

ЖУРНАЛ ВКЛЮЧЕН В ПЕРЕЧЕНЬ ИЗДАНИЙ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ВЫСШЕЙ АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИЕЙ (ВАК)

ISSN 2713-2552 (Print)  
ISSN: 2782-5671 (Online)

# КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

в общей медицине

## ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА: ПСИХОСОМАТИКА

Психосоматические пациенты на приеме  
гастроэнтеролога

Личностные особенности больных  
с заболеваниями кожи

Определение уровня тревоги у больных  
COVID-19

Лечение соматизированной депрессии  
в общей медицинской практике

*Также в номере:*

«Острая-на-хроническую» печеночная  
недостаточность (ACLF)

Орофациальная боль в период пандемии COVID-19

Артериальная гипертензия при субклиническом  
тиреотоксикозе

Восстановительное лечение больных  
в вегетативном состоянии

№4 2022



портал  
CON-MED.RU





# CON-MED.RU

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОРТАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ



Видеотрансляции с ключевых мероприятий для врачей

Онлайн-конференции  
Круглые столы  
Вебинары  
НМО



## CON-MED.RU

С нами уже 202 081 врачей

MED-LIBRARY ВИДЕО ИГРЫ МЕРОПРИЯТИЯ ПАРТНЕРЫ СПЕЦПРОЕКТЫ MEDICAL VISUAL FERTILITY TODAY



14 января  
16:00 (мск)

Академия  
неврологии  
Сотекс

### Итоговая пресс-конференция

Интерактивное  
интернет-издание для врачей

### DigitalDoctor

Актуально



Med-library:  
профессиональные  
журналы  
и публикации

Спецпроекты  
по актуальным  
проблемам

Игры для врачей

Коллега,  
ищите  
хорошую  
работу?

Новый раздел  
**ВАКАНСИИ**  
для ВАС!

**СМОТРЕТЬ**  
748

Баллы  
НМО

**СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ОБЩЕСТВО  
ПО ИЗУЧЕНИЮ БОЛИ ПРИГЛАШАЕТ**

врачей разных специальностей принять участие в бесплатном образовательном медицинском проекте в ТВ-формате:

**ВРАЧ – УРОВЕНЬ ЭКСПЕРТ**

Повысьте ваш профессиональный уровень до экспертного!

**ЖДЁМ ВАС У ЭКРАНОВ КАЖДЫЙ ЧЕТВЕРГ В 19:00!**

Problems of Endocrinology  
**ПРОБЛЕМЫ  
ЭНДОКРИНОЛОГИИ**  
Научно-практический  
рецензируемый журнал

**ЧИТАТЬ ОНЛАЙН** 1054



Анонсы  
предстоящих  
мероприятий



Дайджесты  
по материалам  
симпозиумов

## ПРИСОЕДИНЯЙТЕСЬ!



**КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ**  
*CLINICAL REVIEW FOR GENERAL PRACTICE*

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) Министерства науки и высшего образования РФ журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

2022 / Том 4 / №3

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР ЖУРНАЛА  
**Леонид Иванович Дворецкий,**

д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО  
«Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Москва, Россия)  
*EDITOR-IN-CHIEF*

**Leonid I. Dvoretzky, D. Sci. (Med.), Prof. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow, Russia)**

ГЛАВНАЯ ТЕМА НОМЕРА: ПСИХОСОМАТИКА

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР НОМЕРА

**Владимир Эрнстович Медведев,** канд. мед. наук,  
доц., ФНМО ФГАОУ ВО РУДН (Москва, Россия)  
*EDITOR-IN-CHIEF OF ISSUE*

**Vladimir E. Medvedev, Cand. Sci. (Med.), People's Friendship University of Russia (Moscow, Russia)**

**ММА «МедиаМедика»**

Почтовый адрес: 127055, Москва, а/я 37

Телефон/факс: +7 (495) 926-29-83

Сайт: con-med.ru

E-mail: media@con-med.ru

Советник по управлению и развитию:

Т.Л. Скоробогат

Научный редактор: Д.А. Катаев

Менеджер по работе с ключевыми клиентами:

Н.А. Зуева

nelly@con-med.ru

Директор по рекламе:

Н.М. Сурова

Менеджеры по рекламе:

Направления

«Кардиология», «Эндокринология», «Онкология» –

Т.А. Романовская

Направления

«Неврология», «Ревматология», «Гинекология» –

С.Ю. Шульгина

По вопросам рекламы:

Телефон: +7 (495) 926-29-83

Учредитель: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Рег. номер: ПИ №ФС77-78139 от 13.03.2020.

Издатель: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Адрес редакции: 115054, Москва,

Жуков проезд, 19, эт.2, пом. XI

Адрес типографии:

125130, г. Москва, ул. Клары Цеткин, д. 28, стр. 2, пом. 6

Периодичность: 12 номеров в год.

Общий тираж: 30 тыс. экз.

Каталог «Почта России» ПН172.

Авторы, присылающие статьи для публикаций, должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским договором.

Информация на сайте con-med.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции журнала.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции. Научное производственно-практическое издание для профессионалов в области здравоохранения.

Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и распространение данного производственно-практического издания допускаются без размещения знака информационной продукции.

Все права защищены. 2022 г.

Журнал распространяется бесплатно.

**СОДЕРЖАНИЕ**

**CONTENTS**

**ГЛАВНАЯ ТЕМА: ПСИХОСОМАТИКА**

**Клинический случай**

Опыт лечения соматизированной депрессии в общей медицинской практике  
Н.Л. Зуйкова, И.В. Салынцев, А.В. Палин

6

**MAIN TOPIC: PSYCHOSOMATICS**

**Clinical Case**

Experience of somatic depression treatment in general practice  
N.V. Zuikova, I.V. Salyntsev, A.V. Palin

6

**Обзор**

Психосоматические пациенты на приеме гастроэнтеролога  
Е.Ю. Плотникова

11

**Review**

Psychosomatic patients at a gastroenterologist appointment  
E.Yu. Plotnikova

11

**Обзор**

Личностные особенности больных с заболеваниями кожи  
Е.В. Дворянкова, Н.А. Шевченко

19

**Review**

Personality traits in patients with skin diseases  
E.V. Dvoriankova, N.A. Shevchenko

19

**Лекция**

Роль клинического психолога в коррекции психосоматических расстройств  
Н.А. Шевченко

24

**Lecture**

The role of clinical psychologist in treatment of psychosomatic disorders  
N.A. Shevchenko

24

**Оригинальная статья**

Определение уровня тревоги у больных COVID-19  
Ю.А. Касьянова

29

**Original article**

Determining the level of anxiety in patients with COVID-19  
Ju.A. Kasyanova

29

**Клинический случай**

Опыт лечения депрессии у пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию  
В.Э. Медведев, Е.В. Гушанская, В.И. Фролова

32

**Clinical Case**

Experience of treating depression in patient who survived coronavirus infection  
V.E. Medvedev, E.V. Gushanskaya, V.I. Frolova

32

**Письмо в редакцию**

Проблемы восстановительного лечения больных в вегетативном состоянии  
Л.Б. Лихтерман

37

**Letter**

Issues of medical rehabilitation of patients in vegetative state  
L.B. Likhтерman

37

**ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ**

**Клинический случай**

Трудности диагностики вторичного характера артериальной гипертензии при субклиническом тиреотоксикозе (клиническое наблюдение)  
С.Э. Мамедли, М.А. Громова, Ю.Б. Червякова, Л.Э. Аллаярова, Х.А. Баходурова, И.А. Каландаров, Е.А. Слуцкая, А.С. Широкина

41

**INTERNAL DISEASES**

**Clinical Case**

Difficulties in diagnosing the secondary arterial hypertension in subclinical thyrotoxicosis (clinical case)  
S.E. Mamedli, M.A. Gromova, Ju.B. Chervyakova, L.E. Allayarova, Kh.A. Bakhodurova, I.A. Kalandarov, E.A. Slutskaya, A.S. Shirokina

41

**ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**

**Клинический случай**

Клинический случай: «острая-на-хроническую» печеночная недостаточность (ACLF)  
К.И. Попережаева, В.С. Рахметова, Г.А. Абай

45

**GASTROENTEROLOGY**

**Clinical Case**

Clinical case: acute on chronic liver failure (ACLF)  
K.I. Poperezhayeva, V.S. Rakhmetova, G.A. Abai

45

**СТОМАТОЛОГИЯ**

**Обзор и клинический случай**

Самостоятельные и симптоматические заболевания губ (хейлиты)  
И.К. Луцкая

48

**STOMATOLOGY**

**Review and Clinical Case**

Spontaneous and symptomatic lip conditions (cheilitis)  
I.K. Lutskaya

48

**Обзор**

Орочная боль в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
Д.И. Трухан, А.Ф. Сулимов, Л.Ю. Трухан, И.С. Чусов, И.Н. Степанов

54

**Review**

Orofacial pain during the new coronavirus infection (COVID-19) pandemic  
D.I. Trukhan, A.F. Sulimov, L.Yu. Trukhan, I.S. Chusov, I.N. Stepanov

54

**УРОЛОГИЯ**

**Обзор**

Постковидный синдром в урологии  
Е.В. Кульчавеня

66

**UROLOGY**

**Review**

Post-COVID syndrome in urology  
E.V. Kulchavenya

66

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ**

**Клинический случай**

Пациент 44 лет обратился с жалобами на мышечную слабость и судороги в мышцах  
Л.И. Дворецкий

73

**CLINICAL CASE FOR SELF-MONITORING**

**Clinical Case**

Patient aged 44 presented with complaints of muscle weakness and muscle cramps  
L.I. Dvoretzky

73

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

### ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР ЖУРНАЛА

**Дворецкий Леонид Иванович,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»  
(Москва, Россия)

### ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ И ГЕРИАТРИЯ

**Айнабекова Баян Алькеновна,**  
д-р мед. наук, проф., АО «Медицинский университет Астана»  
(Астана, Казахстан)

**Трухан Дмитрий Иванович,**  
д-р мед. наук, доц., ФГБОУ ВО ОмГМУ (Омск, Россия)

### ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ И ГЕПАТОЛОГИЯ

**Губергриц Наталья Борисовна,**  
д-р мед. наук, проф., многопрофильная клиника «Инто Сана»  
(Одесса, Украина)

**Пиманов Сергей Иванович,**  
д-р мед. наук, проф., УО ВГМУ (Витебск, Беларусь)

**Плотникова Екатерина Юрьевна,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБОУ ВО КемГМУ (Кемерово, Россия)

**Рахметова Венера Саметовна,**  
д-р мед. наук, проф., АО «Медицинский университет Астана» (Астана, Казахстан)

**Самсонов Алексей Андреевич,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» (Москва, Россия)

### ГЕМОСТАЗИОЛОГИЯ

**Ройтман Евгений Витальевич,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»  
(Москва, Россия)

### ГИНЕКОЛОГИЯ

**Пестрикова Татьяна Юрьевна,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО ДВГМУ (Хабаровск, Россия)

### ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

**Дворянкова Евгения Викторовна,**  
д-р мед. наук, ФГБУН «Центр теоретических проблем  
физико-химической фармакологии» РАН (Москва, Россия)

**Корсунская Ирина Марковна,**  
д-р мед. наук, ГБУЗ «МНПЦ дерматовенерологии и косметологии»  
(Москва, Россия)

**Тамразова Ольга Борисовна,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО РУДН (Москва, Россия)

### ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**Батырбеков Канат Умирзакович,**  
канд. мед. наук, ТОО «Национальный научный онкологический центр»  
(Астана, Казахстан)

**Сивокзов Илья Владимирович,**  
канд. мед. наук, ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза»  
(Москва, Россия)

### КАРДИОЛОГИЯ

**Ежов Марат Владиславович,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБУ «НМИЦ кардиологии»  
(Москва, Россия)

**Карпов Юрий Александрович,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБУ «НМИЦ кардиологии»  
(Москва, Россия)

**Остроумова Ольга Дмитриевна,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБОУ ДПО РМАНПО  
(Москва, Россия)

**Сергиенко Игорь Владимирович,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБУ «НМИЦ кардиологии»  
(Москва, Россия)

### КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

**Духанин Александр Сергеевич,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»  
(Москва, Россия)

**Зырянов Сергей Кенсариневич,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО РУДН (Москва, Россия)

### НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

**Акарачкова Елена Сергеевна,**  
д-р мед. наук, АНО «МО "Стресс под контролем"» (Москва, Россия)

**Замерград Максим Валерьевич,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБОУ ДПО РМАНПО (Москва, Россия)

**Камчатнов Павел Рудольфович,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» (Москва, Россия)

**Лихтерман Леонид Болеславович,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко»  
(Москва, Россия)

**Путилина Марина Викторовна,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»  
(Москва, Россия)

**Федорова Наталия Владимировна,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБОУ ДПО РМАНПО (Москва, Россия)

### ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

**Рязанцев Сергей Валентинович,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБУ «СПб НИИ уха, горла, носа и речи»  
(Санкт-Петербург, Россия)

**Свиштушкин Валерий Михайлович,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»  
(Москва, Россия)

### ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ (ПСИХИАТРИЯ)

**Аведисова Алла Сергеевна,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» (Москва, Россия)

**Медведев Владимир Эрнстович,**  
канд. мед. наук, ФГАОУ ВО РУДН (Москва, Россия)

**Сиволап Юрий Павлович,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»  
(Москва, Россия)

### ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

**Зайцев Андрей Алексеевич,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБУ «ВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко»  
(Москва, Россия)

**Попова Елена Николаевна,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»  
(Москва, Россия)

**Синопальников Александр Игоревич,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБОУ ДПО РМАНПО (Москва, Россия)

### УРОЛОГИЯ

**Борисов Владимир Викторович**  
д-р мед. наук, проф., Российское общество урологов (Москва, Россия)

**Раснер Павел Ильич,**  
д-р мед. наук, проф., ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова»  
(Москва, Россия)

### ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

**Демидова Татьяна Юльевна,**  
д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» (Москва, Россия)

**Петунина Нина Александровна,**  
чл.-корр. РАН, д-р мед. наук, проф., ФГАОУ ВО «Первый МГМУ  
им. И.М. Сеченова» (Москва, Россия)

---

## EDITORIAL BOARD

### EDITOR-IN-CHIEF

**Leonid I. Dvoretzky,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University  
(Moscow, Russia)

### INTERNAL DISEASES AND GERIATRICS

**Bayan A. Ainabekova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Astana Medical University (Astana, Kazakhstan)

**Dmitry I. Trukhan,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Omsk State Medical University (Omsk, Russia)

### GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY

**Natalia B. Gubergrits,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Multidisciplinary Clinic "Into-Sana" (Odessa, Ukraine)

**Sergei I. Pimanov,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University  
(Vitebsk, Republic of Belarus)

**Ekaterina Yu. Plotnikova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Kemerovo State Medical University (Kemerovo, Russia)

**Venera S. Rakhmetova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Astana Medical University (Astana, Kazakhstan)

**Aleksei A. Samsonov,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Yevdokimov Moscow State University Medicine and Dentistry  
(Moscow, Russia)

### GYNECOLOGY

**Tatyana Yu. Pestrikova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Far Eastern State Medical University (Khabarovsk, Russia)

### HEMOSTASIOLOGY

**Evgenii V. Roitman,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Pirogov Russian National Research Medical University  
(Moscow, Russia)

### DERMATOLOGY AND VENEREOROLOGY

**Evgeniya V. Dvoryankova,**  
D. Sci. (Med.), Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology  
of RAS (Moscow, Russia)

**Irina M. Korsunskaya,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology  
and Cosmetology (Moscow, Russia)

**Olga B. Tamrazova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., The Peoples' Friendship University of Russia  
(Moscow, Russia)

### CARDIOLOGY

**Marat V. Ezhov,**  
D. Sci. (Med.), Prof., National Medical Research Center for Cardiology  
(Moscow, Russia)

**Yurii A. Karpov,**  
D. Sci. (Med.), Prof., National Medical Research Center for Cardiology  
(Moscow, Russia)

**Olga D. Ostroumova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education  
(Moscow, Russia)

**Igor V. Sergienko,**  
D. Sci. (Med.), Prof., National Medical Research Center for Cardiology  
(Moscow, Russia)

### CLINICAL INVESTIGATIONS

**Kanat Batyrbekov,**  
Cand. Sci. (Med.), National Research Oncology Center (Astana, Kazakhstan)

**Ilya V. Sivokozov,**  
Cand. Sci. (Med.), Central TB Research Institute (Moscow, Russia)

### CLINICAL PHARMACOLOGY

**Aleksandr S. Duhanin,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Pirogov Russian National Research Medical University  
(Moscow, Russia)

**Sergei K. Zyryanov,**  
D. Sci. (Med.), Prof., The Peoples' Friendship University of Russia (Moscow, Russia)

### NEUROLOGY AND NEUROSURGERY

**Elena S. Akarachkova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., International Society "Stress under Control" (Moscow, Russia)

**Natalia V. Fedorova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education  
(Moscow, Russia)

**Pavel R. Kamchatnov,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Pirogov Russian National Research Medical University  
(Moscow, Russia)

**Leonid B. Likhterman,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Burdenko National Medical Research Center for Neurosurgery  
(Moscow, Russia)

**Marina V. Putilina,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Pirogov Russian National Research Medical University  
(Moscow, Russia)

**Maksim V. Zamergrad,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education  
(Moscow, Russia)

### OTORHINOLARYNGOLOGY

**Sergei V. Ryazancev,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Saint Petersburg Scientific Research Institute of Ear,  
Throat, Nose and Speech (Saint Petersburg, Russia)

**Valerii M. Svistushkin,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow, Russia)

### MENTAL HEALTH (PSYCHIATRY)

**Alla S. Avedisova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry  
(Moscow, Russia)

**Vladimir E. Medvedev,**  
Cand. Sci. (Med.), People's Friendship University of Russia (Moscow, Russia)

**Yury P. Sivolap,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow, Russia)

### PULMONOLOGY

**Elena N. Popova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow, Russia)

**Aleksandr I. Sinopal'nikov,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education  
(Moscow, Russia)

**Andrei A. Zaycev,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Main Military Clinical Hospital by N.N. Burdenko (Moscow, Russia)

### UROLOGY

**Vladimir V. Borisov,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Russian of Society Urology (Moscow, Russia)

**Pavel I. Rasner,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry  
(Moscow, Russia)

### ENDOCRINOLOGY

**Tatiana Yu. Demidova,**  
D. Sci. (Med.), Prof., Pirogov Russian National Research Medical University  
(Moscow, Russia)

**Nina A. Petunina,**  
Corr. Memb. RAS, D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University  
(Moscow, Russia)

---

# Опыт лечения соматизированной депрессии в общей медицинской практике

Н.Л. Зуйкова, И.В. Салынцев, А.В. Палин

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия  
zuykova\_nl@pfur.ru

## Аннотация

Соматизированные и соматовегетативные симптомокомплексы депрессий (нарушения сна, снижение либидо, патологические телесные сенсации и др.) являются одной из причин длительного пребывания пациентов под наблюдением врачей общей практики и позднего начала антидепрессивной терапии. С другой стороны, многие соматовегетативные побочные эффекты антидепрессантов (сонливость, гиперфагия, ухудшение сексуальной функции и пр.) могут стать причинами низкой комплаентности больных и преждевременного отказа от тимолептической терапии. Современные антидепрессанты, такие как trazodone (Триттико), успешно купируют не только разнообразные соматизированные проявления депрессии, но и нивелируют негативные соматические эффекты предшествующей психотропной терапии. В статье представлены клинические случаи эффективного лечения trazodone соматизированной депрессии у женщины и депрессии, протекающей с СИОЗС-индуцированным снижением либидо, у мужчины.

**Ключевые слова:** соматизированная депрессия, снижение либидо, trazodone.

**Для цитирования:** Зуйкова Н.Л., Салынцев И.В., Палин А.В. Опыт лечения соматизированной депрессии в общей медицинской практике. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 6–10. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00143

## Experience of somatic depression treatment in general practice

Nadezhda V. Zuikova, Igor V. Salyntsev, Aleksandr V. Palin

People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia  
zuykova\_nl@pfur.ru

## Abstract

Somatic and vegetative-somatic depressive symptom clusters (decreased libido, abnormal body sensations, etc.) are one of the reasons for the prolonged patient's follow-up and delayed start of antidepressant therapy. However, many vegetative-somatic side effects of antidepressants (somnolence, hyperphagia, deterioration of sexual function, etc.) can cause poor patient compliance and premature discontinuation of thymoleptic therapy. Modern antidepressants, such as trazodone (Trittico) successfully stop various somatic manifestations of depression and eliminate the adverse somatic effects of the previous psychotropic medication. The paper presents clinical cases of effective trazodone therapy in a woman with somatic depression and a man with depression and SSRI-induced decrease in libido.

**Key words:** somatic depression, decreased libido, trazodone.

**For citation:** Zuikova N.V., Salyntsev I.V., Palin A.V. Experience of somatic depression treatment in general practice. Clinical review for general practice. 2022; 4: 6–10. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00143

Соматизированные и соматовегетативные симптомокомплексы депрессий (нарушения сна, снижение либидо, патологические телесные ощущения и др.) являются одной из причин длительного пребывания пациентов под наблюдением врачей общей практики и позднего начала антидепрессивной терапии [1, 2].

С другой стороны, многие соматовегетативные побочные эффекты антидепрессантов (сонливость, повышение аппетита, нарушения сексуальной функции и пр.) могут стать причинами снижения комплаенса больных и преждевременного отказа от тимолептической терапии [3, 4].

Современные мультимодальные антидепрессанты, такие как trazodone (Триттико), успешно купируют не только разнообразные соматизированные проявления депрессии, но и нивелируют негативные соматические эффекты предшествующей психотропной терапии [4–6].

В обзорных публикациях последних лет [4–6] представлены данные о высокой эффективности trazodone для купирования таких проявлений гипотимии, как тревога (в том числе при неэффективности или зависи-

мости от бензодиазепинов), соматизированные и когнитивные расстройства, нарушения сна, снижение либидо и др. Благодаря особенностям своего рецепторного профиля, trazodone уже с первых дней терапии реализует выраженный тимолептический и анксиолитический эффекты, нормализует сон и его фазовую структуру, улучшает либидо и сексуальную функцию, уменьшает психогенные тошноту и анорексию, не вызывая в то же время повышения аппетита и прибавки массы тела.

В представленных ниже клинических примерах описываются случаи эффективного лечения trazodone соматизированной депрессии у женщины и депрессии, протекающей с СИОЗС-индуцированным снижением либидо, у мужчины.

## Клинический пример 1

**Пациентка, 47 лет.** Наследственность психическими расстройствами неотягощена.

**Анамнез.** Родилась в срок от нормально протекавших беременности и родов.

Менструации с 10 лет, установились сразу, до настоящего времени обильные, болезненные.

С 23 лет после самопроизвольного аборта на фоне психоэмоционального напряжения отмечала пульсирующие давящие головные боли в височной области, которые затем распространялись за уши и в затылок. Неоднократно обследовалась, однако патологии выявлено не было.

В 27 лет обращалась к знахарке, на приеме у которой чувствовала «дрожь во всем теле», совершала судорожные движения руками, истошно кричала. При этом испытывала чувство тошноты, сознания не теряла, слышала все, что говорилось вокруг. Состояние длилось несколько секунд. С тех пор приступы возникали периодически на фоне сильного психоэмоционального напряжения, сопровождающегося тревожным ожиданием. Длительность приступа, по словам родных, могла составлять до 4–5 мин. При этом всегда чувствовала приближение «припадка», старалась лечь, если же не успевала, то при падении никогда не получала ушибов, каких-либо других травм.

С 45-летнего возраста на фоне перебоев в менструальном цикле, стала ипохондричной: часто жаловалась на слабость, быструю утомляемость, боли в различных частях тела. Если поблизости от нее кто-то чихнул, кашлянул, на следующий день испытывала недомогание, считала себя больной, принимала большое количество лекарственных средств. Участились обращения за помощью к врачам, экстрасенсам, знахарям. Начала избегать стрессовых ситуаций. Стала плаксивой, сентиментальной, жалостливой. При этом в семейной жизни была более нетерпеливой, мелочной, раздражительной, агрессивной. Конфликтовала с дочерью. В 46 лет после травмы дочери, а также на фоне ухудшения здоровья матери, за которой была вынуждена ухаживать, отметила снижение настроения, плаксивость, учащение, усиление и увеличение продолжительности (до нескольких дней) головных болей и болей в спине. Тогда же отмечала длительные состояния афонии (потери голоса), онемение пальцев на одной руке. После смерти матери настроение оставалось сниженным, часто вспоминала ее, плакала, испытывала тоску, видела мать во сне. Обращалась к гинекологам, невропатологам, кардиологам. В результате обследований значимой соматической патологии не выявлено. Было рекомендовано лечение у психиатра.

**Соматическое состояние.** *Заключение ЛОР-врача:* без патологии. *Заключение гинеколога:* перименопауза. *Заключение терапевта:* без патологии. *Заключение невролога:* данных, подтверждающих наличие органической патологии центральной нервной системы, нет.

**Психическое состояние.** Жалобы на постоянное в течение дня ощущение «внутреннего напряжения», тревогу, связанную с ожиданием приступа, выражающегося атетозоподобными движениями рук, тризмом жевательной мускулатуры, «истошным» криком. Сознание при этом сохранено. Приступы возникают пе-

риодически, причем в течение 2 мес (после смерти матери) значительно чаще, чем прежде (до нескольких раз в неделю). Проходят самостоятельно в течение, как уверяет, 30–40 мин. Уверяет, что может предчувствовать наступление «судорог» по усилению ощущения «внутренней тревоги» и «туману в голове». Также беспокоят периодически возникающие пульсирующие головные боли давящего характера в висках, распространяющиеся за уши и в затылок, где приобретают характер жжения. Боль может длиться по несколько дней. Помимо этого, отмечает эпизодические стреляющие боли за ухом, по поводу которых к врачам не обращалась. Считает, что больна хроническим отитом. Высказывает предположение, что с этим связано ухудшение ее памяти. Также беспокоит длительное засыпание, сопровождающееся беспричинной тревогой, страхом, двигательным беспокойством. Аппетит снижен. Лучше чувствует себя к вечеру. Суицидальные мысли отрицает. Обманов восприятия не выявлено.

**Диагноз психиатрический:** депрессивный эпизод средней степени тяжести с соматическими симптомами (соматизированная депрессия).

**Терапия и катамнез.** Пациентке амбулаторно был назначен антидепрессант тразодон (Триттико) в дозе 150 мг/ночь. В течение 1-й недели терапии у пациентки нормализовались засыпание, продолжительность сна, к концу 2-й недели пациентка отметила улучшение фона настроения. После 3-й недели лечения доза препарата повышена до 300 мг/ночь. В течение 4-й недели терапии регистрировалось уменьшение частоты и выраженности приступов головных болей, мышечных «судорог» и других неприятных ощущений в теле. На 6-й неделе терапии больная сообщила, что стала более спокойной, редуцировались раздражительность и плаксивость. К концу 3-го месяца терапии пациентка, посчитав состояние полностью нормализовавшимся, самостоятельно отменила препарат без отрицательных последствий. В дальнейшем еще дважды обращалась за помощью в связи со снижением настроения и возобновлением соматизированной симптоматики. Получая каждый раз тразодон (Триттико) по 50–150 мг/ночь в течение 2–4 мес, отмечала полную редукцию депрессивной симптоматики и нормализацию состояния.

Нежелательных явлений на протяжении всех периодов антидепрессивной терапии и синдрома отмены при прекращении лечения не отмечалось.

В представленном клиническом случае первая отчетливая депрессия развилась у пациентки с истерическими чертами личности в период менопаузы. Для клинической картины инволюционных депрессий характерна большая представленность и даже доминирование соматизированной и конверсионной симптоматики [7–10]. Обращает на себя внимание длительный путь пациентки по специалистам общей медицинской практики, предшествовавший обращению к психиатру и не приносивший значимого терапевтического эффекта. Можно предположить, что более раннее начало терапии антидепрессантом, назначенным врачом общей

практики или неврологом, повысило бы приверженность терапии и, следовательно, длительность противорецидивного эффекта.

Выбор тразодона (Триттико) в качестве впервые назначенного антидепрессанта определялся полиморфной клинической картиной депрессии с соматизированными симптомокомплексами, а также невысокой вероятностью развития побочных эффектов [4–6].

## Клинический пример 2

**Пациент, 24 года.** *Наследственность* манифестными психозами неотягощена.

Пациент родился от нормально протекавшей беременности. Роды срочные, в родах по показаниям было сделано кесарево сечение. В дальнейшем к врачам не обращался, проходил плановые обследования и диспансеризации.

В 23 года женился. Однако отношения не складывались. На этом фоне снизилось настроение, появилась апатия, развилась тревога перед будущим, испытывал чувство обиды на жену, считал, что «она его не понимает и не любит». Участились конфликты в семье. Отметил снижение работоспособности из-за трудностей с концентрацией внимания. Снижился аппетит, нарушился сон (с трудом засыпал, часто пробуждался ночью, видел сновидения тревожного характера).

В связи с ухудшением самочувствия обратился за помощью к психиатру, принимал венлафаксин (до 75 мг/сут), агомелатин (до 50 мг/ночь) с незначительным эффектом, затем пароксетин (20 мг/сут). На фоне приема последнего отметил улучшение самочувствия, однако стало беспокоить снижение либидо. Был переведен на эсциталопрам 10 мг/сут, но проблемы с либидо сохранялись. Вновь обратился за коррекцией терапии.

**Психическое состояние.** Выглядит соответственно возрасту. Одет аккуратно, следит за внешним видом. Осанка сутулая. Мимика бедная, движения замедленные. Выглядит подавленным, несколько стеснителен. В беседу вступает без особых затруднений. Голос тихий. Темп речи несколько ускорен. На вопросы отвечает в плане заданного, многословен, при описании своей жизни использует изотерические и философские понятия. В суждениях инфантилен. Интересуется длительностью лечения, его эффективностью, влиянием на либидо, необходимостью приема поддерживающей терапии, ее сроками.

Жалобы на сниженное настроение, подавленность, тревогу за будущее семьи, обиду на жену, которая «не разделяет его увлечений и целей». Также беспокоят отсутствие чувства удовольствия от ранее приятных вещей, апатия, быстрая утомляемость, чувство «разбитости». Состояние, как правило, улучшается к вечеру. Аппетит снижен, похудел на 4 кг за последние 2 мес. Сон нарушен по типу трудности засыпания и сонливости в утренние часы. Суицидальные мысли отрицает. Обманов восприятия не обнаружено.

**Соматическое состояние.** *Заключение терапевта:* без патологии. *Заключение невропатолога:* па-

тологии не выявлено. *Заключение окулиста:* без патологии.

**Диагноз.** Впервые возникшая тревожно-апатическая депрессия. Депрессивный эпизод средней степени тяжести без психотической симптоматики, СИОЗС-индуцированная сексуальная дисфункция.

**Терапия:** тразодон (Триттико) 150 мг на ночь ежедневно.

На фоне терапии в течение первых 4 дней нормализовался сон. После 10 дней приема препарата пациент отметил существенное уменьшение подавленности. К 28-му дню терапии восстановился аппетит, отметил восстановление привычного уровня либидо, что и определило его готовность к продолжению терапии. К 42-му дню лечения зарегистрирована полная редукция апатии, раздражительности, тревоги перед будущим.

**Катамнез.** На фоне полной редукции психопатологической симптоматики пациент в течение еще 2 мес находился под наблюдением психиатра, принимал тразодон на ночь. Чувствовал себя хорошо. Приступил к работе. С обязанностями справлялся. Спустя 7 мес после отмены терапии депрессивной симптоматики не отмечается, другие психотропные препараты не принимает.

В представленном клиническом наблюдении в 23 года на фоне семейных неурядиц у пациента впервые развилось гипотимическое состояние с преобладанием тревожно-апатической симптоматики.

Наличие в клинической картине депрессии трех основных (снижение настроения, утрата интересов, снижение энергии и повышенная утомляемость) и более трех дополнительных (снижение способности к сосредоточению и концентрации внимания, нарушенный сон и аппетит) критериев депрессивного эпизода по МКБ-10 свидетельствует в пользу средней степени выраженности психопатологической симптоматики.

Выбор тразодона в качестве препарата замены у данного пациента молодого возраста обусловлен его высокой эффективностью в отношении тревожной и апатической симптоматики и положительным влиянием на сексуальную функцию у мужчин [4, 5].

## Заключение

Современные антидепрессанты, такие как тразодон (Триттико), успешно купируют не только разнообразные соматизированные проявления депрессии, но и нивелируют негативные соматические эффекты предшествующей психотропной терапии. Выбор тразодона в качестве антидепрессанта основывается на его высокой эффективности в отношении тревожной, апатической, соматизированной симптоматики, положительном влиянии на сексуальную функцию у мужчин и оптимальной переносимости.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.



## Литература / References

1. Медведев В.Э. Депрессивные расстройства. Глава в руководстве. Путеводитель врачебных назначений. Современное руководство для практикующих врачей. Том 6. Под ред. А.И. Мартынова. М.: Бионика Медиа, 2018. С. 57–69.  
[Medvedev V.E. Depressivnyye rasstroistva. In: Putevoditel' vrachebnikh naznachenii. Sovremennoe rukovodstvo dlia praktikuiushchikh vrachei. Tom 6. Ed. A.I. Martynov. Moscow: Bionika Media, 2018. P. 57–69 (in Russian).]
2. Медведев В.Э., Коровякова Э.А., Фролова В.И., Гушанская Е.В. Антидепрессивная терапия у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. 2019; 11 (1): 131–40. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-1-131-40  
[Medvedev V.E., Koroviakova E.A., Frolova V.I., Gushanskaia E.V. Antidepressivnaia terapiia u patsientov s serdechno-sosudistyimi zabolevaniiami. Nevrologiia, neiropsikhiatriia i psikhosomatika. 2019; 11 (1): 131–40. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-1-131-40 (in Russian).]
3. Медведев В.Э., Кардашян Р.А., Фролова В.И. и др. Исследование эффективности различных схем замены антидепрессанта при развитии синдрома СИОЗС-индуцированной апатии. Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. 2020; 2; 48–56.  
[Medvedev V.E., Kardashian R.A., Frolova V.I. et al. Issledovanie effektivnosti razlichnykh skhem zameny antidepressanta pri razvitiu sindroma SIOZS-indutsirovannoi apatii. Nevrologiia, neiropsikhiatriia i psikhosomatika. 2020; 2; 48–56 (in Russian).]
4. Беккер Р.А., Быков Ю.В. Об эффективности и безопасности тразодона при расстройствах с соматическими симптомами (Обзор литературы и представление двух клинических случаев). Психиатрия и психофармакотерапия. 2022; 2; 15–32.  
[Bekker R.A., Bykov Yu.V. Ob effektivnosti i bezopasnosti trazodona pri rasstroistvakh s somaticheskimi simptomami (Obzor literatury i predstavlenie dvukh klinicheskikh sluchaev). Psikhiiatriia i psikhofarmakoterapiia. 2022; 2; 15–32 (in Russian).]
5. Петрова Н.Н., Шагиахметов Ф.Ш., Борукаев Р.Р. Тразодон: грани клинической эффективности. Психиатрия и психофармакотерапия. 2021; 3; 40–6.  
[Petrova N.N., Shagiakhmetov F.Sh., Borukaev R.R. Trazodon: grani klinicheskoi effektivnosti. Psikhiiatriia i psikhofarmakoterapiia. 2021; 3; 40–6 (in Russian).]
6. Полуэктов М.Г., Левин Я.И., Михайлов В.А. и др. Применение Триттико (тразодона) для лечения нарушений сна при депрессии: результаты мультицентрового исследования. Эффективная фармакотерапия. 2013; 12: 82–90.  
[Poluektov M.G., Levin Ia.I., Mikhailov V.A. et al. Primenenie Trittiko (trazodona) dlia lecheniia narushenii sna pri depressii: rezul'taty mul'titsentrovogo issledovaniia. Effektivnaia farmakoterapiia. 2013; 12: 82–90 (in Russian).]
7. Медведев В.Э. Диагностика и терапия психосоматических расстройств генеративного цикла женщин в общей медицинской практике (обзор литературы). Архив внутренней медицины. 2022; 12 (4): 276–84. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-4-276-284  
[Medvedev V.E. Diagnostika i terapiia psikhosomaticheskikh rasstroistv generativnogo tsikla zhenshchin v obshchei meditsinskoi praktike (obzor literatury). Arkhiv unnutrennei meditsiny. 2022; 12 (4): 276–84. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-4-276-284 (in Russian).]
8. Медведев В.Э. Психические расстройства репродуктивного цикла у женщин. Психиатрия. 2022; 20 (2): 85–96. DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-85-96  
[Medvedev V.E. Psikhicheskie rasstroistva reproduktivnogo tsikla u zhenshchin. Psikhiiatriia. 2022; 20 (2): 85–96. DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-85-96 (in Russian).]
9. Медведев В.Э. Психосоматические осложнения снижения или нарушения генеративной функции у пациенток общесоматиче-



## Больше чем антидепрессант

Краткая информация по медицинскому применению препарата Триттико.

**ТРИТТИКО®, ТАБЛЕТКИ С ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ВЫСВОЖДЕНИЕМ, 150 МГ, 20 ШТ., 60 ШТ.**

**ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО:** Тразодона гидрохлорид **ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Препарат Триттико® показан к применению у взрослых для лечения депрессивных расстройств с тревогой или без нее.

**РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ И СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:** Взрослые 75–150 мг/сутки в виде разовой дозы вечером перед сном. Доза может быть увеличена до 300 мг/сутки, разделенных на два приема. У госпитализированных пациентов доза может быть постепенно увеличена до 600 мг/сутки в повторных дозах. **Пациенты пожилого возраста:** Для пожилых или ослабленных пациентов рекомендуемая начальная доза должна быть снижена до 100 мг/сутки в виде дробных доз или в качестве разовой дозы в вечернее время перед сном. Данную дозу можно постепенно повышать под наблюдением врача в зависимости от эффективности и переносимости препарата. В большинстве случаев для данных пациентов следует избегать назначения разовой дозы более 100 мг. Обычно не требуется доза, превышающая 300 мг/сутки. **Пациенты с печеночной недостаточностью:** Тразодон подвергается интенсивному печеночному метаболизму, и прием препарата может ассоциироваться с гепатотоксичностью. Следует с осторожностью назначать препарат пациентам с печеночной недостаточностью, особенно при наличии печеночной недостаточности тяжелой степени. Необходимо периодически проводить мониторинг функции печени. **Пациенты с почечной недостаточностью:** Обычно коррективная дозы не требуется, однако следует с осторожностью назначать пациентам с тяжелой почечной недостаточностью. **Дети:** Триттико® не следует применять у детей в возрасте до 18 лет в связи с риском, связанным с опасными относительно безопасностью.

**Способ применения:** Таблетки следует принимать целиком, не разжевывая, и запивая достаточным количеством воды. Терапию следует начинать с вечернего приема и постепенного увеличения дневных доз. Препарат может приниматься независимо от приема пищи. Препарат следует применять курсами не менее 1 месяца. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Гиперчувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ, перечисленных в разделе 6.1; алкогольная интоксикация и интоксикация снотворными препаратами; острый инфаркт миокарда; дефицит сахарозы/изомальтозы, непереносимость фруктозы, глюкозогалактозная мальабсорбция, так как лекарственный препарат содержит сахарозу; возраст до 18 лет (безопасность не установлена).

**ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ОБЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА.**

**НОМЕР РУ:** ЛП-№(001171)-(P)-RU.

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ.**

TRI-HCP-1/2021-N27

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ТРИТТИКО

- ской сети (обзор литературы). Архив внутренней медицины. 2022; 12 (3): 187–94. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-3-187-194 [Medvedev V.E. Psikhosomaticheskie oslozheniia snizheniia ili narusheniia generativnoi funktsii u patsientok obshchesomaticheskoi seti (obzor literatury). Arkhiv vnutrennei meditsiny. 2022; 12 (3): 187–94. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-3-187-194 (in Russian).]
10. Медведев В.Э. Терапия психических расстройств генеративного цикла у женщин. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022; 14 (2): 84–90. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-2-84-90 [Medvedev V.E. Terapiia psikhicheskikh rasstroistv generativnogo tsikla u zhenshchin. Nevrologiia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika. 2022; 14 (2): 84–90. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-2-84-90 (in Russian).]
- 

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Зуйкова Надежда Владимировна** – канд. мед. наук, доцент, доцент каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, Факультет непрерывного медицинского образования ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: zuykova\_nl@pfur.ru; ORCID: 0000-0002-7192-7095  
**Nadezhda V. Zuykova** – Cand. Sci. (Med.), People’s Friendship University of Russia. E-mail: zuykova\_nl@pfur.ru; ORCID: 0000-0002-7192-7095

**Салытцев Игорь Всеволодович** – канд. мед. наук, доцент, доцент каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, Факультет непрерывного медицинского образования ФГАОУ ВО РУДН. ORCID: 0000-0001-8623-8455  
**Igor V. Salyntsev** – Cand. Sci. (Med.), People’s Friendship University of Russia. ORCID: 0000-0001-8623-8455

**Палин Александр Васильевич** – ассистент каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, Факультет непрерывного медицинского образования ФГАОУ ВО РУДН. ORCID: 0000-0002-9480-731X  
**Aleksandr V. Palin** – Assistant, People’s Friendship University of Russia. ORCID: 0000-0002-9480-731X

Статья поступила в редакцию / The article received: 14.10.2022  
Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.10.2022

# Психосоматические пациенты на приеме гастроэнтеролога

Е.Ю. Плотникова

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия  
eka-pl@rambler.ru

## Аннотация

Заболевания органов пищеварения тесно связаны с расстройствами настроения, такими как тревога и депрессия. Исследования показали, что симптомы расстройств настроения у большинства пациентов с заболеваниями пищеварительного тракта часто не могут быть распознаны врачами-гастроэнтерологами, а 40–90% пациентов с психологическими проблемами не получают надлежащих медицинских услуг и лечения. Функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГИР) оказывают значительное влияние на повседневную деятельность и качество жизни, а также вызывают большие экономические трудности из-за прямых медицинских расходов и потери производительности. ФГИР являются психосоматическими заболеваниями, которые подразделяются на пищеводные, гастродуоденальные, кишечные, функциональный абдоминальный болевой синдром, билиарные и аноректальные расстройства. В статье приводятся различные патофизиологические механизмы развития психосоматических ФГИР. Также в статье представлено несколько типичных клинических случаев ФГИР. Описываются принципы лечения этих расстройств с акцентом на психотропную терапию.

**Ключевые слова:** функциональные гастроинтестинальные расстройства, психологические заболевания, синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия, функциональная изжога, психотерапия, психотропные препараты.

**Для цитирования:** Плотникова Е.Ю. Психосоматические пациенты на приеме гастроэнтеролога. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 11–18. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00144

## Psychosomatic patients at a gastroenterologist appointment

Ekaterina Yu. Plotnikova

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia  
eka-pl@rambler.ru

## Abstract

Digestive diseases are closely associated with mood disorders such as anxiety and depression, studies have shown that symptoms of mood disorders in most patients with digestive tract diseases often cannot be recognized by doctors by gastroenterologists, and 40–90% of patients with psychological problems do not receive proper medical services and treatment. Functional gastro-intestinal disorders (FSID) have a significant impact on daily activities and quality of life, and cause great economic hardship due to direct medical costs and loss of productivity. FGID are psychosomatic diseases that are divided into esophageal, gastroduodenal, intestinal, functional abdominal pain syndrome, biliary and anorectal disorders. The article provides various pathophysiological mechanisms for the development of psychosomatic FGID. The article also presents several typical clinical cases of FGID. The principles of treating these disorders with an emphasis on psychotropic therapy are described.

**Key words:** functional gastro-intestinal disorders, psychological diseases, irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, functional heartburn, psychotherapy, psychotropic drugs.

**For citation:** Plotnikova E.Yu. Psychosomatic patients at a gastroenterologist appointment. Clinical review for general practice. 2022; 4: 11–18. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00144

По мере того как наше понимание болезни развивается от модели бинарной регрессии к биопсихосоциальной медицинской модели [1, 2], болезнь сегодня уже считается многофакторным результатом взаимодействия между психосоциальными и биологическими факторами [3]. По данным Всемирной организации здравоохранения, симптомы тревоги и депрессии являются наиболее распространенными нарушениями психического здоровья и стали важным источником глобального бремени болезней [4]. В последние годы все больше внимания уделяется тревожно-депрессивным расстройствам у больных с заболеваниями органов пищеварения. Пациенты с расстройствами пищеварения обычно имеют персистирующее течение болезни с многочисленными рецидивами и длительными походами по разным специалистам. Ежегодное количество поступлений в отделения гастроэнтерологии чрезвы-

чайно велико, а консультации гастроэнтерологов, как стационарных, так и амбулаторных, являются одними из самых частых. Предыдущие исследования уже подтвердили, что коморбидность симптомов депрессии и тревоги у пациентов с заболеваниями органов пищеварения встречается достаточно часто [5]. Но, к сожалению, тревожность и депрессия обычно воспринимаются как факторы риска развития и прогрессирования заболеваний органов пищеварения [6]. При сопутствующей депрессии или тревоге физические симптомы часто усугубляются, что приводит к длительному времени восстановления и неблагоприятным прогнозам и требует больших медицинских ресурсов [7, 8]. Хотя заболевания органов пищеварения тесно связаны с расстройствами настроения, такими как тревога и депрессия, исследования показали, что симптомы расстройств настроения у большинства пациентов с заболеваниями

пищеварительного тракта часто не могут быть распознаны врачами-гастроэнтерологами [9]. В результате 40–90% пациентов с психологическими проблемами не получают надлежащих медицинских услуг и лечения [10, 11]. Поэтому очень важно исследовать и оценить текущее состояние ведения пациентов с заболеваниями органов пищеварения, коморбидными с тревогой и депрессией. Хотя такие исследования ранее проводились в Китае, больше внимания уделялось некоторым заболеваниям, таким как синдром раздраженного кишечника (СРК) и функциональная диспепсия (ФД), но размер выборки был недостаточно большим [12, 13]. Полученные результаты не могут отражать общую распространенность тревожных и депрессивных расстройств у гастроэнтерологических пациентов и не позволяют всесторонне проанализировать факторы риска этих состояний.

Функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГИР) представляют собой набор нарушений, влияющих на каждую часть системы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Их симптомы часто неоднозначны, и их трудно локализовать. Эти расстройства подразделяются на 6 основных направлений: пищеводные, гастродуоденальные, кишечные, функциональный абдоминальный болевой синдром, билиарные и аноректальные [14]. Гендерные различия для ФГИР (женщины > мужчины) были выявлены в общей популяции [15, 16]. ФГИР являются распространенными расстройствами и регистрируются почти у 1/3 населения в целом [17, 18]; 35–60% больных, посещающих гастроэнтеролога, имеют ФГИР [19].

Психосоциальные факторы могут влиять на восприимчивость к ФГИР и способность справляться с симптомами [14]. Эти необъяснимые расстройства обычно связаны с тревогой, депрессией и стрессовыми жизненными событиями [20]. Эмоциональный стресс и депрессия могут влиять на развитие ФГИР. Уровень заболеваемости ФГИР увеличивается с тяжестью стресса или депрессии [21]. Стресс также усугубляет обострение ФГИР [22].

Психосоматические расстройства широко распространены в общей медицинской практике, поскольку почти 1/3 пациентов могут страдать как минимум одним психическим расстройством, особенно депрессивными и тревожными расстройствами [23]. Среди пациентов с ФГИР частота сопутствующих психических расстройств выше, чем в нормальной популяции. Психические расстройства, особенно депрессивные, тревожные и/или обсессивно-компульсивные расстройства, отмечаются у 50–90% пациентов с СРК, обратившихся за лечением [24]. Расстройства соматизации также очень важны для ФГИР. Больной жалуется на множественные субъективные симптомы в различных системах органов при соматизированных расстройствах. Эти пациенты обычно не сообщают врачу сразу обо всех своих симптомах. Нарушения соматизации обнаруживаются у 15–48% больных СРК [23]. ФГИР оказывают значительное влияние на повседневную деятельность и качество

жизни, а также вызывают большие экономические трудности из-за прямых медицинских расходов и потери производительности [25].

Как указывалось выше, больные с заболеваниями органов пищеварения более подвержены симптомам тревоги, депрессии и других психосоматических расстройств. Это явление имеет соответствующую анатомическую основу, т.е. система регуляции пищеварительной функции имеет то же анатомическое положение, что и подкорковый интеграционный центр эмоций [26].

Пациенты женского пола чаще имеют симптомы тревоги (25,45% против 17,92%,  $p < 0,01$ ) [27]. Ряд многофакторных анализов также подтвердил, что пол является независимым фактором риска для пациентов с симптомами тревоги, что согласуется с некоторыми предыдущими исследованиями [28–30]. Женщины менее способны регулировать свои эмоции; одной из важных причин является их особая социальная и функциональная роль [31]. Кроме того, уровни секреции таких гормонов, как половые гормоны, вазопрессин и окситоцин, у мужчин и женщин различаются, что может регулировать работу центральной нервной системы по-разному [32, 33]. Пациенты с низким образовательным уровнем и интеллектом более склонны к симптомам тревоги, к такому выводу пришли в своем исследовании L. Mei и соавт. [34]. Это может быть связано с тем, что образованные пациенты имеют более высокий уровень осведомленности о болезненном состоянии.

Между мозгом и кишечником существует двусторонняя связь с участием нервов, гормонов и иммунных путей. Данные исследований в области неврологии за последние несколько лет показали, что микробиота кишечника играет решающую роль в развитии, созревании и функционировании мозга [35, 36]. Рассмотрим подробнее ось мозг–кишечник на примере СРК. СРК является функциональным гастроэнтерологическим заболеванием. Для него характерны периодические висцеральные боли, а также изменения дефекации (запоры и/или диарея) [2]. Глобальная распространенность СРК составляет 13,8% среди женщин и 9,4% среди мужчин [37]. Хроническое течение и неприятные симптомы снижают качество жизни и работоспособность [38], усиливают симптомы аффективных расстройств, тревоги или соматических расстройств [39, 40].

Стресс играет решающую роль в появлении ФГИР [41, 42]. Большинство людей страдают нарушениями функции ЖКТ во время стрессовых или эмоциональных событий [26]. Время задержки между стрессовым событием и клинической картиной или обострением ФГИР варьируется и может составлять несколько недель [42]. Исследования выявили значительную взаимосвязь между стрессом на неделе  $t$  и стрессом на неделе  $t+1$ , а также между желудочно-кишечными симптомами на неделе  $t$  и симптомами со стороны ЖКТ на неделе  $t+1$  [43]. Высокий уровень тревоги и депрессии были значимыми предикторами развития ФГИР в течение одного года. Испытывали более одного желудочно-кишечного

симптома 23–65% людей и более трех желудочно-кишечных симптомов в периоды стресса – 31,1% [44]. Клиницисты могут чаще выявлять ФГИР у мужчин во время психотравмирующей ситуации, поскольку мужчины подвергаются большему стрессу, чем женщины, в критических ситуациях [41].

Как правило, кишечные симптомы ухудшаются при стрессе [45]. Ключевой особенностью СРК является нарушение вегетативного баланса, которое характеризуется сниженным тонусом блуждающего нерва и снижением активности парасимпатической нервной системы [46, 47]. Парасимпатическая нервная система в основном основана на двунаправленной связи, осуществляемой через блуждающий нерв. Под влиянием стресса снижается активность блуждающего нерва (снижение парасимпатической активности), что вызывает дисбактериоз, повышает секрецию и проницаемость кишечника. Как выявили В. Wopaz и соавт. [48], это приводит к воспалению в кишечнике. Аfferентные ноцицепторы становятся более чувствительными, усиливая ощущение висцеральной боли при СРК [49]. При СРК также усиливается висцеральная ноцицепция за счет функциональных и структурных изменений головного мозга, иммунных и нейроэндокринных путей [50].

Многие исследования были сосредоточены на психосоматическом статусе пациентов с ФГИР, такими как СРК и ФД [52, 53]. В больницах общего профиля более 1/2 пациентов с депрессией или тревогой впервые госпитализировались в непсихиатрические отделения. Большинство из них были гастроэнтерологическими больными с желудочно-кишечными симптомами в качестве основных проявлений. Поэтому некоторые гастроэнтерологи достигли определенного консенсуса, когда хронические больные без органических поражений возвращались снова и снова, просто начинали учитывать их психологические факторы и принимать соответствующие меры вмешательства и лечения [54, 55].

Необходимо исследовать психосоматический статус больных с заболеваниями органов пищеварения и анализировать факторы риска, влияющие на их психическое здоровье. Китайское исследование L. Feng и соавт. показало, что 20,74% пациентов с заболеваниями органов пищеварения имели симптомы тревоги [56], что было близко к распространенности, обнаруженной в Европе [57] и США [58]. Симптомы депрессии проявлялись у 31,78% госпитализированных пациентов с заболеваниями органов пищеварения, что было выше распространенности (19,5%), полученной в результате метаанализа пациентов первичного звена в 10 странах [59]. Это различие предполагает, что частота тревожных и депрессивных симптомов может быть выше у госпитализированных пациентов с заболеваниями ЖКТ, чем у пациентов первичной медико-санитарной помощи.

M. Shiha и соавт. сравнивали уровень тревоги и депрессии у пациентов с СРК, функциональной диареей (ФДи) и функциональными запорами (ФЗ). ФДи и ФЗ, как правило, протекают без болевого синдрома. Паци-

енты с СРК по сравнению с пациентами с ФЗ/ФДи имели значительно больше соматических симптомов (6,0 против 4,3), аномально высокие уровни соматизации (16% против 3%), более высокий общий балл по Госпитальной шкале тревоги и депрессии – HADS (15,0 против 11,7), клинически аномальные уровни тревоги (38% против 20%) и депрессии (17% против 10%). Увеличение частоты болей в животе положительно коррелировало количеством соматических симптомов и шкалой HADS;  $p < 0,001$  [60].

### Клинические наблюдения из собственной практики автора

*Пациент Н., 46 лет.* Периодически обращается в течение 10 лет с жалобами на изжогу, частые боли в животе, которые нарушают нормальное функционирование, метеоризм, частый кашицеобразный стул до 5–8 раз в сутки, раздражительность, эмоциональную неустойчивость, инсомнию, страх дефекации, принимает часто лоперамид – на фоне его приема стула нет, но страх остается. Болен с подросткового возраста, обострения связаны со стрессами, погрешностью в диете (клетчатка). Постоянно лечится у разных специалистов – гастроэнтеролога, уролога, лор, дерматолога – ищет у себя различных возбудителей, проводит курсы антимикробной, противовирусной и противопаразитарной терапии. Считает, что у него в кишечнике «плохая» микрофлора и еще «какие-то» проблемы – нужно провести «полное» обследование кишечника. Имеет высшее образование, занимает высокий пост в крупной компании, тратит большие средства на обследование и лечение. Категорически отказывается от консультации психотерапевта/психиатра. При обследовании (фиброгастроэноскопия – ФГДС): пептический эзофагит, хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* (Hr+); КТ-колоноскопия – без патологии. Другие многочисленные исследования не выявили органической патологии, при этом постоянно сдает различные анализы и проходит разнообразные исследования. Диагноз пациента – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), хронический гастродуоденит, Hr-положительный (эрадикация дважды безуспешная), СРК с диареей, тяжелой степени тяжести, тревожное расстройство на фоне соматического неблагополучия, обсессивно-компульсивное расстройство? Назначаемое лечение: low-FODMAP диета (аббревиатура понятия Fermentable Oligo-, Di-, Monosaccharides And Polyols, что означает «вызывающие брожение олиго-, ди-, моносахариды и полиолы»), кислотосупрессоры, спазмолитики, пеногасители, антибактериальные средства, пробиотики – дает кратковременный эффект. Иногда получается уговорить его принимать психотропные препараты (анксиолитики, антидепрессанты), самочувствие улучшается – прекращает принимать лекарство. У пациента явный протест против лечения, для чего ему нужна болезнь, выяснит только психиатр, к которому он категорически отказывается идти. Ходит по сей день «по кругу» – классический психосоматический пациент.

Исследования убедительно показывают, что неконтролируемый стресс в детском и подростковом возрасте является серьезным фактором риска развития различных синдромов у взрослых [61]; почти 80% подвергшихся воздействию стресса молодых людей не соответствуют критериям успешного психосоциального функционирования во взрослой жизни [62]. Последствия неуправляемого события, такого как угроза, особенно серьезны у ребенка с ранней уязвимостью или с кумулятивным воздействием негативных жизненных событий. Такие люди могут иметь аномальную чувствительность к любому раздражителю [63]. Дополнительные факторы патофизиологии СРК могут включать значительные стрессовые жизненные события во взрослом возрасте или стрессовую реакцию (борьбу или бегство), которая повторяется с течением времени, становится обусловленной и автоматически запускается в стрессовых ситуациях [64], так называемый условный стресс. Таким образом, ранняя уязвимость вместе с неприятными переживаниями может привести к сложным состояниям, в которых встречаются эмоциональная дисрегуляция, проблемы в отношениях, соматический стресс и диссоциация [65]. Когда невозможны реакции ни борьбы, ни бегства (первые более естественные реакции выживания после угрозы или стрессора), может возникнуть так называемый рефлекс замирания – диссоциация. Диссоциация – наиболее тяжелое состояние, связанное с нарушением регуляции вегетативной нервной системой (ВНС) [66]. Важно понимать соматические проявления диссоциации реакции на стресс, так как существует тесная связь между психологической и соматической диссоциацией (когда пациент не может понять сообщения своего тела) [67]. Такая эмоциональная дисрегуляция может оставаться связанной с определенными областями тела и никогда не достигать сознательного разума. Некоторые пациенты с СРК требуют повторных соматических исследований и минимизируют роль психосоциальных факторов [68]. Это можно объяснить их бессознательным и соматическим дистрессом. Соматическая диссоциация со временем приводит к снижению уверенности в себе. Это серьезный недостаток, при котором ресурсы пациента полностью исчерпаны; это может привести к синдрому выгорания без ведома пациента [64]. Различные эмоции играют ключевую роль в изменении вегетативной и эндокринной функций, что, в свою очередь, может нарушить эмоциональную схему [69]. Недействительность эмоциональных переживаний, а также трудности с выражением и распознаванием эмоций (алекситимия) часто наблюдаются у пациентов с СРК [65]. Функционирование кишечника и болевые ощущения централизованно регулируются эмоциями и степенью осознания симптомов тела [70]. Таким образом, степень осознания тела пациента имеет решающее значение. Длительный стресс с дистрессом, изменением мышечного напряжения и подавлением импульсов может повлиять на способность обращать внимание на тело и, таким образом, воздействовать на телесное осознание человека

[71]. Было доказано, что нарушение осознания тела является одной из причин плохого состояния здоровья, связанного со стрессом. [72].

*Пациентка Н., 36 лет.* При обращении жалобы на периодические боли, интенсивные по ходу толстой кишки, метеоризм, чередование диарей и запоров, дефекация приносит уменьшение болей, но ненадолго. Улучшение самочувствия наступает после лечения в стационаре, когда ей «делают капельницы» или когда муж «сделает укол». При попытке выяснить, что «капают» или «колят» – отвечает, что не знает, но «помогает». Больна несколько лет, была успешным предпринимателем, но из-за болей в животе свернула свой бизнес, не работает, постоянно находится дома или в больнице. Образование высшее, техническое. При обследовании органической патологии не выявлено. От консультации психотерапевта/психиатра отказывается. Диагноз: СРК, смешанная форма, тяжелое течение, депрессивное расстройство на фоне соматического неблагополучия. Было назначено лечение: low-FODMAP диета, спазмолитики, пробиотики, антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН) на срок не менее 6 мес. Через 3 мес боли в животе значительно меньше, стул регулярный, отмечает, что «скучно дома находиться», дан совет попробовать восстановить работу. Больше на прием не приходила, в стационар не поступала. Иногда получается убедить пациента принимать психотропные препараты достаточным курсом, на фоне которых больной может входить в стойкую ремиссию.

*Пациент Г., 21 год.* На первом приеме жалобы на постоянную изжогу, не зависящую от приема пищи. Изжога крайне редко купируется антацидами и ингибиторами протонной помпы даже в двойных и тройных дозах. Страдает с 15 лет, постоянно ходит к разным гастроэнтерологам, они назначают различные варианты кислотосупрессивной терапии, от которой нет эффекта. Бывают «светлые промежутки» без изжоги, которые возникают спонтанно, ухудшения самочувствия связаны со стрессом. Назначена суточная Рн-метрия, по которой не выявлен ГЭРБ, ФГДС также не выявило органической патологии. С детского возраста воспитывается авторитарной бабушкой, родители живут в другом городе, хорошо учится, оканчивает университет, будущий программист. Настоящее обострение вызвано конфликтом с девушкой. «Измотан» своим состоянием, хочет избавиться от изнуряющей изжоги. Диагноз: Функциональна изжога, тревожно-депрессивное (ипохондрическое) расстройство. Назначено лечение – антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, курс не менее 6 мес. Пациент провел курс психотропной терапии в течение 6 мес, ремиссия продолжалась еще 1,5 года. Пациент Г. появился на приеме через 2 года, снова возникла изжога на фоне стресса. Пациенту вновь была назначена психотропная терапия, больше на прием он не приходил. Грамотный, с высоким уровнем информированности,

он понял, что может сам оказывать себе помощь или подкрепил ее работой с психотерапевтом/медицинским психологом.

Подобных пациентов, о которых написано выше, у врача-гастроэнтеролога достаточно много сегодня на приеме. За описанием их истории, в объеме одного абзаца, стоит очень серьезная работа – многократные приемы, необходимый объем обследований, так как ФГИР диагностируются после исключения различной органической патологии. Основная работа приходится на подробный сбор жалоб и анамнезов, особенно анамнеза жизни с упором на выяснение психотравмирующих ситуаций. Затем при каждой последующей встрече с пациентом работа с его психологическим состоянием – элементы, например, когнитивно-поведенческой терапии, особенно, если пациент отказывается полноценно лечиться у специалиста психического профиля (не медицинские психологи в этих ситуациях плохо справляются). Зачастую у пациентов с психосоматической патологией есть «протесты» против лечения, эти протесты существуют на уровне подсознания или бессознательного, задача врача выявить их, чтобы пациент смог задать себе вопросы – «зачем мне нужна эта болезнь» или «почему я бросаю лечение, когда наступает улучшение?». Это будет первый шаг на пути разрыва патологической связи между мозгом и органами пищеварения. Эту связь помогают также разорвать психотропные препараты, но пациенты зачастую отказываются их принимать – «я же не психический больной» – поэтому и ходят годами по различным врачам-интернистам со своими «протестами» против адекватного лечения. Самой частой причиной «протестов» является отсутствие внимания близких. Для того чтобы привлечь к себе внимание, пациент «начинает болеть», причем он действительно испытывает всю симптоматику заболевания, которое «выбрало его подсознание», зачастую сильно страдая от болевого и диспепсического синдромов. А лечение такому человеку не актуально – как только ему станет лучше, внимание близких людей уменьшится до следующего обострения, которое себя не заставит долго ждать. На эти темы хорошо говорить с людьми, имеющими высокий интеллект, способными к рефлексии, читающими о своей проблеме. А вот с малообразованными пациентами такое общение малопродуктивно – они требуют назначения лекарств, инъекций и «капельниц» и не хотят обсуждать свои психологические проблемы. Соответственно, у них реже наступают ремиссии, тяжелее протекают обострения.

Имея всего несколько препаратов, которые доказали свою эффективность при лечении функциональных расстройств кишечника [73, 74], психотерапия стала основным терапевтическим вариантом при многих клинических состояниях, особенно у пациентов с тяжелыми психосоматическими (функциональными) нарушениями. Психотерапия, независимо от типа лечения, например гипнотерапия, поведенческое вмешательство, когнитивная модуляция, психодинамическая терапия или психообразовательные подходы, в большин-

стве случаев оказалась более эффективной, чем традиционное лечение [75]. Психотерапевтические возможности у психосоматических пациентов связаны с модификациями классических психоаналитических техник, а именно: психоаналитически ориентированная групповая терапия, психотерапевтическое консультирование, поддерживающая психотерапия, с одной стороны, и когнитивно-поведенческая терапия, с другой. Однако остается неясным, почему и сколько пациентов мотивированы на психотерапию, а другие нет, и определяет ли это эффективность психотерапии [76]. Психотерапия изначально относительно дорога, потому что требует многократных длительных сеансов. Однако ее преимущества сохраняются или даже увеличиваются с течением времени и в долгосрочной перспективе.

В настоящее время известны крупные международные исследования, многие из которых обнаружили, что более 40% людей во всем мире страдают функциональными желудочно-кишечными расстройствами, которые влияют на качество жизни и эффективность медицинской помощи [77, 78]. Лечение ФГИР основано на многофакторном подходе и включает фармакотерапию, направленную на устранение преобладающего симптома, поведенческое и психологическое лечение, изменение диеты, обучение, доверительные и эффективные отношения между пациентом и врачом. Гастроэнтерологам необходимо выйти за пределы ограничений традиционной модели и приобрести некоторые знания и навыки из психологии, психиатрии и психосоматической оценки с помощью кратких специальных тренингов и применять их в клинической практике комплексным психосоматическим путем. Существует настоятельная необходимость в создании принципиально новой модели гастроэнтерологической практики, которая унифицированным образом включает биологические, социальные и психологические факторы на протяжении всего клинического курса, начиная с опроса, оценки состояния пациента, заканчивая лечением. Особенно это важно сегодня, когда социальная ситуация очень непростая и насыщена различными психотравмирующими факторами. Например, значительное число пострадавших от инфекции COVID-19, помимо респираторных симптомов, страдали от потери аппетита, тошноты, рвоты и диареи. Текущее внимание к физическим аспектам инфекции COVID-19 может отвлечь внимание медиков от психосоциальных последствий этой вспышки для населения в целом. Необходимо всегда помнить, что существует тесная связь между стрессом и развитием и поддержанием ФГИР. Клиницисты могут эффективно управлять ФГИР, лучше понимая эту критическую ситуацию и предотвращая диагностические ошибки [79].

Кроме психотропных методик, наиболее значительные успехи в лечении ФГИР в ближайшие 5 лет, вероятно, будут связаны с более точной идентификацией патофизиологии или фенотипа ФГИР для выбора индивидуального лечения и новыми фармакологическими методами лечения, нацеленными на боль [80]. Для до-

стижения этих целей необходимо дальнейшее взаимодействие между фундаментальной и трансляционной наукой и фармацевтической промышленностью. Дополнительные механизмы, которые могут быть изучены, включают различные периферические висцеральные афферентные модуляторы и пептиды, родственные гену кальцитонина [81]. Более того, другие терапевтические подходы, которые могут быть внедрены в клиническую терапию в ближайшие 5 лет, также демонстрируют потенциал. Примером может служить терапия на основе наночастиц, которая обеспечивает эф-

фективную доставку лекарств благодаря своим физико-химическим свойствам, позволяя проникать в ткани или поглощаться клетками [82]. На сегодняшний день они были изучены на доклинических моделях воспалительных заболеваний кишечника, хотя вполне возможно, что они также могут быть применены к ФГИР, связанным с измененной барьерной функцией или иммунной активацией.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.

## Литература / References

- Deter HC, Orth-Gomér K, Wasilewski B, Verissimo R. The European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM) – history and future directions. *BioPsychoSocial Medicine* 2017; 11 (1). DOI: 10.1186/s13030-016-0086-0
- Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV Gastroenterology. *Gastroenterology* 2016; Feb 19: S0016-5085(16)00223-7. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.032
- Williams RB. Psychosocial and biobehavioral factors and their interplay in coronary heart disease. *Ann Rev Clin Psychol* 2008; 4 (1): 349–65. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141237
- Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3 (5): 415–24. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4
- Keefer L. Behavioural medicine and gastrointestinal disorders: the promise of positive psychology. *Nature Reviews. Gastroenterol Hepatol* 2018; 15 (6): 378–86. DOI: 10.1038/s41575-018-0001-1
- Gracie DJ, Guthrie EA, Hamlin PJ, Ford AC. Bi-directionality of brain-gut interactions in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol* 2018; 154 (6): 1635–46.e3. DOI: 10.1053/j.gastro.2018.01.027
- Henningsen P, Zipfel S, Sattel H, Creed F. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy Psychosomatics* 2018; 87 (1): 12–31. DOI: 10.1159/000484413
- Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current psychosomatic practice. *Psychotherapy Psychosomatics* 2016; 86 (1): 13–30. DOI: 10.1159/000448856
- Wang F, Wang L, Wang Y et al. Exogenous IGF-1 improves cognitive function in rats with high-fat diet consumption. *J Molecular Endocrinology* 2020; 64 (2): 115–23. DOI: 10.1530/JME-19-0150
- Cepoiu M, McCusker J, Cole MG et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians – a systematic literature review and meta-analysis. *J General Internal Med* 2008; 23 (1): 25–36. DOI: 10.1007/s11606-007-0428-5
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Int Med* 2007; 146 (5): 317–25. DOI: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
- Kindt S, Van Oudenhove L, Mispelon L et al. Longitudinal and cross-sectional factors associated with long-term clinical course in functional dyspepsia: a 5-year follow-up study. *Am J Gastroenterol* 2011; 106 (2): 340–8. DOI: 10.1038/ajg.2010.406
- Mykletun A, Jacka F, Williams L et al. Prevalence of mood and anxiety disorder in self reported irritable bowel syndrome (IBS). An epidemiological population based study of women. *BMC Gastroenterology* 2010; 10 (1). DOI: 10.1186/1471-230x-10-88
- Mapel DW. Functional disorders of the gastrointestinal tract: cost effectiveness review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2013; 27: 913–31. DOI: 10.1016/j.bpg.2013.09.003
- Chandran S, Prakrithi SN, Mathur S et al. A review of functional gastrointestinal disorders: A primer for mental health professionals. *Arch Mental Health* 2018; 19: 70. DOI: 10.4103/AMH.AMH\_25\_18
- Bhatia V, Tandon RK. Stress and the gastrointestinal tract. *J Gastroenterol Hepatol* 2005; 20: 332–9. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2004.03508.x
- Sakall A. Psychiatric factors and psychosomatic symptoms in functional gastrointestinal disorders. *Klinik Psik of arma koloji Bulteni* 2019; 29: 427
- Jones MP, Tack J, Van Oudenhove L, Walker MM, Holtmann G, Koloski NA et al. Mood and anxiety disorders precede development of functional gastrointestinal disorders in patients but not in the population. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017; 15: 1014–20. DOI: 10.1016/j.cgh.2016.12.032
- Chandran S, Prakrithi SN, Mathur S et al. A review of functional gastrointestinal disorders: A primer for mental health professionals. *Arch Mental Health* 2018; 19: 70. DOI: 10.4103/AMH.AMH\_25\_18
- Afari N, Ahumada SM, Wright LJ et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Med* 2014; 76: 2–11. DOI: 10.1097/PSY.000000000000010
- Lee SP, Sung IK, Kim JH et al. The effect of emotional stress and depression on the prevalence of digestive diseases. *J Neurogastroenterol Motility* 2015; 21: 273–82. DOI: 10.5056/jnm14116
- Hertig VL, Cain KC, Jarrett ME et al. Daily stress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res* 2007; 56: 399–406. DOI: 10.1097/01.NNR.0000299855.60053.88
- North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 2020. DOI: 10.3748/wjg.v13.i14.2020
- Mertz H. Stress and the Gut. UNC School of Medicine. Chapel Hill, NC: www.MED.UNC.EDU/IBS. 2011 Mar.
- Mearin F, Malfertheiner P. Functional gastrointestinal disorders: complex treatments for complex pathophysiological mechanisms. *Dig Dis* 2017; 35: 1–4. DOI: 10.1159/000485407
- Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Demyttenaere K, Tack J. Psychosocial factors, psychiatric illness and functional gastrointestinal disorders: a historical perspective. *Digestion* 2010; 82 (4): 201–10. DOI: 10.1159/000269822
- Feng L, Li Z, Gu X et al. Psychosomatic Disorders in Patients with Gastrointestinal Diseases: Single-Center Cross-Sectional Study of 1186 Inpatients. *Gastroenterol Res Pract* 2021; 2021: 6637084. DOI: 10.1155/2021/6637084
- Pinto-Sanchez MI, Ford AC, Avila CA et al. Anxiety and depression increase in a stepwise manner in parallel with multiple FGIDs and symptom severity and frequency. *Am J Gastroenterol* 2015; 110 (7): 1038–48. DOI: 10.1038/ajg.2015.128
- Rice SM, Gwyther K, Santesteban-Echarri O et al. Determinants of anxiety in elite athletes: a systematic review and meta-analysis. *British J Sports Med* 2019; 53(11): 722–30. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100620
- Ray LB. Explaining gender differences in anxiety. *Science* 2016; 354 (6310): 298–9. DOI: 10.1126/science.354.6310.298-9
- Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Ann Rev Clin Psychol* 2012; 8 (1): 161–87. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109
- Li SH, Graham BM. Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *Lancet Psychiatry* 2017; 4 (1): 73–82. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30358-3



33. Li K, Nakajima M, Ibañez-Tallon I, Heintz N. A cortical circuit for sexually dimorphic oxytocin-dependent anxiety behaviors. *Cell* 2016; 167 (1): 60–72.e11. DOI: 10.1016/j.cell.2016.08.067
34. Mei L, Xiao ZP, He YL, Fan Q. Survey on the prevalence of anxiety disorders in internal medical outpatients at general hospital. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2010; 90 (45): 3172–5.
35. Chu C, Murdock MH, Jing D et al. The microbiota regulate neuronal function and fear extinction learning. *Nature* 2019; 574 (7779): 543–548. DOI: 10.1038/s41586-019-1644-y
36. Cryan JF, O'Riordan KJ, Cowan CSM et al. The microbiota-gut-brain axis. *Physiological Reviews* 2019; 99 (4): 1877–2013. DOI: 10.1152/physrev.00018.2018
37. Zhang JJ, Ma H, Zhu JZ et al. The Role of Dietary Energy and Macronutrients Intake in Prevalence of Irritable Bowel Syndromes. *Biomed Res Int* 2019; 2019: 8967306. DOI: 10.1155/2019/8967306
38. Faresjö Å, Walter S, Norlin AK et al. Gastrointestinal Symptoms – An Illness Burden That Affects Daily Work in Patients with IBS. *Health Qual Life Outcomes* 2019; 17: 1–7. DOI: 10.1186/s12955-019-1174-1
39. Fadgyas-Stanculete M, Buga AM, Popa-Wagner A, Dumitrascu DL. The Relationship between Irritable Bowel Syndrome and Psychiatric Disorders: From Molecular Changes to Clinical Manifestations. *J Mol Psychiatry* 2014; 2: 4. DOI: 10.1186/2049-9256-2-4
40. Faresjö Å, Grodzinsky E, Hallert C, Timpka T. Patients with Irritable Bowel Syndrome Are More Burdened by Co-Morbidity and Worry about Serious Diseases than Healthy Controls- Eight Years Follow-up of IBS Patients in Primary Care. *BMC Public Health* 2013; 13: 1–8. DOI: 10.1186/1471-2458-13-832
41. Tofiqhi B. A Study of the Relationship between Stress and Psychosomatic Disorders. *Int Proc Econom Develop Res* 2012; 44: 124–7.
42. Mayer EA. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut* 2000; 47: 861–9. DOI: 10.1136/gut.47.6.861
43. Blanchard EB, Lackner JM, Jaccard J et al. The role of stress in symptom exacerbation among IBS patients. *J Psychosom Res* 2008; 64: 119–28. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.10.010
44. Lee EY, Mun MS, Lee SH, Cho HS. Perceived stress and gastrointestinal symptoms in nursing students in Korea: A cross-sectional survey. *BMC Nurs* 2011; 10: 22. DOI: 10.1186/1472-6955-10-22
45. Moloney RD, Johnson AC, O'Mahony SM et al. Stress and the Microbiota-Gut-Brain Axis in Visceral Pain/Relevance to Irritable Bowel Syndrome. *CNS Neurosci. Ther* 2016; 22: 102–17. DOI: 10.1111/cns.12490
46. Pellissier S, Dantzer C, Mondillon L, Trocme C et al. Relationship between Vagal Tone, Cortisol, TNF-Alpha, Epinephrine and Negative Affects in Crohn's Disease and Irritable Bowel Syndrome. *PLoS ONE* 2014; 9:e105328. DOI: 10.1371/journal.pone.0105328
47. Bonaz B, Sinniger V, Pellissier S. The Vagus Nerve in the Neuro-Immune Axis: Implications in the Pathology of the Gastrointestinal Tract. *Front Immunol* 2017; 8: 1452. DOI: 10.3389/fimmu.2017.01452
48. Bonaz B, Bazin T, Pellissier S. The Vagus Nerve at the Interface of the Microbiota-Gut-Brain Axis. *Front. Neurosci* 2018; 12: 49. DOI: 10.3389/fnins.2018.00049
49. Van Thiel IAM, de Jonge WJ, Chiu IM, van den Wijngaard RM. Microbiota-Neuroimmune Cross Talk in Stress-Induced Visceral Hypersensitivity of the Bowel. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2020; 318: G1034–G1041. DOI: 10.1152/ajpgi.00196.2019
50. Elsenbruch S. Abdominal Pain in Irritable Bowel Syndrome: A Review of Putative Psychological, Neural and Neuro-Immune Mechanisms. *Brain Behav Immun* 2011; 25: 386–94. DOI: 10.1016/j.bbi.2010.11.010
51. Steinsvik EK, Valeur J, Hausken T, Gilja OH. Postprandial symptoms in patients with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: relations to ultrasound measurements and psychological factors. *J Neurogastroenterology Motility* 2020; 26 (1): 96–105. DOI: 10.5056/jnm19072
52. Frandemark A, Tornblom H, Jakobsson S et al. Work productivity and activity impairment in irritable bowel syndrome (IBS): a multifaceted problem. *Am J Gastroenterol* 2018; 113 (10): 1540–9. DOI: 10.1038/s41395-018-0262-x
53. Frolkis AD, Vallerand IA, Shaheen AA et al. Depression increases the risk of inflammatory bowel disease, which may be mitigated by the use of antidepressants in the treatment of depression. *Gut* 2019; 68 (9): 1606–12. DOI: 10.1136/gutjnl-2018-317182
54. Simrén M, Törnblom H, Palsson OS et al. Cumulative effects of psychologic distress, visceral hypersensitivity, and abnormal transit on patient-reported outcomes in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2019; 157 (2): 391–402.e2. DOI: 10.1053/j.gastro.2019.04.019
55. Van Oudenhove L, Levy RL, Crowell MD et al. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders: How Central and Environmental Processes Contribute to the Development and Expression of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterol* 2016; 150 (6): 1355–67.e2. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.027
56. Feng L, Li Z, Gu X et al. Psychosomatic Disorders in Patients with Gastrointestinal Diseases: Single-Center Cross-Sectional Study of 1186 Inpatients. *Gastroenterol Res Pract* 2021; 2021: 6637084. DOI: 10.1155/2021/6637084
57. Leveque K, Lodewyckx I, Vranken J. Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *J Affective Disorders* 2007; 97 (1–3): 229–39. DOI: 10.1016/j.jad.2006.06.022
58. Meissel EEE, Salthouse TA. Relations of naturally occurring variations in state anxiety and cognitive functioning. *Personality Individual Differences* 2016; 98: 85–90. DOI: 10.1016/j.paid.2016.04.018
59. Arean P, Hegel M, Vannoy S et al. Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: results from the IMPACT project. *Gerontologist* 2008; 48 (3): 311–23. DOI: 10.1093/geront/48.3.311
60. Shiha MG, Asghar Z, Thoufeeq Mo, Kurien M et al. Increased psychological distress and somatization in patients with irritable bowel syndrome compared with functional diarrhea or functional constipation, based on Rome IV criteria. *Neurogastroenterol Motil* 2021; 33 (10): e14121. DOI: 10.1111/nmo.14121
61. Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2010; 68: 415–26. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.02.004
62. McGloin JM, Widom CS. Resilience among abused and neglected children grown up. *Dev Psychopathol* 2001; 13: 1021–38. DOI: 10.1017/S095457940100414X
63. Penza KM, Heim C, Nemeroff CB. Neurobiological effects of childhood abuse: implications for the pathophysiology of depression and anxiety. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6: 15–22. DOI: 10.1007/s00737-002-0159-x
64. Bragee B, Bullington J. From health to disease: a new approach to study the emergence of psychosomatic symptoms. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 228–9. DOI: 10.1159/000070788
65. Phillips K, Wright BJ, Kent S. Psychosocial predictors of irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *J Psychosom Res* 2013; 75: 467–74. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.08.002
66. Bucci W. The role of subjectivity and intersubjectivity in the reconstruction of dissociated schemas; converging perspectives from psychoanalysis, cognitive science and affective neuroscience. *Psychoanalytic Psychology* 2011; 28: 247–66. DOI: 10.1037/a0023170
67. Waller G, Hamilton K, Elliot P et al. Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *J Trauma and Dissociation* 2001; 1: 81–98. DOI: 10.1300/J229v01n04\_05
68. Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil* 2011; 17: 131–9. DOI: 10.5056/jnm.2011.17.2.131
69. Coss-Adame E, Rao SS. Brain and gut interactions in irritable bowel syndrome: new paradigms and new understandings. *Curr Gastroenterol Rep* 2014; 16: 379. DOI: 10.1007/s11894-014-0379-z
70. Chogle A, Mintjens S, Saps M. Pediatric IBS: an overview on pathophysiology, diagnosis and treatment. *Pediatr Ann* 2014; 43: e76–e82. DOI: 10.3928/00904481-20140325-08
71. Landsman-Dijkstra JJ, van Wijck R, Groothoff JW. The long-term lasting effectiveness on self-efficacy, attribution style, expression of emotions and quality of life of a body awareness program for chronic a-specific psychosomatic symptoms. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 66–79. DOI: 10.1016/j.pec.2004.12.003
72. Gyllensten AL, Skär L, Miller M, Gard G. Embodied identity—a deeper understanding of body awareness. *Physiother Theory Pract* 2010; 26: 439–46. DOI: 10.3109/09593980903422956
73. Mearin F. Pharmacological treatment of the irritable bowel syndrome and other functional bowel disorders. *Digestion* 2006; 73 (Suppl. 1): 28–37. DOI: 10.1159/000089777
74. Camilleri M. Irritable Bowel Syndrome: Straightening the road from the Rome criteria. *Neurogastroenterol Motil* 2020; 32 (11): e13957. DOI: 10.1111/nmo.13957

75. Palsson OS, Drossman DA. Psychiatric and psychological dysfunction in irritable bowel syndrome and the role of psychological treatments. *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 34: 281–303. DOI: 10.1016/j.gtc.2005.02.004
76. Lackner JM, Mesmer C, Morley S et al. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 1100–13. DOI: 10.1037/0022-006X.72.6.1100
77. Siah KTH, Gong X, Yang XJ et al. Rome Foundation-Asian working team report: Asian functional gastrointestinal disorder symptom clusters. *Gut* 2018; 67: 1071–7. DOI: 10.1136/gutjnl-2016-312852
78. Holtmann GJ, Talley NJ. Inconsistent symptom clusters for functional gastrointestinal disorders in Asia: is Rome burning? *Gut* 2018; 67: 1911–5. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314775
79. Nozari N. COVID-19 Outbreak and its Burden on a New Wave of Functional Gastrointestinal Disorders. *Middle East J Dig Dis* 2021; 13 (2): 91–4. DOI: 10.34172/mejdd.2021.210
80. Wang XJ, Camilleri M. Personalized medicine in functional gastrointestinal disorders: understanding pathogenesis to increase diagnostic and treatment efficacy. *World J Gastroenterol* 2019; 25: 1185–96. DOI: 10.3748/wjg.v25.i10.1185
81. Camilleri M. Neurogastroenterology and Motility What's in the pipeline for lower functional gastrointestinal disorders in the next 5 years? *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2019; 317 (5): G640–G650. DOI: 10.1152/ajpgi.00205.2019
82. Mohan LJ, Daly JS, Ryan BM, Ramtoola Z. The future of nanomedicine in optimising the treatment of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 54: 18–26, 2019. DOI: 10.1080/00365521.2018.1563805

---

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR**

**Плотникова Екатерина Юрьевна** – д-р мед. наук, проф. каф. поликлинической терапии, постдипломной подготовки врачей и ВСО, руководитель курса клинической гастроэнтерологии, ФГБОУ ВО КемГМУ. E-mail: eka-pl@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-6150-1808

**Ekaterina Yu. Plotnikova** – D. Sci. (Med.), Full Prof., Prof. of the Department of Polyclinic Therapy, Postgraduate Training of Doctors and Nursing, Kemerovo State Medical University; Head of Research of the Kuzbass Hepatological Center. E-mail: eka-pl@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-6150-1808

Статья поступила в редакцию / The article received: 04.10.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.10.2022

# Личностные особенности больных с заболеваниями КОЖИ

Е.В. Дворянкова<sup>1,2</sup>, Н.А. Шевченко<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБУН Центр теоретических проблем физико-химической фармакологии РАН, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Семейный медицинский центр «Пангея», Москва, Россия;

<sup>3</sup> ГБУ Центр комплексной реабилитации инвалидов «Бугово», Москва, Россия

edvoriankova@gmail.com

## Аннотация

Заболевания кожи оказывают значимое влияние на различные аспекты жизни больных, а также могут быть причиной развития психоэмоциональных, психосоциальных проблем, нарушения социальной адаптации. Для ряда заболеваний кожи описаны свойственные им определенные характерологические особенности и типы личности больных. У больных акне преобладают психологические и даже психические расстройства, связанные с воздействием хронического психоэмоционального стресса. Они часто страдают депрессивными и тревожными расстройствами. Для больных псориазом характерны черты личности типа D, что проявляется в переживании этими пациентами сильных негативных эмоций, которые они, однако, не демонстрируют из-за страха неодобрения и отвержения. Это приводит к дискомфорту, неуверенности в себе, склонности к беспокойству, самобичеванию. Изучение врожденных личностных качеств больных с конкретными нозологиями имеет большое значение для понимания лечащим врачом особенностей реагирования пациентов, их приверженности к лечению, а также для выявления сопутствующих расстройств психоэмоционального спектра и психиатрической патологии. Лучшее понимание психологических особенностей больных позволяет применять целенаправленные подходы к устранению психосоциальных нарушений, связанных с заболеванием, повышать эффективность терапевтических мероприятий, а также качество жизни больных. В статье описан клинический случай проявления псориазического типа личности у больного акне.

**Ключевые слова:** акне, псориаз, тип личности, клиническая психология, психосоматика, алекситимия.

**Для цитирования:** Дворянкова Е.В., Шевченко Н.А. Личностные особенности больных с заболеваниями кожи. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 19–23. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00145

## Personality traits in patients with skin diseases

Evgeniya V. Dvoriankova<sup>1,2</sup>, Nikolay A. Shevchenko<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology RAS, Moscow, Russia;

<sup>2</sup> "Pangea" Family Medical Center, Moscow, Russia;

<sup>3</sup> Center for comprehensive rehabilitation of disabled people "Butovo", Moscow, Russia

edvoriankova@gmail.com

## Abstract

Skin diseases have a significant effect on various aspects of patients' life and can cause psycho-emotional and psychosocial problems, as well as social maladaptation. Typical personality traits and personality types of the patients have been reported for a number of skin disorders. Psychological or even psychiatric disorders associated with the effects of chronic psycho-emotional stress prevail in patients with acne. These patients often suffer from depression and anxiety disorders. The type D personality characteristics are typical for patients with psoriasis: these patients experience strong negative emotions that are not, however, demonstrated due to fear of disapproval and rejection. This results in discomfort, self-doubt, propensity for anxiety, and self-recrimination. Studying innate personality traits in patients with certain disorders is important for health care providers to understand the features of the patients' responses and their adherence to treatment, as well as to detect the concomitant psycho-emotional disorders and mental diseases. Better understanding of the patients' psychological features makes it possible to use targeted approaches to treatment of the disease-associated psychosocial problems, as well as to increase the disease. The paper reports a clinical case of psoriasis personality shown by the patient with acne.

**Key words:** acne, psoriasis, personality type, clinical psychology, psychosomatics, alexithymia.

**For citation:** Dvoriankova E.V., Shevchenko N.A. Personality traits in patients with skin diseases. Clinical review for general practice. 2022; 4: 19–23. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00145

## Введение

Сложно найти человека, который не хотел бы что-то изменить в своем теле и в том, как он выглядит. Но если для одних это является лишь желанием, стремлением, то для других это становится навязчивой идеей.

Состояние кожного покрова играет важную роль не только в физическом, но и психическом благополучии человека. Формирование внешних, косметических дефектов в большинстве случаев инициирует целый ряд проблем, связанных с восприятием образа собствен-

ного тела. Кожные заболевания, такие как акне, псориаз, витилиго, приводят к развитию выраженного косметического дефекта, и больные, страдающие этими и другими кожными заболеваниями, сопровождающимися видимыми симптомами, имеют повышенный риск развития депрессии, беспокойства, чувства стигматизации и мыслей о нанесении себе вреда.

Восприятие образа собственного тела влияет на эмоции человека, его мысли и поведение в повседневной жизни, и, прежде всего, оно оказывает значимое воз-

действие на межличностные отношения и качество жизни.

Несмотря на то что подавляющее большинство заболеваний кожи напрямую не представляют опасности для жизни пациента и в малой степени приводят к инвалидизации, они могут «разрушать жизнь» [1] в результате хронического течения, отсутствия надлежащего ответа на предпринятое лечение, а также внешней стигматизации.

Психологические последствия кожных заболеваний могут исказить не только то, как люди воспринимают самих себя, но и то, как они относятся к окружающим. Это может влиять на многие аспекты повседневного функционирования, включая образ жизни, работу, межличностные отношения. Негативное влияние дерматологических заболеваний на качество жизни пациентов сопоставимы с последствиями других хронических, соматических заболеваний, приводящих к стойкой утрате трудоспособности и летальному исходу, таких как болезни сердца или рак [2]. С другой стороны, переживание больными с дерматологической патологией хронического психоэмоционального стресса, в большей степени связанного с переживанием собственно недуга, может приводить в дальнейшем к обострениям и неудачам в терапии основного заболевания кожи.

К сожалению, эти особенности болезней кожи часто недостаточно осознаются и нередко недооцениваются медицинскими работниками. Рассмотрение психосоциальных аспектов кожных заболеваний имеет важное значение в клинической практике для всестороннего, целостного исследования проблемы и оказания медицинской помощи таким больным в полном объеме.

Следует также отметить, что психосоциальное влияние заболеваний кожи имеет последствия, которые выходят далеко за рамки жизни самого пациента. Они опосредованно могут оказывать как экономическое, так и неэкономическое воздействие на общество в целом и на систему здравоохранения [3]. Кроме этого, переживание таким пациентом психоэмоционального стресса также может негативно сказываться на приверженности его к лечению и приводить к невыполнению рекомендаций врача или вовсе к отказу от терапии. При некоторых дерматологических заболеваниях больные могут испытывать трудности с идентификацией, описанием и выражением своих собственных чувств, также известные как «алекситимия». Эти факторы, в свою очередь, могут затруднить своевременное выявление у них психосоциальных проблем.

### Клинический случай

Под нашим наблюдением находился больной А., которому на момент первого обращения было 18 лет. Он предъявлял жалобы на высыпания на коже лица и туловища, сопровождающиеся болезненностью.

Из анамнеза стало известно, что пациент болен с 13-летнего возраста, когда впервые на коже лица появились воспалительные высыпания. Он неоднократно

обращался за помощью к врачам-дерматологам, получал терапию топическими лекарственными средствами с противовоспалительным действием, антибиотиками, без положительного эффекта.

При осмотре на момент первого обращения на коже лица, груди и спины были обнаружены множественные открытые и закрытые комедоны, папулы, пустулы, узлы и кисты с гнойным содержимым, застойно-синюшного цвета диаметром до 1,0–1,5 см, плотные и болезненные при пальпации, а также множественные атрофические рубцы. Кожные покровы сальные, с неприятным запахом. Больному А. была назначена системная терапия доксициклином 200 мг/сут в течение 14 дней, изотретиноином в стартовой дозе 40 мг/сут, наружно – азелаиновая кислота, топические антисептики, специальный уход за кожей с использованием средств лечебной косметики. Кроме этого, были проведены вскрытие и дренаж кист.

Терапию у дерматолога больной А. проходил в течение 11 мес с положительным эффектом. Однако на визитах к врачу обращали на себя внимание его жалобы ипохондрического характера, часто необоснованные, замкнутость, отсутствие зрительного контакта. Он путался при предъявлении жалоб и при сборе анамнеза, ссылаясь на «забывчивость». Лечащим врачом было заподозрено у него психоэмоциональное расстройство, и было предложено обратиться за помощью к клиническому психологу.

В психологической работе больной А. находился в течение 15 мес, которая проводилась параллельно с терапией у дерматолога. В качестве первичного запроса пациент предъявлял проблемы с общением, сложности в поиске единомышленников и друзей. На психологических сессиях периодически он находился в субдепрессивном или дисфорическом состоянии, зачастую демонстрировал невозможность вспомнить эмоционально значимые события, при этом показатели непосредственной и опосредованной слухоречевой памяти у него были выше нормы. Также пациент отмечал раздражительность в бытовых ситуациях и отсутствие понимания со стороны близких людей. Периодически он демонстрировал паранойяльные мысли, высказывая предположения о том, что все члены семьи настроены против него. При этом в ходе обсуждения ситуации и критического разбора, менял свое мнение на противоположное. Временами, на сессиях отмечались истерические реакции, которые быстро купировались и подвергались разбору.

В ходе работы с клиническим психологом несколько сессий были посвящены преодолению ощущения непонимания окружающими пациента. Свое субдепрессивное состояние он нередко объяснял конфликтом с окружающими.

С мая по август 2022 г. больной А. демонстрировал общее улучшение психоэмоционального состояния. Однако в августе 2022 г. у него был диагностирован псориаз, что повлекло резкое ухудшение психоэмоционального статуса, которое сам пациент связывал с нача-

лом учебного года. При этом он активно выражал беспокойство по поводу выявленного у него нового заболевания кожи.

Псориазические высыпания на коже у больного А. впервые возникли в августе 2022 г. и проявлялись в виде ограниченных папул и бляшек ярко-розового цвета, покрытых серебристо-белыми чешуйками в зоне краевого роста волос с переходом на кожу лба. Данные высыпания сопровождались периодически возникающим ощущением зуда.

Для лечения псориаза волосистой части головы больному А. были рекомендованы комбинированные топические кортикостероиды, содержащие салициловую кислоту, шампуни из серий лечебной косметики. Предложенная терапия произвела положительный эффект, была достигнута ремиссия псориаза.

По состоянию на конец сентября 2022 г. с пациентом продолжает проводиться психокоррекционная работа. Активную терапию у дерматолога он закончил.

### Психологические аспекты и эффекты акне

Больные акне часто бывают введены в заблуждение, находясь под влиянием расхожих мифов и слухов относительно природы самого заболевания и методов его лечения. Это способствует тому, что они обращаются за медицинской помощью достаточно поздно, надеясь на самопроизвольное излечение, народные способы лечения, либо на определенном этапе недооценивая значимость заболевания.

Следует отметить, что некоторые бытующие мнения являются верными, например, что плохая гигиена, гормональные изменения и предменструальный синдром, погрешности в диете, использование определенной косметики, психоэмоциональный стресс, инфекция, интенсивное потоотделение способствуют развитию акне и усугубляют их течение [4]. Тем не менее распространенность ложных мифов и плохая медицинская осведомленность населения оказывают большое негативное влияние на развитие и тяжесть течения заболевания, приводя к тому, что к дерматологу больные обращаются уже в запущенных случаях, с тяжелыми формами акне.

Несмотря на то что угревая болезнь не представляет непосредственной угрозы для жизни, известно, что данное заболевание оказывает сильное воздействие на психоэмоциональный статус пациента, проявляющееся в виде хронического стресса, формирования личности типа D, социальной фобии, страха, тревожности, депрессии, возникновении суицидальных мыслей/попыток, социальной и сексуальной дисфункции, сокращения возможностей трудоустройства и общей стигматизации.

Наличие выраженного косметического дефекта у больных акне приводит их в состояние хронического стресса. На этом фоне больные могут испытывать навязчивое желание выдавливать комедоны и пустулы, сковырнуть папулы, что только усугубляет клинические проявления заболевания, а также приводит к формиро-

ванию вторичной гиперпигментации и рубцов. Кроме этого, затяжной психоэмоциональный стресс также оказывает значимое отрицательное влияние на барьерную функцию кожи, заживление ран и восприимчивость к некоторым бактериальным инфекциям. Компульсивное переедание на фоне стресса может приводить к ожирению, метаболическим нарушениям, способствующим активации себоцитов и усугублению клинических проявлений акне. Высвобождение связанных со стрессом нейропептидов с последующей выработкой цитокинов способствует усилению воспаления [5]. Двухнаправленная связь акне с нарушением сна также является отражением стрессового состояния пациентов.

Таким образом, развитие акне нередко бывает связано с резким ухудшением качества жизни, снижением производительности труда, нарушением социализации больных. Данная ситуация может усугубляться развитием множества психических расстройств, которые ассоциируют с этим заболеванием кожи: тревожные расстройства, расстройства адаптации, расстройства личности, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, что по данным разных авторов наблюдается почти у 1/4 больных акне [6]. Но наиболее тревожащим коморбидным состоянием у больных акне является самоповреждающее поведение, вплоть до суицидальных попыток, что связано со снижением уровня самооценки и последующим усилением ощущения безнадёжности и враждебности окружающего мира.

Таким образом, формирование личностных особенностей у больных акне находится в тесной связи с испытываемым ими хроническим психоэмоциональным стрессом. Течение данного заболевания часто сопровождается симптомами тревоги и депрессии и резко негативно влияет на качество жизни больного.

### Психологический профиль больного псориазом

Если в большинстве научных публикаций, посвященных психоэмоциональному статусу больных акне, в качестве основных его особенностей указывается высокий уровень тревоги и депрессии, а также состояние хронического психоэмоционального стресса, то для больных псориазом более четко описан их личностный профиль, имеющий специфические черты.

Результаты ряда исследований, проводившихся в этом направлении, продемонстрировали значительные отличия личностных черт больных псориазом от относительно здоровых лиц. Так, наиболее примечательным видится, что больные псориазом отдают предпочтение практическому, а не абстрактному мышлению, им не хватает новаторства, и они демонстрируют зависимость и недоминирующие типы личности [7]. Кроме этого, такие пациенты наиболее часто обладают типом личности D, который характеризуется высоким уровнем негативной аффективности и социального торможения [8].

Негативная аффективность реализуется явлениями девитализации, психического отчуждения, сопровождающимися сознанием измененности собственной

жизнедеятельности, глубинного неблагополучия, включает в себя переживание негативных эмоций и плохую самооценку. Эта личностная переменная наиболее характерна для депрессивных состояний [9].

Социальное торможение – это сознательное или подсознательное избегание индивидом социального взаимодействия, по сути, боязнь того, «что подумают другие». Эта личностная характеристика проявляется страхом оказаться в глупом положении или стать объектом чьих-то суждений и является серьезным препятствием на пути к достижению или воплощению идей ее носителем.

В современном мире, когда психосоциальный стресс является одним из признанных факторов риска развития целого ряда заболеваний, были выделены особые личностные черты, которые делают людей более уязвимыми к стрессорным воздействиям. Так, был выделен тип личности D, который характеризуется сочетанием таких черт, как «негативное реагирование» и «социальное подавление». Сочетание негативной аффективности и социального торможения у людей с типом личности D означает, что они испытывают сильные негативные эмоции, которые не демонстрируют из-за страха неодобрения и отвержения. Это приводит к психологическому дискомфорту, неуверенности в себе, беспокойству, самобичеванию, что усугубляет испытываемый психоэмоциональный стресс [10]. Важно отметить, что у пациентов с псориазом, была обнаружена связь личности типа D с усилением воспринимаемой ими собственной стигматизации, причем аспект социальной изоляции составляет больший компонент этой ассоциации [11].

Наличие эмоционального торможения у больных псориазом приводит к тому, что им трудно сообщать о своих эмоциях и потребностях, и это соответствует высокой распространенности среди них алекситимии.

Алекситимия – это термин, впервые предложенный P.E. Sifneos в 1972 г., который буквально означает отсутствие слов для обозначения эмоций. Распространенность этой личностной характеристики у пациентов с псориазом достигает 40% [12]. Алекситимия включает в себя элементы нетипичной индивидуальности и ослабленной интуиции и определяется ограниченной способностью идентифицировать эмоции и передавать их, а также трудности с отличением чувств от телесных ощущений. Для него также характерны ограниченное воображение и внешне ориентированное познание. Но особенно важной для клинического контекста является неспособность больного описывать свои эмоции, которая приводит к тому, что он неправильно интерпретирует физические проявления эмоционального возбуждения как симптомы соматического заболевания. Было высказано предположение, что алекситимия предрасполагает к неэффективному совладанию со стрессом, что является известным пусковым фактором псориаза [13].

Другой важной личностной характеристикой, которая была обнаружена у пациентов с псориазом, является отсутствие осознания своего тела, также связанное с алекситимией [14].

Следует отметить, что концепция осознания своего тела чрезвычайно важна при псориазе, поскольку правильная интерпретация симптомов и уход за собой важны для успешной терапии. Незнание собственного тела (незнание или игнорирование телесных симптомов) связано с высокой частотой возникновения зуда, боли, усталости, невротического расчесывания кожи, невротизма и беспомощности, избегания совладания у пациентов с псориазом.

## Обсуждение

Таким образом, больной А., находящийся под нашим наблюдением, представляет собой достаточно сложный случай психоэмоционального состояния, которое не только негативно сказывается на множестве аспектов его жизни, но и может затруднять терапию его заболеваний, несмотря на имеющийся в настоящее время прогресс.

Изначально больной А. находился под воздействием типичных мифов об акне, что наряду с его личностными особенностями определило позднее обращение к врачу. При этом у него наблюдались психологические нарушения, характерные для данного заболевания: он находился в состоянии хронического психоэмоционального стресса, у него наблюдались признаки депрессии. Однако на себя обращали внимание и другие его особенности личности, более характерные для псориаза: алекситимия, параноидность, недоверчивость, наличие истерических реакций, ипохондрических мыслей. Он страдал от чувства непонимания и отвержения окружающими его людьми, часто необоснованными. Тем не менее на момент прохождения нашим больным психологического тестирования, как и в процессе его работы с клиническим психологом, вплоть до августа 2022 г., у него еще не был диагностирован псориаз, и его личностные характеристики не вполне соответствовали психотипу больного акне.

Таким образом, основываясь на данном примере, можно предположить, что для ряда хронических заболеваний, в том числе и для псориаза, формирование определенных личностных характеристик может быть неким предиктором заболевания. Безусловно, на формирование личности больного оказывает влияние большое количество разнообразных факторов, включающих и само наличие заболевания. Однако наш собственный клинический опыт, а также опубликованные научные данные позволяют предположить, что особенности личности больных псориазом являются конституциональным отличием и характеристикой, которая присутствует у них еще до дебюта самого заболевания.

## Заключение

Больные с дерматологической патологией сталкиваются со сложными биопсихосоциальными взаимодействиями. Учитывая видимый характер поражений кожи, наличие сопутствующей патологии и часто хроническое течение этих болезней, является очевидным,

что такие пациенты испытывают значительную психологическую нагрузку.

Влияние различных заболеваний на психосоциальные аспекты жизни больных и наоборот весьма обширны. Изучение врожденных личностных качеств больных с конкретными нозологиями имеет большое значение для понимания лечащим врачом особенностей реагирования пациентов, их приверженности лечению, а также для выявления сопутствующих расстройств психоэмоционального спектра и психиатриче-

ской патологии. Лучшее понимание психологических особенностей больных позволяет применять целенаправленные подходы к устранению психосоциальных нарушений, связанных с заболеванием, повышать эффективность терапевтических мероприятий, а также качество жизни больных.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

## Литература / References

1. Koo J, Lebwohl A. *Psycho dermatology: the mind and skin connection. Am Fam Physician* 2001; 64 (11): 1873–8. PMID: 11764865.
2. Ahmed A, Leon A, Butler DC, Reichenberg J. *Quality-of-life effects of common dermatological diseases. Semin Cutan Med Surg* 2013; 32 (2): 101–9. DOI: 10.12788/j.sder.0009
3. Basra MKA, Shahruckh M. *Burden of skin diseases. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009; 9 (3): 271–83. DOI:10.1586/erp.09.23
4. Markovic M, Soldatovic I, Bjekic M, Sipetic-Grujicic S. *Adolescents' self-perceived acne-related beliefs: from myth to science. An Bras Dermatol* 2019; 94 (6): 684–90. DOI: 10.1016/j.abd.2019.02.005
5. Dreno B, Bagatin E, Blume-Peytavi U et al. *Female type of adult acne: Physiological and psychological considerations and management. JDDG* 2018; 16 (10): 1185–94. DOI: 10.1111/ddg.13664
6. Singam V, Rastogi S, Patel KR et al. *The mental health burden in acne vulgaris and rosacea: an analysis of the US National Inpatient Sample. Clin Exp Dermatol* 2019; 44 (7): 766–72. DOI: 10.1111/ced.13919
7. Martín-Brufau R, Ulnik JC, Redondo CB, Berná FJC. *Personality in patients with psoriasis. URL: www.intechopen.com/books/psoriasis/personality-and-psoriasis. Accessed on 10 December, 2018.*
8. Basinska MA, Wozniowicz A. *The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis. Postepy Dermatol Alergol* 2013; 30: 381–7. DOI: 10.5114/pdia.2013.39437
9. Molina-Leyva A, Caparros-delMoral I, Ruiz-Carrascosa JC et al. *Elevated prevalence of type D (distressed) personality in moderate to severe psoriasis is associated with mood status and quality of life impairment: a comparative pilot study. J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29: 1710–7. DOI: 10.1111/jdv.12960
10. Emons WH, Meijer RR, Denollet J. *Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: evaluating type-D personality and its assessment using item response theory. J Psychosom Res* 2007; 63: 27–39. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.03.010
11. van Beugen S, van Middendorp H, Ferwerda M et al. *Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. Br J Dermatol* 2017; 176: 687–94. DOI: 10.1111/bjd.14875
12. Dehghani F, Dehghani F, Kafaie P, Taghizadeh MR. *Alexithymia in different dermatologic patients. Asian J Psychiatr* 2017; 25: 42–5. DOI: 10.1016/j.ajp.2016.10.011
13. Mizara A, Papadopoulos L, McBride SR. *Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care: the role of schemas in chronic skin disease. Br J Dermatol* 2012; 166: 986–93. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2011.10799.x
14. van Beugen S, Ograczyk A, Ferwerda M et al. *Body attention, ignorance and awareness scale: assessing relevant concepts for physical and psychological functioning in psoriasis. Acta Derm Venereol* 2015; 95: 444–50. DOI: 10.2340/00015555-1977

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Дворянкова Евгения Викторовна** – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., ЦТП ФХФ РАН, врач-дерматолог, Семейный медицинский центр «Пангея». E-mail: edvoriankova@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2458-419X

**Evgeniya V. Dvoriankova** – D. Sci. (Med.), Center for Theoretical Problems of Physico-Chemical Pharmacology RAS; Dermatologist, "Pangea" Family Medical Center. E-mail: edvoriankova@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2458-419X

**Шевченко Николай Алексеевич** – мед. психолог, ГБУ ЦРИ «Бутово». E-mail: nikola.shevchenko@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1216-5721

**Nikolay A. Shevchenko** – Medical Psychologist, Center for comprehensive rehabilitation of disabled people "Butovo". E-mail: nikola.shevchenko@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1216-5721

Статья поступила в редакцию / The article received: 06.10.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.10.2022

# Роль клинического психолога в коррекции психосоматических расстройств

Н.А. Шевченко

ГБУ Центр комплексной реабилитации инвалидов «Бутово», Москва, Россия  
nikola.shevchenko@gmail.com

## Аннотация

Клиническая психология является междисциплинарной научной и практической областью деятельности, которая в настоящее время видится необходимой для комплексного подхода к терапии и реабилитации пациентов с различными заболеваниями. В данной статье описана роль клинического психолога в работе с психосоматическим больным, а также даны разъяснения о функциях клинического психолога и отличиях данных специалистов от представителей смежных специальностей.

**Ключевые слова:** психосоматика, клиническая психология, психология.

**Для цитирования:** Шевченко Н.А. Роль клинического психолога в коррекции психосоматических расстройств. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 24–28. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00146

## The role of clinical psychologist in treatment of psychosomatic disorders

Nikolay A. Shevchenko

Center for comprehensive rehabilitation of disabled people "Butovo", Moscow, Russia  
nikola.shevchenko@gmail.com

## Abstract

Clinical psychology is an interdisciplinary scientific and practical area of activity that is currently viewed as essential for comprehensive approach to therapy and rehabilitation of patients with various disorders. The paper describes the role of clinical psychologist in working with psychosomatic patients; the clinical psychologist's responsibilities and the differences between these specialists and representatives of related specialties are also explained.

**Key words:** psychosomatic disorder, clinical psychology, psychology.

**For citation:** Shevchenko N.A. The role of clinical psychologist in treatment of psychosomatic disorders. Clinical review for general practice. 2022; 4: 24–28. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00146

Проблема взаимосвязи между психоэмоциональными расстройствами и соматическими заболеваниями являлась предметом для дискуссий и изучения различных специалистов с древнейших времен до сегодняшнего дня. В настоящее время психосоматическое направление в медицине, реализующееся как в научных исследовательских работах, так и в клинической практике, стремится «диалогически» преодолеть сложившуюся дихотомию «физического» и «психического» в отношении их неразрывного взаимодействия и взаимосвязи друг с другом. Диагностика и коррекция психосоматических расстройств на сегодняшний день является важной составляющей терапии целого ряда хронических заболеваний разных органов и систем, разной этиологии. При этом совместная работа лечащего врача и клинического психолога позитивно влияет не только на скорейшее достижение терапевтического результата, но и существенно улучшает качество жизни пациента, помогает ему лучше адаптироваться к возникшей в его жизни ситуации.

Тем не менее и специалисты, и потенциальные пациенты/клиенты клинического психолога плохо представляют смысл и особенности работы психолога, часто не видят различия между врачом-психиатром, психотерапевтом и психологом, не видят перспективы в ком-

плексной работе совместно с таким специалистом. В настоящей статье постараемся внести некоторую ясность в данный вопрос.

## Определение и предмет клинической психологии

Клиническая (медицинская) психология является междисциплинарной отраслью знания, междисциплинарной научной и практической областью деятельности. Как специальность клиническая психология сформировалась на стыке медицины и психологии и представляет собой содержательное единство возможностей обозначенных научных направлений. Основной целью этого направления является помощь человеку, пораженному недугом. Для этого клинический психолог совместно с докторами рассматривает структуру измененных на фоне заболевания психических функций. Специфичность междисциплинарного решения позволяет на качественно ином уровне решать задачи здравоохранения, образования, социальной помощи конкретному человеку [1].

На сегодняшний день в обществе существует достаточно слабое представление о работе клинического психолога, которое подкрепляется некорректными образами, создаваемыми массовой культурой, сложно-



стями в различении психологов и других специалистов (психотерапевт, психиатр), домыслами и наличием достаточно большого количества лиц, называющих себя «психологами», но не имеющих соответствующего образования и квалификации.

Следует разделить понятия «психолог», «психотерапевт» и «психиатр». Все эти специальности объединяет общий объект для работы – психоэмоциональный статус индивида. Однако все эти специалисты получают различное образование, кроме этого, область их компетенции и методы профессионального воздействия на клиента/пациента существенно различаются.

Так, психиатр, как известно, является врачом, специалистом, имеющим высшее медицинское образование, работающим с тяжелыми патологиями психики (шизофрения, психозы). Основным методом воздействия психиатра является медикаментозное лечение.

Психотерапевт – специалист, имеющий высшее медицинское образование, работающий с нарушениями психики легкой и средней степени тяжести. Обучение в ординатуре по психотерапии могут проходить лица, имеющие диплом по специальностям «Лечебное дело» или «Педиатрия», а также окончившие ординатуру по специальности «Психиатрия». Нередко психотерапевта путают с психиатром, но в отличие от последнего, психотерапевт занимается не с эндогенными расстройствами психики, а с психоэмоциональными проблемами, возникшими под воздействием неблагоприятных для конкретного индивида внешних факторов (социальных, личностных, эмоциональных и пр.). Работа психотерапевта основана на применении специальных диагностических и корректирующих методик, не регулируется законом о психиатрической помощи, однако данный специалист, являясь врачом, может назначать и лекарственные препараты.

Психолог – специалист, имеющий высшее психологическое образование, предоставляющий консультативные услуги по вопросам, связанным с психологией человека, или оказывающий помощь людям, не имеющим психических отклонений, но имеющих определенные психоэмоциональные, а также поведенческие проблемы, оказавшимся в тяжелой жизненной ситуации. В настоящее время существует достаточно большое количество направлений подготовки психологов: клиническая психология, педагогическая психология, социальная психология, военная психология и др. Однако во взаимодействии с врачами в лечебных учреждениях, с больными людьми, причем не только с психиатрической, но и любой другой патологией, нуждающихся в специфической помощи, имеют право работать только клинические (медицинские) психологи, имеющие соответствующую подготовку и с указанием данной специальности в дипломе. Клинический психолог не является врачом, поэтому он не имеет права назначать и использовать в своей работе лекарственные средства, но может проводить диагностику и коррекцию психоэмоциональных расстройств с использованием различных специальных программ и методик.

Формально в качестве самостоятельной дисциплины клиническая психология была признана в 1917 г. в США, где была создана специальная секция по данному направлению, в 1919 г. вошедшая в состав Американской психологической ассоциации [2].

В Российской Федерации клиническая психология как специальность была утверждена приказом Министерства образования РФ №686 от 02.03.2000 [3]. Объектом клинической психологии является человек, имеющий затруднения в адаптации и/или самореализации, вызванные его физическим, социальным или психологическим состоянием. Предметом являются психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях человеческой деятельности.

Развитие медицинской психологии в СССР началось только в 1960-е годы, позднее в этой специальности началось разделение на патопсихологию (смежную с пограничной психиатрией), нейропсихологию (смежную с неврологией), а также общую медицинскую психологию, занимающуюся психогигиеной, психосоматикой, вопросами этики и деонтологии, а также психологией больного человека. До 2000 г. в России существовала медицинская психология, сформировавшаяся в Европе как отдельное направление еще в конце XIX в. Это направление в последние годы получило развитие, благодаря которому сформировались собственные, отечественные школы и направления. В настоящий момент во многих медицинских, социальных, реабилитационных учреждениях Российской Федерации существуют востребованные должности медицинского или клинического психолога, по своей сути являющиеся тождественными, которые могут занимать специалисты, прошедшие подготовку по специальности «клиническая психология».

Согласно Государственному образовательному стандарту, клинический психолог может проводить психологическое исследование и обследование только в соответствии с профессиональными компетенциями, только на основе полномочных характеристик деятельности и исключительно с применением психологической терминологии [3]. Функция клинического психолога определена как «...диагностика психических функций, состояний, свойств и структуры личности и интеллекта <...> и других психологических феноменов с использованием соответствующих методов клинко-психологического и экспериментально-психологического исследования». Данный специалист не лечит заболевание, а корректирует выявленные особенности психики в рамках своей компетенции. Клинический психолог при этом обязан руководствоваться нормами деонтологии, что является чрезвычайно важным аспектом, поскольку нарушение этих норм в ряде случаев способствует дискредитации самой специальности, а также препятствует обращению людей за помощью и может приводить к неприятию лечения, к обострению социальных отношений, неблагоприятию в организации помощи населению.

Таким образом, клинический психолог не является врачом, поэтому не работает с тяжелой психиатрической патологией, требующей медикаментозной терапии, однако может взаимодействовать с врачом-психиатром для достижения большей эффективности в терапии и реабилитации больных с психическими заболеваниями. Воздействуя на пациента с помощью специальных психологических методик, такой специалист имеет право работать в условиях медицинских учреждений, в отличие от обычного психолога.

### **Психосоматика – направление клинической психологии**

Психосоматика как одно из направлений клинической психологии занимается исследованием и коррекцией взаимного влияния психологических и физиологических факторов на течение и исход заболевания. Основным постулатом данного направления является утверждение, что в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание в настоящем или прошлом, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах [4].

Существует множество психологических теорий, объясняющих природу психосоматических расстройств. Однако в последние годы ведущей является концепция психосоматического расстройства как нарушения функций органов и систем, обусловленного психологическими факторами (как правило, последствием психологической травмы) [2]. При этом психоэмоциональные расстройства могут являться следствием физических страданий больного человека, либо переживания им самого факта наличия заболевания. И напротив, развитие психоэмоциональной дисфункции, стресса может непосредственно влиять на течение соматического недуга, как правило, усугубляя его течение.

В настоящее время можно выделить три основных научно обоснованных подхода к психосоматическим заболеваниям: психодинамический, соматоцентрический и теория коморбидности.

Психодинамический подход получил развитие в 1930-е годы, во многом благодаря работам З. Фрейда, который ввел понятие «конверсионная истерия» – возникновение патологических телесных симптомов в ответ на продолжительные эмоциональные конфликты [1]. В дальнейшем другие исследователи расширили знания о психодинамическом подходе к изучению психосоматических состояний. Развитием учения З. Фрейда стал подход, при котором психосоматические болезни рассматривались как некий «детский» способ реагирования на стресс и выражения своих эмоций. Было также введено понятие «функциональное расстройство» внутренних органов на фоне чрезмерной стимуляции или угнетения вегетативной нервной системы при длительном эмоциональном воздействии [5]. Кроме этого, в качестве предиктора развития психосоматических состояний рассматривалось изначальное наличие у пациента алекситимии (нарушение, связан-

ное со снижением способности человека к дифференциации, вербализации и экспрессии чувств и эмоций), на фоне которой под воздействием психотравмирующих факторов развитие соматических заболеваний являлось неким телесным аналогом выражения эмоций [6]. И, наконец, одной из наиболее интересных, на наш взгляд, является теория, согласно которой, развитию того или иного соматического заболевания предрасполагает наличие особых личностных черт характера [7]. И несмотря на то что эта теория была сформулирована более 60 лет назад, на сегодняшний день она не теряет своей актуальности.

Соматоцентрический подход изучения психосоматических заболеваний достаточно четко обосновывает существование так называемых функциональных расстройств, когда у пациента развиваются определенные патологические симптомы без наличия каких-либо структурных или биохимических нарушений. Отчасти этот подход можно отнести к развитию исследований в области психоанализа. Основоположителем данного подхода в отечественной медицине можно считать И.П. Павлова, который не отделял «функциональное» от «гистологического». Согласно соматоцентрическому подходу, психоэмоциональный стресс, перенапряжение является неким триггером, запускающим целый ряд патологических изменений в ткани или органе, существовавших ранее, как бы в спящем режиме.

Теория коморбидности подразумевает сочетанное течение и взаимное влияние нескольких патологических состояний, каковыми являются соматические заболевания и психоэмоциональные расстройства. Причины развития сочетанной патологии в настоящее время активно изучаются врачами разных специальностей. Выдвигались предположения о наличии единого патогенеза у сопутствующих заболеваний, воздействия общих факторов риска, а также простого совпадения в связи с широкой распространенностью конкретных патологических состояний в популяции [8]. Наличие коморбидности позволяет рассматривать различные заболевания за пределами нозологических категорий, когда, например, психические и соматические расстройства являются не простым сочетанием, но закономерно сопутствуют друг другу, образуя синдромальное единство. Кроме этого, теория коморбидности логично вписывается в рамки психодинамического подхода, когда конкретному заболеванию соответствует определенный тип личности пациента и, так называемая, внутренняя картина болезни, представляющая собой комплекс аффективно-когнитивного реагирования, который непосредственно связан с имеющимся соматическим расстройством, проявляющийся в клинической картине в виде специфических клинико-психологических особенностей.

Кроме указанных выше теорий развития психосоматической патологии, следует отметить, что часто развитие психосоматического расстройства или заболевания происходит еще в детском возрасте, в том случае, когда у ребенка нет возможности реализовать свои потребно-

сти в безопасности, любви или нет возможности выразить свои эмоции под влиянием разных обстоятельств (особенность личности родителя, личности самого ребенка, детско-родительских отношений, семейной обстановки, психотравмирующих событий, прямой запрет на демонстрацию эмоций) [2]. При этом возникновение психосоматического расстройства может быть способом коммуникации ребенка с окружающими людьми, способом дать им понять о наличии у него определенных проблем. Во взрослом возрасте альтернативной причиной развития психосоматического расстройства может стать несоответствие возможностей, чувств, желаний индивида требованиям и ожиданиям социально значимого окружения [4].

Таким образом, психосоматические расстройства на сегодняшний день являются актуальной темой для исследования и последующей коррекции специалистами различных направлений. При этом междисциплинарный, коллегиальный подход видится наиболее оправданным.

### Клиническая психология для решения проблем психосоматики

Специфика формирования и протекания психосоматических заболеваний, участие в их развитии множества разнообразных факторов нередко приводит к их торпидному течению и трудностям в терапии. Однако междисциплинарное взаимодействие врача и клинического психолога способно существенно повысить эффективность лечения, а также качество жизни пациентов.

Больные, страдающие психосоматическими заболеваниями, безусловно, нуждаются в специальной психологической помощи, однако они попадают в поле зрения психиатра достаточно редко, исключение составляют случаи, если состояние сопровождается бредом, галлюцинациями или тяжелыми формами депрессии. Однако такие пациенты могут обратиться или быть направлены к клиническому психологу для получения психологической коррекции с целью разрешения внутриличностного конфликта, вызвавшего развитие симптоматики, или нормализации общего психоэмоционального фона посредством специализированных методик. Также клинический психолог может обеспечивать консультативное сопровождение для вывода клиента из сложившейся психотравмирующей ситуации. Однако следует отметить, что наибольшая эффективность работы может быть достигнута только в том случае, если психолог работает во взаимодействии с врачом.

В работе с больными психологом применяются психодиагностические и психокоррекционные методы, включающие в себя беседу, анкетирование, анализ продуктов творчества, анализ биографических и анамнестических данных, проведение психологического эксперимента. При этом подбор конкретных методик является индивидуальным в каждом случае и предвзвешивается прояснением запроса больного, врача, а в неко-



**Мемантин из Западной Европы в несколько раз экономичней оригинального мемантина\***



# МЕМАНТАЛЬ®

## МЕМАНТИН



Исследования по биофармацевтической эквивалентности проведены независимой компанией в Европе на сверхточном спектрометре<sup>1</sup>



Терапевтическая (клиническая) эквивалентность показана в прямых рандомизированных исследованиях с оригинальным мемантином<sup>2</sup>



Получено разрешение для продажи в Великобритании, Германии, Нидерландах, Португалии и Франции<sup>3</sup>

**Произведено: Синтон Испания, С.Л., Испания**



Рег. номер ЛП000824. Информация для медицинских и фармацевтических работников. Имеются противопоказания, перед применением ознакомьтесь с инструкцией. Подробную информацию о препарате смотрите в инструкции по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

\* Расчет по данным цен с <https://APTEKA.RU> от 17.01.2020 г.

1. Data on file Quinta Analitica Liselijn Wisman 2012.
2. Ширияев О.Ю., Шаповалов Д.Л., Полозова Т.М. и др. Применение Мемантала и оригинального мемантина при умеренной и тяжелой деменции вследствие болезни Альцгеймера: клинический и фармакоэкономический аспекты. Психиатрия и психофармакотерапия. 2015; 17 (2).
3. Data on file. Synthon BV Official letter written by Daisyvan der Heijden 01/11/2017.



торых случаях и членов семьи. Сам процесс психологической коррекции может различаться по длительности (в среднем требуется от 10 сеансов) и применяемым методикам, в зависимости от актуального состояния и индивидуальных психологических особенностей больного, от подхода, в котором работает психолог, однако имеет основной целью дать возможность больному полностью осознать свою ситуацию, используя психолога как проводника или некое зеркало для взгляда со стороны, а после найти подходящий именно для данного конкретного больного способ решения ситуации.

## Заключение

В силу особенностей патогенеза и течения, включающих в себя психологический компонент, лечение психосоматических расстройств и заболеваний требует особого подхода и междисциплинарного взаимодействия. В связи с этим очень важным является включение в работу клинического психолога как специалиста, способного эффективно работать с психологическим компонентом заболевания, что будет облегчать процесс лечения.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.

## Литература / References

1. Фрейд Зигмунд. Собрание сочинений: В 10 т. Под общ. ред. Е.С. Калмыковой, М.Б. Аграчевой; Пер. на рус. яз. М.В. Вульф, Н.А. Алмаев. М.: Фирма STD, 2003.  
[Freid Zigmund. Sobranie sochinenii: V 10 t. Ed. E.S. Kalmykova, M.B. Agracheva. Translation. M.V. Vul'f, N.A. Almaev. Moscow: Firma STD, 2003 (in Russian).]
2. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. 2-е изд., доп. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.  
[Sidorov P.I., Parniakov A.V. Klinicheskaja psikhologija: Uchebnik. 2nd edition. Moscow: GEOTAR-MED, 2002 (in Russian).]
3. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 37.05.01 Клиническая психология (уровень специалитета) [Электронный ресурс]. Приказ Минобрнауки России от 12.09.2016 №1181. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420377096>  
[Ob utverzhdenii federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta vysshego obrazovaniia po spetsial'nosti 37.05.01 Klinicheskaja psikhologija (uroven' spetsialiteta) [Elektronnyi resurs]. Prikaz Minobrnauki Rossii ot 12.09.2016 №1181. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420377096> (in Russian).]
4. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Словарь современной американской психиатрической терминологии с ее отличиями от принятой в России. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1992; 4.  
[Lichko A.E., Ivanov N.Ia. Slovar' sovremennoi amerikanskoi psikhiatricheskoi terminologii s ee otlichiiami ot priniatoi v Rossii. Obzrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 1992; 4 (in Russian).]
5. Schulz A. Psychosomatic medicine and psychotherapy – arguments for inpatient treatment. *MMW Fortschr Med* 2021; 163 (6): 50–52. DOI: 10.1007/s15006-021-9668-2
6. Sifneos P.E. The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973; 22: 255–62.
7. Dunbar F. *Emotions and Bodily Changes*. New York: Columbia University Press; 1954, 1016 p.
8. Шилова Ю.В., Дворянкова Е.В., Шевченко А.О. Факторы риска и субклинического проявления атеросклероза у больных псориазом. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2014; 29 (8–9): 7–11.  
[Shilova Ju.V., Dvoriankova E.V., Shevchenko A.O. Faktory riska i subklinicheskogo proiavlennia ateroskleroza u bol'nykh psoriazom. Sovremennye problemy dermatovenerologii, immunologii i vrachebnoi kosmetologii. 2014; 29 (8–9): 7–11 (in Russian).]
9. Шмыков В.И. Клиническая психология – проблемы или перспективы? Гуманитарные исследования. Педагогика и психология. 2020; 3: 102–3.  
[Shmykov V.I. Klinicheskaja psikhologija – problemy ili perspektivy? Gumanitarnye issledovaniia. Pedagogika i psikhologija. 2020; 3: 102–3 (in Russian).]

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

**Шевченко Николай Алексеевич** – мед. психолог, ГБУ ЦПИ «Бутово». E-mail: nikola.shevchenko@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1216-5721

**Nikolay A. Shevchenko** – Medical Psychologist, Center for comprehensive rehabilitation of disabled people "Butovo". E-mail: nikola.shevchenko@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1216-5721

Статья поступила в редакцию / The article received: 02.10.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.10.2022

# Определение уровня тревоги у больных COVID-19

Ю.А. Касьянова

ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский психоневрологический диспансер», Якутск, Россия  
yulichka\_k@bk.ru

## Аннотация

В ноябре 2019 г. впервые была зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2. Всемирная организация здравоохранения 11 марта 2020 г. объявила о начале пандемии, которая затронула практически все сферы нашей повседневной жизни, спровоцировав параллельно идущую эпидемию тревожных и депрессивных реакций. На фоне продолжающейся пандемии COVID-19 тема ментального благополучия остается одной из актуальных и острых в системе общественного здоровья и здравоохранения. Из-за широкого распространения новой коронавирусной инфекции, ее высокой контагиозности и нейротоксичности в зоне риска возникновения проблем с психическим здоровьем оказались даже те, кто ранее никогда не обращался с жалобами к врачам данной медицинской отрасли.

**Ключевые слова:** пандемия, новая коронавирусная инфекция, COVID-19, тревога, психическое здоровье.

**Для цитирования:** Касьянова Ю.А. Определение уровня тревоги у больных COVID-19. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 29–31. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00147

## Determining the level of anxiety in patients with COVID-19

Julia A. Kasyanova

Yakutsk Republican Neuropsychiatric Dispensary, Yakutsk, Russia  
yulichka\_k@bk.ru

## Abstract

In November 2019, a novel coronavirus infection, COVID-19, caused by SARS-CoV-2, was first reported. On March 11, 2020, the World Health Organization announced the beginning of a pandemic that has affected almost all areas of our daily lives, provoking a parallel epidemic of anxiety and depressive reactions. Against the backdrop of the ongoing COVID-19 pandemic, the topic of mental well-being remains one of the most relevant and acute in the public health and healthcare system. Due to the wide spread of a new coronavirus infection, its high contagiousness and neurotoxicity, even those who have never previously complained to doctors in this medical industry are at risk of mental health problems.

**Key words:** pandemic, coronavirus infection, COVID-19, anxiety, mental health.

**For citation:** Kasyanova J.A. Determining the level of anxiety in patients with COVID-19. Clinical review for general practice. 2022; 4: 29–31. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00147

В ноябре 2019 г. впервые была зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2, которая начала свое распространение с г. Ухань, КНР, но вскоре охватила весь мир [1]. Всемирная организация здравоохранения 11 марта 2020 г. объявила о начале пандемии. В Российской Федерации по состоянию на конец октября 2022 г. данным заболеванием переболели 21 млн человек, умерли – более 380 тыс.

Сдерживание распространения SARS-CoV-2 привело к введению жестких ограничений: самоизоляция, социальное дистанцирование, перевод на удаленную трудовую деятельность и дистанционное обучение, запрет на проведение развлекательных культурно-массовых мероприятий, обязательное ношение масок. Особый урон психике наносит наличие негативной, зачастую запугивающей, информации в средствах массовой информации. В связи с этим отмечается рост расстройств тревожно-депрессивного спектра, которые доказаны многочисленными проведенными исследованиями [2]. Стоит обратить внимание, что пандемия COVID-19 повлекла за собой увеличение количества психических расстройств не только у людей со склонностью к подобным заболеваниям, но и у значительной массы населе-

ния, которая не сталкивалась с этой проблемой ранее [3].

Наиболее часто среди жителей стран с высоким уровнем распространения вирусной инфекции отмечается увеличение числа случаев постановки следующих диагнозов (по МКБ-10): депрессивный эпизод различной степени тяжести, генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, ОКР, посттравматическое стрессовое расстройство. Все перечисленные диагнозы могут повышать риск суицидального поведения, что является одним из показателей уровня и качества жизни населения.

Несмотря на исследования по изучению психических нарушений при COVID-19, до настоящего времени остаются неясными и спорными вопросы их патогенеза. Многие исследователи в своих работах связывают причины развития психических расстройств в клинике COVID-19 непосредственно со стрессовыми факторами [4–6], в других работах, свидетельствующих о неврологических нарушениях, вызванных COVID-19, психические расстройства рассматриваются авторами как следствие органической патологии головного мозга [7].

Во времена эпидемии испанского гриппа (1918–1919 гг.) отмечался резкий всплеск постэнцефалического

паркинсонизма [8], что доказывает факт влияния не связанных с центральной нервной системой инфекций на развитие нервно-психических нарушений. SARS-CoV-2 также является нейротропным и клинически нейротоксичным, а заражение COVID-19 не ограничивается инфекцией дыхательных путей, вызывая различные неврологические расстройства, влекущие за собой психопатологические синдромы.

Помимо самого заболевания, особую опасность в себе несет так называемый постковидный синдром. В одном из проведенных исследований установлено, что среди итальянских пациентов, находившихся в стационаре, через 2 мес после начала заболевания у 53% отмечалась усталость, у 43% – одышка и у 22% – боль в груди [9]. Согласно данным S.J. Halpin и соавт., через 4–8 нед от начала заболевания наиболее распространенной жалобой была повышенная утомляемость (72%), затем шли одышка (65,6%) и эмоциональные нарушения (46,9%) [10]. Разнообразие симптомов и варьирование степени выраженности обуславливает необходимость долечивания, проведения медикаментозной и физической реабилитации, включая проведение психотерапии для коррекции психического состояния.

В связи с изложенным в сложившейся ситуации все категории населения нуждаются в более пристальном внимании со стороны медицинского персонала, включая проведение санитарно-просветительной и психообразовательной работы. Пациенты должны получать объективную информацию в доступной для понимания форме.

Цель исследования: оценить возможность вируса SARS-CoV-2 негативно влиять на центральную нервную систему и приводить к возникновению тревожных расстройств.

Задачи:

1. Определение уровня тревоги у больных COVID-19 по шкале тревоги Бека.
2. Выявление наиболее распространенных физиологических и эмоционально-поведенческих симптомов тревоги у больных новой коронавирусной инфекцией.

Метод исследования. В ходе научно-исследовательской работы проводилось анонимное тестирование пациентов, страдающих COVID-19, на симптомы тревожных расстройств. Всего были опрошены 117 пациентов ковидного госпиталя в возрасте от 18 до 75 лет, из которых 54 мужчины и 63 женщины соответственно.

Для изучения уровня тревоги применялась шкала Бека, которая включает в себя 21 утверждение. Ответы интерпретируются следующим образом: результат со значением до 21 балла включительно свидетельствует о незначительном уровне тревоги; значение от 22 до 35 баллов означает среднюю выраженность тревоги; значение выше 36 баллов (при максимуме в 63 балла) – высокий уровень тревоги.

У анкетированных лиц в возрастном промежутке от 18 до 24 лет вне зависимости от пола отмечается низкий уровень тревоги (по результатам тестирования – в 100%

Рис. 1. Уровень тревоги у мужчин.

Fig. 1. Anxiety levels in men.

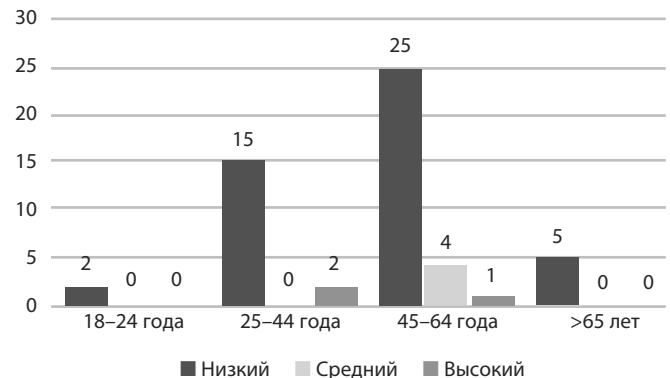
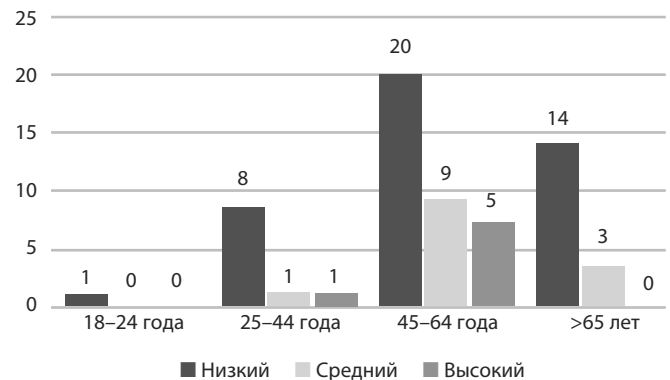


Рис. 2. Уровень тревоги у женщин.

Fig. 2. Anxiety levels in women.



случаев). Пациенты данного возраста чаще получают амбулаторное лечение, что говорит о более легком течении болезни и менее негативном влиянии SARS-CoV-2 на центральную нервную систему. Наиболее распространенной жалобой психологического характера являлась неспособность расслабиться.

В возрастном промежутке от 25 до 44 лет у мужчин в 88% случаев также наблюдается низкий уровень тревоги, и лишь у 12% пациентов – высокий уровень (рис. 1). У женщин данного возрастного интервала низкий уровень стресса встречается в 80% случаев, средний/высокий уровень – по 10% для каждого значения. У мужчин выявлены такие наиболее распространенные симптомы, как физическое недомогание, головокружение, приливы жара, нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, которые можно отнести к соматическим проявлениям заболевания, а также эмоциональная напряженность и неспособность расслабиться. У женщин обнаруживаются расстройства настроения в виде его переменчивости, раздражительности, нервном напряжении.

В возрастном промежутке от 45 до 65 лет у 83% мужчин выявлен низкий уровень тревоги, средний – в 13% случаев, высокий – в 4% случаев. У женщин данного возрастного интервала низкий уровень тревоги соответствует 59%, средний уровень тревоги – 26%, высокий уровень – 15%. Наиболее часто среди мужчин выявляется расстройство сна: трудности при засыпании,

кошмарные сновидения, онемения конечностей, чувство напряженности и страха; у женщин – сердцебиение, головокружение, чувство жара (не лихорадочного генеза).

У мужчин старше 65 лет низкий уровень тревоги отмечается в преобладающем большинстве случаев. У женщин (рис. 2) данного возрастного интервала этот показатель несколько хуже: низкий уровень тревоги встречается в 82%, средний – у 13% опрошенных. Из основных симптомов отмечаются: чувство жара, головокружение, страхи, в том числе одиночества, различные нарушения сна.

## Выводы

1. Вирус SARS-CoV-2 является нейротоксичным, что способно приводить к различным неврологическим расстройствам, влекущим за собой психопатологические синдромы: тревожно-депрессивные расстройства, астено-невротические состояния, нарушения сна.

2. Относительно низкий уровень тревоги в различных половозрастных группах может быть связан с пребыванием в круглосуточном стационаре, наблюдением за

состоянием здоровья со стороны медицинских работников, и, как следствие, возникающим ощущением безопасности и защищенности.

3. Основными факторами риска развития тревожных состояний у пациентов, страдающих COVID-19, являются обеспокоенность здоровьем, чувство одиночества, излишняя информационная нагрузка, исходящая из средств массовой информации, дезинформация о данном заболевании, а также недоверие к специалистам области здравоохранения.

4. Пациенты, переболевшие COVID-19, зачастую продолжают испытывать неприятные симптомы после выздоровления. Данное состояние носит название «постковидный синдром» и проявляется в виде астении, эмоциональной лабильности, когнитивных нарушений. Учитывая данный факт, необходимо отметить значимость оказания психолого-психиатрической помощи на различных этапах заболевания, включая период реабилитации.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.

## Литература / References

- Chan JF-W, Yuan S, Kok KH et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020; 395 (10223): 514–23. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9
- Камкхен В.Б., Калиева Д.А., Нурализода М. Ассоциация расстройств тревожно-депрессивного спектра и качества жизни трудоспособного населения в контексте COVID-19. *Вестник КазНМУ*. 2021; 1. [Kamkhen V.B., Kalieva D.A., Nuralizoda M. Assotsiatsiia rasstroistu trevozhno-depressivnogo spektra i kachestva zhizni trudospobnogo naseleniia v kontekste COVID-19. *Vestnik KazNMU*. 2021; 1 (in Russian).]
- Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Руквишников Г.В. и др. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2020; 2: 87–94. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-2-87-94 [Sorokin M.Yu., Kas'yanov E.D., Rukvishnikov G.V. et al. Psikhologicheskie reaktsii naseleniia kak faktor adaptatsii k pandemii COVID-19. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoii psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2020; 2: 87–94. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-2-87-94 (in Russian).]
- Агамагомедова И.Н., Банников Г.С., Кесян К.Л. и др. Психические реакции и нарушения поведения у лиц с COVID-19: методические указания. М.: НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, 2020. [Agamagomedova I.N., Bannikov G.S., Keshchian K.L. et al. Psikhicheskie reaktsii i narusheniia povedeniia u lits s COVID-19: metodicheskie ukazaniia. Moscow: NMITs psikhiiatrii i narkologii im. V.P. Serbskogo, 2020 (in Russian).]
- Осколкова С.Н. Амбулаторные случаи психических нарушений в период коронавирусной пандемии COVID-19. *Психиатрия*. 2020; 18 (3): 49–57. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-49-57 [Oskolkova S.N. Ambulatornye sluchai psikhicheskikh narushenii v period koronavirusnoi pandemii COVID-19. *Psikhiiatriia*. 2020; 18 (3): 49–57. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-49-57 (in Russian).]
- Krendl AC, Perry Brea L. The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *J Gerontol: Series B* 2020. DOI: 10.1093/geronb/gbaa110
- Новикова Л.Б. и др. Неврологические и психические расстройства, ассоциированные с COVID-19. *Артериальная гипертензия*. 2020; 26(3): 317–26. DOI: 10.18705/1607-419X-2020-26-3-317-326 [Novikova L.B. et al. Nevrologicheskie i psikhicheskie rasstroistva, assotsiirovannye s COVID-19. *Arterial'naia gipertenziia*. 2020; 26(3): 317–26. DOI: 10.18705/1607-419X-2020-26-3-317-326 (in Russian).]
- McCall S, Vilensky JA, Gilman S, Taubenberg JK. The relationship between encephalitis lethargica and influenza: A critical analysis. *J Neurovirol* 2008; 14: 177–85.
- Chan AT, Drew DA, Nguyen LH et al. Spector T; COPE Consortium. The Coronavirus Pandemic Epidemiology (COPE) Consortium: a call to action. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2020; 29 (7): 1283–9.
- Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: a cross-sectional evaluation. *J Med Virology* 2021; 93 (2): 1013–22.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Касьянова Юлия Александровна** – врач-психиатр, ГБУ РС (Я) «ЯРПНД». E-mail: yulichka\_k@bk.ru  
**Julia A. Kasyanova** – Psychiatrist, Yakutsk Republican Neuropsychiatric Dispensary. E-mail: yulichka\_k@bk.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 25.10.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.10.2022

# Опыт лечения депрессии у пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию

В.Э. Медведев, Е.В. Гушанская, В.И. Фролова

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия  
Medvedev\_ve@pfur.ru

## Аннотация

На фоне пандемии отмечается резкий рост тревожно-депрессивных расстройств. В клинической картине постковидных депрессий, помимо симптомов тревоги, доминируют астенические жалобы и когнитивные расстройства, что определяет исходное обращение больных к врачам общей практики и неврологам. В представленном клиническом случае депрессивный эпизод средней степени тяжести развился у пациентки, перенесшей в недавнем прошлом коронавирусную инфекцию. Монотерапия антидепрессантом вортиоксетином (Бринтелликс) в качестве исходного варианта лечения избрана на основании полиморфной клинической картины аффективного расстройства, включающей как отчетливые когнитивные, астенические, так и тревожные симптомокомплексы. Кроме того, вортиоксетин совместим с приемом антикоагулянтов, которые продолжает принимать пациентка по рекомендации терапевта. С учетом ипохондрической фиксации больной на состоянии организма важно отметить отсутствие у вортиоксетина негативного влияния на работу сердечно-сосудистой системы. Вортиоксетин (Бринтелликс) в реальной клинической практике демонстрирует высокую эффективность и хорошую переносимость при лечении депрессий, развивающихся после перенесенной коронавирусной инфекции.

**Ключевые слова:** COVID-19, депрессия, вортиоксетин.

**Для цитирования:** Медведев В.Э., Гушанская Е.В., Фролова В.И. Опыт лечения депрессии у пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 32–36. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00148

## Experience of treating depression in patient who survived coronavirus infection

Vladimir E. Medvedev, Ekaterina V. Gushanskaya, Veronika I. Frolova

People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia  
Medvedev\_ve@pfur.ru

## Abstract

A sharp rise in the prevalence of mixed anxiety-depressive disorder is observed during the pandemic. Along with symptoms of anxiety, asthenic complaints and cognitive impairment predominate among clinical manifestations of post-COVID-19 depression [4-7]. This drives the patients to first contact general practitioners and neurologists. In the reported clinical case a female patient, who had recently survived coronavirus infection, developed a moderate depressive episode. Antidepressant monotherapy with vortioxetine (Brintellix) as initial treatment was selected based on the polymorphic clinical picture of mood disorder that included not only clear cognitive and asthenic symptom clusters, but also anxiety symptom cluster. Furthermore, vortioxetine is compatible with anticoagulants still taken by the patient due to recommendations of general practitioner. Taking into account the patient's hypochondriacal fixation on her physical health, it is important to note that vortioxetine has no adverse effects on the function of cardiovascular system. In real clinical practice, vortioxetine (Brintellix) shows high efficacy and good tolerability when used for treatment of depressions developing after coronavirus infection.

**Key words:** COVID-19, depression, vortioxetine.

**For citation:** Medvedev V.E., Gushanskaya E.V., Frolova V.I. Experience of treating depression in patient who survived coronavirus infection. Clinical review for general practice. 2022; 4: 32–36. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00148

По данным обзоров российской и зарубежной научной литературы, на фоне пандемии отмечается резкий рост тревожно-депрессивных расстройств на 87–427% [1–3].

В клинической картине постковидных депрессий, помимо симптомов тревоги, доминируют астенические жалобы и когнитивные расстройства [4–7], что определяет исходное обращение больных к врачам общей практики и неврологам. В связи с этим своевременная дифференциальная диагностика и раннее начало терапии депрессий обуславливают более благоприятный прогноз и более качественное социальное функционирование пациента [8, 9].

В представленном ниже клиническом случае постковидной депрессии рассматриваются особенности клиники, диагностики и возможности фармакотерапии в условиях общей медицинской амбулатории.

**Пациентка, 37 лет.** Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Родилась от нормально протекавшей 1-й беременности, срочных физиологических родов с массой тела 1500 г и ростом 41 см. Первые 3 нед своей жизни провела в отделении для недоношенных детей, где хорошо набирала вес и прибавляла в росте, была выписана в удовлетворительном состоянии.



В раннем детстве опережала сверстников в физическом и психомоторном развитии, к 11 мес сформировалась фразовая речь, ходила без поддержки.

Помнит себя с 3 лет, испытывала страх оставаться одной дома, прошедший самостоятельно к 5 годам.

Росла общительной, веселой, любознательной, впечатлительной подвижной. В новых обстоятельствах и коллективах всегда адаптировалась хорошо, становясь центром любой компании, любила внимание окружающих, умела понравиться и сверстникам, и старшим, чем неоднократно пользовалась для получения выгоды. В то же время всегда оставалась послушной, дисциплинированной. С 5 лет без капризов занималась музыкой, была усидчива. В одиночестве всегда умела занять себя, рисовала, читала или фантазировала, рассказывала сказки игрушкам.

В школу пошла своевременно, быстро обзаведясь многочисленными приятельницами, с удовольствием посещала занятия. Усвоение нового материала давалось легко, успевала «отлично», предпочтение отдавала гуманитарным наукам. Принимала участие в общественной жизни школы, с легкостью выступала на утренниках. В свободное от занятий время много общалась, гуляла в компании многочисленных подруг, занималась в спортивной школе легкой атлетикой и плаванием, посещала музыкальную школу.

Менструации с 14 лет, цикл установился практически сразу, в предменструальный период всегда отмечала появление раздражительности, усиление тревожности.

После школы окончила педагогический вуз, работала преподавателем музыки в школе, после замужества не работала, занималась домашним хозяйством. Беременности и роды в 26 и 29 лет, без патологии.

За 3 мес до обращения перенесла коронавирусную инфекцию, среднетяжелое течение. Лечилась амбулаторно. На фоне болезни постоянно тревожилась об исходе заболевания, боялась умереть, заразить близких. Тогда же отметила постепенное снижение настроения, выраженную утомляемость, слабость, трудности концентрации внимания. Несмотря на выздоровление, психическое состояние не улучшалось. Напротив, снизился аппетит, нарушился сон: подолгу не могла заснуть, часто просыпалась из-за тревожных сновидений. Стала плаксивой, раздражительной. Считала себя обузой для семьи. Обращалась за помощью к терапевтам с жалобами на приступы «жара», ощущение неполноты вдоха, одышки, учащенного сердцебиения, «сдавления» за грудиной. При клинико-лабораторных, инструментальных обследованиях у кардиолога, пульмонолога, гинеколога, невролога патологии не выявлено. Продолжала прием антикоагулянтов, витаминов. По рекомендации невролога обратилась за консультацией к психиатру.

**Психический статус.** Выглядит моложе своего возраста. Опрятна, одета неброско, волосы аккуратно причесаны. Косметикой пользуется умеренно. Во время беседы сидит в однообразной позе. В беседу вступает охотно, отвечает после длительного раздумья, в плане

заданного, по существу. Речь в нормальном темпе, несколько обеднена чувственными тонами, голос достаточно модулирован, мимика, жестикация несколько обеднены. Несколько инфантильна, демонстрирует незрелые суждения о своей болезни.

В начале беседы задает многочисленные вопросы о здоровом образе жизни, возможности пройти полную диагностику, сообщает, что беспокоится, всех ли важных веществ, витаминов и микроэлементов достаточно в ее организме, и возможно ли это проверить. Излагает анамнестические сведения излишне подробно, часто затрудняясь описать свое состояние и происходившие события. К концу беседы заметно истощается.

Жалобы на сниженное настроение, безрадостность, тревожность, раздражительность, плаксивость в течение дня, с усилением симптомов к вечеру. Отмечает, что постоянно чувствует себя «эмоционально тупой», уставшей, апатичной, легко утомляется. Испытывает тревогу за родных, опасается за их будущее, повторно заболеть COVID-19. Подозревает, что не полностью выздоровела, что «возможно, не все органы функционируют, как прежде». Постоянно прислушивается к организму, фиксирует малейшие ощущения, которые сразу интерпретирует, как проявления «осложнений коронавируса». Периодически испытывает приступы «жара», чувство неполноты вдоха, одышки, учащенного сердцебиения, «сдавления» за грудиной. Беспокоят трудности концентрации, забывчивость. Винит себя в неспособности, беспомощности. Сообщает, что стала менее общительной, более стеснительной, замкнутой. Аппетит снижен, но масса тела не менялась. Сон с трудностями засыпания, частыми пробуждениями. Физиологические отправления в норме. Суицидальные мысли отрицает. Продуктивной психопатологической симптоматики на момент осмотра не выявлено.

**Психометрическое обследование.** По Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS): 17 баллов по подшкале депрессии и 11 баллов по подшкале тревоги – клинически выраженные признаки тревоги и депрессии. По Субъективной шкале оценки астении (MFI-20) – 58 баллов – признаки астении, особенно выраженные (>12 баллов) по подшкалам «пониженная активность», «снижение мотивации» и «психическая астения». По Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE, Mini-Mental State Examination) – 28 баллов – признаки выраженных когнитивных нарушений, деменции отсутствуют. Однако по когнитивному тесту Струпа зафиксировано до 18 ошибок, что указывает на снижение познавательных функций и контроля.

С учетом наличия у пациентки полиморфных жалоб на сниженное настроение, безрадостность (ангедонию), эмоциональное «притупление», выраженную астению, тревожность с соматическими эквивалентами (приступы «жара», чувство неполноты вдоха, одышки, учащенного сердцебиения, «сдавления» за грудиной, нарушения сна), трудности концентрации внимания и снижения памяти в качестве монотерапии выбран антидепрессант с мультимодальным механизмом

Динамика психометрических показателей на фоне терапии вортиоксетином 20 мг/сут  
 Dynamic changes in psychometric indicators associated with vortioxetine therapy (20 mg/day)

День	HADS, балл		MFI-20, балл					Тест Струпа, ошибки
	Депрессия	Тревога	Общая астения	Снижение мотивации	Пониженная активность	Физическая астения	Психическая астения	
0	17	11	10	13	13	8	14	18
14	16	11	9	13	12	8	13	16
28	13	9	7	12	11	7	10	11
56	10	8	7	9	7	6	7	4
84	8	6	6	5	5	5	6	1

действия – вортиоксетин (Бринтелликс) в начальной дозе 10 мг утром. Через 2 нед лечения доза препарата увеличена до рекомендуемой средней терапевтической 20 мг/сут.

Динамика состояния пациентки по психометрическим шкалам и когнитивному тесту в течение первых 3 мес (84 дня) терапии отражена в таблице.

Клинически положительная динамика в состоянии больной отмечалась уже с первых дней приема препарата. Пациентка сообщала о появлении противотревожного эффекта, уменьшении плаксивости, раздражительности приблизительно со 2–3-го дня приема. К концу 2 нед лечения отметилась тенденция к уменьшению симптомов астении, соматизированных проявлений тревоги. Сообщала, что на 5–9-й неделе лечения замечала легкое подташнивание, которое обошлось самостоятельно.

Отчетливое улучшение настроения, активности, когнитивных функций, сна и аппетита зарегистрировано к концу 4 нед терапии.

Через 2 мес лечения спонтанных жалоб на сниженное настроение, безрадостность, тревожность, раздражительность, плаксивость, «эмоциональное притупление», апатию не предъявляла.

К концу 3 мес (84 дня) лечения и со слов пациентки, и по психометрическим показателям состояние достигло клинической ремиссии. Больная вернулась к прежнему уровню функциональной активности, справлялась с привычными нагрузками, восстановила все социальные контакты.

По данным катамнеза, пациентка продолжала принимать препарат еще 2 мес, затем самостоятельно прекратила прием в течение 3 дней. При этом симптомов отмены не наблюдала. На протяжении последующих 3 мес рецидивов не наблюдалось.

## Обсуждение

В представленном клиническом случае депрессивный эпизод средней степени тяжести развился у пациентки, перенесшей в недавнем прошлом коронавирусную инфекцию. Генез аффективного расстройства смешан-

ный: на фоне нейротропного влияния COVID-19 отмечены черты как психогенной (связь с психогенией – заболеванием: страх смерти, заразить других и повторно заболеть самой, опасения наличия осложнений), так и эндогенной (наличие суточного ритма, витальных проявлений в виде выраженной апатии, снижения аппетита и нарушений сна) депрессии.

Средняя степень тяжести депрессии подтверждается как наличием трех основных (по МКБ-10) симптомов депрессии: подавленность, безрадостность (ангедония) и апатия, так и психометрически.

Монотерапия антидепрессантом в качестве исходного варианта лечения избрана на основании клинической картины аффективного расстройства, не включающего психопатологических расстройств иных (обсессивно-компульсивных, психотических и пр.) регистров и отсутствия у пациентки в прошлом психофармакотерапии.

Выбор вортиоксетина (Бринтелликс) основан на исследовательских и клинических данных о его эффективности при депрессиях с различной, в том числе полиморфной клинической картиной [10], включающей как отчетливые когнитивные, астенические, так и тревожные симптомокомплексы. Кроме того, вортиоксетин совместим с приемом антикоагулянтов [11], которые продолжает принимать пациентка по рекомендации терапевта. С учетом ипохондрической фиксации больной на состоянии организма важно отметить отсутствие у вортиоксетина какого-либо негативного влияния на работу сердечно-сосудистой системы [12].

## Заключение

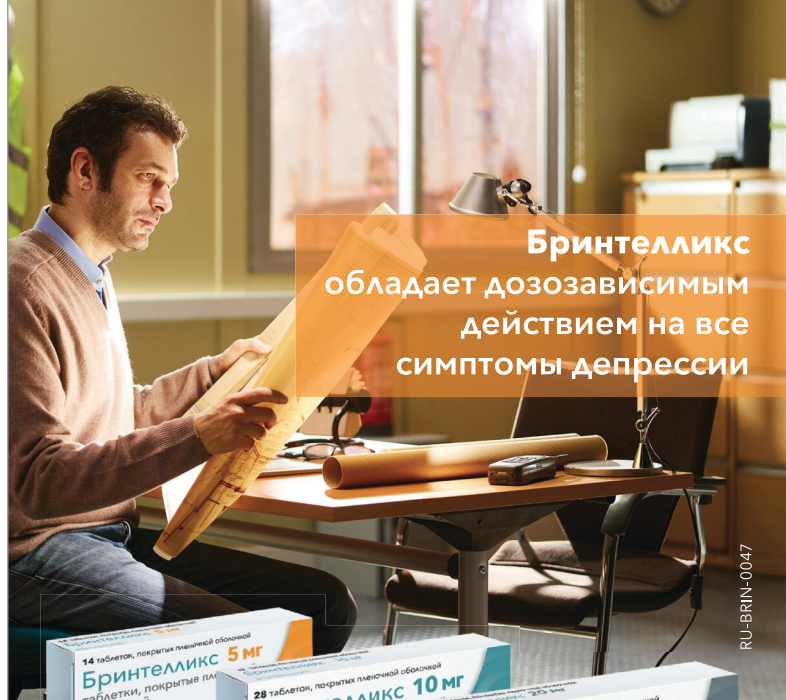
Вортиоксетин (Бринтелликс) в реальной клинической практике демонстрирует высокую эффективность и хорошую переносимость при лечении депрессий, развивающихся после перенесенной коронавирусной инфекции.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

## Литература / References

1. Котова О.В., Медведев В.Э., Акарачкова Е.С., Беляев А.А. COVID-19 и стресс-связанные расстройства. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2021; 121 (5–2): 122–8. DOI: 10.17116/jnevro2021121052122 [Kotova O.V., Medvedev V.E., Akarachkova E.S., Beliaev A.A. COVID-19 i stress-sviazannyye rasstroistva. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. Spetsvypuski. 2021; 121 (5–2): 122–8. DOI: 10.17116/jnevro2021121052122 (in Russian).]
2. Медведев В.Э. Психическое здоровье в условиях пандемии COVID-19: первые итоги. Клинический разбор в общей медицине. 2020; 1: 22–8. DOI: 10.47407/kr2020.1.1.00004 [Medvedev V.E. Mental health in the context of COVID-19 pandemic: initial assessment. Clinical review for general practice. 2020; 1: 22–8. DOI: 10.47407/kr2020.1.1.00004 (in Russian).]
3. Медведев В.Э. Расстройства тревожно-депрессивного спектра на фоне COVID-19: возможности терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021; 13 (2): 111–6. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-2-111-116 [Medvedev V.E. Rasstroistva trevozhno-depressivnogo spektra na fone COVID-19: vozmozhnosti terapii. Nevrologiia, neiropsikiatriia, psikhosomatika. 2021; 13 (2): 111–6. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-2-111-116 (in Russian).]
4. Котова О.В., Артеменко А.Р., Беляев А.А. и др. Респираторные панчические атаки и COVID-19. Практическая медицина. 2021; 19 (1): 29–33. DOI: 10.32000/2072-1757-2021-1-29-33 [Kotova O.V., Artemenko A.R., Beliaev A.A. et al. Respiratornyye panicheskie ataki i COVID-19. Prakticheskaya meditsina. 2021; 19 (1): 29–33. DOI: 10.32000/2072-1757-2021-1-29-33 (in Russian).]
5. Медведев В.Э., Доготарь О.А., Лызлова Н.Ю. Влияние работы и учебы в условиях пандемии на психическое состояние медицинских специалистов. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022; 4. [Medvedev V.E., Dogotar' O.A., Lyzlova N.Yu. Vliianie raboty i ucheby v usloviakh pandemii na psikhicheskoe sostoianie meditsinskikh spetsialistov. Nevrologiia, neiropsikiatriia, psikhosomatika. 2022; 4. (in Russian).]
6. Медведев В.Э., Фролова В.И., Гушанская Е.В. и др. Астенические расстройства в рамках постковидного синдрома. Журнал Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021; 121 (4): 152–8. DOI: 10.17116/jnevro2021121041152 [Medvedev V.E., Frolova V.I., Gushanskaia E.V. et al. Astenicheskie rasstroistva v ramkakh postkovidnogo sindroma. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2021; 121 (4): 152–8. DOI: 10.17116/jnevro2021121041152 (in Russian).]
7. Медведев В.Э., Тер-Израилян А.Ю., Фролова В.И. и др. Оптимизация терапии психических расстройств с мультисиндромальной клинической картиной. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2020; 1: 23–7. [Medvedev V.E., Ter-Israelian A.Yu., Frolova V.I. et al. Optimization of the treatment of mental disorders with a multisymptomatic clinical picture. Psikiatriia i psikhofarmakoterapiia im. P.B. Gannushkina 2020; 1: 23–7 (in Russian).]
8. Котова О.В., Полуэктов М.Г., Медведев В.Э. и др. Расстройства сна при постковидном синдроме – проблема психиатрии или неврологии? Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022; 122 (5 вып. 2): 23–8. DOI: 10.17116/jnevro202212205223 [Kotova O.V., Poluektov M.G., Medvedev V.E. et al. Rasstroistva sna pri postkovidnom sindrome – problema psikiatrii ili neurologii? Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2022; 122 (5 вып. 2): 23–8. DOI: 10.17116/jnevro202212205223 (in Russian).]
9. Медведев В.Э., Доготарь О.А. COVID-19 и психическое здоровье: вызовы и первые выводы. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020; 12 (6): 4–10. DOI: 10.14412/2074-2711-2020-6-4-10 [Medvedev V.E., Dogotar' O.A. COVID-19 i psikhicheskoe zdorov'e: vyzovy i pervyye vyvody. Nevrologiia, neiropsikiatriia, psikhosomatika. 2020; 12 (6): 4–10. DOI: 10.14412/2074-2711-2020-6-4-10 (in Russian).]
10. Петрова Н.Н. и др. Депрессивные состояния в структуре постковидного синдрома: особенности и терапия. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2022; 56: 1: 16–24. DOI: 10.31363/2313-7053-2022-1-16-24



**Бринтелликс**  
обладает дозозависимым  
действием на все  
симптомы депрессии



### КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по применению лекарственного препарата БРИНТЕЛЛИКС

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: ЛП-003422 МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ: вортиоксетин. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА: таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг, 10 мг и 20 мг. ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА: антидепрессант ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ Бринтелликс показан для лечения больших депрессивных эпизодов у взрослых ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ Гиперчувствительность к активному веществу или какому-либо компоненту препарата. Одновременное применение с неселективными ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) или с селективными ингибиторами МАО А (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Детский и подростковый возраст до 18 лет (безопасность и эффективность не установлены) с ОСТОРОЖНОСТЬЮ: тяжелая почечная и печеночная недостаточность; мания и гипомания; фармакологически неконтролируемая эпилепсия, судорожные припадки в анамнезе; выраженное суицидальное поведение; цирроз печени; склонность к кровотечениям; одновременный прием с ингибиторами МАО В (селегилином, разагилином); серотонинергическими лекарственными препаратами; препаратами, снижающими порог судорожной готовности; литием, триптофаном; лекарственными препаратами, содержащими зверобой продырявленный; пероральными антикоагулянтами и лекарственными препаратами, влияющими на тромбоцитарную функцию; препаратами, способными вызвать гипонатриемию; электролитической терапии; пожилой возраст. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ Режим дозирования Начальная и рекомендуемая доза Бринтелликса у взрослых пациентов младше 65 лет составляет 10 мг однократно в сутки. В зависимости от индивидуальной реакции пациента суточная доза может быть увеличена до максимальной дозы 20 мг вортиоксетина один раз в сутки или снижена до минимальной дозы 5 мг вортиоксетина один раз в сутки. После полного разрешения симптомов депрессии рекомендуется продолжать лечение в течение, по крайней мере, 6 месяцев для закрепления антидепрессивного эффекта. ПРЕКРАЩЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ Пациенты, получающие лечение вортиоксетин, могут самостоятельно прекратить прием лекарственного препарата без необходимости постепенного понижения дозы (см. раздел «Фармакологические свойства»). ОСОБЫЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ Пожилые пациенты (≥ 65 лет) У пациентов ≥ 65 лет в качестве начальной дозы всегда следует использовать минимальную эффективную дозу Бринтелликса 5 мг однократно в сутки. Необходимо соблюдать осторожность при лечении пациентов ≥ 65 лет с применением дозы выше 10 мг вортиоксетина однократно в сутки, так как данные о применении препарата у этой группы пациентов ограничены (см. раздел «Особые указания»). Ингибиторы цитохрома P450 В зависимости от индивидуальной реакции пациента может потребоваться снижение дозы Бринтелликса в случае присоединения терапии сильными ингибиторами изофермента CYP2D6 (например, бупропионом, хинидином, флуоксетином, пароксетином) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Индукторы цитохрома P450 В зависимости от индивидуальной реакции пациента может потребоваться коррекция дозы Бринтелликса в случае присоединения терапии индукторами цитохрома P450 широкого спектра (например, рифампицином, карбамазепином, фенитоином) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Дети и подростки (младше 18 лет) Безопасность и эффективность Бринтелликса у детей и подростков в возрасте до 18 лет не установлена. Данных по этой группе пациентов нет (см. раздел «Особые указания»). Почечная недостаточность В зависимости от функции почек коррекция дозы не требуется. Печеночная недостаточность. Нет необходимости коррекции дозы в зависимости от функции печени СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ Бринтелликс предназначен для приема внутрь. Покрытые пленочной оболочкой таблетки можно принимать вне зависимости от приема пищи ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ Сводная характеристика профиля безопасности Наиболее частое нежелательной реакцией была тошнота. Как правило, тошнота имела легкую или умеренную степень тяжести и возникла в первые 2 недели лечения. Реакции в основном были кратковременными и не приводили к прекращению лечения. Нежелательные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как тошнота, чаще встречались у женщин, чем у мужчин. Список нежелательных явлений в виде таблицы Нежелательные реакции, перечисленные ниже, распределены по частоте следующим образом: очень часто (≥1/10), часто (от <1/100 до <1/10), нечасто (от <1/1000 до <1/100), редко (от <1/10000 до <1/1000); очень редко (<1/10000), частота неизвестна (частота не может быть оценена на основании имеющихся данных).

Класс системы органов	Частота	Нежелательная реакция
Нарушения со стороны иммунной системы	Неизвестно*	Анафилактическая реакция
Нарушения со стороны обмена веществ и питания	Неизвестно*	Пипонатриемия
Нарушения психики	Часто	Необычные сновидения
	Неизвестно*	Бессонница
Нарушения со стороны нервной системы	Часто	Возбуждение, агрессия
	Неизвестно*	Серотониновый синдром
Нарушения со стороны органов зрения	Редко	Расширение зрачка, способность вызывать развитие острой закрытоугольной глаукомы
Нарушения со стороны сосудов	Нечасто	Дрифтывы
	Неизвестно*	Кровотечения (включая кровоизлияние в кожу, экхимоз, носовое кровотечение, желудочно-кишечные кровотечения, вагинальные кровотечения)
Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта	Очень часто	Тошнота
	Часто	Диарея, запор, рвота
Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей	Часто	Эд, в том числе генерализованный эд
	Нечасто	Ночные поты
	Неизвестно*	Ангioneвротический отек, крапивница, сыпь

**Пожилые пациенты** Для доз вортиоксетина 10 мг и выше один раз в сутки уровень выбывания из исследований был выше у пациентов в возрасте ≥ 65 лет. Для доз вортиоксетина 20 мг один раз в сутки случаи возникновения тошноты и запоров были выше у пациентов в возрасте ≥ 65 лет (42% и 15%, соответственно) по сравнению с пациентами < 65 лет (27% и 4%, соответственно) (см. раздел «Особые указания»). Сексуальная дисфункция В клинических исследованиях сексуальная дисфункция оценивалась с использованием ASEX (Аризонская шкала сексуальной функции). Дозы от 5 до 16 мг не демонстрировали отличия от плацебо. Однако при приеме дозы вортиоксетина 20 мг ассоциировался с повышением частоты возникновения сексуальной дисфункции (TFS) (см. раздел «Фармакологические свойства»). Классификационный эффект Эпидемиологические исследования преимущественно с участием пациентов в возрасте 50 лет и старше выявили повышение риска перелома костей у пациентов, принимающих лекарственные препараты, относящиеся к соответствующим фармакологическим классам антидепрессантов (СИОЗС и ТЦА). Механизм, обуславливающий такой риск, неизвестен, также как неизвестно относится ли этот риск к приему вортиоксетина Липонатриемия На фоне применения антидепрессантов с серотонинергическим эффектом (СИОЗС, СИОЗСН) сообщалось о редких случаях возникновения липонатриемии, вероятно вследствие синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона. Следует проявлять осторожность при применении вортиоксетина у пациентов из групп высокого риска, таких как пожилые пациенты, пациенты с циррозом печени, пациенты с сердечной недостаточностью, получающие терапию лекарственными препаратами, которые могут вызывать гипонатриемию. Следует по возможности избегать вортиоксетина у пациентов с симптоматической гипонатриемией и провести соответствующие медицинские вмешательства, направленные на коррекцию их состояния. Влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами Бринтелликс не оказывает или оказывает незначительное влияние на способность управлять транспортными средствами или работать с механизмами. Тем не менее, поскольку отмечались нежелательные реакции, например, головокружение, пациенты должны соблюдать осторожность при управлении транспортными средствами или при работе с опасными механизмами особенно в начале лечения вортиоксетин или при изменении его дозы. СРОК ГОДНОСТИ 4 года УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК По рецепту врача.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ  
ПЕРЕД ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

- [Petrova N.N. et al. *Depressivnye sostoiianiia v strukture postkovidnogo sindroma: osobennosti i terapiia. Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva.* 2022; 56: 1: 16–24. DOI: 10.31363/2313-7053-2022-1-16-24 (in Russian).]
11. Fagiolini A, Florea I, Loft H, Christensen MC. Effectiveness of Vortioxetine on Emotional Blunting in Patients with Major Depressive Disorder with inadequate response to SSRI/SNRI treatment. *J Affect Disord* 2021; 283: 472–9. DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.106. *J Affect Disord.* 2021;283:472–479
12. Piña IL, Di Palo KE, Ventura HO. Psychopharmacology and Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology* 2018; 71 (20); 2346–59.
- 

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Медведев Владимир Эрнстович** – канд. мед. наук, доц., зав. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, ФНМО ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: Medvedev\_ve@pfor.ru; ORCID 0000-0001-8653-596X

**Vladimir E. Medvedev** – Cand. Sci. (Med.), People's Friendship University of Russia. E-mail: Medvedev\_ve@pfor.ru; ORCID 0000-0001-8653-596X

**Гушанская Екатерина Владимировна** – канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, ФНМО ФГАОУ ВО РУДН. ORCID: 0000-0001-9866-9746

**Ekaterina V. Gushanskaya** – Cand. Sci. (Med.), People's Friendship University of Russia. ORCID: 0000-0001-9866-9746

**Фролова Вероника Игоревна** – канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, ФНМО ФГАОУ ВО РУДН. ORCID: 0000-0003-2261-3812

**Veronika I. Frolova** – Cand. Sci. (Med.), People's Friendship University of Russia. ORCID: 0000-0003-2261-3812

Статья поступила в редакцию / The article received: 26.09.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.10.2022

# Проблемы восстановительного лечения больных в вегетативном состоянии

Л.Б. Лихтерман

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Москва, Россия

ova@nsi.ru

## Аннотация

Проанализированы организационные и научные аспекты тяжелых хронических нарушений сознания. С прогностических позиций выделены три группы больных, находящихся в длительном вегетативном состоянии.

**Ключевые слова:** вегетативный статус, тяжелая черепно-мозговая травма, магнитно-резонансная томография, нейрогенез.

**Для цитирования:** Лихтерман Л.Б. Проблемы восстановительного лечения больных в вегетативном состоянии. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 37–40. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00149

## Issues of medical rehabilitation of patients in vegetative state

Leonid B. Likhterman

Burdenko National Medical Research Centre for Neurosurgery, Moscow, Russia

ova@nsi.ru

## Abstract

Organizational and scientific aspects of severe chronic disorders of consciousness were analyzed. Three groups of patients in a persistent vegetative state were distinguished based on the prognosis.

**Key words:** vegetative state, severe traumatic brain injury, magnetic resonance imaging, neurogenesis.

**For citation:** Likhterman L.B. Issues of medical rehabilitation of patients in vegetative state. Clinical review for general practice. 2022; 4: 37–40. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00149

Успехи медицины в лечении болезней и травм очевидны. Они обусловлены новыми знаниями, современными технологиями и эффективными препаратами.

Однако прогресс и наши достижения породили проблемы, которых ранее не было. Одна из них – посттравматический вегетативный статус.

### «Ни сына, ни могилы»

Конечно, то, что было описано и изучено во 2-й половине XX в. под названием «вегетативный статус», сопровождало, не имея еще своего имени, человечество с момента появления *Homo sapiens*. Не могло не сопровождать, поскольку такой вид тяжелой черепно-мозговой травмы, например, как падение с высоты (катастрофа), существовал всегда. Однако пострадавшие быстро погибали, и, стало быть, проблем не возникало.

Высокоскоростные средства передвижения, прежде всего автомобили, обусловили резкое учащение черепно-мозговой травмы с механизмами повреждения ускорения-замедления и ротационным.

При этом в отличие от ударно-противоударной травмы, при которой преобладают очаговые формы повреждений мозга, при травмах ускорения-замедления и ротационных преобладают диффузные аксональные церебральные повреждения [1]. Они-то в тяжелом варианте и проявляют себя клинически вегетативным статусом, отражающим разобщение коры мозга и под-

корково-стволовых образований за счет разрыва аксонов в нервных трактах [2–5].

Психика отсутствует, человек не осознает ни себя, ни окружающий мир, произвольных движений конечностей и глаз нет. Между тем работает ствол мозга, функционируют сердце, кишечник, другие внутренние органы – вегетативное состояние, при котором личность превращается в «овощ», образное, хотя и несправедливое сравнение. Увидев в таком виде своего сына – солдата, мать воскликнула: «Ни сына, ни могилы».

Трагедия больных в хроническом вегетативном статусе усугубляется трагедией их семей и близких, а также трагедией невнимания и неготовности общества и нашего здравоохранения к оказанию им необходимой помощи, лечения, реабилитации.

### Статистика

Как много больных находится в длительном бессознательном состоянии? Их число в нашей стране неизвестно, как и неизвестно, сколько таких пациентов в мире. Учет строится лишь на сведениях отдельных исследовательских центров. Данные значительно колеблются: в США насчитывается 40–168 случаев вегетативного статуса на 1 млн взрослого населения и 16–40 – на 1 млн детского; в Северной Ирландии 23 – на 1 млн; в Австрии 19 – на 1 млн; в Израиле 4–5 – на 1 млн; в Дании 1,3 – на 1 млн взрослого населения. А сколько это в абсолютных цифрах? В США имеется 35 тыс. пациентов в

хроническом вегетативном состоянии и еще 280 тыс. – в состоянии минимального сознания. В других странах существенно меньше. В одной из своих статей профессор Михаил Пирадов сообщил, что в реанимационных отделениях крупных клиник России до 25–30% коек может быть занято такими больными. А сколько их находится дома? По своей встречаемости вегетативный статус сравним с инфекционным эндокардитом (16–23 случая на 1 млн населения), болезнью Аддисона (10 случаев на 1 млн), миастенией (60–120 – на 1 млн). Конечно, вегетативный статус по частоте – это не инфаркт миокарда и не инсульт. Но уместно вспомнить распространенность в России главных его «доноров» – черепно-мозговую травму и инсульт. Поэтому число пациентов с длительными бессознательными состояниями будет расти.

### Нам это надо?!

Назрела необходимость обратить внимание на категорию тяжелейших больных. Ведь это тысячи людей. И не только сами пациенты, но и их близкие, которые вынуждены бросать работу, менять свою жизнь для того, что бы ухаживать за ними. Может быть, подобные больные никому не нужны? На одном медицинском интернет-форуме врачи жаловались: «В нашем отделении одну больную тянем почти семь месяцев. А смысл? Натуральный овощ. Занято место тех многих больных, которым мы могли бы оказать эффективную помощь».

Но чтобы ни говорили, решать проблему необходимо. Во-первых, мы не все знаем об этом состоянии. Функциональная магнитно-резонансная томография (МРТ) иногда позволяет выявлять у пациентов в вегетативном состоянии активизацию тех же зон головного мозга, отвечающих за движения, что и у здоровых людей при выполнении устных заданий – представить себя идущим по собственному дому и играющим в теннис. Во-вторых, достаточно сложно составить прогноз о развитии заболевания в острую фазу для каждого конкретного больного. Известны случаи восстановления сознания у пациентов, много лет находившихся в вегетативном состоянии. В-третьих, где наша гуманность? Конечно, можно занять позицию, что такие больные отнимают койки и средства у более перспективных пациентов. Но есть ли у нас право лишать пострадавших в вегетативном состоянии медицинской помощи?

### Полезный чужой опыт

Как же организована помощь пациентам с длительными бессознательными состояниями в развитых странах. Существуют специальные программы реабилитации таких больных в США, Великобритании, Израиле, Германии, Дании, Франции, Австралии, Испании и некоторых других государствах. Мне довелось познакомиться с ними в Лондоне и Брюсселе.

Реабилитационная клиника для больных с поражением нервной системы в Лондоне имеет специальное

отделение для лечения пациентов в вегетативном состоянии. Здесь они проходят обследование и лечение в течение нескольких месяцев с последующим применением разработанной программы реабилитации в домашних условиях. Специалисты нейрореабилитологи, логопеды, психологи и психотерапевты, диетологи, врачи лечебной физкультуры, физиотерапевты, массажисты, кинезотерапевты, инженеры – это единая команда, все усилия которой направлены на восстановление утраченных функций, на реинтеграцию больного с выраженным повреждением нервной системы в семью и общество. Весь день расписан по минутам. Один специалист сменяет другого. Программа психостимуляции направлена на все возможные у человека сенсорные системы. Вкусовые, обонятельные, зрительные, слуховые раздражители, от простого к сложному, от одиночных стимулов к полимодальным с привлечением достижений современной техники – вот тот путь, по которому проходит больной.

Изготовление индивидуального кресла, в котором пациенту будет удобно заниматься, устранение тризма, патологического напряжения мышц, минимальное время нахождения в положении лежа и занятия, занятия, занятия. И все это по индивидуальной программе, направленной на поиск путей коммуникации с больным, на улучшение его состояния и качества жизни.

И надо сказать, что такая система хорошо работает. Около 1/2 больных, поступивших в вегетативном состоянии, через 4 мес (максимальный срок пребывания в центре) выписываются с улучшением своего психического состояния.

В Бельгии построен специальный центр для реабилитации больных, перенесших инсульт и тяжелую черепно-мозговую травму. Его основной контингент – пациенты в хроническом вегетативном статусе и в состоянии минимального сознания. Планировка и оборудование центра чрезвычайно удобны для ухода и лечебных занятий. Просторные палаты, функциональные кровати с подходом с любой стороны, автоматические устройства для подъема и опускания больных в ванну, бассейн. Ежедневное мытье. Весь день пациенты находятся в движении на колясках. Вертикализация, как и водные процедуры, необходимый элемент нейрореабилитации. Постоянно включаются другие рецепторы – слуховые и световые раздражители – музыка, динамичные цветовые гаммы и т.п. В хорошо оборудованных залах проводится направленная аппаратная и мануальная лечебная физкультура. В специальных комнатах умело используют элементарные, но эффективные игры, едва больной становится способным участвовать в них.

Пребывания пациентов в Центре длительны и оплачиваются государством.

При такой организации нейрореабилитации достигаются существенные клинические результаты по максимально возможному восстановлению и реинтеграции в общество пациентов с грубыми хроническими нарушениями сознания.

## Что делать?

Решение проблемы ухода и лечения больных в вегетативном статусе требует государственной поддержки. Подобные пациенты и их родные часто оказываются один на один со своей трагедией. Многолетние страдания этих людей кажутся несущественными на фоне решения главных задач здравоохранения.

Вспоминается один из характерных случаев. В Воронежской областной больнице произвели гинекологическую операцию 40-летней женщине. Хирургическое вмешательство осложнилось массивной кровопотерей и наркотическими накладками. В итоге – вследствие гипоксии мозга – развился вегетативный статус. Поддержали месяца в стационаре и, несмотря на протесты семьи, принудительно выписали домой – доставили на скорой в деревню к матери. Муж – бросил, дочь – отказалась, только старушка-мать пожалела доченьку. Освоила кормление через зонд, уход за трахеостомой, за катетерами, за глазами, за полостью рта. Дочка как была без сознания, так и осталась, но вот уже 5 лет все жизненно важные функции налажены, нет пролежней, гнилостных процессов, не истощена, цвет лица хороший. Можно восхищаться матерью, которая денно и ночью, забросив все, самоотверженно ухаживает за дочерью. В условиях деревенской избы неграмотная крестьянка получила результат, сравнимый с таковым в лучших клиниках. И цена его – скудные пенсии, а не миллионные расходы. Неужели мы пойдем по такому пути: спасение утопающих – дело самих утопающих или, точнее, их родных?

Конечно, в России накапливается собственный опыт лечения больных с длительными бессознательными состояниями. В Национальном центре нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, в Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н. Бурденко Министерства обороны Российской Федерации, в Нейрохирургическом институте им. А.Л. Поленова и в некоторых других учреждениях глубоко изучается хронический вегетативный статус, разрабатываются системы предупреждения и лечения его осложнений, методики нейрореабилитации.

В Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске, Екатеринбурге в общие реабилитационные центры на коммерческой основе принимают таких больных. Но этого, во-первых, мало, во-вторых, материально либо вообще (в большинстве случаев) недоступно, либо разорительно. Кончились деньги – все, забирайте больного. Это естественное правило коммерции особо тяжело бьет по пациентам в вегетативном статусе, реабилитация которых требует многих месяцев и лет. Отметим также, что вокруг родных больных в вегетативном статусе носится рой нейромомошеников, спекулирующих и наживающихся на безысходном горе, обещая за большие деньги «излечение».

То, что мы предлагаем – не маниловщина. Во-первых, необходимо создание регистра таких больных. Где бы они не находились – в больнице, реабилитационном центре, дома. Во-вторых, должна быть создана при Минздраве России рабочая группа, которая бы, обладая экспертно-методическими функциями, могла объеди-

нить врачей, научных работников, управленцев, родственников больных, координировать усилия в этом направлении. В-третьих, необходима организация центров по лечению больных с длительными бессознательными состояниями.

Есть у нас уже первая «ласточка» в этом направлении. В Подмосковье под Солнечногорском создано специальное отделение Федерального научно-клинического центра реаниматологии и реабилитации, где предусмотрены все необходимые условия для изучения и восстановления больных с грубыми хроническими нарушениями сознания, даже веранда для выезда прямо в кровати из палаты на «солнышко».

Необходимо создание нейрореабилитационных центров для больных с длительными бессознательными состояниями, хотя бы по одному в каждом федеральном округе России.

Минимальная стоимость лечения больного в вегетативном состоянии в США – 120–140 тыс. долларов в год, часто она намного выше. И у нас это будет дорогое мероприятие. Но заниматься судьбами этих путешественников между мирами необходимо.

## Перспектива прорыва

Сегодня не устранен разрыв между серьезными успехами в изучении вегетативного статуса и сравнительно незначительным продвижением в восстановлении психики и двигательной сферы пациентов [6].

На мой взгляд, главная причина в том, что именно сааногенез этой чрезвычайно сложной патологии изучен недостаточно. Опыт показывает, что, когда удается раскрыть сааногенные механизмы болезни, то тогда коренным образом меняются лечебные мероприятия и их результаты [7].

Бесспорно, важны все слагаемые системного подхода к решению восстановительной задачи, но сердцевина – знание именно сааногенеза патологии.

Мы располагаем возможностями точно знать динамику пластических процессов в мозге после диффузного аксонального повреждения [9]. Если ранее о повреждении и восстановлении двигательных функций рассуждали по клиническим данным, то теперь, благодаря изощренным методикам МРТ, четко видим, в каком состоянии находится тот или иной участок мозга, тот или иной тракт, и можем объективно судить об его восстановлении либо гибели. Любые нейроанатомические ситуации ныне доступны контролю [10]. Методы воздействия на репаративные процессы в мозге разнообразны и непрерывно развиваются. Все более ранней становится нейрореабилитация. Внедрено в практику немало препаратов, доказательно улучшающих метаболизм и рост аксонов и дендритов, а стало быть, и межнейрональные связи.

Разрабатывается технология прицельной доставки необходимых «строительных» субстратов в поврежденные участки мозга. Идут исследования с использованием для реституции стволовых клеток. Развивается электронное протезирование функций.

Но, конечно, главная наша надежда на активацию и управление нейрогенезом в мозге. Тогда собственный нейрогенез пациента в полной мере будет использован для восстановления сознания и всех сфер психической деятельности при вегетативном статусе и близких к нему состояниях.

Сегодняшний уровень наших знаний и наших возможностей обосновывает целесообразность прогностического разделения пациентов в посттравматическом хроническом вегетативном статусе на 3 группы:

I. Пациенты, у которых выход из вегетативного состояния задерживают иные последствия черепно-мозговой травмы, например, такие как посттравматическая нормотензивная гидроцефалия. Устранение препятствующей причины всегда необходимо, и порой наблюдаются разительные перемены.

II. Пациенты, находящиеся в вегетативном состоянии с реальными шансами не только выйти из него, но и достичь, по меньшей мере, уровня самообслуживания.

III. Пациенты, находящиеся в вегетативном состоянии, без значительных шансов, несмотря на интенсивную комплексную терапию, подняться выше минимального состояния сознания.

Важно разработать надежные дифференцированные прогностические критерии по достижению максимально возможного уровня восстановления.

Применительно к вегетативному статусу и близких к нему хронических нарушений сознания, мы созрели для выработки концептуальных подходов к системным решениям этой глобальной проблемы.

Вегетативный статус – современный вызов человечеству, вызов медицинский, гуманитарный, экономический, научный, технологический и, если хотите, философский.

Чтобы справиться с этой сложнейшей задачей, необходимо объединить усилия ученых, здравоохранения и общества развитых и развивающихся стран.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.

## Литература / References

- Gennarelli T.A. Mechanisms of brain injury. *J Emerg Med* 1993; 11 (Suppl. 1): 5–11.
- Jennett B. *The vegetative state*. Cambridge University Press. Cambridge, 2002.
- Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Касумова С.Ю. Диффузное аксональное повреждение головного мозга. Т. II. В кн.: Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. Москва: Антидор, 2001. С. 426–50.  
[Potapov A.A., Likhberman L.B., Kasumova S.Yu. Diffuznoe aksonal'noe povrezhdenie golovnogo mozga. T. II. In: Klinicheskoe rukovodstvo po cherepno-mozgovoi travme. Ed. A.N. Konovalov, L.B. Likhberman, A.A. Potapov. Moscow: Antidor, 2001. P. 426–50 (in Russian).]
- Posner JB, Saper CB, Schiff ND et al. Plum and Posner's diagnosis of stupor and coma. 4-th edition. Oxford University Press, 2007.
- Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговые травмы. Диагностика и лечение. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014.  
[Likhberman L.B. Cherepno-mozgovye travmy. Diagnostika i lechenie. Moscow: GEOTAR-Media, 2014 (in Russian).]
- Кондратьева Е.А., Димент С.В., Кондратьев С.А. и др. Прогнозирование восстановления сознания у пациентов в вегетативном состоянии с применением водородной магнитно-резонансной спектроскопии. Журнал неврологии и психиатрии. 2019; 10: 10–4.  
[Kondrat'eva E.A., Diment S.V., Kondrat'ev S.A. et al. Prognozirovanie vosstanovleniia soznaniia u patsientov v vegetativnom sostoianii s primeneniem vodorodnoi magnitno-rezonansnoi spektrografii. Zhurnal nevrologii i psikiatrii. 2019; 10: 10–4 (in Russian).]
- Лихтерман Л.Б. (сост). Национальный центр нейрохирургии. Часть III. Клиники и лаборатории: прошлое и настоящее. Под ред. Д.Ю. Усачева. Москва, 2021.  
[Likhberman L.B. Natsional'nyi tsentr neirokhirurgii. Chast' III. Kliniki i laboratorii: proshloe i nastoiashchee. Ed. D.Yu. Usachev. Moscow, 2021 (in Russian).]
- Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Охлопков В.А. Хронические субдуральные гематомы: проблемы и решения. Часть 1. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 2, 21–7; Часть 2. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 3: 51–7.  
[Likhberman L.B., Kravchuk A.D. Okhlopkov V.A. Chronic subdural hematomas: problems and solutions. Part 1. Clinical review for general practice. 2021; 2, 21–7; Part 2. Clinical review for general practice. 2021; 3: 51–7 (in Russian).]
- Пронин И.Н., Захарова Н.Е., Корниенко В.Н. Нейровизуализация. Национальное руководство. Т. 1. Диагностика и принципы лечения. Москва, 2022. С. 155–82.  
[Pronin I.N., Zakharova N.E., Kornienko V.N. Neirovizualizatsiia. Natsional'noe rukovodstvo. T. 1. Diagnostika i printsipy lecheniia. Moscow, 2022. P. 155–82 (in Russian).]
- Захарова Н.Е. МРТ-классификация уровней повреждения головного мозга. В кн.: Нейрохирургия. Национальное руководство. Т. 2. Черепно-мозговая травма. Москва, 2022. С. 64–77.  
[Zakharova N.E. MRT-klassifikatsiia urovnei povrezhdeniia golovno-go mozga. In: Neirokhirurgii. Natsional'noe rukovodstvo. T. 2. Cherepno-mozgovaia trauma. Moscow, 2022. P. 64–77 (in Russian).]

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

**Лихтерман Леонид Болеславович** – д-р мед. наук, проф., невролог, гл. науч. сотр. 9-го нейрохирургического отделения, ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко». E-mail: ova@nsi.ru; ORCID: 0000-0002-9948-9816

**Leonid B. Likhberman** – D. Sci. (Med.), Prof., Burdenko National Medical Research Center for Neurosurgery. E-mail: ova@nsi.ru; ORCID: 0000-0002-9948-9816

Статья поступила в редакцию / The article received: 12.05.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 19.05.2022



# Трудности диагностики вторичного характера артериальной гипертензии при субклиническом тиреотоксикозе (клиническое наблюдение)

С.Э. Мамедли<sup>1</sup>, М.А. Громова<sup>1</sup>, Ю.Б. Червякова<sup>1</sup>, Л.Э. Аллаярова<sup>1,2</sup>, Х.А. Баходурова<sup>1</sup>, И.А. Каландаров<sup>1</sup>, Е.А. Слуцкая<sup>1</sup>, А.С. Широкина<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница №29 им. Н.Э. Баумана» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия  
margarita-gromov@mail.ru

## Аннотация

В статье представлено клиническое наблюдение пациентки с токсическим многоузловым зобом, субклиническим тиреотоксикозом, вторичной артериальной гипертензией и сахарного диабета, установление связи которых с патологией щитовидной железы было затруднено атипичной (субклинической) ее картиной. Частота данной причины оценивается в 10% всех случаев вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии, при том она может быть первым проявлением эндокринной патологии. Приведенное наблюдение иллюстрирует опасность недооценки малосимптомного течения тиреотоксикоза в качестве причины вторичных нарушений регуляции артериального давления и углеводного обмена и преждевременной постановки диагноза гипертонической болезни с ограничением терапии только антигипертензивными препаратами, а также необходимость более тщательного обследования даже при субклинических (снижение тиреотропного гормона без изменений тироксина и трийодтиронина) изменениях.

**Ключевые слова:** субклинический тиреотоксикоз, токсический многоузловой зоб, артериальная гипертензия, сахарный диабет.

**Для цитирования:** Мамедли С.Э., Громова М.А., Червякова Ю.Б. и др. Трудности диагностики вторичного характера артериальной гипертензии при субклиническом тиреотоксикозе (клиническое наблюдение). Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 41–44. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00150

## Difficulties in diagnosing the secondary arterial hypertension in subclinical thyrotoxicosis (clinical case)

Sona E. Mamedli<sup>1</sup>, Margarita A. Gromova<sup>1</sup>, Julia B. Chervyakova<sup>1</sup>, Lira E. Allayarova<sup>1,2</sup>, Khushnuda A. Bakhodurova<sup>1</sup>, Ikrom A. Kalandarov<sup>1</sup>, Ekaterina A. Slutskaia<sup>1</sup>, Anastasia S. Shirokina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Bauman Clinical City Hospital №29, Moscow, Russia  
margarita-gromov@mail.ru

## Abstract

The article presents a clinical case of a patient with toxic multinodular goiter, subclinical thyrotoxicosis, secondary arterial hypertension and diabetes mellitus, the establishment of a relationship between which and thyroid pathology was difficult due to its atypical (subclinical) picture. The frequency of this cause is estimated at 10% of all cases of secondary (symptomatic) arterial hypertension, while it may be the first manifestation of endocrine pathology. This observation illustrates the danger of underestimating the asymptomatic course of thyrotoxicosis as a cause of secondary disturbances in the regulation of blood pressure and carbohydrate metabolism and premature diagnosis of hypertension with the restriction of therapy with only antihypertensive drugs, as well as the need for a more thorough examination even in subclinical cases (decrease in thyroid stimulating hormone without changes in thyroxine and triiodothyronine) changes.

**Key words:** subclinical thyrotoxicosis, toxic multinodular goiter, arterial hypertension, diabetes mellitus.

**For citation:** Mamedli S.E., Gromova M.A., Chervyakova Ju.B. et al. Difficulties in diagnosing the secondary arterial hypertension in subclinical thyrotoxicosis (clinical case). Clinical review for general practice. 2022; 4: 41–44. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00150

## Введение

Дисфункция щитовидной железы (ЩЖ) относится к наиболее распространенным заболеваниям среди эндокринной патологии. Общая распространенность гипотиреоза и тиреотоксикоза (ТТ) различного генеза в популяции составляет 2–4%, их субклинических форм – 7–10%

среди женщин и 2–3% среди мужчин. В группе женщин старше 50 лет она может достигать 12% и более [1, 2].

ТТ – совокупность патофизиологических, клинико-лабораторных и анатомо-морфологических нарушений, возникающих вследствие избытка продукции тиреоидных гормонов (гипертиреоза) и/или усиления их

действия на ткани, органы и системы. Наиболее частыми причинами развития ТТ являются болезнь Грейвса, токсический многоузловой зоб и токсические аденомы [1, 3].

В йододефицитных районах в основном это связано с болезнью Грейвса, на долю которой приходится 80% случаев, с последующим образованием узлов и воспалением. Помимо потребления йода, частота зависит от, например, возрастного состава населения (токсический многоузловой зоб чаще встречается у пожилых лиц) [4].

Патология сердечно-сосудистой системы занимает важное место в клинике патологии ЩЖ. Признаки тех или иных сердечно-сосудистых заболеваний обнаруживают у 85% больных с ТТ [2]. Наиболее часто при ТТ, помимо классических признаков «тиреотоксического сердца», выявляется артериальная гипертензия (АГ). Долю населения с вторичным характером АГ оценивают около 10%, и АГ может быть первым проявлением эндокринной патологии [3].

АГ считается основным фактором риска развития преждевременной смерти и причиной почти 10 млн смертей и более чем 200 млн случаев инвалидизации в мире. Прямая связь между АГ и риском сердечно-сосудистых заболеваний доказана для всех возрастных и этнических групп, особенно для лиц 50 лет и старше [5].

Патофизиология АГ с ТТ многогранна [6]. В нормальных условиях тканевые эффекты трийодтиронина важны для гомеостаза. Проблемы возникают при избытке трийодтиронина, потому что он напрямую увеличивает сократительную способность сердца и расширяет артериолы, что снижает системное сосудистое сопротивление и наполнение артерий. В свою очередь, это стимулирует высвобождение ренина и активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Кроме того, трийодтиронин действует на определенные ионные каналы, активирует кальций/кальмодулинзависимую киназу IV, которая играет роль в синтезе эндотелиального оксида азота, способствуя контролю тонуса сосудов и регуляции артериального давления. Так, ТТ связан с жесткостью артерий. Одновременно он вызывает повышение уровня предсердного и мозгового натрийуретического пептида, эндотелина-1, сосудорасширяющего полипептида адреномедуллина и эритропоэтина, влияющих на гемодинамику [7].

Нарушение функционирования комплекса интима-медиа, а также изменения активности вегетативной нервной системы, РААС, нарушения водно-электролитного баланса приводят к развитию АГ или могут существенно влиять на ее течение у пациентов с дисфункцией ЩЖ. Таким образом, ТТ ассоциирован с увеличением влияния симпатического и угнетением парасимпатического отделов вегетативной нервной системы на сердце. Отклонения, возникающие в результате этих процессов, приводят к гемодинамическим, метаболическим, энергетическим нарушениям, проявляющимся в формировании гиперкинетического варианта кровообращения, снижении толерантности к физической нагрузке и, в случае тяжелого течения заболевания, раз-

витию «тиреотоксического сердца» – вторичной кардиомиопатии, проявляющейся выраженной структурной и функциональной перестройкой сердца и тяжелой сердечной недостаточностью. Большая часть исследований сообщает о развитии гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) у пациентов с ТТ. Характер ремоделирования миокарда у таких пациентов зависит от нескольких факторов, в частности от длительности ТТ и степени его тяжести [2].

Одним из патологических последствий ГЛЖ является нарушение электрической стабильности сердца, что обуславливает развитие угрожающих жизни желудочковых аритмий и внезапной аритмической смерти. В результате проведенного исследования была выявлена сильная прямая связь ГЛЖ с прогностически неблагоприятными электрофизиологическими критериями в виде электрической нестабильности и манифестации нарушений ритма у больных АГ [8].

ГЛЖ на фоне ТТ с последующей дилатацией его полости и дисфункцией миокарда является довольно частой причиной развития хронической сердечной недостаточности [7].

### Клиническое наблюдение

Больная К., 70 лет, госпитализирован в ГБУЗ «Городская клиническая больница №29 им. Н.Э. Баумана» с жалобами на головную боль при повышении артериального давления (АД) до 220/100 мм рт. ст., «нестабильность АД», без связи с какими-либо факторами. Из анамнеза известно: со слов, АГ с указанными значениями с 60 лет, другие хронические заболевания отрицает, обследование не помнит, по назначению участкового терапевта (с диагнозом «Гипертоническая болезнь») получает валсартан 80 мг/сут, амлодипин 5 мг/сут, розувастатин 10 мг/сут, моксонидин «по требованию» 0,2 мг. На этом фоне достигнуто снижение до 150/90 мм рт. ст., что больная «считает для себя привычным». В связи с учащением (за 2 нед до госпитализации) повышения АД до максимальных значений, головной болью на этом фоне, 15.12.2019 самотеком обратилась в ГКБ №29, направлена в 3-е терапевтическое отделение. При дополнительном расспросе выяснено похудение на 10 кг за 2 мес.

При осмотре. Состояние средней степени тяжести. Отмечается эмоциональная лабильность больной, без нарушения восприятия и контакта, острой очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено. Питание понижено. Область шеи визуально и пальпаторно не изменена. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, влажность и тургор снижены. Умеренный симметричный отек нижней трети голени и стоп, мягкий, безболезненный. Лимфатические узлы, печень, селезенка – физикально (по данным перкуссии и пальпации) не изменены. Визуально изменений грудной клетки также не отмечено, перкуторно расширение относительной тупости сердца на 1 см влево, прочие характеристики легких и сердца не изменены. Аускультативно дыхание в легких жесткое, хрипы не выслуши-

ваются, частота дыхания – 18/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумы не определяются, частота сердечных сокращений – 80/мин, АД – 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика не изменена. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Проведено обследование. Клинический анализ крови: лейкоцитоз –  $11,1 \times 10^9/\text{л}$  без изменения лейкоцитарной формулы, глюкоза – 7,88 ммоль/л (при контроле в течение суток до 9,2 ммоль/л), С-реактивный белок – 6,34 мг/л, тиреотропный гормон (ТТГ) – 0,05 мкМЕ/мл, других отклонений, в том числе биохимических (маркеры повреждения печени и почек), тироксина ( $T_4$ ) крови и в общем анализе мочи, не выявлено. При рентгенографии органов грудной клетки, электро- и эхокардиографии картина только умеренной концентрической ГЛЖ с диастолической дисфункцией I типа и уплотнением структур клапанов. Ультразвуковым исследованием (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлена единичная паренхиматозная киста почки справа 1,1 см в диаметре. Учитывая данные о похудении, выполнена эзофагогастроудоденоскопия (ЭГДС): картина единичных эрозий антрального отдела до 2 мм в диаметре на фоне очаговой атрофии слизистой и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, *Helicobacter pylori* не выявлено.

На фоне коррекции терапии (увеличение дозы валсартана вдвое, замена дигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов индапамидом 1,5 мг/сут, добавление бисопролола 5–10 мг/сут, спиронолактона 25 мг/сут, омега-3 20 мг 2 раза в сутки, висмута трикалия дицитрата 120 мг 2 раза в сутки) клинически регресс отека, но при контроле АД «офисными» измерениями и по данным суточного мониторинга – контроль не достигнут. В связи с вышеизложенным – отсутствие контроля АД на фоне адекватной терапии, снижение ТТГ (даже с учетом отсутствия изменений области шеи физикально и  $T_4$ ) – заподозрен вторичный характер АД и принято решение исключить ее связь с патологией ЩЖ, сопровождающейся субклиническим ТТ.

Дополнительно выполнены: в анализе крови – снижение лейкоцитоза до  $9,2 \times 10^9/\text{л}$  без противовоспалительной терапии, с нормализацией С-реактивного белка, но ТТГ стал 0,01 мкМЕ/мл (без существенной динамики  $T_4$ ), в гликемическом профиле – сохранение вечером значений до 7,3 ммоль/л, дополнительно определен гликированный гемоглобин – 6,6%, что позволило выставить диагноз вторичного сахарного диабета. УЗИ ЩЖ: обнаружено увеличение обеих (объем справа – 25,92 мл, слева – 19,48 мл) долей за счет множественных образований смешанной экзогенности и структуры без четких контуров с преимущественно периферическим кровотоком; других значимых изменений, в том числе лимфаденопатии, не отмечено; картина соотвечает токсическому многоузловому зобу 2-й степени по классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Для уточнения диагноза про-

ведены тонкоигольная аспирационная биопсия образований под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием материала (атипичные клетки не обнаружены, признаки коллоидного зоба). При контроле ЭГДС отмечена эпителизация эрозий.

Таким образом, был сформулирован диагноз: многоузловой токсический зоб 2-й степени по классификации ВОЗ. Осложнения: тиреотоксикоз субклинический. Симптоматическая АД 3-й степени. Вторичный сахарный диабет. Эрозивный гастрит в стадии эпителизации. Начатый курс тиреостатической терапии вынужденно отменен по причине непереносимости: тиамазол 7,5 мг/сут из-за явлений дерматита, пропилтиоурацил 50 мг 2 раза в сутки – в связи с диспептическим синдромом. Больная была консультирована дистанционно хирургом эндокринологом, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

После выписки в профильном отделении другого стационара 25.01.2020 выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия под контролем возвратных нервов и паращитовидных желез, после чего назначена заместительная терапия левотироксином 125 мкг/сут под контролем ТТГ ежемесячно (в дальнейшем снижение дозы до 100 мкг/сут и частоты контроля до 2 раз в год). На этом фоне достигнута нормализация АД и показателей углеводного обмена, включая гликированный гемоглобин, без применения антигипертензивных и сахароснижающих средств, при этом прогрессирования изменений со стороны органов-мишеней также не было.

## Обсуждение

Таким образом, стертая клиническая (только неспецифические изменения в виде АД и эмоциональной лабильности) и лабораторная (снижение ТТГ при нормальном значении  $T_4$ ) картина, соответствующая диагнозу субклинического ТТ, затруднила постановку диагноза. Кроме того, сомнения вызывало кажущееся несоответствие степени тяжести ТТ выраженности других явлений, включая АД, нарушение углеводного обмена и гастропатию. Но исключение альтернативных причин и, главное, регресс всех отклонений при устранении субстрата (тиреоидэктомия) позволили подтвердить вторичный их характер. Стоит также отметить, что субклиническое течение, по-видимому, позволило больной избежать тяжелых органических поражений с нарушением функции до момента постановки диагноза и лечения. Ведение данных больных вызывает много трудностей, поскольку проблема ТТ является не только эндокринологической, но и кардиологической. Сложность проблемы определяется тем, что ТТ сопровождается поражением сердечно-сосудистой системы той или иной степени выраженности, одним из частых проявлений которого является АД.

## Заключение

Приведенное наблюдение представляет интерес как в плане трудностей диагностики и лечения больных токсическим многоузловым зобом, в том числе с ТТ, так и

исключения вторичного характера АГ. Последнее должно стать стандартом при обследовании больных АГ, когда гипертоническая болезнь является диагнозом исключения (к сожалению, в настоящее время в рутинной повседневной практике преобладает обратный под-

ход). Равно нежелательна и недооценка субклинических форм ТГ, что наглядно иллюстрирует приведенное наблюдение.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

## Литература / References

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению тиреотоксикоза с диффузным зобом (болезнь Грейвса), узловым/многоузловым зобом. Российская ассоциация эндокринологов. URL: [http://rae-org.ru/system/files/documents/pdf/kr\\_tireotoksikoz\\_s\\_formoy\\_dlya\\_recenzii\\_oo\\_rae.pdf](http://rae-org.ru/system/files/documents/pdf/kr_tireotoksikoz_s_formoy_dlya_recenzii_oo_rae.pdf) [Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniiu tireotoksikoz s diffuznym zobom (bolezni Greivsa), uzlovym/mnogouzlovym zobom. Rossiiskaia assotsiatsiia endokrinologov. URL: [http://rae-org.ru/system/files/documents/pdf/kr\\_tireotoksikoz\\_s\\_formoy\\_dlya\\_recenzii\\_oo\\_rae.pdf](http://rae-org.ru/system/files/documents/pdf/kr_tireotoksikoz_s_formoy_dlya_recenzii_oo_rae.pdf) (in Russian).]
2. Савчук Н.О., Кожанова Т.А., Савчук Е.А. и др. Влияние различных вариантов дисфункции щитовидной железы на характер ремоделирования сердца у больных артериальной гипертензией. Артериальная гипертензия. 2018; 24 (5): 538–47. [Savchuk N.O., Kozhanova T.A., Savchuk E.A. et al. Vliianie razlichnykh variantov disfunktsii shchitovidnoi zhelezy na kharakter remodelirovaniia serdtsa u bol'nykh arterial'noi gipertenziei. Arterial'naia gipertenziia. 2018; 24 (5): 538–47 (in Russian).]
3. Doubleday AR, Sippel RS. Hyperthyroidism. *Gland Surg* 2020; 9 (1): 124–35.
4. Sharma A, Stan MN. Thyrotoxicosis: Diagnosis and Management. *Mayo Clin Proc* 2019; 94 (6): 1048–64.
5. Артериальная гипертензия у взрослых. Российское кардиологическое общество. URL: [http://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic\\_rek\\_AG\\_2020.pdf](http://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic_rek_AG_2020.pdf) [Arterial'naia gipertenziia u vzroslykh. Rossiiskoe kardiologicheskoe obshchestvo. URL: [http://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic\\_rek\\_AG\\_2020.pdf](http://scardio.ru/content/Guidelines/Clinic_rek_AG_2020.pdf) (in Russian).]
6. Левина Л.И. Сердце при эндокринных заболеваниях. Ленинград: Медицина, 1983. [Levina L.I. Serdtse pri endokrinnykh zabolevaniakh. Leningrad: Meditsina, 1983 (in Russian).]
7. Пащенко Е.В., Чесникова А.И., Терентьев В.П. и др. Структурно-функциональные особенности левого желудочка у пациентов с сердечной недостаточностью при ишемической болезни сердца и тиреотоксикозе. Кубанский научный медицинский вестник. 2018; 25 (4): 68–74. [Pashchenko E.V., Chesnikova A.I., Terent'ev V.P. et al. Strukturno-funktsional'nye osobennosti levogo zheludochka u patsientov s serdechnoi nedostatocnost'iu pri ishemicheskoi bolezni serdtsa i tireotoksikoze. Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik. 2018; 25 (4): 68–74 (in Russian).]
8. Саушкина С.В., Искендеров Б.Г. Структурное и электрическое ремоделирование сердца у больных артериальной гипертензией. Российский кардиологический журнал 2021; 26 (S6): 10–1. [Saushekina S.V., Iskenderov B.G. Strukturnoe i elektricheskoe remodelirovaniia serdtsa u bol'nykh s arterial'noi gipertenziei. Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal 2021; 26 (S6): 10–1 (in Russian).]

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Мамедли Сона Этибар кызы** – студент 5-го курса лечебного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова».

E-mail: sonya\_fatima123@mail.ru

**Sona E. Mamedli** – student, Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: sonya\_fatima123@mail.ru

**Громова Маргарита Александровна** – канд. мед. наук, доц. каф. факультетской терапии лечебного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». E-mail: margarita-gromov@mail.ru

**Margarita A. Gromova** – Cand. Sci. (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: margarita-gromov@mail.ru

**Червякова Юлия Борисовна** – канд. мед. наук, доц. каф. факультетской терапии лечебного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». E-mail: chervyakova\_j@mail.ru

**Julia B. Chervyakova** – Cand. Sci. (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: chervyakova\_j@mail.ru

**Аллаярова Лира Эдуардовна** – клин. ординатор, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» (на базе ГКБ №29).

E-mail: lirusya251997@gmail.com

**Lira E. Allayarova** – Clinical Resident, Pirogov Russian National Research Medical University (based Bauman Clinical City Hospital №29).

E-mail: chervyakova\_j@mail.ru

**Баходурова Хушнуда Азизовна** – студент 6-го курса международного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

E-mail: xbaxodurova@mail.ru

**Khushnuda A. Bakhodurova** – student, Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: xbaxodurova@mail.ru

**Каландаров Икром Абдукодирович** – студент 4-го курса международного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова».

E-mail: ikromkalandarov@mail.ru

**Ikrom A. Kalandarov** – student, Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: ikromkalandarov@mail.ru

**Слуцкая Екатерина Александровна** – студент 4-го курса международного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова».

E-mail: kate.slutskaya@gmail.com

**Ekaterina A. Slutskaya** – student, Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: kate.slutskaya@gmail.com

**Широкина Анастасия Сергеевна** – студент 6-го курса лечебного факультета, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова».

E-mail: nastiyash572@gmail.com

**Anastasia S. Shirokina** – student, Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: nastiyash572@gmail.com

Статья поступила в редакцию / The article received: 27.08.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 22.09.2022



# Клинический случай: «острая-на-хроническую» печеночная недостаточность (ACLF)

К.И. Попережаева, В.С. Рахметова, Г.А. Абай

НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан  
ksummik@mail.ru

## Аннотация

«Острая-на-хроническую» печеночная недостаточность (ACLF) – это острое поражение печени, проявляющееся в виде желтухи (уровень сывороточного билирубина  $\geq 5$  мг/дл) и коагулопатии (МНО  $\geq 1,5$  или активность протромбина  $< 40\%$ ), осложненное в течение 4 нед асцитом и/или энцефалопатией у пациентов с ранее диагностированным или не диагностированным хроническим заболеванием печени. ACLF является серьезной медицинской проблемой во всем мире. В основе патогенеза ACLF лежит выраженная системная воспалительная реакция на патогенные антигены и биологические структуры, образующиеся при гибели печеночных клеток, с последующим иммунным параличом и развитием полиорганной недостаточности. Острая хроническая печеночная недостаточность может развиваться на любой стадии от компенсированного до декомпенсированного цирроза и может включать печеночные или внепеченочные провоцирующие явления. Медикаментозное лечение ACLF включает раннее распознавание, лечение провоцирующего фактора и поддерживающую терапию. Доказано, что раннее лечение триггера снижает смертность, тем не менее большая часть ведения ACLF сосредоточена на поддерживающей терапии. ACLF относится к синдромам, которые диагностируются в клинической практике достаточно редко, поэтому клинический разбор ACLF представляет особый интерес. В данной статье рассмотрен клинический случай подтвержденно-го ACLF.

**Ключевые слова:** цирроз печени, «острая-на-хроническую» печеночная недостаточность, желтуха, портальная гипертензия, асцит, коагулопатия.

**Для цитирования:** Попережаева К., Рахметова В.С., Абай А.Г. Клинический случай: «острая-на-хроническую» печеночная недостаточность. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 45–47. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00151

## Clinical case: acute on chronic liver failure (ACLF)

Kseniya I. Poperezhaeva, Venera S. Rakhmetova, Guldana A. Abai

Astana Medical University, Astana, Kazakhstan  
ksummik@mail.ru

## Abstract

Acute-on-chronic liver failure (ACLF) is an acute liver disorder manifested as jaundice (serum bilirubin levels  $\geq 5$  mg/dL) and coagulopathy (INR  $\geq 1.5$  or prothrombin activity  $< 40\%$ ), complicated by ascites and/or encephalopathy within 4 weeks, that is found in patients with the previously diagnosed or undiagnosed chronic liver disease. ACLF is a serious medical issue worldwide. The ACLF pathogenesis is based on the pronounced systemic inflammatory response to pathogenic antigens and biological structures produced during the liver cell death, with subsequent immune paralysis and multiple organ failure. Acute-on-chronic liver failure (ACLF) may develop at any stage, from compensated to decompensated cirrhosis; the disorder may involve both hepatic and extrahepatic precipitating events. Drug treatment of ACLF includes early detection and treatment of the precipitating factor and maintenance therapy. It has been proven that treatment of the trigger at an early stage reduces mortality, however, the management of ACLF is focused mostly on the maintenance therapy. ACLF belongs to the syndromes seldom diagnosed in clinical practice, that is why the ACLF case study is of special interest. The paper reports a confirmed case of ACLF.

**Key words:** hepatic cirrhosis, acute-on-chronic liver failure, jaundice, portal hypertension, ascites, coagulopathy.

**For citation:** Poperezhaeva K.I., Rakhmetova V.S., Abai G.A. Clinical case: Acute on chronic liver failure (ACLF). Clinical review for general practice. 2022; 4: 45–47. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00151

## Введение

«Острая-на-хроническую» печеночная недостаточность (Acute-on-chronic liver failure – ACLF) относится к синдромам, которые диагностируются в клинической практике достаточно редко, поэтому представляется интересным клинический случай подтвержденного ACLF.

ACLF – это острое поражение печени, проявляющееся в виде желтухи (уровень сывороточного билирубина  $\geq 5$  мг/дл) и коагулопатии (МНО  $\geq 1,5$  или активность протромбина  $< 40\%$ ), осложненное в течение 4 нед асцитом и/или энцефалопатией у пациентов с ранее диагностированным или не диагностированным хроническим заболеванием печени [1].

ACLF является серьезной медицинской проблемой во всем мире. Частота распространенности в группах риска составляет 20–35%. Согласно данным консорциума EASL-CLIF, смертность от ACLF варьируется от 30% до 50% [2].

События, вызывающие ACLF, различаются в зависимости от географического региона. В Азии частой причиной ACLF является активация вирусной гепатотропной инфекции (вируса гепатита В, С, Е) – у 52–67–80% больных. В Европе, напротив, преобладает алкогольной генез поражения печени – у 52–79% пациентов [3]. В 43% случаев заболевания этиологический фактор неизвестен. В основе патогенеза ACLF лежит выраженная

системная воспалительная реакция на патогенные антигены и биологические структуры, образующиеся при гибели печеночных клеток, с последующим иммунным параличом и развитием полиорганной недостаточности [3]. Острая хроническая печеночная недостаточность может развиваться на любой стадии от компенсированного до декомпенсированного цирроза и может включать печеночные или внепеченочные провоцирующие явления. В этом контексте предложена классификация ACLF на три группы в соответствии с основным заболеванием печени: ACLF типа А (пациенты с основным нецирротическим хроническим заболеванием печени), ACLF типа В (пациенты с компенсированным циррозом в анамнезе) и тип С ACLF (пациенты с предшествующим декомпенсированным циррозом печени). У пациентов с ACLF 3-й степени прогноз наихудший по сравнению с пациентами с ACLF 1-й и 2-й степени. Данные исследования CANONIC показали, что общая 28-дневная смертность составляет 33% всех случаев ACLF, а удельная 28-дневная смертность у пациентов с ACLF 1, 2 и 3-й степени составила 22%, 32% и 73% соответственно [4].

Медикаментозное лечение ACLF включает раннее распознавание, лечение провоцирующего фактора и поддерживающую терапию. Доказано, что раннее лечение триггера снижает смертность, тем не менее большая часть ведения ACLF сосредоточена на поддерживающей терапии.

### Клинический случай

Больной В., поступил в клинику с жалобами на увеличение живота в объеме, отеки на нижних конечностях, дискомфорт в правом подреберье, желтушность кожных покровов и слизистых, потемнение мочи, осветление кала, общую слабость, нарушения сна. В анамнезе: болен в течение года, дебют заболевания с диспептического синдрома в виде вздутия живота. Ранее за медицинской помощью не обращался, лечение не принимал. Данное ухудшение состояния в течение 2 нед, появились желтушность кожных покровов, увеличился живот в объеме. На диспансерном учете не состоит. Вредные привычки – курение (стаж 20 лет).

Объективные данные. При поступлении средней степени тяжести за счет отечно-асцитического, холестатического, цитолитического синдромов, портальной гипертензии. Кожные покровы сухие, желтушной окраски. Иктеричность склер. Температура – 37,1 °С. Границы сердца в пределах нормы. Деятельность сердца ритмичная. Тоны сердца приглушены. Частота сердечных сокращений – 105 уд/мин. Артериальное давление – 90/60 мм рт. ст. Аускультативно в легких ослабленное дыхание в нижних отделах, выражено слева. Частота дыхания – 21 в мин. Язык лакированный, чистый. Живот увеличен в объеме за счет асцита, при пальпации безболезненный, плотный. Печень, селезенка не пальпируются за счет асцита. Отеки голеней, стоп. Гематомы на правой стопе. Симптом поколачивания с двух сторон отрицательный. Стул регулярный, неоформленный, светлый. Мочеиспускание через

уретральный катетер, моча темного цвета в малом количестве.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, тромбоциты – 123/л, эритроциты –  $4,19 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $19,68 \times 10^9$ /л, лимфоциты – 2,62%, нейтрофилы – 15,24%.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 559,24 ммоль/л, прямой билирубин – 216,98 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза – 141,15 Ед/л, аланинаминотрансфераза – 57,72 Ед/л, креатинин – 161,41 мкмоль/л, мочевины – 15,11 ммоль/л, альбумин – 18,70 г/л, общий белок – 71,96 г/л, калий – 4,7 ммоль/л, натрий – 127 ммоль/л, С-реактивный белок – 51,73 мг/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 33,34%, фибриноген – 3,68 г/л, активированное частичное тромбопластиновое время – 42,60 с, МНО – 2,37, протромбиновое время – 24,40 с.

Иммуноферментный анализ на вирусные гепатиты: вирусный гепатит С – положительно.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: асцит; признаки цирроза печени; портальная гипертензия; спленомегалия; диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы.

Эзофагогастродуоденоскопия: недостаточность кардии I–II стадии; неэрозивный рефлюкс-эзофагит; эрозивный дистальный гастрит; язва желудка; зеркальные язвы двенадцатиперстной кишки. В связи с повышением азотистых шлаков проведено УЗИ почек: утолщение, повышение эхоплотности паренхимы обеих почек. Паранефральный выпот с обеих сторон. Для исключения накопления жидкости в плевральных полостях проведено УЗИ плевры и плевральной полости: в плевральной полости справа – свободная жидкость не выявлена, в плевральной полости слева – свободная жидкость в синусе 10 мл.

Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки и средостения: КТ-картина хронического бронхита. Субсегментарные ателектазы задних базальных сегментов обоих легких. Буллезные изменения апикальных сегментов обоих легких. Невыраженный перикардит. Цирротические изменения печени. Выпот вокруг печени и селезенки. Проведено исследование сердечно-сосудистой системы (электрокардиография, эхокардиография): патологии не найдено.

В дальнейшем в связи с ухудшением состояния пациента была проведена КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием, где выявлена КТ-картина цирротических изменений печени, асцит, хронический калькулезный холецистит, хронический панкреатит, КТ-признаки портальной гипертензии; дефекты контрастирования паренхимы среднего сегмента левой почки и нижнего сегмента правой почки, с прорывом содержимого плотностью 15–19 ед. в подкапсульные пространства (не исключается нагноение?). Воспалительные изменения стенки всех отделов толстой кишки.

Пациенту был выставлен диагноз: цирроз печени в исходе вирусного гепатита С, класс С по Чайлд–Пью (13 баллов), стадия декомпенсации. MELD 43 балла; портальная гипертензия: асцит 2-й степени по IAC (International Ascitic Club); правосторонний плеврит; синдром гиперспленизма (двухростковая цитопения + спленомегалия); печеночно-клеточная недостаточность; вторичная коагулопатия; гепаторенальный синдром; энцефалопатия смешанного генеза 2–3-й степени.

Несмотря на проводимую интенсивную симптоматическую (заместительная, гепато- и гастропротективная, дезинтоксикационная, гипоаммониемическая, диуретическая, заместительная терапия препаратами крови, антибактериальная, сеансы гемодиализа) терапию, состояние пациента ухудшилось. На фоне прогрессирования основного заболевания прогрессировал ДВС-синдром, коагулопатия, синдром полиорганной недостаточности. И через 2 нед после стационарного лечения наступила смерть пациента. Непосредственная причина смерти: синдром полиорганной недостаточности.

В совокупности клинических и морфологических данных имеет место совпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов.

### Заключение

В настоящее время трудно предотвратить ACLF, если клиницист не знает о синдроме и его клинических последствиях. Основной проблемой в лечении ACLF является профилактика, поэтому раннее выявление пациентов с хроническими заболеваниями печени и лечение этих заболеваний помогут выработать своевременную тактику лечения и ведения пациентов. Необходимы эффективные методы лечения, которые могут сократить время между поступлением пациентов с тяжелым заболеванием и трансплантацией печени, так как трансплантация печени – единственный окончательный вариант лечения для пациентов с ACLF.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

### Литература / References

1. Arroyo V, Moreau R, Kamath PS et al. Acute-on-chronic liver failure in cirrhosis. *Nat Rev Dis Primers* 2016; 2: 16041. DOI: 10.1038/nrdp.2016.41
2. Moreau R, Jalan R, Gines P et al. Acute-on-Chronic Liver Failure Is a Distinct Syndrome That Develops in Patients With Acute Decompensation of Cirrhosis. *Gastroenterology* 2013; 144 (7): 1426–37. DOI: 10.1053/j.gastro.2013.02.042
3. Дуданова О.П., Павлюкова И.П., Ларина Н.А. и др. Этиология и клинические особенности синдрома обострения хронической печеночной недостаточности у пациентов с острой декомпенсацией цирроза печени. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2019; 5: 41–7. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-168-8-41-47 [Dudanova O.P., Pavliukova I.P., Larina N.A. et al. Etiologiya i klinicheskie osobennosti sindroma obostreniya khronicheskoi pechenochnoi nedostatochnosti u patsientov s ostroi dekompensatsiei tsirroza pecheni. *Eksperimental'naiia i klinicheskaia gastroenterologiya*. 2019; 5: 41–7. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-168-8-41-47 (in Russian).]
4. Jalan R, Yurdaydin C, JS Bajaj et al. Toward an Improved Definition of Acute-on-Chronic Liver Failure. *Gastroenterology* 2014; 147 (1): 4–10. DOI: 10.1053/j.gastro.2014.05.005

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Попережаева Ксения Игоревна** – резидент-гастроэнтеролог 2-го года, НАО «МУА». E-mail: ksummik@mail.ru

**Kseniya Poperezhayeva** – Resident Gastroenterologist of the 2nd year, Astana Medical University. E-mail: ksummik@mail.ru

**Рахметова Венера Саметовна** – д-р мед. наук, проф. кафедры внутренних болезней НАО «МУА». ORCID: 0000-0001-5721-6409. Scopus ID:57429153400

**Venera S. Rakhmetova** – D. Sci. (Med.), Prof., Astana Medical University. ORCID: 0000-0001-5721-6409. Scopus ID:57429153400

**Абай Гульдана Абаевна** – врач-гастроэнтеролог, ассистент кафедры внутренних болезней, НАО «МУА»

**Guldana A. Abai** – Gastroenterologist, Assistant, Astana Medical University

Статья поступила в редакцию / The article received: 06.10.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.10.2022

# Самостоятельные и симптоматические заболевания губ (хейлиты)

И.К. Луцкая

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО), Минск, Республика Беларусь  
lutskaja@mail.ru

## Аннотация

В статье приводятся клинические проявления заболеваний губ, сопровождающие патологические процессы в организме. Локализация элементов поражения на красной кайме позволяет визуально определить участки измененных тканей медику любой специальности. Полученные сведения лежат в основе выбора пути оптимального диагностического поиска и назначения комплексной терапии совместно со стоматологом.

**Ключевые слова:** хейлит, заболевания губ.

**Для цитирования:** Луцкая И.К. Самостоятельные и симптоматические заболевания губ (хейлиты). Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 48–53. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00152

## Spontaneous and symptomatic lip conditions (cheilitis)

Irina K. Lutskaya

Belarusian medical academy of postgraduate education, Minsk, The Republic of Belarus  
lutskaja@mail.ru

## Abstract

The paper reports clinical manifestations of the lip conditions associated with the general pathogenic processes. Localization of lesions on the vermilion border allows healthcare professionals of any specialty to define visually the altered tissue areas. The information received provides the basis for choosing the way of optimal diagnostic search and prescribing comprehensive therapy in collaboration with the dentist.

**Key words:** cheilitis; lip conditions.

**For citation:** Lutskaya I.K. Spontaneous and symptomatic lip conditions (cheilitis). Clinical review for general practice. 2022; 4: 48–53. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00152

Особенности строения слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ способствуют развитию в данной области патологических изменений, являющихся симптомами общих заболеваний. Если локализация элементов поражения на СОПР затрудняет осмотр и диагностику, то расположение на красной кайме является манифестным, а значит доступным для обследования без специальных инструментов или приборов. Такие клинические примеры объединяются в группу заболевания губ, или хейлиты [1]. Они связаны с состоянием органов и систем, однако могут проявляться локализовано. Диагностика их бывает затруднена и требует дополнительных клинических и лабораторных исследований [2, 3]. Местное лечение назначает стоматолог, общую терапию рекомендует врач соответствующего профиля по основному заболеванию.

Хейлиты представляют интерес для специалистов различных областей медицины, поскольку могут способствовать раннему выявлению симптомов общего заболевания, в частности эндокринных расстройств, иммунных нарушений, а также проблем, связанных с профпатологией.

**Экسفоллиативный хейлит** считается самостоятельным заболеванием губ, однако наиболее часто встречается у лиц с функциональными расстройствами нервной

системы (вегетативный невроз, истерия, тревожно-депрессивный синдром), гиперфункцией щитовидной железы, нарушениями половых гормонов. Важную роль могут играть иммунологические и генетические факторы.

*Сухая форма* экسفоллиативного хейлита характеризуется хроническим течением. Пациентов беспокоит чувство стянутости, шелушения, жжения губ. Болеют преимущественно лица молодого возраста. Провоцирующими моментами являются высыпания простого герпеса, очаги хронической инфекции в полости рта, что удается выяснить при опросе.

При осмотре губы несколько отечны, красная кайма гиперемирована, покрыта чешуйками в виде тонких «слюдяных» пластинок, центр которых спаян с тканью губы, а края приподняты (рис. 1). Больные скусывают чешуйки, которые упорно появляются вновь.

Характерными признаками экسفоллиативного хейлита является отсутствие эрозий после снятия чешуйки (обнажается ярко гиперемированная поверхность), локализация элементов поражения – на красной кайме, без распространения на кожу и слизистую оболочку губы. Периферические отделы красной каймы и зона Клейна не вовлекаются в процесс. Это отличает экسفоллиативный хейлит от экземы, красной волчанки, плоского лишая, метеорологического хейлита.



Рис. 1. Эксфолиативный хейлит. Сухая форма.  
Fig. 1. Exfoliative cheilitis. Dry form.



Экссудативная форма эксфолиативного хейлита чаще обнаруживается у лиц среднего и пожилого возраста. Она может развиваться из сухой формы или начинается сразу с картины острого воспаления. Жалобы заключаются в жжении, болезненности губ, особенно при смыкании. На фоне отека и гиперемии красной каймы появляются массивные чешуйко-корки различного цвета (белые, серые, желтоватые) в зависимости от состава микрофлоры. Они покрывают губу сплошными напластованиями, не переходя на кожу или слизистую оболочку. После их отторжения остается гиперемированный участок. Возможно спонтанное улучшение и рецидивирование в течение нескольких лет.

Гистологическая картина характеризуется акантозом, наличием «пустых» клеток, паракератозом, уменьшением содержания гликогена. Гистохимические исследования обнаруживают увеличение РНК в базальном слое эпителия.

Эксфолиативный хейлит требует обследования пациента у невропатолога, акушера-гинеколога, эндокринолога с проведением биохимических анализов крови для оценки функции щитовидной железы и уровня половых гормонов. Изучается также состояние иммунной системы и неспецифической резистентности организма.

Лечение эксфолиативного хейлита предусматривает общие и местные воздействия. Внутри назначаются нейролептики и транквилизаторы (элениум, седуксен), проводится лечение общего заболевания, возможна рефлексотерапия, а также повышение резистентности организма (например, экстракт элеутерококка). При сухой форме рекомендуется смазывать красную кайму индифферентными кремами, гигиенической губной помадой, масляными растворами витаминов А, Е. При экссудативной форме применяют пограничные лучи Букки (200 R 2 раза в неделю), 8–10 сеансов с проведением 3–4 курсов воздействия.

**Клинический пример 1.** В период профилактического осмотра школьников у восьмиклассницы (15 лет) выявлено изменение красной каймы нижней

Рис. 2. Трещина губы на фоне метеорологического хейлита.  
Fig. 2. Split lip associated with meteorological cheilitis.



губы. Жалобы на сухость, ощущение стянутости и появление мелких чешуек, которые девушка периодически скусывает. При осмотре выявляется гиперемия нижней губы, множественные чешуйки, покрывающие красную кайму без перехода на кожу или слизистую оболочку. Чешуйки напоминают пластинки слюды с приподнятыми краями, отделяются, не вызывая кровоточивости. Поставлен диагноз «Эксфолиативный хейлит (сухая форма)». Пациентка направлена на обследование к гинекологу и эндокринологу для исключения (или выявления) общих нарушений в организме и последующего лечения.

**Метеорологический хейлит** характеризуется воспалительным заболеванием губ. Основной причиной являются метеорологические воздействия (окружающая температура, влажность, запыленность воздуха, ветер, холод). Хейлит нередко сопровождает заболевания кожи (себорея, себорейная экзема, диффузный нейродермит). При отсутствии сенсibilизации к солнечному свету инсоляция может вызывать метеорологический хейлит, который чаще встречается у мужчин. Больных беспокоит сухость, ощущение стянутости губы, шелушения (рис. 2). При осмотре отмечается поражение красной каймы нижней губы, на всем ее протяжении она несколько гиперемирована, отечна, покрывается мелкими чешуйками. Кожа и слизистая оболочка губы не изменены. При длительном течении метеорологического хейлита на этом фоне могут развиваться гиперпластические и гиперкератотические очаги, а затем предраковые заболевания. Поэтому значительные изменения требуют гистологических и цитологических исследований.

Лечение метеорологического хейлита предусматривает исключение или ослабление этиологического фактора. Назначается витаминотерапия (в первую очередь, витамины группы В) – парентерально. Красная кайма обрабатывается фотозащитными кремами, мазями с витамином А, Е. Выраженный воспалительный процесс предполагает смазывание красной каймы гормональными мазями.

**Клинический пример 2.** Пациент обратился с жалобами на чувство дискомфорта и шелушения обеих губ. Из анамнеза следует, что мужчина работает на стройке и данные ощущения связаны с холодовыми воздействиями (ветер, низкая температура воздуха). Осмотр выявляет гиперемию губ, особенно нижней. Красная кайма покрыта мелкими, легко отшелушивающимися чешуйками.

В соответствии с диагнозом – метеорологический хейлит – назначена витаминотерапия (поливитамины внутрь). Местно: обработка защитным кремом перед выходом на улицу. Обработка 2–3 раза в день масляными растворами витаминов А, Е (АЕвит). Рекомендовано – наблюдение и профилактические воздействия, в том числе качественная индивидуальная гигиена полости рта.

**Актинический хейлит** является результатом развития аллергической реакции под влиянием солнечных лучей. Чаще поражается нижняя губа. Характерна сезонность заболевания. Обострения или рецидивы тесно связаны с инсоляцией. Может относиться к профессиональной патологии.

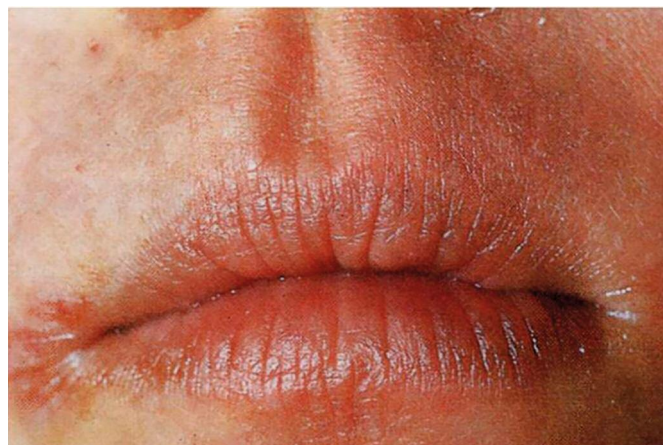
*Сухая форма* характеризуется хроническим течением и напоминает сухую форму эксфолиативного хейлита. Вся поверхность красной каймы нижней губы гиперемирована, покрыта мелкими серебристыми чешуйками. Возможно появление участков ороговения, веррукозных разрастаний. Верхняя губа и кожа поражаются редко (рис. 3). Клиническая картина экссудативной формы напоминает экзематозный или контактный хейлит. Больных беспокоит жжение, зуд. На фоне эритемы развиваются пузырьки, эрозии, корки. Длительное течение имеет неблагоприятный прогноз, в таких случаях назначаются цитологические или гистологические исследования, которые выявляют гиперплазию эпителия, незначительный паракератоз, отек соединительной ткани, периваскулярную инфильтрацию.

Лечение актинического хейлита требует обязательного исключения контакта с солнечными лучами, вплоть до изменения условий работы или профессии. Общее лечение включает назначение витаминов В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>. Эффективно применение противомаларийных препаратов (делагил), кортикостероидов, гипоаллергенных схем воздействия. Местно назначаются кортикостероидные мази (0,5% преднизолоновая).

**Экзематозный хейлит** (экзема губ) сопровождается общей экземой, возникающую в результате действия внешних и внутренних факторов. Характеризуется воспалением поверхностных слоев кожи нервно-аллергической природы. Клинически проявляется эритемой и пузырьками, сопровождающимися зудом. Аллергенами могут быть самые различные факторы, например очаг одонтогенной инфекции, микробы, пищевые вещества, медикаменты, металлы типа никеля и хрома, амальгама, зубная паста.

Чаще экзема развивается на неизмененных губах, реже возникновению экзематозного процесса предше-

Рис. 3. Изменения губ при актиническом хейлите.  
Fig. 3. Lip lesion in actinic cheilitis.



ствуют заеда или трещины губ. В этих случаях экзему рассматривают как микробную, развивающуюся в результате сенсибилизации организма бактериальными токсинами. При этом красная кайма и окружающая кожа отекают, краснеют, образуются чешуйки, и начинается шелушение. Возможно развитие мелких узелков. Затем образуются мелкие везикулезные элементы, появляется мокнутие, быстро подсыхающее в желтоватые или желтовато-серые корочки. Экзематозная реакция особенно сильно выражена вблизи микробного очага. Высыпания везикулезных элементов довольно быстро прекращаются, и возникает шелушение.

Экзема протекает остро, подостро или хронически. Поражение красной каймы может сочетаться с проявлениями на коже лица или быть изолированным, однако процесс всегда захватывает прилежащую к красной кайме кожу. Больных беспокоят зуд, жжение; трудно открывать рот, разговаривать. Характерен значительный отек губ. Клиническая картина отличается полиморфизмом, который имеет эволюционный характер: первичные высыпания предшествуют вторичным.

При отсутствии лечения возникают рецидивы, и процесс приобретает хроническое течение.

Красная кайма губ и участки пораженной кожи вокруг рта уплотняются за счет образования воспалительного инфильтрата, становится четко выраженным кожный рисунок. Местами появляются группы мелких узелков, везикул, корочек, чешуек, при обострении возникает мокнутие. Состояние может осложняться образованием болезненных, иногда кровоточащих трещин.

Пациентов с экземой губ необходимо консультировать у аллерголога с исследованием аллергологического статуса – тестирование с набором стандартных аллергенов. Микробиологический анализ соскоба со дна трещин дополняется специфическими тестами (на стрептококковый аллерген).

Лечение экземы заключается в гипосенсибилизации организма, назначении седативных средств. Местное воздействие требует применения кортикостероидных препаратов (лоринден, оксикорт).

**Атопический хейлит** может протекать самостоятельно либо сопровождать общую картину **атопического дерматита** – хронического лихенифицирующего воспаления кожи, возникающего в результате аллергической реакции, которая запускается как атопическими, так и неатопическими механизмами. Заболевание начинается остро, вызывая зуд и четко отграниченную розовую эритему, иногда отмечается отечность красной каймы губ. На месте расчесов появляются корочки. Острые явления стихают, развивается лихенизация: красная кайма инфильтрована, покрыта мелкими чешуйками, тонкими бороздками. В углах рта образуются мелкие трещины. Процесс не переходит на слизистую оболочку и зону Клейна, однако захватывает кожу вокруг губ.

Атопический хейлит протекает длительно, обострения возникают преимущественно в осенне-зимний период, летом наступает ремиссия.

Атопический хейлит у детей проявляется достаточно ярко: отечность кожи в околоротовой области, инфильтрация и шелушение красной каймы губ, радиальная исчерченность. Характерны папулезные высыпания в углах рта. Проявления атопического хейлита и его рецидивы имеют косметические последствия (изменение цвета, архитектоники губ), нарушают питание ребенка, препятствуют санации полости рта. В ряде случаев могут возникать психосоматические нарушения.

К окончанию периода полового созревания у большинства лиц наблюдается самоизлечение, однако могут сохраняться незначительные высыпания, преимущественно в углах рта.

Диагностические критерии включают обязательное наличие зуда кожи (красной каймы губ) и трех или более из следующих признаков: наличие дерматита в области сгибаемых поверхностей конечностей; бронхиальная астма или поллиноз у ближайших родственников; распространенная сухость кожи; первые проявления дерматита до 2-летнего возраста.

Для уточнения диагноза требуется консультация иммунолога, аллерголога, дерматолога. Специальные аллергологические тесты основаны на генетической предрасположенности к атопии, которую определяет значительное число факторов: интерлейкины (ИЛ), в особенности ИЛ-4 и ИЛ-13, другие цитокины, дендритные клетки, клетки Лангерганса. В связи с этим в анализе крови при атопических реакциях отмечается увеличение числа активированных Т-лимфоцитов и клеток Лангерганса, повышенная продукция IgE В-клетками.

Кожные тесты можно проводить практически со всеми аллергенами. Для исключения возможных анафилактических реакций не следует использовать тестирование с аллергенами, гиперчувствительность к которым очевидна.

Для оценки аллергической реакции *in vivo* на интактном участке слизистой оболочки верхней губы или твердого неба осуществляют мукозную пробу. Изготавливают съемные протезы из пластмассы, на внутренней поверхности которых имеются 2 углубления. Одно за-

полняется водным раствором предполагаемого аллергена, второе – физиологическим раствором, протез укрепляют на зубах для создания контакта между слизистой оболочкой и исследуемым веществом. Спустя 15–25 мин протез осторожно снимают и через 1, 24 и 48 ч определяют интенсивность реакции.

Общее лечение атопического хейлита требует назначения гипосенсибилизирующей терапии, в том числе применяются антигистаминные средства (супрастин 0,025 – 2–3 раза в день; фенкарол 0,025–0,05 – 3–4 раза в день; тавегил 0,001 – 2 раза в день; Лоратадин (klaritin) 0,01, Зиртек (цетрин) 0,01, Задитен 0,01 – 1 раз в день). У ряда больных хорошее терапевтическое воздействие оказывает гистаглобулин, который назначают курсами по 6–8 инъекций внутрикожно 2 раза в неделю в возрастающих дозах, начиная с 0,2 мл до 1 мл, тиосульфат натрия внутрь или внутривенно, седативные препараты (триоксазин, седуксен, меллерил и др.). При упорном течении атопического хейлита на 2–3 нед можно назначить внутрь кортикостероиды: преднизолон (детям 8–14 лет по 10–15 мг/сут, взрослым по 15–20 мг/сут) или дексаметазон, который более эффективен. Местно назначаются кортикостероидные мази (1% крем гидрокортизона ацетат – Гидрокортизон), 0,1% мазь и крем гидрокортизона бутират (Латикорт), 0,1% мазь и крем мометазона (Элоком), 0,5% мазь преднизолон, 0,1% мазь триамцинолона ацетонида (Фторокорт), 0,025% мазь и гель фторцинолона ацетонида (Флуцинар). Положительный эффект оказывают лучи Букки.

Из пищевого рациона следует исключить острую, соленую, пряную пищу, алкоголь, резко ограничить количество углеводов.

**Клинический пример 3.** Во время консультации пациент жалуется на зуд в околоротовой области, отечность и появление элементов сыпания на красной кайме губ и коже лица. Подобные изменения не связаны с сезонностью, однако появляются или усиливаются после приема цитрусовых. Отмечает в анамнезе детский диатез и наличие аллергии у близких родственников. В анализе крови обнаружен специфический сывороточный IgE. После консультации с аллергологом и диетологом выставлен диагноз «Атопический дерматит (хейлит)». Назначено комплексное лечение, включающее гипосенсибилизирующую терапию и местное воздействие (увлажняющие, противовоспалительные кремы).

**Синдром Мелькерсона–Розенталя** отличается сочетанным вовлечением в патологический процесс губ, языка и лицевого нерва. В качестве этиологического фактора рассматривают наследственность, особенности конституции, нейроdistрофию либо инфекционно-аллергическую природу.

Синдром встречается в любом возрасте, чаще у женщин. Заболевание начинается остро с отека слизистой оболочки и отдельных участков лица. Наиболее часто

Рис. 4. Макрохейлит при синдроме Мелькерсона–Розенталя.  
Fig. 4. Macrocheilitis associated with Melkersson-Rosenthal syndrome.



отеки локализуются на нижней губе, затем – верхней. Могут вовлекаться в процесс обе губы (рис. 4). Характерно значительное увеличение их в объеме (в 2–3 раза), причем несимметричное, неравномерное. При сильном отеке нарушается речь, мимика, больной жалуется на выраженное напряжение мягких тканей. Цвет кожи и красной каймы губ – бледный или застойно-цианотичный.

При пальпации определяется эластичная консистенция тканей, может быть слегка уплотненной. Деформации или склерозирования тканей не наблюдается. Если причина не устраняется, отеки рецидивируют с различной частотой и периодичностью. Процесс может распространяться только на губу или переходить на слизистую оболочку десны, небо, язык. В ряде случаев отекает одна щека.

Непостоянным или проходящим симптомом **триады Мелькерсона–Розенталя** является паралич лицевого нерва, который может выявляться из анамнеза, либо сопровождается макрохейлитом. Параличу предшествует продромальный период с головной болью, явлениями невралгии. Снижение тонуса мышц приводит к опущению угла рта, расширению глазной щели со сле-

зотечением. При неполном параличе частично сохраняется вегетативная чувствительность и двигательная функция. В большинстве случаев паралич проходит, однако имеет склонность к рецидивам.

Еще одним симптомом является складчатый язык (макроглоссит). Вследствие повторяющегося отека мягких тканей язык существенно увеличивается в размерах, появляются множественные углубления в виде бороздок, складок. Самая глубокая бывает срединная борозда. Цвет вначале обычный либо розоватый, а затем переходит в сероватый. Слизистая оболочка мутнеет, напоминая очаги лейкоплакии. Поверхность языка становится бугристой («бульжная мостовая»).

Хроническое течение синдрома Мелькерсона–Розенталя сопровождается рецидивами отеков и ремиссиями. При длительном периоде заболевания макрохейлит, глоссит и паралич лицевого нерва могут приобрести стойкий характер, что вызывает у больного депрессию, неадекватное поведение, психастению. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с отеком Квинке, который проходит после приема антигистаминных препаратов, элифантиазом, имеющим острое начало с общими проявлениями, а также с воспалением при хронической трещине губы (антибактериальная терапия дает положительный эффект).

Лечение синдрома Мелькерсона–Розенталя осуществляется консервативным и хирургическим путем. Важную роль играет терапия общего заболевания, а также ликвидация очагов фокальной инфекции в области головы-шеи. С косметической целью производят иссечение и пластику губы. Однако после хирургического лечения возможны рецидивы заболевания.

**Клинический пример 4.** Жалобы пациента сводятся к ощущению увеличения в размерах языка и нижней губы. Отмечается депрессивное состояние. Из анамнеза выясняется: отек может увеличиваться настолько, что затрудняет прием пищи, затем уменьшается, однако полностью не исчезает. Несколько лет назад пациент лечился в неврологическом стационаре по поводу неврита лицевого нерва (без остаточных явлений).

Поставлен диагноз – синдром Мелькерсона–Розенталя. Назначено обследование у невролога, аллерголога, консультация психотерапевта. Наблюдение – у стоматолога с выполнением санации полости рта, выбора индивидуальных средств гигиены. Отвлекающая терапия: массаж языка растительным маслом, полоскание цитралем.

Диспансеризация предусматривает осмотр (2–3 раза в год) и возможное хирургическое лечение.

**Макрохейлит**, развивающийся вследствие нарушения лимфооттока (элифантиаз), характеризуется безболезненным увеличением губы плотной консистенции. Отек уменьшается, однако не исчезает полностью. Повторные отеки приводят к фиброзу соединительной ткани и постепенной деформации губы – значитель-

ному увеличению в объеме. Гистологически определяется кистозное расширение лимфатических сосудов, лимфэктазии, дистрофия тканей губы.

**Трофедема Мейжа** проявляется в виде ограниченного отека, склонного к рецидивам. В области отека кожа может быть бледная, розовая, цианотичная, при пальпации определяется уплотнение. Отек начинается на губах, постепенно уменьшается, не исчезая полностью. Процесс рецидивирует на тех же участках, приводит к уплотнению мягких тканей.

Рецидивирующий гранулематозный **хейлит Мишера** характеризуется отеком губы. В процесс могут вовлекаться другие отделы лица – щеки, веки. Повторяющиеся отеки приводят к стойкому увеличению губ или других участков челюстно-лицевой области.

### Заключение

Заболевания губ могут развиваться самостоятельно, и тогда пациент обращается на прием к стоматологу. Однако чаще патологические процессы красной каймы губ сопровождаются общими заболеваниями, от врача общей практики может зависеть своевременное обнаружение элементов поражения и выбор правильной тактики лечения. Большое значение имеет проведение общей терапии. Клинический разбор конкретных случаев проявления хейлитов способствует повышению эффективности диагностики и комплексного лечения пациента.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.

### Литература / References

1. Коваль Н.И., Несин А.Ф., Коваль Е.А. Заболевания губ. Киев: Медицина, 2013.  
[Koval N.I., Nesin A.F., Koval E.A. Zabolevaniia gub. Kyiv: Meditsina, 2013 (in Russian).]
2. Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф., Коваль Н.И. Патогенетические подходы к лечению хронической лимфедемы губ. Стоматология Азербайджана. 2006; 3: 33–8.  
[Danilevskii N.F., Nesin A.F., Koval' N.I. Patogeneticheskie podkhody k lecheniiu khronicheskoi limfedemy gub. Stomatologiya Azerbaidzhana. 2006; 3: 33–8 (in Russian).]
3. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М.: Медицинская литература, 2014.  
[Lutskaya I.K. Zabolevaniia slizistoi obolochki polosti rta. Moscow: Meditsinskaia literatura, 2014 (in Russian).]

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

**Луцкая Ирина Константиновна** – проф., д-р мед. наук, проф. каф. терапевтической стоматологии, ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО). E-mail: lutskaja@mail.ru

**Irina K. Lutskaya** – Full Prof., D. Sci. (Med.), Belarusian medical academy of postgraduate education. E-mail: lutskaja@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 26.05.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.06.2022

# Орофациальная боль в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19)

Д.И. Трухан<sup>1</sup>, А.Ф. Сулимов<sup>1</sup>, Л.Ю. Трухан<sup>1</sup>, И.С. Чусов<sup>2</sup>, И.Н. Степанов<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия;

<sup>2</sup> БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр», Омск, Россия

dmitry\_trukhan@mail.ru

## Аннотация

С орофациальной болью в своей практике сталкиваются врачи самых разных специальностей: стоматологи, челюстно-лицевые хирурги, неврологи, оториноларингологи, терапевты, врачи общей практики, травматологи, офтальмологи, психотерапевты, физиотерапевты, врачи эстетической медицины, нейрохирурги, анестезиологи, пластические хирурги и другие специалисты. Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), распространяемая вирусом SARS-CoV-2, стала вызовом для всех медицинских специальностей и систем здравоохранения всех стран мира. Нами проведен поиск литературы за период с начала пандемии до 15 июня 2022 г., посвященной изучению связи орофациальной боли с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в электронных поисковых системах PubMed и Scopus. Анализ найденных источников свидетельствует о повышении частоты различных вариантов орофациальной боли в период пандемии COVID-19, что обусловлено как самой инфекцией, вызываемой SARS-CoV-2, так и комплексом биопсихосоциальных факторов непосредственно связанных с пандемией. Ряд используемых препаратов, прежде всего нестероидные противовоспалительные препараты, могут вызывать целый ряд побочных эффектов, которые осложняют как стоматологическое лечение, так и негативно влияют на сопутствующую коморбидную патологию. В этой связи приобретают актуальность вопросы лекарственной безопасности и фармакологической «коррекции» побочных эффектов защитной или протекторной терапии. Применение универсального гастро- и энтеропротектора ребамипида особенно актуально в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

**Ключевые слова:** орофациальная боль, новая коронавирусная инфекция (COVID-19), биопсихосоциальные факторы, височно-нижнечелюстные расстройства, бруксизм, головная боль, полость рта, дентоальвеолярные структуры, черепные нервы, лекарственная безопасность, ингибиторы протонной помпы, нежелательные явления, ребамипид.

**Для цитирования:** Трухан Д.И., Сулимов А.Ф., Трухан Л.Ю. и др. Орофациальная боль в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 54–65. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00153

## Orofacial pain during the new coronavirus infection (COVID-19) pandemic

Dmitry I. Trukhan<sup>1</sup>, Anatoly F. Sulimov<sup>1</sup>, Larisa Yu. Trukhan<sup>1</sup>, Innokenty S. Chusov<sup>2</sup>, Igor N. Stepanov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Omsk State Medical University, Omsk, Russia;

<sup>2</sup> Budgetary Health Care Institution of the Omsk region City Clinical Perinatal Center, Omsk, Russia

dmitry\_trukhan@mail.ru

## Abstract

Doctors of various specialties face orofacial pain in their practice: dentists, maxillofacial surgeons, neurologists, otorhinolaryngologists, therapists, traumatologists, ophthalmologists, psychotherapists, physiotherapists, aesthetic medicine doctors, neurosurgeons, anesthesiologists, plastic surgeons and other specialists. The novel coronavirus infection (COVID-19) pandemic, spread by the SARS-CoV-2 virus, has become a challenge for all medical specialties and health care systems around the world. We searched the literature for the period from the beginning of the pandemic until June 15, 2022, on the study of the association of orofacial pain with a new coronavirus infection COVID-19 in the electronic search engines PubMed and Scopus. An analysis of the sources found indicates an increase in the frequency of various types of orofacial pain during the COVID-19 pandemic, which is due both to the SARS-CoV-2 infection itself and to a complex of biopsychosocial factors directly related to the pandemic. A number of used drugs, primarily non-steroidal anti-inflammatory drugs, can cause a number of side effects that complicate both dental treatment and negatively affect concomitant comorbid pathology. In this regard, the issues of drug safety and pharmacological "correction" of side effects – protective or protector therapy – become relevant. The use of the universal gastro- and enteroprotector rebamipide is especially important during the pandemic of a new coronavirus infection (COVID-19).

**Key words:** orofacial pain, novel coronavirus infection (COVID-19), biopsychosocial factors, temporomandibular disorders, bruxism, headache, oral cavity, dentoalveolar structures, cranial nerves, drug safety, proton pump inhibitors, adverse events, rebamipide.

**For citation:** Trukhan D.I., Sulimov A.F., Trukhan L.Yu. et al. Orofacial pain during the new coronavirus infection (COVID-19) pandemic. Clinical review for general practice. 2022; 4: 54–65. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00153

С орофациальной болью в своей практике сталкиваются врачи самых разных специальностей: стоматологи, челюстно-лицевые хирурги, неврологи, оториноларингологи, терапевты, травматологи, офтальмологи, психотерапевты, физиотерапевты, врачи

эстетической медицины, нейрохирурги, анестезиологи, пластические хирурги и другие специалисты.

Международное общество головной боли (МОГБ) определяет лицевою боль как «боль ниже орбитомеатальной линии, перед ушной раковиной и выше шеи».

Другие определения лицевой боли дополнительно включают лоб, в то время как термин «орофациальная боль» обязательно включает все структуры в полости рта [1].

Фундаментальным принципом первой международной классификации орофациальных болей является то, что новые концептуальные и диагностические критерии должны определяться характеристиками расстройств, а не их расположением (голова или лицо) [1].

Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), распространяемая вирусом SARS-CoV-2, стала вызовом для всех медицинских специальностей и систем здравоохранения всех стран мира [2].

Главной мишенью SARS-CoV-2 является дыхательная система. Входные ворота возбудителя – эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника. Начальным этапом заражения является проникновение SARS-CoV-2 в клетки-мишени, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента 2-го типа (АПФ2) [3].

Инфекция SARS-CoV-2 может вызывать изменение органов и тканей полости рта, что обусловлено широким распространением АПФ2 в ротовой полости, главным образом в эпителиальных клетках слизистой оболочки полости рта, деснах и фибробластах пародонтальной связки [4, 5]. Следовательно, слизистая оболочка полости рта высоко восприимчива к инфекции SARS-CoV-2 и может являться как входными воротами для вируса [4, 5–10], так и резервуаром для SARS-CoV-2 [11].

Нами проведен поиск литературы за период с начала пандемии до 15 июня 2022 г., посвященной изучению связи орофациальной боли с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в электронных поисковых системах PubMed и Scopus. Следует отметить, что в найденных публикациях отмечаются различные терминологические подходы к описанию орофациальной боли и не все авторы учитывают международную классификацию орофациальных болей [1].

В систематическом обзоре международной группы ученых [12], в который были включены 15 статей, охватывающих 5377 участников с COVID-19 из 10 стран, частота орофациальной боли (18,3%) уступала сухости во рту (41,0%) и поражениям слизистой полости рта (38,8%), но превосходила частоту пародонтальных симптомов (11,7%).

В исследовании израильских авторов [13] оценивались начальные симптомы распространенных вирусных заболеваний, обонятельная и вкусовая функции, ксеростомия и орофациальная боль. Частота орофациальной боли, которую исследователи рассматривали в аспекте головной боли, составила 40,6%, нарушение обоняния (38,3%) и нарушение вкуса (32,8%) встречались реже, а ведущими симптомами были кашель (59,4%), слабость (47,7%), миалгия (46,9%), лихорадка (42,2%). Лицевая боль и anosmia чаще встречались среди женщин ( $p=0,01$  и  $p<0,001$  соответственно), при этом 56% пациентов сообщили о наличии ксеростомии.

### **Боль в височно-нижнечелюстном суставе (артралгия височно-нижнечелюстного сустава) и миофасциальная орофациальная боль**

В систематическом обзоре международной группы ученых [14] отмечено, что орофациальная боль у пациентов с COVID-19 чаще была связана с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и гигантоклеточным артериитом (ГКА).

Височно-нижнечелюстные расстройства и бруксизм могут проявляться двумя вариантами орофациальной боли по международной классификации [1] – «миофасциальная орофациальная боль» и «боль в височно-нижнечелюстном суставе (артралгия височно-нижнечелюстного сустава)», однако в большинстве публикаций идет речь о расстройствах ВНЧС, и, соответственно, не представляется возможным провести конкретизацию варианта боли.

В международной классификации орофациальных болей [1] особо отмечается, что для всестороннего понимания орофациальной боли применяется биопсихосоциальная модель, которая включает психологические и социальные факторы. Главные психологические факторы, ассоциированные с болью, включают тревогу, катастрофизацию, депрессию, функциональные соматические симптомы, ограничительное поведение. Основные социальные факторы – доступность медицинской помощи, стигматизирование, поддержка семьи и друзей. Все эти факторы тесно связаны с болевыми расстройствами, и биопсихосоциальная модель доказала свою ключевую роль как в понимании боли в целом, так и орофациальной боли в частности. Биопсихосоциальная модель в настоящий момент в исследовательских и клинических целях применяется нерегулярно, но актуальная таксономия хронических болевых расстройств акцентирует необходимость оценки влияния психологических и социальных факторов в исследованиях [1].

В большинстве публикаций о связи орофациальной боли и COVID-19 также указывается на определенное влияние биопсихосоциальных факторов, в том числе непосредственно связанных с пандемией новой коронавирусной инфекции.

Таким образом, целесообразно подчеркнуть, что расстройства ВНЧС относятся к многофакторным состояниям, вызываемым как физическими, так и психологическими факторами. Так, установлено, что стресс вызывает или усугубляет расстройства ВНЧС [15]. Отмечена высокая распространенность психологических нарушений у пациентов с ВНЧС, преимущественно у тех, кто страдает расстройствами жевательных мышц [16–18]. Существует значительная взаимосвязь между болезненным расстройством функции ВНЧС, депрессией и тревогой [18–21].

Исследователи из Бразилии предполагают, что появление постпандемических признаков и симптомов хронических орофациальных болей, включая расстройства ВНЧС, развивается по схеме, описанной ранее в рамках синдрома посттравматического стресса.

В целом ряде исследований продемонстрирована связь между бруксизмом и различными психологиче-

скими/психосоматическими аспектами [23–28]. Некоторые специфические симптомы спектра тревожных расстройств могут быть связаны с вероятным бруксизмом во сне [26]. Бруксизм бодрствования, напротив, имеет психосоциальные факторы, такие как тревога, стресс и трудности в идентификации и описании чувств, столь же важных, как соматические причины в его возникновении и поддержании [27]. Пациенты с высоким уровнем стресса почти в 6 раз чаще сообщают о бруксизме в состоянии бодрствования [23]. Длительное сокращение мышц головы и шеи также связано с необходимой позой тела, связанной с реакцией «бей или беги». Следовательно, сокращение мышц при бруксизме в бодрствующем состоянии может быть частью защитного поведения, связанного с тревогой и стрессом [28].

Основные цели исследования итальянских ученых [29] заключались в изучении наличия симптомов, связанных с расстройствами ВНЧС, а также с временем появления и ухудшения болезненных симптомов в связи с изменениями в социальной жизни, вызванными пандемией новой коронавирусной инфекции; а также в оценке восприятия COVID-19 как серьезного стрессового события у субъектов, которые сообщают об ухудшении болезненных симптомов со стороны ВНЧС.

Результаты анкетирования 182 итальянских пациентов показали, что 40,7% опрошенных жаловались на наличие симптомов со стороны ВНЧС в течение последнего месяца. Лицевая боль началась в течение последних трех месяцев у 60,8% пациентов, а у 51,4% симптомы прогрессировали в течение последнего месяца и были связаны с усилением боли на фоне локдауна по поводу новой коронавирусной инфекции, рассматриваемого в качестве значительного жизненного события и пережитого стресса. Авторами выдвинута гипотеза о том, что стресс во время локдауна влияет на появление лицевой боли и возникновение расстройств ВНЧС, хотя и с учетом индивидуальной реакции пациента [29].

Исследователи из Чехии [30] проанализировали группу, состоящую из 21 пациента, которые лечились по поводу обострения заболеваний ВНЧС после инфекции COVID-19, в анамнезе у которых была успешно перенесенная операция на ВНЧС, и у которых возник рецидив после заражения COVID-19. Во всех случаях боль локализовалась в преаурикулярной области, у 4 больных была также боль в латеральной части шеи, у 1 больного – боль в области крыльев носа. При клиническом осмотре отмечалась болезненность при пальпации жевательной мышцы (19 пациентов), височной мышцы (4 пациента) и области ВНЧС (4 пациента). В 4 случаях болезненность при пальпации отмечалась в области затылка и грудино-ключично-сосцевидных мышц. Симптомы исчезли во всех случаях в течение 2 нед. Авторы отмечают, что в свете пандемии COVID-19 также следует ожидать увеличения числа пациентов с расстройствами ВНЧС [30].

В бразильском исследовании [31] изучалось влияние социальной изоляции из-за пандемии COVID-19 на

психическое здоровье, расстройства ВНЧС и орофациальную боль у мужчин и женщин. В исследование были включены 2301 человек, из них 89,1% практиковали социальную изоляцию. Во время вспышки 53,2% чувствовали себя хуже, а 31,8% сообщили, что орофациальная боль началась или усилилась после вспышки пандемии. Пол был связан с «болью/скованностью в челюсти при пробуждении» ( $p=0,037$ ), «изменением боли во время движений челюсти» ( $p=0,034$ ) и «восприятием изменений в ситуации, упомянутые в TMD-Pain Screener» ( $p=0,020$ ), «депрессией» ( $p=0,012$ ), «тревогой» ( $p=0,006$ ) и «воздействием события» ( $p=8,3E-11$ ). Авторы указывают на высокие уровни психологического и событийного воздействия. Частота и интенсивность орофациальной боли, по мнению авторов, повысилась в период локдауна и во время кризиса в области здравоохранения [31].

Международная исследовательская группа [32] указывает, что пандемия COVID-19 оказала негативное влияние на частоту и выраженность орофациальной боли в различных популяциях из-за значительного увеличения психоэмоционального стресса, усугубляющего бруксизм и расстройства ВНЧС. Все обследованные пациенты сообщили, что у них не было бруксизма в анамнезе или предшествующих эпизодов орофациальной боли.

В проспективном когортном исследовании [33], направленном на изучение влияния стресса, вызванного COVID-19, на психологический статус, авторами рассматривались особенности центральной сенсibilизации и тяжесть лицевой боли у людей с расстройствами ВНЧС. В этом исследовании 45 взрослых (19 хронических, 26 острых/подострых ВНЧС) были набраны до вспышки COVID-19, последующее наблюдение проводилось сразу после окончания локдауна. Были исследованы несколько переменных, включая возраст, пол, воспринимаемое качество жизни, качество сна, тревогу и депрессию, центральную сенсibilизацию, интенсивность боли; инвалидность, связанную с болью, оральное поведение. Шкалы стресса COVID (CSS) применялись при последующем наблюдении для измерения степени дистресса, связанного с COVID-19.

Показатели по шкале стресса COVID (CSS) были значительно выше у пациентов с хроническим расстройствами ВНЧС по сравнению с пациентами с острым/подострым расстройством ВНЧС ( $p<0,05$ ). У людей с хронической дисфункцией ВНЧС изменение тревожности и депрессии от исходного уровня до последующего наблюдения достоверно коррелировало с баллами по шкале CSS ( $r=0,72$ ;  $p=0,002$ ). Вариации шкалы центральной сенсibilизации ( $r=0,57$ ;  $p=0,020$ ) и градуированной шкалы хронической боли ( $r=0,59$ ;  $p=0,017$ ) достоверно коррелировали с баллами по шкале CSS. Полученные результаты демонстрируют, что пациенты с хроническим ВНЧС были более восприимчивы к дистрессу COVID-19 с ухудшением психологического статуса, ухудшением характеристик центральной сенсibilизации и усилением хронической лицевой боли [33].



В исследовании [34], в котором проводилось сравнение психологического статуса между населением в целом и пациентами с орофациальной болью во время пандемии COVID-19, было отмечено, что пациенты с орофациальной болью демонстрируют более высокий психологический стресс, депрессивные симптомы и тревогу во время быстрого роста вспышки COVID-19, что представляет собой умеренное психологическое расстройство, при этом женщины больше страдали от психологического стресса по сравнению с мужчинами.

В других исследованиях, посвященных дисфункции ВНЧС и бруксизму во время COVID-19, также указывается на неблагоприятное влияние на психоэмоциональный статус пациентов (стресс, тревога, депрессия), что, в свою очередь, приводит к усилению симптомов дисфункции ВНЧС и бруксизма, усилению орофациальной боли [35].

Еще в одном исследовании итальянских ученых [36] также изучалось влияние пандемии коронавируса на психологический статус, бруксизм и симптомы дисфункции ВНЧС. Почти 1/2 испытуемых сообщили об увеличении бруксизма, в то время как до 1/3 сообщили об увеличении симптомов, связанных с расстройствами ВНЧС и мышцами челюсти. Так, 36% и 32,2% участников сообщили об усилении боли в ВНЧС и лицевых мышцах соответственно, и почти 50% участников также сообщили о более частых мигренях и/или головных болях. Авторы считают, что усиление психосоциального дистресса во время пандемии COVID-19 может увеличить частоту симптомов дисфункции ВНЧС и бруксизма, которые, в свою очередь, составляют «треугольник» взаимодействующих факторов с психологическим и эмоциональным статусом [36].

Психологические факторы, связанные с пандемией, могут привести к большему риску развития, ухудшения и сохранения бруксизма (в основном бруксизма в бодрствовании) и дисфункции ВНЧС. Бразильские ученые указывают, что специалисты по орофациальной боли должны знать об этом факте [22].

В ряде исследований сообщается, что у пациентов, которые более подвержены тревоге и стрессу во время пандемии, из-за социальной изоляции могут быть нарушения в стоматогнатической системе, такие как: невралгические боли в лице и зубах, переломы зубов и зубных протезов, обгрызание слизистой оболочки, стоматит, язвы, боль в ВНЧС, оталгии, бруксизм, ксеростомия, шелушение слизистых оболочек и кожи, паралич лицевого нерва [37].

В польско-израильском исследовании [38] был проведен однофакторный анализ ( $\chi^2$ ) для изучения влияния тревоги, депрессии и личных опасений в связи с пандемией коронавируса на симптомы дисфункции ВНЧС и бруксизма, на их возможное обострение, а затем многофакторный анализ (на модели логистической регрессии) для определения переменных исследования, которые имели прогностическое значение для расстройств ВНЧС, бруксизма и прогрессирования симптомов в двух странах. Исследователи отметили негатив-

ное влияние пандемии на психоэмоциональный статус как израильского, так и польского населения, что привело к усилению симптомов бруксизма и расстройств ВНЧС, и соответственно, выраженности орофациальной боли, связанной с этими патологическими состояниями.

В другом исследовании [39] оценивали психосоциальный статус, качество сна, симптомы дисфункции ВНЧС и бруксизма у бразильских стоматологов во время пандемии COVID-19. Вероятные расстройства ВНЧС были обнаружены у 24,3% ( $n=156$ ) участников, тогда как возможный бруксизм сна и бодрствования диагностирован у 58% ( $n=372$ ) и 53,8% ( $n=345$ ) из них соответственно. Среди всех оцениваемых переменных только симптомы депрессии были значительно выше в группе стоматологов, находящихся на карантине, по сравнению с теми, кто работал в период локдауна ( $p=0,002$ ).

### **Орофациальные боли наподобие проявлений первичных головных болей**

В ряде публикаций орофациальная боль рассматривается в комплексе с головной болью. Так, указывается, что наиболее распространенными неврологическими жалобами при COVID-19 являются аносмия, агевзия и головная боль, также сообщается и о других заболеваниях/состояниях, таких как инсульт, нарушение сознания, судороги и энцефалопатия [40]. Головные боли имеют от 6,5% до 71% пациентов с COVID-19 (в большинстве исследований от 11% до 14%) [41].

В систематическом обзоре [42] авторы обобщили доступную литературу о головной боли как проявлении COVID-19 и описали потенциальные основные механизмы ее развития. Головная боль является одной из наиболее частых неврологических жалоб у пациентов с SARS-CoV-2. Хотя патофизиологическая связь между головной болью и SARS-CoV-2 неясна, ключевую роль могут играть воспалительные механизмы. Одним из приводимых в литературе механизмов орофациальной боли, мигрени и других головных болей является активация ноцицептивных сенсорных нейронов цитокинами и хемокинами. Другие механизмы орофациальной и головной боли при SARS-CoV-2 включают вирусную нейроинвазию, наблюдаемую, например, при вирусном энцефалите; гипоксемию в результате легочных проявлений COVID-19; и тромбоз, вторичный по отношению к состояниям гиперкоагуляции, вызванным COVID-19.

COVID-19 может поражать нервную систему, вызывая такие проблемы, как синдром Гийена-Барре (СГБ). В систематическом обзоре [43] уточнены клинические особенности у пациентов с СГБ, связанного с инфекцией SARS-CoV-2, с учетом заболеваемости, смертности и неврологических исходов. К основным проявлениям относились: лихорадка, кашель, одышка, боль в горле, агевзия, аносмия, орофациальная боль и дыхательная недостаточность, в дополнение к парестезии верхних и нижних конечностей, тетрапарез, лицевая диплегия,

арефлексия, астения, боль в сосцевидном отростке, острая атаксия, повышенная утомляемость, чувство онемения, нарушение глотания и умеренная боль в полости.

### **Орофациальная боль, связанная с нарушением дентоальвеолярных и сопутствующих структур**

В систематическом обзоре [44] отмечено, что к наиболее часто встречающимся клиническими проявлениями в полости рта у пациентов с COVID-19 относятся нарушения вкуса, язвы, волдыри, некротизирующий гингивит, оппортунистические коинфекции, изменения слюнных желез, белые и эритематозные бляшки. Как правило, поражения со стороны полости рта появляются одновременно с потерей обоняния и вкуса. Многочисленные сообщения свидетельствуют о некротических/язвенных деснах, волдырях в полости рта и гиперросте условно-патогенных микроорганизмов полости рта.

В обзорной статье иранских авторов [45] отмечается, что оральные проявления COVID-19 включают язвы, эрозии, буллы, везикулы, пустулы, язык с трещинами или без сосочков, макулы, папулы, бляшки, пигментацию, дурной запах изо рта, беловатые участки, геморрагические корки, некроз, петехии, отек, эритему и спонтанное кровотечение. Наиболее частыми местами поражения в порядке убывания были язык (38%), слизистая оболочка губ (26%) и небо (22%). К числу наиболее часто установленных диагнозов относятся: афтозный стоматит, герпетиформные поражения, кандидоз, васкулит, Кавасаки-подобный синдром, мукозит, лекарственная сыпь, некротический пародонтит, ангулярный хейлит, атипичный синдром Свита и синдром Мелькерсона–Розенталя [45]. Указанные изменения могут быть связаны с иммуносупрессивным состоянием и/или одновременной антимикробной/стероидной терапией [46].

Все перечисленные проявления со стороны органов и тканей полости рта при COVID-19 могут протекать с болевым синдромом различной степени выраженности.

Итальянские исследователи [47] при обследовании 122 пациентов после COVID-19 обнаружили, что оральные проявления (у 83,9%), особенно эктазия слюнных желез (43%), были широко распространены. Эктазия слюнных желез отражает гипертрофическую реакцию на SARS-CoV-2, о чем свидетельствует значительная взаимосвязь с уровнями С-реактивного белка и лактатдегидрогеназы при поступлении в стационар и с применением антибиотиков во время острого заболевания. Уровни лактатдегидрогеназы, прием антибиотиков сохранились как независимые предикторы эктазии слюнных желез при многопараметрическом анализе. Также были распространены лицевая боль, аномалии ВНЧС и слабость жевательных мышц.

В литературном обзоре арабских ученых [48] отмечается, что причиной орофациальной боли могут быть различные кожно-слизистые проявления, связанные с COVID-19. Наиболее частыми проявлениями со сто-

роны полости рта были язвенные поражения, везикулобуллезные/макулярные поражения и острый сиалодегит, которые в ряде случаев могут быть первыми проявлениями COVID-19 [48].

### **Орофациальная боль, связанная с поражением или заболеванием черепных нервов**

Международная исследовательская группа [32] описала 21 случай развития черепно-лицевой боли у больных COVID-19 с сахарным диабетом. Исследователи отметили, что в отличие от диабетических невропатий, в том числе фокальной невропатии лица, которые в основном вызваны длительной гипергликемией, в описанных случаях уровень гликемии в крови тщательно контролировался, что позволяет исключить хроническое нейровоспаление, обусловленное сахарным диабетом, в патогенезе этих случаев.

При развитии такого осложнения COVID-19, как синоназальный мукормикоз в патологический процесс могут быть вовлечены многочисленные черепные нервы [49]. Иранские исследователи уточняют, что при мукормикозе отмечается поражение лицевого, тройничного, зрительного и глазодвигательного нервов, что приводит к орофациальной боли, парестезии, птозу, отсутствию светоощущения, нечеткому зрению и отеку диска зрительного нерва [50].

В метаанализе [51], в который было включено 51 обсервационное исследование (37 проведены в Индии, 8 – в Египте и 6 – в других странах), включающее в общей сложности 2312 пациентов с доказанным мукормикозом, наиболее частым сопутствующим заболеванием был сахарный диабет (82%), 57% нуждались в дополнительной оксигенации при искусственной вентиляции легких, 77% получали системные кортикостероиды. Типичными клиническими проявлениями были головная/орофациальная боль (54%), периорбитальный отек/боль (53%), отек/боль лица (43%), офтальмоплегия (42%), экзофтальм (41%) и выделения из носа/заложенность носа (36%).

В эпидемиологическом исследовании [52], в ходе которого авторы собрали демографические, клинические, гистопатологические и рентгенологические данные 458 пациентов с мукормикозом, обратившихся в период с августа 2020 г. по май 2021 г., отмечено, что наиболее частым симптомом мукормикоза была орбитальная/лицевая боль (38,64%), а наиболее частым признаком – периорбитальный/лицевой отек (50,74%). Наиболее распространенным фактором риска развития мукормикоза был сахарный диабет (81,92%), за которым следовали применение больших доз глюкокортикостероидов (79,69%) и дополнительная оксигенация пациентов при искусственной вентиляции легких (48,90%).

Чешские ученые [53] обследовали 167 пациентов с синоназальным мукормикозом со средним возрастом  $51,0 \pm 14,62$  года, 56,28% из них были мужчинами. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были сахарный диабет (73,65%;  $n=123$ ), артериальная гипертензия (22,75%;  $n=38$ ) и почечная недостаточность

(10,77%; n=18). Наиболее частыми симптомами, наблюдаемыми у пациентов, были лицевая/орофациальная боль, птоз, экзофтальм, снижение остроты зрения и потеря зрения.

Индийские исследователи [54] проспективно зарегистрировали и проанализировали 95 пациентов после COVID-19 с инвазивным мукормикозом области головы и шеи, ими отмечено, что мукормикоз часто встречался у мужчин со средним возрастом 46,8±11,0 года. Наиболее распространенной жалобой была лицевая/орофациальная боль, и 77% пациентов страдали сахарным диабетом.

Еще в одно индийское исследование [55] были включены 100 пациентов с мукормикозом и 150 пациентов с COVID-19 без мукормикоза. Наиболее распространенные симптомы в группе пациентов с мукормикозом были связаны с глазами – боль в глазах (58%), отек век (54%), отек глаз (47%). Другими распространенными симптомами были головная боль (51%) и лицевая боль (36%).

В обсервационном смешанном (ретроспективном + проспективном) исследовании [56] продолжительностью 2 мес большинство пациентов (55%) предъявляли жалобы на головную и лицевую боль. Вовлечение твердого неба наблюдалось у 45% пациентов. Исследователи из Пакистана [57] указывают, что общие клинические признаки мукормикоза включают офтальмологические жалобы, лихорадку, одышку и лицевую/орофациальную боль.

Еще в одном индийском ретроспективном одноцентровом клиническом исследовании [58] указывается на возможность развития мукормикоза после COVID-19 (в рамках постковидного синдрома) у пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом (85%) и принимавших глюкокортикостероиды (66%), при этом лицевая/орофациальная боль была самой распространенной жалобой пациентов.

### Телемедицинская диагностика в период пандемии

Дистанционная оценка пациентов с болевым синдромом ВНЧС осуществима и имеет высокую степень точности [59]. Исследователями из США [50] проведен ретроспективный обзор всех новых телемедицинских консультаций со 2 апреля 2020 г. по 29 марта 2021 г. пациентов с орофациальной болью. Было осмотрено 270 новых пациентов. Наиболее частыми диагнозами были миофасциальная боль жевательных мышц (37%), поражение суставного диска ВНЧС (21%) и артралгия ВНЧС (16%), за которыми следовали обструктивное апноэ во сне (9%) и невропатическая орофациальная боль (6%). В дальнейшем 146 пациентов обратились в клинику для амбулаторного наблюдения, при этом 78,8% имели точный телемедицинский диагноз. Трудность различения жевательной миофасциальной боли и артралгии ВНЧС была наиболее распространенной причиной неточности во время телемедицинской диагностики [60].

### Безопасность лекарственной терапии

Использование натуральных продуктов при орофациальной боли имеет значительный эмпирический эффект, но имеет слабые научные доказательства [61]. В обзоре, посвященном вопросам лечения орофациальной боли, отмечено, что ряд используемых препаратов, прежде всего нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), могут вызывать целый ряд побочных эффектов, которые осложняют как стоматологическое лечение, так и негативно влияют на сопутствующую коморбидную патологию [62].

В отличие от верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) не только не защищает, но может усиливать повреждение нижних отделов ЖКТ. В последнее десятилетие активно изучаются вопросы безопасности применения ИПП в аспекте коморбидности/мультиморбидности и лекарственной безопасности [63, 64]. В литературе указывается на повышенный риск развития при использовании ИПП внебольничной пневмонии [65, 66], сахарного диабета [67], инсульта [68, 69], остеопороза [70, 71], различных нарушений функции почек [72] и другой патологии [73–75]. Методом многопараметрического регрессионного анализа Кокса китайскими учеными [76] продемонстрировано, что раннее применение ИПП у пациентов с острым коронарным синдромом, получавших двойную антиагрегантную терапию, было связано с повышением риска желудочно-кишечного кровотечения на 58% (относительный риск 1,58; 95% доверительный интервал – ДИ 1,15–2,18,  $p=0,005$ ).

Изучение различных аспектов новой коронавирусной инфекции COVID-19, в том числе и возможные взаимосвязи с приемом ИПП, находится на этапе первых сообщений и гипотез. Проведенный поиск в электронной базе данных PubMed по ключевым словам «proton pump inhibitors» и «COVID-19» на 09.08.2022 выявил 109 источников. Французские ученые выдвинули гипотезу о том, что пациенты, получающие ИПП, могут подвергаться большему риску заражения SARS-CoV-2 [77]. Так, значительное повышение частоты позитивных COVID-19 тестов у пациентов, принимающих ИПП, отмечено американскими исследователями: в 2,15 раза при их однократном приеме в день и в 3,67 раза при двукратном приеме ИПП [78]. В ряде систематических обзоров и метаанализов указано, что у пациентов, принимавших ИПП, отмечается более высокий риск заражения SARS-CoV-2 [79–81] и повышенный риск госпитализации [80], тяжелого течения [82–84] и неблагоприятного исхода COVID-19 [81, 83, 85, 86].

### Ребамипид – универсальный цитопротектор

С учетом изложенного для защиты слизистой ЖКТ от повреждающего воздействия НПВП и других агрессивно действующих на слизистую препаратов представляется обоснованным применение гастропротекторов, имеющих отличный от ИПП механизм действия. Таким препаратом является ребамипид (препарат Ребагит®

компании PRO.MED.CS Praha a. s., Czech Republic) – уникальный препарат, сочетающий свойства гастро- и энтеропротектора. В качестве гастропротектора ребамипид повышает содержание простагландина E<sub>2</sub> в слизистой оболочке желудка и простагландинов E<sub>2</sub> и I<sub>2</sub> в содержимом желудочного сока, оказывает цитопротективное действие в отношении слизистой желудка при повреждающем воздействии НПВП, ацетилсалициловой кислоты, этанола, кислот и щелочей. В отличие от ИПП, ребамипид не подавляет кислотопродуцирующую функцию желудка. Энтеропротективное действие ребамипида связано с устранением повышенной проницаемости кишечной стенки и восстановлением целостности кишечного барьера посредством увеличения количества бокаловидных клеток и стимуляции их пролиферации, восстановления плотных межклеточных контактов и подавления воспалительных реакций [87].

Необходимо особо подчеркнуть безопасность ребамипида [88–90]. Так, из более 10 тыс. пациентов, принимавших ребамипид, нежелательные реакции, включая отклонение лабораторных показателей от нормы, отмечали только 54 (0,54%) пациента. Редкие нежелательные явления преимущественно были связаны с ЖКТ: запор, метеоризм, тошнота, диарея [91]. Для коморбидных/мультиморбидных пациентов, прежде всего с сердечно-сосудистой патологией, важен метаболизм лекарственных препаратов в печени посредством системы цитохрома P450. Ребамипид не оказывает ингибирующего влияния на CYP1A2, 2C9-, 2C19-, 2D6, 2E1- и 3A4-катализаторы метаболизма. Метаболическое воздействие CYP3A4 считается незначительным для метаболизма ребамипида в организме человека. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что лекарственные взаимодействия с ферментами цитохрома P450 не участвуют ни в метаболизме ребамипида, ни в метаболизме других препаратов, одновременно используемых с ребамипидом [92].

В исследовании ученых из Южной Кореи [93] показано, что риск нежелательных явлений со стороны дыхательной системы для ребамипида существенно ниже, чем для других препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (относительный риск 0,49, 95% ДИ 0,28–0,87).

Результаты ранее выполненных исследований свидетельствуют о том, что ребамипид восстанавливает барьерные функции слизистой оболочки, что включает в себя нормализацию количественного и качественного состава слизи как ЖКТ, так и дыхательных путей, обладает потенциалом для уменьшения интенсивности воспалительных процессов в легких путем ингибирования активации эпидермального фактора роста и снижения содержания провоспалительных цитокинов (интерлейкина (ИЛ)-1, ИЛ-6, ИЛ-8, MCP-1, MIP-1, фактора некроза опухоли α), уровень которых повышен при COVID-19, а также способствует сохранению альвеолярного и мышечных слоев [94–97]. Также имеются данные о способности ребамипида восстанавливать саливацию [98], что может быть актуальным, с учетом возможности фе-

кально-орального пути заражения коронавирусной инфекцией.

В ряде согласительных документов [94, 99, 100], экспертами подчеркивается, что повышение защитных свойств барьера слизистых оболочек организма с помощью ребамипида позволяет достигнуть и поддерживать у пациента клиническую ремиссию имеющегося гастроэнтерологического заболевания, а также, в силу влияния молекулы на содержание целого ряда цитокинов, может способствовать снижению риска тяжелого течения инфекции COVID-19 в случае инфицирования новым коронавирусом. Возможность применения ребамипида в этой связи целесообразно рассматривать у пациентов из группы риска, имеющих хронические заболевания ЖКТ, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, а также у лиц, постоянно принимающих НПВП [94, 99, 100].

В методических рекомендациях «Особенности течения Long-COVID инфекции. Терапевтические и реабилитационные мероприятия» (утвержденных на XVI Национальном Конгрессе терапевтов 18.11.2021) отмечается, что с целью цитопротективного действия в отношении слизистой оболочки пищевода, желудка и кишечника, а также коррекции повышенной проницаемости слизистой оболочки ЖКТ для профилактики и при инфицировании COVID-19 рекомендуется прием препарата ребамипид [101]. Для защиты слизистых оболочек в период пандемии коронавирусной инфекции ребамипид следует назначать по той же схеме, что и при лечении заболеваний ЖКТ: по 1 таблетке (100 мг) 3 раза в день в течение 4–8 нед [101].

В рамках обзора прослеживается важная роль биопсихосоциальных факторов, в том числе непосредственно связанных с пандемией новой коронавирусной инфекции, в генезе орофациальной боли, что предполагает возможность их коррекции, в том числе и лекарственной. В этой связи, целесообразно помнить о терапевтических возможностях сульпирида – атипичного антипсихотика с сильными антидепрессивными, анальгетическими и анксиолитическими свойствами [102, 103]. Он обладает наряду с психотропными эффектами целым рядом полезных для общесоматической практики соматотропных и вегетотропных эффектов, в частности противорвотным, прокинетическим, вегетостабилизирующим, орексигенным и др. [104, 105]. Так, в неврологической практике сульпирид применяется для лечения и профилактики приступов мигрени, головной боли напряжения, а также в составе комплексной терапии хронических болевых синдромов различного генеза. Кроме того, сульпирид в неврологии используется также при вестибулярных нарушениях, головокружениях (вертиго) разного генеза, при центральной («мозговой») икоте, тошноте и рвоте, при соматоформных вегетативных дисфункциях [102, 103, 105–107].

Среди генерических препаратов сульпирида выделяется Просульпин® (PRO.MED.CS Praha a. s., Czech Republic), обладающий хорошим профилем эффективности, переносимости, безопасности, биоэквивалентности

с оригинальным препаратом, а также фармакоэкономическими преимуществами [102].

## Заключение

Таким образом, анализируя приведенные выше литературные данные, можно сделать вывод о повышении частоты различных вариантов орофациальной боли в период пандемии COVID-19, что обусловлено как самой инфекцией, вызываемой SARS-CoV-2, так и комплексом биопсихосоциальных факторов, непосредственно связанных с пандемией.

## Литература / References

1. Международная классификация орофациальной боли, 1-е издание (ICOP). Адаптированная русскоязычная версия. Альманах клинической медицины. 2022; S: 3–80. DOI: 10.18786/2072-0505-2022-50-005 [Mezhdunarodnaia klassifikatsiia orofatsial'noi boli, 1-e izdanie (ICOP). Adaptirovannaiia russkoiazychnaia versiia. Al'manakh klinicheskoi meditsiny. 2022; S: 3–80. DOI: 10.18786/2072-0505-2022-50-005 (in Russian).]
2. Гриневич В.Б., Губонина И.В., Доцицин В.Л. и др. Особенности ведения коморбидных пациентов в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Национальный Консенсус 2020. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020; 19 (4): 2630. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2630 [Grinevich V.B., Gubonina I.V., Doshchitsin V.L. et al. Management of patients with comorbidity during novel coronavirus (COVID-19) pandemic. National Consensus Statement 2020. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2020; 19 (4): 2630. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2630 (in Russian).]
3. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации Минздрава России. 15-я версия от 22.02.2022 г. URL: [https://static-o.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attach/000/059/392/original/%D0%92%D0%9C%D0%A0\\_COVID-19\\_V15.pdf](https://static-o.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attach/000/059/392/original/%D0%92%D0%9C%D0%A0_COVID-19_V15.pdf) [Profiliaktika, diagnostika i lechenie novoi koronavirusnoi infektsii (COVID-19). Vremennye metodicheskie rekomendatsii Minzdrava Rossii. 15-ia versiia ot 22.02.2022 g. URL: [https://static-o.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attach/000/059/392/original/V MR\\_COVID-19\\_V15.pdf](https://static-o.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attach/000/059/392/original/V MR_COVID-19_V15.pdf) (in Russian).]
4. Casillas Santana MA, Arreguín Cano JA, Dib Kanán A et al. Should We Be Concerned about the Association of Diabetes Mellitus and Peri-

При лечении орофациальной боли следует помнить о возможных побочных эффектах лекарственной терапии, прежде всего НПВП, и их возможной фармакологической коррекции. В период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) становится особенно актуальным применение универсального гастро- и энтеропротектора ребамипида (Ребагит®).

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.



## РЕБАГИТ® СПОСОБСТВУЕТ:

- ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЖК КРОВОТЕЧЕНИЙ И ГАСТРОЭНТЕРОПАТИЙ, СВЯЗАННЫХ С АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ<sup>1, 2, 3</sup>
- УСТРАНЕНИЮ ПОВЫШЕННОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖКТ – ОДНОГО ИЗ ЗНАЧИМЫХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ<sup>4, 5</sup>

Ребамипид включен в Консенсус экспертов Российской ассоциации геронтологов и гериатров и Национального общества профилактической кардиологии: «Анти тромботическая терапия в пожилом и старческом возрасте».<sup>6</sup>

[www.rebagit.ru](http://www.rebagit.ru)

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

PRO.MED.CS  
Praha a.s.

1. Ткачева О.Н., Каточская Ю.В., Алексеева Л.А. и др. Составленная позиция экспертов Российской ассоциации геронтологов и гериатров «Новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 у пациентов пожилого и старческого возраста: особенности профилактики, диагностики и лечения» (исходные положения). Геронтологический архив. 2020; 32 (11): 2. Гриневич В.Б., Губонина И.В., Доцицин В.Л. и др. Особенности ведения коморбидных пациентов в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Национальный Консенсус 2020. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020; 19: 3. Боровикова Н.Ю., Бунова М.В. и др. Особенности аспирино-индуцированных поражений желудочно-кишечного тракта у больных хронической ишемической болезнью сердца и возможные пути их коррекции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020; 19 (2): 246-3. 4. Воробьева Н.М., Ткачева О.Н. Повышенная проницаемость кишечной стенки и ее роль в возникновении сердечно-сосудистых заболеваний. Фарматека. 2020; 27(3): 122-128. 5. Каштанова Д.А., Ткачева О.Н. Феномен проницаемости кишечной стенки и его взаимосвязь с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Современные представления о проблеме. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020; 19(3): 247-6. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021; 20(3): 284-7. Уполномоченный представитель держателя РУ в РФ: АО «ПРО МЕДЦС», 115193 г. Москва, ул. 7-я Кожуховская, д. 15, стр. 1. Тел./факс: (495) 679-07-03, (985) 993-04-15; info@promedcs.ru.

- odontal Disease in the Risk of Infection by SARS-CoV-2? A Systematic Review and Hypothesis. *Medicina (Kaunas)* 2021; 57 (5): 493. DOI: 10.3390/medicina57050493
5. Silvestre FJ, Márquez-Arrico CF. COVID-19 and Periodontitis: A Dangerous Association? *Front Pharmacol* 2022; 12: 789681. DOI: 10.3389/fphar.2021.789681
  6. Jafer MA, Hazazi MA, Mashi MH et al. COVID-19 and Periodontitis: A Reality to Live with. *J Contemp Dent Pract* 2020; 21 (12): 1398–403. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33893266/#affiliation-1>
  7. Campisi G, Bizzoca ME, Lo Muzio L. COVID-19 and periodontitis: reflecting on a possible association. *Head Face Med* 2021; 17 (1): 16. DOI: 10.1186/s13005-021-00267-1
  8. Kusiak A, Cichońska D, Tubaja M et al. COVID-19 manifestation in the oral cavity – a narrative literature review. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2021; 41 (5): 395–400. DOI: 10.14639/0392-100X-N1584
  9. Basso L, Chacun D, Sy K et al. Periodontal Diseases and COVID-19: A Scoping Review. *Eur J Dent* 2021; 15 (4): 768–75. DOI: 10.1055/s-0041-1729139
  10. Grigoriadis A, Räisänen IT, Pärnänen P et al. Is There a Link between COVID-19 and Periodontal Disease? A Narrative Review. *Eur J Dent* 2022. DOI: 10.1055/s-0041-1740223
  11. Brock M, Bahammam S, Sima C. The Relationships Among Periodontitis, Pneumonia and COVID-19. *Front Oral Health* 2022; 2: 801815. DOI: 10.3389/froh.2021.801815
  12. Qi X, Northridge ME, Hu M, Wu B. Oral health conditions and COVID-19: A systematic review and meta-analysis of the current evidence. *Aging Health Res* 2022; 2 (1): 100064. DOI: 10.1016/j.ahr.2022.100064
  13. Biadsee A, Biadsee A, Kassem F et al. Olfactory and Oral Manifestations of COVID-19: Sex-Related Symptoms-A Potential Pathway to Early Diagnosis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2020; 163 (4): 722–8. DOI: 10.1177/0194599820934380
  14. Dar-Odeh N, Bobamuratova DT, Alnazzawi A et al. Jaw-related complications in COVID-19 patients; a systematic review. *Cranio* 2022; 1–8. DOI: 10.1080/08869634.2022.2031438
  15. Saccomanno S, Bernabei M, Scoppa F et al. Coronavirus Lockdown as a Major Life Stressor: Does It Affect TMD Symptoms? *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17 (23): 8907. DOI: 10.3390/ijerph17238907
  16. Manfredini D, Marini M, Pavan C et al. Psychosocial profiles of painful TMD patients. *J Oral Rehabil* 2009; 36 (3): 193–8. DOI: 10.1111/j.1365-2842.2008.01926.x
  17. Manfredini D, Lombardo L, Siciliani G. Temporomandibular disorders and dental occlusion. A systematic review of association studies: end of an era? *J Oral Rehabil* 2017; 44 (11): 908–23. DOI: 10.1111/joor.12531
  18. De La Torre Canales G, Câmara-Souza MB, Muñoz Lora VR et al. Prevalence of psychosocial impairment in temporomandibular disorder patients: a systematic review. *J Oral Rehabil* 2018; 45 (11): 881–9. DOI: 10.1111/joor.12685
  19. Kindler S, Samietz S, Houshmand M et al. Depressive and anxiety symptoms as risk factors for temporomandibular joint pain: a prospective cohort study in the general population. *J Pain* 2012; 13 (12): 1188–97. DOI: 10.1016/j.jpain.2012.09.004
  20. Boscato N, Almeida RC, Koller CD et al. Influence of anxiety on temporomandibular disorders: an epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. *J Oral Rehabil* 2013; 40 (9): 643–9. DOI: 10.1111/joor.12076
  21. Osiewicz M, Lobbezoo F, Ciapala B et al. Pain predictors in a population of temporomandibular disorders patients. *J Clin Med* 2020; 9 (2): 452. DOI: 10.3390/jcm9020452
  22. Almeida-Leite CM, Stuginski-Barbosa J, Conti PCR. How psychosocial and economic impacts of COVID-19 pandemic can interfere on bruxism and temporomandibular disorders? *J Appl Oral Sci* 2020; 28: e20200263. DOI: 10.1590/1678-7757-2020-0263
  23. Quadri MF, Mahnashi A, Al Almutahhir A et al. Association of awake bruxism with khat, coffee, tobacco, and stress among Jazan University Students. *Int J Dent* 2015; 2015: 842096. DOI: 10.1155/2015/842096
  24. Smardz J, Martynowicz H, Wojakowska A et al. Correlation between sleep bruxism, stress, and depression-A polysomnographic study. *J Clin Med* 2019; 8 (9): 1344. DOI: 10.3390/jcm8091344
  25. Smardz J, Martynowicz H, Michalek-Zrabkowska M et al. Sleep bruxism and occurrence of temporomandibular disorders-related pain: a polysomnographic study. *Front Neurol* 2019; 10: 168. DOI: 10.3389/fneur.2019.0016
  26. Polmann H, Domingos FL, Melo G et al. Association between sleep bruxism and anxiety symptoms in adults: a systematic review. *J Oral Rehabil* 2019; 46 (5): 482–91. DOI: 10.1111/joor.12785
  27. Przytańska A, Jasielska A, Ziarko M et al. Psychosocial predictors of bruxism. *Biomed Res Int* 2019; 2019: 2069716. DOI: 10.1155/2019/2069716
  28. Wieckiewicz M, Smardz J, Martynowicz H et al. Distribution of temporomandibular disorders among sleep bruxers and non-bruxers: a polysomnographic study. *J Oral Rehabil* 2020; 10.1111/joor.12955. DOI: 10.1111/joor.12955
  29. Saccomanno S, Bernabei M, Scoppa F et al. Coronavirus Lockdown as a Major Life Stressor: Does It Affect TMD Symptoms? *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17 (23): 8907. DOI: 10.3390/ijerph17238907
  30. Machoň V, Levorová J, Beňo M, Foltán R. The Manifestations of Covid-19 Infection. Manifestations in Patients with Temporomandibular Joint Disorders. *Prague Med Rep* 2022; 123 (2): 95–100. DOI: 10.14712/23362936.2022.10
  31. DE Caxias FP, Athayde FRF, Januzzi MS et al. Impact event and orofacial pain amid the COVID-19 pandemic in Brazil: a cross-sectional epidemiological study. *J Appl Oral Sci* 2021; 29: e20210122. DOI: 10.1590/1678-7757-2021-0122
  32. Badrah M, Riad A, Kassem I et al. Craniofacial pain in COVID-19 patients with diabetes mellitus: Clinical and laboratory description of 21 cases. *J Med Virol* 2021; 93 (5): 2616–9. DOI: 10.1002/jmv.26866
  33. Asquini G, Bianchi AE, Borromeo G et al. The impact of COVID-19-related distress on general health, oral behaviour, psychosocial features, disability and pain intensity in a cohort of Italian patients with temporomandibular disorders. *PLoS One* 2021; 16 (2): e0245999. DOI: 10.1371/journal.pone.0245999
  34. Saki M, Shadmanpour M, Najafi HZ. Are individuals with orofacial pain more prone to psychological distress during the COVID-19 pandemic? *Dent Med Probl* 2021; 58 (1): 17–25. DOI: 10.17219/dmp/131683
  35. Emodi-Perlman A, Eli I. One year into the COVID-19 pandemic – temporomandibular disorders and bruxism: What we have learned and what we can do to improve our manner of treatment. *Dent Med Probl* 2021; 58 (2): 215–8. DOI: 10.17219/dmp/132896
  36. Colonna A, Guarda-Nardini L, Ferrari M, Manfredini D. COVID-19 pandemic and the psyche, bruxism, temporomandibular disorders triangle. *Cranio* 2021; Oct 15: 1–6. DOI: 10.1080/08869634.2021.1989768
  37. Padre A, Mourão LC. Correlation of Covid-19 With Stomatognathic System With Homeopathic Proposal for Adjunct Treatment to Increase Oral and General Health. *Altern Ther Health Med* 2020; 26 (S2): 112–6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33245703/>
  38. Emodi-Perlman A, Eli I, Smardz J et al. Temporomandibular Disorders and Bruxism Outbreak as a Possible Factor of Orofacial Pain Worsening during the COVID-19 Pandemic-Concomitant Research in Two Countries. *J Clin Med* 2020; 9 (10): 3250. DOI: 10.3390/jcm9103250
  39. Peixoto KO, Resende CMBM, Almeida EO et al. Association of sleep quality and psychological aspects with reports of bruxism and TMD in Brazilian dentists during the COVID-19 pandemic. *J Appl Oral Sci* 2021; 29: e20201089. DOI: 10.1590/1678-7757-2020-1089
  40. Zubair AS, McAlpine LS, Gardin T et al. Neuropathogenesis and Neurologic Manifestations of the Coronaviruses in the Age of Coronavirus Disease 2019: A Review. *JAMA Neurol* 2020; 77 (8): 1018–27. DOI: 10.1001/jamaneurol.2020.2065
  41. Sampaio Rocha-Filho PA, Voss L. Persistent Headache and Persistent Anosmia Associated With COVID-19. *Headache* 2020; 60 (8): 1797–9. DOI: 10.1111/head.13941
  42. Tolebeyan AS, Zhang N, Cooper V, Kuruvilla DE. Headache in Patients With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection: A Narrative Review. *Headache* 2020; 60 (10): 2131–38. DOI: 10.1111/head.13980
  43. Medeiros KS, Macêdo LTA, Souza WF et al. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: a scoping review. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2021; 67 (2): 318–34. DOI: 10.1590/1806-9282.67.2.20200716
  44. Brandini DA, Takamiya AS, Thakkar P et al. COVID-19 and oral diseases: Crosstalk, synergy or association? *Rev Med Virol* 2021; 31 (6): e2226. DOI: 10.1002/rmv.2226
  45. Iranmanesh B, Khalili M, Amiri R et al. Oral manifestations of COVID-19 disease: A review article. *Dermatol Ther* 2021; 34 (1): e14578. DOI: 10.1111/dth.14578

46. Fakhruddin KS, Samaranyake LP, Buranawat B, Ngo H. Oro-facial mucocutaneous manifestations of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19): A systematic review. *PLoS One* 2022; 17(6): e0265531. DOI: 10.1371/journal.pone.0265531
47. Gherlone EF, Polizzi E, Tetè G et al. Frequent and Persistent Salivary Gland Ectasia and Oral Disease After COVID-19. *J Dent Res* 2021; 100(5): 464–71. DOI: 10.1177/0022034521997112
48. Halboub E, Al-Maweri SA, Alanazi RH et al. Orofacial manifestations of COVID-19: a brief review of the published literature. *Braz Oral Res* 2020; 34: e124. DOI: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0124
49. Mehta R, Nagarkar NM, Ksbs KS et al. Facial Nerve Palsy in COVID-19-Associated Mucormycosis Patients: A Case Series. *Cureus* 2021; 13(11): e19208. DOI: 10.7759/cureus.19208
50. Molaei H, Shojaeefar E, Nemati E et al. Iranian patients co-infected with COVID-19 and mucormycosis: the most common predisposing factor, clinical outcomes, laboratory markers and diagnosis, and drug therapies. *Infect Dis (Lond)* 2022; 1–14. DOI: 10.1080/23744235.2022.2058604
51. Watanabe A, So M, Mitaka H et al. Clinical Features and Mortality of COVID-19-Associated Mucormycosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mycopathologia* 2022; 187 (2–3): 271–89. DOI: 10.1007/s11046-022-00627-8
52. Patel R, Jethva J, Bhagat PR et al. Rhino-orbital-cerebral mucormycosis: An epidemiological study from a tertiary care referral center in Western India. *Indian J Ophthalmol* 2022; 70(–4): 1371–5. DOI: 10.4103/ijo.IJO\_2943\_21
53. Hussain S, Baxi H, Riad A et al. COVID-19-Associated Mucormycosis (CAM): An Updated Evidence Mapping. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(19): 10340. DOI: 10.3390/ijerph181910340
54. Jain K, Surana A, Choudhary TS et al. Clinical and histology features as predictor of severity of mucormycosis in post-COVID-19 patients: An experience from a rural tertiary setting in Central India. *SAGE Open Med* 2022; 10: 20503121221074785. DOI: 10.1177/20503121221074785
55. Wasiq M, Gn A. Coronavirus disease-associated mucormycosis (CAM): A case control study during the outbreak in India. *J Assoc Physicians India* 2022; 70 (4): 11–2. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35443518/>
56. Desai EJ, Pandya A, Upadhyaya I et al. Epidemiology, Clinical Features and Management of Rhino Orbital Mucormycosis in Post COVID 19 Patients. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2022; 74 (1): 103–7. DOI: 10.1007/s12070-021-02807-2
57. Ramphul K, Verma R, Kumar N et al. Rising concerns of Mucormycosis (Zygomycosis) among COVID-19 patients; an analysis and review based on case reports in literature. *Acta Biomed* 2021; 92 (4): e2021271. DOI: 10.23750/abm.v92i4.11787
58. Gupta S, Ahuja P. Risk Factors for Procurement of Mucormycosis and its Manifestations Post Covid-19: a Single Arm Retrospective Unicentric Clinical Study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2021; Sep 18: 1–8. DOI: 10.1007/s12070-021-02825-0
59. Exposto FG, Castrillon EE, Exposto CR et al. Remote physical examination for temporomandibular disorders. *Pain* 2022; 163 (5): 936–42. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002455
60. Bavarian R, Pharr CA, Handa S et al. The utility of telemedicine in orofacial pain: Guidelines for examination and a retrospective review at a hospital-based practice. *J Oral Rehabil* 2022. DOI: 10.1111/joor.13335
61. Lee YH. Supportive Home Remedies for Orofacial Pain during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Their Value and Limitations. *Int J Dent* 2022; 2005935. DOI: 10.1155/2022/2005935
62. Dar-Odeh N, Elsayed S, Babkair H et al. What the dental practitioner needs to know about pharmaco-therapeutic modalities of COVID-19 treatment: A review. *J Dent Sci* 2021; 16 (3): 806–16. DOI: 10.1016/j.jds.2020.11.007
63. Haastrup PF, Thompson W, Søndergaard J, Jarbøl DE. Side Effects of Long-Term Proton Pump Inhibitor Use: A Review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2018; 123 (2): 114–21. DOI: 10.1111/bcpt.13023
64. Трухан Д.И., Коншу Н.В. Рациональная фармакотерапия в клинике внутренних болезней сквозь призму мультиморбидности и лекарственной безопасности. *Справочник поликлинического врача*. 2019; 2: 10–8. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44162870>  
[Trukhan D.I., Konshu N.V. Ratsional'naiya farmakoterapiya v klinike vnutrennikh boleznei skvoz' prizmu mul'timorbidnosti i lekarstvennoi bezopasnosti. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*. 2019; 2: 10–8. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44162870> (in Russian).]
65. Zirk-Sadowski J, Masoli JA, Delgado J et al. Proton-Pump Inhibitors and Long-Term Risk of Community-Acquired Pneumonia in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2018; 66 (7): 1332–8. DOI: 10.1111/jgs.15385
66. Ble A, Zirk-Sadowski J, Masoli JA. Reply to: Proton Pump Inhibitors and Long-term Risk of Community-acquired Pneumonia in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2018; 66 (12): 2428–9. DOI: 10.1111/jgs.15637
67. Yuan J, He O, Nguyen LH et al. Regular use of proton pump inhibitors and risk of type 2 diabetes: results from three prospective cohort studies. *Gut* 2020 Sep 28; [gutjnl-2020-322557](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-322557). DOI: 10.1136/gutjnl-2020-322557
68. Schubert ML. Adverse effects of proton pump inhibitors: fact or fake news? *Curr Opin Gastroenterol* 2018; 34 (6): 451–7. DOI: 10.1097/MOG.0000000000000471
69. Song TJ, Kim J. Risk of post-stroke pneumonia with proton pump inhibitors, H2 receptor antagonists and mucoprotective agents: A retrospective nationwide cohort study. *PLoS One* 2019; 14 (5): e0216750. DOI: 10.1371/journal.pone.0216750
70. Targownik LE, Lix LM, Leung S, Leslie WD. Proton-pump inhibitor use is not associated with osteoporosis or accelerated bone mineral density loss. *Gastroenterology* 2010; 138: 896–904. DOI: 10.1053/j.gastro.2009.11.014
71. Ngamruengphong S, Leontiadis GI, Radhi S et al. Proton pump inhibitors and risk of fracture: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 1209–18. DOI: 10.1038/ajg.2011.113
72. Makunts T, Cohen IV, Awdishu L, Abagyan R. Analysis of postmarketing safety data for proton-pump inhibitors reveals increased propensity for renal injury, electrolyte abnormalities, and nephrolithiasis. *Sci Rep* 2019; 9 (1): 2282. DOI: 10.1038/s41598-019-39335-7
73. Bavishi C, Dupont HL. Systematic review: The use of proton pump inhibitors and increased susceptibility to enteric infection. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34: 1269–81. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2011.04874.x
74. Eom CS, Jeon CY, Lim JW et al. Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2011; 183: 310–9. DOI: 10.1503/cmaj.092129
75. Johnstone J, Nerenberg K, Loeb M. Meta-analysis: Proton pump inhibitor use and the risk of community-acquired pneumonia. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31: 1165–77. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2010.04284.x
76. Zhou M, Zhang J, Liu J et al; CCC-ACS Investigators. Proton Pump Inhibitors and In-Hospital Gastrointestinal Bleeding in Patients With Acute Coronary Syndrome Receiving Dual Antiplatelet Therapy. *Mayo Clin Proc* 2022 Feb 12; [S0025-6196\(21\)00919-8](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.11.037). DOI: 10.1016/j.mayocp.2021.11.037
77. Charpiat B, Bleyzac N, Tod M. Proton Pump Inhibitors are Risk Factors for Viral Infections: Even for COVID-19? *Clin Drug Investig* 2020; 40 (10): 897–9. DOI: 10.1007/s40261-020-00963-x
78. Almario CV, Chey WD, Spiegel BMR. Increased Risk of COVID-19 Among Users of Proton Pump Inhibitors. *Am J Gastroenterol* 2020; 115 (10): 1707–15. DOI: 10.14309/ajg.0000000000000798
79. Li GF, An XX, Yu Y et al. Do proton pump inhibitors influence SARS-CoV-2 related outcomes? A meta-analysis. *Gut* 2021; 70: 1806–8. DOI: 10.1136/gutjnl-2020-323366
80. Israelsen SB, Ernst MT, Lundh A et al. Proton Pump Inhibitor Use Is Not Strongly Associated With SARS-CoV-2 Related Outcomes: A Nationwide Study and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2021; 19 (9): 1845–54.e6. DOI: 10.1016/j.cgh.2021.05.011
81. Toubasi AA, AbuAnzeh RB, Khraisat BR et al. Proton Pump Inhibitors: Current Use and the Risk of Coronavirus Infectious Disease 2019 Development and its Related Mortality. *Meta-analysis. Arch Med Res* 2021; 52 (6): 656–9. DOI: 10.1016/j.arcmed.2021.03.004
82. Yan C, Chen Y, Sun C et al. Does Proton Pump Inhibitor Use Lead to a Higher Risk of Coronavirus Disease 2019 Infection and Progression to Severe Disease? a Meta-analysis. *Jpn J Infect Dis* 2022; 75 (1): 10–15. DOI: 10.7883/yoken.JJID.2021.074
83. Kamal F, Khan MA, Sharma S et al. Lack of Consistent Associations Between Pharmacologic Gastric Acid Suppression and Adverse Outcomes in Patients With Coronavirus Disease 2019: Meta-Analysis of Observational Studies. *Gastroenterology* 2021; 160 (7): 2588–2590.e7. DOI: 10.1053/j.gastro.2021.02.028

84. Kim HB, Kim JH, Wolf BJ. Acid suppressant use in association with incidence and severe outcomes of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol* 2022; 78 (3): 383–91. DOI: 10.1007/s00228-021-03255-1
85. Pranata R, Huang I, Lawrensia S et al. Proton pump inhibitor on susceptibility to COVID-19 and its severity: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacol Rep* 2021; 73 (6): 1642–9. DOI: 10.1007/s43440-021-00263-x
86. Ramachandran P, Perisetti A, Gajendran M et al. Pre-hospitalization proton pump inhibitor use and clinical outcomes in COVID-19. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2022; 34 (2): 137–41. DOI: 10.1097/MEG.0000000000002013
87. Симаненков В.И., Маев И.В., Ткачева О.Н. и др. Эпителий-протективная терапия при коморбидных заболеваниях. Практические рекомендации для врачей. *Терапевтический архив*. 2022; 94 (8): 6–22. DOI: 10.26442/00403660.2022.08.201523 [Simanenkov V.I., Maev I.V., Tkacheva O.N. et al. Epitelii-protektivnaya terapiia pri komorbidnykh zabolovaniakh. *Prakticheskie rekomendatsii dlia vrachei. Terapevticheskii arkhiv*. 2022; 94 (8): 6–22. DOI: 10.26442/00403660.2022.08.201523 (in Russian).]
88. Трухан Д.И. Рациональная фармакотерапия в реальной клинической практике сквозь призму мультиморбидности и лекарственной безопасности. *Клинический разбор в общей медицине*. 2020; 2: 29–39. DOI: 10.47407/kr2020.1.2.00015 [Trukhan D.I. Ratsional'naya farmakoterapiia v real'noi klinicheskoi praktike skvoz' prizmu mul'timorbidnosti i lekarstvennoi bezopasnosti. *Klinicheskii razbor v obshchei meditsine*. 2020; 2: 29–39. DOI: 10.47407/kr2020.1.2.00015 (in Russian).]
89. Трухан Д.И., Иванова Д.С. Роль и место синдрома повышенной эпителиальной проницаемости в развитии сердечно-сосудистых и бронхолегочных заболеваний: теоретические и практические аспекты применения ребамипида. *Фарматека*. 2021; 28 (5): 115–26. DOI: 10.18565/pharmateca.2021.5.115-126 [Trukhan D.I., Ivanova D.S. Rol' i mesto sindroma povyshennoi epitelial'noi pronitsaemosti v razvitii serdechno-sosudistykh i bronkholegочnykh zabolovani: teoreticheskie i prakticheskie aspekty primeniia rebamipida. *Farmateka*. 2021; 28 (5): 115–26. DOI: 10.18565/pharmateca.2021.5.115-126 (in Russian).]
90. Трухан Д.И., Иванова Д.С. Лекарственная безопасность в реальной клинической практике: акцент на протекторную терапию. *Фарматека*. 2022; 3: 72–82. DOI: 10.18565/pharmateca.2022.3.72-82 [Trukhan D.I., Ivanova D.S. Lekarstvennaia bezopasnost' v real'noi klinicheskoi praktike: aktsent na protektornuiu terapiiu. *Farmateka*. 2022; 3: 72–82. DOI: 10.18565/pharmateca.2022.3.72-82 (in Russian).]
91. Naito Y, Yoshikawa T. Rebamipide: a gastrointestinal protective drug with pleiotropic activities. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2010; 4 (3): 261–70. DOI: 10.1586/egh.10.25
92. Genta RM. Review article: the role of rebamipide in the management of inflammatory disease of the gastrointestinal tract. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18 (Suppl. 1): 8–13. DOI: 10.1046/j.1365-2036.18.s1.5.x
93. Yang BR, Lee JY, Kim MG. The risk of pulmonary adverse drug reactions of rebamipide and other drugs for acid-related diseases: An analysis of the national pharmacovigilance database in South Korea. *J Dig Dis* 2022; 23 (2): 118–23. DOI: 10.1111/1751-2980.13075
94. Гриневич В.Б., Губонина И.В., Доцицин В.Л. и др. Особенности ведения коморбидных пациентов в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Национальный Консенсус 2020. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020; 19 (4): 2630. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2630 [Grinevich V.B., Gubonina I.V., Doshchitsin V.L. et al. Management of patients with comorbidity during novel coronavirus (COVID-19) pandemic. *National Consensus Statement 2020. Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020; 19 (4): 2630. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2630 (in Russian).]
95. Wen X, Chen X, Zhou X. Rebamipide inhibited expression of TLR4 and TNF-alpha release in pulmonary epithelial cell line A549 induced by lipopolysaccharide. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* 2009; 34 (5): 457–60. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19483297/>
96. Yasuda T, Chiba H, Satomi T et al. Preventive effect of rebamipide gargle on chemoradiotherapy-induced oral mucositis in patients with oral cancer: a pilot study. *J Oral Maxillofac Res* 2012; 2 (4): e3. DOI: 10.5037/jomr.2011.2403
97. Akagi S, Fujiwara T, Nishida M et al. The effectiveness of rebamipide mouthwash therapy for radiotherapy and chemoradiotherapy-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Pharm Health Care Sci* 2019; 5: 16. DOI: 10.1186/s40780-019-0146-2
98. Urita Y, Watanabe T, Maeda T et al. Rebamipide and mosapride enhance pilocarpine-induced salivation. *N Am J Med Sci* 2009; 1 (3): 121–4. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22666683/>
99. Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А., Ткаченко Е.И. и др. Особенности ведения больных с гастроэнтерологической патологией в условиях пандемии COVID-19. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2020; 176 (4): 3–18. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-176-4-3-18 [Grinevich V.B., Kravchuk Yu.A., Tkachenko E.I. et al. Features of management of patients with gastroenterological pathology in the conditions of the COVID-19 pandemic. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020; 176 (4): 3–18. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-176-4-3-18 (in Russian).]
100. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Алексанян Л.А. и др. Согласованная позиция экспертов Российской ассоциации геронтологов и гериатров. Новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 (COVID19) у пациентов пожилого и старческого возраста: особенности профилактики, диагностики и лечения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020; 19 (3): 2601. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2601 [Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Aleksanyan L.A. et al. Novel coronavirus infection SARS-CoV-2 in elderly and senile patients: prevention, diagnosis and treatment. *Expert Position Paper of the Russian Association of Gerontology and Geriatrics. Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020; 19 (3): 2601. DOI: 10.15829/1728-8800-2020-2601 (in Russian).]
101. Особенности течения Long-COVID инфекции. *Терапевтические и реабилитационные мероприятия. Методические рекомендации* (утверждены на XVI Национальном Конгрессе терапевтов 18.11.2021). URL: <https://www.rnmot.ru/ru/library/clinical> [Osobennosti techeniia Long-COVID infektsii. *Terapevticheskie i reabilitatsionnye meropriiatiia. Metodicheskie rekomendatsii* (utverzhdeny na KhVI Natsional'nom Kongresse terapevtov 18.11.2021). URL: <https://www.rnmot.ru/ru/library/clinical> (in Russian).]
102. Дробизhev М.Ю. Сульпирид: механизм действия и возможности клинического использования. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004; 4: 173–9. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26702734> [Drobizhev M.Yu. Sul'pirid: mekhanizm deistviia i vozmozhnosti klinicheskogo ispol'zovaniia. *Psikhiatriia i psikhofarmakoterapiia*. 2004; 4: 173–9. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26702734> (in Russian).]
103. Данилов Д.С. Атипичный нейролептик сульпирид: спектр эффектов и возможности использования в клинической практике. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2011; 4: 19–27. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16861398> [Danilov D.S. Atipichnyi neiroleptik sul'pirid: spektr effektov i vozmozhnosti ispol'zovaniia v klinicheskoi praktike. *Psikhiatriia i psikhofarmakoterapiia*. 2011; 4: 19–27. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16861398> (in Russian).]
104. Данилов Д.С. Возможности использования сульпирида для лечения психических расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012; 6: 91–8. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17912115> [Danilov D.S. Vozmozhnosti ispol'zovaniia sul'pirida dlia lecheniia psikhicheskikh rasstroistv. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2012; 6: 91–8. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17912115> (in Russian).]
105. Данилов Д.С. Полувековой опыт использования нейролептиков-бензамидов в психиатрии и соматической медицине (на примере сульпирида). *Человек и Лекарство – Казахстан*. 2015; 8 (54): 106–15. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24069895> [Danilov D.S. Poluvekovoi opyt ispol'zovaniia neiroleptikov-benzamidov v psikhiatrii i somaticheskoi meditsine (na primere sul'pirida). *Chelovek i Lekarstvo – Kazakhstan*. 2015; 8 (54): 106–15. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24069895> (in Russian).]
106. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Клиника, диагностика и лечение хронического дуоденита. *Экспериментальная и клиническая*



- гастроэнтерология. 2012; 11: 104–14. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21589957>  
[Trukhan D.I., Tarasova L.V. Klinika, diagnostika i lechenie khronicheskogo duodenita. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2012; 11: 104–14. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21589957> (in Russian).]
107. Трухан Д.И. Тревожно-депрессивные расстройства у гастроэнтерологических пациентов в амбулаторно-поликлинической практике. Фармация и фармакология. 2015; S1: 116–7. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25220383>  
[Trukhan D.I. Trevozhno-depressivnye rasstroistva u gastroenterologicheskikh patsientov v ambulatorno-poliklinicheskoi praktike. Farmatsiya i farmakologiya. 2015; S1: 116–7. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25220383> (in Russian).]

---

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS**

**Трухан Дмитрий Иванович** – д-р мед. наук, доц., проф. каф. поликлинической терапии и внутренних болезней, ФГБОУ ВО «Омский ГМУ». E-mail: [dmitry\\_trukhan@mail.ru](mailto:dmitry_trukhan@mail.ru); ORCID: 0000-0002-1597-1876

**Dmitry I. Trukhan** – D. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Prof., Omsk State Medical University. E-mail: [dmitry\\_trukhan@mail.ru](mailto:dmitry_trukhan@mail.ru); ORCID: 0000-0002-1597-1876

**Сулимов Анатолий Филиппович** – д-р мед. наук, зав. каф. челюстно-лицевой хирургии, ФГБОУ ВО «Омский ГМУ». E-mail: [afsulimov@yandex.ru](mailto:afsulimov@yandex.ru)

**Anatoly F. Sulimov** – D. Sci. (Med.), Prof., Omsk State Medical University. E-mail: [afsulimov@yandex.ru](mailto:afsulimov@yandex.ru)

**Трухан Лариса Юрьевна** – канд. мед. наук, врач-стоматолог. E-mail: [larissa\\_trukhan@mail.ru](mailto:larissa_trukhan@mail.ru); ORCID 0000-0002-4721-6605

**Larisa Yu. Trukhan** – Cand. Sci. (Med.), dentist. E-mail: [larissa\\_trukhan@mail.ru](mailto:larissa_trukhan@mail.ru); ORCID 0000-0002-4721-6605

**Чусов Иннокентий Сергеевич** – врач-психотерапевт, БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр».

E-mail: [innokentychusov@mail.ru](mailto:innokentychusov@mail.ru)

**Innokenty S. Chusov** – psychotherapist, Budgetary health care institution of the Omsk region City Clinical Perinatal Center.

E-mail: [innokentychusov@mail.ru](mailto:innokentychusov@mail.ru)

**Степанов Игорь Николаевич** – канд. мед. наук, доц. каф. неврологии и нейрохирургии с курсом ДПО, ФГБОУ ВО «Омский ГМУ». E-mail: [neuro2003@mail.ru](mailto:neuro2003@mail.ru)

**Igor N. Stepanov** – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Omsk State Medical University. E-mail: [neuro2003@mail.ru](mailto:neuro2003@mail.ru)

Статья поступила в редакцию / The article received: 10.08.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 22.09.2022

# Постковидный синдром в урологии

Е.В. Кульчавеня

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздрава России; Новосибирск, Россия;  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия;  
Медицинский центр «Авиценна», Новосибирск, Россия  
urotub@yandex.ru

## Аннотация

Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы, охватывающий более 50 источников и посвященный последствиям перенесенной новой коронавирусной инфекции на мочеполовую систему и репродуктивную функцию человека, а также показаны некоторые возможности коррекции развившихся осложнений. Обзор позволил сделать следующее заключение: COVID-19 является мультисистемным заболеванием, поражающим многие органы; эрадикация возбудителя не означает полного исцеления, как правило, развивается острый или хронический постковидный синдром. С целью профилактики и лечения новой коронавирусной инфекции целесообразно повторными курсами принимать Селцинк Плюс; с целью защиты или восстановления репродуктивной функции мужчин после перенесенной новой коронавирусной инфекции показан Селцинк Плюс. COVID-19 может усугубить имеющуюся гиперактивность мочевого пузыря (ГАМП) или спровоцировать ее развитие. Оптимальным препаратом лечения ГАМП у возрастного пациента или в условиях полипрагмазии является тропсия хлорид (Спазмекс).

**Ключевые слова:** новая коронавирусная инфекция, COVID, постковидный синдром, SARS-CoV-2, селен, цинк, Селцинк, гиперактивный мочевой пузырь, тропсия хлорид, Спазмекс.

**Для цитирования:** Кульчавеня Е.В. Постковидный синдром в урологии. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 66–72.  
DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00154

## Post-COVID syndrome in urology

Ekaterina V. Kulchavenya

Novosibirsk Research Institute of Tuberculosis, Novosibirsk, Russia;  
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia;  
Medical center "Avicenna", Novosibirsk, Russia  
urotub@yandex.ru

## Abstract

The review of more than 50 domestic and foreign literary sources, concerning the sequelae of novel coronavirus infection that affect human genitourinary system and fertility potential, has been performed, which also demonstrates some treatment possibilities for the emerging complications. The review has made it possible to reach the following conclusion: COVID-19 is a multisystem disease that affects multiple organs; pathogen eradication does not mean full recovery, acute or chronic post-COVID syndrome usually develops. It is advisable to repeat the course of Selzinc Plus for prevention and treatment of novel coronavirus infection; Selzinc Plus should be used to protect or restore male fertility potential after novel coronavirus infection. COVID-19 can exacerbate the existing OAB or trigger the development of OAB. Trospium chloride (Spasmex) is the best drug for treatment of OAB in cases of exposure to polypharmacy or in elderly patients.

**Key words:** novel coronavirus infection, COVID, post-COVID syndrome, SARS-CoV-2, selenium, zinc, Selzinc, overactive bladder, OAB, trospium chloride, Spasmex.

**For citation:** Kulchavenya E.V. Post-COVID syndrome in urology. Clinical review for general practice. 2022; 4: 66–72.

DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00154

Современный мир во всех его проявлениях, и в наибольшей степени – медицина, необратимо изменился после пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ). На 22.06.2022 во всех странах суммарно было зарегистрировано 543 818 320 случаев заражения (и это только обратившиеся! В реальности переболевших значительно больше). Умерли 6 341 327 человек (<https://gogov.ru/covid-19/world>), что составило 1,2% от числа заболевших. Хотя большинство пациентов выздоровело от НКИ, заболевание не прошло для них бесследно, к сожалению, практически у всех развивался так называемый постковидный синдром (ПКС).

Очевидно, пандемия принесла нам волну нового хронического, инвалидизирующего состояния, называемого ПКС, которое заслуживает серьезного внимания научного и медицинского сообщества. Предполагая, что по

крайней мере у 10% выживших после COVID-19 развивается ПКС, что, вероятно, занижено, около 5 млн человек во всем мире сталкиваются с осложнениями НКИ [1].

Наиболее распространенными симптомами ПКС являются повышенная утомляемость, слабость и одышка, которые длятся в течение нескольких месяцев после выздоровления от НКИ. Также описаны когнитивные и психические нарушения, боль в груди и суставах, тахикардия, миалгия, нарушение обоняния и вкуса, кашель, головная боль, желудочно-кишечные расстройства и нарушения мочеиспускания [2].

Через 3 мес после выздоровления у 71% пациентов были остаточные рентгенологические признаки поражения легких, преимущественно фиброзного типа, и 25% пациентов имели функциональные нарушения дыхания [3–9].

SARS-CoV-2 является респираторным вирусом, поэтому логично ожидать повреждение легких. Однако получены данные о мультиорганном поражении при НКИ. Зафиксировано негативное влияние НКИ на сердце. Рентгенологическое исследование 100 пациентов, перенесших COVID-19, выявило аномалии сердца и воспаление миокарда у 78% и 60% участников соответственно, причем эти изменения опять не были связаны с исходной тяжестью течения COVID-19 [10]. Другие авторы обследовали 26 спортсменов с бессимптомной инфекцией SARS-CoV-2, и у 46% из них также был диагностирован миокардит [11]. Боль в груди и тахикардия могут сохраняться до 6 мес после выздоровления от НКИ [12–15].

Детальное обследование реконвалесцентов обнаружило поражение легких, сердца, печени, поджелудочной железы, почек или селезенки в той или иной степени у 66% [13]. Другое исследование выявило нарушение работы и воспаление почек, сохраняющееся в течение как минимум 2–3 мес после выписки из больницы [16].

Многие пациенты как с легкой, так и с тяжелой формой COVID-19 после элиминации возбудителя продолжают предъявлять широкий спектр симптомов в течение недель или месяцев после заражения, часто неврологического, когнитивного или психиатрического характера, что обозначают термином «постковидный синдром». Принято следующее определение ПКС: стойкие клинические признаки и симптомы, которые появились во время или сразу после перенесенного COVID-19, сохраняются более 12 нед и не могут быть объяснены альтернативным заболеванием [17]. Некоторые авторы выделяют острый ПКС, который наблюдается до 12 нед после выздоровления, и хронический ПКС, сохраняющийся дольше 12 нед после элиминации SARS-CoV-2 [18]. Это гетерогенное состояние, которое включает синдром хронической усталости, а также органный дефицит. Наиболее распространенными симптомами являются утомляемость, одышка, тревога, депрессия, нарушение внимания, концентрации, памяти и сна. От 10% до 65% реконвалесцентов отмечают ПКС в течение 12 нед и более [17].

Тяжелое острое повреждение почек встречается у 5% госпитализированных пациентов и у 20–31% пациентов с COVID-19 в критическом состоянии. Впрочем, 27–64% пациентов не нуждались в диализе к 28-му дню болезни [18]. Поражение почек при НКИ несомненно, поскольку SARS-CoV-2 был выделен из почечной ткани. Патолофизиологически причиной повреждения почек является острый канальцевый некроз, который обнаруживают на аутопсии больных COVID-19. Нефропатия, связанная с COVID-19, характеризуется коллапсирующим вариантом фокально-сегментарного гломерулосклероза с инволюцией гломерулярного пучка в дополнение к острому повреждению канальцев и развивается в ответ на активацию интерферона и хемокинов [18]. Усугубляет ситуацию тромбоз, нарушающий

почечную микроциркуляцию, что также потенциально способствует развитию почечной недостаточности. SARS-CoV-2 открывает ворота для инфекции почек – вплоть до уросепсиса.

Несмотря на огромное количество публикаций, посвященных НКИ, глубокого понимания патофизиологии процесса еще нет, в настоящее время происходит осмысление эмпирического материала. Так, Т.М. Сорокина и соавт. не обнаружили значимого ухудшения показателей эякулята у переболевших НКИ. Авторы объясняют полученные результаты как небольшим размером выборки, так и общей тенденцией улучшения качества спермы, наблюдаемой в последние годы [19].

Грамотная организация санитарно-противоэпидемических мероприятий позволила многим лечебным учреждениям даже в годы пандемии оказывать полный объем хирургического лечения урологическим больным [20–22].

М.И. Катибов и соавт. [22] обращает внимание на увеличение числа вмешательств по поводу гнойно-воспалительных заболеваний почки в период пандемии COVID-19. До начала пандемии таких пациентов не было, что можно объяснить ранней обращаемостью и адекватной антибактериальной терапией. Однако в 2020 г. авторы трижды были вынуждены выполнить нефрэктомии (два пациента) и декапсуляцию почки (1 пациент) по поводу апостематозного пиелонефрита.

Орхит является известным осложнением НКИ. Паренхима яичка повреждается за счет прямого инфицирования вирусом, развития вторичной аутоиммунной реакции. Вносит свой вклад гипертермия и микротромбозы сосудов яичка [23].

Т.И. Деревянко и соавт. [24] наблюдали геморрагический инфаркт яичка у троих пациентов с НКИ. Это были возрастные (от 67 до 88 лет) мультиморбидные пациенты (у всех диагностирована артериальная гипертония и сахарный диабет). Инфаркт яичка у всех троих протекал типично: возникала острая боль в мошонке, резкое (в течение нескольких часов) увеличение яичка. Всем была выполнена орхэктомия. Патоморфологически обнаружен некроз паренхимы яичка, экстравазации в тканях органа [24]. Авторы связывают развитие этого осложнения с гиперкоагуляцией, характерной для COVID-19.

Ф.Р. Асфандияров и соавт. [25] изучали сексуальную функцию мужчин в сроки от 3 нед до 2 мес после выздоровления от НКИ. Все включенные в исследование пациенты были гетеросексуальны, имели постоянных партнеров и до НКИ были удовлетворены качеством своей сексуальной жизни. Однако в период реконвалесценции у всех пациентов снизилось либидо, им приходилось буквально заставлять себя исполнять супружеский долг [25]. Пациенты, все же возобновившие регулярную половую жизнь, утратили способность к ярким эмоциональным переживаниям, оргазм был стертым. После коитуса пациенты отмечали выраженную физическую усталость и психическое раздражение, что

демотивировало интенсификацию сексуальных контактов [25]. Авторы полагают, что НКИ может вызывать эректильную дисфункцию за счет снижения уровня тестостерона, эндотелиальной дисфункции и длительной астенизации [25].

Неплохо изучена корреляция гипогонадизма и более тяжелого течения / более высокого уровня смертности от COVID-19. Среди мужчин с НКИ среднего и тяжелого течения сниженный уровень тестостерона выявляется в 46,7% [26].

Считается, что на гормональный статус у больных НКИ негативно влияют следующие факторы: гипертермия, гипоксия, кортикостероидная терапия и прием нестероидных противовоспалительных препаратов. Вместе с тем гипогонадизм, развившийся на фоне НКИ, равно как и поражение сосудистого эндотелия, может носить обратимый характер, поэтому лечение по поводу сексуальной дисфункции реконвалесцентов следует начинать с антиастенических средств и ингибиторов фосфодиэстеразы-5 [25]. Более того, при успешном лечении НКИ наблюдается значимое повышение уровня тестостерона без специального воздействия [26].

Аналитический обзор, основанный на изучении 72 статей, позволил авторам прийти к заключению: мужские половые гормоны вовлечены в регуляцию синтеза ангиотензинпревращающего фермента-2 (АПФ-2) и трансмембранной сериновой протеазы-2, что облегчает проникновение SARS-CoV-2 в клетки-мишени. Именно поэтому мужчины оказались более подвержены НКИ [23]. Дефицит тестостерона увеличивает риск осложнений со стороны как респираторной, так и сердечно-сосудистой системы [23].

Несмотря на суровые ограничения, обусловленные пандемией, операции по трансплантации органов не прекращались. Не получено подтверждения передачи инфекции реципиенту от COVID-19-положительного донора через почечный трансплантат. Полагают, что отказ от использования антилимфоцитарных препаратов для индукции иммуносупрессии может уменьшать риск развития НКИ после трансплантации [27].

В последнее время все более популярной становится тенденция отказа от антибиотиков в пользу альтернативной терапии. В частности, Host Directed Therapeutics (HDTs) – лечение, направленное на макроорганизм, позволяющее человеку выздороветь [28]. Показано, что физические упражнения минимизируют ПКС [29].

В Российской Федерации проведено интересное исследование, позволяющее рассматривать витаминно-минеральный комплекс Селцинк Плюс как адаптоген, минимизирующий стресс. Сравнивали результаты лечения больных хроническим простатитом, ведущих мобильный образ жизни, часто выезжающих в командировки, и тех, чья работа была ограничена офисом. Оказалось, что унифицированная терапия улучшила качество жизни больного хроническим простатитом в 1,5 раза, а дополнительное назначение антиоксиданта – витаминно-минерального комплекса Селцинк Плюс, –

улучшило этот показатель в 2,5 раза [30]. Авторы заключают, что витаминно-минеральный комплекс Селцинк Плюс, обладающий мощным антиоксидантным эффектом, не только уменьшает проявления хронического простатита и повышает качество жизни пациента, но и облегчает негативные последствия частых авиаперелетов [30].

Изучая влияние НКИ на репродуктивное здоровье мужчин, перенесших COVID-19, авторы обнаружили уменьшение объема эякулята, общей концентрации сперматозоидов и количества морфологически нормальных форм сперматозоидов. Также отметили повышенную способность к генерации активных форм кислорода в семенной плазме при патозооспермии и COVID-19 [31]. Полученные результаты позволили заключить, что SARS-CoV-2 негативно влияет на репродуктивную систему мужчин прямо или косвенно, стимулирует перекисное окисление липидов (что является показанием к назначению антиоксидантов) и вызывает сперматогенную недостаточность [31].

Гипертермия мошонки по любой причине приводит к снижению числа и подвижности сперматозоидов в эякуляте, сопровождается активацией механизмов апоптоза и повреждением структуры ДНК. Лихорадка активирует перекисное окисление липидов и нарушает окислительно-восстановительное равновесие в острую фазу НКИ, чем отчасти объясняют транзитное снижение показателей эякулята у реконвалесцентов COVID-19 [32].

Таким образом, не вызывает сомнения целесообразность применения при НКИ или в ближайшем постковидном периоде антиоксидантной терапии с целью профилактики снижения фертильности и ее восстановления.

Как подобрать оптимальную сбалансированную антиоксидантную защиту? Рекомендуем обратить внимание на антиоксидантный витаминно-минеральный комплекс Селцинк Плюс, в состав которого входят как ферментные низкомолекулярные антиоксиданты:  $\alpha$ -токоферол (47 мг),  $\beta$ -каротин (4,8 мг), аскорбиновая кислота (180 мг), так и микроэлементы – цинк (7,2 мг) и селен (50 мкг).

Этот препарат хорошо показал себя у разных категорий пациентов. Так, известно, что противотуберкулезная химиотерапия оказывает негативное влияние на эякулят у больных туберкулезом простаты, снижая число сперматозоидов на 23,9%, уменьшая число подвижных форм на 10,6%, сокращая число морфологически нормальных форм на 32,3%. Проведение сперматопротективной терапии, включающей Селцинк Плюс, увеличило количество сперматозоидов на 47,8%; увеличило число активно-подвижных форм (суммарно группы А и В) на 40,5%; повысило количество нормальных форм сперматозоидов на 41,9% [33].

У больных неспецифическим простатитом курс лечения Селцинком Плюс (2 таблетки в день в течение 1 мес) также увеличил объем эякулята на 39%, повысил на 56% количество сперматозоидов, на 18% увеличил

число нормальных форм сперматозоидов и на 37% – общую подвижность сперматозоидов [34].

Актуальность этого препарата возрастает в современных эпидемических условиях, поскольку он содержит цинк. Цинк участвует в распознавании вирусов организмом, после чего запускается активация противовирусного ответа, опосредованного последующей активацией противовирусных генов и усилением выработки интерферона. Передача сигналов, индуцированная интерфероном альфа, приводит к усилению регуляции антивирусных белков, которые разрушают вирусную РНК и ингибируют ее трансляцию [35]. Цинк является вторым по распространенности металлом в организме человека после железа, однако у цинка нет постоянного депозитария в организме, поэтому необходимо его запасы регулярно пополнять. Дефицит цинка может спровоцировать дисбаланс иммунной системы, высокую восприимчивость к инфекциям [35]. В период коронавирусной инфекции рекомендовано потребление цинка в дозе 5–10 мг и селена в дозе 50 мкг/сут в течение трех месяцев [36].

Витамин Е взаимодействует с факторами транскрипции, такими как NF-κB и Nrf-2, что обеспечивает противовоспалительное и антиоксидантное действие [37].

Как уже говорилось выше, основным путем проникновения SARS-CoV-2 в клетку является присоединение к АПФ-2, который может присутствовать в различных клетках, в том числе в уротелиальных клетках мочевого пузыря. Недавно было установлено, что афферентная сенсорная информация из мочевого пузыря является ключевым фактором синдрома гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП). Уротелий – это не просто барьер, но и чувствительная структура, способная обнаруживать тепловые, механические и химические раздражители [38]. Слизистая оболочка мочевого пузыря может усиливать функцию детрузора либо за счет высвобождения различных нейротрансмиттеров (сигнальных молекул), либо за счет собственной спонтанной электрической активности.

Уротелиальные клетки являются мишенями для нейромедиаторов, мишенями для сигналов от других типов клеток и могут быть активированы аутокринными или паракринными механизмами. Поражение уротелиальных клеток SARS-CoV-2 может вести к развитию ГАМП или так называемого ковид-ассоциированного цистита (COVID-19-associated cystitis – CAC) [39].

Недавний обзор литературы позволил авторам сделать вывод о связи воспалительного поражения органов мочевой системы и SARS-CoV-2 [40]. Вирусный цистит уже ни у кого не вызывает сомнения [41], хотя патофизиологическая основа усугубления ГАМП при НККИ пока не ясна.

Проанализированы истории 350 пациентов, у которых через 10–14 нед после выздоровления от НККИ появились симптомы ГАМП, причем у 71% пациентов эти симптомы возникли впервые после заболевания НККИ, а у 29% пациентов ранее были симптомы ГАМП, но усугубились после заражения COVID-19. Патобиология

# СЕЛЦИНК ПЛЮС®



- **Цинк** 8,0 мг
- **Селен** 50 мкг<sup>1</sup>
- **Витамин С** 200 мг
- **Витамин Е** 23,5 мг
- **β-Каротин** 4,8 мг

## ВИТАМИННО-АНТИОКСИДАНТНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ

- Компоненты Селцинк Плюс® способствуют укреплению иммунитета<sup>1-2</sup>
- Селен и Цинк увеличивают сопротивляемость организма человека при вирусной инфекции, в том числе при COVID-19<sup>3-6</sup>

1. Rauli Sivakumara, et al. Enhancing immunity in viral infections, with special emphasis on COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Jul;44(4):382-392.  
2. Hemli H. Vitamin C and SARS coronavirus. *J Antimicrob Chemother*. 2003;52:1049-50.  
3. Velhies A, van den Worm SJ, Sims A, et al. Zn<sup>2+</sup> inhibits coronavirus and arterivirus RNA polymerase activity in vitro and zinc ionophores block the replication of these viruses in cell culture. *Plus Pathogens* (2010) 6(11).  
4. Junaidi B, Burnett, Davidson H, Palmer, and Smith N. Methylglutathione: A new risk factor for coronavirus in the elderly. *PLoS One*. 2010 Jun; 5(6):11-20-27.  
5. Michalini Harth M. Micronutrient Selenium Deficiency Influences Evolution of Some Viral Infectious Diseases. *Biological Trace Element Research* 143(3): 1325-56.  
6. Jinyang Zhang, Chuan Wu, Jialin Xie, Kai Bennett, Emily Saad, Margaret F. Rayman. Association between regional selenium status and reported outcome of COVID-19 cases in China. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2020; 00: 1-3.



1 таблетка  
в день



**PRO.MED.CS**  
Praha a.s.

Уполномоченный представитель держателя регистрационного удостоверения в России: ЗАО «ПРО.МЕД.ЦС», 115193, Москва, ул. 7-я Кожуховская, 15с1  
Тел./факс: 8 (495) 679-07-03,  
e-mail: info@promedcs.ru

[www.selzink.ru](http://www.selzink.ru)

# БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

SARS-CoV-2 включает связывание спайкового белка вируса с рецепторами АПФ-2, расположенными на пневмоцитах, но также присутствующими в мочевом пузыре и других органах. Поэтому вполне вероятно, что симптомы ГАМП *de novo* или их ухудшение являются эффектом клеточного каскада, возникающим в результате активации этих рецепторов в мочевом пузыре. Другая гипотеза предполагает прямое поражение уротелия, вызывающее вирусный цистит. Наконец, у пациентов с COVID-19 с тяжелыми симптомами мочеиспускания *de novo* было обнаружено повышение уровня провоспалительных цитокинов, что также может привести к дисфункции мочевого пузыря.

В настоящее время неясно, являются ли симптомы ГАМП в условиях COVID-19 обратимыми или необратимыми, необходимо более длительное наблюдение [42].

Логичным образом встает вопрос выбора оптимального препарата для лечения ГАМП у реконвалесцентов COVID-19. ПКС может включать, помимо респираторных, другие патофизиологические процессы, например длительные неврологические осложнения. Стало появляться все больше данных, подтверждающих нейротропность SARS-CoV-2 и способность этого вируса к репликации в культурах нейронов, тканях головного мозга лабораторных животных и полученном при аутопсии материале [43–47].

Так, через 3 мес после перенесенной НКИ развились структурные и метаболические нарушения головного мозга, которые коррелировали со стойкими неврологическими симптомами, такими как потеря памяти, anosmia и утомляемость [48]. Причем у большинства пациентов была легкая форма COVID-19. Другое исследование, задокументировавшее 43 случая серьезных заболеваний головного мозга, вызванных COVID-19 (энцефалопатии, делирий, кровоизлияние и инсульт), также показало, что тяжесть НКИ не играет большой роли в прогнозировании поражения головного мозга [49, 50].

В этой ситуации безальтернативный выбор остается за тропия хлоридом (Спазмекс). Ни один м-холинолитик не имеет преимуществ в эффективности при лечении больных ГАМП [51], но при равной эффективности частота и степень выраженности нежелательных реакций существенно различается. В переносимости холинэргических препаратов наибольшее значение имеет их способность проникать через гематоэнцефаличе-

ский барьер (ГЭБ) и оказывать нейротоксический эффект. Тропия хлорид является положительно заряженным соединением четвертичного аммония, что не позволяет ему проникать через ГЭБ. Дополнительными положительными моментами этого препарата являются выведение активного вещества в неизменном виде с мочой, что позволяет дополнительно проявлять локальную активность. Кроме того, тропия хлорид не метаболизируется системой цитохрома Р450, что существенно снижает возможность лекарственного взаимодействия и позволяет применять этот препарат у пациентов, вынужденно принимающих много медикаментов.

Известно, что наибольшая способность проникновения через ГЭБ среди антихолинэргических препаратов – у оксибутинина, умеренная – у толтеролина, солифенацина, дарифенацина, минимальная – у фезотеродина, практически отсутствует у тропия хлорида [52].

Международные руководства с уровнем убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1) рекомендуют назначать тропия хлорид больным ГАМП, особенно при наличии когнитивных нарушений или при приеме препаратов с конкурирующим метаболизмом с участием цитохрома Р450 [53].

## Заключение

- COVID-19 – мультисистемное заболевание, поражающее многие органы.
- Эрадикация возбудителя не означает полного исцеления, как правило, развивается острый или хронический ПКС.
- С целью профилактики и лечения НКИ целесообразно повторными курсами принимать Селцинк Плюс.
- С целью защиты или восстановления репродуктивной функции мужчин после перенесенной НКИ показан Селцинк Плюс.
- COVID-19 может усугубить имеющуюся ГАМП или спровоцировать ее развитие.
- Оптимальным препаратом лечения ГАМП в условиях полипрагмазии или у возрастного пациента является тропия хлорид (Спазмекс).

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.

## Литература / References

1. Altmann DM, Boyton RJ. Decoding the unknowns in long covid. *BMJ* 2021; 372: n132. DOI: 10.1136/bmj.n132
2. Yong SJ. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infect Dis Lond* 2021; 53 (10): 737–54. DOI: 10.1080/23744235.2021.1924397
3. Bellan M, Soddu D, Balbo PE et al. Respiratory and Psychophysical Sequelae Among Patients With COVID-19 Four Months After Hospital Discharge. *JAMA Netw Open* 2021; 4 (1): e2036142. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36142
4. Han X, Fan Y, Alwalid O, Li N et al. Six-month Follow-up Chest CT Findings after Severe COVID-19 Pneumonia. *Radiology* 2021; 299 (1): E177–E186. DOI: 10.1148/radiol.2021203153
5. Truffaut L, Demey L, Bruyneel AV et al. Post-discharge critical COVID-19 lung function related to severity of radiologic lung involvement at admission. *Respir Res* 2021; 22 (1): 29. DOI: 10.1186/s12931-021-01625-y
6. Zhao YM, Shang YM, Song WB et al. Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19

- survivors three months after recovery. *EclinicalMedicine* 2020; 25: 100463. DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100463
7. Liu D, Zhang W, Pan F et al. The pulmonary sequelae in discharged patients with COVID-19: a short-term observational study. *Respir Res* 2020; 21 (1): 125. DOI: 10.1186/s12931-020-01385-1
  8. Marvisi M, Ferrozzi F, Balzarini L et al. First report on clinical and radiological features of COVID-19 pneumonitis in a Caucasian population: Factors predicting fibrotic evolution. *Int J Infect Dis* 2020; 99: 485–8. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.08.054
  9. Wei J, Yang H, Lei P et al. Analysis of thin-section CT in patients with coronavirus disease (COVID-19) after hospital discharge. *J Xray Sci Technol* 2020; 28 (3): 383–9. DOI: 10.3233/XST-200685
  10. Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I et al. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol* 2020; 5 (11): 1265–73. DOI: 10.1001/jamacardio.2020.3557
  11. Rajpal S, Tong MS, Borchers J et al. Cardiovascular Magnetic Resonance Findings in Competitive Athletes Recovering From COVID-19 Infection. *JAMA Cardiol* 2021; 6 (1): 116–8. DOI: 10.1001/jamacardio.2020.4916
  12. Carfi A, Bernabei R, Landi F; Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA* 2020; 324 (6): 603–5. DOI: 10.1001/jama.2020.12603
  13. Dennis A, Wamil M, Alberts J et al.; COVERSCAN study investigators. Multiorgan impairment in low-risk individuals with post-COVID-19 syndrome: a prospective, community-based study. *BMJ Open* 2021; 11 (3): e048391. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-048391
  14. Huang C, Huang L, Wang Y et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* 2021; 397 (10270): 220–32. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8
  15. Liang L, Yang B, Jiang N et al. Three-month Follow-up Study of Survivors of Coronavirus Disease 2019 after Discharge. *J Korean Med Sci* 2020; 35 (47): e418. DOI: 10.3346/jkms.2020.35.e418
  16. Raman B, Cassar MP, Tunnicliffe EM et al. Medium-term effects of SARS-CoV-2 infection on multiple vital organs, exercise capacity, cognition, quality of life and mental health, post-hospital discharge. *EclinicalMedicine* 2021; 31: 100683. DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100683
  17. Carod-Artal FJ. Post-COVID-19 syndrome: epidemiology, diagnostic criteria and pathogenic mechanisms involved. *Rev Neurol* 2021; 72 (11): 384–96. English, Spanish. DOI: 10.33588/rn.7211.2021230
  18. Nalbandian A et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med* 2021; 27 (4): 601–15. DOI: 10.1038/s41591-021-01283-z
  19. Сорокина Т.М., Брагина Е.Е., Сорокина Е.А. и др. Влияние перенесенной инфекции COVID-19 на спермиологические показатели мужчин с нарушением фертильности. *Андрология и генитальная хирургия*. 2021; 22 (3): 25–33. DOI: 10.17650/1726-9784-2021-22-3-25-33  
[Sorokina T.M., Bragina E.E., Sorokina E.A. et al. Vliianie perenesennoi infektsii COVID-19 na spermiologicheskie pokazateli muzhchin s narusheniem fertilit'nosti. *Andrologiia i genital'naiia khirurgiia*. 2021; 22 (3): 25–33. DOI: 10.17650/1726-9784-2021-22-3-25-33 (in Russian).]
  20. Кульчавеня Е.В., Холтобин Д.П., Телина Е.В. и др. Особенности работы урологических отделений в пандемию COVID-19. *Урология*. 2022; 1: 35–40 DOI: 10.18565/urology.2022.1.35-40  
[Kul'chavenia E.V., Khol'tobin D.P., Telina E.V. et al. Osobennosti raboty urologicheskikh otdelenii v pandemii COVID-19. *Urologiia*. 2022; 1: 35–40 DOI: 10.18565/urology.2022.1.35-40 (in Russian).]
  21. Кульчавеня Е.В., Холтобин Д.П., Телина Е.В. Влияние пандемии COVID-19 на работу урологических отделений. *Урологические ведомости*. 2022; 12 (1): 5–11. DOI: 10.17816/uroved97019  
[Kul'chavenia E.V., Khol'tobin D.P., Telina E.V. Vliianie pandemii COVID-19 na rabotu urologicheskikh otdelenii. *Urologicheskie vedomosti*. 2022; 12 (1): 5–11. DOI: 10.17816/uroved97019 (in Russian).]
  22. Катибов М.И., Магомедов З.М., Алибеков М.М. и др. Острые урологические синдромы и заболевания у пациентов с COVID-19. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2022; 15 (1): 148–54. DOI: 10.29188/2222-8543-2022-15-1-148-154  
[Katibov M.I., Magomedov Z.M., Alibekov M.M. et al. Ostrye urologicheskie sindromy i zabolevaniia u patsientov s COVID-19. *Ekspierimental'naia i klinicheskaiia urologiia*. 2022; 15 (1): 148–54. DOI: 10.29188/2222-8543-2022-15-1-148-154 (in Russian).]
  23. Ахвледиани Н.Д., Рева И.А., Чернушенко А.С., Пушкарь Д.Ю. Андрологические аспекты новой коронавирусной инфекции COVID-19. *Урология*. 2021; 6: 130–5. DOI: 10.18565/urology.2021.6.130-135  
[Akhvlediani N.D., Reva I.A., Chernushenko A.S., Pushkar' D.Yu. Andrologicheskie aspekty novoi koronavirusnoi infektsii COVID-19. *Urologiia*. 2021; 6: 130–5. DOI: 10.18565/urology.2021.6.130-135 (in Russian).]
  24. Деревянко Т.И., Придчин С.В. Геморрагический инфаркт яичка как осложнение COVID-19 (SARS-CoV-2). *Экспериментальная и клиническая урология*. 2021; 14 (2): 70–2. DOI: 10.29188/2222-8543-2021-14-2-70-72  
[Derevianko T.I., Pridchin S.V. Gemorragicheskii infarkt iaichka kak oslozhnenie COVID-19 (SARS-CoV-2). *Ekspierimental'naia i klinicheskaiia urologiia*. 2021; 14 (2): 70–2. DOI: 10.29188/2222-8543-2021-14-2-70-72 (in Russian).]
  25. Асфандияров Ф.Р., Круглов В.А., Выборнов С.В. и др. Постковидный транзиторийный гипогонадизм и эректильная дисфункция. *Экспериментальная и клиническая урология* 2021; 14 (3): 112–8. DOI: 10.29188/2222-8543-2021-14-3-112-118  
[Asfandiiaarov F.R., Kruglov V.A., Vybornov S.V. et al. Postkovidnyi tranzitornyi gipogonadizm i erektil'naia disfunktsiia. *Ekspierimental'naia i klinicheskaiia urologiia* 2021; 14 (3): 112–8. DOI: 10.29188/2222-8543-2021-14-3-112-118 (in Russian).]
  26. Камалов А.А., Мареев В.Ю., Орлова Я.А. и др. Особенности течения НОВОЙ коронавирусной инфекции и Варианты ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ в зависимости от андрогенного статуса (ОСНОВАТЕЛЬ): андрогенный статус у мужчин с COVID-19 и его связь с течением заболевания. *Урология*. 2021; 6: 85–99. DOI: 10.18565/urology.2021.6.85-99  
[Kamalov A.A., Mareev V.Yu., Orlova Ya.A. et al. OSobennosti techeniia NOvoi koronavirusnoi infektsii i VARIanty TERapii boL'nykh v zavisiimosti ot androgennogo statusa (OSNOVATEL'): androgennyi status u muzhchin s COVID-19 i ego sviaz' s techeniem zabolevaniia. *Urologiia*. 2021; 6: 85–99. DOI: 10.18565/urology.2021.6.85-99 (in Russian).]
  27. Перлин Д.В., Александров И.В., Шманев А.О. и др. Трансплантация почки от Covid-19-инфицированного трупного донора: каковы последствия для реципиентов? *Урология*. 2021; 4: 87–92. DOI: 10.18565/urology.2021.4.87-92  
[Perlin D.V., Aleksandrov I.V., Shmanev A.O. et al. Transplantatsiia pochki ot Covid-19-infitsirovannogo trupnogo donora: kakovy posledstviia dlia retsipientov? *Urologiia*. 2021; 4: 87–92. DOI: 10.18565/urology.2021.4.87-92 (in Russian).]
  28. Khoza LJ, Kumar P, Dube A et al. Insights into innovative therapeutics for drug-resistant tuberculosis: Host-directed therapy and autophagy inducing modified nanoparticles. *Int J Pharm* 2022; 622: 121893. DOI: 10.1016/j.ijpharm.2022.121893
  29. Jimeno-Almazán A. Post-COVID-19 Syndrome and the Potential Benefits of Exercise. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18 (10): 5329. DOI: 10.3390/ijerph18105329
  30. Брижатиук Е.В., Шевченко С.Ю. Влияние образа жизни больного хроническим простатитом на ее качество. *Вестник урологии*. 2020; 8 (3): 13–7. DOI: 10.21886/2308-6424-2020-8-3-13-17  
[Brizhatiuk E.V., Shevchenko S.Yu. Vliianie obraza zhizni bol'nogo khronicheskim prostatitom na ee kachestvo. *Vestnik urologii*. 2020; 8 (3): 13–7. DOI: 10.21886/2308-6424-2020-8-3-13-17 (in Russian).]
  31. Курашова Н.А., Дашиев Б.Г., Колесников С.И., Колесникова Л.И. Репродуктивное здоровье мужчин и COVID-19. *Урология*. 2022; 2: 122–5. DOI: 10.18565/urology.2022.2.122-125  
[Kurashova N.A., Dashiev B.G., Kolesnikov S.I., Kolesnikova L.I. Reprodukktivnoe zdorov'e muzhchin i COVID-19. *Urologiia*. 2022; 2: 122–5. DOI: 10.18565/urology.2022.2.122-125 (in Russian).]
  32. Корнеев И.А. Мужское бесплодие при оксидативном стрессе: пути решения проблемы. *Урология*. 2022; 1: 102–8. DOI: 10.18565/urology.2022.1.102-108  
[Korneev I.A. Muzhskoe besplodie pri oksidativnom stresse: puti resheniia problemy. *Urologiia*. 2022; 1: 102–8. DOI: 10.18565/urology.2022.1.102-108 (in Russian).]
  33. Кульчавеня Е.В., Осадчий А.В. Эффективность сперматопротективной терапии на основе Селцинка плюс у больных туберкулезом предстательной железы. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (7): 22–6. DOI: 10.26442/2075-1753\_2016.7.22-26  
[Kul'chavenia E.V., Osadchii A.V. Effektivnost' spermatorpotektivnoi terapii na osnove Seltinka plus u bol'nykh tuberkulezom predstatel'noi zhelezy. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (7): 22–6. DOI: 10.26442/2075-1753\_2016.7.22-26 (in Russian).]
  34. Сивков А.В., Ощепков В.Н., Евдокимов В.В. и др. Эффективность и безопасность препарата Селцинк Плюс у пациентов с хроническим неинфекционным простатитом и нарушениями фертильности. *Consilium Medicum*. 2011;13 (7): 5–9.  
[Sivkov A.V., Oshchepkov V.N., Evdokimov V.V. i dr. Effektivnost' i bezopasnost' preparata Seltink Plus u patsientov s khronicheskim ne-

- infektsionnym prostatitom i narusheniiami fertiľnosti. *Consilium Medicum*. 2011;13 (7): 5–9 (in Russian).]
35. Mayor-Ibarguren A, Busca-Arenzana C, Robles-Marhuenda Á. A Hypothesis for the Possible Role of Zinc in the Immunological Pathways Related to COVID-19 Infection. *Front Immunol* 2020; 11: 1736. DOI: 10.3389/fimmu.2020.01736
  36. URL: <https://стопкоронавирус.рф/news/20201024-1315.html>
  37. Iddir M, Brito A, Dingeo G et al. Strengthening the Immune System and Reducing Inflammation and Oxidative Stress through Diet and Nutrition: Considerations during the COVID-19 Crisis. *Nutrient* 2020; 12 (6): 1562. DOI: 10.3390/nu12061562
  38. Aoki Y et al. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers* 2017; 3: 17042. DOI: 10.1038/nrdp.2017.42
  39. Dhar N, Dhar S, Timar R et al. De Novo Urinary Symptoms Associated With COVID-19: COVID-19-Associated Cystitis. *J Clin Med Res* 2020; 12 (10): 681–2. DOI: 10.14740/jocmr4294
  40. Берников А.Н., Куприянов Ю.А., Строганов Р.В. и др. Симптомы нижних мочевыводящих путей и COVID-19. *Урология*. 2021; 5: 78–83. DOI: 10.18565/urology.2021.5.78-83 [Bernikov A.N., Kupriyanov Yu.A., Stroganov R.V. et al. Simptomy nizhnikh mochevyvodiashchikh putei i COVID-19. *Urologiia*. 2021; 5: 78–83. DOI: 10.18565/urology.2021.5.78-83 (in Russian).]
  41. Desouky E. SARS-CoV-2 tropism: what urologists need to know. *Afr J Urol* 2021; 27 (1): 23. DOI: 10.1186/s12301-021-00126-0
  42. Lamb LE, Timar R, Wills M et al. Long COVID and COVID-19-associated cystitis (CAC). *Int Urol Nephrol* 2022; 54 (1):17–21.
  43. Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M et al. Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis, and Angiogenesis in Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 383 (2): 120–8. DOI: 10.1056/NEJMoa2015432
  44. Chu H, Chan JF, Yuen TT et al. Comparative tropism, replication kinetics, and cell damage profiling of SARS-CoV-2 and SARS-CoV with implications for clinical manifestations, transmissibility, and laboratory studies of COVID-19: an observational study. *Lancet Microbe* 2020; 1 (1): e14–e23. DOI: 10.1016/S2666-5247(20)30004-5
  45. Song E, Zhang C, Israelow B et al. Neuroinvasion of SARS-CoV-2 in human and mouse brain. *J Exp Med* 2021; 218 (3): e20202135. DOI: 10.1084/jem.20202135
  46. von Weyhern CH, Kaufmann I, Neff F, Kremer M. Early evidence of pronounced brain involvement in fatal COVID-19 outcomes. *Lancet* 2020; 395 (10241): e109. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31282-4
  47. Zhang BZ, Chu H, Han S et al. SARS-CoV-2 infects human neural progenitor cells and brain organoids. *Cell Res* 2020; 30 (10): 928–31. DOI: 10.1038/s41422-020-0390-x
  48. Lu Y, Li X, Geng D et al. Cerebral Micro-Structural Changes in COVID-19 Patients - An MRI-based 3-month Follow-up Study. *EclinicalMedicine* 2020; 25: 100484. DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100484
  49. Paterson RW, Brown RL, Benjamin L et al. The emerging spectrum of COVID-19 neurology: clinical, radiological and laboratory findings. *Brain* 2020; 143 (10): 3104–20. DOI: 10.1093/brain/awaa240
  50. Golomb MR. Neurological issues in COVID-19, summarized in verse. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2020 Aug; 29 (8): 104939. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104939
  51. Bonkat G (chair), Bruyere F, Cai T et al. EAU Guidelines Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan Italy 2021. ISBN 978-94-92671-13-4
  52. Kerdraon J, Robain G, Jeandel C et al; Groupe de recherche appliquée à la pelvi-périnéologie de la personne âgée (GRAPPPA). Traitement anticholinergique de l'hyperactivité vésicale de la personne âgée et ses impacts sur la cognition. *Revue de la littérature. Prog Urol* 2014; 24 (11): 672–81. DOI: 10.1016/j.purol.2014.06.003
  53. Geoffrion R; UROGYNAECOLOGY COMMITTEE. Treatments for overactive bladder: focus on pharmacotherapy. *J Obstet Gynaecol Can* 2012; 34 (11): 1092–101. DOI: 10.1016/S1701-2163(16)35440-8

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

**Кульчавеня Екатерина Валерьевна** – д-р мед. наук, проф., глав. науч. сотр., ФГБУ ННИИТ, проф. каф. туберкулеза, ФГБОУ ВПО НГМУ, науч. руководитель отдела урологии, МЦ «Авиценна». E-mail: urotub@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-8062-7775  
**Ekaterina V. Kulchavenya** – D. Sci. (Med.), Prof., Novosibirsk Research Institute of Tuberculosis, Novosibirsk State Medical University, Medical center "Avicenna". E-mail: urotub@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-8062-7775

Статья поступила в редакцию / The article received: 28.06.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 21.07.2022



## Клиническая задача для самоконтроля

### Пациент 44 лет обратился с жалобами на мышечную слабость и судороги в мышцах

Л.И. Дворецкий

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия  
dvoretski@mail.ru

**Для цитирования:** Дворецкий Л.И. Клиническая задача для самоконтроля. Пациент 44 лет обратился с жалобами на мышечную слабость и судороги в мышцах. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 73–74. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00155

## Clinical case for self-monitoring

### Patient aged 44 presented with complaints of muscle weakness and muscle cramps

Leonid I. Dvoretzky

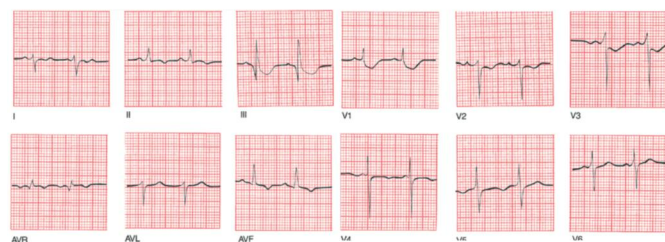
Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia  
dvoretski@mail.ru

**For citation:** Dvoretzky L.I. Clinical case for self-monitoring. Clinical case for self-assessment. Patient aged 44 presented with complaints of muscle weakness and muscle cramps. Clinical review for general practice. 2022; 4: 73–74. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00155

Больной 44 лет обратился с жалобами на появившуюся за последние несколько месяцев мышечную слабость (невозможность удерживать тяжелые предметы, трудности выполнения каких-то действий на вытянутых руках), судороги в мышцах. В течение нескольких лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой назначались гипотензивные препараты (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов). Артериальное давление (АД) плохо контролировалось (170/100–160/90 мм рт. ст.). Последние 6 мес назначен препарат Ирузид (лизиноприл 20 мг + гипотиазид 25 мг).

Объективно: состояние удовлетворительное. Частота сердечных сокращений – 72/мин, АД – 160/100 мм рт. ст.,

ЭКГ больного 44 лет  
ECG of the 44-year-old patient



одинаковое на обеих руках. Тоны сердца ритмичные, шумов в сердце и на крупных сосудах не прослушивается. В легких везикулярное дыхание без хрипов. Живот без особенностей. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Проведена электрокардиография – ЭКГ (см. рисунок).

Общий анализ крови без отклонений от нормы. Биохимический анализ: общий белок – 7,5 г/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, мочевины – 8 ммоль/л, креатинин – 88 ммоль/л, мочевая кислота – 450 ммоль/л, натрий – 160 ммоль/л, калий – 2,7 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность – 1023, белок – 0,15 г/л, лейкоциты – 2–3 в поле зрения.

Какая рекомендация относительно дальнейшей тактики ведения больного наиболее правильна?

- Ангиография почечных артерий.
- Исследование содержания ренина в крови.
- Исследование содержания кортизола в крови.
- Исследование содержания альдостерона в крови.
- Исследование содержания альдостерона и ренина в крови.

Верный ответ на стр. 74.

## Ответ на клиническую задачу «Пациент 44 лет обратился с жалобами на мышечную слабость и судороги в мышцах»

### Correct answer on clinical case «Patient aged 44 presented with complaints of muscle weakness and muscle cramps»

**Верный ответ:** Д. Исследование содержания альдостерона и ренина в крови.

#### Обсуждение

Наличие у больного артериальной гипертензии (АГ), резистентной к гипотензивной терапии при условии адекватного лечения и комплаентности пациента требует исключения симптоматической АГ (нефрогенной, эндокринной, вазоренальной и др.). Отсутствие анамнестических указаний на заболевание почек и изменений в анализе мочи позволяет исключить нефрогенную природу АГ. Обращает внимание наличие у пациента мышечной слабости, признаков гипокалиемии на ЭКГ (корытообразное снижение интервала ST), подтвержденной данными лабораторного исследования (содержание калия в крови – 2,7 ммоль/л). Не исключено, что назначение препарата, содержащего гипотиазид, могло усугубить гипокалиемию, несмотря на незначительную дозу гипотиазида в препарате Ирузид. Сочетание резистентной к лечению АГ с признаками гипокалиемии требует в первую очередь исключить наличие первичного гиперальдостеронизма (ПГА) как причины АГ.

ПГА был впервые описан у больного АГ американским эндокринологом Джеромом Конном в 1955 г. [1] и упоминается в литературе как синдром Конна. ПГА занимает основное место среди «эндокринных АГ», наблюдается у 5–10% пациентов с АГ и у 17–23% пациентов с резистентной АГ (устойчивой к трем антигипертензивным препаратам) [2]. Основной причиной ПГА является гиперпродукция альдостерона, наиболее часто при аденоме коры надпочечников. Выделяют следующие формы ПГА [2]:

1. Альдостеронпродуцирующая аденома (синдром Кона).

2. Идиопатический гиперальдостеронизм (при отсутствии аденомы).
3. Односторонняя гиперплазия надпочечника.
4. Наследственно обусловленный ПГА (семейный ПГА трех типов).
5. Синдром эктопической продукции альдостерона: при вненадпочечниковой локализации альдостеронпродуцирующих опухолей (рак щитовидной железы, опухоли яичников, кишечника и др.).
6. Альдостеронпродуцирующая карцинома.

При диагностике ПГА необходимо иметь в виду, что гипокалиемия наблюдается не у всех больных и регистрируется только в 9–37% случаев. Однако выявление гипокалиемии у больных АГ, особенно резистентной к лечению и при исключении других причин снижения содержания калия, необходимо в первую очередь исключить ПГА. Для лабораторного подтверждения ПГА необходимо исследование содержания альдостерона, ренина и определение соотношения альдостерон/ренин (АРС). Однако при определении АРС отмечается большое количество ложноположительных результатов. В связи с этим предложено упростить алгоритм диагностического поиска ПГА, используя в качестве первичного теста абсолютные величины альдостерона и ренина с пороговыми значениями для каждого из них. При этом рекомендовано ориентироваться именно на пороговые значения для альдостерона и ренина, а не на референсные интервалы [2]. В случае подтверждения ПГА необходимо проведение компьютерной томографии с целью выявления опухоли надпочечников, а при отсутствии данных, подтверждающих опухоль, – дальнейший диагностический поиск с целью уточнения причины ПГА (идиопатический ПГА, наследственный и др.).

#### Литература / References

1. Conn JW, Louis LH. Primary aldosteronism: a new clinical entity. *Trans Assoc Am Physicians.* 1955;68:215-31
2. Мельниченко Г.А., Платонова Н.М., Бельцевич Д.Г. и др. Первичный гиперальдостеронизм: диагностика и лечение. Новый взгляд на проблему. По материалам Проекта клинических рекомендаций Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению первичного гиперальдостеронизма. *Consilium Medicum.* 2017; 19 (4): 75.

[Mel'nichenko G.A., Platonova N.M., Bel'tsevich D.G. et al. Pervichnyi giperaldosteronizm: diagnostika i lechenie. Novyi vzgliad na problemu. Po materialam Proekta klinicheskikh rekomendatsii Rossiiskoi assotsiatsii endokrinologov po diagnostike i lecheniiu pervichnogo giperaldosteronizma. *Consilium Medicum.* 2017; 19 (4): 75 (in Russian).]

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

**Дворецкий Леонид Иванович** – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

**Leonid I. Dvoretzky** – D. Sci. (Med.), Full Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Статья поступила в редакцию / The article received: 27.05.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 09.06.2022



АССОЦИАЦИЯ  
ПЕДИАТРОВ-  
ИНФЕКЦИОНИСТОВ

# XXI Ежегодный Конгресс детских инфекционистов России с международным участием

«Актуальные вопросы инфекционной патологии  
и вакцинопрофилактики»

**15–16 декабря 2022 года**

Гостиница «Рэдиссон Славянская», Москва, Площадь Европы, 2

## Уважаемые коллеги!

15–16 декабря 2022 года в гостинице «Рэдиссон Славянская» (Москва, Площадь Европы, 2) состоится XXI Ежегодный Конгресс детских инфекционистов России с международным участием «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики»

### Соорганизаторы

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
- Департамент здравоохранения города Москвы
- НП «Национальная медицинская палата»
- ФГАОУ «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, Москва
- Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И.Покровского
- ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА России, Санкт-Петербург
- Российская медицинская академия постдипломного образования
- Первый московский медицинский университет им. И.М.Сеченова
- Институт иммунологии ФМБА России
- Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
- Научно-исследовательский институт гриппа
- Медицинский факультет Российского университета дружбы народов
- Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им Г.Н.Габричевского Роспотребнадзора
- Институт медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И.Марциновского
- ФГБНУ ФНЦИРИП им. М.П.Чумакова РАН
- НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи
- ФГБУ «Национальный исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных болезней» МЗ РФ
- ФБУН «ННИИЭМ им. академика И.Н.Блохиной»
- ГБУЗ «Центр медицинской профилактики» ДЗМ
- Союз педиатров России
- Ассоциация педиатров-инфекционистов
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов
- Федерация педиатров стран СНГ
- Обособленное структурное подразделение Российской детской клинической больницы ФГАОУ ВО «РНМУ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России
- ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ
- ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1» ДЗМ
- ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н.Сперанского» ДЗМ
- ГБУЗ «ДГКБ им. З.А.Башляевой»

### Научная программа

- Острые кишечные инфекции у детей. Роль лечебного питания
- Актуальные проблемы лечения острых респираторных инфекций у детей
- Современные проблемы вакцинопрофилактики и пути расширения календаря профилактических прививок России
- Туберкулез у детей и подростков
- Нейроинфекции у детей как междисциплинарная проблема
- ВИЧ-инфекция
- Неотложные состояния при инфекционной патологии у детей
- Инфекционная патология в практике участкового педиатра
- Медицина путешествий

Для участия в научной программе Конгресса необходимо до **1 ноября 2022 г.** направить заявку в Оргкомитет на сайте [www.child.congress-infection.ru](http://www.child.congress-infection.ru)

### Регистрация участников

Для участия в работе Конгресса необходимо пройти предварительную электронную регистрацию на сайте [www.child.congress-infection.ru](http://www.child.congress-infection.ru) (подробная информация о вариантах регистрации будет размещена на сайте). Предварительная регистрация участников через сайт будет открыта с **1 сентября 2022 года**.

Для зарегистрированных участников будет предусмотрена возможность очных образовательных мероприятий, проводимых в рамках Конгресса и запланированных к аккредитации в системе непрерывного медицинского образования Минздрава РФ.

### Тезисы

Для публикации тезисов необходимо оплатить 500 рублей на расчетный счет ООО «Медицинское Маркетинговое Агентство». Тезисы должны быть высланы через сайт [www.child.congress-infection.ru](http://www.child.congress-infection.ru) не позднее **1 ноября 2022 г.** (правила оформления тезисов будут размещены на сайте). Работы, отправленные не через указанный сайт, не принимаются. Присланные материалы допускаются к публикации после рецензирования. Тезисы не редактируются. Тезисы должны удовлетворять требованиям оригинальности и не допускать плагиата. Предоставленные тезисы не должны быть ранее опубликованы и не могут быть одновременно предоставлены для публикации в иные сборники. Проведение постерной сессии для авторов тезисов не предусмотрено, а направленные тезисы для публикации не являются заявкой на выступление с докладом.

### Конкурс молодых ученых «Детские инфекции»

В конкурсе могут принять участие аспиранты, врачи и научные сотрудники в возрасте до 35 лет.

Для участия в конкурсе необходимо до **15 ноября 2022 г.** прислать по адресу: [ci-journal@mail.ru](mailto:ci-journal@mail.ru) в конкурсную комиссию заявку на участие и резюме работы, тема письма: «Конкурс молодых ученых».

Научные работы представляются на конкурс одним автором и оформляются согласно требованиям к статьям журнала «Детские инфекции».

Рукописи диссертационных работ на конкурс не принимаются. Работы, удостоенные ранее Государственных премий, премий Правительства РФ, а также премий и медалей РАН, на соискание премии для молодых ученых не принимаются.

Постерная сессия принятых работ пройдет в фойе гостиницы «Рэдиссон Славянская» 15–16 декабря 2022 г. Постеры размером 120 см (горизонталь) x 80 см (вертикаль) должны быть размещены авторами на стендах 15 декабря с 10.00 до 13.00. Подведение итогов конкурса состоится на заключительном пленарном заседании Конгресса детских инфекционистов России 16 декабря 2022 года.

E-mail: [ci-journal@mail.ru](mailto:ci-journal@mail.ru)

### Гостиница

По желанию участников для них могут быть забронированы места в гостинице «Рэдиссон Славянская». Стоимость проживания не входит в регистрационный взнос.

[www.child.congress-infection.ru](http://www.child.congress-infection.ru)

## Дополнительная информация

### Регистрация и подача тезисов

E-mail: [childinf@mm-agency.ru](mailto:childinf@mm-agency.ru); телефон: +7 (495) 139-80-70; моб. +7 (968) 916-95-37

### Участие коммерческих компаний в выставке и научной программе

Захаров Сергей Валентинович. E-mail: [zsv@mm-agency.ru](mailto:zsv@mm-agency.ru); телефон: +7 (925) 839-63-97

Макарова Татьяна Владимировна. E-mail: [mtv@mm-agency.ru](mailto:mtv@mm-agency.ru); телефон: +7 (495) 517-70-55

### Технический организатор

Медицинское маркетинговое агентство  
Medical Marketing Agency

Генеральный  
информационный спонсор

  
www.phdynasty.ru

# ФЕНОТРОПИЛ®

## ФЕНОТРОПИЛ® СПОСОБСТВУЕТ:

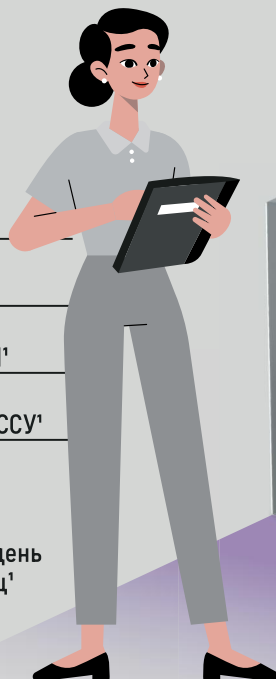
- УЛУЧШЕНИЮ ПРОЦЕССОВ ПАМЯТИ¹
- ОБЛЕГЧЕНИЮ ПРОЦЕССОВ ОБУЧЕНИЯ¹
- ПОВЫШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ¹
- ПОВЫШЕНИЮ УСТОЙЧИВОСТИ ОРГАНИЗМА К СТРЕССУ¹



Максимальная концентрация в крови через 1 час¹



1-2 табл. в день курс 1 месяц¹



## ВОССТАНАВЛИВАЕТ КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ С ПЕРВОЙ ТАБЛЕТКИ¹

### Краткая инструкция по применению препарата Фенотропил®¹:

**КОД АТХ:** N06BX (Другие психостимуляторы и ноотропные препараты)  
**АКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО:** фонтурацетам  
**ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** ноотропное средство

#### ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- Заболевания центральной нервной системы различного генеза, особенно связанные с сосудистыми заболеваниями и нарушениями обменных процессов в мозге, интоксикацией (в частности при посттравматических состояниях и явлениях хронической цереброваскулярной недостаточности), сопровождающиеся ухудшением интеллектуально-мнестических функций, снижением двигательной активности.
- Невротические состояния, проявляющиеся вялостью, повышенной истощаемостью, снижением психомоторной активности, нарушением внимания, ухудшением памяти.
- Нарушения процессов обучения.
- Депрессии легкой и средней степени тяжести.  
Психорганические синдромы, проявляющиеся интеллектуально-мнестическими нарушениями и апатико-абулическими явлениями, а также вялопатические состояния при шизофрении.
- Судорожные состояния.
- Ожирение (алиментарно-конституционального генеза).
- Профилактика гипоксии, повышение устойчивости к стрессу, коррекция функционального состояния организма в экстремальных условиях профессиональной деятельности с целью предупреждения развития утомления и повышения умственной и физической работоспособности, коррекция суточного биоритма, инверсия цикла «сон-бодрствование»;
- Хронический алкоголизм (с целью уменьшения явлений астении, депрессии, интеллектуально-мнестических нарушений)

#### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Индивидуальная непереносимость.

#### СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Внутрь. Принимать сразу после еды. Доза и продолжительность лечения должны определяться врачом. Дозы варьируют в зависимости от особенностей состояния больного. Средняя разовая доза составляет 150 мг (от 100 до 250 мг); средняя суточная доза – 250 мг (от 200 до 300 мг). Максимальная допустимая доза – 750 мг/сут. Рекомендуется суточную дозу до 100 мг принимать однократно в утренние часы, а свыше 100 мг разделять на 2 приема. Продолжительность лечения может варьировать от 2 недель до 3 мес., в среднем 30 дней. При необходимости курс может быть повторен через 1 мес. Для повышения работоспособности – 100–200 мг однократно в утренние часы, в течение 2 недель (для спортсменов – 3 дня). Рекомендуемая длительность лечения для больных с алиментарно-конституциональным ожирением составляет 30–60 дней в дозе 100–200 мг один раз в день (в утренние часы). Не рекомендуется принимать препарат позднее 15 ч.

#### С ОСТОРОЖНОСТЬЮ

ФЕНОТРОПИЛ применяют с осторожностью у больных с тяжелыми органическими поражениями печени и почек, тяжелым течением артериальной гипертензии, у больных атеросклерозом, также у больных, перенесших ранее панические атаки, острые психотические состояния, протекающие с психомоторным возбуждением – вследствие возможности обострения тревоги, паники, галлюцинаций и бреда, а также у больных, склонных к аллергическим реакциям на ноотропные препараты группы пирролидона

#### ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Бессонница (в случае приема препарата позднее 15 ч). У некоторых больных в первые 1–3 дня приема возможны психомоторное возбуждение, гиперемия кожных покровов, ощущение тепла, повышение артериального давления.

#### ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

ФЕНОТРОПИЛ может усиливать действие препаратов, стимулирующих центральную нервную систему, антидепрессантов и ноотропных препаратов.

¹ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Фенотропил® PN 002784/01  
ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ  
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ  
С ПОЛНОЙ ВЕРСИЕЙ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА



АО «Валента Фарм»  
141108, Россия, МО, г. Щелково, ул. Фабричная, д. 2  
Тел.: +7(495) 933 48 60, факс: +7(495) 933 48 63