

# ВЕСТНИК ИВАНОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

---

Рецензируемый научно-практический журнал

Основан в 1996 г.

**Том 14**

**3**

**2009**

## Редакционная коллегия

Главный редактор Р.Р. ШИЛЯЕВ  
Зам. главного редактора В.В. ЧЕМОДАНОВ  
Ответственный секретарь О.А. НАЗАРОВА  
Ответственный секретарь Е.А. КОНКИНА

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

## 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)	Л.В. ПОСИСЕЕВА (Иваново)
Н.Н. ВОЛОДИН (Москва)	А.И. ПОТАПОВ (Москва)
Ю.Е. ВЫРЕНКОВ (Москва)	Л.М. РОШАЛЬ (Москва)
В.В. ГУБЕРНАТОРОВА (Иваново)	Н.Ю. СОТНИКОВА (Иваново)
Е.И. ГУСЕВ (Москва)	К.В. СУДАКОВ (Москва)
Б.Н. ДАВЫДОВ (Тверь)	В.Д. ТРОШИН (Нижний Новгород)
М. ДЖУРАН (Сербия)	В.И. ФЕДОРОВ (Иваново)
В.А. КУЗНЕЦОВА (Иваново)	В.В. ШКАРИН (Нижний Новгород)
В.З. КУЧЕРЕНКО (Москва)	Д. ЧАНОВИЧ (Сербия)

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

Зав. редакцией *С.Г. Малытина*

Подписной индекс агентства «Роспечать»: 66007

Редакторы *С.Г. Малытина, Е.Г. Бабаскина*  
Компьютерная верстка *ИПК «ПресСто»*

Подписано в печать 18.12.2009 г. Формат 60x84<sup>1/8</sup>.  
Бумага офсетная. Усл. печ. л. 6,51.  
Уч.-изд. л. 7,5. Тираж 100 экз. Заказ 196

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****Атрошенко И.Г., Ерофеев С.В.**

Реализация стимулирующих систем оплаты труда в учреждениях здравоохранения Ивановской области (на примере ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения Ивановской области»)

5

**Atroshenko I.G., Erofeyev S.V.**

Realization of wages stimulative systems in Ivanovo regional medical institutions (after the example of the state public health institution "Forensic medical examination beaureau of the Ivanovo regional public health department")

**Караваев В.Е., Островская Г.А., Тезикова И.В.**

Качество оказания медицинской помощи детям при инфекционных заболеваниях на догоспитальном этапе и в стационаре

8

**Karavayev V.E., Ostrovskaya G.A., Tezikova I.V.**

Quality of pediatric medical aid in infectious diseases in prehospital and hospital periods

**Вопросы общей патологии****Problems of General Pathology****Сатарина Т.Е., Калачева А.Г., Гришина Т.Р., Громова О.А., Шильяев Р.Р., Жидоморов Н.Ю.**

Типичные дисэлементозы у молодых людей, проживающих на территории Ивановской области

12

**Satarina T.E., Kalacheva A.G., Grishina T.R., Gromova O.A., Shilyaev R.R., Zhidomorov N.Yu.**

Typical dyselementosis in young inhabitants of Ivanovo region

**Клиническая медицина****Clinical Medicine****Жданова Л.А., Салова М.Н., Рунова О.С., Юхименко Ж.В.**

Нейросоматический подход к реабилитации детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта

18

**Zhdanova L.A., Salova M.N., Runova O.S., Yukhimenko Zh.V.**

Neurosomatic approach to rehabilitation of children suffered from diseases of digestive tract upper sections

**Фомин С.А.**

Особенности динамики психологического компонента качества жизни после аппендэктомии при различных способах зашивания операционной раны

22

**Fomin S.A.**

Peculiarities of health psychological component dynamics after appendectomy in various methods of operation wound suture

**Новожилов А.Е., Солнышков С.К.**

Связь между наличием жизнеспособного миокарда и дисперсией интервала QT у больных инфарктом миокарда в подостром периоде заболевания

25

**Novozhilov A.E., Solnyshkov S.K.**

The correlation between myocardium viability and QT interval dispersion in patients with primary uncomplicated acute myocardial infarction

**Лекция****Lecture****Краснова Е.Е., Чемоданов В.В.**

Функциональная диспепсия и дифференцированный подход к ее лечению у детей

30

**Krasnova E.E., Chemodanov V.V.**

Functional dyspepsia and differential approach to its treatment in children

<b>Случай из практики</b>	<b>Case Report</b>
<b>Чеботарева Т.В., Облогина Л.И., Косинова А.М., Конкина Е.А., Демидов В.И., Чеботарева А.А.</b> Случай генерализованного туберкулеза периферических и мезентериальных лимфатических узлов и тонкой кишки у ребенка	<b>Chebotareva T.V., Oblogina L.I., Kosinova A.M., Konkina E.A., Demidov V.I., Chebotareva A.A.</b> Case of generalized tuberculosis of peripheral and mesenteric lymph nodes so as small intestine wall in a child
35	
<b>Лялина Е. А., Керимкулова Н.В., Ратманов М.А.</b> Нарушенная первичная брюшная беременность	<b>Lyalina E.A., Kerimkulova N.V., Ratmanov M.A.</b> Incomplete primary abdominal pregnancy
38	
<b>Страницы истории</b>	<b>Pages of History</b>
<b>Омельяненко М.Г., Лебедева А.В.</b> Страницы истории терапевтических кафедр ИГМИ – ИвГМА	<b>Omelianenko M.G., Lebedeva A.V.</b> History of therapeutic chairs of the Ivanovo state medical institute – Ivanovo state medical academy
41	
<b>Краткие сообщения</b>	<b>Brief Reports</b>
<b>Алексеева Н.В., Основина И.П., Шерстнев А.А.</b> Опыт внедрения общей криотерапии в медицинскую практику в Ивановской области	<b>Alekseeva N.V., Osnovina I.P., Sherstnyov A.A.</b> Experience of general cryotherapy introduction to medical practice in the Ivanovo region
47	
<b>Баклушина Е.К., Еремцова И.А.</b> Анализ информированности медицинских сестер по отдельным вопросам прав несовершеннолетних пациентов	<b>Baklushina E.K., Eremtsova I.A.</b> Problems of under age patients' rights: analysis of the nurses' knowledge level
49	
<b>Колесниченко П.Л., Степович С.А.</b> Обучение студентов на кафедре экстремальной и военной медицины	<b>Kolesnichenko P.L., Stepovich S.A.</b> Students' education in the department of emergency and war medicine
51	
<b>Юбилеи</b>	<b>Jubilee</b>
Лев Сергеевич Горожанин (К 80-летию со дня рождения)	Lev Sergeevich Gorozhanin (To his 80th birthday anniversary)
53	

---

---

## Организация здравоохранения

---

---

### РЕАЛИЗАЦИЯ СТИМУЛИРУЮЩИХ СИСТЕМ ОПЛАТЫ ТРУДА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ (НА ПРИМЕРЕ ГУЗ «БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ»)

Атрошенко И.Г.<sup>1</sup>,  
Ерофеев С.В.\*<sup>2</sup>, доктор медицинских наук

<sup>1</sup> Департамент здравоохранения Ивановской области, 153009, Иваново, Батурина, 8

<sup>2</sup> ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения Ивановской области», 153003, Иваново, Парижской Коммуны, 5 г;  
кафедра судебной медицины, правоведения и биоэтики ГОУ ВПО «ИвГМА Росздрава», 153003, Иваново, ул. Парижской Коммуны, 5

**РЕЗЮМЕ** Изложен взгляд на проблему организации оплаты труда в системе здравоохранения в современных условиях. Приведены основные принципы оплаты труда в судебно-медицинской службе Ивановской области как один из примеров реализации стимулирующих систем оплаты труда.

**Ключевые слова:** системы оплаты труда в здравоохранении, дифференцированная и стимулирующая оплата труда.

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

Одним из направлений реформирования в отечественном здравоохранении является совершенствование системы оплаты труда. Потребность в этом возникла с появлением медицинского страхования, в частности, для точного учета объема оказанных медицинских услуг и их оплаты. Но очень скоро стало понятно, что для справедливой оплаты труда одновременно должны быть учтены и другие важные показатели деятельности, определяющие конечный результат, – качество и сроки исполнения медицинских услуг.

Актуальность совершенствования системы оплаты труда в здравоохранении не утрачена и поныне. Более того, необходимость изменений в этой сфере бюджетного финансирования продиктована и обновленной нормативной правовой базой – бюджетным и Трудовым кодексами РФ, федеральным законом «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов

РФ» от 06.10.1999 г. № 184-ФЗ, уставами (основными законами) субъектов Российской Федерации, «Едиными рекомендациями по установлению систем оплаты труда работников организаций, финансируемых из соответствующих бюджетов».

В течение 2008 г. на федеральном, региональном и муниципальном уровнях проведена серьезная законодательная и организационная работа по введению новых систем оплаты труда работников бюджетных учреждений. Аналогичные изменения оплаты труда произошли и в учреждениях здравоохранения Ивановской области, что регламентировано соответствующим законом Ивановской области от 27.10.2008 г. № 117-ОЗ, постановлением Правительства Ивановской области от 30.10.2008 г. № 285-П и типовым «Положением об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Ивановской области, подведомственных Департаменту здравоохранения области».

---

Atroshenko I.G., Erofeyev S.V.

REALIZATION OF WAGES STIMULATIVE SYSTEMS IN IVANOVO REGIONAL MEDICAL INSTITUTIONS  
(AFTER THE EXAMPLE OF THE STATE PUBLIC HEALTH INSTITUTION "FORENSIC MEDICAL  
EXAMINATION BEAUREAU OF THE IVANOVO REGIONAL PUBLIC HEALTH DEPARTMENT")

**ABSTRACT** Current problem of labour&wages organization in public health system is considered. Wages general principles in the regional forensic medical service are adduced as some of the examples of wages stimulative systems realization.

**Key words:** wages system in public health, differential and stimulative wages.

Перед администрацией лечебно-профилактических учреждений области встала сложная задача реализации установленных этими документами требований к оплате труда; основная цель реформирования – повышение заинтересованности медицинских работников в конечных результатах труда, совершенствование управления финансами, кадровыми и материальными ресурсами.

В процессе подготовки к введению новых систем оплаты труда с 01.01.2009 г. мы посчитали целесообразным обратиться к опыту судебно-медицинской службы Российской Федерации, в учреждениях которой стимулирующая система оплаты труда применялась и ранее. Знакомство с системами оплаты труда в ряде бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) показывает, что принципы организации оплаты труда судебных медиков вполне могут быть применены и в ЛПУ, особенно в тех службах и подразделениях, где труд нормируется не временными, а объемными показателями.

В качестве примера мы предлагаем вниманию коллег систему организации и оплаты труда в ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения Ивановской области».

Описываемый порядок действует в БСМЭ с 1993 г. и обусловлен целым рядом объективных обстоятельств. Ввиду непопулярности и тяжести труда судебно-медицинского эксперта, обусловленной специфичностью работы с трупным материалом, сложностью общения с правоохранительными органами, судебно-медицинская служба имеет низкую укомплектованность кадрами. По данным Федерального центра судебно-медицинской экспертизы Минздравсоцразвития РФ, в целом укомплектованность кадрами составляет 35,0%. В то же время сложностью криминогенной обстановки обусловлен рост числа проведенных в последние 17 лет судебно-медицинских экспертиз – с непродолжительными периодами стабилизации. Поэтому практически каждое БСМЭ в России (даже в условиях постоянного дефицита бюджетного финансирования) обречено на выполнение постоянно растущего объема работы малым числом физических лиц при использовании имеющегося фонда вакантных ставок [1]. Оба этих условия уже более 10 лет определяют интенсивность труда в судебно-медицинской службе.

По этой же причине для ряда начальников бюро нижеследующие программные положения Минздрава РФ (1996) не оказались невыполнимыми и были реализованы в локальных системах организации оплаты труда:

- иметь в ЛПУ систему управления качеством на основе стандартизации и клинико-экономического анализа;

- ввести систему оплаты медицинской помощи по объему и качеству в рамках государственного заказа;
- совершенствовать систему оплаты труда для стимулирования профессионального роста и повышения квалификации;
- существенно повысить оплату труда персонала, особенно работающего в неблагоприятных условиях, – для уменьшения дефицита кадров;
- внедрить экономические методы управления персоналом;
- обеспечить экономическое стимулирование трех взаимосвязанных составляющих врачебной деятельности:
  - практическая лечебно-диагностическая (или экспертная) работа.
  - преподавательская деятельность по повышению квалификации и воспитанию кадров;
  - научно-исследовательская и инновационно-внедренческая деятельность.

Основные положения действующей в БСМЭ системы оплаты труда заключаются в следующем.

*Нормативное правовое обоснование* с 01.01.2009 г. является единым для всех ЛПУ и отражено в уставе учреждения, коллективном договоре и комплексе локальных положений об организации и оплате труда. Эти «Положения» регламентируют вопросы оплаты труда в бюро в целом и предусмотрены также в каждом из отделов БСМЭ.

*Система оценки стоимости работы.* Важно, что в структуре «Положений», действующих в отделах бюро, доступно и понятно для каждого сотрудника изложен порядок учета объема работы, оценки ее качества и сроков экспертиз. Учет этих трех основных показателей у врачей и среднего медицинского персонала ведется в соответствии с алгоритмами, утвержденными методическим советом бюро. Алгоритмами разных видов экспертиз предусмотрена оценка каждого значимого действия медперсонала в баллах, количество которых отражает трудозатраты. После прохождения процедуры контроля работы (см. далее) и утверждения отчета всего отдела заработанные баллы при расчете заработной платы у каждого сотрудника переводятся в денежное выражение.

Так учитывается объем работы. Одновременно применяется система понижающих отчислений за нарушение стандарта качества экспертизы, ее сроков и иные нарушения алгоритма. Эти материальные санкции распространяются исключительно на дополнительную заработную плату (свыше 1 ставки). Образующийся фонд понижающих отчислений ежемесячно становится фондом поощрения для сотрудников, активно способствующих укреплению материальной, научно-методической

базы, занимающихся обучением, повышением квалификации. Для оценки этих позитивных инициатив существует система, сложившаяся на основе коллективного многолетнего опыта.

Описанная система функционирует только в пределах утвержденного фонда заработной платы, положенного по нормативам Минздравсоцразвития РФ. Все заведующие отделами, административно-хозяйственный персонал работают в единой связке с медицинским персоналом, так как оплата их труда прямо пропорциональна средней выработке у экспертов. В этом реализуется известный в экономике сквозной принцип экономических отношений.

*Система контроля работы.* Каждое заключение представляется к оплате только после полного окончания и проверки заведующего отделом; при этом он корректирует стоимость экспертизы в баллах в зависимости от качества и срока исполнения экспертизы и утверждает это в специальной учетной форме. Сведения из индивидуальных учетных форм сводятся в общую ежемесячную учетную форму всего отдела. Общий объем работы каждого из отделов контролируется 30 числа текущего месяца заместителем начальника по экономическим вопросам и сверяется с журналом регистрации экспертиз. Общая сводная ведомость ежемесячного объема работы утверждается начальником бюро, который имеет право выборочной проверки заключений, и применения санкций. Только после этого, четвертого этапа контроля выполненный объем работы бюро представляется для расчета заработной платы в бухгалтерию: туда передаются упомянутые учетные формы каждого из отделов, где содержится индивидуальная стоимость экспертиз каждого из экспертов, выраженная в баллах.

К сожалению, мы не имеем возможности изложить все особенности этапа становления этой системы оплаты труда, весьма интересные изменения психологии труда и мотивации у сотрудников, связанные с реальным экономическим регулированием, но готовы поделиться с коллегами этим опытом. Правильность избранных нами принципов в организации и оплате труда подтверждается использованием локальной нормативной документации Ивановского БСМЭ и оригинальных бухгалтерских программ для расчета заработной платы в 8 БСМЭ иных субъектов Россий-

ской Федерации. Положительную оценку получил этот опыт и в федеральном Центре судебно-медицинской экспертизы Минздравсоцразвития РФ, которым отмечены следующие преимущества действующей в БСМЭ Ивановской области системы оплаты труда:

- ежемесячный жесткий 100-процентный контроль всей экспертной продукции по строгому стандарту, требующему от эксперта поддерживать высокое качество и соблюдать нормативные сроки работы;
- помесечный учет работы всего учреждения, каждого отдела и каждого сотрудника для оперативного медико-экономического анализа, рационального распределения объема работы, расстановки кадров, планирования кадровой работы;
- установления гибкого и быстрого контроля баланса между уровнем укомплектованности кадрами и качеством их труда, что позволяет в случае снижения качества работы отдела в целом обоснованно увеличить число сотрудников или принять иные эффективные меры;
- высокая и постоянная заинтересованность каждого сотрудника выполнять повышенный объем экспертной работы, но при условии сохранения высокого качества и в установленные сроки;
- возможность постоянного и жесткого контроля работы всех 10 межрайонных отделений, которые удалены от бюро на 30–180 км;
- гибкая система стимулирования для внедрения новых методов работы, поощрения за организационно-методическую, научно-исследовательскую деятельность;
- прозрачность и доступность контролю всей системы оценки труда, примененных санкций и начисления заработной платы для каждого из сотрудников бюро;
- появление реальных экономических рычагов управления, смысл действия которых понятен коллективу;
- исполнение прогрессивно растущего объема работы уменьшенным, но оптимально подобранным числом сотрудников, что позволяет также обоснованно определить оптимально необходимую производственную площадь, количество инструментария, мебели, инвентаря – таким образом, обоснованно планировать и экономно расходовать бюджетные средства.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Итоги деятельности государственных судебно-медицинских экспертных учреждений Российской Федерации за 2007 год: датированный еже-

годник / В.А. Клевно, Б.М. Лисянский, О.В. Самоходская и др. – М.: РИО ФГУ РЦСМЭ МЗСР РФ, 2008. – 32 с.

Поступила 16.07.2009 г.

## КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И В СТАЦИОНАРЕ

Караваев В.Е.<sup>\*1</sup>, кандидат медицинских наук,  
Островская Г.А.<sup>2</sup>,  
Тезикова И.В.<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> Кафедра детских инфекционных болезней и эпидемиологии педиатрического факультета ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

<sup>2</sup> Филиал ОАО «Газпроммедстрах», 153000, Иваново, Набережная, 5

**РЕЗЮМЕ** Представлены результаты экспертной оценки медицинской документации по 128 случаям оказания помощи детям с инфекционными заболеваниями. Отмечены существенные недостатки в диагностике инфекционной патологии, свидетельствующие о снижении внимания к эпидемиологическому анамнезу, клиническим проявлениям инфекции, результатам динамического наблюдения за пациентом, а также недостаточный объем и низкое качество консультативной помощи врачей-специалистов. Указаны причины снижения качества лечебно-диагностического процесса, определены пути совершенствования оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** инфекции, дети, качество медицинской помощи, стационар, догоспитальная помощь.

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: (4932) 30-56-85.

Перед правительством и руководителями административных территорий поставлена задача сбережения здоровья российского народа. Достижение этой масштабной цели зависит от множества факторов. Для улучшения здоровья населения реализуется приоритетный национальный проект в области здравоохранения, который предусматривает повышение качества и доступности медицинской помощи, укрепление материальной базы лечебно-профилактических учреждений, совершенствование профилактики заболеваний, раннее их выявление, а также улучшение условий труда медицинских работников.

Национальный проект «Здоровье» не будет эффективным, если врачи не проникнутся чувством личной ответственности за качество оказания медицинской помощи и профилактики заболеваний. В то же время здоровье нации во многом определяется ответственностью населения, и в частности родителей, за его сохранение и укрепление.

Инфекционные болезни у детей остаются одной из самых серьезных проблем здравоохранения. По частоте встречаемости они прочно удерживают лидирующее положение в педиатрической практике. Эффективность их лечения зависит от многих причин, в том числе и от своевременности и качества диагностики, которые определяются опытом врача. Клинический опыт есть результат не столько пассивного накопления знаний в течение многих лет лечебно-диагностической работы, сколько активного анализа своих наблюдений, их основательности и тщательности. Врач должен постоянно размышлять, осмысливать полученные данные и принимать соответствующие решения. Ошибки, если их анализировать и учитывать в дальнейшей работе, – естественная часть врачебной деятельности. Соккрытие их обычно идет во вред, но анализ и учёт их в практической деятельности приносит несомненную пользу.

Karavayev V.E., Ostrovskaya G.A., Tezikova I.V.

### QUALITY OF PEDIATRIC MEDICAL AID IN INFECTIOUS DISEASES IN PREHOSPITAL AND HOSPITAL PERIODS

**ABSTRACT** Results of the expert evaluation of medical documentation in 128 cases of medical aid rendering to the children with infectious diseases are presented. Significant failures in the diagnosis of infectious pathological states are noted. They testify to reduced attention to epidemiological history, infection clinical manifestations, results of the patient dynamic observation so as insufficient volume and low quality of consultations performing by the doctors of various specialties. Reasons of the reduction of the quality of therapeutic and diagnostic process are pointed, trends for improvement of medical aid rendering are defined.

**Key words:** infections, children, quality of medical aid, hospital, prehospital aid.



Таблица. Структура случаев, подвергнутых экспертизе

Лечебно-профилактическое учреждение	Нозологическая форма								
	Кишечные инфекции		ОРЗ		Ангина		Другие		Всего
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число
Поликлиника	4	8,9	30	66,6	4	8,9	7	15,6	45
Стационар № 1	15	36,6	11	26,8	9	21,9	6	14,7	41
Стационар № 2	31	73,8	6	14,3	3	7,1	2	4,8	42
Итого	50	39,1	47	36,7	16	12,5	15	11,7	128

Для оценки качества оказания медицинской помощи детям проведена экспертная оценка 128 случаев инфекционных болезней по первичной медицинской документации, из них 83 – по историям болезни в двух стационарах и 45 – по картам индивидуального развития.

В практике поликлиники преобладали случаи острых респираторных заболеваний, тогда как в работе стационара – кишечных инфекций, поэтому именно они были подвергнуты более детальному рассмотрению. При анализе историй болезни, карт индивидуального развития ребенка, направительных документов нередко обращал на себя внимание формальный характер перечисления анамнестических данных: указывались лишь даты заболевания, обращения за медицинской помощью и направления в стационар. Нередко между началом заболевания и госпитализацией проходит несколько дней, а что было в этот период с больным – остается вне поля зрения врача, хотя динамические изменения, порой даже в течение нескольких часов, очень важны для правильной диагностики, например, при менингококцемии. Редко встречались дополнения к анамнезу, хотя выявление и осмысление новых данных (мать ребенка что-то вспомнила, появились новые факты) могут существенно влиять на диагностическую и лечебную тактику. Искусство диагностики – это не только лишь “узнавание” болезни, но и учет разнообразия ее форм и сочетания множества эндо- и экзогенных факторов.

Не уделяется в медицинской документации должного внимания и эпидемиологическому анамнезу. Часто отсутствуют сведения о контактах с инфекционными больными в детских образовательных учреждениях и дома. При вирусном гепатите В информация о парентеральных путях передачи скудная, сведения о прививках против этого заболевания нередко отсутствуют. Как правило, не приводятся и данные дополнительного анамнеза, необходимые для уточнения предварительного диагноза. Поэтому врачам не следует забывать слова Г. Гляйзера:

«Хорошо собранный анамнез есть существенная часть медицинского мышления».

При изучении первичной документации обращает на себя внимание некачественное описание клинической картины заболевания, например, степени увеличения миндалин, цвета, характера, локализации, размеров наложений – признаков, которые необходимо учитывать при описании изменений в ротоглотке. Врачи же ограничиваются констатацией того, что на миндалинах имеются гнойные налеты.

При диагностике кишечных инфекций серьезнейшим недостатком является неумение разграничить инвазивные, водянистые и осмотические диареи, что свидетельствует о слабом понимании патогенетических механизмов их развития, локализации и характера патологического процесса. В частности, при экспертной оценке ни разу не был установлен диагноз вирусной диареи. О непонимании локализации процесса свидетельствуют такие факты, как указания на отсутствие рвоты при диагностировании синдрома гастроэнтерита. При анализе каждого конкретного случая врач должен отталкиваться от отдельных симптомов, понимать сущность заболевания и происходящих процессов, что способствует установлению правильного обоснованного диагноза и качественно-му лечению.

Общим недостатком при оформлении медицинской документации как в поликлинике, так и в стационарах является то, что в записях практически не отражена динамика состояния пациентов и основных проявлений болезни. Эффективность клинической диагностики напрямую зависит от наблюдательности врача. Постоянная работа над собой позволит врачу расширить и развить свои научные знания и практические умения, т.к. клинические проявления при инфекционных болезнях разнообразны.

Комплекс симптомов, группирующихся в клинические синдромы, может быть как проявлением

болезни, так и самостоятельной нозологической формой. Этиология и патогенез в этих ситуациях будут различны. Например, гастрит может быть как самостоятельным заболеванием, обусловленным наличием *Helicobacter pylori*, длительным приемом нестероидных противовоспалительных средств, пищевой аллергией и другими этиологическими факторами, так и синдромом при кишечных инфекциях. Ангина может быть самостоятельным заболеванием и синдромом при инфекционном мононуклеозе, скарлатине, листериозе и др. Поэтому при диагностике важно не только выявить клинические синдромы, но и осмыслить их, проанализировать, отделить основные, определяющие симптомы от второстепенных, случайных.

При экспертном анализе нами отмечено, что у больных острыми кишечными инфекциями в большинстве случаев этиология заболевания остается нерасшифрованной. В то же время в ряде случаев имеет место неправильная трактовка результатов бактериологического исследования, например, при выделении условно-патогенных возбудителей и лямблий.

Так, у Лены К., 4 лет, на фоне ОРЗ из кала выделили цисты лямблий при отсутствии гастроинтестинальных проявлений и установили сопутствующий диагноз «лямблиоз кишечника». У Саши Ц., 9 мес., при синдроме энтероколита из кала был выделен стафилококк в количестве  $2 \times 10^4$ , что явилось основанием для постановки диагноза «энтерит стафилококковой этиологии». В первом случае (у Лены К.) возникает вопрос: «Почему не лямблионосительство?» Во втором случае однократное выделение стафилококка в небольшом количестве не является основанием для его трактовки как этиологической причины.

Нами также отмечено, что в одном из инфекционных стационаров имеет место гипердиагностика пищевых токсикоинфекций. При этом в первичной документации отсутствовали анамнестические данные, характерные для данной патологии, указания на подозрительные продукты питания, употребляемые в пищу, не выявлялось содержание съеденных продуктов в рвотных массах. Даже при постепенном развитии болезни устанавливали диагноз «пищевая токсикоинфекция».

Несмотря на то что в решении диагностических вопросов ведущая роль принадлежит клиническому наблюдению и мануальному обследованию, существенную помощь оказывает использование дополнительных (лабораторных и инструментальных) методов диагностики. В проанализированных нами медицинских документах отсутствовала трактовка анализов крови и мочи, что задержива-

ет установление правильного клинического диагноза. Примером может служить случай Данилы Р., 2 г. 10 мес. Ребенок поступил в стационар с диагнозом «ОРЗ, диспепсия». В анализе крови отмечался лейкоцитоз ( $13,4$  Г/л), нейтрофилез (п-5, с-52). Через 6 дней при бактериологическом анализе выделена *Salmonella enteritidis*, поэтому диагноз был изменен и назначено соответствующее лечение. При надлежащей трактовке анализа крови должен был возникнуть вопрос: «Почему при ОРЗ имеет место нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево?», ответ на который и определил бы дальнейшую практику лечения.

Нередко наблюдаются гипердиагностика анемий у детей и отсутствие контроля за выявленными изменениями в анализах крови и мочи, имевшими место в остром периоде болезни.

Врач должен выдвигать обоснованные, хотя иногда и неожиданные и смелые диагностические гипотезы, требующие уточнения. Для этого назначаются дополнительные исследования. Следует подвергать сомнению первоначальную диагностическую концепцию, если новые данные ей противоречат.

Успех лечения при инфекционных болезнях и эффективность противоэпидемических мероприятий определяются правильностью и своевременностью распознавания патологии. Ошибки в лечении инфекционных больных связаны, прежде всего, с ошибками при диагностике. Так, при кишечных инфекциях необходимо разграничивать диарейный синдром, особо выделять водянистые диареи, при которых не назначаются антибактериальные препараты.

В середине прошлого века врачи, воодушевленные первыми результатами применения антибиотиков, считали, что человечество может победить инфекционные заболевания. Но сегодня медицинская общественность более сдержанно оценивает их влияние на организм человека. Поэтому в конце XX века всё чаще стала проследиваться тенденция к переходу от радикальных к более щадящим методам лечения, помогающим поддерживать и активизировать собственные резервы организма. И, тем не менее, до настоящего времени зачастую антибиотики назначаются необоснованно, а применение их в сочетании с другими химиопрепаратами не способствует повышению эффективности лечения. Например, при среднетяжелой форме дизентерии, вызванной шигеллами Flexneri 2a, назначили гентамицин + фуразолидон + фталазол; пациенту с ОРВИ при нормальной температуре тела и отсутствии изменений в легких в течение 8 дней внутримышечно вводили пенициллин.

В анамнезе одной из историй болезни отмечено, что в питании имела место «перегрузка фруктами», с чем доктор и связал дисфункцию кишечника, однако назначил цефазолин. В медицинской документации не обосновываются назначения антибиотиков и сильнодействующих препаратов, не указываются причины смены антибиотиков, что не лучшим образом отражается на результатах лечения.

Лечебная тактика при ОРЗ на догоспитальном этапе не всегда отвечает современным требованиям. Предпочтение отдается системным антибиотикам в ущерб антимикробным препаратам местного действия. При лечении неосложненных ОРЗ в домашних условиях препаратами выбора должны быть биопарокс и гексорал (антибиотики местного действия), создающие высокие концентрации препарата в месте введения. Противовоспалительным действием обладает эреспал.

Имеют место и методологические просчеты в лечебно-диагностическом процессе. У больного должен быть один лечащий врач, что уменьшает вероятность неоправданного изменения диагноза, дополнительного назначения медикаментов. Отсутствие единого подхода к установлению первичного и окончательного диагнозов не лучшим образом сказывается на результатах лечения.

В большинстве случаев отмеченные недочеты можно исправить без дополнительных затрат, следует лишь повысить требования заведующих отделениями к качеству лечебно-диагностических действий, осуществляемых врачами.

Оценка медицинской документации свидетельствует о недостаточном контроле качества медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями со стороны старших (районных) педиатров, заведующих поликлиниками, а в стационарах – заместителей главного врача по лечебной работе.

Результаты анализа показали, что лечащие врачи редко обращаются за помощью врачей-специалистов (отоларинголога, невролога, офтальмолога и др.). Следует отметить, что записи консультантов имеют формальный характер, содержат описания имеющихся изменений. Часто специалисты ограничиваются оформлением диагноза без его обоснования.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи детям при инфекционных заболеваниях показала, что необходимо её совершенствование на догоспитальном и на госпитальном этапах. Снижение качества лечебно-диагностической помощи объясняется как объективными, так и субъективными причинами, зависящими как от состояния организационно-методической работы, так и от социально-экономических условий. Для совершенствования оказания медицинской помощи необходим комплексный подход, включающий повышение квалификации врачей с учетом имеющихся недостатков и современных научных достижений в области здравоохранения. Следует систематически проводить ведомственный и вневедомственный контроль качества обслуживания больных в поликлиниках и стационарах.

Поступила 10.04.2008 г.

---

---

## Вопросы общей патологии

---

---

### ТИПИЧНЫЕ ДИСЭЛЕМЕНТОЗЫ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сатарина Т.Е.\*<sup>1</sup>,  
Калачева А.Г.<sup>1</sup>,  
Гришина Т.Р.<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Громова О.А.<sup>1,2</sup>, доктор медицинских наук,  
Шиляев Р.Р.<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Жидоморов Н.Ю.<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> Кафедра фармакологии и клинической фармакологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

<sup>2</sup> Российский сотрудничающий центр Института микроэлементов ЮНЕСКО, 109652, Москва, Большой Тишинский пер., д. 26, стр. 15/16

**РЕЗЮМЕ** Представлены результаты рандомизированного исследования элементного статуса у 103 молодых людей 19–25 лет, проживающих на территории Ивановской области. У всех добровольцев методом атомной спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой в пробах волос определено содержание 41 химического элемента. Выявлено нарушение элементного гомеостаза. В волосах в избытке найдены элементы токсического и условно-токсического действия при дефиците эссенциальных и жизненно необходимых. Данные отклонения требуют коррекции.

**Ключевые слова:** избыток и недостаток микро- и макроэлементов, элементный гомеостаз.

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: 8-905-107-25-33.

В настоящее время наиболее актуальными являются исследования, направленные на изучение механизмов адаптации и дезадаптации человека в быстро меняющихся условиях среды обитания. Успешное решение этой проблемы возможно лишь при учете эколого-физиологической роли химических макро- и микроэлементов [1, 3, 20], участвующих в молекулярных механизмах адаптации [13, 15].

Как известно, реализация физиологических механизмов адаптивной перестройки организма в различных климатогеографических и экологических условиях сопровождается сдвигами элемен-

тного гомеостаза и возникновением гипер- и гипозэлементозов. С этих позиций и в соответствии с результатами многолетних исследований А.П. Авцина, В.В. Ковальковского, Г.А. Бабенко, В.С. Райцеса и других разработана и применена методика диагностики и коррекции уровня элементов является в восстановительной медицине одним из наиболее перспективных направлений воздействия на преморбидные формы нарушения здоровья [17].

Сегодня в клинико-диагностических целях и для изучения адекватности компенсаторно-приспособительных реакций и резервов адаптации орга-

---

Satarina T.E., Kalacheva A.G., Grishina T.R., Gromova O.A., Shilyaev R.R., Zhidomarov N.Yu.

#### TYPICAL DYSELEMENTOSIS IN YOUNG INHABITANTS OF IVANOV REGION

**ABSTRACT** Results of the randomized element state survey in Ivanovo region young inhabitants aged 19–25 years are presented – 103 students of the Ivanovo State Medical Academy. Content of 41 chemical element in hair samples was determined in all volunteers by the method of atomic spectrometry with inductively combined plasma. Element homeostasis disorder was revealed. Elements of toxic and relatively toxic effect were found in hair samples in plenty but essential and vital necessary elements were in deficiency. These declinations require correction measures.

**Key words:** micro- and macroelements, dyselementosis, element homeostasis.

низма при воздействии различных внешних факторов применяются методы оценки содержания химических элементов в различных биосредах [6, 14, 17]. В последнее время все больший интерес представляет исследование волос с помощью атомной спектроскопии с индукционно-связанной плазмой для выявления состояния обмена микроэлементов в организме и токсического воздействия отдельных тяжелых металлов [12]. Имеющиеся данные определенно свидетельствуют, что содержание микроэлементов в волосах отражает микроэлементный статус организма в целом и пробы волос являются интегральным показателем минерального обмена [6, 17].

Недостаточное поступление в организм биоэлементов ведет к развитию характерных симптомов, сопровождающихся специфическими структурными и функциональными нарушениями и устраняющихся при введении дефицитного микроэлемента [6, 8, 11]. В других случаях какой-либо биоэлемент (не обязательно «токсический») накапливается в организме в токсических (субтоксических) концентрациях, что также вызывает различные нарушения жизнедеятельности [15, 16, 20, 22].

Целью настоящего исследования явилось изучение элементного статуса, молодых людей, проживающих на территории Ивановской области, для оценки распространенности преморбидных форм нарушения здоровья.

Для этого нами проведено исследование, в котором участвовали 103 студента-добровольца (70 девушек и 33 юноши) в возрасте от 19 до 25 лет, обучающихся в Ивановской государственной медицинской академии. Критерием исключения из исследования было наличие тяжелых, острых и хронических соматических, психических заболеваний, прием любых лекарственных препаратов и биологически активных добавок. Исследование соответствовало этическим стандартам комитетов по биомедицинской этике, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией с поправками от 2000 г. и «Правилами клинической практики в РФ» (1993) с примечаниями, данными Советом Всемирной медицинской ассоциации в октябре 2001 г.

У всех студентов методом атомной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой определили содержание 41 химического элемента в пробах волос и сравнили его с нормальными значениями по данным ВОЗ [6, 14, 17].

Для статистической обработки материала использовалась прикладная программа «Statistica 6,0». В результате установлена распространенность гипо- и гиперэлементных состояний (рис.), а также произведен расчет средних показателей

содержания элементов в волосах молодых людей, которые приведены вместе с референтными значениями.

В результате сравнения выявили, что содержание большинства элементов (Li, B, Na, Si, P, K, Ca, Sc, Ti, V, Cr, Mn, Fe, Zn, Ga, Ge, As, Rb, Sr, Ag, Cd, Sn, Sb, Te, Cs, Hg, Tl, Pb, Bi, Th, U) в волосах обследованных находится в пределах нормальных значений. Отклонения от нормы в химическом составе волос молодых людей обнаружены в уровне 10 элементов: Se, Co, Mg, Mo, Ba, Br, B, Al, Na, P (рис.).

В целом результаты показали, что девушки и юноши имеют низкий уровень магния. Содержание магния у девушек в среднем составляет  $37,7957 \pm 10,7141$  мкг/г и находится в нижнем сегменте референтных значений. Диапазон концентрации магния у них – от 20 до 61,5 мкг/г при норме 25–120 мкг/г. Анализ индивидуальных элементограмм показывает, что 11,43% обследованных девушек имеют дефицит магния (менее 25 мкг/г). У 74,28% девушек содержание магния находилось в диапазоне субоптимальных значений – 26–50 мкг/г. Максимальные значения уровня магния определялись у 14,29% девушек и составили 51–61,5 мкг/г, что едва достигало средних значений нормы. Уровень магния в волосах юношей составляет  $39,289 \pm 15,443$  мкг/г, что выше нижнего уровня нормальных значений. Диапазон содержания магния в волосах – 13–71 мкг/г, при этом истинный дефицит магния в подгруппе юношей встречается чаще (18,18%) и является более глубоким, чем у девушек, поскольку концентрация магния у юношей в 1,9 раз меньше величины нижней границы нормы.

Происхождение магниевых дефицитов также можно связать с наличием стереотипов питания, недостатком в рационе морепродуктов, свежих овощей и фруктов и низким содержанием магния в них на фоне повышенной потребности в элементе в период обучения. У подростков с девиантными формами поведения дефицит магния, как правило, усугубляется. Этому способствуют стрессовые факторы взросления, переезд из маленьких городов в большие к месту учебы, перенаселение, начало употребления алкоголя, наркотиков, курение [7, 19]. Магниевый дефицит часто возникает по принципу антагонизма с натрием (который ингибирует интестинальную абсорбцию магния), что связано с пищевыми традициями избыточного потребления поваренной соли в «цивилизованных популяциях», а также с избытком бария и алюминия, усиливающих выведение магния из организма [14, 19].

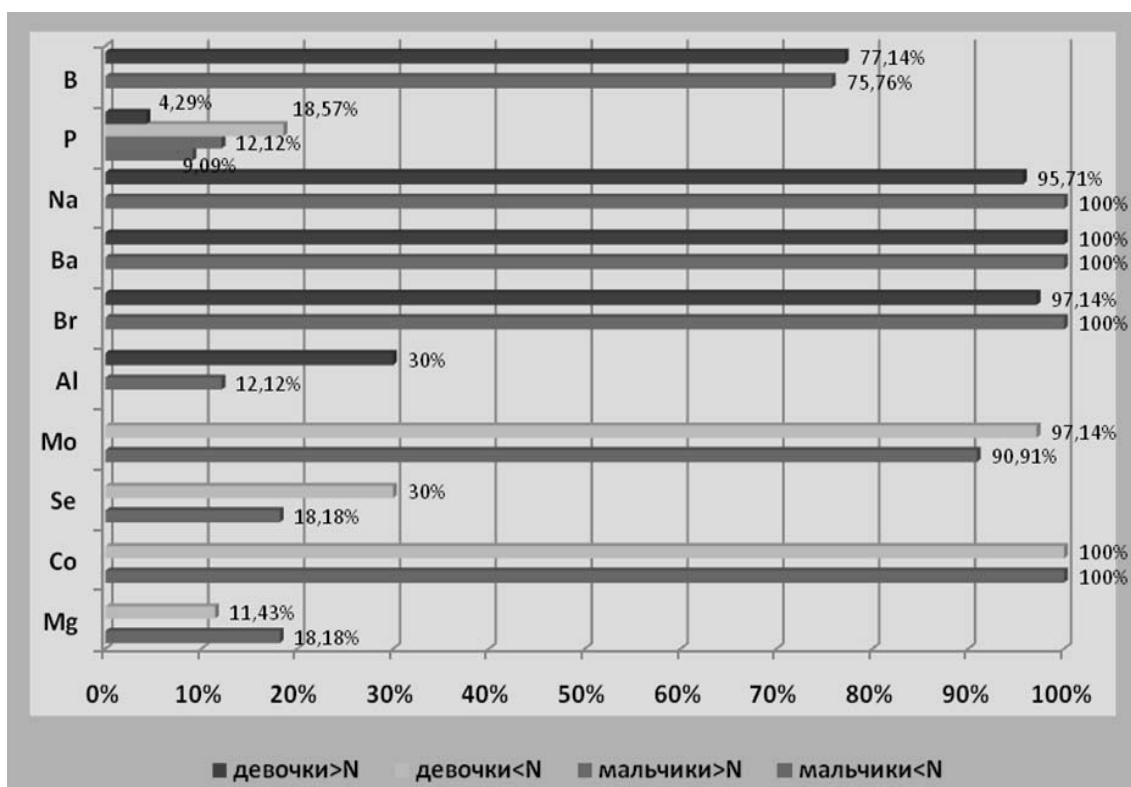


Рис. Распространенность гипо- и гиперэлементных состояний

Выявляется существенный дефицит эссенциального микроэлемента кобальта. Содержание кобальта в волосах у юношей составляет в среднем  $0,0141 \pm 0,004$  мкг/г (диапазон концентраций –  $0,0077–0,019$  мкг/г), у девушек –  $0,0140 \pm 0,0042$  мкг/г, что в 5 раз ниже минимума нормальных значений ( $0,05–0,5$  мкг/г). При анализе индивидуальных элементограмм установлено, что истинный дефицит кобальта (уровень содержания ниже  $0,05$  мкг/г) выявлен у 100% исследуемых.

По данным ВОЗ, нижняя граница содержания селена в волосах взрослых людей составляет  $0,5$  мкг/г. Уровень содержания селена у юношей равен  $0,61 \pm 0,21$  мкг/г (диапазон концентраций –  $0,06–1,05$  мкг/г), у девушек –  $0,63 \pm 0,26$  мкг/г (диапазон концентраций –  $0,18–1,3$  мкг/г). Анализ индивидуальных элементограмм показал, что у 75,76% обследуемых юношей и 62,86% девушек уровень селена в волосах находится на нижней границе нормы в диапазоне концентраций  $0,5–1$  мкг/г, а у 6,06% юношей и 7,14% девушек содержание селена находилось в диапазоне оптимальных значений –  $1,01–1,5$  мкг/г (норма –  $0,5–1,5$  мкг/г). Распространенность дефицита селена сильнее выражена у женщин и определяется у 30% девушек и 18,18% юношей в диапазоне концентраций  $0,06–0,5$  и  $0,18–0,5$  мкг/г соответственно, что в 2,5 раза меньше нижней границы нормы.

Снижение содержания селена и кобальта может быть обусловлено: проживанием людей в кобальт-, селендефицитных регионах, к которым относят Ивановскую, Ярославскую, Владимирскую области; дефицитом содержания легкоусвояемых форм элементов в почвах, воде; особенностями пищевого поведения (ограничение потребления белков пшеницы, богатых селеном); социальными причинами (низкое содержание в рационе морепродуктов, мяса) [4, 22], а также может отражать увеличенное поглощение селена функционирующими тканями с активизированными антиоксидантными системами. Низкий уровень кобальта по сути – это недостаток в организме витамина  $B_{12}$ , поскольку он является физиологически активной формой данного микроэлемента [1, 13], а гипернатриевая диета усиливает дефицит кобальта [14]. Дефицит селена возникает не только при его низком поступлении, но при хронической интоксикации тяжелыми металлами, заболеваниях печени, дисбактериозе вплоть до полной депрессии активности селензависимых ферментов [16, 18].

Содержание молибдена в волосах молодых людей обоих полов оказалось за пределами нижней границы нормы ( $0,02–0,15$  мкг/г): у юношей –  $0,0146 \pm 0,011$  мкг/г (диапазон концентраций –  $0,0003–0,0285$  мкг/г), у девушек –  $0,014 \pm 0,0043$

мкг/г (диапазон концентраций – 0,0003–0,0228 мкг/г). Анализ элементограмм показал, что у 98 молодых людей (90,91% юношей и 97,14% девушек) уровень молибдена в 1,5 раза меньше оптимальной концентрации, находится за нижней границей нормы в диапазоне менее 0,019 мкг/г и может трактоваться как дефицитный. Только у 9,09% юношей и у 2,86% девушек концентрация молибдена чуть выше нижней референтной величины.

Полученные данные показали увеличение содержание алюминия в организме молодых людей. В волосах девушек его уровень составил  $17,68 \pm 5,51$  мкг/г (диапазон концентраций – 10,14–26 мкг/г), в волосах юношей –  $17,00 \pm 3,84$  мкг/г (диапазон концентраций – 10,9–27,6 мкг/г), т.е. он находился на верхней границе нормы (интервал нормальных значений для элемента – 1–20 мкг/г). Частота избытка алюминия (выше 20,0 мкг/г) встречается у 12,12% обследуемых мужской и у 30% женской группы и соответственно в 87,88 и 70% случаев находится на верхней границе нормальных значений для элемента.

Накопление алюминия встречается при использовании воды «из-под крана», алюминиевой посуды, употреблении продуктов с пищевыми красителями Е 541, 554, 556, овощей и фруктов, выращенных на кислых почвах и под воздействием «кислых дождей»: в этом случае содержание магния в них уменьшается и накапливается алюминий [16, 21]. Накопление алюминия часто отмечается у работников отраслей промышленности, связанных с получением и использованием алюминия, у больных, употребляющих антациды, людей, пользующихся алюминиевой посудой, фольгой, некоторыми присыпками и дезодорантами, бумажными салфетками и полотенцами [1, 13]. Известно, что алюминий способствует выведению из организма кальция, фосфора, магния [17].

Высоким оказалось и содержание брома. Средняя концентрация брома у юношей равна  $6,26 \pm 2,87$  мкг/г (диапазон концентраций – 2,27–11,34 мкг/г), у девушек –  $5,65 \pm 2,75$  мкг/г (диапазон концентраций – 1,01–11,34 мкг/г). В волосах молодых людей обоих полов содержание условно-эссенциального элемента брома превышает максимальное значение нормы в 5,5 раза (граница интервала нормальных значений для элемента – 1,0–1,5 мкг/г (данные ВОЗ, 1996)). Уровень брома находился в диапазоне 1,0–1,5 мкг/г у 2,86% обследуемых, у остальных 97,14% колебался от 1,51 до 11,345 мкг/г. Причем у 10,5% девушек уровень брома находился в диапазоне верхних нормальных значений для элемента, а избыток брома свыше 10,0 мкг/г определялся в 5,3% случаев. У всех юношей концентрация брома оценивается

как избыточная, причем у половины из них приближается к верхней границе нормы и составляет 1,51–5,0 мкг/г, в 40% случаев находится в диапазоне от 5,01 до 10,0 мкг/г, свыше 10,0 мкг/г определяется в 10% случаев.

Высокое содержание брома в волосах – труднообъяснимое явление. Негативное значение избытка брома связано с его накоплением в тканях щитовидной железы и снижением содержания йода [15, 20], что особенно актуально для людей, проживающих на территориях с дефицитом йода, к которым можно отнести и Ивановский регион. Бром и его соединения (бромиды) участвуют в тормозных процессах в коре головного мозга, являются миметиками ряда эффектов глицина, антагонистом норадреналина и дофамина.

Количество бария в волосах юношей и девушек оказалось выше верхней границы нормы (0,2–1,0 мкг/г) (соответственно  $3,93 \pm 2,25$  мкг/г и  $4,32 \pm 2,18$  мкг/г), что почти в 4,5 раза больше референтной величины. У молодых людей в 81,8% случаев содержание бария приближалось к верхней границе нормальных значений – 1,01–5,0 мкг/г, у 18,2% находилось в диапазоне от 5,1 до 9,26 мкг/г. Оптимальная концентрация бария не определялась ни у одного исследуемого, т.е. у 100% наблюдался избыток этого токсического элемента. Барий в больших количествах поступает при употреблении консервированной и лиофилизированной пищи [13, 18]. Бариты могут накапливаться в растениях и содержаться в воде. Опасность представляют многократные рентгенографические исследования с использованием сульфата бария [1].

В волосах юношей и девушек уровень натрия составил соответственно  $1470,1 \pm 314,46$  мкг/г (диапазон концентраций – 1019–1930 мкг/г) и  $1367,5 \pm 292,6$  мкг/г (диапазон концентраций – 987–1994 мкг/г). Избыток натрия (выше 1000,0 мкг/г) выявлен у 100% юношей, 51,5% из которых имели концентрацию натрия в 1,5 раз выше верхней референтной величины, а у 48,5% – в 1,93 раза выше нормативных показателей. Избыток натрия установлен у 95,71% девушек, из которых 38,6% имели уровень натрия в 1,94 выше нормы, и только 4,29% – на верхней границе интервала нормальных значений для элемента (60,0–1000,0 мкг/г (данные ВОЗ, 1996)). Одной из причин широкого распространения так называемых “болезней цивилизации”, среди которых лидируют заболевания сердечно-сосудистой системы [9, 11], является избыток натрия, обусловленный чрезмерным употреблением в пищу поваренной соли. В настоящее время в развитых странах общепринятый уровень потребления соли составляет примерно 15 г в сутки, что в 20 раз превышает количест-

во, ежедневно употребляемое людьми несколько столетий назад, когда хлорид натрия был мало-доступен для приготовления и консервирования пищи [23]. Кроме поваренной соли, источником поступления в организм натрия может быть сода двууглекислая. Поэтому людей с избытком натрия в организме следует предупреждать о необходимости ограничения употребления не только поваренной соли, но и минеральных вод, кондитерских изделий с высоким содержанием натриевых солей. Организация мероприятий по ограничению потребления поваренной соли связана с проблемой производства продуктов с низким содержанием хлорида натрия. До сих пор не решен вопрос о том, как сделать их более вкусными, что особенно важно для детей и подростков. При модификации их питания необходимы согласованные действия администрации учебных заведений и родителей, чьи привычки зачастую весьма консервативны, далеко не все готовы их менять или готовить для ребенка отдельно [2].

Содержание фосфора составляет в волосах у юношей  $173,4 \pm 39,9$  мкг/г (диапазон концентраций –  $108,73\text{--}280,38$  мкг/г), у девушек –  $166,3 \pm 39,23$  мкг/г и находится в середине референтного предела (при норме  $120,0\text{--}220,0$  мкг/г). Анализ индивидуальных элементограмм показал, что 9,09% из общего числа обследованных юношей и 18,57% девушек имеют дефицит фосфора, уровень которого в их волосах составлял менее  $120,0$  мкг/г. Практически в половине случаев – у 77,17% девушек и 78,79% юношей – содержание фосфора в волосах находилось в диапазоне оптимальных значений –  $120,0\text{--}220,0$  мкг/г. Максимальные значения уровня фосфора ( $221,0\text{--}280,34$  мкг/г) достигали высоких значений нормы у 12,12% юношей и у 4,29% девушек. В целом результаты показывают, что молодые люди имеют нормальную обеспеченность фосфором. Наше питание обычно богато фосфором, так как он встречается почти в каждом натуральном продукте. Средний пищевой рацион содержит в 7 раз больше фосфора, чем это требуется взрослому человеку (Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ, 2004).

Высоким оказалось содержание бора ( $5,42 \pm 2,29$  мкг/г) у молодых людей обоих полов, превышая максимальное значение нормы в 2 раза (граница интервала нормальных значений для элемента –  $1,0\text{--}3,5$  мкг/г) (данные ВОЗ, 1996). Лишь у 24 человек (23,3%) уровень бора находился в диапазоне от 1,0 до 3,5 мкг/г, у остальных 79 (76,70%) обследуемых колебался от 3,51 до 9,7 мкг/г, причем избыток бора более выражен у лиц женского пола, чем у лиц мужского пола (соответственно 77,14 и 75,76%).

Низкая обеспеченность эссенциальными элементами Se, Co, Mg, Mo способствует снижению общей адаптационной способности организма, противоинфекционной, противоопухолевой резистентности, системы защиты от радиационного воздействия, токсического влияния тяжелых металлов и других контаминатов, становится причиной многих заболеваний, список которых постоянно расширяется [21]. Манифестация заболеваний, особенно при наличии генетической предрасположенности, обусловлена избыточным свободнорадикальным окислением, возникающим при дефиците селена, необходимого компонента глутатионпероксидаз I–IV типов, тиоредоксинредуктазы, трийодтирозиндейодиназы, селенопротеинов P и W; нарушением активности магнийзависимых Na-KATФ-аз, более 300 магнийзависимых ферментов, регулирующих все виды метаболизма; кобальтзависимым нарушением кроветворения, нейрореабилитации, интенсивности пролиферации быстроделющихся клеток, в том числе после травм, кровопотери [1].

Данные об избыточных состояниях делают актуальным проведение экологической экспертизы для получения сведений о возможных источниках поступления избыточных элементов.

Таким образом, проведенное исследование показало, что имеется нарушение гомеостаза макро- и микроэлементов в организме юношей и девушек 19–25 лет, проживающих на территории Ивановской области. В волосах в избытке присутствуют Na, Ba, Br, B, Al, при дефиците Mg, Co, Se, Mo. Накопление натрия и элементов токсического и условно-токсического действия может повышать расходование жизненно важных элементов Mg, Co, Se, Mo и быть причиной снижения их содержания в биосубстратах. Это создает условия для еще большей аккумуляции токсикантов, замыкая порочный круг дисэлементоза. В результате роль эссенциальных элементов, участвующих в реализации адаптационных механизмов уменьшается, и увеличивается потребность в них. Полученные факты можно расценивать как показатели повышенной напряженности регуляторных механизмов, снижении функциональных резервов организма студентов, находящихся в состоянии психозмоционального напряжения, что можно считать преморбидной формой нарушения здоровья, ведущей к повышению заболеваемости.

Полученные результаты позволяют считать волосы информативным биоиндикаторным субстратом для оценки латентных отклонений элементного статуса и представляют интерес для возрастной физиологии.



Выявленные изменения элементного профиля значимы для психического и физического здоровья людей, реализации негативных генетических программ развития. Следует иметь в виду, что при пищевой недостаточности дефицит микронутриентов у молодых людей может носить субклинический характер, проявляясь в физическом и психическом развитии, в учебе, поведении. Это определяет необходимость проведения исследований взаимосвязи элементного состава волос молодых людей с уровнем эмоционального стресса и когнитивными функциями. Следует обеспечить селеном весь контингент людей данной возрастной группы, дополнительно кобальтом, магнием, а также ог-

раничить потребление поваренной соли. Назначение минеральных комплексов с молибденом без его доказанного дефицита лицам с повышенным уровнем мочевой кислоты ограничено. Для увеличения обеспеченности молибденом следует включать в рацион питания рыбу, птицу, морепродукты [21]. Для профилактики дисэлементоза на популяционном уровне следует усилить внимание к организации рационального общественного и домашнего питания, обучению подростков и их родителей приемам снижения поступления элементов токсического и условно-токсического действия, поваренной соли при физиологической обеспеченности эссенциальными элементами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авцын А.П. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / А.П. Авцын, А.А. Жаворонков и др. — М.: Медицина, 1991. — 496 с.
2. Александров А.А., Розанов В.Б. Эпидемиология и профилактика повышенного артериального давления у детей и подростков // Российский педиатрический журн. — 1998. — № 2. — С. 16–20.
3. Агаджанян Н.А., Сусликов В.Л., Ермакова Н.В., Капланова А.Ш. Экологобиогеохимические факторы и здоровье человека // Экология человека. — 2000. — № 1. — С. 3–5.
4. Алексеев С.В. Элементный дисбаланс у детей Северо-Запада России / С.В. Алексеев, О.И. Януша-нец и др. — СПб: СПбГПМА, 2001. — 128 с.
5. Гришина Т.Р. Элементный статус подростков 15–18 лет с артериальной гипертонией и способы коррекции его нарушений: дис. ... д-ра мед. наук. — Иваново, 2007.
6. Громова О.А. Витамины и минералы в современной клинической медицине / О.А. Громова, Л.С. Намазова. — М.: Алев-В, 2003. — 57 с.
7. Громова О.А. Магний и пиридоксин: основы знаний. — М.: ПротоТип, 2006. — 232 с.
8. Громова О.А., Никонов А.А. Роль и значение магния в патогенезе заболеваний нервной системы // Нервные болезни. — 2006. — № 6. — С. 45–49.
9. Исаков И.И. Артериальные гипертонии. — Л.: Медицина, 1983. — 200 с.
10. Кудрин А.В. Микроэлементы в неврологии / А.В. Кудрин, О.А. Громова — М.: ГэотарМед, 2006. — 324 с.
11. Кушаковский М.С. Эссенциальная гипертензия (гипертоническая болезнь). Причины, механизмы, клиника, лечение. — СПб.: Фолиант, 2002. — 416 с.
12. Маймулов В.Г. Основы системного анализа в эколого-гигиенических исследованиях / В.Г. Маймулов, С.В. Нагорный, А.В. Шабров. — СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2000. — 342 с.
13. Панченко Л.Ф. Клиническая биохимия микроэлементов / Л.Ф. Панченко, И.В. Маев, К.Г. Гуревич. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2004. — 363 с.
14. Ребров В.Г. Витамины и микроэлементы / В.Г. Ребров, О.А. Громова. — М.: АЛЕВ-В, — 2003. — 670 с.
15. Ревич Б.А. Здоровье населения и химическое загрязнение окружающей среды в России. — М.: Медицина, 1996. — 105 с.
16. Саноцкий И.В. Селен и здоровье человека. — М.: НИИ питания РАМН, 2006. — 196 с.
17. Скальный А.В. Референтные значения концентрации химических элементов в волосах, полученные методом ИСП-АЭС (АНО «Центр биотической медицины») // Микроэлементы в медицине. — 2003. — Т. 4, вып.1. — С. 55–56.
18. Смирнов А.Н. Элементы эндокринной регуляции / А.Н. Смирнов. — М.: ГэотарМед, 2006. — 351 с.
19. Спасов А.А. Магний в медицинской практике. — Волгоград, 2000. — С. 272.
20. Сусликов В.П. Геохимическая экология болезней. Атомовиты / В.П. Сусликов. — М.: Гелиос АРВ, 2002. — 672 с.
21. Тутельян В.А. Микронутриенты в питании здорового и больного человека / В.А. Тутельян, В.Б. Спиричев и др.— М.: Колос, 2002.— 423 с.
22. Философова М.С., Шниткова Е.В., Балашова Л.В., Корнеев А.А. Частота и характер дефицитных состояний у детей и подростков в биогеохимических условиях, бедных микроэлементами // Экология и здоровье человека: сб. науч. тр. — Иваново, 1995. — С. 85–88.
23. Eaton S.B., Konner M. Palaeolithic nutrition. A consideration of its nature and current implications // N. Engl. J. Med. — 1985. — Vol. 312, № 6. — P. 283–289.

Поступила 8.09.2009 г.

---

---

## Клиническая медицина

---

---

### НЕЙРОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Жданова Л.А.<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Салова М.Н.\*<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
Рунова О.С.<sup>2</sup>,  
Юхименко Ж.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Кафедра поликлинической педиатрии с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

<sup>2</sup> МУЗ «Детская городская поликлиника № 6», 153000, Иваново, Театральная, 25

<sup>3</sup> ГУЗ «Тульская областная детская больница», 300010, Тула, Бондаренко, 39

**РЕЗЮМЕ** Непрерывный рост распространенности патологий пищеварительного тракта у детей диктует необходимость поиска новых подходов к их лечению и реабилитации. Учитывая сочетанность заболеваний нервной и пищеварительной систем, предлагается нейросоматический подход к реабилитации таких детей, который может быть реализован в условиях детской городской поликлиники с использованием потенциала врачей-специалистов. Приоритет отдается немедикаментозным методам, позволяющим в условиях комплексного подхода получить высокие результаты реабилитации даже без применения дорогостоящих медикаментозных препаратов.

**Ключевые слова:** заболевания верхних отделов пищеварительного тракта, последствия перинатальной патологии нервной системы.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): E-mail: salova\_m@mail.ru.

В настоящее время заболевания органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся в детском возрасте [1, 3, 5]. Распространенность их составляет 150–400 случаев на 1000 детского населения. Известно, что одним из факторов риска развития заболеваний пищеварительной системы является перенесенное перинатальное поражение центральной нервной системы (ПП ЦНС), вследствие которого цепочка патологических реакций, приводящих к нарушению моторной и секреторной функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что обусловлено расстройством вегетативных влияний. Хронические

заболевания пищеварительной системы у детей с последствиями ПП ЦНС регистрируются в 3–4 раза чаще, чем у их здоровых сверстников [1, 2, 4, 5].

Известно, что у детей с последствиями ПП ЦНС несовершенны адаптационные механизмы, они особенно чувствительны к воздействию неблагоприятных факторов, стрессовым ситуациям. Установлено, что психоземotionalный стресс играет важную роль в происхождении гастроэнтерологических заболеваний, поэтому ЖКТ называют «зеркалом эмоций». С другой стороны, у детей с хроническими заболеваниями пищеваритель-

---

Zhdanova L.A., Salova M.N., Runova O.S., Yukhimenko Zh.V.

#### NEUROSOMATIC APPROACH TO REHABILITATION OF CHILDREN SUFFERED FROM DISEASES OF DIGESTIVE TRACT UPPER SECTIONS

**ABSTRACT** Continuous increase of digestive tract pathological states incidence in children requires the necessity to find out the new approaches to treatment and rehabilitation. With due regard for the association of nervous and digestive systems it is suggested to develop the neurosomatic approach to such children rehabilitation. It may be realized in pediatric municipal polyclinic using the potential of medical specialists. The priority is given to nonmedicamental methods which allow to obtain higher results of rehabilitation under complex approach conditions even without administration of expensive medicamental preparations.

**Key words:** diseases of digestive tract upper sections, consequences of nervous system perinatal pathology, children, neurosomatic approach, rehabilitation.

ной системы на фоне интоксикации, нарушения усвоения нутриентов часто возникает астеновегетативный синдром, проявляющийся раздражительностью, плаксивостью, головными болями, быстрой утомляемостью и слабостью.

Таким образом, сочетанность патологии пищеварительной и нервной систем у детей обуславливает необходимость нейросоматического подхода к их реабилитации.

Цель настоящего исследования – выявить особенности заболеваний гастродуоденальной зоны на фоне последствий перинатальной патологии нервной системы и обосновать нейросоматический подход к их реабилитации.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Осуществлено клинико-функциональное обследование 150 детей 5–9 лет с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта. Из них были сформированы две группы: I – 100 детей, имеющих последствия перинатальной патологии нервной системы, II – 50 детей без неврологических нарушений. Средний возраст детей в сравниваемых группах различий не имел и составил  $8,18 \pm 0,12$  и  $8,35 \pm 0,16$  года соответственно.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При опросе родителей выяснилось, что у детей I группы достоверно чаще, чем во II, встречались следующие факторы, приводящие к развитию заболевания пищеварительной системы: конфликты в семье (24 и 6% соответственно,  $p < 0,05$ ) и в образовательном учреждении (18 и 2%,  $p < 0,05$ ). У детей II группы, наоборот, в структуре предрасполагающих факторов доминировали погрешности питания (44 и 70% соответственно,  $p < 0,05$ ). Отягощенная наследственность в обеих группах встречалась с равной частотой (18 и 22%).

62,67% обследованных имели воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта, три четверти случаев составил гастродуоденит, причем каждый десятый ребенок имел осложненные формы гастродуоденитов, сочетающиеся с эрозивными поражениями слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки или гастроэзофагеальным рефлюксом с эзофагитом. Среди функциональных расстройств доминировали расстройства желудка в сочетании с дисфункцией билиарного тракта, которые выявлялись у каждого пятого ребенка. Установлено, что у детей, имеющих последствия ПП ЦНС, достоверно чаще, чем у детей без неврологической патологии, встречались осложненные формы, вовлечение в воспалительный процесс двух и более отделов пищеварительного тракта. Детям без неврологических расстройств в большей степени свойственны функциональные нарушения пищеварения (табл.).

В структуре жалоб у детей I группы преобладал болевой синдром, II – диспептический. У детей I группы обострения и рецидивы хронических заболеваний гастродуоденальной зоны совпадали с ухудшением неврологического статуса. При сравнительном анализе сроков обострения хронических заболеваний верхних отделов пищеварительной системы и сроков ухудшения неврологического статуса выявлена сильная прямая корреляционная взаимосвязь (0,7). Это подтверждает нейросоматический генез заболеваний пищеварительной системы, формирующихся на фоне последствий ПП ЦНС.

Установлено, что у детей заболевания пищеварительной системы на фоне последствий ПП ЦНС начинались в более раннем возрасте и протекали более длительно. Так, среди обследованных I группы стаж гастропатологии более двух лет имел каждый шестой ребенок, менее 6 месяцев – четверть детей. Во II группе, напротив, достоверно чаще встречалась давность заболевания менее

**Таблица.** Сравнительная характеристика структуры патологии пищеварительной системы у детей 5–9 лет

Заболевания	Частота встречаемости, %	
	I группа	II группа
Хронический гастрит (К. 29.7)	–	14
Хронический гастродуоденит (К.29.7)	58*	26
Осложненные формы гастродуоденита (К. 29.7, К. 21, К. 25)	15*	–
Язвенная болезнь (К.25)	1	–
Функциональная диспепсия (К. 59)	5*	38
Дисфункции билиарного тракта (К. 83.8)	21	22

Примечание: \* – достоверность различий между показателями I и II групп  $p < 0,05$ .

6 месяцев, лишь в единичных случаях – более 2 лет. У детей, имеющих последствия ПП ЦНС, дебют заболевания пищеварительной системы отмечен в возрасте  $5,8 \pm 0,72$ , а у детей без неврологического диагноза –  $7,5 \pm 0,53$  года ( $p < 0,05$ ).

Выявлено, что лишь 62,67% детей с заболеваниями пищеварительной системы имели нормальное физическое развитие, у каждого пятого ребенка выявлялся дефицит массы тела, у каждого шестого – избыток. Четверть детей с сопутствующей неврологической патологией имели дефицит массы тела, что в 2 раза чаще, чем у детей без неврологического диагноза. Избыток массы тела регистрировался у 23% обследованных I группы и у 6% – II ( $p < 0,05$ ).

По данным анамнеза установлено, что у 78% детей на первом году жизни диагностировано ПП ЦНС, 20% пациентов наблюдались неврологом как имеющие риск формирования ПП ЦНС, 2% не имели признаков перинатальной патологии. Две трети детей I группы предъявляли жалобы на головные боли, при нейрофизиологическом обследовании лишь у каждого пятого ребенка выявлены объективные признаки доброкачественной внутричерепной гипертензии. У оставшихся детей головные боли возникали преимущественно в конце учебного дня, носили кратковременный характер, купировались после отдыха. У всех обследованных, имевших неврологическую симптоматику, были выявлены признаки вегетативных нарушений. Неврозоподобные расстройства (логоневроз, тикоидный гиперкинез, энурез) встречались у каждого шестого ребенка с заболеваниями пищеварительной системы. У четверти детей наблюдался синдром дефицита внимания с гиперактивностью, у каждого восьмого ребенка – астеноневротический синдром.

Мы установили, что у 80% детей с заболеваниями пищеварительного тракта имелись нарушения семейного воспитания в основном по типам доминирующей гиперпротекции и повышенной моральной ответственности. При анализе проективных рисуночных тестов выявлено, что подавляющее большинство этих детей находилось в состоянии длительного и выраженного эмоционального перенапряжения. У 62% обнаружен высокий уровень межличностной тревожности, у 58% – нарушенная самооценка, у 43% – неудовлетворенность своим социальным статусом в коллективе сверстников, у 37% – нарушения взаимоотношений с педагогами.

Итак, необходим комплексный подход к лечению и реабилитации детей с заболеваниями пищеварительной системы, возникающими на фоне последствий ПП ЦНС с учетом нейросоматичес-

кой природы выявленных нарушений здоровья, протекающих на фоне хронического стресса. Каждый ребенок, страдающий хроническим заболеванием верхних отделов пищеварительной системы, должен получать консультацию невролога и необходимую медикаментозную коррекцию. Кроме того, уже с раннего возраста следует активно предупреждать развитие гастродуоденальной патологии, что особенно важно у детей с наследственной предрасположенностью. Профилактические мероприятия должны включать рекомендации не только по режиму и составу питания, физическому и нервно-психическому развитию, но и семейному воспитанию и социальной адаптации, коррекции эмоциональных и вегетативных нарушений.

Учитывая, что диспансеризация детей с заболеваниями пищеварительной системы осуществляется педиатром, необходимо использовать нейросоматический подход к реабилитации таких детей в условиях детской поликлиники, что может быть реализовано в рамках новой формы стационарзамещающей технологии – дневного стационара.

С 2005 г. в МУЗ «Детская городская поликлиника № 6» г. Иванова организован дневной стационар, предназначенный для проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий детям, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Учитывая сочетанность неврологических и соматических нарушений, мы организовали комплексный подход к диагностике и лечению детей с заболеваниями ЖКТ, возникающими на фоне последствий ПП ЦНС. Каждый ребенок, страдающий хроническим заболеванием пищеварительной системы, кроме традиционной программы реабилитации, включающей прокинетики, антациды, спазмолитики, цитопротекторы, репаранты, ферментные и витаминные препараты, получает консультацию невролога и необходимую коррекцию выявленных нарушений. Также родителям даются рекомендации по организации режима дня, питанию, физическому и семейному воспитанию, проведению мероприятий для повышения резистентности организма, профилактике неврологических нарушений с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

Физиотерапия используется традиционно и включает электрофорез лекарственных препаратов, таких как платифиллин, новокаин, кальций, диатермию, аппликации озокерита, парафина, динамические токи.

По показаниям ребенку может быть назначен курс массажа для улучшения венозного оттока из полости черепа, снятия напряжения с мышц шейно-воротниковой зоны, повышения тонуса организма. При выявлении синдрома вегетативной дистонии в комплекс лечения могут быть добавлены вегетотропные фитопрепараты.

Фитотерапия назначается с учетом клинических проявлений и индивидуальной переносимости. Лечебная физкультура включает упражнения как на расслабление (при болевом синдроме), так и на укрепление мышц живота и тазового дна (при гипотонических дискинезиях). Кроме того, каждый ребенок, находящийся на лечении в дневном стационаре, при выявлении нарушений осанки получает консультации ортопеда, врача ЛФК. Для коррекции выявленных нарушений детям проводятся занятия ЛФК, дети и родители обучаются методикам для снятия мышечного напряжения, улучшения осанки, повышения гибкости позвоночника.

После углубленного осмотра педиатром и проведения необходимых лабораторных обследований при наличии показаний ребенок может быть проконсультирован лор-врачом, нефрологом, кардиологом, иммунологом, дерматологом и другими специалистами поликлиники. Системный нейросоматический подход к реабилитации детей с заболеваниями пищеварительной системы и последствиями ПП ЦНС включает не только проведение базовой терапии по протоколу ведения соматических заболеваний, но и мероприятия, повышающие резистентность организма, гармонизирующие вегетативную регуляцию, корригирующие отклонения физического развития, нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата.

Эффективность лечения детей с патологией органов пищеварения в дневном стационаре подтверждается тем, что 15% больных были выписаны с выздоровлением, преимущественно это дети с функциональной диспепсией. У 55% детей с хроническими гастродуоденитами удалось добиться клинической и у 20% – клинико-эндоскопической ремиссии. Неполная клиническая ремиссия отмечалась лишь у 10% детей, они были направлены в специализированные отделения городских больниц. По данным катамнеза в течение 6 месяцев у детей, выписанных с улучшением, не наблюдалось обострений и рецидивов, в 2 раза снизилась частота острых заболеваний, не отмечено возобновления неврологической симптоматики.

## ВЫВОДЫ

При комплексном нейросоматическом подходе эффективность реабилитации детей с хронической соматической патологией выше у детей с большей компенсацией неврологического дефекта. Потенциалом развития этого направления является создание и укрепление службы клинических психологов в условиях детской поликлиники. Разработанная и внедренная в медицинскую практику функциональная модель дневного стационара как самостоятельного структурного подразделения детской поликлиники является эффективной современной технологией лечебного процесса в ходе реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, позволяющей оказывать детям качественную медицинскую помощь.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Копилова Е.Б. Вегетативно-висцеральные расстройства у детей раннего возраста с перинатальными поражениями нервной системы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Иваново, 2006. – 45 с.
2. Кочерова О.Ю. Возрастные закономерности физического и психического развития, заболеваемости детей 2–9 лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, диагностика и профилактика их нарушений: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Иваново, 2005. – 45 с.
3. Кучма В.Р. Состояние здоровья школьников и роль школ, содействующих его укреплению // Школа здоровья. – 2008. – № 3. – С. 4–13.
4. Спивак Е.М. Синдром вегетативной дистонии в раннем и дошкольном детском возрасте. – Ярославль: Изд-во Александр Рутман, 2003. – 120 с.
5. Хавкин А.И., Бельмер С.В., Филин В.А. и др. Рекомендации по обследованию и лечению детей с синдромом диспепсии. – М., 2003. – 12 с.

Поступила 25.06. 2009 г.

## ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ЗАШИВАНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ

Фомин С.А.\*

МКУЗ «Медсанчасть Новоярославского нефтеперерабатывающего завода», 150000, Ярославль, ул. Гагарина, д. 12

**РЕЗЮМЕ** Изучено влияние способа зашивания операционной раны при аппендэктомии на психологический компонент здоровья пациентов. Разработан, запатентован и внедрён косметический способ зашивания контаминированной операционной раны, который оказывает положительное влияние на психологическое здоровье пациентов.

**Ключевые слова:** качество жизни, психологический компонент здоровья, аппендэктомия.

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): e-mail: [hirurg-fomin@yandex.ru](mailto:hirurg-fomin@yandex.ru).

Острый аппендицит занимает одно из ведущих мест в структуре неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости [3]. Имеющиеся публикации по данной теме посвящены, прежде всего, рассмотрению вопросов диагностики, оперативного лечения, а также оценке клинических результатов и эффективности хирургического вмешательства. До настоящего времени эффективность хирургических вмешательств оценивалась по таким показателям, как летальность, частота осложнений, продолжительность пребывания больного в стационаре, результаты лабораторных исследований. Почти нет сообщений о психосоциальных последствиях оперативного лечения, изменениях восприятия больным своего здоровья, способности функционировать в физическом смысле [1, 2].

Одним из критериев эффективности лечения является качество жизни (КЖ) – это показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанный на субъективном восприятии своего состояния.

Самым распространённым общим опросником изучения КЖ является MOS SF-36. Он состоит из 36 вопросов и включает 8 шкал, представляющих физический и психологический компоненты здоровья. Категория «Социальное функционирование – Social Functioning» (СФ) отражает способность развиваться, полноценно общаться с родственниками, друзьями, семьёй, возможность

адекватного профессионального общения. Категория «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – Role-Emotional» (РЭФ) отражает эмоциональный статус больного, влияние эмоций на повседневные занятия, поведение при общении с окружающими. Категория «Психическое здоровье – Mental Health» (ПЗ) отражает наличие невротизации, склонности к депрессивным состояниям, ощущения счастья, умиротворённости, душевного спокойствия. Эти категории представляют психологический компонент здоровья.

Цель исследования – изучить влияние способа зашивания операционной раны при аппендэктомии на динамику психологического компонента КЖ.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Мы рассматриваем способ зашивания операционной раны как многоэтапное действие, состоящее из нескольких последовательных и значимых мероприятий, направленных на профилактику гнойно-воспалительных осложнений и косметических дефектов. Нами разработан и применяется «Косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии» (приоритет №2008147994/14(062850) от 04.12.2008, положительное решение о выдаче патента от 10.06.09). Каждый этап в разработанном нами способе имеет свою цель.

Fomin S.A.

### PECULIARITIES OF HEALTH PSYCHOLOGICAL COMPONENT DYNAMICS AFTER APPENDECTOMY IN VARIOUS METHODS OF OPERATION WOUND SUTURE

**ABSTRACT** Influence of operation wound suture method on patients health psychological component is studied. Cosmetic method of contaminated operation wound suture in appendectomy is worked out, patented and introduced. This method positively influenced patients psychological health.

**Key words:** quality of life, health psychological component, appendectomy.

Косметический способ зашивания операционной раны при аппендэктомии включает периоперационную антибиотикофилактику цефалоспориновыми антибиотиками третьего поколения. Далее, непосредственно после выполнения аппендэктомии и проведения санации брюшной полости париетальная брюшина герметично зашивается рассасывающимся шовным материалом со временем полной абсорбции до 30 дней (Safil-Quick, Dar-Vin). На следующем этапе операционная рана обрабатывается 0,5% водно-спиртовым раствором хлоргексидина с экспозицией 1–2 минуты. Апоневротическая часть наружной косой мышцы живота зашивается отдельными узловыми швами с использованием монофиламентного рассасывающегося шовного материала со временем полной абсорбции около 200 дней (Капролон, Капрофил, Максон). У пациентов с индексом массы тела более 26 и развита подкожно-жировой клетчаткой используется активная аспирация из подкожно-жировой клетчатки через отдельную контрапертуру с помощью «Устройства для активного дренирования ран однократного применения с баллоном ёмкостью 250 см<sup>3</sup>» (ТУ 64-2-114-82). Кожа зашивается отдельным внутрикожным внутриузловым швом рассасывающимся шовным материалом со временем полной абсорбции до 90 дней (Викрил, ПГА, Дексон).

В исследование включены 90 пациентов, оперированных в «Медсанчасть Новоярославского нефтеперерабатывающего завода» г. Ярославля по поводу острого аппендицита в период с 2003 по 2008 г. В основной группе (45 пациентов) операционная рана зашивалась разработанным нами косметическим способом. Среди них было 42 (93,3%) женщины и 3 (6,6%) мужчины, возраст больных – от 15 до 39 лет (в среднем  $22,2 \pm 0,8$  года). Морфологически подтверждённый диагноз: флегмонозный аппендицит – в 34 (75,6%) случаях, катаральный – в 11 (24,4%). В контрольной группе (45 пациентов) операционная рана зашивалась традиционно нерассасывающимся шовным материалом. Среди них были 41 (91,1%) женщина и 4 (8,9%) мужчины, возраст больных – от 16 до 40 лет (в среднем  $24,1 \pm 1,1$  года). Флегмонозный аппендицит был у 36 (80%) пациентов, катаральный – у 9 (20%). Основная и контрольная группы сопоставимы по возрасту ( $U = 875,5$ ,  $df = 88$ ,  $p = 0,268923$ ), различия статистически незначимы. Аппендэктомия выполнялась из разработанного нами косоого параректального мини-доступа (Патент № 2346658 РФ).

КЖ изучали с помощью опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short form health survey). Психологический компонент КЖ оценивали по категориям ролевого функционирования, социального функционирования и психического здоровья. Исследование проводили в ближайшем послеоперационном периоде (до момента

выписки пациента из стационара), через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции.

При обработке результатов исследования использовали расчет средней арифметической величины ( $M$ ), стандартной ошибки среднего ( $m$ ) и стандартного отклонения ( $StdDv$ ). Нормальность распределения признака определяли по одновыборочному тесту Колмогорова – Смирнова. Оценка достоверности различий между средними величинами и показателями осуществлялась по парному критерию Стьюдента (при нормальном распределении признака). При отсутствии нормального распределения признака оценку достоверности осуществляли по непараметрическому тесту Вилкоксона. Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05. Для статистической обработки данных применялась компьютерная программа Statistica 6.0 компании «StatSoft».

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Различие средних значений КЖ в категории СФ в основной и контрольной группах в ближайшем послеоперационном периоде было 10,3 балла, различия статистически значимые ( $U = 715$ ,  $df = 88$ ,  $p = 0,016363$ ) (табл.). В динамике в основной группе отмечалось постепенное увеличение средних значений. Статистически значимый рост средних значений в категории СФ в основной группе произошел между 1-й и 3-м месяцами после операции (тест Вилкоксона  $p = 0,017894$ ) на 7,8 балла (на 9,2%) при статистически значимых различиях между группами ( $U = 722$ ,  $df = 88$ ,  $p = 0,027862$ ). В дальнейшем к 6-му месяцу после операции в основной группе отмечалось статистически незначимое снижение показателей на 0,9% при статистически значимых различиях между группами ( $U = 533,5$ ,  $df = 88$ ,  $p = 0,000111$ ). В контрольной группе рост средних значений шел более медленно: на 5,9 балла к 6-му месяцу исследования. Между средними значениями после операции и через 6 месяцев после операции в контрольной группе наблюдался рост на 8,2% на уровне наблюдаемой тенденции (тест Вилкоксона  $p = 0,189599$ ). Статистически значимый рост средних значений КЖ в контрольной группе отмечался только между показателями после операции и через 1 год после операции (тест Вилкоксона  $p = 0,041046$ ) на 9,2 балла (на 12,7%).

Различие между средними значениями КЖ в категории РЭФ в основной и контрольной группах в ближайшем послеоперационном периоде было 11,1 балла, различия между группами сохранялись на уровне наблюдаемой тенденции ( $U=843,5$ ,  $df=88$ ,  $p=0,172638$ ) (табл.). В основной группе рост между средними значениями непосредственно после операции и через 1 месяц после операции оставался на уровне наблюдаемой тенденции

**Таблица.** Динамика значений психологического компонента КЖ в категориях социальное функционирование, ролевое функционирование, психическое здоровье после операции аппендэктомии при использовании различных способов зашивания операционной раны

Этап исследования	Категория					
	Социальное функционирование		Ролевое функционирование		Психическое здоровье	
	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа
После операции	72,2	82,5	60,7	71,6	63,3	68,3
Через 1 месяц после операции	76,9	84,4	64,4	80,7*	63,3	70,4#
Через 3 месяца после операции	76,7	92,2*.#	71,8	87,4*.#	58,1	72,2*
Через 6 месяцев после операции	78,1	91,4*	75,6	86,7	59,4	71,5*
Через 12 месяцев после операции	81,4#	87,5	81,5	81,5	61,8	70,4*

Примечание. Достоверность различий ( $p < 0,05$ ): \* – при сравнении показателей основной и контрольной групп; # – при сравнении с исходным уровнем в той же группе.

(тест Вилкоксона  $p = 0,11282$ ), т.е. на 8,9 балла (на 12,4%) при статистически значимых различиях между основной и контрольной группами ( $U = 744,5$ ,  $df = 88$ ,  $p = 0,043948$ ), между 1 и 3 месяцами рост средних значений также сохранялся на уровне наблюдаемой тенденции (тест Вилкоксона  $p = 0,107509$ ) на 6,7 балла (на 8,3%) при статистически значимых различиях между основной и контрольной группами ( $U = 736$ ,  $df = 88$ ,  $p = 0,025664$ ). Статистически значимый рост в основной группе произошел между средними значениями непосредственно после операции и 3-го месяца после операции (тест Вилкоксона  $p = 0,012898$ ) на 15,6 балла (на 21,7%). После трёх месяцев изменения в основной группе статистически незначимы.

В контрольной группе наблюдался более медленный рост средних значений. Между средними значениями сразу после операции и через 3 месяца после операции рост показателей оставался на уровне наблюдаемой тенденции (тест Вилкоксона  $p = 0,149922$ ) на 11,1 балла (на 18,3%). Только к 6 месяцам рост средних значений в контрольной группе в категории РЭФ становился статистически значимым (тест Вилкоксона  $p = 0,059836$ ) при различиях между группами сохранялся на уровне наблюдаемой тенденции ( $U = 819$ ,  $df = 88$ ,  $p = 0,11841$ ). В дальнейшем между 6 месяцами и 1 годом рост средних значений на уровне наблюдаемой тенденции (тест Вилкоксона  $p = 0,179319$ ) на 5,9 балла (на 7,8%) при статистически незна-

чимых различиях между основной и контрольной группами ( $U = 968,5$ ,  $df = 88$ ,  $p = 0,72254$ ).

Различие средних значений в категории ПЗ в основной и контрольной группах в ближайшем послеоперационном периоде составляло 5 баллов, различия между группами были на уровне наблюдаемой тенденции ( $t = 1,529$ ,  $df = 88$ ,  $p = 0,129819$ ) (табл.). Средние значения в категории ПЗ во всех точках исследования были выше, чем в контрольной группе. В основной группе колебания средних значений во времени были статистически незначимы. Только между средними значениями после операции и через 3 месяца после операции отмечался рост средних значений на уровне наблюдаемой тенденции (парный тест Стьюдента  $p = 0,192161$ ) на 3,9 балла (на 5,7%).

В контрольной группе в промежутке между 1 и 3 месяцами после операции отмечалось падение средних значений КЖ в категории ПЗ на уровне наблюдаемой тенденции (парный тест Стьюдента  $p = 0,162056$ ) на 5,5 балла (на 8,6%). Начиная с 3 месяцев различия между группами стали статистически значимы.

Разработанный нами косметический способ зашивания контаминированной операционной раны при аппендэктомии оказывает положительное влияние на психологический компонент качества жизни в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бонштейн А.С., Ривкин В.Л. Валеология: конкретизация понятий «здоровье», «болезнь» // Международный мед. журн. – 2001. – № 5. – С. 393–394.
2. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.
3. Русанов А.А. Аппендицит. – М.: Медицина, 1979. – 173 с.



## СВЯЗЬ МЕЖДУ НАЛИЧИЕМ ЖИЗНЕСПОСОБНОГО МИОКАРДА И ДИСПЕРСИЕЙ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Новожилов А.Е.<sup>1</sup>,  
Солнышков С.К.\*<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> ГУЗ «Кардиологический диспансер» г. Иванова, 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 22

<sup>2</sup> Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета, физиотерапии и военно-полевой терапии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

**РЕЗЮМЕ** При обследовании 77 пациентов с первым неосложненным острым инфарктом миокарда выявлена прямая корреляция между наличием аномально функционирующего, но жизнеспособного миокарда и дисперсией интервала QT электрокардиограммы. Определение дисперсии интервала QT может служить инструментом для выявления большого объема жизнеспособного миокарда.

**Ключевые слова:** миокард, первый острый неосложненный инфаркт, интервал QT.

Одной из актуальных задач кардиологии остается поиск неинвазивных способов прогнозирования исходов у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ). В частности, признается целесообразным выявление аномально функционирующего, но жизнеспособного миокарда в зоне поражения, наличие которого связано с высоким риском повторных ишемических и аритмических событий [18]. Другим перспективным направлением является изучение процессов реполяризации желудочков. Одним из доступных и относительно простых методов оценки реполяризации считается дисперсия интервала QT (QTd). В эксперименте установлено, что увеличение QTd отражает негетогенность процессов реполяризации и может служить маркером нестабильности электрофизиологических свойств миокарда [20]. В ряде клинических исследований показано прогностическое значение QTd в отношении возникновения жизнеугрожающих аритмий и смерти, прежде всего у больных, перенесших ОИМ [16, 17]. Связь между наличием жизнеспособного миокарда и QTd мало изучена, а имеющиеся данные противоречивы [5, 7, 19].

Целью настоящего исследования стала оценка взаимосвязи между наличием жизнеспособного миокарда, его объемом и объемом необратимого поражения и QTd в подостром периоде ОИМ.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клинике ГУЗ «Кардиологический диспансер» были обследованы 77 больных в возрасте 29–67 лет (средний возраст –  $50,7 \pm 8,83$  года) с первым неосложненным ОИМ с подъемом сегмента ST. Включались клинически стабильные пациенты без признаков застойной сердечной недостаточности (I класс по Киллипу), имеющие нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка при эхокардиографии (ЭхоКГ). Основные критерии исключения: 1) наличие признаков гемодинамической или электрической нестабильности; 2) рецидивирующие ангинозные приступы в покое; 3) наличие признаков явной сердечной недостаточности IIА–III стадии (II–IV функциональных классов); 4) постоянная форма фибрилляции предсердий; 5) неспособность выполнить тест с физической нагрузкой или противопоказания к нему; 6) гемодинамически значимые клапанные пороки сердца; 7) выраженные сопутствующие заболевания с предполагаемой продолжительностью жизни менее 1 года.

Всем пациентам в начале 3-й недели заболевания (в среднем на 15-е сутки) проводилась стресс-ЭхоКГ с добутамином. Проба выполнялась после 48-часовой отмены бета-блокаторов по стандартному протоколу с использованием ма-

Novozhilov A.E., Solnyshkov S.K.

### THE CORRELATION BETWEEN MYOCARDIUM VIABILITY AND QT INTERVAL DISPERSION IN PATIENTS WITH PRIMARY UNCOMPLICATED ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

**ABSTRACT** 77 patients with primary uncomplicated acute myocardial infarction were examined. The direct correlation between the presence of dysfunctional but viable myocardium and QT interval dispersion was revealed. QT interval dispersion determination may serve as an instrument for the eliciting of large volume of viable myocardium.

**Key words:** myocardium, primary acute uncomplicated infarction, QT interval.

лых (5–10 мкг/кг/мин) и больших (до 40 мкг/кг/мин) доз добутина с продолжительностью каждой ступени 3 минуты [13]. Локальная сократимость левого желудочка оценивалась исходя из 16-сегментарной модели [15]. Для полуколичественной оценки состояния локальной сократимости функциональное состояние каждого из сегментов оценивали в баллах: 1 – гиперкинез или нормокинез, 2 – гипокинез, 3 – акинез, 4 – дискинез. Для оценки степени тяжести нарушений сегментарной сократимости рассчитывали индекс нарушения локальной сократимости (ИНЛС) как отношение суммы баллов в анализируемых сегментах к количеству оцениваемых сегментов [6]. За наличие жизнеспособного миокарда принималось улучшение локальной сократимости при введении малых доз добутина двух и более сегментов из гипокинезии в нормокинезию, из акинезии – в гипо- или нормокинезию, из дискинезии – в а-, гипо- или нормокинезию. За ишемический ответ считали ухудшение локальной сократимости сегмента левого желудочка, за исключением случаев перехода акинетичных сегментов в дискинетичные [13].

Дисперсию интервала QT измеряли до проведения стресс-ЭхоКГ в тот же день. ЭКГ в общепринятых 12 отведениях регистрировалась с помощью компьютерного комплекса «Полиспектр12» (ООО «Нейрософт», Иваново) с программным обеспечением для оценки дисперсии QT и возможностью ручной коррекции на дисплее монитора. Для измерения использовали только отведение с четко определяемым окончанием зубца Т. При этом принималось во внимание не менее 10 отведений у каждого пациента. При наличии зубца U в качестве окончания зубца Т использовался надир (нижняя точка) линии между ними. Измеряли максимальный и минимальный интервалы QT, их разницу (дисперсия QT), скорректированные по частоте сердечных сокращений с помощью фор-

мулы Базетта максимальный и минимальный интервалы QT и их разницу (корректированная дисперсия QT) [8].

Для статистической обработки материала использовалась прикладная программа «Statistica 6.1». Непрерывные переменные выражались в виде средней и стандартного отклонения. При нормальном распределении сравнение средних проводилось с помощью двустороннего теста t Стьюдента, различия дискретных переменных – с помощью точного теста Фишера. Для оценки связи между параметрами ЭКГ и ЭхоКГ рассчитывалась корреляция Спирмена. Статистически значимыми признавались значения  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам стресс-ЭхоКГ жизнеспособный миокард в зоне инфаркта выявлен у 38 (49%) пациентов. При этом у всех больных отмечен «двухфазный ответ» на введение добутина: улучшение локальной сократимости дисфункциональных сегментов при инфузии малых доз с последующим ухудшением их сократимости при увеличении дозы препарата. У остальных пациентов улучшения локальной сократимости не отмечено ( $n=27$ ), либо она происходила только в одном сегменте ( $n=12$ ). Значимых различий по основным клиническим характеристикам между больными с жизнеспособным миокардом и пациентами без него не выявлено (табл. 1).

Перед выпиской из стационара подавляющее большинство пациентов имели низкий или промежуточный риск по шкале GRACE, а также небольшой по размерам инфаркт миокарда, оцененный как ИНЛС менее 1,5 балла [2]. Только по 6 человек в каждой группе имели систолическую дисфункцию левого желудочка. Небольшим было и среднее количество акинетичных и дискинетичных

**Таблица 1.** Клинико-демографические характеристики больных ОИМ с жизнеспособным миокардом и без него

Параметр	Больные с ЖМ (n=38)	Больные без ЖМ (n=39)
Возраст, годы	51,5 ± 9,3	50,0 ± 8,5
Мужчины, %	76	82
Передний ИМ, %	50	56
ФВ ЛЖ, %	58 ± 7,7	61 ± 8,9
ФВ < 50%, %	16	15
ИНЛС, баллы	1,46 ± 0,22	1,37 ± 0,27
ИНЛС ≥ 1,5 балла, %	29	26
Счет по шкале GRACE, баллы	95 ± 16,4	92 ± 14,4

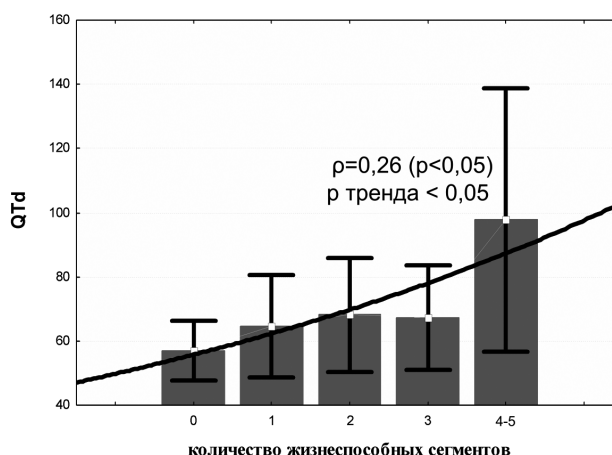
Примечание: ЖМ – жизнеспособный миокард; ФВ – фракция выброса; ЛЖ – левый желудочек; GRACE – Global Registry of Acute Coronary Events (<http://www.outcomes.org>). Различия между всеми параметрами в группах не значимы ( $p > 0,05$ ).

сегментов: 1,6 и 1,4 в группе с жизнеспособным миокардом и без него соответственно ( $p > 0,05$ ). Тромболитическую терапию получили 14 пациентов. Реваскуляризация миокарда у больных не проводилась.

У всех пациентов отмечена умеренная прямая корреляция QTd с передней локализацией ОИМ ( $\rho = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ), ИНЛС в покое ( $\rho = 0,33$ ;  $p = 0,006$ ) и при инфузии максимальной дозы добутамина ( $\rho = 0,35$ ;  $p = 0,003$ ), числом сегментов с выраженной сократительной дисфункцией (а- и дискинезией) ( $\rho = 0,24$ ;  $p < 0,05$ ). QTd оказалась значительно длиннее у больных с более выраженной локальной дисфункцией миокарда:  $74 \pm 21,7$  мс при ИНЛС  $\geq 1,5$  балла против  $59 \pm 28,5$  мс при ИНЛС  $< 1,5$  балла ( $p < 0,05$ ).

При анализе показателей групп больных с жизнеспособным миокардом в зоне поражения и без него отмечены различия на пограничном уровне статистической значимости в сторону увеличения QTd при наличии жизнеспособного миокарда. Однако с увеличением объема дисфункционального, но жизнеспособного миокарда (3–5 сегментов, и, особенно, 4–5 сегментов) различия между группами становились высокодостоверными (табл. 2). Факт наличия связи между числом сегментов с обратимой дисфункцией и QTd был подтвержден корреляционным анализом, показавшим прямую связь умеренной силы (рис.). При расчете операционных характеристик диагностического метода оказалось, что QTd  $\geq 69$  мс обладает чувствительностью 65%, специфичностью – 69% и прогностической ценностью положительного результата – 68% для диагностики значительного (3 и более) количества сегментов жизнеспособного миокарда.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с первым неосложненным ОИМ величина QTd зависит от объема пораженного миокарда. В частности, большая негетогенность реполяризации отмечена при передней локализации инфаркта, при большей выраженности локальной дисфункции левого желудочка, определенной по ИНЛС, у лиц с большим количеством а- и дискинетичных сегментов. Эти результаты согласуются



**Рис.** Ранговая корреляция Спирмена между числом сегментов с обратимой дисфункцией и QTd

с данными других исследователей, показавшими увеличение QTd при передних ОИМ в сравнении с нижними [1, 11, 12] и у больных с меньшей фракцией выброса левого желудочка [14]. Напротив, при успешном тромболизисе или коронарной интервенции, ограничивающих объем поражения при ОИМ, отмечена меньшая QTd [3, 10]. Возможным объяснением удлинения и негетогенности с большой зоной поражения реполяризации при инфарктах миокарда может быть большее количество фиброзной ткани, большая механическая перегрузка и дилатация пораженного левого желудочка или наличие обширной зоны ишемии [19]. Последний довод нам кажется весьма вероятным. В наше исследование включались пациенты с инфарктами миокарда с относительно небольшой зоной поражения, большинство из которых не сопровождалось снижением фракции выброса и клиническими проявлениями сердечной недостаточности.

В то же время, по данным стресс-ЭхоКГ почти у половины больных в зоне поражения был выявлен жизнеспособный миокард, который с учетом «двухфазной реакции» находился в состоянии хронической ишемии. Наличие этого аномально функционирующего, но жизнеспособного миокарда сопровождалось достоверно большей QTd.

**Таблица 2.** Дисперсия интервала QT у лиц с различным числом сегментов жизнеспособного миокарда

Параметр	Больные с ЖМ (n=38)			Больные без ЖМ (n=39)
	2–5 сегментов	3–5 сегментов	4–5 сегментов	
QTd, мс	72±30,4	75±27,4	92±25,7	59±23,4
p	0,05	0,04	0,005	

Примечание: ЖМ – жизнеспособный миокард, p – значимость различий в сравнении с группой лиц без жизнеспособного миокарда.

Прямая связь неомогенности реполяризации с объемом жизнеспособного миокарда подтверждалась также умеренной, но статистически значимой корреляцией между QTd и числом сегментов, улучшающих свою сократимость при введении добутамина. Вполне вероятно, что большая QTd в данной ситуации может быть связана не только с хронической ишемией гибернирующего миокарда в результате стеноза инфаркт-связанной коронарной артерии [10], но и с оглушением миокарда в результате коротких эпизодов ишемии и реперфузии, нередко встречающихся в подостром периоде с ОИМ [9]. Подобную связь между наличием жизнеспособного миокарда и увеличением QTd при небольших ОИМ отмечали и другие исследователи, изучавшие метаболизм миокарда с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии [19]. Напротив, в других работах у пациентов ОИМ с жизнеспособным миокардом выявлены меньшие значения QTd [5, 7]. Однако P. Lancellotti et al. обследовали 78 больных ОИМ в течение первой недели заболевания (в среднем – на 5 сутки). В исследовании W. Kosmala et al. участвовали преимущественно пациенты пожилого возраста (средний возраст – 67 лет) с ОИМ различной степени тяжести, ко-

торым была проведена тромболитическая терапия. Нами обследованы более молодые больные, реперфузионные вмешательства применялись редко, инфаркт миокарда был относительно небольшого размера, срок определения QTd с учетом динамичности процессов заживления в зоне поражения являлся более оптимальным [4]. К тому же для уменьшения субъективности оценки измерение QTd проводилось до стресс-ЭхоКГ методом, считающимся «золотым стандартом» [8].

## ВЫВОДЫ

У больных первым неосложненным ОИМ при наличии жизнеспособного миокарда в зоне поражения отмечается более высокая QTd, чем у пациентов с необратимой локальной дисфункцией миокарда. QTd прямо коррелирует не только с объемом пораженного миокарда, но и с числом дисфункциональных жизнеспособных сегментов. С учетом доступности и простоты оценки QTd данная методика представляется перспективным способом скринингового выявления большого количества жизнеспособного миокарда у больных ОИМ и может использоваться для стратификации их риска.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Болдуева С.А., Ечрак Т.Я., Жук В.С. и др. Дисперсия интервала QT у больных в различные сроки инфаркта миокарда // *Вестн. аритмологии*. – 2001. – № 22. – С. 34–36.
2. Carluccio E., Tommasi S., Bentivoglio M. et al. Usefulness of the severity and extent of wall motion abnormalities as prognostic markers of an adverse outcome after a first myocardial infarction treated with thrombolytic therapy // *Am. J. Cardiol.* – 2000. – Vol. 85 (4). – P. 411–415.
3. Chander S., Kumar R., Jorapur V. et al. Effect of Mechanical Coronary Reperfusion on QT Dispersion in Acute Coronary Syndrome // *Indian Heart J.* – 2005. – Vol. 57. – P. 233–236.
4. Kabakci G., Onalan O., Batur MK. What is the optimal evaluation time of the QT dispersion after acute myocardial infarction for the risk stratification? // *Angiology*. – 2001. – Vol. 52, № 7. – P. 463–468.
5. Kosmala W., Przewlocka-Kosmala M., Halawa B. QT dispersion and myocardial viability in patients after acute myocardial infarction // *Int. J. Cardiol.* – 2004. – Vol. 94, № 2. – P. 249–254.
6. LaCanna G., Alfieri O., Giubbini R. et al. Echocardiography during infusion of dobutamine for identification of reversible dysfunction in patients with chronic coronary artery disease // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 1994. – Vol. 23. – P. 617–626.
7. Lancellotti P., Bilge A.R., Mipinda J.B., Piérard L.A. Significance of dobutamine-induced changes in QT dispersion early after acute myocardial infarction // *Am. J. Cardiol.* – 2001. – Vol. 88, № 9. – P. 939–943.
8. Malik M., Batchvarov V.N. Measurement, interpretation and clinical potentials of QT dispersion // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2000. – Vol. 36. – P. 1749–1766.
9. Michelucci A., Padeletti L., Frati M. et al. Effects of ischemia and reperfusion on QT dispersion during coronary angioplasty // *PACE*. – 1996. – Vol. 19. – P. 1905–1908.
10. Moreno F.L., Villanueva T., Karagounis L.A. et al. Reduction of QT interval dispersion by successful thrombolytic therapy in acute myocardial infarction. TEAM-2 study investigators // *Circulation*. – 1994. – Vol. 90. – P. 94–100.
11. Mulay D.V., Quadri S.M. QT dispersion and early arrhythmic risk in acute myocardial infarction // *Indian Heart J.* – 2004. – Vol. 56, №6. – P. 636–641.
12. Paventi S., Bevilacqua U., Parafati M.A. et al. QT dispersion and early arrhythmic risk during acute myocardial infarction // *Angiology*. – 1999. – Vol. 50, № 3. – P. 209–215.
13. Pellikka P.A., Nagueh S.F., Elhendy A.A. et al. American Society of Echocardiography: recommendations for performance, interpretation, and application of stress echocardiography // *J. Am. Soc. Echocardiogr.* – 2007. – Vol. 20, № 9. – P. 1021–1041.
14. Puljevic D., Smalcelj A., Durakovic Z., Goldner V. Effects of postmyocardial infarction scar size, cardiac function, and severity of coronary artery disease on QT interval dispersion as a risk factor for complex ventricular arrhythmia // *PACE*. – 1998. – Vol. 21. – P. 1508–1516.

15. Schiller H.B., Shah P.M., Crawford M. et al. Recommendations for quantitation of the left ventricle by two-dimensional echocardiography // *J. Am. Soc. Echocardiogr.* – 1989. – Vol. 2. – P. 358–367.
16. Spargias K.S., Lindsay S.J., Kowar G.I. et al. QT dispersion as a predictor of long-term mortality in patient with acute myocardial infarction and clinical evidence of heart failure // *Eur. Heart J.* – 1999. – Vol. 20, № 16. – P. 1158–1165.
17. Ueda H., Hayashi T., Tsumura K. et al. QT dispersion and prognosis after coronary stent placement in acute myocardial infarction // *Clin. Cardiol.* – 2007. – Vol. 30. – P. 229–233.
18. Underwood S.R., Bax J.J., Vom Dahl J. et al. Imaging techniques for the assessment of myocardial hibernation. Report of a Study Group of the European Society of Cardiology // *Eur. Heart J.* – 2004. – Vol. 25. – P. 815–836.
19. Yamagishi H., Toda I., Akioka K. et al. Effects of metabolically ischemic, but viable, myocardium on QT dispersion in patients with acute myocardial infarction. A study with resting I-123-BMIPP/Thallium-201 myocardial single-photon emission computed tomography // *Jpn. Circ. J.* – 2000. – Vol. 64. – P. 572–578.
20. Zabel M., Portnoy S., Franz M.R. Electrocardiographic indexes of dispersion of ventricular repolarization: an isolated heart validation study // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 1995. – Vol. 25. – P. 746–752.

Поступила 15.08.2009 г.

---

---

## Лекция

---

---

### ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЕЕ ЛЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ

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

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

**Ключевые слова:** пищеварительный тракт, функциональная диспепсия, дети, дифференцированный подход.

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

Традиционно все патологические состояния, возникающие в любой системе человеческого организма, подразделяют на органические и функциональные. Органическая патология связана с таким повреждением структуры того или иного органа, степень выраженности которого может колебаться в широких пределах от грубой аномалии до тонкой энзимопатии. При функциональных нарушениях указанных повреждений не находят, это нарушения функции органа, причины которых лежат вне пораженного органа и связаны с измененной регуляцией нарушенной функции.

Функциональные расстройства пищеварительных органов привлекают внимание не только гастроэнтерологов, но и врачей общей практики. Большой интерес к данной проблеме в педиатрии обусловлен широкой распространенностью функциональных нарушений в детской популяции, а также возможностью их трансформации в органические заболевания, в связи с анатомической и функциональной незрелостью органов у детей [1, 2]. На начальных этапах диагностики или при невозможности проведения углубленного диагностического процесса используют термин «синдром диспепсии». Известно, что в детском возрасте синдром диспепсии чаще всего обусловлен функциональными расстройствами и только в трети случаев – органическими причинами, такими как язвенная болезнь, хронический гастродуоденит, панкреатит [3]. Наиболее распространенным функциональным нарушением работы желудоч-

но-кишечного тракта является функциональная диспепсия, которая негативно сказывается на качестве жизни больных детей. В этой связи адекватная терапия функциональных расстройств гастроинтестинального тракта имеет большое значение для гармоничного развития ребенка.

Согласно Римским критериям II (1999), к функциональной диспепсии (МКБ-10, XI, K30) относят симптомокомплекс, включающий постоянные или рецидивирующие боли или дискомфорт в эпигастриальной области, чувство переполнения и вздутие в подложечной области после еды, раннее насыщение, тошноту, позывы на рвоту, возникающие на протяжении 12 недель (не обязательно последовательно) в течение последних 12 месяцев, при котором в процессе обследования не удается выявить какое-либо органическое заболевание. Как следует из данного определения, локализация боли и дискомфорта строго упорядочены – в эпигастрии ближе к срединной линии, так как смещение их вправо или влево, как правило, является признаком других заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Поскольку клиническая симптоматика функциональных, воспалительных и эрозивно-язвенных расстройств гастродуоденальной зоны не имеет четкой специфичности, то постановка диагноза функциональной диспепсии возможна только после комплексного обследования с использованием инструментальных методов, в том числе эндоскопического. Из современных методов исследова-

---

Krasnova E.E., Chemodanov V.V.

FUNCTIONAL DYSPEPSIA AND DIFFERENTIAL APPROACH TO ITS TREATMENT IN CHILDREN

**Key words:** digestive tract, functional dyspepsia, children, differential approach.

ния внимание врачей привлекает компьютерная фонозентерография, позволяющая верифицировать моторные нарушения в пищевом канале. Для окончательного исключения воспалительного и дистрофического процессов в слизистой оболочке рекомендуется исследование ее биоптата, поскольку в ряде случаев у больных с синдромом диспепсии при эндоскопически нормальной слизистой оболочке гистологически обнаруживаются изменения, характерные для хронического гастрита. И наоборот, при эндоскопических признаках воспаления слизистой оболочки морфологическое подтверждение гастрита может отсутствовать.

Факторы, провоцирующие развитие функциональной диспепсии, разнообразны и являются причиной дискуссий и обсуждений в публикациях. Среди причинных факторов выделяют стрессовые ситуации, пищевую аллергию, алиментарные нарушения (отсутствие правильного режима питания, переизбыток, злоупотребление углеводами, грубой растительной клетчаткой, острыми и раздражающими слизистую оболочку желудка продуктами), вегетативную дисфункцию и др.

Патогенез функциональной диспепсии остается не до конца ясным. Однако известно, что ее основными патогенетическими механизмами являются нарушения моторной и секреторной функций желудка и двенадцатиперстной кишки вследствие изменений регуляции со стороны центральной и вегетативной нервной систем [4]. Значение нервно-психического фактора в развитии функциональной диспепсии признается практически всеми исследователями. С одной стороны, одной из важнейших причин формирования функциональных расстройств считается гиперчувствительность слизистой оболочки к соляной кислоте, с другой – не отрицается и значение нарушения секреторной функции желудка.

С учетом клинической симптоматики выделяют три варианта функциональной диспепсии (табл.).

Как видим, для язвенно-подобного варианта характерными являются локализованные (периодические или постоянные) боли в эпигастральной области различной интенсивности, в том числе «голодные», проходящие после приема пищи, антацидов или антисекреторных препаратов. К критериям диагностики дискинетического варианта относится наличие дискомфорта в эпигастрии, который усиливается после приема пищи и сочетается с чувством быстрого насыщения, переполнения, вздутия и тошноты. При неспецифическом варианте жалобы пациента трудно отнести к какому-то определенному клиническому типу функциональной диспепсии. Этим больных беспокоят как диспепсические проявления, так и боли, которые, однако, не преобладают в клинике заболевания, поскольку интенсивность их слабее, чем при язвенно-подобном варианте.

Приведенная клиническая группировка весьма условна, так как пациентов с функциональной диспепсией часто беспокоят разнообразные ощущения, которые достаточно трудно отнести к одному из описанных вариантов. Более того, рассмотренные клинические типы не до конца раскрывают связь патогенетических механизмов с клиническими проявлениями, ограничивая и затрудняя их применение в клинической медицине. Однако на сегодняшний день рассмотренная классификация является наиболее приемлемой.

Для функциональной диспепсии характерно длительное течение без заметного прогрессирования, разнообразие клинической картины, проявляющееся сочетанием боли в верхней половине живота, диспепсическими, вазоспастическими и другими вегетативными расстройствами. При

**Таблица.** Клинические признаки функциональной диспепсии

Клинический вариант		
Язвенно-подобный	Дискинетический	Неспецифический
Два или более признаков	Три и более признаков	Специфических признаков нет
1. Боль, уменьшающаяся после еды. 2. Боль, уменьшающаяся после приема антацидов. 3. Боль натощак. 4. Периодически возникающая боль (боль сохраняется неделями или месяцами, периоды без боли – более 1 месяца). 5. Ночная боль	1. Тошнота или рвота один раз в месяц или чаще. 2. Отрыжка. 3. Дискомфорт после еды. 4. Дискомфорт в животе, усиливающийся после приема пищи или молока. 5. Дискомфорт, уменьшающийся после отрыжки	Комплекс равнозначных признаков, характерных и для язвенно-подобного и для дискинетического вариантов

этом жалобы изменчивы, зачастую отмечается их связь с ухудшением самочувствия на фоне психоэмоциональных нагрузок.

В детском возрасте функциональная диспепсия редко встречается в изолированной форме. В большинстве случаев имеют место сочетанные нарушения моторики различных отделов желудочно-кишечного тракта. Например, нарушение моторики желудка часто сочетается с нарушением моторики желчных путей и толстой кишки.

Подбор терапии проводится индивидуально с учетом тех причин, которые приводят к развитию функциональной диспепсии у конкретного ребенка, а также с учетом клинических проявлений. Принципы организации питания должны базироваться на выработке режима (времени и кратности) приема пищи в небольшом объеме с тщательным пережевыванием и равномерным глотанием для выработки адекватной по времени и силе сократительной волны. Необходимо избегать длительных перерывов между приемами пищи, сопровождающихся отделением активного желудочного сока, появлением «голодных» сокращений желудка и значительным отделением слизи. Комплекс назначаемых мероприятий должен включать соблюдение диеты, принцип построения которой зависит от характера нарушенных функций желудка. При желудочной гиперсекреции актуальным остается щадящий режим с частотой приема пищи 5 раз в сутки, предотвращающий механическое, химическое и термическое повреждение слизистой оболочки. Снижение моторной функции желудка является показанием к назначению физиологически полноценной, химически щадящей диеты с дробным 5–6-кратным приемом пищи. При гипермоторных расстройствах желудка принципы построения диетического питания совпадают с таковыми при секреторных нарушениях.

Медикаментозные средства также назначаются в зависимости от причин возникновения и, следовательно, от клинического варианта функциональной диспепсии. Поскольку одним из ведущих факторов возникновения функциональной патологии желудка и двенадцатиперстной кишки является нервно-психический, то показаны седативные средства, а в ряде случаев – транквилизаторы, антидепрессанты или психотерапевтические воздействия. Однако лекарственная терапия не всегда является обязательной. Большая часть пациентов достаточно хорошо реагирует на успокоительные и разъяснительные беседы. При лечении дискинетического варианта следует использовать препараты, нормализующие моторную функцию верхних отделов пищеварительного тракта (прокинетики или спазмолитики). Среди

прокинетики наиболее часто используемым у детей препаратом является блокатор периферических дофаминовых рецепторов стенки желудка и двенадцатиперстной кишки домперидон (мотилиум), который не оказывает значимых побочных действий.

Терапия язвенно-подобного варианта предполагает назначение антацидов или антисекреторных средств. Наиболее эффективными антисекреторными фармакологическими препаратами в настоящее время являются ингибиторы протонной помпы [5, 6, 7]. Механизм их действия обусловлен селективной блокадой  $H^+/K^+$ -АТФазы париетальных клеток желудка, которая вступает в необратимую связь с активным метаболитом ингибитора протонной помпы – сульфенамидом, тем самым блокируя синтез соляной кислоты. В настоящее время на фармакологическом рынке имеется достаточное количество лицензионных препаратов омепразола, которые выпускаются под различными коммерческими названиями (лосек, оmez, гасфрозол, ультоп).

В качестве иллюстрации представленного выше материала приводим тактику ведения пациентов и принципы дифференцированного подхода к лечению детей с различными вариантами функциональной диспепсии, использованные в нашей клинике. Наблюдали 48 пациентов с функциональной диспепсией в возрасте 12–15 лет. Диагноз устанавливали на основании клинических данных, после выполнения комплекса инструментальных методов исследования, позволивших исключить воспалительный и эрозивно-язвенный процессы в слизистой оболочке органов гастроудоденальной зоны. В клинической картине заболевания у 9 пациентов отмечался рецидивирующий язвенно-подобный абдоминальный синдром, который у 5 детей характеризовался периодически возникающими интенсивными болями в эпигастриальной области острого (режущего или скребущего) характера, у остальных – тупыми ноющими болями той же локализации. Появление болей было связано с приемом пищи у 7 детей, а также с нервно-психическими факторами – у 5 человек. Повторяющиеся болевые приступы снижали двигательную активность детей, и они нередко принимали вынужденное положение.

Дискинетический вариант функциональной диспепсии был установлен у 16 пациентов. Болевые ощущения в эпигастрии у них отсутствовали, однако в течение длительного времени их беспокоили чувство раннего насыщения, тяжесть в верхних отделах живота, которая возникала после еды, снижение аппетита. Половина больных отмечала тошноту и рвоту, приносящую облегчение. У 23 больных клинические проявления соответство-



вали неспецифическому варианту заболевания. Боли в животе локализовались преимущественно в эпигастральной области, имели тупой ноющий характер. Каждый болевой эпизод был кратковременным, интенсивность болей невелика, поэтому двигательная активность детей не нарушалась. Среди диспепсических проявлений отмечались отрыжка воздухом или кислым, тошнота.

Всем пациентам, учитывая длительный рецидивирующий характер болевого, диспепсического синдромов и согласно современным протоколам обследования детей с заболеваниями органов пищеварения, проводили эзофагогастродуоденоскопию. У 11 детей обнаружена неяркая гиперемия слизистой оболочки без признаков отека, у 37 видимых изменений не выявлено. При морфологическом исследовании биоптатов, взятых прицельно из участков гиперемии или из антрального отдела желудка в случаях отсутствия видимых изменений, признаков воспаления слизистой оболочки обнаружено не было. Инфицированности *Helicobacter pylori*, устанавливаемой одновременным выполнением уреазного теста и бактериоскопией мазка-отпечатка со слизистой оболочки желудка, не выявлено ни в одном наблюдении. Наличие клинических проявлений выраженной дискинезии желудка у 16 пациентов явилось показанием к выполнению рентгеноконтрастного исследования. Были обнаружены косвенные признаки моторных нарушений, такие как повышенное количество слизи и жидкости натощак, поверхностная перистальтика, гипотония, замедление эвакуации контрастного вещества из полости желудка. Патология со стороны билиарной системы и поджелудочной железы была исключена после проведения УЗИ этих органов и комплекса лабораторных исследований (биохимический анализ крови, копрограмма и др.).

Всем пациентам для определения кислотообразующей и нейтрализующей функций желудка выполняли краткосрочную внутрижелудочную рН-метрию с использованием программно-аппаратного комплекса «Гастроскан-5» (НПП «Исток-Система», г. Фрязино). Полученные данные о состоянии базальной секреции оценивали в соответствии с общепринятыми критериями. В частности, показатели рН в теле желудка от 1,6 до 2,0 ед. расценивали как нормацидность и непрерывное кислотообразование средней интенсивности, значения рН 1,5 ед. и менее соответствовали гиперацидности и непрерывному кислотообразованию повышенной интенсивности. Величина рН от 2,1 до 5,9 ед. указывала на гипоацидность, а более 6,0 ед. – на анацидность. Уровень рН в антральном отделе отражает ощелачивающую функцию желудка и состояние защитного слизис-

то-бикарбонатного барьера. Значения рН в антруме более 5,0 ед. расценивали как компенсацию, от 2,0 до 4,9 ед. – как субкомпенсацию, менее 2,0 ед. – как декомпенсацию ощелачивания. Во время исследования проводили щелочной тест, позволявший оценить время возвращения показателя рН в области тела желудка к исходному уровню после приема больным щелочного питья (раствора соды). В норме щелочное время у детей составляет 17–25 минут. Его уменьшение свидетельствует о повышении скорости кислотопродукции, а увеличение – о ее снижении.

Было установлено, что наибольшие нарушения кислотной продукции имели место у больных с язвенно-подобным вариантом диспепсии, что, несомненно, влияло на выраженность болевого синдрома. Неспецифический вариант сопровождался повышением кислотообразования у 16 больных, а дискинетический – только у 1 ребенка. Интенсивность кислотообразования, которую определяли по величине щелочного времени, при язвенно-подобном варианте была достоверно выше, чем при неспецифическом ( $p > 0,05$ ) и достоверно ниже, чем при дискинетическом ( $p < 0,001$ ) вариантах. Нарушений ощелачивания в антральном отделе желудка ни у одного пациента обнаружено не было.

Комплексное лечение функциональной диспепсии у всех пациентов включало режим, охранительный характер которого был обусловлен дневным пребыванием ребенка в стационаре, наличием дневного сна, отказом от каких-либо инъекций. Наличие болевого абдоминального синдрома у больных с язвенно-подобным и неспецифическим вариантами диспепсии было показанием к назначению термически, химически и механически щадящей диеты, продолжительность которой не превышала 10 дней. После купирования основных проявлений заболевания диету постепенно расширяли, при строгом соблюдении химически щадящей диеты и режима приема пищи. Дети с дискинетическим вариантом диспепсии изначально получали физиологически полноценную, непротертую пищу (стол № 15), индивидуальной особенностью которой являлся дробный ее прием 5–6 раз в сутки небольшими порциями. Большинство пациентов с самого начала терапии получали седативные средства (отвар пустырника или экстракт валерианы), и только трем детям с дискинетическим вариантом функциональной диспепсии были назначены транквилизаторы в низких дозах.

Всем больным с язвенно-подобным и неспецифическим вариантами функциональной диспепсии с высоким уровнем кислотной продукции и выраженными болями в эпигастрии, был назначен

омепразол. Доза препарата составила 20 мг в сутки (однократно утром) при массе детей до 40 кг и 40 мг в сутки (по 20 мг 2 раза в день) при массе более 40 кг. Продолжительность курса не превышала двух недель. Остальные пациенты с неспецифическим вариантом диспепсии, в том числе 6 детей с повышенным кислотообразованием, в качестве антикислотной терапии получали антациды (маалокс или фосфалюгель). Последние назначали 3 раза в день через один час после еды или в момент максимального возникновения болей.

Эффективность применения омепразола оценивали по динамике абдоминальной боли, которую оценивали по специальной шкале от 0 до 3 баллов, где 0 баллов – отсутствие боли, 1 балл – слабая тупая ноющая боль, не нарушающая активности ребенка, 2 балла – умеренно выраженная тупая ноющая боль, снижающая активность ребенка, 3 балла – интенсивная язвенно-подобная боль острого характера (режущая, скребущая).

На фоне антикислотной терапии омепразолом в течение первых трех суток интенсивность болей у всех детей значительно снизилась. У большинства болевой синдром был полностью купирован на 2–4 сутки. Только у одного ребенка с язвенно-подобным вариантом он сохранялся в течение 5 дней. Средняя длительность абдоминальной боли при язвенно-подобной диспепсии составила  $2,55 \pm 0,24$  дня, при неспецифической –  $1,80 \pm 0,19$  дня. Параллельно исчезли и диспепсические проявления, что привело к значительному улучшению состояния больных. На фоне приема омепразола ни у одного пациента не требова-

лось дополнительного назначения антацидных препаратов. Повторная рН-метрия, проведенная через 2 недели от начала лечения, показала, что у всех детей наблюдалось восстановление нормального уровня и темпов кислотообразования. Необходимости в дальнейшем назначении антисекреторных или антацидных препаратов не было. Пациенты с неспецифическим вариантом функциональной диспепсии с повышенным кислотообразованием в желудке при лечении только антацидами продолжали испытывать неинтенсивные болевые ощущения в течение  $4,33 \pm 0,49$  дня, что достоверно ( $p < 0,001$ ) дольше, чем при использовании омепразола.

При дискинетическом варианте патологии препаратом выбора был домперидон, который назначали в дозе 2,5 мг на 10 кг массы тела в сутки в три приема в течение четырех недель. Терапия прокинетикум в сочетании с седативными препаратами у 13 больных или транквилизаторами у 3 больных привела к полной ликвидации симптомов у 12 детей. Курс лечения 4 пациентам был продлен до 6 недель, в течение которых отмечалось полное исчезновение проявлений заболевания.

Проведенное исследование удостоверяло в необходимости дифференцированного подхода к терапии различных вариантов функциональной диспепсии и подтвердило высокую эффективность применения 2-недельного курса омепразола в комплексной терапии ее язвенно-подобного и неспецифического вариантов. При дискинетической форме функциональной диспепсии эффективна 4–6-недельная терапия с применением домперидона на фоне седативных средств и соблюдения диеты.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Краснова Е.Е., Чемоданов В.В. Континуум гастродуоденальных заболеваний у детей // *Вопр. детской диетологии*. – 2006. – Т. 4, № 1. – С. 65.
2. Краснова Е.Е., Чемоданов В.В. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки у детей (патогенетические механизмы, диагностика, прогноз, лечебно-реабилитационные мероприятия): монография. – Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2008. – 304 с.
3. Эйберман А.С., Трифионов В.Д., Бельмер С.В. Проект рабочего протокола диагностики и лечения функциональных заболеваний органов пищеварения. К обсуждению на XI Конгрессе детских гастроэнтерологов России 17–19 марта 2004 г. – М., 2004. – 24 с.
4. Хавкин А.И. Современные представления о функциональной патологии желудочно-кишечного тракта у детей // *Материалы III Российского конгресса “Современные технологии в педиатрии и детской хирургии”*. – М., 2004. – С. 55–59.
5. Корниенко Е.А., Клочко О.Г. Сравнительная эффективность ингибиторов протонной помпы у детей // *Эксперим. и клин. гастроэнтерология*. – 2003. – № 6. – С. 72–75.
6. Хавкин А.И., Рачкова Н.С., Жихарева Н.С., Ханакеева З.К. Перспективы применения ингибиторов протонной помпы в педиатрии // *Русский мед. журн.* – 2003. – Т. 11, № 3 (175). – С. 134–137.
7. Andersson T., Hassall E., Lundborg P. et al. Pharmacokinetics of orally administered omeprazole in children // *Am. J. Gastroent.* – 2000. – Vol. 95. – P. 3101–3106.

Поступила 17.05.2009 г.

---

---

## Случай из практики

---

---

### СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ И МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА

Чеботарева Т.В.\*<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Облогина Л.И.<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
Косинова А.М.<sup>3</sup>,  
Конкина Е.А.<sup>2</sup>, доктор медицинских наук,  
Демидов В.И.<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук,  
Чеботарева А.А.<sup>3</sup>, кандидат медицинских наук

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

<sup>2</sup> Кафедра патологической анатомии с секционным курсом ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

<sup>3</sup> ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер им. М.Б. Стоюнина», 153000, Иваново, Крутицкая, 27

**Ключевые слова:** внелегочный туберкулез, периферические и мезентериальные лимфатические узлы, тонкая кишка, дети.

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: (4932) 32-98-92.

На протяжении длительного периода развития детской противотуберкулезной службы проблема внелегочного туберкулеза остается актуальной. Это связано со многими причинами, и прежде всего с особенностями патогенеза раннего периода первичной туберкулезной инфекции: склонностью к лимфогематогенной диссеминации, гиперергической чувствительностью организма и готовностью тканей к восприятию возбудителя, незрелостью клеточного иммунитета. Вместе с тем, нельзя исключить и трудности своевременной диагностики внелегочных форм туберкулеза, что приводит к их «недовыявлению» или несвоевременной постановке диагноза, сложностям лечения, а нередко и прогноза.

Первичное инфицирование микобактериями туберкулеза (МБТ) может наступить в любом возрасте, но чаще это наблюдается у детей дошкольного и школьного возраста, когда расширяется круг их общения и возрастает возможность встречи с больными активным туберкулезом. При первичном инфицировании возбудитель туберку-

леза может быть занесен в любые органы, в т.ч. в лимфатическую систему.

В связи с указанным выявление раннего периода туберкулезной инфекции является важным обстоятельством дальнейшей организации противотуберкулезных профилактических мероприятий, поскольку их отсутствие – серьезный фактор риска развития локальной формы туберкулеза.

Рассмотрим историю болезни ребенка с генерализованным туберкулезом (туберкулез шейных и мезентериальных лимфатических узлов, туберкулез кишечника и брюшины). Мальчик (житель района) заболел в возрасте 7 лет. Появились жалобы на увеличение шейных лимфатических узлов, болезненности не было. Из анамнеза известно, что ребенок родился недоношенным с массой тела 1900 г, вакцинирован вакциной БЦЖ-М, поствакцинальный знак отсутствовал. Со слов родителей, в контакте с больными туберкулезом не состоял, в пищу употреблял парное коровье молоко. Корова на туберкулез не обследовалась. Состояние при поступлении удовлетворительное,

---

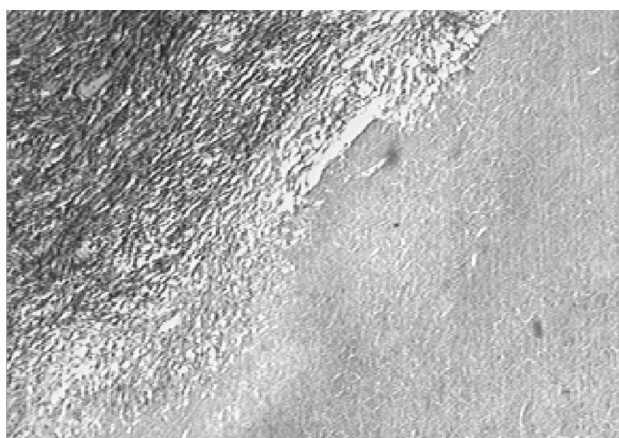
Chebotareva T.V., Oblogina L.I., Kosinova A.M., Konkina E.A., Demidov V.I., Chebotareva A.A.

CASE OF GENERALIZED TUBERCULOSIS OF PERIPHERAL AND MESENTERIC LYMPH NODES SO AS SMALL INTESTINE WALL IN A CHILD

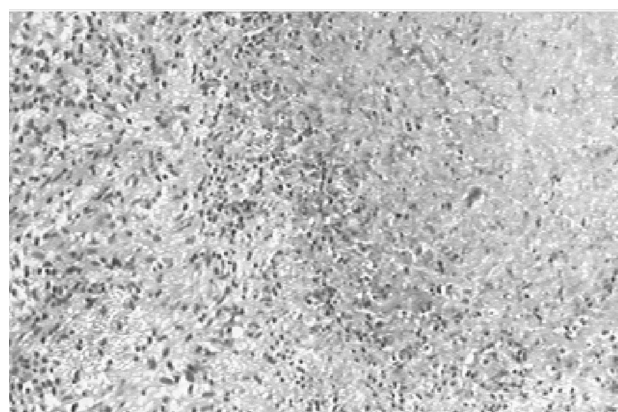
**Key words:** extra-pulmonary tuberculosis, peripheral and mesenteric lymph nodes, small intestine, children.

симптомы интоксикации выражены умеренно. Пальпировались шейные лимфатические узлы до 1,5 см в диаметре, безболезненные, эластичные, подвижные. По данным туберкулиновых реакций, перенес ранний период туберкулезной инфекции в 5 лет. В это время профилактическое лечение не назначалось. При поступлении в противотуберкулезное учреждение внутрикожная проба Манту с 2ТЕ PPD-L оказалась положительной (папула – 8 мм). Изменений со стороны легких, внутригрудных лимфатических узлов не отмечалось. Была выполнена биопсия шейного лимфатического узла. При гистологическом исследовании элементы туберкулезной гранулемы отсутствовали. Изменения были характерны для неспецифического лимфоаденита. Мальчик

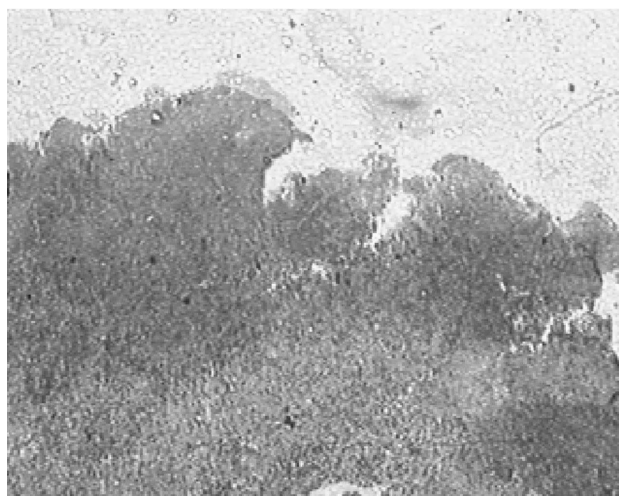
выписан под наблюдение педиатра. Через 2 месяца ребенок повторно был вызван на дообследование. В это время определялось дальнейшее увеличение и болезненность шейного лимфатического узла. Повторно была выполнена биопсия. При морфологическом обследовании биоптата (№ 481), окраска гематоксилином и эозином, увеличение 100) выявлены очаги некроза с перифокальной клеточной (лимфоцитарной) инфильтрацией, очаговыми кровоизлияниями (рис. 1). Одновременно появились симптомы кишечной непроходимости. Была выполнена лапаротомия с биопсией мезентериальных лимфатических узлов и резекцией части тонкого кишечника. При гистологическом исследовании стенки тонкой кишки определялась язва, на дне которой имелась



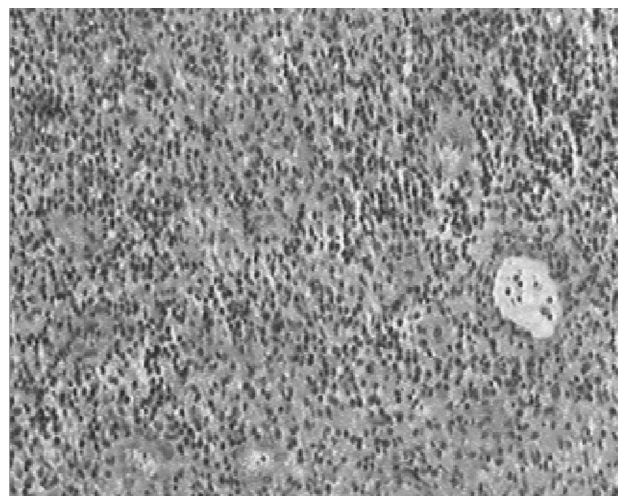
**Рис. 1.** Шейный лимфатический узел. Увеличение  $\times 100$ . Очаги казеозного некроза с перифокальной лимфоцитарной реакцией и очаговыми кровоизлияниями



**Рис. 2.** Мезентериальный лимфатический узел. Увеличение  $\times 40$ . Зона казеоза с перифокальным разрастанием грануляционной ткани и её последующим фиброзом



**Рис. 3.** Туберкулёзная язва слизистой оболочки тонкой кишки (фрагмент дна). Увеличение  $\times 40$ . Зона казеозного некроза с облаками клеточных ядер и очаговыми кровоизлияниями



**Рис. 4.** Язва слизистой оболочки тонкой кишки. Увеличение  $\times 100$ . Разрастание грануляционной ткани в дне язвенного дефекта

зона казеозного некроза с облаками клеточных ядер и очаговыми кровоизлияниями. В мезентериальном лимфатическом узле также имелась зона казеоза с перифокальным разрастанием грануляционной ткани и последующим фиброзом (рис. 2, 3, 4). Таким образом, при морфологическом исследовании был установлен клинический диагноз – генерализованный туберкулез: казеозно-некротический туберкулез шейных мезентериальных лимфатических узлов, язвенный туберкулез слизистой оболочки тонкой кишки. Ребенку было назначено активное противотуберкулезное лечение. Основной курс противотуберкулезной химиотерапии у больного продолжался в течение 18 месяцев. В настоящее время ребенок здоров, переведен для дальнейшего наблюдения в IIIБ группу диспансерного учета.

Итак, у данного пациента заболевание началось с поражения шейных лимфатических узлов, которое протекало малосимптомно и характеризовалось только их увеличением. При морфологическом

изучении субстрата удаленного лимфатического узла были выявлены признаки неспецифической лимфоаденопатии. Однако в дальнейшем, уже через 2 месяца, последовало лимфогематогенное рассеивание туберкулезной инфекции, что привело к развитию абдоминального туберкулеза. В данном клиническом наблюдении нельзя исключить возможность алиментарного заражения возбудителем туберкулеза бычьего вида через парное молоко, поскольку домашняя корова на туберкулез обследована не была.

Таким образом, для предупреждения развития локального туберкулеза детям с установленным виражом туберкулиновой реакции необходимо проведение противотуберкулезного профилактического лечения в условиях противотуберкулезного учреждения. Классическим методом верификации туберкулеза лимфатической системы является биопсия лимфатических узлов с последующим морфологическим изучением биоптата.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Коржавина Г.И., Севрюков В.Н., Соколина О.В. Особенности клиники и течения туберкулёза периферических лимфатических узлов // Сб. резюме II (XII) съезда фтизиатров. – Саратов, 1994. – С. 199.
2. Внелегочный туберкулез: Рук-во для врачей. – СПб., 2000. – С. 410–415.
3. Охорзина Н.А. Диагностика и лечение туберкулёза периферических лимфатических узлов у детей // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. – 2003. – № 1. – С. 36–39.

Поступила 10.07.2009 г.

**НАРУШЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ БРЮШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

**Лялина Е.А.**<sup>\*1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**Керимкулова Н.В.**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**Ратманов М.А.**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

<sup>2</sup> МУЗ «Городская клиническая больница № 8 г. Иваново», 153040, Иваново, Станкостроителей, 4

**Ключевые слова:** эктопическая беременность, брюшная беременность, внутрибрюшное кровотечение.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: [aprel91@mail.ru](mailto:aprel91@mail.ru).

Опыт практической деятельности акушера-гинеколога свидетельствует о том, что наибольшие сложности для врача представляют клинические ситуации, требующие неотложной помощи больным. Правильно и своевременно оказанная, рационально спланированная и проведенная щадящими методами экстренная помощь способна не только спасти жизнь больной, но и сохранить её репродуктивную функцию.

В urgentной гинекологии внутренние кровотечения в первую очередь обусловлены нарушением внематочной беременности.

Во второй половине XX столетия во всём мире наметилась стойкая тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности. За последнее десятилетие количество случаев эктопической беременности увеличилось почти втрое. Согласно результатам мировой статистики, в настоящее время около 1% всех беременностей – внематочные [1, 4, 5].

Увеличение частоты эктопической беременности обусловлено следующими факторами:

- неуклонным ростом числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, в основном специфической этиологии (это объясняется возрастанием сексуальной активности, наличием нескольких половых партнёров, увеличением числа аборт);
- широким распространением оперативных способов и методов экстракорпорального оплодотворения в лечении трубной и трубно-перитонеальной форм бесплодия;
- увеличением числа женщин, применяющих внутриматочные средства контрацепции [5, 8, 13].

Наиболее распространённой формой эктопической беременности является трубная беременность – 93–98,5%. К редким формам внематочной беременности относят яичниковую (93–98,5%), брюшную (0,1–0,9%), беременность в роге матки (0,2–0,9%), шеечную (0,1–0,4%), интралигаментарную (0,1%). Казуистическими являются чрезвычайно редкие случаи многоплодной беременности с разнообразной локализацией: сочетания маточной и трубной, двусторонняя трубная и другие сочетания эктопической локализации плодного яйца [1, 5, 8, 12].

Частота брюшной беременности колеблется от 0,1 до 0,9%, а по отношению к родам – от 1 на 3 000 до 1 на 10 000.

Брюшная беременность бывает первичной и вторичной. При первичной брюшной беременности плодное яйцо изначально имплантируется на париетальной или висцеральной брюшине органов брюшной полости. Вторичная брюшная беременность встречается значительно чаще. Она возникает при имплантации плодного яйца, попавшего в брюшную полость в результате трубного аборта, разрыва маточной трубы.

Брюшная беременность сопровождается высоким риском осложнений и смерти. Материнская смертность при брюшной беременности в 7–8 раз выше, чем при трубной, и в 90 раз выше, чем при маточной. Встречаются сообщения о доношенной брюшной беременности. При этом высок риск перинатальной гибели плода. В большинстве случаев она связана с внутриутробной задержкой или пороками развития ребенка. Их частота достигает 20–40%. Чаще всего наблюдаются конт-

**Lyalina E.A., Kerimkulova N.V., Ratmanov M.A.**

**INCOMPLETE PRIMARY ABDOMINAL PREGNANCY**

**Key words:** ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, abdominal hemorrhage.

рактуры суставов, аномалии лицевого скелета и гипоплазия лёгких.

Риск возникновения брюшной беременности несколько повышается в позднем репродуктивном периоде, особенно при лечении вторичного бесплодия.

Клинические проявления зависят от срока беременности. В первом и начале второго триместра они мало отличаются от симптомов трубной беременности. В более поздние сроки беременные жалуются на боли при шевелении плода, ощущение шевелений плода в эпигастральной области или внезапное прекращение шевелений.

При физикальном исследовании обнаруживаются болезненность живота при пальпации, неправильное положение плода, смещение шейки матки. Части плода пальпируются отдельно от матки.

Уровень  $\beta$ -субъединицы ХГ ниже, чем при физиологической маточной беременности. При ультразвуковом сканировании выявляется отсутствие стенки матки вокруг плодного пузыря, наличие «пустой» матки, части плода визуализируются за её пределами. Ультразвуковая диагностика в ранние сроки брюшной беременности неинформативна, её диагностическая ценность возрастает после 16 недель беременности. Проводят рентгенографию живота, компьютерную и магнитно-резонансную томографию.

Сразу после постановки диагноза назначают хирургическое лечение. Стремятся выделить и перевязать сосуды, кровоснабжающие плаценту, и удалить её. При больших сроках беременности ворсины плаценты глубоко проникают в подлежащую ткань, поэтому приходится вместе с плацентой удалять плацентарную площадку: производить ампутацию или экстирпацию матки, удалять придатки, выполнять резекцию кишки, ампутировать часть большого сальника, что требует совместного участия в операции хирурга и гинеколога [2, 3, 4, 7, 8, 12].

Под нашим наблюдением находилась больная Л., 25 лет, которая поступила в МУЗ ГKB № 8 в экстренном порядке с клиникой нарушенной внематочной беременности и внутрибрюшного кровотечения.

Из анамнеза: росла и развивалась в соответствии с возрастом. Менструации – с 12 лет, установились сразу, регулярные, умеренные, через 28 дней, безболезненные, по 5 дней. Половая жизнь – с 24 лет вне брака. Настоящая беременность первая, желанная. Женщина состояла на диспансерном учете с 8 недель беременности. В сроке 8–10 недель находилась на лечении в дневном стационаре с клиникой угрозы прерывания. В

женскую консультацию было сделано 2 явки. В сроке 8 недель проводилось УЗИ, при котором подтверждена маточная беременность. Осматривалась терапевтом, лор-врачом, окулистом, по заключению которых пациент здорова. В исследуемых анализах крови и мочи патологии не обнаружено.

На фоне полного здоровья у беременной появились резкие схваткообразные боли в нижних отделах живота, слабость, недомогание. Самостоятельно принимала спазмолитики, эффекта не было, боли усилились, вызвала машину скорой помощи, госпитализирована в МУЗ ГKB № 8.

При осмотре состояние расценивается как средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, пульс – 102 уд./мин, АД – 100/70 мм. рт.ст. Тоны сердца ритмичные, дыхание в легких везикулярное. Живот умеренно вздут, резко болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины положительные в нижних отделах. При гинекологическом исследовании обнаруживалась болезненная увеличенная до 7/8 недель матка, справа к углу матки прилегло резко болезненное округлое образование тугоэластичной консистенции размерами 10x12x18 см. Выполнено эхографическое исследование, при котором справа у угла матки обнаружено образование диаметром 80 мм, внутри которого определялся 1 плод, КТР – 68 мм, БПР – 27 мм, плацента утолщена до 20 мм, плодное яйцо содержало околоплодные воды, имело тонкие стенки. В малом тазу и в брюшной полости – умеренное количество свободной жидкости.

Был выставлен диагноз нарушенной правосторонней эктопической беременности, внутрибрюшного кровотечения. В экстренном порядке произведено оперативное вмешательство лапаротомным доступом. При осмотре органов малого таза выявлено: в брюшной полости около 1 литра алой крови со сгустками, правые и левые придатки не изменены, тело матки увеличено до 9 недель беременности мягковатой консистенции, по правому ребру матки, ближе к углу, определялась плацентарная площадка размерами 8x8 см, диффузно кровоточила, прорастания в полость матки не обнаружено. В животе над маткой свободно плавало в оболочке плодное яйцо (плод 13 недель беременности и плацента). Выставляется диагноз: нарушенная брюшная беременность. Внутрибрюшное кровотечение.

Выполнена резекция матки в пределах здоровых тканей в месте локализации плацентарной площадки. На матку наложен двухрядный шов викрилом. Произведена санация и ревизия брюшной полости с последующим дренированием. На кожу наложен косметический шов.

В экстренном порядке перед оперативным лечением были выполнены общий и биохимический анализы крови, коагулограмма. В крови выявлены характерные изменения, подтверждающие наличие кровотечения в организме: НВ 85 г/л, эритроциты – 3,1 в м<sup>3</sup>, цв. пок. – 0,83, лейкоциты – 11,2 Г/л, нейтрофилы п/я-2, с/я-82, лимфоциты – 15, моноциты – 1, СОЭ – 18 мм/ч; коагулограмма: ВСК – 9 мин, гематокрит – 28%, АПТВ-49, тромботест – IV ст., концентрация фибриногена в плазме – 4,35 г/л, b-фибриноген – отриц., фибринолитическая активность – 10,2%, протромбиновый индекс – 100%.

В послеоперационном периоде проводился курс антибактериальной терапии, в брюшную полость вводились антисептики, выполняли инфузионную терапию, введение гидроксиэтилкрахмала, свежезамороженной плазмы, коллоидов и кри-

сталлоидов, ультрафиолетовое облучение крови, симптоматическую терапию, контроль хорионического гонадотропина человека крови. Через 2-е суток уровень хорионического гонадотропина человека достиг 200 МЕ/л и постепенно снижался. На 9-е сутки послеоперационного периода выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза: тело матки – 57х67х48 мм, пониженной плотности. М-эхо – до 7 мм, рыхлое. Правый яичник – 30х27 мм с жидкостными включениями до 10 мм. Левый яичник – 37х22 мм с мелкими жидкостными включениями. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации.

Выполнена органосохраняющая операция при нарушенной брюшной беременности у первобеременной женщины, что позволило сохранить репродуктивную функцию у данной пациентки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстренных состояниях в гинекологии. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1997. – С. 57–102.
2. Гинекология по Эмилю Новаку / под ред. Дж. Берека, И. Адаши, П.Хиллард: Пер. с англ. – М.: Практика, 2002. – С. 346–421.
3. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. – М.: Медицина, 1990. – С. 87–110.
4. Колгушина Т.Н. Дифференциальная диагностика некоторых неотложных состояний в гинекологии. – Минск, 1991. – С. 79–98.
5. Кулаков В.И., Фролова О.Г., Ландеховский Ю.Д. и др. Актуальные вопросы внематочной беременности: информ. письмо. – М.: МЗ РФ. – 1995. – С. 10–15.
6. Лапароскопия в гинекологии / под ред. Г.М. Савельевой. – М.: GEOTARМЕДИЦИНА, 2000. – С. 200–201.
7. Митьков В.В., Медведев М.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – М.: Видар, 1997. – Т. 3. – С. 187–193.
8. Оперативная гинекология / под ред. В.И. Кулакова. – М.: Медицина, 1990. – С. 157–178.
9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. – М.: Медицина, 1995. – С. 125–153.
10. Brosensl. The value of salpingoscopy in tubal infertility // *Reprod. Med.* – 1996. – Vol. 5. – P. 1–11.
11. Donnez J., Nisolle M. Endoscopic management of ectopic pregnancy // *Obstet. gynecol.* – 1994. – Vol. 8, № 4. – P. 707–722.
12. Makinen J., Rantala M., Vanha-Kamppa O. A link between the epidemic of epidemic of ectopic pregnancy and the «baby-boom» cohort // *Am. J. Epidemiol.* – 1998. – Vol. 148, № 4. – P. 369–374.
13. Ory S.J. Ectopic pregnancy: current evaluation and treatment // *Mayo. Clin. Proc.* – 1989. – Vol. 64, № 7. – P. 874–877.

Поступила 10.09.2009 г.



---

---

## Страницы истории

---

---

К 75-летию терапевтических кафедр ИГМИ-ИвГМА

### СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КАФЕДР ИГМИ-ИВГМА

**Омельяненко М.Г.**,\* доктор медицинских наук,  
**Лебедева А.В.**, кандидат медицинских наук

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: (4932) 35-86-74.

Первая терапевтическая кафедра Ивановского государственного медицинского института была создана в 1932 году, когда студенты первого набора вуза перешли на третий курс. Возглавил ее выпускник медицинского факультета Юрьевского университета приват-доцент Лев Исаакович Виленский, прошедший до этого прекрасную терапевтическую школу в клиниках профессоров С.С. Зимницкого и Р.А. Лурия в Казани. Кафедра была организована на базе терапевтического отделения областной больницы на бывшей Мельничной улице (сейчас ул. Академика Мальцева). Студенты стали изучать здесь пропедевтику внутренних болезней. Первыми преподавателями кафедры были В.К. Лирин, В.С. Нестеров, А.О. Цейтель.

В следующем учебном году на этой кафедре, которая стала называться кафедрой факультетской терапии, студенты начали изучение внутренних болезней. Увеличился штат кафедры, сотрудниками ее стали Ф.Э. Лихтман, М.Б. Песиков, А.П. Зарезина. Здесь же до 1937 года продолжалось преподавание пропедевтики внутренних болезней.

В 1934 году на базе городской больницы № 2 (ул. Ермака) Александром Михайловичем Предтеченским, представителем московской и казанской терапевтических школ, создается кафедра госпитальной терапии. При пятилетнем обучении в институте кафедра стала выпускной. Первыми ее преподавателями были В.Н. Плетников и А.В. Мочалова. В 1935 году на кафедру пришли А.М. Елисеева, А.А. Невский, затем Г.В. Николаева.

Первые руководители терапевтических кафедр ИГМИ были не только высококвалифицированными терапевтами, но и крупными учеными, организаторами здравоохранения, общественными деятелями. Так, Л.И. Виленский был бессменным председателем областного научного общества терапевтов, членом правления Всесоюзного общества терапевтов, депутатом областного Совета народных депутатов. Он автор более 50 научных работ, а также учебного пособия «Клиника и диагностика болезней сердечно-сосудистой системы», высоко оцененного в то время заслуженным деятелем науки профессором Р.А. Лурия. Основными научными направлениями, по которым работали Л.И. Виленский и его ученики, были болезни почек и сердечно-сосудистой системы, язвенная болезнь и алиментарная дистрофия. Работы по патологии почек поставили его в ряд ведущих отечественных нефрологов того времени.

После окончания в 1908 году Московского государственного университета А.М. Предтеченский совершенствовал врачебное и педагогическое мастерство в клиниках С.С. Зимницкого в Казани и М.П. Кончаловского в Москве. За время работы в ИГМИ он был заместителем директора по учебно-научной работе, в 1939–1940 гг. исполнял обязанности директора. Александр Михайлович являлся организатором и председателем областного комитета по изучению ревматизма, членом пленума Всесоюзного комитета по изучению ревматизма. В 1938 году он был избран депутатом Верховного Совета РСФСР от Ивановской облас-

---

Omelianenko M.G., Lebedeva A.V.

HISTORY OF THERAPEUTIC CHAIRS OF THE IVANOV STATE MEDICAL INSTITUTE –  
IVANOV STATE MEDICAL ACADEMY

ти, а в 1946 и 1950 годах избирался депутатом Верховного Совета СССР. Главные направления его научной работы – ревматизм и болезни суставов, заболевания почек, инфекционная патология, переливание крови в клинике внутренних болезней, ранения груди в военное время. Он был редактором одного из первых сборников научных трудов ИГМИ. В 1945 году ему одному из первых в ИГМИ присвоено почетное звание “Заслуженный деятель науки РСФСР”. За активную научную деятельность в июне 1935 года приказом Наркомздрава РСФСР на основании постановления СНК СССР «Об ученых степенях и званиях» А.М. Предтеченскому было присвоено ученое звание профессора и подтверждена ученая степень доктора медицинских наук, которую он получил, работая в Казани, а Л.И. Виленскому – ученое звание профессора и ученая степень кандидата медицинских наук. В 1935 году Л.И. Виленский успешно защитил докторскую диссертацию по нефрологии.

В 1934 году в институте организуется курс туберкулеза, который возглавил доцент Александр Израилевич Берлин (с 1949 года – профессор). Вначале курс был прикреплен к кафедре госпитальной терапии, с 1936 года – к кафедре факультетской терапии, в дальнейшем – реорганизован в самостоятельную кафедру.

Самостоятельная кафедра пропедевтики внутренних болезней была создана в институте в 1937 году на базе 3-й городской больницы. Возглавил ее доцент Леонид Иванович Коробков, окончивший медицинский факультет Казанского университета. Л.И. Коробков был прекрасным педагогом. Студенты, учившиеся у Леонида Ивановича, хорошо запомнили его образные лекции по клиническому обследованию больных. В первые годы на кафедре работали преподавателями В.А. Юшков, Н.В. Стрижальковская, Н.А. Короткевич, И.С. Фишман. Позднее в коллектив пришли молодые преподаватели-выпускники ИГМИ – Е.С. Мясоедов, Т.А. Святозерская, Л.В. Опольнова, И.А. Мамонтова и В.В. Силакова. При кафедре были организованы курсы рентгенологии и физиотерапии.

Таким образом, к концу тридцатых годов в институте имелись три терапевтические кафедры: пропедевтики внутренних болезней (заведующий – доцент Л.И. Коробков, база – 3-я городская больница), факультетской терапии (заведующий – профессор Л.И. Виленский, база – областная больница) и госпитальной терапии (заведующий – профессор А.М. Предтеченский, база – 2-я городская больница). Сложилось так, что руководители всех этих

кафедр до работы в ИГМИ прошли казанскую терапевтическую школу, где в то время работали такие выдающиеся клиницисты-терапевты, как С.С. Зимницкий и Р.А. Лурия. А.М. Предтеченский, в течение ряда лет перед переездом в Иваново трудившийся в Москве в клинике М.П. Кончаловского, считал себя также представителем научной школы этого выдающегося клинициста. Первые заведующие терапевтическими кафедрами ИГМИ принесли в ивановские клиники лучшие традиции названных школ и прогрессивно развивали их здесь.

С самого начала своего существования кафедры активно включились в лечебно-консультативную работу. Их сотрудники оказывали большую помощь практическому здравоохранению области: участвовали в конференциях и съездах врачей, проводили консультативную работу в клиниках города и районов области. Было создано областное научное общество терапевтов, бессменным руководителем которого в течение многих лет был профессор Л.М. Виленский. В июне 1935 года в Иванове прошла первая «Медицинская неделя». Активное участие в организации и проведении ее принимали профессор А.М. Предтеченский, Л.И. Виленский и другие ученые ИГМИ. На лекциях и докладах ученых-медиков присутствовало более 300 врачей области. В том же году состоялось первое заседание областного противоревматического комитета, куда входили представители областных научных обществ терапевтов, хирургов, невропатологов и дерматовенерологов.

Обобщенные результаты научных исследований сотрудников терапевтических кафедр института были доложены на Первом совещании терапевтов Ивановской области в мае 1938 г. В работе совещания принимали участие профессор и преподаватели ИГМИ, а также гости из Москвы и других городов страны, в том числе заслуженные деятели науки, профессора Р.А. Лурия, М.С. Вовси и Е.М. Тареев, которые дали высокую оценку научным исследованиям ивановских медиков. Особый интерес у присутствующих вызвали доклады профессоров А.М. Предтеченского «Клинические проявления острого ревматизма и их лечение» и Л.И. Виленского «Острые нефриты». Были заслушаны и высоко оценены сообщения ассистентов терапевтических кафедр А.М. Елисеевой, В.В. Лирина, В.Н. Плетникова, Ф.Э. Лихмана, М.Б. Песикова, Е.С. Мясоедова, ряда профессоров и преподавателей других кафедр ИГМИ (профессоров П.В. Сквирского, С.С. Мазеля), а также практических врачей.

В годы Великой Отечественной войны сотрудники терапевтических кафедр вместе со всем коллективом института вели большую работу по оказанию медицинской помощи раненым и больным бойцам Красной Армии, поступавшим в ивановские госпитали с фронтов, а также эвакуированным в Иваново жителям осажденного Ленинграда. А.М. Предтеченский был главным терапевтом Ивановских госпиталей. Консультантами в госпиталях являлись и профессор Л.И. Виленский, ассистенты Е.С. Мясоедов, А.М. Елисеева, В.В. Лирин и другие. В августе 1943 года Л.И. Виленский стал руководителем группы преподавателей ИГМИ по оказанию медицинской помощи на территориях, освобожденных от немецких захватчиков. Е.С. Мясоедов на общественных началах работал врачом Ленинградского эвакуационного пункта в г. Иваново, где оказал помощь тысячам людей, пострадавших от войны, главным образом блокадникам Ленинграда.

Не прекращалась в годы войны научная и организационно-методическая деятельность кафедр. В трудных условиях военного времени продолжалась подготовка научных кадров. В 1943 году закончил и защитил кандидатскую диссертацию по экспериментальному нефриту Е.С. Мясоедов. В 1944 и 1945 гг. в Иваново состоялись Первый и Второй съезды сельских врачей области. Основным докладчиком на них был профессор Л.И. Виленский. Произошли изменения в кадровом составе кафедр. Кафедру пропедевтики внутренних болезней с 1943 по 1945 годы возглавлял один из видных терапевтов своего времени, прекрасный клиницист Борис Соломонович Шкляр, приехавший в Иваново из Винницы. По его учебнику пропедевтики внутренних болезней, который до сих пор считается одним из лучших, училось не одно поколение врачей. После отъезда из Иваново профессора Б.С. Шкляра кафедру пропедевтики снова возглавил Л.И. Коробков. В качестве преподавателей на кафедру были приглашены опытные терапевты И.И. Валова, Е.М. Зубова и А.А. Юшкова.

В связи с выходом Л.И. Коробкова на пенсию в 1954 году заведующей кафедрой была избрана выпускница ИГМИ Галина Васильевна Николаева, защитившая к этому времени докторскую диссертацию по патологии пищеварения. При ней на кафедре начали работать преподавателями ее ученики – кандидаты медицинских наук Р.К. Марченко, Г.П. Маширова, Л.Р. Ватагина и А.С. Абалмасова. Тематика научных исследований кафедры в эти годы касалась патологии печени и желчевыводящих путей. Г.В. Николаева была автором

более 100 научных работ, членом правления Всесоюзного общества гастроэнтерологов, кавалером ордена Трудового Красного Знамени, депутатом Верховного Совета СССР шестого созыва и заведовала кафедрой по 1978 год до выхода на пенсию.

В последующие годы кафедрой руководили доцент Анатолий Георгиевич Опарин (1978–1982), доцент Александр Александрович Никольский (1982–1988). С 1988 по 2004 годы кафедру возглавлял профессор Здислав Каземирович Трушинский – выпускник Минского медицинского института, автор 6 монографий и член экспертного совета ВАК. Преподавателями кафедры в те годы являлись Е.И. Вернидуб, Т.И. Рупасова, О.Н. Алеутская, А.Ф. Колесников и И.В. Уткин. Тематика научных исследований кафедры посвящена вопросам кардиологии и адаптации. С 2004 года кафедру пропедевтики внутренних болезней возглавляет доцент А.В. Бурсыков.

Кафедрой факультетской терапии до 1953 года руководил профессор Л.И. Виленский. В годы Великой Отечественной войны и в первые послевоенные годы сотрудниками ее были Е.С. Мясоедов, В.Г. Курейко, А.Н. Васильева, Т.Н. Панкова, О.Н. Алеутская, О.С. Ляпунова. После отъезда в Ригу профессора Л.И. Виленского заведование кафедрой было поручено доценту Федору Эммануиловичу Лихтману. С 1954 по 1957 годы кафедру возглавлял Евгений Станиславович Мясоедов, защитивший докторскую диссертацию по гастроэнтерологии. В 1957 году, после перехода Е.С. Мясоедова на кафедру госпитальной терапии, кафедру факультетской терапии возглавила профессор Антонина Михайловна Елисеева – ученица профессора А.М. Предтеченского. Преподавателями кафедры в те годы были ассистенты, а затем доценты И.В. Мамонтов, В.С. Полтырев, ассистенты М.А. Бровкина, Л.А. Рыбакова. Кафедра располагалась на базе терапевтической клиники областной больницы, сотрудники ее проводили большую консультативную и организационно-методическую работу в больницах области. Научные исследования были посвящены патологии щитовидной железы, артериальной гипертонии и гипотонии, ревматологии. Кандидатские диссертации защитили по этим разделам патологии И.В. Мамонтов, В.С. Полтырев, Л.А. Рыбакова и В.Н. Недошивина.

На кафедре госпитальной терапии после окончания Великой Отечественной войны под руководством профессора А.М. Предтеченского работали А.А. Невский, Л.Ф. Зименкова, А.В. Даричева,

О.Н. Алеутская, Т.Н. Панкова. Позднее пришли М.Н. Чумакова, Н.Я. Королева, П.П. Воронцов. После переезда в 1954 году в Москву профессора А.М. Предтеченского в течение 1954–1957 годов кафедрой госпитальной терапии заведовал Ф.Э. Лихтман. В 1957 году ее возглавил профессор Е.С. Мясоедов.

Под руководством профессора Е.С. Мясоедова были существенно расширены исследования по ревматологии. Сотрудниками института и практическими врачами было выполнено и защищено более 30 кандидатских диссертаций. Научные исследования по ревматологии проводились на 20 кафедрах института. Кандидатские диссертации защитили преподаватели: А.А. Никольский, Н.С. Фетисов, Л.А. Макарьянц, В.А. Бобков, А.И. Аркина, А.А. Шеломкова, Г.А. Серова, И.П. Шульпина, И.И. Телехин, О.Н. Алеутская, Т.П. Васильева, Г.Л. Лысенков, практические врачи И.Н. Железнов, Л.Э. Шумилова и другие. Докторские диссертации под руководством и при консультации Е.С. Мясоедова выполнили: А.А. Фетисова, Т.А. Панкова, В.Н. Городков, Г.И. Брехман, В.А. Бобков.

Проводимые под руководством профессора Е.С. Мясоедова исследования были посвящены проблемам ревматизма с хроническим течением, ревматическим порокам сердца, внекардиальным проявлениям хронического ревматизма, особенностям течения ревматизма при беременности. Результаты исследований неоднократно докладывались на всесоюзных научных съездах, конференциях и международных конгрессах. Под редакцией Евгения Станиславовича было издано 14 сборников научных трудов сотрудников института. Он сам и его ученики проводили в г. Иванове и Ивановской области большую работу по повышению уровня знаний врачей по ревматологии и другим разделам терапии. Большое внимание уделял Е.С. Мясоедов методологическим вопросам преподавания внутренних болезней. Им были изданы брошюра «Методология диагноза» и учебное пособие «Клиническое мышление». В 1973 году профессору Е.С. Мясоедову было присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки РСФСР».

В 1965 году на базе кафедр факультетской и госпитальной терапии ИГМИ были созданы две новые кафедры: кафедра внутренних болезней лечебного факультета (основная база – областная клиническая больница на Мельничной улице, заведующий – профессор Е.С. Мясоедов) и кафедра внутренних болезней педиатрического факультета (база – 2-я городская больница, заведующая – профессор А.М. Елисеева). На кафедре внутренних болез-

ней лечебного факультета обучались студенты 4, 5 и 6 курсов лечебного факультета. На кафедре внутренних болезней педиатрического факультета – студенты 4 и 5 курсов педиатрического факультета.

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета в дальнейшем не претерпела больших изменений. Преподавателями кафедры были И.В. Мамонтов, В.С. Полтырев, Т.Б. Лирина, В.Н. Недошивина, Л.А. Рыбакова, Л.А. Камердина. После выхода на пенсию А.М. Елисеевой кафедрой заведовала профессор Татьяна Александровна Панкова (1970–1980 гг.). Прекрасный клиницист, профессор Т.А. Панкова много внимания уделяла подготовке педагогических кадров для кафедры. Под ее руководством по проблемам ревматизма защитили кандидатские диссертации Л.П. Крайнева, Е.В. Крайнев, А.М. Колесников, А.М. Талаев, С.К. Солнышков. С 1981 по 1997 гг. кафедру возглавлял профессор Леонид Аркадиевич Макарьянц, с 1997 по 2004 гг. – доцент Александр Павлович Задорожный, в настоящее время – доцент Сергей Карлович Солнышков.

Единая кафедра внутренних болезней лечебного факультета в 1971 году была разделена на две отдельные кафедры: факультетской терапии (база – областная клиническая больница, заведующий – профессор Е.С. Мясоедов) и госпитальной терапии (база – 3-я и 4-я городские больницы, заведующий – доцент Леонид Аркадиевич Макарьянц (1971–1973 гг.), а с 1973 по 1982 гг. – доцент Маргарита Николаевна Чумакова). Сотрудники кафедры факультетской терапии под руководством профессора Е.С. Мясоедова продолжили научные исследования по проблеме ревматизма, особенностям течения и профилактики его у рабочих текстильного производства. Преподавателями кафедры были ассистенты А.И. Аркина, Г.Л. Лысенков, И.И. Телехин, А.П. Фролова, Т.П. Широкова, С.В. Озолин, Т.П. Васильева.

Коллектив кафедры госпитальной терапии наряду с изучением ревматизма у рабочих текстильных предприятий начал разрабатывать проблему артериальной гипертензии. На кафедре работали доценты В.С. Полтырев, В.А. Бобков, А.А. Шеломкова, ассистенты Т.Б. Лирина, Т.А. Немцова, Л.Т. Павлова, В.Н. Недошивина, Р.В. Смирнова, Л.Р. Ватагина, позднее – Т.С. Полятыкина и В.Л. Геллер.

В 1982 году в связи с выходом на пенсию профессора Е.С. Мясоедова и окончанием срока заведования у доцента М.Н. Чумаковой обе кафедры снова были объединены в одну – кафедру

внутренних болезней лечебного факультета, которую поручили возглавить доценту В.А. Бобкову. Базой ее стали новая областная клиническая больница, 3-я и 4-я городские больницы, а также ряд поликлиник города. Кафедра вела большую педагогическую и лечебную работу. Здесь трудились 19 преподавателей, занимались студенты 4, 5, 6, а затем и 3 курсов лечебного факультета, ежегодно обучалось до 15 клинических ординаторов. Продолжались научные исследования по проблемам ревматизма и артериальной гипертонии. Проблемой артериальной гипертонии активно начали заниматься Т.С. Полятыкина и В.Л. Геллер. Объединенная кафедра просуществовала до 1989 года. За это время из ее состава были выделены кафедра терапии факультета усовершенствования врачей и курс поликлинической терапии.

В 1984 году в ИГМИ был организован факультет усовершенствования врачей и открыта его первая кафедра – кафедра терапии. Заведующим кафедрой стал доцент Виктор Савельевич Полтырев, преподаватели – доцент Л.Л. Симаков, ассистенты В.Ф. Филатова, Е.В. Крайнев, Л.А. Камердина, Т.П. Широкова.

Базой кафедры стала городская клиническая больница № 4, и с 29 октября 1984 года начался первый цикл тематического усовершенствования по терапии врачей г. Иванова. В 1997–1999 годах кафедрой заведовал профессор Леонид Аркадиевич Макарьянц. С 1999 года на должность заведующей кафедрой терапии № 1 ФДППО избрана доктор медицинских наук Светлана Евгеньевна Мясоедова (в дальнейшем – профессор, заслуженный врач РФ, председатель Ивановского общества терапевтов). В дальнейшем кафедра переименована в кафедру терапии и эндокринологии ФДППО.

В 1986 года из кафедры внутренних болезней лечебного факультета был выделен самостоятельный курс поликлинической терапии, который возглавила доцент Тамара Семеновна Полятыкина, в дальнейшем – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ. С 1988 года курс стал самостоятельной кафедрой поликлинической терапии, в дальнейшем – поликлинической терапии, общей врачебной практики и эндокринологии. Первыми преподавателями стали В.Л. Геллер, Г.В. Иванова, Г.И. Севастьянова, Г.Л. Лысенков, А.В. Бурсиков. Клинические базы кафедры – поликлиники № 3, 1, 6, 10, 11. Профессор Т.С. Полятыкина являлась проректором по лечебной работе и президентом Всероссийской научной ассоциации по изучению артериальной гипертонии.

В 1989 году в связи с резко возросшим объемом учебной работы (изучение внутренних болезней проводилось на 3, 4, 5 и 6 курсах) кафедра была разделена на кафедру внутренних болезней № 1 лечебного факультета для изучения факультетской (частной) терапии (база – областная клиническая больница, заведующий – профессор Валерий Александрович Бобков; преподаватели: доценты А.И. Аркина, С.Е. Мясоедова, А.М. Сухарев, ассистенты Л.Р. Ватагина, Р.В. Смирнова, Н.И. Макарова, И.И. Кулигина, М.Г. Омеляненко, О.А. Назарова, И.А. Романенко, И.В. Зубкова, А.С. Сальников) и кафедру внутренних болезней № 2 лечебного факультета для изучения госпитальной терапии (база – 3-я городская больница, заведующий – профессор Александр Васильевич Лутай, приехавший в Иваново из Иркутска; преподаватели: доценты А.А. Шеломкова, И.И. Телехин, Л.Я. Корнилов, ассистенты А.С. Абалмасова, В.Б. Нечаев, Л.А. Егорова, Е.А. Шутемова, С.А. Борута).

В 1985 году В.А. Бобков защитил докторскую диссертацию и стал профессором. Ему было присвоено звание “Заслуженный врач РФ”, он был первым председателем диссертационного совета по терапии в ИвГМА, председателем Ивановского общества терапевтов. Кафедра была переименована в кафедру факультетской терапии, эндокринологии и профессиональных заболеваний. Она стала ведущей терапевтической кафедрой академии, активно проводила научную работу по многим направлениям: ревматология, кардиология, эндокринология и пульмонология. В связи с тяжелым заболеванием В.А. Бобкова с 2001 до 2004 года кафедру возглавляла заслуженный врач РФ, доцент Алла Ивановна Аркина. С 2004 года после успешной защиты докторской диссертации на должность заведующего кафедрой был избран Мин Григорьевич Омеляненко – выпускник ИГМИ и ученик В.А. Бобкова.

С 2007 года после ухода в связи с болезнью заслуженного врача РФ профессора А.В. Лутая кафедру госпитальной терапии возглавляет доктор медицинских наук Ирина Евгеньевна Мишина.

В 1994 году в г. Владимире была организована кафедра терапии ФДППО № 2 (заведующий – выпускник ИГМИ профессор Вениамин Николаевич Медведев). В дальнейшем до 2009 года кафедрой заведовала профессор Виолетта Николаевна Медведева. Здесь проводится последипломное обучение интернов и усовершенствование врачей-терапевтов Владимирской области.

В 2001 году на базе кардиологического диспансера была организована кафедра терапии № 3

ФДППО (заведующая – доктор медицинских наук Ольга Анатольевна Назарова, с 2005 года – профессор, в настоящее время – проректор по научно-исследовательской работе и международному сотрудничеству). В дальнейшем кафедра была переименована в кафедру терапии и амбулаторной медицины.

Таким большим и трудным был путь формирования существующих в настоящее время восьми терапевтических кафедр Ивановской государственной медицинской академии. Их история – это частица истории нашей *alma mater*, и знание ее поможет сохранять славные традиции ИГМИ-ИвГМА.

---

---

## Краткие сообщения

---

---

### ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ОБЩЕЙ КРИОТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Алексеева Н.В.<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
Основина И.П.\*<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
Шерстнёв А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра восстановительной медицины, психиатрии, психотерапии, наркологии и наркологии детского возраста ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

<sup>2</sup> ООО Медицинский центр «Бионика», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 87

**Ключевые слова:** криотерапия, формирование адаптационных резервов организма, иммунокоррекция, физиопрофилактика

\* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: (4932) 35-86-01.

Метод общей криотерапии в силу экстремальности применяемого физического фактора прошёл непростой путь внедрения в медицинскую практику.

Первый в Иваново аппарат общей криотерапии был приобретён медицинским центром «Бионика». Врачи муниципальных учреждений восприняли эту новинку отнюдь не доброжелательно. Потребовалось немало усилий, чтобы преодолеть этот негативизм. Не случайно первыми пациентами центра стали больные, потерявшие надежду хотя бы на минимальное улучшение состояния. Это были больные псориазом и ревматоидным артритом. Результаты заставили пациентов поверить в метод, а их лечащих врачей – задуматься. Следующим этапом была организация выступлений сотрудников кафедры восстановительной медицины и специалистов центра «Бионика» в прессе, на телевидении, перед врачами медицинских учреждений. Наконец, вопросы криобиологии были введены в программу преподавания на циклах профессиональной переподготовки и сертификационного усовершенствования для врачей-физиотерапевтов, врачей восстановительной медицины и медсестёр.

В итоге метод аэрокриотерапии получил применение у достаточно большого контингента больных. Метод оказался востребован практически во всех областях медицины в силу воздействия на патогенетические механизмы многих заболеваний. Несомненным достоинством аэрокриотерапии следует считать её иммунокорректирующее и адаптационное действие.

За 2008–2009 гг. было пролечено 418 больных, среди которых 94 (22,5%) имели патологию кожи, 50 (12%) страдали ревматоидным полиартритом, 48 (11,5%) – ожирением, 8 (2%) – бронхиальной астмой, 218 (52,15%) обратились с целью укрепления иммунитета и проведения первичной физиопрофилактики.

В результате лечения с применением метода аэрокриотерапии значительно улучшилось состояние 380 пациентов (90,91%). Причём стопроцентная эффективность была отмечена в группе больных, получавших процедуры с целью превентивной иммунокоррекции и профилактики, что выразилось в снижении частоты ОРВИ, отсутствии осложнений после перенесённой острой инфекции. Результативность лечения в других группах колебалась от 77% (дерматологическая патоло-

---

Alekseeva N.V., Osnovina I.P., Sherstnyov A.A.

EXPERIENCE OF GENERAL CRYOTHERAPY INTRODUCTION TO MEDICAL PRACTICE IN THE IVANOVO REGION

**Key words:** cryotherapy, organism adaptative reserves formation, immunocorrection, physioprohylaxis.

гия) до 84% (заболевания суставов) и 83,3% (ожирение, метаболическая терапия). Ни у одного из пациентов не было отмечено ухудшения состояния.

Таким образом, применение общей аэрокриотерапии является перспективным методом физиотерапевтического воздействия при широком круге заболеваний. Благодаря физиологическо-

му механизму воздействия, общеадаптационной направленности аэрокриотерапия может применяться и как монотерапия, и в составе комплексного лечения различных патологических процессов. Метод востребован и на этапе первичной профилактики у практически здоровых лиц с целью активации метаболических процессов, иммуно-коррекции и формирования адаптационных резервов организма.

Поступила 12.09.2009 г.



## **АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО ОТДЕЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ**

**Баклушина Е.К.\*<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
Еремцова И.А.**

<sup>1</sup> Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

<sup>2</sup> Кафедра педиатрии и пульмонологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

**Ключевые слова:** несовершеннолетние пациенты, медицинские сестры, права пациента.

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

Полноценная реализация прав несовершеннолетних пациентов средним медицинским персоналом невозможна без четких представлений о правовых особенностях охраны здоровья ребенка. С целью анализа правовой информированности было проанкетировано 200 средних медработников, обслуживающих несовершеннолетних пациентов в возрасте младше 15 лет.

Медицинские сестры дают невысокую оценку своим знаниям в области прав пациентов – только 32% признали их достаточными. В то же время необходимость четко знать и понимать права пациентов отметили 75,5% респондентов. Соответственно, каждая четвертая медсестра (а в группе старше 55 лет – каждая третья) не считает важным четко знать правовые аспекты своей работы с пациентом. Видимо, это позволяет объяснить тот факт, что только 45,5% медсестер самостоятельно изучали вопросы прав пациентов.

Практически никто из опрошенных не смог назвать нормативный документ, устанавливающий права пациентов в Российской Федерации, поэтому и уровень знаний по отдельным правам пациента у медсестер можно оценить как низкий. Нами изучены знания и представления медицинских сестер о нормативном содержании прав на врачебную тайну, согласие и отказ от медицинского вмешательства, информацию о состоянии здоровья. Так, к субъектам, обязанным соблюдать врачебную тайну, 93% медицинских сестер отнесли врачей и средний медицинский персонал и только 47,5% – обслуживающий персонал.

Среди респондентов 11,5% считают принципиально возможным информирование родителей по различным вопросам состояния здоровья ребенка средним медицинским персоналом. О праве пациента знакомиться с медицинской документацией знают лишь 23% респондентов. Большинство опрошенных (67,5%) считают, что не должны разговаривать с родителями о диагнозе (соответственно, треть медсестер считает это вполне допустимым), 74% – о прогнозе заболевания, 48,5% – о рекомендованных методах лечения (соответственно, более половины вполне допускают обсуждение назначенного врачом лечения), 17% – о необходимости вакцинации, 22% – о необходимости госпитализации, 80% – о профессиональных и личных качествах врача (каждая пятая медсестра, таким образом, не считает это недопустимым). Конечно, подобные мнения и их реализацию на практике далеко не всегда можно отнести к нарушениям норм права и морали, т.к. вполне могут возникнуть ситуации, когда медицинская сестра должна и может дать конкретные рекомендации, например, по лечению (правила ухода за больным, использование лекарственных трав и т.д.), а также принять решение о госпитализации пациента при посещении его на дому и т.п. Однако сам по себе разброс мнений респондентов по данному вопросу свидетельствует об отсутствии у медсестер четких представлений о допустимом и недопустимом в информировании.

Большинство респондентов глубоко заблуждаются, считая, что необходимо согласие пациента

---

**Baklushina E.K., Eremtsova I.A.**

**PROBLEMS OF UNDER AGE PATIENTS' RIGHTS: ANALYSIS OF THE NURSES' KNOWLEDGE LEVEL**

**Key words:** under age patients, nurses, patients' rights.

только на отдельные виды медицинских вмешательств: оперативное лечение (91% опрошенных) и госпитализация (85,5%), вакцинация (80,5%) и диагностические процедуры (60,5%). Менее половины опрошенных осведомлены о необходимости согласовывать с родителями мероприятия по консервативному лечению детей (49,5%) и профилактике (43%).

Более половины (58%) участников исследования абсолютно недопустимой считают ситуацию, когда согласие на медицинское вмешательство получает и оформляет средний медицинский работник. Однако четверть медсестер вполне допускают подобную возможность, а 19% просто не

задумывались над этим вопросом, отнеся его, по-видимому, к неактуальным.

Таким образом, выявлена недостаточная информированность медицинских сестер по вопросам прав несовершеннолетних пациентов. Наиболее выражено это в отношении прав на врачебную тайну, согласие на медицинское вмешательство и информацию о состоянии здоровья. Основными факторами, влияющими на состояние информированности, являются низкая активность медсестер в получении правовых знаний, недостаточная регламентация этих вопросов в нормативных документах, а также недостаточное информирование их должностными лицами медицинских организаций.

Поступила 7.09.2009 г.

## **ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ И ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Колесниченко П.Л.**, кандидат медицинских наук,  
**Степович С.А.\***, кандидат медицинских наук

Кафедра экстремальной и военной медицины ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздравра», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

\* *Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: (4932) 32-64-76.*

**Ключевые слова:** медицина катастроф, гражданская оборона, обучение, профессиональная подготовка.

Конец XX века ознаменовался целой серией крупнейших в истории человечества техногенных (антропогенных) и природных катастроф, повлекших за собой многочисленные жертвы и разрушения. Непродуманные экономические и политические реформы конца 90-х годов, утрата обществом социально-нравственных ориентиров привели к резкому снижению уровня жизни. Общество столкнулось с такими уродливыми явлениями, как терроризм, бандитизм.

Вместе с тем, анализ работы службы медицины катастроф со всей очевидностью свидетельствует о том, что особенности возникновения медико-санитарных последствий различных чрезвычайных ситуаций и организация ликвидации этих последствий требуют серьезной специальной подготовки медицинских кадров по проблемам лечебного, эвакуационного, санитарно-противоэпидемического обеспечения, защиты спасателей и населения от воздействия неблагоприятных радиационных, химических, биологических, физических и психоэмоциональных факторов. Медицинские специалисты должны обладать знаниями и умениями по организации и проведению работ в экстремальных ситуациях – при выявлении большого числа пораженных в предельно короткий временной промежуток на фоне резкого ухудшения санитарно-эпидемической обстановки, дефицита сил и средств медицинской службы. Кроме того, особенностью работы медицинского персонала в чрезвычайных ситуациях является то, что очень часто приходится иметь дело с патологией, которая почти не встречается в штатных ситуациях мирного времени (радиационные поражения, поражения боевыми химическими

или аварийными опасными химическими веществами, особо опасными инфекциями).

Вот почему в нашей стране в последнее время стало уделяться большое внимание вопросам подготовки специалистов по медицине катастроф и гражданской обороне здравоохранения.

В 2008 году Министерством обороны РФ принято решение о ликвидации военных кафедр в медицинских вузах и прекращении подготовки врачей-офицеров запаса. Не будем оценивать целесообразность этого шага и его отдаленные последствия. Важно то, что в ИвГМА на базе бывшей военной кафедры создана новая – кафедра экстремальной и военной медицины. На этой кафедре с 2008 г. осуществляется обучение студентов следующим дисциплинам: организационные вопросы медицины катастроф (цикл «Медицина катастроф»), гражданская оборона здравоохранения (цикл «Медицинское обеспечение мероприятий гражданской обороны»), организация оказания медицинской помощи при воздействии на человека химических и радиологических поражающих факторов (цикл «Токсикология и медицинская защита»).

Кроме перечисленных, в соответствии с приказами Минздрава России от 15.08.2001 г. № 330 «О мерах по совершенствованию подготовки студентов высших профессиональных образовательных медицинских учреждений по вопросам гражданской обороны» и от 20.08.2001 г. № 341 «О целевом усовершенствовании мобилизационных работников...», введен новый предмет – «Мобилизационная подготовка здравоохранения» – на

**Kolesnichenko P.L., Stepovich S.A.**

**STUDENTS' EDUCATION IN THE DEPARTMENT OF EMERGENCY AND WAR MEDICINE**

**Key words:** catastrophe medicine, civil defense, education, professional training

5 и 6 курсах. Не меньше внимания уделяется последиplomной подготовке врачей-курсантов, ординаторов и интернов по вышеперечисленным предметам.

Высокое качество подготовки студентов по медицине катастроф и гражданской обороне здравоохранения обеспечивается имеющейся учебно-материальной базой: специальные учебные классы, макеты местности и защитных сооружений, электрифицированные стенды по темам программы, средства индивидуальной защиты, приборы радиационной и химической разведки, различные технические средства обучения и контроля знаний и т.д. На соответствующих смежных кафедрах студенты изучают хирургию катастроф (военно-полевую хирургию), терапию катастроф (военно-полевую терапию), гигиену и эпидемиологию катастроф.

Преподавание указанных дисциплин позволяет дать знания и привить навыки, позволяющие эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; обучить основам оказания медицинской помощи пораженным в условиях дефицита времени, ограниченных

диагностических и лечебных возможностей этапа медицинской эвакуации; повысить квалификацию врачебного персонала, приписанного для укомплектования тыловых госпиталей здравоохранения, наблюдательных пунктов и прочих формирований медицинской службы гражданской обороны.

В ходе обучения слушатели готовятся к выполнению функциональных обязанностей в составе нештатных аварийно-спасательных формирований гражданской обороны здравоохранения, службы медицины катастроф, специальных формирований здравоохранения, развернутых при объявлении мобилизации.

Все это позволяет повысить уровень подготовки студентов ИвГМА, врачей-курсантов, ординаторов и интернов в соответствии с требованиями времени – подготовить высококвалифицированные кадры для работы в формированиях службы медицины катастроф, гражданской обороны здравоохранения, способных оперативно и грамотно решать вопросы мобилизационной подготовки лечебно-профилактических учреждений Ивановской области.

Поступила 15.09.2009 г.

---

---

## Юбилей

---

---

### **ЛЕВ СЕРГЕЕВИЧ ГОРОЖАНИН (К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

Видному отечественному физиологу, заслуженному деятелю науки РФ, действительному члену Российской академии медико-технических наук, почетному члену Российского физиологического общества им. И.П. Павлова, доктору медицинских наук, профессору кафедры нормальной физиологии Льву Сергеевичу Горожанину 13 сентября 2009 года исполнилось 80 лет.

Вся его биография связана с Ивановской медицинской академией. В 1953 году Л.С. Горожанин с отличием окончил педиатрический факультет Ивановского государственного медицинского института и продолжил обучение в аспирантуре на кафедре нормальной физиологии под руководством профессора С.С. Серебrenикова – одного из учеников академика И.П. Павлова. После окончания аспирантуры Лев Сергеевич был оставлен на этой же кафедре в качестве ассистента.

В 1957 году Лев Сергеевич успешно защищает кандидатскую диссертацию на тему «Влияние сильного болевого раздражения на морфологический состав крови в онтогенезе». Эта работа легла в основу нового научного направления кафедры «Возрастная физиология системы крови», которое в последующие годы успешно разрабатывалось его многочисленными учениками. Большую роль в развитии этого направления сыграла поддержка известных российских ученых – академика-педиатра А.Ф. Тура и академика-физиолога В.Н. Черниговского.

Л.С. Горожанин проявил незаурядные организаторские способности, сплотив вокруг себя способную молодежь – студентов и молодых ученых, при активном участии которых новое научное направление окрепло и нашло практическое применение в педиатрии.

В 1970 году Л.С. Горожанин успешно защищает докторскую диссертацию на тему «Онтогенетический анализ некоторых функций и механизмов регуляции системы крови» и, возглавив кафедру нормальной физиологии, дает основному направлению новый мощный импульс. Благодаря усилию физиологов и клиницистов на базе

ИГМИ сформировалась школа функциональной гематологии, представителями которой стали профессор Р.Р. Шиляев, Ю.В. Николаенков, С.А. Селезнев, М.С. Философова, С.Б. Назаров, В.В. Чемоданов и многие другие. Школа Льва Сергеевича Горожанина имеет многочисленные контакты с физиологами и клиницистами других городов России (Москва, Санкт-Петербург, Свердловск, Челябинск, Томск, Рязань и др.) и стран ближнего и дальнего зарубежья (Украина, Грузия, Армения, Узбекистан, Латвия, Болгария, Польша, Румыния, Куба, Аргентина).

Л.С. Горожанин вместе со своими учениками многие годы успешно проводил исследования и по проблеме физиологии труда. Изучалось влияние различных производственных факторов на состояние центральной нервной системы, анализаторов, системы кровообращения и дыхания, опорно-двигательного аппарата у текстильщиц. На основании этих исследований были разработаны и внедрены в практику предложения по сохранению здоровья, профилактике и снижению утомляемости работниц текстильного производства, рекомендации по конструированию для них профессиональной обуви и др.

Под руководством Л.С. Горожанина кафедра нормальной физиологии вела активную работу по установлению научных контактов с другими физиологическими школами как в нашей стране, так и за рубежом. Кафедра приняла участие в оказании интернациональной помощи Республике Куба.

Перу Льва Сергеевича принадлежат более 200 научных работ, в том числе 2 изобретения и 20 рационализаторских предложений. Результаты его научных исследований составной частью вошли в монографии, учебные пособия; его доклады неоднократно включались в программы международных симпозиумов, съездов и конференций.

Л.С. Горожанин – человек высокой культуры, опытный, любимый и уважаемый студентами педагог и



талантливый организатор учебно-воспитательного процесса. Его лекции отличаются высоким научным, методологическим уровнем, ораторским мастерством. Он является соавтором современных учебников для студентов медицинских вузов «Физиология человека» (М.: Медицина, 2001) и «Нормальная физиология» (М.: МЕДпресс-информ, 2009), монографии «Основные механизмы адаптации» (М.: Наука, 1993), «Практикума по рефлексометрии» (Иваново, 1973), отмеченного бронзовой медалью ВДНХ СССР, учебного пособия для студентов медицинских вузов «Руководство к практическим занятиям по физиологии» (М.: Медицина, 1988), «Практикума для занятий по нормальной физиологии» (М.: Медицина, 2005) и ряда других учебно-методических пособий.

В течение 6 лет Л.С. Горожанин выполнял обязанности декана педиатрического факультета, более 25 лет – председателя Ивановского отделения Российского физиологического общества им. И.П. Павлова.

Много сил и времени Лев Сергеевич уделяет воспитательной работе со студентами. Он является одним из инициаторов физиологического КВН, получившего широкую известность за пределами нашего вуза. Оригинальными по форме и содержанию являются его лекции «И.П. Павлов и М.В. Нестеров», «Вопросы психофизиологии в творчестве Л.Н. Толстого», развивающие эстетические вкусы студентов. На одном дыхании читаются его книги об интеллигенции и интеллигентности (соавтором одной из них является академик

Н.А. Агаджанян). Вот уже несколько лет Лев Сергеевич ведет элективный курс, посвященный этой актуальной проблеме современного мира, вызывающий огромный интерес студентов.

За заслуги в научной и педагогической деятельности Л.С. Горожанин неоднократно награждался правительственными наградами, знаками отличия и благодарностями. Но самой главной и почетной наградой для него является то уважение, которое он повседневно ощущает со стороны как бывших, так и нынешних студентов и коллег по работе. Поэтому его имя занесено в Книгу Почета академии.

Красной нитью через весь жизненный путь профессора Л.С. Горожанина проходит его любовь к детям – отсюда, вероятно, и тесная связь его судьбы с педиатрией, с педиатрическим факультетом нашей академии. Сначала студент-педиатр, потом аспирант, выполняющий диссертационную работу по возрастной физиологии, затем доктор медицинских наук – один из создателей нового направления на стыке физиологии и педиатрии; декан педиатрического факультета, являющийся автором эмблемы факультета. И это далеко не полная иллюстрация преданности Льва Сергеевича однажды выбранному жизненному пути, однажды поставленной цели.

Коллектив кафедры нормальной физиологии Ивановской государственной медицинской академии от всей души поздравляет Льва Сергеевича с 80-летием и желает доброго здоровья и дальнейшей плодотворной творческой деятельности.

## **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, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8, каб. 220, 203, тел.: (4932) 32-95-74;  
или по электронному адресу:  
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, их ученые степени, полное официальное название всех учреждения и отделов (кафедр, лабораторий), откуда вышла работа, с обязательным указанием полного почтового адреса (с индексом) также для всех учреждений
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 про изведения посредством его опубликования в печати, воспроизведения произведения в журнале и в сети Интернет; распространения экземпляров журнала с про изведением 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, заключение. 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 повторений.
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 7.1-84: 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 четырех человек. Если число авторов более четырех, достаточно привести фамилии трех первых авторов, после чего для отечественных публикаций необходимо указать «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).