



Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Медицинский информационно-аналитический центр»

Здравоохранение Югры: **ОПЫТ и инновации**

№2 /43/ 2025



научно-методическое сетевое издание

16+



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ:

ОПЫТ И ИННОВАЦИИ

№2 (43) 2025

16+

Учредитель

бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр»

Главный редактор:

Яцинюк Борис Борисович,
Ханты-Мансийск, Россия

Заместитель главного редактора

Гольдфарб Юрий Семенович,
Москва, Россия

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Алифинова Валентина Михайловна,
Томск, Россия

Альянов Александр Леонидович,
Орел, Россия

Анищенко Людмила Ивановна,
Ханты-Мансийск, Россия

Богдан Андрей Николаевич,
Минск, Республика Беларусь

Брусин Константин Михайлович,
Реховот, Израиль

Долгова Оксана Борисовна,
Екатеринбург, Россия

Зобнин Юрий Васильевич,
Иркутск, Россия

Качальская Яна Владиславовна,
Ханты-Мансийск, Россия

Кислицин Дмитрий Петрович,
Ханты-Мансийск, Россия

Кривых Елена Алексеевна,
Ханты-Мансийск, Россия

Лодягин Алексей Николаевич,
Санкт-Петербург, Россия

Мальков Олег Алексеевич,
Сургут, Россия

Петровская Юлия Аманжоловна,
Ханты-Мансийск, Россия

Салманов Юнус Магамедганифович,
Сургут, Россия

Соколова Азалия Айсаровна,
Ханты-Мансийск, Россия

Соколова Светлана Леонидовна,
Екатеринбург, Россия

Хадиева Елена Дмитриевна,
Ханты-Мансийск, Россия

Секретарь редакции, верстка макета:

Змановская Екатерина Викторовна,
Ханты-Мансийск, Россия

Все права защищены

Любое воспроизведение материалов без письменного согласия редакции не допускается. При перепечатке ссылка на издание обязательна

Авторы несут полную ответственность за подбор и изложение фактов, содержащихся в статьях. Высказываемые ими взгляды могут не отражать точку зрения редакции

Адрес учредителя, издателя, редакции

628007, г. Ханты-Мансийск,
ул. Студенческая, 15А

Тел. редакции: 8(3467) 960-600

E-mail: journal_zdrav_ugra@miacugra.ru

На обложке:

Джанаева Эльвира Феридовна

заведующий инфекционным отделением
БУ «Мегионская городская больница»

Сетевое издание зарегистрировано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

Свидетельство о регистрации

Эл № ФС77-85557 от 11.07.2023

Научно-методическое издание внесено в базу данных Научной электронной библиотеки РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)

Дата выхода 27.06.2025

Выходит 4 раза в год



Уважаемые читатели!

Подготовлен второй выпуск нашего сетевого издания «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» за 2025 год.

В номере авторы публикаций делятся полученными на практике знаниями и опытом своей профессиональной деятельности. Публикуемые статьи в этом и прошлых номерах формируют данные по истории здравоохранения Югры, вкладу врачей, работающих в системе здравоохранения округа и других регионов России.

Данный номер объединил поступившие материалы по различным направлениям оказания медицинской помощи, проблемные статьи из различных регионов России. Группа специалистов из ГБУЗ города Москвы «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы», ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» МЗ РФ представили проблемную статью, посвященную термину «химус», который является составной частью функциональной энтеральной среды. В материале отмечено, что четкая формулировка понятия «химус» необходима для формирования единого его понимания и

соответствующего приложения в применении метода «кишечный лаваж» как в токсикологии, так и в других направлениях медицины.

Медицинские работники и преподаватели образовательных организаций России представили статью «Хроническая тазовая боль как междисциплинарная проблема: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение». Данная статья отражает анализ современных исследований в области этиологии, причин развития хронической тазовой боли, ее классификации, диагностики и лечения.

Статья «Медицинские показания к внеочередному медицинскому осмотру работников», представленная группой специалистов, работающих в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», г. Ханты-Мансийск отражает структуру нозологических групп заболеваний, ставших причиной недопуска к определенным видам работ. Подчеркивается, что выявление заболевания и вовремя данные рекомендации на внеочередном медицинском осмотре способствуют более раннему началу лечения заболевания и уменьшению его прогрессирования, улучшают качество жизни и продолжительность трудовой занятости работоспособного населения.

Как главный редактор хочу еще раз обратить внимание читателей и руководителей администраций медицинских организаций, что в издании продолжают публиковаться материалы, посвященные юбилейным датам работников, которые трудятся в медицинских учреждениях и опыт молодых специалистов, которые повышают свой профессионализм в клинической практике и отражают его в публикациях.

Редакционная коллегия поздравляет всех работников здравоохранения и их близких с прошедшим праздником – 80-летием Победы в Великой Отечественной войне и желает плодотворной клинической и научной деятельности, совершенствования профессиональных навыков, воспитания детей в духе патриотизма к родине!

С уважением,
главный редактор
научно-методического сетевого издания
«Здравоохранение Югры: опыт и инновации»
К.М.Н., доцент
Б.Б. Яцинюк
ycenukbb@miacugra.ru

**ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ, ОТРАЖАЮЩАЯ ТОЧКУ ЗРЕНИЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ**

УДК 612.3

ХИМУС. К ВОПРОСУ О ПОНЯТИИ**Маткевич В.А.****Маткевич В.А.¹, Гольдфарб Ю.С.^{1,2},
Поцхверия М.М.^{1,2}**¹ГБУЗ города Москвы «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского»
Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного последилового образования» МЗ РФ, Россия

Введение. Многолетнее использование метода «кишечный лаваж» в комплексе лечебных мероприятий при острых отравлениях с целью детоксикации организма при экзо- и эндотоксикозе и коррекции нарушений гомеостаза позволило существенно улучшить течение данной патологии, а кишечный лаваж в процессе дальнейшего совершенствования лечебных мероприятий стал основной частью программы энтеральной коррекции гомеостаза. При этом с точки зрения безопасности и эффективности промывания тонкой кишки с помощью лаважа очень важным является выбор промывающего раствора, состав которого дол-

жен быть близок к электролитному составу тонкокишечного химуса. Однако, до сих пор нет универсального и общепринятого определения этого термина, так как имеющиеся формулировки далеко не соответствуют характеристикам химуса. С точки зрения физико-химической характеристики современному описанию химуса соответствует пристеночный слой тонкой кишки, представляющий собой гомогенную и химически стабилизированную фазу, предшествующую плазме крови. С целью отражения в понятии «химус» не только его локации, состава и механизма стабилизации, но и предназначения, мы предлагаем следующее толкование термина «химус»:

Химус – (позднелат. *chymus*, от греч. *χυμός* – сок) – смесь нутриентов в пристеночном гелеобразном слое тонкой кишки, гомеостазированная в результате пищеварения и кишечной рециркуляции, пригодная для синтеза плазмы крови.

Такая формулировка, на наш взгляд, отличает ее от других определений, касающихся процесса пищеварения: например, кашицеобразное содержимое желудка и кишки можно было бы обозначить как «хилос» (греч. *χυλός* – каша, кашка).

Заключение. Четкое представление о понятии «химус» необходимо для формирования единого понимания того, что подразумевается под этим термином, так как в литературе широко употребляются как сам термин, так и словосочетание «химусоподобные смеси», применяемые в различных областях медицины, включая клиническую токсикологию, реаниматологию и нутрициологию. Это, в свою очередь, способствует более объективному описанию результатов исследований, их сопоставлению, интерпретации и определению их дальнейшего направления.

Ключевые слова: детоксикация, коррекция показателей гомеостаза, кишечный лаваж, энтеральная среда, химус

Соблюдение этических стандартов. Исследование не требует представления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки

Для цитирования: Маткевич В.А., Гольдфарб Ю.С., Поцхверия М.М. Химус. К вопросу о понятии // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2025. № 2. С. 3-13.

На протяжении более чем сорока лет при экзо- и эндотоксикозе с целью детоксикации организма и коррекции нарушений гомеостаза с успехом применяется метод «кишечный лаваж», в том числе его использование в комплексе лечебных мероприятий при острых отравлениях позволило существенно снизить летальность, частоту и тяжесть осложнений, сопутствующих данной патологии. В процессе дальнейшего совершенствования лечебных мероприятий кишечный лаваж стал основной частью программы энтеральной коррекции гомеостаза [1–4]. Эффективность этого метода объясняется двумя факторами: одновременной деконтаминацией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и внутренней среды организма и применением с этой целью энтерального раствора, по ионному составу близкому к составу химуса тонкой кишки, обеспечивающему коррекцию нарушений физиологических констант [1, 2, 5].

С точки зрения безопасности и эффективности промывания тонкой кишки с помощью лаважа очень важным является выбор промывающего раствора, состав которого во избежание водно-электролитных расстройств в результате такой процедуры, должен быть близок к электролитному составу тонкокишечного химуса [1, 6]. Термин

«химус» широко применяется в литературе по физиологии и патологии пищеварения, гастроэнтерологии, нутрициологии и другим направлениям оказания помощи. Однако анализ смыслового содержания этого термина показал, что разные авторы подразумевают под термином «химус» далеко неодинаковые понятия. В связи с этим обстоятельством возникла необходимость уточнения смыслового значения термина «химус».

Функционально энтеральная среда является переходной фазой от внешней к внутренней среде. Ее формирование – сложный физиологический процесс, который является подготовительным этапом превращения пищи в пластический материал и источник энергии для организма. Важным и обязательным условием обеспечения нормального метаболизма и сохранения гомеостаза организма в целом является формирование относительно постоянного состава его энтеральной среды [6]. Феномен гомеостазирования энтеральной среды впервые был отражен в 1916 году Е.С. Лондоном, который установил, что вне зависимости от характера рациона соотношение белка и продуктов его гидролиза в химусе отличается постоянством [7]. В 1924 году он так определил термин «химус»: (греч.

chymos – сок) – полужидкое содержимое тонкой кишки, представляющее собой смесь поступившего в нее пищевого содержимого желудка с поджелудочным и кишечным соками, а также желчью [8].

Современное положение о постоянстве состава химуса и механизмах, обеспечивающих его, сформулировал А.Д. Синещев (1965), который на основании сравнения химического состава рациона и химуса установил, что независимо от рациона животных в 12-перстной кишке формируется среда постоянного состава, особенно водно-электролитного, резко отличающегося от состава пищи [9]. Похожее определение дали Ю.М. Гальперин и М.Я. Симонов (1982), по мнению которых химус представляет собой полисубстратную смесь пищевых веществ, формирующуюся в 12-перстной кишке при нормальном пищеварении [10].

В последующие годы в результате изучения механизма транскишечного массообмена сложилось представление о том, что химус как кишечная среда – это сложное экзогенное и эндогенное образование, которое является переходной фазой между пищей и плазмой крови, а постоянство его химического состава является очень важным и необходимым условием для формирования внутренней среды [6, 11].

А.А. Иванов и соавт. (2013), Е.П. Полякова и соавт. (2016) изучали структуру химуса ЖКТ и механизмы его формирования трех классов позвоночных (рыбы, птицы и млекопитающие). По результатам исследований они пришли к заключению, что химус – это сложное эндогенное образование. Содержимое тонкой кишки животных и человека – это гомеостазированная среда, состав которой мало зависит от рациона и достаточно близок к составу

плазмы крови. По их описанию, энтеральный химус гомеостатичен и пространственно структурирован у всех животных. По весу химус на 80–95% состоит из гидратированной полостной слизи и на 5–20% – из пищевых частиц [12, 13].

Ю.М. Гальперин и П.И. Лазарев (1986), а позже Е.П. Полякова и соавт. (2016) пришли к выводу о том, что ключевую роль в формировании структуры химуса играет плотная эндогенная фракция (ПЭФ), которая является основным эндогенным образованием, организующим полостной гидролиз и обеспечивающим направленное движение нутриентов к апикальной поверхности энтероцитов [6, 13]. Влага, составляющая в химусе 85–80%, удерживается мукополисахаридами ПЭФ и вместе с ней образует гидратированную слизь. Фактически основная масса нативного химуса (до 90%) представлена гидратированной ПЭФ вкупе с растворенными в ней веществами [13, 14].

Невероятно, но факт: при том, что существует разностороннее и довольно детальное описание характеристик химуса специалистами, до сих пор нет универсального и общепринятого определения этого термина. Вместе с тем, в словарях и справочниках представлены формулировки, далеко не соответствующие тем характеристикам химуса, которые обсуждаются специалистами. **Приводим некоторые из них с сохранением орфографии, стиля и терминологии источника:**

Химус (от греч. χυμός – сок) – жидкое или полужидкое содержимое желудка или кишечника, состоящее из частично переваренной пищи, желудочного и кишечного соков, секретов желез, желчи, слущенных эпителиальных клеток и микроорганизмов (Википедия. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Химус>);

Химус (от греч. χυμός – сок), жидкое или полужидкое содержимое желудка и тонкого кишечника позвоночных животных и человека; содержит продукты переваривания пищи в желудке, жёлчь, секреты поджелудочной и кишечных желёз (в т. ч. ферменты), слущивающиеся клетки эпителия и микроорганизмы. Состав Х. зависит от характера питания, места его нахождения в пищеварит. системе и состояния её секреторной функции. Вследствие моторной деятельности кишечника происходит перемешивание Х. и его передвижение в тонком кишечнике, переваривание и всасывание пищевых веществ. У человека в течение суток из тонкого кишечника в толстый переходит около 400 г химуса (Большая Российская энциклопедия. <https://old.bigenc.ru/biology/text/4666321>).

Химус (от греч. χυμός – сок) – жидкое или полужидкое содержимое желудка или кишечника. Химус состоит из частично переваренной пищи, желудочного и кишечного соков, секретов желёз, желчи, слущенных эпителиальных клеток и микроорганизмов. Химус формируется в результате деятельности желудка и эвакуируется в двенадцатиперстную кишку через пилорический сфинктер, их разделяющий. Пилорический сфинктер активно участвует в эвакуаторном процессе и в формировании перемещающегося в тонкую кишку химуса. Пилорический сфинктер сепарирует по размеру эвакуируемые частицы, и те, которые больше 1,0–1,2 мм в диаметре, возвращаются в антральную часть желудка. Химус из желудка поступает в двенадцатиперстную кишку отдельными порциями благодаря перистальтике желудка и открытию пилорического сфинктера. После попадания химуса в двенадцатиперстную кишку его кислотные компоненты воз-

действует на рецепторы двенадцатиперстной кишки, что приводит к закрытию пилорического сфинктера. Химус переходит в двенадцатиперстную кишку только тогда, когда его консистенция становится жидкой или полужидкой. Скорость эвакуации существенно зависит от типа пищи. Быстрее всего эвакуируется пища, богатая углеводами, а затем – белковая и с наименьшей скоростью – жирная пища. Из тонкой кишки в толстую переходит ежедневно около 400 г химуса. В толстой кишке происходит интенсивное всасывание воды. Структура химуса существенно меняется, и он преобразуется в кал. Из 400 г химуса образуется около 150–200 г кала (<https://www.gastroscan.ru/handbook/117/265>).

Химус – полужидкое или жидкое содержимое тонкой кишки, состоящее из смеси продуктов переваривания в желудке, жёлчи, секрета поджелудочной железы, кишечных желёз, слущенного эпителия, микроорганизмов. Источник информации: Фармацевтический энциклопедический словарь / Ю.А. Куликов, А.И. Сливкин, Т.Г. Афанасьев / Под ред. Г.Л. Вышковского, Ю.А. Куликова. – М., ВЕДАНТА, 2015.

Химус (позднелат. chymus, от греч. chymos – сок) – жидкое или полужидкое содержимое тонких кишок позвоночных, представляющее собой смесь продуктов переваривания пищи в желудке, жёлчи, секрета поджелудочной и кишечных желёз, слущивающегося эпителия и микроорганизмов. Х. содержит также ферменты панкреатич. сока и собственно кишечные ферменты. Состав Х. зависит от характера питания и состояния секреторной деятельности пищеварит. аппарата. Благодаря перистальтике кишечника происходит перемешивание Х. и его передвижение. По мере продвижения Х. в тонком кишеч-

нике происходит переваривание и всасывание пищ. веществ. У человека в течение суток из тонких кишок в толстую переходит ок. 400 г Х (<https://gufo.me/dict/biology/химус>).

Определения «химус» в других словарях более краткие:

Химус – (позднелат. *chymus*, от греч. *chymós* – сок) жидкое или полужидкое содержимое тонких кишок животных и человека, состоящее из смеси продуктов переваривания пищи в желудке, жёлчи, секрета поджелудочной и кишечных желёз... Большая советская энциклопедия химус – орф. химус, -а.

Орфографический словарь Лопатина: химус – ХИМУС (позднелат. *chymus*, от греч. *chymos* – сок), содержимое тонких кишок. Однородная жидкая масса, состоящая из воды, продуктов переваривания кормовых веществ, секрета пищеварит. желез, жёлчи. Постоянство состава Х. обеспечивает нормальное пищеварение.

Ветеринарный энциклопедический словарь: ХИМУС – кашицеобразное содержимое желудка, смесь частично переваренной пищи, желудочного сока и пищеварительных энзимов. Из желудка она поступает в тонкий кишечник в полужидком виде.

Научно-технический словарь: Химус – (греч. *chymos* – сок) содержимое желудка или кишечника, представляющее собой кашицеобразную массу частично переваренной пищи, смешанной с пищеварительными соками.

Медицинская энциклопедия: Химус – Пищевая кашица, являющаяся в результате как желудочного, так и кишечного пищеварения.

Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: химус [гр. сок] – физиол. пищевая кашица, образующаяся в желудке под влиянием переваривания.

Большой словарь иностранных слов: ХИМУС (от греч. *chymos* – сок) – жидкое содержимое (пищевая кашица) тонкого кишечника, образующееся при воздействии на пищу пищеварительных соков (желудочного, панкреатического, кишечного).

Из представленных источников следует, что толкование термина «химус» до сих пор содержит разночтения, что говорит об отсутствии единого мнения исследователей в этом вопросе. В перечисленных определениях термина «химус» не делается различия между содержимым желудка, тонкой и толстой кишки, тогда как известно существенное отличие физико-химических характеристик пищевого состава различных отделов ЖКТ. Одни источники содержат утверждения о том, что состав и свойства химуса зависят от рациона, а другие – прямо противоположное утверждение. В этих определениях также не учитываются отличия в составах конечных продуктов полостного и пристеночного пищеварения и роль дальнейшего процесса их гомеостазирования.

Такое состояние вопроса объясняется тем, что изучение физико-химической природы химуса, закономерностей его формирования, биологического и физиологического значения как морфофункционального образования не завершено и в настоящее время продолжается.

Из трех перечисленных отделов пищеварительного тракта наиболее значимым в функциональном отношении является тонкая кишка, так как именно в ней совершаются основные процессы пищеварения и усвоения нутриентов [6, 13]. Известен тот факт, что после хирургических операций по удалению желудка либо толстой кишки пациенты продолжают жить. Без

тонкой кишки жизнь невозможна. В подобной ситуации трансплантация донорского органа является жизне- спасающей [15].

Из этих соображений представляется наиболее важным определить- ся с понятием «химус» в отношении органа, занимающего центральное ме- сто в обмене веществ – тонкой кишки.

Из того, что известно, отдельны- ми штрихами можно выделить глав- ное: процесс пищеварения начинается уже во рту, то есть в начальном отде- ле пищеварительной трубки и стадий- но продолжается по мере продвиже- ния пищевой кашицы в антеградном направлении. Различают полостное и мембранное (пристеночное) пищева- рение [6, 16]. В соответствии с этим в содержимом тонкой кишки следует различать две части (фазы, катего- рии), отличающиеся между собой. Первая – это полостная часть содер- жимого, та, которая свободно переме- щается и перемешивается кишечной перистальтикой. Эта категория кишеч- ного содержимого имеет химический состав, схожий с составом пищи и за- висит от характера рациона. Вторая часть кишечного содержимого – тон- кий пристеночный слой, фиксирован- ный на слизистой оболочке, по хими- ческому составу отличающийся от со- става пищи и больше напоминающий состав плазмы крови [6, 13, 17].

В результате целого ряда иссле- дований – Б.П. Бабкина (1924), К.М. Быкова (1940), И.П. Разенкова (1948), А.Д. Синещекова (1965), А.А. Алиева (1968, 1980), А.И. Ишмуха- метова (1970), Г.К. Шлыгина (1974), Т.С. Поповой и соавт. (1979), М.Я. Си- монова (1984), Ю. М. Гальперина и со- авт. (1986), J.S. Fordtran et al. (1968), N.W. Davenport (1971), S.G. Schultz (1981), J.G. Thompson (1983) и других

было выяснено, что гомеостазирова- ние химуса обеспечивается за счет интенсивного обмена нутриентами в тонкой кишке: наряду с потоком ве- ществ из ее полости в кровь суще- ствует постоянный противоположный поток из крови в ее полость.

Известно, что транспорт нутриен- тов через кишечную стенку во внут- реннюю среду (кровь и лимфу) возмо- жен только из апикальной зоны мик- роворсинок (щеточной каемки). Сек- ретция же веществ происходит в крип- тах слизистой оболочки кишки [11, 18]. Таким образом, существуют два встречных непрерывных потока ве- ществ – из кишки в кровь и лимфу и в просвет кишки из крови [6, 18]. При дефиците отдельных химических ве- ществ в рационе содержание их в сек- рете пищеварительных желез пропор- ционально возрастает тем значитель- ней, чем ниже исходное содержание этих веществ в рационе. Величина и вектор потока калия, натрия, кальция, фосфора, других макроэлементов и азотистых продуктов зависят как от их концентрации, так и от их соотно- шения в полости кишки. В результате взаимодействия двух разнонаправ- ленных процессов – всасывания од- них и выделения в просвет пищева- рительного канала других нутриентов – соотношение концентраций электро- литов и основных питательных ве- ществ в химусе приближается к тако- вому, характерному для крови [6, 9].

Процесс гомеостазирования хи- муса путем массообмена между энте- ральной и внутренней средами проис- ходит именно в пристеночной зоне, то есть в слое слизи, который превышает толщину эпителиального пласта в 30–50 раз [12, 13, 18]. Этот слой прояв- ляет свойства и твердого вещества, и жидкости одновременно, так как, с од-

ной стороны, он лишен характеристик текучести и плотно спаян со слизистой оболочкой кишки. По этой причине он не перемешивается во время кишечной перистальтики, в отличие от свободного полостного кишечного содержимого. С другой стороны, он проявляет свойство жидкости, так как является растворителем для нутриентов, которые могут перемещаться в этом слое. Другими словами, пристеночный слой кишечного содержимого является ничем иным как гидрогелем – жидкостью с растворенными в ней экзогенными и эндогенными веществами, заключенной и фиксированной в трехмерном каркасе – матриксе [19]. Вероятно, этот матрикс действует подобно шлюзу, в котором происходит гомеостазирование и последующая перекачка химуса в зону щеточной каемки слизистой оболочки кишки. Векторное движение нутриентов к эпителию обусловлено наличием в матриксе градиентов их концентрации, pH и напряжения электрического поля [17].

Таким образом, две категории кишечного содержимого – полостная кашицеобразная масса и пристеночный слой гидратированной слизи – отличаются и физико-химическими характеристиками, и своей функциональностью. Может быть, в этом причина разногласий в толковании термина «химус»? Встает закономерный вопрос, что же называть «химусом»? Если мы говорим о химусе как о субстанции, имеющей постоянный состав, приближенный к составу плазмы крови, из которой впоследствии и образуется плазма крови, тогда мы не можем называть содержимое желудка, тонкой и толстой кишки химусом. При этом с точки зрения физико-химической характеристики совре-

менному описанию химуса соответствует пристеночный слой тонкой кишки, представляющий собой гомогенную и химически стабилизированную фазу, предшествующую плазме крови.

С целью отражения в понятии «химус» не только его локации, состава и механизма стабилизации, но и предназначения, мы предложили следующее толкование термина «химус»:

Химус – (позднелат. *chymus*, от греч. *χυμός* – сок) – смесь нутриентов в пристеночном гелеобразном слое тонкой кишки, гомеостазированная в результате пищеварения и кишечной рециркуляции, пригодная для синтеза плазмы крови.

Такая формулировка, на наш взгляд, требует отличать ее от других определений, касающихся процесса пищеварения: например, кашицеобразное содержимое желудка и кишки можно было бы обозначить как «хилос» (греч. *χυλός* – каша, кашка).

Стабильность состава химуса является результатом непрерывного обмена нутриентами через кишечную стенку именно в пристеночном ее слое и крайне важна для обеспечения постоянства состава образующейся из химуса плазмы крови.

Крупный вклад в разработку понятия гомеостазирования химуса был сделан Ю.М. Гальпериным и соавт. (1986), по мнению которых формирование химуса за счет рециркуляции через кишечную стенку нутриентов является неременным условием нормального метаболизма и гомеостазирования внутренней среды, а нарушения состава химуса вызывают расстройства обменных процессов и нарушения состава внутренней среды организма, что, в конечном итоге, приводит к его гибели [6].

В связи с этим можно добавить: сложность системы пищеварения обусловлена одним из способов выживания биологических видов, когда ограниченность доступа к какому-либо одному виду (типу) пищевого продукта компенсируется широким разнообразием других потенциальных продуктов, из чего пищеварительная система млекопитающих призвана «приготовить» всего лишь один продукт – плазму крови как универсальный субстрат, являющийся источником пластического материала и энергии для всех клеток организма.

Таким образом, четкая формулировка понятия «химус» необходима для формирования единого понимания того, что подразумевается под этим термином, так как в литературе широко употребляются как сам термин, так и словосочетание «химусоподобные смеси», применяемые в различных областях медицины, включая клиническую токсикологию, нутрициологию и реаниматологию [1, 12, 20–22]. Это, в свою очередь, способствует более объективному описанию результатов исследований, их сопоставлению, интерпретации и определению их дальнейшего направления.

Литература

1. Маткевич, В.А. Кишечный лаваж. В книге: Медицинская токсикология: нац. руково / под ред. Е.А. Лужникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Гл. 4, П.4.2.1. – С. 162–186. – (Сер.: Национальные руководства).
2. Маткевич, В.А., Поцхверия, М.М., Гольдфарб, Ю.С., Симонова, А.Ю. Нарушения параметров гомеостаза при острых отравлениях и пути их коррекции. // Токсикологический вестник. – 2018. – № 3. – С. 18–26.
3. Поцхверия, М.М., Маткевич, В.А., Гольдфарб, Ю.С., Симонова, А.Ю., Столбова, Н.Е., Тюрин, И.А., Петриков, С.С. Программа энтеральной коррекции нарушений гомеостаза и ее влияние на кишечную проницаемость при острых отравлениях. // Трансплантология. – 2022. – Т. 14. – С. 46–55.
4. Маткевич, В.А., Ткешелашвили, Т.Т., Воробьева, А.Г., Столбова, Н.Е., Поцхверия, М.М., Гольдфарб, Ю.С. Роль кишечной транслокации в патогенезе пневмонии при острых отравлениях и вклад кишечного лаважа в ее профилактику и разрешение. // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2024 – Т. 13(2). – С. 212–225.
5. Баклыкова, Н.М. Возможности применения кишечного диализа для коррекции метаболических нарушений при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. В книге: Пути коррекции метаболических расстройств в экстренной и плановой хирургии. – М.: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 1976. – С. 152–157. – (Тр. ин-та, Т. 23).
6. Гальперин, Ю.М., Лазарев, П.И. Пищеварение и гомеостаз. – М.: Наука, 1986. – 303 с.
7. Лондон, Е.С. Физиология и патология пищеварения: В 30 лекциях: Руководство для врачей и студентов. – Петроград: Практическая медицина, 1916. – 168 с.
8. Лондон, Е.С. Физиология и патология пищеварения: В 30 лекциях: Руководство для врачей и студентов. – Москва; Петроград: Гос. изд-во, 1924. – 192 с.
9. Синещев, А.Д. Биология питания сельскохозяйственных животных. – М.: Колос, 1965. – 399 с.
10. Гальперин, Ю.М., Симонов, М.Я. Влияние гомеостаза химуса на всасывание в тонкой кишке и возможность использования этого фактора при энтеральном зондовом питании. В сборнике: Энтеральное зондовое питание у больных с острой хирургической патологией: сб. науч. тр. – М.: МЗ РСФСР; НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 1982. – Т. XLIX. – С. 16–27.

11. Георгиевский, В.И., Полякова Е.П. Кишечный химус и процессы всасывания: новые аспекты. В сборнике: Актуальные проблемы биологии в животноводстве: материалы 2-й Междунар. конф., 5–8 сент. 1995 г. – Боровск, 1997. – С. 128.
12. Иванов, А.А., Полякова, Е.П., Ксенофонов, Д.А., Ксенофонтова, А.А. Экспериментальное обоснование функциональной взаимосвязи минеральных элементов пищевого рациона с полостной слизью и слизистой оболочкой // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2013. – № 2. – С. 37–41.
13. Полякова, Е.П., Ксенофонов, Д.А., Иванов, А.А. Метод изучения полостного пищеварения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – Т. 136 (12). – С. 110–114.
14. Железная, А.Н. Муцины – новый подкласс гликопротеидов // Успехи биологической химии. – 1997. – Т. 37. – С. 115–146.
15. Хубутя, М.Ш. Рык, А.А., Киселев, В.В., Александрова, И.В., Гришин, А.В., Годков, М.А., Клычникова, Е.В., Шаврина, Н.В., Согрешили, С.С., Титова, Г.П., Боровкова, Н.В. Энтеральное питание в составе комплексного лечения пациента трансплантации тонкой кишки // Общая реаниматология. – 2014. – № 1. – С. 43–50.
16. Уголев, А.М. Мембранное пищеварение. – Л.: Наука, 1972. – 358 с.
17. Морозов, И.А. Структура и функции слизистого слоя тонкой кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 6. – С. 88–92.
18. Морозов, И.А., Лысиков, Ю.А., Питран, Б.В., Хвыля, С.И. Всасывание и секреция в тонкой кишке (субмикроскопические аспекты). – М.: Медицина; 1988. – 224 с.
19. Allen, A., Pearson, J.P. Mucus glycoproteins of the normal gastrointestinal tract // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1993. – Vol. 5, N4. – P. 193–199. DOI: 10.1097/00042737-199304000-00002
20. Заривчатский, М.Ф., Чукиев, Е.М., Аксенова, В.М., Сайкинова, Н.Н. Энтеральная коррекция некоторых констант гомеостаза у больных острой хирургической инфекцией. В сборнике: Экстренная помощь при неотложных состояниях в хирургии и реаниматологии: сб. науч. тр. Пермского мединститута. – Пермь, 1988. – С. 72–77.
21. Лященко Ю.Н., Хватов В.Б., Пахомова Г.В., Лебедев А.Г., Ковальская К.С., Иванина Т.А. (сост.); Минздрав РСФСР; МНИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Энтеральные инфузии в интенсивной терапии острых гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии в раннем постгеморрагическом и ближайшем послеоперационном периоде: методические рекомендации. – М., 1990. – 10 с.
22. Попова, Т.С., Тамазашвили, Т.Ш., Шестопалов, А.Е. Парентеральное и энтеральное питание в хирургии. – М.: М-СИТИ, 1996. – 224 с.

© Маткевич В.А., Гольдфарб Ю.С.,
Почхверия М.М., 2025

Информация об авторах

Маткевич Виктор Анатольевич – доктор медицинских наук, научный консультант отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы», Лауреат премии Мэрии Москвы в области медицины (1994), <https://orcid.org/0000-0001-6765-6619>, author ID 83273.

Гольдфарб Юрий Семенович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом внешних научных связей, научный сотрудник научного отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский

институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», профессор кафедры клинической токсикологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», <https://orcid.org/0000-0002-0485-2353>, author ID 168048.

Потцхверия Михаил Михайлович – доктор медицинских наук, заведующий научным отделением острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы»; профессор кафедры клинической токсикологии ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, <https://orcid.org/0000-0003-01117-8663>, author ID 964229.

CHYME: ON THE QUESTION OF THE CONCEPT

Matkevich V.A., Goldfarb Y.S., Potshveriya M.M.

Introduction. The long-term use of the "intestinal lavage" method in a complex of therapeutic measures in acute poisonings for the purpose of detoxification of the body in case of exo- and endotoxycosis and correction of homeostasis disorders has significantly improved the course of this pathology; and intestinal lavage in the process of further improvement of therapeutic measures has become the main part of the program of enteral correction of homeostasis. At the same time, from the point of view of safety and efficiency of small intestine lavage, it is very important to choose a washing solution, the composition of which should be close to the electrolyte composition of small intestine chyme. However, there is still no universal and generally accepted definition of this term, since the existing formulations do not correspond to the characteristics of chyme. From the point of view of physicochemical characteristics, the parietal layer of the small intestine, which is a homogeneous and chemically stabilized phase preceding the blood plasma, corresponds to the modern description of chyme.

In order to reflect in the concept of "chyme" not only its location, composition and stabilization mechanism, but also its purpose, we propose the following interpretation of the term "chyme":

Chyme: (Late Latin chymus, from Greek χυμός – juice) is a mixture of nutrients in the parietal gel-like layer of the small intestine, homeostatized as a result of digestion and intestinal recirculation, suitable for the synthesis of blood plasma.

This formulation, in our opinion, distinguishes it from other definitions concerning the digestion process: for example, the mushy contents of the stomach and intestines could be designated as "chilos" (Greek χυλός – mush, gruel).

Conclusion. A clear understanding of the concept of "chyme" is necessary to form a unified understanding of what is meant by this term, since both the term itself and the phrase "chyme-like mixtures" are widely used in the literature, applied in various fields of medicine, including clinical toxicology, resuscitation and nutrition. This in turn contributes to a more objective description of study results, their comparison, interpretation and determination of further direction of research.

Key words: detoxication, correction of homeostasis parameters, intestinal lavage, enteral environment, chyme

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – ХИРУРГИЯ

УДК 616.8-089

ХРОНИЧЕСКАЯ ТАЗОВАЯ БОЛЬ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ



Щелокова Е.А.

Щелокова Е.А.^{1,7}, Яриков А.В.^{1,2,3}, Игнатъева О.И.⁴,
Павлинов С.Е.⁵, Перльмуттер О.А.²,
Фраерман А.П.², Отдельнов Л.А.⁶, Бутримова С.В.¹,
Волков И.В.⁷, Цыбусов С.Н.³

¹ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, г. Нижний Новгород, Россия

²ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39», г. Нижний Новгород, Россия

³ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского», г. Нижний Новгород, Россия

⁴ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Республика Мордовия, г. Саранск, Россия

⁵ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр» ФМБА России, г. Красноярск, Россия

⁶ФГБУ «Дальневосточный окружной медицинский центр» ФМБА России, г. Владивосток, Россия

⁷Клиническая больница «РЖД-Медицина», г. Владивосток, Россия

Введение. Синдром хронической тазовой боли является актуальной проблемой врачей различных специальностей. Одна из основных трудностей в диагностике и лечении данного болевого синдрома – отсутствие анатомического субстрата боли примерно у половины пациентов, страдающих от хронической тазовой боли, в связи с чем им проводятся многократные диагностические исследования/оперативные вмешательства, которые не только не выявляют какой-либо патологии внутренних органов, но и сами нередко усиливают интенсивность и распространенность уже имеющегося болевого синдрома.

Объект и методы исследования. Анализ современных аспектов эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клинической картины и инструментальных методов обследования хронической тазовой боли по данным отечественных и зарубежных публикаций за 2005-2024 гг.

Заключение. Анализ современной научной литературы демонстрирует развитие исследований в области хронической тазовой боли, наглядно дополняет современные учебные пособия по алгологии.

Ключевые слова: хроническая тазовая боль, алгология, пудендальная нейропатия, синдром хронической тазовой боли, UPOINTs, центр лечения боли

Соблюдение этических стандартов. Исследование не требует представления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Щелокова Е.А., Яриков А.В., Игнатьева О.И., Павлинов С.Е., Перльмуттер О.А., Фраерман А.П., Отдельнов Л.А., Бутримов С.В., Волков И.В., Цыбусов С.Н. Хроническая тазовая боль как междисциплинарная проблема: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2025. № 2. С. 14-37.

Введение. Хроническая тазовая боль (ХТБ) согласно определению Международной ассоциации боли (International Association for the Study of Pain (IASP) – это повторяющийся или постоянный на протяжении не менее 6 месяцев болевой синдром (БС) в нижних отделах живота ниже пупка, в нижней части спины и крестце, в промежности, в проекции наружных половых органов, влагалища у женщин, прямой кишки с возможным распространением по передне-внутренней поверхности бедер [1]. Принято выделять ХТБ, которая формируется при определенной патологии (урологической, неврологической, проктологической, воспалительной и др.), и синдром хронической тазовой боли (СХТБ), при котором затруднительна идентификация этиологического фактора. Код МКБ-10: R10. При СХТБ наблюдаются симптомы дисфункции нижнего отдела мочевыделительного тракта, половой, кишечной или гинекологической систем на фоне эмоциональных, когнитивных, поведенческих, сексуальных расстройств, которые возникли как следствие хронического БС в результате патофизиомеханических нарушений в области таза [2, 3, 4].

Анализ распространенности ХТБ показал, что проблема диагностики и лечения данного синдрома в настоящее время остается до конца неизученной и весьма актуальной. По данным IASP, распространенность СХТБ состав-

ляет 6-7% среди других видов БС [5, 6]. Каждая 7-ая жительница США в возрасте 18-49 лет имела эпизод СХТБ, и в 61% случаев его причина не была установлена [7]. В Великобритании (2001 г.) среди женщин 18-49 лет (n=3916) распространенность СХТБ составила 24% [7]. Экономическая оценка амбулаторных визитов пациентов по поводу ХТБ и СХТБ в США показала, что они обходятся страховым компаниям в 881,5 млн \$ в год, а на диагностику и лечение данных пациентов тратится более 2 млрд \$ ежегодно [3].

Пациенты с ХТБ могут длительное время получать консультации отдельных специалистов: гинеколога, колопроктолога, уролога, хирурга, невролога, психолога, психиатра, нейрохирурга, травматолога-ортопеда, мануального терапевта, физиотерапевта, онколога, врача лечебной физкультуры, терапевта, но отсутствие комплексного подхода в диагностике и лечении СХТБ приводит к снижению комплаентности пациентов, бесконтрольному приему анальгетических препаратов, снижению качества жизни, инвалидизации и суицидам [5, 8, 9]. Депрессия и лекарственная зависимость выявляются у 27% пациентов с ХТБ, эмоциональные расстройства во время рецидива боли испытывают 18% обратившихся за медицинской помощью, и у 35% имеются суицидальные попытки или намерения [3, 10].

Мультидисциплинарный подход в ведении пациентов с ХТБ обусловлен в первую очередь анатомическими особенностями данной области: многочисленные органы таза представляют собой единый комплекс, имеющий общую иннервацию, кровообращение и костно-мышечно-связочный аппарат. Свой вклад вносит сложность вегетативной иннервации структур малого таза [11, 12, 13]. В соответствии с данными IASP, для ХТБ выделено шесть обязательных признаков [14]:

- 1) длительность болевого синдрома более 6 месяцев;
- 2) рефрактерность к консервативному лечению;
- 3) отсутствие корреляции между уровнем болевого синдрома и выраженностью повреждения ткани;
- 4) признаки депрессии;
- 5) прогredientное ограничение физической активности;
- 6) поведенческие расстройства.

Этиология и патогенез ХТБ. Согласно патофизиологическим механизмам БС можно подразделить на 3 типа:

ноцицептивный – возникает в ответ на раздражение болевых рецепторов и представляет защитную реакцию организма. В зависимости от типа и расположения этих рецепторов, данный БС подразделяют на 2 подтипа – висцеральный (при повреждении внутренних органов); соматический (имеет поверхностное проявление с четкой локализацией);

нейропатический – возникает при повреждении нервной системы на периферическом или центральном уровне, или в результате развития патологического процесса в соматосенсорной системе;

дисфункциональный – развивается при отсутствии активации ноцицепторов и видимого органического повреждения, в том числе со стороны нервной системы [57].

Основными соматическими причинами развития БС в тазовой области могут быть опухолевые, воспалительные и другие заболевания различного происхождения, представленные в табл. 1 [15, 16, 17].

Таблица 1

Соматические причины развития ХТБ

БС кишечного происхождения	Воспалительные (аппендицит, аппендикулярный инфильтрат, неспецифический язвенный колит, энтерит, колит, проктит, болезнь Крона, мезентериоаденит, ректовагинальный свищ); Неопухолевые заболевания (анальная трещина, геморрой, заворот кишки, запор, кишечная непроходимость, синдром раздраженного толстого кишечника, мегаколон, дивертикул); Доброкачественные опухоли кишечника (полип, лейомиома, фиброма и др.); Злокачественные опухоли кишечника
БС урологического происхождения	Идиопатический (первичный) БС простаты; Синдром идиопатического (первичного) БС в мочевом пузыре; Идиопатический (первичный) БС в мошонке Идиопатический (первичный) БС в уретре; Инфекция и воспалительные заболевания мочеполовой системы (уретрит, цистит, простатит, воспаление парауретральных желез); Неопухолевые (мочекаменная болезнь, дивертикулез уретры и мочевого пузыря, детрузорно-сфинктерная диссинергия, уретероцеле, доброкачественная гиперплазия предстательной железы); Доброкачественные опухоли мочеточников, мочевого пузыря, уретры, предстательной железы (полип, киста); Злокачественные опухоли мочеточников, мочевого пузыря, уретры, предстательной железы (рак, саркома)

Продолжение таблицы 1

БС гинекологического происхождения	Идиопатическая (первичная) дисменорея; Идиопатический (первичный) БС вульвы; Идиопатический (первичный) аноректальный БС; Осложнения беременности или выкидыша; Инфекции (сальпингоофарит, сальпингит, эндометрит, цервицит и др.); Неопухолевые заболевания (эндометриоз, эндосальпингиоз, аденомиоз, перекрут нормального придатка, нарушение оттока менструальной крови при пороках, дисменорея, стеноз цервикального канала, внутриматочный контрацептив, пролапс внутренних половых органов); Доброкачественные опухоли (киста яичников, лейомиома матки, полип эндометрия и цервикального канала); Злокачественные опухоли
БС суставно-мышечного и связочного происхождения	Миофасциальный БС тазового региона Грыжи (вентральная, белой линии живота, паховая, бедренная); Растяжение, гематома, миофасциальный синдром мышц брюшной стенки, тазового пояса; Воспалительные заболевания мышц брюшной стенки и тазового пояса (парапроктит, абсцесс передней брюшной стенки, пельвиоперитонит, абсцесс малого таза); Опухоли мягких тканей или мышц передней брюшной (липома, фиброма)
БС ортопедической патологии	Патология тазобедренного сустава (коксартроз, дисплазия, асептический некроз, перелом шейки); Дисфункция крестцово-подвздошного сочленения, сакроилеит; Дисфункция лонного сочленения, симфизит; Травмы костей таза; Доброкачественные опухоли костей таза (остеохондрома, остеома, хондрома, гигантоклеточная опухоль); Злокачественные опухоли костей таза (остеосаркома, хондросаркома, миеломная болезнь, метастаз)
БС вертеброгенный	Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (фасет-синдром, грыжа диска, стеноз позвоночного канала, спондилолистез); Остеопороз с патологическими переломами позвонков; Кокцигодия; Травмы позвоночника; Воспалительные заболевания (спондилодисцит, спинальный эпидуральный абсцесс, илиопсоит); Доброкачественные опухоли позвоночника, крестца, копчика (гемангиома, остеоидостеома); Злокачественные опухоли позвоночника, крестца, копчика (хондрома, метастаз, миеломная болезнь)
БС, ассоциированный с поражением центральной и периферической нервной системы	Невропатия периферических нервов (полового, бедренно-полового, подвздошно-пахового, подвздошно-подчревного, запирательного, верхнего, среднего и нижних ягодичных); Плекситы и плексопатии поясничного и крестцового сплетения; Новообразования спинного мозга или sacralных нервов (невринома, шваннома)
БС сосудистого генеза	Аневризма брюшного отдела аорты; Синдрома тазового венозного полнокровия (варикозная болезнь малого таза); Мезентереальный тромбоз или ишемия; Тромбоз и тромбофлебит сосудов малого таза
БС другого происхождения	Порфирия; Спаечный процесс; Инородное тело малого таза; Хроническая послеоперационная боль

Также при диагностике и лечении ХТБ необходимо учитывать возможное наличие у пациента психических заболеваний, маскирующихся под соматическую патологию: соматизированные депрессии, конверсии, тревожные расстройства. СХТБ может как провоцировать развитие психопатологии, так и возникать на фоне уже имеющихся психических расстройств.

Учитывая многофакторность, патогенез развития СХТБ (в отличие от хронических БС в другой локализации) достаточно сложный и до конца неизученный [18, 19, 20]. БС формируется непосредственно и спустя длительное время после старта действия повреждающих факторов [21, 22], среди которых важное значение отводят хроническому стрессу и психовегетативным нарушениям. Длительно существующий БС с течением времени может вызывать гиперактивацию ноцицептивной и недостаточность антиноцицептивной систем, дисфункцию гипоталамо-гипофизарной системы, центральную гиперсенситилизацию, трансформироваться в нейропатическую боль с вторичными депрессивными расстройствами. Дополнительно в патогенезе СХТБ немаловажную роль играет активация триггерных точек в мышцах брюшной стенки, ягодичных, грушевидной мышцах, повышение тонуса мышц тазового дна, мышечно-тонический синдром на фоне заболеваний опорно-двигательного аппарата и дисфункции крестцово-подвздошных сочленений. Область нейроваскулярного конфликта также может рассматриваться как источник БС за счет компрессии нерва между сосудами и неподвижными элементами таза, связками или другими сосудами. В ряде случаев патогенетический механизм формирования ХТБ и чаще СХТБ остается неустановленным.

К провоцирующим факторам возобновления или усиления БС относятся статодинамические нагрузки, охлаждение, акт дефекации, половой акт, стресс, момент вертикализации, предменструальный и менструальный период у женщин [5, 7, 23].

Классификация ХТБ и СХТБ. Согласно представленному определению, рекомендуется классифицировать жалобы пациентов, исходя из топографических характеристик ХТБ и СХТБ в [23]:

- лонной области (пубалгия);
- глубине малого таза (пельвалгия);
- крестце (сакралгия);
- ягодичной области (глюталгия);
- паховой области (ингвинодиния);
- анокопчиковой области (кокцигодина);
- промежности (перинеодина);
- гениталиях (гениталгия);
- проксимальных отделах наружной поверхности бедра (трохантерная боль).

Классификация UPOINTS (2015 г.), в основе которой лежит фенотипирование патогенетических механизмов ХТБ, включает 7 разделов, которые дают возможность определить правильную стратегию дальнейшего лечения [24]:

1. мочевого – urinary (дневник мочеиспускания, цистоскопия, уродинамическое исследование);
2. психосоциальный – psychosocial (оценка тревожности, депрессии и негативного сексуального опыта в анамнезе);
3. органоспецифический – organ specific (гинекологическое, ректально исследование)
4. инфекционный – infection (посев эякулята, мочи, кала, мазок из влагалища);
5. неврологический/системный – neurologic/systemic (чувствительные и/или двигательные расстройства, парезы);

6. мышечно-спастический – tenderness of skeletal muscles (пальпация мышц тазового дна, брюшной стенки, ягодиц);

7. сексуальной функции – sexual dysfunction (эректильная, эякуляторная функция, болезненность при половом контакте, посторгазмическая ХТБ).

Использование UPOINTS дает возможность выявления более точной локализации БС на органах-мишенях [25, 26, 27].

European Association of Urology (EAU) разработала классификацию СХТБ в зависимости от локализации БС: в определениях на первое место выставляют органную локализацию, а затем термин «БС», например «мочепузырный БС»:

1. Урологический:

- мочепузырный;
- уретральный;
- простатический;
- мошоночный;
- пенильный.

2. Гинекологический:

- на фоне эндометрита;
- вагинальный;
- вульварный.

3. Аноректальный:

- спастическая прокталгия;
- синдром аноректальной боли;
- БС при дефекации.

4. Неврологический: пудендальный.

5. Мышечный:

- перинеальный;
- в мышцах тазового дна.

Диагностика. У пациентов с ХТБ диагностический мультидисциплинарный скрининговый подход:

1. Анализ фенотипов БС

- воспаление
- мышечный спазм
- миофасциальный
- центральная сенситизация
- нейропатический

2. Оценка статуса пациента

- психосоциальный
- ночной сон
- когнитивный
- физическая активность
- коморбидность

Стандартное обследование пациентов с ХТБ и СХТБ должно включать [28, 29, 52]:

1. Клиническое обследование: уточнение жалоб, анамнеза (сведения о ранее перенесенных воспалительных и инфекционных заболеваниях, травмах, хирургических вмешательствах, о «красных флагах» и др.), оценку сексуальной дисфункции (с помощью Международного индекса диагностики эректильной функции и преждевременной эякуляции – для мужчин; Индекс женской сексуальной функции (FSFI) – для женщин), физикальный осмотр органов нижней части брюшной полости и таза, наружных половых органов, ректальное и вагинальное исследование, интравагинальное пальпаторное исследование мышц тазового дна, оценка ортопедического и неврологического статусов, провокационные пробы (Ганслена, Патрика, Тинеля, Валле и др.).

2. Для определения степени выраженности БС в клинической практике используют специально разработанные опросники и шкалы, позволяющие оценить как субъективную интенсивность тазовой боли (5-балльная вербальная шкала (нет, легкая, умеренная, сильная, очень сильная боль), визуальная аналоговая шкала (ВАШ)), так и сопутствующие состояния. Для определения нейропатического характера БС существуют отдельные специализированные шкалы, такие как *Лидская шкала оценки нейропатических симптомов и знаков, опросник нейропатической боли (DN4). Шкала оценки качества боли*

(Pain Quality Assessment Scale) позволяет дифференцировать ноцицептивные и нейропатические болевые состояния.

3. Лабораторное исследование: общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма, С-реактивный белок, онкомаркеры (ПСА, АФП, ХГЧ, ЛДГ, СА-125), определение возбудителей инфекционных заболеваний (ВИЧ, герпес, хламидиоз, микоплазмоз, туберкулез и др.).

4. Инструментальную диагностику:

- МРТ, КТ и/или УЗИ (из абдоминального, трансвагинального, трансректального доступов) органов малого таза;

- рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза;

- МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника;

- рентгенологическое (ирригоскопия) или эндоскопическое (ректороманоскопия, колоноскопия, цистоскопия, гистероскопия) исследование желудочно-кишечного тракта, репродуктивной системы и мочевого пузыря, урофлоуметрия;

- остеоденситометрия, сцинтиграфия, биопсия, прямая флебография, КТ-ангиография, прямая ангиография, ЭНМГ (по показаниям);

- лапароскопия (для выявления эндометриоза, спаечных процессов, хронических воспалительных и объемных образований в малом тазу и др.).

Активный расспрос жалоб пациента позволяет уточнить: продолжительность, характер, локализацию БС; в какое время возникает БС; что провоцирует, усиливает или снижает БС; влияние статических нагрузок (стояние, сидение, ходьба, бег), дефекации, мочеиспускания или полового акта на выраженность БС; изменение интенсивности БС при вертикализации, кашле, в

ночное и утреннее время; особенности БС в предменструальный и менструальный периоды у женщин; снижение либидо[11]. Необходимо картирование БС, где пациент на картинке сам отмечает зону локализации ХТБ.

Для упрощения диагностического поиска можно условно предположить, что ХТБ, локализованная ниже линии, соединяющей ости подвздошных костей и пупок, как правило, указывает на заболевания внутренних половых органов, а выше этой линии – на поражение кишечника, почек.

БС, локализованный по средней линии живота несколько выше лонного сочленения или непосредственно за ним, в основном характерен для хронических воспалительных заболеваний и опухолей матки, значительно реже такой БС возникает при аномалиях развития матки, нераспознанных пупочных грыжах или послеоперационных грыжах белой линии живота.

БС с проекцией на нижние квадранты живота справа или слева наблюдают при функциональных или органических заболеваниях ЖКТ (неспецифические колиты, синдром раздраженной кишки, дивертикулезы и дивертикулиты, болезнь Крона, атония слепой кишки, новообразования), органов мочевой системы (гидроуретеронефроз, уретеролитиаз, хронический уретрит), а также при поражении забрюшинных лимфатических узлов (лимфосаркома, висцеральная форма лимфогранулематоза) и заболеваниях селезенки (хронический миелолейкоз).

БС с эпицентром в пояснично-крестцовой области наиболее часто связан с приобретенными заболеваниями скелета травматического, воспалительного, дегенеративного или опухолевого генеза. Несколько реже – с врожденными аномалиями его разви-

тия (незаращение дужки позвонка, спондилолиз, люмбализация, сакрализация) [53].

Основные анатомо-неврологические характеристики и дифференциально-диагностические признаки поражения нервов при СХТБ представлены в табл. 2, а при гинекологической патологии – в табл. 3.

Оценка интенсивности и наличия невропатического компонента в структуре БС проводится с помощью общепринятых шкал и опросников (ВАШ, LANSS, Pain Detect, DN4, Pain Quality Assessment Scale) [30, 31, 32]. Психологический статус оценивается по шкалам тревоги и депрессии HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale), Бека (Beck Depression Inventory), PHQ (Patient Health Questionnaire), Гамильтона (HAM-A), выраженности усталости FSS (Fatigue Severity Scale), а астении – модифицированной шкалы астении (MFI). Влияние БС на качество жизни оценивается с помощью модифицированного краткого опросника BPI-Facia (Brief Pain Inventory), МакГилла (McGill Pain Questionnaire, MPQ), Роланда – Морриса (Roland – Morris Disability Questionnaire, RDQ) [8, 29, 35]. Для оценки центральной сенситизации при ХТБ применяется The central sensitization inventory (CSI). Качество сна с ХТБ объективируется с помощью Питтсбургского опросника PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index). Субъективная оценка лечения СХТБ проводится по шкале Макнаб (Macnab), Нурик (Nurik).

Анамнестические указания на перенесенные приступы острого аппендицита могут свидетельствовать о хроническом воспалении червеобразного отростка, что обуславливает длительный БС в правой подвздошной области. Однако, правомочность такого диагноза по-прежнему признается не всеми хи-

рургами и включать это заболевание в дифференциально-диагностический ряд в числе наиболее вероятных причин ХТБ можно лишь при наличии указаний на успешное консервативное лечение аппендикулярного инфильтрата. Таким пациентам может быть рекомендована плановая аппендэктомия. Невоспалительные заболевания аппендикса, такие как миксома и карциноид, могут быть диагностированы с помощью КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием.

Облегчение БС в положении лежа с поднятыми вверх нижними конечностями является признаком варикозной болезни вен малого таза, часто наблюдается у женщин детородного возраста, сочетается с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Боль возникает после длительных статических и динамических нагрузок, усиливается во вторую фазу менструального цикла, на фоне приема контрацептивов [36]. Рентгеноконтрастная флебография служит «золотым стандартом» диагностики синдрома тазового венозного полнокровия и включает проведение илиокаваграфии, ренофлебографии, селективной овариографии и полипозиционной тазовой флебографии. Флебография как метод диагностики необходим для оценки состояния левой почечной вены; точного определения анатомии гонадных вен; выявления коллатерализации кровотока; оценки состояния подвздошных вен, визуализации и картирования пельвио-перинеального рефлюкса с указанием рефлюксных потоков внутренней подвздошной вены.

ХТБ может возникнуть после нейрохирургических, колоректальных, урологических, гинекологических оперативных вмешательств и на фоне последующего спаечного процесса [25]. Открытые и лапароскопические опера-

Таблица 2

Дифференциально-диагностические критерии поражения нервов, обуславливающих СХТБ [33, 34]

Нерв	Сегментарная иннервация	Иннервация		Клиническая картина поражения нерва
		Чувствительная	Двигательная	
Подвздошно-паховый	Th12-L1	• Лобковая область • Верхний участок внутренней поверхности бедра • Корень полового члена • Проксимальные отделы мошонки (у мужчин) /верхняя часть больших половых губ	• Нижние отделы поперечной, наружной и внутренней косых мышц живота	• БС: - локализация БС: по всей области иннервации • Провокационный тест, усиливающий БС: попытка присесть из положения лежа на спине с одновременной ротацией туловища • Двигательные расстройства: - ограничение разгибания, внутренней ротации и отведения бедра - снижение тонуса нижних отделов брюшных мышц на стороне пораженного нерва
Подвздошно-подчревный	L1-L2	• Надлобковая область • Верхняя латеральная поверхность бедра	• Нижние отделы поперечной и внутренней косой мышц живота	• БС: - локализация: по всей области иннервации или ограничена областью иннервации отдельных ветвей • Провокационные тесты, усиливающий боль: пальпация точки, располагающейся чуть выше и несколько медиальнее передней верхней подвздошной ости, а также при попытке встать из положения лежа паретичная часть нижней брюшной стенки выделяется в виде валика, брюшной рефлекс отсутствует
Бедерной-половой	L1-L3	• Внутренняя поверхность бедра • Основания мошонки (у мужчин)/больших половых губ (у женщин) • Верхняя часть бедренного треугольника • Верхняя, передняя и медиальная поверхность бедра	• Мышца, поднимающая яичко (у мужчин)	• БС: - локализация: по всей области иннервации или ограничена областью иннервации отдельных ветвей при этом боль очень интенсивная, жгучая, разрывающая, что отличает ее от всех других поражений нервов пуден-тальной группы. - БС усиливается при стоянии и ходьбе • Провокационный тест, усиливающий БС: переразгибание конечности в тазобедренном суставе, надавливание на паховую складку или внутреннее па-ховое кольцо, проба Вальсави • Угнетение/выпадение кремастерного рефлекса (у мужчин)

Нерв	Сегментарная иннервация	Иннервация		Клиническая картина поражения нерва
		Чувствительная	Двигательная	
Половой	S2-S4	• Дистальная часть анального канала • Перианальная области и промежность • Задняя поверхность мошонки (у мужчин)/большие половые губы (у женщин) • Спинка и головка полового члена (у мужчин)/клитор (у женщин)	• Наружный анальный сфинктер • Мышцы промежности • Поперечная мышца промежности	• БС: - односторонняя жгучая, «простреливающая» или упорная ноющая боль в области иннервации полового нерва - ощущение инородного тела в области анального канала или вагины - локализация БС: по всей области иннервации или ограничена областью иннервации отдельных ветвей - БС усиливается в положении сидя, уменьшается в положении стоя и исчезает в положении лёжа • Провокационные тесты, усиливающие БС: - симптом Тинеля (поколачивание/ пальпация области седалищных остей) - пассивное приближение колена к противоположному плечу - после дефекации • Нарушения функций тазовых органов: - затруднение в начале мочеиспускания - частые позывы к мочеиспусканию - БС при дефекации и после полового акта - сексуальная дисфункция • Угнетение\выпадение анального, бульбокавернозного рефлексов • Феномен апельсиновой корки

Дифференциально-диагностические критерии ХТБ в гинекологии[58]

Заболевание	Характер БС	Локализация
Идиопатическая (первичная) дисменорея	БС по типу спазмов маточного происхождения, тянущий, ноющий, имеет четкий и предсказуемый временной паттерн, возникая перед или в начале менструации (наиболее выражена в первый или второй день), длится, как правило, в течение 8-72 часов	В нижней части живота, с иррадиацией в пояснично-крестцовый отдел позвоночника и бедра
Идиопатический (первичный) болевой синдром вульвы	Генерализованный БС: боль может быть постоянной или периодической. Прикосновение или давление не инициируют БС, но могут усугубить. Очаговый БС: ощущение жжения, которое развивается только после прикосновения или давления, например, во время проникновения	Генерализованный: в разных частях вульвы Очаговый: при введении во влагалище
Идиопатический (первичный) аноректальный болевой синдром	Непрерывный (хроническая проктология), повторяющийся или эпизодический БС, ноющего либо колющего характера, продолжительностью от нескольких секунд до 30 минут без боли между эпизодами (быстрая проктология)	В анальном канале и / или прямой кишке при отсутствии доказанной инфекции или местной патологии
Варикозное расширение вен малого таза	Тянущие, ноющие, тупые, жгучие, с иррадиацией в нижние конечности. Провоцирующим фактором являются длительные статические и динамические нагрузки. Возможно усиление БС во вторую фазу менструального цикла, нарастая к вечеру, она постепенно уменьшается или полностью купируется после относительно продолжительного отдыха в горизонтальном положении	В нижних конечностях, над лоном
Миома матки	Может протекать без выраженной клинической картины, а может с БС. Типичны периодически возникающий схваткообразный БС. БС и выделения усиливаются в период менструации. После ее окончания, когда шейка матки частично закрывается, клинические симптомы ослабевают. Также БС может проявляться в виде вторичной дисменореи, ноющий БС при быстром росте, больших размерах, межсвязочном расположении опухоли, сдавлении соседних органов, дегенеративных изменениях в узле и сопутствующих воспалительных заболеваниях половых органов. При перекруте ножки субсерозного узла развивается клиническая картина острого живота	В нижней части живота, поясничной области и крестце. Узлы опухоли, сдавливающие крестцовые нервы вызывают корешковый БС – вторичный ишиас

Заболевание	Характер БС	Локализация
Эндометриоз	Разная по характеру: от тянущего до схваткообразного БС. На ранних стадиях заболевания такой БС возникает периодически, при эндометриозе 3-4 ст. она, как правило, приобретает постоянный характер. Как правило, это БС, связанный с менструальным циклом: тянущего характера внизу живота и в области поясницы в течение всего месяца, усиливающаяся накануне менструации, а также дисменорея. Диспареуния в 26-70% случаях. Дисхезия, дизурия. Ишалгии, люмбаго, радикулиты также могут быть характерны для данной патологии	При локализации глубокого инфильтрирующего эндометриоза в области позадиматочного пространства или крестцово-маточных связок больные отмечают резкий БС, иррадирующий во влагалище, прямую кишку, промежность, бедра, усиливающийся в положении сидя и при дефекации (дисхезия). Дизурия отмечается при поражении эндометриозом мочевого тракта. Ишиалгии, люмбаго, радикулиты при сдавлении крестцовых нервов
Опухолевидные образования и доброкачественные опухоли (кисты, эпителиальные опухоли, цистаденомы, фибромы, андробластомы и другие)	Как правило всегда бессимптомные. К осложнениям следует отнести перекрут «ножки» или разрыв стенки кисты или кровоизлияние в полость образования. Клинически подобные осложнения проявляются сильным БС внизу живота (картина острого живота), сопровождаемым тошнотой, рвотой.	В нижней части живота при осложнениях
Рак шейки матки	На ранних стадиях клиническая картина может быть очень скудная, позднее появляются следующие симптомы в различном сочетании: бели, БС, кровотечения. БС – это всегда поздний симптом РШМ, указывающий на вовлечение в опухолевый процесс лимфатических узлов и клетчатки таза с образованием инфильтратов, сдавливающих нервные стволы и сплетения. Боли при РШМ плохо купируются медикаментами, отличаются упорством и длительностью	В поясничной области, внизу живота, в области крестца и прямой кишки. При инфильтрации опухолью стенок таза БС могут появляться и иррадиировать в нижние конечности

ции по поводу заболеваний органов брюшной полости сопровождаются развитием хронической паховой боли в 10-12 % случаев. Их причинами могут являться повреждение нервов при осуществлении доступа, вовлечение их в рубцовый процесс, сдавление вследствие смещения или сморщивания имплантированного сетчатого протеза, рецидив грыжи. На этапе физикального

исследования следует уделить внимание осмотру паховых областей на предмет наличия паховой и бедренной грыжи, диагностика которых обычно не представляет трудностей. Наиболее опасными причинами ХТБ («красными флажками») являются осложнения беременности, острые инфекционные и сосудистые процессы и другие патологические состояния (табл. 4) [37].

Таблица 4

«Красные флажки» – признаки патологии при ХТБ

Признаки/симптомы	Вероятная причина
Дебют БС старше 55 лет и младше 10 лет	Злокачественная опухоль
Наличие в анамнезе злокачественного новообразования, беспричинное снижение веса	Метастаз, злокачественная опухоль
Пульсирующий характер БС	Аневризма или расслоение аорты
Схваткообразный характер БС	Почечная колика, перекрут яичника, спаечная кишечная непроходимость
Потеря сознания, бледность кожных покровов, гипотония, тахикардия	Кровотечение при разрыве кисты яичника, внематочная беременность
Обильные выделения из влагалища, БС и кровотечение у женщин после полового акта, в постменопаузальном возрасте	Эндометриоз, опухоль, цервицит
Напряжение мышц брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины	Перитонит, аппендицит, дивертикулит, разрыв кисты яичника, внематочная беременность и другие
Лихорадка, потливость	Инфекционные заболевания
Черный дегтеобразный стул (мелена), появление алой крови в кале (гематохезия)	Желудочно-кишечное кровотечение, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, опухоль и другие
БС при дефекации, пальпация новообразования при ректальном исследовании	Параректальный или тазовый абсцесс или опухоль
ВИЧ-инфекция, туберкулёз, употребления наркотических препаратов и иммуносупрессоров (кортикостероидов и др.) в анамнезе	Инфекционное заболевание Остеопороз с патологическими переломами костей таза/позвоночника
Неврологическая симптоматика (нарушение чувствительности в аногенитальной области, тазовые расстройства, слабость в ногах)	Опухоль спинного мозга, позвоночника

Лечение. Эффективное лечение ХТБ и СХТБ является междисциплинарной задачей [38], с необходимым персонализированным подходом и непосредственным участием пациента в те-

рапевтическом процессе. Единственным специфическим критерием в диагностике и лечении ХТБ является локализация БС. В табл. 5 приведена схема диагностики и лечения ХТБ.

Таблица 5

Схема по диагностике и лечению ХТБ

Этап	Действие
1	Уточнить в каком органе появился БС по European Association of Urology
2	При легко диагностируемом заболевании начать лечение согласно международным или национальным рекомендациям
3	При отсутствии эффекта от лечения или нетипичном течении БС провести дополнительные обследования (УЗИ, цистоскопия и т.д.)
4	Смена лечения после дополнительного обследования
5	При отсутствии эффекта от лечения или явной патологии или невозможно точно диагностировать заболевание направить пациента на лечение к специалистам по лечению БС

С учетом многофакторного характера патогенеза ХТБ и на основании результатов проведенных в данной области исследований, рекомендован комплексный лечебный подход, включающий следующие ключевые звенья: лекарственная терапия; физиотерапевтическое лечение (ФТЛ); психологическая коррекция (релаксация, биологическая обратная связь, когнитивно-поведенческая терапия); коррекция патобиомеханических нарушений таза (мануальная терапия, лечебная физкультура); ботулинотерапия; интервенционные и хирургические вмешательства.

Фармакотерапия. ХТБ проводится назначением анальгетиков: НПВП, парацетамол. Предпочтение отдает высокоселективным НПВП (целекоксиб, мелоксикам, диклофенак, эторококсиб). В выраженных БС возможно назначение опиатов (трамадол, тапентадол). При нейропатическом характере боли назначают трициклические антидепрессанты (амитриптилин), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (дулоксетин, венлафаксин), антиконвульсанты (габапентин, прега-

блин, карбамазепин, окскарбазепин), антагонисты NMDA-рецепторов. Также в фармакотерапии ХТБ применяют витамины группы В, миорелаксанты (диазепам, баклофен, тизанидин, толперизон), вазоактивные препараты, вентоники. Применяются местные анестетики (новокаин, лидокаин, бупивакаин, ропивакаин). С помощью местных анестетиков БС можно купировать: сегментарная (внутрикожное введение в зоны Захарьина-Геда), локальная (инъекции непосредственно в пораженные ткани и органы – мышцы, сухожилия и т.д.) и проводниковая (по ходу нервного ствола). При БС неврологического происхождения применяют нейротропные препараты (тиоктовая кислота, нейромидин, ацетил L-карнитин), вазоактивные (дипиридамол, пентоксифиллин, никотиновая кислота, ксантинол никотинат).

При наличии у пациента психических заболеваний, маскирующихся под соматическое страдание, при отсутствии какой-либо органической патологии, целесообразно проведение психофармакотерапии под контролем врача-психиатра, психотерапевта.

ФТЛ (лазеротерапия, электрофорез, акупунктура, иглорефлексотерапия, ударно-волновая стимуляция, чрескожная электростимуляция сакрального сплетения). Применяется при лечении СХТБ [39, 40, 41]. Лазеротерапия с применением лазера инфракрасного диапазона низкой интенсивности способствует улучшению микроциркуляции в тканях, что ускоряет обменные процессы, улучшению метаболизма и снижению отечности тканей [42, 43]. Ударно-волновая терапия из-за воздействия инфразвуковыми импульсами содействует снижению отечности ткани, мышечного напряжения и улучшению микроциркуляции. Это воздействие позволяет снизить болевую афферентацию из-за снижения мышечнотонического компонента в патогенезе БС. Фонофорез с препаратами обеспечивает глубокую точечную их доставку, что способствует быстрому противовоспалительному эффекту [19]. Бальнеологический комплекс процедур помогает достижению продуктивного эффекта у лиц с ХТБ без локального повышения температуры. В период обострения БС нужно избегать любых раздражающих и согревающих процедур.

Психотерапия. В основе лечения СХТБ лежит биопсихосоциальная концепция, которая предполагает, что индивидуальные различия в ощущении БС обусловлены взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Разъяснение пациенту природы своего заболевания в совокупности с другими формами лечения приводит к значительному снижению интенсивности и катастрофизации БС. Психотерапия включает в себя персонифицированный подход при участии самого пациента. Цель психотерапии – включение в процесс переработки болевой информации, чтобы макси-

мально нивелировать психические и социальные последствия ХТБ путем психологической десенсибилизации – уменьшение или ликвидация чувствительности к психотравмирующему воздействию (БС, страх).

Зачастую в управлении БС используют когнитивно-поведенческие методы психотерапии. Они позволяют изменить ошибочный образ мышления пациента в отношении своего субъективного ощущения и обучают навыкам преодоления переживания БС.

Физические упражнения также имеют высокий уровень доказательности при лечении многих хронических БС, в частности при лечении ХТБ: комбинированная триггерная терапия, дыхательные упражнения, релаксация, обучение методам контроля тазовых мышц (сокращения и расслабления), тренировка мочевого пузыря.

Совместно с когнитивно-поведенческой терапией должна проводиться модификация образа жизни [44], поскольку хроническое течение скелетно-мышечного БС неразрывно сопряжено с образом жизни пациента. Современный образ жизни истощает приспособительные возможности опорно-двигательного аппарата. Это требует активного участия пациента в лечебном процессе путем самостоятельного выполнения лечебных упражнений, нормализации режима труда и отдыха [11].

Ботулинотерапия. Ботулотоксин (БТ) является мощным нейротоксином, полученным из анаэробной бактерии *Clostridium botulinum*. Существует много подтипов БТ, однако наиболее часто в клинических целях используют тип А. БТ, изолируемый из *Clostridium botulinum*, обладает свойством блокировать пресинаптическое высвобождение нейромедиатора ацетилхолина в нервно-мышечном окончании. Этот ингиби-

рующий эффект позволяет использовать БТ при лечении состояний, связанных с мышечной гиперконтрактильностью [59]. Помимо блокады мотонейронов, БТ оказывает модулирующий/регулирующий эффект на чувствительные нейроны и процесс воспаления. Анальгезирующий эффект может быть обусловлен препятствием выброса нейромедиаторов, отвечающих за болевую чувствительность, и афферентной передачей нервного импульса: нейронального фактора роста (NGF), субстанции Р, кальцитонина, глутамата, АТФ. Фармакологический эффект БТ развивается в месте инъекции. Очищенный нейротоксин вводят внутримышечно. Введение БТ блокирует высвобождение ацетилхолина из пресинаптических окончаний холинергических нейронов. Конечным результатом является продолжительная химиоденервация, проявляющаяся расслаблением мышц, в которые были произведены инъекции, что позволяет уменьшить БС и создать благоприятные условия для дальнейшей реабилитации с использованием мануальных техник и лечебной физкультуры. Эффект от процедуры насту-

пает, в среднем, через 4 недели. Действие препарата продолжается в течение 3-6 месяцев, однако при условии активной и разноплановой реабилитации, положительный эффект сохраняется длительно. При недостаточном результате через 2-3 месяца процедуру можно повторять. В настоящий момент в Российской Федерации доступны следующие препараты и дозировки: Ботокс (100, 200 ЕД), Диспорт (300, 500 ЕД), Ксеомин (50, 100 ЕД).

Интервенционное лечение. В качестве метода лечения хронического БС при туннельных невропатиях тазовой области применяется блокада периферических нервов и сплетений (полового; подвздошно-пахового; подвздошно-подчревного; бедренно-полового; запирательного; верхних, средних и нижних ягодичных; заднего кожного нерва бедра; копчикового сплетения) с применением местного анестетика и глюкокортикостероида, которая выполняется под рентгенологической, ЭНМГ-, КТ- или ультразвуковой навигацией [45], радиочастотная нейроабляция (РЧНА), нейромодуляция (рис. 1 и 2).

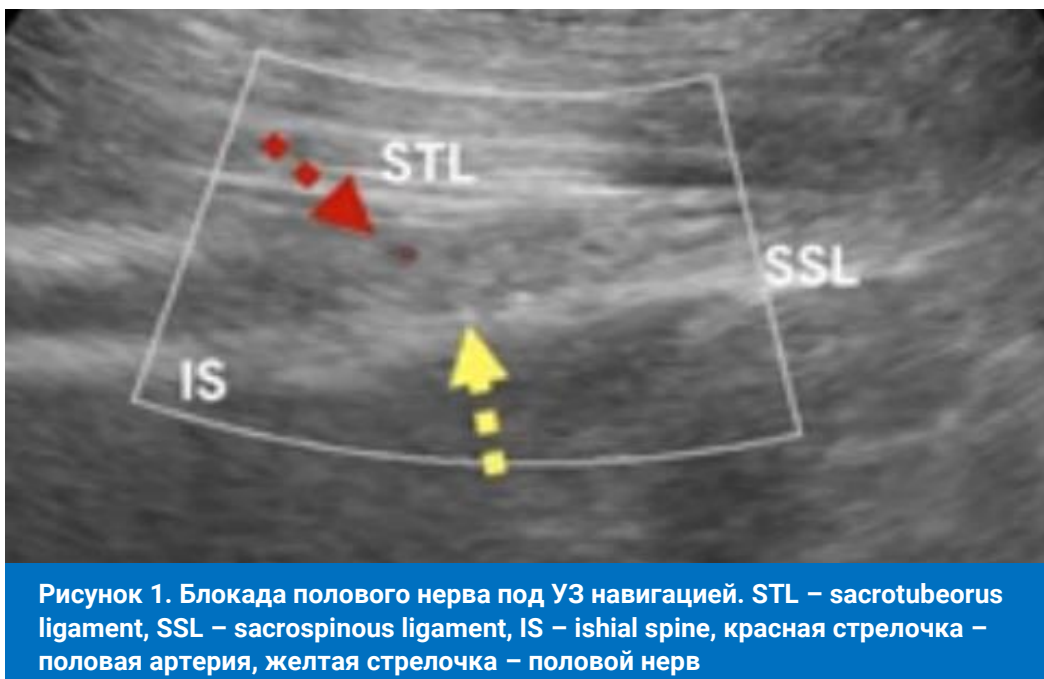




Рисунок 2. УЗИ анатомия перед блокадой подвздошно-пахового и подвздошно-подчревного нервов

Блокада семенного канатика или поясничная симпатическая блокада могут быть выполнены для лечения тестикулярных или мошоночных БС. Блокада непарного ганглия при кокцигодинии, БС промежности. Радиочастотная абляция полового нерва приводит к значительному регрессу БС и в силу наименьшей инвазивности практически не имеет послеоперационных осложнений.

Хирургическое лечение. Оперативное лечение проводится только при доказанной компрессии полового нерва, резистентной к медикаментозной терапии [46]. В современной нейрохирургической практике представлена двумя методиками, в основе которых лежит хирургическое освобождение полового нерва в местах наибольшей компрессии (рис. 3) [50]. Имеется два доступа для декомпрессии полового нерва. Трансперинеальный доступ, описанный Shafik A., предполагает рассе-

чение канала Алькока, трансгадичный доступ, предложенный Robert R. et. al. направлен на декомпрессию нерва, компримированного крестцово-остистой и крестцово-бугристой связками, путем их рассечения [51].

Также существуют доказательства эффективности нейромодуляции и декомпрессивных операций, в частности при пудендальной невралгии, однако эти методы рекомендуются в тех случаях, когда консервативная терапия и лечебные блокады не дали результата [47, 48, 49]. Механизм воздействия нейромодуляции у лиц с ХТБ до конца не изучен, но имеются доказательства ее продуктивности в отношении купирования расстройств функции тазовых органов. EAU с 2014 г. рекомендует применять нейромодуляцию как одну из опций при лечении СХТБ.

J. Martelluci et al. в 2011 г. анонсировали проспективное мультицентровое исследование нейромодуляции в

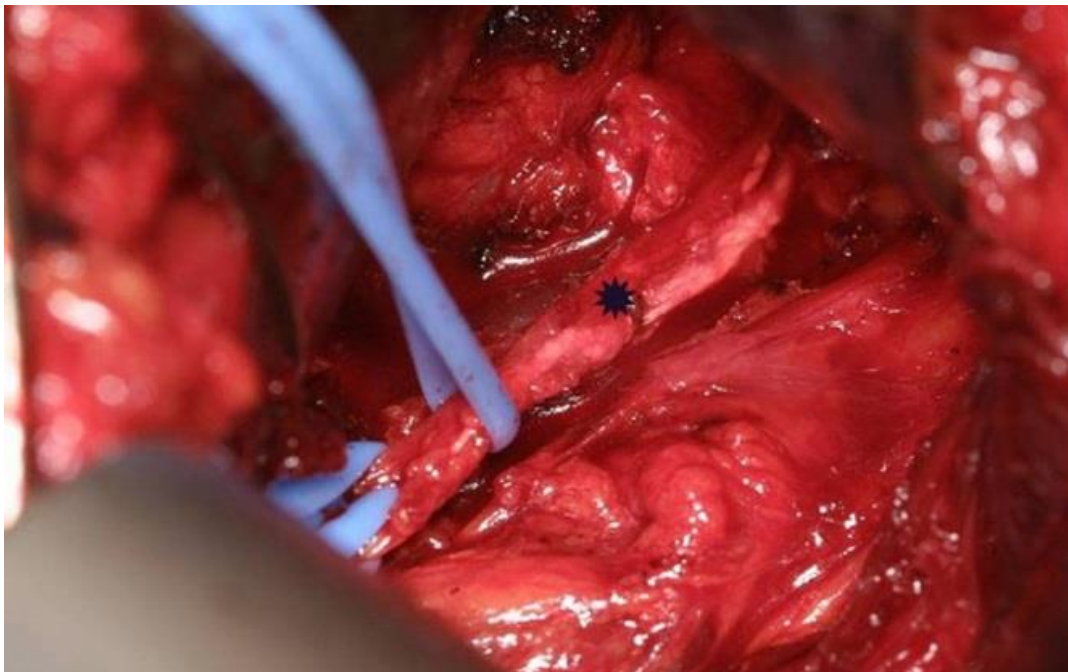


Рисунок 3. Декомпрессия полового нерва ягодичным доступом

лечении 27 лиц с ХТБ. Выраженного снижения БС на фоне удалось достичь у 16 (59 %) пациентов в течение 12 месяцев наблюдения [46]. Полушкин А.А. и соавт. в 2019 г. (НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко) проанализировали результаты лечения 32 пациентов с ХТБ. В 15 случаях использовалась стимуляция крестцовых корешков (в 8 случаях – односторонняя, в 7 – с двух сторон), у 3 пациентов электрод был установлен в области поясничного утолщения спинного мозга, у 14 пациентов применяли комбинированную нейростимуляцию. Тестовый период был положительный у 27 (84,37%) пациентов, которым затем имплантировали системы для постоянной нейромодуляции. Через 12 месяцев средний показатель по ВАШ был 3,53 балла против 8,61 балла до операции. Самыми важными результатами лечения СХТБ в отношении качества жизни были: редукция тяжести фонового БС, сниже-

ние количества приступов БС, увеличение повседневной двигательной активности, улучшение самообслуживания, социального общения, сна и сексуальной активности [8].

Показания к хирургическому лечению при синдроме тазового венозного полнокровия с СХТБ: расширение гонадных вен и рефлюкс крови по ним; феномен Мея-Тёрнера; феномен Щелкунчика; вульварный/перинеальный/ягодичный варикоз.

Эндоваскулярные методы лечения синдрома тазового венозного полнокровия включают в себя: эмболизацию и склерозирование варикозно-расширенных внутренних подвздошных вен; эмболизацию и склерозирование половых вен, гонадных вен, яичниковых вен; стентирование подвздошных вен, нижней поллой вены, почечной вены.

Организация лечения ХТБ. Координация работы по лечению ХТБ требует знаний в разных областях медицин-

ских наук: урология, гинекология, онкология, колонопроктология, хирургия, травматология-ортопедия, неврология, нейрохирургия, сердечно-сосудистая хирургия, флебология, психиатрия, мануальная терапия, физиотерапия, остеопатия и лечебная физкультура. Для лечения ХТБ необходимо создание мультидисциплинарных центров и клиник лечения БС [54, 55]. Создание специализированных центров лечения ХТБ невозможно без целенаправленного обучения персонала и применения единого протокола обследования и лечения [60]. В данные центры будут направляться на лечение пациенты с рефрактерной ХТБ, будет разрабатываться алгоритм диагностики и применяться персонализированное лечение. Необходимо создание мультидисциплинарных центров лечения ХТБ с расчетом на оказание медицинской помощи на несколько миллионов населения, что позволит развивать медицинский туризм, концентрировать данную группу пациентов и проводить научные исследования [56].

Заключение. Большой ряд этиологических факторов, недостаточная изученность патогенеза, вызывающих развитие ХТБ и СХТБ, являются причинами недостаточного эффекта от фармакотерапии и немедикаментозных методов лечения. Следовательно, диагностика и лечение ХТБ и СХТБ требуют мультидисциплинарного подхода, учитывающего биопсихосоциальную модель и персонализированный подход к пациенту. Создание междисциплинарных центров и клиник, направленных на лечение ХТБ, позволит не только успешно справляться с поставленной задачей, но и проводить масштабные всесторонние научные исследования данной патологии.

Литература

1. Корячкин, В.А., Спасова, А.П., Хиновкер, В.В., Левин, Я.И., Иванов, Д.О. Современная терминология хронической боли. // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2021. – Т. 15. – № 1. – С. 9-17.
2. Полушкин, А.А., Исагулян, Э.Д., Томский, А.А., Салюков, Р.В. Опыт применения сочетанной пудендальной и сакральной электростимуляции у пациентки с хронической тазовой болью. // Урологические ведомости. – 2019. – Т. 9. – № 3. – С. 57-64.
3. Деревянко, Х.П., Сафин, Ш.М., Вартапетян, Г.С., Гизатуллина, Э.И. Персонализированный подход и оценка алгического статуса при синдроме хронической тазовой боли. // Международный научно-исследовательский журнал. – 2021. – № 9-2 (111). – С. 24-29.
4. Москоуленко, Н.В., Безнощенко, Г.Б. Тазовая боль у женщин с сочетанными заболеваниями внутренних гениталий и мочевого пузыря: особенности клиники и принципы диагностики. // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 5 (97). – С. 71-75.
5. Барулин, А.Е., Курушина, О.В., Думцев, В.В. Современные подходы к терапии хронической тазовой боли. // РМЖ. – 2016. – Т. 24. – № 13. – С. 847-851.
6. Гус, А.И., Бачурина, С.М., Семендяев, А.А., Флоренсов, В.В., Черепанова, М.А. Лечение тазовой невралгии у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2012. – Т. 114. – № 7. – С. 35-39.
7. Ахтамова, Н.А., Закирова, Н.И., Мусинжанова, П.С., Каримова, Г.С., Хамидова, Ш.М. Синдром хронической тазовой боли – современный взгляд на проблему (обзор литературы). // Достижения науки и образования. – 2019. – № 12 (53). – С. 91-95.

8. Полушкин, А.А., Исагулян, Э.Д., Томский, А.А., Дорохов, Е.В., Салюков, Р.В. Применение хирургической нейромодуляции для лечения хронической тазовой боли. // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. – 2019. – Т. 83. – № 2. – С. 49-58.
9. Юцковский, А.Д., Курлеева, Т.Ю., Лузина, О.К. Оптимизация терапии при хронической тазовой боли у женщин с ИППП. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – № 2. – С. 55-56.
10. Malykhina, A.P. Neural mechanisms of pelvic organ cross-sensitization // *Neuroscience*. 2007. Vol. 149 (3). P. 660-672.
11. Барулин, А.Е., Курушина, О.В., Думцев, В.В. Пациент с хронической тазовой болью на приеме у невролога. // Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 3. – № 27 (364). – С. 38-41.
12. Исагулян, Э.Д., Томский, А.А., Коновалов, Н.А., Дорохов, Е.В., Зайцев, А.М. Нейромодуляция в лечении хронической неонкологической боли (из клинических рекомендаций «Хирургическое лечение хронического нейропатического болевого синдрома»). // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. – 2016. – Т. 4. – № 3 (13). – С. 74-88.
13. Юрасов, И.В., Пестрикова, Т.Ю., Юрасова, Е.А. Клинические проявления и дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний органов малого таза. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 92-95.
14. Извозчиков, С.Б., Камчатнов, П.Р., Селицкий, Г.В., Каприн, А.Д. Синдром хронической тазовой боли – современный взгляд на проблему. // Клиницист. – 2011. – Т. 5. – № 2. – С. 62-67.
15. Курлеева, Т.Ю., Юцковский, А.Д. Эффективность применения сумамеда в терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, вызванных ИППП. // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2008. – № 1 (33). – С. 22-23.
16. Пестрикова, Т.Ю., Юрасов, И.В., Юрасова, Е.А., Суханосова, Е.Л. Характеристика нозологических форм воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин, госпитализированных в гинекологические стационары. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 64.
17. Скрябин, Е.Г., Пономарева, Г.А. Патология таза у беременных женщин, страдающих сколиозом и остеохондрозом позвоночника. // Академический журнал Западной Сибири. – 2016. – Т. 12. – № 1 (62). – С. 70-71.
18. Яриков, А.В., Шпагин, М.В., Павлова, Е.А., Перльмуттер, О.А., Фраерман, А.П. Принципы организации мультидисциплинарных клиник и центров лечения боли (анализ современной литературы и собственный опыт). // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2022. – № 4. – С. 287-303.
19. Сидорович, Р.Р. Нейростимуляция крестцового сплетения в лечении пациентов с дизурическими нарушениями и синдромом хронической тазовой боли. // Медицинские новости. – 2022. – № 1 (328). – С. 25-28.
20. Юрасов, И.В., Пестрикова, Т.Ю. Воспалительные заболевания органов малого таза: современные аспекты тактики. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 130-133.
21. Оношко, В.Ф., Кириленко, Е.А., Баранова, Е.О., Голубева, В.С. Интерстициальный цистит или синдром болезненного мочевого пузыря: современный взгляд на проблему. // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2016. – Т. 1. – № 1 (107). – С. 65-69.
22. Московенко, Н.В., Кравченко, Е.Н., Безнощенко, Г.Б. Особенности сочетанных воспалительных заболеваний придатков матки и мочевого пузыря у женщин с дисплазией соединительной ткани. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 45-48.

23. Извозчиков, С.Б. Тазовая боль в практике врача-невролога. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – № 118(4). – С. :94-99. DOI: 10.17116/jnevro20181184194-99
24. Magri, V. Multimodal therapy for category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in UPOINTS phenotyped patients / V. Magri, E. Marras, A. Restelli et al. // Exp Ther Med. 2015 Mar;9(3): 658-666.
25. Зиганшин, А.М., Назмутдинова, Р.Р., Нуртдинова, И.Г., Ландо, Е.И. Хроническая тазовая боль – междисциплинарная проблема. // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 6. – С. 187.
26. Яриков, А.В., Кузнецов, С.Ф., Фраерман, А.П., Перльмуттер, О.А., Кабардаев, Р.М., Мухин, А.С., Хиновкер, В.В., Гунькин, И.В. Современные подходы к лечению онкологической боли: интервенционное лечение. // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. – 2022. – Т. 14. – № 3. – С. 57-69.
27. Газенкамф, А.А., Хиновкер, В.В., Пелипецкая, Е.Ю., Пожарицкая, Д.В. Организация лечения хронического болевого синдрома на примере Испанской системы здравоохранения. // Сибирское медицинское обозрение. – 2019. – № 3 (117). – С. 16-23.
28. Шабалов, В.А., Исагулян, Э.Д. Нейромодуляция – современные методы хирургии боли. // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2008. – № 1 (31). – С. 16-21.
29. Сафин, А.В., Бобровская, А.Н., Исагулян, Э.Д., Дуров, О.В., Ларин, А.И. Опыт применения постоянной электростимуляции сакрального сплетения для купирования у женщины нейрогенной хронической тазовой боли. // Клиническая практика. – 2013. – № 1 (13). – С. 31-36.
30. Хиновкер, В.В., Юшкова, В.В., Федоров, Д.А. Демографические характеристики пациентов центра лечения боли. // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2019. – Т. 13. – № 4. – С. 10-16.
31. Исагулян, Э.Д., Шабалов, В.А. Хирургическое лечение нейропатических болевых синдромов. Часть 1 // Нейрохирургия. – 2009. – № 2. – С. 5-12.
32. Парсамян, Р.Р., Салина, Е.А. Нейромодуляция n.tibialis при хронической тазовой боли в составе комплексной терапии. // Российский журнал боли. – 2019. – Т. 17. – № S1. – С. 129.
33. Чагава, Д.А., Древаль, О.Н., Ким, В.Э. Наш опыт использования пульс радиочастотной абляции в лечении невралгии полового нерва. // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. – 2020. – Т. 12. – № 1. – С. 44-47.
34. Сергиенко, Д.А., Карпова, М.И., Крочек, И.В., Баринев, А.Н. Синдром хронической тазовой боли. Междисциплинарное взаимодействие невролога и колопроктолога. //Opinion Leader. – 2020. – № 12 (41). – С. 34-43.
35. Хиновкер, В.В., Хиновкер, Е.В., Корячкин, В.А. Диагностика и лечение хронической боли в Сибири. // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2022. – Т. 16. – № 2. – С. 161-166.
36. Шуликовская, И.В. Варикозное расширение вен малого таза у женщин. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники и диагностики заболевания (обзор литературы) // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – №4-2 (80). – С. 353-356.
37. Vleeming, A, Albert, HB, Ostgaard, HC, Stur-esson, B, Stuge, B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. Eur Spine J. 2008 Jun;17(6):794-819.
38. Дунц, П.В., Пак, О.И., Елицкий, А.С., Горбаренко, Р.С. Опыт применения хронической эпидуральной стимуляции спинного мозга. // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2012. – № 3 (49). – С. 88-91.
39. Суфианов, А.А., Шапкин, А.Г. Сакральная электростимуляция у пациентов с хроническими тазовыми болями и нарушениями функции тазовых органов. В книге: Конгресс «Человек и лекарство. УРАЛ – 2019». Сборник материалов (тезисы докладов). 2019. – С. 88.

40. Полушкин, А.А., Исагулян, Э.Д., Томский, А.А. Применение хирургической нейромодуляции для лечения хронической тазовой боли. В книге: IX Всероссийский съезд нейрохирургов. Сборник тезисов. – М., 2021. – С. 275-276.
41. Яриков, А.В., Шпагин, М.В., Смирнов, И.И., Соснин, А.Г., Павлинов, С.Е., Липатов, К.С., Отдельнов, Л.А., Перльмуттер, О.А., Фраерман, А.П., Мухин, А.С., Пардаев, С.Н. Принципы организации противоболевой помощи. // Врач. – 2021. – Т. 32. – № 2. – С. 22-26.
42. Московенко, Н.В., Безнощенко, Г.Б. Комплексная терапия тазовой боли у женщин с сочетанными заболеваниями органов малого таза: экономическая оценка эффективности. // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 5 (97). – С. 76-81.
43. Московенко, Н.В. Факторы физического воздействия и лечебная физическая культура в комплексном лечении сочетанных заболеваний органов малого таза у женщин. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С. 71-73.
44. Московенко, Н.В., Кравченко, Е.Н. Психоэмоциональное состояние и качество жизни женщин, страдающих сочетанными заболеваниями органов малого таза. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 58-61.
45. Симонян, А.С., Тюрников, В.М., Гуша, А.О. Сакральная нейромодуляция (SNS) в лечении нарушений функций тазовых органов и тазовой боли. // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. – 2021. – Т. 13. – № S1. – С. 92-93.
46. Martellucci, J, Naldini, G, Carriero, A. Sacral nerve modulation in the treatment of chronic pelvic pain. Int J Colorectal Dis. 2012;27(7):921-926. DOI: 10.1007/s00384-011-1394-2
47. Суфианов, А.А., Шапкин, А.Г., Суфианова, Г.З. Возможности электростимуляции крестцового сплетения при лечении пациентов с нарушениями функции тазовых органов и болевым синдромом. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20. – № S1. С. 82.
48. Полушкин, А.А., Томский, А.А., Исагулян, Э.Д., Коновалов, А.Н., Макашова, Е.С. Хирургическая нейромодуляция в комплексном лечении хронической тазовой боли. // Российский журнал боли. – 2017. – № 1 (52). – С. 102-103.
49. Кузьменкова, Л.Н., Древаль, О.Н., Чагава, Д.А., Кузнецов, А.В., Чехонацкий, В.А., Мухина, О.В., Разин, М.А. Хроническая тазовая боль: анатомо-неврологические аспекты (обзор литературы). // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. – 2022. – Т. 14. – № 3. – С. 146-154.
50. Кузьменкова, Л.Н., Чагава, Д.А., Древаль, О.Н., Чехонацкий, В.А., Кузнецов, А.В., Чехонацкий, А.А., Мухина, О.В., Сиднева, Л.А. Современные принципы хирургического лечения нейропатии полового нерва (обзор). // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2022. – Т. 18. – № 4. – С. 557-561.
51. Кузнецов, А.В., Древаль, О.Н., Чехонацкий, В.А., Сиднева, Л.А. Проблема выбора оптимального хирургического метода лечения при нейропатии полового нерва: обзор литературы. // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. – 2023. – Т. 15. – № S1. – С. 190.
52. Яриков, А.В., Перльмуттер, О.А., Соснин, А.Г., Леонов, В.А., Фраерман, А.П., Мухин, А.С., Пардаев, С.Н. Кокцигодия: этиология, диагностика и лечение. // Врач. – 2021. – Т. 32, – №1. – С. 18-22.
53. Яриков, А.В., Шпагин, М.В., Перльмуттер, О.А., Фраерман, А.П., Соснин, А.Г., Симонов, А.Е., Котельников, А.О., Гарипов, И.И., Мухин, А.С., Тарасов, И.А., Павлинов, С.Е., Смирнов, И.И. Современные подходы к диагностике и лечению кокцигодии. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2022. – Т. 15, – № 3 (145). – С. 223-236.

54. Яриков, А.В., Игнатъева, О.И. Стационар кратковременного пребывания – акцент на клинику хирургии позвоночника и лечения боли. // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2024. – Т. 26, – №7. – С. 6-13.
55. Яриков, А.В., Перльмуттер, О.А., Фраерман, А.П., Цыбусов, С.Н., Волков, И.В., Романов, С.В., Абаева, О.П., Павлова, Е.А., Соснин, А.Г. Принципы организации мультидисциплинарных клиник и центров лечения боли (обзор литературы и собственный опыт). // Бюллетень науки и практики. – 2024. – Т. 10. – №6. – С. 208-218.
56. Дьяченко, В.Г., Дьяченко, С.В. Состояние региональной медицины и перспективы развития медицинского туризма в Дальневосточном федеральном округе. // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2020. – № 2 (39). – С. 3.
57. Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» (утв. Минздравом России).
58. Унанян, А. Л., Сидорова, И. С., Чушков, Ю. И., Никонец, А. Д., Бабури, Д. В. Современные представления об этиопатогенезе, клинике и терапии дисменореи. // Научный журнал «Медицинский совет». – 2017. – №2. – С. 112-115
59. Касян, Г.Р., Куприянов, Ю.А., Лысачев, Д.А., Садченко, А.В. Ботулинотерапия в урологии: методические рекомендации. 2020. – С.10-11.
60. Филяева, А.С., Яриков, А.В., Перльмуттер, О.А., Фраерман, А.П., Волков, И.В., Романов, С.В., Абаева, О.П. Хроническая тазовая боль: современные подходы к диагностике, лечению и маршрутизации пациентов. // Врач. – 2024. – Т. 35, – №12. – С. 27-33.

© Щелокова Е.А., Яриков А.В., Игнатъева О.И., Павлинов С.Е., Перльмуттер О.А., Фраерман А.П., Отдельнов Л.А., Бутримова С.В., Волков И.В., Цыбусов С.Н., 2025

Информация об авторах

Щелокова Елизавета Александровна – невролог ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА 1, e-mail: virus-e99@yandex.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0657-4535>

Яриков Антон Викторович – кандидат медицинских наук, нейрохирург/травматолог-ортопед ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА и ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39; ассистент кафедры хирургических болезней ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского» Россия, SPIN-код: 8151-2292, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4437-4480>

Игнатъева Ольга Ивановна – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, г. Саранск, ORCID ID: 0000-0002-4058-291X.

Павлинов Сергей Евгеньевич – нейрохирург ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр» ФМБА России, SPIN-код: 9459-9177, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1526-9435>

Перльмуттер Ольга Александровна – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, нейрохирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»; SPIN-код: 1243-9601, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7934-1437>

Фраерман Александр Петрович – доктор медицинских наук, профессор. Заслуженный деятель науки РФ. Нейрохирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39», SPIN-код: 2974-3349, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3486-6124>

Отдельнов Леонид Александрович – доцент, кандидат медицинских наук, хирург ФГБУ «Дальневосточный окружной медицинский центр» ФМБА России, <https://orcid.org/0000-0003-4446-2082>.

Бутримова Светлана Викторовна – нейрохирург ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России г. Нижний Новгород, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-7877-4789>

Волков Иван Викторович – д.м.н., нейрохирург Клиническая больница «РЖД-Медицина»; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0475-4830>

Цыбусов Сергей Николаевич – д.м.н., профессор, руководитель медицинского факультета ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н.И. Лобачевского», SPIN-код: 1774-4646, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-7899-9896>

CHRONIC PELVIC PAIN AS AN INTERDISCIPLINARY PROBLEM: ETIOLOGY, PATHOGENESIS, CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS AND TREATMENT

**Shchelokova E.A., Yarikov A.V., Ignatieva O.I., Pavlinov S.E., Perlmutter O.A.,
Fraerman A.P., Otdelnov L.A., Butrimova S.V., Volkov I.V., Tsybusov S.N.**

Resume. Chronic pelvic pain syndrome is an urgent problem for doctors of various specialties. One of the main difficulties in the diagnosis and treatment of this pain syndrome is the lack of an anatomical substrate of pain in about half of patients suffering from chronic pelvic pain, which is why they undergo multiple diagnostic studies / surgical interventions that not only do not reveal any pathology of internal organs, but also often themselves they increase the intensity and prevalence of the existing pain syndrome.

The object and methods of research. The analysis of modern aspects of epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical picture and instrumental methods of examination of chronic pelvic pain according to the publications of 2005-2024 domestic and foreign literature.

Conclusion. The analysis of modern scientific literature demonstrates the development of research in the field of chronic pelvic pain. It vividly complements modern textbooks on algology.

Key words: chronic pelvic pain, algology, pudendal neuropathy, chronic pelvic pain syndrome, UPOINTS, pain treatment center

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – НЕВРОЛОГИЯ; ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

УДК 616.831.7

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАМПТОКОРМИИ И СИМПТОМА
«ПИЗАНСКОЙ БАШНИ» ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНАСмертина Л.П.^{1,2}, Кабанов А.А.²¹Медицинский институт БУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Россия²БУ «Сургутская окружная клиническая больница» г. Сургут Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Россия

Смертина Л.П.

Введение. При болезни Паркинсона имеются симптомы заболевания, особо резистентные к проводимой терапии. К ним относятся постуральные нарушения. Распространенность постуральных аномалий увеличивается по мере прогрессирования болезни Паркинсона. Камптокормия и «пизанский» синдром являются наиболее частыми причинами значительной постуральной нестабильности и повышают риск падений, длительной прикованности к постели и смерти.

Эффективность современных методов лечения постуральных нарушений при болезни Паркинсона довольно ограничена, поскольку их патогенетический

механизм остается неясным, и в него вовлечены как центральные, так и периферические факторы. На сегодняшний день нет единых рекомендаций по лечению камптокормии при болезни Паркинсона. Противопаркинсоническая терапия (препараты леводопы, агонисты дофаминовых рецепторов, амантадины), уменьшая основные проявления болезни Паркинсона – ригидность, тремор, брадикинезию – редко оказывает положительное влияние на степень выраженности камптокормии.

Цель представленного клинического материала – оценка эффективности применения ботулотоксина у пациентки с болезнью Паркинсона (клинический случай).

Материал и методы. Представлен клинический случай пациентки с болезнью Паркинсона, проходившей лечение в БУ «Сургутская окружная клиническая больница».

В клиническом случае оценивались: двигательные нарушения в динамике, приведен протокол введения лекарственного препарата Ботулинический токсин типа А-гемагглютинин комплекс (Диспорт) в мышцы-мишени посредством компьютерно-томографической и ультразвуковой навигации.

Результаты. Применение ботулинотерапии оказалось эффективным методом лечения постуральной аномалии в приведенном клиническом случае.

Выводы. Результаты ботулинотерапии камптокормии трудно предсказуемы. Разные факторы могут влиять на эффективность лечения – от оценки постуральных нарушений до правильности выбора мышц-мишеней, доз препарата, точности введения и соблюдения пациентом всех врачебных рекомендаций. По нашему мнению, ботулинотерапия камптокормии дает шансы пациенту на улучшение двигательной активности, так что этот метод нужно индивидуально пробовать в комплексном лечении болезни Паркинсона.

Ключевые слова: камптокормия, ботулинотерапия, компьютерная навигация, ультразвуковая навигация, болезнь Паркинсона

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Смертина Л.П., Кабанов А.А. Клинический случай камптокормии и симптома «Пизанской башни» при болезни Паркинсона // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2025. № 2. С. 38-46.

Введение

Среди симптомов болезни Паркинсона есть особенно резистентные к лечению. К ним относятся постуральные нарушения, иначе – нарушения позы. Они представлены такими симптомами, как антероколлиз (синдром «свисающей головы»), наклон туловища в сторону (синдром «Пизанской башни») и камптокормия (синдром «согнутой спины»). Термин «камптокормия» впервые ввел в медицинскую литературу В. Brodie в 1837 г. Это название произошло от греческих слов «согнуть» и «ствол» [1]. Наклон может возникать в поясничном и/или грудном отделе позвоночника. Распространенность постуральных аномалий увеличивается по мере прогрессирования болезни Паркинсона. Камптокормия и «пизанский» синдром являются наиболее частыми причинами значительной постуральной нестабильности и повышают риск падений, длительной прикованности к постели и смерти [2,3].

Сообщаемая распространенность постуральных аномалий у пациентов с болезнью Паркинсона варьируется в разных диапазонах, при этом частота камптокормии составляет от 4,1% до 17,7%, а частота всех постуральных нарушений – от 1,9% до 12,2% [4,5]. Эффективность современных методов лечения постуральных нарушений при болезни Паркинсона довольно ограниче-

на, поскольку их патогенетический механизм остается неясным, и в него вовлечены как центральные, так и периферические факторы. Основные центральные гипотезы включают дисбаланс связанных нейротрансмиттеров и повреждение базальных ганглиев, проприоцептивную дисфункцию и вестибулярную дисфункцию [6-8]. На сегодняшний день нет единых рекомендаций по лечению камптокормии при БП. Противопаркинсоническая терапия (препараты леводопы, агонисты дофаминовых рецепторов, амантадины), уменьшая основные проявления болезни Паркинсона – ригидность, тремор, брадикинезию – редко оказывает положительное влияние на степень выраженности камптокормии. Более того, в литературе имеются отдельные данные о связи между назначением противопаркинсонических препаратов и возникновением камптокормии. Так, R. Ashour and J. Jankovic в своей работе выявили достоверно более частое развитие камптокормии у пациентов, получавших препараты леводопы [9]. Имеются наблюдения о положительном влиянии применения ортопедических пособий – ношения корсетов, заплечных рюкзаков [10]. В литературе встречаются отдельные данные успешного применения стимуляции спинного мозга – spinal cord stimulation (SCS) – для лечения нарушений позы и купирова-

ния болевого синдрома у пациентов с БП [11]. В последние годы появляются публикации о применении ботулотоксина для курации этого состояния. В разное время предлагались различные схемы. Так, Joseph Jankovic et al. отмечали положительный эффект после введения ботулотоксина в прямую мышцу живота [12]. Г. Райхель основной мышцей-мишенью предлагал косые мышцы живота [13]; есть работы, описывающие введение ботулотоксина в подвздошно-поясничную мышцу [14]. Были испробованы различные схемы [15], перспективным оказалось введение ботулотоксина в глубокие мышцы спины и косые мышцы живота, с последующей физической реабилитацией пациентов.

Материал и методы

Представлен клинический случай пациентки с болезнью Паркинсона, проходившей лечение в БУ «Сургутская окружная клиническая больница». В клиническом случае оценивались: двигательные нарушения в динамике, представлен протокол введения лекарственного препарата Ботулинический токсин типа А-гемагглютинин комплекс (Диспорт) в мышцы-мишени посредством компьютерно-томографической и ультразвуковой навигации.

Результаты

Клинический случай. Пациентка А., 1954 года рождения, была госпитализирована в отделение неврологии в плановом порядке с жалобами на боли в спине, сгибание туловища с наклоном вправо, скованность, неустойчивость при ходьбе. Пациентка страдает болезнью Паркинсона в течение пяти лет. Сгибание туловища с одновременным наклоном вправо отмечается на протя-

жении последних двух лет. Пациентка регулярно принимает противопаркинсонические лекарственные препараты – Прамипексол пролонгированного действия (3 мг) ежедневно и препарат Леводопы/Карбидопы 250/25 мг по половине таблетки три раза в день с равными промежутками. Пациентка наблюдается в Центре экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии БУ «Сургутская окружная клиническая больница». Совместно с врачами стационара – неврологом-паркинсологом и рентгенхирургом – было принято решение о необходимости коррекции поструральных нарушений с применением инъекций препарата ботулотоксина. Постуральные нарушения были определены как камптокормия со сгибанием туловища на 25 градусов и наклон туловища вправо (синдром Пизанской башни) на 15 градусов. В операционной рентгенхирургии была проведена первая процедура ботулинотерапии с введением препарата ботулотоксина в мышцы, обеспечивающие сгибание туловища – подвздошно-поясничные с двух сторон, с контролем точности введения с помощью компьютерной томографии – по 500 ЕД лекарственного препарата Ботулинический токсин типа А-гемагглютинин комплекс (Диспорт) в каждую мышцу. Терапия была дополнена введением препарата ботулотоксина в мышцы, ответственные за наклон туловища вправо – прямую мышцу живота, косую мышцу живота и мышцу, выпрямляющую позвоночник. Суммарная доза Ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекс – 450 ЕД. Введение проводилось под ультразвуковым контролем. Через шесть недель пациентка дистанционно сообщила, что отмечает улучшение от проведенного лечения в виде уменьшения сгибания и

наклона туловища, однако представленные пациенткой фотографии, не продемонстрировали существенного улучшения. Одной из причин того, что эффект был незначительным, могло быть допущенное нарушение рекомендаций о необходимости избегать тепловых процедур на протяжении не менее 24 часов после ботулинотерапии. Разочарование от неопределенности результата лечения было большим, однако врачами принято решение провести повторную процедуру и оценить ее эффективность при исключении всех факторов, снижающих активность ботулотоксина. Повторная процедура ботулинотерапии была запланирована через 4 месяца после первой. Пациентка поступила в плановом порядке в отделение неврологии. При госпитализации в неврологическом статусе отмечались сохранность когнитивных функций, замедление темпа речи, тихий голос. Из других симптомов отмечены гипомимия, повышение мышечного тонуса по типу «зубчатого колеса» в левой руке, в дистальных и проксимальных отделах, а также в левой стопе. В левой кисти и левой стопе отмечается гипокинезия. В левой руке замечен тремор покоя и поструральный тремор. При ходьбе у пациентки замечен ахейрокинез слева и шарканье левой стопы. В вертикальном положении отмечалось сгибание туловища на 33 градуса и наклон туловища вправо на 4 градуса. При ходьбе сгибание туловища усиливалось. В горизонтальном положении сгибания не было. С рентгенхирургом была обсуждена предстоящая процедура лечения, разъяснена повторно пациентке, получено ее согласие на этот вид лечения, как и в предыдущий раз. Под плоскодетекторной компьютерно-томографической навигацией (ПДКТ



Рис. 1. Рабочий момент в рентгенхирургии, разметка точек введения препарата

навигацией) была выполнена разметка мест инъекций на уровне промежутка между L3 и L4 позвонками по паравerteбральным линиям (рисунок 1). Выполнена антисептическая обработка. По проецированным линиям в пояснично-подвздошные мышцы проведены две иглы для люмбальной пункции 22G. Выполнено контрольное ПДКТ-сканирование для верификации правильности установки игл – подтверждено, что кончики игл находятся в центральной части брюшек подвздошно-поясничных мышц. Через просветы игл введен Ботулинический токсин гемагглютинин А комплекс по 500 ЕД в каждую мышцу. При контрольном сканировании получено подтверждение нахождения препарата в мышцах (рисунок 2). Иглы удалены. Введение

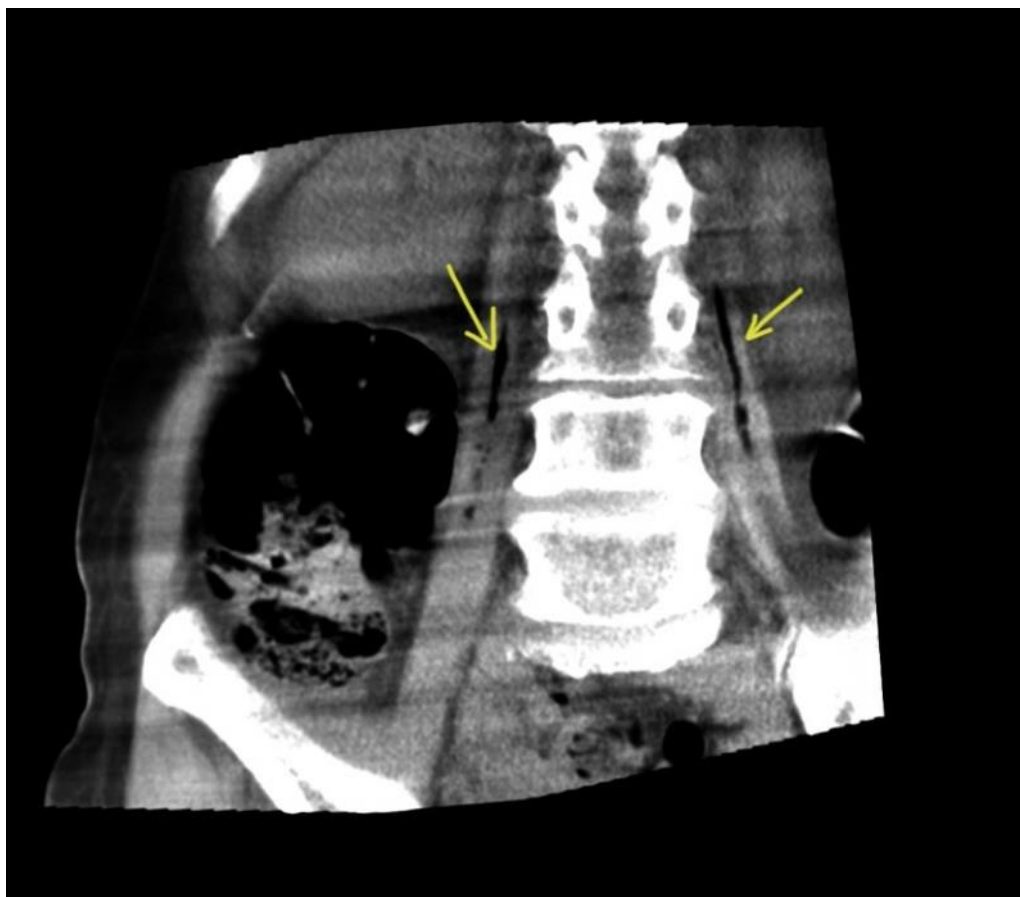


Рис.2. Контроль нахождения препарата в подвздошно-поясничных мышцах, наличие препарата обозначено стрелками

препарата в мышцы, наклоняющие позвоночник, не проводилось, поскольку наклон туловища был незначительным. Пациентка была выписана на следующий день после процедуры в удовлетворительном состоянии и при хорошем самочувствии. При выписке были даны рекомендации продолжить наблюдение у врача паркинсолога в Центре экстрапирамидной патологии и ботулинотерапии БУ «Сургутская окружная клиническая больница», оценить эффект от процедуры с использованием измерения сгибания и наклона туловища в градусах. При наличии эффекта рекомендовано процедуру повторить через несколько месяцев – в зависимости от продолжительности эффекта. Пациентке было рекомендовано

продолжить прием противопаркинсонических препаратов и заниматься лечебной физкультурой с целью укрепления мышц-разгибателей позвоночника. Комплекс упражнений был предоставлен. Через 4 недели после проведения ботулинотерапии нами получено подтверждение эффективности лечения в виде фотографий пациентки, засвидетельствовавших уменьшение постуральных нарушений. С позволения пациентки мы предоставляем эти фотографии в настоящей статье (рисунки 3 и 4).

Обсуждение

У пациентки при относительно недолгом течении болезни Паркинсона отмечалась существенная камптокормия и умеренно выраженная симпто-

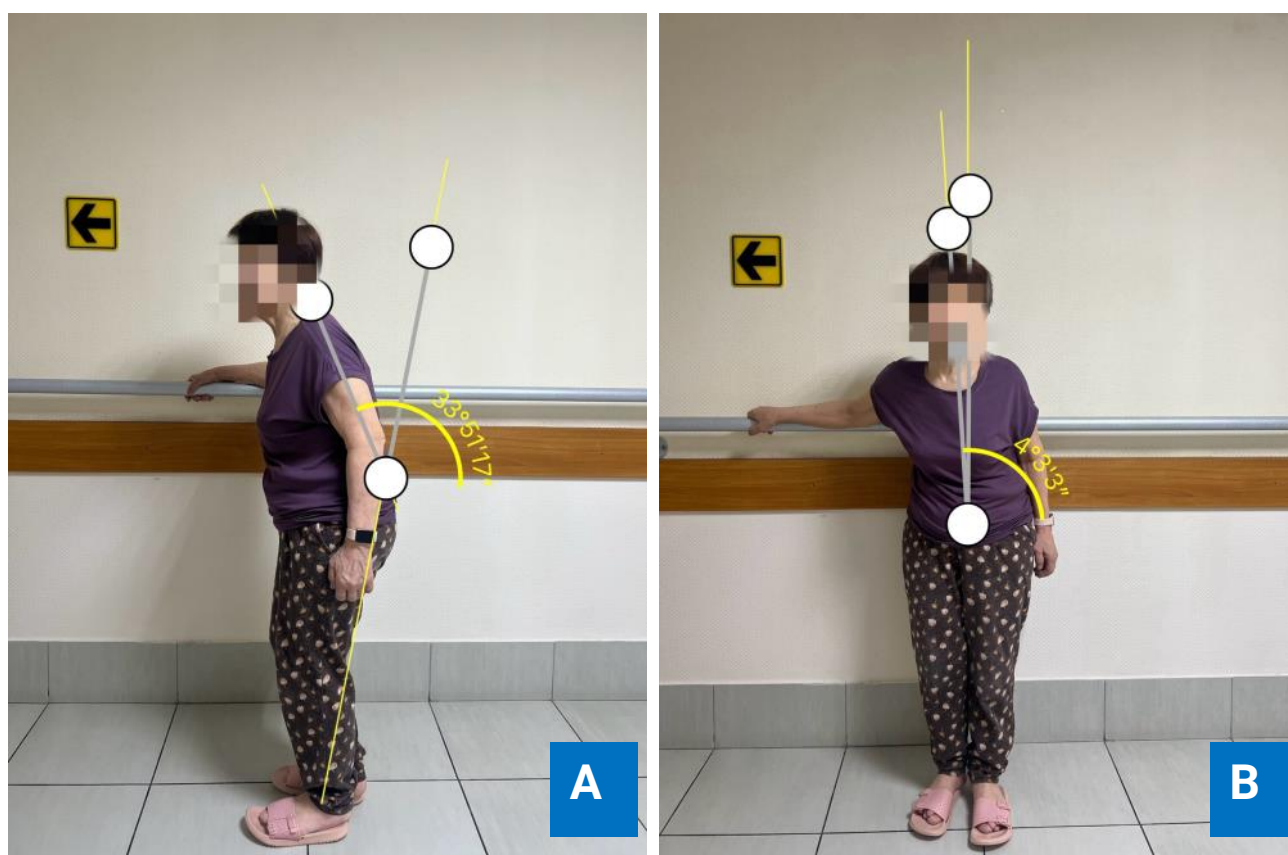


Рис. 3 (А и В) - Постуральные нарушения до проведения ботулинотерапии: камптокормия и наклон туловища



Рис. 4 (А и В). Результаты проведенной терапии

матика «синдрома Пизанской башни». Симптомы возникли на протяжении двух лет на фоне лечения противопаркинсоническими препаратами – агонистом дофаминовых рецепторов и препаратом Леводопы. Нельзя исключить связь возникновения постуральных нарушений с проводимой терапией, так же как и нельзя подтвердить ее. Целесообразность продолжения медикаментозной терапии противопаркинсоническими препаратами не оспаривается. К лечению постуральных нарушений требовался иной подход; методом выбора в данном случае стала ботулинотерапия. Первая процедура ботулинотерапии завершилась констатацией сомнительной и неполной эффективности от проведенного лечения, поскольку больная отмечала улучшение по своим ощущениям, но объективности улучшения зафиксировано не было. Допущенное нарушение режима – применение тепловой процедуры – возможно, внесло свой вклад в результат лечения. У пациентки отмечено усиление сгибания туловища при уменьшении степени наклона. Уменьшение проявлений «синдрома Пизанской башни» представляется малообъяснимым. Опыт предыдущих манипуляций с введением препаратов ботулотоксина в подвздошно-поясничные мышцы при камптокормии показал нам, что только третья часть пациентов объективно демонстрируют улучшение. С осторожностью мы можем предполагать, что положительный результат можно ожидать, если постуральные нарушения возникли относительно недавно и нет явного вертеброгенного компонента сгибания и (или) наклона туловища, однако и эти обстоятельства не гарантируют существенного эффекта. Ранее, после первой ботулинотерпии с компьютерной навигацией, давшей негатив-

ный результат, прибегли к повторному введению препарата через допустимый срок с использованием другой схемы лечения – использовали большую дозу, вводили препарат в две точки в подвздошно-поясничные мышцы. Опыт, полученный нами, показал, что если первая процедура, выполненная с соблюдением инструкции по применению, не привела к субъективным и объективным улучшениям, то повторное введение также оказывалось неэффективным. В описываемом случае у пациентки сохранялись шансы на положительный результат. Проанализировав все обстоятельства, мы приняли решение провести лечение повторно. Результат оказался положительным и не вызывал сомнений. Поскольку эффект от ботулинотерапии временный и определяется скоростью восстановления функции холинорецепторов, то требуются повторные введения препарата и поддержание достигнутого эффекта двигательной реабилитацией и другими мероприятиями, в частности, ношением заплечного рюкзака с индивидуально подобранным весом. Пациентке при выписке из стационара было рекомендованы реабилитационные мероприятия, наблюдение у невролога – паркинсолога, а также льготное обеспечение препаратом ботулотоксина. В БУ «Сургутская окружная клиническая больница» создано эффективное взаимодействие амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи пациентам с болезнью Паркинсона, в том числе с постуральными нарушениями.

Выводы

Результаты ботулинотерапии камптокормии трудно предсказуемы. Разные факторы могут влиять на эффективность лечения – от оценки по-

стуальных нарушений до правильности выбора мышц-мишеней, доз препарата, точности введения и соблюдения пациентом всех врачебных рекомендаций. По нашему мнению, ботулинотерапия камптокормии дает шансы пациенту на улучшение двигательной активности, так что этот метод нужно индивидуально пробовать в комплексном лечении болезни Паркинсона.

Литература

1. Doherty, K.M., P van de Warrenburg, B., Peralta, M.C., Silveira-Moriyama, L., Azulay, Jean-Philippe, Gershanik, O.S., Bloem, B.R. Postural deformities in Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2011; 10(6): 538-549.
2. Doherty, K.M., van de Warrenburg, B.P, Peralta, M.C., Silveira-Moriyama, L., Azulay, J.P., Gershanik, O.S., et al.. Postural deformities in Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2011; (10): 538-549.
3. Srivanitchapoom, P, Hallett, M. Camptocormia in Parkinson's disease: definition, epidemiology, pathogenesis and treatment modalities. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2016; (87): 75-85.
4. Barone, P, Santangelo, G, Amboni, M, Pellecchia, MT, Vitale, C.. Pisa syndrome in Parkinson's disease and parkinsonism: clinical features, pathophysiology, and treatment. *Lancet Neurology.* 2016; (15): 1063-1074.
5. Vorovenci, R.J., Biundo, R., Antonini, A. Therapy-resistant symptoms in Parkinson's disease. *Journal Neural Transm (Vienna).* 2016; (123): 19-30.
6. Bonneville, F., Bloch, F., Kurys, E., du Montcel, S.T., Welter, M.L., Bonnet, A.M., et al.. Camptocormia and Parkinson's disease: MR imaging. *Eur Radiol.* 2008; (18): 1710-1719.
7. Frazzitta, G., Balbi, P., Gotti, F., Maestri, R., Sabetta, A., Caremani, .L, Gobbi, L., Capobianco, M., Rossana, B., Giladi, N., Ferrazzoli, D. Pisa Syndrome in Parkinson's Disease: Electromyographic Aspects and Implications for Rehabilitation. *Parkinsons Disease.* 2015; 1(23): 1-6.
8. Yao, M.S., Zhou, L.C., Tan, Y.Y., Jiang, H., Chen, Z.C., Zhu, L., Luo, N.D., Wu, Q.Z., Kang, W.Y., Liu, J Gait Characteristics and Brain Activity in Parkinson's Disease with Concomitant Postural Abnormalities. *Aging and Disease.* 2020; 11(4): 791.
9. Ashour, R., Jankovic, J. Joint and skeletal deformities in Parkinson`s disease, multiple system atrophy and progressive supranuclear palsy. *Mov. Disorders.* 2006; 21(11): 1856-1863.
10. Takashi, Agari, Isao, Date. Spinal Cord Stimulation for the Treatment of Abnormal Posture and Gait Disorder in Patients With Parkinson`s Disease. *Neurol Med Chir.* 2012; (52): 470-474.
11. Azher, S.N., Jankovic, J. Camptocormia: pathogenesis, classification and response to therapy. *Neurology.* 2005; (65): 355-359.
12. Reichel, G., Kirchhofer, U., Stenner, A. Camptocormia-segmental dystonia. Proposal of a new definition for an old disease. *Nervenarzt.* 2001; (72) 281-285.
13. Salvatori, F.M. Injection of the iliopsoas muscle with botulinum toxin in camptocormia. *Mov. Disord.* 2009; (24)316.
14. Коваленко, А.П. Использование ботулинотерапии для лечения камптокормии у больных с болезнью Паркинсона (клинический случай). Болезнь Паркинсона и расстройства движения. Руководство для врачей. / По мат. III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движения (с международным участием) [Под ред. проф. С.Н. Иллариошкина и проф. О.С. Левина]. – М., 21-24 сентября 2014 г. – С. 198-200.
15. Смертина, Л.П., Кабанов, А.А. Эффективность ботулинотерапии постуральных нарушений при болезни Паркинсона. // Вестник СурГУ. Медицина. – 2022. – № 3. – С. 83-87.

© Смертина Л.П., Кабанов А.А., 2025

Информация об авторах

Смертина Любовь Порфирьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры кардиологии Медицинского института, БУ ВО «Сургутский государственный университет», врач – невролог, г. Сургут,; e-mail: Smertina@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0318-3960>

Кабанов Алексей Александрович,

врач-рентгенолог БУ «Сургутская окружная клиническая больница»; г. Сургут, <https://orcid.org/0000-0002-8242-1073>

A CLINICAL CASE OF CAMPTOCORMIA AND THE "LEANING TOWER OF PISA" SYMPTOM IN PARKINSON'S DISEASE

Smertina L.P., Kabanov A.A.

Introduction. In Parkinson's disease, there are symptoms of the disease that are particularly resistant to therapy. These include postural disorders. The prevalence of postural abnormalities increases as Parkinson's disease progresses. Camptocormia and Pisa syndrome are the most common causes of significant postural instability and increase the risk of falls, prolonged bedriddenness, and death. The effectiveness of modern methods of treating postural disorders in Parkinson's disease is rather limited, since their pathogenetic mechanism remains unclear, and both central and peripheral factors are involved in it. To date, there are no uniform recommendations for the treatment of camptocormia in Parkinson's disease. Antiparkinsonian therapy (levodopa drugs, dopamine receptor agonists, amantadines), reducing the main manifestations of Parkinson's disease – rigidity, tremor, bradykinesia – rarely have a positive effect on the severity of camptocormia.

The purpose of the presented clinical material is to evaluate the effectiveness of botulinum toxin in a patient with Parkinson's disease (a clinical case).

Material and methods. The paper presents a clinical case of a patient with Parkinson's disease who was treated at the Surgut Regional Clinical Hospital. In the clinical case, the following motor disorders were evaluated: dynamic movement disorders, a protocol for the administration of the drug Botulinum toxin type A-hemagglutinin complex (Dysport) into target muscles through computed tomography and ultrasound navigation was presented.

Results. The use of botulinum therapy proved to be an effective method of treating postural abnormalities in the above clinical case.

Conclusions. The results of botulinum therapy with camptocormia are difficult to predict. Various factors can influence the effectiveness of treatment, from the assessment of postural disorders to the correct choice of target muscles, drug doses, accuracy of administration, and patient compliance with all medical recommendations. In our opinion, botulinum therapy with camptocormia gives the patient a chance to improve motor activity, so this method should be individually tried in the complex treatment of Parkinson's disease.

Key words: Camptocormia, Botulinum therapy, Computer navigation, Ultrasonic navigation, Parkinson's disease

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – ПРОФПАТОЛОГИЯ

УДК 613.98

МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ К ВНЕОЧЕРЕДНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОСМОТРУ РАБОТНИКОВ



Дубс И.А.

Дубс И.А., Алеева О.Н., Долгих Н.И.,
Каримова Т.Н., Кошкинен А.Н., Захарова Н.В.,
Изотова Т.С.

АУ «Югорский центр профессиональной патологии», г.
Ханты-Мансийск, Россия

Введение. В системе охраны здоровья работников большое значение имеет проведение предварительных, периодических, внеочередных медицинских осмотров и экспертизы профессиональной пригодности. Впервые выявленные заболевания, прогрессирование уже имеющихся заболеваний могут являться медицинскими противопоказаниями к выполнению определенных видов работ. Большое значение в системе охраны здоровья работника имеют рекомендации врачей-специалистов первичного звена по прохождению внеочередного медицинского осмотра, целью которого является выявление проблем со здоровьем у работников в период между плановыми осмотрами.

Объект и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 512 протоколов врачебных комиссий, в которых был констатирован установленный диагноз (расстройства, явившиеся причиной не допуска к определенным видам работ) у работников различных организаций и предприятий, обратившихся в автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» (г. Ханты-Мансийск) в период 2021-2023 гг.

Результаты. Проведено исследование 512 протоколов врачебной комиссии внеочередных медицинских осмотров за период 2021-2023 гг., которое определило структуру нозологических групп заболеваний и их количество, ставших причиной недопуска к определенным видам работ сотрудников различных организаций и предприятий. Наибольшее количество заболеваний среди обследуемых приходится на заболевания глаз и придаточного аппарата – 47%, сердечно-сосудистые заболевания – 20%, патологии органов дыхания – 19% и болезни уха – 16%. Наименьшее количество отмечается в следующих нозологических группах – травмы 3%, болезни нервной системы 2%, новообразования, инфекционные болезни и психические расстройства составили 1%.

Ограничения в научном исследовании. При изучении структуры заболеваний был проведен анализ 512 протоколов врачебной комиссии по экспертизе профпригодности у работников, признанных временно или постоянно непригодными к работе в определенных условиях труда.

Заключение. Проведённый ретроспективный анализ протоколов врачебной комиссии (внеочередной медицинский осмотр) у обратившихся за период 2021-2023 гг. определил структуру нозологических групп заболеваний, ставших причиной недопуска к определенным видам работ, и их число. Наибольшее количество заболеваний среди обследуемых приходится на заболевания глаз и придаточного аппарата (47%), сердечно-сосудистые заболевания, патологии органов дыхания и болезни уха (20%, 19% и 16% соответственно).

Выявление заболевания и своевременно данные рекомендации на внеочередном медицинском осмотре способствуют более раннему началу лечения заболевания и уменьшению его прогрессирования, тем самым улучшают качество жизни и продолжительность трудовой занятости работоспособного населения. Продолжительность трудового долголетия является важной задачей медицинского сообщества.

Ключевые слова: медицинские рекомендации, внеочередные медицинские осмотры, экспертиза профессиональной пригодности, состояние здоровья

Соблюдение этических стандартов. Исследование не требует представления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов.

Благодарность. Авторы благодарят специалистов АУ «Югорский центр профессиональной патологии» за помощь в формировании материала для публикации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Дубс И.А., Алеева О.Н., Долгих Н.И., Каримова Т.Н., Кошкин А.Н., Захарова Н.В., Изотова Т.С. Медицинские показания к внеочередному медицинскому осмотру работников. Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2025; №2. С. 47-57.

Введение

Укрепление и сбережение здоровья трудоспособного населения является первоочередной задачей государства, как одной из основных гарантий экономического благосостояния страны [1]. В системе охраны здоровья работников большое значение имеет проведение предварительных, периодических, **внеочередных медицинских осмотров** и экспертизы профессиональной пригодности [2,3,4]. Медицинские осмотры помогают не только оценить возможности работника выполнять его профессиональные функции без ущерба для здоровья, а также играют немаловажную роль в профилак-

ти и предупреждении развития социально-значимых и профессиональных заболеваний.

Объект и методы исследования

Проведён ретроспективный анализ установленных заболеваний (расстройства, явившиеся причиной недопуска к определенным видам работ) у работников различных организаций и предприятий, обратившихся в автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» (г. Ханты-Мансийск) за период 2021-2023 гг. Изучались данные 512 протоколов врачебной комиссии в 9

группах заболеваний/состояний. По результатам проведенных предварительных и периодических медицинских осмотров, в том числе и внеочередных, на базе поликлинического отделения консультативно-диагностической поликлиники (далее – ПО КДП) автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии».

Результаты

Внеочередной медицинский осмотр – это один из видов медицинских осмотров, основной целью которого является выявление проблем со здоровьем у работников в период между плановыми осмотрами. Следуя статье 214 Трудового кодекса Российской Федерации (далее – ТК РФ)^[1], работодатель обязан проводить данные медицинские осмотры за счет собственных средств в соответствии с медицинскими рекомендациями, и в случае наличия медицинских противопоказаний по результатам экспертизы профессиональной пригодности, имеет право не допустить работников к исполнению ими трудовых обязанностей.

Рекомендации для внеочередного осмотра после нетрудоспособности работника – новая возможность, которая отражена в порядке проведения периодических медицинских осмотров приказа Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 года № 29н^[2]. Изменение позволяет медицинским организациям оформлять рекомендации после каждого случая нетрудоспособности. Согласно действующему законодательству в области охраны труда, а именно статья 215 ТК РФ^[3] предписывает работникам извещать руководителя о плохом состоянии здоровья и

данных ему рекомендациях на внеочередной медицинский осмотр. В случае отказа от прохождения такого медицинского осмотра работодатель обязан отстранить сотрудника от работы (статья 76 ТК РФ^[4]).

Врачи первичного звена в своей практике могут сталкиваться и выявлять различные заболевания и состояния, которые могут быть причиной незамедлительного перевода работника на работу, не связанную с воздействием вредных и опасных производственных факторов. Действующим нормативным документом^[2] установлено 17 классов заболеваний, которые анализируются при проведении экспертизы профессиональной пригодности для всех работающих.

На основании данных, полученных по результатам проведенных обязательных медицинских осмотров на базе ПО КДП автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», в представленном материале отражены наиболее часто встречающиеся заболевания и состояния, которые могут быть поводом для внеочередного медицинского осмотра.

На диаграммах представлено количество случаев профессиональной непригодности^[5], выявленных в ПО КДП АУ «Центр профессиональной патологии» (диаграмма 1), а также процент выявленной патологии, которая являлась причиной непригодности к выполнению отдельных видов работ (диаграмма 2).

На диаграмме 2 отражена структура нозологических форм болезней и процент заболеваний, которые за период 2021-2023 гг. явились причиной профессиональной непригодности работников.

Количество случаев профессиональной непригодности по итогам проведенных заседаний врачебной комиссии ПО КДП АУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии»

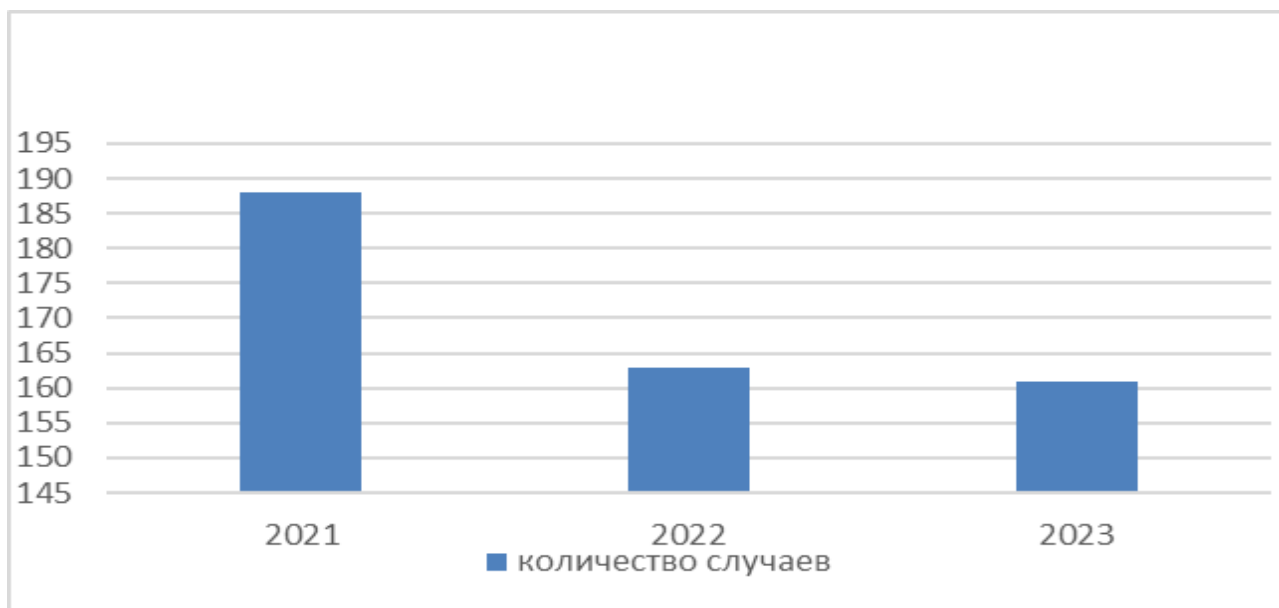


Диаграмма 2

Структура заболеваний и их процент, явившиеся причинами профессиональной непригодности работников, выявленных за период 2021-2023 гг.



Данные диаграммы 2 показывают, что самый большой процент заболеваний, являющийся причиной профнепригодности, это заболевания глаз и придаточного аппарата – 47%. Сердечно-сосудистые заболевания, патология органов дыхания и болезни уха (20%, 19% и 16% соответственно представленным заболеваниям) занимают лидирующее место у лиц, проходящих внеочередной медицинский осмотр.

Обсуждение

Внеочередной медицинский

осмотр является отдельным видом медосмотров, который проводится при наличии медицинских рекомендаций по итогам медицинских осмотров и/или после нетрудоспособности работника.

По данным анализа 512 протоколов врачебной комиссии, патологии глаз и придаточного аппарата встречались в исследуемой группе в 47% случаев. Необходимо отметить, что вредные факторы – холодный воздух и нагревание воздуха, связанное с производственным процессом, могут приводить к обострениям заболевания глаз и придаточного аппарата. Травмы глазного яблока – проникающие ранения, тяжелые ушибы, ожоги глаз и другие заболевания, – способствуют формированию нарушений зрения, что является поводом для внеочередного медицинского осмотра. Особенно часто заболевания глаз и придаточного аппарата наблюдаются у лиц следующих профессий: монтажник, крановщик, лесоруб, мастер буровых установок, спасатели и другие [8].

Сердечно-сосудистые заболевания являются доминирующей патологией в структуре заболеваемости [5], что и было подтверждено в проведенном исследовании, которое определи-

ло значимое число (20%) данной нозологической группы заболеваний среди других нозологических групп заболеваний у обратившихся лиц. Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца в совокупности с факторами риска, являются важнейшим прогностическим фактором инфаркта миокарда, острого и преходящего нарушения мозгового кровообращения и сердечно-сосудистой смертности. Особую остроту эта проблема приобретает для водителей автотранспорта, машинистов локомотивов и их помощников, летчиков, диспетчеров и многих других профессий. Это связано с тем, что человеческий фактор, от которого зависит большой процент всех дорожно-транспортных происшествий, играет важную роль в безопасности дорожного движения. Нозологические формы заболеваний сердечно-сосудистой системы с выраженными нарушениями функции, осложненные хронической сердечной недостаточностью и/или жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца, являются медицинским противопоказанием к работе во всех профессиях, связанных с вредными и опасными условиями труда [2]. Стенокардия напряжения может быть угрозой для жизни при несвоевременном оказании медицинской помощи для работников нефтяных профессий, работающих вахтовым методом в необжитых, отдаленных районах и районах с особыми природными условиями. При подозрении или выявлении данного заболевания необходимо уточнить характер работы пациента и своевременно рекомендовать проведение внеочередного медицинского осмотра.

Условия труда в таких профессиях, как парикмахер, косметолог, библиотекарь, фармацевт, медицинская сестра процедурного кабинета, продавец зоо-

магазина, могут способствовать развитию или вызывать частые обострения уже имеющейся бронхиальной астмы [7]. Особенно важны случаи выявления бронхиальной астмы участковым терапевтом у работников, труд которых связан с местами проведения работ, удаленных от медицинских учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь в экстренной форме: операторы по добыче нефти и газа, машинисты технологических насосов, операторы обезвоживающей и обессоливающей установки и другие востребованные в настоящее время профессии нефтяной и газовой промышленности (отдельные предприятия этих сфер деятельности находятся на больших расстояниях от многопрофильных медицинских организаций). Приступ удушья, характерный для бронхиальной астмы, может возникнуть внезапно и без экстренной медицинской помощи может способствовать возникновению вреда здоровью или привести к летальному исходу. Таким образом, своевременно данные рекомендации и правильный настрой работника помогут избежать нежелательных последствий. В данном исследовании группа заболеваний органов дыхания составила 19% и заняла третье место в структуре выявленной патологии.

В практике врачей-оториноларингологов [6] хронические воспалительные заболевания среднего уха встречаются достаточно часто. У работников с длительным стажем в профессиях, связанных с воздействием производственного шума (бурильщики, шахтеры, обрубщики, пилоты гражданской авиации, машинисты локомотивов), данные патологии могут носить прогрессирующий характер. Исследование показало, что выявленные заболевания уха составили 16% и заняли четвертое

место в структуре случаев профессиональной непригодности. Это можно объяснить вредным воздействием производственного шума и вибрации, превышающих санитарно-гигиенические нормативы и оказывающие негативное влияние на орган слуха. Проведение внеочередных медицинских осмотров у работников, подвергающихся воздействию указанных производственных факторов, имеет принципиальное значение для сохранения слуховой функции и поддержания качества жизни.

Травматические повреждения, приведшие к профессиональной непригодности работника, составили 3%, а неврологические заболевания – 2%. Тяжелые формы заболеваний нервной системы, заболевания с выраженным нарушением зрительных функций, болезни мочеполовой системы с хронической почечной недостаточностью II степени и выше, требующие экстракорпоральной детоксикации, последствия различных травм с выраженным нарушением функции органов и систем, хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями – будут так же являться медицинскими противопоказаниями к выполнению любых работ с вредными и опасными условиями труда.

Мононевропатии также являются частой причиной ограничений трудоспособности работающих во вредных и опасных условиях труда^[2]. Нарушение чувствительности и слабость в зоне иннервации пораженного нерва приводят к снижению функции, а выраженные нарушения приводят к ограничениям движений в конечностях. Работа, требующая повторяющихся силовых движений, растяжений: монтажники, слесари-ремонтники, машинисты-автокранов, водители большегрузных транспортных

средств, бурильщики, работающие на механизированном оборудовании, может быть ограничена ввиду выраженных нарушений функций верхних и нижних конечностей. При установлении данного диагноза стоит обращать внимание на профессиональную направленность пациента, и вовремя рекомендовать повторное проведение обязательного медицинского осмотра с целью решения вопроса о возможности продолжения выполнения трудовых функций.

Для больных эпилепсией запрещена профессиональная деятельность^[2], связанная с управлением транспортом, обслуживанием электрических установок, аварийно-спасательными работами и ко многим другим видам работ с вредными и опасными условиями труда. Опасность заболевания в том, что приступ эпилепсии наступает внезапно, в любом месте, и это несет дополнительный риск травматизации и летального исхода.

Пациенты, у которых имеет место контактный аллергический дерматит, могут подвергаться воздействию комплекса *вредных производственных факторов*, среди которых ведущими являются химические вещества. Зачастую обострению дерматита предшествует работа с бытовой химией, контакт с красками и лаками, химическими реагентами, смазочными маслами. Наиболее подвержены развитию этой патологии уборщики, младшие воспитатели, санитары, медицинские сестры, стоматологи, хирурги, работники химических лабораторий, строители, рабочие автосервиса. [7, 9, 10].

Новообразования были констатированы у 1 % обратившихся. Доброкачественные новообразования женских половых органов, в том числе миома матки, требуют внимания специалистов первичного звена в плане оценки

условий труда пациентов [11]. Работницы химических лабораторий, нефтегазодобывающей промышленности, операторы заправочных станций сталкиваются в своей профессии с воздействием химических факторов производственной среды, которые могут оказывать негативное влияние на репродуктивное здоровье.

Инфекционные болезни составили 1% случаев профессиональной непригодности работников. Своевременное выявление и лечение инфекций позволяет сохранить здоровье, и играет ключевую роль в предотвращении распространения опасных заболеваний среди коллектива.

Врачи любой специальности могут рекомендовать внеочередной осмотр после обращения пациента за медицинской помощью при установлении диагноза, который может воспрепятствовать выполнению трудовых обязанностей. Очень важно в каждом случае, помимо сбора анамнеза заболевания, уточнять профессию и условия труда пациента. Вовремя проведенный анализ профессиональной деятельности пациента и своевременное направление на внеочередной медицинский осмотр имеют большое практическое значение с точки зрения профилактики травм, инвалидизации и смертности на производстве, а также улучшат качество жизни и продлят трудовую занятость работоспособного населения.

Заключение

Проведённый ретроспективный анализ протоколов врачебной комиссии (внеочередной медицинский осмотр) у обратившихся за период 2021-2023 гг. определил структуру нозологических групп заболеваний, ставших причиной недопуска к определенным видам работ, и их число. Наибольшее

количество заболеваний среди обследуемых приходится на заболевания глаз и придаточного аппарата (47%), сердечно-сосудистые заболевания, патологии органов дыхания и болезни уха (20%, 19% и 16% соответственно). Выявление заболевания и своевременно данные рекомендации на внеочередном медицинском осмотре способствуют более раннему началу лечения заболевания и уменьшению его прогрессирования, тем самым улучшают качество жизни и продолжительность трудовой занятости работоспособного населения. Продолжительность трудового долголетия является важной задачей медицинского сообщества.

Сноски в тексте статьи

^[1] Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ, (ред. от 06.04.2024 г.) Статья 214 «Обязанности работодателя в области охраны труда».

^[2] Приказ Минздрава России от 28.01.2021 г. №29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».

^[3] Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ, (ред. от 06.04.2024 г.) Статья 215 «Обязанности работника в области охраны труда»;

^[4] Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ, (ред. от 06.04.2024 г.) Статья 76. «Отстранение от работы».

^[5] Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 05 мая 2016 года № 282н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ».

Литература

1. Бухтияров, И.В., Тихонова, Г.И., Бетц, К.В., Брылёва, М.С., Горчакова, Т.Ю., Чуранова, А.Н. Заболеваемость, инвалидность и смертность населения трудоспособного возраста в России. // Медицина труда и промышленная экология. – 2022. – № 62(12). – С. 791-796.
2. Профессиональная патология. Национальное руководство под редакцией академика РАН И.В. Бухтиярова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 904 с.
3. Бухтияров, И.В. Современное состояние и основные направления сохранения и укрепления здоровья работающего населения России. // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – № 9. – С. 527-532.
4. Газимова, В.Г., Рузаков, В.О., Шастин, А.С., Федорук, А.А., Гурвич, В.Б., Плотко, Э.Г. Основные организационные вопросы профилактики заболеваемости работающего населения в современных условиях. // Медицина труда и промышленная экология. – 2018. – № 11. – С. 32-35.
5. Тихонова, Г.И., Горчакова, Т.Ю. Смертность населения трудоспособного возраста: международные сравнения. В кн.: Материалы XII Всероссийского форума «Лига здоровья нации». – М., 2018, – С. 44-9.
6. Пятакина, О.К., Крюков, А.И., Гаров, Е.В. О классификации хронического гнойного среднего отита / ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л. И. Свержевского» Департамента здравоохранения Москвы, – М.

7. Масягутова, Л.М., Абдрахманова, Е.Р., Ахметшина, В.Т., Хафизова, А.С., Хайруллин, Р.У. О состоянии профессиональной аллергической заболеваемости в современных условиях. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – № 28 (2). – С. 249-52
8. Гундорова, Р.А., Степанов, А.В., Курбанова, Н.Ф. Современная офтальмотравматология. – М.: Издательство «Медицина», 2007. – 256 с.
9. Красавина, Е.К., Крючкова, Е.Н., Яцына, И.В. Профилактика профессиональных аллергодерматозов с использованием патогенетически обоснованных методик. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2024. – № 68(1). – С. 52-58.
10. Бакиров, А.Б., Валеева, Э.Т., Шагалина, А.У., Фасхутдинова, А.А., Абдрахманова, Е.Р., Тихонова, Т.П. и др. Структура профессиональных заболеваний кожи у работников различных отраслей промышленности республики Башкортостан. // Здоровье населения и среда обитания. – 2017. – № 7. – С. 21-5.
11. Кудрина, Е.А., Бабулин, Д.В. Миома матки: современные аспекты патогенеза и лечения (клиническая лекция). // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. – 2016. – № 3 (1). – С. 4-10.

© Дубс И.А., Алеева О.Н., Долгих Н.И.,
Каримова Т.Н., Кошкинен А.Н., Захарова Н.В.,
Изотова Т.С., 2025

Информация об авторах

Дубс Ирина Андреевна – заведующий кабинетом платных медицинских услуг консультативно-диагностической поликлиники, врач-профпатолог, врач-терапевт автономного учреждения «Центр профессиональной патологии», г. Ханты-Мансийск, e-mail: iiddubs@mail.ru.

Алеева Ольга Николаевна – заведующий консультативно-диагностической поликлиникой, врач-профпатолог высшей категории, врач-терапевт автономного учреждения «Центр профессиональной патологии», г. Ханты-Мансийск.

Долгих Наталья Ивановна – заведующий поликлиническим отделением консультативно-диагностической поликлиники, врач-профпатолог, врач-терапевт автономного учреждения «Центр профессиональной патологии», г. Ханты-Мансийск.

Каримова Тамара Нармаматовна – врач профпатолог консультативно-диагностической поликлиники автономного учреждения «Центр профессиональной патологии», г. Ханты-Мансийск.

Кошкинен Анастасия Николаевна – врач-профпатолог 1 категории, врач-терапевт поликлинического отделения консультативно-диагностической поликлиники автономного учреждения «Центр профессиональной патологии», г. Ханты-Мансийск.

Захарова Нина Викторовна – врач-офтальмолог поликлинического отделения консультативно-диагностической поликлиники автономного учреждения «Центр профессиональной патологии», г. Ханты-Мансийск.

Изотова Татьяна Сергеевна, врач-акушер-гинеколог поликлинического отделения консультативно-диагностической поликлиники автономного учреждения «Центр профессиональной патологии», г. Ханты-Мансийск.

MEDICAL INDICATIONS FOR AN EXTRAORDINARY MEDICAL EXAMINATION OF EMPLOYEES

Dubs I.A., Alieva O.N., Dolgikh N.I., Karimova T.N., Koshkinen A.N., Zakharova N.V., Izotova T.S.

Introduction. In the system of employee health protection, it is of great importance to conduct preliminary, periodic, and extraordinary medical examinations and professional aptitude examinations. Newly diagnosed diseases and the progression of existing diseases may be medical contraindications to certain types of work. Of great importance in the employee's health protection system are the recommendations of primary-level doctors on undergoing an extraordinary medical examination, the purpose of which is to identify health problems among employees in the period between routine checkups.

The object and methods of research. A retrospective analysis of 512 protocols of medical commissions was carried out, in which the established diagnosis was stated (disorders that caused the exclusion from certain types of work) employees of various organizations and enterprises who applied to the autonomous institution of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Yugra "Center for Occupational Pathology" (Khanty-Mansiysk) in the period 2021-2023.

Results. A study of 512 protocols of the medical commission for extraordinary medical examinations in the period 2021-2023 was conducted, which determined the structure of nosological groups of diseases and their number, which caused employees of various organizations and enterprises to be excluded from certain types of work. The largest number of diseases among the surveyed accounted for diseases of the eyes and appendages – 47%, cardiovascular diseases – 20%, respiratory diseases – 19% and ear diseases – 16%. The following nosological groups accounted for the smallest number: injuries 3%, diseases of the nervous system 2%, neoplasms, infectious diseases and mental disorders accounted for 1%.

Limitations in scientific research. When studying the structure of diseases, 512 protocols of the medical commission for the examination of professional suitability of employees who were temporarily or permanently unfit for work in certain working conditions were analyzed.

Conclusion. A retrospective analysis of the protocols of the medical commission (an extraordinary medical examination) among those who applied in the period 2021-2023, he determined the structure of nosological groups of diseases and their number, which became the reason for not being allowed to certain types of work. The largest number of diseases among the surveyed were diseases of the eyes and appendages (47%), cardiovascular diseases, respiratory diseases and ear diseases (20%, 19% and 16%, respectively).

Detection of the disease and timely recommendations given at an emergency medical examination, contribute to an earlier start of treatment of the disease and reduce its progression, thereby improving the quality of life and duration of employment of the able-bodied population. The length of working life is an important task of the medical community.

Key words: medical recommendations, extraordinary medical examinations, examination of professional suitability, health status

НАПРАВЛЕНИЕ ПУБЛИКАЦИИ – ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В ЛИЦАХ

УДК 614.2

СПЕЦИАЛИСТ ВЫСОКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ТРУДА И ПАТРИОТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ



Яцынюк Б.Б.

Яцынюк Б.Б.

БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», г. Ханты-Мансийск, Россия

***Введение.** Медицинский специалист – звучит гордо, от момента поступления в медицинский университет до окончания трудовой деятельности. Обучаясь на дипломном образовании, мы постигаем основы врачебного искусства, которое затем закрепляем на специалитете и клинической практике. Становления врача – это сложный процесс, который требует повседневной заботы о пациенте и совершенствования знаний, которые мы накапливаем благодаря нашим учителям, а если это женщина-врач на нее возлагается и забота о семье. У врача, которого мы представляем, это получилось.*

***Заключение.** История каждого специалиста в системе здравоохранения неразрывно связана с семейной историей, историей образовательной организации и вклада в медицину учителей многих поколений, беззаветно служивших на благо больных и страждущих. Профессиональный путь медицинского специалиста – это многолетний долг служения в системе здравоохранения, а отражение его работы в сетевом издании является продолжением формирования истории медицины страны и Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.*

***Ключевые слова:** профессиональный путь, история медицины, здравоохранение Югры*

***Благодарность.** Автор благодарит специалистов БУ «Мегионской городской больницы» за предоставленную информацию.*

Для цитирования: Яцынюк Б.Б. Специалист высокого профессионального труда и патриотической активности. Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2025; №2. С. 58-69.

Выбор профессии врача по сравнению с другими специальностями труден, значим, почетен и в течение многих десятилетий, с учетом данной клятвы Гиппократ, не позволяет свернуть с выбранного медицинского пути. Данный материал посвящен направлению публикаций – История медицины Югры в лицах, которая неразрывно связана с историей здравоохранения России.

Эльвира Феридовна Джанаева в 2008 г. окончила Ставропольскую государственную медицинскую академию по специальности «Лечебное дело». В период учебы на дипломном образовании часть времени посвятила исследовательской деятельности, итогом которой явились публикации тезисов в сборниках и доклады на ежегодных итоговых (межрегиональных) научных конференциях студентов и молодых ученых («Сравнительная характеристика показателей синдрома хронической усталости у школьников, студентов и военнослужащих» [1], «Ближайшие результаты пластики паховых грыж по Лихтенштейну» [2], «Интенсивная терапия боли при массовых поражениях в чрезвычайных ситуациях» [3]).

В период 2008-2009 гг. на базе Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского Эльвира Феридовна прошла обучение в интернатуре по специальности «Терапия» (руководитель проф. Ребров Андрей Петрович). В данный период университету было присвоено имя первого ректора Василия Ивановича Разумовского (рисунки 1).

Удивительна судьба данного врача и ученого, который в 1880 г. завершил врачебное образование на медицинском факультете Императорского Казанского университета, с 1886 г. – приват-доцент, а в 1887 г. он был избран и утвержден профессором кафедр



Рис 1. Профессор Василий Иванович Разумовский (награжден орденом Святого Владимира четвертой степени, Святой Анны третьей и второй степени, Святого Станислава второй степени), Герой Труда (1923) и Заслуженный деятель науки РСФСР (1934)

ры оперативной хирургии в Казанском университете. Василий Иванович является одним из основателей и первым ректором Императорского Саратовского университета (1909-1912 гг.) [4, 5]. В годы Первой мировой войны Разумовский руководил лазаретами Земского союза в г. Саратов. В феврале 1917 г. профессор был избран Кавказским медицинским советом на должность заведующего хирургической частью (главным хирургом) Кавказской армии. С 1918 г. посвящает себя укреплению хирургической науки в Закавказском университете (г. Тифлис, ныне Тбилиси), где служит преподавателем анатомии на медицинском факультете высших женских курсов и далее ректором

университета. В 1919 году Василия Ивановича назначают ректором Бакинского государственного университета. В 1920 году он вернулся в Саратовский государственный университет, где возглавил кафедру хирургии. Проработал там до 1930 года, с 1931 года Разумовский переезжает в Ессентуки на постоянное место жительства, где продолжает педагогическую работу и трудится на курсах усовершенствования врачей-бальнеологов при Бальнеологическом

институте (в Ессентуках и Пятигорске), читает лекции о заболеваниях суставов и по военно-полевой хирургии.

Одним из интересных фактов в биографии знаменитых российских хирургов является избрание и утверждение их профессорами: Николай Иванович Пирогов – в возрасте 26 лет; Василий Иванович Разумовский – в 30 лет, Николай Васильевич Склифосовский – в 31 год, Николай Нилович Бурденко – в 33 года.



Рис. 2. Саратовский государственный медицинский университет, 4 корпус (фотография периода 60-х годов XX века)

Как и на дипломном образовании в период обучения на специалитете Эльвира Феридовна активно участвует в исследовательской деятельности по дисциплинам программы интернатуры. Результатом работы явились публикации статей и тезисов в сборниках студентов и молодых ученых и выступле-

ния на научно-практических конференциях врачей-интернов («Артериальная гипертензия как причина терминальной почечной недостаточности: клиническое наблюдение» [6], «Инфекционный эндокардит с рецидивирующим тромбоэмболическим синдромом и прогрессирующей митральной недостаточно-

стью. Клиническое наблюдение» [7]), выступления на заседаниях терапевтического общества города Саратова («Атипичные пневмонии в практике врача-терапевта», «Дифференциальная диагностика суставного синдрома»). В период 2009-2010 годы работает участковым терапевтом в «Городской клинической больнице №11» г. Саратов, где закрепляет знания, полученные в период обучения, и расширяет свою клиническую практику в период возникшей пандемии «Свиного гриппа/мексиканки» (Пандемичный вирус H1N1 09 – «Pandemic (H1N1) 09 Virus»; название вируса по ВОЗ). [8, 9].

Значимость учителя в формировании врачебных знаний велика для каждого врача, начинающего свой практический путь и в данном материале хочется остановиться и сказать об учителе, внесшем со слов Эльвиры Феридовны, значимый вклад как в клиническое мышление специалиста с высшим медицинским образованием, так и в формирование этического отношения к пациентам. Андрей Петрович Ребров, д.м.н., профессор занимался научными исследованиями в нескольких направлениях: терапия, ревматология, коморбидные состояния, и благодаря изысканиям в клинике в 1995 году защитил докторское диссертационное исследование на тему «Системный подход и системный анализ в клинике внутренних болезней». В этом же году избран на должность заведующего кафедрой госпитальной терапии. Под его руководством защищено шесть докторских и двадцать семь кандидатских диссертационных исследований. Практическая работа Эльвиры Феридовны в 2010 году продолжается в качестве врача-терапевта кардиологического отделения ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница с патологоана-

томическим центром», а затем после профессиональной переподготовки и получения сертификата по специальности «Кардиология», продолжает работать в данной организации врачом-кардиологом отделения кардиологии №1. Именно в этот период формируются дальнейшие планы специалиста, касающиеся дальнейшей клинической и научной деятельности.

С 2010 по 2013 годы Э.Ф. Джанаева обучалась в заочной аспирантуре по специальности «Внутренние болезни» на базе кафедры поликлинической терапии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, совмещая с научной деятельностью в качестве ассистента кафедры, преподавала обучающимся цикл занятий – «Болезни системы кровообращения». Обучение в аспирантуре проходило под руководством д.м.н., профессора Галины Николаевны Шеметовой, совместно с которой аспирантом была выбрана тема диссертационного исследования – «Пути оптимизации ранней диагностики сердечно-сосудистой патологии у лиц молодого возраста». Галина Николаевна является заведующая кафедрой поликлинической терапии, общей врачебной практики и профилактической медицины Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского (заведующая кафедрой поликлинической терапии с 2006 года).

Совместно с руководителем аспирантуры Эльвира Феридовна подготовила научный материал по теме исследования, который был опубликован («Рискометрия хронических неинфекционных заболеваний у лиц молодого возраста» [10]; «Патогенетические основы и современные подходы к ранней диагностике атеросклероза» [11];

«Нерешенные вопросы профилактики сердечно-сосудистой патологии у лиц молодого возраста» [12]).

Далее Эльвира Феридовна переезжает в Ханты-Мансийский автономный округ – Югру маленький и уютный северный городок Мегион, поменяв часовые пояса и климатические условия, здесь зарождается семья Джанаевых.

С учетом полученного образования в 2012 году приступает к функциональным обязанностям врача-кардиолога кардиологического отделения и по совместительству работает врачом-терапевтом терапевтического отделения в МБ ЛПУ «Городская больница» г. Мегион (сейчас БУ «Мегионская городская больница»).

Более пяти лет работы специалиста и стремление к профессиональному развитию побудили Эльвиру Феридовну пройти профессиональную переподготовку по специальности «Функциональная диагностика». С 2017 года она совмещает работу в БУ «Мегионская городская больница» в должности врача функциональной диагностики отделения функциональной и ультразвуковой диагностики.

С декабря 2023 года и по настоящее время Э.Ф. Джанаева работает и возглавляет инфекционное отделение БУ «Мегионская городская больница» (рисунок 3), где оказывается медицинская помощь взрослому и детскому населению города.



Рис 3. Корпус инфекционного отделения БУ «Мегионская городская больница»

В медицинской организации инфекционное отделение было организовано в июле 1966 года, где за период своего существования была оказана помощь по профилю тысячам пациентов. В 2013 г. сотрудники переезжают в новый корпус БУ «Мегионская городская больница».

На сегодняшний день отделение имеет слаженный коллектив, укомплектовано всем необходимым для оказания помощи оборудованием, что позволяет профессионально решать многие вопросы, связанные с проведением сложных лабораторных и инструментальных исследований.

Специалисты отделения постоянно пополняют профессиональные знания и умения, совершенствуют клинические навыки. Большим подспорьем в росте профессиональных знаний врачей является проведение аудитов с главными внештатными специалистами педиатрической службы Депздрава Югры. Сотрудники отделения (рисунок 4) под руководством Эльвиры Феридовны проводят обучающие профилактические беседы (мастер-классы, спортивные эстафеты, формируют навыки гигиены) у «дошколят», посещая дошкольные образовательные учреждения в качестве медиков-волонтеров.



Рис. 4. Коллектив инфекционного отделения (2025 год)

В 2020 году Эльвира Феридовна была занесена на электронную «Молодежную доску почёта города Мегиона»; а в 2023 г. была занесена на

Доску почёта «Я – волонтер», что является признанием значимости «служения профессии» среди молодежи и населения города.

Джанаева Э.Ф. продолжает начатую в период обучения в аспирантуре научно-исследовательскую работу. Так, в 2023 г. на базе платформы Vinteo Медицинского информационно-аналитического центра Депздрава Югры Эльвира Феридовна выступила в онлайн-формате с докладами на темы: «Миокардиты (Обзор Клинических рекомендаций 2020 г.)», «Перикадиты (Обзор Клинических рекомендаций 2022 г.)», «Постковидный синдром в практике врача-кардиолога». Результаты клинических наблюдений по ведению пациентов с Постковидным синдромом Эльвирой Феридовной были опубликованы в виде тезисов в Материалах VII Дальневосточного медицинского молодежного форума [13]. В научно-методическом сетевом издании «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» совместно с другими специалистами Джанаевой опубликовано 4 статьи («Капиллярная гемангиома как причина экссудативного массивного гидроперикарда»; «Об акции «Красное платье. Сердце женщины» в БУ «Мегионская городская больница»;

«Диплопия – симптом на стыке двух специальностей (офтальмология и неврология)»; «О волонтерах-медиках БУ «Мегионской городской больницы»»). По итогам за 2023 г. по количеству опубликованных материалов в рейтинге медицинских и образовательных учреждений БУ «Мегионская городская больница» заняла II место, а статья Джанаевой Э.Ф. и соавторов «Об акции «Красное платье. Сердце женщины» (рисунок 5) в БУ «Мегионская городская больница» была высоко отмечена и направлена на XIV Всероссийский конкурс региональных СМИ «Панацея», проводимый МГУ им М.В. Ломоносова на базе факультета журналистики при поддержке Благотворительного фонда «Общественный институт социальной стратегии и тактики» по нескольким номинациям: «Местная больница», «Белый халат», «Здоровье в твоих руках», «Нет социальным болезням».

Постоянное совершенствование Джанаевой Э.Ф. клинического опыта работы, пополнение багажа знаний и научные изыскания позволили ей в



Рис. 5. Акция «Красное платье. Сердце женщины» в Мегионе (2023 год)

2023 году принять участие в Международном ежегодном конкурсе «Врач 2023 года» (финалистка этапа голосования). В 2024 году на региональном этапе Всероссийского конкурса «Лучший врач года 2024» представляла БУ «Мегионская городская больница» по специальности «Кардиология».

Эльвира Феридовна является человеком с сильной положительной энергетикой, ей свойственны: созидательность, принятие принципиально правильного решения в экстренных ситуациях, что позволяет ей своевременно, точно установить диагноз и оказать помощь пациенту.

Был очень интересный случай в практике Эльвиры Феридовны, о котором она рассказывает до сих пор очень эмоционально. В приёмный покой обратился молодой человек атлетического телосложения с низким кардиоваскулярным риском с жалобами на немотивированную усталость (пришел он после 2-х часовой тренировки в спортзале). Специалистом был проведен осмотр пациента с измерением гемодинамических показателей, определен глюкометром уровень глюкозы, «достаточный» (поясняет врач), выполнена электрокардиография – «тоже вариант нормы». Взят клинический минимум для лабораторного исследования в ургентном порядке – результаты «идеальные». И какая-то неведомая сила внутри «наверно, это шестое чувство» – заставляют врача сделать повторно электрокардиограмму – где аппарат выдаёт уже – классическую «кошачью спинку». Пациенту была оказана специализированная медицинская помощь по стандарту «Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST». Далее специалистами «Медицины катастроф» (авиатранспортом) пациент переведен

в Кардиологический диспансер г. Сургут для проведения высокотехнологической помощи.

Основные качества специалиста – профессионализм, добросердечное и этическое отношение к пациентам, уважительность к человеку, высокое чувство ответственности в работе и общественной жизни, позволило снискать ей авторитет среди коллектива медицинской организации и специалистов округа, а ее высокий патриотизм, в качестве участницы «Женского движения Единой России», оказывающих помощь семьям участников СВО – населения города.

Необходимо отметить, что Э.Ф. Джанаева в эпоху пандемии COVID-19 (2020 г.) также, как и множество других медицинских работников округа, не покладая рук, работала в составе врачебных бригад ковидного госпиталя вахтовым методом, который был развернут на основании приказа Депздрава Югры: с 11 апреля 2020 года для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией на базе инфекционного отделения, где было развернуто 70 коек.

Благодаря личной инициативе главного врача БУ «Окружного кардиодиспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» г. Сургут, Депутата Думы ХМАО-Югры шестого созыва по Сургутскому району, члена фракции Всероссийской политической партии «Единая Россия», заместителя председателя комитета Думы ХМАО-Югры по социальному развитию И.А. Урванцевой с 2017 г. в округе существует проект «Красное платье». Проект направлен на развитие научных исследований гендерных различий в области сердечно-сосудистых заболеваний, повышение осведомленности о разных проявлениях течения заболеваний системы кровообращения у мужчин и



Рис. 6. Медики-волонтеры, Джанаева Э.Ф с семьёй поздравляют пациентов и сотрудников гериатрического отделения с Днём Победы 2025 г.

женщин, профилактику, раннюю диагностику и лечение заболеваний сердца у женщин. Благодаря личной инициативе Депутатов окружной Думы Н.Л. Западновой и И.А. Урванцевой весной 2023 года стартовал проект «Красное платье. Сердце женщины» с новым акцентом, что забота сегодня необходима и самим женщинам. В Мегионе акция нашла широкий положительный отклик среди тех, кто её посетил. В настоящее время акция проводится ежеквартально, в основе ее лежит проведение расширенного кардиоскрининга, по результатам которого пациенты с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний направляются для дообследования и возможного оперативного лечения в ОКД «ЦД и ССХ» г.

Сургут в рамках программы «Диагностика одного дня». Коллеги из ОКД «ЦД и ССХ» называют Эльвиру Феридовну Амбассадором «Красного платья» в Мегионе.

Профессиональный ежедневный труд сочетается с постоянным домашним трудом многодетной мамы четверых детей. Старшие дети: сын и дочь посещают «Школу волонтера», где постигают азы волонтерства. И вместе со своей мамой и медиками-волонтерами они оказывают посильную помощь бабушкам и дедушкам, находящимся на лечении в гериатрическом отделении БУ «Мегионская городская больница», ведь пожилым людям порой так не хватает тепла, внимания, заботы (рисунок 6).

Джанаева Э.Ф. прививает чувства патриотизма, уважения, любви и заботы к ближнему, природе своим детям через активное участие в акциях: «Окна Победы», «час Земли», «Донор Костного мозга», «Зажги синим» (в поддержку детей-аутистов), «Кислород» (в поддержку недоношенных детей), «Детям Донбасса», «Коробка добра», «Коробка Храбрости», «Помоги собраться в школу», «Добрые крышечки», «Сдай макулатуру-спаси дерево!», «Разделяй мусор», «От всего сердца» (открытка солдату СВО), «Шьём для наших» (сбор материалов для пошива одежды солдатам СВО), а также оказывают гуманитарную помощь нашим ребятам-участникам СВО, принося продовольственные товары и предметы первой необходимости в местный Ресурсный центр сбора гуманитарной помощи.

Заключение. История каждого специалиста в системе здравоохранения неразрывно связана с семейной историей, историей образовательной организации и вклада в медицину учителей, беззаветно служивших на благо больных и страждущих. Профессиональный путь медицинского специалиста – это многолетний долг служения в системе здравоохранения, а отражение его работы в сетевом издании является продолжением формирования истории медицины страны и Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Литература

1. Полтаева, Э.Ф., Кветковская, А.А. Сравнительная характеристика показателей синдрома хронической усталости у школьников, студентов и военнослужащих. / XIV Итоговая (межрегиональная) научная конференция студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2006. – С. 364-365.
2. Полтаева, Э.Ф., Авдеева, А.В. Ближайшие результаты пластики паховых грыж по Лихтенштейну. / XIV Итоговая (межрегиональная) научная конференция студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2006. – С. 498-499.
3. Полтаева, Э.Ф., Башкиров, Д.Ю. Интенсивная терапия боли при массовых поражениях в чрезвычайных ситуациях». / XIII Итоговая (межрегиональная) научная конференция студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2005. – С. 494-495.
4. Блувштейн, Г.А., Соломонов, В.А., Кац, В.И., Маслов, В.И. Василий Иванович Разумовский: Хирург. Учёный. Педагог. – Саратов: Изд. Саратовского мед. ун-та, 2009. – 260 с.
5. Глыбочко, П. В., Николенко, В. И., Кочеткова, Т. В. Судьбоносный выбор российской университетской науки (150-летию со дня рождения В. И. Разумовского посвящается). // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007. – № 3 (1). – С. 109-111.
6. Полтаева, Э.Ф. Артериальная гипертензия как причина терминальной почечной недостаточности: клиническое наблюдение. / Материалы научно-практической конференции врачей-интернов. Современные аспекты практической медицины. – Саратов, 2009. – С. 12-13.
7. Полтаева, Э.Ф. Инфекционный эндокардит с рецидивирующим тромбоэмболическим синдромом и прогрессирующей митральной недостаточностью. Клиническое наблюдение. / Материалы научно-практической конференции врачей-интернов. Современные аспекты практической медицины. – Саратов, 2009. – С. 13-14.
8. Голохвастова, Н.О. Особенности современного течения гриппа (H1N1 swl) // Клиническая медицина. 2012. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-sovremennogo-techeniya-grippa-a-h1n1-sw1> (дата обращения: 21.05.2025).

9. Салов, И.А., Романовская, А.В., Михайлова, Е.В. Проблема ОРВИ и гриппа А (H1N1SWIN) в современном акушерстве. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 8 (2). – С. 218-223.
10. Джанаева, Э.Ф., Ширшова, С.А, Шеметова, Г.Н. Рискометрия хронических неинфекционных заболеваний у лиц молодого возраста». / VI Национальный конгресс терапевтов 23-25 ноября 2011. – Москва. – С. 69-70.
11. Джанаева, Э.Ф., Шеметова, Г.Н, Ширшова, С.А. Патогенетические основы и современные подходы к ранней диагностике атеросклероза. // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 4, (часть II). – С. 264-269.
12. Джанаева, Э.Ф., Шеметова, Г.Н. Нерешенные вопросы профилактики сердечно-сосудистой патологии у лиц молодого возраста». // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, – 2013. – № 1. – С. 125-127.
13. Джанаева, Э.Ф. Кузьмичев, Д.Е. Вильцев, И.М. Елькина, В.Г. Постковидный синдром в практике кардиолога. Личные наблюдения». / Сборник тезисов

«VII Дальневосточного медицинского молодежного форума с международным участием, проводимого в рамках IV Международного Дальневосточного медицинского конгресса». 02-13 октября 2023 г.

© Яцинюк Б.Б., 2025

Информация об авторе

Яцинюк Борис Борисович – Яцинюк Борис Борисович – к.м.н., доцент, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-токсиколог палат реанимации и интенсивной терапии БУ «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», главный внештатный токсиколог Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры; доцент кафедры общей хирургии и анестезиологии медицинского института ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева», член профильной комиссии Минздрава РФ по специальности «Токсикология», <https://orcid.org/0000-0002-0372-2856>, author ID 490437

A SPECIALIST OF HIGH PROFESSIONAL WORK AND PATRIOTIC ACTIVITY

Yatsinyuk B.B.

Introduction. A medical specialist sounds proud, from the moment of admission to a medical university to the end of his career. While studying for a degree, we learn the basics of medical art, which we then consolidate in specialty and clinical practice. Becoming a doctor is a complex process that requires daily care for the patient and improving the knowledge that we accumulate thanks to our teachers, and if she is a female doctor, she also takes care of the family. The doctor we represent has succeeded.

Conclusion. The history of each specialist in the healthcare system is inextricably linked with family history, the history of the educational organization and the contribution to medicine of teachers of many generations who selflessly served for the benefit of the sick and suffering. The professional path of a medical specialist is a long-term duty of service in the healthcare system, and the reflection of his work in the online publication is a continuation of the formation of the history of medicine in the country and the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug of Yugra.

Key words: professional path, history of medicine, healthcare of Ugra

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ФЕДОРА ИГОРЕВИЧА ПЕТРОВСКОГО



9 июня 2025 года скоропостижно ушел из жизни доктор медицинских наук, профессор кафедры фармакологии, педиатрии и инфекционных болезней бюджетного учреждения высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия» Петровский Фёдор Игоревич.

Петровский Фёдор Игоревич родился 5 мая 1974 года в городе Нововоронеже в семье инженеров. После окончания школы Фёдор Игоревич принял решение связать своё будущее с медициной, поступив в Сибирский государственный медицинский университет на факультет «Медицинская биохимия».

За время обучения Фёдор Игоревич проявил себя как талантливый, трудолюбивый и целеустремленный юноша, проявлял особый интерес к изучению пропедевтики внутренних болезней, клинической иммунологии и аллергологии, а также клинической фармакологии. В 1997 году Фёдор Игоревич с отличием окончил университет, а уже в 2006 году успешно защитил диссертацию на соискание степени доктора медицинских наук на тему «Пути оптимизации фармакотерапии тяжелой бронхиальной астмы». Его научные труды внесли значительный вклад в развитие медицинской науки, а достижения продолжают вдохновлять студентов и коллег.

С 2006 года свою трудовую деятельность Фёдор Игоревич продолжил в Ханты-Мансийском государственном медицинском институте, начав свой путь с должности доцента кафедры госпитальной терапии. В 2008 году благодаря своей исключительной порядочности и лидерским качествам Фёдор Игоревич занимает должность ректора Ханты-Мансийского государственного медицинского института. Под его руководством институт существенно укрепил материально-техническую базу, открыл новые специальности, увеличил контингент обучающихся, и как следствие, получил государственную аккредитацию в статусе «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия». В 2017 году Фёдор Игоревич было присвоено ученое звание

профессора по специальности «Клиническая иммунология, аллергология». За период своей работы в академии в жизни образовательной организации произошло множество побед и знаменательных событий, которые невозможно было бы представить без активного участия Фёдора Игоревича.

В памяти студентов Фёдор Игоревич навсегда останется талантливым лектором, чутким педагогом и прекрасным преподавателем. Коллегами были высоко оценены его опыт, отзывчивость и исключительный профессионализм.

Светлая память о Фёдоре Игоревиче Петровском останется в сердцах коллег и обучающихся, которые сохранят и передадут знания и опыт, которые получили от профессионала-врача.

Уважаемые коллеги! Просим обратить ваше внимание на требования для авторов при направлении материалов в научно-методическое сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации»

Цели и задачи научно-методического сетевого издания

Цель издания:

развитие издания в качестве научной и клинической платформы для ученых, врачей-специалистов, ординаторов, аспирантов, студентов, медицинских работников и приглашенных специалистов.

Задачи:

1. Привлечение к публикациям в издании авторов, увеличение подаваемых материалов, возможность отбора материала, который представляет наибольший практический и научный интерес, увеличение цитирований публикаций издания в РИНЦ. Привлечение к публикациям иностранных авторов и совместно выполненных с ними работ.

2. Повышение привлекательности и доступности издания для авторов и читателей.

Научная специализация журнала (в соответствии с Справочником ГРНТИ)

760000 - МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (рубрика 1-го уровня <https://elibrary.ru/rubrics.asp>)

Тематические рубрики

760100 Общие вопросы медицины и здравоохранения
762900 Клиническая медицина
760300 Медико-биологические дисциплины
763100 Клиническая фармакология. Фармация
763300 Гигиена и эпидемиология
763500 Прочие отрасли медицины и здравоохранения

Разделы номенклатуры специальностей

Все указанные в тематических рубриках

100000 - ГОСУДАРСТВО И ПРАВО. ЮРИДИЧЕСКИЕ НАУКИ (рубрика 1-го уровня <https://elibrary.ru/rubrics.asp>)

Тематические рубрики и разделы

1085 Криминалистика
108531 Криминалистическая экспертиза
108501 Общие вопросы криминалистики
1077 Уголовное право
107751 Отдельные виды преступлений

Аудитория издания – совокупность людей, пользующихся возможностью публикации в издании и потребители, специалисты, использующие информацию, опубликованную в издании, привлеченные определенным типом средств информации (Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сетевое издание «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» <https://dzhmao.ru/spez/zhurnal-zdravookhranenie-yugry/>).

Условия и требования к публикации в научно-методическом сетевом издании «Здравоохранение Югры: опыт и инновации» в 2025 году

Одним из элементов редакционной политики издания является формирование в номерах публикаций по смежным направлениям оказания медицинской помощи, расширение сотрудничества с медицинскими специалистами с высшим и средним медицинским образованием, руководителями Депздрава Югры, главными внештатными специалистами Югры и других регионов, представителями администраций медицинских организаций, членами аттестационных комиссий Депздрава Югры, обучающимися, администрацией образовательных медицинских организаций и заведующими кафедрами. Редакционная коллегия приняла решение по введению таких рубрик, как «Гость издания», «На вопросы отвечает главный специалист», «Юрист в помощь специалистам системы здравоохранения».

Критерии отбора рукописей (общие данные).

К публикации принимаются ранее не опубликованные и не отправленные в другие издания статьи и материалы, соответствующие научной специализации журнала.

Статья/материал не должна содержать некорректные заимствования.

Статья/материал должна быть оформлена согласно требованиям издания.

Автор(ы) статьи/материала должны представить в редакцию сопроводительное письмо и согласие автора(ов) на ее опубликование.

Редакция журнала работает строго с авторами статей/материалов без по-

средников; не предусматривает ускоренные сроки публикации; имеет строгий подход к оценке новизны представленного материала при его рецензировании.

Поступивший материал рецензируется (рецензируется членами редакционной коллегии издания в течение 30 дней).

Издание находится в базе РИНЦ (Российский индекс научного цитирования), которая представляет собой электронный сервис научного цитирования и предназначена для определения наукометрического показателя деятельности ученого – его цитируемость в различных научных источниках. Редакция издания всегда предпринимает все необходимые меры для оперативной публикации материалов, однако оставляет право самостоятельной установки порядка и сроков рецензирования и редактирования рукописей. Авторами публикации (статьи) могут быть лица, внесшие вклад в подготовку данной работы, ее доработку, а также лица ответственные за целостность всех ее частей. Лица, выполнявшие иную работу в подготовке материалов (технические работники, специалисты по статистике, специалисты, подготовившие перевод и филологи), могут быть указаны в разделе статьи «Благодарность/Acknowledgments» на русском и английском языках.

При направлении статьи в редакцию рекомендуется руководствоваться следующими правилами:

Общие правила для публикаций.

Публикуемое научное исследование должно быть в соответствии с этическими, юридическими нормами и не иметь конфликтов интересов. В рукописи необходимо соблюдать нормы пунк-

туации, орфографии и принятые медицинские и иные термины.

Рукопись, подаваемая для публикации, должна содержать заявление о том, что исследования на людях были одобрены соответствующим комитетом (если это необходимо по материалам статьи) по этике (медицинская организация; учреждение науки) и проводились в соответствии с этическими стандартами/нормами, изложенными в Хельсинской декларации.

Материал автора(ов), изложенный в статье, должен обладать элементами новизны, иметь прикладное значение и практическое использование не быть описанием известных фактов, имеющих в энциклопедиях, справочниках, учебниках, руководствах, клинических рекомендациях, раскрывать теоретические и методические вопросы решения какой-либо актуальной клинической или теоретической проблемы медицины и здравоохранения, юриспруденции в здравоохранении, других смежных научных направлениях (направлениях других ведомств) – экология, чрезвычайные ситуации, природопользование (отражающих вопросы здравоохранения и экологии; здравоохранения и природопользования, здравоохранения и социологии, другие направления совместной деятельности). Представляемые исследователями материалы должны гарантировать, что они являются честными, полными и взвешенными. Недопустимы выборочные или двусмысленные изложения различных фактов, которые трактуются двусмысленно и вводят в заблуждение читателей издания. Являться нарративом о самом себе или событии автора. Планируемая к публикации работа должна содержать только оригинальный материал, не являться плагиатом и не быть опубликованной ранее как в России, так и за рубежом.

Рукописи принимаются к рассмотрению непрерывно в течение года – journal_zdrav_ugra@miac.ru.

Учитывая редакционную политику издания, отдается предпочтение поступившим материалам, по тематике формирования следующего номера, аспирантам, соискателям.

Плата за публикацию статей не взимается.

Электронные версии опубликованных статей размещаются в сети Интернет: на сайте БУ «Медицинский информационно-аналитический центр» и в научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU и других базах на безвозмездной основе.

ПРАВИЛА ДЛЯ ПУБЛИКАЦИЙ.

В редакцию издания предоставляется авторский оригинал (рукопись) публикации в электронной форме, содержащей текст, набранный в редакторе «MicrosoftWord». Поступившему материалу присваивается №, который сообщается автору.

Сокращения и аббревиатуры расшифровывают при первом их использовании в тексте и в дальнейшем используют в неизменном виде.

Настоящие требования являются публичным договором-офертой на публикацию в издании. Акцептом к договору-оферте являются материалы, присланные в редакцию на электронную почту journal_zdrav_ugra@miac.ru, Яцынюк Борис Борисович.

1) файл (подпись файла по первому автору – Иванов И.Н._статья_2023), содержащий статью со вставленными в нее рисунками (Текст высылается отдельным файлом .doc (допускается архивация архиваторами WinZip или WinRar);

2) файлы, содержащие рисунки, графики, фотоматериалы;

3) сопроводительное письмо от учреждения, в котором формировались материалы.

Отправляется сканированный вариант, который подписывается – Иванов И.Н._сопроводительное письмо;

4) файлы, содержащие отсканированное согласие автора(ов) на принятие к публикации материала, размещения ее на электронных ресурсах и согласие на обработку персональных данных автора(ров). Согласие заверяется личной подписью (указываются фамилия, имя, отчество, место работы и должность, рабочий телефон/факс, почтовый и электронный адрес организации, ученая степень, звание, (аспирант, соискатель) телефон и e-mail автора с которым редакция будет вести переписку). Отправляется сканированный вариант согласия, который подписывается – Иванов И.Н._согласие;

5) Рисунки, графики, фотографии (высылаются отдельными файлами с комментарием; в тексте на месте иллюстрации помещается рамка с названием файла и комментарием).

Направляя материалы в редакцию издания, автор(ры) выражает(ют) свое согласие с настоящими правилами, заявляет, что считает себя заключившим с редакцией издания типовой лицензионный договор и гарантирует, что данная статья не была ранее опубликована или направлена одновременно в другое издание.

1. Структура статьи

1. Заглавие научной статьи:

- название статьи на русском языке, буквы прописные, располагаются по центру;

- инициалы и фамилии авторов располагаются по центру;

- после фамилии указывается надстрочный знак 1 2 3(выше опорной линии текста).

Требования к заглавиям:

- заглавия статей должны быть информативными;

- в заглавиях статей можно использовать только общепринятые сокращения;

2. После пробела строки, на следующей строке, после надстрочного знака указывается фамилия и инициалы авторов с указанием аффилиации авторов (полное официальное название организации и ведомства, город, страна). Все выравнивается по левому краю.

3. Сведения об авторах:

- фамилия, имя и отчество (полностью);
- ученое звание и ученая степень; e-mail; ORCID, author ID (при наличии).

Необходимо в скобках – (...), указать автора, ответственного за переписку с редакцией.

4. Структура аннотации:

- Введение (краткая история вопроса, цели и задачи);

- Объект и методы исследования; Результаты; Ограничения в научном исследовании; Обсуждение/Дискуссия (все представляется кратко); Выводы/Заключение.

- Ключевые слова (12-14 слов);

- Соблюдение этических стандартов;

- Благодарность.

После благодарности необходимо представить выходные данные публикации (Для цитирования статьи) - Иванов И.И., Петров П.П., Сидоров С.С. Оказания экстренной медицинской помощи у пациентов с бронхиальной астмой. Здравоохранение Югры: опыт и инновации.2023; 1: страницы..... указываются редакцией!

Конфликт интересов.

Финансирование.

Требования к аннотациям:

- информативность (необходимо избегать общих слов, использовать принятые термины);
- оригинальность;
- содержательность (необходимо отражать основное содержание статьи и результаты проведенного исследования);
- структурированность;
- компактность (до 350 слов).

Приветствуется структура аннотации, кратко повторяющая структуру публикации.

В аннотации не должно быть ссылок на литературные источники.

На английском языке.

1. Заглавие научной статьи:

- название статьи на английском языке, буквы прописные, располагаются по центру;
- инициалы и фамилии авторов располагаются по центру.

Требования к заглавиям:

- заглавия статей должны быть информативными;
- в заглавиях статей можно использовать только общепринятые сокращения;

2. Фамилии и инициалы авторов на английском языке с указанием аффилиации авторов (полное официальное название организации и ведомства), располагаются по центру.

3. Сведения об авторах:

- фамилия, имя и отчество (полностью);
- ученое звание и ученая степень; e-mail; ORCID (при наличии);

4. Структура аннотации на английском языке:

- Введение – Introduction;
- Объект и методы исследования – Object and methods of research;
- Результаты – Results;

- Ограничения в научном исследовании – Limitations;
- Обсуждение/Дискуссия – Discussion;
- Выводы/Заключение – Conclusions (кратко);
- Ключевые слова – Keywords;
- Соблюдение этических стандартов – Compliance with ethical standards;
- Благодарность – Acknowledgments.
- For citation.
- Conflict of interests.
- Funding.

В тексте аннотации на английском языке необходимо использовать терминологию, характерную для иностранных медицинских текстов. Необходимо использовать активный, а не пассивный залог.

5. Материал в статье располагается в следующей последовательности:

- УДК (по левому краю);
- направление публикации и специальность (по левому краю);
- материал является частью диссертационного исследования (указывается, если это материал диссертационного исследования);
- аннотация (на русском и английском);
- введение (введение и все последующие материалы выравниваются по ширине);
- объект и методы исследования;
- результаты;
- обсуждение/дискуссия;
- рекомендации по клиническому использованию данных (в зависимости от направления статьи, при необходимости);
- выводы/заключение;
- литература (в порядке упоминания источников);
- сноски в тексте статьи (в порядке упоминания источников).

- в завершении статьи указываются данные (ФИО на русском и английском; место работы, должность и научная степень, рабочий адрес, электронная почта) всех авторов (эти данные необходимы для размещения в РИНЦ).

ПРИМЕР

Яцинюк Борис Борисович (Yatsinyuk Boris Borisovich), кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии, скорой медицинской помощи и клинической токсикологии БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», главный токсиколог Депздрава Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, член профильной комиссии Минздрава РФ по специальности «токсикология», 628011, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Ханты-Мансийск, e-mail:..... Yatsinyuk Boris Borisovich.....

В разделе «Объекты и методы» должно быть указано о получении информированного согласия лиц, включенных в исследование (если это предусмотрено исследованием). Детали, способствующие персонификации пациентов, должны быть исключены.

Экспериментальные исследования на животных должны соответствовать международным и национальным нормативным актам обращения с лабораторными животными.

В статистической обработке данных необходимо указывать примененные методы (пакет статистического анализа). Единицы измерения должны соответствовать Международной системе единиц СИ, термины* – международным номенклатурам; заболевания и оценка тяжести пациента отражаются в соответствии с принятыми шкалами и Клиническими рекомендациями, регламентированными данными ассоциаций.

*Все термины и определения должны быть достоверны, их написание (русское и латинское) должно соответствовать «Энциклопедическому словарю медицинских терминов» (2001 г., 2-е издание под ред. В.И. Покровского, изд. «Медицина», <http://www.twirpx.com/file/123175/>).

Лекарственные препараты указываются только в международных непатентованных названиях, которые употребляются первыми, затем в случае необходимости приводится (в скобках) несколько торговых названий препаратов, зарегистрированных в России (в соответствии с данными информационно-поисковой системы «Клифар-Госреестр» [Государственный реестр лекарственных средств]).

В разделе Обсуждение/Дискуссия, необходимо интерпретировать свое мнение по полученным данным, в сравнении с результатами других исследований.

В разделе «Заключение/Выводы» дается необходимая информация отражающая результаты.

2. Технические параметры оформления текста:

Лист формата А4 (без оборота).

Поля: все поля – 2 см.

Шрифт – TimesNewRoman.

Размер шрифта: текст – 12; таблицы – 10.

Межстрочный интервал: текст – 1,5 см; таблицы – 1,0.

Абзацный отступ – 1,5 см.

Форматирование текста – по ширине. Недопустимо использование переносов, расставленных вручную.

Объем не должен превышать (иное согласуется с главным редактором): статей – до 10 страниц (включая иллюстрации, таблицы, резюме и литературы); рецензий и информационных сообще-

щений – до 3-5 страниц (иное согласуется с главным редактором).

Язык текста рукописи – русский (за исключением мета-данных).

Ссылки на литературу указываются в тексте в квадратных скобках в порядке упоминания источников, а не по алфавиту.

Ссылки на сноски в тексте статьи (документы), указываются в тексте надстрочный знаком в порядке упоминания источников.

После текста статьи приводится библиографический список, оформленный в соответствии с ГОСТ Р 7.05-2008. Число используемых литературных источников (Литература) и официальных документов определяется автором. Официальные документы (Федеральные законы, Постановления, Клинические рекомендации, Стандарты, Ведомственные приказы, ГОСТы, Медико-санитарные правила, Методические указания, Положения, Санитарно-эпидемиологические правила, ФГОС по специальностям, Рабочие программы и другие документы) нужно указывать не в списке литературы, а сносками (в конце страницы*) – сноски в тексте статьи, по представленному в тексте публикации источнику.

*Пример:

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ, с. 103.

После раздела – Литература, необходимо представить дополнительные сведения о каждом авторе публикации, необходимые для обработки издания в Российском индексе научного цитирования:

- Ф.И.О. полностью на русском языке и в транслитерации;

- ученая степень, ученое звание;

- должность, название организации, почтовый индекс, город, страна, e-mail для контактов с авторами статьи (можно один e-mail на всех авторов).

Приватность представленных данных. Имена и адреса электронной почты, введенные на сайте данного издания, будут использованы исключительно для целей, обозначенных этим изданием, и не будут использованы для каких-либо других целей или предоставлены другим лицам и организациям.

В разделе Источник финансирования, следует указать его источник (если он имеется и отразить связанные с ним возможные конфликты интересов).

Представление статистических данных в исследовании следует руководствоваться следующими данными:

- необходимо указать вид статистических данных: количественные – числовые непрерывные или дискретные; качественные – категориальные порядковые или номинальные;

- указывать тип распределения данных – нормальное, или параметрическое и ненормальное, или непараметрическое). Также указывается тест проверки на нормальность распределения данных (критерий Колмогорова-Смирнова; Шапиро-Уилка и другие используемые распределения);

- необходимо указать общий объем выборки и объемы групп (подгрупп) с приведением абсолютной и относительной частот, числителя и знаменателя для вычисленных в исследовании процентов: пример: .../... (...%), в таблицах указывать как n (%) – ... (...%);

- отображать методы, критерии статистической обработки в зависимости от типа распределения (параметрический, непараметрический) для каждой анализируемой группы данных. При представлении данных необходимо приво-

дить меры центральной тенденции (среднее, медиана, мода) и показатели разброса данных в соответствии с типом распределения выборки:

1. при представлении параметрических данных используется среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD) в формате M (SD) (ранее в научных исследованиях использовалось – $M \pm SD$);
2. при представлении непараметрических данных – медиану (Me) и показатели ширины и асимметрии распределения результатов, – интерпроцентильного интервала (нижний квартиль (25%) и верхний квартиль (75%) в формате Me [25%-75%], и также размаха (min - max).

Проверка статистических гипотез в исследовании должна быть представлена.

В представляемом исследовании указывается используемый статистический тест, применяемый в зависимости от вида выборок: параметрический тест – критерий/тест Стьюдента (two sample t-test), непараметрические тесты – тест Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test) для независимых выборок, критерий W критерий Уилкоксона (Вилкоксона) для сравнения двух зависимых выборок; тест χ^2 (хи-квадрат, chi -square), точный тест Фишера для определения связи между качественными признаками (через использование таблицы сопряженности 2 на 2, contingency table/2x 2 table/cross tabulation);

Обратите внимание, что критерий χ^2 применяется для анализа таблиц сопряженности 2x2, если ожидаемые значения в любой из ее клеток не меньше 5; когда таблицы содержат только малые частоты, например, меньше 10, необходимо использовать поправку

Йейтса с учетом критического значения p. Если ожидаемые значения в любой из клеток таблицы меньше 5, используется точный критерий Фишера. При проведении статистических тестов необходимо указывать пороговую величину уровня значимости p (например, 0,05). Отражать точное значение p там, где это возможно ($p=0,02$, а не неравенство $p<0,05$); независимо от того, получена статистическая значимость различий или нет, критерий p необходимо указывать ($p=0,58$). Если в исследовании представлено сравнение выборок целесообразно указать 95%ДИ, который представляет диапазон значений, в котором находится предполагаемое «истинное» изменение (показатель позволяет интерпретировать смысл изменений на каждом конце этого диапазона).

При оценке рисков (абсолютный риск, разность относительных рисков и другие), темпов событий (заболеваемость, выживаемость), отношений (отношение шансов, отношение угроз) необходимо использовать меру точности – 95%ДИ. Аббревиатуру отношения шансов и относительного риска с 95% ДИ следует указывать буквами русского алфавита, а доверительные интервалы через точку с запятой, чтобы не путалось тире с минусом (например, OR=2,48; 95% ДИ 1,02; 6,86).

Представление в статье анализа зависимостей.

Необходимо представить вид корреляционного анализа (Пирсона, Спирмена) с обоснованием его выбора и с указанием уровня значимости p (например, 0,05) в проведенном анализе; представлением 95%ДИ для коэффициента корреляции r и rs.

В исследовании представляется обоснование применимости метода регрессии – линейной регрессии (Linear/OLS

regression), логистической регрессии (Logistic regression).

Указывается уравнение регрессии, коэффициенты регрессии для каждого независимого признака, их 95%ДИ и значения p . Приводится оценка качества модели (коэффициент с детерминации r^2 и R^2) в табличном варианте.

Если вы провели корреляционный и регрессионный анализ рекомендуется привести графики рассеяния, а при проведении дискриминантного анализа рекомендуется привести ROC-кривые.

3. Требования к иллюстрациям:

- каждый рисунок должен быть пронумерован и подписан. Подписи не должны быть частью рисунков;
- рисунки и схемы обязательно должны быть сгруппированы (не должны распадаться на отдельные элементы при перемещении и форматировании);
- по возможности, избегайте использования рисунков и таблиц, размер которых требует альбомной ориентации страницы;
- надписи и другие обозначения на графиках и рисунках должны быть четкими и легко читаемыми;
- таблицы, рисунки, графики должны иметь порядковую нумерацию. Нумерация рисунков (в том числе графиков) и таблиц ведется отдельно. Если рисунок или таблица в статье один или одна, то номера не проставляются;
- в тексте статьи ОБЯЗАТЕЛЬНО должны содержаться ССЫЛКИ на таблицы, рисунки, графики;
- рисунки необходимо экспортировать в формате JPG, TIF с разрешением не менее 300 dpi.

4. Примечания:

Авторы должны сотрудничать с редакторами при необходимости правки или

сокращения работы, внесения дополнений и изменений.

Ответственность за правильное определение авторства полностью лежит на самих авторах, действующих в соответствии с правилами, принятыми в их медицинской организации или образовательном учреждении.

Авторы несут коллективную ответственность за свою работу и содержание публикации. Все авторы должны дать согласие на внесение в список авторов и одобрить направленную на публикацию рукопись.

Ответственный автор выступает контактным лицом между редколлегией и другими авторами (согласовывает с ними материалы, в которые внесены изменения и дополнения).

Статьи рецензируются редакционной коллегией. При необходимости отправляются автору, с которым ведется переписка.

Материалы, не соответствующие данным требованиям, к публикации не принимаются.

Изъятие опубликованной статьи применяется в случае вскрытия фактов, которые не были известны в ходе проведения рецензирования представленной рукописи.

Адрес редакции:

628012, г. Ханты-Мансийск, ул. Студенческая, 15а. Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр».

По возникающим вопросам обращайтесь по:

e-mail: journal_zdrav_ugra@miac.ru

Яцинюк Борис Борисович.

**НАПРАВЛЕНИЯ ПУБЛИКАЦИЙ НА 2025 Г.
В НОМЕРАХ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОГО СЕТЕВОГО ИЗДАНИЯ
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮГРЫ: ОПЫТ И ИННОВАЦИИ»**

Разделы издания

I. Направления научных публикаций (научно-теоретические; научно-практические; аналитические; научно-исследовательские):

1. Оригинальные статьи (рекомендуем ознакомиться с информацией, находящейся в источнике: <https://karpitsky.livejournal.com/101380.html>).

2. Случаи из практики – представляет клиническое наблюдение, имеющее практический интерес для врачей и обучающихся.

3. На вопросы отвечает главный специалист – ответы специалистам по применению в клинической практики документов, ведения пациентов, назначения лекарственных препаратов и методов инструментальной и лабораторной диагностики в клиническом случае.

4. Новые технологии – использование/применение новаторских методов (методик, способов, устройств) в практическом здравоохранении и в медицинской статистике.

5. Пилотные исследования – отражение предварительных (этапных, временных) данных, которые позволяют планировать дальнейшие этапы; результаты выполнения проекта должны быть отличны от всех других предложенных ранее решений.

6. Обзоры литературы по отдельным направлениям оказания помощи (нозологические формы болезни, диагностика, лечение, маршрутизация пациента), статистическим методам исследования в здравоохранении, юриспруденции в здравоохранении, которые

отражают анализ научных публикаций (рекомендуем ознакомиться с информацией, находящейся в источнике: <https://cyberleninka.ru/article/n/nadlezhaschaya-praktika-podgotovki-nauchnoy-publikatsii-chast-2-obzornaya-statya>).

7. Общественное здоровье и организация здравоохранения, история и социология медицины (история медицины в лицах; учителя и преподаватели; медицинские школы; история медицинских и фармацевтических организаций; история образовательных медицинских организаций).

8. Фармакология, клиническая фармакология, лекарственное обеспечение, организация фармацевтического дела.

9. Медицинский менеджмент и маркетинг.

10. Организация оказания медицинской помощи детскому населению, диагностика и лечение заболеваний и состояний в педиатрии.

11. Тактическая медицина и медицина катастроф, безопасность жизнедеятельности.

12. Психология (общая психология, медицинская психология, психология воспитания).

13. Сестринский процесс и опыт в клинической практике.

14. Научные работы специалистов (среднего медицинского образования), работающих в системе здравоохранения и фармацевтических организациях.

15. Юридические вопросы в работе медицинской организации и врача, качество оказания медицинской помощи. Юрист в помощь специалистам системы здравоохранения.

16. Актуальные вопросы совместной работы медицинских экспертов, сотрудников следственного комитета, адвокатов и судей, других специалистов.

17. Приглашенный специалист или Гость издания (материалы, представленные немедицинским специалистом отражающие вопросы развития системы здравоохранения и фармацевтики).

II. Направления научно-публицистических работ, проблемных и ознакомительных публикаций:

1. Педагогическое мастерство в системе подготовки медицинских работников на дипломном и последипломном образовании.

2. Совершенствование врачебного искусства; совершенствование сестринского искусства (провизора, фельдшера, акушерки, лаборанта, других специалистов).

3. Рынок фармацевтических препаратов и медицинской техники.

4. Фармакологический препарат.

5. Обсуждение вопросов изменения законодательных документов по вопросам здравоохранения, применение документов Минздрава РФ в клинической практике

6. Мнение главного специалиста по профилю оказания помощи, мнение специалиста (врача, среднего медицинского работника, юриста медицинской организации).

7. Дневник пациента. Здоровье и комфортная среда пациента с хроническим заболеванием.

8. Отражение материалов конференций и других научных мероприятий, планируемых мероприятий в регионе, России и за рубежом.

9. Медицинские организации округа (Юбилейные даты организаций, подразделений и специалистов; Внедрение новых медицинских техник; Самоотверженность и труд в профессии).

10. Рецензии на публикации и клинические издания.

11. Аттестация и аккредитация медицинских специалистов.

12. Инновации в медицинском образовании.

13. Достижения обучающихся медицинских классов школ.

III. Специалисты Департамента здравоохранения и Ассоциации медицинских работников (материалы различной направленности).

1. Главные специалисты Департамента здравоохранения – направления и опыт работы, научные публикации, клиническая практика.

2. Ассоциации медицинских работников – об актуальном для медицинских работников.

Другие виды публикаций, отправленные в издание, согласуются с главным редактором (Яцынюк Борис Борисович).

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Маткевич В.А., Гольдфарб Ю.С., Поцхверия М.М. Химус. К вопросу о понятии.....	3
Щелокова Е.А., Яриков А.В., Игнатьева О.И., Павлинов С.Е., Перльмуттер О.А., Фраерман А.П., Отдельнов Л.А., Бутримова С.В., Волков И.В., Цыбусов С.Н. Хроническая тазовая боль как междисциплинарная проблема: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение.....	14
Смертина Л.П., Кабанов А.А. Клинический случай камптокормии и симптома «Пизанской башни» при болезни Паркинсона.....	38
Дубс И.А., Алеева О.Н., Долгих Н.И., Каримова Т.Н., Кошкинен А.Н., Захарова Н.В., Изотова Т.С. Медицинские показания к внеочередному медицинскому осмотру работников.....	47

НАУЧНО-ПУБЛИЦИСТИЧЕСКАЯ РАБОТА

Яцинюк Б.Б. Специалист высокого профессионального труда и патриотической активности	58
--	----

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ФЕДОРА ИГОРЕВИЧА ПЕТРОВСКОГО	70
---	-----------