagnostic medical errors. The strengthening of pathologic-anatomical functioning in the diagnosis of in vivo is stated. The pathology and anatomical service has not only a practical, but also a legally reasoned attitude to medical care and its quality. The pathology and anatomical service provides both diagnosis and, in many ways, prevention of diseases and is represented by a service that determines the content of medical care. The historical and medical analysis of the formation of pathological anatomy has shown the peculiarities of the formation as a clinical discipline of a multidisciplinary format. Its historical applied significance has been established.

MEMO TO THE PATIENT

Kornyushenko M. B.

Eating disorders 53

Dietary (therapeutic) nutrition is one of the most important preventive and therapeutic means aimed at preserving and strengthening the health of the population. The word «diet» in Greek means «lifestyle, diet». Improper nutrition leads to a weakening of the body, a decrease in efficiency and resistance to various external influences, and later to chronic diseases of the digestive system. Gastritis, colitis, cholecystitis, stomach ulcer as a consequence are not uncommon at a young age.

MEMORABLE DATES,

ANNIVERSARIES

Frolova E. V.

April 17 — International Hemophilia Day 61

On April 17, according to the international initiative of WHO and the International Federation to Combat Hemophilia, World Hemophilia Day is celebrated. Every year on this day, many countries join the action. The date itself, April 17, is timed to coincide with the birthday of WFH founder Frank Schneibel and has been celebrated since 1989. In Russia, the International Hemophilia Day has been celebrated since 1996. According to some estimates, today the number of patients with hemophilia in the world is 400 thousand people (one in 10 thousand men) [4]. The purpose of highlighting this event is to attract the attention of international organizations, politicians, the public and healthcare professionals to the problems that come to the fore in a patient with hemophilia, as well as to increase awareness and knowledge of the population about this, although not frequent, but rather severe hereditary ailment.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Климов Владимир Анатольевич, канд. мед. наук

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Денисов Игорь Николаевич, председатель редакционного совета, президент Общероссийской ассоциации врачей общей практики (семейных врачей), академик РАН, профессор, д-р мед. наук

Агафонов Борис Валентинович, зам. директора по учебной работе, декан факультета усовершенствования врачей ФУВ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, профессор, засл. врач РФ

Бабанов Сергей Анатольевич, профессор кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии Самарского государственного университета, д-р мед. наук

Бурлачук Виктор Тимофеевич, проректор по лечебной работе Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, зав. кафедрой общей врачебной практики ИМПО, профессор, д-р мед. наук

Вербовой Андрей Феликсович, зав. кафедрой эндокринологии Самарского государственного медицинского университета, профессор, д-р мед. наук

Викторова Инна Анатольевна, зав. кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ОмГМА, главный специалист по общей врачебной практике Министерства здравоохранения Омской области, профессор, д-р мед. наук

Гаджиев Рашид Сейфинович, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Дагестанской государственной медицинской академии, профессор, д-р мед. наук, заслуженный врач РФ

Григорович Марина Сергеевна, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой семейной медицины ИПО Кировской ГМА, гл. специалист – врач общей практики (семейный врач) Департамента здравоохранения Кировской области

Кузнецова Ольга Юрьевна, зав. кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, гл. специалист по ОВП Северо-Западного федерального округа, гл. специалист по ОВП Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, профессор, д-р мед. наук

Купаев Виталий Иванович, зав. кафедрой семейной медицины ИПО Самарского государственного медицинского университета, доцент, д-р мед. наук

Лесняк Ольга Михайловна, зав. кафедрой семейной медицины Уральской государственной медицинской академии, профессор, д-р мед. наук

Попов Владимир Викторович, зав. кафедрой семейной медицины и внутренних болезней ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, гл. внештатный специалист Минздрава Архангельской области по ОВП, профессор, д-р мед. наук

Реуцкий Анатолий Анатольевич, врач общей практики, рук. регионального отделения Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) РФ по Калининградской области, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Калининградской области по общей врачебной практике (семейной медицине), НУЗ «Дорожная больница на станции Калининград ОАО «РЖД»

Скворцов Всеволод Владимирович, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, член диссертационного совета Волгоградского государственного медицинского университета, д-р мед. наук

Фокин Иван Владимирович, городская клиническая больница № 64 Департамента здравоохранения правительства Москвы, член Международного общества головных болей, д-р мед. наук

Хохлов Михаил Павлович, доцент кафедры последипломного образования и семейной медицины Ульяновского государственного университета, гл. внештатный специалист по общей врачебной практике (семейной медицине) Министерства здравоохранения Ульяновской области, канд. мед. наук

CHIEF EDITOR

Vladimir Anatolyevich Klimov, candidate of medical sciences.

EDITORIAL BOARD

Denisov Igor Nikolaevich, Chairman of the Editorial Board, President of the All-Russian Association of General Practitioners (Family Doctors), Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medical Sciences.

Agatonov Boris Valentinovich, Deputy Director of Academic Work, Dean of the Department of Advancing Medical Studies, Moscow Regional Clinical Research Institute named after M.F. Vladimirskiy, Professor, Honoured Doctor of the Russian Federation.

Babanov Sergey Anatolevich, Professor of the Department of Occupational Diseases and Clinical Pharmacology, Samara State University, Doctor of Medical Sciences.

Burlachuk Victor Timofeevich, Vice-Rector of Clinical Work of the Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko, Head of the Department of General Medical Practice of Institute of Medical Postgraduate Education, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Verbovoy Andrey Feliksovich, Head of the Department of Endocrinology, Samara State Medical University, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Viktorova Inna Anatolevna, Head of the Department of Internal Medicine and Outpatient Therapy, Omsk State Medical Academy, Chief Specialist in General Medical Practice, Ministry of Health of the Omsk Region, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Gadzhiev Rashid Seyfiyevich, Head of the Department of Public Health and Health Care, Dagestan State Medical Academy, Professor, Doctor of Medical Sciences, Honoured Doctor of the Russian Federation.

Grigorovich Marina Sergeevna, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine of Institute of Postgraduate Education of Kirov State Medical Academy, Chief Specialist - general practitioner (family doctor) of the Department of Health of the Kirov Region.

Kuznetsova Olga Yurievna, Head of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of Ministry of Health of the Russian Federation, Chief Specialist of GMP of the Northwestern Federal District, Chief Specialist of GMP of Health Committee of the Government of St. Petersburg, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Kupaev Vitaliy Ivanovich, Head of the Department of Family Medicine of IPE of Samara State Medical University, Associate Professor, Doctor of Medical Sciences.

Lesnyak Olga Mikhailovna, Head of the Department of Family Medicine, Ural State Medical Academy, Professor, Doctor of Medical Sciences.

Popov Vladimir Viktorovich, Head of the Department of Family Medicine and Internal Medicine of Northern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chief Freelance Specialist of the Ministry of Health of the Arkhangelsk Region on GMP, Professor of Medical Sciences.

Reutsky Anatoly Anatolevich, General Practitioner, Head of the Regional Branch of the Association of General Practitioners (Family Doctors) of the Russian Federation in the Kaliningrad Region, Chief Freelance Specialist of the Ministry of Health of the Kaliningrad Region in General Medical Practice (Family Medicine), Railway Hospital at the Kaliningrad Station, Russian Railways.

Skvortsov Vsevolod Vladimirovich, Associate Professor of the Department of Propædeutics of Internal Diseases, Member of the Dissertation Council of the Volgograd State Medical University, Doctor of Medical Sciences.

Fokin Ivan Vladimirovich, City Clinical Hospital № 64 of the Department of Health of the Moscow Government, Member of the International Society of Headaches, Doctor of Medical Sciences.

Khokhlov Mikhail Pavlovich, Associate Professor, Department of Postgraduate Education and Family Medicine, Ulyanovsk State University, Chief Freelance Specialist in General Medical Practice (Family Medicine) of the Ministry of Health of the Ulyanovsk Region, Candidate of Medical Sciences.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ГРАЖДАН О ВОЗМОЖНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

М.А. Позднеева, Т.Е. Петрова, К.В. Колпашникова

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Дата поступления рукописи в редакцию: 20.01.2023.

Дата принятия рукописи в печать: 24.01.2023.

Резюме. В статье представлены результаты анкетирования, отражающие возраст, в котором респонденты переболели ветряной оспой, возникновение у них осложнений, вероятный источник заражения, их осведомленность о существовании вакцины, а также о непосредственной их вакцинации или планировании привиться в будущем.

Ключевые слова: ветряная оспа, вакцинация, инфекция, инфекционное заболевание, анкетирование.

Assessment of citizens' awareness of the possibility of vaccination against chickenpox

M. A. Pozdneeva, I.e. Petrova, K. V. Kolpashchikova

Northern State Medical University, Arkhangelsk

Date of receipt of the manuscript to the editorial office: 20.01.2023.

Date of acceptance of the manuscript for printing: 24.01.2023.

Abstract: The article presents the results of the survey, reflecting the age at which the respondents had chickenpox, the occurrence of complications, the probable source of infection, their awareness of the existence of the vaccine, as well as their immediate vaccination or planning to get vaccinated in the future.

Keywords: chickenpox, vaccination, infection, infectious disease, questionnaire.

ВВЕДЕНИЕ

Ветряная оспа — антропонозное вирусное инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи. Клинически характеризуется лихорадкой, интоксикацией и появлением пятнисто-везикулярной сыпи. Возможно осложненное течение с поражением спинальных

ганглиев и возникновением везикулярной экзантемы по ходу вовлеченных в процесс межреберных нервов (опоясывающий лишай) [1]. Ветряной оспе свойственно повсеместное распространение. Как правило, заболевание встречается чаще в детском возрасте, но не исключается возможность заболевания

как в подростковом возрасте, так и в более зрелом. Кроме того, прослеживается следующая закономерность: чем старше заболевший — тем тяжелее течение заболевания. В последующем у переболевшего формируется стойкий пожизненный нестерильный иммунитет. Вирус сохраняется в спинальных ганглиях и/или ядрах черепно-мозговых нервов, что определяет возможность реактивации инфекции. Против оспы существует вакцина, предотвращающая развитие заболевания и его осложнений, но не включенная в национальный календарь прививок [2].

Цель исследования — оценить уровень осведомленности граждан о возможности вакцинации против ветряной оспы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено анкетирование среди 55 человек в возрасте от 20 до 56 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анкетирование прошли 55 человек, из них 43 женщины и 12 мужчин. Возраст респондентов — от 20 до 56 лет. Медиана возраста — 32,5, среди них не болевших — 8 человек (14,5%), переболевших — 47 человек, из которых 40 человек (72,7%) перенесли ветрянку в детском возрасте, 5 человек (9,1%) в подрост-

ковом, 2 человека (3,6%) переболели, будучи взрослыми (рис. 1). Заражаются в основном в детских коллективах дошкольных образовательных учреждений. Все из опрошенных болели только один раз, без возникновения осложнений и реактивации инфекции.

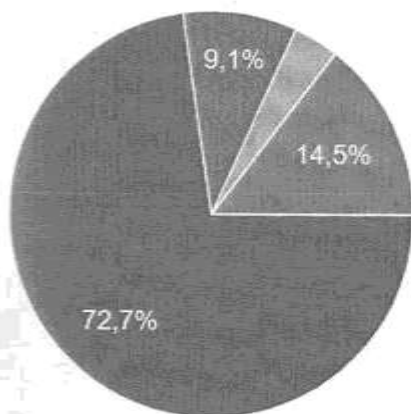
Из 55 респондентов, участвовавших в опросе, 36 респондентов (65,5%) знали о существовании вакцины против ветряной оспы, 19 человек (34,5%) не знали о ее существовании и возможности привиться (рис. 2).

Вопреки широкой осведомленности респондентов о существовании вакцины против ветряной оспы, фактически привиты лишь два человека (3,6%), и лишь три человека (5,5%) планируют вакцинироваться в будущем.

ВЫВОДЫ

1. Большая часть опрошенных переболели ветряной оспой в детском возрасте. Осложнений у опрошенных не возникало, причем как среди переболевших в детском возрасте, так и среди перенесших заболевание в более старшем возрасте.

2. Из опрошенных больше половины (65,5%) осведомлены о наличии вакцины против ветряной оспы. Но, несмотря на это, привиты толь-



- Да, в детстве
- Да, в подростковом возрасте
- Да, но уже взрослым
- Не болел(а)

Болели вы ветряной оспой?
55 ответов

Рис. 1. Процентное соотношение переболевших по возрасту заболевания

Знаете ли вы о существовании вакцины против ветряной оспы?

55 ответов

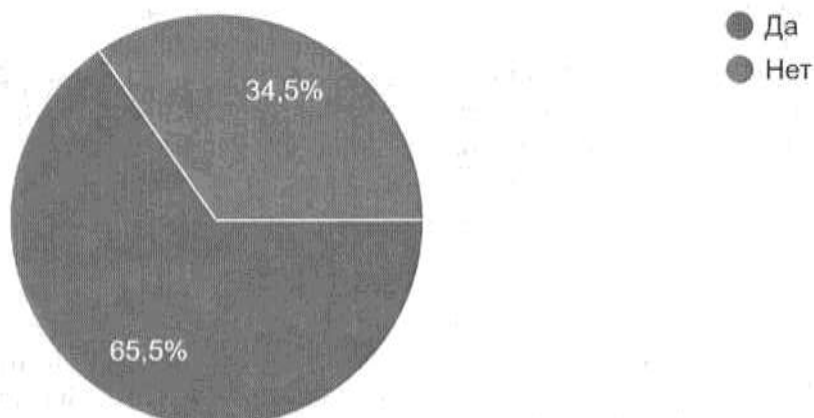


Рис. 2. Осведомленность опрошенных о наличии вакцины против ветряной оспы

ко 3,6%, и собираются привиться — 5,5%. Соответственно, справедливо говорить о низкой приверженности вакцинации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России, ФГБУ НИИДИ ФМБА России, общественная организация «Евразийское общество по инфекционным болезням», общественная организация «Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области» (АВИСПО). Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям, больным ветряной оспой, 2015.
2. Инфекционные болезни: учебник для студентов стоматологических факультетов медицинских вузов / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. В. Мартынова, Т. К. Кусковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022; 376 с. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468623.html> (дата обращения: 01.02.2023).

REFERENCES

1. GBOU VPO SPbSPMU of the Ministry of Health of Russia, FSBI NIIDI FMBA of Russia, public organization "Eurasian Society for Infectious Diseases", public organization "Association of Infectious Diseases Doctors of St. Petersburg and Leningrad region" (AVISPO). Clinical recommendations (treatment protocol) of medical care for children with chickenpox, 2015.
2. Infectious diseases: textbook for students of dental faculties of medical universities / edited by N. D. Yushchuk, Yu. V. Martynov, T. K. Kuskova. M.: GEOTAR-Media, 2022; 376 p. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468623.html> (accessed 01.02.2023).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Позднеева Мария Анатольевна — канд. мед. наук, доцент, кафедра инфекционных болезней, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

E-mail: PozdneevaM@mail.ru

Information about author:

Pozdneeva M. <https://orcid.org/0000-0054-2938-7156>

Петрова Татьяна Евгеньевна — студент пятого курса, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

E-mail: tatyanapetrova1702@mail.ru

Information about author:

Petrova T. <https://orcid.org/0000-0003-4368-2348>

Колпащикова Кристина Васильевна — студент пятого курса, Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

E-mail: pin1906@gmail.com

Information about author:

Kolpashikov K. <https://orcid.org/0000-0002-3856-9247>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Pozdneeva Maria Anatolyevna — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Infectious Diseases, Northern State Medical University, Arkhangelsk

E-mail: PozdneevaM@mail.ru

Information about author:

Pozdneeva M. <https://orcid.org/0000-0054-2938-7156>

Petrova Tatiana Evgenievna — fifth-year student, Northern State Medical University, Arkhangelsk

E-mail: tatyanapetrova1702@mail.ru

Information about author:

Petrova T. <https://orcid.org/0000-0003-4368-2348>

Kolpashchikova Kristina Vasilyevna — fifth-year student, Northern State Medical University, Arkhangelsk

E-mail: pin1906@gmail.com

Information about author:

Kolpashikov K. <https://orcid.org/0000-0002-3856-9247>

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при написании статьи.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest involved in preparation of the article.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: (495) 274-2222 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

DOI 10.33920/med-10-2303-02

УДК 577.115

ВТОРОЙ ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ПИЩИ В РАЦИОНЕ СТРОЙНЕЮЩИХ

О.В. Иванчихина

АНО ВО «Балтийский политехнический институт», Санкт-Петербург

Дата поступления рукописи в редакцию: 20.01.2023.

Дата принятия рукописи в печать: 04.02.2023.

Резюме. В процессе похудения или сброса веса ключевую роль играют не только физические тренировки, но и качество употребляемой пищи, так как именно от характера питания зависит состояние тела в целом. Многие спортсмены особенно тщательно следят за количеством такого нутриента, как белки. Но довольно частой ошибкой является то, что человек, который пытается сбросить вес, недостаточное внимание уделяет количеству употребляемых жиров, хотя данный нутриент является важным источником энергии. В данной статье будут приведены данные анализа о том, каким образом правильный процент содержания жиров в организме может способствовать такому процессу похудения, который не навредит состоянию организма в целом. Будут приведены оптимальные продукты с правильной дозировкой жирового компонента для худеющих.

Ключевые слова: дефицит калорий, рациональное питание, жиры, макроэлементы, нутриенты, калорийность, организм человека.

The second important component of food in the diet of slimming

O. V. Ivanchikhin

ANO VO «Baltic Polytechnic Institute», St. Petersburg

Date of receipt of the manuscript to the editorial office: 20.01.2023.

Date of acceptance of the manuscript for printing: 04.02.2023.

Abstract In the process of losing weight or losing weight, not only physical training plays a key role, but also the quality of the food consumed, since the condition of the body as a whole depends on the nature of nutrition. Many athletes especially carefully monitor the amount of such a nutrient as proteins. But a fairly common mistake is that a person who is trying to lose weight does not pay enough attention to the amount of fat consumed, although this nutrient is an important source of energy. This article will provide analysis data on how the correct percentage of fat content in the body can contribute to such a weight loss process that will not harm the state of the body as a whole. The optimal products with the correct dosage of the fat component for losing weight will be given.

Keywords: calorie deficit, rational nutrition, fats, macronutrients, nutrients, caloric content, human body.

В ходе жизнедеятельности каждый из нас иногда может задумываться о том, чтобы избавиться от лишних килограммов, но таким образом, чтобы не навредить собственному здоровью.

Многие люди обращаются за помощью на популярные интернет-

сайты с целью поиска всевозможных диет, которые в большинстве случаев являются несбалансированными и могут только навредить. Для того чтобы такого не происходило человек, желающий похудеть, должен разобраться в основных

принципах правильного питания, которое совершенно точно способствует сбрасыванию лишнего веса и последующему поддержанию тела, а также организма в тонусе и в оптимальной форме.

В случае процесса похудения основополагающим моментом является поддержание и соблюдение дефицита калорий, т. е. человек должен больше калорий расходовать, чем употреблять, только в таком случае организмом будут задействованы другие энергетические субстраты, в том числе лишние килограммы.

Важно понимать, что дефицит калорий предполагает обязательное соблюдение дневной нормы, которая зависит от актуальной массы тела каждого отдельного человека, но при этом необходимо добавить такой объем физических нагрузок, который бы предполагал затрату большего количества энергии, чем та, которая была употреблена.

Тем не менее важно не только количество калорий, не менее важным является и качество употребляемой пищи, а именно ее химический состав, в котором не должно быть вредных элементов.

Как правило, основными макроэлементами рассматриваются именно жиры, белки и углеводы, соотношение которых должно быть оптимальным для того, чтобы рацион питания можно было называть сбалансированным.

В большинстве случаев худеющие убеждены, что главный нутриент есть не что иное, как белки. Что касается жиров, то, как правило, многие придерживаются такого мнения, что жиры необходимо полностью исключить из рациона или же снизить до минимума. Совершенно точно, что данное мнение является ошибочным и неправильным, ведь, как правило, те, кто полностью отказывается от жиров, не получают

желаемого эффекта, который касается сброса лишнего веса.

С физиологической точки зрения становится очевидно, что для организма человека нет веществ, которые можно было бы заменить. Данное утверждение относится и к такому компоненту, как жиры, что доказывается при помощи функций, выполняемых жирами, к таковым относятся такие, как энергетическая, защитная, структурная, гормональная. Что касается структурной функции жиров, то данные вещества входят в состав клеточных мембран, причем они составляют 90% от всей мембраны. Именно благодаря нормальному составу мембран клеток они могут нормально делиться и функционировать.

Если речь идет об энергетической функции жиров, то подразумевается именно процесс липолиза, или окисления липидов, в результате которого выделяется энергия, которая совершенно точно необходима для работы головного мозга.

В состав нейронов мозга входят такие вещества, как омега-3 и омега-6, т. е. жирные кислоты, недостаточное количество которых может привести к нарушению таких функций, как память, внимание.

Защитная функция жиров предполагает наличие такого слоя, как подкожно-жировая клетчатка, которая играет роль некоторого своеобразного барьера, смягчающего поражение при различного рода ударах и других внешних повреждениях.

Кроме того, липиды выполняют функцию, которая помогает таким элементам, как витамины А, Е и D, преодолевать препятствие в виде слизистой оболочки кишечника. То есть если ограничить потребление жиров, то будет иметь место авитаминоз упомянутых витаминов, в результате будут повреждаться такие структуры, как ногти, волосы, кожа, а также режим сна.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ



Рис. 1. Схемы, демонстрирующие необходимый процент употребления жиров, который зависит от целей диеты

В результате многие диеты предполагают обязательное ограничение жиров в рационе, что не только не помогает похудеть, но и способствует развитию и прогрессированию ряда хронических заболеваний и патологических состояний [3].

Грамотно составленная диета не минимизирует потребление жиров, она помогает пересмотреть процесс их употребления.

Необходимо использовать именно полезные жиры, которые бывают растительными и животными. Что касается количества жиров в сутки, то необходимо употреблять 1 г жира на 1 кг массы тела. Больше половины должны составлять ненасыщенные жирные кислоты, оставшаяся часть отводится насыщенным натуральным кислотам [1, 6].

Что касается ненасыщенных жирных кислот, то следует упомянуть

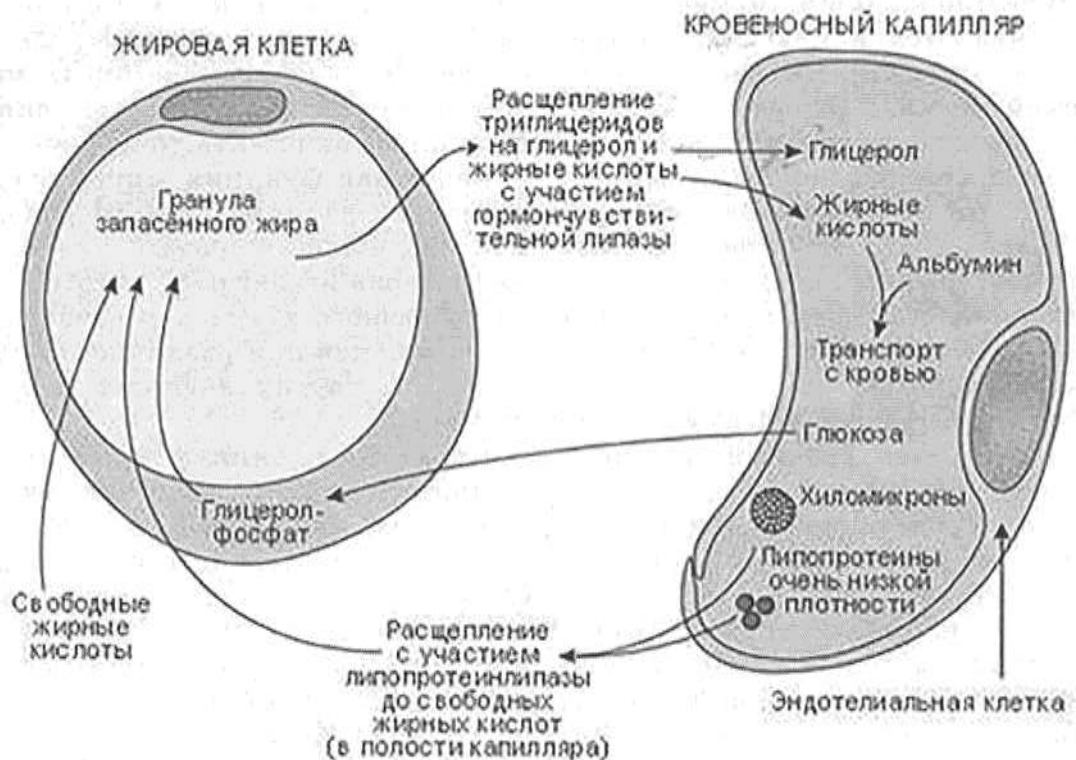


Рис. 2. Схема расщепления жиров в процессе похудения

о таких, как омега-3, омега-6 и омега-9. Данные вещества не насыщены водородными атомами. Данные кислоты широко представлены в таких продуктах, как лосось, тунец, сельдь, грецкие орехи, семена льна.

Отдельно следует перечислить продукты, которые содержат омега-6. К таким следует относить кедровые орехи, кукурузное, кунжутное и соевое масла, а также фисташки [5, 8].

Тем не менее следует помнить о том, что преобладать в рационе должны именно морепродукты, а не продукты, в большом количестве содержащие омега-3, это может способствовать ухудшению состояния здоровья, прежде всего в таком случае может пострадать именно сердечно-сосудистая система.

Насыщенные жиры в значительном количестве присутствуют в таких продуктах, как сливочное масло, свиное сало, сметана, сливки и мясо животных.

Таким образом, среднесуточная норма жиров при похудении составляет именно 60-80 г, 20 г из которых обязательно приходится на жиры растительного происхождения, но важно учитывать особенности организма каждого из нас, выявить которые станет возможным в процессе консультации с диетологом [1, 7].

Жиры в процессе похудения способствуют ускорению метаболизма, качественному и полноценному пищеварению.

В процессе своего метаболизма липиды не инициируют выработку гормона инсулина, что способствовало бы возникновению чувства голода, следовательно, благодаря этому уровень содержания сахара в крови стабилизирован.

Кроме того, употребление липидов не только не вызывает чувства голода, это еще и продлевает ощущение сытости, т.е. человек может избегать незапланированных перекусов и просто приемов пищи, что тем более способствует процессу похудения [2, 4, 9].

Таким образом, следует говорить о том, что для того, чтобы похудеть и привести свое тело в тонус, необязательно отказываться от употребления жиров и устраивать голодные дни, достаточно нормализовать и стабилизировать питание, т.е. соблюдать правильное соотношение потребляемых нутриентов, среди которых присутствуют и жиры.

Важно помнить о том, что нужно потреблять именно полезные жиры, которые являются важным энергетическим субстратом для организма человека.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Гоголан М.* Законы полноценного питания. М.: Ростов-н/Д: Проф-Пресс, 1998; 608 с.
2. *Ермолаев, М. В.* Биологическая химия. Учебник / М. В. Ермолаев, Л. П. Ильичев. М.; СПб. [и др.]: Питер, 2016; 979 с.
3. *Кнорре, Д. Г.* Биологическая химия / Д. Г. Кнорре, С. Д. Мызина. М.: Высш. школа, 2000.
4. *Ламажапова Г. П.* Физиология питания: учебное пособие. М.: Мир науки, 2016; 146 с.
5. *Нельсон, Д.* Основы биохимии Ленинджера. В 3 т. Т. 2: Биоэнергетика и метаболизм / Д. Нельсон, М. Кокс. М.: Бином: Лаборатория знаний, 2015; 693 с.
6. *Рогожин В. В.* Биохимия мышц и мяса: учебное пособие для вузов. СПб.: ГИОРД, 2009; 240 с.
7. *Соловей Дж. Г.* Наглядная медицинская биохимия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 160 с.
8. *Титов В. Н.* Клиническая биохимия: курс лекций: учебное пособие. М.: Инфра-М, 2015; 272 с.
9. *Чиркин А. А.* Биохимия: учебное руководство. М.: Медицинская литература, 2010; 624 с.

REFERENCES

1. *Gogulan M.* Laws of full nutrition. M.: Rostov-n / A: Prof-Press, 1998; 608 p.
2. *Ermolaev, M. V.* Biological chemistry. Textbook / M. V. Ermolaev, L. P. Ilyichev. M.; St. Petersburg. [et al.]: Peter, 2016; 979 p.
3. *Knorre, D. G.* Biological chemistry / D. G. Knorre, S. D. Myzina. M.: Higher School, 2000.
4. *Lamazhapova G. P.* Physiology of nutrition: textbook. M.: World of Science, 2016; 146 p.
5. *Nelson, D.* Fundamentals of biochemistry of Leningrad. In 3 vols. Vol. 2: Bioenergetics and metabolism / D. Nelson, M. Cox. M.: Binom: Laboratory of Knowledge, 2015; 693 p.
6. *Rogozhin V. V.* Biochemistry of muscles and meat: a textbook for universities. St. Petersburg: GIORD, 2009; 240c.
7. *Solovey J. G.* Visual medical biochemistry. M.: GEOTAR-Media, 2017; 160 p.
8. *Titov V. N.* Clinical biochemistry: course of lectures: textbook. Moscow: Infra-M, 2015; 272 p.
9. *Chirkin A. A.* Biochemistry: a textbook. M.: Medical literature, 2010; 624 p.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Иванчихина Ольга Викторовна — заведующая кафедрой натурального здорового питания, Автономная некоммерческая организация высшего образования «Балтийский политехнический институт», Санкт-Петербург

E-mail: 6015010@gmail.com

Information about author:

Ivanchihina O. <http://orcid.org/0000-0002-4477-5030>

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Olga V. Ivanchikhina — Head of the Department of Natural Healthy Nutrition, Autonomous Non-profit Organization of Higher Education "Baltic Polytechnic Institute", St. Petersburg

E-mail: 6015010@gmail.com

Information about the author:

Ivanchikhina O. <http://orcid.org/0000-0002-4477-5030>

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов при написании статьи.

CONFLICT OF INTEREST

The author declare no conflict of interest involved in preparation of the article.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: (495) 274-2222 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

DOI 10.33920/med-10-2303-03

УДК 616.36-003.826

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

В.В. Скворцов, А.С. Кленкина, М.А. Сапрыкина

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Дата поступления рукописи в редакцию: 20.12.2022.

Дата принятия рукописи в печать: 14.01.2023.

Резюме. Неалкогольный стеатогепатит — синдром, который развивается у пациентов, не злоупотребляющих алкоголем, при этом характер повреждения печени гистологически не отличим от алкогольного гепатита. Состояние возникает в результате чрезмерного накопления жиров (триглицеридов) в печени, определяемых по результатам инструментальных методов исследования или гистологии. В настоящее время неалкогольный стеатогепатит (неалкогольная жировая болезнь печени, НАЖБП) — самое частое хроническое заболевание билиарной системы в развитых странах и поражает от 25 до 30% взрослого населения. Общая распространенность в мире равна 25,24%. В РФ, согласно последним исследованиям, у пациентов амбулаторного профиля НАЖБП составила приблизительно 38,3%. НАЖБП тесно связана с ожирением, особенно абдоминальным, что значительно увеличивает кардиометаболический риск и отражается на заболеваемости, продолжительности жизни и прогнозе пациентов. У больных с ожирением распространенность различных форм неалкогольной жировой болезни печени значительно выше, чем у лиц, не имеющих ожирения.

Ключевые слова: *неалкогольный стеатогепатит, неалкогольная жировая болезнь печени, НАЖБП, распространенность, диагностика, лечение.*

Non-alcoholic fatty liver disease in the work of a general practitioner

V. V. Skvortsov, A. S. Klenkin, M. A. Saprykin

Volgograd State Medical University

Date of receipt of the manuscript to the editorial office: 20.12.2022.

Date of acceptance of the manuscript for printing: 14.01.2023.

Abstract: Non — alcoholic steatohepatitis is a syndrome that develops in patients who do not abuse alcohol, while the nature of liver damage is histologically indistinguishable from alcoholic hepatitis. The condition occurs as a result of excessive accumulation of fats (triglycerides) in the liver, determined by the results of instrumental research methods or histology. Currently, non — alcoholic steatohepatitis (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) is the most common chronic disease of the biliary system in developed countries and affects from 25 to 30% of the adult population. The total prevalence in the world is 25.24%. In the Russian Federation, according to recent studies, NAFLD was approximately 38.3% in outpatient patients. NAFLD is closely associated with obesity, especially abdominal, which significantly increases cardiometabolic risk and affects morbidity, life expectancy and prognosis of patients. In obese patients, the prevalence of various forms of non-alcoholic fatty liver disease is significantly higher than in non-obese individuals.

Keywords: *non-alcoholic steatohepatitis, non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD, prevalence, diagnosis, treatment.*

ЭТИОЛОГИЯ

НАЖБП выявляется во всех возрастных группах населения, включая детей, но чаще (в 60-75% случаев) встречается у женщин в возрасте 40-50 лет с различными метаболическими нарушениями. У больных ожирением распространенность различных клинических форм НАЖБП значительно выше, чем в общей популяции, и составляет, по данным разных исследований, 75-93%, причем НАСГ диагностируется у 18,5-26%, фиброз — 20-37%, цирроз печени у 9-10% больных. При морбидном ожирении частота встречаемости НАЖБП возрастает до 95-100%. Среди больных СД2 НАЖБП выявляется у 50-75% пациентов.

Выделяют первичный и вторичный НАСГ. Первичный — ассоциирован с эндогенными нарушениями липидного и углеводного обмена. Вторичный развивается в результате метаболических расстройств, приема ряда медикаментов, синдрома мальабсорбции. Описаны случаи развития НАСГ на фоне недостаточности α_1 -антитрипсина. У 42% пациентов не удается выявить факторов риска развития заболевания. Исследуется роль наследственной предрасположенности. Среди пациентов с НАСГ чаще встречаются гетерозиготы по C282Y [1, 3, 4].

ПАТОГЕНЕЗ

В настоящее время патогенез НАЖБП изучен недостаточно, не выявлены его ключевые механизмы формирования. Изначально патогенез описывался как теория «двух ударов». Подразумевалось, что «первый удар» представлен увеличением содержания жира в печени и развитием стеатоза. «Второй удар» представлен перекисным окислением липидов (ПОЛ). Будучи высокоректогенными соединениями, свободные ЖК накапливаются в гепатоцитах, служат субстратом ПОЛ, в процессе которого образуются активные формы кислорода и другие реактогенные

вещества. Эти соединения могут вызывать как непосредственно гибель гепатоцитов, так и индуцировать цитотоксические иммунные реакции, вызывать формирование телец Мэллори, фиброгенез и хемотаксис полиморфно-ядерных нейтрофилов, что приводит к переходу простого стеатоза в стеатогепатит.

Индукция липотоксического стресса играет основную роль в патогенезе развития стеатогепатита. Каскад ПОЛ активируется вследствие повышенного количества окисляемого жира. В результате активации процессов ПОЛ вырабатывается большое количество свободных радикалов, которые индуцируют повышенный синтез провоспалительных цитокинов. Усиление процессов ПОЛ отражает нарастание в плазме крови ТБК-активных метаболитов, что приводит к повышению продукции макрофагами трансформирующего фактора роста и продукции коллагена, активируя звездчатые клетки, являющиеся основными продуцентами коллагена. Продукты ПОЛ индуцируют перекрестное связывание цитокератинов с формированием телец Мэллори и стимулируют хемотаксис нейтрофилов, что также способствует повреждению гепатоцитов и развитию стеатогепатита [1-3, 5, 7, 8].

В современном медицинском мире склоняются к мультифакториальному патогенезу НАЖБП, приводящему к инсулинорезистентности. Возможно развитие НАСГ при нарушениях обмена меди и железа. Считается, что НАСГ представляет собой одно из проявлений метаболического синдрома (МС) и возникает на фоне ассоциированных метаболических нарушений (углеводов, липидов, порфиринов). Проведенные исследования показали, что нарушения порфиринового обмена по печеночному типу очень вариabельны и могут проявляться не только в виде специфических биохимических синдромов латентной

и манифестной поздней кожной порфирии, но и в виде неспецифичных нарушений — симптоматического повышения порфиринов в кале и вторичной копропорфирурии. Последняя обычно регистрируется при различных заболеваниях внутренних органов. Неспецифические нарушения будут оказывать негативное влияние на течение и прогноз хронических диффузных заболеваний печени.

Исходя из вышесказанного, метаболический процесс порфиринов считается чувствительным «индикатором», который выявляет неспецифические отклонения от нормы под действием широкого спектра расстройств, возникающих при НАЖБП-НАСГ. Это позволяет выделить ряд закономерностей.

Во-первых, нарушения порфиринового обмена регистрируются у более чем половины больных (58,2%), что проявляется качественными (нарушение соотношения фракций порфиринов) и количественными (повышение содержания предшественников порфиринов и фракций порфиринов) изменениями.

Во-вторых, частыми ассоциациями с изменениями порфиринового обмена являются нарушение обмена углеводов (73,9%), железа (54,3%) и гипертриглицеридемия (78,3%).

В-третьих, количественные изменения метаболизма порфиринов характеризуются многократным повышением уровня их фракций в моче и/или кале и формированием биохимических синдромов повышения содержания порфиринов в кале, вторичной копропорфирурии хронической латентной печеночной порфирии.

В-четвертых, не исключено, что расстройства порфиринового обмена могут быть также биохимическим маркером, свидетельствующим о формировании фиброза печени. Однако в этом плане необходимы дополнительные исследования [1-3, 5, 7, 8].

КЛИНИКА

НАЖБП довольно часто протекает бессимптомно. Чаще всего пациенты обращаются в лечебные учреждения с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, заболеванием периферических сосудов, СД 2 типа и ожирением, а после проведенных биохимических исследований можно выявить синдром цитолиза, гепатомегалию, по которым уже возможно заподозрить данную патологию.

Специфическую клиническую симптоматику НАЖБП не имеет. Наблюдают такие синдромы, как астенический (повышенная утомляемость, нарушение сна), болевой (тупые боли или тяжесть в правом подреберье), диспепсический (тошнота, нарушение стула, метеоризм), а также гепатомегалия и/или спленомегалия. Но при этом необходимо помнить, что интенсивность предъявляемых жалоб и данные лабораторно-инструментального обследования зачастую не коррелируют со степенью поражения печеночной паренхимы. Поэтому, если взять биохимический анализ крови у пациентов со стеатозом печени, показатели, как правило, не выходят за границы нормы, а на стадии стеатогепатита уже повышаются ферменты (АЛТ, АСТ, уробилиназа, гистидаза), значительно растет активность щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы, плюс наблюдают гиперхолестеринемию и гипергликемию [1-5, 8].

Довольно часто НАЖБП сопровождается дислипидемия (проатерогенный сывороточный липидный профиль, который включает в себя низкий уровень липопротеинов высокой плотности и высокий показатель триглицеридов, холестерина липопротеинов низкой плотности и аполипопротеина), развивающаяся самостоятельно, не зависящая от стадии и степени выраженности неалкогольного стеатогепатита и способствующая поражению печени и развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

В дальнейшем при прогрессировании болезни до стадии цирроза печени происходит нарушение ее белково-синтетической функции, проявляющейся снижением уровня общего белка, альбумина, холестерина и протромбинового индекса, а также повышением уровня билирубина и тромбоцитопенией (проявления гиперспленизма). На фоне развития фиброза постепенно формируется портальная гипертензия. Как правило, она проявляется расширением воротной и селезеночной вен, отечно-асцитическим синдромом и варикозным расширением вен пищевода.

Исходя из вышеизложенного, отсутствие изменений в лабораторных показателях и наличие не всегда выраженной неспецифической симптоматики не исключает наличия воспалительно-деструктивного процесса и фиброза [1-5, 8].

ДИАГНОСТИКА НАЖБП

При выявлении стеатоза случайным образом у пациентов необходимо выяснить семейный и личный анализ патологии, которая связана с НАЖБП, для исключения вторичных причин стеатоза. Для этого разработана специальная программа обследования, направленная на исключение таких заболеваний печени, как:

- вирусная инфекция (исследовать на маркеры HBV, HCV);
- болезнь Коновалова — Вильсона (исследовать уровень церулоплазмينا крови);
- врожденная недостаточность α_1 -антитрипсина;
- идиопатический (генетический) гемохроматоз (исследовать обмен железа, оценить состояние других органов);
- аутоиммунный гепатит (оценить титры антинуклеарных



Рисунок. Диагностическая блок-схема для оценки и мониторинга тяжести заболевания у пациентов с подозрением на НАЖБП и метаболическими факторами риска

антител, антител к гладкой мускулатуре, целесообразно исследование антимитохондриальных антител и LKM-I) (рисунк).

При этом у каждого пациента с уже поставленным диагнозом важно оценить суррогатные маркеры фиброза (NFS, FIB-4, ELF или FibroTest) для исключения выраженного фиброза ($\geq F2$). Если такой возможности нет, то следует выполнить транзиторную эластографию в специализированной клинике. В основе метода лежит использование корреляции механических свойств ткани печени, в частности ее эластичности, со степенью выраженности фиброза печени на аппарате FibroScan. Этот неинвазивный метод диагностики позволяет выявлять процесс уже на ранних стадиях, а при наличии аппарата с функцией CAP — и степень стеатоза. Но следует помнить, что это оператор-зависимый метод, т. е. данные исследования зависят от интерпретации конкретного человека. Также имеются ограничения для людей с ожирением (показатели плотности печени могут быть завышены, так как имеется избыточная подкожно-жировая клетчатка), а также противопоказания (асцит, высокая цитолитическая активность) [1, 3, 5-8].

Ранее золотым стандартом считалась биопсия печени (БП), но пунктат отражает состояние небольшого участка печени, фиброз же носит диффузный характер при диффузных заболеваниях печени. При БП удаляется только 1/50000 часть печени, что несет существенные ошибки в последующей интерпретации. Кроме того, БП является инвазивной процедурой с некоторыми неизбежными рисками и осложнениями. В этой связи развитие неинвазивных тестов для оценки печеночного воспаления и фиброза стало активной областью исследований.

Наиболее востребованным в рутинной практике врача является неинвазивный метод — ультразвуковое

исследование печени (УЗИ). Данный метод выявляет наличие стеатоза как гиперэхогенность паренхимы печени, известной как «яркая печень» и «размытость сосудистого рисунка». Для оценки степени выраженности стеатоза используется гепаторенальный контраст [1, 3, 5-8].

Другим методом, полезным в диагностике НАЖБП, является ультразвуковая доплерография. Так, при исследовании печеночных вен с помощью доплеровского исследования показаны явные нарушения перфузии печеночной паренхимы. В последнее время даже предложен новый параметр: индекс доплеровской перфузии (ИДП), определяемый как соотношение между печеночным артериальным кровотоком и общим кровотоком печени.

КТ и МРТ превосходят УЗИ по диагностической значимости, когда отложение жира является фокальным. В других же случаях УЗИ брюшной полости более чувствительно в диагностике жировой болезни печени.

Установлен еще один метод определения стадии фиброза, а также степени стеатоза и уровня некровоспалительной активности. Французская компания «Биопредиктив» разработала серологические тесты «ФиброМакс». Пациент сдает кровь и сообщает свои данные (рост, масса тела и дата рождения). Данный метод не только простой в исполнении, безопасный, но и эффективный для скрининга в группах риска [1, 3, 5-8].

ЛЕЧЕНИЕ НАЖБП, НАСГ

В настоящее время можно выделить ключевые аспекты лечения НАЖБП:

1. Нормализация массы тела (должная физическая активность не менее 10 тыс. шагов в день).
2. Отмена гепатотоксических лекарственных средств, за исключением моментов, когда польза их применения превышает риск осложнений.

3. Коррекция метаболических нарушений: липидного обмена, гипотензивная терапия, инсулинорезистентность (метформин, тиазолидиндионы).

4. Терапия окислительного стресса.

Нет строгих схем ведения пациентов с НАСГ. Коррекция образа жизни является ключевым звеном в терапии: доказано, что физическая нагрузка (регулярные аэробные упражнения), а также постепенное снижение массы тела уменьшают степень стеатоза, замедляют прогрессирование фиброза и значимо улучшают прогноз. Однако не все готовы соблюдать диету, поэтому поиск новых фармакоагентов для лечения НАЖБП необходим и активно проводится и в настоящее время.

Для того чтобы предотвратить сопутствующие нарушения толерантности к углеводам и профилактики развития СД 2 типа, всем пациентам НАЖБП рекомендован прием метформина в дозировке 20 мг/кг веса пациента в сутки (суточная доза 1000-2000 мг), дозу увеличивают постепенно.

Лекарственные препараты, нормализующие обмен липидов, т.е. обладающие гиполипидемическими свойствами, назначают с учетом стадии НАЖБП, а при необходимости в комбинации с препаратами, оказывающими гепатопротекторное действие. Данные препараты с гиполипидемическим свойством — ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы, статины [1-8].

На фоне лечения данными препаратами необходимо осуществлять в динамике мониторинг каждые 3-4 недели терапии такие показатели, как:

- определение печеночных тестов (общий билирубин крови, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, ЩФ крови);
- показатели углеводного и липидного обмена (холестерин, триглицериды, глюкоза крови, ЛПОНП, ЛПНП, ЛПВП).

Прием альфа-токоферола ацетата (800 мг/сут) при НАЖБП улучша-

ет гистологическую картину печени и рекомендован лекарственным средством первой линии. Высокие же дозировки в течение длительного времени способны оказывать проканцерогенный эффект на предстательную железу, следовательно, данный антиоксидантный препарат назначается индивидуально для конкретного пациента.

Эффект клофибрата при НАСГ в сочетании с гипертриглицеридемией при исследовании выявил улучшение показателей липидного спектра крови, но на течение стеатогепатита видимого результата отмечено не было [1-8].

Урсодезоксихолевая кислота (13-15 мг/кг в день) в течение 12 месяцев обладает цитопротекторным, мембраностабилизирующим действием. Однако препараты, содержащие «эссенциальные» фосфолипиды, стали наиболее актуальными при лечении НАЖБП, так как они являются элементами оболочки клеточных органелл печени и оказывают нормализующее действие на метаболизм липидов, белков и на дезинтоксикационную функцию печени.

Зарекомендовал себя и адеметионин в качестве препарата выбора при НАЖБП, сопровождающейся симптомами внутрипеченочного холестаза. Для коррекции уровня аммиака-аммония и снижения риска печеночной энцефалопатии назначается орнитин в дозе 6-9 г/сут перорально. Он ускоряет период выведения аммиака, предотвращает перекисное окисление липидов и обладает противовоспалительным и антиоксидантным действием.

При лечении НАСГ используются и препараты растительного происхождения, например хофитол. Данный препарат приводит к улучшению общего состояния больных; по данным научных исследований, клиническая симптоматика заболевания, лабораторные и инструментальные показатели значительно снижаются. Препарат эффективно восстанавли-

ливают моторноэвакуаторную функцию желчного пузыря, хорошо переносятся пациентами, способствует улучшению качества жизни и может быть рекомендован для применения в комплексной терапии больных, страдающих НАСГ.

Но не всегда есть эффект от консервативного лечения, поэтому встает вопрос о хирургическом вмешательстве. При гастропластике у пациентов с ИМТ более 29 кг/м² в течение года наблюдается снижение массы тела. При этом уменьшается выраженность воспалительных изменений в печени. Наложение илеоюнального анастомоза, несмотря на наблюдающиеся изменения, приводит к прогрессированию стеатоза и фиброзных изменений в печени.

Ортопическая трансплантация печени (ОТП) проводится в условиях прогрессирования печеночной недостаточности. Возможны рецидивы стеатогепатита в аллотрансплантате (сроки наблюдений — от 3 недель до 24 месяцев), особенно при наличии факторов риска развития стеатоза печени и стеатогепатита. Также имеются данные о том, что базисное лечение с дополнительным назначением лозартана оказывает положительный эффект на клинические, биохимические и иммунологические показатели у больных ХГ, что проявляется улучшением общего состояния, исчезновением клинических симптомов болезни, снижением уровня печеночных проб и сывороточной концентрации ФНО- α и ИЛ-6 [1-8].

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Инфекционные болезни: национальное руководство/под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 1047 с.
2. Лазарев Г. Ю. Диагностический справочник инфекциониста. М.: Астраль, 2011; 528 с.
3. Ветряная оспа у взрослых: клинические рекомендации Национального общества инфекционистов, 2014; 76 с.
4. Рахманова А. Г., Неверов В. А., Пригожина В. К. Инфекционные болезни. Руководство для врачей общей практики. СПб.: Питер, 2001; 576 с.
5. Руководство по инфекционным болезням/под ред. Ю. В. Лобзина. СПб.: Фолиант, 2000; 931 с.
6. Руководство по инфекционным болезням/под ред. В. М. Семенова. М.: МИА, 2008; 739 с.
7. Пак С. Г., Данилкин Б. К., Волчкова Е. В., Алленов М. Н. Инфекционные болезни. М.: МИА, 2008; 368 с.
8. Покровский В. И., Пак С. Г., Брико Н. И., Данилкин Б. К. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 816 с.

REFERENCES

1. Infectious diseases: national guidelines/edited by N. D. Yushchuk, Yu. Ya. Vengerova, M.: GEOTAR-Media, 2015; 1047 p.
2. Lazarev G. Yu. Diagnostic handbook of an infectious disease specialist. Moscow: Astrel, 2011; 528 p.
3. Chicken pox in adults: clinical recommendations of the National Society of Infectious Diseases, 2014; 76 p.
4. Rakhmanova A. G. Neverov V. A., Prigozhina V. K. Infectious diseases. A guide for general practitioners. St. Petersburg: Peter, 2001; 576 p.
5. Handbook of infectious Diseases/edited by Yu. V. Lobzin. St. Petersburg: Folio, 2000; 931 p.
6. Handbook of infectious diseases/edited by V. M. Semenov. M.: MIA, 2008; 739 p.
7. Pak S. G., Danilkin B. K., Volchkova E. V., Allenov M. N. Infectious diseases. Moscow: MIA, 2008; 368 p.
8. Pokrovsky V. I., Pak S. G., Briko N. I., Danilkin B. K. Infectious diseases and epidemiology. Moscow: GEOTAR-Media, 2007; 816 p.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Скворцов Всеволод Владимирович — д-р мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

E-mail: vskvortsov1@ya.ru

Information about author:

Skvortsov V. <http://orcid.org/0000-0002-2164-3537>

Кленкина Анна Сергеевна — студентка 4-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

E-mail: anna_klenkina@mail.ru

Information about author:

Klenkina A. <http://orcid.org/0000-0003-1869-9131>

Сапрыкина Марина Александровна — студентка 4-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

E-mail: demyanovaaa@bk.ru

Information about author:

Saprukina M. <http://orcid.org/0000-0002-3942-5968>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Vsevolod Vladimirovich Skvortsov — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases, Volgograd State Medical University

E-mail: vskvortsov1@ya.ru

Information about the author:

V. Skvortsov <http://orcid.org/0000-0002-2164-3537>

Klenkina Anna Sergeevna — 4th year student of the Faculty of Medicine of the Volgograd State Medical University

E-mail: anna_klenkina@mail.ru

Information about the author:

Klenkina A. <http://orcid.org/0000-0003-1869-9131>

Saprykina Marina Aleksandrovna — 4th year student of the Faculty of Medicine of the Volgograd State Medical University

E-mail: demyanovaaa@bk.ru

Information about the author:

Saprykina M. <http://orcid.org/0000-0002-3942-5968>

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при написании статьи.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest involved in preparation of the article.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: (495) 274-2222 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

DOI 10.33920/med-10-2303-04

УДК 616-001.31

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ГЕМАТОМАМИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ — НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

В. Ю. Черebilло, А. Д. Канарский, А. С. Сосновски, М. Ю. Курнухина, В. К. Черниченко

ФГБОУ ВО «Педиатрический Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова» Минздрава России

Дата поступления рукописи в редакцию: 20.12.2022.

Дата принятия рукописи в печать: 14.01.2023.

Резюме. Черепно-мозговые травмы по статистике — самый распространенный вид травм и одна из основных причин инвалидизации в России. В группе риска — молодая трудоспособная часть населения в возрасте 21-45 лет, преимущественно мужчины. Диагностика и лечение различных видов черепно-мозговой травмы, внутримозговых гематом имеет особенности при их сочетании с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, о чем мы расскажем в представленной статье.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, новая коронавирусная инфекция, антикоагулянтная терапия.

The use of anticoagulants in patients with traumatic brain injury, intracranial hematomas with concomitant pathology — new coronavirus infection

V. Y. Cherebillo, A. D. Kanarsky, A. S. Sosnovsky, M. Y. Kurnukhina, V. K. Chernichenko

I. P. Pavlov Pediatric St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Date of receipt of the manuscript to the editorial office: 20.12.2022.

Date of acceptance of the manuscript for printing: 14.01.2023.

Abstract: According to statistics, traumatic brain injuries are the most common type of injury and one of the main causes of disability in Of Russia. The risk group includes a young able —

bodied part of the population aged 21-45 years, mainly men. Diagnosis and treatment of various types of traumatic brain injury, intracerebral hematomas has features when combined with the new coronavirus infection COVID-19, which we will discuss in this article.

Keywords: *traumatic brain injury, new coronavirus infection, anticoagulant therapy.*

Антикоагулянтная терапия является неотъемлемой частью в лечении и профилактике болезней и симптомов, связанных с патологическим тромбообразованием в организме человека. При этом за годы использования антикоагулянтной терапии выработались устоявшиеся критерии и алгоритмы, когда и в каких случаях она показана, а в каких нет [1, 2, 7].

При черепно-мозговой травме (ЧМТ), геморрагических инсультах с формированием внутричерепных гематом (ВЧГ), внутримозговых гематом (ВМГ), контузионно-геморрагических очагов (КГО) антикоагулянтная терапия традиционно не применяется [7-9]. А при таких заболеваниях, как новая коронавирусная инфекция (НКИ), антикоагулянтная терапия является жизне-спасающей, так как без нее высок риск развития различных тромбозов [2-4].

Но во время пандемии НКИ черепно-мозговые травмы, геморрагические инсульты не исчезли из нашей практики. В начале пандемии не было выработанных алгоритмов лечения НКИ, как и понимания антикоагулянтной терапии больных с черепно-мозговыми травмами и геморрагическими инсультами. На повестке дня стояло много вопросов и задач. Одной и самой главной из них была возможность применения антикоагулянтов у больных с НКИ и внутричерепными гематомами. В условиях задачи имелось два жизнеугрожающих заболевания, при которых в одном случае жизненно необходимы антикоагулянты, в другом они противопоказаны. Необходимо было понять сложные механизмы гемостаза, поставить на весы риски и пользу в каждом конкретном случае [3-6]. Но прежде чем начать применять ан-

тикоагулянтную терапию, в данной ситуации мы учли несколько факторов:

- стадии и сроки формирования и распада тромба;
- фармакокинетику и фармакодинамику антикоагулянтов на примере гепарина, Клексана;
- биохимические механизмы, происходящие в структуре внутричерепной гематомы.

В организме человека существует система гемостаза. Она, в свою очередь, состоит из системы коагуляции, антикоагулянтной системы, системы тромболизиса. Эти системы постоянно работают в равновесии, дополняя друг друга, тем самым поддерживая кровь внутри сосудов в жидком состоянии, но одновременно предотвращают кровотечения за пределы последних в случае повреждения стенок.

При ушибах головного мозга, как правило, повреждаются сосуды [3, 7-9]. Происходит кровотечение с дальнейшим формированием контузионно-геморрагических очагов, внутричерепных гематом. Система коагуляции, в свою очередь, останавливает кровотечение. Обычно на данном этапе в процесс вступают и врачи. Начинается проведение консервативной терапии, либо пациента оперируют с дальнейшим консервативным лечением. На дальнейших этапах активизируется система тромболизиса, которая постепенно рассасывает гематому, очаги контузии. То есть организм сам разрешает ситуацию, задача лечения зачастую сводится к фоновой симптоматической поддерживающей терапии.

При НКИ собственная антикоагулянтная система не справляется с проблемой, так как последняя приводит к дисбалансу системы гемоста-

за. Коагуляция превосходит антикоагулянтную систему, что приводит к повышенному тромбообразованию. Впоследствии развиваются такие грозные осложнения, как ТЭЛА, тромбозы вен конечностей и органов. На данном этапе появляется необходимость в дополнительном введении антикоагулянтов [5, 10]. Но при ЧМТ мы зачастую имеем внутричерепную гематому, контузионно-геморрагические очаги, и вводить антикоагулянты нужно в правильных дозах и в правильное время, чтобы не нарушить этапы формирования внутричерепной гематомы, контузионно-геморрагических очагов. В противном случае продолжится кровотечение, что приведет к нарастанию сдавления головного мозга с последующей дислокацией срединных структур. Всё это может стать фатальным для пациента.

Назначение антикоагулянтной терапии должно учитывать общие сроки формирования тромбов, а также локальные внутричерепные механизмы, влияющие на организацию гематом и контузионно-геморрагических очагов.

В первые 3-4 часа после травмы гематома организуется, но тромб еще не стабилен. Стабилизация тромба во внутричерепной гематоме происходит в течении первых 24 часов, поэтому в первые сутки после травмы антикоагулянтная терапия категорически противопоказана, особенно у пациентов с пограничными показателями на СКТ головного мозга, которые позволяют нам лечить пациентов консервативно, не прибегая к оперативному вмешательству. В первые 24 часа после операции антикоагулянтная терапия также противопоказана.

Далее можно назначать антикоагулянтную терапию в профилактических и лечебных дозах, так как на сформированную внутричерепную гематому и контузионно-геморрагические очаги антикоагулянтные препараты уже не подей-

ствуют. Но нельзя забывать о том, что процессы, происходящие во внутричерепной гематоме и контузионно-геморрагических очагах, постоянно меняются. Происходят такие этапы, как распад гемоглобина, выброс тромболитиков для рассасывания гематомы. Процесс лизиса тоже поэтапный и занимает несколько дней. В зависимости от объема может длиться ~7-14 суток, в редких случаях более 14 суток. Также нужно учитывать, что литические ферменты проникают во внутричерепную гематому из ближайших сосудов, поэтому на периферии гематомы лизис начинается на 5-7-е сутки, а в ее центре — позже. В процессе лизирования внутричерепной гематомы также может лизироваться тромб, который закрывает дефект сосуда, являвшийся источником первоначального кровотечения, что приведет к повторному кровотечению.

Рассмотрим подробнее процесс назначения и отмены антикоагулянтов. На вторые сутки после травмы, операции мы назначаем антикоагулянты в лечебных дозах и продолжаем их применение до 5-7-го дня. На 5-й день начинает распадаться гемоглобин. Гематома становится более рыхлой, далее к 7-му дню количество литических ферментов увеличивается, гематома начинает рассасываться. В эти дни дозу антикоагулянтов надо снижать до минимальной, профилактической, а при больших, пограничных гематомах отменять вовсе. Далее до 14-го дня мы ограничиваемся профилактической дозой. На всех этапах приема антикоагулянтов необходимо регулярно проводить неврологический осмотр, лабораторную диагностику (D-димер) и СКТ головного мозга.

В первые дни и далее мы оцениваем такой лабораторный показатель, как D-димер. Если он повышен, то, значит, вирус SARS-CoV-2 привел к нарушению баланса гемостаза. С 5-го дня D-димер может нарастать из-за начавшегося лизиса внутриче-

репной гематомы и как дифференциальный показатель уже не может давать нам полную картину о дисбалансе гемостаза.

В нашем арсенале остаются общий и неврологический осмотр, СКТ головного мозга, СКТ ОГК, УЗИ сосудов верхних и нижних конечностей.

Наблюдение пациентов в динамике дает нам повод насторожиться при появлении симптомов развития тромбозов при новой коронавирусной инфекции. При необходимости мы экстренно выполняем нужные исследования. При появлении кровохаркания мы выполняем СКТ ОГК, исключаем или подтверждаем развитие ТЭЛА. По УЗИ сосудов конечностей мы оцениваем развитие периферических тромбозов. Также мы выполняем контрольные снимки СКТ для оценки динамики течения внутричерепной гематомы.

Если на СКТ гематома на 7-9-й день в динамике уменьшилась, т. е. риски увеличения объема гематомы минимальны, дозу антикоагулянтов можно оставить на уровне лечебной и продолжить прием на данном уровне до конца лечения НКИ. Если гематома не уменьшилась, то это может означать, что лизис еще будет продолжаться и дозу антикоагулянтов следует уменьшить до профилактических. И далее продолжаем отслеживать динамику гематомы.

В случае если внутричерепная гематома имеет большой объем, есть риск повторного кровотечения, но антикоагулянтную терапию отменить мы не можем по причине развития грозных осложнений, как ТЭЛА, можно подключать гемостатики. Они помогут снизить риски повторного кровотечения, но сильно не повлияют на баланс гемостаза, вызванный вирусом SARS-CoV-2. Если же риска тромбоза нет, а именно хорошие показатели коагулограммы (низкий D-димер в динамике) при НКИ, антикоагулянтную терапию лучше от-

менить в дни активного лизиса гематомы с 7-го по 10-й день.

Далее, учитывая вышеперечисленные факторы, мы начали исследование.

Цель исследования — улучшить результаты лечения пациентов с ЧМТ с сопутствующей патологией НКИ.

Наблюдалось две группы по 30 пациентов: 1 группа — черепно-мозговая травма, геморрагические инсульты и НКИ; 2 группа — черепно-мозговая травма без НКИ.

Все пациенты имели схожие параметры клинических проявлений ЧМТ и НКИ, СКТ головного мозга, СКТ органов грудной клетки.

В качестве антикоагулянта пациентам вводили антикоагулянтный препарат (Клексан).

Пациентам выполняли коагулограмму, особенно учитывался параметр D-димера, оценивали соматический и неврологический статус. Консервативное и оперативное лечение по поводу ЧМТ проводили согласно клиническим рекомендациям лечения ЧМТ.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

1 группа

Пациентка Е., 69 лет. 14.09.2021 появился кашель, слабость, подъем температуры до 38,5 °С. Лечилась амбулаторно жаропонижающими без положительной динамики. Врача вызвала 17.09.2021, потеряла сознание, упала в квартире, когда открывала дверь врачу. Вызвана СП, госпитализирована. Взят мазок на COVID-19 от 17.09.2021 — положительный. МСКТ органов грудной клетки при поступлении КТ: картина специфической вирусной пневмонии. Степень поражения — 2 (35-40%).

На СКТ при поступлении (рис. 1).

Выполнено оперативное лечение. Удаление ВМГ.

Учитывая высокие показатели D-димера, наличие НКИ, на вторые сутки после операции больной на-

D-димер высокочувствительный	нг/мл (D-DU)	(< 230)	8214
------------------------------	--------------	---------	------

значен Клексан в дозировке 0,8 мл 3 раза в сутки.

На контрольной СКТ головного мозга — без отрицательной динамики (рис. 2).

Итог госпитализации — выписка на амбулаторное лечение.

Пациент А., 51 год. С 08.12.2021 находился на стационарном лечении с диагнозом «ОЧМТ. УГМ сред-



Рис. 1. Спиральная компьютерная томография пациента Е. при поступлении

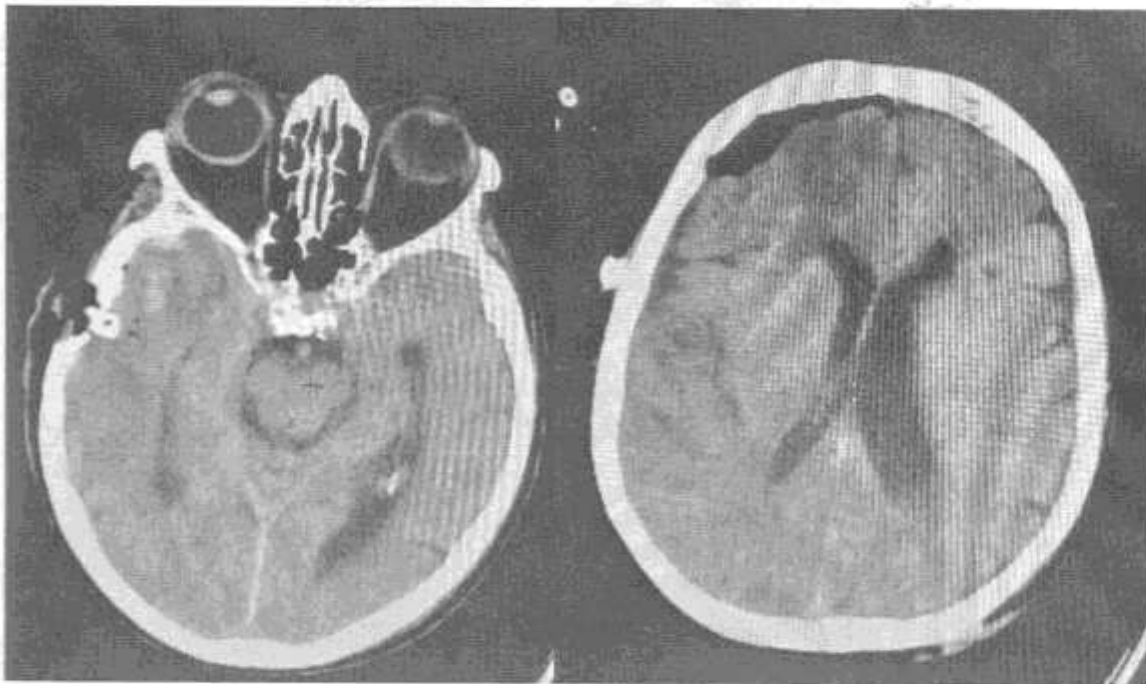


Рис. 2. Спиральная компьютерная томография пациента Е. после проведенного лечения

ней степени с формированием контузионно-геморрагических очагов правого полушария. САК. Перелом затылочной кости слева с переходом на пирамиду и ячейки сосцевидного отростка левой височной кости».

С 14.12.2021 отмечалось повышение температуры тела до 39 °С. ПЦР от 14.12.2021 (+). СКТ грудной клетки 14.12.2021: без инфильтративных изменений. КТ 0.

Взят мазок на COVID-19 от 14.12.2021 — положительный. МСКТ органов грудной клетки при поступлении без инфильтративных изменений. КТ 0.

Учитывая высокие показатели D-димера, наличие НКИ, на вторые сутки после травмы назначен Клексан в дозировке 0,8 мл 2 раза в сутки.

На контрольной СКТ головного мозга без отрицательной динамики (рис. 3).

Итог госпитализации — выписка на амбулаторное лечение.

Пациент Н., 54 года. Упал дома 24.07.2021 около 5:30. Сознание терял, рвоты не было. ПЦР +

от 25.07.2021. При поступлении сознание на уровне сопор. Больной госпитализирован в ОРИТ.

При поступлении выполнена СКТ ОГК и ГМ.

На СКТ ОГК КТ2 картина вирусной пневмонии.

На СКТ головного мозга (рис. 4)

Учитывая КТ картину, выполнено оперативное вмешательство — удаление субдуральной гематомы.

Учитывая высокие показатели D-димера, наличие новой коронавирусной инфекции, на вторые сутки после операции больному назначен Клексан в дозировке 0,8 мл 3 раза в сутки. На третьи сутки Клексан отменен в связи желудочно-кишечным кровотечением.

На контрольной СКТ головного мозга без отрицательной динамики (рис. 5).

Желудочно-кишечное кровотечение купировано, но антикоагулянтная терапия была отменена хирургами. У пациента развилась тромбоземболия легочной артерии.

D-димер высокочувствительный	нг/мл (D-DU)	(< 230)	251
------------------------------	--------------	---------	-----

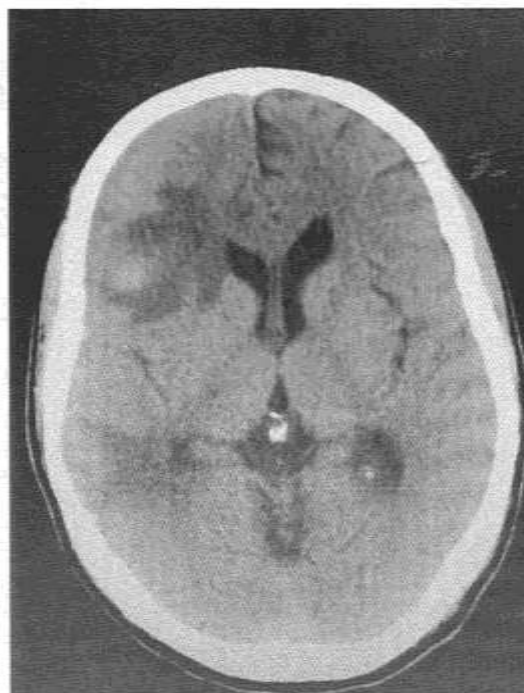


Рис. 3. Спиральная компьютерная томография пациента А. после проведенного лечения

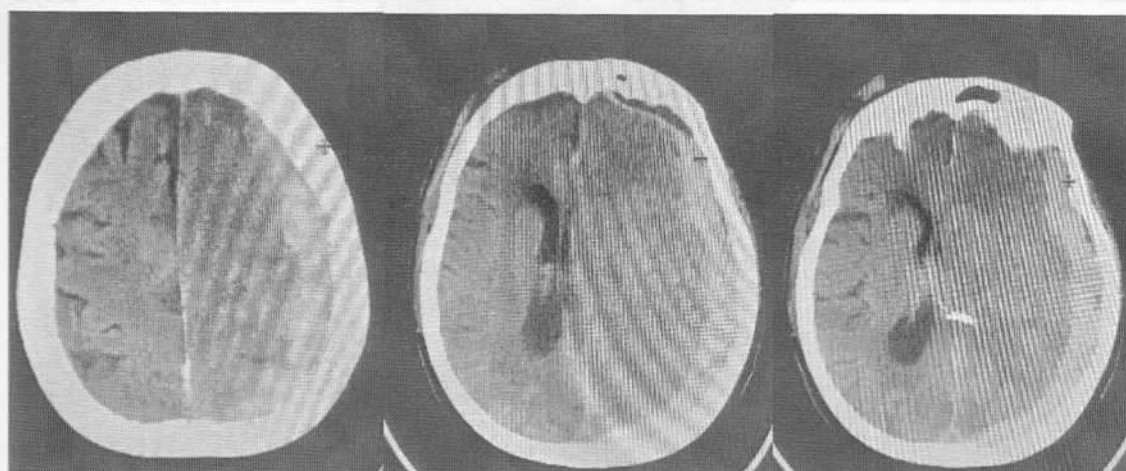


Рис. 4. Спиральная компьютерная томография пациента Н. при поступлении

D-димер высокочувствительный	нг/мл (D-DU)	(< 230)	5471
------------------------------	--------------	---------	------



Рис. 5. Спиральная компьютерная томография пациента Н. после проведенного лечения

Итог госпитализации — летальный исход. Причина смерти — тромбоэмболия легочной артерии.

Пациент В. 37 лет. В течение недели на больничном по поводу ОРВИ. На фоне повышенной температуры упал, при падении ударился о стену. Вызов СМП. Доставлен в стационар. Потерю сознания отрицает. Была тошнота, рвота.

На СКТ ОГК картина двухсторонней полисегментарной пневмонии.

На СКТ головного мозга пластинчатая субдуральная гематома (рис. 6).

Учитывая высокие показатели D-димера, наличие НКИ, на вторые сутки после травмы назначен Клексан в дозировке 0,8 мл 2 раза в сутки.

На контрольной СКТ головного мозга — без отрицательной динамики.

D-димер высокочувствительный	нг/мл (D-DU)	(< 230)	1592
------------------------------	--------------	---------	------

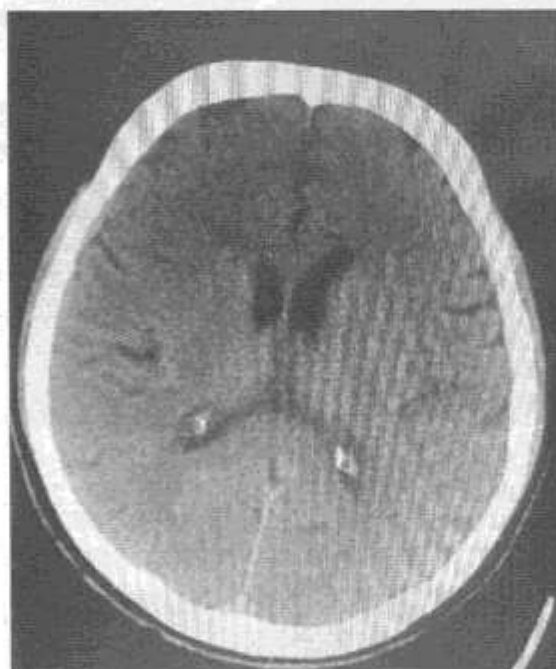


Рис. 6. Спиральная компьютерная томография пациента В при поступлении

Итог госпитализации — выписка на амбулаторное лечение.

2 группа

Пациентка В., 62 года. Получила травму около месяца назад 01.09.2021. За медпомощью не обращалась. В течение месяца беспокоила головная боль. 01.10.2022 на фоне слабости в правых конечностях упала, ударилась головой о бетонный пол, в тяжелом состоянии доставлена в стационар. При поступлении — кома 1. Мазок на SARS-CoV-2 отрицательный.

СКТ головного мозга — на рис. 8.

Оперативное лечение. Антикоагулянтную терапию не назначали.

После операции — рис. 9.

Итог госпитализации — выписка на амбулаторное лечение.

Пациент П. 28 лет. ДТП. Водитель легкового автомобиля. Во время травмы потеря сознания, тошнота,

многократная рвота. Доставлен стационар с места ДТП.

При поступлении ясное сознание. Психомоторное возбуждение. Мазок на SARS-CoV-2 отрицательный.

СКТ головного мозга — рис. 10.

Контрольная СКТ через 8 дней — рис. 11.

Итог госпитализации — выписка на амбулаторное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты, получавшие антикоагулянтный препарат (Клексан), имели лучшую выживаемость. У пациентов с легкой формой НКИ в сочетании с ЧМТ разной степени тяжести летальность, связанная с осложнениями НКИ, не превышала 10% без антикоагулянтной терапии. У пациентов со средней-тяжелой формой НКИ летальность достигала 46,5%. У пациентов с тяжелой формой НКИ ле-

D-димер высокочувствительный	нг/мл (D-DU)	(< 230)	15
------------------------------	--------------	---------	----

D-димер высокочувствительный	нг/мл (D-DU)	(< 230)	10
------------------------------	--------------	---------	----



Рис. 7. Спиральная компьютерная томография пациента Н. после проведенного лечения

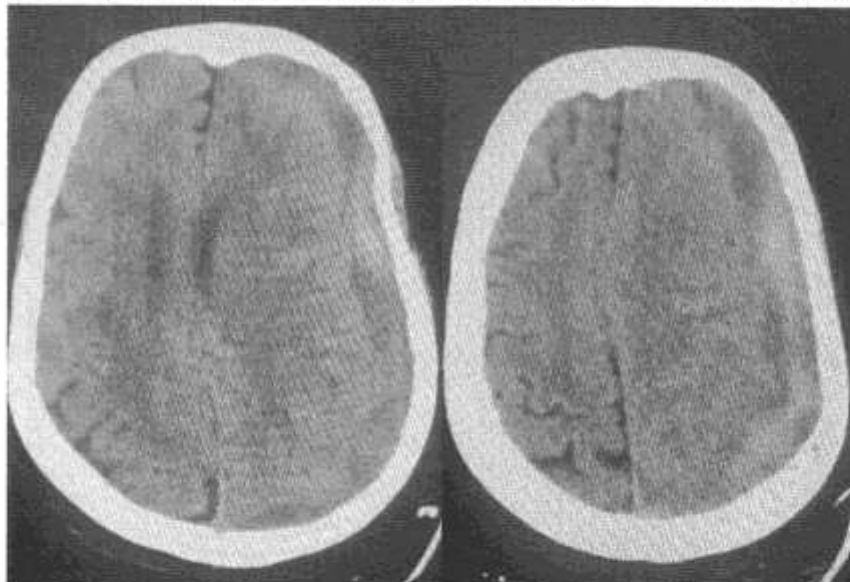


Рис. 8. Спиральная компьютерная томография пациента В. при поступлении



Рис. 9. Спиральная компьютерная томография пациента В. после проведенного лечения

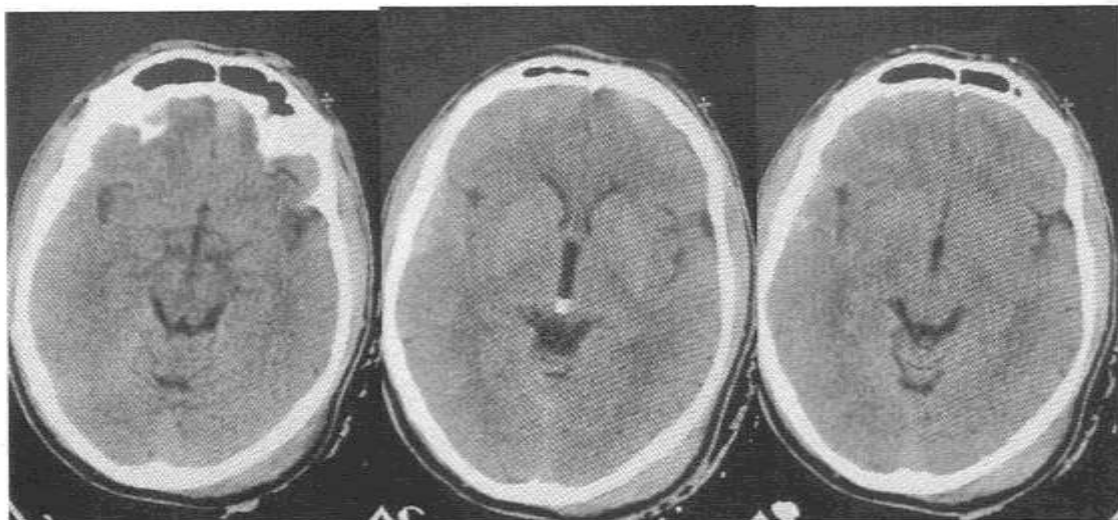


Рис. 10. Спиральная компьютерная томография пациента П. при поступлении

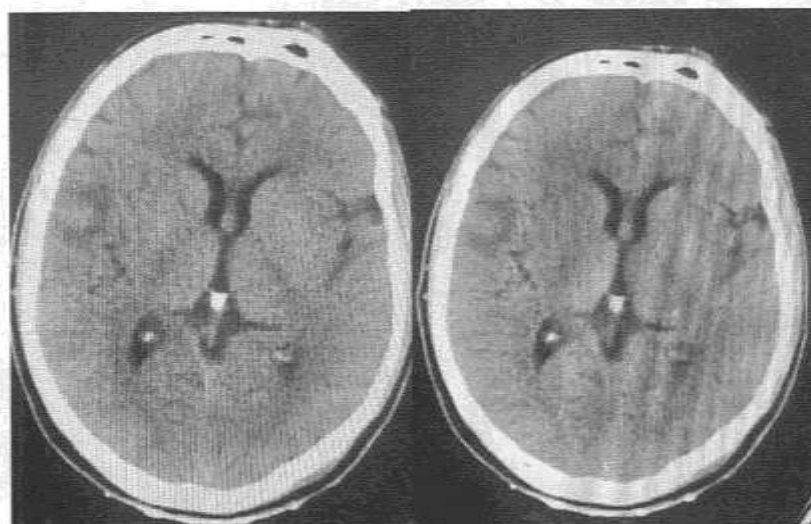


Рис. 11. Спиральная компьютерная томография пациента П. после проведенного лечения

тальность превышала 87,6%. В другой группе со схожими параметрами течения НКИ и ЧМТ на фоне приема антикоагулянтов летальность снизилась при легкой форме до 9,0%, среднетяжелой — до 27,2%, при тяжелой — до 61,9%. Осложнения в виде тромбозов у них развивались редко, а если развивались, то имели легкое течение. Летальность в основном была связана с сопутствующими заболеваниями. Напротив же, пациенты, не получавшие антикоагулянтный препарат, имели частые осложнения в виде тромбозов. У пациентов без ан-

тикоагулянтной терапии тромбозы возникали чаще и в зависимости от степени течения НКИ имели следующие показатели: при легкой степени 98,7%, при среднетяжелой — 98,5%, при тяжелой — 96,6%. Летальность в основном была связана с тромбозами, такими как ТЭЛА, тромбоз чревного ствола, мезентериальными тромбозами. Группа больных с ЧМТ и НКИ не имела каких-либо осложнений в виде геморрагических проявлений и клинически не отличалась по течению от контрольной группы с изолированной ЧМТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Антикоагулянтная терапия у пациентов с ЧМТ и НКИ, безусловно, оказывает положительное влияние на течение НКИ и при правильном дозировании и сроках назначения не оказывает отрицательного влияния на ЧМТ. На сегодняшний день

метод может эффективно применяться при лечении больных с ЧМТ и НКИ, а также у больных с ЧМТ и необходимостью назначения антикоагулянтной терапии. Методика является перспективной и требует дальнейшего рандомизированного исследования.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Nopp S., Moik F., Jilma B., Pabinger I., Ay C.* Risk of venous thromboembolism in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Res Pract Thromb Haemost.* 2020; 4 (7): 1178-1191. <https://doi.org/10.1002/rth2.12439>.
2. *Manivannan S, Sharouf F, Mayo I, Albaqer H, Mehrez M, Jaber H, Nicholls Z, Woodward BO, Watkins WJ, Zaben M.* Management of neurotrauma during COVID-19: a single centre experience and lessons for the future. *Brain Inj.* 2021 Jul 3; 35 (8): 957-963. doi: 10.1080/02699052.2021.1934731. Epub 2021 Jun 29. PMID: 34184612.
3. *Lester A, Leach P, Zaben M.* The Impact of the COVID-19 Pandemic on Traumatic Brain Injury Management: Lessons Learned Over the First Year. *World Neurosurg.* 2021 Dec; 156: 28-32. doi: 10.1016/j.wneu.2021.09.030. Epub 2021 Sep 13. PMID: 34530146; PMCID: PMC8435471.
4. *Carney N, Totten AM, O'Reilly C, et al.* Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, fourth edition. *Neurosurgery* 80 (1): 6-15, 2017. doi: 10.1227/NEU.0000000000001432
5. *Lester A, Leach P, Zaben M.* The Impact of the COVID-19 Pandemic on Traumatic Brain Injury Management: Lessons Learned Over the First Year. *World Neurosurg.* 2021 Dec; 156: 28-32. doi: 10.1016/j.wneu.2021.09.030. Epub 2021 Sep 13. PMID: 34530146; PMCID: PMC8435471.
6. *Tanaka K.A., Key N.S., Levy J.H.* Bloody coagulation: hemostasis and thrombin regulation. *Anesth Analog* 2009; 108 (5): 1433-46.
7. *Алексеев Д. Е., Бабичев К. Н., Банников С. А. и др.* Оперативные доступы в нейрохирургии. Руководство для врачей. СПб., 2015. Т. I.
8. *Парфенов В. Е., Самохвалов И. М., Свистов Д. В. и др.* Современные представления о лечении огнестрельных ранений головы, нанесенных нелетальным кинетическим (травматическим) оружием. *Нейрохирургия.* 2011; 3: 52-57.
9. *Потапов А. А., Горельшев С. К., Калинин П. Л. и др.* Нейрохирургические технологии в лечении заболеваний и повреждений основания черепа. М.: Издат.-полиграф. фирма «Алина», 2020; 208 с.
10. *Симарова И. Б., Переходов С. Н., Буланов А. Ю.* Геморрагические осложнения новой коронавирусной инфекции: актуальная клиническая проблема. *Тромбоз, гемостаз и реология.* 2021; 3: 12-15.

REFERENCES

1. *Nopp S., Moik F., Jilma B., Pabinger I., Ay C.* Risk of venous thromboembolism in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Res Pract Thromb Haemost.* 2020; 4 (7): 1178-1191. <https://doi.org/10.1002/rth2.12439>.
2. *Manivannan S, Sharouf F, Mayo I, Albaqer H, Mehrez M, Jaber H, Nicholls Z, Woodward BO, Watkins WJ, Zaben M.* Management of neurotrauma during COVID-19: a single centre experience and lessons for the future. *Brain Inj.* 2021 Jul 3; 35 (8): 957-963. doi: 10.1080/02699052.2021.1934731. Epub 2021 Jun 29. PMID: 34184612.
3. *Lester A, Leach P, Zaben M.* The Impact of the COVID-19 Pandemic on Traumatic Brain Injury Management: Lessons Learned Over the First Year. *World Neurosurg.*

- 2021 Dec; 156: 28-32. doi: 10.1016/j.wneu.2021.09.030. Epub 2021 Sep 13. PMID: 34530146; PMCID: PMC8435471.
4. *Carney N, Totten AM, O'Reilly C, et al.* Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, fourth edition. *Neurosurgery* 80 (1): 6-15, 2017. doi: 10.1227/NEU.0000000000001432
 5. *Lester A, Leach P, Zaben M.* The Impact of the COVID-19 Pandemic on Traumatic Brain Injury Management: Lessons Learned Over the First Year. *World Neurosurg.* 2021 Dec; 156: 28-32. doi: 10.1016/j.wneu.2021.09.030. Epub 2021 Sep 13. PMID: 34530146; PMCID: PMC8435471.
 6. *Tanaka K.A., Key N.S., Levy J.H.* Bloody coagulation: hemostasis and thrombin regulation. *Anesth Analog* 2009; 108 (5): 1433-46.
 7. *Alekseev D.E., Babichev K.N., Bannikov S.A., etc.* Operative access in neurosurgery. Guide for doctors. St. Petersburg., 2015. Vol. I.
 8. *Parfenov V.E., Samokhvalov I.M., Svistov D.V. et al.* Modern ideas about the treatment of gunshot wounds to the head inflicted by non-lethal kinetic (traumatic) weapons. *Neurosurgery.* 2011; 3: 52-57.
 9. *Potapov A.A., Gorelyshev S.K., Kalinin P.L. et al.* Neurosurgical technologies in the treatment of diseases and injuries of the base of the skull. Moscow: Izdat. — polygraph. firm «Alina», 2020; 208 p.
 10. *Simarova I.B., Transitions S.N., Bulanov A.Yu.* Hemorrhagic complications of a new coronavirus infection: an actual clinical problem. *Thrombosis, hemostasis and rheology.* 2021; 3: 12-15.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Чербилло Владислав Юрьевич — д-р мед. наук, профессор, врач-нейрохирург, заведующий кафедрой нейрохирургии ФГБОУ ВО «Педиатрический Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова» Минздрава России

Information about author:

Cherebillo V. <http://orcid.org/0000-0001-6803-9954>

Канарский Александр Дмитриевич — врач-нейрохирург, аспирант ФГБОУ ВО «Педиатрический Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова» Минздрава России

E-mail: kanarskiyalexandr@mail.ru

Information about author:

Kanarskiy A. <http://orcid.org/0000-0003-1500-1965>

Сосновски Александр Сергеевич — врач-нейрохирург, аспирант ФГБОУ ВО «Педиатрический Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова» Минздрава России

E-mail: neurohirurg@mail.ru

Information about author:

Klimov V. <http://orcid.org/0000-0002-4699-7614>

Куручихина Мария Юрьевна — врач-нейрохирург, кафедра нейрохирургии ФГБОУ ВО «Педиатрический Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова» Минздрава России

Information about author:

Kurnuchina A. <http://orcid.org/0000-0002-0254-4066>

Черниченко Владимир Константинович — врач-нейрохирург, кафедра нейрохирургии ФГБОУ ВО «Педиатрический Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова» Минздрава России

Information about author:

Chernichenko V. <http://orcid.org/0000-0001-5671-6567>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Vladislav Cherebillo — Doctor of Medical Sciences, Professor, Neurosurgeon, Head of the Department of Neurosurgery of the I. P. Pavlov Pediatric St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Information about the author:

Cherebillo V. <http://orcid.org/0000-0001-6803-9954>

Kanarsky Alexander Dmitrievich — neurosurgeon, postgraduate student of the I. P. Pavlov Pediatric St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

E-mail: kanarskiyalexandr@mail.ru

Information about the author:

Canary A. <http://orcid.org/0000-0003-1500-1965>

Sosnovsky Alexander Sergeevich — Neurosurgeon, postgraduate student of the I. P. Pavlov Pediatric St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

E-mail: neurohirurg@mail.ru

Information about the author:

Klimov V. <http://orcid.org/0000-0002-4699-7614>

Kurnukhina Maria Yuryevna — Neurosurgeon, Department of Neurosurgery of the I. P. Pavlov Pediatric St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Information about the author:

Kurnuchina A. <http://orcid.org/0000-0002-0254-4066>

Chernichenko Vladimir Konstantinovich — Neurosurgeon, Department of Neurosurgery of the I. P. Pavlov Pediatric St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Information about the author:

Chernichenko V. <http://orcid.org/0000-0001-5671-6567>

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при написании статьи.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest involved in preparation of the article.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: (495) 274-2222 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

DOI 10.33920/med-10-2303-05

УДК 616.12-008.318

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

М. С. Сафеулин

Александровская больница, Санкт-Петербург

Дата поступления рукописи в редакцию: 30.01.2023.

Дата принятия рукописи в печать: 03.02.2023.

Резюме. Под тромбоземболией легочной артерии понимают окклюзию легочного артериального русла тромбами. Это распространенная патология, однако судить об истинной частоте этого заболевания сложно. Связано это в первую очередь с бессимптомным течением болезни при поражении сегментарных легочных артерий, вторая причина — не диагностируемые случаи тромбоземболии легочной артерии даже при массивном ее характере (у 40-70% больных) либо ошибочная трактовка клинических проявлений и обусловленная этим диагностика другой патологии. По уровню летальности тромбоземболия легочной артерии занимает 3-е место среди причин внезапной смерти после инфаркта миокарда и инсульта.

Ключевые слова: сепсис, инфекционный эндокардит, диагностика, лечение.

Thromboembolic complications of infectious endocarditis

M. S. Safeulin

Alexander Hospital, St. Petersburg

Date of receipt of the manuscript to the editorial office: 30.01.2023.

Date of acceptance of the manuscript for printing: 03.02.2023.

Abstract: Pulmonary embolism is understood as occlusion of the pulmonary arterial bed by blood clots. This is a common pathology, but it is difficult to judge the true frequency of this disease. This is primarily due to the asymptomatic course of the disease when the segmental pulmonary arteries are affected, the second reason is undiagnosed cases of pulmonary embolism even with its massive nature (in 40-70% of patients) or an erroneous interpretation of clinical manifestations and the resulting diagnosis of another pathology. In terms of mortality, pulmonary embolism ranks 3rd among the causes of sudden death after myocardial infarction and stroke.

Keywords: sepsis, infectious endocarditis, diagnosis, treatment.

Осложнения инфекционного эндокардита многообразны и могут возникать во всех органах и системах организма (таблица). Существенное влияние на прогноз оказывают такие серьезные осложнения, как синдром системного воспалительного ответа, респираторный дистресс-синдром,

острая сердечно-сосудистая недостаточность, эмболия в сосуды головного мозга и сердце [1, 3]. Наиболее частыми при инфекционном эндокардите являются тромбоземболические осложнения, которые, как правило, носят множественный характер с развитием инфаркта миокарда, почек, селезенки

и острого нарушения мозгового кровообращения. По результатам аутопсии больных, умерших от инфекционного эндокардита, тромбоэмболические осложнения выявляют в 40-90% случаев. Относительно редко при инфекционном миокардите возникает эмболия коронарных артерий, которую прижизненно диагностируют еще реже [2].

Инфаркт миокарда при этом заболевании диагностируется в 9,1% случаев. При этом инфаркт миокарда чаще возникает до 49 лет (в 76% случаев), при вторичной форме заболевания (в 61% случаев), у мужчин (в 4 раза чаще), при высокой активности инфекционного эндокардита (в 57,2% случаев) и в случае стафилококковой этиологии заболевания (в 42% случаев) [4]. Практически во всех случаях инфаркт миокарда при инфекционном миокардите сопровождался другими тромбеморрагическими осложнениями. Клинической особенностью инфаркта миокарда при инфекционном эндокардите является часто атипичное (безболевое) течение (в 57% случаев), а при наличии боли в грудной клетке ангиозный характер отмечен только у трети пациентов [6].

Согласно данным литературы, развитие инфаркта миокарда при инфекционном миокардите может обусловить не только эмболия одной из ветвей коронарной артерии фрагментом вегетации, но и ряд других причин [7]:

- перекрытие устья коронарной артерии вегетацией со створками аортального клапана или микотической аневризмы синуса Вальсальвы;
- коронарит;
- нарушение системы гемостаза с активацией коагуляционного звена;
- тромбообразование вследствие сочетания повышенной коагуляционной активности крови и воспаления стенки коронарной артерии (коронарита);
- снижение перфузионного давления в коронарных артериях вследствие выраженной недостаточности аортального клапана [8, 9].

Инфаркт миокарда при инфекционном эндокардите может быть также одним из проявлений тромбеморрагического синдрома, характерного для больных с инфекционным эндокардитом и проявляющегося нарушениями:

- тромбоцитарного звена гемостаза с уменьшением количества тромбоцитов, спонтанной агрегацией и гиперагрегацией при воздействии индукторов агрегации в разных дозах, высоким содержанием фактора Виллебранта, коррелирующим с тяжестью состояния больного;
- коагуляционного звена гемостаза с уменьшением времени до-

Таблица

Осложнения инфекционного эндокардита

Органы и системы	Характер поражения
Сердечно-сосудистая система	Миокардит, перикардит, абсцесс, инфаркт миокарда
Почки	Инфаркт, гломерулонефрит, очаговый нефрит, абсцесс, острая почечная недостаточность
Легкие	Тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт — пневмония, абсцесс, плеврит, легочная гипертензия
Печень	Гепатит, абсцесс, цирроз
Селезенка	Спленомегалия, инфаркт, абсцесс
Нервная система	Менингит, менингоэнцефалит, абсцесс головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения
Сосуды	Васкулит, аневризма, тромбоз

стижения максимальной свертывающей активности, повышением уровня фибриногена, изменениями индексов инактивации тромбина и уровня антитромбина [10, 12, 13].

Представляем случай инфекционного эндокардита, осложненного тромбоэмболическими нарушениями.

Пациент П., 28 лет, поступил с жалобами на одышку, усиливающуюся при минимальной физической нагрузке и резкую слабость.

Заболел остро день назад, когда без видимой причины температура тела повысилась до 40 °С. Самостоятельно принял жаропонижающее средство, после чего температура тела снизилась. Однако на следующий день она вновь повысилась, что сопровождалось проливным потом, на фоне которого появилась слабость в правой ноге.

Больного госпитализировали в районную больницу по месту жительства, а затем с диагнозом «менингоэнцефалит» перевели в лечебное учреждение областного уровня, где он находился на лечении сначала в отделении реанимации и интенсивной терапии, а после улучшения состояния — в неврологическом отделении. В соответствии с установленным диагнозом была назначена антибактериальная терапия (меранем), противовирусная, противоточечная и метаболическая терапия.

Состояние больного постепенно улучшилось: нормализовалась температура тела, уменьшилась общая слабость, однако в периферической крови сохранялись лейкоцитоз (до 19×10^9 /л) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (до 15% палочкоядерных нейтрофильных гранулоцитов) и увеличения СОЭ (до 40 мм/ч).

За 5 дней до повторной госпитализации у больного возникла одышка при подъеме по лестнице на второй этаж. На следующий день во время рентгенологического исследования во время глубокого вдоха с задержкой дыхания у больного развился эпизод резкой боли за грудиной длительностью 2-3 минуты, после которого одышка стала

беспокоить при незначительной физической нагрузке, вновь появилась резкая общая слабость.

При аускультации сердца появился грубый систолический шум над всеми точками аускультации, частота сердечных сокращений достигла 132 в минуту, сатурация периферической крови кислородом составляла 93%, частота дыхательных движений 30 в минуту. При физикальном обследовании был выявлен также двухсторонний гидроторакс.

Данные электрокардиографического исследования: патологические зубцы QS с подъемом сегмента ST в отведениях V1-3, зубец QR в отведении V4, косонисходящая депрессия сегмента ST, переходящая в отрицательный зубец T в отведениях V5-6, которых не было ранее, на фоне блокады передней ветви левой ножки пучка Гисса.

В плевральном пунктате: белок 0,33 г/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, проба Ривальта отрицательна.

Данные эхокардиографического исследования: диаметр аорты на уровне синусов 3 см. Левое предсердие 3,2 см. Правый желудочек 3 см. Конечнодиастолический размер левого желудочка сердца 6,1 см, конечносистолический размер левого желудочка — 5,1 см, фракция выброса левого желудочка 37%. Толщина задней стенки левого желудочка 1,1 см, межжелудочковой перегородки — 0,9 см. На некоронарной створке аортального клапана выявлена вегетация размером 2,6 × 1,4 см. Створки аортального клапана уплотнены. Обнаружены признаки легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии 31 мм рт. ст.). В полости перикарда выявлено около 300 мл жидкости.

Данные ультразвукового исследования органов брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени 145 мм, толщина левой доли 64 мм. Контуры ровные, четкие, эхогенность ткани печени неоднородная, без видимых очаговых изменений. Сосудистый рисунок не изменен. В правой доле во внутривенных желчных

протоках визуализируются множественные мелкие кальцинаты в виде цепочек. Общий желчный проток 3,5 мм. Желчный пузырь сокращен. Диаметр портальной вены 11 мм. Поджелудочная железа визуализировалась в области тела и хвоста, размеры не увеличены, контуры ровные, эхогенность незначительно диффузно повышена. Вирсунгов проток не расширен. Размер селезенки 125 × 62 мм, структура однородная, эхогенность средняя. Контуры селезенки ровные, четкие. Диаметр селезеночной вены у ворот селезенки 0,7 см. Брюшной отдел аорты не изменен. Увеличенных, измененной эхоструктуры забрюшинных и брюшных лимфатических узлов не выявлено. Почки расположены обычно. Размер правой почки 110 × 70 мм, левой — 105 × 50 мм. Слой паренхимы в правой почке 17 мм, в левой — 19 мм. Чашечно-лоханочная система не расширена, конкременты не обнаружены. Мочевой пузырь 254 мл, обычной формы, контуры четкие, ровные. Стенка 0,4 см. Предстательная железа 25 × 35 × 36 мм. В обеих плевральных полостях определена жидкость, уровень которой по задне-подмышечной линии достигал справа IX ребра, слева — VIII.

Результаты компьютерной томографии органов грудной клетки: признаки интерстициального и альвеолярного отека легких. Двусторонний экссудативный плеврит. Признаки легочной гипертензии. Экссудативный перикардит. Умеренно выраженная лимфаденопатия лимфатических узлов средостения. Не исключена тромбоэмболия ветвей легочной артерии с флотирующими тромбами.

Результаты мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки: корни расширены, застойны, деформированы за счет сосудистого компонента. С двух сторон, больше во внутренних зонах и в задних отделах, на фоне неравномерного уплотнения по типу «матового стекла» определены множественные сливные очаги альвеолярного отека. Неравномерное диффузное повышение плотности ле-

гочной ткани практически на всем протяжении обоих легких, больше справа. Периваскулярные и перибронхиальные муфты. Увеличение диаметра и нечеткость контуров сосудов. В поперечном сечении диаметр сосудов увеличен, значительно превышает диаметр рядом расположенного бронха. Отношение диаметра артерии к диаметру бронха увеличено. Равномерное утолщение междольковых перегородок в нижних отделах. В поперечном сечении наружный диаметр бронхов увеличен, внутренний просвет уменьшен. Размеры сердца увеличены в основном за счет левых камер. В полости перикарда жидкость. В плевральных полостях жидкость: справа до 2,5 л, слева — до 1,5 л. В верхних долях (S3), больше слева, обнаружены перибронхиально расположенные полиморфные очаги, сливающиеся между собой (картина «деревя в почках» на фоне «матового стекла»). Положительный симптом воздушной бронхографии.

Корни легких расширены. Главный бронх нормального диаметра. Главные, долевы и сегментарные бронхи свободно проходимы. В области аортального клапана округлое образование диаметром 9-12 мм (кальцинат?). Мелкие плотные включения по наружному краю сердца с двух сторон диаметром до 2-3 мм. Правая ветвь легочной артерии 18,5 мм, левая — 19 мм, восходящий отдел аорты 31 мм, нисходящий — 23 мм.

Паратрахеальные лимфатические узлы справа и лимфатические узлы клетчатки увеличены до 10-13 мм. Размер лимфатических узлов слева вдоль дуги аорты 11 × 16 мм, под кариной — до 8-10 мм. Купола диафрагмы четкие, синусы свободные. Средостение 153 мм, увеличено в основном за счет левых отделов сердца. Аксиальный скелет грудной полости без КТ-признаков костной деструкции.

При поступлении больной предъявлял жалобы на одышку, ощущение нехватки воздуха, усиливающиеся при минимальной физической нагрузке, и общую слабость.

Положение больного в постели с приподнятым головным концом. Больной в сознании, на вопросы отвечает тихо, астенизирован, быстро устает.

Правильного телосложения, удовлетворительного питания (рост 176 см, масса тела 63 кг, индекс массы тела 19,2 кг/м²).

Кожные покровы бледные, на лбу липкий пол. Набухание и пульсация шейных вен отсутствовали. Щитовидная железа не увеличена. Пальпировали увеличенные подчелюстные лимфатические узлы слева.

Границы сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — треть межреберье, левая — левая срединно-ключичная линия.

Сердечная деятельность ритмичная, I тон над верхушкой сердца и в точке Боткина ослабленный. Над всеми точками аускультации выслушивали грубый систолический шум, проводившийся на сонные артерии.

Перкуторно над легкими определен ясный легочный тон, притупленный в нижних отделах обоих легких. При аускультации — жесткое везикулярное дыхание; в нижних отделах обоих легких — влажные мелкопузырчатые хрипы.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий при пальпации. Нижний край печени (гладкий, закругленный) пальпировали у края правой реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Перкутоно селезенка 12-14 см. Отделы толстого кишечника — без пальпаторных особенностей.

Периферические отеки отсутствовали.

В общем анализе крови: гемоглобин 124 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты — 120×10^9 /л, лейкоциты $14,5 \times 10^9$ /л (п — 11%, с — 70%, л — 16%, м — 3%). СОЭ — 11 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: билирубин общий 8 ммоль/л, глюкоза — 9,9 ммоль/л, АЛТ — 52 ЕД/л, АСТ — 15 ЕД/л, КФК — 868 ЕД/л, общий белок 46,8 г/л, мочевины — 14,7 ммоль/л, креатинин — 94 мкмоль/л, натрий — 144,4 ммоль/л, калий — 4,43 ммоль/л, С-реактивный

белок — отрицательный. Протромбиновый индекс 94%, фибриноген 3,52 г/л, фибриноген В — отрицательный. Тропонин 1,16 нг/мл, миоглобин 240,7 нг/мл (норма — до 72 нг/мл).

В общем анализе мочи: удельная плотность — 1018, белок — 0,033 г/л, лейкоциты 3-4, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Кровь при неоднократных посевах — стерильная, ДНК возбудителей сепсиса не выявлены.

Маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ не обнаружены. Реакция Вассермана — отрицательная.

Результаты магнитно-резонансного исследования головного мозга: смещения срединных структур мозга не выявлено. Желудочки — с тенденцией к расширению. Выраженное повышение интенсивности МР-сигнала на уровне коры заднелобно-височной области правого полушария мозга. На остальном протяжении структура и характеристика сигнала ткани мозга без особенностей. Кортико-медулярная дифференциация отчетливая. Конвекситальные подпаутинные пространства мозга представлены обычно. Околоносовые пазухи развиты правильно, обычной воздушности. Носовая перегородка искривлена влево. Носовые раковины увеличены. Анатомические структуры задней черепной ямки без особенностей. Сосцевидные отростки, пирамиды височной кости, внутренний слуховой проход не изменены. Зональная анатомия среднего уха обычная.

Данные доплерографического исследования экстракраниальных артерий и сосудов почек: патология не выявлена.

Результаты УЗИ щитовидной железы: в обеих долях по заднему контуру обнаружены множественные кисты диаметром до 5 мм. Эхогенность железы обычная.

Данные ЭхоКС: диаметр аорты на уровне синусов 3,5 см. Левое предсердие 2,6 см. Правый желудочек 3 см. Конечно-диастолический объем левого желудочка 131 мл, фракция

выброса левого желудочка 43%. Толщина задней стенки левого желудочка 0,8 см, межжелудочковой перегородки — 0,86 см. Аортальный клапан двухстворчатый, флотирующая вегетация размером 24 × 9 мм. Признаки легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии 51 мм рт. ст.). Одноклапанный (задней стенки) абсцесс с перфорацией створки и флотирующей вегетацией аномального двустворчатого аортального клапана; прорыв парааортального абсцесса с образованием шунта между выносящим трактом левого желудочка и правым желудочком. Аневризма заднего синуса Вальсальвы с пролабированием в правое предсердие. Регургитация на аортальном клапане III степени, митральном — II степени, трикуспидальном — II степени.

Консилиумом врачей, проведенным на следующий день после поступления пациента, установлен диагноз: синдром системного воспалительного ответа. Острый вторичный инфекционный эндокардит аортального клапана (врожденная аномалия развития: двустворчатый клапан) неуточненной этиологии, активная фаза, активность III степени, парааортальный абсцесс с прорывом в правый желудочек, аортальная недостаточность III степени. Острый миокардит, тяжелое течение. Инфаркт миокарда в передне-перегородочной области левого желудочка. Экссудативный перикардит с минимальным количеством жидкости в полости перикарда. Преходящая желудочковая экстрасистолия. Сердечная недостаточность IIА степени со сниженной систолической функцией левого желудочка, III функциональный класс. Острая левожелудочковая недостаточность. Состояние после перенесенного энцефалита неизвестной этиологии или ревматического с формированием ишемического очага на уровне коры заднелобно-височной области правого полушария головного мозга с развитием левосторонней пирамидной недостаточности и астенического синдрома. Множественные кисты щитовидной железы, хронический тиреоидит.

Большому назначена антибактериальная терапия (ванкомицин и амикацин), мочегонные, антиагрегантные препараты. После стабилизации состояния было запланировано выполнение оперативного вмешательства.

Несмотря на проводимое лечение, состояние больного оставалось крайне тяжелым. Через 4 дня нахождения в стационаре в 6:15 утра пациент внезапно потерял сознание, появился цианоз лица и ушных раковин. На кардиомониторе — синусовая брадикардия с ЧСС 30-40 в минуту. Срочно начаты реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца, интубация трахеи с переводом больного на аппаратное дыхание, внутривенное атропина, адреналина, дофамина). На протяжении следующих двух часов на ЭКГ — идеовентрикулярный ритм с ЧСС 24-32 в минуту, АД и периферический пульс не определялись. В 8:00 развилась стойкая асистолия и зарегистрирована биологическая смерть больного.

Диагноз посмертный: синдром системного воспалительного ответа. Острый инфекционный эндокардит, вторичный аортальный клапан (врожденная аномалия развития: двустворчатый клапан) неуточненной этиологии, активная фаза, активность III степени с формированием парааортального абсцесса и прорывом в правый желудочек, аортальная недостаточность III степени. Острый миокардит, тяжелое течение. Инфаркт миокарда в передне-перегородочной области левого желудочка. Экссудативный перикардит с минимальным количеством жидкости в полости перикарда. Преходящая желудочковая экстрасистолия. Сердечная недостаточность IIА степени со сниженной систолической функцией левого желудочка, III функциональный класс. Острая левожелудочковая недостаточность. Разрыв корня и восходящего отдела аорты? Острое нарушение мозгового кровообращения? Асистолия. Состояние после перенесенного энцефалита неизвестной этиологии или ревмо-

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

васкулита с формированием ишемического очага на уровне коры задневисочной области правого полушария головного мозга с развитием левосторонней пирамидной недостаточности и астенического синдрома. Госпитальная пневмония нижней доли обоих легких, тяжелое течение. Множественные кисты щитовидной железы, хронический тиреозит.

ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Труп мужчины, правильного сложения, молодого возраста, обычного питания. Кожа головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей серовато-розового цвета. Органы грудной клетки и брюшной полости расположены правильно. Листки перикарда, плевры, брюшины гладкие, блестящие. В правой плевральной полости находилось около 800 мл светло-желтой полупрозрачной жидкости, в левой — 600 мл. Полости сердца расширены, в них определялось небольшое количество жидкой крови. Сердце массой 380 г, размером 10 × 9 × 9 см. Толщина миокарда стенки правого желудочка 0,3 см, левого желудочка — 1,6 см. Миокард на разрезах неравномерно окрашен, участки темно-красного цвета чередовались с участками розово-красного цвета. В толще передней стенки и перегородки — инфаркт размером 4,5 см, глинисто-красного цвета по периферии с красным венчиком, выбухает над поверхностью разреза. Эндокард гладкий, блестящий. Аортальный клапан с изъязвлениями и наложением тромботических масс. Обнаружена вегетация размером 4 × 1 см. В миокарде множественные очаги бледно-серого цвета диаметром до 0,5 см. Интима венечных артерий серовато-синюшная, свободная. Интима аорты, почечных артерий желтовато-серого цвета, свободная. Слизистая оболочка гортани, трахеи, бронхов розового цвета, мелких и крупных бронхов — розового цвета, стенки утолщены, в просветах выявлена вязкая слизистая мокрота.

Легкие заполняют плевральные по-

лости, в нижних отделах обоих легких определены участки уплотнения, на разрезах серовато — желтого цвета, с мелкозернистой поверхностью. С поверхности разрезов ткани легких стекает розовая пеннистая мокрота.

Щитовидная железа массой 25 г, на разрезах красного цвета, с мелкозернистой поверхностью, содержит мелкие кисты. Тимус обычных размеров, имеет вид жировой ткани.

Селезенка размером 12 × 7 × 4 см, массой 170 г, на разрезах темно-вишневого цвета, без соскоба пульпы.

Головной мозг массой 1300 г, борозды и извилины обычного строения. Ткань обоих полушарий головного мозга с выраженной границей между серым и белым веществом. В правой височно-затылочной области зона размягчения диаметром 2 см. Ткань мозга с размягчением, набуханием, тянется за ножом. Мозжечок и ствол головного мозга без видимых патологических изменений.

ДАННЫЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Сердце: обширные очаги кардиорексиса и кардиолизиса кардиомиоцитов, лейкостазы в сосудах, полнокровие сосудов, очаги кровоизлияния. Часть сохраненных кардиомиоцитов увеличены в размерах. В цитоплазме содержатся эозинофильные ядра, мелкие очаги соединительной ткани. Тромбоз мелких ветвей коронарных артерий.

Легкие: полнокровие кровеносных сосудов и капилляров межальвеолярных перегородок. Встречаются очаги с разрушенными межальвеолярными промежутками, заполненными эозинофильной жидкостью с лейкоцитами, лимфоцитами и плазмоцитами.

Головной мозг: ткань с дистрофическими явлениями, мелкими полостями, которые местами сливаются между собой и образуют мелкие кисты. В окружающих тканях периваскулярный и перицеллюлярный отек.

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Криптогенный сепсис, септицемия

(*Streptococcus* spp.). Вторичный инфекционный тромбоэндокардит с поражением аортального клапана. Панкардит, тромбоз мелких ветвей коронарных артерий. Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Ишемический инсульт в правом полушарии головного мозга. Двухсторонняя нижнедолевая очаговая пневмония. Паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Гидроторакс (справа 800 мл, слева 600 мл). Венозное полнокровие внутренних органов («мускатная» печень, цианотическая индурация селезенки, почек).

Врожденная аномалия развития аортального клапана (двустворчатый аортальный клапан). Кисты щитовидной железы.

Особенностью представленного случая является развитие у больного с инфекционным миокардитом тромбоэмболических осложнений с формированием инфаркта миокарда (вследствие эмболий в коронарные сосуды) и ишемического инсульта. Некроз миокарда, развившийся в результате эмболии коронарной артерии, имел бессимптомное (безболевого) течение, однако сопровождался типичными [5, 11].

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Распространенность факторов риска венозного тромбоза у хирургических пациентов с тромботическими эпизодами в анамнезе / И. А. Санец, В. В. Аничкин, Н. И. Шевченко [и др.]. Проблемы здоровья и экологии. 2015; 1 (43): 21-26.
2. Masola V, Zaza G, Onisto M, Lupo A, Gambaro G. Glycosaminoglycans, proteoglycans and sulodexide and the endothelium: biological roles and pharmacological effects. *Int Angiol* 2014; 33: 243-54.
3. Cox, S, Eslick, R, McLintock, C. Effectiveness and safety of thromboprophylaxis with enoxaparin for prevention of pregnancy-associated venous thromboembolism. *J Thromb Haemost.* 2019; 17: 1160-1170.
4. Zhang X, Sun D, Song JW, Zullo J, Lipphardt M, Coneh-Gould L, Goligorsky MS. Endothelial cell dysfunction and glycocalyx — a vicious circle. *Matrix Biol* 2018; 72: 421-31.
5. Gillet J. L. Management of superficial vein thrombosis of the lowerlimbs: update and current recommendations. *Phlebolympology.* 2015; 22, 2: 82-88.
6. Veraldi N, Guerrini M, Urso E, Risi G, Bertini S, Bensi D, Bisio A. Fine structural characterization of sulodexide. *J Pharm Biomed Anal* 2018; 156: 67-79.
7. Post-Discharge Venous Thromboembolism and Associated Mortality in General Surgery: A Population-Based Cohort Study Using Linked Hospital and Primary Care Data in England / G. Bouras, E. M. Burns, A. M. Howell [et al.]. *PLoS One.* 2015; 10 (12): e0145759.
8. Pulmonary embolism: Epidemiology and registries / M. Monreal, I. Mahe, A. Bura-Riviere [et al.]. *Presse Med.* 2015; 44: 377-383
9. Andreozzi G, Bignamini A, Davy G et al. Sulodexide for the Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism: The SURVET Study: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo Controlled Trial. *Circulation,* 2015: CIRCULATIONAHA-115.
10. Kearon C, Akl E, Ornelas J et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest.* 2016; 149 (2): 315-352.
11. Ligi D, Croce L, Mosti G, Raffetto JD, Mannello F. Chronic venous insufficiency: transforming growth factor-beta isoforms and soluble endoglin concentration in different states of wound healing. *Int J Mol Sci* 2017; 18: E2206.
12. Papadakis E, Pouliakis A, Aktypi A, et al. Low molecular weight heparins use in pregnancy: a practice survey from Greece and a review of the literature. *Thromb J.* 2019; 17: 23.
13. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital Produced by the National Clinical Guideline Centre — Acute and Chronic Conditions (formerly the National Collaborating Centre for Acute Care) / T. Treasure, K. Carter, N. Gautam [et al.]. 2015, 2nd ed.; 519 p.

REFERENCES

1. Prevalence of risk factors for venous thrombosis in surgical patients with a history of thrombotic episodes / I. A. Sanets, V. V. Anichkin, N. I. Shevchenko [et al.]. *Problems of health and ecology*. 2015; 1 (43): 21-26.
2. *Masola B, Zaza G, Onisto M, Lupo A, Gambaro G*. Glycosaminoglycans, proteoglycans and sulodexide and endothelium: biological role and pharmacological effects. *Int Angiol* 2014; 33: 243-54.
3. *Cox S, Eslick R, McLintock S*. Efficacy and safety of thromboprophylaxis with enoxaparin for the prevention of venous thromboembolism associated with pregnancy. *J Thrombocytopenia*. 2019; 17: 1160-1170.
4. *Zhang X, Song D, Song JW, Zullo J, Lipphardt M, Konech-Gould L, Goligorski MS*. Dysfunction of endothelial cells and glycocalyx — viscous circle. *Matrix Biol* 2018; 72: 421-31.
5. *Gillett J. L.* Treatment of superficial vein thrombosis of the lower extremities: update and current recommendations. *Phlebology*. 2015; 22, 2: 82-88.
6. *Veraldi N, Herrini M, Urso E, Risi G, Bertini S, Bensi D, Bisio A*. Exact structural characteristics of sulodexide. *J Pharm Biomed Anal* 2018; 156:67-79.
7. Venous thromboembolism after discharge and associated mortality in general surgery: A population cohort study using associated hospital and primary care data in England / G. Buras, E. M. Burns, A.M. Howell [et al.]. *PLoS One*. 2015; 10 (12): e0145759.
8. Pulmonary embolism: epidemiology and registers / M. Monreal, I. Mahe, A. Bura-Riviere [et al.]. *Presse Med*. 2015; 44: 377-383
9. *Andreozzi G., Binyamini A., Davi G. et al.* Sulodexide for the prevention of recurrent venous thromboembolism: The SURVET study: A multicenter randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Circulation*, 2015: CIRCULATION AHA-115.
10. *Kearon S, Akl E, Ornelas J. et al.* Antithrombotic therapy for VTE: A Chest Guide and an expert group report. *Chest*. 2016; 149 (2): 315-352.
11. *Ligi D, Croce L, Mosti G, Raffetto J, Dee, Mannello F*. Chronic venous insufficiency: isoforms of transforming growth factor beta and concentration of soluble endoglin at various stages of wound healing. *Int J Mol Sci* 2017; 18: E2206.
12. *Papadakis E, Pouliakis A, Aktipi A, etc.* The use of low molecular weight heparins during pregnancy: a review of practice from Greece and a review of the literature. *Tromb J*. 2019; 17: 23.
13. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to the hospital, prepared by the National Center for Clinical Recommendations "Acute and Chronic Conditions" (for Merli, the National Collaborating Center for Emergency Care) / T. Treasure, K. Carter, N. Gautam [et al.]. 2015, 2nd ed.; 519 p.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Сафелин Марат Сергеевич — врач анестезиолог-реаниматолог, Александровская больница, г. Санкт-Петербург
E-mail: SafMS2@gmail.com
Information about author:
Safeulin M. <http://orcid.org/0000-0003-1548-1256>

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Safeulin Marat Sergeevich — anesthesiologist-resuscitator, Alexander Hospital, St. Petersburg
E-mail: SafMS2@gmail.com
Information about the author:
Safiullin M. <http://orcid.org/0000-0003-1548-1256>

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов при написании статьи.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest involved in preparation of the article.

DOI 10.33920/med-10-2303-06

УДК 616-01/09:930.2

ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Л.И. Каспрук

Оренбургский государственный медицинский университет

Дата поступления рукописи в редакцию: 12.12.2022.

Дата принятия рукописи в печать: 10.01.2023.

Резюме. В январе (19) и марте (22) 2023 г. в России отмечается День патологоанатома. Именно патологическая анатомия является актуальным сегментом в формировании клинического мышления и определения патогенеза, несомненно, являясь познавательным, организующим и воспитательным звеном в подготовке врача. Несмотря на активное внедрение современных новейших методов диагностики, применение патолого-анатомического исследования сохраняет свою высокую значимость. Применение новых методов прижизненной диагностики некоторых заболеваний, таких как острые формы ишемической болезни сердца, не позволило значительно уменьшить количество диагностических врачебных ошибок. Констатируется усиление патолого-анатомического функционирования в диагностике прижизненной. Патолого-анатомическая служба имеет не только практическое, но и юридически аргументированное отношение к медицинской помощи и ее качеству. Патолого-анатомическая служба обеспечивает как диагностику, так во многом профилактику заболеваний и представлена службой, определяющей содержание медицинской помощи. Историко-медицинский анализ становления патологической анатомии показал особенности формирования как клинической дисциплины мультидисциплинарного формата. Установлено ее историческое прикладное значение.

Ключевые слова: патологическая анатомия, врач, диагностика, медицинский, наука, анализ, биопсия, развитие.

Historical and medical aspects of the formation and development of pathological anatomy

L. I. Kaspruk

Orenburg State Medical University

Date of receipt of the manuscript to the editorial office: 12.12.2022.

Date of acceptance of the manuscript for printing: 10.01.2023.

Abstract: In January (19) and March (22) 2023, Pathologist's Day is celebrated in Russia. It is pathological anatomy that is an actual segment in the formation of clinical thinking and the definition of pathogenesis, undoubtedly being a cognitive, organizing and educational link in the training of a doctor. Despite the active introduction of modern new diagnostic methods, the use of pathologic-anatomical research remains of high importance. The use of new methods of lifetime diagnosis of certain diseases, such as acute forms of coronary heart disease, did not significantly reduce the number of diagnostic medical errors. The strengthening of pathologic-anatomical functioning in the diagnosis of in vivo is stated. The pathology and anatomical service has not only a practical, but also a legally reasoned at-

titude to medical care and its quality. The pathology and anatomical service provides both diagnostics and, in many ways, prevention of diseases and is represented by a service that determines the content of medical care. The historical and medical analysis of the formation of pathological anatomy has shown the peculiarities of the formation as a clinical discipline of a multidisciplinary format. Its historical applied significance has been established.

Keywords: *pathological anatomy, doctor, diagnostics, medical, science, analysis, biopsy, development.*

ВВЕДЕНИЕ

В современное время активного внедрения диагностических методов применение патолого-анатомического исследования сохраняет свою высокую актуальность. Например, аутопсия признана самым точным методом, не случайно названным золотым стандартом установления посмертного диагноза. Применение новых методов прижизненной диагностики некоторых заболеваний, таких как острые формы ишемической болезни сердца, к сожалению, не позволило значительно уменьшить количество диагностических врачебных ошибок. Констатируется усиление патолого-анатомического функционирования в диагностике прижизненной. Объясняется данный факт тем, что биопсия — не только один из самых распространенных методов диагностического исследования. Она способствует получению объективных достоверных результатов [1, 2]. Кроме вышеперечисленного, секционные и данные биопсии — ценнейший материал, применяемый в научных работах в теоретической медицине, в фундаментальных смежных науках. Патолого-анатомическая служба имеет не только практическое, но и юридически аргументированное отношение к медицинской помощи и ее качеству. Патолого-анатомическая служба обеспечивает как диагностику, так и во многом профилактику заболеваний и, таким образом, является службой, определяющей содержание медицинской помощи и ее качество [6].

Цель исследования: на основе сравнительно-исторического анализа выявить закономерности и особен-

ности становления и развития патологической анатомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Применены методы исследования: аналитический, сравнительно-исторический. Объект исследования — процесс становления и развития патологической анатомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Определение «патологическая анатомия» по установленной форме утвердилось среди медицинских и научных деятелей только с середины XVIII в. До этого момента ее называли практической или медицинской анатомией. Стремительное развитие патологической анатомии к середине XX в. привело во многих странах к изменению курса на клиническую патологию, в связи с тем что данное направление отражает ее важную современную роль в прижизненной диагностике болезней, клинико-анатомическом анализе летальных исходов по материалам вскрытий, разработке теоретических основ медицины.

История патологической анатомии делится на следующие этапы:

- 1) анатомический: с древности до начала XIX в.;
- 2) микроскопический: с начала XIX в. до 1950-х гг.;
- 3) молекулярно-биологический: 1950-1970-е гг.;
- 4) современный: XX в. — новейшее время.

Анатомический этап содержит сведения о знании нормальной и патологической анатомии со времен жрецов и целителей разных древних цивилизаций (Египет, Китай, Рим и др.). В древнем Средиземноморье высокоразвитая система меди-

цинских знаний появились с XII в. до нашей эры. Медицина продолжала активно развиваться в Римской империи. Накоплен соответствующий материал: работы Аристотеля, Гиппократ, Цельса, Галена. Следует отметить, что определения «анатомия» / «патология» отсутствовали. Первым анатомом истории медицины считают ученика Пифагора. Вышеозначенный — автор первого древнегреческого медицинского трактата, врач Алкмеон из Кротона (500 г. до н. э.). По данным историков, не кто иной, как Аристотель первым связал проявления болезней с поражением конкретных органов. В короткий исторический период были произведены вскрытия учеными Герофилом, Эразистратом и другими в Александрийской школе (300 г. н. э.).

Труды врача и анатома К. Галена, работавшего в те годы в крупнейшем «центре» Средиземноморья, в Александрии, получили всемирную известность и были актуальны для многих поколений врачей в последующие годы. Именно он написал первый известный учебник, основанный на исследованиях трупов животных и людей. С помощью опытов на животных Гален впервые установил роль центральной нервной системы и вместе с тем — связь психической деятельности с головным мозгом. Охарактеризовал виды воспалений, опухолей, даже морфологию многих болезней. Обобщил полученные знания врачей Греции и Рима.

Термин «патологическая анатомия» не имел своего определения до середины XVIII в. Морфологическое знание о субстрате болезней составляло неотъемлемую часть медицины (медицинской профессии) в целом. При этом многие морфологические «находки» неоднократно терялись и затем вновь накапливались.

По религиозным соображениям до начала XIII в. были запрещены вскрытия трупов. Даже булла папы Бонифация VIII Закона 1300 г., за-

прещавшая расчленение трупов для перевозки на дальние расстояния и захоронения, была широко истолкована как запрет на вскрытия и анатомические исследования. Какое-то время вскрытия проводились тайно, а проводившие их ученые подвергались преследованиям. Соответственно, в Средние века вскрытия были редким и исключительным событием. Их распространению мешало и отсутствие стационарных лечебных учреждений (хотя первые госпитали были организованы уже в античном мире). Профессор Падуанского университета Монтаньян Б. (род. в 1460 г.) получил широкую известность тем, что произвел 14 анатомирований. Вышеупомянутое представлено чрезвычайной степенью численности их для того времени.

Как видно, анатомический период истории патологической анатомии объединяет самые разные эпохи. Однако патологическая анатомия в качестве составной части и, во-первых, анатомии, и, во-вторых, хирургии стала интенсивно развиваться только в XV-XVII вв. благодаря возникновению биологических наук и их методов.

В XIV-XVI вв. распространились анатомические исследования трупов, производимые многими европейскими учеными-медиками и энциклопедистами эпохи Возрождения. Начали формироваться «первые ступени» современного научного подхода к анатомии и патологии человека. Например, Леонардо да Винчи, работавший новые методы анатомирования, посещал мастерскую, где производились вскрытия трупов, с целью изучения строения мышц и суставов. Не только нормальную, но и патологическую анатомию разработал крупнейший анатом Везалий вместе с учениками Евстахием, Фаллопием и Арантием.

Активно способствовали патолого-анатомическим исследованиям трупов хирурги А. Паре, В. Фабри,

анатом В. Гарвей и др. Изобретатели шприца, Я. Беренгарус и Режиные де Грааф, производили вскрытия, заливая емкости различными материалами (красками, воском). Дж. Фернель (1497–1558) в своем сочинении «Патология» обобщил большое количество трудов по произведенным вскрытиям трупов. XVII в. ознаменован первооткрытиями:

- Карл Линней, Марчелло Мальпиги (капилляры);
- Северин Марк (доброкачественные и злокачественные опухоли);
- Сильвиус (описал туберкулез легких);
- Вепфер Якоб (впервые в мире объяснил связь между апоплексией и кровоизлиянием в мозг);
- Глиссон и Уиллис (Виллисиус) указали на исключительную роль вскрытий в установлении причин смерти конкретных больных и развитии медицины.

В XVII в. в этот же период в Европе стали открываться музеи патолого-анатомических препаратов. Швейцарский врач Теофил Боне в 1676 г. одним из первых в своем главном труде «Гробница» систематизировал результаты около 3000 вскрытий, выполненных им самим или другими авторами, описания которых он собирал в литературе со времен Гипократа. Именно он впервые доказал наличие связи между морфологическими изменениями органов и клиническими проявлениями заболеваний.

Ф. Рюйш, голландский врач, анатом, хирург и судебный медик внес значительный вклад в развитие научной нормальной и патологической анатомии. Ф. Рюйш в Гильдии хирургов Амстердама производил судебно-медицинские и патолого-анатомические вскрытия, основал анатомический музей, который был одним из первых в мире. Именно он продемонстрировал свой музей

Петру I, который помогал Рюйшу при вскрытиях во время своего визита. В конце XVII — начале XVIII в. было накоплено большое количество трудов по патолого-анатомическим вскрытиям, материалов и результатов, но обобщить данные знания долгий период времени не удавалось.

Впервые клиничко-анатомические сопоставления провел Дж. Морганьи. Это был труд, в котором он использовал результаты 700 вскрытий. Также он описал многие патолого-анатомические признаки разных болезней и указал на приоритетное место патологической анатомии среди медицинских дисциплин.

Биша и другие французские врачи, а также ученые XVIII в. ввели в клиническую практику патологическую анатомию. Они предложили для изучения повреждений обратить внимание на «тканевую уровень» в строении организма. Создали классификацию типов тканей: соединительная, мышечная, жировая, костная и др. Из вышеперечисленных Ж. Корвизар дал «новую жизнь» перкуссионному методу, Р. Лаэннек открыл метод аускультации, ученик М. Биша Ф. Бруссе создал учение, отвергающее существование болезней, не имеющих материального субстрата.

Ж. Крювелье создал и издал первый в мире цветной атлас патологической анатомии из 230 рисунков. Завершение первого периода развития патологической анатомии в 1842–1846 гг. ознаменовалось изданием многотомного «Руководства по частной патологической анатомии» ученым чешского происхождения, основоположником гуморальной патологии, профессором патологической анатомии Венского университета Карлом Рокитанским (1804–1878). Он впервые систематизировал и изложил частную патологическую анатомию по органному принципу, представил изменения в органах в соответствии с развитием всех известных в то время важнейших болезней.

По признанию Рудольфа Вирхова, классификация болезней и их патолого-анатомических свойств стала фундаментом для всего дальнейшего развития анатомии. К. Рокитанский одновременно с этим был патологоанатомом, не принимавшим непосредственного участия в клинической работе. Он активно способствовал преподаванию патологической анатомии и способствовал открытию кафедр патологической анатомии в европейских университетах.

К моменту его активной деятельности в направлении развития гуморальной патологии стало понятно, что при многочисленных нарушениях функций выявить их макроскопические/анатомические изменения не представляется возможным. Именно этот факт впоследствии создал основу для ошибочного отнесения «функциональных болезней», якобы лишенных их структурного выражения [3, 4]. Кроме того, К. Рокитанский объяснял происхождение и сущность патологических процессов с точки зрения гуморальных представлений, учения о «дискразиях».

Второй период в истории патологической анатомии связан с именем основоположника «клеточной патологии» Рудольфа Вирхова (1821–1902) и с публикацией в 1858 г. труда «Целлюлярная патология». Это было высшим научным достижением медицины того времени, однако имело серьезные недостатки. Так, например, согласно ему, клетки организма рассматривались как отдельные, независимые друг от друга «ячейки». Впоследствии эта концепция была существенно восполнена гипотезами о гуморальных и нервных регуляторных процессах, о межклеточном взаимодействии. Также этот период стал возможен благодаря изобретению и усовершенствованию оптического микроскопа, а также созданию в 1838-1839 гг. клеточной теории строения организмов Шлейдена и Шванна.

В 1950-е гг. изобретение электронного микроскопа позволило перейти к изучению патологических процессов на ультраструктурном уровне. Вышеназванное обстоятельство дало своеобразный «старт» третьему этапу в развитии патологической анатомии. В последующем к электронно-микроскопическому методу присоединились иммуноморфологические, рентгенографические и другие, что дало толчок к исследованию тончайших внутрисклеточных изменений и процессов, сблизило патологическую анатомию с патологией молекулярной, физиологией патологической, равным образом с биохимией, генетикой и иммунологией, довершив условное разграничение заболеваний на «структурные» и «функциональные».

С 1970-х и 1980-х гг. всё большее значение приобретают прижизненное морфологическое исследование организмов. В конце третьего периода в истории патологической анатомии вскрытия ушли на второй план, главная роль стала отводиться исследованию биопсийного материала, что соответствует периоду времени начала четвертого периода в развитии патологической анатомии. Не случайно во многих странах термин «патологическая анатомия» уступил место названию «клиническая патология». Патолого-анатомические исследования стали проводить с помощью широкого спектра морфологических, молекулярно-биологических методов, а также исследования биопсийного материала, который допускается брать из любых органов и тканей организма однократно или многократно в процессе лечения заболевания. Несмотря на развитие новых методов исследования, патолого-анатомические вскрытия не потеряли своего значения [5].

Приведенная выше периодизация истории патологической анатомии впервые была предложена Р. Вирховым в его речи о макроскопиче-

ском и микроскопическом периодах в развитии патологической анатомии в 1895 г. В дальнейшем многие отечественные авторы — А. И. Абрикосов, И. В. Давыдовский, Д. С. Саркисов уточняли и дополняли эту периодизацию, а также продолжали ее до настоящего времени.

В нашей стране впервые вскрытия начали проводить с 1706 г., когда по указу Петра I были организованы медицинские госпитальные школы. Первый русский госпиталь с прозектурой — «анатомический театр» был организован в Москве, в Лефортово (позднее — Главный военный госпиталь имени Н. Н. Бурденко) голландским врачом, приглашенным на Российскую службу в 1702 г., Николаем Бидлоо (1671–1735), который произвел первые патолого-анатомические и судебно-медицинские вскрытия.

Вскрытия в медицинских учреждениях России стали регулярными по настоянию П. З. Кондоиди (1710–1760). В 1754 г. был создан документ: «Указания Правительствующего Синода «Об обязательных вскрытиях умерших в госпиталях»» и открыт медицинский факультет Московского университета. В высшей степени важное значение для внедрения клинко-анатомического анализа в России имеет деятельность таких видных врачей-ученых, как Д. С. Самойлович, И. М. Костомаров, Н. И. Пирогов. В больницах до момента введения в 1865 г. постоянных должностей патологоанатомов вскрытия производили сами врачи. Первыми из них были такие известные врачи и анатомы, как Е. О. Мухин, Х. И. Лодер, Л. С. Севрук и др. [5-7].

О необходимости включения патологической анатомии в число обязательных предметов преподавания на в медицинских вузах впервые заговорил в 1805 г. М. Я. Мудров (1776–1831). В 1845 г. при содействии Н. И. Пирогова на медицинском факультете Университета св. Владимира в Киеве была открыта первая

кафедра патологической анатомии. Кафедра патологической анатомии и патологической физиологии в Московском университете была учреждена особым правительственным указом в 1845 г.

Заведующим кафедрой стал его ученик А. И. Полуниин (1820–1888), который является основоположником московской школы патологоанатомов и зачинателем клинко-анатомического направления в патологической анатомии. Он говорил: «Патологическая анатомия есть наука не о мертвом, а о живом теле в болезненном состоянии». Он осуществил перевод на русский язык труда Р. Вирхова «Целлюлярная патология» (учебник для студентов патологической анатомии на русском языке), исследования по морфологии туберкулеза, холеры и других болезней. Начиная с А. И. Полунина, на кафедре сохраняется традиция, когда следующий руководитель является учеником предыдущего. Кафедра патологической анатомии в Петербурге была создана в 1859 г. по инициативе Н. И. Пирогова.

Иван Федорович Клейн (1837–1922) заведовал кафедрой патологической анатомии Московского университета в период 1869–1898 гг. Он принимал активное участие в прозекторской работе в московских больницах. Свои работы он посвятил проблемам тромбозов и эмболий, цирроза печени. В 1882 г. он возглавил патолого-анатомический кружок, ставший впоследствии основой «Московского научного общества патологоанатомов».

Василий Иванович Кедровский (1865–1937) возглавлял эту же кафедру с 1916 по 1918 г. Он уделял большое внимание проблемам бактериологии, впервые в мире культивировал возбудителя проказы вне организма. Был директором Института бактериологии.

Алексей Иванович Абрикосов (1875–1955) заведовал этой же кафедрой с 1920 по 1953 г., он исследовал

морфологию туберкулеза, а также опухолей и других патологических процессов. Вспомним, например, миому из миобластов — «опухоль Абрикосова». Он написал учебники и многотомное пособие по патологической анатомии для врачей, которые актуальны и сегодня. Разработал и описал технику вскрытия трупов, алгоритм протоколирования. С 1914 г. — председатель Московского научного общества патологоанатомов. С 1921 г. — организатор и председатель Российского, позднее — Всесоюзного общества патологоанатомов, инициатором создания журнала «Архив патологии» в 1935 г.

А. И. Струков (1901–1988) заведовал кафедрой патанатомии с 1953 по 1972 г. Большое внимание в своих научных работах Анатолий Иванович Струков уделял проблемам патологической анатомии и патогенеза туберкулеза, заболеваний легких, атеросклероза, гипертонической болезни и инфаркта миокарда, ревматизма и болезней соединительной ткани. Написанный им учебник патологической анатомии неоднократно издавался и долгие годы был основой преподавания патологической анатомии.

Виктор Викторович Серов (1924–2007) заведовал кафедрой патологической анатомии Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова с 1972 по 1990 г. Основные его работы связаны с проблемными аспектами нефрологии, гепатологии, общей патологии, заболеваниями иммунной системы. В. В. Серов — соавтор Струкова в последних переизданиях учебника патологической анатомии. Внес весомый вклад в развитие преподавания патологической анатомии в медицинских учебных заведениях.

ВЫВОДЫ

Исходя из проведенного историко-медицинского анализа становления патологической анатомии, выявлено, что в истории медицины патологическая анатомия, совмещающая фундаментальный фрагмент, в формате теоретической основы, формировалась как дисциплина клиническая, с вектором имплементации. При этом патологическая анатомия приобрела мультидисциплинарный объемный формат. В течение исторического развития установилось прикладное ее значение в рамках разрешения диагностических проблем.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Галанкина И. Е. Актуальные проблемы патологической анатомии при неотложных состояниях на современном этапе развития медицины. Журнал им. Н. В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2015; 1: 7-10. URL: <https://www.jnmp.ru/jour/article/view/49> (дата обращения: 06.01.2023).
2. Друшевская В. Л. Некоторые аспекты преподавания патологической анатомии в медицинском вузе в современных условиях. Международный журнал экспериментального образования. 2012 № 4-2: 72-74. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=3967> (дата обращения: 06.01.2023).
3. Лушников Е. Ф. Методы и методология патологической анатомии. Архив патологии. 2016; 78 (5): 50-55 URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/arkhiv-patologii/2016/5/1000419552016051050> (дата обращения: 06.01.2023).
4. Никулина Н. Н. Роль патолого-анатомической службы в совершенствовании медицинского образования (обзор литературы). Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2016; 1: 142-149.
5. Пауков В. С. Alma mater российской патологической анатомии (к 170-летию кафедры патологической анатомии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова). Архив патологии. 2018; 80 (5): 3-7.
6. Тимофеев И. В. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении и улучшении качества медицинской помощи (организационно-правовые аспекты). Архив патологии.

2015; 77 (2): 61-66.

7. *Turnbull A., Osborn M., Nicholas N.* Hospital autopsy: endangered or extinct? *J. Clin. Pathol.* 2015; 1: 1-4.

REFERENCES

1. *Galankina I. E.* Actual problems of pathological anatomy in emergency conditions at the present stage of medical development. *N. V. Sklifosovsky Journal Emergency Medical care.* 2015; 1: 7-10. URL: <https://www.jnmp.ru / journal / article / review / 49> (publication date: 06.01.2023).
2. *Drushevskaya V. L.* Some aspects of teaching pathological anatomy at a medical university in modern conditions. *International Journal of Experimental Education.* 2012No. 4-2: 72-74. URL: <https://expeducation.ru / en / article / view?id=3967> (publication date: 06.01.2023).
3. *Lushnikov E. F.* Methods and methodology of pathological anatomy. *Archive of pathology.* 2016; 78 (5): 50-55 URL: <https://www.mediasphera.ru / questions / archive-pathology / 2016 / 5 / 1000419552016051050> (date of reference: 06.01.2023).
4. *Nikulina N. N.* The role of the pathology and anatomical service in improving medical education (literature review). *Russian Medico-Biological Bulletin named after Academician I. P. Pavlov.* 2016; 1: 142-149.
5. *Paukov V. S.* Alma mater of pathological anatomy of the Russian Federation (to the 170th anniversary of the Department of Pathological Anatomy of the First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov). *Archive of pathology.* 2018; 80 (5): 3-7.
6. *Timofeev I. V.* The role of the pathology and anatomical service in ensuring and improving the quality of medical care (organizational and legal aspects). *Archive of pathology.* 2015; 77 (2): 61-66.
7. *Turnbull J., Osborne M., Nicholas N.* Autopsy in Hospital: Endangered? *J. Clin. Patol.* 2015; 1: 1-4.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Каспрук Людмила Ильинична — д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 1 Оренбургского государственного медицинского университета
E-mail: Kaspruk61@yandex.ru

Information about author:

Kaspruk L. <http://orcid.org/0000-0003-2782-7916>

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Lyudmila Kaspruk — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Public Health and Healthcare No. 1 of the Orenburg State Medical University

E-mail: Kaspruk61@yandex.ru

Information about the author:

Kaspruk L. <http://orcid.org/0000-0003-2782-7916>

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов при написании статьи.

CONFLICT OF INTEREST

The author declare no conflict of interest involved in preparation of the article.

DOI 10.33920/med-10-2303-07

УДК 616.89:614.2.7

РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ

М.Б. Корнюшенко*Новосибирская областная клиническая больница**Дата поступления рукописи в редакцию: 10.02.2023.**Дата принятия рукописи в печать: 14.02.2023.*

Резюме. Диетическое (лечебное) питание является одним из важнейших профилактических и лечебных средств, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения. Слово «диета» в переводе с греческого означает «образ жизни, режим питания». Неправильное питание приводит к ослаблению организма, снижению работоспособности и устойчивости к различным внешним воздействиям, а позднее и к хроническим заболеваниям органов пищеварения. Гастриты, колиты, холециститы, язвенная болезнь желудка как его следствие — нередки и в молодом возрасте.

Ключевые слова: нарушение питания, булимия, анорексия, переедание, диагностика, лечение.

Eating disorders

М.В. Kornyushenko*Novosibirsk Regional Clinical Hospital**Date of receipt of the manuscript to the editorial office: 10.02.2023.**Date of acceptance of the manuscript for printing: 14.02.2023.*

Abstract: Dietary (therapeutic) nutrition is one of the most important preventive and therapeutic means aimed at preserving and strengthening the health of the population. The word «diet» in Greek means «lifestyle, diet». Improper nutrition leads to a weakening of the body, a decrease in efficiency and resistance to various external influences, and later to chronic diseases of the digestive system. Gastritis, colitis, cholecystitis, stomach ulcer as a consequence are not uncommon at a young age.

Keywords: eating disorders, bulimia, anorexia, overeating, diagnosis, treatment.

Расстройства приема пищи представляют собой группу хронических заболеваний, которые в целом не очень хорошо знают и диагностируют. Наиболее распространенные расстройства приема пищи — нервная анорексия, нервная булимия и неконтролируемое переедание. В настоящее время отмечается рост числа этих расстройств во всем мире. Причины таких расстройств точно не известны. Однако риск развития заболевания имеется во всех группах населения независимо от социально-экономического положения, этнической принадлежности и особенностей культуры [1].

Среди лиц с расстройствами приема пищи 90% составляют женщины. В течение последних 30 лет в США количество женщин, страдающих этими нарушениями, удвоилось и составляет не менее 5 млн человек [2].

Расстройства приема пищи относятся к числу важных проблем сферы здоровья, с которыми сталкиваются женщины молодого возраста. Расстройства приема пищи и нарушения пищевого поведения связаны с другими параметрами поведения, являющимися факторами риска для здоровья, включая курение, употребление спиртных напитков, марихуаны, склонность к правона-

рушениям, сексуальную активность без применения контрацептивов и суицидальные попытки. Сегодня в США у 1-4% женщин молодого возраста имеются расстройства приема пищи. Так, нервная анорексия занимает 3-е место в США среди наиболее распространенных хронических заболеваний у девочек подросткового возраста [3].

Расстройства приема пищи черваты рядом физических, психологических и социальных последствий в результате чрезмерной обеспокоенности массой тела, неадекватного пищевого поведения и искажения образа своего тела. У многих людей с расстройствами приема пищи наблюдается депрессия, тревожные состояния, злоупотребление психотропными субстанциями. У них также может существовать риск остеопороза и нарушений со стороны сердца. Более того, в этой группе отмечается самая высокая смертность среди лиц с психическими расстройствами [4].

ВИДЫ РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ

Нервная анорексия

Нервная анорексия является опасным патологическим состоянием, при котором человек может буквально довести себя голоданием до смертельного исхода. Люди с этим расстройством едят очень мало даже в случае, если они худые. У них отмечается сильный и непреодолимый страх перед отложением жира в организме и увеличением массы тела, характерны повторяющиеся попытки соблюдения диеты и чрезмерное уменьшение массы тела. Данное расстройство приема пищи отмечается у 0,5-1% девушек-подростков, при этом средний возраст начала заболевания — 14-18 лет. Анорексия характеризуется прежде всего отказом человека от еды, сильным желанием похудеть, повторяющимися попытками соблюдения диеты и чрезмерным уменьшением массы тела. В целях сохранения патологически

чески низкой массы тела лица с анорексией могут соблюдать диету, голодать или чрезмерно нагружать себя физическими упражнениями. Они часто вызывают у себя рвоту или злоупотребляют слабительными средствами, диуретиками или клизмами. Больные анорексией считают, что у них чрезмерный вес, даже если они очень худые. Заболевание часто начинается после какого-либо стрессового события в жизни, например после начала полового созревания или переселения из родного дома [5].

Больных анорексией часто характеризуют как лиц, которые склонны к педантизму, старательно учатся, стараются все держать «под контролем». В действительности же это люди, страдающие от низкой самооценки и неуверенности в себе, с чрезмерной самокритикой. Они также очень обеспокоены тем, чтобы угодить другим.

Осложнения

Наиболее тяжелые и заметные последствия нервной анорексии напоминают симптомы голодания. Реакция организма на недостаточное питание проявляется истощением, ломкостью ногтей и волос, сухостью кожи, снижением частоты сердечных сокращений, плохой переносимостью холода, запорами или периодической диареей. Кроме того, анорексия часто сопровождается легкой степенью анемии, снижением мышечной массы, прекращением менструального цикла, а также припухлостью суставов.

Кроме развития ближайших эффектов нервной анорексии, у лиц с данными расстройством могут отмечаться отдаленные последствия в течение всей жизни независимо от проведенного лечения. Кроме риска повторного развития состояния, недостаточное питание может вызывать нарушения сердечного ритма и сердечную недостаточность. В связи с дефицитом кальция у лиц с анорексией повышен риск развития остеопороза как в период наличия

расстройства, так и в последующие годы жизни. У большинства пациентов с анорексией также отмечаются клинические признаки депрессии, а у некоторых из больных — тревожное состояние, расстройства личности или злоупотребление психоактивными веществами. У многих людей, страдающих анорексией, повышен риск суицида. Приблизительно одна из 10 женщин с анорексией умирает от голода, остановки сердца или другого осложнения медицинского характера, в связи с чем смертность при данном расстройстве самая высокая среди всех психических расстройств.

Нервная булимия

Для лиц, страдающих нервной булимией, характерно регулярное скрытое неконтролируемое переедание (принимается чрезмерно большое количество пищи в течение определенного периода), сопровождаемое формами поведения, которое направлено на выведение из организма съеденной пищи. Сюда относится вызывание у себя рвоты и/или злоупотребление слабительными средствами, таблетками для похудения или мочегонными препаратами, чрезмерные физические нагрузки или голодание. В США булимией страдает 1-3% подростков, при этом заболевание обычно развивается в позднем подростковом или в раннем взрослом возрасте. Как и в случае нервной анорексии, пациенты с булимией чрезмерно озабочены едой, массой тела и своей фигурой. Поскольку многие больные булимией скрытно переедают и затем очищают организм, они сохраняют нормальную или повышенную массу тела и часто могут скрывать наличие расстройств от других людей в течение многих лет. Приступы неконтролируемого переедания могут отмечаться от 1-2 раз в неделю до нескольких раз в день. В качестве триггерных факторов могут служить такие эмоциональные состояния, как депрессия, скука или сильное раздражение. Расстройство может

носить постоянный или периодический характер, с периодами ремиссии, сменяющимися повторными эпизодами переедания.

Пациентов с булимией характеризуют как лиц, у которых часто отмечаются тяжелые периоды, во время которых они испытывают определенные побуждения, состояние стресса и беспокойства или пытаются их контролировать. Нервная булимия часто отмечается независимо от нервной анорексии, хотя у половины больных анорексией развивается булимия.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Большинство осложнений нервной булимии, требующих врачебного вмешательства, обусловлены нарушениями электролитного баланса и неоднократными действиями по очищению организма от съеденной пищи. Потеря организмом калия из-за рвоты, например, приводит к повреждению миокарда и повышению риска остановки сердца. Повторная рвота также может вызывать воспаление пищевода, приводить к разрушению зубной эмали или поражению слюнных желез. Некоторые пациенты с булимией борются с различными формами зависимости, например с наркоманией или алкоголизмом, а также с навязчивым воровством. Как и пациенты с анорексией, многие больные булимией страдают от клинических проявлений депрессии, тревожности, обсессивно-компульсивных расстройств и других психических нарушений.

Неконтролируемое переедание

Неконтролируемое переедание — новая клиническая форма расстройства приема пищи, принятая в последние годы. Это расстройство преимущественно характеризуется повторными эпизодами неконтролируемого приема пищи. Переедание обычно не прекращается до наступления момента, когда человек чувствует себя наевшимся досыта, что сопровождается ощущением диском-

форта. Однако в отличие от нервной анорексии и булимии, неконтролируемое переедание не сопровождается такими неадекватными формами поведения, как, например, вызывание рвоты или чрезмерные физические нагрузки, предпринимаемые для выведения из организма принятой пищи. Заболевание, как правило, начинается в поздний подростковый период или в возрасте около 20 лет, нередко вскоре после значительного похудения в результате соблюдения диеты. Некоторые исследователи полагают, что неконтролируемое переедание является самым распространенным расстройством приема пищи, отмечающимся у 15-50% лиц, участвующих в программах по контролю массы тела. Среди участников таких программ неконтролируемое переедание чаще отмечается у женщин. Согласно имеющимся на сегодня данным, среди населения это расстройство встречается у 0,7-4% людей.

Неподготовленному человеку трудно отличить неконтролируемое переедание от других причин ожирения. Тем не менее переедание у лиц с данным расстройством часто характеризуется ощущением потери контроля над процессом приема пищи, сопровождаемым чувством депрессии, вины или недовольства собой.

Осложнения

У людей с неконтролируемым перееданием часто отмечается повышенная масса тела, поскольку они придерживаются высококалорийной диеты, не расходуя адекватного количества энергии. Проблемы медицинского характера при данном расстройстве аналогичны тем, которые отмечаются при ожирении, например повышенный уровень холестерина, повышение артериального давления и сахарный диабет. У таких лиц также высок риск заболевания желчного пузыря, сердца и развития некоторых видов злокачественных новообразований. Ученые доказали,

что у людей с неконтролируемым перееданием чаще отмечается и депрессия.

РАССТРОЙСТВО ПРИЕМА ПИЩИ НЕУТОЧНЕННОЕ

К этой категории относятся нарушения, которые не отвечают критериям конкретного расстройства приема пищи. При этом виде расстройств у человека имеется какая-либо форма нарушения приема пищи, не сопровождаемая всеми специфическими симптомами, необходимыми для установления конкретного диагноза расстройства приема пищи. Например, картина нарушений у человека с такой формой расстройств может отвечать всем диагностическим критериям нервной анорексии, но при этом пациент способен поддерживать нормальную массу тела. Другой же больной может принимать меры для очищения организма от пищи, но с меньшей частотой или интенсивностью, чем это необходимо для установления диагноза нервной булимии.

Нарушенный прием пищи

Гораздо чаще, чем установленные расстройства приема пищи, встречаются нетипичные расстройства приема пищи или нарушенный прием пищи. К этой группе расстройств относятся формы пищевого поведения, причиняющие беспокойство, например соблюдение диеты с ограничением каких-либо продуктов, неконтролируемое переедание или меры по очищению организма, которые встречаются реже или в менее выраженной форме, чем это требуется для полного соблюдения диагностических критериев определенного расстройства приема пищи. Нарушенным приемом пищи могут быть изменения в особенностях ее приема, которые человек вносит в связи со стрессовым воздействием, заболевание, не удовлетворяющим его внешним видом или подготовкой к спортивным состояниям.

Несмотря на то что нарушенный прием пищи может привести

к уменьшению массы тела или ее увеличению, а также к определенным проблемам питания, при этом редко возникает необходимость во врачебной помощи. Если подобный нарушенный прием пищи сохраняется, вызывает у человека тревогу или начинает влиять на повседневную деятельность, тогда необходима консультация врача. В то же время нарушенный прием пищи может перерасти в расстройство приема пищи.

ДИАГНОСТИКА

Поскольку многие люди с расстройствами приема пищи стараются их скрыть, эти нарушения часто не диагностируются в течение длительного времени. С одной стороны, при нервной анорексии некоторые признаки, например выраженное уменьшение массы тела, носят более очевидный характер. С другой стороны, больные булимией, следящие за поддержанием нормальной массы тела, могут скрывать свое состояние от посторонних лиц. Члены семьи и друзья могут заметить некоторые из следующих предвестников расстройства приема пищи.

Больной анорексией может:

- есть только «безопасную» пищу, обычно низкокалорийную и с низким содержанием жира;
- следовать странным «ритуалам», например нарезать пищу мелкими кусочками;
- уделять больше времени «игре» с едой, а не ее приему;
- готовить пищу для других, не принимая ее;
- выполнять обязательные упражнения;
- надевать несколько одежд (одеваться «послойно») с тем, чтобы скрыть факт похудения;
- меньше уделять времени семье и друзьям, стремиться к уединению, становясь замкнутым и скрытным.

Больной булимией может:

- стать скрытным в отношении

пищи, уделять много времени обдумыванию и планированию следующего эпизода переедания;

- неоднократно заходить в ванную, особенно после еды;
- украдкой брать пищу или прятать ее в неподходящих местах;
- выполнять обязательные упражнения.

Если у человека наблюдается какая-либо из указанных особенностей поведения, его следует проконсультировать у врача, диетолога или другого специалиста, имеющего опыт диагностики расстройств приема пищи.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Наилучший результат лечения расстройств приема пищи достигается в случае их ранней диагностики. Чем дольше длится неадекватное пищевое поведение, тем тяжелее вылечить пациента с данным заболеванием и устранить эффекты его воздействия на организм. В некоторых случаях необходимы длительное лечение и госпитализация. Важную роль для успеха программы лечения играет поддержка со стороны близких и друзей пациента.

В настоящее время не существует какого-либо общепринятого стандартного метода лечения нервной анорексии, булимии или неконтролируемого переедания. В идеальном случае комплексный подход к лечению включает помощь диетолога, психолога, эндокринолога и врачей других специальностей. Могут применяться различные виды психотерапевтического лечения, включая когнитивно-поведенческую терапию, динамическую (межличностную) психотерапию и групповую терапию. Также может оказать эффект тренинг для повышения самооценки и уверенности в себе. В некоторых схемах лечения применяют антидепрессанты и другие лекарственные средства.

Мнение о расстройствах приема пищи как излечимых заболеваниях разделяют не все специалисты, поскольку частота повторных случаев этих нарушений может быть очень высокой.

ЭТИОЛОГИЯ

Конкретная причина расстройств приема пищи не обнаружена. Однако было доказано, что некоторые факторы влияют на развитие заболевания.

Личностные факторы

Большинство людей с расстройствами приема пищи характеризуются общностью определенных черт, включающих низкую самооценку, при булимии и неконтролируемом переедании формы пищевого поведения развиваются как способ преодоления стресса.

Генетические факторы и факторы окружающей среды

По-видимому, расстройства приема пищи являются характерной семейной особенностью, при этом чаще всего заболевают родственники по женской линии. Однако накапливается все больше данных о том, что непосредственное социальное окружение девушки-подростка, в том числе ее семья и друзья, может способствовать фокусированию ее внимания на важности похудения и контроля массы тела. Например, регулярное обсуждение с ней вопросов, посвященных массе тела и диете, поможет ослабить общественное давление в отношении необходимости похудения. Подразнивание в отношении избыточного веса со стороны сверстников и родных может способствовать заниженной оценке форм собственного тела у девушек-подростков и нарушениям приема пищи. У девушек, живущих в семьях, где имеется тенденция требовательно и некоснительно следить за физической привлекательностью и массой тела, повышен риск неадекватного пищевого поведения.

Кроме того, выше риск расстройства у представителей тех профессий, в которых приветствуется худощавое тело, например у манекенщиц, танцовщиц, гимнасток и др.

Образ тела

Идеализация худощавой фигуры привела к искажению образа тела и формированию нереалистичных параметров красоты и жизненного успеха. Влияние культуры и средств массовой информации, например телевидения, прессы и кинематографа, укрепляют представление о том, что женщины должны уделять больше внимания своей внешности, чем собственным мыслям или достижениям. Неудовлетворенность собственным телом, ощущение избыточного веса и стремление похудеть приводит к тому, что многие женщины чрезмерно озабочены своей внешностью. Доказано, что многие девушки с нормальной и даже пониженной массой тела не удовлетворены своей фигурой и прибегают к неадекватным формам поведения для регулирования аппетита и количества принимаемой пищи. Установлено, что девушки-подростки считают, что внешность является главной составляющей их самоуважения и что образ тела — основа их самовосприятия.

Биохимические особенности

Выявлена связь между факторами биологической природы, ассоциированными с клинической депрессией, и развитием нервной анорексии и булимии. У лиц с расстройствами приема пищи отмечается повышение уровня стресс-гормонов, например кортизола, при этом нарушаются функции, опосредуемые нейромедианами. Исследования в этом направлении продолжаются для лучшего понимания указанной взаимосвязи.

ПОПУЛЯЦИОННЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Половые различия

Распространенность расстройств приема пищи значительно выше среди женщин, чем среди мужчин.

Однако в последнее время установлено, что среди мужчин повышается частота новых случаев и распространенность этих расстройств. В настоящее время соотношение заболевших мужчин и женщин составляет 1:10. Среди детей, направленных к специалисту по поводу анорексии, на мальчиков приходится 1 из 4 случаев заболевания. У многих подростков с расстройствами приема пищи имеются те же особенности, что и у девушек, включая низкую самооценку, потребность в расположении окружающих, неспособность справляться с эмоциональными нагрузками, особенности семейных отношений и др. Мужчины с расстройствами приема пищи чаще всего принадлежат к особым подгруппам населения. Например, среди спортсменов-борцов эти расстройства встречаются в 7-10 раз чаще, чем среди населения в целом. Также распространенность расстройств приема пищи выше среди гомосексуалистов.

Культурные и этические особенности

Часто полагают, что расстройства приема пищи характерны для девушек европеоидной расы и молодых женщин со средним и высоким социально-экономическим положением. Тем не менее отмечается увеличение количества случаев данных расстройств среди мужчин и женщин различных этнических и социальных групп.

Девушки и женщины любой этнической и расовой группы могут страдать расстройствами приема пищи. Особенности этиологии большинства наиболее распространенных нарушений приема пищи, а также факторы риска и защитные механизмы могут отличаться в различных группах населения. Нарушения пищевого поведения встречаются во всех странах независимо от особенностей культуры.

Возраст

Максимальное количество случаев расстройств приема пищи приходится на подростковый и ранний

взрослый возраст, но отмечается рост частоты случаев заболеваний и распространенности во всех возрастных группах. Например, быстро растет число случаев этих расстройств среди девочек пубертатного возраста. Нарушение привычек питания и озабоченность собственным весом начинают отмечаться в более молодом возрасте, при этом забота о массе и образе тела появляются у девочек уже в возрасте 9 лет. Установлено, что 70% опрошенных девочек шестого класса средней школы впервые заинтересовались собственным весом в возрасте 9-11 лет.

Расстройства приема пищи также стали чаще отмечать среди женщин пожилого возраста. Это отчасти обусловлено тем, что у пациентов с такими расстройствами болезнь сохраняется до указанного возраста. Кроме того, продемонстрировано, что пожилые женщины начинают практиковать методы контроля за массой тела, а также прибегать к перееданию с очистительными процедурами.

ПРОФИЛАКТИКА

В государственных и частных секторах отмечается повышение интереса и обеспокоенности в связи с расстройствами приема пищи, но пока недостаточно исследований, посвященных вопросам их профилактики. Несмотря на то что выявлено много факторов риска, результаты принятых профилактических мер пока неутешительны. Результаты попыток профилактических вмешательств в группах повышенного риска противоречивы. Существующее представление о том, что основа развития расстройств приема пищи закладывается уже у детей 4-5-го класса средней школы и даже раньше, свидетельствует о трудностях проведения профилактики. Большого удалось достичь в вопросах раннего выявления и лечения лиц с расстройствами приема пищи.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Ахмедов В.А.* Практическая гастроэнтерология. Руководство для врачей. М.: МИА, 2011; 413 с.
2. Гастроэнтерология. Клинические рекомендации/под ред. В.Т. Ивашкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 206 с.
3. Гастроэнтерология: национальное руководство/под ред. В.Т. Ивашкина, Т.П. Лапиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013; 700 с.
4. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом. 2015; 18 с.
5. *Циммерман Я.С.* Клиническая гастроэнтерология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 209 с.

REFERENCES

1. *Akhmedov V.A.* Practical gastroenterology. Guide for doctors. Moscow: MIA, 2011; 413 p.
2. Gastroenterology. Clinical recommendations/edited by V.T. Ivashkin. M.: GEOTAR-Media, 2009; 206 p.
3. Gastroenterology: national guidelines/edited by V.T. Ivashkin, T.P. Lapina. M.: GEOTAR-Media, 2013; 700 p.
4. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Coloproctologists of Russia on the diagnosis and treatment of adult patients with ulcerative colitis. 2015; 18 p.
5. *Zimmerman Ya.S.* Clinical gastroenterology. Moscow: GEOTAR-Media, 2009; 209 p.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Корнюшенко Марина Борисовна — врач-гастроэнтеролог, Новосибирская областная клиническая больница

E-mail: Kornushenko1970@mail.ru

Information about author:

Kornushenko M. <http://orcid.org/0000-0002-4569-5230>

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Kornushenko Marina Borisovna — Gastroenterologist, Novosibirsk Regional Clinical Hospital

E-mail: Kornushenko1970@mail.ru

Information about the author:

Kornushenko M. <http://orcid.org/0000-0002-4569-5230>

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов при написании статьи.

CONFLICT OF INTEREST

The author declare no conflict of interest involved in preparation of the article.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПОДПИСКЕ:

Тел.: (495) 274-2222 (многоканальный)

E-mail: podpiska@panor.ru

DOI 10.33920/med-10-2303-08

УДК 616-005.1-08

17 АПРЕЛЯ — МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С ГЕМОФИЛИЕЙ

Е.В. Фролова*Кременская ЦРБ**Дата поступления рукописи в редакцию: 14.01.2023.**Дата принятия рукописи в печать: 17.01.2023.*

Резюме. 17 апреля, согласно международной инициативе ВОЗ и Международной Федерации по борьбе с гемофилией, отмечается Всемирный день борьбы с гемофилией. Ежегодно в этот день к акции присоединяются многие страны. Сама дата, 17 апреля, приурочена ко дню рождения основателя WFH Фрэнка Шнайбеля и отмечается с 1989 г. В России Международный день гемофилии отмечается с 1996 г. По некоторым оценкам, сегодня количество больных гемофилией в мире составляет 400 тыс. человек (один из 10 тыс. мужчин) [4]. Целью выделения данного события является привлечение внимания международных организаций, политиков, общественности и работников системы здравоохранения к проблемам, которые выступают на первый план у больного с гемофилией, а также для повышения осведомленности и уровня знаний населения об этом хоть и не частом, но довольно тяжелом наследственном недуге.

Ключевые слова: *Всемирный день, гемофилия, наследование, кровотечение, коагуляция.*

April 17 — The International Day against hemophilia

E. V. Frolova*Blood Transfusion Department, Kremenskaya Central District Hospital**Date of receipt of the manuscript to the editorial office: 14.01.2023.**Date of acceptance of the manuscript for printing: 17.01.2023.*

Resume. On April 17, according to the international initiative of WHO and the International Federation against Hemophilia, the World Hemophilia Day is celebrated. Every year on this day, many countries join the action. The date itself, April 17, is timed to coincide with the birthday of WFH founder Frank Schneibel and has been celebrated since 1989. In Russia, the International Hemophilia Day has been celebrated since 1996. According to some estimates, today the number of patients with hemophilia in the world is 400 thousand people (one in 10 thousand men) [4]. The purpose of highlighting this event is to attract the attention of international organizations, politicians, the public and healthcare professionals to the problems that come to the fore in a patient with hemophilia, as well as to increase awareness and knowledge of the population about this, although not frequent, but rather severe hereditary ailment.

Keywords: *World Day, hemophilia, inheritance, bleeding, coagulation.*

Открытие гемофилии, у которой тогда еще не было названия, произошло в глубокой древности. Уже в Талмуде, своде религиозно-этических положений иудаизма II в. до н. э., говорилось, что ребенок мужского пола не будет подвержен обрезанию, если двое из его братьев скончались после такого вмешательства. Араб-

ский врач XII в. Албукасис описывал семью, в которой мужчины умерли от большой кровопотери, последовавшей за незначительными ранами. В 1803 г. врач из Филадельфии по имени Джон Конрад Отто констатировал, что существует «некоторое предрасположение к кровотечениям в семье». Он констатировал, что бо-

лезнь эта наследственная и что она затрагивает только мужчин, проследив заболевание в течение трех поколений одной семьи. В 1828 г. в Университете Цюриха впервые появилось само название болезни «гемофилия».

«Викторианской» или «царской болезнью» гемофилию называют из-за королевы Виктории, правящей в Англии с 1837 по 1901 г. Она была самой известной в истории носительницей гена болезни. Гемофилией страдал один из сыновей Виктории — Леопольд, герцог Олбани, а также ряд внуков и правнуков, родившихся от дочерей или внучек, включая российского царевича Алексея Николаевича. В царских фамилиях для сохранения титула иногда допускались браки между близкими родственниками, вследствие чего частота встречаемости гемофилии была выше, чем в среднем в популяции.

Гемофилия — это тяжелое наследственное заболевание, которое характеризуется пониженной свертываемостью крови и проявляется в частых кровотечениях и кровоизлияниях в суставы, мышцы и внутренние органы, что приводит к тяжелым поражениям опорно-двигательной системы. Ведущими симптомами гемофилии А и В являются повышенная кровоточивость с первых месяцев жизни; подкожные, межмышечные, субфасциальные, абдоминальные гематомы, обусловленные ушибами, порезами, различными хирургическими вмешательствами; гематурия; обильные посттравматические кровотечения; гемартрозы крупных суставов с вторичными воспалительными изменениями, которые приводят к формированию контрактур и анкилозов. У больного гемофилией велика вероятность развития геморрагического инсульта или инфаркта миокарда, связанного с кровоизлиянием в сердечную мышцу. Инвалидизация больных с гемофилией чаще всего происходит из-за поражения суставов (гемартрозов) [4].

Обычно этой болезнью страдают мужчины, женщины же выступают как носительницы гемофилии и могут родить больных сыновей или дочерей-носительниц. Всего в мире задокументировано порядка 60 случаев гемофилии (типа А или В) у девочек. В связи с тем что современная медицина существенно продлевает среднюю продолжительность жизни больных гемофилией, то определенно можно сказать, что случаи гемофилии у девочек будут встречаться всё чаще. Кроме того, примерно в 15-25% случаев обследование матерей мальчиков, страдающих гемофилией, не выявляет указанных мутаций генов, что означает появление мутации в момент формирования родительской половой клетки. Таким образом, гемофилия может появляться и при отсутствии среди родителей носителей ее генов.

В современной классификации принято разделять гемофилию на три типа.

1. Гемофилия, тип А. Возникает вследствие рецессивной мутации в X-хромосоме человека. Эта мутация влияет на образование антигемофильного глобулина (фактора VIII свертываемости крови). Такая гемофилия считается классической, она встречается наиболее часто. Удельный вес больных этой формой составляет около 85% от общего количества больных гемофилией. При этом типе наблюдается проблема образования первичного кровяного сгустка.

2. Гемофилия, тип В (болезнь Кристмаса). Также связана с рецессивной мутацией, возникающей в X-хромосоме. При этом типе заболевания наблюдается недостаточность синтеза IX фактора свертываемости крови (фактора Кристмаса). При этом заболевании отмечается удлинение времени образования вторичного кровяного сгустка.

3. Гемофилия, тип С (болезнь Виллебранда). Заболевание связано с нарушением образования фактора

Виллебранда (фактора XI). Это нарушение стартового этапа процесса коагуляции. На современном этапе, согласно последним международным номенклатурам, гемофилия С выделена в отдельное заболевание и исключена из этой классификации.

Благодаря стараниям ВОЗ и Международной федерации существенно выросло качество медицинской помощи больным с гемофилией, благодаря чему это заболевание перестало считаться смертельным недугом [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, на территории России проживает около 15 тыс. больных гемофилией, из них дети составляют около 6 тыс. человек. Более точного количества не знает никто, потому что в России отсутствует национальный регистр больных гемофилией [2]. До недавнего времени мало кто из больных детей доживал до зрелого возраста (средняя продолжительность жизни больных гемофилией в России составляет 30 лет).

ПРОФИЛАКТИКА

Заболевание неизлечимо, первичная профилактика невозможна. Большое значение следует уделять профилактике кровотечений. Следует избегать внутримышечного введения лекарственных средств из-за опасности возникновения гематом. Лекарственные препараты целесообразно назначать перорально или вводить внутривенно. Ребёнок

с гемофилией должен посещать стоматолога каждые три месяца с целью предупреждения возможной экстракции зуба. Родителей больного гемофилией необходимо ознакомить с особенностями ухода за детьми с этим заболеванием и принципами оказания им первой помощи. Поскольку больной гемофилией не сможет заниматься физической работой, родители должны развивать у него склонность к интеллектуальному труду.

Хотя болезнь на сегодняшний день неизлечима, ее течение контролируется с помощью инъекций недостающего фактора свертываемости, чаще всего выделенного из донорской крови. На настоящий момент также используются рекомбинантные концентраты факторов свертывания крови [5, 6]. Новые средства лечения гемофилии — это высокоочищенные препараты, не содержащие белки человеческого происхождения, что делает их безопасными с точки зрения потенциальной вирусной инфекции [3, 7]. В целом сегодня человек, страдающий гемофилией, при правильном лечении может жить столько же, сколько и здоровый, вести практически полноценный образ жизни и быть полноправным членом общества. Но хотя усилиями ученых, врачей, Всемирной организации здравоохранения диагноз «гемофилия» перестал быть смертным приговором, до окончательной победы над этим заболеванием еще далеко.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Зозуля Н.И. Диагностика и лечение ингибиторной формы гемофилии [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук (14.01.21)/Зозуля Надежда Ивановна. М., 2010; 40 с.
2. Момот А.П. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. СПб.: Формат, 2006; 208 с.
3. Протокол ведения больных. Гемофилия (утв. Минздравсоцразвития России 30.12.2005). Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2006; 3: 18-74.
4. Руководство по гематологии: в 3 т. Т. 3/под ред. А. И. Воробьева. М.: Ньюдиамд, 2005; 416 с.
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 06.07.2006 № 517 «Об утверждении Стандарта медицинской помощи больным с наследственным дефицитом фактора VIII, наследственным дефицитом фактора IX».

6. Приказ Минздравсоцразвития России от 14.11.2007 № 705 «Об утверждении Стандарта медицинской помощи больным с наследственным дефицитом фактора свертывания крови VIII, дефицитом фактора свертывания крови IX, болезнью Виллебранда».
7. Протокол ведения больных гемофилией (ГОСТ Р 52600.3-2008) — утвержден Минздравсоцразвития России 31.12.2005.

REFERENCES

1. *Zozulya N. I.* Diagnosis and treatment of the inhibitory form of hemophilia [Text]: abstract. dis. ... doctor of medical sciences (14.01.21) / Zozulya Nadezhda Ivanovna. M., 2010; 40 p.
2. *Momot A. P.* Principles and algorithms of clinical and laboratory diagnostics. St. Petersburg: Format, 2006; 208 p.
3. Protocol of management of patients. Hemophilia (approved by the Ministry of Health and Social Development of Russia on 30.12.2005). Problems of standardization in healthcare. 2006; 3: 18-74.
4. Handbook of Hematology: in 3 vols. 3 / edited by A. I. Vorobyov. M.: Newdiamd, 2005; 416 p.
5. Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated 06.07.2006 No. 517 "On approval of the Standard of medical care for patients with hereditary factor VIII deficiency, hereditary factor IX deficiency".
6. Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated 14.11.2007 No. 705 "On approval of the Standard of medical care for patients with hereditary coagulation factor VIII deficiency, coagulation factor IX deficiency, Willebrand disease".
7. Protocol for the management of patients with hemophilia (GOST R 52600.3-2008) — approved by the Ministry of Health and Social Development of Russia on 31.12.2005.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Фролова Елена Владимировна — врач-трансфузиолог, заведующая отделением переливания крови, Кременская ЦРБ
E-mail: lspk1973@mail.ru
Information about author:
Frolova E. <http://orcid.org/0000-0002-7767-1596>

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Elena Vladimirovna Frolova — Transfusiologist, head of the Blood Transfusion Department, Kremenskaya Central District Hospital
lspk1973@mail.ru
Information about the author:
Frolova E. <http://orcid.org/0000-0002-7767-1596>

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов при написании статьи.

CONFLICT OF INTEREST

The author declare no conflict of interest involved in preparation of the article.

ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ НА НАШИ ЖУРНАЛЫ НА САЙТЕ PANOR.RU С ЛЮБОГО МЕСЯЦА!

«Внешэкономиздат»

- Валютное регулирование.**
Валютный контроль
 Комплект с бесплатными приложениями в составе журнала: «Новости российского экспорта»; «Международные стандарты финансовой отчетности. Теория и практика применения»; «Российский импортер»
- Дипломатическая служба**
 Входит в Перечень изданий ВАК
- Лизинг**
 Входит в Перечень изданий ВАК
- Международная экономика**
 Входит в Перечень изданий ВАК
- Таможенное регулирование.**
Таможенный контроль
 Комплект с бесплатными приложениями в составе журнала: «Новости российского экспорта»; «Международные стандарты финансовой отчетности. Теория и практика применения»; «Российский импортер»

Издательство

«Индустрия гостеприимства и торговли»

- Гостиничное дело**
Общепит: бизнес и искусство
Парикмахер — Стилист — Визажист
 Комплект с бесплатным приложением в составе журнала: Beauty cosmetic / «Прекрасная косметика»
- Современная торговля**
 Комплект с бесплатными приложениями в составе журнала: «Бухучет в торговле»; «Юрисконсульт в торговле»; «Современные торговые технологии / Современное торговое оборудование»
- Современный ресторан**
 Комплект с бесплатным приложением в составе журнала: «Искусство сомелье»
- Товаровед продовольственных товаров**

«Медиздат»

- Бухучет в здравоохранении**
 Входит в Перечень изданий ВАК
 Комплект с бесплатным ежемесячным приложением «Новое в законодательстве для бухгалтера. Документы и комментарии» объемом 120 стр.
- Вестник психиатрии, неврологии и нейрохирургии**
 Входит в Перечень изданий ВАК
- Врач скорой помощи**
Главврач
 Комплект с бесплатными приложениями в составе журнала: «Заместитель главврача»; «Новое медицинского оборудование / Новые медицинские технологии»
- Медсестра**
Санитарный врач
 Входит в Перечень изданий ВАК
- Справочник врача общей практики**
 Входит в Перечень изданий ВАК
- Терапевт**
Фармацевтическое дело и технология лекарств
Физиотерапевт
 Входит в Перечень изданий ВАК
- Хирург**
 Входит в Перечень изданий ВАК

«Наука и культура»

- Безопасность и охрана труда в образовательных учреждениях**
Бухгалтерский учет и налогообложение в бюджетных организациях
 Входит в Перечень изданий ВАК
 Комплект с бесплатным ежемесячным приложением «Новое в законодательстве для бухгалтера. Документы и комментарии» объемом 120 стр.
- Вопросы культурологии**
Дом культуры
Музей
Ректор вуза
Русская галерея — XXI век / Russian Gallery — XXI с.
Ученый совет
Юрист вуза

«Политэкономиздат»

- Вопросы трудового права**
Глава местной администрации
ЗАГС
Кадровик
 Входит в Перечень изданий ВАК
Кадровик бюджетной организации
Служба PR
Служба занятости
Социальная политика и социальное партнерство

«Промиздат»

- Безопасность и охрана труда в лесозаготовительном и деревообрабатывающем производствах**
Водоочистка
 Комплект с бесплатным приложением в составе журнала: «Водопользование. Водоотведение. Водоподготовка»
- Генеральный директор. Управление промышленным предприятием**
 Комплект с бесплатными приложениями в составе журнала: «Страхование промышленных предприятий»; «Hobby Boss / Хобби Босс»; «Бухучет в промышленности»
- Главный инженер. Управление промышленным производством**
 Комплект с бесплатным приложением в составе журнала: «Промышленное производство: инновации и нанотехнологии»
- Главный механик**
Главный энергетик
Директор по маркетингу и сбыту
КИП и автоматика: обслуживание и ремонт
Конструкторское бюро
ЛИН-технологии: бережливое производство
Нормирование и оплата труда в промышленности
Оперативное управление в электроэнергетике: подготовка персонала и поддержание его квалификации
Охрана труда и техника безопасности на промышленных предприятиях
Современные методы технической диагностики и неразрушающего контроля деталей и узлов
Управление качеством
Электрооборудование: эксплуатация и ремонт
Электроцех

«Сельхозиздат»

- Бухучет в сельском хозяйстве**
 Входит в Перечень изданий ВАК
 Комплект с бесплатным ежемесячным приложением «Новое в законодательстве для бухгалтера. Документы и комментарии» объемом 120 стр.
- Ветеринария сельскохозяйственных животных**
Главный агроном
Главный зоотехник
 Входит в Перечень изданий ВАК
- Землеустройство, кадастр и мониторинг земель**
 Входит в Перечень изданий ВАК
- Кормление сельскохозяйственных животных и кормопроизводство**
 Входит в Перечень изданий ВАК
- Нормирование и оплата труда в сельском хозяйстве**
Овощеводство и тепличное хозяйство
Охрана труда и техника безопасности в сельском хозяйстве
Рыбоводство и рыбное хозяйство
 Входит в Перечень изданий ВАК
 Комплект с бесплатным приложением в составе журнала: «Рыбопродукты: технологии производства и эффективные продажи»
- Сельскохозяйственная техника: обслуживание и ремонт**

«Стройиздат»

- Бухучет в строительных организациях**
 Входит в Перечень изданий ВАК
 Комплект с бесплатным ежемесячным приложением «Новое в законодательстве для бухгалтера. Документы и комментарии» объемом 120 стр.
- Охрана труда и техника безопасности в строительстве**
Проектные и изыскательские работы в строительстве
Сметно-договорная работа в строительстве
Строительство: новые технологии — новое оборудование
Юрисконсульт в строительстве

«Трансиздат»

- Автотранспорт: эксплуатация, обслуживание, ремонт**
Безопасность и охрана труда на железнодорожном транспорте
Грузовое и пассажирское автохозяйство
 Комплект с бесплатными приложениями в составе журнала: «Автоперевозки: грузовые — пассажирские — международные»; «Грузовики и автобусы: рынок машин, запчастей и оборудования для ремонта»; «Бухучет на автотранспортных предприятиях»
- Железнодорожник**
Охрана труда и техника безопасности на автотранспортных предприятиях и в транспортных цехах

«Ты и твой дом»

- Мур-мур**
Гав-гав

Журналы издательства «МЕДИЗДАТ» ИД «Панорама», одного из лидеров среди медицинских издательств нашей страны, являются надежным лоцманом в бурном потоке новой информации для медицинских работников.

РЕКОМЕНДУЕМ ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСТВА «МЕДИЗДАТ»:



Издательство «Медиздат» предлагает подписаться на свои издания, а также приглашает руководителей и специалистов организаций и предприятий, ведущих ученых, изобретателей и новаторов производства, руководство и членов общественных объединений публиковать материалы по тематике изданий.

Тел. 8 (495) 274-2222 (многоканальный); www.panor.ru

Оформление подписки через редакцию (справки по тел.: 8 (495) 274-2222 (многоканальный); e-mail: podpiska@panor.ru) позволит сэкономить ваши средства и гарантирует надежное и своевременное получение наших изданий.