

Иркутский государственный медицинский университет
Красноярская государственная медицинская академия
Монгольский государственный медицинский университет
Бурятский государственный университет

СИБИРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

85-летие ИГМУ

№ 7
октябрь
2004
ТОМ 48

Редакционная коллегия:

Главный редактор А.А. Майборода
Редактор Ц. Лхагвасурэн

Зам гл. редактора Т.П. Сизых

Члены редколлегии:

М.Д. Благодатский
Г.М. Гайдаров
Л.П. Игнатьева
В.И. Кулинский
И.В. Малов
С.Б. Пинский
Л.А. Решетник
Л.А. Усов

Отв. секретари:

Б. Солонго
Н.К. Сафроненко
С.И. Горшунова

Научно-практический журнал восемь номеров в год

1994–2004

Иркутск

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Иркутский государственный медицинский университет с 1994 г. вначале совместно с Алтайским государственным медицинским университетом, Красноярской государственной академией, Иркутским территориальным фондом обязательного медицинского страхования, а позже Монгольским государственным медицинским университетом и Бурятским государственным университетом издает научно-практический «Сибирский медицинский журнал» с 2004 до 8 номеров в год. Редакционный совет журнала возглавляет главный редактор – ректор, профессор А.А. Майборода, зам. главного редактора – профессор Т.П. Сизых и редактор – профессор Монгольского государственного медицинского университета Ц. Лхагвасурэн.

Журнал включает в себя научные обзоры, оригинальные исследования, разделы лекарственных растения, клинические лекции, вопросы педагогики, здоровья и практического здравоохранения, правовые и нравственные вопросы (с 2004 г.), случаи из практики, материалы здорового образа жизни и экологии, истории науки и здравоохранения, реферативные сообщения по защищенным диссертациям, рецензии и аннотации монографических изданий, информацию о состоявшихся симпозиумах, конгрессах, юбилейных датах ученых.

Надеемся, что тематика журнала будет способствовать повышению квалификации врачей и качества оказываемой медицинской помощи.

Публикация статьи платная из расчета до 8 страниц – 250 руб., свыше этого объема производится соответствующая предоплата.

Подписная годовичная цена журнала на 2004 год для учреждений – 500 руб., частного лица – 450 руб. Цена одного номера – 80 руб. Рассылка осуществляется наложенным платежом, по предоплате или по перечислению на расчетный счет:

Отделение Федерального казначейства по г.Иркутску (ИГМУ л/сч 06054437430) ГРКЦ ГУ Банка России по Иркутской области (ИНН 3811022096 КПП 381101001 ГОУ ОФК по г. Иркутску Иркутский государственный медицинский университет р/сч №40503810900001000003) БИК 042520001.

Рассылка журнала осуществляется наложенным платежом.

Наш адрес:

664003, Иркутск, ул. Кр. Восстания, 1, редакция журнала «Сибирский медицинский журнал».

Телефон редакции: 24-35-97, 39-31-85

Копии квитанций о почтовом переводе за публикацию статьи и за годовую подписку просьба присылать по адресу: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, а/я 22, зам. гл. редактора Т.П. Сизых.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Говорин А.В.	(Чита)
Нарантуяа С.	(Улан-Батор, Монголия)
Николаев С.М.	(Улан-Удэ)
Прохоренков В.И.	(Красноярск)
Клименков С.Б.	(Красноярск)
Шойко С.В.	(Иркутск)

Рефераты статей «Сибирского медицинского журнала» редколлегией ВИНТИ РАН публикуются в «Реферативном журнале». Серия Медицина.

«Сибирский медицинский журнал» с 2002 г. включен в перечень периодических научных и научно-практических изданий (Бюллетень ВАК, – 2002. – № 498) выпускаемых в Российской Федерации и рекомендуемых для публикаций результатов исследований диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

Территория распространения журнала – Российская Федерация, страны СНГ, зарубежные страны.

СОДЕРЖАНИЕ

Майборода А.А. От отделения и факультета до университета	6
--	---

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кулинский В.И., Минакина Л.Н., Гаврилов С.С., Гаврилова Т.В., Медведева Т.Н., Михельсон Г.В. Новые методы защиты от ишемии головного мозга	10
Горяев Ю.А., Казанцева Н.Ю., Калягин А.Н. Иркутская научная школа ревматологии	11
Кузнецова Н.П., Якубович А.И., Чащин А.Ю. Иркутская школа дерматовенерологов	12
Пинский С.Б., Белобородов В.А. Достижения и перспективы научных исследований в эндокринной хирургии ..	14
Мионов В.И., Фролов А.П. Опыт клиники общей хирургии в разработке проблем хирургической инфекции ...	15
Исаев Ю.С. Возможности судебно-медицинской экспертизы в аспекте применения авторских научных разработок	17
Васильев Ю.Н., Окладников В.И. Адаптационные реакции организма и тип личности	18
Шашкова О.Н., Изатулин В.Г., Воймова Ю.С., Провадо А.И., Изатулин А.В., Провадо Н.И. Стресс-индуцированная альтерация паренхиматозных органов при острых экзогенных отравлениях	19
Колесниченко Л.С., Валеева М.А. Влияние карбоцистеина на изменения в системе глутатиона печени, вызванные введением фарморубина и карбоплатина	21
Удвал Х., Васильева Л.С., Выборова И.С. Структура печени при стрессе и введении арабиногалактана	22
Нетесин Е.С., Голуб И.Е., Кузнецов С.М., Сидельников М.С. Интегральная оценка степени тяжести у больных с острыми кровотечениями	23
Квашин А.И., Пачерских Ф.Н., Портнягин А.Ф., Атаманов С.А. Рентгенохирургия легочного кровоотечения ..	25
Белобородов В.А., Антонов В.Н. Некоторые эндоскопические маркеры рецидива кровотечения из хронических гастродуоденальных язв	26
Антонов В.Н., Белобородов В.А. Эндоскопический гемостаз клипированием при кровотечениях различного генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта	27
Соколова С.В., Щербатых А.В., Кузнецов С.М., Большешапов А.А. Закономерности функционально-морфологических изменений оперированного желудка	28
Сорокина Л.В., Голуб И.Е., Шолохов Л.Ф., Белобородов В.А. Интраоперационное состояние процессов перекисного окисления липидов и функциональная активность системы антиоксидантной защиты у больных с острой кишечной непроходимостью	29
Протопопова Н.В., Сафонова О.М. Особенности гормональной адаптации и метаболизма при миоме матки у беременных и в послеродовом периоде	31
Кравчук Н.В., Протопопова Н.В., Хохлов В.П., Алексеева Л.Л. Особенности течения беременности и родов у пациенток низкого акушерского риска в зависимости от паритета	32
Сафонова О.М. Клинико-диагностическая оценка гематологических показателей у женщин с миомой матки во время беременности и после родоразрешения	33
Куперт М.А., Куперт А.Ф. О патогенезе эндометритов после родов	35
Шарифулин М.А., Бурдукова Н.В., Лапа В.А., Надирадзе О.В., Гумерова Е.В. Органосохраняющие операции при миоме матки	36
Куперт А.Ф., Акудович Н.В. Вульвовагинальный кандидоз и беременность	38
Гаврилова О.В., Четверикова Т.Д., Васильева Л.С. Эритроцитопротекторный эффект арабиногалактана при экспериментальной гемолитической анемии	39
Савченков М.Ф., Балабина Н.М., Зуева Т.Ф., Есева Ж.В. Железодефицитные состояния у небеременных женщин города Иркутска	40
Богданова Л.П., Балабина Н.М., Маслова Е.С. Железодефицитная анемия и беременность	41
Кузьмин А.А., Балабина Н.М., Хаптанова В.А., Жигалова О.В., Дульский В.А. Проблема железодефицитных анемий у лиц пожилого возраста в городе Иркутске	42
Балабина Н.М., Литвинцев А.Н., Кауров П.К., Шевченко Т.П., Середкин И.Б. Влияние содержания железа и	

аскорбиновой кислоты в суточном рационе взрослых на развитие у них железодефицитной анемии (ЖДА)	43
<i>Маслова Е.С., Горяев Ю.А., Балабина Н.М., Ивликова Н.Г.</i> Некоторые подходы к повышению качества лечения больных железодефицитной анемией (ЖДА)	44
<i>Сараева Н.О., Пономарева А.А.</i> Содержание тиреотропного гормона, гормонов щитовидной железы и кортизола у больных множественной миеломой	45
<i>Пачерских Ф.Н., Портнягин А.Ф., Квашин А.И., Атаманов С.А.</i> Легочная гемодинамика при хронических заболеваниях легких	46
<i>Баглушкин С.А.</i> Дисбаланс протеиназно-ингибиторной системы крови и перекисного окисления липидов у больных бронхиальной астмой	47
<i>Солонго Б.</i> Содержание в сыворотке крови диеновых конъюгатов, малонового диальдегида, показателя антиокислительной активности, супероксидаисмутазы и альфа-токоферола у больных не- и иммунной формами бронхиальных астм	49
<i>Орлова Г.М.</i> Оксидативный стресс при хронической почечной недостаточности	50
<i>Нимаева Д.Э., Сизых Т.П.</i> Терапия метформином и функциональное состояние печени у больных сахарным диабетом 2 типа	51
<i>Долбилкин А.Ю.</i> Степень обсеменности <i>Helicobacter pylori</i> у больных, страдающих хроническим гастритом, поступивших на санаторное лечение	53
<i>Шкуринская М.П., Сизых Т.П., Сонголов В.И., Полянская Л.А.</i> Исходное состояние детей с патологией желчевыводящих путей поступающих на санаторное лечение на курорт «Аршан»	54
<i>Ковалева Л.П.</i> Преимущества санаторно-курортного оздоровления больных хроническим холециститом над традиционным медикаментозным	55
<i>Сонголов В.И., Ковалева Л.П., Сизых Т.П., Сороковьякова Л.А., Лубсанова Л.Н.</i> Влияние санаторно-курортного лечения на сладж-синдром желчного пузыря у больных хроническим холециститом	56
<i>Кузнецова Н.П., Чащин А.Ю., Судакова О.Г., Шоболова С.С.</i> Особенности патогенеза и клинического течения фотодерматозов в Восточной Сибири	57
<i>Николайчук С.В., Быков Ю.Н., Черных М.А.</i> Внешняя ритмическая стимуляция в коррекции сенсомоторных нарушений у больных с сосудистыми заболеваниями мозга	58

ОБРАЗ ЖИЗНИ, ЭКОЛОГИЯ

<i>Сонголов Г.И.</i> Буйство стихий в Тункинской долине	60
<i>Раднаев Г.Г., Охремчук Л.В.</i> Значение витаминно-микроэлементных комплексов в улучшении состояния здоровья критических групп населения	62
<i>Осипенко Б.Г., Полякова Л.О.</i> Использование проспективного контролируемого наблюдения в эпидемиолого-гигиенических исследованиях	63
<i>Сизых Т.П., Портнягина Е.В., Портнягин А.Ф.</i> Изменения здоровья у лиц, подвергшихся неблагоприятным техногенным воздействиям	65
<i>Воропаев А.В.</i> О необходимости усиления эпидемиологического надзора за авариями с экспозицией крови у медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях Иркутской области	67

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Чалов А.Л., Геллер Л.Н.</i> Построение региональной ЕСМФИ на основе информационных технологий	69
<i>Федорова Н.В., Геллер Л.Н.</i> Анализ системы лекарственного обеспечения ЛПУ Иркутской области	70
<i>Силин А.П.</i> Актуальные проблемы гематологической службы Иркутской области	71
<i>Панферова Р.Д.</i> Проблемы развития нефрологической службы в Иркутской области	72
<i>Брегель А.И.</i> Организация и становление эндоскопической службы в клинике общей хирургии	74
<i>Скворцов М.Б., Кожевников М.А., Боричевский В.И., Ипполитова Н.С.</i> Пластика пищевода тонкой кишкой у детей с рубцовыми стриктурами пищевода	75
<i>Холодова Л.Н., Протопопова Н.В., Кравчук Л.А., Шарифулин М.А.</i> Модель специализированной помощи женщинам с климактерическими расстройствами	76
<i>Субботина М.В.</i> Способ лечения и профилактики рецидивов папилломатоза гортани у детей	77

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

<i>Симонов К.А., Силин А.П., Третьякова М.А.</i> Стоматологическая помощь больным гемофилией	79
--	----

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Блохина Н.Н.</i> Кафедра философии в истории ИГМУ	81
<i>Шантуров А.Г., Гайдаров Г.М.</i> Иркутский государственный медицинский институт в годы Великой отечественной войны	82

<i>Четверикова Т.Д., Непомнящих С.Ф., Гуцол Л.О.</i> Прошлое, настоящее и будущее кафедры патофизиологии	83
<i>Симонова Е.В., Киборт Р.В.</i> История развития кафедры микробиологии	84
<i>Седов С.К., Зобнин Ю.В.</i> Кафедра внутренних болезней с курсами профессиональной патологии и военно-полевой терапии: становление и развитие	86
<i>Зобнин Ю.В.</i> Преподавание клинической токсикологии в Иркутском государственном медицинском университете: история и перспективы	88
<i>Щербатых А.В., Реут А.А., Кузнецов С.М.</i> Становление и развитие кафедры факультетской хирургии Иркутского государственного медицинского университета	89
<i>Голуб И.Е., Абрамович Г.М., Сорокина Л.В.</i> Становление и развитие кафедры анестезиологии и рениматологии Иркутского государственного медицинского университета	91

ПЕДАГОГИКА

<i>Васильева Л.С., Украинская Л.А., Иванова Л.А.</i> Пути повышения эффективности самоподготовки и текущего контроля знаний студентов	93
<i>Неделько Н.Ф., Исаев Ю.С., Алексеев И.В.</i> Психолого-педагогические аспекты организации, управления самостоятельной работой и формирования познавательного интереса и профессиональной ориентации у студентов	94
<i>Яновский Л.М.</i> Конспектирование лекций – важный процесс самоорганизации обучения студентов	95
<i>Губина Л.П.</i> Управление учебно-познавательной деятельностью студентов в медицинском вузе, роль в этом процессе практических занятий	97
<i>Зеленин Н.Р., Григорьев Е.Г., Пак В.Е., Апарцин К.А., Садохина Л.А.</i> Студенческий научный кружок госпитальной хирургии: история становления, итоги и перспективы деятельности	98
<i>Рудых Н.М., Кузнецова Н.П.</i> Повышение мотивации к изучению специальности через исследовательскую работу студентов в СНК на кафедре дерматовенерологии	99
<i>Чичкалюк В.А., Белогоров С.Б., Атаманюк А.Б.</i> Создание и развитие курса психологии и педагогики в Иркутском государственном медицинском университете	100
<i>Малов И.В., Воропаев А.В., Исаев Ю.С.</i> О подготовке специалистов по медицинскому праву в ИГМУ	101
<i>Окладников В.И., Стефаниди А.В., Божьев Е.Н.</i> О необходимости мультidisциплинарного подхода к преподаванию мануальной терапии	103
<i>Кравчук Л.А., Куперт А.Ф., Бурдукова Н.В., Шарифулин М.А., Лабыгина А.В.</i> Обучающие приемы в изучении гинекологии на 5 курсе медицинского университета	104
<i>Абрамович Г.М., Голуб И.Е., Сорокина Л.В.</i> Постдипломное преподавание анестезиологии и рениматологии в Иркутском государственном медицинском университете: настоящее и будущее	105

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

<i>Музалевская Л.В., Воропаев А.В., Исаев Ю.С., Диллис А.С.</i> О правовой валидации кодекса врачебной деонтологии	107
--	-----

© МАЙБОРОДА А.А. –

ОТ ОТДЕЛЕНИЯ И ФАКУЛЬТЕТА ДО УНИВЕРСИТЕТА

А.А. Майборода

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – проф. А.А. Майборода)

Резюме: В статье представлена история образования и развития Иркутского государственного медицинского университета. 27 октября 2004 года ИГМУ исполнилось 85 лет.

Главный итог за 85 лет: работают 8 факультетов, преподавателями которых подготовлены 35 тысяч врачей и провизоров. Создан научный кадровый потенциал не только для университета, но и для СО РАМН, Иркутского института усовершенствования врачей и НИИ медицинского профиля. В настоящее время на 71 кафедре университета преподавание осуществляют 85 докторов и 300 кандидатов наук, которые обучают около 4 тысяч студентов.

Ключевые слова. Иркутский государственный медицинский университет, история, 85-летие, стратегия.

Иркутский государственный медицинский университет родился 26 августа 1919 года в виде медицинского отделения при физико-математическом факультете. Медицинское отделение выделилось в самостоятельную учебно-административную единицу – 20 января 1920 года как медицинский факультет Иркутского университета. В силу целого ряда обстоятельств традиционно сложилась дата годовщины университета – 27 октября.

27 октября 2004 года Иркутскому государственному медицинскому университету исполнилось 85 лет.

Нам повезло на основателей университета. Это были старые русские интеллигенты, по существу, элита Казанской медицинской школы. У колыбели ИГМУ мы видим профессора Н.Д. Бушмакина – крупнейшего анатома и организатора: он был ректором университета и первым ректором Хабаровского медицинского института; профессора Н.Т. Шевякова – биолога с мировым именем; профессора Н.А. Синакевича – хирурга первой руки; профессора В.А. Донского, с приездом которого начался музей патологии; профессоров С.И. Тимофеева, М.П. Михайлова, А.Д. Сперанского, Н.Н. Топоркова, М.С. и А.С. Малиновских и других. Их было немного, всего 15 профессоров к началу 1921 года. Но эти люди вписали прекрасную страницу в нашу историю и заложили фундамент традиций, без которых университет не мог состояться.

Сегодня мы воспринимаем как пример бескорыстного служения делу инициативу и действия профессора Н. Д. Бушмакина, который для сохранения медицинского факультета, когда у государства не было денег на содержание вуза, в трудный 1922 год, предложил работать бесплатно. Поражает традиция громадной ответственности перед будущим института, ответственности за качество его будущих преподавателей. Из воспоминаний профессора Х.Г. Ходоса мы узнаем, что отношения между преподавателями и студентами были демократическими, преподаватели очень быстро

выявляли потребности, устремления и способности своих учеников. На последнем курсе студенту Х.Г. Ходосу были сделаны предложения остаться на кафедрах, эти предложения исходили от четырех ведущих кафедр. Дело было поставлено так, что талант не мог остаться незамеченным, а когда его замечали и находили, то создавали условия для его развития. Ошибались редко. Кстати, врач Х.Г. Ходос приступил к работе на кафедре и в клинике на второй день после выпускных экзаменов. Существовала удивительная по теперешним временам традиция выдвижения на заведование кафедрой. Сегодня претендент на заведование сам подает документы и сам претендует на заведование. Думаю, что такая смена традиций – следствие того, что мир становится прагматичным, но менее рациональным.

Традиции ответственности за будущее вуза, за качество его преподавателей закреплялись конкретными делами. В 1921 году было организовано научное медицинское общество, в январе 1922 года – студенческое научное общество им. И.И. Мечникова, а в 1925 году учреждена аспирантура. В 1923 году состоялась первая в истории учебного заведения защита докторской диссертации.

Медицинский факультет в составе университета занимал большой удельный вес по кадровому потенциалу, по научной продукции и подготовке кадров. Достаточно сказать, что в 1928 году на факультете насчитывалось 24 профессора, 46 доцентов и ассистентов, 21 ординатор и 11 аспирантов. Из 163 научных работ, изданных университетом, 40 – медицинских. По научным дисциплинам они распределялись следующим образом: медицина – 40, право – 24, экономика и статистика – 14, психология и патология – 10, зоология – 8, математика, астрономия и физика – 6, химия – 5. К 1930 году медицинский факультет выпустил более 600 врачей, но этого количества было недостаточно для покрытия потребностей региона. К 1930 году назрела

необходимость выделиться факультету в самостоятельный институт. Такая возможность была подготовлена почетным трудом сотрудников факультета. Таким образом, к 1930 году была проделана громадная работа по созданию новых подразделений, без которых невозможно хорошо учить, хорошо лечить и с надеждой смотреть в будущее. После образования институт стал расширяться, появились медико-профилактический, стоматологический и педиатрический факультеты, что было ответом на кадровые запросы Сибири.

Рост численности студентов шел быстрее, чем рост численности преподавателей. Эта тенденция сохранилась до недавнего времени, ведь только сегодня мы учимся считать и оценивать оптимальные условия труда и управления. Но несмотря на то, что преподаватели института всегда работали с перегрузкой, интенсивно развивались научные направления с учетом потребности местного населения и краевой патологии.

Неоценим вклад преподавателей института в дело лечения раненых во время второй мировой войны, когда в госпиталях Иркутска получили помощь более 100 тысяч раненых. Иркутский гарнизонный военный госпиталь, над которым шефствовали клиники медицинского института, считался образцовым среди медицинских учреждений военного округа.

В послевоенные годы Восточная Сибирь стала гигантской строительной площадкой, что потребовало участия ученых-медиков в оценке условий труда и влияния факторов производства на состояние здоровья рабочих.

Строительство Байкало-Амурской магистрали поставило перед коллективом института новые задачи по изучению медико-биологических проблем и оказанию специализированной медицинской помощи. Эти задачи сотрудники Иркутского медицинского института блестяще решили под руководством академика К.Р. Седова.

Самоотверженность, гуманизм, готовность решать самые трудные проблемы, быть там, где страна не может обойтись без врачей — эти черты были всегда присущи коллективу Иркутского медицинского университета с момента его основания.

Главный же итог 85 лет: есть добротный восьмифакультетный медицинский университет, в котором за годы его деятельности подготовлено более 35 тысяч врачей и провизоров, который ежегодно дает Сибири и Дальнему Востоку более 500 врачей и провизоров. Создан научный и кадровый потенциал не только для университета, но и для ВСНЦ СО РАМН, ГИДУВа и НИИ медицинского профиля. В настоящее время на 71 кафедре университета преподавание осуществляют 85 докторов наук и 300 кандидатов наук; обучается около 4 тысяч студентов.

Стратегия качества подготовки врача, которую мы начинаем исповедовать, заставляет просчитать оптимальное соотношение студентов и преподавателей, гармонизировать эти показатели с состоянием материально-технической базы института. Теория организации труда и управления считает оптимальным соотношением 1:5, что, по существу, является международным стандартом, но пока для нас — невыполнимым условием.

Основной задачей, стоящей перед администрацией университета, является координация деятельности по повышению качества подготовки выпускаемых специалистов. Для решения этой задачи необходимо проведение следующих мероприятий:

- объективная оценка состояния и потенциала вуза и его юридического статуса (Сертификат государственной аттестации. Лицензия на право образовательной деятельности);
- кадровое обеспечение;
- подготовка студентов и обеспечение прямых связей с органами практического здравоохранения;
- компьютеризация учебного процесса;
- подготовка специалистов для зарубежных стран;
- планомерный переход на учебные планы международного стандарта.

Таким образом, весь комплекс качеств и характеристик сделал возможным переход медицинского института (в мае 1995 г.) в новое качественное состояние — медицинский университет. Тому свидетельством ряд документов.

ПРИКАЗ от 16.05.95 «О переименовании высших учебных заведений Российской Федерации»

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 11.09.92, № 1691-р, постановлением Совета Министров Правительства Российской Федерации от 23.10.93, № 1083 «Об утверждении Положения о Государственном комитете Российской Федерации по высшему образованию» и протокола заседания Правительственной комиссии по выдаче разрешений на использование наименований «Россия», «Российская Федерация» от 28 марта 1995 г., № 3

ПРИКАЗЫВАЮ: Переименовать Иркутский государственный медицинский институт в Иркутский государственный медицинский университет.

Председатель В.Г. Киселев.

В настоящее время университет имеет все необходимые государственные документы для успешного продолжения своей деятельности.

Лицензию на право ведения образовательной деятельности в сфере профессионального образования за № 24 Г-1843 от 10 июня 2002 г.;

Свидетельство о государственной аккредитации за № 0657 от 29 июля 2002 г. и др.

Подготовка кадров остается приоритетной задачей университета. Объективные обстоятельства и условия для роста острепенности кадров в вузе сыграли свою положительную роль. Впервые в истории нашего университета среди профессорско-преподавательского состава более 70 % сотрудников имеют ученые степени. Среди них 85 профессоров и докторов наук, 300 доцентов и кандидатов наук. Сохраняя традиции основателей учебного заведения, в стенах университета, как и в прежние времена, работает НСО им. И.И. Мечникова, которое плодотворно трудится в области первичной подготовки научных сотрудников. При университете — собственные советы по защите докторских и кандидатских диссертаций.

Основным достижением юбилейного года следует считать открытие в ИГМУ новой базовой специальности высшего профессионального образования «Сестринское дело», с квалификацией выпускника — «Менеджер

лечебного учреждения». Согласно приказа Минздрава РФ № 267 от 16.08.2002 г., выпускники этого факультета получают возможность допуска к работе по таким должностям как заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, главная медицинская сестра, заведующий организационно-методическим отделом, отделом медицинской статистики, заместитель главного врача больницы по организации внебюджетной деятельности. Спрос на новую специальность превзошел ожидания. В 2004 г. принятого на первый курс 93 студента на дневную и очно-заочную форму подготовки.

В течение 44 лет Иркутский медицинский университет готовит специалистов для зарубежных стран. За это время подготовлено около 500 врачей для 25 стран Азии, Африки, Европы, Латинской Америки. Обучение иностранных студентов в университете проводится по пяти специальностям: лечебное дело, педиатрия, стоматология, медико-профилактическое дело, фармация; после окончания предоставляется возможность прохождения 1-, 2-годичной ординатуры по избранной специальности. Диплом Иркутского медицинского университета дает право на врачебную деятельность во всех 25 странах.

Мы видим идеал в том, чтобы студент, обучающийся в медицинском университете, знал место и профиль своей будущей работы. К сожалению, мы далеки от 100 % реализации такой практики. Причин тому много, среди которых основными являются относительно небольшое количество престижных мест для распределения (это, в основном, центральные, областные города) и отсутствие у выпускников идеологии о том, что только в районах можно получить обширную практику и о том, что они там нужны. Тем не менее, просчитывая, что ситуация изменится, мы уже подготовили и реализуем структуры индивидуальной подготовки студентов и врачей.

Очевидно, что в деле подготовки студентов вуза сегодня невозможно обойтись без использования вычислительной техники. Поэтому вопросы компьютеризации учебного процесса всегда были в университете приоритетными. В вузе планомерно ведется работа по обеспечению компьютерной грамотности студентов, повышению квалификации преподавателей в области информатики и вычислительной техники, а также широкое использование компьютерной технологии обучения. Для решения этих вопросов мы прошли первый этап — создания исходной материальной базы. Сегодня около ста вычислительных машин — отдел компьютеризации и несколько специализированных компьютерных классов, — позволяют довольно продуктивно работать в этом направлении.

Все аспекты лечебной работы медицинского университета (профилактическая, консультативная, диагностическая, лечебная), которая осуществляется сотрудниками клинических кафедр главным образом 3 факультетов (лечебного, педиатрического и стоматологического), их совместная работа с органами и учреждениями практического здравоохранения Иркутской области являются одним из важнейших разделов в деятельности Иркутского медицинского университета. Базами клинических кафедр являются 140 специализированных отделений крупнейших областных и городских лечебно-профилактических учреждений

с общей численностью более 8000 коек. Основными клиническими базами университета являются собственные клиники, которые располагают 525 койками (главный врач - проф. Г.М. Гайдаров), областная клиническая больница на 1000 коек (главный врач — П.Е. Дудин), городская клиническая больница № 1 (главный врач — Л.А. Павлюк), областная детская клиническая больница (главный врач — В. М. Селиверстов), городская детская клиническая больница (главный врач — Т.И. Ляшенко) и др.

На протяжении всех 85 лет своего существования Иркутский медицинский университет успешно решал вопросы подготовки и повышения квалификации врачебных кадров, внедрения в практику здравоохранения результатов собственных научных исследований и новейших достижений медицинской науки, разработки актуальных проблем клинической медицины с учетом запросов практического здравоохранения, развития центров специализированной медицинской помощи, а также непосредственного участия в консультативной, диагностической и лечебной работе. Говоря о замечательных ученых и талантливых педагогах, работавших и работающих в стенах Иркутского медицинского университета, необходимо подчеркнуть их личный вклад в совершенствование и развитие медицинской помощи, их высочайшее профессиональное врачебное мастерство. Они не только создали известные в стране научные школы и направления, но и, в совершенстве владея врачебным искусством, исцелили и спасли жизни сотням тысяч своих больных. Память о прекрасных ученых-клиницистах — профессорах К.П. Сапожкове, В.Г. Шипачеве, З.Т. Сенчилло-Явербаум, Х.Г. Ходосе, А.И. Соркиной, Е.И. Беляеве, М.С. Каплуне, З.Г. Франк-Каменецком, И.М. Круковере, С.И. Вайсе, И.С. Сумбаеве, Б.Д. Добычине, К.К. Алкалаеве, Р.А. Хургиной, С.Т. Чекане, Б.Н. Цибеле и многих других — будет всегда жить в сердцах сотрудников, многочисленных учеников и благодарных больных.

Одним из важнейших факторов, способствующих повышению качества и эффективности совместной работы медицинского университета с органами практического здравоохранения, является подготовка высококвалифицированных специалистов. Последипломная подготовка врачебных кадров осуществляется в интернатуре, ординатуре, путем усовершенствования и специализации по всем основным медицинским специальностям. В соответствии с приказом МЗ РФ и решением ученого совета ИГМУ с 1 сентября 1997 г. при Иркутском медицинском университете организован факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов. На факультете, наряду со всеми формами последипломной подготовки, осуществляется предсертификационная подготовка и прием квалификационного экзамена на сертификат специалиста.

Сегодня Иркутский медицинский университет представляет собой крупное образовательное учреждение университетского типа, реализующее образовательно-профессиональные программы различного уровня подготовки специалистов. В университете сосредоточены учебные подразделения, которые обеспе-

чивают завершённый цикл подготовки специалистов для системы практического здравоохранения и научно-исследовательской работы. По уровням подготовки они включают довузовское образование (подготовительное отделение), высшее медицинское образование, послевузовское образование и подготовку научно-педагогических кадров. Последипломное обучение в интернатуре реализуется по 27, а в клинической ординатуре — по 41 врачебным специальностям. Подготовка научно-педагогических кадров в аспирантуре и докторантуре осуществляется по 32 научным специальностям.

Ведущие специалисты нашего университета являются главными штатными и внештатными специалистами областного и городского комитетов по здравоохранению, возглавляют более 30 межобластных, областных и городских центров специализированной медицинской помощи.

На протяжении всех лет своего существования Иркутский государственный медицинский университет не только готовил кадры, но и непосредственно осуществлял лечебно-консультативную помощь населению Бурятской Республики, Тувы, Республики Саха и других регионов Сибири и Дальнего Востока.

Среди новых проблем, возникших перед нами в связи с преобразованием в университет, одной из главных является повышение качества преподавания и выход на уровень международных стандартов.

Однако качество врача зависит не только от знаний, умений, навыков, но и от фундаментальных черт натуры человека. Сегодня наша молодежь лишена не только объективных рецептов, но и исходной информации о главном вопросе жизни, о смысле бытия. Мы все нуждаемся в научных разработках понятия «нрав-

ственные нормы», учитывая, что это традиционные формы отношений, выполнение которых — необходимое условие счастья каждого человека. Другими словами, «нравственные нормы» — это мера в системе отношений «человек — человек», «человек — общество», за которую нельзя переступить, ибо это невыгодно всем.

В конечном счете нравственность, как основа человеческих отношений, важнее государственного устройства: ибо при человеческом благоразумии допустим любой добропорядочный строй, а в обратном случае, при ослаблении и шкурничестве, невыносима любая форма демократии. Нравственные нормы диктуют нам правила. Наши обязательства всегда должны превышать предоставленную нам свободу.

В медицинском университете мы не имеем права потерять ни здравый смысл, ни человеческие чувства, поэтому идея нравственного воспитания должна быть первостепенной в работе не только кафедр общественных дисциплин, но и пронизывать работу студентов на каждой кафедре.

Навыки здорового образа жизни, умение управлять собственным здоровьем должны быть введены в разряд предметов, обязательных для обучения каждого врача, также как проблема «Человек и качество жизни» должна стать главным направлением научной и практической деятельности университета, поскольку эта проблема выходит далеко за рамки интересов здравоохранения и уже сегодня тезис: «Здоровье — основное качество жизни» должен стать показателем жизни общества в новой России. Решение поставленных задач позволит нам организовать работу так, чтобы выпускник Иркутского медицинского университета стал образцом профессионализма, работоспособности, физически и нравственно здорового человека.

FROM THE MEDICAL DEPARTMENT AND FACULTY UP TO THE UNIVERSITY

A.A. Maiboroda

(Irkutsk Medical University)

The Education history of the Medical State University is represented in the article. The State medical University will be 85 years in 27 of October 2004. The main results for 85 years are:

There are eight faculties, the teachers of which prepared 35 000 doctors and provisers. There is the scientific and working staff not only for the University but for the Russian Academy of medical Sciences and the Irkutsk Institute for Medical advanced Studies and scientific research institutes of medical profile.

Presently there are 85 Doctors of science and 300 candidates of science who teach nearly 4000 of students at the 71 departments.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КУЛИНСКИЙ В.И., МИНАКИНА Л.Н., ГАВРИЛОВ С.С., ГАВРИЛОВА Т.В., МЕДВЕДЕВА Т.Н., МИХЕЛЬСОН Г.В. –

НОВЫЕ МЕТОДЫ ЗАЩИТЫ ОТ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В.И. Кулинский, Л.Н. Минакина, С.С. Гаврилов, Т.В. Гаврилова, Т.Н. Медведева, Г.В. Михельсон

(Кафедра биохимии ИГМУ, зав. – проф. В.И. Кулинский)

Резюме. Приведены основные результаты 12-летних исследований кафедры по увеличению толерантности к полной глобальной ишемии головного мозга (ИГМ). Разработаны 3 экспериментальных подхода: использование агонистов рецепторов ингибиторных нейротрансмиттеров, нейролептиков – антагонистов дофаминовых D2-рецепторов и разных видов гипоксического прекондиционирования (ГПК). Все они показали высокую защитную эффективность. Целесообразно внедрение результатов в клинику.

Ключевые слова. Полная глобальная ишемия мозга, эксперимент, фармакологическая коррекция, кафедра биохимии ИГМУ.

В последние годы признана малая клиническая эффективность лекарств, увеличивающих церебральный кровоток. Наиболее популярными средствами в исследованиях по профилактике и терапии ишемии головного мозга (ИГМ) стали нейропротекторы – вещества, непосредственно защищающие нейроны. В наших экспериментах 1992–2004 гг. был установлен профилактический нейропротекторный эффект (НПЭ) ингибиторных нейротрансмиттеров (ИНТ) и особенно селективных агонистов их рецепторов, нейролептиков и гипоксического прекондиционирования (ГПК). В настоящей работе обобщены наши основные результаты и обсуждены их перспективы.

В работе использованы ИНТ и наиболее селективные в настоящее время агонисты и антагонисты их рецепторов и КатФ-каналов, всего 103 вещества. Апробированные в литературе дозы и сроки уточняли в собственных исследованиях, что позволило подобрать оптимальные условия для наших экспериментальных животных. Исследования проведены на 8400 мышах. Сравнивали периферическое и интрацеребровентрикулярное введение. Полная глобальная ишемия головного мозга моделировалась декапитационным методом Lowry с регистрацией продолжительности гаспинга (агонального дыхания) по секундомеру. Измерение температуры ядра тела проводили электротермометром в нисходящей ободочной кишке на глубине 3,5 см, температуры коры головного мозга – через трепанационные отверстия в черепе на глубине 2 мм. Термoneйтральные условия создавали помещением мышей в термостат при +30–32° С, локальное согревание головы – тепловым облучением. В ряде серий измеряли общий мозговой кровоток по водородному клиренсу или с ^{99m}Tc пертехнетатом. Прекондиционирование ИГМ осуществляли путем использования моделей всех 4 основных типов гипоксии. Все результаты подвергали статистическому анализу с использованием критериев U, F, t для связанных и несвязанных выборок, τ , χ^2 , проводили регрессионный анализ.

В 1992–2003 гг. мы установили, что при наиболее тяжелой форме ИГМ – полной и глобальной – аденозин, ГАМК и катехоламины обладают выраженным НПЭ, который соответственно реализуется через аде-

нозиновые A₁-рецепторы, ГАМК_A и ГАМК_B-рецепторы и α 2-адренорецепторы. Селективные агонисты A₁ (циклопентиладенозин, ADAC), ГАМКА (мусцимол, THIP), ГАМК_B (баклофен) и α 2-рецепторов (гуанфацин, гуанабенз) оказались наиболее активными: они увеличивали толерантность к ИГМ в 2–5 раз.

По сравнению с подкожным введение агонистов рецепторов в желудочек головного мозга были в среднем на 2 порядка эффективнее. Вещества, хорошо проникающие через гематоэнцефалический барьер, намного более активны, чем плохо проникающие. Введение в мозг малых доз антагонистов рецепторов блокирует НПЭ подкожно введенных агонистов. Это доказывает, что агонисты прямо действуют на головной мозг. Так как специальные опыты показали, что они не влияют или снижают общий мозговой кровоток, очевидно, что агонисты действуют на сами нейроны головного мозга, то есть действительно являются нейропротекторами.

В 2003–2004 гг. мы установили, что ряд антипсихотиков (нейролептиков) – антагонистов дофаминовых D2-рецепторов обладают столь же высоким НПЭ. Это показано для как типичных (перфеназин, галоперидол), так и нетипичных (клозапин) нейролептиков. Активность этих веществ, очевидно, не связана с блокадой серотониновых 5-HT₂-рецепторов, так как их селективные антагонисты (кетансерин, миансерин и SB 204741) не или слабо защищают от ИГМ.

Как агонисты рецепторов ИНТ, так и D2-антагонисты обладают высоким гипотермическим эффектом (ГТЭ), который тесно коррелирует с их НПЭ. В термoneйтральных условиях и при локальном согревании головного мозга НПЭ снижается или даже исчезает. Очевидно, ГТЭ – проявление толерантной стратегии организма, свойственной не только простым организмам, но и млекопитающим, включая человека. Значение этой стратегии для толерантности к различным экстремальным состояниям мы установили ранее.

В 2002–2004 гг. мы обнаружили, что гипоксическое прекондиционирование (ГПК, легкая гипоксия перед ишемией) значительно увеличивает устойчивость к ИГМ. Этот НПЭ воспроизводится при всех типах гипоксии (гипоксической, циркуляторной, гемической)

и тканевой/гистотоксической), вызываемых как физиологическими (пребывание в гермокамере, кровопускание), так и химическими (NaNO_2 , CoCl_2 , NiCl_2 , ингибитор сукцинатдегидрогеназы K_2 -малонат) воздействиями. Использование селективных блокаторов позволило выявить молекулярные механизмы этих НПЭ. Мы установили значение эндогенного аденозина, стимуляции им или селективными агонистами как аденозиновых A_1 -рецепторов, так и КАТФ-каналов — как плазматической мембраны, так и митохондриальных. Нами впервые выявлено, что все формы ГПК также коррелируют с развитием гипотермии.

Таким образом, широкий спектр очень разных профилактических процедур: агонисты рецепторов ИНТ, антипсихотики и разные типы ГПК, — эффективно защищают нейроны от ИГМ. Получен ряд данных, что в этих эффектах важную роль играют такие молекулярные механизмы, как активация или блокирование специфических рецепторов, а при ГПК и введении аденозина или циклопентиладенозина — и активация калий-АТФ-зависимых каналов.

THE NEW METHODS OF PROTECTION FROM BRAIN ISCHEMIA

V.I. Kulinsky, L.N. Minakina, S.S. Gavrilov, T.V. Gavrilona, T.N. Medvedeva, G.V. Mikhelson
(The Chair of Biochemistry of ISMU)

Agonists of inhibiting neurotransmitter receptors, neuroleptics and different types of hypoxic preconditioning possess the high neuroprotective effect in complete global cerebral ischemia. The Mechanisms of these effects have been revealed. It is Expediently to inculcate these results in clinical practice.

© ГОРЯЕВ Ю.А., КАЗАНЦЕВА Н.Ю., КАЛЯГИН А.Н. —

ИРКУТСКАЯ НАУЧНАЯ ШКОЛА РЕВМАТОЛОГИИ

Ю.А. Горяев, Н.Ю. Казанцева, А.Н. Калягин

(Кафедра пропедевтики внутренних болезней ИГМУ, зав. — проф. Ю.А. Горяев)

Резюме. В статье представлены ключевые вехи истории Иркутской научной школы ревматологии.

Ключевые слова. Ревматология, научная школа, Иркутск.

Иркутская научная школа ревматологии (ИНШР) возникла в 1959 г., сразу после организации НИИ Ревматологии АМН СССР. Её основоположником был академик АМН К.Р. Седов, под его руководством были выполнены кандидатская и докторская диссертации Ю.А. Горяевым, кандидатские диссертации по ревматологии Г.И. Орловой, А.В. Кораиди, Г.П. Гуртовой, З.А. Киселёвой, А.В. Козлитиним. При участии К.Р. Седова завязались тесные творческие контакты с НИИ Ревматологии АМН, что положительно сказалось на научных исследованиях и становлении ИНШР. С 1971 г. руководит ИНШР профессор Ю.А. Горяев. За 45 лет сложилось два основных научных направления: 1) эпидемиология ревматических заболеваний (РЗ) (разработка методики эпидемиологических исследований, эпидемиология ревматизма, анкилозирующего спондилоартрита (АС), урогенного реактивного артрита (УРеА); 2) профилактика и реабилитация больных ревматизмом. В последние 5 лет добавилось третье направление, очень актуальное в наше время, возглавляемое ученицей профессора Ю.А. Горяева, д.м.н. Л.В. Меньшиковой — изучение остеопороза.

Результаты этих исследований опубликованы в виде статей в 24 центральных московских журналах, сделано 14 докладов на зарубежных конгрессах и симпозиумах, подготовлено 4 кандидата наук, одна работа подана на защиту.

Для медицины привлекательна высокая эффективность изученных нами веществ и воздействий: по сравнению с базальным уровнем лучшие вещества в 4-5 раз увеличивают толерантность головного мозга к ишемии. Не менее важно, что высокий эффект получен на самой тяжелой модели ИГМ — полной и глобальной, когда весь головной мозг превращается в «сердцевину» ишемического поражения. В клинике полная и глобальная ишемия характерна для таких патологических явлений как тяжелая аритмия или полная блокада сердца, тяжелый коллапс или шок, утопление, интоксикация ингибиторами цикла Кребса и/или дыхательной цепи (цианды и др.). Анализ полученных результатов свидетельствует о перспективности разработанных нами подходов для клиники.

Первое направление научных исследований является ведущим. Впервые в стране проведено эпидемиологическое исследование ревматизма. Разработана методика эпидемиологического исследования ревматизма, первые эпидемиологические критерии его диагностики, методика проспективного эпидемиологического исследования ревматизма. Предложены и научно обоснованы факторы риска (ФР) развития ревматизма, представлены данные о его распространённости в Иркутской области в сопоставлении с отчётными данными (Ю.А. Горяев). В 1971 г. в г. Иркутске проведена первая Российская конференция по эпидемиологии неинфекционных заболеваний.

Впервые в стране проведено когортное исследование ревматизма (В.И. Кустов). Предложена методика такого исследования в ревматологии, определены её преимущества и недостатки. Разработаны оригинальные подходы к оценке экспозиции действия неблагоприятных факторов. Впервые проведено проспективное эпидемиологическое исследование ревматизма и ФР на протяжении 20 лет (В.Г. Пустозёров). Показано значимое снижение распространённости и заболевае-

мости ревматизма в г. Иркутске, уменьшение влияния таких ФР, как стрептококковое окружение и социально-бытовые условия. Изучено неблагоприятное влияние на заболеваемость ревматизмом перемешивания стрептококковой инфекции и снижения иммунологической реактивности в период адаптации строителей БАМа (С.М. Елоза). Впервые в России получены доказательства участия HLA-антигенов в детерминации предрасположенности к ревматизму и формированию клинического полиморфизма заболевания. Установлена связь между антигенами HLA и некоторыми иммунологическими показателями при ревматизме (Н.Ю. Казанцева). Показана роль генетической предрасположенности и стрептококкового окружения в развитии семейного ревматизма (Т.К. Верхозина). Генетические исследования выполнялись на базе НИИ Ревматологии АМН СССР. По материалам эпидемиологических исследований изданы 2 монографии и 4 методических письма для врачей.

Эпидемиология неинфекционных заболеваний предусматривает изучение и этиологических факторов заболеваний. Была проведена проверка гипотезы Ebringer о роли клебсиелёзной инфекции в развитии АС (Н.М. Козлова). Доклад по материалам работы был сделан Ю.А. Горяевым на XI Европейском конгрессе ревматологов в Афинах. Исследование показало, что только 1/3 всех случаев АС связана с клебсиелёзной инфекцией. В продолжении этого направления были изучены ФР развития и прогрессирования АС (О.Г. Карлова), а также факторы, ведущие к ранней инвалидизации больных АС, что характерно для этого заболевания. Впервые показано, что АС может протекать первично латентно (31%) и вторично латентно (16%). Предложена новая классификация течения АС (Н.М. Павлова). Издана монография по АС.

Под руководством Ю.А. Горяева впервые в стране дана клинико-эпидемиологическая характеристика УРеА в группе больных с негонококковыми уретритами (Т.В. Аснер). Предложена методика активного целенаправленного выявления УРеА. Количественно оценены ФР развития и прогрессирования заболевания. В настоящее время завершено проспективное эпидемиологическое исследование УРеА и ФР их развития на протяжении 15 лет. Работа будет представлена в качестве докторской диссертации Т.В. Аснер. Издано методическое письмо для врачей по УРеА.

По второму направлению следует отметить изуче-

ние причин неэффективности, новой в то время, круглогодичной профилактики ревматизма (Г.И. Аксаментов), разработку научных основ реабилитации больных ревматизмом на поликлиническом этапе (Л.В. Меньшикова) и на крупном промышленном предприятии (В.А. Горбачёв), а также новое направление в ревматологии — оценку влияния эколого-гигиенических факторов на РЗ, в частности на прогрессирование хронической сердечной недостаточности у больных с ревматическими пороками сердца (А.Н. Калягин). Известно, что остеоартроз (в англоязычной литературе «остеоартрит») в настоящее время во всех развитых странах является ведущей ревматологической проблемой. В этой связи не утратила свою актуальность диагностика синовита при остеоартрозе (Л.М. Носкова), как одного из факторов, способствующих прогрессированию заболевания. По этому разделу также издано 3 методических письма для врачей.

Под руководством ученицы профессора Ю.А. Горяева, теперь уже профессора, Л.В. Меньшиковой ведётся изучение остеопороза, как раздела ревматологии. По этой проблеме защищены 1 докторская и 3 кандидатские диссертации (Ю.Р. Киборт, Н.А. Храмова, М.Л. Меньшиков).

Кафедра пропедевтики внутренних болезней — колыбель иркутских ревматологов — принимала активное участие в 5 целевых, многопрофильных научных исследованиях НИИ Ревматологии АМН и двух Международных. Особенностью ИНШР является параллельно с научными исследованиями организация сети кардиоревматологических кабинетов в Иркутской области, областного и городского ревматологических центров, создание ревматологических отделений в Иркутске, Братске и Ангарске (два последних закрыты), постоянное обучение врачей терапевтов и ревматологов, регулярное проведение в Иркутске совместно с Институтом ревматологии РАМН симпозиумов и конференций, непереносимое участие в Российских конференциях и съездах ревматологов.

Одним из свидетельств признания ИНШР является то, что профессор Ю.А. Горяев был членом центральной проблемной комиссии по ревматологии при Минздраве СССР и НИИ Ревматологии АМН, членом проблемной комиссии по ревматологии при Минздраве РСФСР, членом редакционного совета журнала «Ревматология», членом правления Ассоциации ревматологов России.

IRKUTSK SCIENTIFIC SCHOOL OF RHEUMATOLOGY

Ju.A. Goryaev, N.Ju. Kazantseva, A.N. Kalyagin

(The Chair of propedeutics of Internal Medicine of ISMU)

In the article key land marks of history of Irkutsk scientific school of rheumatology are presented.

© КУЗНЕЦОВА Н.П., ЯКУБОВИЧ А.И., ЧАЩИН А.Ю. —

ИРКУТСКАЯ ШКОЛА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ

Н.П. Кузнецова, А.И. Якубович, А.Ю. Чашин

(Кафедра дерматовенерологии ИГМУ, зав. — проф. Н.П. Кузнецова)

Резюме. В статье представлены научные направления о школе дерматовенерологов Восточной Сибири на протяжении 85 лет.

Ключевые слова. Школа дерматовенерологов, история, научные направления, Иркутск.

Кафедра дерматовенерологии была организована в 1921 году, когда студенты, поступившие в 1919 году на медицинский факультет Иркутского государственного медицинского университета, подошли к изучению дерматовенерологии. Первым заведующим кафедрой был Фадей Леонтьевич Юдалевич. Клиника кожных и венерических болезней начала функционировать с сентября 1921 года, располагаясь в двух деревянных бараках на базе городской (бывшей Кузнецовской) больницы. В 1925 году Ф.Л. Юдалевич избирается профессором кафедры. Ассистентами кафедры были избраны И.Н. Переводчиков и Л.И. Юдович, ординатором С.И. Гойзнер. Научная работа сотрудников кафедры заключалась в изучении кожных и венерических болезней, как в клиническом, так и социальном аспектах. Проводились обследования населения Восточной Сибири и малых народностей по выявлению заразных кожных и венерических заболеваний. В 1925 году организована секция венерологов и дерматологов при Иркутском научно-медицинском обществе. На заседаниях секции выступали с докладами и демонстрациями больных сотрудники кафедры и клиники. Представляет интерес тематика научных конференций тех лет: «Проказа в Иркутской губернии», «Сифилис у бурят», «Проказа в Прибайкалье», «Проституция в Иркутске», «Динамика сифилиса в 1924—1925 годах по данным кожно-венерологической клиники».

В марте 1930 года клиника была переведена в двухэтажное каменное здание на улицу Доронина (ныне Российскую), где она находится и в настоящее время.

После смерти профессора Ф.Л. Юдалевича, в 1935 году заведование кафедрой было поручено доценту Лии Вениаминовне Штамовой, а с ноября 1936 по 1940 гг. кафедру возглавил доцент Лев Ильич Юдович. В этот период сотрудники кафедры разрабатывали вопросы лечения туберкулеза кожи, клинические особенности грибковых заболеваний, изучалась динамика вензаболеваемости. Сотрудниками кафедры и клиники к этому времени было выполнено более 60 научных работ.

В годы Великой Отечественной войны часть сотрудников кафедры была мобилизована и направлена на работу в госпиталь. Научные исследования того времени были посвящены изучению осложнений после ранений (посттравматические экземы и др.).

С 1940 года кафедрой стал заведовать профессор Мануэль Самойлович Каплун, который был назначен Союзминздравом на должность директора Восточно-сибирского мединститута. В послевоенные годы значительно расширился объем клинико-лабораторных исследований, был организован виварий для проведения экспериментальных исследований при сифилисе, открыто отделение для лечения больных с туберкулезом кожи. Профессор М.С. Каплун был консультантом Иркутского клинического лепрозория, на базе которого проводились научные исследования по лепре. За 25 лет (1948—1972) более 100 врачей окончили клиническую ординатуру и аспирантуру.

С 1972 года на должность заведующей кафедры была избрана доцент Нина Петровна Кузнецова, которая в 1974 году защитила докторскую диссертацию.

За последние 30 лет значительно улучшилась материальная база клиники, выделен цокольный этаж для учебных кабинетов, там же находятся вспомогательные помещения: две лаборантских комнаты, кабинет фотохимиотерапии. Организованы анонимные кабинеты по приему больных с урогенитальными инфекциями.

Научная тематика работ сотрудников кафедры была посвящена вопросам патогенеза, терапии и профилактики распространенных хронических дерматозов в Восточной Сибири. Более 20 лет кафедра изучает проблемы порфирии. Итогом этих исследований явились одна докторская и 4 кандидатские диссертации. Изучение проблемы псориаза началось с исследований Л.В. Пономаревой-Ефимовой, которая выявила дефицит некоторых микроэлементов в крови у данных больных. Это явилось основанием для выработки рекомендаций по применению комплекса микроэлементов в терапии псориаза. В последующем для лечения был использован метод фотохимиотерапии (ПУ-ВА-терапия), что резко повысило эффективность лечения этого хронического дерматоза. А.И. Якубович изучал влияние фотохимиотерапии на состояние мочевыделительной системы и предложил метод комплексной терапии псориаза. Дальнейшая разработка методов терапии псориаза была продолжена И.О. Маловой, которая изучала влияние фотохимиотерапии на иммунологические показатели больных псориазом, на основании чего были предложены методы иммунокоррекции. Продолжаются исследования по изучению роли гепатотропных вирусов в патогенезе псориаза (аспирант О.Г. Судакова) и влияние этой инфекции на течение псориаза. Н.М. Рудых изучала роль эндокринной патологии в патогенезе угревой болезни, исследования по этой теме продолжаются.

Материалы научных исследований докладывались на съездах, конференциях, пленумах и других форумах, как в России, так и за рубежом.

В последние 10 лет в научной тематике кафедры стали преобладать вопросы, связанные с инфекциями урогенитального тракта. Изучались вопросы патогенеза, клиники и терапии урогенитальных инфекций у мужчин, женщин и детей. По этой проблеме защищено две докторских диссертации (А.И. Якубович, И.О. Малова), одна кандидатская (Е.Б. Дружинина), выполняется три кандидатских диссертации.

На протяжении многих лет кафедра дерматовенерологии поддерживает связи с зарубежными учеными Польши, Монголии, Франции, Японии, обмениваясь научными материалами. Сотрудники кафедры принимали участие в работе международных симпозиумов и конгрессов, проводимых в Польше, во Франции, Испании, Индии, Монголии и Японии.

Кафедральный коллектив имеет сложившиеся традиции, которые продолжают и развиваются учениками и последователями. Все это характеризует Иркутскую дерматологическую школу, основой которой является гуманное отношение к больному, комплексный подход к изучению патологических изменений всего организма, рациональному лечению.

IRKUTSK SCHOOL OF DERMATOVENEROLOGISTS

N.P. Kuznetsova, A.I. Yakubovich, A.Ju. Chaschin
(Chair of dermatology and venereology of ISMU)

In the article are presented the scientific trends of the school of East Siberian dermatovenerologists during 85 years.

© ПИНСКИЙ С.Б., БЕЛОБОРОДОВ В.А. –

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЭНДОКРИННОЙ ХИРУРГИИ

С.Б. Пинский, В.А. Белобородов

(Кафедра общей хирургии ИГМУ, зав. – проф. С.Б. Пинский)

Резюме. В статье описаны исторические аспекты, достижения и перспективы развития современной эндокринной хирургии.

Ключевые слова. Эндокринная патология, диагностика, лечение.

Иркутская область всегда относилась к числу эндемических по зобу регионов. Это обусловило значительный интерес к этой проблеме и надо признать вполне закономерным и оправданным большое количество исследований, которые были выполнены учёными Иркутского медицинского института и практическими врачами различных специальностей в этой области клинической медицины. И на протяжении более 100 лет хирургическая эндокринология в Иркутске была направлена лишь на изучение патологии ЩЖ.

История изучения зоба в Прибайкальском эндемическом очаге подробно освещена в многочисленных публикациях (В.Г. Шипачёв, П.А. Мазенко, В.А. Смальщенко и др.). Вместе с тем, в тот период научные исследования в основном были направлены на изучение лишь отдельных вопросов этой краевой патологии (распространенности зоба в различных регионах Иркутской области, изучение особенностей его клинических проявлений, разработка и внедрение методов его профилактики и др.).

Коллектив кафедры общей хирургии целенаправленно и всесторонне занялся изучением патологии щитовидной железы (ЩЖ) с 1955 г. Огромная заслуга принадлежит профессору А.И. Соркиной, которая сумела объединить усилия учёных и врачей различных специальностей (терапевтов, хирургов, гинекологов, морфологов, биохимиков, гигиенистов, радиологов, офтальмологов и др.) в изучении этиологии и патогенеза, клинических и морфологических особенностей эндемического зоба и тиреотоксикоза в Прибайкальском эндемическом очаге. Особое внимание было уделено изучению хирургических аспектов этой патологии – разработке показаний и совершенствованию техники хирургических вмешательств, предоперационной подготовке и выбора метода обезболивания, послеоперационной интенсивной терапии, воспалительным заболеваниям и др.

В 1979 г. на базе клиники общей хирургии был организован Иркутский областной центр хирургической эндокринологии, а его научным руководителем утвержден проф. С.Б. Пинский. Наряду с изучением патологии ЩЖ в клинике разрабатываются методы диагностики и лечения хирургических заболеваний над-

почечников и околощитовидных желез.

Патология ЩЖ продолжает занимать ведущее место в практической и научно-исследовательской работе клиники. Опыт клиники составляет более 12 000 операций при различных заболеваниях ЩЖ. В последние два десятилетия повсеместно, в том числе и в Иркутской области, отмечается тенденция к изменению характера заболеваний ЩЖ. Неуклонно возрастает количество больных раком ЩЖ (нередко на фоне диффузного токсического зоба), больных с аутоиммунным тиреоидитом (в том числе в сочетании с раком ЩЖ), значительно увеличилось количество больных с рецидивным зобом, с сочетанными заболеваниями ЩЖ.

Особое внимание в клинике уделяется разработке методов дифференциальной диагностики различных заболеваний ЩЖ и показаний к их хирургическому лечению. Наряду с использованием современных методов исследований (УЗИ, гормональные, иммунологические, цитологические и др.) разработаны и внедрены новые методы диагностики, подтвержденные б авторскими свидетельствами и патентами на изобретения (полярографический метод, динамическая тиреоидолимфосцинтиграфия, функциональная доплерография и др.). Вместе с тем, анализ проведенных исследований показал, что все эти методы позволяют дифференцировать неопухолевые (узловой зоб, киста ЩЖ, аутоиммунный тиреоидит) и опухолевые заболевания (аденома и рак) без подразделения последних на доброкачественные и злокачественные. Полученные однотипные данные при различных методах исследований представляют большой научный интерес, заслуживают серьезного внимания и свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований для выяснения природы этого «загадочного» явления.

По различным аспектам патологии ЩЖ сотрудниками кафедры и практическими врачами опубликовано более 500 научных работ. Защищены 2 докторские и 11 – кандидатские диссертации. Опубликованы 4 монографии: М.А. Жуковский, О.В. Николаев, С.Б. Пинский «Заболеваний щитовидной железы у детей» (М., 1972), С.Б. Пинский, А.П. Калинин, И.М. Кругляков «Редкие заболевания щитовидной железы» (1989), С.Б. Пинский, В.В. Дворниченко, В.А. Бело-

бородов «Опухоли щитовидной железы» (1999), С.Б. Пинский, А.П. Калинин, В.А. Белобородов, И.М. Кругляков, В.В. Дворниченко «Редкие опухоли и заболевания щитовидной железы» (1999). Сотрудники кафедры начиная с 1962 г. были в числе докладчиков на всех Всесоюзных и республиканских съездах, на всех 14 ежегодных Всесоюзных и Российских симпозиумах по хирургической эндокринологии. За работу «Профилактика, раннее выявление, диагностика и лечение заболеваний щитовидной железы в Иркутской области» коллектив авторов (С.Б. Пинский, В.А. Белобородов, В.В. Дворниченко, Ф.Я. Бровина) был удостоен премии губернатора Иркутской области по науке и технике за 2002 год.

Клиника располагает опытом хирургического лечения более 100 больных с различной патологией надпочечников (синдромом Иценко-Кушинга, кортикостеромы, феохромоцитомы, альдостеромы). Внедрение в клинику рентгенологических (ретроперитонеум), ангиографических (по Сельдингеру), ультразвукового, функциональных проб (с дексаметазоном, метопирином) и других методов исследований позволили улучшить диагностику гормонально-активных опухолей надпочечников, дифференциальную диагностику артериальных гипертензий эндокринного генеза, расширить показания к хирургическому лечению этой сложной эндокринной патологии. За последние 25 лет летальных исходов после операций на надпочечниках в клинике не было.

Первая успешная операция в клинике по поводу первичного гиперпаратиреоза была выполнена в 1959 году (проф. А. И. Соркина). В настоящее время мы располагаем опытом 20 успешных операций (без летальных исходов) на околощитовидных железах по поводу первичного гиперпаратиреоза.

Многолетний опыт клиники в области эндокринной хирургии позволил создать и усовершенствовать консультативную помощь населению Иркутской области, а также скрининговую систему отбора больных для оперативного лечения. На протяжении 50 лет сотрудники кафедры осуществляют большой объем специализированной консультативной помощи в областном диагностическом центре, областном эндокринологическом диспансере и других лечебных учреждениях. Достаточно полное обследование больных с эндокринной патологией в амбулаторных условиях (обязательное ультразвуковое исследование, сканирование, КТ, пункционная биопсия, гормональные исследования и др.), возможность динамического наблюдения в сомнительных случаях позволяют осуществлять тщательный отбор больных для оперативного лечения.

Перспективным в области эндокринной хирургии мы считаем дальнейшее совершенствование методов диагностики, разработку и внедрение новых методов исследований (особенно при узловых образованиях ЩЖ), внедрение новых малоинвазивных методов лечения доброкачественных заболеваний ЩЖ и эндоскопические вмешательства при заболеваниях надпочечников.

ACHIEVEMENTS AND OUTLOOKS OF SCIENTIFIC RESEARCHES IN ENDOCRINE SURGERY

S. Pinski, V. Beloborodov

(The Chair of General Surgery of ISMU)

In the article the historical aspects, achievements and prospect for the development of modern endocrine surgery are described.

© МИРОНОВ В.И., ФРОЛОВ А.П. –

ОПЫТ КЛИНИКИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В РАЗРАБОТКЕ ПРОБЛЕМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

В.И. Миронов, А.П. Фролов

(Кафедра общей хирургии ИГМУ, зав. – проф. С.Б. Пинский; МУЗ клиническая больница №1, гл. врач – Л.А. Павлюк)

Резюме. В статье затрагиваются основные проблемы хирургической инфекции, которые в течение многих лет разрабатываются сотрудниками кафедры общей хирургии ИГМУ на базе отделения гнойной хирургии МУЗ КБ №1 г. Иркутска.

Ключевые слова. Хирургическая инфекция, научные разработки, анализ проблемы, результаты внедрения, кафедра общей хирургии ИГМУ.

Гнойно-воспалительные поражения занимают одно из основных мест в хирургической патологии, наблюдаются в 35–45% случаев у больных, могут быть как самостоятельными, так и осложнениями других болезней и хирургических операций.

Давно прошли те времена, когда диагностика и лечение гнойно-воспалительных заболеваний рассматривалось в общем контексте хирургических проблем. Современные представления об этиопатогенезе и механизмах развития хирургической инфекции требуют специальных разработок, касающихся как дальней-

шего изучения течения гнойных заболеваний, так и усовершенствования методов их лечения.

Вопросы хирургической инфекции были и остаются приоритетными в деятельности кафедры общей хирургии Иркутского медицинского университета. Базовое учреждение кафедры, городская клиническая больница №1, шесть дней в неделю оказывает круглосуточную хирургическую помощь населению г. Иркутска, в том числе больным с гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости, мягких тканей, костей и суставов.

Постоянный рост этой группы в общей структуре хирургических заболеваний привел к тому, что на базе КБ №1 в 1972 году было организовано специализированное отделение хирургической инфекции на 60 коек. Отделение гнойной хирургии и по сей день остается единственной в городе профильной структурой для лечения больных с гнойными поражениями, являясь базой для преподавания курса общей хирургии студентам медицинского университета. В настоящее время отделение представляет собой мощное функциональное подразделение, выполняющее в год не менее 1500 оперативных вмешательств, укомплектованное современной аппаратурой и высококвалифицированными кадрами, которое в состоянии решать самые сложные научно-практические задачи. В 1990 г. открыта в отделении палата интенсивной терапии на 6 коек, в 2003 году преобразованной в самостоятельное отделение реанимации и интенсивной терапии гнойного профиля.

Научные исследования кафедры в области хирургической инфекции всегда соответствовали задачам практического здравоохранения и требованиям времени. Сотрудниками кафедры и практическими врачами клиники выполняется большой объем научно-исследовательской и практической работы, направленной на улучшение результатов диагностики и лечения больных с разнообразными гнойно-воспалительными заболеваниями.

Под руководством и при непосредственном участии сотрудников кафедры в клинике разработаны и внедрены современные организационные и тактические принципы диагностики и лечения тяжелой гнойной патологии органов брюшной полости, как и этапной операционной санации и рационального дренирования брюшной полости, пролонгированной санации полости брюшины в послеоперационном периоде, дренирования кишечника. Изучаются возможности экстракорпоральной детоксикации при тяжелых распространенных перитонитах, инфицированном панкреонекрозе и абдоминальном сепсисе.

В течение многих лет кафедра успешно решает задачи лечения хирургического сепсиса. В повседневную практику широко внедряются современные шкалы оценки тяжести состояния больных. Важные исследования посвящены раннему выявлению, санации и устранению инфекционного очага, адекватной и рациональной антимикробной терапии, коррекции метаболических расстройств и нутритивной поддержке при тяжелом сепсисе.

Разработка стратегии и тактики комплексного лечения обширных гнойных ран является еще одним из основных научно-практических направлений в клинике общей хирургии ИГМУ. В отделении изуча-

ются особенности гнойного поражения мягких тканей, детали микробного пейзажа раны и динамика течения раневого процесса. Разрабатываются принципы активного хирургического лечения гнойных ран, широко внедряются физические методы воздействия на раневой процесс (гипербарическая оксигенация, управляемая абактериальная среда, магнитное поле, лазеротерапия, ультрафиолетовое излучение и т.п.).

В отделении хирургической инфекции ежегодно проходит лечение более 50 больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей при тяжелых формах сахарного диабета. В клинике отрабатывают принципы активной хирургической тактики в сочетании с изысканием возможностей сохранения конечности и ее опорной функции. Разработанный в клинике алгоритм комплексного консервативного лечения позволил добиться сохранения конечности в 85,7% случаев с гнойно-некротическими поражениями, раннего проведения реконструктивных и пластических операций на стопе после купирования ишемии конечности и ликвидации инфекционного процесса.

Больные с сосудистыми заболеваниями нижних конечностей являются наиболее сложными среди больных сосудистого профиля. Клиника общей хирургии располагает богатыми традициями в лечении таких больных. Благодаря совместным усилиям специалистов-ангиологов и сотрудников отделения хирургической инфекции получены хорошие результаты в оказании хирургической помощи больным с декомпенсированной стадией венозной недостаточности на фоне варикозной болезни и посттромбофлебитического синдрома, хронической критической ишемией нижней конечности преимущественно атеросклеротического генеза. Ежегодно в отделении гнойной хирургии проходят лечение более 110 больных с атеросклерозом сосудов нижних конечностей, в 86,7% из которых удается сохранить конечность.

За последние 10–15 лет произошел 5-кратный рост больных рожистым воспалением, среди них количество больных с тяжелыми некротическими поражениями кожи увеличилось с 9,9% до 25,2%. Сотрудниками отделения совместно с кафедрой общей хирургии разработаны оригинальные методы прогнозирования тяжелых форм рожи, тактические алгоритмы лечения деструктивных форм рожи, схемы комплексной медикаментозной терапии, что существенно улучшило результаты лечения. Результаты научных исследований широко представлены на научных конференциях, опубликовано более двух десятков научных статей, получен патент на изобретение.

THE EXPERIENCE OF CLINIC OF GENERAL SURGERY IN DEVELOPMENT OF SURGICAL INFECTION PROBLEMS

V.I. Mironov, A.P. Frolov

(The Chair of General Surgery of ISMU, Municipal Clinical Hospital N1, Irkutsk)

In this article is shown the main purulent infection problems which worked up for years by research assistants of General Surgery Chair.

ВОЗМОЖНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В АСПЕКТЕ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОРСКИХ НАУЧНЫХ РАЗРАБОТОК

Ю.С. Исаев

(Кафедра судебной медицины ИГМУ, зав. – проф. Ю.С. Исаев)

Резюме. В статье представлены материалы научно-исследовательской работы, проводимой на кафедре на протяжении целого ряда лет с успешным внедрением полученных результатов при проведении судебно-медицинских экспертиз. Прикладной характер научных разработок, проводимых на кафедре, существенно повлиял на повышение качественного уровня выполняемых судебно-медицинских экспертиз.

Ключевые слова: научно-исследовательские разработки, судебно-медицинская экспертиза.

Общеизвестно, что результаты судебно-медицинской экспертизы являются одним из важных доказательств в уголовном процессе при обосновании версии о характере правового события и оказывает существенную помощь правоохранительным органам при осуществлении мероприятий по реконструкции обстоятельств происшествия. Вполне логично, что чем выше качественный уровень проведенных экспертных исследований, тем больше объективная доказательность выводов судебно-медицинского эксперта. Бесспорно позиция, обосновывающая прямую зависимость качества проводимых экспертных исследований от степени внедрения в практику инновационных научных разработок. Это положение четко подтверждается историей со дня становления нашей кафедры и ее развития до настоящего времени. Так основателями кафедры судебной медицины являются по праву профессор А.Д. Григорьев и доцент С.Б. Байковский. Последний проработал руководителем кафедрального коллектива в течение 35 лет до 1972 года. Эти две творческие личности сделали большой вклад не только в становлении кафедры, но и в развитие практической судебно-медицинской службы Байкальского региона. Так, А.Д. Григорьев осуществил фундаментальные исследования морфологических особенностей волос человека в судебно-медицинском отношении и успешно внедрил диагностические идентификационные признаки в экспертно-диагностическую практику. Не менее значимы научные разработки С.Б. Байковского, посвященные транспортному травматизму, выполненных на конкретных объектах дорожно-транспортных происшествий с обоснованием объективных рекомендаций как для судебно-медицинских экспертов, так и для представителей правоохранительных органов. Следует заметить, что рекомендации экспертной службе, данные А.Д. Григорьевым и С.Б. Байковским имеют и сегодня практическую значимость не только для нашего региона, но и для всей Российской судебно-медицинской службы.

В дальнейшем все самое позитивное и передовое, полученное от ярких учителей в области судебной медицины внедрялось на кафедре не только в учебный процесс, но и успешно реализовывалось в практическую судебно-медицинскую службу и, в конце концов, стало традицией кафедры судебной медицины, которая поддерживалась и всячески развивалась новыми сотрудниками, пришедшими на кафедру. Так, с 1972 года кафедру возглавил В.А. Брюханов, который занимался изучением особенностей микроэлементного состава органов и тканей при различных причинах

смерти и внедрением в экспертную практику метода эмиссионной спектрографии. Позднее, под руководством В.Н. Проскурина изучались диагностические критерии травматического шока, внедрение которых в экспертную практику существенно повышало объективность экспертных выводов. Следует отметить оригинальные исследования сотрудника-ветерана кафедры Н.Ф. Неделько, который впервые использовал для разрешения актуальнейшей проблемы судебной медицины – диагностики давности наступления смерти электрофизиологический метод регистрации медленноволновой электрической активности тканей, позволивший существенно расширить экспертные возможности при обосновании выводов. Допустимый объем данной статьи позволяет лишь озвучить тематику научных исследований, проводимых ранее и осуществляющихся в настоящее время на кафедре, всех их объединяет лишь одно стремление разработчиков – максимально повысить качественный уровень проводимых судебно-медицинских экспертиз. В частности работами Ю.С. Исаева и П.А. Кокорина были обоснованы экспертные критерии пато-танатогенетических механизмов смерти от утопления в воде. Серьезные исследования, посвященные особенностям гипотермической травмы были проведены К.М. Юговым. Проблемам гипертермической травмы, в частности смерти на пожарах посвящены исследования старшего преподавателя кафедры И.В. Алексеева и А.П. Зайцева. Причем, полученные ими результаты имеют большое значение не только для судебно-медицинских экспертов, но и для работников правоохранительных органов при решении вопросов о физиологической дееспособности погибших, т.е. способности лиц к осуществлению самостоятельных активных действий, направленных на самоспасение в возникшей экстремальной ситуации.

В заключении следует отметить, что на сегодняшний день судебная медицина в Байкальском регионе имеет достаточно мощный научный потенциал, причем творческий процесс осуществляется в тесном сотрудничестве работников кафедры и областного бюро судебно-медицинской экспертизы. Достаточно сказать, что более 10 практических врачей участвуют в научных разработках прикладного характера. В 2003 году на базе кафедры успешно защищены 3 кандидатские диссертации, 2 из них выполнили практические врачи-эксперты, в 2004 году планируется защита еще 2 кандидатских диссертаций.

Таким образом, сотрудники кафедры уверены, что

выбранная направленность научно-исследовательских разработок является вполне оптимальной, соответствует потребностям практической судебно-меди-

цинской службы, повышая качественный ее уровень, продолжая славные традиции, заложенные основателями судебной медицины в Восточной Сибири.

POSSIBILITIES OF FORENSIC PATHOLOGY IN ASPECT OF APPLICATION OF AUTHOR'S SCIENTIFIC ENGINEERINGS

J.S. Isaev

(The Chair of Forensic Medicine of of ISMU)

In the article are presented the materials of scientific – research work, conducted by the Chair during a number of years with successful inculcation of the results obtained in conducting forensic examinations. The applied character of scientific research, conducted by the Chair, had considerable influence upon increase in quality level of the forensic examinations.

© ВАСИЛЬЕВ Ю.Н., ОКЛАДНИКОВ В.И. –

АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА И ТИП ЛИЧНОСТИ

Ю.Н. Васильев, В.И. Окладников

(Кафедра нервных болезней ИГМУ, зав. – проф. В.И. Окладников).

Резюме. Выявлены взаимосвязи между типом личности, акцентуацией характера, реактивной и личностной тревожностью, состоянием вегетативной нервной системы, оценкой стрессогенных ситуаций.

Ключевые слова. Адаптация, тип личности, вегетативные реакции.

Особенностью адаптационных механизмов и реакции на стресс у человека является обязательное подключение к ним психоэмоциональной сферы, оказывающей зачастую решающее влияние на исход стресса. С современных позиций учения о стрессе и адаптации, положительные эмоции и удовлетворенность увеличивают мощность стресс-лимитирующих систем, что способствует сокращению продолжительности реакции тревоги, более быстрому повышению резистентности, адаптации к новым условиям и выходу из стресса с наименьшими потерями. Неудовлетворенность и отрицательный эмоциональный фон пролонгируют реакцию тревоги, т.к. сами становятся внутренними стрессорами. Это приводит к еще большей активации надпочечников и симпатической системы, к ослаблению мощности или к истощению стресс-лимитирующих систем, что существенно затрудняет физиологический выход из стресса и завершается развитием патологии. Из этого следует, что индивидуальные особенности реагирования на ту или иную ситуацию в большой мере зависят от особенностей личности. Это дает основание полагать, что тип личности, акцентуация характера, особенности вегетативных реакций взаимосвязаны и оказывают взаимовлияние. На сегодняшний день этот вопрос в полной мере не раскрыт. Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи между перечисленными характеристиками.

Проведено обследование 78 здоровых людей обоего пола в возрасте от 18 до 20 лет. С помощью психологического тестирования были оценены в баллах следующие показатели: 1) вероятность развития стресса – по шкале стрессогенных событий Холмса-Райха, 2) выраженность реактивной и личностной тревожности – по тесту Спилбергера, 3) изменения вегетативной нервной системы – по опроснику А.М. Вейна, 4) качество сна – по анкете А.М. Вейна, 5) определена акцентуация характера – по тесту «Акцент-2-90», 6) тип личности – по тесту Кейрси. Проведена статистическая обработка и корреляционный анализ полученных

данных. Значимыми считались коэффициенты корреляции выше 0,5.

Анализ полученных результатов показал, что среди обследованных наиболее часто встречались 3 типа личности: Экстраверты интуитивно-эмоциональные нерациональные, Экстраверты сенсорно-эмоциональные рациональные и Экстраверты сенсорно-логические рациональные. По акцентуации характера были выявлены 4 основных варианта: застревание в 7% случаев, циклотимность – в 11%, гипертимность – в 49%, экзальтированность – в 33%.

Все интуитивно-эмоциональные нерациональные экстраверты имели гипертимную акцентуацию характера и характеризовались самой высокой вероятностью развития стресса и самыми незначительными вегетативными нарушениями. При этом вегетативные расстройства связаны и с личностной, и с реактивной тревожностью высокой прямой корреляцией, но тревожность отрицательно коррелирует с вероятностью развития стресса. Вероятно, это можно трактовать как неадекватность адаптивных реакций.

Сенсорно-эмоциональные рациональные экстраверты оказались более разнообразны по акцентуации характера. К ним относились большинство обследованных, акцентуированных на экзальтированность, несколько меньше с гипертимной акцентуацией и еще меньше с циклотимной. Определяемые показатели у этого типа личности взаимосвязаны слабо ($r < 0,5$). Вероятность развития стресса связана с реактивной тревожностью прямой корреляцией, а с вегетативными нарушениями – обратной, но была ниже, чем у предыдущей группы. При этом вегетативные изменения выражены больше, положительно связаны с тревожностью и не обусловлены состоянием стресса. Полученные данные позволяют оценить этот тип личности как более устойчивый, более готовый к напряжению за счет повышенной личностной тревожности.

Сенсорно-логические рациональные экстраверты, в основном, имели гипертимную акцентуацию, но

встречались и с акцентуацией на застревание и экзальтированность. Изменения вегетативной нервной системы не обусловлены тревожностью, т.к. коррелируют с ней слабо отрицательно, но, в то же время, вегетативные нарушения очень прочно и положительно связаны с состоянием стресса, которое по среднему значению существенно меньше, чем в других группах. Личностная тревожность у этого типа личности выше, чем у других, и положительно коррелирует со стрессом. Возникает противоречие между направленностью выявленных взаимосвязей личностной тревожности с вегетативными расстройствами и со стрессом. По-видимому, это можно трактовать как ослабле-

ние готовности к стрессу на фоне неадекватно высокой личностной тревожности и, как следствие, недооценка стрессовых ситуаций.

Подводя итог результатам исследования и учитывая данные литературы, можно сделать заключение о несомненной взаимосвязи между типом личности, акцентуацией характера, реактивной и личностной тревожностью, состоянием вегетативной нервной системы, оценкой стрессогенных ситуаций. В совокупности эти взаимосвязи определяют индивидуальные особенности развития и течения заболевания и должны быть основой для индивидуального подхода к выбору стратегии и тактики лечения.

ADAPTIVE REACTINGS OF AN ORGANISM AND THE PERSON TYPE

U.N. Vasiljev, V.I. Okladnikov
(The Chair of Nervous Diseases of ISMU)

There have been revealed the interactions between a type of person, accentuation of character, reactive and personal anxiety, state of vegetative nervous system, evaluation of stressogenic situation.

© ШАШКОВА О.Н., ИЗАТУЛИН В.Г., ВОЙМОВА Ю.С., ПРОВАДО А.И., ИЗАТУЛИН А.В., ПРОВАДО Н.И. –

СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННАЯ АЛЬТЕРАЦИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

О.Н. Шашкова, В.Г. Изатулин, Ю.С. Воймова, А.И. Провадо, А.В. Изатулин, Н.И. Провадо
(Кафедра анатомии человека ИГМУ, зав. – проф. В.Г. Кочубей)

Резюме. Проведенное нами исследование показало, что предшествующая отравлению стресс-индуцированная альтерация органов и сопровождающий отравление токсический стресс, носящий затяжной характер, усугубляют поражение органов, приводя к значительному повреждению их паренхимы и стромы.

Ключевые слова. Острое экзогенное отравление, стресс, паренхиматозные органы, морфология.

В последнее десятилетие значительно увеличилось количество жертв суицида с применением различных токсических веществ и число больных психоневрологических диспансеров, страдающих суицидальными наклонностями. При исследованиях *post mortem* у жертв суицида выявлены уменьшение количества норадренергических нейронов, снижение концентрации норадреналина, повышение активности тирозингидроксилазы – основного фермента-регулятора синтеза катехоламинов, увеличение количества альфа 1-адренорецепторов (J. Mann, V. Apano, 1998). Эти данные свидетельствуют о возможности быстрого истощения норадренергической системы у жертв суицида в ответ на стресс. Определенный интерес представляют изменения уровня самих катехоламинов. Так соотношение норадреналин/адреналин в моче было высоким у агрессивных больных, в то время как у лиц с суицидальными наклонностями этот показатель был значительно ниже (A.J. Cleare, 1997). Снижение уровня кортизола в моче найдено у лиц, совершивших серьезные попытки самоубийства на фоне алкогольного опьянения (Enqstrom G., 1996). Исследования В.А. Розанова (1998) на аналогичной группе больных показало, что снижается также уровень холестерина в крови по сравнению с физиологической возрастной нормой, повышается исходный и индуцированный уровень маркеров перекисного окисления липидов.

В последние годы проводятся интенсивные исследова-

ния воздействия стресса на различные органы и системы и способы коррекции нарушений, вызванных стрессорной альтерацией. В токсикологии эта проблема еще мало изучена, хотя актуальность этих вопросов очевидна.

Стресс моделировали на 200 беспородных белых крысах-самцах в осенне-зимний период 6-ти часовой иммобилизацией в горизонтальном положении на спине. Контрольную группу для изучения стресс-индуцированной альтерации органов человека составили 20 человек, умерших от механической асфиксии в возрасте 20–25 лет, без предшествующей соматической патологии. Затравку животных проводили путём эндогастрального введения прижигающих ядов, суррогатов алкоголя и лекарственных препаратов. Клинический материал изучали по историям болезни больных отделения острых отравлений с аналогичными видами отравлений. Секционный материал (печень, почки, селезенка, легкие, надпочечники) животных и людей фиксировали в 10% нейтральном формалине и заливали в парафин. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином, пикрофуксином по методу Ван-Гизон, орсеином (метод Тенпера-Унна), импрегнация азотнокислым серебром (метод Бильшовского в модификации Юриной) и др. Соотношение структурных элементов и концентрацию продуктов гистохимических реакций оценивали количественно с помощью окулярной сетки (Г.Г. Автандилов, 1990). Определение концентрации продуктов перекисного

окисления липидов (ПОЛ) проводилось по методу В.Б. Гаврилова, М.И. Мишкорудиной, 1983; И.Д. Стальной, Т.Г. Гаришвили, 1977. Содержание гормонов пролактина и кортизола в плазме крови определяли радиоиммунным способом. Кроме того, у всех больных исследовались кровь и моча с полным гематологическим и биохимическим спектром исследования с 1 по 10 сутки наблюдения.

Проведенное исследование показало, что предшествующая отравлению психо-эмоциональная реакция вызывает стресс-индуцированную альтерацию в исследуемых органах. В легких наблюдается утолщение межальвеолярных перегородок в среднем на 25–30%, отмечается разрушение коллагеновых и ретикулярных волокон, накопление в тканях экссудата, что приводит к снижению прочности соединительнотканного каркаса. В альвеолах и межальвеолярных перегородках выявлены микроочаги кровоизлияний, наблюдается лейкоцитарная инфильтрация, что приводит к уменьшению площади газообмена. В межуточной ткани и в просветах альвеол увеличивается количество макрофагов с гемосидерином. В печени отмечено кровенаполнение сосудов, уменьшение содержания гликогена в гепатоцитах центральнобулярных зон. При длительности стрессорного воздействия более 5–7 суток в центре долек появляются гепатоциты с признаками баллонной дистрофии. В почках наблюдаются явления ишемии нефроцитов и преимущественно извитых канальцев. В селезенке нарушается соотношение красной и белой пульпы, в реактивных центрах лимфоидных фолликулов снижается количество лимфоцитов. В строме уменьшается количество ретикулярных волокон, нарастает число коллагеновых. В красной пульпе уменьшается количество эритроцитов при достоверном увеличении количества гемосидерина.

Прием яда при измененном уровне гомеостаза, даже в сублетальных дозах, вызывает более быстрое повреждение органов. Клиническими проявлениями служат токсический отек легкого, токсический гепатит, нефрит, нефрозонефрит, токсическая энцефалопатия и полинейропатия. Микроскопическое исследование органов умерших больных показало, что в случаях предшествующей стресс-индуцированной альтерации, морфологические изменения, характерные для того или иного вида отравляющего вещества, наступают уже в 1–2 сутки с момента отравления. В группе больных со случайными отравлениями аналогичные поражения органов наблюдаются лишь к 3–4 суткам с момента отравления, при сопоставимой дозе яда. В печени наблюдается венозное полнокровие органа, развитие дистрофических и некротических изменений гепатоцитов. При отравлении уксусной кислотой отмечается развитие массивных некрозов периферии долек, разрушение стенки кровеносных сосудов, очаги кровоизлияний. Поражение печени при от-

равлении этиленгликолем (ЭГ) сопровождается центральнобулярными некрозами, расширением пространств Диссе с наличием в них зернистой белковой массы. К 5–6 суткам с момента отравления отмечаются выраженные изменения в сосудах печеночных триад. Эпителий десквамируется, причем этот процесс наблюдается не только в междольковых венах, но и в артериях. Базальные мембраны сосудов сохранены. В почках – в ранние сроки отравления, отмечается выраженная зернистая дистрофия с разряжением цитоплазмы нефроцитов. Сосудистая сеть почечных клубочков неравномерного кровенаполнения, базальные мембраны капилляров незначительно утолщены, эндотелий отечный. К 5–6 суткам выявляются симметричные кортикальные некрозы – от сегментарных, до субтотальных. В зоне некрозов отмечаются тромбозы междольковых и внутридольковых артерий, в сосудах – фибриноидный некроз стенок. Подобные изменения отмечаются в сосудах и в тех случаях, когда отсутствуют кортикальные некрозы. При гистологическом исследовании очагов некрозов отмечаются изменения аналогичные геморрагическим инфарктам. Как правило, зона ишемического некроза окружена геморрагической зоной, между зонами формируется лейкоцитарный вал различной степени выраженности. В подкапсулярной зоне лейкоцитарная инфильтрация более выражена. При отравлении уксусной кислотой в почках также отмечается зернистая дистрофия с разряжением цитоплазмы клеток почечного эпителия. В просветах канальцев скопления белковых масс. Наблюдается десквамация нефроцитов капсулы и извитых канальцев, умеренная инфильтрация межуточного вещества лейкоцитами. В легочной ткани при различных видах отравлений обнаружены очаги катаральной пневмонии и значительный отек. Толщина межальвеолярных перегородок увеличена, мелкие очаги кровоизлияний в просвете альвеол. Разрывы межальвеолярных перегородок приводят к образованию крупных булл, заполненных экссудатом. По периферии в соединительной ткани большое количество макрофагов и гемосидерина. При отравлении уксусной кислотой выявлены разрушения стенки сосудов с кровоизлиянием в окружающие ткани. В селезенке – инволюция белой пульпы, разрушение ретикулярной стромы, увеличение объемной доли красной пульпы, количества макрофагов и гемосидерина.

Исследование показало, что предшествующая отравлению стресс-индуцированная альтерация органов и сопровождающий отравление токсический стресс, носящий, как правило, затяжной характер, усугубляют поражение органов, приводя к значительному повреждению их паренхимы и стромы. Результатом такого сочетанного воздействия является возможная смерть больного даже при минимальных дозах токсического вещества.

STRESS INDUCED ALTERATION OF PARENCHYMATOUS ORGANS IN ACUTE EXOGENOUS INTOXICATIONS

O.N. Shashkova, V.G. Isatulin, Yu.S. Voimova, A.I. Provado, A.V. Isatulin, N.I. Provado
(The Chair of Human Anatomy of ISMU)

Our investigation showed that the stress-induced alteration of organs, preceding poisoning, and toxic stress, accompanying poisoning and having lingering character, intensify lesion of organ, leading to considerable injury of their parenchyma and stroma.

ВЛИЯНИЕ КАРБОЦИСТЕИНА НА ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЛУТАТИОНА ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫЕ ВВЕДЕНИЕМ ФАРМОРУБИЦИНА И КАРБОПЛАТИНА

Л.С. Колесниченко, М.А. Валева

(Кафедра бионеорганической и биоорганической химии ИГМУ, зав. – проф. Л.С. Колесниченко)

Резюме. Прием карбоцистеина в течение 3 дней в дозе 100 мг/кг до введения карбоплатина и фарморубицина полезен, т.к. снижает токсическое действие этих препаратов.

Ключевые слова. Карбоцистеин, глутатион, фарморубин, карбоплатин.

Онкологические заболевания остаются одной из актуальных проблем современной медицины. В последние годы создан ряд новых лекарственных средств, повышающих эффективность противоопухолевой терапии. К таким препаратам относятся карбоплатин (комплексное соединение платины) и фарморубин (антрациклиновый антибиотик). Оба препарата оказывают лечебный эффект в качестве монотерапии и в схемах полихимиотерапии с другими антибластомными препаратами. В основе противоопухолевой активности карбоплатина и фарморубина лежит прямое цитотоксическое действие на опухолевые клетки как самих препаратов, так и продуктов их метаболизма. Однако карбоплатин и фарморубин накапливаются не только в опухолевых клетках, но и циркулируют по всему организму, и их токсическое влияние распространяется и на нормальные ткани.

Наиболее выраженные проявления токсического действия этих препаратов приходятся на первые дни. Поэтому целью нашей работы явилось изучение динамики уровня восстановленного глутатиона (GSH) и активности ферментов его метаболизма: глутатионпероксидазы (ГПО), глутатионредуктазы (ГР) и глутатионтрансферазы (ГТ) после введения карбоплатина и фарморубина в первые трое суток без карбоцистеина и на его фоне. Карбоцистеин – источник цистеина, в том числе для синтеза глутатиона. Он применяется для защиты клеток от оксидативного стресса и интоксикаций.

Работа проведена на 122 мышах-самцах массой 24–30 г, которым однократно внутривенно вводили карбоплатин (5 мг/кг) или фарморубин (10 мг/кг). Мышей забивали через 12 и 72 ч и стандартными спектрофотометрическими методами определяли концентрацию GSH и активность ферментов метаболизма глутатиона (ФМГ) в печени. Карбоцистеин давали с пищей в дозе 100 мг/кг в течение 3 дней до введения химиопрепаратов. Статистический анализ проводили с использованием критериев F, t и d. Различия считали статистически значимыми при $P < 0,05$.

Концентрацию GSH в печени мышей фарморубин через 12 ч увеличивает на 38 %, а через 72 ч снижает ее на 24 %; карбоплатин повышает на 20% через

12 ч и не влияет через 72 ч. Карбоцистеин сам не влияет на концентрацию GSH в печени, но на фоне карбоцистеина через 12 ч исчезает вызванное фарморубицином повышение GSH и усиливается увеличение (58%) под действием карбоплатина; через 72 ч карбоцистеин не меняет эффекта фарморубина, а карбоплатин снижает GSH.

Результаты влияния фарморубина и карбоплатина на ферменты метаболизма глутатиона до и после приема карбоцистеина представлены в таблице.

Фарморубин через 12 ч вызывает снижение активности всех трех ферментов метаболизма глутатиона: ГПО, ГР и ГТ (соответственно на 31, 25 и 42 %), через 72 ч увеличивается активность ГПО на 51 %, снижается ГТ – на 53 % и ГР – на 25%. Карбоплатин через 12 ч повышает активность ГПО на 96 %, снижает активность ГТ на 32 % и не меняет ГР, через 72 ч менее выражено повышает ГПО – на 51 %, снижает активность ГТ на 43 % и не меняет активность ГР. Сам карбоцистеин через 12 ч увеличивает активность ГПО, снижает ГТ и не меняет активность ГР; через 72 ч происходит значительное увеличение активности ГПО – на 75 %, не меняется ГР и остается сниженной активность ГТ на 52%. После приема карбоцистеина фарморубин через 12 ч не влияет на активность ГР, но более выражено снижает активность ГТ – на 60 % и сохраняет сниженной активность ГПО. Карбоплатин после приема карбоцистеина через 12 ч восстанавливает активность ГТ, не меняет активность ГР и повышает активность ГПО на 38 % (вместо 96 %), через 72 ч резко возрастает активность ГПО – на 131%, увеличивается активность ГР на 36 % и остается сниженной ГТ – на 35 %.

Очевидно, снижение активности ГТ в печени и выявленные нами атрофия селезенки и уменьшение массы сердца, печени и почек являются проявлением токсического действия химиопрепаратов, а увеличение активности ГПО – защитной реакцией на оксидативный стресс. На фоне карбоцистеина происходят менее выраженное снижение массы органов, (особенно для карбоплатина) и положительные сдвиги в системе глутатиона.

Карбоцистеин заслуживает внимания при проведении химиотерапии злокачественных опухолей.

INFLUENCE OF CARBOCYSTEINE ON CHANGES IN HEPATIC GLUTATHIONE SYSTEM, INDUCED BY INTRODUCTION OF FARMORUBICIN AND CARBOPLATIN

L.S. Kolesnichenko, M.A. Valeeva

(The Chair of Bionorganic and Bioorganic Chemistry of ISMU)

Eating carbocystein during 3 days by 100 mg/kg before introduction of carboplatin and farmorubicin is useful as decreases toxic action of these drugs.

Влияние фарморубидина и карбоплатина на активность ферментов метаболизма глутатиона до и после приема карбоцистеина

Фермент	Серия	Без ХТ	Фарморубидин		Карбоплатин	
			12 ч	72 ч	12 ч	72 ч
ГПО	Контроль	51,3 ± 3,91	35,4 ± 2,77*	77,7 ± 5,10*	101 ± 3,96*	77,7 ± 6,16*
	Карбоцистеин	77,6 ± 3,81	36,5 ± 1,59*	89,6 ± 7,09*	70,6 ± 7,29*	119 ± 2,74*
ГР	Контроль	15,8 ± 1,05	11,9 ± 0,69*	21,4 ± 2,95	19,1 ± 2,35	19,0 ± 3,23
	Карбоцистеин	12,9 ± 1,36	12,4 ± 1,14	15,0 ± 1,72	19,7 ± 1,96	21,5 ± 1,09*
ГТ	Контроль	2274 ± 211	1327 ± 82*	1064 ± 86*	1553 ± 161*	1300 ± 87*
	Карбоцистеин	1301 ± 149*	919 ± 93*	1081 ± 141*	2083 ± 145	1489 ± 113*

Примечание: x - P < 0,05. В каждой серии от 6 до 16 мышей.

© УДВАЛ Х., ВАСИЛЬЕВА Л.С., ВЫБОРОВА И.С. –

СТРУКТУРА ПЕЧЕНИ ПРИ СТРЕССЕ И ВВЕДЕНИИ АРАБИНОГАЛАКТАНА

Х. Удвал, Л.С. Васильева, И.С. Выборова

(Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии человека ИГМУ, зав. – проф. Л.С. Васильева)

Резюме. В эксперименте на крысах доказан гепатопротекторный эффект природного полисахарида арабиногалактана при его введении до стрессорного воздействия или в стадию тревоги иммобилизационного стресса.

Ключевые слова. Печень, стресс, арабиногалактан.

Многими исследователями стрессорные факторы рассматриваются как неспецифические факторы этиологии и патогенеза неинфекционных заболеваний. В связи с этим, поиск новых возможностей коррекции структурных нарушений печени в условиях стресса является своевременным и актуальным. Учитывая, что природный полисахарид арабиногалактан имеет сродство к асиаловым рецепторам гепатоцитов, проведено исследование по выявлению гепатопротекторных свойств арабиногалактана в условиях стресса.

Экспериментальное исследование выполнено на 42 беспородных белых крысах-самцах массой 170-190 г, которым моделировали иммобилизационный стресс 6-часовой иммобилизацией на спине. Животных разделили на 3 группы. Первая группа - контрольная (12 животных). Вторая и третья группы получали арабиногалактан (однократно, в/м, в дозе 200 мг/кг) за 30 минут до иммобилизации и через 24 часа после иммобилизации. Материал для исследования брали через 39 часов (к концу стадии тревоги стресса) и через 96 часов (в стадию резистентности) после окончания иммобилизации. На гистологических препаратах, окрашенных гематоксилин-эозином, морфометрическими методами изучали структуру печени. С помощью окулярной сетки и микрометрической линейки оценивали объемные доли участков некроза, сосудистого русла и гепатоцитов, процентное количество одно- и двуядерных клеток, нормальных, разрушенных и дистрофически измененных гепатоцитов (с жировой и балонной дистрофией), измеряли диаметр гепатоцитов. Результаты исследования обработаны статистически и оценены с помощью критерия Стьюдента.

Гистоструктура печени при иммобилизационном

стрессе 1 группа крыс) характеризуется фазными изменениями в зависимости от стадии стресс-реакции. Через 39 часов после окончания иммобилизации в печени развивается венозное полнокровие и периваскулярная лейкоцитарная инфильтрация. Синусоидные капилляры расширены, объемная доля сосудистого русла увеличивается в 1,52 раза (P<0,05). Для паренхимы печени характерно формирование множественных очагов некроза, доля которых составляет 75,2±4,6% объема ткани. В сохранившихся гепатоцитах наблюдаются ярко выраженные дистрофические изменения (в основном, балонная дистрофия). Количество двуядерных гепатоцитов уменьшается более чем в 2 раза (P<0,05). Вокруг очагов некроза появляются мелкие гепатоциты. Эти данные свидетельствуют о разрушении большинства зрелых гепатоцитов к концу стадии тревоги иммобилизационного стресса, но оставшиеся клетки начинают активно размножаться и восстанавливать разрушенную паренхиму. Через 96 часов после окончания иммобилизации в паренхиме печени наблюдаются еще более отчетливые признаки репарации повреждений. Объемная доля очагов некроза уменьшается в 1,23 раза (P<0,05), вокруг них много мелких новообразованных гепатоцитов. Возрастает почти до исходного уровня количество двуядерных гепатоцитов.

Введение арабиногалактана перед иммобилизацией (2-ая группа крыс) препятствует расширению сосудов печени и даже вызывает их сужение к концу стадии тревоги стресса, объемная доля сосудов становится меньше, чем у интактных животных (P<0,05). Уменьшается объемная доля очагов некроза в 7,23 раза (P<0,05), при этом доля дистрофически измененных клеток и двуядерных гепатоцитов становится как у интактных животных. Мелких гепатоцитов в 5,3 раз

меньше, а клеток, имеющих нормальные размеры ($d=35-40$ мкм) в 3,5 больше, чем у стрессированных животных не получавших арабиногалактан ($P<0,05$). Через 96 часов после окончания иммобилизации объемная доля сосудов имеет тенденцию к увеличению, что указывает на частичное расширение микрососудов. Количество дистрофически измененных гепатоцитов находится в пределах нормы, очаги некроза уменьшаются и занимают лишь $5,2\pm 0,9\%$ объема ткани. Гепатоциты прекращают размножаться и приобретают нормальные размеры. Гистоструктура печени приближается к нормальной. Полученные данные свидетельствуют об эффективной защите печени от стрессорных повреждений с помощью предварительного введения арабиногалактана.

При введении арабиногалактана в период развития стадии тревоги стресс-реакции (3 группа крыс) сосудистая реакция в печени нормализуется, и объемная доля сосудов к концу стадии тревоги не отличается от

исходной. Некроз выражен минимально ($4,8\pm 1,1\%$ объема ткани). Распавшихся клеток 1%, а дистрофически измененных гепатоцитов столько же, сколько у интактных животных. Двухядерных клеток в 1,3 раза меньше, чем у интактных крыс ($P<0,05$), но нормальные размеры имеют большинство клеток. Через 96 часов после иммобилизации очагов некроза почти нет, количество двухядерных гепатоцитов и клеток нормального размера не отличается от интактных крыс. Представленные данные демонстрируют возможность коррекции структуры печени при стрессе с помощью введения арабиногалактана в период развития стадии тревоги.

Проведенное исследование убедительно доказывает, что арабиногалактан обладает гепатопротекторным действием и может эффективно предупреждать стрессорные повреждения печени, а также корректировать нарушения структуры печени, развивающиеся в стадии тревоги стресс-реакции.

THE HEPATICAL STRUCTUE IN STRESS AND THE ARABINO GALACTAN INJECTION

Udval Handzav, L.S. Vasilyeva, I.S. Vyborova

(The Chair of Human Histology, Cytology and Embriology of ISMU)

In the experiment on rats there was demonstrated the hepatoprotective effect of natural polysaccharide arabinogalactan in its injection before stress or during the stage of anxiety of immobilizational stress.

© НЕТЕСИН Е.С., ГОЛУБ И.Е., КУЗНЕЦОВ С.М., СИДЕЛЬНИКОВ М.С. –

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Е.С. Нетесин, И.Е. Голуб, С.М. Кузнецов, М.С. Сидельников

(Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИГМУ, зав. – проф. И.Е. Голуб, Иркутский военный госпиталь, нач. – к.м.н., А.И. Медус)

Резюме. На основании обследования 132 больных с острыми кровотечениями установлена закономерная связь между значениями коэффициента компенсации и величиной дефицита ОЦК. Разработана формула расчета объема инфузионной терапии у больных с острыми кровотечениями с учетом массы тела и значения коэффициента компенсации.

Ключевые слова. Острая кровопотеря, коэффициент компенсации, дефицит ОЦК, объем инфузий.

Острая кровопотеря – распространенное явление, сопровождающее оперативные вмешательства, травмы и ряд других состояний. Статистика последних лет свидетельствует о том, что свыше 20–25% больных, нуждающихся в реанимационной помощи, составляют пострадавшие с острой массивной кровопотерей (В.В. Мороз с соавт., 2002; В.С. Ярочкин с соавт., 2004).

В настоящее время насчитывается большое количество шкал, применяемых для оценки тяжести больных, включая такие широко распространенные системы как APACHE II, III; SAPS I, II; SOFA и MODS, ВПХ-СП (Е.К. Гуманенко с соавт., 1997), а также специально разработанные шкалы для оценки больных с травмой (TRISS, ASCOT и т.д.). Все они основаны на результатах клинико-лабораторного обследования с учетом индивидуальных особенностей (возраст, сопутствующая хроническая патология) достаточно полно характеризуют степень тяжести патологическо-

го процесса у данного конкретного больного. Однако большинство указанных систем требует длительного (не менее суток) наблюдения и обследования больного, проведение значительного количества дорогостоящих исследований и, кроме того, не являются специфичными для больных с кровотечениями. Итак, в настоящее время системы оценки тяжести состояния больных остаются несовершенными, и требуется проведение дальнейших исследований (Б.Р. Гельфанд, А.И. Ярошецкий с соавт., 2004).

Наиболее широко у данной категории больных для оценки степени тяжести и примерного объема кровопотери используется «шоковый индекс» предложенный М. Allgover, С. Burri в 1967 году. Кроме этого, для оценки тяжести состояния больных применяются табличные критерии разработанные и рекомендованные различными авторами (А.И. Горбашко, 1982; В.Д. Братусь, Д.М. Шерман, 1989; А.А. Курыгин, О.Н. Скрябин, 1998).

На основании наиболее доступных клинико-лабораторных показателей нами был разработан способ оценки степени тяжести у больных с острыми кровотечениями. Критерий оценки представлен в виде цифрового значения – «коэффициента компенсации» (КК), вычисляемого по формуле, и соответствующего различным степеням тяжести состояния больных.

$$KK = \frac{АДс \times Нб}{ЧСС \times ЧД}$$

где: АДс – артериальное давление систолическое (мм.рт.ст);
ЧСС – число сердечных сокращений (уд/мин);
ЧД – число дыханий (в мин);
Нб – уровень гемоглобина крови (г/л).

В настоящем исследовании была поставлена задача оценить возможности КК в оценки дефицита ОЦК у больных с острыми кровотечениями и разработать формулу для расчета объема инфузионной терапии у данной категории больных при различных значениях КК.

Под наблюдением находилось 132 больных в возрасте от 18 до 60 лет с кровотечениями различной этиологии, которые были распределены на две группы в зависимости от причины кровотечения. В 1 группу вошли 31 больной с повреждением органов брюшной полости, сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением. Вторую группу составил 101 больной с желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии.

При поступлении в стационар больным проводилось клинико-лабораторное обследование (определение гемоглобина, гематокрита, эритроцитов), измеряли показатели АД, ЧСС и ЧД. Рассчитывали показатели среднего артериального давления по формуле Хикема и пульсового давления.

В 1 группе с учетом особенностей, имевшегося патологического процесса (кровотечение в брюшную полость) объем кровопотери дополнительно оценивали интраоперационно гравиметрическим методом или путем прямого измерения объема крови при заборе для реинфузии. Всем больным рассчитывали объем кровопотери по формуле F. Moore на основании показателей гематокрита.

Имеющиеся патологические изменения в обеих

группах носили однонаправленный закономерный характер, указывающий на наличие у больных кровопотери различной величины и интенсивности. Основные клинико-лабораторные показатели между группами не имели достоверных различий и значимо между собой не различались. Достоверные различия между группами обусловлены различным возрастным составом и величиной кровопотери. Так в 1 группе средний возраст составил $21,88 \pm 6,64$ год, а во 2 – $42,97 \pm 9,94$. Объемы кровопотери соответственно составили в 1 группе $19,93 \pm 12,89$ % и во 2 – $28,1 \pm 20$ %. При распределении больных на группы по степени тяжести кровопотери легкая степень была установлена у 64 (48,5%), кровопотеря средней степени тяжести – у 35 (26,5%) больных, тяжелая кровопотеря – у 21 (15,9%) и крайне тяжелая – у 12 (9,1%). Полученные результаты соответствуют различным степеням тяжести больных с острыми кровотечениями и указывают на обоснованное распределение их на группы по степеням тяжести в зависимости от величины дефицита ОЦК.

Для расчета объема инфузионной терапии за основу были взяты рекомендации П.Г. Брюсова (1997) согласно которым выделяется 5 уровней кровезамещения. 1 уровень – при дефиците ОЦК до 10% – общий объем инфузии к величине кровопотери – 200 – 300%; 2 – при дефиците ОЦК до 20% – 200%; 3 – при дефиците ОЦК от 21% до 40% – 180%; 4 – при дефиците ОЦК до 41% до 70% – 170%; 5 – при дефиците ОЦК более 70% – 150% (П.Г. Брюсов, 1997, Н.А. Кузнецов, 2003)

На основании приведенных рекомендаций и анализа терапии у обследованных больных с острыми кровотечениями была разработана формула для расчета общего объема инфузионной терапии при различных значениях КК с учетом различной массы тела больного.

$$V = M * (65 - 5 * KK),$$

где: М – вес тела больного (кг); КК – значение коэффициента компенсации (усл. ед);

Таким образом, предлагаемый способ оценки степени тяжести больных с острыми кровотечениями основанный на расчете КК позволяет достоверно оценить степень тяжести больного, предполагаемую величину кровопотери и в кратчайшие сроки назначить адекватную инфузионную терапию.

INTEGRAL ASSESSMENT OF SEVERITY DEGREE OF THE PATIENTS WITH ACUTE BLEEDINGS

J. Netoysin, I. Golub, S. Kuznetsov, M. Sidelnikov

(The Chair of Anesthesiology and Resuscitation of of ISMU)

On the base of inspection of 132 patients with acute bleedings the natural relationship between values of coefficient of compensation and volume of deficiency CBV is shown. The formula of account of total amount of infusion therapy in the patients with acute bleedings taking into account mass of body and value of coefficient of compensation is developed.

РЕНТГЕНОХИРУРГИЯ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

А.И. Квашин, Ф.Н. Пачерских, А.Ф. Портнягин, С.А. Атаманов

(Кафедра госпитальной терапии ИГМУ, зав. – д.м.н. Г.М. Орлова,
областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. в комплексной диагностике легочных кровотечений важное значение имеет бронхиальная ангиография. Выявлены прямые и косвенные признаки легочных геморрагий. С гемостатической целью применены различные методы эндоваскулярной окклюзии бронхиальных артерий с хорошим непосредственным результатом.

Ключевые слова. Легочная, кровотечение, рентгенохирургия.

Проблема легочных кровотечений (ЛК) остается сложным и, нередко, трагическим разделом клинической пульмонологии. Применение активной хирургической тактики граничит с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Поэтому более рациональна разработка и использование различных методов неоперативного гемостаза, в частности – эндоваскулярной окклюзии бронхиальных артерий (ЭОБА).

С применением бронхиальной ангиографии (БАГ) обследовано 676 больных с ЛК различной степени тяжести, в 556 наблюдениях выполнена ЭОБА.

Ангиографическая диагностика источника ЛК основывалась на выявлении прямых и косвенных признаков геморрагии. Первые (экстравазация контрастированной крови, тромбоз бронхиальных артерий) безусловно и точно устанавливали кровотокающую ветвь, вторые (периартериальная диффузия контрастированной крови, увеличение диаметра бронхиальной артерии, периферическая гиперваскуляризация, бронхиально-легочные анастомозы), отражая характер патологического процесса, косвенно свидетельствовали о локализации источника ЛК.

Экстравазация контрастированной крови, как прямой ангиографический признак продолжающегося ЛК установлена в 135 из 288 (47%) наблюдений. Тромбоз бронхиальной артерии (при остановившемся ЛК в острый период) обнаружен у 92 из 288 (32 %) больных. Периартериальная диффузия контрастированной крови установлена у 426 (74,9%) больных и, с нашей точки зрения, является наиболее информативным косвенным признаком ЛК. Увеличение диаметра и периферическая гиперваскуляризация в системе бронхиальных артерий отмечены в 77% наблюдений.

После анализа ангиограмм локализация источника ЛК выявлена в 553 (97,5%) наблюдениях.

Лечебное эндоваскулярное вмешательство проведено 542 больным, более чем у половины (58,7%) отмечено ЛК I В, ЛК I А и I Б степени были в 19%, и ЛК 2

и ЛК 3 степени – в 22,3 %.

К выбору метода эндоваскулярного гемостаза подходили дифференцированно, в зависимости от характера бронхо-легочного поражения и степени тяжести ЛК. Так, временная эндоваскулярная окклюзия бронхиальных артерий показана при ЛК I степени на фоне острого легочного нагноения и ранних стадий опухолевых процессов. В результате применения данного метода у 61 больного кровохарканье было остановлено у 49 (80,3%).

Склерозирующая эндоваскулярная терапия при ЛК I и 2А степени проведена 43 больным, в 39,2% наблюдений получен немедленный гемостаз. Критически оценивая этот метод эндоваскулярного гемостаза, мы применяем его только при невозможности по каким либо причинам проведения материальной окклюзии бронхиальных артерий.

Материальная эндоваскулярная окклюзия бронхиальных артерий выполнена 464 больным. Эндоваскулярный гемостаз бронхиальных артерий поролоновыми и тefлоновыми эмболами проводился при обильном кровохарканье, массивном и профузном ЛК (ЛК I В ст., 2 и 3 ст.), независимо от его причины и количества рецидивов, при кровохарканье на фоне хронического легочного нагноения и рака легкого, при патологии системных сосудов легких.

В процессе работы мы пришли к выводу, что в патогенезе ЛК у больных гангреной, распадающимся раком легкого определенную роль играют сосуды малого круга кровообращения, что подтверждалось результатами ангиопульмонографии. Поэтому 12 больным была проведена синхронная окклюзия бронхиальной и легочной артерии с хорошим гемостатическим эффектом.

Применяя различные методы эндоваскулярного гемостаза, нами получен непосредственный гемостатический эффект почти в 90% случаев у больных с ЛК.

Таким образом, метод рентгено-эндоваскулярной хирургии занял прочное положение в ряду неотложных мероприятий при ЛК.

THE X-RAY SURGERY OF PULMONARY HEMORRHAGE

A.I. Kvashin, F.N. Pachterskih, A.F. Portnjagin, S.A. Atamanov

(The Chair of Hospital Therapy of of ISMU)

In the complex diagnosis of pulmonary hemorrhages the bronchial arteriography has important meaning. The direct and indirect characters of pulmonary hemorrhages have been defined. The various methods of endovascular occlusion of bronchial arteries were used with good immediate result with the homeostatic purpose.

НЕКОТОРЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

В.А. Белобородов, В.Н. Антонов

(Кафедра общей хирургии ИГМУ, зав. – проф. С.Б. Пинский;
МУЗ Клиническая больница №1 г. Иркутска, глав. врач Л.А. Павлюк)

Резюме. В статье описаны возможности оценки риска рецидива кровотечения из хронических гастродуоденальных язв по некоторым эндоскопическим признакам.

Ключевые слова. Хроническая язва, рецидив кровотечения, прогноз.

Одним из главных факторов ухудшающих результативность лечения больных с кровоточащими хроническими гастродуоденальными язвами (ХГДЯ) является рецидив геморрагии в раннем периоде после первичного гемостаза. Методом выбора в диагностике острого кровотечения из хронических гастродуоденальных язв (ХГДЯ) является неотложная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Она помогает не только выявить источник кровотечения и осуществить первичный или превентивный гемостаз, но и в прогнозе рецидива кровотечения (РК) в раннем постгеморрагическом периоде.

Целью исследования явилась оценка некоторых эндоскопических параметров первичной ЭГДС для прогноза РК из ХГДЯ.

Осуществлен анализ результатов обследования и лечения 405 больных с кровотечением из ХГДЯ в клинике общей хирургии ИГМУ. Для выявления факторов риска РК из ХГДЯ проводили оценку некоторых эндоскопических параметров: диаметр, глубина и локализация язвенного дефекта (ЯД), изменения (по классификации J. Forrest et al., 1974) в дне ЯД, наличие патологических примесей («кофейной гуши», неизменённой крови и/или ее сгустков) в просвете желудка и/или ДПК. Среди обследованных у 219 больных диагностирована хроническая язва двенадцатиперстной кишки (ХЯ ДПК), у 186 – хроническая язва желудка (ХЯЖ). Рецидив кровотечения отмечен у 61 (27,9%) больных с ХЯ ДПК и у 52 (28,0%) – с ХЯЖ. Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием непараметрического критерия χ^2 .

У больных с ХЯ ДПК без РК диаметр ЯД 0,9 см и менее был чаще ($p=0,0001$) в сравнении с таковым у больных с РК из ХЯ ДПК. В тоже время у вторых ЯД размером 1,0–2,0 см был выявлен чаще ($p=0,0001$), чем у первых. Больных с ЯД 2,1 см и более также было больше ($p=0,04$) в группе с РК из ХЯ ДПК. У больных с РК из ХЯЖ диаметр язвы 2,1 см и более был достоверно чаще ($p=0,012$), чем без РК ($p=0,74$). В остальных сравниваемых группах больных диаметр ЯД не имел прогностической разницы.

Частота ЯД глубиной 0,2 см и менее преобладала ($p=0,0001$) у больных с ХЯ ДПК без РК. Глубина язвы в диапазонах 0,3–0,5 см, 0,6 см и более значимо (соответственно $p=0,0001$, $p=0,024$) чаще была в группе с РК из ХЯ ДПК. У больных ХЯЖ с ЯД глубиной 0,6 см и более чаще ($p=0,042$) возникал РК.

Кроме того, по результатам проведенного исследования установлена высокая прямая корреляционная связь между диаметром и глубиной язвенного дефекта при ХЯ ДПК без РК ($r=0,72$) и с РК ($r=0,73$). Анало-

гичные высокие показатели корреляции получены у больных с ХЯЖ без РК ($r=0,76$) и с РК ($r=0,75$).

Следующим исследуемым параметром была локализация ХГДЯ. Из всех сравниваемых возможных локализаций ЯД в ДПК только язвы задней стенки ЛДПК достоверно чаще ($p=0,033$) встречались в группе с РК. По остальным локализациям значимых отличий нет ($p=0,135–0,886$). Из множества вариантов возможных локализаций осложнённых кровотечением ХЯЖ риск РК возникал при наличии ЯД на задней стенке кардиального, субкардиального отделов желудка и тела желудка, в проекции его «ахиллесовой пяты», где РК реален на 5–10% чаще, чем в соответствующей группе больных без РК. Кроме того, ЯД малой кривизны тела и угла желудка на 17% чаще были у больных с РК из ХЯЖ.

Изменения в язвенном дне определяли по классификации J. Forrest et al. (1974), согласно которой больных распределили по группам: F1a, F1b, F2a, F2b, F2c, F3. Частота случаев обнаружения ЯД с интенсивностью кровотечения F1a, F1b в исследуемых совокупностях не имела различий ($p=0,664; 0,917$). Тромбированный сосуд (F2a) или фиксированный сгусток крови в дне ЯД чаще ($p=0,01$) были при РК из ХЯ ДПК. В тоже время наличие в дне ЯД вкраплений солянокислого гематина реже ($p=0,0001$) наблюдалось у больных с РК из ХЯ ДПК. У поступивших больных с ХЯЖ, в постгеморрагическую фазу были установлены значимые различия в частоте выявляемости соответствующих изменений в ЯД. При F2a и F2b преобладали (соответственно $p=0,013$ и $p=0,044$) ХЯЖ с РК, а при F2c – ХЯЖ без РК ($p=0,0001$).

Достоверных прогностических различий между сравниваемыми группами больных с РК и без него по наличию или отсутствию разных патологических примесей в просвете желудка и ДПК при ХЯ ДПК ($p=0,123–0,946$) и при ХЯЖ ($p=0,252–0,911$) не обнаружено.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с ХГДЯ некоторые эндоскопические признаки могут быть использованы в качестве маркеров рецидива кровотечения. Таковыми являются диаметр ЯД при ХЯ ДПК 1,0 см и более, при ХЯЖ 2,1 см и более; глубина ЯД при ХЯ ДПК 0,3 см и более, при ХЯЖ 0,6 см и более; локализация ХЯ ДПК на задней стенке ЛДПК, ХЯЖ по малой кривизне в теле и области угла желудка, а также на задней стенке тела, кардиального и субкардиального отделов желудка; наличие в дне ХЯ ДПК или ХЯЖ тромбированного сосуда или фиксированного сгустка крови (F2a, F2b).

SOME ENDOSCOPICAL MARKERS OF RELAPSE OF BLEEDINGS FROM CHRONIC GASTRODUODENAL ULCERS

V. Beloborodov, V. Antonov

(The Chair of General Surgery of ISMU, Clinical hospital № 1. Irkutsk)

The possibilities of estimation of relapse risk of bleeding from chronic gastroduodenal ulcers on some endoscopical attributes are described.

© АНТОНОВ В.Н., БЕЛОБОРОДОВ В.А. –

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ КЛИПИРОВАНИЕМ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В.Н. Антонов, В.А. Белобородов

(Кафедра общей хирургии ИГМУ, зав. – проф. С.Б. Пинский;
МУЗ Клиническая больница №1 г. Иркутска – глав. врач Л.А. Павлюк)

Резюме. В статье описаны возможности эндоскопического клипирования в целях достижения окончательного гемостаза при кровотечениях различного генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова. Кровотечение, эндоскопический гемостаз

В настоящее время эндоскопический гемостаз (ЭГ) является методом выбора при кровотечениях различного генеза из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВО ЖКТ). С этой целью совершенствуют имеющиеся и разрабатывают новые (клипирование, аргоноплазменная коагуляция, радиоволновая коагуляция, аппликация фибринового клея и др.) способы ЭГ, результативность которых требует уточнения. Посему целью нашего исследования была оценка результатов ЭГ клипированием у больных с кровотечением различного генеза из ВО ЖКТ.

При кровотечениях из острых язв и изъязвлений, а также из варикозно-расширенных вен желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с помощью эндоклипатора фирмы «OLYMPUS» накладывали клипсы для мягких тканей модели НХ – 600–090. Для первичного гемостаза и профилактики рецидива кровотечения (РК) из хронических гастродуоденальных язв (ХГДЯ) использовали эндоклипсы модели НХ – 600–135. Клипированием ЭГ был проведен у 132 больных. Из них у 15 больных он выполнен был дважды, у 5 – трижды и у одного – четыре раза. Для этого использовали от 1 до 7 клипс. В 97 наблюдениях перед наложением клипс в край язвенного дефекта вводили раствор адреналина, разведенном в физиологическом растворе (ФР) в соотношении 1:10, до 10 мл на одно введение. В 14 наблюдениях после введения раствора адреналина и наложения клипс дополнительно производили орошение 4–6% раствором феракрила.

При *острых язвах* ВО ЖКТ клипирование применяли у 51 больного. Из них у 6 больных он проведен дважды, у 2 – трижды и у одного – четыре раза. Показанием для повторного ЭГ у 3 (5,9%) больных явился рецидив геморрагии (F1a, F1b), в 6 (11,8%) – признаки нестабильности гемостаза (F2a, F2b) по данным динамической эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Оперирована одна (2%) больная, у которой возникло кровотечение из вновь образовавшейся аспириновой язвы субкардиального отдела желудка.

Клипирование было результативно у 45 из 50 (88,2%) больных с ХГДЯ, которым применяли этот метод. Из них у 5 больных клипировали дважды и у одного – трижды. У 5 больных не удалось наложить клипсы на фиброзно измененное дно язвы. Показанием для повторного ЭГ клипированием в 3 наблюдениях явился РК (F1a, F1b) из ХГДЯ, в 2 – признаки нестабильности гемостаза (F2a, F2b). Из 45 больных этой группы оперированы 5 (11,1%). Из них у одного больного показанием для операции явился РК, у 4 – сохраняющийся риск РК.

Клипирование при *синдроме Маллори-Вейсса* (СМВ) успешно проведено 19 больным (у одного – дважды по причине РК F1b).

У 4 больных клипированием осуществляли ЭГ на 7+0,25 день после резекции желудка по Бильрот-2 (*область малой кривизны желудка и гастроэнтероанастомоза*). Из них 2 больным ЭГ осуществляли дважды, одному – трижды, а одному выполнена операция в связи с неэффективностью ЭГ.

Кровотечение из *пептических язв* ГЭА явилось показанием для ЭГ клипированием у 5 больных (у 2 – дважды). У всех ЭГ стал окончательным.

Двум больным с тяжелой анемией достигнут ЭГ клипированием при кровотечении из *верхушки полипа* и одному – из *ложа удаленного полипа*.

При кровотечении из *варикозно-расширенных вен* ВО ЖКТ указанный ЭГ был успешно применен в 2 наблюдениях. В одном случае двукратно его использовали при кровотечении из варикозных вен субкардиального отдела желудка, в другом – при РК из варикозных вен нисходящего отдела ДПК.

Кроме того, ЭГ клипированием был осуществлен в 4 редких наблюдениях. В 2 случаях источником кровотечения явилась распадающаяся полиповидная *опухоль желудка*, в одном – *ятрогенная травма слизистой оболочки тела желудка* и в одном – рана в области *большого дуоденального соска* после эндоскопической папиллосфинктеротомии. В последнем случае ЭГ ока-

заялся неэффективным и потребовалось оперативное вмешательство.

Клипсы отторгались после наложения в период от 1 суток до 2 месяцев (10+5,6 дней). Во всех случаях при проведении контрольной ЭГДС после заживления дефекта слизистая оболочка в области фиксации клипсы макроскопически и по данным гистологического исследования биоптата была в норме.

Во всех 97 случаях дополнительного использования р-ра адреналина удалось достичь первичного временного гемостаза, что позволило установить источник кровотечения и прецизионно осуществить эндоклипирование. При анализе 14 случаев дополнительного использования феракрила при ЭГ установлено отсутствие его роли в повышении эффективности ЭГ и возникновение ряда новых ограничений в проведении последующих лечебно-профилактических мероприятий и манипуляций в зоне бывшего или продол-

жающегося кровотечения из-за пломбировки линзы эндоскопа феракриловой пленкой.

Таким образом, ЭГ путем наложения эндоклипс оказался эффективным в большинстве случаев при кровотечениях различного генеза из ВО ЖКТ, в том числе и при повторном его применении. Дополнительное использование р-ра адреналина способствует улучшению топической диагностики источника кровотечения, прецизионному наложению клипс и повышению надежности ЭГ. Наиболее эффективным он был при кровотечениях из острых язв и изъязвлений ВО ЖКТ, СМВ. При его использовании для остановки кровотечения и профилактики его рецидива из ХГДЯ эффект не был достигнут в 12,2% случаев (в 10% наблюдений по техническим причинам не удалось наложить эндоклипсы, в 2,2% — возник РК и потребовалось оперативное вмешательство).

ENDOSCOPICAL HEMOSTASIS BY IMPOSING CLIPS IN BLEEDINGS OF DIFFERENT GENESIS FROM THE UPPER DEPARTMENTS OF GASTROINTESTINAL TRACT

V. Antonov, V. Beloborodov

(The Chair of General Surgery of ISMU, Clinical hospital № 1. Irkutsk)

In the article the possibilities of endoscopic imposing clips with the purposes of achievement of final hemostasis in bleedings of various genesis from the upper departments of gastrointestinal tract are described.

© СОКОЛОВА С.В., ЩЕРБАТЫХ А.В., КУЗНЕЦОВ С.М., БОЛЬШЕШАПОВ А.А. —

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

С.В. Соколова, А.В. Щербатых, С.М. Кузнецов, А.А. Большешапов

(Кафедра факультетской хирургии ИГМУ, зав. — проф. А.А. Щербатых)

Резюме. на основании обследования 116 больных, перенесших резекцию желудка, выявлены изменения функционально-морфологического состояния оперированного желудка при постгастрорезекционных синдромах.

Ключевые слова. Оперированный желудок, функция, морфология.

Среди многих проблем современной хирургии лечение язвенной болезни занимает одно из ведущих мест. Внедрение в клиническую практику разнообразных способов резекции желудка не повлияло на частоту постгастрорезекционных синдромов (ПГРС), которые наблюдаются в 15%—45,0 % у оперированных больных. Несмотря на многочисленные работы, отражающие особенности клинической картины, диагностики и лечения ПГРС, до настоящего времени единого представления о характере функциональной активности оперированного желудка не сложилось.

В основу исследования был положен анализ изучения функционального состояния оперированного желудка у 116 больных в отдаленные сроки после резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и ДПК. Мужчин было 81 (69,8%), женщин — 35 (30,2%). Средний возраст их составил 49,7 года.

В основную группу вошли 62 (53,4%) больных, при комплексном обследовании которых выявлены различные постгастрорезекционные синдромы (ПГРС). Наиболее часто встречался демпинг-синдром — у 25 (40,4%) больных, сочетание различных ПГРС наблю-

дали — у 21 (34,0%). Группу клинического сравнения составили 54 (46,6%) больных, не предъявляющие на момент обследования жалоб.

Функциональное состояние оперированного желудка оценивали на основании эндоскопического, рентгенологического исследований (стандартное и ФГЭГ), 24-часовой рН-метрии, радиологического и биохимического исследований.

Эндоскопическое исследование проведено всем больным. В группе клинического сравнения воспалительные изменения наблюдались в 66,7% случаев, эрозивно-язвенных поражений не отмечали, в 96,3% — у них анастомоз характеризовался как функционально активный. В основной группе значимо чаще встречались воспалительные изменения культи желудка (100%), анастомозит (20,7%), пептическая язва анастомоза (14,5%), функционально пассивный анастомоз (63,9%).

При рентгенологическом исследовании культи желудка имела различную форму. Преобладали больные с конической формой культи, значимых различий в исследуемых группах не было установлено.

По характеру эвакуации выделяли непрерывно-ускоренный, непрерывно-замедленный, порционно-ускоренный, порционно-замедленный типы опорожнения, а также задержку эвакуации. В группе клинического сравнения преобладали наиболее выгодные в функциональном отношении порционно и непрерывно замедленные типы эвакуации (70,4%). Рентгенологически преобладали замедленные типы эвакуации (70,4%), моторно-эвакуаторных нарушений 12-перстной кишки обнаружено не было. В основном ПГРС (59,4%) сопровождался непрерывно-ускоренным характером эвакуации из культи желудка.

Оценка функции приводящей петли проводилась на основании радиогепатодуоденографии. В группе клинического сравнения моторно-эвакуаторных нарушений 12-перстной кишки (МЭН ДПК) выявлено не было. В основной группе из 28 обследованных МЭН тяжелой степени отмечены у 7 (11,3%) больных, МЭН средней степени — у 9 (14,5%) и легкой степени — у 12 (19,4%).

О тонуе культи желудка и анастомозированных петель судили на основании манометрии, проводимой по методу «открытого катетера». Наибольшие изменения нашли со стороны тонкой кишки. Так, если внутриполостное давление (ВПД) в культе желудка было достаточно стабильным и составляло 60-80 мм.водн. ст., то, по изменению ВПД в отводящей кишке нами зарегистрировано несколько вариантов последних. Нормотонический вариант сокращений культи желудка и отводящей кишки отмечали в 62,3% случаев у группы клинического сравнения. В основной же группе преобладали больные с гипертонической (59,8%) и гипотонической (25,4%) функцией отводящей петли.

Для определения интенсивности и продолжительности ДГР анализировали показатели 24-часовой рН-метрии. К признакам ДГР (ЕГР) относили колебания с размахом не менее 3 единиц рН, длительность рефлюкса измеряли в минутах.

В основной группе ДГР установлен в 53,2% случаев, при этом в 27,3% — он характеризовался как тяжелый. В группе клинического сравнения ДГР легкой степени выявлен в 12,9% случаев.

При морфологическом исследовании в слизистой оперированного желудка зарегистрированы признаки хронического гастродуоденоэюнита разной степени выраженности. Наибольшие изменения наблюдались в зоне анастомоза и проявлялись нарушением нормальной архитектоники крипт и ворсин, дистрофическими изменениями и десквамацией покровных эпителиоцитов, увеличением или уменьшением бокаловидных клеток. Регистрировалась диффузная и очаговая инфильтрация собственной пластинки, гиперплазия лимфоидных фолликулов.

Таким образом, при постгастрорезекционных синдромах наблюдаются функциональные нарушения составляющих оперированного желудка, тяжесть и сочетание которых определяют тяжесть синдрома. Своевременная диагностика подобных нарушений способствует ранней реабилитации больных.

С целью оптимизации лечения больных гастроэнтерологического профиля считаем необходимым внедрение в клиническую практику следующих исследований:

1. Определение концентрации секреторного Jg A (SJg A) в желудочной слизи (последний обеспечивает местный иммунитет слизистой желудка, тормозит бактериальную инвазию, нейтрализует токсины и препятствует внедрению антигенов внутрь слизистой; своевременная коррекция данного иммунодефицита позволит сократить сроки лечения и обеспечит более длительную ремиссию при эрозивно-язвенных поражениях ЖКТ);
2. Определение содержания амилазы, дисахаридазы, липазы и т.д. в гомогенате слизистой тощей кишки;
3. Определение концентрации антител к гастрину в сыворотке крови методом ИФА.

THE CRITERIA OF FUNCTIONAL-MORPHOLOGICAL STATE OF STOMACH AFTER SURGERY

S.V. Sokolova, A.V. Scherbatikh, S.M. Kuznetsov, A.A. Bolsheshapov
(The Chair of Faculty Surgery of ISMU)

The data of examination of 116 patients after stomach resection is presented. The criteria of estimation of functional-morphological state of operated stomach in postgastroresectional syndromes were defined.

© СОРОКИНА Л.В., ГОЛУБ И.Е., ШОЛОХОВ Л.Ф., БЕЛОБОРОДОВ В.А. —

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Л.В. Сорокина, И.Е. Голуб, Л.Ф. Шолохов, В.А. Белобородов
(Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИГМУ, зав. — проф. И.Е. Голуб)

Резюме. С острой кишечной непроходимостью у 32 больных изучено влияние наркоза на перекисное окисление липидов и антиоксидантную активность.

Ключевые слова. Острая кишечная непроходимость, наркоз, перекисное окисление липидов, антиоксидантная активность.

Проблема лечения острой кишечной непроходимости до сих пор остается актуальной. Быстрое, порой стремительное развитие заболевания приводит к тому, что результаты его лечения не могут удовлетворять клиницистов, т.к. общая летальность составляет 10%, а послеоперационная летальность достигает 13%. Известно, что по мере прогрессирования тяжести заболевания происходит резкая и длительная активация перекисного окисления липидов на фоне недостаточной антиоксидантной защиты организма. В этих условиях перекисное окисление липидов из физиологического процесса трансформируется в патологический процесс. Не исключено, что лекарственные препараты, применяемые во время наркоза, непосредственно или косвенно воздействуют на процесс регуляции перекисного окисления липидов в организме.

Исследования были выполнены у 32 больных в возрасте от 60 лет и старше, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости в условиях нейролепаналгезии (НЛА) с использованием оксибутирата натрия $72,0 \pm 2,0$ мг/кг, фентанила $7,2 \pm 0,1$ мкг/кг·ч, дроперидола $0,4 \pm 0,01$ мг/кг·ч, кетамина $5,7 \pm 1,2$ мг/кг. Премедикация включала транквилизаторы, холинолитики, антигистаминные препараты и наркотические анальгетики. Для вводного наркоза применяли кетамин, миорелаксацию поддерживали введением миорелаксантов не- и деполяризующего действия. Активность процессов перекисного окисления липидов оценивали по накоплению продуктов ПОЛ и изменению антиоксидантной активности плазмы крови. Содержание малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК) регистрировали, пользуясь методом И.Д. Стальной и Т.Г. Гаришвили (1977), антиокислительная активность плазмы определяли по методу Г.И. Клебанова и соавт. (1988). Указанные исследования выполняли до операции (1 этап), во время травматичного этапа операции (2 этап), после окончания операции и наркоза (3 этап) и через 24 часа после операции. Результаты обрабатывали с учетом критерия Стьюдента.

Проведенные исследования позволили установить, что у больных перед операцией за 20 минут до ее начала наблюдалось достоверное повышение концентрации ДК – в 3,6 раза, МДА – в 3,8, снижение АОО – в 1,6 по сравнению с результатами полученными у доноров ($p < 0,001$). По результатам наших данных можно предположить, что больные в предоперационном периоде находятся в состоянии психоэмоционального напряжения и, особенно стресс-реак-

ция выражена перед началом операции, о чем свидетельствует активация процессов перекисного окисления липидов с подавлением антиоксидантной активности.

Известно, что чрезмерная активация стресс-реализующих систем приводит к активации перекисного окисления липидов, что приводит к нарушению метаболических процессов. У всех больных оперированных в условиях НЛА наблюдалась достоверное увеличение концентрации продуктов липопероксидации, снижение антиоксидантной активности, как во время травматичного этапа операции, так и после ее окончания и через 24 часа.

Наши исследования дают основание считать, что при проведении НЛА даже в сочетании с антагонистом NMDA-рецепторов – кетамин, обладающим способностью прерывать развитие сенситизации сегментарных структур ЦНС и оксибутиратом натрия являющимся медиатором ГАМК-эргической антиноцицептивной системы не в полной мере блокируются ноцицептивные импульсы, поступающие из места повреждения тканей, в ЦНС по специфическим нервным волокнам. Считается, что при НЛА происходит ингибция ПОЛ и повышение устойчивости к перексидации. Выяснено, что анестетики и анальгетики применяемые в схеме анестезиологического пособия могут как ингибировать, так и способствовать активации процессов ПОЛ. Можно предположить, что НЛА в этом варианте сопровождается активацией свободных радикалов и подавлением антиоксидантной активности в травматичный этап. Известно, что естественный метаболит центральной ГАМК-эргической системы - ГОМК хорошо проникает через гемато-энцефалический барьер и обладает самостоятельным тормозным действием. Введение оксибутирата натрия предупреждает развитие стрессорных повреждений, за счет ограничения выхода из адренэргических нервных окончаний адреналина и норадреналина, ограничение активации командных нейронов в гипоталамусе и секреции кортиколиберина в гипоталамусе и гипофизе. Кетамин при данном варианте НЛА оказывает неконкурентное блокирующее действие на NMDA-рецепторы, предупреждает изменения возбудимости клеточных мембран, что приводит к снижению болевого порога.

Таким образом, нейролепаналгезия в сочетании с оксибутиратом натрия, кетамин не в полной мере предупреждает активность перекисного окисления липидов с сохранением депрессии антиоксидантной системы

INTRAOPERATIVE STATE OF LIPID PEROXIDATION PROCESSES AND FUNCTIONAL ACTIVITY OF THE SYSTEM OF ANTIOXIDANT PROTECTION IN PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

L.V. Sorokina, I.E. Golub, L.F. Sholokhov, V.A. Beloborodov
(The Chair of Anesthesiology and Resuscitation of ISMU)

There was studied the influence of anesthesia upon lipid peroxidation and antioxidant activity in 32 patients with acute intestinal obstruction.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И МЕТАБОЛИЗМА ПРИ МИОМЕ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Н.В. Протопопова, О.М. Сафонова

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ, зав. – проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. На базе Иркутского областного перинатального центра проведена работа по исследованию гормонального гомеостаза при беременности в послеродовом периоде у 113 женщин. Исследования подтвердили, что возникновение, рост миоматозных узлов и патологическая трансформация матки являются гормонально-зависимыми процессами.

Ключевые слова. Беременность, миома матки.

Традиционное мнение о ведущей роли эстрогенов в патогенезе миомы подтверждается данными современных исследований (V. Bohman et al., 1988; De Leo et al., 1996; A.J. Tiltman, 1997). M.S. Rein et al. (1995), J. Wu, Y. Cheng (1995) утверждают, что прогестерон наряду с эстрогенами стимулирует рост миомы матки. Оба гормона принимают участие в патогенезе миом, используя противоположные пути.

Содержание рецепторов эстрадиола и прогестерона в ткани миомы выше, чем в неизмененном миометрии, и подвержено циклическим изменениям (Е.М. Вихляева, Б.И. Железнов, В.Н. Запорожан, 1997).

Исследования местного кровотока в матке, проведенные Г.А. Савицким и соавт. (1983, 2000) установили повышенное содержание в крови эстрадиола и прогестерона при наличии миомы матки. Режим локальной гормонемии имеет большое значение в патогенезе роста узла миомы и обязательно сопутствующей этому росту гипертрофии миометрия. Авторы предполагают, что существует непосредственная связь высокой концентрации половых гормонов в сосудистом бассейне матки с процессами физиологической (беременность) или патологической (миома) гипертрофии миометрия.

Под нашим наблюдением находились 113 женщин. Первую группу составили 65 беременных с миомой матки, размер узлов у которых не превышал 5 см; вторая группа – 35, имевших узлы, размером от 6 до 20 см. Группу клинического сравнения составили 13 женщин, не имеющих миомы матки.

Беременные первой группы были родоразрешены через естественные родовые пути. Всем больным 2-й группы выполнялась операция кесарева сечения с консервативной миомэктомией. Обследование проводилось в несколько этапов.

На I этапе формировались сравниваемые группы для оценки гормонального метаболизма в 36 недель беременности. На II этапе в сравниваемых группах изучались клинические данные, гормональный метаболизм через 1 месяц после родов. На III этапе исследования проводились через 1 год. Гормональное обследование включало определение в плазме крови эстрадиола, прогестерона, пролактина, тиреотропного гормона, трийодтиронина, тироксина методом ИФА с использованием анализатора «Cobos EIL» (Швейцария) и тест-систем «Диа-Плюс»–«Рош-Москва».

В нашем исследовании доказано, что у беременных с миомой матки до 5 сантиметров отмечается наиболее

высокий уровень эстрадиола при миоме матки больших размеров – содержание эстрадиола в сыворотке крови наиболее низкое, составляет $2985,0 \pm 209,28$ пг/мл ($P_{1-2} < 0,04$). Концентрация эстрадиола в сыворотке крови у беременных с неосложненным течением беременности составляет $3305,62 \pm 197,492$ пг/мл в сроке 36 недель гестации.

Учитывая, что после 20 недель гестации образование эстрогенов осуществляется преимущественно в плаценте при активном участии плода, можно предположить, что миоматозные узлы больших размеров (более 5 сантиметров) снижают регуляторно-гормональную функцию плаценты к 36 неделям беременности.

Достоверных различий в содержании эстрадиола через 5–7 дней после родов нами не отмечено и составляло: $230,2 \pm 43,80$ пг/мл, $231,4 \pm 26,07$ пг/мл и $259,08 \pm 20,223$ пг/мл соответственно.

Через 1 месяц после родов содержание эстрадиола наиболее низким определялось в группе родильниц с миомой матки до 5 сантиметров – $70,12 \pm 9,46$ пг/мл, в группе родильниц с миомой матки с узлами размером более 5 сантиметров, содержание эстрадиола в сыворотке крови было наиболее высоким, достигая $145,79 \pm 14,81$ пг/мл ($p_{1-2} < 0,00017$). В группе клинического сравнения эстрадиол в сыворотке крови – $110,47 \pm 14,49$ пг/мл ($p_{1-3} < 0,02$).

Через 1 год после родов достоверной разницы в содержании эстрадиола в сыворотке крови в I и 3 группах не отмечено – $27,8 \pm 6,24$ и $26,02 \pm 7,33$ соответственно.

Во второй группе содержание эстрадиола в сыворотке крови было наиболее высоким, составляя $49,2 \pm 7,50$ пг/мл ($p_{1-2} < 0,03$; $p_{1-3} < 0,03$), что достоверно различалось с показателями группы клинического сравнения.

Наши исследования показали, что через 1 год после родов и консервативной миомэктомии отмечается гиперэстрогения, что указывает на возможность формирования рецидивов. При миоме матки небольших размеров, после родов через 1 год гиперэстрогения не отмечается.

Большую роль в развитии беременности играет прогестерон. Наиболее значительный прирост концентрации прогестерона наблюдается после 32 недель беременности, в результате чего к концу беременности уровень прогестерона увеличивается, в сравнении с исходным, в 10–15 раз.

Концентрация прогестерона в сыворотке крови в

исследуемых группах достоверно не отличалась при беременности.

Наши исследования показали, что консервативная миомэктомия при кесаревом сечении не приводит к коррекции гормональных нарушений.

А если учитывать хорошо известное влияние эстрадиола на состояние и тонус сосудов матки, то можно предположить дальнейшие нарушения структуры микроциркуляторного русла со значительными изменениями в ультраструктуре клеток, формировании локально-

го гормонального гомеостаза матки, гормонально-зависимых участков сосудистой стенки, которые и являются как бы потенциальными зонами роста миомы матки.

Наши исследования подтверждают, что возникновение, рост миомы матки, патологическая трансформация матки являются гормонально-зависимыми процессами. Беременность, лактация, консервативная миомэктомия не приводят к регуляции гормонального гомеостаза, что требует проведения лечебно-профилактических мероприятий в послеродовом периоде.

THE HORMONAL ADAPTATION AND METABOLISM IN PREGNANCY AND IN POSTPARTUM PERIOD IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA

N.V. Protopopova, O.M. Safonova

(Department of Obstetrics and Gynecology of ISMU)

The research of hormonal homeostasis was carried out in pregnancy and in puerperal period in 113 women with hysteromyoma. The investigation showed that origin, increase in myomatous nodes and pathological transformation of uterus are hormone-dependent processes.

© КРАВЧУК Н.В., ПРОТОПОПОВА Н.В., ХОХЛОВ В.П., АЛЕКСЕЕВА Л.Л. –

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК НИЗКОГО АКУШЕРСКОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА

Н.В. Кравчук, Н.В. Протопопова, В.П. Хохлов, Л.Л. Алексеева

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ, зав. – проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. Изучение характера течения беременности и исходов родов у 79 пациенток низкого акушерского риска показало, что включение адекватных адаптационно-приспособительных механизмов, направленных на вынашивание беременности, привело к существенному снижению частоты осложнений в динамике беременности.

Ключевые слова. Беременность, роды, адаптация.

Для выяснения особенностей адаптации к беременности при наименьшем риске развития осложнений нами были изучены течение беременности по триместрам и исходы родов у пациенток так называемой группы низкого риска, т.е. практически здоровых, не имеющихотягощенного акушерского или гинекологического анамнеза. Женщины состояли на учете по беременности в Иркутском областном перинатальном центре. Обследуемые 79 пациенток были разделены на две группы: первородящие – 42 чел. и повторнородящие – 37 чел. Средний возраст первородящих составил $24,88 \pm 1,21$ лет, а повторнородящих – $29,11 \pm 1,16$ лет. Все 37 повторнородящих состояли в зарегистрированном браке, среди первородящих было 3 (7,14%) незамужних. Высшее образование имели 22 (52,4%) первородящих и 18 (48,7%) повторнородящих. Только в группе первородящих были пациентки с незаконченным высшим образованием – 10 чел. (23,8%), в основном студентки ИГМУ. С другой стороны, среднее специальное образование имела треть пациенток (12 чел. – 32,4%) повторнородящих и только каждая седьмая (6 чел. – 14,3%) первородящая. Со средним образованием было 6 (16,2%) повторнородящих и только 1 (2,4%) первородящая. Однако начальное образование имели 3 (7,1%) первородящих и 1 (2,7%) повторнородящая.

Не имели экстрагенитальной патологии 83,8% (31 чел.) повторнородящих и только 57,6% (24 чел.) пер-

вородящих. Только в группе первородящих на момент наступления беременности у 10 чел. (23,8%) было выявлено диффузное увеличение щитовидной железы I степени (без нарушения функции), тогда как среди повторнородящих во всех случаях размеры щитовидной железы были в пределах нормы. По 3 беременные из каждой группы имели нефроптоз I степени без нарушения функции почек. Трое (7,14%) первородящих имели хронический пиелонефрит в стадии стойкой (10–13 лет) ремиссии, также трое (8,11%) повторнородящих имели мочекаменную болезнь (впервые выявленный при ультразвуковом исследовании солевой диатез без клинических проявлений и нарушения функции почек).

У 78,6% (33 чел.) первородящих и у 75,7% (28 чел.) повторнородящих возраст менархе пришелся на 13–15 лет, что является нормой для нашего региона. Длительность менструального цикла 21–31 день была у 86,2% (25 чел.) первородящих и у 86,5% (32 чел.) – повторнородящих.

В группе повторнородящих от 1 до 3 беременностей в анамнезе имели 15 (40,5%), 4 и более – 22 (59,5%) чел. Среди первородящих 23 (54,8%) было первобеременных, от 1 до 3 беременностей в анамнезе имели 17 (40,5%), а более 3х – двое (4,7%). У 50% повторнобеременных первородящих и только у 37,8% – повторнородящих интервал между предшествующей и

настоящей беременностью составил от 1 до 2х лет. Осложнений в предыдущей беременности и в родах в исследуемых группах не наблюдалось.

Средняя масса тела на момент наступления беременности составила $58,2 \pm 1,8$ кг у повторнородящих и $60,2 \pm 1,18$ — у первородящих. Прибавка массы за беременность также оказалась практически идентичной и не вышла за рамки физиологической: $13,5 \pm 0,73$ у повторнородящих и $13,6 \pm 0,58$ кг — у первородящих.

Первый триместр беременности протекал благоприятно в 61,9% у первородящих и в 64,9% — повторнородящих. Однако в 11,9% у первородящих имела место угроза прерывания беременности, тогда как у повторнородящих она реализовалась только в 5,4% случаев. Это можно связать с тем, что 7,14% первородящих перенесли в первом триместре беременности ОРВИ. Ранний гестоз легкой степени осложнил течение беременности у 21,5% (8 чел.) повторнородящих и только у 6 (14,3%) — первородящих. Железодефицитная анемия I степени была выявлена в 8,1% у повторнородящих и только в 4,8% — первородящих.

Второй триместр беременности протекал без осложнений в 69,05% у первородящих и в 62,16% — повторнородящих, что практически согласуется с течением первого триместра. Угроза прерывания беременности имела место в 8,1% у повторнородящих и в 4,8% — первородящих. Железодефицитная анемия легкой степени по-прежнему чаще наблюдалась нами у повторнородящих, чем у первородящих (29,7% и 16,7% соответственно).

Третий триместр беременности протекал без осложнений в 83,8% (31) у повторнородящих и только в 66,7% (28) первородящих. Мы выявили существенную разницу в частоте анемии: у первородящих она встретилась в 23,8% случаев, а у повторнородящих — только в 8,1%. Маловодие было диагностировано в 4,8% у первородящих и в 8,1% — повторнородящих.

Все роды были срочными. Мы обнаружили некоторые особенности в суточной ритмике родов. У первородящих роды в основном (24 случая — 57,1%) завершались в интервале от 03х до 09 часов, тогда как у повторнородящих в 19 (51,4%) случаях пришлось на интервал 09—15 часов. Хотя дородовое излитие околоплодных вод практически одинаково часто произошло в исследуемых группах (8,1% среди первородящих и 9,5% — среди повторнородящих), но раннее излитие околоплодных вод в два раза чаще было у повторнородящих (10,8% против 4,8%). С другой стороны, амниотомия была в два раза чаще произведена у первородящих (57,8% против 24,3%).

В целом роды без осложнений прошли в 81,1% у повторнородящих и в 80,9% — первородящих. Среди первородящих в 2,3 раза чаще имели место аномалии родовой деятельности (19% против 8,1%). Возможно, по этой причине в 19% у первородящих дети родились в легкой степени асфиксии, тогда как среди новорожденных от повторнородящих все дети имели оценку по шкале Апгар 8—10 баллов.

Средняя масса тела новорожденных от повторнородящих матерей составила $3304,0 \pm 111,09$ г, от первородящих — $3261,27 \pm 120,62$ г; длина соответственно $52,2 \pm 0,66$ см и $50,85 \pm 0,73$ см.

Таким образом, в динамике беременности у пациенток группы низкого риска нами установлено снижение частоты осложнений. Так, в целом если в первом триместре беременности осложнения имели место в 36,7% обследованных, то в третьем триместре — в 35,4%. Ни в одном случае не развился гестоз. Это, по нашему мнению, указывает на адекватное включение адаптационно-приспособительных механизмов, направленных на вынашивание беременности. Тем не менее, при отсутствии в анамнезе родов достоверно чаще развивались аномалии родовой деятельности, что неизбежно сказалось на состоянии новорожденных.

THE FEATURES OF COURSE OF PREGNANCY AND DELIVERIES IN THE PATIENTS OF LOW OBSTETRIC RISK DEPENDING ON PARITY

N.V. Kravchuk, N.V. Protopopova, V.P. Hokhlov, L.L. Alekseeva
(Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty of ISMU)

The character of course of pregnancy and outcomes of delivery in 79 patients with low obstetric risk is investigated. The adequate adaptive mechanisms essentially reduce frequency of complications in dynamics of pregnancy.

© САФОНОВА О.М. —

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДРАЗРЕШЕНИЯ

О.М. Сафонова

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ, зав. — проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. Представлены материалы исследования основных гематологических показателей в раннем послеродовом и послеоперационном периодах у женщин с миомой матки. Установлена зависимость изменений лабораторных показателей от степени нарушения адаптации организма беременной с миомой матки и от размеров миоматозных узлов.

Ключевые слова. Беременность, миома матки, гематологические показатели.

Беременные с миомой матки представляют собой группу высокого риска вследствие значительного объема перинатальных потерь, осложнений во время родов и в послеродовом периоде (И.С. Сидорова, 1985; А.П. Милованов с соавт., 1998). По данным Е.М. Вихляевой, Л.Н. Василевской (1981) частота некроза миомы матки составляет около 7%, узлы опухоли особенно часто некротизируются во время беременности, послеродовом, послеабортных периодах. Вопросы тактики ведения беременности и родов у женщин с миомой матки сохраняют свою актуальность (В.И. Кулаков с соавт., 1999; Н.И. Слепцова, 1999).

Осложненное течение беременности и родов требует строго дифференцированного подхода к ведению беременных с миомой матки и определяет индивидуальную акушерскую тактику в каждом конкретном случае. Прежде всего, это касается решения вопросов о необходимости, возможности и условиях миомэктомии во время гестации (Н.В. Иванова с соавт., 1996; Г.А. Савицкого, 1997). Акушерам-гинекологам приходится прибегать к радикальным операциям (удаление матки с плодным яйцом), что для женщины, не имеющей детей, является трагедией. В тоже время у многих женщин при небольших размерах опухоли, отсутствии признаков нарушения питания узлов беременность протекает благоприятно и, как правило, заканчивается самопроизвольными родами (Л.С. Логотова и соавт., 1999).

При необходимости удаления миоматозного узла общепринятым считается проведение кесарева сечения с последующей надвлагалищной ампутацией или экстирпацией матки. Исключение составляют лишь узлы, расположенные на ножке, и небольшие узлы миомы по линии разреза матки. В этих случаях допускается консервативная миомэктомия. Однако молодой возраст многих рожениц ставит вопрос максимально бережного подхода к матке у данного контингента. Вместе с тем возникают вопросы техники реконструктивно-пластической операции на матке и тактике ведения женщин в послеоперационном периоде (Н.И. Слепцова, 1999). Удельный вес миомэктомий среди общего числа оперативных вмешательств при миоме матки составляет по данным различных авторов от 2,3 до 19,5% (В.И. Кулаков с соавт., 2001).

Под нашим наблюдением находились 113 женщин. Первую группу составили 65 больных с миомой матки, размер узлов у которых не превышал 5 см; вторую – 35, имевших узлы, размером от 6 до 20 см. Группу клинического сравнения представили 13 женщин, не имеющих миомы матки.

Учитывая, что при акушерских операциях, особенно у беременных с миомой матки, фактор кровопотери, её объёма становится особенно важным в определении степени травматичности операции. Нами изучались основные гематологические показатели в раннем послеродовом и послеоперационном периодах. Содержание гемоглобина наиболее низким определялось во второй группе, после проведенной миомэктомии при операции кесарево сечение равнялся $105,9 \pm 2,08$ г/л ($p < 0,0002$), после родов у женщин с миомой матки – $112,7 \pm 1,7$ ($p < 0,01$) г/л, различия достоверно значимы при сравнении больных с миомой

матки с группой клинического сравнения. Достоверных различий в показателях гематокрита, концентрации фибриногена и АВР нами не установлено.

Сложные нейроэндокринные изменения, характеризующие адаптацию организма, получают определенное отражение в морфологическом составе белой крови. Эти реакции определяют прежде всего, по процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле и их соотношению с сегментоядерными нейтрофилами. Согласно данным Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной, Т.А. Уколовой (1999) остальные форменные элементы белой крови и общего числа лейкоцитов свидетельствуют о степени полноценности реакции, степени её напряженности.

Адаптационные реакции организма можно классифицировать следующим образом: 1) реакция тренировки; 2) реакция активации; 3) острый стресс; 4) хронический стресс.

При анализе форменных элементов белой крови нами отмечено, что у всех в группе беременных с неосложненным течением беременности адаптационные реакции организма характеризовались как реакция тренировки. В 36 недель беременности лейкоциты составили: $6,0 \pm 0,20 \times 10^9$ /л, на 5 сутки после родов $5,9 \pm 0,18 \times 10^9$ /л, лимфоциты 24% и 27% соответственно, палочкоядерные лейкоциты, эозинофилы и моноциты – варьировали в пределах нормативных показателей.

В первой группе у 35 из 65 беременных с миомой матки установлены показатели характеризующие реакцию тренировки. Показатели, соответствующие реакции активации, определялись у 30, т.к. содержание лейкоцитов у них составляло $5,6 \pm 0,25 \times 10^9$ /л и $5,7 \pm 0,29 \times 10^9$ /л, лимфоцитов 28% и 30% соответственно, при неизмененных показателях сегменто- и палочкоядерных лейкоцитов, эозинофилов и моноцитов.

Во второй группе у 20 из 35 беременных сохранялась также реакция активации, а у 15 – отмечалось состояние характеризующееся как хронический стресс: среднее количество лейкоцитов в крови в 36 недель гестации равнялось $4,9 \pm 0,11 \times 10^9$ /л, на 5 сутки послеоперационного периода – $5,6 \pm 0,21 \times 10^9$ /л и определялась лимфопения (12% и 18% соответственно) и анэозинофилия.

Тяжесть эндотоксикоза у беременных с миомой матки оценивалась нами по лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ). Гематологические показатели интоксикации у беременных с миомой матки при узлах более 5 сантиметров прогрессивно увеличивалась по мере продолжающегося развития беременности, достигая максимальных значений в III триместре – ЛИИ $4,2 \pm 0,2$ у.е., тогда как при неосложненном течении беременности – $1,4 \pm 0,2$ у.е. Можно высказать предположение, что ЛИИ отражает степень нарушения кровообращения в миоматозном узле, что было и подтвердилось при гистологическом исследовании материала.

Таким образом, проведенные нами исследования ещё раз показали зависимость степени выраженности изменений лабораторных показателей от степени нарушения адаптации организма беременной с миомой матки, в зависимости от размеров миоматозных узлов.

THE EVALUATION OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC HEMATOLOGICAL PARAMETERS IN WOMEN WITH HYSTEROMYOMA DURING PREGNANCY AND AFTER DELIVERY

O. M. Safonova

(Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty of ISMU)

There have been presented the materials of the main hematological indices in the early postnatal and postoperative periods in 113 women with myoma of uterus. The investigations showed the dependence of changes of laboratory indices on the degree of disturbances of organism adaptation of a pregnant woman with myoma of uterus and on the size of myomatous nodes.

© КУПЕРТ М.А., КУПЕРТ А.Ф. –

О ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОМЕТРИТОВ ПОСЛЕ РОДОВ

М.А. Куперт, А.Ф. Куперт

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ,
зав. – проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. С целью подтверждения восходящего пути инфицирования внутренних гениталий при послеродовых эндометритах изучены «микробный пейзаж» влагалища при вагинитах и матки при эндометритах после родов, а также иммуноморфология экзоцервикса и содержание иммуноглобулинов в цервикальной слизи при вагинитах беременных женщин.

Ключевые слова. Эндометрит после родов, патогенез, вагинит, цервицит, микрофлора.

В настоящее время появляются публикации о восходящем пути инфицирования внутренних гениталий на основе изучения микрофлоры влагалища и матки после родов. Контаминация полости матки условно-патогенной микрофлорой нижних отделов генитального тракта происходит восходящим путем во время родов или в послеродовом периоде.

Нами проведено иммуноморфологическое исследование экзоцервикса и определены иммуноглобулины А, М и G в цервикальной слизи у 78 больных с вагинитами и у 20 здоровых женщин. Из них у 42 (53,8 %) женщин выявлен неспецифический, у 19 (24,3 %) – трихомонадный и у 17 (21,7 %) – кандидозный вагиниты.

Исследование микрофлоры матки проводилось у 70 родильниц (из них у 63 с эндометритом после родов) и у 167 женщин с различными вагинитами у 59 (35,3 %) выявлен неспецифический и у 108 – кандидозный вагиниты).

Для определения уровня иммуноглобулинов использован метод радиальной иммунодиффузии по Манчини. Для иммуноморфологического исследования биоптатов из шейки матки криостатные срезы обрабатывали сыворотками (ИЭМ им. Н.Ф. Гамалея и Dakoimmunoglobulins A.G., Дания) в рабочем разведении 1:1000. В качестве маркеров Ig A, M, G параллельно с ФИТЦ (изотиоцианат флюорисина) применяли конъюгаты с пероксидазой хрена против коротких цепей человеческих иммуноглобулинов фирмы «Dakopatts». Результаты фотометрии определялись в условных единицах по току, регистрируемому прибором Ш-100. подсчитывали число клеток (макрофагов, лимфоидных, тучных, фибробластов) в 50 полях зрения.

Кольпоскопию проводили аппаратом фирмы «Тошиба» (Япония) с 60-кратным увеличением. При

постановке как простого, так и «сэндвич» методов по выявлению Ig A максимум метки иммуноглобулина приходится на поверхностные слои и составляет $7,31 \pm 0,34$ условных единиц. У больных цервицитом степень свечения имеет более высокие показатели ($11,93 \pm 0,64$ усл.ед.). Однако, более показательным является Ig M, выявляемый в большинстве случаев. Свечение имеет четкие границы и составляет $5,9 \pm 0,8$ у.е. При цервицитах установлены достоверно высокие показатели накопления Ig M ($14,34 \pm 0,8$ у.е.). Активность свечения у больных первой группы составляет $1,4 \pm 0,47$ у.е. и у второй – $9,8 \pm 1,07$ у.е.

При исследовании содержания Ig в цервикальной слизи у 20 здоровых женщин выявлены изменения содержания Ig A, G в зависимости от фазы менструального цикла. Так, содержание Ig A и G в фазу пролиферации составляло соответственно $23,0 \pm 2,8$ и $175,0 \pm 9,4$ МЕ/мл, снижалось в период овуляции до $15,6 \pm 3,2$ и $83,0 \pm 7,1$ МЕ/мл соответственно и увеличивалось в фазу секреции до $34,0 \pm 3,1$ и $170,0 \pm 9,8$ МЕ/мл. Содержание иммуноглобулинов в цервикальной слизи у больных вагинитом несколько выше, чем у здоровых женщин, но не утрачена зависимость содержания их от фазы менструального цикла. Разница в содержании их статистически не достоверна.

У 58 женщин с вагинитом, осложненным цервицитом содержание Ig A, G в цервикальной слизи было значительно выше, чем у здоровых женщин. Соответственно по фазам цикла Ig A $66,0 \pm 5,1$ МЕ/мл; Ig G $215 \pm 11,0$ МЕ/мл и $164,0 \pm 9,0$ МЕ/мл; Ig M 133 ± 5 МЕ/мл и $133,0 \pm 9,0$ МЕ/мл. Зависимость содержания их от фазы цикла утрачивалась. Обнаружение же у них Ig M свидетельствовало о наличии инфекции в цервикальном канале.

Содержание Ig A, M, G в сыворотке крови у здоровых женщин составляет соответственно $91,0 \pm 8,1$;

89,0±6,0 и 131,1±11,4 МЕ/мл. Зависимости содержания от фазы менструального цикла не обнаружено. У женщин с вагинитом, осложненным цервицитом отмечено увеличение содержания Ig A и M по сравнению со здоровыми женщинами ($p < 0,05$), соответственно $128,0 \pm 11$ и $137,0 \pm 11,0$ МЕ/мл. В то же время количество Ig G у них снижено до $117,0 \pm 14$ МЕ/мл.

Для изучения микрофлоры влагалища при вагинитах беременных и матки при послеродовых эндометритах бактериологическое исследование проводили по общепринятой методике с использованием активных и дифференциально-диагностических средств (без анаэробной технологии).

Обнаружено, что при эндометритах выделялись ассоциации микроорганизмов с одинаковым сочетанием ассоциантов (*Escherichia coli*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Streptococcus haemolyticus*, *Staphylococcus anhaemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*, *Proteus mirabilis*).

Микроорганизмы выделены в 84,3 % (59%) случаев с послеродовым эндометритом и в 42,9 % — у здоровых родильниц ($p < 0,05$). Высокая обсемененность в матке (5 и более Ig КОЕ/мл) выявлялась достоверно чаще ($p < 0,05$) при тяжелом течении послеродового эндометрита в отличие от больных с легким и стертым течением эндометрита. При неосложненном течении пуэрперия у всех родильниц регистрировалась низкая обсемененность послеродовой матки (менее 3 Ig КОЕ/мл). При бактериологическом исследовании со-

держимого влагалища при вагинитах обнаружено, что микрофлора представлена практически идентичными ассоциациями микробов, что и при эндометритах после родов. Высокая обсемененность влагалища (4 и более Ig КОЕ/мл) найдена у 31 (38,7 %) с кандидозным и у 44 (74,6 %) больных с неспецифическим вагинитом. Лактобациллы были обнаружены только в 64,8% случаев у больных с кандидозными вагинитами и в 57,6 % — с неспецифическими вагинитами, что указывает на значительные нарушения микробиоценоза влагалища.

Результаты иммуноморфологического исследования экзоцервикса у женщин с вагинитами свидетельствуют о наличии у них воспалительного процесса в шейке матки, подтвержденное кольпоскопическим исследованием и увеличением содержания Ig A, G и, особенно, Ig M в цервикальной слизи этих больных. Следовательно, воспалительный процесс во влагалище инициирует воспалительный процесс в экзоцервиксе. Проведенные бактериологические исследования позволяют нам утверждать, что эндометрит после родов вызывается микрофлорой влагалища, распространяющейся за пределы своих экологических ниш в результате чрезмерного их размножения при вагинитах у беременных. Клиническим подтверждением этого являются полученные в нашей клинике данные о том, что у женщин с вагинальной инфекцией при беременности эндометриты после родов развиваются в 5,5 раз чаще, чем у женщин с нормобиоценозом влагалища.

THE NEW DATA ON PATHOGENESIS OF ENDOMETRITIS AFTER DELIVERY

M.A. Kupert, A.F. Kupert

(The Chair of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty ISMU)

With the purpose to prove ascending way of infecting internal genitals in postnatal endometritis there have been studied «microbial landscape» of vagina in vaginitis and of uterus in endometrites after delivery as well as immunomorphology of exocervix and content of immunoglobulines in cervical mucus in vaginites of pregnant women.

© ШАРИФУЛИН М.А., БУРДУКОВА Н.В., ЛАПА В.А., НАДИРАДЗЕ О.В., ГУМЕРОВА Е.В. —

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

М.А. Шарифулин, Н.В. Бурдукова, В.А. Лапа, О.В. Надирадзе, Е.В. Гумерова

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИМГУ, зав. — проф. Н.В. Протопопова; Иркутская областная клиническая больница, главный врач — П.Е. Дудин)

Резюме. Проведён анализ хирургического лечения 101 больной с миомой матки, которым выполнена органосохраняющая операция. Ранняя диагностика и своевременное оперативное лечение дают возможность избежать выполнения радикальных операций. Методом выбора для выполнения функциональных операций является эндоскопический.

Ключевые слова. Миома матки, органосохраняющие операции.

Миома матки часто встречающееся доброкачественное заболевание у женщин репродуктивного возраста и составляет 25–30% среди всех гинекологических заболеваний, при этом чаще в возрасте до 35 лет. Статистические исследования показывают «омоложение» опухолевых процессов. Средний возраст оперируемых гинекологических больных составляет 30–40 лет. Одной из важных проблем современной гинеко-

логии является сохранение репродуктивной функции и качества жизни у больных социально-активного возраста. Основным методом лечения миомы в настоящее время остаётся оперативное вмешательство. После радикальных операций на матке в 20–30% случаев у женщин появляются психоэмоциональные расстройства, изменения нейроэндокринной системы, нарушения уродинамики, которые в значительной сте-

пени ухудшают качество жизни женщин. В связи с этим, в настоящее время наблюдается тенденция к расширению показаний для проведения органосохраняющих операций при миоме матки. Функциональная хирургия матки должна решить вопрос о сохранении тазовых органов, профилактике их опущения, а также сохранении менструальной и детородной функций.

В гинекологическом отделении ОКБ за 2003 год обследованы и прооперированы 245 больных с миомой матки. Органосохраняющие операции выполнены у 101 (41,2%) больной; из них лапаротомным доступом – 37, лапароскопическим – 37, гистероскопическим – 27. Перед консервативной миомэктомией в качестве предоперационной подготовки 35 женщин получали гормональное лечение (бусерелин, золадекс) курс у большинства составил 2-3 месяца. Возраст больных, которым проведена органосохраняющая операция колебался от 23 до 53 лет, средний возраст составил 35,7. По возрасту все больные распределены на три группы. В I группу вошли 45 (44,5%) женщин (ранний репродуктивный возраст – 23–35 лет); во II – 37 (36,6%) (поздний репродуктивный возраст – 36–45 лет); III – 19 (18,8%) (перименопаузальный возраст – 46–53 года). При выборе доступа и объёма оперативного вмешательства учитывались, кроме возраста и желания женщин сохранить менструальную и детородную функции, локализация миоматозных узлов, их размеры, структура узлов, наличие сопутствующей патологии. В старшей возрастной группе (III), у 13 (68,4%) женщин основным показанием к оперативному лечению явилось субмукозное расположение узлов. Все больные прооперированы гистероскопическим доступом, 6 – выполнена органосохраняющая операция лапароскопическим доступом при сочетании миомы матки с доброкачественными опухолями яичников (серозная цистаденома, дермоидная киста) и опухолевидными образованиями придатков матки. Во II группе (36–45 лет) миомэктомия лапаротомическим доступом проведена у 13 (35,1%) женщин, лапароскопическим – 12 (32,4%) и гистероскопическим – 12 (32,4%). Показаниями к проведению миомэктомии в данной группе послужили: менометроррагия на фоне субмукозного узла (12 больных), множественная миома матки с быстрым ростом (15), нарушение кровообращения в узле – (7) и бесплодие на фоне миомы (3). В раннем репродуктивном возрасте (I группа) выполнены органосохраняющие операции 45 больным: лапаротомическим доступом – 24, лапароскопическим – 19 и гистероскопическим – 2. Операции проводили по следующим показаниям: бесплодие (при исключении других причин кроме миомы) – у 19 больных, субмукозное расположение узла – у 2, нарушение питания в узле с дистрофическими и некротическими изменениями – у 8. Желание сохранить менструальную и репродуктивную функции высказали 16 женщин. Выбор оперативного доступа определялся величиной и расположением узлов. Если фиброматозный узел был размером более 5–7 см и проникал в толщу миометрия на 50% и более, то производи-

лась консервативная миомэктомия лапаротомическим доступом с тщательным ушиванием стенки матки отдельными викриловыми швами в два ряда. Лапароскопическим доступом производилась органосохраняющая операция при субсерозных узлах, поверхностных интрамуральных узлах (при проникновении в толщу миометрия менее 50%), при отсутствии некроза миоматозного узла. Интрамуральные узлы (с расположением в миометрии на 50% и более) лапароскопическим доступом удалялись у больных не заинтересованных в беременности. Консервативная трансцервикальная миомэктомия нами выполнена у 27 больных с субмукозными узлами 0-I типа при размерах узлов от 1,5 до 3,5 см, во всех случаях произведена механическая миомэктомия. При субмукозных узлах II типа, после уточнения локализации и размеров узла гистероскопическим путём, назначалась гормональная предоперационная подготовка агонистами гонадотропинов на 2-3 мес с последующим оперативным лечением. Все удалённые миоматозные узлы подвергались морфологическому исследованию. В 8 случаях отмечено нарушение кровообращения с дистрофическими и некротическими изменениями. В 92% случаев узлы имели строение простой лейомиомы, в 8% – клеточная, пролиферирующая лейомиома. Послеоперационный период у всех больных после лапароскопических и гистероскопических операций (64) протекал благоприятно, без осложнений. Сроки пребывания в стационаре после эндоскопической операции составили в среднем 6,5 суток. У одной больной после консервативной миомэктомии выполненной лапаротомическим доступом послеоперационный период осложнился образованием гематомы на матке (удалялся узел в диаметре 25–30 см). Гематома была опорожнена и дренирована лапароскопическим доступом. Средний койко-день пребывания в стационаре после традиционной лапаротомической миомэктомии равнялся в среднем 12,5 к/дней.

Обобщая результаты анализа проведённых операций, можно сделать следующие выводы: подход к оперативному лечению миомы матки должен быть дифференцированным, важна ранняя диагностика опухоли и ранняя миомэктомия преимущественно эндоскопическим доступом, которая затем должна подкрепляться адекватной гормональной терапией с целью профилактики рецидива заболевания. Наш опыт показывает, что консервативная миомэктомия должна выполняться не только у женщин младших возрастных групп, но и у более старшего возраста (45–50 лет), в целях поддержания гомеостаза в женском организме. Радикальные операции на матке при миомах у молодых младших возрастных групп допустимо производить только в тех случаях, когда технически невозможно и нецелесообразно выполнение функциональной операции. Лапароскопический и гистероскопический доступы должны стать методом выбора для проведения органосохраняющих операций на матке по поводу миомы, позволяющие снизить риск интра- и послеоперационных осложнений, положительно влияющие на психоэмоциональный статус больных.

ORGANO-PRESERVING OPERATIONS IN MYOMA OF UTERUS

M.A. Sharifulin, N.V. Burdukova, V.A. Lapa, O.V. Nadiradze, E.V. Gumerova
(Sub-Faculty of Obstetrics and Gynecology of ISMU, Irkutsk State Regional Hospital)

There has been conducted the analysis of surgical treatment of 101 patients with uterus myoma after organo-preserving operations. The early diagnosis and well-timed surgical treatment give opportunity to avoid fulfillment of radical operations. The en-doscopic method is a method of choice for carrying out functional operations.

© КУПЕРТ А.Ф., АКУДОВИЧ Н.В. –

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

А.Ф. Куперт, Н.В. Акудович

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ,
зав. проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. Изучена распространенность и структура вагинального кандидоза при обследовании 398 беременных. Выявлены основные 9 видов грибов рода *Candida* - возбудителей вульвовагинального кандидоза у беременных. Изучены особенности клинического течения и лечения вульвовагинального кандидоза в зависимости от вида возбудителя.

Ключевые слова. Вагинальный кандидоз, структура, клиника, лечение.

Вагинальный кандидоз по праву считается «болезнью цивилизации» и занимает 75 % в структуре всех форм кандидоза. Высокая частота вульвовагинального кандидоза при беременности (19,9–50,8 %) обусловлена изменением гормонального баланса. Несмотря на наличие большого количества антимикотических средств, эффективность лечения ими недостаточна (70–80 %), за исключением дифлюкана (92–96 %), который при беременности не рекомендуется.

Исходя из всего вышесказанного, нами изучена распространенность, структура вульвовагинального кандидоза при беременности, а также особенности клинической картины и эффективности лечения кандидозного вагинита в зависимости от вида возбудителя. Обследовано 398 беременных женщин в сроке от 16 до 38 недель. Установлено, что самой распространенной формой влагалищной инфекции среди обследованных больных оказался вагинальный кандидоз 141 (35,43 %). Особо следует отметить, что смешанные кандидозные вагиниты в нашем исследовании обнаружены у 53 (37,59 %) больных. Для определения видовой принадлежности грибов рода *Candida* нами использовался метод «пестрого ряда». При этом нами выделены 9 видов грибов-возбудителей кандидозного вагинита у беременных. По нашим данным отмечено снижение роли *Candida albicans* (52,01 %) и возрастание роли *C. glabrata* (12,42 %), *C. parapsilosis* (7,04 %), *C. tropicalis* (4,7 %) в этиологии кандидозных вагинитов у беременных женщин. Микст – инфекция (сочетание двух и более видов грибов рода *Candida*) регистрировалась у 42 (14,09 %) больных. Впервые подробно изучены и детализированы субъективные и объективные клинические проявления кандидозного вагинита у больных во II и III триместрах беременности в зависимости от вида грибов рода *Candida*. Клиническую картину описывали на основании предложенной нами 5-ти балльной шкалы оценки выраженности симптомов. При изучении клинической картины кандидозных вагинитов были установлены различия в зависимости от вида

возбудителя. Наиболее выраженная клиническая картина по сумме баллов, с превалированием творожистых выделений и частым отсутствием чувства жжения выявлена у беременных при инфицировании грибами вида *Candida albicans* (20,66т). При поражении же *C. glabrata* выраженность клинической картины составляет 15м баллов, с преобладанием молочных выделений и отсутствием выраженного зуда. Для *C. guilliermondii* (9,65 м) характерны выраженные зуд и жжение во влагалище и в области наружных половых органов. Следует особо отметить, что при вагините, вызванном *C. parapsilosis* (7,04 %) практически отсутствуют клинические проявления (2,83 с). При этом имеется единственный симптом – диспареуния (болезненность при половом контакте и введении влагалищных зеркал). При беременности происходит разрыхление слизистой оболочки влагалища и уменьшение ороговения поверхностных клеток, что способствует проникновению грибов в более глубокие слои слизистой и затруднению проникновения применяемых местно лечебных препаратов в очаги деструкции. Исходя из этого, предложен новый метод лечения. Многокомпонентный препарат тержинан применяли совместно с протеолитическим иммобилизованным пролонгированным ферментом – *имозимазой*, для улучшения доставки препарата к возбудителю в глубокие слои слизистой.

Нами отмечена высокая эффективность (93,42%) комплексного лечения по сумме отличных (80,26 %) и хороших (13,16 %) результатов, с преобладанием отличных в 6,1 раза. Следует особо отметить, что у 5 (6,58 %) больных, несмотря на то, что нам не удалось добиться микробиологического эффекта, мы достигли выраженного клинического эффекта (исчезновение жалоб, выделений, гиперемии слизистой). Традиционный способ лечения тержинаном оказался менее эффективным (77,27 %), что на 16,15 % ниже, чем при комплексной терапии. При данном методе лечения у 20 (22,73%) больных не удалось добиться ни клинического, ни микробиологического эффектов. Нами

замечено, что эффективность монотерапии тержинаном при наиболее часто встречающихся видах грибов *C.albicans*, *C.glabrata* значительно ниже, чем при комплексной терапии с использованием имозимазы (57,8 % и 91,2 % соответственно). В то же время эффективность комплексной терапии при редко встречающихся видах возбудителей (*C.parapsilosis*, *C.guillirmondii*, *C.tropicalis*) достигает почти 100% и менее выражена при монотерапии (66,7 %, 66,7 % и 33,3 % соответственно). После комплексного лечения тержинаном и имозимазой лактобактерии в цитogramмах вагинальных мазков при бактериологическом исследовании были обнаружены у 74 (97,37 %) больных, что в 2 раза чаще, чем после монотерапии (45,45 %), а микробное

число их достигало 4 – 6 lg КОЕ/мл. Таким образом, у этих женщин отпала необходимость во втором этапе лечения (курс эубиотиков), за счет чего длительность лечения сокращена была вдвое. Рецидивы заболевания на протяжении данной беременности при монотерапии тержинаном возникли у каждой третьей (32,96 %) больной, что более чем в 3 раза чаще, чем после комплексной терапии (9,21 %).

Таким образом, проведенное исследование позволяет утверждать, что разработанный нами метод с применением имозимазы является оптимальным, высокоэффективным (93,48 %) и доступным для лечения, как в условиях женских консультаций, так и акушерско-гинекологических стационаров.

VULVOVAGINAL CANDIDIASIS AND PREGNANCY

A.F. Kupert, N.V. Akudovich

(The Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty ISMU)

There have been studied spreading and structure of vaginal candidiasis in examination of 398 prenpant women. The main 9 kinds of fwngus *Candida* –the agent of vulvovaginal candidiasis in prenpant women, have been revealed. The features of clinical course and treatment of vulvovaginal candidiasis depending on a type of agent have been studied as well.

© ГАВРИЛОВА О.В., ЧЕТВЕРИКОВА Т.Д., ВАСИЛЬЕВА Л.С. –

ЭРИТРОЦИТОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ АРАБИНОГАЛАКТАНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

О.В. Гаврилова, Т.Д. Четверикова, Л.С. Васильева

(Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии человека ИГМУ, зав. – проф. Л.С. Васильева, кафедра патофизиологии, зав. – доц. Т.Д. Четверикова).

Резюме. Выявлено антиоксидантное действие арабиногалактана при экспериментальной гемолитической анемии, вызванной фенилгидразином.

Ключевые слова. Гемолитическая анемия, арабиногалактан.

В последние годы одним из приоритетных направлений в поиске новых методов лечения является использование препаратов, изготовленных из растительного сырья. Совсем недавно предметом исследований стала биологическая активность природного полисахарида – арабиногалактана, получаемого из лиственницы сибирской. К настоящему времени известно, что арабиногалактан обладает рядом таких свойств как низкая токсичность, хорошая растворимость, иммуномодулирующая и антиоксидантная активность. Целью работы явилось изучение красной крови и активности перекисного окисления липидов при экспериментальной гемолитической анемии и введении арабиногалактана в условиях этой анемии.

Опыты выполнены на 54 беспородных белых крысах-самцах массой 180–200 гр. Шесть из них оставались интактными, у остальных вызывали токсическую гемолитическую анемию путем введения солянокислого фенилгидразина в дозе 3 мг/100 гр. массы тела в/м в течение двух дней (Т.Е.Белокриницкая и др., 1992). Половине из них через 6 часов после, фенилгидразина и затем ежедневно в течение четырех дней инъецировался раствор арабиногалактана в дозе 200 мг/кг массы. В момент наступления пика анемии, а также через 1, 3, 5 суток после него производили подсчет эритроцитов в камере с сеткой Горяева, подсчет

ретикулоцитов на мазках крови по методу Г.А. Алексеева (И.А. Кассирский, Г.А. Алексеев, 1970). Определяли максимальную осмотическую резистентность эритроцитов микроскопическим методом А.А. Яновского (В.Е. Предтеченский, 1960), а также концентрацию продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – гидроперекисей (ГПЛ) и малонового диальдегида (МДА). Полученные результаты обработаны стандартными статистическими методами.

Пик анемии развился на пятые сутки после введения фенилгидразина, при этом количество эритроцитов снизилось на 40% ($P < 0,001$), осмотическая резистентность – на 78% ($P < 0,01$) от исходного уровня, ретикулоцитарный индекс возрос почти в 8 раз. При этом в крови на 26% возрос уровень продуктов ПОЛ, концентрация ГПЛ – в 1,5 раза увеличилась, а МДА – в 1,6 уменьшилась ($P < 0,05$). В первые трое суток в отношении красной крови положительной динамики не наблюдалось, но активность ПОЛ снизилась. Через 5 суток после пика анемии произошло восстановление количественных показателей красной крови, хотя осмотическая резистентность эритроцитов осталась низкой, составляя 12% от нормальной величины ($P < 0,01$). Следует отметить, что вновь повысились активность ПОЛ и концентрация ГПЛ на фоне снижения уровня МДА. При исследовании мазков крови

были обнаружены качественные изменения большей части эритроцитов в виде анизо- и пойкилоцитоза, которые сохранялись в течение всего экспериментального периода. Полученные данные позволяют предполагать, что накопление ГПЛ в крови является одной из причин нарушения структуры мембран эритроцитов в условиях опыта.

В условиях введения арабиногалактана наблюдалась положительная динамика количественных показателей системы эритроцитов. В пик анемии число эритроцитов снизилось лишь на 26%, а осмотическая резистентность эритроцитов оставалась в пределах нормы. Ретикулоцитарный индекс возрос в 14 раз, что свидетельствовало о высокой регенераторной способности красного ростка. Суммарное количество продуктов ПОЛ в крови оказалось повышенным, как и у животных, не получавших арабиногалактан, концентрация МДА увеличилась ($P < 0,01$). В последующие сроки наблюдения число эритроцитов и их осмотическая резистентность также превосходили аналогичные показатели у животных, которые не получали араби-

ногалактан. Более того, осмотическая резистентность эритроцитов на 3 сутки была даже выше, чем у интактных крыс, а в последующие сроки удерживалась на нормальном уровне. Явления анизо- и пойкилоцитоза были единичными и отмечались лишь в ранний период интоксикации. Концентрация продуктов ПОЛ уменьшилась до нормы за счет существенного снижения уровня ГПЛ (в 1,4-2,1 раза, $P < 0,01$). Эти данные свидетельствуют об антиоксидантном эффекте арабиногалактана.

Таким образом, введение арабиногалактана значительно снижает интенсивность разрушения эритроцитов. Учитывая, что патогенное действие фенилгидразина на эритроциты может быть обусловлено прямым взаимодействием токсического вещества с гемоглобином, приводящим к образованию супероксида, H_2O_2 , свободнорадикальных промежуточных продуктов окисления гемоглобина (Е.С. Цукерман и др., 1988), можно предположить, что выявленные нами положительные гематологические эффекты обусловлены антиоксидантным действием арабиногалактана.

ERYTHROCYTOPROTECTIVE EFFECT OF ARABINO GALACTAN IN THE EXPERIMENTAL HAEMOLYTIC ANEMIA

O.V. Gavrilova, T.D. Chetverikova, L.S. Vasilyeva.

(The Chair of Human Histology, Cytology and Embryology,
The Chair of Pathophysiology of ISMU)

There has been revealed the antioxidant effect of arabinogalactan in experimental hemolytic anemia, induced by phenylhydrazine.

© САВЧЕНКОВ М.Ф., БАЛАБИНА Н.М., ЗУЕВА Т.Ф., ЕСЕВА Ж.В. –

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У НЕБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГОРОДА ИРКУТСКА

М.Ф. Савченков, Н.М. Балабина, Т.Ф. Зуева, Ж.В. Есева

(Кафедра амбулаторно-поликлинической помощи ИГМУ, зав. – доцент Н.М. Балабина)

Резюме. Представлены в статье материалы эпидемиологических исследований методом случайной выборки железодефицитных состояний у небеременных женщин.

Ключевые слова. Железодефицитная анемия, латентный дефицит железа, распространенность.

По данным ряда исследователей (Г.Ш. Сафуанова с соавт., 2003; Г.В. Волынец с соавт., 2004) железодефицитная анемия (ЖДА) является мультифакториальным заболеванием, чаще встречающаяся у женщин. ЖДА с современных позиций определяется, как клинико-гематологический синдром, в основе которого лежит нарушение синтеза гема вследствие дефицита железа, развивающегося при различных физиологических и патологических процессах (Л.И. Дворецкий, 1997). Частота дефицита железа в организме женщин колеблется от 10 до 50%.

Настоящее исследование предусматривало выявление дефицита железа (ДЖ) в организме женщин в возрасте от 15 до 69 лет, проживающих на территории Ленинского района г. Иркутска. Обследование женщин в количестве 9240 осуществлялось методом случайной выборки по скринирующей анкете, включающей: социальные аспекты, условия труда, привычный рацион

питания, гинекологический анамнез, физиологические и патологические кровопотери, состояние желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы.

Был осуществлен забор крови у обследуемых с целью определения гемоглобина (гемоглобинцианидный метод) и подсчета количества эритроцитов. Критерий отбора женщин в группу «условно больных дефицитом железа (ДЖ)», для железодефицитной анемии – показатель гемоглобина в крови менее 120 г/л (ВОЗ, 1970), латентного дефицита железа – общепринятое количество гемоглобина 120 г/л и более в сочетании с факторами риска. Всем лицам, отобранном в группу «условно больных» проведено исследование хотя бы двух показателей обмена железа из предложенных ВОЗ для диагностики железодефицитных состояний (ЖДС): железо сыворотки (СЖ), коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТ), сывороточный ферритин.

В результате обработки и систематизации полученных данных выявлено, что дефицит железа наблюдался у 1589 (17,2%) женщин. Наиболее часто дефицит железа встречался у женщин в возрасте 20–29, 40–49 лет, 50–59 лет. Железодефицитная анемия чаще отмечалась у женщин в возрасте 20–29 и 40–49 лет. Латентный дефицит железа (ЛДЖ) чаще обнаруживался в возрасте 50–59 и 30–39 лет.

Анализ результатов исследования позволяет отметить, что средний уровень: гемоглобина (г/л) у женщин ЛДЖ равен $121,0 \pm 0,81$ г/л; количества эритроцитов – $4,0 \pm 0,81$ млн/л; при ЖДА гемоглобина – $108 \pm 0,8$ г/л, эритроцитов – $3,5 \pm 0,04$ млн/л.

Проведенное эпидемиологическое исследование установило ряд этиологических факторов, способствующих возникновению дефицита железа. Так, обильные менструации с продолжительностью более 4 дней отмечались в 44% случаев; количество аборт до 4 и

более – в 41%; употребление преимущественно растительной пищи – в 20 % или молочной – в 16%; заболевания желудка – в 10%; количество родов 3 и более – в 7,7%; заболевания почек – в 6%.

Наблюдались у лиц с дефицитом железа сидеропенические признаки, такие как ломкость ногтей в 71% случаев, кариес и выпадение зубов – в 61%, ломкость и выпадение волос – в 54%, подверженность острым респираторным заболеваниям – в 54%.

Таким образом, результаты исследования указывают, что высокая степень распространенности железодефицитных состояний наблюдается, как правило, у женщин третьего, пятого и шестого десятилетия жизни. Данные возрастные группы риска женщин подлежат углубленному обследованию с изучением у них индивидуальных социально-гигиенических аспектов. Для повышения качества жизни этих групп необходимо внедрение способов массовой профилактики.

FERRODEFICIT CONDITIONS IN PREGNANT WOMEN OF IRKUTSK-CITY

M.F. Savchenkov, N.M. Balabina, T.F. Zueva, Z.V. Eseva
(The Department of Ambulatory-Polyclinic Assistance of ISMU)

The results of epidemiological investigations by the method of randomization of ferroddeficit conditions in nonpregnant women are presented.

© БОГДАНОВА Л.П., БАЛАБИНА Н.М., МАСЛОВА Е.С. –

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Л.П. Богданова, Н.М. Балабина, Е.С. Маслова

(Кафедра амбулаторно-поликлинической помощи ИГМУ, зав. – доц. Н.М. Балабина)

Резюме. Установлено, что железодефицитная анемия развилась у двух трети беременных в первом и втором триместре беременности. Достоверно чаще течение беременности и родов сопровождалось осложнениями у беременных с железодефицитной анемией, чем у женщин с физиологически протекающей беременностью. Предложен алгоритм диагностики, профилактики и лечения ЖДА у беременных.

Ключевые слова. Железодефицитная анемия, беременность.

Железодефицитные состояния (ЖДС) – самая распространенная патология в мире после респираторных инфекций (Коноводова Е.Н., 2003). Заключительным этапом ЖДС является железодефицитная анемия (ЖДА), возникающая при снижении гемоглобинового фонда железа и проявляющаяся симптомами анемии и гипосидероза. В 15–80% случаев беременные и в 20–40% родильницы страдают ЖДА.

Цель исследования: дать оценку влиянию железодефицитной анемии (ЖДА) на течение беременности и родов.

Все беременные женщины были разделены на 2 группы. Первую составили 150 женщин с физиологически протекающей беременностью; II – 160 беременных, страдающих железодефицитной анемией.

Данные клинико-функционального обследования беременных с ЖДА показали, что железодефицитная анемия развилась в первом триместре беременности у 54(33,8 %) женщин, во втором – у 76(47,5%), в третьем – у 30 (18,7%). Следовательно, у всех беременных в итоге установлена была анемия.

У беременных с ЖДА средние показатели гемоглобина составляли $102,0 \pm 1,38$ г/л; сыровоточного железа – $8,45 \pm 0,26$ мкмоль/л; общей железосвязывающей способности сыворотки крови – $89,5 \pm 2,5$ мкмоль/л; коэффициент насыщения трансферрина – $12,3 \pm 0,50$ %.

Осложнились беременность и роды у женщин, страдающих ЖДА, несвоевременным излитием вод в 14% случаев, слабостью родовых сил – в 13,7%, преждевременными родами – в 8,4%, преждевременной отслойкой плаценты – в 4,1%, кровотечением в третьем периоде и после родов – в 27,1%, асфиксией новорожденного – в 15,6%.

Беременность и роды у практически здоровых беременных осложнялись достоверно реже. Так, несвоевременное излитие вод наблюдалось в 7% случаев, слабость родовых сил – в 4%, преждевременные роды – в 5,1%, преждевременная отслойка плаценты – в 1,3%, асфиксия новорожденного – в 7,8%.

Учитывая литературные данные и результаты собственных исследований алгоритм диагностики, про-

филактики и лечения ЖДА у беременных должен включать:

1. Скрининг всех беременных на ЖДС с 5-6-й недели беременности или в более поздние сроки первичной явки.

2. Должен базироваться скрининг на определении основных гематологических показателей: гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, сывороточного железа, ферритина, коэффициент насыщения трансферрином.

3. В зависимости от результата скрининга с учетом диагностических критериев ЖДС всех беременных следует разделить на 3 группы в целях разработки индивидуальных реабилитационных мероприятий:

— беременные без ЖДС и с прелатентным дефицитом железа

— беременные с латентным дефицитом железа (ЛДЖ)

— беременные с ЖДА.

4. Суточная доза назначаемого беременным женщинам элементарного железа определяется группой, к которой они принадлежат: беременным с прелатентным дефицитом железа рекомендуется 25 мг элементарного железа в сутки; беременным с ЛДЖ — 50 мг; больным с ЖДА — 100–120 мг соответственно.

5. Всем беременным следует применять антиоксидантную терапию.

FERRODEFICIT ANEMIA AND PREGNANCY

L.P. Bogdanova, N.M. Balabina, E.S. Maslova

(The Department of Ambulatory and Polyclinic Assistance of ISMU)

The purpose of research: to study influence of iron-deficiency on course of pregnancy in 310 women aged from 20 till 40 years.

It is established, that anemia caused by iron has developed in the first trimester of pregnancy in 54 women (33,8 %), in the second trimester — in 76 (47,5 %), in the third trimester — in 30 (18,7 %).

© КУЗЬМИН А.Я., БАЛАБИНА Н.М., ХАПТАНОВА В.А., ЖИГАЛОВА О.В., ДУЛЬСКИЙ В.А.

ПРОБЛЕМА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ГОРОДЕ ИРКУТСКЕ

А.Я. Кузьмин, Н.М. Балабина, В.А. Хаптанова, О.В. Жигалова, В.А. Дульский

(Кафедра амбулаторно-поликлинической помощи ИГМУ, зав. — доц. Н.М. Балабина)

Резюме. В статье приводятся материалы выборочного обследования 95 человек в возрасте от 60 лет и старше, у которых была диагностирована ЖДА в целях уточнения ее причин и их структуры.

Ключевые слова. Железодефицитная анемия, пожилые.

В развивающихся странах железодефицитная анемия (ЖДА) выявляется в 9,5–51% случаев среди женщин и в 5,1–6,0% — мужчин. Данные по распространенности ЖДА среди лиц пожилого возраста в городе Иркутске в доступных нам литературных источниках отсутствуют.

В связи с этим, нами проведено выборочное изучение состояния здоровья пожилых лиц, проживающих в городе Иркутске на предмет диагностики железодефицитной анемии и причин, их вызывающих. Комплекс исследования включал: анкетирование, изучение гемограммы и показателей железа, клинико-инструментальное обследование.

Критериями ЖДА считали снижение средних показателей железа сыворотки менее 12,5 ммоль/л, повышение общей железосвязывающей способности (ОЖСС) более 71,6 ммоль/л, снижение коэффициента насыщения трансферина (КНТ) — менее 20% при уровне гемоглобина — ниже 120 г/л у женщин и ниже 130 г/л — у мужчин.

Обследовано 95 человек (71 женщина и 24 мужчин) в возрасте от 60 лет и старше.

ЖДА выявлена в 12,7% лиц старшего возраста, причем у женщин старшего возраста она встретилась в 5,5 раза чаще, чем у мужчин аналогичного возраста. Больные ЖДА были распределены по следующим воз-

растным группам: 60–64 лет, 65–69 лет, 70–74 года, 75 лет и старше. Отмечено, что самый высокий процент больных анемией приходится на возраст 60–64 года (58,9%), меньше в группе 75 лет и старше (19,8%), еще реже в группе 70–74 (12,3%) и в группе 65–69 (9,0%). Это, на наш взгляд, объясняется тем, что в первых группах высок процент желудочно-кишечных заболеваний, а в группе 75 лет и старше — (37,9%) геморроидальных кровопотерь.

Сравнительный анализ показал, что у лиц пожилого возраста, страдающих ЖДА, отмечаются значительное снижение эритроцитов ($2,36 \pm 0,7$ млн/л у женщин и $2,78 \pm 0,5$ млн/л у мужчин), сывороточного железа ($8,52 \pm 0,7$ ммоль/л у женщин и $9,12 \pm 0,9$ у мужчин), повышение показателей общей железосвязывающей способности сыворотки крови (до $105,4 \pm 3,9$ ммоль/л у женщин и до $102,6 \pm 4,9$ у мужчин), значительное снижение коэффициента насыщения трансферина (до $9,61 \pm 1,2$ % у женщин и до $9,71 \pm 1,4$ % у мужчин).

При анализе удельного веса структуры причин, вызывающих дефицит железа у лиц пожилого возраста, нами обнаружено, что наиболее частой причиной — в 56,4% случаев были заболевания желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты с пониженной кислотностью — 44,6%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки без признаков кровотечения (11,7%). На втором

месте были геморроидальные кровотечения – в 34,5% случаев и на третьем – маточные – в 9,2%.

Анализ данных анкетного опроса показал, что в питании данного возрастного контингента преобладает смешанная пища (66,3%). Отмечен высокий процент – в 79,4% случаев употребления ими крепкого чая. В семьях у лиц пожилого возраста доход на 1 человека составил более 2187 рублей в 25,6% случаев, от 1500 до 2186 рублей – в 21,3%, менее 1499 рублей – в 53,1% обследованных. Более 56% от семейного дохода

расходовалось ими на питание.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлена значительная распространенность железодефицитных анемий у лиц пожилого возраста, обусловленная не только высоким процентом заболеваний желудочно-кишечного тракта и геморроидальных кровотечений, но и низким уровнем среднемесячного дохода на 1 человека в семье пожилого больного, а также высоким процентом употребления ими крепкого чая.

PROBLEM SIDEROPENIC ANEMIAS IN PERSONS OF ADVANCED AGE IN THE CITY OF IRKUTSK

A.I. Kuzmin, N.M. Balabina, V.A. Naptanova, O.V. Gigalova, V.A. Dulskiy,
(The Department of Ambulatory and Polyclinic Assistance of ISMU)

In the article are presented the materials of random investigation of 95 people aged 60 years and older, in whom sideropenic anemias were diagnosed.

© БАЛАБИНА Н.М., ЛИТВИНЦЕВ А.Н., КАУРОВ Н.К., ШЕВЧЕНКО Г.П., СЕРЕДКИН И.Б. –

ВЛИЯНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЖЕЛЕЗА И АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В СУТОЧНОМ РАЦИОНЕ ВЗРОСЛЫХ НА РАЗВИТИЕ У НИХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (ЖДА)

Н.М. Балабина, А.Н. Литвинцев, П.К. Кауров, Г.П. Шевченко, И.Б. Середкин
(Кафедра амбулаторно-поликлинической помощи ИГМУ, зав. – доц. Н.М. Балабина)

Резюме. Установлено, что в большинстве случаев население имеет несбалансированное питание. Обнаружен дефицит поступления железа в организм исследуемых. Треть женщин и каждый восьмой мужчина из обследованных имели сидеропенические клинические признаки и пониженное содержание гемоглобина и усвоение его.

Ключевые слова. Железодефицитная анемия, гемовое, негемовое железо.

Проблема железодефицитных состояний является одной из важнейших задач ВОЗ с 1954 года. Из множества факторов, способствующих развитию железодефицитных состояний, особое значение принадлежит недостаточному содержанию железа в рационах питания и низкой усвояемости пищевого железа.

Положительное влияние на всасывание железа оказывают белки животного происхождения, медь, аминокислоты, фруктоза, соляная кислота желудочного сока, некоторые витамины и особенно аскорбиновая кислота. В отечественной литературе сведения по биологической доступности железа в рационах питания взрослого городского населения единичны, в связи с этим целью настоящей работы была оценка биологической доступности железа по отдельным приемам пищи и в суточном рационе расчетным методом, а также разработка мероприятий, направленных на профилактику дефицита железа.

Определение биологической доступности железа проводилось в несколько этапов: сначала высчитывали долю гемового железа и его биологическую доступность, далее биологическую доступность негемовой его фракции, затем составлялись для анализа сводные данные.

Указанным методом проанализированы 1160 специальных анкет взрослых лиц в возрасте от 19 до 69 лет, позволяющих воспроизвести 24-часовое питание

за два последовательных дня с учетом равномерного распределения опросов по дням недели.

Установлено, что 85% женщин и 75,8% мужчин имеют несбалансированное питание (дефицит белка животного происхождения, аскорбиновой кислоты, железа), преобладание в рационе основной части населения хлеба, макаронных и крупяных изделий, картофеля и нерациональный режим приема пищи. Среднее потребление железа составило 14,5 + 5,8 мг, в том числе гемового железа – 2,1 мг в сутки (7,24% от общего суточного потребления железа); 12,5% опрошенных мужчин имели концентрацию гемоглобина ниже 130 г/л; 32,7% – обследованных женщин имели концентрацию гемоглобина ниже 120 г/л на фоне выраженной сидеропенической симптоматики.

Всасывание негемовой формы в значительной степени зависит от присутствия в пище аскорбиновой кислоты. Обнаружено, что среднее суточное содержание аскорбиновой кислоты составляет у исследуемых 42,6 мг + 4,1, что значительно меньше нормы, установленной институтом питания для взрослого человека. Таким образом, из 2,1 мг гемового железа, поступающего в организм взрослого городского жителя с пищей за сутки, всасывается только 0,525 мг железа, а из 12,4 мг негемового железа, поступающего с пищей, на фоне дефицита аскорбиновой кислоты, всасывается не более 0,372 мг железа.

Все сказанное свидетельствует о дефиците поступления железа с пищей в организм взрослого человека, что может привести к ЖДА. Это предположение подтвердилось результатами исследования содержания гемоглобина и наличием сидеропенической симптоматики у лиц со сниженным уровнем гемоглобина.

Центром Государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Иркутской области было организовано проведение 62 проб по определению содержания железа в муке высшего, первого, второго сортов, овсяной муки и муки х-пекарской обдирной ржаной. Установлено, что в 59,8 % содержание железа было ниже нормы. Можно предположить, что недоста-

точное содержание железа в муке различных сортов так же может способствовать развитию дефицита железа у взрослого населения.

Для предотвращения железодефицитных состояний необходимо эффективное и оперативное восстановление запасов железа в организме. Учитывая преобладание в рационе основной части населения хлеба, необходимо обеспечить потребление продуктов (муки, мучных изделий), обогащенных препаратами железа, в сочетании с витаминизацией рациона питания. Этот путь первичной профилактики ЖДА, на наш взгляд, является приемлемым для горожан, проживающих в сложной социально-экономической ситуации.

INFLUENCE OF THE CONTENT OF IRON AND ASCORBIC ACID IN THE DAILY DIET OF ADULTS ON THE DEVELOPMENT OF IRON ANEMIAS (IA)

N.M. Balabina, A.N. Litvintsev, P.K. Kaurov, G.P. Shevchenko, I.B. Seregin

(The Department of Ambulatory and Polyclinic Assistance of ISMU)

It has been established that in most cases the population has nonbalanced nutrition. The deficit of iron in the organisms of those investigated has been defined. One third of women and every eighth man had sideropenic clinical signs and decreased content of hemoglobin and its assimilation.

© МАСЛОВА Е.С., БАЛАБИНА Н.М., ГОРЯЕВ Ю.А., ИВЛИКОВА Н.Г. –

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ (ЖДА)

Е.С. Маслова, Н.М. Балабина, Ю.А. Горяев, Н.Г. Ивликова

(Кафедра амбулаторно-поликлинической помощи ИГМУ, зав. – доц. Н.М. Балабина)

Резюме. В статье представлены данные опыта и результативности работы «Школа пациентов железодефицитной анемии (ЖДА)».

Ключевые слова. Железодефицитная анемия, «Школа пациентов с ЖДА».

ЖДА – одно из самых распространенных заболеваний. До сих пор встречаются тяжелые, запущенные формы заболевания, которые трудно поддаются коррекции. В связи с этим одной из важнейших задач улучшения качества лечения больных с ЖДА является своевременное выявление признаков дефицита железа, коррекция факторов риска и проведение адекватной терапии.

Цель исследования – оценить влияние обучения больных с ЖДА в «Школе пациента ЖДА» на эффективность качества их лечения.

Проведено диспансерное наблюдение за 108 женщинами, страдающими железодефицитной анемией, в возрасте от 19 до 67 лет, которые прошли обучение в «Школе пациентов ЖДА». Группу сравнения составили 28 женщин ЖДА, аналогичные по возрастному, социальному статусу и факторам риска, но не прошедшие обучение в школе.

Структура образовательной программы «Школы пациента ЖДА» включает обсуждение следующих вопросов:

- факторы риска и причины развития ЖДА;
- обмен железа и синтез гемоглобина в организме;
- этиология и патогенез ЖДА;
- клинические проявления и особенности течения различных форм ЖДА;

– медикаментозная терапия и принципы рационального питания;

- правила самоконтроля;
- профилактика железодефицитных состояний и здоровый образ жизни.

На первом занятии проводилось скрининговое анкетирование слушателей, назначалось исследование полного гематологического анализа, сывороточного железа и ферритина. Это позволяло слушателю в сотрудничестве с врачом выяснить или уточнить причину развития его заболевания и дать правильную ориентацию по профилактике и лечению на последующих занятиях.

Наблюдение за больными, прошедшими обучение в «Школе пациентов ЖДА» проводилось в течение пяти лет. По результатам анкетирования из 108 женщин, прошедших обучение в «Школе пациентов ЖДА», сбалансированный смешанный тип питания соблюдали 78 (72,2%) больных, тогда как в сравнительной группе применялся только 7 (25%) больными ($p < 0,05$).

Устранены были меноррагии путем хирургического лечения у 16 из 19 (84,2%) женщин, страдающих меноррагиями вследствие миомы матки. В группе сравнения подобную помощь нуждающиеся женщины получили только в 28,7 % случаев.

Основной группы (обученных) 97 из 108 (89,8 %) женщин, через 5 лет наблюдения, стали лечиться с помощью диеты и препаратов железа. В то время как не прошедших обучение в «Школе пациентов с ЖДА», регулярно принимали данную терапию — только 12 (43,2%).

Ремиссия ЖДА в группе женщин, прошедших обу-

чение, наблюдалась в 82,4 % случаев, в группе же сравнения — значительно реже — только в 25%.

Все сказанное позволяет сделать вывод о том, что обучение больных в «Школе пациентов ЖДА» позволяет повысить эффективность лечения, достигнуть у большинства ремиссии заболевания, а, значит и улучшить их качество жизни.

SOME APPROACHES TO IMPROVEMENT OF QUALITY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH IRON ANEMIA (IA)

E.S. Maslova, N.M. Balabina, J.A. Gorjaev, N.G. Ivlicova
(The department of Ambulatory — Polyclinic Assistance of ISMU)

In the article is presented the data of experiment and results of the work of «The School of patients with sideropenic anemia».

© САРАЕВА Н.О., ПОНОМАРЕВА А.А. —

СОДЕРЖАНИЕ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА, ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОРТИЗОЛА У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Н.О. Сараева, А.А. Пономарева

(Кафедра госпитальной терапии ИГМУ, зав. — д.м.н. Г.М. Орлова, Иркутский областной диагностический центр, главный врач — к.м.н. И.В.Ушаков)

Резюме. У больных ММ с анемией 2 и 3 степени обнаружено повышение уровня тиреотропного гормона и снижение гормонов щитовидной железы по сравнению с больными ММ без анемии и с анемией 1 степени. Повышение уровня кортизола отмечено только у больных ММ с тяжелой анемией.

Ключевые слова. Миелома, гормоны щитовидной железы, ТТГ, кортизол.

Множественная миелома (ММ) — это лимфопролиферативное заболевание, морфологическим субстратом которого являются плазматические клетки. В 80% случаев у больных ММ развивается анемия, которая нередко становится причиной неудовлетворительного качества жизни больного. В многочисленных работах показано, что основными механизмами патогенеза анемии при ММ являются: недостаточная продукция эритропоэтина, снижение числа клеток-предшественников красного ряда, уменьшение продолжительности жизни эритроцитов, гемодилюция и нарушение утилизации железа. Эндокринная система и, главным образом, гормоны гипофиза, щитовидной железы и надпочечников оказывают определенное влияние на эритропоэз. В доступной литературе мы не обнаружили работ по изучению состояния гипофиза, щитовидной железы и надпочечников при развитии анемии у больных ММ. Поэтому целью нашей работы явилось изучение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т₃), тироксина (Т₄) и кортизола у больных ММ в зависимости от наличия и степени тяжести анемии.

Обследован 91 больной ММ (43 мужчины и 48 женщин). Медиана по возрасту составила 61 год (24–78 лет). В зависимости от наличия и степени тяжести анемии все больные были разделены на 4 группы. Первую группу составили 24 больных ММ, не имеющих анемии, вторую — 32 с 1 степенью анемии при уровне гемоглобина 91–110 г/л, третью — 20 с анемией 2 степени и уровнем гемоглобина 70–90 г/л и четвертую — 15 с анемией 3 степени и гемоглобином

ниже 70 г/л. В пятую (контрольную) группу вошли 67 здоровых лиц сопоставимых по возрасту и полу. Уровень ТТГ, Т₃, Т₄ и кортизола определяли в сыворотке крови методом иммунохемилюминисценции на аппарате «Иммулайт» (США).

Статистическая обработка материала проводилась с помощью ППП Statistica 6.

В первой группе больных ММ уровень ТТГ составил 1,97 мкМЕ/мл (1,75–2,17 мкМЕ/мл), Т₃ — 2,5 нмоль/л (2,1–2,9 нмоль/л), Т₄ — 139,1 нмоль/л (112,6–153,5 нмоль/л), кортизола — 310,5 нмоль/л (260,5–400,0 нмоль/л); во второй — ТТГ — 2,21 мкМЕ/мл (1,67–2,62 мкМЕ/мл), Т₃ — 1,9 нмоль/л (1,4–2,5 нмоль/л), Т₄ — 107,2 нмоль/л (98,7–133,6 нмоль/л), кортизол — 307,0 нмоль/л (226,0–436,5 нмоль/л); в третьей — ТТГ — 4,04 мкМЕ/мл (2,23–4,49 мкМЕ/мл), Т₃ — 1,4 нмоль/л (1,1–1,7 нмоль/л), Т₄ — 89,2 нмоль/л (79,4–95,5 нмоль/л), кортизол — 488,5 нмоль/л (287,5–573,0 нмоль/л); в четвертой — ТТГ — 6,14 мкМЕ/мл (6,05–6,68 мкМЕ/мл), Т₃ — 1,1 нмоль/л (0,96–1,3 нмоль/л), Т₄ — 66,1 нмоль/л (55,4–78,9 нмоль/л), кортизол — 855,0 нмоль/л (607,0–1089,0 нмоль/л). В контрольной группе ТТГ — 2,11 мкМЕ/мл (0,99–3,08 мкМЕ/мл), Т₃ — 2,1 нмоль/л (1,9–2,6 нмоль/л), Т₄ — 112,0 нмоль/л (96,0–154,0 нмоль/л), кортизол — 411,0 нмоль/л (304,0–502,0 нмоль/л).

У больных ММ с анемией 1 степени не установлено статистически значимых различий в уровне исследуемых гормонов по сравнению с группой без анемии. У больных ММ с анемией 2 степени ТТГ достоверно

выше ($p < 0,03$ и $p < 0,02$ соответственно), а T_3 и T_4 ниже, чем у больных без анемии ($p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно) и с анемией 1 степени ($p < 0,01$ и $p < 0,003$ соответственно), а уровень кортизола значимо не различался в группах без анемии и с анемией. В группе больных ММ с анемией 3 степени уровень ТТГ и кортизола достоверно выше ($p < 0,001$), а T_3 и T_4 ниже, чем у больных ММ без анемии, с анемией 1 и 2 степени тяжести ($p < 0,001$; $p < 0,05$; $p < 0,003$ соответственно).

Итак, у больных ММ с анемией 1 степени уровни исследуемых гормонов не отличались от показателей у больных ММ без анемии. У больных ММ с анемией 2 степени отмечены изменения со стороны гипофиза и щитовидной железы, проявляющиеся в повышении ТТГ и снижении T_3 и T_4 по сравнению с группой без анемии и с анемией 1 степени. И наконец, у больных ММ с анемией 3 степени имеются еще более глубокие изменения со стороны эндокринной системы с вовлечением не только гипофиза и щитовидной железы, но и надпочечников, характеризующиеся повышением ТТГ и кортизола и снижением T_3 и T_4 по сравнению с больными ММ без анемии, с анемией 1 и 2 степени тяжести.

При сравнении больных ММ с группой контроля установлено, что у больных ММ без анемии и с анемией

1 степени эндокринный статус в рамках исследуемых гормонов не отличается от контрольной группы. В то время как у больных ММ с анемией 2 и 3 степени имеется статистически достоверное повышение ТТГ ($p < 0,02$ и $p < 0,001$ соответственно) и снижении T_3 и T_4 ($p < 0,001$). Уровень кортизола достоверно выше только у больных с анемией 3 степени по сравнению с контролем ($p < 0,001$).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о повышении уровня ТТГ в сыворотке крови больных ММ при анемии 2 и 3 степени. Повышение уровня ТТГ по принципу обратной связи приводит к снижению T_3 и T_4 , что влечет за собой уменьшение продукции эритропоэтина почками и снижение эритроидного роста. Снижение T_3 и T_4 может вносить определенный вклад в поддержание анемии 2 и 3 степени. Повышение уровня кортизола у больных ММ с анемией 3 степени, возможно, также может оказывать негативное влияние на развитие анемии в этой группе больных, так как глюкокортикостероиды могут тормозить процесс конечной дифференциации эритропоэтинчувствительных клеток путем понижения их реакции на эритропоэтин или вызывая гибель клеток этой популяции.

CONTENT OF THYROTROPIC HORMONE AND THYROID HORMONES AND CORTISOL IN PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA

N.O. Saraeva, A.A. Ponomajova

(The Department of Hospital Theory of ISMU,
Irkutsk regional clinical-consultative diagnostic centre)

In patients with multiple myeloma accompanied by moderate or severe anemia, we observed the increase in thyrotropin level and lowering in the thyroid hormones level as compared with multiple myeloma patients without anemia or with light degree anemia. Cortisol level increase was noted only in multiple myeloma patients with severe anemia.

© ПАЧЕРСКИХ Ф.Н., ПОРТНЯГИН А.Ф., КВАШИН А.И., АТАМАНОВ С.А. –

ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Ф.Н. Пачерских, А.Ф. Портнягин, А.И. Квашин, С.А. Атаманов

(Кафедра госпитальной терапии ИГМУ, зав. – д.м.н. Г.М. Орлова)

Резюме. Представлены данные о состоянии легочной гемодинамики при хронических заболеваниях легких. С применением бронхиальной артериографии и правого зондирования обследовано 226 больных. Выявленные нарушения гемодинамики корректировались методами эндоваскулярной хирургии.

Ключевые слова. Хронические заболевания легких, легочная гемодинамика.

Результаты прижизненных ангиографических исследований системного и легочного кровотока органов дыхания по новому осветили роль регионарного бронхиально-легочного кровообращения в генезе нарушений легочной и системной гемодинамики и способствовали разработке и внедрению в клинику лечебных рентгено-эндоваскулярных вмешательств.

С применением бронхиальной артериографии (БАГ), зондирования легочной артерии и правых отделов сердца, эхокардиографии (ЭхоКГ) обследовано 226 больных хроническими заболеваниями легких.

При анализе данных БАГ, выявлено, что у данной группы больных происходит активизация бронхиаль-

ного кровотока, что обеспечивает сосудистый компонент хронического воспаления. Бронхиальные артерии увеличены в диаметре, повышено извиты, определяются участки периферической гиперваскуляризации, формирование артерио-артериальных бронхиально-легочных анастомозов. Отмечено, что степень нарушений бронхиального кровотока зависит от характера хронического патологического процесса. Наиболее выражены изменения при хронических легочных нагноениях и, в первую очередь, при бронхоэктатической болезни. Во всех наблюдениях отмечены повышенная извитость бронхиальных артерий, значительное увеличение их диаметра, гиперваскуляриза-

ция до степени ангиоматоза и множественные артерио-артериальные анастомозы с массивным левосторонним сбросом крови (ретроградное контрастирование сегментарных и долевых ветвей легочной артерии).

При хронических ненагноительных заболеваниях активизация бронхиального кровотока выражена умеренно, определяются единичные шунты с минимальными признаками патологического сброса. Установлены статистически достоверные различия степени гиперваскуляризации, диаметра бронхиальных артерий, частоты формирования и массивности бронхиально-легочного шунтирования крови в выше названных группах больных.

При зондировании легочной артерии в 71,6 % наблюдений установлена легочная гипертензия различной степени. При сопоставлении результатов зондирования с данными ангиографического исследования бронхиального кровотока отмечено, что в группе больных с массивным артерио-артериальным бронхиально-легочным шунтированием крови (хронические легочные нагноения) степень легочной гипертензии выше, чем в группе с минимальным шунтированием. Также достоверно чаще случаи легочной гипертензии 3 степени выявлены в 1-ой группе, а случаи нормального давления в легочной артерии — во 2-ой группе больных.

При проведении ЭхоКГ обнаружена зависимость размеров и функциональных показателей левого желудочка от особенностей бронхиально-легочного кровообращения. При хронических легочных нагноениях, характеризующихся массивным артерио-артериальным шунтированием крови, отмечено достоверное увеличение размеров и объемов левого желу-

дочка по сравнению с ненагноительными заболеваниями. Приток крови в левые отделы сердца увеличивается, что ведет к перегрузке объемом левого желудочка и его дилатации. Показатели сократительной способности миокарда левого желудочка также достоверно ниже в первой группе больных. Постоянная перегрузка объемом левого желудочка приводит к дилатации и функциональным нарушениям последнего.

Учитывая резко выраженную дезорганизацию бронхиального кровотока, нарушения легочной и системной гемодинамики 98 больным была проведена рентгено-эндоваскулярная коррекция нарушений бронхиально-легочного кровообращения путем окклюзии бронхиальных артерий. После эмболизации бронхиальных артерий обнаружено достоверное снижение систолического ($35,56 \pm 1,68$ и $29,83 \pm 0,92$ соответственно) и диастолического давления в легочной артерии.

Кроме того, после окклюзии бронхиальных артерий, нормализующей приток крови в левые отделы сердца и уменьшающей объемную перегрузку левого желудочка найдено повышение его функциональных показателей (например, фракция выброса увеличилась с $48,7 \% \pm 2,12$ до $52,1 \% \pm 2,18$).

Таким образом, эндоваскулярная коррекция нарушений бронхиально-легочного кровообращения при хронических заболеваниях легких (особенно при хронических легочных нагноениях) путем окклюзии бронхиальных артерий способствует нормализации легочной гемодинамики, уменьшению перегрузки давлением правого и объемом левого желудочка, что приводит к улучшению условий их функционирования и отдалает сроки декомпенсации.

THE PULMONARY HEMODYNAMICS IN CHRONIC PULMONARY DISEASES

F.N. Pachterskih, A.F. Portnijgin, A.I. Cvashin, S.A. Atamanov
(The Department Hospital therapy of ISMU)

The findings on the state of pulmonary hemodynamics in the chronic pulmonary diseases are presented. 226 patients were examined using the bronchial arteriography and right catheterization. The revealed hemodynamics disorders were corrected with the methods of endovascular surgery.

© БАГЛУШКИН С.А. —

ДИСБАЛАНС ПРОТЕИНАЗНО-ИНГИБИТОРНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

С.А. Баглушкин

(Кафедра госпитальной терапии ИГМУ, зав. — д.м.н. Г.М. Орлова)

Резюме. Представлены данные о наличии существенных патохимических нарушений у больных с разными формами бронхиальной астмы (БА). Что позволяет сделать вывод о том, что дисбаланс протеазно-ингибиторной системы и чрезмерная активация ПОЛ составляют одно из звеньев патогенеза БА, определяя, наряду с другими факторами, тяжесть клинических проявлений заболевания.

Ключевые слова. Бронхиальная астма, перекисное окисление липидов, протеазные ингибиторы.

Были обследованы 114 больных с разными формами БА. В соответствии с современной классификацией бронхиальной астмы больные разделены на две

группы. Первая группа — экзогенная астма (атопическая бронхиальная астма), состояла из 54 человек. Больные экзогенной астмой характеризовались лег-

ким течением заболевания, редкими (1-2 раза в месяц), быстро купирующимися, непродолжительными приступами удушья, отсутствием в анамнезе астматических состояний. В дальнейшем больные экзогенной астмой были разделены на 2 подгруппы в зависимости от тяжести заболевания: первая – больные с легким течением заболевания – 31 (57,4%) больной, вторая – со средней степенью тяжести – 23 (42,6%). Тяжелое течение заболевания среди больных АБА встречается очень редко, поэтому создать такую подгруппу не представилось возможным. Вторая группа – эндогенная астма (инфекционно-зависимая бронхиальная астма) состояла из 60 человек. Больные эндогенной астмой в свою очередь были разделены на 3 подгруппы: с легким течением заболевания – 6 (10%) больных, со средней степенью тяжести – 33 (55%), с тяжелым течением – 21 (35%). Больные эндогенной астмой характеризовались длительными приступами удушья, более тяжелым течением болезни, меньшей эффективностью лечения, наличием легочных и внелегочных осложнений. Контрольную группу составили 29 здоровых лиц, у которых на момент исследования, анамнестически, физикально и с помощью лабораторных методов не было выявлено заболеваний.

В группе больных экзогенной БА, в фазу обострения заболевания, установлено достоверное, по отношению к контролю, повышение БАЭЭ – эстеразной активности сыворотки крови – $0,378 \pm 0,001$ ИЕ/мл ($p < 0,001$), характеризующей общую протеолитическую активность. В фазу ремиссии, перед выпиской, этот показатель, существенно снижаясь ($p < 0,01$) приходил к норме $0,317 \pm 0,001$. В группе эндогенной БА, в фазу обострения заболевания, установлено более значительное, почти двукратное, повышение БАЭЭ-эстеразной активности сыворотки крови – $0,575 \pm 0,001$ ИЕ/мл ($p < 0,001$). В фазу ремиссии этот показатель достоверно снижался ($p < 0,001$), но не нормализовывался ($p < 0,001$).

Рост протеолитической активности сыворотки крови, у больных БА, сопровождался существенными изменениями со стороны ингибиторного звена ПИС, которые у больных с разными формами БА, кардинально отличались друг от друга. В группе экзогенной БА обнаружено существенное снижение активности основного сывороточного ингибитора – α_1 -ПИ – $1,078 \pm 0,003$ мг/мл ($p < 0,05$) и, более чем в 1,5 раза, повышалась концентрация α_2 -МГ – $4,348 \pm 0,011$ г/л ($p < 0,001$). Сниженная активность α_1 -ПИ, вероятно, свидетельствует, об уже имеющемся, относительном дефиците основного ингибитора. В этих условиях рез-

кое повышение концентрации α_2 -МГ является защитной компенсаторной реакцией не позволяющей развиться глубокому дисбалансу ПИС. У больных эндогенной БА, показатели ингибиторного звена ПИС крови имели совершенно другой характер. Здесь, наоборот повышалась активность α_1 -ПИ – $2,154 \pm 0,005$ мг/мл ($p < 0,001$) при незначительных изменениях α_2 -МГ – $2,550 \pm 0,006$ г/л ($p > 0,1$). Высокая активность α_1 -ПИ в этой группе позволяет, по-видимому, сдерживать дисбаланс ПИС.

Результаты исследования ПИС получили интересное развитие во время анализа показателей ПОЛ. Интенсивность свободнорадикальных процессов у больных БА определялась нами по уровню первичных (диеновые конъюгаты, гидроперекиси липидов) и вторичных (малоновый диальдегид) продуктов ПОЛ в мембранах эритроцитов. Исследование ПОЛ производилось синхронно с исследованием ПИС, у одних и тех же больных. Соответственно и разделение на группы и подгруппы было одинаковым.

Обе формы БА характеризовались существенным усилением ПОЛ не только при обострении, но и в ремиссию. Причем, в группе эндогенной БА, интенсивность ПОЛ выражена значительно сильнее чем, среди больных экзогенной БА ($p < 0,001$). Была также выявлена прямая корреляционная связь между концентрацией продуктов ПОЛ и уровнем БАЭЭ-эстеразной активности как при экзогенной БА ($r = 0,72$; $p < 0,001$), так и при эндогенной БА ($r = 0,61$; $p < 0,001$). Данные корреляционного анализа ингибиторного звена ПИС показали отрицательные корреляционные связи между интенсивностью ПОЛ и активностью α_1 -ПИ у больных экзогенной БА ($r = -0,29$; $p < 0,002$) и концентрацией α_2 -МГ у больных эндогенной БА ($r = -0,25$; $p < 0,05$). Выраженное повышение концентрации продуктов ПОЛ было одинаково характерно для всех групп и подгрупп исследованных больных. Разница между подгруппами больных БА с разной степенью тяжести также высоко достоверна ($p < 0,01$). В ремиссию болезни происходило значимое снижение уровня продуктов ПОЛ во всех подгруппах, с нормализацией в подгруппе экзогенной БА легкого течения, однако во всех других подгруппах этот уровень оставался достоверно высоким по отношению к контролю ($p < 0,05$).

Установленные нами, у больных БА, выраженные патохимические нарушения позволяют сделать вывод о том, что дисбаланс ПИС и чрезмерная активация ПОЛ составляют одно из звеньев патогенеза БА, определяя, наряду с другими факторами, тяжесть клинических проявлений заболевания.

DISBALANCES OF BLOOD PROTEINASE-INHIBITOR SYSTEM AND LIPID PEROXIDATION IN PATIENTS WITH ASTHMA

S.A. Baglushkin

(The Department of Hospital Therapy of ISMU)

The findings on the presence of significant pathochemical disorders in patients with different forms of bronchial asthma are presented. The obtained findings allow the conclusion that proteinase-inhibitor system imbalance and the excessive activation of lipid peroxidation is one of the agents of bronchial asthma pathogenesis, thus determining among other factors the severity of clinical manifestations.

СОДЕРЖАНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ДИЕНОВЫХ КОНЬЮГАТОВ, МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА, ПОКАЗАТЕЛЯ АНТИОКИСЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ, СУПЕРОКСИДАИСМУТАЗЫ И АЛЬФА-ТОКОФЕРОЛА У БОЛЬНЫХ НЕ- И ИМУННОЙ ФОРМАМИ БРОНХИАЛЬНЫХ АСТМ

Б. Солонго

(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. – Ф.И. Беялов)

Резюме. Изучено состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) – антиоксидантной системы (АОС) у больных бронхиальной астмой средней степени тяжести в фазу обострения и ремиссии: неиммунной – аспириновой (АА) и иммунной – атопической (АБА) в сравнении со здоровыми лицами.

Ключевые слова. Бронхиальная астма, аспириновая астма, атопическая бронхиальная астма, ПОЛ, АОС.

Накопившиеся данные литературы, подтверждают наличие активации свободнорадикальных кислородных и липидных продуктов окисления и угнетение активности антиперекисной защиты у больных БА, которые играют важную роль в её патогенезе. В связи с этим была поставлена цель оценить в сыворотке крови состояния системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной (АОС) у больных как неиммунной формой-аспириновой бронхиальной астмой (АА), так и иммунной-атопической (АБА) со средней степенью тяжести персистирующего течения.

Работа выполнялась на базе пульмотерапевтического отделения областной клинической больницы г. Иркутска. Нами были обследованы 54 человека, из них с АА среднего течения – 22 (муж. – 4, жен. – 18, средний возраст $33,95 \pm 3,02$) больных; АБА среднего течения – 12 (муж. – 8, жен. – 4, средний возраст $24,83 \pm 1,53$) и здоровых лиц – 20 (муж. – 6, жен. – 14, средний возраст $25,65 \pm 1,74$ лет). Различия по возрасту АА с АБА и здоровыми статистически достоверны, что отмечают и другие исследователи.

Состояние ПОЛ в сыворотке крови оценивалось по уровню содержания промежуточных (диеновых конъюгатов-ДК) и конечных (малоновый диальдегид-МДА) продуктов ПОЛ на спектрофотометре. В рамках АОС определялись в сыворотке крови: общая антиоксидантная активность (АОА), а также супероксиддисмутаза (СОД), α -токоферол (α -ТФ). Исследование проводилось у одного того же больного как в фазу обострения, так и ремиссии. Вычислялись средние арифметические значения показателей и ошибки средних ($M \pm m$). Достоверность результатов оценивалась по критерию Манна-Уитни.

Значение исследуемых показателей в здоровой группе составили: уровень содержания ДК – $9,17 \pm 0,26$ мкмоль/мл; МДА – $3,53 \pm 0,22$ мкмоль/мл; АОА – $0,703 \pm 0,008$ усл. ед.; СОД – $180,1 \pm 2,86$ усл. ед.; α -ТФ – $17,04 \pm 0,26$ мкг/мл;

Активация процессов ПОЛ в сыворотке крови у больных при обеих формах БА была высокой, но при АА она была статистически достоверно ($p < 0,01$) выше как в фазу обострения (ДК – $8,19 \pm 0,48$ и МДА – $6,23 \pm 0,17$ мкмоль/мл), так и ремиссии (ДК $4,28 \pm 0,44$ и МДА $4,98 \pm 0,15$ мкмоль/мл), нежели при иммунной – АБА (ДК обострение – $16,36 \pm 0,6$ и ремиссии –

$12,5 \pm 0,62$ мкмоль/мл; МДА $5,69 \pm 0,16$ и $4,35 \pm 0,24$ мкмоль/мл соответственно).

Высокая активность свободнорадикального окисления в сыворотке крови у больных АА сопровождается достоверным ($p < 0,01$) снижением уровня содержания показателя АОА в обострение ($0,633 \pm 0,006$ усл. ед) и ремиссию ($0,656 \pm 0,008$ усл. ед) по отношению к здоровыми. При этом у больных АА опять же отмечено более существенное ($p < 0,05$) снижение, нежели при АБА ($0,665 \pm 0,001$ и $0,671 \pm 0,002$ усл. ед соответственно).

В фазу обострения у больных АА наблюдалось статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня содержания внутриклеточного фермента-СОД $65,7 \pm 5,6$ усл. ед) по отношению к здоровым. У больных же АБА в фазу обострения наоборот его уровень содержания был повышенным ($189,4 \pm 4,19$ усл. ед) и между ними имелась статистическое значимое ($p < 0,05$) различие. В фазу ремиссии уровень содержания СОД нормализовался при обеих формах (АА – $173,7 \pm 2,52$ и АБА – $175,9 \pm 3,54$ усл. ед) БА, поскольку статистических различий со здоровыми ($p > 0,05$) не стало. Достоверно ($p < 0,05$) сниженным уровень содержания был не только СОД, а и α -ТФ в сыворотке крови в сравнении со здоровыми при обеих формах БА и в обе фазы течения. По уровню содержания α -ТФ между больными АА (обострение – $4,12 \pm 0,34$ и ремиссии – $5,19 \pm 0,36$ мкг/мл) и АБА ($15,3 \pm 0,27$ и $16,1 \pm 0,27$ мкг/мл соответственно) не установлено статистических достоверных различий, хотя у больных АА зарегистрированы более низкие цифры

Итак, полученные данные свидетельствуют об активации ПОЛ и угнетении антиоксидантной защиты в сыворотке крови при обеих формах БА, как иммунной, так и неиммунной. Выявленное нами снижение показателей антиоксидантной защиты, а именно АОА и уровень содержания α -ТФ, при обеих формах БА, показывает что, это универсальный процесс, который не зависит от характера патологического процесса (иммунного, метаболического). Изменения же обнаруженные по уровню содержания фермента СОД: снижение при АА и повышение при АБА указывают, что активность этого фермента напрямую зависит от характера патологического процесса. Усиление активности защитной функции СОД у больных АБА среднего течения сдерживает интенсивность свободнорадикаль-

ного окисления на уровне умеренного повышения, что следует расценивать как проявление компенсаторно-приспособительной реакции организма направленной на предотвращение возможной интенсификации ПОЛ. В то время как при неиммунной – АА сниженный уровень содержания СОД привел к высокой интенсивности свободнорадикального окисления в сыворотке крови, которое достоверно было более высокое, чем при АБА. Выявленные особенности нарушения систем ПОЛ-АОС в патогенезе БА проявляется клинически: при неиммунной (АА) упорством, тор-

пидностью, прогрессированием ее течения и полиорганным поражением, т. к. наряду с бронхообструктивным синдромом, имеется круглогодичная риносинусопатия, синдромы гепатобилиарный, желудочно – кишечный и кожный; а при иммунной (АБА) спорадическим, обратимым с полными ремиссиями, поздним развитием осложнений и сочетанных процессов

Таким образом, обнаруженные отличительные некоторые механизмы в течении АА и АБА, объясняют неблагоприятное клиническое течение неиммунной формы и требуют соответствующей коррекции.

THE SERUM LEVELS OF DIEN CONJUGATES, MALONE DIALDEHYDE, ANTIEXIDATIVE ACTIVITY, SUPEROXIDDISMUTASE AND ALPHA – TOCOPHEROL IN THE PATIENTS WITH NONIMMUNE AND IMMUNE BRONCHIAL ASTHMA

B. Solongo

(The Department of Faculty Therapy of ISMU)

There was studied the condition of lipid peroxidation (LP) – antioxidative system (AOS) in blood serum in the patients with middle bronchial asthma in the phases of exacerbation and of remission: nonimmune-aspirin-induced (AA) and immune-atopic (ABA) as compared with healthy people.

© ОРЛОВА Г.М. –

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Г.М. Орлова

(Кафедра госпитальной терапии ИГМУ; зав. – д.м.н. Г.М. Орлова)

Резюме. С помощью метода электронного парамагнитного резонанса установлены изменения активности основных антиокислительных ферментов крови в процессе прогрессирования почечной недостаточности, при лечении регулярным гемодиализом. Установлено неблагоприятное прогностическое значение сниженной антиокислительной активности.

Ключевые слова. Почечная недостаточность хроническая, антиокислительная активность крови, супероксиддисмутаза, церулоплазмин.

За последние десятилетия достигнуты определенные успехи в изучении механизмов развития хронической почечной недостаточности (ХПН). Однако до сих пор остается много неясного в патогенезе и характере метаболических нарушений при почечной недостаточности.

Результаты многих исследований подтверждают участие оксидантного стресса в прогрессировании почечного повреждения. Даже в физиологических условиях в почках – органе с интенсивным метаболизмом – обнаруживается высокое содержание пероксида водорода и других окислительных агентов. В результате окислительно – восстановительных реакций происходит образование АТФ, необходимого для адекватного осуществления многочисленных почечных транспортных процессов. В патологических условиях воспалительные клетки, инфильтрирующие почечную ткань, продуцируют различные оксиданты: супероксид-анион, пероксид водорода, гидроксильный анион и др. Некоторые почечные заболевания сопровождаются активацией специфических способов генерации оксидантов. Кроме того, при уменьшении массы действующих нефронов в оставшихся нефронах возрастает расход кислорода, активизируются окислительные

процессы, что приводит к увеличению продукции оксидантов. Нарушена и их почечная экскреция. В свою очередь оксиданты нарушают внутриклубочковую гемодинамику, повреждают эпителиальные и эндотелиальные клетки, разрушают базальную мембрану, способствуют выработке провоспалительных медиаторов и цитокинов фиброгенеза, тем самым способствуя нефросклерозу.

Уменьшить отрицательное влияние оксидантов могут специальные антиокислительные ферменты. По мнению многих исследователей, активность антиокислительных ферментов крови при ХПН снижена. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что антиокислительная активность некоторых ферментов крови изменяется неоднозначно в разные периоды почечной недостаточности.

Наше исследование было основано на выявлении активных центров ферментов с помощью метода электронного парамагнитного резонанса (ЭПР). В лаборатории ЭПР (руководитель – проф. Р.Г. Сайфутдинов) на кафедре госпитальной терапии ИГМУ изучались парамагнитные центры супероксиддисмутазы (СОД) эритроцитов и церулоплазмينا (ЦП) плазмы крови у

больных с ХПН разных стадий. Осуществлялись одно-моментное и проспективное исследования. Проанализировано течение ХПН до наступления терминальной стадии у тех больных, которым произведена ЭПР — спектроскопия крови в начальный период ХПН.

Установлено, что в начальный период ХПН активность СОД возрастает, вероятно, в ответ на повышение генерации оксидантов. Активность ЦП плазмы в начальный период ХПН, наоборот, снижена, что делает возможным предположение о нарушении антиокислительной защиты плазмы как одного из механизмов развития почечной недостаточности.

По мере прогрессирования ХПН мобилизуются адаптивные возможности антиоксидантных систем, и продолжительное время активность СОД и ЦП остается стабильной. По мере расходования этих ферментов на антиокислительные нужды происходит истощение антиокислительных защитных систем. Терминальная стадия ХПН характеризуется достоверным снижением активности СОД и ЦП.

Применение регулярного гемодиализа приводит к

повышению активности антиокислительных ферментов. Однако обнаружены «критические» периоды диализотерапии (11 — 50 и 101 — 200 сеансы гемодиализа), когда снижается антиокислительная защита. Клиническими маркерами этого являются различные осложнения уремии и гемодиализа.

Установлено, что низкая активность СОД и ЦП, определенная с помощью ЭПР — спектроскопии в стабильный период ХПН (при уровне креатининемии 0,4 ммоль/л), является фактором прогнозирования ускоренного течения ХПН в дальнейшем. Сниженная активность основных антиокислительных ферментов клетки и плазмы в начальный период ХПН предопределяет более высокие темпы прогрессирования ХПН. Сниженная антиокислительная активность не может противодействовать оксидативному стрессу, инициирующему многие механизмы нефросклероза.

Интересным представляется использование антиоксидантов для лечения больных и профилактики дальнейшего прогрессирования ХПН.

OXIDATIV STRESS IN CHRONIC RENAL FAILURE

G.M. Orlova

(Department of Hospital Therapy of ISMU)

The changes in the activity of the main antioxidative blood enzymes in the process of renal failure progress in the management with regular hemodialysis were determined through the use of electron spin resonance method. Unfavorable prognostic value of the decreased antioxidative activity was observed.

© НИМАЕВА Д.Э., СИЗЫХ Т.П. —

ТЕРАПИЯ МЕТФОРМИНОМ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Д.Э. Нимаева, Т.П. Сизых

(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. — д.м.н. Ф.И. Белялов;

ГУЗ Республиканский центр медицинской профилактики МЗ РБ, гл.врач — Д.В. Нимаева)

Резюме. В статье представлены особенности состояния функции печени у больных сахарным диабетом 2 типа, принимавших препараты метформина на протяжении 10–12 недель. На фоне улучшения углеводного обмена выявлено достоверное снижение ряда биохимических показателей, в первую очередь, липидного обмена. Незначительное увеличение уровня АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, а также показателей биотрансформационной функции не имело статистической достоверности и происходило в пределах нормы, в том числе у больных с заинтересованностью гепатобилиарных структур.

Ключевые слова. Сахарный диабет II типа, функции печени, препарат метформин

Сахарный диабет (СД) 2 типа составляет 85–90% от всех типов СД, при этом количество больных ежегодно увеличивается. Если в 1992 году в Российской Федерации заболеваемость СД 2 типа составила 90,1 на 100 тысяч населения, то в 2002 году — уже 166,2 на 100 тысяч. Аналогичная ситуация роста СД 2 типа отмечается и в городе Улан-Удэ. Так, по данным статистических отчетов, за десятилетие заболеваемость по данной патологии выросла в 3,6 раза: в 1992 году она составила 37,7 на 100 тысяч населения, а в 2002 году — 136,7. Профилактика сосудистых осложнений диабета направлена в первую очередь на поддержание нормогликемии. В последние годы в терапии СД 2 типа «второе рождение» получили препараты

метформина из группы бигуанидов. Метформин снижает инсулинорезистентность тканей, угнетает в печени глюконеогенез и гликогенолиз, увеличивает синтез гликогена. Биодоступность при оральном приеме составляет 50–60%, а период полувыведения из плазмы — 2 часа. Несмотря на то, что при использовании метформина лактацидоз развивается крайне редко, в рекомендациях по назначению его отмечается, что одним из относительных противопоказаний к использованию данного препарата является повышение в сыворотке крови уровня печеночных ферментов. Тем не менее, сведения о влиянии этих препаратов на функциональное состояние печени в литературе немногочисленны. Это побудило

нас к изучению функционального состояния печени, включая биотрансформационную функцию, у больных СД 2 типа на фоне терапии препаратами метформина.

Больным СД II типа проводились антропометрия, общеклинические исследования, определялись уровень Hb A1c с помощью набора «Диабет-тест» АО «Фосфосорб», уровень микроальбуминурии тест-полосками «Micral-Test» Boehringer Mannheim, изучалась вибрационная, тактильная болевая чувствительность, проводился осмотр окулистом, неврологом.

В начале и в конце исследования всем больным определяли гликемию в капиллярной крови глюкозо-оксидантным методом на аппарате «Eksan-G», АСТ, АЛТ методом Райтмана-Френкеля, билирубин по Ендрашику, щелочную фосфатазу (ЩФ), общий холестерин и бетта-липопротеиды, протромбиновый индекс (ПТИ), холинэстеразу — ферментативными реакциями, тимоловую пробу и общий белок — турбодиметрическим методом на биохимическом анализаторе FP-901 Labsystems, Финляндия, гаммаглутамилтранспептидазу (ГГТ) на биохимическом анализаторе Cobas M-Roche. Состояние биотрансформационной функции печени оценивали по антипириновой пробе в слюне соответствии с методическими рекомендациями А.С. Логинова (1990) на спектрофотометре СФ-26. Кроме того, однократно проводились определение: маркеров вирусного гепатита В и С, УЗИ органов брюшной полости на аппарате «Алока-1180» (Япония) по общепринятой методике, статическая гепатосцинтиграфия печени с технецием ^{99m}Tc на гаммакамере МВ-9100. При анкетировании обращалось внимание на возможность поражения печени в анамнезе.

Наблюдалось 19 больных СД 2 типа (4 мужчин, 15 женщин) в течение 10-12 недель. До начала исследования никто не получал метформин, а 11 (57,8%) больных не принимали и какие-либо другие сахароснижающие препараты. Назначение метформина происходило с учетом противопоказаний. Больные принимали метформин в виде препаратов «Сиофор 500/850 мг» (Берлин-Хеми/Менарини Фарма ГмБХ) или «Глюкофаж 500/1000мг» (Мерк-Никомед). Средняя доза бигуанидов составила $1357 \pm 85,5$ мг/сут. Средний возраст больных был $47,0 \pm 1,1$ лет, а длительность диабета со времени установления диагноза $1,3 \pm 0,2$ года. Средний индекс массы тела (ИМТ) составил $30,78 \pm 1,04$, отношение обхвата талии к обхвату бедер равнялся у мужчин $0,99 \pm 0,06$, у женщин — $0,87 \pm 0,01$. В начале исследования у больных средний уровень гликемии был $7,2 \pm 0,2$ ммоль/л, в конце периода наблюдения — $5,6 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,0001$). Средний показатель гликированного гемоглобина (Hb A1c) составил $8,3 \pm 0,8\%$. Из осложнений у больных СД II типа зарегистрированы были диабетическая ретинопатия в 31,5% (6 чел.) случаев, нейропатия — в 26,3% (5), нефропатия — в 21,0% (4).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью компьютерной программы «Биостат».

При опросе выявлено, что еще до назначения метформина, у больных СД II типа имелись те или иные

жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. Так, в 42,1% случаев имелись признаки астеновегетативного синдрома, в 26,3% — кишечной диспепсии, по 10,5% — синдром желудочной диспепсии и гепатобилиарный. Проявления суставного синдрома найдены в 15,7% случаев, геморрагического — в 5,2%. Лихорадочный синдром не наблюдался. Более чем у половины (52,6%) обследованных патологии не было выявлено. Спустя 10–12 недель приема метформина жалобы со стороны астеновегетативного синдрома предъявляли почти тоже количество больных — в 36,8% случаев, но увеличилось число отмечающих симптомы, как желудочной, так и кишечной диспепсии: 15,7% и 36,8% соответственно. Другие субъективные симптомы остались без изменения. Достоверно значимых признаков по опросу не выявлено.

При анализе профмаршрута установлено, что в анамнезе в 26,3% случаев, имелся неблагоприятный длительный контакт с гепатотоксическими веществами. Клинический осмотр больных не выявил признаков поражения гепатобилиарной системы, кроме пятен Воячека (36,8%).

Инструментальное исследование обнаружило большее количество больных, у которых выявлялась патология, нежели при опросе и осмотре. Так, у каждого третьего (31,5%) были найдены диффузные изменения в поджелудочной железе, у каждого пятого (21,0%) — жировой гепатоз. Диффузные изменения в печени установлены в 15,7% случаев, а гепатомегалия, холецистит и дискинезия желчевыводящих путей встречались одинаково часто — по 5,2% случаев. Сонографически не было патологии у более чем половины больных (68,4%).

Частота выявления признаков гепатобилиарной патологии возросла при проведении гепатосцинтиграфии. При этом жировой гепатоз был уже у каждого четвертого (26,3%), диффузные изменения в печени — у пятого (21,0%). В одинаковом проценте случаев найдены гепатомегалия и признаки хронического холецистита — по 10,5%. Тем не менее, у половины больных патологии не было (57,8%) зарегистрировано.

За период лечения на фоне статистически значимого снижения уровня гликемии произошло достоверное снижение показателей холестерина и бетта-липопротеидов, уровня ПТИ, фибриногена, тимоловой пробы. Незначительное увеличение ферментов АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, как и показателей биотрансформационной функции (периода полувыведения и клиренса) не имело статистической достоверности и происходило в пределах нормы.

Таким образом, применение препаратов группы метформина в течение 10–12 недель не вызвало значимого ухудшения состояния функции печени. Субъективные проявления синдрома диспепсии несколько увеличились, как желудочной, так и кишечной, но недостоверно. Несмотря на тот факт, что у ряда обследованных исходно были найдены какие-либо признаки заинтересованности гепатобилиарной системы, обострения не наблюдалось и статистически значимых ухудшений лабораторных показателей не произошло, включая биотрансформационную функцию.

Учитывая некоторую боязнь эндокринологов не использовать препараты метформина при любой гепатобилиарной патологии, данные наших результатов не исключают возможность применения метформина при заведомо известной патологии паренхимы печени и желчевыводящей системы, протекающих в состоянии ремиссии и без ухудшения исходных лабораторных показателей. По мнению ряда авторов, метформин не связывается с белками плазмы, не подвергается биотрансформации и не инактивируется в печеночной ткани, экскретируется с мочой в неизменном

виде. Его сахароснижающий эффект не связан с нарушением функции митохондриальной мембраны, в том числе окислительной, а направлен, в первую очередь, на улучшение транспорта глюкозы через мембрану клетки (2,3). Тем не менее, достоверное снижение ряда биохимических показателей, в первую очередь, липидного обмена, нельзя приписать действию только метформина. Скорее всего, это совокупный эффект улучшения показателей гликемии, соблюдения режима питания, регулярного контроля за больными, обучения их принципам самоконтроля.

THE THERAPY WITH METFORMIN AND HEPATIC FUNCTIONAL STATE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS OF 2 TYPE

D.E. Nimaeva, T.P. Syzikh

(The Department of Faculty Therapy of ISMU,
Republican Center for Medical Prophylaxis HM of Buryat Republic)

In the article are presented the features of hepatic functional state in the patients with diabetes mellitus of 2 type, who received the preparations of metformin during 10-12 weeks. On the background of improvement of carbohydrate metabolism there has been revealed the reliable decrease of a number of biochemical indices, first – lipid metabolism. Little increase in the levels of ALT, AST, GGT, AP as well as the indices of biotransformational function did not show statistical reliability and was in normal limits, including the patients with involved hepatobiliary structures.

© ДОЛБИЛКИН А.Ю. –

СТЕПЕНЬ ОБСЕМЕННОСТИ HELICOBACTER PYLORI У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ, ПОСТУПИВШИХ НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

А.Ю. Долбилкин

(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. – Ф.И. Белялов)

Резюме. Установлено, что у больных с антральным и диффузным атрофическим гастритом, поступивших на санаторно-курортное лечение на курорт «Аршан», как правило, была выявлена умеренная степень обсеменения *Helicobacter pylori*.

Ключевые слова. Хронический гастрит, морфология, *Helicobacter pylori*.

Цель работы. Оценка степени обсеменности *Helicobacter pylori* у больных хроническим гастритом при поступлении на лечение курорт «Аршан».

Исследование проведено до и после санаторного курса лечения на курорте «Аршан» у 34 больных хроническим гастритом: традиционное клинико-лабораторное, фиброгастроскопия, морфологическая оценка состояния слизистой с выявлением и оценкой степени инфицированности *H. pylori*

У большинства (в 52,9%) больных обнаружен при поступлении хронический антральный атрофический гастрит с метаплазией эпителия слизистой желудка. Диффузный атрофический гастрит с метаплазией установлен в 11,8 % случаев, катаральный поверхностный без атрофии – в 26,4%. Без изменений слизистая желудка при наличии клинических данных за гастрит найдена в 8,8% случаев.

Самое большое количество (94,8%) больных, у которых была обсеменность *H. pylori* отмечена при хроническом антральном гастрите с метаплазией эпителия слизистой желудка, особенно при диффузном (100%). При этом, при антральном была обсеменность

– у большинства умеренной (33,3%) и выраженной (27,7%) степени, а при диффузном (в 75,0%) – умеренной. Инфицированность *H. pylori* легкой (единичная) степени выявлена в 33,3% и 25,0%, и не было обсеменности – в 5,6% и 25,0% соответственно. При поверхностном гастрите в 44,4% случаев нашли умеренной степени обсеменность, а в 55,6% – отсутствие таковой. У трех больных, имевших нормальную эндоскопическую картину слизистой, была обнаружена обсеменность *H. pylori*. При этом у 2 умеренной степени и у одного – легкая.

Таким образом, категория больных хроническим гастритом, поступивших на лечение курорта «Аршан», большинство, имела эндоскопически атрофический антральный или диффузный процесс с метаплазией слизистой желудка. При этом, у большинства больных была обнаружена обсеменность слизистой желудка *H. pylori*, чаще в умеренной и выраженной степени, даже у лиц, имевших эндоскопически нормальную слизистую. Однако следует отметить, что в половине случаев не обнаружена обсеменность желудка при поверхностном гастрите и в одном – при антральном атрофическом.

THE DEGREE OF INFECTING WITH HELICOBACTER PILLORY IN CHRONIC GASTRITIS IN THE PATIENTS, ADMITTED TO SANATORIUM - RESORT TREATMENT

A. U. Dolbilkin

(The Department of Faculty Therapy of ISMU)

It has been shown, that in patients with diffuse atrophic gastritis, who received the treatment on the Resort «Arshan», as a rule, there has been revealed the moderate degree of infecting with Helicobacter pillory.

© ШКУРИНСКАЯ М.П., СИЗЫХ Т.П., СОНГОЛОВ В.И., ПОЛЯНСКАЯ Л.А. –

ИСХОДНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСТУПАЮЩИХ НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА КУРОРТ «АРШАН»

М.П. Шкуринская, Т.П. Сизых, В.И. Сонголов, Л.А. Полянская

(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. — д.м.н. Ф.И. Белялов;

курорт «Аршан» Бурятии, гл. врач — В.И. Сонголов)

Резюме. В статье приводятся клиничко-лабораторные данные о детях, страдающих хронической патологией билиарной системы.

Ключевые слова. Патология желчевыводящих путей, клиника, курорт «Аршан», дети.

В настоящее время в российском здравоохранении активно углубляются профилактические аспекты деятельности [1], а вторичная профилактика заболеваний прочно вошла в алгоритм лечения самых разнообразных нозологических форм (И.Е. Оранский, 1988). Детям, страдающим хроническими заболеваниями (в том числе и органов пищеварения), необходим целый комплекс восстановительных мероприятий. Наиболее показано для таких детей санаторно-курортное лечение (В.А. Соболев, Л.И. Чекалин, 2002).

В структуре болезней желудочно-кишечного тракта дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) и хронический холецистит (Е.С. Филиппов с соавт., 1998) занимают одно из ведущих мест. По данным некоторых авторов (Я.М. Луцкого с соавт.,) ДЖВП и дисфункция гепатоцитов обнаружены в 38% (!) случаев всех обследованных детей, поэтому проблема санаторно-курортного лечения такой патологии видится актуальной. Здесь следует отметить, что эффективность санаторно-курортной терапии напрямую зависит от состояния, в котором больной ребенок прибывает на курорт. Мы поставили себе задачу исследовать исходные клиничко-лабораторные и инструментальные показатели у детей с патологией желчевыводящих путей, поступающих на лечение в санаторий «Саяны» курорта «Аршан» Бурятской республики.

Всего было обследовано 140 детей. Из них 24 ребенка без заболеваний желудочно-кишечного тракта (здоровая группа), 28 — с хроническим холециститом и 88 — с ДЖВП. Возраст детей был от 7 до 17, средний составил 13 лет. По половому признаку среди больных с патологией билиарного тракта преобладали девочки ($p < 0,05$). Интересно, что процентная доля больных женского пола возрастает сопряженно с утяжелением степени поражения желчевыводящих путей.

Среди субъективных жалоб у всех детей ведущими были следующие, боли в правом подреберье (80%), нарушение психо-эмоциональной сферы (85,4%), го-

речь во рту (32%), расстройство стула (64%) и диспептические явления в верхних отделах желудочно-кишечного тракта — отрыжка, тошнота, рвота (56%). Указанный симптомокомплекс наблюдался более чем у трети детей в начале курса лечения. И только 6 из 116 детей не предъявляли никаких жалоб при опросе, но при этом имели объективные, лабораторные и/или инструментальные признаки ДЖВП. При сравнении подгрупп выявлено, что у больных с ХХ достоверно чаще встречались горечь во рту, тошнота и расстройство стула ($p < 0,05$).

Объективный статус при ХХ характеризовался болезненностью в правом подреберье и положительным симптомом Керра у каждого третьего ребенка, симптом Ортнера был положителен у двух третей обследованных. При ДЖВП эти показатели были ниже: соответственно в 30% и 37% случаев. У абсолютного большинства больных во всех группах отмечалась обложенность языка и субиктеричность склер и мягкого неба, но при ХХ степень выраженности их была достоверно больше ($p < 0,04$).

Показатели периферической крови у детей с заболеваниями желчевыводящих путей достоверно не отличались от группы здоровых. Это закономерно, т.к. при функциональных расстройствах реакции со стороны общего анализа крови обычно не наблюдается, а дети с ХХ направляются на курорт в фазе ремиссии. В то время как в биохимических тестах выявлено достоверное повышение билирубина, щелочной фосфатазы, глюкозы и общего белка. Если билирубин и щелочная фосфатаза — это общепризнанные маркеры холестаза [3], то повышение уровня глюкозы может отражать напряженное состояние поджелудочной железы как наиболее интимно связанного с печенью и желчевыводящей системой органа [7]. Также относительная гипергликемия может быть следствием эрготропной реакции обмена веществ, направленной на энергетическое обеспечение адаптационно-компен-

саторных механизмов за счет усиления катаболических процессов. Происходит это из-за постоянного и значительного напряжения адаптации детского организма под действием вредных факторов окружающей

среды [5]. На данном этапе исследования сложно определить причину, повышения общего белка во всех подгруппах, что требует дальнейшего изучения и анализа в динамике после курса лечения.

THE INITIAL STATE, OF THE CHILDREN WITH THE PATHOLOGY OF BILIFEROUS WAYS, WHO RECEIVE TREATMENT ON THE RESORT «ARSHAN»

M.P. Shkurinskaya, T.P. Syzikh, V.I. Songolov, L.A. Polyanskaya

(The Department of Faculty Therapy of ISMU, The Health Resort «Arshan»)

In the article are presented the results of clinical-laboratory investigations conducted in children with chronic pathology of biliary system.

© КОВАЛЕВА Л.П. –

ПРЕИМУЩЕСТВА САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ОЗДОРОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НАД ТРАДИЦИОННЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ

Л.П. Ковалева

(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. – Ф.И. Беялов;
курорт «Аршан» Бурятской республики, гл. врач – В.И. Сонголов)

Резюме. Приведены данные сравнительного анализа, санаторного и медикаментозного методов лечения у больных хроническим холециститом.

Ключевые слова. Хронический холецистит, санаторное, медикаментозное лечение, сравнительный анализ.

Заболеваемость хроническим холециститом продолжает увеличиваться, летальность при плановой холецистэктомии достигает 0,8%, кроме того после хирургического лечения в 23,2–50,8 % случаев развивается постхолецистэктомический синдром. Хронический холецистит – это одно из немногих заболеваний, при котором результаты санаторно-курортного лечения высокие, а минеральная вода относится к наиболее эффективным природным препаратам для лечения и профилактики заболеваний желчного пузыря.

Основным лечебным фактором, применяемом при патологии желчного пузыря на курорте «Аршан» является минеральная вода маломинерализованная углекисло-гидрокарбонатно-натриево-сульфатно-кальциевая магниевая с малым содержанием кремния и железа, относящаяся к нарзанам.

Было обследовано 99 человек. Основная группа – 69 (жен – 64, муж. – 5, средний возраст – $39,78 \pm 10,09$ лет) больных, поступивших с диагнозом хронический холецистит (ХХ). Медикаментозное лечение получили 30 больных ХХ поселка «Аршан» (сравнительная группа) (жен – 28, муж. – 2, средний возраст – $45,83 \pm 7,02$ лет). Больные находились под наблюдением в течение 21 дня.

Результаты лечения сравнивались по показателям: субъективные и объективные симптомы и признаки, выраженные в баллах, биохимии крови в рамках 4 синдромов по А.И. Хазанову, данных УЗС, реогеографии. Степень связи между вариационными рядами при анализе данных была установлена с помощью коэффициентов Пирсона и Спирмена.

Санаторно-курортное лечение купировало у больных хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) жалобы астено-вегетативного характера,

достоверно-значительно уменьшило чувство тяжести в правом подреберье, ноющие боли в эпигастральной области, горечь во рту, отрыжку. Медикаментозное же лечение более эффективно действовало на голодные боли в эпигастральной области, изжогу, жидкий стул.

У больных ХБХ, пролеченных как санаторно-курортным курсом, так и медикаментозным установлен мощный однотипный эффект на объективные симптомы, так как у основной массы обеих групп больных они были полностью купированы, только у незначительной части осталась обложенность языка у корня. У больных хроническим каменным холециститом (ХКХ) была отмечена выше эффективность медикаментозного лечения в плане купирования болевого синдрома, нежели санаторно-курортного.

На биохимические показатели крови влияние как санаторно-курортного, так и медикаментозного лечения однотипно, так выявлена значимая отрицательная корреляционная связь с уровнем билирубина, АСТ, АЛТ, а у больных ХБХ – с холестерином, триглицеридами, тимоловой пробой.

После лечения по данным УЗС различий в эффективности двух методов лечения у больных ХБХ с гиперкинезом желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП) не отмечено. У больных ХБХ с гипокинезом ЖП и ЖВП достоверно санаторное по сравнению с медикаментозным курсами уменьшилось количество больных сладж-синдромом или его толщины. У 2 из 16 больных ХКХ, пролеченных на курорте «Аршан» зарегистрирована элиминация мелких конкрементов, чего не прослежено при медикаментозном лечении. У больных, ХБХ пролеченных санаторно-курортным курсом, достоверно отмечалось уменьшение увеличенного до

лечения тощакового объема ЖП и улучшалась сократительная его функция. При медикаментозном курсе в этой подгруппе этого не наблюдалось.

Под действием санаторно-курортного курса в сравнении с медикаментозным у больных ХБХ значительно активней нормализуется тонус сосудов печени, состояние микроциркуляции и артериального кровенаполнения. Причем результаты лечения выражены значительно у больных ХБХ с гиперкинезом. На эластичность сосудов лечение обеими курсами эффекта не оказывает.

Итак, при сравнительном анализе действия санаторно-курортного лечения и традиционного медикаментозного выявлено, что на субъективные и объективные симптомы оба курса влияют одинаково, оказывая спазмолитический, противовоспалительный обезболивающий эффекты, уменьшают цитолиз, мезенхимально-воспалительный синдромы. Следует отметить,

что при санаторно-курортном лечении исчезли синдромы клеточно-печеночной недостаточности и астено-вегетативный, а при медикаментозном более был выражен болеутоляющий эффект у больных ХБХ. Отличия санаторно-курортного курса от медикаментозного при УЗИ проявились в том, что первый регулирует моторно-тонические свойства ЖП, элиминирует мелкие камни до 1 см в диаметре. При медикаментозном же курсе выраженного влияния на моторно-тонические нарушения ЖП и ЖВП не прослежено. Значительно активнее санаторное лечение элиминирует сладж-синдром, достоверно уменьшает толщину сладжа. Санаторно-курортный курс более значимое восстанавливающее действие оказывает на тонус сосудов, состояние микроциркуляции, артериальное кровенаполнение печени и венозный стаз, особенно эта положительная динамика была выражена у больных ХБХ с гиперкинезом.

THE ADVANTAGES OF SANATORIUM-REZORT TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS AS COMPARED WITH TRADITIONAL THERAPY

L.P. Kovaleva

(The Department of Faculty Therapy of ISMU)

It has been revealed that the complex of SANATORIUM-REZORT TREATMENT has more spectrum of procedures, that drug TREATMENT only. There have been obtained cholekinetic, choleric and litholytic effects, normalizing motility of gallbladder and biliferous ways.

© СОНГОЛОВ В.И., КОВАЛЕВА Л.П., СИЗЫХ Т.П., СОРОКОВЯКОВА Л.А., ЛУБСАНОВА Л.Н. –

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА СЛАДЖ-СИНДРОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

В.И. Сонголов, Л.П. Ковалева, Т.П. Сизых, Л.А. Сороковякова, Л.Н. Лубсанова

(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. – Ф.И. Белялов;
курорт «Аршан» Бурятской республики, гл. врач – В.И. Сонголов)

Резюме. Изучено влияние комплекса факторов курорта «Аршан» на течение сладж-синдрома у больных хроническим холециститом. Установлен элиминирующий эффект на сладж-синдром и значительное его уменьшение у оставшихся, как и уменьшение толщины стенки желчного пузыря.

Ключевые слова. Хронический холецистит, сладж-синдром, лечение, курорт «Аршан».

С начала 70 лет, с момента внедрения в медицинскую практику УЗИ не прекращаются дискуссии вокруг желчного осадка, так называемого сладж-синдрома и метода его определения. Одни авторы полагают, что это состояние достаточно редкое (В. Allen, A.R Filly), другие – считают его предстадией хронического калькулезного холецистита (ХБХ) (D.E Johnston, S.P. Lee). Среди предложенных методов диагностики наиболее оптимальным и достаточно чувствительным является УЗИ. Желчный осадок выявляют в виде низкоамплитудных теней, которые определяются в дне ЖП, при смене положения тела осадок медленно смещается. При микроскопическом исследовании осадок представляет собой смесь твердых частиц и желчи. Желчный осадок состоит из кристаллов моногидрата холестерина, гранул билирубината кальция, слизи, белков, антибиотиков и веществ не установленного происхождения. Образование желчного осадка зависит от физико-химических свойств желчи, от нарушений функции слизистой оболочки ЖП, часто вследствие воспаления,

и его сократительной способности. Выявлено, что в 50% случаев желчный осадок исчезает самостоятельно, в остальных же 50% – он сохраняется, при этом в 20% без проявления клиники, в 10–15% – клинически проявляется коликой, холангитом, хроническим бескаменным холециститом (ХБХ), а в 5%–15% – сладж переходит в камни (Дж. Коу).

На курорте «Аршан», Бурятской республики нами было обследовано 69 больных хроническим холециститом, которые в соответствии классификации Я.С.Циммермана, в зависимости от состояния моторики желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП) были распределены на подгруппы. Сладж-синдром наблюдался до начала лечения при ХБХ с гиперкинезом ЖП и ЖВП – в 39,13% случаев, при хроническом бескаменном холецистите (ХБХ) с гипокинезом соответственно – в 36,66%, ХБХ с гиперкинезом – в 80,0%; хроническом каменном холецистите (ХБХ) с гипокинезом – в 36,36%. У больных ДЖВП с различными вариантами течения сладж-синдром не был обнаружен.

В программу лечения больных основной группы включалось: санаторный режим, диета (стол 5 по Певзнеру), прием МВ «Аршан» из расчета 5мл/кг массы тела, различные бальнеопроцедуры (ванны, души), тубажи с МВ, кишечные орошения, фитотерапия, ЛФК, массаж, терренкуры, природно-климатический комплекс (среднегорье, инсоляция, аромо-, свето-, ландшафттерапия) и туризм. Больные, у которых при проведении УЗ-сканирования были обнаружены камни более 1 см в диаметре, тубажи и лечение МВ не получали. Применялись методики лечения, утвержденные Томским НИИ курортологии и физиотерапии.

Для определения состояния ЖП и его моторной функции всем больным ХХ при поступлении было проведено УЗ-сканирование натошак до первого приема МВ «Аршан», затем спустя 15 и 45 мин. после её приема. Исследование осуществлялось в том же режиме и при выписке.

На момент поступления при проведении УЗС ЖП и ЖВП выявлено, что у больных ХБХ наблюдались такие изменения как увеличение размеров печени, толщины стенки ЖП, а в подгруппе с гипокинезом – усиленная эхогенность печени и уплотнение стенки ЖП. У больных ХХ формируется сладж-синдром, который в подгруппах с ХКХ переходит в камни, т.е. процесс принимает затяжное хроническое течение, с вовлечением печени.

В подгруппе ХБХ с гиперкинезом ЖП после лечения достоверно ($p < 0,001$) в 1,2 раза уменьшилась толщина стенки ЖП по сравнению с периодом поступления, но толщины здоровых не достигла. Достоверно ($p < 0,001$) в 2,2 раза снизилось количество больных со сладж-синдромом, а у тех больных, где он после лечения определялся, его толщина также достоверно ($p < 0,001$) стала меньше.

В подгруппе ХБХ с гипокинезом так же достоверно ($p < 0,001$) в 1,1 раза уменьшилась толщина стенки ЖП, однако уровня здоровых также как и в предыдущей подгруппе не достигла. Лечение на курорте «Аршан» снизило в 2 раза количество больных, у которых был сладж-синдром, причем у кого сладж-синдром сохранился – толщина его уменьшилась в 4 раза.

Толщина стенки ЖП у больных ХКХ с гиперкинезом достоверно ($p < 0,01$) уменьшилась в 1,3 раза по отношению к началу лечения. Количество больных, имевших сладж-синдром, сократилось на одного. При этом у оставшихся, его толщина достоверно ($p < 0,01$) стала меньше. Элиминация мелких конкрементов отмечалась у 1 из 4 (в 25 %).

В подгруппе ХКХ с гипокинезом ЖП толщина стенки ЖП также как и в предыдущих подгруппах достоверно ($p < 0,01$) уменьшилась в 1,2 раза. Число больных, у которых диагностировался сладж-синдром сократилось в 1,3 раза. У тех больных, где он сохранился после лечения, его толщина достоверно ($p < 0,001$) почти в 3 раза стала тоньше. Элиминация мелких конкрементов наблюдалась также у 1 больного из 10 (в 11,1 %).

Таким образом, комплекс природных факторов курорта «Аршан», включающий минеральную воду типа нарзан, у прошедших курс лечения высоко эффективно, в плане элиминации у большей части больных сладж-синдрома и значительного уменьшения его толщины у оставшихся, как и уменьшения толщины стенки ЖП во всех подгруппах. Наблюдаемая элиминация сладж-синдра с уменьшением его толщины у оставшихся, указывает на благотворное влияние минеральной воды «Аршан» на коллоидный состав желчи и на восстановление стенки ЖП.

THE INFLUENCE OF SANATORIUM-REZORT TREATMENT ON SLADG-SYNDROME OF GALLBLANDER IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS

V.L. Songolov, L.P. Kovaleva, T.P. Syzikh, L.A. Sokorovjakova, L.N. Lubsanova
(The Department of Faculty Therapy of ISMU, Resort «Arshan»)

There has been studied the influence of the complex of factors of the Resort «Arshan» on the Patients with chronic cholecystitis with sladg-syndrome.

The eliminating effect on sladg-syndrome and its considerable decrease and decrease of thickness of a gallbladder will has been determined.

© КУЗНЕЦОВА Н.П., ЧАЩИН А.Ю., СУДАКОВА О.Г., ШОБОЛОВА С.С. –

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ФОТОДЕРМАТОЗОВ В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

Н.П. Кузнецова, А.Ю. Чащин, О.Г. Судакова, С.С. Шоболова
(Кафедра дерматовенерологии ИГМУ, зав. – проф. Н.П. Кузнецова)

Резюме. Представлены данные о патогенезе и клиническом течении фотодерматозов. Приведены результаты обследования больных с определением маркеров вирусных гепатитов и функциональных проб печени.

Ключевые слова. Фотодерматозы, патогенез, клиника, вирусные гепатиты, Восточная Сибирь.

В последние годы увеличилось число больных с фотодерматозами. Это группа больных с разнообразными клиническими проявлениями типа аллергического дерматита обусловленного сенсibilизацией к

ультрафиолетовым лучам, фототоксических реакций, связанных с приемом лекарственных препаратов, а также поздняя кожная порфирия (ПКП) – заболевание, связанное с нарушением биосинтеза пор-

фиринов и развитием в связи с этим фотосенсибилизации.

Под нашим наблюдением находилось 86 больных, среди них 65 с поздней кожной порфирией и 21 — с полиморфным фотодерматозом. Больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование, включая биохимические исследования сыворотки крови на трансаминазы, холестерин, билирубин, сахар, ультразвуковое исследование внутренних органов, с помощью иммуноферментного метода определялись маркеры вирусных гепатитов В и С.

В группе больных с ПКП преобладали мужчины в возрасте от 40 до 60 лет с давностью заболевания более 5–10 лет. Первыми признаками заболевания у большинства больных была легкая ранимость открытых участков кожи при малейшей травме или трении. Пузыри обычно появлялись на тыле кистей, содержимое их прозрачное, позже присоединялась вторичная инфекция. На месте вскрывшихся пузырей оставались поверхностные атрофические изменения. В моче обнаруживалось повышенное содержание уропорфина — 3.

Проявления полиморфного фотодерматоза характеризовались острым началом, поражением преимущественно открытых участков кожи. Высыпания носили полиморфный характер: эритематоотечные, папулезные, лихеноидные элементы. У больных с длительностью заболевания 3–5 лет формировались инфильтративные бляшки, пруригинозные элементы, локализованные на лице, ушных раковинах и верхней части груди. Высыпания сопровождалось сильным зудом, обостряясь особенно летом. Гистологически при этой форме выявлялся лимфоцитарный инфильтрат,

напоминающий лимфому кожи. Это дало основание рассматривать эту форму как псевдолимфому или актинический ретикулоид.

При биохимическом исследовании сыворотки крови у 15 больных ПКП выявлено повышение АЛТ и АСТ, незначительное повышение билирубина — у 7. При УЗИ у 26 больных обнаружена гепатомегалия, у 14 — диффузные изменения в печени. У 30 из 65 (46,1 %) больных маркеры вирусных гепатитов оказались положительны. При этом у 24 из 30 (80 %) больных диагностирован хронический вирусный гепатит С с исходом в цирроз у двух больных. У 4 больных верифицирован гепатит В. Микст-инфекция (HCV и HBV) наблюдалась у двух больных. Вирусные гепатиты у больных ПКП характеризовались малосимптомным течением без значительных нарушений функционального состояния печени. Лишь у двух больных с циррозом печени была выраженная клиническая картина.

Среди больных с фотодерматозами хронический вирусный гепатит установлен у 8 из 21 (38 %), причем преобладал гепатит В (5 больных), гепатит С — у 2 больных и у одного — микст гепатит (HCV и HBV).

Наличие гепатотропных вирусов у больных фотодерматозами служит отягощающим фактором в развитии фотосенсибилизации и может способствовать трансформации фотодерматоза в актинический ретикулоид.

Таким образом, высокая частота инфицирования больных фотодерматозами гепатотропными вирусами дает основание отнести определение маркеров вирусных гепатитов к числу обязательных исследований в комплексе общеклинического обследования этих больных.

THE FEATURES OF THE PATHOGENESIS AND THE CLINICAL COURSE OF PHOTODERMATOSES IN THE EASTEN SIBERIA

N.P. Kuznetsova, A.U. Chashin, O.G. Sudakova, S.S. Shobolova
(The Department of Dermatovenerology of ISMU)

The data on pathogenesis and clinical course of photodermatoses is presented. The results of the patients examinations with the markers definition of the viral hepatitis and functional liver probes are given.

© НИКОЛАЙЧУК С.В., БЫКОВ Ю.Н., ЧЕРНЫХ М.А. —

ВНЕШНЯЯ РИТМИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В КОРРЕКЦИИ СЕНСОМОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЗГА

С.В. Николайчук, Ю.Н. Быков, М.А. Черных
(Кафедра нервных болезней ИГМУ, зав. — проф. В.И. Окладников)

Резюме. В статье приведены результаты лечения больных церебральным ишемическим инсультом методом внешней ритмической стимуляции световыми, звуковыми и свето-звуковыми импульсами. Выявлена эффективность предлагаемого метода лечения и целесообразность его использования в комплексной реабилитации больных инсультом.

Ключевые слова. Реабилитация, сенсомоторные процессы.

Успешность реабилитации больных, перенесших церебральный ишемический инсульт, остается одной из самых актуальных задач современной неврологии. Это объясняется несколькими факторами. Ишемиче-

ский инсульт диагностируется в 80% случаев у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, 8 из 10 заболевших остаются инвалидами и стойко утрачивают трудоспособность. Все это придает

проблеме социально-экономический аспект.

Нами было проведено изучение эффективности внешней ритмической стимуляции в комплексном восстановительном лечении больных, перенесших церебральный ишемический инсульт. В исследование включено 60 больных в возрасте от 50 до 74 лет в восстановительном периоде ишемического инсульта в каротидном бассейне. Получали традиционное медикаментозное лечение 29 больных, дополнительно были пролечены методом стимуляции — 31.

Использовалась шкала Линдмарк, шкала Бартел, Оксфордская шкала социальной дезадаптации. Функциональный анализ сенсомоторных процессов (ФАСМП) осуществлялся по данным электромиографического эквивалента репродуктивного теппинга (ЭЭРТ) кисти и стопы. Для наблюдения был использован коэффициент интеграции (КИ) сенсомоторных процессов.

Курс лечения больных составлял 3 недели. Метод стимуляции предусматривал ежедневное внешнее воздействие световыми, звуковыми или светозвуковыми импульсами в индивидуально подобранных частотах 1; 1,5 или 2 Гц. В группе больных, получавших медикаментозное лечение, перорально назначались в суточной дозе ноотропил 1200–2400 мг и аспирин — 250 мг.

В результате двукратного обследования больных были получены следующие результаты.

Среди больных, пролеченных методом стимуляции, неврологический статус по шкале Линдмарк до лечения был оценен в $326,3 \pm 1,8$ балла, после трехнедельного курса лечения — $371,2 \pm 1,1$ балла ($p < 0,001$). Показатель качества жизни по шкале Бартел до лечения составил $66,6 \pm 0,8$ балла, после лечения — $78,2 \pm 1,8$ балла ($p < 0,001$). Улучшилась социальная адаптация больных ($p < 0,009$).

ФАСМП выявил следующую динамику: ЭЭРТ кисти приблизился к частоте предъявляемой стимуляции в режимах отсроченного воспроизведения световой и звуковой стимуляции на частотах 1; 1,5 и 2 Гц, режиме прямого воспроизведения в момент светостимуляции на частотах 1 и 2 Гц; отсроченный ЭЭРТ стопы приблизился к предъявляемой светостимуляции на частоте 1 и 2 Гц, к предъявляемой звукоимпульсации на частоте 1 и 1,5 Гц, прямой теппинг стопы приблизился к предъявляемой стимуляции на частоте 1; 1,5 и 2 Гц. Улучшился во всех режимах регистрации КИ теп-

пинга кисти и стопы. Наиболее всего он приблизился к эталону в режимах регистрации ЭЭРТ кисти 1 и 2 Гц и во всех режимах регистрации ЭЭРТ стопы.

В группе больных, получавших медикаментозное лечение, оценка неврологического статуса по шкале Линдмарк составила до лечения $323,3 \pm 1,7$ балла, после лечения — $341,5 \pm 2,9$ балла ($p < 0,01$). Качество жизни улучшилось по индексу Бартел от $68,4 \pm 0,9$ балла до $73,3 \pm 1,7$ балла ($p < 0,01$). Возросла также степень социальной адаптации.

После традиционного лечения положительная динамика параметров сенсомоторного комплекса в виде приближения частоты ЭЭРТ кисти к частоте предъявляемой стимуляции отмечена при отсроченной светостимуляции на частотах 1 и 2 Гц; ЭЭРТ стопы улучшился при прямой светозвукоимпульсации на частоте 2 Гц. Значения КИ улучшились во всех частотных режимах регистрации ЭЭРТ кисти и на частоте 2 Гц регистрации ЭЭРТ стопы. Близок к эталону стал КИ в частотных режимах 1 и 2 Гц для кисти и 2 Гц для стопы.

Основой ФАСМП является выделение сохранившихся сенсорных модальностей и темпо-ритмовых приоритетов в осуществлении произвольных движений. Предпочитаемые паттерны были использованы в дальнейшем для стимулирующего воздействия референтами. Приведенные количественные характеристики сенсомоторных процессов по данным ЭЭРТ демонстрируют более качественное воспроизведение двигательных программ больными, получавшими экзогенную стимуляцию. Этому соответствует улучшение клинического неврологического статуса больных. Применение медикаментозного лечения сопровождалось улучшением сенсомоторных процессов, но не во всех двигательных режимах.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод об эффективности использования метода внешней ритмической стимуляции у больных ишемическим инсультом в каротидном бассейне. Имеется целесообразность использования данного метода у больных в восстановительном периоде церебрального ишемического инсульта в качестве дополнительного метода лечения. Данный подход позволяет повысить эффективность восстановления двигательных функций у больных с полушарными ишемическими инсультами.

EXTERNAL RYTHMIC STIMULATION FOR CORRECTION OF SENSORI-MOTOR DISTURBANCES IN PATIENTS WITH CEREBRAL VASCULAR DISEASES

S.V. Nikolaychuk, Y.N. Bykov, M.A. Chernikh
(The Department of Nervous Discases of ISMU)

In the article are presented the results of the treatment of the patients with cerebral ischemic insult with the method of external rhythmic stimulation with light, sound and light-sound impulses. The efficacy of the method presented and expediency of its use in complex rehabilitation of the patients with insults are shown.

ОБРАЗ ЖИЗНИ, ЭКОЛОГИЯ

© СОНГОЛОВ Г.И. –

БУЙСТВО СТИХИЙ В ТУНКИНСКОЙ ДОЛИНЕ

Г.И. Сонголов

(Кафедра оперативной хирургии ИГМУ, зав. – доц. Г.И. Сонголов)

Резюме. В статье отражены экологические, лечебные, нравственные, эстетические аспекты заповедной и целебной Тункинской долины Бурятии – «Сибирской Швейцарии»

Ключевые слова. Тункинская долина, экология.

Лето, отпуск. Как всегда. маршрут один – в Тунку, в Аршан. Маршрутный автобус идет сначала 100 км от Иркутска по горным серпантинам (тёщиным языкам) мимо Чистых Ключей, Мот, Глубокого до Култука – до самой южной точки Байкала. После ритуальной встречи со Священным Озером далее ещё 113 км езды по прямой как стрела дороге до курорта Аршан. Уже на 5 километре трассы в ясную погоду видны чёткие очертания белоснежных гольцов как раз над курортом. Дорога проходит то прижимаясь, то отдаляясь от Иркутка, через старинные русские и бурятские селения: Быстрое, Тибельти, Шулуты, Торы, Зун-Мурино, Зактуй, Никольск, Тунка, Галбай, Хурай-Хобок. Казачья Тунка основана более 350 лет назад. Поездка в родную долину приятна в любое время года. Зимний пейзаж поражает обилием белого-белого снега, летний буйством зеленой стихии, весна привлекательна особым духом пробуждающейся природы, краски осени вообще восхитительны. В один из погожих дней, наскоро позавтракав, я пошёл налегке в горы. Крутой подъём вскоре утомил меня и я решил немного передохнуть, не дойдя немного до пика Любви. Сердце билось учащённо, грудная клетка растянулась, как кузнечные меха. Легкие вбирали ненасытно в себя ароматный, опьяняющий чистейший горный воздух. Постепенно я растворился в окружающей меня бескрайней завораживающей запредельной шири в бездонной лазури безоблачного неба, а едва осязаемые волны безмятежно ликующего света, плавно перетекающие с древних и могучих зеленых вершин Хамар-Дабана к ослепительно сияющим белоснежным и величественным Тункинским гольцам бережно обтекали меня. В чреве этих громадных священных гор зарождаются чудодейственные целебные источники – аршаны. Наиболее известные из них на востоке Аршан, Шумак, Нилова пустынь, Жемчуг; на западе Хонгор-Уула, обследованные тибетскими эмчилами еще несколько столетий назад. Дурманящие запахи сагаан-дали, чабреца и множества других целебных трав. Необъятный и уникальный мир окружил меня: мир растений, мир минералов и мир животных, С трепетным благоговением и величайшей осторожностью подступаю к краю отвесной скалы и замираю над зияющей бездной. Моему взгляду открывается потрясающая панорама: беспорядочная россыпь громадных гранитных валунов, обнажённые рёбра скал-водоразделов, суровые кручи с буреломами из наваленных хаотично и уже высохших деревьев. Надо мной – смешанный зрелый лес и

сочно-зелёные альпийские луга, пояс субальпийских кустарников и густые заросли кедрового стланика. Внизу – на дне глубокого ущелья ревёт, низвергаясь в пропасть очередным водопадным каскадом, неистово-кипящая Кынгырга, оправдывая своё название (в переводе с эвенкийского) – звон бубен ста шаманов. Сопровождая её безудержный бег, далеко вверх простирается радужная корона из миллионов переливающихся на солнце водяных капелек. И тут неведомая сила, кажется отрывает меня от почвы и я как птица начинаю парить в воздухе, обдуваемый бархатным ветром предгорий, обволакиваемый ароматом благоухающих растений, охлаждаемый надозерной прохладой. А в самой долине за непролазными осотными болотами, за сырыми солонцоватыми пойменными лугами, за тихими старицами, за вздыбившимися вечнозелёными холмами-кратерами потухших вулканов весёлыми зеркальными зайчиками поблёскивает блестящая гладь изумрудных вод неисчислимых койморских озёр, облюбованных местной и перелётной водоплавающей дичью, рыбой и ондатрой. Всю долину с севера на юг пронизывает серебряная лента Белого Иркутка с её многочисленными притоками и бесконечными извилинами, словно стремящегося возможно дальше продлить своё пребывание в чудной стране накануне неизбежной встречи с суровыми и неприветливыми шаманскими порогами и, сойти наконец, у подножия Глазковской горы в Иркутске с легендарной красавицей Ангарой. Иркут, беря начало от озера Ильчир, несёт серебро ледников величественного и неприступного Мунку-Сардыка славной и единственной дочери Байкала, Ангаре. Солнце тысячами бликов, отражённых от реки слепит глаза. Вокруг всё живёт, дышит, цветёт благоухает радуется погожему дню, прославляет Творца. С высоты птичьего полёта хочется обнять родную и дорогую для меня сказочную землю родину Эсэра эпицентр цветущего лета в райском уголке Земли. Чувствую умиротворение от радости созерцания, от круговорота всего сущего, от бесконечности небесного праздника. Но вдруг моё земное и внеземное блаженство одновременно прерывает невесть откуда появившийся и зацепившийся за остроконечный пик гольца над Хандагатаем белый барашек нежное облачко Ещё несколько мгновений и по соседству с облачком резвятся весело уже с десятков таких же пушистых и нежных братьев. И очень скоро уже целая отара барашек пасётся на верхней кромке гор от Хойто-Гола до Улбагая. А через час острые вер-

хи гор скрыты сплошными пунцово-серыми облаками. Огромный солнечный диск, уморивший всё живое, провалился в чрево гигантской круговерти мрачных туч. Тревожное ненастье со всех сторон обложило меня, сразу стало темно и неудобно. В следующее мгновение тугой порыв ветра вырвался из узкого горного ущелья, перекрыв своим шумом грохот Кынгырги, хлестнул всей своей мощью по кроне деревьев, пригнул упругие кусты до самой земли. И оглушительные, буквально вдавливающие тебя в землю раскаты грома, ослепляющие всполохи змей-молний, в бешеном танце испарывающих и небо, и землю, шквальный ветер, парализующий дыхание, ревуший проливной дождь, накрывший девятым валом сплошной стены воды, словно перевернувшегося с другого полушария Тихого океана, завершили буйство стихии огня, воды, ветра, света и цвета. Все затихло также внезапно, как и началось. Далее нудил мелкий назойливый дождь, исчерпавший себя только к вечеру, Солнце освежилось, слабый ветерок нежно гладил морщинки луж. По сизой воде теперь уже многоводного Чёрного Иркуты, накрывшего все островки стремительно несло клочья белой пены, коряги причудливой формы, водоросли и болотную тину.

Тункинская долина — заповедный и целебный край Восточной Сибири, пока ещё цветущий оазис в вырубленной и выжженной земле Прибайкалья. Повсеместно остается всё меньше окружающей природы, но всё больше окружающей среды. Правду говорят, что там природе хорошо, где нет человека. Обидно, но справедливо. Современные цивилизации видят удовольствие в кичливом богатстве и расточительном потребительском убожестве. Им нужны не фантастические танцы токующих глухарей и тетеревов на утренней заре, не брачные турниры рогатых копытных самцов, а поверженные и брошенные к их ногам охотничьи трофеи. Агонизирует флора и фауна из-за браконьеров и «воруй леса», вооруженных до зубов дьявольскими инструментами насилия, разбоя и хищения. Ноосфера, как и озоновый слой Земли испарилась, не выдержав натиска умов злых сил. Растащены все драгоценные минералы с золотых пляжей Священного моря и его сотен притоков, загажено всё побережье. Завладев алмазами, взамен оставляют пластиковые бутылки, жестяные банки и прочую нечисть, утилизировать которую природа бессильна даже в течение столетий. С самолётов, с вертолётов, с катеров, со снегоходов, днём и ночью отстреливается всё летающее, бегущее, ползающее, плавающее, сидящее в гнёздах, вынашивающее беременность, кормящее детёнышей, спящее в норах и берлогах, идущее на нерест, притаившееся в траве. Для обмана общественного мнения занесли Озеро в список сокровищ культурного наследия Земли, создали национальные парки, финансируемые по остаточному принципу и для выживания их предоставляют им солидные лимиты на вырубку редкосортных реликтовых пород деревьев. Противостоять алчности и безумию террористов живой природы мы бессильны. Остается надежда на Высшие Силы и инопланетян. Не опоздайте, пожалуйста, спасите нашу Землю, а, значит, и нас.

Струя кабарги, желчь и когти медведя, рога изюбря, панты оленя, шкура рыся, меха баргузинского со-

боля и байкальской нерпы вывозятся за бесценок за границу. Горные козлы, дикие кабаны и косули находятся под перманентным прицелом. Убивают их круглогодично на горных тропах, на солонцах из схрононок, на водопоях, лучат фарами на заснеженных полях и мартовском предательском насте. Иезуитскими способами из горных и равнинных озёр, из чистых рек и речушек почти извели сигов и хариусов, ленков и тайменей, осетров и налимов. Теперь редкий заяц попадёт в поле зрения, редкая лиса мышкует на опушке леса, редкая белка демонстративно грызёт кедровую шишку или прыгает с ветки на ветку, редкий бурундук пискнет из-за пня. Благо в последнее время из-за распада аграрного сектора на заброшенных и поросших сорняками полях возродились тучные стаи куропаток и рябчиков, а вместе с ними восстановилась численность коршунов, ястребов и других пернатых хищников. Зактуй, Зун-Мурино, Бадары и другие урочища радовали людей необъятными и богатыми на урожай дикими плантациями брусники, голубицы, черники. По берегам рек, протоков и стариц, на многочисленных островах в изобилии плодоносили кусты чёрной и красной смородины, облепихи. На каменистых россыпях и галечниках раньше всех вызревала жимолость. А какая рясная и сладкая черёмуха дурманила и щедро угощала любого своими плодами. А какие мои самые любимые черёмуховые торты готовили мне родные. Земляника-ползуниха своим вкусом и ароматом не имеет себе равных. Откроешь баночку варенья в декабрьскую стужу и как-будто вернулось сказочное лето. Но прежде надо поклониться десять тысяч раз матушке Земле с рассвета до вечера на невыносимой жаре, пока наполнишь небольшой туесок этими фантастическими ягодами. Вкуснее в жизни не пробовал. Сбор грибов «тихая охота» по мудрому замечанию Солоухина. Единственный вид посягательства на природу, которое я признаю. Но и здесь можно нанести серьёзные раны живой природе. Это самый лечебный вид охоты. Природа в долине исцеляет каждой своей составляющей в отдельности и в сочетании их. Здесь лечит всё: летящая пёстрая бабочка и застывший на краю обрыва кедр-долгожитель, чистый прибрежный песок и камень-исполин, речной пережат и сосновый бор, закат и восход. Вот простенькая схема видов оздоровления сибиряка. Маниотерапия лечит тем, что неудержимо, страстно влечёт, манит всегда к себе долина. Визиотерапия оздоравливает душу и тело великолепным ландшафтом, потрясающей панорамой. Аудиотерапия лечит и абсолютной тишиной, и уникальными звуками. Тункинская долина неповторимый природный оркестр, где не услышишь ни одной фальшивой ноты, где автором музыки и дирижёром является сама Природа. У этой музыки нет ни начала, ни конца. Она бесконечна, она бессмертна, она становится частью твоей жизни. Психотерапия восстанавливает полную душевную гармонию, уверенность в себе. Акватерапия лечение водой: водой минеральной, водой родниковой, водой озёрной, водой речной. Кынгыргатерапия — так окрестила свой замечательный метод профессор Тамара Петровна Сизых. Аэротерапия ведущий бальнеологический фактор долины. Стимулирует все системы человеческого организма,

пробуждает поэтический, изобразительный и другие дары, в том числе и дар любви. Диетотерапия, Фитотерапия. Этот перечень можно продолжить

Человек разумный, ты стоишь у порога возможной безвозвратной утраты красоты и смысла своей жизни.

Сохраним же нашу святую колыбель для внуков и правнуков. Твой высокий интеллектуальный потенциал, однако же, не перевешивает твою зависимость и уязвимость как маленькой частицы Космоса от дел праведных и неправедных.

UNRULY OF ELEMENTS IN TUNKA VALLEY

G.E. Songolov

(The Department of Operative Surgery of ISMU)

The article concerns some ecological, medical, moral and aesthetic aspects of the Tunka Valley, a famous natural reservation of local health resort place, often named as «The Pearl of Eastern Siberia».

© РАДНАЕВ Г.Г., ОХРЕМЧУК Л.В. –

ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИННО-МИКРОЭЛЕМЕНТНЫХ КОМПЛЕКСОВ В УЛУЧШЕНИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ КРИТИЧЕСКИХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Г.Г. Раднаев, Л.В. Охремчук

(Кафедра клинической фармакологии ИГМУ, зав. – к.м.н. Г.Г. Раднаев)

Резюме. В статье представлены результаты исследования эффективности препарата «Матерна» на состояние здоровья беременных, кормящих женщин и детей грудного возраста – в условиях йододефицита.

Ключевые слова. Беременные женщины, йод-дефицит.

Состояние здоровья критических групп населения – детей и женщин – в значительной мере зависит от питания. В настоящее время очевидно, что полноценное питание определяется не только энергетической ценностью пищи, сбалансированностью рациона по белкам, жирам и углеводам, но и обеспеченностью витаминами, микроэлементами и минералами.

Риск для здоровья, связанный с недостаточным потреблением микронутриентов, вполне реален и серьезно угрожает детям и будущему человечеству. Наиболее подвержены развитию дефицитных состояний беременные, кормящие женщины и дети в критические периоды развития. Поэтому данные специальных исследований по оценке эффективности тех или иных комплексов трудно переоценить.

Для оценки эффективности применения препарата «Матерна» у женщин с йодным дефицитом во время беременности, лактации и у детей грудного возраста. Для исследования были отобраны 80 беременных женщин, при сроке гестации 12–15 недель, в возрасте от 18 до 28 лет с диффузным эндемическим зобом.

Степень увеличения щитовидной железы (ЩЖ) оценивали пальпаторно по классификации ВОЗ (1994 г.) и методом ультразвукового исследования (УЗИ). Концентрацию йода определяли в разовой порции мочи, грудном молоке церий-арсенитовым методом.

Были сформированы две группы женщин с умеренной степенью йододефицита (концентрация йода в разовой порции мочи от 20 до 49 мкг/л). Первая группа – 50 женщин, всю беременность и в период лактации получали препарат «Матерна». Вторая – группа сравнения состояла из 30 женщин, которые не получали препарат.

Витаминно-микроэлементная дотация, как показали результаты, приводит к повышению йодообеспеченности. Так через 1 месяц после приема «Матерны»

установлено достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня йодной экскреции в 3,2 раза (соответственно с 32,3 до 101,8 мкг/л).

В группе же сравнения йододефицит нарастал, экскреция йода с мочой достоверно изменялась в сторону уменьшения с 40,0 до 15,8 мкг/л, что соответствует тяжелой степени йододефицита.

Отмечено в I группе женщин более благоприятное течение беременности, родов и состояния здоровья их новорожденных. На фоне приема «Матерны» реже отмечались угрозы прерывания беременности в 21,6% случаев, что существенно ниже ($p < 0,05$), чем у женщин не получающих препарат (87,5%). Анемии беременных выявлены в группах наблюдения в 35,1% и 80,5% случаев соответственно ($p < 0,05$). Гестозы первой половины беременности и хроническая внутриутробная гипоксия плода в 1,5 и 1,8 раза достоверно реже отмечались у женщин, получающих витаминно-микроэлементную дотацию. Более того, отмечено положительное влияние приема «Матерны» во время беременности на состояние адаптации новорожденного. Так количество недоношенных детей, родилось от матерей I группы в 14,6% и в 36,8% соответственно ($p < 0,05$), не получающих препарат. Младенцев, имеющих пролонгированную гипербилирубинемия было 18,9% и отечный синдром – 10,5% у родившихся от матерей, получающих «Матерну», и соответственно 68,8% и 57,9% ($p < 0,05$) в группе без препарата.

Нами получены убедительные данные о том, что прием микронутриентного состава грудного молока повышает концентрацию йода до 65,6 мкг/л, тогда как в группе сравнения – только до 39,2 мкг/л ($p < 0,05$) (за норму концентрации йода в грудном молоке принимали 55–65 мкг/л, ВОЗ, 1991 г.). Как известно грудное молоко является единственным физиологичным

источником йода для ребенка первых 6-ти месяцев жизни. Отмечена прямая корреляционная зависимость между содержанием йода в грудном молоке и его экскреции с мочой у детей в возрасте 1 и 5 месяцев. При нормальном содержании йода в грудном молоке у ребенка дефицит йода отсутствовал, а уровень йода в моче соответствовал 52,6 мкг/л в 1 мес и 52 мкг/л в 5 мес, тогда как в группе контроля 38,6 и 34 мкг/л соответственно ($p < 0,05$).

В йоддефицитных регионах высока распространность транзиторной неонатальной гипопункции щитовидной железы. Как показали результаты нашего исследования детей с транзиторной тиреоидной недостаточностью (уровень тиреотропного гормона гипофиза — ТТГ выше 20 мЕд/л) родилось 36,6% от матерей, не получающих препараты йода. У этих же детей при УЗИ ЩЖ выявили увеличение тиреоидного объе-

ма до 1,4 см³, а у детей от матерей, получающих «Матерну», 0,7 см³.

Ни в одном случае не наблюдалось побочных явлений, передозировки или осложнений при приеме препаратов «Матерна».

На основании проведенного исследования можно сделать вывод: витаминно-минеральные комплексы должны использоваться, особенно в критических группах населения (беременные и кормящие женщины, дети) в условиях йоддефицита. Однако назначение таких препаратов является прерогативой врача, поскольку выбор того или иного витаминно-минерального комплекса основывается на оценке обеспеченности женщины микронутриентами, безопасности, переносимости и биологической доступности витаминов и микроэлементов из препарата, а также экологической ситуацией в регионе.

THE ROLE OF VITAMINS AND MICROELEMENTS COMPLEXES IN THE IMPROVEMENT OF PATIENTS' STATE AMONG THE CRITICAL GROUPS OF POPULATION

G.G. Radnaev, L.V. Okhremchuk

(Chair of clinical pharmacology of ISMU)

The results present the investigations of the effect of the preparation «Materna» on the pregnant women's health, and the infants in the condition of iodine deficiency.

© ОСИПЕНКО Б.Г., ПОЛЯКОВА Л.О. —

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОСПЕКТИВНОГО КОНТРОЛИРУЕМОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ЭПИДЕМИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Б.Г. Осипенко, Л.О. Полякова

(Кафедра общей химии ИГМУ, зав. — доц. Г.А. Заварзина;
кафедра возрастной анатомии и физиологии спорта, зав. — Е.В. Бахарева)

Резюме. Изучение роли санитарно-гигиенических факторов в распространении вирусного гепатита А, проведенное методом проспективного контролируемого эпидемиологического наблюдения, позволило оценить заболеваемость этой нозоформой в опытной и контрольной группах, сформированных на разных уровнях (город, семья, ДДУ) и в зависимости от наличия или отсутствия каждого отдельного фактора окружающей среды. Кроме того, этот метод позволил дать количественную оценку и рассчитать удельный вес каждого из них среди всех действующих санитарно-гигиенических факторов в конкретных условиях.

Ключевые слова. Гепатит А, заболеваемость, эпидемиология.

Традиционным в эпидемиолого-гигиенических исследованиях является метод ретроспективного анализа. Он базируется на сопоставлении заболеваемости и количественных показателей того или иного фактора окружающей среды в динамике по годам (например, сравнение заболеваемости дизентерией с числом нестандартных проб питьевой воды в течение года или ряда лет). Этот метод хотя и является демонстративным при обнаружении связи между явлениями, но он не дает возможность оценить все факторы, способные влиять на заболеваемость и дать их качественную оценку, так как не все они учитываются официальной статистикой (например, фактор переуплотненности в семьях или обеспеченность человека достаточной очисткой территории). Кроме этого, при ретроспективном анализе изучаемых явлений используются аб-

солютные показатели, не являющиеся достаточно объективными по сравнению с относительными и отсутствуют опытная и контрольная группы с их качественной равноценностью.

Несомненно, наиболее эффективным в эпидемиолого-гигиенических исследованиях является метод проспективного контролируемого наблюдения [2]. Основными положениями при организации такого исследования являются: проспективность, обеспечивающая беспристрастность автора, случайность и репрезентативность выборки, качественная равноценность наблюдаемых групп, оценка результатов в относительных показателях [15]. Метод проспективного контролируемого эпидемиологического наблюдения может быть использован при изучении роли водного фактора передачи, а также в установлении значимости

отдельных факторов коммунального благоустройные реквизиты, документы с недостаточной информацией исключались из разработки.

Отнесение учтенного числа заболевших к выборочной совокупности привело к завышенным относительным показателям. Однако в данном случае имела значение не величина показателей, а их соотношение в опытной и контрольной группах, что оправдывает применение этого метода анализа.

Изучение уровня заболеваемости в детских учреждениях в зависимости от уровня благоустройства проводилось также по методу проспективного контролируемого наблюдения, которое в этом случае носило сплошной характер [3; 4; 12].

Санитарное состояние ДДУ и школ оценивалось по двум группам признаков второго учетного документа. В первую группу признаков включались: уровень коммунального благоустройства (водоснабжение, обеспеченность горячей водой, канализация и др.); во вторую группу — наиболее важные элементы санитарно-эпидемиологического режима, такие как переуплотненность численного состава детей, наличие изоляции групп, обсемененность кишечной палочкой и др. При включении того или иного фактора в учетный документ принималась во внимание реальная возможность оценить объективно его эпидемиологическую значимость.

Наблюдаемые группы детских коллективов формировались по каждому из изучаемых признаков. По отношению друг к другу группы рассматривались как опытные и контрольные. Так, например, группа ДДУ и школ, где имелась канализация, рассматривалась как контрольная, а где отсутствовала — опытная. И так по каждому изучаемому признаку. Сопоставление интенсивных показателей заболеваемости в этих группах за последние 5 лет позволило судить об эпидемиологическом значении изучаемого признака.

Определение влияния условий проживания в семье на заболеваемость ГА проводилось выборочно, аналогично изучению водного фактора. Выборка по городам составила соответственно 3,0 % и 1,0%. Единицей выборки являлась семья. Третий учетный документ, по которому проводилось наблюдение, содержал признаки, характеризовавшие коммунальные условия проживания семьи и заболеваемость ГА и ки-

шечными инфекциями. Опытная и контрольная группы формировались в зависимости от наличия или отсутствия наблюдаемого признака. Например, водоснабжение есть — контроль, водоснабжения нет — опыт. Обработка массива анкет осуществлялась вручную. Заболеваемость ГА и кишечными инфекциями в сравниваемых группах анализировалась за последний год наблюдения.

В отношении факторов санитарно-коммунального благоустройства, которые имели достоверное значение для какой-либо территории, рассчитывали их удельный вес в распространении ГА, т. е. давалась количественная оценка каждому из них. Расчет проводили на число лиц, вошедших в выборку по каждому конкретному фактору, при этом определяли эпидемиологическое значение как отдельного фактора передачи (водного), так и условий, способствующих реализации механизмов передачи (переуплотненность в школах, круглосуточные группы в ДДУ и др.). Например, было установлено, что заболеваемость в группе лиц, употребляющих сырую воду для питья (А), достоверно выше, чем среди тех, кто пьет преимущественно кипяченую воду (В). Численность групп составила 4006 (А) и 491 (В) человек с числом заболевших в них ГА, соответственно, 149 (С) и 3 (Д).

По пропорции $\frac{A \times D}{B}$

определяли число заболевших (Е) в группе А в связи с действием всех прочих факторов, за исключением возможной роли сырой воды (фон):

$$E = \frac{4006 \times 3}{491} = 24$$

Разница между числом больных в группе лиц, пьющих сырую воду (С) и фоном (Е), составляет число заболевших в связи с употреблением сырой воды:

$$C - E = 49 - 24 = 125$$

В процентном соотношении ко всем заболевшим в обеих группах это составило:

$$\frac{125 \times 100}{152} = 82\%$$

Величина 82% характеризует доленое участие водного фактора передачи среди всех действующих факторов в конкретных условиях.

USING OF PROSPECTIVE CONTROLLED OBSERVATION IN SANITARY-HYGIENIC INVESTIGATIONS

B.G. Osipenko, L.O. Polyakova

(The Department of General Chemistry of ISMU;
Irkutsk State Teachers' Training College. The Chair of Age Anatomy and Physiology of Sport)

Studying the role of sanitary and hygienic factors in spreading the virus-hepatitis A, made by method of prospective controlled epidemiological observation, allowed to evaluate the sick rate of this infection in experimental and control groups formed in different levels (city, family, kindergartens) and in dependence on presence or absence of any environmental factor. Besides, this method allowed to give quantity mark and calculate the specific weight of each factor among all sanitary-hygienic factors in real conditions.

ИЗМЕНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕХНОГЕННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЯМ

Т.П. Сизых, Е.В. Портнягина, А.Ф. Портнягин

(Кафедра факультетской терапии ИГМУ, зав. — зав. — Ф.И. Белялов;
кафедра клинической фармакологии, зав. — Г.Г. Раднаев)

Резюме. Представлены материалы изучения массового токсического поражения пожарных на производстве ПВХ в условиях пожара сложной категории.

Ключевые слова. Профессиональная патология, пожарные, токсическая энцефалопатия, полинейропатия.

Воздействие на здоровье населения неблагоприятных экологических факторов в последние годы является одним из приоритетных научно-медицинских направлений. Нарастает в последние годы, к сожалению, актуальность вопросов массового токсического поражения, в условиях аварий, катастроф, террористических актов. Пожар высокой (IV) категории сложности произошедший в 1992 году на заводе кабельной продукции, стал причиной нарушения здоровья пожарных, принимавших участие в его ликвидации и населения, проживавшего в селитебной зоне завода. С 1998 г. на базе кафедры госпитальной терапии ИГМУ под руководством профессора Т.П. Сизых в рамках программы по изучению влияния неблагоприятных экологических факторов на здоровье человека изучалось состояние здоровья участников тушения вышеуказанного пожара.

Изначально токсичные материалы кабельного производства (преимущественно материалы, содержащие ПВХ) при горении образуют сложные комплексы химических веществ, воздействию которых подверглось здоровье участников ликвидации этой экологической катастрофы. По данным литературы рассматриваются только вопросы психоэмоциональных нарушений ликвидаторов. Разработанная методология изучения массовых экологически обусловленных отравлений населения (Т.П. Сизых, 1991 г.), позволила выявить причины и природу массового поражения пожарных, определить факторы риска, разработать методические рекомендации по профилактике и наиболее раннему выявлению подобных поражений.

Обследовано 132 пожарных. Участвовали в тушении данного пожара 102 пожарных (определены как основные группы: первая — имели к моменту пожара опыт работы в пожарной охране — 78 человек; вторая — курсанты, ранее не участвовавшие в ликвидации пожаров — 24 человека). Для сравнительной оценки полученных данных были обследованы 30 пожарных, не участвовавших в тушении данного пожара, но имевших стаж работы на крупных пожарах, с длительностью работы на них не менее 10 часов (третья — сравнительная группа). Во время углублённого клинического обследования использовались традиционные клинико-лабораторные и функциональные исследования, а также эндоскопические, визуализационные и изотопные методы. По прошествии 6-7 лет с момента пожара при комплексном обследовании выявлены синдромы желудочно-кишечного тракта, почек, дыхательной системы. Однако наибольшую значимость в клиниче-

ской картине имели поражения нервной системы. Для дальнейшего исследования использовались современные нейровизуализационные и нейрофизиологические методы, проводился ретроспективный анализ имевшейся медицинской документации. Обработка полученных данных осуществлялась презентативными методами статистической обработки.

Причиной острых неспецифических поражений во время тушения данного пожара, установленных в 60,7% случаев, анализируя клинические данные в сопоставлении с данными литературы, можно считать токсические вещества раздражающего действия — оксиды азота, сероуглерод, акролеин, цианиды — продукты термического разложения большинства материалов подвергшихся горению. Расстройства центральной нервной системы у ликвидаторов в остром периоде были диагностированы в 8,7% случаев, а периферической нервной системы — в 13%.

Однако в отдалённом периоде, значительно изменилась клиническая картина. Токсические поражения нервной системы стали носить прогредиентный характер (после скрытого периода в течение 3-5 лет) и приобрели наибольшую значимость по сравнению с соматической патологией в структуре заболеваний пожарных — в 81,4% случаев. Поражения ЦНС проявились синдромами токсической энцефалопатии, которая диагностирована в 84,6% случаев. В то время как в структуре заболеваний сравнительной группы пожарных изменения ее обнаружены в 66,7% случаев, при этом у последних ведущей патологией среди поражений ЦНС, была цереброваскулярная (56,7%), что обусловлено старшим возрастом этой группы. Токсические же энцефалопатии отмечены среди 3 группы только у 8 (26,7%) пожарных, что достоверно меньше чем в основных группах. Частота поражений периферической нервной системы в группах участников тушения пожара на предприятии ПВХ-материалов также существенно выше, чем в группе сравнения (64,7% и 43,3% соответственно). Установлены клинические различия между этими группами. У пожарных сравнительной группы обнаружен преимущественно аксональный характер нарушений, в то время как у участников тушения преобладал процесс демиелинизации.

Методом статистического анализа результатов исследований получены данные, позволяющие сделать вывод, что пожарные с опытом работы на других пожарах (I группа) и курсанты (II группа), не принимавшие ранее участия в тушении пожаров, работали в очаге пожара кабельного производства в одинако-

вых условиях, что подтверждается и полученными идентичными поражениями ЦНС и ПНС. Единственным общим повреждающим фактором, который воздействовал на пожарных обеих основных групп, являлось участие в тушении пожара. Наличие скрытого периода в клинике заболевания, с последующей массовостью его развития в основных группах, однотипность клиники, которая отличая от сравнительной группы с учетом данных профмаршрута акта несчастного случая, говорят в пользу токсического поражения. Здоровье населения обследованных сельских зон предприятия «как зеркало» (Т.П. Сизых) отражает патологические проявления, выявленные у пожарных.

Все эти данные позволяют сделать вывод о том, что пожарные подверглись массовому комплексному токсическому воздействию.

Результаты наших исследований свидетельствуют о значительном влиянии условий работы в очаге пожара на степень токсического поражения ЦНС и ПНС пожарных, участвовавших в тушении обсуждаемого пожара. Мы учитывали, что во время тушения пожарные оказались в различных условиях, с разным характером воздействия токсических веществ и используемых систем тушения. Наиболее значимым воздействием на пожарных сложного комплекса токсических веществ было в первые сутки пожара, когда и была зарегистрирована наибольшая частота поражений. Статистически установлено, что поражения вызываются не длительностью работы в очаге, а контактом с продуктами горения в первые часы пожара, когда, вероятно, происходил выброс наиболее токсичных продуктов неполного сгорания. Основное токсическое воздействие оказали продукты горения цеха, в котором находились ПВХ-содержащие материалы. Это находит подтверждение среди пожарных обеих основных групп, работавших в цехе пластмасс, т.к. токсические поражения нервной системы (как ЦНС, так и ПНС) выявлялись у них с наибольшей частотой. Нами отдельно была выделена группа водителей, так как по долгу службы они выполняли задачи связанных и поэтому на короткий срок заходили во все цеха эпицентра пожара, и постоянно контактировали с бензином, в состав которого также входят

углеводороды. Вероятно, этим можно объяснить наличие у них более высокой частоты поражений ПНС по сравнению с пожарными, работавшими на территории завода. Клинико-статистические данные указывают на значимое токсическое действие состава пеногасителей систем ПО-1, использовавшихся при тушении данного пожара, на ЦНС и ПНС по сравнению с пожарными используемых для тушения воду. Пенообразователи указанных систем относятся ко 2 классу токсичности — высокотоксичные. Необходимо учитывать и то, что при работе со стволом пеногашения пожарный приближен к источнику горения, что увеличивает опасность токсического воздействия. Кроме того, несмотря на требования гигиены, питание и отдых пожарных были организованы на месте пожара, что определило алиментарный путь заражения.

Учитывая большое количество токсических веществ, образующихся при горении, эффекты комбинированного действия, особенности самого пожара, не представляется возможным выделить какой-то определённый вид поражающего фактора. Анализируя клинические данные, необходимо говорить о комплексе токсических веществ, в состав, которого в значительных количествах входили различные производные предельных и непредельных углеводородов, которые по данным литературы вызывают подобные изменения ЦНС и ПНС.

С учётом полученных результатов исследований нервной системы пожарных предложен ряд мер по профилактике токсических поражений на пожаре и реабилитации пострадавших пожарных.

Таким образом, предложенная методология позволяет создать программу исследования, проведя тщательный сбор анамнеза, учёт всех факторов токсического воздействия, опрос и обследование населения сельской зоны. Проводится оценка полученных результатов на идентичность клинических проявлений в обследованных группах. Сопоставив полученные клинические данные с литературными при анализе токсикологических исследований по данному случаю, возможно, вполне достоверно высказаться о факторах риска и причинах возникших массовых токсических поражений.

THE CHANGES IN HEALTH IN PEOPLE, UNDERWENT UNFAVOURABLE TECHNOGENIC INFLUENCES

T.P. Syzikh, E.V. Portnjagina, A.F. Portnjagin

(The Department of Clinical Pharmacology of ISMU)

The materials of the study of mass toxic lesions of firemen on the objects, associated with the materials, containing polyvinilchloride in the conditions of fire of complex category are presented.

О НЕОБХОДИМОСТИ УСИЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА АВАРИЯМИ С ЭКСПОЗИЦИЕЙ КРОВИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Воропаев

(Кафедра судебной медицины и правоведения ИГМУ, зав. – проф. Ю.С. Исаев)

Резюме. В статье отражены некоторые результаты эпидемиологического исследования возникновения аварий с экспозицией крови у медицинских работников лечебно-профилактических учреждений.

Ключевые слова. Авария с экспозицией крови, профессиональное заражение ВИЧ инфекцией.

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции и парентеральным гепатитам в Иркутской области увеличивает риск профессионального заражения этими инфекциями медицинских работников, связанный с возникновением аварий с экспозицией крови (АЭК). Поэтому единственная возможность избежать возникновения профессионального заражения ВИЧ инфекцией и парентеральными гепатитами – усилить эпидемиологический надзор за АЭК в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Целью нашей работы явилось исследование популяции медицинских работников, подвергающихся АЭК и выявление основных факторов риска возникновения АЭК. Исследование заключалось в проведении анкетирования медицинских работников отделений различного профиля ЛПУ гг. Иркутска и Ангарска в 2003 г. Всего было опрошено 2425 работников различных должностей ЛПУ, а также студентов, интернов и ординаторов ИГМУ.

Среди всех респондентов, 1830 (75,5%) указали на наличие случаев АЭК в их профессиональной деятельности. Среди них количество случаев АЭК у среднего медперсонала составило 937 (51,2%), у врачей терапевтического профиля – 254 (13,9%) случая АЭК, у младшего медперсонала 244 (13,3%), и у хирургов – 186 (10,2%). Студенты и интерны декларировали 97 (5,3%), лаборанты – 53 (2,9%) и акушеры-гинекологи – 42 (2,3%) АЭК. Таким образом, наиболее подверженную АЭК группу медицинских работников составили средние медицинские работники, значимо превышая остальные группы респондентов (51,2%, $p < 0,05$).

Среди всех случаев АЭК мы выделили однородные группы по признаку занимаемой должности, специальности и типу аварии. Из декларированных случаев АЭК выделялись уколы, порезы, попадания на поврежденную кожу и попадания на слизистые глаз.

Уколы составили 73,9% (1352) случаев, порезы – 9,4% (172); экспозиции крови на поврежденную кожу – 10,4% (190), на слизистую глаз – 5,4% (99). Следовательно, ведущий фактор риска возникновения АЭК является укол иглой (в 7,9 раз чаще, чем порезы ($p < 0,01$), в 7,2 раза – больше, чем экспозиции на кожу ($p < 0,01$), и в 13,7 раз – выше, чем АЭК, связанные с попаданием крови или биологической жидкости с примесью крови на слизистые глаз ($p < 0,01$).

Уколы значимо преобладали во всех группах медицинских работников ($p < 0,01$), за исключением персонала лабораторий (порезы 45,3% достоверно преобладали над уколами – 35,8% ($p < 0,05$)). Удельный вес попаданий на кожу у терапевтов в 4,9 раз превышал данную величину у хирургов ($p < 0,05$). Попадание на слизистые глаз было выше более чем в два раза у хирургов и среднего медперсонала по сравнению с терапевтами ($p < 0,05$).

Среди всех 41,3% уколов были поверхностными, 23,7% – глубокими, 35,0% – уколов не были уточнены. Среди порезов, 39,8% были поверхностными, 24,1% – глубокими, 36,1% – порезов не были детализированы.

Дескриптивный эпидемиологический анализ АЭК был проведен в зависимости от специальности медицинских работников и места возникновения АЭК.

Уровень АЭК неодинаков в различных отделениях ЛПУ. Так наибольшая частота АЭК, наблюдается в отделениях терапевтического профиля – 33,2% случаев ($p < 0,05$ при сравнении с остальными группами). В операционном блоке частота аварий выше, чем в отделении хирургического профиля (20,6% и 14% соответственно, $p < 0,05$) и в реанимации (20,6% и 10,8% соответственно, $p < 0,05$). Минимальный уровень АЭК наблюдался в стоматологии (менее 1,2%, значимо меньше уровня АЭК в остальных группах).

Исходя из распределения АЭК в зависимости от места возникновения следует, что чаще всего АЭК встречаются в палате (24,9%, $p < 0,05$ при сравнении с остальными локализациями АЭК), на втором месте находится операционный блок (20,5%, $p < 0,05$), далее – процедурные кабинеты (14,0%) и реанимации (10,8%).

Среди всех причинных манипуляций, достоверно лидируют манипуляция загрязненной иглой 25,9% ($p < 0,05$). Также чаще среди оставшихся манипуляций встречаются: одевание колпачка на иглу использованных шприцов – в 11,3%, ранение режущим инструментом – в 10,8% и наложение шва – в 10,6% соответственно ($p < 0,05$).

967 (52,8%) АЭК можно было избежать при соблюдении правил предосторожности, особенно 206 уколов при надевании колпачка на иглу использованного шприца.

Среди всех АЭК, у 720 (39,3%) респондентов были отмечены обстоятельства, способствующие возникновению аварии: в 18,1% случаев – экстренное оказание

медицинской помощи, в 17,1% — наблюдались трудности в выполнении внутривенной инъекции, в 16,8% — больной был чрезмерно подвижен, что затрудняло оказание медицинской помощи, а в 4,1% — медицинского работника отвлекли третьи лица при выполнении манипуляции. Все это способствовало возникновению аварии.

Группой риска возникновения АЭК являются средние медицинские работники. Это связано, по видимому, с недооценкой ими опасности профессио-

нального заражения ВИЧ инфекцией. Наиболее значимым фактором риска возникновения АЭК являются уколы загрязненным кровью медицинским инструментарием (шприцы, хирургические иглы) Особенности распределения АЭК по типу экспозиции у различных специальностей медицинских работников связаны с особенностями профессиональных жестов контакта с кровью вследствие присущих им обязанностей и особенностями стереотипов поведения на рабочем месте.

NECESSITY TO ENHANCE AN EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE FOR ACCIDENTS OF BLOOD EXPOSITION OF HEALTH CARE PERSONNEL'S IN HEALTH ESTABLISHMENT OF IRKUTSK REGION

A.V. Voropaev

(Dept. of legal medicine of ISMU)

Authors have exposed some characteristics of epidemiological investigation of accident of blood exposition reasons in health care workers.

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ЧАЛОВ А.Л., ГЕЛЛЕР Л.Н. –

ПОСТРОЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЕСМФИ НА ОСНОВЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

А.Л. Чалов, Л.Н. Геллер

(Кафедра управления и экономики фармации ИГМУ, зав. – Л.Н. Геллер)

Резюме. Рассматривается актуальность и перспективы создания единой региональной сети медико-фармацевтической информации на базе современных информационных технологий.

Ключевые слова. Единая медико-фармацевтическая информация, региональная сеть, современные технологии, Иркутская область.

К настоящему времени объемы информации, используемой врачами и провизорами в практической деятельности выросли в десятки раз. Уже сегодня в медицине и фармации начинает цениться не простое владение узким кругом профессиональных знаний и навыков, а способность к быстрой обработке больших объемов информации из самых различных источников. Подобные навыки и умения способствуют нахождению оптимальных и рациональных способов лечения и профилактики различных заболеваний с учетом индивидуальных особенностей каждого человека. В свою очередь увеличение объемов используемой информации ведет к ее неупорядоченности, бессистемности, понижению усвояемости материалов, упрощению.

В данной ситуации целесообразным является использование в медицинской и фармацевтической практике информационных технологий. Проблему возможно решить с помощью принципиально новой информационной инфраструктуры – Единой Сети Медико-Фармацевтической Информации (ЕСМФИ). Целью наших исследований является разработка методики построения региональной ЕСМФИ для всех участников фармацевтического рынка на основе современных информационных технологий. Разработка методики построения ЕСМФИ предполагает:

- объединение информационных пространств ее участников в единое информационное пространство с разграничением доступа различных категорий пользователей;

- выработка единых стандартов сбора, хранение, обработки и представления медико-фармацевтической информации на основе существующих информационных систем.

Под участниками ЕСМФИ понимаются:

- медицинские организации различных форм и уровней;

- фармацевтические организации различных форм и уровней;

- контролирующие организации;

- учебные заведения медицинского и фармацевтического профиля;

- население.

ЕСМФИ способна выполнять следующие функции:

- *Контролирующая.* Реализуется на всех уровнях. Сюда входит как официальный государственный контроль медицинской и фармацевтической деятельности, так и внутренний контроль участников ЕСМФИ друг за другом. Пример: контроль больных за качеством лечения в определенном ЛПУ, у конкретного врача.

- *Информационно-аналитическая функция.* Позволяет получать из постоянно пополняемых информационных баз результаты обработки запросов по интересующей теме в удобном для пользователя виде. Пример: назначение оптимального лечения, поиск информации о взаимосвязи структуры и действия препаратов.

- *Обучающая.* Эта функция вытекает как следствие из предыдущей. Особенностью является лишь то, что в данном случае выполняется не просто запрос на ряд заранее подготовленных и структурированных вопросов с целью обучения пользователя, а осуществляется активный диалог (процесс дистанционного интерактивного обучения). Пример: интерактивное обучение студентов, обучение правильному поведению в послеоперационный период.

Реализация ЕСМФИ предполагает создание быстродействующих централизованных баз данных, сервисов накопления, доступа и представления информации. Реализацию функций и поддержку ЕСМФИ должен осуществлять информационный центр. В настоящее время осуществляется построение подобных сетей. Первым результатом создания ЕСМФИ в Иркутской области является успешное функционирование на фармацевтическом рынке:

- системы автоматизации и анализа фармацевтического рынка – программы «ФармКомандир»;

- создание справочно-информационного центра о лекарственных препаратах;

- запуск и функционирование информационно-аналитического сайта по вопросам медицины и фармации.

CONSTRUCTION OF REGIONAL UNIFORM NETWORK OF THE MEDICAL AND PHARMACEUTICAL INFORMATION ON THE BASIS OF INFORMATION TECHNOLOGIES

A.L. Chalov, L.N. Geller

(Irkutsk state medical university, Course of Endocrinology of ISMU)

The urgency and prospects of creation of a uniform regional network of the medical and pharmaceutical information is considered on the basis of modern information technologies.

© ФЕДОРОВА Н.В., ГЕЛЛЕР Л.Н. –

АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛПУ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.В. Федорова, Л.Н. Геллер

(Кафедра управления и организации фармации ИГМУ, зав. – к.ф.н. Л.Н. Геллер)

Резюме. Проводится сравнительный анализ существующих моделей системы лекарственного обеспечения лечебно-профилактических учреждений Иркутской области.

Ключевые слова. Лекарственное обеспечение ЛПУ, централизованное снабжение, децентрализованное снабжение, тендерные поставки.

Анализ системы лекарственного обеспечения представляет закономерный интерес, поскольку от уровня ее организации зависит качество оказания медикаментозной помощи, включающее ассортиментную и ценовую составляющие. Взвешенные подходы к достижению оптимального соотношения между этими составляющими призваны способствовать созданию благоприятной обстановке в сфере лекарственного обеспечения для потребителей при рациональной трате средств плательщика.

В этой связи представляется целесообразным провести сравнительную оценку существующих моделей лекарственного обеспечения ЛПУ, которая позволит выявить преимущества и недостатки каждой.

Объективной оценке существующих моделей служит метод маркетингового аудита.

В Иркутской области получили распространение следующие модели лекарственного снабжения ЛПУ:

- самостоятельный децентрализованный закуп медикаментов и изделий медицинского назначения аптеками ЛПУ;
- централизованное снабжение ЛПУ прикрепленными аптеками;
- тендерные поставки отдельных групп препаратов в рамках областных и федеральных целевых программ.

Самостоятельный закуп медикаментов аптеками ЛПУ предоставляет широкие возможности ЛПУ для выбора поставщиков, форм оплаты, ассортимента, условий поставки товара и других факторов. При данной системе снабжения наиболее полно раскрываются преимущества рыночной конкуренции.

Самостоятельный децентрализованный закуп медикаментов ЛПУ в настоящее время возможен при наличии лицензии фармацевтической деятельности, которая в свою очередь предполагает соответствие требованиям, предъявляемым аптечным учреждениям. В связи с этим в последнее десятилетие в крупных многопрофильных ЛПУ Иркутской области проводилась

организационно-лицензионная работа по созданию больничных (бюджетных) аптек на правах отделения. Введение в штат провизоров позволяет ЛПУ грамотно строить маркетинговые отношения с поставщиками лекарственных средств, т.е. предъявлять определенные квалификационные требования к поставщикам, из которых наиболее принципиальными являются следующие:

- постоянное наличие достаточного объема госпитального ассортимента лекарственных средств на складах в г. Иркутске;
- минимальные цены на лекарственные препараты и оптимальные условия оплаты (оплата по факту поставки или с отсрочкой платежа);
- доставка товара в течение рабочего дня, а по заявкам Сито! – в течение 2-ух часов;
- закрепление за больницей торговых представителей с высшим фармацевтическим образованием, подготовленных в области госпитального ассортимента лекарственных средств.

Самостоятельный закуп позволяет заключать договора не только с местными поставщиками, но и сотрудничать с иногородними, если условия сотрудничества представляются более привлекательными.

Централизованное снабжение ЛПУ межбольничными аптеками имеет преимущества применительно к лекарственным формам экстенпорального изготовления, в случае, когда требуемый ассортимент, его количество заранее известны, а цены значительно не отличаются за счет фиксированных тарифов, утвержденных комитетом цен администрации города.

Относительно готовых лекарственных форм данная система снабжения менее предпочтительна, поскольку уровень цен медикаментов в этом случае несколько выше за счет наценки дополнительного оптового звена.

Кроме того, при этой системе снабжения у ЛПУ ограничена возможность оперативно реагирования в экстренных ситуациях, так как предложение постав-

щика может не соответствовать спросу в силу объективных и субъективных причин.

Система централизованного снабжения оправдана для небольших ЛПУ, где в полной мере не могут быть соблюдены условия хранения медикаментов, отсутствует штат фармацевтических работников, а также требуемый ассортимент не отличается большим разнообразием.

В последнее время, в системе здравоохранения Иркутской области получила распространение тендерная система снабжения медикаментами в рамках утвержденных программ. В качестве примера целевых программ можно привести следующие из них «Профилактика и лечение сахарного диабета», «Профилактика и лечение внутрибольничных инфекций», «Дети-инвалиды», «Онкология», «Дорогостоящие виды лечения».

Преимуществом данной системы заключается в гарантированной поставке дорогостоящих препаратов

по минимальным ценам в рамках утвержденных асигнований соответственно предварительным заявкам ЛПУ.

Однако необходимо отметить, что конкурсные комиссии при организации тендерных торгов единственным критерием при принятии решения о закупках по-прежнему считают только стоимость упаковки отдельного наименования. Этот подход демонстрирует маркетинговую близорукость и незнание свойств закупаемого продукта.

Анализ системы лекарственного ЛПУ Иркутской области обеспечения свидетельствует, что наиболее перспективной является система самостоятельного закупа лекарственных средств ЛПУ. Вместе с тем, оптимальным представляется комплексный вариант снабжения, поскольку каждая из представленных моделей имеет определенные преимущества.

MEDICINAL PROVISION OF MEDICAL-PROPHYLACTIC INSTITUTIONS IN THE IRKUTSK REGION SCHEME ANALYSIS

N.V. Feodorova, L.N. Geller

(The Department of Management and Organization of Pharmacy of ICMU)

Considered in the article are centralized, tender and free patterns of medicinal supply for medical-prophylactic institutions in the Irkutsk region. The authors recommend to use these patterns complementary marking their advantages and drawbacks.

© СИЛИН А.П. –

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

А.П. Силин

(Кафедра госпитальной терапии ИГМУ, зав. – д.м.н. Г.М. Орлова)

Резюме. Статья посвящает современные технологии лечения гемобластозов и связанные с ними задачи гематологической службы Иркутской области.

Ключевые слова. Гематологическая служба, проблемы, пути решения, Иркутская область.

Современная гематологическая наука и практика невозможна без разработки и внедрения новых технологий лечения. Из их спектра можно выделить следующие:

1. Оработка программ (стандартизация) лечения гемобластозов с учетом поставленной цели, этапов и общих принципов лечения, прогностических факторов (варианта заболевания, возраста больного, соматического состояния, иммунофенотипа, генома, хромосомных aberrаций, группы риска, критериев оценки эффективности лечения. Существуют программы, с помощью которых получены наилучшие результаты; они называются «золотые стандарты».

2. Разработка принципов сопроводительной терапии: гемозаместительной, дезинтоксикационной, антибактериальной, антимикотической, противовирусной, использование антиэметиков, цитопротекторов и др.

В итоге твердое соблюдение первых двух пунктов дает в лучших клиниках при остром миелобластном лейкозе 60–65% полных ремиссий, с 5-летней выживаемостью 25–34% (В.Г. Савченко, 2000).

3. Применение высокодозной полихимиотерапии (ПХТ). Показанием к ней является первичная резис-

тентность или рецидив заболевания.

4. Лечение острого промиелоцитарного лейкоза с применением альфа-трансретиноиновой кислоты, которая не является цитостатиком, а снимает блок дифференцировки лейкозных клеток, индуцируя апоптоз. Число полных ремиссий при этом составляет 70–75%.

5. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК). Аллогенная трансплантация костного мозга, как ее разновидность – эффективный метод лечения апластической анемии, хронического миелолейкоза, некоторых вариантов острого лейкоза. Их производится в мире около 20.000 в год. Смертность при ТГСК довольно высока, но она снижается. Внедрена единая компьютерная сеть донорских регистров.

6. Особенности функционирования реанимационных гематологических палат: оборудование изолированных 1-местных палат для больных в состоянии агранулоцитоза; около 56% больных имеют инфекционно-септические и геморрагические осложнения, требующие реанимационной помощи; раннее применение ИВЛ (увеличивает эффективность терапии на 15 %); круглосуточный коагулологический контроль синдрома-ДВС.

7. Использование новых классов препаратов при гемобластозах: пуриновых аналогов (флюдара дает при лимфопролиферативных заболеваниях 45% ремиссий, из них 13% – полных), альфа-интерферона, ростовых факторов, ингибиторов тирозинкиназы (прямое влияние на геном опухолевых клеток с выходом на излечение), моноклональных антител (мабтера).

8. Использование препаратов эритропоэтина в лечении анемий при опухолевых заболеваниях.

9. Использование иммуносупрессивной терапии при апластической анемии: циклоспорин А (сандимун) и антилимфо(тимо)цитарный глобулин.

10. Изучение качества жизни излеченных больных, коррекция постцито-статической полиорганной недостаточности, психо-социальная реабилитация.

11. Использование при гемофилии или концентратов антигемофильных факторов (Козйт-ДВИ или Октаанайн), или рекомбинантных (Когенэйт), или универсальных (Новосевен).

Заболеваемость гемобластозами в России увеличилась с 9,4 в 1980 г. до 13,1 в 1998 г.

Для оказания стационарной помощи гематологическим больным Иркутской области развернуто 85 специализированных коек. Из них на базе областной клинической больницы (ГУЗ ИОКБ) – 65, БСМП г. Ангарска – 5, ГБ №5 г. Братска – 15. В структуре пролеченных больных в 2003 г. преобладали гемобластоzy (75%). В структуре летальности гемобластоzy абсолютно преобладают (93%).

Исходя из всего вышеизложенного, задачи по оказанию помощи гематологическим больным, на наш взгляд, сводятся к следующему:

1. Улучшение положения с кадрами гематологов (в соответствии с нормативными документами – приказом №

824). Штатных гематологов в поликлиниках г.Иркутска нет. Консультативный прием осуществлялся в городских поликлиниках врачами гематологического отделения ОКБ в недостаточном объеме. Нет врачей-гематологов в таком крупном городе, как Ангарск. Фактическая нагрузка гематолога в областной консультативной поликлинике очень высока и в 2003 г. составила 165%.

2. Привести обеспеченность населения гематологическими койками в соответствие с должной (приказ № 696).

3. Составить уточненный регистр гематологических больных, состоящих на диспансерном учете и улучшить общую статистическую отчетность.

4. Существенно усилить лабораторную службу. Внедрение в диагностику лейкозов более современных (прежде всего, иммунофенотипических) методов, что позволит работать в соответствии с международными классификациями и протоколами терапии.

5. Улучшить снабжение всеми необходимыми медикаментами: а) больных гемобластозами – цитостатиками и другими жизненно важными медикаментами; б) инвалидов с гемофилией – препаратами Козйт-ДВИ и Октаанайн; апластической анемией – сандимун; хроническими лейкозами с анемическим синдромом – эритропоэтином, – через органы социальной защиты.

6. Провести реорганизацию и ремонт гематологического отделения ОКБ с открытием стерильного блока.

7. Разработать программу «Поддержка и развитие гематологической помощи населению Иркутской области».

Выполнение указанных задач представляется нам соответствующим современному состоянию гематологической науки и имеющимся практическим возможностям.

ACTUAL PROBLEMS OF HEMATOLOGY IN IRKUTSK REGION

A.P. Silin

(Department of hospital therapy of ISMU)

The paper outlines the modern technologies of hemoblastosis treatment and also the problems facing the hematological service of the Irkutsk region arising from this pathology.

© ПАНФЕРОВА Р.Д. –

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Р.Д. Панферова

(Кафедра госпитальной терапии ИГМУ, зав. – д.м.н. Г.М. Орлова)

Резюме. Состояние помощи нефрологическим больным не соответствует современным требованиям. Предложены направления совершенствования нефрологической службы.

Ключевые слова. Нефрологическая служба, показатели деятельности, Иркутская область.

Заболеваниями почек страдает 5-6% населения. Большинство из них имеет прогрессирующее течение и заканчивается нефросклерозом и хронической почечной недостаточностью (ХПН), которая, по некоторым данным, является второй после травматизма причиной смерти у лиц молодого возраста. Поэтому ре-

шение проблемы профилактики, диагностики и лечения болезней почек имеет не только медицинское, но и социальное значение.

По данным разных авторов, распространенность патологии почек составляет 190–200 на 10000 населения. По данным В.П. Боенко, нефрологические боль-

ные составляют 6-7% всех госпитализированных в терапевтические отделения. Летальность среди них колеблется от 1,8 до 18% при общей летальности в терапевтических отделениях 0,4-0,6%.

Состояние нефрологической помощи больным в области, особенно на ее периферии не отвечает требованиям времени. Заболеваемость, распространенность и смертность от заболеваний почек в области растет.

Обращаемость же за специализированной помощью в ОКБ и ОКП больных из области, особенно из отдаленных и северных районов, за последние 10 лет уменьшилась почти в 3 раза в связи со сложившимися экономическими условиями.

Специализированные нефрологические койки имеются лишь в областном центре (33) и г. Братске (10). Специализированный прием нефрологических больных в областном центре в 2003г. проводился только в областной консультативной поликлинике и областном диагностическом центре.

Уровень хронической почечной недостаточности в области, согласно созданного в 2000 году регистра больных с этой патологией, превышает таковой по России и данные ВОЗ (120-300 человек на 1 млн. населения) и составляет 498 случаев на 1 млн. населения. Согласно регистра, 38,1% с ХПН имеют 2-ю или 3-ю степень почечной недостаточности, т.е. являются кандидатами или уже нуждаются в заместительной терапии — регулярном гемодиализе, перитонеальном диализе или пересадке почки.

Анализ обращаемости к нефрологу больных, состоящих на диспансерном учете, показал, что также постоянно снижается число больных из отдаленных районов. Такая ситуация приводит к позднему выявлению неизбежного у больных этой категории осложнения — ХПН. Ежегодно от 5 до 9 больных обращаются к нефрологу ОКП впервые в стадии терминальной почечной недостаточности. Причиной несвоевременного выявления ХПН у больных — поздняя обращаемость, низкая нефрологическая грамотность врачей, отсутствие возможности обследования.

Инвалидность от заболеваний почек растет. Средний возраст больных, впервые признанных инвалидами, за последние годы уменьшился с 42.5 до 40.2 лет, т.е. инвалидность от болезней почек молодеет. Причиной инвалидности в 74-76% случаев является ХПН. Высока тяжесть инвалидности, т.к. в 85% больные признаны инвалидами 1-2 группы

Анализ динамики смертности в области от заболеваний почек показал, что за последние 30 лет уровень ее увеличился почти в 2 раза. Смертность от гломерулонефрита была наиболее высокой в 1988г. (6.6 на 100 тыс.). С началом работы отделения регулярного гемодиализа в ОКБ смертность снизилась к 1990 году до 3.28. Однако смертность больных от заболеваний почек в Иркутской области превышает таковой показа-

тель в других регионах (СПб — 3.6, Швеция — 2.7-3.1).

В области на взрослое население приходится 12 ставок штатных нефрологов.

С открытием областного диагностического центра (ОДЦ) улучшились возможности обследования больных нефрологического профиля, в том числе верификация диагноза методом пункционной биопсии. За 2003 год нефрологом ОДЦ принято 1109 больных. Диагноз почечного заболевания впервые был установлен 385 больным.

Адекватное лечение хронической почечной недостаточности является одной из актуальных проблем здравоохранения. В России проблема ХПН стоит чрезвычайно остро. Особенностью нашего региона является обширность территории с низкой плотностью населения. Имеющиеся штатные нормативы, рассчитанные на районы с большей плотностью населения, не позволяют организовать специализированную нефрологическую помощь в районах области. Поэтому на периферии области помощь таким больным, в том числе с терминальной почечной недостаточностью, практически полностью отсутствует.

В Иркутской области в целом доступность регулярного гемодиализа низкая и не превышает 40 чел на млн. населения.

Сокращение пребывания больных нефрологического профиля (хронические гломерулонефриты, острая и хроническая почечная недостаточность и др.) в стационаре диктуют необходимость долечивания больных в реабилитационных отделениях, которых нет в настоящее время для этой категории больных.

В последние годы резко уменьшилось количество больных, получающих бальнеологическое лечение.

Для совершенствования помощи больным нефрологического профиля и больным с ХПН необходимо:

1. С целью приближения специализированной помощи на местах подготовить из терапевтов в каждой ЦРБ 1 врача по нефрологии и поручить им диспансерное наблюдение за нефрологическими больными, контроль за преемственностью между нефрологами области и участковыми врачами.

2. Повышать нефрологическую грамотность врачей путем организации выездных циклов в районах.

3. Организовать межрайонные нефрологические отделения в г. Братске, Саянске, городское отделение в г. Иркутске.

4. Организовать реабилитационные отделения для долечивания больных острым и хроническим гломерулонефритами, больных с ХПН, в том числе больных, находящихся на регулярном гемодиализе.

5. Шире внедрять перитонеальный диализ для заместительной терапии терминальной стадии ХПН с привлечением муниципальных средств.

6. Развивать трансплантацию почки от живого родственного донора в Иркутске.

THE STATE AND PROSPECTS OF NEPHROLOGIC SERVICE IRKUTSK REGION

R.D. Panfyorova

(Department of hospital therapy of ISMU)

The state of medical aid given to the nephrologic patients does not meet the modern requirements. The trends of improvement of nephrologic service are suggested.

ОРГАНИЗАЦИЯ И СТАНОВЛЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

А.И. Брегель

(Кафедра общей хирургии ИГМУ, зав. – проф.С.Б. Пинский)

Резюме. Рассматриваются организация и развитие диагностической и лечебной эндоскопии на опыте проведения более 100000 исследований.

Ключевые слова. Эндоскопия, диагностика, лечение.

В настоящее время эндоскопия прочно заняла ведущее место в диагностике и лечении многих острых и хронических заболеваний. В арсенале эндоскопии имеются как консервативные методы воздействия на патологический очаг, так и оперативные приемы. Отличаясь сравнительно малой травматичностью, многие из этих вмешательств по своей эффективности не уступают, а иногда и превосходят традиционные хирургические операции.

Сотрудники кафедры общей хирургии внесли свой вклад в становление и развитие эндоскопии на клинической базе в Городской больнице №1.

Гастроскопия у больных с острым желудочно-кишечным кровотечением стала выполняться с 1972 года (асс. В.А. Агеенко). Эндоскопические осмотры желудка позволили значительно сократить число больных с кровотечением неясного генеза, избирать рациональную лечебную тактику.

С 1977 года в клинике стала применяться диагностическая, а затем и лечебная лапароскопия (А.И. Брегель). Вначале она проводилась у наиболее сложной группы больных с urgentными и онкологическими заболеваниями органов брюшной полости. Визуальный осмотр органов живота позволил уменьшить число диагностических лапаротомий, сократить диагностический период и определить лечебную тактику.

В 1980 году в клинике была создана самостоятельная эндоскопическая служба. Первым заведующим эндоскопическим кабинетом был А.И. Брегель. С этого времени существенно увеличилось число проводимых исследований, возрос удельный вес сложных диагностических и лечебных манипуляций: удаление полипов и инородных тел, РПХГ, лечение язв, инфильтратов, проведение зондов для питания и бужирование анастомозов, остановка кровотечений, рассечение спаек, дренирование и удаление желчного пузыря.

В настоящее время в эндоскопическом отделении работают сотрудники кафедры общей хирургии профессор А.И. Брегель, ассистенты И.Ю. Олейников и Е.А. Кельчевская.

За время существования эндоскопической службы было выполнено более 100000 эндоскопических исследований и более 1000 лапароскопических операций. Более двух третей всех исследований пришлось на осмотры верхних отделов пищеварительного тракта, выполнено более 7000 лапароскопий, 2000 колоноскопий и 3000 бронхоскопий.

Около трети эзофагогастродуоденоскопий выполнено у амбулаторных больных. На долю экстренных и срочных эндоскопических исследований приходится более 25% всех эндоскопий. Показанием к проведе-

нию этих исследований явились подозрения на острое эзофагогастродуоденальное кровотечение, перфорацию органа, несостоятельность послеоперационных анастомозов, анастомозиты, инородные тела, необходимость санации трахеобронхального дерева и др.

В клинике большое внимание уделяется проведению лечебных эндоскопий. В частности, лечебные эндоскопии при заболеваниях пищеварительного тракта и трахеобронхального дерева выполнены более, чем у 12000 больных.

При острых эзофагогастродуоденальных кровотечениях используются различные методы гемостаза, в том числе разработанный в клинике метод остановки кровотечения с помощью феракрила (С.Б. Пинский, А.И. Брегель).

Полипы пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки были обнаружены более, чем у 2000 больных. Выполнено более 1000 эндоскопических полипэктомий. При удалении полипов больших размеров (более 1,5 см) в клинике разработан (А.И. Брегель и И.Ю. Олейников) и используется метод полипэктомии двумя петлями. Более, чем у 300 больных с помощью эндоскопической техники из верхнего отдела пищеварительного тракта были извлечены инородные тела.

Одним из важных достижений в эндоскопии является экстренная лапароскопия. Мы располагаем опытом проведения более, чем 6 тысяч экстренных лапароскопий, в том числе полутора тысяч повторных исследований в динамике с помощью гильз оригинальной конструкции из фторопласта, усовершенствованных сотрудниками кафедры (С.Б. Пинский, А.И. Брегель, И.Ю. Олейников). При различных заболеваниях органов брюшной полости выполняются блокада и катетеризация круглой связки печени, установка ирригаторов в брюшную полость, наложение перитонеального диализа, дренирование брюшной полости, желчного пузыря и забрюшинного пространства.

С 1992 года в клинике успешно выполняются лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции. В настоящее время клиника располагает опытом более 10000 лапароскопических операций.

Важное значение в работе эндоскопической службы клиники придается разработке и внедрению новых эффективных приемов и методов эндоскопической диагностики и лечения хирургических заболеваний. На основании опыта работы эндоскопического кабинета изданы методические пособия по динамической лапароскопии (С.Б. Пинский, А.И. Брегель, И.Ю. Олейников), неотложной лапароскопии (А.И. Брегель) и эзофагогастродуоденоскопии (А.И. Брегель).

Сделано более 40 рационализаторских предложений (С.Б. Пинский, А.И. Брегель, И.Ю. Олейников, Н.А. Мушин, В.А. Агеенко, А.А. Альперт), защищены 3 кандидатские (А.И. Брегель, И.Ю. Олейников, Е.А. Кельчевская) и одна докторская (А.И. Брегель) диссертации. В кандидатских диссертациях аспирантов В.И.

Миронова и О.А. Приходько отдельные главы работ посвящены эндоскопической диагностике острого панкреатита и холецистита. Всеми сотрудниками кафедры и врачами кабинета опубликовано более 200 научных работ в международной, центральной и местной печати по эндоскопической проблематике.

THE ORGANIZATION AND BECOMING ENDOSCOPY SERVICE IN CLINIC OF THE GENERAL SURGERY

A.I. Bregel

(Chair of the general surgery of ISMU)

The organization and development of diagnostic and medical endoscopy by the experience of more than 100.000 investigations are considered in the article.

© СКВОРЦОВ М.Б., КОЖЕВНИКОВ М.А., БОРИЧЕВСКИЙ В.И., ИППОЛИТОВА Н.С. –

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ТОНКОЙ КИШКОЙ У ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

М.Б. Скворцов, М.А. Кожевников, В.И. Боричевский, Н.С. Ипполитова

(Кафедра госпитальной хирургии ИГМУ, зав. – чл. корр. РАМН проф. Е.Г. Григорьев)

Резюме. Приведен анализ лечения 240 детей с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога. Всем больным выполняли бужирование. Оперативное лечение было у 76 (31,6%) больных, тонкокишечная пластика пищевода – у 14. Одномоментная внутриплевральная пластика выполнена 2 больным, загрудинная пластика в 2-3 этапа – 12. Умер 1 больной после одномоментной пластики пищевода на 3 сутки после операции
Ключевые слова. Дети, пищевод, рубцовая стриктура, тонкокишечная пластика.

Основным методом лечения рубцовых стриктур пищевода (РСП) является бужирование. Эффективность этого метода у детей по данным разных авторов в пределах 40–96%. Пластика пищевода тонкой кишкой по Ру-Герцену-Юдину была в течение полувека одним из немногих наиболее популярных видов реконструктивной операции при рубцовых сужениях пищевода, при неэффективном консервативном лечении. По мере совершенствования операции претерпели изменения способы проведения кишки-трансплантата и приемы его формирования. Особенности кровоснабжения ограничивают показания к выполнению пластики тонкой кишкой и заставляют искать другие материалы для создания искусственного пищевода (желудок, толстая кишка).

Клиника госпитальной хирургии ИГМУ располагает опытом лечения более 1400 больных с РСП с 1971 по 2004 год. За этот период нами пролечено 240 (17,1%) больных, получивших ожог пищевода в детском возрасте. Из них хирургическое лечение проведено 76 (31,6%) больным, из них выполнена пластика пищевода – 73. В качестве трансплантата использовали желудок (36), толстую кишку (13), тонкую кишку (14 больных). Пластика коротких шейных стриктур выполнена 9 больным. При сочетании ожога пищевода и желудка лечение начинали с коррекции стеноза желудка. До операции всем выполняли бужирование пищевода (3–13 сеансов), эффективное бужирование было у 134 (68,4%) больных. Показанием к оперативному лечению считаем: неэффективность, осложнение бужирования (перфорация пищевода, кровотечения).

Пластика пищевода тонкой кишкой в нашей клинике выполнена 91 больному, из них у 14 ожог был в возрасте 1,5 года – 16 лет (Муж. – 9, Жен. – 5). Ожог уксусной кислотой был у 7 больных, каустической содой – у 4, щелочным электролитом – у 2, соляной кислотой – у 1. Перфорация пищевода при бужировании была у 1 больной. До выполнения тонкокишечной пластики 2 больным выполнили субмукулярную резекцию короткой шейной стриктуры с пластикой местными тканями без эффекта.

Превентивная гастростомия для питания проведена 10 больным: по Кадеру – 3, по Витцелю – 5, по Сапожкову – 1, атипично – 1, еюностома по Майдлю – 1.

Двум больным осуществлена одномоментная внутриплевральная пластика. Загрудинная тонкокишечная пластика в 2 этапа выполнена 12 больным через 3 месяца – 26 лет после ожога. После выкраивания максимально длинного трансплантата кишку оставляли для «тренировки» в подкожном канале, поскольку не удалось создать трансплантат достаточной длины. Во время второго этапа кишку-трансплантат выделяли из подкожного канала и в брюшной полости. Тонкую кишку проводили загрудинно на шею. Сроки между этапами операции 4 месяца – 3 года. Нами отмечено, что в интервале 4 месяца и более между первой и второй операцией трансплантат, расположенный в подкожном канале существенно удлинялся, и для проведения его на шею не требовалась дополнительная перевязка сосудов. Во время 2 этапа тонкокишечной пластики для наложения пищеводно-тонкокишечного анастомоза на шею мобилизовывали шейный отдел пищевода, пересекали его и накладывали пищеводно-

тонкокишечный анастомоз «конец в конец» с послойным сшиванием слизистых слоев пищевода и тонкой кишки и мышечного слоя пищевода с серомускулярным слоем трансплантата. По возможности, если позволяла длина искусственного пищевода, создавали антирефлюксный клапан путем циркулярной фиксации тонкой кишки к пищеводу выше анастомоза и погружали пищевод в просвет кишки. Верхушку дистального конца пересеченного пищевода зашивали послойным швом. Осложнения возникли у 3 больных. Частичная несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза (ПКА) на шее была у 2, острая кишечная непроходимость — у 1 (выполнена релапаротомия, устранение непроходимости, резекция кишечно-желудочного анастомоза). Умер 1 больной после одномоментной внутриплевральной тонкокишечной пластики в раннем послеоперационном периоде от некроза трансплантата.

В сроки 7–41 год после завершения тонкокишечной пластики нами обследованы 9 больных, им проведено клиническое, эндоскопическое и рентгенологическое исследование. У 6 из них обнаружены патологические синдромы, возникшие через 1–16 лет после операции. Стеноз ПКА на шее был у 4 больных, из них двум проведено по 2 курса бужирования, двое оперированы: резекция ПКА на шее у 1, пластика ПКА на шее у другого (1). Избыточная петля кишки-трансплантата возникла у 5. Резекция избыточной петли из абдоминального и трансстернального доступов проведена 3 больным, из правого торакотомного доступа — 1, из правого торакоабдоминального доступа — 1. У 2 больных возникли язвы, осложненные кровотечениями.

У 1 из них в выключенном желудке образовалась гигантская язва пилорического отдела — ему сделана резекция желудка и включение желудка, у второго — было кровотечение из язвы в области анастомоза желудка и кишки-трансплантата — проведено консервативное лечение.

На основании проведенного обследования нами установлено, что качество жизни у 8 обследованных больных хорошее. Питание осуществляется через рот, дисфагии нет или она носит компенсированный характер. Прибавка в весе стабильная, отставания в развитии не отмечено.

Таким образом, бужирование пищевода является по-прежнему основным методом лечения РСП у детей, оно эффективно в 70 % случаев. Показанием к оперативному лечению являются неэффективность бужирования и его осложнения. Тонкокишечная пластика может быть завершена в 2 этапа практически у всех больных. Невозможность одноэтапной операции обусловлена неблагоприятными особенностями строения сосудов брыжейки тонкой кишки. Разделение пластики на 2 этапа с интервалом в 4 месяца и более позволяет создать тонкокишечный трансплантат достаточной длины путем его ремобилизации при повторной операции. Внутригрудная одномоментная пластика пищевода имеет повышенный риск. Клинические наблюдения свидетельствуют о хорошем функциональном результате после пластики пищевода тонкой кишкой, тем не менее, искусственный пищевод из тонкой кишки не является идеальным и больные нуждаются в регулярном врачебном наблюдении, а часто и в коррекции разного плана.

ESOPHAGOPLASTY WITH SMALL INTESTINE IN THE CHILDREN WITH CORROSIVE STRICTURES OF ESOPHAGUS

M.B. Skvortsov, M.A. Kozhevnikov, V.I. Borichevsky, N.S. Ippolitova

(Department of hospital surgery of ISMU)

240 children with corrosive strictures of esophagus were treated after chemical burns. The bougieurage was carried out in all patients. 76 (31.6 %) children received surgical treatment; plasty of small intestine was carried out in 14 ones. One moment intra pleural plasty was carried out in 2 patients, retrosternal plasty was carried out in 12 children in 2-3 stages. One patient died after one moment esophageal plasty during third day after the operation.

© ХОЛОДОВА Л.Н., ПРОТОПОПОВА Н.В., КРАВЧУК Л.А., ШАРИФУЛИН М.А. —

МОДЕЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л.Н. Холодова, Н.В. Протопопова, Л.А. Кравчук, М.А. Шарифулин

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ, зав. — проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. Приведена модель оказания специализированной помощи женщинам с климактерическими расстройствами из 4 этапов: проведение школы «Здоровье женщин старше 40», клиническое обследование, лечение климактерического синдрома (в т.ч. в условиях дневного стационара), диспансерное наблюдение.

Ключевые слова. Климакс, школа для пациенток, специализированная помощь.

Наступление климактерия это один из критических периодов в жизни женщины. Именно в пери- и постменопаузальном периоде появляется ряд соматических и психических заболеваний, которые существенно сказываются на качестве и общей продолжительности

жизни. Перспективным направлением лечебно-профилактической работы с женщинами в пери- и постменопаузальном периоде является комплексная коррекция гормонодефицитных состояний на основе заместительной гормонотерапии (ЗГТ). Однако, несмот-

ря на то, что пользу ЗГТ можно считать доказанной, число женщин, получающих эту терапию невелико.

На сегодняшний день в Иркутске отсутствует система оказания специализированной помощи женщинам с климактерическими расстройствами

Кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ разработана и внедрена с 2003 года на базе Больницы ИНЦ СО РАН модель специализированной помощи женщинам с климактерическими расстройствами. Она включает четыре этапа.

I этап – проведение школы «Здоровье женщин старше 40».

У многих женщин нет правильного представления о менопаузе как о гормонодефицитном состоянии и о том, что после угасания репродуктивной функции в организме происходят определенные изменения. Неэффективность работы с больными в постменопаузе связана с определенным стереотипом, а именно: с построением отношений врача и больного на принципах авторитарности. Кроме того, у врача часто не хватает времени для адекватного освещения всех аспектов проблемы, а тем более для обсуждения их с больной. В настоящее время общепризнанно, что достичь и поддерживать необходимую для лечения хронических заболеваний мотивацию можно только на основе специального обучения больного. В данном случае наиболее эффективны групповые формы обучения.

Нами проводятся занятия циклами, 2 раза в месяц. Состоят они из информационной и практической частей. Информационная часть включает следующие разделы: физиология репродуктивной системы женщины, климактерические расстройства, остеопороз, ожирение, заместительная гормональная терапия. Для лучшего усвоения теоретических вопросов используется слайдоскоп. Практическая часть каждого занятия заключается в самостоятельном заполнении больной индивидуальной карты под контролем врача. II этап – Клиническое обследование.

II этап – клиническое обследование. Проводится согласно общепринятого стандарта (УЗИ органов малого таза, маммография, взятие мазков из шейки матки на атипические клетки, кольпоскопия, лаборатор-

ное обследование, ЭКГ; по показаниям – УЗИ щитовидной железы, гормональное обследование, консультация смежных специалистов). При выявлении гиперпластических процессов эндометрия больные направляются в гинекологическое отделение областной клинической больницы для более углубленного обследования (гистероскопии). При наличии показаний к оперативному лечению, операции (лапароскопическим или лапаротомным доступом) также выполняются в областной клинической больнице.

III этап – лечение климактерического синдрома. Осуществляется оно в рамках специализированного приема по климактерию (проводится индивидуальный подбор ЗГТ и (или) другие виды лечения). Параллельно проводится лечение соматической патологии. Планируется привлечение психолога к работе с больными.

На базе гинекологического отделения больницы ИНЦ СО РАН с 2003 года организовано комплексное обследование и лечение в условиях дневного стационара. В лечении широко используются физиотерапия, массаж, гидро-процедуры, лечебная физкультура. Больные обучаются специальному комплексу физических упражнений при урогенитальных нарушениях (недержании мочи). К выписке из стационара вырабатывается совместно с больной (!) индивидуальная программа ее дальнейшего ведения. При этом учитываются образ жизни, степень тяжести климактерических расстройств, а также наличие экстрагенитальной патологии. Заместительная гормональная терапия назначается с учетом показаний, противопоказаний и согласия больного.

IV этап – диспансерное наблюдение за больными. Анализируя результаты нашей работы с больными в пери- и постменопаузальном периоде следует признать ее организацию рациональной и эффективной. При этом необходимо отметить полное одобрение ее самими больными.

Таким образом, оказание специализированной помощи женщинам с климактерическими расстройствами по представленной модели позволит реально улучшить здоровье и качество жизни женщин в пери- и постменопаузальном периодах.

MODEL OF SPECIALIZED CARE FOR WOMEN WITH CLIMACTERIC DISORDERS

L.N. Cholodova, N.V. Protopopova, L.A. Kravchuck, M.A. Sharifulin

(The Department of obstetrics and gynecology of medical department of ISMU)

The model of rendering specialized assistance for women with climacteric disorders, consisting of 4 stages is given: conducting of School «Health of women older 40 years», clinical examination, treatment of climacteric syndrome (including the conditions of day clinic), dispensary observation.

© СУББОТИНА М.В. –

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Субботина М.В.

(Кафедра оториноларингологии ИГМУ, зав. – проф. А.Г. Шантуров)

Резюме. Предложен способ сочетанного использования ингаляций цитостатика проспидина и парентерального введения или орального приема циклоферона для лечения и профилактики рецидивов папилломатоза гортани у детей.

Ключевые слова. Папилломатоз гортани, циклоферон, проспидин.

Папилломатоз гортани у детей является тяжелым и опасным заболеванием, часто рецидивирующим и вызывающим стеноз гортани. Этиологическим фактором считается вирус папилломы человека. Диагностика заболевания основывается на данных анамнеза (длительная дисфония и/или стеноз гортани), прямой, не прямой ларинго- или фиброларингоскопии. Основным способом лечения является хирургический. Для профилактики рецидивов заболевания применяется широкий арсенал средств, начиная от цитостатиков (проспидин) до иммуномодуляторов (рекомбинантные интерфероны, природные и синтетические индукторы интерферона). О сочетанном применении проспидина и синтетического индуктора интерферона – данных циклоферона нам в литературе не встретилось.

Наш опыт лечения рецидивов папилломатоза гортани в течение 2 лет включает сочетанное использование ультразвуковых ингаляций проспидина (10–20 мг ежедневно на физиологическом растворе по схеме: 5 дней и 1 день перерыв, 10 сеансов) и циклоферон в/м или внутрь по схеме: 1, 2, 4, 6, 8, 10 дни 1 раз в сутки, в последующем внутрь в дозе 10 мг/кг 1 раз в 3 дня в течение 1–3 месяцев.

С использованием описанного метода нами пролечено 7 детей в возрасте от 5 до 11 лет с рецидивирующим папилломатозом гортани: 5 мальчиков и 2 девочки. Анамнез заболевания у 6 из них составлял более 3 лет. Схема лечения: ингаляции проспидина и циклоферон в/м или внутрь – назначалась обяза-

тельно после хирургического удаления папиллом гортани и при возникновении рецидивов заболевания без признаков стеноза гортани. Все дети находились на диспансерном учете и обязательно осматривались не реже 4 раз в год. Для наблюдения за состоянием гортани детей мы наряду с не прямой ларингоскопией использовали ультразвуковое сканирование. Папилломы гортани выявлялись в виде экзогенных образований (в норме голосовая щель эхонегативна). Можно было также определять их баллотирование в просвете, размеры, локализацию.

Использование нами сочетанного противорецидивного лечения в течение двух лет у одного мальчика не привело к исчезновению папиллом. У четырех детей удалось стабилизировать и уменьшить размер папиллом и улучшить голосовую функцию без хирургического вмешательства. Только троим детям за два года производилось однократное удаление папиллом гортани при их рецидивирующем росте, что в два раза реже, чем до используемого способа. Ингаляции проспидина вызывали некоторое жжение в горле у детей, но в целом переносились удовлетворительно. Патологических изменений в анализах крови не было отмечено ни у одного ребенка.

Таким образом, предложенное нами сочетанное использование проспидина ингаляционно и циклоферона внутримышечно / внутрь можно успешно применять для профилактики и лечения рецидивов папилломатоза гортани у детей.

TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF RELAPSES OF THE WAY OF PAPILLOMATOSIS IN CHILDREN

M.V. Subbotina

(The Department of Otorhinolaryngology of ISMU)

There has been suggested the method of combined use of inhalations with cytostatic prospidin and parenteral/internal introduction of cycloferon for the treatment and prophylaxis of relapses of larynx papillomatosis in children.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© СИМОНОВ К.А., СИЛИН А.П., ТРЕТЬЯКОВА М.А. –

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ГЕМОФИЛИЕЙ

К.А. Симонов, А.П. Силин, М.А. Третьякова

(Кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н. Г.М. Орлова; иркутская областная клиническая больница, кафедра внутренних болезней № 2 с курсом профболезней и ВПТ ИГМУ, зав. — доц. С.К. Седов)

Резюме. Статья описывает характерную стоматологическую патологию у больных гемофилией и подходы к ее лечению; собственный опыт представлен в описании клинических случаев.

Ключевые слова. Гемофилия, стоматологическая помощь.

Гемофилия — заболевание из группы коагулопатий, которое проявляется кровоточивостью, весьма часто — из ротовой полости. Кровоточивость при гемофилии возникает ввиду замедленного свертывания крови, которое обусловлено врожденно сниженным содержанием плазменных факторов. Выделяют тяжелую форму заболевания (уровень фактора 0–1% от нормы), среднюю (2–5%), легкую (более 5%).

Заболевание гемофилией чаще всего начинает проявляться с детства по гематомному типу. Дебютная манифестация возможна с кровоточивости слизистой полосой рта (в 13%). Кровотечения из ротовой полости бывают вызваны травматизацией игрушками, кусками слизистой, надрывами уздечек губ и языка. Прорезывание зубов может сопровождаться очень обильными десневыми кровотечениями. Серьезные — анемизирующие или угрожающие асфиксией — кровотечения наблюдаются как из мест повреждения слизистой оболочки, так и при удалении зубов, особенно III моляра. Источником многодневных кровотечений бывают не только зубные лунки, но и гематомы на месте инфильтрации тканей анестезирующими препаратами. Описаны субпериостальные кровотечения, которые могут привести к костной деструкции. По данным З.С. Баркагана (1988), кровотечения из слизистой полости рта отмечаются в 47,3% у больных гемофилией, при удалении зубов — в 38,2%. Характерным считается возникновение кровотечений не сразу после травмы, а спустя 1–5 часов. Упорству и длительности кровотечений способствует увлажненность слизистой и смывание сгустков слюной, трудность создания длительного покоя из-за дыхания и речи, жевания и глотания пищи.

Вышеизложенное делает понятной практическую значимость квалифицированной стоматологической помощи больным с гемофилией. У них отмечается высокая распространенность (от 61 до 100%) и интенсивность кариозного процесса. Показания к экстракции зубов возникают в 40–63% случаев; количество кариозных зубов у большинства больных от 6 до 12.

Высокая частота поражения кариесом у этой группы больных является, по-видимому, следствием как самого заболевания, так и ситуационно-деонтологических обстоятельств. С одной стороны, находятся признаки нарушения фосфорно-кальциевого обмена в твердых тканях зубов при гемофилии на фоне общей

декальцинации костей. С другой стороны, у больных гемофилией затруднена гигиена полости рта, сгустки крови способствуют развитию микрофлоры. Сами больные из-за боязни кровотечения неохотно обращаются к врачам-стоматологам, которые, в свою очередь, стараются избежать сколько-нибудь активных лечебных действий.

Лечение неосложненного кариеса у больных с гемофилией проводится по общепринятой методике, но манипуляции осуществляются с особенной аккуратностью. При формировании пломбы следует осторожно пользоваться сепарационными полосками, так как травма межзубного сосочка приводит часто к упорным кровотечениям. Использование слюноотсосов опасно.

Большие трудности возникают при лечении пульпита, поскольку имеется реальная опасность травматизации сосудов пульпы зуба. Лечение проводится под рентгенологическим контролем; метод ампутации и экстирпации пульпы под местным обезболиванием применять нежелательно. Предпочтение отдается методу девитализации пульпы с последующей ее ампутацией и экстирпацией. К мышьяковистой пасте добавляется гемостатическая губка. При этом действие мышьяковистой пасты замедляется, и депульпация зуба проводится на третьи-четвертые сутки. Кровотечение при депульпации останавливается турундами с 5% раствором эpsilon-аминокапроновой кислоты.

Особого подхода требует экстракция зуба. Эта операция представляет значительную трудность для врача, а порою и опасность для жизни больного гемофилией. Больного необходимо госпитализировать в гематологическое отделение, поскольку должна быть обеспечена достаточная защита антигемофильными факторами. Обязательным прикрытием являются средние дозы криопреципитата (КПП) при гемофилии А или повышенные дозы свежемороженой плазмы (СЗП) при гемофилии В. С этой целью за 20–30 минут до операции больным внутривенно вводят 30–50 ед/кг фактора VIII, IX — КПП или СЗП, совпадающие по группе крови, но не более 3–4 доз. Через 6 часов после операции повторно вводят препараты в тех же дозах. В послеоперационном периоде трансфузии проводят 1 раз в сутки в течение 3–х дней, затем через день до наступления эпителизации лунки. Считается, что адекватный гемостаз обеспечивается

уровнем недостающего фактора 8–10% от нормы. В течение всего периода лечения больные принимают эpsilon-аминокапроновую кислоту внутрь (после еды) по 0,5–1,0 мл на 10 кг массы тела в сутки. Местно проводится тампонада тромбином.

Весьма важным является выбор метода обезболивания. Одни авторы удаляют зубы под внутривенным (собрывиновым) или эндотрахеальным наркозом. Последний несет в себе явную опасность ввиду высокого и малооправданного риска травматизации воздухоносных путей. Некоторые авторы осуществляют экстракции зубов под местным обезболиванием. З.С.Баркаган (1988) считает методом выбора кратковременный внутривенный наркоз. Нам кажется, что в каждом случае выбор анестезии должен быть индивидуальным в пользу либо местного обезболивания, либо внутривенного.

Нет единства мнений и о количестве одномоментно удаляемых зубов, если есть показания к удалению нескольких зубов. Большинство авторов (2,5,7) склоняются к желательности удаления до 4-х рядом стоящих зубов. По нашим наблюдениям, с этим можно согласиться.

В гематологическое отделение Иркутской областной клинической больницы за последние годы с целью практической стоматологической помощи госпитализировались 10 человек, некоторые – повторно. Приводим описание трех клинических случаев.

Больной Ш., 43 года, с диагнозом: Гемофилия А, средней степени тяжести. Хронический периодонтит [7 зуба. Перед операцией в течение 2-х дней больному введено 5 доз КПП, после чего произведена экстракция зуба. Лунка закрыта гемостатической губкой, кро-

вотечения из лунки нет. На следующий день возникло скудное кровотечение из лунки удаленного зуба. В течение дня введено 5 доз КПП, кровотечение прекратилось и далее не возобновлялось. Через 3 дня больной выписан.

Больной К., 46 лет, диагноз: Гемофилия А; хронический периодонтит [7 зуба. Перед экстракцией зуба больному введено 500 мл свежзамороженной плазмы (СЗП). Лунка закрыта гемостатической губкой. Ввиду отсутствия антигемофильных препаратов больному было введено в последующем только 350 мл СЗП. Через неделю из лунки удаленного зуба возникло необильное кровотечение. После введения 300 мл СЗП кровотечение прекратилось. Спустя неделю больной был выписан.

Больной М., 37 лет, диагноз: Гемофилия С; хронический периодонтит [7 зуба, госпитализирован для плановой экстракции его. С целью подготовки к операции введено по 200 мл СЗП в течение 3-х дней накануне и в день экстракции зуба. Послеоперационная лунка закрыта гемостатической губкой. На другой день возникло необильное кровотечение из лунки. После введения 200 мл СЗП кровотечение прекратилось, но возобновилось вновь через день. Для усиления общего гемостаза вводилось по 200 мл СЗП, с кратковременным эффектом. Лишь усиление гемозаместительной терапии кровотечение прекратилось и больше не возобновлялось. Профилактически вводилось ещё 150 мл СЗП; на 12-й день после операции больной был выписан.

Приведенные наблюдения указывают на важность адекватной заместительной терапии недостающими факторами свертывания у больных с гемофилией.

STOMATOLOGICAL CARE FOR PATIENTS WITH HEMOFYLIA

K.A. Simonov, A.P. Silin, M.A. Tretyakova

(Irkutsk regional hospital, The Department of Internal of ISMU)

The paper describes the common stomatologic pathology in patients with hemophilia and the approaches to its treatment; our own experience is presented in the description of clinical cases.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© БЛОХИНА Н.Н. –

КАФЕДРА ФИЛОСОФИИ В ИСТОРИИ ИГМУ

Н.Н. Блохина

(Кафедра философии ИГМУ, зав. – доц. Н.Н. Блохина)

Резюме. В статье представлена информация о некоторых аспектах истории кафедры философии, её становления и развития.

Ключевые слова. Философия, медицина, мировоззрение, культура.

Философская культура является обязательным условием высшего профессионального образования. Конкретное же место и положение философии в структуре образования меняется в зависимости от идеологического климата и политического режима, господствующего в обществе. Вплоть до 1957 года в ИГМИ философия не преподавалась в качестве отдельного предмета, а была лишь одним из разделов основ марксизма-ленинизма. В 1960 году, будучи предварительно отделена от истории КПСС и политической экономии, философия в медицинских вузах была внесена в перечень дисциплин обязательных для сдачи государственного экзамена. В этом же году была создана кафедра философии. Однако, с окончанием так называемой «оттепели» в стране философия вновь оттесняется на периферию идеологических дисциплин. И только с сентября 1991 года кафедра марксистско-ленинской философии и научного коммунизма преобразована в кафедру философии.

Нельзя не вспомнить с чувством восхищения и благодарности первого заведующего кафедрой, к.ф.н. доцента Константина Агафангеловича Климова, который с 1958 г. читал философию в ИГМИ, а с 1960 по 1981 г.г. заведовал кафедрой. Это была личность яркого человеческого и просветительского таланта. С 1981 по 1993 г.г. кафедрой заведовал доц. Валерий Алексеевич Мальчуков, подготовивший за время работы на кафедре докторскую диссертацию. Ныне он д.ф.н., член академии социальных наук, член-корреспондент академии естествознания, профессор кафедры философии ИГУ, читающий на нашей кафедре спецкурс для аспирантов и соискателей.

У истоков кафедры стояли неординарные, высоко эрудированные специалисты, надолго оставившие след в сердцах и умах студенческой молодежи и всего коллектива вуза. Один из них – Леонид Григорьевич Сивиллов. Их лекции возбуждали творческий интерес к серьезным мировоззренческим и методологическим

проблемам. Они учили мыслить самостоятельно и свободно, не беря на веру ни авторитетные декларации, ни общепринятые мнения. Кафедра может гордиться и людьми, хотя и не получившими такого же широкого признания, как К.А. Климов или Л.Г. Сивиллов, но отличавшимися подлинной философской культурой. Таким был Евграф Севостьянович Кузьмин, издавший в 60-е годы в Иркутске свою книгу «Система онтологических категорий» и написавший оригинальную диссертационную работу, которая так и не получила доступа к защите в виду слишком явного несоответствия концептуальным стандартам того времени.

Особые страницы вписаны в историю кафедры, благодаря её тесным выходящим за пределы учебных аудиторий, связям со студентами и выпускниками. Так, Александр Калинин, выпускник стоматологического факультета, будучи кандидатом медицинских наук, блестяще начинал карьеру преподавателя философии. Выпускник санитарно-гигиенического факультета Анатолий Степанов защитил кандидатскую диссертацию по философии, а в последствии – докторскую, но уже по медицине. Бывшая студентка этого же факультета Нина Савченкова возглавила в последствии одну из философских кафедр Санкт-Петербурга. Одним из результатов НИРС на кафедре явилось поступление в аспирантуру по специальности философия в ИГУ выпускника лечебного факультета Никиты Тигунцева. В нынешнем юбилейном году кафедра ждет его возвращения в родные пенаты в качестве преподавателя философии.

Сегодня, коллектив кафедры, опираясь на замечательные традиции университета, помнит и чтит своих предшественников и в этом обретает дополнительный импульс к тому, чтобы, – не смотря ни на что, – исполнять свой преподавательский и гражданский долг: сеять доброе, разумное, вечное.

THE DEPARTMENT OF THE PHILOSOPHY IN THE HISTORY OF ISMU

N.N. Blochina

(The Department of Philosophy of ISMU)

The information about some aspects of history of the Department of philosophy and its formation is given in the article.

ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

А.Г. Шантуров, Г.М. Гайдаров

(Кафедра оториноларингологии ИГМУ, зав. – проф. А.Г. Шантуров;
кафедра общественного здоровья и здравоохранения, зав. – проф. Г.М. Гайдаров)

Резюме. На основании многочисленных и разнообразных документальных сведений приведены конкретные данные о воспитанниках и сотрудниках Иркутского медицинского института, принимавших участие непосредственно на фронтах Великой Отечественной войны и в эвакуационных госпиталях; создано о них более 150 биографических очерков; рассказано об учебно-воспитательной, научной, методической деятельности в военные годы, о работе клиник, патриотическом движении всего коллектива института под девизом – все для фронта, все для Победы.

Ключевые слова. Великая отечественная война, Иркутский государственный медицинский университет.

К началу Великой Отечественной войны Иркутский государственный медицинский институт в значительной степени укрепил свою материально-техническую базу, увеличил прием студентов и выпуск врачей, расширил тематику и объем научных исследований, оказывал большую помощь органам и учреждениям практического здравоохранения.

Война поставила перед коллективом института сложнейшие задачи, связанные с необходимостью увеличения набора студентов и ускоренной подготовкой врачей, специализацией их обучения, с учетом военного времени, организацией и оказанием медицинской помощи раненым и больным в военных условиях, проведением соответствующих научных исследований и др.

С самого начала войны материальная база института заметно сократилась, поскольку значительная часть площадей, оборудования, книг, учебных пособий были переданы эвакуированным с временно занятой территории Советского Союза Сталинградскому, Ленинградскому и Воронежскому медицинским институтам.

Лучшие здания, где размещались учебные базы, институт предоставил в распоряжение эвакуогоспиталей, оказывая им помощь в снабжении мягким инвентарем и необходимым оборудованием. Сократилась численность профессорско-преподавательского состава, ввиду того, что многих преподавателей призвали в ряды Советской Армии. С переходом от пятилетнего на четырехлетнее обучение в институте резко изменились учебные планы и программы, что требовало повышенного внимания к методической работе.

Несмотря на трудности того периода, институт в годы войны подготовил 774 врача, на его базах прошли специализацию и усовершенствование более 2000 врачей и такое же количество средних медицинских работников.

Руководители и ведущие ученые института уже в первые месяцы войны провели большую работу по организации и методическому руководству эвакуогоспиталями. Главный врач факультетских клиник А.А. Попов возглавил отдел эвакуогоспиталей областного отдела здравоохранения. Главными специалистами этого отдела были ученые института: профессор А.И. Соркина (главный хирург), профессор Н.Э. Мочалин (главный

терапевт); Х.Г. Ходос возглавил психоневрологический центр, профессор И.М. Круковер – оториноларингологический, профессор З.Г. Франк – Каменецкий – офтальмологический. В отделении эвакуогоспиталя работали профессор В.Г. Шипачев, Я.А. Синакевич, доцент Е.И. Мельникова. Методическое руководство деятельностью госпитальных патологоанатомов осуществлял профессор В.А. Донсков, стоматологов – доцент С.Н. Левенсон, рентгенологов – доцент В.Х. Коган.

Всего в Иркутске в годы войны было организовано и функционировало 25 госпиталей; многие из них возглавляли сотрудники института (Н.В. Косицин, Г.И. Феоктистов, Э.А. Монжиевский, Я.М. Явербаум, В.Н. Капустин). Всего в Иркутских госпиталях лечилось свыше 100 тысяч раненых; им было проведено более 41 тысячи операций; 97% выписавшихся из госпиталей оказались пригодными для боевого и трудового фронта.

Тематика научных исследований в Иркутском медицинском институте во время Великой Отечественной войны также была подчинена интересам фронта.

Патриотизм сотрудников медицинского института в военные годы проявлялся не только в самоотверженном профессиональном труде во имя победы, но и в различных формах материальной помощи фронту. Крупные денежные суммы в фонд обороны в первые месяцы войны внесли профессора института Х.Г. Ходос, А.И. Соркина, В.Г. Шипачев, К.П. Сапожков, З.Г. Франк – Каменецкий. В середине Великой Отечественной войны в адрес Иркутского медицинского института на имя профессоров Тимофеева, Шипачева, Ходоса, Космачевского, Круковера, Каплуна, доцентов Апарина и Семенова от Верховного главнокомандующего Советской Армии пришла правительственная телеграмма следующего содержания: «Прошу передать преподавателям Иркутского медицинского института, перечисливших компенсацию за неиспользованный в 1942 году отпуск в сумме 18000 руб. на строительство танков, мой братский привет и благодарность Красной Армии. И. Сталин».

Большая группа воспитанников и сотрудников института за их добросовестный профессиональный труд во время Великой Отечественной войны, на фронтах и в тылу, большой вклад в общее дело победы над врагом была награждена орденами и медалями Советского Союза.

Пройдут годы. На смену сегодняшней науке и технике придет новая, более точная и совершенная, исчезнут сегодняшние трудности и заботы, будут сделаны новые открытия и завоевания человека, но никогда со страниц истории не исчезнут важные события, люди и их дела. Их предстоит изучать, и на них созидать будущее. А ведь будущее, по существу, закладывалось вчера и формируется сегодня. Оно создается ежедневным трудом человека, каждым на своем месте. История должна все сохранить и передать в будущее.

И пусть жизнь и деятельность Иркутского медицинского института в годы Великой Отечественной войны — это лишь одна маленькая страничка из многотомной истории России, но без нее не может быть полной истории нашей великой Родины. Для Родины же, как для многодетной матери, все дети дороги и нужны ей.

Нынешние поколения людей, особенно молодежь, должны хорошо знать, как много сделали для них их предшественники, как велик наш долг перед ними и как много им предстоит сделать, чтобы оправдать надежды и доверие своей Родины.

IRKUTSK STATE MEDICAL INSTITUTE DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

A.G. Shanturov, G.M. Gajdarov

(The Department of Otorhinolaryngology;

The Department of Public Health and Health Care of ISMU)

In the article is presented the specific documental data on students and collaborators of Irkutsk Medical Institute, who took part in Great Patriotic War on fronts and in evacuation hospitals. There had been created more than 150 biographical essays, described about teaching and educational, scientific, methodological activities during war years. The work of Clinics, patriotic movement of the whole collective of the Institute under the motto — «everything is for front, everything is for the victory».

© ЧЕТВЕРИКОВА Т.Д., НЕПОМНЯЩИХ С.Ф., ГУЦОЛ Л.О. —

ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ КАФЕДРЫ ПАТОФИЗИОЛОГИИ

Т.Д. Четверикова, С.Ф. Непомнящих, Л.О. Гуцол

(Кафедра патофизиологии ИГМУ, зав. — доц. Т.Д. Четверикова)

Резюме. В статье представлена история развития кафедры патофизиологии ИГМУ со дня основания до наших дней.

Ключевые слова. Кафедра патофизиологии, история, Иркутский государственный медицинский университет.

Кафедра патофизиологии была основана в 1920 году на базе медицинского факультета Иркутского Государственного университета. В Иркутск для организации борьбы с эпидемией тифа в Восточной Сибири приехал ученый — инфекционист с мировым именем А.А. Мелких, и ректорат университета предложил ему создать и возглавить кафедру общей патологии, которая в 1927 году была переименована в кафедру патологической физиологии. В этот период научные интересы кафедры были посвящены проблемам инфекционного воспаления и иммунитета. Профессору А.А. Мелких принадлежит идея создания при мединституте научного студенческого общества имени И.И. Мечникова, он являлся ответственным редактором Иркутского медицинского журнала, был организатором Иркутского городского научного медицинского общества.

Одновременно с А.А. Мелких работали ассистенты Н.Н. Горев и А.М. Фивейский. В 1931 г. Н.Н. Горев был избран заведующим кафедрой патофизиологии Хабаровского мединститута, в последующем он стал заслуженным деятелем науки УССР и членом АМН СССР. В 1933 году А.А. Мелких уехал в Краснодар, где возглавил кафедру патофизиологии. После его отъезда заведующим кафедрой ИГМИ до 1940 года был доцент А.М. Фивейский. Вместе с ним работали асс. Н.И. Кожевникова, которая после защиты дис-

сертации перешла в НИИТО, и два аспиранта — В.М. Астафьева, призванная в 1941 году в армию и после войны, работавшая в г. Загорске, и Н.В. Станкевич. Вся профессиональная деятельность Н.В. Станкевич была связана с ИГМИ, который она закончила, где защитила кандидатскую диссертацию и в должности доцента кафедры проработала до ухода на пенсию.

В 1940 году обязанности заведующей кафедрой были возложены на выпускницу ИГМИ Н.М. Штырову, окончившую в 1935 году аспирантуру в Москве. С 1941 по 1944 г. кафедру возглавлял профессор А.Ю. Броневицкий. Научные интересы кафедры в этот период были связаны с военной тематикой — изучение шоков различной этиологии (докторская диссертация Н.М. Штыровой, кандидатские Н.В. Станкевич, Н.Е. Догаевой и др.). Благодаря этим работам кафедра вошла в когорту «шокистов» нашей страны. В последующем А.Ю. Броневицкий заведовал кафедрой патофизиологии в Минском мединституте, получил звание академика АМН БССР.

Заложенные А.Ю. Броневицким методологические основы преподавания и научных исследований продолжили свое развитие и совершенствование, когда заведующей кафедрой стала одна из его учениц профессор Н.М. Штырова (1944—1982 гг.). Под ее руководством было защищено 30 кандидатских и одна докторская диссертации. В годы заведования кафедр-

рой Н.М. Штыровой активно работал научный студенческий кружок, которым в течение многих лет руководила доц. Н.В. Станкевич. Из кружковцев и формировался последующий костяк кафедры патофизиологии: Б.Г. Пушкарев, В.Н. Проскурин, Ю.И. Пивоваров, Б.А. Еременко, С.Ф. Непомнящих. Среди кружковцев кафедры были и будущие сотрудники других кафедр ИГМИ: проф. С.Б. Пинский, проф. Ю.А. Горяев, доц. Е.И. Поблинкова, доц. И.И. Снегирев и др.

В 1966 году было организовано Иркутское городское общество патофизиологов, а в 1969 году — межобластное общество патофизиологов Восточной Сибири и Дальнего Востока. Бессменным председателем обществ была проф. Н.М. Штырова, учеными секретарями — доц. Н.В. Станкевич, к.м.н. С.Ф. Непомнящих, доц. Т.Д. Четверикова. На базе этих обществ неоднократно проводились научные конференции с публикацией трудов регионального и республиканского уровня.

С 1982 по 1987 г. кафедрой руководил доцент Б.Г. Пушкарев. В этот период научное направление кафедры было связано с изучением центрогенных механизмов нарушения регуляции деятельности сердца при ИБС. Кафедра активно участвовала в хозяйственной тематике, было получено значительное количество патентов на изобретения. Впоследствии Б.Г. Пушкарев перешел на работу в НИИ хирургии ВСНЦ СО РАМН, в 1997 г. защитил докторскую диссертацию.

В 1987 г. заведующим кафедрой был избран доцент Ю.И. Пивоваров. Его научные интересы были посвящены исследованию экстракардиальных антиаритмических систем. В 1994 г. он защитил докторскую диссертацию и получил звание профессора. Под его руководством защищены 4 кандидатские диссертации. В настоящее время Ю.И. Пивоваров работает старшим научным сотрудником НИИ хирургии ВСНЦ СО РАМН. С 1988 по 1998 годы на кафедре работал профессор В.В. Малышев. Он был проректором по научной работе ИГМИ, подготовил целую плеяду докторов и кандидатов наук по специальности па-

тологическая физиология, внес большой вклад в научную деятельность института.

В 2001 году кафедра патофизиологии была объединена с курсом клинической иммунологии и аллергии, на должность заведующего был назначен проф. Е.Г. Кирдей, член-корреспондент АН ВШ, проректор по научной работе ИГМУ, ученый с мировой известностью. При его участии в Иркутске созданы лаборатория клинической иммунологии областной больницы, иммунологическая лаборатория Института травматологии и ортопедии ВСНЦ СО РАМН и Института хирургии ВСНЦ СО РАМН. Им подготовлена одна докторская (Л.С. Белохвостикова) и ряд кандидатских.

С 2003 года на должность заведующей кафедрой избрана доцент Т.Д. Четверикова. На кафедре выполняются научные исследования по теме: «Принципы патогенетической коррекции репаративных процессов при экзогенных интоксикациях». Под руководством Т.Д. Четвериковой защищена 1 и выполняются 3 кандидатские диссертации. Сотрудники кафедры активно участвуют в работе научных съездов, симпозиумов, конференций университетского, областного и международного уровней.

Много внимания коллектив кафедры уделяет учебно-методической работе, созданы пособия для самостоятельной работы студентов по многим разделам курса. Ежегодно сотрудники кафедры выступают с докладами на учебно-методических конференциях ИГМУ. При кафедре есть студенческий научный кружок, члены которого выполняют реферативные и экспериментальные работы, выступают с докладами на итоговых научных студенческих конференциях. Студенты принимают участие в составлении методических пособий, задач, стендов по тематике учебного процесса.

В 2005 г. кафедра будет отмечать 85-летие. Будущее кафедры связано с именами молодых ассистентов: Л.О. Гуцол, активно выполняющей научные исследования, Е.В. Прокопьевой, И.М. Красниковой, защитивших кандидатские диссертации.

THE PAST, PRESENT AND FUTURE THE DEPARTMENT OF PATHOLOGICAL PHYSIOLOGY OF ISMU

T.D. Chetvericova, S.F. Nepomnyashih, L.O. Gutzol

(The Department of Pathophysiology of ISMU)

In the article the brief history of development of faculty of pathological physiology is presented from the date of the foundation up to now, the surnames of the managers of the faculty in different times, scientific directions are presented.

© СИМОНОВА Е.В., КИБОРТ Р.В. —

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ МИКРОБИОЛОГИИ

Е.В. Симонова, Р.В. Киборт

(Кафедра микробиологии ИГМУ, зав. — проф. Р.В. Киборт)

Резюме. Описана история создания и развития кафедры микробиологии Иркутского государственного медицинского университета. Дан анализ формирования и становления ее подразделений, проанализирована учебная, учебно-методическая и научная деятельность за 84 года.

Ключевые слова. Кафедра микробиологии, история, Иркутский государственный медицинский университет.

Становление кафедры, как и самого университета, проходило в трудных условиях. В Восточной Сибири только что закончилась гражданская война, которая подорвала народное хозяйство края. Испытывалась острая нужда в продовольствии, топливе, одежде, не хватало учебных пособий и оборудования для университетских занятий. Однако университет получал постоянную поддержку и помощь от государственных органов власти. Выделялись средства на хозяйственные и учебные нужды, а также научно-исследовательскую работу, принимались меры по материальному обеспечению студентов и преподавателей.

Кафедра была учреждена в составе медицинского факультета Иркутского государственного университета решением Ученого Совета в ноябре 1920 года. Для вновь организованной кафедры микробиологии были выделены учебные и вспомогательные площади на территории Химбактина по улице Карла Маркса, сегодня там располагается Институт эпидемиологии и микробиологии Научного Центра Медицинской Экологии ВСНЦ СО РАМН. Химбактин помогал кафедре в ее становлении. Кафедре выделяются микроскопы, подбирается методический материал, наглядные пособия, готовятся демонстрационные препараты микробных культур. Создается музей живых культур микроорганизмов.

Основателем кафедры и первым ее заведующим стал О.И. Бронштейн, который в 1923 году получил ученое звание профессора. Для него были характерны горячая любовь к науке, к студенческой молодежи, постоянная связь с общественностью, умение сплотить коллектив преподавателей, научных сотрудников, студентов и служащих на выполнение сложных задач, стоящих перед кафедрой на тот период времени. Первыми преподавателями кафедры становятся также сотрудники Химбактина Чернявская и Мотошин. Несмотря на трудности становления кафедры, как учебно-научного подразделения медицинского факультета Иркутского государственного университета, уже в 1921 году ее сотрудники принимают активное участие в работе научного медицинского общества. В этот период под руководством О.И. Бронштейна, заведующего кафедрой, проводятся исследования в области систематики микроорганизмов, теории агглютинации, дезинсекции. Занимаются изучением туберкулеза в Сибирском регионе страны.

После отъезда профессора О.И. Бронштейна в Москву, с 1923 по 1925 годы исполнял обязанности заведующего кафедрой А.М. Скородумов, который был одновременно заведующим чумным отделом Химбактина, а с 1925 года — его директором. Инициатором и организатором сибирской школы чумологов и противочумной службы страны стал профессор Н.Н. Клодницкий, который возглавлял кафедру микробиологии с 1926 по 1932 годы. Затем он был приглашен на должность профессора кафедры эпидемиологии I-го Московского государственного медицинского института им. И.М. Сеченова, а позднее и возглавил ее.

Для подготовки высококвалифицированных специалистов в 1927 году при активном участии профессора Н.Н. Клодницкого на кафедре учреждается аспирантура. Среди первых аспирантов кафедры мик-

робиологии были Савельев, Клец, Доценко, Нестеренко и другие, которые успешно защитили кандидатские диссертации остались на кафедре, сформировали свои научные направления и проводили исследования по различным разделам в области медицинской микробиологии.

В 1932 году заведовать кафедрой снова стал профессор А.М. Скородумов и руководил ею до 1937 года. Кафедра получает новое территориальное размещение в анатомическом корпусе по улице Красного восстания. Здесь удалось не только разместить учебные практикумы, но и развернуть научную лабораторию. В настоящее время кафедра располагается на этих же территориях. И, несмотря на временные трудности, связанные с капитальным ремонтом анатомического корпуса, кафедра с оптимизмом смотрит на завтрашний день, когда наши материально-технические возможности будут способствовать лучшей подготовки высококвалифицированных врачей разного профиля, включая и бактериологов. Профессор кафедры и ее заведующий, а также одновременно возглавлявший чумной отдел Химбактина А.М. Скородумов в 20-х годах организует противочумные мероприятия по ликвидации эпидемий чумы в Забайкалье, Монголии, Китае. С 1934 г. чумной отдел Химбактина по решению правительства был реорганизован в противочумный институт «Чумин», директором которого был назначен Скородумов. Аспирантом у профессора А.М. Скородумова была К.А. Нестеренко, которая выполнила и успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Менингококковое носительство в городе Иркутске».

С 1937 по 1939 годы кафедрой заведовал один из первых ее аспирантов доцент Э.И. Клец. Позднее кафедрой возглавляли доцент М.И. Гамов (1939—1941 гг.), профессор В.А. Елин (1941—1953 гг.), доцент К.А. Нестеренко (1953—1959 гг.), доцент М.Г. Косарев (1959—1963 гг.), доцент Ю.Г. Сапронов. В этот период времени на кафедре значительно повышается уровень учебной и методической работы.

С 1975 года и по настоящее время кафедрой руководит д.м.н., профессор Р.В. Киборт, который работает на ней с 1961 года. Сегодня эта одна из больших кафедр Иркутского государственного медицинского университета, где работает дружный коллектив, ответственный, сплоченный единой целью — подготовки высококвалифицированных специалистов для практического здравоохранения.

Ветераны кафедры доцент А.П. Федосеев, доцент Г.В. Козлова и Л.А. Годяева, проработали на кафедре более 30-ти лет. Длительное время на кафедре работает ассистент, к.б.н. Т.А. Платонова. После окончания аспирантуры на кафедре микробиологии, защитив кандидатскую диссертацию осталась и работает ассистент к.м.н. О.Г. Карнаухова. На кафедре защитила кандидатскую, а затем докторскую диссертации и работает в должности профессора Е.В. Симонова. Молодые ассистенты О.А. Понаморева, Н.В. Кичинская и закончившая аспирантуру на кафедре Ю.В. Смирнова только еще осваивают учебный процесс. Обеспечивают учебные занятия практической работой старший лаборант кафедры И.В. Бобровская и учебно-вспомогательный персонал.

Проходят годы, вместе с ними изменяется представление о роли медицинской микробиологии в подготовке врача независимо от его профессиональной ориентации. В связи с этим за прошедшие 80 лет неоднократно менялись и учебные программы. Сегодня новый государственный общеобразовательный стандарт высшего профессионального медицинского образования ставит перед кафедрой необходимость введение новой программы, целью которой является освоение теоретических знаний и практических навыков в области диагностики, профилактики и рациональной терапии инфекционных заболеваний. Знания, получаемые студентами по медицинской микробиологии на кафедре, являются не отдельным дополнительным разделом, а представляют собой обязательную часть общей подготовки врача и должны создать теоретическую базу для понимания основных закономерностей развития заболеваний, их этиологию, патогенез, клинику, лечение и профилактику которых разбирают на клинических кафедрах.

За прошедшие годы на кафедре были выработаны наиболее совершенные приемы и методы обучения студентов, подготовлены методические рекомендации и учебно-методические пособия для студентов.

Условия жизни определяет необходимость дальнейшего совершенствования учебного процесса. В связи с этим на кафедре разработан и ведется элективный курс «Клиническая микробиология» для студентов лечебного профиля, как региональный компонент введен в программу для студентов медико-профилактического факультета «Санитарная бактериология».

В течение ряда лет кафедра совмещает свою работу

на факультете постдипломной подготовки, проводит циклы первичной специализации и повышения квалификации врачей по специальности «бактериология», а также осуществляет подготовку врачей-бактериологов через ординатуру.

Расширяются и учебные базы кафедры. В настоящее время, кроме основных учебных площадей на кафедре, учебные занятия проводятся в бактериологических лабораториях городской инфекционной (зав. лаборатории Г.Ю. Коган) и областной клинической больницы (зав. лаборатории С.А. Верещагина).

Меняются научные интересы, но вместе с тем и повышается качество научных работ на кафедре. За это время кафедра подготовила не только практических врачей-бактериологов, умеющих самостоятельно проводить научные исследования, но и основала научную школу по разным направлениям исследовательской деятельности, стала кузницей научных кадров-микробиологов для научно-исследовательских институтов Сибири и Дальнего Востока.

Кафедра микробиологии прошла славный путь. Из небольшого коллектива - энтузиастов на вооружении которых были лишь только знания и большое стремление передать их молодому поколению, готовящих себя к гуманной профессии врача превратилась в мощную хорошо оснащенную учебную базу, занимающейся додипломной подготовкой - студентов лечебного, педиатрического, стоматологического, медико-профилактического, фармацевтического факультетов, а также постдипломной подготовкой врачей по специальности «бактериология». Традиции, заложенные на кафедре, бережно сохраняют и приумножают коллективом и в настоящее время.

THE HISTORY OF DEVELOPMENT OF THE DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY OF ISMU

E.V. Simonova, R.V. Kibort

(The Department of Microbiology of ISMU)

The history of development of the department of microbiology from the moment of its organization till the present day is described. The analysis of formation and establishment of its divisions is given, the educational, methodical and scientific activity for 84 years is analysed.

© СЕДОВ С.К., ЗОБНИН Ю.В. --

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ С КУРСАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ: СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ

С.К. Седов, Ю.В. Зобнин

(Кафедра внутренних болезней с курсами ПП и ВПТ ИГМУ, зав. - доц. С.К. Седов)

Резюме. Представлены материалы об истории развития и сегодняшней педагогической, научной и лечебной деятельности преподавателей кафедры внутренних болезней с курсами профессиональной патологии и военно-полевой терапии Иркутского государственного медицинского университета.

Ключевые слова. Кафедра внутренних болезней, история организации, Иркутский государственный медицинский университет.

Кафедра внутренних болезней с курсами профессиональной патологии и военно-полевой терапии - наиболее молодая из кафедр терапевтического профи-

ля в Иркутском государственном медицинском университете. Она создана по решению Ученого Совета ИГМУ в августе 1995 года выделением из состава ка-

федры госпитальной терапии. Заведующим кафедрой и ее сотрудниками стали многие годы проработавшие в ИГМИ его выпускники, опытные преподаватели, высококвалифицированные врачи-специалисты, в большинстве своем воспитанники академика К.Р. Седова: доктор медицинских наук, профессор Р.Г. Сайфутдинов, кандидаты медицинских наук, доценты В.П. Лысов и С.К. Седов, кандидаты медицинских наук, ассистенты М.А. Третьякова, Р.И. Черных, Ю.В. Зобнин, ассистент В.С. Суховский. Кафедре были «переданы» клинические ординаторы К.В. Протасов и А.В. Суханов. В 1997 году на должность заведующего терапевтическим отделением больницы № 9 перешел В.П. Лысов, а доцентом был избран В.С. Суховский, после окончания клинической ординатуры и интернатуры приняты ассистентами Ц.Б. Дашеева и О.Л. Калинина. В 1999 году Р.Г. Сайфутдинов уехал в Казань, а кафедру внутренних болезней с курсами ПП и ВПТ возглавил доцент С.К. Седов. В 2002 году Ю.В. Зобнин был избран на должность доцента кафедры.

В настоящее время клиническими базами кафедры являются отделения Городской клинической больницы № 3 и № 9, Иркутской государственной областной клинической больницы и МСЧ ИАПО.

Учебно-методическая работа кафедры включает преподавание внутренних болезней студентам шестого и седьмого курсов вечернего отделения лечебного факультета, а также профессиональной патологии и военно-полевой терапии студентам лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов, клинической токсикологии. Своеобразной специализацией кафедры является сосредоточение коллектива на работе со студентами вечернего отделения. Поэтому, особое внимание уделяется изучению характерологических особенностей обучаемого контингента, совершенствованию учебного процесса, продолжению и развитию традиций преподавания внутренних болезней, внедрению современных технических средств обучения, разработке средств тестового контроля исходного, рубежного и итогового уровней знаний с применением компьютерных стандартизованных программ. На базе кафедры проводится итоговая государственная аттестация студентов и выпускников вечернего отделения лечебного факультета по терапии и специальности «лечебное дело».

За прошедшие годы создана учебно-методическая база кафедры, включающая методические рекомендации и пособия, дидактические материалы. Сотрудники кафедры ежегодно принимают участие в учебно-методических конференциях ИГМУ. Издан ряд методических рекомендаций и пособий, из которых наиболее значимы: «Справочник по наиболее часто используемым в клинике лабораторным и функциональным показателям» (1996); «Терапия медицины катастроф» (1997); «Актуальные проблемы экстремальной медицины и избранные вопросы клинической токсикологии» (1998), «По ту сторону катастрофы. Неотложные состояния. Особенности возникновения и течения соматических заболеваний в условиях катастроф. Дифференциальный диагноз и лечение» (2000); «Отравление парацетамолом: клиника, диагностика,

лечение» (2002); «Острые отравления наркотическими веществами: суррогатами опия, наркотическими анальгетиками» (2003); некоторые разделы в книге «Неотложные состояния в практике врача-терапевта», подготовленной коллективом кафедры госпитальной терапии (2004).

Научно-исследовательская работа кафедры посвящена изучению роли окислов азота в патологических процессах, а также эпидемиологии, особенностям клинического течения ряда заболеваний внутренних органов, профессиональных болезней, острых экзо- и эндотоксикозов у населения Иркутской области. Соискателями и аспирантами кафедры под руководством Р.Г. Сайфутдинова защищены диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: В.С. Суховским (1995), А.В. Щербаковой (1997), К.В. Протасовым (1998), А.В. Сухановым (1998), Ц.Б. Дашеевой (2002). Организованы и проведены научно-практические конференции: «Актуальные проблемы экстремальной медицины», посвященная 80-летию действительного члена РАМН К.Р. Седова и 25-летию Иркутского центра по лечению острых отравлений (1998) и «Актуальные вопросы оказания неотложной помощи при чрезвычайных ситуациях» (1999). К этим конференциям изданы тезисы докладов, а также монография «Академик Российской академии медицинских наук Седов Константин Рафаилович» (1998). Сотрудники кафедры были участниками ряда научных конференций, съездов и конгрессов, в том числе международных (Париж, 1998 и др.).

Одно из наиболее важных направлений деятельности кафедры — плодотворное творческое сотрудничество с учреждениями здравоохранения, являющимися ее клиническими базами, из которых уникальными представляются лечебные, консультативные и организационно-методические городские профпатологический и токсикологический центры. Клинические и патологоанатомические конференции, консилиумы, разработка и внедрение новых методов диагностики и лечения, а в последнее время проведение предсертификационной подготовки врачей и сертификационного экзамена по профессиональной патологии — лишь некоторые разновидности этой многообразной работы. На кафедре проводится подготовка интернов и клинических ординаторов по вопросам оказания неотложной помощи при острых отравлениях.

Сотрудники кафедры продолжают повышать свой профессиональный уровень на кафедрах ИГМУ, Иркутского ГИУВа, Казанского ГИУВа, Уральской медицинской академии и даже за рубежом (Госпитально-университетские центры Пуатье и Гренобля), изыскивают возможности сотрудничества на хозяйственной основе с промышленными предприятиями Иркутской области, развивают международное сотрудничество.

Коллектив кафедры внутренних болезней с курсами профессиональной патологии и военно-полевой терапии, прилагает все силы для сохранения присущей ему атмосферы взаимоуважения и взаимопонимания, творческого содружества, здорового оптимизма и человеческого достоинства.

INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT WITH PROFESSIONAL PATHOLOGY AND MILITARY-FIELD THERAPY COURSES: GROWTH AND DEVELOPMENT

S.K. Sedov, Yu.V. Zobnin

(The Department of Internal Medicine with the Courses of PP and MFT of ISMU)

The information about development and today's pedagogical, scientific and medical activities of the employees of Internal Medicine Department with professional pathology and military-field therapy courses of the Irkutsk State Medical University is presented

© ЗОБНИН Ю.В. –

ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ В ИРКУТСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Ю.В. Зобнин

(Кафедра внутренних болезней с курсами ПП и ВПТ. ИГМУ, зав. – доц. С.К. Седов)

Резюме. В статье обобщается накопленный опыт преподавания клинической токсикологии студентам, клиническим ординаторам и интернам в Иркутском государственном медицинском университете. Обсуждаются основные пути повышения качества подготовки практических врачей в области неотложной помощи при острых отравлениях.

Ключевые слова. Клиническая токсикология, преподавание, ИГМУ.

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о повсеместном нарастании распространенности острых отравлений, изменении их структуры и увеличении их тяжести. Прошедший в ноябре 2003 года 2-ой съезд токсикологов России констатировал, что острые отравления химической этиологии находятся на 3–4-м месте по общему числу случаев и на 1-м месте – по абсолютному числу смертельных исходов, превышая данный показатель в 2 и 3 раза для новообразований и инфаркта миокарда соответственно и примерно на 13% – для цереброваскулярных заболеваний. Более чем 70% пострадавших от острых отравлений медицинская помощь оказывается в стационарах общего профиля. Иркутская область не является исключением, к тому же она насыщена химическими производствами, создающими угрозу возникновения острых, в том числе массовых, отравлений при авариях и нарушениях техники безопасности. При этом область характеризуется значительной удаленностью городов и районов от административного центра. В 2000–2003 годах распространенность острых отравлений среди взрослых и детей в Иркутской области составила: от 0,6 до 10,9 на 1 тыс. населения. Летальность от острых отравлений в лечебных учреждениях области достигала от 1,3 до 19,3%. Эти особенности, наряду с необходимостью совершенствования организации специализированной токсикологической службы области, придают особое значение повышению качества подготовки врачей по вопросам оказания неотложной помощи при острых отравлениях. В своей резолюции 2-ой Съезд отметил, что преподавание токсикологии в медицинских вузах поставлено неудовлетворительно, поскольку изучение основ этой дисциплины разделено между различными кафедрами. Несмотря на решение коллегии Минздрава РФ от 14.08.99 (протокол № 16), в России существует лишь одна кафедра клинической токсикологии и професси-

ональных болезней с курсом института последипломного образования Башгосмедуниверситета, ведущая преподавание токсикологии студентам.

В Иркутском государственном медицинском университете цикл клинической токсикологии был создан в 1976 году, благодаря энергии и инициативе академика К.Р. Седова. Цикл является в какой-то мере уникальным, в связи с тем, что существует как самостоятельный и ведется кафедрой терапевтического профиля (кафедрой внутренних болезней с курсами профессиональной патологии и военно-полевой терапии). С этого времени, трудами ассистентов М.А. Третьяковой, Л.С. Ильиной, И.П. Провадо, Т.В. Аснер, Ю.В. Зобнина создавалась учебно-методическая база цикла, накапливался опыт, рождались традиции, которые сохраняются и развиваются поныне.

Преподавание клинической токсикологии в Иркутском государственном медицинском университете базируется на «Межкафедральной программе по клинической токсикологии для медицинских институтов» (М., 1990), «Программе по внутренним болезням для студентов лечебного факультета на переходный период» (М., 1994), «Квалификационной характеристике врача – выпускника медицинского вуза», составленной на основе ГОС ВПО по специальности 040100 «Лечебное дело», «Унифицированной программе последипломного обучения врачей по токсикологии» (Москва, ГОУ ВУНМЦ, 2001). Кроме студентов лечебного факультета, подготовку по клинической токсикологии ежегодно проходят клинические ординаторы и интерны терапевтических кафедр ИГМУ. Ведется предсертификационная подготовка по разделу «острые отравления» врачей скорой помощи, терапевтов и анестезиологов-реаниматологов.

Несомненно, что вопросы, обсуждаемые на цикле клинической токсикологии, имеют большое значение, для формирования личности врача и гражданина, а

изучение тем, касающихся острых отравлений веществами наркотического действия, является существенным вкладом в реализацию программы борьбы с эпидемией наркомании и токсикомании.

Оценке соответствия уровня знаний обучаемых контингентов предъявляемым стандартам служит использование в учебном процессе утвержденных федеральных тестовых программ по клинической токсикологии и внутренним болезням. Методическое оснащение цикла клинической токсикологии было высоко оценено аттестационной комиссией МЗ РФ. Вопросы организации преподавания клинической токсикологии ежегодно обсуждались на методических конференциях ИГМУ, а также на Всероссийских конференциях и съездах. Кафедра расширяет и углубляет сотрудничество с кафедрами клинической токсикологии медицинских вузов России и Франции. Ю.В. Зобнин принят в члены Французского Сообщества Клинической Токсикологии и избран председателем Правления Иркутского регионального отделения Межрегиональной благотворительной общественной организации «Ассоциация клинических токсикологов».

Основой полноценного учебного процесса, предусматривающего активное участие обучающихся в оказании экстренной помощи больным с острыми отравлениями, проведении неотложных диагностических и лечебных мероприятий, является многолетнее тесное

взаимодействие и плодотворное творческое сотрудничество с практическими врачами клинической базы цикла – Иркутского центра по лечению острых отравлений (отделения острых отравлений МУЗ г. Иркутска МСЧ ИАПО – зав. заслуж. врач РФ И.П. Провадо). Создание Детского токсикологического центра на базе Ивано-Матренинской городской детской клинической больницы (заведующая Т.Ю. Белькова) открывает широкие возможности взаимодействия терапевтов и педиатров в подготовке врачей, в том числе и врача общего профиля (семейного врача).

Сотрудниками кафедры и токсикологического отделения опубликовано более 100 статей с описанием редких случаев отравлений, анализом опыта наблюдения больных, применения новых методов лечения, методических рекомендаций, пособий и других материалов.

Представленные данные позволяют говорить о необходимости и возможности создания в Иркутском государственном медицинском университете курса или кафедры клинической токсикологии для преподавания этой дисциплины не только студентам лечебного, но и других, в первую очередь педиатрического и медико-профилактического факультетов, а также для повышения квалификации врачей в вопросах оказания неотложной помощи при острых отравлениях, а в перспективе и для подготовки врачей-токсикологов.

TEACHING OF CLINICAL TOXICOLOGY IN THE IRKUTSK STATE MEDICAL UNIVERSITY: HISTORY AND PROSPECTS

Yu. V. Zobnin

(The Department of Internal Medicine with the Courses of PP and MFT of ISMU)

This article is devoted to the teaching experience of teaching clinical toxicology to the students, residents and interns at the Irkutsk State Medical University. The main directions connected with quality training of practitioners in the field of first-aid acute poisonings are discussed.

© ЩЕРБАТЫХ А.В., РЕУТ А.А., КУЗНЕЦОВ С.М. –

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ИРКУТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

А.В. Щербатых, А.А. Реут, С.М. Кузнецов

(Кафедра факультетской хирургии ИГМУ, зав. – А.В. Щербатых)

Резюме. Приведены основные этапы становления кафедры факультетской хирургии, вклад и роль заведующих кафедрой в различные периоды времени.

Ключевые слова. История, факультетская клиника, кафедра факультетской хирургии.

Клиника факультетской хирургии в г. Иркутске была организована в 1920 г. на базе госпиталя красного креста. Организатором ее был Иннокентий Александрович Промтов, который был ведущим хирургом медицинской службы Восточно – Сибирской железной дороги. В годы Великой Отечественной войны И.А. Промтов успешно работал в нейрохирургическом эвакуационном госпитале. За самоотверженный труд ему было присвоено звание заслуженного врача РСФСР.

В 1922 году на базе клиники была создана кафедра факультетской хирургии. Ее организатором и первым

заведующим с 1922 по 1927 г. был приват – доцент, а затем профессор Владимир Семенович Левит. В.С. Левит родился в городе Прилуки в 1883 году. В 1906 г. окончил медицинский факультет Кенигсбергского университета. В том же году был приглашен хирургом в Ардатовскую земскую больницу. После защиты докторской диссертации в 1914 г. становится заведующим хирургическим отделением Симбирской губернской больницы. В 1919 г. В.С. Левит избирается доцентом факультетской хирургической клиники Томского университета, а в 1922 г. – заведующим кафедрой факультетской хирургии.

тетской хирургии Иркутского университета. В период заведования клиникой и кафедрой В.С. Левит создает современную хирургическую клинику с клинической лабораторией и экспериментальным отделением. В этот период в клинике разрабатывались проблемы эндемии зоба в Прибайкалье и лечение патологии желудка. Итогом этой работы была монография «О зобе в Прибайкалье». В.С. Левит был одним из главных организаторов и редактором хирургического отдела вновь созданного «Иркутского медицинского журнала». В 1926 г. В.С. Левит был избран на должность заведующего кафедрой госпитальной хирургии 2 Московского медицинского института.

Во время Великой отечественной войны он был главным хирургом Московского округа, а с 1942 г. — первым заместителем главного хирурга Советской Армии. С 1950 г. В.С. Левит — главный хирург Центрального военного госпиталя им. П.В. Мандрика. В течение многих лет Владимир Семенович был председателем Московского общества хирургов, членом Международного общества хирургов, членом редакционной коллегии журналов «Новая хирургия», «Русская клиника», «Хирургия», редактором хирургического отдела первого издания Большой медицинской энциклопедии, редактором и автором 17 тома «Огнестрельные ранения и повреждения конечностей (суставы)», труда «Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 г.».

Под руководством В.С. Левита защищено 10 докторских и 23 кандидатских диссертации. Им написано около 120 научных работ. В.С. Левит выдающийся хирург страны. Ему присваивается почетное звание заслуженного деятеля науки, генерал-лейтенанта медицинской службы.

В 1927 г. кафедру возглавил Константин Петрович Сапожков. К.П. Сапожков родился в 1874 г. в Сестрорецке. В 1898 году окончил медицинский факультет Варшавского университета. В период Первой мировой войны К.П. Сапожков был призван на военную службу и работал в должности старшего ординатора военного госпиталя. В 1915 г. он был переведен в Петроград, где сначала работал в нейрохирургическом госпитале, позднее — штатным ординатором госпитальной хирургической клиники Военно — медицинской академии, а затем был избран ассистентом одной из клиник Института усовершенствования врачей. В этот период К.П. Сапожков работал под руководством крупнейшего хирурга страны С.П. Федорова. После защиты докторской диссертации Константин Петрович получил должность прозектора и доцента при кафедре оперативной хирургии Ленинградского института медицинских знаний. В 1927 году он избирается заведующим кафедрой факультетской хирургии Иркутского университета.

К.П. Сапожковым предложены способы закрытия слюнных и каловых свищей, сагитальное рассечение диафрагмы при оперативном лечении рака желудка, способ наложения пищеводно-кишечного анастомоза, гастростомы, закрытия культи 12-перстной кишки и т.д. В это время в клинике разрабатывались методы лечения больных с аневризмами сосудов и повреждениями периферической нервной системы.

К.П. Сапожков участвовал в создании института ортопедии и травматологии г. Иркутска. Он был областным онкологом и членом Ученого совета Министерства здравоохранения РСФСР. На протяжении 25 лет он возглавлял областное хирургическое общество. К.П. Сапожков создал свою научную школу. Профессорами и заведующими кафедрами стали его ученики З.Т. Сенчилло — Явербаум, В.С. Гейнац, доцентами П.Д. Колченогов, Н.Т. Мантров и другие. В 1946 г. К.П. Сапожков удостоен звания — заслуженный деятель науки. Правительство высоко оценило заслуги К.П. Сапожкова в развитии отечественной хирургии, наградив его орденом Трудового Красного Знамени и медалями.

С 1952 года кафедру возглавил профессор Борис Дмитриевич Добычин. Б.Д. Добычин родился в 1898 г. в г. Соснице Черниговской области. В 1922 г. он окончил медицинский факультет Харьковского университета. В 1927 г. в качестве интерна Б.Д. Добычин переходит в клинику выдающегося отечественного хирурга В.А. Оппеля, где проявляет большой интерес к научно-исследовательской работе. В 1934 г. Б.Д. Добычин переходит на кафедру оперативной хирургии, где под руководством известного профессора А.Ю. Созон-Ярошевича работает до 1939 г. в качестве ассистента, а затем — доцента. За успешную разработку методики и техники операции Лериша при заболеваниях периферических сосудов ему была присвоена степень доктора медицинских наук в 1939 г. Б.Д. Добычин был призван в армию, где последовательно занимает ряд руководящих должностей, в том числе и начальника кафедры оперативной хирургии Куйбышевской военно — медицинской академии. С приходом его на кафедру получает развитие грудная хирургия, нейрохирургия, онкология, травматология, анестезиология. Бориса Дмитриевича по праву можно считать пионером грудной хирургии на Дальнем Востоке. При его непосредственном участии в клинике были организованы онкологическое и нейрохирургическое отделения, которые впоследствии выделились в самостоятельные специализированные учреждения. Под непосредственным руководством Б.Д. Добычина впервые в г. Иркутске используется эндотрахеальный наркоз, а затем создается анестезиологическое отделение. Впервые в Восточном регионе в клинике начинают проводиться исследования по проблеме патологии периферических сосудов. Выполняется работа по дифференциальной диагностике облитерирующего эндартериита (А.В. Серкина). Учитывая социальную важность проблемы, при клинике создается консультативный диагностический центр и выделены специализированные койки в стационаре. Эти мероприятия положили начало оказанию специализированной помощи больным с сосудистой патологией в г. Иркутске.

Б.Д. Добычин — автор более 100 научных работ. Под его руководством защитили кандидатские диссертации — А.В. Серкина, Л.С. Лебедева, В.К. Толстая, К.В. Лужнов, В.Н. Бойцов, И.И. Снегирев, И.П. Петяев, докторские — А.В. Серкина, К.П. Высоцкая, С.Т. Чекан.

За свой неутомимый труд Б.Д. Добычин был награжден орденом Ленина, Отечественной войны I и 2

степеней, Красной звезды и многими медалями

В 1962 г. клинику возглавил профессор Степан Тимофеевич Чекан.

С.Т.Чекан родился в Н.-Рождественке Томской области в 1902 году. В 1928 г. окончил медицинский факультет Томского университета. До 1932 г. работал на периферии Томской области, а затем в течение двух лет обучался в клинической ординатуре при 2-й хирургической клинике Томского медицинского института под руководством известного хирурга, профессора А.Г. Савиных. После окончания ординатуры С.Т. Чекан вплоть до 1941 г. заведует хирургическим отделением городской больницы г. Киселевска. В период Великой Отечественной войны он служил на кораблях и в госпиталях Тихоокеанского флота. После защиты кандидатской диссертации с 1947 г. работал ассистентом, а затем доцентом кафедры госпитальной хирургии Иркутского медицинского института. Коллективом клиники факультетской хирургии продолжали совершенствоваться оперативные вмешательства на сердце, легких, крупных магистральных сосудах, пищевод. Получает развитие проктология. Организуется палата интенсивной терапии и реанимации, оснащенная современной аппаратурой. Особое внимание уделяется изобретательской и рационализаторской деятельности, что позволило создать новые диагностические аппараты и инструменты. Сотрудниками клиники в этот период было издано 8 сборников научных трудов. Под руководством профессора С.Т. Чекана выполнены и защищены 1 докторская и 5 кандидатских диссертаций.

В 1974 г. заведующим кафедрой был избран профессор Анатолий Ануфриевич Реут, окончивший Саратовский медицинский институт. Основными направлениями работы клиники стали гастроэнтерология, проктология и краевая патология. В факультетской клинике одной из первых в Иркутске и области

стали выполнять органосохраняющие операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в том числе и при таких её осложнениях, как кровотечение и перфорация. Большим разделом работы коллектива клиники этого периода были исследования по малоизученной патологии — хронической дуоденальной непроходимости. Практическое развитие и научное обоснование получила проктология. Были разработаны теоретические и практические принципы хирургического лечения хронического парапроктита, полипов прямой и толстой кишок. Получило дальнейшее развитие изучение патологии щитовидной железы. А.А. Реут председатель проблемной комиссии «Хирургия» при Иркутском государственном медицинском университете, заслуженный врач России. Под руководством профессора А.А.Реута выполнены и защищены 3 докторских и 15 кандидатских диссертаций.

С 2001 года кафедру возглавил доктор медицинских наук Андрей Викторович Щербатых. В 1982 г. окончил лечебный факультет Иркутского медицинского института. В 1987 году поступил в аспирантуру на кафедру факультетской хирургии Иркутского медицинского института. В 2000 году А.В. Щербатых защитил докторскую диссертацию.

А.В. Щербатых автор 132 печатных работ, из них 4 монографий, 2 авторских свидетельств и 3 патентов на изобретения Российской Федерации. Под его руководством защищены 2 кандидатские диссертации.

Подводя итоги работы факультетской хирургической клиники можно без преувеличения сказать, что все эти годы люди, составляющие в целом коллектив клиники и кафедры, самоотверженно выполняли свой профессиональный долг и этим оказали большое влияние на развитие хирургии в Восточно-Сибирском регионе и подготовку врачебных кадров. Своим трудом они способствовали престижу и авторитету Иркутского государственного медицинского университета.

COMING-TO-BE AND DEVELOPMENT OF THE DEPARTMENT OF FACULTY SURGERY OF IRKUTSK STATE MEDICAL UNIVERSITY

A.V. Scherbatikh, A.A. Reut. S.M. Kuznetsov
(Department of Faculty Surgery of ISMU)

In the article are described the main stages of coming-to-be of the Department of Faculty Surgery. The role and personal contribution of the heads of the Department in its development are shown.

© ГОЛУБ И.Е., АБРАМОВИЧ Г.М., СОРОКИНА Л.В. —

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КАФЕДРЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ ИРКУТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

И.Е. Голуб, Г.М. Абрамович, Л.В. Сорокина
(Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИГМУ, зав. — проф. И.Е. Голуб)

Резюме. Представлены материалы о развитии кафедры анестезиологии и реаниматологии.

Ключевые слова. Кафедра, анестезиология и реаниматология.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИГМУ была организована в 2003 году в составе заведующего кафедрой — д.м.н., профессора И.Е. Голуба, доцента, к.м.н. Г.М. Абрамовича., ассистента Л.В. Сорокиной и

совместителей — главного анестезиолога-реаниматолога Иркутской области к.м.н. З.З. Надирадзе, главного детского анестезиолога-реаниматолога Иркутской области, доцента, к.м.н. Г.В. Гвака, заведующего отде-

ления анестезиологии-реаниматологии МУЗ КБ№1 А.А. Курьянова.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии осуществляет преподавание анестезиологии-реаниматологии и интенсивной терапии на 5 курсе лечебного и медико-профилактического факультетов, 7 курсе лечебного факультета, вечернего отделения. Обучение охватывает очень важные разделы медицины как изучение гомеостаза при различной патологии, вопросы общего обезболивания и интенсивной терапии критических состояний. В учебном процессе используются современные компьютерные технологии с элементами тестирования, отработка практических навыков реанимации на тренажерных комплексах созданных при участии сотрудников кафедры.

Осуществляется подготовка клинических ординаторов для лечебных учреждений Иркутской области, республики Бурятия, Тува и Якутии Базой кафедры является многопрофильная городская клиническая больница №1 г. Иркутска, которая оказывает экстренную хирургическую, кардиологическую, неврологическую, стоматологическую помощь на современном уровне, что позволяет подготовить полноценного специалиста. В дальнейшем врачи имеют возможность совершенствовать свои навыки и знания на кафедре по различным разделам проблемы анестезиологии в акушерстве, вопросы респираторной поддержки, энтерального и парентерального питания, интенсивной терапии экзо- и эндотоксикозов, хирургические методы детоксикации, особенности обезболивания и интенсивной терапии в педиатрии, актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии.

Кафедрой в течение учебного года подготовлено 2 монографии, 2 методическое пособие для студентов,

клинических ординаторов утвержденные ЦКМС, опубликовано 18 статей в зарубежных и отечественных изданиях. Сотрудники кафедры выступали с докладами на Пленуме Федерации и IX съезде анестезиологов-реаниматологов России. Приоритетными научными направлениями кафедры является создание и внедрение реанимационных комплексов, разработка новых методик анестезиологического обеспечения в различных разделах хирургии, применение лазерных технологий в анестезиологии и интенсивной терапии критических состояний

Кафедра возглавляет по решению Научно-исследовательского института общей реаниматологии РАМН региональный совет по догоспитальной реанимации. Планируется на базе МУЗ КБ№1 г. Иркутска открытие центра по обучению широких слоев населения навыкам оказания реанимационной помощи на догоспитальном этапе. Впервые в стране сотрудниками разработан метод активной тренажерной профилактики наркомании.

Преподаватели кафедры активно занимаются лечебной, консультативной работой в ведущих клиниках г. Иркутска и области, а также принимают участие в лицензировании лечебно-профилактических учреждений города и области

Кафедра занимает лидирующее положение в России в вопросах разработки методов предупреждения и ограничения развития хирургического стресса и его альтертирующих эффектов. Подготовлено 2 кандидатские диссертации, планируется к защите 4 кандидатских и докторская диссертации.

Таким образом, проводимая работа сотрудниками кафедры позволяет повысить качество преподавания анестезиологии-реаниматологии у студентов, клинических ординаторов, врачей на современном уровне.

COMING-TO-BE AND DEVELOPMENT OF THE DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY AND REANIMATOLOGY OF IRKUTSK STATE MEDICAL UNIVERSITY

I. Golub, G. Abramovich, L. Sorokina

(Department of anesthesiology and reanimatology of ISMU)

The materials are presented of the development of the Department of Anesthesiology and Resuscitation.

© ВАСИЛЬЕВА Л.С., УКРАИНСКАЯ Л.А., ИВАНОВА Л.А. –

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ САМОПОДГОТОВКИ И ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Л.С. Васильева, Л.А. Украинская, Л.А. Иванова

(Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии человека ИГМУ, зав. – проф. Л.С. Васильева)

Резюме. Доказана эффективность повышения качества знаний с помощью использования для самоподготовки студентов тест-лестницы, на основе которой составляются контрольные тестовые задания.

Ключевые слова. Повышение качества знаний студентов, тест-контроль.

Перестройка системы высшего образования ставит перед ВУЗами новые задачи. Одна из них связана с появлением большого выбора учебников, в которых нередко встречаются разногласия по сути учебного материала и его объему. В процессе самоподготовки студенту часто бывает трудно разобраться в теоретическом материале, выделить в нем базовые установочные сведения и частные детали, что в целом снижает степень усвоения знаний, особенно по теоретическим дисциплинам. В результате сложилась парадоксальная ситуация: количество учебной литературы увеличилось, а знаний у студентов не прибавилось. В связи с этим преподавательский коллектив кафедры гистологии поставил цель разработать новые методологические подходы, способствующие усвоению знаний в процессе самоподготовки студентов.

В течение последних лет преподавателями кафедры гистологии были составлены учебно-методические пособия для студентов 1–2 курса всех факультетов, в которых теоретический материал систематизирован и представлен в виде схем и таблиц. В текущем году составлены учебно-методические пособия по тестовому контролю знаний. По каждой теме студентам предлагается 50–80 вопросов. Задания представляют собой тесты 2-го уровня и составлены по принципу тест-лестницы, которая начинается с концептуальных вопросов, а заканчивается детализирующими вопросами. Таким образом, изучение нового материала построено на усвоении общих закономерностей, что создает необходимую основу для понимания частных вопросов.

Студенты имеют возможность ознакомиться с вопросами тестов и сформулировать ответы на них в процессе самоподготовки. Это помогает студенту акцентировать внимание на главных теоретических вопросах и усвоить конкретные частные сведения по теоретическому материалу, что имеет важное значение для понимания новой темы. Таким образом, в процессе самоподготовки студент систематизирует теоретические знания по изучаемой теме.

В случае затруднения при формулировке ответа на какой-либо вопрос студент имеет возможность обратиться за разъяснением к лектору или преподавателю на индивидуальной консультации.

На занятиях студенту предлагается контрольный билет, содержащий 5 вопросов из предложенных 50–80-ти, но уже не в виде тест-лестницы, а выбороч-

но, из разных разделов темы. Правильный ответ на один вопрос оценивается в 1 балл.

Результаты применения этой методики самоподготовки студентов сравнивались с результатами прошлого учебного года. Были проанализированы в 14-ти группах студентов всех факультетов результаты тестирования по пяти темам курса гистологии из раздела «Ткани» (эпителиальные ткани, железы, соединительные ткани, кровь, кроветворение и иммунный ответ). По каждой теме был подсчитан средний балл, процентное соотношение неудовлетворительных, удовлетворительных, хороших и отличных оценок. Достоверность полученных результатов оценивалась стандартными статистическими методами.

Анализ полученных результатов показал, что процентное количество неудовлетворительных оценок по всем темам в текущем году уменьшилось в 2,4 раза, а количество отличных оценок увеличилось – в 2,5, хороших оценок – в 1,3 по сравнению с прошедшим учебным годом. По количеству удовлетворительных оценок достоверных отличий не выявлено. Средний балл по отдельным темам увеличился в 1,3–2 раза, а суммарный средний балл по всем темам – в 1,2. Необходимо отметить изменение субъективного отношения студента к практическим занятиям, на которые он приходит более уверенным в своих силах, что отражается на его мотивационной установке.

Представленные данные свидетельствуют о высокой эффективности применяемого метода. Основными преимуществами использования тест-лестницы для самоподготовки студентов и контроля их знаний мы считаем:

1. возможность ознакомиться с вопросами тестов и продумать ответы на них в процессе самоподготовки, что способствует формированию правильной мотивационной установки;

2. самостоятельное составление студентами ответов на вопросы теста в процессе самоподготовки помогает студенту систематизировать теоретический материал;

3. объективный контроль исходного уровня знаний, необходимых для усвоения темы;

4. выделение и запоминание общих базовых сведений и частных вопросов, повышение качества знаний.

Высокая эффективность апробированного метода позволяет рекомендовать его для применения и на других кафедрах ИГМУ. Систематическое использо-

вание тест-лестницы по всем темам курса позволяет не только повысить качество знаний студентов, но и может способствовать сохранению контингента студентов.

THE WAYS OF RISE OF TRAINING EFFECTIVENESS AND CONTROL OF STUDENTS' KNOWLEDGE

L.S. Vasilyeva, L.A. Ukrainskaja, L.A. Ivanova

(The Department of Human Histology, Cytology and Embriology of ISMU)

It has been proved the effectiveness of increase in quality of knowledge with the help of use test-ladder on the base of which the control tests are compounded for self-training of students.

© НЕДЕЛЬКО Н.Ф., ИСАЕВ Ю.С., АЛЕКСЕЕВ И.В. –

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ, УПРАВЛЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТОЙ И ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО ИНТЕРЕСА И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ У СТУДЕНТОВ

Н.Ф. Неделько, Ю.С. Исаев, И.В. Алексеев

(Кафедра судебной медицины ИГМУ, зав. – проф. Ю.С. Исаев)

Резюме. В статье с учетом требований педагогики высшей медицинской школы излагаются психолого-педагогические принципы управления самостоятельной работой студентов, формирования у них познавательного интереса и профессиональной ориентации.

Ключевые слова. Самостоятельная работа студентов, познавательный интерес, профессиональная ориентация.

Современный этап развития высшего медицинского образования предполагает качественное изменение подхода к определению его содержания, а также форм и методов познавательной деятельности студентов. Это связано с необходимостью формировать у них не только познавательные, но профессиональные интересы, воспитывать системное логическое (клиническое и экспертное) мышление, давать целостное представление о выбранной профессии, обучать профессиональной деятельности.

Совершенствование качества подготовки специалиста-медика на нашей кафедре осуществляется в течении последних 30 лет на основе достижений теории научной организации учебного процесса с учетом современных требований педагогики высшей школы.

Известно, что самостоятельная работа студентов (СРС) приводит к положительным результатам, если организована ее обоснованная система на всех этапах обучения. Существующие учебники по судебной медицине представляют собой информационное устройство, которое не создает необходимых условий для успешного усвоения данной учебной дисциплины и не следит за характером ее исполнения. Студент представлен самому себе в работе с книгой, и сам вырабатывает индивидуальные методы работы с ней, приводящие к большой потере времени и низкому качеству усвоения знаний и умений.

В связи с этим возникает необходимость создания дидактических материалов, структура и содержание которых позволила бы осуществлять управление студенческой деятельностью при любом виде самостоятельных занятий как в аудитории, так и вне ее.

Для организации управляемой и самоуправляемой СРС в учебное и не учебное время, формирования у

студентов познавательного интереса и положительной мотивации учебной деятельности, а также с целью показа им объективных требований и вооружения их измерительными средствами для оценки качества своих знаний нами специально были разработаны методические пособия нового управляющего типа. Как показал опыт применения данных пособий, они позволяли обеспечивать эффективную организацию познавательной самоуправляемой деятельности студентов, осуществлять перенос центра тяжести с информационного обучения на обучение методу решения конкретных профессиональных задач. В пособиях были представлены следующие разделы: мотивация изучения темы; цели занятий (умения и знания); информативная часть; схемы ориентировочной основы действия (ООД); учебные задачи; текстовые задания; методика самооценки знаний; рекомендуемая литература.

Для оценки эффективности процесса обучения в зависимости от разных способов управления был проведен обучающий эксперимент с двумя группами студентов: экспериментальная группа (Э), в которой использовали пособия управляющего типа, и контрольная группа (К), в которой обучение проводилось традиционным способом (ТС).

Как показали наши исследования, управление дидактическим процессом по ТС малоэффективно и ведет к низкому уровню обучения и к большим затратам времени. Программированное обучение (ПО) и выбор соответствующих дидактических систем оказывают существенное влияние на качество усвоения знаний студентов. Программированное обучение в сочетании с традиционным отвечает дидактическим принципам педагогики высшей медицинской школы.

Как свидетельствуют психолого-педагогические исследования и наш опыт, наиболее слабым звеном у обучающихся в медицинском вузе является их практическая подготовка. Прежде всего, это относится к формированию мануальных навыков (МН).

Проведенные нами экспериментальные исследования позволили выявить преимущества формирования МН, достоверное улучшение усвоения учебного материала у студентов, которые использовали пособия управляющего типа со схемами ООД. Последние позволяют студентам достаточно правильно выполнять те или иные экспертные приемы при исследовании трупа, создавать условия для формирования МН и доведения их до требуемого уровня.

Психолого-педагогическими исследованиями установлено, что интерес у студентов к изучаемому предмету является мощным стимулом повышения качества их познавательной деятельности. Познавательный интерес представляет собой пристрастное внимание, которое избирательно ориентирует личность для выполнения определенного вида деятельности, порождает стремление овладеть им как чем-то жизненно ценным, важным и необходимым. Наличие интереса у студентов к изучению дисциплин сказывается на качестве формирования знаний, умений, навыков и на выборе будущей профессии.

Учитывая тот факт, что учебная деятельность студентов в основном ориентирована на социальную значимость специальности врача без четкого знания о характере будущей профессиональной деятельности, мы использовали методику по формированию познавательных интересов, разработанную Н.Н. Костюковым (1991). Исследование состояло из двух этапов: констатирующего эксперимента (КЭ) и формирующего эксперимента (ФЭ). В задачу их входила проверка значимости для создания у студентов предмета судебной медицины в их будущей профессиональной деятельности, а также степени интереса к нему.

• Полученные результаты исследования подтверждают эффективность предлагаемых способов направленного и планомерного формирования познавательных интересов у студентов, что в конечном счете дает возможность управления их профессиональной деятельностью.

Таким образом, нашими исследованиями убедительно показано, что одним из основных моментов повышения эффективности учебного процесса и качества выпускаемого специалиста-медика, улучшения его практической подготовки является создание педагогически обоснованных управляющих средств и условий организации учебно-воспитательного процесса, а также создание положительной мотивации обучающихся и условий ее формирования.

SOME PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASPECTS OF ORGANIZATION, MANAGEMENT OF INDEPENDENT WORK BOTH FORMATION OF COGNITIVE INTEREST AND PROFESSIONAL ORIENTATION OF STUDENTS

N.F. Nedelko, J.S. Isaev, I.V. Alekseev

(The Department of the forensic medicine of ISMU)

In the article are presented psychological and pedagogical principles of management of independent work of students, forming in them cognitive interest and professional orientation taking into account requirements of Higher Medical School pedagogy.

© ЯНОВСКИЙ Л.М. –

КОНСПЕКТИРОВАНИЕ ЛЕКЦИЙ – ВАЖНЫЙ ПРОЦЕСС САМООРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Л.М. Яновский

(Факультет стоматологический ИГМУ, декан – проф. А. Вяземский)

Резюме. Приводятся доводы о необходимости конспектирования студентами лекций, а также предлагаются новые подходы к решению этого вопроса.

Ключевые слова. Лекция, конспектирование, технологии.

Процесс краткого письменного изложения содержания лекции, составление ее в сжатой форме, конспектирование имеет давнюю историю. Конспектирование – это знания, дисциплинированность в их освоении, приучение к определенному образу мышления, это признак трудолюбия студента, его самоорганизованности, это навыки самостоятельной работы, хорошая оценка на экзамене и, в конечном счете, – интерес к будущей профессии. Многие из тех студентов, которые не приучили себя к конспектированию, считают это занятие скучным и трудным. Однако конспектирование воспитывает внимательность, развивает критическое мышление, дает возможность сравни-

вать и анализировать. Студент вместе с лектором следит за ходом мысли и развитием сюжета лекции. При конспектировании обычно используются более краткие формулировки, с более простой структурой, чем в лекции.

Настоящее время это век высоких технологий, информационных компьютерных систем, интернета... А мы попрежнему все конспектируем лекции? Возможно пришла пора переосмыслить формы педагогической деятельности, организации методической и учебной работы? Современное образование должно, наконец-то, стать компьютеризованным. Без сомнения, необходимо разрабатывать и внедрять новые методы

обучения. К сожалению, этому мешает недостаточное финансирование образовательной деятельности и потому ВУЗы вынуждены заниматься поиском внебюджетных средств для организации учебного процесса. И пока в большинстве ВУЗов «компьютерная мечта» все еще виртуальна, в реальности студенты продолжают методично писать лекции от руки. Добросовестные учащиеся еще со школьной скамьи привыкли кратко конспектировать то, что говорит педагог. Став студентами, они пользуются конспектами для подготовки к семинарам, практическим занятиям, зачетам и экзаменам. Содержание многих учебников безнадежно устаревает. К тому же живое слово лектора воспринимается студентами лучше, чем учебник, и в конце лекции есть возможность задать вопросы, услышать на них ответы. Многие студенты лучше запоминают и усваивают материал, если записывают его за преподавателем. Потому и вести конспекты просто необходимо. Не мало среди слушателей и таких, которые механически фиксируют лекции, даже не пытаясь осмыслить те или иные их положения. Понимание сути лекции они оставляют на потом. И зачастую не потому, что не хотят размышлять над проблемой, просто времени на раздумье не хватает — надо успеть записать то, что говорит лектор. Совмещать то и другое удается далеко не всем.

Для ведения хорошего конспекта студентам требуются короткие и четкие формулировки основных положений каждой темы, невысокий темп изложения материала. Во время лекции учащиеся иногда просят повторить отдельные положения, вследствие чего педагог не всегда укладывается в отведенные временные рамки и не успевает объяснить весь необходимый материал. В этом, пожалуй, главный недостаток интенсивного конспектирования: времени недостает ни преподавателям для объяснения, ни студентам для понимания. Приходится отрываться от текста лекции на показ слайдов, обращать внимание студентов на таблицы и изображать схемы на доске. Такая «гонка» приводит к тому, что в результате конспекты получаются неточными: в них содержится много искажений подлинных мыслей лектора, сокращений и аббревиатур, порою непонятных даже самому автору конспекта. Готовиться по таким записям затруднительно, а иногда и бесполезно, поэтому, чем ближе подходит время сессии, тем студенты активнее начинают искать полноценные конспекты, ксерокопируют их и тиражируют. Так что у конспектирования, как и у медали есть обратная сторона. Записи лекций необходимы, но другие — точные, выверенные, понятные студентам. К сожалению, готовых конспектов не существует.

Если бы преподаватели сами взяли готовить краткие изложения своих лекций? Кто может сделать это лучше педагога, прекрасно владеющего материалом? Есть отдельные примеры создания собственных лекций. Например, «Лекции по иммунологии» проф. Е.Г. Кирдяя. Нужно ли преподавателю писать конспект за студента? Если согласиться с подобными доводами, то все должно оставаться как прежде. А если не согласиться?

Каждый преподаватель затрачивает немало времени на подготовку своих лекций и семинаров и при

этом непременно разрабатывает небольшой конспект. Причем, чем опытнее и ответственнее педагог, тем серьезнее и кропотливее он готовится к каждому занятию: тщательно ищет наиболее четкие формулировки определений всех болезней и методов их лечения, выделяет существенные симптомы, подбирает иллюстративный материал, составляет четкие и доходчивые задания для самостоятельной работы студентов. Особое внимание уделяется разработке новых или обновленных курсов, без которых невозможно современное образование. В то же время у преподавателей есть уже готовые конспекты всех тем занятий по их предмету. Хорошие — это конспекты, отвечающие всем методическим требованиям: четкое и точное сформулированное изложение основных положений лекции, включающее определение, классификацию заболеваний, клинику, диагностику, методы лечения, иллюстрации и несколько практических примеров, подтверждающих изучаемый материал.

По объему конспект не должен занимать более 2-3 страниц текста. Если он будет больше этого объема, то может потерять свою привлекательность для студентов, предпочитающих короткие, простые формы, которые легки и удобны для запоминания, что очень важно в медицинском образовании. Известно, что студенту-медику приходится заучивать сотни терминов и названий в курсах анатомии, физиологии, гистологии, химии, фармакологии, стоматологии и др. Конспекты призваны облегчить эту задачу. Поэтому желательно, чтобы формулировки в них не изобиловали сложносочиненными и сложноподчиненными предложениями и были бы понятны с первого прочтения. Бесспорно, что работа над подобным конспектом для преподавателя не менее сложна, чем подготовка к лекции. Более того, зачастую после подготовки конспекта для студентов педагогу приходится вносить изменения в содержание своих лекций. У противников «студенческих конспектов» есть и такие аргументы: если учащиеся не будут сами вести конспекты, они никогда не научатся искусству конспектирования, а это повлияет на их знания. Однако, согласитесь, что связь между конспектированием и уровнем знаний весьма сомнительна. Есть и другие возражения, касающиеся непосредственно материально-технической оснащенности кафедр и чисто организационных проблем. Не у каждого преподавателя есть домашний компьютер, не все умеют им пользоваться. Да и на кафедре порой не хватает не только компьютеров и ксероксов, но даже бумаги. Кто должен заниматься распространением конспектов? Сами студенты или лаборанты? Вопросов очень много. Важно, чтобы в этих вопросах не утонули бы не только идея необходимости разработки студенческих конспектов, но и суть — совершенствование образовательного процесса в целом. Выход, по всей вероятности, необходимо искать, прежде всего, в новой организационно-методической работе кафедр.

В порядке эксперимента на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ) преподаватели готовят конспекты своих лекций. Затем они ксерокопируются и предлагаются

студентам по доступной цене. Такая же практика уже используется на стоматологическом факультете Боннского университета (Германия).

Примерный расчет времени таков: подготовка конспекта двухчасовой лекции требует от педагога приблизительно четырех часов работы. При отсутствии у преподавателя дома компьютера необходимую оргтехнику должна предоставить кафедра. Здесь же встает вопрос обеспечения кафедр достаточным количеством компьютеров и, соответственно, появляются возражения по поводу того, что подобный учебный процесс будет слишком дорог. Но приходило ли в голову кому-либо подсчитать, во сколько обществу обходится невежество?

Однако и при новом подходе к проблеме конспектирования лекций нас будут обуревать сомнения не снизится ли познавательная активность студентов, если мы пойдем путем формального усвоения знаний. Последнее уже давно с тревогой и озабоченностью отмечают преподаватели. Необходимо «...передавать студентам науку, а не только знания...» Эти слова Д.И. Менделеева не теряют своей актуальности и сегодня.

Очевидно в становлении личности, в обучении, в воспитании и профессиональной подготовке специалистов необходимо разумное совмещение нетрадиционных методологических подходов, новых научных направлений в педагогике высшей школы и традиционных классических.

MARING ABSTRACT OF LECTURES – AN IMPORTANT PROCESS OF SELF-ORGANIZATION OF STUDENTS TRAINING

L. M. Yanovsky

(Irkutsk Medical University)

The present work touches the problem of making abstracts of lectures. New approaches to this problem solution are proposed.

© ГУБИНА Л.П. –

УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ, РОЛЬ В ЭТОМ ПРОЦЕССЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Л.П. Губина

(Кафедра бионео- и биоорганической химии ИГМУ, зав. – проф. Л.С. Колесниченко).

Резюме. В рассматриваемом материале показано, что знания могут быть усвоены только в результате самостоятельной работы студентов. Передать знания нельзя, передаётся лишь информация.

Ключевые слова. Практическое занятие, самостоятельная работа студентов, организация, нормирование.

В учебно-воспитательном процессе медицинского вуза главное место занимают практические занятия, основной задачей которых является не столько закрепление теоретических знаний, полученных студентами из лекций, учебников, пособий, сколько выработка у студентов практических навыков, умения ориентироваться в сложных ситуациях и решать различные задачи, и пользоваться различными приборами.

При построении практического занятия студентам должна быть сообщена конкретная цель занятия, её актуальность, а также чётко сформулированный план работы студентов. Не следует стремиться к тому, чтобы студенты запоминали как можно большее количество изучаемого материала. Важно, чтобы они использовали полученные знания для расширения тех или иных задач, овладели методами практических работ.

Успешное проведение практического занятия в значительной степени зависит от создания для каждого студента рабочего места, методического пособия, набор необходимых реактивов, посуды, таблиц и т.д. Наличие хорошо оборудованного рабочего места позволяет соблюсти основной принцип обучения – индивидуальную работу студентов в его собственном ритме.

Для достижения поставленной цели нужно определить исходный уровень знания студентов, которое

тесно связано с данной темой. Поэтому на нашей кафедре каждое практическое занятие начинается с написания программированного контроля. Если тема занятия оказалась для студентов трудной, непонятной преподаватель объясняет сложные вопросы, непонятные положения.

Знания могут быть усвоены только в результате самостоятельной активной деятельности студентов. Передать знания нельзя, передаётся лишь информация.

Для того, чтобы цель обучения была достигнута, необходимо каждую тему занятия завершать решением задач. Постановка в учебном процессе задач прежде всего нужна для формирования умений и навыков использования теоретических знаний в практических целях.

Для обучения решению задач студентам необходимо дать ориентиры, опираясь на которые они смогли бы находить правильный результат. Для этого следует применять схемы, таблицы, обучающие программы и т. п.

Для того чтобы обеспечить усвоение учебного материала каждым студентом в группе, должно занятие быть построено так, чтобы преподаватель мог осуществлять контроль не только исходного, но и конечного уровня усвоения знаний, умений и навыков.

Исходя из этого, на нашей кафедре, каждый студент, в конце занятия, отчитывается за проделанную практическую работу, и по возможности, теоретически обосновывает свои результаты.

Для более эффективной работы этапы занятия же-

лательно регламентировать. Это позволит студентам находиться в рабочем ритме, не отвлекаясь на посторонние разговоры. Время, необходимое студенту для выполнения задания, должно устанавливаться на основании экспериментальных исследований.

THE MANAGEMENT OF THE EDUCATIONAL ACTIVITY OF MEDICAL STUDENTS AND THE ROLE OF THE PRACTICAL STUDIES IN THIS PROCESS

L. P. Gubina

(The Department of Bionoborganic and Bioorganic Chemistry of ISMU)

In this article is shown that the knowledge of the students can be acquired only in the result of the independent work. We can transmit information but not knowledge.

© ЗЕЛЕНИН Н.Р., ГРИГОРЬЕВ Е.Г., ПАК В.Е., АПАРЦИН К.А., САДОХИНА Л.А. –

СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ, ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Н.Р. Зеленин, Е.Г. Григорьев, В.Е. Пак, К.А. Апарцин, Л.А. Садохина

(Кафедра госпитальной хирургии, зав. – член-корр. РАМН Е.Г. Григорьев)

Резюме. Студенческий научный кружок, формы работы, история, ИГМУ.

Ключевые слова. Студенческий научный кружок, госпитальная хирургия.

Деятельность студенческого научного кружка (СНК) – неотъемлемая часть работы кафедры госпитальной хирургии. Не вызывает сомнений, что эта форма работы со студентами существовала со времени основания кафедры и заведования ею профессорами Николаем Александровичем Синакевичем (1921–1929) и Василием Герасимовичем Шипачевым (1931–1952), однако хронология СНК ведется с 1953 г., когда руководством кружком занимался доцент Борис Иванович Чуланов. В 1972 г., после того, как кафедру возглавил Всеволод Иванович Астафьев, руководителем СНК была назначена ассистент Елизавета Ивановна Калиновская, которую в 1973 г. сменил ассистент Николай Романович Зеленин, работающий на кафедре по настоящее время.

В это время доминирующим было практическое направление деятельности кружка: студенты участвовали в качестве ассистентов в плановых и экстренных операциях, самостоятельно выполняли некоторые вмешательства под контролем руководителя. Проводились и тематические занятия, посвященные, преимущественно, вопросам неотложной хирургии.

В 1974–1976 гг. кружком руководил ассистент Юрий Николаевич Соколов, а с 1976 г. на эту должность был назначен ассистент Евгений Георгиевич Григорьев. Тот период был ознаменован расцветом работы СНК – не только практической, но и научной. Под руководством ассистента Григорьева кружковцы выполнили серию научно-исследовательских работ, удостоенных первых и призовых мест на Всесоюзных студенческих конференциях в Тбилиси (1980), Минске (1981), Казани (1984), Москве (1989).

Другим знаменательным обстоятельством стало постоянное участие студентов в ночных дежурствах по неотложной хирургии – «волонтерская» работа. Ночные дежурства тех времен были не только хорошей школой диагностики и мануальных навыков, но дава-

ли возможность обсудить наиболее актуальные нозологические формы в коллективных беседах. СНК госпитальной хирургии стал постоянным и основным поставщиком субординаторов на хирургический поток, его популярность достигла в те времена максимума.

В 1993 г. заведующий кафедрой госпитальной хирургии профессор Е.Г. Григорьев передал руководство кружком аспиранту Константину Анатольевичу Апарцину под контролем ассистента Владислава Евгеньевича Пака. Под их руководством был принят устав СНК, созданный на основе устава Ассоциации хирургов России имени Н.И. Пирогова, введены звания действительного члена, юниора и слушателя кружка с определением прав и обязанностей каждого. Для повышения авторитета СНК госпитальной хирургии была разработана процедура приема в действительные члены и юниоры, а также созданы поощрительные премии Института хирургии ВСНЦ СО РАМН, Ассоциации хирургов Иркутской области, именная – профессора Григорьева. В качестве обязательного компонента работы кружка были введены ночные тематические заседания, экзамены по практическим навыкам и компьютерное тестирование знаний. На протяжении этого периода деятельности была проведена конференция молодых ученых Сибири и Дальнего Востока, кружковцы получали призовые места, выступая с докладами на конференциях молодых ученых в Москве и Белоруссии. СНК госпитальной хирургии представлял лечебный факультет на праздновании 75-летия ИГМИ. К сожалению, конец этого периода совпадает с наступлением эпохи перемен. Была упразднена субординатура по хирургии, в студенческой среде произошла смена приоритетов.

Тем не менее, год от года кружку удавалось сохранять численность и традиции, хранителем которых и руководителем СНК в 2001 г. была назначена ассистент Людмила Александровна Садохина, которая ра-

ботает в этой должности по настоящее время. Современный кружок госпитальной хирургии (по данным последнего пленарного заседания в мае 2004 г.) насчитывает 53 человека, в том числе 12 действительных членов и 7 юниоров, научные работы СНК традиционно занимают первые места на хирургической секции СНО имени И.И. Мечникова и входят в число лучших на пленарных заседаниях. Кружок, как и в былые времена, является поставщиком сотрудников для госпитальной хирургической клиники ИГМУ. На тематические заседания кружка приглашаются экспертами сотрудники Иркутской государственной областной клинической больницы и других больниц города. В 2002-2003 гг. проведены совместные заседания СНК госпитальной хирургии с кружками акушерства и гинекологии, общей хирургии, онкологии, что способствует сотрудничеству между кружковцами, а также улучшает качество работы.

Полувековые итоги работы СНК позволяют отнести его деятельность к важнейшим направлениям на кафедре госпитальной хирургии. Приведенные сведения дают основания считать результаты этой деятельности успешными.

Перспективы работы кружка представляются тесно связанными с условиями, в которых оказывается высшая школа. Несомненно, СНК при кафедре – один из наиболее эффективных способов подготовки кадров, поскольку такая подготовка может продолжаться на протяжении всего времени обучения в вузе, ее программа не регламентирована, а значит, полностью ориентирована на достижение полезного результата с учетом пожеланий студентов и современных требований. С другой стороны, кружок предполагает стремление студентов к освоению будущей специальности, навыки научной деятельности, общение с учителями и между собой. К сожалению, в настоящее время, когда специальная подготовка в части хирургии оказывается во все более сложных условиях, СНК, фактически, вынужден заменять собой субординатуру, что не соответствует задачам этой формы работы на кафедре. Авторы настоящей статьи убеждены, что деятельность СНК госпитальной хирургии в перспективе должна оставаться компонентом комплексной додипломной подготовки на добровольных началах, способствующей формированию хирурга, но не заменяющей эффективные способы обучения, каким была субординатура.

HOSPITAL SURGERY STUDENT'S SCIENTIFIC STUDY GROUP: COMING-TO-BE, TOTALS AND PROSPECTS OF ACTIVITIES

N.R. Zelenin, E.G. Grigorjev, V.E. Park, K.A. Aparcin, L.A. Sadokhina

(Hospital Surgery of Irkutsk State Medical University)

There was analyzed the history of coming-to-be and the results of 50-years activity of student's scientific study group of hospital surgery. The results of work are recognized as successful. The significance of the work of the study group in the forming surgion on the stage of training in Higher Educational Establishment is shown. In perspective the discussed form of work with the students should supplement training hospital surgions, but not to replace it.

© РУДЫХ Н.М., КУЗНЕЦОВА Н.П. –

ПОВЫШЕНИЕ МОТИВАЦИИ К ИЗУЧЕНИЮ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ЧЕРЕЗ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКУЮ РАБОТУ СТУДЕНТОВ В СНК НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Н.М. Рудых, Н.П. Кузнецова

(Кафедра дерматовенерологии ИГМУ, зав. – проф. Н.П. Кузнецова)

Резюме. Обобщен опыт работы кафедры по привлечению студентов к научно-исследовательской работе в СНК с целью повышения мотивации к изучению специальности.

Ключевые слова. Преподавание, научно-исследовательская работа, студенческий научный кружок.

Студенческий научный кружок является той формой учебного процесса, которая открывает для студента широкие возможности для более глубокого изучения предмета. Работа студентов в научном кружке на кафедре дерматовенерологии осуществляется в различных формах: это изучение литературы (путем составления реферативных докладов) по вопросам патогенеза, особенностей течения и терапии дерматозов, анализ клинического материала, описание и представление на заседаниях СНК редких клинических случаев.

Для студентов, посещающих кружок, приоритетным на протяжении многих лет было участие в разработке научных исследований, проводимых сотрудниками кафедры.

В течение последних 10 лет основными научными направлениями, изучаемыми на кафедре дерматовенерологии, были вопросы патогенеза, особенностей клиники и терапии хронических дерматозов (псориаза, аллергодерматозов, поздней кожной порфирии, угревой болезни и др.). Разносторонние научные исследования были посвящены инфекциям, передаваемым половым путем. Для рассмотрения этой проблемы проводились объединенные заседания с кружком кафедры акушерства и гинекологии.

Высокий уровень заболеваемости сифилисом дал повод для изучения социальных аспектов текущей эпидемической вспышки этого заболевания. Так самостоятельная работа студентов была проведена на

базе областного перинатального центра и областного кожно-венерологического диспансера, где студентами изучались социально-эпидемиологические, клинические и диагностические аспекты врожденного сифилиса и сифилиса беременных.

Реальностью последних лет является регистрация заболеваемости нейросифилисом (в том числе спинной сухотки). В связи с этим, на базе областного кожно-венерологического стационара студентами изучалась структура, клиническое течение, современная диагностика и эффективность методов лечения нейросифилиса.

Кроме изучения основных направлений в дерматологии и венерологии на заседаниях кружка рассматривались и междисциплинарные проблемы. Так, несколько заседаний были посвящены вопросам общей иммунологии и аллергологии и изучению на этой основе патогенетических механизмов иммунозависимых заболеваний кожи.

В настоящее время актуальны вопросы дерматокосметологии, в связи с этим на заседаниях кружка заслушивались и обсуждались доклады о болезнях волос и сальных желез. Студентами проводились маркетин-

говые исследования с анкетированием больных о спросе на разные виды косметических услуг в Областной косметологической лечебнице.

Ежегодно проходит 10–14 заседаний кружка, на каждом из которых заслушивается 1–2 доклада, при этом часть докладов – по результатам собственных исследований.

Число кружковцев в разные годы колебалось от 11 в 1996 году до 20 – в 2001–2002 годах. Регулярно посещают заседания 10–12 человек. В кружке занимаются студенты 3, 4 и 5 курсов, преимущественно лечебного и педиатрического факультетов. Значительная часть студентов работают в кружке 2–3 года. Из кружковцев последних 8 лет (1996–2003 г.г.) получили 18 врачей специальности дерматовенеролога.

Интерес студентов к дерматовенерологии обусловлен выбором разных направлений в рамках специальности. После окончания ВУЗа и последипломной подготовки врач дерматовенеролог может избрать для себя любой профиль деятельности: дерматологию, микологию, косметологию, венерологию, урологию.

Работа в СНК раскрывает для студента эти возможности.

THE INCREASING MOTIVATION TO THE SPECIALITY TRAINING THROUGH THE STUDENTS SCIENTIFIC SOCIETY

N.M. Rudin, N.P. Kuznetsova

(The Department of the Dermatovenereology of ISMU)

Is summarized the experience of chair's work with the students, attracted to the scientific investigations in the students' scientific group for increasing motivation in gaining the medical speciality.

© ЧИЧКАЛЮК В.А., БЕЛОГОРОВ С.Б., АТАМАНЮК А.Б. –

СОЗДАНИЕ И РАЗВИТИЕ КУРСА ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ В ИРКУТСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

В.А. Чичкалюк, С.Б. Белогоров, А.Б. Атаманюк

(Курс психологии и педагогики ИГМУ, зав. – доц. В.А. Чичкалюк)

Резюме. История развития психологии в России, создание курса психологии и педагогики в ИГМУ.

Ключевые слова. Курс психологии и педагогики, преподавание, ИГМУ.

Реформирование учебно-образовательного процесса, изменение содержательного компонента работы врачей и провизоров в современных условиях востребовали больший объем психологических знаний и умений будущих специалистов. В конце 90-х годов прошлого столетия в нашем университете был создан курс психологии и педагогики. Честь создания и развития этого подразделения была оказана Ученым советом и администрацией университета опытным преподавателям кафедры военной и экстремальной медицины. На первый взгляд необычное решение, но за этим стоит большой исторический опыт развития психологии в России. У истоков российской психологии стояли два величайших ученых современности – Владимир Михайлович Бехтерев и Иван Петрович Павлов. Наиболее активный период их деятельности, в том числе и по созданию отечественной психологической школы, связан с Военно-медицинской акаде-

мией. Именно в ней началась подготовка первых психофизиологов в нашей стране. В настоящее время это учебное заведение также является единственным, где готовят врачей-психофизиологов. Именно поэтому и было предложено питомцам Военно-медицинской академии разных лет начать работу по созданию курса. Кроме того на кафедре военной и экстремальной медицины, к этому времени был создан достаточный научный и методический потенциал. Большой вклад в организацию курса внесли полковники медицинской службы, выпускники Военно-медицинской академии В.А. Чичкалюк (возглавляющий курс до настоящего времени) и В.С. Шагов. Успешно завершив подготовку по вопросам психологии и педагогики в работе врача и провизора в Военно-медицинской академии, приступили к работе на курсе полковники медицинской службы С.Б. Белогоров и А.Б. Атаманюк. Неоценимый вклад в развитие курса внес доцент В.Г. Коры-

тов. За короткий срок была создана учебно-методическая база, подготовлены практикумы в биологическом и теоретическом корпусах, развернута лаборатория психофизиологических исследований, подготовлены материалы для тестового контроля. Организовано преподавание психологии в системе постдипломного дополнительного профессионального образования (интерны и ординаторы, семейные врачи) и предсертификационной подготовки провизоров. С нынешнего года ведется работа на факультете менеджмента в здравоохранении и медицинского права. Организована и осуществляется научно-исследовательская работа студентов, результаты которой представляются еже-

годно на итоговой сессии СНО им. И.И. Мечникова, на которую традиционно приглашаются студенты-психологи других вузов, практические психологи лечебных учреждений. Изучаются сотрудниками курса вопросы, связанные с системой управления качеством образования, качеством жизни различных категорий работающего населения и по другой тематике. Большую помощь в работе курса оказывают администрация университета, деканы факультетов и сотрудники кафедр. Становление курса завершено, впереди стоят новые задачи, решение которых мы связываем с новыми сотрудниками, как выпускниками психологических факультетов, так и медицинского университета.

CREATION AND DEVELOPMENT OF THE PSYCHOLOGY AND PEDAGOGICS COURSE AT IRKUTSK STATE MEDICAL UNIVERSITY

V.A. Chichkaljuk, S.B. Belogorov, A.B. Atamanuik

(The Course of Psychology and pedagogics of ISMU)

The History of Psychology Development in Russia, Creation of the Psychology and Pedagogic of Course at Irkutsk State Medical University is described.

© МАЛОВ И.В., ВОРОПАЕВ А.В., ИСАЕВ Ю.С. –

О ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРАВУ В ИГМУ

И.В. Малов, А.В. Воропаев, Ю.С. Исаев

(Факультет «Менеджмент в здравоохранении и медицинское право» ИГМУ, декан – проф. И.В. Малов)

Резюме. Принимая во внимание возрастающую потребность системы здравоохранения в медицинских кадрах с углубленными знаниями по вопросам правового обеспечения медицинской деятельности, ИГМУ ввел с нового учебного года постдипломную подготовку практиков здравоохранения по медицинскому праву.

Ключевые слова. Медицинское право, организация преподавания в ИГМУ.

Никому не секрет, что в России отсутствует такое направление подготовки медицинских работников, как правовое регулирование медицинской деятельности или медицинское право.

Эта область знаний активно развивается в Европе с середины 80-х годов и дала свои положительные результаты. Тогда как США захлестнули иски пациентов по оказанию им некачественной медицинской помощи, каждый врач вынужден до 25 % от зарплаты выплачивать за страхование профессиональной ответственности, вплоть до появления так называемых «специальностей высокого риска» (например акушерство и гинекология) – где очень часты судебные разбирательства и студенты-медики предпочитают учиться другим специальностям.

В то же время в Европе, на основе подробного правового регулирования взаимоотношений между пациентом, врачом и лечебным учреждением с приоритетом на улучшение соблюдения прав пациентов, количество судебных разбирательств сведено к минимуму. При этом пациенты получают бесплатные дополнительные гарантии (например, созданы Фонды компенсации жертв медицинских несчастных случаев), нет такого дефицита врачебных кадров определенных специальностей, частная и государственная медицина мирно сосуществуют, дополняя друг друга.

На какой путь станет Россия: европейский или американский? Статистика судебных разбирательств за последние годы говорит об их значительном росте, особенно в центральной России. Иркутская область также подтягивается к лидерам по количеству медицинских исков. Улучшится ли способность лечебного учреждения оказывать медицинскую помощь, покупать новое дорогостоящее оборудование, если оно с каждым годом все большие и большие суммы будет выплачивать по судебным искам?

Закон – это не столько запрет или ограничение, сколько действенное средство эффективно пользоваться своими правами, не затрагивая и не нарушая при этом прав и свобод других граждан. Пришло время, когда правовое обучение стало обязательной важной составной частью общей подготовки врача, когда без знания правовых норм, регулирующих профессиональную медицинскую деятельность, врач не может на должном уровне выполнять свои служебные обязанности, надлежаше врачевать. Сегодня уровень медико-правовых знаний у лиц медицинского персонала крайне низок, а правовая подготовка специалистов сферы здравоохранения, как важнейшая составная часть общей профессиональной подготовки врача, находится в неудовлетворительном состоянии. В целом же, и юридическая и медицинская практика убедит-

тельно свидетельствуют: чем выше правовая культура врачей, тем неукоснительнее исполняются ими профессиональные обязанности, тем выше качество и эффективность лечебно-диагностической помощи населению, тем реальнее обеспечиваются права и законные интересы граждан в сфере охраны здоровья.

Один из основных и наиболее известных постулатов права гласит: «Незнание закона не освобождает от ответственности». Негативные последствия непропорциональных действий отдельных медицинских работников нередко отражаются на деятельности всего лечебного учреждения. Известно, что в условиях внедрения медицинского страхования произошло резкое (но пока еще не обвальное) возрастание случаев обращения пациентов в судебные органы и территориальные общества защиты прав потребителя с исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием лечебной и диагностической помощи и компенсации морального вреда. Суммы по предъявляемым гражданским искам порой уже составляют сотни тысяч рублей, что, естественно, крайне отрицательно сказывается на финансовом положении лечебно-профилактических учреждений и медицинских страховых компаний, дезорганизует их деятельность. Не лишним будет напомнить, что зачастую пусковым моментом обращения с жалобами и исками являются грубые деонтологические нарушения.

Можно сделать обоснованный вывод, что в современных условиях особое значение приобретают знание, соблюдение и правильное применение законов, иных правовых норм всеми медицинскими работниками, а тем более должностными лицами - руководящим звеном учреждений и организаций здравоохранения. Общий долг всех руководителей сферы здравоохранения - сделать все необходимое, чтобы восполнить пробел в профессиональной подготовке медицинского персонала в области правовых знаний. Должностным лицам сферы здравоохранения необходимо целенаправленно и постоянно вести правообразовательную и правовоспитательную работу в медицинских коллективах, что позволит своевременно предупреждать случаи ненадлежащего оказания помощи пациентам, повысит качество лечебной помощи, обеспечит защиту прав и законных интересов граждан в сфере охраны здоровья, а равно и правовую защищенность врача.

Таким образом, необходимо подготовить грамотные в сфере правовой регламентации медицинской деятельности кадры государственных, муниципальных и частных лечебных учреждений и специалистов по защите прав застрахованных медицинских страховых компаний.

Иркутский государственный медицинский университет - один из трех Российских вузов (в партнерстве с Московским медико-стоматологическим университетом и Саратовской академией права), где впервые в России с нового учебного года начнется подготовка специалистов по медицинскому праву. Научно-педагогическая поддержка проекта осуществляется факультетом медицинского права Университета Париж 8 (Франция). Данная инициатива реализуется при поддержке министерства образования РФ.

Подготовка по медицинскому праву будет проис-

ходить в виде ординатуры «Общественное здоровье и организация здравоохранения со специализацией по медицинскому праву», предусматривающей знания по организации здравоохранения и по юридическим основам медицинской деятельности.

Полученные слушателями знания в абсолютно новой области отечественного здравоохранения - правовые основы организации государственной и частной медицинской деятельности, поставят выпускников факультета на более высокий уровень в рынке труда сферы здравоохранения.

Сфера профессиональной деятельности специалиста по медицинскому праву:

- государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения и учреждения медико-социальной помощи - организаторская работа и внутриведомственный контроль за качеством медицинской помощи и соблюдением прав пациентов на должностях главного врача, заместителя главного врача по лечебной работе, заведующего отделением;

- страховые медицинские компании и фонды обязательного медицинского страхования - вневедомственная оценка качества медицинской помощи и соблюдения прав застрахованных;

- фармацевтические учреждения различных форм собственности - контроль за правовой регламентацией фармацевтической деятельности;

- органы управления здравоохранением, включая центральные, местные и ведомственные - ведомственный контроль качества оказания медицинской помощи;

- частные медицинские клиники - организация частной медицинской деятельности, контроль за качеством лечения и соблюдением прав пациентов, профилактика конфликтов с потребителями медицинских услуг;

- научно-исследовательские учреждения и организации, ведущие клинические биомедицинские исследования;

- медицинские ассоциации - соблюдение правил медицинской деонтологии медицинскими работниками;

- образовательные учреждения среднего медицинского образования.

Совершенно новая форма очно-заочного обучения позволяет получать знания без отрыва от основной работы с качеством очного обучения. Установочные двухнедельные сессии, где дается базовый материал и происходит разбор практических случаев, переходят в заочную часть в виде непрерывного интернет образования с помощью системы Интернет-обучения «Гекадем», которая обеспечивает возможность обучения с рабочего компьютера либо из дома при условии, что он подключен к интернету либо из интернет класса ИГМУ.

Кроме того, применение современных информационных и дистанционных технологий в учебном процессе, позволяет оперативно получать необходимую информацию, дает возможность самоконтроля степени усвоения материала, проводить телеконференции с российскими и европейскими ведущими специалистами в области здравоохранения и медицинского права. Все это повышает эффективность учебного процесса и позволяет приблизиться к качеству очного обучения за счет непрерывности усвоения материала.

ON THE TRAINING SPECIALISTS IN MEDICAL HOW IN IRKUTSK STATE MEDICAL UNIVERSITY

I.V. Malov, A.V. Voropaev, J.S. Isaev

(Faculty of management in health care organization and medicine low of ISMU)

Due to health care system rising needs for knowledge of health care professionals in medical exercise law directives Irkutsk State Medical University prepares a new postdiploma specialization in medical rights.

© ОКЛАДНИКОВ В.И., СТЕФАНИДИ А.В., БОЖЬЕВ Е.Н. -

О НЕОБХОДИМОСТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ПРЕПОДАВАНИЮ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

В.И. Окладников, А.В. Стефаниди, Е.Н. Божьев

(Кафедра нервных болезней ИГМУ, зав. – проф. В.И. Окладников)

Резюме. В статье на основании анализа современного состояния медицинской науки обосновывается необходимость мультидисциплинарного подхода к преподаванию мануальной терапии в ВУЗах.

Ключевые слова. Мануальная терапия, методика преподавания.

Медицина в настоящее время развивается все ускоряющимися темпами. На вооружение берутся как знания, получаемые при помощи новейшего оборудования, созданного на основе последних разработок, так и многовековые знания, проверенные временем и используемые в традиционной медицине. При этом наибольшие изменения происходят как раз в новых для классической медицины областях, таких, какой является мануальная терапия.

За последние десятилетия мануальная терапия из традиционной хиропрактики или, как у нас было принято называть, костоправства, превратилась в целую самостоятельную отрасль медицины, которая использует для избавления человека от боли и болезней знания и методы множества новых наук. Приказом МЗ РФ № 337 от 10.12.97 г. в номенклатуру медицинских специальностей была введена специальность «мануальная терапия». В нее органично вошли: краниотерапия, висцеротерапия, прикладная кинезиология, рефлексотерапия и многие другие дисциплины.

Согласно унифицированной программе последипломного обучения врачей по мануальной терапии, подготовка врачей по этой специальности производится с изучением не только непосредственно мануальной терапии, но и смежных дисциплин, таких как неврология, рентгенология, ревматология, травматология и ортопедия, кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, акушерство и гинекология, урология, эндокринология, сексопатология, дерматология, оториноларингология, офтальмология, спортивная медицина, педиатрия, геронтология. То есть в базовую подготовку врача-мануального терапевта входит не только наличие знаний по имеющейся врачебной специальности (специализация по неврологии или травматологии), но и изучение практически всего спектра медицинских наук.

Но, к сожалению, представления врачей о мануальных терапевтах остаются как о костоправах, которые, в лучшем случае, могут чем-то помочь при заболеваниях и травмах позвоночника и суставов. О том, что с помощью методов мануальной терапии воз-

можно лечение заболеваний нервной системы, внутренних органов, гинекологических проблем, мало кто знает. То есть на настоящий момент создалось такое положение медицины, когда знания и умения одной ее области упорно игнорируются другими областями.

На кафедре нервных болезней Иркутского государственного медицинского университета для студентов 4 курса лечебного факультета проводится элективный курс мануальной терапии. Этот курс дает возможность будущим врачам дать знания о современном состоянии мануальной терапии, ликвидировать ту вопиющую безграмотность, которая сплошь и рядом встречается у практикующих врачей в отношении мануальной терапии.

На курсе будущие врачи знакомятся с подходом мануальных терапевтов к лечению многих заболеваний, с методами, применяемыми ими, с возможностями этой дисциплины по оказанию помощи в лечении заболеваний из других областей медицины.

Помимо этого, на курсе мануальной терапии ИГМУ разработаны циклы усовершенствования для врачей различных специальностей. На этих циклах проводится обучение врачей других специальностей подходам и методам мануальной терапии, которые могут быть использованы для более успешного лечения профильных терапевтических, педиатрических, хирургических, травматологических и ортопедических, неврологических, гинекологических, и многих других заболеваний.

Коллективом курса разрабатываются и издаются не только учебно-методические пособия, но и научно-популярные издания, способствующие укреплению здоровья населения и распространению знаний современной мануальной терапии.

Таким образом, опыт курса мануальной терапии ИГМУ показал необходимость мультидисциплинарного подхода к преподаванию мануальной терапии в ВУЗах, с обязательным изучением не только непосредственно мануальной терапии, но и смежных дисциплин.

ON THE NECESSITY OF MULTYDISCIPLINARY APPROACH TO THE TEACHING MANUAL THERAPY

A.V. Stefanidy, V.I. Okladnikov, E.N. Bozjev

(The Department of Nervous Diseases of ISMU)

The analysis of nowadays state of medicine as a science shows the necessity of complex approach to teaching manual therapy in Higher Education Establishments.

© КРАВЧУК Л.А., КУПЕРТ А.Ф., БУРДУКОВА Н.В., ШАРИФУЛИН М.А., ЛАБЫГИНА А.В. –

ОБУЧАЮЩИЕ ПРИЕМЫ В ИЗУЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИИ НА 5 КУРСЕ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Л.А. Кравчук, А.Ф. Куперт, Н.В. Бурдукова, М.А. Шарифулин, А.В. Лабыгина

(Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ, зав. – проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. С целью оптимизации педагогического процесса на кафедре используются обучающие приемы: студенческие конференции, игровые диалоги «Врач–Пациентка», «Врачебный консилиум», кроссворды, работа с литературными источниками и алгоритмами.

Ключевые слова. Обучающие приемы, студент, преподаватель.

Для студентов 5 курса изучение гинекологии является достаточно сложным процессом, что обусловлено короткими циклами (5–6 дней в каждом семестре) и большим объемом учебного материала. Кроме этого, не всегда возможно провести гинекологический осмотр больной в присутствии студентов.

Для оптимизации педагогического процесса на кафедре используются как академическая система обучения, так и различные обучающие приемы с элементами игры, что позволяет повысить заинтересованность студентов в усвоении изучаемой дисциплины. Следует отметить, что гинекология является составной частью государственного экзамена на 5 курсе и итоговой аттестации на 6 курсе.

Среди обучающих приемов, по нашему мнению, наиболее оптимальным для усвоения предмета, но сложным в организации является проведение студенческих конференций. Данная конференция планируется в начале цикла, чтобы студенты имели возможность тщательно подготовиться, используя дополнительную литературу. У каждого студента обозначена функция – представление доклада, оппонения, составление кроссворда, демонстрация клинического материала и т.д. Доклады сопровождаются показом «слайдов» на формате А-4. При составлении «слайда» студенты используют схемы, рисунки. Наиболее эрудированный и авторитетный студент назначается председателем конференции. Он ведет ее, дополняя доклады, а в конце занятия выступает с заключением. Из подготовленных студентами «слайдов» формируется альбом, который становится учебным пособием для студентов.

Кроме студенческих конференций используются и другие обучающие приемы.

Игровые диалоги «врач–больной». Данный педагогический прием используется, в основном, при изучении вопросов контрацепции, т.к. выбор метода контрацепции зависит от многих факторов – возраста, репродуктивных планов, состояния здоровья, желания больной. Для выполнения индивидуального задания по данной теме студенческая группа разбивается на

пары. Один студент выступает в роли «врача центра планирования семьи», другой – «больной», которая пришла на консультацию. Диалог готовится на 10–15 минут. Оценивается как правильность ответов «врача», так и качество вопросов «больной». При этом вырабатываются и деонтологические навыки. Данный прием в обучении является тренингом будущей самостоятельной работы.

«Врачебный консилиум». Студентам представляется для обсуждения реальная клиническая ситуация. Обсуждение происходит без непосредственного участия преподавателя, заключение «консилиума» формулирует также один из студентов. При этом, слушая рассуждения студентов, часто переходящих в бурную дискуссию, преподаватель делает вывод о глубине знаний студентов по данной теме и при необходимости корректирует заключение.

Работа с алгоритмами. В настоящее время разработаны алгоритмы оказания гинекологической помощи при различных гинекологических заболеваниях. К сожалению, они редко приведены в учебной литературе. Нами все алгоритмы разбиты на фрагменты, отображающие различные этапы обследования и лечения. Каждому студенту раздаются карточки с этими фрагментами, логически не связанных между собой. Он их зачитывает и поясняет всей группе. Таким образом проговариваются и запоминаются различные варианты ситуаций, а предварительная подготовка помогает изучению алгоритма в целом.

Кроссворды – это групповое задание, которое студенты выполняют с особым интересом. Вопросы по определенной теме представлены в виде кроссвордов. Они составлены таким образом, что даже при наличии учебника не всегда удается студентам написать все ответы. В данной ситуации должна проявиться роль преподавателя в повышении знаний студентов. Целесообразно эту форму работы использовать в начале или конце занятия.

Работа с литературными источниками. Студентам раздаются ксерокопии разных научных статей по теме занятия (например, внематочная беременность). Они

прорабатывают их (10–15 минут), тем самым обогащая свои знания по разбираемой теме.

Таким образом, использование различных обучающих приемов с элементами игры на практических занятиях при изучении гинекологии на 5 курсе меди-

цинского университета, по нашему мнению, способствует повышению заинтересованности и активности студентов на практических занятиях и, следовательно, помогает более глубокому усвоению изучаемой дисциплины.

TEACHING METHODS IN STUDY OF GINECOLOGY IN 5TH CORSE OF MEDICAL UNIVERSITY

L.A. Kravchuk, A.F. Kupert, N.V. Burdukova, M.A. Sharifulin, A.V. Labygina

(Department of Obstetrics and Gynecology, Therapeutic Faculty of ISMU)

With the purpose of optimization of pedagogical process on the Chair the following methods are used: student's conference, playing dialogues «Physician- Patient-woman», «Medical consilium», crosswords, work with literary source and algorithm.

© АБРАМОВИЧ Г.М., ГОЛУБ И.Е., СОРОКИНА Л.В. –

ПОСТДИПЛОМНОЕ ПРЕПОДАВАНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ В ИРКУТСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

Г.М. Абрамович, И.Е. Голуб, Л.В. Сорокина

(Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИГМУ, зав. кафедрой – проф. И.Е. Голуб)

Резюме. В статье говорится о постдипломном преподавании анестезиологии и реаниматологии в медицинском ВУЗе.

Ключевые слова. Преподавание, анестезиология и реаниматология.

Подготовка анестезиологов и реаниматологов является сложной и многоплановой проблемой. Эта специальность прошла непростой путь в совершенствовании формирования системы подготовки студентов, врачей-интернов, клинических ординаторов.

На качественно новый уровень поднялась подготовка анестезиологов и реаниматологов после создания курса анестезиологии и реаниматологии в 1981 году. Одногодичная специализация, т. е. интернатура по специальности анестезиология-реаниматология была утверждена официально приказом МЗ РФ 44 от 20.01.1982 года. По мере становления специальности преподавание анестезиологии и реаниматологии в ВУЗе и постдипломная подготовка врачей анестезиологов-реаниматологов постоянно претерпевает изменения. Вопросы постдипломного образования неоднократно обсуждались на пленумах и съездах анестезиологов-реаниматологов (Ярославль, 1971; Красноярск, 1981; Ворошиловград, 1988; Запорожье, 1991; Москва, 1998 год; Санкт-Петербург, 2000; Омск, 2002). С 1992 года приказом МЗ РФ №173 от 04.06.1992 года была введена двухгодичная подготовка в клинической ординатуре.

Независимо от формы обучения по анестезиологии и реаниматологии согласно утвержденной МЗ РФ программе (1996) учебный процесс включает следующие разделы: профессиональная подготовка, смежные специальности и фундаментальные дисциплины. Профессиональная подготовка составляет 80% основного времени и включает теоретический курс лекций (144–160 часов), семинарские занятия по специальности (240 часов) два раза в неделю по 3 часа, семинары – «круглый стол», обход профессора и (или) доцента

ежедневно с последующим обсуждением, практическая работа в операционной и отделениях реанимации и интенсивной терапии, обязательные дежурства два раза в месяц. Следует отметить, что рабочая неделя врача-ординатора анестезиолога-реаниматолога составляет 72–76 часов, что соответствует таковой в развитых странах (Англия – 84–88 часов, США – 80–90 часов). Смежные специальности, изучаемые ординаторами: токсикология, интенсивная терапия (144 часа); эндокринология (36 часов); онкология (36 часов); акушерство (36 часов). Фундаментальные дисциплины преподаются в виде лекционного курса, включающего лекции по клинической фармакологии, биохимии, патофизиологии, организации здравоохранения, менеджменту, юриспруденции.

В аспекте профессиональной подготовки ординаторы распределяются по отделениям анестезиологии и интенсивной терапии, где в полном объеме осваивают практические навыки. По графику происходит ротация их пребывания в каждом специализированном отделении с таким расчетом, чтобы в конце обучения они могли освоить работу в областях, предусмотренных программой и овладеть определенным объемом практических навыков. Учитывая тот факт, что большинство ординаторов готовится для самостоятельной работы в области, республиках Бурятия, Тува и Якутии задача кафедры состоит в том, чтобы основу плана подготовки врача анестезиолога-реаниматолога составляла работа в неотложных отделениях и палатах интенсивной терапии. Это – отделение сосудистой и абдоминальной хирургии, неотложной хирургии, травматологии, родильного дома, гинекологии, работе в реанимационном отделении и палатах интенсив-

ной терапии уделяется 30–40 % учебного времени: многопрофильная реанимация; кардиологическое, ожоговое, токсикологическое реанимационные отделения. В течение всего времени прохождения обучения ординаторы ежемесячно отчитываются о проделанной работе, освоении практических навыков. Полугодовая и годовая аттестации включают компьютерное тестирование, сдачу практических навыков в операционной и палатах интенсивной терапии, собеседование и отчет.

Одной из форм научно-исследовательской работы ординатора является курсовая работа, которая в зависимости от ее актуальности и научной ценности, докладывается на клинической конференции в больнице, заседании научно-практического симпозиума Ассоциации анестезиологов-реаниматологов Иркутской области. Приоритетными направлениями кафедры анестезиологии-реаниматологии ИГМУ является создание и внедрение реанимационных комплексов, разработка новых методик анестезиологического обеспечения в различных разделах хирургии, применение лазерных технологий в анестезиологии и интенсивной терапии критических состояний. Курсовая работа – заключительный этап практической и научной подготовки врача в ВУЗе, показатель зрелости выпускника как специалиста, выявляющий умение творчески применять полученные знания для решения практических задач.

По окончании срока подготовки в ординатуре

клинические ординаторы сдают выпускной экзамен по специальности. Экзамен проводится в три этапа: первый этап – тестовый контроль; второй – клинический разбор больного, проверка диагностических и лечебных навыков; третий – защита научно-практической работы, собеседование с преподавателями. Анализируя результаты подготовки клинических ординаторов за 1992–2004 годы необходимо отметить, что подготовка специалистов проводится на достаточно высоком уровне: более 90% выпускников сдали выпускной заключительный экзамен с оценкой «хорошо» и «отлично».

В настоящее время увеличивается потребность здравоохранения Иркутской области во врачах анестезиологах-реаниматологах, она составляет 10–15 специалистов ежегодно. Это обусловлено не только развитием здравоохранения в таких крупных регионах как наш, но изменением структуры оказания медицинской помощи и характера оперативных вмешательств.

В дальнейшем молодые специалисты имеют возможность совершенствовать свои навыки и знания на кафедре анестезиологии-реаниматологии ИГМУ по различным направлениям: проблемы анестезиологии в акушерстве, вопросы респираторной поддержки в анестезиологии и реаниматологии, интенсивная терапия экзо- и эндотоксикозов, хирургические методы детоксикации, особенности обезболивания и интенсивной терапии в педиатрии, актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии и другие.

POST DIPLOMA TRAINING OF ANESTHESIOLOGY AND REANIMATOLOGY AT IRKUTSK STATE MEDICAL UNIVERSITY – PRESENT AND FUTURE

G. Abramovich, I. Golub, L. Sorokina

(Department of anesthesiology and reanimatology of ISMU)

Post-diploma teaching anesthesiology and resuscitation in Medical Higher Educational Establishment is discussed in the article.

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

© МУЗАЛЕВСКАЯ Л.В., ВОРОПАЕВ А.В., ИСАЕВ Ю.С., ДИЛЛИС А.С. –

О ПРАВОВОЙ ВАЛИДИЗАЦИИ КОДЕКСА ВРАЧЕБНОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Л.В. Музалевская, А.В. Воропаев, Ю.С. Исаев, А.С. Диллис

(Кафедра философии, зав. – доц. Н.Н. Блохина;

кафедра судебной медицины и правоведения, зав. – проф. Ю.С. Исаев;

факультет «Менеджмент в здравоохранении и медицинское право» ИГМУ, декан, проф. И.В. Малов)

Резюме. Статья посвящена проблеме дегуманизации современной отечественной медицины и необходимости правовой валидации кодекса врачебной деонтологии.

Ключевые слова. Правовой кодекс, медицинская деонтология.

Медицина всегда видела свою основную цель в служении человеку, его здоровью. Но сегодня есть поводы и для тревоги в связи с признаками дегуманизации современной медицины, которые фиксируются медиками всего мира. Все острее проявляется недовольство пациентов по отношению к медицинским работникам, которые часто превращаются в некие придатки компьютеров, забывают о человеческих чувствах и медицинской этике, совершенно не умеют обращаться с пациентами, очень часто смотрят на них вообще свысока: то как на объект экспериментов, то как на источник доходов, научившись визуально определять степень платежеспособности пациента. И сами медицинские работники признают, что в здравоохранении наступил кризис. Сначала престиж медицины поднялся очень высоко, а потом наступило быстрое скольжение вниз. Репутация людей в белых халатах неуклонно падает. Тысячелетняя традиция нерушимого доверия между пациентом и медицинским работником уступает место новому виду отношений: на место исцеления приходит сумма манипуляций; менеджмент вытесняет заботу о больном; искусство выслушать пациента – медицинскими технологиями. Нет больше адресации к личности больного – зато есть озабоченность фрагментарными биологическими системами и органами. Беседа с больным представляется чем-то излишним и никчемным. Эту философию скрепляют и экономические рычаги.

Таким образом, этот кризис доверия, в истоке которого лежит пренебрежение получения от пациента реального добровольного информированного согласия (терапевтическое сотрудничество вместо опекунических взаимоотношений) ведет в свою очередь к возрастанию количества случаев неудовлетворенности пациента от оказанной ему медицинской помощи. Ведь действительно, если психоэмоциональный настрой пациента таков, что он ищет в действиях врача угрозу собственному здоровью, о каком качестве медицинской помощи может быть речь. В дополнение к этому, некоторые СМИ проводят на своих страницах неумышленно или под заказ «правозащитников» пациентов, ПИАР компании, которые еще больше углубляют кризис доверия между пациентом и врачом, а это основа их взаимоотношений. Можно сказать, что в сис-

теме «медицинский работник–пациент» произошел сбой, в основе которого лежат морально-этические проблемы.

Кроме того, роль медицинского работника не исчерпывается проведением физической терапии, но – о чем нам напоминают и кодексы профессиональной медицинской этики – включает в себя и человеческую помощь нравственного порядка. Парадоксально, но факт, что несмотря на внедрение высоких технологий в медицину и объективно высокий темп развития медицинской науки снижается и качество оказания медицинской помощи пациентам, увеличивается количество неблагоприятных исходов в лечении, о чем свидетельствуют многочисленные случаи неудовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи. Материалы 114 комиссионных судебно-медицинских экспертиз по фактам неудовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи, проведенных в Иркутском областном Бюро судебно – медицинской экспертизы в 2000–2003 гг., наглядно демонстрируют эти негативные тенденции. В материалах дел в случаях неудовлетворенности медицинской помощью невольно приходится обращать внимание на трудности взаимодействия между врачом и больным, которые ранее описаны психологами и которые необходимо учитывать на всех этапах оценки качества медицинской помощи (по материалам комиссионных экспертиз, в структуре причин дефектов медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах 9,6% и 21,9% соответственно явилось невнимательное отношения медицинского работника к больному). Все это так называемые деонтологические ошибки, часто вызывающие ятрогенные заболевания. Состояние душевного комфорта больного – вот главный критерий деонтологии, тест на ее эффективность.

В жизни каждого из нас в тот или иной момент возникают проблемы со здоровьем. Мы несем к врачу свои беды, призывая его в «авторы» собственного исцеления. Вмешиваясь в логику нашей жизни, а, порой, и судьбы, отвращая недуг или кое-что пострашнее, врач, выполняя, казалось бы, свои узкопрофессиональные функции, наделен сакральной властью над чужой жизнью. Это имел в виду Гиппократ, утверждая

врача и пациента, врача и родственников, врача и его коллег, включает этику врачебного долга и ответственности, врачебной тайны и коллегиальности. Врачебный этикет предписывает манеру держаться, одеваться, говорить, шутить — с больным или в его присутствии. А, кроме того, отдавать предпочтение особому образу жизни, привычкам, воззрениям на жизнь, что и формирует призвание врача в истинном смысле слова. Как и всякий этикет, врачебный нуждается в своде жестких правил. Это было понятно еще самым первым светским врачам — асклепиадам, потомкам легендарного Асклепия.

Контроль и гарантии качества медицинской помощи, их правовое обеспечение является очень важным моментом для решения проблемы дегуманизации медицины в современном обществе. Реформирование системы здравоохранения не может не коснуться такой важной области медицины, как врачебная деонтология. Необходимо не только совершенствования кодекса врачебной деонтологии, но и его правовой валидации. А также, учитывая опыт зарубежной медицины, целесообразным представляется создание сети «Комитетов медицинской этики» — с целью дополни-

тельного контроля за деятельностью медицинских работников, для разбора сложных этических вопросов, этической экспертизы научных проектов и профессионального поведения врачей и медицинских сестер.

В связи с этим мы обращаемся к медицинской общественности высказать свое видение проекта «Кодекса медицинской деонтологии Российского врача» (СМЖ, №3, 2004). Имеется в виду его использование в качестве обязательного учебного материала а также — для дальнейшего обращения в Управление здравоохранением администрации Иркутской области и использования его различными медицинскими ассоциациями нашего региона для надзора и контроля за выполнением врачами своих обязанностей. Населению, прибегающему к медицинской помощи, хотелось бы, чтобы нарушения обозначенных в Кодексе правил, влекло привлечение к дисциплинарной ответственности вышеперечисленные организации (например невыполнение правил Кодекса медицинской деонтологии врачей Франции влечет за собой приостановление или лишение права заниматься медицинской деятельностью надзирающим органом, аналогом отечественного управления здравоохранением).

ON LEGAL VALIDATION OF MEDICAL DEONTOLOGY CODE

L.V. Musalevskya, A.V. Voropaev, J.S. Isaev, A.S. Dillis

(Dept. of Philisipphy; Dept. of Legal Medicine;

Faculty of management in health care organization and medicine low of ISMU)

Authorts have exposed the problem of up to date medicine dehumanization and code of medical deontology right valorization necessity.