

# ВЕСТНИК ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

---

Рецензируемый научно-практический журнал

Основан в 1996 г.

**Том 15**

**3**

**2010**

## Редакционная коллегия

Главный редактор Р.Р. ШИЛЯЕВ  
Зам. главного редактора В.В. ЧЕМОДАНОВ  
Ответственный секретарь Е.К. БАКЛУШИНА  
Ответственный секретарь Е.А. КОНКИНА

В.Ф. БАЛИКИН, И.К. БОГАТОВА, Р.М. ЕВТИХОВ,  
Л.А. ЖДАНОВА, С.И. КАТАЕВ, С.Е. ЛЬВОВ, И.Е. МИШИНА,  
А.Е. НОВИКОВ, А.И. РЫВКИН, В.Б. СЛОБОДИН

## Редакционный совет

Р. АПЕЛЬТ (Германия)	А.И. МАРТЫНОВ (Москва)
Н. АРСЕНИЕВИЧ (Сербия)	Л.С. НАМАЗОВА (Москва)
А.А. БАРАНОВ (Москва)	Ю.В. НОВИКОВ (Ярославль)
Г.И. БРЕХМАН (Израиль)	А.Н. НОВОСЕЛЬСКИЙ (Иваново)
А.Ф. ВИНОГРАДОВ (Тверь)	А.И. ПОТАПОВ (Москва)
Н.Н. ВОЛОДИН (Москва)	Л.М. РОШАЛЬ (Москва)
Ю.Е. ВЫРЕНКОВ (Москва)	Н.Ю. СОТНИКОВА (Иваново)
В.В. ГУБЕРНАТОРОВА (Иваново)	К.В. СУДАКОВ (Москва)
Е.И. ГУСЕВ (Москва)	В.Д. ТРОШИН (Нижний Новгород)
Б.Н. ДАВЫДОВ (Тверь)	В.И. ФЕДОРОВ (Иваново)
М. ДЖУРАН (Сербия)	В.В. ШКАРИН (Нижний Новгород)
В.А. КУЗНЕЦОВА (Иваново)	Д. ЧАНОВИЧ (Сербия)
В.З. КУЧЕРЕНКО (Москва)	

Решением президиума Высшей аттестационной комиссии  
Министерства образования и науки РФ от 19 февраля 2010 г.  
журнал “Вестник Ивановской медицинской академии”  
рекомендован для публикации основных научных результатов диссертаций  
на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук  
<http://vak.ed.gov.ru>

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования  
<http://elibrary.ru>

Адрес редакции журнала:

153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8  
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»  
Телефоны: (4932) 32-50-42, 32-95-74  
E-mail: [rioivgma@mail.ru](mailto:rioivgma@mail.ru)

Зав. редакцией *С.Г. Малытина*

Свидетельство о регистрации № 013806 от 13 июня 1995 г.  
Выдано Комитетом Российской Федерации по печати

Подписной индекс агентства «Роспечать»: 66007

Редакторы *С.Г. Малытина, Е.Г. Бабаскина*  
Компьютерная верстка *ИПК “ПресСто”*

Подписано в печать 07.10.2010 г. Формат 60x84<sup>1/8</sup>.  
Бумага офсетная. Усл. печ. л. 8,37.  
Тираж 500 экз. Заказ 155

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»  
153012, г. Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

Издательско-полиграфический комплекс «ПресСто»  
153025, г. Иваново, ул. Дзержинского, 39, оф. 307  
Тел.: (4932) 30-42-91, 30-43-07

## СОДЕРЖАНИЕ      CONTENTS

### Организация здравоохранения

### Organization of Health Care

**Руженская Е.В.**

Удовлетворенность сотрудников психиатрической службы своей профессиональной деятельностью

5

**Ruzhenskaya E.V.**

Contentment of psychiatric service medical personnel with their professional activities

**Баклушина Е.К., Мигель М.С.**

Современная характеристика образа жизни пациентов с мочекаменной болезнью

10

**Baklushina E.K., Miguel M.S.**

Current characteristics of the mode of life in patients with urolithiasis

**Останина Е.А., Иванов С.К., Баклушин А.Е., Лихова И.Н.**

Эпидемиологические и социально-гигиенические аспекты пневмоний у детей

14

**Ostanina E.A., Ivanov S.K., Baklushin A.E., Likhova I.N.**

Pneumonia in children: epidemiologic, social and hygienic aspects

### Вопросы общей патологии

### Problems of General Pathology

**Кузнецов О.Ю., Милькова Е.В., Соснина А.Е., Баланцева Е.В.**

Антимикробная активность и стабильность сока гриба шиитаке (*Lentinus edodes*) при длительном хранении

19

**Kuznetsov O.Yu., Milkova E.V., Sosnina A.E., Balantseva E.V.**

Antimicrobial activity of *Lentinus edodes* succus in prolonged conservation

**Панченко К.И., Борбат А.М.**

Возможности прогнозирования исхода базисной терапии ревматоидного артрита посредством изучения колониобиоптатов

24

**Panchenko K.I., Borbat A.M.**

Outcome of basic therapy for rheumatoid arthritis: possibilities of prognosis by colonobioplates examination means

### Клиническая медицина

### Clinical Medicine

**Кубачев К.Г., Абдуллаев Э.Г., Ризакханов Д.М., Качабеков М.С., Абдуллаев А.Э.**

Качество жизни больных с пищеводно-желудочными кровотечениями портального генеза из варикозно расширенных вен

29

**Kubachev K.G., Abdullaev E.G., Rizakhanov D.M., Kachabekov M.S., Abdullaev A.E.**

Quality of life in patients with gastro-intestinal hemorrhage of portal genesis from varicosly dilated veins

**Бобошко И.Е.**

Дифференцированный подход к медико-социальному сопровождению детей разных конституциональных типов в учреждениях здравоохранения и образования

34

**Boboshko I.E.**

Differentiated approach to medical social pediatric accompaniment in children of various constitutional types in medical and educational institutions

**Русов И.А.**

Состояние здоровья детей подросткового возраста и психологические факторы риска развития его нарушений

40

**Rusov I.A.**

Adolescents health status and psychological risk factors in the development of its disorders

**Колбасников С.В., Нилова О.В.**

Особенности магистрального артериального кровообращения у больных артериальной гипертензией

44

**Kolbasnikov S.V., Nilova O.V.**

Peculiarities of the magistral arterial circulation in patients with arterial hypertension

**Филькина О.М., Долотова Н.В., Андreyuk О.Г., Воробьева Е.А.**

Заболееваемость недоношенных детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, к концу первого года жизни

49

**Filkina O.M., Dolotova N.V., Andreyuk O.G., Vorobyova E.A.**

Morbidity of premature infants which were born with low and extremely low body mass

<b>Проблемы преподавания</b>	<b>Problems of Education</b>
<p><b>Конкина Е.А.</b> Роль музея кафедры патологической анатомии в учебно-воспитательной работе со студентами медицинского вуза</p>	<p><b>Konkina E.A.</b> Museum of pathological anatomy department: its role in the tuition and education of the medical students</p>
54	
<b>Обмен опытом (в помощь практическому врачу)</b>	<b>Guidelines for Practitioneres</b>
<p><b>Русова Т.В., Ратманова Г.А., Козлова О.Б., Частухина Т.В., Коллеров Э.Ю., Заводин М.В., Фокин В.Н., Субботина В.Г.</b> Особенности диспансерного наблюдения детей с геморрагическим васкулитом в детской поликлинике</p>	<p><b>Rusova T.V., Ratmanova G.A., Kozlova O.B., Chastukhina T.V., Kollerov K.Yu., Zavodin M.V., Fokin V.N., Subbotina V.G.</b> Peculiarities of prophylactic medical examination in children with hemorrhagic vasculitis in pediatric polyclinic</p>
57	
<b>Страницы истории</b>	<b>Pages of History</b>
<p><b>Кашманова Г.Н., Тюрина О.В.</b> Вклад коллектива Ивановского медицинского института в Великую Победу</p>	<p><b>Kashmanova G.N., Tiurina O.V.</b> Contribution of the Ivanovo state medical institute to the Great Victory</p>
60	
<b>Краткие сообщения</b>	<b>Brief Reports</b>
<p><b>Евтихова Е.Ю.</b> Оценка качества жизни в отдаленном периоде после проксимальных резекций поджелудочной железы по поводу хронического панкреатита</p>	<p><b>Yevtikhova E.Yu.</b> Proximal resections of pancreas in chronic pancreatitis: evaluation of the quality of life in remote period</p>
66	
<p><b>Низовцева Л.А., Баранова Н.С., Спириг Н.Н.</b> Клинические особенности радикулопатии при хроническом боррелиозе Лайма</p>	<p><b>Nizovtseva L.A., Baranova N.S., Spirin N.N.</b> Clinical peculiarities of radiculopathy in chronic Lyme borreliosis</p>
68	
<p><b>Чемоданов В.В., Краснова Е.Е.</b> Нерешенные вопросы диагностики недифференцированных дисплазий в детском возрасте</p>	<p><b>Chemodanov V.V., Krasnova E.E.</b> Unsolved questions in diagnosis of indifferiated dysplasia in childhood</p>
69	
<b>Юбилеи</b>	<b>Jubilee</b>
<p><b>Фоменко Е.В., Шибеева С.В.</b> Олимпиа Максимова Лаго (К 100-летию со дня рождения)</p>	<p><b>Fomenko E.V., Shibaeva S.V.</b> Olimpiya Maksimovna Lago (To her 100 birth anniversary)</p>
71	

---

---

## Организация здравоохранения

---

---

### УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СОТРУДНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Руженская Е.В.\*, кандидат медицинских наук

ГУЗ ОКПБ «Богородское», 153506, Ивановская область, с. Богородское, ул. Б. Клинецовская, д. 2а

**РЕЗЮМЕ** Удовлетворенность профессиональной деятельностью определялась по результатам опроса, основанного на оценке медицинским персоналом психиатрической службы нескольких факторов, объединенных в три группы: определяющие общую мотивацию профессиональной деятельности (значимость и престижность профессии, вид трудовой деятельности), определяющие организационную составляющую трудового процесса (организация труда, санитарно-гигиенические условия, размер заработной платы, возможность повышения квалификации, отношение администрации), определяющие личные предпочтения (взаимоотношения с коллегами, удовлетворение потребности в общении и коллективной деятельности, удовлетворение потребности в реализации индивидуальных особенностей, возможность творчества). Сравнивались данные, полученные при опросе разных профессиональных групп (врачей и медсестер).

**Ключевые слова:** удовлетворенность трудом, медицинский персонал, психиатрическая служба, самооценка.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: elena37r@yandex.ru

Удовлетворенность трудом является крайне значимой для людей, чьей основной профессиональной обязанностью является помощь другим. Специалист, получающий удовлетворение от своей профессиональной деятельности, стремится к самосовершенствованию, более отзывчив и в целом более успешен. Для сотрудников медицинской службы, и особенно психиатрии, это крайне важно, так как основные этапы диагностики, лечения, реабилитации основаны на тесном взаимодействии большого человека с врачом, медицинской сестрой.

В настоящей работе приведены данные оценки 2503 сотрудниками психиатрической службы Ивановской, Владимирской, Рязанской и Ярославской областей своей удовлетворенности трудом. Это специалисты с высшим и средним медицинским образованием, работающие во всех учреждениях психиатрического профиля (областных

психиатрических учреждениях, районных психиатрических кабинетах, городских психотерапевтических и психиатрических кабинетах системы здравоохранения, интернатах психоневрологического профиля системы социального обеспечения). В исследовании приняли участие 603 врача (из них 182 организатора здравоохранения и 421 клиницист) и 1900 медсестер (237 организаторов сестринского дела и 1663 практикующие медсестры).

В исследовании, наряду с оценкой различных профессиональных характеристик медицинского персонала, оценивалась общая удовлетворенность специалистов службы своей профессиональной деятельностью.

Полную удовлетворенность трудом продемонстрировали 24,6% медиков, частичную – 72,7%, не удовлетворены – 2,7% (табл. 1).

---

Ruzhenskaya E.V.

#### CONTENTMENT OF PSYCHIATRIC SERVICE MEDICAL PERSONNEL WITH THEIR PROFESSIONAL ACTIVITIES

**ABSTRACT** Contentment with professional activities was determined upon the results of the questionnaire which was based upon the evaluation of several factors by psychiatric service medical personnel. These factors were combined in three groups as follows: determining general motivation of professional activities (importance and prestige of the profession, kind of professional activities), determining organizational constituent part of labor process (labor organization, sanitary and hygienic conditions, wages rate, possibility of qualification improvement, administration attitude) and determining personal preferences (colleagues interrelationship, meeting the requirements in contacts and collective activities, meeting the requirements in personal peculiarities realization, creative possibilities). Data obtained after questionnaire of various professional groups (psychiatrists and nurses) were compared.

**Key words:** contentment with labor, medical personnel, psychiatric service, self-evaluation.

Таблица 1. Удовлетворенность трудом разных профессиональных групп медперсонала психиатрической службы

Удовлетворенность персонала значимостью профессии	Врачебный персонал						Средний медперсонал					
	в целом		в том числе				в целом		в том числе			
			организа- заторы		практ. врачи				организа- заторы		практ. медсестры	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Полностью удовлетворены	137	22,7	56	30,8	81	19,2	478	25,2	90	38,0	388	23,3
Удовлетворены частично	454	75,3	123	67,6	331	78,6	1366	71,9	143	60,3	1223	73,5
Не удовлетворены	12	2,0	3	1,6	9	2,1	56	2,9	4	1,7	52	3,1
<b>Итого</b>	<b>603</b>	<b>100</b>	<b>182</b>	<b>100</b>	<b>421</b>	<b>100</b>	<b>1900</b>	<b>100</b>	<b>237</b>	<b>100</b>	<b>1663</b>	<b>100</b>

Как мы видим, в разных профессиональных группах эти результаты оказались различными.

Полностью удовлетворены трудом 22,7% организаторов здравоохранения и 38% – сестринского дела, основная же часть персонала во всех профессиональных сообществах удовлетворена работой частично.

По авторской методике установлена взаимосвязь удовлетворенности с социально-профессиональными и профессионально-психологическими характеристиками персонала – эмоциональным выгоранием, особенностями поведения медиков в конфликте, состоянием профессионального здоровья и пр.

Однако такая оценка давала общую информацию об удовлетворенности, не представляя возможности оценить факторы, положительно и отрицательно влияющие на нее.

Этим было обусловлено введение в анкетирование оценки факторов удовлетворенности трудом.

По методике Т.Л. Бадоева исследовались следующие факторы, влияющие на удовлетворенность профессиональной деятельностью: значимость и престижность профессии; вид трудовой деятельности; организация труда; санитарно-гигиенические условия; размер заработной платы; возможность повышения квалификации; отношение администрации к труду; взаимоотношения с коллегами; удовлетворение потребности в общении и коллективной деятельности; удовлетворение потребности в реализации индивидуальных особенностей; возможность творчества в процессе работы.

Методика предусматривает оценку удовлетворенности по шкале градации, состоящей из семи степеней, которые по модальности оценки могут быть сведены к 3 уровням (табл. 2).

Таблица 2. Соотношение принятых в исследовании уровней удовлетворенности с оценкой по методике Т.Л. Бадоева

Уровень удовлетворенности	Степень удовлетворенности
<b>Высокий</b> (положительная оценка факторов удовлетворенности трудом)	Очень удовлетворен
	В основном удовлетворен
	Скорее удовлетворен
<b>Средний</b>	Удовлетворен и нет
<b>Низкий</b> (отрицательная оценка факторов удовлетворенности трудом)	Скорее не удовлетворен
	В основном не удовлетворен
	Совершенно не удовлетворен

Выделены три группы факторов, определяющие: общую мотивацию профессиональной деятельности в психиатрии, организационную составляющую трудового процесса и личностно-значимые предпочтения персонала.

*Факторы, определяющие общую мотивацию.* Специалисты психиатрической службы высоко оценили значимость профессии (85,3%), причем каждый пятый (21,9%) дал самую высокую оценку («очень удовлетворен») данному фактору, 48,2% считают, что они «в основном удовлетворены». Средний уровень удовлетворенности значимостью профессии выявлен у каждого десятого специалиста (10,5%), у 4,2% наших сотрудников удовлетворенность низкая. В целом высокая оценка значимости профессии просматривается во всех профессиональных группах медперсонала, работающего в психиатрии.

Престижность профессии оценивается специалистами психиатрической службы существенно ниже. Только 60,5% медиков оценивают её высоко, 21,3% продемонстрировали средний уровень удовлетворенности, а 18,2% специалистов – низкий. Причем даже высокий уровень удовлетворенности качественно отличается от оценки персоналом значимости профессии. Внутри высокого уровня «очень удовлетворены» престижем психиатрии только 7,7% специалистов (10,9% врачей и 6,7% среднего медицинского персонала), «в основном удовлетворены» – 32% (33 и 31,7% соответственно), «скорее удовлетворены» – 20,8% (24,6 и 19,5% соответственно).

Кроме того, оценка престижности профессии врачами и средним медицинским персоналом (СМП), работающим в психиатрии, различалась. Среди врачей высокий уровень удовлетворенности зафиксирован у 68,5%, что достоверно отличается как от показателя сестринского персонала (57,9%,  $p < 0,001$ ,  $t = 4,7819$ ), так и от среднего по выборке (60,5%,  $p < 0,001$ ,  $t = 3,7588$ ). У СМП смещение происходит в сторону снижения удовлетворенности. В этой группе наибольшая доля медиков, давших отрицательную оценку престижности работы в психиатрии – 20,2% (во врачебной группе – 11,9%,  $p < 0,001$ ,  $t = 5,1054$ ), что формирует общую тенденцию оценки престижности профессии и 18,2% низкого уровня по всей выборке.

По всей видимости, престижность профессии связана с таким фактором удовлетворенности, как вид трудовой деятельности. При общей положительной оценке (у 78,1% медперсонала выявлен высокий уровень удовлетворенности), среди врачей этот показатель составляет 82,8%, тогда как среди СМП – 76,6% за счет смещения в сто-

рону средней удовлетворенности. Показатель удовлетворенности уменьшается по мере снижения уровня управления службой. Так, высокий уровень удовлетворенности видом труда фиксируется у 86,3% организаторов здравоохранения, у 81% врачей и организаторов сестринского дела, у 76% медицинских сестер практического звена. Одновременно в этих группах происходит увеличение количества медиков со средним уровнем удовлетворенности видом труда (11; 14 и 20% соответственно).

*Организационные факторы удовлетворенности трудом.* Только у 64,1% медиков нами был выявлен высокий уровень удовлетворенности организацией труда, у 22,3% – средний и у 13,6% – низкий.

Интересным является неожиданно более высокий уровень удовлетворенности видом труда у организаторов сестринского дела (75,9%, из них 51% ответов «очень удовлетворен» и «в основном удовлетворен»), и самый низкий показатель отрицательной оценки (7,6%). По всей видимости, меньшая ответственность, чем у организаторов здравоохранения, с одной стороны, и меньшая эмоциональная нагрузка и необходимость быстро видоизменять деятельность в соответствии с потребностями конкретных пациентов по сравнению с простыми врачами и медсестрами – с другой, четкая структурированность работы – все это позволило старшим медсестрам так высоко оценить организацию своего труда.

Положительно оценили санитарно-гигиенические условия работы 55,4% специалистов психиатрической службы (51,9% врачей и 56,5% СМП), «удовлетворены и нет» – 20,5% (22,4 и 19,9% соответственно), дали отрицательную оценку 24,1% (25,7 и 23,6% соответственно). Специалисты практического звена оценили данный фактор несколько ниже, чем организаторы психиатрической службы.

Негативное отношение персонала было выявлено при оценке такого фактора удовлетворенности трудом, как размер заработной платы. «Очень удовлетворены» материальным вознаграждением за профессиональную деятельность 1,9% медиков, работающих в психиатрии (1,3% врачей и 2,1% СМП), «в основном удовлетворены» 13,4% (10,3 и 14,4% соответственно), «скорее удовлетворены» 10,4% (7,8 и 11,2% соответственно), «удовлетворены и нет» 16,6% (14,8 и 17,2% соответственно), «скорее не удовлетворены» 15,2% (20,2 и 13,6% соответственно), «в основном не удовлетворены» 9,4% (11,6 и 8,6% соответственно), «совершенно не удовлетворены» 33,1% (34,0 и 32,9% соответственно).

В целом высокий уровень удовлетворенности заработной платой констатирован лишь у четвертой части медперсонала психиатрической службы (19,4% врачей и 27,7% СМП), средний уровень – у 16,6% (14,8% врачей и 17,2% СМП), большая же часть специалистов оценила его как низкий – 57,7% (65,8% врачей и 55,1% СМП). Организаторы здравоохранения и сестринского дела оценили этот фактор выше, чем специалисты практического звена. Так, высокий уровень удовлетворенности заработной платой отмечен у 25,2% организаторов здравоохранения и лишь у 16,9% практических врачей ( $p < 0,05$ ,  $t = 2,2716$ ). Аналогично высокий уровень удовлетворенности зарплатой выявлен у 34,6% организаторов сестринского дела и у 26,7% медсестер ( $p < 0,02$ ,  $t = 2,5268$ ). Отрицательная оценка уровня заработной платы у врачей практического звена достигает 69,1%, у медсестер – 56,5%.

Большинство медицинских работников психиатрической службы дали положительную оценку возможности повышения квалификации (81,3%), причем медсестры чаще демонстрировали высокий уровень удовлетворенности (85,5%) по сравнению с врачами (77,4%,  $p < 0,01$ ,  $t = 2,6570$ ). Недовольны возможностью повышения профессионального мастерства лишь 5% специалистов (7,8% врачей и 4,1% СМП).

Отношение администрации к труду 62,6% медиков оценивают положительно (66,9% врачей и 61,3% СМП), 22,3% (19,9 и 23,0% соответственно) продемонстрировали средний уровень удовлетворенности данным фактором, и 15,1% им не удовлетворены (13,2 и 15,7% соответственно). Наиболее удовлетворен персонал, непосредственно решающий с администрацией производственные вопросы: организаторы здравоохранения и сестринского дела, наименее удовлетворены – рядовые врачи и медсестры. По всей видимости, это связано с недостатками в работе организаторов оперативного уровня управления – заведующих отделениями и старших медицинских сестер. Для медицинского персонала службы именно они олицетворяют администрацию учреждения. Ввиду этого очевидна необходимость коррекции взаимодействия управленческих кадров с рядовыми сотрудниками.

*Факторы удовлетворенности трудом, характеризующие удовлетворение личностных потребностей персонала.* Взаимоотношения с коллегами в психиатрической службе выстраиваются благоприятно, что подтверждает положительная оценка медперсоналом этого фактора удовлетворенности трудом (87,2% медиков, из них 89,9% врачей и 86,4% СМП). Также выявлен высокий уровень удовлетворенности возможностью ре-

ализации потребности в общении и коллективной деятельности (83,5%). Чаще её оценивают положительно организаторы сестринского дела (86,5%), реже – медсестры практического звена (79,9%).

Возможность реализации в профессиональной деятельности своих индивидуальных особенностей оценивается специалистами психиатрической службы ниже. Так, положительно оценили свой уровень удовлетворенности 70,4% медиков, работающих в психиатрии (75,6% врачей и 68,7% СМП,  $p < 0,01$ ,  $t = 3,3643$ ), 22% дали промежуточный ответ (17,4 и 23,5% соответственно), не удовлетворены реализацией индивидуальных особенностей 7,6% специалистов (7,0 и 7,8% соответственно,  $p < 0,01$ ,  $t = 3,3211$ ). Выше всех оценили возможности индивидуальной самореализации руководители психиатрической службы – высокий уровень удовлетворенности данным фактором продемонстрировали 80% организаторов здравоохранения и 76,4% организаторов сестринского дела.

Возможность творчества в нашей, казалось бы, крайне творческой специальности, была положительно оценена только 63% специалистов, 25,5% не смогли определиться в своем отношении к данному фактору, каждый десятый сотрудник низко оценивает возможность творчества в своей профессиональной деятельности. Безусловно, врачи обладают здесь большими возможностями. Поэтому и доля лиц, продемонстрировавших удовлетворенность, в данном случае выше – 72% (по сравнению с 61% СМП,  $p < 0,001$ ,  $t = 5,0937$ ). Возмозности руководящего звена психиатрии здесь также больше, чем у практических врачей и медсестер, отсюда и более высокий процент лиц, положительно оценивших возможность творчества в профессии. Так, высокий уровень удовлетворенности зафиксирован у 76,9% организаторов здравоохранения (по сравнению с 69,8% практических врачей) и у 73,8% организаторов сестринского дела (по сравнению с 59,2% медсестер,  $p < 0,001$ ,  $t = 4,7145$ ).

*Особенности оценки факторов удовлетворенности трудом специалистами разных стажевых групп.* Специалисты в начале профессиональной карьеры демонстрируют высокий уровень удовлетворенности факторами, характеризующими общую мотивацию профессиональной деятельности в психиатрии. Так, высокий уровень удовлетворенности значимостью профессии зафиксирован у 90% сотрудников с медицинским стажем до 10 лет (в целом по выборке 85,3%,  $t = 2,9558$ ,  $p < 0,01$ ), престижностью – 64,2% (в среднем 60,5%), видом трудовой деятельности – 83,4% (в среднем 78,1%,  $t = 2,6657$ ,  $p < 0,01$ ). Значи-

мыми для них являются также личностные факторы, определяющие персональные потребности – высок уровень удовлетворенности взаимоотношениями с коллегами (91,7%,  $t = 2,9953$ ,  $p < 0,01$ ), реализацией потребности в общении и коллективной деятельности (87,7%,  $t = 3,5165$ ,  $p < 0,01$ ), а также индивидуальных особенностей (74,0%), и возможностью творчества в работе (65,4%). К организационной составляющей труда молодые специалисты относятся достаточно ровно, не имея отличий от основной группы.

Специалисты, имеющие средний профессиональный стаж, спокойнее оценивают факторы удовлетворенности трудом. Их показатели повторяют основные тенденции общей оценки факторов персоналом психиатрической службы.

Специалисты, длительное время работающие в психиатрии (стажевые группы 30–39 лет и 40 и более) демонстрируют достаточную удовлетворенность значимостью, престижностью профессии, видом трудовой деятельности. Удовлетворенность факторами, относящимися к реализации индивидуальных потребностей, также сходна со средней по общей выборке. Организационные факторы (уровень заработной платы, организация труда, отношение администрации), обычно низко оцениваемые медицинским персоналом, в данных группах оцениваются выше. Так, удовлетворенность размером заработной платы у медиков в целом низкая (25,7% – высокий уровень удовлетворенности, 16,6% – средний, 57,7% – низкий), в группе специалистов с медицинским стажем 30–39 лет больше: соответственно 30,9% ( $t = 2,3165$ ,  $p < 0,05$ ), 19,9% и 49,2% ( $t = 3,4784$ ,  $p < 0,01$ ), а в группе со стажем 40 лет и более – соответственно 33,6% ( $t = 3,5165$ ,  $p < 0,01$ ), 18,8%, 57,7% ( $t = 3,2700$ ,  $p < 0,01$ ).

## ВЫВОДЫ

1. Удовлетворенность трудом определяется факторами, связанными с общей мотивацией про-

фессиональной деятельности в психиатрии, организационной составляющей трудового процесса и личностно-значимыми предпочтениями медицинского персонала.

2. Удовлетворенность отдельными факторами и разными их группами не является однородной как в целом, так и в отдельных профессиональных группах.
3. Наиболее высокий уровень удовлетворенности выявлен в отношении мотивационных факторов, более низкий – в отношении факторов, определяющих сферу взаимоотношений с коллегами, самореализации, творческой составляющей профессиональной деятельности в психиатрии.
4. Наиболее проблемной является оценка факторов, определяющих организационную сторону профессиональной деятельности – организация труда, санитарно-гигиенические условия, размер заработной платы, отношение администрации к труду, официально предоставляемая возможность повышения квалификации.
5. В начале профессиональной карьеры специалисты демонстрируют высокий уровень удовлетворенности факторами, характеризующими общую мотивацию профессиональной деятельности в психиатрии. Врачи и медсестры со средним стажем работы ровнее оценивают факторы удовлетворенности трудом. Их показатели повторяют основные тенденции. Медики в стажевых группах 30–39 и 40 и более лет положительно оценивают большинство факторов, их особенностью является лояльность в оценке организационных факторов.
6. Особенности оценки специалистами факторов удовлетворенности трудом должны приниматься во внимание при совершенствовании кадровой работы с персоналом психиатрической службы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бадоев Т. Л. Динамика структуры мотивов трудовой деятельности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ярославль, 1988. – 24 с.
2. Практикум по дифференциальной психодиагностике профессиональной пригодности: учеб. пособие /

под общ. ред. В. А. Бодрова. – М. : ПЕР СЭ, 2003. – 768 с. (Современное образование).

3. Собчик Л. Н. Психодиагностика в профориентации и кадровом отборе. – СПб. : Речь, 2002. – 72 с.

Поступила 08.06.2010 г.

## СОВРЕМЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**Баклушина Е.К.\***, доктор медицинских наук,  
**Мигель М.С.**

Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

**РЕЗЮМЕ** Исследован образ жизни пациентов с мочекаменной болезнью. Выявлена высокая частота неблагоприятных факторов у большинства опрошенных. Установлено, что возникновение заболевания не является мотивацией к изменению образа жизни. Это обуславливает необходимость разработки в медицинских организациях комплекса мероприятий, направленных на оздоровление пациентов с мочекаменной болезнью.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, образ жизни.

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел. (4932) 30-76-56

Специалисты-урологи отмечают, что в возникновении мочекаменной болезни (МКБ) весьма важную роль играют факторы социально-гигиенического характера – уровень двигательной активности, тип питания, питьевой режим и др. [4]. Они сохраняют свое значение, соответственно, при выборе стратегии и тактики лечения. Однако данных о том, каковы характерные особенности образа жизни современных больных с МКБ, недостаточно.

В связи с этим на кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья ФДППО Ивановской государственной медицинской академии проведено социально-гигиеническое исследование образа жизни 308 больных с МКБ. Целью исследования было проанализировать основные показатели образа жизни этих пациентов для разработки научно обоснованных рекомендаций по их оптимизации.

Базой исследования являлись урологическое отделение Ивановской областной клинической больницы, городской урологический центр в городской клинической больнице № 7 г. Иванова, поликлиники № 4 и 7 г. Иванова. Пациентам была предложена специально разработанная анкета, содержащая 126 вопросов по различным аспек-

там образа жизни, далее проводилась экспертная оценка ответов, учитывались также данные самооценки. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью стандартной компьютерной программы Excel.

У большинства участников исследования (57,15%) давность заболевания составляла более 5 лет, преобладали пациенты среднего возраста (60,38%), распределение по половому признаку было приблизительно равным (мужчины – 50,64%, женщины – 49,36%). Наиболее многочисленными группами, выделенными в зависимости от социального положения респондентов, были рабочие (26,62%), служащие (25,0%), пенсионеры (20,78%). Высшее образование имели 47,72% пациентов, среднее специальное – 34,09%, среднее – 18,19%.

Весьма характерным было распределение ответов на вопрос о собственной оценке своего образа жизни: только 18,83% считают его здоровым, и приблизительно равны доли тех, кто оценивает его как нездоровый и затрудняется в оценке (40,25 и 40,92% соответственно). При анализе оценки респондентами основных компонентов, которые позволяют охарактеризовать образ жизни как нездоровый, установлены существенные различия

---

**Baklushina E.K., Miguel M.S.**

### CURRENT CHARACTERISTICS OF THE MODE OF LIFE IN PATIENTS WITH UROLITHIASIS

**ABSTRACT** Authors presented the data obtained after examination of the mode of life in patients with urolithiasis. High frequency of the factors of non-healthy mode of life in the majority of the examined persons was revealed. It was determined that the onset of the disease was not the motivation to their mode of life sanitation. It stipulated the necessity to develop measures' complex in medical organizations and this complex had to be directed to the sanitation of the mode of life in patients with urolithiasis.

**Key words:** patients with urolithiasis, characteristics of the mode of life.

между ответами мужчин и женщин. Как видно на рисунке, мужчины значительно чаще указывают на такие факторы, как нерациональное питание (61,67 на 100 опрошенных), курение и употребление алкоголя (73,07 и 78,21 на 100 опрошенных соответственно), частые стрессы (39,16 на 100 опрошенных). Женщины значительно чаще по сравнению с мужчинами называют компонент «недостаточная двигательная активность» (54,68 на 100 опрошенных). Не установлено существенных различий в отношении таких составляющих образа жизни, как «питьевой режим», «неполноценный отдых», распространенных в обеих группах. Можно отметить, что у мужчин в целом более высока отягощенность образа жизни неблагоприятными факторами: наиболее часто у них одновременно присутствуют 3 или 4 фактора (32,05 и 24,35% соответственно,  $p < 0,05$ ), у женщин – чаще 2 или 3 фактора (30,92 и 25,0% соответственно,  $p < 0,05$ ).

Крайне неблагоприятная тенденция прослеживается при изучении вопроса о том, насколько возникновение МКБ способствовало изменению образа жизни в лучшую сторону. Более половины опрошенных (50,97%) отметили весьма незначительные изменения, а 40,59% указали, что образ жизни не претерпел никаких изменений. Соответственно, лишь для 8,44% больных возникновение заболевания послужило мотивацией к существенному оздоровлению образа жизни. При этом для мужчин это более значимый фактор, нежели для женщин (10,89% в сравнении с

5,92% значительно изменивших к лучшему образ жизни,  $p < 0,05$ ). Наиболее заметные изменения произошли в отношении питьевого режима и характера питания (эти компоненты образа жизни назвали 45,36 и 33,88 на 100 опрошенных соответственно). В меньшей степени изменения коснулись двигательной активности и отдыха (27,32 и 29,51 на 100 опрошенных соответственно). Только 12,5% отказались от курения (уменьшили количество выкуриваемых сигарет 7,1%), 7,65% – от употребления алкоголя (уменьшили – 10,38%). Достоверных различий всех показателей у женщин и мужчин не выявлено.

Возможно, подобные тенденции связаны с тем, что далеко не все участники исследования вообще понимают, что образ жизни оказывает существенное влияние на течение и результаты лечения МКБ. Уверены, что подобная связь существует, только 40,25% пациентов, отрицают ее 20,45%, и весьма значительная часть – 39,3% – не задумывались над этим вопросом, т. е. никак не соотносили лечение МКБ с необходимостью изменения образа жизни.

Следует отметить, что почти половина опрошенных (49,35%) указали, что никогда не получали никакой информации по оздоровлению образа жизни. При изучении источников этой информации у получавших ее установлено, что чаще всего рекомендации давал врач стационара или поликлиники (37,28 и 28,99 на 100 опрошенных соответственно), крайне редко – медицинские сестры



Рис. Компоненты, позволившие охарактеризовать образ жизни как нездоровый (по данным самооценки, на 100 опрошенных):

- 1 – нерациональное питание
- 2 – нарушения питьевого (водного) режима
- 3 – недостаточная физическая активность
- 4 – частые стрессы
- 5 – неполноценный отдых
- 6 – курение
- 7 – употребление алкоголя

(4,14 на 100 опрошенных). Каждый десятый получил сведения от других больных с МКБ, приблизительно та же доля – от знакомых (родственников), 8,87 на 100 опрошенных нашли информацию самостоятельно. Таким образом, вклад медицинских работников в информирование пациентов о необходимых изменениях в образе жизни и отдельных его компонентах явно недостаточен.

Изучение отдельных составляющих образа жизни больных с МКБ позволило выявить целый ряд неблагоприятных факторов. Так, только 54,54% опрошенных указали на то, что соблюдают режим питания, каждый пятый – не соблюдает, каждый четвертый – затруднился в оценке. Достаточно большая часть (16,88%) питаются не чаще одного-двух раз в день, только один раз в день употребляют горячую пищу 21,1%; 44,15% свойственно питание всухомятку, 71,42% – постоянное или периодическое переедание. Оценивают свое питание как неполноценное 22,08% (и еще 28,25% затрудняются в ответе), как нерациональное – 39,93% (затрудняются в ответе 26,95%). В качестве причин нерационального питания большинство (51,94 на 100 опрошенных) назвали его однообразие, 49,03 на 100 опрошенных – частое употребление острой, соленой, жареной пищи; 32,04 – постоянное несоблюдение режима питания, 27,67 – редкое употребление горячей пищи.

Известно, что при МКБ отдельные продукты питания противопоказаны или должны употребляться умеренно (содержащие в большом количестве животный белок, поваренную соль, кальций, пуриновые основания, щавелевую кислоту и т.д.) [1, 3]. Соответственно, больные с МКБ должны иметь четкое представление о том, какие продукты должны быть включены в их рацион, а какие – исключены из него. Однако, как показывает проведенное исследование, только 13,63% участников исследования уверены, что точно знают это, более половины – об этом ничего не знают. При этом, даже владея необходимой информацией, только 6,49% указали, что строго соблюдают необходимые ограничения всегда, около трети – периодически, а 61,04% не соблюдают вообще.

Одним из важнейших компонентов образа жизни при МКБ является соблюдение питьевого (водного) режима. Среди опрошенных большинство (71,42%) считают необходимым его соблюдать, каждый десятый считает это ненужным, и вновь весьма велика доля вообще не задумывавшихся над этим вопросом (17,22%). Каждый четвертый никогда не получал рекомендаций по питьевому режиму, который, прежде всего, предопределяет объем жидкости (1,5–2 литра), который ежедневно должен выпивать больной при отсутствии заболеваний сердечно-сосудистой системы, ар-

териальной гипертонии и т.д. [2, 4]. Среди участников проведенного исследования данного правила придерживаются только 60,71% (при этом выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ) различие между показателями мужчин и женщин – 56,41 и 65,13% соответственно). Каждый пятый указал, что выпивает более 2 литров в день, каждый десятый – менее одного литра, 6,83% не сумели оценить объем выпиваемой за день жидкости. Весьма небольшое количество опрошенных (8,76%) указали, что им точно известно, какие минеральные воды можно и нельзя употреблять при их типе МКБ.

В процессе исследования оценивался такой компонент образа жизни, как двигательная активность. Специалисты не дают однозначных рекомендаций по физическому режиму, дифференцируя их в зависимости от наличия камней в почках, их размера и т.д. Однако щадящий режим с уменьшенной физической нагрузкой показан только при наличии крупных камней в мочевых путях. При выявлении факторов риска уролитиаза, после удаления камней, при проведении литокинетической терапии по поводу мелких камней в мочевых путях с неосложненным течением рекомендуется повышенная физическая активность [2].

Проведенное исследование свидетельствует, что пациенты в основном оценивают свою двигательную активность как среднюю, высокая характерна для 25,64%, низкая – для 28,91%, при этом мужчины значительно более активны по сравнению с женщинами. Занимаются спортом 17,53% респондентов, физкультурой (оздоровительной гимнастикой, аэробикой, фитнесом) – регулярно 19,48% и периодически 23,05%. Работа с постоянной (частой) двигательной активностью характерна для 36,03%; не связана с движением работа каждого пятого. Приблизительно равные доли больных с МКБ предпочитают активный и пассивный отдых. Рекомендация «чаще бывать на свежем воздухе» универсальна для всех – как больных, так и здоровых людей, однако весьма значительная доля респондентов (44,48%) указала, что им удается бывать на улице менее 2 часов в день, проводят более 4 часов – 13,96%.

Очень важным компонентом здорового образа жизни для человека с хроническим заболеванием является полноценный сон. К сожалению, 45,45% участников исследования отметили, что спят менее 7 часов в сутки, 30,19% ложатся спать не раньше 24 часов, а 15,59% – позже. Только 34,74% пациентов охарактеризовали свой сон как крепкий, глубокий, спокойный; никогда не испытывают бессонницы 37,02%; подавляющее большинство (80,19%) по утрам постоянно или

достаточно часто ощущают себя невыспавшими и «разбитыми». Таким образом, проблемы со сном весьма характерны для больных с МКБ, и это необходимо учитывать при назначении терапии и режима.

Неотъемлемым компонентом образа жизни является приверженность вредным привычкам. В общей группе более половины респондентов (52,59%) курят, при этом доля курящих мужчин существенно превышает долю женщин (74,36 и 30,26% соответственно). Каждый пятый опрошенный курит более 20 сигарет в день, и по этому показателю «лидируют» женщины: если у мужчин таковых 20,7%, то у женщин – 28,26%. Весьма любопытно также отметить, что при опросе тех, кто курил и бросил, только 14,38% отметили, что это было связано с возникновением заболевания. Возможно, это обусловлено тем, что только 54,32% респондентов указали на получение от лечащего врача рекомендации бросить курить.

Приверженность к употреблению алкоголя также характерная черта участников исследования: 69,81% указали, что употребляют спиртные напитки (среди мужчин – 84,62%, женщин – 54,61%). Естественно, что объемы и качество напитков у респондентов различны, однако весьма большая часть (29,76% в общей группе, 37,12% мужчин и 18,07% женщин) выпивают чаще одного раза в неделю. Крепкие спиртные напитки предпочитают 44,65% (среди мужчин – 56,81%, женщин – 25,3%), около трети – пиво, каждый пятый – вино.

И вновь прослеживается тенденция к тому, что само по себе возникновение заболевания (в данном случае МКБ) не является мотивацией к улучшению образа жизни, в том числе отказу от употребления алкоголя: только 10,75% из прекративших его употреблять и 25,12% из уменьшивших объемы спиртного связали это с возникновением у них МКБ. К сожалению, большинство больных (55,35%) указали, что никогда не слышали врачебной рекомендации по употреблению алкоголя.

## ВЫВОДЫ

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать заключение о том, что образ жизни подавляющего большинства больных с МКБ можно охарактеризовать как нездоровый. Компонентами, которые в наибольшей степени обуславливают подобную оценку, являются нерациональное питание, отсутствие полноценного отдыха (в том числе, сна), высокая распространенность вредных привычек (курение, употребление спиртных напитков). Установлено, что возникновение заболевания (МКБ) не стимулирует большинство больных к оздоровлению образа жизни, что во многом связано с непониманием его значения в лечении МКБ. Недостаточно и участие медицинских работников в разъяснении этих вопросов, что требует разработки комплекса мероприятий в медицинских учреждениях по формированию здорового образа жизни пациентов с МКБ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вайнберг З. С. Клиническая урология для врача поликлиники. – М. : Медпрактика, 2000. – С. 86–89.
2. Колпаков И. С. Мочекаменная болезнь : учеб. пособие. – М. : Академия, 2006. – 224 с.
3. Лифляндский В. Г. Лечебные свойства пищевых продуктов. – М. : Терра, 1996.
4. Лопаткина Н. А., Перепанова Т. С. Схемы лечения: урология. – М. : Литера, 2006. – С. 33–43.

Поступила 03.04.2010 г.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Останина Е.А.<sup>1</sup>,  
Иванов С.К.<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,  
Баклушин А.Е.\*<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Лихова И.Н.<sup>3</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> Кафедра педиатрии ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

<sup>2</sup> Кафедра анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ФДППО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

<sup>3</sup> Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья ФДППО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

\* Ответственный за переписку (corresponding author): (4932) 30-76-47, clinic@isma.ivanovo.ru

**РЕЗЮМЕ** Проведенное исследование подтвердило, что осложненные формы пневмоний характерны для детей первого года жизни, чему способствуют многие факторы, в том числе наличие неблагоприятных составляющих образа жизни. Развитие осложнений пневмонии у детей наблюдалось преимущественно в семьях, имеющих низкий образовательный уровень, в неполных семьях.

**Ключевые слова:** пневмония, осложнения, дети, социально-гигиенические, эпидемиологические аспекты.

На протяжении многих лет болезни органов дыхания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей. Согласно исследованиям, проведенным с должным рентгенологическим контролем, частота внебольничной пневмонии в Российской Федерации составляет от 4 до 17 случаев на 1000 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет [7]. Обычно заболевания органов дыхания являются короткими эпизодами в жизни ребенка и не имеют серьезных последствий. Однако при сочетании целого ряда неблагоприятных факторов они могут привести к развитию осложнений и весьма серьезным последствиям.

Тяжелому течению заболевания способствуют следующие факторы: недоношенность, тяжелая перинатальная патология, синдром рвоты и срыгиваний, искусственное вскармливание, аномалии конституции, врожденные пороки сердца, пороки развития легкого, муковисцидоз, различные наследственные иммунодефициты, гиповитаминоз, переохлаждение, психоэмоциональные стрессы [9].

С другой стороны, социальная среда, в которой живет ребенок, также имеет немаловажное значение в развитии патологии дыхательных путей. Низкий социально-экономический уровень, плохие жилищные условия, посещение детского учреждения повышают вероятность развития острого респираторного заболевания [5].

Целью нашего исследования являлось изучение внешнесредовых факторов и факторов образа жизни семьи, влияющих на степень тяжести пневмоний у детей.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клинико-лабораторное и социально-гигиеническое обследование 80 детей проводилось в период с 2007 по 2009 год. Дети находились на лечении в детском пульмонологическом и педиатрическом отделениях ГУЗ «Областная детская клиническая больница» г. Иванова. Кроме того, в исследование были включены больные с тяжелыми формами пневмоний из отделения детской

Ostanina E.A., Ivanov S.K., Baklushin A.E., Likhova I.N.

PNEUMONIA IN CHILDREN: EPIDEMIOLOGIC, SOCIAL AND HYGIENIC ASPECTS

**ABSTRACT** After the examination performed it was confirmed that the complicated forms of pneumonia were predominantly typical for the children of first year of life. Many factors including the presence of unfavorable constituent parts of their mode of life were conducive to it. Complicated pneumonia in children was observed mostly in families with low educational level and in families with only one parent.

**Key words:** pneumonia, complications, children, social and hygienic aspects, epidemiologic aspects.

реанимации и интенсивной терапии ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница». Клинический диагноз устанавливали в соответствии с классификацией клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей [3, 4].

Первую группу составили 30 детей с неосложненной внебольничной пневмонией. Во вторую группу вошли 32 ребенка, страдавших тяжелой внебольничной пневмонией, осложненной субкомпенсированными и компенсированными формами шока. Третья группа – 18 детей с легочными осложненными формами пневмоний (плеврит, пиопневмоторакс, деструкция легочной ткани) и полиорганной недостаточностью.

Эпидемиологический анализ заболеваемости пневмонией осуществлялся путем выкопировки данных из учетно-отчетной документации вышеуказанных отделений больницы. Социально-гигиеническое исследование семей проведено методом анкетирования.

Статистический анализ полученных данных выполнен с использованием современной технологии обработки данных – пакета Statistica for Windows версия 6.0 фирмы StatSoft, Microsoft Excel версия 9.0, с привлечением вычислительных методов, рекомендованных для биологии и медицины. Статистическая достоверность оценивалась с помощью критерия Фишера ( $p < 0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Эпидемиологический анализ данных детского отделения интенсивной терапии и реанимации ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» за последние пять лет позволил установить структуру тяжелых форм заболеваний бронхолегочной системы у детей (табл. 1). В анализируемый пе-

риод отмечен неуклонный рост числа пневмоний, имеющих осложненное течение, на фоне уменьшения в целом числа детей с болезнями бронхолегочной системы, требующими интенсивного наблюдения и лечения. За прошедшее пятилетие выявлена четкая тенденция увеличения доли осложненных форм пневмоний, при этом в большей степени возросло число больных с легочными осложнениями при сохранении значимой частоты внелегочных осложнений. Вместе с тем, распространенность тяжелого бронхообструктивного синдрома на протяжении пяти лет не изменялась.

Анализ возраста, на который пришлось развитие пневмонии, позволил установить, что неосложненные пневмонии встречались преимущественно у детей от 1 года до 6 лет – 83,4% (табл. 2). Для детей на первом году жизни, напротив, характерны осложненные формы пневмоний. Так, если пневмонии, сопровождающиеся системным характером реакции организма, чаще наблюдались у детей в возрастные периоды от рождения до 1 года и с 1 года до 3 лет, то развитие легочных осложнений пневмоний приходилось чаще всего на первый год жизни – 55,5%. Данное обстоятельство, возможно, связано с особенностями иммунного статуса у данной категории больных, а также с сочетанием факторов риска и бактериальной агрессии.

Выявленные различия послужили основанием для поиска социально-гигиенических факторов в формировании различных по тяжести форм пневмоний у детей. Одним из них могли выступать условия проживания семьи и образ жизни. Родителям в анкете предлагалось дать оценку жилищно-бытовых условий в соответствии с градацией «некомфортабельное жилье» – «удовлетворительные условия» – «комфортабельное жилье» (табл. 3).

**Таблица 1.** Структура заболеваний бронхолегочной системы, зарегистрированных у пациентов отделения интенсивной терапии и реанимации (2004–2008 гг.)

Нозологические формы	Число детей									
	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Осложненные пневмонии	22	51	46	48	48	55	36	59	27	63
Внелегочные формы	–	80,6	–	83,2	–	87,5	–	83,4	–	59,3
Легочные формы	–	13,6	–	11,1	–	12,5	–	16,6	–	40,7
Бронхит с обструктивным синдромом	10	23	25	25	11	13	19	31	11	26
Эпиглоттит	1	2,3	7	7,3	9	10,2	6	10	5	11

**Таблица 2.** Распределение детей в исследуемых группах по возрасту

Возрастная группа	Число детей, %		
	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
До 1 года	16,6	28,7	55,5
От 1 до 3 лет	40	40,5	33,3
От 3 до 6 лет	43,4	30,8	11,2

**Таблица 3.** Распределение детей, больных пневмонией, по оценке отдельных социально-гигиенических факторов риска в семьях

Оценка фактора	Число детей, %		
	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
<b>Жилищно-бытовые условия</b>			
Некомфортабельное жилье	-	15,6	38,8
Удовлетворительные условия	53,3	53,1	33,3
Комфортабельное	46,7	31,3	27,7
<b>Пассивное курение</b>			
Родители курят	76,7	81,3	88,9
Курит 1 родитель	33,3	25,0	33,3
Курят оба родителя	43,4	56,2	55,6

Представленные данные подтверждают известное положение, что проживание в неблагоприятных условиях (дома с печным отоплением, комнаты в общежитиях, квартиры с частичными удобствами, количество проживающих более 1 на 11 м<sup>2</sup>) оказывало влияние на развитие бронхолегочной патологии. Теперь можно говорить и о том, что выявлена тенденция к влиянию условий проживания на формирование разных – легочных или внелегочных – осложненных форм пневмоний.

Рассматривая условия проживания семьи, следует уделять особое внимание такому фактору, как пассивное курение ребенка. Известно, что куре-

ние в присутствии ребенка на улице и тем более в доме негативно влияет на формирование защитных функций организма и в отдельных случаях может выступать как стрессорный фактор [8]. Высокий груз вредных привычек мог определяться низким социальным статусом семьи и нездоровым образом жизни.

Социальный статус семьи определяет условия развития и роста ребенка. От уровня образования (табл. 4) во многом зависит наличие оплачиваемой работы, времени для занятий с ребенком, правильное полноценное питание, режим дня, возможность отдыха и т.д.

**Таблица 4.** Распределение детей в соответствии с образовательным уровнем родителей

Уровень образования	Число детей, %		
	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
Высшее образование	23,0	21,8	11,7
Среднее специальное	67,0 *	56,4	29,4
Среднее	10,0	21,8	58,8*

Примечание: \* – достоверное различие между группами наблюдения ( $p < 0,05$ )

Родители детей, больных неосложненной пневмонией, преимущественно имели высшее (23,0%) или среднее специальное образование (67,0%,  $p < 0,05$ ). В группе детей с внелегочными осложнениями пневмоний отмечалась тенденция к уменьшению доли родителей с высшим образованием (21,8%) и увеличению – окончивших только среднюю школу (21,8%). Отмеченная тенденция максимально проявлялась в группе детей с легочными формами осложнений пневмонии, где более половины родителей имели исключительно среднее образование 58,8% ( $p < 0,05$ ).

В ходе исследования были выявлены семьи, имеющие следующие факторы социального неблагополучия. В первой и второй группах доля неполных семей (семья без одного родителя) составила по 23,3%, в третьей группе – 27,7%. Алкогольная зависимость у отцов наблюдалась в первой группе в 2 семьях (6,6%); во второй группе – в 7 семьях (21,8%), в третьей группе – в 4 семьях (22,2%). Злоупотребление алкоголем у обоих родителей имело место в 3 семьях (9,3%) во второй группе; в третьей группе также в 3 семьях (16,6%). Таким образом, большее число факторов социального неблагополучия наблюдается у детей с осложненными формами пневмоний.

Одним из наиболее важных факторов в развитии осложнений является срок с момента возникновения заболевания до госпитализации, который характеризует, в том числе, медицинскую активность семьи. Все дети с осложненными формами пневмоний находились на лечении в отделении интенсивной терапии, при неосложненном течении заболевания – в педиатрическом отделении.

Больные с неосложненными формами пневмоний более чем в половине случаев (56,7%,  $p < 0,05$ ) поступали на стационарное лечение по направлению из поликлиник, треть детей доставлена бригадами скорой медицинской помощи (табл. 5).

Дети с осложненной пневмонией (внелегочные формы) в 46,9% ( $p < 0,05$ ) нуждались в госпитализации в экстренном порядке и были доставлены бригадами скорой медицинской помощи, 40,6% переведены из других лечебных учреждений. Велика доля детей, доставленных в экстренном порядке из дома, во второй группе наблюдения. При этом родители в 90% случаев обращались за помощью к специалистам на 4–5-й день болезни ребенка, так как несколько дней проводили лечение самостоятельно.

В переводе из отделений муниципальных стационаров нуждались 87,3% больных детей ( $p < 0,05$ ) третьей группы наблюдения. Показанием к переводу из соматических отделений в отделения интенсивной терапии было ухудшение состояния из-за развития легочных осложнений.

## ВЫВОДЫ

Осложненные формы пневмоний характерны для детей преимущественно на первом году жизни. Этому способствуют многие, в том числе социально-гигиенические, факторы, определяющиеся образом жизни семей и их отношением к здоровью детей.

Развитие осложнений пневмонии у детей наблюдается преимущественно в семьях, имеющих низкий образовательный уровень, в неполных семьях. Весьма распространены в этой среде такие факторы риска, как наличие алкогольной зависимости у родителей, курение в присутствии ребенка. Рост и развитие детей проходят в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях. Явно недостаточна и медицинская активность семей в обследованных группах, что наиболее характерно для семей детей с осложненными формами, у которых выявлено позднее обращение за медицинской помощью.

Таким образом, предотвращению развития пневмоний, в том числе и осложненных форм, должны

Таблица 5. Каналы поступления детей с пневмонией

Число детей, %	Плановая госпитализация	Экстренная госпитализация	Перевод из другого медучреждения
1 группа	56,7*	33,3	10,0
2 группа	12,5	46,9*	40,6
3 группа	-	12,7	87,3*

Примечание: \* – достоверное различие между группами ( $p < 0,05$ )

способствовать взаимные усилия медицинских и социальных работников по формированию здорового образа жизни у населения. Особое внимание

следует обращать на борьбу с курением, повышение медицинской активности и грамотности родителей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Шиляев Р. Р., Чемоданов В. В., Рывкин А. И. Болезни детей раннего возраста : рук-во для врачей. – М.; Иваново, 1996. – 308 с.
2. Барашнев Ю. И., Антонова А. Г., Кудашов Н. И. Перинатальная патология у новорожденных // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 4. – С. 26–31.
3. Геппе Н. А., Розина Н. Н., Волков И. К., Мизерницкий Ю. Л. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Трудный пациент. – 2009. – № 1. – С. 35–39.
4. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. – М., 2009.
5. Клинические рекомендации. Педиатрия / под ред. А. А. Баранова. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 432 с.
6. Рывкин А. И., Побединская Н. С. Болезни органов дыхания в практике педиатра : рук-во для врачей в 2 ч. – Ч. 2. – Иваново, 2003. – 248 с.
7. Справочно-информационные материалы службы охраны здоровья матери и ребенка. – М. : Минздравсоцразвития, 2006.
8. Таточенко В. К., Дорохова Н. Ф., Шмакова С. Г. Экологические факторы и болезни органов дыхания у детей // Экология и здоровье детей / под ред. М. Я. Студеникина, А. А. Ефимовой. – М. : Медицина, 1998. – С. 247–272.
9. Таточенко В. К., Катосова Л. К., Фёдоров А. М. Этиологический спектр пневмонии у детей // Пульмонология. – 1997. – № 2. – С. 29–35.

Поступила 18.03.2010 г.

---

---

## Вопросы общей патологии

---

---

### АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ И СТАБИЛЬНОСТЬ СОКА ГРИБА ШИИТАКЕ (*LENTINUS EDODES*) ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ХРАНЕНИИ

Кузнецов О.Ю.<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Милькова Е.В.<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,  
Соснина А.Е.<sup>3</sup>, кандидат медицинских наук,  
Баланцева Е.В.<sup>4</sup>, кандидат химических наук

<sup>1</sup> ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

<sup>2</sup> МУЗ «Первая городская больница», 156005, Кострома, ул. Советская, д. 77

<sup>3</sup> ООО «ЛДЦ МИЛЕНАРИС», 153035, Иваново, ул. Лежневская, д. 114

<sup>4</sup> Институт химии растворов РАН, 153045, Иваново, ул. Академическая, д. 1

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: (4932) 32-73-90

**РЕЗЮМЕ** Определена устойчивость сока высшего гриба шиитаке (*Lentinus edodes*), а также его антимикробная активность при длительном хранении. Основываясь на полученных данных, можно констатировать, что сок данного гриба – это перспективная лекарственная форма, обладающая избирательной активностью в отношении патогенных и условно-патогенных бактерий из состава микрофлоры человека.

**Ключевые слова:** гриб шиитаке (*Lentinus edodes*), антимикробное действие, патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, индигенная микрофлора.

Издавна в Китае и Японии было известно об антимикробном действии гриба шиитаке (*Lentinus edodes*). Порошок из шиитаке использовали как средство, предохраняющее продукты от порчи. Однако эмпирические знания многих поколений людей о свойствах данного гриба только в последние двадцать лет стали получать научное подтверждение.

В настоящее время доказана антиканцерогенная, иммуномодулирующая и вируцидная активность ряда веществ, выделенных из гриба шиитаке и среды его культивирования [3, 4, 5]. Однако данные об антимикробной активности немногочисленны и разноречивы, оценка влияния касается лишь единичных микроорганизмов и не затрагивает представителей отдельного биотопа, связанных общей средой обитания.

Цель работы – определение устойчивости сока гриба *Lentinus edodes* как лекарственного средства, оценка его антимикотической и антибактериальной активности в отношении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, обнаруживаемых при значительных дисбиотических изменениях, а также в отношении представителей индигенной микрофлоры слизистых оболочек.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объект исследования – *Lentinus edodes* (Shiitake) – штамм F 280, получен в дар от Tim Straub (компания «Pillsbury», Minnesota, USA). Гриб выращен в экологически чистых лабораторных условиях на субстрате из дубовых опилок с добавлением ячменя по технологии интенсивного выращивания

---

Kuznetsov O.Yu., Milkova E.V., Sosnina A.E., Balantseva E.V.

#### ANTIMICROBIAL ACTIVITY OF LENTINUS EDODES SUCCUS IN PROLONGED CONSERVATION

**ABSTRACT** Authors determined the stability of *Lentinus edodes* succus and its antimicrobial activity in prolonged conservation. The obtained results allowed to ascertain the fact that the succus of this fungus was the perspective medicinal form which had selective activity with respect to pathogenic and relatively pathogenic bacteria of human microflora structure.

**Key words:** *Lentinus edodes*, antimicrobial activity, pathogenic and relatively pathogenic microorganisms, indigenic microflora.

плодовых тел грибов (патент № 38528 от 17 февраля 2004 г.) [1].

В процессе роста мицелия гриба на этапе за­растания субстрата, были образованы пло­доносящие блоки. Блоки помещали на выгонку плодовых тел в соответствующие оптимальным жизненным потребностям условия по влажности, температуре (26°C) и вентиляции. После появле­ния зачатков плодовых тел и прохождения этапа образования примордиев, грибам давали время полностью сформироваться и раскрыть шляпки. При этом шляпки плодовых тел достигали раз­меров в среднем 15–18 см. Блоки давали три ге­нерации плодовых тел с интервалом в 14 дней (рис. 1).

Сформировавшиеся плодовые тела срезали, из­мельчали в гомогенизаторе до кашицеобразного состояния, выжимали сок. Сок стерилизовали механическим способом, пропуская через бакте­риальный фильтр (каолиновые свечи Шамбер­лена) с размером пор 1,2 мкм. В работе исполь­зовали свежий сок, сок трехмесячной выдержки при температуре от 0 до +3°C, сок трехгодичной выдержки.

Сок наносился на поверхность агара в стериль­ных условиях в концентрации 5 % от объема пи­тательной среды. Антимикробная активность сока базидиомицета определялась по изменению ко­лониеобразующей способности следующих микро­организмов: *Escherichia coli* M-17 из препарата «Колибактерин сухой» («Биомед», Москва, серия С2-2 К19), *Escherichia coli* O-114, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis*, *Candida albicans*, *Bifidodacterium spp.*, *Lactobacterium spp.*, выде­ленные из препаратов «Лактобактерин» и «Бифи-

думбактерин». В эксперименте использовали су­точную культуру исследуемых микроорганизмов. Культуру бактерий вносили в объеме 0,1 мл с единым количеством клеток исходного инокулята из девятикратного разведения на поверхность за­твердевшего агара в чашке Петри и распределя­ли по поверхности. В качестве контроля служили чашки с неизменной питательной средой. Ос­новная среда, использованная в экспериментах – мясопептонный агар, для культивирования лак­тобактерий – МРС-среда, бифидобактерий – тио­гликолевая среда, грибов рода *Candida* – среда Сабуру. Сок вносился в толщу жидких сред с по­следующим равномерным перемешиванием.

Дополнительно для сравнения колониеобразую­щей активности штаммов использовали показате­ль колонизационной активности (ПКА), кото­рый способен охарактеризовать биологическую активность исследуемого микроорганизма в ходе его развития в определенных условиях среды обитания. Колонизационная активность – это ве­роятная способность микроорганизмов закреп­ляться в структуре биоценозов определенной экосистемы, противодействуя негативным воз­действиям абиотических факторов, других био­логических агентов, дестабилизирующих потоков веществ, информации и энергии, свойственных данной экосистеме. ПКА – десятичный логарифм отношения колонизационной активности оцени­ваемого штамма микроорганизма.

$ПКА = \lg \frac{КОЕ_2}{КОЕ_1}$ , где  $КОЕ_1$  и  $КОЕ_2$  – количе­ство колоний микроорганизма при разных усло­виях культивирования.

С целью определения стабильности сока гриба шиитаке было выполнено измерение его элек-



Вид сбоку



Вид сверху

Рис. 1. Плодовые тела гриба шиитаке (*Lentinus edodes*) на субстратном блоке

тронного спектра поглощения (ЭСП). ЭСП сока гриба был снят на приборе Spесord M40.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным исследования (табл. 1), при нанесении сока гриба шиитаке на поверхность плотной питательной среды наблюдалось достоверное снижение числа колоний *Candida albicans* ( $p < 0,005$ ). Ингибирующее действие сока проявлялось не только уменьшением количества колоний *Candida albicans* в опыте относительно контроля, но и значительным уменьшением их диаметра. В контроле диаметр колоний составил  $2,8 \pm 0,45$  мм, в опыте –  $1,1 \pm 0,03$  мм ( $p < 0,05$ ).

Внесение сока гриба *Lentinus edodes* в питательные среды культивирования бактериальных культур показало, что присутствие в среде исследуемого субстрата приводило к снижению числа колониеобразующих единиц *Escherichia coli* O-114, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis*.

В отношении представителей рода *Escherichia* обнаруживалась избирательность действия грибного сока. При ингибировании роста энтеропато-

генной кишечной палочки O-114 внесение сока гриба шиитаке в среду культивирования непатогенной *Escherichia coli* M-17 приводило к резкому росту количества колоний (табл. 2).

Эти данные легли в основу патента на способ получения препарата колибактерин с повышенной жизнеспособностью клеток [2].

Внесение сока гриба шиитаке в стандартную питательную среду культивирования анаэробов в концентрации 5% не нарушало рост *Bifidobacterium sp.*, оцениваемый по наличию типичных колоний в виде опрокинутых гвоздиков. Не происходило изменений и в характере роста лактобактерий.

Степень влияния среды обитания на жизнедеятельность микроорганизмов определяли по ПКА.

Достижение популяцией значения ПКА, равного +1 или -1, свидетельствует о сильнейшем воздействии внешних факторов на развитие составляющих ее клеток. Внешние факторы могут быть как пусковыми для активизации развития и/или разделения потенциально подготовленных к делению клеток с многочисленными нуклеоидами, так и участвующими непосредственно в

Таблица 1. Оценка антимикробного действия сока гриба шиитаке на плотной питательной среде

Вид микроорганизма	Число колоний микроорганизмов, КОЕ • 10 <sup>9</sup> /мл			
	Контроль (стандартная среда) М ± m (n = 16)	Среда с соком гриба шиитаке М ± m (n = 16)	p	ПКА
<i>Candida albicans</i>	9,5 ± 2, 4	0,57 ± 0,3	p < 0,005	-1,22
<i>Escherichia coli</i> O-114	410, 64 ± 4,12	313,60 ± 6,74	p < 0,001	-0,11
<i>Staphylococcus aureus</i>	209,30 ± 6,56	167,30 ± 2,99	p < 0,001	-0,09
<i>Streptococcus faecalis</i>	341, 04 ± 20,50	66,50 ± 25,43	p < 0,0005	-0,71

Примечание: p – достоверность различий показателей между контролем и опытом.

Таблица 2. Сравнительная оценка колониеобразующей способности *Escherichia coli* M-17

Вариант опыта	Число колоний микроорганизмов, КОЕ/мл		p	ПКА
	Опыт М ± m (n = 12)	Контроль М ± m (n = 12)		
Посев из разведения 10 <sup>8</sup>	7,58 ± 1,16	1,25 ± 0,29	p < 0,005	0,78
Посев из разведения 10 <sup>6</sup>	828 ± 79,3	44,7 ± 4,16	p < 0,001	1,26

Примечание: p – достоверность различий показателей между контролем и опытом.

метаболизме клеток популяции. Так или иначе, установление значений ПКА выше 0 может рассматриваться как положительное воздействие абиотических или биологических факторов внешней среды на тестируемый микроорганизм при постановке экспериментов с чистой культурой, а менее 0 – как ингибирование. Причем степень такого рода воздействия будет тем выше, чем более ПКА отличается от 0.

Установление ПКА для микроорганизмов, способных вызвать заболевания у человека, свидетельствует о том, что внесение сока шиитаке на питательную среду ингибирует развитие этих микроорганизмов (табл. 1). При анализе значений ПКА обнаружено, что влияние сока шиитаке не определяется особенностями строения клеточной стенки тестируемых микроорганизмов.

Более углубленное изучение биологически активных веществ сока гриба шиитаке имеет большое значение, поскольку открывает перспективы для получения новых фармакологических препаратов с антимикробным действием. Вследствие этого достаточно важным вопросом является исследование стабильности состава получаемого сока.

Оценка стабильности сока шиитаке при его длительном хранении дала следующие результаты (рис. 2). В ближней к ультрафиолетовой (до 350 нм) области спектра наблюдается интенсивное поглощение света экстрактом даже при десятикратном его разбавлении, вследствие чего раствор имеет темно-коричневый цвет.

В области 250–650 нм в спектре наблюдается резкое снижение интенсивности. Только в ближней к инфракрасной области спектра проявляются два малоинтенсивных узких пика при 726 и 850 нм.

В течение двух месяцев характер ЭСП исследуемого экстракта не меняется, что свидетельствует о постоянстве химического состава и концентраций содержащихся в растворе хромофорных соединений. В ЭСП сока гриба после хранения в течении года в постоянных условиях (+4°C) длинноволновые полосы при 726 и 850 нм исчезают.

Это свидетельствует о нарушении хромофорной системы одного из окрашенных компонентов сока, которое, в соответствии с соотношением интенсивностей полос поглощения, содержится в минимальных количествах в сравнении с другими компонентами сока гриба. Учитывая их исключительно малую интенсивность, можно утверждать о крайне незначительных изменениях светопоглощающих свойств изучаемого

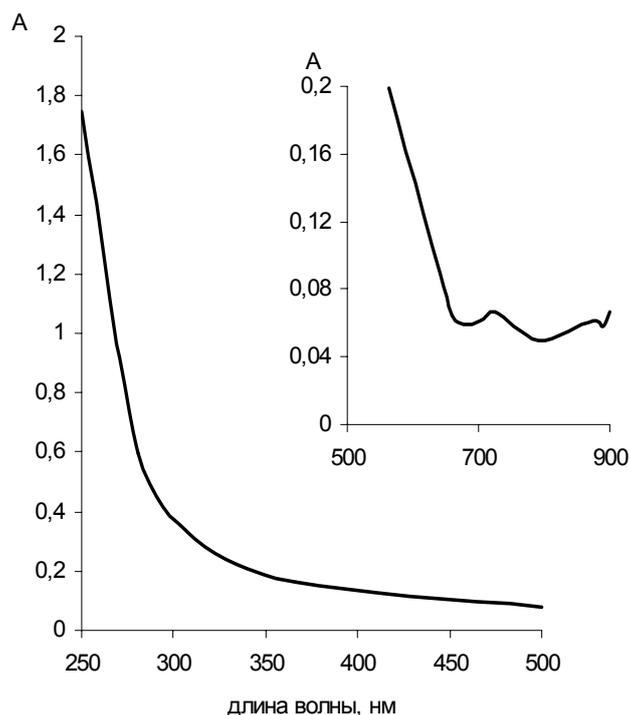


Рис. 2. Электронный спектр поглощения сока гриба Shiitake при его хранении течение 2 месяцев

сока гриба Shiitake и, как следствие, стабильности его состава в течение длительного времени.

## ВЫВОДЫ

1. Биоконпоненты гриба *Lentinus edodes*, в частности сок, обладают выраженным антибактериальным действием на тестируемые патогенные и условно-патогенные микроорганизмы.
2. Сок гриба шиитаке уникален еще и потому, что одновременно сочетает в себе антибактериальные и противогрибковые свойства, при этом не нарушая жизнедеятельность нормальной микрофлоры человека. Ни один, даже современный, антибиотик не сочетает антимикробные свойства и свойства пробиотика.
3. *In vitro* сок гриба *Lentinus edodes* в концентрации 5% от объема питательной среды обладает выраженным антимикробным действием в отношении *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis*, *Escherichia coli* O-114.
4. Сок гриба шиитаке в концентрации 5% от объема питательной среды стимулирует рост *Escherichia coli* M-17.

5. Бифидобактерии и лактобактерии проявляют резистентность к воздействию сока гриба шиитаке в концентрации 5% от объема питательной среды.
6. Даже при длительном хранении активные компоненты сока гриба *Lentinus edodes* не разрушаются, что позволяет использовать его в практической медицине.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Пат. 38528 РФ МПК<sup>7</sup> А 61 К 35/74. Емкость для выращивания мицелия высших грибов и их плодовых тел.
2. Пат. № 2174842 РФ МПК<sup>7</sup> А 01 G 1/04. Способ получения препарата-зубиотика колибактерин.
3. Kurashige S., Akuzawa Y., Endo F. Effects of *Lentinus edodes* administration on cancer outbreak // *Journal Immunology*. – 1997. – № 19 (2). P. 175–183.
4. Suzuki H., Iryama K., Yoshida O., Yamazaki S., Yamamoto N., Toda S. Structural characterization of the immunoactive and antiviral water-solubilized lignin in an extract of the culture medium of *Lentinus edodes* mycelia (LEM) // *Agric. Biol. Chemistry*. – 1990. – № 54(2). P. 479–487.
5. Yamamoto Y., Shirono H., Kono K., Ohashi Y. Immunopotentive activity of the water-soluble lignin rich fraction prepared from LEM – the extract of the solid culture medium of *Lentinus edodes* mycelia // *Biotechnology Biochemistry*. – 1997. – № 61 (11). – P. 1909–1912.

Поступила 20.01.2010 г.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПОСРЕДСТВОМ ИЗУЧЕНИЯ КОЛОНОБИОПТАТОВ

Панченко К.И., доктор медицинских наук,  
Борбат А.М.\*

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрава», 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: aborbat@yandex.ru

**РЕЗЮМЕ** Изучены ректобиоптаты 43 больных ревматоидным артритом до начала базисной терапии метотрексатом или сульфопрепаратом. Через 1 год результаты лечения оценивались как «улучшение» или «без улучшения» на основании критериев АСР. Посредством дискриминантного анализа выделены 5 групп: получавших метотрексат с улучшением состояния здоровья или без такового, получавших сульфопрепарат с улучшением или без, без улучшения состояния здоровья с особо быстрым прогрессированием независимо от приема препарата. Наибольший вклад в дискриминацию внесли комплексный показатель, отражающий стадию суставных поражений, наличие системных проявлений и гормонозависимости, и признаки, характеризующие лимфоэпителиальные взаимоотношения в слизистой оболочке толстой кишки (диаметр лимфатических фолликулов, показатели митотического режима эпителия, инфильтрация малакоплакиеподобными макрофагами). Таким образом, продемонстрирована возможность прогнозирования результата базисной терапии с помощью совокупной оценки клинической характеристики заболевания и структуры лимфоидной ткани и эпителия прямой кишки.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, прогнозирование, результат базисной терапии, колонобиоптат.

Хорошо известно, что ревматоидный артрит (РА) характеризуется не только значительной длительностью, но и высокой частотой инвалидизации и сокращением продолжительности жизни [1, 4, 10]. В ряде исследований продемонстрирована возможность прогнозирования характера течения заболевания и результата базисной терапии на основе изучения либо анамнеза [7, 8], либо биохимических показателей [9, 10], либо гистологической картины поражения суставов [6]. В настоящей работе с опорой на современные гистологические, морфометрические и статистические методы исследования предпринята попытка более детально изучить и по возможности уточнить

имеющиеся сведения [3, 5] о прогностической значимости изменений в слизистой оболочке толстой кишки для базисной терапии РА.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Используя архивный материал ревматологического и патологоанатомического отделений Ярославской областной клинической больницы, были исследованы инцизионные биоптаты слизистой оболочки (СО) прямой кишки, полученные при эндоскопическом исследовании с целью выявления амилоидоза от 43 отобранных случайным образом больных РА (5 мужчин и 38 женщин); в 7 слу-

Panchenko K.I., Borbat A.M.

### OUTCOME OF BASIC THERAPY FOR RHEUMATOID ARTHRITIS: POSSIBILITIES OF PROGNOSIS BY COLONOBIOPTATES EXAMINATION MEANS

**ABSTRACT** Rectobioptates in 43 patients with rheumatoid arthritis before the beginning of basic therapy with metotrexate or sulfa drug were examined. In 1 year the results of the treatment were evaluated as "improvement" or "without improvement" by ACR criterion. 5 groups were singled out by discriminate analysis: taking metotrexate with the improvement in health status or without the same, taking sulfa drug with the improvement or without the same, without the improvement in health status with extremely quick progression irrespective of the preparation taking. The most contribution to the discrimination was made by the complex index which reflected the stage of joint injures, the presence of systemic manifestations and hormone dependence and the signs which characterized lymphoepithelial interrelations in rectum mucous cover (lymphatic follicles diameter, epithelial mitotic regimen indices, infiltration by malacoplakia-like macrophages). Therefore it was demonstrated the possibility to make prognosis of the outcome of basic therapy in dependence on the total evaluation of the clinical characteristics of the disease and that of the structure of the lymphoid tissue and rectum epithelium.

**Key words:** rheumatoid arthritis, prognosis of basic therapy, colonobioptate.

чаях выявлено наличие системных проявлений заболевания, у 4 человек имелась гормонозависимость. В связи с неэффективностью принимаемых лекарственных средств 11 больным назначен альтернативный базисный препарат. В результате 20 пациентов получали метатрексат, 34 – один из салазиновых сульфопрепаратов. Диагностика и лечение РА проводились на кафедре терапии факультета усовершенствования врачей Ярославской государственной медицинской академии (заведующий – проф. Н.И. Коршунов). Диагноз РА ставился на основании критериев Американской ревматической ассоциации (пересмотр 1987 г.), оценка степени активности процесса осуществлялась по критериям В. Отто и соавт. [2].

Базисная терапия проводилась у больных с явными клинико-лабораторными признаками активности болезни. Сульфопрепараты назначались в суточной дозе 2,0 г (по 0,5 г четыре раза). Лечение малыми дозами метатрексата в «пульсовом» режиме заключалось в назначении 7,5–10 мг этого препарата в неделю (трех- или четырехкратный прием по 2,5 мг с интервалами 12 часов на протяжении двух дней). Базисная терапия у всех больных проводилась на фоне приема одного из неселективных нестероидных противовоспалительных препаратов, 7 пациентов получали системные стероидные препараты.

После назначения базисного препарата за больным велось наблюдение в течение 12 месяцев. Для определения эффективности терапии использовались критерии ремиссии ACR. Лечебный эффект оценивался как улучшение (успешная терапия) или отсутствие улучшения (безуспешная терапия). Дополнительно для подтверждения результата вычислялись суставной индекс по Ritchie, суммарная сила кистей по результатам динамометрии, измерялись длительность утренней скованности, время ходьбы на 30 м и по 1 лестничному пролету, определялось содержание гемоглобина периферической крови, а также  $\alpha_2$ - и  $\gamma$ -глобулинов.

По результатам выделены 4 группы больных РА: с отрицательным результатом терапии метатрексатом (МБ), с отрицательным результатом терапии сульфопрепаратами (СБ), с положительным результатом терапии метатрексатом (МУ), с положительным результатом терапии сульфопрепаратами (СУ).

Для отражения клинической картины был введен показатель ССГ, суммирующий (в баллах) числовые значения следующих клинических показателей: стадия суставных поражений, наличие системных проявлений и наличие гормонозависимости (в последних двух случаях 0 соответствовал

отсутствию признака, а 1 – наличию). Суммирование именно этих признаков было обусловлено результатами корреспондентского анализа, где в многомерном пространстве данные признаки располагались наиболее удачным образом для отражения дисперсии.

Гистологическая обработка биоптатов проводилась по стандартной методике с окраской гематоксилином и эозином. В биоптатах оценивались в баллах от 1 до 4 (соответственно – отсутствие, слабая, умеренная и выраженная степени) инфильтрация мононуклеарными лейкоцитами (выраженность воспаления) и атрофия СО. В баллах от 1 до 3 оценивали толщину базальной мембраны покровного эпителия (отсутствует или едва заметна в виде узкой полоски; толщина составляет не более  $\frac{1}{2}$  высоты ядра вышележащих эпителиальных клеток; толщина более  $\frac{1}{2}$  ядра вышеописанных клеток), эрозированность СО (отсутствие, до  $\frac{1}{2}$  и более  $\frac{1}{2}$  длины наблюдаемого эпителиального пласта), степень инфильтрации эозинофильными лейкоцитами, выраженность васкулита в СО характеризовались как умеренно выраженные при обнаружении хотя бы одного пораженного сосуда, а выраженная степень отождествлялась с поражением более четверти наблюдаемых сосудов.

Митотический режим эпителия изучали по общепринятой методике – определяли митотический индекс; доли клеток, находящихся в разных стадиях митоза, в общем количестве делящихся клеток (профазы, метафазы, анафазы и телофазы), долю патологических митозов. Количество внутриэпителиальных мононуклеарных лейкоцитов подсчитывали в пласте, состоящем из 1000 эпителиоцитов, вычисляя тем самым внутриэпителиальный мононуклеарный индекс.

Отдельно производился подсчет в СО количества особых макрофагов, ранее описанных при РА [5], – крупных с «пенистой» ШИК-положительной цитоплазмой, окрашивающейся фуксином Циля, которые располагаются между железами (исключая непосредственно прилежащие к мышечной пластинке слизистой оболочки) и относятся к площади СО в срезе.

Толщина СО (расстояние от поверхности эпителиального покрова до мышечной пластинки СО) в гистологическом срезе оценивалась с помощью программы ImageTool. При тангенциальном направлении среза толщина СО принималась равной квадратному корню разности квадратов расстояния от поверхности покровного эпителия до мышечной пластинки СО и длины поверхности слизистой, содержащей столько устьев желез, сколько желез попадает в первом измерении.

Во всем препарате (все биоптаты были примерно одинаковой величины) подсчитывали: общее количество лимфоидных фолликулов и определяли средние значения диаметров лимфоидных фолликулов в срезах.

Статистическая обработка результатов исследования произведена с помощью программы Statistica 5.5. Методом корреспондентского анализа проводилась группировка данных, методом дискриминантного анализа с последовательным включением признаков в модель выявлялась совокупность признаков и их взвешенная значимость для различия групп.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении дискриминантного анализа обнаружено, что между группами имеются значимые отличия по набору изучаемых признаков, которые максимальны (лямбда Уилкса – 0,027,  $F(56,142) = 3,89$ ,  $p < 0,001$ ) при выделении еще одной группы, объединившей в себе больных, принимавших разные препараты, но с одинаковым – отрицательным – результатом терапии (БТ) и, как показало катамнестическое исследование, высокой скоростью прогрессии: скорость нарастания показателя ССГ после назначения базисной терапии в этой группе составила  $0,89 \pm 0,32$  балла в год (длительность наблюдения  $5,8 \pm 2,3$  года), в то время как в группах МБ –  $0,55 \pm 0,22$ , СБ –  $0,45 \pm 0,16$ , СУ –  $0,03 \pm 0,2$ , МУ –  $-0,32 \pm 0,25$  балла в год (длительность наблюдения соответственно  $6,8 \pm 1,6$ ;  $5,7 \pm 1,2$ ;  $5,8 \pm 1,5$ ;  $4,3 \pm 1,8$  года). Корректность распределения наблюдений – 96%. В модель последовательно включены признаки, отраженные в таблице.

Самым значимым из признаков оказался показатель ССГ (при пошаговом включении признаков в дискриминантную модель он был отобран первым), отражающий клиническую картину заболевания. Существенное значение имеют также признаки, характеризующие состояние местной иммунной системы: диаметр лимфоидных фолликулов и количество особых макрофагов, описанных выше. Значимыми оказались и некоторые показатели митотического режима эпителия. Показатели диффузной лимфоидной инфильтрации стромы и инфильтрации эпителия включены в модель, но с меньшим весом. Индекс эозинофильных лейкоцитов и количество лимфоидных фолликулов в биоптате не вошли в модель, по-видимому, как избыточная информация, в то же время они очень различны в группах с разным результатом терапии ( $p < 0,05$ ).

Были получены эмпирические формулы, позволяющие вычислить классификационные значе-

ния для новых, будущих наблюдений. Могут быть использованы для создания компьютерной программы клинко-морфологического прогнозирования.

Определены наиболее характерные признаки для каждой из групп. Группа СБ характеризовалась наименьшими значениями ССГ, диаметров лимфоидных фолликулов, доли патологических митозов, митотического индекса эпителия, выраженности воспаления и количества особых макрофагов и относительно большим значением доли телофазы митоза. Для группы МБ свойственны меньшие значения диаметров лимфоидных фолликулов при больших значениях толщины базальной мембраны, митотического индекса эпителия и доли профазы митоза; отсутствовали эрозии СО. Группа БТ выделялась меньшими значениями ССГ, выраженности васкулитов СО и доли патологических митозов при больших значениях митотического индекса эпителия, внутриэпителиального мононуклеарного индекса и количества особых макрофагов. Группа СУ отличалась большими значениями доли патологических митозов, количества особых макрофагов, эрозированности и атрофии СО, выраженности воспаления при меньших значениях доли телофазы и выраженности васкулитов в СО. Для группы МУ характерны большее значение ССГ, диаметров лимфоидных фолликулов, доли профазы, толщины и выраженности васкулитов в СО при меньших значениях выраженности воспаления и внутриэпителиального мононуклеарного индекса.

## ВЫВОДЫ

Полученные данные свидетельствуют о высокой прогностической значимости оценки определенных клинических данных в совокупности с морфологической картиной слизистой оболочки прямой кишки.

В патогенезе ревматоидного артрита играет значительную роль состояние эпителия кишки и ее лимфоидной ткани, причем этот показатель в различных отделах последней имеет неодинаковую значимость.

Установлены признаки, позволяющие выделить группу пациентов, у которых прогнозируется высокая скорость прогрессирования заболевания и, по-видимому, резистентность к терапии как метатрексатом, так и сульфопрепаратами.

Обнаруженные особенности патогенеза и связанного с ним терапевтического ответа у разных групп больных подтверждают представления о гетерогенности ревматоидного артрита.

Таблица. Распределение значений признаков по исследуемым группам

Показатель*		СБ n = 19	МБ n = 10	БТ n = 5	СУ n = 12	МУ n = 8
ССГ, баллы	М ± m	2,5 ± 0,2	3,0 ± 0,1	2,6 ± 0,2	2,9 ± 0,1	3,9 ± 0,2
	ДИ**	2,2 ÷ 2,9	2,7 ÷ 3,3	1,9 ÷ 3,3	2,6 ÷ 3,2	3,3 ÷ 4,4
Диаметр лимфоидных фолликулов, мкм	М ± m	85 ± 32	158 ± 72	267 ± 130	278 ± 64	437 ± 52
	ДИ	17 ÷ 153	0 ÷ 320	0 ÷ 629	136 ÷ 419	314 ÷ 560
Митотический индекс эпителия, %	М ± m	4,0 ± 1,0	13,2 ± 3,5	15,8 ± 3,1	6,4 ± 1,4	5,1 ± 1,3
	ДИ	1,9 ÷ 6,1	5,2 ÷ 21,2	7,3 ÷ 24,3	3,4 ÷ 9,4	2,1 ÷ 8,2
Доля профазы митоза, %	М ± m	28,7 ± 7,6	42,2 ± 6,9	29,9 ± 3,4	30,5 ± 7,7	59,0 ± 11
	ДИ	12,8 ÷ 44	26,7 ÷ 57,7	20,3 ÷ 40	13,5 ÷ 47,5	33,0 ÷ 85
Эрозированность СО, баллы	М ± m	1,3 ± 0,1	1,0 ± 0,0	1,2 ± 0,2	1,6 ± 0,3	1,3 ± 0,3
	ДИ	0,9 ÷ 1,6	–	0,6 ÷ 1,8	1,0 ÷ 2,2	0,7 ÷ 1,8
Доля патологических митозов, %	М ± m	9,6 ± 5,4	17,9 ± 4,6	8,1 ± 4,3	27,2 ± 10,7	21,1 ± 9,6
	ДИ	0 ÷ 20,9	7,5 ÷ 28,3	0 ÷ 20,0	3,7 ÷ 50,7	0 ÷ 43,7
Особые макрофаги, кол-во на мкм <sup>2</sup>	М ± m	0,6 ± 0,2	1,9 ± 0,7	3,1 ± 2,6	6,6 ± 3,6	0,9 ± 0,3
	ДИ	0,1 ÷ 1,0	0,3 ÷ 3,5	0 ÷ 10,4	0 ÷ 14,6	0,2 ÷ 1,5
Толщина базальной мембраны, баллы	М ± m	1,7 ± 0,1	2,1 ± 0,2	1,8 ± 0,2	1,8 ± 0,1	1,9 ± 0,1
	ДИ	1,5 ÷ 1,9	1,7 ÷ 2,5	1,2 ÷ 2,4	1,5 ÷ 2,0	1,6 ÷ 2,2
Атрофия СО, баллы	М ± m	1,3 ± 0,1	1,5 ± 0,2	1,2 ± 0,2	1,6 ± 0,2	1,3 ± 0,2
	ДИ	1,0 ÷ 1,5	1,1 ÷ 1,9	0,6 ÷ 1,8	1,2 ÷ 2,0	0,9 ÷ 1,6
Доля телофазы митоза, %	М ± m	3,3 ± 1,5	2,2 ± 1,5	2,4 ± 2,4	1,2 ± 1,2	2,5 ± 2,5
	ДИ	0 ÷ 7,2	0 ÷ 5,6	0 ÷ 9,1	0 ÷ 3,8	0 ÷ 8,4
Толщина СО, мкм	М ± m	273 ± 15	334 ± 30	376 ± 25	289 ± 24	419 ± 40
	ДИ	241 ÷ 305	266 ÷ 401	307 ÷ 446	237 ÷ 341	324 ÷ 515
Выраженность воспаления, баллы	М ± m	1,7 ± 0,1	2,0 ± 0,1	1,8 ± 0,2	2,2 ± 0,1	1,9 ± 0,2
	ДИ	1,5 ÷ 2,0	1,7 ÷ 2,3	1,2 ÷ 2,4	1,9 ÷ 2,4	1,3 ÷ 2,4
ВЭМИ, ‰	М ± m	19,2 ± 1,8	16,8 ± 1,1	21,4 ± 5,0	18,5 ± 2,9	14,4 ± 1,6
	ДИ	15,3 ÷ 23	14,3 ÷ 19,3	7,5 ÷ 35,3	12,2 ÷ 24,8	10,5 ÷ 18
Выраженность васкулитов в СО, баллы	М ± m	1,4 ± 0,1	1,6 ± 0,3	1,4 ± 0,2	1,3 ± 0,1	1,8 ± 0,3
	ДИ	1,1 ÷ 1,7	1,0 ÷ 2,2	0,7 ÷ 2,1	1,0 ÷ 1,6	1,0 ÷ 2,5
Кол-во лимфоидных фолликулов***	М ± m	0,4 ± 0,1	0,9 ± 0,4	0,6 ± 0,2	1,3 ± 0,4	1,6 ± 0,2
	ДИ	0,1 ÷ 0,7	0,0 ÷ 1,8	0 ÷ 1,3	0,4 ÷ 2,1	1,2 ÷ 2,1
Инфильтрация эозинофильными лейкоцитами***, баллы	М ± m	1,0 ± 0,0	1,0 ± 0,0	1,0 ± 0,0	1,2 ± 0,1	1,5 ± 0,2
	ДИ	–	–	–	1,0 ÷ 1,4	1,1 ÷ 2,0

\* Признаки приведены соответственно последовательности их включения в модель дискриминантного анализа;

\*\* ДИ – доверительный интервал при p = 95%; \*\*\* признаки не были включены в модель

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Насонов Е. Л. 50 лет применения метотрексата в ревматологии // Русский мед. журн. – 2005. – № 9. – С. 372–377.
2. Отто В., Астапенко М. Г., Трофимова Т. М. Усовершенствование и апробация критериев диагностики активности процесса при ревматоидном артрите // Вопр. ревматологии. – 1975. – № 3. – С. 18–22.
3. Панченко К. И., Виноградов Ю. Н., Фризен Б. Н. Биопсия прямой кишки как метод, определяющий базисную терапию при ревматоидном артрите // Сборник тезисов I съезда Международного союза ассоциаций патологоанатомов. – М., 1995. – С. 118–119.
4. Фоломеева О. М., Эрдес Ш. Ф. Инвалидность взрослого населения России, обусловленная ревматическими заболеваниями // Русский мед. журн. – 2007. – № 26. – С. 1946–1951.
5. Фризен Б. Н., Панченко К. И., Виноградов Ю. Н. Влияние базисной терапии на морфологическую картину слизистой оболочки прямой кишки у больных ревматоидным артритом // Терапевт. арх. – 1995. – № 11. – С. 76–80.
6. Bresnihan B. Are synovial biopsies of diagnostic value? // Arthritis Research & Therapy. – 2003. – № 5. – P. 271–278.
7. Gossec L. et al. Prognostic factors for remission in early rheumatoid arthritis: a multiparameter prospective study // Annals of the rheumatic diseases. – 2004. – № 63. – P. 675–680.
8. Kingsley G. H., Choy E. H., Scott D. L. Differences in disease expression and response to treatment between older and younger adults with rheumatoid arthritis // Rheumatology. – 2006. – № 46. – P. 105.
9. Lindqvist E. Prognostic laboratory markers of joint damage in rheumatoid arthritis // Annals of the rheumatic diseases. – 2005. – № 64. – P. 196–201.
10. Smolen J. S. The need for prognosticators in rheumatoid arthritis. Biological and clinical markers: where are we now? // Arthritis Research & Therapy. – 2008. – № 10. – P. 208.

Поступила 15.03.2010 г.

---

---

## Клиническая медицина

---

---

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН

Кубачев К.Г.<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Абдуллаев Э.Г.<sup>2</sup>, доктор медицинских наук,  
Ризаханов Д.М.<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
Качабеков М.С.<sup>2</sup>,  
Абдуллаев А.Э.\*<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава», 193045, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

<sup>2</sup> Кафедра хирургических болезней № 2 ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 600017, г. Владимир, ул. Горького, д. 5

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: elbrus58@rambler.ru

**РЕЗЮМЕ** Исследована эффективность применения эндоскопических методов гемостаза при острых пищеводно-желудочных кровотечениях портального генеза. Изучены показатели выживаемости и средней продолжительности жизни 244 пациентов, которые были разделены на две группы – основную и сравнения. Установлено значительное улучшение показателей выживаемости и средней продолжительности жизни пациентов основной группы, где для гемостаза были применены эндоскопические методы. Доказано, что пациенты основной группы отличались более высоким уровнем качества жизни в отдаленных периодах наблюдения, дольше сохраняли трудоспособность, физическую активность и возможность самообслуживания.

**Ключевые слова:** варикозно расширенные вены пищевода, цирроз печени, эндоскопический гемостаз, желудочно-кишечное кровотечение, портальная гипертензия

Желудочно-кишечные кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка являются наиболее жизнеугрожающими осложнениями цирроза печени. Зафиксирован высокий уровень летальности больных – около 50% при первом кровотечении, а также большая частота развития рецидива – 50–90% случаев [1]. Неудовлетворительные результаты лечения кровотечений такого рода определили необходимость постоянного поиска эффективных способов гемостаза [1]. В настоящее время наиболее эффективными заре-

комендовали себя методики эндоскопического гемостаза – эндоскопическая склеротерапия и эндоскопическое лигирование варикозных вен. Их применение позволяет значительно улучшить показатели выживаемости и средней продолжительности жизни пациентов как в течение пребывания в стационаре, так и отдаленном периоде наблюдения.

Важным синдромом в клинической картине заболеваний печени является развитие печеночной

---

Kubachev K.G., Abdullaev E.G., Rizakhanov D.M., Kachabekov M.S., Abdullaev A.E.

#### QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTRO-INTESTINAL HEMORRAGE OF PORTAL GENESIS FROM VARICOSLY DILATED VEINS

**ABSTRACT** The article is devoted to the analysis of the efficacy of hemostasis endoscopic methods in acute gastro-intestinal hemorrhage of portal genesis. The indices of survival and average life duration were studied in 244 patients which were divided into two groups: basic and comparative. It was stated the significant improvement of the indices of survival and average life duration in patients of the basic group, where endoscopic methods were used for hemostasis. It was proved that the patients of the basic group differed by higher level of the quality of life in follow-up examinations, longer keeping physical activity and the ability to work and self-service.

**Key words:** varicose dilatation of esophagus veins, hepatocirrosis, endoscopic hemostasis, gastrointestinal hemorrhage, portal hypertension.

энцефалопатии [3, 10]. Она в значительной степени определяет уровень интегрального показателя состояния пациента, каковым является качество жизни [4, 5, 7, 8, 9].

Целью настоящего исследования стало изучение качества жизни пациентов, перенесших пищеводно-желудочные кровотечения портального генеза, лечение которых проводилось с помощью эндоскопических методов гемостаза.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучено качество жизни 244 пациентов, страдающих циррозом печени, которые проходили лечение с 1999 по 2005 годы в Александровской больнице и клинической больнице № 122 г. Санкт-Петербурга. Все больные были разделены на 4 сопоставимые по полу и возрасту группы: 1 – 85 пациентов с острыми пищеводно-желудочными кровотечениями портального генеза, лечение которых осуществлялось с использованием эндоскопических методов гемостаза, 2 – 71 пациент с пищеводно-желудочными кровотечениями портального генеза, лечение которых было консервативным – с применением зонда Блекмора, 3 – 48 пациентов, ранее перенесших кровотечение портального генеза, у которых эндоскопические методы были применены для профилактики его рецидивов, 4 – 40 больных без эпизодов кровотечения. 2 и 4 группы использовались в качестве групп сравнения для 1 и 2 групп соответственно. Исследование качества жизни проводилось по методу Карновского [6] путем анкетирования пациентов на разных сроках наблюдения. Суть метода сводится к качественной (словесной) оценке параметров, характеризующих качество жизни, а затем перевода их в числовую форму (%) в соответствии со шкалой Карновского (табл. 1). В зависимости от количественной оценки устанавливали соответствие качества жизни больного одному из трех типов (А, В, С).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сведения о качестве жизни по методу Карновского удалось получить у 71 пациента в 1 группе, у 42 – во 2-й, у 41 – в 3-й, у 38 – в 4-й группе.

Показатели качества жизни учитывались в семи периодах наблюдения: на протяжении 60 месяцев (табл. 2, 3).

Как показывают данные, полученные при изучении качества жизни пациентов 1 и 2 групп, индекс Карновского оказался достоверно ( $p < 0,05$ ) выше во всех периодах наблюдения у больных, лечение которых проводилось с применением эндоскопических методов гемостаза. Так, в 1 группе,

в первых трех периодах уровень качества жизни больных соответствовал типу А по шкале Карновского (от 90,4 до 80,2%). В дальнейшем во всех периодах уровень качества жизни соответствовал типу В (от 76,1 до 64,3%), так и не снизившись до границы типа С. Среди пациентов 1 группы значительное число сохраняло работоспособность, имело достаточно высокий уровень самообеспечения и физической активности. В отличие от лиц 1 группы у пациентов 2 группы тип В качества жизни сохранялся лишь в течение первых двух периодов наблюдения (55,3 и 50,2%). Во всех последующих периодах уровень качества жизни больных этой группы относился к типу С (от 44,3 до 23,7%). Пациенты этой группы предъявляли большое количество жалоб, связанных с основным заболеванием, очень часто нуждались в госпитализации, постоянном уходе.

В 3 группе больных (которым выполнялась эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения портального генеза) отмечен наиболее высокий уровень качества жизни. На протяжении шести периодов наблюдения уровень качества жизни пациентов этой группы соответствовал типу А (от 97,3 до 80,3%) и лишь при сроке наблюдения свыше 60 месяцев снизился до верхней границы типа В (78,1%). Все показатели качества жизни у них свидетельствовали о почти полной компенсации состояния здоровья. Все больные соответствующего возраста в этой группе сохраняли трудоспособность и полное самообеспечение. Индекс Карновского в 3 группе был достоверно выше, чем в 4 во всех периодах наблюдения ( $p < 0,05$ ).

В 4 группе уровень качества жизни пациентов соответствовал типу А при сроке наблюдения до 6 месяцев (от 93,5 до 83,7%). При сроке наблюдения от 6 до 36 месяцев он относился к типу В (от 74,3 до 58,3%). В дальнейшем индекс качества жизни снизился до уровня, соответствующего типу С (43,6 и 37,4% соответственно в 6-м и 7-м периодах наблюдения).

Одной из задач исследования стало изучение вопроса о возможном влиянии эндоскопических манипуляций на усиление портосистемной энцефалопатии у пациентов с портальным кровотечением. С этой целью выполнено сравнение средних результатов теста связанных чисел (ТСЧ) у пациентов 1 и 3 групп сразу после эндоскопического вмешательства и через 1 год (табл. 4 и 5). В 1 группе обследовано 43 пациента, в группе 3 – 35. Все пациенты были разделены на подгруппы в зависимости от функционального класса печеночной недостаточности по Child – Pugh.

Как показывают полученные данные, в результате применения эндоскопических методов ге-

Таблица 1. Шкала оценки качества жизни по Карновскому

Тип	Типологические признаки	Количественная оценка, %
Тип А Сохранена нормальная ежедневная активность; медицинская помощь не требуется	Практически здоров; жалоб нет; признаков заболевания нет	100
	Сохранена нормальная ежедневная активность; незначительная степень выраженности проявлений заболевания	90
	Нормальная ежедневная активность поддерживается с усилием; умеренная степень выраженности проявлений заболевания	80
Тип В Утрата трудоспособности, проживание в домашних условиях возможно; большей частью способен себя обслужить; требуется уход в различном объеме	Способен себя обслужить; не способен поддерживать нормальную ежедневную активность или выполнять активную работу	70
	Большой частью способен себя обслужить, однако в отдельных случаях нуждается в уходе	60
	Частично способен себя обслужить, частично нуждается в уходе, часто требуется медицинская помощь	50
Тип С Не способен себя обслужить, требуется госпитальная помощь; возможна быстрая прогрессия заболевания	Не способен себя обслуживать, требуются специальный уход и медицинская помощь	40
	Не способен себя обслуживать, показана госпитализация, хотя непосредственная угроза для жизни отсутствует	30
	Тяжелое заболевание: необходима госпитализация, необходима активная поддерживающая терапия	20
	Терминальный период: быстро прогрессирующий фатальный процесс	10
	Летальный исход	0

Таблица 2. Оценка качества жизни пациентов 1 и 2 групп

Периоды наблюдения	Уровень качества жизни, %	
	1 группа	2 группа
1 (до 1 мес.)	90,4 ± 1,9	55,3 ± 1,3
2 (1–3 мес.)	85,1 ± 0,8	50,2 ± 0,7
3 (3–6 мес.)	80,2 ± 0,3	44,3 ± 1,4
4 (6–12 мес.)	76,1 ± 2,7	38,7 ± 0,7
5 (12–36 мес.)	72,8 ± 2,3	32,3 ± 1,5
6 (36–60 мес.)	68,8 ± 1,2	27,1 ± 1,3
7 (более 60 мес.)	64,3 ± 1,9	23,7 ± 1,2

Таблица 3. Оценка качества жизни пациентов 3 и 4 групп

Периоды наблюдения	Уровень качества жизни, %	
	3 группа	4 группа
1 (до 1 мес.)	97,3 ± 0,4	93,5 ± 0,4
2 (1–3 мес.)	94,5 ± 0,3	90,3 ± 1,2
3 (3–6 мес.)	90,1 ± 1,1	83,7 ± 1,3
4 (6–12 мес.)	88,3 ± 1,7	74,3 ± 2,2
5 (12–36 мес.)	84,5 ± 1,2	58,3 ± 2,1
6 (36–60 мес.)	80,3 ± 1,8	43,6 ± 1,7
7 (более 60 мес.)	78,1 ± 0,8	37,4 ± 1,4

Таблица 4. Динамика среднего значения ТСЧ в 1 группе\*

Функциональный класс печеночной недостаточности по Child – Pugh	Среднее значение ТСЧ, с	
	Сразу после эндоскопического вмешательства	Через 1 год после эндоскопического вмешательства
A	31,4 ± 4,5	31,2 ± 3,5
B	38,4 ± 3,3	36,8 ± 4,2
C	60,3 ± 5,2	57,3 ± 6,3

\* Примечание. Все различия показателей достоверны ( $p > 0,05$ ).

Таблица 5. Динамика среднего значения ТСЧ в 3 группе\*

Функциональный класс печеночной недостаточности по Child – Pugh	Среднее значение ТСЧ, с	
	Сразу после эндоскопического вмешательства	Через 1 год после эндоскопического вмешательства
A	27,4 ± 2,5	26,3 ± 3,2
B	30,1 ± 3,7	29,4 ± 2,9
C	54,8 ± 4,3	53,5 ± 2,3

\* Примечание. Все различия показателей достоверны ( $p > 0,05$ ).

мостаза у больных не усугубляются проявления печеночной энцефалопатии. Более того, во всех подгруппах имеется определенная положительная динамика в выполнении ТСЧ, которая, однако, не является статистически достоверной, что не позволяет сделать вывод об уменьшении проявлений энцефалопатии.

## ВЫВОДЫ

Применение эндоскопических методов гемостаза при остром пищеводно-желудочном кровотечении портального генеза значительно улучшает

качество жизни пациентов во всех периодах наблюдения. Наиболее высокий уровень качества жизни достигается при проведении адекватной эндоскопической профилактики рецидива кровотечения портального генеза. Важным аспектом рассматриваемой проблемы является то, что использование эндоскопических методов гемостаза и профилактики рецидива кровотечения позволяет достичь у значительного числа больных полной социальной реабилитации с сохранением трудоспособности и возможности самообеспечения (период наблюдения – 6 лет).

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Ибронов Ш. М. Отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств у больных циррозом печени: дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2001.
2. Романова Н. В. Клинико-лабораторные особенности, психологические аспекты личности и уровень качества жизни у пациентов с печеночной энцефалопатией на фоне хронических заболеваний печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2007. – С. 2–3.
3. Amodio P., Montagnese S., Gatta A., Morgan M. Y. Characteristics of minimal hepatic encephalopathy // *Metab. Brain Dis.* – 2004. – Vol. 19, № 3–4. – P. 253–267.
4. Bondini S., Kallman J., Dan A., Younoszai Z., Ramsey L., Nader F., Younossi Z.M. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis B // *Liver Int.* – 2007. – Vol. 27, № 8. – P. 1119–1125.
5. Dan A. A., Kallman J. B., Wheeler A., Younoszai Z., Collantes R., Bondini S., Gerber L., Younossi Z. M. Health-related quality of life in patients with non-alcoholic fatty liver disease // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2007. – Vol. 26, № 6. – P. 815–820.
6. Friendlander A.H., Ettinger R.L. Karnofsky performance status scale // *Spec. Care Dentist.* – 2009. – № 29 (4). – P. 147–148.
7. Lee E. H., Cheong J. Y., Cho S. W., Hahm K. B., Kim H. Y., Park J. J., Lee D. H., Kim S. K., Choi S. R., Lee S. T., Moon S. M. Development and psychometric evaluation of a chronic liver disease-specific quality of life questionnaire // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2007. – № 7. – P. 23.
8. Levy A. R., Kowdley K. V., Iloeje U., Tafesse E., Mukherjee J., Gish R., Bzowe J. N., Briggs A. H. The impact of chronic hepatitis B on quality of life: a multinational study of utilities from infected and uninfected persons // *Value Health.* – 2007. – № 12. – P. 17.
9. Selmi C., Gershwin M. E., Lindor K. D., Worman H. J., Gold E. B., Watnik M., Utts J., Invernizzi P., Kaplan M. M., Vierling J. M., Bowlus C. L., Silveira M. G., Bossi I. USA Epidemiology Group Quality of life and everyday activities in patients with primary biliary cirrhosis // *Hepatology.* – 2007. – Vol. 46, № 6. – P. 1836–1843.
10. Stewart C. A., Smith G. E. Minimal hepatic encephalopathy // *Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol.* – 2007. – Vol. 4, № 12. – P. 677–685.

Поступила 14.05.2010 г.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ РАЗНЫХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ**

**Бобошко И.Е.\***, кандидат медицинских наук

Кафедра поликлинической педиатрии с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми  
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново,  
просп. Ф.Энгельса, д. 8

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: [evs-optimum@mail.ru](mailto:evs-optimum@mail.ru)

**РЕЗЮМЕ** Актуальность комплексного индивидуализированного подхода к медико-социальному сопровождению определяется негативной тенденцией к ухудшению здоровья детей, особенно школьного возраста. Программа основана на разделении детей на три типа психосоматической конституции по направленности их психической активности: на интровертов (направленность вовнутрь), экстравертов (вовне) и центровертов (баланс активности). Интро-, экстра- и центроверты имеют четкие различия в физическом, нервно-психическом развитии, функционировании органов и систем, предрасположенности к заболеваниям, что было учтено при создании программ профилактики и комплекса клинических рекомендаций.

**Ключевые слова:** психосоматическая конституция, школьники 7–17 лет, комплексная оценка состояния здоровья.

Сохраняющаяся тенденция к росту распространенности хронической патологии в школьном возрасте диктует необходимость поиска новых подходов к профилактике нарушений здоровья и реабилитации детей с его отклонениями с учетом индивидуальных физических и психических особенностей ребенка [1]. Его актуальность подчеркивается даже на высшем уровне государственной власти. В обращении к парламенту президент РФ Д.А. Медведев заявил, что «...к каждому ученику должен быть применен индивидуальный подход – минимизирующий риски для здоровья в процессе обучения» [3]. Однако ощущается явный дефицит комплексных программ сопровождения детей (предназначенных для реализации родителями, педагогами и медицинскими работниками), которые основаны на учете индивидуальных особенностей ребенка. Принцип педиатрии «лечить не болезнь, а больного» традиционно реализуется в лечебных и реабилитационных мероприятиях, учитывающих нозологическую форму, особенности течения, тяжесть

состояния – но мало проявляется в форме первичной профилактики. Тем не менее, каждый ребенок не только болен по-своему, но и по-своему здоров. Сложности дифференцированного подхода к сопровождению связаны во многом с отсутствием четких представлений о соматической и психической индивидуальности ребенка, выявления его системной организации. Трудно учесть весь спектр индивидуальных свойств, однако на практике реализация такого подхода возможна через учет типологических психосоматических различий.

Чтобы программы формирования здоровья носили действительно комплексный характер, необходимо выделить наиболее значимые и, в то же время, наиболее доступные параметры индивидуальности ребенка.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Под наблюдением находились 725 детей в возрасте 7–17 лет, обучающиеся в общеобра-

**Boboshko I.E.**

### **DIFFERENTIATED APPROACH TO MEDICAL SOCIAL PEDIATRIC ACCOMPANIMENT IN CHILDREN OF VARIOUS CONSTITUTIONAL TYPES IN MEDICAL AND EDUCATIONAL INSTITUTIONS**

**ABSTRACT** The actuality of the complex individualized approach to the medical social accompaniment is defined by the negative tendency to the deterioration of children health status especially of schoolchildren. The program is based upon the division of the children into three types of psychosomatic constitution namely the direction of their psychic activity: introverts (directed in), extraverts (directed out) and centroverts (activity balance). Intro-, extra- and centroverts have clear differences in physical and neural psychic development, in functioning of their organs and systems, predisposition to the diseases and it is taken into account in the development of the programs of prevention and the complex of clinical recommendations.

**Key words:** psychosomatic constitution, schoolchildren aged 7–17 years, complex evaluation of health status.

зовательной школе. Все они имели II и III группу здоровья, у детей с III группой срок полной клинко-лабораторной ремиссии составлял не менее 3 лет. Все дети были разделены на три группы: 7–10, 11–14 и 15–17 лет. Внутри каждой группы дети делились по типу направленности психической активности на интро-, центр- и экстравертов.

Методы исследования включали оценку физического развития с определением типа морфо-конституции, измерением соотношения костных полостей, показателей физической подготовленности. Нервно-психическое развитие оценивали по состоянию эмоциональной, характерологической, интеллектуальной, поведенческой сфер и качеству адаптации в семье и школе (приказ № 60 МЗ).

Проводилась оценка функционального состояния кардиореспираторной системы, вегетативной регуляции, биоэлектрической активности головного мозга. Проведенное нами исследование показало, что существуют антропометрические, моторные, психологические, функциональные, вегетативные, психофизиологические параметры, имеющие принципиальные различия у детей трех конституциональных типов – интро-, центр- и экстравертов.

Конституциональные особенности прослеживаются во все возрастные периоды, и их сводный перечень дает три варианта системного портрета ребенка.

**Системный портрет ребенка-интроверта:** обычно высокого, среднего роста, чаще астенического типа телосложения, с тенденцией к сниженной массе тела, замедленным темпам полового созревания, долихоцефалической форме черепа, грудная клетка и таз узкие, несколько уплощенные. В моторной организации им свойственны низкие показатели скорости, силы и высокие – работоспособности и выносливости. Тип направленности психической активности – «вовнутрь», на мир внутренних переживаний.

Преобладающий эмоциональный фон стабильно невысокий, со склонностью к уединению. Психологически характеризуется высокими показателями вербального интеллекта, логического мышления, склонностью к тревожно-фобическим реакциям, сниженной самооценке, пассивно-социальному типу поведения, низкому уровню агрессивности, высокой дисциплинированности. Преобладает развитие мелкой моторики по сравнению с крупной (дети неуклюжи, медленно обучаются двигательным стереотипам). В характеристиках личности на первый план выходят высокие показатели педантизма, избирательность социальных

контактов, высокие показатели дисциплинированности.

Ригидность процессов возбуждения в сочетании с высокими показателями динамической и статической выносливости к физическим нагрузкам суб-максимальной интенсивности, дает возможность выполнения монотонной работы при сохранении высокой степени произвольного внимания и точности. Характерна исходная нормо- и ваготония с нормальной и асимпатикотонической вегетативной реактивностью, брадикардия и брадипноэ, артериальная гипотония, сниженные показатели функциональных проб. Тип альфа-ритма на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) – низкоамплитудный, высокочастотный; высок удельный вес бета-ритма, дельта- и тета-ритм встречаются реже, чем у других типов. Острые заболевания чаще протекают в виде ринитов и фарингитов, длительно и вяло, с бронхоспастическим и аллергическим компонентами и длительной астенизацией. У них развивается миопия и фронтальные сколиозы из-за низкого мышечного тонуса. Для них характерны гиперацидные гастриты, спастические запоры, артериальная гипотония, аллергия. В неврологических расстройствах на первый план выходят головные боли напряжения, логоневрозы и тикодные гиперкинезы.

**Системный портрет ребенка-экстраверта:** обычно среднего роста, мезосоматического телосложения, с преобладанием торакального и мышечного компонентов соматической конституции, с тенденцией к брахицефалической форме черепа, увеличенным значениям характеристик глубины черепа, грудной клетки, таза. Тип направленности психической активности – «вовне», на внешние события. Эмоциональный фон со склонностью к бурным, аффективным эмоциональным реакциям при сниженной способности самоконтроля и саморегуляции. Демонстрируют низкие показатели дисциплины и педантизма. Ригидность процессов торможения в ЦНС сочетается с невысокими показателями динамической и статической выносливости при физических нагрузках суб-максимальной интенсивности. В характеристиках личности на первый план выступают высокие показатели лидерства, спонтанности и агрессивности, которые сочетаются с высокими показателями физической силы и скорости. Обычный тип социализации – активный при низкой подчиняемости и избытке социальных контактов. Высокая психическая и физическая активность экстравертов в случае отсутствия реализации в позитивных видах деятельности требует постоянно высокого уровня функционирования вегетативной нервной системы, необходимости гиперсимпатико-тонических реакции в ответ на внешние раздражители.

ли. В целом моторная и психическая составляющие эмоциональных реакций детей-экстравертов отличаются выраженной силой и быстротой при сниженной устойчивости и выносливости. Характерна исходная нормо- и симпатикотония, с нормальной и гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью, тахикардия и тахипноэ, высокие показатели артериального давления и функциональных проб. Тип альфа-ритма на ЭЭГ высокоамплитудный, низкочастотный со склонностью к гиперсинхронизации; высок удельный вес медленноволновой дельта- и тета-активности. ОРЗ, чаще в виде тонзиллитов и отитов, протекают кратковременно, с подъемом температуры до высоких цифр. Развиваются сагиттальные сколиозы из-за повышенного мышечного тонуса. Характерные болезни – гипоацидные гастриты, атонические запоры, артериальная гипертензия, энурезы, доброкачественная внутричерепная гипертензия с гидроцефальными изменениями, склонность к эпилептомам.

**Системный портрет ребенка-центроверта:** обычно дигестивного макросоматического телосложения; горизонтальные сечения черепа, грудной клетки, таза по форме приближены к кругу, т. е. продольные и поперечные оси имеют близкие абсолютные значения. Тип направленности психической активности – уравновешенность внешней и внутренней направленности. Нервно-психическое развитие характеризуется разносторонней одаренностью, агрессивность и социальная активность средние, при этом центроверты уступают интровертам в показателях интеллектуальной деятельности, а экстравертам – в силовых и лидерских качествах. Им свойственно поведение, копирующее как позитивный, так и негативный стиль лидера. Они ориентированы на то, чтобы подстроиться к сильному человеку, очень внушаемы, малоинициативны. Они универсальны, но требовать от них, чтобы они «хватали звезды с неба», нелогично: они все делают хорошо, добротой, но им нужен интроверт, чтобы найти нестандартный подход, и нужен экстраверт, чтобы выполнить сложную задачу в ситуации дефицита времени и ресурсов. Для них характерна эйтония, среднее по тяжести, продолжительности и выраженности течение ОРЗ, нетяжелое течение доброкачественной внутричерепной гипертензии, повышенный аппетит, холестаза, гиперхолестеринемия, спазм аккомодации, часто развивается плоскостопие, обусловленное избыточным весом и гипотонией мышц нижних конечностей.

Конституциональный характер составляющих системного портрета каждого типа подтвержден наличием корреляционных связей между большинством изучаемых параметров и уровнем экс-

траверсии. Проведение корреляционного анализа подтвердило существование серьезных отличий в физической, моторной, психофизиологической организации, функционировании кардиореспираторной системы, заболеваемости между детьми интро-, центро- и экстравертами. Эта взаимосвязь определяет тип реагирования на стрессовые факторы и особенности приспособительных реакций и заболеваемости у детей разных конституциональных типов.

При этом ни один из типов не имеет физических или психических преимуществ перед другими, он всего лишь прогнозирует успешность ребенка в биологической и социальной адаптации, что одинаково важно при составлении как программ профилактики, так и комплекса клинических рекомендаций. Таким образом, наряду с популяционной нормой, у детей могут быть выделены и «нормы конституции», которые в значительной степени определяют сильные и слабые стороны каждого типа и защищают ребенка от приведения его функционирования к усредненной норме (табл. 1).

На основе выявленных различий создана «Дифференцированная программа оздоровления детей разных конституциональных типов» в учреждениях здравоохранения и образования, включающая модули рекомендаций, разделенные на 3 этапа.

*I этап.* Диагностика типа психосоматической конституции ребенка по предложенным тестам. Учитывая их простоту, они могут быть выполнены на доврачебном этапе профилактических осмотров. Разработана анкета, включающая 11 вопросов, на которые ребенок отвечает самостоятельно, а применительно к детям младшего возраста разработаны анкеты для родителей, состоящие из 9 вопросов.

*II этап.* Подбор рекомендаций, которые просты в использовании, доступны, высокоэффективны, не требуют больших материальных и временных затрат, что способствует достижению комплайенса врача с семьей ребенка. Они касаются режима дня, питания, правильного воспитания, физического и нервно-психического развития, профилактики «конституционально-опасных» заболеваний.

*III этап.* Подбор рекомендаций для педагогов и психологов по социальному (психолого-педагогическому) сопровождению ребенка в образовательном учреждении в русле его конституционального потенциала, которые включают игры, направленные на снижение уровня тревожности, выравнивание самооценки и улучшение социального статуса (табл. 2).

Таблица 1. Конституциональный потенциал

Стороны конституции	Интроверт	Центроверт	Экстраверт
Сильные	Активная познавательная деятельность; хорошая логика, память, мелкая моторика, высокая дисциплинированность; низкий уровень агрессивности; выносливость к длительным монотонным нагрузкам	Добродушие, покладистость, готовность к партнерству; пластичность, разносторонность; сбалансированность развития психических функций	Лидерские качества; мышечная выносливость, физическая сила; активность, хорошее воображение, образное мышление, ловкость, пластичность
Слабые	Склонность к физической и психической астении, тревожно-мнительный характер; низкая сила, скорость, моторная активность	Гиперконформность; эмоциональная неустойчивость; склонность к нарушению жирового и углеводного обмена	Эмоциональная возбудимость, конфликтность, обидчивость, «взрывной характер», агрессивность; низкое произвольное внимание и дисциплина

Таблица 2. Программа сопровождения детей разных конституциональных типов

Направление оздоровления	Интроверт	Центроверт	Экстраверт
<b>1. Режим дня, питание</b>			
Утренняя гимнастика	медленное пробуждение, без резких движений	сочетание подходов	энергичные и энергоемкие упражнения
Режим сна	«жаворонок»	«голубь»	«сова»
Подготовка ко сну	аутотренинг	сочетание	ритуалы расслабления
Особенности питания	стимуляция аппетита, соки перед приемом пищи	ограничение потребления жиров и углеводов	ограничение потребления поваренной соли, экстрактивных веществ
Обогащение рациона	продуктами, богатыми кальцием	растительными волокнами	продуктами, богатыми калием
Ограничение в рационе	аллергенов	жиров и углеводов	жидкости во второй половине дня
<b>2. Воспитание</b>			
Вариант семейного воспитания	демократичный («не торопи», «не навреди»)	«доверяй, но проверяй»	авторитарный, дисциплинарные воздействия («ни минуты покоя»)
Основные средства воспитания	поощрение и деликатность, повышение самооценки	мотивация к самостоятельности	последовательность, твердость и контроль
Тип педагогического воздействия	поддерживающий	сочетание подходов	сдерживающий
Профилактика дидактогений	тактика «аванса доверия»	предоставление инициативы	тактика поощрения достижений
Ожидаемые реакции на стресс	пассивный тип: снижение настроения, нарушения сна, моторики	смешанный характер, но меньшие по силе реакции	активный тип: агрессия, гнев, нарушения дисциплины
Тактика в стрессовых ситуациях	необходимость уединения	возможность поделиться с окружающими	активные физические действия («кукла для битья»)

Направление оздоровления	Интроверт	Центроверт	Экстраверт
<b>3. Физическое развитие</b>			
Направление кинезотерапии	тренинг мышечной силы, координации движений	тренинг статической выносливости	сначала энергоемкие, а затем – релаксационные упражнения
Формы упражнений	для повышения мышечного тонуса	на равновесие	для постизометрической релаксации
Темп выполнения	низкий	средний	высокий
Разучивание упражнений	медленное и поэтапное	преподносятся как сюрприз	динамичная смена двигательных актов
Форма занятий	индивидуальные	групповые	групповые
Рекомендуемые спортивные секции	настольный теннис, плавание	легкая атлетика, футбол, танцы	акробатика, фигурное катание, игры с мячом
<b>4. Повышение резистентности организма</b>			
Закаливание	воздушные виды	сочетание	водные виды
Фитопрофилактика ОРЗ	настой шиповника (витамин С)	чай из рябины и шиповника	отвар овса (витамин В <sub>1</sub> , В <sub>6</sub> )
Повышение резистентности	массаж биологически активных точек, связанных со слизистой носоглотки	дыхательная гимнастика	массаж биологически активных точек, связанных с миндалинами
Создание комфорта во время ОРЗ	уединение, чтение	праздник, подарок	общение, компания друзей
Дополнение к терапии ОРЗ	противоаллергические препараты	стандартная схема	седативная фитотерапия
Реабилитация после ОРЗ	стимулирующая фитотерапия, витамины А, Е	стандартная схема реабилитации	седативная фитотерапия, витамины группы В
<b>5. Коррекция неврологических нарушений</b>			
Направление коррекции	улучшение венозного оттока	мягкая дегидратация	дегидратация, седативная фитотерапия
Фитопрофилактика	экстракт плодов конского каштана	экстракт клюквы	отвары брусничного листа, мяты
Методы физического воздействия	профилактика венозного застоя	двигательная активность	релаксация (массаж, музыка-, ароматерапия)
Профилактика вегетодисфункции	тонизирующие напитки утром	сочетание подходов	успокаивающие чаи вечером
Водолечение	контрастный душ	сочетание	душистые ванны вечером
<b>6. Тренинг конституционально слабых свойств</b>			
Коммуникативные навыки	обучение роли лидера	предоставление инициативы	поощрение альтруизма, скромности, деликатности
Обучение саморегуляции	поощрение раскрепощенности	поощрение самостоятельности	сдерживание бурных эмоциональных реакций
Тренинг высших корковых функций	переключаемости деятельности	логического мышления	внимания

Созданная программа сопровождения детей позволила:

- увеличить функциональные возможности организма за счет гармонизации взаимодействия отделов вегетативной нервной системы (отсутствие или уменьшение количества жалоб по анкете Вейна, позитивная динамика показателей variability ритма сердца);
- предотвратить ухудшение неврологического статуса, улучшить функциональное состояние мозговой гемодинамики и биоэлектрической активности мозга (редукция рассеянной неврологической симптоматики, нормализация цереброваскулярной реактивности по показателям ультразвуковой доплерографии и улучшение параметров биоэлектрической активности головного мозга по данным электроэнцефалографического исследования);
- улучшить мышечный тонус и, как следствие, предотвратить появление нарушений в работе опорно-двигательного аппарата;
- повысить резистентность организма и снизить острую заболеваемость (уменьшение числа пропусков уроков по болезни, случаев ОРЗ);
- улучшить состояние высших корковых функций и повысить успеваемость ребенка;

- улучшить эмоциональное состояние за счет гармонизации отношений в семье, коллективе сверстников, что подтверждено результатами психологического исследования (тест уровня школьной тревожности Филипса, социометрия), самоотчетом детей и родителей;

Данная программа стала лауреатом конкурса инноваций в области медицины «Поликлиника XXI века» и получила специальную премию в номинации «За вклад в здоровье нации», признана лучшей научной работой в разделе «Клиническая медицина: взгляд в будущее» на III Российском форуме «Медицина за качество жизни».

При реализации программы не требуются высокие материальные затраты, использование специального диагностического и лечебного оборудования, но она является высокоэффективной не только в профилактике заболеваний, но и в укреплении здоровья, улучшении физического и нервно-психического развития, качества социальной адаптации. Она может быть использована для здоровых детей, помогая им развиваться оптимально, а также для детей с нарушениями здоровья как в детских поликлиниках, образовательных учреждениях, реабилитационных центрах, так и во вновь создаваемых центрах здоровья.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Кумча В. Р., Сухарева Л. М. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.
2. Медико-психолого-педагогическое сопровождение детей в учреждениях здравоохранения и образо-

- вания / Л.А. Жданова, Т.В. Русова, А.В. Шишова, И.Е. Бобошко, Г.Н. Нуждина. – Иваново : ГОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, 2003. – 216 с.
3. Послание президента РФ // Мед. вестн. – 14 ноября 2008. – № 35 (462). – С. 2.

Поступила 25.02.2010 г.

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЕГО НАРУШЕНИЙ

Русов И.А.\*

Кафедра поликлинической педиатрии с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми  
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153002, Иваново, Ф. Энгельса, 8

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: 8-920-344-64-24

**РЕЗЮМЕ** При комплексном медико-психологическом обследовании подростков 10–17 лет с рецидивирующей и хронической соматической патологией установлена значительная распространенность неврологических расстройств, неблагоприятных психологических характеристик личности, а также психогенных и социальных факторов, что свидетельствует о необходимости внедрения в практическое здравоохранение комплексных программ выявления и реабилитации этих пациентов с учетом спектра нейросоматических и психологических проблем.

**Ключевые слова:** подростки, заболеваемость, психологический статус, социальная адаптация.

В настоящее время темпы роста общей заболеваемости детей подросткового возраста в 1,6 раза выше по сравнению с этим показателем в остальных группах детского населения [5]. На каждого подростка приходится от 2 до 4 заболеваний в год. В подростковой популяции высока распространенность как соматической патологии, так и заболеваний нервной системы, в том числе и перинатального генеза. Заболевания нервной системы встречаются сейчас у подростков 15–17 лет на 13% чаще, чем 5 лет назад (у детей в возрасте до 14 лет – только на 8%), в результате в настоящее время заболеваемость подростков этой патологией на 11% выше, чем остальной детской популяции [5]. Течение соматических заболеваний на фоне неврологических расстройств характеризуется ранней хронизацией и более частым развитием осложнений [1]. У подростков с данной патологией под влиянием психогенных и неблагоприятных социальных факторов нередко формируются различные эмоционально-поведенческие нарушения, приводящие к социальной дезадаптации этих детей [2, 6]. Значительным резервом повышения эффективности медицинской помощи этим подросткам является комплексный подход к диагностике и лечению соматической па-

тологии с обязательным выявлением возможных неврологических расстройств, неблагоприятных социальных факторов и учетом специфических психологических особенностей, а также психогенных факторов, оказывающих негативное влияние на течение заболеваний. Осуществление его возможно в условиях поликлинического отделения клиники ИвГМА, на базе которого проводится комплексное медико-психологическое консультирование детей с рецидивирующей и хронической соматической патологией.

Цель настоящего исследования – выявить структуру соматической и неврологической патологии у подростков 10–17 лет, обратившихся в поликлиническое отделение клиники ИвГМА, особенности их психологической характеристики и социальной адаптации для обоснования программ их медико-психологического сопровождения.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Осуществлено комплексное медико-психологическое обследование 280 подростков 10–17 лет с хронической или рецидивирующей соматической патологией. Из них были сформированы две группы: 1 группа – 194 ребенка 10–14 лет (млад-

Rusov I.A.

### ADOLESCENTS HEALTH STATUS AND PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF ITS DISORDERS

**ABSTRACT** Adolescents aged 10–17 years with recurring and chronic somatic pathology undergone complex medical psychological examination. Significant spreading of neurological disorders and unfavorable psychological personal characteristics so as psychogenic and social factors were revealed. It testified to the necessity to introduce complex programs for revealing and rehabilitation of such patients into practical public health system with due regard to the spectrum of neurosomatic and psychological problems.

**Key words:** adolescents, morbidity, psychological status, social adaptation.

ший подростковый возраст) и 2 группа – 86 детей 15–17 лет (старший подростковый возраст). Определение психологических особенностей детей проводилось с помощью шкал личностной и школьной тревожности, С-теста для оценки уровня страхов, шкалы самооценки Дембо – Рубенштейна; тип семейного воспитания устанавливали с помощью вопросника для родителей. При анализе полученных результатов применялись методы вариационной статистики с определением коэффициента Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате комплексного клинико-функционального обследования пациентов отделения была установлена высокая частота (73%) патологии опорно-двигательного аппарата у детей с хроническими и рецидивирующими соматическими заболеваниями. В структуре данной патологии ведущее место занимали нарушения осанки (41% в 1 группе и 30% во 2 группе). Снижение частоты их встречаемости от 10–14 к 15–17 годам можно объяснить завершением процессов роста и нарастанием мышечной массы в старшем подростковом возрасте и, как следствие, укреплением мышечного каркаса. У 25–28% детей в обеих группах был выявлен сколиоз. Значительно реже (17% в 1 группе и 18% во 2 группе) диагностировалась нестабильность шейного отдела позвоночника. В старшем подростковом возрасте по сравнению с младшим наблюдался рост числа детей с остеохондрозом (с 2 до 7%).

Около половины детей в обеих группах имели патологию ЛОР-органов, в структуре которой преобладали следующие заболевания: хронический тонзиллит – в 47% случаев, аллергический ринит – в 40%.

У каждого третьего ребенка 10–14 лет выявлялась патология органа зрения. Причем во второй группе по сравнению с первой число таких детей было на 30% больше и количество пациентов с близорукостью было достоверно выше (соответственно 11,6 и 3,3%,  $p < 0,01$ ), что согласуется с данными литературы о росте частоты миопии у детей в школьном возрасте [3].

В целом патология сердечно-сосудистой системы наблюдалась у 32% детей 1 группы и у 40% подростков 2 группы. Достоверно чаще среди пациентов 15–17 лет по сравнению с детьми 10–14 лет встречалась нейроциркуляторная дистония и артериальная гипертензия, преимущественно лабильная (50 и 23%,  $p < 0,01$ ), что, по видимому, обусловлено выявленным в нашем исследовании увеличением числа детей с синдромом вегетативной дисфункции и симпатикото-

нией в старшем подростковом возрасте, по сравнению с периодом от 10 до 14 лет. Единичными были дети с врожденными пороками сердца. У остальных детей патология сердечно-сосудистой системы была представлена малыми аномалиями и функциональным шумом на фоне различных хронических или рецидивирующих заболеваний.

Патология органов пищеварения встречалась у 23% детей 1 группы и 26% подростков 2 группы. При этом у большинства детей в обеих группах (59% 10–14-летних и 86% 15–17-летних) наблюдалась органическая патология желудка и 12-перстной кишки – гастродуоденит, язвенная болезнь; реже диагностировалась дисфункция билиарного тракта (соответственно 39 и 32%), в единичных случаях – хронический гепатит, панкреатит, эзофагит.

У каждого пятого пациента наблюдалась патология почек и мочевыделительной системы, в структуре которой хронический пиелонефрит составлял 32%, энурез – 24% случаев. Хронический гломерулонефрит, опухоль Вильмса, удвоение почки выявлялись в единичных случаях. При этом почти у половины пациентов отмечалась дисметаболическая нефропатия – оксалатно-кальциевая кристаллурия. Среди подростков 10–14 лет наиболее часто встречалась дисметаболическая нефропатия (43%), несколько реже – энурез (34%) с преобладанием у мальчиков. Хронический пиелонефрит отмечался у 21% детей 1 группы. У подростков 15–17 лет энурез не наблюдался; отмечено достоверное увеличение частоты хронического пиелонефрита по сравнению с пациентами 1 группы (58 и 21%,  $p < 0,01$ ).

При анализе патологии эндокринной системы у обследуемых пациентов была установлена достоверно более высокая ее распространенность у подростков 15–17 лет по сравнению с детьми 10–14 лет (соответственно 26 и 13%,  $p < 0,02$ ), что согласуется с данными официальной статистики об увеличении в 2 раза заболеваемости эндокринной патологией в старшем подростковом возрасте [5]. В структуре указанных нарушений преобладал гипоталамический синдром (36%) и эндемический зоб (36%). При этом каждый третий ребенок с зобом имел увеличение щитовидной железы 2 степени. У 18% пациентов отмечалось первичное ожирение, в единичных случаях – сахарный диабет, гипофизарный нанизм.

Около 10% обследованных были направлены в отделение с заболеваниями органов дыхания, в основном с бронхиальной астмой. В единичных случаях дети относились к группе часто болеющих. У 9% пациентов наблюдался атопический дерматит.

Важно отметить, что в 95% случаев при обследовании детей было выявлено сочетание указанных выше хронических или рецидивирующих соматических заболеваний с различной патологией нервной системы, что отражает высокую частоту нейросоматических расстройств в подростковом возрасте. При этом у половины подростков 10–14 лет наблюдались последствия перинатальных поражений ЦНС, у трети детей – резидуальная энцефалопатия смешанного генеза, у 15% – церебральные ангиодистонии, обусловленные синдромом вегетативной дисфункции. Последствия черепно-мозговых травм встречались гораздо реже – в 3% случаев. У подростков 15–17 лет на первом месте по частоте встречаемости стоят сосудистые нарушения работы ЦНС, обусловленные синдромом вегетативной дисфункции, доля которых была в 3 раза больше, чем в предыдущей группе, что связано со значительным ростом распространенности синдрома вегетативных дисфункций в подростковом возрасте [4]. Второе место занимает резидуальная энцефалопатия смешанного генеза: последствия гипоксических перинатальных поражений ЦНС в сочетании с последствиями черепно-мозговых травм, нейроинфекций, а также с вегетативной дисфункцией. Причем она диагностировалась в 1,5 раза чаще, что свидетельствует об увеличении с возрастом числа подростков с сочетанной этиологией поражений нервной системы. Достоверно реже (лишь в 7% случаев) наблюдались только последствия перинатальных поражений ЦНС. Представленные данные свидетельствуют о том, что ведущие причины возникновения патологии нервной системы значительно различаются в младшем и старшем подростковом возрасте.

На фоне разнообразия неврологических синдромов, регистрируемых у обследованных, у большинства из них (76%–74%) отмечались синдром вегетативной дисфункции и доброкачественной внутричерепной гипертензии, у трети детей – церебрастенический и астеноневротический синдромы, гораздо реже (в 2–8% случаев) диагностировались синдром дефицита внимания с гиперактивностью, мышечно-тонический синдром, логоневроз, синдром навязчивых движений, периферическая цервикальная недостаточность, пирамидная недостаточность, цефалгия напряжения.

В результате изучения особенностей психологического статуса обследуемых подростков была установлена высокая распространенность неблагоприятных психологических характеристик личности детей. Так, повышенная общая тревожность отмечалась у 71% пациентов младшего

подросткового возраста (10–14 лет). В старшем подростковом возрасте число таких детей увеличивалось на 15%. В формировании тревожной личности подростка значительную роль играют школьные факторы, о чем свидетельствует повышенный уровень школьной тревожности (у 70% подростков, обратившихся в отделение). У большинства пациентов определялся повышенный уровень страхов, в основном также связанных со школой (79% случаев) либо неэффективным общением со сверстниками или взрослыми, в том числе родителями (56%). Страх учителя и проверки знаний – у 40% пациентов, агрессии и насмешек одноклассников – у 27%, общения со сверстниками – 12%, страх самовыражения – 25%, несоответствия ожиданиям окружающих – 30%. У каждого четвертого подростка установлена незрелая учебная мотивация, у 14% пациентов – повышенная агрессивность, у 12% – эмоциональная незрелость, у 15% – подавление чувств. Наряду с трудностями школьной адаптации около половины обследованных испытывали эмоциональный дискомфорт в семье, зачастую в связи с непоследовательным воспитанием и незнанием психологических особенностей подросткового возраста, а иногда и жестоким обращением с ребенком. Различные нарушения семейного воспитания установлены в большинстве консультируемых семей. В результате в семье каждый третий подросток испытывает повышенный страх наказания, 23% – непонимания близкими, 14% – отвержения близкими. У четверти подростков в процессе консультирования в отделении выявлена потеря контакта с родителями, в 4% семей – жестокость родителей по отношению к детям. В результате значительной распространенности эмоционально-поведенческих нарушений у пациентов отделения, а также психогенных и неблагоприятных социальных факторов около половины подростков имели нарушение социальной адаптации.

## ВЫВОДЫ

У подростков рецидивирующая и хроническая соматическая патология часто сочетается с неврологическими расстройствами различного генеза, в том числе последствиями перинатальных поражений ЦНС, а также неблагоприятными психологическими характеристиками личности, высокой распространенностью психогенных и негативных социальных факторов. Представленные данные свидетельствуют о необходимости разработки и внедрения в практику учреждений здравоохранения дифференцированных программ медико-психологического сопровождения детей с хронической и рецидивирующей патологией.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Жданова Л. А., Салова М. Н., Рунова О. С. Нейросоматический подход к реабилитации детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта // Вестн. Ивановской медицинской академии. – 2009. – Т. 14, № 3. – С. 18–21.
2. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб. : Специальная литература, 1996. – 454 с.
3. Кучма В. Р. Медико-профилактические основы обучения и воспитания детей: рук-во для медицинских и педагогических работников образовательных и лечебно-профилактических учреждений. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2005. – 528 с.
4. Кушнир С. М., Антонова Л. К. Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония. – Тверь, 2007. – 216 с.
5. Медико-социальные и демографические параметры службы охраны здоровья матери и ребенка : информ. матер. Минздравсоцразвития РФ. – М., 2007. – 128 с.
6. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.

Поступила 23.04.2010 г.

## ОСОБЕННОСТИ МАГИСТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Колбасников С.В., доктор медицинских наук,  
Нилова О.В.\*, кандидат медицинских наук

Кафедра семейной медицины ФПДО, ПК и ППС ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Росздрава», 170003, г. Тверь, ул. Веселова, д. 25

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: tevirp69@mail.ru

**РЕЗЮМЕ** Проанализированы основные показатели кровотока по магистральным артериям головы у больных артериальной гипертензией, их зависимость от выраженности сосудисто-мозговой недостаточности и уровня общего холестерина крови. Обследованы 130 больных артериальной гипертензией с различным уровнем общего холестерина, которым выполняли ультразвуковую доплерографию магистральных артерий головы. Установлено, что у больных артериальной гипертензией с увеличением содержания общего холестерина не только нарастают клинические проявления сосудисто-мозговых нарушений, но и усугубляются циркуляторные изменения в магистральных артериях головы за счет развития спастических и стенотических изменений в сосудистой стенке.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, сосудисто-мозговая недостаточность, общий холестерин плазмы крови.

Сосуды головного мозга относятся к числу органов-мишеней, наиболее часто вовлекаемых в патологический процесс при артериальной гипертензии (АГ) [6, 7, 9, 17]. В свою очередь, сосудистые церебральные дисфункции выступают в качестве пускового и поддерживающего фактора при формировании данного заболевания [7, 10, 11, 19]. АГ является важным фактором риска развития острого нарушения мозгового кровообращения как преходящего, так и стойкого характера [9, 12, 14]. При АГ рано развивается атеросклероз, причем чаще этот процесс регистрируется в экстракраниальных артериях [1, 2, 8, 13, 15]. Ведущую роль в развитии структурно-функциональных изменений магистральных артерий головы с формированием в них стенозов играют как гемодинамические факторы [14, 16, 18], так и изменения со стороны липидного профиля [10, 11, 13, 15].

В связи с этим целью настоящего исследования стал анализ зависимости состояния кровотока в магистральных артериях головы от выраженнос-

ти сосудисто-мозговой недостаточности и уровня общего холестерина плазмы крови у больных АГ.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено комплексное обследование 130 больных АГ (66 мужчин; 64 женщины; средний возраст –  $50,6 \pm 0,6$  года), которые находились на лечении в кардиологическом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Твери. Длительность АГ составила  $15,3 \pm 0,8$  года. Служащие составили 58,4% обследованных (76 человек), пенсионеры – 13,8% (18), рабочие промышленных предприятий и сельского хозяйства – 27,6% (36). Критериями исключения являлись: симптоматический характер АГ, наличие признаков сердечной недостаточности, эндокринные, инфекционные, психические заболевания. На момент исследования все больные получали плановую гипотензивную терапию (блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента) соответственно тя-

Kolbasnikov S.V., Nilova O.V.

### PECULIARITIES OF THE MAGISTRAL ARTERIAL CIRCULATION IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

**ABSTRACT** The aim of the study was to analyze the basic indices of blood flow in head magistral arteries in patients with arterial hypertension according to vascular cerebral insufficiency manifestation and total cholesterol level in blood plasma. 130 patients with arterial hypertension with different total cholesterol level in blood plasma were examined. Ultrasound dopplermetry of head magistral arteries was made for all patients. Parallel rise of clinical manifestations of vascular cerebral disorders and dyscirculation in head magistral arteries due to the development of spastic and stenotic alterations in vascular wall was revealed in patients with arterial hypertension with the total cholesterol level increase in blood plasma.

**Key words:** arterial hypertension, vascular cerebral insufficiency, total cholesterol in blood plasma.

жести заболевания. Оценка содержания общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) для диагностики дислипидемии проводилась в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена (2008 г.). Уровень ОХ в сыворотке крови определяли энзиматическим колориметрическим методом с использованием набора реагентов «Холестерин ФС «ДДС»» (ЗАО «Диакон-ДС», Российская Федерация). Исследование проводили дважды и брали средние показатели. Если разница между результатами двух анализов составляла более 0,8 ммоль/л, выполняли третий анализ.

В зависимости от уровня ОХ плазмы крови пациенты были разделены на 3 группы: 46 человек с оптимальным (5,0 ммоль/л и менее; в среднем  $4,5 \pm 0,7$  ммоль/л) уровнем ОХ составили 1 группу (контрольную); 40 больных с умеренно повышенным уровнем ОХ (от 5,0 до 5,9;  $5,9 \pm 0,2$  ммоль/л) вошли во 2 группу; 44 пациента с высоким уровнем ОХ (6,0 ммоль/л и более, в среднем  $7,2 \pm 0,8$  ммоль/л) – 3 группу. Гиперхолестеринемию диагностировали у больных АГ с умеренно повышенным и высоким уровнем ОХ плазмы крови.

В 1 группе АГ I стадии была у 14 (30,4%) больных, II стадии – у 21 (45,6%), III стадии – у 11 (24,0%); во 2 группе соответственно у 12 (30,0%), у 19 (47,5%), 9 (22,5%); в 3 группе соответственно у 12 (27,3%), 22 (50,0%), 10 (22,7%). Диагностика сосудистых поражений головного мозга осуществлялась на основе учета не только субъективных ощущений, но и совокупности психопатологических и неврологических нарушений. Для этого была использована градация цереброваскулярных нарушений при АГ, а также классификация форм хронической сосудисто-мозговой недостаточности, которая обычно дебютирует начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга. Для достоверной верификации клинических проявлений церебральных циркуляторных нарушений проводилась консультация невролога.

У всех обследованных выполнялась ультразвуковая доплерография (УЗДГ) общих сонных (ОСА) и позвоночных (ПА) артерий (аппарат «Ангиодин», Россия) с использованием датчика с частотой 4 МГц: пиковую систолическую скорость ( $V_s$ , см/с), диастолическую скорость ( $V_d$ , см/с), среднюю ( $V_{ср.}$ , см/сек) скорость кровотока, индексы циркуляторного сопротивления Пурсело (RI), подъема пульсовой волны (PWI), спектральное расширение (SB, %). Кроме того, учитывалась

степень асимметрии линейной скорости кровотока, которая отражает его адекватность. Для этого использовался коэффициент асимметрии (КА, %) – отношение разности средней линейной скорости движения крови в обеих артериях к большей скорости в одной из них. Кровоток считался симметричным, если в ОСА и ПА КА не превышал до 20%. Умеренную асимметрию линейной скорости кровотока диагностировали в том случае, если КА составлял от 20 до 30%, выраженную – при КА выше 40%.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У больных АГ уровень ОХ плазмы крови был соотнесен с тяжестью сосудисто-мозговой недостаточности. При этом выявлено, что в 1 группе отсутствовали симптомы хронического нарушения мозгового кровообращения у 36 (78,2%) пациентов, начальные признаки недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) имелись у 7 (15,2%), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I и II стадии – у 3 (6,5%). Во 2 группе отсутствовали симптомы церебральных расстройств у 22 (55%) больных, а у 10 (25%;  $p < 0,05$  по отношению к больным 1 группы) имели место НПНКМ, у 8 (20%;  $p < 0,05$ ) – ДЭ I и II стадии. В 3 группе распределение было таким: соответственно 24 (54,5%), 12 (27,3%;  $p < 0,05$  по отношению к больным 1 группы) и 8 пациентов (18,2%;  $p < 0,05$ ).

Известно, что патогенетическим механизмом переходящих нарушений мозгового кровообращения могут быть деформации (перегибы, извитости, петли) сонных и позвоночных артерий, которые при повышении АД и чрезмерном его снижении проявляют себя подобно стенозам, вызывая локальные нарушения гемодинамики с развитием дефицита кровотока.

При изучении показателей УЗДГ больных АГ с нормальным уровнем ОХ выявлено, что у лиц без церебральных нарушений и с НПНКМ кровотоков в бассейне ОСА практически не изменялся; КА соответственно составил  $10,2 \pm 0,9$  и  $9,9 \pm 0,8\%$ . Однако при ДЭ I и II стадии отмечалось статистически значимое снижение  $V_s$ ,  $V_d$ ,  $V_{ср}$  при увеличении RI, PWI и КА ( $26,6 \pm 0,7\%$ ;  $p < 0,05$ ) (табл. 1).

Кровоток в ПА при нормальном уровне ОХ во всех группах наблюдения сохранялся достаточно высоким и равномерным; КА составил соответственно  $29,0 \pm 1,1$ ;  $28,4 \pm 1,2$ ;  $26,3 \pm 1,1\%$ . Однако у больных АГ с ДЭ I и II стадий, в отличие от пациентов без церебральных нарушений и с НПНКМ, имелся статистически значимый рост RI и PWI, что свидетельствует о повышении тонуса и снижении эластичности сосудистой стенки.

**Таблица 1.** Усредненные показатели УЗДГ ОСА у больных АГ с нормальным уровнем ОХ плазмы крови в зависимости от выраженности сосудисто-мозговой недостаточности

Показатель	Характер церебральных нарушений		
	Отсутствуют (n = 22)	НПНКМ (n = 12)	ДЭ I и II стадии (n = 12)
Vs, см/с	63,3 ± 0,8	62,6 ± 1,5	45,4 ± 1,8*
Vd, см/с	15,5 ± 0,5	15,5 ± 0,8	10,1 ± 0,6*
Vcp, см/с	25,2 ± 0,6	24,1 ± 1,2	16,4 ± 1,1*
RI	0,69 ± 0,02	0,70 ± 0,02	0,75 ± 0,01*
PWI	0,10 ± 0,03	0,10 ± 0,02	0,19 ± 0,01*
SB, %	44,2 ± 1,1	44,2 ± 1,1	46,2 ± 1,1

Примечание: \* – статистическая значимость различий ( $p < 0,05$ ) между данными больных АГ без церебральных нарушений и с ДЭ I и II стадии, ANOVA.

**Таблица 2.** Усредненные показатели УЗДГ ПА у больных АГ с нормальным уровнем ОХ плазмы крови в зависимости от выраженности сосудисто-мозговой недостаточности

Показатель	Характер церебральных нарушений		
	Отсутствуют (n = 22)	НПНКМ (n = 12)	ДЭ I и II стадии (n = 12)
Vs, см/с	36,4 ± 1,5	37,1 ± 1,5	36,5 ± 0,8
Vd, см/с	16,4 ± 0,5	15,3 ± 0,8	16,1 ± 0,6
Vcp, см/с	21,5 ± 1,1	19,1 ± 1,2	20,6 ± 1,1
RI	0,58 ± 0,02	0,58 ± 0,02	0,72 ± 0,01 <sup>*,**</sup>
PWI	0,14 ± 0,03	0,14 ± 0,02	0,20 ± 0,01 <sup>*,**</sup>
SB, %	37,5 ± 1,1	44,2 ± 1,1	44,2 ± 1,1

Примечание: \* – статистическая значимость различий ( $p < 0,05$ ) между данными больных АГ без церебральных расстройств и с ДЭ I и II стадии, \*\* – между данными больных АГ с НПНКМ и с ДЭ I и II стадии, ANOVA.

**Таблица 3.** Усредненные показатели УЗДГ ОСА у больных АГ с гиперхолестеринемией в зависимости от выраженности сосудисто-мозговой недостаточности

Показатель	Характер церебральных нарушений		
	Отсутствуют (n = 46)	НПНКМ (n = 22)	ДЭ I и II стадии (n = 16)
Vs, см/с	62,3 ± 0,8	50,6 ± 1,5 <sup>*</sup>	45,4 ± 1,8 <sup>**,***</sup>
Vd, см/с	15,4 ± 0,5	13,5 ± 0,8 <sup>*</sup>	12,1 ± 0,6 <sup>***</sup>
Vcp, см/с	24,2 ± 0,6	20,1 ± 1,2 <sup>*</sup>	19,4 ± 1,1 <sup>***</sup>
RI	0,70 ± 0,02	0,75 ± 0,02 <sup>*</sup>	0,79 ± 0,01 <sup>**,***</sup>
PWI	0,10 ± 0,03	0,10 ± 0,02	0,14 ± 0,01 <sup>**,***</sup>
SB, %	44,2 ± 1,1	44,2 ± 1,1	48,2 ± 1,1

Примечание: \* – статистическая значимость различий ( $p < 0,05$ ) между данными больных АГ без церебральных нарушений и с НПНКМ, \*\* – между данными пациентов с НПНКМ и с ДЭ I и II стадии, \*\*\* – между данными больных АГ без церебральных нарушений и с ДЭ I и II стадии, ANOVA.

При изучении показателей УЗДГ у больных АГ с гиперхолестеринемией (2 и 3 группа) в зависимости от тяжести сосудисто-мозговой недостаточности обнаружено, что у лиц без церебральных нарушений кровотока в бассейне ОСА практически не изменялся с некоторой тенденцией к повышению RI, КА ( $16,5 \pm 2,1\%$ ). Кровоток в ПА сохранялся достаточно высоким и равномерным (КА –  $29,4 \pm 1,8\%$ ) (табл. 3, 4). У больных АГ с НПНКМ, по сравнению с данными предыдущей группы, состояние кровотока в бассейне ОСА характеризовалось статистически значимым снижением Vs, Vd, Vcp при явном увеличении КА ( $26,5 \pm 1,6\%$ ;  $p = 0,01$ ), которое обнаруживалось у 4 больных ( $22,2 \pm 3,1\%$ ;  $p = 0,05$ ). Кровообращение в ПА было удовлетворительным (КА –  $30,0 \pm 1,4\%$ ) и не отличалось от такового у больных АГ без церебральных расстройств. Однако показатели, характеризующие тонус и эластичность сосудистой стенки в бассейне ОСА и ПА у больных АГ с НПНКМ, были неоднозначными. Так, в бассейне ОСА отмечалось статистически значимое повышение тонуса (увеличение RI без изменения PWI), а в бассейне ПА преобладало снижение эластичности сосудистой стенки (увеличение PWI при мало изменяющемся RI). В бассейне ОСА у 2 (11,1%) пациентов с АГ II стадии отмечалось одностороннее стенозирование (SB –  $53,8 \pm 1,6\%$ , RI –  $0,76 \pm 0,004$ , КА –  $33,1 \pm 1,8\%$ ); признаков стенозирования в ПА не отмечалось. У больных АГ с ДЭ I и II стадии. УЗДГ обнаружила на уровне ОСА и ПА выраженные изменения эластотонических свойств магистральных артерий (увеличение RI, PWI) и нарастание асимметрии кровотока. В бассейне ОСА имелось статистически значимое снижение Vs, Vd и Vcp; в ПА – тенденция к снижению Vs, Vd и Vcp. При этом умеренная асимметрия линейной скорости

кровотока в ОСА (КА –  $32,1 \pm 1,2\%$ ;  $p = 0,001$ ) встречалась у 3 больных АГ ( $25,0\%$ ;  $p = 0,001$ ), а в ПА (КА –  $33,2 \pm 1,3\%$ ;  $p = 0,05$ ) – у 2 (16,6%;  $p = 0,001$ ). У 2 (16,6%) пациентов с АГ II стадии в бассейне ОСА определялось одностороннее стенозирование, о чём свидетельствовало увеличение SB до  $58,7 \pm 2,9\%$ , RI –  $0,76 \pm 0,006$ , КА –  $35 \pm 0,9\%$ . Выявлена слабая положительная ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,05$ ) корреляционная связь между высоким уровнем ОХ плазмы крови и RI; умеренная положительная ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,05$ ) – между уровнем ОХ и PWI у больных АГ с ДЭ I и II стадии.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, у больных АГ с увеличением уровня общего холестерина плазмы крови параллельно не только нарастают клинические проявления сосудисто-мозговых нарушений, но и усиливается дисциркуляция в магистральных артериях головы за счет развития спастических и стенотических изменений в сосудистой стенке. При этом нарушения гемодинамики в ОСА регистрируются чаще и раньше, чем в ПА, сопровождая ранние формы сосудисто-мозговой недостаточности. Так, при отсутствии клинико-неврологических признаков церебральных нарушений в бассейне ОСА и ПА сохраняется адекватный кровоток с незначительной его асимметрией в бассейне ОСА, что позволяет считать увеличение КА наиболее ранним признаком изменения экстракраниального кровообращения. При АГ с НПНКМ в бассейне ОСА уменьшается линейная скорость кровотока при умеренной ее асимметрии и повышении тонуса сосудистой стенки; в ПА снижение эластичности сосудистой стенки опережает изменения линейной скорости. При ДЭ I и II стадии в бас-

**Таблица 4.** Усредненные показатели УЗДГ ПА у больных АГ с гиперхолестеринемией в зависимости от выраженности сосудисто-мозговой недостаточности

Показатель	Характер церебральных расстройств		
	Отсутствуют (n = 46)	НПНКМ (n = 22)	ДЭ I и II стадии (n = 16)
Vs, см/с	$37,6 \pm 1,5$	$37,1 \pm 1,5$	$35,4 \pm 0,8$
Vd, см/с	$17,4 \pm 0,5$	$17,3 \pm 0,8$	$16,1 \pm 0,6$
Vcp, см/с	$22,5 \pm 1,1$	$20,1 \pm 1,2$	$19,6 \pm 1,1$
RI	$0,59 \pm 0,02$	$0,58 \pm 0,02$	$0,63 \pm 0,01^{**,*}$
PWI	$0,16 \pm 0,03$	$0,19 \pm 0,02^*$	$0,22 \pm 0,01^{**,*}$
SB, %	$37,5 \pm 1,1$	$44,2 \pm 1,1$	$44,2 \pm 1,1$

Примечание: \* – статистическая значимость различий ( $p < 0,05$ ) между данными больных АГ без церебральных нарушений и с НПНКМ, \*\* – с НПНКМ и ДЭ I и II стадии, \*\*\* – без церебральных нарушений и с ДЭ I и II стадии, ANOVA.

сейне ОСА и ПА существенно снижается кровоток и умеренно нарастает его асимметрия с признаками нарушения эластотонических свойств сосудистой стенки. Выявленные изменения в магистральных артериях головы позволяют подтвердить прогрессирование цереброваскулярной недостаточности у больных АГ с гиперхолестеринемией, отражая степень поражения головного мозга – одного из важнейших органов-мишеней

при АГ. Поэтому динамическая диагностика недостаточности кровообращения в магистральных артериях головы с помощью УЗДГ у больных АГ с гиперхолестеринемией необходима не только для решения вопроса о корректирующей реперфузии, но и для определения зависимости между гемодинамическими резервами мозга и состоянием когнитивно-личностной сферы, а также для контроля эффективности комплексного лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю. Б., Намсараев Ж. Н. Эндотелиальная дисфункция как причина атеросклеротического поражения артерий при артериальной гипертензии: методы коррекции // Фарматека. – 2004. – № 6. – С. 62–72.
2. Бойцов С. А. Сосуды как плацдарм и мишень артериальной гипертонии // Consilium Medicum. – 2006. – Т. 1, № 3. – С. 2–9.
3. Возможности антигипертензивной терапии ирбесартаном в коррекции инсулинорезистентности и нарушений мозгового кровотока у больных с метаболическим синдромом / В. Б. Мычка [и др.] // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8 (11). – С. 25–30.
4. Возможности гиполипидемической терапии больных артериальной гипертонией / И. Е. Чазова [и др.] // Кардиология. Системные гипертензии // Consilium medicum. – 2007. – Прилож. – С. 43–48.
5. Возможности первичной профилактики цереброваскулярных осложнений у больных с метаболическим синдромом / В. Б. Мычка [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т. 2, № 5. – С. 33–39.
6. Гераськина Л. А., Малинин В. В., Фонякин А. В. Гипертоническая энцефалопатия, ремоделирование сердца и хроническая сердечная недостаточность // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 5. – С. 22–27.
7. Гераськина Л. А., Суслина З. А., Фонякин А. В. Реактивность сосудов головного мозга у больных дисциркуляторной энцефалопатией на фоне артериальной гипертонии и риск развития гипоперфузии мозга // Терапевт. арх. – 2001. – № 2. – С. 43–48.
8. Громнацкий Н. И., Петрова Г. Д. Особенности поражения сердца при метаболическом синдроме у пациентов молодого и среднего возраста // Рос. кардиологический журн. – 2007. – № 5.
9. Гусев Е. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001. – 254 с.
10. Деев А. С., Захарушкина И. В. Церебральные инсульты в молодом возрасте // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2000. – № 1. – С. 14–17.
11. Изменение церебральной перфузии и когнитивной функции у больных эссенциальной гипертензией / И. Ю. Ефимова [и др.] // Кардиология. – 2006. – № 1. – С. 50.
12. Карпов Ю. А., Сорокин Е. В. Интенсивное медикаментозное лечение больных с атеросклерозом // Кардиология. – 2005. – № 8. – С. 4–7.
13. Лелюк В. Г., Лелюк С. Э. Церебральное кровообращение и артериальное давление. – М.: Реальное время, 2004.
14. Никитин Ю. М. Поражение сосудов дуги аорты и их ветвей у больных с цереброваскулярными заболеваниями (клинико-доплеро-ангиографическое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989. – 32 с.
15. Chillon J. M., Baumbach GL. Autoregulation: arterial and intracranial pressure / Cerebral Blood Flow and Metabolism. – Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. – P. 395–412.
16. Hallerstrom S., Larsson P. T., Zuber E., Rosfors S. Carotid atherosclerosis is correlated with extent and severity of coronary artery disease evaluated by myocardial perfusion scintigraphy // Angiology. – 2004. – Vol. 55, № 3. – P. 281–288.
17. Morning surge in blood pressure as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives. A prospective study / K. Kario [et al.] // Circulation. – 2003. – Vol. 107, № 3. – P. 1401–1406.
18. Cholesterol interactions with phospholipids in membranes / H. Ohvo-Rekika [et al.] // Progress in Lipid Research. – 2002. – Vol. 41. – P. 66–97.
19. Elevated cholesterol levels in major depressive disorder associated with non-response to fluoxetine treatment. Psychosomatics / S. Sonawalla [et al.]. – 2002. – Vol. 43. – P. 310–316.

Поступила 07.11.2010 г.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА, К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

**Филькина О.М.**, доктор медицинских наук,  
**Долотова Н.В.**, кандидат медицинских наук,  
**Андреюк О.Г.\***,  
**Воробьева Е.А.**, доктор медицинских наук

Отдел охраны здоровья детей и медико-социальных исследований ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий», 153045, г. Иваново, ул. Победы, д. 20

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: 8-960-507-98-15

**РЕЗЮМЕ** Проведен сравнительный анализ частоты соматической патологии, последствий перинатальных поражений центральной нервной системы и причин инвалидизации у детей в возрасте 1 года с перинатальными поражениями центральной нервной системы средней степени тяжести и тяжелыми: недоношенных с массой тела при рождении менее 1500 г и доношенных. Осуществлено клиническое обследование детей в возрасте 1 года, родившихся с массой тела менее 1500 г, и детей, родившихся доношенными, которые проходили в период новорожденности лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденного и отделении II этапа выхаживания недоношенных и патологии новорожденных НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова. Установлено, что у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела частота соматической патологии была выше, а также более часто наступала инвалидность на первом году жизни. При этом большая частота соматической патологии и инвалидизации выявлялась у детей с массой тела менее 1000 г, что свидетельствует о взаимосвязи состояния здоровья ребенка с этим показателем.

**Ключевые слова:** масса тела при рождении менее 1500 г, соматическая патология, инвалидность.

Здоровье ребенка определяется как возрастными возможностями растущего организма, так и влиянием на него целого комплекса факторов наследственно-биологического и социального характера [1, 2, 3, 5, 6]. Особенности соматической патологии у детей с перинатальными поражениями нервной системы, несмотря на многочисленные исследования, представляют научный интерес и остаются важной проблемой в педиатрии [7, 11, 12, 13]. Изучение состояния здоровья недоношенных детей на первом году жизни является крайне важным, так как именно среди этого кон-

тингента детей высоки показатели младенческой смертности и инвалидизации в раннем возрасте. Известно, что низкая масса тела при рождении у детей в раннем возрасте сочетается с повышенной заболеваемостью и функциональными нарушениями [4, 8, 14]. В связи с этим нами проведен сравнительный анализ соматической патологии у детей в возрасте 1 года: недоношенных с массой тела при рождении менее 1500 г и доношенных с массой тела при рождении более 2500 г, изучены исходы перинатальных поражений ЦНС и проанализированы причины инвалидизации этих детей.

Filkina O.M., Dolotova N.V., Andreyuk O.G., Vorobyova E.A.

### **MORBIDITY OF PREMATURE INFANTS WHICH WERE BORN WITH LOW AND EXTREMELY LOW BODY MASS**

**ABSTRACT** The authors carried out the comparative analysis of the incidence of somatic pathology, the consequences of the perinatal lesions of the central nervous system and the causes of disability in children aged 1 year with birth body mass less than 1500 g and in mature infants with moderate and severe perinatal lesions of central nervous system. The clinical examination of the infants aged 1 year which were born with body mass less than 1500 g and the mature infants was made; they undergone the neonatal care course at the intensive care unit and neonatal intensive care department and at the department of premature infants care (II stage) and newborns pathology of the Institute of Maternity and Childhood by V.N. Gorodkov. It was revealed that infants which were born with body mass less than 1500 g were characterized by higher frequency of somatic pathology and more frequent formation of disability in the first year of life. In such cases the most frequency of somatic pathology and disabilities was revealed in babies with body mass less than 1000 g and it testified to the relationship of the infant health status and this index.

**Key words:** low and extremely low body mass, infants, somatic pathology, disability.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено клиническое обследование 100 недоношенных детей в возрасте 1 года, родившихся с массой тела менее 1500 г, из них 69 детей с очень низкой массой тела (от 1000 до 1500 г) и 31 ребенок с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г) [9]. Средний гестационный возраст у детей с очень низкой массой тела составлял  $31,4 \pm 0,21$  недели, у детей с экстремально низкой массой тела –  $27,2 \pm 0,13$  недели. Контрольную группу составили доношенные дети, родившиеся с массой тела более 2500 г. Все обследованные дети имели перинатальные поражения центральной нервной системы (ПП ЦНС) средней степени тяжести и тяжелые, в период новорожденности проходили лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и отделении выхаживания недоношенных и патологии новорожденных НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова. Группы были сопоставимы по тяжести, частоте и структуре неврологических синдромов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе соматической патологии установлено, что у доношенных детей наиболее часто выявлялись врожденные аномалии развития и деформации (у 58%). Болезни органов дыхания диагностировались у 39% детей, болезни органов пищеварения – у 31%, болезни кожи и подкожной жировой клетчатки – у 24%, болезни крови и кровеносных органов – у 19%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – у 16%, болезни уха и сосцевидного отростка – у 11%. Реже имели место болезни мочеполовой системы (у 7%), болезни глаза и его придаточного аппарата (у 7%) и доброкачественные новообразования (у 4%). В среднем на одного ребенка приходилось 2,2 заболевания.

У недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г отмечалось более частое формирование соматической патологии по сравнению с доношенными детьми. Врожденные аномалии развития и деформации выявляли в 1,5 раза чаще, чем у доношенных (86 и 58% соответственно), болезни органов дыхания – в 2,2 раза чаще (85 и 39%), болезни крови и кровеносных органов – в 2,9 раза чаще (56 и 19%), болезни органов пищеварения – в 1,8 раза чаще (55 и 31%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – в 2,8 раза чаще (44 и 16%). При этом болезни кожи и подкожной жировой клетчатки в группе недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г диагностировались в 3,4 раза реже, доброкачественные новообразования – в 4 раза

реже. В среднем на одного ребенка приходилось 4,1 заболевания.

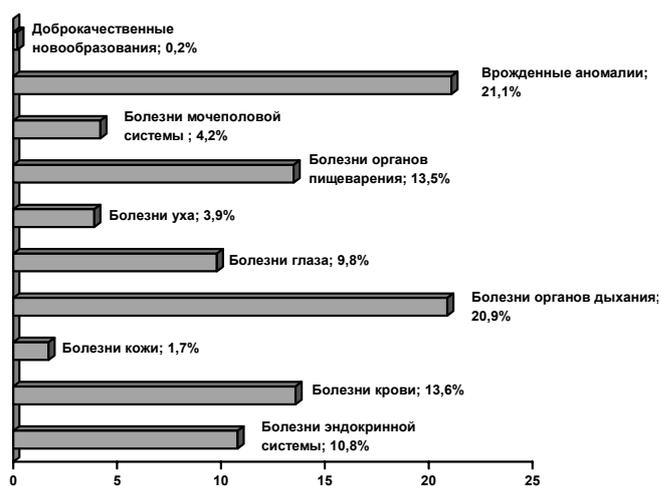
Следовательно, недоношенные дети с массой тела при рождении менее 1500 г в возрасте 1 года характеризуются худшими показателями здоровья, чем дети, родившиеся доношенными. У них на одного ребенка в среднем приходится в 2 раза больше заболеваний, достоверно чаще диагностируются болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ ( $p < 0,001$ ), болезни крови, кровеносных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунные механизмы ( $p < 0,001$ ), болезни органов дыхания ( $p < 0,001$ ), болезни глаза и его придаточного аппарата ( $p < 0,001$ ), болезни органов пищеварения ( $p < 0,001$ ), болезни мочеполовой системы ( $p < 0,05$ ), врожденные аномалии развития, деформации и хромосомные нарушения ( $p < 0,001$ ) (рис. 1).

В группе недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г частота встречаемости соматической патологии была неодинаковой и различалась у детей с очень низкой массой тела и с экстремально низкой массой тела. У детей с массой тела при рождении менее 1000 г достоверно чаще, чем у детей с массой от 1000 до 1500 г, выявлялись болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (64,6 и 34,7% соответственно,  $p < 0,01$ ). Этот класс болезней был представлен рахитом в 48,4% случаев, что в 1,9 раза чаще, чем у детей с массой тела при рождении от 1000 до 1500 г ( $p < 0,05$ ), гипотрофией – в 9,7% случаев, что в 2,2 раза чаще, тимомегалией – в 6,5% случаев, что в 1,5 раза чаще. Кроме того, в возрасте до 1 года у детей с экстремально низкой массой тела при рождении достоверно чаще по сравнению с детьми с очень низкой массой тела диагностировались болезни органов дыхания (93,7 и 81,1% соответственно,  $p < 0,05$ ), преимущественно за счет острого обструктивного бронхита (25,8 и 5,8% соответственно,  $p < 0,02$ ), пневмонии (9,7 и 0% соответственно,  $p < 0,05$ ).

При анализе структуры соматической патологии выявлено, что она несколько различалась у детей обследуемых групп. На первом месте в обеих группах определялись врожденные аномалии развития и деформации (26,9% у доношенных и 21,1% у недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г), на втором – болезни органов дыхания (18,1 и 20,9% соответственно), на третьем в группе детей, родившихся доношенными, – болезни органов пищеварения (14,4%), а в группе недоношенных детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, – болезни крови и кровеносных органов (13,6%), на четвертом у доно-



**Рис. 1.** Частота встречаемости соматической патологии к концу первого года жизни у недоношенных детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, и доношенных детей  
Достоверность различий: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,001$



**Рис. 2.** Структура соматической патологии к концу первого года жизни недоношенных детей, родившихся с массой тела менее 1500 г.



**Рис. 3.** Структура соматической патологии к концу первого года жизни детей, родившихся доношенными

шенных – болезни кожи и подкожной клетчатки (11,1%), а в группе недоношенных – болезни органов пищеварения (13,5%), на пятом у доношенных – болезни крови, кроветворных органов (8,8%), тогда как в группе недоношенных детей – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (10,8%), на шестом в обеих группах болезни глаза и его придаточного аппарата (3,2 и 9,8% соответственно) (рис. 2, 3).

По данным литературы, 10–20% детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении становятся в последующем инвалидами [15]. Риск развития детского церебрального паралича у ребенка, родившегося недоношенным с массой тела менее 1500 г, в 20–30 раз превышает таковой в общей популяции новорожденных детей [10].

В результате исследования нами установлено, что стойкие нарушения в состоянии здоровья, приведшие к инвалидности, сформировались в обеих группах детей. Это обусловлено ПП ЦНС тяжелыми и средней степени тяжести у новорожденных. При этом у доношенных новорожденных инвалидизация наступала в 6% случаев, тогда как в группе недоношенных детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, инвалидность имела место в 23% случаев, что в 3,8 раза чаще. При этом у детей с массой тела при рождении менее 1000 г инвалидность регистрировалась в каждом тре-

тьем случае (у 32,2%). Следовательно, у детей с экстремально низкой массой тела при рождении инвалидность наступала в 1,7 раза чаще, чем у детей с очень низкой массой тела, и более чем в 5 раз чаще ( $p < 0,01$ ), чем у доношенных детей. У детей с массой тела при рождении от 1000 до 1500 г инвалидность регистрировалась в 3 раза чаще ( $p < 0,02$ ), чем у доношенных детей.

Был проведен анализ заболеваний, в связи с которыми обследуемые дети были признаны инвалидами (табл.).

Во всех группах преобладает инвалидность в связи с детским церебральным параличом. При этом чаще он формируется у детей, родившихся с массой тела менее 1000 г.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, недоношенные дети, родившиеся с массой тела менее 1500 г, к концу первого года жизни характеризуются большей частотой и комплексностью соматической патологии, более частым формированием инвалидности. При этом большая частота соматической патологии и инвалидности выявляется у детей с экстремально низкой массой тела при рождении. Это создает необходимость в дифференцированном подходе к комплексной реабилитации недоношенных детей, родившихся с массой тела менее 1500 г на первом году жизни.

**Таблица.** Заболевания, обусловившие инвалидность у недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г и доношенных детей на первом году жизни

Классы болезней и нозологические формы	Число детей, %				
	Шифр по МКБ-Х	С массой при рождении до 1500 г (n = 100)	С массой при рождении от 1000 до 1500 г (n = 69)	С массой при рождении менее 1000 г (n = 31)	Доношенные дети (n = 100)
Детские церебральные параличи	G 80 – G 80.9	19,0*	14,5	29,0***	6,0
Различные формы гидроцефалии	G 91 – G 91.9	2,0	1,4	3,2	0
Врожденные аномалии конечности (ей) неуточненные	Q 74.9	2,0	2,9	0	0
Общий уровень патологии		23,0**	18,8****	32,2***	6,0

Достоверность различий: между недоношенными детьми с массой при рождении менее 1500 г и доношенными детьми: \* –  $p < 0,01$ ; \*\* –  $p < 0,001$ ; \*\*\* – между недоношенными детьми с массой при рождении менее 1000 г и доношенными детьми:  $p < 0,01$ ; \*\*\*\* – между недоношенными детьми с массой при рождении от 1000 г до 1500 г и доношенными детьми:  $p < 0,02$ .

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Абсава Т. А. Комплексный анализ факторов, влияющих на частоту респираторных заболеваний у детей // Актуальные проблемы педиатрии : матер. XI Конгресса педиатров России. – М., 2007. – С. 7.
2. Альбицкий В. Ю., Сигал Т. М., Ананьин С. А. Состояние здоровья детей из социопатических семей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1994. – № 1. – С. 8–11.
3. Беляков В. А. Адаптационные возможности и здоровье детей раннего возраста // Рос. педиатрический журн. – 2005. – № 2. – С. 8–10.
4. Дементьева Г. М. Профилактическая и превентивная неонатология. Низкая масса тела при рождении // Гипоксия плода и новорожденного : лекция для врачей. – М., 1999. – 70 с.
5. Концептуальные взгляды на здоровье ребенка / под ред. В. Н. Шестаковой. – Смоленск, 2003. – 592 с.
6. Макарова З. С., Доскин В. А., Голубева Л. Г. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста // Поликлиника. – 2005. – № 1. – С. 8–10.
7. Морозов В. И. Последствия перинатальных поражений нервной системы у детей // Педиатрия. – 1998. – № 1. – С. 35–37.
8. Наблюдение за глубоконеодошенными детьми на первом году жизни / Т. Г. Демьянова [и др.] – М. : ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006. – 148 с.
9. Неонатология : нац. рук-во / под ред. Н. Н. Володина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848 с.
10. Роль перивентрикулярной лейкомаляции в развитии детского церебрального паралича / Е. Д. Белоусова [и др.] // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2001. – № 5. – С. 26–32.
11. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности / А. А. Баранов [и др.] // Рос. педиатрический журн. – 2005. – № 2. – С. 4–8.
12. Тонкова-Ямпольская Р. В., Фрухт Э. Л. Постгипоксическая энцефалопатия как педиатрическая и педагогическая проблема // Проблема младенчества: нейропсихолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений : матер. науч.-практ. конф. – М., 1999. – С. 139–144.
13. Тонкова-Ямпольская Р. В. Состояние здоровья детей с учетом факторов ante- и постнатального риска // Рос. педиатрический журн. – 2002. – № 1. – С. 61–62.
14. Яцык Г. В. Алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации перинатальной патологии маловесных детей. – М. : Педагогика-Пресс, 2002. – 96 с.
15. Cooke R. W. I., Abemethy L. S. Cranial magnetic resonance imaging and performance in very low weight infants in adolescence // Archive of Disease In Childhood. – 1999. – Vol. 81. – P. 116–121.

Поступила 17.06.2010 г.

---

---

## Проблемы преподавания

---

---

### **РОЛЬ МУЗЕЯ КАФЕДРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ В УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ СО СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

**Конкина Е.А.**, доктор медицинских наук

Кафедра патологической анатомии с секционным курсом ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: (4932) 30-02-28

**Ключевые слова:** обучение, воспитание, музей, патологическая анатомия

Духовно-нравственное воспитание студентов в последние годы приобретает чрезвычайное значение, что обусловлено, в частности, глобализационными процессами, массовым распространением пьянства, алкоголизма, табакокурения, наркомании. Важным элементом воспитательной работы в вузе становится формирование принципов здорового образа жизни, что определяет концептуальные направления работы коллектива нашей академии, имеющей прочные традиции и богатый опыт воспитания молодёжи.

Тесное единство педагогического процесса и воспитательной работы лежит в основе деятельности кафедры патологической анатомии с секционным курсом. В системе медицинского образования, теоретической и практической подготовки по патологической анатомии ведущее место занимает музей макропрепаратов. Коллекция музея в настоящее время приобрела особую ценность, поскольку изготовление новых натуральных объектов становится достаточно сложной задачей.

Изучение основных разделов общей и частной патологической анатомии основано на использовании макропрепаратов, иллюстрирующих ведущие типовые процессы и структурные основы болезней человека. Сложность изготовления, хранения, необходимость постоянной реставрации экспонатов существенно затрудняют учебный процесс, но в то же время определяют возмож-

ности кафедры по полноценному и качественному оснащению практических занятий.

История музея кафедры насчитывает уже почти 80 лет. Он был создан на базе вновь организованной кафедры патологической анатомии в 1933 году. Наиболее активный период развития музейного дела отмечается в 50–60-е годы прошлого столетия. Под руководством профессора П.П. Ерофеева к работе по пополнению фонда музея макропрепаратов были привлечены все преподаватели кафедры и практические врачи – патологоанатомы. В эти годы музей становится не только базой для занятий студентов по патологической анатомии, но и хранилищем уникального материала, собранного по результатам научно-исследовательской работы сотрудников.

В 70–80-е годы XX в. музей приобретает наибольшую популярность: на кафедре регулярно проводятся занятия по профессиональной ориентации учеников старших классов многих школ города. Демонстрация макропрепаратов, иллюстрирующих медицинские аспекты патологии, нередко помогала абитуриентам окончательно определиться с выбором профессии.

Благодаря нашим учителям и сотрудникам кафедры, которые по крупицам собирали, оборудовали музей, мы имеем в фонде препараты, демонстрирующие такие поражения органов, которые в классическом варианте сегодня прак-

---

**Konkina E.A.**

**MUSEUM OF PATHOLOGICAL ANATOMY DEPARTMENT: ITS ROLE IN THE TUITION AND EDUCATION OF THE MEDICAL STUDENTS**

**Key words:** tuition, education, museum, pathological anatomy.

тически не встречаются, например, ревматические пороки сердца, брюшной тиф, третичный и врождённый сифилис и др. Эти препараты при эксплуатации требуют особо бережного отношения, регулярной реставрации. Некоторые макропрепараты переданы кафедре заведующим патологоанатомическим отделением областной клинической больницы М.В. Карпенковым. Мы с благодарностью вспоминаем патологоанатомов, которые, понимая значимость музейного дела в патологической анатомии, сохранили для нас макропрепараты, иллюстрирующие редкую и атипичную патологию. Это В.А. Строганов, А.М. Тельпнер, П. Н. Мамонтов, Ю.В. Афанасьев, В.П. Назин, Н.В. Некрасов.

Сегодня музей располагается в просторной, хорошо освещённой и вентилируемой учебной комнате. Основной фонд структурирован по темам практических занятий в соответствии с учебным планом дисциплины. В настоящее время фонд учебного музея содержит около 700 макропрепаратов по практически всем заболеваниям человека на разных стадиях их развития, начиная от ранних бессимптомных проявлений до тяжёлых, не совместимых с жизнью. В последние годы преподаватели разрабатывают оригинальные методики сохранения макропрепаратов с усовершенствованием герметизации стеклянных контейнеров. Несмотря на определённые сложности, музей постоянно пополняется новыми экспонатами, идёт сбор материала по заболеваниям орфациальной области, патологии плаценты. Планируется расширить раздел эмбрио- и фетопатий с учётом актуальности проблемы пренатальной диагностики.

Богатая коллекция экспонатов по большинству тем общей и частной патологической анатомии, включая и раздел инфекционной патологии, обеспечивает каждому студенту возможность поработать с макропрепаратом. Обязательное самостоятельное описание не менее 2 макропрепаратов на каждом занятии способствует формированию у будущих врачей необходимых профессиональных компетенций.

Особой гордостью кафедры являются макропрепараты, изготовленные 50–60 лет назад и демонстрирующие структурные основы туберкулёза. Классические проявления этого инфекционного заболевания, отражённые в музейных экспонатах, не встречались в нашей стране около полувека. Реверсия туберкулёза в 90-е годы XX в. заставила и клиницистов, и патологоанатомов пересмотреть диагностические подходы к выявлению разнообразных крайне тяжёлых форм туберкулёза. Экспонаты, иллюстрирующие эту патологию, представлены в уникальной кол-

лекции нашего музея. В фонде имеются очень редкие и мало используемые препараты, такие как желудок при отравлении ипритом, инородное тело в сердце и др. Часть макропрепаратов с успехом используется на занятиях по клинической патологической анатомии на факультете дополнительного последипломного образования с клиническими ординаторами и интернами по 14 специальностям.

В настоящее время музей кафедры практически является в основном базой учебного процесса. В ходе занятий, реже – во внеучебное время, препараты используются для демонстрации структурных основ патологии, динамики развития процессов и особенностей их проявления в детском возрасте, включая аномалии развития и редкую инфекционную патологию. В ходе лекционного процесса, несмотря на широкое внедрение мультимедийных презентаций, неизгладимое впечатление на аудиторию производят баночные препараты.

Студенты нашей академии имеют возможность изучать препараты по всем разделам дисциплины. Самостоятельное исследование патологического процесса на органном уровне с оценкой динамики структурных изменений способствует развитию клинического мышления будущих врачей и пониманию значимости патологической анатомии для освоения клинических дисциплин. При изучении всех тем общей и частной патологической анатомии комплектуются специальные наборы препаратов, например, по таким темам, как «Дистрофии», «Нарушения кровообращения», «Опухоли», «Гемобластозы», «Болезни сердца и сосудов» и др.

Музейные препараты используются и в работе студенческого научного кружка не только кафедры патологической анатомии, но и других кафедр (биохимии, патофизиологии и иммунологии, фармакологии).

Для обсуждения тем, связанных с оценкой воздействия неблагоприятных факторов внешней среды, используются специальные наборы препаратов, отражающие структурные изменения органов и тканей человека под влиянием курения, алкоголя и т.д., что может стать серьёзной мотивацией для более разумного отношения к своему здоровью, образу жизни и сформировавшимся привычкам.

Однако в последние годы возможности кафедры патологической анатомии с секционным курсом, на наш взгляд, используются недостаточно. Практически только слушатели школы молодого медика «Наша смена», организованной на базе факультета довузовской подготовки ИвГМА, посе-

щают музей в плановом порядке в соответствии с расписанием занятий.

Мы надеемся, что в условиях оптимизации учебного процесса при внедрении новых Государственных образовательных стандартов и использовании современных технологий в академии не будут забыты и классические подходы к решению профессиональных задач подготовки врачебных кадров. Патологическая анатомия остаётся единственной дисциплиной, которая охватывает все разделы медицины и позволяет наглядно увидеть патологические процессы, происходящие в организме человека, их взаимосвязи.

Основой успешной деятельности кафедры во многом является насыщенность и полнота фондов музея, что определяется планомерной работой по обновлению и пополнению его новыми экспонатами.

К сожалению, вся ответственная деятельность по сохранению, реставрации музейных экспонатов,

организации бесед и экскурсий со школьниками проводится во внеучебное время и базируется лишь на энтузиазме сотрудников. Существенные трудности возникают в связи с отсутствием приспособленных помещений для проведения реставрационных работ, связанных с фиксацией биологических объектов, восстановлением естественной окраски органов. Требуются значительные финансовые вложения для приобретения современного оборудования для хранения и размещения экспозиций, создания тематических выставок и стендов.

В перспективе обновлённый музей мог бы стать основой для создания информационно-просветительского центра с активным привлечением к работе кураторов групп, студентов-волонтеров, преподавателей клинических кафедр. Цель работы центра – в организации лекций, семинаров, круглых столов по пропаганде здорового образа жизни среди студентов немедицинских вузов, техникумов и училищ, школьников города и области.

Поступила 04.06.2010 г.

---

---

## Обмен опытом (в помощь практическому врачу)

---

---

### ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Русова Т.В.<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Ратманова Г.А.<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
Козлова О.Б.<sup>2</sup>,  
Частухина Т.В.<sup>2</sup>,  
Коллеров Э.Ю.<sup>2</sup>,  
Заводин М.В.<sup>2</sup>,  
Фокин В.Н.<sup>2</sup>,  
Субботина В.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кафедра поликлинической педиатрии ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

<sup>2</sup> ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница», 153040, Иваново, ул. Любимова, д. 1

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: ru-sovatv@mail.ru

**Ключевые слова:** диспансеризация, геморрагические заболевания, дети.

В настоящее время большое внимание уделяется диспансерному наблюдению за детьми как участковыми педиатрами, врачами общей практики, так и врачами специализированной службы. Современные стандарты оказания медицинской помощи больным гематологического профиля предусматривают в основном ведение пациентов в условиях стационара и в меньшей степени отражают период амбулаторно-поликлинического наблюдения [3, 4, 5]. Между тем, от правильной тактики ведения пациента в условиях детской поликлиники во многом зависит дальнейшее течение заболевания, формирование осложнений и качество жизни ребенка. В течение 10 лет под нашим наблюдением находился 41 ребенок с геморрагическим васкулитом. Геморрагический васкулит на разных этапах развития болезни характеризуется гипер- или гипокоагулемическими нарушениями свертывающей системы крови, поэтому дети с данной патологией консультируются у гематолога, обследуются и лечатся в детских гематологических отделениях. На основании многолетнего опыта работы детского гематологическо-

го отделения Ивановской областной клинической больницы для первичного звена практического здравоохранения предлагается следующая система диспансеризации больных с данной патологией.

Длительность диспансерного наблюдения при остром течении процесса – 3 года, при хроническом варианте – до передачи в 18 лет терапевту.

Цель диспансеризации – профилактика и ранняя диагностика обострений и осложнений (в том числе гломерулонефрита), назначение и коррекция профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, оценка эффективности диспансеризации.

В течение первого года после выписки из стационара педиатр наблюдает за ребенком 1 раз в 1–2 месяца, в последующее время – ежеквартально, гематолог – 1 раз в 3–6 месяцев, при необходимости – чаще. Отоларинголог и стоматолог консультируют детей 1 раз в 6 месяцев; невролог – по показаниям при наличии в анамнезе мозго-

---

Rusova T.V., Ratmanova G.A., Kozlova O.B., Chastukhina T.V., Kollerov K.Yu., Zavodin M.V., Fokin V.N., Subbotina V.G.  
PECULIARITIES OF PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION IN CHILDREN WITH HEMORRAGIC VASCULITIS IN PEDIATRIC POLYCLINIC

**Key words:** prophylactic medical examination, hemorrhagic diseases, children.

вого синдрома в острый период заболевания. Клинический анализ крови выполняется 2 раза в год, а также после каждого случая ОРВИ и других инфекционных заболеваний. Общий анализ мочи выполняется ежемесячно в первые 3 месяца, а затем не менее 2 раз в год и после всех случаев интеркуррентных заболеваний. Контроль за состоянием свертывающей системы крови (коагулограмма) осуществляется только при хроническом течении заболевания в случаях рецидивирования процесса для коррекции терапии. Кроме того, при каждом обострении показаны биохимические исследования крови, при этом изучаются параметры, характеризующие воспалительные процессы и состояние функции почек.

Режим дня у ребенка после выписки из стационара должен соответствовать возрасту, однако не рекомендуются спортивные игры, требующие большой физической нагрузки.

Диета таких больных предусматривает исключение облигатных и индивидуальных аллергенов в течение одного года. При поражении желудочно-кишечного тракта необходимо использовать вариант стандартной диеты с химическим, физическим и механическим щажением. Длительность соблюдения подобной диеты зависит от типа абдоминального синдрома, перенесенного в острый период болезни (гастродуоденит, эрозивно-язвенные процессы желудочно-кишечного тракта). В таких случаях показана консультация гастроэнтеролога 1–2 раза в год с целью коррекции тактики ведения пациента в условиях поликлиники.

На первом году диспансерного наблюдения при присоединении ОРЗ детям проводится антибактериальная и дезагрегантная терапия.

Длительная противорецидивная терапия в условиях поликлиники проводится пациентам с хроническим течением процесса в случаях формирования гломерулонефрита. При этом обязательна консультация у нефролога, а также своевременное проведение анализов мочи, в том числе пробы по Зимницкому один раз в 1–3 месяца, ультразвуковое исследование почек – один раз в 6 месяцев. При всех вариантах постваскулитного гломерулонефрита применяется плаквинил, обладающий выраженным противовоспалительным действием. Курс лечения – до 6–12 месяцев, суточная доза – 4–6 мг/кг массы тела, прием однократно в 21 час. При применении препарата показана консультация окулиста один раз в месяц, т.к. существует опасность развития ретинопатии. Кроме того, при гломерулонефрите используется и азатиоприн, обладающий хорошим иммуносупрессивным и относительно мень-

шим цитостатическим действием. Доза – до 2 мг/кг массы тела в сутки в течение 6 недель, затем 1 мг/кг до шести месяцев. При применении препарата необходим контроль уровня лейкоцитов 1–2 раза в месяц и дополнительно при каждом случае интеркуррентного заболевания. Лечение азатиоприном временно прекращают при снижении содержания лейкоцитов –  $2 \times 10^9/\text{л}$ , а также в случаях среднетяжелого и тяжелого течения ОРВИ или других воспалительных заболеваний. В течение 2–6 месяцев проводится антиагрегантная и антикоагулянтная терапия. Последовательно используют курантил – 3–5 мг/кг массы тела в сутки, аспирин – 5–10 мг/кг в сутки, агапурин – 0,05–0,1 г три раза в день, тиклопедин – 0,25 г два-три раза в день.

Санаторно-курортное лечение на базе местных санаториев рекомендуется через год после выписки из стационара при условии отсутствия обострений, через 3 года – на южных курортах ранней весной или поздней осенью (март, апрель, октябрь, ноябрь) [2].

Ребенок, перенесший геморрагический васкулит, на 3 года освобождается от прививок. В случаях неблагоприятной эпидемиологической обстановки вопрос о вакцинации решается индивидуально педиатром, гематологом и иммунологом, но проведение прививок возможно не ранее, чем через год после выздоровления и при условии отсутствия симптомов заболевания в течение года [1, 3]. Дети освобождаются от занятий физкультурой на год, в последующем относятся к подготовительной группе до снятия с диспансерного учета.

Заболевание ограничивает профпригодность подростков, а также является противопоказанием для работы в производствах, где имеют место следующие вредные факторы: нервно-психическое напряжение, неблагоприятный микроклимат, опасность травматизма, работа на высоте, контакт с токсическими веществами и все виды излучения.

Показанием для направления ребенка на медико-социальную экспертизу с целью установления инвалидности является геморрагический васкулит, осложнившийся нефритом (постваскулитный гломерулонефрит) через 6 месяцев от начала заболевания. Кроме того, при осложнении геморрагического васкулита нефритом рекомендуется рассмотреть вопрос об обучении ребенка в домашних условиях [3]. Юноши подлежат призыву на военную службу только после снятия с диспансерного учета.

С диспансерного учета дети снимаются спустя 5 лет от момента заболевания при условии отсутствия в этот период клинических и лабо-

раторных признаков патологического процесса. Перед снятием с диспансерного учета необходимо провести: анализы мочи (общий, по Нечипоренко, по Зимницкому), клинический и биохимический (белок и белковые фракции,

С-реактивный протеин, сиаловая проба, мочевины, креатинин), анализы крови. При наличии в анамнезе в острый период болезни почечного синдрома проводится радиоизотопное исследование функции почек.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Баранов А. А. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006.
2. Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения детей : метод. указания МЗ РЗ № 99/231 от 22.12.99 г.
3. Онкология детского возраста / под ред. А. Г. Румянцева, Е. В. Самочатовой. – М. : Медпрактика, 2004.
4. Отраслевые стандарты объема медицинской помощи детям, болезни крови и кроветворных органов: приложение № 21 к приказу МЗ РФ № 151 от 07.05.1998 г.
5. Приказ МЗ и СР РФ № 344 «Стандарт оказания медицинской помощи больным с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (при оказании специализированной помощи) от 21. 05 2007 г.

Поступила 20.04.2010 г.

---

---

## Страницы истории

---

---

### ВКЛАД КОЛЛЕКТИВА ИВАНОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА В ВЕЛИКУЮ ПОБЕДУ

Кашманова Г.Н.<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
Тюрин О.В.<sup>2</sup>, доктор медицинских наук

<sup>1</sup> Кафедра патофизиологии и иммунологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

<sup>2</sup> Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, медицинской информатики и истории медицины ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: (4932) 32-90-65

**Ключевые слова:** Великая Отечественная война, вклад медиков в победу, научная деятельность, международная встреча женщин-медиков.

Великая Отечественная война круто изменила жизнь страны. Огромный вклад в победу внесли медицинские работники, врачи фронта и тыла, ученые. Благодаря мужеству, отваге и героизму медиков было возвращено в строй 72,3% раненых и 90,6% больных, обеспечено санитарное благополучие страны, предотвращены эпидемии.

Годы Великой Отечественной войны для коллектива Ивановского медицинского института оказались чрезвычайно трудными. Тогда как многие вузы прифронтовой зоны в осенне-зимнем семестре 1941/42 учебного года не работали, ИГМИ категорически отказался от предложенной ему эвакуации, и в 1941 году провел 2 выпуска (в июне и в декабре) врачей. В институте были отменены отпуска у сотрудников, сокращались каникулы студентов. Студенты 4 и 5 курсов продолжали занятия без летних каникул, 1941/42 учебный год начали раньше – не с 1 сентября, а с 1 августа. Прием абитуриентов на 1 курс осуществлялся без вступительных экзаменов – по аттестатам зрелости. Срок подготовки врачей сократился с 5 лет до 3,5–4 лет. Педиатрический факультет был перепрофилирован на подготовку главным образом хирургов и терапевтов. Рабочий день студентов и преподавателей удлиннили, занятия стали проводить в 2 смены – утром и вечером. На базе института обучались также

медсестры и сандружинницы. За годы войны в ИГМИ было принято 2850 студентов. Всего с 1 июля 1941 по август 1945 года (т.е. за 4 года войны) вуз произвел 11 выпусков врачей и дал стране 2380 врачей. Это в два с лишним раза больше, чем за 9 предвоенных лет. Кроме того, было подготовлено свыше 5000 медицинских сестер и сандружинниц.

На 2, 3 и 4 курсах обучались 100 студентов, эвакуированных из Ленинграда и других городов. Так, на 2-й курс из Ленинградского медицинского института поступила Наталья Петровна Бехтерева, в будущем известный нейрофизиолог, доктор медицинских наук, профессор, действительный член Академии наук СССР (ее зачетка находится в музее истории академии).

В феврале-марте 1942 года 100 молодых врачей выехали в осажденный Ленинград. Наши выпускники мужественно боролись за жизнь и здоровье ленинградцев. Все они были награждены медалями «За оборону Ленинграда», орденами Советского Союза.

В грозные дни боев под Москвой, летом и осенью 1941 года, более 1500 студентов и сотрудников ИГМИ вступили в народное ополчение.

С первых дней войны на станцию «Иваново-товарное» стали приходить эшелоны с эвакуиро-

---

Kashmanova G.N., Tiurina O.V.

CONTRIBUTION OF THE IVANOV STATE MEDICAL INSTITUTE TO THE GREAT VICTORY

**Key words:** the Great Patriotic War, contribution of the medical workers to victory, scientific activity, international meeting of women – medical workers.

ванными. Область приняла и разместила свыше 90 тысяч эвакуированных, в том числе воспитанников 34 детских домов. 15–20 преподавателей и студентов ежедневно направлялись на дежурство на железнодорожный вокзал для оказания врачебной помощи и проведения санитарно-профилактических работ.

Особую лепту в победу над врагом внесла служба переливания крови, которую возглавлял профессор Петр Михайлович Максимов. Донорским отделом заведовал ассистент Евгений Афанасьевич Кириллов, хирургическим – ассистент Сергей Иванович Чистяков. Донорами становились и студенты, и сотрудники института. На фронт было отправлено более 105 тонн консервированной крови. По количеству заготовленной крови Ивановская областная станция стояла на втором месте в стране. П.М. Максимов, Е.А. Кириллов и С.И. Чистяков изобрели и внедрили в практику несколько аппаратов и приспособлений, совершенствующих технику переливания крови. За активную работу по развитию донорского движения они были удостоены правительственных наград.

С первых дней войны профессора и преподаватели клинических и теоретических кафедр включились в работу госпиталей. А их в Иванове было развернуто более 60. Многие из преподавателей занимали административные посты. Так, профессор С.С. Мазель стал начальником лечебного отдела местного эвакуопункта, в подчинении которого были все госпитали. 13 преподавателей вуза были начальниками госпиталей, 8 преподавателей – заместителями начальников, 10 – консультантами в госпиталях.

В суровые военные годы в лабораториях института не замерла и научная жизнь. Тематика научных исследований теперь отвечала задачам обороны страны: например, решали вопросы лечения огнестрельных ранений, травм и ожогов. 2 апреля 1943 года областная газета «Рабочий край» писала: «Молодой ученый С.М. Дерижанов дал новое учение об огнестрельных остеомиелитах. Профессор А.П. Любомудров внес много нового в учение о коллатеральном кровообращении, что облегчает хирургам работу при оперативном вмешательстве». Достаточно результативно вели научные исследования профессор М.А. Кимбаровский. Он изучал новые способы лечения ран, подверженных инфекциям. Профессор А.А. Козырев разработал новый метод лечения ранений живота путем введения в брюшную полость кислорода после хирургического вмешательства. Применяя кислородный пневмоперитонеум, он в клинических условиях добился значительного снижения случаев смертности. По предложению главного санитарного управления Наркома обороны А.А. Козырев проверял эффективность этого метода в боевых условиях на Белорусском фронте. Он провел 58 сложных операций после тяжелых ранений живота с последующим благоприятным исходом.

Доценты Л.М. Шендерович, Р.А. Ткачев и С.К. Понятковская описали клинику и лечение осложнений при огнестрельной травме черепа и травматических повреждениях периферической нервной системы. Профессор Л.И. Виленский изучал состояние сердечно-сосудистой системы при алиментарной дистрофии, доцент Т.Ф. Ганжулевич обобщила результаты лечения ран, осложненных



Слева направо: заведующий донорским отделом Е.А. Кириллов, главный врач станции переливания крови П.М. Максимов, заведующий хирургическим отделом С.И. Чистяков



Ивановская станция переливания крови. Ноябрь 1941 г. Упаковка крови для фронта

анаэробной инфекцией, ассистент А.Н. Стыскин проводил лечение огнестрельных ранений кисти и пальцев.

Большое внимание уделялось борьбе с инфекционными заболеваниями. Профессора П.В. Сквирский, Г.Я. Хволес, Э.Р. Геллер, ассистент Н.В. Хелевин разрабатывали меры борьбы с такими заболеваниями, как сыпной тиф, малярия, столбняк, и их профилактики. Профессор С.И. Игнатъев, доценты С.Д. Носов, И.Б. Левит, ассистент М.Ф. Вассерман активно участвовали в решении проблем детских воздушно-капельных инфекций: дифтерии, кори, цереброспинального менингита. Тема исследований доцента А.И. Берлина – лечение легочного туберкулеза.

Сотрудники ИГМИ продолжали вести научную работу на текстильных предприятиях области. Профессор С.С. Мазель и доцент А.В. Глико занимались вопросами заболеваемости, травматизма и разрабатывали пути их снижения у рабочих хлопчатобумажной промышленности. Доцент И.М. Соболев исследовал влияние санитарно-гигиенических условий ткацкого производства на состояние верхних дыхательных путей текстильщиц.

В войну, как никогда, особую важность приобрела изобретательская и рационализаторская деятельность. И здесь коллектив института проявил высокую активность. Профессор Г.Я. Хволес и асс. Л.С. Хавкин предложили новую конструкцию каркасов для лечения отморожений открытым способом. Не менее ценны и другие разработки Л.С. Хавкина: модификация обработки гипсовых бинтов; лечение огнестрельных переломов бедра; способы эффективного применения внутриартериального переливания крови при

состоянии клинической смерти. Им был создан аппарат для функциональной терапии коленного сустава. Доцент М.П. Жаков применил новый способ оперативного лечения ран лица, а также слюнных свищей и разработал методику ранней костной пластики дефектов челюсти. Профессор Д.С. Буяновский предложил конструкцию камеры-шкафа для дезинфекции хлорпикрином. Доцент Д.С. Солонинкин изобрел оригинальный аппарат для измерения внутриглазного давления с высокой точностью. Доцент И.М. Соболев с помощью сконструированного им приспособления достиг совершенства в операциях по извлечению пуль и осколков, засевших в толще костей черепа через нос.

Заслуживают большого внимания работы Н.Д. Флоренского. Он одним из первых в нашей стране начал разработку проблемы клинического применения внутривенного наркоза. Результаты исследовательской деятельности были оформлены в виде диссертации на тему «Внутривенный гексеналовый наркоз» на соискание ученой степени доктора медицинских наук, которую он представил к защите в 1941 г. во 2-й Московский медицинский институт имени Н.И. Пирогова, но война помешала защите. Во время войны этот вид обезболивания получил широкое распространение. Н.Д. Флоренский ушел на фронт, где стал ведущим хирургом. Имея большой опыт лечения переломов костей, он думал о создании компрессионного метода. Лишь после войны ему удалось полностью воплотить в жизнь свои идеи. В журнале «Вестник хирургии» (1994. № 3. С. 123–124) известный травматолог Г.Н. Земляной пишет: «Работы Н.Д. Флоренского по компрессионному остеосинтезу произвели революцию в лечении

переломов. Он конструирует различные варианты приборов, позволяющих плотно сжать концы отломков костей при переломах и удержать их в правильном положении. Свой сжимающий прибор он назвал “ретрактор”, а операцию – “компрессионный остеосинтез”».

По результатам научных исследований в годы войны вышло несколько кафедральных и два общеинститутских сборника научных трудов, защищено 16 кандидатских и 7 докторских диссертаций, опубликован ряд монографий и методических рекомендаций для практических врачей.

Отдельно хотелось бы остановиться на неоценимом подвиге женщин – медиков, фронтовиков и тружениц тыла, которых немало и в нашем вузе. Международная встреча женщин-медиков, участниц Великой Отечественной войны, «Мы защищали Великую Державу», которая проходила в Ивановской области в марте 2005 года, собрала более сотни женщин-ветеранов из Тамбовской, Тульской, Липецкой, Ярославской, Орловской, Владимирской, Нижегородской, Белгородской и других областей, а также из Украины и Белоруссии.

Главная цель встречи – отдать дань уважения женщинам-медикам, внесшим огромный вклад в приближение Победы и максимально использовать воспитательный потенциал их общения с молодежью. Выбор Ивановской области местом проведения Международной встречи женщин-медиков военного поколения не случаен, так как с первых дней войны Ивановский медицинский институт стал кузницей медицинских кадров для фронта. Без преувеличения можно сказать, что это были лучшие медицинские кадры, и благодаря их усилиям оказались спасены тысячи и тысячи солдатских жизней.

Тепло встречали дорогих гостей в стенах Ивановской государственной академии. Ветераны поклонились памяти выпускников и преподавателей медицинской академии, погибших в Великую Отечественную войну, возложили цветы к мемориалу, познакомились с экспозицией музея истории, встречались с руководством, сотрудниками и студентами вуза.

У участниц Великой Отечественной войны была нелегкая судьба, но никто из них не пал духом ни в пору войны, ни в послевоенное время. Скромно, честно и с достоинством прожили они все эти годы. Их жизненный подвиг – яркий пример мужества, преданности своему делу, жизнелюбия для всех послевоенных поколений.

Приводим некоторые воспоминания врачей, военных ангелов милосердия, выпускниц нашего вуза.

*М.А. Борисова*, гвардии капитан медицинской службы. Награждена 3 орденами и 8 боевыми медалями. Кандидат медицинских наук. После войны работала ассистентом на ряде хирургических кафедр вуза.

«...Каждая капля крови ценилась на вес золота. Пациент ранен в живот. Делаю операцию, необходима кровь, а ее нет. Ложусь на соседний стол. Операционная сестра берет 300 граммов крови, и тут же эту кровь переливают раненому, которого только что оперировала. Как врачу медсанбата, ответственному за переливание крови, мне приходилось принимать с самолетов большие партии крови из глубокого тыла. Кровь Ивановской станции переливания крови всегда была без брака и даже после 28-дневных сроков хранения не имела гемолиза и сгустков. Раненым танкистам я с особым чувством говорила: «Переливаю вам кровь земляков, значит будете живы и вернетесь в родные края».

*А.Ф. Бычкова*, капитан медицинской службы, имеет несколько правительственных наград. Кандидат медицинских наук, доцент. С 1953 по 1979 г. работала в ИГМИ на кафедре факультетской педиатрии.

«...Сразу после окончания ИГМИ в июне 1943 года весь наш выпуск мобилизовали и в товарных вагонах отправили в Москву – за распределением на различные фронты. Мы, три девушки, получили направление на Юго-Западный фронт. В Воронеже около разрушенного здания вокзала переночевали на асфальте и на утро распределились в 113-ю стрелковую дивизию, 201 медсанбат.

...Хотя я по специальности педиатр, на фронте оперировала раненых наравне с другими врачами. Сколько же бойцов и командиров прошло через наши руки! За сутки порой поступало несколько сот раненых и больных. Ни о каком отдыхе не могло быть и речи. Но мы были молоды, нам все было нипочем! С боями наша дивизия прошла Молдавию, Югославию. Близость фронта ощущалась постоянно, и никогда не было уверенности, что останешься жив. Но мы о себе не думали, понимая, что спасти раненых – наша обязанность».

*К.Г. Выренкова*, командир оперативно-перевязочного взвода, гвардии капитан медицинской службы. Прошла боевой путь от Сталинграда до Праги. Награждена двумя орденами Красной Звезды, орденом Отечественной войны, многими медалями. Кандидат медицинских наук, отличник здравоохранения. С 1953 по 1981 г. работала вначале ассистентом, затем доцентом кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ИГМИ.

«...Когда началась война, мы сдавали экзамены за 3-й курс мединститута. Срок обучения нам сократили на год. 16 июня 1942 года мы сдали последний экзамен, а 17 профессора с цветами уже провожали нас на вокзале в Москву – в резерв главного командования...

...Сейчас даже трудно в это поверить: мы не отходили от операционных столов в течение 5 дней и ночей. Многих раненых я запомнила на всю жизнь...»

*Е.П. Спиридонова*, капитан медицинской службы. Воевала на Украине, в Венгрии, Австрии. Награждена орденами Красной Звезды и Отечественной войны, многими медалями. Кандидат медицинских наук, до 1958 года работала ассистентом на кафедре нормальной анатомии.

«...В 1941-м я была аспиранткой ИГМИ. Весной мы с подругой на свои стипендии купили путевки в дом отдыха и обсуждали, как впервые поедем на юг.

22 июня рухнули все наши планы...

Началась обычная кочевая жизнь полевого подвижного госпиталя – ППГ. Размещаться нам приходилось в самых разных условиях – чаще в селениях, основательно разрушенных. В таких случаях своими силами мы приспособливали имеющиеся постройки под госпиталь. Восстанавливали окна и двери, белили потолки и стены. Так как наш госпиталь много поездил по Украине, у нас появилась шутка: «Мы побелили всю Украину!»

Наш госпиталь был рассчитан на 200 коек. Раненых же часто бывало в 3–5 и даже в 10 раз больше. Они лежали вповалку на полу на сене, соломе, прикрытых брезентом, а иногда и без этого. При обходах таких «палат» мы вынуждены были ползать между ранеными, выбирая нуждающихся в неотложной помощи...

...Я помню бойца с множественными ранениями брюшной полости. Мы штопали кишечник втроем, и чем больше штопали, тем больше находили новых дырок! Старший хирург не выдержал, сказал: «Все бесполезно!» и ушел. А мы с подругой вдвоем продолжали работу.. И солдат остался жив!..»

*Л.Ф. Зименкова*, майор медицинской службы, награждена орденом Отечественной войны, многими боевыми медалями. Долгие годы работала ассистентом на кафедре госпитальной терапии.

«...Меня, врача 3 ранга, окончившую ИГМИ в 1938 году, призвали в июле 1941-го, а в августе я была назначена начальником военно-санитарного поезда.

Вспоминаю наш первый рейс. В октябре, когда немцы подошли к Москве, мы должны были под непрерывной бомбежкой принять раненых и вывезти их подальше от фронта. Поезд со старыми дребезжавшими вагонами не был приспособлен для перевозки пострадавших, даже носилки нельзя было пронести через тамбур – приходилось подавать через окна. Рейс за рейсом набирались опыта. Да и поезд получили другой – настоящий госпиталь на колесах. Мы вывозили раненых из блокадного Ленинграда, с Белорусского, Украинского и других фронтов. Из Прибалтики мы ехали в Сибирь, из-под Минска – на Урал.

...Раненых были сотни и тысячи, и каждого нужно было обогреть, накормить, вылечить. Мы организовывали концертную группу и выступали перед ранеными, регулярно выпускали стенгазеты. Учитывая особенности повседневной жизни на колесах, каждый из нас был и медиком, и грузчиком, и рабочим-дорожником, и снабженцем. На длительных стоянках собирали грибы и ягоды для наших пациентов...».

*В.И. Чунаева*, гвардии капитан медицинской службы. Прошла боевой путь от Сталинграда до Праги, награждена орденами Красной Звезды, Отечественной войны, многими медалями. Кандидат медицинских наук.

«...Солдаты без оружия – так называли на войне женщин-медиков....»

Окончив ИГМИ досрочно, в декабре 1941-го, я была направлена в 258-ю стрелковую дивизию на должность ординатора операционно-перевязочного взвода...Написала домой, чтобы прислали учебник по оперативной хирургии...

В сентябре 1942 года нас отправили под Сталинград. Дивизия с ходу вступила в бой. Бои были такими напряженными, что мы буквально захлебывались в потоке раненых. За день их поступало в медсанбат до 900 человек. Дремали сидя или даже стоя, пока убирали со стола одного раненого и подавали другого. Работали при свете керосиновых ламп и коптилок из снарядных гильз. А в воздухе почти постоянно висели немецкие самолеты, сбрасывая свой смертоносный груз даже на санчасти с красными крестами...

Мы были так загружены работой, что даже не ощущали страха... Мы были молоды. Помню чудесную украинскую весну, буйное цветение садов. Поют соловьи... А рядом льется людская кровь, идет жестокая битва...»

Но все же мы считаем себя счастливыми. Мы спасли в свое время Родину и мир на Земле!

*В.И. Чунаева* является почетным гражданином г. Иловайска, который освобожден 96-й гвардейской дивизией, с которой она прошла весь военный путь. Известная всем 96-я гвардейская дивизия удостоена трех высоких правительственных наград: орденов Ленина, Красного Знамени, Суворова II степени.

На Международной встрече за личный вклад в подготовку медицинских кадров и патриотическое воспитание молодежи были вручены знаки отличия лауреата областной государственной премии «Женщина года» выпускнице 1941 года Н.В. Булыгиной, участнице Великой Отечественной войны, а Е.П. Спиридоновой присуждена премия имени Е.П. Ужиновой.

Около 70 сотрудников, вернувшихся с фронта в вуз, стали докторами и кандидатами наук, профессорами и доцентами, крупными организаторами здравоохранения: Ужинова Е.П., Сухарев В.М., Спиридонова Е.П., Евсеев Н.Ф., Лобанов А.М., Лукин В.А., Ушакова А.И., Чунаева В.И., Выренкова К.Г., Борисова М.А., Брагин Б.И., Бычкова А.Ф., Грязнова А.В., Рогачева Л.С., Рябушкин Н.В., Булыгина Н.В., Николаева Г.В., Коршунова Н.Д., Крылова Л.Д., Зименкова Л.Ф., Флоренский Н.Д., Рябова П.П., Козиоров М.С. и многие другие. 50 участникам Великой Отечественной войны



Встреча ветеранов с ректором академии проф. Р.Р. Шилиевым и выпускницей ИвГМА депутатом Государственной Думы Т.В. Яковлевой

присвоено звание полковника медицинской службы, около 300 были удостоены звания «Заслуженный врач республики».

Преподавателю кафедры военной медицинской подготовки В.И. Тарловскому Президиумом Верховного Совета СССР в июле 1944 года было присвоено звание Героя Советского Союза.

За стойкость и мужество почти 2000 выпускников и сотрудников института награждены орденами и медалями.



Встреча медиков военного поколения с ветеранами и руководством вуза

---

---

## Краткие сообщения

---

---

### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРОКСИМАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Евтихова Е.Ю., кандидат медицинских наук

Кафедра хирургических болезней ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

Ответственный за переписку (corresponding author): [evtichova@inbox.ru](mailto:evtichova@inbox.ru)

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, качество жизни

Хронический панкреатит (ХП) становится наиболее частой патологией поджелудочной железы (ПЖ), составляя в структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта 8–9%, а среди общей патологии – 0,5% (Маев И.В., 2009). Ряд вопросов хирургической тактики при ХП остаются предметом дискуссий (Кубышкин В.А. и др., 2008; Kopinger J. et al., 2008). Прежде всего, не уточнены показания к выбору вида оперативного вмешательства при различных формах данной патологии.

С 1994 по 2009 гг. произведена проксимальная резекция ПЖ по поводу ХП у 109 пациентов. Возраст больных составлял от 32 до 68 лет, в среднем  $47,4 \pm 0,6$  года. Среди них было 102 мужчины и 7 женщин.

В первую группу включены 86 пациентов, которым выполнялась панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Длительность заболевания у больных данной группы варьировала от 3 до 11 лет (в среднем  $7 \pm 3,6$  года). Следует отметить, что 76 (88,4%) человек в прошлом были оперированы в различных медицинских учреждениях, причем 15 (17,4%) из них неоднократно. После детального обследования у пациентов выявлялись: преимущественное гиперпластическое поражение резко увеличенной головки ПЖ с её кальцинозом и (или) калькулёзом (100%), интрапанкреатические полостные образования (хронический абсцесс, множественные абсцессы, киста или кисты); выраженная интрапанкреатическая протоковая гипертензия (100%); сдавление двенадцатиперстной кишки (54,6%), сочетание билиарной и дуоденальной обструк-

ции, механическая желтуха (22,1%), внепечёночная сегментарная портальная гипертензия (11%). Следует отметить, что 7 (8,1%) человек оперированы с предположительным диагнозом рака головки ПЖ. В то же время у 5 (5,8%) оперированных при гистологическом исследовании удалённого препарата на фоне фиброза головки ПЖ выявлен рак *in situ*. Размеры резко увеличенной и фиброзно изменённой головки ПЖ варьировали от 6,2 до 9,8 см (в среднем –  $7,7 \pm 0,9$  см). В послеоперационном периоде умерло 7 (8,1%) человек. В последние 5 лет имел место лишь 1 случай летального исхода от гнойных осложнений панкреонекроза.

Вторую группу составили 16 человек, которым произвели пилоруссохраняющую вследствие ПДР (пПДР). В послеоперационном периоде у всех больных развились явления гастростаза, купированные консервативно. Летальных исходов не было.

К третьей группе отнесены 7 больных, которым производилась изолированная резекция головки ПЖ (ИРГПЖ). 3 пациентам выполнена операция по Вебер, а 4 – по Фрей. При обследовании было установлено отсутствие выраженного парапанкреатического фиброза, проявлений билиарной гипертензии и значительных нарушений дуоденальной проходимости. Размеры головки ПЖ составляли от 3,9 до 5,7 см. Характерно, что длительность заболевания ХП у них составляла от 11 месяцев до 4 лет. В раннем послеоперационном периоде умер 1 больной.

---

Yevtikhova E.Yu.

PROXIMAL RESECTIONS OF PANCREAS IN CHRONIC PANCREATITIS : EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN REMOTE PERIOD

**Key words:** chronic pancreatitis, quality of life.

Отдалённые результаты после проксимальных резекций ПЖ изучены в сроки от 6 месяцев до 15 лет у 97 человек. Критериями эффективности проведенных оперативных вмешательств мы считали результат: «хороший» – хорошее самочувствие пациента, отсутствие болевого синдрома, нормализация массы тела, отсутствие или минимальные проявления диспепсии, стабилизация процесса в ПЖ, сохранение работоспособности; «удовлетворительный» – периодически возникающий или сохраняющийся, но в меньшей степени, болевой синдром, умеренные проявления внешнесекреторной панкреатической недостаточности, незначительный дефицит массы тела; снижение работоспособности, требующее перевода пациента на более легкий труд или инвалидность; «неудовлетворительный» – тяжелый инсулинозависимый сахарный диабет, выраженные внешнесекреторные нарушения ПЖ, требующие приема больших доз ферментных препаратов; стойкая утрата трудоспособности, некупируемая диарея, рецидив болевого синдрома. Результаты исследований представлены в таблице 1.

Исследование качества жизни проводилось методом анкетирования с помощью опросника MOS SF-36. До операции средний показатель общего физического компонента здоровья (ФЗ) составлял  $51 \pm 4,1$  балла, а средний показатель психологического компонента здоровья (ПЗ) –  $42 \pm 4,3$  балла. В таблице 2 представлены результаты изучения показателей качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде в трех изучаемых группах.

Полученные результаты демонстрируют наибольшую эффективность ИРГПЖ. В то же время резекция головки ПЖ выполнялась у пациентов

с менее тяжелым течением ПЖ, чем у больных, которым проводилась ПДР. Большое число неудовлетворительных результатов и летальных исходов после ПДР в отдаленном послеоперационном периоде обусловлено несвоевременным (поздним) проведением операции при наличии тяжелых осложнений ХП, исключающих возможность выполнения ИРГПЖ.

Таким образом, ПДР при осложнённых формах ХП является эффективной операцией, устраняющей основной патологический процесс и значительно улучшающей качество жизни пациентов. При этом не только профилактируется возможность дальнейшей злокачественной трансформации, но и устраняются ошибки диагностики малигнизации. Наличие достаточно большого числа отдаленных неудовлетворительных результатов после ПДР обусловлено запущенностью основного заболевания, сопровождавшегося тяжелыми осложнениями (средняя продолжительность заболевания до вмешательства составляла 7,6 года).

Пилоруссохраняющий вариант ПДР в отдаленном периоде имеет преимущества по сравнению с классической операцией. Тем не менее, это вмешательство возможно при отсутствии вовлечения в процесс луковицы двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка, что диктует необходимость более раннего установления показаний к оперативному лечению больных ХП.

Своевременная диагностика форм ХП даёт возможность проведения дуоденосохраняющей (изолированной) резекции головки ПЖ. Следует подчеркнуть, что по показаниям операцию по удалению головки ПЖ необходимо выполнять на более ранних сроках, предотвращая тяжёлые осложнения ХП.

**Таблица 1.** Отдаленные результаты после различных проксимальных резекций ПЖ

Полученные результаты	ПДР (n = 75)	пПДР (n = 16)	Резекция головки ПЖ (n = 6)	Всего (n = 97)
Хорошие	32 (37,2%)	7 (43,8%)	6(100%)	45
Удовлетворительные	25 (29%)	5 (31,25%)	-	30
Неудовлетворительные	7 (8,1%)	-	-	7
Умерло	11 (12,7%)	4 (25%)	-	15

**Таблица 2.** Показатели качества жизни после различных проксимальных резекций ПЖ

Полученные результаты	ПДР		пПДР		ИРГПЖ	
	ФЗ	ПЗ	ФЗ	ПЗ	ФЗ	ПЗ
Хороший	$79 \pm 2,9^*$	$72 \pm 1,8^*$	$74,2 \pm 4,3^*$	$81,5 \pm 4,1^*$	$79 \pm 1,8^*$	$81 \pm 3,2^*$
Удовлетворительный	$67 \pm 3,2^*$	$70 \pm 4,5^*$	$44,1 \pm 4,2$	$52,3 \pm 4,8$	–	–
Неудовлетворительный	$54 \pm 1,4$	$35 \pm 2,8$	–	–	–	–

\*  $p < 0,05$  по сравнению со значениями, полученными до операции.

Поступила 10.06.2010 г.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАДИКУЛОПАТИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОРРЕЛИОЗЕ ЛАЙМА

Низовцева Л.А. \*  
Баранова Н.С., кандидат медицинских наук,  
Спирин Н.Н., доктор медицинских наук

Кафедра нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Росздрав», 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, 5.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: nizovtzeva\_la@mail.ru

**Ключевые слова:** боррелиоз Лайма, радикулопатия.

Поражения периферической нервной системы (ПНС) встречаются на всех стадиях боррелиоза Лайма (ЛБ), доминируя в клинической картине. При данном заболевании они диагностируются в 30–91% случаев, в России – в 64–85%. По данным литературы, среди всех поражений ПНС при ЛБ доля радикулопатий (РП) составляет от 13 до 85%, а симптоматика заболевания описана лишь на ранних стадиях.

Целью настоящей работы явилось определение диагностических признаков РП при хроническом течении ЛБ.

Поражение периферической нервной системы в хроническом периоде ЛБ выявлено у 70 пациентов, доля РП составила 72,9%. Обследовано 40 женщин и 11 мужчин в возрасте от 20 до 80 лет, средний возраст –  $48,2 \pm 1,98$  года. Укус клеща в анамнезе выявлен у 42, наличие мигрирующей эритемы – у 24, острый период заболевания имел место у 23, 19 из которых получили лечение. Течение заболевания расценивалось как хроническое при длительности от 6 месяцев и более.

Болевой синдром наблюдался у всех пациентов, из них у 42 боль при РП носила первично хронический характер, у 9 имела место хронизация острой боли после острого периода заболевания. Интенсивность боли, оцененная при помощи визуально-аналоговой и вербально-ранговой шкал, составила от 2 до 10 баллов, среднее значение  $5,81 \pm 0,25$ . Ранговый индекс боли, определенный при помощи опросника Мак-Гилла, составил от 7 до 34 единиц, в среднем – 17,3; медиана – 12,0;  $P_{25} = 4,0$ ,  $P_{75} = 11,0$ . Топическая ассоциация между локализацией боли и местом присасывания клеща отмечалась у 9 пациентов, имевших в анамнезе укус клеща, что составило 39,13%. Боль носила иррадиирующий характер у 37 пациентов, причем чаще всего иррадиация была двусторонней. Зависимость боли от положения тела отмечали только 6 больных, от времени года – 4, времени суток – 5, от физической нагрузки – 5, причем у

подавляющего большинства пациентов боль не купировалась приемом нестероидных противовоспалительных средств.

РП на шейном уровне имела место у 16 пациентов, грудном – у 2, пояснично-крестцовом – у 6, многоуровневое поражение – у 27.

Болезненность при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек выявлена у 49 пациентов, из них у 15 – на шейном уровне, у 2 – на грудном, у 4 – на пояснично-крестцовом, у 28 – вдоль всего позвоночника. Степень выраженности болезненности у большинства была легкой. Тоническое напряжение паравертебральных мышц выявлено у 49 пациентов, чаще всего легкой степени, ограничение объема движений – у 45, из них у подавляющего большинства легкой степени.

Симптомы натяжения были положительны у 45 человек, степень их выраженности в большинстве случаев была легкой.

Чувствительные расстройства выявлены у всех пациентов, у 33 – по корешковому типу, у 37 присутствовали корешковые и полиневритические расстройства. Дистальные парезы диагностированы только у 11 (21,6%) больных, степень их выраженности – легкая.

При ЛБ выявлялась этапность в развитии клинических проявлений – появление корешковых болей, нарушения чувствительности, а затем парезов.

Таким образом, для РП в хроническом периоде ЛБ характерно наличие первично хронического умеренного болевого синдрома, чаще с двусторонней иррадиацией, не купируемого или слабо купируемого нестероидными противовоспалительными средствами. Поражение чаще всего носит многоуровневый характер, а степень выраженности вертебрального и мышечно-тонического синдромов легкая. Чувствительные расстройства характерны для всех больных, а дистальные парезы встречаются менее чем в четверти случаев и по степени выраженности являются легкими.

Поступила 08.06.2010 г.

Nizovtseva L.A., Baranova N.S., Spirin N.N.

CLINICAL PECULIARITIES OF RADICULOPATHY IN CHRONIC LYME BORRELIOSIS

**Key words:** Lyme borreliosis, radiculopathy.

## НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ДИСПЛАЗИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Чемоданов В.В., доктор медицинских наук,  
Краснова Е.Е., доктор медицинских наук

Кафедра детских болезней лечебного факультета ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

\* Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: (4932) 30-08-02

**Ключевые слова:** недифференцированная дисплазия соединительной ткани, диагностика, гипердиагностика, дети, диспластические синдромы и фенотипы, методы ранней диагностики

Интерес к изучению морфофункциональных изменений в организме, с большой частотой обнаруживаемых у детей и подростков с мезенхимальной несостоятельностью, способствовал активизации научных исследований, направленных на изучение соматоскопических и ряда соматометрических особенностей при различных заболеваниях, верификация которых основывается на использовании современных высокотехнологичных методов. Данные о распространённости дисплазии соединительной ткани (ДСТ) разноречивы в связи с различными классификационными и диагностическими подходами, используемыми исследователями. По нашему мнению, показатели распространённости ДСТ, по меньшей мере, соотносятся с таковыми основных социально значимых неинфекционных заболеваний.

Диагностика ДСТ основывается на учёте в первую очередь фенотипических признаков, выявление которых не требует от врача выполнения трудоёмких и дорогостоящих исследований. Однако перечень, а также диагностическая чувствительность этих признаков до настоящего времени не определены. Каждый исследователь предлагает по сути дела авторский вариант оценки «порога стигматизации», превышение которого позволяет диагностировать недифференцированные ДСТ, приводя в ряде случаев к их гипердиагностике. Необходимо учесть, что распространённость отдельных признаков в детском возрасте имеет возрастные и гендерные различия. Мы считаем, что умение выявлять признаки ДСТ является важной составляющей профессиональной врачебной характеристики. Состояние вопроса в педиатрии

в действительности далеко от идеального, хотя именно в последнем десятилетии отмечен рост числа исследований по обозначенной тематике. Ещё больше вопросов оставляет диагностика синдрома ДСТ. Достаточно оценить такой факт, что его выявляемость в детской популяции врачами общей медицинской практики, по нашим сведениям, составляет 1,2%, в то время как данный показатель, по самым скромным данным, в 8–10 раз выше. Э.В.Земцовский (2007) предлагает выделять 10 основных диспластических синдромов и фенотипов. Но использование предложенной группировки в педиатрических работах не получило распространения, в том числе в связи с малочисленностью подобного рода популяционных исследований у детей различных возрастных групп. Перенос сведений, полученных на взрослой популяции, в педиатрию, представляется неоправданным и некорректным, поскольку при этом следует учитывать процессы роста и развития, свойственные детям.

Внешние фенотипические проявления ДСТ включают нарушение пропорций отдельных частей тела и осанки, деформации грудной клетки, позвоночника и конечностей, гипермобильность суставов и др. Иными словами, врачи-исследователи в большинстве случаев оперируют терминами, принятыми в антропологических дисциплинах. Настоящий этап развития педиатрии характеризуется таким положением дел, когда изучение вопросов «слабости» соединительной ткани рассеяно между врачами разных специальностей. Настало время, когда педиатрическое сообщество должно сосредоточить свои усилия на одной

Chemodanov V.V., Krasnova E.E.

UNSOLVED QUESTIONS IN DIAGNOSIS OF INDIFFERENTIATED DYSPLASIA IN CHILDHOOD

**Key words:** indifferentiated dysplasia of the connective tissue, diagnosis, hyperdiagnosis, children, dysplastic syndromes and phenotypes, early diagnosis methods.

из самых сложных медицинских проблем, которой является соединительнотканная дисплазия.

Исследования последних лет, в том числе выполненные в педиатрии, убеждают в высокой значимости ряда соматических заболеваний, развившихся на фоне соединительнотканной несостоятельности, своеобразии их клинической картины. Прогрессирующий характер течения многих форм диспластических изменений заставляет рассматривать их как высокий фактор риска (структурно-функциональный фон) возникновения приобретённых заболеваний, разрабатывать методы ранней диагностики органных изменений, искать наиболее оптимальные направления и механизмы интервенции в системный процесс с целью нормализации метаболизма соединительноткан-

нотканых структур и, по возможности, предотвращения развития тяжёлой органной патологии. Остаётся спорным вопрос о клинической форме проявления поражений со стороны внутренних органов.

Исходя из изложенного, представляется необходимым дальнейшее изучение роли ДСТ в формировании и развитии заболеваний внутренних органов с целью их ранней диагностики, профилактики и лечения. Следует разработать чёткие критерии диагностики заболеваний, в том числе у детей. Необходимость интенсификации работы в этом направлении не вызывает сомнений, поскольку достигнутые результаты в полной мере оправдают неизбежные материальные и интеллектуальные затраты.

Поступила 15.02.2010 г.

---

---

## Юбилей

---

---

### ОЛИМПИА МАКСИМОВНА ЛАГО (К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Фоменко Е.В.\*,  
Шибаета С.В., кандидат медицинских наук

Кафедра детских болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

\* Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: (4932) 42-44-30



6 июня 2010 г. исполнилось бы 100 лет со дня рождения талантливого педиатра и великолепного педагога Олимпии Максимовны Лаго. Олимпия Максимовна стояла у истоков развития педиатрии в нашем вузе. Она является учителем для многих поколений

врачей. Профессор Лаго возглавляла кафедру факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней в течение 12 лет – с 1961 по 1973 гг. Именно она приняла эстафету педиатрической науки и практики после ухода из жизни первого профессора-педиатра нашего института Б.П. Аполлонова. Именно эта кафедра явилась родоначальницей всех других педиатрических кафедр ИГМИ.

Олимпия Максимовна Лаго родилась 6 июня 1910 г. в городе Евпатория в семье пекаря. Отец был грек по национальности, мать – поляка. В этом южном городе семья прожила недолго и в 1912 г. переехала в Севастополь, где и прошли школьные годы Олимпии Максимовны. По окончании школы полтора года она работала ответственным секретарем общества «Долой безграмотность» на Севастопольском морском заводе. В течение последующих двух лет она студентка отделе-

ния птицеводства Московского зоотехнического института г. Загорска. В 1934–1936 гг. работала младшим научным сотрудником в НИИ птицеводства в этом городе. Дальнейшие перемены в жизни Олимпии Максимовны были связаны с тем, что в 1932 г. она вышла замуж за доцента кафедры химии МЗИПа Николая Михайловича Чистякова. В связи с переводом мужа в Ижевский медицинский институт в 1936 г. молодая семья переезжает в город Ижевск, где за четыре года в 1939 г. Олимпия Максимовна с отличием заканчивает лечебный факультет медицинского института. В предвоенные годы она работает врачом детской клиники ИжМИ и преподавателем педиатрии в фельдшерской школе. В начале Великой Отечественной войны Олимпия Максимовна была мобилизована и работала в эвакуационном госпитале начальником отделения. С 1944 по 1945 г. – клинический ординатор ИжМИ, а затем до мая 1952 г. – ассистент кафедры детских болезней лечебного факультета ИжМИ. С мая 1952 г. по приказу Минздрава переведена в ИГМИ, где работала сначала ассистентом кафедры детских болезней, а потом доцентом. В течение 12 лет (с сентября 1961-го по ноябрь 1973 г.) она заведовала кафедрой факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней, а затем до последних дней своей жизни работала профессором-консультантом этой кафедры, располагавшейся в то время в детской клинике на улице Ермака.

Олимпия Максимовна защитила кандидатскую диссертацию на тему «Костномозговое кроветворение у детей, больных рахитом» в 1950 г. в Ленинградском педиатрическом институте. А в 1969 г. ею защищена докторская диссертация, тема которой: «Микроэлементы и белковый спектр крови

---

Fomenko E.V., Shibaeva S.V.

OLIMPIYA MAKSIMOVNA LAGO (To her 100 birth anniversary)

при анемиях у детей раннего возраста». В этом же году получено звание профессора. О.М. Лаго заложила новое научное направление по изучению роли микроэлементов в этиологии и патогенезе анемий, и не случайно эта огромная заслуга принадлежит именно ей. Дело в том, что научным руководителем Олимпии Максимовны был академик А.Ф. Тур. Под его руководством она защитила свои диссертации, ею были продолжены высокие академические традиции.

Олимпия Максимовна являлась отличным методистом, руководителем и организатором. Должности, которые она занимала, многочисленны: член ученого совета института и педиатрического факультета, председатель предметной комиссии по педиатрии, председателем проблемной комиссии «Возрастные особенности детского организма в норме и патологии», областного общества детских врачей, заместитель председателя детской секции антиревматического областного комитета. Ее научные труды многочисленны. Под руководством профессора О.М. Лаго подготовлено пять кандидатов наук: В.М. Марченко, А.Ф. Бычкова, М.С. Философова, Р.Р. Шилаев, Н.А. Дикая.

За самоотверженный труд О.М. Лаго награждена многочисленными медалями и орденами. Среди них орден Ленина, медали «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», «За победу над Германией», «20 лет Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», знак «Отличнику здравоохранения», медаль «В ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина». Ее имя занесено в Книгу Почета ИГМИ.

Ввиду того, что Олимпия Максимовна была скромным человеком, и сведений «неофициального характера» о ней немного, но нам очень хотелось как можно больше узнать о ее жизни, личных качествах; увидеть ее профессиональные заслуги сквозь призму чужого опыта. И мы взяли интервью у ее ученика, ректора нашей академии Рудольфа Ростиславовича Шилаева.

Олимпия Максимовна была эмоциональная, требовательная и вместе с тем доброжелательная, нравственно и физически прекрасная женщина, готовая прийти на помощь в любую минуту. Она пользовалась любовью и уважением врачей клиники и студентов. Ее лекции, и особенно практические занятия, представляли собой «театр одного актера», где высокий врачебный и педагогический профессионализм сочетался с искусством убеждать. На лекциях исповедовался принцип свободного посещения, но аудитория всегда была полной. Она была требовательна к студентам, умела так поставить вопрос, что сразу становилось понятно, занимался ли студент са-

мостоятельно, видел ли больного. На экзаменах проявляла доброжелательное участие и стремилась раскрыть лучшие черты экзаменуемого. Студенты глубоко уважали Олимпию Максимовну, доверяли ей и гордились своим Учителем.

Олимпия Максимовна безумно любила детей. Ее интересовало абсолютно все: как ребенок спал, ел, чистота его белья, тела. Чем более несчастным был ребенок, тем больше любви она отдавала ему. «Спрос» с врача, который курировал больного и допустил какие-либо упущения, был строгим.

### **Первая встреча с Олимпией Максимовной Лаго, или «Холоднокровный» студент**

Рудольф Ростиславович первый раз увидел профессора Лаго будучи студентом 3 курса. Как потом оказалось, сама Олимпия Максимовна эту встречу не помнила. Дело было зимой во время экзамена по пропедевтике детских болезней в детской клинике на ул. Ермака. Стояли суровые крещенские морозы, в кабинете царил невероятный холод, и руки молодого студента были как ледышки. И вот, когда привели больного, Олимпия Максимовна вынуждена была отправить экзаменуемого к... батарее. Но, несмотря на все усилия, руки отказывались согреваться... То ли билет неудачный попался, то ли руки подвели, но за тот экзамен Рудольф Ростиславович получил «четверку» и очень расстроился. «Надо отметить, – сказал Рудольф Ростиславович, – что тогда экзамен проходил еще в традиционной форме». Прошли десятилетия, а экзамены по пропедевтике детских болезней и педиатрии почти не изменились, появились лишь тесты и клинические задачи, которые сейчас стали обязательными.

### **Знакомство продолжается, или Как помог случай**

Так незаметно прошли еще три года в стенах альма-матер. В 1967 г. Рудольф Ростиславович поступает в клиническую ординатуру. К моменту ее окончания мечта поступить в аспирантуру на кафедру к профессору О.М. Лаго казалась несбыточной, так как свободных мест не было. Он вынужден был задуматься о последующем месте работы... Но тут фортуна улыбнулась ему, и в 1969 г. Рудольф Ростиславович становится аспирантом, что и послужило началом тесного знакомства и сотрудничества с Олимпией Максимовной Лаго.

### **Совместные труды**

Шли годы... Рудольф Ростиславович, как и Олимпия Максимовна, занялся изучением железодефицитных анемий у детей. Исследования проводились совместно с Николаем Михайловичем Чистяковым, ее мужем, который заведовал

кафедрой неорганической химии. Они впервые разделили глобиновую часть гемоглобина на фракции и доказали, что меняется четвертичная структура молекулы. На тот момент это было новаторское открытие!

#### **«Если бы не она!..»**

...То сейчас многое бы не состоялось!» – сказал в своем интервью Рудольф Ростиславович. Они с Олимпией Максимовной начинали свои исследования с клеток крови. В дальнейшем учениками профессора Р.Р. Шилиева была разработана модельная клеточная система, открыта лаборатория микроциркуляции и гемореологии в научно-исследовательском центре академии. И это всё – благодаря ей. Ведь самое главное – когда посадишь семечко – ухаживать за ним. А Олимпия Максимовна вкладывала всю душу в развитие педиатрии в стенах альма-матер.

#### **Сохраняя лучшие традиции...**

Олимпия Максимовна бережно сохраняла традиции, заложенные проф. Б.П. Аполлоновым и продолжала регулярно проводить в клинике четверговые конференции. Она была требовательна к себе и ждала этого от других, призывала преподавателей читать лекции по санитарно-просветительской работе, поручала делать доклады на конференциях. Благодаря ей на кафедре были приняты собрания преподавательского коллектива, включая ординаторов и аспирантов. Заранее задавалась тема, каждый из присутствующих готовился, потом обозначенная проблема обсуждалась.

#### **Врач с большой буквы, или В поисках истины**

Помимо науки профессор Лаго очень любила клиническую работу. В ее обходах участвовала вся клиника. «Абсолютно вся! – акцентировал внимание Рудольф Ростиславович, – никто не оставался, ни одна душа». Врачи бросали свои дела и шли вместе с ней. Всех тяжелых больных она осматривала сама: была большая летальность из-за пневмоний, а из антибиотиков существовал только пенициллин.

У нее все было направлено на пользу больного. Если она чего-то не знала, то никогда не стеснялась это показать, собирала в своем кабинете всех опытных врачей, молодых ординаторов, интернов и обсуждала сложного пациента. Если не находила ответа, то раздавала задания. Частенько Рудольфу Шилиеву приходилось бегать в библиотеку и до вечера штудировать медицинскую литературу. Она привыкла все доводить до конца, искала истину. «Таким образом, – сказал Рудольф Ростиславович с благодарностью в голосе, – она нас вырастила в профессиональном смысле и прекрасно подготовила!»

#### **Немного о личном**

О достоинствах Олимпии Максимовны как руководителя, методиста и врача можно говорить много, но не стоит забывать, что она была и просто человеком, у которого, как у каждого из нас, были свои слабости. Об одной из них «по секрету» рассказал Рудольф Ростиславович.

Олимпия Максимовна очень любила семечки, но почему-то предпочитала скрывать этот факт. Ее путь домой от детской клиники лежал через улицу Станционную и школу № 32, где в то время шла бойкая торговля жареными семечками. «Надо отметить, – сказал Рудольф Ростиславович, – мы с коллегами всегда провожали Олимпию Максимовну с работы». И когда мешки с вожделенным лакомством оставались позади, она шепотом, так, чтобы никто не видел, говорила: «Рудик, вернись, купи два стакана семечек!»

Олимпия Максимовна была очень красивой женщиной с блестящими каштановыми волосами. С косметическими средствами в то время было весьма трудно, доставать хну приходилось с большим трудом. Но, будучи крымской гречанкой, она знала, что секрет насыщенного каштанового оттенка крылся в зеленой скорлупе грецких орехов. По счастливой случайности Рудольф Ростиславович жил тогда на улице, где росла довольно большая роща грецких орехов... И ради прекрасного цвета волос своего Учителя он тряс те самые деревья, собирал их плоды.

Лето Олимпия Максимовна проводила за городом в обществе супруга и внука. Любимым и традиционным местом отдыха был пансионат под Шуей. Со временем Рудольфу Ростиславовичу поступило предложение присоединиться к ним вместе с подрастающим сыном, и он счастлив был его принять. Такой компанией они выезжали на лето практически каждый год. Олимпия Максимовна любила прогуливаться вдоль реки, где росли огромные кусты черной смородины, их ветви с гроздьями ягод свисали прямо в воду. Рядом располагалась лодочная станция, и Рудольф Ростиславович вставал в 5 утра, чтобы занять очередь и подарить своему Учителю водную прогулку...

#### **«Она создавала педиатрическую науку!»**

Надо отдать должное: педиатрическая школа в ИГМИ никогда не состоялась бы без таких преданных своей профессии людей, как Олимпия Максимовна. «Почему педиатрия получила такое бурное развитие в России, почему удалось отстоять эту специальность?!» – говорил Рудольф Ростиславович. «Благодаря таким людям, как Олимпия Максимовна!» – гордость звучала в его словах. Они своими трудами заложили такой тяжелый камень, который никому не сдвинуть!

Именно поэтому сохранилась профилактическая работа, уцелели детские поликлиники, судьба которых, казалось, была предрешена: их хотели уничтожить и превратить в центры врачей общей практики. «Все это благодаря таким людям, как Олимпия Максимовна Лаго!» – такими словами закончил свое повествование Рудольф Ростиславович.

#### **Последний день...**

Олимпия Максимовна, как представительница южного народа, была очень эмоциональна, и особенно бурно реагировала на штормовые предуп-

реждения. 20 мая 1974 г. случилась магнитная буря, ночью был порывистый ветер, видимо, она поволновалась, и у нее произошла остановка сердца. Реанимационные мероприятия не помогли. Она умерла энергичной, полной жизненных сил, красивой женщиной 64 лет. Похоронена в местечке Балино недалеко от могилы первого профессора-педиатра ИГМИ Б.П. Аполлонова. Наша академия взяла на себя заботу по уходу за местом последнего пристанища Учителя. Мы помним ее. Ее глаза с огромного портрета строго смотрят на каждого, кто входит в кабинет Р.Р. Шилева в ОДКБ.

\* \* \*

*Учитель! Как сказать тебе, что мы  
Всю жизнь твои уроки помнить будем,  
Что нам другой не надобно судьбы,  
Что знаем: путь тернист, непрост и труден...*

*Олимпия Максимовна Лаго –  
Профессор-педиатр и врач от Бога.  
Ее глаза с портрета за стеклом  
На нас глядят задумчиво и строго.*

*Она учила многих. И теперь  
Ее дела ученики продолжают.  
И мудрый свет души ее, поверь,  
Нам не забыть – с годами всё дороже...*

Поступила 01.12.2009 г.

# ПРАВИЛА

## представления и публикации авторских материалов в журнале «ВЕСТНИК ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

Настоящие Правила разработаны на основании требований Гражданского кодекса РФ (часть 4 от 18.12.06), Закона РФ «Об авторском праве и смежных правах» от 09.07.1993 г. № 5351-1 с изменениями от 19 июля 1995 г. и 20 июля 2004 г., Закона РФ «О средствах массовой информации» от 27.12.1991 г. № 2124-1 с последующими изменениями и регулируют взаимоотношения между ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» в лице редакции журнала «Вестник Ивановской медицинской академии», в дальнейшем именуемой «Редакция», и автором, передавшим свою статью для публикации в журнал, в дальнейшем именуемым «Автор».

1. К опубликованию принимаются статьи, соответствующие тематике журнала.
2. Статьи следует направлять в Редакцию по почтовому адресу:  
  
153012, г.Иваново, просп. Ф. Энгельса, д.8, ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия, редакционно-издательский отдел (каб. 220, 203, тел.: (4932) 32-95-74) или по электронному адресу: [rioivgma@mail.ru](mailto:rioivgma@mail.ru)
3. Статью (или сопроводительное письмо) должны подписать все авторы. В случае передачи статьи в Редакцию по электронной почте к отправлению должна быть приложена сканированная копия первой страницы статьи (или сопроводительного письма) с подписями авторов.
4. Представляемые материалы должны содержать следующую информацию: название статьи, фамилии и инициалы авторов. Сведения о каждом авторе: ученая степень, полное официальное название учреждения или отдела (кафедры, лаборатории), где автор работает, полный почтовый адрес (с индексом) учреждения.
5. В обязательном порядке следует указать фамилию, имя и отчество автора, ответственного за переписку с редакцией, его адрес (с почтовым индексом), телефон, адрес электронной почты (e-mail). При опубликовании статьи данный автор будет указан как ответственный за переписку с читателями.
6. Все представляемые в журнал материалы направляются Редакцией экспертам в области обсуждаемой в статье темы для независимой (анонимной) научной экспертизы (рецензирования). Заключение и рекомендации рецензента могут быть направлены авторам для внесения соответствующих исправлений. В случае несвоевременного ответа авторов на запрос редакции редколлегия может по своему усмотрению проводить научное редактирование и вносить правки в статью или отказать в публикации. В случае отказа в публикации статьи редакция направляет автору мотивированный отказ.
7. Редколлегия оставляет за собой право проводить научное редактирование, сокращать и исправлять статьи, изменять дизайн графиков, рисунков и таблиц для приведения в соответствие со стандартом журнала, не меняя смысла представленной информации.
8. Присылать статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал, абсолютно недопустимо.
9. Статьи, присланные с нарушением правил оформления, не принимаются редакцией журнала к рассмотрению.
10. Редакция не несет ответственности за достоверность информации, приводимой авторами.
11. Статьи, подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно.
12. Автор передает Редакции исключительные имущественные права на использование рукописи (переданного в редакцию журнала материала, в т.ч. такие охраняемые объекты авторского права, как фотографии автора, схемы, таблицы и т.п.) в следующих формах: обнародования произведения посредством его опубликования в журнале и в сети Интернет; распространения экземпляров журнала с произведением Автора любым способом; перевода рукописи (материалов); экспорта и импорта экземпляров журнала со статьей Автора в целях распространения для собственных нужд журнала.
13. Указанные выше права Автор передает Редакции без ограничения срока их действия (по распространению опубликованного в составе журнала материала); территории использования на территории Российской Федерации и за ее пределами.
14. Редакция вправе переуступить полученные от Автора права третьим лицам и вправе запрещать третьим лицам любое использование опубликованных в журнале материалов.
15. Автор гарантирует наличие у него исключительных прав на использование переданного Редакции материала.
16. За Автором сохраняется право использования опубликованного материала, его фрагментов и частей в личных, в том числе научных, преподавательских целях.
17. Права на материал считаются переданными Редакции с момента подписания в печать номера журнала, в котором он публикуется.
18. Перепечатка материалов, опубликованных в журнале, другими физическими и юридическими лицами возможна только с письменного согласия Редакции, с обязательным указанием номера журнала (года издания), в котором был опубликован материал.

### Техническое оформление

19. Объем оригинальной статьи не должен превышать 6 стандартных машинописных страниц (1 страница 1800 знаков, включая пробелы) без

- учета резюме, таблиц, иллюстраций, списка литературы). Объем описания клинического случая (заметок из практики) не должен превышать 4 страниц, лекции и обзора литературы – 10 страниц, краткого сообщения – 2 страниц.
20. Статьи, основанные на описании оригинальных исследований, должны содержать следующие разделы: обоснование актуальности исследования, цель работы, описание материалов и методов исследования, обсуждение полученных результатов, выводы. Статьи, представляемые в разделы «Организация здравоохранения», «Проблемы преподавания», «Обмен опытом (в помощь практическому врачу)», «Обзор литературы», «Случай из практики», «Страницы истории», «Краткие сообщения» могут иметь произвольную структуру. Изложение должно быть ясным, лаконичным и не содержать повторов.
  21. В редакцию представляются два печатных экземпляра статьи и одновременно электронный вариант (текст и иллюстрации), при подготовке которого запрещается использование жирного шрифта (для выделения важной информации использовать курсив). Электронный и печатный варианты должны быть идентичны!
  22. Статья должна быть напечатана шрифтом Times New Roman 14 кегля через 1,5 интервала на одной стороне листа, ширина полей 2 см слева, справа, сверху и снизу. Нумерация страниц обязательна.
  23. Резюме печатается на отдельной странице, где дублируются название статьи, фамилии и инициалы авторов, их ученые степени, полное название и адрес учреждений и отделов, откуда вышла работа. Резюме содержит краткое описание цели исследования, материалов и методов, результатов, рекомендаций. В резюме обзора достаточно отразить основные идеи. Объем резюме должен составлять не более 100–150 слов. В конце резюме должны быть представлены 5–6 ключевых слов статьи и сокращенное название статьи для оформления колонтитулов (не более чем на 40 знаков). Редакция будет благодарна авторам за предоставление, помимо обязательного резюме на русском языке, также и английского его перевода.
  24. Таблицы должны быть построены сжато, наглядно, иметь номер, название, заголовки колонок и строк, строго соответствующие их содержанию. В таблицах должна быть четко указана размерность показателей. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены и соответствовать таковым в тексте. Текст, в свою очередь, не должен повторять содержание таблиц. Необходимо поместить в тексте ссылки на каждую таблицу там, где комментируется ее содержание.
  25. Фотографии должны быть в оригинале или в электронном виде в формате «TIFF» с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм).
  26. Графики, схемы и рисунки принимаются на бумаге и в электронном варианте в форматах «MS Excel», «MS PowerPoint». Графики, схемы и рисунки должны быть пронумерованы, иметь название и, при необходимости, примечания. Они не должны повторять содержание таблиц. Оси графиков должны иметь названия и размерность. График должен быть снабжен легендой (обозначением линий и заливок). В случае сравнения диаграмм следует указывать достоверность различий. Необходимо поместить в тексте ссылки на каждый график, схему и рисунок там, где комментируется их содержание. В случае представления в Редакцию оригиналов фотографий (в бумажном виде, без электронного варианта) на лицевой их стороне должны быть нанесены символы, стрелки или другие обозначения. На оборотной стороне обоих экземпляров мягким карандашом надписывается фамилия автора (только первого), номер рисунка, обозначение верха рисунка.
  27. При обработке материала используется система единиц СИ. Сокращения слов не допускаются, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов.
  28. Статья должна быть тщательно выверена автором: цитаты, химические формулы, таблицы, дозы визируются авторами на полях. В заголовке работы и резюме необходимо указывать международное название лекарственных средств, в тексте можно использовать торговое название. Специальные термины следует приводить в русском переводе и использовать только общепринятые в научной литературе слова. Ни в коем случае не применять иностранные слова в русском варианте в «собственной» транскрипции.
  29. Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены.
  30. При описании методов исследования указания на авторов должны сопровождаться ссылками на их работы, в которых эти методы были описаны. Эти работы должны быть обязательно включены в список литературы.
  31. Библиографические источники нумеруются в алфавитном порядке. Библиографическое описание литературных источников дается полностью в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5 2008: для книг – фамилии авторов, их инициалы, полное название книги, место и год издания; для журнальных статей и материалов, опубликованных в сборниках – фамилии авторов, их инициалы, полное название статьи, журнала, год, том, страницы. Не следует использовать сокращения названий сборников и журналов. Сокращения библиографического описания до «Указ. соч.» или «Там же» не допускаются. В список литературы не включаются диссертационные работы и авторефераты. За правильность приведенных в списке литературы данных ответственность несут авторы.
  32. В библиографическом описании полный перечень авторов указывается, если общее число авторов не превышает трех человек. Если число авторов более трех, приводится сначала название работы, а потом после знака «косая черта» (/) – фамилия только первого автора, после которой для отечественных публикаций необходимо вставить «[и др.]», для зарубежных публикаций – «[et al.]».
  33. Ссылки на источники в тексте статьи оформляются в виде номера в квадратных скобках в строгом соответствии с местом источника в пристатейном списке литературы. Упоминаемые в статье авторы должны быть приведены обязательно с инициалами, расположенными перед фамилией. Фамилии иностранных исследователей указываются в их оригинальном виде, латиницей (кроме тех случаев, когда их работы переведены на русский и имеется общепринятая запись фамилии кириллицей).

ISSN 1606-8157

The Federal Agency of Public Health and Welfare of the Russian Federation  
The Ivanovo State Medical Academy

---

# VESTNIK IVANOVSKOJ MEDICINSKOJ AKADEMII BULLETIN OF THE IVANOVO MEDICAL ACADEMY

---

Quarterly Reviewed Scientific and Practical Journal

Founded in 1996

**Volume 15**

**3**

**2010**

## Editorial Board

Editor-in-Chief R.R. SHILAYEV  
Editor V.V. CHEMODANOV  
Associate Editor E.K. BAKLUSHINA  
Associate Editor E.A. KONKINA

V.F. BALIKIN, I.K. BOGATOVA, R.M. EVTIKHOV,  
L.A. ZHDANOVA, S.I. KATAIEV, S.E. LVOV, I.E. MISHINA  
A.E. NOVIKOV, A.I. RYVKIN, V.B. SLOBODIN

## Editorial Council

R. APELT (Germany)	A.I. MARTYNOV (Moscow)
N. ARSENEVICH (Serbia)	L.S. NAMAZOVA (Moscow)
A.A. BARANOV (Moscow)	Yu.V. NOVIKOV (Yaroslavl)
G.I. BREKHMANN (Israel)	A.N. NOVOSELSKY (Ivanovo)
A.F. VINOGRADOV (Tver)	A.I. POTAPOV (Moscow)
N.N. VOLODIN (Moscow)	L.M. ROSHAL (Moscow)
Yu.E. VYRENKOV (Moscow)	N.Yu. SOTNIKOVA (Ivanovo)
V.V. GUBERNATOROVA (Ivanovo)	K.V. SUDAKOV (Moscow)
E.I. GUSEV (Moscow)	V.D. TROSHIN (Nizhny Novgorod)
B.N. DAVYDOV (Tver)	V.I. FYODOROV (Ivanovo)
M. JURAN (Serbia)	V.V. SHKARIN (Nizhny Novgorod)
V.A. KUZNETSOVA (Ivanovo)	D. CHANOVICH (Serbia)
V.Z. KUCHERENKO (Moscow)	

---

Address for the editorial office  
Bulletin of the Ivanovo State Medical Academy  
8 Engels avenue Ivanovo 153012 Russia  
Tel.: (493-2) 32-50-42

The journal welcomes for publication contributions that promote medical science and practice:  
(1) original articles describing either clinical research or basic scientific work relevant to medicine;  
(2) review articles on significant advances or controversies in clinical medicine and clinical science: