

# Диагностика и лечение первичного пельвиоперитонита у детей в Карачаево-Черкесской Республике

И.Х.Шидаков  
РГБЛПУ «Республиканская детская  
многопрофильная больница», Черкесск

**Цель.** Описание клинической картины, принципов диагностики и лечения первичного пельвиоперитонита у детей на основании опыта работы единственного детского хирургического отделения в КЧР. **Материалы и методы.** За период 2002–2019 гг. в детском хирургическом отделении Республиканской детской многопрофильной больницы (РДМБ) находилось 70 девочек с острым первичным пельвиоперитонитом. Было проведено ретроспективное исследование медицинских карт, при этом учитывались клинические проявления, данные лабораторных и инструментальных методов исследования. **Результаты и обсуждение.** Все дети находились в разных возрастных группах, средний возраст исследуемых составил 6 лет 11 мес. Заболевание всегда начиналось с болевого абдоминального синдрома, гипертермия присутствовала у 33 больных, у 24 больных наблюдалась рвота. Воспалительный процесс быстро прогрессировал с появлением перитонеальных симптомов. Анализ лабораторных данных показал нормальные показатели ОАК у 20 больных. Из 70 больных оперативному вмешательству в разные сроки подверглись 63 (90%). Лишь 10 девочек были консультированы гинекологом и, чаще всего гинекологическая патология исключалась. **Заключение.** Наш опыт лечения больных показывает трудности раннего диагностирования диплококкового перитонита у девочек, отсутствие четких критериев постановки диагноза. Недостаточный охват эхографическим исследованием и отсутствие согласованного взаимодействия между детскими хирургами и гинекологами оставляет множество нерешенных проблем в диагностике и лечении первичного пельвиоперитонита у детей.

**Ключевые слова:** первичный пельвиоперитонит, диплококковый пельвиоперитонит, криптогенный пельвиоперитонит, детская хирургия.

## Diagnosis and Treatment of Primary Pelvioperitonitis in Children in the Karachay-Cherkess Republic

I.H.Shidakov  
Republican Children's Multidisciplinary  
Hospital, Cherkessk

**Aim.** Description of the clinical picture, principles of diagnosis and treatment of primary pelvioperitonitis in children based on the experience of the only department of

pediatric surgery in the Karachay-Cherkess Republic. **Materials and methods.** During 2002–2019, 70 girls with acute primary pelvioperitonitis were treated in the Pediatric Surgery Department of the Republican Children's Multidisciplinary Hospital. A retrospective study of medical records was carried out, taking into account clinical manifestations, data from laboratory, and instrumental methods of research. **Results and discussion.** All children were in different age groups, the average age of the patients was 6 years 11 months. The disease always started with abdominal pain syndrome, hyperthermia was present in 33 patients, vomiting was observed in 24 patients. The inflammatory process progressed rapidly with the appearance of peritoneal symptoms. Analysis of laboratory data showed normal levels of blood components in CBC test in 20 patients. Of the 70 patients, 63 (90%) underwent surgical intervention at different times. Only 10 girls were consulted by a gynecologist and in most cases gynecological pathology was excluded. **Conclusion.** Our experience in the treatment of patients shows difficulties in diagnosing diplococcal peritonitis in girls, the absence of clear criteria for diagnosis. Incomplete ultrasound coverage and the lack of coordinated interaction between pediatric surgeons and gynecologists leaves many unresolved problems in the diagnosis and treatment of primary pelvioperitonitis in children.

**Keywords:** primary pelvioperitonitis, diplococcal pelvioperitonitis, cryptogenic pelvioperitonitis, pediatric surgery.

### Введение

Острый абдоминальный болевой синдром у детей является проявлением широкого спектра заболеваний. Среди всех хирургических нозологий, входящих в синдром «острого живота» у детей, на первом месте стоит острый аппендицит, со всеми присущими ему формами и осложнениями. Следующим по частоте заболеванием, вызывающим острый болевой абдоминальный синдром у девочек, по мнению многих авторов, является острая патология органов малого таза. Большую часть этой группы составляют воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), в структуре которых лидирует острый первичный пельвиоперитонит [1–10].

Актуальность проблемы подтверждается увеличением числа женщин, страдающих различными формами бесплодия, причинами которого могут стать инфекционно-воспалительные заболевания брюшной полости и полости малого таза, перенесенные в детском и подростковом периоде. Доказано, что даже перенесенный в детском и пубертатном периоде острый аппендицит в 25–33% случаев может привести к хроническому сальпингиту, первичной дисменорее и другим расстройствам менструального цикла, невынашиванию, эктопической беременности, трубному бесплодию. Последствия перенесенных воспалительных заболеваний внутренних половых органов еще более серьезны: до 40% девочек, перенесших гнойные формы ВЗОМТ в анамнезе, страдают в последующем от бесплодия, хронических тазовых болей, у них также возрастает риск развития эктопической беременности [1, 3, 5, 6, 11, 12].

Немаловажную роль играют и трудности распознавания диплококкового перитонита у девочек. Дифференциальная диагностика данного заболевания с острым аппендицитом, наиболее частым хирургическим заболеванием у детей, часто очень сложна. Анатомическая близость аппендикса и органов малого таза, а также различные проявления заболеваний этих органов нередко приводят к диагностическим ошибкам. Особого внимания заслуживает

Распределение больных по возрастным группам	
Возраст, лет	Число больных
0–1	0
1–3	3
3–7	28
7–12	35
12–18	4

сочетание острого аппендицита с воспалительными заболеваниями внутренних гениталий, так называемый аппендикулярно-генитальный (АГ) синдром. Развитие вторичного аппендицита является, с одной стороны, безусловным признаком гнойной формы ВЗОМТ, а с другой – фактором, усугубляющим течение основного заболевания. Схожесть клинической картины аппендицита и острого воспаления придатков матки создает определенные сложности в идентификации первичного очага воспаления, в связи с чем уровень диагностических ошибок остается достаточно высоким и не имеет тенденции к уменьшению. Именно поэтому, среди больных с катаральными формами острого аппендицита преобладают девочки [1, 4, 5, 11].

*Цель:* описание и анализ клинической картины и лабораторных признаков первичного пельвиоперитонита у девочек.

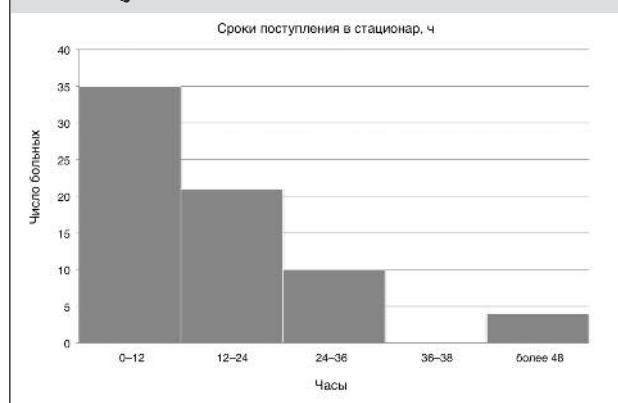
### Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование медицинских карт стационарных больных в детском хирургическом отделении (ДХО) РДМБ с января 2002 г. по сентябрь 2019 г. Всего за этот период на стационарном лечении в ДХО находилось 19194 детей, из них 6813 девочек. Критериями включения в исследование было наличие клинического и заключительного диагноза: острый первичный пельвиоперитонит (диплококковый/криптогенный) и возраст девочек от 0 до 17 лет 11 мес. Критериями исключения из исследования являлось наличие первичной органической патологии со стороны органов брюшной полости и малого таза, предполагавшее вторичный характер перитонита, а также возраст 18 лет и более.

В результате, за последние 17 лет в ДХО РДМБ находилось 70 девочек с диагнозом острого первичного пельвиоперитонита. Всем детям при поступлении проводилось клиническое обследование, включавшее в себя сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр больного, при необходимости – динамическое наблюдение. Лабораторные методы исследования чаще всего включали в себя общеклинические анализы крови и мочи, реже – биохимические показатели крови, исследование выпота из брюшной полости, определение микрофлоры влагалища. Некоторой части больных выполнялось инструментальное обследование в виде ультразвукового исследования органов брюшной полости и малого таза.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи прикладной программы STATISTICA 10.0 (производитель StatSoft Inc., США). Проверка выборки на соответствие нормальному распределению проводилась с помощью показателей асимметрии и эксцесса (Skewness, Std. Err. Skewness, Kurtosis, Std. Err. Kurtosis), критериев Колмогорова и Шапиро–Уилка. Все количественные данные соответствовали нормальному распределению и представлены в виде среднего и стандартного отклонения ( $M \pm \sigma$ ), для некоторых данных использовали значение медианы (Me). с определением интерквартильного размаха.

Рис. 1. Распределение больных по срокам обращения в больницу.



### Результаты и обсуждение

Острый первичный пельвиоперитонит может встречаться у детей любого возраста. Наиболее часто болеют девочки дошкольного и младшего школьного возраста, с пиком заболеваемости от 3 до 8 лет [3, 6, 13].

Возраст наших исследуемых больных колебался в широких пределах – от 1 года 4 мес. до 14 лет 8 мес. (таблица). Подавляющим большинством были девочки от 3 до 10 лет – 58 (82,9%), среди них в группе от 6 до 10 лет находилось 37 (52,9%) детей.

Больные поступали в хирургический стационар в разные сроки от начала заболевания: половина больных обратилась за медицинской помощью в первые 12 ч с момента появления первых жалоб, а в течение 24 ч – обратилось 57 (81,4%) детей (рис. 1).

Первичный пельвиоперитонит чаще всего манифестирует с абдоминального болевого синдрома, боли, как правило, локализуются в нижних отделах живота, носят постоянный характер. Температура тела в начале заболевания обычно повышается до субфебрильных цифр, среди диспептических расстройств преобладают тошнота и рвота. Так как для попадания гнойного секрета в брюшную полость и вовлечения в воспалительный процесс брюшины, в данном случае, не требуется перфорация органа, то клиническая картина быстро прогрессирует. Болевой синдром становится разлитым, интенсивным, появляются перитонеальные симптомы, гипертермия может достигать до 39,0–40,0°C [1, 2, 4, 10, 13].

В нашем случае, заболевание у всех 70 детей началось с острых болей в области живота. Болевой синдром в дебюте носил разную интенсивность: от умеренно выраженных до резких приступообразных болей; но спустя несколько часов приобретал постоянный характер. У 14 (20%) детей болевой синдром был единственной жалобой при обращении в приемное отделение. Повышение температуры тела в анамнезе отмечалось у 33 (47,1%) детей, при этом у большей части больных ( $n=25$ ) отмечалась субфебрильная дихорадка, у 4 – фебрильная и у 4 – пиретическая.

Рвота наблюдалась у 24 (34,3%) больных, при этом у 15 из них она носила многократный характер. Сочетание болевого синдрома, рвоты и гипертермии отмечено у 13 (18,5%) детей. У 11 (15,7%) детей на момент обращения в стационар родители жаловались на начало выделений из половых путей, что соответствует данным литературы о необходимости данного симптома в клинической картине пельвиоперитонита [3, 13] (рис. 2).

На момент осмотра детским хирургом состояние 66 (94,2%) детей оценивалось как средней степени тяжести, 4 детей поступили в тяжелом состоянии. Тя-

жесть состояния больных, в основном, была обусловлена выраженностью болевого и интоксикационного синдромов; максимальное значение температуры тела на момент осмотра составило 40,0°C. При пальпации живота определялись отставание в акте дыхания и болезненность, при этом у 39 (55,7%) больных наибольшая болезненность локализовалась в правой подвздошной области, у 15 (21,3%) – в лонной области, у остальных 23% больных определялась болезненность во всех отделах живота. Симптомы раздражения брюшины были положительными на момент поступления у 42 (60%) детей.

При поступлении в детское хирургическое отделение в 65,7% случаев (n=46) выставлялся диагноз – острый аппендицит, 7 (10%) детей госпитализировались с диагнозом перитонита; у одного больного параллельно подозревалась правосторонняя нижнедолевая пневмония. Лишь у 17 (24,3%) девочек после первичного осмотра детского хирурга предварительным диагнозом был выставлен первичный пельвиоперитонит.

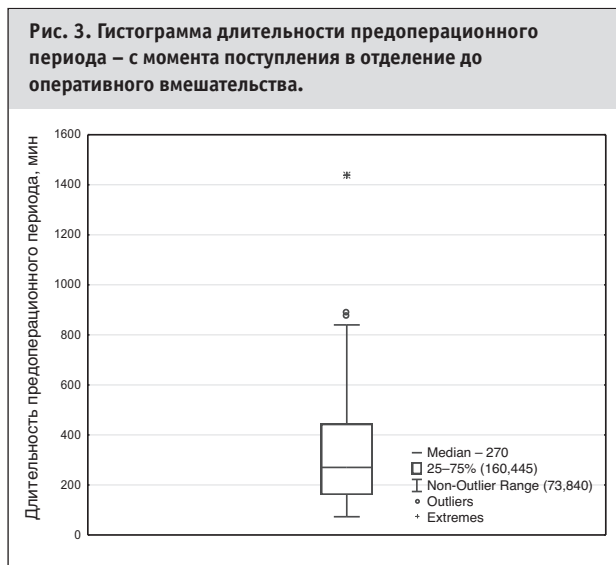
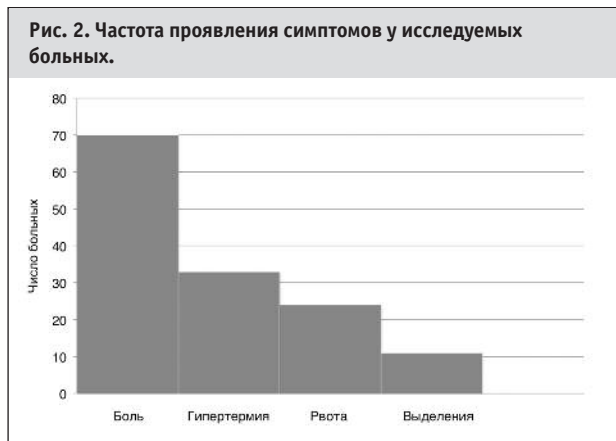
Всем детям был выполнен общий анализ крови в первый час после обращения в приемное отделение. У 50 (71,5%) детей был выявлен лейкоцитоз, с максимальным значением  $30 \times 10^9 / \text{л}$ ; увеличение СОЭ более 20 мм/ч было зарегистрировано у 12 детей. При этом у 20 (28,5%) девочек показатели общего анализа крови соответствовали возрастным нормам.

Ультразвуковое исследование брюшной полости и органов малого таза, по мнению многих авторов, должно проводится всем девочкам с болями в нижних отделах живота, и зачастую играет важную роль в дифференциальной диагностике пельвиоперитонита. Эхографическая картина может быть представлена утолщением стенки матки и маточных труб, увеличением их размеров, наличием секрета в просвете. Кроме того, важное значение имеет наличие выпота в полости малого таза, его характер и количество [14–16]. В нашей группе ультразвуковое исследование было проведено 27 (38,5%) больным. Чаще всего описание эхографического исследования не выявляло патологии в исследуемых зонах (n=17), у 9 девочек определялось наличие свободной жидкости в полости малого таза и между петлями кишечника, количество которой колебалось от 30 мл до 250 мл; у 1 больного был выявлен мезаденит.

63 (90%) ребенка подверглись оперативному вмешательству в разные сроки с момента обращения, при этом 20 детей были оперированы в течение 3 ч после госпитализации в стационар (рис. 3).

Интраоперационно во всех случаях обнаруживали типичный липкий, тянущийся, пенистый выпот, характер которого у 16 детей определялся как серозный, а у 47 – гнойный. Количество выпота тоже разнилось: от скудного до 250 мл. Изменения со стороны органов малого таза достоверно определить удавалось не всегда. Чаще всего наблюдались гиперемия и отек маточных труб с характерным отделяемым из их просвета; у 1 больной был обнаружен грязно-коричневый налет на фимбриях, еще у одной с длительно текущим гнойным процессом в полости малого таза развились спайки маточных труб. У 3 больных определялось увеличение брыжеечных лимфатических узлов.

У 98% больных (n=62) после визуальной оценки изменений червеобразного отростка выполнялось удаление последнего. Лишь у одной девочки в нашем наблюдении оперативное вмешательство было ограничено санацией брюшной полости без аппендэктомии. Патогистологическое исследование у 56 детей установило наличие острого катарального ап-



пендицита или хронического аппендицита с обострением по типу катарального, у 3 детей – признаки флегмонозной и гангренозной стадии воспаления. У 3 больных при исследовании аппендикса описание соответствовало норме.

Группу детей, которым не проводилось оперативное вмешательство, составили девочки с локальным болевым синдромом в лонной области, слизистогнойными выделениями из половых путей и отсутствием выпота при эхографическом исследовании. Данной группе больных назначалась комплексная консервативная терапия.

Антибактериальная терапия проводилась всем 70 детям. Наиболее часто применялись препараты группы цефалоспоринов и аминогликозидов, реже пенициллины и карбопенемы. У 21 (30%) больного ограничивались назначением одного антибиотика, у 43 (61,4%) больных – двух и у 6 (8,6%) больных ситуация требовала назначения 3 и более препаратов. При этом наиболее частой комбинацией было применение цефалоспоринов и аминогликозидов (50%).

Консультация гинеколога проводилась лишь 10 (14,3%) больным, из них 8 девочек осматривались либо при поступлении в приемное отделение, либо в ДХО в послеоперационном периоде. После осмотра гинекологом в приемном отделении диагноз острой гинекологической патологии всегда исключался, у 1 девочки в послеоперационном периоде был выставлен гнойный вульвовагинит. В двух случаях гинеколог вызывался в операционную: у 1 больного были обнаружены гематометра и гематоцервикс, у другого – выраженный гнойно-серозный тазовый перитонит с множеством рыхлых спаек.



Вопрос о консультации гинекологами девочек с абдоминальным болевым синдромом все еще остается открытым: данные некоторых авторов свидетельствуют об обязательном осмотре гинекологами всех девочек при болях в гипогастрии. Одно можно утверждать точно, учитывая трудности дифференциальной диагностики первичного пельвиоперитонита, а также возможные осложнения после перенесенного заболевания, необходимо тесное взаимодействие на госпитальном этапе между детскими хирургами и гинекологами. Хронические тазовые боли, хронические формы ВЗОМТ, нарушения менструального цикла, эктопия и невынашивание беременности, бесплодие – все эти возможные последствия диктуют необходимость передачи этой группы девочек под наблюдение гинеколога после выписки из стационара [1, 2, 6, 9–11].

### Заключение

В целом, проблема диплококкового перитонита у детей остается нерешенной по многим аспектам. Несмотря на относительную изученность данной проблемы в отечественной литературе, дифференциальная диагностика пельвиоперитонита с другими острыми хирургическими заболеваниями детского возраста все еще затруднена. Клинические проявления и данные лабораторно-инструментальных методов исследования не позволяют достоверно диагностировать данное заболевание. Еще одним спорным вопросом все еще остаются критерии выполнения аппендэктомии, необходимость которой оспаривается разными авторами. Учитывая возможные осложнения, девочки после перенесенного диплококкового перитонита составляют группу риска по развитию нарушений функций репродуктивной системы, что говорит о необходимости совместного ведения данной группы больных детскими хирургами и гинекологами.

### Литература/References

1. Петлах В.И., Коновалов А.К., Константинова И.Н., Сергеев А.В., Беляева О.А., Окулов Е.А. Лечебно-диагностический алгоритм при абдоминальном болевом синдроме у девочек. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2012. – № 2 (1). – С. 65–71. / Petlakh V.I., Konovalov A.K., Konstantinova I.N., Sergeev A.V., Beljaeva O.A., Okulov E.A. Algorithm for diagnostic and treatment at abdominal painful syndrome at girls. Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care. 2012; 2 (1): 65–71. [in Russian]
2. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Яцык С.П., Гераскина С.Г. Боли в животе у девочек, связанные с гинекологической патологией: ошибки диагностики и лечения. Педиатрическая фармакология. – 2014. – Т. 11. – № 4. – С. 23–28. / Sibirskaia E.V., Adamyana L.V., Yatsyk S.P., Geras'kina S.G. Abdominal pains in girls associated with a gynecological pathology: failures of diagnosis and treatment. Pediatricheskaya Farmakologiya. 2014; 11 (4): 23–28. [in Russian] <https://doi.org/10.15690/pf.v11i4.1059>
3. Козулина Н.В., Паршиков В.В., Бирюков Ю.П., Обрядов В.П., Рожденикин Е.А., Дикущина Е.А., Дорохина И.А. Диагностика и лечение осложненного аппендицита тазовой локализации и острой гинекологической патологии в детском возрасте. Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – С. 51–58. / Kozulina N.V., Parshikov V.V., Biryukov Yu.P., Obryadov V.P., Rozhdenkin E.A., Dikushina E.A., Dorokhina I.A. Diagnostika i lechenie oslozhnennogo appenditsita tazovoi lokalizatsii i ostroi ginekologicheskoi patologii v detskom vozraste. Sovremennye Problemy Nauki i Obrazovaniya. 2015; 6: 51–58. [in Russian]
4. Кохреидзе Н.А., Кутушева Г.Ф., Красногорский И.Н. Особенности течения гнойных воспалительных процессов придатков матки, осложненных вторичным аппендицитом, у девочек. Детская хирургия. – 2012. – № 1. – С. 31–34. / Kokhreidze N.A., Kutusheva G.F., Krasnogorsky I.N. Peculiarities of pyogenic inflammatory processes in uterine

- adnexit complicated by secondary appendicitis in girls. Detskaya Khirurgiya. 2012; 1: 31–34. [in Russian]
5. Султонов Ш.Р., Расулов С.С., Рахмонов Ш.Дж., Гуриев Х.Дж. Диагностика и лечение острых заболеваний органов малого таза у детей. Здравоохранение Таджикистана. – 2017. – № 3 (334). – С. 65–72. / Sultonov Sh.R., Rasulov S.S., Abdulloev M.F., Rahmonov Sh.J. Diagnosis and treatment of acute diseases of pelvic at children. Zdravookhranenie Tadjikistana. 2017; 3 (334): 65–72. [in Russian]
  6. Чундокова М.А., Смирнов А.Н., Дронов А.Ф., Аль-Машат Н.А., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Голованев М.А., Холостова В.В. Пельвиоперитонит и сальпингит у девочек при синдроме «острого живота». Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – № 3 (1). – С. 32–39. / Chundokova M.A., Smirnov A.N., Dronov A.F., Al-Mashat N.A., Zalihin D.V., Mannanov A.G., Golovanev M.A., Kholostova V.V. Pelvioperitonit salpingitis and girls with the syndrome of "acute abdomen". Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care. 2013; 3 (1): 32–39. [in Russian]
  7. Fein DM, Sellinger C, Fagan MJ. Acute salpingitis in a nonsexually active adolescent. Pediatr Emerg Care. 2015; 31 (12): 853–5. doi:10.1097/PES.0000000000000631.
  8. Адамян Л.В., Глыбина Т.М., Сибирская Е.В., Исаев А.А., Поддубный И.В., Богданова Е.А., Витман Е.А. Гинекологическая патология у детей и подростков как причина абдоминального синдрома. Ошибки диагностики и лечения. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2010. – № 1. – С. 79–88. / Adamyana L.V., Glybina T.M., Sibirskaia E.V., Isaev A.A., Poddubnyi I.V., Bogdanova E.A., Vitman E.A. Hynecoloqucan pathology in children and ten ages as a reason abdominal syndrome. Errors of diagnostic and treatment. Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care. 2010; 1: 79–88. [in Russian]
  9. Карасева О.В. Острый живот в практике педиатра. Педиатрическая фармакология. – 2011. – Т. 8. – № 5. – С. 21–27. / Karaseva O.V. Acute abdominal pain in pediatric practice. Pediatricheskaya farmakologiya. 2011; 8(5): 21–27. [in Russian]
  10. Чукреев А.В., Цап Н.А., Огарков И.П. Лапароскопия – принципиальный выбор в лечении первичного перитонита у девочек. Новые технологии в детской хирургии. – 2014. – 268–272. / Chukreev A.V., Tsap N.A., Ogarkov I.P. Laparoskopiya – printsipial'nyi vybor v lechenii pervichnogo peritonita u devochek. Novye tekhnologii v detskoj khirurgii. 2014: 268–272. [in Russian]
  11. Петлах В.И., Константинова И.Н., Коновалов А.К., Сергеев А.В., Беляева О.А., Окулов Е.А. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в практике детского хирурга. Врач. – 2012. – № 1. – С. 3–7. / Petlakh V., Konovalov A, Konstantinova I, Sergejev A, Belyaeva O. Diagnosis and treatment of gynecological diseases in a pediatric surgeon's practice. Vrach. 2012; 1: 3–7. [in Russian]
  12. Kielly M, Jamieson MA. Pelvic inflammatory disease in virginal adolescent females without tubo-ovarian abscess. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2014; 27 (1): 5–7. doi:10.1016/j.jpag.2013.04.012.
  13. Поддубный И.В., Фаткина О.А., Глыбина Т.М., Сибирская Е.В. Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек. Детская хирургия. – 2013. – № 2. – С. 45–51. / Poddubnyi I.V., Fat'kina O.A., Glybina T.M., Sibirskaia E.V. Appendicular genital syndrome in girls. Detskaya khirurgiya. 2013; 2: 45–51. [in Russian]
  14. Bauman D. Diagnostic methods in pediatric and adolescent gynecology. Endocr Dev. 2012; 22: 40–55. doi: 10.1159/000326633.
  15. Naffaa L, Deshmukh T, Tumu S, Johnson C, Boyd KP, Meyers AB. Imaging of acute pelvic pain in girls: ovarian torsion and beyond. Curr Probl Diagn Radiol. 2017; 46 (4): 317–329. doi: 10.1067/j.cpradiol.2016.12.010.
  16. Султонов Ш.Р., Расулов С.С., Абдуллоев М.Ф., Гуриев Х.Д. Роль УЗИ и видеолaparоскопии в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей. Вестник Авиценны. – 2018. – Т. 20. – № 1. – С. 30–36. / Sultonov S.R., Rasulov S.S., Abdulloev M.F., Guriev K.J. The role of ultrasound and videolaparoscopy in diagnosis and treatment of acute surgical diseases of the abdominal cavity organs in children. Vestnik Avitsenny. 2018; 20 (1): 30–36. [in Russian] doi: 10.25005/2074-0581-2018-20-1-30-36

### Сведения об авторе:

**Шидаков Ислам Хусеинович** – врач – детский хирург детского хирургического отделения, Республиканское государственно бюджетное лечебно-профилактическое учреждение «Республиканская детская многопрофильная больница, Черкесск; ORCID: 0000-0002-2066-1944