



ВЕСТНИК ПЕРВОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ



№ 1
2024

г. Севастополь

**ЖУРНАЛ
«ВЕСТНИК ПЕРВОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ» (ВПГБ)**

Цель издания - ознакомление медицинских работников различных специальностей с данным научно-практическим журналом, который содержит публикации актуальных материалов по проблемам различных областей клинической и профилактической медицины, что позволит практическим врачам знакомиться с последними достижениями в области медицины, как в регионе, так на просторах страны и мира.

В журнале публикуются оригинальные работы, описывающие различные вопросы клинической и профилактической медицины, обзоры литературы, описание редких клинических случаев, публицистические материалы.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

- А. А. Коситченков, Главный врач ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н. И. Пирогова»

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

- О. Б. Малышев, к.мед.н.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

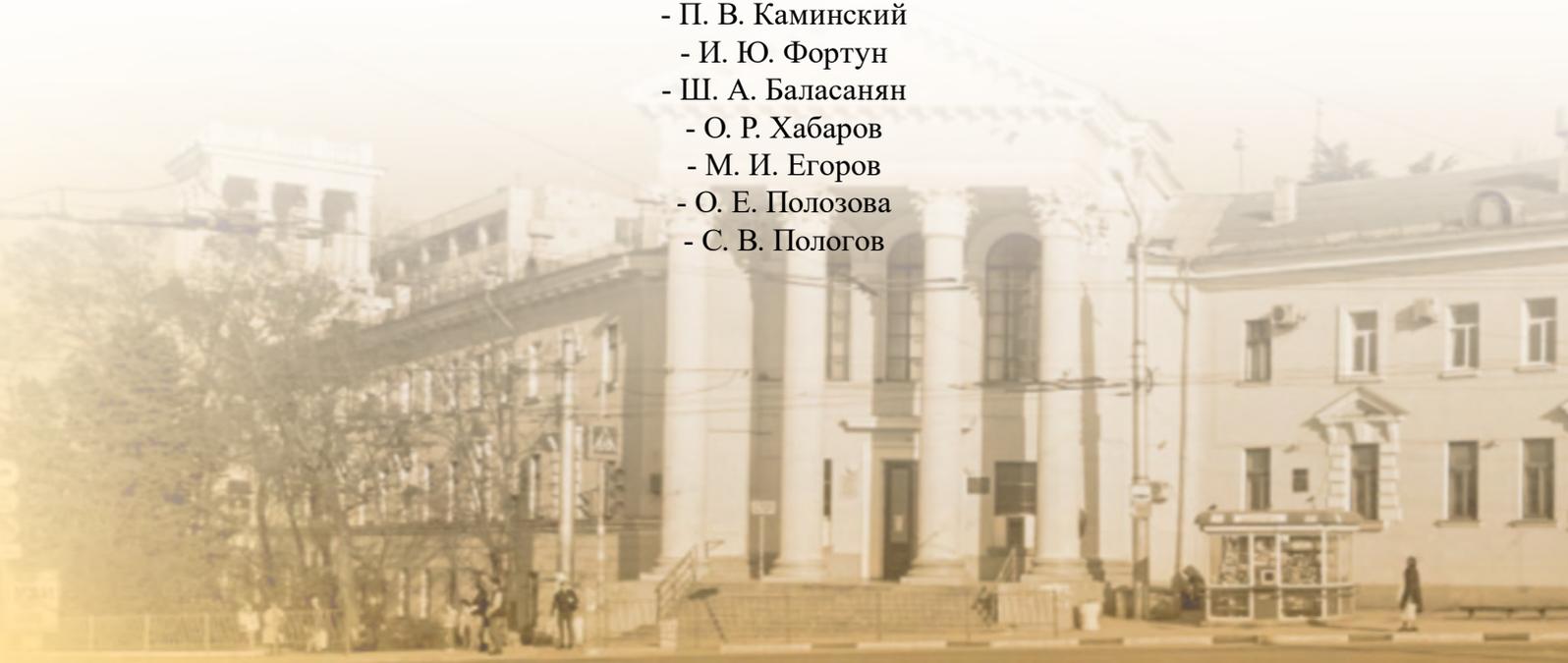
- О. А. Саратова

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- О. В. Болдырева, к.мед.н.
- О. Ю. Ищенко, к.б.н.
- Д. В. Савушкин, к.мед.н.
- С. В. Табакман, к.мед.н.
- Е. Р. Токарева, к.мед.н.
- В. Д. Калинин
- Ю. Л. Виноградский
- О. А. Токарев

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

- В. В. Кузнецов, к.мед.н.
- С. А. Белоглазова, Заслуженный врач АРК
- Р. В. Наумова
- Е. Ю. Шамрай
- В. С. Сенченко
- П. В. Каминский
- И. Ю. Фортун
- Ш. А. Баласанян
- О. Р. Хабаров
- М. И. Егоров
- О. Е. Полозова
- С. В. Пологов



JUORNAL
«BULLETIN OF THE FIRST CITY HOSPITAL» (VPGB)

The purpose of the publication is a scientific and practical journal intended for medical workers of various specialties, publishing relevant materials on problems in various areas of clinical and preventive medicine, which will allow practitioners to be acquainted with the latest achievements in the field of medicine, both in the region and throughout the country and the world.

The journal publishes original works describing various issues of clinical and preventive medicine, literature reviews, descriptions of rare clinical cases, and journalistic materials.

CHIEF EDITOR:

- A.A. Kositchenkov, Chief Physician, City Hospital No. 1 named after. N.I. Pirogov»

DEPUTY CHIEF EDITOR:

- O. B. Malyshev, Ph.D.

EXECUTIVE SECRETARY:

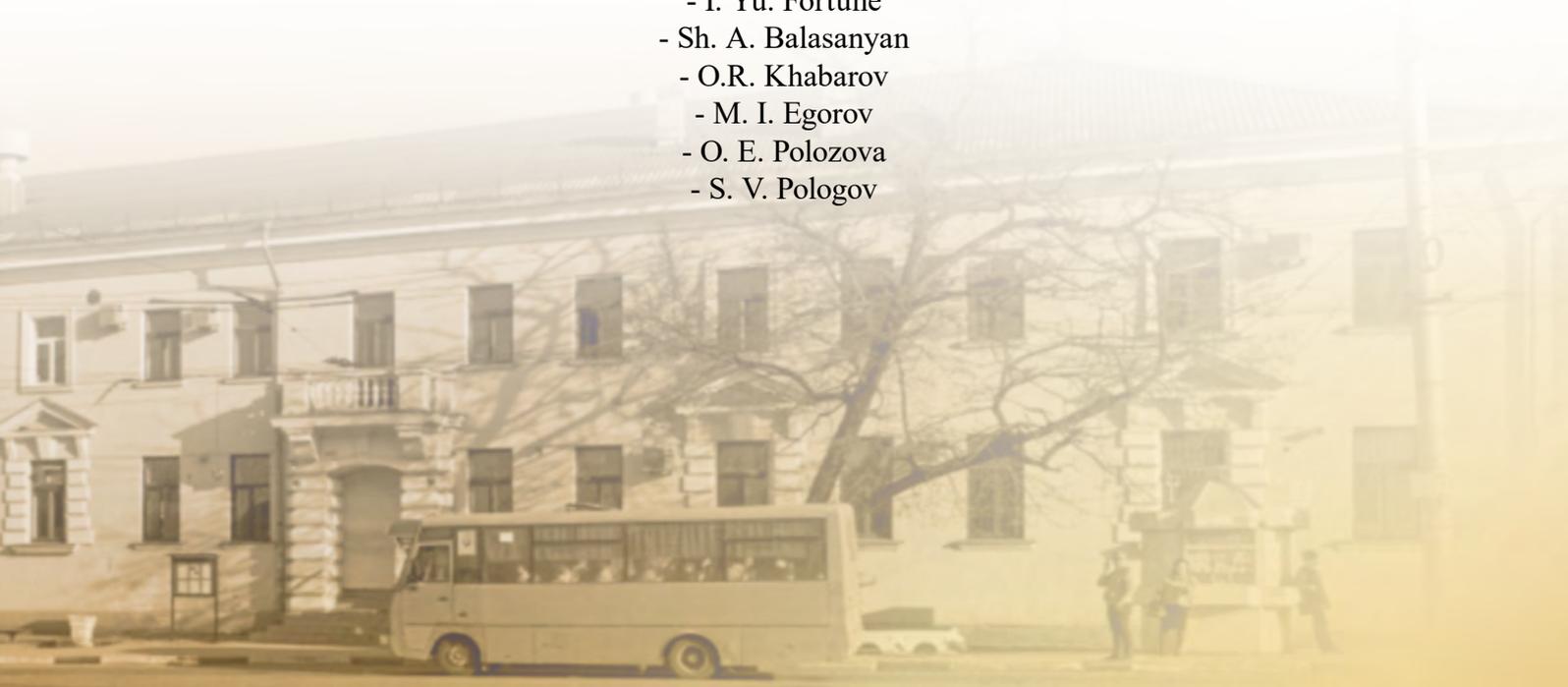
- O.A. Saratova

EDITORIAL TEAM:

- O. V. Boldyreva, Ph.D.,
- O. Yu. Ishchenko, Ph.D.,
- D. V. Savushkin, Ph.D.,
- S. V. Tabakman, Ph.D.,
- E. R. Tokareva, Ph.D.,
 - V. D. Kalinin
- Yu. L. Vinogradsky
 - O. A. Tokarev

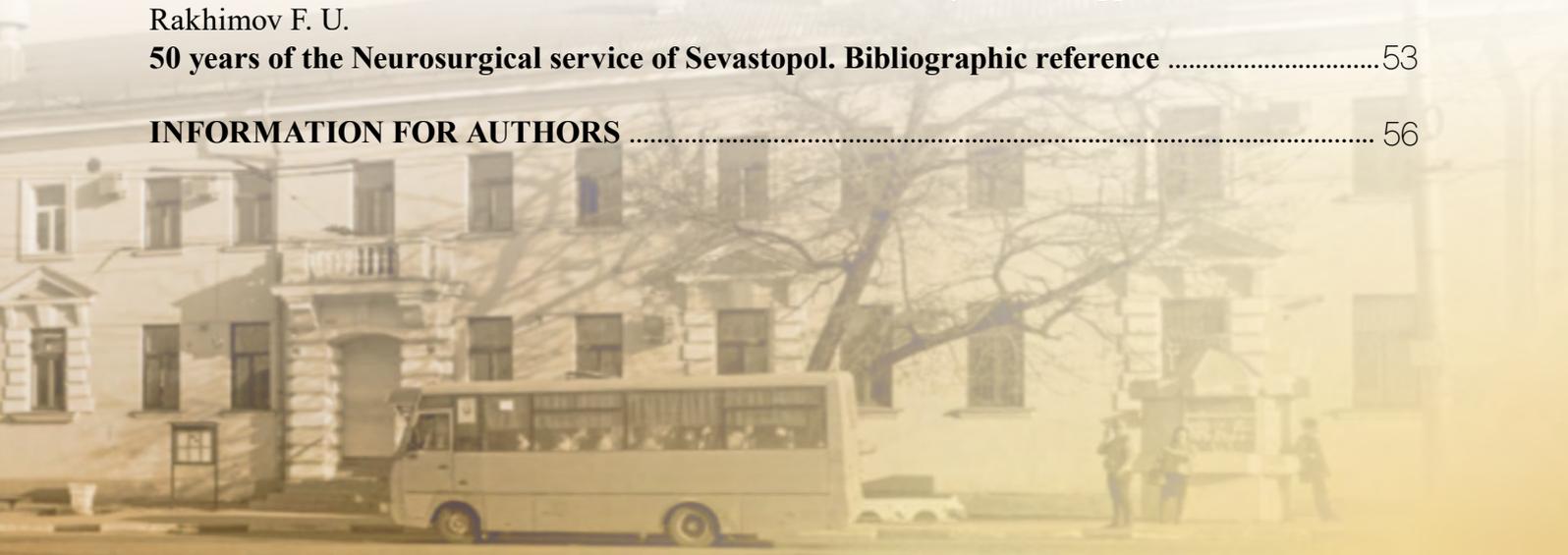
EDITORIAL COUNCIL:

- V. V. Kuznetsov, Ph.D.,
- S. A. Beloglazova, Honored Doctor of the Autonomous Republic of Crimea
 - R. V. Naumova
 - E. Yu. Shamray
 - V. S. Senchenko
 - P. V. Kaminsky
 - I. Yu. Fortune
 - Sh. A. Balasanyan
 - O.R. Khabarov
 - M. I. Egorov
 - O. E. Polozova
 - S. V. Pologov



Колонка главного редактора	4
ОРИГИНАЛЬНАЯ РАБОТА	
Малышев О. Б., Агзамов И. М., Заболотный А. Д., Хрущ А. Л., Ширинский А. А., Филимонов Д. А., Крей А. О., Коста А. Н., Притула Д. В., Аблаев Н. Р., Агзамова В. В. Опыт лечения пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения по геморрагическому типу в регионе (обзор за 5 лет)	5
Токарева Е. Р., Рыбалко О. Н. Немедикаментозная терапия миофасциального болевого синдрома у пациентов с эпилепсией	14
Хабаров О. Р. Развитие эндокринной хирургии в городе Севастополе	20
Крячко А. Г, Афанютин А. В., Серова Е. Л. Анализ травматической патологии и воспалительных заболеваний отделения челюстно-лицевой хирургии за период 2019-2023 гг.	26
Тишков А. В., Кузнецов В. В. Новые технологии в диагностике и лечении урологической патологии	30
НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ	
Недождий П. П., Табакман С. В. Ишемический инсульт в молодом возрасте, ассоциированный с открытым овальным окном: выбор между консервативной и хирургической терапией	35
Захаров Ю. М., Морозова Е. В., Пологов В. И. Дифференциальная диагностика между инфарктом миокарда 2-ого типа и Синдромом Такоцубо (клинический случай)	40
Токарева Е. Р., Леванович Е. М. Тактика ведения пациентки с симптоматической эпилепсией после перенесенного проникающего огнестрельного ранения левой лобной области на фоне беременности (Клинический случай)	47
ДАЙДЖЕСТ	
Малышев О. Б., Агзамов И. М., Хрущ А. Л., Заболотный А. Д., Ширинский А. А., Федулова Е. Н., Коста А. Н., Притула Д. В., Дриждов К. И., Филимонов Д. А., Крей А. О., Филиппов А. С., Аблаев Н. Р., Рахимов Ф. У. 50 лет Нейрохирургической службе г. Севастополя. Библиографическая справка	53
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ.....	56

Editor's column	4
ORIGINAL REPORT	
Malyshev O. B., Agzamov I. M., Zabolotny A. D., Khrushch A. L., Shirinsky A. A., Filimonov D. A., Krei A. O., Kosta A., Pritula D. V., Ablaev N. R., Agzamova V. V. Experience in treating patients with severe cerebrovascular accidents of the hemorrhagic type in the regions (5-year review)	5
Tokareva E. R., Rybalko O. N. Non-drug therapy of myofascial pain syndrome in patients with epilepsy	14
Khabarov O. R. Development of endocrine surgery in the city of Sevastopol	20
Kryachko A. G., Afanyutin A. V., Serova E. L. Analysis of traumatic pathology and inflammatory diseases of the Department of Maxillofacial Surgery for the period 2019-2023	26
Tishkov A. V., Kuznetsov V. V. New technologies in the diagnosis and treatment of urological pathology	30
OBSERVATIONS FROM PRACTICE	
Nedozhdy P. P., Tabakman S. V. Ischemic stroke at a young age associated with an open oval window: a choice between conservative and surgical therapy	35
Zakharov Yu. M., Morozova E. V., Pologov V. I. Differential diagnosis between type 2 myocardial infarction and Takotsubo syndrome (clinical observation)	40
Tokareva E. R., Levanovich E. M. Management tactics of a patient with symptomatic epilepsy after suffering a penetrating gunshot wound to the left frontal region during pregnancy (clinical observation)	47
DIGEST	
Malyshev O. B., Agzamov I. M., Khrushch A. L., Zabolotny A. D., Shirinsky A. A., Fedulova E. N., Costa A. N., Pritula D. V., Drizhdov K. I., Filimonov D. A., Krey A. O., Filippov A. S., Ablaev N. R., Rakhimov F. U. 50 years of the Neurosurgical service of Sevastopol. Bibliographic reference	53
INFORMATION FOR AUTHORS	56



Уважаемые друзья и коллеги!

Перед вами – первый выпуск журнала «Вестник Первой Городской больницы», выпущенный нашей больницей!

Городская больница №1 имеет более 155 лет истории становления и развития. Наше учреждение выполняло, выполняет и продолжает выполнять разные общие и конкретные задачи. Однако публичное освещение нашего опыта на таком уровне еще не проводилось. На медицинском совете было принято решение издавать научно-практический медицинский журнал.

Основное предназначение нашего журнала – освещение особенных клинических

случаев, представление наработанного опыта для публичного обсуждения и история нашего лечебного учреждения. Задачей издания стали практика - обмен собственным опытом, информация о современных методах диагностики и лечения, освещение истории больницы, а также дискуссионная площадка. Представление клинического случая или освоенной методики дает возможность специалисту транслировать свои находки и уникальный опыт по диагностике и лечению сложных и нестандартных клинических состояний. Освещая и анализируя данного рода информацию, мы способствуем становлению и повышению квалификации специалистов.

Главный вектор этого проекта направлен на обсуждение широкого круга задач, способствующий повышению качества оказания медицинской помощи. Для нас это всегда стояло и стоит на первом месте. Не зря мы часто слышим словосочетание «Здоровье нации - здоровье каждого». Это простые слова для каждого из нас, посвятивших свою жизнь профессии врача. Это движущая сила всех наших поступков и мыслей, смысл всей нашей жизни.

Традиция делиться новыми знаниями, навыками и опытом, помогает профессионально расти, укреплять дружеские связи, обмениваться информацией и решать проблемы в клинической практике специалистам разного уровня. Это необходимо в первую для наших пациентов, которые нуждаются в нашей профессиональной помощи и поддержке.

Выражаем уверенность, что дальнейшее сотрудничество всех заинтересованных позволит укрепить и усилить работу нашего лечебного учреждения и повысит эффективность нашей работы. Журнал рассчитан на диалог с читателем. Приглашаем всех интересующихся специалистов к сотрудничеству. Коллектив редакции журнала «Вестник Первой Городской больницы» с оптимизмом смотрит в будущее и постарается приложить все усилия, чтобы каждый номер был интересен нашим читателям и наработанный опыт становился достоянием всех.



*А. А. Коситченков
Главный редактор журнала
«Вестник Первой Городской Больницы»*

УДК 616.831-005(Сев)

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ГЕМОРРАГИЧЕСКОМУ ТИПУ В РЕГИОНЕ (ОБЗОР ЗА 5 ЛЕТ)

Малышев О. Б., Агзамов И. М., Заболотный А. Д., Хрущ А. Л., Ширинский А. А., Филимонов Д. А., Крей А. О., Коста А. Н., Притула Д. В., Аблаев Н. Р., Агзамова В. В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская больница №1 имени Н.И. Пирогова»
299011, г. Севастополь, ул. Адмирала Октябрьского, д.19

Введение. Во всем мире инсульт занимает второе-третье место в общей структуре смертности и является ведущей причиной инвалидизации взрослого населения.

По разным сведениям, заболеваемость ГИ в мире составляет от 13 до 271 случаев на 100.000 населения, характеризуется высоким уровнем летальности (до 40–50%) и инвалидизации – до 75%.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ структуры ГИ, его осложнений и оценить эффективность различных методов хирургического лечения ГИ.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 187 медицинских карт пациентов с ГИ, находившихся на лечении в период 2019-2023гг.

Результаты. Этиопатогенетическими факторами ГИ явились (Являются\оказались) гипертоническая болезнь у 86 (46%) больных, аневризматическая болезнь головного мозга у 72 (38,5%) больных; разрывы АВМ – у 8 (4,2%) больных; а также различные коагулопатии неясного генеза – у 21 (11,3%) больного. Оперативное лечение проведено 169 пациентам (90,4%).

Обсуждения. Положительный результат получен у 49 (29%) пациентов – 5 баллов по Шкале исходов Глазго, 4 балла – у 71 (42,1%), 3 балла – у 7 (4,1%), в вегетативном состоянии выписано 19 (11,2%). Послеоперационная смертность - 13.6%.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, оперативное лечение, миниинвазивный доступ

EXPERIENCE IN TREATING PATIENTS WITH SEVERE CEREBROVASCULAR ACCIDENTS OF THE HEMORRHAGIC TYPE IN THE REGIONS (5-YEAR REVIEW)

Malyshev O. B., Agzamov I. M., Zabolotny A. D., Khrushch A. L., Shirinsky A. A., Filimonov D. A., Krei A. O., Kosta A. N., Pritula D. V., Ablaev N. R., Agzamova V. V.

State Budgetary Healthcare Institution
“City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov”
299011, Sevastopol, Admiral Oktyabrsky str., 19

Introduction. Worldwide, stroke ranks second or third in the overall mortality structure and is the leading cause of disability in the adult population.

According to various sources, the incidence of HS in the world ranges from 13 to 271 cases per 100,000 population, is characterized by a high mortality rate (up to 40-50%) and disability – up to 75%.

Objective. To conduct a comparative analysis of the structure of GI, its complications and evaluate the effectiveness of various methods of surgical treatment of GI.

Materials and methods. 187 medical records of patients with GI who were treated in the period 2019-2023 were retrospectively analyzed.

Results. The etiopathogenetic factors of GI were hypertension in 86 (46%) patients, aneurysmal brain disease in 72 (38.5%) patients; AVM ruptures in 8 (4.2%) patients; as well as various coagulopathies of unknown genesis in 21 (11.3%) patients. Surgical intervention was performed in 169 patients (90.4%).

Discussions. A positive result was obtained in 49 (29%) patients – 5 points on the Glasgow Outcome Scale, 4 points in 71 (42.1%), 3 points in 7 (4.1%), 19 (11.2%) were discharged in a vegetative state. Postoperative mortality is 13.6%.

Keywords: hemorrhagic stroke, surgical treatment, minimally invasive access

Введение

По данным разных авторов, во всем мире инсульт занимает второе-третье место в общей структуре смертности и является ведущей причиной инвалидизации взрослого населения [9, 13].

Соотношение ишемического (ИИ) и геморрагического инсульта (ГИ) в структуре острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) составляет примерно 70-95% против 5-30%. По разным сведениям, заболеваемость ГИ в мире составляет от 13 до 271 случаев на 100.000 населения, характеризуется высоким уровнем летальности (до 40–50%) и инвалидизации – до 75%. [8, 10].

Под ГИ подразумевается широкий спектр заболеваний нетравматического генеза, которые могут проявляться в виде субарахноидальных кровоизлияний (САК), внутримозговых гематом (ВМГ), внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК), экстрадуральных и субдуральных гематом или сочетанием этих патологических состояний.

В зависимости от этиологического фактора ГИ делятся на: первичные и вторичные. Первичный ГИ возникает на фоне артериальной гипертензии (АГ), встречается он в 70-90% от всех случаев нетравматических кровоизлияний в мозг [4, 11]. В настоящее время доказано, что при АГ в артериальных сосудах головного мозга возникает комплекс морфологических изменений (липогиалиноз, фибриноидный некроз, формирование микроаневризм). Это приводит к деформации просвета внутримозговых артерий, формируются извитость сосудов и их повышенная ломкость. Вторичный ГИ может проявляться в виде разрыва артериовенозной мальформации или артериальные аневризмы, опухоли головного мозга, коагуло- и васкулопатии, употреблении наркотических препаратов, тромбозы внутримозговых вен и синусов, хронический алкоголизм, наркомании, септические состояния, заболевания крови (гемофилии, лейкомии, тромбоцитопенические пурпур), неконтролируемое применение антикоагулянтов, болезнь мойя-мойя, хроническая почечная недостаточность (желательно все в предложном падеже) [8, 10, 11, 13].

ВМГ чаще всего локализуются в области подкорковых узлов головного мозга, при этом, в зависимости от расположения по отношению к внутренней капсуле, могут быть латеральными (путаменальными), которые встречаются до 55% случаев от всех ВМГ, и медиальными (таламическими) – до 10% случаев. Лобарные гематомы встречаются до 15% случаев [2, 6]. В 70–80% случаев САК возникает как следствие разрыва артериальной (артериальной) аневризмы (АА) головного мозга. Причиной ВЖК могут быть артериовенозные мальформации (13–40%), медиальные гематомы (до 10%) и АА. В свою очередь ВЖК могут осложняться острой окклюзионной гидроцефалией, гемо-тампонадой IV желудочка, вторичной ишемией мозга, что является неблагоприятным предиктором исхода ВЖК [5, 9, 19].

В сущности, ВМГ может иметь два механизма развития: по типу гематомы и по типу диапедезного пропитывания. Кровоизлияния по типу гематомы встречаются в 85% случаев по материалам аутопсий, имеют типичную локализацию в подкорковых ядрах, полушариях мозга и мозжечке. При данном типе кровоизлияния излившаяся кровь раздвигает мозговое вещество, что сопровождается перемещением отдельных участков мозга. При кровоизлиянии по типу гематомы, размеры гематомы намного превышают объем разрушенной ткани. Кровоизлияния по типу диапедеза встречаются значительно реже, являясь следствием первичной ишемии сосудистой стенки и увеличения ее проницаемости. Такие кровоизлияния чаще имеют небольшие размеры и располагаются преимущественно в таламусе или варолиевом мосту [7].

За последние 2 десятилетия авторами многих стран проведен ряд исследований, посвященных вопросам лечения больных ГИ. Проведена оценка необходимости проведения хирургического лечения, хирургической тактики и методов вмешательства, ближайшие и отдаленные результаты. Параллельно оценивали результаты консервативного лечения сходных групп больных [14-18, 20, 21, 24]. На основании полученных результатов оказалось, что ни одно исследование не показало убедительных преимуществ хирургического лечения над консервативным вне зависимости от используемых методов вмешательства. Отдаленные функциональные исходы среди выживших больных были практически одинаковыми в группах оперированных и леченных консервативно [12, 24-24].

В настоящее время не существует стандартов лечения больных с ГИ, принципы ведения пациентов носят рекомендательный характер и во многом еще определяются традициями лечебных учреждений.

Количество операций, выполняемых по поводу ГИ, в разных центрах колеблется от полного отказа от операций до 20% активности, но с каждым годом, количество операций постоянно растет что, по-видимому, обусловлено неудовлетворительными результатами консервативного лечения [3, 12]. Такие результаты объясняются тем, что терапевтическое лечение ГИ носит симптоматический, но не этиопатогенетический характер.

В настоящее время хирургия ГИ в обществе нейрохирургов называется «хирургией разочарования», так как сопряжена с высокой летальностью и инвалидизацией [12]. Считается, что для получения наилучших результатов оперативного лечения, к хирургическому пособию следует прибегать только у 10% больных с ГИ.

По данным Крылова В.В. и Patil С.С. - ежегодно по поводу внутримозговых кровоизлияний в Российской Федерации оперируют около 4500 больных, в США - более 7000 пациентов.

В последнее время в хирургическом лечении ГИ активно применяются малоинвазивные нейрохирургические методы лечения, задача которых заключается в удалении гематом и сгустков крови с минимальным повреждением паренхимы мозга, что позволяет уменьшить количество осложнений по сравнению с открытыми видами оперативных вмешательств и снизить послеоперационную летальность. К этим методам относятся эндоскопическое удаление ВМГ, пункционная аспирация и ее вариации, а также локальный фибринолиз глубинных ВМГ [1, 6, 14].

Несмотря на постоянное развитие и совершенствование высокотехнологичной нейрохирургической помощи больным с ГИ, процент послеоперационных осложнений остается высоким. В связи с этим, анализ опыта хирургического лечения и факторов риска потенциальных осложнений, их частоты и исходов имеет большое значение для совершенствования тактики ведения больных с ГИ.

Цель исследования

Провести сравнительный анализ структуры ГИ, его осложнений и оценить эффективность различных методов хирургического лечения ГИ.

Материалы и методы

Ретроспективно проанализировано 187 медицинских карт пациентов с ГИ, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова» г. Севастополь за период с 2019 по 2023гг. Средний возраст больных составил $49,8 \pm 14,1$ лет, среди них 106 (56,7%) женщин и 81 (43,3%) мужчин. Всем больным проводилось клинико-неврологическое, инструментальное, лабораторное обследования, КТ головного мозга и КТ-ангиография сосудов головного мозга и брахиоцефальных артерий [22]; при необходимости проводилась ЦАГ. При осмотре пациента оценивалась тяжесть состояния по шкале комы Глазго, сопутствующая соматическая патология. Результаты лечения оценивались по Шкале исходов Глазго.

Результаты

По нашим данным этиопатогенетическими факторами ГИ явились гипертоническая болезнь у 86 (46%) больных, аневризматическая болезнь головного мозга у 72 (38,5%) больных; разрывы АВМ – у 8 (4,2%) больных; а также следствиями внутримозгового кровоизлияния были различные коагулопатии неясного генеза – у 21 (11,3%) больного.

По локализации ВМГ разделялись следующим образом: наиболее часто встречались лобарные гематомы – в 36 (19,2%) случаях; гематомы в подкорковых узлах встречались в 14 (7,5%) случаях, из них: 9 (64,3%) – путаменальные, 5 (35,7%) – таламические. Гипертонические ВМГ с прорывом в желудочковую систему встречались у 7 пациентов, чаще это были паци-

енты с медиальными гематомами. Мозжечковая локализация гематом встречалась у 17 (9,1%) пациентов, из них у 7 пациентов отмечался прорыв в желудочковую систему и окклюзией ликвороносных путей на уровне IV – желудочка.

Изолированные ВЖК встречались у 3 (1,6%) пациентов.

Нетравматические субдуральные гематомы преимущественно встречались у пациентов старческого возраста – в 9 (4,8%) случаев; а также пациентов с хроническим алкоголизмом и прочими заболеваниями – в 28 (15%) случаев. Явной статистической значимости от стороны повреждения полушарий головного мозга нами замечено не было.

Аневризматическая болезнь в остром периоде была выявлена у 72 (38,5%) пациентов и проявлялась в виде САК у 43 (23,1%) пациентов, в виде САК + ВМГ – у 14 (7,4%) пациентов, САК + ВЖК – у 9 (4,8%) пациентов, САК + ВМГ + ВЖК – у 6 (3,2%) пациентов. Анатомически аневризмы располагались следующим образом: ВСА – у 11 (15,3%) пациентов, ЗСА – у 4 (5,5%) пациентов, СМА – 18 (25%), ПМА – 11 (15,3%), перикаллезная артерия – 2 (2,8%), ПСА – 15 (20,8%), ПА – 2 (2,8%), основная артерия – у 4 (5,5%) пациентов. Аневризмы с множественной локализацией встречались у 5 (7%) пациентов.

У пациентов идентифицированная разорвавшаяся АВМ сосудов головного мозга проявлялась в виде ВМГ у 5 (2,7%) пациентов, САК – у 3 (1,6%) пациентов.

В виду того, что единые стандарты лечения пациентов с ГИ до сих пор не утверждены, алгоритм выбранной нами тактики ведения данной группы пациентов основывался на положениях «Клинических рекомендаций хирургического лечения гипертензивных внутримозговых гематом» и «Клинических рекомендаций лечения больных с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие аневризм сосудов головного мозга».

Таким образом, оперативное вмешательство было проведено 169 пациентам (90,4%). В остром периоде были прооперированы 134 (79,3%) пациентов. К данной группе были отнесены пациенты с объемом полушарных гематом более 50-60 см³ и смещением срединных структур головного мозга более 10-12мм – 26 (19,4%) пациентов; с гематомой мозжечка объемом более 15см³ – 13 (9,7%) пациентов; пациенты с ВЖК и признаками окклюзионной гидроцефалии – 6 (4,5%) пациентов; а также пациенты с разорвавшимися аневризмами сосудов головного мозга – 52 (38,8%). Пациентам с ВМГ, при стабильном неврологическом статусе без нарушения витальных функций, приоритет отдавался отсроченным вмешательствам, к ним были отнесены 17 (10,1%) пациентов. 18 пациентов (10,6%) с САК с оценкой по шкале Hunt-Hess 4-5 баллов и при отсутствии дислокационных и компрессионных изменений на структуры головного мозга – также были оперированы в отсроченном порядке, по стабилизации общего состояния. Все пациенты (27,6%) с нетравматическими субдуральными гематомами оперированы в срочном порядке.

Не оперированы 18 (9,6%) пациентов, поступившие в тяжелом соматическом статусе, с неконтролируемой и не корректируемой артериальной гипертензией, с уровнем сознания кома (ШКГ-7 баллов и ниже). Чаще это были пациенты с массивным и множественным поражением структур головного мозга, а также с наличием множества сопутствующей патологии.

В зависимости от задач и целей нейрохирургического лечения применялись различные виды хирургических вмешательств.

Открытые методы при помощи декомпрессивной трепанации черепа (ДТЧ) применялись у 33 (58,9%) пациентов, при этом микрохирургическое удаление ВМГ было проведено в 21 (63,6%) случае. При медианных гематомах и путаменальных гематомах проводились малоинвазивные операции: эндоскопическое удаление гематомы – в 7 (12,5%) случаях, пункционная аспирация под нейронавигационным контролем – в 16 (28,6%) случаях (Рис.1).

При нетравматических субдуральных гематомах проводилось открытое удаление с применением декомпрессии головного мозга – в 15 (40,5%) случаях; малоинвазивные методики по типу twist drill и наложение трепанационных отверстий с эвакуацией гематомы – в 22 (59,5%) случаях.

В случаях окклюзионной гидроцефалии на фоне гемотампонады ликвороносных путей применялось наружное вентрикулярное дренирование по Арентту.

Пациентам с САК в результате разрыва аневризм сосудов головного мозга проводилось микрохирургическое клипирование шейки аневризмы в 17 (24,3%) случаях; при сочетании САК и ВМГ проводилась декомпрессивная трепанация с удалением гематомы и последующем клипированием аневризмы в 14 (20,1%) случаях (Рис. 2); в сочетании САК и ВЖК первым этапом проводилось наружное вентрикулярное дренирование у 9 (12,7%) пациентов, у 4 (5,7%) пациентов - тривентрикулостомия с санацией ликвора, а вторым этапом – клипирование шейки аневризмы.

Методом эндоваскулярной эмболизации при разорвавшихся аневризмах сосудов головного мозга пролечено 26 (37,2%) пациентов. Из них эмболизация микроспиральями проведено в – 15 (57,7%) случаях (Рис. 3), эмболизация микроспиральями со стент-ассистенцией – 2 (7,7%), эмболизация микроспиральями с баллон-ассистенцией – 8 (30,8%), установка поток-перенаправляющего стента проведено в 1 (3,8%) случае. Одному пациенту с САК в области базальных цистерн головного мозга в результате разрыва АВМ – проведено эндоваскулярное выключение АВМ клеевым компонентом.

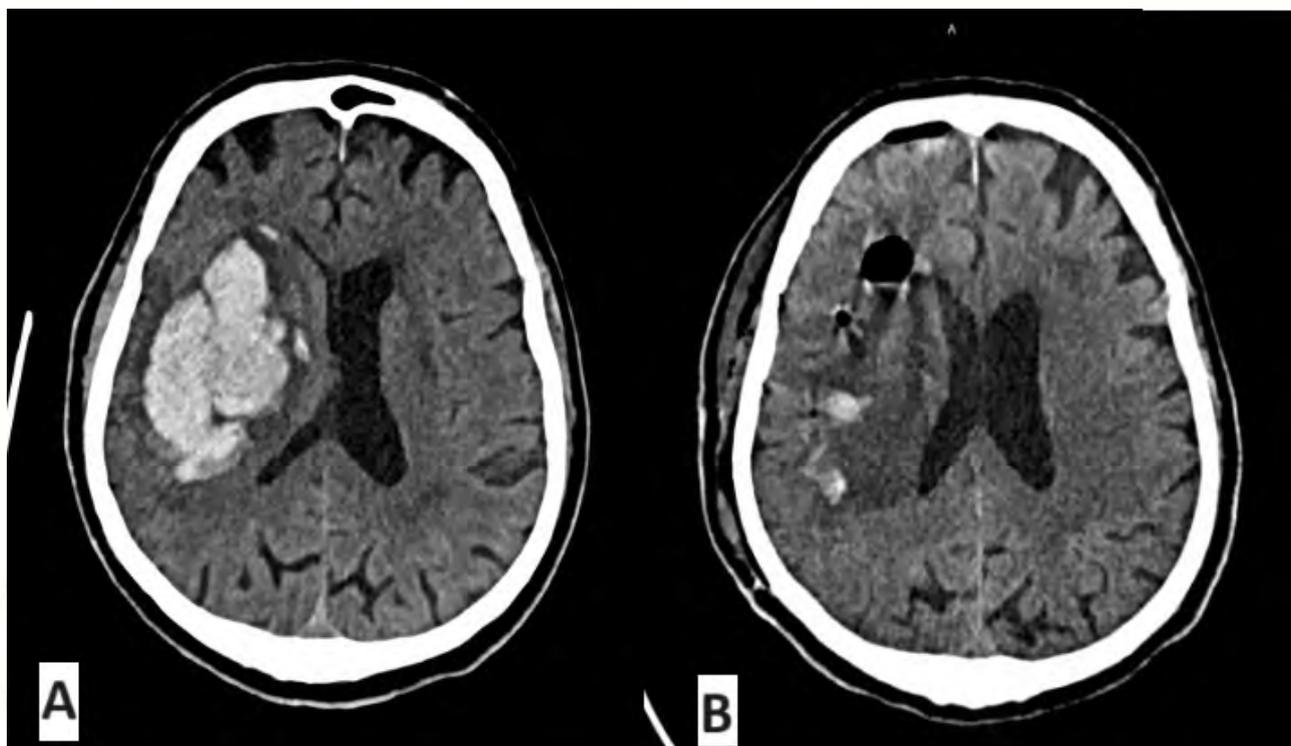


Рис. 1. А – КТ снимок латеральной гематомы правого полушария головного мозга до операции; В – КТ снимок после проведенного оперативного лечения: миниинвазивная пункционная аспирация гематомы под контролем эндоскопии

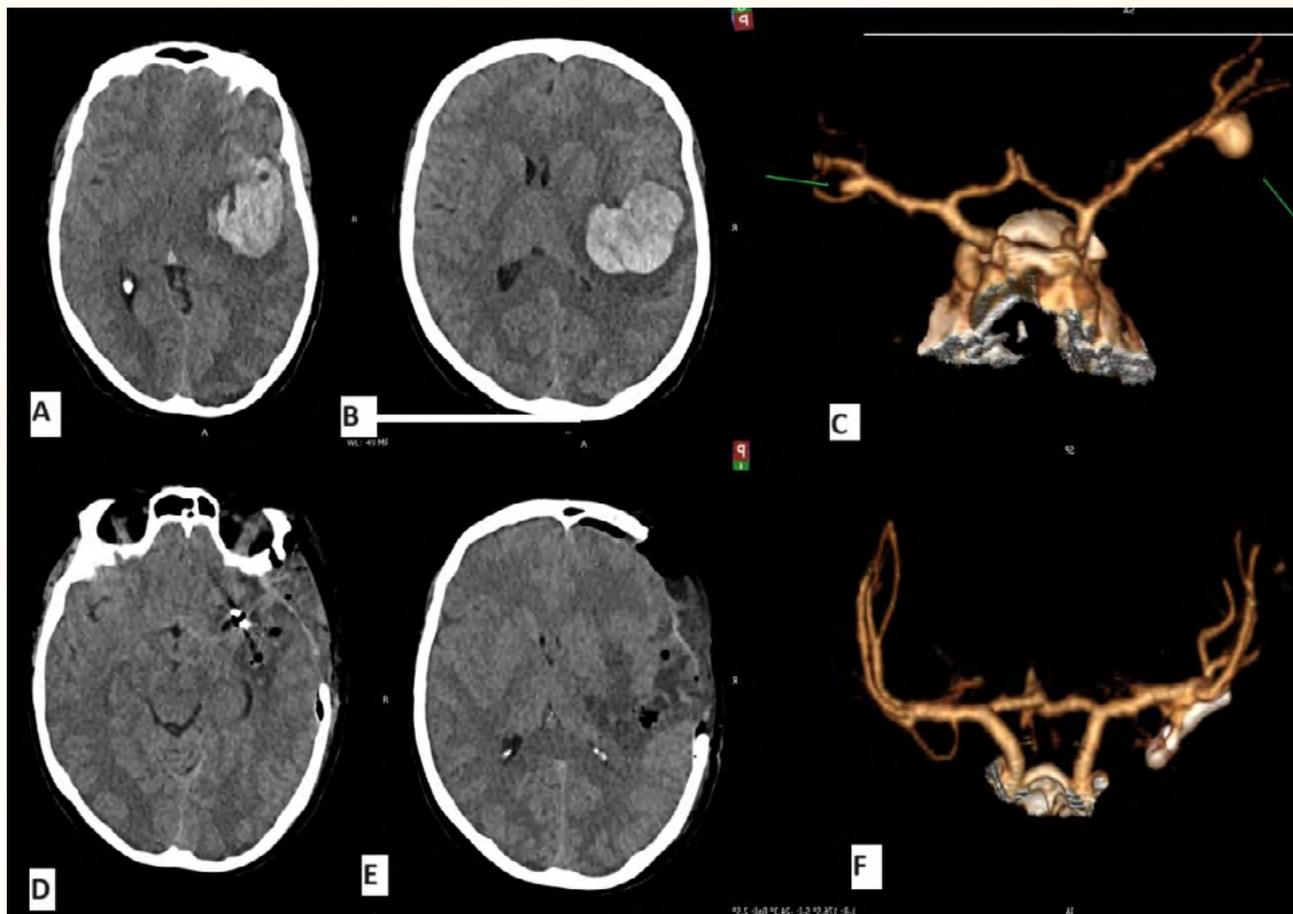


Рис. 2. А и В – КТ снимки САК и ВМГ левой теменно-височной области в результате разрыва мешотчатой аневризмы М1 сегмента левой СМА; С – КТ ангиография сосудов головного мозга (3D-реконструкция): выявлены 2 мешотчатые аневризмы на развилке М1 сегмента обеих СМА (левая с разрывом); D и E – КТ снимки после оперативного лечения: расширенная птериональная декомпрессия слева с удалением ВМГ левой теменно-височной области и клипированием мешотчатой аневризмы М1 сегмента левой СМА; F - КТ ангиография сосудов головного мозга (3D-реконструкция): наложение клипсы на шейку аневризмы, состояние после операции

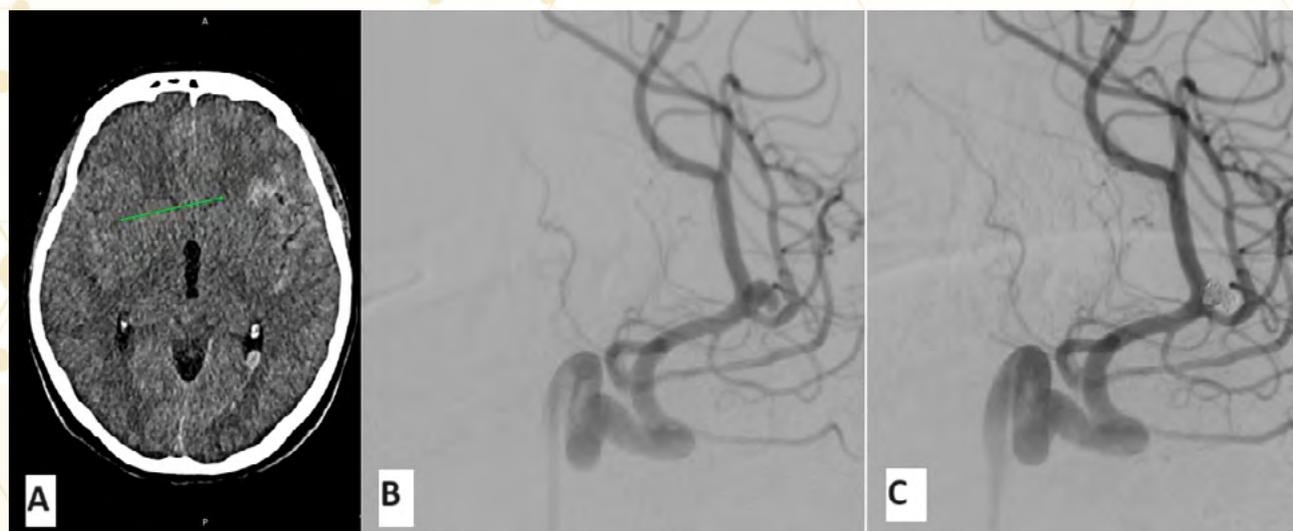


Рис. 3. А – КТ снимок субарахноидального кровоизлияния в проекции левой сильвиевой щели в результате разрыва мешотчатой аневризмы развилки М1 сегмента левой СМА; В – ЦАГ до операции: мешотчатая аневризма на развилке М1 сегмента левой СМА; С – ЦАГ после оперативного лечения: эндоваскулярная эмболизация микроспиралями мешотчатой аневризмы развилки М1 сегмента левой СМА

Обсуждения

Проведенный нами анализ факторов риска неблагоприятного исхода хирургического лечения пациентов с ГИ показал, что в предоперационном периоде необходимо учитывать уровень изменения сознания, объем внутримозговой гематомы, степень дислокации мозговых структур. Угнетение сознания до сопора и более, объем ВМГ более 50 см³, дислокация срединных структур головного мозга до 10 мм и более являются предикторами неблагоприятного исхода нейрохирургического вмешательства. Массивное вентрикулярное кровоизлияние, деформация цистерн ствола мозга и сопутствующая соматическая патология пациентов – также относятся к факторам неблагоприятного послеоперационного прогноза.

По нашим данным выявлено, что положительный результат после проведенного хирургического лечения был получен у 49 (29%) пациентов – 5 баллов по Шкале исходов Глазго, 4 балла – у 71 (42,1%), 3 балла – у 7 (4,1%), в вегетативном состоянии было выписано 19 (11,2%) пациентов для дальнейшего проведения реабилитации на неврологической койке. Послеоперационная смертность составила 13.6% - 23 пациента.

Выводы

Нейрохирургическое вмешательство проведено 90,4% больным с ГИ.

При разорвавшихся аневризмах сосудов головного мозга в 62,9% было проведено клипирование аневризм, в 37,1% случае – эндоваскулярное выключение, что напрямую связано с оснащенностью стационара.

Сравнительный анализ различных видов нейрохирургического лечения показал преимущество малоинвазивных методов под контролем нейронавигации, особенно у пациентов с путаменальными ВМГ.

Успех нейрохирургических методов лечения ГИ зависит от правильного отбора больных с учетом осложнений ГИ, сопутствующей соматической патологии, методов и сроков оперативного вмешательства.

Список литературы

1. Агзамов М.К., Берснев В.П., Иванова Н.Е., Арзикулов Т.Н. Хирургические методы удаления гипертензивных внутримозговых кровоизлияний // Бюллетень СО РАМН. 2009. 136(2). С.43–48.
2. Дзенис Ю.Л. Ведение больных в остром периоде нетравматической гематомы мозжечка // Украинский нейрохирургический журнал. 2013. № 3. С. 16-24.
3. Дралюк М.Г., Самогосов П.А., Шнякин П.Г., Пестряков Ю.Я., Дрянных А.А. Примеры дифференцированного ведения больных с геморрагическим инсультом // Сибирское медицинское обозрение. 2011. № 5 (71). С. 94-97.
4. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Мурашко А.А., Буров С.А. Геморрагический инсульт задней черепной ямки // Нейрохирургия. 2006. № 4. С. 6-12.
5. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров С.А., Галанкина И.Е. Пункционная аспирация и локальный фибринолиз в хирургии внутричерепных кровоизлияний // Авторская академия. 2009. 160 с.
6. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Годков И.М. Эндоскопическая хирургия геморрагического инсульта // Бином. М. 2014. 96 с.
7. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Данилов В.А., Годков И.М. Хирургическое лечение гипертензивных внутримозговых гематом (клинические рекомендации) // Неврологический Журнал. 2016. №3. С146-151
8. Свистов Д.В., Мануковский В.А., Волк Д.А. Результаты хирургического лечения больных с первичными внутримозговыми кровоизлияниями // Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко. 2010. №2. С. 26-33.
9. Скворцова В.И., Крылов В.В. Геморрагический инсульт // ГЭОТАРМедиа. М.,2005. с.2
10. Стаховская Л.В., Котова С.В. Инсульт // Руководство для врачей. 2014. С. 234–260.

11. Яриков А.В., Балябин А.В. Анализ причин летальности и прогностически неблагоприятных факторов оперативного лечения геморрагического инсульта. // Медиаль. 2015. №3. С. 148-151.

12. Яриков А.В., Балябин А.В. Варианты хирургического лечения геморрагического инсульта в Нижегородском нейрохирургическом центре. // Медицинский альманах. 2015. №4 (39). С. 139-142.

13. Яриков А.В., Балябин А.В., Морев А.В. Современные хирургические методы лечения геморрагического инсульта. // Медиаль. 2016. №1(18). С. 91-96.

14. Abdu E., Hanley D.F., Newe D.W. Minimally invasive treatment for intracerebral hemorrhage // Neurosurg. Focus. 2012. №32(4). p.1-7.

15. Audebert H.J., Saver J.L., Starkman S., Lees K.R., Endres M. Prehospital stroke care. New prospects for treatment and clinical research. // Neurology. 2013. №81(5). P. 501-508.

16. Batjer H.H., Reisch J.S., Allen B.C., Plaizier L.J., Su C.J. Failure of surgery to improve outcome in hypertensive putaminal hemorrhage. A prospective randomized trial. // Arch. Neurol. 1990. №47(10). P.1103-1106.

17. Broderick J., Adams H., Barsan W., Feinberg W. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. // Stroke. 1999. №30. P. 905-915.

18. Hankey G.J., Hon C. Surgery for primary intracerebral hemorrhage: is it safe and effective? // Stroke. 1997. №28(11). P. 2126-2132.

19. Gaberel T., Magheru C., Parienti J.J. et al. Intraventricular fibrinolysis versus external ventricular drainage alone in intraventricular hemorrhage: a meta-analysis. // Stroke. 2011. №42(2). P. 2776-2781. PMID: 21817146 DOI: 10.1161/111.615724.

20. Gregson B.A., Broderick J.P., Auer L.M., Batjer H., Chen X.C., Juvela S. et al. Individual patient data subgroup meta-analysis of surgery for spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage. // Stroke. 2012. №43. P.1496.

21. Hankey G.J., Hon C. Surgery for primary intracerebral hemorrhage: is it safe and effective? A systematic review of case series and randomized trials. // Stroke. 1997. №28(11). P. 2126-2132.

22. Khosravani H., Mayer S.A., Demchuk A. et al. Emergency noninvasive angiography for acute intracerebral hemorrhage. // AJNR Am. J.Neuroradiol. 2013. №34(8). P.1481-1487. PMID: 23124634 DOI: 10.3174/ajnr.A3296.

23. Langhorne P., Fearon P., Ronning O.M., Kaste M., Palomaki H., Vemmos K. et al. Stroke unit care benefits patients with intracerebral hemorrhage: systematic review and meta-analysis. // Stroke. 2013. №44(11). P. 3044-3049.

24. Morgenstern L.B., Frankowski R.F., Shedden P., Pasteur W., Grotta J.C. Surgical treatment for intracerebral hemorrhage (STICH): a single-center, randomized clinical trial. // Neurology. 1998. №51(5). P. 1359-1363.

25. Juvela S., Heiskanen O., Poranen A., Valtonen S., Kuurne T., Kaste M. et al. Treatment of spontaneous intracerebral haemorrhages. Prospective, randomized study of surgical and conservative treatment. // J. Neurosurg. 1990. №72 (1). P.152-155.

26. Mendelow A.D. The international surgical trial in intracerebral haemorrhage (ISTICH). // Acta Neurochir. Suppl. 2003. №86. P. 441-443.

27. Morgenstern L.B., Hemphill J.C.3rd., Anderson C., Becker K., Broderick J.P., Connolly E.S.Jr. et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the american heart association // American stroke association. Stroke. 2010. №41(9). P. 2108-2129.

28. Rønning O.M., Guldvog B., Stavem K. The benefit of an acute stroke unit in patients with intracranial haemorrhage: a controlled trial. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2001. №70. P.631-634.

Информация об авторах

Малышев Олег Брониславович - к.м.н., заведующий нейрохирургическим отделением ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Агзамов Истам Мансурович – к.м.н., врач нейрохирург, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Заболотный Алексей Дмитриевич – врач нейрохирург, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Хрущ Алексей Леонидович – врач нейрохирург, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Ширинский Александр Александрович - врач нейрохирург, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Филимонов Даниил Александрович – врач нейрохирург, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Крей Артем Олегович – врач нейрохирург, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Коста Александр Николаевич – врач нейрохирург, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Притула Дмитрий Викторович – врач нейрохирург, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Аблаев Нариман Рустемович – врач нейрохирург, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Агзамова Валерия Вадимовна – студентка 4 курса лечебного факультета, ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского, Ордена Трудового Красного Знамени Медицинская Академия имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь, Россия.

Контактная информация

Агзамов Истам Мансурович – к.мед.н., врач нейрохирург, г. Севастополь, ул. Горпищенко д.109, кв.57, 299022, e-mail: istam@bk.ru, тел.: +7 (921) 768-52-01.

ORCID авторов/ORCID of author

Малышев О. Б. / Malyshev O. B. : <https://orcid.org/0000-0003-2030-0935>

Агзамов И. М. / Agzamov I. M. : <https://orcid.org/0000-0002-8201-5219>

Заболотный А. Д. / Zabolotniy A. D. : <https://orcid.org/0000-0003-4423-2906>

Хрущ А. Л. / Hrusch A. L. : <https://orcid.org/0009-0007-2259-1074>

Ширинский А. А. / Shirinskiy A. A. : <https://orcid.org/0000-0003-3539-1859>

Филимонов Д. А. / Filimonov D. A. : <https://orcid.org/0000-0003-0913-2969>

Крей А. О. / Krey A. O. : <https://orcid.org/0000-0009-1526-0247>

Коста А. Н. / Kosta A. N.: <https://orcid.org/0009-0003-0403-2325>

Притула Д. В. / Pritula D. V. : <https://orcid.org/0009-0002-1412-8219>

Аблаев Н. Р. / Ablayev N. R. : <https://orcid.org/0009-0005-0299-8286>

Агзамова В. В. / Agzamova V. V. : <https://orcid.org/0009-0003-2182-1553>

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Токарева Е. Р., Рыбалко О. Н.

Базовая кафедра многопрофильной клинической подготовки Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Минздрава России, 295051, бульвар Ленина, 5/7, г. Симферополь, Россия

В последнее время, процент пациентов с миофасциальным болевым синдромом увеличился и стандартная медикаментозная и мануальная терапия не дают полного выздоровления, а только снижают интенсивность боли. Кинезиотейпирование (КТ) можно использовать как альтернативный метод лечения для пациентов с эпилепсией. Цель исследования: оценка эффективности мышечного кинезиотейпирования, в уменьшении боли, улучшении функционального состояния и качества жизни у пациентов с миофасциальным болевым синдромом при эпилепсии, с активными триггерными точками в трапециевидной мышце. По шкале NRS-11 на протяжении всего периода наблюдения интенсивность миофасциального болевого синдрома в основной группе снизилась значительно, в отличие от интенсивности боли в контрольных группах ($p < 0,01$). Аналогичная картина наблюдалась в показателях NDI, при которых значения нарушения функции работы мышц шеи в основной группе стали ниже после кинезиотейпирования, чем в контрольных группах ($p < 0,001$). Следовательно, необходимо разработать унифицированные клинические рекомендации по ведению пациентов с эпилепсией и миофасциальным болевым синдромом, включить в лечебные и реабилитационные мероприятия кинезиотейпирование.

Ключевые слова: эпилепсия, миофасциальный болевой синдром, реабилитация, кинезиотейпирование

NON-DRUG THERAPY OF MYOFASCIAL PAIN SYNDROME IN PATIENTS WITH EPILEPSY

Tokareva E. R., Rybalko O. N.

The Basic Department of Multidisciplinary Clinical Training of the Order of the Red Banner of Labor S. I. Georgievsky Medical Institute of the Federal State Educational Institution of Higher Education "V.I. Vernadsky KFU" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 295051, Lenin Boulevard, 5/7, Simferopol, Russia

Recently, the percentage of patients with myofascial pain syndrome has increased and standard medication and manual therapy do not give a complete recovery, but only reduce the intensity of pain. Kinesiotaping (CT) can be used as an alternative treatment method. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of muscle kinesiotaping in reducing pain, improving functional status and quality of life in patients with myofascial pain syndrome in epilepsy, with active trigger points in the trapezius muscle. According to the NRS-11 scale, during the entire follow-up period, the intensity of myofascial pain syndrome in the main group decreased significantly, in contrast to the intensity of pain in the control group ($p < 0.01$). A similar pattern was observed in NDI indicators, in which the values of impaired neck muscle function in the main group became lower after kinesiotaping than in the control groups ($p < 0.001$). Therefore, it is necessary to develop unified clinical guidelines for the management of patients with epilepsy and myofascial pain syndrome, to include kinesiotaping in therapeutic and rehabilitation measures.

Keywords: epilepsy, myofascial pain syndrome, rehabilitation, kinesiotaping

Введение

Миофасциальный болевой синдром – неврологическое нарушение, при котором происходит произвольное сокращение мышц, сопровождающееся интенсивной болью. Миофасциальный синдром проявляется сильной болью в мышцах, окружающих позвоночник, с наиболее частой локализацией в шейном отделе позвоночника [1].

В последнее время процент пациентов с миофасциальным болевым синдромом увеличился и стандартная медикаментозная и мануальная терапия не дают полного выздоровления, а только снижают интенсивность боли. Кинезиотейпирование (КТ) представляет собой альтернативный метод лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата и привлекает внимание благодаря исследованиям, появившимся в последние годы, подтверждающие преимущества кинезиотейпирования, его эффективность [2].

Данные относительно применения кинезиотейпирования при миофасциальном болевом синдроме отсутствуют, однако, существует ряд мышечных аппликаций, которые рекомендованы при дисфункции мышц, которые изменены при миофасциальном болевом синдроме. Кинезиотерапевтические аппликации могут быть нанесены различными формами и техниками в зависимости от терапевтической цели [3].

Уменьшение болевого синдрома реализуется за счет двух механизмов: активации афферентного потока через миелиновые А-β волокна и улучшения микроциркуляции в соединительной ткани. Болевой синдром возникает вследствие раздражения ноцицепторов, импульс от которых поступает в задние рога спинного мозга по тонким миелиновым А-δ и тонким немиелиновым С-волоконкам. Импульсы от механорецепторов и барорецепторов поступают в задние рога по толстым миелиновым волокнам А-β [4].

В соответствии с теорией афферентного входа, болевой импульс подавляется в желатинозной субстанции, расположенной во второй пластине заднего рога, импульсом, приходящим по А-β толстым миелиновым волокнам от тактильных и барорецепторов. Тейп, наложенный на поверхность кожи стимулирует тактильные рецепторы и барорецепторы, от которых афферентный сигнал поступает в задние рога спинного мозга по толстым миелиновым А-β волокнам, уменьшая болевой синдром [5].

Второй механизм уменьшения болевого синдрома реализуется при активации микроциркуляции в тканях. Воспаление в мышце сопровождается поступлением в межклеточное вещество медиаторов воспаления: субстанции Р, гистамина, простагландинов, которые вызывают сенситизацию ноцицепторов С-волокон, что понижает порог возбудимости и стимулирует болевой афферентный поток. Наложение на тейп в область воспаленной мышцы или триггерной болевой точки, за счет декомпрессии соединительной ткани, активирует микроциркуляцию, способствует выведению медиаторов воспаления [6]. Доказано, что патогенез миофасциального болевого синдрома комплексный, поэтому исследования влияния кинезиотейпирования при лечении данного состояния является актуальными и приоритетным направлением.

Цель исследования: оценка эффективности мышечного кинезиотейпирования, в уменьшении боли, улучшении функционального состояния и качества жизни у пациентов с миофасциальным болевым синдромом при эпилепсии, с активными триггерными точками в трапецевидной мышце.

Материалы и методы

Исследование проводилось на следующих клинических базах: ГБУЗ РК «Городская больница № 1 им. Пирогова» (поликлиника № 5), неврологическое отделение филиал № 2 (г. Севастополь), ГБУЗ РК «Алуштинская ЦГБ» (г. Алушта). Использовались различные методы обследования пациентов: общеклинические, нейропсихологические, инструментальные (магнитно-резонансная томография головного мозга (МРТ) и электроэнцефалография (ЭЭГ), УЗИ мышц. Диагностика и лечение эпилепсии проводилась на основании критериев Международной противоэпилептической лиги и Российской противоэпилептической в

соответствии с классификацией эпилептических синдромов 2022 года.

В исследование были включены 70 пациентов, которые состояли на диспансерном учете с симптоматической эпилепсией, и неоднократно обращались с жалобой на боль в области шеи, верхней трапециевидной области. Среди обследованных количество мужчин преобладало, средний возраст пациентов был $32,5 \pm 1,5$ лет. После комплексного обследования был выставлен диагноз миофасциальный болевой синдром: у мужчин наблюдался в 38 (54,3%) случаях, у женщин в 32 (45,7%) случаях.

Критериями исключения были следующие: перенесенная серьезная операция или травма позвоночника и верхних конечностей, на голове и шее, нервно-мышечные заболевания, активное ревматическое заболевание, системные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, инфекции, злокачественные новообразования). Перед включением в исследование у всех пациентов был собран подробный анамнез и проведено обследование опорно-двигательного аппарата и неврологической системы. Перед реабилитацией пациенты были протестированы на наличие аллергии на кинезиотейпы. Все пациенты были устно проинформированы об условиях исследования перед зачислением и дали письменное информированное согласие в соответствии с Хельсинкской декларацией [7].

Для оценки интенсивности боли использовался NRS-11, который является одним из методов оценки боли по одному элементу. Пациентов просили оценить интенсивность боли в начале исследования и через месяц после лечения, выставляя баллы от 0 до 10, где 0 означает отсутствие боли, а 10 - самую сильную или наихудшую боль, которую только можно вообразить [8].

Ограничение функции мышц шеи, связанное с болью в шее, оценивалась с помощью индекса нарушения жизнедеятельности, обусловленное болевым синдромом в шее (NDI). Шкала NDI, состоит из 10 пунктов, опросник является наиболее широко используемой методикой оценки ограничения жизнедеятельности, связанной с неспецифической механической болью в шее. Он считается золотым стандартом для оценки последствий боли в шее. Каждый вопрос оценивается по шкале от 0 (отсутствие инвалидности) до 5 (полная инвалидность). Общий балл варьируется от 0 (отсутствие инвалидности) до 50 (полная инвалидность) или от 0% до 100%, соответственно, с более высоким показателем NDI, указывающим на большую степень ограничения жизнедеятельности, обусловленное болью в шее [9].

Результаты

В исследовании МФС у пациентов с эпилепсией возникал вторично, средний период формирования синдрома $6,5 \pm 1,5$ лет от начала заболевания эпилепсией. Пациенты в исследовании были разделены на 3 группы: ОГ - основная (30 (43%) человек), в которой лечение миофасциального болевого синдрома осуществлялось кинезиотейпированием, КГ 1 - контрольная группа 1 (20 (28,5%) человек), в которой пациентов лечили медикаментозно, и КГ 2 - контрольная группа 2 (20 (28,5%) человек), в которой лечение было методами ЛФК и массажа. Не было выявлено существенных различий между тремя группами по возрасту ($p = 0,703$), индексу массы тела ($p = 0,546$) и продолжительности боли, выраженной в днях ($p = 0,432$) на исходном этапе. На исходном этапе не было выявлено существенных различий между тремя группами по NRS-11 и NDI показателям результатов ($p > 0,05$). Во всех 3 группах до коррекции состояния наблюдалось статистически значимое повышение средних показателей интенсивности боли в ОГ - $6,9 \pm 1,1$ баллов, в КГ 1 - $8,5 \pm 1,5$ баллов, в КГ 2 - $7,6 \pm 1,4$ баллов.

До реабилитации были определены функциональные характеристики трапециевидной мышцы по шкале NDI, которые показали сравнительно одинаковую степень функционирования во всех группах: в ОГ - $29,3 \pm 1,7$ баллов, в КГ 1 - $32,7 \pm 1,3$ баллов, в КГ 2 - $30,8 \pm 1,2$ баллов. Затем пациентам из трех групп проводилась реабилитация. Более подробно остановимся на реабилитационной методике для пациентов основной группы, потому что лечение

обследованных из КГ 1 и КГ 2 общепринято, поэтому не требует уточнения. В ОГ использовались I-полоски с индивидуальным подбором длины и ширины согласно параметрам пациента. Для проведения КТ пациентов усадили в вертикальном положении на стул со спинкой, чтобы зафиксировать лопатку.

После разъяснения инструкций по КТ пациентов попросили не снимать пластыри до тех пор, пока не возникнет реакция. Пластыри носили не менее 2 дней. КТ накладывали так, чтобы наиболее болезненная точка находилась в центре терапевтической зоны с натяжением равным диаметру, полученному на УЗИ мышц. КТ накладывали от места введения до начала верхних волокон трапецевидной мышцы (от латеральной трети ключицы до остистого отростка С1-С5 позвонков). Перед наложением тейпа пациенты располагались так, чтобы плечи были сведены, а голова - согнута в противоположную сторону. Для пальпации области введения верхних трапецевидных волокон пациентов просили отвести плечи, преодолевая сопротивление [10,11]. Кончик ленты (первая часть длиной 2-3 см) был наложен на боковую сторону акромиона, не растягивая его. Из области введения верхних трапецевидных волокон была наложена 2-3-сантиметровая часть ленты. Затем голову пациента поворачивали в сторону, вызывающую боль, и оставшуюся часть ленты накладывали на верхние трапецевидные мышцы до линии роста волос пациента, не растягивая. Сравнительная характеристика динамики боли и ограничения функционирования трапецевидной мышцы отображено в таблице 1.

Таблица 1. Оценка динамики показателей NRS-11 и NDI в терапии миофасциального синдрома у пациентов с симптоматической эпилепсией.

Основные шкалы оценки	До реабилитации (баллы)			После реабилитации (баллы)		
	ОГ	КГ 1	КГ 2	ОГ	КГ 1	КГ 2
NRS-11	6,9±1,1	8,5 ±1,5	7,6 ±1,4	3,5±1,5	7,5 ±1,5	6,7 ±1,3
NDI	29,3±1,7	32,7 ±1,3	30,8 ±1,2	17,6±1,4	25,4 ±1,6	27,5 ±1,5

При анализе полученных данных наблюдается общая тенденция снижения болевого синдрома и ограничения функции во всех группа обследованных после проводимого лечения, что в целом влияло на уменьшение частоты эпилептических приступов и удлинение межприступного периода. Показатели интенсивности боли по шкале NRS-11 в КГ 1 (7,5 ±1,5 баллов) и КГ 2 (6,7 ±1,3 баллов) были значительно выше, чем в ОГ (3,5±1,5 баллов) после коррекции. Показатели состояния трапецевидной мышцы, ее функции и общего состояния здоровья показали значительные улучшения в ОГ (17,6±1,4 баллов), в сравнении с данными в КГ 1 (25,4 ±1,6 баллов) и КГ 2 (27,5 ±1,5 баллов) после коррекции.

По шкале NRS-11 на протяжении всего периода наблюдения интенсивность миофасциального болевого синдрома в ОГ снизилась значительно, в отличие от интенсивности боли в КГ1 и в КГ 2 ($p < 0,01$). Аналогичная картина наблюдалась в показателях NDI, при которых значения нарушения функции работы мышц шеи в ОГ стали ниже, чем в КГ 1 и КГ 2 ($p < 0,001$).

Возможно, метод кинезиотейпирования при миофасциальном болевом синдроме наиболее эффективен у пациентов с эпилепсией, чем стандартное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, потому что регресс боли в целом влиял на снижение частоты эпилептических приступов и удлинение межприступного периода.

Заключение

Пациенты с миофасциальным болевым синдромом при эпилепсии как по интенсивности, так и по продолжительности, при применения индивидуальных реабилитационных мероприятий демонстрирует различные показатели эффективности.

Исследователи должны обратить внимание на факторы формирующие миофасциальный болевой синдром и включить коррекцию их в реабилитационную программу в исследованиях, изучив влияние потока особенностей течения эпилепсии, исходных параметров организма и неоднородности обследуемых пациентов. Методы, отличные от рандомизированных исследований, такие как имитационные испытания, повторные измерения у пациентов при которых пациенты в качестве контрольной группы, должны быть усовершенствованы, чтобы повысить потенциальную эффективность анализа реальной информации относительно реабилитационных мероприятий в данной популяции пациентов. Применение кинезиотейпирования при миофасциальном болевом синдроме приводит к снижению интенсивности боли, улучшению функционального состояния и увеличению улучшения качества жизни по сравнению в сравнении с программой домашних упражнений, физиотерапией, массажем и медикаментозным лечением. Следует разработать унифицированные клинические рекомендации по ведению пациентов с эпилепсией и миофасциальным болевым синдромом и включить в лечебные и реабилитационные мероприятия кинезиотейпирование.

Список литературы

1. Abd El-Azeim A, Ahmed S, Draz A, Elhafez H, Kattabei O. Integrated neuromuscular inhibition technique versus kinesiotope on upper trapezius myofascial trigger points a randomized clinical trial. *Int J Physiother* 2018; 5:105-112.
2. Alotaibi M, Ayoub A, King T, Uddin S. The effect of kinesio taping in reducing myofascial pain syndrome on the upper trapezius muscle: A systematic review and meta-analysis. *European Scientific Journal* 2018; 14:336-350.
3. Azatcam G, Atalay N, Akkaya N, et al. Comparison of effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation and kinesiotope added to exercises in patients with myofascial pain syndrome. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2017; 30:291-298.
4. Dogan N, Sengul I, Akcay-Yalbuздag S, Kaya T. Kinesio taping versus dry needling in the treatment of myofascial pain of the upper trapezius muscle: A randomized, single blind (evaluator), prospective study. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2019; 32:819-827.
5. Ju S. Correlation between lower limb muscle asymmetry during the sit-to-stand task and spatiotemporal gait asymmetry in subjects with stroke. *J Exerc Rehabil* 2020;16:64-68.
6. Kase K. Kinesio taping. In: Murray H (ed). *Illustrated Kinesio Taping*. Ken Ikai Information, Tokyo, Japan, 2003, pp 6-12.
7. Kase K, Wallis J, Kase T. General introduction. In: Wallis J (ed). *Clinical Therapeutic Applications of the Kinesio Taping Method*. Kinesio IP, LLC, Albuquerque, NM 2013, pp 12-25.
8. Ozturk G, Kulcu D, Mesci N, Silte A, Aydog E. Efficacy of kinesiotope application on pain and muscle strength in patients with myofascial pain syndrome: A placebo-controlled trial. *J Phys Ther Sci* 2016; 28:1074-1079.
9. Rasti Z, Shamsoddini A. The short-term and long-term effects of kinesiotope on pain, range of motion and disability of neck in patients with myofascial pain syndrome: A randomized clinical trial. *Trauma Mon* 2019; 24:6.
10. Wu W-T, Hong C-Z, Chou L-W. The kinesiotope taping method for myofascial pain control. *Evid Based Complement Alternat Med* 2015; 2015:9.
11. Zhang X, Liu L, Wang BB, Liu X, Li P. Evidence for kinesiotope taping in management of myofascial pain syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2019; 33:865-874.

Информация об авторах

Токарева Елена Романовна – к.мед.н., заведующая базовой кафедрой многопрофильной клинической подготовки, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Минздрава России, главный специалист - невролог ДЗ г. Севастополя, ГБУЗС «Севастопольская городская больница №1 им. Н. И. Пирогова», заведующая отделением

специализированной медицинской помощи, филиал № 2 им. Даши Севастопольской. E-mail: ttolli@gmail.com.

Рыбалко Ольга Николаевна – к.мед.н., ассистент базовой кафедры многопрофильной клинической подготовки Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Минздрава России, невролог, врач функциональной и ультразвуковой диагностики ГБУЗ РК «Алуштинская ЦГБ». E-mail: zigaron@mail.ru.

РАЗВИТИЕ ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ В ГОРОДЕ СЕВАСТОПОЛЕ

Хабаров О.Р.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская больница №1 имени Н.И. Пирогова»
299011, г. Севастополь, ул. Адмирала Октябрьского, д.19

Введение. Щитовидная железа (ЩЖ) – самая крупная железа внутренней секреции. Первые упоминания о хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы относят к 17 веку, но отсутствие септики и антисептики, несовершенство хирургической техники и инструментария делало результаты операций драматическими. Больные погибали от массивного кровотечения или от шока. Поэтому в 1850 году Французская медицинская академия осудила все оперативные вмешательства на щитовидной железе. Лишь в 19 веке стала развиваться хирургия щитовидной железы, но с очень высокой послеоперационной летальностью. Первым в России операцию на щитовидной железе выполнил великий русский хирург и анатом Николай Иванович Пирогов в 1847 году во Владикавказе под эфирным наркозом и явился родоначальником хирургии щитовидной железы в нашей стране. В 1881 году Бильрот один из первых в Европе доложил о 48 успешных операций на щитовидной железе. К 1883 году Теодор Кохер доложил о 100 операций на щитовидной железе (30 из которых были тиреоидэктомии – полное удаление щитовидной железы), а к 1898 году уже о 900 операций на щитовидной железе. За вклад Кохера в исследование щитовидной железы в 1909 году ему была вручена Нобелевская премия по медицине с формулировкой «за вклад в изучение физиологии, патологии и хирургии щитовидной железы».

Цель исследования. Раскрыть историю операций на щитовидной железе в городе Севастополе, изменение подходов и методов хирургического лечения в процессе становления эндокринной хирургии в регионе, структура оперированной патологии и послеоперационные осложнения с 2004 по 2023 год.

Материалы и методы. Изучены архивные данные, проанализировано 1359 медицинских карт пациентов с патологией щитовидной железы, получивших оперативное лечение в период 2004-2023 гг.

Результаты. Эндокринная хирургия развивается в городе Севастополе в течение 50 лет, представлена в основном операциями на щитовидной железе, паращитовидных железах и только в последнее время операциями на надпочечниках. В основном эндокринная хирургия в регионе – это хирургия щитовидной железы. За последние 20 лет методика исследования патологии щитовидной железы и хирургические подходы претерпели значительные изменения, что отразилось на послеоперационных осложнениях и отдалённых результатах. Прооперированные пациенты со следующей патологией: Карцинома щитовидной железы 304 (22.4%), нетоксический узловой зоб 608 (44.7%), тиреотоксикоз с диффузным и узловым зобом 346 (25.5%), первичный, третичный гиперпаратиреоз 101 (7.4%)

Обсуждения. Получены следующий результат - 5 летняя выживаемость при раке щитовидной железы составила 99%. Послеоперационные осложнения: кровотечения из послеоперационной раны 3 (0.22%), парез гортани 2 (0.14%), гипопаратиреоз (стойкий) 4 (0.3%), лимфорей из послеоперационной раны 1 (0.07%), нагноение послеоперационной раны 1 (0.07%), наружные трахеальные свищи 1 (0.07%), послеоперационные лигатурные свищи 2 (0.14%), рецидив тиреотоксикоза 0.

Ключевые слова: история эндокринной хирургии в Севастополе, 1359 пациентов оперированных по поводу заболеваний щитовидной железы, особенности диагностики хирургического лечения, послеоперационные осложнения.

DEVELOPMENT OF ENDOCRINE SURGERY IN THE CITY OF SEVASTOPOL

Khabarov O. R.

“City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov”
299011, Sevastopol, Admiral Oktyabrsky str., 19

Introduction. To reveal the history of operations on the thyroid gland in the city of Sevastopol, changes in approaches and methods of surgical treatment in the process of establishing endocrine surgery in the region, the structure of the operated pathology and postoperative complications from 2004 to 2023.

Objective. Archival data was studied, 1359 medical records of patients with thyroid pathology who received surgical treatment in the period 2004-2023 were analyzed.

Materials and methods. Endocrine surgery has been developing in the city of Sevastopol for 50 years. Over the past 20 years, methods for studying thyroid pathology and surgical approaches have undergone significant changes, which has affected postoperative complications and long-term results. Operated patients with the following pathology: Thyroid carcinoma 304 (22.4%), non-toxic nodular goiter 608 (44.7%), thyrotoxicosis with diffuse and nodular goiter 346 (25.5%), primary, secondary, tertiary hyperparathyroidism 101 (7.4%).

Results. Endocrine surgery has been developing in the city of Sevastopol for 50 years, represented mainly by operations on the thyroid gland, parathyroid glands and only recently by operations on the adrenal glands. Most endocrine surgery in the region is thyroid surgery. Over the past 20 years, methods for studying thyroid pathology and surgical approaches have undergone significant changes, which has affected postoperative complications and long-term results. Operated patients with the following pathology: Thyroid carcinoma 304 (22.4%), non-toxic nodular goiter 608 (44.7%), thyrotoxicosis with diffuse and nodular goiter 346 (25.5%), primary, tertiary hyperparathyroidism 101 (7.4%)

Discussions. The following result was obtained - the 5-year survival rate for thyroid cancer was 99%. Postoperative complications: bleeding from a postoperative wound 3 (0.22%), laryngeal paresis 2 (0.14%), hypoparathyroidism (persistent) 4 (0.3%), lymphorrhea from a postoperative wound 1 (0.07%), suppuration of a postoperative wound 1 (0.07%), postoperative ligature fistulas 2 (0.14%), relapse of thyrotoxicosis 0.

Keywords: history of endocrine surgery in Sevastopol, 1359 patients operated on for thyroid diseases, diagnostic features of surgical treatment, postoperative complications

В городе Севастополе начало эндокринной хирургии было положено в 1975 году, когда на базе хирургического отделения №1 городской больницы №1 им. Н. И. Пирогова были определены 5 коек эндокринной хирургии и хирург Мария Петровна Ничипоренко начала проводить операции при доброкачественных и злокачественных новообразованиях на щитовидной железе. В то время отсутствовала возможность дооперационной диагностики заболеваний щитовидной железы, показания к оперативному лечению выставлялись клинически. Данный этап можно назвать накоплением опыта хирургического лечения щитовидной железы. Выполнялись в основном резекции долей щитовидной железы при узловых поражениях и субтотальная резекция по Николаеву при тиреотоксикозе.

С 1992 года по 2004 год на койках эндокринной хирургии продолжил проводить оперативные вмешательства эндокринный хирург Кулагин Вячеслав Алексеевич. В арсенале дооперационной диагностики появилось УЗИ щитовидной железы, исследование гормонов щитовидной железы методом РИА и ИФА и с 1998 года тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия узловых новообразований.

Особое внимание следует уделить тому, что наш регион одним из первых в Украине, при обнаружении новообразований в щитовидной железе при УЗИ исследовании проводил тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию. Доктор новатор, врач УЗИ диагностики, заведующий отделением радиоизотопной диагностики городской больницы №1 им. Н. И. Пирогова Тарасов Владимир Владимирович и цитолог Левченко Людмила Леонидовна. Их значительный вклад в развитии диагностики патологии щитовидной железы

в Севастополе был оценен на одной из научно-практических конференций в городе Киеве, где было озвучено что этот дуэт один из лучших в стране.

Со временем изменились и подходы к операциям на щитовидной железе – как в стране так и в нашем регионе - оперативное лечение теперь производится только под наркозом, претиреоидные мышцы не пересекаются, мобилизация щитовидной железы производится начиная с одной из долей без пересечения перешейка, визуализируются возвратные нервы и паращитовидные железы. Послеоперационная рана дренируется вакуум - аспиратором, удаляемым на следующий день вместе с кожным швом, и как правило на вторые сутки после операции пациент покидает стационар. В случае повторного вмешательства у пациентов с парезом гортани после предыдущего оперативного вмешательства производится реиннервация гортани.

С 2012 года начато оперативное лечение первичного и третичного гиперпаратиреоза, а с 2023 года новообразований надпочечников – лапароскопические адреналэктомии.

При визуализации новообразований в щитовидной железе при УЗИ исследовании начиная с 2018 года постепенно врачи ультразвуковой диагностики города Севастополя начали использовать классификацию TIRADS (ASR или EU) для определения дальнейшей тактики ведения пациентов: TIRADS 1 – узлов нет (риск малигнизации отсутствует); TIRADS 2 – риск малигнизации ≈ 0%, ТАПБ не показана (кроме проведения ТАБ с лечебной целью); TIRADS 3 – риск малигнизации 2-4%, ТАПБ показана при узлах более 20 мм; TIRADS 4 – риск малигнизации 6-17%, ТАПБ показана при узлах более 15 мм; TIRADS 5 - риск малигнизации 26-87%, ТАПБ показана при узлах более 10 мм; при узлах менее 10 мм возможно проведение ТАПБ или активное наблюдение [1,7,10]. Первоначально производились пункции всех узловых образований более 10.0 мм.

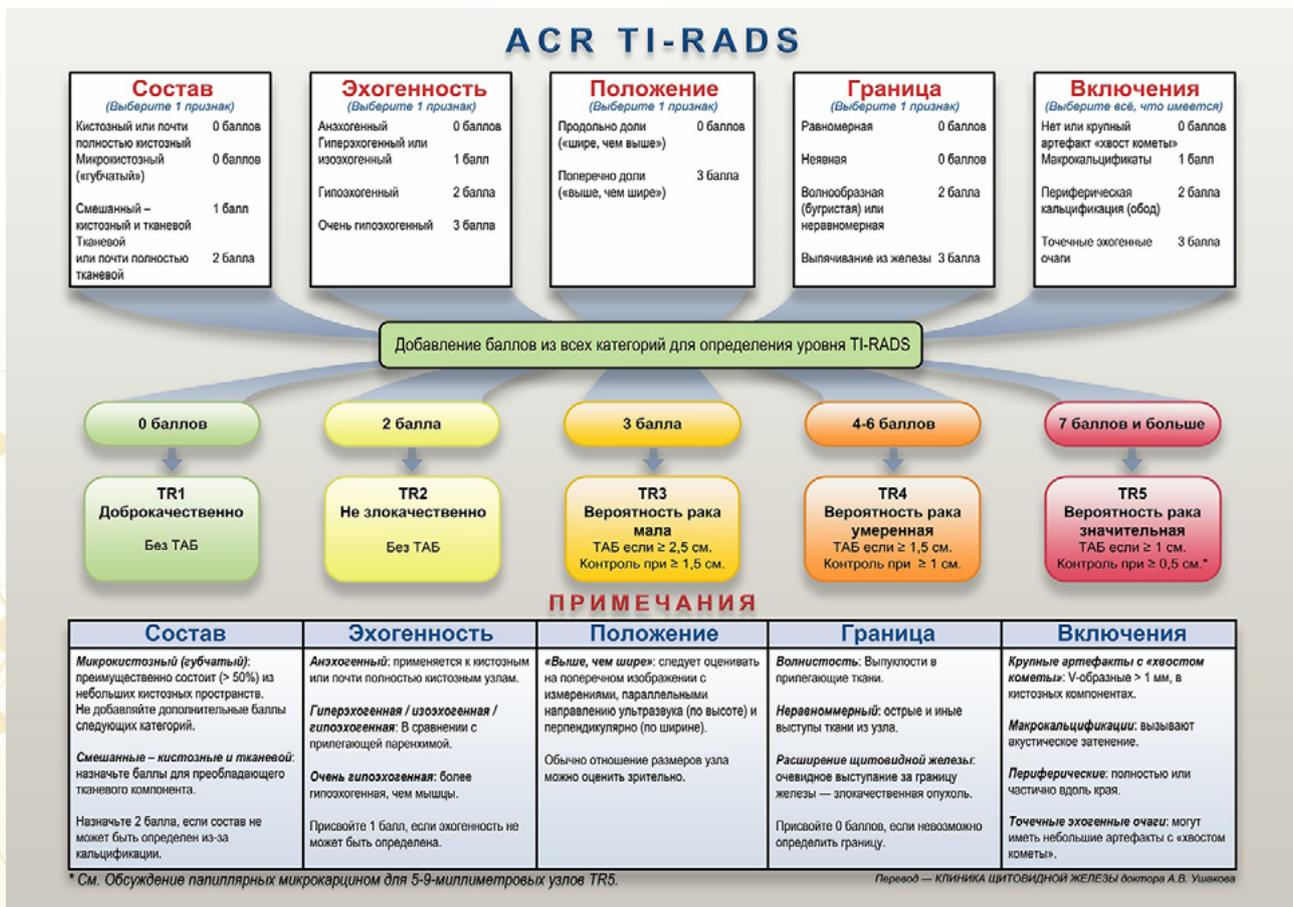


Рис. 1. Схема ACR TI-RADS (по материалам Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, Hoang JK, Berland LL, Teefey SA, Cronan JJ, Beland MD, Desser TS, Frates MC, Hammers LW, Hamper UM, Langer JE, Reading CC, Scoutt LiM, Stavros AT ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. JAm Coll Radiol. 2017 May, 14(5): 587-595)

В настоящее время, в Севастополе, как и во многих медицинских учреждениях мира при цитологическом исследовании щитовидной железы используется система классификации цитопатологии щитовидной железы Бетесда (Bethesda: The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology - BSRTS, принятая на конференции Национального Института Рака, 22–23 октября 2007 в г. Бетесда (США, Мэриленд), пересмотр 2017 г.). [11].

В соответствии с этой терминологией, описание каждой тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) начинают с основных диагностических категорий, каждая из которых имеет определенный риск злокачественности и в зависимости от степени риска каждая категория связана с дальнейшей клинически обоснованной тактикой: I. Недиагностический или неудовлетворительный материал; II. Доброкачественные изменения;

III. Атипия неясного значения или фолликулярные поражения неясного значения; IV Фолликулярная опухоль или подозрение на фолликулярную опухоль; V Подозрение на злокачественную опухоль; VI. Злокачественная опухоль [4,13].

При наличии цитологического диагноза категории I, производится повторная пункция.

При наличии цитологического диагноза категории III, производилась повторная пункция через 1-3 месяца, и при повышении после этого категории до IV, V и VI назначалось оперативное лечение, при понижении до II категории проводилось динамическое наблюдение.

В октябре 2023 года принята резолюция 15 съезда хирургов России, согласно которой по результатам тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) при категории Бетесда 3 и 4 необходимо проводить молекулярно - генетическое исследование с последующим решением вопроса о необходимости проведения оперативного лечения.

В нашем регионе проведение этого вида исследования пока нет, цитологический материал направляется в другие регионы.

В последние годы изменилась тактика лечения доброкачественных узлов щитовидной железы, которые ранее при размерах более 3-4 см. оперировали, а с 2022 года только при наличии сдавления органов шеи - трахеи, пищевода, по косметическим показаниям у молодых женщин [9].

За период с 2004 года по 2023 год прооперировано 1359 пациентов. Из них: карцинома щитовидной железы С73 304 пациента (22.4%), нетоксический узловой зоб Е 04.1, Е 04.2 608 пациентов (44.7%), тиреотоксикоз с диффузным и узловым зобом Е 05.0, Е 05.1, Е 05.2 346 пациента (25.5%), первичный, третичный гиперпаратиреоз Е21.0,Е21.1,Е21.2 101 (7.4%)

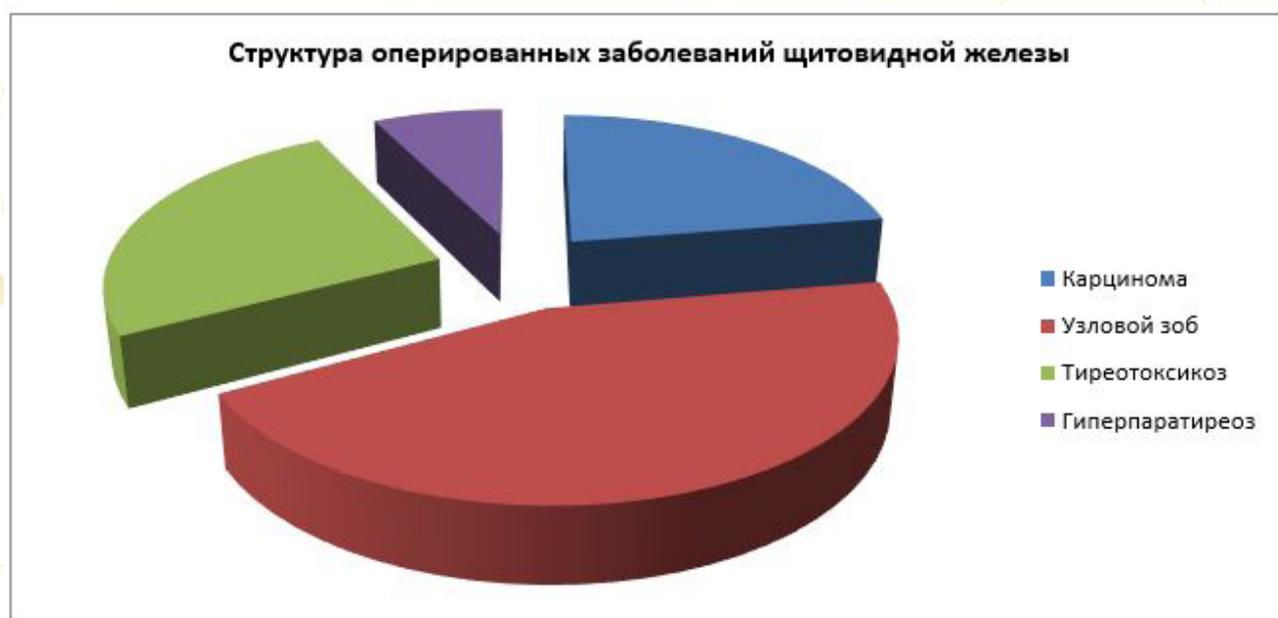


Рис.2. Круговая диаграмма структуры оперированных заболеваний щитовидной железы

Все больные с дифференцированными формами рака щитовидной железы, с регионарными метастазами и радикально прооперированные, в послеоперационном периоде получили лечение радиоактивным йодом, 5-летняя выживаемость составила 99% [2,3,5,9].

Таблица №1. Процентное соотношение послеоперационных осложнений.

Послеоперационные осложнения:	количество	%
Кровотечение из послеоперационной раны	2	(0.14%)
Парез гортани	3	(0.22%)
Гипопаратиреоз (стойкий)	4	(0.3%)
Лимфоррея из послеоперационной раны	1	(0.07%)
Наружные трахеальные свищи	1	(0.07%)
Нагноение послеоперационной раны	4	(0.3%)
Послеоперационные лигатурные свищи	2	(0.14%)
Рецидив тиреотоксикоза	0	0

Выводы

Эндокринная хирургия развивается в городе Севастополе последние 50 лет.

Значительно изменились подходы в лечении и диагностики заболеваний щитовидной железы в последние 20 лет.

Хирургическое вмешательство с патологией щитовидной железы проведено 1359 больным.

Новые подходы к диагностике и лечению привели к изменению показаний к оперативному лечению и снизили частоту послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Безруков О.Ф., Хабаров О.Р., Влахова И.О. К вопросу о хирургической классификации узловых зобов. В сборнике: Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы XXV Российского симпозиума с участием терапевтов-эндокринологов, посвящаются 85-летию клиник Самарского государственного медицинского университета. Под общей редакцией И.В. Макарова, Т.А. Бритвина. 2015. С. 62-66.

2. Хабаров О.Р., Безруков О.Ф., Зима Д.В. Рак щитовидной железы у лиц пожилого и старческого возраста. В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины и гериатрии. Материалы VII межрегиональной научно-практической гериатрической конференции врачей первичного звена здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа, I межрегиональной научно-практической гериатрической конференции врачей первичного звена здравоохранения Республики Крым. 2016. С. 248-250.

3. Безруков О.Ф., Хабаров О.Р., Аблаев Э.Э., Зима Д.В., Бутырский А.Г. Тактика лечения доброкачественных узлов в щитовидной железе. В книге: Тезисы XXVII Всероссийского симпозиума по эндокринной хирургии с участием эндокринологов (Калининские чтения). 2017. С. 16-19.

4. Костырной А.В., Хабаров О.Р. Морфологическая оценка патологии щитовидной железы В книге: Тезисы XXVII Всероссийского симпозиума по эндокринной хирургии с участием эндокринологов (Калининские чтения). 2017. С. 68-69.

5. Безруков О.Ф., Зима Д.В., Хабаров О.Р. Критерии отбора больных для оперативного лечения при узлообразовании в щитовидной железе. В сборнике: Вопросы науки и практики - 2018: 1 сессия. сборник статей III Международной научной конференции. Под редакцией Н.И. Стоянова. 2018. С. 224-228.

6. Безруков О.Ф., Зима Д.В., Хабаров О.Р. Предоперационная подготовка больных с

тиреотоксикозом. В сборнике: Актуальные проблемы эндокринной хирургии. Материалы XXVIII Российского симпозиума по эндокринной хирургии. Ответственный за выпуск и составитель В.И. Давыдкин. 2018. С. 102-109.

7. Безруков О.Ф., Зима Д.В., Михайличенко В.Ю., Хабаров О.Р. Первичный осмотр как основа диагностики патологии щитовидной железы. Таврический медико-биологический вестник. 2018. Т. 21. № 4. С. 91-94.

8. Безруков О.Ф., Зима Д.В., Михайличенко В.Ю., Хабаров О.Р. Абберантный зуб (клинические наблюдения). Практическая медицина. 2019. Т. 17. № 4. С. 170-173.

9. Безруков О.Ф., Зима Д.В., Михайличенко В.Ю., Хабаров О.Р., Самарин С.А. Эволюция взглядов на патогенез и хирургическое лечение патологии щитовидной железы в Крыму. Таврический медико-биологический вестник. 2022. Т. 25. № 3. С. 163-167.

10. Фисенко, Ю. П. Сыч, Н. В. Заболотская, А. Н. Катрич, Е. В. Костромина, Ф. Т. Хамзина, А. Н. Сенча, Н. В. Цветкова, Г. Т. Синюкова, Т. В. Солдатова, Н. Н. Ветшева, А. Н. Рябиков. Классификация TI-RADS в оценке степени злокачественности узлов щитовидной железы. Методическое пособие для врачей ультразвуковой диагностики. — М. : ООО «Фирма СТРОМ», 2020. — 56 с.: ил.

11. Али С., Сибас Э. Классификация бетесда для цитологической диагностики заболеваний щитовидной железы: терминология, критерии и пояснения. Издательство: Практическая медицина, Россия

12. Zima D.V., Khabarov O.R., Bezrukov O.F., Zyablitskaya E.Yu. Stress in pathogenesis of development og tumor pathology of the thyroid gland. Cardiometry. 2023. № 29. С. 37-38.

13. Хабаров О.Р., Сеферов Б.Д., Алиев К.А., Зима Д.В., Голубинская Е.П., Зяблицкая Е.Ю. Биобанкирование образцов опухолевых тканей для научных исследований в морфологии и молекулярной онкологии Исследования и практика в медицине. 2024. Т. 11. № 1. С. 29-39.

Информация об авторах

Хабаров Олег Робертович – врач хирург первого хирургического отделения ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Севастополя, г. Севастополь, Россия.

Контактная информация

Хабаров Олег Робертович – врач хирург, г. Севастополь, ТСН СНТ Югрыбхолодфлот, 131, 299006, тел.: +7(978) 821-99-91, e-mail: khabar.68@mail.ru.

ORCID авторов/ORCID of author

Хабаров О. Р. / Khabarov O. R. : <https://orcid.org/0000-0001-7795-5882>

АНАЛИЗ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ЗА ПЕРИОД 2019-2023 ГГ.

Крячко А. Г., Афанютин А. В., Серова Е. Л.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская больница №1 имени Н.И. Пирогова», отделение челюстно-лицевой хирургии.
ул. Адм. Октябрьского 19, г. Севастополь, Россия, 299011, e-mail: sevcheelha@bk.ru

Введение. Созданное в 1982 г в Севастопольской городской больнице № 1 им. Н.И. Пирогова Стоматологическое отделение (ныне, - Отделение челюстно-лицевой хирургии) на протяжении многих лет стабильно оказывает медицинскую помощь населению по данному профилю.

Цель исследования. Рассмотреть тенденции динамического изменения структуры пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации (медицинские карты стационарных больных; карты амбулаторного приёма ургентной службы) и статистических данных отделения челюстно-лицевой хирургии за период 2019-2023 (1-2 кварталы).

Результаты. Структура пациентов по возрастным группам, половому признаку существенно не меняется. Число пациентов с травматическими повреждениями существенно не меняется. Производственная травма – менее 1%. Бытовая травма до 75-77%. Растет число травм, связанных с средствами индивидуальной мобильности. Удельный вес пациентов с воспалительной патологией составляют 30-35 %, с тенденцией к росту. Выявлены «новые» нозологические формы, связанные с «веяниями времени», побочными явлениями лекарственных препаратов, и последствиями КОВИД-инфекции.

Обсуждения. Рациональный подход к организации лечения нозологий профиля «челюстно-лицевая хирургия» складывается из множества составляющих; важна роль поликлинического «звена».

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, воспалительные, травматические, остео-некроз, бисфосфонатный, мукомикоз, тенденция, КОВИД-инфекция.

ANALYSIS OF TRAUMATIC PATHOLOGY AND INFLAMMATORY DISEASES OF THE DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL SURGERY FOR THE PERIOD 2019-2023

Kryachko A. G., Afanyutin A. V., Serova E. L.

State Budgetary healthcare institution «City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogova»,
Department of Maxillofacial Surgery.
Admiral Street. Oktyabrsky 19, Sevastopol, Russia, 299011 e-mail: sevcheelha@bk.ru

Introduction. The Dental Department (now the Department of Maxillofacial Surgery), established in 1982 in Sevastopol City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov, has been consistently providing medical care to the population in this profile for many years.

The purpose of the study. To consider the trends of dynamic changes in the structure of patients in the department of maxillofacial surgery.

Materials and methods. The analysis of medical documentation (medical records of inpatient patients; outpatient admission cards of the urgent service) and statistical data of the Department of maxillofacial surgery for the period 2019-2023 (1-2 quarts).

Results. The structure of patients by age group and gender does not change significantly. The number of patients with traumatic injuries does not change significantly. Work injury – less than 1%. Household injury is up to 75-77%. The number of injuries related to personal mobility aids is increasing. The proportion of patients with inflammatory pathology is 30-35%, with a tendency to

increase. «New» nosological forms associated with the «trends of the times», side effects of drugs, and the consequences of COVID infection have been identified.

Discussions. A rational approach to the organization of the treatment of nosologies of the profile «maxillofacial surgery» consists of many components; the role of the polyclinic «link» is important. Keywords: maxillofacial region, inflammatory, traumatic, osteonecrosis, bisphosphonate, mucormycosis, tendency, COVID infection.

Введение

Приказом по городской больнице №1 от 27 мая 1982 года организовано стоматологическое отделение на 30 коек (в настоящее время - отделение челюстно-лицевой хирургии). В настоящее время (необоснован повтор, заменить на синоним) в состав отделения входят стационар на 30 коек круглосуточного и дневного стационара и кабинет службы экстренной помощи, работающий в круглосуточном режиме.

Отделение челюстно-лицевой хирургии оказывает помощь населению городской части Севастополя, жителям прилегающей сельской зоны, иногородним и иностранным гражданам. По данным Роскомстата (Федеральная служба государственной статистики) численность населения Севастополя в 2020 составила 449138 человек, в 2021 году – 509992 человека, в 2022 году 529883 человека, в 2023 году - 558273 человека. В летний период эти цифры значительно увеличиваются. за счет отдыхающих и туристов.

Лечебная деятельность в отделении проводится по следующим нозологиям:

- острые воспалительные заболевания мягких тканей лица, шеи, костей лицевого скелета в том числе:

- одонтогенные,

периоститы, остеомиелиты, гаймориты, абсцессы и флегмоны различной локализации и т.д.;

- неодонтогенные,

фурункулы, карбункулы, абсцессы и флегмоны, лимфадениты, воспалительные состояния слюнных желез, инфекции кожи и подкожной клетчатки, заболевания суставов и т.д.; травматические повреждения мягких тканей, костей лицевого скелета и их осложнения; - доброкачественные образования ЧЛЮ лица, костей, языка, полости рта; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы, соединительной ткани; врожденные и приобретенные деформации ЧЛЮ.

Цель исследования

Рассмотреть тенденции динамического изменения структуры пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации (медицинские карты стационарных больных; карты амбулаторного приема ургентной службы) и статистических данных отделения челюстно-лицевой хирургии за период 2019-2023 (1-2 кварталы). Особое внимание обращалось на случаи «винтового» (бисфосфонатного) остеонекроза, медикаментозного остеонекроза, и мукромикоза.

Результаты

Структура пациентов отделения по возрастным группам сохраняется практически неизменной постоянно: 18-25 лет – 8,4% , 25-49 лет – 54,2%, 40-60 лет – 30,6%, 60-80 лет – 5,7 % , старше 80 лет – 1,1%.

Среди выписанных больных востребовали при выписке больничный лист 33,2% - 35,4 % от общего количества полеченных больных при среднем показателе по РФ – 35,1%.

По половому признаку соотношение больных также существенно не меняется: на 100 % полеченных больных приходится: мужчин 64,8 - 66,4%; женщин 33,6 - 35,2%.

Число больных с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области за прошедшие годы существенно не изменилось. Ежегодно в ургентную службу ГБ №1 с травматическими повреждениями разной степени тяжести обращаются 720 - 960 человек, госпитали-

зируется из них 380 - 420 человек. Из них 52% с изолированными повреждениями мягких тканей и 48% - с повреждениями костного лицевого скелета (изолированные и сочетанные). Изолированные переломы нижней челюсти составляют около 26%, верхней челюсти-8%, скулового комплекса -9%, сочетанная травма – до 5%. Часто челюстно-лицевые повреждения сочетаются с черепно-мозговой травмой (по данным разных авторов около 34 % случаев).

Число производственных травм невелико, составляет 4-9 человек в год (менее 1%).

Обращает на себя высокий процент бытовых травм. В общем количестве травм на долю бытовых приходится в среднем около 75-77%. Из этого числа почти 75% бытовых травм возникают в результате удара и около 25% - при падении, в результате ДТП или другим причинам. Среди пострадавших преобладают мужчины над женщинами - 4:1. Весьма часто в момент получения травмы пострадавший находился в состоянии алкогольного опьянения.

Последние годы, в связи с появлением и популярностью средств индивидуальной мобильности, следует выделить отдельную группу полученных при падениях или ДТП с их участием (до 10-13 человек в год). Чаще это молодые люди, как мужчины, так и женщины, нередко под воздействием алкоголя. Вследствие характерного получения травмы, обычно это – сложные переломо-вывихи суставных отростков нижней челюсти, одно- и двухсторонние, сопровождающиеся травмой мягких тканей и зубов.

Больные с повреждениями мягких тканей лица обращаются, как правило, в течение 1–24 часов после получения травмы. Сроки обращения больных с переломами челюстей различны, чаще от 1 до 72 часов. Удельный вес пациентов с травмами, поступившими в первые сутки после получения травмы, составляет 10-18%, поэтому фактор позднего обращения за специализированной помощью можно назвать основным, прогнозирующим осложнения.

Воспалительные процессы относятся к числу наиболее распространенных заболеваний челюстно-лицевой области. В специализированных стоматологических (челюстно-лицевых) стационарах удельный вес больных с указанной патологией достигает 30-35% и более. В последние годы, несмотря на достижения медицины, прослеживается тенденция к росту заболеваемости. Чаще стали встречаться тяжелые формы воспалительных процессов, что многие авторы связывают с возросшей устойчивостью микроорганизмов к антибиотикам.

Согласно одной из существующих классификаций – по этиологическому фактору - среди воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области выделяют одонтогенные (возникновение которых связано с патологическими процессами зубов, в т.ч. травматического характера), и неодонтогенные (возникновение связано с проникновением инфекции через кожные покровы и слизистые данной области).

На основании проведенного анализа медицинских карт пациентов, госпитализированных в стационар челюстно-лицевого отделения ГБУЗС «Городская больница № 1 им.Н.И. Пирогова» за 2019-2023 (1-2 квартал) годы основной причиной развития одонтогенных воспалительных процессов остаётся несвоевременная санация полости рта.

Обсуждения

При анализе сводки диагнозов по челюстно-лицевому стационару за 2019- 2023(1-2 квартал) годы, сохраняется тенденция роста числа обратившихся по поводу воспалительных состояний челюстей, фурункулов (карбункулов), абсцессов и флегмон (как одонтогенных, так и неодонтогенных). Значителен прирост пациентов с медикаментозным («золотроновым») остеоонекрозом, получающих (или получавших ранее) БФТ в составе комбинированной химиотерапии при лечении ЗНО. В то же время число обращений по поводу бисфосфонатных остеоонекрозов (у пациентов, ранее применявших внутривенно наркотические препараты, содержащие бисфосфонатные и марганцевые соединения, - «Винт») значительно сократилось, - новые случаи не выявляются!; выжившие пациенты с стойкой ремиссией/выздоровлением периодически госпитализируются с целью обследования для МСЭК.

В «постковидный» период было выявлено 3 случая риноцеребрального мукормикоза (зигмикоза), у одного из пациентов, - ассоциированного с ЗНО верхней челюсти. Заболевание вызы-

вается сапрофитными плесневыми грибами, - Мукормицетами («чёрная плесень»); проявляется в виде активного остеомиелитического процесса костей верхней челюсти, распространяясь на основание черепа; характерно, что если остеонекрозы (как медикаментозные, так и «наркоманские») начинаются в полости рта, - после удаления ранее разрушенных зубов, или при обострении болезни дёсен, то риноцеребральный мукормикоз, - в придаточных пазухах носа, лишь позднее проявляясь в полости рта оро-антральными свищами и потерей интактных зубов верхней челюсти. В анамнезе у всех пациентов, - 1) перенесенная, лабораторно подтвержденная, COVID-инфекция, 2) отсутствие в прошлом внутривенной наркомании, 3) отсутствие в прошлом фактов получения лучевой терапии, или химиотерапии. Этиология данной патологии изучается; в настоящее время есть информация, что начало заболевания связано, в частности, с выраженными нарушениями микроциркуляции и иммунного статуса организма человека при COVID-инфекции.

Заключение

Рациональный подход к организации лечения воспалительных процессов в отделении ЧЛХ складывается из приемственности работы поликлинического и стационарного «звеньев» оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия», своевременного выяснения этиологии процесса, объёма его распространения; устранения одонтогенной причины (при её наличии); адекватного и своевременного вскрытия очага воспаления; привлечение «смежных» специалистов (ЛОР-врачей, офтальмологов, хирургов) при необходимости; применения клинически обоснованных комбинаций препаратов при проведении антимикробной и посиндромной терапии; использование современных перевязочных материалов в послеоперационном периоде.

Использование клинических рекомендаций и стандартов лечения, позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре, снизить число случаев перехода острых процессов в хронические, предупредить возникновение рецидивов заболеваний и посттравматических осложнений.

Список литературы

1. Хостелиди С.Н. Мукормикоз на фоне COVID-19: описание клинического случая и обзор литературы [Текст] /Хостелиди С.Н., Зайцев В.А., Пелих Е.В.// «Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2021. – Т.23. - №3. – С. 255-260.
2. Хирургическая стоматология: учеб/ Под общ. ред. В.В. Афанасьева – 2 изд., исправ. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 792 с.

Информация об авторах

Крячко Андрей Григорьевич – к.мед.н., врач стоматолог-хирург, ГБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Афанютин Александр Викторович – врач стоматолог-хирург, ГБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Серова Елена Леонидовна – врач стоматолог-хирург, ГБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Контактная информация

Афанютин Александр Викторович – врач стоматолог-хирург; 299045, г. Севастополь, ул. Дмитрия Ульянова, д. 7, кв. 29, тел.: +7(978) 896-50-13, e-mail: sevcheelha@bk.ru.

ORCID авторов/ORCID of author

Крячко А. Г. / Kryachko A. G. : <https://orcid.org/0009-0002-5702-2174>

Афанютин А. В. / Afanyutin A. A. : <https://orcid.org/0009-0004-6877-7200>

Серова Е. Л. / Serova E. L. : <https://orcid.org/0009-0002-2373-9329>

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Тишков А. В., Кузнецов В. В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя
«Городская больница №1 имени Н.И. Пирогова»
299011, г. Севастополь, ул. Адмирала Октябрьского, д.19

Введение. Современные технологии тесно интегрированы в нашу повседневную жизнь. Этот неуклонный технологический рост заметен во всех сферах, включая медицину и, в частности, урологию.

Цель исследования. Провести ретроспективный обзор и анализ современных оперативных технологий, используемых в лечении мочекаменной болезни в урологическом отделении ГБУЗС ГБ№1 за период с 2020 по 2023 год и выделить приоритетные направления.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни 1223 пациентов с мочекаменной болезнью.

Результаты и обсуждения. Анализ данных показывает рост всех видов оперативных вмешательств по поводу мочекаменной болезни. Такая тенденция является следствием усовершенствованного инструментария и оборудования для операционной визуализации, и методов фрагментации конкрементов. Эти методы позволили полностью вытеснить необходимость пиелолитотомий.

Ключевые слова: современные технологии в урологии, мочекаменная болезнь, нефролитиаз, микроперкутанная нефролитотрипсия

NEW TECHNOLOGIES IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UROLOGICAL PATHOLOGY

Tishkov A. V., Kuznetsov V. V.

State Budgetary Healthcare Institution
«City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov»
299011, Sevastopol, Admiral Oktyabrsky str., 19

Introduction. Modern technologies are closely integrated into our daily lives. This steady technological growth is noticeable in all areas, including medicine and, in particular, urology.

Objective. To conduct a retrospective review and analysis of modern surgical technologies used in the treatment of urolithiasis in the urological department of GB No. 1 for the period from 2020 to 2023 and highlight priority areas.

Materials and methods. A retrospective analysis of the medical records of 1,223 patients with urolithiasis.

Results and discussions. Data analysis shows an increase in all types of surgical interventions for urolithiasis. This trend is a consequence of the improvement of tools and equipment for operational visualization and methods of fragmentation of concretions. These methods made it possible to completely replace the need for pyelolithotomy.

Keywords: modern technologies in urology, urolithiasis, nephrolithiasis, microcutaneous nephrolithotripsy

Введение

Современные технологии тесно интегрированы в нашу повседневную жизнь. Этот неуклонный технологический рост заметен во всех сферах, включая медицину и, в частности, урологию.

Мочекаменная болезнь - широко распространенное заболевание, встречается у 5 % на-

селения [1]. Мочекаменная болезнь наиболее часто встречается в трудоспособном возрасте 30-50 лет, что определяет социальную значимость этой болезни. На сегодняшний день фрагментация конкремента в мочеточнике при помощи эндоскопического инструмента свела к минимуму необходимость открытых оперативных вмешательств. Однако за последние годы мы ведем значительный рост числа трансуретральных и чрескожных вмешательств при камнях почки, коралловидных конкрементах, двустороннем нефролитиазе. [2] Существует много высокотехнологичных методов лечения пациентов с нефролитиазом: дистанционная литотрипсия, трансуретральная контактная уретеролитотрипсия (КТЛ), гибкая уретеронефроскопия с контактной литотрипсией, перкутанная и мини-перкутанная нефролитолапаксия [3,6]. В то же время, некоторые современные технологии позволяют проводить операцию по удалению камней из почек без серьезного хирургического вмешательства [4,7].

Цель исследования

Ретроспективный обзор и анализ современных диагностических и оперативных технологий, используемых в лечении мочекаменной болезни в урологическом отделении ГБУЗС ГБ№1 за период с 2020 по 2023 год и выделить приоритетные направления.

Материалы и методы

В рамках одноцентрового ретроспективного анализа были изучены результаты лечения 1223 пациентов с мочекаменной болезнью. Пациенты были стратифицированы по трем группам в соответствии с проведенными оперативными вмешательствами. Был проведен анализ роста применения малоинвазивных методов оперативного лечения, а также использования высокотехнологичного оборудования.

Результаты и обсуждения

Используя электронную базу данных, проанализировано количество пациентов, пролеченных с диагнозом- мочекаменная болезнь с 2018 года по 2023: наблюдается тенденция к снижению количества больных с мочекаменной болезнью с 2018 года (рис.1). В период 2018-2019- снижение на 67 человек (-5.7%), в 2019-2020- снижение на 187 человек (-16.8%), в 2020-2021- увеличение на 39 человек (+4.2%), в 2021-2022- увеличение на 7 человек (+0.7%), в 2022-2023- снижение на 3 человека (-0.3%).

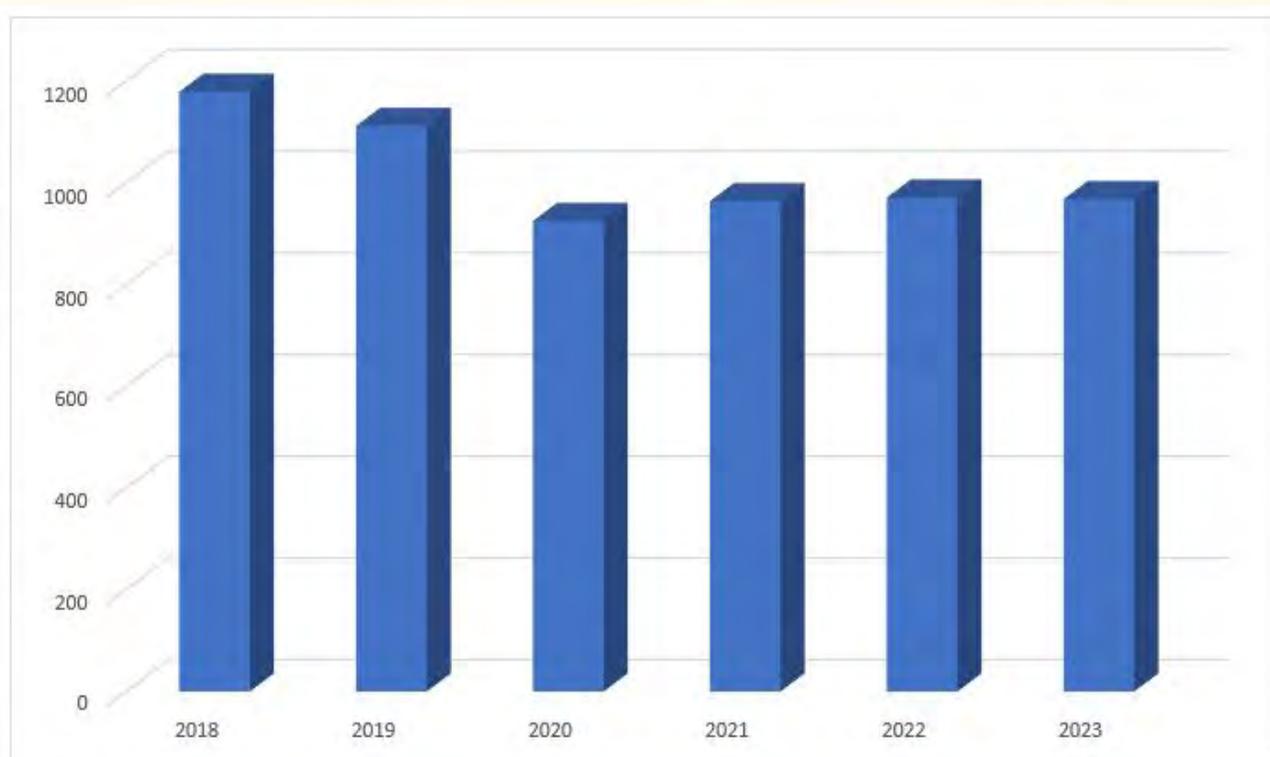


Рис. 1. График (диаграмма) динамики госпитализированных пациентов с диагнозом «мочекаменная болезнь», в урологическом отделении в 2018-2023 гг.

За период с 2018 по 2023 наблюдается общая тенденция к снижению заболеваемости мочекаменной болезнью.

Таблица 1. Абсолютное количество госпитализированных пациентов с диагнозом «мочекаменная болезнь», в урологическом отделении в 2018-2023 гг.

Год	Количество пациентов
2018	1179
2019	1112
2020	925
2021	964
2022	971
2023	968

В 2020 году наблюдается значительное снижение количества больных, возможно, обусловленное Covid инфекцией и перераспределением коечного фонда. После 2020 года наблюдается незначительное повышение показателей, однако общая тенденция к снижению сохраняется, несмотря на это отмечается рост оперативной активности в отношении мочекаменной болезни.

В настоящее время ретроградная контактная уретеролитотрипсия является наиболее эффективным малоинвазивным методом удаления клинически значимых камней мочеточника. Выбор оптимальной энергии для дезинтеграции камня мочеточника зависит от оснащенности медицинского учреждения и предпочтения оперирующего уролога [3,7].

Таким образом, ретроградная контактная уретеро-литотрипсия является уникальным методом дробления камней мочеточника, позволяющим избежать оперативных вмешательств и достичь высоких результатов лечения. Различные виды энергии, применяемые для проведения контактной уретеролитотрипсии, обладают определенными преимуществами, но, в ряде случаев имеют существенные недостатки. [5] В последнее время используется множество ин-

новационных методов для предотвращения послеоперационного кровотечения и утечки мочи при отсутствии постоянного нефростомического дренажа [8].

Проанализировав динамику выполнения оперативных вмешательств в период 2020-2023 годов и сравнивая данные, можем сделать вывод, что общее количество оперативных вмешательств почти удвоилось, выросло с 230 операций в 2020 году до 424 в 2023 году. Наибольший рост отмечается за счет увеличения количества чрескожных нефролитотрипсий, их число увеличилось на 407% (рис.2).

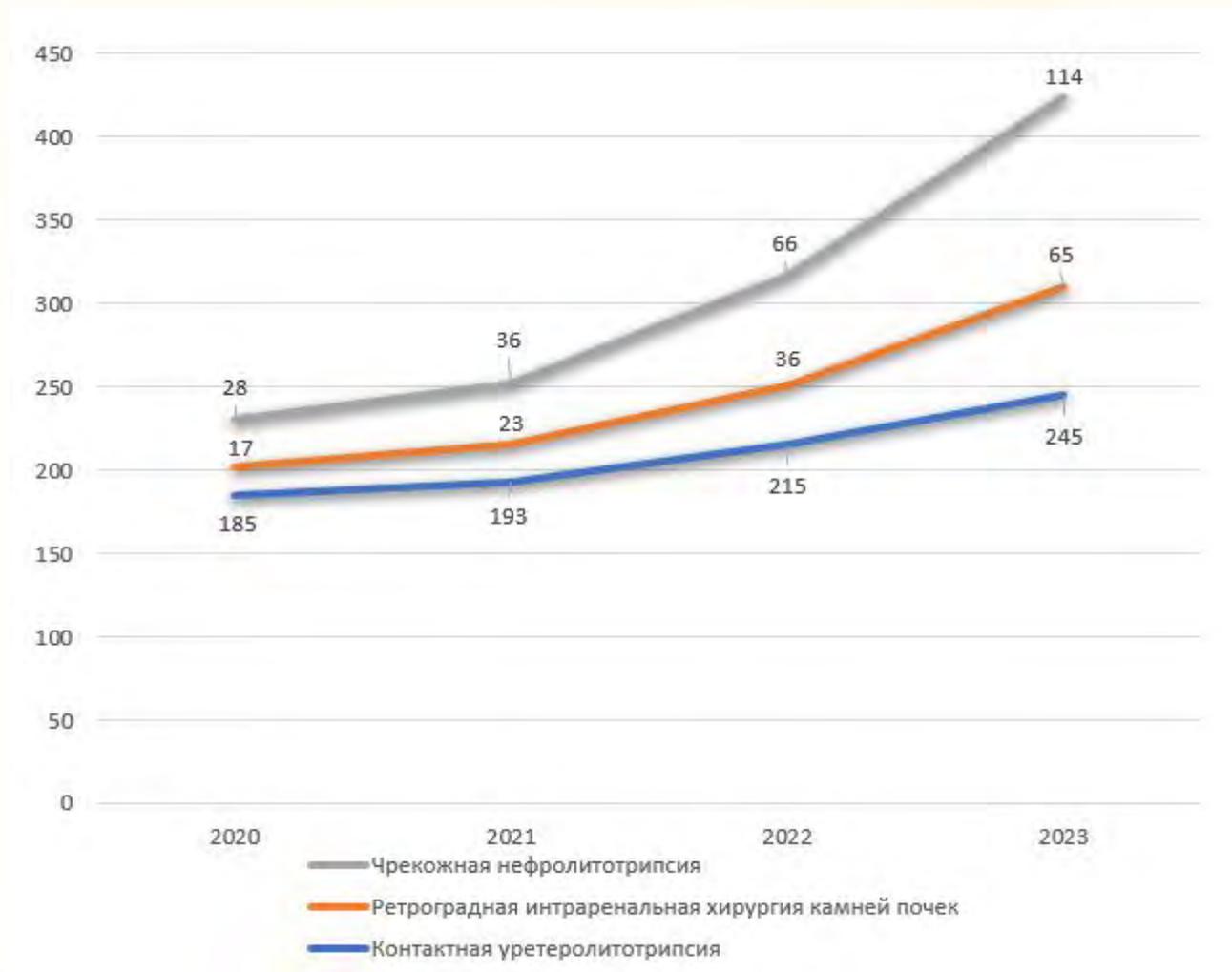


Рис. 2. График (диаграмма) выполнения эндоскопических операций в урологическом отделении в 2020-2023 гг.

Анализ данных показывает рост всех видов оперативных вмешательств по поводу мочекаменной болезни. Такая тенденция является следствием оснащения инструментарием и оборудованием для операционной визуализации, и освоением методов фрагментации конкрементов. Эти методы позволили полностью вытеснить необходимость открытых уретеролитотомий и пиелолитотомий. По мере развития и совершенствования оборудования происходит появление минимально инвазивных аппаратов, так называемой микропекрутанной нефролитотрипсии.

Выводы

Благодаря новым технологиям, в урологическом отделении ГБ№1, наблюдается увеличение количества и качества операций. Ожидается, что будущие открытия и технологический прогресс приведут к развитию генной инженерии, молекулярной биологии, нанотехнологий и технологий тканевой инженерии. Необходимо и далее развивать мини инвазивные технологии, что позволит более эффективно проводить лечение пациентов.

Список литературы

1. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В. Мочекаменная болезнь. Современный взгляд на проблему. Руководство для врачей. М.: Медфорум, 2016. - 148с.
2. Сара Л. Бэст, Стивен И. Накады. Малоинвазивная урология. Клиническое руководство по эндоурологии, лапароскопии, однопортовой хирургии и робот-ассистированным операциям Науч. Ред. Пер. М.А. Газимиев, Н.К. Гаджиев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 456с.
3. Бережной А.Г., Дунаевская С.С. Современные принципы хирургического лечения мочекаменной болезни. РМЖ. Медицинское обозрение. 2021;5(3):118-122. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-3-118-122.
4. Гусейнов М.А., Мартов А.Г., Андронов А.С. Уретероскопические методы лечения больных с уретеролитиазом. Экспериментальная и клиническая урология 2020;(1):58-65
5. Кочетов А.Г., Есипов А.В., Сидоров О.В., Гвасалия Б.Р., Алехнович А.В., Байков Н.А., Грицкевич А.А., Касаикин А.В., Мартов А.Г. Современные эндоурологические технологии - новые возможности в лечении больных с аномалиями мочевыводящих путей и в сложных клинических случаях. Урология №6; 2022; С.111-116
6. Малхасян В.А., Иванов В.Ю., Ходырева Л.А., Дударева А.А., Куприянов Ю.А., Редькович В.И., и др. Анализ оказания специализированной медицинской помощи пациентам с почечной коликой в урологических стационарах г. Москва. Экспериментальная и клиническая урология 2016;(4) :10-16
7. Меринов Д.С., Павлов Д.А., Фатихов Р.Р., Епишов В.А. На передовых рубежах развития минимально-инвазивной урологии в России. Экспериментальная и клиническая урология №: 4, 2012. С.86-96
8. Xun Y, Wang Q, Hu H, et al. Tubeless versus standard percutaneous nephrolithotomy: an update meta-analysis. BMC Urol. 2017; 17:102. doi: 10.1186/s12894-017-0295-2.

ORCID авторов/ORCID of author

Тишков А. В. / Tishkov A. V. : <https://orcid.org/0009-0000-3953-1931>

Кузнецов В. В. / Kuznetsov V. V. : <https://orcid.org/0000-0003-2735-432X>

УДК 616.831.-005.1(Сев)

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ОТКРЫТЫМ ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ: ВЫБОР МЕЖДУ КОНСЕРВАТИВНОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ

Недождий П. П., Табакман С. В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская больница №1 имени Н.И. Пирогова»
299011, г. Севастополь, ул. Адмирала Октябрьского, д.19

Введение. Одной из причин криптогенных инсультов у лиц молодого возраста является открытое овальное окно, которое провоцирует парадоксальную эмболию сосудов головного мозга тромбами из венозной системы большого круга кровообращения. Согласно данным литературы последних лет, закрытие овального окна окклюдером – оптимальный способ профилактики повторных криптогенных инсультов. Приводим собственный случай наблюдения у молодой больной, у которой после тщательно поиска причин инсульта установлено наличие право-левого шунтирования за счет открытого овального окна.

Цель исследования. Обзор методов и распространенности консервативной терапии и хирургической коррекции у больных с ишемическим инсультом, ассоциированным с ООО.

Ключевые слова: открытое овальное окно, парадоксальная эмболия, криптогенный инсульт, эндоваскулярное закрытие окклюдером.

ISCHEMIC STROKE AT A YOUNG AGE ASSOCIATED WITH AN OPEN OVAL WINDOW: A CHOICE BETWEEN CONSERVATIVE AND SURGICAL THERAPY

Nedozhdy P. P., Tabakman S. V.

State Budgetary Healthcare Institution
«City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov»
299011, Sevastopol, Admiral Oktyabrsky str., 19

Introduction. One of the causes of cryptogenic strokes in young people is an open oval window, which provokes a paradoxical embolism of the cerebral vessels by blood clots from the venous system of the large circulatory system. According to the literature of recent years, closing the oval window with an occluder is the best way to prevent repeated cryptogenic strokes. We present our own case of observation in a young patient who, after carefully searching for the causes of stroke, found the presence of right-left bypass surgery due to an open oval window.

The purpose of the study. A review of the methods and prevalence of conservative therapy and surgical correction in patients with ischemic stroke associated with LLC.

Keywords: open oval window, paradoxical embolism, cryptogenic stroke, endovascular occluder closure.

Причины ишемического инсульта могут быть разными, и их успешный контроль является фундаментальным для вторичной профилактики. Результаты исследований показывают, что открытое овальное окно ассоциируется с повышенным риском инсульта, особенно у людей в возрасте до 60 лет, без других известных факторов риска, таких как, например, артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, гиперлипидемия, табакокурение. Вероятный механизм инсульта у пациентов с ООО – это попадание эмболического материала (тромбов), который возник в венозной системе, в систему сонных и позвоночных артерий в результате право-левого сброса через ООО. Однако следует помнить, что ООО является обычным явлением (примерно у 1/4 населения в целом). Таким образом, в некоторых случаях наличие ООО и ишемического инсульта может быть случайным, в то время как фактическая причина инсульта иная и остается невыясненной.

ООО считается малым пороком сердца и рассматривается как индивидуальная особенность, оно пропускает кровь преимущественно слева направо благодаря разнице давлений между предсердиями. Однако при определенных условиях давление в правом предсердии повышается, в результате чего направление сброса крови может измениться, и венозные эмболы большого круга кровообращения могут попадать в левые отделы сердца и вызвать эмболию артерий большого круга кровообращения. Средний диаметр ООО составляет 4,9 мм, то есть он может пропускать эмболы, достаточно большие, чтобы вызвать окклюзию ствола средней мозговой артерии (3 мм) и основных кортикальных ветвей (1 мм). [4]

В пользу того, что ООО может быть причиной криптогенных инсультов, свидетельствует тот факт, что среди лиц моложе 55 лет, перенесших криптогенный инсульт, распространенность этого порока выше, чем среди населения в целом: она достигает 40-50%. [5]

Для подтверждения наличия шунта между правыми и левыми отделами сердца используют ЭхоКГ и ультразвуковую доплерографию сосудов головы с проведением теста с «пузырьковым» контрастированием (Bubble Test). До недавнего времени практические рекомендации не учитывали целесообразным рутинное эндоваскулярное закрытие дефекта МПП для профилактики повторных инсультов, предоставляя преимущество медикаментозной терапии (антикоагулянты, антиагреганты). [6, 7]

Три крупных рандомизированных контролируемые исследования последних лет – CLOSURE I [8], PC [9] и RESPECT [10] – не показали существенной разницы между эндоваскулярным закрытием ООО и медикаментозной терапией для вторичной профилактики инсульта, хотя два из них указывали на потенциальное преимущество эндоваскулярного закрытия без достаточной статистической достоверности [9, 10].

Но уже следующие исследования – REDUCE [11] и CLOSE [12] – свидетельствуют о существенном преимуществе транскатетерного закрытия ООО для снижения частоты повторных инсультов у лиц, перенесших криптогенный инсульт. Эти пять крупных рандомизированных контролируемых исследований проводились в США и странах Европы.

Последнее исследование из Южной Кореи-DEFENSE-PFO [13] также показывает в пользу эндоваскулярного закрытия ООО у пациентов высокого риска. За последний год были опубликованы многочисленные мета-анализы, сравнивавшие закрытие ООО с медикаментозной терапией при криптогенном инсульте. [14-18] Они принимают во внимание данные указанных выше рандомизированных контролируемых исследований и приходят к выводу, что у пациентов с криптогенным инсультом закрытие ООО имеет преимущество перед медикаментозной терапией для профилактики повторных сосудистых событий, особенно у пациентов с умеренным или выраженным право-левым шунтом. Авторы мета-анализов отмечают целесообразность обновления практических рекомендаций, соответствующих сообществ с учетом актуальных исследований. Также в отдельном исследовании было обнаружено, что закрытие ООО оказывается экономически выгоднее стратегии медикаментозного лечения [19].

Ниже представлен клинический случай. В августе 2023 г. в отделение для больных с ОНМК с ПИТ ГБУЗС «Городская больница № 1» поступила пациентка М., 28 лет, с нарушением речи и слабостью левых конечностей. Симптомы заболевания развились остро в день поступления около 19:00, без видимой причины. Госпитализирована в клинику спустя 2 часа с момента начала болезни.

Из анамнеза жизни: хронические заболевания отрицает, на учете у узких специалистов не состоит, в детстве наблюдалась по поводу дискинезии желчевыводящих путей. Повышение АД никогда не отмечала. Аллергологический анамнез (в т.ч. на лекарственные препараты) неотягощен. Туберкулез, ВИЧ, вирусные гепатиты, сифилис отрицает. Травм не было, оперативные вмешательства кесарево сечение 2021. COVID-19 не болела, не привита. Беременность 2 (1 – «замершая беременность на сроке 18-20 недель»; 2 – течение беременности без осложнений, роды путем кесарева сечения (большой плод, слабость родовой деятельности). Последние 3 месяца по назначению гинеколога принимала Дроспиренон+Этинилэстрадиол комбинированный гормональный контрацептив с антиминералкортикоидным и антиандрогенным дей-

ствием. Алкоголь, курение отрицает.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, сыпи нет, цианоза нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Деятельность сердца ритмичная. АД 120/80 мм рт.ст. Пульс 74 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Сознание – ясное. Менингеальных знаков нет. Обращенную речь понимает, инструкции выполняет, речь с выраженной дизартрией. Глазодвигательных, бульбарных нарушений нет. Опущен левый угол рта. Девиация языка влево. Симптомов орального автоматизма не выявлено. Сила в левой руке и ноге снижена до 2 баллов. Рефлексы с рук D<S, слева высокие, коленные и ахилловы оживлены D<S. Симптом Бабинского слева.

Установлен предварительный диагноз: ОНМК в правой гемисфере головного мозга.

По данным КТ головного мозга и в режиме ангиографии: относительная сглаженности борозд правой гемисферы ГМ. Признаки дефекта контрастирования сегмента М2 правой СМА. Большой проведена процедура тромболитика (фортелизин 10 мг) и тромбэкстракции из М2 сегмента правой СМА с полным восстановлением кровотока. На контрольной томограмме в правой лобно-теменно-островковой области, на уровне базальных ядер сформировалась область снижения дифференцировки серое-белое вещество, со снижением плотностных показателей и формированием гиподенсной зоны, участок приблизительно размерами до 67x52 мм.

При установлении подтипа инсульта и его генеза проводилась дифференциальная диагностика с невоспалительными и воспалительными артериопатиями (в т.ч. системными васкулитами), аномалиями развития прецеребральных сосудов и сердца, пароксизмальными аритмиями, тромбофилиями, диссекцией прецеребральных и церебральных артерий, инсультом на фоне ООС.

При исследовании общеклинических и биохимических анализов крови и мочи, коагулограммы, острофазовых белков, онкомаркеров, тестов на системные васкулиты (ANA и ANCA в сыворотке крови), наследственные тромбофилии (антитромбин III, протеин С и S, мутации фактора V Лейдена, мутация гена протромбина G20210A и MTHFR, гомоцистеин), АФС-скрининг (АТ к кардиолипину, АТ к бета-2-гликопротеину, волчаночный антикоагулянт) патологии не обнаружено.

Также исключены вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, сифилис. Также уделено внимание приему контрацептивов как фактору тромбофилии.

Рентгенография ОГК: легкие воздушны, легочный рисунок не изменен. Корни, срединная тень, диафрагма без патологических признаков. МРТ-ангиография БЦА: данных за диссекцию не выявлено. Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей: признаков тромбоза поверхностных и глубоких вен не обнаружено. УЗИ органов брюшной полости и почек: без патологии. Суточное 12-канальное мониторирование ЭКГ: Основной ритм синусовый со средней ЧСС днем 80 в минуту, ночью 66 уд. в минуту. Максимальная ЧСС 118 уд в минуту в 19:01. Минимальная ЧСС 51 уд в минуту в 05:42. Тахикардия – в течение 01:07:35. ЦИ – 1.21 ригидный. Зарегистрировано укорочение интервала PQ (минимально до 0.09 сек) – 164 эпизода продолжительностью 13:19:40. Наджелудочковые экстрасистолы: Всего 1191 с максимальной частой 673 ЭС в час с 04:00 до 05:00. Одиночных 496, парных 4. Бигеминий 98 эпизодов, тригеминий – 4 эпизода, квардигеминий 24 эпизода. Желудочковые экстрасистолы: Всего 1. Пауз более 2000 мсек нет. Зарегистрировано нарушение реполяризации миокарда нижней, боковой стенок ЛЖ.

ЭхоКГ: Аорта не расширена. Левые камеры сердца имеют нормальные размеры. Миокард ЛЖ не утолщен. Глобальная сократимость ЛЖ 60%. Морфология и кинетика клапанного аппарата без видимой патологии. Полость ПП легко расширена. ПЖ не расширен, нарушений сократимости ПЖ убедительно не выявлено. Межпредсердная перегородка: истончена в области ОО при доплерографии регистрируется минимальный шунтирующий поток. По результатам транскраниальной микропузырьковой пробы зарегистрировано 25 микроэмболических сигналов. По данным чреспищеводной эхокардиографии: признаки ООС в виде щелевидного туннеля под заслонкой (которой не дает полностью прижаться небольшая локальная складка), ближе к базальному краю перегородки; длиной 6-8 мм, шириной до 9-10 мм, толщиной (высо-

той) 0.5-3.0 мм. При ЦДК/ДГ регистрируется почти постоянный низкоскоростной шунтирующий поток, в виде эксцентричной (вдоль перегородки) струи в правом предсердии, условным диаметром в устье 2.0-2.5 мм. В покое поток преимущественно лево-правый, низкоскоростной, но иногда отмечается кратковременный право-левый сброс (в т.ч. при пробах Вальсальвы) с умеренным шунтированием при расчёте по ударным объемам желудочков.

В итоге пациентке установлен окончательный диагноз: Ишемический инсульт в правой гемисфере головного мозга криптогенный подтип (эмболический инсульт неустановленного возникновения, ESUS), обусловленный аневризмой овальной ямки с ООО (по шкале RoPE 10 баллов) на фоне медикаментозной коагулопатии (тромбофилии).

В лечении проводилась антиагрегантная и нейротропная терапия, логопедическая коррекция, общепринятые методы медицинской реабилитации. За время лечения отмечалась положительная динамика в виде практически полного регресса неврологического дефицита с исходом в левостороннюю пирамидную недостаточность, отсутствием интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых сфер нарушений.

Пациентке в дальнейшем продолжена антиагрегантная терапия Клопидогрелом 75 мг и оперативное лечение: эндоваскулярное закрытие межпредсердного сообщения. Оперативное лечение проведено. За время амбулаторного наблюдения у больной не отмечалось эпизодов ТИА, повторных ишемических инсультов, мигреней и мигреноподобных эпизодов.

Большое медико-социальное значение изучения инсультов у лиц в полном расцвете сил, в репродуктивном возрасте и на пике профессиональной и творческой деятельности. Интерес к выяснению причин ишемического инсульта у лиц молодого возраста обусловлен следующими факторами: этиология инсультов у большинства больных молодого возраста отличается от этиологии у больных старшей возрастной группы и часто остается невыясненной, что имеет значение для проведения квалифицированной профилактики повторных эпизодов. Процедура эндоваскулярного закрытия ООО является безопасной, оправданной и эффективной в выборке пациентов, перенесших криптогенный инсульт или ТИА.

Список литературы

1. Белопасова А.В., Добрынина Л.А., Четкин А.О. и др. Дефекты межпредсердной перегородки: роль в развитии нарушений мозгового кровообращения по механизму парадоксальной эмболии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(6):142-146.
2. Каршиева А.Р., Четкин А.О., Белопасова А.В., Добрынина Л.А. Допплерографическая оценка малых дефектов межпредсердной перегородки у пациентов с парадоксальной эмболией. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2021;15(4):86-92.
3. Кулеш А.А., Шестаков В.В. Открытое овальное окно и эмболический криптогенный инсульт. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(2):4-11
4. Кулеш А.А., Нуриева Ю.А., Сыромятникова Л.И. Причины ишемического инсульта у пациентов моложе 45 лет: анализ данных регионального сосудистого центра. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(1):24-30.
5. Кулеш А.А., Демин Д.А., Белопасова А.В. и др. Криптогенный инсульт. Часть 2: Парадоксальная эмболия. *Медицинский Совет*. 2021;(19):16-33.
6. Кулеш А.А., Огнерубов Д.В., Мехряков С.А. и др. Инсульт, ассоциированный с открытым овальным окном: подходы к диагностике и возможности эндоваскулярной профилактики (клинические наблюдения и обзор литературы). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(2):72-78.
7. Мехряков С.А., Кулеш А.А., Покаленко Е.А. и др. Феномен парадоксальной эмболии у пациентов с эмболическим криптогенным инсультом. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(1):13-21.
8. Огнерубов Д.В., Терещенко А.С., Самко А.Н. и др. Безопасность и эффективность эндоваскулярного закрытия открытого овального окна: первые результаты российского многоцентрового исследования. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(6):26-32.

9. Фазлиахметова А. Г., Мамедов Х. И. Открытое овальное окно и криптогенный инсульт // ПМ. 2011. №55.
10. Шамалов Николай Анатольевич, Кустова М. А. Криптогенный инсульт // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. №S2.
11. The top 10 causes of death [Электронный ресурс] // World Health Organization. – 2017.
12. Saver J. Cryptogenic Stroke / J. Saver // N Engl J Med. – 2016. – Vol. 374, N 21. – P. 2065–2074.
13. The Risk of Paradoxical Embolism (RoPE) Study: developing risk models for application to ongoing randomized trials of percutaneous patent foramen ovale closure for cryptogenic stroke [Электронный ресурс] / Kent D. M., Thaler D. E. // Trials. – 2011. – Vol. 12.
14. Practice advisory: recurrent stroke with patent foramen ovale (update of practice parameter): report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology / Messé S. R., Gronseth G., Kent D. M. [et al.] // Neurology. – 2016. – Vol. 87. – P. 815–821.
15. American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association / Kernan W. N., Ovbiagele B., Black H. R. [et al.] // Stroke. – 2014. – Vol. 45. – P. 2160–2236.
16. Closure or medical therapy for cryptogenic stroke with patent foramen ovale / Furlan A. J., Reisman M., Massaro J. [et al.] // N Engl J Med. – 2012. – Vol. 366, N 11. – P. 991–999.
17. Percutaneous closure of patent foramen ovale in cryptogenic embolism / Meier B., Kalesan B., Mattle H. P. [et al.] // N Engl J Med. – 2013. – Vol. 368, N 12. – P. 1083–1091.
18. Long-term outcomes of patent foramen ovale closure or medical therapy after stroke / Saver J., Carroll J., Thaler D. [et al.] // N Engl J Med. – 2017. – Vol. 377, N 11. – P. 1022–1032.
19. Patent foramen ovale closure or antiplatelet therapy for cryptogenic stroke / Søndergaard L., Kasner S., Rhodes J. [et al.] // N Engl J Med. – 2017. – Vol. 377, N 11. – P. 1033–1042.
20. Patent Foramen Ovale Closure or Anticoagulation vs. Antiplatelets after Stroke / Mas J. L., Derumeaux G., Guillon B. [et al.] // N Engl J Med. – 2017. – Vol. 377, N 11. – P. 1011–1021.
21. Cryptogenic Stroke and High-Risk Patent Foramen Ovale: The DEFENSE-PFO Trial / Lee P. H., Song J.-K., Kim J. S. [et al.] // JACC. – 2018.
22. Patent foramen ovale closure vs. medical therapy for cryptogenic stroke: a meta-analysis of randomized controlled trials/ Ahmad Y., Howard J. P., Arnold A. [et al.] // Eur Heart J. – 2018.
23. Patent foramen ovale closure versus medical therapy after cryptogenic stroke: An updated meta-analysis of all randomized clinical trials/ Kheiri B., Abdalla A., Osman M. [et al.] // Cardiol J. – 2018.
24. Meta-Analysis Comparing Patent Foramen Ovale Closure Versus Medical Therapy to Prevent Recurrent Cryptogenic Stroke / Ando T., Holmes A. A., Pahuja M. [et al.] // Am J Cardiol. – 2018. – Vol. 121, N 5. – P. 649–655.
25. Percutaneous closure of patent foramen ovale vs. medical treatment for patients with history of cryptogenic stroke: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / Palaiodimos L., Kokkinidis D. G., Faillace R. T. [et al.] // Cardiovasc Revasc Med. – 2018.
26. Transcatheter Closure of Patent Foramen Ovale versus Medical Therapy after Cryptogenic Stroke: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials / Darmoch F., Al-Khadra Y., Soud M. [et al.] // Cerebrovasc Dis. – 2018. – Vol. 45. – P. 162–169.

Информация об авторах

Табакман Сергей Витальевич – к.мед.н., заведующий неврологическим отделением для больных с ОНМК и койками ПИТ РСЦ ГБУЗС «городская больница №1 им Пирогова Н.И.», E-mail: stneurosev@rambler.ru

Недождий Павел Павлович – врач невролог неврологического отделения для больных с ОНМК и койками ПИТ РСЦ ГБУЗС «городская больница №1 им Пирогова Н.И.»

УДК 616.127(Сев)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 2-ОГО ТИПА И СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).

Захаров Ю. М., Морозова Е. В., Пологов В. И.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская больница №1 имени Н.И. Пирогова»
299011, г. Севастополь, ул. Адмирала Октябрьского, д.19

Введение. Кардиомиопатия Такоцубо - редкое заболевание, которое симптоматически и по результатам электрокардиографии (ЭКГ) напоминает острый инфаркт миокарда (ОИМ). Распространенность этого заболевания варьирует от 0,7% до 2,5% больных с предварительным диагнозом инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), затрагивая преимущественно пожилых женщин.

Цель исследования. Провести дифференциальный диагноз между инфарктом миокарда 2-ого типа и Синдромом Такоцубо на примере приведенного клинического наблюдения.

Материалы и методы. Тщательный анализ исследуемого клинического случая, а также, библиометрический анализ современной медицинской литературы.

Результаты. Проанализирован каждый этап и обследования при оказании медицинской помощи пациентке. На основании собранных жалоб, анамнеза жизни и заболевания, проведенных лабораторный и инструментальных методов исследования, а также динамику их показателей во времени был выставлен заключительный диагноз: основное заболевание: Синдром Такоцубо.

Обсуждения. Заключительный диагноз в клиническом наблюдении был выставлен, учитывая критерии клиники Мейо (2004, 2008гг) и Европейского общества специалистов по сердечной недостаточности. Указана на различные механизмы развития данных состояний, несмотря на схожесть некоторых клинических и инструментальных данных.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт миокарда второго типа, ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатия Такоцуба.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN TYPE 2 MYOCARDIAL INFARCTION AND TAKOTSUBO SYNDROME (CLINICAL CASE).

Zakharov Yu. M., Morozova E. V., Pologov V. I.

State Budgetary Healthcare Institution
«City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov»
299011, Sevastopol, Admiral Oktyabrsky str., 19

Introduction. Takotsubo cardiomyopathy is a rare disease that symptomatically and according to the results of electrocardiography (ECG) resembles acute myocardial infarction (AMI). The prevalence of this disease varies from 0.7% to 2.5% of patients with a preliminary diagnosis of ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), affecting mainly elderly women.

Objective. To make a differential diagnosis between type 2 myocardial infarction and Takotsubo syndrome using the example of the above clinical observation.

Materials and Methods. A thorough analysis of the studied clinical case, as well as a bibliometric analysis of modern medical literature.

Results. Each stage and examination in the provision of medical care to the patient is analyzed. Based on the collected complaints, anamnesis of life and disease, laboratory and instrumental research methods, as well as the dynamics of their indicators over time, a final diagnosis was made: the underlying disease: Takotsubo syndrome.

Discussion. The final diagnosis in clinical observation was made taking into account the criteria

of the Mayo Clinic (2004, 2008) and the European Society of Heart Failure Specialists. It indicates various mechanisms of development of these conditions, despite the similarity of some clinical and instrumental data.

Keywords: acute coronary syndrome, type II myocardial infarction, coronary artery disease, Takotsuba cardiomyopathy.

Введение

Кардиомиопатия Такоцубо (КМТ) - редкое заболевание, которое симптоматически и по результатам электрокардиографии (ЭКГ) напоминает острый инфаркт миокарда (ОИМ), и характеризующейся специфической обратимой дисфункцией левого желудочка в виде расширения средней части и верхушки сердца и одновременного сужения в базальных отделах [1]. Впервые описанный у группы японских женщин в постменопаузе в 1990 г. Н. Sato и соавт. [2]. Свое название он получил из-за сходства результатов вентрикулографии с традиционной японской ловушкой для осьминога Такоцубо [2]. Распространенность этого заболевания варьирует от 0,7% до 2,5% больных с предварительным диагнозом инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), затрагивая преимущественно пожилых женщин [3, 4]. В клинической практике с КМТ чаще сталкиваются врачи отделений реанимации и интенсивной терапии, так как среди всех больных, поступающих с подозрением на острый коронарный синдром, около 2% составляют пациенты с КМТ. При первичном ST симптомы развиваются остро и являются основной причиной госпитализации, чаще всего под маской острого коронарного синдрома (ОКС) или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) [5]. Критерии дифференциальной диагностики острых форм ишемической болезни сердца и КМТ многократно обсуждались, хотя вопрос возможности наличия выраженного атеросклеротического поражения коронарного русла у пациентов с данной КМП остается спорным [6, 7].

Цель исследования

Провести дифференциальный диагноз между инфарктом миокарда 2-ого типа и Синдромом Такоцубо на примере приведенного клинического наблюдения.

Материалы и методы

В качестве метода исследования использовался тщательный анализ истории болезни пациентки, поступившей в ГБУЗ С «Городская больница № 1 им. Н.И.Пирогова» с направительным диагнозом острый коронарный синдром. Другим методом исследования являлся библиометрический анализ современной медицинской зарубежной и отечественной литературы по направлению исследуемой тематики.

Результаты

Приводим клиническое наблюдение. Пациентка, 71 год. Из анамнеза известно, что пациентка в течение многих лет состоит на учете по гипертонии. Артериальное давление максимально повышается до 190/100 мм рт. ст., привычное АД 130/80 мм рт. ст. Не лечилась. Ранее болей в области сердца и за грудиной не отмечала.

Пациентка не курит, алкоголь употребляет в небольших количествах. Наследственность не отягощена. Аллергический анамнез не отягощен. Оперативные вмешательства не проводились. Ранее перенесенные ОНМК, инфаркт миокарда, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки отрицает. Сахарный диабет, ХОБЛ и бронхиальную астму отрицает.

За 1 час до поступления пациентка начала отмечать ухудшение самочувствие, когда после сильного стресса (дочь попала в аварию) внезапно возникли давящие боли за грудиной, одышка. Пациентка вызвала БСМП, где на снятой ЭКГ были выявлены изменения, расцененные как проявления ОКС, в связи с чем больная была госпитализирована в приёмное отделение РСЦ. При поступлении пациентка предъявляла жалобы на пекущие боли за грудиной, одышку, слабость.

При первичном осмотре в стационаре состояние пациентки тяжелое. Кожные покровы

и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, высыпаний нет. Состояние подкожно-жировой клетчатки: нормального питания. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены, не пальпируются. Костно-мышечная система без патологических изменений. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичны, патологических шумов не определяется. Перкуторно границы сердца не изменены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, печень не увеличена, пальпируются по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Ректальное исследование без особенностей, дополнительные образования не определяются. Стул оформленный, регулярный, без патологических примесей. Область проекции почек внешне не изменены, Симптом «поколачивания» с обеих сторон отрицательный. Мочеиспускание свободное, не затруднено, произвольное, безболезненное. Менингеальные симптомы отрицательные. Температура тела 36,6 С, частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту, частота пульса 100 ударов в минуту, артериальное давление 140/80 мм рт. ст., частота дыхательных движений 17 в минут, SpO2 98%. На ЭКГ ритм синусовый. Вольтаж достаточный. Признаки ГЛЖ. Элевация сегмента ST V1-V6. При поступлении Тропонин Т от 09.11.2023 г. - 0,9 нг/мл. В пределах приемного отделения РСЦ был выставлен предварительный диагноз: ИБС: ОКС с подъемом сегмента ST передней стенки ЛЖ от 09.11.2023 г. фоновое: Гипертоническая болезнь III стадии, Риск ССО 4 (очень высокий). Осложнения: ОЧН I по Killip от 09.11.2023 г.

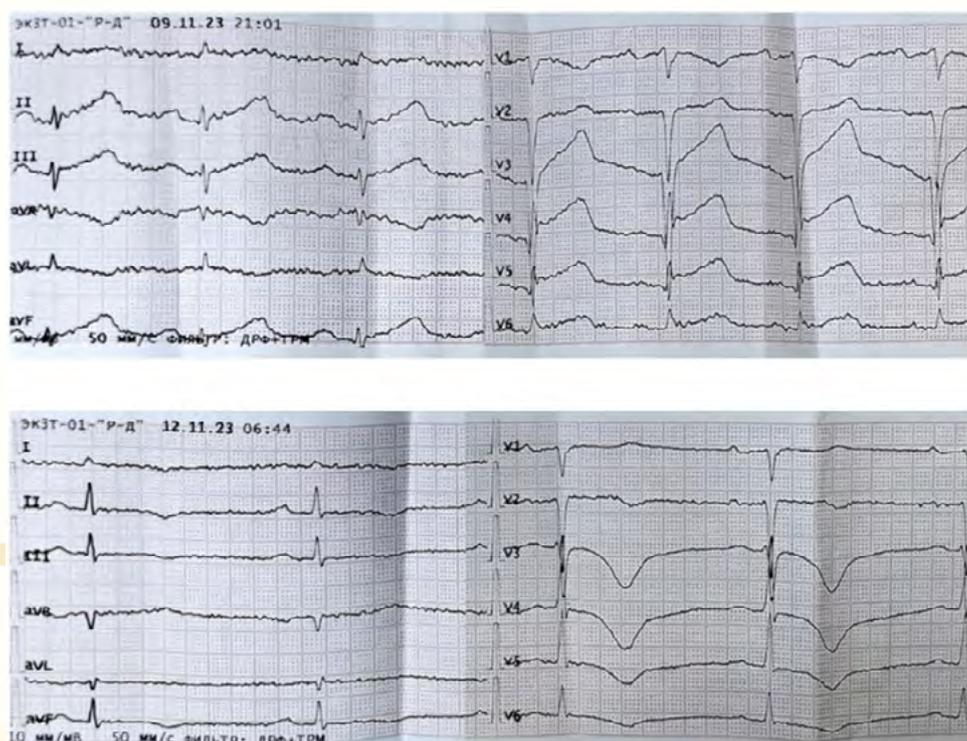


Рис. 1. Подробная расшифровка: ЭКГ от 9. 11. 23г - ритм синусовый. Вольтаж достаточный. Признаки ГЛЖ. Элевация сегмента ST V1-V6. – в динамике наблюдалась динамика ОИМ с з. Q передней стенки ЛЖ.(QS V1-V6, сегмент ST приближается к изолинии, сформировался T(-) (максимально)

На выполненной в экстренном порядке коронароангиографии от 09.11.2023г визуализирован: Атеросклероз коронарных артерий (неровности контуров) без значимых поражений; Выраженный левый тип коронарного кровотока; Выраженная извитость коронарных артерий. При проведении эхокардиографии в первые сутки выявлена: ФВ- 44%. Гипокинез передне-перегородочных сегментов и верхушки ЛЖ (баллонирование верхушки ЛЖ). Спустя 6 часов с момента госпитализации. Уровень тропонина Т - 0,92 нг/мл. Прокальцитонин - 0,01 нг/млнг/мл. Другие данные лабораторного обследования представлены в таблице. Учитывая незначительное повышение сердечного тропонина Т, несоответствие уровня его повышения области

трансмурального повреждения миокарда, по данным ЭКГ и ЭхоКГ, результату экстренной коронароангиографии, специфические изменения левого желудочка по данным ЭхоКГ, связь со стрессовым фактором, была проведена дифференциальная диагностика между диагнозом «Инфаркт миокарда 2-го типа» и диагнозом «кардиомиопатия такоцубо».

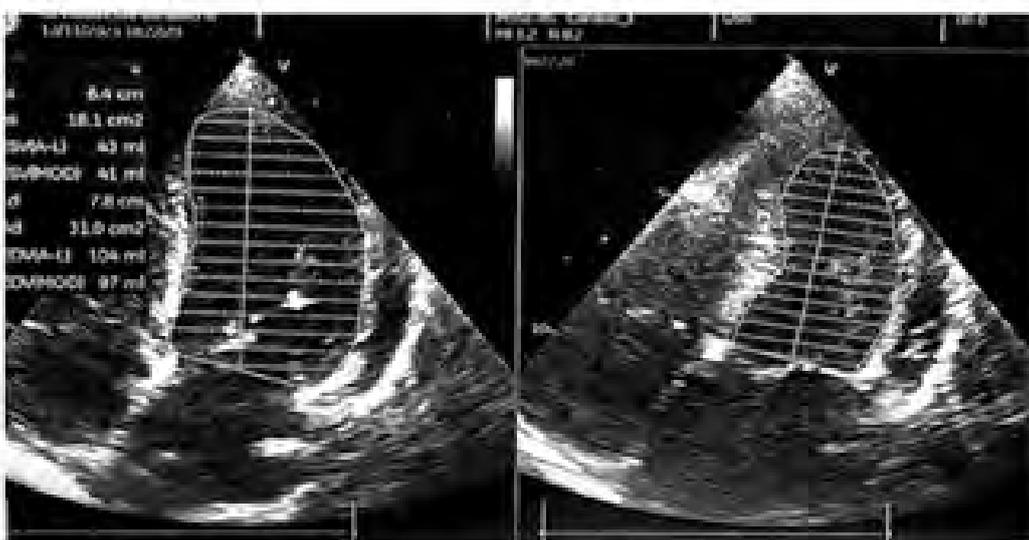
На вторые сутки NTproBNP – 2102.9 пг\мл. в динамике через 7 дней 1012.8 пг\мл. Доля гликированного гемоглобина (HbA1c) от гемоглобина общего - 5,75 %. При выполнении вен-трикологграфии на 3-ий день госпитализации был выявлен Гипокинез диафрагмальной, передне-перегородочной стенки и верхушки левого желудочка. Геометрия левого желудочка изменена по типу синдрома Такоцубо. При контрольной эхокардиографии на 7-й день - улучшение сократимости передне-перегородочных сегментов и верхушки ЛЖ ФВ- 58%. Уровень NTproBNP динамике через 7 дней 1012.8 пг\мл. В динамике на ЭКГ от 12.11.2023 года наблюдалась динамика ОИМ с з. Q передней стенки ЛЖ.QS V1-V6, сегмент ST приближается к изолинии, сформировался T(-).

На основании проведенных лабораторный и инструментальных методов исследования, а также динамику их показателей во времени был выставлен заключительный диагноз: основное заболевание: Синдром Такоцубо. Конкурирующее заболевание: ИБС: Диффузный кардиосклероз. Нестенозирующий атеросклероз коронарных артерий. КАГ от 09.11.23 г. Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, Риск ССО 4 (очень высокий). Осложнения: ХСН II А с умеренно сниженной ФВЛЖ (ФВ 44%) ФК III по NYNA.

Проведенное лечение: Клопидогрел 600 мг 9.11.23 + Ацетилсалициловая к-та 250 мг + Цефазолин 2.0 в\в+ Гепарин 5тыс.в\в (на момент ОКС перед КАГ)Аторвастатин 80 мг 1 р\д вечер с первого дня госпитализации, Карведилол 6.25 мг 2 р\д с последующим титром дозы до 25 мг 2 р\д, Клопидогрель 75 мг второй день госпитализации, Ацетилсалициловая к-та 250 мг, Нитроглицерин 10.0 мг в\в пролонгированная инфузия 24 часа первые сутки госпитализации, Рамиприл 2.5 мг, Дапаглифлозин 10 мг 5 день госпитализации, Спиринолактон 25мг-50 мг, Фуросемид 40 мг внутрь, Аспаркам 30 мг в\в для коррекции электролитных нарушений, Пантопрозол 40 мг с целью гастропротекции. Фуросемид 60 мг + физ.раств 200.0 в\в пролонгированной инфузией. Учет диуреза.



10.11.23



17.11.23

Рис. 2. Эхокардиография в первые сутки 10.11.23: ФВ- 44%. Гипокинез передне-перегородочных сегментов и верхушки ЛЖ (баллонирование верхушки ЛЖ) в динамике через 7 дней 17.11.23- Улучшение сократимости передне-перегородочных сегментов и верхушки ЛЖ ФВ- 58%.

Обсуждения

Стоит упомянуть, что в основе генеза инфаркт миокарда 2-го типа лежит спазм коронарных сосудов, и, как следствие, развивается недостаточный приток крови к ишемизированному миокарду ЛЖ [8]. В основе развития кардиомиопатии Такоцубо лежит нейрогенный механизм [9]: в ответ на стресс происходит высвобождение катехоламинов (адреналина и норадреналина), путем активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Тем самым, происходит нарушение иннервации апикальных, средних сегментов ЛЖ, приводящее к транзиторной систолической дисфункции и обширной зоне акинезии.

Заключительный диагноз в вышеуказанном клиническом наблюдении был выставлен на основании: 1. Транзиторное шарообразное расширение, баллонирование верхушки ЛЖ во время систолы. («ловушка для осьминога») в сочетании с обратимым гипокинезом передне-перегородочной стенки, верхушки ЛЖ и снижением ФВ. Подтвержденная по данным ЭХОКГ и Вентрикулографии. 2. Наличие предшествующего сильного психо-эмоционального стресса, а также возраст пациентки (постменопауза). 3. Результаты проведенной коронарографии, ко-

торая указывала на отсутствии гемодинамически-значимой патологии коронарных артерий. 4. Динамики острофазовых показателей (Тропонин Т на момент госпитализации 0.92 нг\мл; в динамике 4.87 нг\мл, NTproBNP – 2102,9 пг\мл; в динамике- 1012.8 пг\мл). 5. По данным ЭКГ.

В отличие от предыдущих исследований (клиника Мейо (2004, 2008 гг), Европейское общество специалистов по сердечной недостаточности (2016 г) [10], указывает, что КМТ может возникать не только из-за психологического напряжения, но и в результате прогрессирования соматических заболеваний, включая феохромоцитому; наличие коронарного атеросклероза не исключает диагноз, и помимо традиционного апикального варианта, существуют и другие формы КМТ. В представленных нами случае была обоснована постановка диагноза КМТ, в частности, по критериям, предложенным японскими экспертами [11] и принятыми в 2016 г. Европейскими экспертами [12] (в более ранних критериях постановки диагноза, поражение коронарных артерий было критерием исключения). При анализе данных литературы обращали внимания два аналогичных, представленному нами, клинических наблюдений, описанных независимо в Швеции и Германии [13, 4].

Выводы

Данное клиническое наблюдение подтверждает схожесть клиники и сложность дифференциальной диагностики в постановке диагноза кардиомиопатии Такоцубо, несмотря на различные механизмы развития данных состояний.

Список литературы

1. Maron B.J., Towbin J.A., Thiene G. et al. Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. // *Circulation*. 2006. №113. P. 1807— 1816.
2. Sato H., Tateishi H., Uchida T. et al. Takotsubo type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: K. Kodama, K. Haze, M. Hon, eds. *Clinical aspect of myocardial injury: from ischemia to heart failure*. // Tokyo Kagakuhyouronsya, 1990. P. 56—64.
3. Vivo RP, Krim SR, Hodgson J: It's a trap! Clinical similarities and subtle ECG differences between takotsubo cardiomyopathy and myocardial infarction. *J Gen Intern Med*. 2008, №23(11). P. 1909–1913.
4. Koeth O, Zeymer U, Schiele R, Zahn R: Inferior ST-Elevation Myocardial Infarction Associated with Takotsubo Cardiomyopathy. // *Case Report Med*. 2010.
5. Sharkey SW, Lesser JR, Zenovich AG, Maron MS, Lindberg J, Longe TF, Maron BJ. Acute and Reversible Cardiomyopathy Provoked by Stress in Women from the United States. // *Circulation*. 2005. №111(4). P. 472-479.
6. Haghgi D., Hamm K., Heggemann F. et al. Coincidence of coronary artery disease and Tako-Tsubo cardiomyopathy. // *Herz*. 2010. №35(4). P. 252–256.
7. Gaibazzi N, Ugo F, Vignali L, Zoni A, Reverberi C, Gherli T. Tako-Tsubo cardiomyopathy with coronary artery stenosis: a case-series challenging the original definition. // *Int J Cardiol*. 2009 Apr 3. №133(2). P. 205-212.
8. Резник Е.В., Голубев Ю.Ю., Михалева Л.М. Диагностика и ведение больных с инфарктом миокарда 2-го типа. // *Consilium Medicum*. 2021. №23(10). С. 765-771.
9. Шилова А.С., Шмоткина А.О., Яфарова А.А., Гиляров М.Ю. Синдром Такоцубо: современные представления о патогенезе распространенности и прогнозе. // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2018. №14(4). С. 598–604.
10. Napp LC, Bauersachs J. Takotsubo syndrome: between evidence, myths, and misunderstandings. // *Herz*. 2020. №45(3). P. 252-266.
11. Kawai S., Kitabatake A., Tomoike H. Guidelines for diagnosis of takotsubo (ampulla) cardiomyopathy. // *Circ J*. 2007. №71(6). P. 990– 992.

12. Lyon R., Bossone E., Schneider B. et al. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a position statement from the task force on Takotsubo syndrome of the Heart. // Eur J Heart Fail. 2016. №18 (1). P. 8–27.

13. Redfors B., Råmunddal T., Shao Y., Omerovic E. Takotsubo triggered by acute myocardial infarction: a common but overlooked syndrome? // J Geriatr Cardiol. 2014. №11(2). P. 171–173.

Информация об авторах

Захаров Юрий Михайлович – Директор РСЦ, врач кардиолог, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Морозова Елена Владимировна – врач кардиолог, врач ультразвуковой диагностики, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Пологов Виктор Игоревич – врач кардиолог, врач ультразвуковой диагностики, ГБУЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь, Россия.

Контактная информация

Морозова Елена Владимировна, г. Севастополь, ул. Истомина д. 12, кв.33, 299012, тел.: +7(978) 544-49-03, e-mail: elenamorosova 2010@mail.ru.

Захаров Юрий Михайлович, e-mail: urazaharov@mail.ru.

Пологов Виктор Игоревич, e-mail: viktorpologov@yandex.ru.

УДК: 618.2/4:616.853-085

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПРОНИКАЮЩЕГО ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ ЛЕВОЙ ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Токарева Е. Р., Леванович Е. М.

Базовая кафедра многопрофильной клинической подготовки Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Минздрава России, 295051, бульвар Ленина, 5/7, г. Симферополь, Россия

Резюме

В ГБУЗС «Севастопольской городской больнице №1 им. Н. И. Пирогова», находилась под наблюдением женщина с диагнозом: симптоматическая эпилепсия с серией приступов после перенесенного проникающего огнестрельного ранения левой лобной области с повреждением передней и задней стенок лобной пазухи. Затем, в Центре охраны матери и ребенка, женщина наблюдалась по поводу беременности с высоким риском неврологических осложнений, опасных акушерских и перинатальных исходов. Данный клинический случай отображает протокол подбора безопасной противоэпилептической терапии, тактику ведения сложной беременности и успешного рождения здорового ребенка. В связи с отсутствием данных о особенностях течения беременности при симптоматической эпилепсии, вызванной повреждениями, возникшими после проникающего ранения в голову, данный клинический случай является уникальным и демонстрирует особенности комплексного неврологического и гинекологического наблюдения.

Ключевые слова: ранение в голову, симптоматическая эпилепсия, беременность, противоэпилептическая терапия, роды

MANAGEMENT TACTICS OF A PATIENT WITH SYMPTOMATIC EPILEPSY AFTER SUFFERING A PENETRATING GUNSHOT WOUND TO THE LEFT FRONTAL REGION DURING PREGNANCY (CLINICAL CASE)

Tokareva E. R., Levanovich E. M.

Basic Department of Multidisciplinary Clinical Training of the Order of the Red Banner of Labor S. I. Georgievsky Medical Institute of the Federal State Educational Institution of Higher Education «V.I. Vernadsky KFU» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 295051, Lenin Boulevard, 5/7, Simferopol, Russia

Resume

In the Sevastopol City Hospital No. 1 named after N. I. Pirogov, a woman was under observation with a diagnosis of symptomatic epilepsy with a series of seizures after suffering a penetrating gunshot wound to the left frontal area with damage to the anterior and posterior walls of the frontal sinus. Then, at the Mother and Child Protection Center, the woman was monitored for pregnancy with a high risk of neurological complications, dangerous obstetric and perinatal outcomes. This clinical case reflects the protocol for the selection of safe antiepileptic therapy, tactics for managing a difficult pregnancy and the successful birth of a healthy child. Due to the lack of data on the peculiarities of the course of pregnancy in symptomatic epilepsy caused by injuries that occurred after a penetrating wound to the head, this clinical case is unique and demonstrates the features of complex neurological and gynecological observation.

Keywords: head injury, symptomatic epilepsy, pregnancy, antiepileptic therapy, childbirth

Введение

Проникающие ранения головы — это повреждения костно-мышечных структур черепа, при котором нарушаются целостность поверхностных тканей, мозговых оболочек и вещества

мозга. Протоколы лечения для различных групп пациентов и сопутствующей патологии при данном заболевании разработаны недостаточно [1].

Тяжесть ранения напрямую зависит от кинетической энергии, скорости, массы, калибра пули или осколка, а также места попадания и прохождения раневого канала. Неврологические осложнения после проникающего ранения головы у мужчин имеют легкую и среднюю степень девиаций, у женщин и детей - среднюю и тяжелую степень [2].

Существует большое количество публикаций, посвященных боевой хирургической травме и огнестрельным ранениям, в частности для пациентов мужского пола. Однако публикаций относительно проникающего ранения у женщин, особенно беременных отсутствуют [3].

Объединенные данные по структуре и тяжести данного вида повреждений в различных войнах и вооруженных конфликтах широко описаны в соответствующих пособиях и руководствах. Вместе с тем публикаций, касающихся огнестрельных ранений мирного времени относительно немного. Данные о неврологическом наблюдении, ведении беременности и родов у пациентов с огнестрельным проникающим ранением головы не найдены в международных и отечественных базах данных.

Материалы и методы

В ГБУЗС «Севастопольская городская больница №1 им. Н. И. Пирогова», филиале № 2 им. Даши Севастопольской находилась под наблюдением женщина с диагнозом: симптоматическая эпилепсия с серией приступов после перенесенного проникающего огнестрельного ранения левой лобной области с повреждением передней и задней стенок лобной пазухи. Затем, в Центре охраны матери и ребенка ГБУЗС «Городская больница №5», женщина наблюдалась по поводу беременности с высоким риском неврологических осложнений, опасных акушерских и перинатальных исходов. Данный клинический случай отображает протокол подбора безопасной противэпилептической терапии, тактику ведения сложной беременности и успешного рождения здорового ребенка.

Клинический случай

Из анамнеза заболевания известно, что в 19 летнем возрасте получила огнестрельное ранение в голову. После неоднократно находилась на стационарном лечении в отделении нейрохирургии. В возрасте 21 год возникли первый эпизод судорог, госпитализирована и обследована, выполнены эпидуральный и субдуральный абсцесс. Парный абсцесс лобной доли справа. Выполнена операция: микрохирургическое удаление абсцесса правой лобной доли головного мозга с выполнением тампонады лобной пазухи. Послеоперационный период протекал благоприятно, прошла восстановительную терапию. В возрасте 22 лет у пациентки появились приступы потери сознания, серийного характера, по 5-6 раз в год, терапию не получала. После последнего приступа госпитализирована в неврологическое отделение, прошла комплексное обследование и лечение.

Неврологический статус до оперативного лечения: состояние тяжелое, в сознании, эмоционально лабильна. Ориентирована в месте, времени и собственной личности. Когнитивная дисфункция, по шкале MMSE=30 баллов. Менингеальных знаков нет. Перкуссия черепа безболезненна. ЧН: глазные щели S=D, РЗС- живая, движения глазных яблок в полном объеме, диплопия, слабость конвергенции с 2-х сторон, страбизма нет, поля зрения сохранены. Нистагм в крайних горизонтальных отведениях. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Расстройств чувствительности в проекции тройничного нерва не выявлено. Функция верхней и нижней порции мимических мышц в полном объеме. Глотание и фонация не нарушены. Язык по средней линии, подвижен в полости рта. Сгибатели и разгибатели шеи 3 балла. Симптом Брунса- выражено головокружение, рефлексы орального автоматизма - отрицательные. Мышечный тонус снижен. Силы мышц верхних конечностей и нижних конечностей D=S 3 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних конечностей и нижних конечностей D=S торпидные. Патологических стопных знаков не выявлено. Четких расстройств

поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Координаторные пробы: ПНП и КПП- выполняет неудовлетворительно с двух сторон. В позе Ромберга - шаткость, без четкой латерализации. Корешковых синдромов нет. ФТО контролирует. Легкое нарушение функции ходьбы. Судорожная активность на момент осмотра не отмечалась.

МСКТ головного мозга с контрастным усилением: состояние после операции - дефект левых отделов лобной кости, прикрыт костной пластиной. На этом фоне имеется дефект передней и задней стенок левой половины лобной пазухи, в его просвете, а также в видимой части левой половины пазухи и носолобном канале - неоднородное гиперденное содержимое. В веществе левой лобной доли отмечаются включения костной и металлической плотности. Единичные узловые гиперденные включения в передних отделах серповидного отростка. ТМО на уровне левой лобной доли утолщена, с включениями кальция. Просвет левой ВЧ пазухи и полости носа слева расширен частично выполнен содержимым. В лобной доле слева ранее описанная гиподенная зона уменьшена в размерах, дифференцируется неотчетливо. Отмечается увеличение в размерах зоны отека в правой лобной доле, условно до 58x50мм, на фоне которой отмечается объемное кистовидное образование, размерами до 27x29x27мм, с наличием капсулы, толщиной до 2-8мм. Выше и медиальнее от указанного образования прослеживается еще одно, аналогичное образование, размерами до 11x11x10мм. После в/в усиления: указанные образования кольцевидно копят контраст. В том числе накопление ТМО в области патологических изменений. Проведено микрохирургическое удаление абсцесса правой лобной доли головного мозга с выполнением тампонады лобной пазухи.

ЭЭГ: вариант нормы, эпилептиформная активность и другие патологические знаки не зарегистрированы. Межполушарная асимметрия биоэлектрической активности, единичные полиспайки в правом полушарии, преимущественно от центрального и височного отведений. Легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга.

Неврологический статус после оперативного лечения: в сознании, эмоционально лабильна. Ориентирована в месте, времени и собственной личности. Когнитивно сохранена, по шкале MMSE=30 баллов. Менингеальных знаков нет. Перкуссия черепа безболезненна. ЧН: глазные щели S=D, РЗС- живая, движения глазных яблок в полном объёме, диплопию отрицает, слабость конвергенции с 2-х сторон, страбизма нет, поля зрения сохранены. Нистагм в крайних горизонтальных отведениях. Пальпация тригеминальных точек безболезненна. Расстройств чувствительности в проекции тройничного нерва не выявлено. Функция верхней и нижней порции мимических мышц в полном объеме. Глотание и фонация не нарушены. Язык по средней линии, подвижен в полости рта. Сгибатели и разгибатели шеи 5 баллов. Симптом Брунса- выражено головокружение, рефлексы орального автоматизма отрицательные. Мышечный тонус не изменен. Силы мышц верхних конечностей и нижних конечностей D=S 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексы с верхних конечностей и нижних конечностей D=S живые. Патологических стопных знаков не выявлено. Четких расстройств поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено. Координаторные пробы: ПНП и КПП- выполняет удовлетворительно с двух сторон. В позе Ромберга - шаткость, без четкой латерализации. Корешковых синдромов нет. Физоправления контролирует. Легкое нарушение функции ходьбы.

МСКТ головного мозга после операции: признаки СПО - краниотомия лобной области. По сравнению с результатами исследования головного мозга - отмечается уменьшение размеров зоны отека в левой лобной доле и увеличение зоны отека в правой лобной доле головного мозга. Пневмокраниум.

ЭЭГ: вариант нормы, эпилептиформная активность и другие патологические знаки не зарегистрированы. Легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга.

Выписана из отделения в удовлетворительном состоянии с диагнозом: отдаленный период перенесенного проникающего слепого огнестрельного ранения левой лобной области с повреждением передней и задней стенок лобной пазухи. Эпидуральный и субдуральный абсцесс. Парный абсцесс лобной доли справа. Состояние после вторичного гнойного менинго-

энцефалита, левостороннего отечно-катарального гайморита-этмоидита. Состояние после микрохирургического удаления абсцесса правой лобной доли головного мозга с выполнением тампонады лобной пазухи. Незамещенный дефект костей черепа левой лобной доли слева размером 6x7 см. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Легкий вестибуло-атактический синдром. Умеренный церебрастенический синдром. Легкие нарушения статики и ходьбы. Симптоматическая фокальная эпилепсия, в виде редких вторично- генерализованных приступов (количеством до 11 эпизодов (1 раз в 6 месяце)). Дефект костей черепа замещен титановой пластиной. Беременность II, 17 недель. Противосудорожная терапия – левитирацетам 500 мг по 1 таблетке - 1 раз в день, постоянно на фоне нейрометаболической (Цитиколин, Магне В 6) и восстановительной терапии в виде Цитофлавина и Кортексина месячными курсами каждые 3 месяца.

Затем, в Центре охраны матери и ребенка ГБУЗС «Городская больница №5», женщина наблюдалась по поводу беременности на фоне эпилепсии согласно клиническим рекомендациям МЗ РФ «Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей» от 15.08.2022 г., «Нормальная беременность» от 15.02.2024г. [4,5] с диагнозом: Беременность 2, одноплодная. Умеренная преэклампсия. Хронический левосторонний синусит. Контакт по В 20. Отдаленный период перенесенного проникающего огнестрельного ранения левой лобной области с повреждением передней и задней стенок лобной пазухи. Симптоматическая эпилепсия с серией приступов. Пациентка прошла необходимые пренатальные скрининги, полученные результаты были в пределах нормы. В период беременности, неоднократно получала стационарное лечение в неврологическом и нейрохирургическом отделении по основному заболеванию. Родоразрешение путем экстренного кесарева сечения в связи с потерей сознания, тошнотой, рвотой на фоне повышенного артериального давления и с учетом анамнеза по основному заболеванию. Роды первые, в 36 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Отдаленный период перенесенного проникающего огнестрельного ранения левой лобной области с повреждением передней и задней стенок лобной пазухи. Симптоматическая эпилепсия с серией приступов. Проведено кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Лапаротомия по Джоэл- Кохену. Эндотрахеальный наркоз.

Родился ребенок женского пола, с массой тела 2630 г, ростом 48 см, окружностью головы 33 см, окружностью груди 31 см, по шкале Апгар 7-8 баллов. Общее состояние ребенка в раннем неонатальном периоде было средней тяжести за счет морфофункциональной незрелости и гипербилирубинемии, затем стабилизировалось. После фототерапии 24 часа гипербилирубинемия регрессировала до безопасного уровня.

Кормление проводилось смесью по 60 мл из бутылочки, каждые три часа, ребенок питание усваивал, не срыгивал. Реакция на осмотр-двигательное беспокойство, постанывает. Большой родничок 1,0x1,0 см, нормотоничен. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики нет. Признаки морфофункциональной незрелости. Рефлексы периода новорожденности: Бабкина+, хватательный+, Моро Iф+, Моро I-ф-, опоры+/-, шаговый -, ползанья+/-, Бабинского+. Мышечная дистония. Кожные покровы субиктеричные на цианотичном фоне, акроцианоз, выражена мраморность. Эластичность-сохранена. Подкожно-жировой слой снижен. Особенности дыхательной системы: ЧД-80 в мин. Тип дыхания - смешанный. Перкуторно - лёгочный оттенок звука. Дыхание с втяжением всех уступчивых мест грудной клетки (нижней трети грудины, альвеолярного характера), аускультация-дыхание проводится по всем полям, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет.

Особенности сердечно сосудистой системы: ЧСС-130 в мин. АД пр.р.= 92/76(85) мм.рт.ст., АД пр.н.=87/51(68)мм.рт.ст., АД лев.р.= 87/64(72) мм.рт.ст., АД лев.н.=99/61(44) мм.рт.ст. Через 72 часа гемодинамика стабилизировалась.

Снижение пульсации на а. Femoralis с обеих сторон. Границы сердца: правая I.parasternalis dextra, левая- I.medioclavicularis sinistra. Тоны сердца-ритмичные, приглушены, умеренный систолический шум. Живот мягкий безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Стул самостоятельный. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Признаков дисэм-

бриогенеза характерных приему противозепилептических препаратов не было. Термоллабильность компенсирована пребывание в кувезе в течении 24 часов.

Неврологический статус ребенка после нейрометаболической терапии: сознание ясное. Контакту доступна, на осмотр реагирует плачем. Рефлексы периода новорожденности: Бабинкина+, хватательный+, Моро Iф+, Моро I-ф-, опоры+/-, шаговый -, ползанья+/-, Бабинского+. Кожные покровы субиктеричные Пероральный цианоз, усиливается на нагрузку. Взгляд фиксирует, сосет активно, не срыгивает. Форма головы округлая. Большой родничок 1,0x1,0 см, нормотоничен, черепные швы закрыты. Менингеальные знаки и очаговая симптоматика отрицательные. ЧМН: Лицо симметричное. Зрачки D=S, фотореакции живые. Глазные щели D=S. Язык по средней линии, подвижен в полости рта. Глотание, фонация не нарушены. Мышечная дистония регрессирует, преобладание тонуса верхних конечностей над тонусом нижних конечностей. Нестабильность тазовой диафрагмы. Сухожильные рефлексы верхних конечностей D=S, живые. Психомоторное развитие соответствует возрасту ребенка.

Нейропротекторная и нейрометаболическая терапия ребенку: Цитиколин 10 мг/кг, Левокарнитин 1 мг/кг, нутритивная поддержка высокоадаптированной смесью «Нутрилак».

После стабилизации состояния матери и ребенка выписаны домой в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по дальнейшему наблюдению, лечению и уходу. При наблюдении за ребенком в течении года отмечалась недостаточная прибавка массы тела, легкая задержка психомоторного развития, которая соответствовала по шкале Бейли-2 76 баллам до 6 месяцев. После курса массажа и нейропротекторной терапии задержка психомоторного развития у ребенка регрессировала, по шкале Бейли-2 показатель развития стал 89 баллов катamnестическое наблюдение продолжается. Неврологический статус матери прежний, отмечается положительная динамика в когнитивных и статических функциях. Наблюдение продолжается и динамическое обследования для получения отдалённого катamnеза редкого клинического случая.

Заключение

Широкое применение огнестрельного оружия ограниченного поражения в мирное время требует от хирургов знания особенностей диагностики и лечения ранений из этого вида оружия, что обуславливает необходимость дополнительной специальной подготовки врачей. В связи с отсутствием данных о особенностях течения беременности при симптоматической эпилепсии, вызванной повреждениями, возникшими после проникающего ранения в голову, данный клинический случай является уникальным и демонстрирует особенности неврологического и гинекологического наблюдения таких пациентов.

Список литературы

1. Kocamer Şimşek B, Dokur M, Uysal E, Çaliker N, Gökçe ON, Deniz İK, Uğur M, Geyik M, Kaya M, Dağlı G. Characteristics of the injuries of Syrian refugees sustained during the civil war. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery: TJTES*. 2017;23(3):199-206. <https://doi.org/10.5505/tjtes.2016.95525>
2. Лузганов Ю.В., Фитилев Д.Б., Таубаев Б.М. Особенности интенсивного лечения огнестрельных ранений головы. XIX всероссийская конференция с международным участием «Жизнеобеспечение при критических состояниях». Москва, 19—20 октября 2017. М. 2017.
3. McIntyre J. Syrian Civil War: a systematic review of trauma casualty epidemiology. *BMJ Military Health*. 2020;166(4):261-265. <https://doi.org/10.1136/jramc-2019-001304>
4. Савельева Г.М., Сухих Г.Т. Серов В.Н. Акушерство. Национальное руководство. 2-е издание. 2018. С. 1735.
5. Сирко А.Г. Результаты хирургического лечения боевых огнестрельных черепно-мозговых ранений. *Медицина неотложных состояний*. 2017;87(8):80-86. <https://doi.org/10.22141/2224-0586.8.87.2017.121328>

Информация об авторах

Токарева Елена Романовна – к.мед.н., заведующая базовой кафедрой многопрофильной клинической подготовки, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Минздрава России, главный специалист - невролог Департамента здравоохранения г. Севастополя, ГБУЗС «Севастопольская городская больница №1 им. Н. И. Пирогова», заведующая отделением специализированной медицинской помощи, филиал № 2 им. Даши Севастопольской. E-mail:ttolli@gmail.com.

Леванович Елена Михайловна – ассистент базовой кафедры многопрофильной клинической подготовки Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Минздрава России; главный специалист - гинеколог Департамента здравоохранения г. Севастополя, заместитель главного врача по акушерству и гинекологии.

УДК 616.8-089(Сев)

50 ЛЕТ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ Г. СЕВАСТОПОЛЯ. БИБЛИОГРАФИЧЕСКАЯ СПРАВКА

к.мед.н., Малышев О. Б.¹, к.мед.н., Агзамов И. М.¹, Хрущ А. Л.¹, Заболотный А. Л.^{1,2},
Ширинский А. А.¹, Федулова Е. Н.¹, Коста А. Н.¹, Притула Д. В.¹, Дриждов К. И.¹,
Филимонов Д. А.¹, Крей А. О.¹, Филиппов А. С.¹, Аблаев Н. Р.¹, Рахимов Ф. У.¹

¹ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова»,
ул. Адм. Октябрьского, 19, г. Севастополь, 299011

²ГБУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко», ул. Киевская, 69, г. Симферополь, 295017

В 2023 году отмечается 50 лет со дня основания нейрохирургической службы г.Севастополя. В статье описаны основные вехи работы созданной службы, оцениваются результаты работы в течение 50-ти лет.

Ключевые слова: нейрохирургия, нейрохирургическое отделение, ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова», г. Севастополь

50 YEARS OF THE NEUROSURGICAL SERVICE OF SEVASTOPOL. BIBLIOGRAPHIC REFERENCE

Malyshev O. B., MD., PhD¹, Agzamov I. M., MD., PhD¹, Hrusch A. L.¹, Zabolotny A. L.^{1,2},
Shirinskiy A. A.¹, Fedulova E. N.¹, Kosta A. N.¹, Pritula D. V.¹, Drizhdov K. I.¹, Filimonov D. A.¹,
Krey A. O.¹, Filippov A. S.¹, Ablayev N. R.¹, Rakhimov F. U.¹

¹GBUZS «City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov», Adm. Oktyabrsky Str, 19, Sevastopol, 229011

²GBUZ «RKB named after N.A. Semashko», 69 Kievskaya str., Simferopol, 295017

In 2023, the 50th anniversary of the founding of the neurosurgical service of Sevastopol is celebrated. The article describes the main milestones of the established service, evaluates the results of work over 50 years.

Keywords: neurosurgery, neurosurgical department, GBUZS «City Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov», Sevastopol

Для эффективного оказания помощи больным с нейрохирургической патологией на базе Городской больницы №1 им. Н.И. Пирогова 16 ноября 1973 было организовано нейрохирургическое отделение на 30 коек.

В период с 1974 по 1988 год отделение возглавлял кандидат медицинских наук В.К. Яровой. В те годы были внедрены операции при травме головного мозга, позвоночника и спинного мозга. Проводились операции по поводу онкологических заболеваний головного и спинного мозга, при дегенеративных заболеваниях позвоночника.

С 1988 по 2001 год. отделением руководил кандидат медицинских наук, доцент А.И.Ющенко. В тот период были освоены новые, современные, на тот момент, методики обследования и лечения больных с различной патологией ЦНС, преимущественно нейротравматологической. Расширился спектр оперативных вмешательств с увеличением объема операций до 100 в год.

С 2001 по 2003 год отделение возглавлял С.С. Бражников, при котором были продолжены предыдущие наработки в оказании помощи больным с нейрохирургической патологией.

С марта 2003 года отделение возглавляет кандидат медицинских наук О.Б. Малышев. Отделение стало коммуникабельнее, креативнее в работе, произошло внедрение новых методик оперативных вмешательств и, конечно же, появлялись свои наблюдения, которыми активно делились со всем миром через медицинские журналы о нейрохирургии.

С 2004 года в больнице начались улучшения: заработали аппараты МРТ, КТ, УЗДГ, ЭНМГ, ангиограф (с 2015 года), передвижной аппарат для рентгенографии с ЭОП, аппаратуры мониторинга, операционный микроскоп и навигация (с 2018 года). В этот период внедряются методы оперативного лечения- микрохирургия опухолей головного и спинного мозга, малоинвазивные методики оперативных вмешательств при патологии позвоночника всех уровней, металло-остеосинтез при патологии позвоночника.

С 2014 года по декабрь 2016 года для нейрохирургического отделения ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова» были поставлены новые цели и задачи:

- оказание специализированной нейрохирургической помощи жителям г. Севастополя согласно стандартам МОЗ РФ

- получение всеми докторами отделения сертификатов специалистов соответствующего образца.

- специалисты отделения начали максимально быстро перенимать опыт ведущих Федеральных Центров нейрохирургии для внедрения в нашу работу.

- мастер-классы, научно - практические конференции, работа на рабочих местах, большой объем литературы.

В 2015 году в г. Севастополе проведена Всероссийская научно-практическая конференция «Сосудистая нейрохирургия» с участием ведущих нейрохирургов России.

В 2017 году научно-практический семинар «Неотложная помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и черепно-мозговой травмой» при участии сотрудников Института им. Склифосовского и Института нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко.

С 2016 года внедрены новые методики оперативных вмешательств: эндоскопическое удаление инсульт- гематом; инвазивное измерение ВЧД; каротидная энтертерэктомия; вентрикуло-перитонеальное шунтирование при нормотензивной гидроцефалии; эндоскопическая ассистенция при микродиссектомии; «расширились» в нейроонкологии и патологии позвоночника.

С декабря 2016 года отделение получает название Нейрохирургическое отделение Регионального Сосудистого Центра ГБУЗС «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова». Поставлены новые задачи- эффективное оказание помощи пациентам с цереброваскулярной патологией. Применяются, имеющиеся и новые знания, имеющееся современное оборудование, приобретенный опыт.

В период с 2018 по 2021 на базе нейрохирургического отделения РСЦ и ОРХМДиЛ РСЦ проведены 4 мастер-класса, с участием ведущих специалистов РФ, посвященные актуальной проблеме нейрохирургии- эндоваскулярному лечению патологии сосудов головного мозга.

С 2016 года сотрудниками опубликовано 15 печатных работ в различных специализированных журналах и сборниках.

С 1993 года сотрудники отделения - участники Съездов, конференций, симпозиумов.

За 50 лет существования, пролечено тысячи пациентов, проведены тысячи операций, сегодня мы можем похвастаться планкой в 400 и более операций в год, среди которых 60% плановых больных. Специалисты отделения оперируют на всех отделах центральной и периферической нервной системы, на позвоночнике, оказывается неотложная помощь при травмах ЦНС и острых сосудистых катастрофах в головном мозге. Большинство существующих в мире методик нейрохирургии- применяется специалистами отделения.

Нами освоено и введено в практику:

- методика аппаратного мониторинга внутричерепного давления;
- методика пункционного опорожнения внутримозговых гематом;
- методика локального фибринолиза внутримозговых нетравматических гематом;
- методика эндоскопического опорожнения нетравматических внутримозговых гематом;
- методика лечения пациентов пожилого и старческого возраста с нормотензивной гидроцефалией;
- методика каротидной энтертерэктомии;
- методика стентирования сонных артерий при их стенозе;

- методика наложения анатомозов между бассейнами наружной и внутренних сонных артерий;
- методики стабилизации позвоночника при закрытых и открытых осложнённых и неосложнённых переломах различными видами стабилизирующих систем;
- методика малоинвазивных оперативных вмешательств при патологии позвоночника с использованием MISS технологии;
- методика тотальной церебральной ангиографии;
- методика эндоваскулярного лечения патологии сосудов головного мозга- аневризм и артериовенозных мальформаций;
- методика открытых хирургических оперативных вмешательств при патологии сосудов головного мозга- аневризмах в «холодном» периоде и в периоде их разрыва;
- методику микрохирургического удаления опухолей головного мозга в флуоресцентном свечении;
- хирургическую тактику при пулевых ранениях головы, использование аппарата рентгеновского мобильного цифрового с С-дугой.

Но отделению есть куда еще двигаться вперед и вверх!

Мы полны оптимизма, ведь нам всего лишь 50!!!

Контактная информация

Малышев О. Б. – к.мед.н., г. Севастополь. ул. Репина 12-44, 299045, e-mail: suprugner@mail.ru, тел.: +7 (978) 725-87-06.

Агзамов И. М., г. Севастополь, ул. Парковая 14 к2-62, 299045, e-mail: istam@bk.ru, тел.: +7 (921) 768-52-01.

Хрущ А. Л., г. Севастополь, ул. Хрюкина 8-52, 299045, e-mail: ayax999@yandex.com, тел.: +7 (978) 736-18-43.

Притула Д. В., г. Севастополь, ул. Нахимова 1, 299045, e-mail: mitya.pritula@bk.ru тел.: +7 (978) 832-23-4.

Дриждов К. И., г. Ялта пгт. Виноградное ул. Курчатова 10а-36, e-mail: yaltaneurozav@mail.ru, тел.: +7 (978) 744-61-97.

Филимонов Д. А., г. Севастополь, ул. Парковая 14 к2-62, 299045, e-mail: daniil7421@gmail.com, тел.: +7 (961) 721-08-65.

Крей А. О., г. Севастополь, ул. Парковая 29а-22, 299045, e-mail: artemkrei@mail.ru., тел.: +7 (978) 160-15-26.

Рахимов Ф. У., г. Севастополь, ТСН Восход ул. Майора Бородова 39-102, 299045, e-mail: rfu90.17@mail.ru, тел.: +7 (978) 650-31-94.

ORCID авторов/ORCID of author

Малышев О. Б. / Malyshev O. B. : <https://orcid.org/0000-0003-2030-0935>

Агзамов И. М. / Agzamov I. M. : <https://orcid.org/0000-0002-8201-5219>

Ширинский А. А. / Shirinsky A. A. : <https://orcid.org/0000-0003-3539-1859>

Коста А. Н. / Kosta A. N. : <https://orcid.org/0009-0003-0403-2325>

Филимонов Д. А. / Filimonov D. A. : <https://orcid.org/0000-0003-0913-2969>

Крей А. О. / Krei A. O. : <https://orcid.org/0000-0009-1526-0247>

К СВЕДЕНИЮ АВТОРАМ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. В начале статьи указывают: название, ФИО авторов, наименование учреждения, где выполнена работа, без сокращений, на двух языках (русский, английский). Реферат объемом не более 200 слов должен отражать основные положения статьи. Ключевые слова на русском, английском языках. На последней странице - указанием фамилии, имени и отчества авторов, ученой степени, звания, почтового адреса, контактного телефона и адреса электронной почты для переписки, ORCID ID.

2. Текст печатается на одной стороне листа А4, шрифт Times New Roman, размер 12, с одинарным интервалом между строк, ширина полей 2 см, в текстовом редакторе MS WORD.

3. Структура оригинальной работы должна быть следующей: введение, цель, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, список цитируемой литературы.

4. Таблицы должны иметь заголовки. В тексте следует указать ссылку на таблицу, не допускается повторение данных, приведенных в ней.

5. Иллюстрации (фотографии, рисунки, схемы): иллюстрации должны быть информативными. Допускается оформление иллюстраций в формате JPEG. В тексте следует указать ссылку на иллюстрацию.

6. В статье должна использоваться система единиц СИ. Аббревиатуры в названии статей не допускаются, в тексте они должны расшифровываться при первом упоминании.

7. Все статьи должны иметь УДК.

9. В списке литературы цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). Ссылки на авторов в тексте приводятся в квадратных скобках с указанием их порядкового номера, согласно списку. При составлении списка литературы указываются: Для книг - пример: Безруков В.М. Деформации лицевого черепа. В.М. Безруков – Москва: Медицинское информационное агентство, 2005. -304с.; Александров Н.М. Особенности огнестрельных ранений челюстно-лицевой области. Военная стоматология: Учебник / Н.М. Александров- Ленинград: ВМедА С.М. Кирова 1997. -286с. Для журнальных статей - пример: Яриков А.В., Балябин А.В. Варианты хирургического лечения геморрагического инсульта в Нижегородском нейрохирургическом центре. // Медицинский альманах. 2015. №4 (39). С. 139-142.; Gaberel T., Magheru C., Parienti J.J. et al. Intraventricular fibrinolysis versus external ventricular drainage alone in intraventricular hemorrhage: a meta-analysis. // Stroke. 2011. №42(2). P. 2776–2781. Описание клинического случая и обзор литературы: Хостелиди С.Н., Зайцев В.А., Пелих Е.В.// «Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2021. – Т.23. - №3. – С. 255-260.; Для статей из сборников - пример: Langhorne P., Fearon P., Ronning O.M., Kaste M., Palomaki H., Vemmos K. et al. Stroke unit care benefits patients with intracerebral hemorrhage: systematic review and meta-analysis. // Stroke. 2013. №44(11). P. 3044–3049.; Для авторефератов диссертаций - пример: Гринь А.А. Хирургическое лечение больных с повреждением спинного мозга при сочетанной травме. Автореф. Дис. ... докт. мед. наук. Москва, 2007. 320 с.

10. Все материалы, присланные для публикации, согласно требованиям ВАК РФ, будут проверяться на плагиат. Проверку на плагиат проводит автор. Ответственность за правильность и достоверность данных, приведенных в списке литературы, возлагается на авторов.

11. Редколлегия оставляет за собой право редактировать, исправлять и сокращать статьи, без искажения их сути. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другие журналы, не принимаются. Статьи, не соответствующие настоящим требованиям, рассмотрению не подлежат. Рукописи авторам не возвращаются.

ТРЕБОВАНИЯ К ПОДАЧЕ СТАТЬИ

Для направления статьи в редакцию необходимо предоставить:

1. Сопроводительное письмо от учреждения, в котором выполнена работа.
2. Электронный вариант статьи на USB- накопителе либо отправлен по электронной почте.

**СМИ зарегистрировано в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций
по Республике Крым и г. Севастополь**

Свидетельство о регистрации: ПИ № ТУ91-00405 от 31.01.2024 г.

Учредитель средства массовой информации (СМИ)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя
«Городская больница №1 им. Н.И.Пирогова»
299011, Российская Федерация, Республика Крым,
г. Севастополь, ул. Адмирала Октябрьского, 19
ОГРН 1149204047299, ИНН 9204022136, КПП 920401001
тел.: +7 (8692) 55-97-68
e-mail: lgbsekret@lgb-sevastopol.ru

**ВЕСТНИК ПЕРВОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
ВЫПУСК №1**

Периодическое печатное издание: журнал
Периодичность выпуска: 1 раз в течение 6 месяцев
Количество страниц: 60 стр.
Формат: А-4
Тираж: 60 экз.

Главный редактор: Коситченков А.А.
Дизайн, верстка: ООО «Соло Рич», Смирнова В. С.
Корректор: ООО «Соло Рич», Литвиненко Л. Е.

Подписано в печать: 1.07.2024 г.,

**Отпечатано ИП Елсуков А. Ю.
по заказу ООО «Соло Рич»**
295000, Российская Федерация, Республика Крым,
г. Симферополь, ул. Пушкина 9/14
тел.: +7 (978) 817-05-50, +7 (978) 817-39-39, +7 (978) 722-63-66
e-mail: solo-88888@yandex.ru

