

– Kirov, 2013. – P.303-311. (in Russian)

3. Diev E.V., Labunets V.A., Shnayder S.A., Dieva T.V. The urgent problems of dental implantation in the connection to the concept of complex implantologic aid in Ukraine // *Innovacii v stomatologii*. – 2014. – №2. – P.72-77. (in Ukrainian)

4. Diev E.V., Labunets V.A., Shnayder S.A., Dieva E.E. The peculiarities of the statistic data handling of timekeeping measurements of the duration of denture production at the work quota setting for the specialists in dentistry // *Galyc'kyj likars'kyj visnyk*. – 2014. – Vol. 21. №4. – P.107-109. (in Ukrainian)

5. *Zabloc'kyj Ja. V* The implantation at fixed prosthetics – L'viv: Gal Dent, 2006. – 156 p. (in Ukrainian)

6. Labunets V.A. The principles of the theoretical planning and organization of orthopedic stomatological aid at the present stage of its development: monograph. – Odessa, 2006. – 427 p. (in Ukrainian)

7. Labunec V.A., Grygorovych V.R. The methodological aspects of the unified system of record, control of work of dentists-orthopedists and dental technicians in Ukraine: procedural recommendations – Odesa, 1999. – 12 p. (in Ukrainian)

8. Marcelat R. The application of CAD/CAM technology at the prosthetics on implants with screw fixation // *Implantologija Parodontologija Osteologija*. – 2014. – №1. – P.12-18. (in Ukrainian)

9. The order of the MH of Ukraine №507 dated from 28.12.2002 "On the ratification of the standards of medical aid and quality indices of medical aid. (in Ukrainian)

10. The order of the MH of Ukraine №566 dated from 23.11.2004 "On the ratification of the protocols of medical aid on the specialties "dental orthopedics", "preventive dentistry", "dental surgery", "orthodontics", "pediatric preventive dentistry", "pediatric dental surgery". (in Ukrainian)

11. Bereznicki Tom. The prosthetics on implants. Naturalness // *Dental'naya implantologiya i khirurgiya*. – 2013. – №2(11). – P.30-34. (in Russian)

12. Rossi G., Donnini F., Di Alberti L., et al. Zirconium crowns with the support on implant with screw fixation. 12-months investigation // *Implantologija, Parodontologija, Osteologija*. – 2011. – №4. – P.36-37. (in Ukrainian)

Информация об авторах:

Диев Евгений Вячеславович – к.м.н., Украина, 65026, г. Одесса, ул. Ришельевская, 11; Диева Татьяна Васильевна – к.м.н., Украина, 65026, г. Одесса, пер. Валеховский, 2, e-mail: diev777@mail.ru

Information About the Authors:

Diiev Evgeniy V. – MD, PhD, Odesa, street of Rishel'evskaja 11, Ukraine; Diieva Tat'yana V. – MD. PhD, 65026 г. Odessa, side-street of Valehovskij, 2 Ukraine, e-mail: diev777@mail.ru

© БАРИНОВ С.В., РАЗДОБЕДИНА И.Н., БЛАУМАН Е.С. – 2016

УДК: 616.9-097.036

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ГИГАНТСКОЙ МИОМЫ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Сергей Владимирович Баринов¹, Ирина Николаевна Раздобедина², Екатерина Сергеевна Блауман¹

¹Омский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков;

²Омская областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. К.Л. Полежаев)

Резюме. Миома матки в настоящее время представляет собою актуальную проблему здравоохранения, что обусловлено широкой распространённостью данной патологии, трудностями своевременного выявления и выбора лечебной тактики. В статье описан опыт органосохраняющего лечения беременной пациентки с множественной миомой матки больших размеров с перешеечным расположением узлов, деформирующей плодный пузырь.

Ключевые слова: множественная пришеечная миома матки, беременность, клинический случай.

COMPLEX TREATMENT OF MULTIPLE GIANT UTERINE FIBROIDS DURING PREGNANCY

S.V. Barinov¹, I.N. Razdobedina², E.S. Blauman¹

(Omsk State Medical University, Russia; Maternity Hospital of Omsk Regional Clinical Hospital, Russia)

Summary. Uterine fibroid is, at present, the actual health problem because of its wide spreading, difficulties in the timely identification and selection of treatment tactics. The article shows the experience of organ-preserving treatment of pregnant women with multiple large myoma of the uterus with isthmus nodes location, deforming the amnion.

Key words: multiple uterine fibroids, myoma, isthmus, pregnancy, clinical case.

Впервые миомэктомия во время кесарева сечения и извлечение плода была проведена в 1913 г. в Англии, что послужило началом серии органосохраняющих операций [5]. Установлено, что операция кесарево сечение и одномоментная миомэктомия является безопасным и предпочтительным вариантом оперативного лечения беременных женщин с миомой матки, желающих сохранить репродуктивную функцию [9]. Наше клиническое наблюдение при совокупности показаний к субтотальной гистерэктомии, демонстрирует опыт успешного органосохраняющего лечения.

Пациентка С., повторнобеременная, первородящая, 38 лет, с благоприятным анамнезом и осложненным акушерским анамнезом, поступила 11.12.2015 в родильный дом Омской областной клинической больницы для обследования и выработки тактики родоразрешения. Был выставлен диагноз: беременность 32-33 недели, краевое предлежание плаценты, тазовое предлежание плода; истмиоцервикальная недостаточность, коррекция акушерским пессарием (от 07.10.2015 г.), множественная миома матки больших размеров с комбинированным ростом узлов с перешеечным расположением

узлов, кондиломатоз шейки матки вторичное бесплодие 14 лет, первородящая в 38 лет, анемия легкой степени тяжести. Предыдущие беременности: 1-я – медицинский аборт в 7 недель в 1996 г., 2-я – настоящая. Из *anamnesis morbi* известно, что миома матки была обнаружена на диспансерном приеме в 2013 г., пациентка за медицинской помощью не обращалась.

Течение и осложнения настоящей беременности. Первое УЗИ в сроке 10 недель беременности: по задней стенке миоматозный узел 48x52 мм, ограниченный с полостью матки и деформирующий полость; по передней стенке узел 13x11 мм; ближе к перешейку на границе с полостью узел 15x13 мм; в области перешейка по задней стенке интерстициально-субсерозный узел 39x31 мм; по левому ребру матки аналогичный узел 26x29 мм (рис. 1).

УЗИ в сроке 19 недель беременности: краевое предлежание плаценты; по стенке матки ближе к дну миоматозный узел, деформирующий плодное яйцо, диаметром до 55 мм; в проекции перешейка миоматозные узлы диаметром 20 мм, 18 мм; по задней стенке в проекции перешейка субсерозный узел диа-

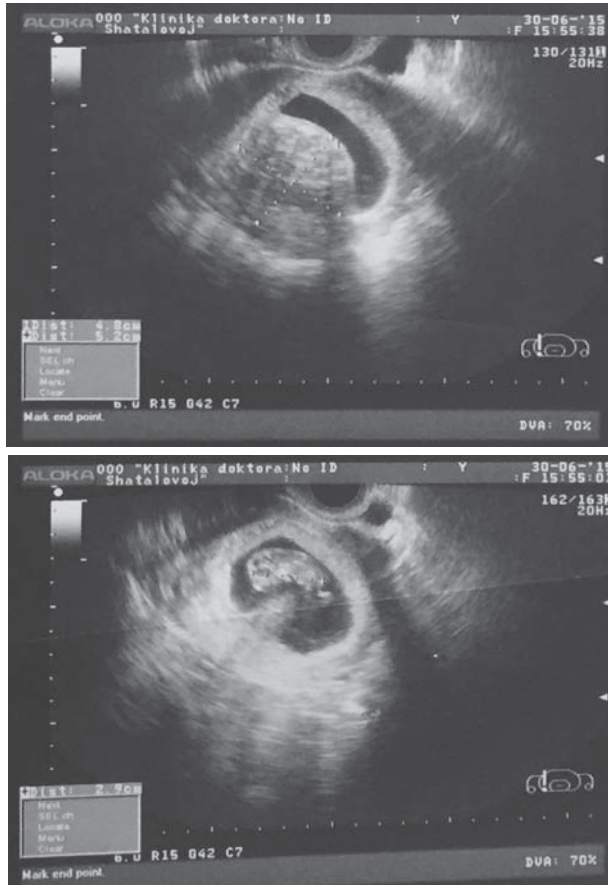


Рис. 1. Акушерское УЗИ в сроке 10 недель по размеру плода.

метром 55 мм; кровоток в структуре узлов умеренный, диффузный (IP 0,59). Рекомендовано постановка акушерского pessария с целью профилактики угрожающих преждевременных родов на фоне миомы матки, препараты желтого тела, а также дородовая госпитализация в сроке 32-33 недели. В сроке 24 недели установлен акушерский pessарий «доктора Арабина».

В сроке 31-32 недели по данным УЗ-исследования сохраняется краевое предлежание плаценты, тазовое предлежание плода, отмечен рост миоматозных узлов в динамике от 5 до 10 мм каждый узел. При поступлении в 32-33 недели в стационар выявлялось тазовое предлежание плода массой 2002 гр.; сохранялось краевое предлежание плаценты; между плацентой и стенкой матки определялись множественные сосудистые локусы, не позволявшие исключить приращение плаценты. Шейка матки длиной 23 мм. По передней стенке матки определялся миоматозный узел, росший в полость матки размерами 57x43x45 мм.

Учитывая краевое предлежание плаценты, миому матки с перешеечным расположением узлов, беременную решено родоразрешать путем операции кесарево сечение в плановом порядке. Пациентка обследована в отделении наблюдения, срок беременности пролонгирован до 34-35 недель. Проведена предоперационная подготовка, зарезервировано 3 дозы эритроцитарной массы и плазмы соответствующей группы крови и резус-фактора, эластичное бинтование ног.

Хирургическая техника операции. Анестезия регионарная спинальная, доступ по Пфанненштилю. После извлечения плода матка выведена в рану. До отделения плаценты произведена билатеральная перевязка маточных сосудов на уровне внутреннего зева. Плацента расположена по заднебоковой стенке, вплотную прилежит к внутреннему зеву, отделилась, удалена за пуповину. Для профилактики гипотонического кровотечения в мышцу матки введен 1,0 мл окситоцина. На углы раны на матке наложены отдельные швы. В зоне разреза на матке, имевшийся субсерозный узел 1 типа 2x2 см, удален. В полости матки по задней стенке ближе к дну имеется субмукозный узел 1 типа 4x5 см.

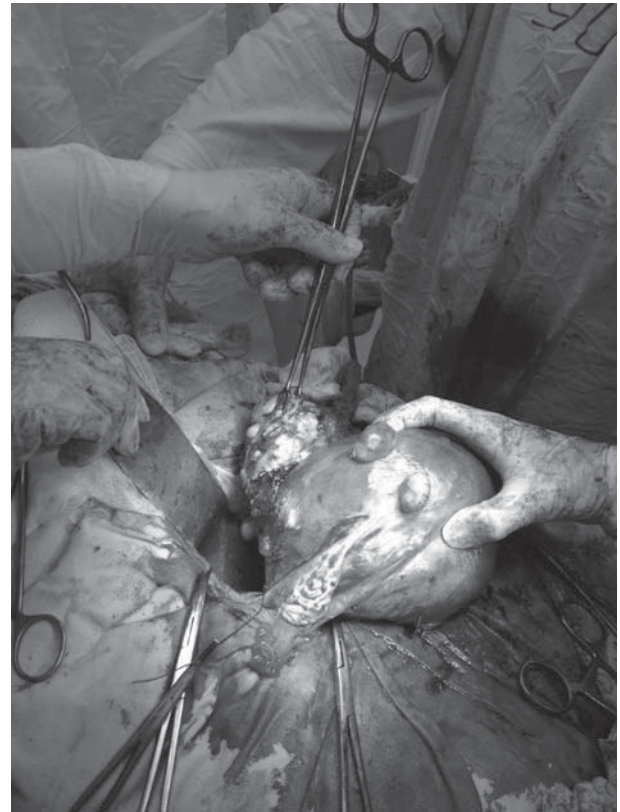


Рис. 2. Экстериоризация матки после извлечения плода. На щипцы Мюзо взят миоматозный узел в области перешейка.

Произведена миомэктомия, ложе прошито отдельными викриловыми швами. Наложены надплацентарные наружные серозно-мышечные сборочные гемостатические швы по задней поверхности матки. По задней поверхности имеется субсерозный узел 1 типа с шеечно-перешеечным расположением 5x6 см. Узел выделен и удален, ложе прошито отдельными викриловыми швами. К области швов подведена гемостатическая губка. Удалены 2 субсерозных миоматозных узла 0 типа 2x2 см по задней стенке и в дне. Ложе узлов прошито отдельными викриловыми швами. В полость матки введен маточный баллон для управляемой баллонной тампонады. Матка ушита двурядным викриловым швом. Перитонизация за счет пузырно-маточной складки. Обнаружен эндометриоз левого яичника с гематомой ткани. Произведена резекция яичника. Выраженный эндометриоз перешеечной и позадишеечной области, париетальной брюшины. Брюшная стенка послыно ушита наглухо. Во влагалище по проводнику введен влагалищный модуль Жуковского. Общая кровопотеря составила 800 мл, реинфузия составила 300 мл.

Диагноз после операции: роды первые и преждевременные при беременности 34-35 недель, краевое предлежание плаценты, субсерозная миома матки 1 типа больших размеров с шеечноперешеечным расположением узла, множественная субсерозная миома матки 0 типа средних размеров, субмукозная миома матки больших размеров 1 типа, ножное предлежание плода; истмиоцервикальная недостаточность, коррекция акушерским pessарием, анемия легкой степени, кондиломатоз шейки матки, вторичное бесплодие 14 лет, распространенный наружный эндометриоз, эндометриоз левого яичника, перешеечной и позадишеечной области, париетальной брюшины, первородящая в 38 лет. Чревосечение по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом, билатеральная перевязка маточных сосудов, гемостатический наружный серозно-мышечный надплацентарный сборочный шов на матку. Миомэктомия, ушивание левого яичника, постановка двухбаллонного акушерского катетера Жуковского (патент № 2492880), реинфузия крови аппаратом «Cell Saver[®]» 300 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 7-е сутки.

Дискуссия. В современном этапе женщины обращаются

за медицинской помощью, когда миома матки, как правило, уже представляет собой проблему ввиду большого размера, симптоматики и осложнений [15]. Лейомиома матки – это гормонозависимая опухоль [8,10]. Образование и рост лейомиомы связан со сложным взаимодействием стероидных гормонов и их рецепторов в миометрии и опухоли посредством комплекса факторов, влияющих на процессы пролиферации, апоптоза и ангиогенеза. С началом беременности меняется содержание половых стероидных гормонов в локальном кровотоке матки [3]. Увеличение объема узлов в первые 8 недель беременности может быть связано с клеточной гиперплазией и гипертрофией. С 8-й недели беременности и до её окончания полностью блокируется клеточная гиперплазия в миоматозных узлах, ускоряется гибель миоцитов в центральной зоне узлов. Изменение объема миоматозных узлов в эти сроки связано с отёком ткани, нарушениями гемо- и лимфоциркуляции, деструктивными изменениями и некрозом [1,14]. Известно, что до 10-й недели беременности и в начале второго триместра наблюдается наибольший рост миомы [2,13] от 12±6% до 25% в среднем от первоначальных размеров [6,11]. В третьем триместре миома, как правило, не имеет значительного роста или наблюдается уменьшение ее размеров, что связано с уменьшением эстроген-зависимой регуляции [12].

Миома матки в 30,0% случаев является причиной послеоперационного гипотонического кровотечения [7], поэтому ряд авторов настаивает, что обнаружение подслизистых миоматозных узлов в области плацентарной площадки является абсолютным показанием к надвлагалищной ампутации матки [4]. Одномоментное кесарево сечение и миомэктомию – наиболее предпочтительный вариант, если для проведения данной комплексной операции соблюдены все условия. Миомэктомия позволяет избежать субинволюции матки, которая встречается в 35% в послеродовом послеопераци-

онном периоде [14]. Также, с экономической точки зрения, предотвращение последующей операции (миомэктомии после кесарево сечения) сохраняет финансы для женщины и органа здравоохранения.

В качестве профилактики интраоперационного гипотонического кровотечения нами использовались медикаментозные и хирургические приемы в комплексе: билатеральная перевязка маточных сосудов до отделения плаценты, инъекция вазопрессора в миометрий непосредственно и внутривенно капельно; модифицированный гемостатический наружно-маточный надплацентарный сборочный шов; управляемая баллонная тампонада.

Данный клинический случай демонстрирует подход к органосохраняющему лечению и родоразрешению пациентки с множественной миомой матки больших размеров, деформирующей плодный пузырь, с перешеечным расположением узлов, настойчиво желающей сохранить свою фертильную функцию. Мы считаем, что наш метод оправдал себя, и для каждой пациентки в каждом конкретном случае тактика должна определяться индивидуально и комплексно, но в приоритете органосохраняющих операций.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность наблюдения. Наблюдение не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в ведении клинического случая и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за упомянутые и использованные в описании клинического случая материалы.

Работа поступила в редакцию: 12.12.2015 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамьян Л.В., Андреева Е.Н., Артымук Н.В. и др. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. – М., 2015. – 100 с.
2. Айламазян Э.К. и др. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. Киселевич М.Ф., Киселевич М.М. Течение беременности и родов у женщин с артериальной гипотензией и миомой матки // *Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире.* – 2015. – № 9-3. – С.5-10.
4. Леуш С.С., Рощина Г.Ф. Актуальные вопросы лечения миомы матки // *Медицинские аспекты здоровья женщины.* – 2011. – №2. – С.44-46.
5. Мериакри А.В. Эпидемиология и патогенез миомы матки // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск).* – 1998. – Т. 13. №2. – С.8-13.
6. Aharoni A., Reiter A., Golan D., et al. Patterns of growth of uterine leiomyomas during pregnancy. A prospective longitudinal study. // *Br J Obstet Gynaecol.* – 1988. – Vol. 95. – P.510e13.
7. Chowdhury S., Rashid M. Successful Management of Massive Obstetric Haemorrhage due to Placenta Previa/Accreta-A Case Report // *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons.* – 2011. – Vol. 29. №1. – P.46-48.
8. Jauniaux E., Khan K.S. Caesarean myomectomy: Victor

- Bonney reports the first case in 1913 // *BJOG.* – 2014. – Vol. 121. №2. – P.193.
9. Fenn M.G., Isac M. Caesarean Myomectomy – A Versatile Procedure for Management of Fibroids at C. Section // *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences.* – 2015. – Vol. 4. №11. – P.1863-1866.
10. Parker W.H. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas // *Fertil Steril.* – 2007. – Vol. 87. №4. – P.725-736.
11. Parker W.H. Lecture at Annual Meeting of the American Society of Reproductive Medicine in Atlanta, GA. 2009. – URL: www.fibroidsecondopinion.com/fibroids-and-pregnancy.
12. Rosati P., Exacoustos C., Mancuso S. Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study // *J Ultrasound Med* – 1992. – Vol. 11. – P.511e15.
13. Vergani P., Ghidini A., Strobelt N., et al. Do uterine leiomyomas influence pregnancy outcome? // *Am J Perinatol.* – 1994. – Vol. 11. – P.356e8.
14. Zaima A., Ash A. Fibroid in pregnancy: characteristics, complications, and management // *Postgraduate medical journal.* – 2011. – Vol. 87 (1034). – P.819-828.
15. Zelop C.M., O'Reilly-Green C., Divon M.Y. Maternal pain and anxiety in genetic amniocentesis: expectation versus reality // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol. 19. – P.13.

REFERENCES

1. Adamyan L.V., Andreeva E.N., Artyuk N.V., et al. Uterine fibroids: diagnostics, treatment and rehabilitation. Clinical guidelines for the management of patients. – Moscow, 2015. – 100 p. (in Russian)
2. Ailamazyan E.K., et al. Obstetrics: National recommendations / Eds. E.K. Ailamazyan, V.I. Kulakov, V.E. Radzinsky, G.M. Saveleva. – Moscow: GEOTAR Media, 2012. (in Russian)
3. Kiselevich M.F., Kiselevich M.M. Course of pregnancy and childbirth for women with arterial hypotension and uterine myoma // *Fundamental and applied research in the modern world.* – 2015. – №9-3. – P.5-10. (in Russian)
4. Leusen S.S., Roshchina G.F. Topical issues of treatment of uterine fibroids // *Meditsinskie Aspekty Zdorovia Zhenschiny.* – 2011. – №2. – P.44-46. (in Russian)

5. Meriakri A.V. Epidemiology and pathogenesis of myoma uteri // *Sibirskij Medicinskij Zurnal (Irkutsk).* – 1998. – Vol. 13. №2. – P.8-13. (in Russian)
6. Aharoni A., Reiter A., Golan D., et al. Patterns of growth of uterine leiomyomas during pregnancy. A prospective longitudinal study. // *Br J Obstet Gynaecol.* – 1988. – Vol. 95. – P.510e13.
7. Chowdhury S., Rashid M. Successful Management of Massive Obstetric Haemorrhage due to Placenta Previa/Accreta-A Case Report // *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons.* – 2011. – Vol. 29. №1. – P.46-48.
8. Jauniaux E., Khan K.S. Caesarean myomectomy: Victor Bonney reports the first case in 1913 // *BJOG.* – 2014. – Vol. 121. №2. – P.193.
9. Fenn M.G., Isac M. Caesarean Myomectomy – A Versatile

Procedure for Management of Fibroids at C. Section // Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences. – 2015. – Vol. 4. №11. – P.1863-1866.

10. Parker W.H. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas // Fertil Steril. – 2007. – Vol. 87. №4. – P.725-736.

11. Parker W.H. Lecture at Annual Meeting of the American Society of Reproductive Medicine in Atlanta, GA. 2009. – URL: www.fibroidsecondopinion.com/fibroids-and-pregnancy.

12. Rosati P., Exacoustos C., Mancuso S. Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study

// J Ultrasound Med – 1992. – Vol. 11. – P.511e15.

13. Vergani P., Ghidini A., Strobelt N., et al. Do uterine leiomyomas influence pregnancy outcome? // Am J Perinatol. – 1994. – Vol. 11. – P.356e8.

14. Zaima A., Ash A. Fibroid in pregnancy: characteristics, complications, and management // Postgraduate medical journal. – 2011. – Vol. 87 (1034). – P.819-828.

15. Zelop C.M., O'Reilly-Green C., Divon M.Y. Maternal pain and anxiety in genetic amniocentesis: expectation versus reality // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 19. – P.13.

Информация об авторах:

Баринов Сергей Владимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2, адрес: 644043, г. Омск, ул. Ленина 12, тел. (3812) 24-06-58, e-mail: barinov_omsk@mail.ru; Раздобедина Ирина Николаевна – заведующий отделением наблюдения родильного дома, 644011, г. Омск, ул. Березовая, 3, e-mail: irina.razdobedina@yandex.ru; Блауман Екатерина Сергеевна – ординатор 2-го года обучения кафедры акушерства и гинекологии №2, e-mail: blauman-es@yandex.ru.

Information About the Authors:

Barinov Sergey V. – MD, PhD, DSc (Medicine), Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology №2 Omsk State Medical University, tel. (3821) 24-06-58, e-mail: barinov_omsk@mail.ru; Razdobedina Irina N. – head of the Department of observation in the maternity ward of the Omsk Regional Clinical Hospital, obstetrician-gynecologist, e-mail: irina.razdobedina@yandex.ru; Blauman Ekaterina – resident of the Department of Obstetrics and Gynecology №2 Omsk State Medical University, e-mail: blauman-es@yandex.ru.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ЗОБНИН Ю.В. – 2016

УДК 378

СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПЕРВЫХ ГОДАХ РАБОТЫ ИРКУТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА. ВЛАДИМИР ИОСИФОВИЧ АККЕРМАН – РЕДАКТОР ГАЗЕТЫ «ЗА ВРАЧЕБНЫЕ КАДРЫ»

Юрий Васильевич Зобнин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра внутренних болезней с курсом профессиональной патологии и военно-полевой терапии, зав. – к.м.н., доц. С.К. Седов, Иркутск, Россия)

Резюме. Представлено описание публикаций в иркутских средствах массовой информации о жизни студенчества накануне открытия Иркутского государственного университета и в первые годы его работы, а также после выделения некоторых факультетов в самостоятельные высшие учебные заведения. Отражение в прессе празднования пятнадцатилетия Восточно-Сибирского (Иркутского) государственного медицинского института, в том числе в сохранившемся выпуске газеты «За врачебные кадры» под редакцией профессора В.И. Аккермана.

Ключевые слова: Иркутский государственный университет, Восточно-Сибирский государственный медицинский институт, периодическая печать, газета «За врачебные кадры», Аккерман В.И.

MASS MEDIA ABOUT THE FIRST YEARS OF WORK OF IRKUTSK STATE UNIVERSITY. VLADIMIR IOSIFOVICH AKKERMAN – THE EDITOR OF THE «ZA VRACHEBNYE KADRY» NEWSPAPER

Yu. V. Zobnin

(Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. The description of publications in Irkutsk mass media about students life on the eve of opening of Irkutsk State University and in the first years of its work, and also after allocation of some faculties is presented to independent higher educational institutions. Reflection in the press of celebration of the fifteenth anniversary of the East-Siberian (Irkutsk) State Medical Institute, including in the remained issue of the «Za Vrachebnye Kadry» newspaper under edition of professor V.I. Akkerman.

Key words: Irkutsk State University, East-Siberian State Medical Institute, periodicals, «Za Vrachebnye Kadry» newspaper, Akkerman V.I.

В начале XX века быстрое индустриально-аграрное развитие Сибири и усиление темпов переселения в этот край поставили на повестку дня вопрос о расширении системы высших учебных заведений в восточной части Российского государства. Иркутская администрация и общественность города активно подключилась к обсуждению этого вопро-

са, поставив задачу: второй сибирский университет должен быть непременно в городе на Ангаре. В 1912 г. в Иркутске была создана специальная комиссия, которая решила ходатайствовать об открытии института экономического профиля. Это совпало с позицией видного государственного деятеля, министра финансов (1 января 1893 – 16 августа 1903),