



12+

Непрерывное медицинское образование и наука

Научно-методический
рецензируемый
журнал

Том 20, № 1/2025

ISSN 2412-5741



Непрерывное медицинское образование и наука

12+

Научно-методический рецензируемый журнал

Том 20, № 1/2025

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

«Непрерывное
медицинское образование
и наука» —
научно-методический
рецензируемый журнал

Основан в 2003 году

Периодичность: 4 раза в год

Учредитель и издатель

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(адрес: 454092, г. Челябинск,
ул. Воровского, 64)

Журнал зарегистрирован в Управлении
Федеральной службы по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
по Челябинской области
(свидетельство ПИ № ТУ74-01274
от 18 августа 2016 года)

Тираж 100 экз.

Адрес редакции:

454092, г. Челябинск,
ул. Воровского, 64, каб. 216
Тел. +7 351 232-73-71
e-mail: pgmedes@chelsma.ru
www.chelsma.ru

Любое использование материалов,
опубликованных в журнале,
без ссылки на издание запрещено

Оригинал-макет, дизайн:
А. В. Черников

Распространяется бесплатно

ISSN 2412-5741

Главный редактор

Алексей Анатольевич Фокин (Челябинск)

Заместитель главного редактора

Марина Геннадьевна Москвичева (Челябинск)

Ответственный секретарь

Инесса Валерьевна Девальд (Челябинск)

Научный редактор

Елена Александровна Григоричева (Челябинск)

Редакционный совет

Абрамовских Ольга Сергеевна (Челябинск)
Волчегорский Илья Анатольевич (Челябинск)
Мирошниченко Александр Геннадьевич (Москва)
Осиков Михаил Владимирович (Челябинск)
Телешева Лариса Федоровна (Челябинск)

Члены редакционной коллегии:

Альтман Давид Шурович (Челябинск)
Антонов Владимир Николаевич (Челябинск)
Ануфриева Светлана Сергеевна (Челябинск)
Батурин Владимир Александрович (Ставрополь)
Брынза Наталья Семеновна (Тюмень)
Важенин Андрей Владимирович (Челябинск)
Генкель Вадим Викторович (Челябинск)
Долгушина Анастасия Ильинична (Челябинск)
Долгушина Валентина Федоровна (Челябинск)
Доможирова Алла Сергеевна (Москва)
Игнатова Галина Львовна (Челябинск)
Казачкова Элла Алексеевна (Челябинск)
Карпенко Андрей Анатольевич (Новосибирск)
Кетова Галина Григорьевна (Челябинск)
Ладейщиков Вячеслав Михайлович (Пермь)
Наркевич Артём Николаевич (Москва)
Самарцев Владимир Аркадьевич (Пермь)
Сергийко Сергей Владимирович (Челябинск)
Синеглазова Альбина Владимировна (Казань)
Сюндюкова Елена Геннадьевна (Челябинск)
Шарафутдинова Назира Хамзиновна (Уфа)
Щеглов Эрнест Анатольевич (Петрозаводск)

Правила оформления статей для публикации в журнале утверждаются и изменяются редакционной коллегией в соответствии с требованиями ВАК для периодики, включенной в Перечень ведущих рецензируемых научных изданий.

С полным текстом правил вы можете ознакомиться на сайте журнала cmedas.elpub.ru/jour
Технические требования и советы авторам по подготовке материалов для отправки в редакцию вы найдете на стр. 40 этого номера.

Статьи и сопроводительные материалы высылаются на электронную почту научного редактора журнала eaigrigoricheva@gmail.com.

Номер подписан в печать по графику 06.06.2025. Дата выхода 07.06.2025.

Отпечатан в типографии ИП Шарифулин Р. Г. (454080, г. Челябинск, ул. Энтузиастов, 25а).

<p>Сосудистая хирургия</p>	<p>Vascular surgery</p>
<p>Качество жизни пациентов после робот-ассистированного протезирования аорты и подвздошных артерий</p> <hr/> <p>Бутаев С. Р., Виноградов Р. А., Закеряев А. Б., Бахисhev Т. Э., Созаев А. А., Хангереев Г. А., Бестаев Э. В., Пчегатлук М. Р., Барышев А. Г., Порханов В. А.</p>	<p>Quality of life of patients after robot-assisted prosthetic repair of the aorta and iliac artery</p> <hr/> <p>Butaev S. R., Vinogradov R. A., Zakeryaev A. B., Bakhishev T. E., Sozaev A. A., Khangereev G. A., Bestaev E. V., Pchegatluk M. R., Baryshev A. G., Porhanov V. A.</p>
<p>3</p>	<p>3</p>
<p>Хирургия</p>	<p>Surgery</p>
<p>Новое — это хорошо забытое старое. Консервативное лечение перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки по методу Тейлора</p> <hr/> <p>Щеглов Э. А., Алонцева Н. Н., Филиппова Е. В.</p>	<p>New is a well-forgotten old. Conservative treatment of the stomach and duodenum perforation using the Taylor method</p> <hr/> <p>Shcheglov E. A., Alontseva N. N., Filippova E. V.</p>
<p>11</p>	<p>11</p>
<p>Внутренние болезни</p>	<p>Internal medicine</p>
<p>Клинический случай цитомегаловирусной инфекции пищевода</p> <hr/> <p>Долгушина А. И., Несмеянова О. Б., Хусаинова Г. М., Хихлова А. О., Белоусов С. Ю., Соловьева О. В., Дмитриева Н. А., Ратушная К. П.</p>	<p>Clinical case of cytomegalovirus infection of the esophagus</p> <hr/> <p>Dolgushina A. I., Nesmeyanova O. B., Khusainova G. M., Khikhlova A. O., Belousov S. Y., Soloveva O. V., Dmitrieva N. A., Ratushnaya K. P.</p>
<p>18</p>	<p>18</p>
<p>Сравнение частоты выявления хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса при использовании рекомендаций Российского кардиологического общества и при использовании шкалы HFA-PEFF в практике врача-терапевта</p> <hr/> <p>Павлова А. С., Павлова Е. А., Теше Е. С., Хазарова Г. Ж., Доцкевич В. В.</p>	<p>Comparison of the chronic heart failure with preserved ejection fraction spread using the recommendations of the Russian Society of Cardiology and using the HFA-PEFF scale in therapy practice</p> <hr/> <p>Pavlova A. S., Pavlova E. A., Teshe E. S., Hazarova G. Z., Dockeyevich V. V.</p>
<p>22</p>	<p>22</p>
<p>Этапы подготовки врача-терапевта участкового (специалитет, дополнительное профессиональное образование)</p> <hr/> <p>Шамурова Ю. Ю., Игнатова Г. Л., Сарсенбаева А. С., Антонов В. Н., Колесникова А. А., Михайлов Е. В., Тарабрина Ю. О.</p>	<p>Stages of training of a district therapist (specialty, additional post-graduate education)</p> <hr/> <p>Shamurova Yu. Yu., Ignatova G. L., Sarsenbaeva A. S., Antonov V. N., Kolesnikova A. A., Mikhailov E. V., Tarabrina Yu. O.</p>
<p>27</p>	<p>27</p>
<p>Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения</p>	<p>Public health, organization and sociology of health care</p>
<p>Результаты анализа организации детской стоматологической службы Челябинской области за 2019–2023 годы</p> <hr/> <p>Москвичева М. Г., Лыскова Ю. А.</p>	<p>Results of the analysis of the organization of children's dental service in the Chelyabinsk region for 2019–2023</p> <hr/> <p>Moskvicheva M. G., Lyskova Yu. A.</p>
<p>32</p>	<p>32</p>
<p>Справочный раздел</p>	<p>Reference section</p>
<p>В помощь авторам статей</p>	<p>Help to the paper authors</p>
<p>40</p>	<p>40</p>

УДК 616.13-089:614.2

Качество жизни пациентов после робот-ассистированного протезирования аорты и подвздошных артерий

С. Р. Бутаев^{1, 2}, Р. А. Виноградов^{1, 2}, А. Б. Закеряев^{1, 2}, Т. Э. Бахишев^{1, 2}, А. А. Созаев²,
Г. А. Хангереев^{1, 2}, Э. В. Бестаев², М. Р. Пчегатлук², А. Г. Барышев^{1, 2}, В. А. Порханов^{1, 2}

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия

Quality of life of patients after robot-assisted prosthetic repair of the aorta and iliac artery

Sultan R. Butaev^{1, 2}, Roman A. Vinogradov^{1, 2}, Aslan B. Zakeryaev^{1, 2}, Tarlan E. Bakhishev^{1, 2},
Amirlan A. Sozaev², Gerey A. Khangereev^{1, 2}, Eduard V. Bestaev², Marina R. Pchegatluk²,
Aleksandr G. Baryshev^{1, 2}, Vladimir A. Porhanov^{1, 2}

¹ Scientific Research Institute — Ochapovsky Regional Clinical Hospital no. 1, Krasnodar, Russia

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education «Kuban State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Krasnodar, Russia

Аннотация. Цель исследования. Оценка и сравнение качества жизни пациентов после робот-ассистированного протезирования аорты и подвздошных артерий. **Материалы и методы.** В 2022–2023 годах в ГБУЗ «НИИ — ККБ № 1 им. проф. С. В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края выполнено 164 реконструкции аорто-подвздошного сегмента по поводу аневризмы брюшного отдела аорты II и III типа по А. В. Покровскому и подвздошных артерий. Среди них 65,75% открытых реконструкций, 34,25% эндовидеохирургических реконструкций. Качество жизни оценивалось с помощью опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item — Short Form Health survey) до операции и через 1, 3, 6 и 12 месяцев. **Результаты.** Проведенное исследование качества жизни пациентов после открытых и робот-ассистированных резекций аневризмы абдоминального отдела аорты и подвздошных артерий продемонстрировало статистически значимую разницу на каждом этапе исследования. Пациенты после робот-ассистированных вмешательств имеют более высокие показатели качества жизни, чем пациенты после применения классических открытых доступов.

Ключевые слова: сосудистая хирургия; робот-ассистированная операция; хирургический робот da Vinci; аорто-подвздошные реконструкции; мини-инвазивная хирургия; протезирование аорты; аневризма абдоминального отдела аорты; качество жизни.

Abstract. Objective. To assess and compare quality of life of patients after robot-assisted prosthetic repair of the aorta and iliac arteries. **Materials and methods.** In 2022–2023, 164 aortoiliac reconstructions for type II and III (according to Pokrovsky) aneurysms of the abdominal aorta and iliac arteries were performed at the Scientific Research Institute — Ochapovsky Regional Clinical Hospital No. 1 (Krasnodar, Russian Federation). Among them, 65.75% of the reconstructions were open, and 34.25% were video-assisted, endovascular. The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey was used to determine the quality of life before surgery and at 1, 3, 6, and 12 months postsurgery. **Results.** Our study of the quality of life after open and robot-assisted resections of aneurysms of the abdominal aorta and iliac arteries revealed a statistically significant difference at every stage of the study. Quality of life parameters were higher after robot-assisted surgery compared with classical open surgery.

Keywords: vascular surgery; robot-assisted surgery; da Vinci surgical system; aortoiliac reconstructions; minimally invasive surgery; prosthetic repair of the aorta; abdominal aortic aneurysm; quality of life.

Введение. За последние двадцать лет в хирургии наблюдается положительная динамика в уменьшении травматичности хирургических вмешательств с сохранением объема операций и достижением эффективности выполненных реконструкций [1–3]. Разработка и активное внедрение мини-доступов сказалось на улучшении послеоперационного периода пациентов [1]. Кроме того, благодаря широкому применению лапароскопии, а именно выполнению операций через небольшие проколы, в разы сократился период восстановления больных [1, 4, 5]. Однако технические

ограничения выполнения оперативных вмешательств в условиях лапароскопии еще сохранялись (эффект рычага, тремор, ограниченное движение в 4 плоскостях, двухмерное изображение) и не всегда позволяют выполнить сложные реконструктивные операции. Эти ограничения удалось преодолеть и усовершенствовать за счет эндовидеохирургии и инновационных технологий с использованием роботизированных хирургических комплексов [1–6]. Роботизированные комплексы за счет устранения основных отрицательных сторон лапароскопии дают возможность врачу-хирургу вы-

полнять сложные реконструктивные вмешательства с минимальной травматизацией и максимальной эффективностью [5].

В сердечно-сосудистой хирургии внедрение такого направления, как эндоваскулярная хирургия, в ряде случаев и вовсе сместило открытую хирургию по причине улучшенных результатов реабилитации пациентов [2, 3]. Несмотря на бурное развитие и успех в отдельных направлениях, эндоваскулярная хирургия имеет ряд ограничений, связанных, прежде всего, с анатомией пораженных сосудов [1]. В хирургии аневризм брюшного отдела аорты, согласно российским клиническим рекомендациям от 2022 года, к ним относятся: длина шейки аневризмы менее 10 мм, ширина шейки более 32 мм, ангуляция шейки более 72°, циркулярный кальциноз более 50%, коническая форма, циркулярный тромбоз [7]. В такого рода случаях открытая классическая хирургия с травматичными доступами является единственным способом лечения данной категории больных. Однако с целью улучшения результатов хирургического лечения пациентов в сосудистую хирургию была внедрена робототехника, которая, нивелируя минусы открытой хирургии и сохраняя ее положительные стороны, позволяет выполнять сложные операции с минимальной травматизацией [1–6]. Минимальное повреждение тканей, сокращение периода реабилитации пациентов, косметичность способствуют быстро возвращению больных к повседневной жизни [1].

С целью комплексной оценки всех показателей лечения в современной хирургии большое значение отведено параметрам качества жизни больных, которые напрямую зависят от уровня травматизации оперативных вмешательств [8].

Качество жизни, согласно определению ВОЗ, это интегративная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования пациентов, которая базируется на его субъективном восприятии [8]. Первые научные работы в России, направленные на изучение качества жизни пациентов с сердечно-сосудистой патологией, были выполнены еще в 1992 году [8–9]. В настоящее время ввиду большого разнообразия различных способов хирургического лечения такой критерий, как качество жизни, рекомендуется к рассмотрению как отдельный вариант оценки эффективности лечения, который не уступает клиническим и экономическим критериям [10, 11].

В настоящее время существуют различные опросники для оценки качества жизни, как общие, так и специализированные [10]. Наиболее распространенным общим опросником для сердечно-сосудистой патологии является опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item — Short Form Health survey), предложенный европейскими хирургами [8–10, 12]. Данный опросник позволяет оценить психологическое и физическое состояние пациента после операции и отмечен рядом авторов как золотой стандарт среди методик исследования качества жизни [8]. Включает в себя 36 вопросов, охватывающих 8 категорий жизни пациента [8, 10, 12]:

1. Physical Functioning (PF) — физическое функционирование показывает ограничения физической

активности пациента, связанные с состоянием его здоровья. Снижение данного показателя свидетельствует о том, что физическая активность пациента снижена ввиду его здоровья (самообслуживание, ходьба) [8, 10].

2. Role Physical (RP) — ролевое функционирование отражает ограничения в общественной деятельности из-за проблем со здоровьем (работа, повседневная деятельность). Снижение значений данного показателя свидетельствует о значительном ограничении повседневной деятельности [8, 10].

3. Bodily Pain (BP) — интенсивность боли отражает способность заниматься повседневной активностью, включая домашнюю работу и работу вне дома. Низкие показатели по этой шкале отражают ограничение пациента в повседневной деятельности ввиду болевого синдрома [8, 10].

4. General Health (GH) — общее состояние здоровья — оценка общего состояния здоровья самим пациентом в настоящее время и дальнейшие перспективы. Низкие данные по этой шкале свидетельствуют о низкой оценке состояния здоровья [8, 10].

5. Vitality (VT) — жизненная активность отражает полноту сил и энергии, при низких данных по этой шкале — бессилие, быструю утомляемость, уменьшение жизненной активности пациента [8, 10].

6. Social Functioning (SF) — социальное функционирование отражает способность к социальной активности в обществе. Низкие данные по этой шкале свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения [8, 10].

7. Role Emotional (RE) — эмоциональное самочувствие отражает состояние, которое мешает выполнять повседневную работу или какую-либо повседневную деятельность (уменьшение объема работы, снижение ее качества, увеличение затрат времени на работу и т. д.) [8, 10].

8. Mental Health (MH) — психическое здоровье отражает наличие депрессии, тревоги, положительные эмоции. Малые значения данной шкалы свидетельствуют о психологическом неблагополучии и наличии тревожных расстройств [8, 10].

Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 — показатель полного здоровья. Первые четыре шкалы отражают физическое состояние, вторые — психологическое состояние [8, 10, 12].

Материалы и методы. В 2022–2023 годах в ГБУЗ «НИИ — ККБ № 1 им. проф. С. В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края выполнено 146 реконструкций аорто-подвздошного сегмента у пациентов с аневризмами абдоминального отдела аорты и подвздошных артерий. Среди них 65,75% (n=96) открытых реконструкций; 34,25% (n=50) эндовидеохирургических реконструкций. Средний возраст пациентов составил (68,32±7,09) года и варьировал от 41 до 87 лет. Мужчин было 94,5% (n=138), женщин — 5,5% (n=8). Выполнялись различные виды реконструктивных операций в зависимости от типа аневризмы абдоминального отдела аорты и подвздошных артерий: аорто-бедренное бифуркационное протезирование (АББП, n=25), аорто-подвздошное бифуркационное протезиро-

вание (АПБП, n=46), аорто-подвздошное квадрифуркационное протезирование (АПКП, n=6), линейное протезирование аорты (ЛПА, n=64), протезирование ОПА/НПА (n=5). При выполнении открытых вмешательств использовались различные доступы к аорто-подвздошному сегменту: срединная лапаротомия (n=67; 69,8%),

параректальный доступ (n=19; 19,8%), люмботомный доступ (n=10; 10,4%). Средняя продолжительность нахождения пациентов в стационаре составила 10 суток, после операции — 8 суток, в отделении интенсивной терапии (ОИТ) — 1 сутки (таблица 1).

Таблица 1

Длительность нахождения пациентов в стационаре в зависимости от типа лечения

Койко-дни, Ме [IQR]	Способ лечения		p
	Открытый способ	Робот-ассистированное лечение	
В стационаре	11,00 [8,00; 13,25]	9,00 [8,00; 11,75]	0,198
После операции	9,00 [7,00; 11,25]	6,00 [5,00; 8,00]	< 0,001 *
В ОИТ	1,00 [1,00; 4,00]	1,00 [1,00; 2,00]	0,033 *

С целью оценки субъективных ощущений использовался опросник MOS SF-36, который позволил оценить качество жизни пациентов до операции и через 1, 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.6.1 (разработчик ООО «Статтех», Россия).

Результаты исследования. При сравнении показателей качества жизни пациентов до операции, согласно опроснику MOS SF-36, выявлено, что обе группы являются практически идентичными по показателям опросника и имеют соизмеримое качество жизни (таблица 2).

Таблица 2

Показатели опросника MOS SF-36 до операции в зависимости от способа лечения

Показатели, Ме [IQR]	Способ лечения		p
	Открытый способ	Робот-ассистированное лечение	
Физическое функционирование	75,00 [70,00; 80,00]	75,00 [75,00; 80,00]	0,015 *
Ролевое функционирование	75,00 [55,00; 80,00]	70,00 [65,00; 75,00]	0,002 *
Интенсивность боли	70,00 [70,00; 75,00]	75,00 [70,00; 75,00]	0,054
Общее состояние	65,00 [60,00; 70,00]	65,00 [60,00; 65,00]	0,033 *
Жизненная активность	65,00 [60,00; 70,00]	65,00 [65,00; 70,00]	0,303
Социальное функционирование	70,00 [68,75; 75,00]	75,00 [60,00; 75,00]	0,123
Эмоциональное состояние	75,00 [70,00; 75,00]	70,00 [70,00; 75,00]	0,016 *
Психическое здоровье	75,00 [70,00; 75,00]	72,50 [70,00; 75,00]	0,101

При оценке шкалы физического функционирования на всех этапах исследования определялась статистически значимая разница. В группе пациентов после робот-ассистированных вмешательств показатели шкалы РР имели большие значения после операции на всех этапах (таблица 3). Максимальная разница отмечалась через 1 месяц после операции, разница медиан составила 15. Минимальная разница медиана была через 6 месяцев после операции и составила 2,5. Наиболее щадящий послеоперационный период имели пациенты

после робот-ассистированных вмешательств, согласно данным шкалы РР.

При оценке шкалы ролевого функционирования отмечалась статистически значимая разница в первые 3 месяца после операции. В группе пациентов после робот-ассистированных вмешательств показатели качества жизни по шкале РР имели наибольшее значение через 1 и 3 месяца (таблица 4). Показатели через 6 и 12 месяцев практически не имели различий, однако были статистически незначимыми.

Таблица 3

Физическое функционирование пациентов в зависимости от способа лечения

Физическое функционирование, Me [IQR]	Способ лечения		p
	Открытые вмешательства	Робот-ассистированные вмешательства	
до операции	75,00 [70,00; 80,00]	75,00 [75,00; 80,00]	0,015 *
через 1 месяц	40,00 [35,00; 40,00]	55,00 [55,00; 60,00]	< 0,001 *
через 3 месяца	50,00 [45,00; 55,00]	60,00 [55,00; 60,00]	< 0,001 *
через 6 месяцев	70,00 [65,00; 70,00]	72,50 [70,00; 75,00]	< 0,001 *
через 12 месяцев	70,00 [70,00; 75,00]	75,00 [71,25; 75,00]	< 0,001 *

Таблица 4

Ролевое функционирование в зависимости от способа лечения

Ролевое функционирование, Me [IQR]	Способ лечения		p
	Открытые вмешательства	Робот-ассистированные вмешательства	
до операции	75,00 [55,00; 80,00]	70,00 [65,00; 75,00]	0,002 *
через 1 месяц	55,00 [50,00; 65,00]	65,00 [60,00; 65,00]	< 0,001 *
через 3 месяца	60,00 [55,00; 65,00]	65,00 [65,00; 68,75]	< 0,001 *
через 6 месяцев	65,00 [65,00; 70,00]	65,00 [65,00; 70,00]	0,367
через 12 месяцев	65,00 [65,00; 70,00]	67,50 [65,00; 70,00]	0,474

Показатели шкалы интенсивности боли имели статистически значимые различия на всех этапах исследования. В группе пациентов после робот-ассистированных вмешательств значения были выше (таблица 5).

Наибольшая разница медиан отмечалась через 1 месяц после операции, разница составила 20. Наименьшая разница отмечалась через 6 и 12 месяцев, разница медиан составила 5.

Таблица 5

Интенсивность боли в зависимости от способа лечения

Интенсивность боли, Me [IQR]	Способ лечения		p
	Открытые вмешательства	Робот-ассистированные вмешательства	
до операции	70,00 [70,00; 75,00]	75,00 [70,00; 75,00]	0,054
через 1 месяц	45,00 [45,00; 45,00]	65,00 [65,00; 70,00]	< 0,001 *
через 3 месяца	60,00 [60,00; 60,00]	65,00 [65,00; 75,00]	< 0,001 *
через 6 месяцев	70,00 [70,00; 70,00]	75,00 [70,00; 75,00]	< 0,001 *
через 12 месяцев	70,00 [70,00; 70,00]	75,00 [70,00; 75,00]	< 0,001 *

Показатели шкалы общего состояния опросника имели статистически значимые различия на каждом этапе исследования. Показатели в группе робот-асси-

стированных вмешательств имели наибольшие значения (таблица 6). Наибольшая разница медиан отмечалась через 3 месяца и составила 15, наименьшая

разница — через 12 месяцев и составляла 5. Показатели шкалы жизненной активности имели статистически значимые различия на каждом этапе исследования. Показатели робот-ассистированных вмешательств имели

наибольшее значение на всех этапах исследования (таблица 7). Наибольшая разница медиан — 15, она оставалась такой же через 1 месяц, наименьшая разница отмечалась через 3 месяца и составляла 5.

Таблица 6

Общее состояние в зависимости от способа лечения

Общее состояние, Me [IQR]	Способ лечения		P
	Открытые вмешательства	Робот-ассистированные вмешательства	
до операции	65,00 [60,00; 70,00]	65,00 [60,00; 65,00]	0,033 *
через 1 месяц	42,50 [40,00; 45,00]	55,00 [50,00; 55,00]	< 0,001 *
через 3 месяца	50,00 [45,00; 55,00]	65,00 [65,00; 70,00]	< 0,001 *
через 6 месяцев	55,00 [55,00; 65,00]	67,50 [65,00; 70,00]	< 0,001 *
через 12 месяцев	65,00 [65,00; 70,00]	70,00 [65,00; 70,00]	< 0,001 *

Таблица 7

Жизненная активность в зависимости от способа лечения

Жизненная активность, Me [IQR]	Способ лечения		P
	Открытые вмешательства	Робот-ассистированные вмешательства	
до операции	65,00 [60,00; 70,00]	65,00 [65,00; 70,00]	0,303
через 1 месяц	45,00 [45,00; 55,00]	60,00 [55,00; 60,00]	< 0,001 *
через 3 месяца	55,00 [50,00; 55,00]	60,00 [60,00; 65,00]	< 0,001 *
через 6 месяцев	55,00 [55,00; 56,25]	65,00 [55,00; 65,00]	< 0,001 *
через 12 месяцев	55,00 [55,00; 60,00]	65,00 [55,00; 65,00]	< 0,001 *

Показатели шкалы социального функционирования имели статистически значимые различия на каждом этапе исследования. Показатели в группе робот-ассистированных вмешательств имели наибольшие значе-

ния через 1, 3 и 12 месяцев (таблица 8). Наибольшая разница медиан составила 15 через 1 месяц, через 6 месяцев разницы медиан не отмечалось.

Таблица 8

Социальное функционирование в зависимости от способа лечения

Социальное функционирование, Me [IQR]	Способ лечения		P
	Открытые вмешательства	Робот-ассистированные вмешательства	
до операции	70,00 [68,75; 75,00]	75,00 [60,00; 75,00]	0,123
через 1 месяц	45,00 [43,75; 45,00]	60,00 [55,00; 60,00]	< 0,001 *
через 3 месяца	50,00 [45,00; 50,00]	65,00 [65,00; 70,00]	< 0,001 *
через 6 месяцев	65,00 [65,00; 65,00]	65,00 [65,00; 75,00]	< 0,001 *
через 12 месяцев	70,00 [65,00; 70,00]	75,00 [65,00; 75,00]	< 0,001 *

Показатели значения шкалы эмоционального состояния имели статистически значимые различия на каждом этапе исследования. Показатели робот-ассистированных вмешательств имели наибольшие зна-

чения (таблица 9). Наибольшая разница медиан отмечалась через 1 месяц после операции и составила 20, наименьшее значение разницы медиан составило 10 через 6 месяцев.

Таблица 9

Эмоциональное состояние в зависимости от способа лечения

Эмоциональное состояние, Ме [IQR]	Способ лечения		p
	Открытые вмешательства	Робот-ассистированные вмешательства	
до операции	75,00 [70,00; 75,00]	70,00 [70,00; 75,00]	0,016 *
через 1 месяц	45,00 [40,00; 50,00]	65,00 [60,00; 72,50]	< 0,001 *
через 3 месяца	55,00 [55,00; 60,00]	70,00 [65,00; 75,00]	< 0,001 *
через 6 месяцев	60,00 [60,00; 65,00]	70,00 [70,00; 75,00]	< 0,001 *
через 12 месяцев	60,00 [60,00; 65,00]	75,00 [70,00; 75,00]	< 0,001 *

Показатели психического здоровья имели статистически значимые различия на каждом этапе исследования. Показатели робот-ассистированных вмешательств имели наибольшие значения. Наибольшая разница медиан имела через 1 месяц и составила 15, наименьшая разница отмечалась через 3, 6 и 12 месяцев и составила 10.

Обсуждение. Исходя из представленных данных пациенты в группе робот-ассистированных вмешательств имели наилучшие показатели качества жизни согласно опроснику MOS SF-36 на каждом этапе исследования, за исключением шкалы ролевого функционирования через 6 месяцев, где показатели были идентичны. Большее значение показателей в группе робот-ассистированных вмешательств связано с меньшей травматизацией оперативных вмешательств, что отражается как на психическом, так и физическом состоянии.

Процесс восстановления после малотравматичной хирургии аневризмы брюшной аорты играет ключевую роль в улучшении качества жизни пациента. Важность раннего начала реабилитации заключается в снижении риска осложнений и ускорении возвращения к нормальной физической активности, что способствует общему укреплению здоровья. Реабилитация после операций на брюшной аорте направлена на восстановление физической выносливости и улучшение психологического состояния пациента. Малотравматичные операции позволяют сократить период восстановления, минимизируя болевые ощущения и снижая уровень стресса, что положительно сказывается на общем качестве жизни. Качество жизни после хирургии аневризмы брюшной аорты значительно улучшается благодаря современным малотравматичным методам, которые обеспечивают быстрое восстановление и минимальные послеоперационные ограничения. Пациенты быстрее возвращаются к своим повседневным обязанностям и активностям, поддерживая высокий уровень здоровья. Эффективное восстановление и реабилитация

после малотравматичных операций на брюшной аорте способствуют улучшению физического и психоэмоционального состояния пациента, что напрямую влияет на качество жизни. Сокращение времени пребывания в стационаре и ускоренное возвращение к привычному образу жизни являются значительными преимуществами таких хирургических вмешательств.

Болевой синдром является одной из наиболее распространенных и сложных проблем, с которыми сталкиваются врачи и пациенты после оперативных вмешательств. Он может варьировать от легкого дискомфорта до интенсивной боли, требующей значительного медицинского вмешательства. Важным аспектом, влияющим на выраженность болевого синдрома, является травматичность проводимых операций.

Выраженный болевой синдром ввиду большой травматизации оперативных вмешательств требует длительного периода восстановления. Ограничения в повседневной жизни по причине большей травматизации в группе открытых вмешательств отражаются на психическом состоянии пациентов. Возникают трудности, связанные с уходом за пациентами, в выполнении повседневных задач и т. д.

Также на качестве жизни пациентов сказывается и косметичность послеоперационных рубцов. При оценке состояния пациентов на контрольных осмотрах было выявлено наличие грыж послеоперационного рубца в группе открытых вмешательств (n = 10; 10,4%). В группе робот-ассистированных вмешательств грыжи не были выявлены. Наличие такого осложнения в отдаленном периоде также сказывается как на физическом, так и психологическом состоянии пациентов.

Показатели опросника MOS SF-36 в группе пациентов после робот-ассистированных вмешательств были несколько выше в сравнении с открытой группой. Меньшая травматизация оперативных вмешательств, значительное уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде позволили пациентам в корот-

кие сроки самостоятельно передвигаться, что ускорило процесс реабилитации. Болевой синдром у пациентов в послеоперационном периоде оценивался согласно визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли [13]. Наиболее выраженный болевой синдром приходился на первые сутки (таблица 10). Болевой синдром купировался нестероидными противовоспалительными

препаратами с выраженным анальгезирующим действием (кеторолак 30 мг/мл), а также опиоидными анальгетиками со смешанным механизмом действия (трамадол 50 мг/мл) и агонистами опиоидных рецепторов (промедол 20 мг/мл). Потребность в длительности анальгезирующей терапии у обеих групп различалась (таблица 10).

Таблица 10

Выраженность болевого синдрома и длительность анальгезии после операции пациентов в зависимости от способа лечения

Показатели, Ме [IQR]	Способ лечения		p
	Открытый способ	Робот-ассистированные вмешательства	
Длительность анальгезии, дней	4,00 [3,00; 4,00]	1,00 [1,00; 1,75]	< 0,001 *
ВАШ боли	7,00 [7,00; 7,00]	2,00 [2,00; 2,00]	< 0,001 *

Выраженность болевого синдрома также зависит от длительности нахождения страховочного дренажа в брюшной полости, который устанавливался всем пациентам. В группе пациентов после открытых вмешательств продолжительность нахождения дренажа была больше за счет большей травматизации тканей и большего количества отделяемого по нему, что отражалось на увеличении болевого синдрома после операции. В группе пациентов после робот-ассистированных вмешательств после удаления страховочного дренажа потребность в анальгезии отсутствовала.

Несомненно, меньшая травматизация оперативных вмешательств имеет большее значение в лечении пациентов, так как не требуется длительная реабилитация пациентов. Качество жизни у пациентов после робот-ассистированных вмешательств значительно отличается от качества жизни пациентов после открытых вмешательств. С сохранением всех преимуществ открытой хирургии робот-ассистированные вмешательства позволяют усовершенствовать данный раздел сосудистой хирургии за счет малотравматичности, что является более предпочтительным фактором, чем экономический аспект данного способа лечения.

Выводы. Малотравматичные операции аневризмы брюшной аорты представляют собой важный шаг вперед в современной хирургии, обеспечивая значительное улучшение качества жизни пациентов. Эти

методы позволяют снизить инвазивность хирургического вмешательства, что, в свою очередь, ускоряет процессы восстановления и реабилитации. Пациенты, прошедшие через такие операции, могут быстрее вернуться к своей нормальной жизни, что минимизирует риски осложнений и способствует улучшению общего здоровья. Преимущества малотравматичных операций заключаются в сокращении времени госпитализации и реабилитации, что положительно сказывается на физическом и эмоциональном состоянии пациентов. Влияние малотравматичной хирургии на качество жизни пациентов с аневризмой брюшной аорты проявляется в более быстром восстановлении и снижении болевых ощущений, что способствует улучшению общего самочувствия и здоровья.

Качество жизни пациентов после робот-ассистированных вмешательств у пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты II и III типа по А. В. Покровскому и подвздошных артерий является статистически значимо более высоким в сравнении с открытыми реконструкциями. Через 1, 3, 6 и 12 месяцев после малоинвазивных вмешательств пациенты ощущали себя более здоровыми и активными как в психологическом, так и физическом аспекте. Через 6 и 12 месяцев показатели в обеих группах выравнивались, однако значения после робот-ассистированных вмешательств были выше, что связано с косметичностью вмешательств и отсутствием грыж послеоперационного рубца.

Литература

1. Атлас по робот-ассистированной сосудистой хирургии / под ред. В. А. Порханова. – PRESFACTOR, 2024.
2. Закрыев А. Б., Виноградов Р. А., Бахитов Т. Э. и др. Робот-ассистированное линейное подвздошно-бедренное шунтирование // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2023. – Т. 4. – С. 83–88.
3. Порханов В. А., Виноградов Р. А., Закрыев А. Б. и др. Аорто-бедренное бифуркационное шунтирование с использованием робототехники // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2023. – Т. 16, № 3. – С. 332–337.
4. Бахитов Т. Э., Виноградов Р. А., Закрыев А. Б. и др. Применение робототехники в сосудистой хирургии (обзор литературы) // Ангиология и сосудистая хирургия. Журнал им. академика А. В. Покровского. – 2023. – Т. 29, № 4. – С. 130–136.
5. Порханов В. А., Закрыев А. Б., Виноградов Р. А. и др. Торако-бедренное бифуркационное шунтирование с использованием робототехники // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова. – 2023. – Т. 31, № 4. – С. 663–670.
6. Закрыев А. Б., Виноградов Р. А., Бутаев С. Р. и др. Аорто-подвздошное квадрифуркационное протезирование с использованием робототехники // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2024. – Т. 17, № 5. – С. 561–565.

7. Аневризма брюшной аорты : клинические рекомендации / Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов, Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Российское научное общество специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению. – 2022.

8. Никитина Т. Г., Кочуркова Е. Г., Скопин И. И. и др. Оценка качества жизни после протезирования аортального клапана у пациентов с аортальным стенозом и сниженной фракцией выброса левого желудочка // Бюллетень НИЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. – 2011. – Т. 12, № 1. – С. 89–94.

9. Гиляревский С. Р., Орлов В. А. Оценки качества жизни больных ревматическими митральными пороками сердца: методические подходы // Кардиология. – 1992. – Т. 32, № 6. – С. 49–53.

10. Красавин В. А., Смирнов Г. В., Фомин А. А. и др. Качество жизни пациентов после операций на аорте и подвздошных артериях, выполненных из мини-доступа // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5, № 1. – С. 104–109.

11. Рассказова Е. И. Методы диагностики качества жизни в науках о человеке // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2012. – Т. 3. – С. 95–107.

12. Непомнящая О. В., Перминов В. А. Показатель качества жизни у инвалидов с ампутационными дефектами нижних конечностей вследствие хронической ишемии атеросклеротического генеза // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – Т. 1. – С. 51–53.

13. Мохов Е. М., Кадыков В. А., Сергеев А. Н. и др. Оценочные шкалы боли и особенности их применения в медицине (обзор литературы) // Верхневолжский медицинский журнал. – 2019. – Т. 18, № 2. – С. 34–37.

Сведения об авторах

Бутаев Султан Расулович, <https://orcid.org/0000-0001-7386-5986>, врач — сердечно-сосудистый хирург, ГБУЗ НИИ — ККБ № 1; соискатель кафедры хирургии № 1 ФПК и ППС, КубГМУ
Адрес: 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167; 350063, г. Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4; телефон 8 861 268-36-84; электронная почта dr.sultan@inbox.ru

Виноградов Роман Александрович, <https://orcid.org/0000-0001-9421-586X>, д-р мед. наук, врач — сердечно-сосудистый хирург, заведующий отделением сосудистой хирургии, ГБУЗ НИИ — ККБ № 1
Электронная почта viromal@mail.ru

Закеряев Аслан Бубаевич, <https://orcid.org/0000-0002-4859-1888>, врач — сердечно-сосудистый хирург, ГБУЗ НИИ — ККБ № 1; соискатель кафедры хирургии № 1 ФПК и ППС, КубГМУ
Адрес: 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167; электронная почта aslan.zakeryaev@gmail.com

Бахисhev Тарлан Энвербегович, <https://orcid.org/0000-0003-4143-1491>, врач — сердечно-сосудистый хирург, ГБУЗ НИИ — ККБ № 1; аспирант кафедры хирургии № 1 ФПК и ППС, КубГМУ
Электронная почта tarlan.bakhishev@yandex.ru

Созаев Амирлан Ахматович, <https://orcid.org/0009-0009-6719-3429>, ординатор кафедры кардиологии и кардиохирургии, КубГМУ
Электронная почта sozaev.amirlan@mail.ru

Хангереев Герей Ахмедович, <https://orcid.org/0000-0002-8667-2072>, врач — сердечно-сосудистый хирург, ГБУЗ НИИ — ККБ № 1; соискатель кафедры хирургии № 1 ФПК и ППС, КубГМУ
Электронная почта han.gerey@mail.ru

Бестаев Эдуард Викторович, <https://orcid.org/0009-0003-5773-1410>, ординатор кафедры кардиологии и кардиохирургии, КубГМУ
Электронная почта ed.bestaev2000@yandex.ru

Пчегатлук Марина Рамазановна, <https://orcid.org/0009-0003-5773-1410>, студентка факультета «Лечебное дело», КубГМУ
Электронная почта mar.pch@mail.ru

Барышев Александр Геннадьевич, <https://orcid.org/0000-0002-6735-3877>, д-р мед. наук, врач-хирург, ГБУЗ НИИ — ККБ № 1; заведующий кафедрой хирургии № 1 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, КубГМУ
Электронная почта kbb1@mail.ru

Порханов Владимир Александрович, <https://orcid.org/0000-0003-0572-1395>, д-р мед. наук, профессор, академик Российской академии наук, главный врач Научно-исследовательского института — Краевой клинической больницы № 1 им. проф. С. В. Очаповского; заведующий онкологическим отделением с курсом торакальной хирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Кубанского государственного медицинского университета
Электронная почта kbb1@mail.ru

УДК 616.33+616.34]-007.251-08

Новое — это хорошо забытое старое. Консервативное лечение перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки по методу Тейлора

Э. А. Щеглов^{1, 2}, Н. Н. Алонцева², Е. В. Филиппова²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Карелия «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи», Петрозаводск, Россия

New is a well-forgotten old. Conservative treatment of the stomach and duodenum perforation using the Taylor method

E. A. Shcheglov^{1, 2}, N. N. Alontseva², E. V. Filippova²

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Petrozavodsk State University", Petrozavodsk, Russia

² State Budgetary Healthcare Institution of the Republic of Karelia "Republican Hospital of Emergency and Urgent Medical Care", Petrozavodsk, Russia

Аннотация. Статья посвящена методике консервативного лечения перфораций желудка и двенадцатиперстной кишки по методу Н. Taylor. Приводится литературный обзор с точным описанием исходной авторской методики. Ряд авторов считает возможным использовать его как основной метод лечения в определенных ситуациях, другие рассматривают его лишь как «метод отчаяния», когда хирургическое лечение по целому ряду причин невозможно. Дается описание клинического случая успешного лечения пациента с перфорацией опухоли желудка по данному методу. Метод Н. Taylor при всей его неоднозначности позволяет в ряде случаев обойтись без хирургического вмешательства. Он однозначно применим при категорическом отказе больного от операции. Аспирация желудочного содержимого может дать возможность выиграть время в случае отсрочки выполнения операции по техническим причинам. Широкое его применение в настоящий момент авторы считают нецелесообразным, но по мере совершенствования антибактериальной и противоязвенной терапии, возможно, произойдет расширение показаний к его применению.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; рак желудка; перфорация; прободение; консервативная терапия.

Abstract. The article is devoted to the method of conservative treatment of gastric and duodenal perforations using the H. Taylor method. A literature review with an accurate description of the original author's method is provided. A number of authors consider it possible to use it as the main method of treatment in certain situations, while others consider it only as a "method of despair" when surgical treatment is impossible for a number of reasons. A description of a clinical case of successful treatment of a patient with a perforated gastric tumor using this method is given. The H. Taylor method, despite its ambiguity, allows in some cases to do without surgical intervention. It is definitely applicable when the patient categorically refuses surgery. Aspiration of gastric contents can make it possible to gain time in the event of a delay in performing surgery for technical reasons. The authors consider its widespread use to be inappropriate at the moment, but as antibacterial and antiulcer therapy improves, the indications for its use may expand.

Keywords: gastric ulcer and duodenal ulcer; gastric cancer; perforation; conservative therapy.

Конфликт интересов отсутствует.

Несмотря на очевидные успехи в лечении язвенной болезни, проблема лечения ее осложнений остается до конца не решенной. Одним из таких грозных осложнений является прободение, которое может встречаться как при перфорации язвы, так и при перфорации злокачественного новообразования. Особенную сложность у таких пациентов создает то, что начало их лечения не допускает отсрочки и решение об этом должно быть принято здесь и сейчас.

Конечно, давно в прошлом осталась ситуация, описанная профессором Фёдором Уденом в 1816 году: «При продырявливании желудка больного объемлет тоска, сопровождаемая ворчанием в брюхе, кислой воющей отрыжкой, рвотой, запором, в членах слабость,

лицо бледно, конечности слабеют, горечь терзает душу больного. К тому же присовокупляется холодный пот, икота, боли в спине, кои прекращаются только со смертью». Однако до сих пор, по данным клинических рекомендаций 2015 года, прободная язва встречается у 13,5 на 100 000 населения [1], а летальность составляет от 5 до 17,9% [2]. Говоря о перфорации опухоли желудка, следует отметить, что она является одним из наиболее часто встречающихся осложнений злокачественного новообразования, требующего хирургической коррекции.

В России, согласно существующим представлениям, основным методом лечения является хирургический. Консервативное лечение в случае перфорации

опухоли желудка обычно не рассматривается вообще, а в случае прободения язвы желудка консервативная терапия по методу Тейлора может применяться в случае отказа пациента от операции. Все же в случае хирургического лечения перфорации опухоли желудка зачастую возникает противоречие между позицией ургентного хирурга, стремящегося минимизировать объем срочной операции, и онколога, стремящегося к радикальному лечению [3].

Однако нельзя не признать, что существуют, к сожалению, ситуации, когда даже минимальное вмешательство (ушивание язвы) может оказаться невыполнимым. Это может быть связано и с тяжелым состоянием пациента, и с возможностями хирурга в маленькой участковой больнице. В случае перфорации опухоли ситуация становится еще более сложной. Ведь в отличие от прободения язвы, когда возможно выполнить ушивание отверстия, ушить перфорацию опухоли крайне сложно, если не невозможно. И, таким образом, хирург исходно оказывается перед необходимостью выполнять операцию большого объема. Во всех таких ситуациях врачи должны иметь «запасной вариант», который можно было бы применить при невозможности хирургического лечения. Таким вариантом может стать метод Тейлора.

Небольшая историческая справка. Несмотря на название, Hermon Taylor не является первым врачом, который применил этот метод. В 1843 году в журнале *Lancet* была опубликована статья хирурга Edwards Crisp Esq. [4], в которой он упоминает возможность консервативной терапии перфорации, причем, говоря о причинах перфорации, упоминает в том числе и перфорацию опухоли (рисунок 1). E. Crisp выдвинул предположение, что самостоятельная перфорация происходит вследствие адгезии данной зоны как результат воспалительной реакции.

В 1933 году о применении данного метода у трех пациентов, которые отказались от хирургического лечения перфорации, рассказал O. H. Wangensteen [5], а в 1945 году F. P. Turner применил, в 1951 году описал применение аспирации и антибиотикотерапии у 6 пациентов [6]. Но подробное и точное описание метода было сделано H. Taylor в ноябре 1945 года во время выступления на английском обществе гастроэнтерологов и опубликовано в журнале *The Lancet* 28 сентября 1946 года [7] (рисунок 2).

В статье были описаны 28 случаев консервативного лечения перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях диагноз был подтвержден данными рентгенографии с выявлением свободного газа в брюшной полости. Из 28 умерло 4 пациента, однако, по данным автора, 3 случая были связаны не с консервативным лечением, а с тромбозом легочной артерии, кишечной непроходимостью и исходно тяжелым состоянием пациента, страдающего туберкулезом, хронической задержкой мочи, повторной меленой (вероятно, перфорация сочеталась с гастродуоденальным кровотечением). Только в одном случае летальный исход был связан с консервативной терапией, он случился у 50-летнего ирландца, который «выпил две пинты

пива, чтобы уменьшить боль. Неконтролируемо беспокойный, дрался с медсестрами, вытаскивал желудочный зонд, пил жидкость для полоскания рта».

Методика лечения, которую применял H. Taylor в госпитале г. Илфорда, подробно описана в статье. В статье очень подробно описана техника метода, поэтому считаем целесообразным привести перевод этой части статьи дословно, используя язык автора:

«Если решение о консервативном лечении принято, то пациент получает морфин 1/4 г внутривенно, возможно двукратно при необходимости, и рассасывает таблетку аметокаина 1 г. Когда таким образом его боль и беспокойство притупляются, а горло становится нечувствительным, его желудок опорожняется с помощью большой желудочной трубки, присоединенной к бутылке для желудочного отсасывания Сенорана. Затем трубку извлекают, и пациента отправляют в палату. Когда он удобно устроился в постели, через нос вводится небольшая желудочная трубка и фиксируется в положении, и содержимое желудка аспирируется с интервалом в полчаса с помощью шприца объемом 20 см³. Количество выведенной жидкости плюс три пинты в течение 24 часов вводится ректально, подкожно или внутривенно. Можно давать пить жидкость маленькими глотками, при условии, что они сразу же будут аспирированы; в противном случае ничего не позволительно принимать через рот в течение первого дня. Химиотерапевтические препараты могут вводиться инъекционно, если необходимо.

Лечение продолжается в течение вторых 24 часов, но теперь почасовые аспирации следуют за питием 1 унции воды. Смесь молока и воды заменяется на третий день, и трубка извлекается, когда оценка объема жидкости показывает, что количество, принятое через рот, проходит в кишечник и не скапливается в желудке. Последующее лечение точно так же, как при острой неперфорированной язве, с градуированной диетой, маслом, порошком и т. д.

При таком режиме боль быстро уменьшается, и пациент обычно чувствует себя комфортно в течение двенадцати часов или около того. Интересно наблюдать за исчезновением признаков боли постепенно от левой нижней части живота к эпигастрию и правому боку, где болезненность может сохраняться в течение нескольких дней. Постоянная трубка является источником дискомфорта для пациента, но обычно с радостью переносится, когда ему объясняют, что альтернативой является операция.

Обычно наблюдается очень мало функциональных нарушений, и частота пульса остается примерно нормальной. Непроходимость кишечника может ожидать при не столь ранней перфорации (вероятно, имеется в виду срок между перфорацией и началом лечения — *примечание автора статьи*), в этих случаях может потребоваться продолжение аспирации дольше, чем обычно. Противопоказания к применению метода будут рассмотрены далее. Если показания к консервативной терапии были выставлены правильно, то серьезная непроходимость кишечника не должна развиваться.

Лечение создает немного большую нагрузку на медсестер, чем если бы пациент был прооперирован, но оно требует от них понимания необходимости смены зонда. Сухая аспирация никогда не должна при-

ниматься как доказательство пустого желудка, если небольшой объем жидкости через рот не может быть немедленно выведен через трубку».

LIVER DISEASE.—PERFORATION OF THE STOMACH. 639

activity the present dormant influences. I do not expect that under any plan there will speedily be permanent benefit; and, although there may be, and most likely will be, fluctuations, real improvement to the constitution can accrue but slowly.

LIVER DISEASE. ABSENCE OF THE GALL BLADDER, WITH GREAT ENLARGEMENT OF THE VENA PORTÆ.

A WOMAN, sixty-seven years of age, had suffered from jaundice for about seven years, when she became attacked by vomitings, nausea, altering diarrhoea and constipation, and a dull pain in the region of the liver. With these disturbances she came into the Hôtel Dieu of Lyons, where in a few days she died. On opening the body the liver was found of a dirty greenish-yellow colour and small, contrasting strongly in this respect with the vena portæ, which was, at least, double the size of the vena cava inferior. At the place where this vein was about to ramify in the liver a cylindrical body was found, of a blackish colour, an inch (2.13 centimetres) in length, and weighing about a drachm. The extremity opposite to the substance of the liver was rounded; that towards the vena portæ presented a depression "such as might be impressed on a soft substance by the undulations of a current of fluid." Similar concretions were met with in different parts of the liver. The place of the gall-bladder was occupied by a small hard tumour, a rounded calculus, as large as a small walnut, less than a drachm in weight, enclosed within a cyst. The gall-duct had been converted into a fibrous cord, and the hepatic artery was much smaller than naturally. The spleen and pancreas were large. The concrete cylindrical body in the vena portæ was found to consist of cholesterine, stearine, yellow-colouring, and resinous matters, picromel, magnesian salts, and other constituents of bile.—*Journal de Med. de Lyon.*

MONSTER.—A very large acephalous foetus was recently laid before the French Academy of Medicine, by M. Chailly. The cavity of the cranium was almost wholly wanting, the bones of its base and vault being both thickened and approximated, leaving a vacant space at the summit, where the scalp also was absent. The brain was replaced by a soft fibrous substance, subdivided into lobes, and traversed by sinuses gorged with blood. The degeneration of the brain was partaken in by all the cerebral nerves except the frontal branches of the ophthalmic (fifth), which preserved their normal character.—*Bulletin de l'Acad. Royale.*

CASES OF

PERFORATION OF THE STOMACH, WITH DEDUCTIONS THEREFROM RELATIVE TO THE CHARACTER AND TREATMENT OF THAT LESION.

By EDWARDS CRISP, Esq, Surgeon,
Walworth.

SEVERAL treatises upon this disease have been written by continental physicians during the last fifteen years. The subject, however, has been but little attended to in this country; for although a large amount of information exists in the medical journals in the form of cases and short essays, but few communications of a comprehensive character are to be met with. Among the few I may mention, particularly, the papers of Messrs. Taylor and Williamson, the first in the "Guy's Hospital Reports" (1829,) and the latter in the "Dublin Journal" (1841). The various authors whom I have consulted differ much respecting the nature, cause, &c., of these lesions, and the discrepancies appear to me to arise from the very common error amongst medical writers of drawing conclusions from a few facts. I shall endeavour to avoid this by selecting a large number of cases from which I can deduce my inferences.

Perforations of the stomach arise from three causes, viz., external violence, poison, and from simple or malignant ulceration. The perforation from the action of the gastric juice I believe is invariably a post-mortem occurrence, and therefore is not included. Spontaneous perforations of the stomach have been divided into two classes, viz., those arising from malignant disease, and those produced by simple ulceration. It is my intention in the present paper to notice only the latter, which are of much more frequent occurrence, and, in a medico-legal point of view, of greater interest. The best pathological description I have met with of this disease is in Baillie's "Morbid Anatomy" (1795. American edition).

"Opportunities occasionally offer themselves of observing ulcers of the stomach. These sometimes resemble common ulcers in any other part of the body, but frequently they have a peculiar appearance; many of them are surrounded with hardly any inflammation, nor have they irregular eroded edges as ulcers generally have, nor is there any particular diseased alteration in the structure of the stomach in the neighbourhood. They appear very much as if some little time before a part had been cut out from the stomach with a knife, and the edges had healed, so

Рисунок 1. Оригинальная статья Е. Crisp, 1843 год

PERFORATED PEPTIC ULCER
TREATED WITHOUT OPERATION*

HERMON TAYLOR

M.A., M.D., M.Chir. Camb., F.R.C.S.

ASSISTANT SURGEON, LONDON HOSPITAL; SURGEON, KING
GEORGE HOSPITAL, ILFORD; CONSULTING SURGEON,
ENFIELD WAR MEMORIAL HOSPITAL

It has long been a rule of surgical practice that perforated peptic ulcer should be treated by immediate operation to suture the perforation and drain the peritoneal cavity. It is, however, questionable whether all cases of perforation should be lumped together indiscriminately in this way. The gravity of the crisis depends not so much on the fact of the perforation as on the likelihood of a fatal peritonitis. But the factors which determine this issue—the interval between perforation and treatment, and the amount and character of the leakage from the stomach—vary within the widest limits. Automatic surgical intervention takes no account of this variation, nor does it recognise the existence of the natural defence mechanism within the peritoneal cavity.

It must not be forgotten that the peritoneum, with its copious blood-supply and lymph drainage, its endothelial cells and phagocytes, is specially adapted to overcome infection. It can sterilise and absorb a considerable quantity of infective fluid, provided the contamination is not repeated before the peritoneum has had time to recover from the damage suffered in the process. To state this is to put the problem of perforated ulcer in its proper perspective. Obviously if an infective peritonitis is already established as the result of delayed treatment or gross flooding of the peritoneal cavity there is no alternative to the classical operation, since drainage is essential. But if the contamination which has taken place can be checked at the source without operation, before it has overcome the peritoneal defence, no drainage is necessary, and the patient will recover spontaneously.

A method of achieving this is described here, the effect of which is to reduce the problem in any one case of perforated ulcer to an assessment of the degree of leakage that has taken place. The decision to interfere surgically will depend on this assessment, but in the great majority of cases it will not be necessary, as the present case-reports show.

DEVELOPMENT OF THE CONSERVATIVE METHOD

It will perhaps be useful to describe how I came to make this departure from established practice.

In operating on early perforations in the usual way, I repeatedly found that the peritoneal fluid was sterile on culture, and therefore I began to dispense with the drainage-tube more and more, without encountering any case of delayed peritonitis as a result. But the crucial experience was that from time to time there occurred cases in which I opened the abdomen only to find the perforation already sealed off by adhesion to a neighbouring viscus, usually the under surface of the liver. The firmness with which the adherent surfaces were applied to each other, and the difficulty in separating them to suture the perforation, suggested that this was in fact unnecessary. When a similar case occurred later, therefore, I left the sealed-off perforation undisturbed without any untoward sequelae, but it was obvious that I had performed a useless operation, having neither drained the peritoneal cavity nor sutured the perforation.

I collected 8 cases of this nature and found that the factor common to them all was that the patient's last meal had been eaten some time before the perforation—i.e., the stomach was relatively empty at the time. Consequently, not without trepidation, I tried to repro-

* Read before the Society of British Gastro-Enterologists, November, 1945.
6422

duce this condition in early cases by substituting gastric aspiration for operation, relying on the peritoneum to deal with the fluid that had already escaped, and on local adhesion to seal off the dried-up perforation.

The results were satisfactory beyond my expectation. Since January, 1945, 28 consecutive cases have been treated in this way; 24 patients made an uneventful recovery, 3 died from causes unconnected with the treatment, and 1 died who might have been saved by immediate operation, if I had had the experience at the time to recognise the limits of applicability of the conservative method. With the experience that has been gained and is now recorded, such an error in the selection of treatment should be avoidable in future.

CLINICAL PROCEDURE

At King George Hospital, Ilford, when a case of perforated ulcer is received, the decision whether to apply conservative treatment or to operate is made in the receiving-room (see below). If conservative treatment is adopted, the patient receives morphine gr. 1/4 intravenously, repeated if necessary, and sucks a lozenge of amethocaine gr. 1. When thereby his pain and anxiety are dulled and his throat has become insensitive, his stomach is emptied with a large stomach-tube attached to a Senoran's gastric-suction bottle. The tube is then withdrawn, and the patient is sent to the ward. When he has been made as comfortable as possible in bed, a small stomach-tube is passed through the nose and fixed in position, and the stomach is aspirated at half-hour intervals with a 20 c.cm. syringe. The quantity of fluid withdrawn plus three pints in the twenty-four hours is administered rectally, subcutaneously, or intravenously. Small sips can be given, provided they are aspirated out again at once; otherwise nothing is allowed by mouth for the first day. Chemotherapeutic agents may be given by injection if necessary.

The treatment is continued during the second twenty-four hours, but now hourly aspirations are followed by drinks of 1 oz. of water. A mixture of milk and water is substituted on the third day, and the tube is removed when the fluid chart indicates that the amount taken by mouth is passing into the intestine and is not collecting in the stomach. Subsequent treatment is exactly as for acute non-perforated ulcer, with graduated diet, oil, powder, &c.

On this régime pain diminishes rapidly, and the patient is generally comfortable within twelve hours or so. It is interesting to observe the disappearance of the signs progressively from the left lower abdomen towards the epigastrium and right flank, where tenderness may persist for some days. The indwelling tube is a source of discomfort to the patient, but is usually gladly borne when it is explained that the alternative is an operation.

There is usually very little constitutional disturbance, and the pulse-rate remains about normal. Ileus may be expected in the not-so-early perforation, for which it may be necessary to continue the aspiration longer than usual. The limiting factor in the selection of cases is implied in this consideration and will be discussed further. If proper judgment has been exercised, a serious ileus should not develop.

The treatment throws little more strain on the nurses than if the patient had been operated on, but it does require from them an appreciation of the fickleness of stomach-tubes. A dry aspiration should never be accepted as evidence of an empty stomach, unless a small drink by mouth can be immediately withdrawn through the tube.

CASE-RECORDS

The case-records include only unequivocal perforations with full-scale rigidity and tenderness, some being confirmed by the radiological demonstration of gas under

N

Рисунок 2. Первая страница статьи Н. Taylor в журнале The Lancet с описанием техники метода

Противопоказаниями к использованию данного метода Н. Taylor считает длительный срок от момента перфорации, наличие пилоростеноза и употребление большого количества жидкости непосредственно перед и после перфорации. Обязательную эвакуацию желудочного содержимого автор рекомендует для случаев, когда требуется долгое ожидание хирурга перед операцией.

Хочется обратить внимание на необходимость предварительной аспирации желудочного содержимого через толстый зонд. Автор акцентирует на этом внимание, видимо, понимая, что тонкий назогастральный зонд не позволит адекватно удалить съеденную ранее твердую пищу. Кроме того, бросается в глаза тщательный подход к учету вводимой и выводимой жидкости и необходимость немедленной аспирации введенной

в первые сутки через рот жидкости. Вероятно, в таком скрупулезном подходе и кроется успех метода.

В своей статье 2020 года сотрудники Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова МО РФ также рекомендуют использовать модифицированный ими метод Тейлора во время предоперационной подготовки и на этапах эвакуации. По мнению авторов статьи, метод был хорошо воспринят военно-морскими хирургами [8].

Однако следует сказать, что данный метод не получил широкого распространения ни в СССР, ни в России. Одним из показаний к его применению является, по мнению А. Ф. Черноусова, Н. А. Смотровой и Д. П. Канаева, отказ больного от операции [9–11]. А. А. Шалимов считает возможным использовать его только в случае перфорации острых язв или при тяжелом состоянии

больного, когда выполнение лапаротомии невозможно [12]. По данным Ю. М. Панцырева и А. А. Гринберга, консервативное лечение не может играть самостоятельной роли в случае прободной язвы [13]. При перфорации опухоли желудка рекомендовано использовать аспирацию желудочного содержимого по Вангенсти-ну — Тейлору только в сочетании с предварительно выполненной герметизацией перфоративного отверстия по Оппелю — Поликарпову в случае отсутствия хирурга, владеющего техникой радикальной операции [14]. По мнению автора, это позволит «выиграть время для ...перевода больного в другое лечебное учреждение, где может быть выполнена резекция».

Таким образом, сформировалось мнение, что метод активной аспирации является методом отчаяния при невозможности хирургического лечения пациента.

В зарубежной литературе отношение к методу Тейлора несколько более положительное. Было опубликовано несколько ретроспективных серий с положительными результатами до 80% [15–18]. Однако в одном из обзоров указано, что в случае неэффективности данного метода оперативное лечение будет выполнено с большой задержкой, что приводит к летальности до 50% [16].

В результате возникает вопрос о критериях отбора пациентов для консервативного лечения. По итогам проспективного исследования, включавшего 82 пациента, опубликованного в 2004 году [19], были сформулированы следующие противопоказания для применения метода Тейлора: большой объем пневмоперитонеума, видимый на рентгенограмме брюшной полости в положении стоя, болезненность при пальцевом ректальном исследовании, перкуторный тимпанит, признаки раздражения брюшины и возраст старше 59 лет. По данным других литературных источников, факторами риска неудачи могут быть возраст старше 70 лет, задержка более 12 часов до начала консервативного лечения и гемодинамическая нестабильность [20–22]. По данным авторов, возраст от 59 до 70 лет является фактором риска, так как ассоциируется с большим количеством сопутствующих заболеваний, большой срок от момента перфорации до начала лечения увеличивает риск развития перитонита, который сам по себе требует хирургического лечения.

Одним из важных минусов консервативного лечения является невозможность точной диагностики патологии. В этом случае рекомендуется выполнение ФГДС через 6 недель после успешного консервативного лечения, чтобы подтвердить заживление язвы и выполнить биопсию для исключения малигнизации [16].

К настоящему моменту сформированы две группы кандидатов на консервативное лечение перфорации: пациенты с благоприятным прогнозом без критериев исключения и группа пациентов, для которых по тяжести состояния консервативное лечение является единственным возможным методом [23]. Однако наличие столь большого количества публикаций, посвященных этому методу, говорит о серьезном к нему отношении и необходимости продолжения исследований в данном направлении.

Хочется завершить краткий литературный обзор и сказать, что метод Тейлора остается достаточно спорным. Ряд авторов считает возможным использовать его как основной метод лечения в определенных ситуациях, другие рассматривают его лишь как «метод отчаяния», когда хирургическое лечение по целому ряду причин невозможно.

Хотим поделиться нашим опытом лечения пациента с перфорацией опухоли желудка по методу Тейлора. Сразу оговоримся, что в нашей практике это был единственный случай и из его успеха никоим образом нельзя делать выводы о возможности широкого применения данного метода.

Описание клинического случая. Больной В., 78 лет, был госпитализирован в хирургическое отделение Больницы скорой медицинской помощи г. Петрозаводска с клиникой перфорации желудка. Из анамнеза известно, что за полтора года до госпитализации пациенту выполнялась РПХГ по поводу холедохолитиаза. Пациент страдает гипертонической болезнью (АГ 3, риск 4), церебральным атеросклерозом, ХНМК 4, перенес острый инфаркт миокарда, ХСН 2А ст. Также у пациента ранее выявлялось атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей, окклюзия бедренно-подколенного сегмента с обеих сторон, ХАН 2А ст. За год до настоящей госпитализации у пациента было выявлено злокачественное новообразование желудка, пациент категорически отказался от хирургического лечения опухоли, получает консервативную терапию.

Больной поступил через 2–3 часа с момента развития болей в брюшной полости. При поступлении выявлено напряжение и болезненность передней брюшной стенки в эпигастрии и по правому фланку живота, перкуторно отсутствие печеночной тупости. По данным рентгенографии брюшной полости в вертикальной позиции с захватом поддиафрагмального пространства выявлено наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы. В связи с данными осмотра и анамнеза было высказано предположение о наличии у пациента клиники перфорации рака желудка. Пациенту было предложено срочное хирургическое лечение, от которого он категорически отказался. Неоднократно проводились консилиумы с участием заведующего отделением и заместителя главного врача по хирургии, пациенту и его родственникам объяснялись риски отказа от операции.

Несмотря на все усилия, пациент отказывался от операции. В этой связи как единственный метод лечения больного был предложен метод активной аспирации желудочного содержимого по методу Н. Taylor. Был установлен назогастральный зонд, через который с интервалом в 1–2 часа проводилась аспирация желудочного содержимого. Больному была назначена антибиотикотерапия препаратами широкого спектра из группы защищенных аминопенициллинов, терапия ингибиторами протонной помпы и инфузионная терапия с полным парентеральным питанием.

На фоне проводимой консервативной терапии отмечено уменьшение, а затем и ликвидация болевого

синдрома через 3 суток с момента начала лечения. Восстановился пассаж содержимого по кишечнику и ликвидирован сброс по назогастральному зонду, что позволило перейти к пероральному приему пищи. На 4-й день с момента начала лечения была выполнена спиральная компьютерная томография брюшной полости. По данным СКТ между левой долей печени и стенкой желудка определяется ограниченное скопление жидкости неправильной формы, размерами $190 \times 60 \times 95$ мм, ориентировочным объемом 500 мл. От выполнения пункции решено отказаться в связи со стабильным состоянием пациента, его негативным отношением к любым манипуляциям и отсутствием адекватной траектории пункции. Состояние пациента постепенно улучшалось. На 8-е сутки с начала лечения было выполнено ультразвуковое исследование. По данным УЗИ в области левой доли печени выявлена гипозоногенная зона до 134×60 мм с множественными гиперэхогенными перегородками и незначительным анэхогенным компонентом. Подобная зона также определяется в серповидной связке печени, размерами $52 \times 45 \times 23$ мм. По данным лабораторного исследования сохранялся незначительный лейкоцитоз, в биохимическом анализе крови повышение уровня фибриногена до 4,94, трансаминаз и билирубина. В остальном без патологии. Назогастральный зонд был удален. Нормализован пероральный прием пищи с восстановлением стула. Жалобы со стороны брюшной полости полностью отсутствовали, и пациент был выписан на амбулаторное лечение с рекомендацией явки к онкологу.

Через 17 дней с момента выписки пациент был повторно госпитализирован в отделение с признаками антибиотикоассоциированной диареи на фоне прове-

денной антибиотикотерапии. После проведенной консервативной терапии признаки диареи ликвидированы. По данным УЗИ в области левой доли выявлено анэхогенное образование с четким контуром 11×26 мм. Выполнена фиброгастроскопия. Описание: стенки желудка эластичные, складки сглажены, в средней трети деформированы, утолщены, расправляются с трудом. По задней поверхности в этой области бугристое образование с гиперемированной поверхностью размером $2 \times 3 \times 1,5$ см. Взята биопсия 4 кус. Больной был выписан на амбулаторное лечение с рекомендацией явки к онкологу. В дальнейшем в стационар по поводу данной проблемы не обращался.

Заключение. Метод Н. Taylor при всей его неоднозначности позволяет в ряде случаев обойтись без хирургического вмешательства. Он однозначно применим при категорическом отказе больного от операции. Аспирация желудочного содержимого может дать возможность выиграть время в случае отсрочки выполнения операции по техническим причинам. Широкое его применение в настоящий момент авторы считают нецелесообразным, но по мере совершенствования антибактериальной и противоязвенной терапии, возможно, произойдет расширение показаний к его применению, хотя это, скорее всего, дело отдаленного будущего.

Еще раз хочется акцентировать внимание на вопросе тщательного учета вводимой и выводимой жидкости и немедленной эвакуации введенного содержимого. Метод Тейлора будет «работать» только при условии строжайшего соблюдения этих принципов. В случае ненадлежащего сестринского ухода применение его абсолютно невозможно.

Литература

1. Прободная язва : национальные клинические рекомендации. – 2016 // Российское общество хирургов : сайт.
2. Вавринчук С. А., Косенко П. М., Чернышов Д. С. Современные аспекты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2013. – 241 с.
3. Бударова М. Д., Давыдов М. М., Герасимов С. С., Филатов А. А. Перфоративный рак желудка // Онкология. Журнал им. П. А. Герцена. – 2019. – № 1. – С. 63–70.
4. Crisp E. Cases of perforation of the stomach, with deductions therefrom relative to the character and treatment of that lesion // The Lancet. – 1843. – Т. 40, № 1040. – С. 639–649.
5. Wangensteen O. H. Non-operative treatment of localized perforations of the duodenum // Minn. Med. – 1935. – Т. 18. – С. 477–478.
6. Turner F. P. Acute perforations of stomach, duodenum and jejunum; an analysis of 224 cases with late follow-up data on 147 cases of acute perforated peptic ulcer // Surgery, gynecology & obstetrics. – 1951. – Т. 92, № 3. – С. 281–295.
7. Taylor H. Perforated peptic ulcer treated without operation // The Lancet. – 1946. – Т. 248, № 6422. – С. 441–444.
8. Соловьев И. А., Уточкин А. П., Левшин К. А. О методе лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки по Герману Тейлору // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2020. – Т. 15, № 2. – С. 193–197.
9. Канаев Д. И. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка // Вестник хирургии. – 1987. – № 8. – С. 53.
10. Смотров Н. А. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка // Хирургия. – 1985. – № 10. – С. 108.
11. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки : рук. для врачей. – Москва : Медицина, 1996. – 256 с.
12. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. – Киев : Здоровье, 1972. – 355 с.
13. Панцырев Ю. М., Гринберг А. А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. – Москва : Медицина, 1979. – 159 с.
14. Гешелин С. А. Неотложная онкохирургия. – Киев : Здоровья, 1988. – 200 с.
15. Giacchi R. et al. A conservative Taylor's method in the treatment of peptic perforation // Il Giornale di Chirurgia. – 1990. – Т. 11, № 11–12. – С. 640–642.
16. Marshall C. et al. Evaluation of a protocol for the non-operative management of perforated peptic ulcer // British journal of surgery. – 1999. – Т. 86, № 1. – С. 131–134.
17. Gul Y. A., Shine M. F., Lennon F. Non-operative management of perforated duodenal ulcer // Irish Journal of Medical Science. – 1999. – Т. 168. – С. 254–256.

18. Rahuman M. M., Saha A. K., Rahim A. Experience of peptic ulcer perforation over a decade in a teaching hospital of southern Bangladesh // *Ceylon Medical Journal*. – 2011. – Т. 48, № 2.
19. Songne B. et al. Non operative treatment for perforated peptic ulcer: results of a prospective study // *Annales de chirurgie*. – 2004. – Т. 129, № 10. – С. 578–582.
20. Zittel T. T., Jehle E. C., Becker H. D. Surgical management of peptic ulcer disease today — indication, technique and outcome // *Langenbeck's archives of surgery*. – 2000. – Т. 385. – С. 84–96.
21. Oulhaci W. Results of conservative treatment for perforated gastroduodenal ulcers in patients not eligible for surgical repair // *Swiss medical weekly*. – 2007. – Т. 137, № 2324. – С. 337–340.
22. Crofts T. J. et al. A randomized trial of nonoperative treatment for perforated peptic ulcer // *New England Journal of Medicine*. – 1989. – Т. 320, № 15. – С. 970–973.
23. Mouly C. et al. Therapeutic management of perforated gastro-duodenal ulcer: literature review // *Journal of visceral surgery*. – 2013. – Т. 150, № 5. – С. 333–340.

Сведения об авторах

Щеглов Эрнест Анатольевич, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры общей и факультетской хирургии, Петрозаводский государственный университет

Адрес: Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр-т Ленина, 33; телефон 8 814-2 71-10-01; электронная почта ernestsheglov@gmail.com

Алонцева Наталья Николаевна, канд. мед. наук, главный врач ГБУЗ РК «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи»

Электронная почта nnalontsevabsmp@gmail.com

Филиппова Елена Викторовна, заведующая хирургическим отделением № 1 ГБУЗ РК «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи»

Электронная почта elenafil@mail.ru

УДК 616.329-002

Клинический случай цитомегаловирусной инфекции пищевода**А. И. Долгушина¹, О. Б. Несмеянова², Г. М. Хусаинова^{1, 2}, А. О. Хихлова^{1, 2},
С. Ю. Белоусов², О. В. Соловьева², Н. А. Дмитриева², К. П. Ратушная²**¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Россия**Clinical case of cytomegalovirus infection of the esophagus****A. I. Dolgushina¹, O. B. Nesmeyanova², G. M. Khusainova^{1, 2}, A. O. Khikhlova^{1, 2},
S. Y. Belousov², O. V. Soloveva², N. A. Dmitrieva², K. P. Ratushnaya²**¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Urals State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia² Chelyabinsk regional clinical hospital, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Цитомегаловирусная инфекция пищевода — редкое, но клинически значимое поражение пищевода, чаще встречающееся у лиц с иммуносупрессией. Продемонстрирован клинический случай пациента с генерализованной цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВ) в практике врача-ревматолога. Диагноз установлен на основании эндоскопического исследования с биопсией и подтвержден методом полимеразной цепной реакции на ЦМВ. Пациенту была назначена противовирусная терапия с последующим клиническим улучшением. Обсуждаются клинические проявления, методы диагностики ЦМВ, важность своевременного выявления и дифференциальной диагностики данной инфекции.

Ключевые слова: ревматические заболевания; цитомегаловирусная инфекция; эзофагит; диагностика; эндоскопия.

Abstract. Cytomegalovirus infection of the esophagus is a rare but clinically significant lesion of the esophagus, more often found in immunocompromised individuals. This article presents a clinical case of a patient with generalized cytomegalovirus infection (CMV) in the practice of a rheumatologist. The diagnosis was established based on endoscopic examination with biopsy and confirmed by polymerase chain reaction for CMV. The patient was prescribed antiviral therapy with subsequent clinical improvement. The article discusses clinical manifestations, diagnostic methods for CMV, the importance of timely detection and differential diagnosis of this infection.

Keywords: rheumatic diseases; cytomegalovirus infection; esophagitis; diagnostics; endoscopy.

Актуальность. Проблема инфекционных заболеваний в ревматологии обсуждалась всегда (в качестве триггерного фактора для запуска ряда ревматических заболеваний, к примеру реактивного артрита). Врачи-ревматологи насторожены из-за коморбидной инфекции в связи с терапией иммуносупрессивными и генно-инженерными биологическими препаратами. Особняком стоит проблема клинических проявлений инфекций, имитирующих ревматические заболевания и усложняющих своевременную постановку диагноза в реальной клинической практике.

Клинический случай. Пациентка Л., 69 лет. *Анамнез заболевания.* В мае 2018 года впервые отметила появление эритематозных высыпаний сливного характера на коже лица и конечностей. Осмотрена дерматологом по месту жительства, установлен диагноз «дерматит неуточненный». Местное лечение без эффекта. В августе 2018 года появление язвенных дефектов на коже конечностей. Повторно осмотрена дерматологом, проводилась местная терапия, дипроспан внутримышечно № 2, без эффекта. В ноябре 2018 года впервые осмотрена ревматологом, выставлен диагноз «системный васкулит неуточненный», при обследовании: повышение С-реактивного белка 24 мг/л (норма до 6 мг/л), антитела к двуспиральной ДНК — отрицательные, антинуклеарный фактор (АНФ) на Нер2 клетках 1 : 640, анти-

нейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА) IgG — отрицательные, криоглобулины, иммуноглобулины, циркулирующие иммунные комплексы — норма, ANA-профиль отрицательный. Назначен метилпреднизолон 12 мг в сутки, на этом фоне у пациентки увеличение язвенных дефектов на коже плеча. Осмотрена гнойным хирургом, диагноз «некротические язвы правого и левого плеча, абсцесс правого плеча». Доза метилпреднизолона снижена до 4 мг в сутки. Осмотрена фтизиатром — данных за туберкулез кожи нет. В январе 2019 года госпитализирована в ревматологическое отделение ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», при обследовании данных за системный васкулит не выявлено, выписана с диагнозом «язвенно-некротический васкулит кожи». Осмотрена дерматологом, назначен метотрексат 15 мг в неделю в течение месяца. Состояние пациентки с положительной динамикой, высыпания купированы. В течение четырех лет удовлетворительное состояние, у специалистов не наблюдалась. Осенью 2023 года ухудшение состояния — рецидив эритематозной сыпи, увеличение лимфоузлов, боли при глотании. По месту жительства по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), колоноскопии, рентгенографии грудной клетки с целью онкоскрининга патологии не выявлено. В октябре 2023 года самостоятельно возобновила прием преднизолона 10 мг в сутки

и метотрексата 15 мг в неделю, без эффекта. В апреле 2024 года ухудшение состояния в виде усиления сыпи, появление стоматита, боли в горле при глотании. В мае 2024 года укус клеща, пациентка не привита, отметила высыпания в месте укуса и самостоятельно начала принимать антибактериальные препараты, на этом фоне лихорадка до 39°C в течение 3 недель. Госпитализирована в инфекционное отделение с диагнозом «иксодовый клещевой боррелиоз, средней степени тяжести». Проводилась антибактериальная терапия. Высыпания, нарушение глотания сохранялось, похудела на 15 кг. Осмотрена фтизиатром — данных за туберкулез нет. Маркеры ВИЧ-инфекции, гепатита В и С не выявлены. Осмотрена ревматологом, выставлен диагноз «смешанное заболевание соединительной ткани?» Рекомендован прием гидроксихлорохина 200 мг в сутки, преднизолона 5 мг в сутки. Пациентка амбулаторно самостоятельно в течение 2 недель внутримышечно вводила дексаметазон 8 мг в сутки. В июле 2024 года пациентка госпитализирована в ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница».

При объективном осмотре обращало на себя внима-

ние наличие эритематозных высыпаний на коже кистей, груди, шеи. Язвенных дефектов нет, слизистые чистые. ИМТ 18 кг/м². При лабораторном исследовании анемия (гемоглобин 116 г/л), повышение С-реактивного белка до 7,2 мг/л (при норме до 6 мг/л), антитела к двуспиральной ДНК, АНЦА IgG — отрицательные, антинуклеарный фактор на Her2 клетках 1 : 640, криоглобулины не выявлены, иммуноглобулины, циркулирующие иммунные комплексы — норма, ANA-профиль отрицательный.

Учитывая жалобы, пациентке выполнена ЭГДС. По задней стенке гортаноглотки выявлен обширный протяженный глубокий дефект слизистой оболочки оvoidной формы с экссудатом на поверхности (рисунок 1). По левому краю дна дефекта визуализированы неровные, аморфные грануляции, прикрытые налетом фибрина, по правому краю — плотный налет фибрина (рисунок 2). Края язвенного дефекта — ровные, гладкие, слизистая оболочка краев не изменена (рисунок 3). При эзофагоскопии в верхней трети на 24 см от резцов по левой стенке выявлен неглубокий продольный дефект слизистой до 0,5 × 0,2 см, с налетом фибрина, гранулирующими краями, с валом инфильтрации (рисунок 4).

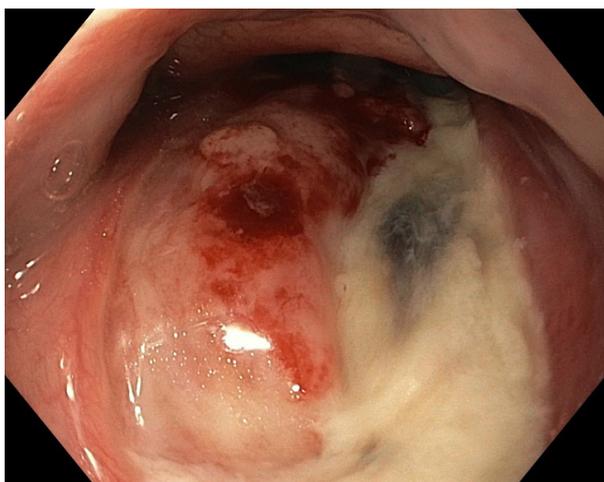


Рисунок 1. Глубокий язвенный дефект задней стенки гортаноглотки

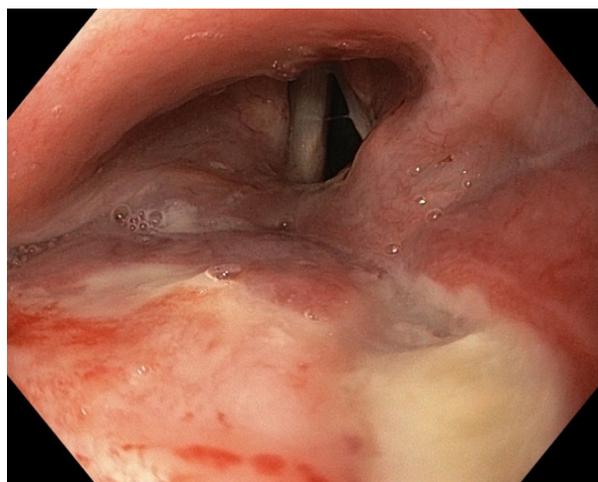


Рисунок 2. Нижний край язвы задней стенки гортаноглотки

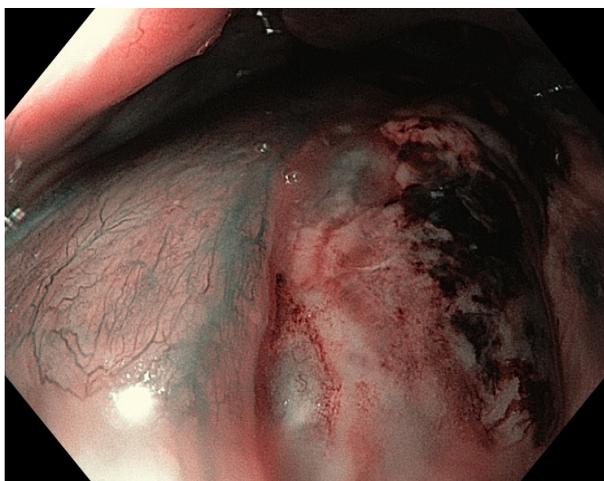


Рисунок 3. Визуализация неизменной слизистой оболочки краев язвенного дефекта (осмотр в режиме узкого спектра NBI)



Рисунок 4. Эпителизирующийся дефект слизистой верхней трети пищевода (осмотр в режиме узкого спектра NBI)

При исследовании желудка выявлено преобладание атрофических изменений слизистой оболочки тела. В луковице двенадцатиперстной кишки определялись множественные точечные плоские эрозии с налетом фибрина. Выполнена биопсия в дне язвенного дефекта гортаноглотки и фонового гастрита для морфологического исследования и ПЦР-диагностики.

По результатам гистологического исследования выявлены деструктивно-некротические изменения слизистой оболочки задней стенки носоглотки с признаками

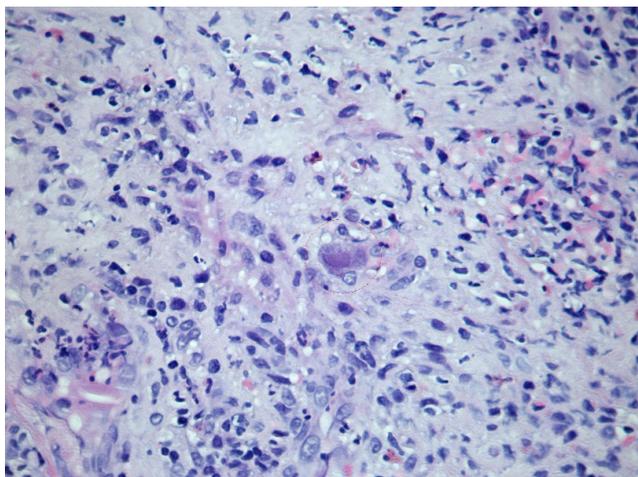


Рисунок 5. Микрофото. Слизистая оболочка гортаноглотки. Окраска гематоксилином и эозином. Цитомегалическая клетка с размытой цитоплазмой и гигантским пенистым эозинофильным четко отграниченным ядром, содержащим вирусные розовые включения

цитомегаловирусной инфекции — наличием крупных клеток с размытой цитоплазмой и гигантским пенистым эозинофильным четко отграниченным ядром, содержащим вирусные розовые включения (рисунки 5, 6), хронический выраженный атрофический неактивный гастрит тела с очаговой полной тонкокишечной метаплазией и умеренно выраженный диффузный неактивный гастрит антрального отдела без микробной обсемененности. При ПЦР-диагностике биоптата слизистой оболочки пищевода выявлена ДНК цитомегаловируса.

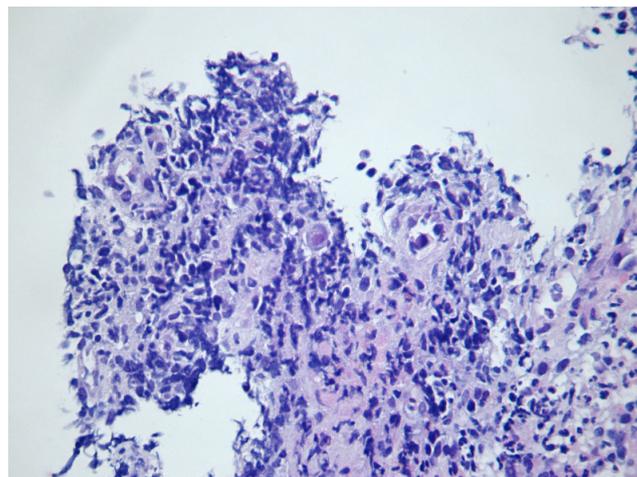


Рисунок 6. Микрофото. Слизистая оболочка гортаноглотки. Окраска гематоксилином и эозином. Цитомегалическая клетка с крупным ядром и вирусными включениями в окружении грануляционной ткани с воспалительным инфильтратом

С учетом данных гистологической картины взята кровь на вирусные инфекции: обнаружена ДНК цитомегаловируса методом ПЦР в режиме реального времени.

На основании клинических данных и результатов обследования пациентка осмотрена инфекционистом, выставлен диагноз «цитомегаловирусная инфекция средней степени тяжести, генерализованная форма

с поражением желудочно-кишечного тракта». Пациентка переведена в инфекционный центр для дальнейшего лечения. В октябре 2024 года пациентка повторно осмотрена ревматологом, отмечает купирование явлений дисфагии, высыпания не рецидивировали. В ноябре 2024 года проведен контроль ЭГДС, где выявлена полная эпителизация язвенного дефекта гортаноглотки и пищевода (рисунок 7).

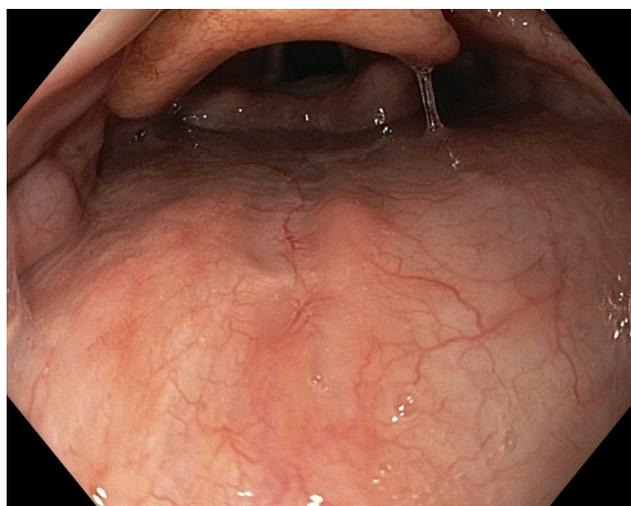


Рисунок 7. Полная эпителизация язвенного дефекта гортаноглотки

Обсуждение. Цитомегаловирус — условно-патогенный двухтяжевый ДНК-вирус подсемейства *Betaherpesvirinae* 5-го типа. Цитомегаловирусная инфекция может сопровождаться лихорадкой, интоксикацией, слабостью, миалгиями, лимфаденопатией, сиалоаденитом, гепатитом, язвами желудочно-кишечного тракта [1]. В настоящее время в своей рутинной практике мы часто вспоминаем о ЦМВ лишь у иммунокомпрометированных лиц, зная, что особенно тяжело протекает ЦМВ-инфекция у больных СПИДом и реципиентов при трансплантации органов. ЦМВ желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является основной причиной заболеваемости и смертности у пациентов со сниженным иммунитетом [2]. Из всех отделов ЖКТ чаще всего встречается поражение толстой кишки, данные по поражению верхних отделов ограничены. S. Marques et al. (2017) при ретроспективном анализе карт за 10-летний период выявили 12 пациентов с ЦМВ верхних отделов ЖКТ, средний возраст составил (61 ± 18) лет, при этом у 3 (25 %) пациентов не выявлено ВИЧ-инфекции либо другой иммуносупрессии [3]. Клинически пациенты с ЦМВ-инфекцией ЖКТ могут жаловаться на дисфагию, тошноту, рвоту, боли в животе и потерю веса. Диагностика основана на данных эндоскопии и биопсии. С учетом отсутствия ВИЧ-инфекции, объективных причин

иммуносупрессии наличие ревматических симптомов в клинической картине ЦМВ может приводить к диагностическим ошибкам. Наличие ЦМВ-инфекции у пациентки в настоящем клиническом наблюдении не вызывает сомнения. Помимо общих клинических признаков ЦМВ, об этом свидетельствуют жалобы со стороны органов ЖКТ: признаки дисфагии, потеря массы тела. Эндоскопическая картина глубокой язвы «штампованного» вида с выраженным экссудатом на поверхности, четко очерченными краями на фоне неизменной слизистой оболочки также характерна для ЦМВ поражения. Сложность диагностики в данном случае обусловлена отсутствием сопутствующих заболеваний, связанных с иммуносупрессией, а также наличием симптомов, имитирующих ревматические заболевания. Наличие положительного АНФ у пациентки при отсутствии отрицательных маркеров системных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов можно объяснить частотой его встречаемости и в здоровой популяции в широких пределах от 1,1 до 20 % [4].

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует многообразие клинических проявлений ЦМВ-инфекции, в том числе течение под маской ревматического заболевания, и ее регресс на фоне противовирусной терапии.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получили гонорара за статью.

Литература

1. Балабанова Р. М. Ревматические заболевания и вирусная инфекция: есть ли связь? // Современная ревматология. – 2020. – Т. 14, № 4. – С. 98–102.
2. Ozaki T. et al. Cytomegalovirus disease of the upper gastrointestinal tract in patients with rheumatic diseases: a case series and literature review // Clinical rheumatology. – 2013. – Т. 32. – С. 1683–1690.
3. Marques S. et al. Cytomegalovirus disease of the upper gastrointestinal tract: a 10-year retrospective study // GE-Portuguese Journal of Gastroenterology. – 2017. – Т. 24, № 6. – С. 262–268.
4. Криволапова И. М., Пашнина И. А., Черешнев В. А. Выявляемость антинуклеарного фактора у здоровых детей и взрослых // Российский иммунологический журнал. – 2019. – Т. 13, № 2-2. – С. 816–818.

Сведения об авторах

Долгушина Анастасия Ильинична, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2569-1699>, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; телефон 8 351 749-38-41; электронная почта dolgushinaai@yandex.ru

Несмеянова Ольга Борисовна, канд. мед. наук, врач-ревматолог, заведующий отделением ревматологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта olganestmeyanova@mail.ru

Хусаинова Гузель Мидхатовна, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5954-3112>, ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; врач-ревматолог отделения ревматологии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта hustainovagm@yandex.ru

Хихлова Алина Олеговна, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6444-4573>, врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»; ассистент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта alina_hihlova@mail.ru

Белоусов Станислав Юрьевич, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8918-5010>, врач-патологоанатом отделения клинической патоморфологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта nahtap@rambler.ru

Соловьева Оксана Викторовна, канд. мед. наук, врач-ревматолог отделения ревматологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта sov74med@rambler.ru

Дмитриева Нина Александровна, врач-ревматолог отделения ревматологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта have.idea@mail.ru

Ратушная Ксения Петровна, врач-ревматолог отделения ревматологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»
Электронная почта ksushik_chel@mail.ru

УДК 616.12-008.464

Сравнение частоты выявления хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса при использовании рекомендаций Российского кардиологического общества и при использовании шкалы HFA-PEFF в практике врача-терапевта

А. С. Павлова^{1, 2}, Е. А. Павлова¹, Е. С. Теше², Г. Ж. Хазарова², В. В. Доцкевич²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

² ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина», Челябинск, Россия

Comparison of the chronic heart failure with preserved ejection fraction spread using the recommendations of the Russian Society of Cardiology and using the HFA-PEFF scale in therapy practice

A. S. Pavlova^{1, 2}, E. A. Pavlova¹, E. S. Teshe², G. Z. Hazarova², V. V. Dockevich²

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Urals State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia

² Clinical Hospital Russian Railways-Medicine, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Учитывая высокую распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) и недостаточную чувствительность и специфичность диагностических тестов для ее верификации, медицинское сообщество вынуждено искать новые диагностические подходы и разрабатывать новые алгоритмы диагностики. **Цель исследования:** сравнение частоты выявления ХСН с сохраненной фракцией выброса при использовании рекомендаций РКО, одобренных научно-практическим советом Минздрава РФ, по хронической сердечной недостаточности 2024 года и при использовании шкалы HFA-PEFF, рекомендованной консенсусом Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов. **Материалы и методы исследования.** Проведено одномоментное исследование, в которое был включен 61 пациент, все пациенты, включенные в исследование, проходили обследование на базе ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина г. Челябинск». Средний возраст составил 52,7 года. В обследованной популяции преобладали лица мужского пола (88,5 % от общего количества обследованных пациентов). Критерием включения в исследование было наличие данных эхокардиографического исследования, электрокардиографии и стресс-эхокардиографии с оценкой диастолической функции в медицинской карте пациента. Критерием исключения было наличие в диагнозе хронической сердечной недостаточности с умеренно сниженной и сниженной фракцией выброса. Всем пациентам, включенным в исследование, в рамках эхокардиографического исследования проводилась оценка структурных и функциональных нарушений, ассоциирующихся с диастолической дисфункцией левого желудочка, на основании рекомендаций РКО, одобренных научно-практическим советом Минздрава РФ, по хронической сердечной недостаточности 2024 года; всем пациентам, включенным в исследование, также была произведена валидизация по шкале HFA-PEFF, рекомендованной консенсусом Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов, с целью верификации признаков ХСН с сохраненной фракцией выброса. **Результаты.** Нарушение диастолической функции согласно критериям рекомендаций Российского кардиологического общества было выявлено у 27,8% (17) пациентов. В связи с тем, что у обследованных пациентов не было выявлено симптомов, связанных с сердечной недостаточностью, клинический диагноз ХСН не был выставлен. У 34,4% (21) пациентов были выявлены объективные критерии по данным эхокардиографического исследования, позволяющие диа-

гнозировать предстadium ХСН. При использовании шкалы HFA-PEFF 21 (34,4%) пациент набрал от 2 до 4 баллов, что потребовало проведения диастолического стресс-теста. В дальнейшем при проведении диастолического стресс-теста у 2 (9,5%) пациентов был выявлен положительный результат, что позволило диагностировать ХСН с сохраненной фракцией выброса согласно консенсусу Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов. **Заключение.** При сравнении частоты выявления ХСН с сохраненной фракцией выброса при использовании рекомендаций РКО, одобренных научно-практическим советом Минздрава РФ, по хронической сердечной недостаточности 2024 года и при использовании шкалы HFA-PEFF, рекомендованной консенсусом Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов, достоверных отличий не получено.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность; диастолическая дисфункция; диастолический стресс-тест.

Abstract. High prevalence of chronic heart failure and the insufficient sensitivity and specificity of diagnostic tests for its verification forced medical community to look for a new diagnostic approaches and develop new diagnostic algorithms. **Aim.** The research aim was to compare the spread of chronic heart failure with preserved ejection fraction using the Recommendations of Russian Cardiological Society approved by the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation on Chronic Heart Failure in 2024 and using the HFA-PEFF scale recommended by the consensus of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. **Material and methods.** A single-stage study was conducted, 61 patients were examined, all patients were examined in the Private Medical Institution «Clinical Hospital Russian Railways-Medicine» in Chelyabinsk. The average age was 52.7 years. There was prevalence of males in the examined population (88.5% of the total number of examined patients). The inclusion criteria were the presence of echocardiography, electrocardiography and stress echocardiography data with an assessment of diastolic function in the patient's cards. The exclusion criteria were the presence in the diagnosis of chronic heart failure with a mildly reduced and reduced ejection fraction. All patients included in the study underwent an assessment of structural and functional disorders associated with diastolic dysfunction of the left ventricle according to the Recommendations of the Russian Cardiological Society. All patients included in the study were also validated according to the HFA-PEFF scale, recommended by the consensus of the Association for Heart Failure of the European Society of Cardiology to verify the signs of heart failure with preserved ejection fraction. **Results.** Diastolic dysfunction was detected in 27.8% (17) of patients according to the criteria recommended by the Russian Society of Cardiology. Due to the fact that the examined patients had no symptoms associated with heart failure, a clinical diagnosis of heart failure was not made. The echocardiographic criteria of the pre-stage of heart failure were identified in 34.4% (21) of patients according to the recommendations of the Russian Society of Cardiology. According the HFA-PEFF scale 21 (34.4%) patients were scored from 2 to 4 points, that means, that the diastolic stress test was required. Positive result of the diastolic stress test was revealed in 2 (9.5%) patients, and it made possible to diagnose heart failure with a preserved ejection fraction, according to the consensus of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. **Conclusion.** In comparison of spread of chronic heart failure with preserved ejection fraction using the Recommendations of Russian Cardiological Society approved by the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation on Chronic Heart Failure in 2024 and using the HFA-PEFF scale recommended by the consensus of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology no significant differences were obtained.

Keywords: chronic heart failure; diastolic dysfunction; diastolic stress test.

Распространенность хронической сердечной недостаточности в течение последних лет имеет тенденцию к росту и, по данным российских эпидемиологических исследований, увеличилась на 2,1% в течение 20-летнего наблюдения [1]; особенно отмечается увеличение частоты обращаемости в поликлиники пациентов с ХСН с сохраненной фракцией выброса (78% от общего числа пациентов с ХСН) [2]. Высокая распространенность ХСН, гетерогенность этиологических факторов и отсутствие однозначного прогресса в терапии заставляют медицинское сообщество искать новые диагностические подходы для верификации данного состояния [3].

ХСН представляет собой сложный гетерогенный синдром, диагностика которого в настоящее время базируется на оценке клинических проявлений, которые недостаточно специфичны, данных эхокардиографического исследования (ЭхоКГ), при котором не всегда удается

выявить диагностически значимые изменения, и определении в крови лабораторных биохимических маркеров: натрийуретических пептидов (НУП), растворимого ST2-рецептора, копептина, галектина-3, что не всегда доступно на практике [3–5].

Прогноз пациентов и выраженность симптомов у пациентов с ХСН с сохраненной фракцией выброса во многом определяются тяжестью диастолической дисфункции. Развитие диастолической дисфункции связано с активным процессом расслабления миокарда и увеличением жесткости миокарда, на которую влияют наличие гипертрофии, развитие фиброза или инфильтрация миокарда [2].

Результаты инвазивных исследований гемодинамики демонстрируют, что у определенной группы пациентов с сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ), особенно на начальных стадиях за-

болевания, клинические симптомы могут отсутствовать в состоянии покоя и проявляться только при физической нагрузке. У таких пациентов именно при нагрузке фиксируются характерные для СНсФВ гемодинамические изменения: увеличение давления наполнения левого желудочка, давление заклинивания легочной артерии, снижение сердечного выброса и проявления хронотропной некомпетентности, что приводит к возникновению одышки и повышенной утомляемости [3, 6].

Подобно клиническим проявлениям, эхокардиографические признаки диастолической дисфункции также могут не проявляться в покое, а становиться заметными только при физической нагрузке. Следует подчеркнуть, что параметры ЭхоКГ для оценки диастолической дисфункции обладают различной чувствительностью и специфичностью в выявлении повышенного давления наполнения и диастолической дисфункции. К таким параметрам относятся соотношение скоростей трансмитрального потока в раннюю и позднюю фазы, скорость движения фиброзного кольца митрального клапана во время диастолы, индекс объема левого предсердия, скорость трикуспидальной регургитации и отношение скорости трансмитрального потока в раннюю фазу к скорости движения фиброзного кольца митрального клапана во время диастолы. Следует отметить, что ни один из упомянутых показателей не может быть использован изолированно для подтверждения диагноза диастолической дисфункции (ДД).

На сегодняшний день стало очевидно, что существующие диагностические критерии СНсФВ имеют недостаточную чувствительность и специфичность. В настоящее время разрабатываются новые диагностические алгоритмы, эффективность которых продолжает изучаться. Согласно актуальным российским и европейским клиническим рекомендациям по хронической сердечной недостаточности, диагностика СНсФВ основывается на выявлении сочетания клинических симптомов, лабораторных критериев (натрийуретический пептид) и инструментальных данных (структурно-функциональные изменения камер сердца по данным эхокардиографии). Однако стало очевидно, что эти критерии не всегда позволяют точно диагностировать заболевание, особенно у пациентов на ранних стадиях, когда симптомы и эхокардиографические признаки ДД

могут проявляться только при физической нагрузке, а уровни натрийуретического пептида остаются низкими. Это обстоятельство обосновало необходимость пересмотра подходов к диагностике СНсФВ и способствовало разработке новых алгоритмов диагностики, таких как шкала H2PEFF и шкала HFA-PEEF.

В 2024 году были представлены обновленные рекомендации РКО, одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ, по хронической сердечной недостаточности, в которых представлены критерии оценки диастолической функции левого желудочка и диагностические критерии ХСН с сохраненной фракцией выброса.

В 2019 году консенсус Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов предложил использовать шкалу HFA-PEFF для верификации ХСН с сохраненной фракцией выброса [7].

Цель исследования: сравнение частоты выявления ХСН с сохраненной фракцией выброса при использовании рекомендаций РКО, одобренных научно-практическим советом Минздрава РФ, по хронической сердечной недостаточности 2024 года и при использовании шкалы HFA-PEFF, рекомендованной консенсусом Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов.

Материалы и методы. В исследование был включен 61 пациент. Все пациенты, включенные в исследование, являются работниками ОАО «РЖД» и проходят обследование на базе ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина г. Челябинск». Средний возраст составил 52,7 года. В обследованной популяции преобладали лица мужского пола (88,5% от общего количества обследованных пациентов), что связано с особенностями их профессиональной деятельности. Критерием включения в исследование было наличие данных эхокардиографического исследования, электрокардиографии и стресс-эхокардиографии с оценкой диастолической функции в медицинской карте пациента. Критерием исключения было наличие в диагнозе хронической сердечной недостаточности с умеренно сниженной и сниженной фракцией выброса. У подавляющего большинства пациентов была диагностирована гипертоническая болезнь, в меньшем проценте случаев — ИБС, а также миокардит (таблица 1).

Таблица 1

Частота выявления сердечно-сосудистой патологии в обследованной группе

Клинический диагноз	Абс. (%)
Гипертоническая болезнь	45 (73,8)
ИБС	7 (11,5)
Миокардит	15 (24,6)
Фибрилляция предсердий	2 (3,3)
Малые аномалии развития сердца	4 (6,5)
Феномен WPW	1 (1,6)
Дефект межжелудочковой перегородки	1 (1,6)

Всем пациентам, включенным в исследование, в рамках эхокардиографического исследования проводилась оценка структурных и функциональных нарушений, ассоциирующихся с диастолической дис-

функцией левого желудочка (таблица 2), на основании рекомендаций РКО, одобренных научно-практическим советом Минздрава РФ, по хронической сердечной недостаточности 2024 года [2].

Таблица 2

Частота выявления структурных и функциональных нарушений, ассоциирующихся с диастолической дисфункцией левого желудочка (n = 61)

Параметр	Количество пациентов с отклонением параметра от нормального значения, абс. (%)
Индекс массы миокарда левого желудочка $\geq 115/95$ мг/м ² (м., ж.)	11 (18,0)
Относительная толщина стенок левого желудочка $> 0,42$	7 (11,5)
Индекс объема левого предсердия ≥ 34 мл/м ²	1 (1,6)
E/e' в покое ≥ 9	18 (29,5)
E $< 0,5$ м/с	3 (4,9)
E/A $< 0,8$	3 (4,9)
Скорость трикуспидальной регургитации $\geq 2,8$ м/с	0

Нарушение диастолической функции согласно критериям рекомендаций Российского кардиологического общества было выявлено у 27,8% (17) пациентов. В связи с тем, что у обследованных пациентов не было выявлено симптомов, связанных с сердечной недостаточностью, клинический диагноз ХСН не был выставлен. Следует отметить, что отсутствие жалоб в данной группе пациентов не всегда можно считать объективным критерием, учитывая зависимость допуска к профессиональной деятельности от результатов

медицинского обследования. У 34,4% (21) пациентов были выявлены объективные критерии по данным эхокардиографического исследования, позволяющие диагностировать предстadium ХСН.

Оценка систолической функции левого желудочка проводилась на основании определения фракции выброса левого желудочка и оценки показателя деформации левого желудочка — продольного систолического сжатия левого желудочка (GLS) (таблица 3).

Таблица 3

Частота выявления нарушения систолической функции левого желудочка

Параметр	Количество пациентов с отклонением параметра от нормального значения, абс. (%)
Фракция выброса левого желудочка (n = 61)	0
GLS (n = 58)	11 (18,9)

На основании оценки фракции выброса левого желудочка систолическая функция была сохранной у всех обследованных пациентов, но при оценке показателя деформации левого желудочка было выявлено снижение глобальной сократимости левого желудочка у 18,9% пациентов.

Всем пациентам, включенным в исследование, была произведена валидизация по шкале HFA-PEFF, рекомендованной консенсусом Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов, с целью верификации признаков ХСН с сохраненной фракцией выброса (таблица 4).

При использовании шкалы HFA-PEFF 21 (34,4%) пациент набрал от 2 до 4 баллов (рисунок 1), что оценивается как диагностическая неопределенность и требует проведения диастолического стресс-теста.

При проведении диастолического стресс-теста у 2 (9,5%) пациентов из 21, имевшего показания для данного исследования, был выявлен положительный результат, что позволяет диагностировать ХСН с сохраненной фракцией выброса согласно консенсусу Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов [7].

Таблица 4

Оценка параметров обследованной группы пациентов по шкале HFA-PEFF (n = 61)

Параметр	Количество пациентов с отклонением параметра от нормального значения, абс. (%)			
	Большие критерии (2 балла)		Малые критерии (1 балл)	
Функциональные изменения	e' септальная < 7 см/с	5 (8,2)	E/e' 9–14	15 (24,6)
	e' латеральная < 10 см/с	16 (26,2)		
	Средняя E/e' ≥ 15	3 (4,9)	GLS < 16% (n=46)	9 (14,7)
	Скорость трикуспидальной регургитации > 2,8 м/с	0		
Морфологические изменения	ИОЛП > 34 мл/м ²	1 (1,6)	ИОЛП 29–34 мл/м ²	
			ИММЛЖ ≥ 115/95 г/м ² (м/ж)	11 (18,0)
	ИММЛЖ ≥ 149/122 г/м ² (м/ж) и ОТС > 0,42	0	ОТС > 0,42	7 (11,5)
			ТЗСЛЖ ≥ 12 мм	3 (4,9)
Биомаркеры	NT-proBNP > 220 пг/мл (n = 9)	0	NT-proBNP 125–220 пг/мл (n = 9)	0

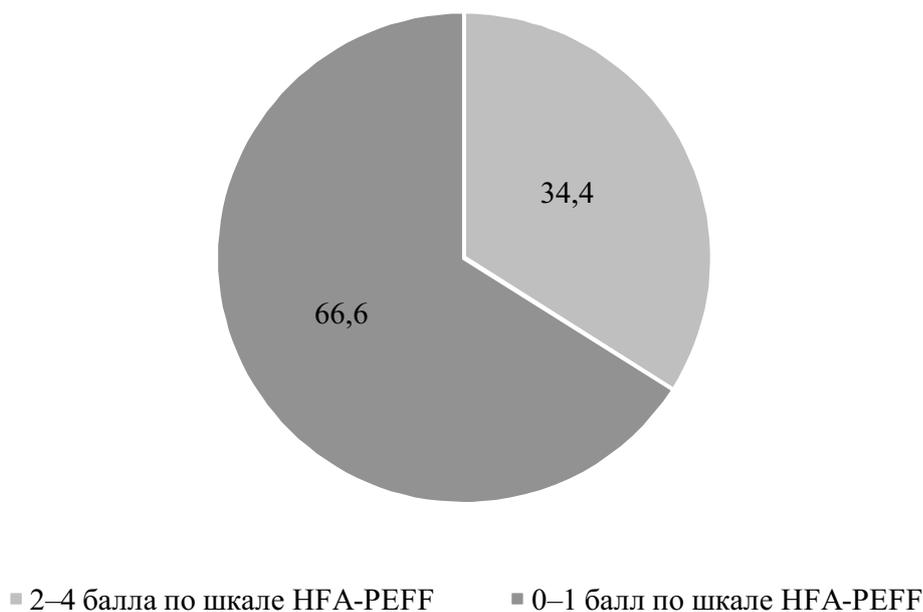


Рисунок 1. Результат применения шкалы HFA-PEFF (%)

Таким образом, на основании рекомендаций РКО, одобренных научно-практическим советом Минздрава РФ, по хронической сердечной недостаточности 2024 года предстация ХСН была диагностирована у 34,4% пациентов, а ХСН с сохраненной фракцией выброса не была выявлена у пациентов обследованной группы. На основании шкалы HFA-PEFF, предложенной консенсусом Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов, ХСН с сохраненной фракцией выброса была вы-

явлена у 2 (3,3%) пациентов обследованной группы. При сравнении частоты выявления ХСН с сохраненной фракцией выброса при использовании рекомендаций РКО, одобренных научно-практическим советом Минздрава РФ, по хронической сердечной недостаточности 2024 года и при использовании шкалы HFA-PEFF, рекомендованной консенсусом Ассоциации по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов, достоверных отличий не получено (p=0,47).

Литература

1. Поляков Д. С. и др. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что изменилось за 20 лет наблюдения? Результаты исследования ЭПОХА-ХСН // Кардиология. – 2021. – Т. 61, № 4. – С. 4–14.
2. Галявич А. С., Терещенко С. Н., Ускач Т. М. и др. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024 // Российский кардиологический журнал. – 2024. – Т. 29, № 11. – С. 251–349.
3. Черкашин Д. В. Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса: особенности диагностики и лечения // Вестник терапевта. – 2022. – Т. 53, № 2. – URL: <https://therapyedu.ru/statyi/serdechnaja-nedostatochnost-s-sohranenoj-frakciej-vybrosa-osobennosti-diagnostiki-i-lechenija/> (дата обращения: 01.03.2025).
4. Алиева А. М., Резник Е. В., Гасанова Э. Т. и др. Клиническое значение определения биомаркеров крови у больных с хронической сердечной недостаточностью // Архив внутренней медицины. – 2018. – Т. 8, № 5. – С. 333–345.
5. Bozkurt B., Coates A. Js., Tsutsui H. et al. Universal definition and classification of heart failure. A report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure // J. Card. Fail. – 2021. – Т. 27, № 4. – С. 387–413.
6. Щендрыгина А. А., Жбанов К. А., Привалова Е. В. и др. Хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса: современное состояние проблемы // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2021. – Т. 17, № 3. – С. 476–483.
7. Pieske B., Tschöpe C., De Boer R. A. et al. How to diagnose heart failure with preserved ejection fraction: The HFA-PEFF diagnostic algorithm: A consensus recommendation from the Heart Failure Association (HFA) of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. – 2019. – Т. 9. – С. 1–21.

Сведения об авторах

Павлова Анна Сергеевна, канд. мед. наук, доцент кафедры поликлинической терапии и клинической фармакологии, ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; врач отделения функциональной диагностики ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина»
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; телефон 8 351 232-73-71; электронная почта araw@mail.ru

Павлова Елена Алексеевна, студентка 6-го курса ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта PavlovaElenaAleksееvna@yandex.ru

Теше Екатерина Сергеевна, врач отделения функциональной диагностики ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Челябинск»
Электронная почта ms.ekaterina1975@mail.ru

Хазарова Гузель Жалитовна, врач отделения функциональной диагностики ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Челябинск»
Электронная почта Khasarova.ru@mail.ru

Доцкевич Валентина Васильевна, врач отделения функциональной диагностики ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Челябинск»
Электронная почта Vdockeovich@yandex.ru

УДК 616:378.14.015.62

Этапы подготовки врача-терапевта участкового (специалитет, дополнительное профессиональное образование)

**Ю. Ю. Шамурова, Г. Л. Игнатова, А. С. Сарсенбаева, В. Н. Антонов,
А. А. Колесникова, Е. В. Михайлов, Ю. О. Тарабрина**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

Stages of training of a district therapist (specialty, additional post-graduate education)

**Yu. Yu. Shamurova, G. L. Ignatova, A. S. Sarsenbaeva, V. N. Antonov,
A. A. Kolesnikova, E. V. Mikhailov, Yu. O. Tarabrina**

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Urals State Medical University"
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Подготовка врачей-лечебников, врачей-терапевтов участковых является ключевым направлением в российском здравоохранении. Для решения поставленных задач в Южно-Уральском госу-

дарственном медицинском университете в системе непрерывного образования студентов, ординаторов и дополнительном профессиональном образовании врачей используются практико-ориентированные подходы, современные информационные технологии, междисциплинарная интеграция, позволяющие врачу эффективно применять полученные знания в профессиональной деятельности.

Ключевые слова: врач-терапевт участковый; практико-ориентированный подход; информационные технологии; междисциплинарная интеграция.

Abstract. The training of medical practitioners and district internists is a key area in Russian healthcare. To solve these tasks, South-Urals State Medical University uses practice-oriented approaches, modern information technologies, and interdisciplinary integration in the system of continuing education for students, residents, and additional professional education for doctors, allowing doctors to effectively apply their knowledge in their professional activities.

Keywords: district therapist; practice-focused approach; information technologies; interdisciplinary integration.

Введение. В настоящее время вопрос подготовки врачей-лечебников, врачей-терапевтов и врачей общей практики находится в центре внимания российского медицинского сообщества, образовательных, общественных организаций. В свете данного направления деятельности чрезвычайно актуальна созданная «Концепция формирования системы единого (общего) образовательного пространства подготовки врачей-лечебников, врачей-терапевтов и врачей общей практики (семейных врачей)». Целью данной концепции является определение основных принципов, задач, механизмов и этапов формирования и развития системы единого (общего) образовательного пространства подготовки врачей. Чрезвычайно важно, что она предполагает формирование общих принципов государственной политики в сфере образования и подготовки кадров здравоохранения, согласованность федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС), профессиональных стандартов, программ и требований по подготовке и аттестации врачей-лечебников, врачей-терапевтов и семейных врачей [1–4].

Основная часть. Подготовка современного врача — процесс разносторонний и сложный. Личность врача была и остается ключевой в лечебном процессе, предполагается присутствие не только профессионализма, но и нравственных основ, важных человеческих качеств. Важно отметить, что в Южно-Уральском государственном медицинском университете, наряду с возможностями базового образования, реализуемого согласно ФГОС, основополагающим документам о стратегиях развития высшей школы, медицинской науки в Российской Федерации, сохраняются исторически сложившиеся традиции научно-педагогических школ, создана воспитывающая среда, благоприятная для формирования у будущих врачей принципов деонтологии, нравственных качеств, активной гражданской позиции.

Медицинский университет несет ответственность за создание академической среды, где обучение и научные исследования могут развиваться в оптимальном режиме. Реализации поставленных задач во многом способствует внедрение в образовательный и научный процесс информационных технологий, которые

продолжают совершенствоваться и являются неотъемлемой частью непрерывного образования, начиная с обучения студентов, ординаторов и в последующем — врачей в институте дополнительного профессионального образования (ИДПО) университета.

Интернет как одна из форм образовательных информационных технологий широко внедрен в университете на различных ступенях обучения студентов и в дополнительном профессиональном образовании врачей, что сказывается на качестве учебного процесса и возможности обучающихся получить доступ к различным базам данных и другой медицинской информации.

Важнейшую роль играет преподавание в вузе дисциплины «Медицинская информатика», необходимость преподавания которой обусловлена требованиями профессиональных стандартов, утвержденных Министерством труда России, в сфере здравоохранения («Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», «Врач-педиатр участковый», 2017), предусматривающих использование информационно-коммуникационных технологий в практической деятельности врачей данных специальностей.

В связи с запросами современного здравоохранения в 2020 году в нашем университете был внедрен обучающий проект для студентов «Виртуальная поликлиника», являющийся по многим функциям аналогом РМИС «БАРС-Здравоохранение» Челябинской области, который позволяет им подготовиться к работе в условиях современной поликлиники.

Цифровой трансформацией вуза можно назвать открытие в 2021 году в университете VR-класса, представляющего уникальную виртуальную информационную площадку, где с помощью многофункционального интерактивного комплекса происходит полное погружение в виртуальную среду, имитирующую реальные клинические ситуации для освоения медицинских практик.

Компетентностный подход, который активно используется в обучении студентов и врачей, также представляет одну из современных форм образования.

Подготовка студентов-выпускников по специальности «Лечебное дело» осуществляется коллективами большинства кафедр университета, включая кафедры

терапевтического профиля, одной из которых является кафедра поликлинической терапии и клинической фармакологии. Главная задача данной кафедры состоит в подготовке студентов к реализации основной цели в деятельности врача-терапевта участкового — это сохранение и укрепление здоровья взрослого населения посредством оказания качественной медико-санитарной помощи в условиях первичного звена здравоохранения.

Для полноценного преподавания всех разделов дисциплины «Поликлиническая терапия» чрезвычайно важны такие ее составляющие, как высокопрофессиональный педагогический коллектив, современные клинические базы, выверенная методология преподавания и методы обучения, а также другие механизмы и формы образовательного процесса, повышающие эффективность обучения студентов. Знания и опыт привлекаемых к преподаванию специалистов практического здравоохранения также приближают студентов к реалиям работы амбулаторно-поликлинического звена, пониманию задач врача-терапевта участкового.

В основу преподавания дисциплины «Поликлиническая терапия» заложен «пациентоориентированный» принцип обучения, реализуемый как в традиционной академической форме, так и в формате электронно-дистанционных технологий. К образовательным технологиям обучения можно отнести различные личностно-ориентированные педагогические технологии: информационно-коммуникационные технологии с элементами цифровизации (мультимедиа, документ-камера, такие интерактивные формы обучения, как многофункциональная интерактивная доска, видеопрезентация); активное, проблемное обучение (круглый стол, учебная дискуссия).

Структура практических занятий и алгоритмы действий включают теоретическую и практическую части с разбором особенностей оказания помощи на поликлиническом уровне на основе существующих клинических рекомендаций (уровень доказательности IA, IB) и порядков оказания медицинской помощи. Студентами обязательно отрабатывается четкий алгоритм действий в решении главного вопроса: есть ли необходимость в госпитализации пациента или возможно осуществление амбулаторного стандарта оказания помощи на основе существующих порядков оказания медицинской помощи.

Одновременно комплексный подход в освоении вопросов профилактики заболеваний и диспансеризации населения познается учащимися благодаря использованию учебно-методических материалов, при изучении вариативных дисциплин по выбору: «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни», «Особенности лечения больных с мультифакторной патологией», которые актуальны с позиций ранней диагностики, лечения и всех уровней профилактики широко распространенных сочетанных форм болезней.

Также совершенствование навыков лечебной, профилактической, диспансерной работы осуществляется студентами в период производственной практики «Помощник врача участкового», в Федеральном аккредитационном центре на базе университета при подготовке к первичной аккредитации (специальность «Лечебное дело»), в рамках проводимых кафедрой научных исследований (многоцентровое эпидемиологическое исследование «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в Челябинской области»), при самообследовании на выявление факторов риска неинфекционных заболеваний и в иных образовательных формах (конкурсы, мастер-классы, знакомство с работой структурных подразделений поликлиник).

Таким образом, существующие различные методические подходы и формы обучения студентов предмету «Поликлиническая терапия» предоставляют им широкое поле деятельности для усвоения информации и реализации собственного творческого потенциала, позволяя совершенствовать профессиональные знания и навыки основ будущей врачебной специальности.

Характеризуя дополнительное профессиональное образование врачей-терапевтов в современных условиях, его цели и задачи, следует заметить, что одним из ключевых направлений развития здравоохранения, по мнению министра здравоохранения Российской Федерации М. А. Мурашко, является усиление роли первичного звена.

Врач-терапевт должен обладать глубокими знаниями в области диагностики и лечения различных заболеваний, а также иметь хорошие коммуникативные навыки, чтобы правильно взаимодействовать с пациентами и их родственниками. Кроме того, врач-терапевт должен быть ответственным, внимательным и терпеливым, чтобы обеспечить наилучшее лечение и уход за своими пациентами. Сохраняя и приумножая традиции, высшая медицинская школа гибко реагирует на инновации.

В ИДПО постоянно ведется разработка, актуализация дополнительных профессиональных программ (ДПП) профессиональной переподготовки (ПП) и повышения квалификации (ПК) на основе методических рекомендаций по разработке и реализации ДПП по традиционным тематикам «Терапия», «Общая врачебная практика» (семейная медицина), «Лечебное дело». Наряду с ними реализуются ДПП ПК продолжительностью от 18 до 72 часов по актуальным тематикам для врача-терапевта участкового, посвященным экстренной и неотложной медицинской помощи, вакцинопрофилактике, профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, новой коронавирусной инфекции (COVID-19), сахарному диабету, возраст-ассоциированным заболеваниям, диетотерапии при сердечно-сосудистых заболеваниях, ведению пациентов с циррозом печени, экспертизе временной нетрудоспособности, паллиативной медицинской помощи, что позволяет врачу быть готовым к реализации

профессиональных компетенций. Особое внимание уделяется овладению врачом-терапевтом участковым компетенциями по диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

Усиливается миссия преподавателей в подготовке грамотных специалистов, следующих за инновациями и отвечающих вызовам современности, способных решать сложнейшие научно-технические задачи в области медицины на благо человека.

Инновации в медицинском образовании предусматривают трансформацию образовательного процесса, разработку образовательных программ на основе интеграции медицины с другими науками, внедрение новых дисциплин в контексте деонтологии и биоэтики, усиление значимости научно-исследовательской работы, создание системы оценивания компетентности и психологического профиля обучающихся, внедрение современных образовательных технологий [5].

Актуальные технологии, применяемые в образовании врачей-терапевтов участковых, это развитие электронной образовательной среды, использование основного банка педагогического арсенала, технологии проблемного обучения, технологии модульного обучения, методов игрового проектирования, решения конкретных ситуационных производственных задач, индивидуальная работа с обучающимся, а также технология погружения в профессиональную деятельность [5, 6]. Примером внедрения данной технологии служит организация стажировки, работа в Федеральном аккредитационном центре университета с симуляционным оборудованием.

К перспективным направлениям в подготовке терапевтов следует отнести машинное обучение / искусственный интеллект. Оцифровка медицинской документации и медицинской литературы позволит составлять оптимальные планы лечения для пациентов, ускорить диагностику различных заболеваний и предотвратить их развитие на ранних стадиях, составить более детальный план профилактики и дать рекомендации по предотвращению рецидива заболевания, а также сократить случаи смертей от инфарктов и инсультов. Использование этих технологий значительно сократит смертность населения [2].

Таким образом, опираясь на подход, рассматривающий образовательные технологии как необходимый инструментарий преподавателя, который одновременно повышает профессиональное мастерство педагога и обеспечивает подготовку специалиста к профессиональной деятельности, мы полагаем, что организация образовательного процесса с их активным использованием будет содействовать укреплению кадрового потенциала отечественной системы здравоохранения.

Заключение. Вопрос качества подготовки врача-терапевта участкового во многом связан с принципом обучения в системе единого образовательного пространства, на основе общих принципов государственной политики в сфере образования и подготовки кадров здравоохранения. Первоочередными остаются практико-ориентированные подходы в подготовке врачей данной специальности с использованием современных образовательных технологий, а также междисциплинарной интеграции, повышающих способность врачей эффективно применять полученные знания в профессиональной деятельности.

Литература

1. Об образовании в Российской Федерации : Федеральный закон от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ.
2. Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» : приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21 марта 2017 года № 293н.
3. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года : Указ Президента РФ от 6 июня 2019 года № 254.
4. О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации : Указ Президента Российской Федерации от 28 февраля 2024 года № 145.
5. Краснянская Е. Н. Технологии профессионального обучения в преподавании терапевтических дисциплин // Межрегиональная научно-практическая конференция «Проблемы и перспективы профессиональной подготовки студентов». – URL: <https://econf.rae.ru/article/7186?ysclid=m28uq0pgiv201318449> (дата обращения: 14.10.2024).
6. Щепотин А. Ф., Федоров В. Д. Современные технологии в профессиональном образовании. – Москва : НПЦ «Профессионал-Ф», 2002. – 54 с.

Сведения об авторах

Шамурова Юлия Юрьевна, д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой поликлинической терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; телефон 8 351 268-41-39; электронная почта pol_ter74@mail.ru

Игнатова Галина Львовна, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой терапии Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта igling@mail.ru

Сарсенбаева Айман Силкановна, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры терапии Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта alman-ss@yandex.ru

Антонов Владимир Николаевич, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры терапии Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта ant-vn@yandex.ru

Колесникова Алла Алексеевна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры поликлинической терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта olecol@mail.ru

Михайлов Евгений Владимирович, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры поликлинической терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта docevm@mail.ru

Тарабрина Юлия Олеговна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры поликлинической терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта ulikol@mail.ru

УДК 614.2:616.31-053.2

Результаты анализа организации детской стоматологической службы Челябинской области за 2019–2023 годы

М. Г. Москвичева, Ю. А. Лыскова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

Results of the analysis of the organization of children's dental service in the Chelyabinsk region for 2019–2023

M. G. Moskvicheva, Yu. A. Lyskova

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Urals State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Введение. Стоматологическая помощь детям, являясь одним из наиболее массовых и в то же время социально значимых видов медицинской помощи, предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению стоматологических заболеваний и состояний у детей, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению детей и оказывается в виде первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в следующих условиях: амбулаторно; в дневном стационаре; стационарно; осуществляется преимущественно медицинскими работниками со средним медицинским образованием и заключается в раннем выявлении факторов риска возникновения стоматологических заболеваний и их профилактике и направлении детей к врачу-стоматологу детскому [1, 4]. Снижение числа посещений и объема первичной специализированной стоматологической помощи может свидетельствовать об уменьшении доступности стоматологической помощи детскому населению. Возможными причинами такой динамики могут быть: дефицит финансирования стоматологической службы, недостаточная материально-техническая база и проблемы кадрового обеспечения в ряде регионов [2]. В настоящее время сложилась критическая ситуация с распространенностью стоматологических заболеваний среди детей в России. Обновление материально-технической базы, усиление профилактической работы, повышение укомплектованности кадрами — комплексные меры, направленные на преодоление текущего кризиса в детской стоматологии. Важным является междисциплинарный подход, включающий взаимодействие медицинских работников, педагогов, психологов и родителей. Только таким образом можно обеспечить высокое качество стоматологической помощи детям и снизить распространенность стоматологических заболеваний. Отсутствие региональной программы профилактики, направленной на снижение распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний и улучшение стоматологического здоровья, в большинстве субъектов РФ указывает на необходимость усиления внимания к этой проблеме на государственном и региональном уровнях [2]. **Целью исследования** является анализ динамики показателей организации и оказания стоматологической помощи детскому населению Челябинской области за пятилетний период (2019–2023 годы). **Материалы и методы.** Был проведен анализ отчетной документации государственных медицинских организаций Челябинской области по основным разделам деятельности стоматологической службы за 2019–2023 годы. Представлен анализ структуры стоматологической службы региона, обеспеченности кадрами, видов и объемов оказанной детям медицинской стоматологической помощи, обращаемости детского населения по поводу стоматологических заболеваний в медицинские организации Челябинской области в 2019–2023 годах и динамика изменений изучаемых показателей. **Результаты.** Получены данные об обеспеченности детского населения врачами-стоматологами детскими, зубными врачами и гигиенистами стоматологическими, об уровне укомплектованности данными специалистами, их квалификационных характеристиках. Установлена тенденция к уменьшению штатов детских стоматологов при одновременном снижении их укомплектованности. Выявлен значительный дефицит штатов и кадров гигиенистов стоматологических. Определены основные показатели работы амбулаторной стоматологической службы по оказанию первичной специализированной помощи детям: частота посещений детьми врачей-стоматологов разных специальностей, зубных врачей и гигиенистов стоматологических, среднее число посещений в год на 1 ребенка и на 1 заболевание, соотношение профилактических посещений и посещений с лечебной целью, частота (на 1000 посещений) и структура оказания различных видов стоматологической помощи детям. Отмечается увеличение числа посещений детьми медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь, на 2,9%. При этом увеличение произошло за счет профилактических осмотров несовершеннолетних. В целом отмечается уменьшение объемов первичной доврачебной медико-са-

нитарной стоматологической помощи, оказываемой зубными врачами, и первичной специализированной медико-санитарной стоматологической помощи, оказываемой врачами-стоматологами детскими, врачами — стоматологами-хирургами, и увеличение объемов первичной специализированной медико-санитарной стоматологической помощи детскому населению, оказываемой врачами-стоматологами (врачами-стоматологами общей практики).

Ключевые слова: стоматология; дети; объемы помощи; виды помощи.

Abstract. Introduction. Dental care for children, being one of the most widespread and at the same time socially significant type of medical care, provides measures of prevention, diagnosis, treatment of dental diseases and conditions in children, medical rehabilitation, formation of a healthy lifestyle, sanitary and hygienic education of children and is provided in the form of: primary health care; emergency, including emergency specialized medical care; specialized, including high-tech, medical care in the following conditions: outpatient; in a day hospital; inpatient, that is carried out mainly by medical workers with secondary medical education and consists of early detection of risk factors for the occurrence of dental diseases and their prevention and referral of children to a pediatric dentist [1, 4]. A decrease in the number of visits and the volume of primary specialized dental care may indicate a decrease in the availability of dental care for the child population. Possible reasons for such dynamics may be: insufficient funding of the dental service, insufficient material and technical base and insufficient number of medical staff in some regions [2]. Currently, there is a critical situation with the prevalence of dental diseases among children in Russia. Updating material and technical base, strengthening preventive work, increasing staffing are comprehensive measures aimed at overcoming the current crisis in pediatric dentistry. An interdisciplinary approach, including the interaction of health workers, teachers, psychologists and parents, is important. This is the only way to ensure high-quality dental care for children and reduce the prevalence of dental diseases. The absence of a regional prevention program aimed at reducing the prevalence and intensity of dental diseases and improving dental health in the Chelyabinsk region, as in most constituent entities of the Russian Federation, indicates the need for increased attention to this problem at the state and regional levels [2]. *The aim of our study* is to analyze the dynamics of types and volumes of dental care for children in the Chelyabinsk region for the five-year period 2019–2023. **Materials and methods.** An analysis of the reporting documentation of state medical organizations of the Chelyabinsk region on the main sections of the dental service for 2019–2023 was carried out. The article presents an analysis of the structure of the regional dental service, staffing, types of medical dental care provided to children, the number of visits of the child population for dental diseases to medical organizations of the Chelyabinsk region in 2019–2023 and the dynamics of changes of the studied indicators. **Results.** Data were obtained on the provision of the child population with pediatric dentists, dental doctors and dental hygienists, the level of staffing with these specialists, their qualifications. A tendency towards a decrease in the number of pediatric dentists with a simultaneous decrease in their staffing was established. A significant shortage of staff and personnel of dental hygienists was revealed. The main indicators of the outpatient dental service for providing primary specialized care to children were determined: the frequency of visits by children to dentists of different specialties, dentists and dental hygienists, the average number of visits per year per 1 child and per 1 disease, the ratio of preventive visits and visits for therapeutic purposes, the frequency (per 1000 visits) and the structure of providing various types of dental care to children. An increase in the number of visits by children to medical organizations providing dental care by 2.9% is noted. At the same time, the increase occurred due to preventive examinations of minors. In general, there is a decrease in the volume of primary pre-medical and sanitary dental care provided by dentists and primary specialized medical and sanitary dental care provided by pediatric dentists and dental surgeons, and an increase in the volume of primary specialized medical and sanitary dental care for children provided by dentists (general dentists).

Keywords: dentistry; children; volumes of care; types of care.

Предмет. В Челябинской области стоматологическая помощь детям представлена стоматологическими кабинетами и отделениями в соматических детских поликлиниках и больницах области, детской стоматологической поликлиникой в г. Магнитогорске, детскими отделениями в стоматологических поликлиниках; в ЦРБ, как правило, стоматологическая помощь детям оказывается в одном кабинете со взрослыми по графику, что является нарушением действующего законодательства в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ. В городе Челябинске, административном центре области, отсутствует детская стоматологическая поликлиника, в то время как,

согласно требованиям к размещению медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, исходя из потребностей населения детская стоматологическая поликлиника для оказания первичной доврачебной, первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой и неотложной форме должна быть организована 1 на 20–50 тысяч детей [9]. Отсутствует передвижной мобильный кабинет для оказания стоматологической помощи детям в отдаленных районах области. Имеется 2 отделения челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) в ГБУЗ ОКБ № 3 и ГБУЗ ЧОКБ, где в том числе оказывается хирургическая помощь детям в условиях стационара. Терапевти-

ческая помощь детям в условиях общего обезболивания с декабря 2020 года оказывается в ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница». Количество центров здоровья для детей, в которых работает гигиенист стоматологический, неуклонно сокращается. В области функционирует 1 школьный стоматологический

кабинет в 11-м лицее г. Челябинска, организованный и содержащийся на средства лицея (в России в 2021 году функционировали всего 1249 кабинетов). В детских садах Челябинской области стоматологические кабинеты отсутствуют, в России представлены крайне незначительно (всего 6 кабинетов) [2] (таблица 1).

Таблица 1

Динамика структуры детской стоматологической службы

Наименование	2019	2020	2021	2022	2023	Прирост, %
Детская стоматологическая поликлиника	1	1	1	1	1	0,0
Детское отделение (кабинет) в стоматологической поликлинике	7	7	7	5	5	-28,6
Стоматологическое отделение (кабинет) в детской соматической поликлинике	27	33	31	29	31	+14,8
Детское стоматологическое отделение (кабинет) в ЦРБ	16	11	13	16	15	-6,3
Прием детей в одном кабинете со взрослыми (смешанный прием) в ЦРБ, ФАП и т. п.	77	75	75	77	79	+2,6
Ортодонтическое отделение (кабинет)	4	4	5	5	4	0,0
Детское отделение челюстно-лицевой хирургии	0	1	1	1	1	+100,0
Центры здоровья для детей, в которых работает гигиенист стоматологический	3	2	1	1	1	-66,7

Количество кабинетов, в которых осуществляется прием детей в одном кабинете со взрослыми (смешанный прием), в ЦРБ, ФАП и т. п. увеличилось за 5 лет на 2,6%. При этом для организации стоматологического приема детей должны быть выделены отдельные

кабинеты. Не допускается использование кабинетов взрослого приема для приема детей [3]. То есть смешанный прием является прямым нарушением действующего законодательства (рисунок 1).

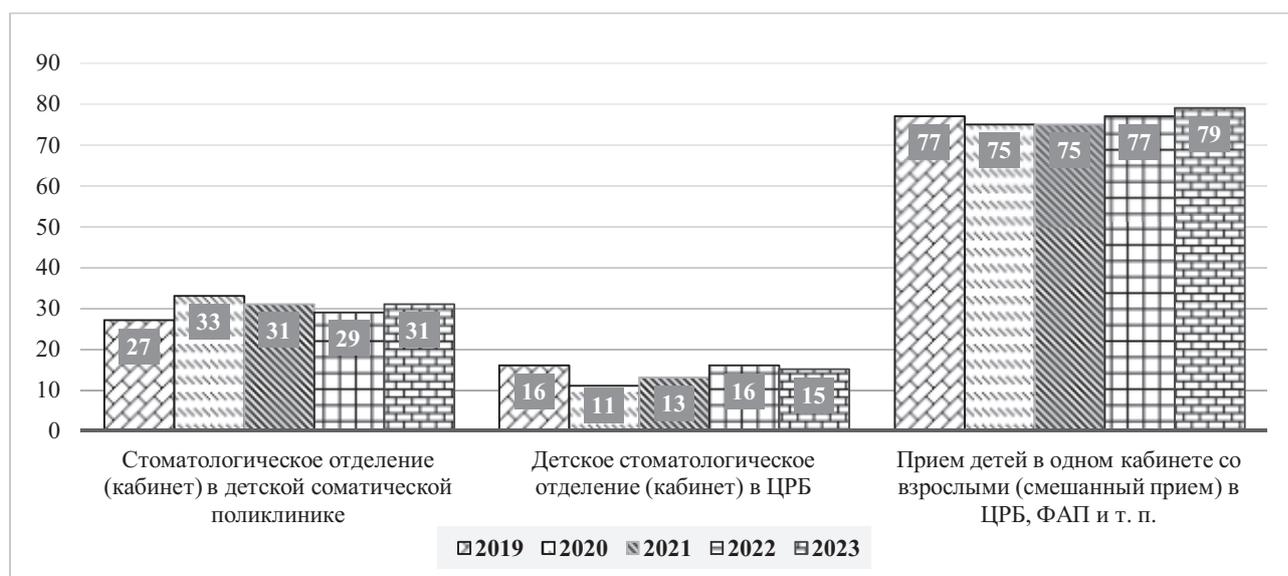


Рисунок 1. Структура детской стоматологической службы Челябинской области

В Челябинской области по состоянию на 31 декабря 2023 года, по данным Росстата, проживает 768316 детей. Согласно нормативным требованиям обеспеченности населения врачами стоматологиче-

ского профиля, в Челябинской области должно быть 615 врачей-стоматологов, оказывающих помощь детям [4]. В 2023 году занято ставок врачей-стоматологов и специалистов со средним специальным стоматоло-

гическим образованием 250,5, что составляет 40,7% от потребности. За год они должны вырабатывать 781 440 рабочих часов. При нормативе 10 минут рабочего времени в 1 УЕТ это равносильно 4 688 640 УЕТ в год на все детское население Челябинской области для должного оказания доступной стоматологической

помощи детям [8]. Выполнено 1 989 138 УЕТ (на 6,4% меньше, чем в 2022 году), что составляет 42,4% от нормативной потребности на детское население Челябинской области.

Анализ динамики кадровой ситуации в стоматологической службе области представлен в таблице 2.

Таблица 2

Персонал детской стоматологической службы Челябинской области

Персонал	2019	2020	2021	2022	2023	Прирост, %
Высшее медицинское образование						
Врачи-стоматологи детские	43,5	48	46,5	48,8	33,8	-22,4
Врачи-стоматологи	75,3	75	68,8	67,8	59,0	-21,6
Врачи-ортодонты	15,0	16,8	19,5	18,3	12,0	-20,0
Врачи — стоматологи-хирурги	7,0	10,3	12,8	12,8	11,0	+57,1
Среднее медицинское образование						
Зубные врачи	127,8	124,8	160,3	129	140,3	+9,8
Гигиенисты стоматологические	1,5	1,3	3,3	2,3	3,3	+116,7
Зубные техники	9,5	12,5	9,5	9,5	7,5	-21,1
Медицинские сестры	107,0	100,3	122,8	118,0	129,3	+20,8

За изучаемый период на 9,8% увеличилось количество специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих первичную доврачебную стоматологическую помощь детям в Челябинской об-

ласти, при этом прослеживается отчетливая тенденция к снижению количества специалистов с высшим медицинским образованием в структуре штатов по детской стоматологии (более чем на 20%) (рисунок 2).

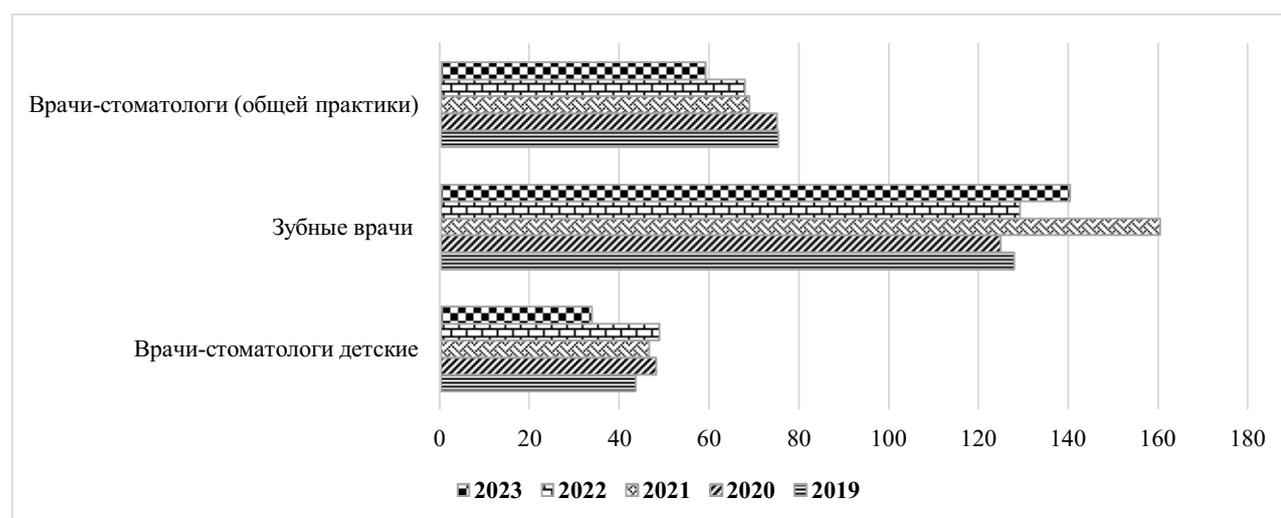


Рисунок 2. Количество занятых ставок врачей, оказывающих терапевтическую стоматологическую помощь детям Челябинской области

Выросло количество лиц пенсионного возраста среди стоматологов детских, но это количество составляет лишь 8,9% от общего количества, при этом

снижается количество лиц, продолжающих работать в период пенсионного возраста, среди зубных врачей.

Численность детского населения на 1 января 2020 года в Челябинской области составляла, по данным Росстата, 778 145 детей, на 1 января 2024 года — 776 316 детей, то есть практически не изменилась. При этом посещаемость стоматологических поликлиник детьми по поводу заболеваний зубов и полости рта составила от 1135,3 на 1000 в 2019 году до 1530,9

на 1000 детского населения в 2023 году, в среднем на 1 ребенка пришлось более 1,1 в 2019 году, в 2023 году — более 1,5 посещения. В среднем за 5 лет из каждой 1000 посещений 377,5 были связаны с проведением курса профилактики, 148,4 составили посещения по поводу плановой санации (таблица 3).

Таблица 3

Профилактическая работа стоматологической службы Челябинской области

Показатель	2019	2020	2021	2022	2023	Прирост, %
Всего первичных пациентов	499 628	466 997	468 844	490 093	482 959	-3,3
из них здоровые	151 604	146 021	125 242	129 387	130 579	-13,9
из них ранее санированные	121 201	112 003	125 271	131 570	134 374	+10,8
из них нуждались в санации	226 823	208 973	218 331	229 136	218 006	-3,9
Всего санированных	52 793	38 797	86 692	93 895	95 640	+81,2

Значительно выросло количество ранее санированных детей, а также детей, санированных по обращаемости. При этом снижается количество здоровых

детей, выявленных при проведении профилактических осмотров (рисунок 3).

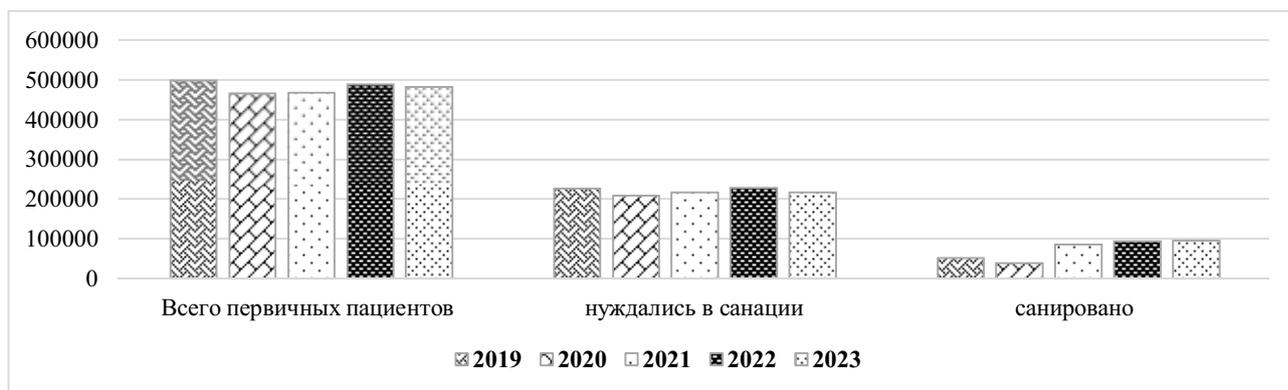


Рисунок 3. Динамика объемов санационной работы детской стоматологической службы Челябинской области

За 5 лет увеличилось количество посещений к врачам-стоматологам детским, при этом снизилось количество посещений к врачам — стоматологам-хирургам

и врачам-ортодонтам, что свидетельствует о снижении доступности ортодонтической помощи детям региона (таблица 4).

Таблица 4

Количество посещений к врачам стоматологического профиля

Посещений к врачам	2019	2020	2021	2022	2023	Прирост, %
стоматологам детским	471 935	425 865	402 764	486 377	498 010	+5,5
стоматологам-хирургам	36 882	27 084	25 482	29 194	30 904	-16,2
ортодонтам	24 962	19 648	20 616	21 255	20 607	-17,4

В структуре обращений к стоматологу детскому преобладают обращения с профилактической целью. Это связано с нормативами по реализации плана

по профилактическим осмотрам несовершеннолетних в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 года № 514н «О Порядке

проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [6]. В 2020 году открыт кабинет неотложной помощи в ГБУЗ «Областная стоматологическая поликлиника» г. Челябинска, в связи с этим значительно увеличилось количество обращений за неот-

ложной помощью к детскому стоматологу; также рост показателя может свидетельствовать о недостаточной доступности плановой стоматологической медицинской помощи детям (таблица 5).

Таблица 5

Количество обращений к детскому стоматологу с различными целями

Обращений к детскому стоматологу	2019	2020	2021	2022	2023	Прирост, %
Неотложное	7 482	56 121	43 536	49 044	43 771	+485,0
С профилактической целью	370 711	368 280	335 800	395 786	417 298	+12,6
Разовое по поводу заболевания	43 341	111 137	114 771	132 493	132 126	+204,9
С лечебной целью	112 245	140 616	159 929	161 836	167 221	+48,9
ИТОГО	535 798	678 174	656 057	741 181	762 439	+42,3

За анализируемый период снизилось как количество пациентов, впервые обратившихся к врачам стоматологического профиля, среди несовершеннолетних, так и количество нуждавшихся в санации детей, а также изменилась структура профилактических вмешательств. Значительно снизилось количество зубов, покрытых фторидными препаратами, при этом на 84,24% выросло количество зубов, фиссуры которых были герметизированы. Осложнений кариеса вылечено на 23,8% боль-

ше, а неосложненного кариеса — меньше на 3,7%. Это свидетельствует об увеличении количества детей с осложненным кариесом вследствие недостаточного количества профилактических мероприятий, что связано со снижением укомплектованности кадрового состава, а также недостаточностью врачебных рабочих мест, оснащенных стоматологическим оборудованием для оказания первичной специализированной стоматологической помощи детям Челябинской области (таблица 6).

Таблица 6

Выполненный объем работы врачами стоматологического профиля

Объем работы	2019	2020	2021	2022	2023	Прирост, %
Обучены гигиене рта	131 192	162 976	169 406	183 413	179 145	+36,6
Покрытие зубов фторидными препаратами	62 596	42 585	38 726	43 969	43 264	-30,9
Герметизировано фиссур зубов	11 748	8 438	6 658	23 818	21 645	+84,2
Вылечено кариозных зубов	174 846	149 385	166 032	157 100	168 447	-3,7
Вылечено осложнений кариеса	59 909	61 146	70 866	78 384	74 151	+23,8
ИТОГО поставлено пломб	234 755	210 531	236 898	234 733	242 598	+3,3
удалено зубов	66 269	53 789	67 570	68 387	68 223	+3,0
проведено операций	700	839	761	1 061	919	+31,3
сдано ортодонтических аппаратов	2 194	2 810	2 641	2 947	3 409	+55,4
сдано протезов	85	73	93	119	121	+42,4
Выработано УЕТ	2 316 532	2 062 734	1 988 827	2 126 117	1 989 138	-14,1

За анализируемый период объем медицинской помощи по профилю «стоматология» снизился на 14,1%

(с 2 316 532 УЕТ в 2019 году до 1 989 138 УЕТ в 2023 году) (рисунок 4).

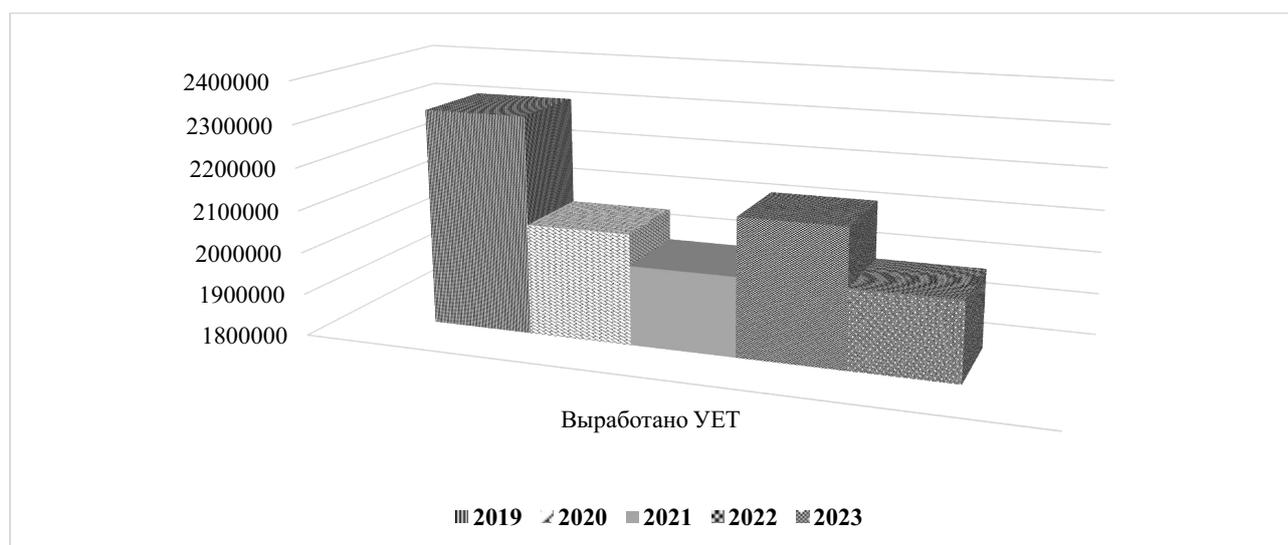


Рисунок 4. Выполненный объем в условных единицах трудоемкости (УЕТ)

Профилактическими осмотрами стоматолога охвачено 482 959 детей, что составляет 65,3 % от общего числа детей, проживающих в Челябинской области (меньше, чем за 2022 год, на 1,5 %). Работает 109 детских стоматологов и стоматологов общей практики на детском приеме (на 6 врачей меньше, чем в 2022 году). С целью снижения кадрового дефицита в стоматологической службе области в 2022 году приступили к обучению в ординатуре по стоматологии детской на базе ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России за счет средств областного бюджета 7 врачей.

В 2023 году отмечено снижение количества УЕТ. Увеличилось количество санированных у врача-стоматолога (зубного врача). Но эта цифра, тем не менее, мала — только 43,9 % детей, нуждавшихся в санации.

Практически не изменилось количество пролеченных зубов, при этом выросло количество вылеченного неосложненного кариеса, уменьшилось количество пролеченного осложненного кариеса.

Отношение вылеченных зубов с неосложненным кариесом к вылеченным с осложненным кариесом составляет 2,3:1; отношение количества вылеченных зубов к удаленным составляет 3,6:1, что свидетельствует о низкой доступности стоматологической помощи детям.

Терапевтическая помощь детям в условиях общего обезболивания оказывается с декабря 2020 года. В 2023 году было пролечено 423 ребенка (на 91,4 % больше, чем в 2022 году), поставлено 5117 пломб по поводу неосложненного и осложненного кариеса (в 2,2 раза больше, чем в 2022 году), удалено 1995 зубов временного и постоянного прикуса (в 2,2 раза больше, чем в 2022 году).

На 15,7 % увеличилось количество изготовленных ортодонтических аппаратов, вместе с тем на 1,7 % выросло количество протезов при стабильном количестве врачей-ортодонт на детском приеме.

Выводы:

1. Недостаточное количество рабочих мест врачей-стоматологов детского приема приводит к снижению доступности стоматологической помощи детям.

2. На имеющихся рабочих местах недостаточная укомплектованность кадрами приводит к неэффективному использованию имеющегося дорогостоящего стоматологического оборудования.

3. Прием детей в одном кабинете со взрослыми по графику противоречит действующим СанПиН.

4. В условиях недостаточного финансирования детской стоматологической службы невозможно исполнять все позиции рекомендованного ФФОМС «Среднего количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемого при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях», а также соблюдать сроки оказания плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи 14 рабочих дней.

5. Профилактические осмотры носят формальный характер. Результаты не доводятся до сведения медицинских организаций, в которых оказывается лечебная помощь детям.

Предложения. Анализ стоматологической заболеваемости детей в различных регионах России из года в год показывает повышение ее уровня и отражает все более ухудшающееся состояние системы детской лечебно-профилактической работы [7].

Здоровье полости рта ребенка необходимо рассматривать как часть общего состояния его здоровья.

Большинство населения плохо ухаживает за полостью рта или ухаживает неправильно и нерегулярно. В условиях высокой стоматологической заболеваемости детского населения особую актуальность имеет целенаправленное снижение уровня стоматологических заболеваний путем реализации комплексной программы (охватывающей вопросы организации и проведения профилактических мероприятий, лечение кариеса, его осложнений и воспалительных заболеваний пародонта). Эти меры связаны, взаимообусловлены и составляют комплексность решения проблемы. Кроме того, они предусматривают совместную работу системы здравоохранения, народного образования и общественного питания [5].

Литература

1. Янушевич О. О., Кисельникова Л. П., Зуева Т. Е., Золотницкий И. В., Огарева А. А. Особенности оказания стоматологической помощи детскому населению среди субъектов Российской Федерации в 2020 и 2021 годах // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2023. – Т. 23, № 2. – С. 105–113.
2. Шапиро К. И., Белякова Л. А. Ресурсы амбулаторной детской стоматологической службы Санкт-Петербурга и некоторые показатели ее работы // Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова. – 2018. – Т. 25, № 4. – С. 48–56.
3. Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг» : постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 года № 44. – П. 4.26.4.
4. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями : приказ Минздрава России от 13 ноября 2012 года № 910н.
5. Об утверждении протоколов ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями : приказ Минздрава России от 30 декабря 2003 года № 620.
6. О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних : приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 года № 514н.
7. Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. проф. Э. М. Кузьминой. – Москва : Информэлектро, 1999. – 172 с.
8. О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования : <письмо> Минздрава России от 19 февраля 2024 года № 31-2/200; утв. Минздравом России № 31-2/200, ФФОМС № 00-10-26-2-06/2778.
9. О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения : приказ Минздрава России от 27 февраля 2016 года № 132н.

Сведения об авторах

Москвичева Марина Геннадьевна, д-р мед. наук, профессор, проректор по непрерывному образованию и региональному развитию, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Института ДПО ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; телефон +7 351 240-20-20, доб. 1107; электронная почта kanc@chelsma.ru, ozofpdpo@mail.ru

Лыскова Юлия Анатольевна, ассистент кафедры терапевтической и детской стоматологии, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института ДПО ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Электронная почта lyskova-stom@mail.ru

В помощь авторам статей

Оформление

Название статьи должно быть компактным не в ущерб информативности.

Кроме названия, в *шапке статьи* (см. ниже) надо указать Ф. И. О. авторов, их должности, ученые степени, а также полные наименования и местоположение учреждений, которые авторы представляют.

Шапка, аннотация и список ключевых слов к статье предоставляются на русском и английском языках. Не советуем полагаться на сервисы автоматического перевода. Аутентичные термины и обороты вы сможете почерпнуть из англоязычных источников по тематике вашего исследования.

Если вы используете сокращения, не являющиеся общеупотребительными и интуитивно понятными, обязательно расшифруйте их при первом использовании в тексте статьи.

Список литературы составляется в соответствии с действующим стандартом библиографических списков. При его подготовке, а также при составлении перечня ключевых слов и определении УДК статьи вам помогут работники библиотеки.

Перед отправкой материалов в редакцию не забудьте воспользоваться сервисом проверки правописания, который имеется в каждом современном текстовом редакторе. Для получения подсказки, как включить этот сервис на вашем рабочем месте, обычно достаточно клавиши F1.

Комплектация пакета документов к отсылке в редакцию

Статьи и все необходимые материалы к ним готовятся в электронном виде и присоединяются к письму, отсылаемому научному редактору на почту eaigrigicheva@gmail.com

В соответствующий пакет документов обязательно входят два текстовых файла:

1. Файл статьи, включая:

		Язык	Объем
Шапка	УДК	Код	По факту
	Название статьи	Русск.	— ” —
		Англ.	
	Ф. И. О., должности и ученые степени авторов; полные наименования и местоположение учреждений, которые они представляют	Русск.	— ” —
Англ.			
Аннотация (<i>англ.</i> Abstract)	Русск.	≈ 1000 знаков	
	Англ.	≈ 1000 знаков	
Ключевые слова (<i>англ.</i> Keywords)	Русск.	≤ 5 слов	
	Англ.	— ” —	
Текст статьи	Русск.		
Библиография	На языке источников		

2. Отдельный файл-справка об авторах, включая:

Данные	Язык	Требования
Ф. И. О. (полностью),	Русск.	Указывается для каждого автора
должность,		
место работы,		
электронная почта		
Полная контактная информация (включая адрес и телефон)		По первому автору

Рекомендации по объему основного текста статьи, включая библиографию, приблизительные. Для своего удобства при подсчете листажа вы можете ориентироваться на следующий набор параметров: Times New Roman 12 pt, интервал между строками — единица, между абзацами — «авто» или 0. Впрочем, не будет большой беды, если шрифт окажется Arial: в данном случае содержание гораздо важнее формы.

3. Файлы таблиц, графиков, изображений и других иллюстраций к статье.

Все **таблицы и графики**, подготовленные в Excel и других приложениях Microsoft Office, должны быть включены в отсылаемый пакет документов **наряду** с файлом статьи.

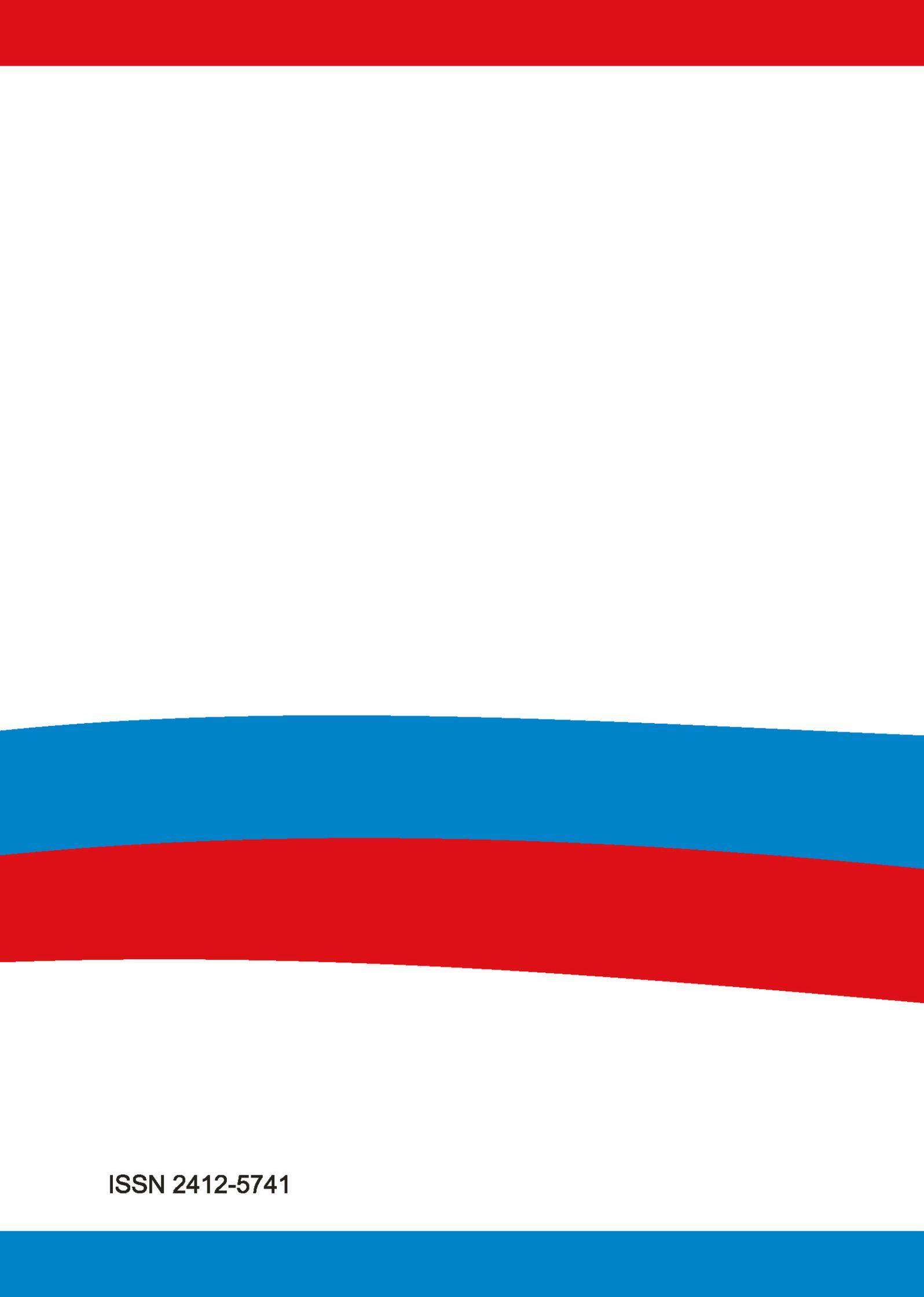
Соответственно, вам не обязательно владеть передовой техникой их «внедрения» (*англ.* embedding) в документы Word. Достаточно написать рядом с заголовком иллюстрации (табл. 1, рис. 2 и т. п.) название соответствующей закладки (*англ.* sheet) или графика (*англ.* chart) в высланном вами файле Excel.

Поскольку цвета при черно-белой печати передаются полутонами серого, обязательно проверьте, как выглядят и насколько читаемы и различимы ваши графики, схемы и фотографии в типографском варианте.

Изображения, добавленные в статью (фотографии, сканы, скриншоты и пр.), также присоединяются к письму в виде **отдельных файлов** соответствующих форматов (BMP, PNG, JPG, GIF).

4. Файл — справка системы «Антиплагиат».

5. Экспертное заключение с места работы в случае, если работа выполнена во ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.



ISSN 2412-5741