

© Коллектив авторов, 2024
DOI: 10.21886/2712-8156-2024-5-2-110-114

СЛУЧАЙ ТЯЖЁЛОГО СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕЧЕНИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

А.Т. Маринчук¹, Е.С. Пак^{1,2}, Р.В. Коробка^{1,2}, А.С. Харьков¹, О.Б. Кучеренко^{1,2}, О.В. Бухтин¹

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
²ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

Представлен случай тяжёлого сочетанного поражения поджелудочной железы и печени, обусловленного длительным злоупотреблением алкоголем. Острый панкреатит в структуре экстренной хирургической патологии органов брюшной полости составляет 25%. Частота ошибочных диагностических суждений достигает 35%. В данном случае вначале заболевание было однозначно расценено как острый алкогольный гепатит, что привело к поздней диагностике острого панкреатита. Однако комплексная консервативная терапия оказалась достаточно эффективной.

Ключевые слова: острый панкреатит, поздняя диагностика, острый алкогольный гепатит.

Для цитирования: Маринчук А.Т., Пак Е.С., Коробка Р.В., Харьков А.С., Кучеренко О.Б., Бухтин О.В. Случай тяжёлого сочетанного поражения поджелудочной железы и печени в результате длительного злоупотребления алкоголем. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2024;5(2):110-114. DOI: 10.21886/2712-8156-2024-5-2-110-114.

Контактное лицо: Екатерина Сергеевна Пак, katya_pack-k@mail.ru

A CASE OF SEVERE COMBINED DAMAGE TO THE PANCREAS AND LIVER AS A RESULT OF PROLONGED ALCOHOL ABUSE

A.T. Marinchuk¹, E.S. Pak^{1,2}, R.V. Korobka^{1,2}, A.S. Khar'kov¹, O.V. Bukhtin¹

¹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia
²Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia

A case of severe combined damage to the pancreas and liver caused by prolonged alcohol abuse is presented. Acute pancreatitis in the structure of emergency surgical pathology of the abdominal cavity is 25%. The frequency of erroneous diagnostic judgments reaches 35%. In this case, at the beginning, the disease was unequivocally regarded as acute alcoholic hepatitis, which led to a late diagnosis of acute pancreatitis. However, complex conservative therapy proved to be quite effective.

Keywords: acute pancreatitis, delayed diagnosis, acute alcoholic hepatitis.

For citation: Marinchuk A.T., Pak E.S., Korobka R.V., Khar'kov A.S., Bukhtin O.V. A case of severe combined damage to the pancreas and liver as a result of prolonged alcohol abuse. *South Russian Journal of Therapeutic Practice*. 2024;5(2):110-114. DOI: 10.21886/2712-8156-2024-5-2-110-114.

Corresponding author: Ekaterina S. Pak, katya_pack-k@mail.ru

Введение

Достоверно установлено, что злоупотребление алкогольными напитками ассоциировано с развитием патологии печени и поджелудочной железы. Острый панкреатит по-прежнему представляет собой одну из наиболее сложных диагностических проблем гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии. Это в равной степени относится и к острому алкогольному гепатиту.

Актуальность этих заболеваний обусловлена большой распространённостью, частыми осложнениями и высокой летальностью. Среди пациентов с острым панкреатитом до 40% случаев приходится на панкреатит алкогольной природы [1–4].

Диагностика острого панкреатита нередко бывает затруднена, хотя и разработаны новые лабораторные и инструментальные методы исследования. Неудовлетворительные результа-

ты лечения могут быть обусловлены и поздней диагностикой заболевания. Терапия болевого синдрома при остром панкреатите часто оказывается малоэффективной, что обусловлено различными механизмами. Если ясен механизм боли, то наиболее эффективным будет этиотропное воздействие: дренирование крупной кисты, внутрипротоковая литотрипсия, использование парацетамола, препаратов из группы нестероидных противовоспалительных средств, лёгких опиоидов и в крайнем случае мощных наркотических анальгетиков.

При неудовлетворительном результате консервативных методов лечения в срок до 12 недель проводят эндоскопические и хирургические мероприятия для купирования панкреатической боли [5].

Учитывая важность проблемы, приводим наше наблюдение.

Описание клинического случая

Больной А., 45 лет, поступил в отделение гастроэнтерологии 08.09.2022 г. с жалобами на общую резкую слабость, желтушность склер и кожных покровов, увеличение в объёме живота, чувство тяжести в правом подреберье, вздутие живота, появление темной мочи, снижение памяти и внимания, сонливость днём.

Анамнез заболевания: считает себя больным с 1.09.2022, когда после употребления большого количества алкоголя появились вышеуказанные симптомы. Был госпитализирован в центральную районную больницу (ЦРБ) г. Красный Сулин, где находился с 05.09.2022 г. по 08.09.2022 г. с предварительным диагнозом «Хронический токсический гепатит». При обследовании выявлена высокая активность трансаминаз: АЛТ — 434 Ед/л, АСТ — 103 Ед/л, общий билирубин повышен до 207,8 мкмоль/л, МНО — 1,45; ПТИ — 73%. По линии санитарной авиации больной направлен для дальнейшего обследования и лечения в отделение гастроэнтерологии Центра хирургии и координации донорства ГБУ РО «РОКБ».

Анамнез жизни: рос и развивался нормально. Туберкулёз, венерические, психические заболевания, вирусные гепатиты А, В, С, D отрицает.

Злоупотребляет алкоголем: более литра водки ежедневно в течение последних 5 лет. Аллергической реакции на лекарственные препараты не было. Наследственность неотягощена. С 2000 г. страдает артериальной гипертензией. Операции: ушивание диафрагмы, диагностическая лапароскопия и ушивание печени после ножевого ранения в 1995 г. В 2010 г. удаление пупочной

грыжи, в 2013 г. оперативное лечение (металлоконструкция) перелома плечевой кости правой верхней конечности. Новой коронавирусной инфекцией не болел, привит вакциной Спутник-V в марте 2022 г.

Объективные данные: общее состояние средней степени тяжести. Тяжесть обусловлена интоксикационным, болевым абдоминальным синдромом. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричны. Отмечается увеличение в объёме живота, отёчность голеней и стоп. Рост — 176 см, вес — 105 кг, ИМТ — 34 кг/м².

В лёгких при перкуссии лёгочный звук, при auscultации везикулярное дыхание, несколько ослабленное в нижне-боковых отделах. ЧДД — 19 в минуту. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. При auscultации топы сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой. Пульс — 92 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 180/90 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области и подреберьях. Симптом флюктуации положительный. Печень выступает из-под правого края реберной дуги на 5 см, край умеренно-плотный. При пальпации живота определяется болезненность в точке Дежардена, зоне Шоффара, зоне Губергрица-Скульского, точке Мейо-Робсона. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого (поколачивания) отрицательный с обеих сторон. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное безболезненное.

При первичном осмотре был поставлен предварительный диагно — «Острый алкогольный гепатит с синдромом холестаза. Цирроз печени?». К осложнениям заболевания были отнесены синдром портальной гипертензии, синдром печёчно-клеточной недостаточности.

В общем анализе крови 08.09.2022 г. анемия: Hb — 122 г/л, эритроциты — $3,6 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитоз — $19,2 \cdot 10^9$ /л, э — 1, п — 5, с — 77, л — 14, м — 3, тромбоциты — $159 \cdot 10^9$ /л, СОЭ — 39 мм/час.

В биохимическом анализе крови (БАК) от 09.09.2022 г. наблюдалось увеличение содержания общего билирубина до 75 мкмоль/л, глюкозы — 7,48 мм/л, СРБ — 97,8 мг/л, повышение активности АЛТ — 237 Ед/л, АСТ — 87 Ед/л, щелочной фосфатазы — 370 Ед/л, амилазы — 102 Ед/л, снижение уровня альбумина до 31 г/л, концентрация калия составляла 3,77 ммоль/л, натрия — 132 ммоль/л, креатинина — 50,5 мкмоль/л.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные изменения печени, поджелудочной железы, свободная жидкость в брюшной полости.

Электрокардиограмма: ритм синусовый, ЧСС — 97 в минуту.

Группа крови — А (II) вторая, резус-фактор: Rh(+) положительный. Kell-фактор отрицательный. Исследование крови на маркеры вирусных гепатитов В и С, а также ОРС — отрицательные, антитела к ВИЧ не выявлены.

Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости — ангиография 12.09.2022 г. Заключение: КТ-признаки острого деструктивного панкреатита с внепанкреатическим распространением и формированием перипанкреатических жидкостных скоплений, гепатомегалия, простые кисты правой почки, тромбоз селезеночной вены, пристеночный тромбоз сегментарных ветвей правой ветви воротной вены.

Коагулограмма 12.09.2022 г.: АЧТВ — 28 сек., ПВ — 11 сек., МНО — 1,0; протромбин по Квику — 102%, ТВ — 17 сек., фибриноген — 5 г/л.

БАК 12.09.2022 г.: концентрация общего билирубина в динамике снизилась до 34,4 мкмоль/л, прямой — 8,1 мкмоль/л, АЛТ — 345 Ед/л, АСТ — 116 Ед/л, креатинин — 56,1 мкмоль/л, амилаза — 97 Ед/л, глюкоза — 11,96 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 251 Ед/л, ГГТП — 97 Ед/л, К — 4,19 ммоль/л, Na — 129,7 ммоль/л, СРБ — 78,8 мг/л.

Эхокардиографическое исследование 12.09.2022 г.: тахикардия; умеренное уплотнение стенок аорты, створок аортального клапана, митрального клапана (МК); гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ); глобальная систолическая функция ЛЖ компенсирована; диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа; недостаточность МК 1 ст.; полости сердца не расширены; в полости перикарда и плевральных полостях выпота нет.

Ультразвуковое триплексное исследование венозной системы нижних конечностей 12.09.2022 г.: глубокие и поверхностные вены нижних конечностей проходимы на всех уровнях; лимфостаза нет.

С учётом проведенного обследования предварительный диагноз был пересмотрен, так как было выявлено два конкурирующих заболевания:

1. Острый алкогольный панкреатит с исходом в панкреонекроз с внепанкреатическим распространением и формированием перипанкреатических жидкостных скоплений. Осложнения: тромбоз селезеночной вены, пристеночный тромбоз сегментарных ветвей правой ветви воротной вены, болевой абдоминальный синдром.
2. Острый алкогольный гепатит с холестатическим синдромом. Синдром портальной гипертензии: асцит. Диспротеинемический синдром. Гипоальбуминемия. Гипонатриемия.

Синдром печёчно-клеточной недостаточности. Печёночная энцефалопатия I стадия.

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия II стадия, неконтролируемое течение, риск 3 (высокий), целевой уровень АД — менее 130/80 мм рт. ст. ХСН I ст. ФК I. Простые кисты правой почки. Ожирение I ст.

Больной был переведён в хирургическое отделение №1 ГБУ РО «РОКБ» 12.09.2022 г. в состоянии средней тяжести. По-прежнему беспокоили умеренные боли в левом подреберье, чувство тяжести, общая слабость, повышение температуры до 38°C. АД — 135/90 мм рт. ст., ЧСС — 94 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Живот слегка вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левом подреберье. Размеры печени по Курлову — 14–12–10 см. Стул и мочеиспускание в норме.

13.09.2022 г. была предпринята попытка выполнения чрескожного дренирования постнекротической кисты поджелудочной железы под УЗИ-наведением, которое оказалось невозможным из-за перекрывания зоны пункции толстой кишкой, после этого принято решение о консервативном ведении больного. Были назначены голод, блокатор гистаминовых H2-рецепторов фамотидин 20 мг в/в струйно 2 раза в сутки, гепатопротектор ремакол 400 мл в/в капельно 1 р/сутки, 5% р-р глюкозы 400 мл + хлорид калия 7,5%-30 мл + моноксалин 4 ЕД в/в капельно №2, раствор Рингера 400 мл в/в капельно №2, препарат для полного парентерального питания (раствор аминокислот, жиров, углеводов, электролитов) кабивен 1026 мл (513 мл в сутки) в/в капельно, анальгетическое ненаркотическое средство (парацетамол) 100 мг 2 раза в день в/в капельно, спазмолитик (р-р дротаверина 2% 2,0) 3 раза в день в/м, нестероидные противовоспалительные средства (кетопрофен) 50 мг/мл – 2 мл 2 раза в день в/м, аналог соматостатина, препарат для проведения интенсивной терапии в гастроэнтерологии (октреотид) 1 мл 3 раза в день п/к, ингибитор фибринолиза (поливалентный ингибитор протеиназ плазмы апротинин) 100 ЕД 4 раза в день + натрия хлорид 0,9% 200 мл в/в капельно, антибиотик группы карбапенемов меропенем 1000 мг 3 раза в день + натрия хлорид 0,9% – 200,0 в/в капельно, ингибитор протонной помпы (ИПП) омепразол 40 мг 2 раза в день + натрия хлорид 0,9% – 200,0 в/в капельно. Фуросемид 2,0–4,0 мл в/в струйно.

19.09.2022 г. В общем анализе крови отмечалось снижение гемоглобина до 110 г/л, эритроцитов — до $3,43 \cdot 10^{12}/л$, гипертромбоцитоз — $617 \cdot 10^9/л$, нормализация количества лейкоцитов — $8,11 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 19 мм/час.

Анализ мочи общий: удельный вес — 1018, рН — 7,0, эритроциты 0–1х', лейкоциты 3–5х', белок — 0,3 г/л, цилиндры гиалиновые — 0–1 х'.

Коагулограмма: АЧТВ — 29 сек., ПВ — 12 сек., МНО — 1,1, протромбин по Квику — 87%, ТВ — 16,5 сек., увеличение содержания фибриногена до 6,7 г/л.

В БАК наблюдалась положительная динамика: общий билирубин снизился до 22,0 мкмоль/л, активность АЛТ составляла 91 Ед/л, АСТ — 39 Ед/л, амилаза — 76 Ед/л, глюкоза — 6,9 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы — 138 Ед/л, общий белок — 61 г/л, мочевины — 3,6 ммоль/л, креатинин — 50,8 мкмоль/л, Na⁺ — 136,1 ммоль/л, K⁺ — 4,06 ммоль/л.

20.09.2022 СКТ органов брюшной полости — КТ-признаки деструктивного панкреатита с внепанкреатическим распространением и формированием перипанкреатических жидкостных скоплений (в динамике с большей тенденцией к осумкованию). Гепатомегалия. Простые кисты правой почки.

Консультация кардиолога: артериальная гипертензия II стадии, неконтролируемое течение, риск 3 (высокий), целевой уровень АД менее 130/80 мм рт. ст. ХСН 1 ст. ФК 1. Рекомендованы отказ от употребления алкоголя, медикаментозная терапия (биспролол 5 мг утром под контролем ЧСС, периндоприл 5 мг в сутки, амлодипин 5 мг 1 раз вечером, аторвастатин 20 мг 1 таб. вечером под контролем липидограммы, ацетилсалициловая кислота 100 мг 1 таб. вечером, омега-3 20 мг 2 раза в день за 30 мин. до еды).

В результате проведенной консервативной терапии состояние больного улучшилось: температура тела нормализовалась, купированы цитолитический, холестатический, отечно-асцитический, болевой, диспептический, диспротеинемический синдромы. 21.09.2022 г. выписан из отделения в удовлетворительном состоянии, с положительной динамикой под на-

блюдение хирурга и гастроэнтеролога по месту жительства. Рекомендованы щадящая диета, категорическое исключение алкоголя, заместительная терапия ферментными препаратами в микросферах 40 000 ЕД 3 раза в сутки, ИПП рабепразол 20 мг 2 раза в сутки, спазмолитики: мебеверин 200 мг 2 раза в сутки за 30 мин. до еды, дротаверин 40 мг*3 р/д за 5 мин. до еды; левокарнитин 20 кап. за 30 мин. до еды.

Заключение

У больного были диагностированы два конкурирующих заболевания, обусловленные длительным злоупотреблением алкоголя, приведшим к тяжёлому поражению поджелудочной железы и печени. Клиника заболевания в начальный период была расценена как проявление острого алкогольного гепатита, что привело к поздней диагностике имеющегося у пациента острого панкреатита. Вместе с тем известно, что результаты комплекса лечебных мероприятий в значительной степени зависят от времени начала лечения и адекватности его объёма. Комплексная интенсивная консервативная терапия, включающая нестероидные противовоспалительные, антисекреторные препараты, инфузионную, дезинтоксикационную, антибактериальную терапию, нутритивную поддержку кабиномом в данном случае была достаточно эффективной, что привело к положительному исходу.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Белик Б.М., Чиркин Г.М., Тенчурин Р.Ш., Абдурагимов З.А., Мареев Д.В., Дадаян А.Р., и др. Выбор тактики лечения у больных тяжелым острым панкреатитом с учетом фактора внутрибрюшной гипертензии. *Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского*. 2020;9(3):400-409. Belik B.M., Chirkina G.M., Tenchurin R.S., Abduragimov Z.A., Mareyev D.V., Dadayan A.R., et al. The Choice of Treatment Tactics in Patients with Severe Acute Pancreatitis Taking Into Account the Factor of Intra-Abdominal Hypertension. *Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*. 2020;9(3):400-409. (In Russ.) DOI:10.23934/2223-9022-2020-9-3-400-409
2. Климов А.Е., Самара М. Роль миниинвазивных вмешательств в лечении тяжелого острого панкреатита. *Вестник новых медицинских технологий*. 2020;3:17-19. Klimov A.E., Samara M. The role of minimally invasive interventions in the treatment of severe acute pancreatitis. *Journal of new medical technologies*. 2020;3:17-19. (In Russ.) doi:10.24411/2075-4094-2020-16636
3. Ибадов Р.А., Абдуллажанов Б.Р., Ибрагимов С.Х., Нишанов М.Ф. Тяжелый острый панкреатит. Выбор лечебной тактики. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. 2020; 15(4):29-33. Ibadov R.A., Abdullajanov B.R., Ibragimov S.Kh., Nishanov M.F. Severe acute pancreatitis. Choice of treatment tactics. *Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center*. 2020;15(4):29-33. (In Russ.) doi:10.25881/BPNMSC.2020.29.23.006
4. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Кузнецова Е.И. *Алкогольная болезнь печени с позиций современной медицины*. Учебно-методическое пособие для врачей. М., 2017. Maev I.V., Andreev D.N., Dicheva D.T., Kuznetsova E.I. *Alkohol'naya bolezni' pecheni s pozitsii sovremennoi meditsiny*. Uchebno-metodicheskoe posobie dlya vrachei. M., 2017. (In Russ.)
5. Хатьков И.Е., Маев И.В., Бордин Д.С., Кучерявый Ю.А., Абдуллахов С.Р., Алексеенко С.А., и др. Российский консенсус по диагностике и лечению хронического панкреатита:

заместительная ферментная терапия. *Терапевтический архив*. 2017; 89(8):80-87.

Khatkov IE, Maev IV, Bordin DS, Kucheryavyi YA, Abdulkhakov SR, Alekseenko SA, et al. Rossiiskii konsensus po diagnostike i lecheniiu khronicheskogo pankreatita: zamestitel'naia

fermentnaia terapiia [The Russian consensus on the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis: Enzyme replacement therapy]. *Ter Arkh*. 2017;89(8):80-87. (In Russ.)

DOI: 10.17116/terarkh201789880-87

Информация об авторах

Маринчук Александр Тимофеевич, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия, atmarinchuk@bk.ru.

Пак Екатерина Сергеевна, к.м.н., ассистент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», заведующая гастроэнтерологическим отделением Центра хирургии и координации донорства (областного) Ростовской областной клинической больницы, Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9552-2666>, katty_pack-k@mail.ru

Коробка Роман Вячеславович, к.м.н., доцент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», директор Центра хирургии и координации донорства (областного), ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4489-4232>, roman_korobka@icloud.com

Харьков Александр Сергеевич, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9432-0720>, alex1360@mail.ru

Кучеренко Ольга Борисовна, ассистент кафедры лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», заведующая рентгенодиагностическим отделением, ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия, kucherenkool@yandex.ru

Бухтин Олег Владимирович, ординатор кафедры внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2686-9650>, buhtin.oleg@yandex.ru.

Information about the authors

Alexander T. Marinchuk, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 1, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, atmarinchuk@bk.ru.

Ekaterina S. Pak, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Reconstructive, Cardiovascular, Thoracic, Maxillofacial Surgery and Organ Transplantation, Rostov State Medical University, Head of the Gastroenterology Department, of the Regional Center of Surgery and Donor Coordination, Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9552-2666>, katty_pack-k@mail.ru

Roman V. Korobka, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Reconstructive, Cardiovascular, Thoracic, Maxillofacial Surgery and Organ Transplantation, Rostov State Medical University, Director of the Regional Center of Surgery and Donor Coordination, Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4489-4232>, roman_korobka@icloud.com

Alexander S. Kharkov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Internal Diseases №1, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9432-0720>, alex1360@mail.ru

Olga B. Kucherenko, assistant of the Department of Radiation Diagnostics, Rostov State Medical University, head of the X-ray diagnostic department of the Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia, kucherenkool@yandex.ru

Oleg V. Bukhtin, Resident of the Department of Internal Diseases No. 1 of the Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2686-9650>, buhtin.oleg@yandex.ru.

Получено / Received: 10.04.2024

Принято к печати / Accepted: 03.06.2024